



در این شماره می خوانید:

- ۲
- ۴
- ۶
- ۷
- ۸
- ۱۰
- ۱۱
- ۱۲
- ۱۶
- ۱۷
- ۱۸

سخن نخست

بزرگداشت قطب الدین شیرازی

کنگره سالیانه پژوهشی دانشجویان علوم پزشکی کشور

۱۰ نکته راجع به سل

واکسیناسیون آنفلوآنزا در سال ۱۳۹۱

گزارش فعالیتهای مشترک دانشگاه علوم پزشکی شیراز
و دانشگاه ایالتی جکسون آمریکا

نابرابری بین المللی درون جنسیتی در شاخص امید به زندگی مردان و زنان

تازه های پزشکی

تغذیه در دوران مدرسه

فراخوان کنگره بین المللی حکیم قطب الدین شیرازی

فراخوان تشکیل شبکه کارشناسان سلامت



سال سوم - شماره ۲۸

مهر ۱۳۹۱

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:
دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز
تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیأت تحریریه:
دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر
مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

همکاران این شماره:
دکتر پیام پیمانی، دکتر مجتبی محمودی
دکتر مریم دهقان خلیلی، سید مهدی
احمدی، یاسر ساریخانی

رئیس شورای سردبیری:
سید مهدی احمدی

طراحی و صفحه آرایی:
فرحناز ایزدی

مدیر اجرایی:
محمد خوش سیما

گزارشی از ادامه فعالیتهای مشترک دانشگاه علوم پزشکی شیراز و دانشگاه ایالتی جکسون آمریکا در زمینه اصلاح ساختار سلامت ایالت می سی سی پی آمریکا

دکتر حسن جولانی، معاون پژوهشی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

عناوین ذیل در این دوره مورد آموزش و بحث قرار گرفت:

- مبانی مراقبتهای بهداشتی اولیه،
- مدل وساختار سیستم سلامت جمهوری اسلامی ایران،
- سیستم سلامت آمریکا ونقاط قوت و ضعف آن،
- بحثهای مرتبط با مدل طراحی شده توسط کارشناسان ایرانی برای ایالت می سی سی پی
- سلامت روان، بیماریهای غیر واگیر وواگیر، تغذیه ونیز بهداشت باروری

این دوره نه تنها در بهبود نظام سلامت آن ایالت تاثیر گذار خواهد بود، بلکه توانمندیهای نظام سلامت ما را در معرض دید سایر کشورهای دنیا قرار خواهد داد تا کشورهایی که نیاز به اصلاح نظام سلامت دارند بتوانند از این الگوی خوب بهره مند شوند.

از نقاط ممتاز این دوره ها وهمکاری می توان به ارتقاءعلمی وتجربی کارشناسان درگیر این برنامه نیز اشاره نمود. بازتاب رسانه ای این دوره در کانالها وبخشهای مختلف صدا وسیما (شبکه خبر، Press TV، خبر شبکه ۱) ونیز خبرگزاریهایی نظیر مهر فوق العاده چشمگیر بوده است.

در مصاحبه هایی که با شرکت کننده ها ومسئولین تیم انجام شد، جمع بندی بسیار مثبت وآینده ای بسیار روشن برای این طرح پیش بینی شد.

دوره دوم برنامه آموزشی تیم اعزامی از ایالت می سی سی پی آمریکابه مدت ۱۲ روز در جزیره کیش با حضور ۶ نفر از کارشناسان سلامت آمریکایی به نامهای:

1. Yolanda Singletary: Nurse
2. Lynette Webster: Nurse assistant
3. Angela Cousin: Nurse
4. Sara Williams: Social Science
5. Whitney Ziba Sanjari: Health education

وسه نفر مسئولین تیم به نامهای:

1. Dr. Aaron Shirly (Pediatrician, Director of Jackson Medical Mal Foundation)
2. Mr. James Miller (B.S, Director of Center for International research on the Social Determinants of rural Health)
3. Dr.Mohammad Shahbazi (Anthropologist , head of public health department of Jackson State University)

برگزار گردید.



- بر اساس ارزیابی به عمل آمده از شرکت کننده ها از نقاط قوت این دوره می توان به موارد ذیل اشاره کرد :
- طراحی دوره براساس روشهای نوین وفعال آموزشی (۸۰٪)،
 - وجود مباحث کاربردی (۷۵٪)،
 - حضور اساتید مجرب در ارائه دوره (۶۰٪)،
 - فراهم بودن امکانات پشتیبانی و آموزشی مورد نیاز(۵۵٪)،
 - استفاده از ابزار های مختلف از جمله فیلم های مستند برای قابل لمس و درک کردن سیستم سلامت ایران با توجه به مشکل بازدید از سیستم خانه های بهداشت به دلیل عدم امکان برگزاری دوره در شیراز (۷۵٪)،
 - حضور بهروزان توانمند و مجرب در دوره (۱۰۰٪)،
 - هماهنگی و نظم دوره (۸۰٪)،
 - و نهایتا فضای دوستانه آموزشی و علمی بر دوره (۱۰۰٪).
- به هر حال از نقاط ضعف عمده این دوره عدم امکان بازدید از نزدیک خانه های بهداشت، فشرده بودن دوره و عدم امکان کار عملی در فیلد بود. براین اساس پیش بینی می شود که به زودی اجرای عملی طرح در ایالت می سی سی پی با احداث یک خانه بهداشت روستایی و یک پایگاه بهداشت شهری آغاز شود. و به این ترتیب طرح تهیه شده بر اساس الگوی سیستم شبکه ای ایران محک جدی خواهد خورد.

نابرابری بین المللی درون جنسیتی در شاخص امید به زندگی مردان و زنان

ترجمه: یاسر ساریخانی خرمی، پژوهشگر مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

برآورد شاخص امید به زندگی به صورت سنتی بر اساس مرگ و میر کلی صورت می گیرد، اما آنچه مهم است در نظر گرفتن تاثیر تفاوت های جنسیتی در تغییرات این شاخص می باشد. در مطالعه ای که به بررسی داده های مربوط به امید به زندگی جهانی پرداخت، آمار سازمان بهداشت جهانی در زمینه نابرابری های امید به زندگی مردان و زنان مورد تحلیل قرار گرفت. این مطالعه نشان داد که نابرابری امید به زندگی در میان زنان هر کشور بیشتر از مردان بوده است. این مطالعه نشان داد که نابرابری درون جمعیتی امید به زندگی زنان بین ۱/۹ تا ۲/۹ سال متغیر بوده است. از جمله دیگر عوامل موثر بر نابرابری امید به زندگی سطح درآمد است به نحوی که نابرابری امید به زندگی در کشوری با کمترین سطح درآمد برابر ۲۶/۷ سال بوده در حالیکه این نابرابری در کشوری با بالاترین سطح درآمد تنها ۲/۳ سال بوده است. نتایج این مطالعه نشانگر این واقعیت است که اختلاف بین امید به زندگی درون جوامع به ویژه زنان کشورهای کم درآمد می تواند ناشی از عوامل اقتصادی ساختاری و اجتماعی تاثیر گذار بر سلامت باشد.

مدت های مدیدی است که امید به زندگی به عنوان یکی از شاخص های تبیین کننده مرگ و میر در جوامع مطرح است و از این طریق می توان سطوح نابرابری را در بین و درون جوامع بررسی نمود. در نیمه دوم قرن بیستم شاهد افزایش مداوم امید به زندگی در جوامع مختلف بوده ایم. بین سالهای ۱۹۵۰ تا ۲۰۱۰ میانگین امید به زندگی جهانی در زنان از ۴۸ به ۷۰ و در مردان از ۴۵ به ۶۵ رسیده است. این افزایش ها حاصل گسترش دسترسی به آب آشامیدنی سالم، بهسازی محیط، ایمن سازی کودکان، بهبود زیرساخت های سلامت، بهبود تغذیه مادر و کودک و کاهش باروری می باشد. افزایش امید به زندگی تا حد بسیار زیادی منعکس کننده کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال می باشد؛ به نحوی که این شاخص بیشترین تاثیر را از مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال می پذیرد. به همین دلیل است که به علت مرگ و میر بالای کودکان زیر ۵ سال کشورهای جنوب صحرای آفریقا که ناشی از بیماری ایدز بوده است در دهه آخر قرن بیستم شاهد رکود در افزایش روند امید به زندگی جهانی بودیم.

