

جناب

فصلنامه‌ی بیمارستان جم
پاییز ۱۳۹۸
دوره سوم



بیمارستان جم

JAM HOSPITAL

نیم قرن توانایی، خدمت و تجربه

بیمارستان جم



روز جهانی دیابت

چهاردهم نوامبر، سالگرد تولد "فردریک بانتینگ" کاشف انسولین، اولین بار در سال ۱۹۹۱ با همکاری بنیاد بین‌المللی دیابت (IDF) و سازمان جهانی بهداشت (WHO) به عنوان روز جهانی دیابت نامگذاری شده است. هدف از نامگذاری چنین روزی افزایش آگاهی عمومی در ارتباط با علل، عوارض، پیشگیری و درمان این پدیده روزافروں است.

دیابت یک عارضه ناشی از اختلال در تولید و یا عملکرد انسولین در بدن است. انسولین هورمون یا ماده‌ای است که در لوزالمعده (پانکراس) تولید می‌شود و سلول‌ها را قادر می‌سازد تا گلوكز را از خون بگیرد و برای تولید انرژی استفاده کنند.

تهران، خیابان مطهری، خیابان فجر
تلفن: ۰۹۰-۹۹، ۸۸۸۲۳۳۱۳۳

تلفن سرویس: ۰۲۱۴۱ (۳۰۰) ۸۴۱۴۱ خط

دورنگار: ۸۸۸۲۰۳۲۲۴

jamhospital

www.jamhospital.ir

info@jamhospital.or

بیمارستان جم

منشور حقوق بیمار در ایران

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان‌ها می‌باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده و دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.

این منشور با توجه به ارزش‌های والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

- ۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.
- ۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- ۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
- ۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.
- ۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

بیمارستان جم

فصلنامه‌ی بیمارستان جم
پاییز ۱۳۹۸ / دوره سوم

فهرست مطالب

۲	سخن مدیرعامل
۳	أخذ رضایت آگاهانه
۴	نگاهی کوتاه بر بیماری‌های شایع زنان
۶	اهم اخبار
۸	تجهیزات پزشکی خانگی (قسمت سوم)
۹	گذری بر زندگی پیشکسوتان
۱۰	نگاهی بر زندگی مرحوم دکتر ویلسون بیت منصور
۱۱	بی اختیاری ادراری و شب ادراری
۱۲	آیا دوستی و صمیمیت را در محل کار توصیه می‌کنید؟
۱۴	رژیم درمانی در سندروم تخدمان پلی کیستیک
۱۵	در بخش مراقبت ویژه نوزادان یا NICU چه می‌گذرد؟
۱۶	سنکوب
۱۸	شپش سر چیست؟
۱۹	۱۵ اکتبر، ۲۳ مهر ماه روز جهانی شستن دست
۲۰	چگونه کارمندی عالی باشیم؟
۲۲	تازه‌های علمی پزشکی
۲۴	بیماری دیابت شیرین
۲۶	امنیت سیستم‌های اطلاعات سلامت
۲۷	معما
۲۸	معیارهای تجویز فرآورده‌های خونی سالم
۳۱	مرکز مولتی اسلامی سی تی آنژیوگرافی بیمارستان جم
۳۲	چرا ورزش در دوران سالمندی مفید است؟

فصلنامه‌ی جم

شماره: ۳

پاییز: ۱۳۹۸

مدیر مسئول: دکتر بابک حیدری اقدم

سردبیر: فرزانه حسینی

شورای تحریریه: دکتر علیرضا استقامتی، دکتر بابک حیدری اقدم، دکتر فرشید خطیبی، دکتر عبدالله ناصحی، دکتر مهرداد بهلوانی، دکتر میترا دلخشن، دکتر محسن تدبین فر، دکتر مهری مهراد، دکتر منصور مقدم، دکتر حمیدرضا مرتضوی، دکتر آرین فروحی، دکتر رحیم آزاد، دکتر امین شمس اختنی، الناز یابایی، اشرف نصیربور، نیلوفر صدری، سمیرا مسکریان، محسن غفاریان، مازیار بهرامیان، فرزانه حسینی، سکینه علیزاده.

طراحی و اجرا/صفحه آرایی/چاپ و صحافی: انتشارات عصر روشن بنی

آدرس پورتال: www.jamhospital.ir

تلفن روابط عمومی: ۸۴۱۴۱ (داخلی ۴۲۹)

نشانی: تهران، خیابان مطهری، خیابان فجر، بیمارستان جم



دکتر بابک حیدری اقدم

مدیر عامل
متخصص قلب و عروق
فلوشیپ فوق تخصصی اینترونشنال کاردیولوژی



بی‌گمان برخورداری از سلامتی، آرزوی مشترک تمامی انسانها است، به همین دلیل روزهای بیماری از سخت‌ترین و تلخ‌ترین خاطرات‌های شخصی است، به خصوص اگر این روزها در بیمارستان و دور از خانواده سپری گردد و ماتیم‌پزشکی، یاران این روزگاران سخت و تلخ بیماران در بیمارستان هستیم.

"تعهد به التیام آلام بیماران"، ما را به ارائه خدمات بهداشتی درمانی مبتنی بر دانش پزشکی در سطح بیمارستان‌های درجه یک، توأم با مهربانی بیکرانه و محبت بدون مرز نسبت به بیمارانمان پاییند می‌نماییم. من و کلیه همکارانم در این مجموعه، تعهد راسخ خود به "مراقبت یا کیفیت و توأم با مهربانی" را با عشق ورزیدن به شغل خود، تلاش برای پیش‌بینی و تأمین نیازهای درمانی - تشخیصی بیماران و کمک با کمال میل، به کلیه مراجعین در پیش‌گرفته و این هدف را ادامه خواهیم داد.

سلام بر شما یار و همراهان و سلامتی خدیه هر روز تان از جانب خدا باد





دکتر فرشید خطیبی

مستدل في

متخصص بیهوشی و مراقبت‌های ویره



آگاهانه رضایت خذ آن

در سال‌های اخیر طبق دستورالعمل‌های ارائه شده از وزارت بهداشت و درمان که برگرفته از سیستم‌های نظارتی روز دنیا مثل ACI می‌باشد نسبت به اخذ رضایت آگاهانه در انجام اقدامات پرخطر تأکید فراوانی می‌گردد. رضایت که در لغت به معنی اجزا و رخصت می‌باشد و دارای ۵ شرط الزامی می‌باشد که شامل ارائه اطلاعات به بیمار، درک بیمار از اطلاعات ارائه شده، صلاحیت تصمیم‌گیری در فرد رضایت‌دهنده، صریح بودن متن رضایت‌نامه و داوطلبانه بود، رضایت ممکن باشد.

برانث نامه و رضایت نامه باعث معاف شدن کادر معالج از تعهد در برآور
پیامدها و عوارض نامطلوب اقدامات تشخیصی و درمانی به شرط عدم
قصور می باشد.

قصور پزشکی شامل بی مبالغی و بی احتیاطی در اقدام انجام شده مثل
عدم مهارت و یا عدم رعایت نظمات دولتی و قانونی می باشد که در
این صورت کسب رضایت نامه و یا برانث نامه باعث برانث کادر درمانی
نخواهد شد.



دکتر میرلا دلبخش

متخصص زنان و زایمان

کاندیدیازیس راجعه ولو واژینال

تعداد کمی از خانم‌ها ممکن است به کاندیدیازیس راجعه مبتلا شوند که بصورت ۴ بار یا بیشتر در یک سال تعریف می‌شود. این خانم‌ها حساسیت مداوم و سیتیول ولو را دارند، سوزش بجای خارش علامت غالب است و تشخیص با اسمیر و کشت فارج است. در بسیاری از این خانم‌ها به اشتیاه برداشت می‌شود که عفونت قارچی مزمن دارند. خیلی از این بیماران درماتیت اتوپیک مزمن با ولو-واژینیت آتروفیک دارند. درمان مبتلایان با داروی ضد قارچ سبب بهبود علائم اولیه مزمن می‌شود، بیماران باید به مدت ۶ ماه روی دوز نگهدارنده دارو باشند. با این رژیم ۹۰٪ آنها بهبود می‌یابند.



واژینیت التهابی

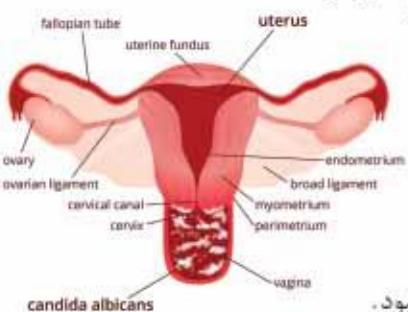
یک سنتروم بالینی است که ویژگی آن عبارتست از: واژینیت آگزو داتیو منتشر، ریزش سلول‌های ای تلیال و ترشحات چرکی قابل توجه واژینال، علت: ناشناخته است. ولی در رنگ آمیزی گرم، فقدان نسبی لاكتوباسیل‌ها و جایگزین شدن آن با کوکسی β (که اغلب استرپتوک است) دیده می‌شود. خانم‌های مبتلا، ترشحات واژینال چرکی، سوزش، حساسیت واژن و درد هنگام مقاربت دارند. علامت کمتر شایع، خارش ولو است. علی‌رغم درمان عود در ۲۰٪ موارد اتفاق می‌افتد. در صورت عود در زنان با ناسه درمان مکمل هورمونی باید در نظر گرفته شود. برخی بیماران با عود ممکن است از درمان نگهدارنده سود ببرند.



نگاهی کوتاه بر بیماری‌های شایع زنان

عفونت‌های شایع واژینال

عفونت‌های ادراری-تناسلی یکی از شایعترین علل مراجعه بیماران به مطب‌های زنان است. ترشحات طبیعی واژن متشکل از ترشحات ولو از غدد سپاسه-غدد عرق-غدد بارثولن و غدد اسکن-ریزش سلول‌های واژن و دهانه رحم، ترشحات انودومتریال-میکروارگانیسم‌ها و محصولات متابولیکی آنها می‌باشد. ترشحات واژینال بدلیل افزایش مقدار ترشحات سرویکس در نیمه سیکل زیاد می‌شود.



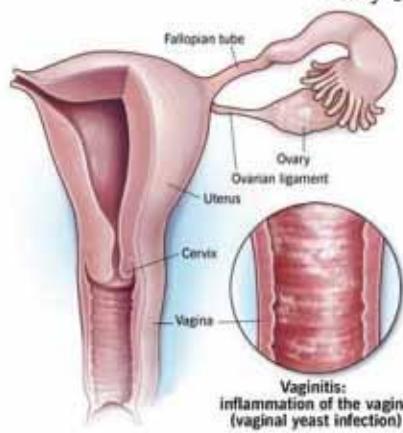
pH نرمال واژن کمتر از ۴/۵ است، که توسط تولید اسید لاتکی حفظ می‌شود. ترشحات نرمال واژینال قوام لخته‌ای دارد، سفید است و اغلب در فورنیکس خلفی جمع می‌شود.

عفونت‌های قارچی واژن

یکی از شایعترین عفونت‌های واژینال کاندیدیازیس یا عفونت قارچی واژن است. عواملی که خانم‌ها را مستعد می‌کند: ۱- مصرف آنتی بیوتیک ۲- حاملگی-۳- دیابت-۴- استرس-۵- بی خوابی است.

حاملگی و دیابت هر دو با کاهش کیفی اینمی سلولی همراه بوده که منجر به بروز بیشتر عفونت‌های قارچی واژن می‌گردد.

علائم شایع شامل: خارش که همراه با ترشحات واژن پنیری شکل است. ترشحات می‌تواند آبکی تا غلیظ و یکنواخت باشد. سوزش واژن-درد هنگام مقاربت نیز از علائم دیگر است.



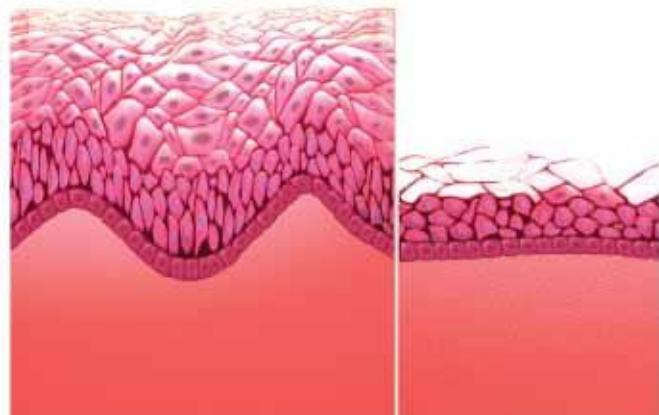
درمان عفونت‌های قارچی واژن با آزول‌ها مؤثرتر از نیستاتین است، علائم معمولاً ۳-۴ روز از بین می‌رود. درمان مکمل با یک استروئید ضعیف در کاهش بعضی علائم آزار-دهنده خارجی مؤثر است.

واژینیت آنرووفیک

زگیل‌های تناسلی خارجی ناشی از عفونت با HPV است. اغلب موقعاً تیپ ۱۱-۶ مسئول آن است که از نوع کم خطر HPV می‌باشد. HPV انواع ۱۶/۱۸-۳۱/۳۵-۲۵ که پر خطر هستند گاهاً در زگیل‌های آنوزنیتیال بافت می‌شوند. خراش‌های جزیی که حین نزدیکی اتفاق می‌افتد باعث آسیب مخاطن احیه تناسلی و تماس مستقیم ذرات ویروس موجود در بدن پارتner بافت آسیب دیده، می‌شود. زگیل‌های تناسلی خارجی، خیلی مسری هستند. بیش از ۷۵٪ پارتnerها پس از تماس، دچار تظاهرات HPV می‌شوند. هدف از درمان، از بین بدن زگیل است. امکان ریشه‌کن کردن عفونت ویروسی وجود ندارد. معلوم نیست که آیا درمان زگیل‌ها باعث کاهش انتقال HPV می‌شود یا خیر؟ انتخاب نوع درمان بسته به محل، سایز، تعداد ویروس، هزینه، اثربخشی، آسایش بیمار و عوارض نامطلوب احتمالی دارد. اغلب، عود در اثر فعال شدن مجدد عفونت تحت بالینی است تا در اثر ابتلای مجدد از پارتner جنسی. واکسن برروی HPV تیپ ۱۶-۱۸-۵۲-۶۹ موصّر است. و توصیه می‌شود که تزریق انجام شود. محل تزریق در عضله دلتوئید (بازویی) است.



استروژن در حفظ اکولوژی نرم‌مال واژن نقش مهمی دارد. در زنان یائسه ممکن است واژینیت التهابی پیدا شود که همراه با ترشحات واژینیال افزایش یافته و چرکی است. علاوه بر این، این خانم‌ها ممکن است درد زمان مقاربت و خونریزی پس از آن داشته باشند که علت آن نازک شدن و شکنندگی بافت واژن می‌باشد. در این موارد درمان آن داروهای هورمونی به مدت ۱-۲ هفته می‌باشد.



تب خال تناسلی

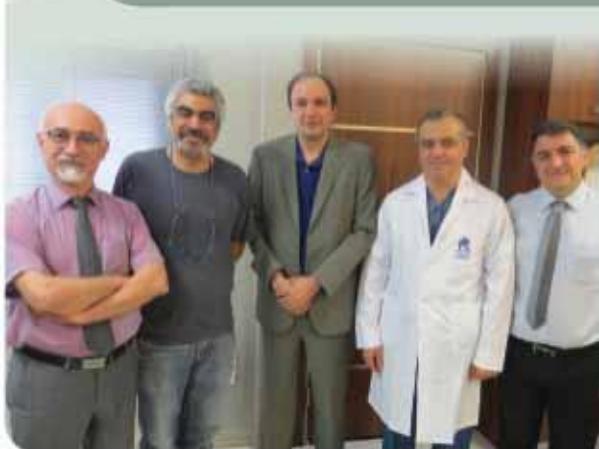
بصورت وزیکول‌های گروهی مخلوط با زخم‌های کوچک، دیده می‌شوند. چون تشخیص هریس زنیتیال برای خانم‌ها آزاردهنده است و تصویر آنها از خود و توانایی شان در برقراری رابطه جنسی جدید و بچه‌دار شدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا کشت سلولی و PCR، تست ارجح برای تشخیص است. درمان آن داروی ضد ویروس به مدت ۷-۱۰ روز است یا تویتی که بهبودی کامل حاصل شود. اگرچه این داروها باعث کنترل نسبی علائم و نشانه‌های هریس بالینی می‌شوند ولی وقتی دارو قطع شد دیگر تأثیری روی ریسک عود بعدی و شدت آن ندارند.

در افرادی که عباراً بیشتر عود هریس در سال دارند درمان روزانه نگهدارنده توصیه می‌شود. درمان نگهدارنده تا حدودی سبب کاهش ریش، با علامت و بی علامت ویروس و پتانسیل انتقال آن می‌شود.



