

پوش

شماره ۲۲، بهار ۱۴۰۴

"آینده سلامت در دستان
هوش مصنوعی"

مصاحبه جذاب با گروه جهادی نسیم مهر!

جدول حل (مامایی)!

معرفی اپلیکیشن یارا!!

طراح: آراسته سهرانی



جهت ارتباط و همکاری با آیدی
زیر در ارتباط باشید:
@Puyesh_UMSU



دانشکده پرستاری و مامایی
ارومیه





فصلنامه علمی-فرهنگی-اجتماعی

پویش

شماره ۲۲ | بهار ۱۴۰۴

صاحب امتیاز: دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

مدیرمسئول: امیرحسام غفوری

سردبیر: بهزاد مفتاحی

ویراستار: امین آقادوست

صفحه آرای: امین آقادوست، احسان معروفی

ترتیب انتشار: فصلنامه

زمینه انتشار: علمی، فرهنگی، اجتماعی

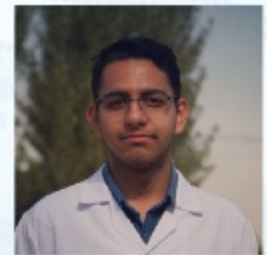
هیئت تحریریه:

حجت الاسلام والمسلمین مجید طاهری،
دکتر ناصر پریزاد، دکتر فریبا حسین زادگان،
فاطمه علی اصغری، امیرحسام غفوری،
مصطفی نوروزی، سونیا برزکار، سحر علیزاده،
مرجان دلانی میلان، سوین پاشانزاد، شیوا
داداشی، غلامرضا حقویردی، افسون قنبری،
نرگس اکبریان، حنا صدیقی، سینا آبیاری

- سخن مدیرمسئول و سردبیر ۳
- یارا و کمک به بیماران افسرده ۴
- کاربرد طب مکمل/جایگزین در بیماری های قلبی عروقی ۶
- جایگاه پرستاران در سلامت معنوی ۷
- خواب های طلایی یا کابوس های شغلی؟! ۱۰
- هرآنچه یک پرستار باید درباره نارسایی قلبی بداند ۱۳
- dysmenorrhea ۱۵
- تاثیر هوش مصنوعی بر مراقبت پرستاری ۱۸
- جدول حل مامایی ۲۰
- مصاحبه با دبیر و نائب دبیر گروه جهادی نسیم مهر ۲۲
- آنفلوانزا، درمان شده ولی همچنان خطرناک ۲۷
- خطرات شغلی ۳۱
- آیا ممکن است هیپنوتیزورها در اتاق عمل مشغول به کار شوند؟ ۳۴
- ریتالین، آنی ولی خطرناک ۳۵
- رابطه خشونت خانگی و تجربه بارداری ۳۶
- معرفی کتاب ۳۹

به نام خدایی که در همین نزدیکی ست...

ای که مرا خوانده ای راه نشانم بده
در شب ظلمانی ام، ماه نشانم بده
سرخوشی این جهان، لذت یک آن بود
آنچه تو را خوشتر است، راه به آنم بده



مدیر مسئول

امیرحسام غفوری

در دنیای پرشتاب امروز، نگارش متون علمی و فرهنگی به عنوان یکی از پایه‌های اصلی ترقی و پیشرفت جوامع شناخته می‌شود. این متون نه تنها به انتقال دانش و اطلاعات کمک می‌کنند، بلکه ارزش‌ها و فرهنگ غنی ما را نیز حفظ و ترویج می‌نمایند. با قلمی استوار، می‌توانیم چشم‌اندازهای نوینی را برای فردای روشن‌تر بسازیم و ایده‌ها و تجربیات متنوع را با یکدیگر به اشتراک بگذاریم. در این راستا، لازم می‌دانم از زحمات بی‌وقفه و مجذانه اساتید معزز و هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه و نیز عزیزان هیئت تحریریه، چه آن دسته از دانشجویانی که سابقاً در نشریه پویش فعالیت داشتند و چه دوستانی که به تازگی به جمع صمیمی نشر ما پیوسته اند، و با اشتیاق و تعهد، در این مسیر گام برمی‌دارند، تشکر کنم. تلاش‌های خستگی‌ناپذیر این بزرگواران در تحقیق، نگارش و ویراستاری محتواهای تولید شده، مسیر ما را هموارتر کرده و موجب ارتقای سطح علمی، بصری و زیبایی شناختی نشریه پویش شده است؛ تا حدی که از پیشرفت‌های ظاهری در ساختار و ساختمان نشریه گرفته تا محتوای علمی و اجتماعی داخل نشریه پویش، به تأیید خوانندگان و اصحاب نشریات دانشجویی دانشگاه، ارتقای روزافزونی را از خود نشان داده است که همگی مرهون تلاش دسته جمعی دانشجویان دغدغه‌مند دانشگاه می‌باشد.

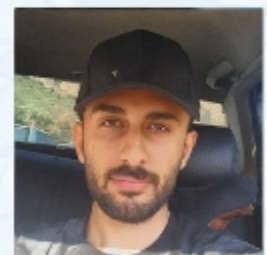
در پایان، به پاس حرکت امیدبخشی که مدتی است در شاکله نشریه علمی، فرهنگی و اجتماعی پویش شروع شده، با این دکلمه زیبا، سخنم را خاتمه می‌دهم: «امید، نوری است که در دل تاریکی می‌درخشد، با همت و اتحاد، رویای امید را به حقیقت بدل می‌سازیم، پیش به سمت فردای بهتر، با عشق و ایمان.» با آرزوی بهترین‌ها برای جویندگان علم و حقیقت...

امیرحسام غفوری

هم‌قدمان عزیز، با سلام و درود به شما، آینده‌سازان عرصه سلامت و مراقبت؛ در این شماره از نشریه دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، بار دیگر گرد هم آمده‌ایم تا با قلم و اندیشه‌مان، صدای دانش، تجربه و تعهد را به گوش همگان برسانیم. ما، دانشجویان پرستاری و مامایی، نه تنها حامل علم و مهارت، بلکه نگهبانان امید و تسکین در سخت‌ترین لحظات زندگی انسان‌ها هستیم. این شماره، آیینه‌ای است از تلاش‌های بی‌وقفه شما؛ از مقالات علمی که مرزهای دانش را جابه‌جا می‌کنند تا تجربه‌های بالینی که درس‌های زندگی را به ما می‌آموزند. در این صفحات، از چالش‌های حرفه‌ای‌مان سخن گفته‌ایم، از دغدغه‌هایمان برای ارتقای نظام سلامت و از رویاهایی که برای آینده‌ای بهتر در سر داریم. بیایید با هم، این نشریه را نه فقط یک مجموعه نوشته بلکه چراغی الهام بخش برای آیندگان این عرصه بدانیم. از همه شما دعوت می‌کنم تا با مشارکت فعال، ایده‌ها و نوشته‌های خود را با ما به اشتراک بگذارید. این نشریه، متعلق به شماست و هر صفحه‌اش، فرصتی برای شنیده شدن صدایتان.

با آرزوی موفقیت و سربلندی برای همه شما؛

بهزاد مفتاحی



سر دبیر

بهزاد مفتاحی



دکتر ناصر پورزاد

دانشیار مراقبت های ویژه



کمک به بیماران افسرده با استفاده از اپلیکیشن گوشی هوشمند (یارا)

امروزه تلفن هوشمند و اپلیکیشن های مرتبط با آن طیف وسیعی از خدمات را شامل می گردد که برای بیماران مبتلا به اختلالات خلقی نیز می تواند سودمند باشد (15, 16). با توجه به شیوع بالا و غیر قابل وصف این اختلالات اخیرا علاقه به استفاده از ابزارهای جدید مانند گوشی هوشمند برای این بیماران بیشتر شده است (17).

افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی در سرتاسر جهان به شمار می رود (1). بر اساس مرور متون، بیش از 350 میلیون نفر از مردم دنیا از این اختلال رنج می برند. پیش بینی می شود تا سال 2030 در جایگاه اول رتبه بندی بار بیماری قرار گیرد (1). یک مطالعه مروری شیوع افسردگی در ایران را 42/59 درصد جمعیت عمومی گزارش کرده است (3). اختلالات افسردگی تاثیر فزاینده ای بر بار جهانی بیماری دارد (4). افراد دچار افسردگی شدید مشکلات جدی را در تمام جنبه های زندگی خود از جمله کار، خانه و فعالیت های اجتماعی گزارش می کنند (5). افسردگی موجب مشکلات روانی-اجتماعی نظیر اضطراب، ترس از حضور در جمع (6)، محرومیت اجتماعی (7)، افزایش مرگ و میر (8)، انگ داشتن (9)، و هزینه های مستقیم و بالای اجتماعی می شود (10-12). افسردگی از نظر مالی یکی از پر هزینه ترین بیماری هاست و گاهی منجر به خودکشی می شود که از مهمترین عوامل مرگ و میر جوانان است (13).

درمان های دارویی به عنوان درمان استاندارد برای افسردگی پذیرفته شده اند. اما ترس از عوارض جانبی آنها نظیر اعتیاد، باعث می شود بیماران از مصرف داروهای فوق سر باز زنند (1). از سوی دیگر مداخلات دارویی معمولا کلینیک محور یا بیمارستان محور بوده، نیازمند ویزیت هفتگی یا ماهانه است، که محدودیت زمانی، مشکلات حمل و نقل و همچنین هزینه مربوط به آن موجب می گردد 70 درصد بیماران امکان حضور منظم در جلسات روان درمانی را نداشته باشند (14). در این بین، بیماران دچار افسردگی که مشکل جسمی دارند، اغلب ایزوله اجتماعی بوده و در خانه به سر می برد. لذا هر گونه اقدامی که در خانه برای بیماران قابل استفاده باشد، میتواند باعث دستیابی به موفقیت بیشتر نسبت به کلینیک ها و بیمارستان ها گردد (1).

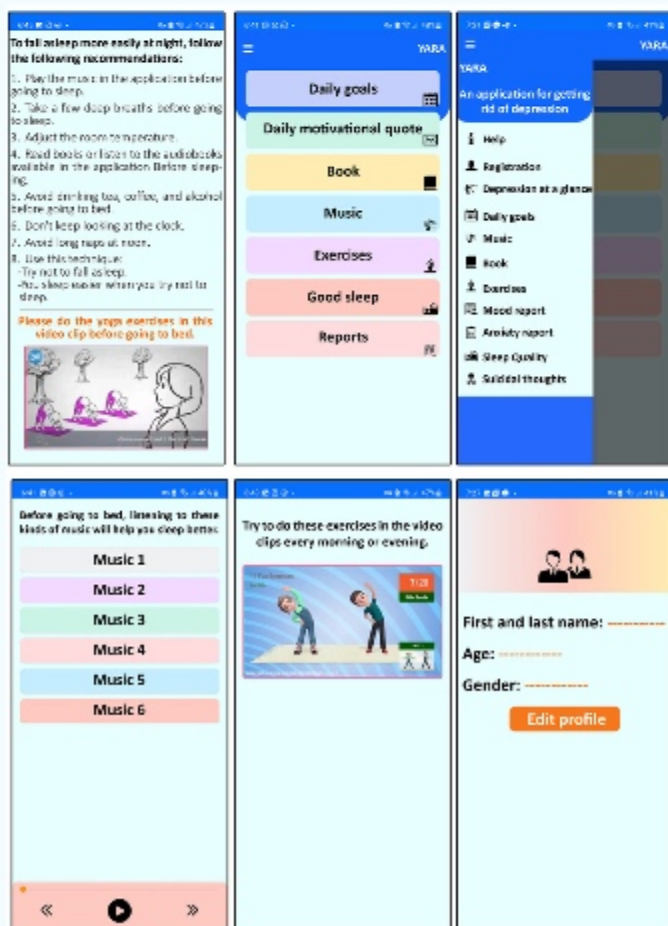


Figure 1. Images of the Yara Smartphone application

این پژوهش، به صورت مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بر روی 64 نفر از بیماران افسرده مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی ارومیه و کلینیک روانپزشکی بیمارستان شهید مدنی خوی در سال 1399-1400 انجام گردید. بیماران بصورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. بیماران در گروه مداخله به مدت سه ماه از اپلیکیشن یارا استفاده کردند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های اضطراب اشیپلیرگ، کیفیت خواب پترزبورگ و افکار خودکشی بک گردآوری شدند. داده ها در نرم افزار های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل ها نشان داد که استفاده از اپلیکیشن یارا منجر به کاهش اضطراب، و بهبود کیفیت خواب بیماران افسرده می شود. در حالیکه استفاده از اپلیکیشن یارا تاثیری بر افکار خودکشی در این بیماران نداشت. از پژوهش حاضر نتیجه گرفته شد که استفاده از اپلیکیشن یارا، می تواند در کنار روش های درمانی موجود، در رفع مشکلات بیماران افسرده مفید باشد. لذا استفاده از این نرم افزار در بخش ها و کلینیک های روانپزشکی برای این دسته از بیماران توصیه می گردد. هرچند در مطالعه فوق اثربخشی اپلیکیشن گوشه هوشمند (یارا) بر افکار خودکشی تأیید نگردید، اما با توجه به نتایج مطالعات مختلف مبنی بر تأثیر اپلیکیشن های گوشه هوشمند در این زمینه، بررسی بیشتر ضروری به نظر می رسد.

منابع:



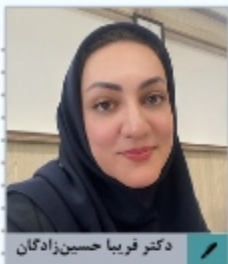
1. Sukhato K, Lotrakul M, Dellow A, Ittasakul P, Thakkinstant A, Anothaisintawee T. Efficacy of home-based non-pharmacological interventions for treating depression: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ open*. 2016;2(7).
2. Lahouti M, Zavoshy R, Noroozi M, Rashidkhani B, Rostami R. Association between dietary patterns and depressive symptoms in adult women living in Tehran (2013). *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2015;19(4):41-32.
3. Mohamadi M, Mohaqeqi Kamal SH, Vameghi M, Rafiey H, Setareh Forouzan A, Sajjadi H. A meta-analysis of studies related prevalence of depression in Iran. *Journal of Research and Health* 2017;7(1):581-93.
4. König H, König H-H, Konnopka A. The excess costs of depression: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2020;29.
5. Deady M, Johnston D, Glozier N, Milne D, Choi I, Mackinnon A, et al. A smartphone application for treating depressive symptoms: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC psychiatry* 2018;18(1):166.
6. Cabello M, Mellor-Marsá B, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, Ayuso-Mateos JL. Psychosocial features of depression: a systematic literature review. *Journal of affective disorders* 2012;141(1):22-33.
7. Frei A, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Eich-Höchli D. Auswirkungen von depressiven Störungen auf objektive Lebensqualitätsbereiche. *Psychiatrische Praxis* 2004;31(06):298-303.
8. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry* 2014;13(2):153-60.
9. Kandilarova S, Stoyanov D, Sirakov N, Maes M, Specht K. Reduced Grey Matter Volume in Frontal and Temporal Areas in Depression: A Voxel Based Morphometry Study. 2019.
10. Leicht H, König H-H. Krankheitskosten bei Demenz aus gesellschaftlicher Perspektive. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2012;55(5):677-84.
11. Brody DJ, Pratt LA, Hughes JP. Prevalence of depression among adults aged 20 and over: United States, 2013-2016. *US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and* ., 2018.
12. Hsieh CR, Liu S, Qin X. The Hidden Costs of Mental Depression: Implications on Social Trust and Life Satisfaction. *The Manchester School* 2019;87(2):259-96.
13. Ahmad S, Rehman T, Abbasi WM, Masood I, Fatima Q, Ghauri AO, et al. Depression and Associated Risk Factors Among Medical and Allied Health Sciences Students of Southern Punjab, Pakistan. *RADS Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences* 2018;6(4):250-3.

استفاده از اپلیکیشن های گوشه هوشمند زمان انتظار برای قرار ملاقات و نیاز به ملاقات حضوری با پزشک را کاهش داده و نسبت به روش های دیگر اقتصادی و مقرون به صرفه تر می باشد (18). تعداد معدودی از این برنامه ها در حمایت از افراد دارای مشکل سلامت روان نظیر استرس، اضطراب، افسردگی، اختلال استرس بعد از سانحه و وسواس اجباری متمرکز شده اند (19). با توجه به دسترسی گسترده به گوشه های هوشمند و پتانسیل خودمدیریتی موجود در آنها به نظر می رسد استفاده از گوشه های هوشمند در بیماران دچار افسردگی بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد (20). از طرفی دیگر در وضعیت کنونی، با توجه به شیوع و اپیدمی بیماری های عفونی، مشاوره پرستاری و آموزش از راه دور توسط اپلیکیشن گوشه هوشمند می تواند مفید باشد و از حضور بیماران در بیمارستان ها برای قرار های مکرر و مداوم کاسته و از ابتلای بیماران به این بیماری مهلک بکاهد (21).



بنابراین تیم تحقیق تصمیم گرفت که یک اپلیکیشن گوشه هوشمند به نام اپلیکیشن یارا طراحی نموده و مطالعه ای با هدف تعیین تأثیر اپلیکیشن یارا بر میزان اضطراب، کیفیت خواب و افکار خودکشی در بیماران افسرده انجام دهند. اپلیکیشن یارا اطلاعات اولیه را از بیمار دریافت میکند، نقاط مثبت و منفی فرد را سوال میکند و نقاط مثبت را به صورت پیام روزانه یادآوری میکند. شبها موقع خواب برای بیمار موسیقی آرامش بخش پخش میکند. برنامه ورزش صبحگاهی و یوگا برای بیمار در نظر می گیرد و دارای قابلیت بارگذاری کتاب صوتی انگیزشی برای بیمار می باشد (شکل 1).

