



۵

هفدهمین سال تولد
بنیاد امور بیماری‌های خاص



۹

استان قزوین



۲۴

هموفیلی چیست؟



۲۸

اشتغال بیماران تالاسمی



۵۱

پروفسور پروانه وثوق درگذشت



۶۰

روز معلم

بنیاد امور بیماری‌های خاص پیشنهاد کرده
بود هر ساله یکی از بیماری‌های صعب‌العلاج
به بیماری‌های خاص اضافه شود و با تأمین
هزینه‌های درمانی از طرف دولت، این
بیماران از خدمات درمانی رایگان
برخوردار شوند.



آیت‌الله هاشمی رفسنجانی تأکید کردند:

**پیشنهاد بنیاد مبنی بر حمایت از
بیماران صعب‌العلاج عملی
امکانپذیر و انسان‌دوستانه است.**



The bridge to good health care

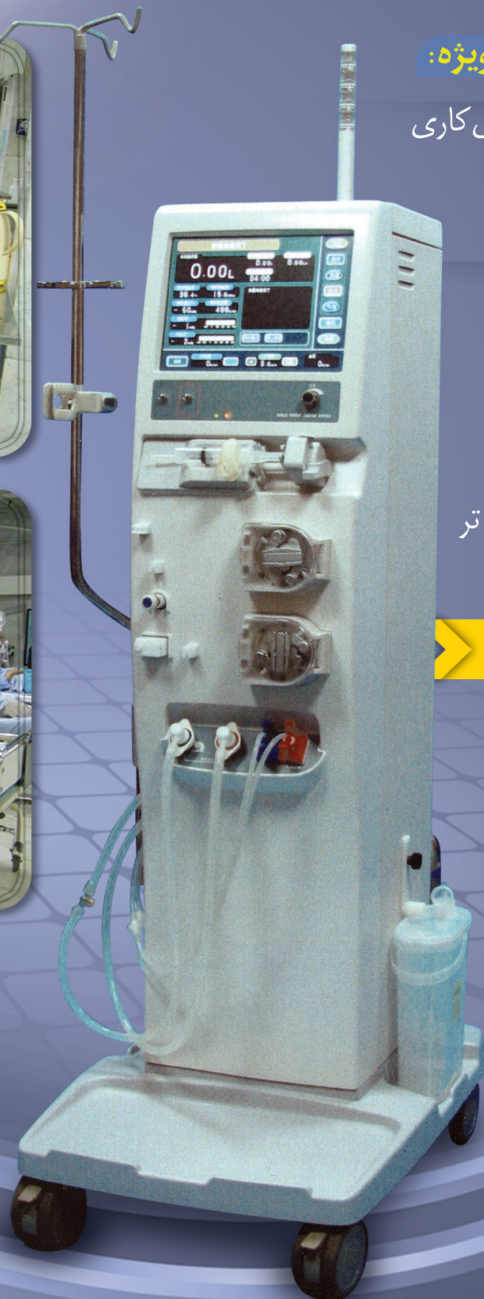
www.teda.ir



خصوصیات ویژه:

- ۰۱ سادگی روش های کاری
در جهت افزایش
کارایی دستگاه
- ۰۲ طراحی چشم گیر
برای اطمینان از:
• کارایی بالا
• ایمنی
• کاربری آسان
• سرویس راحت تر

ماشین همو دیالیز
مدل SDS-50



Designer: H. Mobinipour

جدید

ماشین دیالیز
با خدمات گسترده
پس از فروش



تهران، خیابان دکتر علی شریعتی، پائین تر از بهار شیراز، خیابان نیرو
شماره ۳، ساختمان تدا
کدپستی: ۱۶۱۳۹۵۹۳۱۱
تلفن: ۷۷۵۳۰۳۶۰، ۷۷۶۵۴۲۲۰-۲۱، فکس: ۷۷۵۲۷۱۳۷ (۰۲۱)



تدا (تدارکات درمان التیام)

فهرست

۲	سرمقاله
۳	اجتماعی
۴	مولود کعبه
۵	هفدهمین سال تولد بنیاد امور بیماری‌های خاص
۷	حس خوب بخشش
۹	استان قزوین
۱۲	خلاصه گزارش کارگاه‌های تالاسمی سال ۱۳۹۱
۱۸	گذری بر یک سال اقدامات معاونت هماهنگی و امور استان‌ها
۲۰	یاری سبز یاوران بنیاد
۲۲	ایثار زندگی یاری سبز روزگار
۲۳	سلامت
۲۴	هموفیلی چیست؟
۲۷	موبایل و سرطان
۲۸	اشتغال بیماران تالاسمی
۳۰	سیگار و اثرات آن روی بیماری‌های خاص
۳۳	بیماری مولتیپل اسکلروزیس MS
۳۶	گفتگو با کودکان درباره سرطان
۴۰	تأثیر ورزش بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی
۴۴	دیابت و رژیم غذایی
۵۱	اخبار سلامت
۵۳	بین‌الملل
۵۴	مرکز تالاسمی هند
۵۵	Mission & Objectives of TIF
۵۶	جدول کنفرانس‌های بین‌المللی جولای، آگوست و سپتامبر ۲۰۱۳
۵۷	فرهنگی
۵۸	تأسیس کانون مستقل هموفیلی اصفهان
۶۰	خواندنی‌ها
۶۲	سرگرمی
۷۱	مقاله انگلیسی
۷۲	فرم اشتراک

خاص

نشریه علمی، فرهنگی و اجتماعی

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری‌های خاص
مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی
سرمدبیر: دکتر باقر لاریجانی
مدیر اجرایی: هادی صالح
دبیر سرویس اجتماعی و فرهنگی: نسرین آقاملا

هیئت علمی

دکتر باقر لاریجانی، دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر علی‌اکبر ولایتی، دکتر احمدرضا جمشیدی، دکتر سیدهاشم جنت‌پور، دکتر سیدمحسن خوش‌نیت، دکتر حمید رضائی‌قلعه، دکتر شمس شریعت‌تربقان، دکتر رمضان‌علی شریفیان، دکتر سیدمحمود طباطبایی، دکتر سیدمؤید علویان، دکتر ناصر پارسا، دکتر ایرج فاضل، دکتر محمد فرهادی‌لنگرودی، دکتر اردشیر قوام‌زاده، دکتر رضا ملک‌زاده

هیئت تحریریه این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

مریم اسدی، ندا جلیلیان، افسانه حسینی، مهرانگیز خسروی، هانی صباغان، فریبا لاهوتی، کیانا معدنچی

طراح گرافیک و صفحه‌آرا: رضا شفقتی



بنیاد امور بیماری‌های خاص

پست الکترونیک
pr@cffsd.org

نشانی نشریه

تهران، بزرگراه صدر (غرب به شرق)، خروجی بلوار کاوه (شمال)،
خیابان بهار جنوبی، نبش کوچه سعید شرقی، پلاک ۲
صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/۴۸۸۳
سامانه پیام کوتاه: ۱۰۰۰۱۰۰۷۵
تلفن: ۲۲۵۹۱۹۵۷ دورنگار: ۲۲۷۶۵۴۲۳

سرمقاله

تهدید بشر توسط مدعیان حقوق بشر

چندین ماه از فرستادن نامه بنیاد بیماری‌های خاص به دبیر کل سازمان ملل، مبنی بر دور کردن دارو از مسیر تحریم‌ها می‌گذرد. ولی شواهد و قرائن نشان می‌دهد که رویداد ملموسی رخ نداده و تحریم‌ها مردم را نشانه گرفته و برای اثبات این حقیقت مؤلفه‌های بسیاری در دست است، اما بی‌گمان دردناک‌ترین آن‌ها هنگامی است که به مشقت‌های شش میلیون بیمار خاص کشور و به دنبال آن، خانواده‌هایشان که از نزدیک با این مشکلات دست و پنجه نرم می‌کنند دقت کنیم.



برای یک بیمار خاص (بعد زمان) در تهیه و رسیدن به دارو و درمان اهمیت اول را دارا است. زمانی که به دلایل گوناگون محوریت واردات حاصل از مشکلات مالی و بسته شدن کانال‌های اقتصادی، واردات با تأخیر چندماهه انجام شود، بیمار خاص رنج نمی‌برد، بلکه جان باخته و سال‌های عمرش به سرعت کوتاه می‌شود.

هم‌اکنون به دلیل واردات مواد اولیه و تولید داروهای بیماران تالاسمی، بیماران با مشکل تولید دارو در کشور روبرو هستند، تا حدی که برای تهیه داروهای ضروری، بعضاً توصیه به انجام سفرهای فوری به کشورهای هم‌جوار جهت خرید از داروخانه‌های فرودگاه می‌شوند. به‌عنوان مثال داروی دسفرال که باعث رفع آهن اضافی حاصل از تزریقات مکرر خون به بیماران تالاسمی می‌شود وارداتی بوده و گزارشات حاصل از تأخیر دو ماهه در ارائه به بیماران خاص دارند.

زمانی که قطعات دستگاه‌های دیالیز از اولویت هفتم کالاهای وارداتی وزارت بازرگانی برخوردار شوند، شرکت‌های وارداتی، با ارز تعادلی اقدام به واردات می‌نمایند و حاصل آن نه تنها افزایش قیمت بلکه به دلیل سختی زمان ارسال وجه از سیستم بانکی، به مدت طولانی و کندی صورت می‌گیرد. این همان تأخیر در رسیدن به درمان است که تهدید جدی بیمار کلیوی می‌باشد در پاسخ به این کندی روند واردات نیاز به آینده‌نگری از سوی مسئولین سیاست‌گذار و سلامت کشور وجود دارد تا برای اقلام داروئی بیماران خاص و قطعات و ماشین‌آلات دستگاه‌های دیالیز، ذخیره جهت جبران کندی واردات در زمانی که کالا در دسترس است، کنار گذاشته شود، که متأسفانه این کار تاکنون صورت نگرفته است.

برخی تمثیلات انعکاس یافته از مشکلات تحریم، گزارش ارائه محصولات بی‌کیفیت کنترل کیسه‌های خون از سوی واسطه‌های عرب بوده که منجر به بروز حساسیت در بیماران تالاسمی شیراز شده، این در حالی است که در کشور سالیانه ۲/۵ میلیون کیسه خون مورد نیاز است.

هم‌چنین گزارشات حاکی از فقدان داروهای M.S، دیابت و کانسر دارد، از جمله HERCEPTIN, TARCEVA, GUBENCIAMIDE, METFORMIN, REBIF, INTERRBRON BETA, ZOLEPRONIC ACID و...

به نظر عدم تحریم دارو و مواد غذایی در عمل با آن‌چه تعریف ممالک حافظ حقوق بشر است، فاصله زیادی گرفته و این تنها تدبیر و آینده‌نگری مدیران بخش سلامت کشور است که با برنامه‌ریزی چند مرحله‌ای و آینده‌نگرانه و اولویت‌دهی به بیماران خاص، حذف دلالتان و کنترل کیفی استاندارد، شکاف ایجاد شده بین عرضه و تقاضا را در حیطه بیماری‌های خاص کاهش داده، امید دوباره را به این هموطنان دل‌نگران و چشم انتظار درمان بازگردانند.

نکته حائز اهمیت تبلیغات کشورهای غربی و ادعای عدم اعمال تحریم‌های غذا و دارو برای ایران می‌باشد. واقعیات نشان می‌دهد به دلایل مستقیم و غیرمستقیم مرتبط با تحریم، واردات ۵۰ درصد از داروها و تجهیزات پزشکی بیماران خاص در کشور آفت پیدا کرده است.



اجتماعی



مولود کعبه

از علی گفتن، نه در توان محدود ذهن‌های ماست که راهی به افلاک عظمت او نداریم و نه حتی در قدرت واژه‌ها که جرعه‌هایی از اقیانوس وجود او را به سطر آورند، ولی به رسم ادب، به از ثواب و به قصد خوشه‌چینی از خرمن بی‌کرانه وجودش، ظرف کوچک ادراک‌مان را زیر باران عظمت او گرفته‌ایم. این سطرهای ناچیز به این نیت نگاشته شده‌اند.

نسرين آقاملا

زیباترین شهادت: هنگام عشق‌بازی با خدا، در محراب بندگی!

ولادت علی^(ع)، همچون شهادت وی گواه حقی بر راستی رسالت‌های الهی است. او در تمام ابعاد حیاتش، از ولادت تا شهادت، آیت بزرگ خداوند به حساب می‌آید.

از علی آموز اخلاص عمل
شیر حق را دان مطهر از دغل
در غزا بر پهلوانی دست یافت
زود شمشیری بر آورد و شتافت
او خدو* انداخت در روی علی
افتخار هر نبی و هر ولی
آن خدو زد بر رخی که روی ماه
سجده آرد پیش او در سجده‌گاه
در زمان انداخت شمشیر آن علی
کرد او اندر غزایش کاهلی
گشت حیران آن مبارز زین عمل
وز نمودن عفو و رحمت بی‌محل
گفت بر من تیغ تیز افراستی
از چه افکندی مرا بگذاشتی
آن چه دیدی بهتر از پیکار من
تا شدی تو سست در اشکار من
آن چه دیدی که چنین خشم نشست
تا چنان برقی نمود و باز جست
آن چه دیدی که مرا زان عکس دید
در دل و جان شعله‌ای آمد پدید
آن چه دیدی برتر از کون و مکان
که به از جان بود و بخشیدیم جان
در شجاعت شیر ربانیهستی
در مروت خود کی داند کیستی

مولوی

* آب دهان

آنان که ایمان آوردند؛ همان‌ها که نماز را بر پا می‌دارند و در حال رکوع زکات می‌دهند. علی^(ع) تفسیر این همه فضیلت است؛ مردی که فقط یک بار در تاریخ هستی ظهور کرد...

علی^(ع) تجلی زیباترین‌ها
زیباترین ولادت: شرافت ولادت در مهبط وحی و فرودگاه فرشتگان الهی؛ یعنی کعبه، تنها، افتخار اوست.

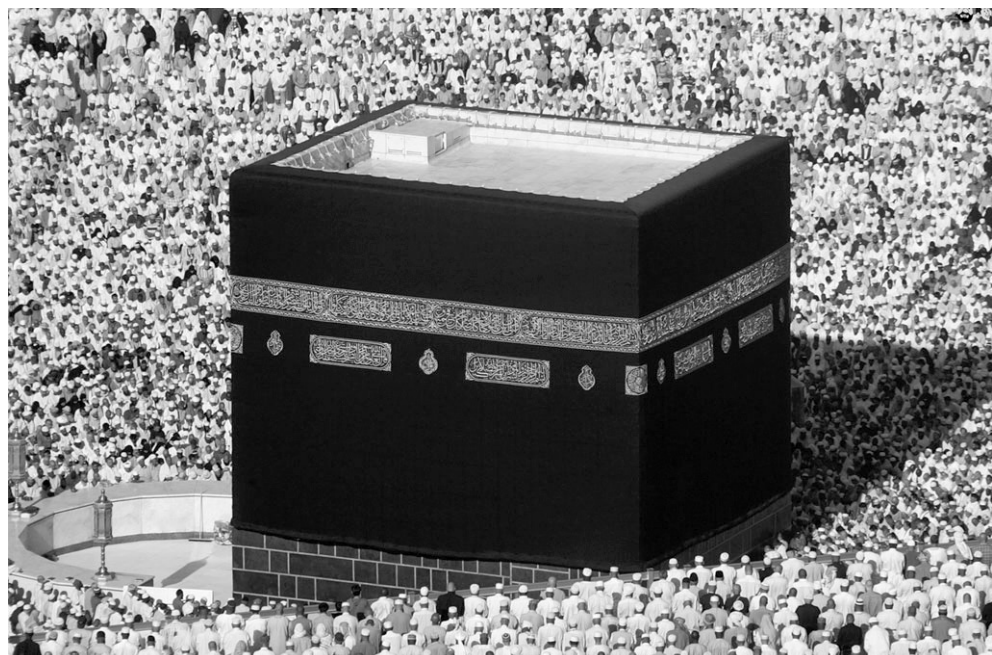
زیباترین نام: نام او از نام خدا مشتق شد.
زیباترین معلم: در محضر برترین وجود هستی زانوی آموختن بغل گرفت.

زیباترین ایثار: در شب نیرنگ کفرباوران برای قتل پیامبر^(ص)، او بود که شجاعانه شمشیرها را انتظار کشید.

زیباترین عبادت: غرق در بحر دلدادگی، بی‌خود از خود، تیر را این هنگام باید از پای او بیرون کشید.

علی^(ع) کیست؟

در نسل ابراهیم خلیل^(ع) ریشه داشت. در خانه کعبه زاده شد؛ فضیلتی که نه پیش و نه پس از او، کسی در آن شریک نبود. در دامن نبوت رشد کرد. نخستین مسلمان شد؛ اولین مردی که به رسالت ایمان آورد. در روزهای سخت و پر آشوب، یاور اسلام گشت. سایه ساری بود آرامش‌بخش، همراهی استوار و هم یاری فداکار. لیلۀ المیت را او آفرید؛ در شب هجوم مشرکان برای قتل پیامبر^(ص) در بستر ایشان آرمید. علی^(ع) در بدر، ذوالفقار حماسه آفرین بود؛ در احد، سپر ستم‌زدا و در خندق، تمامی اسلام که در برابر تمامی کفر ایستاد. علی از اهل بیت بود؛ همانان که از رجس و شرک دور بودند و از تطهیر شدگان شمرده می‌شدند. علی^(ع) کسی است که خداوند درباره‌اش گفته است: پیشوا و ولی شما، تنها خداست و پیامبر او و





هفدهمین سال تولد بنیاد امور بیماری‌های خاص

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام با تقدیر از مدیران و خادمان بنیاد امور بیماری‌های خاص، دستاوردهای چشمگیر این بنیاد را در راستای حمایت از بیماران خاص مؤثر دانست و افزود: این توفیقی است که خدا نصیب شما کرده است و مهم‌ترین عامل توسعه امروزی آن کمک‌های مردمی و خیرین می‌باشد.

فریبا لاهوتی



هزینه‌ای بالغ بر ۲۵۰ میلیارد ریال و کمک به تدوین قانون اهدای عضو را از جمله اقدامات این بنیاد نام برد.

همچنین بنیاد امور بیماری‌های خاص درخواست نمود تا هرساله یکی از بیماری‌های صعب‌العلاج به بیماری‌های خاص اضافه شده تا درمانشان رایگان انجام گیرد و هزینه‌ها توسط دولت تأمین شود که بیماران دیگر دغدغه‌ای برای درمان نداشته

۳۰۰۰ تخت بیمارستانی و حدود ۱۰۰۰۰ دستگاه تجهیزات به این واحدها اهداء کرده است.

دکتر باقر لاریجانی با اشاره به تهیه بروشور آموزشی و ایجاد وبسایت و پایگاه اینترنتی و انتشار فصلنامه‌های مرتبط برای هدایت و راهنمایی بیماران و خانواده‌هایشان، کمک بیش از ۱۰۰ میلیارد ریال در قالب هدیه ایثار، پوشش ۲۶۰۰ بیمار پیوند کلیوی با

در ابتدای این دیدار آقای دکتر باقر لاریجانی دبیرکل بنیاد بیماری‌های خاص گزارشی را از اهداف شکل‌گیری و همچنین فعالیت‌های این بنیاد در ۱۷ سال اخیر از جمله افزایش مراکز درمانی از ۱۸۱ مرکز به بیش از ۱۰۰۰ مرکز، داشتن ۵۰۰ مرکز دیالیزی و ۲۵۰ مرکز پیوند کلیه ارائه داد.

وی افزود: بنیاد بیماری‌های خاص طی این مدت حدود ۲۱۰۰ دستگاه دیالیز، بیش از

باشند.

دبیر کل بنیاد بیماری‌های خاص با برشمردن سایر خدمات و فعالیت‌های این بنیاد با محوریت عدالت‌مداری در حوزه سلامت، تأسیس مرکز ملی سرطان، ایجاد اقامتگاه برای بیماران و تأمین دارو و تجهیزات لازم برای بیماران خاص از جمله کلیوی، دیابتی، سرطانی و سایر موارد گفت: این اقدامات بدون کمک‌های مردمی و حضور و مشارکت خیرین امکانپذیر نبود.

آیت‌الله هاشمی رفسنجانی در این دیدار که به مناسبت هفدهمین سالگرد تأسیس بنیاد امور بیماری‌های خاص برگزار شد با اشاره به تأکیدات قرآن کریم در مورد اهمیت انفاق و رسیدگی به نیازمندان، حوزه فعالیت بنیاد امور بیماری‌های خاص را میدانی بسیار روشن و مشعشع، انسانی و اسلامی دانست و گفت: از دوره‌ای که در مجلس بودم، به دلیل مراجعات این نوع بیماران، ضرورت تشکیل بنیادی برای تحت پوشش قرار دادن این قشر خاص جامعه ایجاد شد.

وی دستاوردهای چشمگیر این بنیاد را در راستای حمایت از بیماران خاص مؤثر دانست و افزود: این توفیقی است که خدا نصیب شما کرده است و مهم‌ترین عامل توسعه امروزی آن کمک‌های مردمی و خیرین می‌باشد.

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام، با تأکید بر ضرورت تأمین اجتماعی کامل و جامع برای درمان بیماری‌های صعب‌العلاج و پرهزینه، به تقدیم لایحه‌ای جامع و کامل در دوران مسئولیت خود با در نظر گرفتن منابع مالی آن به مجلس شورای اسلامی اشاره کرد و گفت: در صورتی که موضوع جدی گرفته می‌شد ما امروز شاهد مشکلات کم‌تری برای درمان بیماران بودیم و بخشی از نیازهای اساسی و فوری آنان با آن لایحه حل می‌گردید.



آمار رو به تزاید این بیماری در ایران نشان می‌دهد که کشور ما نیز از این مشکل بی‌نصیب نبوده است.

وی افزود: اقدامات پیشگیرانه در این خصوص می‌تواند از سرعت رشد آن جلوگیری کند و باید در این خصوص از تجارب جهانی نیز استفاده مناسب شود.

قبل از سخنرانی حضرت آیت‌الله هاشمی آقای هادی صالح، معاونت ارتباطات و امور بین‌الملل بنیاد امور بیماری‌های خاص ضمن اشاره به دست آوردهای بنیاد در زمینه خدمت‌رسانی به بیماران خاص تأکید کردند این توفیقات بدون حضور و مشارکت خیرین و نیکوکاران حاصل نمی‌شد و خیرین نقش عمده‌ای در رسیدن به این اهداف داشتند. در این دیدار پس از ارایه لوح قدردانی به منتخبین و خیرین (آقایان: فرشچی، بابایی، مددی، قنبری، هوشمند، عسگریان، ابراهیمیان و خانم خسروی) از سوی آیت‌الله هاشمی رفسنجانی، نامه‌ای به نمایندگی از جامعه بیماران خاص کشور قرائت شد.

حضرت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی با تأکید بر حمایت از بیماران صعب‌العلاج پیشنهاد بنیاد را یک عمل انسانی و امکانپذیر دانستند.

