کتاب بصری مواد تشکیل دهنده غذا

Medscape: دو دانشمند با تلاش‌های فراوان خود موفق شده‌اند تا یک کتاب با محوریت مواد تشکیل دهنده میان وعده‌های غذایی را ایجاد کنند. در این کتاب، مواد تشکیل دهنده هر میان وعده به صورت بصری به مخاطبان ارائه شده است. خوردن یک بسته چیپس ممکن است به عنوان میان‌وعده بسیار دلچسبی در نظر گرفته شود اما بهتر است قبل از مصرف این گونه میان وعده‌ها، از ترکیبات آنها مطلع شد. شما باید آگاه باشید که در کنار لذت بردن از طعم این دسته از میان وعده‌ها، مواد افزودنی و رنگ‌های صنعتی بسیاری به بدن خود وارد می کنید. این کتاب در واقع اکتشاف تصویری ۷۵ ماده افزودنی و ۲۵ فراورده غذایی است. هدف از ایجاد این کتاب، ایجاد آگاه‌سازی درباره میزان سلامت غذایی در مواد مصرفی توسط انسان‌ها بوده و به همین دلیل نیز پیش‌بینی می‌شود این کتاب بتواند حکم یک ابزار آگاه‌سازی مناسب را جهت کاهش مصرف مواد غذایی مضر ایفا کند.■

گرایش بالا به مصرف دخانیات، پس از ترک اعتیاد

Medscape: دانشمندان دریافته‌اند که در سراسر جهان، افرادی که به مواد مخدر معتاد بوده و آن را ترک کرده‌اند، تمایل بسیاری به مصرف دخانیات خواهند داشت و ضریب گرایش به دخانیات در آنها بسیار بالا خواهد بود. به عبارت دیگر، افرادی که دوره‌های ترک اعتیاد را پشت سر نهاده‌اند، به نسبت افرادی که عاری از این مشکل (اعتیاد) بوده‌اند، تمایل بیشتری به مصرف توتون و تنباکو نشان می دهند.

در این تحقیقات که تعداد ۲۰ کشور جهان به عنوان جامعه آماری آن در نظر گرفته شده بود، مشخص شد افرادی که دوره‌های ترک اعتیاد را پشت سر گذاشته‌اند، به نسبت افراد دیگر، به میزان ۶۶ درصد بیشتر به سوی مصرف دخانیات گرایش خواهند داشت. در این تحقیق از نتایج ۵۴ پژوهش عمده دیگر در کشورهای مختلف استفاده شده تا عواملی مانند فرهنگ محیطی و ساختار آب و هوایی به عنوان مولفه‌های موثر در این فرایند محسوب نشوند.

نتایج بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که دو نفر از میان هر سه نفری که ترک اعتیاد را تجربه کرده‌اند، به مصرف توتون و تنباکو روی می‌آورند و این میزان به مراتب بالاتر از رقم به دست آمده افرادی است که تجربه اعتیاد نداشته‌اند.

در این پژوهش از داده‌های مربوط به ۳۷ هزار و ۳۶۴ شرکت کننده که از ۲۰ کشور مختلف جهان بودند، استفاده شده و به همین دلیل نیز نتایج آن می‌تواند به راحتی در مجامع علمی مورد قبول قرار بگیرد.■

خبر

عادت‌های به ظاهر بی‌خطر خطرناک

Medical Xpress: بیماری‌های قلبی‌عروقی مهم‌ترین عامل مرگ و میر در سراسر جهان محسوب می‌شوند و به همین دلیل ۲۹ سپتامبر (هفتم مهرماه) به منظور گسترش آگاهی در مورد بیماری‌های قلبی و روش‌های پیشگیری، روز جهانی قلب نامیده شده است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، حدود ۸۰ درصد مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی با اتخاذ شیوه سالم زندگی و فعالیت بدنی قابل اجتناب هستند.

