

۴- روش‌های آموزش و تربیت جنسی دانش‌آموزان معلول استان قم

۵- بررسی وضعیت کار و اشتغال معلولین دارای مجوز از اداره فنی- حرفه‌ای استان قم

۶- دیدگاه نابینایان تحت پوشش دفتر فرهنگ معلولین استان قم نسبت به عوامل نابینایی

لازم به تذکر است که کارایی (نسبت برونداد به درونداد)، اثربخشی (میزان تحقق اهداف)

و بهره‌وری (کارایی + اثربخشی) با «نتایج» و بررسی روش‌ها و وضعیت سنجی با «وسایل»

توأم می‌باشند و در مجموع هر پنج نوع موضوع پژوهشی منجر به ارائه داده‌های سخت خواهند

شد؛ اما نگرش هر یک از گروه‌های چهارگانه داده‌های نرم را در اختیار می‌گذارند و این دو نوع

داده از ارزش بسیار متفاوتی برخوردار می‌باشند. به عنوان مثال اگر «نگرش دندانی‌شکافان نسبت

به بیماری‌های دهان و دندان نابینایان استان قم» در طیف لیکرتی چهاربخشی (بسیار زیاد، زیاد،

کم، بسیار کم) مورد تحقیق قرار گیرد، یکی از یافته‌های تحقیق چنین گزارش خواهد شد: سی

درصد دندانی‌شکافان استان قم اظهار داشته‌اند که دندان‌های نابینایان استان قم بسیار زیاد

خراب است. اما اگر به جای نگرش سنج و ارائه داده نرم در پی داده سخت قابل اتکاء و قابل

پیگیری باشیم، موضوعات تحقیق خود را چنین به تصویب می‌رسانیم: «کارایی دندانی‌شکافان در

بهبود بیماری‌های دهان و دندان نابینایان استان قم» و «احیاناً پس از معاینه و مشاهده (به جای

تخیل و تصور) چنین یافته‌ای گزارش خواهد گردید: ده درصد نابینایان استان قم نیازمند

جرم‌گیری، بیست درصد نیازمند مسواک زدن جهت برطرف نمودن پلاک سفید روی دندان

خود بوده و هیجده درصد به ناچار باید در رفع پوسیدگی دندان خود اقدام نمایند.

راهنمایی و مشاوره:

پس از مشخص کردن موضوعات و انجام پژوهش‌های در اولویت، پیشگیری آغاز می‌شود،

در حالی که تمامی مشارکت کنندگان در نیازسنجی متعهد می‌شوند پاسخگوی صرف

وقت و منابع انسانی، مادی و مالی باشند، زیرا تنها مدیرانی می‌توانند از نتایج تحقیق استفاده

کنند که «شفاف» باشند و «پاسخگو». (بازرگان، ۱۳۷۸) آنگاه «آموزش بهداشت عمومی» با

هدف «راهنمایی»^۱ و «ایجاد مراکز درمانی» با هدف «مشاوره»^۲ طی مراحل زیر اجرایی خواهد

شد. راهنمایی تقدم زمانی بر مشاوره دارد و به صورت فردی و گروهی انجام می‌گیرد و پس از

آن مشورت^۳ سرپایی اتفاق می‌افتد، آنگاه مشاوره

گروهی^۱ آغاز می‌شود که از نظر منطقی بر مشاوره فردی^۲ تقدم دارد و از نظر اقتصادی نیز

مقرون به صرفه می‌باشد، وانگهی جمعی نابینا و یا معلول حسی- حرکتی در مشاوره گروهی

می‌توانند از حال یکدیگر باخبر شده و به هم کمک کنند. اما اگر مددجویی اظهار تمایل کرد

و با مشاور صلاح دید مشاوره فردی نیز صورت می‌گیرد و بالاخره شایسته است مشاورین و

راهنمایی کنندگان به طور مستمر تشکیل جلسه داده و با یکدیگر به تبادل تجربه بپردازند. دیاگرام