آیت‌الله هاشمی رفسنجانی با اشاره به منابع و ثروت‌های عظیم موجود در کشور گفت: ظرفیت‌های بسیار مناسبی برای برون‌رفت از مشکلات کنونی وجود دارد.

ایشان تأسیس مراکز خدمات رسانی و بیمارستانی مختص بیماران خاص در کشور را بسیار مهم عنوان کرد.

عضو مجلس خبرگان، همچنین کمک‌های دولتی در خصوص رفع و کاهش مشکلات بیماران خاص را مهم ارزیابی کرد و گفت: یکی از مهم‌ترین اقدامات می‌تواند افزایش هدیه ایثار متناسب با تورم، به اهداءکنندگان کلیه باشد تا نیازمندان بتوانند از خدمات پیوند کلیه در کشور با دغدغه کمتری استفاده کنند.

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام همچنین توجه بیشتر به درمان بیماران سرطانی را خواستار شد و گفت: سرطان اکنون بلای بزرگی در جهان شده است و



حس خوب بخشش

اگر انسان‌ها رهایی را تجربه کنند و بتوانند چیزی را از خودشان جدا کنند عامل رشد هستند. انسان برای پریدن باید از زمین جدا شود، اگر بخواهد رشد کند باید ببخشد؛ به هر عنوان و هر توانی. باید از خیلی چیزها بکشی. حس بخشیدن همان حس کردن و رهایی است و باعث رشد می‌شود. در این شماره از مجله خاص با یکی از افراد نیک روزگار به گفتگو نشستیم که ایشان حس خوب احسان را تجربه کرده است.

علی شاملو

برای اثبات خودم مجبور بودم که تلاش زیادی انجام دهم.

یکی از کمک‌های بزرگی که پدرم به من کردند این بود که من را قبول نداشتند و باعث شد که من حرکت کنم. کاری که امروز پدر و مادرها انجام نمی‌دهند و هرگونه امکاناتی را در دسترس بچه‌ها قرار می‌دهند ولی بچه‌ها رشد نمی‌کنند.

ما هنوز، اولین سوله کارخانه را داریم که به موزه معروف است. این کار با این هدف انجام شد که مردم بدانند این کارخانه از کجا شروع شد و به این‌جا رسید.

س: فعالیت‌های کارخانه از چه سالی شروع شد؟

کارخانه در سال ۶۲ تأسیس شد و در سال ۶۴ به تصویب رسید. ما کار خود را به‌طور جدی از سال ۷۰ که فروش مس آزاد شد شروع کردیم و پیش از آن به دلیل سهمیه‌بندی صنعت نتوانستیم کار زیادی انجام دهیم.

من هم از سال ۱۳۷۰ کاری را شروع کردم. در این زمان من چیزی از سیم و کابل نمی‌دانستم و تولیدات ما هم کابل و سیم‌های مختلف بود. البته در آن زمان کابل‌های ساختمانی تولید می‌کردیم ولی در حال حاضر در تولید سیم خودرو حرف اول را می‌زند. در حال حاضر تنوع تولید ما زیاد است و ما انواع سیم و کابل‌های مختلف را تولید می‌کنیم. علت متنوع کردن محصولات، رکود صنعت خودرو است. زمانی ۸۰ درصد تولیدات ما سیم‌های خودرو بود ولی در

مختلف کاری و کارگری می‌شناسم، زیرا خودم در آنجا کار کرده‌ام. به دلیل این‌که با دوستان هندی و افغانی همکاری کرده‌ام از مشکلات‌شان آگاه هستم و می‌توانم با آن‌ها ارتباط داشته باشم.

س: از خانواده‌تان بگویید، در چه خانواده‌ای رشد کرده‌اید؟

پدرم شخص تحصیل کرده و سخت‌گیری است. ایشان زمانی که مدرک دیپلم خود را گرفتند قرار بود از مسئولین عالی‌رتبه وقت جایزه بگیرند زیرا در هنرستان آلمانی‌ها شاگرد اول بودند. بورسیه هم شدند که بنا به دلایل شخصی از آن استفاده نکردند. ایشان در حال حاضر بیش از ۵ کتاب دارند و جزو مترجمان حرفه‌ای ایران هستند. یکی از کتاب‌های ایشان جایزه کتاب سال را در ایران گرفته است. یکی از دلایل این‌که من روی پای خودم ایستاده‌ام این بود که پدرم فرد تحصیل‌کرده‌ای بود. من درس نمی‌خواندم اما شاگرد اول مدرسه بودم. به دلیل این‌که کم درس می‌خواندم پدرم من را قبول نداشت.

من نسل دوم در این شرکت هستم و پیش از من پدرم شرکت را اداره می‌کردند. در حال حاضر پدرم رئیس هیئت مدیره است و من هم به دلیل بیماری ایشان این مسئولیت را به عهده گرفتم.

مادرم تحصیل کرده نیست. ما پنج خواهر و برادر بودیم که یکی از خواهران من فوت شد. من پسر ارشد هستم و به همین دلیل مسائل خانواده بر عهده من بود. من همیشه

س: لطفاً خودتان را معرفی کنید؟

ج.ک. هستم. در سال ۱۳۴۷ در تهران به دنیا آمدم اما اصالتاً اهل کاشانم. از هفت سالگی مشغول به کار شدم و این را جزو نکات مثبت زندگی خود می‌دانم، همه نوع کاری هم کرده‌ام. مدرک مهندسی صنایع از دانشگاه پلی‌تکنیک دارم. همیشه جزو شاگردهای خوب بودم و در سال‌های مختلف شاگرد اول مدرسه شدم و در چند المپیاد ریاضی نیز شرکت داشته‌ام. در کنار همه این‌ها به ورزش هم پرداخته‌ام. در همه رشته‌های ورزشی به جز فوتبال فعالیت کرده‌ام. البته در حال حاضر شرکت ما دو تیم فوتسال معروف دارد که به چند مقام و مدال دست پیدا کرده‌اند. عضو افتخاری تیم کوهنوردی ایران هستم و در رودخانه‌نوردی، والیبال، بسکتبال و... هم سررشته دارم. آخرین ورزشی هم که دوست دارم تجربه کنم غواصی در شب و در اقیانوس است. معتقدم اگر خداوند امکان زندگی به من داده است باید آن را تجربه کنم؛ چه در کف اقیانوس و چه در آسمان.

س: لطفاً از کار و حرفه خود بیشتر بگویید:

همان‌طور که قبلاً گفتم کار کردن را از هفت سالگی شروع کردم. در ۱۴ سالگی در کارگاه ریخته‌گری کار می‌کردم.

در دوره دانشجویی هم به تدریس و کارگری مشغول بودم. توجه نمی‌کردم که پدرم چه کسی است و همیشه سعی می‌کردم خودم خرج خودم را درآورم و همه این‌ها تجربه‌های زندگی من است. محیط‌های

اگر حس خوبی که این کار به من می‌دهد نبود این کار انجام نمی‌شد. هرچه شعار هم بدهم این واقعیت است که گذشت از پول کار آسانی نیست. من بسیاری از این گذشتن‌ها را از طبیعت زمانی که کویرنوردی می‌کردیم یاد گرفتم. در این زمان ما باید اول وصیت‌نامه می‌نوشتیم و بعد حرکت می‌کردیم. در این سفرها من یاد گرفتم گاهی باید برای نجات جان از بسیاری چیزها گذشت.

من وقتی کاری انجام می‌دهم حس خوبی پیدا می‌کنم و گویی وظیفه خود را انجام می‌دهم. وقتی خداوند به من توانایی داده که یک کار اقتصادی انجام دهم طبیعتاً وظیفه‌ای هم دارم.

س: و سخن آخر...

اگر انسان‌ها رهایی را تجربه کنند و بتوانند چیزی را از خودشان جدا کنند عامل رشد هستند. انسان برای پریدن باید از زمین جدا شود، اگر بخواهد رشد کند باید ببخشد؛ به هر عنوان و هر توانی. باید از خیلی چیزهای بکنی. حس بخشیدن همان حس کردن و رهایی است و باعث رشد می‌شود. من معتقدم هر انسانی وظیفه خود را در این عالم دارد.

نهایت آرزوی من این است که آن‌قدر داشته باشم تا زمانی که می‌خواهم ببخشم به این فکر نکنم که دارم یا نه. بزرگ‌ترین ذهنیت من این است که بتوانم بچه‌های بی‌سرپرست را به‌نحوی حمایت کنم. نه با بخشیدن بلکه اگر بتوانم یک خانه بگیرم و تعدادی از این بچه‌ها را نگه دارم و پدرشان و حامی آن‌ها باشم تا امکان رشد و تحصیل به آن‌ها بدهم. به اعتقاد من اگر در این شرایط ۲۰ نفر را به درستی رشد دهیم در آینده هریک از این‌ها می‌تواند ۲۰ نفر را رشد دهد. این یعنی نسل بعد از ما می‌تواند حرکت روبه‌رشدی داشته باشد.



من در مقاله‌ای خواندم تنها ۵ درصد افراد خلاق به دنیا می‌آیند و ۴۰ درصد افراد به هیچ عنوان خلاقیت ندارند. آیا آن ۴۰ درصد که خلاقیت ندارند نباید زندگی کنند؟ باید برای آن‌ها کار تعریف کرد. کسی که ادعا می‌کند خلاق است باید بتواند افراد خلاق را هدایت کند. به‌طور مثال ما هزینه زندگی ۲۰ نفر از این بچه‌ها را می‌دهیم. مرکزی هست که از خانم‌های بی‌سرپرست حمایت می‌کند ما هزینه چند نفر از این افراد را تقبل کرده‌ایم. سازمانی در کاشان مربوط به بچه‌های معلول است ما برای این مرکز مبالغ زیادی را هزینه کردیم و آن‌جا قرار است که یک بنگاه اقتصادی شود تا افراد معلول در آن‌جا کار کنند. این کار به خانواده معلول حس آرامش می‌دهد و فرد هم به این دلیل که سربرار خانواده نیست احساس مقبولیت می‌کند.

در شرکت ما هم کسی مشکل مالی ندارد و همه بیمه تکمیلی هستند هر کسی مشکل مالی داشته باشد ما سعی می‌کنیم مشککش را حل کنیم.

س: شما چه حسی نسبت به کاری که می‌کنید دارید؟

حال حاضر این نسبت به ۲۰ درصد رسیده است. در این شرایط که مشکلات بسیاری وجود دارد همه ناراضی هستند. به نظر من خداوند به ما این فرصت را داد که بازرمان را گسترده کنیم. پیش‌بینی من این است که در سال آینده تولید ما ۶۰ تا ۷۰ درصد از میانگین سال پیش بیشتر شود که این به معنی سه برابر شدن فروش محصولات است. به اعتقاد من کارخانه ما از لحاظ حجم تولید در صنعت سیم و کابل جزو ۱۰ شرکت اول ایران است و با شروع حرکت جدید جزو ۵ شرکت اول ایران می‌شویم.

س: شما چگونه به‌عنوان یک خیر با بنیاد امور بیماری‌های خاص آشنا شدید؟

من با واژه خیر مشکل دارم. البته از این که این صفت را به من نسبت می‌دهید متشکرم. به اعتقاد من این کارها وظیفه است نه چیز دیگر. به عقیده من ثروت تا یک اندازه‌ای برای فرد است و فرد امکان استفاده از آن را دارد. شما در یک متراژ مشخص خانه می‌توانید زندگی کنید، بهترین خودرو را داشته باشید و... اما باقی آن برای مردم است و شما امانت‌دار آن هستید.



استان قزوین

از جمله رسالت‌های بنیاد امور بیماری‌های خاص رسیدگی به وضعیت بیماران خاص در شهرستان‌های کشور است. به این منظور معاونت امور هماهنگی بنیاد، بازدیدهای استانی را در دستور کار خود قرار داده است. گزارش ذیل مربوط به استان قزوین است که توسط کارشناسان معاونت امور هماهنگی در آبان‌ماه ۱۳۹۱ مورد بازدید قرار گرفته است.

مهندس هانی صباغان

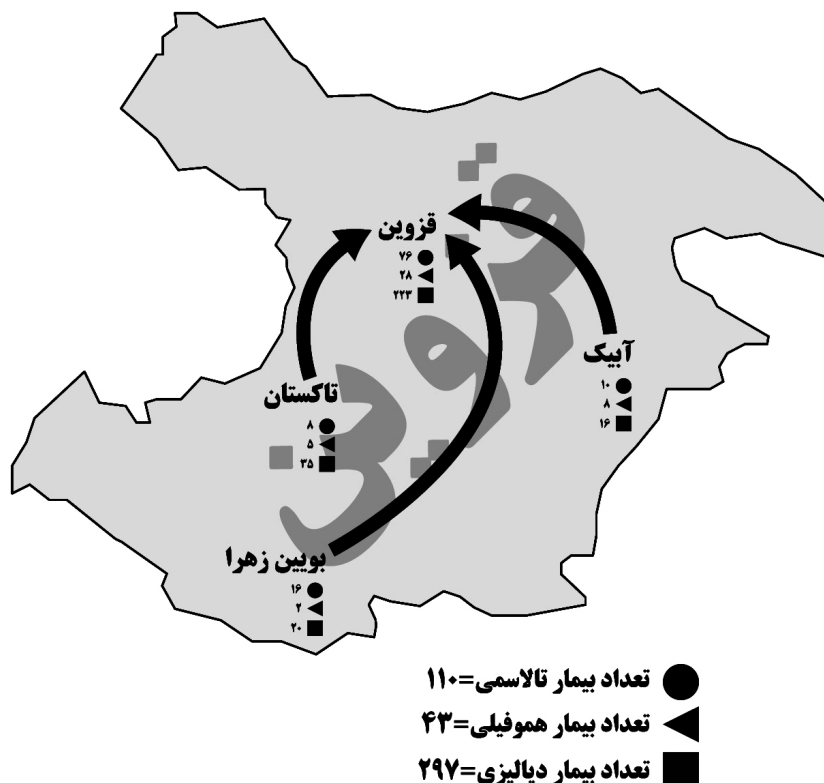
موقعیت جغرافیایی استان و استان‌های همجوار: استان قزوین از استان‌های شمال غربی ایران است. منطقه قزوین در سال ۱۳۷۵ از استان تهران جدا شد و به همراه تاکستان از استان زنجان تشکیل استان تازه‌ای به نام استان قزوین را داد. مساحت این استان حدود ۱۵۸۲۰۰ کیلومتر مربع است و با استان‌های مازندران، گیلان، همدان، مرکزی، زنجان و تهران همسایه است.

تقسیمات کشوری: این استان مشتمل بر شهرستان‌های قزوین، تاکستان، بوئین‌زهرا و آبیک می‌باشد.

مختصات جمعیتی: این استان جمعیتی بالغ بر ۱۲۰۱۵۶۵ نفر دارد که عمده این جمعیت در شهرها ساکن می‌باشند، جمعیت روستایی حدود ۲۷٪ جمعیت کل استان و جمعیت شهری حدود ۷۳٪ جمعیت کل استان را تشکیل می‌دهد. تعداد ۲۹۷ بیمار دیالیزی (۲۴ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ۱۱۰ بیمار تالاسمی (۹ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) و ۴۳ بیمار هموفیلی (۳ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ساکن استان قزوین می‌باشند.

وضعیت شهرستان‌های استان از نظر مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص: چنانچه در شکل نشان داده شده است در ۴ شهرستان استان مراکز درمانی دیالیز، تالاسمی و هموفیلی وجود دارد. ضمناً پایگاه انتقال خون استان فقط در شهرستان قزوین مستقر می‌باشد.

تعداد بیماران تالاسمی، هموفیلی و دیالیزی در استان قزوین



از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۵/۴ می‌باشد.

بوئین زهرا: بیمارستان امیرالمؤمنین^(ع)، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران دیالیزی در شهرستان بوئین‌زهرا می‌باشد، در حال حاضر تعداد ۲۰ بیمار دیالیزی، تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان امیرالمؤمنین^(ع) (دولتی)
بیمارستان امیرالمؤمنین^(ع) در سال ۱۳۸۲ با ۴۶ تخت مصوب و ۵۱ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌نماید.
بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۵ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرار داده شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۷۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۴ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۲۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۴ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفته فعال است.
نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۵ می‌باشد.

آبیک: بیمارستان ولیعصر^(عج)، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران دیالیزی در شهرستان آبیک



بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۶ راه‌اندازی شده است و در سال ۱۳۸۴ گسترش فیزیکی داشته است. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن مجزا قرار داده شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۱۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۷ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۳۸ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۳ پزشک متخصص داخلی و ۴ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال است.
نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس

وضعیت شهرستان‌ها:

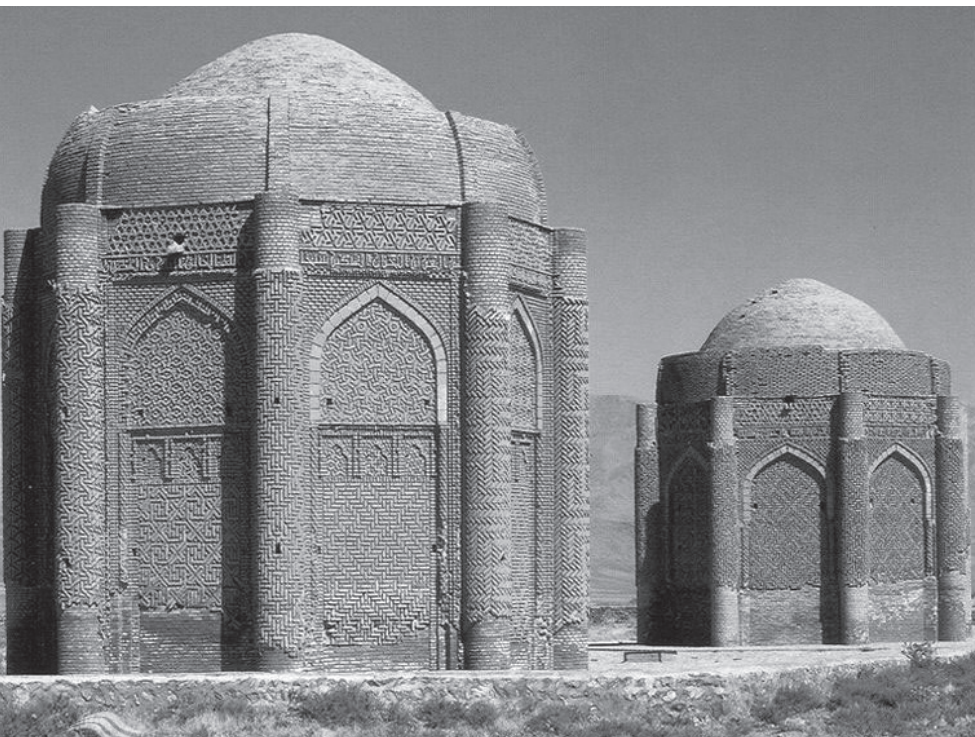
تاکستان: بیمارستان امیرالمؤمنین^(ع)، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان تاکستان می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۳۸ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان امیرالمؤمنین^(ع) (دولتی)
بیمارستان امیرالمؤمنین^(ع) در سال ۱۳۷۴ با ۹۶ تخت مصوب و ۹۶ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به بیماران دیالیزی خدمات درمانی را ارائه می‌نماید.

جدول وضعیت شهرستان‌های استان از نظر مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص

شهرستان	مرکز دیالیز	تعداد بیمار	مرکز تالاسمی	تعداد بیمار	مرکز هموفیلی	تعداد بیمار	انتقال خون
قزوین	+	۲۲۳	+	۷۶	+	۲۸	+
تاکستان	+	۳۸	-	۸	-	۵	-
بوئین‌زهرا	+	۲۰	-	۱۶	-	۲	-
آبیک	+	۱۶	-	۱۰	-	۸	-

بیماران تالاسمی و هموفیلی شهرستان‌ها به بیمارستان قدس قزوین مراجعه می‌کنند.



۱ سالن قرارداد شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۰۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۵ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۲۳ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۱ فوق تخصص و ۴ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت روزهای فرد ۲ شیفته و روزهای زوج ۳ شیفته فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت)

است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۵/۲ می‌باشد.

بیمارستان رازی (تامین اجتماعی)

بیمارستان رازی در سال ۱۳۷۴ با ۲۵۶ تخت مصوب و ۲۰۹ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به بیماران دیالیزی خدمات درمانی را ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۳ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در

می‌باشد، در حال حاضر تعداد ۱۶ بیمار دیالیزی، تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان ولیعصر (عج) (دولتی)

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۸ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرار داده شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۲۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۶ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۱۶ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۳ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۳ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال است.

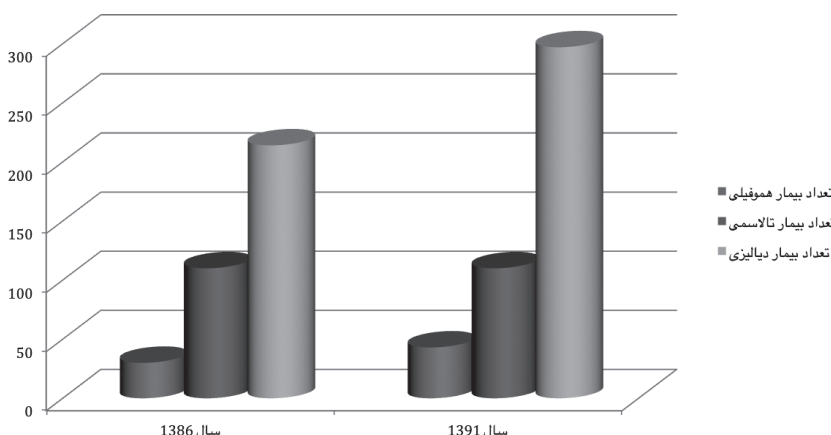
نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۱/۷ می‌باشد.

قزوین: بیمارستان بوعلی‌سینا، رازی و قدس، ۳ بیمارستان و مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهر قزوین می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۲۲۳ بیمار دیالیزی، ۴۳ بیمار هموفیلی و ۱۱۰ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان‌ها می‌باشند.

بیمارستان بوعلی‌سینا (دولتی)

بیمارستان بوعلی‌سینا در سال ۱۳۵۶ با ۲۵۰ تخت مصوب و ۲۸۹ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به بیماران دیالیزی خدمات درمانی را ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۶۱ راه‌اندازی شده است و در سال ۱۳۷۵ گسترش فیزیکی داشته است و در سال ۱۳۸۵ به محل جدید منتقل شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۲ سالن اصلی بخش دیالیز که در حدود ۶۰۰ متر مربع وسعت داشته و دارای ۳۸ دستگاه می‌باشد قرار دارند. در حال حاضر این بخش تعداد ۲۰۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص نفرولوژیست و ۲۱ پرستار تشکیل شده



برابر با ۴/۶ می‌باشد.

بیمارستان قدس (دولتی)

بیمارستان قدس در سال ۱۳۵۶ با ۱۳۰ تخت مصوب و ۱۲۳ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به بیماران تالاسمی و هموفیلی خدمات درمانی را ارائه می‌نماید و تنها مرکز تالاسمی و هموفیلی استان قزوین می‌باشد.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش دارای ۲ اتاق به مساحت ۲۰ متر مربع می‌باشد، در سال ۱۳۷۷ راه‌اندازی شده است. این بخش دارای ۵ تخت فعال می‌باشد. تعداد ۱۱۰ بیمار تالاسمی و ۴۳ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش می‌باشند. کادر درمانی این بخش از ۱ نفر هماتولوژیست اطفال، ۲ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است.

