بسم الله الرحمن الرحیم

کلام معصوم: ۲
سخنان گهربار پیامبر اکرم (ص)

پزشکی و سلامت: ۳-۱۵
نکاتی دربارهٔ مکمّل آهن / آمادگی قبل از آزمایش قند خون / گلوکوم یا آب سیاه چیست؟ / رژیم غذایی مفید برای کم‌کاری تیروئید / درد گوش را جدّی بگیرید! / بهترین راهکار برای پیشگیری از آفت‌زدگی برنج / آیا صداهای گردن طبیعی است؟ / علل ایجاد و علائم کیست مویی را بشناسید! / چرا صدای افراد شبیه به هم نیست؟

مناسبت‌های تقویمی و فصلی: ۱۶-۲۱
هموفیلی از تشخیص تا درمان /توصیه‌های تغذیه‌ای برای مقابله با گرمای تابستان / علّت و درمان تعریق زیاد بدن / ضایعات ناشی از نور خورشید

سبک زندگی سالم: ۲۲-۲۵
ناباروری و سلامت روان / اثرات مثبت و منفی اشتغال مادر بر فرزندان

سلامت کودکان: ۲۶-۳۱
نکات مهم دربارهٔ واکسیناسیون و رشد در کودکان / فرزندان را مجبور به عذرخواهی نکنیم! / نقش پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها در تربیت کودکان / دلایل پرخاشگری در کودکان

بهداشت باروری: ۳۲-۴۰
علل خونریزی در بارداری / حاملگی پس از درمان سرطان پستان / دستکاری تاریخ تولّد و عوارض زایمان زودرس! / مفهوم خودکارآمدی در دوران بارداری و زایمان

بهداشت دهان و دندان: ۴۱-۴۴
تنفّس دهانی / آیا دندان‌های شیری به عصب‌کشی نیاز دارند؟ / دندان را با موادّ سفید پر کنیم یا سیاه؟

هدیهٔ مهر

اطلاع‌رسانی، پژوهشی، آموزشی و خبری

مجلهٔ سراسری هدیهٔ مهر، دوماهنامهٔ پزشکی

شمارهٔ ۸۶

تیر- مرداد ۱۳۹۸

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:
دکتر مرضیه مهرافزا

شورای سیاستگذاری:
دکتر انوش برزیگر، دکتر احمد حسینی
دکتر علیرضا کریم‌زاد حق

گرافیک و صفحه آرایی: مهندس نیوشا همامی
ویراستار ادبی: دکتر سهیلا فرهنگی
عکس: بابک چنگیزی، عبدالله کیوانی
با همکاری: گلدیس محمودی، مهندس سید مرتضی حقگو، هانیه توکلی
چاپخانه: مجتمع چاپ سایان
۰۱۳-۳۳۳۴۴۶۷۲-۳

نویسندگان این شماره (به‌ترتیب حروف الفبا):
دکتر معصومه امامی‌سیگارودی، دکتر حمیدرضا باقری، دکتر محمّدرضا تقی‌زاده، دکتر فرزانه حیدری، فاطمه رافت، دکتر ناهید رجبی، دکتر مرسده رفیعی، دکتر زهرا عباسی رنجبر، دکتر ایرج رنجی‌جفرودی، دکتر عاطفه زارع‌یوسفی، دکتر حمید سعیدی ساعدی، دکتر سیدمصطفی سیدجوادین، دکتر سیده پرتو شاعف، دکتر نیلوفر شهدی‌پور، دکتر فاطمه صداقت، دکتر فاطمه علیپورمبارکی، دکتر روشنک کدیور، نیلوفر گلپور، دکتر کاوه ماهوتی زرعی، دکتر علیرضا مجیدی، دکتر مهناز مرامی، دکتر علی مرسلی، دکتر علیرضا مقتدری، مهرک ملتی، دکتر مهریار موثقی، دکتر سیدمسعود هوشمند

عکس جلد: آتلیه PROBABY
۰۱۳-۹۱۰۰۴۰۹۱
نشانی: رشت، بلوار شهید انصاری، خیابان ارشاد، موسسهٔ مهر پویای گیل
تلفن: ۳۳۱۱۰۸۳۲ (۰۱۳)-۳۳۷۵۵۳۵۳ (۰۱۳)
نمابر: ۳۳۷۶۴۲۵۷ (۰۱۳)
سامانهٔ پیام کوتاه: ۳۰۰۷۹۵۷۹۵۰۸۵۷

Website: www.mehrinstitute.org

مردی به رسول خدا (ص) عرض کرد:

ای رسول خدا به من اخلاقی بیاموزید که خیر دنیا و آخرت در آن جمع باشد.

حضرت فرمودند: دروغ نگو.

بحارالانوار

نکاتی دربارهٔ مکمّل آهن

دکتر فرزانه حیدری

آهن مادّه‌ای معدنی است که مسئول حمل و نقل اکسیژن در سلول‌های قرمز خون و انتقال پیام‌های عصبی است. اگر آهن به میزان کافی در بدن نباشد، دچار کم‌خونی یا آنمی می‌شویم. بیشتر افراد آهن مورد نیازشان را از راه تغذیه دریافت می‌کنند و اگر از راه تغذیه نتوانند آهن کافی به بدن برسانند، از مکمّل‌های آهن استفاده می‌کنند.

نکات مهم در مصرف قرص آهن

- مکمّل آهن در صورتی تجویز می‌شود که مبتلا به کم‌خونی ناشی از فقر آهن باشید. بنابراین بدون هیچ دلیل و خودسرانه آن را مصرف نکنید.
- بهتر است مکمّل آهن را با یک لیوان آب میل کنید. مصرف آهن با آب مرکّبات هم برای جذب بهتر آن توصیه می‌شود.
- اگر پس از خوردن مکمّل آهن دچار دل‌درد یا معده‌درد می‌شوید، بهتر است این مکمّل را با شکم خالی مصرف نکنید. البته در این صورت جذب آهن کاهش می‌یابد.
- یک ساعت پیش از خوردن صبحانه و یا دو ساعت پس از مصرف غذا بهترین زمان برای مصرف مکمّل آهن است.
- مکمّل آهن را با شیر، دوغ و سایر نوشیدنی‌های حاوی کلسیم مصرف نکنید، چون کلسیم باعث اختلال در جذب آهن می‌شود.
- معمولاً مصرف مکمّل‌های آهن باعث ایجاد یبوست می‌شود، بنابراین برای رهایی از این مشکل می‌توانید رژیم غذایی خود را تا پایان دورهٔ مصرف مکمّل آهن از فیبر خوراکی سرشار کنید.
- مکمّل آهن را هر روز سر ساعت مشخّصی مصرف کنید تا دریافت و جذب آن به بهترین نحو ممکن انجام شود.
- قرص آهن را بیش از پنج ماه نخورید. مکمّل‌ها مانند هر داروی دیگری عوارض جانبی خاصّ خود را دارند، به‌علاوه بسیاری از بانوان برای داشتن پوست و موی بهتر مکمّل روی مصرف می‌کنند. لازم است بدانید مصرف مکمّل روی بر جذب آهن تأثیر منفی می‌گذارد، پس برای جلوگیری از فقر آهن دربارهٔ میزان مصرف روی با پزشک خود مشورت کنید.
- فولیک اسید موجود در موادّ غذایی فولات نامیده می‌شود و بهترین منبع غنی از فولات کلم بروکلی، عدسی، نخود و سایر حبوبات‌اند. از دیگر منابع می‌توان تخم مرغ، پاپایا و کلم‌پیچ را نام برد. عوارض مصرف بیش از حدّ اسید فولیک نفخ، باد معده، بی‌خوابی و حالت تهوّع است.

نکات مهم دربارهٔ مصرف قرص آهن در بارداری

- مصرف قرص آهن در زنان باردار برای پیشگیری از کم‌خونی فقر آهن و آثار مضرّ آن بر رشد و تکامل جنین، سلامت مادر و مرگ‌ومیر مادران، زایمان زودرس و رشد ناکافی جنین و افزایش خطر مرگ‌ومیر جنین ضروری است. زنان باردار نباید قرص آهن را به دلیل بروز عوارض آن قطع کنند، زیرا بعد از گذشت چند روز معمولاً این عوارض قابل تحمّل می‌شود و یا کاملاً برطرف خواهد شد.
- همراه با قرص آهن محصولات لبنی نخورید، زیرا کلسیم موجود در لبنیات با جذب آهن در بدن تداخل می‌کند.
- نیاز به اسید فولیک در زمان بارداری افزایش می‌یابد به دلیل نقش اسید فولیک در پیشگیری از بروز نقایص مادرزادی لولهٔ عصبی در نوزاد (اسپاینا بیفیدا) بهتر است مصرف اسید فولیک از سه ماه یا حداقل یک ماه قبل از بارداری شروع شود.

دکتر فرزانه حیدری
متخصّص داروسازی
نشانی: رشت، بلوار شهید انصاری، خیابان ارشاد، مؤسّسهٔ ناباروری مهر
تلفن: ۳۳۷۵۵۳۵۳-۰۱۳

آمادگی قبل از آزمایش قند خون

دکتر ایرج رنجی جفرودی

بدن انسان مجموعهٔ پیچیده‌ای از سلول‌ها، اندام‌ها و واکنش‌های بیوشیمیایی مختلف است که در هماهنگی و نظمی معجزه‌آسا حیات انسان را ممکن می‌کنند. آزمایشگاه با انجام تست‌های مختلف ثبات و یا برهم‌خوردن این نظم را پایش می‌کند. یکی از مهم‌ترین مراحل، آماده‌سازی بیمار برای انجام آزمایش است. آنچه مراجعه‌کنندگان به آزمایشگاه باید بدانند این است که قبل از نمونه‌برداری باید چه مواردی را رعایت کنند تا پاسخ درستی از آزمایشگاه دریافت کنند. این موارد در تمام دنیا یکسان است.

تست قند خون (گلوکز خون)

این آزمایش برای کشف وجود یا نبودِ دیابت و افزایش یا کاهش گلوکز خون استفاده می‌شود. این آزمایش اولین گام در جهت تشخیص بیماری دیابت است و به صورت‌های مختلفی درخواست می‌شود مانند گلوگز ناشتا، دو ساعت پس از صبحانه یا تست‌های تحمّل گلوکز (که پس از خوردن مقدار معیّنی محلول گلوکز انجام می‌شود)، گلوگز غیرناشتا و ... .

برای این آزمایش افراد باید حداقل هشت ساعت ناشتا باشند و از خوردن غذا و نوشیدنی (به‌جز آب) و فعّالیت زیاد خودداری کنند. نمونهٔ مورد نیاز برای این آزمایش سرم یا پلاسمای خون است. پس باید از افراد مراجعه‌کننده خونگیری به عمل آید.

گاهی لازم است برای اثبات وجود دیابت به فرد مقداری معیّنی محلول گلوکز داده شود و در زمان‌های خاصّی چند نمونه خون از وی گرفته شود تا با پایش تغییرات گلوکز در زمان‌های معیّنی وجود دیابت ثابت شود. در این موارد هم بیمار باید به‌صورت ناشتا به آزمایشگاه مراجعه کند و به توصیه‌های ازمایشگاه توجّه کند. نوع دیگر آزمایش تست گلوکز دو ساعت پس از خوردن صبحانه است.

فرد آزمایش‌شونده باید دو ساعت پس از خوردن صبحانه‌ای که به‌طور معمول میل می‌کند، به آزمایشگاه مراجعه کند و قبل از دو ساعت در آزمایشگاه حاضر باشد. لازم به ذکر است که در تمام این موارد فرد باید از تحرّک زیاد مانند پیاده‌روی پرهیز کند تا گلوکز در بدن او مصرف نشود. نکتهٔ مهمّ دیگر این است که برخی از داروها روی این آزمایش تأثیر می‌گذارند (حدود ۳۹۰ دارو) و آزمایشگاه باید از نوع داروهایی که مصرف شده یا می‌شود، اطّلاع داشته باشد و اگر از نظر پزشک معالج اشکالی ندارد، دارو مدّتی قبل از نمونه‌برداری قطع شود و پس از آن دوباره استفاده شود.

با رعایت مواردی که گفته شد، آزمایشگاه می‌تواند با اطمینان روی نمونهٔ گرفته‌شده برای آزمایش گلوکز خون اقدام کند.

دکتر ایرج رنجی جفرودی
دکترای علوم آزمایشگاهی
نشانی: رشت، بلوار شهید انصاری، خیابان ارشاد، مؤسّسهٔ ناباروری مهر
تلفن: ۳۳۷۵۵۳۵۳-۰۱۳
بندر انزلی، خیابان مطهری، آزمایشگاه دکتر جفرودی
تلفن: ٤٤٥٤٤٩٦٦-۰۱۳

گلوکوم یا آب سیاه چیست؟

دکتر مهریار موثقی

گلوکوم یا آب سیاه درواقع نوعی آسیب پیش‌روندهٔ عصب بینایی است که با اختلال در میدان بینایی و افزایش فشار چشم همراه است. گلوکوم انواع مختلفی دارد ازجمله مادرزادی، زاویهٔ باز، زاویهٔ بسته و انواع ثانویه که عوامل ثانویه در مواردی همچون جرّاحی چشم، ضربه، اختلالات عروقی، تومورهای چشم و التهابات داخل چشمی دیده می‌شود.

نقش بیماری‌های زمینه‌ای سیستمیک مانند دیابت، بیماری‌های قلبی- عروقی، گرفتگی عروق، فشار خون بالا و اختلالات بیش انعقاد پذیری بر شروع یا تشدید این بیماری نیز شناخته‌شده است. سابقهٔ خانوادگی مثبت و ژنتیک نیز ازجمله عواملی است که به‌خصوص با نوع زاویهٔ باز بیماری-که شایع‌ترین نوع گلوکوم بوده- مرتبط است؛ به نحوی که در این افراد میزان بروز گلوکوم هفت تا ده برابر بیشتر از افراد فاقد سابقهٔ خانوادگی است.

شیوع و بروز بیماری گلوکوم اولیهٔ زاویهٔ باز با نژاد افریقایی یا لاتین، دیابت، نزدیک‌بینی، فشار خون بالا و با افزایش سن بیشتر دیده می‌شود. به‌طور کلّی بیشتر بیماران مبتلا به گلوکوم اولیه تا مراحل پیشرفتهٔ بیماری علامتی ندارند و این بیانگر لزوم معاینات رایج چشم‌پزشکی برای تمام افراد و تعیین فشار چشم و بررسی عصب بینایی است و در صورت نیاز انجام آزمایش‌های دقیق پاراکلینیک نیز باید انجام شود.

در نوع زاویهٔ بسته -که درصد اندکی از انواع اولیهٔ گلوکوم را تشکیل می‌دهد- گاهی افراد با اختلال دید، درد در چشم یا اطراف حدقهٔ چشم، کاهش گاه‌گاهی بینایی، سردرد، قرمزی چشم و وجود هاله‌های رنگی اطراف منبع روشنایی مواجه می‌شوند و در موارد شدید، این بیماری با کاهش شدید دید، سردرد شدید، تهوّع و استفراغ تظاهر می‌یابد.

پزشک معالج پس از تشخیص بیماری براساس شدّت بیماری، سن، وضع عمومی و سایر ملاحظات تصمیم به مداخلهٔ درمانی خواهد گرفت که این مداخلات شامل درمان‌های دارویی یا درمان‌های جرّاحی است.

داروهای گلوکوم انواع مختلفی دارد. نکته‌ای که در مورد داروهای ضدّ گلوکوم باید ذکر شود، بعضی عوارض عمومی آن‌هاست که می‌تواند منجر به عدم مصرف آن‌ها شود. پزشک باید در هنگام تجویز دارو عوارض عمومی یا چشمی داروها را نیز برای بیمار تشریح کند تا احتمال همکاری بیمار افزایش یابد.

مورد دیگر در مصرف داروها قطع نکردن سرخود دارو و ادامهٔ درمان است. فقط در صورتی که پزشکتان تصمیم به جایگزینی دارو و یا افزودن داروی جدید برای شما داشته باشد، مجاز به تغییر مصرف یا قطع یک دارو هستید و قطع مصرف داروهای ضدّ گلوکوم به‌صورت سرخود به هیچ عنوان توصیه نمی‌شود. ازجمله درمان‌های دیگر درمان‌های جرّاحی است که خود به دو دستهٔ لیزر و جرّاحی باز تقسیم می‌شود.

امروزه با پیشرفت‌های جدید در ابزار و تکنیک‌های جرّاحی، همچنین لیزر این جرّاحی‌ها با حداقل عوارض و مشکلات برای بیماران قابل انجام است.

چند نکته و سؤالات رایج بیماران

- بیماری در بسیاری موارد فاقد علامت است، از این‌رو در صورت آسیب به عصب بینایی، پزشک تنها قادر به کنترل ادامهٔ آسیب به عصب چشم است و متأسّفانه قسمتی از عصب بینایی که از بین رفته، قابل بازیابی نیست.
- همان‌طور که گفته شد فشار خون بالا می‌تواند جزء عوامل تشدید خطر آسیب به عصب بینایی باشد، ولی ارتباط معناداری بین افزایش فشار خون و افزایش فشار چشم وجود ندارد.
- بیماران مبتلا به گلوکوم در بیشتر موارد قادر به انجام فریضهٔ روزه‌داری در ایّام ماه رمضان هستند، ولی تنها توصیهٔ لازم مصرف نکردن مقدار زیاد آب به‌صورت یک‌جا در هنگام افطار است.

در انتها لازم است یادآوری شود که معاینات منظّم سالانهٔ چشم‌پزشک حتّی در صورت نداشتن علامت خاصّی در چشم ضروری است.

دکتر مهریار موثقی
جرّاح و متخصّص چشم و فوق تخصّص شبکیه و لیزر
نشانی: رشت، گلسار، خیابان ۱۴۲، ساختمان اکباتان
تلفن: ۳۳۱۲۴۲۳۱-۰۱۳

دکتر زهرا عباسی رنجبر

رژیم غذایی مفید برای کم‌کاری تیروئید

کمبود دو عنصر ید و سلنیوم از عوامل شناخته‌شدهٔ کم‌کاری تیروئید است، امّا اصلی‌ترین علّت بیماری تیروئید خودایمنی است. بیماری هاشیموتو عامل کم‌کاری تیروئید و بیماری گریوز عامل پرکاری تیروئید است که هر دو زمینهٔ خودایمنی دارند. موادّ غذایی در درمان بیماری خودایمنی تیروئید نقش بسزایی ندارند، ولی بعضی رژیم‌های غذایی به درمان بیماری تیروئید کمک می‌کند. موارد زیر در این خصوص حائز اهمّیت‌اند:

از ویتامین‌ها و موادّ معدنی کافی استفاده کنید!

کمبود موادّ مغذّی باعث بدتر شدن علائم تیروئید می‌شود. اطمینان از مصرف کافی موادّ مغذّی در احساس بهبودی بسیار مهم است؛ البته به‌جای مصرف مکمّل‌های آماده ابتدا باید از کمبودهای خود اطمینان داشته باشید.

ویتامین D

ویتامین D نقش مهمّی در سیستم ایمنی بدن دارد و وقتی در معرض اشعّهٔ ماورای بنفش نور خورشید باشید، در پوست ساخته می‌شود. کمبود ویتامین D در ایجاد بیماری خودایمنی تیروئید نقش دارد. پژوهش‌ها نشان داده که مصرف ویتامین D کافی می‌تواند آنتی‌بادی‌های تیروئید را کاهش دهد.

فواید ویتامین D

- کمک به جذب کلسیم و حفظ سلامت استخوان
- تنظیم سیستم ایمنی
- کاهش فشار خون

همچنین ممکن است خطر ابتلا به بیماری قلبی و دیابت را کاهش دهد.

غذاهای غنی از ویتامین D

- ماهی‌های چرب مثل تن، سالمون و ماهی خال مخالی
- غلّات
- پنیر
- زردهٔ تخم مرغ
- آبمیوه‌های غنی‌شده

ویتامین B۱۲

کمبود B۱۲ در بیماران خودایمنی تیروئید، افراد مسن و افراد دارای رژیم گیاهخواری شایع است. به علّت نقش این ویتامین در ساخته شدن گلبول قرمز و عملکرد اعصاب، کمبود آن باعث خستگی، از دست رفتن انرژی، تنگی نفس، بی‌حسّی و گزگز می‌شود.

نقش ویتامین B۱۲

- کمک به ساخت‌وساز DNA (ژن‌ها)
- حفظ سلامت گلبول قرمز
- پیشگیری از کم‌خونی

غذاهای حاوی B۱۲

گوشت، مرغ، ماهی، لبنیات و تخم مرغ

سلنیوم

سلنیوم برای عملکرد تیروئید لازم است. کمبود سلنیوم رابطهٔ

مستقیم با کم‌کاری تیروئید، گواتر، هاشیموتو و گریوز دارد. در کل کمبود سلنیوم به‌خصوص در کشورهای غربی شایع نیست، امّا اگر بیماری گوارشی یا چربی دارید، ممکن است از درمان کمکی سلنیوم سود ببرید. البته مصرف زیاد آن مسمومیت‌زاست. پیشنهاد می‌شود که حداکثر ۴۰۰ میکروگرم سلنیوم، چه از طریق مکمّل‌ها و چه غذا در روز مصرف شود.

فواید سلنیوم

- برای عملکرد تیروئید اساسی است.
- از صدمهٔ سلولی جلوگیری می‌کند.
- تقویت‌کنندهٔ سیستم ایمنی است.
- باعث کاهش بیماری قلبی می‌شود.
- ممکن است باعث کاهش خطر سرطان شود.

غذاهایی که غنی از سلنیوم هستند:

آجیل برزیلی، غذاهای دریایی مثل میگو، تن، صدف، مرغ، تخم مرغ و گوشت

آهن یا فریتین

فریتین ذخیرهٔ آهن بدن است که در موقع نیاز آهن را آزاد می‌کند، بنابراین نبودِ ذخیرهٔ کافی آهن می‌تواند باعث خستگی و احتمالاً کم‌خونی شود. کمبود آهن با علائم کم‌کاری تیروئید همراهی دارد، بنابراین اگر با وجود درمان کم‌کاری تیروئید همچنان احساس عدم بهبودی دارید، به فکر کمبود آهن هم باشید.

فواید آهن

- نقش اساسی در ساخت هموگلوبین دارد که برای حمل اکسیژن لازم است.
- برای ساخت میوگلوبین لازم است که باید اکسیژن را به عضله برساند.
- در ساخت هورمون محرّک تیروئید (TSH) نقش اساسی دارد.

غذاهای حاوی آهن بالا

- گوشت قرمز
- دل و جگر
- غلّات غنی‌شده با آهن
- ماکیان، غذاهای دریایی مثل صدف، سالمون و تن
- حبوبات خشک
- میوه‌جات خشک‌شده
- غلّات کامل

روی

روی یکی از موادّ معدنی مورد نیاز در روند تولید هورمون‌هاست و نقش‌های مهم دیگری نیز در بدن دارد. سطح پایین روی می‌تواند محرّک بیماری تیروئید باشد. از آنجایی که روی در بدن ذخیره نمی‌شود، لازم است که روزانه مصرف شود.

فواید روی

- در متابولیسم هورمون تیروئید نقش دارد.
- در تقویت سیستم ایمنی بدن و مبارزه علیه عفونت‌ها و سرماخوردگی مفید است.
- در ترمیم زخم نقش حمایتی دارد.
- خطر بیماری‌های وابسته به سن مثل دژنرسانس ماکولای چشم را کم می‌کند.

غذاهای غنی از روی

- غذاهای دریایی مثل صدف و خرچنگ
- گوشت قرمز
- ماکیان
- غلات کامل
- آجیل و حبوبات
- لبنیات
- غلّات غنی‌شده

مصرف ید

ید نقش اساسی در تولید هورمون‌های تیروئیدی(T۳, T۴) دارد. کمبود ید می‌تواند باعث اختلال عملکرد تیروئید شود؛ چون بدن مادّهٔ اولیهٔ تولید هورمون را ندارد. البته مصرف زیاد ید هم مشکل‌ساز است و می‌تواند باعث بیماری خودایمنی تیروئید یا بدتر شدن آن شود، بنابراین مصرف ید باید تحت نظر پزشک باشد.

توجّه به جذب قرص تیروئید

مصرف قهوه حتّی از نوع کم‌کافئین باید حداقل تا یک ساعت پس از مصرف قرص به تعویق بیفتد. چون قهوه بر جذب قرص تیروئید تأثیر می‌گذارد؛ البته استفاده از نوع کپسول لیکوئید داروی لووتیروکسین به نام Tirosinit -که در ایران موجود نیست- مانعی برای مصرف قهوه ندارد.

بین مصرف لووتیروکسین و مصرف کلسیم و نوشیدنی‌های حاوی کلسیم، محصولات حاوی سویا، قرص‌های کلسیم، آهن و آنتی‌اسیدها حداقل چهار ساعت فاصله دهید. این مواد می‌توانند جذب قرص را کاهش دهند و اثر آن را کم کنند. همیشه پزشک خود را در جریان مصرف داروهای دیگری که می‌خورید، قرار دهید.

مصرف پروبیوتیک‌ها

پروبیوتیک‌ها غذاهایی هستند که حاوی باکتری‌های زندهٔ مفیدند که در باکتری‌های روده تعادل ایجاد می‌کنند. این مواد باعث تقویت سیستم ایمنی، بهبود در هضم (بهبود اسهال و یبوست) می‌شوند و عفونت را از بین می‌برند. مصرف این مواد مفید است.

آخرین نکته این است که همیشه پزشک خود را از مصرف داروهای تیروئیدی آگاه کنید تا در صورت نیاز به تجویز داروی جدید، نحوهٔ مصرف داروی جدید را توضیح دهد.

دکتر زهرا عباسی رنجبر
فوق تخصّص غدد درون‌ریز و متابولیسم
نشانی: رشت، پل بوسار، ساختمان پزشکان دانا، طبقهٔ نهم
تلفن: ۳۳۱۳۱۸۶۲-۰۱۳

درد گوش را جدّی بگیرید!

دکتر حمیدرضا باقری

یکی از شایع‌ترین عللی که سبب می‌شود بیماران به پزشکان عمومی و متخصّصان گوش و حلق و بینی مراجعه کنند، گوش‌درد است. درد گوش را می‌توان با توجّه به زمان شروع آن به دو نوع حاد و مزمن تقسیم کرد. همچنین می‌توان با توجّه به اینکه علّت درد گوش از خود ساختمان گوش منشأ می‌گیرد یا از اطراف، به دو نوع گوش‌درد با منشأ خود گوش و گوش‌درد ارجاعی طبقه‌بندی کرد.

