

سالم زیستن آموختنی است!

مجموعه مقالات پزشکی - اجتماعی

ویرایش جدید

دکتر کامران امین آوه

نشر روشنگری

۲۰۱۶

تقدیم به مادر بزرگم "آمنه جنوبی"
به پاس از خودگذشتگی‌ها و مهر بی پایش

عنوان سالم زیستن آموختنی است!

دکتر کامران امین آوه

طراح جلد چیمین ایلخانی زاده

صفحه آرای مسعود رواندوست

نشر روشنگری

تماس roshangari2016@yahoo.com

چاپ دوم ۱۳۹۵

چاپ اول ۱۳۹۰

حق چاپ و نشر برای نویسنده محفوظ است

فهرست

بیماری قند	۹
اختلال تبادل چربی!	۳۳
پروستات - قلب دوم مرد	۴۷
بیماریهای معده و نقش هلیکوباکتر پیلوری	۶۵
هموروئید (بواسیر)	۷۳
کمر درد	۸۱
سود و زیان سیگار کشیدن	۹۱
الکل	۹۹
بارش باران مرگ	۱۱۱
سخنی کوتاه در رابطه با اهمیت تعلیم و تربیت جنسی کودکان و نوجوان	۱۲۳
بازتاب روانی فیلم، موزیک و بازیهای خشن ویدیویی در اندیشه و رفتار کودکان و نوجوانان	۱۴۹
پیامدهای پزشکی همجنس گرایی	۱۷۳
فاجعه جهانی ایدز	۱۸۱

خواننده گرامی،

کتاب "سالم زیستن آموختنی است!" برای اولین بار در سال ۱۳۹۰ خورشیدی از سوی انتشارات زانکو در ایران برخلاف انتظار نگارنده با کیفیتی بسیار نازل و اشتباهات و صفحه‌بندی بسیار مبتدی به چاپ رسید. اکنون پس از رفع این کمبودها، همچنین تغییرات و افزوده‌هایی چند، به روز شده، در اختیار علاقمندان به مسائل پزشکی و اجتماعی قرار می‌گیرد.

دکتر کامران امین آوه

آلمان، اکتبر ۲۰۱۶

بیماری قند

علل پیدایش، عوارض و درمان آن

به افزایش غیرطبیعی گلوکز خون، بیماری قند گفته می‌شود. میزان طبیعی قند خون صبح‌ها در حالت ناشتا از ۷۰ تا ۱۱۰ میلی گرم در دسی لیتر است. قند خون پس از صرف غذا افزایش یافته، معمولاً ۲ ساعت بعد از آن به میزان طبیعی خود برمی‌گردد.

هورمون انسولین که در لوزالمعده تولید می‌شود مسئول حفظ میزان طبیعی قند خون بوده، اجازه حمل گلوکز را به سلول‌ها جهت تولید انرژی و یا ذخیره شدن در آن‌ها می‌دهد. بعد از صرف صبحانه افزایش قند خون، لوزالمعده را تحریک به تولید و ترشح انسولین و جلوگیری از افزایش بیش از حد قند خون و کاستن تدریجی آن می‌کند. از آنجا که عضلات برای تولید انرژی از گلوکز استفاده می‌کنند، میزان آن بعد از فعالیت‌های فیزیکی کاهش می‌یابد. فشارهای روحی، بیماری‌ها و از جمله سرماخوردگی جزئی و کندی کارمعه که با عدم هضم کامل و ماندگار شدن چند ساعته غذا در معده همراه است موجب افزایش قند خون می‌گردند.

علل و انواع دیابت قندی

دیابت قندی زمانی بوجود می‌آید که لوزالمعده قادر به تولید انسولین نبوده، یا سلول‌های بدن به انسولین جواب نمی‌دهند. ناشی از همین، دیابت به ترتیب به نوع وابسته به انسولین یا نوع ۱ و غیر وابسته به انسولین یا نوع ۲ تقسیم می‌شود.

دانشمندان معتقدند که در دیابت وابسته به انسولین عوامل محیطی احتمالاً عفونت‌های ویروسی و عامل تغذیه در کودکی و نوجوانی موجب تخریب سلول‌های مولد انسولین توسط سیستم معیوب ایمنی می‌شوند. احتمالاً داشتن زمینه مستعد ژنتیکی از شرایط لازم برای رشد این روند است. این نوع دیابت معمولاً در سنین قبل از ۳۰ سالگی مشاهده می‌شود.

در دیابت غیر وابسته به انسولین که سلول‌های بدن به انسولین خودی مقاومت نشان می‌دهند، لوزالمعده برای جبران آن به تولید بیش از اندازه انسولین روی می‌آورد. این روند سرانجام به نارسایی انسولین منجر می‌شود. دیابت غیر وابسته به انسولین شایع‌ترین نوع بیماری قند است که معمولاً بعد از ۳۰ سالگی مشاهده می‌شود. چاقی یکی از عوامل اصلی ریسک آن است. به گفته‌ای ۸۰ تا ۹۰ درصد افراد مبتلا به این نوع دیابت چاق می‌باشند. شیوع دیابت در بین سیاه پوستان، اسپانیایی‌ها و پرتغالی‌ها ۲ تا ۳ بار بیشتر از نژادها و گروه‌های دیگر است. در ایالات متحده آمریکا ۱۶ میلیون نفر مبتلا به دیابت هستند که ۳۰ درصد آنان را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند. شیوع آن در مرد و زن برابر است.

اشکال دیگر دیابت

دیابت نوع سوم در اثر موارد زیر ایجاد می‌شود:

- ✓ نقص ژنتیکی فونکسیون سلول‌های بتا در لوزالمعده
- ✓ نقص ژنتیکی تاثیر انسولین
- ✓ بیماری‌های برون‌ریزی لوزلمعده^۱ مانند التهاب مزمن لوزالمعده (پانکراتیت مزمن^۲)
- ✓ بیماری‌های غدد درون‌ریز^۳ مانند: دُرُشت‌پایانکی (آکرومگالی)^۴، سندرم یان نشانگان کوشینگ^۵، پرکاری غده تیروئید
- ✓ تاثیر سمی داروهایی چون کورتیزون‌ها، هورمون‌های غده تیروئید، تیازید
- ✓ عفونت‌ها مانند سرخچه، و بیماری‌های ناشی از سیتومگالوویروس^۶

دیابت نوع چهارم یا دیابت بارداری. این حالت در دوره حاملگی دیده شده، معمولاً با پایان دوران آبستنی تمام می‌شود. دیابت بارداری، حالت عدم تحمل گلوکز است. در این حالت قند خون بالا است، ولی به حدی بالا نیست که بتوان آن را دیابت در نظر گرفت. به این حالت مرحله قبل از دیابت گفته، قند خون وریدی فرد ناشتا بین ۹۵ تا ۱۰۹ میلی گرم در دسی لیتر

¹ Pancreas exocrine diseases

² Chronic pancreatitis

³ Endocrinopathy

⁴ Acromegaly

⁵ Cushing's syndrome بیماری که در اثر افزایش ترشح غده فوق کلیوی ایجاد می‌شود.

⁶ Cytomegalovirus

و در آزمایش تحمل گلوکز ۲ ساعت پس از خوردن ۷۵ گرم بین ۱۴۰ تا ۱۹۹ میلی گرم در دسی لیتر می باشد.

در حاملگی بعدی تا ۵۰ درصد احتمال بروز آن وجود دارد. عدم تشخیص دیابت حاملگی میتواند عواقب سختی برای مادر و جنین در پی داشته باشد. در افراد زیر احتمال بروز بیماری دیابت بالا است:

- شاخص توده بدنی^۷ بیش از ۲۷ است.
- والدین یا خواهر و برادر دچار بیماری دیابت شده باشند.
- سابقه دیابت در حاملگی قبلی داشته باشد.
- سابقه تولد نوزادی با وزن بالای ۴۵۰۰ گرم داشته باشد.
- سابقه تولد نوزاده مرده در گذشته داشته باشد.
- سابقه سقط مکرر داشته باشد.
- سابقه تولد نوزاد با ناهنجاری مادرزادی داشته باشد.

نشانه های بیماری قند

نشانه های اولیه دیابت ناشی از بالا رفتن میزان قند خون است. هنگامی که قند خون به بیش از ۱۶۰ تا ۱۸۰ میلی گرم در دسی لیتر برسد گلوکز وارد ادرار می شود. افزایش بیشتر گلوکز کلیه ها را مجبور به تولید هر چه

^۷ Body mass index (BMI)

محاسبه ی قد و وزن فرد بوده، از طریق تقسیم وزن فرد به کیلوگرم بر توان دوم (X^2) قدش به متر بدست می آید. ب، ام ای از ۱۸،۵ تا ۲۵ طبیعی بوده، زیر ۱۸،۵ نشانه کمبود وزن و بالای ۲۵ نشانه ی افزایش وزن است.

بیشتر ادرار جهت رقیق کردن و دفع گلوکز کرده، بیمار دچار **پراادراری**^۸ و از دست دادن آب بیشتری از بدن می شود، در نتیجه **پرنوشی**^۹ بوجود می آید. وزن بیمار در اثر دفع بیش از حد کالری با ادرار کاهش می یابد، برای جبران این حالت در بیمار حالت **پرخوری**^{۱۰} رشد می کند. نشانه های دیگر شامل تیرگی دید، خواب آلودگی، تهوع، کاهش نیروی استقامت بدن در هنگام فعالیت های بدنی است. قبل از شروع معالجه در دیابتی های نوع اول، به علت نارسایی شدید انسولین کاهش وزن دیده می شود ولی در دیابتی های نوع

دوم این حالت مشاهده نمی شود. در دیابتی های وابسته به انسولین این نشانه ها به طور ناگهانی شروع شده، ممکن است به سرعت به کتواسیدوز دیابتی^{۱۱} بینجامد. سلول های بدن به علت نبود انسولین قادر به استفاده از قند زیاد خون نبوده، در نتیجه برای تولید انرژی به چربی روی می آورند. در اثر تخریب سلول های چربی، کتون^{۱۲} ماده



سمی و اسیدی کننده خون تولید می شود. **نشانه های اصلی کتواسیدوز دیابتی عبارتند از:**

⁸ Polyuria

⁹ Polydipsia

¹⁰ Polyphagia

¹¹ Diabetic ketoacidosis (DKA)

¹² Keton

پرنوشی، پرادراری، کاهش وزن، تهوع، استفراغ، احساس ضعف و در بعضی از کودکان شکم درد است. در این افراد تنفس عمیق بوده، بوی استون (ماده پاک کننده لاک ناخن) می دهد. گاهی اوقات کتواسیدوز دیابتی می تواند در عرض چند ساعت به اغما^{۱۳} ختم شود.

کتواسیدوز در دیابتی های نوع اول حتی پس از شروع معالجه با انسولین در صورت تاخیر در تزریق انسولین یا فشارهای روحی ناشی از عفونت، تصادف و یا سایر بیماری های سخت بوجود می آید. در بیماران غیر وابسته به انسولین ممکن است تا هنگام رشد نارسایی انسولین هیچ نشانه ای دیده نشود. پرادراری و تشنگی در اوایل خفیف است ولی بتدریج پس از چند هفته یا چند ماه وخیم تر می شود. کتواسیدوز در دیابتی های نوع ۲ کمتر دیده می شود. افزایش قند خون (تا بیش از ۱۰۰۰ میلی گرم در دسی لیتر به علت فشارهای بیش از حد روحی، عفونت) موجب از دست رفتن آب بدن شده، می تواند به اختلالات ذهنی خواب آلودگی، تشنج^{۱۴} و اغمای هیپراسمولار - هیپرگلیسمیک غیر کتون^{۱۵} بینجامد.

عوارض بیماری قند

با گذشت زمان، میزان زیاد قند خون به عروق خونی، اعصاب و سایر ساختارهای داخلی بدن آسیب می رساند. انباشته شدن مواد قندی در عروق کوچک موجب ضخیم شدن و ترک برداشتن آنها می شود.

¹³ Coma

¹⁴ Seizures

¹⁵ Hyperosmolar hyperglycemic nonketotic coma (HHNC)

ضخیم شدن عروق بویژه کاهش خونرسانی به پوست و اعصاب را در پی دارد. عدم کنترل قند خون موجب افزایش چربی خون و تسریع روند رشد تصلب عروق می‌شود. شیوع تصلب عروق (آتروسکلروز) در دیابتی‌ها ۲ تا ۶ بار بیشتر از دیگران است. نارسایی گردش خون در عروق کوچک و بزرگ موجب آسیب دیدن قلب، کلیه‌ها، مغز، چشم، اعصاب و پوست می‌شود. در نتیجه، در دیابتی‌ها حمله مغزی و قلبی، کوری در اثر آسیب دیدن عروق چشم، نارسایی کلیه‌ها، ضعف یک دست یا پا (منونروپاتی) و دست‌ها و پاها (پلی نوروپاتی)، ترک برداشتن و ایجاد زخم بویژه در پوست پا، رشد عفونت، ترمیم بد زخم‌ها مشاهده می‌شود.

تشخیص بیماری قند

- وجود نشانه‌های کلینیکی
- **گلوکز خون وریدی** در حالت ناشتا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر است. در این حالت بیمار در طی ۸ ساعت قبل از آزمایش خون نباید چیزی بخورد.
- **میزان هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c)**^{۱۶} بیش از ۶،۵٪ است. وابسته به روش آزمایشگاهی میزان HbA1c تا ۶٪ طبیعی است. در هنگام کوتاه شدن طول عمر گویچه‌های سرخ (در هنگام همولیز) کاهش کاذب HbA1 و در نارسایی کلیه افزایش کاذب

¹⁶ Glycated hemoglobin

آن مشاهده می‌شود. طبق مطالعات آینده‌نگر دیابت بریتانیا^{۱۷} افزایش ۷ درصدی هموگلوبین گلیکوزیله (۵۳ میلی مول در لیتر) ریسک بروز سکته قلبی را تا ۴۰ درصد و در صورت افزایش ۸ درصدی (۶۴ میلی مول در لیتر) تا ۸۰ درصد بالا می‌برد. کاهش ۱ درصد آن موجب کاهش بروز عوارض دیابت تا ۲۰٪ می‌شود.

- **گلوکز خون در زمان‌های دلخواه** در طی روز بدون در نظر گرفتن وعده‌های غذا بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است.
- **در آزمایش تحمل گلوکز^{۱۸}** میزان گلوکز خون ۲ ساعت بعد از خوردن ۷۵ میلی گرم کربوهیدرات بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر (بیش از ۱۱،۱ میلی مول در لیتر) است. در این حالت بیمار ۳ روز قبل از آزمایش روزانه باید ۱۵۰ میلی گرم کربوهیدرات بخورد. ۱۲ تا ۱۴ ساعت قبل از آزمایش نباید چیزی بخورد. در هنگام یا قبل از انجام این آزمایش اجازه سیگار کشیدن ندارد. در طی آزمایش، بیمار در حالت نشسته یا خوابیده می‌ماند. بعد از آزمایش خون اول، بیمار ۷۵ گرم گلوکز را با ۲۵۰ تا ۳۰۰ میلی لیتر آب در طی ۵ دقیقه خواهد خورد. آزمایش دوم خون ۱۲۰ دقیقه و در زنان حامله ۶۰ دقیقه پس از خوردن گلوکز خواهد بود.

¹⁷ United Kingdom Prospective Diabetes Study

¹⁸ Glucose tolerance test

ارزیابی سنجش گلوکز خون

پارامتر	یافت	ارزیابی
قند خون در حالت ناشتا	کمتر از ۹۵ میلی گرم در دسی لیتر	مبتلا به بیماری قند نیست.
	۹۵ تا ۱۰۹ میلی گرم در دسی لیتر	گلوکز غیرطبیعی است و بایست آزمایش تحمل گلوکز انجام بگیرد.
	بیش از ۱۱۰ میلی گرم است	مبتلا به بیماری قند است.
قند خون در زمان های دلخواه	کمتر از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر است	مبتلا به بیماری قند نیست.
	۱۴۰ تا ۱۹۹ میلی گرم در دسی لیتر	اختلال تحمل گلوکز وجود دارد. لازم است آزمایش تحمل گلوکز انجام بگیرد.
	بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است	مبتلا به بیماری قند است.
قند خون در آزمایش تحمل گلوکز	کمتر از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر است	مبتلا به بیماری قند نیست.
	۱۴۰ تا ۱۹۹ میلی گرم در دسی لیتر است	اختلال تحمل گلوکز وجود دارد.

مبتلا به بیماری قند است.	بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است.	
--------------------------	--------------------------------------	--

درمان

درمان غیر دارویی

تغییر شیوه زندگی می تواند نقش بسیار مهمی در حفظ سلامتی بیماران دیابتی و جلوگیری از رشد این بیماری و عوارض آن داشته باشد. به بیماران دیابتی پیشنهاد می شود موارد زیر را رعایت کنند تا فعالانه در رقص زندگی شرکت داشته باشند:

- خوردن غذاهای سالم ، میوه و سبزیجات
- ورزش منظم روزانه
- رسیدن به وزن مناسب
- کنترل میزان گلوکز خون در خانه
- رعایت بهداشت فردی بویژه بهداشت پا

رژیم غذایی

برای پیشگیری از عوارض عروقی لازم است درمان بیمار در مرحله اختلال تحمل گلوکز شروع شود. در این راستا کاهش وزن بیمار نقش بسیار مهمی داشته، هدف رساندن شاخص توده بدنی به کمتر از ۲۵ است. کاهش وزن نقش اساسی در جلوگیری و یا به تاخیر انداختن زمان بروز نشانه های بیماری قند دارد. نیاز روزانه بدن به انرژی بر حسب کیلو کالری (Kcal) بدین شکل است:

با داشتن کار بدنی سبک: وزن طبیعی بدن ضربدر ۳۲

با داشتن کار بدنی متعادل: وزن طبیعی بدن ضربدر ۴۰

با داشتن کار بدنی سنگین: وزن طبیعی بدن ضربدر ۴۸

وزن طبیعی بدن طبق محاسبه "بروکا"^{۱۹} در کیلوگرم:

✓ قد در سانتی متر منهای ۱۰۰ (در خانم‌ها منهای ۱۰٪)

توجه:

۱ کیلو کالری معادل ۴،۲ کیلوژول است.

۱ گرم کربوهیدرات معادل ۴،۱ کیلو کالری یا ۱۷،۲ کیلو ژول است.

۱ گرم پروتئین معادل ۴،۱ کیلو کالری یا ۱۷،۲ کیلو ژول است.

۱ گرم چربی معادل ۹،۳ کیلو کالری یا ۳۸،۹ کیلو ژول است.

۱ گرم الکل معادل ۷،۱ کیلو کالری یا ۲۹،۳ کیلو ژول است.

داشتن برنامه درست غذایی یکی از موارد بسیار مهمی است که در پیشگیری از رشد این بیماری و عوارض آن نقش جدی دارد. در برنامه غذای، بایستی پروتئین ۱۰ تا ۲۰ درصد (گوشت کم چربی، ماهی، پروتئین گیاهی)، چربی ۳۵ درصد (در چاق‌ها ۳۰ درصد) و کربوهیدرات ۴۵ تا ۶۰ درصد از کل کالری روزانه را تشکیل دهد. در افرادی که دچار نفروپاتی دیابتی (بیماری کلیوی ثانویه به بیماری دیابت)^{۲۰} و وجود پروتئین در ادرار هستند محدودیت در خوردن مواد پروتئینی وجود دارد (۰،۸ گرم پروتئین برای هر

¹⁹ Broca

²⁰ Diabetic nephropathy

کیلو وزن بیمار در روز). افرادی که مشروبات الکلی می نوشند بایستی آن را با کربوهیدرات مصرف کنند. الکل روند گلوکونئوژنزی^{۲۱} را در کبد مهار کرده، موجب کاهش غیرطبیعی قند خون می شود.

پیشنهاد می شود موارد زیر در برنامه غذایی گنجانده شوند:

- ✓ خوردن میوه ها و سبزیجاتی چون کاهو، اسفناج، بولاغ اوتی (شاهی آبی) هرروز،
- ✓ گوشت کم چربی (گوشت سینه مرغ و بوقلمون از جمله گوشت های کم چربی می باشند)،
- ✓ ماهی (گوشت ماهی چربی و کالری کمی دارد، بهتر است با بخار یا به شکل آب پز یا کباب شده مصرف شود)،
- ✓ دانه غلات،
- ✓ تخم مرغ (غذای بسیار کاملی است)،
- ✓ میوه های مغزدار (مانند: گردو، پسته و ...)،
- ✓ استفاده از روغن زیتون برای پختن غذا (خوردن چربی در مقدار کم ضرر ندارد). سالم ترین نوع چربی در روغن زیتون و روغن میوه های مغزدار یافت می شود. روغن ذرت در درجه دوم قرار دارد. چربی موجود در میوه های مغزدار، دانه سالم غلات و آوکادو به کار طبیعی قلب کمک کرده، سلامتی شخص را حفظ می کند)،

²¹ Gluconeogenesis

- ✓ نوشیدن ۶ تا ۸ لیوان آب در روز (بالارفتن قند خون با پرادراری و دفع بیش از حد آب بدن همراه است. نوشیدن آب زیاد برای جایگزینی آب از دست رفته است. قهوه و چای کوفین دار ادرار آور بوده، بهتر است آب معمولی غیر گازدار نوشیده شود)،
- ✓ مصرف رستنی ها (چون: آویشن، جعفری، پیازچه، مرزه، شویت، نعناع و...) و ادویه ها در غذا به جای نمک و چربی،
- ✓ ترک سیگار، بویژه برای بهتر نمودن حس چشایی و بویایی،
- ✓ خوردن فیبر^{۲۲} " گیاهان لیفی، سلولزدار " (خوردن دانه سالم غلات، لوبیای سبز، میوه و سبزی، نخود فرنگی، جو دو سر و جو، کار بدن و عمل هضم را بهتر نموده، از یبوست جلوگیری می کنند)،
- ✓ اجتناب از خوردن غذاهای عمل آورده شده،^{۲۳}
- ✓ خوردن غذا در وعده های کوچک، ۶-۵ بار در روز،
- ✓ خوردن بلغور جو دوسر.^{۲۴}

ورزش و سایر فعالیت های فیزیکی

داشتن شکل فعال زندگی و بویژه ورزش منظم موجب مصرف گلوکز در ماهیچه ها جهت تولید انرژی و کاهش قند خون می شود. ورزش منظم باید حداقل ۳ تا ۴ بار در هفته انجام بگیرد. ورزش های ایروبیک^{۲۵} بهترین نوع

²² Fiber

²³ Processed Food

²⁴ Oatmeal

²⁵ Aerobic

تمرینات بدنی می‌باشند. تمرین‌های ایروبیک موجب بهتر شدن شدن جریان خون، کاهش فشارخون، پایین آوردن کلسترول خون، افزایش استقامت بدن، کاهش فشارهای روحی، خواب بهتر و بهترنمودن عمل دستگاه تنفسی و قلبی - عروقی می‌شوند. جلسات آن می‌تواند از ۲۰ تا ۶۰ دقیقه باشد. به افرادی که قبلاً هیچوقت ورزش نکرده‌اند توصیه می‌شود از ۵ دقیقه شروع کنند.

نمونه‌هایی از تمرین‌های ایروبیک

- شرکت در کلاس‌های ایروبیک یا استفاده از ویدیوکاست‌ها.
 - دوچرخه سواری، رقص، آهسته دویدن، طناب بازی کردن، پارو زدن در هنگام قایقرانی، اسکی، اسکیت بازی، شنا، قدم زدن.
- انجام یوگا نیز ۲ بار در هفته انعطاف پذیری، قدرت استقامت، مشارکت و تعادل انسان را افزایش داده، از فشار روحی می‌کاهد و موجب کاهش قند خون می‌شود. فعالیت‌های دیگری چون، باغبانی، استفاده ازپله‌ها به جای آسانسور نیز نقش مهمی در کاهش قند خون دارند.
- به افرادی که اختلال بینایی دارند توصیه می‌شود از تمرین‌هایی که با پریدن و سرو صدا همراهند و همچنین حمل و بلند کردن وسایل و بارهای سنگین پرهیزکنند. افرادی که حس لامسه پاهای آنان دچار اشکال شده باید مراقب باشند به پاهایشان آسیب نرسد. برای آن‌ها شنا کردن بهتر از آهسته دویدن است.

به افراد دیابتی که دارای یکی از موارد ذیل می‌باشند پیشنهاد می‌شود قبل از شروع هرگونه ورزشی با پزشک خود مشورت کنند :

- افراد بالای ۳۵ سال،
- آن‌هایی که بیش از ۱۰ سال مبتلا به دیابت نوع دوم و یا بیش از ۱۵ سال به دیابت نوع اول هستند،
- آن‌هایی که به علت دیابت دچار اختلالات بینایی و کلیوی شده‌اند،
- آن‌هایی که فشار خون بالا دارند،
- سیگاری‌ها.

درمان دارویی

هدف از درمان، جلوگیری از کاهش کیفیت زندگی، طبیعی نگه داشتن میزان قند خون [در دیابت نوع اول کاهش HbA1c به زیر ۷،۵ درصد و در دیابت نوع دوم به ۶،۵ تا ۷،۵ درصد است]، از بین بردن نشانه‌ها، کند کردن پیشرفت و پیشگیری از عوارض بیماری دیابت است. در دیابت نوع اول انسولین تجویز می‌شود. در دیابت نوع دوم (غیروابسته به انسولین) قرص‌های ضد دیابت خوراکی تجویز می‌شود که :

- تحریک کننده لوزالمعده برای تولید انسولین هستند:

پرادین،^{۲۶} گلیپیزید،^{۲۷} گلیبورید،^{۲۸} سیتاگلیپتین^{۲۹}

- به جذب گلوکز و مصرف آن در سلول کمک می‌کنند:

میتفورمین،^{۳۰} پیوگلیتازون،^{۳۱} روزیگلیتازون^{۳۲}

²⁶ Pradin

²⁷ Glipizide

²⁸ Glyburide

²⁹ Sitagliptin

³⁰ Metformin

³¹ Pioglitazone

• یا قرص هایی که جذب کربوهیدرات ها را در روده سد می کنند:

آکاربوز،^{۳۳} میگلیت^{۳۴}

داروهای دو گروه اول موجب کاهش گلوکز خون می شوند ولی داروهای گروه سوم به تنهایی قادر به چنین کاری نمی باشند. در آن دسته از بیماران غیر وابسته به انسولین که قرص ضد دیابت خوراکی به آن ها کمک نمی کند (۴۰ درصد آنان) انسولین تجویز می شود.

کنترل گلوکز خون

کنترل میزان قند خون در وقت های معینی از روز می تواند در حفظ سلامتی سودمند واقع شود. برای نمونه کنترل قند خون ۱ یا ۲ ساعت بعد از صرف غذا این امکان را به بیمار می دهد تا به مقدار افزایش قند خون بعد از خوردن نوع مشخصی از غذا پی ببرد. کنترل قند خون در ساعت ۲ یا ۳ بعد از نیمه شب می تواند نشان دهنده بالا یا پایین بودن گلوکز خون در شب باشد. کنترل قند خون در منزل امکان آگاهی هرچه بیشتر از میزان قند خون و آمادگی در انجام عکس العمل های لازم برای حفظ سطح طبیعی آن می دهد. **پیشنهاد می شود :**

³² Rosiglitazone

³³ Acarbose

³⁴ Miglit

- در بیمارانی که با انسولین معمولی^{۳۵} درمان می‌شوند، تقریباً ۱۰ بار در هفته و در زمان‌های مختلف یا ۳ بار در هفته پایش روزانه قند خون انجام شود. معمولاً این پایش بدین شکل می‌باشد:
 - ✓ ناشتا قبل از صرف صبحانه
 - ✓ قبل از صرف یک وعده اصلی غذا
 - ✓ ۲ ساعت پس از صرف یک وعده اصلی غذا
 - ✓ قبل از خواب
- در بیمارانی که تحت انسولین درمانی شدید^{۳۶} هستند، قند خون ۳ بار در روز، قبل از غذا و قبل از خواب کنترل شود.
- در آنهایی که از طریق پمپ انسولین^{۳۷} با قابلیت برنامه‌ریزی درمان می‌شوند قند خون قبل از اضافه کردن یک مقدار انسولین که تحت عنوان تصحیح انسولین محاسبه می‌شود و قبل از خواب کنترل شود.
- در بیمارانی که فقط از طریق رژیم غذایی درمان می‌شوند قند خون ۲ بار در ماه، در طی روز کنترل شود.
- در بیمارانی غیروابسته به انسولین که قرص‌های ضد دیابت خوراکی مصرف می‌کنند، قند خون ۲ تا ۳ بار در هفته، ناشتا و پس از صرف غذا کنترل شود.

³⁵ Conventional insulinotherapy

³⁶ Intensive insulin therapy

³⁷ Insulin pumps

- در بیمارانی دیابتی نوع ۲ که از طریق ترکیب درمانی قرص‌های ضد دیابت خوراکی و انسولین درمان می‌شوند، تقریباً ۱۰ بار در هفته در زمان‌های مختلف یا ۳ بار در هفته پایش روزانه قند خون انجام شود.

جدول دامنه قند خون برای بیماران دیابتی در منزل زمان گلوکز (میلی گرم در دسی لیتر)

صبح، قبل از صرف صبحانه	۸۰ تا ۱۲۰
قبل از غذا	۸۰ تا ۱۲۰
۱ تا ۲ ساعت بعد از غذا کمتر از	۱۸۰
موقع خواب	۱۰۰ تا ۱۴۰
در ساعت ۳ بعد از نیمه شب	بالای ۸۰

یادآوری

پیشنهاد می‌شود در صورت تغییر برنامه غذایی و ورزشی، مصرف داروی جدید برای کنترل قند خون، در صورت بیماری، حاملگی، قبل از رانندگی، قبل از فعالیت‌هایی که با تمرکز حواس زیادی همراه هستند، قبل و بعد از تمرینات بدنی (در حین تمرین؛ اگر این تمرینات در حدود یک ساعت و یا بیش از آن طول بکشد) و در صورت شک کردن به بالا یا پایین بودن قند خون، میزان گلوکز خون به طور فوق العاده کنترل شود.

بهداشت پا

دیابت می تواند موجب آسیب دیدن اعصاب محیطی (نوروپاتی محیطی) در پا، تغییر شکل استخوان ها و مفاصل، کاهش خونسازی و عفونت شود. پیشنهاد می شود:

- از راه رفتن با پای برهنه حتما در منزل خودداری شود.
- کفش های پاشنه کوتاه چرمی و راحت پوشیده شود.
- هر روز باید پاها را با آب ولرم کفی شده با صابون شسته، پاها و بخصوص میان انگشتان را بخوبی خشک نمود. از سائیدن محکم آنان خودداری شود تا منجر به ترک برداشتن زخم پوست و رشد عفونت نشود.
- بعد از دوش و حمام گرفتن، یا شستشو و خشک کردن پاها، پوست پاها با روغن گیاهی (چون روغن زیتون، روغن بادام) چرب شود.
- در صورت نرم و حساس شدن بیش از حد پوست پاها، یک بار در هفته الکل به آنها مالیده شود.
- از انجام هرگونه عمل جراحی ابتکاری در منزل چون کندن پوست پا خودداری شود چون این عمل می تواند به ایجاد زخم و رشد عفونت بینجامد.

کاهش قند خون^{۳۸}

بعضی وقت ها در اثر تزریق انسولین زیاد، مصرف دوز بالای داروهایی ضد دیابت خوراکی، حذف یک وعده غذایی، کم خوری، نخوردن مواد حاوی کربوهیدرات به اندازه کافی، ورزش سخت و بیش از حد، بیماری و نوشیدن مشروبات الکلی با معده خالی، میزان گلوکز خون پایین آمده و در صورت برطرف نکردن آن می تواند به تشنج، اغما و حتا مرگ بینجامد. در صورتی که میزان قند خون به کمتر از ۷۰-۶۰ میلی گرم در دسی لیتر برسد معمولاً نشانه های زیر مشاهده می شود :

- ✓ اضطراب
- ✓ تعریق
- ✓ سر درد
- ✓ احساس گرسنگی
- ✓ افزایش طپش قلب
- ✓ ضعف
- ✓ لرز

در صورت مشاهده شدن این علائم باید بلافاصله مواد قندی خورده شود. برای خارج شدن از این حالت باید غذا یا مایع نوشیدنی که حاوی ۱۵ گرم ماده قندی باشد میل شود. برای نمونه یکی از این موارد انتخاب شود :

- ۴ اونس^{۳۹} عصاره میوه یا نوشابه معمولی غیر الکلی (حاوی شکر)
- ۴ قاشق چای خوری شکر
- یک قاشق غذاخوری عسل یا شربت

^{۳۹} یک اونس (Ounce) برابر با ۲۸/۳۴۹۵۲۳۱۲۵ گرم می شود

• ۸ اونس شیر بدون چربی

• ۲ قاشق غذاخوری کشمش

بعد از ۱۵ دقیقه مقدار گلوکز خون کنترل شود، در صورت پایین بودن قند خون مجدداً ۱۵ گرم ماده قندی میل شود، مجدداً بعد از ۲۰-۱۵ دقیقه قند خون کنترل شود. این عمل باید تا زمانی که میزان قند خون به ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر می‌رسد تکرار شود. در صورتی که بیش از یک ساعت به وعده غذای بعدی مانده باشد، بهتر است سطح مطلوب گلوکز خون با خوردن پنیر با بیسکویت و یا ساندویچ کوچکی که حاوی پروتئین و مواد قندی است، حفظ شود.

بیماری قند و عمل جنسی

دیابت و عوارض آن می‌توانند به زندگی جنسی افراد مبتلا به دیابت آسیب برسانند. اختلال در عمل جنسی می‌تواند علل جسمانی یا روحی داشته باشد. بالا بودن قند خون موجب احساس خستگی زیاد و ناتوانی در عمل جنسی می‌شود. کنترل میزان قند خون به رفع آن کمک می‌کند. افرادی که قند خون آن‌ها بالا است بیشتر مستعد به بیماری‌های عفونی دستگاه ادراری می‌باشند. عمل جنسی برای این افراد می‌تواند توأم با درد و آزاردهنده باشد. در زنان دیابتی آسیب اعصاب اعضاء تناسلی می‌تواند منجر به بی‌احساسی و عدم رسیدن به ارگازم شود. تغییر وضعیت در هنگام معاشقه و تحریک مستقیم اعضا تناسلی زن می‌تواند نقش کمکی برای رفع این حالت داشته باشد.

درضمن زنان دیابتی به نسبت سایر زنان بیشتر مستعد به رشد عفونت‌های قارچی مهبل می‌باشند. قند بالای خون به رشد قارچ‌ها کمک می‌کند. نشانه‌های آن عبارتند از: ترشحات غلیظ سفید رنگ، خارش مهبل، سوزش، قرمزی و تورم. این حالت موجب آزرده‌گی، ناراحتی و درد در هنگام عمل جنسی می‌شود. کنترل قند خون و استفاده از کرم‌های ضد قارچ می‌تواند به رفع این حالت یاری رساند. آسیب دیدن عصب‌رسانی سلول‌های مهبل نیز منجر به خشکی مهبل، احساس درد در هنگام عمل جنسی و یا بعد از آن می‌شود. استفاده از مواد چرب کننده^{۴۰} می‌تواند نقش کمک کننده ای برای رفع آن داشته باشد. کنترل قند خون می‌تواند روند آسیب دیدن اعصاب را به تاخیر انداخته و یا کند نماید.