تازه های پزشکی

ترجمه و تنظیم: دکتر بهنام هنرور

عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

تأثیر چاقی مادر بر مرگ نوزاد در آفریقا: بررسی چند متغیره ۲۷ بانک اطلاعاتی ملی

چکیده:

زمینه: میزان بروز چاقی در دنیا و از جمله آفریقای تحت صحرا در حال افزایش است. نوزادان متولد شده از مادران چاق در جوامع کم درآمد در معرض بالاتر عوارضی همچون بستری در واحد مراقبت ویژه نوزادان، ماکروزومی، آپگار پائین و مرگ و میر حول و حوش تولد هستند. در این مطالعه تأثیر چاقی مادر بعنوان یک عامل خطر در مرگ نوزادان در آفریقای تحت صحرا و تأثیر چاقی بر زمان مرگ نوزاد بررسی شد.

روش اجرا: نتایج مطالعات پیمایشی مقطعی ۲۷ کشور آفریقای تحت صحرا از سال ۲۰۰۳-۲۰۰۹ ادغام گردید. با استفاده از رگرسیون لجستیک چند متغیره تأثیر نمایه توده بدنی (BMI) مادران را که طی ۵ سال قبل از شروع این مطالعه تولد زنده داشته اند بر مرگ نوزادی بررسی شد. زمان مرگ با مدل بقاء تفکیک شده زمانی بررسی شد.

یافته ها: از ۸۱۱۲۶ خانم وارد مطالعه شده، ۱۵۵۱۸ نفر اضافه وزن داشتند که از این تعداد ۴۲۶۶ نفر چاق بودند و ۵۲۰۰۶ نفر BMI مطلوب و ۱۳۶۰۲ نفر کمبود وزن داشتند. چاقی مادران (بعد از تطبیق مخدوشگرها) با افزایش مرگ نوزادان همراه بود.

(OR=۱/۴۶, ۹۵%CI=۱/۱۱-۱/۹۱)

چاقی مادران فاکتور خطر مهمی با مرگ نوزادان طی ۲ روز اول زندگیشان بود. (OR=۱/۶۲, ۱/۱۱-۲/۳۷)

ولی ارتباطی بین چاقی مادر با مرگ نوزادی در روزهای دیگر دوره نوزادی دیده نشد. ۲/۲۱-۸۴% و ۱/۳۶ OR: مرگ نوزادی در روزهای ۲-۶ بعد از تولد. ۲/۱۸-۶۵% و ۱/۱۹ OR: مرگ نوزادی در روزهای ۷-۲۷ بعد از تولد که احتمال این مسأله توان پائین آماری این مطالعه است.

کدامیک از افراد پیر با فشار خون سیستولی بالا باید درمان گردند؟

کنترل فشار خون سیستولیک در افراد پر مشکل و غالباً ناکافی است. طی یک مطالعه درمان فشار خون سیستولیک بالا در افراد ۸۰-۹۰ ساله که مشکل دیگری ندارد، سودمند نشان داده شده است.

(<http://generalmedicine>.

jwatch.org/cgi/content/full/2008/417/2)

ولی پیش آگهی در افراد پیر ضعیف و یا دارای بیماریهای همراه دیگر نامشخص است.

محققان آمریکایی براساس سرعت راه رفتن (۸٪ متر در ثانیه) افراد پیر را به ۲ گروه با سرعت پیاده روی کند و تند تقسیم بندی نمودند. در این مطالعه ۷ ساله از مجموع ۲۳۴۰ نفر مورد بررسی با میانگین سنی ۷۴ سال که ۵۰٪ آنها فشار خون سیستولیک داشتند ۵۸۹ نفر مردند که از بین فوت شدگان، بازه هر ۱۰۰۰ شخص-سال در گروه با سرعت پیاده روی آهسته ۷۰ بیمار و در گروه با سرعت تند پیاده روی بازه هر ۱۰۰۰ شخص-سال ۲۴ بیمار فوت نمودند.

پس از تطبیق متغیرهای دموگرافیکی و بالینی در گروه کندرو براساس وضعیت فشار خون سیستولیک مرگ و میر تفاوتی نداشت ولی در گروه با سرعت تند در آنها که فشار خون سیستولیک داشتند مرگ و میر ۳۵٪ بالاتر بود. ارتباطی بین مرگ و میر با فشار خون دیاستولیک در ۲ گروه تحت مطالعه وجود نداشت.

نتیجه: نتایج این تحقیق تأیید کننده شواهد بسیاری از پزشکان است که درمان تهاجمی فشار خون بالای سیستولیک در افراد پیر ضعیف که بیماریهای همراه دیگر نیز دارند لازم نبوده و بلکه مضرات لذا بررسی وضعیت فرد پیر در ابتدای درمان فشار خون سیستولیک در جهت تصمیم گیری مناسب لازم است.

Ref: <http://general-medicine.jwatch.org>

شیفت کاری با عوارض عروقی همراه است

شاغلین شیفت کار نسبت به شاغلین غیر شیفت کاری بیشتر در معرض عوارض عروق کرونری و سکته قلبی هستند. بر طبق یک مطالعه متاآنالیز که در آن ۳۴ مطالعه (۱۱ مطالعه آینده نگر، ۱۳ مطالعه گذشته نگر، ۱۰ مطالعه مورد-شاهدی) مورد بررسی قرار گرفت. بیش از ۲ میلیون نفر از این نظر که آیا شیفت کاری احتمال عوارض عروقی را در آنها افزایش می دهد مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج نشانگر آن بود که شیفت کاری با ۲۴٪ افزایش احتمال عوارض عروق کرونر با ۲۳٪ سکته قلبی و با ۵٪ استروک ایسکمیک همراه بود. هر چند که شیفت کاری با افزایش عوارض عروق کرونر بود و در این میان شیفت کاری شب با بیشترین خطر همراه بود. براساس یک مطالعه در کانادا میزان خطر منتسب به جمعیت مرتبط با شیفت کاری با ۷٪ سکته قلبی، ۷٪ عوارض کرونر و ۲٪ استروک ایسکمیک همراه بود.

نتیجه گیری: شیفت کاری مختل کننده ریتم قلب، خواب و بالانس کار-زندگی است. شیفت کاری با سندرم متابولیک، دیابت، هیپرلیپدمی و فشار خون بالا همراه است.

در این مطالعه بزرگ شیفت کاری با عوارض کرونر مرتبط نشان داده شد و هر چند که این رابطه علیتی نیست ولی توصیه می گردد که افراد شیفت کار فاکتورهای خطر را در خود کنترل کنند.

یک توجیه احتمالی آنست که افراد شیفت کار بخصوص آنها که شیفت کاری آنها مرتب عوض می گردد، کنترل وضع طبی آنها (همچون درمان دیابت با انسولین) مشکلتر است.

Ref:

Vyas MV et al. Shiftwork and Vascular events: systematic Review and meta-analysis. *BMI* 2012 Jul 26, 345:e4800.

نتیجه: چاقی مادر با مرگ نوزادان در روزهای اولیه دوره نوزادی در کشورهای تحت صحرای آفریقایی همراه است. عوامل احتمالی این ارتباط نارس بودن، حوادث حین زایمان یا عفونتهای است. لذا استراتژی‌هایی در جهت پیشگیری و کاهش چاقی مادران لازم است و مادران چاق نیز بایستی زایمان خود را در مراکزی که بتوانند خدمات اورژانسی مراقبتی را برای نوزادان آنها ارائه دهند، انجام دهند.

Ref: Cresswell JA, Campbell OM, Silva MJD. *Lancet*, Early online publication 9 August 2012.

خطر سکته قلبی در روز اول بعد از مرگ عزیزان به اوج خود می رسد

در این مطالعه ۲۰۰۰ بیمار که بعلت سکته قلبی در بیمارستان بستری شده بودند مردود مصاحبه قرار گرفتند. از این تعداد، ۲۷۰ نفر عنوان نمودند که طی ۶ ماهه اخیر شاهد مرگ فردی مهم در زندگیشان بوده اند و ۱۹ نفر شاهد مرگ یکی از عزیزان خود طی ۲۴ ساعت قبل از سکته قلبی شان بوده اند. میزان بروز سکته قلبی در طی ۲۴ ساعت اول مرگ یکی از عزیزان ۲۰ برابر زمانی است که فرد شاهد مرگ فردی مهم در زندگی خود در زمانی دیگر طی ۶ ماهه قبل از سکته قلبی اش باشد.