گوش‌دردهای با منشأ ساختمان خود گوش

- **کانال گوش**

عفونت باکتریال کانال گوش خارجی: این بیماری مشکل بسیار شایعی به‌خصوص در فصول گرم سال و در مناطق با آب و هوای مرطوب است. بیمار ظرف یکی دو روز دچار درد گوش معمولاً یک‌طرفه می‌شود که به‌تدریج بر شدّت آن افزوده می‌شود. کاهش شنوایی و پری گوش نیز می‌تواند از علائم همراه باشد. دست زدن به برجستگی قدامی کانال گوش درد زیادی برای بیمار ایجاد می‌کند. در صورت عدم درمان و تشدید بیماری ممکن است ترشّح نیز از گوش خارج شود. به‌جز آب و هوای گرم و مرطوب، شنا کردن، استحمام و دستکاری کانال نیز جزء عوامل مستعدکننده‌اند. اساس درمان استفاده از قطره‌های موضعی و نیز داروهای ضدّ درد و ضدّ التهاب است. آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی به‌طور معمول جایی در درمان این بیماری ندارند، مگر در موارد خاص مانند افراد دیابتیک. ضمن اینکه در برخورد با بیمار دیابتی که دچار عفونت باکتریال کانال گوش خارجی شده، پزشک همواره باید دقّت دو چندان برای درمان و سیر این بیماری داشته باشد، زیرا در افراد دیابتی این مشکل می‌تواند پیشرفت کند و زمینه‌ساز مسائلی به‌مراتب جدّی‌تر شود.

عفونت قارچی کانال گوش: این بیماری هم همانند بیماری قبلی در مناطق گرم و مرطوب شایع است و در فصول سرد سال کمتر دیده می‌شود. اکثر بیماران شرح حال مشکلات مشابه را در سال‌های قبل ذکر می‌کنند. در این وضعیت اساس درمان اصطلاحاً دبریدمان است (پاکسازی کانال گوش از قارچ توسط پزشک متخصّص). ضمن اینکه پس از پاکسازی استفاده از قطره‌های ضدّ التهاب و ضدّ قارچ لازم است. در اینجا نیز استفاده از داروهای خوراکی ضدّ قارچ جایگاه چندانی ندارد. نکتهٔ مهم اینکه در برخی موارد عفونت قارچی به حدّی شدید است که می‌تواند حتّی به پردهٔ گوش برسد و باعث صدمه و حتّی پارگی آن شود.

جرم گوش: جرم گوش کمتر باعث درد قابل توجّه در گوش می‌شود و بیشتر خود را به‌صورت گرفتگی گوش و کاهش شنوایی نشان می‌دهد. نکتهٔ مهم اینجاست که الزاماً هر فردی که در داخل کانال گوش جرم دارد، نیازی به پاکسازی یا شستشوی گوش ندارد، بلکه این کار تنها زمانی لازم است که وجود جرم برای فرد علامت ایجاد کرده باشد.

- **گوش میانی**

عفونت حادّ گوش میانی: این بیماری سردستهٔ بیماری‌های گوش میانی است که باعث درد قابل توجّهی در گوش می‌شود و تقریباً

همیشه در گروه سنّی اطفال دیده می‌شود. به‌طور معمول در اواخر دورهٔ سرماخوردگی -که علائم کم‌کم رو به بهبودی می‌رود- کودک از گوش‌درد نسبتاً شدیدی در یک گوش شکایت می‌کند که بسته به شدّت آن می‌تواند بسیار دردناک باشد و تشخیص آن برای پزشک معمولاً کار دشواری نیست. نکتهٔ مهم این است که وجود عفونت حادّ گوش میانی الزاماً به معنای مصرف آنتی‌بیوتیک نیست و چنانچه حال عمومی کودک نسبتاً خوب باشد و تب بالا وجود نداشته باشد و مخصوصاً اگر فقط یک گوش درگیر باشد، می‌توان فقط با تجویز مسکّن کودک را تحت نظر گرفت و منتظر بهبود خودبه‌خود عفونت شد؛ گرچه ممکن است مایع گوش میانی کودک بعد از رفع التهاب حاد تا مدّت‌ها در گوش باقی بماند.

گوش‌دردهایی با منشأ ساختمان‌های اطراف گوش

گوش انسان از چندین عصب مختلف عصب‌گیری می‌کند. این اعصاب نه فقط به گوش بلکه به ساختمان‌های مجاور گوش نیز عصب‌دهی حسّی می‌کنند، پس تعجّبی ندارد که وقتی این ساختمان‌ها دچار التهاب یا درد شوند، از طریق عصب‌رسانی مشترک باعث انتشار درد به گوش نیز بشوند.

پس نکتهٔ مهم این است که اگر پزشک در برخورد با بیمار مبتلا به گوش‌درد نکتهٔ قابل توجّهی در معاینهٔ گوش پیدا نکرد، باید به فکر دردهای ارجاعی از ساختمان‌های اطراف باشد.

- **دندان‌ها:** علاوه بر خرابی دندان‌ها خصوصاً فکّ بالا، اختلالات چفت‌شدن دندان‌ها نیز می‌تواند به مرور زمان باعث دردهای عمقی گوش شود.
- **مفصل گیجگاهی** که دقیقاً در جلوی کانال گوش قرار دارد، چنانچه به دلیل فشار وارده دچار التهاب و درد شود، به‌راحتی می‌تواند پزشک و بیمار را به اشتباه بیندازد.
- **التهاب و عفونت‌های حلق و لوزه‌ها** نیز گهگاه می‌تواند به گوش‌ها منتشر شود. حتّی گاهی آفت‌های کوچک در قاعدهٔ زبان و روی لوزه‌ها می‌تواند باعث گوش‌درد همان سمت شود. سنگ لوزه (تجمّع باکتری‌ها و سلول‌های لوزه در عمق حفرات لوزه‌ها) نیز می‌تواند علاوه بر ایجاد بوی بد دهان باعث دردهای ارجاعی گوش شود.
- **التهاب حادّ تیرویید** می‌تواند گهگاه خود را ابتدا با درد گوش نشان دهد.
- **مشکلات ستون فقرات گردنی** مثل آرتروز یا دیسک گردنی هم می‌تواند درد را به یک یا هر دو گوش منتقل کند.
- افرادی که دچار **استرس و اضطراب** زیادی در زندگی هستند، شاید به دلیل فشردن ناخودآگاه دندان‌ها به یکدیگر و همچنین اسپاسم غیرارادی عضلات عمقی گوش باعث درد در گوش شوند.

بنابراین در برخورد با بیمار مبتلا به درد گوش پزشک ابتدا باید معاینهٔ دقیق گوش و سپس معاینهٔ سایر قسمت‌های سر و گردن از بیمار به عمل آورد تا بتواند به تشخیص صحیح برسد.

دکتر سیّدحمیدرضا باقری
متخصّص گوش و حلق و بینی، جرّاح سر و گردن، فلوشیپ جرّاحی آندوسکوپیک سینوس و قاعدهٔ جمجمه
نشانی: رشت، گلسار، خیابان ۸۹، ساختمان آتیه
تلفن: ۳۳۱۱۷۲۳۴-۰۱۳

فرم اشتراک مجلهٔ هدیهٔ مهر

نام و نام‌خانوادگی:
تحصیلات:
نشانی پستی:
کد پستی:
تلفن همراه:
تلفن ثابت:
تاریخ شروع اشتراک:
مبلغ پرداخت شده:

علاقه‌مندان به مجلهٔ هدیهٔ مهر می‌توانند مبلغ اشتراک سالانه را (۷۰۰/۰۰۰ ریال برای ٦ شماره) به شماره حساب بانک ملی ۰۱۱۰۷۸٤۵۷۸۰۰۳ و یا شماره کارت ٦۰۳۷ ۹۹۱۸ ۹۹۹۷ ۵۸۵۲ به نام «مؤسّسهٔ مهر» واریز و فیش بانکی را به شمارهٔ ۳۳۷٦٤۲۵۷-۰۱۳ فکس کنند.

با اشتراک «هدیهٔ مهر» سلامتی را به خود، خانواده و دوستان خود هدیه کنید!

نشانی: رشت، بلوار شهید انصاری، خیابان ارشاد، مؤسّسهٔ فنّاوری‌های نوین پزشکی، تحقیقات ناباروری و جرّاحی محدود مهر
کد پستی: ٤۱۷۸٦۱۳۱۱۱ تلفن: ۳۳۷۵۵۳۵۳-۰۱۳
www.mehrinstitute.org

بهترین راهکار برای پیشگیری از آفت‌زدگی برنج

دکتر فاطمه علیپور مبارکی

قرص برنج یا فسفید آلومینیوم (Aluminum phosphide) ALP سمّی بسیار خطرناک است که به عنوان جونده‌کش تدخینی برای جلوگیری از آفت‌زدگی محصولات برنج انباری، غلّات، علوفه و تنباکو استفاده می‌شود. این حشره‌کش بسیار مؤثّر و کشنده برای محافظت از دانه‌های ذخیره‌شده استفاده می‌شود. مسمومیت حاد با این ترکیب در برخی از کشورها ازجمله هند و ایران رایج است و مشکلی جدّی برای سلامتی محسوب می‌شود. این قرص در بدن با تولید گاز فسفین سبب نارسایی و مسمومیت کبد، نارسایی کلیه، تخریب سلول‌های ریه، سکتهٔ قلبی و در نهایت منجر به مرگ می‌شود. استنشاق قرص برنج برای کودکان مرگ‌آور است.

آلومینیوم فسفید مادّهٔ مؤثّرهٔ اصلی این قرص ترکیبی است و زمانی که در معرض رطوبت هوا یا اسید معده قرار می‌گیرد، گاز فسفین بی‌نهایت سمّی‌ای را از خود آزاد می‌کند. بنابراین قرص‌های آلومینیوم فسفید در حالی که در مجاورت هوا، گاز فسفین آزاد می‌کنند، به‌صورت تدریجی قدرت خود را از دست می‌دهند و تنها یک باقیماندهٔ غیرسمّی آلومینیوم هیدروکساید را از خود به جای می‌گذارند. گاز فسفینی که به دنبال هیدرولیز قرص برنج آزاد می‌شود، می‌تواند تمام بافت‌ها و اندام‌های بدن به‌ویژه ارگان‌های حیاتی همچون قلب، ریه، کلیه‌ها، کبد، مغز و دستگاه گوارش را تحت تأثیر قرار دهد و به مرگ بسیار دردناک و در عین هوشیاری کامل بینجامد. فسفین برای همهٔ گونه‌های حیوانی بسیار سمّی است و از این رو باید از مواجههٔ آن با انسان‌ها حتّی به مقادیر کوچک جلوگیری شود. مسمومیت می‌تواند از طریق خوردن یا استنشاق ناشی شود؛ با این حال گاز از طریق پوست جذب نمی‌شود. غلظت ۲/۸ میلی گرم در لیتر (حدود ۲،۰۰۰ ppm در هوا) در یک زمان بسیار کوتاه برای انسان‌ها کشنده است.

قرص برنج در ایران

در ایران معمولاً از اواخر اسفندماه و یا در اوایل بهار با گرم شدن هوا و وجود رطوبت و بسته‌بندی‌های نامناسب برنج، بانوان خانه‌دار شاهد وجود حشرات بسیار کوچکی به شکل تقریبی مورچه با خرطوم‌های کوچک در برنج هستند که این حشرهٔ کوچک شپشک برنج نامیده می‌شود و متأسّفانه اولین راهکاری که به ذهن این افراد خطور می‌کند، استفاده از انواع قرص‌های برنج موجود در بازار است.

قرص برنج در کشور ایران تولید نمی‌شود و واردات رسمی نیز ندارد و عرضه و فروش آن در تمام داروخانه‌ها و سم‌فروشی‌های سراسر کشور ممنوع اعلام شده است. متأسّفانه برخی افراد سودجو این سمّ مهلک را به‌صورت غیرمجاز به کشور وارد می‌کنند و در معرض فروش قرار می‌دهند. رنگ قرص برنج طوسی متمایل به سبز است و در بسته‌های ده تایی پیچیده‌شده در یک غلاف آلومینیومی درون یک ظرف فلزّی استوانه‌ای و نقره‌ای‌رنگ عرضه می‌شود.

راه ایجاد آلودگی

گاهی تخم‌های بسیار ریز این آفت‌ها در لابه‌لای غلّات، از مرحلهٔ کاشت و داشت تا برداشت و انبار کردن داخل سیلوها نفوذ می‌کنند. این تخم‌های ریز موجود در برنج، حبوبات یا حتّی گندم منتظر شرایطی برای رشد و تکثیر می‌شوند. بهترین شرایط برای رشد و تکثیر تخم آفت‌های غلّات گرما و رطوبت است، مثلاً اگر تخم آفتی داخل گونی برنج باشد و برنج را در محلّی گرم و نسبتاً مرطوب نگهداری کنید، به احتمال زیاد پس از مدّتی با باز کردن گونی، با این حشرات ریز مواجه خواهید شد. بهترین راه برای پیشگیری از حشره زدن برنج و حبوبات و تکثیر تخم آفت‌ها درون آن‌ها، نگهداری آن‌ها در دمای مناسب است. مکان‌های خشک و خنک بهترین محل برای نگهداری و انبار کردن غلّات‌اند.

راه‌های پیشگیری

یکی از ساده‌ترین راه‌های رهایی از شرّ شپشک برنج قرار دادن گونی‌های آن روی بارچین است، یعنی پس از اطمینان از خشک و خنک بودن محلّ نگهداری برنج در انباری منزل یا هر جای دیگری، یک وسیلهٔ چهارپایهٔ قفسه‌بندی شده -که حدود ۲۰ تا ۲۵ سانتی‌متر از زمین فاصله دارد- برای قرار دادن گونی‌های برنج انتخاب کنید. بهتر است قفسه‌های این چهارپایه مشبّک باشند تا هوادهی لازم

در لابه‌لای گونی‌های برنج انجام شود. به‌علاوه بهتر است از چسباندن گونی‌های برنج به دیوار هم خودداری کنید تا جریان هوا به‌خوبی بین گونی یا کیسه‌های برنج برقرار شود. حداقل فاصلهٔ گونی‌های برنج با دیوار باید پنج سانتی‌متر باشد تا گردش هوا به‌آسانی انجام شود. معمولاً انبارداران برنج و غلّات هم از چنین روشی برای پیشگیری از شپشک زدن محصولات خود استفاده می‌کنند.

اگر محصولی که خریده‌اید، حشره داشت، به احتمال زیاد پیش از فروش در انبارهای گرم و مرطوب و با شرایط نامناسب نگهداری شده است، یعنی تعداد گونی‌های برنج موجود در انبار، بیش از ظرفیت آن بوده و تهویهٔ مناسبی هم در آن مکان صورت نمی‌گرفته است و در نهایت چیدمان برنج‌های داخل انبار به ایجاد گرما و رشد آفت‌ها در محصول کمک کرده است. ضمن اینکه در این دانه‌های برنج یا سایر غلّات، هنوز فرایند متابولیکی در حال جریان است، یعنی حتّی قرار دادن حجم زیادی از برنج داخل یک گونی و گذاشتن گونی‌ها روی هم باعث ایجاد گرما می‌شود و همین گرما می‌تواند باعث تبدیل تخم آفت به حشرهٔ نیمه بالغ و سپس بالغ شود. به همین دلیل گاهی با وجودی که گونی‌های برنج را در انبار خنک قرار می‌دهیم، پس از باز کردن در گونی با حجم زیاد شپشک‌های برنج مواجه می‌شویم.

اگر برنج شپشک زد، چه کنیم؟

۱. اگر به هر دلیلی برنج شپشک زد، می‌توانید با راه‌های مختلفی این حشره‌های ریز را از بین ببرید. البته انتخاب روش به میزان محصولی که در اختیار دارید، بستگی دارد. یک راه ساده و سنّتی این است که پارچهٔ بزرگ و تمیزی را زیر نور آفتاب و در محلّی دور از گرد و خاک پهن کنید و برنج حشره‌زده را روی آن بریزید. هوادهی و گرمای شدید آفتاب بین ساعت دوازده تا سهٔ بعدازظهر می‌تواند حشره‌های برنج را فراری دهد. البته برای پیشگیری از خردشدن برنج، آن را مدّت زمان زیادی زیر نور مستقیم آفتاب قرار ندهید.

۲. روش دیگر پاشیدن نمک لابه‌لای برنج است که هرچند تأثیر زیادی در از بین بردن حشرات ندارد، امّا می‌تواند تا حدّی باعث پیشگیری از تکثیر آن‌ها شود.

استفاده از سیر هم در لابه‌لای برنج تا حدّی کمک‌کننده است. پیشگیری از حشره زدن برنج با استفاده از روش‌های مناسب بسیار ساده‌تر از رهایی از آن است.

۳. استفاده از سیر هم در لابه‌لای برنج تا حدّی کمک‌کننده است. باز هم تأکید می‌کنم که پیشگیری از حشره زدن برنج با استفاده از روش‌های مناسب بسیار ساده‌تر از رهایی از آن است.

۴. راه دیگری که بسیاری از افراد برای پیشگیری از شپشک زدن یا حتّی از بین بردن حشره‌های برنج استفاده می‌کنند، قرص‌های سیر موجود در بازار است. این قرص‌ها معمولاً ترکیب‌های فسفردار هستند و از آنجا که ترکیب‌های فسفردار بوی سیر می‌دهند، در بازار به قرص سیر معروف شده‌اند، ولی در واقع سیری در تهیّهٔ آن به کار نرفته است. البته قرص خود گیاه سیر هم در بازار موجود است، امّا بیشتر قرص سیرهایی که در داروخانه یا عطّاری‌ها به فروش می‌رسند، قرص «فستوکسین» هستند که ترکیب‌های فسفردار دارند و بوی سیر می‌دهند.

با قرص سیر بیشتر آشنا شویم!

قرص فستوکسین مانند نفتالین تصعید می‌شود، یعنی از حالت جامد یک‌دفعه به حالت گاز درمی‌آید. در انبارهای بزرگ پلاستیک‌های بزرگی روی گونی‌های برنج می‌اندازند و این قرص‌ها را زیر آن‌ها قرار می‌دهند و با بستن تمام در و پنجره‌ها به مدّت ۲۴ تا ۴۸ ساعت، باعث تصعید قرص‌ها و ضدّ عفونی شدن برنج‌ها با بخار ناشی از تصعید قرص می‌شوند. در خانه می‌توان قرص‌های سیر را برای جلوگیری از مخلوط شدن با برنج، داخل یک قوطی کبریت قرار داد و پس از ایجاد چند سوراخ ریز روی قوطی کبریت، آن را داخل گونی برنج‌ها انداخت. این قرص‌ها به هیچ وجه نباید خرد شوند یا لابه‌لای برنج قرار گیرند، زیرا با خوردن اتّفاقی آن‌ها مشکلاتی ایجاد می‌شود.

بهترین راهکار برای پیشگیری از آفت‌زدگی غلّات و حبوبات در منزل استفاده از قرص سیر است که کاملاً بی‌خطر است. خانواده‌ها برای تهیّهٔ این قرص می‌توانند به داروخانه‌ها مراجعه کنند.

دکتر فاطمه علیپور مبارکی
دکتری فیزیک و حفاظت خاک
نشانی: رشت، کیلومتر ۵ جادهٔ رشت به تهران، مؤسّسهٔ تحقیقات برنج کشور
تلفن: ۰۱۳-۳۳۶۹۰۰۵۲
Email: Apghazal@yahoo.com

آیا صداهای گردن طبیعی است؟

دکتر علیرضا مقتدری

صدای قرچ‌قروچ گردن از نظر پزشکی کریپتوس نامیده می‌شود، یعنی شنیدن یا حس کردن صداهایی نظیر تق‌تق، قریچ یا ترق‌ترق در پوست یا مفاصل که نشان‌دهندهٔ تجمّع هوایی است که در فضای فشرده‌ای در مفصل یا بافت زیرپوستی محصور شده است. زمانی که تاندون یا عضله روی سطح استخوانی سُر می‌خورد، باعث ایجاد صدایی نظیر صدای ترکیدن بادکنک می‌شود. در گردن این حالت زمانی رخ می‌دهد که مفاصل با چرخاندن گردن سُر می‌خورند. این حالت طبیعی است. اگر صدای قرچ‌قروچ گردن با درد همراه بود، با پزشک خود مشورت کنید تا در صورت وجود مشکلات غیرطبیعی تشخیص به‌موقع و درمان صحیح صورت گیرد. این حالت می‌تواند نشانهٔ وجود آسیب‌دیدگی در رباط‌ها و یا برخی از غضروف‌های شل‌شده باشد. بیماران دیگری که به التهاب تاندون و یا بورسیت مبتلا هستند، نیز تجربهٔ صداهایی نظیر قرچ‌قروچ گردن را داشته‌اند، امّا اگر صدای قرچ‌قروچ یا ساییده شدن ناهنجارتر بود، ممکن است نشانهٔ تغییراتی باشد که به دلیل آرتروز یا استئوآرتریت در مفاصل ایجاد شده است.

علائم و نشانه‌ها

کاهش دامنهٔ حرکتی: گردن و سر می‌توانند انعطاف‌پذیری طبیعی خود را از دست بدهند، به‌خصوص زمانی که سعی می‌کنید با گوش خود شانه‌ها را لمس کنید (فلکشن یا خم شدن جانبی) یا زمانی که سعی می‌کنید آن‌ها را به پشت شانه‌ها حرکت دهید (چرخش).

سردرد: درد در قسمت پشت سر یا گردن که به سمت شقیقه و پیشانی نیز سرایت می‌کند.

درد عضلانی و حسّاسیت به لمس: زمانی که لمس کردن و ایجاد فشار بر عضلات گردنی باعث درد آن می‌شود.

بی‌حسّی یا سوزن‌سوزن شدن بازو: این حالت در نتیجهٔ فشرده شدن اعصاب یا اسپوندیلوز گردن است که به‌ترتیب به دلیل اسپاسم طولانی‌مدّت عضلات گردن و افزایش سن ایجاد می‌شود. ایجاد سفتی یا وجود تودهٔ سخت نیز می‌تواند در محلّ اسپاسم عضلانی محسوس باشد.

قرمزی پوست: گاهی پوست اطراف گره‌های عضلانی قرمز می‌شود و پس از دوش آب گرم نیز میزان قرمزی افزایش می‌یابد.

درمان

زمانی که عوارض جانبی حادّی نظیر گردن‌درد، سکتهٔ مغزی و آرتروز (استئوآرتریت) رخ می‌دهد، شما به مراقبت پزشکی نیاز خواهید داشت. تا زمانی که مراقبت‌های پزشکی مناسب را دریافت نکرده‌اید، گردن خود را ثابت و بی‌حرکت نگه دارید و از حرکات ناگهانی بپرهیزید.

دکتر علیرضا مقتدری
فلوشیپ اینترونشنال درد
نشانی: اصفهان، خیابان شمس‌آبادی، ساختمان قصر نور، واحد ۳۰۵
تلفن: ۳۲۲۴۰۰۶۸- ۰۳۱
www.drmoghtaderi.ir

علل ایجاد و علائم کیست مویی را بشناسید!

دکتر محمّدرضا تقی‌زاده

کیست پیلونیدال -که بین عوام به کیست مویی شناخته می‌شود- بیماری‌ای است که بیشتر در بین مردان جوان و پرمو در ناحیهٔ پشت ساکروم (دنبالچه) یعنی ناحیهٔ بین دو سرین ایجاد می‌شود. البته این بیماری در هر دو جنس و در هر سنّی ممکن است دیده شود. به‌نظر می‌رسد وجود مو در این ناحیه در ایجاد این بیماری نقش داشته باشد. این بیماری به‌ندرت در افراد بدون مو در این ناحیه رخ می‌دهد. این مشکل در بین افرادی که مدّت طولانی در یک مکان می‌نشینند، مثل رانندگان بیشتر دیده می‌شود، به همین دلیل به این بیماری لقب بیماری رانندگان جیپ هم داده‌اند. سایر عوامل خطر عبارت‌اند از: چاقی، ضربهٔ موضعی، وضعیت بد بهداشتی فرد، شکاف عمقی بین سرین و سابقهٔ فامیلی. شیوع بیماری ۲۶ در صد هزار نفر گزارش شده است. تشخیص بیماری با التهاب مزمن یا ترشّح مداوم از این ناحیه مشخّص می‌شود.

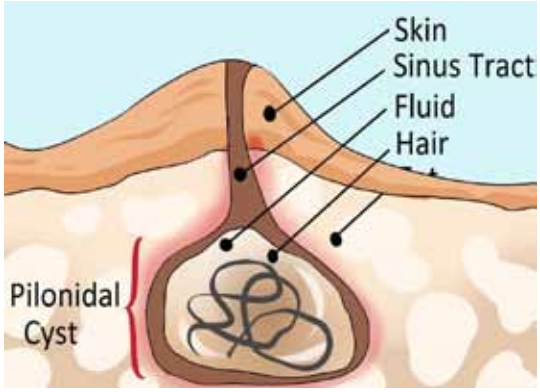
درمان

تظاهر حادّ بیماری به شکل یک آبسهٔ دردناک یا یک سینوس عفونی مترشّحه است. در این حالت بهتر است هر چه سریع‌تر آبسه تخلیه شود. با تخلیهٔ آبسه درد بیمار کاهش می‌یابد. این کار را می‌توان با بی‌حسّی موضعی در صورت همکاری بیمار انجام داد. انسزیون و درناژ تا نسوج زیر جلدی باید صورت گیرد. برداشتن موهای این ناحیه توصیه می‌شود. عود در ده تا پانزده درصد موارد رخ می‌دهد که نیازمند جرّاحی‌های وسیع‌تر است.

درمان سینوس پیلونیدال مزمن

در این مرحله برداشتن کامل نسوج گرفتار انجام می‌شود. بسته شدن ثانویهٔ زخم احتمال عود را کمتر می‌کند، ولی زمان بهبودی طولانی می‌شود. مراقبت از زخم بسیار مهم است و حداقل هفته‌ای یک‌بار باید جرّاح مربوط زخم را معاینه کند. در موارد مزمن و پیشرفته ممکن است نیاز به فلاپ پوستی باشد. همان‌طور که قبلاً ذکر شد مراقبت از زخم، بهداشت فردی و ریشه‌کن کردن موهای این ناحیه نقش مهمّی در پیشگیری از عود بیماری بازی می‌کند.