مراحل اجرایی هر سه نوع پیشگیری به صورت زیر تصویر می‌گردد:

نیازسنجی ← راهنمایی گروهی ← راهنمایی فردی ← مشاوره گروهی ← مشاوره فردی ←

مشورت سرپایی ← جلسه مشورتی لازم به ذکر است که هم اینک استان قم از نظر

مراکز مشاوره عمومی اشباع شده و سازمان بهزیستی تنها برای مراکز مشاوره تخصصی مجوز

فعالیت صادر می‌کند و بنابراین شایسته است مؤسسه محترم، اجازه تأسیس مرکزی تحت

عنوان: «مرکز مشاوره تخصصی معلولین» را درخواست نماید.

بهداشت و پیشگیری^۱

میر محمد حسینی آهق^۲

.....

اشاره

بهداشت جنبه‌های مختلف دارد، اینجا فقط بهداشت خانواده منظور شده و منظور از

پیشگیری هم ممانعت از ایجاد و گسترش انواع معلولیت‌ها است. تأثیر بهداشت خانواده

یا بهتر است گفته شود اقدامات بهداشتی خانواده بر معلولیت اعضای خانواده یکی از

مباحث مهم و ضروری است و نویسنده به خوبی با قلمی روان به تجزیه و تحلیل آن

پرداخته است.

.....

خانواده یک نقش حیاتی را در حفظ و ارتقاء سلامتی و بهداشت پذیرفته است و یک ارتباط

قوی مابین خانواده و ارائه مراقبت بهداشتی وجود دارد که نقش خانواده را در حفظ و ارتقای سطح

سلامتی بیشتر می‌سازد. خانواده رکن و پایه برای توسعه رفتارهای مثبت بهداشتی است.

به دلایل متعددی خانواده دارای اهمیت است. اولاً اکثر مردم قسمت عمده‌ای از زندگی خود را

در محیط خانواده سپری می‌کنند. این محیط‌ها تأثیر زیادی بر روی عادات و طرز فکر اعضای

خانواده مانند: انتخاب غذا، دفعات غذا خوردن، شیوه‌های برخورد با تنش و تضادها دارد. ثانیاً:

خانواده منبع بسیار مهمی جهت مراقبت از اعضای خود است، به طور مثال: اولیاء مراقبین

بسیار مهمی برای فرزندان خود بوده و همچنین فرزندان بالغ مراقبین بسیار مهمی برای اولیاء

سالمنده خود هستند.

معلولیت همراه انسان بوده و قدمتی همپای تاریخ بشر دارد. جنگ‌ها، تصادفات، بیماری‌ها و امراض

مادرزادی همه ساله میلیون‌ها معلول و آسیب دیده جسمی بر جای می‌گذارند که این گروه

۱. اخذ شده از بولتن علمی- خبری دانشگاه علوم پزشکی

اردبیل، زمستان ۷۶، ص ۱۶-۱۲.

۲. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

1. Group Counselling
2. Personal Counselling

1. Guidance
2. Counselling
3. Consultant

اطلاق می‌شود که مبتلا به ضایعات و اختلالات جسمی شده باشند. از شایع‌ترین معلولیت‌های جسمی می‌توان به نقص عضوها، ضایعات نخاعی، ناهنجاری‌های مربوط به اسکلت و استخوان‌ها، اختلالات بیولوژیک و متابولیک، نابینایی، ناشنوایی و سالمندان را می‌توان ذکر نمود.

معلولیت‌ها علل گوناگونی دارند و به طور یکسان در میان جمعیت پراکنده نشده‌اند. علل معلولیت شامل: نقص‌های مادرزادی، عقب ماندگی ذهنی، حوادث و سوانح و به دنبال بیماری‌ها نظیر: قطع عضو در دیابت، محدودیت حرکتی ناشی از درد آرتروز و کاهش ادراک در اسکیزوفرنیا می‌باشند. اگر چه معلولیت در همه سنین رخ می‌دهد، میزان معلولیت با افزایش سن بالاتر می‌رود. همچنین میزان معلولیت در افراد فقیر بالاتر است که بعضی از علل این مطلب شامل: ناکافی بودن تغذیه و مراقبت‌های بعد از تولد، بالاتر بودن میزان حوادث، کمتر بودن مراقبت‌های پیشگیری کننده و بالاتر بودن میزان بیماری‌های مزمن در میان افراد فقیر می‌باشد.