در رابطه با مردان دیابتی میتوان گفت که نزدیک به نصف آنان از ناتوانی جنسی رنج می‌برند که علل شایع آن عبارتند از:

- آسیب دیدن اعصاب آلت جنسی
- آسیب دیدن عروق خونی آلت جنسی
- عدم کنترل گلوکز خون

ناتوانی جنسی در این افراد بتدریج شروع شده، به مرور بدتر می‌شود. افراد دیابتی باید گلوکز خون را به خوبی کنترل کرده و با پزشک معالیشان مشورت کنند.

معمولاً یکی از موارد زیر از عوامل پسیکولوژیک یا روانی ناتوانی جنسی در افراد دیابتی و غیر دیابتی است:

⁴⁰ Lubricants

- ناتوانی در گفتگو با همسر در رابطه با آمیزش جنسی
- جر و بحث در بین دو جنس در رابطه با مسائلی چون پول، کار و کودکان
- تحت فشارهای روحی، نگرانی، اضطراب و تشویش بودن
- ترس از ناتوانی جنسی
- ترس از حاملگی
- افسرده، ناراحت و عصبانی بودن
- نداشتن آموزش کافی در مورد سکس
- تربیت محدود و دست و پاگیر
- سابقه تحت سوء استفاده‌های جنسی قرار گرفتن!

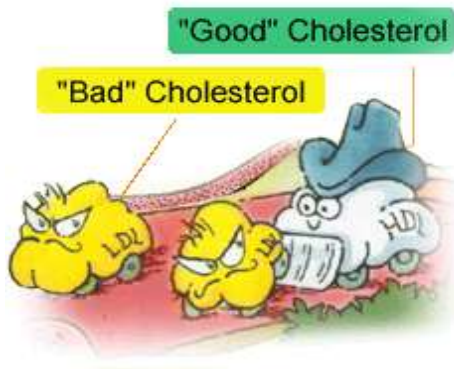
منابع:

1. The Merck Manual of Medical Information. . New York 1997
2. 101Tips for aging well with Diabetes. By David B KellyMD/American Diabetes Association/2001
3. Current Medical Diagnosis and Treatment .Ed. by Lawrence M Tierney.2000
4. Professional guide to Disease.7th.ed.2001
5. Diabetes A to Z. American Diabetes Association 2000
6. Jutta Kossat und eter Berndt, Stoffwechsel und Hormonerkrankungen, Praxisleitfaden Allgemeinmedizin, Seite 950-967. 7 Auflage 2014
7. Gerd Herold und Mitarbeiter. Diabetes Mellitus, Innere Medizin. Seite 718-745, 2016

اختلال تبادل چربی!

چگونه با تغذیه و ورزش کلسترول خون را کنترل کنیم؟

سالم زیستن آموختنی است!



یکی از معضلات شایع، بویژه در سنین بالا اختلال تبادل چربی بدن و افزایش کلسترول و تری گلیسیرید خون است. در کشورهای صنعتی غربی در ۵۰ درصد مردم پس از ۴۰ سالگی کلسترول خون بالای ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر (۵،۲ میلی مول در لیتر) است. اختلال تبادل چربی می تواند نتیجه عوامل زیر باشد:

- در ۳ درصد مردم فاکتور ژنتیکی علت اصلی می باشد. بعضی از مردم فاقد گیرنده های سلولی برای دفع ال دی ال از خون

هستند. به چنین حالتی افزایش مادرزادی کلسترول خون می‌گویند. در افرادی که این حالت نتیجه انتقال دو ژن بوده باشد در اوان نوجوانی و جوانی سکتة قلبی و مرگ مشاهده می‌شود.

- تقریباً در ۲۰ مردم اختلال تبادل چربی میتواند نتیجه یک سری بیماری‌ها (مانند: چاقی، بیماری قند، بیماری کوشینک، سندرم متابولیک) یا تاثیر داروها (مانند: تیازید، استروژن و کورتیکوئیدها) باشد.
- در برخی افراد اختلال تبادل چربی یک نوع واکنش فیزیولوژیک در پی مصرف مواد پرکالری و پرچربی، همچنین مصرف الکل می‌باشد. کلسترول موجود در غذاهای حیوانی مانند گوشت قرمز، تخم مرغ، گوشت مرغ و خروس، فرآوردهای شیری (لبنیات) و چربی‌های اشباع شده موجب افزایش سطح کلسترول خون می‌شوند. ورزش نکردن و نداشتن فعالیت‌های مناسب بدنی موجب کاهش کلسترول خوب می‌شود.
- سیگار کشیدن هم موجب آسیب دیدن دیواره عروق و ایجاد زمینه مناسب برای رسوب و انباشته شدن چربی در آن‌ها می‌شود. سیگار کشیدن سطح کلسترول خوب را تا ۱۵ درصد پایین می‌آورد.

نشانه‌های افزایش کلسترول خون

در اکثر افرادی که کلسترول بالا دارند تا زمانی که تصلب شرائین موجب تنگی عروق و نارسایی خون رسانی نشود، نشانه‌ای مشاهده نمی‌شود. بنابر گزارش انجمن قلب آمریکا هر سال ۱ میلیون آمریکایی در اثر بیماری‌های قلبی جان خود را از دست می‌دهند. این میزان بیشتر از مرگ‌های ناشی از تمام سرطان‌ها است. بیشتر این مرگ‌ها نتیجه انباشته شدن چربی (پلاک) در دیواره سرخرگ‌های کرونری قلب و مسدود شدن جریان خون به قلب است. کلسترول نقش اصلی را در این روند بازی می‌کند. در ایالات متحده سطح کلسترول بیش از ۶۵ میلیون نفر بالاتر از حالت طبیعی بوده، نزدیک به ۳۷ میلیون یعنی از هر ۵ نفر یک نفر جهت کاهش کلسترول خون تحت معالجه است.

چنانکه قبلاً نیز گفته شد افزایش کلسترول خون به اختلالاتی چون تصلب شرائین (تنگی سرخرگ‌ها که موجب کاهش جریان خون به ارگان‌های اصلی چون قلب و مغز می‌شود)، سکته قلبی و مغزی می‌انجامد. در این افراد معمولاً درد در قفسه سینه و حملات گذرای مغزی به علت کاهش خون‌رسانی مشاهده می‌شود. افزایش چربی خون همچنین یکی از عوامل ریسک برای بیماری‌های کبد (کبد چرب، هیپاتیت کبد چرب) و از این قبیل می‌شود. در التهاب حاد لوزالمعده تری‌گلیسیرید خون به بالای ۵۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر می‌رسد.

افزایش چربی خون با رسوب آن در ارگان‌های چون پوست، چشم، عروق و تاندون و غیره همراه بوده، موجب بروز چربی پلک

(گزانتلاسما)^{۴۱}، قوس قرنيه‌ای^{۴۲}، آتروما^{۴۳} و گزانتوم^{۴۴} بویژه آشیل پا می‌شود.



قوس قرنيه‌ای



چربی پلک

هیپرلیپیدیمی یا افزایش چربی خون به گونه‌های زیر تقسیم می‌شود:

- هیپرکلسترولمی (افزایش کلسترول خون)
- هیپرتری‌گلسیریدیمی (افزایش تری‌گلسیرید خون)
- هیپرلیپیدیمی ترکیبی (افزایش همزمان کلسترول تری‌گلسیرید خون)

برای آگاهی یافتن بیشتر از اختلال تبادل چربی نگاهی به مشخصات کلسترول، ساختمان و نقش فیزیولوژیک و پاتولوژیک آن خواهیم داشت.

کلسترول ماده‌ای است نرم و چربی‌دار، که بطور طبیعی در بدن انسان (۸۰ درصد در کبد) تولید شده، یکی از مواد بسیار مهم برای حیات

⁴¹ Xanthelasma

⁴² Arcus senilis

⁴³ Atheroma تجمع مواد رسوبی در لایه داخلی سرخگ

⁴⁴ Xantoma تومور خوش خیم بافت نرم

انسان است. کلسترول در ساخت و ترمیم غشاهای سلولی و تولید هورمون‌های استروئیدی (مانند هورمون‌های جنسی استروژن و تستوسترون)، اسید صفرا (که به هضم غذا کمک می‌کند) نقش بسیار اساسی دارد. مقدار تولید روزانه آن در بزرگسالان سالم ۱ گرم، میزان مصرف روزانه ۰٫۳ گرم و سطح مناسب آن در خون معادل ۱۵۰ تا ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است. کلسترول در مغز و بافت‌های عصبی نیز یافت می‌شود.

کلسترول در آب حل نمی‌شود، لذا برای حرکت در جریان خون که بخش عمده آن را آب تشکیل می‌دهد با پروتئین ترکیب شده، ماده‌ای به نام لیپوپروتئین ایجاد می‌کند. لیپوپروتئین حامل و انتقال دهنده کلسترول در بدن است. تری گلیسیرید (نوع دیگری از چربی) و کلسترول در مرکز لیپوپروتئین قرار داشته، از خارج توسط فسفو لیپید و پروتئین پوشیده شده‌اند. در بدن انسان ۴ نوع لیپوپروتئین وجود دارد که اختلاف ساختاری آنان در نسبت کلسترول و تری گلیسیرید به پروتئین است. مهمترین لیپوپروتئین‌های بدن، "ال دی ال" یا لیپوپروتئین با چگالی پایین^{۴۵} و "اچ دی ال" یا لیپوپروتئین با چگالی بالا^{۴۶} است.

ال دی ال عمده ترین حامل و انتقال دهنده کلسترول در خون بوده، در ترمیم سلول‌ها و ایجاد هورمون‌ها نقش اساسی دارد. افزایش آن در خون موجب رسوب تدریجی کلسترول در سرخرگ‌ها و افزایش

⁴⁵ Low density lipoprotein – LDL

⁴⁶ High density lipoprotein –HDL

ریسک گرفتگی آن‌ها می‌شود. کلسترول همراه با موادی دیگر موجب تشکیل پلاک (مواد فیبر مانند یا چرب) و تنگی سرخرگ‌ها می‌شود. به این حالت آترواسکلروز یا تصلب عروق می‌گویند. ایجاد لخته در جوار پلاک به مسدود شدن سرخرگ و نرسیدن خون به بخشی از ماهیچه قلب و یا بافت مغز انجامیده، موجب سکته قلبی و یا مغزی می‌شود. بالا بودن سطح **ال دی ال خون** (۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر و بیشتر) موجب افزایش ریسک بیماری‌های قلبی می‌شود، به همین جهت آن را کلسترول بد می‌نامند. سطح ایده آل **ال دی ال** بدن کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است.

اچ دی ال حمل کننده یک سوم تا یک چهارم کلسترول خون است. چون سطح بالای آن در خون موجب کاهش ریسک بیماری‌های قلبی می‌شود به آن کلسترول خوب می‌گویند. در **اچ دی ال** مقدار پروتئین‌ها بر خلاف **ال دی ال** بیشتر از کلسترول و تری گلیسیرید است. محققین بر این عقیده‌اند که **اچ دی ال** با دور کردن کلسترول از جداره سرخرگ‌ها و انتقال آن از سلول‌های بدن به کبد، به دفع آن از بدن کمک کرده، موجب کاهش ریسک بیماری‌های قلبی می‌شود. کلسترول در کبد تبدیل به اسید صفرا شده، در کیسه صفرا ذخیره می‌شود تا در عمل هضم غذا شرکت کند. پایین آمدن سطح **اچ دی ال** خون باعث افزایش ریسک بیماری‌های قلبی می‌شود. **اچ دی ال** خون باید بیش از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، مقدار بسیار مطلوب **اچ دی ال** در خون ۶۰ میلی گرم در دسی لیتر است.

تری گلیسیریدها نیز نوع دیگری از چربی هستند که در کبد و بافت‌های چربی تشکیل شده، همچنین با مواد غذایی وارد بدن می‌گردند. معمولاً در افرادی که سطح تری گلیسیرید آنان بالا است میزان کل کلسترول و ال دی ال هم بالا بوده، مقدار اچ دی ال پایین است. میزان طبیعی تری گلیسیرید خون کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر است. هیئت کارشناسان آموزش ملی کلسترول آمریکا سطوح مختلف این مواد را بدین شکل طبقه بندی کرده‌اند:

ال دی ال (LDL)

کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر - دلخواه

۱۰۰ تا ۱۲۹ میلی گرم در دسی لیتر - نزدیک به دلخواه

۱۳۰ تا ۱۵۹ میلی گرم در دسی لیتر - بالای سرحد

۱۶۰ تا ۱۸۹ میلی گرم در دسی لیتر - بالا

۱۹۰ و بیشتر میلی گرم در دسی لیتر - بسیار بالا

کل کلسترول

کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر - مطلوب

۲۰۰ تا ۲۳۹ میلی گرم در دسی لیتر - بالای سرحد

۲۴۰ میلی گرم در دسی لیتر و بیشتر - بالا

اچ دی ال (HDL)

کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر - کم

۶۰ میلی گرم در دسی لیتر و بیشتر - بالا

تری گلیسیرید

کمتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر - دلخواه

درمان کلسترول

تغییر سبک زندگی در افرادی که کلسترول بالا و یا ناراحتی‌های قلبی دارند نقش بسیار مهمی در کاهش سطح کلسترول خون و عوارض ناشی از آن دارد. رعایت نکات زیر به تمام افرادی که چربی خون بالا دارند و همچنین آن‌هایی که می‌خواهند از گزند این بیماری مصون بمانند، توصیه می‌شود.

- ✓ داشتن رژیم غذایی مناسب
- ✓ داشتن فعالیت‌های مستمر بدنی
- ✓ کنترل وزن
- ✓ ترک سیگار
- ✓ کنترل فشار خون
- ✓ کنترل قند خون
- ✓ کنترل استرس
- ✓ مصرف داروهای کاهنده کلسترول

کلسترول و رژیم غذایی

بدن انسان تمام کلسترول مورد نیاز خود را تولید کرده، نیازی به دریافت اضافی آن ندارد. مواد غذایی حیوانی بویژه گوشت قرمز، زرده تخم مرغ، شیر، خامه، کره، چربی‌های حیوانی، بستنی، نارگیل، هسته و روغن نخل، جگر، قلوه، کلیه، کله‌پاچه حاوی کلسترول می‌باشند. غذاهای گیاهی (میوه، سبزیجات، رستنی‌ها، میوه‌های مغزدار چون

گردو، پسته، غلات) حاوی کلسترول نیستند. انجمن قلب آمریکا پیشنهاد می‌کند که میزان مصرف روزانه کلسترول در افراد سالم کمتر از ۳۰۰ میلی گرم، در بیماران قلبی کمتر از ۲۰۰ میلی گرم و افرادی که کلسترول خونشان بسیار بالا است مقدار مصرفشان باید خیلی کمتر باشد. با توجه به این که تمام غذاهای حیوانی حاوی کلسترول هستند نباید در روز به طور متوسط بیشتر از ۶ اونس گوشت لحم (کم چربی)، ماهی و مرغ خورده شود. چربی‌ها باید فقط ۳۰ درصد از کل کالری غذا را تشکیل دهند. یعنی در صورتی که غذای شخص در روز حاوی ۲۰۰۰ کالری باشد، ۳۰ درصد آن برابر با ۶۵ گرم چربی خواهد بود.

برنامه آموزش ملی کلسترول آمریکا، رژیم غذایی زیر را پیشنهاد می‌کند:

▪ چربی اشباع شده^{۴۷} کمتر از ۷ درصد از کالری روزانه.

^{۴۷} **چربی اشباع شده.** چربی‌هایی که در ترکیب شیمیایی آنان هیچگونه پیوند دوگانه یا سه گانه وجود ندارد. این نوع چربی در چربی‌های گوشت قرمز، گوشت مرغ، روغن هسته نخل، روغن نارگیل و چربی لبنیات یافت می‌شود. مصرف چربی‌های اشباع شده مهمترین علت افزایش کلسترول خون است.

چربی اشباع نشده. چربی‌هایی که در آن‌ها ۲ اتم یا بیشتر از طریق پیوندهای ۲ و ۳ گانه بهم وصل شده‌اند.

چربی اشباع نشده چند پیوندی. چربی‌هایی که در ترکیب شیمیایی آن‌ها ۲ یا بیشتر از ۲ پیوند دو گانه و ۳ گانه وجود دارد مانند: روغن آفتابگردان، سویا، ذرت، ماهی‌های چرب آب‌های سرد مانند ماهی آزاد، اوزون برون، ساردین، روغن کازیره، کنجد.

- چربی اشباع نشده یک پیوندی در حدود ۲۰ درصد از کالری روزانه.
- چربی اشباع نشده چند پیوندی در حدود ۱۰ درصد از کالری روزانه.
- پروتئین در حدود ۱۵ درصد از کالری روزانه.
- کربوهیدرات ها در حدود ۵۰ درصد از کالری روزانه.
- فیبر (سلولز) در حدود ۲۵ گرم در روز.
- کلسترول کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در روز.

با توجه به نکات بالا پیشنهاد می شود:

- رژیم غذایی حاوی کمترین میزان چربی باشد. از خوردن مواد غذایی حاوی کلسترول و چربی های اشباع شده پرهیز شود. شیر و فرآورده های کم چربی و یا بدون چربی را مصرف کرد. از روغن های گیاهی و بویژه روغن زیتون و یا روغن ذرت استفاده شود.
- خوردن میوه و سبزیجات بسیار مفید است.
- چربی گوشت قرمز و پوست مرغ قبل از پخت جدا شود.
- مصرف میوه های مغزدار (گردو، پسته) اثر مفیدی در کاهش ال دی ال دارند.
- خوردن غذاهای سلولزدار مانند لوبیا، نخود فرنگی، سبوس برنج، جو، سبوس جو، لپه، میوه های توتی، انواع مرکبات، جو

دو سر، لوبیا و تمام غلات منبع خوبی برای دریافت پروتئین هستند.

- آواکادو حاوی چربی غیراشباع شده است و می تواند تاثیر خوبی بر سطح کلسترول داشته باشد.

- چای سیاه. بعضی از تحقیقات انجام گرفته نشان میدهند که نوشیدن چای سیاه سطح کلسترول را تا ۸ درصد پایین می آورد.

- خوردن گوشت ماهی آب های سرد مانند: ماهی آزاد، شاه ماهی، ماکرل. گوشت این ماهی ها حاوی مقدار زیادی چربی منحصر به فرد و اشباع نشده ای بنام امگا-۳ اسید چرب است و می تواند نقش بسیار مهمی در کاهش تری گلیسیرید داشته باشد. انجمن قلب آمریکا خوردن یک بار ماهی در روز را به بیماران قلبی پیشنهاد می کند. البته به زنان حامله و یا خانم هایی که قصد حامله شدن در یکی دو سال آینده را دارند پیشنهاد می شود خوردن هفتگی ماهی آب های سرد را به علت قابلیت آلودگی آنان به جیوه کاهش دهند.

- پروتئین موجود در سویا موجب کاهش کل کلسترول و ال دی ال و افزایش اچ دی ال می شود.

- کاهش مصرف مواد قندی. یکی از راه های کاهش میزان تری گلیسیرید است.

- خوردن غذا در چند وعده و در حجم کم.

- در هفته بیش از ۲ یا ۳ تخم مرغ خورده نشود.
- نان های سبوس دار مصرف شود.
- بهتر است از سرخ کردن مواد غذایی حتماً الامکان خودداری شده، مواد غذایی به صورت آب پز، کبابی، تنوری تهیه شوند.



ورزش و داشتن فعالیت های مستمر بدنی

انجام منظم ورزش هایی چون شنا، دوچرخه سواری، پیاده روی، آهسته دویدن و اسکی موجب افزایش **اچ دی ال** و کاهش ریسک بیماری های قلبی می شود. پیشنهاد می شود ۳ روز در هفته و هر بار ۳۰ تا ۴۵ دقیقه ورزش کنید. از ورزش های سخت که موجب آسیب های



عضلانی، درد و کشیدگی ها و کوفتگی های ماهیچه می شود اجتناب ورزید. افراد بالای ۴۰ سال و یا آن هایی که بیماری قلبی دارند قبل از شروع ورزش با پزشک معالج خود مشورت کنند.

کنترل وزن

چاقی موجب افزایش کلسترول خون، تری گلیسیرید، فشار خون و ریسک رشد بیماری قند می شود.

ترک سیگار

سیگار موجب کاهش **اچ دی ال** و افزایش ریسک بیماری های قلبی – عروقی می شود. بنابراین ترک سیگار می تواند نقش مهمی در کاهش این بیماری ها داشته باشد.

دارو درمانی

به غیر از نکات نامبرده، مصرف داروهای پایین آورنده کلسترول خون با تجویز پزشک نقش مهمی در پایین آوردن سطح کلسترول خون دارد. به بیمارانی که از گرفتگی سرخرگ رنج می برند **ستاتین** و داروهای دیگری تجویز می شود که کاهنده میزان کلسترول **ال دی ال** در بدن آن ها است. آزمایشات انجام گرفته در کلینیک کیولند در اوهایو نشان داده است که تزریق لیپوپروتئین چگالی (**اچ دی ال**) بالا نیز می تواند به کاهش رسوبات چربی در سرخرگ ها منجر شود.

تحقیقات انجام گرفته نشان می دهد که **کل کلسترول و ال دی ال** ممکن است ۲ تا ۳ هفته بعد از آغاز کاهش مصرف چربی و کلسترول شروع به پایین آمدن کند. تاثیر رژیم غذایی در افراد مختلف متغیر است. به طور متوسط رژیم غذایی ۱۰ تا ۱۵ درصد و داروها از ۲۰ تا ۵۰ درصد سطح **ال دی ال** را پایین می آورند. این نکته را خوانندگان عزیز در نظر داشته باشند که کاهش ۱ درصد کلسترول ریسک بیمارهای قلب را ۲ تا ۲ درصد پایین می آورد.

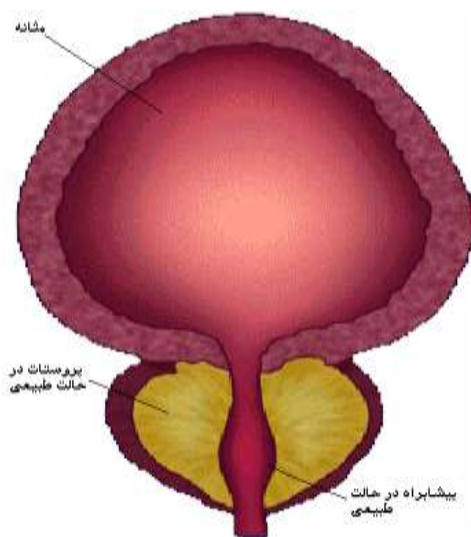
کنترل کلسترول خون

یکی از راه‌های اصلی پیشگیری از عوارض و عواقب افزایش کلسترول، کنترل میزان کلسترول خون است. انستیتو ملی سلامت آمریکا (NIH) پیشنهاد می‌کند که در افراد بالای ۲۰ سال هر ۵ سال یک بار کلسترول خون کنترل شود. افرادی که کل کلسترول آن‌ها بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است و یکی از عوامل ریسک زیر را برای بیماری کرونری قلب دارند، باید به دفعات بیشتری سطح کلسترول خود را کنترل کنند.

- مردها بعد از ۴۵ سالگی و خانم‌ها بعد از ۵۵ سالگی،
- تاریخچه فامیلی سکتة قلبی (در پدر و برادر قبل از ۵۵ سالگی و در مادر و خواهر قبل از ۶۵ سالگی)،
- بالا بودن فشار خون،
- سیگاری بودن (کشیدن ۱۰ نخ سیگار و یا بیشتر در روز)،
- مبتلا به بیماری قند بودن،
- و پایین بودن سطح اچ دی ال (در مردها پایین تر از ۳۵ میلی گرم در دسی لیتر و خانم‌ها کمتر از ۴۵ میلی گرم در دسی لیتر).

پروستات - قلب دوم مرد

کمتر کسی در اهمیت نقش رابطه جنسی در زندگی شخصی و زناشویی انسان تردید دارد ولی متأسفانه تعداد افرادی که به نقش و اهمیت ارگان‌های جنسی و بیماری‌های مربوط به آن‌ها توجه و آگاهی داشته باشند بسیار کم است و معمولاً تا زمانی که نشانه‌های آن به نقطه‌ای حساس و بحرانی نرسد از مراجعه به دکتر متخصص خودداری می‌ورزند. بی‌توجهی و شرم و حیای



بیش از حد در این مورد، چه بسا در سنین متوسط حیات می‌تواند به فاجعه‌ای دردناک و بازگشت‌ناپذیر بینجامد. یکی از ارگان‌های حساس و مهم جنسی مردان که بنابر اهمیت آن به حق **قلب دوم مرد** نامیده شده است، پروستات است. بنابر

گزارش سازمان بهداشت جهانی تا ۱۰ درصد مردان در سنین بالای ۵۰

سالگی از بیماری‌های مختلف پروستات رنج می‌برند. التهاب پروستات شایع‌ترین بیماری ادراری - تناسلی است که به طور عمده در مردان ۲۰ تا ۴۵ سال، که بیشترین قابلیت کاری و جنسی را دارند، مشاهده می‌شود. معذالک با افزایش طول عمر مردان در کشورهای رشد یافته و تغییر ساختار بیماری‌های اعضاء تناسلی در چند دهه اخیر، این بیماری در مردان ۵۵ ساله و مسن‌تر نیز مشاهده می‌شود. در ایالات متحده سالانه ۱ میلیون نفر به علت التهاب پروستات به اورولوژیست (متخصص بیماری‌های ادراری - تناسلی) مراجعه می‌کنند. طبق برآوردهای انجام گرفته ۵۰ درصد مردان زمانی در طی زندگی‌شان این بیماری را تجربه می‌کنند. این بیماری از نقطه نظر جغرافیای پزشکی در تمام نقاط کره زمین مشاهده می‌شود با این تفاوت که شیوع آن در نقاطی که حرارت پایین و رطوبت بالا دارند بیشتر از نقاطی است که آب و هوای گرم و خشک دارند.

هیپرپلازی (بزرگ شدن) خوش خیم پروستات^{۴۸} شایع‌ترین تومور خوش خیم در مردان بالای ۵۰ سال است. شیوع این بیماری با توجه به مسن‌تر شدن جمعیت در کشورهای پیشرفته‌ای چون ایالات متحده در حال افزایش است. مطالعات اخیر نشان داده اند که ۸۰ درصد مردان بالای ۸۰ سال در آمریکا مبتلا به BPA هستند. اندازه پروستات مردان در ۶۰ سالگی تقریباً دو برابر شده، نشانه‌های BPA در نصف مردان مشاهده می‌شود. بروز این بیماری و سرطان پروستات در آسیایی‌ها در مقایسه با کشورهای غربی کمتر است. محققین مصرف زیاد سویا (نوعی گیاه یکسال زی که لوبیا مانند

⁴⁸ BPA-Benign Prostatic Hyperplasia

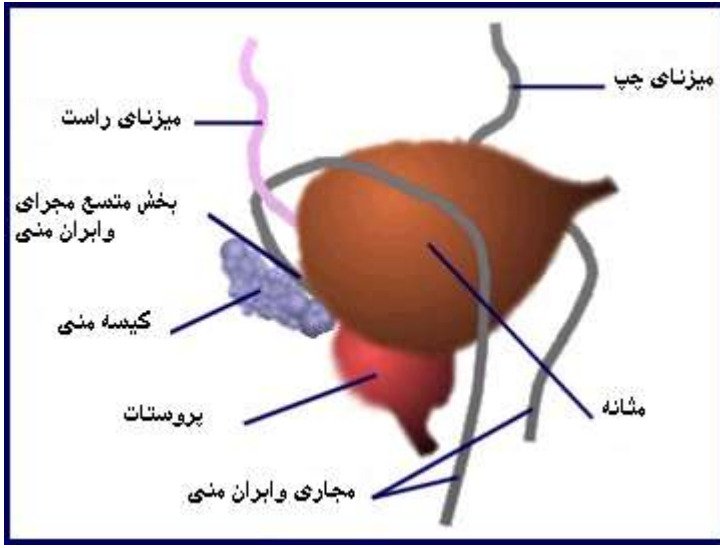
بوده، در خوراکی‌های چینی و غیره کاربرد دارد) در غذای روزانه آسیایی‌ها راعلت این امر می‌دانند.

شیوع **سرطان پروستات** در مردان بعد از پنجمین دهه زندگی شان از ۱۴ تا ۴۶ درصد در نوسان است. سرطان پروستات در میان بیماری‌های سرطانی مردان آمریکایی جای دوم و در میان انگلیسی‌ها جای پنجم را دارد. این سرطان در افراد زیر ۴۰ سال بندرت مشاهده می‌شود و تقریباً در تمام مردان ۹۰ ساله دیده می‌شود. هر سال ۱۰ هزار نفر در آلمان در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند. در ایالات متحده آمریکا سرطان پروستات ۱۸ درصد از کل سرطان‌های جدید را تشکیل می‌دهد.

مراجعه مردها بخصوص بعد از ۴۰ سالگی برای معاینه و کنترل پروستاتشان به اورولوژیست‌ها یکی از راه‌های عمده شناسایی به هنگام برای انجام اقدامات اولیه و فوری جهت درمان بیماری‌های بدخیم و خوش‌خیم آن است. متأسفانه چنین عملی در بیشتر کشورهای جهان انجام نمی‌گیرد و مردان نیز میلی به کنترل وضعیت پروستات خود، حتا در کشورهای اروپایی، نشان نمی‌دهند. در کشوری چون آلمان فقط ۱۷ درصد مردان برای کنترل سالانه پروستات به پزشک مراجعه می‌کنند.

ما در این جا اجمالا به تشریح ساختار و کار طبیعی پروستات و برخی از بیماری‌های آن خواهیم پرداخت تا بعضی از نکات حیاتی و حساس زندگی مردان را مد نظر قرار داده باشیم .

کالبد شناسی پروستات



پروستات عضو غده ای - عضله ای به وزن ۱۵ تا ۲۵ گرم است که به شکل مخروط ناقص و یا شاه بلوط است. برخی از اورولوژیست ها آن را به قلب تشبیه می کنند. از نظر ساختاری طول آن ۳ سانتی متر، عرض آن ۴ سانتی متر و ضخامت آن ۲ و نیم سانتی متر بوده، ۲ قسمت جنبی و یک قسمت میانی که تنگه نام دارد در آن متمایز می شود. پروستات در بین سطح خلفی قسمت پروستاتی پیشابراه (از طریق این مجرا ادرار از مثانه خارج می شود)، قعر مثانه و مجراهای و ابران منی (مجرای برنده اسپرم از بیضه به پیشابراه است) قرار دارد. پروستات از ۳۰ تا ۵۰ آسینوس (حفره یا کیسه های کوچک درون غدد) تشکیل شده که مجاری دفعی آنان بدیواره عقبی پیشابراه باز می شود. پروستات دارای ترشحات ضعیف قلیایی و شیری رنگی است که ۲۵ تا ۳۵ درصد مایع منی را در هنگام انزال تشکیل می دهد.

التهاب پروستات^{۴۹}

سبب شناسی و تکوین التهاب پروستات

ساز و کار عفونی شدن پروستات کاملاً روشن نشده است. باکتری‌هایی چون اشريشا کُلی^{۵۰}، کلبسیلا^{۵۱} و انتروکوک‌های^{۵۲} ادرار یا راست روده از طریق پیشابراه و مجرای وایران منی به طور پس‌سویی در پروستات و کیسه‌های منوی رسوخ کرده موجب التهاب آن می‌گردند (این کیسه‌ها در دو طرف مثانه قرار دارند و حاوی ۲ تا ۵ میلی لیتر مایع مترشح هستند. ترشحات آن‌ها همراه با پروستات و مجرای وایران منی در تشکیل مایع منی دخالت دارد و منبع اصلی انرژی برای حرکت اسپرم‌ها می‌باشند. همچنین بیماری آن‌ها موجب کاهش حجم اسپرم می‌شود). گاهی اوقات عوامل باکتریایی چون استافیلوکوک طلایی نیز موجب التهاب میزنای (مجرای که مابین کلیه و مثانه قرار دارد و ادرار از طریق آن وارد مثانه می‌شود) و پیشابراه و بدنبال آن پروستات می‌شوند. قارچ‌ها و ویروس‌ها نیز از عوامل ملتهب کننده پروستات می‌باشند. التهاب ویروسی پروستات ممکن است بعد از همه‌گیری آنفلونزای A۲ و ویروس هرپس بوجود آید. بیماری‌های مقاربتی از قبیل کلامیدیا، اوروپلازما، سوزاک و تریکوموناد نیز موجب این بیماری می‌شوند.

دومین گروه بیماری‌زا عوامل غیر عفونی هستند که با زندگی جنسی مرد ارتباط مستقیم دارند. اختلالات مختلف ریتم عمل جنسی (قطع و یا ناتمام

⁴⁹ Prostatitis

⁵⁰ Escherichi Coli

⁵¹ Klebsiella

⁵² Enterococci

ماندن عمل جنسی، افراط در عمل جماع، انحرافات جنسی، خودداری طولانی، فقدان نظم و هماهنگی در عمل جنسی) می‌توانند موجب رکود ترشح در پروستات و کیسه‌های منوی و ایستایی جریان خون در وریدهای لگن شوند.

ناتمام ماندن عمل جنسی و پس‌نشینی و قطع نزدیکی قبل از رسیدن به اوج لذت جنسی مرد، جهت جلوگیری از آبستنی زن صورت می‌گیرد. در چنین مواردی انزال در اوج لحظه تحریک جنسی در خارج از مهبل صورت می‌گیرد و قطع ناگهانی عمل جنسی موجب تجمع حاد خون در وریدهای لگن چون "فشارسنج" جنسی انسان و گاهی درد در میانه دوره (فاصله میان مقعد و آلت تناسلی) و بالای عانه (پایین شکم و بالا شرمگاه یا موهای زهاری) می‌شود. در این حالت اوج لذت جنسی (ارگازم) قطع و حاصل نمی‌شود. تکرار این عمل و همچنین استمناء کردن موجب رکود مزمن و مستعد ساختن شخص به التهاب پروستات می‌شود. افراط در عمل جنسی، خودداری و یا فقدان مقاربت جنسی، عادی شدن روابط جنسی زوجین بدون آمادگی روانی، عدم نظم و هماهنگی در رابطه جنسی زن و مرد نیز نقش مهمی در ایجاد التهاب پروستات دارند. برخی از اورولوژیست‌ها معتقدند که افراط در مصرف الکل، نیکوتین و اضطراب در مقاربت جنسی موجب انزال ناکامل منی و رکود مزمن و تجمع خون در وریدهای پروستات می‌شود.