محققان می گویند:

"استرس هیجانی ناشی از سوگواری، فعالیت سیستم سمپاتیک را بسیار افزایش و گروهی دیگر براین باورند تغییرات همودینامیک همچون افزایش مقاومت عروقی منجر به ایسکمی موقت قلبی و یا ایجاد تغییراتی در پلاک کرونر در افراد مستعد می گردد."

Ref:

<http://circ.ahajournals.org/content/early/2012/01/09>

مکمل های اسید چرب امگا ۳، بی فایده در پیشگیری ثانویه بیماری قلبی

ترجمه: شیوا نجف زاده، دانشجوی عضو مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت/ مریم دهقان خلیلی- پژوهشگر عضو مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت

دو اسیدچرب امگا ۳ با حلقه های اشباع نشده - ایکوزاپنتانویک اسید (EPA) و دوکوزاهگزانویک اسید (DHA) دارای خاصیت های ضد التهاب، ضد آتروژن، ضد ترومبوز هستند که آن ها را برای جلوگیری از بیماری های قلبی و عروقی مناسب می کند. با نشان داده شده است که اسیدچرب های امگا ۳ مزایای مهمی در پیش گیری ثانویه بیماری های Open-label trial در قلبی عروقی دارند اما controlled trial ها نتایج متضادی را منتشر کرده اند. محققان کره جنوبی ۱۰۰۷ trial را از ۱۹۷۶ تا ۲۰۱۱ شناسایی کرده اند که درخصوص تاثیرات اسیدهای چرب امگا ۳ در پیش گیری از بیماری های قلبی عروقی میباشد؛ این محققان جهت انجام یک meta-analysis، ۱۴ مورد از controlled trial ها رابه صورت تصادفی انتخاب کردند که شامل ۲۰۰۰۰ بیمار با بیماری قلبی (CVD) بود. در این مطالعات میانگین سن: حدود ۶۳.۷۹٪ در مردان بوده و دوزهای اسیدچرب امگا ۳ با حلقه های اشباع نشده از ۰.۴ تا ۴.۸ g بصورت روزانه متغیر بودند واز روغن های مختلفی (مانند: زیتون، آفتاب گردان، ذرت و ...) به عنوان دارونما استفاده شده بود. در یک پیگیری هدفمند ۲ساله، گروه ها تغییری در ریسک ابتلا به بیماری های قلبی عروقی، مرگ و میر به هر علت، مرگ قلبی ناگهانی، انفارکتوس قلبی کشنده یا غیرکشنده، آئزین، نارسایی احتقانی قلبی یا حمله قلبی نشان ندادند. عدم وجود مزایا در مطالعه های اخیر باعث استفاده ی بیشتر از دیگر استراتژی های پیش گیری و تلاش برای پیدا کردن دیگر استراتژی های مناسب جهت پیشگیری می شود.

Link to: <http://general-medicine.jwatch.org/cgi/content/full/2011/1229/10>

همه ی انواع OTC ها جهت استفاده بی خطر نیستند

ترجمه: مینا سالاری، دانشجوی عضو مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت/ مریم دهقان خلیلی پژوهشگر مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت

براساس نیویورک medical examiner علت مرگ های ناگهانی اخیر نوجوانان دهنده، استفاده ی بیش از حد از کرم های ورزشی OTC (مانند Bengay و Icy Hot) برای رهایی از درد ماهیچه ها و مفاصل است. این کرم ها شامل ماده ی ضد التهاب متیل سالیسیلات (روغن wintergreen یا batula oil) می باشد. بنا بر گزارش، نوجوانان علاوه بر استفاده ی مکرر از کرم ماهیچه بر روی بدن، از تکه های چسبی که شامل داروی ضد التهاب است استفاده می کنند. ورزش و گرما نیز میتواند باعث جذب متیل سالیسیلات ها به بدن شود. همچنین medical examiner گزارش داده است که بدن نوجوانان شامل مقدار زیادی از متیل سالیسیلات و سمی (که به احتمال زیاد باعث تشنج کشنده میشود) می باشد. تهوع و استفراغ، خستگی، سر گیجه، تشنج و تحریک از نشانه های مسمومیت با سالیسیلات ها می باشد. برخی گزارش ها مسمومیت در پوست را نیز گزارش میکنند. یک Ultra Strength Bengay ointment شامل ۳۰٪ متیل سالیسیلات menthol، ۴٪ camphor، ۱۰٪ میباشد. یک قاشق چایخوری از سالیسیلات موجود در روغن wintergreen معادل ۲۱ قرص آسپیرین است. نوجوانان ووالدین معمولاً اعتقاد دارند که محصولاتی از OTC که بدون تحریم تجویزی فروخته میشوند ۱۰۰٪ سالم هستند. این تحقیقات نشان میدهد که استفاده ی بیش از حد از محصولات OTC به صورت تنها یا در ترکیب با بقیه ی درمان ها ممکن است مناسب نباشد. این آمارها سوالاتی را راجع به سلامت محصولات موضعی و کفایت محصولات بر چسبی در ذهن همگان افزایش داد. در گذشته ضد دردهای موضعی در درجه ی اول توسط افراد مسن استفاده میشد. اما اخیراً بیشتر در locker room و جاهایی که ورزشکاران جوان رقابت می کنند استفاده می شود. در واقع کرم ها و مرهم ها تشکیل شدند از menthol, camphor و انواع مختلف سالیسیلات ها که به صورت روتین در قفسه های داروخانه و در وسایل مربیان دیده می شوند. درمان های موضعی با مسکن های سریع تولید شدند و تعدادی از ورزشکاران گزارش دادند که آنها تاثیرات بیشتری از این ها تا محصولات دیگر دیدند. اما واضح است که ورزشکاران، والدین و پزشکان لازم است راجع به اهمیت استفاده از انواع OTC به صورت موضعی و عواقب بالقوه ی استفاده ی بیش از حد از آن به یاد داشته باشند!!!

فواید مداخله‌ی زود هنگام در بیماری سپسیس (sepsis)

ترجمه: مریم برفه ای - دانشجوی عضو مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت، مریم دهقان خلیلی - پژوهشگر عضو مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت

در تحلیل ۱۲۹۴ بیمار تحت درمان در ۳ بیمارستان متفاوت بعد از اجرای بسته، میزان مرگ و میر به طور قابل توجهی در ۶۰۲ بیمار که بسته را به طور کامل دریافت نکرده بودند نسبت به ۶۹۲ نفری که به طور کامل دریافت کرده بودند بیشتر بود. (۴۲٪ در مقابل ۲۷٪)

در یک تحلیل ترکیبی، نشان داده شد که ماندگاری در بیمارستان ۵.۱ روز کاهش یافت. در گروه تحت درمان (۴۱۰۹ بیمار تحت درمان بعد از اجرای بسته و ۶۹۲ بیماری که بسته را به طور کامل دریافت نکردند). نسبت به گروه کنترل (۹۵۲ بیمار تحت درمان قبل از اجرای بسته و ۶۰۲ بیماری که بسته را به طور کامل دریافت نکردند) کاهش یافت.

نتایج نشان داده است که استفاده از بسته احیای سپسیس با کاهش قابل توجه در طول مدت ماندگاری در بیمارستان و شدت مرگ و میر مرتبط می باشد. در واقع از هر ۷ بیمار تحت درمان جان ۱ نفر نجات داده میشود.



استفاده ی ۶ ساعته از بسته احیای سپسیس (sepsis resuscitation bundle) در ارتباط با کاهش مرگ و میر و هزینه های بیمارستان

محققان بخشی از اطلاعات طرح بهبود مستمر کیفیت ۶ بیمارستان در ایالات متحده ی آمریکا را، که برای بیماران مشکوک به سپسیس، از بسته ۶ ساعته ی احیای سپسیس استفاده کرده اند را چنین بیان کرده اند.

این موارد شامل نکات زیر می باشد:

۱. اندازه گیری لاکتات سرم

۲. به دست آوردن کشت خون قبل از تجویز آنتی بیوتیک

۳. تجویز طیف گسترده ای از آنتی بیوتیک ها به مدت ۳ ساعت در پذیرش بخش اورژانس و به مدت ۱ ساعت در پذیرش بخش مراقبت های ویژه (ICU) ی غیر اورژانسی

۴. در صورت افت فشار خون، لاکتات سرم ≤ 4 میلی مول/لیتر: تجویز حداقل اولیه ی 20 ml/kg از شبه بلور (crystalloid) و یا معادل آن اگر افت فشار خون به مایع احیای اولیه پاسخ نداد. وازوپرسین را برای نگه داشتن فشار متوسط شریانی $< 65 \text{ mm Hg}$ تجویز کنید.