دکتر محمّدرضا تقی‌زاده
بورد تخصّصی جرّاحی، لیزر و زیبایی از کانادا
نشانی: رشت، بلوار نماز، کلینیک جرجانی تلفن: ۰۱۳-۳۳۷۳۱۳۰۵



تقویم سلامت تیر و مرداد ۹۸

مناسبت	روز	ماه
روز جهانی مبارزه با موادّ مخدّر	۵ (۲۶ ژوئن)	تیر
هفتهٔ مبارزه با موادّ مخدّر	۱۲-۵	"
روز مشاوره و آزمایش HIV	۷ (۲۸ ژوئن)	"
روز مبارزه با سلاح‌های میکروبی	۸ (۲۹ ژوئن)	"
روز جهانی نوجوان	۱۱ (۲ جولای)	"
روز جهانی بیماری‌های مشترک دام و انسان	۱۳ (٤ جولای)	"
هفتهٔ بیماری‌های مشترک دام و انسان (زئو نوز)	۱۸-۱۳	"
روز عقب‌ماندگی ذهنی	۳۰ (۲۱ جولای)	"
روز معلولین جسمی و حرکتی	۳۱ (۲۲ جولای)	"
روز جهانی هپاتیت	٦ (۲۸ جولای)	مرداد
هفتهٔ حمایت از بیماران هموفیلی	۷-۱	"
روز جهانی تغذیه با شیر مادر	۱۰ (۱ آگوست)	"
هفتهٔ جهانی شیر مادر	۱٦-۱۰ (۷-۱ آگوست)	"
هفتهٔ آگاهی از فلج اطفال	۲۰-۱٤ (۱۱-۵ آگوست)	"
هفتهٔ آگاهی از تب روماتیسمی و بیماری‌های روماتیسم قلبی	۲۱-۱۵ (۱۲-٦ آگوست)	"
روز بین‌المللی جوان	۲۱ (۱۲ آگوست)	"
هفتهٔ ارتقای سلامت جوانان	۲۸-۲۱	"

منبع: سایت وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

چرا صدای افراد شبیه به هم نیست؟

دکتر علیرضا مجیدی

همان‌طور که هیچ دو نفری در دنیا اثر انگشت یکسانی ندارند، هیچ دو نفری نیز دارای یک صدای مشابه نیستند. آیا می‌دانید چرا صداهای افراد به هم شبیه نیست؟

عمل صحبت کردن در اثر هماهنگی حرکت صدها ماهیچه در مدّت زمان کوتاهی ایجاد می‌شود و عضوی که سبب تولید صدا می‌شود، حنجره یا جعبهٔ صدا نامیده می‌شود که قادر به تولید تعداد بی‌نهایتی صداست. حنجره در حقیقت قسمتی از گلو است که هوا از آن عبور می‌کند، در هنگام تنفّس هوا پس از عبور بینی، از طریق حنجره وارد نای می‌شود و سرانجام به ریه‌ها می‌رود.

حنجره از چند غضروف غیرمنظّم تشکیل شده که با رباط‌ها و غشاهایی به یکدیگر پیوسته‌اند. قسمت داخلی حنجره دارای دو لایه بافت است که به‌صورت دو خطّ موازی از جلو به عقب کشیده شده‌اند و از هر طرف امتداد دارند و یک فضای خالی در بین خود دارند. این دو قسمت موازی طناب‌ها یا رباط‌های صوتی نامیده می‌شوند. در هنگام تنفّس فضای بین این طناب‌ها باز می‌ماند، ولی در هنگام صحبت کردن، آواز خواندن و فریاد کشیدن این طناب‌ها -که در حالت عادی شل و سست هستند- محکم شده، به هم نزدیک می‌شوند و فضای بین آن‌ها تنگ می‌شود و وقتی هوا با فشار عبور می‌کند، این طناب‌ها مرتعش شده، صدا تولید می‌شود.

طناب‌های صوتی می‌توانند در ۱۷۰ حالت مختلف قرار گیرند. کیفیت صدای حاصل‌شده مربوط به طول کشیدگی و سختی رباط‌ها با طناب‌های صوتی است. اگر طناب‌ها شل و سست باشند و ارتعاش کندی داشته باشند (۸۰ بار در ثانیه)، صدای بم و در صورتی‌که طناب‌ها سفت باشند و به‌سرعت مرتعش شوند (۱۰۰۰ بار در ثانیه)، امواج صوتی کوتاه و صدای زیر ایجاد می‌شود. از آنجایی که یک کودک طناب‌های صوتی کوتاهی دارد، امواج صوتی کوتاه تولید می‌کند و صدای زیر ایجاد می‌شود. به‌تدریج که شروع به رشد می‌کند، طناب‌ها بلندتر شده، صدا بم‌تر می‌شود. صدای مردان از صدای زنان بم‌تر است که به علّت بزرگ‌تر بودن حنجره و بلند بودن طناب‌های صوتی مردان نسبت به زنان است.

اوج صدا بسته به طول طناب‌های صوتی دارای یک طیف خاص از فرکانس‌هاست و در این طیف مشخّص می‌شود که هر فرد چه نوع صدایی دارد. از طرف دیگر کیفیت صدای انسان بستگی به وضعیت قرار گرفتن حفرهٔ بینی، سینوس‌ها و حفرهٔ دهان دارد و این اندام‌ها صدای تولیدشده را کنترل می‌کنند و از طرفی حرکت زبانی در کام، شکل لب‌ها و نحوهٔ قرار گرفتن دندان‌ها نیز تغییراتی در صدا ایجاد می‌کند. از آنجا که ساختمان و حرکات این اندام‌ها در افراد مختلف متفاوت است، افراد صداهای متفاوتی دارند.

چرا هر کس صدای خود را همان‌طوری که دیگران می‌شنوند، نمی‌شنود؟

حتماً برای شما هم پیش آمده که صدای خود را ضبط کرده باشید

و هنگامی‌که به آن گوش کرده‌اید، دیده باشید که این صدا اصلاً به صدای شما شباهت ندارد، ولی صدای دیگران را که گوش می‌کنید، درست مانند صدای خودشان است. دوست شما هم عقیده دارد که صدای ضبط شدهٔ شما عین صدای خودتان است، امّا صدای او به صدایی که از نوار پخش می‌شود، شبیه نیست.

به گفتهٔ متخصّصان گفتاردرمانی در هر کس این خصلت هست که صدای واقعی خود را نمی‌پسندد. آیا این گفته یک تفسیر و توجیه طبّی است؟ بله، گفتار از حنجره برمی‌خیزد، زیرا سرچشمهٔ ارتعاش آنجاست. بخشی از ارتعاش از راه هوا انتقال می‌یابد و این همان صدایی است که به شنوندگان و نیز دستگاه‌های ضبط می‌رسد و صدای شما را می‌شنوند. بخش دیگری از ارتعاش از راه مایعات و جامدات سر منتقل می‌شود. گوش داخلی و گوش میانی بخشی از حفره‌هایی هستند که در استخوان ایجاد شده‌اند. در سخت‌ترین استخوان، یعنی کاسهٔ سر. گوش داخلی حاوی مایع است؛ گوش میانی حاوی هواست؛ و این دو پیوسته به یکدیگر فشار می‌آورند. دور حنجره را نیز بافت‌های نرم پر از مایع فراگرفته است. صدا از راه هوا به‌گونه‌ای عبور می‌کند و از راه جامدات و مایعات به گونهٔ دیگری. همین تفاوت باعث می‌شود که ما نسبت به صدای پخش‌شده از دستگاه‌های ضبط واکنش منفی داشته باشیم.

هنگامی‌که به سخن گفتن خویش گوش فرامی‌دهیم، تنها از راه گوش نمی‌شنویم، بلکه از راه درون سر هم می‌شنویم که صدا بیشتر از راه مایعاتی که در اعضا جای دارد، منتقل می‌شود. هنگامی‌که گیتار الکتریکی میان جمع نواخته شود، چه کسی صدای «واقعی» را می‌شنود؟ آیا شنوندگان -که به صدای تقویت‌شده و نیز تحریف‌شده گوش می‌دهند- صدای واقعی را می‌شنوند؟ این پرسش بحث‌انگیزی است. گیتارنواز در هر زمان، سه صدای مختلف ایجاد می‌کند و همین اصل در مورد صدای انسان نیز درست است. ما نمی‌توانیم بگوییم که ضبط صوت با گوینده صدای «درست» را می‌شنوند، تنها می‌توانیم بگوییم این دو صدا با هم فرق می‌کنند.

ما یک حافظهٔ درونی برای صدای خود در مغز خویش داریم و این حافظه همیشه قوی‌تر از شنیده‌هایی است که از نوار ضبط صوت به گوش ما می‌رسد. هر چند الگوی استواری پیش رو نداریم که بدانیم مردم صدای خویش را زیرتر یا بم‌تر از دیگران می‌شنوند، امّا تردیدی نیست که بر شنیده‌های درونی خیلی بیشتر می‌توان اعتماد کرد تا شنیده‌های بیرونی. گوش دادن به صدای خود از ضبط صوت، درست همانند گوش دادن به یک سمفونی دلپذیر از رادیوی ترانزیستوری خراب است. صدا قابل تشخیص است، ولی در حقیقت، بدل بی‌جان و رنگ‌پریده‌ای از صدای اصلی است!

دکتر علیرضا مجیدی
پزشک عمومی

www.1pezeshk.com

هنگام انجام فعّالیت‌های خلّاقانه موسیقی گوش ندهید!

سلامت‌نیوز: اگر از دوستان خود بپرسید که آیا با گوش دادن به موسیقی در هنگام کار خلّاقیتشان جریان دارد یا نه؟ مطمئن باشید که بحث شکل می‌گیرد و هر دو طرف استدلال‌های خود را دارند.

نتایج یک پژوهش جدید از محقّقان دانشگاه لنکستر، دانشگاه گاول و دانشگاه مرکزی لنکاشایر نشان می‌دهد که گوش دادن به موسیقی می‌تواند توانایی انجام وظایف خلّاقانه را مختل کند.

زبان اصلی همهٔ شرکت‌کنندگان در این پژوهش زبان انگلیسی بود و هیچ عارضهٔ دیداری و شنیداری‌ای نداشتند. در مجموع سه آزمایش انجام شد که در آن از داوطلبان خواسته شد تا مجموعه‌ای از وظایف را -که معمولاً برای اندازه‌گیری عملکرد کلامی خلّاقانه استفاده می‌شود- انجام دهند، به عنوان مثال از فرد خواسته می‌شد تا با شنیدن سه کلمهٔ مرتبط یک کلمهٔ مرتبط و جدید بسازد. طیّ هر آزمایش از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا تمرینات را یک‌بار در یک محیط آرام انجام دهند، سپس در حالی که موسیقی در محیط پخش می‌شد. در اولین آزمایش داوطلبان وظایف را کامل انجام دادند، در حالی که موسیقی در حال پخش به زبان غیرانگلیسی بود. در آزمایش دوم برای شرکت‌کنندگان موسیقی بی‌کلام پخش شد و در سومین آزمایش نیز موسیقی با اشعار انگلیسی پخش شد که داوطلبان می‌توانستند شعرها را درک کنند. در آزمایش سوم، شرکت‌کنندگان تحت شرایط سروصدای کتابخانه قرار گرفتند که شامل سروصدای محیطی مانند صدای حرف زدن از دور، سروصدای دستگاه فتوکپی، تایپ کردن و ورق خوردن کتاب‌ها بود. محقّقان متوجّه شدند که عملکرد خلّاقانه هنگام شنیدن موسیقی طیّ هر سه تمرین در مقایسه با داوطلبانی که مجاز به انجام تمرینات در سکوت بودند بسیار کاهش یافت. این کاهش خلّاقیت حتّی زمانی که شرکت‌کنندگان اعلام کردند که موسیقی باعث بهبود حال آنان شده است نیز اتّفاق افتاد؛ در حالی که موسیقی مضر بود. شرایط صدای محیطی کتابخانه نیز هیچ تأثیری بر عملکرد خلّاقانه نداشت. به گفتهٔ محقّقان این پژوهش این مسئله می‌تواند به این علّت باشد که صدای محیطی کتابخانه یک سروصدای ثابت است، در حالی که موسیقی بی‌کلام یا با کلام فراز و فرود دارد و مدام تغییر می‌کند. اعتقاد بر این است که این تغییر وضعیت می‌تواند با دخالت در حافظهٔ عملکردی کلامی تأثیرگذار باشد. با توجّه به این نتایج درمی‌یابیم که گوش دادن به موسیقی در هنگام انجام فعّالیت‌های ذهنی برخلاف دیدگاه اکثریت مردم -که عقیده دارند موسیقی خلّاقیت را افزایش می‌دهد- صرفِ‌نظر از محتوای بدون کلام، باکلام یا با کلامی به‌غیر از زبان مادری عملکرد خلّاقانه را مختل می‌کند. نتایج این پژوهش در نشریهٔ Applied Cognitive Psychology منتشر شده است.

هموفیلی از تشخیص تا درمان

به مناسبت هفتهٔ حمایت از بیماران هموفیلی

دکتر سیدمسعود هوشمند

اول تا هفتم مردادماه هفتهٔ حمایت از بیماران هموفیلی نامیده شده است. هموفیلی یک اختلال خونریزی‌دهنده است که روند لخته شدن خون در بیماران مبتلا آهسته است. در این هفته با هدف درک بیشتر این بیماری و اختلالات خونی ارثی و به منظور حمایت از این گروه از بیماران در سراسر کشور برنامه‌هایی در نظر گرفته می‌شود. هدف اصلی این برنامه‌ها، طرح شرایط بیماران و نیازهای آن‌ها و افزایش آگاهی و مشارکت هرچه بیشتر مردم است.

هموفیلی یک اختلال خونریزی‌دهندهٔ ارثی است. افراد مبتلا به هموفیلی شدید، دارای خونریزی خودبه‌خودی در مفاصل و عضلات‌اند. بدن این افراد به علّت سطح پایین یا نبودِ پروتئین‌هایی به نام فاکتورهای انعقادی، قادر به متوقف کردن روند خونریزی نیست. شیوع هموفیلی در مردان بیش از زنان است. در موارد شدید این بیماری، حتّی ممکن است زندگی بیمار به خطر بیفتد.

انواع مختلفی از هموفیلی وجود دارد، امّا شایع‌ترین و شناخته‌شده‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از:

۱. هموفیلی A- کمبود یا جهش در فاکتور ۸
۲. هموفیلی B- کمبود یا جهش در فاکتور ۹
۳. هموفیلی هاگمن - کمبود فاکتور ۱۲
۴. ون ویلبراند - عدم وجود فاکتور ۸

دو نوع A و B از هموفیلی شیوع بیشتری دارند. به نوع A هموفیلی کلاسیک نیز می‌گویند. نوع B نیز به بیماری کریسمس مشهور است. از بین این دو نوع، میزان شیوع هموفیلی A از هموفیلی B بیشتر است. نوع A ۸۵ درصد و نوع B ۱۵ درصد موارد بیماری هموفیلی را شامل می‌شود. دو نوع هموفیلی با تغییرات دائمی ژن (جهش) در ژن‌های مختلف ایجاد می‌شود. جهش در ژن فاکتور هشت انعقادی باعث هموفیلی A و جهش در ژن فاکتور ۹ انعقادی باعث هموفیلی B می‌شود. پروتئین‌هایی که به وسیلهٔ این ژن‌ها ساخته می‌شوند، در لخته شدن خون نقش اساسی دارند. جهش در هر کدام از این ژن‌ها باعث تأخیر یا عدم ایجاد لخته می‌شود که این خود باعث ایجاد خونریزی‌های شدیدی می‌شود.

هموفیلی A و B اختلالات انعقادی وابسته به کروموزوم جنسی هستند. این بیماری تقریباً به‌طور انحصاری در افراد مذکّر به‌وجود می‌آید.

شرح بیماری

این بیماری از طریق مادر به پسرانش منتقل می‌شود و مردان نمی‌توانند بیماری را به پسرانشان منتقل کنند. این فاکتورها به‌طور ژنتیکی از طریق کروموزوم X به‌صورت یک خاصیت مغلوب انتقال می‌یابند. بر اساس آمار کانون هموفیلی ایران تعداد بیماران هموفیلی با کمبود فاکتور ۸ در کشور ۴۳۸۶ نفر است.

اگر یک مرد هموفیلی با یک زن ناقل هموفیلی (یکی از کروموزوم‌های جنسی زن معیوب باشد) ازدواج کند، در آن صورت نصف زاده‌های آنان پسر سالم و دختر ناقل و نصف زاده‌های آنان

پسر و دختر هموفیلی خواهند بود. دختران هموفیلی معمولاً در اولین قاعدگی در اثر خونریزی از بین می‌روند. این بیماران معمولاً با التهاب مفاصل روبه‌رو هستند؛ به همین دلیل در هنگام بروز درد و التهاب از راه رفتن عاجز می‌شوند.

علائم و نشانه‌های بیماری

علائم اولیهٔ هموفیلی خونریزی‌های طولانی پس از خراش‌های کوچک است. البته عقیدهٔ عمومی بر این است که این‌گونه خونریزی‌های کوچک ولی طولانی باعث مرگ شخص مبتلا نمی‌شود، امّا به‌تدریج بیماری پیشرفت می‌کند و علائم شدیدتری از قبیل کوچک‌ترین تحریکی پیش می‌آید و احتمالاً یک پسربچّه را از انجام بازی محبوبش یعنی فوتبال و یا انجام هر کار کوچک دیگری که احتمال دارد در آن زانو دچار پیچیدگی شود، باز می‌دارد. تجمّع خون در مفاصل ممکن است باعث خشک شدن مفصل شود و کودک را به‌طور کامل فلج کند و یا خونریزی‌های غیرمنتظره‌ای در ماهیچه‌ها ایجاد شود. در هر دو هموفیلی شدید A و B، شایع‌ترین علامت خونریزی خودبه‌خودی مفاصل است.

فنوتیپ و سیر طبیعی

هموفیلی معمولاً بیماری مردان است؛ هرچند به‌ندرت خانم‌ها هم به علّت انحراف غیرفعّال شدن کروموزوم ایکس از حالت طبیعی مبتلا می‌شوند. از نظر بالینی این دو نوع هموفیلی غیرقابل افتراق‌اند. هر دوی این‌ها با خونریزی به داخل بافت‌های نرم، ماهیچه‌ها و مفاصل متحمّل وزن مشخّص می‌شوند. خونریزی ظرف چند ساعت تا چند روز پس از تروما رخ می‌دهد و اغلب تا چند روز یا چند هفته ادامه می‌یابد.

آن‌هایی که بیماری شدیدی دارند، معمولا در دورهٔ نوزادی به علّت هماتوم شدید سر یا خونریزی طولانی از زخم‌های ناف یا محلّ ختنه تشخیص داده می‌شوند. افراد دچار بیماری متوسّط اغلب تا زمانی که شروع به خزیدن یا راه رفتن نکنند، دچار هماتوم نمی‌شوند، بنابراین تا آن زمان بیماری آن‌ها تشخیص داده نمی‌شود.

تشخیص هموفیلی

تشخیص بیماری هموفیلی مانند هر بیماری دیگری بر اساس علائم و نتایج آزمایشگاهی انجام می‌شود. ابتدا با توجّه به علائم نامعمول بیماری، والدین کودک متوجّه غیرطبیعی بودن این علائم می‌شوند و به پزشک مراجعه می‌کنند. علاوه بر بررسی پزشکی کامل و معاینهٔ فیزیکی، پزشک ممکن است آزمایش خون نظیر فاکتورهای انعقادی، شمارش کامل سلول‌های خونی، ارزیابی زمان خونریزی و تست DNA را درخواست کند. امروزه با کمک بیوپسی از پرزهای کوریونی و یا آمینوسنتز در اوایل حاملگی، می‌توان هموفیلی را قبل از تولّد تشخیص داد.

درمان

درمان هموفیلی با توجّه به نکات زیر تعیین می‌شود:

سنّ بیمار، وضع سلامتی عمومی، وسعت بیماری، نوع و شدّت هموفیلی، تحمّل بیمار نسبت به داروهای اختصاصی و روش‌های درمانی و توجّه به مرحلهٔ بیماری. عقیده و ترجیح بیمار در انتخاب نوع درمان مؤثّر است، ولی متأسّفانه هر بیمار هموفیلی پرخطر در صورت میانگین در هر ماه به شش تا هفت بار تزریق فاکتور انعقادی نیاز دارد.

خونریزی را می‌توان با تزریق فاکتور ۸ تغلیظ‌شده کنترل کرد. فاکتور ۸ باید در زودترین زمان ممکن پس از آغاز خونریزی داده شود. ضمناً می‌توان دوزهایی از فاکتور ۸ را به عنوان پیشگیری مصرف کرد و بیماران خود می‌توانند تزریق را فرا گیرند. امکان دارد داروهایی برای کاهش درد مفصل نیز تجویز شود.

از آسپرین استفاده نکنید، زیرا ممکن است خونریزی را زیادتر کند. همیشه یک دستبند یا گردن‌آویز -که نشان‌دهندهٔ بیماری شما باشد- به همراه داشته باشید تا در موارد اورژانس بهتر و سریع‌تر بتوان به شما کمک کرد. بهتر است قبل از ازدواج یا بچّه‌دار شدن برای مشاورهٔ ژنتیکی مراجعه کنید.

پیشگیری

در حال حاضر نمی‌توان از این بیماری پیشگیری کرد. اگر در خانوادهٔ شما سابقهٔ هموفیلی وجود دارد، قبل از بچّه‌دار شدن برای مشاورهٔ ژنتیکی مراجعه کنید. انجام مشاوره‌های ژنتیکی، انجام آزمایش‌های پیش از ازدواج و بررسی شجره‌نامه‌های زوجین بهترین راه برای پیشگیری از تولّد فرزند مبتلا به این بیماری است.

مشاورهٔ ژنتیک قبل از بارداری را جدّی بگیرید.

دکتر سیدمسعود هوشمند
متخصّص ژنتیک پزشکی، عضو هیئت علمی و استاد پژوهشگاه ملّی مهندسی ژنتیک و زیست‌فنّاوری
نشانی: اتوبان تهران-کرج، کیلومتر ۱۵، شهرک علم و فنّاوری پژوهش، بلوار پژوهش، پژوهشگاه ملّی مهندسی ژنتیک و زیست‌فنّاوری
تلفن: ۰۲۱-۴۴۷۸۷۳۹۰
نشانی: رشت، بلوار شهید انصاری، خیابان ارشاد، مؤسّسهٔ ناباروری مهر
تلفن: ۰۱۳-۳۳۷۵۵۳۵۳

مرکز مشاورهٔ ژنتیک و آزمایشگاه ژنتیک مؤسّسهٔ مهر با بهره‌گیری از جدیدترین تکنیک‌های آزمایشگاهی برای تشخیص بیماری‌های ژنتیکی، تک‌ژنی و چندژنی در کودکان، سرطان ارثی و فارماکوژنتیک سرطان، مشاورهٔ قبل از ازدواج و بارداری از ۸ صبح تا ۸ شب آمادهٔ مشاوره و پذیرش مراجعه‌کنندگان محترم است. برای هماهنگی و دریافت اطّلاعات بیشتر با شمارهٔ مستقیم ۰۹۱۱۶۹۳۴۰۵۸ تماس بگیرید.

توصیه‌های تغذیه‌ای برای مقابله با گرمای تابستان

دکتر فاطمه صداقت

فصل تابستان فرا رسیده و گرما با گام‌های داغ و سنگین خود شهرها را فراگرفته است. گاهی هوا چنان گرم می‌شود که عرق از سر و رویمان جاری می‌شود، خستگی و بی‌حوصلگی بر ما غلبه می‌کند و تشنگی سراپای وجودمان را می‌گیرد. در این صورت است که مدام از خود می‌پرسیم چگونه می‌شود با این گرما مقابله کرد؟ آیا نوشیدن آب به‌تنهایی برای تحمّل گرمای هوا کافی است؟

نقش تغذیه در مقابله با دهیدراته شدن بدن (از دست دادن آب بدن) چیست؟

کنترل دمای بدن را هیپوتالاموس مغز برعهده دارد. کم‌آبی بدن باعث تولید گرمای بیشتری در بدن می‌شود و اگر این دما کنترل نشود، موجب گرمازدگی می‌شود. گرمازدگی اختلالی جدّی است که در آن بدن توانایی خود را در تنظیم دما از طریق تعریق از دست می‌دهد، امّا اگر بدن آب داشته باشد، از راه تعریق بدن، دمای زیاد را کاهش می‌دهد. با توجّه به اینکه دو سوم بدن را آب تشکیل می‌دهد، بنابراین اگر آب بدن کم شود، کم‌آبی شدید باعث کاهش فشار خون،کاهش اکسیژن‌رسانی به سلول‌ها و درنهایت کما و مرگ می‌شود. کم‌آبی بدن می‌تواند عملکرد اندام‌هایی مثل کلیه، کبد و قلب را متوقّف کند. یادتان باشد زمانی که بدن دچار بی‌آبی شده باشد، علائمی مانند تشنگی زیاد، کاهش نیاز به ادرار، رنگ ادرار تیره، خشکی پوست، نبض تند و تنفّس سریع بروز می‌کند. اگر با چنین علائمی مواجه شدید، حتماً با متخصّص مشورت کنید.

- برای کنترل گرمازدگی در قدم اول باید از غذاهایی که باعث عملکرد بهتر هیپوتالاموس می‌شود، استفاده کنید مثل مصرف غذاهای دریایی، سبزی‌های سبز برگ، انواع کلم و کاهو که به تأمین موادّ معدنی مناسب و اسیدهای چرب ضروری کمک می‌کنند.

- قدم دوم استفاده از سبزی‌ها و میوه‌هایی است که آب زیادی دارند مثل خیار، کاهو، گوجه‌فرنگی و هندوانه که می‌توانید از این مواد در سالاد یا غذا استفاده کنید. کاهو حاوی ۹۵ درصد آب است. سبزیجات برگ سبز دیگر نیز نقش مؤثّری در عطش‌زدایی دارند. توصیه می‌کنیم در این روزهای گرم حتماً سالاد کاهو، سالاد سزار و سبزی خوردن را در برنامهٔ روزانهٔ خود داشته باشید تا آب بدنتان به‌خوبی تأمین و دمای بدنتان حفظ شود.

- میوه‌ها به‌طور طبیعی شیرین و خنک‌کننده هستند. توصیه می‌کنیم به جای بستنی و هله‌هوله‌های این چنینی از میوه‌های آبدار استفاده کنید. چون علاوه بر رفع عطش و تأمین آب بدنتان میزان زیادی ویتامین نیز به بدنتان می‌رساند. میوه‌هایی مانند سیب، خیار، طالبی و هندوانه میوه‌های ضدّ عطش محسوب می‌شوند.

- توصیه می‌شود که در فصل تابستان هر روز از میوه‌های تازه حداقل دو واحد و از سبزیجات حداقل پنج واحد استفاده کنید تا آب، املاح و ویتامین‌های بدن تأمین شود.

- نعناع را فراموش نکنید! نعنا باعث می‌شود که عصب‌های دهان نسبت به سرما حسّاس‌تر شوند. به همین دلیل نیز تأثیر زیادی در خنک شدن بدن دارد، بخصوص زمانی که نعناع تازه باشد. این سبزی معطّر به هضم غذا نیز کمک زیادی می‌کند. توصیه می‌کنیم که در این روزهای گرم سبزی خوردن را دریابید و داخل سالادهایتان نعناع بریزید.

- استفاده از لبنیات مانند شیر و ماست برای تأمین آب مورد

نیاز بدن در فصل تابستان موثر است. غذاهایی مانند سوپ یا دوغ‌های کم‌نمک بهتر است در این فصل زیاد استفاده شود تا املاح و آب مورد نیاز بدن را تأمین کند.

