یادداشت

مغز کودکان و ریاضیات

سارا گودرزی
ترجمه : زهرا عباسپور تمیجانی

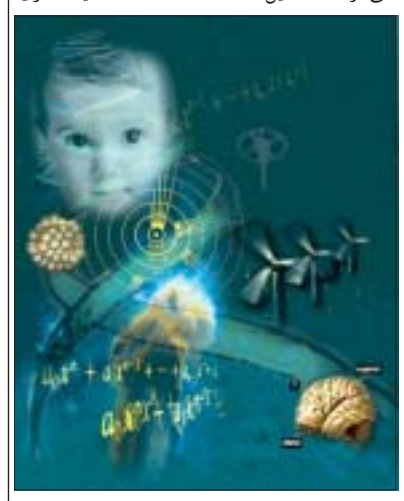
دفعه دیگر اگر کسی از سخت بودن ریاضیات شکایت کرد، طرفداران ریاضیات می توانند با گفتن این جمله که : «حتی یک بچه شش ماهه هم می تواند این کار را انجام دهد» از خودشان دفاع کنند.

دانشمندان از طریق مانیتور کردن مغز شیرخواران اثبات کرده اند شیرخوارانی که فقط شش ماه سن دارند می توانند اشتباهات ریاضی را تشخیص دهند. این کشف به یک مشاجره ده ساله در این زمینه پایان می دهد. گروهی از دانشمندان آمریکایی و اسرائیلی، ۲۴ شیرخوار را درمعرض یک نمایش عروسکی ویدئویی قرار دادند. آنها از عروسک ها برای انجام عمل جمع و تفریق استفاده کرده و واکنش عروسک ها را مشاهده کردند.

برای مثال آنها این نمایش را با دو عروسک آغاز کردند. قبل از پایان نمایش یک عروسک خارج شده و سپس چشم های شیرخوار توسط یک پرده پوشانیده شد. زمانی که پرده به کنار رفت دو حالت اتفاق افتاد؛ در حالت اول مطابق انتظار یک عروسک و در حالت دوم برخلاف منطق ریاضی، دو عروسک باقی ماند. شیرخواران زمانی که تعداد عروسک ها دو تا بوده و با جواب ۱=۱-۲ مغایرت داشت، برای مدت زمان بیشتری به پرده خیره می شدند(۸/۰۴).

به طور میانگین زمانی که بر روی پرده تعداد صحیح عروسک ها نمایش داده می شد، شیرخواران برای ۶/۹۴ ثانیه بدان خیره می ماندند.

در طول آزمایش بر روی سر کودکان توری حاوی ۱۲۸ گیرنده گذاشته شده بود که فعالیت مغز را مانیتور می کردند. تحلیل داده ها نشان داد که فعالیت مغزی



کودکان در زمان مواجهه با پاسخ های درست و نادرست ریاضی، مشابه بزرگسالان است.

به گفته مایکل پوسنر، استاد روانشناسی دانشگاه ارگون، این امر نشان می دهد که آناتومی مغز بزرگسالان و کودکان مشابه یکدیگر است. این یافته که در شماره پانزدهم گزارشات آکادمی ملی علوم به چاپ رسیده است، با این عقیده که مغز از شیرخوارگی تا بلوغ دستخوش تغییرات اساسی می گردد، منافات دارد. وی می گوید نتیجه گیری مهمتر برای ما این است که نظام مدیریتی می بایست در دوران کودکی ریشه داشته باشد. پژوهش های قبلی نشان داده بودند این سیستم که با تصمیم گیری و انجام وظیفه ارتباط دارد تا سن ۲/۵ سالگی کامل نمی شود.

سایر پژوهش ها نشان داده اند که مهارت های ریاضی بسیار زود ایجاد می شوند. در یک مطالعه نشان داده شده است که توانایی تشخیص و جفت و جور کردن اعداد در کودکان وجود دارد. آنها زمانی که دو صدا را شنیدند، به تصویر دو چهره خیره شدند و زمانی که سه صدا را شنیدند به تصویر سه چهره نگاه کردند. مطالعه ای دیگر نشان داده است که یک کودک پنج ساله می تواند عملیات نسبتاً پیچیده ریاضی را انجام داده و برای مثال محاسبه کند که آیا جمع دو عدد، بزرگتر یا کوچکتر از عدد سوم است یا خیر.