□ گذری بر اهم اخبار

□ همکاری صدا و سیما و جمهوری اسلامی ایران با بیمارستان جم



بخش‌هایی از فصل سوم مجموعه تلویزیونی "فوق لیسانسه‌ها" به کارگردانی و نویسنده‌ی آقای سروش صحت در بیمارستان جم از شهریور ماه ۹۸ در حال ساخت و تهیه می‌باشد. این مجموعه تلویزیونی پر طرفدار درام، کمدی، رمانیک، فصل سوم سریال "لیسانسه‌ها" می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ فصل اول آن و در سال ۱۳۹۶ فصل دوم آن از شبکه سوم سیما به نمایش درآمد.

□ دکتر امید روحانی برگزیده جامعه پزشکی



دکتر امید روحانی پزشک متخصص بیهوشی بیمارستان جم، متولد ۱۳۲۶ در تهران در شهریور ماه سال جاری از سوی سازمان نظام پزشکی کل کشور، به عنوان برگزیده جامعه پزشکی منصوب گردید. لوح سپاس سازمان نظام پزشکی همه ساله به پاس تقدیر از تلاش‌های صادقانه پزشکان در جهت ارتقاء سلامت جامعه به پزشکان اهداء می‌گردد.

□ کارگاه آموزشی جراحی کارسینوماتوزیریتوئی (Pipac-Hipec)



کارگاه آموزشی جراحی کارسینوماتوزیریتوئی (Pipac-Hipec)، در تاریخ ۲۸ و ۲۹ شهریور ماه سال جاری با حضور اساتید، پزشکان متخصص و فوق تخصص از سراسر ایران در سالن کنفرانس بیمارستان جم برگزار گردید. بیمارستان جم در انجام جراحی هایپک در ایران و در انجام جراحی پیپک در خاورمیانه بعنوان اولین مرکز درمانی فعالیت می‌نماید. در این کارگاه آموزشی یافته‌های نوین پزشکی در زمینه (Pipac-Hipec) مطرح گردید.

۴

افتخار علمی در سطح بین‌المللی و ملی



شصت و ششمین اجلاس وزرای بهداشت منطقه مدیترانه‌ی شرقی سازمان جهانی بهداشت از ۲۲ لغایت ۲۵ مهر ماه در تهران با حضور ریاست جمهوری و وزرای منطقه تشکیل و جایزه سازمان جهانی بهداشت (WHO) در منطقه مدیترانه‌ی شرقی (EMRO) در سال ۲۰۱۹ به پاس تقدیر از تلاش آقای دکتر علیرضا استقامتی در زمینه "دیابت" به ایشان اهداء گردید.

۵

کارگاه آموزشی ابليشن فيبريلاسيون دهليزي و تازه‌های پيس ميکر



با همکاری انجمن علمی الکتروفیزیولوژی قلب ایران در تاریخ ۲۵ مهر ماه سال جاری، کارگاه آموزشی ابليشن فيبريلاسيون دهليزي و تازه‌های پيس ميکر همراه با برنامه زنده کاشت پيس ميکر بدون ليد، با حضور پزشکان متخصص و فوق تحصص از سراسر ایران و سخنرانان ویژه جناب آقای دکتر حمید افشار الکتروفیزیولوژیست از مرکز پژوهشی Baylor (USA) جناب آقای دکتر امیر شرفخانه (USA)، برگزار گردید. در پایان مراسم از ایشان تقدیر بعمل آمد.

۶

حضور تیم فوتسال بیمارستان جم در مسابقات فوتسال بیمارستان‌های خصوصی تهران



پانزدهمین دوره مسابقات فوتسال بین بیمارستان‌های خصوصی تهران در هفته سوم آبانماه جاری با حضور ۲۸ شرکت کننده آغاز گردید. تیم فوتسال بیمارستان جم به حمایت هیئت مدیره کنونی بیمارستان و با همراهی و سرمربیگری اسطوره فوتسال دنیا "آقای وحید شمسایی" در این دوره مسابقات شرکت نموده است.

۷

بزرگداشت هفته ملی دیابت



طی سال‌های اخیر افزایش شیوع بیماری دیابت در جهان، این بیماری را به بزرگترین ایدمی تاریخ تبدیل کرده است. به همین مناسبت بیمارستان جم از ۱۸ لغایت ۲۴ آبان ماه مراجعین دیابتی را بصورت رایگان تحت ویزیت، مشاوره-درمانی، مشاوره تغذیه، قرار داده است. با توجه به نقش حائز اهمیت خانواده‌ها شعار روز جهانی دیابت "از خانواده خود محافظت کنید" انتخاب شده است.



الناظبایی

کارشناس مسئول مهندسی پزشکی (بیوالکتریک)
دانشجوی کارشناسی ارشد مهندسی پزشکی
(بیومتریال)

تجهیزات پزشکی خانگی (قسمت سوم)

در دو فصل گذشته به معرفی دستگاه‌های خانگی از جمله دستگاه ساکشن و دستگاه CPAP پرداختیم، اینک با معرفی یک فریم دیگر از تجهیزات پزشکی خانگی به نام دستگاه تغليظ اکسیژن همراه (اکسیژن ساز)، همراه شما عزیزان هستیم.

دستگاه اکسیژن ساز خانگی و اکسیژن ساز همراه، اکسیژن ساز اصطلاحی است که به جای کلمه لاتین Oxygen concentrator استفاده می‌شود. اما معنی لغوی این واژه تغليظ اکسیژن است.

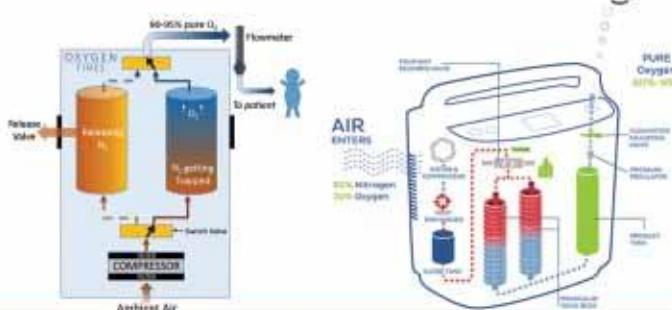
اکسیژن ساز یکی دیگر از مهم ترین دستگاه‌هایی است که امروزه برای بیمارانی که از انواع بیماری‌های تنفسی مثل بیماری مزمن انسداد ریه (بیمارانی که دارای نارسايی ریوی از جمله COPD و ILD) و آمفیزرم و همچنان بیمارانی که سطح اکسیژن خونشان از حد نرمال پائین تر است، بکار می‌رود.

این دستگاه حتی برای افرادی که دچار بیماری آسمی، پونومی، قلبی و همچنان برای برخی افراد سالم جهت رفع خستگی روزانه نیز کاربرد دارد. این دستگاه با تغليظ اکسیژن هوا پرآمون ما و از بین بردن نیتروژن، اکسیژن طبی بالای ۹۵٪ را تولید می‌کند. هوای که ما تنفس می‌کنیم شامل ۷۸٪ نیتروژن، ۱٪ اکسیژن و ۱٪ آرگون می‌باشد.

مکانیزم و عملکرد دستگاه:

این دستگاه با جداسازی اکسیژن از نیتروژن و آرگون توسط یک کمپرسور هوا و دو مخزن پر شده از زبولیت، درصد خلوص اکسیژن را تا ۹۵٪ بالا می‌برد. به طوری که کمپرسور هوا محیط را به داخل دستگاه می‌آورد و مواد معدنی متخلخل زئولیت مولکول‌های نیتروژن را از هوا تحت فشار چذب می‌کنند و به گاز اکسیژن اجازه عبور می‌دهد و نیتروژن از مخازن هوا دوباره به محیط برگردانده می‌شود.

این فرایند دوز بالایی از اکسیژن (حدوداً ۵ برابر اکسیژن هوا محیط) را به عنوان خروجی و با فشاری معادل ۱/۵ برابر فشار اتمسفری به بیمار می‌دهد.



دو نوع اصلی از اکسیژن ساز با نام‌های رایج اکسیژن ساز ثابت و اکسیژن ساز قابل حمل (برتابل) برای کاربردهای مختلف وجود دارد.

در گذشته بیماران مجبور بودند از کپسول‌های قابل حمل یا اسپری‌هایی که حجم بسیار کمی از اکسیژن را در خود نگه می‌دارند در خارج از خانه استفاده کنند که محدودیت‌های بسیار زیادی را برای بیمار ایجاد می‌کرد. و همچنان در طولانی مدت از نظر اقتصادی نیز به صرفه نیستند. امروزه با وجود دستگاه اکسیژن ساز و خطر آفرین بودن نگهداری کپسول اکسیژن در منزل، استفاده‌ها این دستگاه در منزل توصیه می‌گردد.

اکسیژن ساز خانگی:

این نوع دستگاه وزنی حدود ۱۳ کیلوگرم دارد و برای استفاده در منزل کاربرد دارد و در ظرفیت‌های ۳ لیتری - ۵ لیتری - ۱۰ لیتری موجود هستند که اکسیژن را به طور مداوم برای بیمار تولید می‌کنند. در نظر داشته باشید که حتماً به توصیه‌های پزشک خود توجه کنید و در صورتی که پزشک میزان اکسیژن مورد نظرتان را تجویز نکرده اکسیژن ساز ۵ لیتری برای شما مناسب می‌باشد. بیماران حاد ربوی، سرطانی و بیمارانی با تخریب بالای ۶۰٪ ریه نیاز به دستگاهی بزرگ‌تر و با ظرفیت بیشتر دارند.

اکسیژن ساز همراه:

این دستگاه از نظر عملکردی شبیه دستگاه‌های خانگی می‌باشد با این تفاوت که به جز برق شهری توانایی کار با اباضری نیز دارد. بیشتر این دستگاه‌ها بصورت پالسی اکسیژن را به بیمار می‌دهند.

مارک‌های موجود دستگاه عبارتند از:

Devilbess, Airsep, Inogen, Longfian, MIC, Yuwell, EMG

نکات:

- با توجه به اینکه اکسیژن خارجی خشک می‌باشد و جذب اکسیژن مرتبط بسیار بیشتر از اکسیژن خشک می‌باشد بنابراین یک لیوان مرتبط کننده در کنار دستگاه وجود دارد که باعث مرتبط شدن اکسیژن می‌شود.

- به منظور سطح بررسی اکسیژن خون بیمار، می‌توانید از یک دستگاه پالس اکسی متر استفاده کنید.

موارد مهم در حین خرید:

- دارا بودن تاییدیه‌ها (مثل FDA) یا نشان‌ها (مثل CE) یا استانداردهای لازم

- ظرفیت خروجی دستگاه - وزن دستگاه - بدون صدا و لرزش بودن

- مدت زمان و نحوه خدمات پس از فروش و گارانتی

به امید سلامت و شادکام روز افزون شما همراهان گرام و

مردم ایران زمین

دکتر محسن تدین فر

متخصص جراحی عمومی



گذری بر زندگی پیشکسوتان

بنام خداوند جان و خرد

کریز برتراندیشه بر نگذرد

بنده دکتر محسن تدین فر متخصص جراحی عمومی متولد ۱۳۲۵ در تهران دارای یک فرزند پسر به نام امیرعلی که فارغ التحصیل رشته مهندسی صنایع بوده و یک نوه حدود ۳ ساله به نام پندرامی باشم. دوران دبستان را در مدرسه برهان در جنوب شهر تهران گذرانده و دوران دبیرستان را در دبیرستان هدف شماره ۳ به اتمام رساندم. در دوران نوجوانی به دلیل علاقه به ورزش فوتبال در تیم کیان سابق تحت نظر مرحوم استاد امیر آصفی با افراد صاحب نامی جون آقامان پرورین - حاج رضانی و ... هم بازی بودم. در دوره دبیرستان بنابر تشویق مرحوم اصغر تهرانی که داور بین المللی فوتبال و بسکتبال و در عین حال معاون آن دبیرستان بودند به ورزش بسکتبال رو آوردم، بطوریکه در سال آخر تیم ما قهرمان آموزشگاههای تهران و سپس کشور شد پس از پایان دوره دبیرستان در کنکور دانشگاه ملی آن زمان و شهید بهشتی کنونی شرکت و در رشته پزشکی قبول شدم.

در دانشگاه به مدت ۵ سال متولی قهرمان بسکتبال دانشگاههای کشور شدم و یک سال هم در تیم منتخب تهران قهرمان بسکتبال کشور شده و به تیم ملی دعوت شدم اما در ابتداء سال پنجم دیدم رشته تحصیلی من با ورزش حرفه‌ای هم خوانی ندارد و لذا از همان روز علیرغم تمامی فشارها ورزش حرفه‌ای را کنار گذاشت و تمامی هم و غم خود را صرف رشته تحصیلی امنموده و به مدت ۳ ساله رتبه اول دانشکده را کسب نمودم. پس از فارغ التحصیلی به مدت ۲ سال در سپاه بهداشت آن زمان خدمت نمودم و پس از آن در کنکور رزیدنتی جراحی عمومی در دانشگاه تهران شرکت و موفق به اخذ درجه تخصصی جراحی عمومی از آن دانشگاه شدم و بنا به درخواست اساتید گرانقدر مرحوم جناب آقای دکتر وارطانی و استاد دکتر اکرامی به آموزش رزیدنتها در آن بخش مشغول و آنگاه جهت اخذ درجه فوق تخصصی در جراحی سرو گردن به انگلستان رفت و به مدت ۱۰ ماه در بخش جراحی سرو گردن بیمارستان ایلین مشغول گذراندن آن رشته بودم اما متأسفانه به دلیل مشکلات خانوادگی مجبور به بازگشت به ایران شدم. پس از بازگشت حدود اوایل سال ۱۳۷۰ داوطلبانه به شهر زلزله زده رودبار رفت و قرار بود به مدت ۲ ماه در آنجا خدمت نمایم. شهری که فقط تل خاکی از آن برجا مانده بود و خانوادهای نبود که کمتر از ۳۰ کشته نداده باشد. مردم باقی مانده هم تمامی مال و مثال خود را از داده بودند. آن زمان در تمام این شهر حتی یک پزشک خارجی هم نبود. پس لزمه‌ها

تمامی نداشت و در این شرایط بنابر درخواست مردم ۲ ماه تبدیل به حدود ۱۰ سال شدو من در یک کانکس و در یک بیمارستان چوبی اهدائی بازار مشترک اروپا ۱۰۰۰۰ عمل جراحی انجام و زندگی نمودم. و هرگز حتی برای لحظه‌ای به فکر مسائل مالی نبودم و تنها لذتمن خدمت بود.

من در آن مدت خیلی چیزها فراگرفتم و خاطرات بسیار زیادی از آن مدت دارم که در این مجال قابل ذکر نمی‌باشد. در پایان این مدت تنها توشه من گه همیشه سرمشق زندگی من بوده و هست این یک بیت شعر است.

توینکی میکن و در جلد انداز

که ایزدربایانت دهد باز

پس از پایان خدمت در رودبار به تهران آمد و بعنوان مشاور پزشکی بانک ملت و مستشول فنی مرکز درمان آن بانک مشغول و بیماران خود را در بیمارستان جم درمان می‌نمودم تا اینکه با لطف و محبت بزرگان آن زمان بیمارستان سهامدار بیمارستان شدم و همان موقع به عضویت هیئت مدیره انتخاب شدم. آنچه امروز در بیمارستان جم ملاحظه می‌نمایید حاصل تلاش‌های شبانه روزی آن هیئت مدیره و شخص جناب آقای دکتر احمد میر مدیر عامل آن زمان می‌باشد. ایجاد بخش کت‌لب. ICU، جنرال، ICU قلب، تغییرات وسیع اتاق عمل، جایگاهی و توسعه بخش‌ها و بسیاری کارهای دیگر آن هم به قول معروف با دست خالی و فارغ از هر پس اندیزی فقط با فروش چند سهم و درآمد روزانه بیمارستان پس از این دوره با یک دوره فاصله مجدداً به عضویت هیئت مدیره انتخاب و به مدت ۳ سال و اندی در سمت مدیر عامل بیمارستان انجام وظیفه نمودم. در این مدت قسمت اعظم تلاش من صرف قانون مند کردن بیشتر بیمارستان و ایجاد یک جو آرام و دوستانه در کنار سایر اقدامات گذشت. تا اینکه هیئت مدیره جدید انتخاب و از بنده خواستند در سمت مدیر عامل ادامه کار دهم اما متأسفانه پس از اندک مدتی دچار اختلاف سلیقه در مدیریت بیمارستان شدم و بنده برای آنکه دست هیئت مدیره برای اجرای اهدافشان باز باشد استعفا داده و به کار اصلی خود یعنی طبابت بازگشتم.

در خاتمه ضمن آرزوی موفقیت برای مدیر عامل محترم و اعضاء گرامی هیئت مدیره در رسیدن به اهدافشان بنده در کنار این عزیزان از هیچ‌گونه همراهی و هم دلی دریغ نکرده و نخواهم کرد.

باشد که نام نیک بیمارستان جم که آسان بdest نیامده و حاصل تلاش اساتید و پیشکسوتان محترم می‌باشد همچنان باقی بماند. انشاء الله که چنین خواهد شد.