■ برای جبران کم‌آبی بهتر است هر روز حداقل هشت لیوان آب ملایم در طول روز استفاده کنید و از مصرف آب یخ خودداری شود. نوشیدن مایعات خیلی خنک به هنگام تشنگی، نه تنها عطش را برطرف نمی‌کند، بلکه باعث تعریق بیشتر بدن می‌شود. بهترین راه پیشگیری از گرمازدگی خوردن آب حاوی چند قطره آب‌لیمو و کمی نمک است که می‌تواند جلوی گرمازدگی را تا حدّی بگیرد. وجود قند در مایعات هم عاملی برای دفع آب بدن است، چراکه هضم قند نیاز به آب دارد، بنابراین مصرف نوشیدنی‌های شیرین مانند نوشابه و شربت‌های شیرین در این موارد توصیه نمی‌شود.

■ استفاده از عرقیاتی که طبع خنک دارند مانند بیدمشک و کاسنی می‌تواند بسیار مفید باشد.

■ نوشیدنی‌های کافئین‌دار مانند قهوه و چای ادرارآور است و سبب از دست دادن آب بدن می‌شود و توصیه می‌کنیم آن‌هایی که عادت به خوردن چای دارند، نهایتاً چای کمرنگ بنوشند.

■ نوشیدنی‌های گازدار ترجیحاً نباید استفاده شود، چراکه دستگاه گوارش را به هم می‌ریزد. خوردن خاکشیر و شربت به‌لیمو بهترین نوشیدنی برای جلوگیری از گرمازدگی است.

■ تخم شربتی (دانهٔ گیاه ریحان) به علّت اینکه بعد از مصرف، دانه‌ها لعاب‌دار می‌شوند، بهترین راه برای نگه‌داشتن آب بدن است.

■ مصرف پروتئین‌های حیوانی مثل گوشت قرمز را در فصل تابستان به حداقل برسانید. غذاهای پر پروتئین به‌ویژه گوشت‌های قرمز، باعث تولید گرما و حرارت زیاد در بدن می‌شود. اگر می‌خواهید در این فصل بدنتان خنک بماند، برای تأمین پروتئین به سراغ موادّ غذایی دیگری مانند نخود بروید. به‌طور کلّی حبوبات حاوی میزان زیادی از فیبرها و ویتامین‌ها هستند. افزودن نخود به سالادی که حاوی زیتون، گوجه‌فرنگی یا کرفس و آب لیموترش و ... است، غذایی خوب و سبک برای تابستان محسوب می‌شود که علاوه بر تأمین موادّ مغذّی بدنتان، به خنک‌تر ماندن آن نیز کمک می‌کند. همچنین از غذاهای سرخ‌کردنی، موادّ قندی، روغن‌ها و غذاهای پرچرب در فصل تابستان به مقدار کم استفاده کنید.

دکتر فاطمه صداقت
دکترای تخصّصی تغذیه و رژیم درمانی
نشانی: رشت، بلوار شهید انصاری، خیابان ارشاد، مؤسّسهٔ ناباروری مهر
تلفن: ۳۳۷۵۵۳۵۳-۰۱۳

رژیم غذایی گیاهی خطر نارسایی قلبی را کاهش می‌دهد!

ایرنا: نتایج بررسی‌های اخیر محقّقان کلینیک مایو در روچستر نشان می‌دهد که رژیم غذایی مملو از گیاهان خطر نارسایی قلبی را تا ۴۱ درصد کاهش می‌دهد.

به گزارش پایگاه خبری یورک الرت، در این پژوهش رژیم غذایی مبتنی بر گیاهان با رژیم غذایی حاوی موادّ سرخ‌شده و فراوری‌شده و مملو از نوشیدنی‌های شیرین مقایسه شده است و نشان می‌دهد که رژیم غذایی حاوی موادّ گیاهی خطر بروز نارسایی قلبی را کاهش می‌دهد.

نارسایی قلبی یا نارسایی مزمن قلب زمانی رخ می‌دهد که قلب نمی‌تواند جریان خون کافی در اختیار اعضای بدن قرار دهد. با توجّه به شیوع چاقی و زندگی کم‌تحرّک، تعداد افراد مبتلا به نارسایی قلبی رو به افزایش است و متخصّصان همواره به دنبال راهبردهای جدیدی برای کاهش این عارضه هستند و بر ترک سیگار، مدیریت فشار خون، کاهش وزن و رژیم غذایی سالم توصیه می‌کنند.

محقّقان برای بررسی تأثیر رژیم غذایی بر سلامت قلب و عروق و سکتهٔ مغزی پنج رژیم غذایی مختلف را مورد بررسی قرار دادند:

رژیم اول شامل گوشت قرمز، پاستا، پیتزا، غذاهای مکزیکی و فست‌فود بود.

رژیم غذایی دوم پایهٔ گیاهی داشت و متشکّل از انواع سبزیجات، میوه، حبوبات و ماهی بود.

رژیم سوم بر مبنای چربی و شیرینی قرار داشت و شامل انواع دسرهای شیرین، شکلات، شکر، نان و صبحانه‌های شیرین بود.

رژیم چهارم -که رژیم جنوبی نام داشت- متشکّل از غذاهای سرخ‌شده، فرآوری‌شده، چربی و نوشیدنی‌های شیرین بود.

در رژیم پنجم افراد علاوه بر انواع سالاد و سس، از نوشیدنی‌های الکلی نیز استفاده کردند.

این پژوهش حدود هشت سال به طول انجامید و نتایج آن نشان داد که میزان نارسایی قلبی در گروهی که رژیم غذایی حاوی گیاهان داشتند، ۴۱ درصد کمتر بود و گروهی که رژیم جنوبی داشتند، بیشترین میزان نارسایی قلبی را داشتند. این افراد با شاخص تودهٔ بدنی و فشار خون بالا و مشکلاتی از این دست مواجه شدند.

این تحقیق بیش از پیش تأثیر رژیم غذایی بر سلامت سیستم عروقی و قلب را نشان می‌دهد و بر رژیم غذایی سالم برای اجتناب از بیماری‌های قلبی تأکید دارد. گزارش کامل این تحقیق در نشریهٔ Journal of the American College of Cardiology منتشر شده است.

علّت و درمان
تعریق زیاد بدن

دکتر کاوه ماهوتی زرعی

فصل گرما در پیش است و بسیاری از مردم با مشکل تعریق فراوان مواجه‌اند که علاوه بر آزار خود فرد، بوی نامطبوعی ایجاد می‌کند که اطرافیانش را آزرده می‌کند.

به‌طور میانگین روی پوست بدن بیش از دو میلیون غدّهٔ عرق وجود دارد که در تمام سطح بدن پراکنده‌اند و بدن ما به وسیلهٔ آن‌ها دمای خود را کنترل و بسیاری از موادّ زائد را دفع می‌کند. غدّهٔ عرق در لایهٔ میانی پوست قرار دارد و از طریق مجرایی روی سطح پوست باز می‌شود. به‌طور معمول آدمی در هوای گرم و هنگام فعّالیت بدنی شروع به تعریق می‌کند تا متابولیسم خود را کنترل کند، امّا گاهی در هوای سرد و معمولی و بدون فعّالیت، فرد تعریق می‌کند که به این حالت هایپرهیدرولیز می‌گویند و در نواحی ویژه مانند زیر بغل این حالت بیشتر است و زمینهٔ ژنتیکی دارد. این حالت در کودکان بیشتر است و معمولاً با افزایش سن بهتر می‌شود، ولی گاهی این حالت باقی می‌ماند و در مواقع استرس نیز بیشتر می‌شود. به‌طور کلّی در مواردی مانند پرکاری تیروئید، آنمی، دیابت، بیماری‌های عفونی، تب، افت قند و مصرف بعضی داروها تعریق بدن بیشتر می‌شود. تمرینات ورزشی، بارداری، یائسگی، اختلالات روحی-روانی، اختلالات هورمونی و درمان با داروهای هورمونی نیز با افزایش عرق همراه‌اند.

در کل عرق‌ریزش بخشی از متابولیسم طبیعی بدن و لازمهٔ زندگی است. مشکل زمانی پیش می‌آید که تعریق بسیار زیاد باشد و از کنترل خارج شود و اینجاست که باید درمان را شروع کرد. موادّ غذایی ادویه‌دار و تند، نوشیدنی‌های کافئین‌دار، قهوه و شکلات تعریق را افزایش می‌دهند و افراد مبتلا به تعریق بیش از حد، باید مصرف این مواد را کاهش دهند. عرق بدن در اصل بدون بوست، ولی رشد باکتری‌ها آن را با بوی زننده همراه می‌کند.

عرق را غدد عرق آکرین و آپوآکرین تولید می‌کند؛ بو ندارد و بخش عمده‌اش آب است و حاوی اسیدلاکتیک، اوره، سدیم، پتاسیم و... است. بدن می‌تواند در روز تا چهارده لیتر عرق تولید کند و گاهی داروهایی هم که بیمار برای بیماری‌های دیگر استفاده می‌کند، دیافورز یا تعریق بیش از حد و عرق‌ریزش را می‌افزاید .

استفاده از اسپری‌های ضدّ تعریق و دئودورانت فقط بوی عرق را کاهش می‌دهد، ولی جلوی تعریق را نمی‌گیرد. در ناحیهٔ زیر بغل باید از ضدّ تعریق جامد و سر گرد استفاده کرد و در ناحیهٔ کف دست و پا بهتر است نوع ایروسل (موادّی که با هواپخش پاشیده می‌شوند) به‌کار رود.

استفاده از اسپری‌های ضدّ تعریق و دئودورانت فقط بوی عرق را کاهش می‌دهد، ولی جلوی تعریق را نمی‌گیرد. در ناحیهٔ زیر بغل باید از ضدّ تعریق جامد و سر گرد استفاده کرد و در ناحیهٔ کف دست و پا بهتر است نوع ایروسل (موادّی که با هواپخش پاشیده می‌شوند) به‌کار رود. ضدّ تعریق‌های دارای آلومینیوم کلراید بهتر جواب می‌دهند. پیش از استفاده از اسپری‌ها باید پوست ناحیه را به‌خوبی خشک کرد. گاهی اوقات به‌ویژه بانوان از پدهای عرق‌گیر استفاده می‌کنند. افراد با تعریق زیاد بهتر است لباس‌های سبک بپوشند و لباس‌های اضافی همراه داشته باشند. از پودرهای جاذب عرق نیز می‌توان استفاده کرد، به‌ویژه در موارد تعریق دست‌ها و گاهی پودربچّه نیز می‌تواند جاذب خوبی برای عرق باشد.

برای درمان تعریق زیاد کف دست و پا و زیر بغل داروهای مالیدنی حاوی آلومینیوم کلراید با غلظت بیست و پنجاه درصد به‌خوبی پاسخ می‌دهند و بهتر است که شب‌ها به ناحیهٔ مورد نظر مالیده شوند.

از داروهای گیاهی معتبر و موجود در داروخانه‌ها هم می‌توان برای کاهش تعریق استفاده کرد. روش لونتوفوریزیس -که در آن جریان الکتریسیته از پوست و غدد عرق عبور می‌کند، در درمان تعریق زیاد استفاده می‌شود تا غدد عرق سرکوب شوند. تزریق بوتاکس به ناحیهٔ کف دست تا حدود شش ماه تعریق کف دست را کاهش می‌دهد، ولی هزینهٔ زیادی دارد و قدرت عضلانی دست را هم کاهش می‌دهد. روش‌های جرّاحی سمپاتکتومی و برداشتن غدد تعریق زیر بغل هم در درمان به‌کار می‌رود.

نکتهٔ پایانی

عرق‌ریزش بخشی از متابولیسم بدن است و بیماری نیست و باید خود را با آن سازگار کنیم، ولی در مواقعی که موجب آزار ما و دیگران می‌شود، به این نکات توجّه کنیم:

از لباس‌های مناسب استفاده کنیم؛ لباس اضافه همراه داشته باشیم؛ غذاها و داروهای افزایندهٔ تعریق را مدیریت کنیم؛ از اسپری و دئودورانت‌های مناسب استفاده کنیم؛ در موارد شدیدتر با کمک پزشک از پمادها و داروهای تأییدشده بهره بگیریم و گاهی از روش‌های تهاجمی جریان الکتریسیته و جرّاحی نیز استفاده می‌شود.

دکتر کاوه ماهوتی زرعی
متخصّص بیهوشی و مراقبت‌های ویژه
نشانی: رشت، بلوار شهید افتخاری، بیمارستان بین‌المللی قائم (عج)
تلفن: ۱۹-۳۳۵۶۵۰۱۱-۰۱۳

ضایعات ناشی از به نور خورشید

polymorphous light Eruption

دکتر معصومه امامی سیگارودی

بیماری ضایعات ناشی از نور خورشید یا PMLE نوع شایعی از حسّاسیت به نور است که عمدتاً در بالغین جوان (خانم‌ها) و در فصل بهار و تابستان اتّفاق می‌افتد. علائم ظاهری بیماری به‌صورت ضایعات قرمز و برجستهٔ پوستی (پاپول) و پلاک‌های مشابه به اریتم مولتی‌فرم است که در نواحی در معرض تابش نور خورشید ایجاد می‌شود (پلی مورفیک به این معنی است که ضایعات می‌توانند به صورت‌های مختلفی ظاهر شوند). گرچه در یک فرد معمولاً بیشتر اوقات یک فرم ضایعه ظاهر می‌شود. این بیماری در زنان شایع‌تر است، امّا در ۲۵ درصد موارد در کودکان و مردان هم اتّفاق می‌افتد.

به نظر می‌رسد که این بیماری در مناطق جغرافیایی -که در ارتفاع بیشتری نسبت به سطح دریا قرار گرفته‌اند- شیوع بیشتری دارد و در همه نوع رنگ پوستی گزارش شده، امّا بیشتر در افراد با پوست سفید دیده می‌شود. این بیماری در مناطقی چون بازوها، پشت، دست‌ها، گردن، سینه و قسمت‌های تحتانی ساق پا بیشتر دیده شده است و در قسمت صورت نیز کمتر مبتلا می‌شوند، امّا موارد محدودی از درگیری چشم‌ها و لب نیز گزارش شده است.

ضایعات بیماری چند روز یا طولانی‌تر باقی می‌ماند و اگر در این مدّت پوست مجدّداً با نور خورشید در تماس نباشد، بدون به جا گذاشتن اسکار بهبود می‌یابد. بیماری با ضایعات پوستی، خارش، سوزش و در بعضی افراد تب و احساس خستگی همراه است.

روش تشخیص بیماری همان مشاهدهٔ ظاهری بیماری با پول‌ها و پلاک‌های قرمزرنگ است که چند ساعت بعد از تماس با نور خورشید ایجاد می‌شود.

روش‌های پیشگیری از این بیماری استفاده از ضدّ آفتاب و پرهیز از در معرض آفتاب قرار گرفتن در فاصلهٔ زمانی ده صبح تا ساعت دوی ظهر است؛ گرچه بیشترین عامل شناخته‌شده در ایجاد آن UV-A است، امّا UV-B و حتّی نورهای مرئی ممکن است در بعضی اشخاص در ایجاد آن نقش داشته باشند.

امروزه مصرف مکمّل‌های غذایی شامل نیکوتینامید (فرمی ازویتامین B۳) و بتاکاروتن را نیز در پیشگیری از آن مؤثّر می‌دانند. در بعضی از بیماران نیز از روش‌های افزایش تدریجی مقاومت پوست به نور خورشید استفاده می‌شود که شامل افزایش تدریجی ساعت‌های در معرض نور خورشید قرار گرفتن با پوست بدون پوشش، فتوتراپی (نوردرمانی) با Narrow Band (UVB) و PUVA دو تا سه بار در هفته (چهار تا شش هفته) در اوایل بهار است.

دکتر معصومه امامی سیگارودی
پزشک عمومی
نشانی: رشت، گلسار، نبش خیابان ۸۶، برج کاوه، بلوک ۲، طبقهٔ ۵
تلفن: ۳۳۱۱۱۲۵۷-۰۱۳

ناباروری و سلامت روان

دکتر نیلوفر شهدی‌پور

بر اساس تخمین سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۷ از هر چهار زوج یک زوج در طول دورهٔ باروری خود بعضی از انواع مشکلات باروری را تجربه می‌کنند. مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها در سال ۲۰۱۶ تخمین زده است که ۱۲/۵ درصد از خانم‌هایی که ۱۵ تا ۴۴ ساله هستند، باروری مختل دارند و ۱۱/۳ درصد آن‌ها از خدمات مراکز ناباروری استفاده می‌کنند.

تأثیر سلامت روان بر باروری

عوامل زیستی، روانی و اجتماعی ارتباط نزدیکی با فرزندآوری دارند. در گذشته مواردی از ناباروری -که هیچ‌گونه توجیه جسمانی برای آن یافت نمی‌شد- روانزاد نامیده می‌شد و به عوامل روان‌پویشی در فرد ازجمله شک و دودلی در مورد والد شدن، انکار ناخودآگاه زنانگی و مادر شدن، ترس‌های ناخودآگاه و تعارضاتی دربارهٔ رابطهٔ جنسی و آرزوی وابسته ماندن ارتباط داده می‌شد، امّا امروزه تمرکز تحقیقات در زمینهٔ ارتباط بین سلامت ذهن و باروری به سمت جستجوی عوامل چندگانهٔ زیستی، روانی و اجتماعی دخیل در استرس‌ها و ناخوشی‌های روانی زوج‌های نابارور سوق یافته است.

ناخوشی‌های روانی و سبک زندگی می‌تواند به‌طور مستقیم از طریق سازوکارهای مربوط به استرس مزمن، تغییرات پاسخ ایمنی و تغییرات هورمونی بر باروری در هر دو جنس اثرگذار باشد.

استرس از طریق محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال بر باروری و حاملگی اثر منفی می‌گذارد. عوامل هیجانی می‌توانند با تخمک‌گذاری تداخل ایجاد کنند و سبب ناباروری شوند. تحقیقات نشان داده است که شدّت افسردگی زوجین می‌تواند یک عامل مستقلّ پیش‌بینی‌کنندهٔ کاهش احتمال بارداری باشد.

ناخوشی‌های روانپزشکی همچنین به‌طور غیرمستقیم از طریق تغییرات رفتاری ازجمله سیگار کشیدن، مصرف الکل، تغذیهٔ ضعیف و فقدان تحرّک و ورزش می‌تواند بر باروری تأثیر منفی داشته باشد. علاوه بر این استرس و افسردگی در خانم‌های تحت درمان کمک‌باروری می‌تواند به افزایش موارد ترک درمان منجر شود، به‌ویژه وقتی که فرد تلاش‌های مکرّر ناموفّق را تجربه کرده است. تحقیقات نشان داده است که میزان بارداری موفّق به دنبال مداخلات روانشناختی به‌ویژه درمان‌های رفتاری کنترل استرس افزایش می‌یابد.

تأثیر ناباروری بر سلامت روان

در حدود ۵۰ درصد زنان و ۱۵ درصد مردان با تشخیص و یا تحت درمان ناباروری، آن را پر استرس‌ترین واقعهٔ زندگی خود می‌شمرند. در یک تحقیق بزرگ -که در سال ۲۰۱۶ در کالیفرنیا روی افراد نابارور انجام شد- نشان داده شد که ۵۶ درصد خانم‌ها و ۳۲ درصد مردها نشانه‌های بارز افسردگی و ۷۶ درصد خانم‌ها و ۶۱ درصد مردها نشانه‌های بارز اضطراب را گزارش کرده‌اند.

بعضی عوامل مرتبط با ناباروری ازجمله علّت و مدّت ناباروری،

همچنین بعضی از درمان‌های ناباروری می‌تواند سلامت روان فرد را تحت تأثیر قرار دهند. با اینکه ۴۰ درصد موارد ناباروری ناشی از علل چندگانه مربوط به هر دو جنس است و در حدود ۱۰ درصد موارد نیز علّت ناباروری غیرقابل توضیح باقی مانده، امّا در اغلب موارد زنان برای ناباروری مورد سرزنش قرار می‌گیرند. بعضی از زنان وقتی قادر به باروری نیستند، احساس خشم، از دست دادن کنترل، کاهش اعتماد به نفس و احساس گناه را تجربه می‌کنند.

ناباروری با کیفیت پایین‌تر زندگی، ناسازگاری‌های زناشویی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب و اختلال استرس بعد از سانحه همراه است. عوامل اجتماعی شامل نقش‌های جنسی، انتظارات زن و شوهری و نحوهٔ برخورد اجتماع و خانواده نیز در این زمینه مؤثرند.

در دوران کودکی و نوجوانی از طرف جامعه به‌صورت مکرّر پیام‌هایی مبنی بر اهمّیت والد شدن به افراد ابلاغ می‌شود، به‌ویژه در مورد زنان که مادر شدن به عنوان نقش اصلی و هویّتی آنان معرّفی می‌شود. بنابراین زنان نابارور احساس از دست دادن هویّت و احساس کامل نبودن و نقص را تجربه می‌کنند.

از طرفی از آنجا که مداخلات کمک‌باروری اغلب زمان‌بر، پرهزینه و دشوار است، می‌تواند بر سلامت روان فرد نیز تأثیر داشته باشد. همچنین بعضی از داروهای کمک‌باروری می‌تواند سبب ایجاد و یا تشدید افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی شود. هر بار شکست در درمان می‌تواند سبب افزایش اضطراب و افسردگی فرد شود که خود با کاهش احتمال باروری همراه است و بدین ترتیب فرد را در چرخهٔ معیوب اضطراب- شکست درمان قرار می‌دهد. وقتی درمان‌های ناباروری شکست می‌خورد، تعدادی از زوج‌ها به‌ویژه خانم‌ها به علّت رنج روانی‌ای که متحمّل می‌شوند، ممکن است درمان را رها کنند و بعضی به سمت روش‌های ثابت‌نشده متمایل شوند که هر دو موجب به تعویق افتادن بیشتر بارداری می‌شود.

به علّت ماهیت استرس‌زای تشخیص و درمان ناباروری و تأثیر منفی آن بر سلامت روان استفاده از خدمات سلامت روان در بسیاری از موارد می‌تواند کمک‌کننده باشد. تحقیقات نشان داده است که در موارد نیاز، درمان‌های روانشناختی می‌تواند سبب بهبود اضطراب و افسردگی افراد، بهبود کیفیت زندگی زناشویی آنان، کاهش موارد ترک درمان و در نهایت افزایش احتمال باروری آنان شود.

دکتر نیلوفر شهدی‌پور
متخصّص اعصاب و روان
نشانی: رشت، بلوار شهید انصاری، خیابان ارشاد، مؤسّسهٔ ناباروری مهر
تلفن: ۳۳۷۵۵۳۵۳-۰۱۳

ارتباط کم‌وزنی در زمان تولّد و احتمال ابتلا به بیماری‌های روحی در آینده!

ایسنا: بر اساس نتایج تحقیق صورت‌گرفته در بیش از یک میلیون نفر در سوئد مشخّص شد وزن کم در زمان تولّد موجب قرار گرفتن نوزاد در معرض خطر مشکلات سلامت روان ازجمله افسردگی در آینده خواهد شد.

محقّق این تحقیق، اریک پترسون از مؤسّسهٔ کارولینسکا در استکهلم، پرونده‌های تولّد ۵۴۶ هزار خواهر و برادر بین سال‌های ۱۹۷۳ تا ۱۹۹۸ را انتخاب کرد و سپس تا سال ۲۰۱۳ تحقیق خود را روی آن‌ها انجام داد.

هدف از این تحقیق، ارتباط وزن کم در زمان تولّد با شرایط سلامت روان ازجمله افسردگی، اضطراب و اختلال دوقطبی در آینده بود. البته عواملی مانند ژنتیک یا فقر و مشکلات عمومی تأثیرگذار بر این کمبود وزن نیز مورد بررسی قرار گرفت. در ابتدا وزن نوزادان و سپس محیط زندگی و مواردی مانند سوء تغذیه بررسی شد. نتایج نشان داد که وزن بیشتر در زمان تولّد از افسردگی، اختلال وسواس فکری، اختلال بیش‌فعّالی و اوتیسم پیشگیری می‌کند. کاهش رشد جنین طیّ یک دورهٔ بحرانی یعنی در زمان رشد مغز منجر به افزایش خطر ابتلا به اختلالات رشد عصبی می‌شود. البته این تأثیر اندک است و نتایج نشان می‌دهد که وزن بیشتر در هنگام تولّد تنها پنج درصد احتمال افسردگی را کاهش می‌دهد، امّا قابل تأمّل است. محقّقان توصیه می‌کنند که توجّه به سلامت روان مادران و مبارزه با سوء تغذیهٔ آنان و بهبود مراقبت‌های قبل از زایمان تأثیر زیادی بر سلامت روان افراد در آینده خواهد داشت. نتایج این پژوهش در نشریهٔ روانپزشکی JAMA منتشر شده است.

ارتباط تغییرات جسمی و احساسی دوران بارداری با افسردگی در زنان!

خبرگزاری مهر: زنان در طول بارداری در معرض انواع تغییرات جسمی و احساسی قرار می‌گیرند و طبق نتایج یک تحقیق جدید تأثیر منفی این تغییرات می‌تواند به افسردگی بعد از زایمان منجر شود. در این پژوهش محقّقان دانشگاه یورک انگلستان دریافتند که احساسات زنان باردار دربارهٔ تغییرات بدنی‌شان می‌تواند به پیش‌بینی وضعیت مادر و سلامت روانی‌اش بعد از زایمان کمک کند. کاترین پرستون، سرپرست تیم تحقیق، در این باره می‌گوید: «زنان در طول بارداری و بعد از زایمان به‌طور مداوم دربارهٔ ظاهرشان تحت استرس هستند. از این رو لازم است نه تنها به سلامت جسمی مادر و سلامت جنین توجّه شود، بلکه باید به سلامت روان زنان هم توجّه داشت». در این پژوهش محقّقان به بررسی بیش از ششصد زن باردار پرداختند. یافته‌ها نشان داد زنانی که حسّ مثبت بیشتری دربارهٔ تغییرات بدنشان در طول بارداری داشتند، روابطشان با شریک زندگی‌شان بهتر بود، نمرهٔ آنان در زمینهٔ افسردگی و اضطراب کمتر بود و تفسیر بهتری از علائم و نشانه‌های بدنی خود داشتند. همچنین این زنان وابستگی مثبت‌تری نسبت به نوزادشان نیز داشتند.

از سوی دیگر زنانی که دارای احساسات منفی دربارهٔ ظاهرشان در طول بارداری بودند، نیاز به حمایت احساسی بیشتری در طول بارداری دارند و باید بعد از زایمان هم از نظر علائم مربوط به افسردگی بعد از زایمان تحت مراقبت باشند.