LiveScience News.4 Aug.2006

خبر

بحران محیط زیست در لبنان

بی بی سی : برنامه محیط زیست سازمان ملل متحد (Unep) «نگرانی عمیق» خود را نسبت به آلودگی نفتی در آب های ساحلی لبنان ابراز داشته است. بر اثر بمباران نیروگاه برق جیه توسط اسرائیل، لایه ای نفتی ۸۰ کیلومتر از ساحل لبنان را فراگرفته است. گروه های محیط زیستی محلی این آلودگی را به عنوان یک «فاجعه زیست محیطی» توصیف کرده اند. آنچه تاکنون به دریا ریخته به همان اندازه آلودگی نفتی سال ۱۹۹۸ شرکت اکسون (Exxon) در آلاسکاست که خسارات گسترده بومی به همراه داشت. سازمان ملل و دیگر سازمان های حفظ محیط زیست به دولت لبنان کمک می کنند تا با آلودگی ناشی از نشت هزاران تن نفت مقابله کند. مدیر اجرایی برنامه محیط زیست سازمان ملل می گوید: «دولت لبنان خواستار کمک بین المللی شده و ما آماده ایم هرچه در توان داریم انجام دهیم.» تعدادی از کشورهای مدیترانه با در اختیار گذاردن تجهیزات و کارکنان فنی به لبنان کمک کرده اند. اما بنا به گفته وزارت محیط زیست لبنان، «تنها میزان کمی از تجهیزات مورد نیاز در دسترس است.» حادثه در پی حملات اسرائیل در روزهای ۱۳ و ۱۵ ژوئیه به تاسیسات نیروگاه برق جیه در ۳۰ کیلومتری جنوب بیروت به وقوع پیوست. گزارش های اولیه حاکی است ۱۰ هزار تن سوخت نفت سنگین از تانکرهای آسیب دیده نشت کرده اما رقم احتمالی می تواند به ۳۵ هزار تن بالغ شود. در مقایسه، نشت نفت خام در حادثه اکسون، کلاً کمتر از ۴۰ هزار تن بود.

گفت وگو با دکتر مهدیه معین، روانپزشک

شکل گیری اعتماد بنیادین در سال اول زندگی

معصومه کیهانی

عکس: مهدی حسنی، شرق

واقعیت این است که بسیاری از ما، دوران کودکی و نوزادی مناسبی را طی نکرده ایم. چرا که همواره به طور سنتی این ذهنیت وجود داشته که «بچه ها نمی فهمند». در حالی که امروزه علم روانپزشکی بر این باور است رشد روانی نوزاد از لحظه ای که ضربه تولد را تجربه می کند، آغاز می شود. زیرا در این زمان، دیگر او از بند ناف مادر جدا شده و علاوه بر تنفس و تغذیه، به فضای امن نیاز دارد. در سال اول زندگی کودک در واقع، «اعتماد بنیادین» که زمینه ساز اصلی اعتماد به نفس در دوران حساس بعدی زندگی اوست، شکل می گیرد. با خانم دکتر معین روانپزشک، پیرامون روند شکل گیری این مقوله مهم گفت وگویی کرده ایم که از نظرتان می گذرد. دکتر مهدیه معین استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران در بخش روان درمانی پویا و مطالعات انسانی و رئیس مرکز مشاوره و راهنمایی دانشجویان در این دانشگاه است.