۵. در صورت افت فشار خون مزمن به رغم احیای مایع (شوک سپتیک)، لاکتات سرم $\leq 4 \text{ mmol/l}$ و یا هر دو:

- رسیدن به فشار ورید مرکزی $\leq 65 \text{ mm Hg}$

- رسیدن به اشباع اکسیژن ورید مرکزی $\leq 70\%$

در تحلیل ۹۵۲ بیمار درمان شده قبل از اجرای این بسته و ۴۱۰۹ بیمار بعد از اجرای این ست در ۸ بیمارستان، مرگ و میر درون بیمارستانی به طور قابل توجهی در گروه قبل از اجرا بیشتر بود. (۴۳٪ در مقابل ۲۹٪)

تغذیه در دوران مدرسه

شایع‌ترین کمبودهای ویتامینی در این دوران، کمبود ویتامین A و D و شایع‌ترین کمبودهای املاح، کمبود ید، آهن و کلسیم است. هویج، منبع ارزانی از ویتامین A است و والدین می‌توانند از آن در برنامه غذایی روزانه کودکان استفاده کنند. بهترین نوع آهن قابل جذب در موارد حیوانی نظیر گوشت، مرغ و جگر است.

دریافت مقادیر کافی کلسیم از برنامه غذایی روزانه در سنین مدرسه و بلوغ برای حفظ تراکم طبیعی استخوان‌ها و جلوگیری از پوکی استخوان در بزرگسالی حائز اهمیت است. بستنی و شیر پاستوریزه، منبع خوبی از کلسیم هستند و مصرف آنان در میان وعده کودکان در تامین بخشی از کلسیم مورد نیاز کودکان موثر است. نان و پنیر، میان‌وعده مناسب دیگری برای تامین کلسیم است که همراه سبزی، گوجه‌فرنگی، خیار یا گردو یک میان‌وعده سالم و مغذی برای دانش‌آموزان به شمار می‌رود.

تغذیه دانش‌آموز از هر جا که تهیه شود، نوع و کیفیت آن مهم است. این کیفیت تنها مربوط به مدرسه نیست. تغذیه چه در خانه، چه در مدرسه و چه در راه مدرسه باید مورد توجه قرار گیرد و این مساله تنها از طریق آموزش صحیح خانواده‌ها امکان‌پذیر است. توجه به تغذیه فرزندان از مهم‌ترین وظایف والدین است، زیرا فرهنگ و عادات غذایی در خانه شکل می‌گیرد و در مدرسه تثبیت می‌شود. نمی‌توان کودکان را از خرید مواد خوراکی در راه مدرسه منع کرد ولی می‌توان آنها را متقاعد کرد تا از مصرف مواد مضر برای بدنشان خودداری کنند که این امر می‌تواند با عرضه غذاهای مناسب بر سر سفره در خانواده آغاز شود و در مدرسه ادامه یابد.

سال‌هایی که کودک در مدارس ابتدایی می‌گذراند، از نظر تغذیه دوره مهمی است؛ زیرا رشد کودک در این سنین ادامه دارد اگرچه سرعت رشد آنها کمتر از سال‌های اول زندگی است. ولی باید توجه داشت که هر مرحله از رشد متکی بر روند مرحله قبل بوده و مرحله بعد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اصولاً دانش‌آموزان به ۳ وعده غذایی اصلی و ۲ میان‌وعده در طول روز نیاز دارند و باید از تمامی گروه‌های غذایی شامل شیر، لبنیات، گوشت و حبوبات، سبزیجات، میوه‌جات و گروه نان و غلات مصرف کنند و تعادل و تنوع غذایی در این سنین مورد توجه قرار گیرد. وعده غذایی صبحانه، نقش بسیار موثری در سلامت جسمی و فکری دانش‌آموزان دارد. به دنبال ناشتا بودن در طول شب، اگر دانش‌آموز صبحانه نخورد، به دلیل پایین افتادن قند خون، توانایی و شرایط لازم را برای یادگیری در مدرسه نخواهد داشت. دانش‌آموزانی که صبحانه کافی نمی‌خورند، کم‌دقت، خسته و بی‌حوصله‌اند و نمی‌توانند کمبود انرژی، ویتامین‌ها و املاح معدنی را با خوردن وعده‌های دیگر جبران کنند. مصرف بی‌رویه تنقلات غذایی کم‌ارزش، یکی دیگر از مشکلات دانش‌آموزان است. متأسفانه برخی تنقلات تجارتي مانند انواع پفک به‌طور بی‌رویه از سوی کودکان و دانش‌آموزان مصرف می‌شود. مصرف پفک بخصوص قبل از وعده‌های غذایی به دلیل ایجاد سیری کاذب کودکان را از خوردن غذاهای اصلی که باید مواد مغذی مورد نیاز رشد کودک تامین کند، باز می‌دارد. از سوی دیگر، نمک آن ذائقه کودک را به خوردن غذاهای شور عادت می‌دهد. متخصصان تغذیه همواره به والدین توصیه می‌کنند کودکان را به مصرف تنقلات سنتی مثل نخودچی و کشمش، گردو، بادام، پسته، گندم برشته، برنجک، عدس برشته شده، توت خشک، انجیر خشک و برگه‌ها تشویق کنند و سر سفره به جای نوشابه برای افراد خانواده از دوغ استفاده کنند. میزان انرژی مورد نیاز کودکان مدرسه‌ای به لحاظ تفاوت در اندازه بدن، میزان تحرک و سرعت رشد، متفاوت است و اگر انرژی مورد نیاز کودکان از طریق کربوهیدرات و چربی تامین نشود، پروتئینی که باید صرف رشد و ترمیم بافت‌های بدن شود، برای تامین انرژی به مصرف می‌رسد.





شیراز قطب الدین

بررسی آثار و احوال
حکیم قطب الدین شیرازی

فراخوان ارسال مقالات تا ۱۵ آبانماه

- * دیدگاه های حکیم قطب الدین شیرازی در طب سنتی و سایر علوم
- * سیره علمی حکیم قطب الدین شیرازی
- * تحلیل نقش حکیم قطب الدین شیرازی در توسعه علمی

مکان: دانشگاه علوم پزشکی شیراز

زمان: ۲۹ و ۳۰ آذرماه ۱۳۹۱

دیرخانه همایش: شیراز، خیابان زند، دانشکده پزشکی، ساختمان شماره ۲، طبقه ۸

تلفن و دورنگار: ۰۷۱۱-۲۳۰۹۶۱۵ ص پ: ۱۸۷۷-۷۱۳۴۵ Email: healthrc@sums.ac.ir



فراخوان تشکیل شبکه کارشناسان سلامت

بسمه تعالی

"قل امر ربی بالقسط"

به منظور تلاشی جمعی برای اعتلای نظام سلامت کشور و کمک به حل معضلات و مشکلات این عرصه و پشتیبانی از تشکیلات علمی برنامه ریزی ها و اقدامات اجرایی، از همه عزیزانی که در عرصه سلامت صاحب تجربه و نظر هستند دعوت می کنیم تا با حضور در شبکه کارشناسان سلامت و بیان پیشنهادات و نظرات ارزشمند خود، نقش آفرین باشند.

نام و نام خانوادگی..... سال تولد..... سمت فعلی.....

سوابق قبلی در نظام سلامت.....

عنوان آخرین مدرک تحصیلی..... سال اخذ آخرین مدرک تحصیلی.....

محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی..... زمان شروع به کار در نظام سلامت.....

نشانی پستی.....

پست الکترونیک..... شماره تماس.....

خواهشمند است فرم فوق را تکمیل به آدرس:

شیراز - میدان امام حسین - دانشکده پزشکی - ساختمان شماره ۲ - طبقه ۸ - مرکز تحقیقات

سیاستگذاری سلامت ارسال نمایید.

همچنین در صورت تمایل می توانید به جای پست، فرم را اسکن نموده و به آدرس الکترونیکی:

Health.Policy.Research@Gmail.com ارسال نمایید.