روز جهانی قلب برای اولین‌بار در سال ۱۹۹۹ میلادی توسط سازمان جهانی بهداشت ، یونسکو و فدراسیون جهانی قلب نامگذاری شد. دولت‌ها و سازمان‌های غیردولتی با برگزاری انواع جشن، سمینار، مسابقه و برنامه‌های تفریحی، آگاهی افراد را در زمینه عوامل خطر بیماری‌های قلبی و رویکردهای مناسب پیشگیری، افزایش می‌دهند. مطالعات انجمن قلب آمریکا نشان می‌دهد که چند عادت به ظاهر بی‌ضرر، احتمال بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهند:

۱) نشستن طولانی مدت: نشستن بیشتر از پنج ساعت در روز، یکی از مهم‌ترین عوامل ابتلا به بیماری‌های قلبی است. نشستن طولانی‌مدت پشت کامپیوتر یا فرمان اتومبیل، به معنای زندگی بی‌تحرک است که زمینه را برای بیماری‌های قلبی فراهم می‌کند. می‌توان با پنج دقیقه پیاده‌روی پس از ۴۵ دقیقه نشستن، اثر مخرب نشستن را خنثی کرد. این پیاده‌روی کوتاه به رگ‌ها کمک می‌کند تا حالت انعطاف‌پذیری خود را حفظ کنند و گردش خون در بدن بهبود یابد.

۲) عدم توانایی در کنترل خشم: خشم همراه با اضطراب، یکی از دلایل ابتلا به بیماری‌های قلبی است. افرادی که به سرعت عصبانی می‌شوند، سه برابر بیشتر در معرض بیماری‌های قلبی قرار دارند. خشم همراه با استرس سبب افزایش فشار خون، اختلال در ضربان قلب و تصلب

شرایین می‌شود. بهتر است هنگام عصبانیت چند نفس عمیق بکشید. این کار اولین و مهم‌ترین قدم در کنترل خشم است.

۳) نگرش بدبینانه: بدبینی و منفی‌نگری علاوه بر افزایش احتمال بیماری‌های قلبی، احتمال دیابت، فشار خون و کلسترول بالا و افسردگی را افزایش می‌دهد.

۴) کم‌خوابی: ضرر کم‌خوابی برای بدن به اندازه استرس است. کم‌خوابی سبب اختلال در هورمون‌های کورتیزول و آدرنالین شده و احتمال بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد. هشت ساعت خواب برای بزرگسالان توصیه شده است.

۵) عدم توجه به بهداشت دهان و دندان: نفوذ باکتری‌های حاصل از بیماری‌های لثه به عروق کرونر قلب، یکی از مهم‌ترین دلایل ابتلا به بیماری‌های قلبی است. متخصصان توصیه می‌کنند که علاوه بر مراجعه دوره‌ای به پزشک و استفاده از مسواک و دهانشویه، استفاده از نخ دندان نیز جدی گرفته شود.

۶) بی‌توجهی به چکاپ دوره‌ای: خیلی از بیماری‌های قلبی را در صورت مراجعه به موقع به پزشک، می‌توان به راحتی درمان کرد. مراجعه منظم به پزشک یکی از مهم‌ترین روش‌های پیشگیری از بیماری‌های قلبی است.■

■ ترجمه: نیلوفر شایسته

Medscape: وارد شدن به دوره دستیاری، یک نقطه عطف در دوره آموزش پزشکی است. از بسیاری جهات، این مرحله به عنوان دستیابی به اولین نتیجه از سال‌ها آموزش و قربانی کردن خود در مهارت‌های پزشکی محسوب می‌شود. در واقع، زمانی است که تصمیم‌های، ما برای بیمار سرنوشت‌ساز می‌شود و مرحله برجسته‌ای در پیشرفت ما، به عنوان یک پزشک مستقل به حساب می‌آید. اما برای بسیاری از پزشکان جوان، دوره دستیاری زمانی است که با افسردگی و فرسودگی شغلی رقم می‌خورد.

سال‌های آموزش ما (شامل دوره عمومی و دستیاری)، به‌طور روزافزونی به عنوان زمان اوج افسردگی شناخته می‌شود. در یک مطالعه با بررسی ۴۰۰ دانشجوی پزشکی، مشخص شد فقط حدود ۶۰ درصد آنها سطح طبیعی از دیسترس سایکولوژیک داشته‌اند. منبع این دیسترس فقط به حجم کاری که از آنها خواسته می‌شود، مربوط نیست. یک مطالعه در فرانسه دریافت که درک ضعیف از موفقیت شخصی و رضایت شغلی پایین در میان دانشجویان پزشکی، بسیار رایج بوده است.