مرحوم دکتر ویلسون بیت منصور

از مفاخر جامعه پزشکی ایران
سهامدار و پژوهشگر اسبق بیمارستان جم

نگاهی بر زندگی مرحوم دکتر ویلسون بیت منصور

دکترو ویلسون بیت منصور، بیشک آشوری - ایرانی و فعال سیاسی پیشگام در احقاق حقوق جامعه آشوریان مسیحی در خاورمیانه، روز جمعه ۲۴ ماه مه ۲۰۱۹ میلادی برابر با ۳ خرداد ۱۳۹۸ خورشیدی، در منزل خود واقع در منهتن نیویورک، در ۹۱ سالگی و در کمال آرامش درگذشت. دکتر بیت منصور، ملی‌گرای ثابت قدم بود که عمری را صرف ایجاد اتحاد آشوریان ساکن در ایران، عراق، سوریه، ترکیه و سراسر جهان کرد؛ با این هدف نهایی که موطنه آشوری در شمال عراق کنونی پایه‌گذاری شود، در همین راستا بود که در سال ۱۹۷۰ م. (۱۳۴۹ خ.) و در کنگره سوم اتحادیه جهانی آشوریان واقع در کلن آلمان، به عنوان اولین دبیر کل این اتحادیه برگزیده شد. وی تا همین سال‌های اخیر نیز به عنوان عضو هیأت مشاوران همین اتحادیه فعالیت داشت. لازم به ذکر است که تحت رهبری ایشان بود که اتحادیه جهانی آشوریان ندای حق طلبی آشوریان را به گوش همه جهانیان رسانید، با تأکید بر این خواسته واحد و نیاز به موطنه امن که در آن فجایع و نسل‌کشی‌های مانند آنچه که بین سال‌های ۱۹۱۸-۱۹۱۴ م. توسط عثمانی‌ها، و در سال ۱۹۳۳ م. در قتل عام سیم در عراق امروزی، و نیز در قلع و قمع نژادی به دست داعش انجام گرفت، تکرار نشد.

دکترو ویلسون بیت منصور، دو دوره از سال ۱۹۶۸ تا ۱۹۷۶ م. (۱۳۴۷-۱۳۵۵ خ.) به عنوان نماینده آشوریان در مجلس شورای ملی ایران برگزیده شد. وی مؤسس و ناشر روزنامه آشور بود؛ که او ایل به صورت ماهنامه و سپس دو هفت‌نامه به زبان‌های آشوری، فارسی و انگلیسی در تهران منتشر می‌شد و به خبررسانی در زمینه مسائل و وقایع مرتبط با آشوریان در سراسر جهان اختصاص داشت.

دکتر بیت منصور در میان اولین گروه‌های پژوهشکان تحصیل کرده ایران بود که در دهه ۱۹۵۰ م. (دهه ۱۳۳۰ خ.) جهت تکمیل دوره‌های آموزشی و تخصصی به ایالات متحده اعزام شدند، و با آخرین یافته‌های پژوهشی مدرن به ایران بازگشته‌اند. وی از پیشگامان ایجاد و سازماندهی پژوهشی نوین در ایران بود؛ آن‌هم در مقاطع حیاتی دهه‌های ۱۳۴۰ و ۱۳۵۰ خ. که کشور، دوران توسعه سریع خود را طی می‌کرد. دکتر بیت منصور از بنیان‌گذاران بیمارستان جم بود که از بزرگ‌ترین و پیشرفته‌ترین مراکز درمانی در خاورمیانه به شمار می‌رفت. او در زمان اشتغال به حرفه خود، از جراحان برجسته در رشتہ زنان و زایمان بود، و در دهه ۱۹۹۰ م. (دهه ۱۳۷۰ خ.) تازه‌ترین شیوه‌های جراحی ترمیمی را در ایران متداوی ساخت. دکتر بیت منصور در ۲۷ شهریور ۱۳۰۶ خ. در ارومیه به دنیا آمد. سه ساله بود که پدر وی، مرحوم یوناثان، دارفانی را وداع گفت، و سپرستی او و چهار

برادر و دو خواهرش بر عهده مادرشان، مرحومه آنا، قرار گرفت. پس از اخذ دیپلم از دبیرستان ماندگار البرز، وارد دانشکده پژوهشی دانشگاه تهران شد، و پس از فارغ‌التحصیلی، دوره کارورزی و تخصصی خود را در بیمارستان بیلوو واقع در شهر نیویورک گذراند. وی با دکتر ریکا بتالخاص ازدواج کرد، که همکار پژوهش آشوری ایرانی ایشان بود و او نیز دوره کارورزی خود را در رشته طب کودکان در شهر نیویورک می‌گذراند. آنان در سال ۱۳۳۹ خ.، پس از تکمیل دوره کارورزی پژوهشی، به ایران بازگشته‌اند، و دارای دو فرزند به اسمی یونیس و رامان شدند.

دکتر بیت منصور به محض بازگشت به ایران، وارد فعالیتهای جامعه آشوری شد. وی با احیا و تقویت تشکیلات آشوریان که پیش تر در حال رکود بود، در سازماندهی جامعه آشوری ایران کوشید، در سال ۱۳۴۷ خ. به عنوان نماینده آشوریان در مجلس قانونگذاری ایران برگزیده شد و تا سال ۱۳۵۵ خ. در این مقام خدمت کرد. علاوه بر تأسیس روزنامه آشور، مدرسه سوسن را در تهران بنیان گذاشت تا آموزش تحصیلی به سه زبان آشوری، فارسی و انگلیسی را از کودکستان تا دیپلم در اختیار دانش آموزان قرار دهد. همچنین کانون جوانان آشوری را پی‌نهاد تا به همراه مجتمع آموزشی سوسن، مکانی برای رشد و بالندگی جوانان آشوری در ایران باشد. وی چندین کتاب تاریخی و ادبی آشوری و انگلیسی را به زبان فارسی ترجمه کرد. همین امر به تقدیم جایزه ادبی آشور به ایشان به عنوان نویسنده آشوری سال ۱۹۸۱ م. (۱۳۶۰ خ.) منجر شد.

پس از سقوط رژیم صدام حسین در سال ۲۰۰۳ م. (۱۳۸۲ خ.)، ضرورت داشتن سرزمهینی برای آشوریان بیشتر مطرح شد؛ خصوصاً به این علت که از آن پس نیز فشارها بر جامعه آشوری مسیحی بیشتر شد و نسل‌کشی توسط داعش موجب پراکندگی بیشتر و مهاجرت روزافروز جامعه مسیحی از عراق و سوریه گشت. دکتر بیت منصور، دردهه هشتاد عمر خویش به تلاش شخصی خود در احقاق حقوق آشوریان همچنان ادامه داد. وی به عنوان دبیر کمیته ارتباطات بین‌المللی اتحادیه جهانی آشوریان، از روابط شخصی خویش با دول مختلف در سراسر جهان بهره برداشت از جامعه آشوری از سوی سازمان ملل متحد به رسمیت شناخته و اتحادیه جهانی آشوریان به عنوان نماینده آشوریان جهان در سازمان ملل و اقوام فاقد نماینده (UNPO) پذیرفته شد.

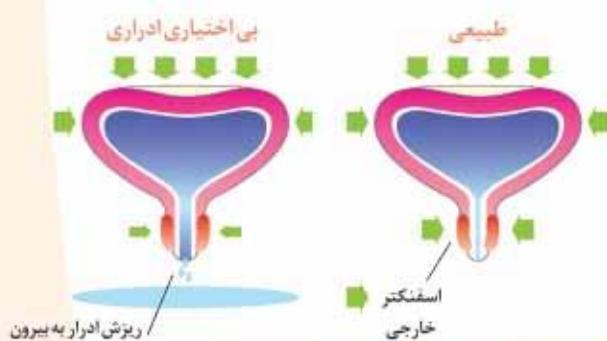
با زمان‌گان دکتر بیت منصور عبارت‌اند از همسروی دکتر ریکا (نورا) که



شصت سال شریک زندگی او بوده، فرزندانش یونیس و رامان، بالآخره عروسش لارنس، و نوه‌های او سارینا و ایرتون سارگون.

سیستوسل، رکتوسل، و پرولاپس رحم و شل بودن عضلات کف لگن و مشکلات مربوط به اختلالات جنسی مشخص می‌شود. سپس بر اساس نوع بیماری فرد تست‌های تشخیصی شامل آزمایش ادرار، تست بورودینامیک (نوار ادرار و مثانه) و معاینات دقیق جهت بررسی پرولاپس و شل بودن عضلات کف لگن، بررسی فشار و دترسور و فانکشن مثانه انجام می‌شود و همچنین بررسی وجود تومور مثانه در ابتدایی ترین مرحله برای سیگاری‌ها با کیت (22NMP) که روش ساده و آسان جهت screen تومور مثانه است و مثل Babychek (بیوفیدیک)، درمان‌های Conservative شامل Biofeextack و صندلی Electrical stimulation و صندلی Neocontrol تقویت عضلات کف لگن با امواج الکترومغناطیسی و تحریکات الکتریکی کف مثانه) می‌باشد، که سبب تقویت عضلات کف لگن خصوصاً پس از حاملگی و زایمان می‌شود و شل بودن عضلات واژنال و کف لگن برطرف می‌گردد.

فردبی‌مراجعه‌ی بیمارستان، پاتوجه‌یه اینکه تمامی تست‌های با حضور بیزش انجام می‌شود نه تکنسین، با یکبار مراجعت، تمامی روش‌های تشخیصی انجام می‌شود و درمان فرد تعیین می‌شود که اگر در مراحل اولیه باشد از درمان‌های Conservative و اگر در مراحل پیشرفته باشد با تزریق آمپول در مثانه و یا گردن مثانه و یا روش‌های گذاشتن مش روش T.V.T, T.O.T, Sling و جراحی‌های مدرن دیگر) توصیه می‌شود.



دکتر مهری مهراد

■ جراح و متخصص کلیه و مجرای ادرار
■ فوق تحصص مثانه



بی اختیاری ادراری و شب ادراری

بی اختیاری ادراری مستعله‌ای است که میلیون‌ها زن و مرد به آن مبتلا هستند و علل بی اختیاری ادراری در زنان و مردان متفاوت است. در زنان علل بی اختیاری ادراری شامل عفونت ادراری و واژنال، شل بودن عضلات و لیگامان‌های کف لگن به علت زایمان و یا حاملگی، یا ناسگی، حاملگی‌های متعدد خصوصاً حاملگی‌های در سنین پائین، کم بودن با فقدان استروزن، جراحی‌های قبل مثل هیسترکتومی یا جراحی‌های لگنی، و اختلالات مادرزادی مثانه و مجرأ و حالب مثل حالب نابجا یا مثانه نوروژنیک و سالمندی می‌باشد.

علت بی اختیاری ادراری در مردان شامل: مشکلات پروستات، پس از جراحی‌های پروستات و تنگی مجرأ علل اختلالات آناتومیک مثانه و مجرأ و همینطور سالمندی می‌تواند باشد. عفونت ادراری و بیوست می‌تواند به شکل گذرا فرد را چار بی اختیاری ادراری نماید.

انواع بی اختیاری ادراری شامل: Overflow, Total Incontinency, Overactive Bladder, S.U.I, Mixed Incontinency می‌باشد.

بی اختیاری فوری ادرار (Urge Incontinency) که فرد به محض احساس ادرار، احساس فوریت شدید می‌کند و سریعاً باید خود را به دستشویی برساند و اغلب قبل از رسیدن به توالت دچار ریخت ادرار و بی اختیاری می‌شود. علت این نوع بی اختیاری می‌تواند Over Active Bladder یا Detrusor Hyperreflexia باشد.

بی اختیاری استرسی ادرار (Stress Urinary Incontinency) که فرد با سرفه و عطسه یا بلند کردن اشیا سنگین، ورزش، دویدن، خنده‌دن و نزدیکی کردن، پریدن و یا تغییر وضعیت از حالت نشسته به ایستاده دچار ریخت و بی اختیاری ادراری می‌شود. این نوع بی اختیاری شایع‌ترین بی اختیاری ادرار در زنان می‌باشد، که اغلب همراه با وجود انواع سیستوسل‌ها و پرولاپس و رکتوسل می‌باشد.

بی اختیاری Mixed، ترکیب هر دو نوع بی اختیاری I.Urge, S.U.I است. بی اختیاری کامل ادرار، که فرد در تمام ساعات شبانه روز و بدون ارتباط به هیچ فعالیتی دچار Leakage و یا نشت ادراری می‌شود، فرد احساس دفع ادرار ندارد و مدام Wetting دارد.

تشخیص دقیق نوع بی اختیاری ادراری، مهم ترین مستله در درمان مؤثر آن است، در بیمارستان جم تمام روش‌های تشخیص در یک جلسه انجام می‌شود.

بیماران به محض ورود شرح حال خود را اعلام می‌کنند که بر اساس آن اطلاعات، نوع بی اختیاری ادراری فرد و همینطور وجود علائمی مانند



ashraf.nasiripour

کارشناس ارشد مدیریت دولتی

با دیگران را از طرق مناسبات با دوستان، خویشاوندان و همسایگان خود تأمین می کرددند. امروزه در همه جا، از جمله در کشور ما، این ارتباطات با سبک و سیاق سابق برقرار نیست و به شدت محدود شده است. یک بررسی آماری جالب در آمریکا حاکی از آن است که اعضای سابق یک خانواده که امروز به دلیل استقلال در زندگی شخصی شان زیر یک سقف زندگی نمی کنند، با یکدیگر صدها کیلومتر فاصله جغرافیایی پیدا کرده اند و این فاصله به معنی آن است که یکدیگر را بسیار کمتر از گذشته می بینند و ارتباطات کمتری دارند.

این نیازهای طبیعی از یک سو و شرایط کار و زندگی این روزهای مردم از سوی دیگر، سازمان های پیشرو و طالب موفقیت را به این نتیجه و سیاست رسانده است که باید بخشی از نیاز کارکنانشان به دوستی و صمیمیت را در محل کار تأمین کنند. اهمیت و ضرورت موضوع به اندازه ای است که موسسه معتبر گالوب که سال هاست به دنبال کشف دلایل موفقیت سازمان های موفق در حال تحقیق و پژوهش است هم به این نتیجه رسیده که: (مدیرانی که تصور می کنند صمیمی کردن محیط کار و تقویت ارتباطات دوستانه بین کارکنان وظیفه آن ها نیست و ربطی به کار و سازمان ندارد، طبیعت انسان را درک نکرده اند).

خلافیت، دلیلستگی و بهره وری در کار تا حدود زیادی به شادابی محیط کار مرتبط است. کارکنانی که در محیط کار احساس شادی و فرصل برای شادی کردن دارند و از کار و همکاران و محیط کارشان لذت می برند، خلاق تر و موفق ترند.

نگاه مثبت به سرنشیت کارکنان (نظریه ۷) می گوید که افراد می توانند کار را مثل بازی و تفریح تلقی کنند؛ مشروط بر آنکه به خوبی هدایت شوند، ابزار و امکانات لازم را در اختیار داشته باشند و تشویق شوند.

شاد بودن و شادی کردن کارکنان در محیط کار لزوماً به معنی جدی نگرفتن کار و کم کاری نیست. شاد بودن و شادی کردن همچنین به معنی زیر پا گذاشتن ارزش ها و تخریب فرهنگ و اصول نیست. یک شرکت موفق هوایپیمایی غربی در مصاحبه های استخدامی از داوطلبان استخدام می خواهد که باشند و یک لطیفه تعریف کنند. این شرکت می خواهد از شوخ طبعی و ظرفیت کارکنان برای کار در محیط های کاری شاد و صمیمی اطمینان پیدا کند.

سازمان های موفق جهان به دنبال کارکنانی می گردند که کار را جدی می گیرند، اما خودشان را خیلی جدی نمی گیرند. آن ها با تعیین محدوده ها و خطوط قرمز اجازه می دهند که کارکنان ضمن آنکه خوب و سخت کار می کنند، از کار و همکار و محیط کاری صمیمانه ای برخوردار باشند و ساعت های کاری مفرغ، شاد و لذت بخشی داشته باشند.

البته دوستانه کردن فضای کار و محیط سازمان می تواند حکم تبع دو لبه هم پیدا کند. برای مثال ممکن است مناسبات دوستانه بین مدیر با کارکنانش او را در زمان ارزیابی عملکرد وارانه باز خورد به کارکنانی که رفتار و

- آیا دوستی و صمیمیت را در محل کار توصیه می کنید؟
- قدر با کارکنان اسم دوست باشم و چقدر اجازه دهم تا محیط کار دوستانه و صمیمی باشد؟
- آیا باید از ارتباطات دوستانه بین همکاران که گاهی به بیرون از محل کار هم منتقل می شود نگران باشم یا خوشحال؟
- حد و مرزها در این موضوع چجاست؟

انسان نیازهای متنوعی دارد. نیاز به امنیت، صمیمیت، شادی، حمایت و تعلق به گروه بخشی از این نیازهای است. او موجودی اجتماعی است و بسیاری از نیازهایش هم ماهیت جمعی و اجتماعی دارند. بخش عمده ای از زندگی ما در محل کار و در کنار همکارانمان می گذرد و به همین دلیل بخشی از نیازهای طبیعی ما هم باید در محل کار و در میان همکارانمان تأمین و ارضاشود.