مشکلات خانواده‌های دارای فرد معلول

شرایط فرد معلول ایجاب می‌کند که خانواده تصمیم‌های زیادی را در رابطه با اهداف، اولویت‌ها، تصمیم‌گیری شغلی، استفاده از زمان، نقش‌های خانواده و تأمین امکانات مالی بگیرند. همچنین خانواده‌ها اغلب برای تعدیل اولویت‌ها در ارتباط با نیازهای عضو معلول تحت فشار هستند و از نظر مالی و اقتصادی نیز دچار مشکل می‌باشند. برای مراقبت از عضو معلول خانواده بایستی فعالیت‌های دیگر زندگی نظیر: تحصیل در مدرسه، کار و ... را تحت شعاع قرار داده و نگهداری از فرد معلول در خانواده را به عهده بگیرند. پذیرش معلولیت فرد نیز اغلب برای اعضای خانواده‌اش مشکل بوده و از نظر روانی آنها در معرض فشار قرار می‌گیرند.

برخوردهای اجتماعی خانواده‌ها در سطوح مختلف قابل بررسی است. عده‌ای از این خانواده‌ها همیشه سعی می‌کنند خود را از حضور دیگران پنهان کنند. عده‌ای دیگر در برخوردهای اجتماعی و برقراری ارتباط سازنده ناتوان هستند و عده‌ای دیگر بعد از گذشت مدت طولانی خود را با این بحران هماهنگ می‌سازند.

وجود فرد معلول بر روی اعضای خانواده تأثیر متفاوتی دارد. تیل و همکاران (۱۹۹۲) با مطالعه روی (۱۰۰) نفر از مادرانی که دارای فرزند معلول بودند به این نتیجه رسیدند که سه چهارم مادران از افسردگی حاد رنج می‌برند و نسبت قابل توجهی از آنان در روابط اجتماعی با اطرافیان دچار مشکل بودند.

با توجه به مشکلات متعدد موجود در خانواده‌های



تجزیه شوند.

استانداردهای بهداشتی خانواده و فعالیت‌های آن هر عضو را متأثر می‌سازد. ارزش‌های حاکم بر خانواده تصمیم‌های آن را در رابطه با خدمات بهداشتی نظیر: دریافت واکسن و واکسیناسیون کودک با استفاده از موازین پیشگیری کننده نظیر: ویزیت منظم توسط پزشک یا کنترل قبل از تولد متأثر می‌سازد. الگوهای خانواده همچنین مشخص می‌کند که اعضاء چگونه در مراقبت‌های بهداشتی خودشان مشارکت بکنند. این مسئله روشن است که افراد، بهداشت خانواده را متأثر می‌سازد و همچنین خانواده جلوگیری کننده و یا تسهیل کننده سلامتی و بهداشت فردی است.

بهداشت خانواده است که چگونگی عملکردهای درست را به عنوان یک واحد و تعامل بهداشتی اعضاء، چگونگی ارتباط آنها با همدیگر و کنار آمدن با جامعه خارج را مشخص می‌کند. در حقیقت بهداشت خانواده نظیر بهداشت فردی همواره در یک پیوستار از سلامتی تا بیماری قرار دارد. یک خانواده شاید در حال حاضر در یک نقطه از این پیوستار قرار داشته باشد و در شش ماه بعد در نقطه‌ای دیگر قرار بگیرد. بهداشت خانواده در ارتباط با سطح بهداشتی که خانواده در آن زمان قرار دارد؛ می‌باشد.