اثرات بسیار شدید افسردگی کاملا آشکار است. غم‌انگیز آنکه، بین ۳۰۰ تا ۴۰۰ پزشک سالانه به زندگی خود پایان می‌دهند. اثر این افسردگی فقط میان خود دستیاران احساس نمی‌شود. افسردگی در دوره دستیاری می‌تواند به وضعیتی تحت عنوان «خستگی همدلی» نیز منجر شود. زمانی که پزشکان جوان وارد این وادی می‌شوند، در نهایت به سوی فراموشی ایده‌آل‌ها و آرمان‌های انسان‌دوستانه اولیه‌شان کشانده می‌شوند. این علایم می‌تواند تصمیم‌های آنها را در مورد چگونگی کار بالین آنها در آینده تحت تاثیر قرار دهند. در حقیقت، کسی که مبتلا به افسردگی می‌شود، کمتر احتمال دارد که پیشنهاد کند بیماران فقیر را درمان می‌کند.

افرادی که دچار افسردگی شده‌اند، قبل از آنکه به دنبال درمان باشند، اغلب سال‌ها صبر می‌کنند و پزشکان نیز از این قاعده مستثنی نیستند. هرچند در حال حاضر افسردگی در جمعیت عمومی نیز دیده می‌شود، انگ مرتبط با جستجوی درمان برای این وضعیت حتی میان متخصصان پزشکی برجسته‌تر است. پزشکان در حین آموزش، یاد می‌گیرند تشخیص زودهنگام افسردگی می‌تواند احترام آنها را میان همکارانشان از بین ببرد و حتی پیشرفت‌های حرفه‌ای آنها را مختل کند. هرچند بعضی علل بروز افسردگی میان دستیاران قابل پیش‌بینی است، بعضی موارد دیگر تعجب‌برانگیز هستند. ساعت‌های طولانی کار و محرومیت از خواب، از علل احتمالی شمرده می‌شوند، اما شواهد حاکی از آن هستند که داستان متفاوتی هم وجود دارد. به‌طور مثال، بررسی‌های انجام شده، قبل و بعد از آنکه محدودیت‌های ساعات کاری موظف شده در سال ۲۰۱۱ اعمال شدند، تغییری در فرسودگی شغلی یا خستگی میان دستیاران پیدا نکردند. این موضوع پیشنهاد می‌کنند که بار کاری، به تنهایی نمی‌تواند مسوول بروز این وضعیت باشد.

خستگی روحی و عاطفی، یک شاخص مهم افسردگی میان دستیاران است. محیط کار و خانه ضعیف و فقیرانه، رضایت شغلی پائین، فقدان استقلال و محیط کار خصمانه، همگی باعث بروز خستگی روحی و عاطفی می‌شوند.

در بین این موارد، محیط کار و خانه ضعیف، اغلب به عنوان یک نگرانی اولیه شمرده می‌شود. مسوولیت‌هایی که در کار به دستیاران محول می‌شود، به آهستگی وارد زندگی خصوصی آنها هم شده و باعث ایجاد افسردگی می‌شوند. دستیاران اغلب درمی‌یابند که وقتی یک شیفت ۱۲ ساعته دارند، دیگران از آنها می‌خواهند در خانه به سوالات، پیام‌های متنی و ایمیل‌ها پاسخ دهند، در حالی که زمان استراحت آنها است. این انتظارها به فشار وارد شده به خانواده افزوده و در طولانی مدت، دلیل جدایی‌های پیش آمده را میان دستیاران پزشکی توجیه می‌کند.

تاثیر دوره دستیاری بر زندگی خانوادگی بسیار عمیق است و برخلاف تجربه‌ای که در جمعیت عمومی به دست آمده، داشتن همسر یا کودکان وابسته در واقع یک عامل خطر برای بروز افسردگی میان دستیاران است.

وضعیت مالی ضعیف نیز می‌تواند به مشکلات مربوط به ماندگاری و ثبات زندگی خانوادگی در دوران دستیاری بیفزاید. حقوق دوره دستیاری با افزایش سرسام‌آور هزینه‌ها و قسط‌ها و بدهی‌های دوران دانشجویی همخوانی ندارند . نتیجه آن، این است که بسیاری از دستیاران در حال حاضر با مشکلات قابل توجه مالی، در کنار بار کاری زیادی که بر دوششان است، دست و پنجه نرم می‌کنند.