14. Geerlings SW, Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg W. Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological medicine* 2000;30(2):369-80.
15. Bakker D, Kazantzis N, Rickwood D, Rickard N. Development and pilot evaluation of smartphone-delivered cognitive behavior therapy strategies for mood-and anxiety-related problems. *MoodMission. Cognitive and Behavioral Practice* 2018;25(4): 496-514.
16. Köhnen M, Kriston L, Härter M, Dimaier J, Lieberz S. Rationale and design of a systematic review: effectiveness and acceptance of technology-based psychological interventions in different clinical phases of depression management. *BMJ open* 2019;9(3):e028042.
17. Powell AC, Landman AB, Bates DW. In Search of a Few Good Apps. *JAMA* 2014;311(18):1851-2. 10.1001/jama.2014.2564.
18. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2010;10:113. 10.1186/1471-244X-10-113.
19. Rathbone AL, Prescott J. The Use of Mobile Apps and SMS Messaging as Physical and Mental Health Interventions: Systematic Review. *J Med Internet Res* 2017;19(8):e295. 10.2196/jmir.7740.
20. BinDhim NF, Sharman AM, Trevena L, Basyouni MH, Pont LG, Alhawassi TM. Depression screening via a smartphone app: cross-country user characteristics and feasibility. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2015; 22(1):29-34.
21. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect* 2020;1105.



دکتر فربا حسین‌زادگان

استادیار داخلی جراحی



کاربرد طب مکمل؛ جایگزین در بیماری‌های قلبی عروقی



در این راستا به منظور کاهش عوارض ناتوان کننده بیماری و دوره قبل از جراحی، تمایل بیماران به استفاده از طب مکمل و جایگزین به دلایلی چون هزینه کم، سهولت دسترسی و استفاده و کم عارضه بودن آن افزایش یافته است. نتایج حاصل از مطالعات مختلف نیز حاکی از آن است که استفاده از این روش در بیماران، دارای تاثیرات مثبت و قابل توجهی بوده است و منجر به بهبود علائم/ عوارض جانی، تقویت سیستم ایمنی بیمار، ارتقا کیفیت زندگی و بهبود سلامت جسمانی/ عاطفی شده است.

بیماری‌های قلبی- عروقی به عنوان یکی از دلایل مرگ و میر، ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی در سراسر جهان شناخته شده است که عامل 50 درصد از کل مرگ و میر در جوامع در حال توسعه میباشد. علاوه بر مشکلات جسمی و روانی از جمله عدم تحمل فعالیت، وابستگی به سایرین در انجام کارهای روزمره، اختلال در روابط اجتماعی و درد که بیمار قبل از جراحی و به دلیل بیماری تجربه میکند، عمل جراحی قلب نیز یک رویداد استرسزا در زندگی بیمار میباشد که با اختلالاتی مانند اضطراب، ترس و افسردگی همراه است.



ترس از مرگ و مفاهیم و محیط ناشناخته، عوارض و خطرات ناشی از جراحی، بستری شدن و انتظار کشیدن برای انجام جراحی منبع بزرگی از استرس بوده که متعاقباً منجر به اختلال در عملکرد فیزیکی و روانی فرد میگردد. از طرفی این بیماران به دلیل ترس و اضطراب و اختلالات عملکردی قبل از جراحی، ممکن است پس از جراحی با مشکلاتی چون درد بیشتر، تسکین کمتر نشانه‌های آنژین، کاهش ظرفیت و تحمل فیزیکی، نارضایتی از درمان، پذیرش مجدد در بیمارستان، بهبودی کمتر و کیفیت زندگی پایینتری را تجربه نمایند.





منابع:

1. Soliman G, Sabah H, El Amrosy S. Effect of Massage Therapy on Stress, Anxiety, and Pain among Cardiac Surgical Patients. 2021;185-94.
2. Teimouri F, Pishgoole SA, Malmir M, Rajai N. The effect of Benson relaxation on physiological criteria in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. Complementary Medicine Journal. 2019;9(3):3812-23.
3. Najafi S, Sajjadi M, Nasirzadeh A, Jeddi H. The effect of rose aromatherapy on anxiety before abdominal operation. The Horizon of Medical Sciences. 2020;26(2):128-41.
4. Salah AO, Salameh AD, Bitar MA, Zyoud SeH, Alkaiyat AS, Al-Jabi SW. Complementary and alternative medicine use in coronary heart disease patients: a cross-sectional study from Palestine. BMC complementary medicine and therapies. 2020;20(1):1-14.
5. Rajai N, Choopani N, Pishgouyi SAH, Sharififar St. The effect of acupressure on anxiety of patients candidate for coronary angiography. ajaums-mcs. 2015;2(1):6-13. doi: 10.18869/acadpub.mcs.2.1.6.

سازمان بهداشت جهانی طب مکمل و جایگزین را به عنوان گروهی از اقدامات پیشگیرانه، تشخیصی و درمانی تعریف میکند که در پزشکی مدرن و طب سنتی جای نمیگیرد. از جمله انواع آن که امروزه به خوبی در میان عموم شناخته شده‌اند میتوان به طب سوزنی، گیاهان دارویی و ویتامین‌ها، تکنیک‌های معنوی، داروهای هومیوپاتی و ماساژتراپی اشاره نمود. در طی دو دهه- اخیر میزان استفاده از طب مکمل و جایگزین در سراسر جهان گسترش یافته و شیوع آن در میان جمعیت جهان بین 8/9 درصد تا 76 درصد برآورد شده است و طبق نتایج حاصل از مطالعات، میزان استفاده در میان جوانان، زنان، نژاد آسیایی و افراد با وضعیت اجتماعی- اقتصادی بالاتر، بیشتر بوده است.



مطالعات انجام یافته در ایران در زمینه بیماران قلبی و تاثیر استفاده از طب مکمل و جایگزین در این بیماران انجام شده‌اند که نتایج مطالعات حاکی از تاثیرات مثبت بر بیماران در برهه‌های قبل یا پس از انجام جراحی یا آنژیوگرافی قلبی بوده است. لیکن با توجه به تاثیرات مثبت غیرقابل انکاری که استفاده از طب مکمل و جایگزین برای بیماران ممکن است در پی داشته باشد، گسترش تمایل بیماران به طب مکمل و جایگزین و عدم افشای آن توسط بیماران، احتمال بروز عوارض احتمالی این درمان‌ها و تداخلات دارویی را افزایش میدهد که ممکن است عوارض جبران‌ناپذیری نیز در پی داشته باشد. با توجه به اینکه یکی از وظایف مهم پرستاران قبل از جراحی، به حداکثر رساندن سلامت فیزیکی و روانی بیمار و کمک به او جهت سازگاری با شرایط موجود می-باشد، لذا پرستاران میتوانند در این زمینه نقش کلیدی و راهگشایی داشته باشند و در برقراری ترکیب ایمن درمان مدرن با طب مکمل و ارائه مشاوره و آموزش به بیماران نقش مهمی در این زمینه ایفا کنند.





حجت الاسلام والمسلمین
مجید طاهری
مسئول نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در
دانشگاه علوم پزشکی استان

جایگاه پرستاران در سلامت معنوی



چکیده: سلامت معنوی یکی از ابعاد کلیدی سلامت کلی فرد است که به معنای احساس هدف، ارزش و آرامش در زندگی مربوط می‌شود. پرستاران به عنوان یک بخش اساسی از تیم مراقبت‌های بهداشتی، نقش مهمی در ارتقای سلامت معنوی بیماران ایفا می‌کنند. این مقاله به بررسی جایگاه و تأثیر پرستاران بر سلامت معنوی بیماران می‌پردازد و اهمیت این نقش را در فرآیند درمان و مراقبت بررسی می‌کند.

کلیدواژه: سلامت معنوی، پرستاری، مراقبت‌های بهداشتی، حمایت عاطفی، ارتباط با بیماران، تنوع فرهنگی، آموزش معنوی، محیط درمانی، مشاوره روحی، کیفیت زندگی

مقدمه

سلامت معنوی به عنوان یکی از جنبه‌های مهم سلامت کلی، به معنای داشتن حس هدف و معنا در زندگی، احساس ارزشمندی و ارتباط با چیزی بزرگ‌تر از خود است. در حالی که سلامت جسمانی و روانی معمولاً بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد، سلامت معنوی نیز به عنوان عامل مؤثر در بهبود کیفیت زندگی و فرآیند درمان شناخته شده است. پرستاران به دلیل تماس نزدیک و مداوم با بیماران، قادرند تأثیرات عمیقی بر سلامت معنوی آنها داشته باشند.

فصل دوم: حمایت عاطفی و روحی

پرستاران با ارائه حمایت عاطفی و روحی، به بیماران کمک می‌کنند تا با مسائل معنوی و روحی خود مواجه شوند. این حمایت می‌تواند شامل شنیدن نگرانی‌ها و خواسته‌های معنوی بیماران، فراهم کردن فرصت‌های برای دعا و کمک به برقراری ارتباط با منابع معنوی و دینی باشد.

فصل سوم: آموزش و مشاوره

پرستاران می‌توانند به بیماران و خانواده‌های آنها در زمینه‌های معنوی آموزش دهند و مشاوره کنند. این آموزش‌ها می‌تواند شامل تکنیک‌های مدیریت استرس، مدیریت‌ش، و سایر روش‌های تقویت سلامت معنوی باشد. پرستاران با داشتن آگاهی و آموزش مناسب در این زمینه، قادر به ارائه مشاوره‌های مفید و مؤثر خواهند بود.

فصل اول: ارتباط و همدلی

پرستاران از طریق ایجاد ارتباطی عمیق و همدلانه با بیماران، به آنها احساس آرامش و اطمینان می‌دهند. این ارتباط می‌تواند به تقویت احساس معنوی بیماران کمک کند و آنها را در دوران سخت بیماری حمایت کند. احساس شنیده شدن و فهمیده شدن می‌تواند به بیماران کمک کند تا با چالش‌های روحی خود بهتر کنار بیایند.



فصل چهارم: ایجاد محیط مناسب

محیطی که پرستاران در آن کار می‌کنند، می‌تواند تأثیر زیادی بر سلامت معنوی بیماران داشته باشد. ایجاد فضایی آرام، محترمانه و حمایتگر، می‌تواند به تقویت احساس امنیت و آرامش در بیماران کمک کند. پرستاران می‌توانند با طراحی و حفظ چنین محیطی، به بهبود سلامت معنوی بیماران کمک کنند.



فصل پنجم: توجه به تنوع فرهنگی و دینی

پرستاران باید به تنوع فرهنگی و دینی بیماران توجه کنند و به احترام به اعتقادات و ارزش‌های معنوی آنها بپردازند. این توجه می‌تواند شامل ارائه مراقبت‌های مناسب با توجه به باورهای دینی و فرهنگی بیماران و ایجاد فضایی باز و پذیرنده برای این اعتقادات باشد.



نتیجه‌گیری

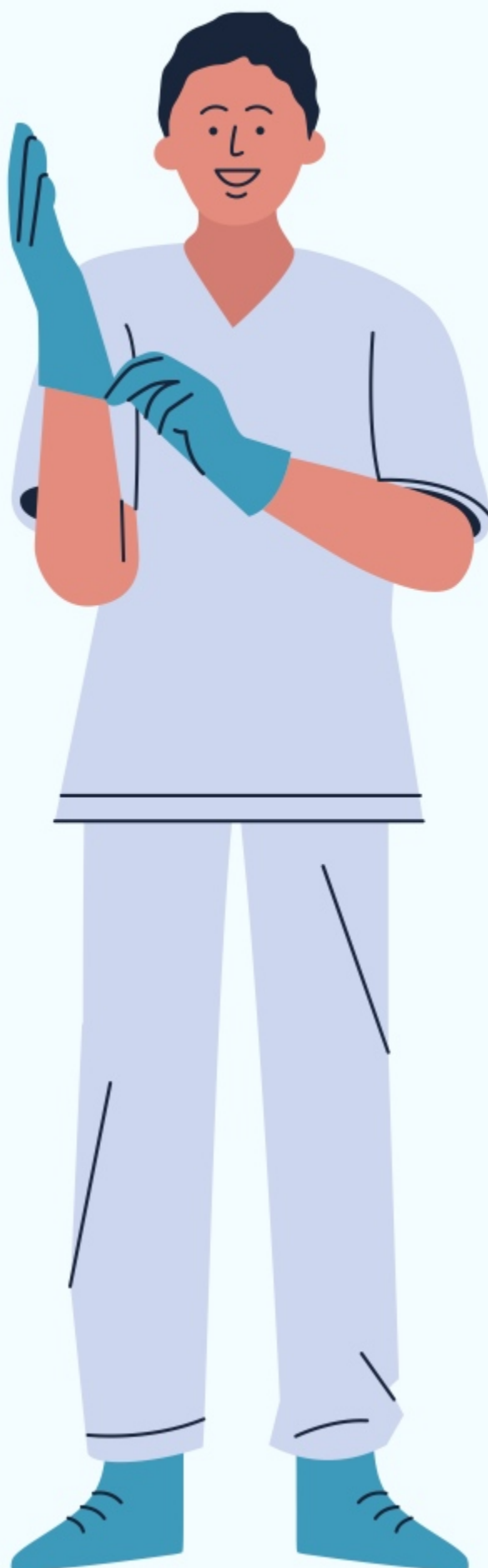
پرستاران با ارائه حمایت عاطفی و روحی، ایجاد محیط مناسب و توجه به تنوع فرهنگی و دینی، نقش حیاتی در ارتقای سلامت معنوی بیماران ایفا می‌کنند. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد کلیدی سلامت کلی، تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی و فرآیند درمان بیماران دارد. به همین دلیل، توجه به نقش پرستاران در این زمینه و فراهم کردن آموزش و منابع لازم برای آنها، می‌تواند به بهبود کلی سلامت بیماران و ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی کمک کند.



منابع



1. Puchalski, C. M., & Ferrell, B. R. (2010). "Making Health Care Whole: Integrating Spirituality into Patient Care". Templeton Foundation Press.
2. Koenig, H. G. (2012). "Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications". International Journal of Psychiatry in Medicine.
3. Swinton, J. (2001). "Spirituality and Mental Health Care: Rediscovering a Forgotten Dimension". Jessica Kingsley Publishers.
4. McSherry, W., & Jamieson, S. (2011). "Nursing and Spirituality: A Comprehensive Overview". Routledge.





مصطفی نوروزی

فارغ التحصیل مهندسی بهداشت حرفه‌ای



خواب های طلایی یا کابوس های شغلی؟! ▶



عناوین:

- چگونه کیفیت خواب بر استرس شغلی و عملکرد پرستاران بیمارستان امام خمینی ارومیه تاثیر می گذارد؟
- چگونه خواب بهتر می تواند استرس شغلی و کارایی پرستاران بیمارستان امام خمینی ارومیه را تحت تاثیر قرار دهد؟
- چگونه خواب خوب می تواند استرس و کارایی پرستاران امام خمینی ارومیه را بهبود بخشد؟

خلاصه طرح:

از طریق روش نمونه گیری تصادفی ساده و با دادن پرسشنامه ها (کیفیت خواب پیتزبورگ PSQI - استرس شغلی HSE) به نمونه های پژوهش به تعداد 50 نفر در شیفت های کاری مختلف جهت اخذ اطلاعات دموگرافیک و همچنین آموزش به پرستاران در خصوص نحوه پیشگیری مورد نظر از دایریوم در بیماران بدحال بستری در بخش مراقبت های ویژه به علت های مختلف، کار تحقیق خود را آغاز خواهیم نمود. پس از جمع آوری پرسشنامه ها و جهت بررسی و مشاهده مداخلات مورد نظر و اطمینان از انجام صحیح مداخلاتی که آموزش داده خواهد شد داده ها وارد نرم افزار 26SPSS شده و سپس اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت و نتایج تحقیق ارائه خواهد گردید.

استرس شغلی در پرستاران شیوع بالایی دارد که این موضوع می تواند کیفیت زندگی پرستار و همچنین ایمنی بیمار را به مخاطره بیندازد. از سوی دیگر، پرستاران به دلیل ماهیت شغلی خود و حضور ساعت ها در بیمارستان در قالب شیفت های الزام به حضور در گردش، با تنش و استرس بیشتری روبه رو هستند. کار شیفی می تواند بر عملکرد حرفه ای و کیفیت خواب فرد اثر گذار باشد و در نتیجه سلامت جسمی و زندگی اجتماعی وی را تحت تاثیر قرار دهد و به اختلال در امر سازگاری با خواب و استرس و بحران های موجود منجر شود. استراحت در زندگی انسان نقش بسیار مهمی دارد؛ زیرا ترمیم سلولی و آرامش جسمی و روانی در خواب حاصل می شود؛ درحالی که شرایط کاری پرستاران در تعارض با این مطلب می باشد. یافته های مطالعاتی اخیر حاکی از آن است که برنامه کاری گردش به ویژه صبحکاری و شبکاری کیفیت خواب پرستاران را دستخوش تغییر می کند. هدف ما از انجام این پژوهش ارزیابی اثر کیفیت خواب بر استرس شغلی و عملکرد کاری نظیر کیفیت ارائه خدمات، ایجاد حوادث، اختلال در تمرکز، آسیب های وارده بر سلامت جسمی، روانی و ذهنی پرستاران بیمارستان امام خمینی ارومیه می باشد. همچنین در این پژوهش به یافتن راه حل هایی برای کاهش و جبران مشکلات ذکر شده نیز تاکید و توجه می شود.



چرایی انجام این تحقیق!

استرس به معنی قرارگیری در معرض فشارهای روانی است و از آنجا که در محیط کار نیز احساس می شود، می توان گفت همه مشاغل تا حدی استرس زا هستند. این معضل، مشکلی شایع و پرهزینه است و شیوع آن به گونه ای است که یافتن کسی که با استرس شغلی مواجه نشده باشد، کاری دشوار است. موسسه بین المللی ایمنی و سلامت شغلی، استرس شغلی را به صورت پاسخ مضر جسمی و روحی تعریف می کند و زمانی رخ میدهد که نیازمندی های شغلی با توانایی ها، منابع حمایتی و نیازهای فرد شاغل همخوانی و هماهنگی نداشته باشد. استرس جزء جدایی ناپذیر همه حرفه هاست، اما این موضوع در مشاغلی که ارتباط تنگاتنگی با سلامت و مرگ و زندگی افراد دارند، نمود بیشتری می یابد و نیازمند توجه بیشتری است.