■من نخستین سئوالم را اینگونه مطرح می کنم که اساساً رشد روانی کودک از چه زمانی آغاز می شود؟

رشد روانشناختی کودکان براساس دیدگاه نظریه پردازان رابطه با ابژه، از بدو تولد آغاز می شود و آنها برخلاف نظریه روانکاوی کلاسیک که انسان را موجودی در جست وجوی لذت (Pleasure Seeking) می دانست، انسان را موجودی در جست وجوی رابطه (Object Seeking or Relation Seeking) می دانند و فکر می کنند تمام ساختار شخصیتی کودک براساس رابطه با مادر استوار می شود. (مادر به عنوان اصلی ترین فردی که نوزاد قرار است با او ارتباط برقرار کرده و از طریق او با دنیای خارج از خودش رابطه ایجاد کند.) ممکن است این مادر، مادر بیولوژیک او نباشد و کسی باشد که نقش مادر را ایفا می کند. نوزاد در هنگام تولد از درون رحم، یعنی از یک فضای خیلی امن و راحت و بدون استرس که تمام نیازهای بیولوژیکش به راحتی و بدون درخواست، توسط بند ناف از طریق مادر تامین می شده به بیرون پرتاب می شود و در واقع، ضربه تولد را تجربه می کند (Birth Trauma – Rank) و حالا پس از این ضربه نیاز به فضای امنی دارد برای اینکه بتواند زنده بماند و رشد کند. بنابراین: ۱ – به عنوان یک موجود بیولوژیک، برآورده شدن نیازهای فیزیولوژیک برای او اصل است مثل مسائل ابتدایی تولد، تنفس، تغذیه و اینکه از درد دور نگه داشته شود و بقیه موارد.

۲ – به نظر می رسد که در کنار اهمیت این نیازهای فیزیولوژیک، بسیار مهم است که این نیازها توسط چه منبعی و چگونه ارائه می شود.

کردارشناسان در این زمینه، آزمایش های جالبی انجام داده اند. برای مثال، آنها رفتار بچه میمون هایی را که در فضای آزمایشگاهی تغذیه شان را از طریق یک جسم سفت و سخت دریافت می کردند با رفتار بچه میمون هایی که همین تغذیه را از طریق موجود پشمالو و گرم به دست می آوردند، با رفتار موردی که بچه میمون ها از طریق تماس با مادر بیولوژیک شان تغذیه می شوند مورد مقایسه قرار دادند.

نتیجه این آزمایش ها، تفاوت های جدی را در رفتار اجتماعی بعدی این بچه میمون ها نشان داد. از این رو، این نتایج بیانگر آن است که تنها تامین نیازهای فیزیولوژیکی برای بقا مهم نیست و پدیده های دیگری مثل تماس راحت (Confact Comfort) که ربطی به مرگ و زندگی موجود پیدا نمی کند نیز اهمیت جدی در رشد روانشناختی این موجودات دارد. در بررسی های انسانی، نظریه پردازان «Object Relation» نیز این موضوع را مورد توجه بسیار قرار دادند و بر این نکته تاکید کردند که آنچه اهمیت دارد آن فردی است که نیازهای فیزیولوژیک نوزاد و سپس فضای امن را برای کودک تامین می کند. یعنی اگر قرار بود نوزاد را فقط در جست وجوی بقا بدانیم، مهم نبود که نیازهایش را چه کسی تامین می کند. اما این تامین کننده نیازها، نقش مهم دیگری هم دارد و آن، حلقه اتصال و ارتباط نوزاد با جهان خارج است. از طریق او (مادر) و رابطه با اوست که نوزاد به سوی جهان خارج هم می تواند برود و برای اینکه بتواند به این اعتماد دست پیدا کند، یک سال اول تولدش اهمیت حیاتی دارد. نوزاد علاوه بر تامین نیازهایش، آغوش گرم و نوازش کلامی و فیزیکی می خواهد. این آغوش و نوازش مداوم در کنار همه کارهای ریز و درشتی که نوزاد برای مراقبت کننده اش به وجود می آورد از کسی برنمی آید مگر اینکه مادر باشد! آن هم مادری پخته، مهربان و مسئولیت پذیر.