انواع مختلف معلولیت

معلولین را با توجه به نوع و ماهیت اختلالاتی که بر آنان عارض می‌گردد، می‌توان به سه دسته کلی زیر تقسیم‌بندی نمود:

الف - معلولین ذهنی: کسانی در گروه معلولین ذهنی قرار می‌گیرند که از جهاتی مبتلا به نارسایی و یا تأخیر در رشد قوای ذهنی و دماغی شده باشند. گروه مورد بحث ما در این قسمت کسانی هستند که به دلایل مختلف ارثی و یا محیطی مبتلا به اختلالات ذهنی و فکری بوده و برای ادامه امور زندگی خویش، نیازمند جلب حمایت دیگران هستند.

گروه معلولین ذهنی را به منظور سهولت مطالعه در دو دسته عقب ماندگان ذهنی و بیماران روانی می‌توان گروه‌بندی نمود.

ب - معلولین اجتماعی: در بررسی معلولیت اجتماعی، قشر مطرود جامعه نظیر: معتادین، بزهداران و ولگردان، روسپیان، محکومین زندان‌ها و متکدیان حرفه‌ای مورد توجه می‌باشند.

ج - معلولین جسمی: به گروهی از معلولین

عظیم، بخش عمده‌ای از اعضای جامعه جهانی را تشکیل می‌دهند.

آرتور می‌نویسد: معلول، فردی است که سلامتی جسمی و روانی او بطور دائم یا موقت به دلیل ضایعه فیزیکی، فیزیولوژیکی یا روانی، ناشی از بیماری‌ها، حادثه و عوامل مادرزادی مختل شده و توانایی انجام کارهای روز مره و فعالیت‌های شغلی و اجتماعی خود را از دست داده و در نتیجه قادر نباشد که مستقلاً بدون استفاده از وسایل کمکی و یا مراقبت‌های خاص به زندگی عادی خود ادامه دهد.

سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که ۱۰ درصد از مردم دنیا (۴۰۰ میلیون نفر) معلول هستند که از این تعداد ۴۳ میلیون نفر آمریکایی می‌باشند. سوء تغذیه، بیماری‌های مسری، عدم مراقبت کافی قبل از تولد، حوادث و سوانح، عوامل ارثی و فاکتورهای خطرناک فردی، نقش عمده‌ای در سبب شناسی معلولیت‌ها دارند.

طبق آخرین آمار سازمان بهداشتی هم اکنون در ایران بیش از (۳۵۰۰۰۰) معلول حرکتی وجود دارد. بسیاری از افراد معلول بر ناتوانی خویش غلبه کرده و به عنوان یک فرد عادی در جامعه زندگی می‌کنند و برخی از افراد معلول که کمتر خوشبخت بوده‌اند، از زندگی فعال در جامعه خود ناتوانند.

با توجه به اهمیت نقش خانواده در حفظ و ارتقاء سلامتی و بهداشت، این مقاله در ارتباط با نقش خانواده و بهداشت خانواده در پیشگیری از معلولیت‌ها به نگارش درآمده است.

بهداشت خانواده

یک تعریف عمومی از خانواده این است که خانواده متشکل از بیش از یک نفر بوده که یکی از آنها بزرگسال می‌باشند و افراد تشکیل دهنده آن از طریق اشتراکات خونی یا تماس‌های اجتماعی به هم مربوط می‌شوند.

بهداشت خانواده شاید به وسیله مدل سیستم نیومن توصیف شود بر طبق این مدل، خانواده به عنوان یک سیستم متشکل از تعدادی عضو که دارای ارتباطات ویژه‌ای با همدیگر می‌باشند، در نظر گرفته می‌شود که تغییر در عملکرد یکی از اعضای آن باعث تغییر در عملکرد دیگر اعضا می‌شود. زمانی که یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود، دیگر اعضای خانواده درصدد کمک به وی برمی‌آیند. بیماری شاید الگوهای کار و فعالیت را تغییر بدهد و نیاز به محدودیت در برنامه‌های قبلی باشد. اگر نان آور خانواده معلول بشود شاید این عضو و همسرش در معرض خطر اختلال وضعیت مالی قرار بگیرند.