پرستاران بزرگترین گروه از متخصصان در سیستم مراقبت های بهداشتی هستند. آنها 40 درصد از کل پرسنل یک بیمارستان و 55 درصد از کل هزینه پرسنل را تشکیل می دهند، بنابراین نقش مهمی در سیستم مراقبت های بهداشتی و درمانی دارند. پرستاران به دلیل ماهیت تنش زای حرفه خود و ارتباط نزدیک و مداومی که با بیماران و همراهان آنها دارند، نسبت به سایر افراد حاضر در کادر درمان، بیشتر در معرض خطر استرس و فرسودگی شغلی قرار دارند و سطوح بالایی از استرس شغلی را تحمل می نمایند. همچنین به دلیل شیفت کاری طولانی مدت و خستگی همواره در معرض تهدیدات سلامتی با ابعاد مختلف هستند و قطعاً پرستاران با وضعیت نامناسب سلامت قادر به ارائه مراقبت های جسمی و روحی مناسب از بیماران نیستند. این امر باعث بروز حوادث و اشتباهات شغلی جدی می شود که در نهایت عواقبی برای پرستار و بیمار دارد.

حجم زیاد کار، حمایت کم مدیران، تعارض و تضاد با همکاران مواجهه با مرگ و خودکشی، و ابهام در شرح وظایف برخی از عوامل تنش زای پرستاری است. تنش عاملی موثر در پی کفایتی سازمان، استعفا، غیبت های مکرر، کاهش رضایت شغلی، بیماری های جسمی و کاهش کیفیت و کمیت درمان است. سطح بالا و مداوم تنش شغلی ممکن است منجر به خواب ضعیف شود و محرومیت از خواب باعث بروز مشکلاتی از قبیل بیماری های جسمی، عدم تمرکز، اشتباه در دارو دادن، عدم ارتباط مناسب با مددجویان، اضطراب، کاهش کیفیت زندگی و عملکرد شغلی پایین می شود.

کمیود پرستار در حال تبدیل شدن به یک موضوع مراقبت های بهداشتی در سراسر جهان است. این کمیود منجر به افزایش تقاضا برای مراقبت های پرستاری شده است. بنابراین امکانات بهداشتی ممکن است پرستاران را ملزم به کار در شیفت های طولانی نماید. این مکانیسم های کاری، ریتم های شبانه روزی طبیعی را مختل می کنند و می تواند منجر به از دست دادن کمیت و کیفیت خواب شود و در نتیجه اختلال خواب طولانی مدت ایجاد کند. بنابراین، پرستاران نسبت به جمعیت عمومی و سایر کارکنان مراقبت های بهداشتی بیشتر مستعد ابتلا به اختلالات خواب هستند.





منابع:



پرستارانی که شیفت شب و دارای شیفت های متعدد هستند سطح متوسط و بالایی خستگی را تجربه می کنند، خستگی می تواند موجب رفتار نامناسب، اجتناب از سرکارآمدن، بی تفاوتی نسبت به مددجو، کاهش اعتماد به نفس، کاهش رضایت شغلی و ترک خدمت شود در صورتیکه افراد قبل از شروع یا بعد از پایان شیفت کاری برنامه منظم کاری، برنامه منظم بیداری، برنامه منظم خواب و تغذیه ای داشته باشند، می توانند از بسیاری از عوارض مصون بمانند؛ بعد از اتمام شیفت کاری این گروه باید برنامه تغذیه ای مشخصی داشته باشند و در صورت ابتلا به بیماری زمینه ای باید نحوه مصرف داروها را به پزشک معالج ارجاع دهند.



1. Yamani N, Shahabi M, Haghani F. The relationship between emotional intelligence and job stress in the faculty of medicine in Isfahan University of Medical Sciences. *J Adv Med Educ Prof.* 2014;2(1):20-6.
2. Tausig M, Fenwick R. The social stratification of job stress: How social structures create health disparity. *Special Social Groups, Social Factors and Disparities in Health and Health Care*: Emerald Group Publishing Limited; 2016. p. 261-86.
3. Habibi E, Taheri MR, Hasanazadeh A. Relationship between mental workload and musculoskeletal disorders among Alzahra Hospital nurses. *Iranian journal of nursing and midwifery research.* 2015;20(1):1.
4. Park J. Work stress and job performance: Statistics Canada Ottawa, ON, Canada; 2007.
5. Krueger P, Brazil K, Lohfeld L, Edward HG, Lewis D, Tjam E. Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC health services research.* 2002;2:1-8.
6. Najafi Ghezeli T, Moradi F, Rafii F, Haghani H. Relationship between job stress, sleep quality and fatigue in nurses. *Iran Journal of Nursing.* 2014;27(89):40-9.
7. Wu S, Zhu W, Wang Z, Wang M, Lan Y. Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *J Adv Nurs.* 2007;59(3):233-9.
8. Salehi H, Amini A, Feizy-Amiry B, Pakpour V. Assessing the quality of sleep among nurses working at educational hospitals of Zanjan University of Medical Sciences and its related factors. *Nursing Practice Today.* 2017;4(4).

9. وکامکار بابایی، زینت، تبریزی، کی، پروین، دانشی، اختلالات خواب در پرستاران: نقش استرس شغلی، ذهن آگاهی و شفقت به خود. *فصلنامه مدیریت پرستاری.* 2023;11(4):93-102.
10. Sepehrmanesh Z, Mousavi G, Saberi H, Saei R. Sleep quality and related factors among the nurses of the Hospital of Kashan University of Medical Sciences, Iran. *International Archives of Health Sciences.* 2017;4(1):17-21.
11. Arden JB. Surviving job stress: How to overcome daily pressures: Career Press; 2002.
12. Van Nguyen T, Liu H-E. A cross-sectional study on sleep disturbances and associated factors among nurses. *BMC psychiatry.* 2022;22(1):1-8.
13. Sayehmiri K, Mohammadi E. Sleep disturbances among nurses in Iran: a meta-analysis. *Iran Red Crescent Med J.* 2018;20(11):92.
14. Thomas SP. Transforming nurses' stress and anger: Steps toward healing: Springer Publishing Company; 2008.
15. Poursadeghiyan M, Moghimiyan M, Amjad R, Baneshi M, Yari A, Noroozi M, et al. Effects on job stress on Iranian clinical nurses. *Annals of Tropical Medicine and Public Health.* 2017;10(4).
16. سنجری شیرازی، حیدری، شیوا، ملکی، سالمی. بررسی ارتباط وضعیت خواب با بروز آسیب های شغلی در پرستاران نشریه پرستاری ایران. 2009;22(61):32-41.
17. قزاقچه، ن، مرادی، رفیعی، حقانی. ارتباط تنش شغلی با خستگی و کیفیت خواب پرستاران. *نشریه پرستاری ایران.* 2014;27(89):40-9.
18. رضاقلی، پیمان، زاده، ا. ارتباط کیفیت خواب و استرس شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان در سال 1393. *مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت.* 2018;1(5):306-14.
19. افخم، فر عامری، گل، ایمنی. بررسی ارتباط کیفیت خواب و استرس شغلی پرستاران در شیفت های مختلف کاری. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا.* 2020;28(2):103-11.
20. Deng X, Liu X, Fang R. Evaluation of the correlation between job stress and sleep quality in community nurses. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(4):e18822.
21. رضاقلی، پیمان، حناتی، زینا، نه آزادی، نامعلومی. بررسی ارتباط کیفیت خواب با استرس شغلی تکنولوژیست های اتاق عمل شاغل در بیمارستان های آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال 95-96. *مجله علوم پزشکی رازی.* 2019;26(2):7-50.
22. راد، ص، نظری، حبیبی، یابوردی. بررسی عوامل ایجادکننده استرس شغلی در کارکنان واحدهای مختلف مراکز پزشکی قانونی استان های شمال غرب ایران. *بهداشت و ایمنی کار.* 2020;189(3):189-200.
23. D'Ettorre G, Pellicani V, Caroli A, Greco M. Shift work sleep disorder and job stress in shift nurses: implications for preventive interventions. *Med Lav.* 2020;111(3):195-202.
24. مرادی، بیان، فراهی، ج، آبادی، صص. بررسی تاثیر استرس شغلی بر استرس اکسیداتیو در پرستاران بیمارستان منتخب شهر سمنان. *طب سنتی.* 2022;23(5):414-23.

طبق تحقیقات انجام شده از پرستاران بیمارستان امام خمینی ارومیه درصد بالایی از پرستاران دارای کیفیت خواب پایین می باشند. همچنین پرستاران دارای نوبت کاری از کیفیت خواب پایین تری نسبت به پرستاران با شیفت ثابت صبح برخوردار هستند. لذا با توجه به اثرات نامطلوب کیفیت پایین خواب پرستاران بر کیفیت مراقبت آنها، انجام برنامه ریزی های مناسب جهت بهبود کیفیت خواب ضروری به نظر میرسد.

تداوم استرس و بی خوابی نشان می دهد که استرس در پرستاران با اختلال خواب و مشکلات گوارشی و تأثیر آن بر سلامت روانی شدید است. تحقیق در مورد اثر کیفیت خواب بر استرس شغلی و عملکرد کاری پرستاران از این نظر می تواند سودمند باشد که مشکلات و موانع برای داشتن خواب کافی و با کیفیت تا حدودی شناسایی می شوند و با مطالعه و تحقیق می توان برای این مشکلات و موانع راه حل کاربردی پیدا کرد؛ راه حل هایی که بتوانند در مورد سلامت جسمی و روحی پرستاران مفید واقع شوند؛ همچنین از آنجا که خواب کافی و با کیفیت در تصمیم گیری، انجام فرایند درست، کاهش خطا و ... تاثیر بسزایی دارد؛ با نتایج و فرایند هایی که در طی این تحقیق بدست می آوریم بتوانیم برنامه هایی موثر در رابطه با خواب، کاهش استرس شغلی و بهبود عملکرد کاری ارائه دهیم.



حنا صدیقی

دانشجوی پرستاری



هرآنچه یک پرستار باید درباره نارسایی قلبی بداند

کاردیومیوپاتی انسدادی، بیماری عصبی عضلانی، اختلالات متابولیک، فیبروز اندومیوکارد، دیابت، چاقی، سیگار کشیدن، سن، سابقه خانوادگی و ...

تظاهرات بالینی: احتقان (تنگی نفس، ارتوپنه، تنگی نفس حمله‌ای شبانه، سرفه (هنگام دراز کشیدن یا فعالیت)، رال‌های ریوی که با سرفه رفع نمی‌شود، افزایش وزن سریع، ادم اندام‌های تحتانی، نفخ یا ناراحتی شکم، آسیت، اتساع ورید ژوگولار، اختلال در خواب (اضطراب یا ولع هوا)، خستگی، خون رسانی ناکافی و برون‌ده قلبی کم (کاهش تحمل فعالیت، تحلیل رفتگی یا ضعف عضلانی، بی‌اشتهایی یا تهوع، کاهش بی‌دلیل وزن، سبکی‌سر و گیجی، گیجی بدون علت یا تغییر در وضعیت روانی، افزایش ضربان قلب در حالت استراحت، اولیگوری در طول روز همراه با ناکچوری هنگام خواب، اندام‌های سرد یا انقباض عروقی، رنگ پریدگی یا سیانوز).

بیماران مبتلا به HF می‌توانند هر دو، افزایش و کاهش فشارخون را داشته باشند.

سندرم نارسایی قلبی زمانی اتفاق می‌افتد که توانایی بطن برای تخلیه خون به دلیل اختلال در ساختار یا عملکرد قلب، مختل و در نتیجه دیگر قلب قادر به رفع نیازهای بدن نباشد. در اغلب موارد، نارسایی قلبی بیماری مزمن پیشرونده‌ای است که با اصلاح و تغییر سبک زندگی و دارودرمانی می‌توان از بروز نارسایی قلبی حاد جبران نشده پیشگیری کرد.

انواع نارسایی قلبی: نارسایی قلبی سیستولیک یا نارسایی قلبی با کسرتخلیه‌ای کاهش یافته یا HFrEF با EF کمتر از ۴۰٪ (شایع ترین) _نارسایی قلبی دیاستولی یا نارسایی قلبی با کسرتخلیه‌ای حفظ شده یا HFpEF با EF بیش از ۵۰٪ _ نارسایی قلبی با کسرتخلیه‌ای متوسط یا HFmEF با EF ۴۰٪ تا ۵۰٪.

برای تشخیص این سندرم یک شرح حال بالینی دقیق بسیار مهم است که نه تنها باید به علائم و نشانه‌های فعلی نارسایی قلبی، بلکه به علائم و نشانه‌هایی که به علت خاصی از سندرم اشاره میکنند، مانند بیماری عروق کرونری، فشار خون بالا یا بیماری دریچه‌ای قلب نیز توجه کرد. تعیین اینکه آیا بیمار مشکل قلبی قبلی، به ویژه انفارکتوس میوکارد داشته یا خیر، مهم است. معاینه فیزیکی که انجام میشود حتما باید شامل مانوروالسالوا باشد. نوارقلب و رادیوگرافی قفسه سینه نیز باید گرفته شود. اکوکاردیوگرافی دو بعدی قلب به افتراق اختلال عملکرد سیستولیک از دیاستولیک کمک میکند. آنژیوگرافی عروق کرونر در بیماران مبتال به نارسایی قلبی و درد قفسه سینه اندیکاسیون دارد و باید در بیمارانی که الکتروکاردیوگرام نشان دهنده ایسکمی یا انفارکتوس میوکارد دارند به شدت مورد توجه قرار گیرد.

ریسک فاکتورهای نارسایی قلبی: فشارخون بالا، بیماری عروق کرونری، بیماری دریچه‌ای قلبی، عفونت ها، الککل، تاکیکاردی



و خانواده وی آموزش‌های لازم را بدهد. بیمار در حالت نشسته راحتی بیشتری دارد و همچنین برای کاهش تلاش تنفسی و راحت بودن بیمار در طول حمله حاد، میتوان از اکسیژن استفاده کرد. (4)، به حداقل رساندن احساس ناتوانی (ممکن است بیمار به دلیل کمبود دانش اطلاعات کافی نداشته باشد به همین دلیل پرستار باید نکات لازم را با بیمار در میان بگذارد و اجازه و قدرت تصمیم‌گیری برای انجام پریسیجرها را به بیمار بدهد. (5)، کمک به بیمار و خانواده برای مدیریت موثر سلامت (به دلیل رژیم غذایی پیچیده و تعداد زیاد داروها و رعایت طولانی مدت ممکن است بیمار و همراهان کوتاهی انجام دهند که برای جلوگیری از این امر پرستار نقش کلیدی در آموزش و آگاه‌سازی و جلوگیری از بستری شدن مجدد دارد. (6)، پایش و مدیریت عوارض بالقوه (از آنجایی که HF بیماری پیچیده و پیش‌رونده‌ای است، پرستار بایستی در زمان بستری پایش مداوم بیمار را داشته باشد و همچنین علائم و نشانه‌های عوارض این بیماری را به بیمار و همراهان آموزش و اهمیت پایش دائم نشانه‌ها را گوشزد کند. (7)، ارتقای مراقبت در منزل، مبتنی بر جامعه و انتقالی (پرستار با انجام اصولی مداخلات و آموزش صحیح به بیمار میتواند سطح سلامت را افزایش و تعداد بستری و پذیرش مجدد در بیمارستان طی 6 ماه را کاهش دهد. پرستاری به واسطه کل‌نگر بودن میتواند بازگشت آسان و هموار بیمار به جامعه چه از لحاظ جسمی و روانی و چه از لحاظ اجتماعی، تسهیل کند. (8)، مراقبت مداوم و انتقالی (برای اثربخشی و موفقیت‌آمیز بودن درمان HF رعایت رژیم غذایی صحیح و تغییر در سبک زندگی ضروری است که از زمان بستری شروع و بعد از مرخص شدن هم باید تداوم یابد. در زمان بستری براساس وضعیت جسمی بیمار و وجود حمایت‌های خانواده، ارجاع مراقبت در منزل، یا نوع دیگری از برنامه مدیریت بیماری برای بیمار مشخص میشود. (9)، ملاحظات پایان زندگی (هرچند پیش‌آگهی بیماران HF نامشخص است، اما به دلیل ماهیت مزمن و پیش‌رونده بودن نارسایی قلبی، بیماران و خانواده‌ها باید راجب مسائل مربوط به پایان زندگی و مراقبت‌های تسکینی و آسایشگاهی آگاهی داشته باشند. همچنین مراقبت‌های پایان عمر درحالی باید انجام شوند که بیمار بتواند در آن شرکت کند و ترجیحات خود را بیان کند. (10)

منابع:



1. Brunner and Suddarth's, 10th Edition

2. Rogers C, Bush N. Heart Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Medical Treatment Guidelines, and Nursing Management. Nurs Clin North Am. 2015;50(4):787-799. doi:10.1016/j.cnur.2015.07.012

3. McMurray JJ, Pfeffer MA. Heart failure. Lancet. 2005;365(9474):1877-1889. doi:10.1016/S0140-6736(05)66621-4

4. Shamsham F, Mitchell J. Essentials of the diagnosis of heart failure. Am Fam Physician. 2000;61(5):1319-1328.

5. Medical Terminology

افزایش وزن در بیماران مبتلا به HF اغلب نشانه احتباس مایعات است.

مداخلات اختصاصی براساس مرحله نارسایی قلبی است و شامل درمان‌های دارویی خوراکی و وریدی، اصلاح سبک زندگی، اکسیژن مکمل، مداخلات جراحی از جمله کاشت ابزارهای قلبی و پیوند قلب است.

تشخیص‌های پرستاری عمده براساس اطلاعات به‌دست آمده از بررسی، عدم تحمل فعالیت در رابطه با کاهش برون‌ده قلب، افزایش حجم مایع در رابطه با سندرم نارسایی قلب، اضطراب در رابطه با تظاهرات بالینی نارسایی قلبی، ناتوانی در رابطه با بیماری مزمن و بستری شدن در بیمارستان، اختلال توانایی خانواده برای مدیریت رژیم، است.

عوارض بالقوه شامل، ادم ریه، افت فشارخون، پرفیوژن ضعیف و نیز شوک کاردیوژنیک، آرتمی‌ها، ترومبوآمبلی، افیوژن پریکارد، است.



