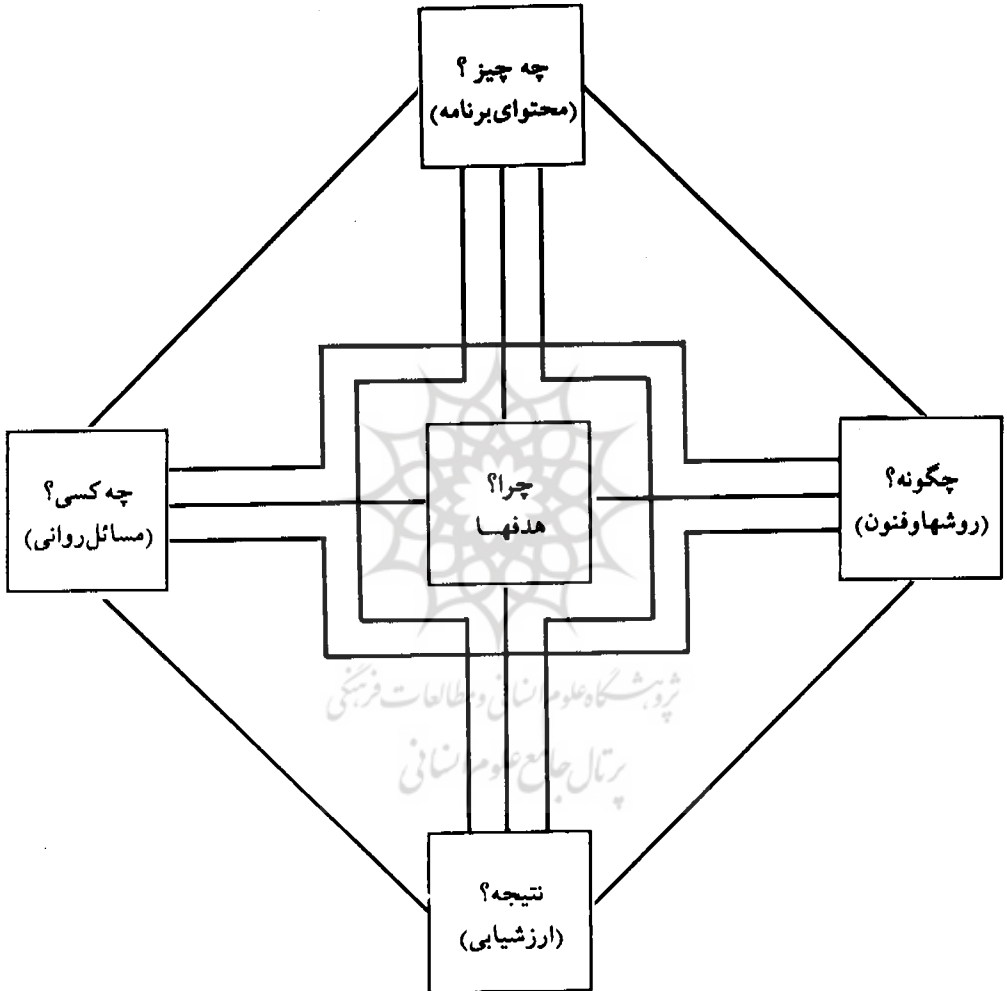


ضرورت توجه به ارزشیابی تکوینی در فرآیند تدریس



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

تدریس فرایندی است تعاملی، بین معلم و شاگرد. این فرایند مسبوق به اصولی، مستلزم طرح و نقشه‌ای و متوجه اهدافی است. به عبارت دیگر تدریس جریانی است آگاهانه که مسائل عمومی آن را به اختصار می‌توان در نمودار بالا نشان داد.

بختیار شعبانی ورکی

میان متخصصان مربوط وجود ندارد. یکی از این تعاریف، (در ارتباط با ارزشیابی)، "عبارت است از سنجش عملکرد یادگیرندگان و مقایسه نتایج با هدفهای از پیش تعیین شده به منظور تصمیم گیری درباره مطلوبیت فعالیتهای آموزشی معلم و کوششهای یادگیری دانش آموزان و دانشجویان".^۲ بدین ترتیب در ارزشیابی ما در صدد هستیم تا بدانیم اولاً نتایج به دست آمده از چه قرار است و ثانیاً آیا هدفهای مورد نظر تحقق یافته یا نه؟ یادآوری می شود هدفهای تربیتی درحقیقت همان ارزشهای تربیتی است که مایل هستیم در یادگیرنده پس از رویروشدن با مجموعه ای از تجارب یادگیری پرورش یابد.

ارزشیابی تکوینی^۱ و ارزشیابی پایانی^۲

می دانیم که اهداف تربیتی به اعتباری به هدفهای نهایی (غایی) و هدفهای واسطه ای تقسیم می شوند و فراگیری اهداف واسطه ای، لازمه دستیابی به اهداف غایی است. متخصصان علوم تربیتی بر مبنای همین طبقه بندی، و به منظور تعیین میزان تحقق اهداف (غایی و واسطه ای)، دوشیوه مهم ارزشیابی تکوینی و ارزشیابی پایانی را توصیه می کنند.

ارزشیابی تکوینی: به ارزشیابی ضمن آموزش یا زمانی که یادگیری هنوز در حال تکوین و یا شکل گیری است اطلاق می شود، و اساساً به منظور کسب اطلاع درباره نحوه یادگیری دانش آموزان، یادگیری دانش آموزان، تعیین نقاط قوت و ضعف آنها و تشخیص مشکلات مربوط به

همان طوری که ملاحظه می شود یکی از موضوعات اساسی در فرایند تدریس، "نظام ارزشیابی" است. بنابراین در وجود و ضرورت ارزشیابی در فرایند تدریس هیچ تردیدی نیست.^۳ آنچه مورد سؤال است، کیفیت ارزشیابی است، که معمولاً دانش آموزان و دانشجویان را در تمام مقاطع تحصیلی (از ابتدایی تا دانشگاه) دچار تشویش و اضطراب می کند. مسائل مترتب بر کیفیت آموزشی مبتلا به اغلب کشورها، از جمله کشور ماست. ژان پیازه^۴ در این مورد می نویسد: "درباره ارزش امتحانات درسی فراوان صحبت شده و چیز ناگفته نمانده است، مع ذلک این جراحی واقعی تعلیم و تربیت در تمام درجات به معیوب ساختن مناسبات بین شاگرد و معلم ادامه می دهد، شوق کار را در هر دو می کشد و اعتماد متقابل را از هر دو طرف سلب می کند..."^۵ امروزه در مدارس ما، ارزشیابی نقش وسیله ای خود را تا حد زیادی از دست داده و تقریباً جایگزین اهداف آموزشی شده است، به گونه ای که دانش آموزان تصور می کنند تنها زمانی ملزم به مطالعه و تحقیق (درس خواندن) هستند که می خواهند امتحان بدهند. و لذا یادگیری واقعی^۶ در مدارس و حتی دانشگاههای ما بندرت مشاهده می شود.

ارزشیابی^۶

درباره ارزشیابی تعاریف متعددی ارائه شده است، خوشبختانه اختلافات اصولی در این زمینه

راهم برای معلمان دربر دارد از جمله آنها:

الف - معلمان دائماً از نتیجه کار و تلاش خود آگاه می شوند.

ب - معلمان در نتیجه ارزیابی مداوم کار خود، هم بهتر می توانند دانش آموزان را هدایت کنند و هم به اصلاح کار خود پردازند.

- در ضمن رعایت ارزشیابی تکوینی در فرایند تدریس پیامد مشترکی هم برای معلمان و دانش آموزان دارد. زیرا در این صورت ارزشیابی (بطور کلی) جایگاه خود را به عنوان وسیله (و نه هدف) در تعلیم و تربیت به دست می آورد. با این وجود در کیفیت ارزشیابی تکوینی نیز باید اصول و قواعدی را مراعات کرد، به گونه ای که امکان بروز هرگونه نتیجه نامطلوب را به حد اقل رسانند. برخی از این قواعد عبارتند از:

۱- فعالیتهای ارزشیابی تکوینی به صورت اختیاری ارائه شود. بدین معنی که دانش آموزان به منظور تصحیح و تکمیل فعالیتهاشان لازم است به جای امر و نهی شدن، برانگیخته شوند. و برای برانگیختن دانش آموزان عوامل زیر می توانند کار ساز باشند:

(۱-۱) به دانش آموزان فرصت داده شود تا آزادانه با یکدیگر به فعالیت پردازند.

