



تاریخ
۲۸
مرداد
۱۳۹۶
شنبه

با قانون زندگی کنیم

هر کس به شخص زندانی یا تعقیب شده برای مساعدت به فرار

اسلحه بدهد به حبس از ۲ تا ۵ سال محکوم می‌شود

قانون مجازات اسلامی – ماده ۵۵۲

اعتیاد زنان در ایران

نویسندگان: محمد طاهری و هادی شفیعی سیف آبادی (کارشناسان امور پیشگیری و روانشناس اورژانس اجتماعی اداره بیزیستی شهرستان کلارون)

زنان نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند و این حقیقت در واقع و در عمل آنچنان که باید در تمام زمینه‌های حیات اجتماعی تعمیم داده نشده است؛ چرا که زنان نخستین قربانیان بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی می‌باشند. در این میان اعتیاد اگر نه اولین، اما یکی از مهم‌ترین آنها می باشد. هر کجا سوء مصرف مواد مخدر آغاز می‌شود زنان در صف نخستین قربانیان آن قرار می‌گیرند چون علاوه بر آلودگی مستقیم، بیشترین آسیب‌ها از اعتیاد پدر، برادر، همسر، فرزند و حتی دوست و همکار به آنها وارد می شود.

تصور اکثریت جامعه در مورد اعتیاد این است که سوء مصرف مواد مخدر عمدتاً پدیده‌ای مردانه است. از این رو نقش زنان در این معضل مورد غفلت واقع شده است، اما به دلیل نقش متعدد زنان در اعتیاد به ویژه سوء مصرف مواد توسط آنها اهمیت فوق العاده‌ای در مقایسه بسا اعتیاد مردان داشته و زوایای آن به دلیل گوناگون از جمله ابا داشتن زنان در مراجعه به مراکز ترک و نوع نگاه جامعه به زنان معتاد، پنهان باقی مانده است.

هر چند آمار دقیقی از میزان جمعیت زنان معتاد کشور وجود ندارد، اما براساس برخی پژوهش‌ها ۶/۹ درصد از معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۷). وزارت بهداشت در آمار خود در مورد زنان معتاد از رقم یک زن معتاد به ازای هشت مرد معتاد گزارش می دهد. برخی گزارش‌ها هم بر این امر تأکید دارند که در مقابل هر ۱۰۰ مرد معتاد ۷ زن معتاد در کشور وجود دارد.

با وجود این آمار و اطلاعات پراکنده و مقدماتی دیگر نمی توان به راحتی گفت جمعیت اندکی از زنان گرفتار مواد مخدر و پیامدهای آن هستند، این در حالی است که بسیاری از زنان و دختران به دلیل پرچسب هایی که به یک زن و دختر معتاد در جامعه زده میشود کمتر تصور مراجعه به مراکز خود معرف را دارند. از این رو اغلب، اعتیاد در زنان و دختران پنهان مانده و بخش قابل توجهی از جمعیت معتادان زن کشور در

آمارها گنجانده نمی‌شوند. براسا آمار جهانی، اعتیاد در زنان عوارض خطرناک تری نسبت به مردان

ایجاد می‌کند. به عنوان مثال، فاصله زمانی اولین تجربه مصرف مواد تا تزریق مواد در زنان به طور متوسط دو سال و در مردان هشت سال است. بدین ترتیب زنان شش سال زودتر از مردان به واسطه وابستگی شدید، جسمی-روانی-اجتماعی آن نیزبه مراتب بیشتراست.

نیمرخ اعتیاد زنان در کشور

۱- دختران و زنان مصرف کننده مواد مخدر و الکل، از نوجوانی تا سالخوردگی، تحت تأثیر روابط زندگیشان قرار دارند. به نظر می‌رسد دختران نسبت به فشار گروه همسالان، در مقایسه با پسران، آسیب پذیرتر باشند و ممکن است به منظور احساس پذیرفته شدن در گروه همسالان، اعتیاد را تجربه کنند.