■آیا در موارد خاص افراد دیگری می توانند با تامین نیازهای فیزیولوژیک کودک، جای مادر را در واقع پر کنند؟

بله، تاکید من بر تامین نیازهای فیزیولوژیک کودک با توجه خاص انسانی است. یعنی مادرانه بودن این سرویس ها مهم است. حالا ممکن است این نیازها توسط مادر بیولوژیک نوزاد برآورده نشود یک پرستار، مادربزرگ یا پدربزرگ این کار را انجام دهند. به هر حال اینها صدمه زننده نیست. مهم این است که نوزاد از این طریق با دنیا ارتباط برقرار می کند. در ماه اول، گفته می شود که کودکان در یک وضعیت «خوداندر» و «اوتیستیک» هستند؛ با نگاه تقریباً مات. به طور مستقیم نگاه نمی کنند و مستقیماً لبخندی از آنها دیده نمی شود. اما در یک ماه و نیم بعد از تولد، کم کم اولین لبخندهایش را مادر می بیند و این اولین لبخند، در واقع به مفهوم اولین جوانه ارتباط از سوی کودک محسوب می شود. بنابراین به نظر می رسد بسیار زودتر از زمانی که در کتاب ها، در مورد زمان بروز دلبستگی صحبت شده، این رابطه عاطفی پیش می آید و علایمی مثل «اضطراب جدایی» و «اضطراب غریبه» که موبوط به شش تا ده ماهگی کودک است دیده می شود. یعنی بچه کم کم نسبت به غریبه ها و دوری از مادر واکنش منفی نشان می دهد. چون به محض اینکه مادر از اتاق خارج می شود، بچه گریه می کند. کودک با اولین لبخند به مادر که معمولاً به چهره غریبه نمی زند، ارتباطش را با او آغاز می کند. در ماه دوم، بچه با دنیای خارج ارتباط واضح تری پیدا می کند و بسیار مهم است که از امنیت کافی، تامین نیازهای فیزیولوژیکی به موقع، نوازش، تماس پوستی و تماس چشمی برخوردار باشد.

■فکر می کنید تاکید بر اهمیت شیر مادر در این ارتباط است؟

بله، شیر مادر جدا از جنبه های ورود آنتی بادی به بدن بچه و افزایش مقاومت او، بیشتر جنبه های عاطفی دارد. تماس بسیار بالای بدنی و پوستی بچه وقتی در آغوش مادر قرار می گیرد مسئله مهمی است. در حالی که اگر کودک توسط شیشه تغذیه شود، این تماس پوستی و آغوش گرم و بنابراین، انتقال عواطف معمولاً حذف می شود. پزشکان تاکید می کنند که اگر قرار است بچه ها را به صورت مصنوعی و با شیر خشک تغذیه کنید، او را در آغوش بگیرید که این تماس پوستی برقرار شود. رعایت این نکته به ساخته شدن چیزی که اریکسون به آن می گوید basic Trust «اعتماد بنیادین» کمک می کند. اعتماد بنیادین، اصلی ترین مسئله رشد روانی کودک در سال اول است.

■آیا این مسئله، به نوعی همان بحث اعتماد به نفس است؟

بله، به این معنی که برای اینکه افراد بتوانند بعدها اعتماد به نفس خوبی داشته باشند، ضروری است که اعتماد بنیادین را تجربه کرده باشند. کودک باید دنیای خارج را دنیای امنی برای ارتباط برقرار کردن بداند. برای به دست آمدن این هدف، باید رابطه با مادر، یک رابطه مستمر و پایدار باشد. یکی از مواردی که در سال اول، به شدت آسیب زا است، غیبت مادر است. علت جدایی کودک از مادر، تفاوتی در این آسیب زایی به وجود نمی آورد. اهمیتی ندارد که مادر به علت یک بیماری سخت، دو تا سه ماه بستری بوده و از نوزادش جدا شده یا اینکه افسرده بوده و یا مشکل شخصیتی داشته و به فرزندش سرویس های لازم را نمی داده است.