گروه ها و ارتباطات گروهی کارکنان بخشی از فرهنگ سازمان هاست. چه بخواهیم و چه نخواهیم کارکنان ما با یکدیگر ارتباط برقرار می کنند و بین بعضی از آن ها روابط دوستانه و صمیمی شکل می گیرد. حتی تعدادی از کارکنان ما به بهترین و صمیمی ترین دوستان هم تبدیل می شوند. گروه های متعین پتانسیل های زیادی است. اصولاً بسیاری از کارهای بزرگ و مهم جز توسط گروه های منسجم و صمیمی و دارای ارتباطات مبتنی بر اعتماد بین اعضای آن قابل انجام نیست. یکی از هنرهای مدیران این می تواند باشد که این پتانسیل را مدیریت کنند و از آن، در کنار سایر کارکردهایی که دارد، رای کمک به موفقیت سازمان استفاده کنند.

نسل جدید کارکنان سازمان ها از این بابت موقعيت متفاوتی دارد. نسل های گذشته بخش مهمی از نیاز خود به عضویت در گروه ها و صمیمیت



گل قلبی

۵. محیط‌کارسازمان را بر مبنای ادب، ملاحظه و احترام بنا کنید. کیفیت شبکه‌ها و ارتباطات اجتماعی سازمان‌ها اثرزیادی بر هم‌افزاری و بهره‌وری آن‌ها دارد. در واقع امروز، سازمان‌ها فقط محل کار نیستند بلکه یک خانواده‌گسترش بافته برای کارکنان خود تلقی می‌شوند. در این مناسبات دوستانه و شبکه‌های اجتماعی، رفتاری که مدیران با کارکنان می‌گذارند می‌تواند الگوی خوبی برای کارکنان در رفتار با یکدیگر باشد.

۶. یکی دیگر از کارهایی که مدیران سازمان برای ساختن یک شبکه اجتماعی و محیط‌کاری مطلوب باید انجام دهند، استفاده افرادی است که برای این فضای دوستانه و محترمانه ارزش قائل‌اند و کتاب‌گذاشتن کسانی که این فضا را آلوده می‌گذارند. وجود بعضی افراد سمی مهلاک است که به تخریب و مسمومیت فضای صمیمانه و دوستانه می‌انجامد.

محیط‌های کاری خوب باید بتوانند کمبود ارتباطات اجتماعی کارکنانشان را جبران کنند. کارکنان باید بتوانند در محیطی دوستانه، محترمانه، امن و همراه با اعتماد به بقیه اعضای سازمان احساس عضویت و تعلق کنند.

مدیران و رهبران باید این تحولات را درک‌گنند و سازمان را از طریق طراحی (استفاده از گیاهان مخصوص دفاتر و محل کار) و تنظیم مناسبات سالم در ارتباطات اجتماعی به محلی امن برای تأمین بخشی از نیازهای اجتماعی کارکنان تبدیل نمایند.

مطالعات نشان داده است که گیاه‌گل قلبی و پیچک انگلیسی در کاهش سطح استرس محیط‌کار مفیدند.



گل پیچک انگلیسی

عملکرد رضایت‌بخش ندارند و بهویژه در توزیع پاداش با محدودیت‌های اخلاقی و تعارفات معمول رویه‌رو کند یا ممکن است بعضی کارکنان محدوده‌این ارتباطات را درک‌نکنند و نتوانند بین کارازیک سو و مناسبات شخصی افراد از سوی دیگر تفکیک و تمایز قاتل شوند. پس باید این موضوع را برنامه‌ریزی، پایش و مدیریت کرد.

بعضی از مهم‌ترین توصیه‌ها در مورد کم و کیف دوستانه کردن محیط‌کار و نزدیکی و صمیمیت مدیران با کارکنان عبارت اند از:

۱. خطوط قرمز را روشن کنید و بر رعایت دقیق آن‌ها اصرار و پاشراری داشته باشید. این کار تا حدود زیادی از نگرانی مدیران در مورد جنبه‌های منفی دوستی‌ها و صمیمیت‌های غیرکارکردی می‌گاهد.

۲. به ظرفیت و بلوغ کارکنان توجه کنید. همه کارکنان از این نظر شبیه هم نیستند. دوستانه کردن محیط‌کار و برقراری ارتباط دوستانه بین خودتان با کارکنانشان را به تدریج هدایت کنید و در جریان این کار به ظرفیت‌ها و عکس‌العمل‌ها و آثار این سیاست روی رفتار و عملکرد آن‌ها حساس باشید.

۳. سازمانشان را از کارکنانی که رفتار و عملکرد رضایت‌بخشی ندارند پاچش کنید. وقتی همه یا اغلب کارکنانشان سختکوش، پرانرژی و شایسته باشند، دوستی میان آن‌ها و دوستی با آن‌ها آثار مثبت زیادی دارد و لازم نیست کارکنان باشید.

۴. استانداردها و اهداف و بهویژه انتظارات خود را از کارکنان روشن و دقیق کنید. عملکردها را دقیق و سختگیرانه پایش و اندازه‌گیری کنید. از نظام پاداش مبتنی بر عملکرد استفاده کنید. به این ترتیب کارکنان می‌فهمند که آنچه در نهایت برای شما و سازمان مهم است تلاش، رفتار و عملکرد است و پاداش‌ها و ارزیابی‌ها بخطی به مناسبات شخصی شان باشما یا با یکدیگر ندارند.



نیلوفر صدری

کارشناس ارشد تغذیه و رژیم درمانی

شیرینی و شکلات، آبمیوه صنعتی، دلستر، نوشابه، زله، نان و غلات سفید و تصفیه شده) و جایگزین کردن کربوهیدرات های کمپلکس (نان و غلات-سبوس دار) با شاخص گلایسمی پایین می باشد. مصرف غذاهای پرفیبر و افزایش مصرف منابع آنتی اکسیدانی (ویتامین های A,C,E) با مصرف میوه ها و سبزیجات به رنگ های نارنجی، بنفش و قرمز با کاهش التهاب در بدن در کنترل این سندروم بسیار موثر است. پرهیز از مصرف مواد غذایی حاوی مقادیر زیاد اسیدهای چرب ترانس، اشباع و کلسترون (شامل روغن های جامد و محلی، مارگارین، پنیر پیتززا، فست فود، گره، خامه و لبنتیات پر چرب) و جایگزین کردن روغن های گیاهی با حیوانی. اخیراً تحقیقاتی مفید بودن مصرف بروبیوتیک ها را گزارش کرده اند. که می توان هم از طریق مکمل یاری و هم از طریق مصرف محصولات پر بوبیوتیک این انتخاب صحیح غذایی را داشت. مکمل یاری با ویتامین D و پیکولینات کروم، بد و سلنیوم در سندروم تخمدان پلی کیستیک پیشنهاد می شوند. استفاده کوتاه مدت از N-استیل سیستئین به عنوان درمان کمکی نیز مفید می باشد.

همواره توجه داشته باشید انجام روزانه ورزش های هوایی یا بیهوایی تاثیر مطلوبی بر مورفولوژی تخمدان ها و شاخص گلایسمیک در افراد مبتلا به سندروم تخمدان پلی کیستیک دارد.

رژیم درمانی در سندروم تخمدان پلی کیستیک

سندروم تخمدان پلی کیستیک در حدود ۵۰٪ درصد خانم های در سنین باروری رخ می دهد. در این سندروم سطح هورمون های زنانه (استروژن و بروژسترون) دچار عدم تعادل شده و باعث افزایش هورمون های مردانه (آندروجن ها) و هورمون انسولین می گردد. علامت آن شامل بی نظمی های قاعدگی، موی زائد، آکنه و چاقی و ریزش موی شدید می باشد. یکی از عوامل مهمی که زمینه را برای این سندروم با بیماری فراهم می کند مشکل اضافه وزن و چاقی است. خانم هایی که شاخص توده بدنی BMI بالای ۲۷ دارند بیشتر مستعد ابتلاء هستند و در این افراد به دلیل کاهش پاسخ گیرنده های انسولین، اختلال تحمل گلوكزو های پر لیپیدمی دچار مقاومت به انسولین می شوند که خط اول درمان این بیماری، رژیم درمانی و تغییر شیوه زندگی است. در این افراد بدون کاهش وزن احتمال موفقیت در بارداری کاهش می یابد لذا حتماً بایستی تحت نظر متخصص تغذیه گام های کاهش وزن برداشته شود.

اولین قدم محدود نمودن کربوهیدرات های ساده (نطیر قند، شکر،



حتی همین تردد محدود نیز باید با رعایت مقررات بهداشتی لازم برای کنترل عفونت و پیشگیری از انتقال آلوگی به NICU باشد. دوران بسته نوزاد در NICU بسته به نوع بیماری و شرایط نوزاد از یک روز تا چند ماه متغیر است. اما احتمال بهبود و بقای نوزادانی که در این بخش بسته می‌شوند صرف نظر از سن تولد آنها بطور متوسط در حدود ۷۰٪ می‌باشد و می‌توان گفت با وجود این بخش و پیشرفت‌های طب نوین در رشته‌های تخصصی نوزادان، شانس زنده‌ماندن نوزادان بسیار نارس نیز به طور چشمگیری افزایش یافته است.

قبل از به وجود آمدن این بخش‌ها نوزادانی که در بد و تولدشان وزنی کمتر از ۱۴۰۰ گرم داشتند بذریت زنده‌می‌ماندند، اما امروزه به مبنی وجود NICU نوزادانی با وزن ۵۰۰ گرم هم شانس زیادی برای زنده‌ماندن دارند.

والدین بعد از ترخیص نوزادشان از NICU چه باید بگذند؟ تا زمانی که نوزاد در بیمارستان بسته است والدین به خصوص مادر، باید آموزش‌های لازم را برای مراقبت از شیرخوار خود در منزل، به دست آورد و در این زمانیه توانند شود، به والدین توصیه می‌کنیم که بعد از ترخیص حتماً نوزاد خود را برای پایش رشد فیزیکی و بررسی نمو عصبی حرکتی طبق برنامه به درمانگاه نوزادان بیاورند تا بررسی وضعیت سلامت شنوایی و بینایی آنها بخصوص نوزادان نارس تحت نظارت متخصص نوزادان انجام شود و همچنین انجام واکسیناسیون و آزمایش‌های غربالگری بد و تولد نیز باید انجام شود.

سکینه علیزاده

کارشناس پرستاری



در بخش مراقبت ویژه نوزادان یا NICU چه می‌گذرد؟

بخش NICU یا مراقبت‌های ویژه نوزادان، قسمتی از بیمارستان است که برای ارائه خدمات درمانی و مراقبتی به نوزادان بیمار یا نارس در نظر گرفته می‌شود. در این بخش اقدامات طبی و مداخلات پزشکی گوناگونی برای نوزادان انجام می‌شود. NICU‌های اولیه در فاصله سال‌های ۱۹۶۰-۱۹۵۰ میلادی توسط متخصصان کودکان و با هدف درمان نوزادان بدحال بوجود آمدند.

تأمین گرمای لازم برای نوزاد، جداسازی از محیط آلوده خارج از رحم مادر، پیشگیری از انتقال عفونت، تغذیه مخصوص و دسترسی آسان و سریع به ابزار و تجهیزات پزشکی تخصصی و پرستکان و پرسنل متخصص از مهمترین عواملی بودند که فضا را برای بسته نوزادان و درمان آنها در بخش NICU میسر می‌سازند.

برخی نوزادان که با وزنی کمتر از معمول به دنیا می‌آیند یا به دنبال زایمانی سخت متولد می‌شوند، نیازمند کمک و حمایت تنفسی نیز هستند که بسته به و خامت وضعیت تنفسی شان با استفاده از تجهیزات مختلف موجود در این بخش تحت درمان قرار می‌گیرند.

ورود و خروج افراد در این بخش نیز محدود به پرسنل و والدین نوزادان است تا محیط برای نوزادان پاک و عاری از عوامل بیماری‌زا باقی بماند.





دکتر منصور مقدم

متخصص قلب و عروق، فلوشیپ آریتمی قلب، پس میکر، الکتروفیزیولوژی قلب
استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

سنکوب

تعريف: سنکوب از دستدادن گذراي تعادل و هوشيارى به علت کاهش خون رسانى به مغز گفته مى شود. حدود ۵ درصد مراجعين به يخش او را اس بيمارستانها را کسانى كه دچار سنکوب شده اند تشکيل مى دهند. اولین گام تشخيصی گرفتن شرح حال دقیق و معاینه فیزیکی بیمار می باشد. نزدیک به هشتاد درصد سنکوب های منشاء قلبی دارند و کمتر از یک درصد آن ها علل مغزی دارند. عوامل متابولیک از سایر علل می باشد. با معاینه فیزیکی دقیق می توان خیلی زود به تشخيص رسید و از اتفاق وقوع و هزینه تست های تشخيصی اضافی خودداری کرد.

با توجه به اینکه علل قلبی در صدر قرار دارند بنابراین گرفتن ECG، ماساژ سینوس کاروتید، اکوکاردیوگرافی، هولتر مانیتورینگ قلب، تست ورزش، کاشت زیر جلدی ابزار ثبت کننده آریتمی ها (ILR) در اولویت آزمایشات تشخيصی قرار می گیرند.

تست هایی که غالباً به تشخيص کمک نمی کنند عبارتند از:

نوار مغز (EEG)

سی تی اسکن

MRI مغز

سونوگرافی کاروتیدها

آنژیوگرافی عروق کرونر قبل از انجام تست های غیر تهاجمی قلبی.

تست تیلت:

از این تست برای تشخيص و تأیید سنکوب های وازوواگال استفاده می کنیم. بیمار ابتدا بطور افقی روی تختخواب مخصوصی می خوابد. یک خطوریدی گرفته می شود. بازویند اندازه گیری فشار خون NIBP به بازوی بیمار بسته شده یا خط شریانی گرفته می شود. لیدهای مانیتور ضربان قلب به بیمار وصل می شود. سپس بیمار به مدت ۱۵ دقیقه در زاویه ۷۰ درجه قرار داده می شود. در صورت عدم بروز علایم کاهش بیش از ۵۰ درصد فشار خون سیستولیک نسبت به حالت خوابیده یا برآدیکاری شدید تست منفی است. با تجویز نیتروگلیسیرین زیر زبانی تست تکرار می شود. البته نتیجه منفی کاذب به معنی رد تشخيص سنکوب وازوواگال نمی باشد. لذا گرفتن شرح حال دقیق حائز اهمیت ویژه می باشد. نوع درمان مناسب بعد از تشخيص بر اساس شرح حال و نتایج تست تیلت تعیین می شود. تغییر شیوه زندگی - مصرف مایعات زیاد - افزودن نمک به غذای بیمارانی که فشار خون پایین دارند یا اختلاف فشار خون ماکریسم آن ها در حالت خوابیده و ایستاده بیش از ۲۰ میلیمتر جیوه می باشد. توصیه به مصرف غذاهای فiberی و میوه های در افراد مسن و سالخورد به منظور جلوگیری

۱- سنکوب های نوروکاردیوژنیک یا قلبی عصبی:

شایعترین فرم سنکوب هاست که با تحریک سیستم عصبی خودکار پاراسمپاتیک اتفاق می افتد. مسیر عصبی پیچیده ای که از گیرنده های - فشاری، شیمیابی داخل عضله قلب شروع شده و به مرکز کنترل فشار خون و ضربان قلب در بصل النخاع منتهی می شود. تحریک این سیستم توسط عوامل محیطی خارجی منجر به کاهش فشار خون یا کندی ضربان قلب و در نتیجه کاهش خون رسانی مغز می شده و در نتیجه آن عدم تعادل و عدم هوشیاری گذرا را در پی خواهد داشت. علایم مقدماتی عبارتند از سیاهی رفتن چشمها، رنگ پریدگی، تعریق، دل بهم خوردگی، تهوع، استفراغ، ... سنکوب های وازوواگال در تمام سنین دیده می شود. تقریباً همیشه هوشیاری بعد از چند ثانیه بطور کامل برگشته و هیچ گونه کاستی عصبی از قبل اختلال حرکتی، تکلم یا فراموشی در بی ندارد. در جوانان در میان زنان شایعتر است.

محركهای هیجانی از قبیل اخبار بد، غم و اندوه زیادی، محركهای بینایی و دیدن صحنه های مشتمز کننده، رنگ خون، درد شدید در

۲- آریتمی‌های قلب (نامنظمی ضربان):

چه به شکل کنده یا تنده ضربان با کاهش خون رسانی به مغز می‌تواند تظاهرات سنکوب را در پی داشته باشد.

