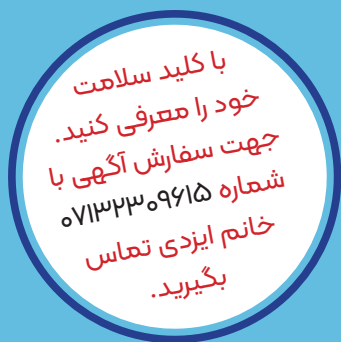




کلید سلامت

در این شماره میخوانیم:

↪ افزایش قابل توجه نرخ سواد و کاهش چشمگیر میزان مرگومیر در میان دختران ایرانی

↪ جامعه پذیری مجازی: ابعاد مرتبط با سلامت و پیشگیری از بروز آسیب

↪ اختلال بیش فعالی و گرایش دختران نوجوان به مصرف مواد مخدر

↪ چاقی در میان دختران نوجوان و درمان های مرتبط

↪ تن انگاره یا تصور از بدن در میان دختران

↪ تغییر سبک زندگی با ذهن آگاهی

↪ فیزیولوژی دوران بلوغ دختران



گزارشی از سمینار بین المللی سلامت زنان با محوریت سلامت دختران

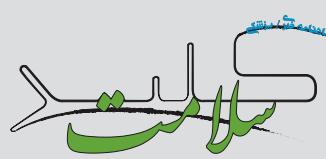
۱۷ و ۱۸ آبان ماه ۱۴۰۲

کلید سلامت

شماره شاپا:

۲۲۵۱-۶۰۱۸

سال سیزدهم - شماره ۱۴۹ - آذر ۱۴۰۲



با کلید سلامت
خود را مصرفی کنید.
جهت سفارش آگهی با
شماره ۰۹۶۱۵۰۷۱۳۲۳۰۵
خانم ایزدی تماس
بگیرید.

صاحب امتیاز و مدیرمسئول

دکتر کامران باقری لنکرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



سردبیر

دکتر سعید شهابی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
ایمیل: saeedshahabi1@gmail.com تلفن: ۰۷۱۳۲۳۰۹۶۱۵ داخلی ۴۴۴۱



هیأت تحریریه این شماره

دکتر کامران باقری لنکرانی، دکتر سولماز قهرمانی، فاطمه فراچی، دکتر لیلا آزادبخت، دکتر شیرین احمدنیا،
دکتر طیبہ رخشانی، دکتر بهار مرشد بهبهانی،



طراحی و گرافیک

مجید بزم آرا



فهرست



۱۰

جامعه پذیری مجازی؛
ابعاد مرتبط با سلامت و
پیشگیری از بروز آسیب



۹

افزایش قابل توجه نرخ سواد و
کاهش چشمگیر میزان مرگ و میر در
میان دختران ایرانی



۱۳

چاقی در میان دختران
نوجوان و درمان های مرتبط



۱۲

اختلال بیش فعالی و گرایش
دختران نوجوان به مصرف
مواد مخدر



۱۶

فیزیولوژی دوران
بلوغ دختران



۱۵

تغییر سبک زندگی با
ذهن آگاهی



۱۴

تن انگاره یا تصور از بدن
در میان دختران

افزایش قابل توجه نرخ سواد و کاهش چشمگیر میزان مرگ و میر در میان دختران ایرانی

دکتر کامران باقری لنکرانی



در دهه ۱۹۶۰، نرخ سواد دختران در ایران حدود ۳۳ درصد بوده است که تا سال ۲۰۱۸ به بیش از ۹۰ درصد افزایش یافته است. در حال حاضر، حدود ۶۰ درصد از دانشجویان دانشگاه‌های ایرانی را دختران تشکیل می‌دهند. کاهش ۸۵ درصدی در میزان مرگ و میر دختران زیر ۵ سال و کاهش ۷۳ درصدی در میزان مرگ و میر دختران بین ۵ تا ۱۴ سال را در ایران در طی سه دهه اخیر می‌توان مشاهده نمود.

سال سی و نهم - شماره ۱۴۱ - آذر ۱۴۰۳

عالی هستند. پیش از انقلاب تنها ۱.۴ درصد اساتید دانشگاه‌ها از خانم‌ها بودند، پس از پیروزی انقلاب اسلامی تا پایان سال ۱۴۰۰ در حوزه آموزشی، سهم زنان در عضویت هیأت علمی دانشگاه‌ها به یک سوم رسیده است.

در ارتباط با میزان مرگ و میر دختران نیز عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی بیان کردند که در سال ۲۰۱۹ میزان مرگ و میر در میان دختران زیر ۵ سال در ایران، ۱۹۴.۹ مرگ به ازای هر ۱۰۰ هزار دختر بوده است. این در حالیست که در سال ۱۹۹۰ این میزان مرگ حدود ۱۳۰۴.۶ مرگ به ازای هر ۱۰۰ هزار دختر بوده است (کاهش ۸۵ درصدی در این نوع مرگ‌ها). علاوه بر این، در سال ۲۰۱۹ میزان مرگ و میر در میان دختران ۵ تا ۱۴ سال در ایران، ۲۸.۴ مرگ به ازای هر ۱۰۰ هزار دختر بوده است. این در حالیست که در سال ۱۹۹۰، این میزان مرگ حدود ۱۰۷.۳ مرگ به ازای هر ۱۰۰ هزار دختر بوده است (کاهش ۷۳ درصدی در این نوع مرگ‌ها).