■در این صورت، نظرتان در مورد مهدکودک چیست؟

لازم است در این مورد توضیحی بدهم. زمانی که بالبی ۱۹۶۹-(John Barlby) یکسری تحقیقات را در زمینه «دلبستگی» انجام داد و نتایج آن را منتشر کرد، به شدت باعث وحشت مادران شاغل شد. به این ترتیب، این موضوع مطرح شد که اصلاً نباید در ۴-۲ سال اول و به ویژه پس از شش ماهگی از بچه دور شد و همواره باید مادر در کنار کودک باشد و در غیر این صورت، امکان صدمه روانی به کودک بالا است. ولی در ارزیابی مجدد موضوع در ۱۹۷۲ مایکل راتر توضیح داد که بچه می تواند همزمان به چند منبع تکیه داشته باشد و مهم این است که تمام این منابع رسیدگی خوبی داشته باشند. بنابراین گذاشتن بچه در مهدکودک که در آنجا به او رسیدگی مناسب شده؛ آنها رابطه خوبی با کودک ایجاد کرده و کودک هم به آن محیط خو گرفته و راحت است، صدمه ای به او نمی زند و مشکلی هم برای بچه به وجود نمی آورد. اما اگر قرار باشد بچه را زمانی که «اضطراب غریبه» و «اضطراب جدایی» کاملاً شکل گرفته از مادر جدا کنیم، این جدایی مشکل زا است. در این شرایط، باید به او زمان بدهیم تا با چهره های جدید خو بگیرد و احساس امنیت پیدا کند. معمولاً توصیه می کنیم مادر دو تا سه هفته در مهدکودک حضور داشته باشد تا بچه کاملاً به آن محیط و با افرادی که در آنجا قرار است به او سرویس بدهند خو بگیرد. به این ترتیب، کودک آن اضطراب روزهای اول را تجربه نمی کند.

■فکر می کنم صحبت های شما را می توان اینگونه جمع بندی کرد که بچه نیاز به مهر و محبت، حمایت و مراقبت دارد. طبیعی است این نیاز توسط مادر بهتر تامین می شود. اما در صورت ضرورت جدایی مادر از کودک، باید مادر یا جانشین او، حالا مادربزرگ، پدربزرگ یا فرد دیگری که به هر دلیل جانشین مادر بیولوژیک او می شود برای جلوگیری از جدایی ناگهانی، یک دوره مناسبی را که شما شرح دادید برای جایگزینی طی کنند.

بله، برای این جدایی باید به شرایط روانی کودک به ویژه در سنین شش ماه تا دو سال توجه شود. چون این احتمال وجود دارد که بچه دیگر جرات نکند روی کسی سرمایه گذاری کند زیرا درواقع وقتی رابطه عاطفی شکل می گیرد، معنایش سرمایه گذاری بخشی از انرژی روانی کودک بر مادر است و اگر این سرمایه بسوزد یا بر اثر جدایی به هدر برود، در آن صورت، ممکن است کودک در سرمایه گذاری های بعدی دچار مشکل جدی شود. در حالتی که مادر افسرده و صدمه زننده یا تنبیه کننده هم باشد، این مسئله بر الگوی روابط بعدی او اثر می گذارد چون کودک احساس می کند روی کسی سرمایه گذاری کرده که صدمه زننده بوده است.

طول و عرض و عمق در آموزش پزشکی

دکتر بابک زمانی

اگر ادامه تحصیلات از پزشکی عمومی به تخصص و فوق تخصص را «طول» آموزش پزشکی و وسعت معلومات در هر مقطع را «عرض» آموزش پزشکی و توانایی در به کارگیری اطلاعات را «عمق» آموزش پزشکی تعریف کنیم باید به جرات اذعان کرد که آموزش پزشکی در کشور ما عمدتاً از بعد طولی آن گسترش پیدا کرده است و این یادداشت در پی اثبات این مدعا است!