۲- زنان معتاد و الکل، نسبت به مردان احتمال بیشتری دارد که شریک جنسی داشته باشند که مصرف کننده این مواد است. برآورد شده است که حدوداً بین یک دوم تا یک سوم زنان معتاد، با مردی که معتاد است، زندگی می‌کنند.
۳- جوانان گرایش دارند تا توسط مردی مسن‌تر که با او روابط صمیمانه و نزدیک دارند، با مواد مخدر آشنا شوند.
۴- بر اساس برخی مطالعات زنان بیش از مردان، به دلایل خانوادگی دست از اعتیاد می‌کشند. یعنی ترک سوءمصرف مواد در زنان بیشتر برسوی جنبه های شخصی و عاطفی تجارب مرتبط با مواد متمرکز است و در مردان بیشتر تابع جنبه‌های، بیرونی و مالی است.
۵- با توجه به تفاوت های فیزیولوژیکی سطح ایمن مصرف مواد برای زنان پایین تر از مردان است. میزان چربی و آب بدن زنان متفاوت از مردان است که این امر خود بر میزان جذب و اثرات تجمعی الکل، حشیش و دیازپین‌ها اثرمی‌گذارد.
۶- تغییرات هورمونی در مورد دوره های قاعدگی، بارداری و یا یائسگی بر مصرف دارویی زنان اثرمی‌گذارد.
۷- در زنان نسبت به مردان، در سطوح برابر مصرف دارو، مشکلات بهداشتی و سلامت مرتبط با مصرف مواد

صفحه
۵
شماره
۲۰۳۲
سال
بیست و سوم



تتمت اول

فشار خون بسیار بالا و سرطان، آنان را در معرض بیماری‌های خطرناکی مانند هیپاتیت و ایدز قرار می دهد.

زنان معتاد در مقایسه با مردان احتمال بیشتری دارد

دچار ایدز و دیگر بیماری های ناشی از روابط جنسی شوند و در مقایسه با زنان دیگر احتمال بیشتری وجود دارد که به بیماری های زنانه و معضلات آن دچار شوند.

۱۳- اعتیاد تأثیرات مخرب‌تری بر بدن زنان دارد.

علل گرایش به اعتیاد زنان در ایران

۱- اعتیاد اعضای خانواده: اطلاعات به دست آمده از ستاد مبارزه با مواد مخدر نشان می دهد که ۵۲درصد زنان توسط همسران خود، ۲۸ درصد توسط دوستان و ۶ درصد توسط والدین به اعتیاد دچار شده اند.

۲- سطح آگاهی: آگاهی زنان بر مضرات مواد مخدر بیشتر باشد به همان اندازه میزان گرایش آن ها به مواد نیز کمتر است.

۳- یکی از عمده‌ترین دلایل درگیری زنان با مواد مخدر مکانیسم نامناسب کنترلی خانواده می‌باشد. در صورت وجود ابزارهای کنترلی مناسب در خانواده پدری و همسر می‌توان از درگیری بیشتر زنان به اعتیاد پیشگیری نمود.

۴- روابط نامناسب خانوادگی، مانند: احساس سردی روابط

والدین با فرزندان، درگیری با شوهر، درگیری و نزاع والدین، عدم نظارت والدین بر رفتار فرزندان.

۵- گرایش به مصرف شیشه درمیان زنان به دلیل وجود تبلیغات گسترده در اماکن زنانه (آرایشگاه‌ها، باشگاه‌های ورزشی، مجالس و…) باعناوین دروغین غیراعتیادآور، بی ضرر، کاهش دهنده سریع وزن در کوتاهترین زمان و…

۶- باورهای اشتباه مرسوم در جامعه نیز نقش مهمی در گسترش مصرف مواد محرک دارند، از آن جمله: محرک‌ها اعتیادآور نمی باشند، مصرف مواد محرک می‌تواند در درمان وابستگی به سایر مواد مخدر مؤثر باشد.

مصرف محرک‌ها در تقویت قوای جنسی مؤثر است، این مواد دارویی مناسب برای لاغری هستند، مصرف

بهبود مهارت‌های برقراری ارتباط و گفتار در کودکان ناشنوا و نیمه‌شنوا

حسین یعقوبی نژاد دانشجوی پردیس شهید رجایی دانشگاه فرهنگیان شیراز مقاله تحت نظر دکتر سید عبدالرحمن اعتماد



حرکات لب شما را ببینند.
- نحوه استفاده و تنظیم وسایل کمک شنوایی (مانند سمک) را هم به دانش آموزان وهم به والدین بیاموزید.
- به دانش آموزان تمرینات تنفسی لازم را بدهید.
- در طی بحث های کلاسی، دانش آموزان را به قرار گرفتن برروی گوینده تشویق کنید.
- از صحبت کردن هنگام نوشتن روی تختهی کلاس خودداری کنید، زیرا دانش آموزان صورت شما را نمی‌بینند.

- در رویارویی دانش آموزان طوری قرار بگیرید که نور چهره‌ی شما را روشن کند تا استفاده از لب خوانی میسر گردد.