دکتر لنکرانی در پایان سخنرانی خود به جنگ رژیم صهیونیستی علیه مردم مظلوم غزه پرداختند و بیان نمودند که به دنبال این جنگ خانمان سوز، مراکز بهداشتی و درمانی تعطیل شده و بسیاری از کودکان جان خود را از دست داده‌اند.

دکتر کامران باقری لنکرانی به عنوان رئیس دوازدهمین سمینار بین‌المللی سلامت زنان که با محوریت سلامت دختران در آبان ماه ۱۴۰۲ در شیراز برگزار گردید بیان نمودند که در ۵۰ سال گذشته، نرخ سواد دختران ایرانی به طور قابل توجهی افزایش یافته است. ایشان گزارش دادند که بر اساس آمارهای سازمان ملل، در دهه ۱۹۶۰، نرخ سواد دختران در ایران حدود ۳۳ درصد بوده است که تا سال ۲۰۱۸ به بیش از ۹۰ درصد افزایش یافته است. این افزایش نرخ سواد دختران نشان از پیشرفت قابل توجهی در زمینه تحصیلات و آموزش دختران در ایران است.

علاوه بر این، دکتر لنکرانی بیان کردند که حضور دختران نیز در دانشگاه‌های ایران دارای افزایش قابل ملاحظه‌ای بوده است. در حال حاضر، حدود ۶۰ درصد از دانشجویان دانشگاه‌های ایرانی را دختران تشکیل می‌دهند. در مقایسه با ۵۰ سال پیش، این نسبت به طور قابل توجهی افزایش یافته است. در دهه ۱۹۷۰، حضور دختران در دانشگاه‌ها کمتر بود و تنها حدود ۲۰ درصد از دانشجویان را تشکیل می‌دادند. این افزایش نشان از پیشرفت و تغییرات مثبت در حقوق تحصیلی دختران در ایران است. از هر ۱۰ زن ایرانی ۱۸ ساله و بالاتر، ۶.۱ درصد از آنان دارای تحصیلات

جامعه پذیری مجازی؛ ابعاد مرتبط با سلامت و پیشگیری از بروز آسیب



جامعه پذیری (Socialization) فرآیندیست که به موجب آن، افراد ویژگی‌هایی را که شایسته‌ی عضویت آنها در جامعه است، کسب می‌کنند. به بیانی دیگر، نوعی فرایند کنش متقابل اجتماعی است که فرد در خلال آن، هنجارها، ارزش‌ها و دیگر عناصر اجتماعی، فرهنگی و سیاسی موجود در گروه یا محیط پیرامون خود را فرا می‌گیرد و آنها را درونی و با شخصیت خود یگانه می‌سازد. در واقع، فرایندی است که به واسطه‌ی آن، هر فرد دانش و مهارت‌های اجتماعی لازم برای مشارکت مؤثر و فعال در زندگی گروهی و اجتماعی را کسب می‌کند.

جامعه‌پذیری در دو مرحله کلی روی می‌دهد. **جامعه‌پذیری اولیه** در طفولیت و کودکی رخ داده و فشرده‌ترین دوره‌ی یادگیری فرهنگی است. خانواده اصلی‌ترین کارگزار جامعه‌پذیری در این مرحله می‌باشد. **جامعه‌پذیری ثانویه** در مراحل بعدی کودکی و تا بلوغ ادامه داشته و سایر کارگزاران جامعه‌پذیری بخشی از مسؤولیت‌های خانواده را برعهده می‌گیرند. مدارس، گروه‌های همسال، سازمان‌ها و به ویژه رسانه‌ها از عوامل جامعه‌پذیری افراد می‌باشند. جامعه‌پذیری مجازی به این موضوع اشاره دارد که افراد چگونه در فضای مجازی با هم تعامل می‌کنند، ارتباط برقرار می‌کنند و ارتباطات خود را شکل می‌دهند. انگیزه‌های متعدد در ارتباط با استفاده از فضای مجازی وجود دارد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- «Detachment» یا «انفصال» (به عنوان مثال: رهایی از محدودیت‌های زمانی و مکانی)
- «Socialization» «اجتماعی شدن» (به عنوان مثال: ملاقات با افراد آنلاین، معاشرت در دنیای مجازی).
- انگیزه‌های منحصر به فرد مربوط به بازی‌های ویدیویی آنلاین:
- «Achievement» یا موفقیت: رقابت با همسالان
- «Social affiliation» یا «تعلق به یک گروه اجتماعی خاص»: با هدف اجتماعی شدن و همکاری در بازی، ایجاد روابط جدید.
- «Immersion» یا «غوطه‌وری»: ایفای نقش یک شخصیت خیالی، کاوش در دنیای مجازی و فرار از زندگی واقعی.