مشکلات و کمبودها

بخش‌های دیالیز و بیماران

۱- مشکلات مربوط به فضای فیزیکی:

بیمارستان امیر تاکستان: فضای بخش بسیار کوچک است رختکن و ناهارخوری برای بیماران و همراهانشان وجود ندارد.

بیمارستان ولیعصر آبیک: بخش دارای یک اتاق به مساحت ۲۰ متر است که فاقد رختکن و انبار می‌باشد و اتاق Ro نیز در طبقه بالا قرار دارد.

بیمارستان بوعلی سینا قزوین: فضای بخش جدا از فضای بیمارستان می‌باشد و

در طرف دیگر خیابان، روبروی بیمارستان واقع شده است به صورتی که اگر برای یکی از بیماران مشکلی به وجود بیاید پرسنل و پزشکان باید از بیمارستان این مسافت را طی کرده تا به بخش دیالیز برسند که این موضوع هم برای بیماران و هم برای پرسنل و پزشکان مشکلات متعددی را ایجاد کرده است.

۲- مسائل دارویی و وسایل مصرفی

دیالیز: پودر بی‌کربنات برای دستگاه‌های بی‌بران در استان با کمبود زیاد مواجه است.

۳- مشکلات معیشتی:

در شهرستان‌های تاکستان و بوئین‌زهره مشکلات معیشتی در بین بیماران مشاهده گردید.

۴- مشکلات پرسنلی:

کمبود کادر پرستار در بیمارستان امیر تاکستان مشاهده گردید.

۵- شهرستان‌های فاقد بخش تالاسمی:

شهرستان‌های تاکستان (۳۰ کیلومتر تا مرکز)، بوئین‌زهره (۸۰ کیلومتر تا مرکز) و آبیک (۴۰ کیلومتر تا مرکز) فاقد مرکز تالاسمی می‌باشند.

۶- شهرستان‌های فاقد مرکز هموفیلی:

شهرستان‌های تاکستان، بوئین‌زهره و آبیک فاقد مرکز هموفیلی می‌باشند.

لازم به ذکر است بیماران تالاسمی

شهرستان‌های تاکستان (۸ نفر)، بوئین‌زهره

(۱۶ نفر)، آبیک (۱۰ نفر) و روستاهای این استان برای درمان به بخش تالاسمی بیمارستان قدس مراجعه می‌کنند. همچنین بیماران هموفیلی شهرستان‌های این استان به بیمارستان قدس برای درمان مراجعه می‌کنند.

۷- مشکلات فضای فیزیکی بخش

تالاسمی: بیمارستان قدس شهر قزوین دارای فضای فیزیکی بسیار کوچک، نامناسب و قدیمی جهت ارائه خدمات به بیماران می‌باشد و نیاز به تعمیر و نوسازی و گسترش بخش دارد. این بخش با بخش شیمی‌درمانی اطفال در یک مکان می‌باشد که این موضوع از نظر روحی برای بیماران مشکلات زیادی را در بر دارد.

۸- مشکلات مربوط به دارو یا وسایل

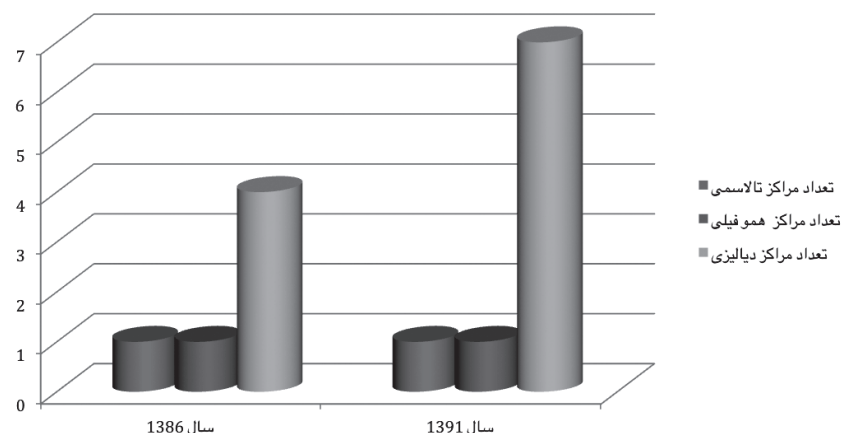
مصرفی: مشکل عمده این استان کمبود دسفرال می‌باشد.

کمک‌های انجام گرفته بعد از بازدید

بنیاد: اهدا ۲ دستگاه دیالیز همچنین ۱۰ دستگاه تخت سه شکن و یک شکن به همراه وسایل جانبی، ۸ عدد تجهیزات درمانی و رفاهی به شهرستان‌های استان قزوین اهدا شد. همچنین برای مشکلات فوق‌الذکر نیز با سازمان‌های مربوطه جهت رفع مشکل مکاتبه گردیده است.

کمک‌های بنیاد

بنیاد امور بیماری‌های خاص تا ابتدای سال ۱۳۹۱ بالغ بر ۷۰ دستگاه تجهیزات درمانی و ۵ عدد دستگاه دیالیز به استان قزوین کمک تجهیزاتی نموده است. همچنین بنیاد امور بیماری‌های خاص بالغ بر ۱,۲۱۴,۸۱۰,۵۱۳ ریال به صورت نقدی و ۱,۳۹۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به صورت هدیه ایثار به اهدا کنندگان کلیه به استان قزوین کمک مالی نموده است.





خلاصه گزارش کارگاه‌های تالاسمی سال ۱۳۹۱

بنیاد اموری بیماری‌های خاص یکی از برنامه‌های خود را در سال ۱۳۹۱ با بررسی موفقیت‌ها و چالش‌های بیماری تالاسمی در ایران معطوف داشت و با نگاه چند جانبه به بیماری تالاسمی از ابتدا تا انتهای آن و بهره‌گیری از خرد جمعی اندیشمندان این حوزه و تجرب علمی و عملی دست اندرکاران حوزه پزشکی بتواند در حوزه سلامت با رویکرد بیماری تالاسمی مؤثر باشد.

فرزانه شعبانی

و موفقیت‌های PND در پیشگیری از تالاسمی
آقای دکتر آراسته (سخنران): مشکلات پیشگیری از تالاسمی و وضعیت گزارشات کشوری

نتایج حاصله به عنوان بیانیه کارگاه به شرح ذیل تدوین شد:

۱- آموزش مداوم و هدفمند در پیشگیری از تالاسمی برای پزشکان، پرستاران، تیم‌های بهداشتی و مشاوره‌ای، ناقلین، والدین، دستگاه قضایی، روحانیون، و دانش‌آموزان صورت پذیرد. (از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی همراه با امتیاز بازآموزی و یا مدون برای گروه‌های پزشکی مرتبط)

۲- ارتقاء آموزش تکنیک‌های مشاوره در مراکز بهداشتی درمانی به صورت آموزش‌های عملی با ارائه دفترک‌ها، لوح‌های فشرده و آلبوم تصاویر انجام پذیرد.

۳- تنظیم سند راهبردی رسانه در پیشگیری از بیماری تالاسمی توسط متولیان امر و انتشار آن از طریق صدا و سیما و جراید صورت پذیرد.

۴- پایگاه جامع اطلاع رسانی در زمینه دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های موجود بیماری تالاسمی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌ها

از بیماری تالاسمی) برگزار گردید. که هدف از این کارگاه افزایش آگاهی با رویکرد علمی و تخصصی، بررسی نقش باورهای دینی در پیشگیری از تالاسمی، بررسی وضعیت اپیدمیولوژی و برآورد به هزینه‌های غربالگری و... بوده است. اهداف کاربردی این کارگاه پیشنهاد دستورالعمل‌های جدید، اصلاح و یا تقویت قانون، جمع‌بندی نقطه نظرات که در همین راستا کارگاه اول منجر به بررسی مسائل و مشکلات موجود در سر راه پیشگیری از تولد نوزاد مبتلا به تالاسمی مازور با تشریک مساعی مدعوین حاضر در جلسه و ارائه راهکارهای عملی و کاربردی و همچنین ارائه بیانیه گردید.

اسامی شخصیت‌های حقیقی و حقوقی که برای آنها نامه دعوت جهت حضور در کارگاه تالاسمی ارسال شده است:

آقای دکتر رستمی (سخنران): اثر بخشی پیشگیری در اقتصاد سلامت و هزینه‌های غربالگری جهت پیشگیری

آقای دکتر ابوالقاسمی (سخنران): موفقیت‌ها و چالش‌های پیشگیری از تالاسمی

آقای دکتر فتاح‌زاده (سخنران): نقش باورهای اجتماعی و اطلاع رسانی در پیشگیری از تالاسمی

خانم پروفیسور کوثریان (سخنران): نقش باورهای اجتماعی در پیشگیری از تالاسمی

آقای دکتر فرهادی (سخنران): وجه فعالیت بنیاد در امور مربوط به پیشگیری تالاسمی از ابتدا تا کنون

آقای دکتر زینلی (سخنران): مشکلات

بنیاد از ابتدای سال ۱۳۹۱ با اتکا به پیشینه حاصل از نظرسنجی و اخذ تجرب و مشکلات کشور، برنامه‌های خود را در حوزه‌های ذیل به شکل کارگاه‌های آموزشی با حضور سخنرانان در قالب ۵ کارگاه پیشگیری از تالاسمی برگزار کرد:

۱. مدیریت پیشگیری مورخ ۱۳۹۱/۲/۲۰
۲. مدیریت درمان مورخ ۱۳۹۱/۴/۷
۳. مدیریت عوارض درمان مورخ ۱۳۹۱/۶/۳۰
۴. مدیریت پرستاری و مراقبت‌های تالاسمی مورخ ۱۳۹۱/۱۰/۷
۵. مدیریت قانونی، اجتماعی و رفاهی مورخ ۱۳۹۱/۱۲/۱۰

مدعوینی از تمامی استان‌ها و سازمان‌های دولتی نظیر انتقال خون، مجلس شورای اسلامی، مجمع تشخیص مصلحت نظام، وزارت بهداشت، تامین اجتماعی، صدا و سیما و... در این کارگاه‌ها حضور پیدا کردند که خلاصه گزارش این پنج کارگاه به شرح ذیل می‌باشد.

۱ کارگاه اول: مدیریت پیشگیری از تالاسمی زمان: ۲۰ اردیبهشت/۱۳۹۱

به منظور ارتقاء سلامت جسمی، روانی وضع موجود، برگزاری مجموعه نشست‌هایی در قالب کارگاه‌های بررسی این بیماری توسط بنیاد امور بیماری‌های خاص مد نظر قرار گرفت که با توجه به اهمیت موضوع پیشگیری در بیماری‌های خاص، نخستین کارگاه با موضوع اصلی (مدیریت پیشگیری

۲ کارگاه دوم: مدیریت درمان تالاسمی زمان: ۷ تیر/۱۳۹۱

با توجه به این امر که درمان بیماران تالاسمی

۱- از آنجایی که در بازدیدهای به عمل آمده از مراکز تالاسمی سطح کشور مشاهده گردید که در برخی از مراکز درمان تالاسمی، تزریق خون بیماران در اورژانس و سایر بخش‌ها در کنار سایر بیماران صورت می‌گیرد و بیماران بخش جداگانه‌ای جهت تزریق ندارند، جداسازی بخش‌های تالاسمی از سایر بخش‌های بیمارستانی و اختصاص واحد جداگانه جهت انجام درمان و تزریق پیشنهاد می‌گردد.

۲- فضاهای موجود متناسب با روحیه بیمار، اصول روان‌شناختی و کنترل عفونت بهینه گردد.

۳- زمان ارائه خدمات به بیماران تالاسمی محدود به ساعت کاری بیمارستان نبوده و در عصر و روزهای تعطیل، خدمت ارائه گردد.

۴- در مراکز درمانی بیماران تالاسمی به منظور ایجاد مشاوره درمان، موفقیت‌های شغلی و مشاوره ازدواج از مشاور و یا روان‌شناس بهره گرفته شود.

۵- از آنجا که بیماری تالاسمی بیماری خاص محسوب می‌گردد، لازم است کادر درمانی مجرب و با تجربه در این زمینه فعالیت نمایند، لذا حضور پرستاران و پرسنل دوره دیده الزامی است. بعضاً مشاهده می‌شود بسیاری از پرسنل بخش‌های تالاسمی کشور تجربه کافی در این زمینه ندارند، بنابراین آموزش اختصاصی پرستاران و بهیاران جهت کار در بخش تالاسمی و استفاده از پرسنل دوره دیده در این بخش‌ها پیشنهاد می‌گردد.

۶- اختصاص تمام هزینه پمپ دسفرال توسط بیمه‌ها

۷- اختصاص سهمیه بیشتر و رایگان نمودن هزینه داروها

۳ کارگاه سوم: بررسی عوارض ناشی

از درمان زمان : ۳۰ / شهریور ۱۳۹۱

هدف از این کارگاه: بررسی مشکلات غددی در بیماران تالاسمی، بررسی مشکلات



آقای دکتر اردشیر قوام‌زاده (سخنران):
پیوند مغز استخوان از نظر تکنیک و اثربخشی

آقای دکتر پیمان عشقی (سخنران):
مطالعه تطبیقی عوارض و اثربخشی داروی اسفرال و مقایسه دسفرال و دسفوناک

خانم دکتر آذر کیوان (سخنران):
پروتکل و راهنمای درمان تالاسمی

آقای دکتر آراسته (سخنران): مشکلات تزریق خون و فرآورده‌های خونی در بیماران تالاسمی

دکتر پژمان پارسی (سخنران): اکسجید و چشم‌انداز و چالش‌های آن - نماینده شرکت نوارتیس

آقای همایون نبوی (سخنران): پمپ دسفرال - نماینده شرکت فرافن

آقای دکتر تاجبخش (سخنران): تنوع دارویی و پوشش‌های بیمه‌ای

آقای دکتر فلاح (سخنران): عوامل مؤثر بر درمان بیماری تالاسمی و خود مدیریتی آن

در این کارگاه و بحث و تبادل نظر، نتایج حاصله به عنوان بیانیه کارگاه به شرح ذیل تدوین شد:

اهمیت به سزایی در کنترل بیماری، افزایش سن و امید به زندگی آنان دارد، و در سالیان گذشته موفقیت‌های چشمگیری در زمینه درمان بیماری تالاسمی در دنیا به دست آمده، بنیاد امور بیماری‌های خاص در ادامه برگزاری این کارگاه‌ها، موضوع دومین کارگاه خود را به (مدیریت درمان تالاسمی) اختصاص داد. که این کارگاه با هدف بررسی پروتکل و راهنمای درمان تالاسمی، بررسی وضعیت پیوند مغز و استخوان از نظر تکنیک و نحوه اثربخشی، چشم‌انداز و چالش‌های درمان با داروهای خوراکی و... برگزار گردید. که نتیجه‌ای که از این کارگاه بدست آمد، اختصاص تمام هزینه پمپ دسفرال توسط بیمه، فراهم آوردن حمایت‌های مالی به منظور انجام رایگان پیوند از طریق دستگاه‌های مربوط، استانداردسازی پروتکل درمان بیماران تالاسمی می‌باشد.

اسامی شخصیت‌های حقیقی و حقوقی که برای آنها نامه دعوت جهت حضور در کارگاه تالاسمی ارسال شده است:

آقای دکتر محمدعلی احسانی (سخنران): مسائل و مشکلات درمان در کودکان تالاسمی



تالاسمی و مشکلات پرستاران در ارتباط با درمان بیماران تالاسمی است. نتیجه برگزاری کارگاه، بررسی انتظارات، کمبودها و چالش‌های موجود، نیازهای آتی جامعه پرستاری و آموزش محورهای مورد بحث بود. کارگاه مزبور با حضور مهمانانی از معاونت درمان‌های دانشگاه علوم پزشکی سراسر کشور، دفاتر مدیر کل امور اجتماعی سراسر کشور، رؤسای بیمارستان‌های دارای مراکز تالاسمی در استان‌های سراسر کشور، پزشکان، متخصصان در امر درمان بیماری تالاسمی، سازمان نظام پرستاری ایران و ادارات پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی، برگزار شد. از استان‌هایی که در این کارگاه حضور فعال داشتند می‌توان به استان یزد، سیستان و بلوچستان، زنجان، خراسان رضوی، آذربایجان غربی، سمنان، قزوین، فارس، گیلان و همدان بودند.

سخنرانان و موضوعات اشاره شده:

دکتر احمد تمدنی (فوق تخصص خون): گزارشی از کارگاه و بیانیه‌های آن، مسائل کلی مربوط به تشخیص و درمان
دکتر فریده موسوی (متخصص اطفال، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی

از نخستین تزریق خون بیمار تالاسمی، حتماً آنتی‌ژن‌های سطح گلبول قرمز باید سنجیده شود تا از بروز آلوایمیونیزاسیون حتی به مقدار کم جلوگیری شود.

۳- در هر بار مراجعه بیمار تالاسمی جهت خون‌گیری، شمارش کامل سلول‌های خونی (CBC) او باید پایش و کنترل شود.

۴- ایجاد آزمایشگاه‌های مرجع جهت اندازه‌گیری سطح فریتین.

۵- از آنجایی که بررسی قلب با روش MRI صورت می‌گیرد، پیشنهاد می‌شود که استانداردسازی دستگاه‌های MRI در مراکز مختلف صورت پذیرد.

۶- به منظور کاهش هزینه‌های درمان بیماران تالاسمی و همچنین صرفه‌جویی در وقت آنان، متمرکز شدن کلیه خدمات تشخیصی و درمانی در مراکز درمانی تالاسمی ضروری به نظر می‌رسد.

۴ عنوان کارگاه: مدیریت پرستاری و مراقبت‌های تالاسمی-زمان: ۷/دی/۱۳۹۱

هدف از برگزاری کارگاه، بررسی مسائل مورد توجه در مقوله پرستاری از بیماران

پوکی استخوان در بیماران تالاسمی، بررسی سلامت دهان و دندان در بیماران تالاسمی، بررسی عوارض قلبی-عروقی در بیماران تالاسمی، بررسی مشکلات شنوایی در بیماران تالاسمی، ارزیابی مدیریت پیشگیری از عوارض، در بیماران تالاسمی، بررسی حساسیت و آلرژی دارویی در بیماران تالاسمی است.

لیست سخنرانان و موضوعات

دکتر محمد علی احسانی- (هماتولوژیست- متخصص اطفال): مشکلات و معضلات در تشخیص عوارض بیماری

دکتر آریتا آذرکیوان (هماتولوژیست): عوارض ناشی از رسوب آهن در بیماران تالاسمی

دکتر علیجانپور (غدد): مشکلات غددی در بیماران تالاسمی

دکتر بهزاد فراهانی (متخصص قلب): مشکلات قلبی در بیماران تالاسمی

دکتر مریم کشوری (متخصص گوارش): مشکلات کبد در بیماران تالاسمی

دکتر علیرضا سفیدچیان (روانپزشک): مشکلات روانی در بیماران تالاسمی

دکتر زهره حمیدی (پزشک عمومی): استئوپروز در بیماران تالاسمی

دکتر مهین بخشی (متخصص بیماری‌های دهان و دندان): عوارض دهان و دندان در بیماران تالاسمی

در این کارگاه و بحث و تبادل نظر، نتایج حاصله به عنوان بیانیه کارگاه به شرح ذیل تدوین شد:

۱- از آنجایی که با تزریق خون در بیماران تالاسمی، امکان ابتلا به ویروس‌های HIV و هپاتیت B وجود دارد، جهت بررسی HIV، تست PCR در تمام بیماران باید انجام شود.

۲- با توجه به این که با افزایش سن بیماران تالاسمی عوارض و آلوایمیونیزاسیون نیز بیشتر می‌شود، بنابراین در تمام مراکز قبل





شهید بهشتی): مدیریت و مراقبت بیمار تالاسمی حین تزریق خون
دکتر الهام شاهقلی (متخصص خون و انکولوژی کودکان، عضو هیئت علمی دانشگاه تهران): عوارض قلبی در بیماران تالاسمی
دکتر مرتضی علیجانیپور (متخصص داخلی): عوارض اندوکراین در بیماران تالاسمی
کیانا معدنچی (کارشناس تغذیه): تغذیه در بیماران تالاسمی
دکتر شکوفه موسوی (روان پزشک): مباحث سایکولوژیک در بیماران تالاسمی و نحوه ارتباط پرستار با بیماران
دکتر امینیان (متخصص عفونی و بیماری‌های تب‌دار): کنترل عفونت (هپاتیت و ایدز) در بیماران تالاسمی
دکتر زهرا کروریان (پزشک عمومی، کارشناس پژوهشی): نحوه استفاده از داروی دسفوناک
کارشناسان شرکت فرافن: آموزش استفاده از پمپ دسفرال
دکتر آریتا آذرکیوان، دکتر امینیان و دکتر علیرضا فلاح (هماتولوژیست، متخصص عفونی و پزشک عمومی): پنل

پرسش و پاسخ مسائل مربوط به پرستاری تالاسمی

شرکت کنندگان حاضر در کارگاه مدیریت پرستاری و مراقبت‌های تالاسمی ضمن تقدیر از بنیاد امور بیماری‌های خاص در زمینه توجه به ارتقاء خدمات درمانی بیماران تالاسمی و تاکید بر موفقیت‌های کسب شده در طی سال‌های گذشته در زمینه پیشگیری و درمان بیماران تالاسمی بر موارد ذیل تاکید داشتند:

- ۱- با توجه به نقش پمپ دسفرال و اهمیت آن در درمان و در زمینه شرایط جسمی بیماران تالاسمی، بیمه‌ها نسبت به پرداخت هزینه آن هر ۳ سال یک بار اقدام نمایند، زیرا عمر مفید پمپ‌ها در برخی از موارد علیرغم اعلام ۵ سال حدود ۳ سال می‌باشد.
- ۲- روند جایگزینی دستگاه‌های خراب بیماران، توسط شرکت تولیدکننده این دستگاه‌ها با سرعت بیشتری صورت پذیرفته و نظارت اجرایی از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی بر آن باشد.
- ۳- از آنجایی که بیماران تالاسمی در بیشتر بیمارستان‌های کشور در بخش‌های

اورژانس تحت درمان می‌باشند، بخشی جداگانه به این بیماران اختصاص یابد و بخش‌های تالاسمی به عنوان یکی از ارکان بیمارستان‌هایی که خدمات مربوطه را ارائه می‌دهند شناخته شوند.

۴- آموزش مستمر پرستاران فعال در بخش‌های تالاسمی در زمینه آشنایی با روش‌های درمان و عوارض آن، و معرفی روش‌های جدید درمان مثل انجام پیوند مغز استخوان و آشنایی پرسنل درمانی تالاسمی با بخش‌های پیوند مغز استخوان جزئی از بازآموزی دوره‌ای باشد.