دستیاران از رضایت شغلی پائین و عدم استقلال نیز ناراضی هستند. دستیاران، اغلب با حجم عظیمی از مسوولیت‌ها در تیم پزشکی روبرو هستند، اما نقش مستقیم کمرنگی در مراقبت از بیمار به آنها سپرده می‌شود. فقدان استقلال به سادگی به غرور یک دستیار آسیب می‌رساند. آنها به کرات خود را در وضعیت‌هایی می‌بینند که انتظار می‌رود به بالین و استانداردهای مراقبت از بیمار متعهد باشند، در حالی که این استانداردهای تعریف شده پائین‌تر از استانداردهای شخصی آنها در امر مراقبت از بیمار است، لذا این احساسات که آنها را ناچار به سازگاری اخلاقی می‌کند، منبع قدرتمندی برای بروز خستگی عاطفی و در نهایت، افسردگی است.

علاوه بر این، محیط کاری خصمانه، متاسفانه، یک حقیقت انکارناپذیر در زندگی بسیاری از دستیاران به حساب می‌آید. بدرفتاری با دستیاران، بیشتر از انتظار، طبیعی تلقی می‌شود. علاوه بر این، این الگوی درمانی از همان اوایل دوره آموزش آنها آغاز می‌شود. مطالعه‌ای که به بررسی دانشجویان پزشکی در ۲۴ دانشکده پرداخت، نشان می‌دهد اغلب دانشجویان حداقل یک بار با بدرفتاری مواجه شده‌اند. تا زمان دستیاری، بسیاری از آنها درمی‌یابند اشتباهی که در حضور استاد، فلوشیپ، یا پرستار رخ می‌دهد، می‌تواند به تهدید، تحقیر در انظار عمومی و یا اقدامات تلافی‌جویانه حرفه‌ای منجر شود. بنابراین، تاثیر یک محیط کاری خصمانه بر بروز افسردگی جای انکار نمی‌گذارد.

البته نباید فقط نیمه خالی لیوان را دید. منابع زیادی در دسترس هستند که از بروز این افسردگی پیشگیری کند. در سطوح بالاتر، نیاز به حمایت از سیاست‌هایی است که تضادها را میان زندگی کاری و شخصی به حداقل برساند. ساعت‌های کاری قابل انعطاف (البته اگر امکان داشته باشد) و استفاده از خدمات نگهداری کودک، می‌تواند قدم‌های بلندی در بهبود این تضادها بردارد. سیاست‌های موسسات آموزش دستیاران نیز می‌تواند میان تلاش و پاداش دستیاران، تعادل برقرار کند. فراهم آوردن مواد غذایی با کیفیت بالا، تشویق آنها به شرکت در کلاس‌های ورزش و پرداخت یارانه برای مراقبت از کودکانشان، هرچند کارهای کوچکی هستند، اما قدم‌های قابل توجهی به سوی کاهش مشکلات مالی است که دستیاران پزشکی و خانواده‌هایشان با آنها روبرو می‌شوند.

هرچند تغییر در نگرش متخصصان به سوی افسردگی یک هدف طولانی‌مدت است، فراهم‌آوردن امکاناتی مانند برنامه‌ریزی برای دادن مرخصی به آنها (البته در همان ساعت‌های کاری) تا به دنبال مراقبت‌های سلامت، مانند درمان افسردگی باشند، می‌توانند تاثیر سریعی بر سلامت روحی دستیاران داشته باشد. همچنین در برنامه‌های دوره دستیاری، باید خدمات سلامت روان هم گنجانده شوند. این خدمات باید به آسانی در دسترس همه قرار داشته و محرمانه باشند. دستیاران باید همیشه به یاد داشته باشند، در درجه اول، چه عاملی آنها را وارد وادی پزشکی کرده است که مسلما چیزی نیست جز کمک به دیگران. آنها باید همان اصول شفقت و انسان‌دوستی را نسبت به خود و همکارانشان هم داشته باشند. آنچه را که آنها برای بیمارانشان می‌خواهند، می‌تواند موثرترین وسیله برای اجتناب از درگیر شدن در چنگال افسردگی باشد.■

بدغذایی، نشانه مشکل عمیق‌تری در کودکان است

■ ترجمه: ارغوان حاج‌شیخ‌الاسلامی

Medscape: بر اساس نتایج یک مطالعه جدید که به تازگی در مجله طب کودکان منتشر شده، بدغذایی مفرط در خردسالان سنین پیش از دبستان، نیازمند مداخله پزشکی است، چراکه حتی درجات متوسط این بدغذایی نیز با اختلال عملکردهای روانی و اجتماعی همراه است. به نظر پژوهشگران این مطالعه، پزشکان نباید به بدغذایی به عنوان مرحله‌ای گذرا از زندگی کودک نگاه کنند، بلکه باید این مساله را به عنوان علامتی هشدار دهنده نسبت به حضور اختلالی کنونی و نشانه‌ای از مشکلات روانی آینده به حساب آورند.