با وجود اینکه اجتماعی شدن مجازی دارای چندین مزیت می‌باشد، اما دارای معایب متعددی نیز می‌باشند که بر شرایط جسمی و روانی اجتماعی فرد تأثیرگذار می‌باشند. از جمله اختلالات جسمی ناشی از استفاده بیش از حد از فضای مجازی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- قرار گرفتن در معرض صفحه نمایش بر عملکرد شناختی نوجوانان تأثیرگذار است.
- سبک زندگی بی‌تحرک: زمان زیاد استفاده از صفحه نمایش (مثلاً اسنک/رژیم غذایی نامناسب، کاهش زمان خواب و تحرک

ناکافی) با چاقی و اضافه وزن و همچنین سایر خطرات بالقوه سلامتی همراه است.

■ بینایی: استفاده طولانی مدت از صفحه نمایش الکترونیکی ممکن است به طور بالقوه منجر به علائم چشمی و بینایی مانند ناراحتی چشم، خستگی چشم، خشکی چشم، سردرد، تازی دید و حتی دوبینی گردد.

■ مشکلات اسکلتی-عضلانی: استفاده طولانی مدت از محصولات صفحه نمایش الکترونیکی در یک وضعیت ثابت می‌تواند باعث ایجاد یا تشدید علائم اسکلتی عضلانی گردد.

■ شنوایی: دستگاه‌های الکترونیکی با عملکردهای سرگرمی صوتی معمولاً می‌توانند سطوح مضر از صدا تولید کنند که آسیب دائمی شنوایی را منجر می‌گردند.

■ صدمات و تصادفات: دستگاه‌های الکترونیکی سیار، مانند تلفن‌های هوشمند معمولاً هنگام انجام کارهای دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرند که ممکن است کاربر را بیشتر در معرض آسیب‌ها و تصادفات قرار دهند.

■ عفونت‌ها: اقدامات احتیاطی ناکافی بهداشتی و اشتراک گذاری دستگاه‌های تلفن همراه مانند تلفن‌های هوشمند ممکن است باعث گسترش پاتوژن‌ها و بیماری‌های عفونی گردند.

از جمله آسیب‌های روانی-اجتماعی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- اختلال در تکامل اجتماعی: انزوا و تنهایی ممکن است منجر به کناره‌گیری اجتماعی و یا مانع توسعه مهارت‌های اجتماعی شود. به عنوان مثال: از طریق کاهش تعامل چهره به چهره و تعاملات اجتماعی غیرواقعی آنلاین.
- محرومیت از خواب: این عامل بر رشد و تکامل کودکان و نوجوانان تأثیر می‌گذارد.
- رفتارهای جنسی پرخطر: محتوای جنسی و افزایش دسترسی به اینترنت و وسایل الکترونیکی می‌توانند منجر به بروز چنین رفتارهایی شوند.
- قلدری سایبری: فناوری‌های مدرن و اینترنت، نوع جدیدی از قلدری، همراه با طیف وسیعی از پیامدهای جدی روانی اجتماعی است.

■ اخاذی جنسی از کودکان در فضای مجازی Sexual Extortion (SECC) of Children in Cyberspace: اخاذی از یک فرد با کمک تصاویر خودساخته از آن شخص به منظور اخاذی از او با تهدید به اشتراک گذاری مطالب خارج از رضایت شخص تصویر شده، بهره‌کشی بیشتر جنسی، پول یا سایر منافع.

■ رفتارهای پرخطر: محتوای خشونت آمیز ویدیوها و بازی‌های آنلاین ممکن است اثرات نامطلوبی بر رفتار کودکان، نوجوانان و بزرگسالان داشته باشد.

دوران نوجوانی به عنوان یک مرحله مهم در رشد و تکامل انسان، همراه با تغییرات فیزیولوژیکی، رفتاری و روانشناختی غیرقابل انکاری است. در این مقاله، به بررسی چالش‌های روانشناختی که در این دوره از زندگی به وجود می‌آیند، می‌پردازیم و راهکارهایی برای مقابله با این چالش‌ها ارائه می‌دهیم. چالش‌هایی نظیر بیش‌فعالی و اعتیاد می‌توانند بر روی حالات روحی و روانشناختی نوجوان تأثیر گذار باشند. در جامعه تقریباً نیمی از نوجوانان دختر هستند که نقش موثری در ساختن جامعه و تربیت نسل آینده دارند. در سراسر جهان ۱۰ تا ۲۰ درصد نوجوانان اختلالات روانی را تجربه می‌کنند و نیمی از بیماری‌های روانی از سن ۱۴ سالگی آغاز می‌شوند.