(۲-۱) فراهم نمودن بازخوردهای اطلاعاتی (بازخوردهایی که در ارتباط با رفتار دانش آموزان، اطلاعاتی در اختیارشان قرار دهند) فوری (بازخوردهایی که بلافاصله بعد از رفتار دانش آموزان ارائه گردد) و بدون تهدید.

(۳-۱) دخالت دانش آموزان در ارزشیابی آنها.

روش آموزشی (تدریس) معلم و... انجام می گیرد. اما ارزشیابی پایانی: به ارزشیابی در پایان دوره آموزشی اطلاق می شود که به منظور کسب اطلاع از میزان دستیابی دانش آموزان به هدفهای اصلی... انجام می گیرد.

ضرورت توجه به ارزشیابی تکوینی

همان طور که گذشت ارزشیابی تکوینی، در طول دوره آموزشی انجام می گیرد و بنابراین اگر هدف اصلی تعلیم و تربیت در مدارس تأکید بیشتر روی یادگیری است تا نمره دادن، باید مدت زمانی که به ارزشیابی تکوینی اختصاص داده می شود خیلی بیشتر از مدت زمانی باشد که صرف ارزشیابی پایانی می گردد، چرا که در فعالیتهای ارزشیابی تکوینی:

الف - دانش آموزان دائماً در حال ارزیابی هستند و زمان برگزاری امتحان مشخص نیست، بنابراین همیشه باید آماده باشند.

ب - به دانش آموزان کمک می شود تا بهتر خود را (توانمندیها و ناتوانمندیهایشان را) بشناسند.

ج - آگاهی و شناخت خود، انگیزه برای اصلاح نقایص یادگیری و تقویت جنبه های مثبت را در دانش آموزان، بالا می برد.

د - به مساوات تقویت انگیزه برای یادگیری، اضطراب امتحانی نیز تا حد زیادی کاهش می یابد.

- بعلاوه ارزشیابی تکوینی، پیامدهای مطلوبی

شدن را حتی در بهترین دانش آموزان فراهم آورند. (موفقیت آسان صورت نگیرد).

به رغم همه این تأکیدات، باید اذعان داشت که به منظور قضاوت در باره ارتقای دانش آموزان به مراحل بالاتر، ارزشیابی پایانی نیز به نوبه خود ضرورت داشته، با الحاق این عقیده که " لازم است روشهای ارزشیابی پایانی، امتحان مجدد را هم در برگیرد. شانس دوم (امتحان مجدد) این انگیزه را برای دانش آموزان به وجود می آورد تا جوابهای نادرست را که در فعالیتهای قبلی ارائه داده اند مورد بررسی قرار دهند. و بدین ترتیب دانش آموز فرصت می یابد تا هراشتباهی را که در امتحان نخستین مرتکب شده، در امتحان مجدد اصلاح کند و این امر به عنوان یادگیری واقعی تلقی می گردد."

در عین حال اضافه می کنم که حتی ارزشیابی پایانی نیز در نهایت ضروری است، صورت تکوینی (مرحله ای) به خود گیرد. چه اینکه به اعتقاد نگارنده تنها در چنین صورتی است که سلامت روشهای ارزشیابی در نظام آموزشی (تاحدی) تضمین خواهد شد. البته ناگفته نماند عوامل دیگری نظیر محتوای درسی، روشهای تدریس، امکانات آموزشی و... نیز در کیفیت ارزشیابی مؤثرند. ولذا عدم بررسی عوامل مذکور نباید به منزله غفلت و یا بی توجهی از آنها تلقی گردد، گویا اینکه موضوع مقاله چنین اقدامی را تجویز نمی کند.

بقیه در صفحه ۶۰

(۴-۱) اطمینان دادن به دانش آموزان در این مورد که ارزشیابی به منظور اصلاح عمل گذشته و یا تقویت میزان یادگیری اعمال می گردد. (۵-۱) پرهیز از ایجاد رقابت بیسن دانش آموزان.

(۶-۱) اجتناب از اعمال فشارهای خارجی (نظیر جایزه، تهدید، نظارت به توسط دیگران و...) که نقشهای نظام یافته ای را به دانش آموزان القا می کند و آنها را در یک قالب معین قرار می دهد.

و...
- همان طوری که از لغت امتحان (به رنج انداختن) برمی آید، سؤالات امتحانی باید به گونه ای طراحی شوند که حداقلی از زمینه درگیری



قدر زندگی خود را بدانیم و بآبی احتیاطی و غفلت آن را به خطر نیندازیم



سخنرانی جناب آقای دکتر ملک زاده

به مناسبت افتتاح سمینار سال روز جهانی بهداشت

ملاحظه می کنیم تغییر عادات و رسوم سنتی و اتخاذ شیوه های نو برای زندگی ، شرط لازم برای این دگرگونی است و به دنبال این تغییرات بنیادی در جامعه بیماریها و مسائلی قد علم کرده اند که زائیده عواملی هستند که خود انسان آنها را خلق کرده است و رهایی از آنها کاری بس دشوار است. یکی از این مسائل بروز روز افزون سوانح و حوادث می باشد .

همه ساله سازمان جهانی بهداشت روز ۷ آوریل مطابق با ۱۸ فروردین ماه را به عنوان سال روز جهانی بهداشت نامگذاری کرده است و با توجه به اولویتهای بهداشتی در سراسر جهان ، یک موضوع اساسی را سرلوحه فعالیت های خود قرار داده ، به کلیه کشورها با عنایت به شرایط فرهنگی و اجتماعی خود توصیه می کند تا با توجه به مفهوم "جهانی فکر کنید و منطقه ای عمل نمایید" ، موضوع مورد نظر را در اولویت برنامه های بهداشتی خود قرار دهند و چنانچه به خاطر داشته باشیم سال گذشته نیز با هدف قرار دادن موضوع بیماریهای قلبی و عروقی که از بیماریهای غیر واگیر محسوب می شود، شعار: "ضربان قلب، آهنگ سلامت،" را مطرح ساخت .

امسال سازمان جهانی بهداشت با هدف پیشگیری از سوانح و حوادث شعار: "قدر زندگی خود را بدانیم و با بی احتیاطی و غفلت آن را به خطر نیندازیم" را انتخاب کرده است.

در نیمه دوم قرن بیستم همگام با پیشرفتهای روز افزون صنعت و تکنولوژی و رشد و شکوفایی علوم و فنون ، شاهد آن بوده ایم که شرایط حاکم بر سلامت و بهداشت مردم جهان تغییر کرده است. از یک سو کشورهای صنعتی و پیشرفته جهان که در مبارزه با بیماریهای واگیر موفق شده بودند حرکت های علمی و پژوهشی خود را به سمت بیماریهای غیر واگیر و مزمن همچون بیماریهای قلبی و عروقی ، سرطانها، بیماریهای عصبی - روانی و بویژه سوانح و حوادث سوق دادند؛ در حالی که کشورهای در حال توسعه در طی این مدت دست به گریبان مبارزه با بیماریهای عفونی ، سوء تغذیه و شرایط نامساعد بهداشتی ناشی از فقر و بیسوادی بودند و آنچه تا این اواخر به عنوان یک مشکل و اولویت بهداشتی شناخته نمی شد ، بیماریهای غیر واگیر از جمله سوانح و حوادث بود.

در حال حاضر بیش از ۷۵ درصد موارد مرگ و میر در کشورهای پیشرفته جهان به علت بیماریهای غیر واگیر است ، در حالی که این رقم در کشورهای در حال توسعه به ۴۵ درصد می رسد.

اکنون در آستانه ورود به قرن ۲۱ در اکثر کشورهای جهان تلاش برای صنعتی شدن هر چه بیشتر، گسترش سریع جمعیت ، شهرنشینی و مهاجرت به چشم می خورد و

کشورهای صنعتی روند آن رو به کاهش نهاده است. متخصصان بهداشت عمومی این کاهش را به بهبود جاده ها، طراحی صحیح اتومبیلها، قانون محدودیت سرعت، استفاده از کمربند ایمنی، ارتقای سطح آگاهی عمومی در جهت رفتار مناسب در جاده ها نسبت داده اند. این اقدامات در کشور دانمارک منجر به کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث به میزان ۷۰ درصد و در فرانسه و آمریکا به میزان ۶۰ درصد شده است. کارشناسان سازمان جهانی بهداشت مؤثرترین اقدام برای نجات زندگی رانندگان را استفاده از کمربند ایمنی می دانند که در بسیاری از کشورها میزان مرگ و میر را تا ۲۵ درصد و حتی بیشتر کاهش داده است. استفاده از کلاه ایمنی برای موتور سواران نیز همانند کمربند ایمنی و به مراتب بیش از آن اهمیت دارد.