غربالگری خردسالان از نظر بدغذایی در مراکز درمانی و مراقبتی اولیه می‌تواند به شناسایی کودکان آسیب‌پذیر کمک کند. روی برگرداندن از برخی غذاها در خردسالان کم سن و سال، پدیده نادری نیست چرا که تقریبا ۲۰ درصد از والدین ابراز می‌کنند که کودکان ۲ تا ۵ ساله ایشان «گاهی» و یا «غالبا» بدغذا بوده و از خوردن برخی مواد غذایی اجتناب می‌کنند، اگرچه هنوز تعریف مشخصی برای بدغذایی مفرط ارایه نشده و مشخص نیست که بدغذایی چه زمانی به حدی شدید است که مداخلات پزشکی را ایجاب می‌کند.

پژوهشگران بررسی فوق، به عنوان بخشی از یک مطالعه که به بررسی اضطراب در کودکان پیش از سن دبستان می‌پرداخت، به غربالگری ۳۴۳۳ کودک ۲ تا ۵ ساله پرداختند که در درمانگاه‌های کودکان با شک ابتلا به اضطراب، تحت درمان قرار گرفته بودند. آنها در ابتدا ۹۴۴ کودک را که در غربالگری امتیاز بالایی کسب کرده بودند، وارد مطالعه کرده و سپس به صورت تصادفی از میان سایر شرکت‌کنندگانی که امتیاز بالایی در غربالگری کسب نکرده بودند، ۱۸۹ نفر دیگر را نیز انتخاب کرده و به گروه اول افزودند. پس از ارزیابی درون منزلی ۹۱۷ کودک، پژوهشگران نهایتا ۱۸۰ شرکت کننده را که بسیاری از آنها دچار اختلالات اضطرابی بودند، برای پیگیری برگزیدند. والدین ارزیابی مشکل روانی کودکانشان را با پاسخ دادن به پرسشنامه‌ای که شامل سوالاتی در مورد شدت بدغذایی فرزندشان نیز می‌شد، تکمیل کردند. از آنجا که اکثر کودکان در این سن از خوردن سبزیجات هم خانواده با کلم بیزارند، نخوردن بروکلی، علامت قرمز محسوب نمی‌شد اما در صورتی که طیف مواد غذایی‌ای که کودک برای خوردن می‌پذیرفت به حدی محدود بود که غذا خوردن را با سایرین دشوار می‌ساخت، با امتیاز ۲ نشان داده می‌شد.

بر اساس نتایج این مطالعه، احتمال بروز نشانه‌های شدیدتر افسردگی و اضطراب و نیز وجود حساسیت بیش از حد به مزه و بافت غذا در کودکان دچار بدغذایی متوسط یا شدید، در مقایسه با سایر شرکت کنندگان، بیشتر بود. همچنین احتمال داشتن مادرانی با اضطراب شدید و وجود اختلافات خانوادگی بر سر مسایل مربوط به غذا در این کودکان بیشتر از سایرین بود.

همچنین خردسالان دچار بدغذایی شدید، در مقایسه با کودکان مبتلا به درجات متوسط این عارضه، علایم ظاهری بیشتری (به ویژه نشانه‌های مربوط به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی) از خود نشان می‌دادند. از سوی دیگر، احتمال داشتن یک والد دچار اعتیاد یا مادری که تحت درمان‌های روانپزشکی قرار گرفته باشد، در این کودکان بیشتر از کودکان دچار موارد متوسط بدغذایی بود.