ناهنجاری چون تنگی غیرطبیعی پیشابراه، تغییرات جوشگاهی (جای زخم بعد از التیام) در پروستات و بویژه در مجاری خروجی آسینوس‌ها، کاهش

عمل مقاربت جنسی، کاهش میزان هورمون‌های جنسی مردانه و افزایش هورمون جنسی زنانه درخون، هیپوپلازی (کوچک شدن) دو طرفه بیضه‌ها، اتساع وریدهای هموروئیدی (بواسیر) کولیت مزمن (التهاب مزمن روده بزرگ)، سل و عفونت‌های قارچی، آسیب دیدن ناحیه مقعد، سکس از طریق مقعد و دهان، گذاشتن کاتتر در مجرای ادراری با اهداف پزشکی، بیماری خود ایمنی (واکنش غیر طبیعی بدن به بافت پروستات) و عفونت تازه مثانه از عوامل مستعد کننده التهاب پروستات می‌باشند.

انواع التهاب پروستات و علائم کلینیکی آن

این بیماری، بسته به عواملی که موجب التهاب پروستات می‌شوند، به سه نوع اصلی تقسیم می‌شود:

۱. التهاب باکتریایی حاد پروستات. این حالت به طور ناگهانی شروع شده و عمدتاً در مردان جوان مشاهد می‌شود. نشانه‌های کلینیکی آن شامل موارد زیر است:

- تب و لرز
- کسالت و بی حالی
- درد مفاصل و عضلات
- کمردرد
- تکرر ادرار (دفع ادرار با دفعات بیش از حد معمول)
- احساس فوریت در دفع ادرار (یک تمایل فوری و به طور معمول شدید برای ادرار کردن)

- درد در ناحیه مقعد
 - دفع دردناک ادرار
 - نشانه‌های انسداد مجرای ادرار بدرجات مختلف
 - انزال درد دار
- در معاینه پروستات که با وارد نمودن انگشت پزشک به راست روده انجام میگیرد چنانچه پروستات بزرگ، ورم کرده و سفت باشد برای درمان، آنتی بیوتیک‌هایی چون باکتریم^{۵۳}، نوروکسین^{۵۴} و سیپروفلوکسین^{۵۵} به مدت ۷ تا ۱۴ روز تجویز می‌شود.
۲. التهاب باکتریایی مزمن پروستات با نشانه‌های زیر مشخص می‌شود:
- عفونت‌های مکرر راجعه دستگاه ادراری - تناسلی
 - درد در ناحیه مقعد و یا بالای عانه
 - کمردرد
 - درد بیضه یا آلت تناسلی
 - اختلال در ادرار کردن.
 - هماتوسپرمی ادراری^{۵۶} (انزال خونی، وجود خون در اسپرم)
- پروستات در هنگام معاینه معمولاً طبیعی و بی‌درد است هرچند گاهی اوقات می‌تواند بزرگ و حساس باشد. برای درمان، آنتی بیوتیک بمدت ۱۶ هفته تجویز می‌شود.

⁵³ Bactrim

⁵⁴ Noroxin

⁵⁵ Ciprofloxacin

⁵⁶ Hematospermia

۳. التهاب غیر باکتریایی مزمن پروستات شایعترین نوع التهاب پروستات با علت نامعلوم است. این مورد در مقایسه با نوع باکتریایی ۸ بار بیشتر مشاهده می شود. نشانه های این حالت شبیه نوع باکتریایی مزمن است با این تفاوت که نشانه های عفونت دستگاه ادراری - تناسلی در آن مشاهده نمی شود. نشانه های آزرده گی یا آماس پروستات با تجویز داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی درمان می شود. به این افراد پیشنهاد می شود که موارد زیر را رعایت کنند:

- گرفتن حمام نشسته گرم (نشستن در ۴-۶ سانتی متر آب گرم)
- داشتن فعالیت های طبیعی جنسی
- تمرین های سبک و منظم بدنی
- اجتناب کردن از خوردن غذاهای پرادویه و تند و کافئین دار
- اجتناب از نوشیدن مشروبات الکلی

درمان این نوع بر اساس نشانه های بیماری است.

هیپرپلازی خوش خیم پروستات

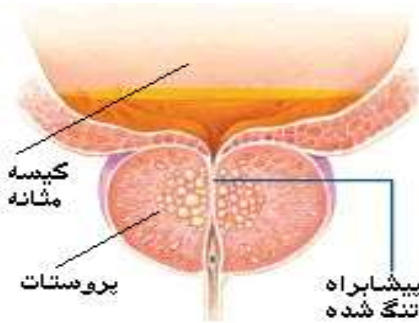
به بزرگ شدن پروستات هیپرپلازی خوش خیم پروستات گفته می شود. هیپرپلازی خوش خیم پروستات به طور عمده در مردان بالای ۵۰ سال شایع است ولی در بعضی از منابع پزشکی به موارد نادری در سنین ۳۰ سالگی نیز اشاره شده است.

تغییرات ساختار بافتی غده پروستات در ۴۰ سالگی شروع و رشد کرده و در ۷۰ سالگی نشانه های آن در اکثر مردان مشاهده می شود.

هرچند رشد این بیماری را با تغییرات سنی - هورمونی مرتبط می دانند معذالک علت آن مجهول مانده و به همین دلیل پزشکان قادر به پیشگیری از رشد و پیدایش این بیماری نیستند. اگر بزرگ شدن پروستات موجب تنگی میزراه و عوارض بعدی آن چون مشکل ادرار کردن، تخلیه ناکامل ادرار، ایجاد زمینه مساعد برای رشد عفونت مثانه و ایجاد سنگ مثانه و بیماری های کلیه نمی شد چه بسا نیازی به

دارودرمانی یا جراحی نبود.

با توجه به این که پروستات پیشابراه را احاطه می کند، بزرگ شدن پروستات موجب تنگی پیشابراه و در نتیجه اختلال در عمل شاشیدن می شود. ازسوی دیگر بزرگ شدن



پروستات موجب کلفت شدن دیواره مثانه شده و مثانه برای وارد کردن ادرار به پیشابراه نیاز به انقباض بسیار قوی پیدا می کند. افزایش ضخامت دیواره مثانه می تواند موجب کاهش ذخیره ادرار در آن و در نتیجه احساس فوری به دفع ادرار می شود.

علایم بالینی هیپرپلازی خوش خیم پروستات

- تاخیر در شروع ادرار
 - فشار آوردن برای برای دفع ادرار
 - انسداد نسبی یا کامل و احتباس ادرار
 - تکرر ادرار و احساس عدم تخلیه کامل ادرار
 - کاهش قطر و فشار جریان ادرار
 - جریان ضعیف یا منقطع ادرار
 - چکه کردن ادرار در هنگام تلاش برای کامل کردن روند تخلیه ادرار
 - تکرر شب هنگام ادرار (شب ادراری)
 - هماتوری یا مشاهده شدن خون در ادرار که معمولاً به علت پارگی وریدهای کوچک میزراه و در نتیجه فشار بیش از حد برای دفع ادرار بروز می کند.
 - احساس سوزش در هنگام ادرار در صورت عفونت مثانه
- اورولوژیست برای تشخیص دقیق تر یک سری تست ها و آزمایش های اختصاصی را انجام می دهد که عبارتند از :
- اندازه گیری سرعت جریان ادرار
 - اندازه گیری ادرار باقیمانده در مثانه پس از دفع ادرار
 - تست و کشت ادرار
 - اولتراسونوگرافی

- تست پادگن^{۵۷} (آنتی ژن) اختصاصی پروستات^{۵۸} برای رد کردن احتمال سرطان پروستات. این پادگن در تمام مردها یافت می شود و اندازه طبیعی آن مطابقت با سن مرد به شرح زیر دارد:

✓ در مردان ۵۰ تا ۵۴ ساله	۳.۷ ml/ng
✓ در مردان ۵۵ تا ۵۹ ساله	۴.۰ ml/ng
✓ در مردان ۶۰ تا ۶۴ ساله	۵.۴ ml/ng
✓ در مردان ۶۵ تا ۶۹ ساله	۶.۲ ml/ng
✓ در مردان ۷۰ تا ۷۴ ساله	۶.۶ ml/ng

افزایش میزان PSA به ۱۰ ng/ml در خون یکی از علائم اصلی سرطان پروستات است. انجمن اورولوژیست های آمریکا پیشنهاد می کند در مردان بالای ۵۰ سال تست PSA سالی یک بار و در مردانی که تاریخچه فامیلی

^{۵۷} پادگن - مولکول هایی (میکروب، زهرآبه، آنزیم و...) هستند که موجب ایجاد پادتن می شوند. پادتن ها (آنتی بادی ها) پروتئین هایی هستند که وظیفه دفاعی داشته و در واکنش به پادگن ها ایجاد شده، وارد کنش با آن ها می شوند.

^{۵۸} Prostate Specific Antigen (PSA)

گلیکوپروتئینی است که در سیتوپلاسم سلول های اپیتلیال پروستات یافت می شود. گلیکوپروتئین ها ترکیباتی هستند که در آن ها پروتئین و مواد قندی (کربوهیدرات ها) آمیخته است.

سرطان پروستات دارند و همچنین آمریکایی‌های آفریقایی تبار این تست بعد از ۴۰ سالگی انجام گیرد.

درمان

درمان هیپرپلازی خوش خیم پروستات با توجه به نشانه‌ها و سن بیمار از مراقبت و کنترل تا عمل جراحی متغیر است. افرادی که دارای نشانه‌های خفیف بیماری هستند کافی است تحت مراقبت قرار گیرند و نیازی به درمان ندارند. به بیشتر این افراد پیشنهاد می‌شود از مصرف مشروبات الکلی و نوشیدن زیاد مایعات در شب اجتناب ورزند.

مطالعات انجام گرفته اخیر نشان می‌دهد که تجویز نخل اره‌ای^{۵۹} موجب کاهش اندازه پروستات و رفع نشانه‌های آن می‌شود. عوارض جانبی این داروی گیاهی کمتر از ۳ درصد است و ممکن است با سر درد خفیف و ناراحتی گوارشی همراه شود.

دارو درمانی

پزشکان معالج داروهای را تجویز می‌کنند که موجب کاهش کشیدگی عضله صاف پروستات می‌شوند [مسدود کننده‌های آلفا مانند فلوماکس^{۶۰}، فیناسترید^{۶۱}، پرازوسین^{۶۲}]. این داروها به سرعت موجب بهبود علائم بیماری می‌شوند ولی اکثر آنان دارای عوارض جانبی برگشت پذیر بعد از

⁵⁹ Sereonoa repens

⁶⁰ Flomax

⁶¹ Finasteride

⁶² Minipress

قطع مصرف دارو چون گیجی، خستگی و بی حوصلگی، انزال پس گرا و افت وضعیتی فشارخون هستند.

جراحی

الف. برداشتن پروستات از راه پیشابراه^{۶۳} شایعترین نوع جراحی از طریق آندسکوپیی است. این عمل می تواند با عوارضی چون انزال پس گرا و ناتوانی جنسی همراه باشد.

ب. پروستاتکتومی باز^{۶۴} این عمل در افرادی که پروستات بسیار بزرگ دارند صورت می گیرد، بخش مرکزی پروستات از طریق برش فوق عانه برداشته می شود.

حرارت درمانی

با گسیل ریز موج از راه پیشابراه در یک جلسه انجام می گیرد. این عمل نیاز به بیهوشی عمومی یا بی حسی نخاعی ندارد و در طی یک ساعت انجام می گیرد ولی بعد از ۲ سال در حدود ۷۰ درصد بیماران نیاز به درمان مجدد پیدا می کنند.

غیر از موارد یاد شده اورولوژیست ها از روش های جدیدتری چون تخریب بافت پروستات با لیزر، الکتروود و یا سوزن های گسیل کننده فرکانس های رادیویی استفاده می کنند.

⁶³ Transurethral resection of the prostate (TURP)

⁶⁴ Open Prostatectomy

سرطان پروستات

چنانکه پیشتر نیز یادآور شدیم سرطان پروستات دومین سرطان شایع و دومین علت اصلی مرگ در بین مردان آمریکایی است. در سال ۲۰۰۰، در ایالات متحده ۱۸۰ هزار و ۴۰۰ مورد سرطان پروستات تشخیص داده شد که ۳۱ هزار و ۹۰۰ مورد آن به مرگ منتهی شد. سرطان پروستات که در ۵۰ درصد مردان بالای ۷۰ سال و تقریباً در تمام مردان ۹۰ ساله مشاهده می‌شود مجهول مانده است. در بعضی از تحقیقات انجام گرفته اشاره به زمینه مستعد رشد آن در افرادی که گروه خون O دارند و شیوع پایین آن در ژاپنی‌ها و مهاجران ژاپنی تبار شده است. میزان بروز آن در سیاه پوستان بیشتر از سفیدپوستان و در سفید پوستان بیشتر از آسیایی‌ها است. بعضی از مطالعات انجام گرفته ارتباط بسیار قوی بین مصرف روغن حیوانی در رژیم غذایی و بروز سرطان پروستات را تأیید می‌کنند. ویتامین A موجود در گیاهان احتمال رشد سرطان پروستات را کاهش می‌دهد و این در حالی است که ویتامین A موجود در روغن حیوانی نتیجه عکس داشته و احتمال رشد سرطان پروستات را افزایش می‌دهد. افزایش هورمون تستوسترون خون نیز از عوامل بالا برنده بروز سرطان پروستات است (هورمون تستوسترون در بیضه‌ها تولید می‌شود و پیدایش نشانه‌های ثانویه مردانه مثل رویش ریش، رشد موهای بدن، تکامل عضلانی - اسکلتی، بزرگ شدن حنجره و پیدایش صدای مردان در اثر تحریک آن است).

علائم کلینیکی سرطان پروستات. در مراحل اولیه به علت رشد آهسته سرطان نشانه خاصی دیده نمی شود اما در مراحل پیشرفته علائم هیپرپلازی (بزرگ شدن) پروستات و استخوان درد به علت فرایختی سرطان مشاهده می شود. چنان که یادآور شدیم کنترل منظم پروستات بویژه بعد از ۴۰ سالگی می تواند نقش بارزی در تشخیص به موقع و درمان آن داشته باشد. انجمن سرطان شناسی آمریکا پیشنهاد می کند پروستات مردان ۵۰-۴۰ ساله به طور منظم هر سال یک بار از طریق راست روده معاینه شود. در مردان بالای ۵۰ سال علاوه بر آن انجام تست PSA نیز پیشنهاد می شود. شیوه معالجه وابسته به مرحله رشد سرطان است و شامل مواردی چون پرتودرمانی، هورمون تراپی با استروژن، بیضه برداری و پروستات برداری است.

منابع:

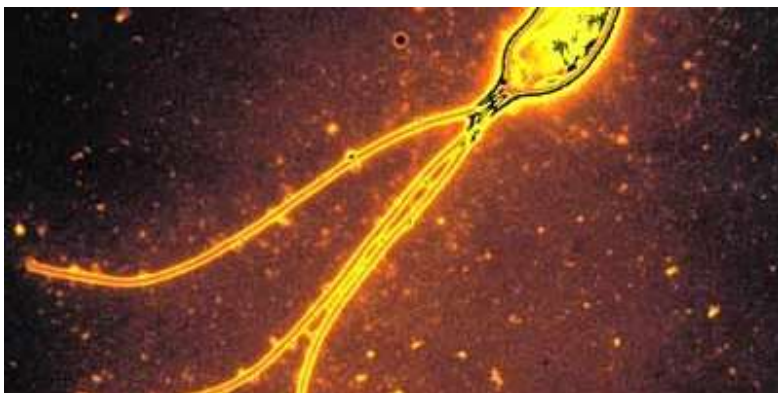
1. HARRISON'S 15 th Edition, Principles of Internal Medicine 2001
2. THE MERCK MANUAL OF MEDICAL INFORMATION 1997
3. Lecture Notes on Urology, John Blandy 1982 -
Onkologie 2000
4. Internal Medicine ,book 4,Robert A .Hannaman,MD,Tenth Edition
2003/ 2004
5. Praxisleitfaden Allgemeinmedizin,St.Gesenhues R.Yiesche 2001
6. Hexal MEMO Med.2 Auflage ,Sönke Müller 2002 -
Treatment Guidelines for Medicine and Primary Care, Paul
D.Chan, MD & Margaret T.Johnson,MD. 2002 Edition
7. Color atlas and text of clinical medicineForbes&Jackson,2-d
Edition 1997
8. Mosby's Diagnostic and Laboratory Test Reference,Fifth Edition
2001
9. Treatment of Prostatitis, Jmaes. j and,American Academy of
Family Physicians,2000
10. Prostatitis,By Sean O Henderson ,MD ,2002

۱۰- التهاب پروستات بیماری مردها. تیلینسکی و ... مینسک ۱۹۹۸ (متن روسی)

۱۱- اورولوژی برای پزشک خانواده، پروفیسور ساوچنکو. مینسک ۲۰۰۰ (متن روسی).

۱۲- درمان هیپرپلازی خوش خیم پروستات ترجمه دکتر بهزاد دره التاج

بیماریهای معده و نقش هلیکوباکتر پیلوری^{۶۵}



همه گیرشناسی

در سطح جهان تقریباً ۵۰ درصد مردم آلوده به هلیکوباکتر هستند. در ۹۰ درصد بیماران زخم معده و دوازده این باکتری یافت می‌شود. انتشار عفونت از طریق دهان صورت گرفته، آلودگی از شخصی به شخص دیگر انتقال داده می‌شود. رشد زخم معده و دوازده در افراد خانواده، گروه‌های بسته در ارتش، پرورشگاه‌ها، آسایشگاه‌های روانی و در مراکز

⁶⁵Helicobacter Pylori

شغلی مانند کشتارگاه حیوانات، دامداری‌ها و همچنین در بین متخصصین بیماری‌های سیستم گوارشی گواهی براین امر است. درصد انتقال هلیکوباکتر پیلوری در بین افراد خانواده و بویژه همسران بیشتر از دیگران است. استخراج هلیکوباکتر پیلوری از جرم دندان بیماران تأییدی بر نظریه مارشال مبنی بر انتقال عفونت از طریق بوسه است. در بین افراد خانواده شرایط لازم برای انتقال عفونت بخصوص در صورت عدم رعایت موازین بهداشتی فراهم است. تحقیقات انجام گرفته در مورد افراد خانواده‌هایی که مبتلا به زخم معده و دوازدهه یا التهاب مزمن معده از نوع B هستند نشان می‌دهد که هلیکوباکتر پیلوری آن‌ها از یک سویه است. کسب عفونت ممکن است در هنگام عمل آندسکوپي معده نیز صورت گیرد. موارد انتقال عفونت هلیکوباکتر پیلوری از سگ به انسان نیز مشاهده شده است.

نشانه‌های بیماری

در بیمارهای آلوده شده به هلیکوباکتر پیلوری معمولاً نشانه خاصی دیده نشده، بروز نشانه‌های عفونت آن در ارتباط با بیمارهای مرتبط با آن است. در ۳۰ تا ۳۵ درصد بیمارها نشانه‌ای دیده نمی‌شود. احتمال بروز این نشانه‌ها در بیمارها وجود دارد: تهوع، استفراغ، شکم درد، سوزش معده، احساس گرسنگی در صبح، تنفس بد بو و اسهال. در رابطه با عفونت‌های ناشی از هلیکوباکتر پیلوری سیستم مرحله بندی مشخصی وجود ندارد، با این حال مراحل زیر در رابطه با روند بیماری تاکنون تشریح شده است:

- گاستریت مزمن^{۶۶}
- گاستریت آتروفیک^{۶۷}
- متاپلازی (دگربافتی) روده‌ای،^{۶۸} ممکن است تبدیل به دیسپلازی^{۶۹} شود
- آدنوکارسینوم معده^{۷۰}

عوارض عفونت‌های هلیکوباکتریایی عبارتند از: آدنوکارسینوم معده، لیمفوم معده، سرطان سلول سنگفرشی مری^{۷۱} است. هلیکوباکتر نقش مهمی در بروز بیماری پورپورای ترومبوسیتوپنیک با علت نامعلوم که نوعی از اختلالات خونریزی دهنده بعلت تخریب پلاکت‌ها است، دارد.

میکروب شناسی

در سال ۱۹۸۳ محققین استرالیایی ب. مارشال و ج. وارن جداگانه باکتری مارپیچی شکلی را از مخاط بیماران مبتلا به التهاب مزمن معده استخراج کردند که در آغاز به علت شباهت‌های ظاهری، آن را به کامپلیوباکتر منسوب داشتند ولی بعدها آن را در طبقه بندی جدید هلیکوباکتر پیلوری قرار دادند. هلیکوباکتر پیلوری - گرم منفی است و شکل آن در

^{۶۶} Chronic gastritis

^{۶۷} Atrophic gastritis

^{۶۸} Intestinal metaplasia

^{۶۹} Dysplasia

^{۷۰} Gastric adenocarcinoma

^{۷۱} squamous cell esophageal cancer

نمونه برداری های که از طریق آندسکوپی برداشته می شود ماریپیچی است. اما در محیط کشت، شکل آن کروی یا V مانند است. طول آن ۶،۲ میکرومتر و عرض آن از ۵،۰ تا ۶،۰ میکرومتر است. این باکتری به علت شکل ماریپیچی و داشتن تاژک در یکی از قطب های خود قادر به حرکت است. سطح روین آن توسط گلیکوکالیس پوشیده شده است و تصور می رود بیوپولیمیرهای حاوی هیدروکربن در گلیکوکالیس نقش تعیین کننده ای در ایجاد خاصیت چسبندگی هلیکوباکتر به سلول ها داشته باشند.

تکون بیماری

هلیکوباکتر پیلوری بعد از استقرار در معده به زیر مخاط آنتروپیلوری که PH محیطی آن نزدیک به خنثی است نفوذ کرده و به یاخته ها می چسبد. بعد از رسوخ در فضای بین سلولی و یاخته های جداری (پاریتال) با ترشح زهرآبه، آمونیاک و آنزیم های فسفولیپاز A، C، اوریا، کاتالاز، پروتئیناز، لیپاز و ... فعالیت حیاتی سلول ها را مختل کرده، آن ها را متلاشی می کند. هلیکوباکتر پیلوری با ترشح فسفولیپاز A، C لایه آب گریز^{۷۲} حاوی فسفولیپید مخاط و غشاهای سطح اپیتلی را تخریب می کند. با ترشح آمونیاک سیستم فیدبک منفی تنظیم ترشح اسید هیدروکلریک را مختل کرده، موجب ترشح لاینقطع آن چون یکی از عوامل عمده پیدایش زخم دوازدهه می شود.

⁷² Hydrophobe

نقش هلیکوباکتر پیلوری در بیماری زخم معده و دوازدهه

زخم پپتیک که از شایعترین بیماری های دستگاه گوارشی است به زخم معده و دوازدهه گفته می شود. ۵ تا ۱۰ درصد افراد در طول زندگی خود دچار آن می شوند. در رابطه با علت بیماری نقطه نظرات مختلفی وجود دارد، ما در اینجا بدون پرداختن به نظرات رایج و کلاسیک شکل گیری اولسر سعی بر آن داریم بیشتر بر نقش و اهمیت هلیکوباکتر تاکید کنیم.



در رابطه با نقش این باکتری چهار نظر اساسی وجود دارد:

۱. هلیکوباکتر پیلوری عامل اصلی بیماری زخم پپتیک است.
۲. هلیکوباکتر پیلوری هیچ نقشی در تکوین و شکل گیری بیماری زخم پپتیک ندارد و ساپروفیت^{۷۳} است. ساپروفیت ها، قارچ ها و باکتری هایی هستند که از گیاهان و حیوانات مرده و در حال تجزیه، تغذیه می کنند.
۳. هلیکوباکتر پیلوری عامل بیماری نیست، اما روند ترمیم زخم را کند می کند.

۴. هلیکوباکتر پیلوری علت التهاب مزمن معده از نوع B است و در صورت وجود زمینه ژنتیکی در تبدیل التهاب مزمن به زخم معده یا دوازدهه شرکت می کند.

طبق یافته های هیستولوژیکی در ۹۵ درصد بیماران زخم دوازدهه، ۷۰ درصد زخم معده، ۹۵ تا ۱۰۰ درصد گاستریت مزمن نوع B، هلیکوباکتر پیلوری دیده می شود. در کشورهای در حال رشد ۵۰ درصد کودکان مبتلا به پان گاستریت هلیکوباکتریایی هستند که بعد از ۲۰ سالگی می توانند به آتروفی فوندوس معده (تحلیل رفتن بن معده)، متاپلازی (دگرگافتی) روده و در بعضی از بیماران به سرطان تبدیل شود. در کشورهای پیشرفته ۱۰ درصد از افراد ۲۰ ساله و ۵۰ درصد افراد ۶۰ ساله به هلیکوباکتر پیلوری آلوده هستند. شیوع این عفونت بسته به منطقه جغرافیایی، سن، جنس، نژاد متغیر است. با توجه به تحقیقات علمی وسیعی که در مورد نقش هلیکوباکتر پیلوری در بیماری زخم پپتیک انجام گرفته است کوچکترین تردیدی در مورد نقش تعیین کننده آن وجود ندارد. اصل کلاسیک نبودن اسید، نبودن زخم که برای اولین بار در سال ۱۸۳۳ توسط بیامونت^{۷۴} طرح شد و از آن به بعد مقبولیت عام یافت با فرمول پیشنهادی گراهام نبودن هلیکوباکتر پیلوری، نبودن زخم تکمیل شده است.

درمان زخم معده و دوازده

طبق پیشنهاد سازمان غذا و داروی ایالات متحده و سازمان‌های بین‌المللی پزشکی یکسری تراپی ۳ دارویی برای درمان عفونت هلیکوباکتریایی در بیماران مبتلا به زخم معده و زخم دوازدهه پیشنهاد می‌شود:

- امپرازول،^{۷۵} آموکسی سیلین^{۷۶} و کلاریترومیسین^{۷۷} بمدت ۱۰ روز
- بیسموت سوب‌سالسیلات،^{۷۸} مترونیدازول^{۷۹} و تتراسیکلین^{۸۰} بمدت ۱۴ روز
- لانزوپرازول،^{۸۱} آموکسی سیلین و کلاریترومیسین بمدت ۱۰ یا ۱۴ روز

⁷⁵ Omeprazole
⁷⁶ Amoxicillin
⁷⁷ Clarithromycin
⁷⁸ Bismuth subsalicylate
⁷⁹ Metronidazole
⁸⁰ Tetracycline
⁸¹ Lansoprazole

منابع انگلیسی

1. Helicobacter Pylori Infection, Luigi Santacroce, MD; Chief Editor: BS
2. Anand, MD, Updated: Mar 15, 2016
<http://emedicine.medscape.com/article/176938-overview>
3. The Care of the medical Patient. 5th edition, by Fred F. Ferri, MD 2001
Helicobacter pylori and Peptic Ulcer Disease
4. <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/hpylori/#1>

منابع روسی

۵. گاستریت مزمن. آروین، گریگوریف، ایساکوف. آمستردام ۱۹۹۳
۶. بیماری های معده و روده. کونچاریک. مینسک ۱۹۹۴
۷. هلیکوباکتریلوری - ساپروفیت یا علت بیماری زخم پپتیک. مجله فارماکولوژی بالینی، تراسی. شماره ۲ - ۱۹۹۳ مسکو
۸. مسائل تراسی زخم معده. ایواشکین. مجله فارماکولوژی بالینی، تراسی. شماره ۲ - ۱۹۹۳ مسکو
۹. فارماکولوژی بالینی و فارماکوتراسی. بلاوسوف، لیپاخین. مسکو ۱۹۹۳

منابع ترجمه شده به فارسی

۱۰. اصول جراحی شوارتز ۱۹۹۴. جلد اول ترجمه فارسی: دکتر رامین اشتیاقی و
۱۱. درسنامه پزشکی آکسفورد ۱ - جلد اول. ترجمه فارسی توسط جمعی از پزشکان ۱۳۶۸

هموروئید (بواسیر)

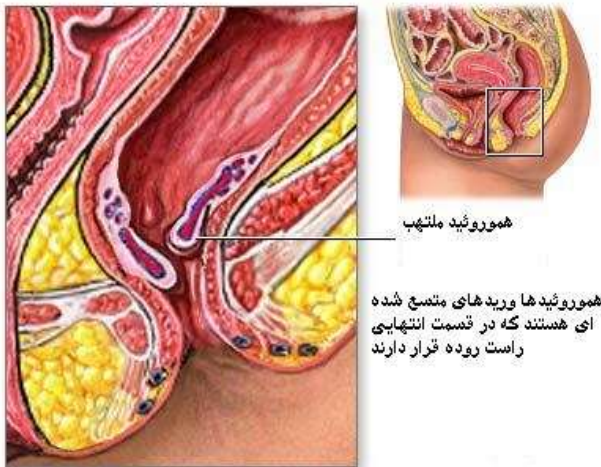
هموروئید از جمله بیماری‌های بسیار شایعی است که تقریباً در ۷۰ درصد افراد بالای سی سال دیده می‌شود. هموروئید حاد در هر سنی مشاهده می‌شود اما درصد پیدایش آن در میان جوانان و افراد میانه سال بیشتر از پیرها و در بین سفید پوستان و افرادی که که متعلق به اقشار مرفه جامعه هستند بیشتر از رنگ پوستان و اقشار دیگر جامعه است. بسیاری از بیماران هموروئیدی دارای منشاء ارثی از طرف خانواده مادری هستند.

هموروئید، سازوکار و علل پیدایش آن

به اتساع وریدهای انتهایی راست روده که با ایجاد گره همراه است هموروئید گفته می‌شود. این بیماری برای اولین بار توسط بقراط پدر علم پزشکی هموروئید - خونریزی نامیده شد اما با توجه به اینکه خونریزی فقط در ۲۸ تا ۴۸ درصد بیماران مشاهده می‌شود اصطلاح هموروئید تنها دربرگیرنده بخشی از حقیقت مربوط به این بیماری است. افزایش فشار و اختلال در خروج خون از گره های هموروئیدی موجب احتقان شبکه

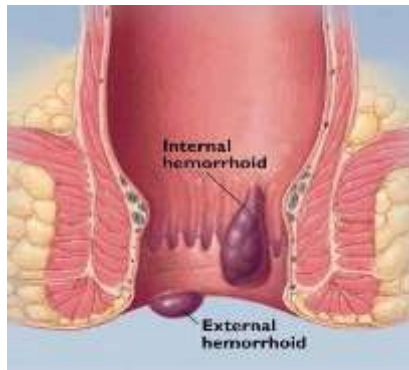
هموروئیدی و ایجاد بیماری می شود. مکانیسم اصلی آن را می توان در دودسته گروه بندی نمود:

۱. کاهش ظرفیت انتقالی وریدهای شبکه هموروئیدی.
۲. افزایش ورود خون شریانی به گره های هموروئیدی که هماهنگ با ظرفیت خروجی و طبیعی سیاهرگ ها نیست.



جریان خون وریدی در بافت ها نه تنها در اثر انقباض عضلات صاف دیواره سیاهرگ ها (به شکل غیر ارادی) بلکه بیشتر در نتیجه انقباض عضلات مخطط (به گونه ارادی) است. در افرادی که غیر فعال و کم تحرک هستند بازگشت خون وریدی به قلب به سختی جریان داشته، عضلات صاف دیواره سیاهرگ ها متحمل فشار و بار فیزیکی بیشتری می شوند. این روند در نهایت منجر به نارسایی عمل سیاهرگ ها، کندشدن جریان خون در بافت های هموروئیدی راست روده و ایجاد لخته می شود. لخته های ایجاد شده نیز ظرفیت انتقالی وریدها را کم تر می کنند. گره های هموروئیدی در

نتیجه اختلال در خروج خون بزرگ شده، موجب ایجاد برجستگی‌هایی در لایه مخاطی راست روده می‌شوند. این گره‌ها بسته به محل ایجادشان به گره‌های خارجی، داخلی و یا مختلط تقسیم می‌شوند. هموروئیدهای داخلی در بالای خط دنداندار^{۸۲} راست روده قرار گرفته، فاقد اعصاب حسی هستند ولی هموروئیدهای خارجی در پایین خط نامبرده قرار گرفته، توسط اعصاب تحتانی راست روده عصب رسانی می‌شوند (شکل شماره ۱).



شکل ۱

انتشار لخته از گره‌ها به سیاهرگ‌های مخاط راست روده باعث تشکیل کانون‌های نکروزی (بافت مرده) و جدا شدن مخاط می‌شوند. در پی نازک شدن دیواره، گره‌های هموروئیدی به راحتی دچار پارگی و خونریزی می‌شوند. در اوایل خونریزی معمولاً با زور زدن در هنگام دفع مدفوع روی می‌دهد اما با رشد بیماری، هرگونه حرکت مانند نشست و برخاست کردن نیز می‌تواند باعث خونریزی شود. غالباً بیماران در اثر خونریزی مزمن مکرر دچار کم خونی می‌شوند. عدم تعادل روانی - عصبی و فشارهای روحی از

⁸²Dentate line

جمله عواملی هستند که در اثر تحریک سیستم اعصاب سمپاتیک موجب انقباض دیواره عروق برنده خون از گره‌های هموروئیدی و احتقان خون در آن‌ها می‌شوند. کارهای سخت و طولانی، مصرف مستمر مشروبات الکلی و افراط در انجام عمل جنسی نیز باعث افزایش جریان خون شریانی به گره‌های هموروئیدی و ایجاد هموروئید می‌شوند. ایستادن و نشستن‌های طولانی، حاملگی و یبوست مزمن نیز از عوامل افزایش فشار در شبکه‌های هموروئیدی و احتقان خون در آن هستند.

نشانه‌های اصلی هموروئید

این بیماری از نظر روند و ظهور به انواع زیر تقسیم می‌شود:

- هموروئید بدون نشانه مشخص
- هموروئید حاد
- هموروئید مزمن

نشانه‌های اولیه هموروئید حاد عبارتند از

- درد در مقعد و اطراف آن
- خارش
- خونریزی

درد از نشانه‌های اصلی و ثابت بیماری است و تقریباً در ۴۰ درصد بیماران، بخصوص در هنگام دفع مدفوع مشاهده می‌شود. حاشیه مقعد به علت التهاب مخاط راست روده و پوست به راحتی صدمه می‌بیند. در موقع زور زدن،

حرکت مدفوع در روده، انجام تنقیه و گاهی مصرف شیاف‌های ضد هموروئیدی نیز مخاط راست روده به آسانی آسیب دیده، دیوار پسین کانال مقعد ترک برمی‌دارد.

در ۳۵ درصد موارد **خونریزی** به علت حرکت جرم سفت مدفوع در هنگام اجابت مزاج است. گره‌های خارج شده از مقعد در نتیجه اصطکاک با لباس و یا جا انداختن با دست، آسیب دیده و دچار خونریزی می‌شوند.

سوزش و خارش مقعد و اطراف آن در نتیجه تاثیر ترشحات غده مخاطی روده بزرگ بر اعصاب حسی این منطقه است. در پی پایین افتادگی طولانی مدت گره‌ها، کشیدگی اسفنکتر (ماهیچه تنگ کننده) مقعد کاهش یافته، گاز و مدفوع آبکی بگونه غیر ارادی خارج می‌شوند. این روند موجب تحریک و التهاب مزمن پوست و گاهی پوسته دادن لایه فوقانی آن می‌شود.