و مشارکت در تعاملات اجتماعی ضعیف بوده و ترجیح می دهند که بیشتر با افرادی که دارای معلولیت مشابهی هستند تعامل داشته باشند. میزان تشابه کودکان ناشنوا به کودکان عادی بسیار بیشتر است. آنان همانگونه که در جامعه در کنار افراد طبیعی زندگی می کنند در محیط آموزشی نیز باید این امکان را داشته باشد. عدم استفاده از محیط آموزشی عادی احساس انزوا، جدایی و طردشدگی را در کودکان دارای مشکل شنوایی تشدید می کند.

توصیه هایی برای بهبود مهارت های برقراری ارتباط و گفتار در کودکان ناشنوا و نیمه شنوا:

- دانش آموزان را در جایی بنشاندیکه بتوانند به آسانی

بیماری قوز قرنیه را بیشتر بشناسیم

«کراتوکونوس» (Keratoconus) یا قوز قرنیه، یکی از بیماری های قرنیه است که در اثر آن ضخامت قرنیه کاهش یافته و سطح قرنیه نامنظم می شود و کاهش تدریجی بینایی را نیز به دنبال دارد.

به گزارش «وب دا» در شیراز، متخصص چشم و فوق تخصص پیوند قرنیه، فیکو و جراحی های رفرکتیو در بیمارستان شهید آیت اله دستغیب، گفت: این بیماری از دوران نوجوانی آغاز و در بیشتر مواقع به تدریج پیشرفت می کند که در موارد شدید، منجر به کاهش قابل توجه بینایی می شود و نیاز به پیوند قرنیه دارد.

دکتر «شهرام یاماده»، با بیان اینکه قوز قرنیه، دلیل کاملاً مشخصی ندارد، ادامه داد: اما این بیماری زمینه ژنتیکی دارد،

به طوری که در برخی خانواده ها چند عضو خانواده درگیر بیماری هستند و در بیماران مبتلا به آلرژی که مالش چشم انجام می دهند، پیشرفت بیماری سریع تر است؛ همچنین این بیماری در نوجوانی آغاز و طبق معمول پس از ۳۰ تا ۴۰ سالگی پیشرفت آن متوقف می شود.

او ادامه داد: بیماری قوز قرنیه درمان قطعی ندارد و روش های موجود، تنها باعث کنترل و یا بهبود علائم دید می‌شود و تنها روشی که در حال حاضر باعث پیشگیری از پیشرفت بیماری می‌شود، یونید متقاطع بین رشته های کلاژن قرنیه Chronal Collagen Cross – Linking) یا CCL یا

خستگی، ضعف عمومی بدن و ماهیچه ها، چاقی و دردهای مبهم ممکن است مشکل این روزهای هر کدام از ما باشد و اصلا به ذهنمان خطور هم نکند که شاید منشأ این دردها کمبود ویتامین D در بدن و سبک زندگی اشتباه ما در تأمین آن باشد. به همین دلیل بیش از ۸۰درصد ما ایرانی ها با کمبود ویتامین D مواجه هستیم.

بیشتر ما شناخت چندانی درباره نقش ویتامین D در بدن نداریم و تنها تعداد اندکی از نقش آن در ارتباط با سلامت استخوان ها آگاه هستیم، در صورتی که ویتامین Dنقش آفرینی خود را به استخوان های بدن محدود نکرده است و گیرنده های آن در بافت های مختلف بدن حضور دارند. با توجه به این که کمبود ویتامین D در هر کدام از بافت های بدن می تواند عوارض جبران ناپذیری داشته باشد.

بنابراین اگر علاقه‌مند به حفظ سلامت خود هستید به نکاتی که دکتر فرزاد شیدوف، متخصص تغذیه به آنها اشاره می کند، توجه بیشتر و دقیق تری داشته باشید.

تفاوت کلسیم و ویتامین D
حتماً شما هم شنیده اید کلسیم را همراه با ویتامین D مصرف کنید و علت این توصیه برایتان سوال باشد. کلسیم و ویتامین D در ماده مغذی مختلف، اما مهم بدن هستند که هر کدام وظایفی به عهده دارند. کلسیم عنصری است که نقش ۹۹ درصدی در استخوان سازی بدن بخصوص در دوران کودکی، نوجوانی و بلوغ را به عهده دارد. ویتامین D نیز به عنوان یکی از ویتامین های محلول در چربی در جذب کلسیم از طریق روده ها نقش مهمی ایفا می کند. کمبود این ویتامین باعث می شود کلسیم نتواند در بدن به عمل برسد. در نتیجه جذب کلسیم کاهش و بدن با اختلالات متعددی مواجه می شود. به همین دلیل این دو ماده مغذی به هم وابسته هستند

کمبود ویتامین D یکی از عوامل چاقی

و مصرف همزمان آنها ضروری است.