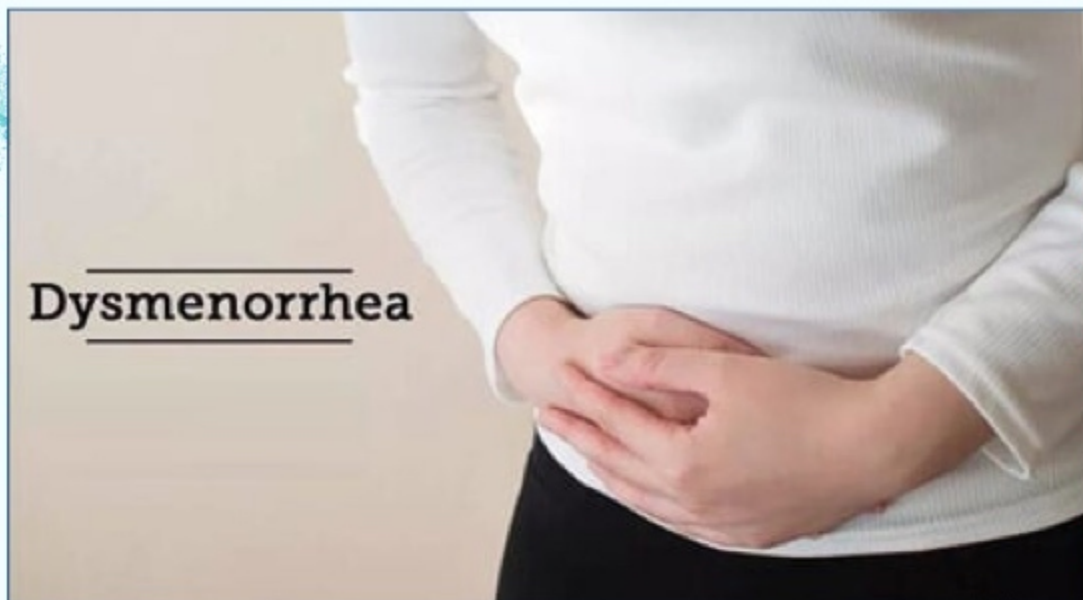
مداخلات پرستاری: 1. بهبود تحمل فعالیت (برنامه معمول برای بیماران مبتلا به HF شامل برنامه پیاده‌روی روزانه، همراه با افزایش طول مدت آن طی دوره 6 هفته‌ای است. از قرار دادن دو فعالیت انرژی‌بر، در یک روز یا پشت سر هم، باید پرهیز کرد. به بیمار باید توصیه کرد پیش از افزایش شدت فعالیت، ابتدا طول مدت و سپس تعداد دفعات آن را افزایش دهد. و در نهایت پاسخ بیمار به فعالیت‌ها باید مورد پایش قرار گیرد. (1)، 2. مدیریت حجم مایعات (بسته به مرحله HF از دیورتیک‌های خوراکی در صورت خفیف بودن و وریدی در صورت شدید بودن علائم بیماری برای بیمار استفاده میشود. برای استراحت بیمار در طول شب و عدم اختلال، دیورتیک خوراکی صبح تجویز میشود. وضعیت مایعات بدن بیمار به دقت از طریق سمع ریه‌ها، کنترل وزن روزانه بدن، و کمک بی بیمار در رعایت رژیم غذایی کم سدیم با خواندن برچسب‌های مواد غذایی و اجتناب از مواد غذایی پر نمک نظیر مواد غذایی کنسروی و فرآوری شده شده، پایش می‌شود. (3)، کنترل اضطراب (پرستار باید به بیمار در شناخت عوامل و همچنین نحوه کنترل و پیشگیری آن به بیمار



سونای برزکار

دانشجوی مامایی

Dysmenorrhea



دیس منوره (Dysmenorrhea)



علائم دیس منوره اولیه

درد ناشی از دیس منوره اولیه ، معمولاً چند ساعت قبل یا درست بعد از شروع پریود قاعدگی آغاز می شود و ممکن است ۴۸-۷۲ به طول انجامد. این درد شبیه در لیراست و ممکن است کرامپ سوپرایوبیک و گاهی کمردرد در ناحیه لومبوساکرال ، درد انتشار یابنده به قدام ران، تهوع، استفراغ، اسهال و به ندرت حملات سنکوپ به همراه آن دیده شوند. این درد با ماساژ شکم، فشار متقابل یا حرکت بدن بهتر می شود .

نشانه ها

در معاینه ، علایم حیاتی طبیعی هستند. ناحیه سوپرایوبیک ممکن است در لمس دردناک باشد. صداهای روده طبیعی هستند و هیچ گونه حساسیت قسمت فوقانی شکم و یا حساسیت ریباند شکمی وجود ندارد.

در هنگام اپیزود دیس منوره ، اغلب در معاینه دو دستی حساسیت رحم آشکار می شود ؛ با حرکت دادن سرویکس یا لمس ساختمان های آدنکسی، درد شدید رخ نمیدهد.

تشخیص

برای تشخیص دیس منوره اولیه ، رد کردن بالینی بیماریهای زمینه ای لگن و تایید سیکلیک بودن ماهیت درد ، ضروری است . گرفتن شرح حال ، برای رد کردن خونریزی رحمی غیرطبیعی ، وجود دیس پارونی یا درد لگنی موضعی در خارج از خط وسط (که ممکن است به سایر علل درد دلالت داشته باشد)، حائز اهمیت است.

دیس منوره ، اختلال ژنیکولوژیک شایعی است که حدود ۶۰ درصد زنان دارای قاعدگی را مبتلا می سازد. در دیس منوره اولیه ، درد قاعدگی برون پاتولوژی لگنی رخ می دهد ، در حالی که در دیس منوره ثانویه ، قاعدگی های دردناک همراه با پاتولوژی زمینه ای وجود دارند.

دیس منوره اولیه معمولاً در عرض ۱-۲ سال بعد از منارک یعنی همزمان با تثبیت سیکل های تخمک گذاری، پدیدار می شود. این اختلال در زنان جوان تر رخ می دهد ، اما گاهی تا دهه پنجم زندگی پابرجا می ماند. دیس منوره ثانویه ، معمولاً سال ها بعد از منارک و گاهی همراه با سیکل های عدم تخمک گذاری ، دیده می شود .

دیس منوره اولیه

اتیولوژی دیس منوره اولیه ، افزایش تولید یا میزان نامتعادل پروستاگلندین های ترشح شده از اندومتر در طی قاعدگی است . پروستاگلندین ها منجر به افزایش انقباضات رحمی با الگوی دیس ریتمیک، افزایش تون پایه و افزایش فشار فعال می شوند. افزایش قابلیت انقباض رحمی ، کاهش جریان خون رحمی و افزایش حساسیت اعصاب محیطی ، در ایجاد درد نقش دارند.



در جریان معاینه لگن، باید اندازه، شکل و قابلیت تحرک رحم؛ اندازه و حساسیت ساختمانهای آدنکسی؛ و ندولاریته یا فیروز رباطهای رحمی-خارجی یا سیتوم رکتو واژینال بررسی شود. NAAT از نظر گنوره و کلامیدیا و در صورت لزوم، CBC و ESR، به رد کردن اندومتریته و PID تحت حاد کمک می کنند. اگر علایم با تجویز NSAID برطرف نشوند، باید سونوگرافی لگن انجام شود. اگر هیچ اختلالی کشف نشود، می توان تشخیص قریب به یقین دیس منوره اولیه را مطرح کرد. در این نقطه زمانی، نیازی به لاپاروسکوپی نیست.

تدابیر درمانی

مهارکننده های پروستاگلاندین سنتاز که NSAID نیز نامیده می شوند، در درمان دیس منوره اولیه موثر هستند. مهارکننده ها باید ۱-۳ روز قبل از شروع خونریزی قاعدگی و در صورتی که قاعدگی ها نامنظم باشند، در هنگام آغاز اولین درد خفیف یا خونریزی، شروع شوند و به منظور جلوگیری از تشکیل مجدد فرآورده های جانی پروستاگلاندینی، به طور مداوم هر ۶-۸ ساعت مصرف شوند.

دیده شده است که کنتراستپوهای هورمونی به همان اندازه ی NSAID موثر هستند در آن دسته از بیماران مبتلا به دیس منوره اولیه که فاقد کنتراستپوهای مصرف کنتراستپوهای هورمونی هستند و به جلوگیری از حاملگی علاقه دارند، مصرف کنتراستپوهای هورمونی اندیکاسیون دارد. عوامل کنتراستپو هورمونی (مانند استروژن و پروژسترون ترکیبی) یا کنتراستپو های خوراکی (OC های) صرفاً پروژسترونی (رژیم های مداوم یا دوره ای)، بر چسبهای ترانس در مال، حلقه ی واژینال، فرآورده های پروژستینی تزریقی یا وسایل داخل رحمی آزادکننده لوونورژسترل، از پلاسیوی صرف موثرتر هستند و سبب کاهش غیبت از محیط کار یا مدرسه می شوند. قرص های OC ترکیبی در قالب رژیم های مداوم یا طولانی مدت، تأثیر یکسانی در این ((سندرم درد)) دارند.

درمان توام با NSAID ها و کنتراستپوهای هورمونی ممکن است موثرتر از درمان با تک تک این عوامل باشد اگر بیمار به این نوع رژیم پاسخ ندهد، می توان هیدروکدون یا کدئین را به مدت ۲-۳ روز در هر ماه به رژیم درمانی اضافه کرد، قبل از افزودن داروی نازکوتیک باید عوامل روانی ارزیابی شوند و لاپاراسکوپی تشخیصی برای رد کردن عوامل پاتولوژیک مدنظر قرار گیرد. درمان غیر دارویی درد به ویژه حرارت، طب سوزنی یا تحریک عصبی الکتریکی ترانس کوتانتوس (TENS) نیز ممکن سودمند باشد.

دیس منوره ثانویه

دیس منوره ثانویه، نوعی درد سیکلیک مرتبط با قاعدگی است که در ارتباط با اختلالات زمینه ای لگن رخ می دهد. درد دیس منوره ثانویه اغلب ۱-۲ هفته قبل خونریزی قاعدگی شروع می شود و تا چند روز بعد از قطع خونریزی ادامه می یابد. علل زمینه ساز عبارت اند از: اندومتریوز، آدنومیوز، اندومتریته تحت حاد و PID و وسایل داخل رحمی (IUD های) مسی، کیست های تخمدان، ناهنجاری های مادرزادی لگن، و تنگی سرویکس. اگر چه تشخیص دیس منوره اولیه مبتنی بر شرح حال و طبیعی بودن لگن در معاینه و سونوگرافی است، تشخیص دیس منوره ثانویه ممکن است مستلزم بازنگری بر دفتر روزانه ثبت درد به منظور تایید سیکلیک بودن درد باشد و همچنین ممکن است بررسی با سونوگرافی ترانس واژینال، لاپاراسکوپی و هیستروسکوپی اندیکاسیون پیدا کند. شایع ترین علت دیس منوره ثانویه آدنومیوز است و به دنبال آن در مراتب بعدی شیوع، آدنومیوز و انواع غیر هورمونی وسایل داخل رحمی مطرح هستند.

احتمال اینکه NSAID ها و کنتراستپوهای هورمونی در زنان مبتلا به دیس منوره ثانویه سبب تسکین درد شوند، کمتر از زنان مبتلا به دیس منوره اولیه است.



منابع: کتاب بیماری های زنان پرک و نوک ویراست شانزدهم، سال دو هزار و بیست (ترجمه ی دکتر بهرام قاضی جهانی - ویرایش دکتر شهرزاد انصاری - نظارت دکتر ملک منصوراقصی)

Osayande AS, Mehulic S (March 2014). "Diagnosis and initial management of dysmenorrhea". American Family Physician. 89 (5)







سحر علیزاده

دانشجوی پرستاری



تأثیر هوش مصنوعی بر مراقبت پرستاری

نظارت مداوم بر علائم حیاتی بیماران را فراهم می‌آورند. این فناوری‌ها می‌توانند تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار را شناسایی کرده و به پرستاران هشدار دهند. به این ترتیب، پرستاران می‌توانند به موقع اقدام کرده و از بروز عوارض جدی جلوگیری کنند. این نوع نظارت، احساس امنیت بیشتری را برای بیماران به ارمغان می‌آورد.

بهبود فرآیندهای آموزشی

هوش مصنوعی همچنین در آموزش پرستاران نقش مهمی دارد. با استفاده از شبیه‌سازی‌ها و برنامه‌های آموزشی مبتنی بر AI، پرستاران می‌توانند مهارت‌های بالینی خود را تقویت کنند و با سناریوهای واقعی مواجه شوند. این نوع آموزش تعاملی، نه تنها یادگیری را تسهیل می‌کند بلکه اعتماد به نفس پرستاران را نیز افزایش می‌دهد.

مدیریت داده‌ها و سوابق پزشکی

سیستم‌های مبتنی بر هوش مصنوعی می‌توانند در مدیریت سوابق پزشکی الکترونیکی (EMR) نقش بسزایی ایفا کنند. این سیستم‌ها قادرند اطلاعات بیمار را به صورت دقیق و سریع پردازش کرده و دسترسی آسان به داده‌ها را فراهم آورند. این امر موجب کاهش خطاهای انسانی و افزایش دقت در مراقبت از بیماران می‌شود.

در دنیای پیچیده و پرشتاب امروز، علم و فناوری به سرعت در حال تحول است و یکی از برجسته‌ترین جلوه‌های این تحول، ظهور هوش مصنوعی (AI) است. این فناوری نوین، همچون نوری در تاریکی، افق‌های جدیدی را در حوزه‌های مختلف، به ویژه در عرصه بهداشت و درمان گشوده است. مراقبت پرستاری، به عنوان یکی از ارکان اساسی نظام سلامت، در این تغییرات عمیق بی‌نصیب نمانده و هوش مصنوعی به عنوان یک همکار هوشمند، به پرستاران این امکان را می‌دهد که با دقت و کارایی بیشتری به خدمت‌رسانی بپردازند.

این مقاله به بررسی ابعاد مختلف تأثیر هوش مصنوعی بر مراقبت‌های پرستاری می‌پردازد و نشان می‌دهد که چگونه این فناوری می‌تواند به بهبود نتایج بالینی و افزایش رضایت بیماران کمک کند. بی‌شک، آینده‌ای که در آن هوش مصنوعی و مراقبت پرستاری همگام با یکدیگر پیش می‌روند، نویدبخش تحولی عمیق و ماندگار در نظام سلامت جهانی خواهد بود.

تشخیص و پیش‌بینی بیماری‌ها

یکی از مهم‌ترین کاربردهای هوش مصنوعی در پرستاری، توانایی آن در تحلیل داده‌های بزرگ و شناسایی الگوهای پنهان است. الگوریتم‌های پیش‌بینی می‌توانند با استفاده از داده‌های تاریخی بیماران، خطر بروز بیماری‌ها را شناسایی کرده و پرستاران را در اتخاذ تصمیمات بالینی یاری دهند. این امر به ویژه در مدیریت بیماری‌های مزمن و پیشگیری از عوارض ناخواسته مؤثر است.

پایش و نظارت بر وضعیت بیماران

دستگاه‌های هوشمند و سیستم‌های پایش از راه دور، امکان



هوش مصنوعی با ارائه خدمات شخصی‌سازی‌شده، تجربه بیمار را بهبود می‌بخشد. از طریق تحلیل داده‌های فردی، AI می‌تواند درمان‌های متناسب با نیازهای خاص هر بیمار را پیشنهاد دهد. این رویکرد نه تنها رضایت بیمار را افزایش می‌دهد بلکه ارتباط مؤثرتری بین پرستاران و بیماران ایجاد می‌کند.

استفاده از هوش مصنوعی در مراقبت‌های سلامت، چالش‌های اخلاقی متعددی را به همراه دارد که باید مدنظر قرار گیرند. در ادامه چندین چالش اخلاقی در استفاده از هوش مصنوعی در مراقبت‌های سلامت آورده شده است:



در نتیجه، استفاده از هوش مصنوعی در مراقبت‌های سلامت علیرغم مزایای متعدد، محدودیت‌ها و چالش‌های اخلاقی متعددی را به همراه دارد که باید به آن‌ها پرداخته شود، از جمله رضایت آگاهانه، ایمنی و وضوح دستورالعمل‌ها، حریم خصوصی داده‌های مرتبط با بیمار، پاسخگویی و تأثیر بر استقلال بیمار. ایجاد دستورالعمل و مقررات واضح برای تضمین توسعه و پیاده‌سازی هوش مصنوعی به روشی اخلاقی و پاسخگو دارای اهمیت هست.



تأثیر بر استقلال بیمار: استفاده از هوش مصنوعی در مراقبت‌های سلامت ممکن است بر استقلال بیمار تأثیر بگذارد و نیاز به اطمینان از مشارکت بیمار در فرایند تصمیم‌گیری‌های مراقبتی وجود دارد.

رضایت آگاهانه: استفاده از هوش مصنوعی در عمل به چالش‌های فوری در یکپارچه‌سازی آن با مسائل بالینی مواجه است، از جمله اینکه چگونه با اخذ رضایت آگاهانه هماهنگ شود.

ایمنی و شفافیت در دستورالعمل‌ها: در استفاده از هوش مصنوعی در مراقبت‌های سلامت، نیاز به ایمنی و شفافیت و وضوح در دستورالعمل‌ها و مقررات وجود دارد.

حریم خصوصی: استفاده از هوش مصنوعی در مراقبت‌های سلامت، شامل جمع‌آوری داده‌های شخصی و حساس است که باید از حملات سایبری محافظت شود و حریم خصوصی اطلاعات بیماران حفظ گردد.

پاسخگویی و شفافیت: در توسعه و استفاده از هوش مصنوعی در مراقبت‌های سلامت، نیاز به پاسخگویی به‌موقع و شفافیت وجود دارد.