۵- ضمن تأکید بر نقش پرستاران در کیفیت درمان بیماران تالاسمی و ایجاد ارتباط عاطفی بین بیماران و پرستاران، راهنمایی‌های لازم بعد از آموزش پرستاران در زمینه تغذیه و مسایل روان‌شناختی به بیماران انجام گیرد.



عنوان کارگاه: مدیریت قانونی، اجتماعی و رفاهی بیماران تالاسمی
 زمان: ۱۰/ اسفند/ ۱۳۹۱

هدف از برگزاری کارگاه، بررسی قوانین موجود برای افراد مبتلا به تالاسمی و مسائل و مشکلات و چالش‌های اجتماعی گریبان‌گیر این افراد و همچنین مسائل رفاهی و معیشتی این افراد است. نتیجه برگزاری کارگاه مزبور، بررسی خلأهای قانونی مربوط به بیماران تالاسمی، معضلات اشتغال این افراد و مشکلات روحی آنها

با حضور اساتید، متخصصین و صاحب‌نظران این مقوله بود. برنامه سخنرانی کارگاه تالاسمی پنجم به شرح زیر است:

آقای دکتر هومن محمدی (متخصص بهداشت - معاون آموزش پژوهش): افتتاحیه و ضرورت کارگاه
دکتر غلامعلی افروز (روانپزشک - رئیس دانشکده روانپزشکی دانشگاه تهران):





الف- توانمندسازی فردی خود دو بخش دارد، روانی و جسمی.

- از بعد روانی: از طریق افزایش مهارت‌های خودآگاهی، ارتباط مؤثر، مهارت حل مسئله، مهارت تصمیم‌گیری و آموزش افزایش هوش هیجانی

- از بعد جسمی: از طریق در دسترس بودن دارو و سایر نیازهای درمانی، آموزش نحوه فعالیت فیزیکی مناسب، ورزش و توجه به نیازهای تغذیه‌ای

ب- توانمندسازی اجتماعی: افزایش عضویت در نهادهای کارآفرین، سازمان‌های مردم‌نهاد، آموزش‌های فنی- حرفه‌ای، و مهارت بازاریابی، برنامه‌ریزی تغییر نگرش جهت پذیرش افراد تالاسمیک از سوی جامعه و نفی باورهای غلط در مورد این افراد و توانایی شغلی آن‌ها و آشنایی کامل با توانایی‌ها و محدودیت‌هایشان.

بازاریابی محصولات تولیدی توسط آنها
۳- نظر به این‌که گستره عمر یک فرد تالاسمیک از میانگین گستره عمر جامعه کمتر نمی‌باشد، لذا می‌بایست ساز و کار تشکیل یک زندگی پرمفهوم و کامل برای وی فراهم کرد، چه در قالب تسهیلات، چه تشویق به زندگی مشترک و ...

۴- ایجاد برنامه‌های آموزشی و نگرشی در جهت تاکید بر این مهم که هدف اصلی از ازدواج دستیابی به آرامش در کنار همسر است نه تولید فرزند. آرامش در کنار همسر خوب نقش بسزایی در ارتقاء سلامت جسمی، روحی فرد تالاسمیک خواهد داشت، نهادهای حمایتی-حقوقی و بهداشتی همگی باید در خدمت و پشتیبان اساسی‌ترین نهاد اجتماعی که همانا پیوند زن و شوهر است باشند.

۵- با هماهنگی انجمن تالاسمی استان‌ها و سایر نهادهای مرتبط با بیماران امکاناتی جهت مشاوره ازدواج و بهره‌مندی از تجربیات بیماران متأهل و موفق فراهم گردد، که بنیاد در این خصوص می‌تواند نقش محوری و هماهنگ کننده باشد.

۶- توانمندسازی بیماران تالاسمیک از دو بعد، فردی و اجتماعی:

روانشناسی ازدواج در افراد با تالاسمی ماژور
آقای دکتر حبیب‌الله مسعودی فرید:
مسائل مربوط به بحث اشتغال بیماران تالاسمی متخصص پزشکی اجتماعی
آقای هوشنگ پوربابایی: قوانین و دستورالعمل‌های درمانی، حمایتی و اجتماعی حقوقدان
دکتر محمود هادی پور دهشال (پزشک عمومی - عضو انجمن تالاسمی):
تکنیک‌های امید به زندگی در بیماران تالاسمی

الهام شاه حسینی (سرپرستار بخش تالاسمی بیمارستان علی اصغر^(ع)):
مسائل و مشکلات اجتماعی بیماران تالاسمی

عصمت ابراهیمیان زاده (سرپرستار بخش تالاسمی بیمارستان شیخ خراسان رضوی): گزارش طرح ازدواج بیماران تالاسمی ماژور

بیانیه کارگاه مدیریت قانونی، اجتماعی و رفاهی بیماران تالاسمیک در کارگاه پنجم تالاسمی با محوریت مدیریت قانونی، اجتماعی و رفاهی بیماران تالاسمیک با این دیدگاه که کودک تالاسمیک لاغر و رنجور دیروز، با رشد و ارتقاء خدمات درمانی، پرستاری و کنترل عوارض و پوشش بیمه داروهای مصرفی، رشد کرده، به فرد بالغ امروزی با نیازهای اجتماعی، حمایتی، و انتظارات جدید تبدیل شده، سعی شد با عنایت و بهره‌گیری از دست‌اندرکاران حوزه‌های روانشناختی، بهزیستی، حقوقی، روش‌هایی برای مدیریت این دسته از مشکلات بیماران از طریق ارائه راهکارهای عملی به دست‌اندرکاران سازمان‌های ذیربط به شرح زیر آماده و تقدیم شد:

۱- نقش رسانه‌ها و سازمان‌های سلامت محور در تغییر نگرش عموم مردم نسبت به فرد تالاسمیک، از اصطلاح (بیمار تالاسمیک) باید به سمت به کارگیری (فرد مبتلا به نارسایی خونی) گرایش یابد.

۲- ایجاد فرصت‌های برابر شغلی برای این افراد در قالب درصد سهمیه استخدامی، یا

گذری بر یک سال اقدامات معاونت هماهنگی و امور استان‌ها

در بنیاد امور بیماری‌های خاص، معاونت هماهنگی و امور استان‌ها وظایف مشخصی برعهده دارد. در این گزارش ضمن تبریک فرا رسیدن نوروز و آغاز فصل زیبای بهار، تلاش می‌شود بخشی از فعالیت‌های این معاونت که در سال ۱۳۹۱ صورت پذیرفته است، به منظور اطلاع رسانی به هموطنان عزیز عرضه شود.

هانی صباغان

الف) بازدیدهای استانی

این بازدیدها براساس سیاست‌های بنیاد جهت مشاهده مستقیم مراکز درمانی و گفتگو با مسئولین مراکز و بیماران به منظور خدمت‌رسانی بهتر انجام می‌پذیرد. در سال ۱۳۹۱، ۱۲ استان و تعداد ۱۷۸ مراکز درمانی شهرستان‌های تابعه آنها مورد بازدید کارشناسان بنیاد قرار گرفته است. این استان‌ها عبارتند از:

همدان، ایلام، خراسان رضوی، چهارمحال و بختیاری، اصفهان، آذربایجان شرقی، گیلان،

اهداء تجهیزات پزشکی و درمانی از وظایف بنیاد امور بیماری‌های خاص نیست اما به دلیل عدم توجه مراکز دولتی، بنیاد به ناچار در این امر فعالیت می‌کند.

در طول سال ۱۳۹۱، تعداد ۲۰۷ دستگاه دیالیز، ۲۵۸ تخت سه شكن، ۶۶ تخت یک شكن، ۱۶ تخت اطفال، ۲۰۴ عدد پمپ دسفرال، ۱۰۶۹ اقلام درمانی (شامل ویلچر، برانکارد، ترازوی قد و وزن، فشارسنج و...) و ۶۵ اقلام رفاهی (شامل تلویزیون، یخچال، آب‌سردکن، و...) به مراکز مختلف درمانی

د) هدیه ایثار

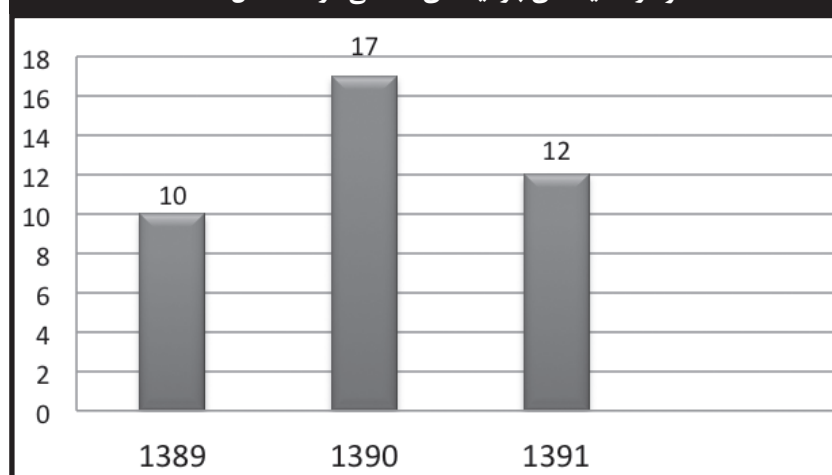
دولت‌سازندگی در راستای ارج نهادن به ایثار اهداءکنندگان کلیه و ترویج فرهنگ اهداء عضو، در سال ۱۳۷۵ قانونی را به تصویب رساند که در پی آن به اهداءکنندگان کلیه ۲۰ سکه بهار آزادی یا معادل ریالی آن که مبلغ ۱۰ میلیون ریال تعیین شده بود، با عنوان (هدیه ایثار) اهداء گردد. گرچه تعیین معادل ریالی با مدنظر قراردادن بهای سکه بهار آزادی در سال تصویب قانون صورت پذیرفته است، اما متأسفانه دولت‌های بعدی تلاشی برای افزایش این مبلغ انجام ندادند. به نحوی که در حال حاضر مبلغ فوق، عملاً کمک‌چندانی به حل مشکلات بیماران نمی‌کند. امید است که در دولت‌های بعد این مهم تحقق یابد.

بنیاد در سال ۹۱، به ۱۴۰۸ نفر اهداء کننده کلیه، هدیه ایثار اعطا کرده است که در مجموع مبلغی معادل ۱۴/۰۸/۰۰۰/۰۰۰ ریال می‌باشد.

ه) مددکاری

واحد مددکاری در جهت حمایت از بیماران در پرداخت هزینه‌های درمان، مبلغی را به بیماران خاص یاری می‌رساند. در حال حاضر بیماری‌های تالاسمی، هموفیلی و کلیوی جزو بیماری‌های خاص محسوب می‌شوند. علی‌رغم این‌که بیماری‌های سرطان و ام‌اس

نمودار مقایسه‌ای بازدیدهای استانی در سه سال گذشته



سراسر کشور ارسال گردیده است که معادل ریالی آن رقمی بالغ بر ۵۶/۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال می‌باشد.

ج) انعقاد تفاهم نامه

یکی از خدمات بنیاد به بیماران، انعقاد تفاهم نامه با موسسات خیریه است. هدف از این امر بهبود وضعیت بیماران در شهرستان‌های مختلف و کمک به تقویت بنیه ی

ب) اهداء تجهیزات

در پی بازدید کارشناسان بنیاد از مراکز درمانی و ارائه ی گزارش از کمبودهای تجهیزات، دارویی و درمانی، بنیاد اقلام مورد نیاز این مراکز را جهت رفع مشکلات بیماران برای آن‌ها ارسال می‌کند. گرچه



همچنان کمبود داروی دسفرال به شدت احساس می‌شود.

- درخصوص هزینه بالای داروی آهن‌زدای EDxgaded با بیمه‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی مکاتباتی مبنی بر تحت پوشش قراردادن داروی فوق مکاتبه گردید.

- در پی مشکلاتی که مراکز درمانی در خصوص نصب و راه‌اندازی دستگاه‌های دیالیز و کمبود قطعات یدکی جهت تعمیر دستگاه‌های فرسوده داشتند با شرکت‌های پشتیبانی مکاتبه گردید و مشکلات موردی مرتفع گردید. ولی شرکت‌ها در واردات قطعات یدکی همچنان مشکل دارند.

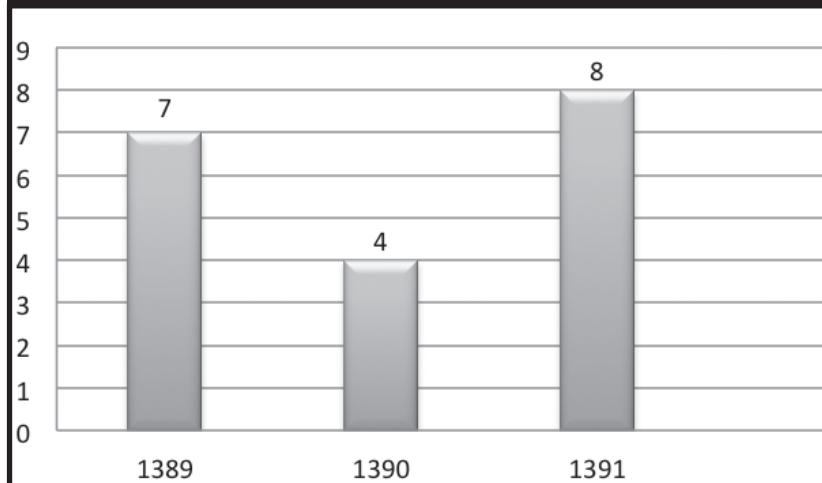
- درخصوص کیفیت محلول‌های دیالیز صفاکی نارضایتی‌هایی مشاهده شد که با پیگیری‌های بعمل آمده کیفیت محصولات تأیید شد.

- درخصوص شهرستان‌هایی که با پایگاه انتقال خون استان فاصله زیادی داشتند و تأمین گروه‌های خونی جهت تزریق برای آنها مشکل بود، با سازمان انتقال خون مطرح شد و با ایجاد پایگاه‌های جدید و تغییر نحوه توزیع مشکل مرتفع گردید.

- همچنین برای بیماران سرطانی که جهت مداوای خود نیاز به تردد در محدوده طرح ترافیک داشتند با همکاری سازمان ترافیک مجوز تردد صادر گردید.

- درخصوص مشکلات کلی بیماران خاص در تأمین دارو بر اثر تحریم‌ها ریاست بنیاد امور بیماری‌های خاص بر آن شد تا با مکاتبه با دبیر کل سازمان ملل (آقای بان کی مون) راهی برای سهولت واردات دارو به کشور ایجاد نمایند.

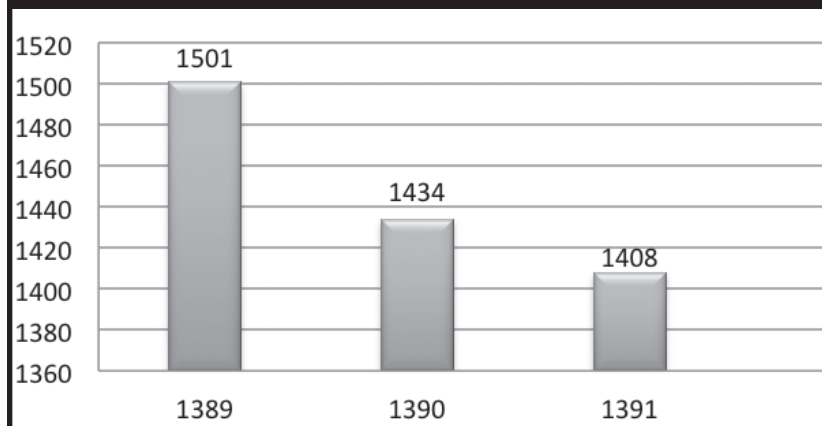
نمودار مقایسه‌ای انعقاد تفاهم نامه در سه سال گذشته



توسط بنیاد پرداخت گردیده است.
(و) پیگیری مشکلات بیماران خاص از طریق مبادی ذیربط
پس از بازدید کارشناسان معاونت هماهنگی و امور استان‌ها و پی‌بردن به مشکلات بیماران در هر استان مشکلاتی که مشاهده گردید از طریق سازمان‌های مربوطه

در این دسته از بیماری‌ها قرار نمی‌گیرند، اما بنیاد به جهت هزینه سنگین درمان که بر دوش این بیماران و خانواده‌های آن‌ها قرار دارد، کمک‌هایی را برای این دو گروه بیماری در نظر گرفته است. بنیاد در تلاش است تا از طریق رایزنی با مراجع ذی‌صلاح، بیماری‌های سرطان و ام‌اس را هم در دسته

نمودار مقایسه‌ای هدیه‌ی ایثار در سه سال گذشته



پیگیری‌های لازم به عمل آمده که به شرح مختصری از آن اشاره می‌نماییم.

- درخصوص کمبود داروهای دسفرال و اسفرال با شرکت‌های مربوطه و معاونت دارو و غذای وزارت بهداشت مکاتبه گردید و مشکلات و کمبودها در این خصوص کامل شرح داده شد و با پیگیری‌های بعدی مشکل دارو اسفرال مرتفع گردیده است ولی

بیماری‌های خاص قرار دهد.
واحد مددکاری در سال گذشته با پرداخت مبلغ ۳۰/۱۴۶/۴۳۰/۶۵۹ ریال، از ۶۲۵۴ بیمار و ۲۲۲۸۹ نفر بیمار حمایت کرده است. همچنین در طول سال ۱۳۹۱، تعداد ۲۵۵ نفر از بیماران توسط واحد مددکاری به بیمه خدمات درمانی سازمان مربوطه معرفی و از این بابت در خصوص سرانه انجام بیمه خدمات درمانی، مبلغ ۱۵۵/۴۳۸/۴۰۰ ریال



یاری سبز یاوران بنیاد

این بار هم یاری سبز شما هموطنان به کمک بیماران خاص کشور آمد تا بار دیگر افتخار کنیم که هم میهنانی چون شما داریم. یاوران بنیاد اموری بیماری‌های خاص در این فصل عبارتند از:

محمد پیرمحمدی

نام مرکز نیکوکاری	نام نیکوکار
آروین پلاست پرشین	کاوه رسولی خداپرست
کاشی خزر	برازجانی
خوشخواب	سپاسی
باقیات و صالحات امام رضا(ع)	شمیرانی
نگین گام پارس	سید جلالی
پرشین ماربل	اسدی
نوید موتور	حضرتی
بام گستر الوند آسیا	قربانی
تکبام تهران	بنویدی
بام پوش ایران	مظفری
تهران عایق ساز ایرانیان	شعبانی
قیران پخش ستاره ایرانیان	محمدی
برلیان رفسنجان	حسین نژاد
بام گستر اصل	ملکی
تهران عایق اصل	یوسفی
برک	زرین خامه
گلبرگ	شهبازی
فریمکو بتن	کیانی
ایران فوم	پورشاهی
شوافژکار	-
ایران رادیاتور	شکیب
فروشگاه میثم	علیزاده
بوتان	نازیلا حقیقی
صدف ترمه	شهرام ابراهیمی
نام گستر	حاج کریم حسنی
نمونه	ترکمان سعیدی
میعاد	دلاوری
دشت بن‌شن	شیرانی
کاوه کویر	ناصری

نام مرکز نیکوکاری	نام نیکوکار
تعاونی آهن آلات	ملکی
صنعت و معدن تجارت استان	درویش
پایانه حمل تهران	رمضانی
گلبرگ	شهبازی
گل فام	میرلوحی
تولیدی و صنعتی جهان اندیشه	سعید شیربیشه
هیدروشنگ بهمن	هادی فراهانی
ایمن افروز تبریز	امجدی
ال تی سی	خمیس
تینا	محمدزاده
کیک نادری	چلنگری
بازرگانی پگاه	ظروفی
پات برق ایرانیان	ترحنده
انبار حسامی	حسامی
شرکت اتا	ناظری
شرکت اتا	گشتاسب‌پور
رستوران اقدسیه	داوود زاده
آجرسازی پیش‌نماز زاده	پیش‌نماز زاده
سیمان تهران	سیدان
اتاق تعاون	شکرآبی
اتاق بازرگانی	آل اسحاق
مهرافروز	مهرافزا
ایران کوئل	-
کوشش و صنعت	هاشم قمی‌زاده
رنگین پروفیل شاهرود	ابراهیمیان
آریان تندرست	اصولی
فروشگاه مهدی	امین زاده
بعثت	شجاعی
شیرین منش	نصرتی



نام نیکوکار	نام نیکوکار
پشایی	شهریار شهیر
بریانی	خانم احمدی
عقیل عزیزی	حیدری
محمدیان	شجاعی
بلوری	جاویدان
مرتضی نیا	زندیه
سراج زاده	حکمت
شعبانی	خانم زندی
مریم احمدیان	میرمحمد صادقی
محمودیان	نیکخویی
عالی نژاد	احسانی
رشیدی	شیرازی
دانش بار	رضایی
مهدی هادی نیا	جمالی
حسن زاده	سروی
امین قیدار	نجفی
حمید دلدوری	روژن فر
پاپلی	بهرام محمدیان
میراب زاده	افسانه مرادیا
محمود حیدری	فرمانده بحری
فروزنده فرپور	محمد بره آنی
کرد مصطفی پور	حسینی
امیر رضا یلمیا	مرتضی یوزبانی
عباس الهوردی	عابدینی
ژینوس مجرد	باقری
روشنک کیمیا	محمود اکبری
مریم رجبی	دولت شاهی
خورشیدرو	جلدی
خیراندیش	یارندی
محمد احمدخانی	نگار احمدخانی

نام مرکز نیکوکاری	نام نیکوکار
آریا سرام	فرشاد ملکی
فروشگاه میثم	علیزاده
توران تو	
کاوه	مهدی عسگری
شیشه و آینه صادقی	صادقی
برک	زرین خامه
سپید پودر ساوه	کریمی
مخلوط شن	دلربایی
فضل الکتریک	حسین مقدم
البرز	حاج عباس خلیلی
مخلوط شن	دلربایی
دنایای حفاری	تقی زاده
ایزوگام و پیروزگام دلیجان اصل	زنگنه
گلستان	گرامی
چای احمد	موسوی
کارخانه تک محلات	حاج آقا قدس
الکتریکی آریانور	رستمی
گیتی بام	رضوی
شرق گستر	نجفی
گسترگام	فراتی
آسیاگستر	اصغری
سپهریام پوشان	خراسانی
رکورد اسپورت	احمدی
همگرایش	اردهالی
آلبوم حاجیان	حاجیان
تهویه دانان	رشید سرافرد ثابت
-	پالیزگ
-	اسکندری
-	محمودی
-	محمدنیا
-	عبدالله صادقی
-	نامجو
-	محمدی

یاوران عزیز:

لطفاً فیش کمک های واریزی به همراه آدرس خود را برای بنیاد ارسال فرمایید تا ضمن درج نامتان در این صفحه لوح تقدیر برایتان ارسال گردد.
صندوق پستی بنیاد امور بیماری های خاص: ۴۸۸۳-۱۹۳۹۵

شماره حساب بانک ملی شعبه اسکان جهت واریز کمک های مردمی ۰۱۱۰۱۰۳۴۳۴۰۰۰

ایثار زندگی، یاری سبز روزگار

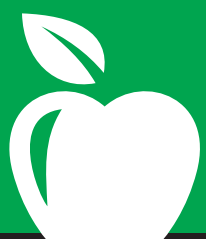
بوستان اهدای عضو در فصل بهار ۱۳۹۲ به بار نشست و بار دیگر ده‌ها نفر از هموطنان مان به یاری هموطنان بیمار خود شتافتند تا با هدیه کردن بخشی از وجود خود، دوباره نعمت زندگی را در وجود دیگری جاری سازند.