Together we can
save millions
of lives.



فراخوان مقاله

سومین سمینار بین المللی

کاهش سوانح ترافیکی

چالش ها و راهکارهای پیش رو

مهلت ارسال مقاله: ۳۰ آذرماه ۱۳۹۱
شیراز، مجتمع آموزشی فرهنگی ولاست
۹ و ۱۰ اسفندماه ۱۳۹۱

مخبرهای همایش

امنی راهها و مدیریت حمل و نقل
آموزش همگانی، نقش سازمان های مردم نهاد در کاهش بار تصادفات
بار ناشی از تصادفات، تفاوت های معنیه ای، علی و درون گسری، تحلیل و علت یابی این تفاوت ها
تاثیرات اجتماعی تصادفات و نقش های متقابل آن بر سلامت روان
آزاد بانی عنوان موفقت مداخلات در کاهش بار تصادفات و تحلیل علل موفقت یا عدم موفقت
بررسی کیفیت خدمات در برخورد با تصادفات
رویس های تحلیل داده های تصادفات، طراحی بانک داده ها و داده کاوی
نوآوری در کاهش بار تصادفات

3rd International Conference on Reducing Burden of Traffic Accident Challenges & Strategies
www.health-policy.ir
27-28 Feb 2013, Shiraz, Iran Tel: 0711- 2309615

جهت دریافت الکترونیکی نشریه کلید سلامت(اشتراک رایگان الکترونیکی)

می توانید به وب سایت مرکز مراجعه و ثبت نام نمایید.

www.health-policy.ir

نشانی: شیراز/خیابان زند/دانشکده پزشکی شماره ۲/طبقه ۸

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

صندوق پستی: ۷۱۳۴۵-۱۸۷۷

تلفن و فکس: ۰۷۱۱-۲۳۰۹۶۱۵

سخن نخست

بسم الله الرحمن الرحيم

مهتر ، فرصتی دیگر برای یادآوری سلامت نسل آینده

مهترماه با بازگشایی مدارس رونقی دوباره در سراسر کشور عزیزمان نمایان میشود. مباحث مرتبط با مدرسه و دانش آموزان در این ایام معمولاً بیش از گذشته در رسانه ها مورد توجه قرار میگیرند. ما هم در این نگاه سریع گذاری به موضوع مهم سلامت دانش آموزان میزنیم. در ماههای اخیر آمار جدیدی از شاخص های بدن سنجی در کشور مان توسط وزارت بهداشت منتشر گردیده است که تامل در آن بسیار ضروری است. برابر این آمار شاخص لاغری در بازه زمانی سال های تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ تا سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ کاهش حدود سی درصد را در مقاطع مختلف تحصیلی در اغلب نقاط کشور داشته است. به عنوان مثال در استان فارس این شاخص از ۱۱.۷٪ به ۸ درصد کاهش یافته است. همزمان با این تغییر شاخص اضافه وزن متاسفانه کماکان به رشد خود ادامه داده است و در فارس به عنوان نمونه از ۲.۶٪ به ۴.۱٪ رسیده است که حاکی از افزایشی بیش از ۵۷٪ می باشد. نکته حایز اهمیت این است که چاقی دیگر بیماری مناطق صرفاً برخوردار اقتصادی نیست بلکه افزایش عمده شیوع در مناطق با طبقه اجتماعی پایین و متوسط رخ داده است. این زنگ خطر مهمی برای آینده سلامت کشورمان است که باید به دقت ریشه یابی و مورد توجه قرار گیرد. وقتی در یک بازه کوتاه چنین روند سریعی دیده میشود باید مداخلات بسیار جدی تر باشند. ریشه یابی چاقی و اضافه وزن در گروه کودکان و نوجوانان به عواملی چون عادات غذایی و تحرک بدنی بر میگردد. در هر دو زمینه برنامه های مهمی در کشور در طی این چهار سال انجام شده است. اما واقعیت این است که علیرغم این تلاش ها ، روند چاقی کودکان و نوجوانان با شتابی فزاینده تر از گذشته در حال افزایش است. توجه به این واقعیت ما را ملزم میکند ، در سیاست ها و برنامه های فعلی بازنگری کنیم و مداخلات دیگری را پی ریزی نماییم.

بر طبق قانون برنامه توسعه دولت موظف است در برنامه تحول بنیادین در نظام آموزش و پرورش کشور، برنامه ریزی جهت تدوین برنامه های آموزشی ارتقاء سلامت جسمانی و روانی مبتنی بر آموزه های دینی و قرآنی را مورد توجه قرار دهد. متأسفانه نگاه صرفاً آموزشی به معنای متداول آن و گمان بر اینکه بحران چاقی نسل جوان صرفاً با گنجاندن مطالب جدید درسی و یا اختصاص ساعاتی در برنامه درسی به ورزش حل میشود، پاسخگویی مناسب تلقی نمی شود. چاقی برخاسته از رفتارهایی است که نوجوان را چاق میکند و چاق نگاه میدارد. عادات غذایی خاصی در این گروه سنی به چاقی دامن میزند که بسته به محل زندگی و طبقه اجتماعی متفاوت است. روی آوردن به غذاهای شیرین و چرب برای جبران کالری در برخی از نقاط کشور نقش اساسی را در این روند فزاینده ایفا میکنند. به این مقوله باید از منظر تغییر رفتار هم نگریست. در تغییر رفتار عوامل مختلفی مؤثرند از جمله دانش، مشوق ها، فرهنگ جامعه و خانواده، محیط حامی و... برنامه کنترل چاقی نسل جوان باید با نگاهی این چنین و با مشارکت همه بخشها به نحو جدی تری در شورای عالی سلامت کشور و استانها پیگیری شود. در این خصوص باز هم سخن خواهیم گفت. ان شا الله.

دکتر کامران باقری لنکرانی

رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

به مناسبت بزرگداشت حکیم قطب الدین محمود شیرازی

ترجمه از مقدمه کتاب تحفه سعديه

ترجمه:

نجمه سلطان آبادی، مرضیه چروم، مریم بمانی، منیژه زارعی، سمانه زازرانی

آغازگر سخن نام خدای منعمی است که به جان ها حیات و به بدن ها سلامتی از بیماریهای مشکل بخشیده، و بواسطه قوای ایمنی که در بدن قرار داده شفادهنده دردهاست و کفایت کننده ی خردمندان در فهم طب و درمان است. سپس درود بر حضرت محمد خاتم پیامبران، سرور همگان و خاندانش و یاران بزرگوارش.

و اما نیازمند ترین خلق خدا محمود بن مسعود شیرازی که خدا عاقبت به خیرش کند می گوید بارزش ترین گوهرهای قرار داده شده در جوامع الکلم علمی است که هر کس به آن آراسته شود به نهایت مقصود و بالاترین جایگاه می رسد و برای انسان کامل ترین دست آوردها و کمالات است چرا اینگونه نباشد در حالی که آیاتی از محکمت و اخباری مشهور و متواتر در فضیلت علم و علماء وارد شده است همچون سخن خداوند بلند مرتبه آنجا که می فرماید (هل یستوی الذین یعلمون و الذین لا یعلمون : آیا عالمان و نادانان با هم برابرند) و یا آنجا که می فرماید (و الذین اوتوا العلم درجات : و کسانی که علم داده شدند مراتب مختلفی دارند) ومانند قول معصوم : دانشمند پیامبری است که به او وحی نشده است.

سپاس خدایی را که به من توفیق یکی از بهترین علوم یعنی طب را عطا کرد، که موضوع آن بدن انسان است که دارای کاملترین ارکان است و مردم هر زمان بدان نیازمندند.

درستی این سخن روشن تر از این است که به بیان احتیاج باشد چراکه اصول این علم بعضی آشکار و بعضی نهان است که همین باعث برتری حرفه طب می شود؛ ادیان، ملت ها به این گواهی داده اند و انبیاء و اوصیاء آن را بکاربردند از جمله سخن حضرت محمد العلم علما: علم الأبدان و علم الأدیان که علم دوگونه است علم بدن و علم دین.

در این سخن بدن بر دین مقدم داشته شده چراکه دین محقق نمی شود مگر با تندرستی، این گونه بود که گذشتگان گفته اند علم طبیعت و علم شریعت.