ابتدا در مورد پزشکی عمومی باید گفت در این مقطع اساساً هیچ عمقی وجود ندارد. عمدتاً با این دلیل که پزشکی عمومی حداقل در شهرهای بزرگ در ردیف مشاغل رو به زوال محسوب می شود. در شهرهای بزرگ امکان کار مستقل به عنوان پزشک عمومی یا وجود ندارد یا بسیار دشوار است. مراجعات همه به سوی متخصصین معطوف شده و در صورت مراجعه کافی هم با تعرفه های موجود درآمد حاصله از یک کار ساده پزشکی تکافوی هزینه های جاری را نمی کند. در واقع پزشکی عمومی به عنوان ایستگاهی برای رفتن به تخصص به شمار می آید نه جایگاهی برای ماندن و کار کردن! برای آنها که می خواهند به دوره تخصص راه یابند اطلاعات پزشکی شان عرض قابل توجهی پیدا می کند و اطلاعات مختلفی در کلیه زمینه ها به دست می آورند اما از آنجا که این اطلاعات صرفاً به جهت امتحان فراهم آمده اند نه برای کار از کمترین عمقی نیز برخوردار نیستند و در اولین فرصت به بادی که در همان سطوح می وزد سپرده می شوند. آنان به دوره تخصص راه نمی یابند یا اساساً از کار پزشکی خارج می شوند و بخشی نیز که به مشاغل جنبی پزشکی مثل کارهای اداری و فروش دارو و . . . رو می آورند. اما گروهی که به ناچار و عمدتاً در شهرستان ها به کار پزشکی عمومی مشغول می شوند به جرات می توان گفت که به چند و چون این حرفه آشنایی چندانی ندارند! چرا که اساساً در بیمارستان های آموزشی ما پزشکی عمومی به عنوان یک حرفه نه وجود دارد و نه تدریس می شود. در بیمارستان های آموزشی ما سال ها است دیگر درمانگاه «عمومی» وجود ندارد. اورژانس برای طبقه بندی در بسیاری از موارد وجود دارد اما درمانگاهی که در آن یک پزشک عمومی باتجربه آموزش دیده و عضو هیات علمی نحوه برخورد با بیماران مراجعه کننده به یک درمانگاه عمومی را آموزش بدهد وجود خارجی ندارد. از این رو است که گاه رد داروها و درمان های چهل سال پیش را در نسخه پزشکانی می بینی که شماره نظام پزشکی آنها مربوط به همین سال های اخیر است. آنها آموزش طب عمومی را نه در دوره طب عمومی بلکه بعد از شروع کار و از طریق نسخه های همکاران قدیمی دریافت می کنند! تلاش های اخیر وزارت بهداشت در جهت تقویت سیستم ارجاع به خودی خود تلاش ارزشمندی در جهت تعمیق کار و آموزش پزشکی است اما تنها در صورتی بیشترین موفقیت را خواهد داشت که بتواند کلیه مراکز درمانی و آموزشی خصوصی و دولتی در همه سطوح را دربر بگیرد.

علاوه بر این در هیچ بیمارستان خصوصی سیستم ارجاع درستی اعمال نمی شود و هیچ پزشک عمومی ای سهامدار نیست. (نبود سیستم ارجاع در بیمارستان های خصوصی نکته ای است که از نظرها مغفول مانده و عواقب زیادی دارد اما نیازمند بحث جداگانه ای است.) در بیمارستان های آموزشی کم کم حتی متخصص داخلی بدون فوق تخصص هم یافت نمی شود. در نتیجه دانشجویان پزشکی عمومی دوره هایی را در «بخش»های فوق تخصصی می گذرانند، اطلاعاتی درباره جزئیات این بیماری ها می خوانند، نحوه انجام بسیاری از کارهای فوق تخصصی را مشاهده می کنند و امتحان می دهند اما نمی دانند با بیماری که مثلاً سرما خورده است یا کسی که اسهال گرفته چگونه باید برخورد کرد؟ چگونه باید حرف زد، پرونده ساخت و چه دارویی داد. نمی دانند کی و چگونه باید بیمار را ارجاع کرد. تضعیف پزشکی عمومی در واقع زوال عمق در دانش و آموزش پزشکی است.