پس از جستجوی اولیه و دریافت مقالات مرتبط، ۲۰ مقاله در نهایت وارد مطالعه گردید. نتایج اکثر مطالعات، بیانگر این موضوع بود که اختلال بیش‌فعالی، می‌تواند یکی از عوامل تأثیرگذار بر شروع اعتیاد در سنین نوجوانی باشد. همچنین، نتایج نشان داد که نشانه‌های بیش‌فعالی اثر مستقیم بر ترغیب دختران نوجوانان به سوی اعتیاد دارد.

اصلی‌ترین موردی که در اختلال بیش‌فعالی موجب رنج و مختل کردن روند زندگی می‌شود، عدم تمرکز افراد است. این موضوع باعث می‌شود که در سنین حساس نوجوانی و گمشدگی هویت برای دستیابی به تمرکز، تنظیم خلق و کاش اضطراب و یا سوء مصرف دارو به سمت مواد مخدر سوق پیدا کند. زیرا فرد به غلط در جست و جوی راهی برای داشتن تمرکز بیشتر است اما نمی‌داند که این عامل موقت و آسیب‌زننده است.

در ابتدا اینگونه تصور می‌شد که اختلال بیش‌فعالی و کاستی توجه تنها در کودکان تشخیص‌گذاری می‌شود؛ اما امروزه نشان داده شده است که این اختلال می‌تواند تا بزرگسالی ادامه پیدا کند. معمولاً در صورت عدم تشخیص این علائم در کودکی، در دوره نوجوانی نیز شاهد علائم خواهیم بود. بیش‌فعالی در نوجوانان زمانی که نشانه‌های بلوغ ظاهر شوند، تشدید پیدا می‌کند. در دوران بلوغ، تغییرات عمده‌ای در هورمون‌ها اتفاق می‌افتد و این تغییرات اثر منفی بر اختلال بیش‌فعالی می‌گذارند. بهترین زمان برای درمان اختلال ذکر شده، در دوره کودکی است. همراه شدن بلوغ و بیش‌فعالی، کار درمان را بسیار سخت می‌کند. این اختلال از جمله اختلالاتی است که نباید در شناسایی و درمان آن سهل‌انگاری کرد. این اختلال می‌تواند زندگی نوجوان را به شدت تحت تأثیر قرار دهد.

اختلال بیش‌فعالی و گرایش دختران نوجوان به مصرف مواد مخدر

فاطمه فراجی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

علائم بیش فعالی در نوجوانی

حواس پرتی

کودکان بیش فعال، حواس پرت هستند و در اکثر موارد بسیاری از چیزها را فراموش می‌کنند. به عنوان مثال نوجوان مبتلا به بیش فعالی ممکن است تکالیف خود را فراموش کند.

عدم تمرکز و بی توجهی

نوجوانان مبتلا به بیش فعالی نمی‌توانند بر روی مسائل تمرکز کنند. یکی از اصلی‌ترین علائم بیش فعالی در نوجوانان، عدم تمرکز است. به علت عدم تمرکز و مشکلات تمرکز در این نوجوانان، افت تحصیلی اتفاق می‌افتد.

بی قراری

بی قراری در نوجوانان بیش فعال شایع است. این نوجوانان نمی‌توانند به مدت طولانی بنشینند. نشستن روی صندلی به مدت یک ساعت در کلاس درس نیز برای این نوجوانان دشوار است.

تحرك زیاد

نوجوانانی که به اختلال بیش فعالی مبتلا هستند، مدام بالا و پایین می‌پرند. ممکن است این نوجوانان به طور مداوم در حال قدم زدن و تحرك باشند.

مشکلات خواب

مشکلات خواب، از دیگر علائمی است که می‌تواند در نوجوان مبتلا به اختلال بیش فعالی ظاهر شود. شاید همه بیش فعالان، این نشانه و مشکل را نداشته باشند.

بی نظمی

بیش فعالی در نوجوانان، با نشانه‌هایی مثل بی نظمی همراه است. این نوجوانان در اکثر مواقع شلخته هستند و علاقه‌ای به نظم ندارند. این بی نظمی در پوشش و اتاق نوجوان قابل مشاهده است.

تکانشگری

مبتلایان به اختلال بیش فعالی، رفتارهای خطرناک دارند. منظور از تکانشگری، اقدام به رفتارهای خطرناک است. نوجوانی که به بیش فعالی مبتلا شده، می‌تواند بدون هیچ فکر و منطقی عمل کند. تکانشگری یکی از بدترین علائم این اختلال است. نوجوان دارای بیش فعالی می‌تواند با تکیه بر تکانشگری خود دست به اقدامات نامناسبی بزند.