و این قتیبه در روایتی چنین می آورد که یکی از پیامبران به درگاه خداوند از ضعف شکایت کرد و خداوند به او وحی کرد که گوشت را با شیر بپز و بخور زیرا که در آن دو قوت است، و مشخص است که خداوند قادر به نیرو بخشیدن به انسان بدون استفاده از گوشت و شیر می باشد لیکن در نهفتن قدرت حکمتی است که نباید بدنبال آشکار کردن آن بود زیرا که از اسرار ربوبیت و مفاتیح غیب الهی است. و از اینرو که موسی (ع) از خوردن امتناع ورزید سرزنش شد و خداوند به او فرمود فقط با توکلت بر من می خواهی حکمتم را باطل کنی. علم طب از جمله علوم سیاسی است که برای بقای انسان در هر زمان و مکانی از علوم مهم به شمار می رود زیرا که هر دولت فاضلی به حاکمی عادل و طبیبی عالم نیازمند است. پس خوشا شیراز و وصف بی مثالش که ویژگی های فوق را در برگرفته است همان شیرازی که باغی از باغهای بهشت است. و این دانشی است که در نظر دانایان و فاضلان نیکوست. آنان اصولی را ذکر می کنند و فصل هایی را شرح می دهند که از تجارب خردمندان استخراج می شود همچون قول برخی پیشینیان که گفته اند دوی هر درد آن است که زمانی بر سر سفره حاضر شوی که احساس گرسنگی کنی. و دیگری می گوید اگر بیماری پیش آمد چاره ی آن پرداختن به درمان است. قطب الدین شیرازی فرزند ضیاء الدین مسعود بن مصلح کازرونی در سن ۱۴ سالگی پدر خود را از دست داد و تا ۱۰ سال در بیمارستان شیراز به عنوان یکی از پزشکان به فعالیت پرداخت. به سرزمین هایی چون خراسان و عراق عجم و عرب و روم مسافرت کرد و در آنجا به مباحثه به حکماء و طبیبان مختلف پرداخت تا آنجا که به حقایقی دست یافت که هیچ کس از آنها آگاه نبود. در سال ۶۸۱ به نزد حاکم مصر منصور قلاون الالفی الصالحی سفر کرد و در آنجا به شرح کلیات ابن نفیس و ابن اسحاق سامری و ابن قف و همچنین به شرح قانون پرداخت، و او بر کتاب یکی از دانشمندان به ام عبداللطیف ابن یوسف بغدادی شرحی نوشت که به گفته خود او واژگان ومعانی سخت آن را آسان کرد. او آثار زیادی را به جای گذاشته است یکی از معروفترین آنها تحفه السعديه می باشد که در آن به شرح کتاب معروف ابن سینا (قانون) پرداخته است. این کتاب شامل مقدمه ایست که بعد از حمد و ستایش خداوند و به تعریف علم پزشکی و بیان اهمیت آن پرداخته.

شرح حال

مولانا ضیاء الدین مسعود بن مصلح کازرونی است که در کتاب شرح کلیات قانون شیخ الرئیس ابو علی سینا درباره خود می نویسد، چون از خانواده طبیب بوده، خود نیز همت به تحصیل طب می گمارد و می تواند آب مروارید چشم را جراحی کند. چهارده سال داشت که پدرش وفات یافت و ده سال در بیمارستان مظفری شیراز مشغول معالجه بیماران بود. در این وقت شوق تحصیل بیشتر پیدا می کند و بدین منظور در خدمت عم خود کمال الدین ابو الخیر مصلح کازرونی قانون را تحصیل می کند و سپس نزد شمس الدین محمد کیشی و بعد در خدمت شرف الدین زکی بوشکانی کتاب قانون را تجزیه و تحلیل می نماید. چون این کتاب مشکل بوده شروع مربوطه را هم مطالعه می کند و سرانجام خویشتن را نیازمند مکتب خواجه نصیرالدین طوسی می یابد و در محضر آن استاد مشکلات کتاب قانون را حل می کند. بعد راه خراسان را در پیش می گیرد و از آنجا به عراق عجم می رود و سر از بغداد در می آورد و از بغداد نیز به روم عزیمت می کند و از تمام حکما و اطباء مشهور درباره مشکلات قانون استفاده می نماید و سرانجام به مصر می رسد و در سال (۶۸۱) سه کتاب درباره شرح قانون می بیند و در این وقت که اشکالی در کتاب ابو علی سینا برایش باقی نمی ماند به شرح آن می پردازد و کتابی با ارزش تألیف می کند. علامه در سال ۷۱۰ هجری در گذشت و در تبریز در جوار قبر محقق بیضاوی مدفون شد. ولادتش در شیراز بود و نزدیک به نود سال زندگی کرد.

مصنفات او عبارتند از: شرح کتاب مختصر اصول ابن حاجب، شرح مفتاح العلوم سکاکی، شرح کتاب حکمه الاشراق، شرح کلیات قانون، تحفه شاهی «در علم هیئت» روضات الجنان. قطب الدین در رصدخانه مراغه شرکت جست. مدتی در سیواس و ملط به شغل قضاوت مشغول بود. از کتب پارسی او دره التاج است. این رساله تهبیبی است از کتاب مفصل او موسوم به نهایه الادراک که در علوم مختلف نوشته شده و به طبع رسیده است.

در کتاب اختیارات مظفری اشکالات مجسطی و دیگر متقدمان را حل کرده است. علاوه بر هیئت زمین، فصل مشبعی در جغرافیا از روی تحقیقات تازه و منتقدانه نگاشته و اشتباهات گذشتگان را برطرف نموده است دیگر از آثار او به فارسی مکاتب است.

مذهب علامه شافعی بوده و لباس صوفیه می پوشید و هنگام تصنیف کتاب روزها روزه می گرفت. قطب الدین شیرازی (زاده ۶۳۴ در گذشته ۷۱۰ ه.ق) یکی از علمای قرن هفتم و اوائل قرن هشتم هجری است که نقش مهمی در گسترش حکمت و فلسفه، علوم طبیعی، پزشکی و هنر خود داشته است. فرزند مولانا ضیاء الدین مسعود بن مصلح کازرونی پزشک معروف و از مشایخ صوفیه در سال ۶۳۴ هجری قمری در شیراز و به روایتی در دوتنگ کازرون پا به عرصه هستی نهاد. قطب الدین علاوه بر شاگردی در نزد پدر از محضر بزرگانی چون کمال الدین ابوالخیر بن مصلح کازرونی، شمس الدین محمد بن احمد الحکیم الکیشی، شرف الدین زکی بوشکانی، خواجه نصیر طوسی، نجم الدین کاتبی، علامه قطب الدین مؤید الدین عرضی و کمال کوفی بهره فراوانی یافت تا آنجا که علاوه بر پزشکی، بر علوم دیگری چون ریاضی، فلسفه، علوم ادبی، دین شناسی، موسیقی، نواختن رباب و سرودن شعر، بازی شطرنج و فنون شعبه بازی به چیرگی شگفت انگیزی دست یافت. او مدتی در شهرهای سیواس و ملطیه به شغل قضاوت اشتغال یافت و در زمانی دیگر از طرف تکودار، ایلخان مغول به سمت سفارت، همراه اتابک پهلوان به مصر نزد ملک قلادون الفی اعزام شد. علامه در اندک زمانی در علوم معقول و منقول سرآمد فضلالی عصر خود بود و در طول مدت حیات خود بیش از بیست اثر به فارسی و عربی از خود باقی گذاشت. آثار: • دره التاج لغرة الدیاج (یکی از مهمترین آثار علامه قطب الدین می باشد که دانشنامه ایست فلسفی به معنای «علم العلوم».

کتاب دره التاج (۶۹۳-۷۰۵) پس از شفای ابن سینا مهمترین کتاب جامعی است که در فلسفه تألیف شده است و به طور کلی دوازده رشته از علوم و از آن جمله موسیقی را در برمی گیرد. • نهایه الأدراک فی درایه الأدراک (به عربی، در زمینه ی نجوم و هیئت، دارای ۴ مقاله: مقدمات، هیئت اجرام، زمین و مقادیر اجرام. همچنین دارای مطالب جدیدی در باره ی مکانیک، زمین شناسی، هوا شناسی و نور و مباحثی در باره ی نظرات کیهانی ابن هیثم و ابوبکر محمد بن احمد خرقی). • تحفه الشاهیه (به عربی، در نجوم و هیئت). • ترجمه فارسی کتاب اصول اقلیدس از خواجه نصیر در هندسه. • اختیارات مظفری (به فارسی، در نجوم و هیئت). • رساله فی حرکه الدرجه فی النسبه بین المستوی و المنحنی (منسوب به علامه، در هیئت و ریاضی).