شناخته شدن این اختلال خوردن به عنوان یک تشخیص مستقل با عنوان «اختلال اجتنابی / مصرف مواد غذایی محدود» سبب بالاتر رفتن حساسیت گروه‌بندی‌های تشخیصی شده و امکان استفاده از این گروه‌بندی‌ها را در جمعیت بزرگسال نیز فراهم می‌سازد. اگرچه هنوز مطالب ناشناخته زیادی در مورد نحوه مدیریت بدغذایی در کودکان وجود دارد، یافته‌های به دست آمده از این پژوهش می‌تواند به پزشکان در درک چالش‌ها و مشکلات پیچیده‌ای که والدین دارای کودکان بدغذا با آن روبرو هستند، کمک کند.■

تازه‌ها

درمان، بزرگ‌ترین تهدید ایمنی بیماران مسن

Medscape: نتایج یک مطالعه جدید که به‌وسیله دانشمندان نیوزیلند انجام شده، حاکی از آن است که، بزرگ‌ترین تهدید برای ایمنی بیماران مسن در سطح مراقبت‌های اولیه، خطری است که خود درمان ایجاد می‌کند، و نه خطاهای درمانی یا سهل‌انگاری پزشکان. نتایج این تحقیق در نشریه Annals of Family Medicine به چاپ رسیده است.

پژوهشگران در این مطالعه توضیح می‌دهند که صدمات ناشی از درمان، مهم‌ترین خاستگاه و منشا (۳۴ درصد) صدمات درمانی میان افراد مسن است و در این گروه مطالعه شده، آنتی‌بیوتیک‌ها تا حد زیادی، بزرگترین مقصر هستند.

از ۲۹۴ مورد صدمه‌درمانی که میان سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۰۹ در میان بیماران ۶۵ سال و مسن‌تر به عنوان شکایت ثبت شده، ۵۱ درصد آنها به‌وسیله آنتی‌بیوتیک ایجاد شده است. دیگر علل شایع صدمات در اثر داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (۹ درصد) و مهارکننده‌های آنزیم تبدیل‌کننده آنژیوتانسین (۹ درصد) رخ داده بود.

آنتی‌بیوتیک‌ها در صدر فهرست علل ایجاد کننده صدمات شدید و جدی در بیماران ۶۵ سال و بیشتر ایستاده‌اند. آنتی‌بیوتیک‌ها ۳۹ درصد این نوع صدمات را در آن گروه سنی ایجاد کرده و به دنبال آنها، وارفارین (۱۴ درصد) و استروئیدها (۷ درصد) قرار دارند. از صدمات ایجادشده در اثر این داروها، می‌توان به مرگ یا از دست رفتن دائمی عملکرد افراد مسن اشاره کرد.

بیشترین صدمات دارویی و درمانی، واکنش‌های آلرژیک و ایدیوسنکراتیک بوده که از آنها به عنوان خطای پزشکی نام برده نمی‌شوند. محققان دیگر معتقدند تصویری که دانشمندان نیوزیلندی رسم کرده‌اند، تقریبا در هر کجای دیگر هم

کاملا درست از آب درمی‌آیند.

افراد مسن، خصوصا، به صدمات آنتی‌بیوتیکی حساس هستند، زیرا آنها اغلب داروهای متعددی دریافت می‌کنند که آنها را در برابر تداخلات دارویی آسیب‌پذیر می‌کنند. همچنین، سیستم‌های سلامت فقط تصویری از همه داروهایی که بیماران مصرف می‌کنند، ارایه می‌دهند و نه جزئیات آنها را. به نظر می‌رسد فقط سیستم ثبت الکترونیکی می‌تواند اطلاعات لازم را در مورد اینکه برای بیماران چه داروهایی و در چه مراکز درمانی تجویز شده ، به درستی ارائه دهد.

نکته دیگر آن است که، حتی اگر در این زمینه تمام احتیاط‌های لازم رعایت شوند، باز نمی‌توان داروهایی را که بیماران بدون نسخه پزشک تهیه می‌کنند، به حساب آورد. محققان امیدوارند این یافته‌ها پنجره جدیدی را به روی همه باز کند.

نتایج این مطالعه تاکید می‌کند که، هرچند ما دائما می‌شنویم آنتی‌بیوتیک‌ها اغلب بدون نیاز واقعی تجویز می‌شوند و همین امر، مقاومت جهانی را ایجاد کرده، از سوی دیگر، مضرات بالقوه‌ای را هم متوجه خود بیمار می‌کند. برای افزایش ایمنی بیمار، علاوه بر کاهش خطاهای پزشکی، پزشکان باید تماس بیمار را با خطر درمان و در جایی که مناسب است، کاهش دهند.■