داوود امیریان

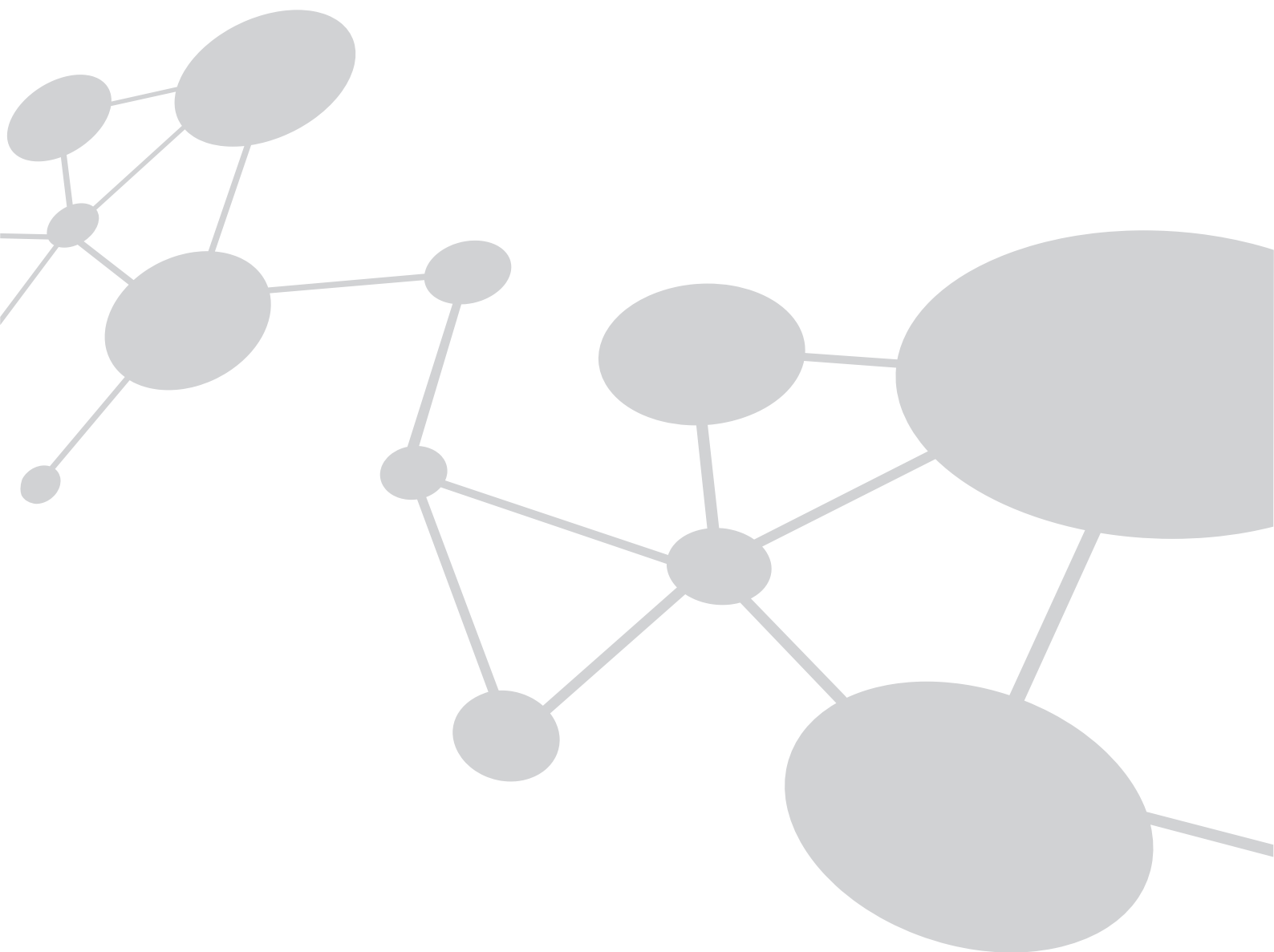
علی پور عباس بیلندی، حسین حاجی نژاد، پیمان ناصری، حمید رضا هادی، داود نوروز وند، اصغر قاسمی عیبلو، علیرضا نجفی خانقشلاقی، داور ذوقی، عباس رحیمی لاکه، عبدالرضا کریمی چگنی، وحید موذنی، امیر جاور، شهرام افضل غلامشاهی، مرتضی نجفی، جواد نظری، مرتضی شاهمرادی تپه افشاری، صابر قصابیان، حجت اله عرب، حامد سیوندی پور، قدمعلی میرزایی منفرد، شیدا حمیدی بگه جان، بهرام ابراهیمی، علیرضا سهیلی فرد، مرتضی مکتوبیان بهارانچی، جلال پوردانا، امید صالحی الیاس آباد، محبوبه سعید، ضیاء الدین صالحی، جواد مبارکی، نادر یاور فر، منصور چراکار، رضا مولانا، معاذاله زمانی دادانه، علیرضا شکاری مراعی، رسول کهنبدانی، مهران پورجلیل بوین یوغونلو، حسین تقی نژاد، حجت اله مهدوی، رمضانعلی شوروزی، علی آزاد بخت، علی ابراهیمی مهربان، سعید نقدی، شهربانو زارعان بنه کهل، متین طاقانی، احمد علمدار خشکوائی، بهلول نوری، تیمور رضائی، مرتضی صالحی زاده رئیس، محمد حسین مغازه ای، داود ذوالفقاری فیروز، اسماعیل محمدی النجق، علیرضا احمدی، سلمان مختاری، محمد خسروانی، جواد سلمانی بیستکانی، علیرضا پیرزاده، داود باباخانلو، محمد فهیم جهانگیری، الهام رحیمی، علی گل دوست آقبلاغ، موسی کمالی سروسرستانی، اکرم کولیائی، مهدی چشم براه، رحیم مقدم، لیلا جمالی، سمانه آل احمد، رسول میرزائی، مسعود بیلاوی، فرهاد عبداللهی دولق، مصطفی حسینی سیرچی، محمد باقر عادل، بهنام کاری، مهدی بیگدلی، محسن رضائی زاده مرسائی، اسلام بتکده، حسن معصومی، علیرضا میری، مجتبی معینی، محمد رضا عباس زاده، محمد ملکی، پیمان واحدی یگانه، زهرا نبی لو، مجید عمویی اردکانی، علی بیگدلی، سمیرا نوروزی، میثم وهابی، یوسف انجمنی آلانق، محمود نوری، هاجر صادقی گورندانی، نرگس پور میرزائی، مهرداد محمد بلندی دهقی، محسن دارای سعادت، حمید مال میر، حامد آخانی، داود عابدی شیروانه ده، حسن ابی زاده، حمیدرضا شاکر اردکانی، حمید عابدی درچه، علی قائد رحمتی، نبی افجه، حمیدرضا شاکر اردکانی، حمید صداقت یار، محی الدین سلطانی، اصغر حکیم نیا، صغری قندهاری، سعید مومنی، صفورا صالحی نژاد، سکینه علیزاده خاتون آباد، امیر مرادی، امیر بشیر، امیر مرادی، مهدی نجفی، محمد رضا رحیمی فرد، جواد دوستوندی، جواد صادقی، محمد بیجانی، زهرا امیری گرزالدینی، مهدی نجفی، امیر مسیبی درچه، محمد صادق کلکی فرد، مرتضی حاصلی جویباری، ابراهیم حاجت دخت، محمد صادق کللی فرد، مهدی خدری، مسلم مرشدی، حسین اکبری، محسن مهدویان، وحید عباسی، نادر طالبی، محمد کهنساری، رضا رضائی خانقاه، فریدون ساکی، مرتضی بنی احمد، صادق سلیمانی، یحیی قدکچی اصل، حسن همتی، روح اله قائم آبادی، مرتضی خلیلی بوالحسنی، علی سوسی گنچی، بهروز زارعی اللوی کوچک، شیرین کاکه رشی، ایمان شبرنگ زاده، مجید زارع بیدکی، سهراب سوری، شهاب الدین پیر خضری کرد، فریبا ابراهیم آبادی تکابی، مهرداد آهو قلندری، جعفر ایمانی، حسین گلستان، فاخر تاراسی، ابوالفضل ترکی، غلامرضا ابراهیم زاده، غلامرضا احمدی پور و...

با اهدای عضو بعد از مرگ، حیاتی تازه به هم‌نوع خود ببخشید

علاقتمندان جهت تکمیل فرم اهدای عضو می‌توانند به آدرس اینترنتی: <http://cffsd.org/forms/ozv> مراجعه، و فرم اهدای عضو را با خط خوانا تکمیل و به شماره ۲۲۷۶۵۴۲۳ فکس یا جهت کسب اطلاعات بیشتر با آقای امیریان به شماره ۲۲۵۹۱۹۵۷ داخلی ۴۱۱ تماس حاصل نمایند.



سلامت



هموفیلی چیست؟

هموفیلی یک اختلال خونریزی نادر است که در آن خون به طور معمول لخته نمی‌شود. کسانی که مبتلا به هموفیلی می‌باشند، ممکن است برای یک زمان طولانی‌تر از دیگران خونریزی پس از جراحی داشته باشند. همچنین ممکن است این افراد دچار خونریزی داخلی شوند به ویژه در زانو، مچ پا و آرنج. این خونریزی می‌تواند به اندام‌ها و بافت‌های فرد مبتلا به این بیماری آسیب رسانده و ممکن است تهدیدکننده زندگی فرد باشد. هموفیلی معمولاً ارثی است و این بدان معنی است که این اختلال از پدر و مادر به فرزندان از طریق ژن منتقل شده است.

دکتر مسعود هوشمند

از فاکتورهای انعقادی وجود دارد که این پروتئین‌ها با پلاکت برای کمک به لخته شدن خون کار می‌کنند.

وقتی رگ‌های خونی آسیب می‌بینند، عوامل لخته شدن خون کمک می‌کند پلاکت‌ها به هم بچسبند و باعث کاهش پارگی و شکنندگی در عروق می‌شوند و در نتیجه از خونریزی جلوگیری می‌کنند.

علت ابتلا به هموفیلی

مردان و زنان هرکدام ۲۳ جفت کروموزوم دارند. هموفیلی اختلال ژنتیکی مربوط به کروموزم X می‌باشد به این معنی که این بیماری از مادر به پسر منتقل می‌شود. اگر مادر در یکی از کروموزم‌های X خود ناقل ژن هموفیلی باشد، همه پسرهای او ۵۰ درصد شانس ابتلا به هموفیلی را دارند. گرچه دختران معمولاً به ندرت دچار علائم بیماری هموفیلی می‌شوند، اما می‌توانند ناقل این بیماری باشند. برای این که یک دختر به این بیماری مبتلا شود، باید هم از کروموزوم پدر خود، و هم از کروموزوم X مادر خود دریافت کند. هموفیلی یک بیماری بسیار نادر است که تقریباً از پنج هزار پسر یک نفر به این بیماری مبتلا می‌شود.

هموفیلی دو نوع متفاوت دارد.

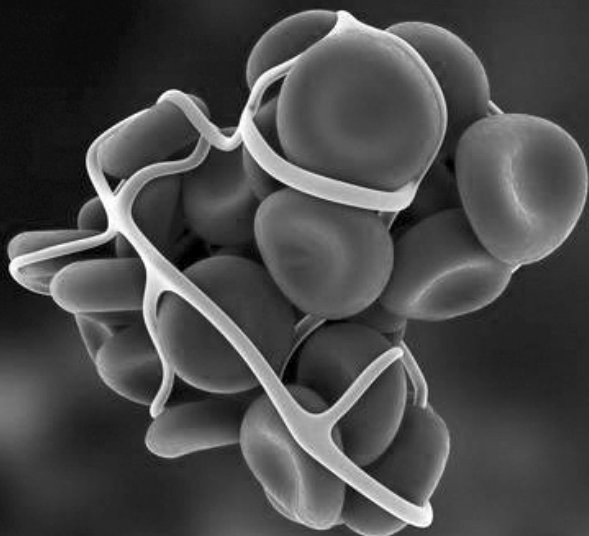
بدن ما ۱۲ فاکتور لخته کردن دارد که با یکدیگر کار می‌کنند. پایین بودن فاکتور ۸ و ۹ باعث بروز هموفیلی می‌شود. فردی که مبتلا به هموفیلی است فقط در یکی از این عوامل کمبود دارد، یعنی یا در فاکتور ۸ یا در فاکتور ۹، تقریباً ۸۰ درصد از مبتلایان به هموفیلی، هموفیلی A هستند که کمبود

می‌کند. سلول‌های چسبنده در خون که پلاکت‌های خونی نامیده می‌شوند، به قسمتی از بدن که دچار خونریزی شده است رفته و آن منفذ را می‌بندند. زمانی که پلاکت‌ها منفذ را می‌بندند، مواد شیمیایی آزاد می‌کنند که پلاکت‌های چسبنده بیشتری را جذب کرده و پروتئین‌های مختلفی را در خون که فاکتورهای لخته‌گی خون نامیده می‌شوند، را فعال می‌کنند. این پروتئین‌ها برای تشکیل فیبر با پلاکت‌ها ادغام می‌شوند و این فیبرها لخته‌ها را قوی‌تر کرده و خونریزی متوقف می‌شود. پلاکت‌ها قطعه سلول‌های خونی کوچک هستند که در مغز استخوان به شکل بافت اسفنجی مانند و در استخوان‌ها وجود دارند. پلاکت‌ها نقش عمده‌ای در لخته شدن طبیعی خون دارند. انواع مختلفی

هموفیلی یک اختلال خونریزی نادر است که در آن خون به طور معمول لخته نمی‌شود. کسانی که مبتلا به هموفیلی می‌باشند، ممکن است برای یک زمان طولانی‌تر از دیگران خونریزی پس از جراحی داشته باشند. همچنین ممکن است این افراد دچار خونریزی داخلی شوند به ویژه در زانو، مچ پا و آرنج. این خونریزی می‌تواند به اندام‌ها و بافت‌های فرد مبتلا به این بیماری آسیب رسانده و ممکن است تهدیدکننده زندگی فرد باشد. هموفیلی معمولاً ارثی است و این بدان معنی است که این اختلال از پدر و مادر به فرزندان از طریق ژن منتقل شده است.

بیشتر افراد وقتی دچار جراحی می‌شوند، بدن آن‌ها به طور طبیعی از خود محافظ





هموفیلی هستند. تعیین دقیق ناقلان هموفیلی اساس و پایه تشخیص پیش از تولد را فراهم می‌آورد.

امروزه می‌توان در هفته‌های دهم تا دوازدهم حاملگی از پرزهای جفت نمونه‌برداری جنینی انجام داد و در صورت مشخص و گویا بودن الگوی چند شکلی‌هایی که در تعیین ناقلان مورد استفاده قرار گرفته‌اند ظرف ۴۸ ساعت وضعیت جنین را مشخص کرد که آیا به هموفیلی مبتلا است یا نه.

همچنان که شدت هموفیلی در خانواده پایدار باقی می‌ماند، زوجین می‌توانند تصمیم خود را برای مقابله با بیماری براساس تجربه‌های شخصی خود بگیرند، درحالی که آنها از یک پزشک درمورد پیشرفت در درمان هموفیلی به صورت مستمر اطلاعات مورد نیاز را کسب می‌کنند. آزمایشات قبل از تولد به طور کلی در خانواده‌هایی که مبتلا به انواع شدید و یا متوسط هموفیلی هستند انجام می‌گیرد. در خانواده‌های مبتلا به بیماری خفیف انجام آزمایش به ندرت صورت می‌گیرد.

شود که آیا بیشتر شده است یا خیر؟ در صورتی که توده بزرگ شده باشد، کودک را به باید نزد پزشک برد. والدینی که تجربه کافی در تشخیص صحیح خون‌ریزی ندارند، باید خیلی سریع به درمانگاه هموفیلی مراجعه کنند.

خون‌ریزی‌های ماهیچه‌ای: اولین علامت خون‌ریزی ماهیچه‌ای، ناتوانی در حرکت دادن عضو خون‌ریزی کننده است. با ادامه خون‌ریزی، کودک ناآرام و بی‌تاب می‌شود. با مشاهده این علائم در کودک، به پزشک مراجعه کنید.

تشخیص پیش از تولد هموفیلی

چنانچه یک زن ناقل ژن هموفیلی با مرد سالم ازدواج نماید در هر حاملگی ۵۰٪ احتمال تولد نوزاد پسر هموفیلی وجود دارد که با روش‌های تشخیص پیش از تولد می‌توان از تولد نوزاد هموفیلی جلوگیری نمود. قابل ذکر است که حدود ۲۵٪ از تولد نوزادان هموفیلی به صورت جهش ژنتیکی و بدون وجود سابقه هموفیلی در خانواده اتفاق می‌افتد که آنها موارد جدید بیماری

فاکتور ۸ دارند. هموفیلی B زمانی اتفاق می‌افتد که فرد دچار کمبود فاکتور ۹ باشد. هموفیلی برحسب میزان فاکتورهای لخته کردن در خون بیمار، به سه دسته، خفیف، متوسط و شدید طبقه‌بندی می‌شود. اگر فرد فقط یک درصد یا کمتر از فاکتور لخته کردن را تولید کند، بیماری او شدید تلقی می‌شود. اگر این میزان دو درصد تا پنج درصد باشد، متوسط و اگر بین شش درصد و ۵۰ درصد باشد، خفیف خواهد بود.

اکثر افراد مبتلا به هموفیلی در زمان کودکی و خردسالی متوجه مشکل خود می‌شوند. گاهی اوقات این بیماری آن قدر خفیف است که فرد تا زمانی که قصد انجام یک عمل جراحی مثل عمل لوزه یا آپاندیس را پیدا نکند، متوجه این بیماری نمی‌شود و با آزمایش خونی که قبل از عمل جراحی توسط پزشک انجام می‌شود، بیماری او آشکار می‌شود.

علائم حاصل از هموفیلی

- خون دماغ‌هایی که بند نمی‌آیند
- خون‌ریزی بسیار زیاد
- درد و ورم مفاصل
- خون در ادرار

کبودی‌ها: اکثر نوزادان دارای هموفیلی حین زایمان مشکل خاصی ندارند و به ندرت علائم خون‌ریزی بروز می‌دهند، به جز عمل ختنه که موجب خون‌ریزی طولانی می‌شود. کودک هموفیلی در ماه‌های اول زندگی‌اش، چون توانایی کمی در حرکت دارد، با مشکلات چندانی روبرو نیست. اما هنگامی که راه رفتن را می‌آموزد، برآمدگی‌های کوچک و کبودی‌های سطحی بسیاری روی بدنش ظاهر می‌شود. خون‌ریزی‌های داخل بافت‌های نرم ماهیچه‌ها، بازوها و پاها بطور مستمر رخ می‌دهند که معمولاً شدید نیستند. کبودی، برجسته و به آسانی قابل مشاهده است. کبودی‌های ظاهری و کوچک نیازی به درمان ندارند، اگرچه باید طی یکی دو روز آن را به دقت زیر نظر گرفت تا معلوم

کروموزوم Y در خون مادر با دقت بالا از هفته هفتم حاملگی قابل انجام می‌باشد. به تازگی، سلول‌های آزاد جنینی از اسیدهای نوکلئیک (cffNA) در گردش خون مادر در دوران بارداری شناسایی شده‌اند که به‌طور بالقوه یک روش عالی برای تشخیص زود هنگام غیرتهاجمی (NIPD) دوران بارداری از وضعیت ژنتیکی جنین را ارائه می‌دهد.

تشخیص پیش از کاشت ژنتیکی (PGD)

آزمایش PGD به تازگی در دسترس خانواده‌هایی است که این بیماری و در نتیجه جهش در اعضای خانواده شناسایی شده است. اگر چه مسایل مالی قابل توجه است، اما برای زوج‌هایی که نمی‌خواهند به رنج ختم بارداری جنین مبتلا شوند این تکنیک‌های انتخابی برای تشخیص پیش از تولد قابل استفاده هستند.

در حاملگی‌های صورت گرفته از طریق IVF امکان بررسی وضعیت جنین قبل از کاشت وجود دارد. تجزیه و تحلیل فاکتور DNA microarray VIII لازم است به عنوان یک روش جایگزین تجزیه و تحلیل جهش ژن که دارای حساسیت بالا و تکرار پذیری در تشخیص مولکولی هموفیلی گزارش شده است قرار گیرد، با این حال، این روش گران است. در حال حاضر این روش برای تعیین جنسیت جنین و برخی از بیماری‌های ژنتیک انجام پذیر است.

مراجع:

<http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/hemophilia>

<http://kidshealth.org/parent/medical/heart/hemophilia.html>



در هفته ۱۲-۱۰ حاملگی قابل تشخیص می‌باشد. آمنیوسنتز در هفته ۱۶-۱۴ حاملگی به صورت نمونه‌برداری از روی شکم یک آزمایش دیگر برای سلول‌های جنینی و مایع آمنیوتیک می‌باشد.

نمونه خون بندناف از راه پوست (PUBS)

تشخیص پیش از تولد ممکن است با استفاده از نمونه خون جنین PUBS در حدود هفته ۱۸-۲۱ حاملگی انجام گیرد. نمونه‌گیری تهاجمی مانند روش villus جفتی (CVS) یا آمنیوسنتز (AMC) حدود ۱-۲ درصد خطر عوارض کشنده به جنین دارد. با توجه به قوانین سقط درمانی که قبل از هفته ۱۹ حاملگی اجازه سقط درمانی داده می‌شود نمونه پرز جنینی و یا آمنیوسنتز پیشنهاد می‌گردد.

آزمایش ژنتیک مولکولی

آزمایش‌های پیش از تولد را می‌توان برای زنان حامله انجام داد، در صورتی که جهش در یک عضو خانواده شناخته شده باشد و یا پیوندی در خانواده برقرار شده باشد. برای تشخیص قبل از تولد بیماری‌های ژنتیکی با نقص ژن شناخته شده، بررسی بر روی هر نوع بافت جنینی امکان‌پذیر می‌باشد. بافت‌هایی که به‌طور معمول برای این منظور مورد استفاده قرار می‌گیرند شامل بافت پرزهای جفتی، سلول‌های مایع آمنیوتیک، خون بندناف، سلول‌ها یا DNA جنین در خون مادر می‌باشند. تشخیص قبل از تولد مستلزم دسترسی به جنین یا نمونه جنینی می‌باشد که با روش‌های مختلفی به صورت تهاجمی (Invasive) و غیر تهاجمی (Non-invasive) صورت می‌پذیرد.