• شرح کتاب حکمة الأشراف از شهاب‌الدین سهروردی (از این روست که او را فیلسوف اشراقی دانسته‌اند). • تحفة السعدیه (شرحی بر کتاب قانون در طب از ابن سینا) • شرح کتاب مفتاح العلوم از سکاکی (مفاتیح المفتاح). • شرح کتاب مختصر الأصول از ابن حاجب (در فقه) • رساله در تحقیق عالم مثال (در باره ی عالم مثال، معاد جسمانی و کیفیت آخرت). • رساله ی فعلت فلاتلم (در هیئت) • شرح کتاب روضه‌الناظر از خواجه نصیر طوسی • اجوبه‌المسائل (در طرح چند پرسش و ابهام فلسفی) آثار مشکوک منسوب به قطب‌الدین شیرازی : علامه قطب‌الدین رسالات و تألیفات دیگری نیز دارد که در منسوب کردن برخی از این آثار به علامه در نظر مورخان جای شبهه و ابهام است و از آن میان می‌توان به رسالات زیر اشاره نمود: • حاشیه بر کتاب الکشاف عن الحقایق التنزیل از زمخشری • فتح المنان فی تفسیر القرآن • خریدة العجایب • رساله فی بیان الحاجة الی الطب و آداب الاطباء و وصایانهم • شرح کتاب نجات ابن سینا • شرح اشارات ابن سینا • مشکلات التفاسیر یا مشکلات القرآن • مشکل الاعراب • شرح الاسرار از شهاب‌الدین سهروردی. • التبصره فی الهیئه علامه قطب‌الدین شیرازی در علم موسیقی، فیزیک از سرآمدان زمان خود بوده است.

اگرچه قطب‌الدین را نمی‌توان شاگرد صفی‌الدین ارموی نظریه‌پرداز موسیقی قرن هفتم دانست اما او را باید بدون شک اولین شارح کتب صفی‌الدین ارموی قلمداد کرد. قطب‌الدین بخش مفصلی از کتاب دائرة‌المعارف چند جلدی خود به نام درة التاج را به موسیقی اختصاص داده و در آنجا به تشریح نظریات صفی‌الدین ارموی مخصوصاً مطالبی که در رساله الشرفیه بیان شده پرداخته است.

منبع : دانشنامه ویکیپدیا

کنگره سالیانه پژوهشی دانشجویان علوم پزشکی کشور

کنگره سالیانه پژوهشی دانشجویان علوم پزشکی کشور هر سال به میزبانی کمیته تحقیقات دانشجویی یکی از دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سطح بین المللی یا داخلی برگزار می گردد. چندی از اعضای گروه دانشجویی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت در سیزدهمین کنگره پژوهشی سالیانه دانشجویان علوم پزشکی کشور که به میزبانی دانشگاه علوم پزشکی بابل برگزار شد، به عنوان شرکت کننده و ارائه دهنده مقاله و کارگاه حضور پیدا کردند. که در این میان گروه دانشجویی موفق به کسب مقام اول مقاله ابداعات و اختراعات در این کنگره گردیدند. همچنین کارگاهی با عنوان اصول کلی در خصوص ابداعات و اختراعات از سوی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت و با حضور رئیس اداره مالکیت صنعتی ایران در این کنگره برگزار گردید که مورد استقبال شرکت کنندگان کنگره قرار گرفت. این کنگره در تاریخ ۲۱-۱۸ مهر ماه سال ۹۱ در شهرستان بابل برگزار شد. برنامه برنامه های این کنگره شامل پانل ها و نشست های علمی مرتبط با علوم پایه و بالینی پزشکی، خلاقیت و اختراعات، کارگاه های آموزشی در زمینه تحقیق، اختراع، مقاله نویسی بود. اعضای گروه دانشجویی در نشست ها و پانل ها شرکت کرده، از پوستر های ارائه شده در کنگره دیدن کرده و با نحوه ارائه مقالات و روند داوری آشنا شدند و در کارگاه هایی با عناوین: کارگاه ژورنالیسم پزشکی، نحوه نگارش مقالات به نگاه ویژه به گزارش کوتاه، طراحی پوستر علمی با رویکرد علمی و مطالعه، تدوین و ثبت پتنت در علوم پزشکی شرکت کردند. همچنین در این کنگره با سرپرستان، دبیران و اعضای فعال کمیته های تحقیقات دانشجویی دانشگاههای مختلف آشنا شده و از غرفه های آنان دیدن کردند. علاوه بر این اعضای گروه دانشجویی ایده ها و تجربیات مفیدی را برای فعالیت و اداره هر چه بهتر گروه دانشجویی مرکز کسب کردند.

روز ۲۳ مهر ماه

روز ملی مبارزه با سل

بر همه تلاشگران عرصه مبارزه با سل گرامی باد.

دکتر بهنام هنرور- عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

۱۰ نکته راجع به سل:

۱. در سال ۲۰۱۰، ۸/۸ میلیون نفر در دنیا به بیماری سل دچار شدند و این در حالی است که بیماری سل علاج پذیر و قابل پیشگیری است.
۲. در سال ۲۰۱۰، ۱/۴ میلیون نفر بعلت بیماری سل فوت نمودند که ۳۵۰۰۰۰ نفر آنها بیماران HIV مثبت بودند. سل همچنان یکی از کشنده ترین عفونتها در دنیا باقی مانده است و ۹۵٪ مرگهای ناشی از سل در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط اتفاق می افتد. سل جزء ۳ علل اول مرگ خانمهای ۱۵-۴۴ ساله است.
۳. در سال ۲۰۱۰، تا ۷۰۰۰۰ کودک در دنیا جان خود را بعلت سل از دست دادند. تشخیص سل در کودکان غالباً مشکل بوده و فراموش می شود. ۱۰ میلیون از کودکان در نتیجه فوت والدینشان بعلت سل یتیم شده اند.
۴. سل سردسته علل مرگ بیماران HIV مثبت است. ۱ مورد از هر ۴ مورد فوت بیماران HIV مثبت بعلت سل است. هر چند که در نتیجه ارائه خدمات مشترک تشخیصی، پیشگیری و درمانی سل و ایدز طی دوره شش ساله ۲۰۰۵-۲۰۱۰، جان ۹۱۰۰۰۰ نفر نجات داده شده است.
۵. در مقایسه با سال ۱۹۹۰، تعداد مسلولین رو به کاهش گذاشته است و میزان مرگ ناشی از سل بمیزان ۴۰٪ کاهش داشته است. حدود ۸۰٪ موارد سل گزارش شده در سال ۲۰۱۰، مربوط به ۲۲ کشور جهان بوده است.
۶. سل در هر جای جهان روی می دهد. ۴۰٪ از موارد جدید سل در سال ۲۰۱۰ مربوط به آسیای جنوب شرقی بوده است. بیشترین میزان بروز سل مربوط به کشورهای زیر صحرا در آفریقا بوده است. تاکنون هیچ کشوری در دنیا نتوانسته به درجه حذف سل نائل آید.

۷. سل مقاوم به دارو به درمان استاندارد معمولی جواب نمی دهد و درمان آن مشکل و پر هزینه است. MDR-TB در همه کشورهای تحت پوشش سازمان بهداشت جهانی وجود دارد و علت اصلی آن مصرف نامناسب و یا غیر صحیح داروهای ضد سل است.
۸. در سال ۲۰۱۰، ۶۵۰۰۰۰ بیمار MDR-TB در دنیا وجود داشته است و موارد سل فوق مقاوم به دارو (XDR-TB) نیز در حال افزایش است.
۹. از سال ۱۹۹۵ تاکنون ۴۶ میلیون بیمار مسلول با موفقیت درمان شده اند و جان ۷ میلیون نفر در نتیجه اعمال استراتژی داتس (DOTS) نجات داده شده است.
۱۰. دنیا دو هدف مهم را در زمینه مبارزه با سل تا سال ۲۰۱۵ در پیشرو دارد:
 - هدف توسعه هزاره که بر طبق آن تا سال ۲۰۱۵، روند افزایشی بروز سل باید متوقف و برعکس گردد.
 - هدف مشارکتی توقف سل که تا سال ۲۰۱۵ (در مقایسه با سال ۱۹۹۰)، تعداد مرگهای ناشی از سل باید نصف شود.