اعتیاد و نوجوان بیش فعال

اهمیت نوجوانی بیش از سایر ادوار زندگی است و در مسائل تربیتی آموزشی نباید مورد غفلت قرار گیرد. بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی، افراد مصرف مواد را از گروه‌های غیر رسمی و کوچک تجربه می‌کنند. در این محیط‌های صمیمی و عاطفی است که افراد از طریق تقلید و تقویت الگوهای رفتاری، نگرش‌های مثبت و منفی نسبت به مواد را یاد می‌گیرند. در جامعه‌های نوین، خانواده، مدرسه، گروه همسالان و رسانه‌های گروهی به واسطه قدرت و تأثیری که بر شکل‌گیری منش، شخصیت و رفتار انسان می‌گذارند، می‌توانند در انتخاب یک مسیر صحیح و سالم و یا انحرافی، تأثیر داشته باشند. نوجوان از روانشناسی خاصی برخوردار است؛ نوجوانان از سویی بلند پرواز، ماجراجو و قهرمان‌گر است و به دنبال یافتن هویت مشخصی برای خودش بر می‌آید، از سوی دیگر به هم‌نوایی با جمع همسالانش می‌پردازد و قالب ارزش‌های خویش را از این گروه اخذ می‌کند. استقلال طلبی، هیجان‌جویی، تغییر در تأثیر پذیری از والدین، نگرانی‌های ناشی از تغییرهای شکلی و بدنی، دوگانگی روانی و غیره در مجموعه حالتی سیال را برای نوجوانان پدید می‌آورند. نوجوان در این فضای خاص آماده شکل‌پذیری است بسته به اینکه چه کسی به وی توجه می‌نماید و برایش سرمایه‌گذاری می‌کند اغلب به همان سمت و سو متوجه می‌شود.

نتایج پژوهش‌ها در سطح کشورهای مختلف نشان می‌دهد که میزان مصرف مواد مخدر در جوامع مختلف بین نوجوانان و جوانان در حال افزایش است و مشکلاتی از نظر روانی، جسمی، اجتماعی و... به دنبال دارد. در واقع نوجوانی دوره حساسی از زندگی است و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، همچنین نوجوانان از روانشناسی خاصی برخوردارند که والدین و اجتماع باید آنها را درک کرده و زمینه فرهنگ‌سازی و آموزش صحیح قبل از سن بلوغ به آنها داده شود تا از بروز آسیب‌هایی که در این سن متوجه نوجوانان می‌شود مثل اعتیاد به مواد مخدر و انواع رفتارهای پرخطر و خشونت‌آمیز جلوگیری شود بسیاری از والدین عقیده دارند که اعتیاد نوجوانان در واقع نوعی سرکشی و تالش برای جلب توجه است اما این علت می‌تواند شامل حال عده محدودی از نوجوانان شود و خطری که این گروه سنی را تهدید می‌کند به این حد ساده و تک بعدی نیست بنابراین اختلال بیش فعالی یکی از عوامل موثر بر مصرف مواد مخدر در سنین پر هیجان نوجوانی می‌باشد.

چاقی

در میان دختران نوجوان و درمان های مرتبط

دکتر لیلا آزادبخت

مصرف نوشیدنی های شیرین شده با شکر.  هنگام غذا خوردن در خانه و خارج از خانه، اندازه های مناسب را انتخاب کنید.

در یک مطالعه با هدف بررسی رفتار تنقلاتی و چاقی بر روی ۲۶۵ دختر نوجوان شهر اصفهان به صورت مقطعی انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد مصرف مکرر تنقلات سالم با کاهش شیوع اضافه وزن، چاقی عمومی و چاقی شکمی در نوجوانان مرتبط است. در یک مطالعه که رابطه بین دریافت کلسیم رژیم غذایی و خطر چاقی در دختران مدرسه ای ۸ تا ۱۰ ساله بررسی کردند به این نتیجه رسیدند که یک رابطه معکوس بین دریافت کلسیم و میزان چربی بدن پس از کنترل عوامل مخدوش کننده بالقوه وجود دارد. سایر مطالعاتی هم که بررسی شدند رابطه بین رژیم غذایی نامناسب را با چاقی و اضافه وزن تایید می کرد. دکتر آزاد بخت در ادامه ویژگی های بی اشتها، عصبی رابه صورت زیر ذکر کردند: ۱- محدودیت مداوم کالری دریافتی. ۲- نگرانی شدید در مورد افزایش وزن، توسعه بافت چربی یا رفتارهای مداومی که در حفظ وزن سالم اختلال ایجاد می کند. ۳- اختلال در درک خود از وزن یا شکل بدن. هم چنین پرخوری عصبی را " دوره های مکرر پرخوری به دنبال اقدامات جبرانی نامناسب با هدف پیشگیری از افزایش وزن، و همچنین ارزیابی خود که به طور غیرمنطقی تحت تأثیر فرم بدن و وزن بدن قرار دارد." تعریف کردند. در انتها این نکته را اضافه کردند که تمرکز بر راهبردهای پیشگیری و کنترل وزن برای کنترل چاقی و رفاه و راهبردهای مداخله تغذیه ای با در نظر گرفتن اهمیت اختلالات تغذیه در میان نوجوانان مهم است.