نمونه‌برداری از پرزهای جفتی (CVS)

نمونه‌برداری از پرزهای جفتی (CVS) یکی از آزمایشات قبل از تولد برای تشخیص هموفیلی می‌باشد. مهم‌ترین مزیت استفاده از بافت پرزهای جفتی امکان تشخیص زود هنگام بر روی جنین می‌باشد. این بافت

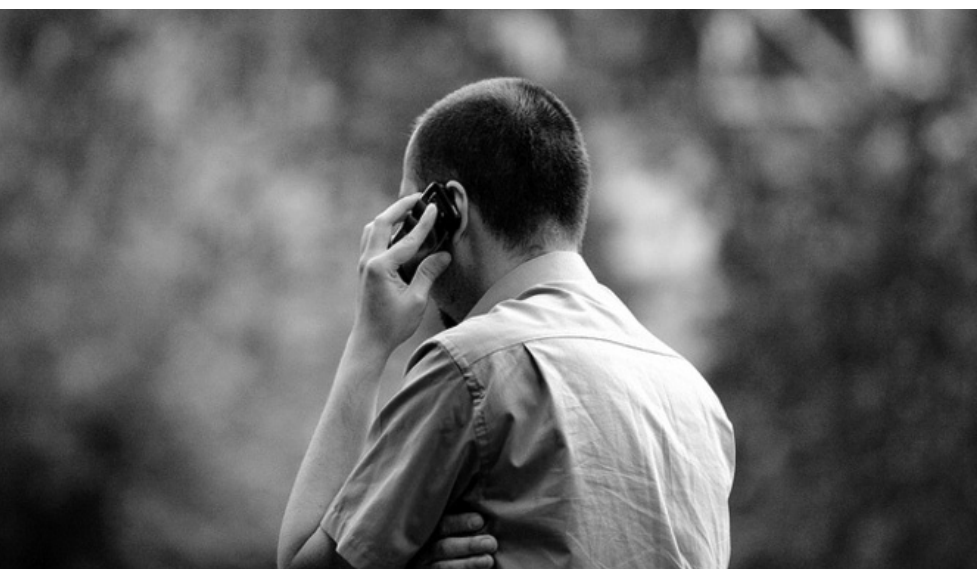


موبایل و سرطان

پیدایش موبایل (۱۹۸۴) جوامع انسانی را به تکنولوژی جدیدی مجهز ساخت که بر کیفیت و سرعت ارتباطات انسان‌ها تأثیر شگرفی گذاشت. در طول سه دهه اخیر، تکنولوژی ارتباطات با تغییرات مستمر به امکانات فنی بهتری دست یافته و به موازات آن بحث و تحقیقات مختلف در مورد عوارض و اثرات منفی این تکنولوژی بر بدن انسان اهمیت فزاینده‌ای پیدا نموده است.

دکتر فرهاد سمیعی

عضو هیئت علمی انستیتو کانسر دانشگاه تهران



انجام تحقیقات وسیع در جوامع انسانی و دوزیمتری‌های دقیق در سطح بدن انسان و فضای محل کار و زندگی، مشکلات و محدودیت‌های زیادی دارند. لذا در این مطالعه با مروری بر این تکنولوژی و مطالعات علمی کشورهای مختلف و استانداردهای اعلام شده خلاصه‌ای از ارتباط امواج RFR- Radio Frequency Radiation و احتمال بروز سرطان ارائه می‌گردد.

روش اجرا: اطلاعات موجود از کتب مرجع و سایت‌های مربوط به IARC International Agency of ICNIRP و Research on Cancer International Commission Radiation و on Non-Ionizing Protection و Pubmed استخراج شده است.

نتایج: تکنولوژی ساخت موبایل‌ها از سیستم‌های مختلفی استفاده می‌کنند برای مثال:

Personal Digital Cellular PDC
Code division Multiple Access
one cdma One
Global System for Mobile
Communication GSM
Nordic Mobile Telephony NMT
که سیستم‌های فوق در باندهای ۸۰۰-۹۰۰-۱۵۰۰-۱۸۰۰ MHZ کار می‌کنند. تفاوت این سیستم‌ها از نظر Specific Absorption Rate of Energy- SAR مورد بحث فنی و بیولوژیک مطالعات مختلفی بوده است.

بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی WHO تا سال ۲۰۰۲ تحقیقات

(اندازه‌گیری RFR) بر روی سر و کمر اشخاص که از موبایل استفاده می‌کنند به صورت اندازه‌گیری‌های مستمر ۲۴ ساعته میزان نسبتاً دقیقی از دریافت انرژی RF در زندگی روزمره به دست آمده است. خوشبختانه (افزایش) بروز سرطان‌ها و عوارض سوء ناشی از مصرف موبایل در جوامع مورد مطالعه ارزش آماری واضحی ندارند. گرچه مطالعات بیشتری برای اثبات موضوع در جریان است.

مسئله میدان‌های حوالی آنتن‌ها و base Station متفاوت از مصرف شخصی موبایل است و در این مورد استانداردهای اعلام شده توسط ICNIRP و یا سازمان‌های مسئول در کشور Regulatory body می‌بایست به دقت رعایت و اجرا شوند. تاکنون ۸۰ کشور خود را پایبند و مجری ICNIRP اعلام نموده‌اند و برخی کشورها نیز برای احتیاط و حفظ سلامت بیشتر مقررات محدودتری را به اجرا گذاشته‌اند.

انجام شده از امواج رادیویی که در تلفن‌های موبایل به کار می‌روند هیچ‌گونه اثر منفی بر سلول‌های بدن، ژن‌ها و DNA و نهایتاً سلامت انسان نداشته است اکثر محققین معتقدند سلول‌های بدن انسان در سیستم عصبی در گستره ۱۰ تا ۱۰۰۰ هرتز ارتباط برقرار می‌کنند و تلفن‌های همراه نیز در محدوده نزدیک این گستره (۲۷۰ تا ۱۸۰۰ هرتز) کار می‌کنند و نمی‌توانند عارضه‌سختی بر بافت‌های بدن داشته باشند ولی از سال ۲۰۰۲ تاکنون با ارائه مطالعات عمیق‌تر، توجه محققین بیشتر به دوزیمتری‌های دقیق تر و RFR و اثرات محیطی آنتن‌های ایستگاهی BTS جلب شده است. برخی کشورها اطلاعات دقیق ثبت سرطان‌ها Cancer Registry را با میزان استفاده افراد از موبایل (به صورت عادی یا مصرف ممتد و طولانی) مقایسه و بررسی اپیدمیولوژیک نموده‌اند. همچنین با استفاده از وسایل دقیق دوزیمتری

اشتغال بیماران تالاسمی

طی چند سال اخیر با توجه به پیشرفت‌های به دست آمده در پیشگیری و درمان بیماری تالاسمی، کیفیت زندگی این افراد با تغییرات قابل توجهی روبرو شده است. با این وجود، همواره موضوع اشتغال در افراد تالاسمیک مورد توجه بوده است. به نظر می‌رسد برای ایجاد اشتغال و توسعه دسترسی این افراد و سایر افراد مشابه به فرصت‌های شغلی، باید یک سری اقدامات اساسی هم در بعد سخت افزاری و هم نرم افزاری صورت پذیرد. **دکتر حبیب الله مسعود فرید** متخصص پزشکی اجتماعی، قائم مقام معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی کشور

می‌باشد و بعضاً بعنوان اقتدار افزایی نیز ترجمه شده است، برای درک این مدل ابتدا باید دلایل بیکاری افراد تالاسمیک را مرور اجمالی نماییم.

۱- ضعف جسمانی و جدی نگرفتن درمان؛ بیمار مبتلا به یک بیماری مزمن، پس از مدتی خسته شده دیگر پذیرش درمان نخواهد داشت. گاهی برخی افراد باورها و نگرش‌های غلط درخصوص درمان دارند و اینجا است که نقش رسانه‌ها یا افراد کلیدی برای تغییر نگرش و حمایت دهی مهم است.

۲- نداشتن امکانات و سرمایه کافی جهت کارآفرینی

۳- عدم تأمین اجباری کار و قانون‌های دست و پا گیر

۴- نداشتن تحصیلات و مهارت‌های فنی

۵- عدم پذیرش از سوی جامعه و باورهای غلط. اینجا نقش رسانه‌ها و افراد کلیدی برای تحول نگرش اجتماعی بسیار مهم است

۶- تبلیغات نامناسب و عدم آشنائی کافی با تالاسمی: بسیاری کارفرمایان متوجه نیستند یک فرد تالاسمیک، ضریب هوش طبیعی داشته و بسیاری از امور دفتری و برنامه‌ریزی و... را می‌تواند معادل سایر افراد با کیفیت بالا انجام دهد.

۷- نداشتن مشاوره شغلی و دانش بازاریابی

۸- عدم آگاهی با استراتژی‌های کارآفرینی

فرآیند می‌باشد. تنها یک اقدام آموزش‌دهی و مهارت‌بخشی ضامن ایجاد اشتغال نخواهد بود بلکه می‌بایست رویکردهای اقتصادی، بازاریابی و آماده‌سازی اجتماعی نیز در کنار آموزش صورت گیرد. به عنوان مثال مطالعات ایران نشان می‌دهد درصد بالایی از وام‌های اشتغال سبب افزایش کیفیت زندگی افراد معلول یا بیمار نشده، چرا که متأسفانه برای دریافت‌کنندگان این وام‌ها مشاوره شغلی و بازاریابی صحیح انجام نشده و شغل ایجاد شده ناموفق بوده است. برای افراد بیمار بسیار مهم است مارک‌هایی با ارزش افزوده یاد بگیرند یعنی به جای ۲۰۰۰ تومان دستمزد ساعتی، بالای ۵۰۰۰ تومان دستمزد بگیرند. یکی از مدل‌های موفق در زمینه اشتغال‌زایی برای افراد معلول و بیمار، مدل توانمندسازی empowerment

کسب درآمد و تأمین مالی یکی از ابزارهای تعیین کننده استقلال مالی و به تبع آن استقلال شخصیتی افراد محسوب می‌شود. بدین منظور اشتغال به عنوان مهم‌ترین، اصولی‌ترین و پایدارترین شیوه کسب درآمد شناخته می‌شود. علاوه بر آن ورود به بازار کار و اشتغال از جنبه‌های جامعه‌شناختی و روانشناختی بر شخصیت افراد تأثیرگذار است. در این مقاله به بسط موضوع اشتغال در افراد مبتلا به تالاسمی می‌پردازیم.

در زمینه برنامه‌ریزی ایجاد اشتغال همواره می‌بایست بر مبنای مدل عملیاتی جلو رفت، بر این اساس سیاست‌گذار نیز قابلیت تصمیم‌گیری بهتری خواهد داشت. باید توجه داشت پدیده اشتغال یک رخداد نیست، بلکه نتیجه یک سری اتفاقات و یک





برای نهادهای اشتغال در بیماران، توانمندسازی باید دو محور اصلی را دنبال کند: توانمندسازی خود فرد و توانمندسازی محیط (به عنوان مثال در بخش تربیت بدنی و سلامتی، دوچرخه سواری تنها در صورتی منطقی خواهد بود که محل‌های خاص برای آن در شهر تعبیه شود). یکی از موارد مهم در جلب افراد به سمت توانمندی بیشتر و ایجاد امکانات اشتغال همان **چهار A** معروف است:

Availability: موجود بودن، باید امکانات آموزشی مهارت‌های فنی حرفه‌ای در خدمت فرد وجود داشته باشند.

Accessability: دسترسی، باید امکانات موجود فاصله جغرافیایی مقبول و منطقی داشته باشد.

Acceptability: پذیرش، باید کیفیت خدمت مفید و به درد بخور باشد، حرفه‌ای یاد بدهیم که بازار کار داشته باشد.

Affordability: قابل هزینه کرد، امکانات گران نباشد، یارانه باید تخصیص داده یا پوشش بیمه داشته باشند.

نتیجه نهایی این **A۴**، بهره‌مندی از امکانات توسط بیمار تالاسمیک خواهد بود.

توانمندسازی در تعریف بانک جهانی یعنی گسترش داشته‌ها (فیزیکی، علمی و مهارتی) برای بهبود مشارکت، مذاکره و تأثیرگذاری بر سازمان‌های مسئول، بطوری که آنها را نسبت به خود پاسخگو نماید.

توانمندسازی دارای دو بخش اصلی فردی و اجتماعی است و این یعنی اجتماع بایستی زمینه‌های لازم را برای فرد فراهم نماید.

یک نکته حائز اهمیت درخصوص بیماران تالاسمیک خودآگاهی یا همان **Self awareness** می‌باشد. یعنی نقاط قوت

دوره‌های فنی حرفه‌ای و نظایر آن تماماً نیاز به نظارت دقیق دارند. هر دوره‌ای باید با نیاز بازار کار تنظیم شده باشد، نقش تعاونی‌های کاری و هماهنگ شدن سیاست‌های حمایتی بانک توسعه و تعاون با اهداف و سیاست‌های بنیاد بیماری‌های خاص می‌تواند گام‌های مؤثری برای تحقق بسیاری از موارد مذکور باشد. سازمان‌های زنجیره‌ای نیز می‌بایست تحت عنوان مسئولیت اجتماعی که بخشی از وظایف تعریف شده آنان است، غرفه‌ها و بخش‌های خاصی برای محصولات بیماران خاص، مشخص نمایند و همگام با حمایت رسانه‌ها و افراد مسئول، از محصولات دسترنج این گروه، حمایت و بازاریابی صحیح انجام گیرد. پس برنامه‌ریزی همگام با اصول توانمندسازی فرد و اجتماع می‌توان مدلی موفق برای اشتغال‌زایی بیماران تالاسمیک ارائه داد که برای سایر مبتلایان به بیماری‌ها و معلولیت‌ها نیز قابل تعمیم و توسعه قرار گیرد. انشاءالله

وضع خود را شناسایی کند، نقاط قوت را تقویت و نقاط ضعف را برطرف نماید. یکی از بهترین راه‌های بهبود خودآگاهی افزایش هوش هیجانی افراد است. ۸۰٪ موارد موفقیت اجتماعی و شغلی، ناشی از بالابودن هوش هیجانی است، و نکته مهم این است که هوش هیجانی آموختنی است پس آموزش مهارت‌های زندگی از جمله مهارت تصمیم‌گیری، حل مسئله و ارتباط مؤثر و اجتماع می‌بایست در تمام مقاطع آموزش‌های فنی حرفه‌ای، و حتی در سطوح پایین آموزش و پرورش نهاده شود، تا فرد برای مقابله با مشکلات شغلی و اجتماعی آمادگی پیدا کند.

در حیطه توانمندسازی اجتماعی، تقویت رسانه‌ها، سازمان‌های فنی حرفه‌ای، ارائه وام‌های خود اشتغالی، حمایت از سازمان‌های مردم نهاد از اهم برنامه‌ها هستند. برنامه‌های حمایتی و اشتغال‌زایی می‌بایست قابلیت انعطاف داشته باشند و نمی‌توان برای تمام افراد یک برنامه واحد داشت.

وام‌های کارفرمایی، کمک به شرکت در



سیگار و اثرات آن روی بیماری‌های خاص

تعداد افراد سیگاری در دنیا ۱/۳ میلیارد نفر برآورد می‌شود که براساس پیش‌بینی‌های انجام شده این میزان تا سال ۲۰۲۵ میلادی به ۱/۷ میلیارد نفر می‌رسد. روزانه حدود هشتاد تا صد هزار کودک به جمع سیگاری‌های دنیا اضافه می‌شوند که نیمی از آنها در آسیا زندگی می‌کنند. از مجموع تمام سیگاری‌ها، ۸۴ درصد در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند.

ترجمه: دکتر امیر باجوری



سرطان ریه

پژوهشگران آمریکایی می‌گویند امکان ابتلا به سرطان ریه و مرگ ناشی از آن در مردان سیگاری، ۲۳ برابر بیشتر از سایر مردان و امکان ابتلا به این سرطان در زنان سیگاری، ۱۳ برابر بیشتر از سایر زنان است. مرگ و میر زنان و مردان بر اثر سرطان ریه بیشتر از مجموع سرطان‌های پروستات، پستان و روده بزرگ است. ۹۰ درصد سرطان‌های ریه و ۸۳ درصد مرگ و میر ناشی از سرطان ریه در اثر استعمال دخانیات است. نتایج تحقیقات ثابت کرده‌اند اگر سیگار را ترک کنید، هفته‌ای دو مرتبه ورزش‌های هوازی انجام دهید و تغذیه مناسبی داشته باشید، امکان ابتلا به سرطان ریه و حنجره به زیر ۱۰ درصد خواهد رسید.

سرطان مثانه

۲۰ تا ۳۰ درصد زنان سیگاری در دوران جوانی و ۵۰ درصد زنان پس از ۵۰ سالگی

مزمن، نابینایی، کاهش تراکم استخوان، شکستگی مفصل زانو، بیماری‌های لثه، زخم معده و بیماری عروق محیطی می‌شود.

۱- سیگار و سرطان

سرطان، دومین عامل مرگ و میر در جهان است و سیگار یکی از مهم‌ترین علل ابتلا به این بیماری محسوب می‌شود. مواد سرطان‌زای موجود در سیگار با تأثیر بر سلول‌های بدن باعث پیشگیری از رشد مناسب یا اختلال در رشد آنها شده و به این ترتیب موجب تخریب سلول‌های بدن و سرطانی شدن آنها می‌شوند.

انواع سرطان

سیگار منجر به سرطان پوست، لب، دهان، زبان، بینی، حلق، حنجره، ریه، مری، معده، روده بزرگ، پانکراس، کبد، کلیه، مثانه، پروستات، رحم، مغز، استخوان و سرطان خون (لوسمی میلوئید) می‌شود.

تعداد افراد سیگاری در ایران ۱۰ میلیون نفر است و سالیانه حدود چهار هزار میلیارد تومان هزینه درمان عوارض ناشی از مصرف سیگار می‌شود. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است بیماری‌های ناشی از مصرف سیگار روزانه جان یک نفر از هر ۱۰ نفر را می‌گیرد و این رقم تا سال ۲۰۳۰ به یک نفر از هر ۶ نفر خواهد رسید. پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ سیگار مهم‌ترین عامل بیماری‌های قلبی و مسبب مرگ ده میلیون نفر در جهان خواهد بود.

سیگار و انواع بیماری‌ها

تنباکو همراه با کاغذ و فیلتر و برخی افزودنی‌ها، مواد تشکیل‌دهنده سیگار هستند و سوختن این مواد با هم موجب پدید آمدن بیش از ۴۰۰۰ ماده سمی و ۸۰ ماده سرطان‌زا می‌شود.

سیگار منجر به انواع سرطان، بیماری‌های قلبی عروقی، سکت، آمفیزم ریوی، برونشیت



و رسیدن به سن یائسگی به سرطان مثانه مبتلا می‌شوند. خطر ابتلا به سرطان مثانه در افراد سیگاری ۴ برابر بیشتر از افراد غیرسیگاری است و ترک سیگار می‌تواند خطر ابتلا به سرطان مثانه را ۳ تا ۴ برابر کاهش دهد.

سرطان خون

محققان استرالیایی در بررسی‌های خود نشان دادند سیگار کشیدن پدران در دوره باروری می‌تواند خطر نوعی از سرطان خون در دوره کودکی به نام (لوسمی لنفوبلاستیک حاد) را به میزان ۱۵ درصد در کودکان افزایش دهد. هرچند این لوسمی شکل شایعی است اما هنوز بسیار نادر است و از هر ۱۰۰ هزار کودک به حدود ۳ تا ۵ کودک آسیب می‌رساند. نتایج این بررسی‌ها نشان داد کودکانی که پدران آنها در دوران باروری حداقل ۲۰ سیگار در روز می‌کشیدند خطر ابتلا به این بیماری در آنها ۴۴ درصد افزایش می‌یافت و این خطر به‌طور متوسط در تمام کودکان متأثر از سرطان خون کودکی ۱۵ درصد بیشتر بود.

۲- سیگار و MS

ارتباط سیگار و آسیب‌پذیری فرد نسبت به MS:

۱- اکسید نیتریک: در افراد سیگاری، میزان اکسید نیتریک خون زیاد است. اکسید نیتریک به گشاد شدن عروق خونی کمک می‌کند، اکسیژن را به بافت‌ها می‌رساند و پیام‌های عصبی را منتقل می‌کند ولی علاوه بر همه این‌ها یک رادیکال آزاد نیز می‌باشد. میزان زیاد اکسید نیتریک یک ماده سمی برای اعصاب است و در افراد مبتلا به MS، آکسون عصب را تخریب می‌کند.

۲- آکرولئین: آکرولئین به‌طور مستقیم باعث تخریب اعصاب می‌گردد.

۳- افزایش نفوذپذیری سد خونی مغزی: به‌طور معمول، این سد از ورود ویروس‌ها و عوامل خارجی و سلول‌های ایمنی جلوگیری می‌کند. در بیماری MS، سلول‌های ایمنی وارد سیستم عصبی

مرکزی شده و این سد را تخریب می‌کنند و یا در معرض خطر قرار می‌دهند.

۴- آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به عفونت: سیگار باعث می‌شود عفونت‌های ویروسی و باکتریایی ریوی بیشتر شوند. این عفونت‌ها باعث تخریب غشای مخاطی محافظت کننده شده و سیستم ایمنی را سرکوب می‌کنند.

۵- عادات بد زندگی: افراد سیگاری معمولاً زیاد الکل می‌نوشند، رژیم غذایی فقیر دارند، کم تحرک می‌باشند، در معرض کم ویتامین D و در معرض زیاد ویروس‌ها قرار دارند.

نقش سیگار در بروز MS

در مقایسه با افراد غیرسیگاری، افراد سیگاری قبل از سن ۳۳ سالگی پنج بار بیشتر احتمال ابتلا به بیماری MS را دارند و این احتمال در افراد سیگاری قبل از سن ۱۷ سالگی، دو و نیم برابر بیشتر می‌شود. از بین ۱۰۰۰ فرد غیرسیگاری، یک نفر مبتلا به MS می‌شود در حالی که از بین ۶۶۲ فرد سیگاری، یک نفر مبتلا به MS می‌شود.

میزان مصرف سیگار نیز در احتمال ابتلا به MS مؤثر است. بطور مثال احتمال ابتلا به بیماری MS در افرادی که روزانه دو پاکت

سیگار می‌کشند، پنج برابر، افرادی که روزانه ۱ تا ۲ پاکت سیگار می‌کشند دو برابر و افرادی که سالانه بیش از ۲۵ پاکت سیگار می‌کشند، ۷ برابر غیرسیگاری‌ها است. بعلاوه، هرچند علت دقیق MS هنوز ناشناخته است، اما سیگار شدت و پیشرفت این بیماری را زیاد می‌کند.

نقش سیگار در حملات MS

بررسی پژوهشگران نشان می‌دهد، سیگاری‌هایی که یک بار دچار حمله MS شده‌اند، در مقایسه با افراد غیرسیگاری بیشتر احتمال بروز حمله دوم را دارند. تماس با دود سیگار، بروز حملات MS را نیز در بیمارانی که پیش‌تر به این عارضه مبتلا شده‌اند افزایش می‌دهد. بنابراین ترک سیگار یکی از راه‌های پیشگیری از حملات MS است.