آریتمی‌های قلب در کسانی که دچار بیماری ساختاری یا اختلالات الکتریکی زننده قلب می‌باشند می‌تواند باعث سنکوب شود.

بیماری‌های عروق کرونر در صدر بیماری‌های ساختاری قرار دارد. انجام هولتر مانیتورینگ تست ورزش با تست‌های تهاجمی پیشرفته‌تر از قبیل آنژیوگرافی - عروق کرونر یا مطالعه الکتروفیزیولوژیک قلب (EPS) برای تشخیص علت سنکوب در این بیماران کمک می‌کند.

با تعیین علت درمان‌های مناسب انجام خواهد شد. وجود اختلالات الکتریکی در نوار قلب بیمار خصوصاً کسانی که سابقه خانوادگی مرگ ناگهانی را دارند کاشه دستگاه‌های شوک قلبی (ICD) پیشنهاد می‌شود.

خلاصه: سنکوب از تظاهرات شایع کلینیکی است، در بیش از هشتاد درصد موارد منشاء قلبی دارد. اکثر تظاهر فیزیولوژیک خوش خیمی می‌باشد. در درصد کمی از بیماران اقدامات تشخیصی و درمانی پیشرفته توصیه می‌شود.

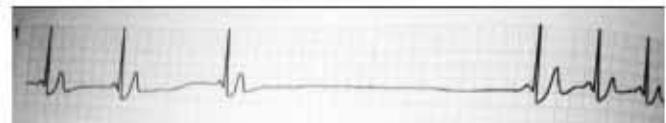
از بیوست، تخلیه مثانه قبل از به بستر رفتن. این افراد بعد از بیدار شدن از خواب بهتر است چند دقیقه کنار تخت بنشینند و پاها را آویزان کرده سپس ایستاده و حرکت کنند.

به کسانی که یکبار بروز سنکوب را تجربه کرده‌اند توصیه می‌شود در صورت احساس سیاهی رفتن چشم، دل بهم خوردگی، رنگ پریدگی بلا فاصله در وضعیت افقی قرار گیرند. در صورت امکان پاها را کمی بالاتر قرار دهند. نشاندن بیمار به تشدید علایم کمک می‌کند.

تجویز داروهای بلوك کرنده گیرنده بتامپاتیک از قبیل آنسولول، ... ثابت شده است که در پیشگیری از سنکوب تأثیر نداشته است.

تجویز فلودرورکورتیزون با نگهداری آب و نمک در بدنه کاهش حملات سنکوب را در پی دارد. در بیمارانی که افت فشار خون در حین تست تیلت سبب بروز علایم می‌شود تجویز داروی Midodrine که محرك گیرنده آلفای سمتاپاتیک است توصیه می‌شود.

در کسانی که ضمن تست تیلت دچار برadiکاردی شدید و مکث بیش از ۳ ثانیه قلب می‌شوند یا با ماساژ سینوس کاروتید مکث طولانی ضربان قلب را دارند کاشه پیس میکر دایم توصیه می‌شود.



(Syncope) Asystole: 5.5 seconds





سید حمید رضا مرتضوی

متخصص اطفال
قوق تخصص آسم، الرزی و ایمونولوژی بالینی

شپش سر چیست؟

شپش سر یک بیماری انگلی درگیر کننده مو می‌باشد که اکثرًا در کودکان و با شیوع بیشتر در دختران دیده می‌شود. شپش در موهای سر، بسر برده و از خون فرد درگیر تغذیه می‌کند. انتقال بیماری بصورت شخص به شخص و یا از طریق استفاده از وسایل شخصی فرد آلوده می‌باشد. تخم شپش را رشك (NIT) می‌نامند که در قسمت انتهایی ساقه مو و چسبیده به آن قرار گرفته بهنحوی که جدا کردن آن از ساقه بسیار مشکل است. پس از چند روز رشك پاره شده و شپش از آن خارج می‌شود.

یافته‌های بالینی:

علامت اصلی بیماری خارش شدید است، هر چند گاهی بیماری بدون علامت بوده و به همین علت مهمترین عامل برای انتقال بیماری است. از علائم دیگر، ایجاد زخم و خراش، پوسته ریزی و اضافه شدن عفونت پوستی مثل زرد زخم می‌باشد. به ندرت علائمی مانند تب و گرفتاری غدد لنفاوی پس سری نیز به ویژه در حضور آلوگی باکتریایی دیده می‌شود.

درمان:

درمان عمدهاً موضعی بوده اما گاهی بصورت سیستمیک می‌باشد. داروی رایج لوسيون یک درصد پرمترین است که به مدت ۱۰ الی ۱۵ دقیقه روی پوست سر قرار گرفته و سپس آبکشی می‌شود، بهتر است درمان یک هفته بعد مجددأ تکرار شود. علاوه بر درمان فوق بر اساس نظر پزشک می‌توان از کرم پرمترین ۵ درصد، شامپو لیندان ۱ درصد، داروی خوارکی ایورمکتین و یا دایمتیکون موضعی استفاده کرد.



به علت سایت بالای بیماری بهتر است تمامی افراد خانواده تحت معاینه قرار گرفته و در صورت گوچکترین شک به وجود بیماری درمان شوند. لباس‌ها و هرگونه وسیله قابل شستشوی فرد مبتلا باید با آب داغ شسته شود و در آفتاب خشک شود، وسایل غیرقابل شستشو نیز باید به مدت چند روز در کیسه پلاستیکی در بسته قرار گیرند. در آخر برای جدا کردن رشك می‌توان از محلول سرکه و آب و در صورت عدم پاسخ، کوتاه کردن موی سر و استفاده مجدد از این محلول بهره برد.





سمیرا مسکریان

سوپر وایز کنترل عفونت

گارشناس پرستاری



۱۵ اکتبر، ۲۳ مهر ماه روز جهانی شستن دست (Global Handwashing day)

روزی است که با هدف بالا بردن آگاهی از شستشوی دست‌ها با صابون بعنوان عامل کلیدی در پیشگیری از بیماری‌های عفونی، در سراسر جهان گرامی داشته‌می‌شود.

روز جهانی شستن دست، اولین بار در سال ۲۰۰۸ برگزار شد. تا پیش از ۱۲۰ میلیون کودک در ۷۰ کشور جهان دست خود را با آب و صابون شستشو دهند. از سال ۲۰۰۸ رهبران جوامع از این روز استفاده کرده‌اند تا سادگی و ارزش دست‌های تمیز را نشان دهند.

هر ساله بیش از ۲۰۰ میلیون نفر در جشن‌های بیش از ۱۰۰ کشور در سراسر جهان شرکت می‌کنند.

در این راستا بیمارستان جم هر ساله با هدف ارتقاء سلامت در سطح جامعه در این کمپین شرکت می‌نماید.





محسن غفاریان

کارشناسی ارشد مدیریت استراتژیک
دانشجوی دکتری مدیریت دولتی
گرایش رفتار سازمانی

چگونه کارمندی عالی باشیم

تلاش کنید که برای شرکت عضوی با تراز مثبت باشید. شما با آموزش دیدن و شرکت در دوره های مرتبط با کار خود به راحتی می توانید خود را از دیگر افراد شرکت متمایز کنید و بیشتر مفید باشید. البته در این راستا خلاقیت نقش اصلی را بازی می کند زیرا افراد خلاق بیشتر با ایده های خود مورد توجه مدیر خود قرار می گیرند و اصولاً نیز افراد خلاق وجودشان بیشتر احساس می شود.

■ اولویت های شرکت و مدیر خود را بشناسید: شما باید همواره از اولویت های شرکت و مدیر خود مطلع باشید و آنها را در صدر برنامه های خود قرار دهید البته ممکن است که این اولویت ها با اولویت های مدنظر شما متفاوت باشد ولی در کل برای به دست آوردن دل مدیر خود با پیش اولویت های کاری خود را با اولویت های کاری مدیریتان عوض کنید و به آنها توجه هر چه بیشتر داشته باشید.

■ سعی کنید هروظیقه و ماموریتی که بر عهدهتان گذاشته می شود به موقع انجام دهید: با این کار هم به سریست تان و هم به زیر دستان تان نشان می دهید که فردی مستولیت پذیر هستید و به وعده هایتان عمل می کنید. همچنین این کار به دیگران نشان می دهد که می توانند روی شما حساب باز کنند و این باعث می شود به شما اعتماد کنند، اگر فرجه ای که برای کاری به شما داده می شود غیر منطقی و تناکافی است، راهی پیدا کنید که با رعایت ادب و احترام، این موضوع را به اطلاع کسی که زمان مورد نظر را انتخاب کرده است برسانید.

■ برای ملاقات با مدیر خود حتماً از قبل تقاضای ملاقات کنید؛ اگر کاری با مدیر خود دارید حتی با وجود روابط صمیمانه و نسبت خانوادگی بین شما و مدیریتان، از منشی تقاضای ملاقات کنید و بدون هماهنگی قبلی به اتاق او وارد نشوید مگر در شرایطی که شخص مدیر خود اعلام کرده است که برای ملاقات می توانید مستقیماً با او در تماس باشید. کارمندان بسیاری را دیده ام که به دلیل صمیمیت و احترام مدیر، حریم ها را رعایت نکرده و احساس نزدیکی می کنند. فراموش نکنید که همیشه جایگاه واقعی خود را بشناسید و حریم های سازمانی را رعایت کنید.

■ از سوال کردن خجالت نکشید: بسیاری از کارمندان جدید بیش از اندازه کم رو هستند و وقتی به مشکلی برخورد می کنند، از مطرح کردن آن خجالت می کشند، هر وقت به کمک نیاز داشتید حتماً از کسی بخواهید کمک تان کنید. در خواست کمک از دیگران (یا کارفرما) بهویژه در اولین روزهای کاری اصلاح خجالت ندارد. بهتر است یکبار پرسید و با اطمینان کار تان را درست انجام دهید، تا اینکه با شک و تردید در کاری تلاش کنید و بعد ببینید که آنچه انجام داده اید نادرست بوده است.

شاید موضوع این ستون برایتان کمی ناآشنا باشد اما واقعیت این است که مامی خواهیم در اینجا نکاتی را با شما به اشتراک بگذاریم که از اهمیت بسیار زیادی برخوردار بوده و مدیران برای آن ارزش فوق العاده ای قائل هستند.

محیط کار شما، فقط مکانی نیست که به واسطه آن امور معاش کنید، بلکه یک محیط کاملاً اجتماعی است که دارای اصول بنیادین خاص خود است. برای رشد و پیشرفت در این محیط و دستیابی به پله های بالای موفقیت در کار، ضروری است که این نکات را به خوبی رعایت و بکار ببرید.

■ تصمیم بگیرید کجا می خواهید باشید: در بسیاری از سازمان ها افرادی را دیده ایم و البته با بسیاری از آنها همکار هم بوده ایم که کار اصلیشان منفی بافی، ترسیم آینده ای مبهم برای بقیه و ترویج بدینی است و البته همیشه هم در همانجا باقی مانده اند و سالیان سال در حالت سکون هستند. قطعاً در اطراف شما هم اینگونه افراد وجود دارند و این شما هستید که تصمیم می گیرید رشد کنید و یا درجا بزنید. صادقانه بگوییم اگر تصمیم گرفتید که درجا بزنید با این افراد بنشینید و مطمئن باشید بزودی خودتان هم تبدیل به یکی از آنها می شوید. اما اگر هدفتان رشد و دستیابی به پله های بالای موفقیت در کار و سازمان است به مطالب این ستون توجه کنید و آنها را بکار ببرید تا از نتایجی که به دست می آورید حیرت زده شوید. پس اولین درس این است که با خودت خلوت کنی و تصمیمت را بگیری...

■ هرگونه مشکلی را در نخستین فرصت ممکن با مدیریتان در میان بگذارید. ■ تجارب مدیریتان احتمالاً گسترده تر و عمیق تراز تجربه های شماست. از وی بیاموزید و او را ترغیب کنید که شناخت شغلی و درک شیوه هی کار کردن سازمان را به شما عرضه کند.

■ اگر قصد ندارید کاری را انجام دهید هرگز نگویید که آن را انجام خواهید داد، یادتان باشد اعتبار شما ارتباط تنگاتنگی با گفتار تان دارد. اگر به قول خود عمل نکنید در مورد کارهای بزرگ به شما اعتماد نخواهد شد و در نتیجه پیشرفتی حاصل نمی شود.

■ یکی از کارهایی که در محیط های کاری خیلی زشت و زنده است، سرک کشیدن در کارهای شخصی همکاران است.

■ تلاش کنید مفید باشید: آیا فعالیت های شما برای پیشبرد اهداف شرکت شما چاره ساز است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ شما به این سوالات قطعاً شرایط شما در شرکت مثبت است و شما یک فرد مفید برای آنها محسوب می شوید ولی در صورتی که پاسخ شما منفی است بایستی

افراد از واگذاری وظایف دوری می‌کنند چون این کار رحمت دارد. فرض کنید که می‌خواهید برای تبلیغ خدماتی که ایده‌اش را خودتان داده بودید، بروشوری طراحی کنید. از آنجاکه این ایده برای شماست و از کم و کيف آن خبر دارید، احتمالاً ترجیح می‌دهید همه کارها را خودتان به تنهایی انجام دهید و می‌گویید: (این طور راحت‌ترم). اما بلا فاصله این سوال پیش می‌آید که (آیا این بهترین راه برای استفاده بهینه از زمان است؟) شاید انجام کارها به تنهایی، در ظاهر آسان به نظر برسد چون مجرور نیستید استراتژی خود را برای دیگران توضیح دهید. اما ابهاین دو دلیل، بهتر است وظایف را تقسیم کنید:

اولاً، از آنجاکه شما مسؤولیت هدایت پروره را بر عهده دارید، اگر وظایف را تقسیم کنید، می‌توانید مهارت‌های خود را در جهت توسعه استراتژی به کار ببرید. اما اگر تمام مسؤولیت را خودتان به تنهایی به دوش بکشید، نمی‌توانید از زمان خود به طور بهینه استفاده کنید.

ثانیاً، وقتی دیگران را در انجام پروره مشارکت می‌دهید، در واقع به رشد مهارت‌ها و توانمندی‌های شان کمک کرده‌اید. در نتیجه، اگر بعد از پروره مشابهی پیش بباید، می‌توانید با اطمینان خاطر، آن را به اعضای تیمان محول کنید، بدون اینکه مجبور باشید دائمًا در کارها دخالت کنید. با واگذاری وظایف، می‌توانید زمان و مهارت‌های ایمان را گسترش دهید. از سوی دیگر، تقسیم وظایف به رشد و پیشرفت کارکنان کمک می‌کند تا از همه پتانسیل‌های خود در سازمان استفاده کنند.

□ چرا مدیران از واگذاری وظایف اجتناب می‌کنند؟

همه‌ما، حتی اگر حرفه‌ای باشیم، گاهی به کمک دیگران نیاز داریم. در خواست کمک از دیگران کسرشان نیست. فقط کافی است غرور خود را کنار بگذاریم و به استعدادهایی که دیگران دارند و مانداریم، احترام بگذاریم. تنها در صورتی می‌توانید خودتان و اعضای تیمان را به سمت پیشرفت هدایت کنید که از دانش و مهارت‌های تک تک آنها استفاده کرده باشید.

اگر شما همه کارها را به تنهایی بر عهده بگیرید، هر چقدر هم که تلاش کنید، میزان محدودی از کارها را انجام خواهید داد. به هر حال، شما انسان هستید و در طول روز، مدت زمان معینی را می‌توانید کار کنید. وقتی در کار خود مهارت دارید، دیگران از شما انتظار دارند که بیشتر با آنها همکاری کنید و این باعث می‌شود فشار کار و مشغله شما بیشتر شود و ناتوانی در انجام کوهی از درخواست‌ها، موجب احساس اضطراب و نارضایتی در شما می‌شود و در نتیجه، دیگران از شما مایوس خواهند شد. اما اگر یک فرصت کاری فوق العاده به شما پیشنهاد شد (مثل یک پروره)، می‌توانید با شکستن این محدودیت‌ها، موفقیت خود را تضمین کنید. یکی از بهترین راه‌ها برای شکستن محدودیت‌ها این است که انجام بخشی از کارها را به دیگران واگذار کنید. اگر در واگذاری وظایف مهارت داشته باشید، می‌توانید در کمترین زمان، یک‌تیم موفق و قدرتمند تشکیل دهید. برای آنکه واگذاری را یاد بگیریم، ابتدا باید به این سوال پاسخ دهیم که (چرا افراد از واگذاری وظایف فراری‌اند؟)





دکتر امین شمس اختری

متخصص طب اورژانس

استادیار سابق دانشگاه علوم پزشکی تهران بهشتی

تاژه‌های علمی پزشکی

داروی ضد انعقاد در دوران شیردهی کدام است؟

هم‌هیارین و همانوکس‌پارین در دوران شیردهی، "سازگار" هستند (Briggs 11th Edition).