عوارض

پرولاپس (پایین افتادگی هموروئید از مقعد)، خونریزی و پیدایش کانون‌های نکروزی در گره‌های هموروئید از جمله عوارض هموروئید می‌باشند. لخته‌شدگی گره‌های هموروئید یکی از بدترین عوارض آن است. این روند می‌تواند به سیاهرگ‌های غشاء مخاط راست روده نیز گسترش یابد. تورم و التهاب ممکن است به دیواره خروجی راست روده، اسفنکتر مقعد، اطراف مقعد و حتا اعضاء تناسلی انتشار یابد. فشار بافت‌های ملتهب و ورم کرده به شاخه‌های متعدد اعصاب و پایانه‌های آنان موجب دردهای شدید در مقعد و پیرامون آن می‌شود. بیمار قادر به نشستن و حرکت دلخواه نیست و مجبور

به دراز کشیدن اجباری می شود. تب بیمار ممکن است به ۵ / ۳۷ تا ۸ / ۳۸ درجه برسد. آنمی فقر آهن نیز از جمله عوارض خونریزی مزمن هموروئید است.

درمان

درمان موضعی هموروئید حاد

- شستن گره های پایین افتاده از کانال مقعد ۳ تا ۴ بار در روز با گرفتن دوش آب گرم.
- در صورتی که نشانه های التهاب حاد وجود نداشته باشد باید پس از چرب نمودن گره ها با امولسیون سنتومیسین یا روغن گیاهی، آن ها را با احتیاط وارد مجرای راست روده کرد. اطراف مقعد را باید با دستمال نرم، خشک و تمیز پوشانده، برای نگه داشتن آن از مایوهای T شکل استفاده کرد. هر بار بعد از توالیت رفتن این عمل باید تکرار شود.
- با شروع خونریزی باید اطراف مقعد و گره های هموروئیدی را با گرفتن دوش آب گرم شسته، گره ها را با امولسیون سنتومیسین چرب کرد. ۲ بار در روز از شیاف های ضد هموروئید استفاده کرد و با محلول فوراسیلین یا ریوانول اطراف مقعد را ضد عفونی و پانسمان کرد. در صورت خونریزی نباید گره ها را وارد مجرای راست روده کرد، چرا که این عمل موجب آسیب دیدن بیشتر، خونریزی مجدد و عفونی شدن آن ها می شود.

جراحی

افرادی تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند که دچار پایین افتادگی گره‌های هموروئیدی شده، در طی یکسال دچار ایجاد لخته شدگی حاد و خونریزی از گره‌های هموروئید شده‌اند.

تزریق ماده اسکروزان

تزریق الکل، محلول ید و اسید فنول در گره‌های هموروئیدی موجب تغییرات تدریجی گره‌ها به بافت جوشگاهی می‌شود. گره زدن سفت گره‌های هموروئید با نوار لاستیکی در افرادی که بخصوص به مواد اسکروزان جواب نمی‌دهند موجب خشک شدن و افتادن بی‌درد گره می‌شود.

تخریب با لیزر^{۸۳}

نوربندایش ماوراءقرمز^{۸۴}

بندایش الکتریکی^{۸۵}

هدف از درمان کنسرواتو رفع موقتی حدت بیماری، آماده کردن بیمار برای جراحی و دوره بعد از عمل است و شامل پرهیز درمانی، جلوگیری از بیوسست با استفاده از نرم کننده‌های مدفوع است.

⁸³ Laser destruction

⁸⁴ Infrared Photocoagulation

⁸⁵ Electrocoagulation

پیشگیری از عوارض هموروئید

- تغذیه مناسب. خوردن غذاهای فیبردار و اضافه نمودن ۱ تا ۲ قاشق غذا خوری پودر سبوس به غذا و یا حل آن در ۸۰ اونس آب.
- جلوگیری از جاق شدن
- ورزش منظم
- داشتن شیوه فعال و پر تحرک زندگی
- حمام نشسته در آب گرم
- پمادهای بی حس کننده موضعی
- رعایت جدی بهداشت و نظافت فردی. به علت عدم رعایت نظافت شخصی، از هر ۲ بیمار یکی از آن ها دچار حدت بیماری می شود. لازم به توجه است که در 1mm^3 مدفوع انسان سالم در حدود ۱۷ میلیون میکروب وجود دارد. اگر بیمار بعد ازتوالت رفتن مقعد و اطراف آن را نشورد در حدود 4mm^3 - 3mm^3 از جرم مدفوع در حاشیه مقعد مانده، موجب حدت دائم و رشد عفونت در آن می شود.

منابع:

۱. کمک به بیماران مبتلا به هموروئید . پروفیسور ک. ان. تارون (متن روسی)
۲. تشخیص جراحی و درمان . هموروئید . Thomas R. Russell, MD (متن انگلیسی)
۳. تشخیص پزشکی و درمان. هموروئید. Kenneth R . McQaid, MD (متن انگلیسی)
۴. www.mayoclinic.com/

کمر درد

نرمش های درمانی بدنی



متأسفانه کمتر کسی علیرغم احساس درد، به اهمیت آن در زندگی خود توجه می کند. اکثر قریب به اتفاق مردم فقط جنبه منفی درد را در نظر گرفته، آن را مایه رنج و عذاب می دانند. برآستی نیز تحمل درد همواره توام با از سرگذراندن لحظاتی رنج آور و طاقت فرسا است. درد درهنگام زخمی شدن، دندان درد، کمردرد، درد زایمان و... با این حال نگاهی به جوانب متضاد درد نشان می دهد که احساس درد یک واکنش دفاعی بدن برای حفظ سلامتی و بقاء او و مبارزه برای ادامه حیاتش می باشد.

نوربرت وینر پایه گذار علم سیرنیتیک میگوید: "برای فرد هیچ سرنوشتی اسفناکتر از فقدان احساس درد نیست."

اهمیت سرنوشت ساز درد زمانی بیشتر به چشم می خورد که بودن و یا نبودن این احساس در موجودات زنده مورد مقایسه قرار گیرد. در منابع پزشکی به بیش از ۱۰۰ مورد از افرادی اشاره شده است که به علت فقدان احساس درد متحمل آسیب ها، بیماری ها و بلایای کوچک و بزرگ و حتا مرگ شده اند. ما در این جا به نمونه ای از آن اشاره می کنیم:

یک دختر جوان کانادایی، دانشجوی دانشگاه مونتریال، در طول زندگی اش هیچگاه احساس درد نکرده بود. او در دوران کودکی دچار سوختگی درجه ۳ شده، بارها به علت آسیب های مختلف، در بخش اورتوپدی تحت عمل جراحی قرار گرفته بود. هیچ نوع محرکی حتا جریان برق، آب داغ موجب پیدایش واکنشی در او نمی شد. او هیچگاه سرفه نکرده، عطسه نزده بود و بهنگام افتادن جسم خارجی در چشم، احساس ناخوشایندی به او دست نداده بود. در یک کلام او فاقد بسیاری از واکنش های دفاعی بدن بود. سرانجام در سن ۲۹ سالگی در نتیجه رشد عفونت در گذشت.

بدین ترتیب درد دارای مشخصه وحدت و تباین اضداد است. از یک سو پدیده ای است فیزیولوژیک، که به علت داشتن وظیفه دفاعی و محفوظ نگه داشتن ارگانیزم از خطرات مختلف نقش مفیدی را در زندگی انسان ایفا می کند و از سوی دیگر، درد و بخصوص درد طولانی و مزمن موجب رنج و عذاب فرد شده، حالت پاتولوژیک (مرضی) داشته، نیاز به درمان فوری دارد.

تقریباً اکثر بزرگسالان با احساس کمردرد آشنا هستند. کمردرد بویژه در کشورهای رشد یافته صنعتی فوق العاده شایع است. طبق آمارهای موجود بیش از ۸۰ درصد مردم به شکلی آن را تجربه می کنند.

کمر درد دومین علت تلف شدن وقت کاری و عدم حضور افراد در محل کار است. درد ممکن است پس از کارهای دراز مدت در حالت خمیده، راه رفتن های طولانی مدت، بلند کردن اشیاء سنگین و سرما خوردگی ظاهر شود. چنین دردهایی گذرا است و موجب مراجعه این افراد به پزشک نمی شود. دردهای مختصر کمر، دست ها و پاها معمولاً بعد از خستگی های بدنی بوجود می آید. معذالک اکثر اوقات کمردرد به صورت شدید و حاد شروع شده، فرد مجبور به استراحت در تخت می شود. هرگونه حرکت، ایستادن و نشستن برای او مشکل می شود. هرگونه حرکت جزئی، تنفس عمیق، سرفه و عطسه موجب تشدید آن شده، شخص مجبور به مراجعه به پزشک می شود.

شیوه های درمانی کمر درد بسته به علت آن متفاوت است و دربرگیرنده درمان کنسرواتو (غیر جراحی) تا عمل جراحی است. یکی از شیوه های درمانی برای کاهش نشانه های کلینیکی کمر درد انجام نرمش های درمانی - بدنی است. هدف چنین نرمش هایی کاهش فشار بر دیسک های بین مهره ای، بهبود خونرسانی و تبادل مواد و جلوگیری از رشد بی حرکتی (آدینامی) آن ها است. چنین نرمش هایی معمولاً در حالت خوابیده انجام می گیرد، در نتیجه فشار بر دیسک های بین مهره ای تا ۲ بار کاهش میابد. نرمش هایی که توام با خم شدن به جلو می باشند موجب اتساع فاصله پسین

بین مهره‌ها و افزایش اندازه سوراخ بین مهره‌ای می‌شوند. در نتیجه، فشار بر ریشه‌های عصبی کمری کاهش یافته، دیسک برآمده، ثابت (فیکسیون) می‌شود. در حال حاضر مجموعه‌های مختلفی از نرمش‌های درمانی بدنی برای کمر درد وجود دارد. در اینجا برگردان یکسری از نرمش‌های مفید از کتاب **کمر درد نوشته آنتونف و شانکو** ارائه می‌شود. لازم به تذکر است که باید از انجام نرمش‌هایی که موجب افزایش و یا تشدید درد می‌گردند، اجتناب ورزید.

حالت: باید روی پشت دراز کشید.

۱. به آرامی پا را در قسمت زانو خم کرده، در صورت ممکن آن را به طرف سینه ببرید (این حرکت در هنگام بازدم انجام می‌گیرد). بعد پا را به حالت اولیه برگردانید (در هنگام دم)، این حرکت را با پای دیگر تکرار کنید. این حرکت را میتوان ۶ تا ۸ بار تکرار کرد.

۲. پاهای راست نگه داشته شده را به نوبت و به آرامی در هنگام بازدم بالا ببرید و در هنگام دم پایین آورید (این حرکت را میتوان ۸ تا ۱۰ بار تکرار نمود).

۳. پاها را به نوبت در حالتی که در قسمت زانو و لگن خم شده‌اند در هنگام بازدم به طرف خارج و در هنگام دم به طرف داخل بکشید (این حرکت را میتوان ۸ تا ۱۰ بار تکرار نمود).

۴. پای راست نگه داشته شده را به نوبت در هنگام دم بالا ببرید تا زمانی که احساس درد بکنید، بعد آن را به طرف چپ و راست حرکت دهید و

در هنگام بازدم پایین آورید. این حرکت را با پای دیگر هم انجام دهید (این حرکت را میتوان ۴ تا ۶ بار انجام داد).

۵. پای راست نگه داشته شده را به طرف بالا ببرید، بعد از حرکت دورانی ۳۶۰ درجه آن به چپ و راست، آن را پایین آورید. این حرکت را با پای دیگر نیز انجام دهید (این حرکت را میتوان ۳ تا ۴ بار انجام داد).

حالت: روی پهلوی چپ دراز بکشید. دست چپ را زیر سر قرار داده، دست راست را به حالت تکیه گاه در مقابل سینه قرار دهید. سپس این عمل را هنگام تمرین برپهلوی راست تکرار نمایید.

۶. پای راست نگه داشته شده را هنگام دم بالا ببرید و در هنگام بازدم به حالت اولیه درآورید. این حرکت را با پای دیگر نیز تکرار کنید (این حرکت را میتوان ۳ تا ۴ بار تکرار کرد).

۷. پای راست نگه داشته شده را تا آنجایی که برایتان مقدور است به طرف جلو بکشید به طوری که سر انگشتان پا با کف اتاق تماس حاصل نماید. بعد پا را به حالت اولیه برگردانده، آن را حداکثر امکان به طرف عقب بکشید. سپس آن را به حالت اولیه برگردانید. این حرکت را با پای دیگر نیز تکرار کنید (این حرکت را میتوان ۴ تا ۶ بار انجام داد).

توجه: تمرین های ۶ و ۷ را میتوان همزمان با هم انجام داده، بعد از اتمام آن ها در یک پا بر روی پهلوی مخالف پیچیده و آن را با پای دیگر انجام بدهید.

حالت: روی پشت دراز بکشید.

۸. دست‌ها را در امتداد ستون فقرات به صورتی که کف آن‌ها به طرف کف اتاق باشد قرار دهید و پاهای راست نگه داشته شده را تا آنجایی که مقدور است به طرف جلو بکشید (این عمل را میتوان ۸ تا ۱۰ بار تکرار نمود).

۹. یک پا را در قسمت زانو و لگن خم کنید و کف پا را روی زمین قرار دهید. پای راست نگه داشته شده دیگر را به طرف بالا برده، در قسمت زانو راست و خم نمائید. بعد آن را پائین آورید. این حرکت را با پای دیگر نیز انجام دهید (این حرکت را میتوان ۸ تا ۱۰ بار انجام داد).

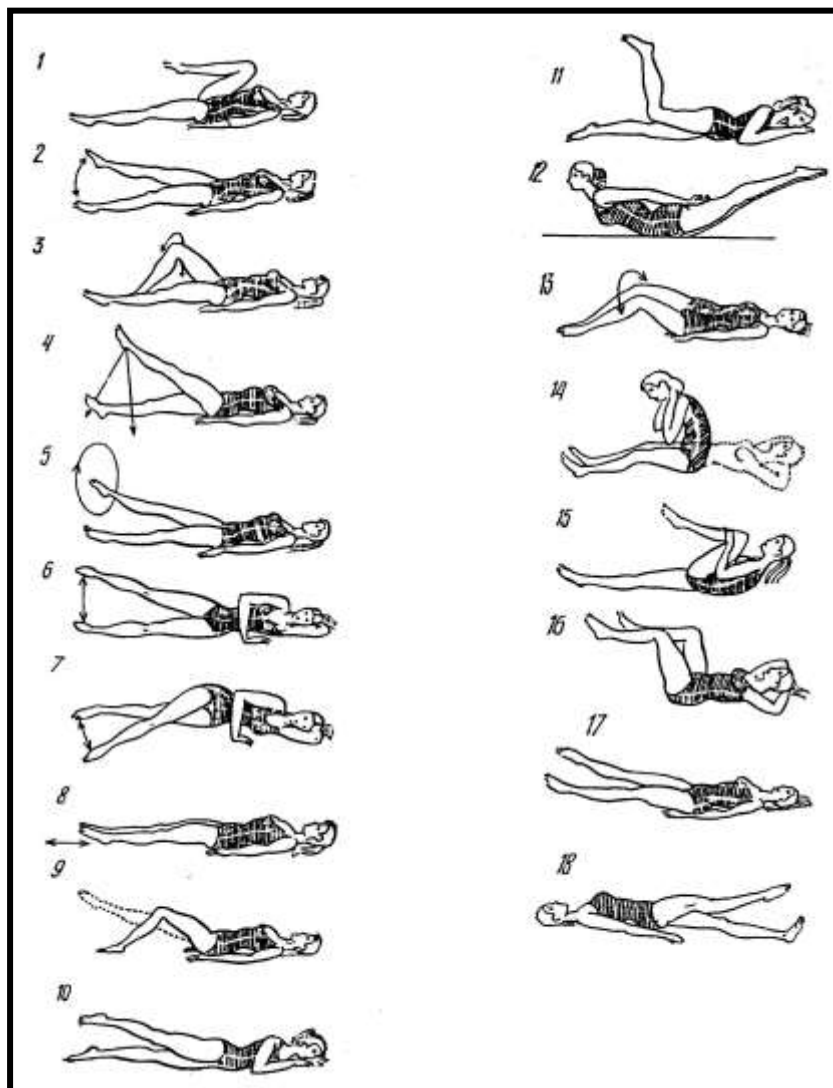
حالت: روی شکم دراز کشیده، دست‌ها را در حالتی قرار دهید که کف آن‌ها زیر چانه قرار گیرد.

۱۰. در هنگام دم پای راست نگه داشته شده را به آرامی بالا ببرسد و در بازدم پایین آورید. این حرکت را با پای دیگر نیز انجام دهید (این حرکت را می‌توان ۶ تا ۸ بار انجام داد).

۱۱. پا را در مفصل زانو در زاویه ۹۰ درجه خم کرده، به آرامی بالا بکشید. این حرکت را با پای دیگر نیز تکرار نمائید (این حرکت را میتوان ۴ تا ۶ بار انجام داد). این تمرین را میتوان همزمان با هردو پا انجام داد.

۱۲. دست‌های کشیده شده به طرف عقب را در حالتی که کف آن‌ها رو به بالا باشد، روی پشت قرار دهید. به آرامی کف دست‌ها را خم کنید (بدون به کار بردن هرگونه نیروی زیاد و اضافی) تا همزمان قسمت فوقانی

و تحتانی بدن در هنگام بازدم، بالا کشیده شوند. آن‌ها را در هنگام دم پائین آورید (این حرکت را میتوان ۴ تا ۶ بار انجام داد).



حالت : روی پشت دراز بکشید .

۱۳. پاها را در قسمت زانو خم کرده، آن ها را بهم جفت کنید. دست ها را به طوری که کف آن ها به طرف کف اتاق باشد در امتداد بدن قرار دهید. در هنگام بازدم ۲ زانو را همزمان به طرف راست خم کنید و در دم به حالت اولیه برگردانید. این حرکت را این بار به طرف چپ انجام دهید (این حرکت را میتوان ۶ تا ۸ بار انجام داد). "در چنین حالتی میتوان لگن را در هنگام بازدم بالا برده و در هنگام دم پائین آورد (این حرکت را میتوان ۴ تا ۶ بار انجام داد) ."

۱۴. دست ها را پشت سر گذاشته، سعی کنید بدون آن که پاشنه پا از کف اتاق جدا شود به حالت نشسته در بیایید (این حرکت را میتوان ۳ تا ۴ بار انجام داد).

۱۵. یک پا را راست نگه داشته ، قسمت بالای ساق دیگر را در حالی که در زانو و مفصل لگن خم شده است با دست گرفته، ران پا را به طرف شکم بکشید. این حرکت را در هنگام بازدم انجام دهید. در هنگام دم پا را به حالت اولیه در آورید و این حرکت را با پای دیگر نیز تکرار کنید (این حرکت را میتوان ۴ تا ۶ بار انجام داد).

۱۶. دست ها را زیر سر قرار دهید. پاها را در حالی که در مفصل لگن و زانو خم شده اند در زاویه قائمه نگه داشته، حالت دوچرخه سواری بخود بگیرید. حرکت را اول در یک جهت و بعد در جهت مخالف انجام دهید. این حرکت تا زمانی انجام می گیرد که حالت خستگی خفیف به شما دست دهد.

۱۷. دست ها را در حالی که کف آن ها به طرف پایین است در امتداد بدن قرار دهید. پاهای راست نگه داشته شده را بالا ببرید و آن ها را تا ایجاد احساس خستگی به آرامی از هم دور و بهم نزدیک کنید.

۱۸. پاهای راست نگه داشته شده را روی هم قرار دهید. درچنین حالتی با اتکا برپاشنه پا، از یک طرف به طرف دیگر بپیچید. حالت پا را به نوبت تغییر داده، تمرین را تکرار کنید (این حرکت را میتوان ۳ تا ۴ بار تکرار نمود).

توجه

از انجام تمرین هایی که موجب افزایش درد می شوند، خودداری کنید.

سود و زیان سیگار کشیدن



مزایای سیگار کشیدن !

براستی آنهایی که سالهای متمادی با عشق فراوان به زندگی و سلامتی خود و خانواده‌هایشان سیگار می‌کشند، می‌دانند که چه کار بزرگ و با ارزشی کرده‌اند؟ آیا تا بحال علیرغم این همه تبلیغات سوء و ضعیف و محدود برای ترک سیگار میدانند در صورتی که کشیدن سیگار را ترک و یا تعداد روزانه آن را کم کنند، این کار چه پیامدهای خطرناک و خانمان

براندازی را میتواند در پی داشته باشد؟ یک لحظه این مساله ساده را در نظر بگیریم که فقط در آمریکا که بیش از ۳۰ درصد جمعیت آن سیگار کشیده و هر روز ۳ تا ۵ دلار هزینه آن می کنند یک دفعه دل نازکشان به حال خود و اطرافیانشان سوخته، تصمیم به ترک و یا کاهش آن بگیرند و این عمل به سایر نقاط جهان نیز گسترش یابد. به راستی چه اتفاقی خواهد افتاد؟ آیا این عمل با کاهش میلیارد دلاری سود این کمپانی‌ها از فروش سیگار، بیکار شدن هزاران کارگر، کاهش درآمد مالیات دولت بر فروش سیگار، کاهش و یا عدم خرید و فروش توتون و ورشکستگی زارعان توتون و در ضمن کاهش درآمد شرکت های تبلیغاتی مواجه نخواهد شد؟

از طرف دیگر اگر کسی سیگار نکشد و به بیماری‌های رنگارنگ وابسته به سیگار مبتلا نشود، تکلیف مطب دکترها و میز عمل و تخت‌های خالی بیمارستان چه خواهد شد؟ علاوه براین اگر سیگار کشیدن کار بدی است، پس این همه تبلیغ سیگار بویژه در کشورهایی چون آلمان با تابلوهای رنگارنگ از زنان زیبا و مردان ورزشکار و تنومند و کابوهای سیگار به لب با زیر نویس مسخره وزارت بهداشت مبنی بر ضرر سیگار برای سلامتی انسان برای چیست؟

با این حال می‌بینیم که سیگاری‌ها چه خدمت بزرگی به بودجه دولت‌ها، درآمد کمپانی‌های فروش سیگار، آژانس‌های تبلیغاتی، مبارزه با بیکاری کارگران کمپانی‌های تولید سیگار و زارعان کشت توتون، پرشدن تخت بیمارستان‌ها، مطب دکترها و کارگورکن‌ها می‌کنند.

حالا که یک کمی در مورد نقش مثبت سیگار کشیدن صحبت کردیم بد نیست کمی هم به عوارض نه چندان کم اهمیت آن پردازیم.

چرا نباید سیگار کشید ؟

امروز سیگار کشیدن مهمترین عامل بروز سرطان، افزایش مرگ و میر و یک معضل بزرگ اجتماعی است که نه تنها سلامتی سیگاری‌ها بلکه افراد غیر سیگاری را نیز تهدید می‌کند. ذرات دود سیگار به علت داشتن قطر بسیار کوچک خود (۳ دهم میکرومتر) به آسانی استنشاق شده و از تمام سدهای دفاعی درمجرای تنفسی عبور کرده و به حبابچه‌های هوایی میرسند. بدین ترتیب دود سیگار به راحتی نه تنها وارد ریه سیگاری‌ها، بلکه غیر سیگاری‌ها هم شده، تاثیر مخرب خود را بر سلامتی آن‌ها میگذارد. مهندسین آژانس حفظ محیط زیست نشان داده‌اند که حتا با وجود استفاده از بهترین وسایل تهویه و جریان هوا، برای افراد غیر سیگاری که با افراد سیگاری زندگی می‌کنند امکان کاهش خطر سرطان‌زایی هوای آلوده تا سطح مطلوب وجود ندارد. لذا جداسازی کامل فرد استعمال کننده دخانیات به هنگام انجام این عمل ضروری است چرا که عوارض ناشی از مصرف سیگار زندگی و کار نزدیک به ۷۰ درصد افراد غیر سیگاری را تحت الشعاع قرار میدهد.

سیگار کشیدن علت اصلی بسیاری از سرطان‌ها و افزایش سطح مرگ و میر است. بنابر برآوردهای مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، فقط در ایالات متحده آمریکا سالانه ۴۲۰ هزار نفر بخاطر مصرف سیگار فوت می‌کنند.

اطلاعات جمعیت شناسی نشان داده است که احتمال مرگ افراد سیگاری قبل از ۷۰ سالگی ۱۰ - ۹ بار بیشتر از افراد غیرسیگاری است.

طبق برآوردهای ر. پتو^{۸۶} سیگار در ۵۰ سال آینده عامل مرگ ۴۵۰ میلیون نفر در جهان خواهد بود. کاهش سیگار کشیدن تا ۵۰ درصد می تواند از مرگ قبل از موعد ۲۰ تا ۳۰ میلیون نفر در ربع اول قرن جدید و ۱۵۰ میلیون نفر در ربع دوم آن جلوگیری کند.

میزان مرگ و میر سالانه ناشی از استعمال دخانیات ۴ بار بیشتر از مجموع مرگ و میر ناشی از مصرف تمام داروها و الکل و ده بار بیشتر از تمامی مرگ و میرهای ناشی از تصادفات در هر سال و ۱۲ بار بیشتر از سندرم نقص ایمنی و بیشتر از مجموع تلفات جنگ‌های نظامی آمریکا در قرن بیستم بوده است .

امروزه سرطان ریه اصلی‌ترین سرطان کشنده‌ای است که هم در مردان و هم در زنان دیده می‌شود. میزان سرطان خانم‌ها نیز با توجه به تغییری که در عادات سیگار کشیدن آن‌ها بوجود آمده با سرعت زیادی رو به افزایش است. برای نمونه در میان ۸۷ کشور جهان که سیگار کشیدن زنان به ثبت رسیده است زنان دانمارکی رکورد دار بوده، احتمال عمر باقیمانده^{۸۷} آنان در میان سایر کشورهای اروپایی کمتر از همه است. زنان دانمارکی در اروپا بالاترین سطح مرگ و میر را به علت سرطان ریه و بیماری انسداد ریه دارند.

⁸⁶ Peto.R

⁸⁷ Life Expectancy

بررسی های وسیع و جالبی که بویژه در ایالات متحده آمریکا (توسط جامعه آمریکایی سرطان و هیرایاما) و در سوئد انجام گرفته، جملگی به این نتیجه رسیده اند که در کشورهای که تعداد زیادی از افراد سیگاری آن، به طور منظم سیگار می کشند، سرطان ریه در این افراد ۱۰ تا ۱۵ بار شایعتر از آنهایی است که در طول عمر خود سیگار نکشیده اند و در کسانی که سیگار می کشند این نسبت تا ۴۰ بار بیشتر است.

در بریتانیا دخانیات سبب ساز بیش از ۹۰ درصد سرطان ریه است. در سال ۱۹۹۸ حدود ۱۷۸ هزار مورد سرطان ریه در ایالات متحده برآورد شده است. این سرطان باعث ۳۲ درصد مرگ ناشی از سرطان در مردان و ۲۵ درصد در زنان می شود. سیگار کشیدن علت اصلی سرطان ریه در مردان و زنان آمریکایی است.

بسیاری از مرگ های وابسته به سیگار در بیماران قلبی دیده می شود. مطالعات فرامینگهام^{۸۸} نشان می دهد که میزان بروز بیماری های قلبی در سیگاری ها ۶۵ درصد و غیر سیگاری ها ۲۳ درصد است. در افرادی که بیماری ایسکمی قلب دارند، سیگار کشیدن یکی از ریسک های عمده افزایش مرگ در نتیجه اثرات نامساعد سیگار بر جریان خون کرونری، اکسیژن رسانی میوکارد و ریسک انعقاد خون است.

در افراد سیگاری احتمال رشد بیماری ایسکمی خون در اثر تصلب عروق کرونر ۶۰ بار بیشتر از افراد غیرسیگاری است. سیگار با افزایش کربن

مونوکسید خون به اندوتلیوم عروق کرونر آسیب زده و با افزایش چسبندگی پلاکت ها احتمال انسداد کرونرها توسط لخته های خون را بالا میبرد. نیکوتین و کربن مونوکسید باعث افزایش ضربان قلب و فشارخون و کاهش اکسیژن رسانی به میوکارد شده، به اندوتلیوم عروق صدمه می زنند. کربن مونوکسید نفوذپذیری جدار عروق را به لپیدها زیاد کرده، میزان چربی آزاد خون را بالا می برد.

افزایش ریسک و ارتباط علت و معلولی بین استعمال تنباکو و کانسر دهان، زبان، حلق، حنجره و مری کاملاً به اثبات رسیده است. علت اصلی سرطان لب، سم موجود در توتون است. سرطان حنجره، زبان، دهان، حلق و مری رابطه نزدیکی با مصرف توتون و الکل دارند. الکل و توتون اثر یکدیگر را تقویت می کنند، بطوری که در غیاب هر یک از آنها بروز سرطان سه چهارم تقلیل می یابد. لازم به توجه است که دخانیات در بریتانیا سبب ۸۰ تا ۹۰ درصد سرطان دهان و حلق و حنجره و مری است.

سرطان لوزالمعده نیز در افراد سیگاری ۲ تا ۳ بار شایع تر از افرادی است که در تمام عمر خود سیگار نکشیده اند. اطلاعات همه گیرشناسی نشانگر وجود ارتباطی بین زخم معده و اثنی عشر و التهاب آنان می باشد. مصرف سیگار موجب طولانی تر شدن دوره ترمیم زخم معده و اثنی عشر و عود زخم معدی در سیگاری ها می شود.

سیگار یکی از عوامل ریسک در ایجاد سرطان مثانه است. دود سیگار حاوی مواد جهش زای متعددی است که به جریان خون و کلیه ها راه یافته و از آن

جا از طریق ادرار به مثانه میرسند. در بریتانیا و آمریکای شمالی سیگار سبب نیمی از موارد ابتلاء به سرطان مثانه است.

سیگار کشیدن زن حامله موجب محدودیت رشد جنین، زایمان زودرس، جدا شدن جفت، مرگ جنین، سقط خودبخودی، کاهش وزن نوزاد در موقع تولد می شود. در زنان سیگاری ریسک مرگ ناگهانی نوزاد و بیماری های تنفسی بسیار بالا است. در تحقیقاتی که در اونتاریو انجام شده، دو دسته از زنان سیگاری مورد مطالعه قرار گرفتند. گروه اول آنهایی بودند که کمتر از یک بسته سیگار در روز می کشیدند، گروه دوم آنهایی بودند که بیش از یک بسته سیگار در روز می کشیدند. در گروه اول افزایش مرگ جنین تا ۲۰ درصد و در گروه دوم تا ۳۵ درصد بود.

درضمن در تحقیقاتی که انجام گرفته، ریسک بیماری مننژیت در بچه هایی که والدین آنها سیگاری هستند ۸ بار بیشتر از بچه هایی است که والدین آنها سیگار نمی کشند.

آیا با توجه به همه این فاکت ها باز هم باید به سیگار کشیدن ادامه داد؟

منابع :

1. Obstetrics and Gynecology /Tamaral. 1998
2. Cigar Smoking and Death from coronary Heart Disease in a Prospective Study of US Men. ARSHINERN MED / VOL 159, NOV8, 1999
3. Effect of Smoking Cessation on Mortality After Myocardial Infarction. ARCHINTERN MED/VOL160, APR 10,2000
4. Increased mortality among Danish women: population based register study. BMJ volume 32 ,5 Aug.2000
5. Smoking in parents increases Meningococcal disease risk .BMJ vol.321 5 Aug ۲۰۰۰.
6. Effectiveness of interventions to help people stop smoking : findings from the Cochran Library. BMJ Vol. 321 , 5 Aug 2000
7. The Washington Manual 1995.
8. Medicine . Allen R. Myers , 1997

۹- فیزیولوژی پزشکی گایتون ، ترجمه محمد حسن عامری و ... ، ۱۳۷۲

۱۰- درسنامه پزشکی آکسفورد ۱. ژنتیک ، ایمنی شناسی ، سرطان و بیماری های عفونی . ترجمه

فارسی . ۱۳۶۸

۱۱- اصول جراحی شواتز ، جلد ۴ ، ترجمه فارسی ۱۳۷۳ .

۱۲- درسنامه پزشکی آکسفورد ۲. بیماری های قلب و عروق . ترجمه فارسی ، ۱۳۶۹

۱۳- بیماری های داخلی ۱ ORDER . دکتر حجت الله اکبرزاده پاشا ۱۳۷۸ .

۱۴- بیماری های دستگاه گوارش ، طب داخلی سیسل ، ترجمه فارسی ۱۳۶۹ .

۱۵- بیماری های معده و روده . پروفیسور گونچاریک (متن روسی) مینسک ۱۹۹۴ .

الکل

پیامدهای اجتماعی - پزشکی
مصرف بیش از اندازه آن



شراب انگور هدیه خدایان فریب خورده به زمین است.
گیلگمش پهلوان نامدار بابل

مقدمه :

نوشیدن مشروبات الکلی از دیرباز در تمام جوامع بشری امری رایج و معمول بوده است. تنها تمایز در این بوده که برخی آن را آشکار و آزاد و عده ای آن را درخفا و به طور پنهان نوشیده و می نوشند و یا بر اساس

فرهنگ و آیین و رسوم جامعه نوشیدن نوع مشخصی از مشروبات الکلی بیشتر شایع بوده است.

در ادیان جهانی نیز نوشیدن شراب جای مخصوصی دارد. شراب برای مسیحیان سمبل خون عیسی مسیح است و یهودیان نیز در بیشتر مراسم‌های مذهبی شراب می‌نوشند. در اسلام نیز نوشیدن شراب از روز نخست حرام نبوده بلکه در طی دوران مشخصی مراحل حلال، مکروه و حرام را طی کرده است. در قرآن - کتاب دینی مسلمانان - به کرات به نوشیدن شراب طهور (ناب) در بهشت، که مست کننده نبوده و عوارضی چون سردرد و یبوده گویی و گناه را به دنبال ندارد، اشاره شده است. توصیف بهشتی که به پرهیزگاران وعده داده شده چنین است:

در آن نه‌هایی از آب صاف و خالص که بدبو نشده، و نه‌هایی از شیر که طعم آن دگرگون نگشته و نه‌هایی از شراب (طهور) که مایه لذت نوشندگان است

سوره محمد، آیه ۱۵

.... و حوریانی بسیار جوان و هم سن و سال، و جام‌هایی لبریز و پیایی (از شراب طهور)

سوره النبأ، آیات ۳۳-۳۴

درسوره‌های الواقعة، الصافات، الطور، الانسان نیز وعده نوشیدن شراب بهشتی به بندگان پرهیزکار داده شده و در سوره یوسف، آیات ۳۶ و ۴۱ نیز خواب یک زندانی در رابطه با فشردن انگور برای شراب با آزادی او از زندان و رهایی از مرگ تعبیر شده است.

اما در سوره های الحج، البقره، المائده از مردم به دوری و پرهیز از نوشیدن شراب زمینی می شود که پلید و کار شیطان است و ایجاد عداوت و کینه و بازداشتن از یاد خدا و نماز خواندن می کند، دعوت شده است.