از آنجایی که سلامتی با تغذیه صحیح و ورزش - که در پزشکی پیشگیری توصیه می‌شوند - در ارتباط است، بهتر است که این موارد در خانواده‌ها

دارای فرد معلول ضرورت توجه به امر پیشگیری به ویژه پیشگیری سطح اول برای ارتقاء سطح بهداشت خانواده کاملاً روشن می‌باشد.

پیشگیری از معلولیت‌ها در خانواده

وقوع انواع ناتوانی و وفور موارد آن در جهان توجه همگان را به لزوم پیشگیری و به کار بستن شیوه‌های نوتوانی برای آنان معطوف داشته است. سازمان جهانی بهداشت برای پاسخگویی به نیاز فوق انواع مختلفی از موازین پیشگیری و روش‌های توانبخشی را معرفی و توصیه کرده است که این موارد برای ارتقاء سطح بهداشت و سلامتی در خانواده می‌توانند کاربرد داشته باشند.

الف) پیشگیری مرحله اول: پیشگیری مرحله اول شامل اقداماتی است که به منظور جلوگیری از بیماری‌ها و آسیب‌های بدنی صورت می‌گیرد و در برگیرنده موازین پیشرفته‌ای است که برای پیشگیری از بیماری‌های مولد معلولیت‌ها و ناتوانی‌ها به کار گرفته می‌شوند که عبارتند از: ایمن سازی خصوصاً علیه فلج اطفال، سرخک، سرخچه و سل؛ مراقبت‌های قبل از زایمان برای حصول اطمینان از رشد طبیعی جنین و سلامت تولد کودک؛ تغذیه مناسب با توجه خاص به تأمین آهن ید و ویتامین «A» هم برای مادران و هم برای کودکان با رعایت تدابیر بهداشتی به منظور پیشگیری از ابتلای نوزاد به عفونت‌های چشمی (خصوصاً تراخم) و پیشگیری از جراحات و صدمات بدنی که ممکن است به علل عمدی یا غیرعمدی ایجاد شود و پیشگیری از وقوع آن، طرق و شیوه‌های مختلف دارد. یکی از این راه‌ها آموزش دادن و آگاه کردن افراد و خانواده‌ها از اینکه چگونه می‌توان از اشتباهات یا اعمال نادرستی که سبب وقوع حوادث و بروز جراحات می‌شوند جلوگیری کرد.

راه دیگر «حفاظت» است که با استفاده از امکانات محیطی یا وسایل ایمنی از قبیل: کمر بند ایمنی، کلاه خود و کیسه هوا می‌توان از وقوع بسیاری از حوادث ناگوار معلولیت‌زا پیشگیری نمود و سومین روشی که برای پیشگیری از ناتوانی و معلولیت عنوان گردیده، ارتقاء سطح ایمنی است که خود بخشی از سیاست‌های کلی ارتقای سطح سلامت و بهداشت عمومی است و در حال حاضر توسعه و پیشبرد آن را سازمان جهانی بهداشت هدایت می‌کند.

مطالعات متعددی نشان می‌دهد که (۳۰٪) از کودکان بستری در بیمارستان‌ها و (۴۰٪) تا (۵۰٪) مرگ و میر اطفال، ناشی از عوامل ارثی و ناهنجاری‌های مادرزادی است. بنابراین پیشگیری از پیدایش بیماری‌های ارثی در پزشکی امروز از اهمیت خاصی برخوردار است. در حال حاضر بهترین وسیله برای جلوگیری از تولد فرزند

معیوب، مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج و بررسی ژنتیک قبل از تولد جنین است و بهترین راه برای نتیجه‌گیری از مشاوره پزشکی یافتن افرادی است که در معرض خطر داشتن فرزند معلول هستند که باید به آنها توصیه‌های لازم را ارائه نمود.