۳- سیگار و دیابت

سیگار به عنوان یک عامل خطر برای دیابت شناخته می‌شود و چندین فرضیه برای توضیح این ارتباط مطرح شده است:

- ۱- مقاومت انسولین
- ۲- اختلال در متابولیسم گلوکز

نیست، با این حال برخی مطالعات ارتباط بین سیگار و رتینوپاتی دیابتی را اثبات کرده‌اند.

۳- نوروپاتی محیطی: سیگار یک عامل خطر شناخته شده برای رشد و پیشرفت انواع مختلف نوروپاتی است. مطالعات روی افراد دیابتی نوع ۱ و ۲ نشان می‌دهد که نورپاتی محیطی در افراد سیگاری ۶۴/۸٪ است در حالی که این آمار در افراد غیرسیگاری ۴۲/۸٪ می‌باشد.

منافع قطع سیگار

قطع سیگار خطر بیماری قلبی عروقی، بیماری ریه، سرطان و سکته مغزی را کاهش می‌دهد. از آنجا که دیابت نیز خطر بیماری قلبی عروقی و سکته را افزایش می‌دهد لذا به سیگاری‌های دیابتی شدیداً توصیه می‌شود که سیگار را ترک کنند. از طرف دیگر مطالعات نشان می‌دهند که افراد سیگاری مبتلا به دیابت کمتر از افراد سیگاری بدون دیابت موفق به ترک سیگار می‌شوند در نتیجه بایستی راهکارهای شدیدتری برای قطع موفق این افراد اتخاذ گردد. از آنجا که افراد دیابتی معمولاً افزایش وزن دارند، ترس از افزایش وزن بیشتر در افراد سیگاری مانع از ترک سیگار در آنها می‌شود.

مطالعات روی افراد سیگاری مبتلا به دیابت ۴۰ تا ۵۹ ساله نشان می‌دهد که منافع ترک سیگار ۵ سال بعد از قطع کامل آن آشکار می‌شوند و برای آن که خطر عوارض به حد افراد غیرسیگاری برسد ۲۰ سال طول می‌کشد. بعلاوه قطع سیگار خطر مرگ زود هنگام را نیز کاهش می‌دهد.

منابع:

1- Journal of Neurology, October 28, 2003, vol. 61 no. 8, E11-E12, Robin L. Brey, MD

2- Journal of Brain Advance Access, March 9, 2005, Miguel A. Herna'n, Susan S. Jick, Giancarlo Logroscino, Michael J. Olek, Alberto Ascherio and Hershel Jick



دوران بارداری نیز با ریسک دیابت حاملگی و دیابت پس از دوران بارداری همراه است. افراد دیابتی سیگاری در مقایسه با دیابتی‌های غیرسیگاری ۲ برابر بیشتر خطر مرگ زود هنگام دارند. بعلاوه خطر عوارض ناشی از سیگار در دیابتی‌ها ۱۴ برابر بیشتر از خطر عوارض ناشی از سیگار یا دیابت به تنهایی است. خطر مرگ برای سیگاری‌های ترک کرده ۱/۳۱ و سیگاری‌های با مصرف ۱ تا ۱۴ سیگار در روز ۱/۴۳ است. در حالی که این ریسک برای سیگاری‌های با مصرف ۱۵ تا ۳۴ نخ سیگار ۱/۶۴ و بیش از ۳۵ سیگار ۲/۱۹ می‌باشد.

اثرات سیگار بر عوارض دیابت

۱- نفروپاتی: نفروپاتی در بیماران سیگاری مبتلا به دیابت نوع ۱ شایع است و سیگار خطر آلبومینوری را در هر دو نوع دیابت افزایش می‌دهد. بعلاوه عملکرد کلیه در افراد سیگاری با سرعت بیشتری نسبت به افراد غیرسیگاری تخریب می‌شود. همین‌طور مطالعات نشان می‌دهد قطع سیگار می‌تواند روند بیماری کلیوی را در دیابتی‌هایی که داروهای مهارکننده ACE مصرف می‌کنند کند نماید.

۲- رتینوپاتی: ارتباط بین سیگار و رتینوپاتی به اندازه دیگر عوارض میکرو واسکولر دیابت

۳- مکانیسم مستقل شاخص توده بدن (BMI)

۴- مسمومیت پانکراس؛ سیگار با افزایش خطر پانکراتیت مزمن و سرطان پانکراس همراه است.

۵- سندرم متابولیک: به عنوان عامل خطر بیماری‌های قلبی و دیابت شناخته می‌شود. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که ارتباط قوی بین سیگار، مقاومت به انسولین و سندرم متابولیک وجود دارد.

جمعیت شناسی

بر اساس بررسی‌های انجام شده، ۲۲٪ افراد سیگاری طی دوره ۱۵ ساله مستعد ابتلا به بیماری دیابت می‌شوند. همچنین مشاهده شد کسانی که هیچ‌گاه سیگار نکشیده‌اند، اما در معرض دود سیگار دیگران قرار دارند، ۱۷ درصد احتمال ابتلا به بیماری دیابت پیدا کرده‌اند. خطر ابتلا به این بیماری در میان افرادی که هیچ‌گاه در معرض دود سیگار نبوده‌اند نیز ۱۲ درصد بوده است. خطر دیابت با تعداد سیگار نیز مرتبط است. زنانی که روزانه بیش از ۴۰ سیگار مصرف می‌کنند با خطر ۷۴٪ و مردان سیگاری با خطر ۴۵٪ مواجه‌اند. همچنین تخمین زده می‌شود ۱۲٪ تمام موارد دیابت نوع ۲ در آمریکا مربوط به سیگار باشد. سیگار در



بیماری مولتیپل اسکلروزیس MS

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری خود ایمن مزمن سیستم اعصاب مرکزی با واسطه لنفوسیت‌های T است که بوسیله علائم و نشانه‌های مختلف که نتیجه حذف میلین و تخریب اکسونی است تشخیص داده می‌شود. (Andrews H.E, ۲۰۰۵). این بیماری شایع‌ترین بیماری سیستم عصبی در سنین جوانی است که در اثر عوامل ناشناخته در یک فرد با وجود زمینه ژنتیکی مساعد شروع می‌شود. ام‌اس یک بیماری چند عاملی است که عوامل محیط و ژنتیک در آن سهیم هستند. **میترا عطایی و آرین میرمیران** (پژوهشگاه ملی مهندسی ژنتیک و زیست فناوری)



سه مشخصه اصلی MS التهاب، تخریب میلین و افزایش سلول‌های گلیال است. (Lamantea E, ۲۰۰۲, Kalman B ۱۹۹۹) آغاز بیماری بین سنین ۲۰ تا ۳۰ سال است همانند اغلب بیماری‌های با واسطه سیستم ایمنی معمولاً زنان بیشتر از مردان بدان مبتلا می‌شوند و نسبت جنسی مبتلایان حدود ۲ زن در برابر یک مرد است. در دو نیم‌کره شمالی و جنوبی متناسب با افزایش عرض جغرافیایی شیوع بیماری نیز افزایش می‌یابد بیماری ام‌اس به دلیل درگیر کردن جوانان و ناتوان‌کنندگی در سنین باروری و بازدهی اهمیت ویژه‌ای دارد تحقیقات نشان داده است که ژن‌هایی که یک فرد به ارث می‌برد به تشخیص این که آیا فرد در خطر افزایشی برای ابتلا به ام‌اس است کمک می‌کند. (Shannon Nabavi SM, ۲۰۰۶, Alastair compston ۲۰۰۲, Kalman B ۱۹۹۹, J, ۲۰۰۳).

علائم بیماری

شروع MS ممکن است ناگهانی یا تدریجی باشد و نشانه‌ها ممکن است شدید یا آن قدر خفیف به نظر برسد که بیمار تا ماه‌ها یا سال‌ها به پزشک مراجعه نکند. نشانه‌ها، شدت و دوره بیماری MS بسته به محل پلاک‌ها و حد دی میلینیشن در سیستم اعصاب مرکزی متفاوت است. اگرچه هر بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دچار علائم مختلفی می‌شود اما بیشتر بیماران یک یا چند علامت اولیه این بیماری را که در زیر می‌آید، تجربه می‌کنند:

عضلات، سرگیجه، اختلال در تعادل بدن، فلج، مشکلات شناختی، افسردگی و تغییرات خلق.

تغییر در حس‌های دست و پا نشانه دیگری از بیماری است. بیماران ممکن است سنگینی، ضعف یا ناتوانی در دست و پا، سوزش و یا بی‌حسی به ویژه در پا را تجربه کنند (Stuke K et al, ۲۰۰۹).

خستگی از دیگر علائم بیماری MS است که ۹۰٪ بیماران آن را تجربه می‌کنند. خستگی به هنگام عصر بیشتر می‌شود و ممکن است با افزایش درجه حرارت بدن همراه باشد.

در اعضای بدن و بالاخره اختلال در کار مثانه از دیگر علائم مولتیپل اسکلروزیس هستند.

حداقل ۸۰ درصد مبتلایان به بیماری MS از عدم کنترل بر روی مثانه که به علت ایجاد پلاک در اعصاب کنترل کننده مثانه پدید می‌آید، رنج می‌برند (Fauci A.S et al, ۲۰۰۸).

اختلال عملکرد شناختی، اختلال عملکرد جنسی، ضعف عضلات صورت، سرگیجه، کاهش شنوایی، افسردگی از دیگر علائم MS هستند (Stuke K et al, ۲۰۰۹).

انواع بالینی بیماری MS

بیماری MS در چهار فرم بالینی وجود دارد:

عدم هماهنگی اعضای بدن با یکدیگر نیز از علائم بیماری است. حالت اسپاسم و انقباض

اختلالات بینایی، درد، بی‌اختیاری ادراری، ضعف، بی‌حسی، لرزش، خستگی، گرفتگی

RRMS Relapsing/Relapsing MS

۱- ۸۵٪ بیماران MS جزء این دسته هستند، این افراد دچار حملات ناگهانی می‌شوند. وقتی حرکت بعد از یک حمله به شدت دچار اختلال می‌شود، نیمی از حمله رد می‌شود و بیمار بهبود پیدا می‌کند. بین حمله‌ها بیمار از لحاظ نورولوژیکی پایدار است. هر چند اغلب بیماران درگیر با RRMS وارد فاز ثانویه پیش‌رونده یا همان SPMS می‌شوند.

SPMS Secondary Progressive

۲- ابتدا بصورت PRMS است و سپس با تغییر دوره بالینی، بیمار دچار زوال ثابت در عملکرد بدون ایجاد حمله می‌شود. یک سری تحقیقات نشان می‌دهد که SPMS در اغلب بیمارانی که دچار PRMS هستند پیش‌روی کرده و باعث بروز ناتوانی عصبی شدیدتری می‌شود (Faucil, S.S et al, ۲۰۰۸, ۲۰۰۸).

PPMS Primary Progressive MS

۳- حدود ۱۰٪ موارد را شامل می‌شود. این بیماران دچار حملات شدید نمی‌شوند و کاهش عملکرد ثابت دارند. این تیپ در سن‌های بالا ایجاد می‌شود و علائم شدیدتری را به خود اختصاص می‌دهد (Koch M et al, ۲۰۰۹).

PRMS Progessive / Relapsing

۴- این نوع بالینی حدود ۵٪ بیماران را شامل می‌شود و با PPMS و SPMS هم‌پوشانی دارد. این بیماران همانند بیماران PPMS، یک روند یکنواخت رو به وخامت در وضعیت شروع بیماری را تجربه می‌کنند. درعین حال این بیماران همانند بیماران SPMS حملات گاه‌گاهی که در زمینه سیر پیش‌رونده بیماری روی می‌دهد را تجربه می‌کنند (Hauser and Goodin, ۲۰۰۸).

اتیولوژی

علت MS هنوز مشخص نشده اما بنا بر

اطلاعات موجود، بیماری در افراد با استعداد ژنتیکی، بوجود آمده و احتمالاً به محرک‌های محیطی دیگری نیاز دارد (Haines J.L et al, ۲۰۰۲).

اکثر متخصصین MS امروزه معتقدند که این عوامل شامل وراثت و بعضی از عوامل محیطی مثل ابتلا قبلی به عفونت‌های ویروسی می‌باشند (Soldan S.S et al, ۱۹۹۷).

شیوع بیماری

ام اس ۲ میلیون نفر را در سراسر جهان و چهارصد هزار نفر را در ایالات متحده گرفتار نموده است. شیوع MS در زنان تقریباً ۳ برابر مردان است (Alonso A and Hernan MA, ۲۰۰۸).

قابل ذکر است که حملات بیماری در طی حاملگی کاهش و بعد از آن دوباره افزایش می‌یابد. بدتر شدن بیماری در دوران قاعدگی، ارتباط سطح بالای استرادیول، سطح پایین پروژسترون با افزایش فعالیت بیماری در MRI و اثرات درمانی استرادیول در RR-MS نشان دهنده این مطلب است که مسائل هورمونی می‌تواند به عنوان یک ریسک فاکتور باشد (Sicotte N.L, et al, ۲۰۰۲).

سن شروع بیماری معمولاً بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است، هرچند بیماری می‌تواند در تمام طول عمر فرد پیش بیاید. این بیماری تقریباً در ۱۰٪ موارد قبل از سن ۱۸ سالگی رخ می‌دهد (Faucil A.S, et al, ۲۰۰۸). شیوع آن تحت تأثیر سابقه خانوادگی، نژاد، سن و منطقه جغرافیایی است و در عرض‌های جغرافیایی بالاتر بیشتر است و به صورت شیب‌دار از استوا به سمت قطبین در حال افزایش است (Ebers GC, ۲۰۰۸). بیشترین شیوع MS (۲۵۰ در ۱۰۰۰) در جزایر Orkney واقع در شمال اسکاتلند دیده می‌شود، همچنین میزان بالایی از شیوع این بیماری در شمال اروپا نواحی

شمالی ایالات متحده امریکا و جنوب کانادا دیده شده است، در حالی که شیوع آن در ژاپن بسیار پایین است (۶ در ۱۰۰۰۰۰) و همچنین در دیگر مناطق آسیا، مناطق استوایی آفریقا و خاورمیانه نیز میزان ابتلا به این بیماری کم است (Simpson S Jr et al, ۲۰۱۱).

طبق آخرین بررسی انجام شده در سال ۲۰۱۱، تعداد مبتلایان به ام اس در ایران از سال ۱۹۸۹ تا ۲۰۰۶ افزایش ۸/۳ برابری گزارش شده است. (elhami S, ۲۰۱۱).

یک توضیح قابل قبول برای تأثیر عرض جغرافیایی بر میزان شیوع بیماری، اثر محافظتی نور خورشید می‌باشد. تابش نور ماوراء بنفش خورشید مهم‌ترین منبع تولید ویتامین D در بیشتر افراد است و کاهش سطح ویتامین D در عرض جغرافیایی بالا که کمتر در معرض نور خورشید هستند به‌خصوص در زمستان بوجود می‌آید. مطالعات تأیید می‌کند که کمبود ویتامین D با افزایش ریسک ابتلا به MS همراه است. اثرات تنظیم ایمنی ویتامین D می‌تواند این ارتباط احتمالی را شرح دهد (Ascherio, A, Munger KL, ۲۰۰۷, A, Munger KL, ۲۰۰۷).

مطالعات صورت گرفته بر روی مهاجرت افراد اثر محیط بر روی بیماری را تایید می‌کند. این مطالعات نشان می‌دهد که مهاجرت در سنین زیر ۱۵ سالگی از مناطق با ریسک پایین به مناطقی که دارای ریسک بالایی هستند احتمال ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهند و برعکس، که مثال متقاعد کننده آن افزایش ابتلا به MS در انگلیسی‌ها با اشغال مناطق شمالی دانمارک در جنگ جهانی دوم می‌باشد (Marrie, ۲۰۰۴).

عوامل ژنتیکی

تشخیص ژن‌های مستعدکننده در ابتلا به بیماری MS از چالش‌های بزرگ در ۲ دهه اخیر بوده است. با این همه ما هنوز



احتمالاً این یک بیماری پلی‌ژنیک بوده و هر ژن به میزان کمی بر قابلیت ابتلاء فرد می‌افزاید. متخصصین معتقدند که در ایجاد بیماری MS، فرد از نظر ژنتیکی مستعد ابتلا به آن می‌باشد و وقتی به این بیماری دچار خواهند شد که عوامل محیطی باعث روشن شدن و شروع این بیماری در آنها شود (Nelson, J.L., et al, ۱۹۹۸) پس از اجرا مطالعات پیوستگی در جمعیت‌های کثیری از نژادهای مختلف، تنها منطقه‌ای که بدون تناقض و در سطوح آماری معنی‌دار یا MS پیوستگی نشان داده منطقه آنتی‌ژن لکوسیت انسان (HLA) واقع روی کروموزوم ۶p۲۱.۳ بود. این منطقه مسئول تقریباً ۶۰-۲۰٪ استعداد ژنتیکی در MS است (Haines et al, ۱۹۹۸).

روش‌های تشخیص بیماری

در شروع بیماری MS، تشخیص ممکن است نامشخص باشد اما به تدریج که میلین اعصاب از بین می‌رود و یا بیماری عود می‌کند، تشخیص بیماری کامل می‌شود. تشخیص مالتیپل اسکلروزیس به دلیل شباهت علائم و نشانه‌های این بیماری با بیماری‌های دیگر مشکل است (Compston and Coles, ۲۰۰۸).

در سال ۲۰۰۱ هیئت بین‌المللی متخصصان معیارهایی را تحت عنوان معیارهای مک دونالد برای تشخیص MS در مراحل اولیه ارائه دادند (McDonald et al, ۲۰۰۱). شاخص مک دونالد در سال ۲۰۰۵ مورد بازنگری قرار گرفت تا تشخیص دقیق و سریع MS به وسیله یک سری علائم خاص، آزمایش مایع نخاع، و با استفاده از پیشرفت‌های صورت گرفته در تصویربرداری رزونانس مغناطیسی برای تشخیص ضایعات داخل سیستم عصبی مرکزی و بررسی آنها با گذشت زمان امکان‌پذیر باشد (Polman et al, ۲۰۰۵).

در جدول به نحوه تشخیص بیماری با کمک شاخص مک دونالد اشاره شده است (Polman et al, ۲۰۰۵).

نشان داد که میزان بالاتری از مطابقت ژنی (۲۵٪ تا ۳۰٪) در دوقلوهای تک تخمکی نسبت به دوقلوهای دوتخمکی (۵٪) وجود دارد که این امر نقش مهم ژنتیک در این بیماری را تأیید می‌کند (Hawkes CH and Macgregor AJ, ۲۰۰۹). از طرفی میزان مطابقت تنها ۳۰٪ در دوقلوهای تک تخمکی که ژنوم یکسانی بین آنها تقسیم شده بیانگر وجود یک سری فاکتورهای دیگری است که در احتمال بروز این بیماری نقش دارند.

احتمال ابتلای فرزندان زوج‌هایی که هر دو مبتلا هستند دو برابر کسانی است که فقط یک والد به این بیماری مبتلا است (Stephen sawcer, ۲۰۰۸).

مطالعات اپیدمیولوژیکی از بررسی ژنتیکی چندین خانواده مبتلا نشان داده که توارث MS براساس یک مدل ژنتیکی ساده نیست.

از شناسایی کامل تمام ژن‌های درگیر در پاتوژنز این بیماری پیچیده ژنتیکی دور هستیم.

مجموعه‌ای از فاکتورهای محیطی و پلی‌ژنیک در بروز این بیماری نقش دارند. خطر شیوع MS در افراد سفیدپوست ساکن در مناطق معتدل ۱ در ۱۰۰۰ نفر است در حالی که در نژاد Mongolian، ژاپنی‌ها، چینی‌ها و سیاهان آفریقایی نادر است (Stephen Sawcer, ۲۰۰۸).

ریسک ابتلا به بیماری در بین خانواده افراد مبتلا در مقایسه با جمعیت عمومی بالاتر است و ۲۰-۱۵ بیماران دارای تاریخچه خانوادگی بیماری هستند که این نرخ خیلی بیشتر از آن است که آن را تصادفی بدانیم. مطالعات صورت گرفته بر روی دوقلوها

اطلاعات مورد نیاز	علائم بالینی	
	حمولات	آسیب‌ها
مدارک بالینی کفایت می‌کند. مدارک اضافی در صورتی که با بیماری MS سازگار باشد مورد قبول است.	۲ یا بیش‌تر	۲ یا بیش‌تر
انتشار بیماری در یک مکان که با روش‌های زیر تایید می‌گردد: MRI با یک CSP مثبت و با ۲ یا بیشتر از ۲ آسیب سازگار با MS و مورد تایید با MRI حمله بالینی بیشتری که مکان‌های مختلف را درگیر کند.	۲ یا بیش‌تر	۱
انتشار در یک مکان باید توسط روش‌های زیر تایید گردد. MRI مشاهده حمله بالینی ثانویه	۱	۲ یا بیش‌تر
انتشار در یک مکان باید توسط روش‌های زیر تایید گردد: MRI یک CSP مثبت و ۲ یا بیشتر از ۲ آسیب سازگار با MS و مورد تایید با MRI انتشار بیماری در زمان باید با روش‌های زیر تایید گردد: MRI مشاهده حمله بالینی ثانویه	۱	۱
پیشروی بیماری در زمان که با روش زیر تایید می‌شود: پیشرفت ممتد بیماری به مدت یک سال انتشار بیماری در مکان با روش‌های زیر تایید می‌شود: مثبت Csf MRI (با آسیب مغزی T۲ یا ۴ یا بیشتر آسیب T۲ و ۲ یا بیشتر آسیب طناب نخاعی)	پیشرفت نورولوژیک مشکوک به (PPMS) MS	

گفتگو با کودکان درباره سرطان

این مطلب در ۴ فصل برای افرادی نگاشته شده که می‌خواهند موضوع سرطان یکی از بزرگسالان خانواده را با افراد کوچک‌تر در میان بگذارند. نمی‌توانیم بگوییم دقیقاً باید چه کرد یا چه گفت، اما امیدواریم این مطلب سرآغازی برای ارائه یک سری ایده‌ها باشد. گفتگو در این زمینه مشکل و دلهره‌آور است، به ویژه زمانی که رابطه نزدیکی بین کودک و شخص مبتلا وجود داشته باشد. اما به هر حال، صحبت‌هایی که با احساس و همراه با صداقت انجام شود، برای افراد جوانی که مستقیماً تحت تأثیر اعلام خبر تشخیص بیماری قرار دارند، بسیار ارزشمند و اطمینان بخش است. **نوشته: Jenny Mothoneos مترجم: علی‌اکبر زینلی**

شنیدن خبر این که شما یا یکی از اعضای خانواده یا دوستان تان دچار سرطان شده‌اید، بسیار سخت بوده و تأثیر عمیقی بر زندگی شما و اطرافیان می‌گذارد. رویارویی با اثرات روحی ناشی از سرطان به قدر کافی دشوار است؛ به خصوص زمانی که تازه در جریان آن قرار گرفته‌اید. بنابراین باید بدانید چگونه می‌توان این فشار را از روی فرزندان کم کرد. موضوع این است که نه تنها مجبور هستید با احساسات و تصمیمات خود برخورد کنید، بلکه باید بدانید چگونه موضوع را با کودکانی که به شما نزدیک هستند، مطرح کرده و به آنها کمک کنید تا راحت‌تر با این خبر روبرو شوند.