بهر حال هزاران سال است که الکل چون آب حیات شناخته شده، چه در هنگام شادی و خوشی (عروسی، تولد، تحویل سال، مهمانی - در کشورهای اروپایی و آمریکا) و چه در هنگام ناراحتی و افسردگی (مراسم ترحیم بالاخص در اروپای شرقی، بروز مشکلات خانوادگی و شغلی، طلاق، شکست و...) جایگاه ویژه ای در زندگی و فرهنگ مردم داشته است. در ادبیات فارسی و بخصوص در آثار شاعرانی چون حافظ، خیام و ... نیز به کرات به کلمه می، ساقی، باده و شراب پرداخته شده است:

چون فوت شوم به باده شوید مرا تلقین ز شراب ناب گوید مرا
خواهید به روز حشر یابید مرا از خاک در میکده بویید مرا
خیام

من و انکار شراب این چه حکایت باشد
غالباً این قدرم عقل و کفایت باشد
تا بغایت ره میخانه نمیدانستم
ورنه مستوری ما تا به چه غایت باشد
حافظ

باده برگیرم و سیر گلان شم کنار سبزه و آب روان شم
دو سه جامی خورم با شاد کامی دایم مست و سیر لولیان شم
بابا طاهر



درمورد تاریخ پیدایش و یافت اولیه آن هنوز اطلاع کافی در دسترس نیست. باستان‌شناسان در ایران و بین‌النهرین باقیمانده‌های آبجو و نسخه درست کردن آن را

درخمه‌های سفالی مربوط به سالهای ۵۴۰۰ - ۳۵۰۰ قبل از میلاد یافته‌اند. بنابر اعتقاد بسیاری از باستان‌شناسان، خاورمیانه و بین‌النهرین مرکز اصلی پیدایش و یافت الکل به گونه‌ای تصادفی بوده است. در سال‌های ۶۰۰۰-۴۰۰۰ قبل از میلاد در منطقه ای مابین دریای سیاه و خزر که ارمنستان کنونی در آن واقع است، کشت انگور برای تولید شراب معمول بوده است.

داستان و افسانه‌های مربوط به شیوه یافت شراب نیز کم نیست. آمده است که نزدیک به ۵ هزار سال پیش در زمان پادشاهی **جمشید شاه** شراب برای نخستین بار، تصادفاً، در ایران درست شده است. طبق این افسانه **جمشید شاه**، که علاقه بسیاری به خوردن انگور داشته از نوکران خود می‌خواهد تا انگور زیادی را درخمه‌ها انبار کنند تا هر لحظه که امر کرد مقداری از آن را برایش بیاورند. پس از گذشت چند ماهی خدمتکاران به اطلاع شاه می‌رسانند که انگورها تبدیل به مایعی غلیظ و تیره رنگ شده‌اند. همزمان یکی از زنان حرم، که سالیان متوالی از سردردی مزمن و طاقت فرسا در عذاب بوده، قصد خودکشی داشته و با دیدن علامت **زهرین** بر خمره‌ها شروع به نوشیدن این زهرگوارا می‌کند، و به جای مرگ، خوشی و مستی نصیب او گشته، سردردش نیز برطرف می‌شود. این بانو خبر یافت خود را

برای شاه برده و جمشید شاه پس از نوشیدن شراب نام پزشکی شاهنشاهی بر آن می‌نهد.

یونانیان ۷۰۰ سال پیش از میلاد برای تولید شراب از انگور استفاده می‌کردند. چینی‌ها نیز با مخلوط کردن برنج و ارزن آبجو درست کرده و نام کیو^{۸۹} بر آن گذاشته بودند. ۴ هزار سال پیش در مصر باستان غنی و فقیر آبجو می‌نوشیدند، همزمان نویسندگان مصری در نوشته‌های خود به تاثیر مخرب آبجو و شراب بر سلامتی انسان اشاره کرده‌اند. ۴ هزار سال پیش در شهر باستانی بابل که در مرکز عراق کنونی واقع است، نوشیدن الکل به علت تاثیر مخرب آن در جامعه ممنوع شده بود.

انواع مشروبات الکلی و شیوه تولید

مشروبات الکلی بر اساس شیوه تولیدشان به ۳ گروه: آبجو، شراب و لیکور (ودکا، ویسکی، جین و براندی)، تقسیم می‌شوند. آبجو و شراب از طریق وزاندن (تخمیر کردن) و لیکورها از طریق چکانش (تقطیر کردن) درست می‌شوند. در روند وزیده شدن، قارچ‌ها موجب تبدیل قند حبوبات و میوه و برخی از سبزیجات به الکل و دی‌اکسید کربن می‌شوند. در اکثر کشورها، بر اساس کشت و زراعت متداول در آن‌ها، از موارد زیر برای تولید مشروبات الکلی استفاده می‌شود. برای نمونه در چین از ارزن و برنج، در آفریقا از موز، عسل، ذرت و ارزن، در یونان، گرجستان، ارمنستان، آذربایجان از انگور و سرخ پوستان آمریکای شمالی از کاکتوس استفاده می‌کنند.

در روند چکانش، بخاری را که حاصل جوشاندن حبوبات و میوه‌های وزیده شده است سرد کرده، لیکورتولید می‌کنند. برای تولید لیکور در روسیه از سیب زمینی، گندم و جو، در چین از برنج و در مکزیک از کاکتوس استفاده می‌کنند.

اندازه الکل تمام مشروبات الکلی بدون در نظر گرفتن نوع‌شان، برابر بوده، تنها تمایز آنان در مقدار آب مخلوط شده است. چنان‌که: اونس آبجو برابر با ۵ اونس شراب برابر با یک و چهاریکم لیکوراست (یک اونس معادل ۳۱،۱ گرم است).

مشروبات الکلی حاوی قند و کالری زیادی هستند و در آن‌هایی که به طور مستمر مشروب می‌خورند می‌تواند موجب افزایش وزن و چاقی شود. چنان‌که: ۱۲ اونس آبجو حاوی ۱۷۰ کالری، ۵ اونس شراب حاوی ۱۵۰ کالری و لیکورهای مخلوط با عصاره میوه حاوی بیش از ۳۰۰ کالری هستند.

جذب و دفع الکل

۲۰ درصد الکل از طریق معده و ۷۵ درصد از روده باریک جذب می‌شود و ۵ درصد باقیمانده بدون هیچ گونه تغییری با ادرار دفع می‌شود. الکل از طریق جریان خون به مغز و سایر اعضا بدن رسیده و آن‌ها را تحت تاثیر خود می‌گذارد. الکل برای بدن نقش زهرآبه داشته، به همین جهت بدن انسان تلاش می‌کند تا هر چه سریع‌تر آن را دفع کند. بدن انسان برای سوخت و ساز کردن (تجزیه الکل به آب و دی اکسید کربن) یک دوم تا یک سوم

اونس الکل به یک ساعت وقت نیاز دارد. ۹۰ درصد این روند در کبد انجام گرفته و ۱۰ درصد باقیمانده از طریق ادرار، تنفس و تعریق دفع می‌شود. بسیاری از مردم فکر می‌کنند با نوشیدن قهوه، دوش آب سرد و یا ورزش می‌توان اثر الکل را از بین برد و به حالت طبیعی بازگشت. همین تفکر غلط گاهی می‌تواند عواقب جبران ناپذیری چون سوانح و تصادفات رانندگی و مرگ را در پی داشته باشد. نوشیدن قهوه نه تنها اثر الکل را از بین نمی‌برد بلکه خوردن آن پس از نوشیدن یک پیک الکل، توانایی رانندگی فرد را ۲ تا ۳ بار کاهش می‌دهد. بدن انسان برای بازگشت به حالت طبیعی نیاز به زمان دارد و باید این امکان به آن داده شود تا وظیفه خود را برای پالایش انجام دهد. (یک پیک مساوی است با ۱۲ اونس آبجو، مساوی است با ۵ اونس شراب و مساوی است با یک و نیم اونس لیکور).

پیامدهای اجتماعی الکل

مصرف بیش از اندازه الکل تاثیر بسیار مخربی بر زندگی ده‌ها میلیون انسان در جهان داشته است. الکل یکی از عوامل بالا برنده درصد طلاق، کاهش حد میانگین طول عمر انسان تا ۱۵ سال، افزایش هزینه‌های سرسام‌آور پزشکی، کاهش بازدهی کاری، افزایش تصادفات و بیماری‌های مرتبط با الکل و همچنین افزایش جنایات و تجاوز به زنان و کودکان بوده است. تولید و مصرف الکل در سال‌های اخیر نه تنها کاهش نیافته بلکه بالاخص در کشورهای توسعه نیافته سیر صعودی داشته است. برای مثال مصرف

مشروبات الکلی در ۱۵ سال گذشته در هند ۱۷۱ درصد و در اندونزی ۵۰۰ درصد افزایش یافته است.



الکل سالانه موجب مرگ بیش از ۲ میلیون انسان و ۱۰ درصد تمامی بیماری‌ها و آسیب‌ها در دنیا می‌شود. تنها در ایالات متحده هر سال ۲۰۰ هزار نفر به بیماری‌های مرتبط با مصرف بیش از اندازه الکل مبتلا می‌شوند. در آمریکا تعداد افرادی که در اثر مستی دچار سوانح رانندگی و مرگ می‌شوند بالغ بر ۲۵ هزار نفر (هر سال ۵۰ هزار نفر در ایالات متحده در اثر تصادفات رانندگی کشته می‌شوند) و هزینه مشکلات مربوط به الکل بیش از ۳۰۰ بیلیون دلار است.

طبق آمار و ارقام موجود ۵۰ درصد بد رفتاری‌های زن و شوهر با هم و یا با کودکان در اثر مصرف الکل است. در ایالات متحده ۵۰ درصد جنایات، ۶۰ درصد تجاوزات جنسی به زنان و کودکان، ۵۰ درصد مرگ و میر در اثر

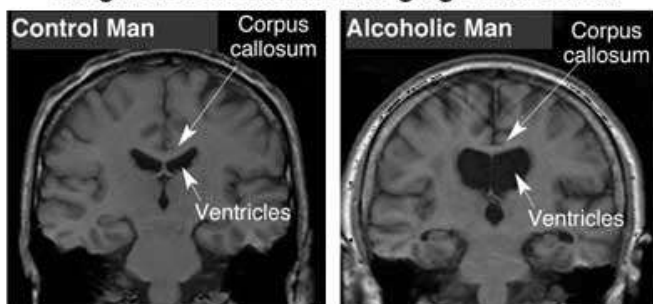
آتش سوزی ارتباط مستقیم با مصرف الکل دارد. بنابر گفته دکتر آقاخانی مدیر گروه پزشک قانونی و مسمومیت های علوم پزشکی ایران فقط در تهران "هر سال ۱۵۰ نفر بر اثر مصرف مشروبات الکلی دست ساز جان خود را از دست می دهند".

پیامدهای پزشکی مصرف بیش از اندازه الکل

مصرف بی رویه و بیش از اندازه الکل می تواند موجب بیماری ها و اختلالات جسمی و روحی بسیاری شود که ما در اینجا به اختصار به آن می پردازیم:

- اتانل موجب انهدام بخشی از سلول های مغز، کاهش فعالیت های فکری، فراموشکاری، دپرسیون، عصبانیت مفرط و ایجاد وهم و خیال می شود.

Magnetic Resonance Imaging of the Brain



- اتانل موجب اختلال در روند جذب ویتامین ها در روده باریک و همچنین ذخیره آن ها در کبد می شود.

- اتانل با کاهش پتاسیم، کلسیم، فسفر، منیزیم و اسید فولیک خون موجب کم‌خونی، ریزش مو، بیماری‌های پوستی، بیماری‌های استخوان و عضلات و بی‌نظمی در ضربان قلب می‌شود.
- نوشیدن الکل در حالت ناشتا می‌تواند موجب کاهش قند خون بمدت ۶ تا ۳۶ ساعت شود.
- نوشیدن ۳ تا ۴ پیک الکل در روز ریسک سرطان‌های دهان، گلو و مری را ۳ بار بالا می‌برد.
- ۴۰ درصد بیماری‌های لوزالمعده نتیجه نوشیدن بیش از ۳ پیک الکل به طور روزانه است.
- در ۱۵ تا ۳۰ درصد الکلی‌ها بیماری‌های کبد و بخصوص سیروز مشاهده می‌شود.
- انواع سرطان‌ها در افراد الکلی ۱۰ بار بیشتر از افرادی است که الکل کم خورده و یا اصلاً نمی‌نوشند.
- مصرف بیش از حد الکل موجب افزایش فشارخون، بی‌نظمی در ضربان قلب و بزرگ شدن غیر طبیعی قلب (کاردیومیوپاتی) می‌شود.
- مصرف بیش از اندازه الکل موجب کاهش توان جنسی مرد، کاهش تعداد اسپرماتوزوئیدها و عقیمی می‌شود.
- مصرف بی‌رویه و زیاد الکل می‌تواند موجب مسمومیت و مرگ افراد شود. برای نمونه طبق گزارشی در روسیه بیش از ۴۰۰۰ مورد مسمومیت و مرگ الکلی در طی یک سال ثبت شده است.

- الکل و توتون موجب تشدید و افزایش اثرهم می‌شوند. درهنگام نبود هر کدام از آنها درصد ریسک بیماری های سرطانی ۷۵ درصد کاهش می‌یابد.
- الکل همچنان تاثیرات مخربی بر کار کلیه‌ها و سایر اعضا بدن دارد.



- لازم به یادآوری است که نوشیدن مشروبات الکلی درحالت ناشتا می‌تواند موجب اسپاسم اسفنکتر پلوری (گرفتگی عضله‌ی تنگ کننده دهانه‌ی معده) و درنتیجه باعث استفراغ شود.

منابع :

1. Alcohol ,by judy monroe,1994 ,USA
2. Alcohol use and abuse,by Bonnie Grave 2000,USA
3. Drinking a risky business, by .Laurence pringle,1997,USA
4. Alcohol,by Michael V.Uschan,2002,USA
5. Forces of habit,by David T.Courtwright,2001,USA
6. Harrison's Principles of INTERNAL MEDICINE, 15th edition,2001, USA
7. Internet:www.alcoholmd.com
8. Pharmacology by Mary J.Mycek &.... 2000,USA

۹. قرآن ترجمه مکارم شیرازی

بارش باران مرگ

(سانحه اتمی چرنوبیل)



عصر بخیر رفقا ،

چنانکه می دانید حادثه‌ای باورنکردنی در نیروگاه اتمی چرنوبیل روی داده است. این حادثه به‌طور دردناکی مردم شوروی را متاثر ساخته و جامعه جهانی را شوکه کرده است. ما برای اولین بار با نیروی واقعی انرژی هسته‌ای مواجه هستیم که خارج از کنترل ما است.

میخائیل گورباچوف،

رئیس جمهور اتحاد شوروی

چند روز پس از واقعه اتمی چرنوبیل، هنگامی که میخائیل گورباچوف دبیرکل حزب کمونیست اتحاد جماهیر شوروی سوسیالیستی سابق به دنبال افشاگری کارشناسان اتمی سوئد و تحت فشار افکار عمومی جهان این سخنان را به زبان راند، هزاران نفر از شهروندان اتحاد شوروی سابق زیر بارش های اتمی قرار گرفته بودند و بیش از ۸۰۰ هزار نفر برای مهار انفجارهای پی در پی ایستگاه اتمی چرنوبیل وارد عمل شده و میلیون ها نفر بی خبر از وقوع چنین واقعه ای در هوای گرم و آفتابی بهاری، در مناطق آلوده به مواد رادیو آکتیو، خود را برای برپایی جشن اول ماه مه روز جهانی کارگر و نهم ماه مه روز پیروزی بر فاشیسم در جنگ جهانی دوم آماده می کردند. به خیابان کشاندن توده های مردم برای اجرای نمایش های سالانه در حالی بود که مقدار زیادی از ایزوتوپ های پلوتونیم، سزیوم، استرنسیم و بویژه ایزوتوپ ید-۱۳۱ که عامل اصلی سرطان تیروئید است و اثر منفی آن بویژه در ۱۶-۸ روز اول پس از انتشار آن است در تمام بلاروس (روسیه سفید) و بخش وسیعی از اراضی اوکراین و روسیه به طور وسیعی در حال پخش شدن بود.

بنابر گزارش محرمانه **آندروپوف** رئیس وقت کا.گ.ب در ۲۱ فوریه ۱۹۷۹ به شماره ۳۴۶-A به کمیته مرکزی حزب کمونیست اتحاد جماهیر شوروی سوسیالیستی، اشکالات فنی راکتورهای اتمی چرنوبیل به اواخر دهه ۷۰ برمی گشت. کم انگاشتن زندگی انسان ها، فقدان مسئولیت پذیری و بی مبالاتی مسئولان امر و عدم رسیدگی درست به اشکالات فنی راکتورهای اتمی چرنوبیل در نهایت به بزرگترین فاجعه اتمی قرن بیستم انجامید،

فاجعه‌ای که با گذشت نزدیک به دو دهه از وقوع آن، هنوز هزاران انسان بیگناه را به کام مرگ کشانده، موجب ناهنجاری‌های و بیماری‌های انسان‌های بی‌گناهی می‌شود که بالاجبار در مناطق دور و نزدیک به این نیروگاه‌ها زندگی می‌کنند. این انسان‌ها که قربانی حوادثی می‌شوند که خود و خانواده‌هایشان در ایجاد آن کوچکترین نقشی نداشته‌اند. متأسفانه بنابر گفته دانشمند اوکراینی **دمیتری هروژنسکی**، که محل فاجعه هسته‌ای چرنوبیل را زیر نظر دارد: "محفظه سیمانی که باقیمانده رآکتور در آن قرارداده شده، در حال ازدست دادن کارایی خود است و بیش از یک کیلومتر سوراخ و شکاف در محفظه وجود دارد." چه بسا این مشکلات جدی جدید در صورت عدم کمک‌های جهانی و اقدام به موقع برای مرمت آن باز به فاجعه‌ای دیگر منتهی شود. فاجعه‌ای که نه تنها زندگی میلیون‌ها انسان را در پیرامون ایستگاه اتمی چرنوبیل مجدداً به مخاطره خواهد انداخت بلکه خطری جدی برای زندگی و سلامتی تمام بشریت و محیط زیست خواهد شد.

در ساعت ۱،۲۳ بعد از نیمه شب ۲۶ آوریل ۱۹۸۶ بزرگترین سانحه اتمی قرن بیستم با تخریب رآکتور چهارمین واحد انرژی نیروگاه اتمی چرنوبیل به وقوع پیوست. این نیروگاه اتمی در جمهوری اوکراین و در ۱۲ کیلومتری مرز جمهوری بلاروس و ۱۳۰ کیلومتری کیف پایتخت اوکراین واقع شده است. بعد از وقوع انفجار به منظور کاهش پراکندگی مواد رادیو آکتیو از طریق هوا، هزاران تن خاک، سرب و... بر فراز سالن ویران شده این واحد ریخته شد ولی افزایش ناگهانی درجه حرارت و غلظت عظیم مواد رادیو

آکتیو موجب تخریب و آلوده شدن آن‌ها به مواد رادیو آکتیو شد. پراکنده شدن مکانیکی این مواد به صورت ثانویه باعث آلودگی بیشتر محیط زیست و تشکیل گرد و غبار و ابرهای چرنوبیلی و بارش رادیو آکتیو در منطقه وسیعی از اروپا شد. در فاصله روزهای ۲۶ و ۲۷ آوریل ابرهای چرنوبیلی از شمال غربی تا فنلاند، سوئد و نروژ و از غرب تا آلمان، فرانسه و بلژیک پیشروی کردند.



منطقه تحت تاثیر مواد رادیو آکتیو با رنگ سبز نشان داده شده است.

در اثر این واقعه بیش از ۱۵۵ هزار کیلومترمربع از اراضی اوکراین، بلاروس و روسیه و از جمله ۵۲ هزار کیلومترمربع از زمین‌های کشاورزی این کشورها به مواد رادیو آکتیو از قبیل ید-۱۳۱، پلوتونیم، سزیوم-۱۳۷ و استرنسیم-۹۰ آلوده شد، نیمه عمر دو عنصر آخری به ترتیب ۳۰ و ۲۸ سال است. در اثر وزش بادهای چرنوبیلی نزدیک به ۷۰ درصد مواد رادیو آکتیو در اراضی بلاروس، ۲۰ درصد در خاک اوکراین و ۱۰ درصد در روسیه نشست کرد. بنابر گزارش سازمان ملل متحد حداقل ۹ میلیون از ساکنان اتحاد شوروی سابق تحت تاثیرات منفی این انفجار قرار گرفتند. از این تعداد، ۲،۵ میلیون در بلاروس (۵۰۰ هزار آن را کودکان تشکیل می دادند)، ۳،۵ میلیون در اوکراین (۱،۵ میلیون آن را کودکان تشکیل می دادند) و ۳ میلیون در روسیه زندگی می کردند. به دنبال این انفجار بیش از ۴۰۴ هزار نفر مجبور به تخلیه اماکن خود شدند ولی هنوز میلیون‌ها نفر در آنجا زندگی می کنند.



روستایی در حوزه ۳۰ کیلومتری چرنوبیل

عده ای از مردم به خصوص پیرها به خانه‌هایشان برمی گردند.

دسامبر ۱۹۹۵

بارش رادیو آکتیو بیش از ۴۶ هزار کیلومتر مربع از اراضی بلاروس را که برابر با یک چهارم مساحت آن است و از جمله ۲۰ درصد از زمین‌های کشاورزی و ۲۳ درصد از جنگل‌های آن را آلوده کرده است. طبق برآوردهای دولت بلاروس خسارات اقتصادی این کشور در فاصله سال‌های ۲۰۱۵ - ۱۹۸۶ بالغ بر ۲۳۵ میلیارد دلار خواهد بود.

بیش از ۵۰ هزار کیلومتر از اراضی شمالی اوکراین نیز آلوده به مواد رادیو آکتیو شده است. در حال حاضر بیش از ۲،۳ میلیون اوکراینی در مناطق آلوده زندگی می‌کنند. خسارات اقتصادی اوکراین در فاصله سالهای ۲۰۱۵ - ۱۹۸۶ بالغ بر ۲۰۱ میلیارد دلار برآورد شده بود. در جریان سانحه اتمی چرنوبیل ۲،۷ میلیون شهروند روسیه تحت تاثیر عوارض ناشی از این انفجار قرار گرفتند. بیش از ۵۷ هزار کیلومتر مربع از اراضی روسیه به مواد رادیو آکتیو آلوده شده است. اکنون بیش از یک میلیون و هشتصد هزار نفر در مناطق آلوده زندگی می‌کنند.

حادثه اتمی چرنوبیل در مقایسه با ۲۹۵ سانحه اتمی دیگری که در فاصله سالهای ۱۹۸۸ - ۱۹۴۴ در جهان روی داده است بزرگترین تلفات انسانی را در پی داشته است. بنابر اظهار ویکتور پویارکف رئیس مرکز تحقیقات رادیولوژی اوکراین رقم واقعی کشته شدگان حادثه چرنوبیل بیش از ۲۵۰۰ نفر بوده است. طبق برآوردهای انجام گرفته، مقدار رادیو آکتیوی که در اثر انفجار چرنوبیل وارد اتمسفر شد ۲۰۰ بار بیشتر از مجموع بمب‌های اتمی آمریکا در بمباران شهرهای هیروشیما و ناگازاکی بوده است. سانحه اتمی

چرنوبیل موجب تغییرات جدی محیط زیست و کاهش قدرت ایمنی ساکنان مناطق آلوده به رادیوآکتیو و در نتیجه تغییرات جدی در حساسیت ارگانیزم این افراد به عوامل محیطی شده است. آمارهای رسمی ارائه شده در منابع علمی - دولتی این کشورها گویای رشد صعودی بیماری‌های سرطانی، غدد داخلی، تنفسی، گوارشی و بویژه بیماری‌های کودکان و زنان حامله و انواع ناهنجاری‌های مادرزادی نوزادان است. تنها در طی ۱۰ سال اول بعد از حادثه چرنوبیل افزایش بیماری‌های سرطانی در مردان بیش از ۲۴،۱ درصد و در زنان ۲۲،۶ درصد بوده است.

قبل از انفجار اتمی چرنوبیل، سرطان تیروئید کودکان جزو بیماری‌های نادر در سطح بلاروس بود (۱ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر). اما بعد از فاجعه اتمی چرنوبیل سرطان تیروئید در بلاروس ۱۰۰ برابر شد و از ۰،۳ در یک میلیون نفر در سالهای ۱۹۸۵ - ۱۹۸۱ به ۳۰،۶ در یک میلیون نفر در سالهای ۹۴-۹۱ رسید. آمارهای رسمی دولت بلاروس حاکی از افزایش سرطان تیروئید افراد زیر ۱۵ سال از دو هزارمورد در سال ۱۹۹۰ به ۱۰ هزارمورد در سال ۲۰۰۱ است. پیش بینی می شود که ۵۰ سال بعد از این فاجعه تعداد افراد مبتلا به سرطان تیروئید در بلاروس به ۱۵ هزارمورد برسد. بنابر گزارش یونیسف نیز در فاصله سالهای ۹۴-۹۰ در بلاروس بیماری‌های دستگاه عصبی، دستگاه گوارشی، دستگاه استخوانی - عضله ای و بافت‌های پیوندی و بیماری‌های سرطانی از ۳۰ تا ۶۰ درصد افزایش یافته است.

در جمهوری اوکراین و روسیه نیز رشد بیماری‌های سرطانی بویژه در کودکان و نوجوانی که سن آنها در هنگام انفجار اتمی چرنوبیل مابین ۳ تا

۱۲ سال بوده است بیشتر بوده است. معاینات پزشکی یکی از مناطق آلوده روسیه بنام کالوگا در فاصله سالهای ۲۰۰۰-۱۹۸۵ حاکی از افزایش بیماری‌های سرطانی است. در این منطقه سرطان پستان ۱۲۱ درصد، سرطان ریه ۵۸ درصد، سرطان مری ۱۲ درصد، سرطان رحم ۸۸ درصد و سرطان بافت‌های لنف و خون‌ساز ۵۹ درصد افزایش یافته است. سرطان تیروئید در روسیه ۱۰ برابر شده است.



کودک بیمار در بخش هماتولوژی
بیمارستان شماره ۱۴ کودکان کیف - اوکراین

در اوکراین نیز بیماری‌های سرطانی رشد صعودی داشته‌اند. در ۵ سال قبل از انفجار حدمیانگین سرطان در افراد زیر ۱۵ سال ۶-۴ مورد در یک میلیون بوده است. این رقم در فاصله سال‌های ۱۹۹۷-۱۹۸۶ به ۴۵ نفر در هر یک میلیون رسیده است. ۶۴ درصد مبتلایان به سرطان تیروئید در مناطق آلوده

زندگی می کنند. در اوکراین تعداد معلولین دائمی حادثه چرنوبیل از ۲۰۰ مورد در سال ۱۹۹۱ به ۹۱۲۱۹ نفر در سال ۲۰۰۱ رسیده است. شیوع بیماری های مختلف در افرادی که از مناطق آلوده به رادیوآکتیو به کیف منتقل و تحت مراقبت و کنترل پزشکی قرار گرفتند به شرح زیر است: بیماری های سیستم غدد داخلی بعد از فاجعه چرنوبیل ۱۰ برابر، بیماری های دستگاه تنفسی ۶ برابر و بیماری های سیستم عصبی، خون و بافت های خونساز ۵ برابر شده است. طبق گزارش وزارت چرنوبیل اوکراین درصد مرگ و میر در مناطق آلوده به رادیو آکتیو این جمهوری ۲ برابر شده است. یکی از پیامدهای مخرب انفجار اتمی چرنوبیل که سرنوشت نسل های آینده مناطق آلوده به مواد رادیو آکتیو را رقم می زند تاثیر منفی آن در زنان حامله و نوزادان و کودکان است. بعد از فاجعه چرنوبیل بیماری های زنان حامله به طور چشمگیری افزایش یافت. میانگین رشد سالانه کم خونی زنان باردار ۱،۷ بار و بیماری های غده تیروئید ۵،۸ درصد افزایش یافته است.

اگر در سال ۱۹۸۶ عوارض دوره زایمان فقط در یک سوم زنان دیده می شد این رقم اکنون به دو سوم رسیده است. در زنان بارداری که در مناطق آلوده زندگی می کنند بیماری های سیستم قلب و عروق ۲ بار، سیستم ادراری - تناسلی ۷ بار و ناباروری ۵،۵ بار و اختلالات هورمونی زنان در مجموع ۳ بار بیشتر شده است. بیماری های نوزدان ارتباط مستقیم با عوامل بیماری زای دوره حاملگی دارد. بعد از سال ۱۹۸۶ بیماری های مختلف نوزادان در شهر مینسک پایتخت بلاروس ۶،۵ درصد، در استان گومل ۶،۳ درصد و در استان ماگلیف ۵،۵ درصد افزایش یافته است. جهش های کروموزومی ۱،۵ تا ۲

بار بیشتر شده، درصد ناهنجاری‌های تکاملی مادرزادی رشد تصاعدی را طی نموده است. افزایش گرسنگی اکسیژن جنین و نوزادان نیز از پیامدهای این فاجعه است. درمجموع کاهش قدرت ایمنی کودکان موجب افزایش انواع بیماری‌های سرطانی (بویژه تیروئید)، عفونی، التهابی و ایمنی شده است. طبق تحقیقات انجام گرفته، گروه بزرگی از کودکان بلاروسی در اثر تشعشعات رادیواکتیو مبتلا به سندرم کمبود ایمنی اکتسابی شده‌اند.



کودک مبتلا به سرطان از منطقه چرنوبیل،
در مرکز ملی پرتودرمانی اوکراین - کیف

فاجعه محیط زیستی ناشی از انفجار نیروگاه هسته‌ای چرنوبیل، پخش مواد سمی در فضای بلاروس (تنها در شهر مینسک روزانه در حدود ۱۵۰ تن ماده سمی وارد هوا می‌شود) و افزایش تراکم فلزات سنگین و بالاخص سرب در اتمسفر توأم با بحران‌های اجتماعی - اقتصادی تاثیر بسیار مخربی بر تمام

جوانب زندگی ساکنین بلاروس گذاشته و سرنوشت نسل‌های آینده این سرزمین را به مخاطره انداخته است. از سال ۱۹۹۳ درصد مرگ و میر در بلاروس بیش از زاد و لد شده است و سالانه ۹۰ هزار نفر از این جمعیت کم می‌شود، اگر در سال ۱۹۸۵ در بلاروس ۱۶۵ هزار کودک بدنيا آمد این رقم در سال ۱۹۹۳ به ۱۱۷ هزار نفر و در سال ۱۹۹۶ به ۹۶ هزار رسید. در این فاصله زمانی تعداد متولدین ۴۲ درصد کاهش یافته است. اکنون جمعیت بلاروس ۱۰ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر است. طبق محاسبات تیالوفسکی در صورت ادامه این روند بعد از ۱۱۱ سال یعنی در سال ۲۱۰۵ آخرین ساکنان این کشور از بین خواهند رفت.

منابع انگلیسی :

۱. سازمان ملل و چرنوبیل:
- بررسی وضعیت بلاروس
- گزارش ملی دولت بلاروس برای سال ۲۰۰۳
- بررسی وضعیت اوکراین
- گزارش اوکراین در وین در سال ۲۰۰۳
- بررسی وضعیت روسیه
- گزارش ملی روسیه در سال ۲۰۰۱
۲. ۱۰ سال پس از چرنوبیل: نشانه های انهدام و تباهی. نوشته : Joanne Dufay, Greenpeace Canada
۳. سازمان بهداشت جهانی
کودکانی که بر اثر سانحه چرنوبیل آسیب دیده اند (www.who.int/en)
۴. فاجعه هسته ای چرنوبیل (www.chernobyl.co.uk)

منابع روسی :

۵. فاجعه چرنوبیل: علت و عواقب آن. جلد های یک و سه. مینسک ۱۹۹۳-۱۹۹۲
۶. کتاب راهنمای رادیوبیولوژیک. بورداکف و دیگران. مینسک ۱۹۹۲
۷. فاجعه چرنوبیل: ابعاد پزشکی (مجموعه مقالات علمی). مینسک ۱۹۹۴
۸. پیامدهای پزشکی سانحه نیروگاه اتمی چرنوبیل. مسکو ۱۹۹۵
۹. وضعیت رادیواکولوژیکی جمهوری بلاروس بعد از سانحه نیروگاه هسته ای چرنوبیل. دپارتمان پزشکی رادیو آکتیو دانشکده پزشکی مینسک. مینسک ۱۹۹۶
۱۰. مجله هماتولوژی و ترانسفوزیولوژی. شماره ۶. مسکو ۱۹۹۶
۱۱. پیامدهای فاجعه چرنوبیل در جمهوری بلاروس. گزارش ملی. مینسک ۱۹۹۶
۱۲. تراژدی دموگرافی در بلاروس. تیاولوسکی. مینسک ۱۹۹۷
۱۳. سلامتی کودکان در بلاروس بعد از چرنوبیل. زویویچ. مینسک، ۱۹۹۷
۱۴. روزنامه پارلمان (روسیه) - روزنامه خلق (بلاروس)، نیکلای گوسیف. ۲۶ آوریل ۲۰۰۰

منبع فارسی:

۱۵. پاتولوژی دستگاه تنفس در لیکویداتورها ناشی از فاجعه نیروگاه اتمی چرنوبیل. ترجمه و تنظیم از محمد طاهر محمدی. نشریه پزشکی - نشریه علمی - خبری پزشکان و دانشجویان پزشکی و دندانپزشکان ایران - در _____ (بلاروس) شماره دوم، بهار ۱۳۷۷

سخنی کوتاه در رابطه با اهمیت تعلیم و تربیت جنسی کودکان و نوجوان



متأسفانه اکثر والدین خواهان پاسخگویی به سوالات بسیار ابتدایی فرزندان خود در رابطه با سکس و سکسوالیتی (میل جنسی) نیستند و غالباً به گونه‌ای از پاسخ به آنان طفره می‌روند. بعضی‌ها به طور سنتی مقوله سکس را مرزی می‌دانند که با وارد شدن به آن چشم و گوش بچه‌ها پیش از موقع باز شده، آن‌ها براحتی از خط شرم و حیا عبور می‌کنند و این خود می‌تواند بگونه‌ای مساله ساز باشد. برخی دیگر اگر مایل هم باشند به دلایلی مختلف قادر به پاسخگویی علمی و صحیح نبوده و به همین دلیل با سکوت و یا موکول کردن آن به موقعی مناسب‌تر خود را از شر پاسخگویی رها می‌سازند. به هر حال درصد افرادی که بتوانند و یا بخواهند با فرزندان خود به بحث

سازنده و تشریح چنین مسائلی پردازند نه تنها در بین ایرانی‌های مهاجر به کشورهای پیشرفته سرمایه داری، بلکه طبق محاسبات انجام گرفته در بین مردم این کشورها نیز بسیار قلیل و اندک است.

به هر حال اکثر ما واقف به این مساله هستیم که خواهی نخواهی در دنیایی سکسی زندگی می کنیم [منظور نگارنده کشورهای اروپایی و آمریکا است] و هر روزه به شکلی به مساله سکس در پیرامون خود در رادیو و تلویزیون، سینما، نشریات مختلف، موسیقی و حتا تبلیغات انتخاباتی برخی از احزاب قدرتمند اروپایی نیز برخورد می کنیم. امروزه برای تبلیغ و فروش بسیاری از کالاها از صابون گرفته تا ماشین‌های آخرین مدل از عکس زنان لخت و صحنه‌های بسیار سکسی استفاده می شود. ناگفته نماند که گاهی اخبار مربوط به ماجراهای سکسی بلند پایگان سیاسی - دولتی و مذهبی در کشورهای غربی ماه ها و شاید سال‌ها خوراک تبلیغاتی رسانه‌های گروهی شده، بگونه‌ای افکار عمومی جهانیان را به خود مشغول می دارد. با این وصف می بینیم که کودکان نیز همراه با بزرگان همواره مواجه با مساله‌ی بنام سکس بوده و خواهند بود.