چاقی در میان دختران نوجوان و اختلالات خوردن و درمان های مرتبط از دیگر سخنرانی های سمینار سلامت زنان بود که توسط خانم دکتر آزادبخت عضو دانشگاه علوم پزشکی تهران ایراد شد. ایشان ابتدا به اضافه وزن و چاقی و عوارض آن اشاره کردند و گفتند بر اساس آخرین آمار ارائه شده، ۲۰۶ میلیون کودک و نوجوان ۵ تا ۱۹ ساله تا سال ۲۰۲۵ و ۲۵۴ میلیون تا سال ۲۰۳۰ چاق خواهند بود. یک رژیم غذایی متعادل و خوب با موارد زیر تعریف می شود: مصرف کافی غلات کامل، شیر کم چرب و لبنیات، ماهی، میوه ها و سبزیجات، گایدلاینی که برای کودکان و نوجوانان چاق توصیه شده است این است که:

۱. تلویزیون و سایر اشکال رسانه های صفحه نمایش را از اتاق خواب حذف کنید.
۲. روزانه پنج وعده میوه و سبزی مصرف کنید، اما مصرف آب میوه را محدود کنید.
۳. غذا خوردن را در خارج از منزل به استثنای وعده های غذایی مدرسه محدود کنید.
۴. در اکثر روزهای هفته در وعده های غذایی خانوادگی شرکت کنید.
۵. به جای میان وعده های مکرر، حداقل سه وعده غذایی در روز مصرف کنید.
۶. فقط در هنگام گرسنگی و فقط تا زمانی که سیر شوید با هوشیاری غذا بخورید.
۷. کاهش مصرف بیشتر غذاها و نوشیدنی های پر انرژی و حذف

تن انگاره یا تصور از بدن

در میان دختران

دکتر شیرین احمدنیا

مطالعات نشان می دهند ادراک تصویر بدن دختران به شدت و به طور منفی تحت تاثیر رسانه های اجتماعی قرار می گیرد زیرا آن ها بیشتر از پسران با محتوای مرتبط با بدن درگیر می شوند و روی آن تمرکز می کنند. رویکرد های موجود برای پرداختن به نارضایتی از بدن در رسانه های اجتماعی شامل آموزش سواد رسانه های اجتماعی به منظور کاهش اعتبار پیام های رسانه ای و متعاقب آن درونی سازی ایده آل بدن و رفتار های مقایسه ای ظاهری هم می شود.

تن انگاره یا تصور از بدن یا body image این است که ما چقدر نسبت به بدن خود به صورت ذهنی احساس خوب یا بد داریم و از ظاهر خود چقدر رضایت خاطر داریم. به عبارت دیگر ترکیبی از افکار و احساسات است که بین دامنه مثبت و منفی در نوسان است. این مفهوم یک اصطلاح بین رشته ای بین روانشناسی و جامعه شناسی است.

تصور مثبت از تن انگاره معمولاً با عزت نفس بالاتر، پذیرش خود و رفتارهای سبک زندگی سالم از جمله رویکرد متعادل به غذا و فعالیت بدنی معطوف به رشد مرتبط است و همبستگی مثبت

نشان می دهد. به این ترتیب از دایره ذهن به

حیطه اتخاذ رفتار متناسب تسری پیدا می

کند. ذهنیت رضایت بخش از بدن برای

فرد پیامدهای مثبت به بار می آورد

و موجب توسعه تعامل و روابط اجتماعی

و زمینه ای برای دستیابی فرد به

اهداف اجتماعی اش می شود.