Ref: www.who.int/features/factfiles/tb_facts/en/index.html



واکسیناسیون آنفلوانزا در سال ۱۳۹۱

دکتر بهنام هنرور-عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

۱۲ پیام کلیدی در زمینه واکسیناسیون آنفلوانزا

- ۱- برای ارتقاء واکسیناسیون آنفلوانزا در کودکان هماهنگی و مشارکت پرسنل بهداشتی، متخصصین اطفال و والدین لازم است و آموزش برای رفع اطلاعات نادرست در این زمینه ضروری است.
- ۲- واکسن آنفلوانزا ایمن و موثر است.
- ۳- هر سال در خصوص واکسیناسیون آنفلوانزا باید اقدام نمود و سابقه واکسیناسیون آنفلوانزا در سالهای قبل، بدلیل تغییر سوش آنفلوانزای غالب در هر سال و یا کاهش میزان ایمنی واکسیناسیونهای قبلی، مانع از واکسیناسیون آنفلوانزای سالیانه نیست.
- ۴- واکسن آنفلوانزای ۲۰۱۲-۲۰۱۳ دارای سوشهای زیر است:
 ۱. A/California/۷/۲۰۰۹ (H۱N۱) pdm ۰۹-like virus.
 ۲. A/Victoria/۳۶۱/۲۰۱۱ (H۳N۲)-Like virus.
 ۳. B/Wisconsin/۱/۲۰۱۰-like virus.
- که سوش نوع دوم و سوم با واکسن سال قبل متفاوت است.
- ۵- از جمله گروههای در معرض خطر که در زمینه واکسن آنفلوانزا لازم است اقدام به واکسیناسیون کنند، عبارتند از:
 - تمامی کودکان
 - پرسنل بهداشتی-درمانی
 - افراد در معرض تماس با کودکان زیر ۵ سال (همچون پدر و مادر و ...)
 - افراد در معرض تماس با گروههای پر خطر (همچون خانه سالمندان، شیر خوارگاها و ...)
 - خانمهای باردار
- ۶- بغیر از بیماریهای نورولوژیک، از جمله بیماریهای زمینه ای دیگر که در بالغین و کودکان بستری شده در بیمارستان بعلت آنفلوانزا در سال ۲۰۱۱-۲۰۱۲ در آمریکا مشاهده شده به موارد زیر میتوان اشاره نمود:
 - آسم و سایر بیماریهای ریوی مزمن، بیماریهای قلبی عروقی، ضعف سیستم ایمنی، چاقی، بیماریهای کلیوی

از فوریه ۲۰۱۲ (بهمن ماه ۱۳۹۰) تا سپتامبر ۲۰۱۲ (شهریور ۱۳۹۱) آنفلوانزا در نواحی مختلف دنیا فعال بوده و از آفریقا، آمریکا، آسیا و اروپا گزارش شده است. در نیمکره شمالی دامنه فعالیت آنفلوانزا در فوریه و مارچ افزایش یافت و در اپریل رو به کاهش گذاشت و از ماه می پایین مانده است. در نیمکره جنوبی فعالیت آنفلوانزا از ماه می رو به افزایش گذاشته ولی در سپتامبر رو به کاهش گذاشته است. در ایران از فوریه ۲۰۱۲ تا اگوست ۲۰۱۲ بیشترین موارد آنفلوانزای گزارش شده اسپورادیک و از انواع H۳N۱ A و B بوده اند، هر چند که در مارچ و ژوئن ۲۰۱۲ مواردی از A H۱pdm۰۹ نیز گزارش شده است. بر طبق بررسیهای انجام شده فقط ۴/۱٪ موارد جدا شده ویروس آنفلوانزا A H۱pdm۰۹ به اولستامیویر (تامی فلو) مقاوم بوده اند که قسمت عمده این گروه کم نیز ربطی به مصرف درمانی یا پروفیلاکتیک بدنبال مصرف این دارو نداشته اند. همچنین تمامی این نوع ویروس به زانامیویر (رلنزا) حساس باقی مانده اند.

بر طبق مطالعه انجام شده توسط مرکز مراقبت بیماریهای آمریکا (CDC) از ۳۴۳ مرگ کودکان گزارش شده به CDC که مرتبط با آنفلوانزای H۱N۱ ۲۰۰۹ بودند، ۳۳۶ مورد بیماری زمینه ای داشتند. از این تعداد ۲۲۷ نفر (۶۸٪) حداقل ۱ عامل زمینه ای داشتند که آنها را در معرض خطر عوارض آنفلوانزا قرار می داد و ۱۵۸ نفر (۷۰٪) از این گروه بیش از یک عامل زمینه ای مزبور داشتند. در بین عوامل زمینه ای، بیماریهای نورولوژیک شایعترین بودند، بطوریکه ۱۴۶ نفر (۶۴٪) از کودکان فوق دارای بیمار نورولوژیک زمینه ای همچون بیماریهای نورو ماسکولار، صرع، بیماریهای عصبی-تکاملی همچون Cerebral palsy و اوتیسم بودند. فقط ۲۳٪ این کودکان سابقه واکسیناسیون آنفلوانزای فصلی و ۳٪ سابقه واکسیناسیون H۱N۱ ۲۰۰۹ داشتند.

۱۱- در هنگام استفاده از واکسن آنفلوانزا باید به حفظ زنجیره سرد، تاریخ مصرف واکسن و نوع واکسن که قابل کاربرد برای سال ۲۰۱۲-۲۰۱۳ باشد توجه نمود.

۱۲- قبل از استفاده از هر نوع واکسن آنفلوانزا پرورشور آن واکسن را باید دقیقاً مطالعه نمود.

Refs. :

1. http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201209_recommendation.pdf

2. http://emergency.cdc.gov/coca/ppt/2012/09_27_12_AAP_Flu_FIN.pdf



۷- برای کودکان زیر ۶ ماه واکسن آنفلوانزا توصیه نمی شود و در خصوص این کودکان پدر، مادر و یا مراقبت کنندگان آنها باید در خصوص واکسیناسیون آنفلوانزای فصلی اقدام نمایند.

۸- در مورد کودکان ۶ ماهه تا ۸ ساله :

- در صورتیکه سابقه واکسیناسیون آنفلوانزای فصلی وجود نداشته یا مشخص نیست و یا سابقه تزریق حداقل ۲ نوبت واکسیناسیون آنفلوانزای فصلی طی ۲ سال قبل وجود ندارد :

- در کودکان ۶ ماهه تا ۳۵ ماهه نصف دوز واکسن در بار اول و نصف دیگر به فاصله ۴ هفته دیگر باید تزریق نمود.

- در کودکان ۳۶ ماهه تا ۸ ساله یک دوز کامل واکسن در بار اول و دوز کامل دیگر به فاصله ۴ هفته دیگر باید تزریق نمود.

- اگر سابقه تزریق حداقل ۲ نوبت واکسیناسیون آنفلوانزای فصلی طی ۲ سال قبل وجود داشته است :

در کودکان ۶ ماهه تا ۳۵ ماهه فقط یکبار، نصف دوز واکسن و در کودکان ۳۶ ماهه تا ۸ ساله فقط یکبار یک دوز کامل واکسن لازم است.

۹- برای تمام افراد بزرگتر از ۸ سال ، خواه سابقه واکسیناسیون آنفلوانزا در سالهای قبل داشته یا نداشته باشند ۱۰ دوز کامل واکسن کافی است.

۱۰- در کودکانیکه حساسیت به تخم مرغ دارند :

اگر حساسیت خفیف و در حد بروز کهیر است ، بشرطیکه بیمار تا ۳۰ دقیقه قابل مراقبت و زیر نظر گرفتن در مرکز تزریق کننده واکسن باشد و امکانات احیاء فراهم باشد ، می توان اقدام به واکسیناسیون آنفلوانزا نمود ولی در صورتیکه حساسیت شدید و در حد بروز آنافیلاکسی و یا تغییرات قلبی عروقی (مثل کاهش فشار خون) ، بروز علائم گوارشی (مثل استفراغ) ، بروز علائم تنفسی (مثل خس خس یا تورم گلو) یا نیاز به ایپی نفرین باشد جهت اقدام به واکسیناسیون آنفلوانزا به مشاوره آلرژی نیاز است.