بنابر گزارش منتشره در سال ۱۹۸۵، در ایالات متحده آمریکا، سالهای از دست رفته عمر به علت بیماریهای قلب و سرطان مجموعاً ۳/۸ میلیون سال بوده، در حالی که همین میزان برای صدمات ناشی از سوانح و حوادث به تنهایی ۴/۱ میلیون سال بوده است. بیش از نیمی از مرگها در سنین جوانی به علت صدمات ناشی از حوادث است که باعث از دست رفتن سالهای پرفعالیت زندگی می شود.

علاوه بر آسیبهای جانی، سالانه ۵۰۰ هزار میلیون دلار صرف هزینه های ناشی از

بررسی همه جانبه سوانح و حوادث، بسیار اهمیت دارد. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت سالانه حداقل ۳/۵ میلیون نفر از مردم دنیا در اثر صدمات ناشی از حوادث جان خود را از دست می دهند که از این عده، یک میلیون نفر به علت صدمات عمدی مانند: خودکشی و دیگر کشتی و ۲/۵ میلیون نفر با مرگهای غیر عمدی همچون حوادث جاده ای، خانگی، محیط کار، مدارس و میدانهای ورزشی ناشی از عللی مثل: آتش سوزی، غرق شدگی، مسمومیت، سقوط و... از میان می روند.

همچنین آمارهای منتشره از سوی سازمان جهانی بهداشت حاکی از آن است که سالانه در دنیا ۷۰۰/۰۰۰ نفر در اثر سرعت زیاد و عدم رعایت قوانین و مقررات رانندگی، با وسائلی نقلیه از قبیل موتورسیکلت، سواری، اتوبوس و کامیون در خیابانها، بزرگراهها و جاده ها دچار حادثه شده، جان خود را از دست می دهند و تخمین زده می شود که سالانه بین ۱۰ تا ۱۵ میلیون نفر دچار صدمات ناشی از حوادث می شوند. در واقع این ضایعات ناگوار بیانگر آن است که در هر ۵۰ ثانیه یک مرگ و در هر ۲ ثانیه یک صدمه ناشی از حوادث در دنیا رخ می دهد.

متأسفانه در کشورهای در حال توسعه میزان مرگ و میر ناشی از حوادث جاده ای رو به افزایش است، درحالی که در

در کشورهای توسعه یافته، اکثر موارد مسمومیت ها غیر عمدی است و کودکان قربانیان اصلی هستند. حادثه زمانی اتفاق می افتد که بچه ها حتی برای لحظه ای تنها می مانند. از جمله توصیه های مهم در امر پیشگیری از مسمومیت در کودکان، نگه داری داروها دور از دسترس کودکان است و برعکس در مورد بزرگسالان اقدام به خودکشی علت اصلی مسمومیت به شمار می رود که در کشورهای در حال توسعه زنان به مراتب بیش از مردان به توسط سم اقدام به خودکشی می کنند.

یکی از دلایل بسیار مهم در بروز حوادث عمدی و غیر عمدی اعم از جاده ای، خانگی و ناشی از کار، مسائل عصبی - روانی و انواع استرسهاست که قبل از بروز حادثه برای

مراقبتهای پزشکی و کاهش تولید می شود و اگر خسارات پرداخت شده به توسط سازمانهای بیمه را به این رقم اضافه کنیم، میزان خسارت وارده بر پیکر اقتصادی جوامع نگران کننده خواهد بود. نکته قابل توجه اینکه غالباً تصور می شود حوادث، ناشی از تقدیر و سرنوشت و شانس است و غیرقابل اجتناب می باشد، که مسلماً این طور نیست، زیرا حوادث هم قابل پیش بینی و هم قابل پیشگیری است.

به طور کلی مرگهای ناشی از حوادث بعد از بیماریهای قلبی و سرطانها در رتبه سوم قرار دارد و آمارهای سازمان جهانی بهداشت نشان می دهد که وفور حوادث به ترتیب شامل خودکشی، مسمومیت، سقوط، سوختگی، خفگی و اسلحه گرم است.



شبکه ای بهداشت و درمان کشور در کنترل بیماریهای عفونی وانگلی و کاهش بسیار تحسین انگیز این عوامل بیماری زا به عنوان علت مرگ و میر، به سبب حوادث و سوانح، بخصوص حوادث جاده ای، همه ساله عده قابل توجهی از هم میهنان، جان خود را آن هم در سنین نوجوانی وجوانی ازدست می - دهند. به برخی از آمارهای زیر توجه فرمایید:

میزان کل تصادفات درون شهری و بیرون شهری در نیمه اول سال ۱۳۷۱ جمعاً ۷۸/۶۹۳ مورد بوده است که از این میزان ۱۹۳۰ مورد مقتول و ۲۷۹۱۷ مورد مجروح داشته است.

قربانیان وجود دارد و معمولاً کمتر به آن پرداخته می شود. ثابت شده است که وجود استرس قبل از حادثه، رابطه مستقیمی با بروز آن دارد.

در بین مرگهای ناشی از حوادث، مرگهای عمدی رقم بسیار بالایی را تشکیل می دهند؛ به طوری که براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، میزان خودکشی و دیگر کشی ۲۸/۴ درصد و مرگهای ناشی از وسائط نقلیه ۲۳/۵ درصد کل مرگهای ناشی از حوادث را تشکیل می دهند.

و اما در باره کشور عزیزمان ایران:

بررسی علل مرگ و میر در ۲۴ شهر منتخب کشور در سال ۱۳۶۹، به توسط دفتر بررسی و تحلیل آماری معاونت پژوهشی وزارت بهداشت نشان می دهد که شایع ترین علت مرگ و میر در کشور ما بیماریهای دستگاه گردش خود بخصوص سکنه های قلبی و مغزی با ۳۸ درصد و در مرتبه دوم سوانح و حوادث با ۱۳/۵ درصد و پس از آن سرطاناتها با ۷/۷ درصد قرار گرفته است؛ در حالی که بیماریهای عفونی و انگلی با ۴/۲٪ در ردیف ششم قرار دارند. با وجودی که این گزارش یک بررسی اولیه بوده، تحقیقات بعدی در سطح کل کشور که به صورت دقیق انجام شده، ضروری است، ولی نشان دهنده این واقعیت تلخ است که با وجود موفقیت



۳۰ تا ۵۰ درصد کاهش دهیم.

از طرف دیگر مسؤولان محترم قضایی و راهنمایی نیز عمدتاً روش تنبیه وزندانی کردن افراد خاطی را مد نظر قرار داده اند که با وجود ضرورت چنین اقداماتی، مشخص شده است این روش به تنهایی نمی تواند از وقوع خشونت و حوادث جلوگیری کند و یا بروز آن را کاهش دهد، در صورتی که چنانچه نقش آموزش، مشارکت و دخالت مردم در برنامه های پیشگیری از حوادث مد نظر قرار گیرد و به مردم به طور صحیح و کافی آموزش داده شود و در این جهت بسیج گردند، می-توانند جامعه ای ایمن و سالم بسازند که شامل ایمنی از حوادث خانگی، جاده ای، کار و حتی از جرم و جنایت باشد. مؤسسات آموزشی باید متوجه باشند که نقش مهمی در امر پیشگیری از حوادث دارند. رسانه های گروهی باید در جهت آموزش مردم همکاری کنند و در طرح سیاستهای ترکیبی بین بخشی برای مهار حوادث و ایجاد ایمنی دخالت نمایند.

همچنانکه در ابتدای عرایض اشاره کردم تعدادی از کشورها برنامه های وسیعی را برای پیشگیری از بروز انواع حوادث به مرحله اجرا گذارده اند که در این راه موفق هم بوده اند.