اثرات مثبت و منفی اشتغال مادر بر فرزندان

دکتر مهناز مرامی

همگام با تغییرات اجتماعی قرن حاضر -که خود ناشی از روند نوگرایی جوامع است- سازمان‌ها، ارگان‌ها و نهادهای اجتماعی بافت سنّتی خود را از دست داده و به مقتضیات زندگی مدرن تن در داده‌اند. بدین ترتیب نهاد خانواده دستخوش تغییر شده و نقش‌های والدین نیز متحوّل شده است. زنان وارد فعّالیت‌های اجتماعی بیشتری در مقایسه با گذشته شده‌اند و در تأمین نیازهای اقتصادی خانواده ایفای نقش می‌کنند. بازخورد افراد نسبت به نقش‌های جنسیتی دگرگون شده‌است، به‌طوری که امروز دیگر نه از مادران انتظار می‌رود که صرفاً در خانه بمانند و به امور خانه‌داری و فرزندپروری مشغول شوند و نه به پدران به عنوان افرادی که مسئولیت تأمین تمام نیازهای اقتصادی خانواده را برعهده دارند، نگریسته می‌شود. در واقع پدران در مقایسه با گذشته سهم بیشتری در تربیت فرزندان و خانه‌داری، و مادران نیز سهم بیشتری در امور اجتماعی و اقتصادی عهده‌دار شده‌اند.

رابطهٔ اشتغال مادران و تحوّل فرزند

در تجربهٔ مادری و مراقبت از فرزند متغیّرهای متعدّد و پیوستاری از تجربیات وجود دارد. در یک سوی این پیوستار، نهایت مطلوبیت مادری است که به مراقبت از فرزند می‌پردازد و در سویی دیگر محرومیت کامل از داشتن مادر، امّا واقعیت اغلب بین این دو انتهاست. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اشتغال مادران نمی‌تواند اثرات یکسانی به عنوان مجموعه‌ای واحد بر فرزندان داشته باشد، زیرا مادران به دلایل گوناگونی کار می‌کنند. همچنین برخی از مادران هنگامی‌که فرزندان آن‌ها در سطوح گوناگون تحوّل هستند، آغاز به کار کرده یا اینکه کار را ترک می‌کنند. بحث دربارهٔ اثر اشتغال مادر بر فرزند با اختلاف نظرهای بسیاری همراه است. دیدگاه‌های مخالف و موافق بسیاری در این باره مطرح شده و با گذشت زمان، نظرات از تحقیقات جدید اثر پذیرفته‌اند.

اثرات منفی اشتغال مادران

- در شرع مقدّس اسلام یکی از اهداف تشکیل خانواده، فرزندآوری و تولید نسل است که به بنیان خانواده استحکام بیشتری می‌بخشد. از حضرت رسول اکرم (ص) روایت شده است که: ازدواج کنید و تشکیل خانواده بدهید و تولید نسل کنید که من در روز قیامت به شما مباهات می‌کنم، حتّی به طفل کوچکی که سقط شده باشد .امّا متأسّفانه امروزه با روی آوردن زنان به اشتغال در خارج از خانه و شرکت فعّال آنان در فعّالیت‌های اقتصادی، میل آنان به فرزندآوری کاهش پیدا کرده است و چون با تولّد فرزند، مادران با بحران جدیدی مواجه می‌شوند، آنان ناگزیرند میان شغل و نقش مادری یکی را برگزینند و این در حالی است که بسیاری از آنان مایل نیستند که موقعیت شغلی و اقتصادی خود را از دست بدهند؛ در نتیجه نقش مادری را رها می‌کنند.
- شرایط شغلی برای زنان ایجاب می‌کند که از فرزندان و خانوادهٔ خود برای ساعات طولانی جدا شوند. بسیاری از بچّه‌هایی که مادر کارمند دارند، در نبودِ مادرشان در خانه به طرف تلویزیون و دیگر وسائل می‌روند تا خود را سرگرم کنند و گاه دیده می‌شود که بچّه‌ها با تلویزیون و برنامه‌های آن و بازی‌های مختلف رایانه‌ای بیشتر ارتباط دارند تا با مادرشان، که این مسئله تهدید بزرگی برای خانواده است.
- عدم حضور پدر و مادر در خانه باعث می‌شود که زمانی که فرزندان به نظارت والدین نیازمندند، آنان را در کنار خود احساس نکنند. از این رو تربیت فرزندان به‌ویژه در سنین رشد، با اختلال مواجه می‌شود و زمینهٔ آسیب‌پذیری آنان به دلیل فقدان کنترل و نظارت، افزایش می‌یابد.
- سپردن فرزند به مراکز نگهداری و مهد کودک به‌ویژه در سال‌های اول زندگی و به مدّت طولانی، وی را با محرومیت عاطفی

ناشی از خلأ والدین، عدم توانایی در ارتباطات عاطفی و عدم ثبات شخصیت مواجه می‌کند.

• از دیگر صدماتی که به این کودکان کم‌سن‌وسال وارد می‌شود، این است که مجبورند برخلاف میل باطنی خود ساعات نبودِ مادر را در کنار بستگان یا در مهد کودک‌ها بگذرانند و اغلب به‌ناچار صبح‌های زود همراه با مادر از خواب بیدار شوند و در سرما و گرما و شرایط خاصّ محیطی این رنج‌ها را ناخواسته تحمّل کنند و این برای آنان بسیار ناخوشایند است.

اثرات مثبت اشتغال مادران

در مقابل، برخی تحقیقات نیز نشان می‌دهد که اشتغال مادر اثرات مثبتی به همراه دارد:

- فرزندانی که در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که مادر شاغل است، از افراد خارج از خانه توجّه بیشتری می‌بینند و در مقایسه با سایر فرزندان، در خانه مسئولیت‌های بیشتری خواهند داشت.
- فرزندان مادران شاغل در مقایسه با فرزندان مادران خانه‌دار، اغلب از سازگاری شخصیتی-اجتماعی بهتری برخوردارند و مشکلات رفتاری کمتری در مدرسه دارند.

اگر چه مادران شاغل وقت کمتری را به مراقبت از فرزندان خود اختصاص می‌دهند، ولی دو نکته حائز اهمّیت است:

۱. مدّت زمانی که مادران شاغل به فرزندان خود اختصاص می‌دهند، اگرچه کوتاه است، امّا از لحاظ کیفی فعّالانه‌تر، هدفمندتر و جدّی‌تر از اوقاتی است که مادران غیرشاغل به این کار می‌پردازند.

۲. پدران در خانواده‌هایی که همسران شاغل دارند، در مقایسه با پدران خانواده‌هایی که همسران خانه‌دار دارند، مدّت زمان بیشتری را صرف نگهداری از فرزندشان و کارهای خانه می‌کنند.

- فرزندان مادران شاغل نسبت به فرزندان مادران خانه‌دار مهارت‌های ارتباطی بهتری دارند.
- به‌طور عملی اشتغال مادران در برخی موارد به‌ویژه در سال‌های پیش از دبستان به پیشرفت و سازش بهتر فرزند کمک می‌کند و او را از خطر انزوا و مشکلات ناشی از آن دور می‌کند.
- ارزیابی‌های جدید نشان می‌دهد که دختران مادران شاغل در مقایسه با دختران مادران غیرشاغل اعتماد به نفس بیشتر، نمرات درسی بهتر و آیندهٔ شغلی روشن‌تری دارند.
- بدیهی است همان‌گونه که اکثر پسران دارای الگوی نقش مربوط به شایستگی پدران شاغل خود هستند، دختران مادران شاغل نیز چنین الگویی از پیشرفت دارند.
- همچنین اشتغال مادر می‌تواند از رهگذر افزایش درآمد خانواده موجب عزّت نفس بالاتر مادر، تمایز اندک بین نقش‌های زن و مرد و ایجاد یک الگوی نقش مثبت به سود پسران و دخترانشان در زندگی آیندهٔ آنان باشد.

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد هنگامی‌که پدر و مادر فرزند پیش‌دبستانی شاغل‌اند، هر دو تقریباً به اندازهٔ خانواده‌هایی که در آن‌ها فقط پدر شاغل است، وقت صرف تعامل مستقیم با فرزندشان می‌کنند، امّا بیشترین تفاوت در بین این خانواده‌ها تفاوت در توزیع زمانی صرف‌شده با فرزندان در طول هفته در مقایسه با زمان صرف‌شده با آن‌ها در تعطیلات آخر هفته است.

با یک دید کلّی، تحوّل اجتماعی فرزندان ضرورتاً تحت تأثیر انتخاب‌های خانوادگی قرار نمی‌گیرد، امّا انتخاب‌های خانواده‌ها (شاغل بودن مادر، سپردن فرزند به مراکز نگهداری، زندگی مشترک با پدربزرگ و مادربزرگ و ...) از تعامل با متغیّرهای دیگر جامعه‌شناختی تأثیر خود را به فرایند تحوّل اجتماعی فرزندان می‌گذارد.

نقش زن در کاهش اثرات منفی اشتغال خود

۱. با توجّه به اینکه کار زن در برخی مواقع یک ضرورت انکارناپذیر تلقّی می‌شود، چنانچه توأم با برنامه‌ریزی و تقسیم‌بندیِ صحیح اوقات خود باشد، زمینه برای رشد آموزشی و تحرّک شغلی در محیط‌های کار و محیط خانواده فراهم می‌شود. در آن صورت اشتغال زن نه تنها به انسجام خانواده آسیب نمی‌رساند، بلکه موجب کارکردهای مثبت ازجمله افزایش روحیهٔ انعطاف‌پذیری، وفاق و همدلی اجتماعی زوجین، گسترش ارتباطات مطلوب در عرصهٔ کار و فعّالیت، تأثیر مثبت بر روابط زناشویی و رضایت از زندگی و در نهایت افزایش توان روحی و شادابی و نشاط در خانواده می‌شود.

۲. استفاده از خدمات مشاوره‌ای برای پیشگیری از استرس‌های شغلی و تأمین بهداشت روانی زن برای سازگاری مؤثّر با زندگی خانوادگی لازم و ضروری است.

کار زن در برخی مواقع یک ضرورت انکارناپذیر تلقّی می‌شود، چنانچه توأم با برنامه‌ریزی و تقسیم‌بندی صحیح اوقات خود باشد، زمینه برای رشد آموزشی و تحرّک شغلی در محیط‌های کار و محیط خانواده فراهم می‌شود. در آن صورت اشتغال زن نه تنها به انسجام خانواده آسیب نمی‌رساند، بلکه موجب کارکردهای مثبت در خانواده می‌شود.

۳. با توجّه به پدیدهٔ «دلبستگی» و نیاز خاصّ فرزند به مادر در سال‌های اول و دوم زندگی، به کلّیهٔ مادران شاغل پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان، به‌ویژه در سال اول زندگی فرزند خود، از رفتن به سر کار خودداری کنند، زیرا عدم تکوین دلبستگی به یک یا چند فرد مهم در سال‌های اول زندگی با ناتوانی فرد در برقراری روابط نزدیک با دیگران در بزرگسالی ارتباط دارد.

۴. به مادران پیشنهاد می‌شود در صورت امکان، از اشتغال تمام‌وقت اجتناب کنند و به صورت نیمه‌وقت شاغل شوند.

۵. با توجّه به اینکه رضایت و علاقهٔ شغلی مادر عامل بسیار مهمی است که عوارض احتمالی ناشی از اشتغال و نیز جوّ عاطفی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به مادران پیشنهاد می‌شود که از اشتغال به کارهایی که به آن علاقه نداشته، یا در آن مهارت ندارند، اجتناب کنند.

دکتر مهناز مرامی
دکترای تخصّصی روانشناسی
نشانی: رشت، گلسار، برج کاوه، ورودی دوم، طبقهٔ سوم، مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی پاسارگاد
تلفن: ۳۳۱۲۹۰۷۶-۰۱۳
اینستاگرام
Mahnazmarami.phdsychologist

نکات مهم دربارهٔ واکسیناسیون و رشد کودکان

دکتر روشنک کدیور

اغلب اوقات والدین محترم سؤالاتی دربارهٔ عوارض و ممنوعیات واکسیناسیون فرزندان دلبند خود می‌پرسند که بد نیست مختصری در مورد آن بدانیم:

DTaP-IPV یا واکسن ثلاث و فلج اطفال تزریقی

عوارض: گریه‌های طولانی، وضعیت هیپوتونی (نادر)، تشنّج در روز واکسیناسیون (نادر)

موارد کنترا اندیکاسیون یا ممنوعیت: بیماری نورولوژیک ناپایدار، پاسخ هیپوتونی در واکسیناسیون قبلی، واکنش آنافیلاکتیک به نئومایسین یا استرپتومایسین

MMR واکسیناسیون سرخک، سرخجه، اوریون

عوارض: راش‌های شبیه سرخک هفت تا چهارده روز بعد از واکسیناسیون، لنفادنوپاتی، درد و التهاب مفاصل، به‌طور نادر پاروتیت، تزریق دردناک

کنترا اندیکاسیون: حاملگی، نقص سیستم ایمنی به‌خصوص HIV ، واکنش آنافیلاکتیک به ژلاتین

در موارد زیادی والدین محترم تماس می‌گیرند و می‌پرسند فرزندم آبریزش مختصر بینی دارد، آیا واکسن بلامانع است؟

فقط در موارد بیماری متوسّط و شدید با یا بدون تب و آلرژی به محتویات واکسن نباید واکسن زده شود. تأخیر در واکسیناسیون به علّت یک سرماخوردگی خفیف و مختصر جایز نیست.

هر نوع واکسنی می‌تواند باعث سفتی، درد، تورّم و قرمزی مختصری در محلّ تزریق شود و این عوارض طبیعی است.

عوارضی مثل تب، بیقراری و راش ممکن است اتّفاق بیفتد.

به‌طور کلّی وقتی عوارض ناشی از عدم تزریق واکسن را با عوارض جزئی و نادر واکسیناسیون مقایسه می‌کنیم، متوجّه می‌شویم که کوتاهی در واکسیناسیون کودکان دلبندمان سلامتی آنان را به خطر می‌اندازد.

نکاتی در مورد روند رشد کودکان

وزن: وزن متوسّط تولّد ۳٫۲۵ kg است. در دورهٔ نوزادی، نوزاد معمولاً روزانه بین بیست تا سی گرم وزن می‌گیرد. بعد از آن سرعت وزن‌گیری کمتر می‌شود و حدود چهار تا پنج ماهگی وزن شیرخوار به دو برابر زمان تولّد می‌رسد. در یک سالگی کودکان سه برابر وزن تولّد خود را به دست می‌آورند و در دو سالگی به چهار برابر وزن تولّد خود می‌رسند.

نکتهٔ مهم این است که گاهی نوزادان تا ده در صد وزنشان را در هفتهٔ اول تولد به‌طور طبیعی از دست می‌دهند و مجدّداً در دوهفتگی وزن تولّد را به دست می‌آورند.

قد: متوسّط قدّ نوزادان ۵۰ سانتی‌متر است. معمولاً سال اول ۲۵ سانتی‌متر و سال دوم ۱۲ سانتی‌متر و سال سوم ۸ سانتی‌متر به قدّ آنان اضافه می‌شود. سپس تا سنّ بلوغ هر سال ۴ تا ۷ سانتی‌متر قد می‌کشند. می‌گویند قدّ دو سالگی نصف قدّ بزرگسالی است.

دور سر: متوسّط اندازهٔ دور سر در زمان تولّد ۳۵ سانتی متر است. تا سه ماه اول ماهی ۲ سانتی‌متر و بین ۳ تا ۶ ماهگی ماهی ۱ سانتی‌متر و بین ۶ و ۱۲ ماهگی ماهی نیم سانتی‌متر سر کودکان رشد می‌کند.

دکتر روشنک کدیور
متخصّص کودکان و نوزادان، اوتیسم و علوم رفتاری
نشانی: رشت، بلوار نماز، کلینیک جرجانی، طبقهٔ دوم
تلفن: ۳۳۷۳۱۳۰۶-۰۱۳

فرزندان را مجبور به عذرخواهی نکنیم!

مهرک ملتی

همهٔ ما در دوران کودکی هنجارشکنی را تجربه کرده‌ایم؛ گاهی با اراده و خواست قلبی خود عذرخواهی کرده‌ایم که بعد از آن احساس خوبی داشته‌ایم و گاهی تحت فشار والدین یا دیگران مجبور به عذرخواهی شده‌ایم که نتیجه‌ای جز حال بد برای ما نداشته است. عذرخواهی‌ای که تحت فشار دیگران صورت می‌گیرد و با احساس پشیمانی همراه نیست و نشئت‌گرفته از زور و اجبار والدین است، نتیجه‌ای جز آسیب و رنج به همراه ندارد، زیرا احساس ارزشمندی را از کودک می‌گیرد.

کودکان از پنج تا دوازده سالگی به درونی کردن ارزش‌ها، هنجارها و قواعد می‌پردازند و این دوران، زمان بسیار خوبی برای والدین برای الگوسازی رفتاری درست کودکان است. در این سن کودکان با والدین همانندسازی می‌کنند و آن‌ها را به عنوان الگو می‌پذیرند. والدین می‌توانند با ایفای صحیح نقش در این زمینه به کودکان خود کمک کنند. والدین باید بدانند که برای ایجاد هر رفتار مطلوبی در کودکان ابتدا باید آن رفتار مطلوب را در خودشان تقویت کنند. زمانی که خودشان هنجاری را زیر پا می‌گذارند، در حضور کودک از عذرخواهی کردن واهمه نداشته باشند و زمانی که در قبال کودک مرتکب اشتباهی می‌شوند، به‌راحتی عذرخواهی کنند.

چگونه عذرخواهی کردن را به کودک خود بیاموزیم!

والدین می‌توانند هر آموزشی را در قالب بازی به کودکشان بیاموزند. ابزارهای لازم برای بازی می‌تواند عروسک، ماشین، باغ وحش یا هر وسیلهٔ دیگری -که می‌توان برای بازی از آن استفاده کرد- باشد. بازی را طوری طرّاحی کنید که در چند مرحله بتوانید به کودک عذرخواهی کردن را بیاموزید. کودک ابتدا باید احساسات را بشناسد، به‌طور مثال در حین بازی زمانی که عروسک عروسک دیگر را هل می‌دهد، ابتدا کودک باید بداند که عروسک مقابل -که دوستش او را هل داده- چه احساسی دارد (احساس ناراحتی). والدین متناسب با سن و درک کودک می‌توانند شناخت احساسات را به او بیاموزند. در مرحلهٔ بعدی کودک باید همدلی را یاد بگیرد. همدلی یعنی گذاشتن خود جای طرف مقابل و درک احساس او. در حین بازی کودک یاد می‌گیرد عروسکی که حقّ او پایمال شده، چه احساسی دارد. می‌تواند احساس طرف مقابل را درک کند و خود را جای او بگذارد و با او همدلی کند تا در دنیای واقعی راحت‌تر بتواند عذرخواهی کند. در مرحلهٔ آخر عروسک باید بتواند با احساس پشیمانی از عروسک مقابل عذرخواهی کند. در انتهای بازی، والدین می‌توانند نشان دهند که بعد از عذرخواهی احساس صمیمیت بیشتر می‌شود و عذرخواهی کردن به حفظ احساس ارزشمندی خود و دیگران کمک می‌کند.

زمانی که کودک در دنیای واقعی در مقابل دیگران رفتاری می‌کند که نیاز به عذرخواهی دارد، والدین باید به جای اجبار کودک به عذرخواهی، حلّ مسئله را به او بیاموزند و در این مسیر به او کمک کنند. در حین بازی می‌توان از کودک پرسید: «حالا به نظرت عروسکت چه احساسی دارد؟ چه کاری می‌توانی انجام دهی تا از دلش در بیاوری و دوباره با او دوست شوی؟»

والدین عزیز آگاه باشند تا جایی که می‌توانند معیارهای سختگیرانهٔ خود را تعدیل کنند و از اشتباه کوچک و کم‌اهمّیت فرزندشان بگذرند و با آن‌ها مهربانانه رفتار کنند. اگر با کوچک‌ترین خطا از فرزندتان انتظار عذرخواهی داشته باشید، احساس گناه را در او تقویت می‌کنید. این موضوع سبب می‌شود که کودک از شادی‌های کودکانه دور بماند.

مهرک ملتی
کارشناس ارشد روانشناسی
نشانی: رشت، گلسار، خیابان ۸۷، ساختمان صابر، کلینیک روانشناختی رها تلفن: ۳۳۱۲۲۴۱۴-۰۱۳

نقش پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها

در تربیت کودکان

دکتر مرسده رفیعی

زندگی مدرن به گونه‌ای است که پدرها و مادرها درگیر کار بیرون از منزل هستند و ماشینی‌بودن زندگی‌ها، هزینه‌های زیاد و تجمّلات عجین‌شده با زندگی، والدین را مجبور می‌کند تا ساعاتی طولانی را در بیرون از منزل سپری کنند. این موضوع مشکلات زیادی را به همراه دارد، ولی بحث اصلی ما در اینجا موضوع نگهداری و تربیت کودکان است. هنگامی‌که این وظیفه به دلیل مشغلهٔ ما دچار اختلال می‌شود، نیازمند کمک در انجام آن می‌شویم. این کمک از چند طریق ممکن است:

- مهدهای کودک
- پرستار کودک
- پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها

گاهی به دلایل مختلف مثل شرایط خاصّ کودکان، هزینه‌های زیاد مهدهای کودک یا پرستار در منزل، مجبور به کمک گرفتن از والدین در نگهداری کودکانمان هستیم. مراقبت کردن از کودکان با همراهی پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها ممکن است مزایا و معایب متعدّدی داشته باشد که ما به برخی از این موارد اشاره می‌کنیم:

مزایا

- کودکان این فرصت را در اختیار دارند که از تجربیات آن‌ها استفاده کنند.
- والدین مطمئن هستند کسانی که عاشقانه کودکانشان را دوست دارند، از آنان مراقبت می‌کنند. توجّهی که آنان نسبت به نوهٔ خود دارند، با توجّه و محبّت والدین برابری می‌کند.
- با این کار انعطاف‌پذیری زمانی، راحتی و آرامش والدین بیشتر می‌شود. در مواردی قادر هستند که پس‌انداز بیشتری نیز داشته باشند.
- بین کودک و پدربزرگ و مادربزرگ رابطهٔ عمیقی شکل می‌گیرد. ۶۳ درصد از پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها معتقدند که وقت‌گذرانی با نوه‌ها برایشان فوق‌العاده لذّت‌بخش است.
- پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها نقش مهمّی در شکل گرفتن هویّت بچّه‌ها بازی می‌کنند. نوه‌ها همیشه از والدینشان و به‌ویژه مادربزرگ‌ها و پدربزرگ‌ها می‌خواهند برایشان قصّه بگویند.

معایب

- ممکن است در شیوه‌های تربیتی بین والدین و پدربزرگ و

مادربزرگ اختلاف نظر وجود داشته باشد.

- پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها نمی‌توانند به نوه‌ها نه بگویند.

نکاتی که لازم است به آن توجّه شود:

- گاهی والدین متوجّه نیستند که سنّ و سالی از پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها گذشته و آنان خسته‌اند. بنابراین در صورتی که پدربزرگ و مادربزرگ توان جسمی برای نگهداری از نوه‌ها را ندارند، به این کار اصرار نورزید.
- هرگز نباید والدین را در مقابل کودک مورد مؤاخذه قرار داد و از آنان انتقاد کرد. این کار از نظر روانی بر شخصیت و روان کودک تأثیر می‌گذارد. فراموش نکنید که همیشه حق با مادربزرگ و پدربزرگ نیست، ولی مؤاخذه و تذکّر به والدین در حضور کودکان آثار مخرّبی دارد.
- لازم نیست که پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها در دعوای والدین و فرزندانشان دخالت کنند. اجازه دهید که نوه راهی داشته باشد تا با متوسّل شدن به شما بتواند از والدینش طلب بخشایش کند.
- خیلی محترمانه به والدینتان توضیح دهید که لازم است کودک خطوط قرمز داشته باشد. آن را مشخّص کنید و بر اهمّیت اجرای این قوانین تأکید داشته باشید.

چند توصیه:

- با انتقادهای تند کاری نکنید که فرزندان و نوه‌ها از شما فاصله بگیرند. همیشه انتقادهای شما سازنده و بی‌طرفانه باشد.
- با امکانات روز آشنا شوید. این عمل هم به نفع شماست، هم ارتباط با نسل جدید را راحت‌تر می‌کند و زبان مشترک بهتری خواهید داشت.
- یادتان باشد که مادربزرگ و پدربزرگ دو نفر هستند. با حسّ رقابت، شرایط را برای خودتان و فرزندانتان سخت‌تر نکنید.
- نوه‌ها به دنبال گوش شنوایی هستند تا صحبت آنان را بشنوید، ولی قضاوت نکنید. پس به صحبت‌های آنان گوش کنید و در کمال آرامش و غیرمستقیم آنان را نصیحت کنید. آنان معمولاً مواردی را با شما در میان می‌گذارند که با والدینشان مطرح نمی‌کنند. پس سعی کنید همیشه در دسترس باشید.

دکتر مرسده رفیعی
دکترای روانشناسی، مدرّس دانشگاه علمی-کاربردی
نشانی: رشت، خیابان پرستار، ادارهٔ کلّ بهزیستی گیلان، دفتر آموزش و پژوهش
تلفن: ۰۱۳-۳۲۱۱۲۰۴۳

خواب بعد از ظهر مشکلات رفتاری کودکان را برطرف می‌کند!

سلامت‌نیوز: پژوهشگران آمریکایی در بررسی جدیدی نشان دادند که خواب کوتاه بعد از ظهر می‌تواند به افزایش شادی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان کمک کند.

همهٔ والدین می‌دانند که یک خواب کوتاه چه تأثیر مثبتی بر حوصله، سطح انرژی و عملکرد کودکان در مدرسه دارد. بررسی جدید پژوهشگران دانشگاه پنسیلوانیا و دانشگاه کالیفرنیا، اروایِن، بینش‌های جدیدی در مورد این موضوع ارائه می‌دهد.

این بررسی -که روی سه هزار نفر از کودکان بین ده تا دوازده سال انجام شده، نشان می‌دهد که خواب کوتاه نیمروز با شادی، کنترل و ثبات روحیه در ارتباط است و به کاهش مشکلات رفتاری و افزایش آی‌کیو منجر می‌شود. عملکرد کودکانی که خواب بعد از ظهر را در هفته سه بار یا بیشتر تجربه می‌کنند، ۷.۶ درصد بهتر از کودکان دیگر است.

مشکلات مربوط به خواب و کسل بودن طیّ روز بسیار حال گسترش است. به‌علاوه اثرات منفی خواب ضعیف بر عملکرد شناختی، عاطفی و فیزیکی در پژوهش قبلی -که روی کودکان مقطع پیش‌دبستانی و کوچک‌تر صورت گرفت- ثابت شده بود.

پژوهشگران داده‌های گوناگونی را دربارهٔ توالی و دوام خواب کودکان و همچنین میزان شادی، ثبات روحیه و شرایط فیزیکی آن‌ها گردآوری کردند. همچنین از معلّمان آن‌ها خواستند تا اطّلاعات رفتاری و آموزشی هر دانش‌آموز را در اختیار آنان قرار دهند. سپس ارتباط میان خواب و نتایج به‌دست‌آمده را با موضوعاتی مانند جنسیت، مقطع تحصیلی، محلّ قرار گرفتن مدرسه، تحصیلات والدین و خواب شب مقایسه کردند.