در حال حاضر مشاوره ژنتیک در موارد زیر صورت می‌گیرد:

۱- قبل از ازدواج که بهترین زمان مشاوره است.
۲- سقط مکرر، مرگ داخل رحمی یا مرگ و میر هنگام تولد.

۳- بعد از تولد یک یا چند فرزند بیمار.

۴- در هنگام آبستنی و در موارد زیر.

الف. وجود سابقه یک یا چند فرزند بیمار.

ب. سن مادر بالای ۳۴ سال باشد.

ج. یکی از والدین در هنگام تشکیل نطفه و یا مادر در ابتدای حاملگی تحت اثر عوامل تراتوژنیک قرار گرفته باشد.

د. یکی از والدین دارای اختلال کروموزومی باشد.

هـ. مادر حامل ژن موتانت وابسته به کروموزوم X باشد.

ب) پیشگیری مرحله دوم: شامل مداخلات پزشکی است که برای درمان جراحات و صدمات وارده به عمل می‌آید تا از پدید آمدن عیب بدنی و نقیصه عضوی جلوگیری شود. هنگامی که بیماری به شخص عارض می‌شود. مداخلات پزشکی ضرورت دارد تا از بروز نقص عضو و عیب بدنی نظیر فلج همیشگی عضلات، آسیب دیدن چشم‌ها و گوش‌ها یا مختل شدن فعالیت‌های ذهنی جلوگیری کند. نمونه‌هایی از این مداخلات عبارتند از: درمان چند دارویی در بیماری جدام، معالجات پزشکی برای برطرف کردن عفونت‌های چشم، گوش، ستون فقرات و مغز، ارائه رژیم غذایی مناسب برای پیشگیری از سوء تغذیه و اتخاذ تدابیر پزشکی و توسل به شیوه‌های درمانی در اختلالات روانی می‌باشند. خانواده فرد در ارجاع و انتقال او به مراکز درمانی و پیگیری نحوه درمان و تأمین منابع مناسب برای درمان فرد بعد از تشخیص قطعی معلولیت در این مرحله از پیشگیری می‌تواند نقش مهمی در ارتقاء سطح سلامتی و بهداشتی فرد و کل خانواده بر عهده داشته باشد.

ج) پیشگیری مرحله سوم: پیشگیری در مرحله سوم مجموعه خدماتی را شامل می‌شود که با هدف از بین بردن یا دست کم کاهش دادن عیب‌های بدنی یا معلولیت انجام می‌گیرد. از آنجا که «توان‌خواهی» در اثر تعامل بین فرد ناتوان و جامعه او به وجود می‌آید، بنابراین لازم است تغییراتی نیز در جامعه و طرز تفکر مردم پدید آید تا نیازی به توان‌خواهی معلولین نباشد و یا این نیاز به حداقل برسد.

هنگامی که «ناتوانی» یا معلولیت واقعی پیدا شد

می‌توان با توجه به میزان عملکرد محدود و مختصری که در عضو ناتوان شده هنوز باقی مانده است، اقداماتی صورت داد تا از پیشرفت ناتوانی در آن عضو یا آن قسمت از بدن جلوگیری کرد؛ این اقدامات را نوتوانی یا توانبخشی می‌نامند.