بر اساس گزارش سازمان تأمین اجتماعی در سال ۷۰ عده ۱۹۰۹۹ نفر از کارگران بیمه شده در محیط کار دچار حادثه شده اند که از این عده ۳۳۵ نفر فوت و ۲۷۸ نفر از کار-افتادگی کلی داشته اند. در این سال جمعاً ۴۱۳/۰۳۹ روز کار برای معالجه این مصدومان تلف گردیده است که به طور مستقیم بر تولید و اقتصاد کشور ضایعات جبران ناپذیری را وارد آورده است و همچنین این سازمان برای غرامت نقص عضو و مستمری از کارافتادگی و یافوت، مبلغ ۷/۲۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال پرداخت کرده است.

از سوی دیگر هر روز که روزنامه ها را ورق می زنیم با گزارشهای تکان دهنده انواع مرگها به علت حوادث خانگی و خودکشیها و انواع مرگها به علت خشونت مواجه می شویم؛ با ذکر این نکته که انگشت شمار این حوادث در روزنامه ها درج می شود.

متأسفانه ما تا سال ۱۳۷۱ برنامه مدون کشوری که اساس آن باید برهماهنگی بین بخشی استوار باشد، برای پیشگیری حوادث و سوانح نداشته ایم و با وجود تلاش سازمانها و ارگانهای ذی ربط مرگ و میر ناشی از حوادث در کشور ما خیلی زیاد است و تردیدی وجود ندارد که با تدوین و اجرای یک برنامه کشوری با حضور فعال ارگانها و سازمانهای مربوط و همکاری مردم که آن هم خیلی مهم است، قادر خواهیم بود میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و سوانح را بین

منتهی به توسعه، بهبود و ارتقای کیفیت زیست و جلوگیری از بروز مرگ و میر انسانها می شود، با رعایت اولویتها و هماهنگی کامل درون بخشی و بین بخشی اقدام کند. در طول این مدت با تشکیل جلسات مکرر کمیته مشورتی و کشوری متشکل از نمایندگان بیش از ۲۰ سازمان و نهاد و وزارتخانه نسبت به تهیه:

- طرح کشوری پیشگیری از سوانح سوختگی
- طرح پیشگیری از بروز حوادث ناشی از موتورسیکلت
- طرح و بررسی سوانح و حوادث در

خوشبختانه در طول ۱-۲ سال گذشته در حوزه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت نسبت به تأسیس اداره کل مبارزه با بیماریهای غیر واگیر اقدام شد و یکی از گروههای فعال کارشناسی این اداره کل، گروه پیشگیری از سوانح و حوادث است که به منظور هماهنگیهای بین بخشی و سیاستگذاری و برنامه ریزی همه جانبه، همکاری و مشارکت نهادهای مختلف اجتماعی و بخشهای توسعه، مانند: آموزش و پرورش، صنعت، راهنمایی و رانندگی و راه و ترابری و... را می طلبد.



مدارس کشور با همکاری مستقیم وزارت آموزش و پرورش و شروع عملیات اجرایی آن در ۲۴ مدرسه در تهران بزرگ .
- اجرای طرح مطالعه اپیدمیولوژیک مرگهای ناشی از سوانح و حوادث در

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به استناد دلایل فوق الذکر و اصول ۳، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، مکلف به حفظ و ارتقای بهداشت عمومی است و باید در کلیه جوانبی که

سازی نظام جمع آوری و ثبت اطلاعات صحیح و کامل در مسیر بروز حوادث تا حصول نتیجه نهایی است، که امید است اقدامات مؤثر در این زمینه صورت گیرد.

۳- لزوم بررسی قوانین و مقررات موجود در زمینه حوادث و راههای پیشگیری از آن و در صورت نیاز تدوین قوانین جدید و ارائه آن به مراجع ذی صلاح برای انجام اقدام مقتضی.

۴- توسعه پایگاههای اورژانس بخصوص با پوشش جاده های مهم کشور که در این رابطه خوشحال هستیم که اعلام نمایم در سال ۱۳۷۲، یک صد پایگاه اورژانس مجهز به تجهیزات مخابراتی و آمبولانس های جدید در ۱۰۰ نقطه کشور مورد بهره برداری قرار می گیرند و رسیدگی به مصدومان و حادثه دیدگان، بهبود چشمگیری بخصوص در جاده ها و مناطق محروم کشور خواهد یافت.

۵- خوشبختانه شبکه اورژانس کشور در تهران و کلیه شهرهای برنامه اول مورد توجه گرفته، ما هم اکنون برای پذیرش مصدومان و حادثه دیدگان در بیمارستانهای کشور مشکلاتی بمراتب کمتر از گذشته داریم و ان شاء الله تا پایان سال ۱۳۷۴، ۵۰ بخش جدید اورژانس با تجهیزات کامل در اقصا نقاط کشور مورد بهره برداری قرار می گیرد.

روستاهای کشور، اقدام کرده است که در این راستا از پیگیریها و حمایتهای مقام محترم معاونت امور بهداشتی، جناب آقای دکتر نمکی و همکارانشان تشکر و قدردانی می کنم.

از آن جا که اعتقاد ما براین است که بهداشت جزء جدایی ناپذیر توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور است و بدون مشارکت و هماهنگی بخشهای توسعه نمی توان به آن دسترسی یافت و پیشگیری از سوانح و حوادث نیز از این قاعده مستثنی نیست، بنابراین مشارکت فعالانه و گسترده کلیه ارگانها ضروری است و با عنایت به شعار سازمان جهانی بهداشت در امسال با عنوان: "قدر زندگی خود را بدانیم و با بی احتیاطی آن را به خطر نیندازیم"، زمان آن فرا رسیده است که در زمینه پیشگیری از حوادث جدیت بیشتری به خرج بدهیم. به امید آنکه در سالهای آینده در کشور عزیزمان شاهد پیشرفتهای چشمگیری در زمینه پیشگیری از سوانح و حوادث باشیم، درخاتمۀ عرایض نکات بسیار مهم زیر را یاد آوری می کنم:


۱- ضرورت انجام تحقیقات کار بردی براساس HEALTH SYSTEM RESEARCH در زمینه سوانح و حوادث برای اتخاذ سیاستهای مناسب و برنامه ریزی اصولی شدیداً احساس می شود که حتماً باید بطور جدی مورد توجه قرار گیرد.

۲- لازمه انجام این تحقیقات، بهینه

برخورد نامناسب والدین

زمینه ساز افسردگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی



تأکیدهای فراوان والدین برای انجام یک کار بخصوص ، حساسیت شدید آنها در مورد یک امر خاص و رفتارهایی از این قبیل که عامل منفی برای کودک به حساب می آیند ، موجب می شود که شخصیت کودک به سمت یک "بی-ارادگی شخصیتی" سوق داده شود .

او کند می شود واکثر اوقات
خستگی توأم با بی حالی
جسمی و اختلال در خواب و
تغذیه دارد.

نشانه های فوق ، اختلال
افسردگی را مطرح می کند که
اگر در انسان مشاهده شود،
مطمئناً کلیت حیات روانی او
را مختل می سازد، زندگی را
برای او تیره و شادکامیها را در
کام او تلخ می کند.

روشهای درمانی متعددی
برای رفع بیماری افسردگی در
کودکان و بزرگسالان وجود
دارد که در این نوشته قصد
طرح آن را نداریم. نکته ای که
اشاره آن برای والدین و مربیان
ضرورت دارد، پی بردن به علل
چنین اختلالی است. بدون
شک با شناخت دقیق علل
پدید آیی این اختلال، می توان
شیوه برخوردی را با کودک
اتخاذ کرد که بهداشت روانی را
برای او به ارمغان بیاورد.

یکی از علتهای این اختلال،
علت تجربی است که زمینه آن
در خانواده کودک مشاهده می -
شود.