سارا مدنیک، از پژوهشگران این پروژه گفت: این پژوهش نخستین نمونه از نوع خود به‌شمار می‌رود. بسیاری از پژوهش‌های آزمایشگاهی نشان داده‌اند که خواب کوتاه بعد از ظهر می‌تواند تأثیر مثبت خواب کامل شبانه را بر وظایف شناختی داشته باشد. ما در این پژوهش دریافتیم که خواب نیمروز می‌تواند بر عملکرد رفتاری، آموزشی، اجتماعی و فیزیولوژیکی کودکان مؤثّر باشد. خواب کوتاه بعد از ظهر بهترین و کم‌هزینه‌ترین روش برای بازیابی روحیه است و ساده‌ترین راه حل برای کمک به آن‌ها به شمار می‌رود. نتایج این پژوهش در مجلّهٔ Sleep به چاپ رسیده است.

دلایل پرخاشگری در کودکان

نیلوفر گلپور

خشم هیجانی طبیعی در هر فرد محسوب می‌شود. این هیجان (برخلاف نظر عوام مبتنی بر منفی بودن) هیجانی لازم و مفید و نشانهٔ سلامت روان در فرد است. خشم نیز مانند سایر هیجانات اگر به‌درستی شناخته شود و در مسیر درستی هدایت شود، نیروی برانگیزاننده و کارآمدی خواهد بود. در این مقاله به بررسی علل و عوامل پرخاشگری کودکان می‌پردازیم، خشمی که سبب آسیب به کودک و اطرافیان او می‌شود.

کودک اولین نشانه‌های پرخاشگری را قبل از یک سالگی بروز می‌دهد، امّا شدّت و ضعف بروز خشم در کودکان بستگی به ژنتیک و شرایط محیطی دارد. کودکانی که به‌صورت ذاتی و ژنتیک این ویژگی را دارند، با کمترین تحریک بیشترین حدّ خشم را بروز خواهند داد. همچنین کودکانی که در بستری از رفتارهای پرخاشگرانه و عدم ثبات و نوسانات اخلاقی بزرگسالان قرار دارند، به‌زودی پرخاشگری شیوهٔ ابراز نیازمندی‌هایشان می‌شود.

در تحلیل عوامل ایجادکنندهٔ خشم در کودکان، هم ژنتیک و هم محیط اثری بالقوّه دارند، امّا در بالفعل شدن پرخاشگری در کودکانی که به‌صورت ذاتی این ویژگی را دارند، عامل محیط بسیار تعیین‌کننده است. اگر این کودکان در بستر آرام و محیطی باثبات رشد یابند، بذر پرخاشگری امکان لازم برای رشد را نخواهد داشت، بنابراین محیط اثری بسیار مهم در ایجاد پرخاشگری کودکان دارد.

به‌خوبی می‌توان دریافت که پدر و مادر عصبی و پرخاشگر بیش از همه در تحکیم این ویژگی نقش دارند و علّت اصلی پرخاشگری در کودکان را باید در نوع رفتار مراقبت‌کنندگان از کودک جستجو کرد. علاوه بر الگوپذیری کودکان در رفتارهای پرخاشگرانه یکی از دیگر علّت‌های مهمّ پرخاشگری در کودکان برآورده نشدن نیازهای اساسی آنان است. کودکی که نیازهای اساسی‌اش شناسایی نشده، یا در برآورده کردن آن قصوری صورت گرفته، پرخاشگری شیوهٔ ابراز نارضایتی او می‌شود و ادامه‌دار شدن این روند سبب ایجاد عادت غلط پرخاشگری در بیان نیازها و خواسته‌های او خواهد شد. والدین به‌خصوص در سنین پایین باید نیازهای اساسی کودک خود را شناسایی کنند و به شیوهٔ درست نیازها را برطرف کنند.

از علل دیگر پرخاشگری در کودکان می‌تواند تحمّل دردهای طولانی‌مدّت در سنین خیلی کم باشد. کودکانی که در سنین پایین به دلایل مختلف بیماری یا حادثه دردهای طولانی‌مدّت و سنگینی را تحمّل می‌کنند، معمولاً به کودکان پرخاشگر با آستانهٔ تحمّل پایین تبدیل می‌شوند. به‌طور معمول کودکان در آستانهٔ دو و نیم سالگی به بعد تا نزدیک پنج سالگی بیشترین میزان پرخاشگری را از خود نشان می‌دهند. کودک در این سن به دلیل علاقه‌مندی به کشف دنیای پیرامون و تلاش برای تجربه‌های جدید و کشف استقلال خود در برابر هر مانعی که تجربه را از او بگیرد، مقاومت می‌کند و سعی در از بین بردن مانع دارد.

این خشم طبیعی خودبه‌خود با ایجاد بستری مناسب از سمت والدین کمتر می‌شود و جای خود را به مرزبندی صحیح و یادگیری قوانین می‌دهد، امّا خیلی از کودکان به دلیل برخورد ناصحیح والدین و مراقبت‌کننده پرخاشگری را به‌عنوان شیوه‌ای پیش‌برنده برای رسیدن به هدف خود انتخاب می‌کنند و در نهایت به بزرگسالانی عصبی و پرخاشگر تبدیل می‌شوند.

آموختن راهکارهایی مناسب در برابر رفتارهای پرخاشگرانهٔ

کودک می‌تواند به تبدیل شدن این هیجان در او کمک کند و جلوی آسیب‌های ناشی از تخلیهٔ نادرست آن را بگیرد:

- اگر کودک در محیطی پرتنش و پر نوسان زندگی می‌کند، باید قبل از هر اقدامی محیط کودک را تغییر داد.
- هر کدام از والدین باید رفتارهای پرخاشگرانهٔ خود را اصلاح کنند و به الگوی عملی مثبتی برای کودک تبدیل شوند.
- اگر نیازهای اساسی کودک برآورده نمی‌شود، حتماً باید به برطرف کردن آن‌ها پرداخت.
- سرزنش کردن با صدای بلند و منع کردن کودک از انجام کار غلط با زور و اجبار سبب افزایش رفتارهای پرخاشگرانه می‌شود. بنابراین آرامش والدین موقع حرف زدن با کودک و شیوهٔ صحیح برخورد با او اثر زیادی در آرامش کودک و تصمیم رفتار درست دارد.
- پذیرش احساسات کودک و عدم انکار احساسات و هیجانات کودک از پرخاشگری او جلوگیری می‌کند.
- یوگا و تمرینات آرام‌تنی مخصوص کودکان به افزایش آستانهٔ تحمّل کودک کمک می‌کند و پرخاشگری را به‌صورت چشمگیری کاهش می‌دهد.
- آموزش مهارت‌ها و تکنیک‌های تخلیهٔ درست خشم به کودکان شیوه‌ای کاربردی برای کنترل خشم در لحظه است.
- حذف فیلم‌ها و کارتون‌هایی که خشونت در آن‌ها محوریت دارد، بسیار کارساز است.
- ایجاد پیامدهایی واضح و مشخّص برای رفتارهای پرخاشگرانهٔ کودک ضرورت دارد. این پیامدها باید از قبل به کودک توضیح داده شود و حتماً پس از رفتار پرخاشگرانهٔ او اجرا شود.

کودکان آئینهٔ تمام‌نمای رفتارهای ما والدین هستند، حتّی اگر کودکی به‌صورت ذاتی کودکی سخت باشد، با ایجاد بستری مناسب می‌توان او را به آرامش و ثبات رساند. یادگیری فرزندپروری صحیح و کارآمد می‌تواند تا حدود زیادی مشکلات رفتاری کودکان را کاهش دهد.

هنر خوب زیستن را به کودکانمان بیاموزیم.

نیلوفر گلپور
کارشناس ارشد روانشناسی
نشانی: رشت، گلسار، خیابان ۸۷، ساختمان صابر، کلینیک روانشناختی رها
تلفن: ۳۳۱۲۲۴۱۴-۰۱۳

کودکانی که زیاد تلویزیون تماشا می‌کنند، خواب کمتری دارند!

طبق بررسی جدید محقّقان تماشای تلویزیون می‌تواند بر کیفیت و مدّت خواب کودک تأثیر بگذارد. به گزارش خبرنگار مهر محقّقان دانشگاه ماساچوست آمریکا دریافتند کودکان پیش‌دبستانی که روزانه کمتر از یک ساعت تلویزیون تماشا می‌کنند، در مقایسه با کودکانی که بیش از یک ساعت در روز پای تلویزیون می‌نشینند، خواب شبانه‌شان ۲۲ دقیقه بیشتر است یا هفته‌ای تقریباً ۲.۵ ساعت بیشتر می‌خوابند.

درحالی‌که چرت نیمروزی در کودکانی که بیشتر تلویزیون تماشا می‌کنند، بیشتر است، امّا نمی‌تواند جبران کمبود خواب شب را داشته باشد.

در این پژوهش ۴۷۰ کودک پیش‌دبستانی شرکت داشتند که به مدّت شانزده روز به دستشان دستگاه اکتی‌گراف بسته شد. از این دستگاه برای تعیین الگوهای خواب و ریتم شبانه‌روزی استفاده می‌شود. همچنین از والدین و پرستاران این کودکان دربارهٔ سلامت و رفتارشان سؤالاتی پرسیده شد. یافته‌ها نشان داد کودکان پیش‌دبستانی که تلویزیون تماشا می‌کنند، در مقایسه با کودکان دیگر خواب بسیار کمتری دارند. طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی کودکان بین دو تا چهار سال نباید بیش از یک ساعت در روز بی‌تحرّک پای تلویزیون بنشینند و هر چقدر طول مدّت تماشای تلویزیونشان کمتر از یک ساعت باشد، بهتر است.

پسران چاق در بزرگسالی بیشتر به بیماری قلبی مبتلا می‌شوند!

ایرنا: نتایج یک پژوهش نشان می‌دهد که پسرانی که در نوجوانی چند پوند اضافه‌وزن دارند، با افزایش خطر ابتلا به بیماری قلبی در بزرگسالی روبه‌رو هستند.

این بررسی روی ۱٫۷ میلیون پسر نوجوان هجده یا نوزده سالهٔ سوئدی انجام شد که تازه خدمت سربازی را شروع کرده بودند. محقّقان وضعیت سلامتی این افراد را تا ۴۶ سالگی پیگیری کردند. در طول مدّت این پیگیری حدود ۴۵۰۰ نفر از این افراد به کاردیومیوپاتی (بیماری ماهیچهٔ قلب) مبتلا شدند؛ کاردیومیوپاتی یک بیماری نادر عضلهٔ قلب است که می‌تواند به نارسایی قلبی منجر شود.

میانگین سنّی مردانی که به کاردیومیوپاتی مبتلا شدند، ۴۵٫۵ سال بود. این بررسی نشان داد افرادی که در نوجوانی لاغر بودند، یعنی شاخص جرم بدنی زیر بیست داشتند، با خطر پایین ابتلا به کاردیومیوپاتی روبه‌رو شدند، امّا این خطر با افزایش وزن به‌ویژه در مردانی که در نوجوانی اضافه‌وزن داشتند، یعنی در بالای خطّ انتهایی شاخص طبیعی جرم بدن قرار داشتند (شاخص جرم بدنی ۲۲٫۵ تا ۲۵) به‌طور پیوسته افزایش می‌یافت. شاخص جرم بدن برآورد چربی بدن بر اساس وزن و قد است. شاخص جرم بدنی سی و بیشتر چاق محسوب می‌شود. این بررسی همچنین نشان داد که خطر ابتلا به کاردیومیوپاتی در مردانی که در نوجوانی شاخص جرم بدنی ۳۵ و بالاتر داشتند، هشت برابر مردانی بود که در نوجوانی لاغر بودند. نتایج این پژوهش در مجلّهٔ Circulation منتشر شده است.

علل خونریزی در بارداری

دکتر سیّده‌پرتو شاعف

خونریزی‌های سه ماههٔ اول بارداری

در سه ماههٔ اول بارداری در بیست تا چهل درصد از زنان باردار خونریزی واژینال رخ می‌دهد و می‌تواند خفیف یا شدید، متناوب یا مداوم، دردناک یا بدون درد باشد. بررسی‌ها ارتباط بین خونریزی‌های سه ماههٔ اول و نتایج نامطلوب بارداری مثل سقط، تولّد نوزاد پره ترم (نارس) و محدودیت رشد جنین را نشان می‌دهد. هر حاملگی همراه با خونریزی قبل زایمان حتّی اگر خونریزی متوقّف شده باشد، کمی در معرض افزایش خطر پیامدهای نامطلوب قرار دارد.

در صورتی که خونریزی سبک و قبل از هفتهٔ ششم بارداری باشد، بهترین پیش‌آگهی را دارد. هنوز درمان قطعی برای خونریزی‌های سه ماههٔ اول یافت نشده است. استراحت در بستر توصیه نمی‌شود و اثری بر بارداری ندارد.

علل اصلی خونریزی‌های اوایل بارداری شامل موارد زیر است:

- سقط یا تهدید به سقط که شایع‌ترین علّت خونریزی سه ماههٔ اول است و در پانزده تا بیست درصد بارداری‌ها اتّفاق می‌افتد. حتّی در صورت شدید بودن خونریزی تنها یک درصد نیاز به تزریق خون پیدا می‌کنند.
- بارداری‌های خارج رحمی یا EP که در دو درصد بارداری‌ها اتّفاق می‌افتد، امّا می‌تواند تهدیدکنندهٔ حیات باشد؛ پس باید در هر خانم بارداری که خونریزی دارد، این عامل رد شود.
- بارداری‌های مولار
- پاتولوژی‌های سرویکس، واژن یا رحم مثل پولیپ، عفونت و التهاب، میوم، زگیل، تومور و تروما
- اکتروپیون سرویکس (بیرون‌زدگی اپیتلیوم اندوسرویکس در واژن) که می‌تواند منشأ خونریزی‌های سبک هنگام لمس، نزدیکی و یا معاینهٔ واژینال باشد.
- خونریزی فیزیولوژیک یا خونریزی در زمان لانه‌گزینی جنین با مقادیری لکّه‌بینی یا خونریزی سبک که در حدود ده تا چهارده روز پس از لقاح و در زمان Missed Period (پریود عقب‌افتاده) رخ می‌دهد و با کاشته شدن تخم بارورشده در دسیدوا یا پوشش داخلی رحم ارتباط دارد و نیاز به اقدام خاصّی ندارد.
- Vanishing twin که برای توصیف بارداری‌ای که در ابتدا چندقلو بوده و قل دیگر از بین رفته، به‌کار می‌رود و می‌تواند منشأ خونریزی باشد.

لازم به ذکر است که سونوگرافی ترانس واژینال سنگ بنای ارزیابی خونریزی اوایل بارداری است. آزمایش خون برای تعیین هموگلوبین و هماتوکریت و گروه خونی در افراد با خونریزی شدید اهمّیت دارد. در خانم‌های بارداری که دچار خونریزی با منشأ جفت هستند، در صورتی که خودشان Rh منفی هستند و همسر Rh مثبت دارند، باید ایمونوگلوبین anti-D تزریق کنند.

معاینهٔ واژن با اسپکلوم می‌تواند منشأ خونریزی‌های نامرتبط با بارداری را مشخّص کند.

خونریزی‌های سه ماههٔ دوم و سوم

خونریزی‌های سه ماههٔ دوم و سوم شایع نیست. ارزیابی خونریزی واژینال زیر بیست هفته همانند سه ماههٔ اول است. اولین قدم ارزیابی مقدار خونریزی و همراهی آن با درد است. وجود خونریزی روشن متناوب و بدون درد مطرح‌کنندهٔ bloody show (خروج ترشّحات آغشته به خون) از سرویکس نارسا، جداشدگی کوچک حاشیهٔ جفت و ضایعات سرویکس و واژن است. خونریزی‌های شدیدتر -که با درد همراه باشد- نشانهٔ سقط یا جداشدگی بزرگ‌تر حاشیهٔ جفت است و

برای تأیید وجود ضربان قلب و تعیین محلّ جفت و طول سرویکس باید سونوگرافی انجام شود. معاینه با اسپکلوم ضایعات واژن و سرویکس، سقط و سرویکس نارسا را آشکار می‌کند. معاینهٔ شکمی از نظر وجود سایر ناهنجاری‌ها، درد و اندازهٔ رحم انجام می‌شود.

خونریزی‌های پس از هفتهٔ بیستم بارداری در چهار تا پنج درصد از بارداری‌ها رخ می‌دهد و علل شایع آن عبارت است از:

- bloody show که نشانهٔ همراهی زایمان و شروع دردهای زایمانی است و در اثر باز شدن دهانهٔ رحم همراه با پارگی عروق کوچک رخ می‌دهد.
- جفت سر راهی یا پلاسنتا پرویا که در بیست درصد موارد که خونریزی بدون درد و در بیشتر افراد بدون انقباض رحمی است و با سونوگرافی تأیید می‌شود.
- دکولمان یا جداشدگی زودرس جفت قبل از شروع زایمان که با خونریزی (۸۰ درصد) و تندرنس رحمی (۷۰ درصد) و انقباض رحمی (۳۵ درصد) مشخّص می‌شود. عوامل خطر آن شامل دکولمان در بارداری قبلی، تروما، مصرف سیگار و کوکایین، فشار خون بالا و پارگی زودرس کیسهٔ آب است.
- پارگی رحمی که علّت نادر خونریزی در بارداری در افرادی است که سابقهٔ برداشتن میوم یا سزارین قبلی و یا تروما به شکم دارند و می‌تواند در طیّ لیبر اتّفاق بیفتد و همراه با درد شکم، اختلال ضربان قلب جنین و همودینامیک مادر باشد که از اورژانس‌های بارداری محسوب می‌شود.
- وازاپرویا یا حضور رگ‌های جنینی در پرده‌های پوشانندهٔ سوراخ داخلی سرویکس که همراه با بند ناف ولامنتوس (یکی از انواع ناهنجاری‌های جفت که در آن عروق خونی جفت در بیرون آن تشکیل شده)، جفت دولوبی و لوب فرعی است. پارگی آن اورژانس بارداری است و ممکن است به مرگ جنین منجر شود.

دکتر سیّده‌پرتو شاعف

جرّاح و متخصّص زنان و زایمان و نازایی و عضو تیم درمانی - پژوهشی موسسه ناباروری مهر

نشانی: رشت، چهارراه گلسار، روبه‌روی داروخانهٔ شبانه‌روزی گلسار، کوچهٔ حق‌شناس، ساختمان آبان تلفن: ۳۲۱۱۸۹۰۹-۰۱۳

تغذیه با شیر مادر برای رشد مغزی لازم است!

ایرنا: محقّقان بیمارستان Children's National Health System واقع در بالتیمور با عکسبرداری از وضعیت سلامت نوزادان زودرس دریافتند، آن دسته از نوزادانی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند، مقدار بیشتری از متابولیت‌های مورد نیاز برای رشد مغز را دریافت می‌کنند. در این تحقیق ساختار شیمیایی مادّهٔ سفید بخش جلویی نیمهٔ راست مغز و مخچهٔ نوزادانی که کمتر از ۱۵۰۰ گرم وزن داشته و در هفتهٔ ۳۲ بارداری یا زودتر متولّد شده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. محقّقان برای این منظور از شیوهٔ طیف‌نگاری با تشدید مغناطیسی استفاده کردند که یک روش تصویربرداری غیرتهاجمی است. در این شیوه هر مادّهٔ شیمیایی دارای اثر طیفی منحصربه‌فردی است و محقّقان با ردگیری این اثر طیفی توانستند مقدار هر یک از متابولیت‌ها را در مغز نوزادان اندازه‌گیری کنند. در نتیجهٔ این بررسی‌ها مشخّص شد میزان مادّهٔ اینوزیتول -که مولکولی شبیه به گلوکز است- در مادّهٔ سفید مغز نوزادانی که از شیر مادر تغذیه می‌کنند، در مقایسه با دیگر نوزادان بسیار بالاتر است. همچنین در این نوزادان میزان کراتین موجود در مخچه بیشتر از دیگران است.

علاوه بر این، محقّقان دریافتند تعداد روزهایی که نوزاد از شیر مادر تغذیه می‌کند، با میزان افزایش کراتین و کولین -که نوعی مادّهٔ مغذّی محلول در آب است، رابطهٔ مستقیمی دارد. این مواد متابولیت اثر مهمّی بر رشد مغز نوزادان دارند. کراتین امکان بازیافت مولکول‌های ATP را فراهم می‌کند که واحد انرژی سلول‌ها محسوب می‌شوند. افزایش این مادّهٔ متابولیت موجب تغییرات سریع‌تر و بلوغ بیشتر سلول‌ها می‌شود. کولین نشانگری از تغییر غشای سلولی است و در زمان تولید سلول‌های جدید، میزان این مادّه افزایش می‌یابد. نتایج این تحقیق در کنفرانس سالانهٔ Pediatric Academic Societies ارائه شده است.

مضرّات مصرف چیپس سیب زمینی در دورهٔ بارداری!

سلامت‌نیوز: محقّقان هشدار می‌دهند که مصرف بیش از حدّ چیپس سیب زمینی و روغن گیاهی در طول بارداری به افزایش خطر مشکلات بارداری و رشد بد نوزادان منجر می‌شود. موادّ خوراکی نظیر چیپس و روغن گیاهی حاوی چربی‌های اُمگا۶، به‌خصوص اسید لینولئیک هستند و تحقیقات نشان می‌دهد که مصرف بیش از حدّ این موادّ غذایی می‌تواند به بروز التهاب منجر شود و با افزایش خطر بیماری قلبی مرتبط است.

«دین اسکلی»، استاد دانشگاه گریفیت استرالیا، در این باره می‌گوید: «برای زنان باردار توجّه به تغذیه بسیار مهم است و تحقیق ما نشان می‌دهد که مصرف بیش از حدّ یک نوع مادّهٔ غذایی خاص می‌تواند تأثیر منفی بر رشد نوزاد داشته باشد». این پژوهش نشان می‌دهد که مصرف اسید لینولئیک سه برابر توصیهٔ روزانه در طول بارداری مضر است. محقّقان با بررسی روی موش‌ها متوجّه شدند در موش‌های مادری که رژیم غذایی‌شان مملو از اسید لینولئیک بود، سه تغییر روی داده بود: غلظت پروتئین‌های التهابی کبدشان تغییر کرده بود، غلظت پروتئین خون -که می‌تواند منجر به انقباض رحم در طول بارداری شود- افزایش یافته بود، و هورمون تنظیم‌کنندهٔ رشد کاهش یافته بود. همچنین در این پژوهش مشخّص شد موش‌هایی که اسید لینولئیک رژیم غذایی‌شان بالا بود، تعداد نوزادان نر متولّدشده از آن‌ها کمتر بود. محقّقان با وجود این تأثیرات توصیه می‌کنند که زنان در سنّ بارداری باید مصرف میزان اسیدلینولئیک را در رژیم غذایی خود کاهش دهند.

حاملگی پس از درمان سرطان پستان

دکتر حمید سعیدی ساعدی

بسیاری از زنان پس از درمان سرطان پستان نیز می‌توانند حامله شوند، ولی باید در نظر داشت که بعد از بعضی درمان‌های ضدّ سرطان، احتمال حاملگی سخت‌تر می‌شود. اگر شخصی که مبتلا به سرطان پستان است، تمایل به بچّه‌دار شدن داشته باشد و یا اینکه مایل باشد این توانایی همچنان در وی باقی بماند، بهترین زمان برای تحقّق این کار، مشاوره با پزشک انکولوژیست خود قبل از شروع درمان‌های ضدّ سرطان است. سرطان پستان اغلب در زنان میانسال شیوع دارد، ولی اگر زنی در سنین جوانی به این بیماری مبتلا شود، ممکن است با پرسش‌هایی نظیر اینکه آیا این بیماری بر توانایی باروری وی اثر منفی می‌گذارد و یا اینکه بارداری خطر اضافه‌ای علاوه بر بیماری سرطان پستان برای او خواهد داشت یا نه، مواجه خواهد شد. بعضی از درمان‌های سرطان پستان بر توانایی بچّه‌دار شدن شخص اثر منفی می‌گذارند، به‌طور مثال شیمی‌درمانی ممکن است تخمدان‌های بیمار را تخریب کند و یا عملکرد آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. با این حال، بسیاری از زنان پس از اتمام درمان سرطان پستان، توانایی باردار شدن را حفظ خواهند کرد. نکتهٔ مهم این است که بسیاری از زنان مبتلا به سرطان پستان، از نوع هورمون مثبت و حسّاس به استروژن هستند و از این رو دل‌نگرانی‌هایی دربارهٔ این دسته از بیماران وجود دارد که با افزایش سطح هورمون ناشی از حاملگی، احتمال عود این بیماری افزایش یابد. با این حال بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه نشان داده که حاملگی به خودی خود خطر عود سرطان پستان را پس از درمان موفّقیت‌آمیز سرطان افزایش نمی‌دهد. از طرف دیگر پژوهش‌هایی نیز وجود دارد که نشان داده‌اند سابقهٔ شیردهی ممکن است خطر ابتلا به سرطان را کاهش دهد. اگر شخص مبتلا به سرطان پستان تمایل به بارداری داشته باشد، بسیاری از پزشکان توصیه می‌کنند که حداقل دو سال پس از پایان تمامی درمان‌های ضدّ سرطان پستان، شخص برای بارداری اقدام کند. هرچند بهترین زمان در این زمینه هنوز نامعلوم است، ولی به نظر می‌رسد که دو سال زمان کافی و مناسبی برای شناسایی هر گونه عود زودرس این بیماری باشد. البته باید همواره این نکته را در نظر داشت که این مدّت زمانی، هنوز در هیچ پژوهش بالینی مورد بررسی و تأیید قرار نگرفته است و حتّی مشاهده شده که در بسیاری از موارد، سرطان پستان بیش از دو سال پس از ختم درمان عود کرده است. در کل باید بر این نکته تأکید کرد که تصمیم به بارداری باید براساس بسیاری از عوامل شامل سنّ شخص، تمایل وی به بارداری، نوع سرطان پستان و خطر عود بیماری سرطان پستان گرفته شود. مسلّم است که سابقهٔ سرطان پستان مادر اثر مستقیمی بر سلامت نوزاد وی نخواهد داشت و بررسی‌ها نشان داده که نوزادان متولّدشده از زنان مبتلا به سرطان پستان، در افزایش خطر نقائص حین تولّد و یا سایر اختلالات سلامتی دیررس قرار ندارند. با این حال همواره باید در نظر داشت که تمامی درمان‌های ضدّ سرطان شامل شیمی‌درمانی، هورمون‌درمانی و یا سایر درمان‌ها ممکن است بر رشد جنین اثر منفی بگذارند، بنابراین قبل از اقدام به بارداری باید با پزشک انکولوژیست مشورت کرد. وقتی شخصی به علّت سرطان پستان جرّاحی یا رادیوتراپی پستان انجام می‌دهد، در شیردهی از پستان مذکور ممکن است با مشکلاتی مواجه شود. بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه نشان داده که به علّت تغییرات ساختاری پستان ناشی از این درمان‌ها شیردهی از این پستان دردناک است

و حتّی ممکن است میزان تولید شیر در این پستان نسبت به پستان مقابل نیز تحت تأثیر قرار گیرد. از طرف دیگر باید این نکته را نیز در نظر داشت که آن دسته از بیماران مبتلا به سرطان پستان که تحت هورمون‌درمانی قرار دارند، از آنجا که این داروها در شیر نیز ترشّح می‌شوند، در صورت شیردهی ممکن است این داروها بر سلامت نوزاد تأثیر منفی بگذارد و مصرف این داروها در دوران شیردهی ممنوع است. در پایان باید یادآور شد که هرگاه شخصی تحت درمان سرطان پستان بوده و یا سابقهٔ درمان سرطان پستان دارد، قبل از اقدام به بارداری باید با پزشک درمانگر انکولوژیست خود مشورت کند و همواره باید خطر بازگشت بیماری سرطان پستان را در نظر داشته باشد. در بسیاری از موارد این مشاوره می‌تواند به انتخاب بین بقای ناشی از سرطان پستان و تمایل شخص به بارداری و بچّه‌دار شدن اثرگذار باشد.