نتیجه گیری

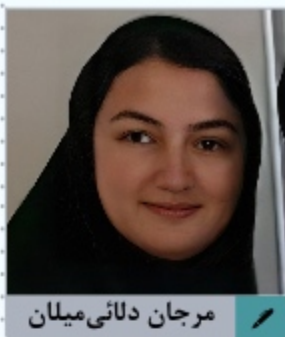
هوش مصنوعی با ارائه ابزارها و فناوری‌های نوین، به‌طور چشمگیری کیفیت مراقبت پرستاری را ارتقاء می‌دهد. با بهره‌گیری از قابلیت‌های این فناوری، پرستاران قادر خواهند بود تا خدمات بهتری ارائه دهند و در نهایت بهبود نتایج بالینی را رقم بزنند. آینده‌ای که در آن هوش مصنوعی و مراقبت پرستاری دست در دست یکدیگر حرکت می‌کنند، نویدبخش تحولی عمیق در نظام سلامت جهانی است.

منابع:



<http://dx.doi.org/10.61186/unmf.21.4.272>





مرجان دلائی میلان

دانشجوی مامایی

جدول حل مامایی



افقی جدول:

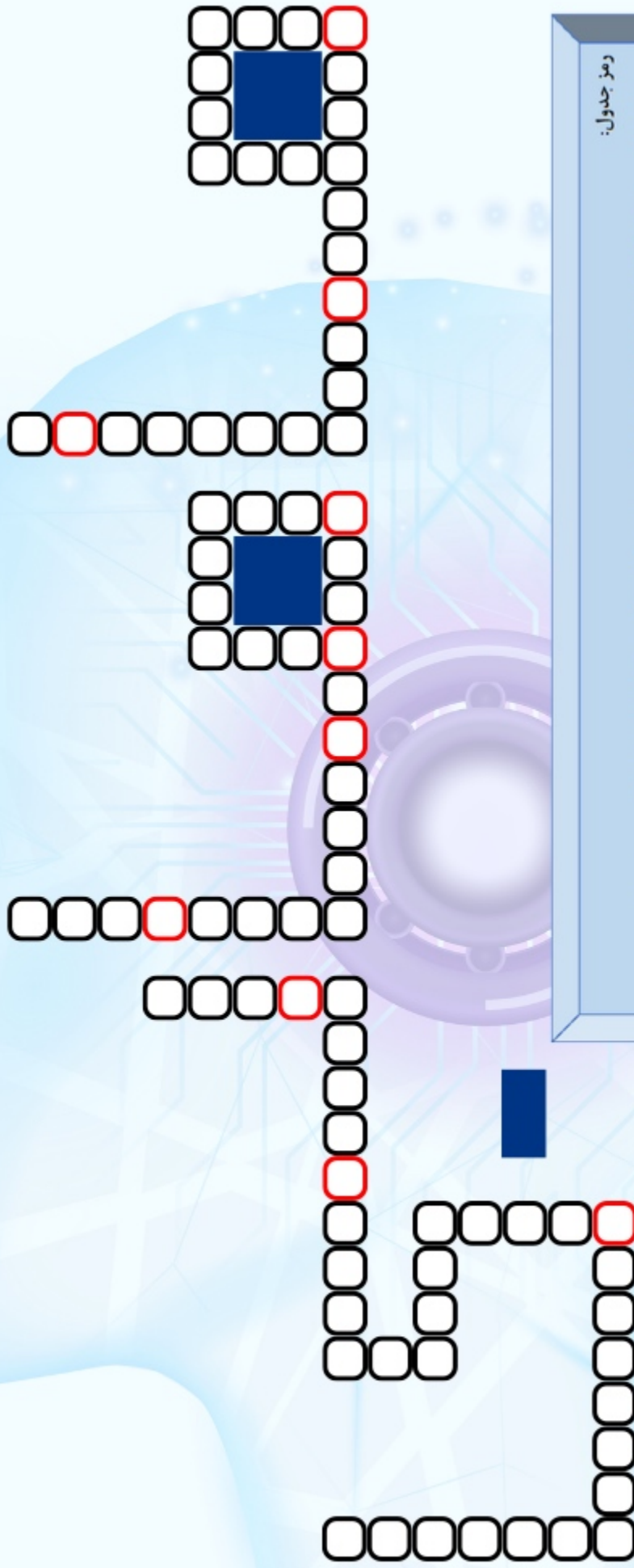
- ۵- عمل لایپلاستی واژن یا هیپرتروفی لایپا با چه روشی امکانپذیر است؟ / زگیلهای روی آلت تناسلی، واژن یا اطراف مقعد را با استفاده از از بین میبرند؟
- ۸- اصطلاحی که در آن انقباضهای غیرارادی عضلات واژن، سبب تنگی و عدم امکان مقاربت میشود، چیست؟ / اصطلاحی در بیماری سندرم فریاد گربه که مربوط به اختلالی در چانه میباشد؟ / مؤسسه تحکیم خانواده "بهارنکو" استان آذربایجان غربی، زیر نظر کدام ارگان از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه میباشد؟
- ۱۰- آن دسته از لاکتوباسیلهای موجود در محیط واژن که سبب سالم ماندن و عدم رخداد عفونت میشوند چه نام دارند؟
- ۱۳- اصطلاح فاصله زمانی بین هفته ۲۰ تا ۲۸ بارداری و هفتههای ۱ تا ۴ پس از تولد چیست؟

عمودی جدول:

- ۱- معادل کلمه زنده در زبان انگلیسی چیست؟
- ۴- اصطلاح کاربردی در بیان "ترشح فراوان" (همچون حجم خونریزی بالا)، چیست؟
- ۱۰- داروی مؤثر در درمان پرولاکتین که بصورت دو روز در هفته استفاده میشود؟
- ۱۱- داروی مؤثر در درمان پرولاکتین که بصورت دو روز در هفته استفاده میشود؟
- ۱۴- از ملزومات پوششی درخونگیری، جهت استفاده در زیر موضع بیماران؟
- ۲۰- به نام دبیر گروه جهادی "نسیم مهر" در دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه اشاره کنید؟
- ۲۱- وضعیتی است که اغلب به دنبال سقط یا کورتاژ رحم، با چسبندگی یا فیبروز آندومتر رحم مشخص میشود.
- ۲۶- دو لوله توخالی و عضلانی به طول ۱۰ تا ۱۳ سانتیمتری و به قطر ۵/۰ تا ۵/۱ که نقش بسیار مهمی در روند تولیدمثل ایفا میکند.
- ۲۹- تک بیتی زیر را با کلمه مناسب جایگزین کنید:
- | | |
|--|--|
| (ترک ما کردی ولی با هر که هستی باش) | مثل من هرگز نکن، با او کمی دلداری باش) |
| (دردم از است و درمان نیز هم) | دل فدای او شد و جان نیز هم) |
- ۳۳- در خانم باردار مبتلا به آسم، داروی ارجح جهت کاهش دردهای زایمانی چیست؟



۳۳ ۳۲ ۳۱ ۳۰ ۲۹ ۲۸ ۲۷ ۲۶ ۲۵ ۲۴ ۲۳ ۲۲ ۲۱ ۲۰ ۱۹ ۱۸ ۱۷ ۱۶ ۱۵ ۱۴ ۱۳ ۱۲ ۱۱ ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱



رمز جدول:

حروف خانه هایی که با **اعداد قرمز** شماره گذاری شده اند، به ترتیب کنار هم قرار دهید تا رمز جدول را بدست بیاورید.
برای کلمه رمز جدول هر دانسته علمی یا بالینی که می دانید، نوشته و برای ما به نمابر الکترونیکی زیر ارسال نمایید:

nursing.sans.umsu@gmail.com

به فردی که بیشترین و صحیح ترین اطلاعات را ارسال کرده باشد، جایزه نفیسی اهدا خواهد شد.



سویں پاشانزاد
دانشجوی مامایی



مصاحبه با دبیر و نائب دبیر گروه جهادی نسیم مهر

شناسنامه مصاحبه

مصاحبه گر: سویں پاشانزاد

رشته و مقطع تحصیلی مصاحبه گر: دانشجوی رشته کارشناسی مامایی - ترم ۳
مصاحبه شوندگان / رشته و مقطع تحصیلی / مرتبه علمی مصاحبه شوندگان:
فاطمه علی اصغری؛ کارشناس ارشد آموزش مامایی و استاد دانشکده پرستاری و
مامایی ارومیه

امیرحسام غفوری؛ دانشجوی ترم ۷ رشته کارشناسی پرستاری

تاریخ مصاحبه: روز سه شنبه ۲۴ مهر ۱۴۰۳

مکان مصاحبه: دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

که الان علاوه بر مدرس دانشکده پرستاری و مامایی بعنوان مسئول واحد پیگیری اجتماعی دفتر توسعه آموزش (EDO) و دبیر گروه جهادی نسیم مهر در خدمتتون هستم. دیگه به مابقی اشاره نمیکنم که وقتمون گرفته نشه! **نائب دبیر:** سلام و عرض ادب خدمت شما و همچنین همه کسانی که بعدها این مصاحبه رو خواهند خوند. بنده امیرحسام غفوری هستم دانشجوی کارشناسی پرستاری ورودی مهر ۱۴۰۰. هم اکنون به عنوان دبیر انجمن علمی- دانشجویی پرستاری و عضو فعال در چندین تشکل دانشجویی در حل فعالیت هستم. همچنین به لطف استاد عزیز و ارجمندم خانم علی اصغری و با مساعدت و نظر مثبت ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی، در سمت نائب دبیر گروه جهادی نسیم مهر در خدمت همه دوستان جهادی و علاقمند به فعالیت در عرصه جهاد سلامت هستیم.

خب به نظرتون از کجا شروع کنیم؟

دبیر: دیگه اینجا ریش و قیچی دست شماست، هر اطلاعاتی تمایل داشته باشین بدونین، در خدمتیم.

خودتونو کوتاه معرفی میکنین؟

دبیر: بنده فاطمه علی اصغری هستم، فارغ التحصیل کارشناس ارشد آموزش مامایی از دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۱. شناسایی مناطق کمتر برخوردار، محروم و کمتر توسعه یافته در حاشیه شهرستان ارومیه و همچنین سایر شهرستان‌های استان آذربایجان غربی
۲. ایجاد امکانی در یک محیط آکادمیک و علمی که همزمان با بحث آموزش و فراگیری مهارت‌ها، همراه باشه با ارائه خدمت بی‌مزد و منت به مردم نیازمند در محیطی صمیمی.
۳. فراهم آوردن بستری برای پیاده سازی مهارت‌های بالینی و تئوریک فراگرفته شده دانشگاهی بر روی جامعه هدف
۴. کمک به تقویت مهارت‌های بالینی در کنار کارآموزی‌ها و کارورزی‌های رایج در رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی البته بازمی‌شه اهداف بیشتری رو ذکر کرد که در این مقال نمی‌گنجه ولی مهم‌ترین هدف‌های ما از این گروه جهادی شامل مواردی بود که خدمتون عرض کردم.

حوزه‌های تخصصی فعالیت تون در گروه جهادی شامل چیا میشن؟

نائب دبیر: همونطور که خودتون در پوستر پشت سر ما مشاهده می‌کنید حوزه‌های تخصصی فعالیت در گروه جهادی نسیم مهر شامل پزشکی و دندانپزشکی، داروسازی، خطرسنجی (خونگیری)، پژوهش، آموزش و مشاوره، معاینات زنان و مامایی، غربالگری سنجش فشار خون و قندخون، قد و وزن، برنامه عملیاتی بهداشت محیط، معاینات چشم، گوش، حلق و بینی، امور فرهنگی و فوق برنامه برای کودکان و نوجوانان مناطق محروم هستش. که خب البته همه اساتید، کارکنان و دانشجویان علاقه مند به فعالیت در حیطه جهاد سلامت، میتونن شرکت کنن.

اوه! یعنی از سایر رشته‌های علوم پزشکی هم میتونن عضویت داشته باشن توی گروه جهادی نسیم مهر؟

دبیر: بله صد البته، شاید باورتون نشه اما در کنار دانشجویهای دانشکده مون، تعداد دانشجویهایی که طی هر فراخوان اعزام، اعلام علاقمندی میکنن و در صف اول حاضرین، غالباً جزو دانشجویهای پزشکی بالاخص اعضاء بین المللی مون هستن که اینم در جای خودش واقعا جای افتخار داره! بذارین در کل بگم که بچه های تیم جهادی مون از دانشجویهای پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری و مامایی، علوم آزمایشگاهی، بهداشت و اتاق عمل هستن. (این یی در واقع کل علوم پزشکی رو پوشش دادیم تا حالا ... الحمدالله)

میشه کمی بازش کنین بعضی از حوزه‌ها رو؟ احساس می‌کنم کمی کلی هستن این عناوین.

نائب دبیر: ببینین! مثلاً قراره هر کدام از دوستان بر اساس علاقه سنجی که حین ثبت نام و عضویت در گروه جهادی ازتون انجام گرفته، در روز اردو در ایستگاه‌های مربوط به خودتون مشغول ارائه خدمات بشن.

میشه کمی از گروه جهادی تون برامون بگین؟

نائب دبیر: گروه جهادی نسیم مهر وابسته به دانشکده پرستاری و مامایی هستش و سعی داریم با به کارگیری نه فقط دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی، بلکه با استفاده از ظرفیت و پتانسیل سایر دانشجویان علوم پزشکی دانشگاهمون، خاطرات خوبی رو که آمیخته خواهد بود با ارائه خدمات بهداشتی، مراقبتی و غربالگری به مردم مناطق کم برخوردار و محروم، بیافرینیم.



حالا چی شد که به فکر تأسیس گروه جهادی واسه دانشکده تون افتادین؟

دبیر: ایده اولیه این طرح، از شهریور ماه سال ۱۴۰۱ استارت زده شد، که با همکاری تیم جهادی معاونت فرهنگی و دانشجویی عازم شهرستان چابهار شدیم. طی این یک هفته، به شخصه تلاش و علاقه دانشجویهامون واقعا برام ستودنی و جالب بود. همین امر باعث شد طرحی به ذهنم برسه که برخی از کارآموزی‌ها رو بتونیم در قالب گروه جهادی ببریم اجرایی کنیم تا هم کمکی به واسه استعدادیابی بچه هامون باشه هم اینکه حس استقلال و توانمندسازی دانشجویها رو پرورش بدیم که خوشبختانه با موافقت ریاست محترم دانشکده و مسئولین مواجه شد و ایده خوبی بود واسه ادامه دار بودن اردوهای جهادی به شیوه ای جدید که حداقل صرفاً منوط به تعطیلات تابستون نباشه.

اهداف تأسیس این گروه جهادی چیا هستن؟

نائب دبیر: هنگامی که ایده اولیه تأسیس گروه جهادی نسیم مهر به ذهنمون رسیده بود، از همون موقع چندتا هدف هم به دنبال این ایده داشتیم. از جنبه‌های مختلفی به موضوع اردوهای جهادی عرصه سلامت فکر کرده بودیم. بنابراین میشه گفت اهداف تأسیس گروه جهادی نسیم مهر شامل:

دانشجویانی که در ایستگاه غربالگری حضور خواهند داشت، فشارخون، قندخون، قد و وزن گیرنده خدمت رو اندازه گیری و در فرمی مخصوص که هنگام پذیرش در بدو ورود ازشون شرح حال گرفته شده، وارد میکنند. بر اساس این داده های پایه و شرح حالی که پزشک معالج حاضر در اردو از مراجعه کننده خواهد گرفت، داروهای موجود طبق لیستی از پیش داده شده به پزشک تجویز می شوند به همراه یکسری توصیه های مراقبتی و طب مکمل که بهشون گفته میشه. در مرحله بعد گیرنده خدمت با مراجعه به ایستگاه تحویل دارو، داروهای نسخه شده پزشک رو بهشون تحویل میده. به همین ترتیب در صورتیکه ناشتا باشه، ازش خونگیری میشه و طبیعتاً بعدش پیگیری آزمایشات داریم. همچنین مراجعه کنندگان خانم در صورت تمایل میتونن در قسمت مشخص شده مربوط به ایستگاه معاینات زنان و مامایی، حاضر بشن و توسط دانشجویان ماهر مامایی و استاد همراه حاذقشون که خانم علی اصغری ما باشن، بهشون خدمات ویژه این حوزه رو ارائه خواهند کرد. کل سیر ورود تا خروج مراجعین رو سعی کردم پوشش بدم.

متشکرم بابت توضیحات کامل؛ مشارکت و همکاری اساتید و دانشجویان با گروه جهادی چطور بوده؟ آیا همکاری مطلوبی داشتن؟

دبیر: بله حتماً، اولش اجازه بدین از همینجا از تک تک اعضاء گروه جهادی تشکر کنم. طی این مدت واقعا از سمت چند تن از اساتیدمون لطف و همکاری قابل توجهی دیدیم و با حضور مداومشون بین دانشجویها علاوه بر همراهی و نظارت بر روند جهادی، قوت قلبی بودن و هستن واسه دانشجویها

آیا تاکنون کمبودهایی از لحاظ تجهیزات و امکانات داشتن موقع اعزام؟

دبیر: بله. مسلماً هر برنامه ممکنه با کمبود و مشکلاتی همراه باشه. شما تصور کنین که به اردو جهادی عرض کمتر از یک هفته نهایی میشه و بنا به شرایطی باید سریع اعزام صورت بگیره پس بالطبع اقدامات اولیه از درخواست مجوز، عرصه یابی تا هماهنگی ایاب و ذهاب، خرید اقلام، دارو و سایر موارد ممکنه بعضی جاها به تأخیر یا مشکل مثلاً مالی یا زمانی مواجه شه. اما گروه همیشه سعی کرده با حداقل امکانات هم اردوی جهادی رو به نحو احسن جلو ببره.

چطور میشه عضو گروه جهادی نسیم مهر شد؟ هزینه ای هم باید پرداخت کنیم بابت حق عضویت؟ (استیکر خنده)

نائب دبیر: هرکی در گروه جهادی نسیم مهر عضو میشه، صرفاً از روی علاقه است با چاشنی مهارت و پایبندی به چارچوب های اخلاقی و حرفه ای رشته اش. درنتیجه بوضوح اعلام میکنم از طریف همین مصاحبه که هیچگونه هزینه ای بابت عضویت و فعالیت در این گروه جهادی از دانشجویان و کارکنان اخذ نمیشه!! رایگان.