بسیاری از داروهای ضدانعقاد در دوران شیردهی قابل استفاده هستند؛ زیرا در شیر مادر تجمع نمی‌یابند. رهنمودهای جامعه هماتولوژی آمریکا (ASH) در سال ۲۰۱۸، توصیه به‌ادامه داروهای ضد انعقادی زیر در هنگام شیردهی می‌کند:

- ✓ هیارین با وزن مولکولی کم
- ✓ هیارین شکسته نشده
- ✓ فوندالپارینوکس
- ✓ وارفارین یا سایر آنتاگونیستهای ویتامین K
- ✓ داناپاروتید
- ✓ لپیرودین (تولید این دارو توسط شرکت دارویی متوقف شده است).



صرف قارچ و کاهش خطر سرطان پروستات!

توصیه نشریه International Journal of Cancer

نتایج تازه‌ای که مطالعه هم‌گروهی بزرگ شامل بیش از ۳۶ هزار مرد زاپنی پیشنهاد می‌کنند که صرف قارچ می‌تواند سبب کاهش خطر سرطان پروستات در مردان شود. قارچ سرشار از ویتامین‌ها، مواد معدنی و

آنتی‌اکسیدان‌ها بالاخص ارگوتیونین (Ergothioneine) هستند که باور بر این است که با استرس اکسیداتیو مقابله می‌کنند و می‌توانند سبب کاهش خطر سرطان شود. داده‌های مربوط به گونه‌های قارچ در این مطالعه جمع آوری نشده بود؛ بنابراین، دشوار است که بدانیم کدام قارچ خاص در این یافته‌ها نقش داشته است.

در سال ۲۰۱۲، کالج متخصصین قفسه‌سینه آمریکا (ACCP*) با لیست فوق به استثنای فوندالپارینوکس، موافقت کرده بود؛ زیرا برای این دارو، شواهد کافی در زمان انتشار دستورالعمل سال ۲۰۱۲ وجود نداشت. برخلاف داروهای ذکر شده در بالا، استفاده از داروهای زیر را در دوران شیردهی که مطابق با دستورالعمل‌های ASH و ACCP است، توصیه شوند:

- ✓ مهارکننده‌های مستقیم ترومیلن (دایگاتران)
- ✓ مهارکننده‌های مستقیم فاکتور ده فعال (ریواروکسابان، آپیکسابان، ادوکسابان). اگر در دوران شیردهی ضد انعقاد لازم باشد، داروی دیگری باید مدنظر قرار بگیرد.

پرسش بالینی:

آیا زولپیدم می‌تواند عنوان انتخاب درمان اولیه در بی‌خوابی مطرح باشد؟

توصیه آکادمی طب خواب آمریکا (AASM):
داروهای خواب آور موجود از نظر شروع و طول اثر و ایجاد اختلال در فعالیت‌های روزانه باهم تفاوت دارند و انتخاب دارو باید با توجه به نوع بی‌خوابی و خصوصیات فیزیولوژیک بیمار صورت گیرد (توصیه قوی AASM).

نوشیدن آب بیشتر و کاهش عفونت‌های ادراری راجعه زنان تا ۵۰٪!

توصیه نشریه پزشکی JAMA:
تاژه‌ترین مطالعات چاپ شده در نشریه پزشکی JAMA حاکی از آن است که

عوارض آگونیست‌های گیرنده بنزودیازپین‌ی (شامل بنزودیازپین‌ها و غیربنزودیازپین‌های مانند زولپیدم، زالپلون، اس‌زوپیکلون):

نشریه پزشکی نیوانگلند (NEJM):

این داروها می‌توانند بطور بالقوه منجر به عوارض جانبی حادی شامل خواب آلودگی روزانه، دلیریوم، هالوسینوژن، عقاید و سواسی، آناکسی، اختلال حافظه نزدیک و رفتارهای پیچیده مرتبط با خواب (مثلًا راه رفتن در خواب و خوردن مرتبط با خواب که بیشتر در مصرف داروهای کوتاه‌اثر رخ می‌دهند) شوند.

درنتیجه، این داروها با افزایش خطر تصادفات با وسایل نقلیه و در سالمندان با افزایش خطر افتادن و سقوط (البته نه همیشه) و شکستگی همراهی دارند.

دیرسیون تنفسی یک عارضه دیگر این داروهاست که بیشتر در افراد مبتلا به بیماری‌های شدید تنفسی، در موارد مصرف دوزهای بیش از حد یا همزمان با سایر داروهای سرکوب‌کننده مرکز تنفسی اهمیت پیدا می‌کند. احتمال بروز عارضه نادر آنژیوادم هم در مصرف این داروها وجود دارد. گرچه سوء مصرف این داروها چندان شایع نیست، نباید آنها را برای افراد با سابقه سوء مصرف مواد یا واپستگی به مواد مخدر یا الکل تجویز نمود. سوء مصرف این داروها در افرادی که سابقه سوء مصرف از مواد ندارند و این داروها را برای اهداف درمانی مصرف می‌کنند خیلی نادر و غیر محتمل است.

ارزیابی منظم سودمندی و خطرات آگونیست‌های گیرنده بنزودیازپین‌ی توصیه می‌شود.

در درمان بی‌خوابی، در صورت نیاز به درمان دارویی، خط اول درمانی شامل موارد زیر هستند (توصیه اجماع AASM):

بنزودیازپین‌های با طول اثر کوتاه-متوسط مانند لورازیام، تمازیام، نیتازیام، استازولام

غیربنزودیازپین‌های هیپنوتیک مانند زولپیدم، زالپلون، اس‌زوپیکلون آگونیست‌های گیرنده ملاتونین مانند راملتون.

در صورتی که بیمار به این داروها پاسخ مناسب ندهد و یا تحمل نشود، داروی خط اول جایگزین دیگری را مدنظر قرار دهید (توصیه اجماع AASM).

در صورت نیاز، خط دوم درمانی شامل موارد زیر هستند (توصیه اجماع AASM):

✓ ضدآفسردگی‌های سداتیو مانند ترازودن، آمی‌تریپتیلین، دوکسپین و میرتازایین مخصوصاً در بیماران با افسردگی/اضطراب همراه.

✓ درمان ترکیبی ضدآفسردگی‌های سداتیو با هیپنوتیک‌های سداتیو.

✓ سایر داروهای سداتیو مانند داروهای ضد شنج (گاباپنتین، تیاگابین)، آنتی‌سایکوتیک‌های آتیپیکال (کوتیاپین، الانزاپین) ولی تجویز این داروها برای بیماران با بیماری‌های همراه مدنظر قرار بگیرد که از تجویز این داروها، مزایایی بدست آورند.

داروهای باریتیورات‌ها و کلرال‌هیدرات در درمان بی‌خوابی توصیه نمی‌شوند (توصیه اجماع AASM).

تجویز داروهای بدون نسخه، به دلیل عدم وجود شواهد کافی از اثربخشی و ایمنی، با احتیاط صورت گیرد (توصیه اجماع AASM).





دکتر رحیم آزاد

دکترای داروسازی



■ بیماری دیابت شیرین (Diabetes Mellitus)

شیوع دیابت در دنیا بین ۴ تا ۱۲ درصد متغیر بوده و در کشور ما بر طبق آمار مرکز کنترل بیماری‌ها در حدود ۸/۵ درصد است. به علت افزایش شیوع چاقی و کم تحرکی پیش‌بینی می‌شود شیوع دیابت تا سال ۲۰۲۵ به حدود ۵/۳۷٪ افزایش یابد. دیابت شیرین بر اساس علت به ۴ دسته نوع، نوع ۲، دیابت بارداری و متفرقه (اختلال رُتیکی عملکرد سلول‌های بتای پانکراس (β-cells)، اختلال رُتیکی در عملکرد انسولین، بیماری اگزوکرین پانکراس^۱، اندکرینوباتی‌ها^۲، دیابت ناشی از دارو و عفونت‌ها) تقسیم می‌شود.

■ الف. تشخیص دیابت نوع دو

تشخیص دیابت نوع دو به کمک عالیم بیمار و انجام آزمایش خون صورت می‌پذیرد. در بسیاری از افراد دیابتی هیچ گونه علامتی پیش از تشخیص بیماری مشاهده نشده است. عالیم بیماری شامل پرادراری، احساس تشنگی و تاری دید می‌باشد که به همراه نتایج آزمون‌های آزمایشگاهی در تشخیص به کار می‌روند.

اگر یکی از موارد زیر در فردی مشاهده گردد، این فرد به عنوان بیمار دیابتی شناخته می‌شود:

الف. یکی از عالیم دیابت (پرادراری، پرتوشی و ...) به علاوه نتیجه آزمون قند خون تصادفی با ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر
ب. قند خون ناشتا مساوی یا بیش از ۱۶۶ میلی گرم در دسی لیتر
ج. قند خون ۲ ساعت بعد از خوردن محلول گلوکز مساوی یا بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر

د. هموگلوبین AIC مساوی یا بیش از ۶/۵ درصد

■ ب. توصیه‌های غیر دارویی

برای بیماران مبتلا به دیابت نوع دو برای کنترل قند خون و هموگلوبین AIC در بیماران دیابتی تنظیم رژیم غذایی، انجام فعالیت بدنی (ورزش) و دارودرمانی می‌تواند استفاده شود.

مشاوره با متخصصان تغذیه جهت تنظیم رژیم غذایی مناسب با نیاز بیماران دیابتی، اهمیت بسیاری دارد. توصیه‌های زیر از سوی کادر درمانی می‌تواند برای بیماران دیابتی مفید باشد:

زمان مصرف غذا

غذا در هر روز باید در ساعت مشخصی مصرف شود، به ویژه در افرادی که انسولین طولانی اثر (NPH) یا کاهنده قند خون خوراکی نظیر سولفونیل

(۱) اگزوکرین پانکراس، از بن رفت و هضم بافت لوزالمعده توسط آنزیم‌های تولید شده خودش

(۲) اندکرینوباتی‌ها، بیماری‌های تخدان پرکیست در زنان



اوره یا مگلیتینا یا مصرف می‌کنند، این امر اهمیت بیشتری دارد. چنانچه در این دسته بیماران یک وعده غذایی حذف شود، فرد در معرض خطر بروز افت قند خون قرار می‌گیرد. کسانی که در روز چند بار تزریق انسولین دارند یا افرادی که از کاهنده‌های قند خون خوراکی مانند متغورین استفاده می‌کنند، اعطاف پذیری بیشتری در مورد زمان مصرف غذا دارند. در این دسته از بیماران خطر بروز افت قند خون در اثر مصرف نکردن یک وعده غذایی کمتر از گروه قبلی می‌باشد.

غذاهای پر چربی مانند (پیترزا) آهسته‌تر از غذاهای کم چربی تجویز می‌شوند و بنابراین، در افرادی که انسولین کوتاه‌اثر (قبل از وعده غذایی) مصرف می‌کنند، ممکن است قند خون بعد از خوردن یک وعده پر چربی، ابتدا دچار کاهش شود اما ساعتی بعد از آن، مجدد افزایش می‌باشد. کاهش وزن:

اغلب افراد مبتلا به دیابت نوع دو، اضافه وزن دارند و کاهش وزن اندکی به میزان ۵ تا ۱۰ درصد وزن اولیه می‌تواند به کنترل قند خون در آن‌ها کمک نماید. مصرف کالری روزانه کمتر حتی قبل از مشاهده کاهش وزن میزان قند خون را کاهش می‌دهد. بنابراین، کاهش وزن از طریق ورزش و رژیم غذایی کم کالری بسیار مفید می‌باشد.

جلوگیری از افزایش وزن:

افزایش وزن یک عارضه جانی از مصرف انسولین در بیماران دیابتی نوع دو می‌باشد که توصیه‌های زیر جهت پیش‌گیری از بروز آن ارایه می‌گردد:

۱. اندازه‌گیری منظم وزن (هفت‌های یک بار).

در صورت مشاهده افزایش وزن در حدود یک کیلوگرم باید میزان کالری مصرفی کاهش و فعالیت بدنی افزایش داده شود تا از افزایش وزن بیشتر جلوگیری به عمل آمده و وزن اضافی نیز کاهش یابد. در صورت اندازه‌گیری منظم وزن، تغییرات اندک به وجود آمده در وزن مشاهده می‌شود و بنابراین، تقلیل این میزان اندک آسان تر خواهد بود.

۲. زمانی که قند خون به خوبی کنترل می‌گردد، جهت پیش‌گیری از افزایش وزن باید کالری مصرفی را به میزان ۲۵۰ تا ۳۰۰ کالری در روز کاهش داد.

۳. چنانچه قند خون در زمان مشخصی از روز پایین باشد و فرد احساس افت قند نماید، باید مقدار مصرف داروی خوراکی یا انسولین مصرفی بیمار کاهش یابد، اضافه کردن یک وعده غذایی (اسنک) به جای کاهش مقدار مصرف دارو توصیه نمی‌شود.

گوناگون و میزان کربوهیدرات موجود در آن‌ها توجه کرد، مثل‌ایک تکه نان، یک میوه یا یک لیوان شیر همگی حدود ۱۵ گرم کربوهیدرات دارند اما اغلب سبزیجات (به جز سبزی زمینی و ذرت) کربوهیدرات قابل توجهی ندارند. با آگاهی از میزان کربوهیدرات در مواد غذایی گوناگون تنظیم رژیم غذایی مناسب در افراد دیابتی آسان‌تر می‌باشد.

پ. درمان دیابت نوع دو

درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شامل آموزش، کنترل میزان قند خون، کاهش عوامل خطر قلبی-عروقی و کلیوی و انجام بررسی‌های میکرو و ماکروواسکولار^۳ می‌باشد.

اهداف درمانی:

۱. کنترل میزان قند خون: دستیابی به قند خون طبیعی یا نزدیک طبیعی، خطر بروز عوارض میکرو و اسکولار^۴ را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کاهش می‌دهد. با توجه به توصیه‌های انجمن دیابت آمریکا AIC هدف باید کمتر از ۷ درصد باشد که با توجه به شرایط بیمار ممکن است در برخی افراد به میزان کمتر از ۶/۶ درصد نیز رسانده شود. در مورد سالماندان با کسانی که تحت خطر بروز افت قند خون می‌باشند یا سابقه هیپوگلیسمی دارند، AIC به میزان کمتر از ۸ درصد کنترل می‌شود. در بیماران تحت کنترل به صورت هر شش ماه یک بار بررسی می‌شود اما در افرادی که داروی خود را تغییر داده‌اند یا به اهداف درمانی نرسیده‌اند هر سه ماه یک بار بررسی می‌گردد.

۲. کنترل عوامل خطر قلبی-عروقی: علاوه بر کنترل میزان قند خون، ترک سیگار، کنترل فشار خون، کاهش چربی خون، رعایت رژیم غذایی، ورزش و مصرف آسپرین در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به عنوان اولویت‌های درمانی محسوب می‌گردد. کنترل موارد فوق، خطر بروز عوارض میکرو و ماکروواسکولار دیابت را به میزان قابل توجهی تقلیل می‌دهد.

درمان‌های غیر دارویی در کنترل دیابت نوع دو:

کاهش وزن، رعایت رژیم غذایی، ورزش و انجام فعالیت منظم بدنه در بهبود پروفایل قند خون به تنهایی یا به همراه دارو درمانی اثربگذار است. رعایت رژیم غذایی خود در کاهش وزن، بهبود ترشح انسولین و پاسخ به آن و بهبود فشار خون اهمیت بسیار دارد.

انجام فعالیت بدنه منظم- بدون توجه به کاهش وزن - سبب بهبود پروفایل قند و افزایش پاسخ به انسولین می‌شود. ورزش روند تبدیل (اختلال تحمل گلوکز) به (بیماری دیابت) را نیز به تأخیر می‌اندازد. اصلاح شیوه زندگی شامل کاهش وزن، ورزش و تغییر عادات رفتاری می‌تواند آثار مثبت و قابل توجهی را در کنترل دیابت نوع دو نشان دهد.

مشاوره و آموزش به بیماران دیابتی جهت اصلاح شیوه زندگی و رعایت رژیم درمانی برای دیابت ضروری به نظر می‌رسد.

ورزش:

ورزش به میزان ۳۰ دقیقه در روز و در اغلب روزهای هفته پیشنهاد می‌گردد. افراد مصرف- کننده انسولین یا داروهای ضد قند با آثار افت قند خون، باید قبل و بعد از ورزش، قند خون را بررسی کنند. در صورتی که فرد دیابتی در حین ورزش دچار افت قند خون شود، توصیه‌های زیر به کار می‌آید:

۱. اگر قند خون بین ۵۱ تا ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، باید فرد ۱۵ گرم کربوهیدرات سریع‌الاثر (یک دوم فنجان آب میوه یا ۶ یا ۸ عدد آب نبات) مصرف نماید.
۲. چنانچه قند خون کمتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، باید فرد ۲۰ تا ۳۰ گرم کربوهیدرات سریع‌الاثر مصرف نماید و بعد از ۱۵ دقیقه مجدد افت قند خون را بررسی کند. اگر هنوز هم قند خون پایین باشد، دستورالعمل فوق یک بار دیگر باید تکرار گردد. در صورتی که تا وعده غذایی بعدی بیش از یک ساعت زمان وجود دارد، باید ۱۵ گرم کربوهیدرات اضافه تر به همراه ۲۸ گرم پروتئین (یک نصفه ساندویچ نان و پنیر) مصرف شود. آنچه اهمیت دارد این است که در مواقع افت قند خون، در دراز مدت سبب افزایش وزن می‌گردد.