اما علیرغم تمام این ها آیا کودکان و نوجوانان پاسخ سوالات متعدد خود را در رابطه با سکس و سکسوالیتی و دنیای بی رحم پیرامون خود به درستی دریافت می کنند؟ آیا آن ها مجبور نمی شوند برای گرفتن پاسخ سوالات خود به جای پدر و مادر پناه به افراد بیگانه و گاهی ناصالح ببرند؟ آیا همین موجب افتادن بخشی از این بچه های کنجکاو به دام اعتیاد، سکس پیش هنگام و بیماری‌های متنوع آمیزی چون سفلیس و سوزاک و حتا ایدز

نمی‌شود؟ آیا همین موجب حاملگی ناخواسته دختران جوانی نمی‌شود که به جای نشستن در پشت میز مدارس باید تمام زندگی خود را صرف کودکان بی‌گناهی کنند که کسی مقدم آن‌ها را گرامی نمی‌دارد؟

طبق آمارهای موجود ۷۲ درصد پسران و ۶۶ درصد دختران امریکایی برای اولین بار از طریق افرادی غیر از والدین خود در رابطه با مسائل جنسی و سکس قرار می‌گیرند و تنها ۱۰ درصد دانش آموزان در رابطه با مساله سکس به شیوه‌ای درست در مدارس آموزش می‌بینند. گزارشی از گروه میانه‌رو مجلس بریتانیا نیز حاکی از آن است که "انگلیس از نظر سلامت جنسی در مخاطره است زیرا هنوز افراد قادر نیستند آزادانه با فرزندانشان در مورد روابط جنسی و یا بهداشت جنسی صحبت کنند، بنابر گزارش کمیته سلامت انگلیس، این کشور بیشترین نرخ حاملگی در میان نوجوانان را دارد."

در پایان نامه دکتری دکتر اکبر محمودی که در مورد رابطه تعلیم و تربیت سنتی با معلومات جنسی تحقیق کرده، اطلاعات جالب توجهی به چشم می‌خورد. تحقیقات ایشان نشان می‌دهد که منبع روشنگری در مسائل جنسی گروهی از ایرانیان که در خارج از کشور زندگی می‌کنند به ترتیب زیر بوده است: ۲/۴ درصد پدر، ۴/۴ درصد مادر، ۳/۹ درصد خواهران و برادران، ۶/۸ درصد توسط معلمان، ۴۹/۶ درصد از طریق دوستان و ۳۲/۹ درصد از راه مطالعه کتاب‌ها. بنابراین تقریباً نیمی از افراد اطلاعات خود را منحصرًا توسط دوستان و در مدرسه و کوچه و بازار به دست آورده و والدین و نظام آموزشی کمترین نقش را در این مورد دارند.

به راستی، ما که در کشوری دنیا آمده‌ایم که سخن راندن در رابطه با سکس به طور آشکار (البته نه نهان) گناهی کبیره بوده و است و حتا اگر پدران و مادران ما نیز می‌خواستند به گونه‌ای به طرح و توضیح آن بپردازند بخاطر عدم آگاهی کافی، عدم وجود فرهنگ گفتگو با فرزند، و نبود شناخت علمی در رابطه با کار بدن انسان و سکس و سکسوالیتی خود قاصر از جواب دادن به سوالات ما بودند، چطور می‌توانیم تا زمانی که این مرز را پشت سرنگذاشته و پناه به آغوش گرم مطالعه و خواندن کتاب‌ها و نشریات علمی ببریم و از بخشی از آداب و سنن دست و پا گیر صرفنظر و عدول نکنیم، از جنبه‌های مثبت دنیای پیرامون خود بهره‌گیریم، کودکان را تربیت و آماده مواجه شدن با دنیایی متفاوت از آنچه خود داشتیم، بکنیم.

بسیاری اوقات در جمع دوستان بودن و گفتن جوک‌های سکسی و یا خواندن شعرها و هزلیات جلوه خاصی به آن محفل‌ها می‌دهد و قاه قاه خنده‌ها خود موید آن است، ولی هنگامی که نوبت بچه‌ها می‌رسد و آن‌ها سوالی راجع به سکس می‌پرسند، معمولاً یکی از موارد زیر پیش می‌آید:

۱. **عصبی شدن:** فرد با خود می‌اندیشد که جواب این سوال چه

تاثیری می‌تواند بر کودک بگذارد؟

۲. **بی‌اعتمادی به خود:** اگر نتوانم پاسخ این سوال را به درستی

بدهم چه پیش خواهد آمد؟

۳. **معذب بودن:** آیا بچه من به سنی رسیده است که در مورد سکس

با او سخن گویم؟

طرح چنین سوالاتی در مخیله آدم درست و بجا است، اما کودکی که سوال می‌کند به اقتضای سن خود منتظر جوابی درست از والدینش است. پاسخ و برخورد درست والدین با این مساله موجب موارد زیر می‌شود:

۱. کودک می‌بیند که مورد توجه والدین خود قرار گرفته است و آن‌ها

مشتاق شنیدن حرف‌های او بوده و به سوالات او پاسخ می‌گویند.

۲. آن‌ها نیاز نمی‌بیند برای دریافت پاسخ سوالات خود پناه به افرادی

بیگانه و گاهی ناصالح و خطرناک ببرند.

۳. احترام والدین در مقابل آنان دو چندان می‌شود.

۴. والدین را نه تنها چون بزرگ خانه بلکه چون کسی می‌بینند که

هرگاه مشکل و سوالی پیش آید می‌توانند بدون هیچ مشکل و

محدودیتی به آن‌ها مراجعه کنند.

۵. از افتادن بچه‌ها در دام انحرافات مختلف، اعتیاد به مواد مخدر،

ارتباطات جنسی غیربهداشتی تا حد بسیار زیادی جلوگیری

می‌شود.

این نکته باید در نظر گرفته شود که برای نمونه ۵۳ درصد بچه‌های

دیرستانی آمریکا قبل از گرفتن دیپلم، تجربه آمیزش جنسی دارند و سالانه

نزدیک به ۳ میلیون جوان و نوجوان ۱۵ تا ۲۴ ساله مبتلا به یکی از

بیماری‌های مقاربتی می‌شوند. طبق آماری دیگر سه چهارم جوانان

آمریکایی در سنین ۱۸ - ۱۹ سالگی با افراد همجنس یا غیر همجنس رابطه

جنسی برقرار می‌کنند. فعالیت جنسی همجنس‌گرایان معمولاً زودتر از

غیرهمجنس‌گرایان، در سنین ۱۳ - ۱۶ سالگی شروع می‌شود. به طورعموم،

گرایش‌های همجنس‌گرایی در اواخر نوجوانی و اوایل جوانی شکل می‌گیرد. بر همین اساس، اگر باز کردن باب گفتگو در رابطه با سکس و مسائل مختلف آن با کودکان و نوجوانان دیر نباشد هیچگاه زود نخواهد بود. دیرتر بحث مختصری در رابطه با پدیده همجنس‌گرایی نیز خواهیم داشت.

پرسش‌های عمومی در رابطه با سکسوالیتی

چنانکه قبلاً یادآور شدیم سکسوالیتی مفهومی بس وسیع‌تر نسبت به آمیزش جنسی دارد و نقش بزرگی در زندگی و درک انسان از چگونگی زندگی پیرامون آن، از خود، فرزندان، عشق و دلدادگی، خوشی و ناراحتی و همچنین همدردی و دلسوزی بازی می‌کند. سکسوالیتی بخشی از سرشت و شخصیت هر انسانی است. تمام انسان‌ها موجوداتی سکسوال (جنسی) هستند. این حالت شامل موارد زیر است:

- اندام انسان و چگونگی کاربردن او (تمایز کار بدن زن و مرد، اعضای جنسی - تناسلی، زایمان و...).
- مذکر یا مونث بودن (چگونگی نقش هر کدام در جامعه و خانواده).
- سمتگیری جنسی [هتروسکسوال (داشتن گرایش جنسی به جنس مخالف)، هموسکسوال (داشتن گرایش جنسی به همجنس) و یا بایسکسوال (گرایش جنسی به هر دو جنس)].
- ارزش قائل بودن به زندگی و افرادی که به گونه‌ای در پیوند با آن‌ها هستیم و درک ما از زیبایی.

هنگامی که افراد به سن بلوغ می‌رسند احساس و میل جنسی آن‌ها شدت می‌یابد. بویژه در این مرحله باب گفتگوی جدی در رابطه دوست داشتن، عشق و دلدادگی و پیوند و تمایز این احساس با آمیزش جنسی باید باز شود. برای نمونه آن‌ها باید بدانند که «عشق» و «دوست داشتن» احساسی بسیار انسانی و پاک است، تا آنجا که عاشق از فرط عشق به معشوق حاضر به چشم پوشی از بسیاری از خواست‌ها و علائق خود می‌شود. این عشق و علاقه می‌تواند احساس فرد به یک دختر یا پسر، خانواده، فرزندان، هموعان، میهن، جهانی، حزب و یا سازمانی باشد. برای تشریح هر چه بیشتر و وسیع‌تر این احساس در ابعاد خاص و عام آن می‌توان از داستان‌ها و رمان‌های کلاسیک و معاصر ملی و جهانی به اقتضای سن بچه‌ها و نوجوانان بهره گرفت.

بچه‌ها باید به این مساله واقف گردند که عشق جنسی یک نوع تحریک شدید جنسی است که گاهی بسیار رویایی، تخیلی و شیدایی، و گاهی می‌تواند تنها یک عشوهِ گری ساده باشد. آن‌ها باید بدانند که عشق و رابطه جنسی یکسان نیستند، چرا که دلدادگی می‌تواند بدون تمایل جنسی و به همان ترتیب رابطه جنسی بی عشق و دوست داشتن، و تنها بر پایه غریزه باشد. بی‌شک آن‌هایی که همزمان عشق و میل جنسی را دارند از زندگی و روابط دلدادگی خود بهره بیشتری می‌برند تا آن‌هایی که تنها یکی از آن‌ها را دارند. در هنگام بلوغ، جوانان بخاطر تغییرات هورمونی، کشش و تمایل جنسی شدیدی به افراد دور و نزدیک خود مانند دوستان، معلم‌ها، خواهر و برادر دوستان خود پیدا می‌کنند. در این مرحله والدین نباید منتظر پیش قدم

شدن فرزندان باشند، بهتر است والدین به اقتضای سن فرزندان خود و سطح خواست‌های روحی و مادی آن‌ها، سوالات و موضوعاتی را طرح و مورد بحث قرار دهند که بتواند تاثیر مثبتی بر آن‌ها داشته باشد و این به مطالعه و آگاهی یافتن از تغییرات ساختاری و عملکردی بدن انسان نیاز دارد. این گام هر چه زودتر و آگاهانه‌تر برداشته شود به همان نسبت تاثیر مثبت آن نیز بیشتر خواهد بود. برای نمونه کودکان در سنین ۱۰ تا ۱۴ سالگی باید آگاه به موارد زیر شوند:

- تولید مثل انسان، تغییرات عملکردی و ساختاری بدن انسان.
- آگاهی حاصل کردن از شیوه‌های آزار و سوء استفاده جنسی.
- آگاهی از بیماری‌های مقاربتی و شیوه پیشگیری از آن.

نقش تلویزیون، اینترنت در زندگی جنسی کودکان و نوجوانان

برنامه‌های تلویزیون، سینما که در چارچوب سن بچه‌ها نمی‌باشند و بیشتر اوقات کودکان همگام با والدین خود به تماشای آن‌ها می‌نشینند تاثیر بسیار مخربی در زندگی و اخلاق بچه‌ها دارد. فیلم‌های تلویزیونی کشش و جاذبه بسیاری برای بچه‌ها دارند و متأسفانه نمایش صحنه‌های جنسی زن و مرد فکر و اندیشه کودکان را به مسیری می‌اندازند که درخور سن آن‌ها نیست. طبق محاسبات بنیاد خانوادگی کایزر^{۹۰} در ساعات پربیننده تلویزیون (در آمریکا)، حداقل ۸ بار رابطه عشقی زوجین نمایش داده می‌شود که دو سوم آن نشانه آمیزش جنسی آن‌ها است. کودکان نه تنها با دیدن چنین صحنه‌هایی

^{۹۰} Kaiser Family Foundation

پیش از وقت، از زندگی واقعی کودکان خود خارج می‌شوند بلکه به جای پرداختن به درس، ورزش و بازی با کودکان هم سن و سال خود و کمک در کارهای خانه، با نشستن در پای تلویزیون بیشتر اوقات مفید و سازنده خود را به هدر می‌دهند. طبق آمارهای موجود، کودکان آمریکایی هر هفته حداقل ۲۴ ساعت به تماشای تلویزیون می‌نشینند و از دوره مهد کودک تا اتمام دوره دبیرستان حداقل ۱۸ هزار ساعت به تماشای تلویزیون نشسته‌اند. این در حالی است که در این فاصله آن‌ها فقط ۱۳ هزار ساعت به مدرسه می‌روند. این رقم در کشورهای اروپایی چون آلمان، که زمان بودن دانش‌آموزان در مدارس تا کلاس ششم خیلی کمتر از آمریکا است به نسبت بیشتر است. برای محدود کردن چنین وضعیتی پیشنهاد می‌شود: ساعات تماشای تلویزیون کودکان محدود شود و از تماشای فیلم‌هایی که در خور سن آن‌ها نیست جلوگیری به عمل آید. این محدودیت نه تنها برای پیشگیری از مسائل نامبرده مفید است بلکه این امکان را به بچه می‌دهد تا بیشتر در دنیای واقعی خود غوطه‌ور شود و از اوقات فراغت خود بهتر و بیشتر بهره گیرد و وقت آزاد خود را با بازی با کودکان هم سن و سال، دوچرخه سواری، گردش با والدین، کتاب خواندن و نقاشی کردن و.... بگذرانند.

در دنیای پیشرفته کنونی اینترنت در جوار روزنامه‌ها، مجلات و رادیو و تلویزیون یکی از بزرگترین، قدرتمندترین و سریعترین منبع کسب اطلاعات و پیوند مردم است. اینترنت با شکستن مرزهای سیاسی و جغرافیایی جهانی، جای خود را در بیشتر خانه‌ها در ۴ گوشه دنیا باز کرده است.

به گزارش وبسایت pcworld، حدود ۳،۹ میلیارد نفر معادل ۵۳ درصد ساکنان کره زمین تا پایان سال ۲۰۱۶ میلادی آفلاین خواهند بود. طبق آمارهای ارائه شده چهار نفر از هر پنج فردی که ساکن کشورهای توسعه یافته هستند به اینترنت دسترسی دارند، این رقم برای کشورهای در حال توسعه ۴۰ درصد گزارش شده است. در ایران بر اساس گزارش های ارائه شده، در کل کشور حدود ۴۷/۵۲ درصد خانوارها تا پایان سال ۱۳۹۳ صاحب رایانه بوده اند و با ضریب نفوذ ۳۵/۳۹ درصدی، بالغ بر ۲۵ میلیون کاربر اینترنت در این کشور وجود داشته است.

گروه پژوهشی بنیاد جهانی وب با همکاری بخش اقتصادی آکسفورد داده هایی را از منابع مختلف به مدت پنج سال گردآوری و یک سال صرف نظرسنجی های متعدد کرده است. براساس پژوهش های انجام شده، سوئد در صدر جدول استفاده از اینترنت قرار داشته، مقام دوم را ایالات متحده آمریکا احراز کرده است. ۹۰ درصد مردم سوئد و ۷۵ درصد آمریکایی ها به استفاده از اینترنت عادت دارند. بیش از نصف جمعیت کشوری چون آلمان دسترسی به اینترنت دارند. طبق پژوهش های SRD-ZDF در سال ۲۰۱۳ حدود ۷۷،۲ درصد مردم آلمان از ۱۴ سالگی رو خط انترنت بوده اند که معادل ۵۴،۲ میلیون می باشد.

اینترنت هر چند که منبع خوبی برای کسب اطلاعات با ارزش خبری و علمی و ایجاد پیوندهای سریع افراد در ۴ گوشه جهان است، در عین حال می تواند یک عامل مشکل ساز برای زندگی بسیاری از کودکان و نوجوانانی شود که بدون کنترل بزرگان به آن دسترسی دارند و وقت خود را بیهوده با

چت کردن (گفت و گو از طریق اینترنت) و سایت‌های گوناگون و بی ارزش می‌گذرانند. کافی است آن‌ها فقط در قسمت "جستجو" کلمه سکس را بنویسند تا وارد دنیای سرسام‌آور سکس شوند. تنها در بخش جستجوی Google بیش از ۳.۳۳۰.۰۰۰.۰۰۰ مورد و آدرس اینترنتی سایت‌های مختلف سکسی مشاهده شده است. بغیر از این اتاق‌های چت اینترنت مرکز خوبی برای به دام انداختن کودکان و نوجوانان کم سن و سال از سوی بچه‌بازان و افراد نابکار شده است. برای نمونه تنها در فاصله سالهای ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۹ اف. بی. آی در ایالات متحده موفق به کشف و دستگیری ۱۷۹ نفر شد که می‌خواستند با استفاده از اینترنت کودکان را به دام خود بیندازند. گزارش‌ها و رپورتاژهای تکان دهنده راجع به چگونگی به دام انداختن کودکان از سوی بچه‌بازان و منحرفان و استفاده از این کودکان حتا برای تهیه فیلم‌های پورنوگرافی و یا سر درآوردن آن‌ها در کشورهای دیگر کم نبوده است.

در اینجا به نقل از بی بی سی به مواردی از راه‌های حفاظت از کودکان که می‌تواند تا حد زیادی برای گزینش شیوه برخورد درست با کودکان مفید باشد، اشاره می‌شود:

- نمی‌توان از بچه‌ها خواست وارد اینترنت نشوند. نوجوانان از جمله کاربران اصلی اینترنت هستند و علاقه زیادی دارند از طریق "چت روم" در اینترنت با دیگران مکالمه کنند.
- به جای ممانعت از استفاده از اینترنت، با فرزندان خود درباره آنچه در اینترنت انجام می‌دهند صحبت کنید. آن‌ها را تشویق کنید به

هنگام گشت و گذار در اینترنت، پدر و مادر، آموزگار یا سرپرست خود را در جریان بگذارند. کارشناسان توصیه می کنند که رایانه ای که کودک از آن استفاده می کند باید در نشیمن گاه خانه، جایی که والدین و سرپرستان بر آن نظارت دارند قرار داده شود. این اقدام کودکان را تشویق می کند وقتی به مساله نگران کننده ای برخورد کردند بزرگ ترها را در جریان بگذارند. همچنین استفاده از نرم افزارهایی که به والدین امکان می دهد محتویات اینترنت را کنترل کنند می تواند مفید باشد. با این حال برخی فیلترها پیش پا افتاده است و سایت های مفید را نیز مسدود می کند.

- بسیاری از والدین بیش از پیش نگران پیام های نامناسبی هستند که به صندوق ای میل کودکان ارسال می شود. این پدیده ناشی از این واقعیت است که محصولات پورنوگرافی از جمله شایع ترین انواع ای میل های تبلیغاتی است.

- یکی از راه های پرهیز از این دردسر، ایجاد دو آدرس ای میل برای کودکان است. یکی از آنها یک آدرس ای میل خصوصی است که برای ارسال پیام با آشنایان و دوستان کودک مورد استفاده قرار می گیرد و دیگری یک آدرس عمومی برای گشت و گذار در اینترنت و ثبت در وب سایت های مختلف. به این ترتیب ای میل های ناخواسته، وارد صندوق عمومی خواهد شد و والدین می توانند آن را کنترل کنند.

- "چت روم"ها محلی عالی برای ملاقات و گفتگو با سایر کودکان در سراسر جهان است. اما کودک باید احتیاط زیادی به خرج دهد و هر بار پیش از ورود به آن از والدین خود اجازه بگیرد.
- حتا اگر یک "چت روم" تنها مختص ورود کودکان باشد، در حال حاضر هیچ راهی برای جلوگیری از ورود بزرگسالان بدان وجود ندارد. ممکن است کسی برای اغفال کودک وارد آن شود.
- کودکان هرگز نباید آدرس خانه، شماره تلفن یا نام مدرسه خود را در اختیار کسانی بگذارند که در اینترنت ملاقات می کنند، مگر آنکه به طور مشخص از پدر و مادر یا آموزگار اجازه داشته باشند.
- همچنین نباید بدون اجازه پدر و مادر یا سرپرست، عکس خود، مشخصات کارت اعتباری یا اطلاعات بانکی خود را برای کسی ارسال کنند. همچنین کودک باید کلمات گذر^{۹۱} را کاملاً مخفی نگاه دارد و حتا در اختیار نزدیکترین دوست خود قرار ندهد.
- کودکان نباید از نام خانوادگی یا حیوانات خانگی به عنوان کلمه گذر استفاده کنند چون حدس زدن آن آسان است. در عوض باید از ترکیبی از حروف و ارقام استفاده شود.
- هرگز به کودک اجازه ندهید بدون اجازه شما شخصا با کسی که در اینترنت آشنا شده است ملاقات کند. حتا در آن صورت نیز باید با یک بزرگسال همراه باشد و در اماکن عمومی ملاقات کند.

کسانی که در اینترنت با کودکان تماس می گیرند همیشه همان کسانی نیستند که ادعا می کنند.

پدیده سوءاستفاده جنسی از کودکان و نوجوانان

سوءاستفاده جنسی از کودکان یکی از مواردی است که زندگی کودکان را از نظر بدنی و روانی به طور جدی به مخاطره می اندازد. متأسفانه این پدیده جدیدی در دنیای امروز نیست و قدمت آن به دوران جهان باستان برمی گردد. این پدیده در تمام کشورها صرفنظر از تمایزات فرهنگی - اقتصادی عمومیت دارد و تنها اختلاف در شکل برخورد خانواده، جامعه و قانون جزایی کشور با آن است. این پدیده حتا در کشورهای پیشرفته سرمایه داری تا اواسط دهه ۷۰ سده گذشته مورد توجه جدی قرار نگرفت. در برخی از کشورهای آسیایی و آفریقایی که هنوز سیستم فکری فئودالی شکل دهنده شیوه برخورد با مسائل مبرم زندگی است با این مساله نه تنها به طور جدی برخورد نشده است بلکه کودک مورد تجاوز قرار گرفته، به بهانه "دفاع از حیثیت و شرف" خانواده و برای سرپوش نهادن به این عمل شنیع چه بسا به قتل می رسد. ارگان ها و نهادهای دولتی نیز با عدم برخورد جدی قانونی و یا سکوت، مهر تائید بر قتل های به اصطلاح ناموسی می نهند.

اگر در کشورهای رشد یافته به علت وجود نهادها و ارگان های رسمی دولتی و غیردولتی، آمارهای رسمی این حوادث ناگوار و شکل برخوردهای قانونی با آن در اختیار افکار عمومی قرار می گیرد، در کشورهای درحال

رشد برای پاکیزه نشان دادن آن جوامع از ارائه آمار واقعی این گونه پدیده‌ها طفره می‌روند.

طبق تحقیقات انجمن حمایت از کودکان ایران، ۵۰ درصد از کودکان خیابانی که تعداد آن‌ها تنها در تهران به بیش از ۲۵ هزار نفر می‌رسد، مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند.

به گفته **جاوید سبحانی**، عضو «انجمن حمایت از حقوق کودکان در ایران» در سال ۲۰۱۵ در رابطه با آزار جنسی دختران راهنمایی و دبیرستانی در ایران «۳۲ درصد دختران راهنمایی و دبیرستان تجربه آزار جنسی را داشته‌اند و به طور کل تاکنون نیمی از جمعیت دختران تجربه آزار جنسی را داشته‌اند که در مکان‌هایی مانند پل هوایی، اتوبوس و به طور کل در فضاهای بی‌دفاع شهری اغلب توسط یک مرد غریبه صورت گرفته است».

در سطح جهانی نیز بنابر یکی از پیام‌های **کوفی عنان** دبیرکل وقت سازمان ملل متحد بمناسبت ۴ آذر روز جهانی حذف خشونت علیه زنان در سال ۲۰۰۳، سالانه ۷۰۰ هزار نفر که عمدتاً زن و کودک هستند در جهان برای سوء استفاده جنسی قاچاق می‌شوند. طبق فراخوان سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۵ برای منع خشونت علیه زنان، ۳۵ درصد زنان جهان تجربه خشونت جسمی یا جنسی را دارند و ۷۰۰ میلیون نفر از زنان جهان در سنین کودکی ازدواج کرده‌اند. در گزارش سالانه **باکی مون** دبیرکل سازمان ملل متحد خرداد ماه ۱۳۹۵ از ابعاد گستردگی خشونت فزاینده علیه کودکان ابراز شگفت شده است. «در گزارش دبیرکل سازمان ملل از ۹ کشور و ۵۱ گروه

مسلح مختلف که در سال گذشته میلادی [۲۰۱۴] مرتکب نقض حقوق و کشتار و سوء استفاده از کودکان شده‌اند، نام برده شده است.

ائتلاف منطقه‌ای تحت رهبری عربستان و شورشیان حوثی در یمن برای حمله بیمارستان‌ها و مدارس و بکارگیری کودکان در جنگ، و نیروهای دولت سودان جنوبی به دلیل سوء استفاده جنسی از کودکان، از جمله اسامی هستند که در گزارش آقای بان به آنها اشاره شده است.

در ایالات متحده برای اولین بار در سال ۱۹۶۴ آزار و تنیه بدنی کودکان مورد توجه قرار گرفت، اما تا سال ۱۹۷۵ هیچگاه به طور جدی با پدیده سوء استفاده جنسی از کودکان برخورد جدی و قانونی نشد. بنابراین زیابی‌های کمیته ملی پیشگیری از سوء استفاده جنسی کودکان آمریکا در سال ۱۹۸۲، سالانه نزدیک به یک میلیون کودک آمریکایی به اشکال مختلف مورد آزار و سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند. طبق آمارهای جدید، در سال‌های اخیر در آمریکا، سالانه بیش از ۲۰۰ هزار کودک مورد تعرض و سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند. بی‌شک برخوردهای جدی نهادهای دولتی - قضایی با این مساله نقش مهمی در کاهش آن داشته است اما با این حال این پدیده چون یکی از معضلات اجتماعی همچنان پابرجا مانده و زندگی هزاران کودک را در مخاطره می‌اندازد.

طبق گزارش‌ها و آمارهای بدست آمده، دختران قربانیان اصلی سوء استفاده های جنسی هستند. در آمریکا ۲۷ درصد دختران و ۱۶ درصد پسران زیر ۱۲ سال مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرند. در آلمان این رقم ۱۵ تا ۲۵ درصد دختران و ۵ تا ۱۰ درصد پسران را در بر می‌گیرد. البته برخی از

محققین فکر می‌کنند، درصد دختران و پسران مورد تجاوز قرار گرفته تقریباً یکسان است و آمار واقعی پسر بچه‌های مورد تعرض جنسی قرار گرفته از سوی خانواده‌های آن‌ها گزارش نمی‌شود.

در ۹۰ درصد موارد، شخص تجاوزگر یکی از افراد خانواده و یا بستگان و دوستان نزدیک کودک و خانواده اوست که مورد اعتماد و علاقه کودک است. در آلمان ۶۰ درصد موارد تجاوز از سوی یکی از افراد خانواده (۵۰ درصد از سوی پدر) ۳۰ درصد از سوی دوستان و آشنایان نزدیک و همسایه و ۶ تا ۷ درصد از سوی افراد ناشناخته بوده است. طبق گزارش سالانه سازمان حقوق کودکان در جامعه - سوئد^{۹۲} که در رابطه با حقوق کودکان فعالیت می‌کند در سال ۲۰۰۲ درصد موارد سوء استفاده جنسی از کودکان سوئدی در مقایسه با سال ۲۰۰۱ بیش از ۳۰ درصد افزایش یافته است. شخص تجاوزگر در ۶ مورد از ۱۰ مورد پدر بیولوژیک کودک بوده است و قربانیان در ۹ مورد از ۱۰ مورد دختران بوده‌اند. چنانکه گفته شد در بیش از ۹۰ درصد موارد، تجاوز جنسی از سوی یکی از افراد خانواده مانند پدر، برادر بزرگتر، پدر خوانده، عمو و دایی انجام می‌گیرد و بعضی اوقات این عمل ماه‌ها و سال‌ها و معمولاً در دوره نوجوانی به طور مکرر تکرار می‌شود. ۹۷ درصد متجاوزین مرد هستند و عده کثیری از آنان در کودکی، خود مورد تعرض جنسی و فیزیکی قرار گرفته‌اند. بسیاری از این افراد معمولاً متاهل و به اصطلاح شهروندی محترم، و با ظواهری آراسته و مهربان می‌باشند. متجاوزین معمولاً از قدرت و اختیار خود به عنوان بزرگسال

سوءاستفاده می‌کنند. کودکانی که از نظر تربیتی معتقد به اطاعت و بجا آوردن خواست بزرگترها صرفنظر از خواست و اهدافشان هستند بیشتر در دام این افراد می‌افتند. در بسیاری از موارد تجاوزگران از حربه‌های نظیر دادن شکلات، اجازه بازی با حیوانات خانگی و یا انواع مختلف بازی‌های کامپیوتری و مورد علاقه کودکان و همچنین ایجاد ترس، تهدید و انواع حقه‌ها و فریبکاری‌ها برای رسیدن به امیال خود استفاده می‌کنند و با مهارت در طی ماه‌ها و سال‌ها بسیاری از کودکان را درخفا مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌دهند. کودکان در موارد زیر بیشتر در معرض خطر تجاوز و سوء استفاده جنسی می‌باشند:

- فقدان سرپرست و مراقبت درست
- الکی و یا معتاد بودن والدین
- تنهایی کودک و نیاز روحی او به مهر و محبت بزرگسالان
- عدم اتکا به نفس در کودک
- عدم آگاهی به شیوه عمل متجاوزین و خنثی کردن اهداف آنان

اشکال سوءاستفاده جنسی و شیوه شناسایی تجاوزگر

به هرگونه عمل بزرگسالان جهت استفاده کودکان برای ارضای جنسی خود سوء استفاده جنسی گفته می‌شود. این موارد می‌تواند شامل نکات زیر باشد:

- مقاربت جنسی از طریق مقعد، مهبل و دهان
- دست مالی کردن اندام‌های تناسلی، سینه و یا مقعد کودک
- گرفتن عکس و فیلم‌های پورنوگرافیک

- هرگونه عمل و رفتاری که موجب آزار، تهدید و ترس کودک بخاطر پسر یا دختر بودنش شود.

در بیشتر موارد کودکانی که مورد سوء استفاده جنسی قرار می گیرند در اثر ترس، احساس گناه و شرم قادر به آشکار ساختن این فاجعه و شخص تجاوزگر در نزد والدین نیستند. به همین دلیل، توجه و مراقبت های لازم از سوی خانواده می تواند در پیشگیری، آشکارسازی و جلوگیری و قطع این عمل نقش تعیین کننده ای داشته باشد.

برخی از نشانه های رفتاری مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفتن کودک و یا برخی ناهنجاری ها و مشکلات روحی - روانی با منشاء کاملاً متفاوت از آن به شرح زیر است:

- کاهش و یا افزایش غیر طبیعی اشتها
- گریه های بی مورد، مکرر و گاهی طولانی
- لجبازی های بی اساس
- تغییر شکل خوابیدن و شب ادراری
- گوشه گیری
- کابوس های شبانه
- عدم رغبت به رفتن با افراد خاص به مکان مشخص
- دوری گزیدن از یکی از والدین و یا افراد خانواده
- بروز علاقه غیر طبیعی و نامعمول به ارگان های تناسلی انسان و حیوان
- سر زدن یکسری حرکات غیر معمول از کودک مانند دست زدن به اندام تناسلی بزرگسال

- بازگشت به رفتارهای کودکانه مانند مکیدن انگشت
- سخنان نامعمول و غیر قابل انتظار (مانند درخواست لخت شدن از یک بزرگسال و یا اشاره مکرر به ارگان‌های جنسی انسان).
- نشانه‌های بدنی کودکان نیز که گاهی از سوی والدین یا پزشکان مشاهده می‌شود نیز می‌تواند دال بر تأیید سوءاستفاده جنسی از کودکان باشد. این نشانه‌ها می‌تواند شامل موارد زیر باشند:

- خونریزی مقعد یا مهبل
- ورم اعضای تناسلی
- شکایت از درد و یا آسیب اعضای تناسلی
- عفونت و ترشحات مهبل
- بوی نامطبوع پیرامون اعضای تناسلی
- پارگی لباس زیر کودک و یا دیده شدن لکه‌های کثیف در شورت بچه

- مبتلا شدن به بیماری‌های آمیزشی مانند سوزاک (آکادمی پزشکی اطفال آمریکا معتقد است که تمام کودکان مبتلا به سوزاک و سایر بیماری‌های آمیزشی باید به عنوان کودکانی که درگیر رابطه جنسی و سوءاستفاده جنسی بوده‌اند مورد توجه و مراقبت جدی قرار گیرند).

در کودکانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند یک سری ناهنجاری‌ها و مشکلات دراز مدت عاطفی - روانی مشاهده می‌شود که برخی از آنان به شرح زیر می‌باشند:

- احساس گناه و تقصیر
- افسردگی
- مشکلات رفتاری و یادگیری در مدرسه
- حملات متعدد هستریایی
- الکلیسم و اعتیاد
- عدم توانایی در ایجاد و حفظ رابطه و پیوند دوستی با کودکان هم سن و سال
- سوءاستفاده جنسی از افراد جوانتر از خود
- بی بند و باری جنسی
- هرزگی
- فرار از خانه
- اختلالات شخصیتی

شیوه برخورد با کودکانی که قربانی سوءاستفاده جنسی شده‌اند:

در صورت مشاهده و یا سوءظن به سوءاستفاده جنسی از کودکان پیشنهاد می‌شود موارد زیر رعایت شود تا از آسیب و عوارض روحی کودکان جلوگیری به عمل آید:

- حفظ آرامش و خونسردی در حضور کودک.
- اعتماد و باور به سخن کودک (متأسفانه در بسیاری از کشورها در صورت مورد تجاوز قرار گرفتن کودکان و یا دختران نوجوانی که قربانی دست‌درازی و تعرض بزرگسالان می‌شوند نه تنها به

سخنان آن‌ها باور نمی‌کنند بلکه با سرزنش آنان و گاهی همگام با شخص تجاوزگر برای حفظ "شرف و ناموس" خانواده و شستن "لکه ننگ ازدامن خانواده" دست به قتل‌های ناموسی می‌زنند).