افسردگی ، اختلالی است
که حد بالایی از رنج روحی را
برای شخص به همراه دارد
و همواره او را در حالت
ناخشنودی و احساس گناه نگه
می دارد. بر همین اساس است
که از لحاظ عاطفی ، شخص
احساس خود کم بینی و
استرحام (طلب رحم کردن)
دارد، انگیزه او برای هرگونه
مشارکت پایین است و در
زمینه شناختن هم اختلالاتی
در او به وجود می آید؛ از جمله
شخص دچار بی نظمی های
فکری می شود و احساس
نارضایتی و تردید می کند. در
زمینه فعالیت بدنی نیز فعالیت

اختلالات عاطفی ، از
جمله اختلالاتی است که در
طی آن ، خلق و خوی فرد به
طرز چشمگیری در هم می ریزد
و گاهی چنان تغییر می یابد که
شخص خود را در دو قطب
ظاهراً متضاد می بیند. گاهی
شاد و سرحال و به اصطلاح
شنگول است و گاهی خلق او
تنگ می شود و حوصله ای
برای فکر کردن ، برای ارتباط
برقرار کردن و برای تحرکات
بدنی ندارد. تمامی این
نشانه ها، در یک سازمان
یافتگی روانی متجلی می -
شوند که روان شناسان به آن
"افسردگی" ^۱ می گویند.

در این الگو، تقویت کننده های مثبت، به طور چشمگیری کاهش دارند و در عوض، تقویت کننده های منفی و تنبیه ها فراوانتر مشاهده می شوند. در این خانواده ها، کودک در فرایندی درگیر است که طی آن، در مقابل هر رفتار، نه تنها پاداش دریافت نمی کند، بلکه همواره مورد بازخواست و امر ونهی های والدین قرار می گیرد. امر ونهی های مفرط، تأکیدهای فراوان والدین برای انجام یک کار بخصوص، حساسیت شدید آنها در مورد یک امر خاص و رفتارهایی از این قبیل که عامل منفی برای کودک به حساب می آیند، موجب می شود که شخصیت کودک به سمت یک "بی-ارادگی شخصیتی" سوق داده شود. در این صورت، کودک بتدریج به طرف استیصال و فعل پذیری مفرط می رود. هنگامی که کودک یکسره برای هر رفتار خود مانعی را می بیند، بتدریج می -

پذیرد که بی اراده و بی لیاقت است و از لحاظ ظرفیت کفایتی، خود را فقیر احساس می کند. این امر زمینه سازمان یافتن افسردگی را در او بنامی - کند. در حقیقت، کودک چون همواره با موانع و امر و نهی های افراطی روبرو بوده است، یاد می گیرد که هر رفتاری را از خود نشان ندهد، زیرا می ترسد رفتار او تنبیه و امر ونهی والدین را در پی داشته باشد؛ امر ونهی های مفرطی که استیصال، و در نهایت، افسردگی را در او به وجود می آورد.

توصیه می شود، والدین و مربیان محترم، به کودک به عنوان یک انسان توحید یافته و دارای شخصیت منسجمی نگاه کنند که نیاز به حمایت و توجه و محبت دارد. اگر در برخورد با او، "اصل کرامت" را رعایت کنیم، هسته اصلی کودک پر بار می شود و شخصیت او قوام یافته و پویا شکل می گیرد. توجه به این امر ضروری است که والدین باید از امر ونهی های افراطی که کودک را به انزوای عاطفی

می کشاند، پرهیز کنند. آنان بایستی اجازه دهند که کودک بسیاری از فعالیتها و رفتارها را تجربه کند. گاهی با شکست مواجه شود تا بتواند ظرفیت خود را بالا ببرد و کفایت شخصی و اجتماعی مناسبی کسب نماید. مطمئناً اکرام به کودکان و عدم حساسیت شدید نسبت به رفتار آنان، حتی اگر رفتار ظاهراً شیطنت - آمیز و شلوغ داشته باشند، آنها را از اختلال افسردگی دور خواهد کرد و از لحاظ شناختی - عاطفی نیز آنان را با خودپنداری قوی و اعتماد به نفس بالایی، تربیت خواهد نمود.

در مجموع، اصل تربیتی زیر نتیجه می شود که:

شایسته است رفتار مناسب کودک خود را تقویت کنیم، اما او را در مقابل هر رفتار نامناسب، براحتی تنبیه نماییم.

گرفت. اکنون ادامه مقاله از نظر خوانندگان
گرامی می‌گذرد.

در شماره قبل بیماری صرع و انواع
حملات صرعی مورد بحث و بررسی قرار

اختلالات روانی - رفتاری شایع

در دانش آموزان مدارس تهران

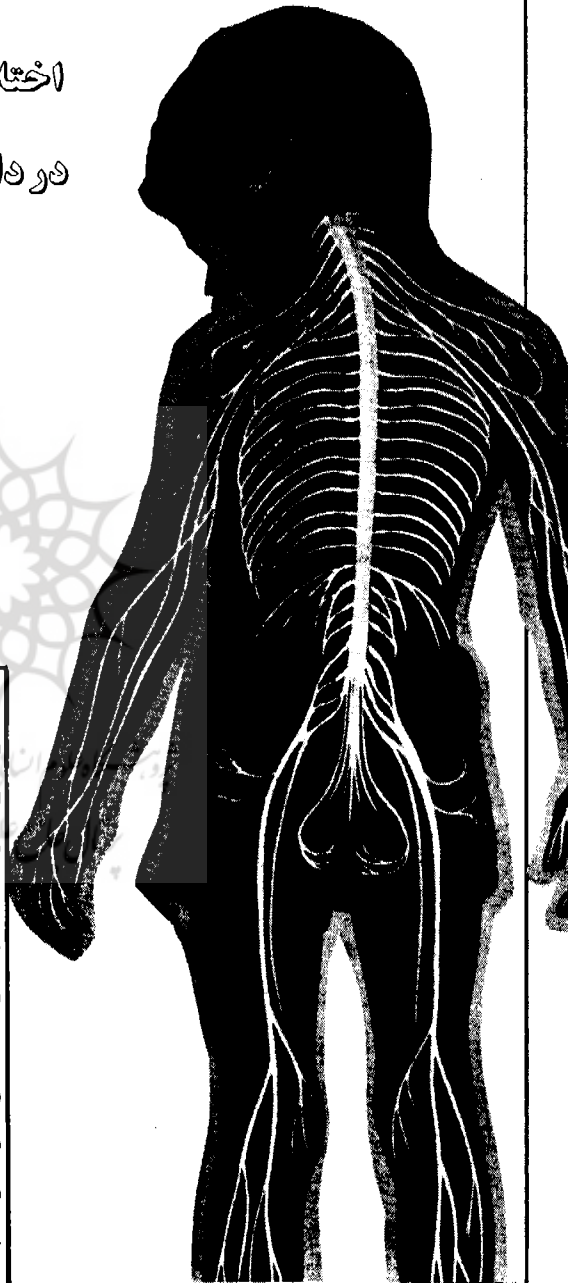
صرع

مجتبی احسان منش

سن شروع بیماری

گفته شده است که یک سوم ثانیمی
از تمامی افراد مبتلا به صرع از دوران کودکی
این ناراحتی را داشته‌اند. در اینجا مقصود از
دوران کودکی دو سال اول زندگی است.

یکی از پژوهشگران^۱ بر اساس بررسیهای
خود در این باره، سه شکل نحوه به
وجود آمدن این بیماری را عنوان نموده است:
۱ - حملاتی که در نوزادی شروع می‌شود
و به دنبال یک دوره طولانی مدت وقفه، تکرار
می‌گردد. این دوره وقفه در افراد مختلف،
متفاوت است. گفته می‌شود که مشکلات
عاطفی می‌تواند بازگشت بیماری را تسریع



در چگونگی هوش تأییراتی به جا بگذارد . همچنین می تواند مسوءول شکلهای معینی از رفتار باشد. اگر کودک دارای هوش کافی برای درک مشکلات مربوط باشد، حملات صرعی می تواند تأییرات قاطعی برنگرش و اشتغال خاطرهای او به جای بگذارد . وجود حملات ممکن است وی رادر خانه ومدرسه در وضعی غیرعادی قراردهد. ممکن است یادبگیرد که همیشه از بروز ناگهانی تشنج در انتظار عموم ، درکلاس درس و پیش همبازیهای خود، در وحشت شدید به سربرد . حملات مکررمی تواند غیبتهای پی درپی رادرمدرسه به دنبال داشته باشد. ممکن است تحت تأییرداستانهایی درمورد بیمارستان یا مرگ خویشاوندان مبتلابه صرع یا افراددیگر قرارگیرد. این امرممکن است سبب پیدایی این فکرگردد که وی بادیگر کودکان فرق داردواز تماس با خویشان خودداری نماید. ممکن است یادبگیرد که ازبیماری اش به عنوان وسیله ای برای کسب امتیازاستفاده کند که درصورت نبود این حملات به دست آوردن آن میسرنبود . کودکان دیگر ممکن است وی رابا عباراتی چون "دیوانه" ، "احمق" و "غشی" مورد خطاب قراردهند. این امرنیز می تواندکودک راحساس ومتوجه خود کند، و یا او را بشدت ستیزه جو پرخاشگرنماید. معمولا" والدین نگران این شرایط هستند و شیوه های تربیتی خاصی

کند. معمولا" درنخستین یادومین سال زندگی یک حمله اتفاق می افتد. در بسیاری مواردبازگشت حملات درهفتمین سال زندگی یعنی همزمان بانخستین سال ورود به دبستان بروزمی کند. عقیده براین است که حدود $\frac{1}{4}$ کودکان مبتلا به بیماری صرع باقرارگرفتن درشرایط استرس زای محیطی، دچار حمله صرعی می شوند. امتحانات درسی ومشاجرات خانوادگی رازجمله این شرایط دانسته اند.