در مورد افراد مصرف-کننده انسولین توصیه می‌شود که مقدار انسولین برای موقع ورزش مجدد تنظیم گردد تا از افت قند خون در اثر ورزش جلوگیری شود.

صرف میزان مشخص کربوهیدرات در رژیم غذایی:

کربوهیدرات‌ها منبع انرژی اصلی در رژیم غذایی محسوب می‌شوند و شامل نشاسته، سبزیجات، میوه‌ها، فرآورده‌های لبنی و شکری می‌باشند. کربوهیدرات‌ها تأثیر مستقیم بر میزان قند خون دارند اما پروتئین‌ها و چربی‌ها چنین اثری ندارند. بنابراین، مصرف میزان مشخص کربوهیدرات در هر وعده غذایی به صورت ثابت در کنترل میزان قند خون، بهخصوص در افراد دیابتی مصرف-کننده داروهای خوراکی یا انسولین طولانی اثر (NPH)، بسیار اثربخش می‌باشد. توجه به میزان کربوهیدرات مصرفی هم چنین در افرادی که چندین بار در روز انسولین تزریق می‌کنند، کمک می‌نماید. میزان کربوهیدرات موجود در مواد غذایی بسته‌بندی، معمولاً بر آن‌ها درج شده و بنابراین، با توجه به این اعداد می‌توان میزان کربوهیدرات مصرفی روزانه در افراد را تنظیم کرد. به طور مثال، جهت تخمین میزان کربوهیدرات مصرفی روزانه می‌توان به گروه‌های غذایی

(3) میکرو و ماکروواسکولار: بیماری‌های عروق کوچک و بزرگ



و کلاهبرداری‌ها از طریق رایانه زیاد شده است. اینترنت نیز موجب برقراری ارتباط بین میلیون‌ها شبکه رایانه‌ای ناامن شده است، برای اینمی شدن باید هر رایانه‌ای که با دیگری ارتباط برقرار می‌کند مسائل امنیتی را رعایت کند. تولید بیشتر اطلاعات شرکتی، تهدید بیشتر امنیت آن‌ها را به دنبال خواهد داشت. با بیشتر شدن سواد رایانه‌ای افراد، تعداد استفاده از رایانه‌ها بیشتر شده است. منابع اطلاعات سازمان‌ها با تهدیدهای زیادی مواجه هستند. تهدید یعنی هر خطری که یک سیستم ممکن است با آن مواجه شود. در همین زمینه الزام است چند واژه تعریف شوند: افسای منابع اطلاعات یعنی صدمه، گم‌شدن و یا معیوب شدن آن‌ها در نتیجه دزدی. آسیب پذیری سیستم یعنی صدمه دیدن یک سیستم در اثر دزدی، رسک، احتمال وقوع دزدی را گویند. کنترل‌های سیستم اطلاعات به رویه‌ها، ابزارها یا نرم افزارهایی برای پیشگیری از آسیب دیدن سیستم اشاره دارد.

هر سازمانی با انواع تهدیدهای از داخل و خارج سازمان مواجه است از جمله تهدیدهای خارج سازمانی شامل موارد زیراست:

۱. از طریق اینترنت

MALWARE

شامل ویروس‌ها و کرم‌ها

کاربران غیر مجاز

کراکرهای هکرهای

۲. بلایای طبیعی مانند سیل، زلزله، طوفان

۳. بحران‌های ساخت دست بشر

مانند آتش، قطع برق و سایر حوادث دیگر

از جمله تهدیدهایی که هر سازمان از داخل با آن مواجه است شامل موارد زیر است:

کارکنان: برنامه‌های کاربردی (برنامه‌نویسی برنامه‌های کاربردی مخالف با مشخصه‌ها)، برنامه‌نویسان سیستم‌ها (عدم استفاده از سازوکارهای امنیتی، ناتوانی سیستم‌های امنیتی، نصب سیستم‌های غیر امن)

مازیار بهرامیان

کارشناس IT

دانشجوی کارشناسی ارشد MBA



امنیت سیستم‌های اطلاعات سلامت

در ادامه مطلب قبل در خصوص امنیت و محرومگی داده‌های سلامت، موسسه CPRI در بیانیه نحوه دسترسی به داده‌های بیماران که در آن اهمیت حفاظت از حریم شخصی بیش از دسترسی به پرونده بیمار در نظر گرفته شده ۹ مورد زیر را مطرح می‌کند:

۱. بیمارستان یا پزشک ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی مالک پرونده بیمار است. البته اطلاعات داخل پرونده پزشکی متعلق به خود بیمار است.

۲. حق داشتن حریم خصوصی یک حق شخصی و اساسی است.

۳. ارائه‌دهندگان مراقبت باید دارای تعهد اخلاقی و قانونی برای محافظت از محرومگه بودن اطلاعات بیمار باشند.

۴. تنها بیمار یا نماینده قانونی وی اجازه افشای اطلاعات هویتی و قابل شناسایی وی به اشخاص ثالث را دارد.

۵. بیماران حق مرور پرونده پزشکی خود را دارند.

۶. قانون مصوب کشوری در مورد روش‌های استاندارد شناسایی، حفظ، نگهداری، دسترسی، افشا و اعتبار اطلاعات پرونده پزشکی رایانه‌ای بیمار باید اجرا شود. در این قوانین باید جزئیاتی برای استفاده یا افشاء غیر مجاز اطلاعات بیمار تعریف شده و به اجرا در آید.

۷. به منظور کنترل سطح دسترسی به پرونده رایانه‌ای بیمار باید تدبیری در مورد امنیت رایانه، سیاست‌های کسب و کار، مراحل قانونی، مجازات‌ها و آموزش کاربران در نظر گرفته شود.

۸. استانداردهای دسترسی به اطلاعات بیمار باید توسعه یابند. این استانداردها نه تنها باید سطح دسترسی به اطلاعات را مشخص کنند بلکه باید هدف دسترسی و اطلاعات قابل دسترس را نیز مشخص نمایند.

۹. باید در خصوص آموزش کاربران و مصرف کنندگان پرونده رایانه‌ای بیمار تلاش‌هایی صورت گیرد، بیماران باید از حق کنترل دسترسی و افشا اطلاعات سلامت خود برخوردار باشند. همچنین سیستم‌های پرونده رایانه‌ای بیماران باید امنیت اطلاعات پزشکی بیماران را فراهم کند.

تهدیدهای امنیت اطلاعات

عوامل زیادی امنیت اطلاعات را تهدید می‌کنند. رایانه‌ها کوچکتر، قدرتمندتر و ارزان‌تر شده‌اند. در نتیجه بسیاری از مردم می‌توانند از عهده خردید این ابزار برآیند و با توجه به کوچکتر شدن رایانه‌ها و قابل حمل بودن آن‌ها، احتمال جاگذاشتن و یا گم کردن این ابزار بیشتر می‌شود. افراد اطلاعات شخصی شان را روی رایانه‌ها ذخیره می‌کنند. تعداد دزدی



- ۱. غیر عمدی: شامل خطاهاي انساني، خطرات محبيطي و خرابي سيستم رايانه اي
 - ۲. عمدی
 - جاسوسی يا تجاوز
 - اخاذی اطلاعات
 - خرابکاری عمدی يا خرابگری
 - دزدی
 - دزدی هویت
 - حملات نرم افزاري، ويروس ها، كرم ها، اسب های تروجان، بمب های logic، انکار خدمت، نرم افزار بیگانه مانند: cookies، phishing pharming, spy ware, ad ware, pest ware, web bugs و spam، ..

- اپراتورها (کپی گزارشات محرمانه، نصب سیستم نامن، دزدی مطالب محرمانه)، کاربران (اشتباه در ورود داده‌ها، کلمه عبور با قدرت ضعیف، کمبود آموزش)
- سایر کارمندان داخلی: مشاوران و معاهدان قراردادهای سازمان (کاربران غیرمجاز، دزدی، کپی کردن)
- تهدیدهای سخت افزاری: پایانه‌ها (قرارگیری در مکانی نامن)، رایانه‌های شخصی (تقلب در تعیین هویت، رخنه قانونی اطلاعات مجاز، ویروس‌ها، کرم‌ها وغیره، دزدی فیزیکی)، پایگاه‌داده‌ها (دسترسی غیرمجاز، کپی کردن، دزدی)
- تهدیدهای نرم افزاری: شامل نقص ساز و کارهای حفاظتی، رخنه اطلاعات، نرم افزار غیرمجاز نصب شده.
- علاوه بر تقسیم بندي فوق، تقسیم بندي های دیگری نیز برای انواع تهدیدهایی که هر سازمانی با آن مواجه است وجود دارد. در ادامه یکی از این تهدیدها مطرح شده است.

پوست در پوست گرد یکدیگر
رخش از آب دیده گردد تر

چیست آن گردگنبد بی در
هر که پگشاید این معمارا

از شرکت کنندگان محترم خواهشمند است پاسخ مورد نظر خود را به شماره ۰۳۱۸۴۱۴۱۰ پیامک فرمایند.
برنده معما پس از قرعه کشی در چاپ بعدی فصل نامه اعلام می گردد.

پاسخ معنای فصل نامه تابستان ۹۸: ۲۰ تا
برنده فصل نامه تابستان ۹۸: جناب آقای "هادی کتابچی"



-کیسه خون باید از نظر تاریخ، نشت، رنگ غیرعادی و همولیز بررسی شده و در صورت وجود نقص در آن حتماً به آزمایشگاه اطلاع داده شود و از تزریق آن خودداری شود.

معیارهای مربوط به حجم و سرعت تزریق خون:
-سرعت تزریق خون به شرایط بالینی، سن و وضعیت قلبی بیمار بستگی دارد. سرعت تزریق فراآوردهای خونی مختلف در بالغین دارای وضعیت پایدار و بدون خوتیری براساس جدول زیر است:

سرعت تزریق خون در بالغین

بعد از ۱۵ دقیقه	۱۵ دقیقه اول تزریق	سرعت تزریق	نوع فراآورده خونی
۴ ml/min 240 ml/hour	1-2 ml/min	۶۰-۱۸۰ دقیقه برای هر واحد خون	گلbul قرمز
300 ml/hour یا در حد تحمل	2-5 ml/min	۱۵-۳۰ دقیقه برای هر واحد خون	پلاکت
300 ml/hour یا در حد تحمل	2-5 ml/min	۳۰ دقیقه برای هر واحد خون	پلاسمای تازه منجمد
سریع در حد تحمل		۳۰-۶۰ دقیقه برای دوز استاندارد بالغین	کربوپرسبیتیت

-تزریق گلbul قرمز در شرایط غیر اورژانسی باید در عرض ۴ ساعت از زمان خارج کردن خون از بیمار انجام مخصوص به پایان برسد و این زمان نباید افزایش یابد.

-در بیمارانی که قادر به تحمل افزایش حجم خون نیستند مانند بیماران قلبی، تزریق خون باید با سرعت کمتر و تحت کنترل مداوم بیمار از نظر همودینامیک انجام شود. ممکن است در برخی از بیماران استفاده از یک داروی دیوریتیک مانند ۴۰-۴۰ mg furosemide به صورت خوارکی لازم باشد.

-خون در کودکان باید با سرعت ۵ ml/kg/hour (۱۵۰ ml/hr) تزریق شود.

-دوز گلbul های قرمز برای بالغین ۴ ml/kg است که به طور معمول غلظت هموگلوبین را حدود ۱ g/dl افزایش می دهد.

دکتر آرین فروحی

متخصص بیهوشی و مراقبت های ویژه



معیارهای تجویز فراآوردهای خونی سالم

با ایجاد پیشرفت های قابل توجه در دانش انتقال خون و رشته های ایمنولوژی و هماتولوژی تکریش جامعه پزشکی به مقوله مصرف خون و فراآوردهای آن متحول گردیده است. یکی از این تحولات ارتقاء خدمات مراقبتی به دریافت کنندگان خون و فراآوردهای خونی در مقابل عوارض ناخواسته ناشی از انتقال خون یا همان هموویژلانس (Hemovigilance) و به عبارتی سیستم نظارت بر سلامت فراآوردهای خونی در تمام مراحل زنجیره انتقال خون می باشد. یکی از حلقه های زنجیره انتقال خون که کمتر به آن پرداخته شده معیارهای مربوط به تجویز فراآوردهای خونی به بیماران می باشد که در این نوشتار به آن می پردازیم.

معیارهای مربوط به اقدامات قبل از اجرای تزریق خون:

-پرستاران موظف هستند که بیمار و در مورد کودکان والدین را نسبت به دلایل تزریق خون، خطرات و فواید آن آگاه سازند و رضایت آگاهانه معتبر را به صورت کلامی و مکتوب از آن ها دریافت کرده در پرونده پزشکی بیمار ضمیمه نمایند.

-قبل از شروع تزریق خون باید به بیماران درباره علایم و نشانه های ناخواسته ناشی از تزریق خون مانند لرز، راش، گرگرفتگی، تهوع، درد در محل تزریق یا شکم، قفسه سینه و عضلات، احسان ناخوشی عمومی، تنگی نفس و ادرار تیره و اهمیت گزارش سریع آن ها آموزش داده شود.

-کنترل نهایی هویت بیمار باید حتماً در بالین بیمار (نه در ایستگاه پرستاری و دور از بیمار) و توسط یک فرد حرفه ای و دارای صلاحیت که اجرا کننده تزریق خون است، انجام گیرد.

-هویت بیمار باید به صورت شفاهی مورد تایید قرار گیرد و از بیمار خواسته شود که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را بیان نماید. در کودکان دارای سنین پایین که قادر به برقاری ارتباط نیستند اطلاعات لازم باید از والدین و سریرست آن ها کسب شود.

-مشخصات اصلی بیمار باید با اطلاعات روی دستبند شناسایی، برگه همراه کیسه خون، پرونده پزشکی بیمار و دستور پزشک یکسان باشد.

-اطلاعات مربوط به گروه خونی (ABO) و Rh باید با برچسب روی کیسه خون و برگه کراس مج یکسان باشد. در صورت وجود اختلاف در هر کدام از موارد ذکر شده خون نباید تزریق شود. واحد آزمایشگاه سریعاً مطلع شود و خون به همراه فرم مطابقت به آزمایشگاه برگردانده شود.

-کیفیت و هویت کیسه خون و دستور پزشک باید مورد تأیید پرستار مسئول تزریق خون قرار گیرد.



دارای کلسیم مانند هماکسل (Haemaccel) (سبب ایجاد لخته در فرآورده‌های خونی می‌شوند).

- هیچ دارویی نباید قبل و در حین تزریق خون به کیسه خون، سست تزریق و رگ اضافه شود.

- دسفروکسامین نباید به خون اضافه شود و یا از طریق رگ مربوط به تزریق خون داده شود.

- در صورتی که لازم است دارویی از همان رگ تزریق خون اجرا شود باید تزریق خون متوقف گردیده و رگ با نرمال سالین شستشو داده شود. سپس داروی بیمار اجرا شده و قبل از شروع مجدد تزریق خون رگ مجدداً با نرمال سالین شستشو داده شود. این اقدامات نباید منجر به افزایش زمان تزریق به بیش از ۴ ساعت گردد.

- تحت هیچ شرایطی نباید داروها به طور مستقیم به کیسه خون اضافه شوند.

پایش بیمار:

- تزریق خون فقط زمانی باید انجام شود که پرسنل کافی برای کنترل بیمار فراهم باشد.

- مشاهدات و بررسی‌ها باید برای هر واحد تزریق شده انجام و ثبت شود.

- قبل از شروع تزریق خون باید به بیماران درباره اثرات نامطلوب تزریق خون و اهمیت گزارش سریع هرگونه علامت و نشانه نامطلوب مانند لرز، راش، گرگرفتگی، تهوع، درد در محل تزریق یا شکم، قفسه سینه و عضلات، احساس ناخوشی عمومی، تنگی نفس و ادرار تیره آموژش داده شود.

- آموژش علایم و اکنش‌های حاد و تأخیری ناشی از تزریق خون باید به کودکان والدین آن‌ها داده شود و به صورت یک پمپلت آموژشی نیز در اختیار آن‌ها قرار داده شود.