چجوری مناطق محروم رو شناسایی می کنین؟

نائب دبیر: چند هفته قبل از اینکه اردوی جهادی برگزار بشه، با استعلام هایی که از طریق خانه های بهداشت دهستان های حاشیه شهر ارومیه دریافت میشه، تعدادی روستای نیازمند دریافت خدمات مراقبتی، درمانی و بهداشتی مشخص میشن. بعدش با هماهنگی صورت گرفته از جانب معاونت فرهنگی و دانشجویی با دهیار آن منطقه، تیمی متشکل از ارکان اصلی گروه جهادی شامل دبیر، نائب دبیر و یک نفر عضو فعال به همراه کارشناسانی از معاونت متبوعه تحت عنوان «تیم عرصه یابی» به روستاهای آن منطقه اعزام می شوند. این تیم شرایط منطقه و روستاهای هدف رو در اون مراجعه میسجن و پس از برقراری ارتباطات چهره به چهره و کلامی با دهیار، مجاور مسجد و چند تن از معتمدین روستاها و مناطق محروم، امکانات این مناطق رو از حیث مسائل بهداشتی، آموزشی، فرهنگی و... مورد بررسی قرار داده و یک موقعیت مکانی که در اغلب موارد مسجد اون منطقه هستش رو برای برپایی ایستگاه های اردوی جهادی انتخاب و از قبل هماهنگ میشن که فلان تاریخ و ساعت به روستای شما خواهیم آمد تا به مردم و اهالی اطلاع رسانی بشه.

تاکنون شده که حتی برای یه لحظه به این فکر بیوفتین که قید گروه جهادی رو بزنین؟

دبیر: مطمئن باشین وقتی وارد کاری میشی که خودت انتخاب کردی و کلی برات نقشه داری و با جون و دل داری عملیاتی میکنی، حتما وسطاش به جاهایی میرسی که دلشکسته میشی یا بخاطر یه سری مسائل (از جمله اموراتی که روال اداریش به مشکل میخوره، کمبود اقلام و ...) واقعا خسته میشی وقتی میبینی بدو بدو هات جواب نمیده و! خیلی جاها به در بسته میخوری و با خودت میگی: من توانم در این حد بود و دیگه تمام!! اما وقتی پای کار بودن دانشجویهایی رو میبینی که مدام پیگیر زمان اعزام هستن و با چه شور و شوقی میخوان شرکت کنن و ساکنان اون مناطق محرومی که یادت میاد چطور از ته دلشون واسه تک تک اعضای تیم، دست به دعا میشدن و با زبون خودشون خیلی شیرین ابرازش میکردن، یاد اون عهد و اهداف میوفتی که چجوری این حوزه و عرصه رو دست گرفتی و تا حالا جلو بردی، بیشتر از قبل عزمت راسختر میشه که ادامه بدی و محکمتر از قبل، پیش ببری چون به این نتیجه میرسی که اینا به همه سختیای این راه می ارزه.

خاطره ای از اردوهای جهادی سابق دارین که تمایل داشته باشین تعریف کنین؟

دبیر: تک تک اردوهایی که اعزام بودیم واسه خودش خاطراتی داشت که هیچوقت فراموش نمیشه و جور خاصی تو ذهن و قلبمون حک شده. اما بخوام به یکی شون اشاره کنم، اون تاریخ ۱۶ آذر ماه سال ۱۴۰۲ بود که برنامه گروه جهادی کمی پراسترس، پرچالش و متفاوت تر از همیشه رقم خورد. طی این اردو، بعد از تموم شدن امور جهادی و ... نزدیک اذان مغرب برنامه محفل

طبیعتاً باید یه سری مزایا هم داشته باشین واسه افرادی که عضو گروه جهادی میشن.

دبیر: قطعاً که خالی از مزایا نبوده و نخواهد بود اما به نظر شخص بنده، اولین و شاخص ترین مزیت واسه افرادی که پای توی این عرصه گذاشتن، کسب استقلال و احساس رضایتمندی خودشون از کار جهادیه. از طرف دیگه محک زدن توانایی هاشون در خارج از فیلد بیمارستانی و ارتباط گیری بیش از پیش و هدفمند با سایر دانشجویها با رشته های مختلف که در کنارش هم میشه به ارائه گواهی شرکت و امتیازات مربوط به امور فرهنگی واسه رزومه آتی شون اشاره کرد.

معیارتون برای انتخاب تیم های اعزامی به مناطق کم برخوردار چیه؟

نائب دبیر: قبل از هر اردویی، با مساعدت ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی و طی هماهنگی با معاونت فرهنگی و دانشجویی در زمینه تهیه اقلام و مجوز برگزاری کارگاه، قراره سلسله کارگاه های توانمندسازی اعضای گروه جهادی، صرفاً برای دانشجویانی که در اردو شرکت خواهند کرد، برگزار بشه. در این کارگاه ها، دانشجویان جهادی توانایی هاشون رو به چالش میکشن و اونقدر آزمون و خطا و تمرین و تکرار میکنن تا به سرحد فوق العاده ای از توانمندی برسن. بنابراین خودبه خود شاهد کاهش چشمگیر خطاها و دستیابی های حین اردوهای جهادی خواهیم بود. چه معیاری بهتر از محک زدن مهارت های عملی دانشجویان؟!

آیا حوزه فعالیت تون فقط محدود به شهر ارومیه است یا فراشهرستانی هم کار می کنین؟

دبیر: قبلش اجازه بدین به این مطلب گریزی بزنم که پیش از تشکیل گروه جهادی نسیم مهر، غالب دانشجویهامون که الان در صف اول تیم مون هستن، برای خدمت رسانی به شهرستان های استان مون هم اعزام اردو بودن (نمونه اش توی زلزله خوی، شهرستان چابپاره و ...). حالا از اونجایی که تیم جهادی نسیم مهر تازه پا گرفته و تقریباً نوپا محسوب میشه، تا به الان مناطق محروم و کم برخوردار داخل و حاشیه شهر ارومیه رو پوشش داده اما به لطف خدا و همراهی مسئولین، در نظر داریم که ارائه خدمات مون رو به بخش های فراشهرستانی هم گسترش بدیم.

همکاری مسئولین دانشکده رو با تیم جهادی تون چطور ارزیابی می کنین؟

دبیر: الحمدا...، تا به امروز هربار اقدام به اعزام دانشجویها به مناطق کردیم، روی موافقت و همراهی مسئولین دانشکده حساب باز کردیم و جواب مثبت گرفتیم. از جمله اخذ اجازه از ریاست و مدیران گروه دانشکده واسه دانشجویهایی که کارآموزی یا کلاس داشتن، برای شرکت در اردوی جهادی یا درخواست چند قلم دستگاہی که واسه تیم مون نیاز بوده و در اختیارمون گذاشتن و ...

خیلی متشکرم بابت مصاحبه امروز از شما استاد بزرگوارم و آقای غفوری. با ایت توضیحات کامل، خودمم مشتاق شدم در گروه جهادی نسیم مهر عضو بشم. آرزوی موفقیت دارم برای همه اعضای این گروه جهادی که خودمم عضو شدم. بنابراین به امید افتخار آفرینی همه ما در برنامه های جهاد عرصه بهداشت و سلامت پیش رو...

انس با قرآن داشتیم و در کنارش دانشجویهامون به کمک اهالی اون منطقه دست به کار شدن به پختن و آماده کردن آش رشته که بعد از نماز واسه همه اهالی مسجد و مردم اون روستا پخش بشه. این عمل کاملاً خودجوش و به همت دانشجویها و چند تن از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی عملی شد و شکر خدا با یه جو صمیمی و دوستانه بین دانشجویهامون و اهالی اون منطقه به نحو احسن اجرایی شد.

شما چطور آقای غفوری؟!

نائب دبیر: همونطور که استاد فرمودن، هر اردوی جهادی، خاطره و تجربه تلخ و شیرین خودش رو به همراه داره. ولی رویدادی که هیچ موقع از خاطرم نمیره، برگزاری جشن تولد یکی از دانشجویان عزیز بین المللمون بود که هم خودش سورپرایز شد و هم استاد همه ما رو شوکه کردن! حوالی بعدازظهر که دیگه تعداد مراجعین به حداقل رسیده بود، ناگهان استاد رو دیدیم که همراه چندتا دانشجو وارد مسجد شدن با شیرینی و کیک تولد! دورهم عکس یادگاری گرفتیم و دوست عزیزمون رو مجبور کردیم یه آرزویی رو از دلش بگذرونه -یکیشو به زبون بیاره همه مون بشنویم- و شمع رو فوت کنه. بعدشم که کلی تریک بود که همکاران به ایشون میگفتن. از اردوهای بسیار بسیار ماندگاری شد که درش شرکت کرده بودم.

و کلام آخر...

دبیر: اول اینکه از شما دانشجوی عزیزم تشکر میکنم بابت لطفی که داشتین، قابل دونستین و وقتی که گذاشتین برای انجام این مصاحبه و همچنین مثل همیشه کمال تقدیر و تشکر رو دارم از ریاست محترم دانشکده جناب آقای دکتر فیضی، مدیران گروه و اساتید گرامی مون بابت حمایت و همکاری با گروه جهادی نسیم مهر و تک تک دانشجویهایی که همراهمون بودن این مدت و با حضوری گرم و صمیمی و اینکه هر روز بیشتر از روز قبل توانمندتر و پرشورتر پیگیر هستن و همین امر باعث میشه ما هم با علاقه و روحیه مضاعف پیش بریم پس از همینجا در حضور شما "دست تک تکشون رو با افتخار میفشارم و طبیعتاً هیچ تقدیری چنان بیانگر سیاسی شایسته از همت این عزیزان نیست!". در کنار همه این توصیفات از جناب آقای غفوری، برادر دلسوز و همیشه پای کار بنده هم واقعاً ممنونم که تا بحال توی هیچ برهه ای از زمان منو تنها نذاشتن و علاوه بر اینکه مشوقم بودن، در کنارم پا به پا پیش اومدن و قوت قلبی بودن برام. براشون از صمیم قلب آرزوی سلامتی، عاقبت به خیری و موفقیت دارم توی تمامی مراحل زندگی شخصی و شغلی شون.

نائب دبیر: به نظرم هرچی مهم بود رو پرسیدین و هرچی لازم بود رو استاد لطف کردن توضیح دادن، بنده هم به توبه خودم ازتون سپاسگزارم بابت زمانی که برای این مصاحبه صرف کردین. آرزوی توفیق و تداوم راه پربرکت و پیش روی گروه جهادی نسیم مهر رو دارم و معتقدم که نسیم مهر متعلق به یک شخص یا گروه خاصی نیست! بلکه یک جریان زاینده و پویاست که دانشجویان نسل های آتی هم قدم در این جریان و مسیر خواهند گذاشت به امید خدا...





شیوا داداشی

دانشجوی پرستاری



آنفلوانزا، درمان شده ولی همچنان خطرناک



۱۰- پیچیدگی های حاصل از ابتلا به بیماری باعث ایجاد پنومونی باکتریایی، میوزیت و سندرم ری شود.

۱۱- پنومونی باکتریایی: پنومونی باکتریایی ممکن است مستقیماً در اثر ابتلا به آنفلوانزا ایجاد شود و سپس خود این پنومونی عفونت های ثانویه دیگری را ایجاد کند. در پنومونی، آسیب بافتی ناشی از آنفلوانزا موجب عفونت آلوئولی میشود که هاپیوکسی در پی دارد.

۱۲- سندرم ری: سندرم ری آنسفالیت حاد است که پس از واکنش های تبار حاد ناشی از عفونت های ویروسی بوجود میاد و بیشتر در بچه ها مشاهده میشود، کودکانی که آسپرین مصرف میکنند بیشتر در معرض این بیماری هستند، از دیگر نشانه ها اختلال عملکرد کبد است.

روش انتقال

۱- این ویروس ۴ تا ۶ هفته در جمعیت باقی می ماند، به سهولت از طریق هوا و ذرات معلق در هنگام سرفه، صحبت کردن و تنفس منتقل میشود، رطوبت پایین و دمای پایین از عوامل تثبیت ویروس در جامعه هستند (تماس نزدیک افراد در فصل سرما باعث افزایش انتقال بیماری میشود).

۲- تماس با سطوح آلوده: ویروس می تواند بر روی سطوح مختلف مانند دستگیره ها، میزها و گوشی های تلفن تا یک روز زنده بماند. تماس با این سطوح و سپس لمس صورت می تواند منجر به انتقال ویروس شود.

(خردسالان و کودکان مدرسه ای در معرض بیشترین خطر ابتلا به این ویروس می باشند)

آنفلوانزا یک بیماری ویروسی تنفسی است که توسط ویروس های آنفلوانزا ایجاد میشود. این بیماری میتواند از خفیف تا شدید باشد و در برخی موارد، به ویژه در گروه های آسیب پذیر، عوارض جدی ایجاد کند.

علائم آنفلوانزا

علائم آنفلوانزا معمولاً ۱ تا ۴ روز پس از قرار گرفتن در معرض ویروس ظاهر میشوند و میتوانند شامل موارد زیر باشند:

- ۱- تب و لرز: تب معمولاً بالای ۳۸ درجه سانتی گراد است.
- ۲- سرفه خشک: سرفه ای که ممکن است به تدریج شدیدتر شود.
- ۳- گلودرد: احساس درد یا خراش در گلو.
- ۴- خستگی و ضعف عمومی: احساس خستگی شدید که میتواند چند هفته ادامه یابد.
- ۵- دردهای عضلانی و مفصلی: احساس درد در بدن، به ویژه در عضلات و مفاصل.
- ۶- سردرد: درد شدید در ناحیه سر.
- ۷- آبریزش یا احتقان بینی: بینی ممکن است آبریزش داشته باشد یا دچار احتقان شود.
- ۸- علائم گوارشی: در برخی موارد، به ویژه در کودکان، ممکن است اسهال یا استفراغ نیز مشاهده شود.
- ۹- آنفلوانزا در اطفال مانند عفونت های حاد دستگاه تنفسی است و باعث برونشیت، کروپ، تورم گوش میانی، استفراغ، درد شکم است و ممکن است تشنج تب دار را هم به همراه داشته باشد.

- ۱- برای کاهش خطر ابتلا به آنفلوانزا، اقدامات زیر توصیه میشود:
- ۱- واکسیناسیون سالمندان، کودکان و مادران باردار؛ دریافت واکسن آنفلوانزا سالانه.
- ۲- شستن دستها با آب گرم و صابون و ضدعفونی کردن.
- ۳- اجتناب از تماس نزدیک؛ دوری از افرادی که علائم آنفلوانزا دارند و پرهیز از تجمعات در فصل آنفلوانزا.
- ۴- پوشاندن دهان و بینی؛ هنگام سرفه و عطسه با دستمال کاغذی یا آرنج.
- ۵- تقویت سیستم ایمنی؛ تغذیه مناسب، خواب کافی، فعالیت بدنی منظم.

درمان

- ۱- استراحت؛ خواب کافی برای کمک به سیستم ایمنی بدن.
- ۲- مصرف مایعات؛ آب، چای، سوپ و مایعات دیگر برای جلوگیری از کم آبی بدن.
- ۳- داروهای مسکن؛ مانند پاراستامول یا ایبuprofen برای کاهش درد.
- ۴- داروهای ضدویروسی؛ در مراحل اولیه بیماری موثر و باعث کاهش عوارض جانی.

اهمیت واکسن آنفلوانزا

واکسن آنفلوانزا یکی از مؤثرترین راهها برای پیشگیری از ابتلا به این بیماری است. این واکسن به ویژه برای گروههای پرخطر مانند سالمندان، کودکان، زنان باردار و افرادی با بیماریهای مزمن توصیه میشود.

انواع واکسن آنفلوانزا

واکسن غیر فعال: شامل ویروسهای کشته شده هستند و به صورت تزریقی ارائه میشوند. این نوع واکسنها ایمنی خوبی ایجاد میکنند و برای بیشتر افراد مناسب هستند.

واکسن زنده ضعیف: شامل ویروسهای ضعیف شده هستند که معمولاً به صورت اسپری بینی تجویز میشوند. این نوع واکسن بیشتر برای افراد سالم بین ۲ تا ۴۹ سال توصیه میشود.

واکسن نو ترکیب: طریق تکنولوژی نو ترکیب تولید میشوند و معمولاً برای افرادی که به تخم مرغ حساسیت دارند مناسب هستند.

واکسن آنفلوانزا معمولاً در فرآیند تولید خود از تخم مرغ استفاده میکند. در این روش، ویروس آنفلوانزا در تخم مرغهای خاصی کشت داده میشود تا تولید واکسن انجام شود. در اینجا به جزئیات بیشتری درباره واکسن آنفلوانزا و ارتباط آن با تخم مرغ میپردازیم.

روش تولید واکسن

الف. کشت ویروس

تخم‌مرغ‌های جنین‌دار: برای تولید واکسن آنفولانزا، از تخم‌مرغ‌های جنین‌دار (معمولاً تخم‌مرغ‌های مرغ) استفاده می‌شود. این تخم‌مرغ‌ها در شرایط کنترل‌شده و استریل قرار می‌گیرند.

تزریق ویروس: ویروس آنفولانزا به داخل تخم‌مرغ‌ها تزریق می‌شود. ویروس درون تخم‌مرغ رشد کرده و تکثیر می‌شود. مدت زمان کشت: این فرآیند معمولاً چند روز طول می‌کشد تا ویروس به مقدار کافی رشد کند.

ب. استخراج و تصفیه

جمع‌آوری مایع آلبومین: پس از رشد ویروس، مایع آلبومین (سفیده تخم‌مرغ) که حاوی ویروس‌های تکثیر شده است، جمع‌آوری می‌شود.

غیرفعال‌سازی ویروس: ویروس‌ها با استفاده از مواد شیمیایی یا حرارت غیرفعال می‌شوند تا نتوانند بیماری ایجاد کنند. تصفیه: مراحل تصفیه برای حذف هرگونه آلودگی و همچنین جداسازی پروتئین‌های ویروسی انجام می‌شود.