عوارض استخوانی کمبود ویتامین D
بروز مشکلات استخوانی به دلیل کمبود ویتامین D اجتناب ناپذیر است و احتمال ابتلای این افراد از زمان کودکی به نرمی استخوان، کاهش استقامت استخوان ها و در نتیجه تغییر شکل و پراختزی شدن ساق پا بسیار بالاست. به همین دلیل تأمین ویتامین D بدن همراه کلسیم برای بدن در دوران کودکی بسیار حائز اهمیت است. کمبود این ویتامین در بزرگسالی نیز علاوه بر بروز نرمی استخوان، خطر شکستگی استخوان‌ها بخصوص در ناحیه مچ دست و لگن نیز بشدت افزایش می دهد.

تأثیر ویتامین D بر چاقی
بررسی ها نشان می دهند نقش ویتامین D تنها کمک به جذب کلسیم در روده ها و حفظ سلامت استخوان ها نیست، بلکه در سلامت سایر اندام های بدن نیز بسیار نقش دارد؛ چراکه ویتامین D نقش یک هورمون را نیز ایفا می کند. گیرنده های این ویتامین در ۴۰ بافت بدن همچون قلب، لوزالمعده، عضلات، سلول های سیستم ایمنی و مغز شناسایی شده است. براساس کارکرد هورمونی ویتامین D است که کمبود آن می تواند یکی از عوامل بروز چاقی باشد.

وجود مقدار کافی از ویتامین D در خون باعث یک هورمون را نیز ایفا می کند. گیرنده های این ویتامین در ۴۰ بافت بدن همچون قلب، لوزالمعده، عضلات، سلول های سیستم ایمنی و مغز شناسایی شده است. براساس کارکرد هورمونی ویتامین D است که کمبود آن می تواند یکی از عوامل بروز چاقی باشد. وجود مقدار کافی از ویتامین D در خون باعث کندی ذخیره چربی توسط سلول ها می شود، اما در صورتی که مقدار ویتامین D کم باشد، سطح هورمون پاراتیروئید و کلسترول افزایش می یابد و در نتیجه چربی ها در بدن ذخیره می شوند.



تهوع، استفراغ، بیوست و افزایش حجم ادرار می‌شود. در ضمن افرادی که داروهای خاصی همچون داروهای ضدتشنج مصرف می کنند حتماً قبل از مصرف ویتامین D با پزشک مشورت کنند.

رابطه افسردگی و ویتامین D

افسردگی ازجمله بیماری هایی است که ابتلا به آن در دوره‌های مختلف دنیا در حال افزایش است. با توجه به شیوع جهانی کمبود ویتامین D به نظر می رسد کمبود این ماده در بدن می تواند در تعداد مبتلایان به افسردگی مؤثر باشد. محققان دریافته‌اند هر چه سطح ویتامین D موجود در بدن بالاتر باشد، در کشورهای مختلف دنیا در حال افزایش است. کاهش می یابد. تحقیقات برای بررسی ارتباط میان کمبود ویتامین D در بروز سایر بیماری‌های اعصاب و روان ادامه دارد.

منابع تغذیه

مهم ترین منبع تأمین ویتامین D نور خورشید است. کره، روغن کبد ماهی، زرده تخم مرغ، خامه، جگر، شیرهای غنی شده با ویتامین D، سرلاک و شیرخشک مهم ترین منابع غذایی تأمین کننده این ویتامین برای کودکان و بزرگسالان محسوب می‌شود.

توصیه تابستانی

متخصصان، نور خورشید را بهترین و ارزان ترین منبع تأمین کننده ویتامین D عنوان می کنند. به همین دلیل در فصل تابستان هفته ای دو سه بار شاید مطالعه این متن باعث نگرانی شما شود و نتیجه آن مصرف خودسرانه ویتامین D باشد، اما لازم است توجه داشته باشید مصرف زیاد این ویتامین می تواند باعث مسمومیت شود. به همین دلیل میزان مصرف باید حتماً باید تحت نظر کارشناس و پزشک تغذیه باشد. افزایش می یابد. به همین دلیل تأکید می شود در بهره مندی از نورخورشید حتماً تعادل رعایت شود.