گروهی ازاین کودکان اغلب مشکلات شخصیتی، بویژه بی ثباتی هیجانی، عصبانیت های شدید، تحریک پذیری ویی - قراری دارند و وحشتهای شبانه نیزآنان را رنج می دهد.

۲ - حملاتی که درنوزادی شروع می شود و بدون وقفه تادوران کودکی ادامه می یابد. دوره ، شدت و ماهیت این حملات متفاوت است . حملات صرع بزرگ ممکن است خفیف تر و یا شدیدتر شود ونیز ممکن است با حملات صرع کوچک همراه گردد و یا جایگزین آن شود . تعداد حملات می تواند افزایش ویا کاهش یابد.

۳ - حملاتی که درپایان دوران کودکی شروع می شود ویاپس ازیک دوره چندین ساله سلامت کامل اتفاق می افتد.

ازنظرشخصیتی، هم کودکان مبتلابه صرع وهم خانواده های آنها مستعد واکنشهای مختلف نسبت به بیماری هستند. این واکنشهایی تواند درروند رشد کودک، بویژه

آرامش داشته باشد. کودکی باشد پذیرفته شده، تحت فشار و یا مورد غفلت واقع گردیده.

صدمات و ضایعات مغزی نیز از دیگر علل ابتلا به بیماری صرع است.

بعضی تحقیقات نشان داده است که برخی عوامل شخصیتی سبب مستعد شدن فرد برای بیماری صرع می شود. شواهد نشان می دهد که نسبت مطابقت بیماری صرع در کودکان دوقلوی یک تخمکی بیش از کودکان دوقلوی دو تخمکی است؛ و اینکه بیماری صرع در اعضای خانواده فرد مصروع بسیار بیش از اعضای خانواده افراد غیر مصروع است. (شوگر^۲ و دجوگ^۳ ۱۹۷۲).

درمان

درمان دارویی: داروهای چندی به منظور درمان و کنترل صرع پیشنهاد شده است از جمله: برومیدها^۴، فنوباری تال^۵، دیلاتین^۶، مزانتیون^۷، مایزولین^۸ و بنزدرین سولفات^۹ مشهورتر از دیگر داروها هستند و هر کدام مورد مصرف خاص خود را دارد.

در درمان دارویی باید به نکات زیر توجه داشت:

- ۱ - به محض اینکه تشخیص صرع قطعی شد، درمان را هر چه زودتر باید شروع کرد.
- ۲ - بعضی از داروهای ضد تشنج در بعضی از شکلهای بیماری بیشتر موثر واقع می شود. از این رو شایسته است هر دارو

را باوی درپیش می گیرند و از او به عنوان یک کودک مریض "شسیداً" حمایت می کنند. شاید او را تحت تأثیر ارواح خبیثه بدانند و روشهای سنتی درمان صرع را بروی تحمیل کنند.

سبب شناسی

گفته شده که توارث نقش مهمی در سبب شناسی صرع دارد. همچنین عوامل هیجانی - عاطفی نیز دارای تأثیر زیادی است. صرع به عنوان یک بیماری مزمن، در زمینه سازگاری عاطفی مشکلاتی را به وجود می آورد. کودک با مشکلات زیادی روبرو می شود. ارزیابی خود بیمار از حملات، نگرش خانواده در قبال آن، اثرات بیماری بر درس و مدرسه و همسن و سالان، مراجعات مکرر به پزشک یا درمانگاه، مصرف دراز مدت دارو، بازداشتن او از شرکت در فعالیتهایی که برای دیگر کودکان مجاز است، این احساس که با دیگران تفاوت دارد و رفتاری متفاوت از دیگران باوی دارند، سبب می شود که کودک همیشه در حال سازگار شدن و سازگاری مجدد باشد؛ مشکلاتی که کودکان غیر بیمار با آن روبرو نیستند.

باید دانست که کودک مبتلا به صرع بر اساس طرز تلقی پدر و مادر و اطرافیان می تواند احساس امنیت یا عدم امنیت، خشنودی یا ناخشنودی، احساس تنش یا

ذهن خود دور کنند. طرز تلقی پدر و مادر از کودک مبتلا به صرع، باید همانند طرز تلقی آنها از دیگر کودکان غیر بیمار باشد. برای این کودکان باید فرصتهای یکسانی برای حل مشکلات و تعارضاتشان در نظر گرفت.

سازگاری کودک در مدرسه بستگی تام و تمامی به توانمندیهای هوشی وی، تعداد حملات، زمان و محل وقوع حملات و حال عمومی او دارد. هرگز نباید تحصیل در مدرسه را همانند دیگر کودکان و برای تواناییهای کودک به وی تحمیل کرد. همچنین نباید امکانات آموزشی قابل دسترس دیگر کودکان را از وی مضایقه نمود.

بسیاری از کودکان مبتلا به صرع هرگز در مدرسه حمله ای ندارند. حملات صرعی خفیف که به صورت خیره شدن رخ می-دهد، حتی در کلاس درس نیز از چشم دیگر همکلاسیها پنهان می ماند. اگر حملات صرع بزرگ در کلاس درس یا فواصل کلاسها اتفاق می افتد، پس بنا به ملاحظه دیگر کودکان ایجاب می کند تدابیر مقتضی را برای حل مشکل در پیش گرفت.

در اجتماعات پیشرفته تر، اگر امکانات لازم فراهم باشد، برای این کودکان آموزش خصوصی در خانه و به توسط آموزگار خصوصی را پیشنهاد می کنند، و یا ترتیبی اتخاذ می نمایند که در ساعات مشخصی

برای نوع خاصی از بیماری که موفق تر بوده است، به کار گرفته شود.

۳ - درمان را باید با یک دارو شروع کرد. مقدار مصرف دارو را باید تا آنجا ادامه داد تا تشنجات قابل کنترل گردد و به بالاترین مقدار قابل تجویز برسد.

۴ - مقدار مناسب داروی ضد تشنج در بیماران مختلف فرق می کند.

۵ - مصرف دارو باید برای مدت زمان طولانی ادامه یابد.

۶ - قطع داروهای ضد تشنج باید بسیار تدریجی صورت گیرد.

۷ - معاینات بالینی دوره ای و آزمایش حداقل ماهانه خون ضروری است و با بروز نشانه های اختلالات خونی فوراً باید به کاهش مقدار مصرف دارو اقدام نمود.

واقعیت این است که کودک اغلب اقدامات درمانی، مراجعات مکرر به پزشک، حمایتهای زیاد از حد، محدود شدنهای فراوان، زیر نظر بودنهای همیشگی خود به توسط والدین مضطرب را اقداماتی معما آمیز تلقی می کند و این احساس در او به وجود می آید که ممکن است چیزی مرموز و سرنوی در جریسان باشد و اینکه وی مجبور است بیماری اش را در تمام عمر برای دیگران کشف نشده و پوشیده باقی بگذارد. اما راه درست آن است که خانواده بیماری فرزندشان را به عنوان یک واقعیت طبیعی بپذیرند و سوء تفاهمات زیان آوری را که در طول قرنها روی هم انباشته شده است از

نیست، یا شغل وی تغییر داده می شود و یا انجام کاری را به وی واگذار نمی کنند. کارهای نظارت شده در مزارع می تواند شغل‌های خوبی برای این افراد تلقی شود، زیرا خطر زیادی به همراه ندارد و از سوی دیگر زندگی ساده و آرام مناطق روستایی فشار روانی زیادی را به آنها تحمیل نمی کند. زمانی که یک ضایعه عضوی مغز سبب بروز بیماری می گردد، جراحی مغز یکی از راه‌هایی است که می تواند از شدت مشکل بکاهد. باید کوشید تا آنجا که ممکن است مشکلات جسمی و محیطی این کودکان را بهبود بخشید و سازگاری روانی و محیطی آنها را به سطح مطلوب رسانید.