دکتر حمید سعیدی ساعدی
متخصّص رادیوانکولوژی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان
نشانی: رشت، بلوار نماز، کلینیک رادیوتراپی و انکولوژی گیلان
تلفن: ۰۱۳-۳۳۷۵۹۶۶۲

مصرف روغن حرارت‌دیده سرطان پستان را گسترش می‌دهد!

ایسنا: پژوهشگران آمریکایی در بررسی جدیدی دریافتند که مصرف روغن حرارت‌دیده می‌تواند به گسترش سرطان پستان منجر شود. پژوهش جدیدی که روی موش‌ها انجام شده، نشان می‌دهد که ترکیبات شیمیایی موجود در روغن خوراکی می‌تواند به تغییرات ژنتیکی مؤثّر در گسترش سرطان پستان منجر شود.

دانشمندان دانشگاه ایلینوی آمریکا در بررسی جدیدی دریافتند که گرم شدن بیش از حدّ روغن خوراکی به سمّی‌شدن آن، تکثیر سلول‌های تومور، متاستاز و تغییر در متابولیسم لیپید منجر می‌شود. پژوهشگران به مدّت شانزده هفته گروهی از موش‌ها را با روغن تازه و حرارت‌ندیدهٔ سویا و گروه دیگر را با روغن حرارت‌دیده تغذیه کردند. در این آزمایش سلول‌های سرطان سینه به همهٔ موش‌ها تزریق شد. پس از تزریق سلول‌ها مشخّص شد که رشد تومور سرطانی در موش‌هایی که روغن حرارت‌دیده مصرف کرده‌اند، چهار برابر بیشتر از موش‌هایی است که روغن تازه مصرف کرده‌اند. همچنین پژوهشگران دریافتند که متاستاز در میان موش‌هایی که روغن حرارت‌دیده مصرف کرده‌اند، بیشتر از گروه دیگر است.

ویلیام هلفریک، استاد علوم غذایی دانشگاه ایلینوی و سرپرست این پژوهش گفت: تعداد تومورها در موش‌هایی که روغن حرارت‌دیده مصرف کرده بودند، بیشتر بود و تومورها حالت تهاجمی بیشتری داشتند. متاستاز در گروهی که روغن تازه مصرف کرده بودند، هم دیده شد، امّا میزان تهاجم تومور و تکثیر سلول‌ها بسیار کمتر بود. با مصرف مکرّر روغن تری‌گلیسیریدها تجزیه می‌شوند و پس از اکسید کردن اسیدهای چرب، یک مادّهٔ شیمیایی سمّی موسوم به «اکرولین» آزاد می‌کنند که سرطان‌زاست.

دیابت احتمال گسترش سرطان را افزایش می‌دهد!

ایرنا: پژوهش اخیر محقّقان دانشگاه آمریکایی کرنل نشان می‌دهد که دیابت احتمال متاستاز سرطان را بیشتر می‌کند.

متاستاز یا فراگستری به گسترش و مهاجرت سلول‌های سرطانی از یک بافت به بافت‌های دیگر گفته می‌شود و مهم‌ترین عامل مرگ بر اثر سرطان محسوب می‌شود. بررسی‌های جدید نشان می‌دهد که دیابت خطر متاستاز سرطان را افزایش می‌دهد. بر اساس این بررسی‌ها رشد و گسترش سرطان به‌شدّت به محیطی که سلول‌های سرطانی را احاطه کرده‌اند، وابسته است و دیابت شرایط را برای فعّالیت و حرکت سلول‌های سرطانی مهیّا می‌کند و از این رو در متاستاز سرطان نقش دارد. متاستاز زمانی اتّفاق می‌افتد که سلول‌های سرطانی از محلّ اولیه به بخش‌های دیگر بدن حرکت می‌کنند و در آنجا سبب ایجاد تومور جدید می‌شوند. برای حرکت سلول از یک نقطهٔ بدن به نقاط دیگر، سلول‌ها باید از ماتریکس برون‌یاخته‌ای عبور کنند. وظیفهٔ این شبکه حفظ ساختار سلول‌هاست. این ماتریکس از کلاژن و گلیکوپروتئین‌ها ساخته شده است. افزایش قند خون در بیماران مبتلا به دیابت بر فیبرهای کلاژن تأثیر می‌گذارد و به همین دلیل سلول‌ها به‌راحتی از این شبکه عبور و به نقاط دیگر بدن سفر می‌کنند و بیماری گسترش می‌یابد. محقّقان در تلاش‌اند تا تأثیر دیابت بر افزایش احتمال ابتلا به انواع بیماری‌ها را بررسی کنند. دیابت به علّت ناتوانی بدن در تولید یا مصرف انسولین به‌وجود می‌آید. انسولین مادّه‌ای است که در لوزالمعده تولید می‌شود و نقش آن استفاده از قند به عنوان عظیم‌ترین منبع انرژی بدن است. قند خون بالا به‌مرور زمان بر تمام ارگان‌های بدن تأثیر می‌گذارد و به بیماری‌های قلبی، سکتهٔ مغزی، نارسایی کلیه، نابینایی، ناتوانی جنسی و عفونت‌های منتهی به نقص عضو منجر می‌شود. نتایج این پژوهش در نشریهٔ Integrative Biology منتشر شده است.

دستکاری تاریخ تولّد و عوارض زایمان زودرس!

دکتر ناهید رجبی

حاملگی معمولاً با علائم حاملگی (تهوّع و استفراغ، سرگیجه، تپش قلب و ...) و مثبت شدن تست ادرار بارداری در منزل شروع و با تست خونی بارداری تأیید می‌شود سونوگرافی هم در نهایت برای تعیین سنّ دقیق بارداری انجام می‌شود. قطع پریود در یک خانم سالم از نظر باروری -که قبلاً پریودهای دوره‌ای منظّم و قابل پیش‌بینی داشته است- به احتمال زیاد با بارداری مصادف است، ولی سیکل‌های قاعدگی در خانم‌ها و حتّی در یک خانم در سیکل‌های مختلف متفاوت است. پس قطع پریود یا آمنوره در چنین خانم‌هایی تا ده روز پس از پریود مورد انتظار، حتماً دالّ بر بارداری نیست.

گاهی خونریزی پس از وقوع بارداری اتّفاق می‌افتد و می‌تواند احتمال پریود را مطرح کند. در ماه اول بارداری احتمال چنین خونریزی‌هایی وجود دارد که احتمالاً به دنبال جایگزینی بلاستوسیست (تودهٔ سلولی که به دنبال تشکیل تخم و تقسیمات متوالی آن ایجاد می‌شود) بوده و از طرفی بیانگر روند غیرطبیعی بارداری است.

سونوگرافی واژینال برای تشخیص مراحل اولیهٔ بارداری و به‌طور شایع برای تعیین سنّ دقیق حاملگی استفاده می‌شود و همچنین موقعیت بارداری را نیز مشخّص می‌کند. یک کیسهٔ حاملگی -که در واقع تجمّع مایع در حفرهٔ رحمی و اولین نشانهٔ بارداری در سونوگرافی است- اولین بار با سونوگرافی واژینال در هفتهٔ چهارم تا پنجم بارداری دیده می‌شود.

متوسّط طول دورهٔ بارداری از اولین روز آخرین قاعدگی بسیار نزدیک به ۲۸۰ روز یا ۴۰ هفته است. به‌طور قراردادی حاملگی به سه دورهٔ سه ماهه تقسیم می‌شود. سه ماه اول از ابتدا تا پایان ۱۴ هفتگی، سه ماه دوم از ابتدای ۱۵ هفتگی تا پایان ۲۸ و سه ماه سوم از ابتدای هفتهٔ ۲۹ تا انتهای هفتهٔ ۴۲ است. پس هر سه ماه متشکّل از ۱۴ هفتهٔ بارداری است.

بر این اساس، مشکلات مهمّ بارداری در هر یک از این سه ماه تعریف می‌شود، مثلاً سقطهای خودبه‌خودی در سه ماههٔ اول و اختلالات فشار خونی مرتبط با بارداری در سه ماههٔ سوم اتّفاق می‌افتد. امروزه به جای ماه برای بیان سنّ حاملگی از هفته یا هفته روز استفاده می‌شود، مثلاً ۳۰ هفته یا ۳۰ هفته و ۴ روز.

از ابتدای هفتهٔ سوم بعد از تخمک‌گذاری لقاح تا هشت هفتهٔ بعد را دوران رویانی می‌گویند که این دوره زمان اندام‌زایی و تشکیل ارگان‌ها و اندام‌های مختلف نوزاد است که در ابتدا با تشکیل پرزهای جفتی و فضاهای بین پرزی که حاوی خون مادری باشد و سپس تشکیل رگ‌های خونی جنین در پرزهای جفتی و تشکیل قلب در انتهای هفتهٔ چهارم و جوانه‌های دست و پا، تشکیل مغز و نخاع و سایر ارگان‌هاست که تا هفتهٔ دهم بارداری به طول می‌انجامد. پس از هفتهٔ دهم رویان وارد دورهٔ جدیدی از زندگی به نام دوران جنینی می‌شود که این دوره شامل رشد و بلوغ ساختمانی و عملکردی ارگان‌های تشکیل‌شده در دورهٔ رویانی است.

این تکامل تا پایان دوران جنینی یعنی تا انتهای بارداری (هفتهٔ چهلم) و به دنیا آمدن نوزاد ادامه دارد. در بعضی مواقع به علل مختلف سقط اتّفاق می‌افتد که بنا بر تعریف سقط به ختم حاملگی قبل از هفتهٔ بیستم حاملگی، یعنی زمانی که وزن جنین حدوداً پانصد گرم است، گفته می‌شود.

امروزه به یمن پیشرفت‌های چشمگیر در علم نوزادان و همچنین تجهیزات پزشکی و دارویی و به وجود آمدن بخش مراقبت‌های ویژهٔ نوزادان، در صورتی که به هر دلیلی اعم از بیماری‌های مزمن مادری، فشار خون بارداری و اختلالات رشد داخل رحمی و ...، زایمان در حدود هفتهٔ ۲۳ تا ۲۴ حاملگی اتّفاق بیفتد، احتمال زنده نگه داشتن

نوزاد بالاست، ولی همان‌طور که گفته شد، به دلیل کامل نشدن رشد و نموّ نوزاد و کامل نبودن عملکرد اندام‌های حیاتی مختلف جنین اعم از ریه، کبد و سیستم گردش خون و مغز و نخاع، نوزاد باید مدّت طولانی‌تری در بیمارستان بستری شود و تحت مراقبت‌های ویژه قرار گیرد. بستری طولانی‌مدّت، نوزاد را در معرض عوارض مختلفی ناشی از مداخلات درمانی، عفونت‌های بیمارستانی و عوارض ناشی از آن‌ها قرار می‌دهد. به همین دلیل هدف متخصّص زنان و پزشکان معالج مادران باردار این است که در صورت وقوع مشکلات در مادر و جنین، در صورت امکان تا جایی که شرایط اجازه می‌دهد، حتّی چند روز زایمان را به تعویق اندازند و درمان‌های لازم را انجام دهند تا نوزاد در معرض عوارض نارس بودن قرار نگیرد، ولی از آنجایی که در بسیاری از موارد زایمان‌های زودرس اجتناب‌ناپذیر و شاید غیرقابل پیش‌بینی‌اند، هزینهٔ نگهداری و درمان این نوزادان نارس مبالغ هنگفتی را به خانواده‌ها و همچنین بیمه‌ها در سراسر دنیا تحمیل می‌کند.

عوارض شایع تولّد پیش از موعد

- نارسایی حادّ تنفّس که به دلیل تکامل ناکافی ریه و عدم حضور مادّه‌ای بسیار مهم به نام سورفاکتانت است که این مادّه از روی هم خوابیدن ریه‌ها در هنگام بازدم جلوگیری می‌کند و گاهی حتّی در نوزادانی که به موقع به دنیا آمده‌اند، این اختلال رخ می‌دهد.
- التهاب روده و کاهش خونرسانی به روده که هم در نوزادان نارس و هم در نوزادان رسیده به دنبال بستری طولانی‌مدّت در بخش‌های نوزادان و مراقبت‌های ویژه در جریان مداخلات درمانی و وارد کردن محلول‌های تزریقی از راه ورید نافی و ورود باکتری‌ها از این طریق به روده اتّفاق می‌افتد.
- اختلال در عروق شبکیه در نوزادان نارس در نتیجهٔ اکسیژن‌رسانی به این نوزادان که در نهایت به جدا شدن شبکیه منجر می‌شود و یکی از علل کوری است.
- خونریزی داخل مغزی که در نواحی مختلف مغز اتّفاق می‌افتد.

همان‌طور که گفته شد تمام اختلالات فوق در نوزادان نارس اتّفاق می‌افتد، ولی در نوزادان نزدیک به ۹ ماه یا ۹ ماه کامل نیز ممکن است پیش آید. ولی هرچه نوزاد به زمان زایمان تقریبی خود نزدیک‌تر باشد، اختلالات فوق کمتر اتّفاق افتاده و در صورت رخ دادن پیش‌آگهی بهتری دارد. تا جایی که امکان دارد بهتر است نوزاد به دنبال شروع دردهای زایمانی و زایمان طبیعی و در زمان تقریبی زایمان به دنیا بیاید. انجام سزارین با تاریخ از پیش تعیین‌شده خطر عوارض نوزادان و احتمال بستری شدن در بخش نوزادان یا بخش مراقبت‌های ویژهٔ نوزدان را بالا می‌برد. بنابراین مادران باردار عزیز برای حفظ سلامتی نوزاد خود -که ۹ ماه زحمت پرورش و تکامل این موجود ظریف و حسّاس را در بطن خود کشیده‌اند- نباید صرفاً برای همزمانی تاریخ تولّد نوزادشان با تاریخ تولّد خود، همسر، فرزند قبلی، نیمهٔ اول سال و یا هر مناسبت دیگر پزشک معالج را تحت فشار قرار دهند و سبب عوارض و مشکلاتی در نوزاد و خانوادهٔ خود شوند.

دکتر ناهید رجبی
جراح و متخصّص زنان ، زایمان و نازایی
نشانی: رشت، چهارراه پورسینا، روبه‌روی ساختمان پزشکان سینا
تلفن : ۰۱۳-۳۳۳۲۷۸۷۹

زایمان زودهنگام خطر بیماری مزمن کلیوی را در کودک افزایش می‌دهد!

سلامت‌نیوز: تحقیقات نشان می‌دهد که زایمان زودرس از عوامل قوی ابتلا به بیماری مزمن کلیوی از دورهٔ کودکی تا میانسالی است.

زایمان زودرس (زایمان قبل از هفتهٔ ۳۷ بارداری) موجب توقّف رشد کامل کلیه‌ها در مرحلهٔ آخر بارداری می‌شود که در نتیجه نفرون‌های کمتری در کلیه‌ها تشکیل می‌شود؛ نفرون‌ها فیلترهای هستند که موادّ زائد و سمّی را از بدن خارج می‌کنند. تعداد کمتر نفرون‌ها با ابتلا به فشار خون بالا و بیماری پیش‌روندهٔ کلیوی در سنین بالا مرتبط است.

در این بررسی، محقّقان با استفاده از گزارش زایمان کشور سوئد، داده‌های بالغ بر چهار میلیون نوزاد به دنیا آمده در طول سال‌های ۱۹۷۳ تا ۲۰۱۴ را بررسی کردند. سپس موارد ابتلا به بیماری مزمن کلیوی از گزارش‌های بیمارستانی در سال ۲۰۱۵ استخراج شد.

محقّقان بعد از در نظر گرفتن سایر عوامل دریافتند که زایمان زودهنگام (قبل از هفتهٔ ۳۷ بارداری) با افزایش دو برابری خطر ابتلا به بیماری مزمن کلیوی تا سنین میانسالی مرتبط است. همچنین زایمان بسیار زودرس (کمتر از هفتهٔ ۲۸ بارداری) خطر ابتلا به بیماری مزمن کلیوی را سه برابر افزایش می‌دهد.

به گفتهٔ محقّقان، رابطهٔ بین زایمان زودرس و بیماری مزمن کلیوی تا ۹ سالگی بسیار قوی است. سپس این روند تضعیف می‌شود، امّا در سنین ۱۰ تا ۱۹ سال و ۲۰ تا ۴۳ سال همچنان به میزان بالا وجود دارد.

مفهوم خودکارآمدی در دوران بارداری و زایمان

گردآورنده: فاطمه رافت

بارداری و زایمان دورهٔ تکاملی منحصر به‌فرد و حائز اهمّیتی در زندگی زنان و یکی از موهبت‌های الهی محسوب می‌شود. فرایند زایمان در ۸۵ تا ۹۰ درصد موارد به‌طور فیزیولوژیک، خودبه‌خود و بدون نیاز به مداخله و در ده تا پانزده درصد مواد به دلایل طبّی و مامایی از طریق سزارین صورت می‌گیرد.

در قرون گذشته سزارین نقش مهمّی در کاهش مرگ‌ومیر و عوارض زایمان در مادر و جنین داشته است و در حال حاضر نیز به عنوان یک اقدام علمی و ضروری برای حفظ سلامت مادر و نوزاد انجام می‌شود، امّا امروزه میزان بالای سزارین بدون دلایل پزشکی از مسائل نگران‌کنندهٔ جوامع و سیستم خدمات بهداشتی است. سازمان بهداشت جهانی میزان مورد انتظار سزارین با اندیکاسیون مامایی را ده تا پانزده درصد تعیین کرده، امّا آمار سزارین در نقاط مختلف دنیا متفاوت و به‌طور روزافزونی در حال افزایش است. در ایران نیز این میزان سه تا چهار برابر استاندارد بهداشت جهانی و درصد بالایی از آن بدون اندیکاسیون‌های طبّی است.

براساس تحقیقات انجام‌شده یکی از دلایل عمدهٔ انتخاب سزارین در مادران ترس از «درد زایمان» است. شواهد بسیاری وجود دارد که عوامل روانشناختی بر انتخاب شیوهٔ زایمان و فرایند آن تأثیرگذار است. یکی از این عوامل روانشناختی مفهوم «خودکارآمدی» است. خودکارآمدی یکی از مفاهیم تئوری یادگیری اجتماعی است که برای اولین بار بندورا در سال ۱۹۷۷ آن را مطرح کرد.

خودکارآمدی یک فرآیند شناختی پویا و مترادف با مفهوم خودباوری است و به **اطمینان فرد در مورد توانایی‌اش برای انجام رفتار به طریقی که به نتیجهٔ مطلوب بینجامد**، اشاره می‌کند. خودکارآمدی باور فرد نسبت به توانایی خود در تسلّط یافتن بر یک وضعیت و ایجاد یک پیامد مثبت، باور به توانایی خود در سازماندهی و به‌کار بستن یک سلسله اعمال -که لازمهٔ دستیابی به هدف است- و باور به انجام موفّق یک رفتار یا یک تکلیف خاص است. بندورا تأکید می‌کند که خودکارآمدی به توانایی‌های عینی یک فرد ارتباطی ندارد، بلکه به باور فرد نسبت به توانایی خود اشاره دارد. میزان خودکارآمدی در یک فرد تعیین‌کنندهٔ چگونگی، میزان و مدّت زمان تلاش آن فرد است. به عبارت دیگر درک خودکارآمدی قبل از یک رویداد پیش‌بینی می‌کند که آیا یک فرد در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا تلاش خواهد کرد و این تلاش چه مدّت تداوم می‌یابد که با دو مفهوم «پیامد قابل انتظار» و «خودکارآمدی مورد انتظار» (با ابزار علمی

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین ترس از زایمان، اضطراب و خودکارآمدی زایمان رابطهٔ عکس وجود دارد. اگر زن بارداری تصوّر کند که نمی‌تواند موقعیت لیبر و زایمان را کنترل کند، ترس و اضطراب ناشی از آن سبب می‌شود تا سزارین (بدون علّت پزشکی) را انتخاب کند.

خاص) قابل بررسی است. «پیامد مورد انتظار» ((Outcome Expectancy OE)) به معنای متقاعد شدن دربارهٔ این موضوع است که رفتارهای معیّن به پیامدها و نتایج خاصّی منجر خواهد شد. در حالی که «خودکارآمدی مورد انتظار» (Self-efficacy Expectancy) (EE به باور فرد نسبت به توانایی خود در اجرای موفّق یک رفتار/کنش در شرایط خاص و میزان کنترل او بر آن شرایط اشاره دارد؛ به عبارتی باور و تعهّد فرد به انجام رفتار موفّقیت‌آمیز که منشأ نتایج مطلوب شود. تمایز بین این دو مفهوم حائز اهمّیت است، زیرا فرد ممکن است بر این باور باشد که یک کنش خاص می‌تواند در مواجهه با یک رویداد کمک‌کننده باشد، امّا احساس کند که نخواهد توانست در آن شرایط خاص، کنش مورد نظر را انجام دهد، برای مثال یک زن باردار ممکن است باور داشته باشد که شل‌سازی عضلات در طیّ لیبر از درد زایمان می‌کاهد، ولی احساس می‌کند که قادر به شل‌سازی بدن خود در طیّ لیبر نخواهد بود. بندورا معتقد است که خودکارآمدی بر همهٔ جنبه‌های رفتار و فعّالیت‌های هیجانی از قبیل اضطراب، استرس و الگوهای فکری تأثیر می‌گذارد. یکی از موقعیت‌های پراسترس زمان لیبر و زایمان است. خودکارآمدی زایمان از عوامل تأثیرگذار برای مقابله با این موقعیت پراسترس و اجرای رفتارهای سازگار با درد زایمان خواهد بود و به عنوان یک منبع شخصی این سازگاری را تسهیل می‌کند. خودکارآمدی مادر باردار شامل ارزیابی او از توانایی‌اش برای مقابله با این موقعیت پراسترس و اجرای رفتارهای ضروری به‌ویژه هنگام لیبر و زایمان است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین ترس از زایمان، اضطراب و خودکارآمدی زایمان رابطهٔ عکس وجود دارد. اگر زن بارداری تصوّر کند که نمی‌تواند موقعیت لیبر و زایمان را کنترل کند، ترس و اضطراب ناشی از آن سبب می‌شود تا سزارین (بدون علّت پزشکی) را انتخاب کند. مادرانی که خودکارآمدی پایینی دارند، انجام زایمان طبیعی را دست‌نیافتنی می‌دانند و ترس زیادی را در طیّ بارداری و لیبر تجربه می‌کنند. برعکس مادرانی که خودکارآمدی بالایی دارند، سطح کمتری از ترس و درد را تحمّل می‌کنند و رضایت بیشتری از زایمان را تجربه خواهند کرد. با افزایش میزان ترس و اضطراب خودکارآمدی قابل انتظار کاهش می‌یابد.

بر طبق تئوری بندورا خودکارآمدی فرد می‌تواند تحت تأثیر چهار منبع باشد:

- دستاوردهای عملکردی (Performance Accomplishments) (تجربهٔ زایمان قبلی): اولین و مهم‌ترین منبع تجربهٔ شخصی فرد و دستاوردهای عملکردی او در گذشته است در ارتباط با تجارب فعّالیت‌های فیزیکی ساده یا پیچیدهٔ مختلف. افراد موفّق و توانمند با احتمال بیشتر بر شرایط محیطی مسلّط می‌شوند و تلاش و انگیزهٔ بیشتری دارند.
- تجارب نیابتی یا جانشینی یا الگوبرداری (Vicarious Experiences) (تجارب سایر افراد مانند مادر و دوستان): ضعیف‌تر از تجربهٔ موفّق مستقیم است، امّا مشاهدهٔ عملکرد موفّق دیگران (به شرط شرایط مساعد و مشابه) می‌تواند باعث عملکرد موفّق فرد شود و برعکس.
- ترغیب اجتماعی/ کلامی (Social and Verbal Persuasion) (برای مثال تشویق از سوی افراد مؤثّر مانند مربّیان لیبر و زایمان، پزشکان، همسر و خانواده) به شرط آنکه اغراق‌آمیز نبوده و بر اساس واقعیات باشد، می‌تواند کمک‌کننده باشد.
- حالات روانشناختی، عاطفی و فیزیولوژی فرد (مانند اضطراب، استرس، خستگی، سردرد و حالات خلقی).

اگر شرایط هیجانی، عاطفی و جسمی تأثیرگذار مدیریت و کنترل نشوند، در عملکرد فرد ایجاد مشکل می‌کنند.

همچنین برخی معتقدند که تجربهٔ تسلّط و دارا بودن توانایی و مهارت (Mastery Experiencesy) در زمینه‌ای خاص از منابع قوی خودکارآمدی محسوب می‌شود.

یکی از راهکارهای ارتقای خودکارآمدی مادران در فرایند لیبر و زایمان می‌تواند شرکت آنان در «کلاس‌های آمادگی برای زایمان» باشد که در آن با اجرای بسته‌های آموزشی هدفمند و تخصّصی، ارتقای آگاهی، توانمندی و آموزش مهارت‌های لازم به مادر برای مواجهه، واکنش و برخورد مناسب با فرایند لیبر و زایمان مورد نظر است. نتایج بررسی‌ها در زمینهٔ تأثیر این کلاس‌ها بر خودکارآمدی مادران متفاوت است. باید تأکید کرد که **در این کلاس‌ها علاوه بر آموزش مهارت‌های مقابله با درد زایمان، احساسات و باور فرد نسبت به توانایی خود برای انجام موفّقیت‌آمیز روند لیبر و زایمان نیز باید مورد نظر قرار گیرد**. به عبارتی ضروری است که نگرش و بینش مدّرسان این کلاس‌ها از آموزش صرفاً عادّی به «آموزش مبتنی بر اصول روانشناختی» تغییر یابد؛ آموزشی که با توجّه به پیش‌زمینه‌های روانشناختی یک پدیده به توانمندسازی افراد می‌پردازد.