- دوز مناسب فرآورده‌های خونی مختلف در کودکان به شرح ذیل است:
دوز فرآورده‌های خونی مختلف با حجم کم در نوزادان و کودکان

نوع فرآورده خونی	دوز	افزایش مورد انتظار
گلبول قرمز	10-15 ml/kg	افزایش هموگلوبین: 2-3gr/dl بسه به نوع محلول ضد انعقاد و نگهدارنده
پلاکت	5-10 ml/kg	افزایش در تعداد پلاکتها 50000/uL
پلاسمای تازه منجمد	10-15 ml/kg	افزایش در سطوح فاکتوری 15%-20%
گرابویرسیتیت	1-2 units/10kg	افزایش در فیرینوژن 60-100 ml/dl

- در بیمارانی که دارای کم خونی شدید هستند (هموگلوبین کمتر از ۵ گرم بر دسی لیتر) یا مشکلات قلبی دارند، سرعت تزریق خون باید 2 ml/kg/hour باشد تا از افزایش حجم مایعات جلوگیری شود.

- میزان حجم خون در بیماران مبتلا به تالاسمی 10-15 ml/kg ا است و به هموگلوبین قبل از تزریق و هماتوکریت سلول‌های متراکم تهیه شده توسط بانک خون بستگی دارد.

تزریق داروها و مایعات به طور همزمان:

- هیچ‌گونه دارو و محلول تزریقی نباید به فرآورده‌های خونی اضافه شود زیرا ممکن است منجر به همولیز یا لخته شدن خون شود.

- مایعات داخل وریدی نباید به طور همزمان با فرآورده‌های خونی داده شوند مگر اینکه اطلاعات کافی به منظور اطمینان از سازگاری وجود داشته باشد.

- تزریق خون می‌تواند از طریق یکراهوریدی متصل به یک کاتتر مرکزی که دارای چند مجرأ است، صورت پذیرد. سایر مجراهای می‌توانند به طور همزمان برای تزریق داروها و مایعات مورد استفاده قرار گیرند. در صورت عدم وجود کاتتر مرکزی دارای چند مجرأ می‌توان از یک رگ دوم برای تزریق مایعات ضروری استفاده نمود.

- تزریق دو نوع مختلف از فرآورده‌های خونی به طور همزمان از طریق رگ جداگانه توصیه نمی‌شود زیرا در صورت بروز واکنش نامطلوب تعیین نمودن عامل به وجود آورده واکنش‌ها دشوار است.

- تنها مایع داخل وریدی سازگار با ترکیبات خون سدیم کلراید ۰/۹٪ (نرمال سالین) است.

- گلبول‌های قرمز با پلاسمای یکسان از نظر ABO و آلبومن ۴% سازگار است.

- دکستروز ۵٪ و مایعات هایپوتونیک باعث همولیز گلبول‌های قرمز می‌شوند. محلول‌های حاوی کلسیم مانند رینگر لاتکتات و کلوریدهای

- * تعداد نیض، تنفس، درجه حرارت و فشار خون بیمار بعد از ۱۵ دقیقه اول باید هر یک ساعت در طول تزریق خون بررسی و ثبت شود.
- * تعداد نیض، تنفس، درجه حرارت و فشار خون بیمار تا یک ساعت بعد از تزریق باید بررسی و ثبت شود.
- بیماران باید در طول ۲۴ ساعت پس از تزریق خون از نظر بروز واکنش های تأخیری مورد مشاهده و ارزیابی قرار گیرد و در صورتی که بیمار ترخیص می شود یک سیستم مشاوره ۲۴ ساعته به منظور ارایه مشاوره بالینی برای بیماران در دسترس باشد و کتابچه آموزشی در رابطه با عوارض تأخیری تزریق خون در اختیار آنان قرار داده شود.
- پرستار باید مطمئن شود که برای تمامی عوارض حاد و تأخیری مستندسازی کامل صورت گرفته باشد و یک سیستم (tracing) با قابلیت ردیابی وجود داشته باشد.

اتمام تزریق خون و ترخیص بیمار:

- درجه حرارت، نیض، تنفس و فشار خون بیمار برای هر واحد خون باید چک شود.
- زمان اتمام هر واحد خون و حجم خون تزریق شده باید ثبت شود.
- اگر بیش از یک واحد خون تجویز شده باشد، اصول شناسایی و اجرای تزریق خون برای هر واحد تکرار می شود.
- در صورتی که تنها یک واحد خون تجویز شده است، سمت تزریق خون بیرون اندخته شود و اگر مایعات داخل عروقی دیگری برای بیمار تجویز شده است باید باست جدید مناسب تزریق شود.
- شستشوی سمت تزریق خون پس از اتمام تزریق ضرورتی ندارد. اما اگر این عمل انجام می شود فقط باید با استفاده از نرمال سالین باشد.
- پس از اتمام تزریق خون، در صورت عدم وجود علایم واکنش های ناخواسته، کیسه خون مصرف شده را در کیسه های زرد رنگ مخصوص قرار داده و به داخل سطل های زیاله مخصوص انتقال داده شود.
- علایم و نشانه های واکنش های تأخیری تزریق خون به بیمار و همراهان وی (والدین و ...) به طور ساده و قابل فهم توضیح داده شود و توصیه شود که هرگونه علامت و نشانه ای بعد از تزریق خون گزارش شود.
- به بیمار و همراهان توصیه شود که در صورت بروز هرگونه عارضه و مشکلی با بیمارستان تماس گرفته شود.
- اگر احتمال بروز واکنش به تزریق خون وجود دارد، کیسه خون باید به همراه جزئیات کامل بالینی به آزمایشگاه برگردانده شود.

امید است با مرور حلقه های دیگر زنجیره انتقال خون در شماره های آتی باعث بهبود سیستم هموویلاتس و اجرای رسالت بیمارستان که همان ارتقای مستمر کیفیت خدمات بهداشت درمانی می یاشد گردیم.



- در کودکانی که قادر به بیان علایم نیستند، بیماران نیمه هوشیار و بیهوش مشاهدات بیشتر و دقیق تر لازم است.

- مشاهدات و کنترل باید برای هر واحد خون انجام گیرد. اقدامات لازم جهت پایش بیمار عبارتند از:

* مشاهدات بصری منظم در طول تزریق خون

* بررسی علایم حیاتی (نیض، فشار خون، درجه حرارت و تعداد تنفس) بیمار قبل از تزریق خون. این بررسی باید حداقل ۶۰ دقیقه قبل از شروع تزریق انجام و ثبت شود.

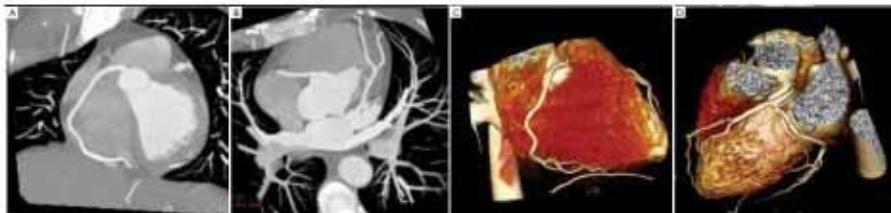
* اندازه گیری تعداد تنفس و نیض، فشار خون و درجه حرارت بیمار ۱۵ دقیقه اول پس از شروع تزریق خون، زیرا واکنش های شدید اکثر از ۱۵ دقیقه اول و به دنبال تزریق ۵۰ میلی لیتر اول ایجاد می شوند. در صورتی که هر یک از این پارامترها نسبت به میزان طبیعی خود تغییر گرده باشند، تنفس نیز باید مورد بررسی قرار گیرد. در صورتی که تزریق خون با سرعت صورت گرفته است و یا بیمار قادر به بیان علایم نشان دهنده احتمال بروز واکنش نسبت به تزریق خون (مانند کودکان)، نیست انجام مشاهدات مکرر و بیشتر ضرورت دارد.

* در صورتی که بیمار علایم و نشانه های واکنش نسبت به تزریق خون را نشان می دهد تعداد نیض، تنفس، فشار خون و درجه حرارت باید کنترل و ثبت شود و اقدامات مناسب انجام گیرد.

* در صورتی که ممکن است عملکرد قلبی بیمار به خطر بیفتد پایش و کنترل بیشتر نیاز است.

Multi-slice CT Angiography JAM Hospital

مرکز مولتی اسلایس سی تی آنژیوگرافی
بیمارستان جم



انجام آنژیوگرافی قلب
توسط سی تی اسکن
تصویر غیر تهاجمی و سرپائی

▪ راز درون قلب خود را بشناسید

رگهایی که به عضله قلب شما خون می‌گویند. این رگها ممکن است توسط جسمی به نام پلاک که شامل یکسری سلول و رسوب چربی (کلسترول) و گاهی کلسیم می‌باشد، تنگ شود و این تنگی باعث کاهش عبور جریان خون می‌شود. چنانچه یکی از این پلاکها پاره شود و لخته‌ای روی آن اضافه شود انسداد ناگهانی رگ رخداده و سکته قلبی روی می‌دهد. سی تی آنژیوگرافی قلب یک روش غیر تهاجمی جدید است که در دنیا به تدریج جایگزین روش تهاجمی آنژیوگرافی قلب می‌شود. با این روش در عرض مدت ۱۵ دقیقه از رگهای شما توسط پرتوهای ایکس عکسبرداری سه بعدی انجام شده و معلوم می‌شود. آیا رگهای قلب شما تنگ است یا نه و در صورت تنگی، محل دقیق و میزان آن مشخص می‌شود.

▪ مقایسه توانایی تشخیص سی تی آنژیوگرافی و آنژیوگرافی تهاجمی

همانطور که مطرح شد، سی تی آنژیوگرافی می‌تواند اطلاعات جامع و کاربردی در زمینه آناتومی عروق، وجود ناهنجاری‌های مادرزادی عروقی و نحوه درگیری رگ مبتلا را به شما بدهد. علاوه بر این وجود ارتباطات مادرزادی و اکتسابی عروقی از جمله آنوریسم (گشادی غیرمتعارف رگ)، دیسکسیون (پارگی جدار داخلی رگ)، و یا شانت‌های عروقی (ارتباط نابجای شریان با ورید و یا با حفرات قلب) و همچنین شانت‌های داخلی قلبی از جمله ASD (ارتباط دهلیزها)، VSD (ارتباط بطن‌ها) PDA (ارتباط شریان آئورت با شریان ریوی) به خوبی توسط سی تی آنژیو مشخص می‌شود.

▪ مقایسه توانایی تشخیص سی تی آنژیو با سایر روش‌های تشخیص غیر تهاجمی در قلب و عروق

- تست ورزش دارای حساسیت ۶۳٪ و توانایی تشخیص ۷۴٪ است و حدود ۲۵٪ موارد مثبت کاذب و منفی کاذب وجود دارد.
- روش‌های تشخیصی هسته‌ای مانند اسکن تالیوم قلب دارای حساسیت ۸۵٪ و توانایی اختصاصی ۱٪ است.
- روش‌های تشخیص دارویی مانند استرس اکو نیز از حساسیت ۸۵٪ برخوردار بوده و شاخمن اختصاصی بودن آن ۸۸٪ است. جهت تشخیص و غربالگری عروق کرونر و سایر بیماری‌های عروقی حساسیت سی تی آنژیو (MSCT) مابین ۹۳-۹۷٪ و شاخص اختصاصی آن ۹۴٪ می‌باشد که بالاترین میزان را در بین کلیه روش‌های غیر تهاجمی قلب و عروق دارا است.

📞 ۰۲۱ ۸۸۸۳۸۸۹۷ - ۰۲۱ ۸۸۴۹۲۴۰۲ - ۰۲۱ ۸۸۱۴۰۷۰۰

🌐 +۹۸ ۹۱۰ ۴۴ ۵۴ ۵۹۹

طرف قرارداد با بیمه‌ها

جسمانی سالمندان و فعالیت ورزشی آنان باعث کمتر شدن فشارخون شده و از چاقی می‌کاهد که این دو عامل به علاوه کاهش میزان کلسترون، خطر بیماری کم خونی و قلبی را کاهش می‌دهند. در افراد مبتلا به افزایش چربی خون، ورزش‌های هوایی مانند دویدن نرم، دوچرخه سواری و شنا، از بهترین ورزش‌ها به حساب می‌آیند. ورزش ممکن است عملکرد ریوی در افراد سالمند مبتلا به بیماری تنگی مجرای هوایی را بهبود بخشد و نیز با کاهش مقاومت انسولین، کنترل قند خون مبتلایان به دیابت را بهتر می‌کند و احتمال دارد، نیاز به دارو کم شود.

برای سالمندان هر نوع فعالیت ورزشی سودمند است، زیرا حرکت مفاصل را بهبود بخشد و قدرت عضلاتی را زیاد می‌کند. از دیگر فواید ورزش در سالمندان می‌توان به بهبود آثار روانی آنان، تسکین افسردگی، بهبود عادت‌های خوابیدن، توانایی لذت بردن از اوقات فراغت و کاهش استرس اشاره کرد. اگر سالمندان می‌خواهند ورزش کنند، حتماً باید بررسی کامل قلبی و عروقی شوند و براساس میزان توانایی، ورزش مناسب برای آنان تجویز شود که در غیر این صورت فشارهای شدید ناشی از ورزش‌های آسیب‌های جبران‌ناپذیری را به آنان وارد می‌کند. تجویز ورزش باید اهداف اصلی شامل آمادگی قلبی عروقی، افزایش قدرت، ازدیاد انعطاف‌پذیری، افزایش حرکت مفصل و تعادل را تأمین کند. ورزش را باید به صورت پیوسته، مداوم و براساس اصول صحیح انجام داد.



منابع:

مجموعه کتب ورزش عمومی، تازه‌های درمان با ورزش،
تازه‌های ورزش عمومی

فرزانه حسینی

کارشناس ارشد مدیریت داخلی



□ چرا ورزش در دوران سالمندی مفید است؟

سالمندی دوره‌ای زمانی است که در آن یک سری رخدادهای پیچیده جسمی، روحی و روانی رخ می‌دهد. این فرآیندها اغلب فرآیندهای طبیعی هستند و نباید آن‌ها را بیماری دانست؛ بلکه باید تلاش نمود جامعه را برای یذریش علمی دوره سالمندی و اتخاذ تدبیری برای سپری نمودن این دوره با حداقل عوارض آماده نمود. امروزه می‌توان با انجام فعالیت منظم و علمی و رژیمی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، تغییر در شیوه زندگی، تغذیه مناسب، دوری از کم تحرکی و زندگی ماشینی، طول عمر سطح کمی و کیفی زندگی افراد را بالا برد. امروزه فعالیت ورزشی، مراقبت صحیح و معاینه پزشکی منظم، از جمله عواملی به شمار می‌روند که باعث طولانی تر شدن عمر و ایجاد زندگی پر ثمرتر می‌شوند. افرادی که نگران کاهش تدریجی ظرفیت‌های بدنی خود هستند، باید زندگی فعال تری داشته باشند. طی تحقیقات صورت گرفته، افرادی که از نظر ورزشی و تغذیه‌ای وضعیت خوبی دارند، به اندازه ۱۰ تا ۲۰ سال بیولوژیک (زیستی) جوان تر از افرادی هم سن و هم جنس خود هستند. نقش ورزش همواره در سلامت و بهبود عملکرد بدن انسان مورد توجه متخصصان مختلف بوده است.

ورزش در تمام ابعاد انسانی اثرات مثبت فراوانی دارد.

انجام فعالیت‌های ورزشی خاص سالمندان، اثرات مهمی بر مکانیسم بدن دارد که در اینجا به مواردی اشاره می‌شود:

ورزش تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی سالمندان دارد. داشتن تحرک و تمرینات ورزشی، علاوه بر کاهش ریسک ایجاد بیماری‌های جسمی، بر روی ابعاد مختلف فعالیت مغزی افراد سالمند نیز تاثیر می‌گذارد. ورزش با مکانیسم‌های متعدد، حس اعتماد به نفس را در سالمند تقویت کرده و از بروز رفتارهای پرخاشگرانه پیشگیری می‌کند. پوکی استخوان یکی از مشکلات اجتناب‌ناپذیر سالمندان است. اگرچه مسئله وراثت در ابتلاء پوکی استخوان نقش مؤثری دارد، ولی نقش تغذیه سالم و بخصوص ورزش، در افزایش تراکم استخوانی افراد بسیار مهم است. ورزش، به ویژه نوع هوایی آن با بهبود عملکرد قلب و عروق بدن مستقیماً بر روی جریان گردش خون و مغز تأثیر گذاشته و باعث تأخیر در فرآیند پیری افراد می‌شود. سیستم ایمنی در جلوگیری از ایجاد بیماری از بیماری‌ها پیشگیری سلطان‌ها نقش دارد و با ورزش می‌توان از تمام این بیماری‌ها پیشگیری کرد. اگر ورزش به صورت مداوم در فعالیت‌های روزانه گنجانده شود به گردش خون و مغز تأثیر گذاشته و باعث تأخیر در فرآیند پیری افراد می‌شود. ورزش علاوه بر تأثیرات مثبتی که بر عضلات، استخوان‌ها، گردش خون و کارایی مغزی دارد نقش مؤثری در تنظیم قند خون ایفا می‌کند. آمادگی

آغاز یک زندگی

بخش بلوک زایمان، نوزادان و NICU بیمارستان جم در خدمت پدران و مادران گرامی