- عدم سرزنش و گناهکار دانستن کودک.
- ابراز پشتیبانی و عشق و علاقه کامل به کودک و تحسین او برای ابراز و گفتن واقعه روی داده به شما.
- کسب اعتماد کودک و ابراز حمایت افراد خانواده از او در بدترین شرایط.
- برداشتن گام‌های جدی برای جلوگیری از تکرار احتمالی این عمل و جلوگیری از آسیب‌ها و عوارض آتی آن.
- مراجعه به آژانس‌های اجتماعی و دولتی مانند انجمن‌ها و جمعیت‌های حمایت از کودکان و یا پلیس برای شروع رسیدگی و تحقیق. بهتر است والدین شخصا درگیر این مساله نشوند.
- اطمینان حاصل کردن از قطع فوری و ادامه سوء استفاده جنسی
- مراجعه به سازمان‌ها و ادارات تخصصی حمایت و درمان قربانیان سوء استفاده جنسی مانند بیمارستان کودکان، اداره بهزیستی کودکان.
- مراجعه به پزشک متخصص جهت انجام آزمایشات اختصاصی مانند کشت ترشحات مهبل، پیشابراه، مقعد، گلو و تست بیماری‌های آمیزشی.

- کمک روحی به کودکان و همراهی آنان در طی انجام معاینات پزشکی برای جلوگیری از اضطراب آنان در روند این معاینات.
- مراجعه به دکتر روانشناس جهت کمک های روحی به کودکان.

شیوه های پیشگیری

ایجاد اعتماد و رابطه دوستانه با کودک و دادن اطلاعات کافی در رابطه با پدیده سوءاستفاده جنسی و اشکال آن و افرادی که می توانند عامل اجرایی آن باشند، در سنین ۵ تا ۱۱ سالگی می تواند نقش بسیار مهمی در پیشگیری از وقوع چنین حوادث ناگواری داشته باشد. بهتراست والدین با یافتن موضوع های "طبیعی" در هنگام مشاهده رپرتاژهای تلویزیونی و یا اخبارهای مختلف درج شده در نشریات در رابطه با این موارد، سرسخن را با کودکان بازکنند و به ایجاد زمینه واقعی و طبیعی بحث و گفتگو بپردازند.

باید به کودکان آموخت که تنها عده کمی از بزرگسالان می توانند منشاء خطر باشند و اکثر بزرگسالان هیچگاه دست به چنین اقداماتی نخواهند زد، اما در صورت چنین پیشامدهای باید بدانند که چگونه با آن برخورد کنند تا جلوی اهداف متجاوزین را بگیرند. آن ها باید بدانند که بدن آن ها تنها و تنها تعلق به خود آن ها دارد و نقاط ویژه ای مانند ارگان های تناسلی، مقعد، سینه و یا نواحی پوشانده شده با لباس زیر جزو "ناحیه خصوصی - شخصی" آن ها محسوب می شود و کسی حق لمس کردن و دست زدن به آن ها را ندارد (به استثنای مواردی که والدین یا معلمان به لباس پوشیدن آن ها کمک

می‌کنند و دکتر متخصص در حضور والدین، آن‌ها را مورد معاینه قرار می‌دهد).

به آن‌ها باید تمایز تماس‌های خوب (مانند در آغوش گرفتن و بوسیدن همدیگر در هنگام خیرمقدم گفتن و خداحافظی کردن، دست دادن با دوستان و آشنایان) و تماس‌های بد و آزار دهنده (مانند دست‌مالی کردن قسمت‌های محرم و خصوصی بدن و یا غلغلک دادن بیش از اندازه) را آموخت. هیچگاه نباید کودک را برای احتراز از بوسیدن و بغل کردن مورد شماتت و فشار و سرزنش قرار داد. آن‌ها باید بیاموزند تا در صورت احساس هرگونه فشار و برخورد ناخوشایند سریعاً به شما اطلاع دهند و در مقابل هرگونه عملی که موجب احساس ناخوشایند و آزار آن‌ها می‌شود کلمه نه و بس کن را بکار ببرند، حتا اگر آن شخص فرد مورد اعتماد او و شما باشد.

با ایجاد و تقویت روحیه اتکاء به نفس در کودکان و جلب اعتماد آن‌ها می‌توان آن‌ها را در فراگیری شیوه برخورد با پیشامدهای غیر منتظره یاری داد.

فرجام سخن

با توجه به مواردی که در این نوشته به آن پرداخته شد، می‌بینیم که تربیت جنسی کودکان بویژه در کشورهای غربی یکی از معضلاتی است که در وهله اول نیاز به بازساخت، آگاهی و تجدیدنظرهای کرداری و اخلاقی والدین دارد. هدف از این نوشته کوتاه نه دادن نسخه‌های از پیش آماده شده

برای گزینش شیوه برخورد با کودکان و نوجوانان، بلکه پیش گفته‌ای برای نشان دادن اهمیت حیاتی این مساله و انتخاب شیوه درست برخورد با آن است. شیوه برخورد با کودکان و نوجوانان وابسته به سطح آگاهی، درصد پذیرش، و خصوصیات اخلاقی و کرداری آنان و میزان شناخت و آگاهی علمی والدین با مسائل جنسی کودکان و نوجوانان و درک واقعیت‌های پیرامون آنان در کشور میزبان متغیر است. بی شک مطالعه کتاب‌های مختلفی که در این رابطه نوشته شده‌اند و اجتناب از هرگونه تعصب سستی - مذهبی و احتراز از گزینش برخوردهای کلیشه‌ای می‌تواند نقش کمکی داشته باشد و دید کلی برای انتخاب شیوه برخورد با فرزندان بدهد.

نکته مورد توجه این است که تضاد فرهنگی مهاجران در کشورهای میزبان نه تنها بین آنان با مردم کشور میزبان، بلکه بین بزرگسالان مهاجر با فرزندان است که در این کشورها دنیا آمده، یا بزرگ شده و در برزخ دو فرهنگ متفاوت قرار می‌گیرند که گاهی با ظهور خشونت‌ها و حتا قتل‌های به اصطلاح ناموسی همراه می‌شود. در این جا بار گران مسئولیت بر دوش والدین است که بتوانند از میان انبوه تضادها و ناهنجاری‌های و بهنجاری‌های اخلاقی و فرهنگی، شیوه جدید و درست برخورد با کودکان را برگزینند تا کودکان امروز و والدین فردا بدور از آسیب‌های اخلاقی و جسمی وارد دنیای کار و پیکار فردا شوند. دنیایی که زندگی در کار برای آفریدن و پیکار برای پیروزی تجلی پیدا می‌کند.

منابع انگلیسی :

- 1.From Diapers to Dating.By Alyssa Haffner Tartaglione,New York,1999
- 2.Talking about Sex.1996
- 3.The Behavioral Sciences in Psychiatry . by J.M.Wiener&H.A.Breslin
- 4.The AIDS Epidemic-considerations for the 21-st centuray.Anthony S.Fauci MD,Sep.30,1999,the New England Journal of Medicine
5. HARRISON'S 15 th Edition, Principles of Internal Medicine 2001
- 6.CURRENT , Medical Diagnosis & Treatment,39th Edition,Edited by Lawrence M.Tierney,Jr and....
- 7.Child Sexual Abuse,American Academy of Pediatrics,1985
- 8- www.google.com (search Sex)

منابع آلمانی :

- 9.Deutschland.Nr.4/2002
- 10.Amerika Woche ,Nr.37/2002
- 11.Internet .https://de.wikipedia.org/wiki/Internet#In_Deutschland

منابع فارسی :

۱۲. ردپای سنتهای مذهبی در تعلیم و تربیت و رفتار جنسی در ایران، دکتر اکبر محمودی، نشر نیما، ۱۳۷۹، صفحه ۸۳-۸۵
۱۳. بی بی سی (بخش فارسی)
۱۴. در سنامه پزشکی آکسفورد ۱،
۱۵. انگلستان در بحران سلامت جنسی به سر می برد. BMJ June 14 ,2003;326 به نقل از <http://www.hmdj.org>
۱۶. ۵۳ درصد مردم جهان هنوز به اینترنت دسترسی ندارند. <https://www.systemgroup.net/news/۵۳۳۸>
۱۷. چند درصد مردم ایران رایانه و اینترنت دارند؟۰۳۹ <http://fararu.com/fa/۱۳۹۴>، مرداد،
۱۸. چند درصد مردم جهان از اینترنت استفاده می کنند؟ <http://www.farhangnews.ir/content/۹۱۵۲>
۱۹. فراخوان سازمان ملل برای منع خشونت علیه زنان ۱۵/۹/۳۹۴ <http://www.ion.ir/News/۴۶۹۶۳.html>
۲۰. گزارش سازمان ملل از خشونت علیه کودکان؛ ائتلاف عربستان در یمن، در صدر، ۱۴ خرداد ۱۳۹۵ <http://ir.voanews.com/a/us-rights-children-conflicts/3360374.html>
۲۱. آزار جنسی کودکان در ایران ۲۸.۰۴.۲۰۱۵ https://tavaana.org/fa/child_sexual_abuse

بازتاب روانی فیلم، موزیک و بازی‌های خشن ویدیویی در اندیشه و رفتار کودکان و نوجوانان



پیشرفت‌ها و دستاوردهای شگفت‌انگیز تکنولوژی در چند دهه اخیر جهان را کاملاً دگرگون ساخته، رنگ و نمایی نو به شیوه زندگی مردم داده است. بی‌شک هرگونه تغییر، تحول و دستاوردهای جدید علمی - فنی، وابسته به شیوه کاربرد و بهره‌گیری از آن می‌تواند تأثیرات متضادی در زندگی روزمره مردم داشته باشد. همچنانکه دسترسی همگانی به کامپیوتر و

پیوندهای اینترنتی مرزهای جغرافیایی - سیاسی را در هم شکسته، پیوند انسان‌ها و امکان دسترسی به آخرین نتایج دستاوردهای علمی و تحولات سیاسی - اجتماعی و فرهنگی را در کوتاه‌ترین زمان میسر ساخته است، همزمان و به موازات آن، موجب ظهور خطرات غیرقابل پیش‌بینی شده برای کودکان و نوجوانان در عرصه‌های سلامتی روحی، رفتارهای اجتماعی، تحصیل و آموزش و ... شده است.

تاثیر مخرب فیلم‌های خشن تلویزیونی، بازی‌های متنوع اینترنتی - ویدیویی و آهنگ‌های راک متال در کودکان و نوجوانان و اختلالات روانی - بدنی مولد آن، منجر به پیدایش بیماری‌های جدید شده، که امروزه از آن‌ها به عنوان سندرم اینترنت و سندرم جهان خبیث یاد می‌کنند.

فیلم‌های خشن تلویزیونی، بازی‌های ویدیویی و آهنگ‌های راک متال نقش برجسته‌یی در تغییرات رفتاری کودکان و نوجوانان، کشاندن آن‌ها به پاسبیسم، گوشه‌گیری، گسترش جنایت و بزهکاری، خشونت، پرخاشگری، تنش‌های خانوادگی، بی‌احترامی به قوانین اجتماعی، بی‌احترامی به حقوق دیگران و بویژه زنان، عقب ماندن از تحصیل و پایین آمدن سطح نمرات درسی، پوچگرایی، از دست دادن تمرکز حواس و کاهش شعور اجتماعی - علمی و عدم تمایل به شرکت در هرگونه فعالیت مفید اجتماعی، علمی، هنری، ورزشی و دیدار و معاشرت با دوستان و افراد خانواده و ... داشته است.

هر چند که گسترش دامنه این بیماری مهلک و مولد پیشرفتهای علمی پایانه سده بیستم و آغازین سده ۲۱- م هر روز زندگی کودکان و نوجوانان

بیشتری را در چهار گوشه جهان به خطر می اندازد، معذالک به غیر از موارد پراکنده‌یی در ایالات متحده آمریکا و برخی از کشورهای پیشرفته اروپایی بهای چندان‌ی به این معضل بزرگ اجتماعی داده نشده است، در مقابل، تبلیغات وسیع و فراگستر فیلم‌های خشن هالیوودی، بازی‌های متنوع ویدیویی - اینترنتی، تولیدات روزافزون دستگاه‌های مختلف پلی‌ستیشن و ... عرضه هر چه بیشتر CD گروه‌های مختلف راک، رپ، متال سنگین، متال مرگ، آلترناتیو و ... با پشتیبانی مالی کمپانی‌های بزرگ و دکترین توجیه‌کننده تاثیرات مثبت آن‌ها در پرورش فکری کودکان و نوجوانان از طریق رسانه‌های گروهی، هر چه بیشتر به ترویج، توزیع و رسوخ این طاعون سده ۲۱ در میان نوجوانان یاری می‌رساند.

تاثیرات مخرب و خانمان برانداز موارد یاد شده به حق موجب آشفته‌خاطری، آزدگی و نگرانی بسیاری از خانواده‌ها در رابطه با سلامتی روحی - روانی و جسمی و آینده تاریک و نه چندان روشن فرزندان‌شان شده است. در این مقاله با استناد به برخی از بررسی‌ها و تحقیقات محققین آمریکایی، آمارها و نمونه‌هایی مشخص از تاثیر فیلم‌های خشن تلویزیونی، بازی‌های اینترنتی - ویدیویی و آهنگ‌های گروه‌های مختلف راک متال، اشاراتی به تاثیر مخرب آن‌ها در زندگی کودکان و نوجوانان خواهیم داشت.

خشونت و تفریح

کشاندن مردم به نمایش‌های خشن تفریحی، تاریخی دیرینه دارد. در روم قدیم یکی از تفریح‌های عمومی مردم مشاهده رزم گلادیاتورها با هم یا با

حیوانات درنده بود. گلاادیوتورها در مقابل شور و شعف تماشاگران می‌بایست به رزم خود و سرگرم کردن مردم تا قتل حریف ادامه دهند. امروز سرگرمی‌های خشن به شیوه‌ی مدرن از طریق سینما، تلویزیون و بازی‌های ویدیویی به خانه‌های مردم کشانده شده، مردم صرفنظر از سن، جنس و موقعیت‌های شغلی و اجتماعی‌شان به گونه‌ی پسیف تحت تاثیر آن قرار میگیرند. به اعتقاد جورج گئربنر محقق آمریکایی "هیچگاه فرهنگ جامعه چنین سرشار از صحنه‌های تمام رنگی خشونت نبوده است".

خشونت و فیلم

اکثر فیلم‌های خشن تلویزیونی تصویری تحریف شده و کاذب از جامعه، ماهیت انسانی، توانایی انسان و مناسبات اجتماعی نشان می‌دهند. تا زمانی که فرد به این کذب آگاه نشود، زندگی و آینده‌اش دستخوش تلاطمات و حوادث غیر قابل پیش بینی خواهد بود.



کودکان و نوجوانان تحت تاثیر مداوم فیلم‌های خشن و تحریف شده از واقعیت‌های زندگی که توام با بزرگ‌نمایی حوادث زندگی و ماجراجویی‌های غیرواقعینانه است به درک و سنجشی نادرست از آن رسیده، مقایسه آن با زندگی واقعی موجب کشاندن آن‌ها به خیال‌بافی، برجسته کردن غیر واقعی مشکلات اجتماعی، پرخاشگری، عدم درک واقعیت‌های فردی، خانواده و دوستان شده، با پذیرش صحنه‌های کاذب، هرگونه توهم را واقعیت می‌پندارند. فیلم‌های خشن موجب رشد خشونت و پرخاشگری، حساسیت‌زدایی از خشونت و ترس از جهان پیرامون می‌شوند. طبق تحقیقات محققینی چون **روبرت لیبرت**^{۹۳}، **جویس سبرا فکین**^{۹۴} تماشای مداوم صحنه‌های خشونت در تلویزیون تاثیر ضداجتماعی در تمام افراد دارد، خشونت و پرخاشگری اولین شکل واکنش آن‌ها درمقابل با مسائل غیردلخواه بوده، موجب افزایش خشونت و ناهنجاری در سطح جامعه می‌شود. برای نمونه دو سال پس از ورود تلویزیون به شهر دور افتاده نوتل^{۹۵} در کانادا، پرخاشگری و تعرضهای فیزیکی ۱۶۰ درصد افزایش یافت. به اعتقاد **براندون اس**^{۹۶} اپیدیمولوژیست ازدانشگاه واشنگتن، در نبود فرضی تکنولوژی تلویزیون "آدمکشی ۱۰ هزار بار، تجاوز ۷۰ هزار بار و آسیب‌های و صدمات ناشی از ضرب و شتم ۷۰۰ هزار بار در سال کمتر رخ می‌داد".

^{۹۳} Robert Liebert

^{۹۴} Joyce Sprafkin

^{۹۵} Notel

^{۹۶} Brandon S

طبق تحقیقات گئوربنو "کودکان آمریکایی در طی سالهای حضورشان در مدارس ابتدایی شاهد بیش از ۸ هزار صحنه قتل و ۱۰۰ هزار مورد خشونت در فیلم های تلویزیونی هستند". شاگرد کلاس هشتم بطور متوسط ۴ ساعت در روز به تلویزیون نگاه می کند که ۶۰ درصد آن شامل صحنه های سرشار از خشونت است. تحقیقایی که در دهه ۶۰ بر روی ۶۰۰ نفر در سنین ۸ تا ۱۸ سال انجام گرفت، نشان داده است که پسر بچه های ۸ ساله که بیشتر از بچه های دیگر به فیلم های خشن نگاه کرده اند به نسبت بچه های دیگر خشنتر بوده و با روحیه پرخاشگرانه رشد کرده اند.

در دهه گذشته اتحادیه پزشکی آمریکا، آکادمی طب اطفال آمریکا، آکادمی روانشناسی کودکان آمریکا و انستیتو ملی سلامتی روان، بسیاری از تحقیقات انجام شده را بطور مجزا بررسی کرده، همگی به نتیجه واحدی در رابطه با تاثیر و تبدیل خشونت های تلویزیونی به خشونت های واقعی و افزایش رفتارهای پرخاشگرانه در بین کودکان و نوجوانان رسیدند. اکثر محققین علمی - اجتماعی - رفتاری در رابطه با چند نقطه عمده متفقند:

۱. مشاهده منظم و مداوم صحنه های خشن در فیلم تاثیر منفی بر رفتار، برخورد و رویکردهای انسان دارد.
۲. خشونت های تلویزیون موجب ترویج اشکال مختلف رفتارهای خشن و پرخاشگرانه شده، ارزشهای اخلاقی و اجتماعی را تحت الاشعاع قرا داده، بروز خشونت در زندگی روزمره را به امری طبیعی تبدیل می کند.

۳. احتمال بروز رفتارهای خشن و پرخاشگرانه در کودکانی که به فیلم‌های خشن نگاه می‌کنند بیشتر است.
 ۴. خشونت‌های تلویزیونی بر تمام بینندگان صرفنظر از سن، جنس، سطوح مختلف هوش و اقتصادی - اجتماعی اثر دارد.
 ۵. بینندگانی که به تعداد قابل توجهی از فیلم‌های خشن نگاه می‌کنند به درک بدبینانه‌ای از جهان پیرامون و ارزیابی‌های غیرواقعینانه قربانی شدن در مقابل خشونت می‌رسند.
- بسیاری از محققین همچنین اشاره به ارتباط مستقیم و درازمدت چندین مساله ناشی از تاثیر فیلم‌های تلویزیونی در پیدایش خشونت بینندگان می‌کنند که می‌توان آن را در ۴ مورد جمع‌بندی کرد:

تقلید کردن

در سال‌های دهه ۱۹۲۰ منتقدان اجتماعی در ایالات متحده آمریکا هشدار دادند که نوجوانان از داستان‌های حاوی خشونت در روزنامه‌ها تقلید کرده، آن را در زندگی واقعی خود تکرار می‌کنند. معذالک تحقیقات جدی در این مورد پس از سال ۱۹۶۸ شروع شده، رابطه صحنه‌های خشن در فیلم‌های تلویزیونی و ظهور ناهنجاری‌های رفتاری و پرخاشگری کودکان بیشتر مورد توجه قرار گرفت. اعتراض جامعه علیه خشونت در رسانه‌های گروهی و تاثیر آن در افزایش صعودی میزان جنایت و پرخاشگری و خشونت نوجوانان و جوانان بویژه از سال ۱۹۹۵ به بعد،

همراه با افزایش روزافزون تیراندازی در مدارس آمریکا و کشته شدن دانش آموزان و معلمین به نقطه اوج خود رسید.

به آتش کشیده شدن خانه متحرکی در سال ۱۹۹۳ توسط پسر بچه ۵ ساله‌یی که بطور منظم به فیلم "بئیس و بات هئد"^{۹۷} نگاه میکرد و کشته شدن خواهر بزرگ او در جریان آتش‌سوزی، تیراندازی دونوجوان آمریکایی به ترنی در نیویورک در دسامبر ۱۹۹۵ به تقلید از فیلم "ترن پول"^{۹۸}، قتل ۳ دانش آموز و زخمی شدن ۸ نفر توسط مایکل کارنیل^{۹۹} ۱۴ ساله در مدرسه‌ای در پادوکای غربی^{۱۰۰} در ایالت کنتاکی به تقلید از "خاطرات روزانه یک بسکتبالیست"^{۱۰۱} به بازیگری لئوناردو دی‌کاپریو در یک دسامبر سال ۱۹۹۷، زیر ماشین گرفتن چند نفر در جاده‌یی در کنتاکی توسط سه جوان به تقلید از "ام تی ویس جئکس"^{۱۰۲} توجه و حساسیت جامعه را بیشتر به این معضل بزرگ اجتماعی معطوف داشت.

حساسیت زدایی

بی‌شک یکی از تاثیرات تخریبی و فراگستر خشونت‌های تلویزیون حساسیت‌زدایی به شکل کاهش آستانه ترس بینندگان از تکرار خشونت در زندگی واقعی است. بیننده تا حد زیادی به صحنه‌های خشن عادت کرده،

⁹⁷ Beavis and Butt-head

⁹⁸ Money Train

⁹⁹ Michael Carneal

¹⁰⁰ Paducah West

¹⁰¹ Basketball Diaries

¹⁰² MTV's Jackass

تنها خشونت برتر از آن چیزی که او دیده، می‌تواند برای او شوک‌زا و تکان‌دهنده باشد. در بعضی‌ها ممکن است حالت عابر تماشایی (شاهد واقعه) رشد کرده، در نظر آن‌ها خشونت‌های واقعی غیر حقیقی به نظر برسد. تحقیقات انجام گرفته نشان می‌دهد بچه‌هایی که بیننده ثابت برنامه‌های خشن تلویزیونی هستند در هنگام درگیری مستقیم یا مشاهده آن در میان افراد دیگر، به نسبت آن‌هایی که کمتر نظاره‌گر چنین فیلم‌هایی هستند، کمتر درخواست کمک و مداخله از والدین و دیگران کرده، از نقطه نظر آن‌ها وجود چنین برخوردهایی در خانواده، مدرسه و جامعه کاملاً طبیعی می‌باشد.

احساس قربانی شدن^{۱۰۳}

الیزابت توملان^{۱۰۴} از مرکز آموزشی رسانه‌های گروهی^{۱۰۵} توضیح می‌دهد که نمایش مداوم خشونت در رسانه‌های گروهی موجب اعتقاد بر وجود خشونت در همه جا و در نتیجه ایجاد احساس ترس و بزرگ‌نمایی آن در افراد می‌شود.

تماشاگران ثابت فیلم‌های خشن بیشتر از دیگران معتقد به خطرناک بودن جهان پیرامون و و تهدید از سوی دیگران هستند. طبق تحقیقات گئربنر "سندرم جهان خبیث" در افرادی که روزانه بیش از ۶ ساعت (به نسبت آن‌های که روزانه ۳ ساعت) به فیلم‌های خشن تلویزیون نگاه می‌کنند بیشتر رشد کرده، احساس می‌کنند باید بیشتر مواظب خود بوده، اسلحه بیشتر،

¹⁰³ Victim Effect

¹⁰⁴ Elizabeth Thomlan

¹⁰⁵ Center Media Literacy

سگ نگهبان، سیستم ایمنی و حفاظت خانه و قفل‌های مکانیکی و الکترونیکی (اثر انگشتی، کارتی) بیشتری بخرند.

بازی‌های ویدیویی - اینترنتی

اعتیاد

امروزه بازی‌های ویدیویی - اینترنتی به یکی از عمده‌ترین سرگرمی‌های کودکان و نوجوانان تبدیل شده است. کشش به این بازی‌ها و بویژه نوع M (برای بزرگسالان) موجب ایجاد حالت اعتیاد، رشد پرخاشگری، آسیب‌های مغزی و اختلالات شدید رفتاری در بخش عمده‌ای از علاقمندان به این بازی‌ها شده است تا آنجا که گروه بزرگی از پزشکان این گونه رفتارها را در رده بیماری‌های روانی طبقه بندی کرده، تاثیر مخرب آن را بر روح و روان کودکان بدتر از اعتیاد به مواد مخدری از قبیل هروئین می‌دانند. به باور آنان کوشش برای درمان اختلالات روحی - روانی این افراد هیچ تفاوتی با ترک اعتیاد یا الکل نداشته، گاهی میزان مقاومت این افراد بیشتر از معتادان به مواد مخدر و الکی‌ها در هنگام ترابی است.



در ایالات متحده آمریکا بیش از ۲۰ میلیون از افراد زیر ۱۸ سال سرگرم بازی‌های ویدیویی هستند از این تعداد طبق گزارش اتحادیه پزشکی آمریکا بیش از ۵ میلیون کودک و نوجوان معتاد به بازی‌های ویدیویی شده‌اند. حالت اعتیاد بیشتر در آن‌هایی دیده می‌شود که در سنین پایین شروع به این بازی‌ها می‌کنند.

آسیب‌های مغزی

تحقیقات و مطالعات بسیاری از محققین در رابطه با تاثیر بازی‌های منظم ویدیویی در کودکان نشان از کاهش فعالیت‌های مغزی این افراد و آسیب‌های جدی و گاهی برگشت‌ناپذیر در قسمت پیشین مغز، یعنی بخش مربوط به احساسات و خلاقیت دارد.

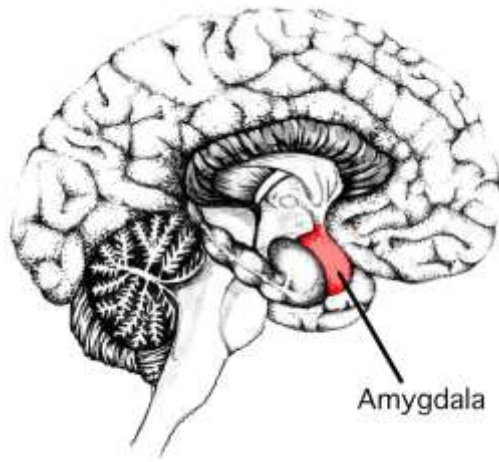
تحقیقات دکتر **وینسنت ماتیوس**^{۱۰۶} پروفیسور رادیولوژی و رئیس دپارتمان رادیولوژی اعصاب دانشکده پزشکی دانشگاه ایندیانا در شهر ایندیاناپالیس آمریکا نشان می‌دهد که بازی‌های ویدیویی منظم، مداوم و روزانه و بویژه نوع خشن و جیمزباندی آن موجب تغییرات فیزیولوژیک و فونکسیون مغز می‌شود. به گفته او این بازی‌ها موجب افزایش فعالیت

آمیگدالا^{۱۰۷} در مغز، ناحیه مربوط به تحریک و واکنش‌های هیجانی و همزمان موجب کاهش فعالیت‌های بخش فرونتال (پیشانی) مغز که در رابطه با خویشتنداری، کنترل تصمیم‌گیری و رفتار و همچنین دقت و هواس جمعی

¹⁰⁶ Dr. Vincent Mathews

¹⁰⁷ Amygdala

و دیگر اعمال مختلف معرفی است، می‌شود. این تحقیقات بر مبنای اندازه‌گیری فعالیت‌های مغزی ۴۴ نوجوان انجام گرفت که از نظر سن، جنس و بهره هوشی از هم متمایز نمی‌شدند. از این افراد خواسته شد به دلخواه مشغول بازی‌های خشن یا غیر خشن ویدیویی به مدت نیم ساعت شوند. در افرادی که مشغول بازی‌های خشن ویدیویی بودند برخلاف بازیگران بازی‌های غیرخشن، افزایش فعالیت قسمت آمیگدالا و کاهش فعالیت قسمت پیشانی مغز دیده شد. فعالیت‌های مغزی این افراد با استفاده از "تصویرنگاری بازآوای مغناطیسی عملی"^{۱۰۸} اندازه‌گیری شد.



تحقیقات آکیو-موری^{۱۰۹} پروفیسور عصب‌شناس در دانشگاه نیهون^{۱۱۰} ژاپن نیز نشان دهنده کاهش فعالیت امواج بتا در آن‌هایی است که روزانه ۲ تا ۷

¹⁰⁸ Magnetic Resonance Imaging) functional - fMRI

¹⁰⁹ Akio Mori

¹¹⁰ Nihon

ساعت مشغول بازی‌های ویدیویی می‌شوند. این امواج در رابطه با اعمال احساسی - عاطفی، بازی و خویشتن داری انسان هستند. به گفته پروفیسور موری "بازی‌های ویدیویی باعث نا آرامی، عصبانی شدن سریع، احساس ترس و اضطراب در کودکان شده، تاثیر مستقیم و منفی بر کارکرد اعصاب خودمختار آن‌ها دارند".

خشونت و پرخاشگری

مطالعات و بررسی‌های بیشمار رابطه محکم و مستقیم بازی‌های خشن ویدیویی - اینترنتی را در رشد پرخاشگری، خشونت و جنایت افراد زیر ۱۸ سال نشان داده است. به اعتقاد بسیاری از متخصصین، در دنیای پر شمار کامپیوترها، کشتن به نوعی ورزش تبدیل شده، خشونت‌های تخیلی (فانتزی) موجب هدایت کودکان و نوجوانان به خشونت‌های واقعی می‌شود. ایفای نقش کودکان بعنوان یکی از بازیگران اصلی در نبرد با دشمنان، استفاده از سلاح‌های مرگبار تخیلی، داشتن نقش تیرانداز، قاتل، متجاوز و گرفتن امتیازات بیشتر با انجام هر چه بهتر و بیشتر موارد یاد شده، نه تنها موجب آموزش قتل و تجاوز به حریم دیگران می‌شود بلکه به آنان می‌آموزد تا از انجام این حرکات نیز لذت برده، در نظر آن‌ها ضرب و شتم، کشتن، تجاوز به زنان و پناه بردن به خشونت در زندگی روزمره به امری عادی و طبیعی تبدیل شود.

بازی‌های "آن نقطه هدف و تیراندازی"^{۱۱۱} در واقع نقش آموزشی برای هدف گیری و کشتن هدفهای انسانی و تربیت قاتل دارد. طبق تحقیقات انجام گرفته بازی‌های از قبیل **دستاخیز**^{۱۱۲} و **ولفنشتاین سه‌بعدی**^{۱۱۳} و **نبرد مرگبار**^{۱۱۴} تاثیر بسیاری در افزایش پرخاشگری، تغییرات رفتاری و به اجرا درآوردن بازی‌های خشن تخیلی در زندگی واقعی کودکان داشته است. این امر بویژه زمانی توجه افکار عمومی را در آمریکا به خود جلب کرد که آشکار گردید اکثر جوانانی که در مدارس آمریکایی اقدام به تیراندازی و قتل دانش‌آموزان و معلمان کردند از بازیگران ثابت بازی‌های خشن ویدیویی بودند.



برای نمونه **مایکل کارنیل** ۱۴ ساله که که در اول دسامبر ۱۹۹۷ در مدرسه‌یی در پادوکای غربی در ایالت کنتاکی ۳ همکلاسی خود را به قتل رسانده، ۸ نفر دیگر را نیز زخمی کرد، و **اریک هاریس** ۱۸ ساله و

¹¹¹ That point-and-shoot

¹¹² Doom

¹¹³ Wolfenstein 3D

¹¹⁴ Mortal Kombat

ایلان کلنولد ۱۷ ساله که در ۲۰ آوریل ۱۹۹۹ در دبیرستان کلمبین در لیتلتون^{۱۱۵} در ایالت کلرادو با استفاده از اسلحه نیمه اتومات و مواد منفجره قبل از خودکشی ۱۳ نفر را به قتل رساندند از بازیگران پروپا قرص بازی ویدیویی فرا خشونت رستاخیز بودند.

بازی‌های خشن ویدیویی با توجه به ایجاد هیجان‌های بیش از حد، بیشتر مورد توجه کودکان و نوجوانان است. تبلیغات گسترده این بازی‌ها بویژه نوع M آن در رسانه‌های گروهی که متأسفانه حتی در مجلات کودکان نیز انعکاس می‌یابد و فروش کنترل نشده آن به افراد غیر بزرگسال، نقش بسیار مخربی در کشاندن کودکان به این نوع بازی‌های خشن ایفا می‌کند.



نگاهی کوتاه به عناوین تبلیغ این بازی‌ها در مجلات کودکان گویای بدون شرح نقش منفی آن‌ها در رشد و عادی سازی پرخاشگری و خشونت در ضمیر ناخودآگاه کودکان و نوجوانان است:

- بدون احساس گناه دوستان را بکش!
 - جالب تر از کشتن گربه همسایه!
 - در تبلیغ برای بازی **دستریگا**:^{۱۱۶} بگذار قتل عام را شروع کنیم!
 - در تبلیغ برای بازی **کاراماگدون**:^{۱۱۷} به همان سادگی کشتن بچه با تبر است!
 - در تبلیغ برای بازی **لوزش**:^{۱۱۸} تکه شدن دوستانان در اثر حملات موشکی تنها سر آغاز است!
- دکترین وابسته به کمپانی‌های تولیدکننده بازی‌های ویدیویی و دستگاه‌های پلی‌ستیشن و نتسندو با توجه به سود سرشار سالانه از فروش بازی‌های ویدیویی که بالغ به ۱۰ میلیارد دلار می‌شود سعی در انکار تاثیرات منفی این بازی‌ها و یافتن جنبه‌های مثبت این بازی‌ها در رشد فکری کودکان دارند. به باور آن‌ها جنایات انجام گرفته از سوی نوجوانان آمریکایی ارتباطی به این بازی‌ها ندارد و گرنه تمام بازیگران باید جانی و قاتل می‌شدند. در گزارش پروفیسور **ال. روول هویسمن** به کمیته مجلس سنای آمریکا در اوایل سال ۱۹۹۸ در جواب به چنین سخنانی آمده است: " نه هر بچه‌یی با نگاه کردن به صحنه‌های خشن یا بازی‌های خشن ویدیویی حتما خشن می‌شود. عوامل دیگری نیز باید به آن کمک کنند، چنانکه جدیداً در کلورادو شد اما همچنانکه هر نخ سیگار شانس ابتلاء به سرطان را بالا می‌برد، قرار گرفتن

¹¹⁶ Destrega¹¹⁷ Carmageddon¹¹⁸ Quake

در معرض چنین فیلم‌های، احتمال بروز رفتارهای خشن این کودکان را به نسبت دیگران بالا می‌برد.

موزیک و آوازهای خشونت‌زا

فقط موسیقی می‌تواند حقیقت جوهر وجود، اراده مطلق، جبر غم‌انگیز و هویت اساسی ما و جهان را آشکار سازد.