عوارض جانبی و حساسیت

حساسیت به تخم‌مرغ: افرادی که به تخم‌مرغ حساسیت دارند باید با پزشک خود مشورت کنند. در گذشته، افرادی که به تخم‌مرغ حساسیت داشتند، از دریافت واکسن آنفولانزا منع می‌شدند. اما تحقیقات جدید نشان داده است که بسیاری از افراد با حساسیت خفیف به تخم‌مرغ می‌توانند این واکسن را دریافت کنند.

واکسن‌های بدون تخم‌مرغ: برای افرادی که حساسیت شدید دارند، واکسن‌های آنفولانزا بدون تخم‌مرغ نیز موجود است. این واکسن‌ها معمولاً با استفاده از تکنیک‌های دیگر مانند کشت سلولی تولید می‌شوند.

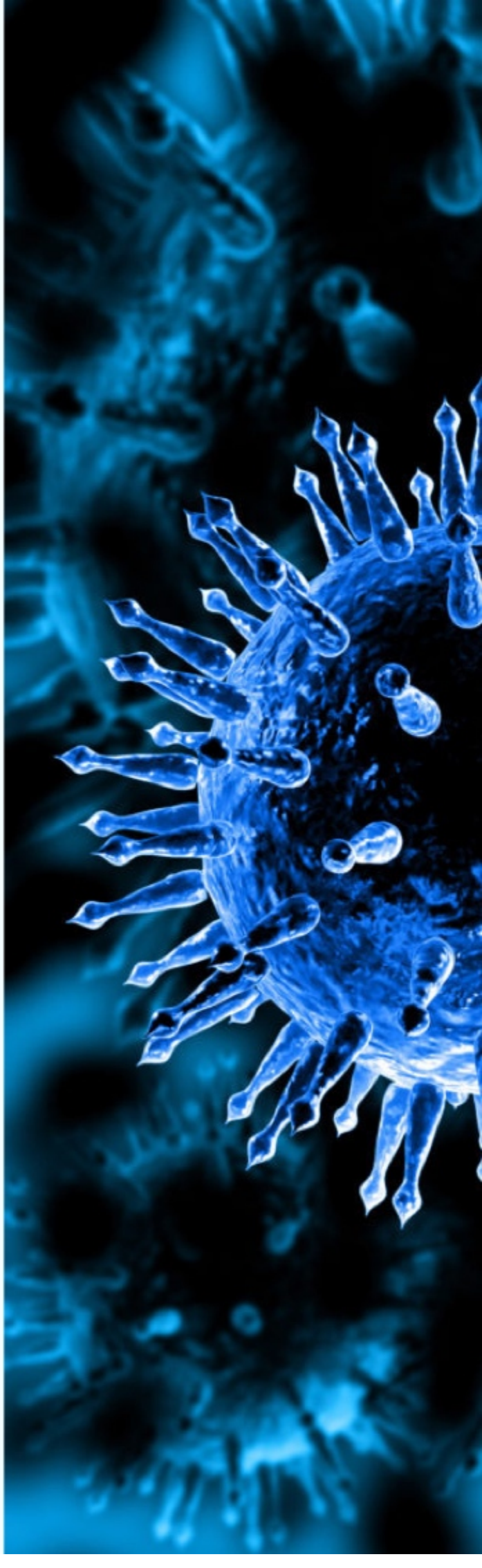
اهمیت واکسن

پیشگیری از بیماری: واکسن آنفولانزا به طور مؤثری از ابتلا به این بیماری جلوگیری می‌کند و همچنین شدت بیماری را در افرادی که مبتلا می‌شوند کاهش می‌دهد.

حفاظت از گروه‌های آسیب‌پذیر: دریافت واکسن برای افراد با سیستم ایمنی ضعیف، افراد مسن و افرادی که بیماری‌های مزمن دارند بسیار مهم است.

نحوه عملکرد واکسن

واکسن آنفولانزا با تحریک سیستم ایمنی بدن به تولید آنتی‌بادی‌هایی علیه ویروس آنفولانزا کمک می‌کند. این آنتی‌بادی‌ها در صورت مواجهه با ویروس واقعی، بدن را قادر می‌سازند تا به سرعت و مؤثر پاسخ دهد و از ابتلا به بیماری جلوگیری کند.



زمان بندی تزریق

فصل واکسیناسیون: معمولاً بهترین زمان برای دریافت واکسن آنفولانزا، اوایل پاییز است، زیرا این بیماری معمولاً در فصل زمستان شیوع بیشتری دارد. تکرار سالانه: به دلیل تغییرات مداوم ویروس آنفولانزا و کاهش ایمنی با گذشت زمان، دریافت واکسن هر ساله توصیه می‌شود.

عوارض جانبی آنفولانزا

درد یا قرمزی در محل تزریق
تب خفیف
سردرد
خستگی
عوارض جدی نادر هستند، اما در صورت بروز هرگونه واکنش شدید، باید فوراً به پزشک مراجعه شود.

گروه‌های هدف واکسن

افراد بالای ۶۵ سال
کودکان بین ۶ ماه تا ۵ سال
زنان باردار
افراد با بیماری‌های مزمن (مانند آسم، دیابت، بیماری قلبی)
کارکنان حوزه بهداشت و درمان

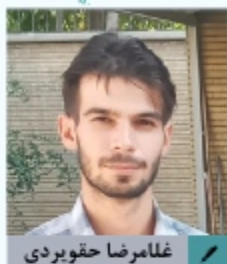
نتیجه‌گیری

واکسن آنفولانزا یک ابزار کلیدی در پیشگیری از شیوع این بیماری است. با توجه به تغییرات مداوم ویروس و اهمیت ایمنی جامعه، دریافت سالانه این واکسن می‌تواند به کاهش عوارض و مرگومیر ناشی از آنفولانزا کمک کند. مشاوره با پزشک درباره زمان و نوع واکسن مناسب بسیار مهم است.

منابع:



JAVETZ MELNICK&ADELBERG MEDICAL MICROBIOLOGI
ویرایش ۲۷ سال ۲۰۱۶- فصل ۳۹ صفحه ۷۰۹ تا ۷۲۶ اورتومیکسوویروس
ها



غلامرضا حقویردی

دانشجوی پرستاری



خطرات شغلی



خطرات شغلی برای کادر درمان

استرس عوارض بسیار از جمله فرسودگی، افسردگی، انواع بیماری های گوارشی، خودکشی و... دارد که زنگ خطر جدی برای کادر درمان به صدا درمی آورد چرا که انجام وظایف از سوی کادر درمان نیاز به آرامش ذهنی بالا است که وجود عواملی مثل استرس میتواند کاملاً کیفیت خدمات درمانی را پایین آورده و موجب نارضایتی مددجویان گردد.

در ضمن روش های خطرناکی مثل اعتیاد که برای کاهش استرس استفاده میشود نیز از جمله عوارض نامتناهی استرس محسوب میشود.

استرس هم بر جسم تاثیر دارد هم بر روح و هم بر تصمیم گیری فرد هم بر کیفیت کار شخص.

استرس کادر درمان هم میتواند به بیماران آسیب برساند هم بر خود کادر درمان که سرمایه انسانی هستند.

لازمه دفع خطر استرس از بین بردن عوامل زمینه ساز آن مثل فشار کاری فشار مالی و اجتماعی است که لازم است مسئولان محترم نسبت به حل این موارد اقدام نموده تا شاهد برخی حوادث ناگوار مثل خودکشی بین کادر درمان نباشیم.

مثلاً بنا بر امار رسمی سال گذشته ۱۶ پزشک برای فشار شغلی خودکشی کرده اند که متأسفانه روند صعودی دارد.

از ابتدای خلقت بشر همواره خطرات بسیاری برای جسم و روح انسان وجود دارد که بنا به پیشرفت در عرصه های گوناگون این خطرات نیز بیشتر میشوند.

خطر یک واژه کلی است و برای درک بهتر آن شایسته است طبقه بندی مناسبی انجام دهیم.

یک انسان اولیه را فرض کنید که در غار زندگی میکند.

خطرات که این انسان اولیه با آن مواجه هست بیشتر خطرات جانی هستند و موارد اولیه و پایه مٹ سرما و گرما حیوانات درنده و زخم و... را شامل میشوند که همگی این خطرات یک ماهیت دارند آن هم این است که خطری برای جسم فرد محسوب میشوند.

ولی اکنون دیگر خطرات جسمی نیستند که برای کادر درمان تهدید محسوب میشوند.

خطراتی که برای روح و روان کادر درمان نیز اکنون وجود دارند که به خوبی توانسته اند ثابت کنند که چه قدر میتوانند مهم و خطرناک باشند

خطراتی نظیر فشار کاری بالا، فشار تحصیلی، مواجه با مددجویان و همراه آنان و... که اکنون به پاشنه آشیل کادر درمان بدل شده است.

خطراتی که میتواند برای کادر درمان مطرح باشد را به تفصیل بررسی خواهیم کرد.

استرس

یک بررسی توصیفی مقطعی که در سال ۸۴ بر روی ۱۹۸ پرسنل بیمارستان ۳۵۰ تخت خوابی شهید صدوقی یزد انجام گرفت و مشاهده شد که ۶۰ درصد خطرات شغلی کادر درمان را استرس به خود اختصاص داده است.



یکی از خطرناک ترین مواردی که میتواند اتفاق بیفتد و پرستاران و همکاران شاغل در آزمایشگاه به خوبی با این خطر آشنا هستند پرستاران بیشتر از هر گروه دیگری در معرض این خطر قرار دارند و میتوانند باعث انتقال بیماری های گسترده عفونی و خطرناکی گردد.

سالانه ۶۶ هزار بیماری هیپاتیت ب ۱۶ هزار هیپاتیت C و هزار مورد بیماری ایدز ناشی از برخورد وسایل نوک تیز در بین کارکنان بهداشتی سراسر جهان اتفاق میفتد که متأسفانه پرستاران در تمامی این موارد خطر حضور دارند و بیشترین آسیب را متحمل میشوند.

متأسفانه فارغ از آسیب های جسمی و خطرناک و جدی نیدل استیک شدن آسیب های روحی فراوانی نیز برای پرستاران به همراه دارد.

فرسودگی روحی و بیماری ها و از بین رفتن سرمایه انسانی جزو عوارض خطرناک نیدل استیک شدن است همچنین هزینه بالای درمان و پروتکل نیدل استیک شدن نیز نباید فراموش شود.

این موردی است که پرستاران باید بیشتر از همه به آن توجه داشته باشند چرا که بهترین کار پیشگیری و اهمیت به خود دادن است.

پرستاران باید تا حد امکان با نیدل شدن توجه داشته باشند و بداند بهترین کمک کننده به خود هستند.



فشار کاری

همان طور که میبینید خطرات شغلی کادر درمان به هم دیگر وابسته هستند به طوری که یکی میتواند خطر دیگر را تقویت کند مثلاً فشار کاری میتواند باعث افزایش نیدل استیک و استرس و فشار های روحی شود.

فشار کاری میتواند با نارضایتی که برای کادر درمان به همراه دارد موجب کاهش کیفیت خدمات ارائه شده گردد که به موجب آن شاهد نارضایتی های گسترده خواهیم بود.

همچنین مشکلات مالی و نیز عدم هماهنگی سختی کار و فشار کاری برای کادر درمان و مخصوصاً پرستاران موجب دامن زدن به این وضعیت میشود.

عدم شیفت بندی مناسب و خستگی و شاغل بودن در چندین مرکز درمانی نیز میتواند فشار کاری را به مراتب بیشتر کند.

فشار کاری میتواند سبب افزایش مهاجرت کادر درمان گردد که زنگ خطری برای سیستم بهداشتی کشور محسوب میشود.

مهاجرت نیروی انسانی بسیار جدی است و سرمایه انسانی شاید دارایی اصلی هر نظام سلامتی باشد.

هزینه بالای آموزش نیروی انسانی و زمان طولانی آموزش باعث اهمیت نیروی انسانی میگردد و لازم است نسبت به کاهش این فشار کاری اقدام گردد.

حمله به کادر درمان

یکی دیگر از خطرات جسمی روحی خطر حمله به کادر درمان میباشد.

این حمله که اکثراً از سوی همراهان بیمار میباشد.

این موارد سبب نارضایتی و تشویش ذهنی کادر درمان میگردد.

گاهها استفاده از کلمات نا به جا و زشت که توسط همراهان انجام میگردد نیز میتواند موجب آزار کادر درمان گردد.

با اینکه طبق قوانین بین الملل حمله به بیمارستان ها طی جنگ ممنوع میباشد ولی ممکن است حمله به بیمارستان ها و مراکز درمانی توسط ارتش کشورها انجام گیرد.

برای مثال حمله به بیمارستان های غزه توسط ارتش رژیم صهیونیستی در ماه های اخیر یا حمله به بیمارستان پزشکان بدون مرز قندوز افغانستان نمونه هایی از این موارد است.

بنابر گزارش اتحادیه حفاظت از سلامت درگیری ها در سال ۲۰۱۷ میلادی مراکز درمانی و امبولانس ها و کادر درمان هدف بیشتر از ۷۰۰ حمله در سراسر جهان (۲۳ کشور) بوده اند.

بیماری های واگیر

از سال های گذشته پرستاران همیشه مورد اعتماد ترین افراد جامعه بوده اند که در پاندمی کرونا نقش این رشته به وضوح دیده شد و موجب افزایش اعتماد و محبوبیت بین اقشار مختلف مردم گردید.

فداکاری و تلاش بی وقفه و خستگی ناپذیر موجب نجات جان های بسیاری از مردم گردید.

اما نه فقط پاندمی کرونا بلکه بیماری های مسری دیگر نیز هستند که برای مهار آنان به تلاش کادر درمان نیازمندیم.

ولی این بیماری های مسری میتواند برای جان خود کادر درمان باشد همان طور که شهدای زیادی برای مقابله با کرونا از کادر درمان بود.

یکی دیگر از خطرات کادر درمان وجود بیماری های مسری و واگیر و ابتلای به این بیماری ها میباشد که لازمه جلوگیری از آن انجام واکسیناسیون مناسب و استفاده از وسایل مراقبتی و اجرای صحیح پروتکل های بهداشتی میباشد.

خطر آخر!

خطر خود کادر درمان برای کادر درمان!!!!!!
این جانب شخصا برای این خطر حساب کردن این مورد معذرت می‌خواهم ولی به قول معروف از ماست که برماست!
این آخرین خطری است که گفته میشود.
به قول استاد قاسم زاده استاد اخلاق حرفه ای دانشکده علوم پزشکی ارومیه، کادر درمان یک حرفه است نه شغل
هدف شغل پول است ولی هدف حرفه خدمت رسانی ولی پول نیز دارد.
امروزه شاید یکی از بدترین خطر های شغلی برای کادر درمان، خود کادر درمان باشند.
توجه به مادیات به یکی از مشکلات اساسی تبدیل شده است.
اعتماد جامعه نسبت به کادر درمان کم‌رنگ تر شده است که یکی از دلایل آن توجه به مادیات میباشد.
به عبارت دیگر به قول خانوم دکتر قاسم زاده از حرفه تبدیل به شغل شده ایم.
اما توجه به مادیات تنها دلیل این اتفاق ناگوار نیست.
برخی مواقع عدم علم کافی و مهارت کافی در برخی از اعضای کادر درمان موجب این امر نیز میگردد.
درمان یک مددجو یک فرایند کاملا گروهی متشکل از همکاری های گسترده شامل تمامی رشته های علوم پزشکی میباشد.
برخی جبهه گیری های بین رشته ای و عدم همکاری مناسب باعث میشود که حتی اگر کادر درمان علم و مهارت کافی هم داشته باشند باز هم هدف درمانی صورت نگیرد و موجب نارضایتی و عدم اعتماد جامعه گردد.
عدم رعایت پوشش حرفه ای و اخلاق حرفه ای مثل نشر اطلاعات بیماران نیز میتواند به این موضوع دامن یزند.
خطرات همیشه از سوی جامعه یا اطرافیان نیستند و ممکن است خودما باعث آسیب به خود و به بقیه همکاران شویم.
امید است که بتوانیم با همکاری و تلاش بسیار زمینه را برای اعتلا و ارتقای نظام سلامت شویم.
و ممنونم از تمامی کسانی که این مطلب را مطالعه کردند.





افسون قنبری
دانشجوی هوشبری



آیا ممکن است هیپنوتیزورها در اتاق عمل مشغول به کار شوند؟

کاربرد های هیپنوتیزم در بالین

۱. کنترل درد در اقدامات دندان پزشکی
۲. کاهش علائم مربوط به سندرم روده تحریک پذیر
۳. درمان آرتريت روماتوئید
۴. کاهش درد در زمان زایمان
۵. کاهش علائم زوال عقل
۶. کاهش تهوع و استفراغ در بیماران سرطانی
۷. کمک به ترک سیگار
۸. کمک به ترک شب ادراری

مزایای بیهوشی با هیپنوتیزم

۱. احساس درد را کاهش می دهد
۲. به بیماران کمک می کند تا پس از عمل سریع تر بهبود یابند
۳. بیماران، اغلب به هیچ مسکنی پس از عمل نیاز ندارند
۴. هزینه های پزشکی را اغلب پایین نگه می دارد
۵. می تواند روند ابتلا به زوال عقل را کند تر کند
۶. برای بیمارانی مفید می باشد که به دارو های بی حسی یا بی هوشی حساسیت دارند و یا استفاده از آن ها در این افراد با عوارض شدیدی همراه است

نتایج بی هوشی و جراحی با هیپنوتیزم شگفت آور است و در حال حاضر جراحی هایی چون فک، کیسه صفرا، سوختگی، زایمان و.... به این روش انجام می شود. حتی سردرد های میگرنی نیز با این روش قابل درمان است. امروزه انجمن علمی هیپنوتیزم ایران را به قطب هیپنوتیزم آسیا و یکی از ۲۷ کشوری که این توانایی را در جهان دارند، تبدیل کرده است.

آیا ممکن است هیپنوتیزورها در اتاق عمل مشغول به کار شوند؟

در چند سال اخیر ثابت شده است که می توان سخت ترین عمل های جراحی را بدون بیهوشی و احساس درد انجام داد و آن هم از طریق روشی نسبتاً اسرار آمیز به نام هیپنوتیزم!