آموزگار به خانه آنها مراجعه کند. البته این راه حل بار مالی اضافه‌ای را به خانواده تحمیل می کند، اما راه حل خوبی است. این کودکان باید برای حرفه های ویژه‌ای آموزش ببینند که متناسب با تواناییهای هوشی آنها باشد و در عین حال خطری برای آنها نداشته باشد. باید اعتراف کرد که کودکان خانواده های طبقات متوسط و طبقات کم درآمدی که امکان استفاده از آموزشهای مناسب را ندارند و از مهارتهای اجتماعی و فنی لازم برخوردار نیستند در برخورد با حرفه هایی که توان انجام آن را ندارند، عملاً "ایجاد مشکل می کنند، در حالی که در خانواده های مرفه، کسب درآمد و تأمین معاش مشکلی به شمار نمی آید، از این رو به محض آنکه تشخیص داده شد کساری مناسب برای فرد بیمار

پاورقیها:

- 1-Birk
- 2-Sugar
- 3-Dejoug
- 4-Bromide
- 5- Phenobarbital
- 6 - Dilantin
- 7 - Mesantoin
- 8 - Mysoline
- 9 - Bazedrine Sulfate

منابع:

- پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی
- 1- KANNER , LEO , CHILD PSYCHIATRY , CHARLES C. THOMAS PUBLISHERS , ILLINOIS , 1972.
 - 2 - KAPLAN HAROLD , SADOCK , BENJAMIN J., SYNOPSIS OF PSYCHIATRY , BEHAVIORAL SCIENCES CLINICAL PSYCHIATRY, WILLIAMS & WILKINS , BALTIMORE , 1988.
 - 3 - SUE , DAVID , SUE , DERALD , SUE STAMLEY , UNDERSTANDING ABNORMAL BEHAVIOR THIRD EDITION HOUGHTON MIFFLIN COMPANY , 1990 .

تأثیرات ویتامین A

در بقا و ادامهٔ حیات

کودکان

ترجمه از: ناهیدالملوک مقدم بنائم

مربوط به آن از دست می‌دهند. علاوه بر این تخلیه ذخایر ویتامین A در بدن منجر به تخریب قرنیه چشم و به دنبال آن کوری خواهد شد.

عفونتهای حاد دستگاه تنفسی و اسهال

براساس مطالعاتی که در اندونزی انجام شده است، به این نتیجه رسیده‌اند که در کودکانی که ذخیره ویتامین A در بدنشان نسبتاً کم می‌باشد میزان شیوع بیماریهای حاد دستگاه تنفسی و اسهال ۲ تا ۳ برابر بیشتر از دیگران است. همچنین این مطالعات نشان می‌دهند که کودکان مبتلا به این بیماریها بیشتر از سایرین در معرض کمبود ویتامین A و ابتلا به گزروفنالمی

تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده است نشان می‌دهد که ارتباط نزدیکی بین مقدار ویتامین A در بدن و سه بیماری سرخک، عفونتهای حاد دستگاه تنفسی و اسهال که عامل مرگومیر کودکان هستند، وجود دارد.

سرخک

بیماری سرخک شدیداً باعث تخلیه ذخایر ویتامین A در بدن می‌شود. کودکی که از این بیماری جان سالم به در می‌برد، در برابر ابتلا به بیماریهایی مثل پنومونی، اسهال و گزروفنالمی مقاومت بسیار کمی دارد. میلیونها کودک در سال جان خود را بر اثر ابتلا به بیماریهایی مثل سرخک و عوارض ثانوی

توانایی مقاومت در برابر عفونتها را از دست بدهند .

بینایی یکی دیگر از اعمالی است که نقش ویتامین A در آن بسیار مهم است. قدرت دید ما در تاریکی به وجود ویتامین A بستگی دارد. از علائم اولیه کمبود این ویتامین شب‌کوری است. این ویتامین همچنین از سطوح پوششی (بافت پوششی) چشم نیز محافظت می‌کند. کودکانی که هر سال به علت آسیب قرنیه کور می‌شوند از رژیم غذایی فقیر از ویتامین A استفاده می‌کنند .

ارتباط بین ویتامین A و نظام ایمنی بدن به وضوح به اثبات رسیده است. نقش ویژه ویتامین A در بالابردن قدرت دفاعی بدن از موضوعات جالب در تحقیقات اخیر بوده است .

کودکان برای رشد و نمو طبیعی به ویتامین A احتیاج دارند. کمبود ویتامین باعث اختلال در رشد استخوانها شده، همچنین براشتهای کودک نیز تاءثیر می‌گذارد و باعث کاهش غذای دریافتی می‌گردد .

چه عواملی کمبود ویتامین A در بدن راسبب می‌شوند؟

علت اصلی کمبود ویتامین A در بدن، نقصان آن در رژیم غذایی روزانه است. گرانسی و فصلی بودن بعضی میوه‌ها و سبزیها و همچنین عادات غذایی محلی نیز در کمبود این ویتامین در رژیم غذایی روزانه موثر هستند. بیماریهای دوران کودکی نیز به کمبود ویتامین A منجر می‌شوند، سوء تغذیه، سرخک، بیماریهای انگلی و سایر بیماریها می‌توانند در جذب ویتامین A

هستند. تاءثیر متقابل کمبود ویتامین A و ابتلا به بیماریها بر یکدیگر، طفل را در چرخه کم-سلامتی قرار می‌دهد .

چه غذاهایی دارای ویتامین A هستند؟

غذاهایی که منشاء حیوانی دارند از غنی‌ترین منابع تاءمین کننده ویتامین A به شمار می‌آیند، مانند جگر، گوشت، تخم مرغ و لبنیات. البته در کشورهای در حال توسعه غالباً دسترسی به مواد غذایی ذکر شده دشوار و غیر ممکن است. ویتامین A در گیاهان نیز به وفور یافت می‌شود. بهترین منابع گیاهی ویتامین A عبارتند از سبزیهای با برگ سبزینه، اسفناج، میوه‌های زرد یا نارنجی رنگ مانند هویج، کلم و گوجه فرنگی .

شیر مادر از مهمترین منابع تاءمین مواد غذایی برای نوزادان و اطفال شیرخوار است. کیفیت شیر مادر از این نظر بستگی به تغذیه او و مصرف غذاهای سرشار از ویتامین A دارد. برای جذب و انتقال ویتامین A بایستی بسدن به مقدار کافی پروتئین و چربی در اختیار داشته باشد که آن هم از طریق رژیم غذایی تاءمین می‌گردد .

چرا ما به ویتامین A احتیاج داریم؟

ویتامین A اعمال گوناگونی را در بدن انجام می‌دهد. به عنوان مثال برای آتکسه سلولهای آستریوشی معده و دستگاه تنفسی از سلامت و رطوبت کافی برخوردار باشند به ویتامین A نیاز دارند. همچنین فقدان ویتامین A در بدن باعث می‌شود که این نواحی

اختلالاتی ایجاد کنند که باعث تخلیه ذخایر بدن از این ویتامین می‌شود.

اقدامات مؤثر در کمبود ویتامین A

کمبود ویتامین A قابل پیشگیری و کنترل است. کنترل این کمبود در کوتاه مدت از طریق مصرف کپسول ویتامین A و در درازمدت به توسط آموزش تغذیه و اصلاح رژیم غذایی مردم امکان پذیر است. با استفاده از روشهای فوق می‌توان با کمبود ویتامین A مبارزه کرد. این دو اصل همچنین می‌توانند در پیشبرد عملیات مربوط به مراقبتهای اولیه بهداشتی مؤثر باشند.