وقتی که پزشک عمومی نباشد بسیاری از کارهای متخصصین در حد عمومی خواهد ماند و سطح علمی متخصصین ارتقا نخواهد یافت. می توان متخصص بود اما کاری در حد عمومی انجام داد. به علاوه شعار قدیمی تقدم بهداشت بر درمان به نوعی به معنای تقویت طب عمومی در برابر طب تخصصی است نه بر عکس. اگر پزشکان عمومی قوی وجود داشته باشند نه تنها سطح کار متخصصین ارتقا می یابد و زمان زیادتری برای آموزش و تحقیق خواهند یافت و نه تنها آموزش و تحقیقات پزشکی در عمق پزشکی عمومی برای پیشبرد بیشتر آن ادامه خواهد یافت بلکه تناقض طب عمومی در تکثر مطلب و وحدت انسان نیز راهی به سوی حل شدن خواهد یافت. با پیشرفت های نوین طب در زمینه های تخصصی برای متخصصین مجالی در برخورد با بیمار به عنوان یک کلیت و در زمینه هایی غیر از تخصص آنها بر جا نگذاشته است. تمام دانش طب دیگر در یک زندگی واحد نمی گنجد اما انسان هنوز یک زندگی واحد است. این تکاثر و این تناقض هیچ شیرازه ای به جز طب عمومی نمی تواند بیابد. این گسترش طولی سرطانی محدود به پزشکی عمومی نمی ماند. متخصصین داخلی جنرال و جراحی عمومی و طب اطفال نیز بدون مکث و تامل در این ایستگاه ها بلافاصله به فوق تخصص های مختلف تجزیه می شوند و اینگونه به نظر می رسد که گویا قرار است کلیه مبتلایان به دیابت به فوق تخصص غدد و کلیه مبتلایان به زخم معده به فوق تخصص گوارش مراجعه کنند و بدین ترتیب نه تنها از عمق بلکه حتی از عرض دانش متخصصین نیز رفته رفته کاسته می شود و در فوق تخصص هم در بسیاری از موارد به رغم عمق قابل توجه ولی باز برای بسیاری از پزشکان از جنبه های تحقیقاتی قانع کننده نیست. از آنجا که در رشته های تخصصی عمق و مهارت کاربردی متناسبی وجود ندارد امتحانات نیز در تخصص های مختلف به درجات مختلف در عرضی بسیار وسیع با عمقی کم صورت می گیرد و در نتیجه خود این امتحانات بخش های آموزشی را به سوی «عرض» بیشتر سوق می دهد و عرض بیشتر یعنی توجه به جزئیات کتاب های رفرانس جداول و درصدها یعنی ساعت های طولانی در کتابخانه ماندن یعنی از بر کردن مطالب و در یک کلام دوری از مهارت بالینی پزشکی و کاستن روزافزون از عمق. چرا که در آخرین تحلیل موضوع طب انجام عملی برای کمک به بیمار است نه دسترسی به یک سری حقایق محض! فارغ التحصیلان چنین بخش هایی- یعنی من و دیگران- باز هم چنان سئوالاتی طرح می کنند و این یعنی دور باطلی که در اقیانوسی به عمق چند سانتی متر جریان پیدا می کند. آموزش برای تدریس و تدریس برای آموزش؛ این است قانون بخش های آموزشی.

خبرها

شیوع فلج اطفال در افغانستان

شرق : مقامات بهداشتی افغانستان می گویند تعداد موارد فلج اطفال امسال در این کشور نسبت به سال گذشته چهار برابر شده است. به گزارش آسوشیتدپرس تقریباً همه موارد فلج اطفال در ایالت های جنوبی افغانستان رخ داده و امسال را به بدترین سال از لحاظ مبارزه با فلج اطفال در این کشور بدل کرده است. دکتر شکرالله وحیدی رئیس برنامه مبارزه با فلج اطفال در وزارت بهداشت افغانستان می گوید امسال ۲۴ مورد فلج اطفال در افغانستان بروز کرده است، در حالی که در سال ۲۰۰۵ این میزان تنها ۹ مورد بود. همه این ۲۴ مورد به جز یکی در جنوب کشور بوده اند. وحیدی اوج گیری موارد فلج اطفال را به افزایش خشونت ها، مسافرت های بدون نظارت از مرز پاکستان که فلج اطفال در آنجا هم شایع است، مشکل در استقرار سرویس های محلی بهداشتی و فقدان ارتباط با رهبران محلی نسبت داد. خشونت های شدید بهار امسال در جنوب افغانستان تا به حال بیش از ۹۰۰ کشته بر جای گذاشته است. دکتر جلال شارما یک مقام یونیسف مسئول برنامه فلج اطفال گفت که افزایش تعداد موارد فلج اطفال امسال در افغانستان ناشی از عدم واکسیناسیون گروهی از کودکان در اواخر سال ۲۰۰۵ و سال ۲۰۰۶ است. ویروس فلج اطفال به دستگاه عصبی تهاجم می کند، در عرض چند ساعت باعث فلج می شود و حتی می تواند باعث مرگ بیمار شود. سال گذشته ۱۸۸۰ نفر در سراسر جهان به فلج اطفال مبتلا شدند که نسبت به ۳۵۰ هزار مورد سال ۱۹۸۸ کاهش شدیدی را نشان می دهد. سازمان بهداشت جهانی (WHO) از این سال مبارزه ای جهانی را برای ریشه کنی فلج اطفال آغاز کرده بود.