چون نوتوانی با فعالیت‌های از دست رفته و فعالیت‌های باقیمانده در شخص معلول مربوط می‌شود. بنابراین مشارکت و همکاری فعالانه وی و خانواده در کسب موفقیت بسیار مؤثر است. در اجرای یک برنامه توانبخشی ممکن است لازم باشد فرد یاد بگیرد که چگونه شخصاً و بدون کمک دیگران لباس بپوشد یا غذا بخورد، چگونه با کمک سیستم‌های جدید با اطرافیان ارتباط برقرار کند، چگونه با استفاده از تکنیک‌های نوین و پیشرفته به اطراف حرکت کند و در صورت لزوم از صندلی چرخدار استفاده کند و در چهارچوب روش‌های جدید توانبخشی و نوتوانی زندگی روزانه خود را سر و سامان دهد و فعالیت‌های روزانه‌اش را به گردش درآورد. باید امکانات و فرصت‌های بیشتری فراهم شود تا افراد ناتوان بتوانند در محیط‌های آموزشی و کاری و در فعالیت‌های همگانی و اجتماعی همپای افراد سالم جامعه مشارکت فعال داشته باشند وقتی حدس زده می‌شود که کودکی گرفتار ناتوانی ذهنی است. خانواده او مورد حمایت قرار می‌گیرد. اینکار را می‌توان با دادن رهنمودهای لازم و برقراری رابطه با والدین و کودک اجرا کرد. همچنین می‌توان اطلاعات دقیق به صورت مکتوب و مصور را در اختیار والدین گذاشت که شامل راهنمایی‌ها و توصیه‌هایی باشد تا خانواده‌ها بتوانند به رشد کودک خود کمک کنند.

نقش خانواده در این سطح از پیشگیری حمایت از فرد معلول و کمک به وی برای فعالیت مستقل روزمره می‌باشد.

نتیجه‌گیری

خانواده امروز نقش عمده‌ای در پیشگیری از معلولیت‌ها در افراد جامعه دارد و یک رابطه قوی مابین خانواده و ارائه مراقبت‌های بهداشتی به افراد معلول وجود دارد که این نقش مهم در سه مرحله پیشگیری اول، دوم، سوم قابل بحث و بررسی بوده و شامل اقدامات زیر می‌باشد:

آموزش بهداشتی، ایمن سازی علیه بیماری‌های شایع عفونی، مراقبت‌های قبل از زایمان، آموزش و تأمین تغذیه صحیح مادر و کودک، پیشگیری از سوانح و حوادث در خانواده، مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج و بعد از تولد نوزاد نارس و معلول، تشخیص و درمان به موقع و اقدامات توانبخشی برای کاهش عوارض معلولیت و نوتوانی برای زندگی مستقل و سالم برای فرد معلول در خانواده می‌تواند مفید باشد و با توجه به اهمیت بهداشت



دیابت و پیشگیری از معلولیت^۱

علی محمد ملتی^۲

اشاره

این مقاله مبتنی بر تجارب شخصی مؤلف است و از این نظر که مشتمل بر داده‌های تحقیقات میدانی نه کتابخانه‌ای است اهمیت دارد. نیز از این نظر که دو متغیر دیابت و معلولیت را در ارتباط تأثیر و تأثری بررسی کرده مهم است.

دیابت، یعنی وجود یک نوع نارسایی در بدن، به طوری که سوخت و ساز قند و مواد قندی در فرد دچار اختلال شود. در حالت عادی، مواد قندی، چربی و پروتئین از طریق غذا وارد بدن فرد می‌شود. قسمتی از آن صرف ساختن سلول‌های جدید می‌شود و قسمت دیگر انرژی ایجاد می‌کند. حال اگر مصرف هر کدام از این گروه‌های غذایی در بدن فردی دچار اشکال شود، بیماری بروز می‌کند. مصرف بی رویه مواد قندی بیماری دیابت ایجاد می‌کند. هرگاه بدن نتواند تمام مواد قندی‌ای را که از طریق غذا کسب کرده بسوزاند، میزان قند در خون بالا می‌رود. میزان قند خون یک فرد سالم در حالت ناشتا نزدیک ۱۰۰ واحد است اگر این مقدار به ۱۸۰ واحد برسد، بدن شروع به دفع آن از طریق ادرار می‌کند. افزایش قند خون با نام دیابت شناخته می‌شود.