یکی از راهکارهای ارتقای خودکارآمدی مادران در فرایند لیبر و زایمان می‌تواند شرکت آنان در «کلاس‌های آمادگی برای زایمان» باشد.

ازجمله راهکارهای پیشنهادی برای افزایش خودکارآمدی در مادران می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. تجزیهٔ رفتارهای پیچیده به مراحل کوچک، عملی و قابل انجام (آموزش گام به گام و مرحله‌ای فرایند لیبر و زایمان و تأکید بر تمرکز و مدیریت هر مرحله در مادر و طیّ هر مرحله برای رسیدن تدریجی به مراحل بعد)

۲. استفاده از الگوهای نقش باورپذیر (دعوت از مادران با تجربهٔ زایمان موفّق و تبادل تجربه با آنان)

۳. بهره‌گیری از ترغیب و تشویق (یادآوری و تأکید بر توانمندی و موفّقیت‌های فعلی و قبلی مادر در موقعیت‌های مختلف زندگی)

۴. مدیریت و کاهش استرس (افزایش آگاهی مادر، ارائهٔ اطّلاعات صحیح، پاسخ درست به سؤالات و دغدغه‌های ذهنی وی، اصلاح باورهای نادرست و آموزش مهارت‌هایی چون آرام‌سازی و تکنیک تنفّسی و ...).

به‌طور کلّی در آموزش محتوای طرّاحی‌شده علاوه بر توجّه به «شاخص‌های مهارتی»، «شاخص‌های شناختی» نیز باید مورد نظر باشد. ارتقای خودکارآمدی برای برخورداری از بارداری و زایمان ایمن باید محور اصلی و هدف نهایی برنامه‌های آموزشی کلاس‌های آمادگی برای زایمان باشد که در واقع رویکردی بین‌رشته‌ای و کل‌نگر است. همهٔ اعضای تیم سلامت (روانشناسان، متخصّصان زنان و زایمان و ماماها) از یک‌سو و همسر و سایر منابع حمایت اجتماعی از سوی دیگر با کاهش ترس و اضطراب مادر باردار (به‌طور اصولی و صحیح) در ارتقای خودکارآمدی -که می‌تواند در انگیزه و نگرش مادر نسبت به زایمان طبیعی و کاهش سزارین (با دلیل غیرپزشکی) تأثیرگذار باشد- نقش دارند.

فاطمه رافت

کارشناس ارشد آموزش مامایی، عضو هیئت علمی دانشکدهٔ پرستاری و مامایی رشت و عضو هستهٔ آموزشی کشور و دانشگاه در برنامهٔ سلامت مادران

تولید جنین کامل انسان از سلول‌های بنیادی پوست!

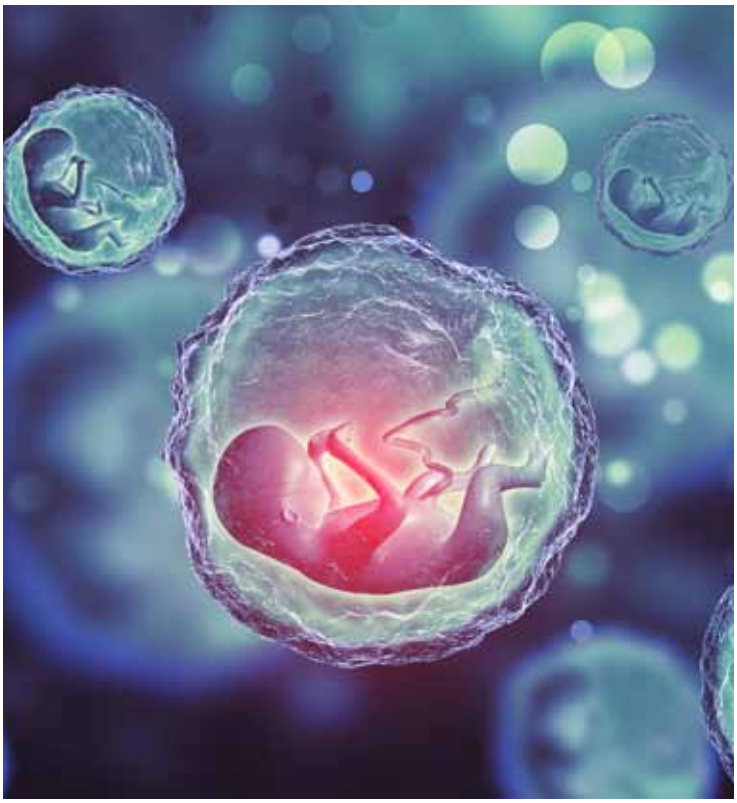
ایرنا: محقّقان روشی برای تبدیل سلول‌های پوست به سه نوع سلول بنیادی اصلی کشف کرده‌اند که زمینه را برای تولید جنین‌های کامل از سلول‌های پوست هموار می‌کند.

به گزارش پایگاه اینترنتی ساینس‌دیلی این تحقیق -که روی سلول‌های پوست موش صورت گرفت- پیامدهای مهمّی برای مدل‌سازی بیماری‌های جنینی و اختلالات جفتی دارد. همچنین این تحقیق زمینه را برای تولید جنین‌های کامل از سلول‌های پوست فراهم می‌کند.

پژوهشگران در این تحقیق موفّق به کشف مجموعه‌ای از ژن‌ها شدند که می‌توانند سلول‌های پوست موش را به سه نوع سلولی تبدیل کنند که جنین اولیه را از قبیل خود جنین، جفت و بافت‌های جنینی مانند بند ناف تولید می‌کنند.

این تحقیق نشان می‌دهد که در آینده می‌توان بدون نیاز به اسپرم و تخمک از سلول‌های پوست انسان جنین انسان تولید کرد. محقّقان برای کشف سازوکارهای مولکولی فعّال‌شده در طول تشکیل این سلول‌های مختلف، ساختار ژنوم و عملکرد داخل سلول‌ها را در زمان ارائهٔ این پنج ژن تجزیه و تحلیل کردند. آن‌ها کشف کردند که در مرحلهٔ اول، سلول‌های پوست هویّت سلولی خود را از دست می‌دهند و پس از آن به‌آرامی هویّت جدیدی از یکی از سه نوع سلول اولیهٔ جنینی را به‌دست می‌آورند.

به‌تازگی تلاش‌هایی برای تکامل جنین کامل موش بدون استفاده از سلول‌های اسپرم و تخمک انجام شده است. در این تلاش‌ها سه نوع سلول اولیهٔ جنینی مستقیم از جنین زنده و در حال رشد گرفته می‌شوند، امّا این تحقیق جدید، اولین تلاشی است که هر سه سلول اصلی به یک‌باره از سلول‌های پوست تولید می‌شوند. علاوه بر این یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که برای ایجاد یک جنین آزمایشگاهی نیازی به قربانی کردن یک جنین زنده نیست. نتایج این پژوهش در مجلّهٔ Cell Stem Cell منتشر شده است.



تنفّس دهانی

دکتر سیدمصطفی سیدجوادین

تنفّس طبیعی از طریق بینی صورت می‌گیرد. تنفّس مداوم از دهان طبیعی نیست و اثر مضر و مخرّبی بر سیستم فک و دندان‌ها دارد. وظیفه و نقش بینی علاوه بر رزونانس صدا در گرم و مرطوب کردن و تصفیهٔ هوای تنفّسی است. در حالت استراحت، هوای تنفّسی مورد نیاز حداقل بین ۲۰ تا ۲۵ لیتر در دقیقه است. تمرکز فکری سنگین یا حتّی مکالمه در حدّ طبیعی به افزایش تبادل هوا و در نتیجه مقداری تنفّس از دهان منجر می‌شود. هنگام حداکثر فعّالیت بدن، میزان هوای مورد نیاز به ۸۰ لیتر یا بیشتر در دقیقه می‌رسد که حدود نصف آن از طریق دهان تأمین می‌شود. برای یک فرد معمولی وقتی که میزان مبادلهٔ هوا به حدود ۴۰ تا ۴۵ لیتر در دقیقه برسد، مقداری از تنفّس از طریق دهان انجام خواهد شد.

علل تنفّس از راه دهان

- شرایط فیزیولوژیک خاص مثل ورزش
- تورّم‌های طولانی‌مدّت مخاط بینی به دلیل عفونت مزمن یا آلرژی (حسّاسیت فصلی)
- لوزه‌های حلقی و آدنوئید بزرگ
- انسداد مکانیکی (مثلاً پولیپ یا انحراف تیغهٔ بینی) در هر جای مسیر تنفّسی از سوراخ‌های بینی گرفته تا حفره‌های خلفی آن
- عادتی پس از رفع تنفّس مزمن از دهان
- تنگی ذاتی و وراثتی قاعدهٔ فک

تأثیر تنفّس دهانی روی صورت، فک‌ها و دندان‌ها

الگوی تنفّس می‌تواند بر رشد فک و موقعیت دندان‌ها تأثیر بگذارد. این تأثیر از طریق موقعیت فک‌ها، زبان و سر و در نتیجه با تغییر تعادل فشارهای وارده به فک‌ها و دندان‌ها انجام می‌شود. تنفّس دهانی ایجاد صورتی به نام «صورت آدنوییدی» می‌کند. تأثیر تنفّس دهانی روی صورت، فک‌ها و دندان‌ها شامل موارد زیر است:

افزایش ارتفاع صورت، باریک بودن عرض صورت، کام گنبدی و تنگی فکّ بالا، جدا بودن لب‌ها از هم در هنگام استراحت، بیرون‌زدگی و شیب زیاد دندان‌های جلو، رویش زیاد دندان‌های عقب، چرخش فکّ پایین به طرف پایین و عقب، باز شدن بایت در قسمت جلو (عدم همپوشانی دندان‌های جلو)

تنفّس دهانی و تنگی فک

این دو علّت و معلول هم هستند، یعنی تنفّس دهانی می‌تواند به تنگ بودن فکّ بالا منجر شود؛ از طرفی تنگ بودن ذاتی فکّ بالا و کوچکی فکّ پایین نیز می‌تواند به تنفّس از دهان منجر شود. در سنین رشد و قبل از بلوغ با درمان ارتودنسی (ارتوپدی فک) و استفاده از پلاک‌های متحرّک پیچدار ارتودنسی می‌توان تنگ بودن فکّ بالا را رفع کرد، ولی اگر میزان تنگ بودن فکّ بالا زیاد باشد و سنّ رشد سپری شده باشد (فرد بالغ باشد)، نیاز به جرّاحی فک نیز خواهد بود. با رفع تنگی فکّ بالا با ارتودنسی، شیب دندان‌های فکّ بالا کاهش یافته، ظاهر صورت بیمار بهبود می‌یابد؛ تنفّس از راه بینی انجام می‌شود و حتّی با افزایش اکسیژن‌گیری از راه بینی، رنگ صورت و رشد بدن بهبود می‌یابد.

درمان

علاوه بر رفع تنگی فکّ بالا با ارتوپدی فک، برطرف کردن عوامل دیگر ایجادکنندهٔ تنفّس دهانی مثل پولیپ یا انحراف تیغهٔ بینی یا لوزه‌های بزرگ و ملتهب لازم است. مشاوره و ویزیت متخصّص گوش و حلق و بینی نیز ضروری است. اگر صلاح بر این است که لوزه‌ها برداشته شوند، این کار انجام می‌شود. اگرچه بیشتر پزشکان متخصّص گوش و حلق و بینی تا حدّ امکان از برداشتن و جراحی لوزه امتناع می‌ورزند و معتقدند که لوزه‌ها جزء سیستم دفاعی بدن هستند و بیشتر آن‌ها در سنین بلوغ در اثر هورمون‌های جنسی خودبه‌خود کوچک می‌شوند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

تنفّس دهانی و تنگ بودن ذاتی فک‌ها می‌توانند روی هم تأثیر متقابل داشته و در رشد بدن و ظاهر صورت، فک‌ها و موقعیت دندان‌ها مؤثّر باشند. تنگ بودن فک‌ها با روش‌های ارتودنسی (ارتوپدی فک) با موفّقیت و در سنین رشد قابل رفع است. مشاوره و درمان لازم در مورد لوزه‌ها، آدنوئیدهای بزرگ و ملتهب، پولیپ و انحراف تیغهٔ بینی به منظور رفع تنفّس از راه دهان توصیه می‌شود.

دکتر سیّدمصطفی سیّدجوادین
بورد تخصّصی ارتودانتیکس
نشانی: رشت، گلسار، نبش کوچهٔ ۸۴، برج کاوه
تلفن: ۰۱۳-۳۳۱۱۴۳۷۱

آیا دندان‌های شیری به عصب‌کشی نیاز دارند؟

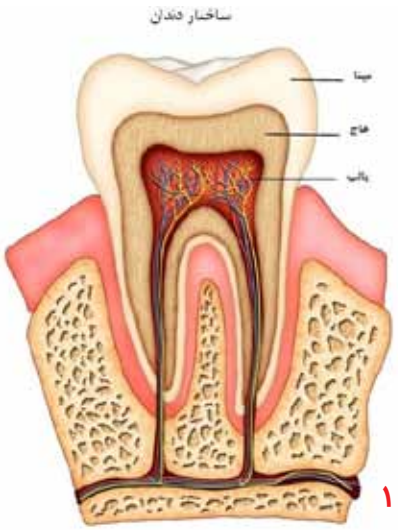
دکتر عاطفه زارع یوسفی

این سؤال برای بسیاری از والدین مطرح است که آیا دندان‌های شیری عصب دارند و آیا همانند دندان‌های دائمی به عصب‌کشی نیاز دارند؟ دلیل این پرسش می‌تواند این باشد که اغلب اوقات تصوّر والدین از دندان شیری، یک تاج بدون ریشه است که در زمان افتادن دندان شیری و رویش دندان دائمی با آن مواجه می‌شوند. بنابراین تفکّر غالب این است که دندان شیری در صورت درد گرفتن باید کشیده شود، چراکه همانند دندان دائمی ریشه و عصب ندارد.

در پاسخ به این پرسش باید گفت که دندان شیری در ابتدای رویش خود و زمانی که به‌تازگی در دهان پدیدار می‌شود، دارای ریشه است و این ریشه به‌تدریج کامل می‌شود و تا چند سال (بسته به نوع دندان) در دهان باقی می‌ماند. سپس با فعّالیت غلاف جوانهٔ دائمی زیرین، ریشهٔ دندان شیری تحلیل می‌رود. هنگامی که دندان شیری در زمان مناسب لق و از دهان خارج می‌شود، ریشهٔ آن به‌طور کامل تحلیل می‌رود و ناپدید خواهد شد. بنابراین در یک دورهٔ زمانی خاص -که چند سال طول می‌کشد و برای هر دندان منحصر به‌فرد است- دندان‌های شیری نیز ریشهٔ کامل دارند و سیستم عصبی آن‌ها کاملاً فعّال است. علّت ایجاد درد در دندان‌های شیری نیز درگیری فضای عصب دندان با عوامل التهابی ناشی از فعّالیت باکتری‌های پوسیدگی‌زاست.

در مطالب شمارهٔ قبلی مجلّه دربارهٔ اهمّیت نگهداری دندان‌های شیری و عدم خروج زودتر از موعد آن‌ها و پیامدهای آن به‌طور کامل صحبت شد. مبحث حاضر دربارهٔ چگونگی درمان ریشه (عصب‌کشی) در دندان‌های شیری قابل نگهداری است. سیستم دندانی شامل دو بخش تاج و ریشه است که محلّ ریشه در داخل استخوان فک و محلّ تاج در محیط دهان است (شکل ۱).

سیستم عصبی دندان نیز به همین صورت شامل یک اتاقک عصب در ناحیهٔ تاج و کانال‌های عصبی داخل ریشه‌هاست که بافت زنده شامل عروق خونی و رشته‌های عصبی آن را تشکیل می‌دهند. هنگامی که پوسیدگی دندان به فضای اتاقک عصب دست‌اندازی و آن را ملتهب کند و به تبع آن ریشهٔ دندان نیز آلوده شود، لازم است که این ناحیهٔ



شکل ۱

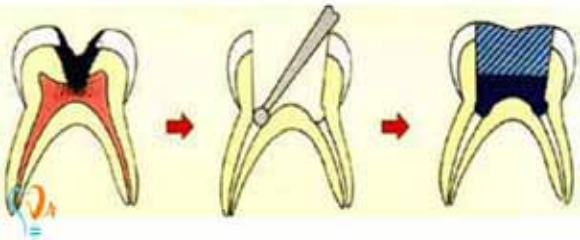
ملتهب حذف شود و سیستم عصبی به طریقهٔ مکانیکی و شیمیایی پاکسازی شود. پس از حذف کامل عوامل التهابی، فضای داخل ریشه‌ها با یک مادّهٔ خنثی و قابل جذب پر می‌شود. بدین ترتیب فضای خالی برای ادامهٔ فعّالیت میکروارگانیسم‌ها باقی نخواهد ماند و التهاب از میان خواهد رفت.

امّا عصب‌کشی دندان‌های شیری خود شامل دو روش یا دو مرحله است. اگر پوسیدگی دندان به‌تازگی اتاقک عصب را درگیر کرده باشد و التهاب به محدودهٔ کانال

ریشه‌ها نرسیده باشد، دندان شیری به پالپوتومی نیاز دارد که به آن درمان پالپ زنده نیز گفته می‌شود. این روش برای دندان‌های آسیای شیری در موارد زیر توصیه می‌شود:

- پوسیدگی وسیع
- شکایت از درد خودبه‌خودی و بی‌دلیل
- پوسیدگی یا باز شدن مکانیکی فضای اتاقک عصب حین برداشت پوسیدگی.

هدف از این درمان حذف عفونت از بافت ناحیهٔ تاج است تا سلامت بافت ریشه‌ای حفظ شود. بدین منظور پس از حذف کامل پوسیدگی‌ها حفرهٔ دسترسی به اتاقک عصب تعبیه می‌شود و بافت فضای اتاقک عصب به‌طور کامل به وسیلهٔ توربین یا وسایل دستی خارج می‌شود. این پاکسازی تا مدخل ورودی کانال ریشه انجام می‌شود و بافت‌های داخل ریشه‌ها دست‌نخورده باقی می‌ماند. پس از آنکه خونریزی از کانال ریشه‌ها قطع شد، بافت ابتدای کانال با موادّ مخصوصی ازجمله فرموکروزول فیکس می‌شود و سپس ترمیم دندان انجام خواهد شد (شکل ۲).



شکل ۲

امّا اگر زمان زیادی از درگیری عصب دندان با عوامل التهابی گذشته باشد، بافت داخل کانال ریشه‌ها نیز دچار عفونت شده و از بین می‌رود که به این حالت «نکروز عصب» گفته می‌شود. این روش برای دندان‌های شیری در موارد زیر توصیه می‌شود:

- پوسیدگی عمیق همراه با لقی
- وجود آبسه و فیستول
- علائم رادیوگرافی از جمله رقیق‌شدگی استخوان در ناحیهٔ بین ریشه‌ها و تحلیل ریشه‌ها.

این روش عصب‌کشی دندان شیری همانند دندان‌های دائمی به‌طور کامل انجام می‌شود؛ بدین صورت که ریشهٔ دندان با فایل‌های دستی تا انتها تمیز و پاکسازی می‌شود؛ بافت مرده و عفونی خارج می‌شود و پس از شست‌وشوی فراوان با محلول‌های مخصوص، ریشهٔ دندان با موادّ مناسب پر خواهد شد (شکل ۳ و ۴).

شکل ۳

شکل ٤

یکی از تفاوت‌هایی که عصب‌کشی دندان شیری با دندان دائمی دارد، در نوع موادّ پرکنندهٔ ریشه است. مادّه‌ای که ریشهٔ دندان شیری با آن پر می‌شود، باید قابل جذب باشد تا هم‌زمان با تحلیل ریشهٔ دندان این مادّه نیز جذب شود و داخل استخوان باقی نماند. در دندان دائمی از آنجا که بحث تحلیل ریشه وجود ندارد، مادّهٔ پرکننده ریشه تا آخر عمر در داخل آن باقی خواهد ماند.

دکتر عاطفه زارع یوسفی
دندانپزشک عمومی
نشانی: قزوین، چهارراه خیام، ابتدای بوعلی غربی، ساختمان ابن سینا، واحد۳ تلفن: ۰۲۸-۳۳۳٦٤٤٦٦

پژوهشگران مشهدی مادّهٔ ضدّ پوسیدگی دندان تولید کردند!

ایرنا: پژوهشگران دانشکدهٔ دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد مادّهٔ «رمینرالیزه کننده» و ضدّ پوسیدگی دندان را طرّاحی و تولید کردند. این مادّه در راستای مأموریت این دانشگاه با هدف ارتقای سطح سلامت افراد جامعه طرّاحی و تولید شده و در مرکز مالکیت معنوی سازمان ثبت اسناد و املاک کشور ثبت شده است. مادّهٔ یاد شده به همّت دکتر حسین باقری و دکتر عبدالرسول رنگرزی، از اعضای هیئت علمی مرکز تحقیقات موادّ دندانی و دندانپزشکی و دکتر فرامرزی و دکتر حجت‌پناه، اعضای این تیم تحقیقاتی تولید شده است.

در این گزارش آمده است: کازئین فسفو پپتید با مهار کلسیم فسفات در ph غیر اسیدی و اتّصال به پلاک دندانی به‌عنوان منبعی فوق اشباع از کلسیم فسفات به کاهش دمینرالیزاسیون دندان‌ها در زمان ایجاد پلاک پوسیدگی‌زا منجر می‌شود.

وجود این مادّهٔ راهبردی در محصولات خوراکی مانند آدامس و محصولات بهداشتی مرتبط با دهان ازجمله خمیردندان‌های ساخت داخل کشور می‌تواند نقش مهمّی در کاهش قیمت محصولات حاوی این مادّه، افزایش قدرت رقابتی خمیردندان‌های ساخت ایران با محصولات مشابه خارجی، بهره‌مندی عموم مردم کشورمان از این کالای مفید و ارتقای عدالت در حوزهٔ سلامت ایفا کند. همچنین این مادّه قابلیت صادرات با ارزش افزودهٔ بالا را نیز دارد.

دندان را با موادّ سفید پر کنیم یا سیاه؟

دکتر علی مرسلی

دندانمان را سفید (کامپوزیت) پر کنیم یا سیاه؟ آمالگام بهتر است یا کامپوزیت؟ کدام دوام بیشتری دارد؟ آیا آمالگام ضرر دارد؟

این سؤالات سؤال‌های خیلی از مراجعان ما در دندان‌پزشکی است.

به‌طورکلّی هیچ‌یک از ترمیم‌های همرنگ دندان (کامپوزیت) یا فلزّی غیرهمرنگ (آمالگام) در صورتی‌که درست جایگذاری شوند، از نظر عمر تفاوتی با هم ندارند. ترمیم‌های همرنگ دندان به دلیل اینکه در موقع پر کردن دندان‌ها به کوچک‌ترین میزان بزاق و آلودگی حسّاس اند، ممکن است که از نظر تکنیکی با دشواری و سختی بیشتری استفاده شوند. همین حسّاسیت بیش از حدّی که حین پر کردن دندان‌ها با این مواد وجود دارد، ممکن است سبب شود که گاهی عمر دندان‌های پرشده با این مواد به دلیل مشکلات پیش‌آمده در طیّ درمان کمتر شود، امّا به‌طورکلّی با کاربرد و استفادهٔ صحیح، عمر هر دو نوع ترمیم با هم تفاوت چندانی ندارد.

آیا آمالگام مضر است؟

درست است که در ترکیب آمالگام جیوه وجود دارد، ولی این جیوه در ترکیب با سایر مواد است و مسمومیت یا مشکلی ایجاد نمی‌کند. هیچ یافته‌ای در مورد مضر بودن ترمیم‌های آمالگام وجود ندارد و هنوز هم آمالگام یک استاندارد جهانی مادّهٔ پر کردنی در بسیاری از کشورها ازجمله امریکاست.

چرا در برخی از کشورهای اروپایی از آمالگام استفاده نمی‌شود؟

گاهی به‌اشتباه گفته می‌شود که در اروپا کاربرد آمالگام ممنوع است. عدم مقبولیت آمالگام در اروپا چند دلیل دارد: اول اینکه به دلایل محیط زیستی دولت‌ها سخت‌گیری بسیار شدیدی در مورد دفع پساب و باقی‌مانده‌های آمالگام دارند، چراکه محیط زیست را آلوده می‌کند.

مسئلهٔ دوم این است که بسیاری از بیمه‌ها ممکن است هزینه‌های درمان‌هایی را که با آمالگام انجام می‌شود، پرداخت نکنند. آمالگام هنوز هم در خیلی از کشورها ازجمله امریکا مقبولیت دارد و انجمن دندانپزشکی امریکا آن را به‌عنوان یک مادّهٔ پرکردنی استاندارد به رسمیت می‌شناسد.

دندان را پر کنم یا روکش کنم؟

این سؤال هم سؤالی است که ما به‌عنوان دندان‌پزشک در بسیاری از مواقع با آن مواجه می‌شویم. برخی بیماران تصوّر می‌کنند که پر کردن و روکش کردن دو مقولهٔ جدا از هم هستند. در حالی‌که همهٔ دندان‌هایی که روکش می‌شوند، درنهایت باید به نحوی پر شوند و روکش‌ها نیاز به هستهٔ پرشده یا دارای ریختگی (کور) دارند.

همهٔ دندان‌هایی که درمان ریشه (عصب‌کشی) می‌شوند، نیاز به روکش ندارند، امّا در بیشتر موارد این نیاز وجود دارد. بعد از یک درمان خوب ریشه یک روکش خوب می‌تواند عمر دندان را به مدّت طولانی تأمین کند، امّا بعضی دندان‌ها چون بافت تاجی خیلی اندک یا ضعیفی دارند، از همان ابتدا باید با استفاده از پست و روکش بازسازی شوند.

آیا بعد از درمان ریشه (عصب‌کشی) روی دندان خالی می‌ماند؟

خیر، بعد از درمان ریشه توسّط متخصّص درمان ریشه (اندودنتیست) روی دندان شما با مادّهٔ پرکردنی موقّت پانسمان می‌شود. در مرحلهٔ بعدی این مادّهٔ پرکردنی موقّت -که اغلب سفیدرنگ است- خارج می‌شود و با یک مادّهٔ پرکردنی دائمی پر یا درنهایت روکش می‌شود.

آیا دوام آمالگام بیشتر از کامپوزیت است؟

در صورتی‌که انتخاب درمان برای یک دندان درست باشد، آمالگام یا کامپوزیت از نظر دوام فرق چندانی با هم ندارند. آمالگام الزاماً عمری بهتر از کامپوزیت ندارد و محکم‌تر هم نیست. هرچند که هر یک از این دو مادّه کاربری و محلّ استفادهٔ خود را دارند.

دکتر علی مرسلی
جرّاح دندانپزشک، متخصّص درمان ریشه
نشانی: کرج، خیابان شهید بهشتی، ساختمان پزشکان نور، طبقهٔ پنجم، واحد ۲۰ تلفن: ۳۴۴۸۶۴۸۴-۰۲۶