تاریخچه بیهوشی با هیپنوتیزم

در سال ۱۸۲۱ یک فرانسوی به نام رکامیه، اولین پزشکی بود که از هیپنوتیزم برای بی حسی و جراحی استفاده کرد. پس از وی دکتر الیوتسون، جراح انگلیسی و استاد دانشگاه لندن به بی حسی هیپنوتیزمی علاقه مند شد و تعداد ۱۸۳۴ جراحی با استفاده از هیپنوتیزم انجام داد. از آن جایی که در آن زمان به دلیل تئوری های غیر علمی هنوز مقوله ی هیپنوتیزم در بین دانشمندان پذیرفته نشده بود و گرایش الیوتسون به استفاده از این روش باعث شد تا موقعیت برجسته خود را در دانشگاه از دست دهد. پزشکان در رابطه با هیپنوتیزم این گونه میگویند که درد از نظر مغز انسان یک ادراک است و بافت های عصبی در هنگام درد دچار خلقیات هیجانی می شوند، کاری که ما در هیپنوتیزم انجام می دهیم تعویض حالات هیجانی با تصاویر خوشایند است به طوری که بیمار را از اتاق عمل جدا و در ذهن او تصاویر خوب تداعی می کند و آن تصاویر خوشایند باعث می شود فعل و انفعالات هورمونی-عصبی که در مغز هنگام درد اتفاق می افتد، رخ نداده و در نتیجه فرد، درد را احساس نکند؛ در واقع در این روش نوعی فراموشی نسبت به جراحی ایجاد می شود.

مراحل انجام هیپنوتیزم

۱. حواس فرد از دردی که دارد پرت و جدا می شود
۲. جذب کردن ذهن او با تصاویر انحرافی





نرگس اکبریان

فارغ التحصیل مهندسی بهداشت حرفه‌ای



ریتالین، آنی ولی خطرناک



مقدمه

نوع تزریقی این دارو کاملاً محلول نیست و حاوی ذرات بسیار کوچکی می باشد که می توانند مسیر جریان خون را در عروق کوچک ببندند و صدمه ی جدی به ریه و یا چشم وارد کنند. اثرات کوتاه مدت ریتالین شامل افزایش ضربان قلب، پرفشاری خون، افزایش دمای بدن، گشادی مردمک ها، اختلال در الگوی خواب، توهم، تحریک پذیری و حساسیت، اثرات پانیک و سایکوزیس (روان پریشی)، تشنج و مرگ به دنبال استفاده از دز بالا می باشد.

اثرات دراز مدت استفاده از آن نیز عبارت از صدمه به عروق خونی قلب و مغز که به دنبال پرفشاری خون می تواند باعث سکته ی قلبی یا مغزی و مرگ شود، صدمه به کبد، کلیه و ریه، مشکلاتی در بافت بینی و حس بویایی به ویژه اگر استنشاقی مصرف شود، مشکلات تنفسی، بیماری های عفونی و آبسه در موارد استفاده ی تزریقی، کاهش وزن و بی اشتها، گیجی، وابستگی روانی به دارو، سایکوزیس و افسردگی است.

سو مصرف ریتالین

شواهد کافی از مقالات و منابع تحقیقاتی درباره ی سو مصرف ریتالین بدست آمده است و این هشدار جهت آشنایی مختلف بویژه متخصصان بالینی می باشد. این دارو پتانسیل بالایی برای سو مصرف دارد. ریتالین مانند آمفتامین ها می تواند هوشیاری و تمرکز را افزایش دهد. بسیاری از دانش آموزان، دانشجویان و متخصصان برای افزایش توجه از ریتالین استفاده می کنند. به نظر می رسد که مصرف آن به دانشجویان کمک می کند تا راحت تر مطالعه نمایند و احساس خوبی داشته باشند. کسانی که از ریتالین استفاده می کنند، به افزایش دز آن تمایل نشان می دهند.

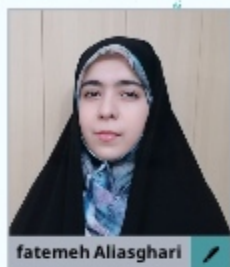
ریتالین یک داروی موثر بر سیستم عصبی است که به عنوان اولین داروی مناسب برای کودکان مبتلا به بیش فعالی شناخته شده است. همچنین در درمان بیماری هایی مانند افسردگی، بدخواهی، صدمات مغزی، سرطان، درد و اختلالات شناختی استفاده می شود.

تاریخچه استفاده از دارو

ریتالین یا متیل فنیدیت اولین بار در سال ۱۹۴۴ ساخته شد و در سال ۱۹۵۴ به عنوان اختراع ثبت گردید. سپس به صورت آزمایشی در سال ۱۹۵۵ و پس از آن در سال ۱۹۵۷ در کلینیک ها مورد استفاده قرار گرفت. این دارو از طرف سازمان غذا و داروی آمریکا برای استفاده در کودکان مبتلا به بیش فعالی و مبتلایان به اختلالات خواب مورد تایید قرار گرفته است. ریتالین به عنوان اولین انتخاب برای بیش فعالی مطرح می باشد، اما در بعضی بیماری های دیگر نیز مورد استفاده قرار می گیرد. این ماده اغلب به شکل قرص و یا کپسول و گاهی به صورت تزریقی و به شکل پودر است. همچنین، در کودکانی که مشکل عدم تمرکز و فعالیت زیاد دارند، تجویز می گردد. دز معمول آن به صورت خوراکی بین ۱۰ تا ۶۰ میلی گرم به صورت روزانه بر اساس سن و واکنش بیمار می باشد.

عوارض جانبی مصرف ریتالین

ریتالین مانند آمفتامین باعث افزایش ضربان قلب می گردد. استفاده از دز بالای این دارو به ویژه از نوع تزریقی و یا استنشاقی، می تواند تأثیرات بسیار بدی روی بدن بگذارد و باعث ایست قلبی شود.



fatemeh Aliasghari

PHD student in midwifery



Relationship of domestic violence with pregnancy symptoms and pregnancy experience in Iranian pregnant women

Pregnancy is one of the most important stages of a woman's life, is considered a natural event in the life cycle of women and is a pleasant experience for most women. The experience of pregnancy, along with its physical and mental changes, affects all aspects of life, including people's psyche. Although the experience of pregnancy is usually pleasant, it can be associated with unpleasant experiences such as insufficient sleep, common pregnancy discomforts, various physical discomforts and a reduced ability to do some tasks. Despite taking the relevant care, pregnancy is always associated with extensive physical and mental challenges and is considered a stressful experience. Most mothers, as soon as they get pregnant and experience pregnancy, see themselves in danger, believe that pregnancy is a stressful event and consider it a cause of worry. Concerns related to pregnancy include concerns about the health of the fetus, physical symptoms, parenting, relationships with others and childbirth.

Due to the presence of symptoms and physiological changes and the occurrence of common problems, pregnancy will have significant effects on the mental state of pregnant women. Problems such as frequent nausea and vomiting, and sudden pains that change a woman's ability to perform the usual

roles of life cause the person to experience symptoms related to pregnancy such as fatigue, weakness, more nausea and vomiting, heartburn, and sleep disorders. Physiological and psychological changes during pregnancy also have a significant effect on the daily and communication activities of pregnant women. According to the available evidence, pregnancy and the transition to the role of a parent can cause a disturbance in the balance and peace of couples and a change in their communication pattern. Misconceptions about pregnancy and abnormal feelings about pregnancy, changes in the communication pattern and reduction of sexual relations, dual feelings to the pregnancy, increasing economic pressure and greater vulnerability of women in this period can be a starting or sometimes intensify domestic violence against pregnant women.

Domestic violence is defined as aggressive and suppressive behaviours, including physical, sexual and psychological attacks, as well as applying economic pressure by any person towards a person with whom he has a close relationship. Also, based on WHO definition 'Domestic abuse, also called 'domestic violence' or 'intimate partner violence', can be defined as a pattern of behaviour in any relationship that is used to gain or maintain power and control



over an intimate partner. Abuse is physical, sexual, emotional, economic or psychological actions or threats of actions that influence another person. This includes any behaviours that frighten, intimidate, terrorise, manipulate, hurt, humiliate, blame, injure or wound someone'. Pregnant women are one of the groups at higher risk of encountering violence, and pregnancy not only does not protect women from violence, but in most cases, violence starts or increases during pregnancy. Unfortunately, some women, during their pregnancy, instead of experiencing a happy and enjoyable time of motherhood, are exposed to violence by their spouse or relatives.

The WHO has reported the prevalence of violence against women worldwide to be approximately 30% while the prevalence of violence during pregnancy increases the possibility of adverse pregnancy outcomes. According to a review conducted in 2021, the prevalence of domestic violence during pregnancy was reported at 1.6%-78%. Meanwhile, in Iran, the average domestic violence among pregnant women is reported to be more than 60%. This figure shows that the prevalence of domestic violence during pregnancy is higher than other common pregnancy problems such as pre-eclampsia and diabetes in Iran based on a systematic and meta-analysis study. Recent studies show that in general, 4%-37% of women are subjected to violence during pregnancy, and a significant number of them did not have this experience before pregnancy. Based on the results of these studies, violence during pregnancy causes adverse effects on women's physical, sexual, reproductive, and mental health and pregnancy outcomes.

The experience of pregnancy is one of the factors that plays an important role in the general health of pregnant women and the worries caused by changes in pregnancy can negatively affect the experience of pregnancy and reduce the desire of a woman to get pregnant again or postpone it.

Considering the recent population policies in the world and the desire to increase the fertility rate in many countries,



it is necessary to help pregnant women consider pregnancy as a pleasant event and spend it with minimal worries. Since we did not find studies in our search on the relationship between domestic violence and pregnancy symptoms and pregnancy experience, and considering the importance of domestic violence and the concerns of pregnant mothers and its adverse effects on the severity of



References

1. Ilska M, Brandt-Salmeri A, Kołodziej-Zaleska A. Effect of Prenatal distress on subjective happiness in pregnant women: the role of Prenatal attitudes towards maternity and ego-resiliency. *Personality and Individual Differences* 2020;163:110098.
2. Kia S, Mohaddesi H, Khalkhali H, et al. The effect of group counseling on the pregnancy experience in primigravida women: an Interventional study. *Nursing and Midwifery Journal* 2023;20:806-18.
3. Ternström E, Hildingsson I, Haines H, et al. Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the fear of birth scale. *Women Birth* 2016;29:e44-9.
4. Viellas EF, Gama SGN da, Carvalho ML de, et al. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *J Pediatr (Rio J)* 2013;89:83-90.
5. Foxcroft KF, Callaway LK, Byrne NM, et al. Development and validation of a pregnancy symptoms inventory. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:31-9.
6. Mazza M, Caroppo E, Marano G, et al. Caring for mothers: a narrative review on interpersonal violence and Peripartum mental health. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:5281.
7. Abrahams N, Devries K, Watts C, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *The Lancet* 2014;383:1648-54.
8. Golian Tehrani S, Bazzazian S, Dehghan Nayeri N. Pregnancy experiences of first-time fathers in Iran: a qualitative interview study. *Iran Red Crescent Med J* 2015;17.
9. Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Intl J Gynecology & Obste* 2014;124:6-11.
10. Ançin AD, Özkaya E, Çetin M, et al. Comparison of female sexual function and sexual function of their partners between groups of pregnant and non-pregnant women. *Ginekol Pol* 2020;91:235-9.
11. Jahanfar S, Malekzadegan Z. The prevalence of domestic violence among pregnant women who were attended in Iran University of medical science hospitals. *J Fam Viol* 2007;22:643-8.
12. Kiliç E, Taycan O, Belli AK, et al. The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. *Türk Psikiyatri Derg* 2007;18:302-10.
13. Ranielle de Paula S, Leite FMC. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica* 2020;54:97.
14. Azene ZN, Yeshita HY, Mekonnen FA. Intimate partner violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service in Debre Markos town health facilities, Northwest Ethiopia. *PLoS One* 2019;14:e0218722.
15. Chemet AG, Cherie KT. Prevalence of intimate partner violence against women and associated factors in Ethiopia. *BMC Womens Health* 2020;20:22.
16. Rahnema A, Roozbeh N, Salimi Asl A, et al. Factors related to childbearing in Iran: A systematic review. *J Prev Med (Wilmington)* 2022;9:6-17.
17. Skakkebaek NE, Lindahl-Jacobsen R, Levine H, et al. Environmental factors in declining human fertility. *Nat Rev Endocrinol* 2022;18:139-57.

pregnancy signs and symptoms and its impact on the health of women, children, families and society, the present study aimed to investigate the relationship of domestic violence with pregnancy symptoms and pregnancy experience in Iranian pregnant women.

The results of the latest studies obtained in Iran indicate that, most of the participants stated that they experienced emotional violence (86.0%), physical violence (67.7%) and sexual violence (79.5%).

According to the results of the present study, it seems that the prevalence of domestic violence during pregnancy is not in a favourable situation. Considering the relationship of violence with pregnancy symptoms and experiences, it is necessary to adopt appropriate intervention strategies to prevent violence in pregnant women in order to improve the symptoms and experiences of the pregnancy.

On the other hand, considering the impact of sociodemographic factors such as smoking history, participation in birth preparation classes, the number of pregnancies and whether the pregnancy was wanted or not, on the symptoms of pregnancy and the experience of pregnancy, it is recommended that the concerned officials pay attention to this issue in the guidelines and instructions, considering the possible effects on the mother and fetus health and other dimensions of pregnancy.



دانشکده پرستاری و مامائی ارومیه



کمیته بین المللی پرس
رشته پرستاری
د ایران - ارومیه ۱۳۹۴

یک قرن خدمت آفاق

فرماندهی ارومیه

MAN'S SEARCH FOR MEANING

TERJUAL LEBIH DARI
16 JUTA
EKSEMPLAR
DI SELURUH DUNIA



"Salah satu buku terbaik sepanjang zaman."

—Harold S. Kushner

Penulis When Bad Things Happen to Good People

VIKTOR E. FRANKL

جستجوی معنا: یکی از مفاهیم کلیدی کتاب این است که جستجوی معنا یکی از نیازهای اساسی انسان است. فرانکل معتقد است که اگر فردی بتواند معنایی برای رنج خود پیدا کند، قادر خواهد بود بر مشکلات غلبه کند.

لوگوتراپی: فرانکل مکتب روانشناسی خود را به نام لوگوتراپی معرفی می کند که بر اساس مفهوم معنا بنا شده است. او تأکید می کند که درمان باید بر یافتن معنا تمرکز کند تا فرد بتواند با چالش های زندگی بهتر کنار بیاید.

سه راه برای یافتن معنا: فرانکل سه راه اصلی برای یافتن معنا را معرفی می کند:

خلق يك اثر یا انجام کاری.

تجربه عشق یا ارتباط عمیق با دیگران.

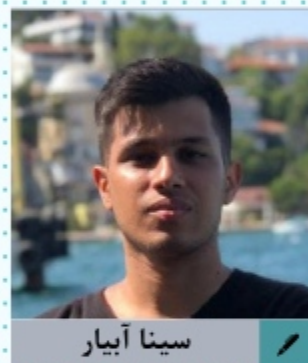
مواجهه با رنج و درد به گونه ای معنادار.

نتیجه گیری

در نهایت، فرانکل نتیجه می گیرد که زندگی هر فرد دارای معنای خاصی است و حتی در شرایط دشوار نیز می توان به دنبال آن بود.

او تأکید دارد که آزادی انتخاب واکنش به شرایط زندگی، یکی از بزرگترین قدرت های انسانی است.

این کتاب نه تنها يك روایت شخصی از رنج و بقاست بلکه يك منبع الهام بخش برای کسانی است که به دنبال یافتن معنا در زندگی خود هستند.



دانشجوی پرستاری

معرفی کتاب

کتاب "انسان در جستجوی معنا" نوشته ویکتور فرانکل، روانپزشک اتریشی و بنیان گذار مکتب لوگوتراپی است. این کتاب به تجربیات فرانکل در اردوگاه های کار اجباری نازی ها و تأثیر آن بر دیدگاه او نسبت به زندگی و معنا می پردازد.

خلاصه ای از محتوای کتاب:

تجربیات شخصی: فرانکل در این کتاب به توصیف تجربیات خود در اردوگاه های کار اجباری می پردازد و چگونگی مواجهه با رنج، درد و فقدان را بررسی میکند. او نشان می دهد که حتی در سخت ترین شرایط، انسان می تواند معنایی برای زندگی خود پیدا کند.



طراح: آراسته سهرابی



دانشکده پرستاری و مامایی
ارومیه

جهت ارتباط و همکاری با آیدی زیر
در ارتباط باشید:
@Puyesh_UMSU





خانه ای بی

درباره خانه ای بی

خانه ای بی، به عنوان تنها موسسه حمایتی مردم نهاد، غیرانتفاعی و داوطلبانه با مجوز فعالیت در سطح کشور اقدام به شناسایی بیماران پروانه ای و تحت پوشش قرار دادن آنها می نماید و در این مسیر کمک های بشر دوستانه مردم شریف ایران همواره پشتوانه ما بوده است. خانه ای بی از سال 1394 با همت حجت الاسلام و المسلمین سید حمیدرضا هاشمی گلپایگانی فعالیت غیررسمی خود را آغاز کرد و در سال ۱۳۹۶ با عنوان «موسسه خیریه حمایت از بیماران پوستی خاص، خانه ای بی» به عنوان سازمانی مردم نهاد و مستقل ثبت گردید. با توجه به ناشناخته بودن این بیماری در سطح کشور، فعالیت خانه ای بی در زمینه اطلاع رسانی، معرفی بیماری ای بی، تشریح گستردگی عوارض آن و آموزش مراقبت های صحیح برای بیماران متمرکز بوده است، به طوری که با جلب همکاری رسانه های گروهی و اطلاع رسانی توانسته است تا حدودی حساسیت جامعه و مسئولین را نسبت به این بیماری افزایش دهد.



Butterfly Life Cycle STEM Activity

SimplePracticalBeautiful.com