انواع دیابت

اختلال در سوخت و ساز مواد قندی چهار نوع است: دسته اول: اختلال در سوخت و ساز مواد قندی به دلیل وجود یک بیماری دیگر؛ به عبارتی دیابت بیماری ثانویه است. دسته دوم: اختلال سوخت و ساز مواد قندی در دوران بارداری، یعنی بارداری سبب ایجاد بیماری دیابت بشود. این دو گروه از مبتلایان به دیابت، درصد کمی از این بیماران را به خود اختصاص می‌دهند. اختلال در سوخت بدن بیماران دسته اول بعد از رفع عامل بیماری‌زا و از بیماران دسته دوم بعد از دوران بارداری، رفع می‌شود. اما گروه‌های اصلی مبتلایان به دیابت را، بیماران مبتلا به دیابت نوع اول و نوع دوم تشکیل می‌دهند.

دیابت نوع اول: انسولین که به وسیله لوزالمعده ترشح می‌شود، مسئولیت سوخت و ساز قند در سلول‌های بدن را بر عهده دارد. در دیابت نوع اول که نقص خود ایمنی است، لوزالمعده دچار نارسایی شده و باعث می‌شود بدن دچار فقدان انسولین شود. بدون انسولین بسیاری سلول‌های بدن توانایی جذب و مصرف قند را از دست داده، در نتیجه میزان قند در خون افزایش می‌یابد. این نوع بیماری قند بیشتر از کودکی شروع می‌شود و به ندرت فرد بالای ۲۰ سال را درگیر می‌کند. دیابت نوع دوم: در این نوع بیماری دیابت، لوزالمعده انسولین می‌سازد، اما سلول‌هایی که باید با جذب انسولین قند

۱. توان یاب، ش ۳۳ و ۳۴، پاییز و زمستان ۱۳۸۸، ص ۸-۷.

۲. فوق تخصص غدد.

فردی و نقش آن در ارتقاء بهداشت خانواده و بالعکس این امر می‌تواند تا حدود زیادی از معلولیت‌ها و ناتوانی‌ها و عوارض آنها در فرد و جامعه پیشگیری نماید.

منابع

اسدی، عمران، «مراقبت‌های بهداشتی برای معلولین»، فصلنامه بهروز، سال هشتم، شماره دوم، تابستان ۱۳۷۶، ص ۷۵-۷۲؛ افشار مقدم، فاطمه و عالی‌پور، حیدر، «بررسی مشکلات ناشی از وجود معلولین حرکتی در خانواده‌های تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۷۴»، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، سال ششم، با شماره بیست و سه؛ زمستان ۱۳۷۵، ص ۲۶-۲۱؛ برایان لوگان، باربارا و داوکینز، سی سیلیا، پرستاری بهداشت جامعه «خانواده محور»، ترجمه اعضاء هیئت علمی و آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی ایران، تهران، چاپ اول، ۱۳۷۲، ص ۲۱-۲۰؛ حلم سرشت، پرویش و دل پیشه، اسماعیل؛ توانبخشی و بهداشت معلولین، تهران، انتشارات چهر، چاپ اول، زمستان ۱۳۷۱، ص ۱۶-۱۵؛ قضایی، محمد، معلولیت‌ها، تهران، انتشارات سازمان بهزیستی، ۱۳۶۸، ص ۲۷-۲۶؛ کریمی نژاد، محمدحسن، اصول ژنتیک انسانی و بیماری‌های ارثی، تهران، چاپ پژمان، پاییز ۱۳۷۰، ص ۳۲۰-۳۱۹.

Cookfair, Joan M, *Nursing Care in the Community, USA*, 1996, P.399; Flouse, N, *Medical & Psychiatric Need of Family With adult handicap*, Journal of Intellectual Disability Research, April 1993, No. 37, PP. 19-23; Frye, BA; "Review of World Health Organization Report on disability Prevention and Rehabilitation:" Rehabilitation Nursing, 18 (1), PP.44; Goerdi, Ann, *Disability Prevention and Rehabilitation*, World Health, Sep-Oct 1995; PP. 4-5; Mittler, Peter, *Intellectual disability*, World Health, Sep- Oct 1995, P.19; Smith, Claudia M. and ???, Frances A, *Community Health Nursing- Theory and Practice*, USA, WB Saunders Company, 1995, PP. 207-627.