نتایج امیدوارکننده اولین داروی پیشگیری از ایدز

شرق : نتایج یک آزمایش بالینی در آفریقا نشان می دهد که داروی وایرید (تنوفوویر) که به صورت قرص روزانه مصرف می شود، می تواند یک داروی موثر و بی خطر پیشگیری از ایدز باشد. به گزارش مدیکال نیوز تودی گرچه شمار افرادی که در هر دو گروهی که دارونما و قرص Viread را دریافت کردند آنقدر کم بود که نتیجه گیری قطعی را ناممکن می کرد، اما پژوهشگران می گویند همین نتایج هم بسیار امیدوارکننده است. اگر کارآزمایی های بالینی بعدی موثر

بودن Viread را ثابت کنند این دارو می تواند به ابزاری قدرتمند بر ضد گسترش جهانی ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV) و سندروم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) بدل شود. در حال حاضر مبارزه برای پیشگیری از شیوع AIDS/ HIV از جبهه های مختلف دنبال می شود. ترویج ابزارهای محافظتی، اجتناب از بی بند و باری جنسی، استفاده از ژل های ویروس کش برای زنان و در دسترس قرار دادن داروهای ضدایدز برای بیماران. اغلب کارشناسان بهداشتی توافق دارند که واکسن مهمترین ابزار برای جلوگیری از شیوع ایدز است اما چنین واکسنی تا به حال ساخته نشده است. در این اثنا هر سال پنج میلیون نفر به HIV آلوده می شوند. Viread در حال حاضر برای درمان بیماران مبتلا به ایدز استفاده می شود. بررسی های حیوانی نشان داده اند که این دارو می تواند نقشی در پیشگیری از عفونت هم داشته باشد و از آلوده شدن بدن به ویروس از همان ابتدا جلوگیری کند.

دوقلوهای آمریکایی پس از جدا شدن تنفس عادی دارند

شرق : دخترهای چهارساله دوقلوی به هم چسبیده که طی عمل ۲۶ ساعته از هم جدا شدند، اکنون بدون کمک دستگاه تنفس مصنوعی نفس می کشند. به گزارش آسوشیتدپرس سخنگوی مرکز پزشکی کودکان ابتدایی اعلام کرد که کندر و مالیا هرین چهارساله ساعت ۳/۴۵ بعدازظهر شنبه از دستگاه تنفس مصنوعی جدا شدند. او این تحول را پیشرفتی فوق العاده خواند. به گفته او پزشکان تا به حال هیچ علامتی از عفونت پس از عمل را مشاهده نکرده اند. این جفت دوقلو که در هنگام تولد از شکم به هم چسبیده بودند همچنان دوره بحرانی پس از عمل را طی می کنند ولی وضعیت پایداری دارند. این دو خواهر طی یک عمل جراحی ۲۶ ساعته که سه شنبه هفته گذشته خاتمه یافت از هم جدا شدند. این دخترهای موطلایی و چشم آبی اهل سالت لیک سیتی در ایالت یوتان آمریکا کبد، کلیه، مثانه و لگن مشترک داشتند. آنها تنها دو پا داشتند که هر کدام شان را یکی از آنها کنترل می کرد. یک گروه متشکل از شش جراح و تعداد زیادی افراد پشتیبان شکم، کبد، مثانه و کلیه دو دختر را از هم جدا کردند و برای هر دختر یک پا به جای گذاشتند. کلیه به کندرا رسید و مالیا بر روی دیالیز قرار داده شده است، تا در ماه های آینده از مادرش کلیه پیوندی دریافت کند.