کپسولهای مکمل خوراکی

کپسولهای حاوی ویتامین A در دوزهای بالا (۲۰۰/۰۰۰) یک محلول مناسب مقرون به صرفه از نظر اقتصادی بوده، به علاوه سریع‌الاثرب هستند. برای معالجه کودکان مبتلا به گزروفتمالی WHO (سازمان بهداشتی جهانی) ابتداء درمان دوازده با کپسول ۲۰۰/۰۰۰ (هر روز یک عدد) و یک بار هم بعد از ۴ هفته را توصیه می‌کند. برای کودکان مبتلا به سرخک، سوء تغذیه شدید ناشی از کمبود پروتئین - انرژی، اسهال حاد یا مزمن، عفونتهای حاد قسمتهای زیرین دستگاه تنفسی نیز یک کپسول مطابق دستور فوق توصیه شده است. WHO همچنین برای کلیه کودکانی که در سنین ۳ تا ۶ ساله هستند یک روز پیشگیری، هر ۳ تا ۶ ماه یک بار را توصیه می‌کند.

آموزش تغذیه

چگونگی انتشار

میلیونها کودک همساله در کشورهای در حال توسعه خصوصا "در افریقا و آسیا از عواقب وخیم کمبود ویتامین A رنج می‌برند.

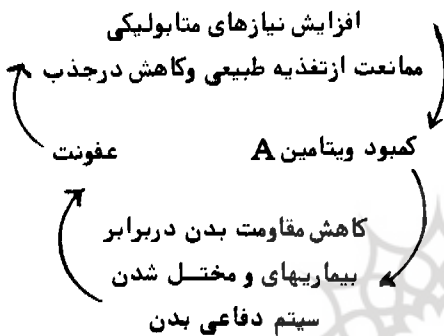
چه کسانی بیشتر در معرض کمبود ویتامین A هستند؟

کودکان بین سنین ۶ ماهگی تا ۶ سالگی از آسیب پذیرترین گروهها هستند. دوره‌های شیر گرفتن طفل از نظر ابتلای او به کمبود ویتامین A بسیار مهم است. زنان در سنین باروری نیز از گروههای آسیب پذیر به شمار می‌آیند. میزان ویتامین A از نظر ذخیره و مقدار آن در سرم خون نیز در طول دوره بارداری و شیردهی تأثیر مستقیم بر اطفال آنها می‌گذارد.

ارتباط بین ویتامین A و کوری ناشی از سوء تغذیه

گزروفتمالی اصطلاحی است که از طریق آن علائم چشمی مربوط به کمبود ویتامین A بیان می‌گردد و یکی از علل کوریهای قابل پیشگیری در کشورهای در حال توسعه است. خشکی ملتحمه و لکه بیتوت و زخمهای کف آلود قرنیه که درمان آن معالجه سخت و فوری لازم دارد از دیگر علائم محسوب می‌شوند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که این نشانه‌ها به سرعت پیشرفت کرده، فاصله زمانی چندانی در وقوع آنها دیده نمی‌شود.

در هنگام وقوع بلایا مثل خشکسالی یا جنگ مردم در معرض خطر کمبود ویتامین A قرار می‌گیرند. در این گونه مواقع مقدار غذا محدود شده، کفای نیازهای تغذیه‌ای مردم رانمی‌کند. در چنین شرایطی احتمال ابتلا به سرخک، سوءتغذیه، اسهال و عفونت‌های حاد تنفسی افزایش می‌یابد. در چنین شرایطی توزیع کپسول ویتامین A به همراه تقویت غذاها ضروری است.



گروه‌های در معرض کمبود ویتامین A

- کودکان از سن ۶ ماه تا ۶ سال
- خانم‌های حامله یا زنان شیرده
- گروه‌های آسیب پذیری که بیشتر در معرض کمبود ویتامین A هستند:
- کودکان مبتلا به سرخک
- کودکان مبتلا به گزروفتمالی
- کودکان مبتلا به سوءتغذیه ناشی از کمبود پروتئین - انرژی یا (P.E.M)
- کودکان مبتلا به اسهال حاد یا مزمن
- کودکان مبتلا به عفونت‌های حاد قسمتهای زیرین دستگاه تنفسی.

۳ هدف اصلی آموزش تغذیه عبارتند از: بالا بردن سطح آگاهیهای مردم در زمینه کمبود ویتامین A به منظور شناسایی غذاهای محلی غنی از ویتامین A و افزایش مصرف این نوع غذاها در رژیم‌های غذایی روزانه.

با توسعه سایر فاکتورهای حیاتی کودکان مانند تغذیه نوزاد با شیر مادر، درمان با میکروولیتها و اکسیناسیون نیز می‌توان از شیوع کمبود ویتامین A پیشگیری کرد.

کاشتن سبزیها و میوهها

هدف از این برنامه، تشویق مردم به کاشتن میوهها و سبزیهایی است که از نظر ویتامین و سایر مواد مغذی غنی هستند. این میوهها و سبزیها باعث تثبیت عادات غذایی و اصلاح رژیم غذایی می‌شوند. کاشتن سبزیها و میوهها که اقدامی عملی و ارزان است، در سطح خانه، مدرسه و جامعه می‌تواند انجام گیرد.

تقویت ماده غذایی

یکی از اهداف پیشگیری، در کشورهای در حال توسعه، مانند کشورهای توسعه یافته تقویت غذاهای معمولی با ویتامین A است. برنامه ملی تقویت شکر با ویتامین A در گواتمالا و همزمان با این برنامه در کشورهای فیلیپین و اندونزی و افزودن منوسدیم گلوتمات به غذاها نشان داد که تقویت غذاها عملی بسیار مفید بوده است.

شرایط و موقعیت های بروز کمبود ویتامین A

۴ پیام تغذیه‌ای برای سلامت و اصلاح رژیم غذایی

نمک کمتر بخورید	چربی کمتر بخورید	فیبر بیشتر بخورید
<p>اگر قبلاً "به غذا نمک اضافه شده است، احتیاجی نیست دوباره به آن نمک اضافه کنید.</p>	<p>اسیدهای چرب مقدار کلسترول خون را افزایش می‌دهند و این منجر به بیماریهای قلبی می‌شود.</p> <p>غذاهای چرب عبارتند از: گوشت چربی دار، سوییس‌ها، گوشت قرمز (هنگام تهیه گوشت، چربی آن را بگیرید یا بدون چربی آن را سرخ کنید) ، چیس، کره، خامه، شیربر چربی، پنیر پرچربی.</p>	<p>غذاهایی که حاوی فیبر زیاد هستند، دارای خاصیت سیرکنندگی سریع بوده، چاق کننده هم نیستند مانند: سیب زمینی آب پز یا کبابی (بهتر است با پوست مصرف شود) ، برنج (ترجیحاً "قهوه‌ای یا سبوس دار) ، حبوبات مثل لوبیا قرمز و انواع نخودها، غلات با سبوس، درت، آجیل خام بدون نمک (مثل فندق، پسته و...) ، هویج، سیب، موز و پرتقال.</p>
قند کمتر بخورید		
<p>قند برای دندانهای شما خوب نیست و همچنین وزن شما را افزایش می‌دهد. مواد قندی مثل: قند، شکر، عسل، مربا، شربت غلیظ، شکلات و شیرینی.</p>		

بقیه از صفحه ۳۹ پی نوشتها: دانشگاه تهران، صفحه ۵۷.

- ۱ - میالا ره، گاستون، (۱۳۷۰) معنی و حدود علوم تربیتی، ترجمه علی محمد کاردان، تهران، دانشگاه تهران. چاپ اول، صفحه ۶۹
 - ۲ - مؤلف کتاب " روان شناسی برای آموزش " نیز به این موضوع اشاره کرده و آورده است: تدریس عملی است متشکل از سه فرایند: تشخیص اهداف، به کارگیری روشها و ارزیابی اثر بخشی این روشها.
 - 3-J. PIAGET.
 - ۴ - پیازه، ژان، (۱۳۶۴)، تربیت به کجا ره می سپرد؟، ترجمه م، منصور و پ، دادستان، تهران،
- 5 - منظور تغییرات اساسی در رفتار یادگیرنده است.
- 6- EVALUATION
- 7- سیف، علی اکبر، (۱۳۷۰)، روان شناسی پرورشی (روان شناسی یادگیری و آموزش)، تهران، انتشارات آگاه، چاپ پنجم، صفحه ۶۰۶.
- 8 - FORMATIVE EVALUATION
- 9 - SUMMATIVE EVALUATION
- 10- JOURNAL OF EDUCATIONAL LEADERSHIP, ACCD ,V. 99, N.7, P.25, 1990.