تن انگاره تحت تاثیر تعاملات با

اجتماع پیرامونی، ارزش های غالب

در خانواده و اجتماع به ویژه ارزش

گذاری های رسانه های اجتماعی

است. تصویر بدنی دختران و

زنان محصول تجربیات شخصی،

اجتماعی و فرهنگی است و اغلب به

عنوان تمایل به دستیابی به یک

فرم بدنی ایده آل پدیدار می شود

و تحقیقات نیز همین نکته را تایید

می کند. الگوهای بدنی ایده آل همان

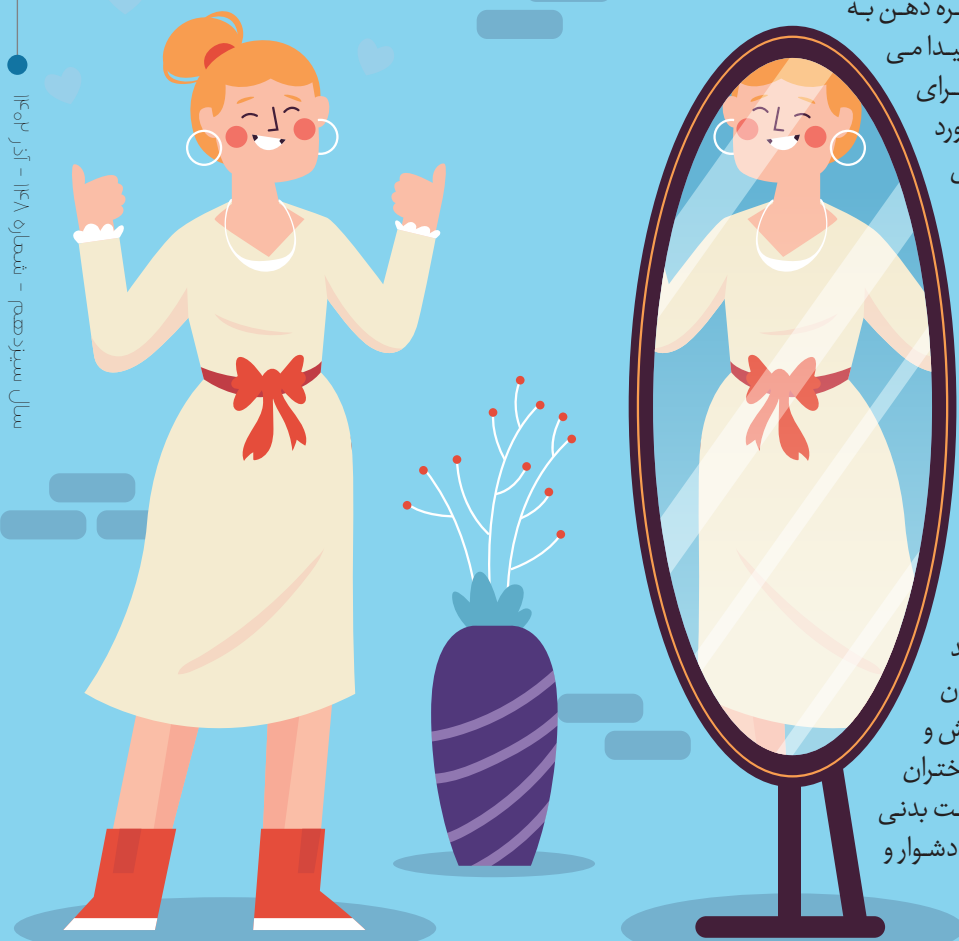
چیزی است که رسانه ها در پردازش و

تولید آن نقش مهمی ایفا می کنند و دختران

و زنان جوان برای نزدیک کردن وضعیت بدنی

خود به آن ها مسیر دور از دسترس، دشوار و

آسیب زننده ای را پیش می گیرند.



تغییر سبک زندگی با ذهن آگاهی

دکتر طیبه رخشانی

می دهد و شامل عقاید، بینش، نگرش و عادات می شود و بخش تحلیلی بین خودآگاه و ناخودآگاه است.

ما برای این که سبک زندگی خود را تغییر دهیم ابتدا باید عادات خود را تغییر دهیم. به عبارت دیگر باید از عادت ها و رفتارهای ناخودآگاهتان آگاه شوید و آنها را اصلاح کنید. باید از

احساسی که تاکنون داشته اید و واکنش

های عاطفی که به شرایط زندگیتان

نشان داده اید، هشیار شوید و

حالت عاطفیتان را تغییر دهید.

برای داشتن رفتار مناسب با

فرزندانتان ابتدا باید خودتان

به این مسائل توجه کنیم و

در کودکی بخش ناخودآگاه

کودکانتان را به بهترین

حالت، شکل دهیم و با تغییر در

بخش خودآگاه، عادات، شخصیت و

سبک زندگی دختران نوجوان خود را بسازیم.

دکتر طیبه رخشانی پزشک متخصص آموزش و ارتقا سلامت دانشیار گروه بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

سخنرانی خود را با موضوع تغییر سبک زندگی با ذهن آگاهی ایراد کردند. ایشان ابتدا تعریف صحیح سلامتی ارائه دادند که

شامل سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می شود

و درمورد بعد چهارم بیشتر تاکید داشتند که شاید

امروزه کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

سپس اشاره کردند که شخصیت شامل سه

جز افکار، احساسات و رفتار می شود و

ما باید ابتدا افکار و احساسات خود

را تقویت کنیم تا به رفتار تبدیل

شود. هم چنین اشاره کردند

ذهن انسان شامل سه بخش

تحلیلی، خودآگاه و ناخودآگاه می

شود که بخش خودآگاه، ۵٪ ذهن را

تشکیل می دهد و شامل تصمیم گیری

و منطق است. بخش ناخودآگاه ۹۵٪ ذهن را تشکیل



فیزیولوژی دوران بلوغ دختران

- تولد به دنبال ART
- نابینایی (دربارن دختران نابینادانش کمتری در مورد سلامت جسمی و روانی داشتند و منبع اطلاعات آنها عمدتاً مادرانشان بوده)
- عفونت-ضربه-رادیوتراپی-هیپوتیروئیدی-تومورها

علائم بلوغ زودرس موارد زیر را در بر می گیرد:

- بروز این علائم قبل از ۸ سالگی و یا نامناسب بودن ترتیب بروز صفات ثانویه جنسی
- پیشرفت و مشاهده صفات ثانویه جنسی
- بروز اکنه، بوی نامطبوع بدن
- ترشحات واژن یا خونریزی
- علائم مرتبط با اختلال سیستم عصبی CNS (مانند سردرد، تغییرات شناختی، اختلال بینایی، کمبود میدان بینایی، تشنج، افزایش دور سر، پلی اوری، پلی دیپسی)
- درد شکم
- علائم/نشانه های کم کاری تیروئید
- درد استخوان (ناشی از دیسپلازی فیبری پلی استوتیک در سندرم مک کان آلبرایت)

هم چنین خاطر نشان کردند بلوغ دیررس زمانی اتفاق می افتد که تا سن ۱۳ سالگی صفات ثانویه جنسی مشاهده نشود، تا سن ۱۵ سالگی با وجود مشاهده صفات ثانویه جنسی قاعدگی رخ نداده باشد، ناهماهنگی زمانی در بروز صفات ثانویه بلوغ و مطالب مهمی را در رابطه خشونت علیه نوجوانان نیز ذکر کردند که شامل موارد زیر می شود: اختلال در عملکرد آموزشی، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی، عوارض استرس پس از حادثه، کاهش ضریب هوشی، افت یادگیری، بروز رفتارهای پرخطرانه، ناسازگاری روانی-کودکان دشوار، افزایش تحریک پذیری، بروز بزهکاری، کاهش عزت نفس، سو مصرف مواد، شرکت در بازی های خطرناک، خودکشی و آسیب به خود، مشاهده علائم ضرب و یا جرح، خونریزی، سوختگی، عدم تمرکز، گوشه گیری، شب اداری، سندرم روده تحریک پذیر، بروز تبخال، اختلالات بینایی ناگهانی، عدم هماهنگی بینایی و حرکتی، افسردگی مادر منجر به اختلالات در توانایی کلامی و دیداری کودک می شود.

دکتر بهبهانی ابتدا علائم بلوغ را به صورت زیر ذکر کردند: در همه نوجوانان پوست و مو چرب می شود، آکنه که جوش نیز شناخته می شود در صورت و بدن ایجاد می شود، تعریق بیشتر و بوی بدن (زمانی که عرق بوی بدی می دهد)، رشد موهای زیر بغل، رشد مو در اطراف اندام تناسلی (موی ناحیه تناسلی)، رشد بیشتر مو در بازوها و پاها، درد در بازوها و پاها به دلیل رشد، افزایش وزن و قد، تغییرات خلق و خو-افزایش هیجانات. در دختران: سینه ها رشد می کنند و بزرگتر می شوند، نوک سینه ها ممکن است تیره تر شوند، باسن پهن تر می شود و بدن ممکن است منحنی تر شود، شروع قاعدگی که به آن پریود نیز می گویند، ممکن است مقدار کمی مایع چسبناک و سفید رنگ از واژن خارج شود. اختلالات قاعدگی که باید به آن توجه شود: تغییر ناگهانی نظم تغییر در حجم خونریزی، بیش از ۹۰ روز قاعدگی رخ ندهد، همراه با بروز تب و یا لرز باشد، کنترل درد با مسکنهای معمول میسر نشده و نیاز به مراجعه به بیمارستان باشد (احتمال وجود اندومتریوز). سندروم قبل از قاعدگی با مواردی مانند احساس خستگی، تهوع و استفراغ، یبوست و یا اسهال، تغییر خلق و خو، تغییر در اشتها، درد در پستان ها، سر درد، احساس ناراحتی، اضطراب یا تحریک پذیری، خستگی یا مشکل در خواب، نفخ یا درد شکم، پوست لکه دار، موی چرب، تغییر در اشتها و تغییر در میل جنسی.

هم چنین دکتر بهبهانی بلوغ زودرس را این گونه تعریف کردند: شروع مراحل تکامل بلوغ قبل از ۷ سالگی

در دخترها چندین برابر پسرها شایعتر است که علل ژنتیک و علل محیطی دارد که علل محیطی شامل موارد زیر می شود:

- رفتارهای تغذیه ای، خانواده پر استرس، دوران کودکی مشکل دار
- وزن کم زمان تولد
- تماس با مواد مضر محیطی (ددت، پلی کلربایفنیل موجود در رنگها و آفت کشها)
- سابقه قرار گرفتن در معرض استروژن های خارجی، روغن اسطوخودوس یا روغن درخت چای (تلارک زودرس)
- اختلالات خواب (خواب کمتر-دیر خوابیدن در شب) رابطه علیتی نامشخص
- مشاهده تصاویر و فیلمهای نامناسب (در سنین پایین تر و یا در سنین بالاتر ولی بصورت مکرر-در خانواده های با رفتارهای کنترل روانی شدید والدین بخصوص بر دختران بیشتر مشاهده شده است- نقش همسالان می تواند بسیار موثر باشد)