شوپنهاور

کمتر کسی در مورد تاثیر موزیک بر روح و روان انسان تردید دارد. به باور افلاطون " نغمه و وزن موسیقی تاثیر فوق العاده‌ای در روح انسان دارد و اگر درست به کار رود، می‌تواند زیبایی را در رویاهای روح جایگزین کند". او در تعریف موسیقی می‌گوید: موسیقی یک ناموس اخلاقی است که روح به جهانیان، بال به تفکر، جهش به تصور، ربایش به غم و شادی و حیات به همه چیز می‌بخشد.

موزیک همواره بخش جدایی ناپذیر زندگی بشریت بوده است، انسان‌ها در هنگام درد و حرمان، شادی و خوشی به آن پناه می‌برند، با آن به وجد در آمده، می‌رقصند و گاها تحت تاثیر سوز آن به گریه در می‌آیند. امروز موسیقی بویژه جای خاصی را در فکر و زندگی روزمره نوجوانان اشغال کرده است. طبق تحقیقات انجام گرفته در ایالات متحده آمریکا افراد ۱۴ تا ۱۶ ساله هر هفته ۴۰ ساعت به موزیک گوش می‌کنند.

اما موسیقی علیرغم اثرات مثبت خود، می تواند نقش کاملاً متضادی نیز داشته باشد. طبق تحقیقات انجام گرفته از سوی اتحادیه پسیکولوژی آمریکا موزیک‌هایی که حاوی اشعار خشن هستند "موجب افزایش خشونت‌های رفتاری - عاطفی در کودکان و نوجوانان می‌شوند". برخلاف باور **کنفوسیون**، در چنین مواردی موسیقی به جای آنکه "بهترین عامل اصلاح آداب و رسوم و اخلاق جامعه و موجی از دوستی و نیکخواهی" شود به ضد آن تبدیل شده، مشوق کودکان و نوجوانان به پرخاشگری، خودکشی، خشونت، اعتیاد به مواد مخدر، توجه نامعمول به سکس پیش از وقت، حاملگی در نوجوانان، بی‌احترامی و رفتار خشن با زنان می‌شود.

متأسفانه تاثیر آواز و موزیک‌های خشونت‌زا بر کودکان کمتر مورد توجه قرار گرفته، بسیاری از آهنگ‌های گروه‌هایی از قبیل **ناین اینچ نیلز**^{۱۱۹} و **مرلین مانسون**^{۱۲۰} که مبلغ خشونت‌های فیزیکی و جنسی با زنان و کودکان، قتل و کشتار، پناه بردن به مواد مخدر و خودکشی هستند بدون هیچگونه محدودیتی نه تنها بطوری فراگستر تبلیغ و به فروش می‌رسند بلکه به عنوان بهترین خواننده‌های سال به دریافت جایزه **گرمی**^{۱۲۱} از سوی کانال مشهور و پر بیننده MTV (به ترتیب در سالهای ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹) نیز نائل می‌گردند.

نگاهی کوتاه به عناوین و مضمون برخی از این آهنگ‌ها نشان‌دهنده حد غیر قابل تصور این به اصطلاح هنرمندان مدرن در ترویج و گسترش

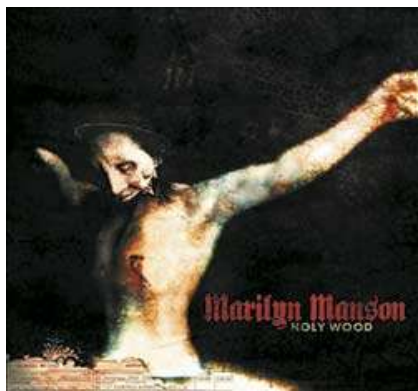
¹¹⁹ Nine Inch Nails

¹²⁰ Marilyn Manson

¹²¹ Grammy

خشونت و رفتارهای ضداجتماعی و زیرپا نهادن قوانین اجتماعی و انسانی در جامعه و خانواده است، نمونه‌هایی از آهنگ‌های **مورلین مانسون**:

- چه کسی می گوید تجاوز (جنسی) در رانده‌وو فرحبخش نیست!
- بیایید همه را بکشیم و خدای شما آن‌ها را دسته‌بندی کند!
- در رپ قساوت را تمرین کن! (از آلبوم جواز مرگ)
- وقتی برای تبعیض نمانده، از هر مادر جنده‌یی که سر راحت قرار بگیرد نفرت داشته باش!
- و



یا گروه موسیقی **فاین اینچ نیلز** سی دی خود را به نام **مرد بزرگ با تفنگ** با این اشعار وارد بازار فروش کردند:

من یک مرد بزرگ هستم (بله هستم)
و تفنگ بزرگی دارم
آلت بزرگی برام بیار
میخواهم خوش باشم،

آنرا جلوی پیشانیت نگهدار
 مجبورت می کنم آنرا بمکی
 ممکن است کلهات را سوراخ کنم
 میدانی
 تنها بخاطر کردن آن،
 من هر اینچ یک انسانم
 و بنوعی به تو نشان خواهم داد
 خود و تفنگ کونیم را،
 حالا دیگر هیچ چیزی نمی تواند مرا متوف کند
 آتش کن، آتش، آتش، آتش!

به باور بسیاری از محققین تاثیر موسیقی بر رفتار و کردار نوجوانان خیلی
 بیشتر از تلویزیون است، طبق آمارهای بدست آمده، نوجوانان آمریکایی در
 فاصله کلاس های ۷ تا ۱۲ بطور متوسط ۱۰،۵۰۰ ساعت به موزیک راک
 گوش می کنند. در تحقیقات کارشناسان و پژوهشگران دانشگاه های معتبر
 آمریکایی تاثیر موزیک خشن بر کردار و رفتار نوجوانان به اثبات رسیده
 است. تحقیقاتی که در دانشگاه دولتی لووا^{۱۲۲} در ایالات متحده آمریکا در
 رابطه با تاثیر موزیک بر رفتار دانشجویان انجام گرفت نشان داده،
 پرخاشگری و خشونت در دانشجویانی که به موزیک های خشن گوش
 می کنند بیشتر از آنهایی است که به این قبیل موزیک ها گوش نمی کنند.

¹²² Iowa State University

تحقیقاتی که در رابطه با قتل‌های مکرر و در حال افزایش نوجوانان در مدارس آمریکایی انجام گرفته است نشان می‌دهد که اکثر این نوجوانان مانند **اریک هاریس** و **دایلان کلبولد** عاملان کشتار ۱۲ تن از همسالان و یک معلم در دبیرستان کلمبین، **مایکل کارنیل** قاتل ۳ همکلاسی در مدرسه‌یی در پدوکای غربی کنتاکی، **کیپ کینکل**^{۱۲۳} قاتل والدین خود و ۲ دانش آموز در دبیرستان **تورستون**^{۱۲۴} در سپرینگفیلد ایالت اوریگن^{۱۲۵}، **آندریو وورست**^{۱۲۶} قاتل یک معلم در ایدنبورن^{۱۲۷} در ایالت پنسلوانیا، **لوک وودهام**^{۱۲۸} قاتل والدین خود و ۲ هم مدرسه‌یی اش در دبیرستان پیرل^{۱۲۹} درمی سی سی پی و ... از شنوندگان همیشگی آوازهای **مرلین مانسون** و بازی‌های خشن ویدیویی مانند رستاخیز بودند. **بیل اووینس**^{۱۳۰} فرماندار ایالت کلورادو چند روز پس از کشتار در مدرسه کلمبین به حق از چنین آهنگ‌هایی به عنوان ویروس فرهنگی یاد کرد، او هشدار داد: "ویروس وارد فرهنگ ما شده است ... برخی از موزیک‌های پرتطرفدار، بخشی از این ویروس فرهنگی هستند که می‌توانند موجب کشاندن برخی از نوجوانان ما به سوی خشونت شوند".

¹²³ Kip Kinkel

¹²⁴ Thurston

¹²⁵ Origen

¹²⁶ Andrew Wurst

¹²⁷ Eidenborn

¹²⁸ Luke Woodham

¹²⁹ Pearl

¹³⁰ Bill Owens

بی‌شک شیوه مقابله با تاثیرات مخرب فیلم‌های خشن، بازی‌های فراخشن ویدیویی و موزیک‌های خشونت زای گروه‌های مختلف متال، متال سنگین و ... نه تنها نیاز به کنترل و مراقبت و روشنگری از سوی والدین دارد، بلکه این امر مستلزم همکاری و کنترل قانونی از سوی نهادهای قانونی و مدنی جامعه است. جامعه‌یی که سرشار از ویروس‌های فرهنگی با پشتیبانی عظیم مالی از سوی کمپانی‌های مولد آن‌ها باشد فضای طبیعی جامعه را آلوده ساخته، مبارزه با آن را بسیار دشوار می‌سازد. در جامعه‌یی که والدین بطور عمده گرفتار تامین معاش روزانه هستند و فرصت اندکی برای معاشرت با فرزندان‌شان دارند و کودکان و نوجوانان بطور دائم در معرض و تحت تاثیر تبلیغات سرسام‌آور رسانه‌های گروهی هستند، مبارزه با این طاعون فکری که حال و آینده کودکان و نوجوانان امروز و سازندگان فردا را در مخاطره جدی می‌اندازد نیاز به دخالت مستقیم نهادهای دولتی، اجتماعی - مدنی و کنترل شدید تولید، پخش و فروش آن و همچنین پیشگیری از فروش آزاد سلاح گرم در کشورهایی چون ایالات متحده آمریکا دارد. در پایان، به اختصار بخشی از پیشنهادات آکادمی پزشکان اطفال آمریکا برای مقابله و کاهش تاثیر منفی موارد یاد شده بر کودکان نیز ارائه می‌گردد:

- تحقیقات بیشتری در رابطه با تاثیر موسیقی و ویدیو کلیپ‌ها بر رفتار نوجوانان و کودکان انجام گیرد.

- صنایع تولید کننده ویدیو - موزیک^{۱۳۱} باید سعی در تولید ویدیوهایی کنند که پیام آور موضوعات مثبت در عرصه مناسبات اجتماعی، هماهنگی نژادی، دوری از مواد مخدر، احتراز از خشونت، رفع نزاع، پرهیز جنسی، پیشگیری از حاملگی و اجتناب از بیماری‌های قابل انتقال آمیزشی باشند.
- تولید کنندگان ویدیو - موزیک باید سعی در پرورش حساسیت و خویش‌تنداری بینندگان و شنوندگان آن داشته باشند.
- صنایع تولید کننده باید موزیک‌های به بازار عرضه کنند که حاوی الگوهای مثبت برای کودکان و نوجوانان باشند.
- پزشکان اطفال باید در همکاری و همیاری با آموزگاران و والدین در گردهم‌آیی‌های منطقه‌ای و سرتاسری، مسائل مربوط به تاثیر موزیک بر کودکان و نوجوانان را مورد بحث و بررسی قرار دهند.
- والدین باید نقش فعالی در کنترل موزیک‌هایی داشته باشند که کودکانشان تحت تاثیر آنها قرار داشته، سی دی یا ویدیوهای آنها را می‌خرند.
- پزشکان اطفال باید با دادن رهنمودهای درست به والدین، آنها را در فراگیری نقش رسانه‌های گروهی یاری رسانند. والدین باید سعی کنند به همراه فرزندانشان به تلویزیون نگاه کرده، محتویات فیلم‌ها را با آنها مورد بحث و بررسی قرار دهند.

¹³¹ The music video industry

منابع:

1. Violence in Media, James D. Torr, Book editor, 2001 by Greenhaven Press, Inc, San Diego, California, USA
2. Mass Media, Opposing Viewpoint, William Dudley, Book editor, 2005 by Greenhaven Press, Inc, USA
3. Television, Opposing viewpoints, thomasori&Gale, Jamuna Carroll Book Editor 2006, USA
4. Violence in Film and television, James D. Torr Book Editor, 2002 by Greenhaven Press, Inc, San Diego, California, USA
5. Advertising, Opposing Viewpoint, Lura K. Egendorf, Book Editor, 2006 by Greenhaven Press, Inc, San Diego, California, USA
6. Exposure to Violence Media: The Effect of Songs with Violent lyrics on Aggressive Thoughts and Feelings, Craig A Anderson and Nicholas L. Carnagey-Lowa State University & Janie Eubanks- Texas Deo. Of Humaen service, Journal of Personality and Social Psychology 2003, Vol.84, No.5, 960-971
7. Music Videos Promote Adolescent Aggression, By William J. Cromie Gazette Staff, The Harward University April 09, 1998 <http://www.hno.harvard.edu/gazette/1998/04.09/MusicVideosProm.html>
8. Testimony The Social Impact of Music Violence, AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Frank Palumbo, M.D., FAAP, November 6, 1997, <http://www.aap.org/advocacy/washing/t1106.htm>
9. Psychology And Music Violence, <http://www.freeessays.cc/db/39/pnl251.shtm>
<http://www.msnbc.msn.com/id/15938244/site/newsweek/page/0>
10. Video game addiction: A new diagnosis? June 21, 2007 03:20:19 PM PST
11. <http://health.yahoo.com/news/176635>

۱۲. جستاری در باره ماهیت موسیقی، حسن روشان، ماهنامه ماندگار، برگرفته از سایت قاصدک امید
<http://ghasedakeomid.myblog.ir/Cat/10.aspx>

پیامدهای پزشکی همجنس گرایی

در دو دهه اخیر همجنس گرایان در کشورهای غربی با توجه به پاره شدن برخی از قید و بندهای قانونی و اجتماعی هر چه بیشتر در سطح افکار عمومی مطرح شده‌اند. فیلم‌ها و رپرتاژهای تلویزیونی، نشریات مختلف و برخی از احزاب سیاسی نیز با اهداف مختلف، هر چه بیشتر به مطرح شدن آن‌ها دامن می‌زنند. طبیعتاً بچه‌ها نیز خواهی نخواهی در مکان‌های مختلف با این افراد مواجه خواهند شد و در مغز جستجوگر آن‌ها سوالات بسیاری نسبت به این افراد شکل خواهد گرفت. یکی از وظایف والدین تشریح علت رشد و پیامدهای پزشکی و اجتماعی چنین گرایشاتی برای فرزندان خود است تا آن‌ها حداقل دانش لازم را به اقتضای سن خود در مورد این مسائل داشته باشند. در اینجا برای روشن شدن برخی نکات مربوط به هموسکسوالیسم (همجنس گرایی) اشاره‌ای کوتاه و گذرا به نظریات مختلف در این مورد و برخی از بیماری‌های آن‌ها خواهیم داشت.

مدتها است که در کتابهای روانشناسی از همجنس گرایی نه به عنوان یک بیماری یا اختلال روحی و شخصیتی بلکه به عنوان شکلی از گرایشات جنسی یاد می‌شود. برخی از مدافعان ایرانی این تفکر نیز همجنس گرایی را نوعی پرخاشگری جنسی! می‌دانند و ملاک طبیعی بودن آن را وجود و

افزایش این افراد و سطح پذیرش افکار عمومی جهان می‌داند. معذالک بر همگان روشن است علیرغم برداشته شدن بسیاری از سدهای اجتماعی و قانونی در کشورهای سرمایه داری و صنعتی هنوز موانع اجتماعی و اخلاقی بسیاری موجب عدم پذیرش آن‌ها در بین اکثریت قابل ملاحظه افراد این جوامع می‌شود و همجنس‌بازانی که از نظر جنسی فعال‌اند به ناگزیر راهی شهرهای بزرگ می‌گردند تا در پناه گمنامی بسر برند.

طبق آمارهای مختلفی که بدست آمده است ۶ تا ۱۰ درصد بزرگسالان به شکلی درگیر چنین روابطی هستند و ۱ درصد زنان و ۳ درصد مردان به همجنس‌باز بودن خود اعتراف کرده‌اند. شیوع آن در مردان از ۳ تا ۱۰ درصد و در زنان از ۱ تا ۵ درصد در نوسان است. طبق آماری دیگر ۵۰ درصد مردان قبل از رسیدن به مرحله بلوغ، این شکل از رابطه جنسی را تجربه می‌کنند.

در رابطه با علت همجنس‌گرایی هنوز تئوری و درک واحدی به چشم نمی‌خورد و به دلایل مختلفی چون داشتن زمینه ژنتیکی (با اتکا به مشاهده شدن آن در بعضی از دو قلوهای که در ۲ خانواده مختلف بزرگ شده‌اند)، تغییرات هورمونی (کمبود ترشح هورمون آندروژن [هورمون جنسی مردانه] در پسران و فزونی ترشح آن در دختران قبل از تولد) و ویژگی‌های اعضای تناسلی (کوچک بودن بیضه‌ها و یا بزرگ بودن آلت جنسی در بعضی از هموسکسوال‌ها)، ویژگی‌های ساختار مغزی و عصبی (بزرگتر بودن بخش پیشین هیپوتالاموس همجنس‌بازانی که در اثر ایدز مرده‌اند در مقایسه با غیر همجنس‌بازانی که به همان علت در گذشته‌اند [هیپوتالاموس یا زیرنهنج،

قسمتی از مغز است که تنظیم کننده حرارت بدن، خوردن خوراک و آب و بسیاری از فعالیت‌های حیاتی انسان است^[۱]، پیش زمینه های اجتماعی - روانی (طلاق گرفتن والدین، نبود پدر در خانواده، وجود روابط ناسالم در خانواده، تحت تجاوزات جنسی قرار گرفتن کودکان از سوی بستگان نزدیک و یا افراد غریبه، شکست در روابط جنسی با جنس مخالف و....) اشاره می‌شود. هریک از این نظریه‌ها متکی به تحقیقات انجام گرفته در گروه محدودی است و از سوی طرفداران و منتقدین آن با دلایل بسیار تائید و یا رد شده‌اند و علیرغم تحقیقات بسیاری که در این مورد صورت گرفته است هنوز هیچ کدام نتوانسته‌اند نشان دهند کدام یک از این فاکتورها در شکل گیری گرایش‌ات همجنس‌بازی و یا گرایش جنسی به جنس مخالف و یا هر دو نقش اساسی دارند.

برهمگان روشن است که هر عضوی در بدن وظیفه مشخصی به عهده دارد و اختلال عمل طبیعی آن در اثر مداخله محرک‌های مختلف داخلی و خارجی می‌تواند به پیدایش بیماری‌های مختلف آن عضو و یا کل سیستم بدنی منجر شود. بکار بردن شیوه‌های غیرطبیعی جنسی و استفاده از مقعد دهان در جریان آمیزش جنسی، درصد بیماری‌های مختلف این ارگان‌ها را بالا می‌برد. برای نمونه درصد سرطان مقعد که ۱ تا ۲ درصد کل سرطان‌ها را تشکیل می‌دهد در بین همجنس‌بازان رشد تصاعدی را طی می‌کند. شیوع بیماری‌های مقاربتی چون سیفلیس، سوزاک و ایدز در بین همجنس‌گرایان چندین برابر افراد غیرهمجنس‌گرا است. مرکز مبارزه با سیفلیس گزارش می‌دهد که در ایالات متحده آمریکا ۷۰ درصد مردان مبتلا به سیفلیس از

طریق تماس جنسی با افراد همجنس‌باز و یا دو جنس‌باز گرفتار این بیماری می‌شوند. بیماری‌هایی از قبیل التهاب مثانه، التهاب اپیدیدیم (برجستگی کوچک در سطح فرازین-پشتی بیضه که حاوی مجاری منی است) نیز در همجنس‌بازان بیشتر به علت انتقال عفونت از طریق آمیزش جنسی از طریق مقعد است.

در مردان همجنس‌گرا بیماری مرگبار ایدز بسیار شایع است، طبق آمارهای متعدد در کشورهای اروپایی، آمریکای لاتین و ایالات متحده بعد از مشاهده شدن اولین مورد ایدز در سال ۱۹۸۱ در آمریکا، غالب‌ترین شکل انتقال این بیماری بویژه در کشورهای پیشرفته صنعتی از طریق رابطه جنسی بوده است. مردان همجنس‌باز بیشتر در معرض خطر مبتلا به این بیماری هستند.

در سال ۱۹۸۵ در آمریکای شمالی مردان همجنس‌باز و دو جنس‌باز سه چهارم موارد ایدز را تشکیل می‌دادند. در سال ۱۹۹۹ ایدز چهارمین علت مرگ در سطح جهان بود. طبق برآوردهایی تعداد مبتلایان به سندرم نقص ایمنی اکتسابی در سال ۱۹۹۹ در ایالات متحده آمریکا رقمی مابین ۶۵۰ هزار تا ۹۰۰ هزار نفر است که ۷۵ تا ۸۵ درصد موارد انتقال آن طریق آمیزش جنسی بوده است. بنابر آماری دیگر، ۴۲ درصد موارد جدید مبتلایان به ایدز در ایالات متحده در سال ۲۰۰۱ در میان همجنس‌بازان مشاهده شده است. در آلمان فدرال ۶۶ درصد از موارد ایدز در میان مردان همجنس‌باز مشاهده شده است. ۵۹ درصد مبتلایان آلمانی در شهرهای بزرگی چون فرانکفورت-ماین، مونیخ، برلن (غربی)، کلن، دوسلدورف و هامبورگ زندگی می‌کنند. هر سال در آلمان ۲ هزار مورد جدید ایدز مشاهده می‌شود.

طبق تحقیقات انستیتو کوخ ۶۶ تا ۶۷ درصد این رقم را مردان همجنس باز تشکیل می دهند. درصد مبتلایان به ایدز در ایران نیز در بین هر دو جنس پیوسته در حال افزایش است، یکی از عوامل اصلی انتقال آن داشتن رابطه جنسی از طریق مقعد است. بنابر گفته دکتر **گلاره مستشاری** روانپزشک در ایران، "باکره بودن دختران در ایران پیش از ازدواج موضوعی مهم است که باعث شده بیشتر تماس های جنسی، مانند آن چه در مردان همجنس گرا دیده می شود، از مقعد صورت گیرد و این خود بیشترین خطر را در انتقال ویروس اچ آی وی (ایدز) ایجاد می کند". متأسفانه هنوز آمار و ارقام دقیقی که نشان دهنده درصد انتقال ایدز از طریق جنسی در ایران باشد منتشر نشده است چرا که بنابر گفته دکتر **محبوبه حاج عبدالباقی**، متخصص بیماری های عفونی در ایران: "در حالی که کارشناسان ایدز در ایران اجازه دارند در مورد نقش معتادان تزریقی در گسترش ایدز توضیح دهند، اما در حیطه روابط جنسی و نحوه انتقال بیماری های آمیزشی، از دادن جزئیات منع می شوند". به گفته دکتر **مستشاری** نیز، "روابط جنسی و بیماری های مرتبط با آن در ایران به طور علنی مطرح نمی شود و حوزه ای غدغن قلمداد می شود". آمار و ارقام مختلفی که گاهی از سوی برخی از نهادها و افراد مختلف در رابطه با تعداد مبتلایان به ایدز منتشر می شود بسیار متفاوت است و در برگیرنده رقمی مابین ۵ تا ۳ هزار نفر است. به گفته دکتر **مینو محرز**، استاد دانشگاه و متخصص بیماری ایدز، "۸۰ درصد مبتلایان به ایدز از طریق آمیزش جنسی آلوده شده اند و این موارد رو به افزایش است".

درمیان مردان همجنس گرا ریسک بیماری‌ها و اختلالات مختلف دستگاه گوارشی نیز بالا رفته است. برخی از عفونت‌های روده‌ای در ارتباط مستقیم با عمل جنسی از طریق تماس زبان با مقعد یا آلت تناسلی آلوده به مدفوع صورت می‌گیرد. درصد شیوع این بیماری‌ها در میان همجنس‌بازان در حال افزایش است. مقایسه مردان همجنس‌باز و غیر همجنس‌باز که در شرایط سنی و اجتماعی - اقتصادی مشابهی قرار دارند نشان می‌دهد که در گروه اول شیوع پادتن^{۱۳۲} ضد ویروسی هپاتیت A (یکی از اشکال التهاب کبد) به وضوح بیشتر از گروه دوم است. ویروس هپاتیت A از راه مقعد به دهان منتقل می‌شود و همانند دیگر عفونت‌های روده‌ای ممکن است از طریق آمیزش جنسی سرایت کند. مردان همجنس‌باز در معرض خطر زیاد آلودگی به هپاتیت نیز قرار دارند (این نوع از التهاب کبد بیشتر از طریق انتقال خون، سوزن‌های آلوده، و همچنین رابطه جنسی انتقال داده می‌شود). در این افراد عفونت از طریق پارگی مخاط ظریف راست روده و خونریزی‌های که معمولاً در جریان مقاربت مقعدی رخ می‌دهد سرایت می‌کند.

بیماری آمیبیاز که سومین علت مرگ در میان بیماری‌های عفونی در کشورهای گرمسیری آفریقا، آسیا، آمریکای مرکزی و آمریکای جنوبی و مکزیک است در کشورهای پیشرفته در میان همجنس‌بازان، مسافران و

^{۱۳۲} پادتن‌ها (آنتی‌بادی‌ها) پروتئین‌هایی هستند که وظیفه دفاعی دارند و در واکنش به پادگن‌ها ایجاد شده، وارد کنش با آن‌ها می‌گردند، پادگن‌ها (آنتی ژن‌ها) - مولکول‌هایی (میکروب، زهرآبه، آنزیم و...) هستند که موجب ایجاد پادتن می‌شوند.

مهاجران جدید دیده می‌شود. (عامل این بیماری موجود تک سلولی - آمیب است و ارگان‌هایی چون روده بزرگ، کبد، مغز آسیب می‌بینند). آنتی‌بادی ویروس سیتومگال نیز در نزدیک به ۱۰۰ درصد زنان فاحشه و مردان همجنس‌باز که از نظر روابط جنسی فعال هستند، مشاهده می‌شود. (این ویروس موجب ناهنجاری‌ها و نقایص شدید زمان تولد و طیف وسیعی از اختلالات در کودکان بزرگتر و بالغین می‌شود. انتقال آن از طریق آمیزش جنسی، مادرزادی، فرآورده‌های خونی و از فرد به فرد است. نشانه‌های بیماری بسته به وضعیت ایمنی - دفاعی بدن شامل: ناراحتی، درد عضلات، بزرگ شدن کبد - طحال، آماس شبکیه چشم، ذات‌الریه، تب طولانی، اسهال مزمن و غیره است. در نوزادان عفونت سیتومگالو ویروسی با بزرگ شدن غیر طبیعی کبد و طحال، زردی، بزرگ شدن غدد لنفی، تنگی نفس، کبودی پوست و ناهنجاری‌های تکاملی مانند نقص سیستم عصبی مرکزی همراه است).

منابع

- 1- HIV-Erkrankung, AIDS und Assoziierte Erkrankung. H. Jabloski
- 2- Infektionsprophylaxe bei der Pflege und Betreuung von Patienten mit HIV und AIDS in der intensivpflege
۳. درباره ایدز و میزان شیوع آن در ایران چه می دانید؟
http://www.bbc.com/persian/forum/story/2003/11/printable/031108_shr-aidsforum1.shtml

فاجعه جهانی ایدز

بمناسبت اول دسامبر، روز جهانی ایدز



ایدز^{۱۳۳} - سندرم نقص ایمنی اکتسابی ، یک بیماری پیشرونده و غیر قابل درمان است که علت آن ویروس نقص ایمنی^{۱۳۴} است. ایدز با تخریب سلول‌های دفاعی بدن موجب اختلال سیستم ایمنی بدن شده، فرد را مستعد به بیماری‌های عفونی و فرصت طلب و سرطان می‌کند. هنگامی که برای اولین بار بیماری ایدز در سال ۱۹۸۱ در بین همجنس‌بازان کالیفرنایی مشاهده شد کسی فکر نمی‌کرد که این بیماری در فاصله کوتاه ۳ دهه تبدیل به یکی از فجایع بزرگ جهانی خواهد شد. بیماری ایدز در این

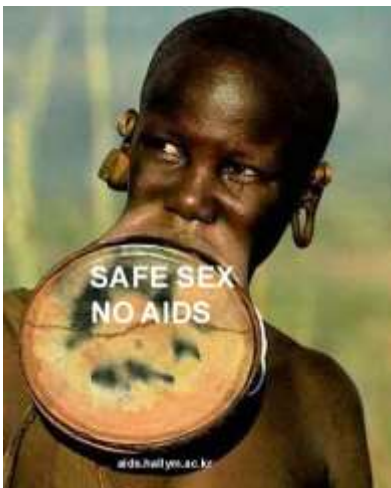
¹³³ AIDS

¹³⁴ HIV-1

فاصله عامل مرگ بیش از ۲۵ میلیون انسان و چهارمین علت مرگ و میر در دنیا بوده است. طبق گزارش برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز/ سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ بیش از ۵ میلیون مورد جدید بیماران آلوده به اچ. آی. وی در جهان مشاهده شده است. ۳،۲ میلیون این بیماران ساکن زیر صحرای آفریقا (بخشی از آفریقا در جنوب صحرای کبیر) هستند. ۷۰۰ هزار نفر از این مجموعه را کودکان زیر ۱۵ سال تشکیل می‌دهند. اکنون تعداد بیماران اچ. آی. وی به ۴۰ میلیون و ۳۰۰ هزار نفر رسیده است، که از این تعداد ۲ میلیون و ۳۰۰ هزار نفر کودکان زیر ۱۵ سال هستند.

لازم به توجه است که تعداد بیماران مبتلا به اچ. آی. وی در سال ۱۹۹۵ در جهان بالغ بر ۱۹،۹ میلیون بود و در فاصله کمتر از ۱۰ سال این تعداد دو برابر شده است. از نقطه نظر جغرافیایی بیشترین تعداد بیماران مبتلا به اچ. آی. وی که بالغ بر ۲۵،۸ میلیون (دو سوم از کل بیماران) است در زیر صحرای آفریقا زندگی می‌کنند. جنوب و جنوب شرقی آسیا با ۷،۴ میلیون بیمار اچ. آی. وی دومین منطقه پر شمار را تشکیل می‌دهند. در سال ۲۰۰۵ در حدود ۲،۴ میلیون نفر در زیر صحرای آفریقا، ۴۰ هزار نفر در جنوب و جنوب شرقی آسیا، ۱۸ هزار نفر در ایالات متحده آمریکا و ۱۲ هزار در اروپا نفر در اثر ایدز جان خود را از دست دادند. در مجموع در سال ۲۰۰۵ بیش از ۳ میلیون و ۱۰۰ هزار نفر قربانی ایدز شدند که ۵۷۰ هزار نفر آن را کودکان زیر ۱۵ سال تشکیل می‌دادند.

طبق آمار صندوق سازمان ملل متحد در هر ۱۴ ثانیه یک جوان، و روزانه ۱۴ هزار نفر که میانگین سن آن‌ها بین ۱۴ تا ۲۴ سال است مبتلا به اچ. آی. وی می‌شوند. در حال حاضر بیش از ۱۳ میلیون کودک زیر ۱۳ سال یکی از والدین و یا هردوی آن‌ها را به علت ایدز از دست داده‌اند.



چنانکه در بالا یادآور شدیم آفریقا با بیش از ۲۵ میلیون بیمار مبتلا به اچ. آی. وی رکورد دار است. طبق پیش‌بینی برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز/ سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰ بیش از ۲۵ درصد کارگران بازار کار آفریقا جان خود را در نتیجه بیماری ایدز از دست خواهند داد.

ایدز در مقایسه با قاره‌های دیگر دیرتر به آسیا رسید. با این حال در فاصله کوتاهی در این منطقه به یکی از بلایای انسانی تبدیل شد. تنها در هند بیش از ۴ میلیون بیمار اچ. آی. وی وجود دارد. هند بعد از آفریقای جنوبی دومین کشور را از نظر بالا بودن آمار بیماران اچ. آی. وی تشکیل می‌دهد. تعداد بیماران ایدز در آسیای مرکزی در فاصله سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۳ تا ۳ بار افزایش یافته است.



اکنون ابتلا به اچ. آی. وی چون بیماری کشورهای جهان دوم و بالاخص جهان سوم شناخته شده است. پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۱۰ در ۱۲۶ کشور کم درآمد یا با درآمد متوسط، ۴۵ میلیون نفر آلوده به اچ. آی. وی شوند. تعداد این بیماران در اروپا و بویژه

در اروپای شرقی همچنان رشد تصاعدی را طی می‌کند. در اروپای شرقی، آسیای مرکزی و شرقی در سال ۲۰۰۵ در مقایسه با سال ۲۰۰۳، تعداد افراد مبتلا به اچ. آی. وی ۲۵ درصد افزایش یافته و سطح مرگ و میر به علت ایدز نیز دو برابر شده است (تا ۱،۶ میلیون نفر).

متأسفانه در رابطه با ایران هنوز آمار قابل اعتماد و درستی وجود ندارد. طبق گفته رئیس اداره کنترل ایدز وزارت بهداشت و درمان تعداد مبتلایان به ایدز در کشور به ۱۱ هزار و ۹۳۰ نفر رسیده است و از این تعداد تاکنون

۱۳۷۷ نفر فوت کرده‌اند و ۵۳۹ نفر نیز وارد مرحله بیماری شده‌اند که در مجموع از بین مبتلایان ۹۵ درصد مرد و پنج درصد زن هستند". بنابراین عقیده بسیاری از کارشناسان و متخصصین بیماری ایدز و همه گیرشناسی در ایران، برای بدست آوردن رقم واقعی ایدز در کشور باید آمارهای اعلام شده را ۶ تا ۷ برابر کرد. تخمین زده می‌شود بیش از ۱۰۰ هزار نفر در کشور به اچ. آی. وی مثبت مبتلا باشند. لازم به گفتن است اولین مورد ایدز در ایران در سال ۱۳۶۶ در یک کودک هموفیل ۶ ساله که برای معالجه او از فرآورده های خونی وارداتی آلوده به ویروس اچ. آی. وی استفاده می شد، مشاهده گردید.

راه‌های انتقال ایدز به طور عمده عبارتند از:

- رابطه جنسی با فرد مبتلا.
 - فرآورده های خونی.
 - سوزن های آلوده. این مورد به طور عمده در معتادان دیده می‌شود.
 - انتقال از مادر به نوزاد، قبل یا بعد از زایمان.
- تاکنون آمیزش جنسی علت عمده انتقال ویروس ایدز در جهان بوده است. این ریسک در افراد همجنس‌باز و دوجنس‌باز به مراتب بیشتر از افراد دیگر است. البته در ایران با توجه به محدودیت‌های قانونی و ممنوع بودن مباحث مربوط به روابط جنسی و بیماری‌های مربوط به آن بیشتر بر شیوه انتقال تزریقی ویروس ایدز در معتادان تاکید می‌شود و آمار واقعی شیوه انتقال جنسی همچنان در پرده ابهام باقی مانده است.

انتخاب شیوه درست رابطه جنسی و داشتن و گسترش فرهنگ سکس سالم می تواند نقش قابل ملاحظه ای در حفظ سلامتی فرد، جامعه و پیشگیری از رشد، شدت و وخامت چنین بیماری هایی داشته باشد. این حالت مستلزم وجود آزادیهای اجتماعی - سیاسی ، رشد فرهنگی و اقتصادی جامعه بدور از هرگونه تابوی ایدئولوژیک، احترام به نقش فرد در جامعه و همچنین اهمیت و ارزش زندگی برای خود و دیگران است.

You Can Learn How to Live A Healthy Lifestyle

a Selection of Social Health and Medical articles

Kamran Aminave, MD

Roshangari

2016