کودکان مبتلا به سرطان

سرطان کودکان نادر است، اما اگر رخ دهد، روند زندگی دگرگون و خانواده با مشکلات زیادی روبرو می‌شود؛ از جمله مشکل صحبت با کودک مبتلا و برادرها و خواهرها یا دوستان او.

بسیاری از اطلاعات این مطلب درباره زمانی است که کودکی مبتلا به سرطان بوده و می‌خواهید در این باره با بچه‌ها گفتگو کنید. فشاری که سرطان کودکان بر خانواده می‌گذارد، اغلب با مشکلات ناشی از مبتلا شدن فرد بزرگسال دچار سرطان، متفاوت است. در این موقعیت برای کمک به خانواده در برقراری ارتباطات، پیشنهاد می‌شود به کارشناسی مراجعه کنید که هر روز با بیماری کودکان سر و کار دارند. نزد پرستاران و مددکاران اجتماعی بیمارستان بروید؛ افرادی که وقتی کودکی به سرطان مبتلا می‌شود به خانواده او برای انجام گفتگو و حمایت از یکدیگر کمک کرده و در

این کار تجربه دارند.

* چرا با کودکان درباره سرطان حرف بزنیم

به نظر می‌رسد سخن راندن از سرطان امری مشکل و طاقت فرسا باشد، ولی شواهدی قوی وجود دارد که نشان می‌دهد راحت بودن و صداقت داشتن با کودکان بهترین راه کمک به آنها است. کودک در این شرایط بهتر می‌تواند با خبر سرطان شخصی که به او نزدیک است، برخورد کند.

پنهان کاری موجب بدتر شدن اوضاع می‌شود

تحقیقات نشان می‌دهد بچه‌هایی که با آنها درباره بیماری افراد محبوب‌شان صحبت شده نسبت به بچه‌هایی که در شرایط مبهم نگاه داشته شده‌اند؛ از اضطراب کمتری برخوردارند. مشکل می‌توان اسرار را پوشیده نگاه داشت و پنهان کاری خود بر دلهره و استرس می‌افزاید.

نمی‌توانید بچه‌ها را فریب دهید

اگر فرزندان تان به وجود مشکلی در خانه شک کنند و شما در این باره با آنان صحبتی نکرده باشید، به فکر و خیال فرو می‌روند. تخیل آنان اغلب چیزی بدتر از واقعیت را برایشان ترسیم خواهد کرد.

آنان حق دارند بدانند

اگر با آنان صادقانه رابطه برقرار کنید، برایشان ارزش قائل شده‌اید. این کار، اعتماد به نفس را بالا می‌برد و از سوی دیگر، بچه‌ها در این موقعیت فرصت می‌یابند احساسات خود را کنترل کنند.

بچه‌ها از طریق افراد دیگری متوجه موضوع می‌شوند

بهترین کار این است که بچه‌ها از طریق والدین یا آنانی که توسط والدین وکالت دارند، از موضوع سرطان خبردار شوند. به خصوص اگر پدر یا مادر یا یکی از بستگان یا دوستان نزدیک دچار سرطان شده باشد. بدترین راه دریافت چنین اخبار ناگواری، فال گوش ایستادن است. بچه‌ها با این کار دچار سوء تعبیر می‌شوند. فکر می‌کنند موضوع آن قدر وحشتناک است که شما نتوانسته‌اید در مورد آن صحبت کنید. همین طور ممکن است فکر کنند برای بچه‌ها ارزشی قائل نشده‌اید.

بچه‌ها توانایی برخورد با موضوع را دارند

شواهدی وجود دارد که بچه‌ها با بهره‌مندی از یک حمایت خوب، توان برخورد با این موضوع را دارند. تحقیقات نشان داده عامل کلیدی این موضوع که کودکان با کمک آن خواهند توانست لحظات دشوار زندگی را به سر رسانند، ایجاد رابطه‌ای نزدیک با یکی از بزرگ‌ترها است.

کودکان به دنبال فرصتی برای گفتگو هستند

گفتگو با کودکان درباره سرطان موجب می‌شود آنان فرصت بازگویی احساسات خود را برای شما به دست آورند و بدانند که سؤال کردن از کسی مشکلی ندارد. به عنوان پدر یا مادر، بسیار اهمیت دارد بچه‌ها را تشویق کنید تا افکار و احساسات خود را با شما یا با هر فرد دیگری که امین شما است، در میان بگذارند.



وظیفه شما

- کارهای معمول شما بسیار پراهمیت است. اگر فرد دیگری را برای کمک آورده‌اید، از آنان بخواهید تا آنجا که امکان دارد همان کارهای معمول شما را ادامه دهند.
- برای ایجاد فضایی محبت آمیزتر، وقت بیشتری به نوازش بچه‌ها اختصاص دهید و در مورد نوزادان و اطفال، زمان بیشتری صرف شیر دادن آنها کنید.

پیش دبستانی و مهدکودکی؛ ۳ تا ۵ ساله

بچه‌های این گروه سنی، در ابتدای درک تفاوت بین (سالم بودن) و (بیمار بودن) قرار دارند. علاوه بر این‌ها، نگرانی اصلی بچه‌ها در رابطه با خودشان است. آنان با خود فکر می‌کنند. آیا من باعث آن شده‌ام؟ آیا می‌توانم آن را از بین ببرم؟ چه کسی از من مراقبت خواهد کرد؟

احساسات و گفتار بچه‌ها گاهی پراکنده است؛ آنان در خود احساسی از ناراحتی و غم دارند اما سخنانی که به کار می‌برند چنین چیزی را نشان نمی‌دهد.

وظیفه شما

- به امور معمول خانه و محدودیت‌های آن ادامه دهید، چرا که به بچه‌ها امنیت می‌دهد.
- مقدمات زمان خواب به کاهش ترس از جدایی آنان کمک می‌کند؛ شانه زدن مو، ماساژ، آواز خواندن یا داستان گفتن ایده‌هایی هستند که موجب آرامش آنان در شب می‌شوند.
- به کودکان آرامش خیال دهید که قرار نیست شما یا کسی که کودک دوستش دارد و دچار سرطان شده، بمیرد. بلکه راهایی برای درمان این بیماری وجود دارد.
- تأکید کنید که هیچ یک از کارها یا گفتار آنان موجب بروز این بیماری نشده است.
- با تعریف کردن از آنها و تشکر از کارهای کوچکی که انجام داده‌اند و درخواست از آنان برای انجام یک‌سری کارهای اصلی خانه کاری کنید احساسی از ارزشمندی و مهم بودن پیدا کنند.

ساختید، سعی کنید همچنان راحت و آزاد باشید. حتی اگر اخبار به دست آمده خوب نباشد. برای بچه‌ها روشن کنید که هیچ یک از گفتار یا رفتار آنان موجب بروز سرطان نشده و هیچ کاری از سوی آنان نمی‌تواند بر پیامدهای بیماری تأثیری بگذارد.

۶. مهر و محبت و احساسات خود را نشان دهید

کاری کنید بچه‌ها درک کنند که به آنان عشق می‌ورزید و اطمینان دهید که در همه حال از آنان مراقبت می‌شود، حتی اگر نتوانید خودتان این کار را انجام دهید. از بیان احساس یا گریه خود نترسید.

۷. برای خانواده و کارهای معمول آن وقت بگذارید

تا آنجا که می‌توانید به کارهای معمول و عادی خانواده ادامه دهید و از تلاش بچه‌ها در کمک به خانه استقبال کنید، اما آن را به حساب ترحم نگذارید.

۸. به بچه‌ها گوش فرا دهید

بگذارید دریابند که نباید به تنهایی نگران چیزی باشند. از کارها و فعالیت‌های خودشان نیز صحبت کنید و به آنان اطمینان دهید که مشکلی نیست و همچنان می‌توانند به تفریحات خود بپردازند.

* کمک به کودکان در برخورد با سرطان

کودکان با یکدیگر متفاوت هستند. در این بخش از درک کودکان نسبت به بیماری و واکنش‌های احتمالی آنان نسبت به سرطان، بسته به مرحله رشد، اطلاعاتی ارائه می‌شود.

نوزادان، اطفال و کودکان نوپا

بچه‌ها و کودکان نوپا از بیماری شناخت و آگاهی کمی دارند، اما نسبت به جدا شدن از شما و بروز تغییر در وقایع معمول خانه واکنش نشان می‌دهند. آنها قادر به سخن گفتن در این باره نیستند ولی نسبت به تغییرات جسمانی و احساسی اغلب از نوعی آگاهی شگفت‌آور برخوردارند. مسائل کلیدی بچه‌ها در این گروه سنی، برآورده ساختن نیازهای اصلی جسمی و احساسی و کاهش فشار ناشی از جداساختن آنها است.

شما متخصص در این کار هستید

مبادا فکر کنید که نمی‌توانید با فرزندان خود در مورد سرطان صحبت کنید. با تفکری دقیق و آمادگی مناسب، دانش تخصصی خود نسبت به فرزندان را به کار گیرید تا بهترین راه را برای برقراری ارتباط با آنها پیدا کنید. هدف این کتاب کمک به شما در به کارگیری این دانش است. اول، آگاه ساختن فرزندان نسبت به موضوع سرطان و سپس ادامه دادن به گفتگو با آنها طی روند سرطان.

نکات کلیدی

در اینجا هشت روش ارائه شده است که به کمک آنها می‌توانید کاری کنید فرزندان تان با سرطان برخوردی راحت داشته باشند.

۱. افزایش برقراری ارتباط

فرزندان دائماً باید از اخبار جدید با خبر شده و این را بدانند که در هر زمان می‌توانند با شما گفتگو کنند. بیشتر والدین می‌دانند که چه زمانی برای گفتگو با بچه‌هایشان راحت‌تر است. سعی کنید موقعیت را فراهم سازید و برای این گفتگو با خلایق خود راهی پیدا کنید.

۲. انتظار نداشته باشید برای این کار به آمادگی کامل برسید

اگر گفتگوی شما طبق برنامه پیش نمی‌رود بدانید کودک توان برخورد با آن را دارد. زمان بگذارید و ببینید برای دفعه بعد چگونه می‌توانید روش خود را تغییر دهید.

۳. ببینید فرزندان تان از سرطان چه می‌دانند

بهتر است کار خود را با طرح چند سؤال آغاز کنید و ببینید فرزندان تان تا چه حد از سرطان آگاهی دارند و این اطلاعات را از کجا به دست آورده‌اند.

۴. اجازه دهید فرزندان تان سؤال کنند

ذهن فرزندان خود را با جزئیات زیاد مشغول نسازید. اطلاعات مختصری در اختیار آنان قرار دهید و صبر کنید ببینید آیا سؤالی دارند یا خیر.

۵. صادق باشید و اعتماد ببخشید

وقتی در رابطه با سرطان ارتباط خوبی برقرار



نوزادان، اطفال و کودکان نوپا

پاسخهای پیشنهادی	واکنشهای احتمالی	درک از بیماری
• با رعایت برنامه‌ای خاص در مورد بچه‌ها و کودکان نوپا، دائماً آنها را تحت نظر داشته باشید. • تماس بدنی خود را با آنان بیشتر کنید؛ مانند آرام بر پشت طفل زدن، در آغوش گرفتن و یا شیردهی بیشتر تا در آنان احساس امنیت بیشتر شود. • از اعضای خانه و دوستان بخواهید در کارهای خانه و مراقبت کمک کنند. • برای تنظیم احساسات در آنها بازی با گوی را در نظر بگیرید. • از نوارهای صوتی آرامبخش، موسیقی یا ماساژ کودکان استفاده نمایید. • احساسات و ترس خود را با دیگران مطرح کنید.	• نوزادان و اطفال: ممکن است برای احساس راحتی و تخلیه هیجانی، تمایل به شیرخوردن را افزایش دهند. • بهانه‌گیری و بدخلقی می‌کنند. • به بدن والدین می‌چسبند. • تغییر در خواب یا عادات غذاخوردن دارند. • قولنج کنند. • کودکان نوپا: غیظ و قهر و منفی بافی دارند؛ پاسخ «نه» می‌دهند. • بازگشت به میکیدن شست، خیس کردن بستر، بچه‌گانه صحبت کردن و غیره.	• آنان از بیماری آگاهی کمی دارند. • اطفال، احساسات والدین از جمله اضطراب را درک می‌کنند. • آنان دوران جدایی از والدین را درک می‌کنند. • وقتی که حضور فیزیکی پدر یا مادر کم شود، غمگین می‌شوند. • کودکان نوپا نسبت به تغییرات جسمانی پدر یا مادر یا یکی از نزدیکان خود یا بروز عوارض جانبی در آنان واکنش نشان می‌دهند؛ مثل تهوع.

نیز از خواهر و برادر خود مراقبت کنند. از کمک اضافه بر سازمان آنها استقبال کنید ولی آن را به حساب ترحم نگذارید. در مورد دختران نوجوان، اگر از آنان انتظار انجام کاری بیش از حد داشته باشید، بیشتر از پسران دچار دلهره و رنجیدگی خاطر می‌شوند.

وقتی که کودکی دچار سرطان شده است

شاید فرزند شما یک هم‌بازی داشته باشد که تشخیص داده‌اند به سرطان مبتلاست. این‌که کودکان نیز ممکن است دچار سرطان شوند، برای کودک امری گیج‌کننده و وحشتناک است.

علل سرطان: به فرزندتان آگاهی دهید که هیچ‌کس و هیچ چیزی باعث بروز سرطان در کودک نشده است.

سرطان مسری نیست: وقتی کودکان در اطراف کودکی سرطانی قرار می‌گیرند، نیاز به احساس امنیت دارند. به آنها بگویید سرطان به افراد دیگر منتقل نمی‌شود و اگر کودک بیماری در محلی جداگانه قرار گرفته، این به خاطر حفاظت او از عفونت است و نه حفاظت دیگران از سرطان وی.

داشته و اغلب تمایل دارند اطلاعات بیشتری از این بیماری کسب کنند. آنان نگران آن هستند که نکنند خودشان نیز دچار سرطان شوند. درحالی که بسیاری از نوجوان‌ها میل به استقلال از خانواده دارند، برای ایفای نقش بیشتر در امور، به شدت احساس مسئولیت کرده و تلاش بیشتری برای کمک نشان می‌دهند. این تضاد در آنان حسی از ناامیدی و گناه پدید می‌آورد.

در این‌جا، روابط با افراد خارج از خانواده اهمیت بیشتری می‌یابد و بهتر است به ایجاد رابطه با دیگر افراد بزرگسال تشویق شوند، چرا که معمولاً نوجوانان به فرد بزرگسالی که پدر یا مادر آنها نیست، اعتماد بیشتری دارند.

وظیفه شما

- به‌طور مرتب بررسی کنید آیا فرد نوجوان از اطلاعات کافی و سلامت کامل برخوردار است و احساسات خود را سرکوب نمی‌کند.
- وقتی که در خود احساس غم و فشار می‌کنید، رفتار یک نوجوان نیز ممکن است شما را بیشتر ناامید سازد. اما رفتار آنان بازتاب شما نبوده و نشان دهنده آن نیست که شما تا چه اندازه برای آنان مهم هستید.
- عاقلانه است که از نوجوانان انتظار داشته باشیم در کارهای خانه کمک کرده و گاهی

دبستانی؛ ۶ تا ۱۲ ساله

تا این سن برخی بچه‌ها از سرطان چیزهایی شنیده‌اند اما نمی‌دانند چگونه و چرا بروز می‌کند. احتمالاً این خلأ درکی را با نظریه‌ها و تئوری‌های بچه‌گانه خود پر کرده و دوست دارند با منطق علت و معلولی ساده خود، آن را استدلال نمایند. مثلاً در میان بچه‌ها رایج است که فکر می‌کنند سرطان مسری است و این‌که آنهایی که سرطان دارند می‌میرند یا این‌که مصرف دخانیات علت همه سرطان‌ها است.

بچه‌ها در این سن در قبال آن‌چه که به فرد سرطانی یا پدر و مادر گرفتار خود گفته‌اند یا درباره آن‌ها انجام داده‌اند، احساس گناه می‌کنند. بنابراین تلاش می‌کنند رفتار خوبی داشته باشند تا به نحوی آن را جبران کنند. بسیاری از کودکان دلشان می‌خواهد زندگی‌شان تا حد امکان طبیعی باشد و نمی‌خواهند دوستان‌شان چیزی بدانند.

وظیفه شما

- راحت و صادق باشید تا بچه‌ها این خلأ را با تعبیرهای خود پر نسازند.
- به آنها وظایفی متناسب با سن‌شان در خانه محول کنید.
- اجازه دهید بچه‌ها مستقیماً به فرد سرطانی کمک کنند تا نقش خود را برجسته ببینند.
- بگذارید حس کنند لذت بردن از زندگی و تفریح نوعی خودخواهی نیست.
- آنان را آسوده خاطر سازید که سرطان مسری نیست و علل آن اغلب ناشناخته و پیچیده است.
- به آنها کمک کنید دریابند تا آن‌چه هم‌کلاسی‌هایشان می‌گویند همیشه درست نیست.
- اگر سرطان دارید یا روند زندگی خانواده شما به خاطر فردی که در خانواده به سرطان مبتلاست دچار خلل شده، مدرسه را در جریان امر قرار دهید.

دبیرستانی؛ ۱۳ تا ۱۸ ساله

نوجوان‌ها از سرطان درکی مشابه افراد بالغ



تغییر وضعیت: توضیح دهید که وضعیت زندگی دوست یا خویشاوند سرطانی به ناچار تغییر خواهد کرد. آنان انرژی زیادی برای بازی نداشته و ممکن است مدت زیادی در مدرسه غایب باشند. ممکن است شکل جسمانی آنها نیز عوض شود؛ مثل نیاز به صندلی متحرک یا ریزش مو. از فرزندان بخواهید بیشتر به چیزهایی توجه کند که تغییر نکرده‌اند، مثل شخصیت و رابطه دوستی آنها.

ادامه روابط: در صورت امکان به فرزندان فرصت دهید همچنان به دوستی خود با کودک بیمار ادامه دهد.

ملاقات در بیمارستان: اگر می‌توانید، فرزندان را به بیمارستان ببرید تا دوست یا خویشاوند بیمار را ملاقات کند. برای فرزند شما بسیار گیج‌کننده و ترس‌آور است که چرا شخص سرطانی فوراً پس از تشخیص بیماری از محیط زندگی ناپدید می‌شود. **تداوم تماس:** برای فرزند خود وقت بگذارید و به او کمک کنید تا با دوستانش در تماس باشد.

مشوق احساسات آنان باشید: بگذارید فرزندان کمی اندوهگین بوده و کمی ترس داشته باشد. صادق بودن نسبت به یکدیگر در رابطه با ترس و احساسات، تأثیر مثبتی بر رابطه شما با فرزندان داشته، به سلامتی فرزند کمک کرده و به او توان برخورد با مسائل را می‌دهد.

واکنش‌ها و نیازهای کودکان در سنین مختلف

درک کودکان از بیماری و استدلال‌های آنان در مورد خبرهای بد، با توجه به سن و زمینه خانوادگی متفاوت است. در جداول نیازهای مختلف کودکان بررسی شده است. با کمک به آنها می‌توان دریافت چه مطالبی را می‌توان با کودکان در میان گذاشت و برای کاهش فشار ناشی از چنین اخباری، چگونه می‌توان با آنها رفتار کرد.

پیش دبستانی و کودکان ۳ تا ۵ ساله



پاسخ‌های پیشنهادی	واکنش‌های احتمالی	درک از بیماری
• توضیحات مختصر و ساده‌ای از سرطان ارائه نماید و در صورت لزوم تکرار کنید یا بیشتر توضیح دهید. • با استفاده از کتابچه‌های عکس‌دار، عروسک‌ها یا حیوانات پارچه‌ای در مورد بیماری صحبت کنید. • درباره بختک یا مشکلات دیگر داستان بخوانید. • خیال آنان را راحت کنید که به واسطه رفتار یا افکارشان موجب بروز این بیماری نشده و بدان دچار نمی‌شوند. • آنچه را کودکان انتظار دارند توضیح دهید و شرح دهید که برنامه‌های زندگی چگونه تغییر می‌کنند. • به کودکان اطمینان دهید که از آنان مراقبت خواهد شد و هرگز فراموش نمی‌شوند. • آنان را تشویق به تفریح کنید. • به آنان گوش فرا دهید و نسبت به احساسات‌شان هوشیار باشید، احساساتی که در جریان صحبت یا بازی از خود نشان می‌دهند. • روال معمول زندگی را ادامه داده و حد و حدود آنان را رعایت کنید. • بگذارید کودکان هر روز فعالیت بدنی داشته باشند تا انرژی اضافی خود را تخلیه کنند و از اضطراب‌هایی بابت رفتار تهاجمی آنان به یک خروجی مثبت بدل شود.	• مکیدن شست. • ترس از تاریکی، هیولاها، حیوانات، چیزهای عجیب و غریب و ناشناخته. • بختک • راه رفتن یا حرف زدن در خواب • خیس کردن بستر • لکنت زبان یا بچه‌گانه حرف زدن • بیش‌فعالی یا خونسردی • ترس جدا شدن از افراد مهم به خصوص هنگام خواب و رفتن به پیش‌دستانی. • حالت تهاجمی؛ مثل زدن یا گاز گرفتن. • سوال‌های تکراری در یک مورد، حتی اگر چندین بار پاسخ داده شوند.	• آنان در آغاز مرحله درک از بیماری قرار دارند. • کودکان فکر می‌کنند خود باعث این بیماری شده‌اند (مثلاً با سرکشی یا افکار بد خود) به این وضعیت تفکر جادویی می‌گویند. • کودکان خود محور بوده و فکر می‌کنند هر چیزی به آنان ربط دارد. • کودکان فکر می‌کنند سرطان مسری است.

مدرسه ابتدایی، ۶ تا ۱۲ ساله



پاسخ‌های پیشنهادی	واکنش‌های احتمالی	درک از بیماری
• به آنان گوش فرا دهید و نسبت به احساسات‌شان هوشیار باشید؛ احساساتی که در جریان صحبت یا بازی از خود بروز می‌دهند. • برای توضیح بیماری، درمان و پیامدهای بالقوه آن از کتاب‌ها استفاده کنید. • به آنان اطمینان دهید که رفتار یا افکارشان باعث بروز این بیماری نشده است. • خیال آنان را از بابت مراقبت از آنان و برنامه زندگی‌شان راحت کنید. • به آنان بگویید سایر افراد شریک در زندگی آنان (پدر یا مادر) یا دیگر بستگان در سلامت به سر می‌برند. • بگذارید دریابند که چگونه می‌توانند مفید باشند. • بگذارید بفهمند که احساسات آنان برای شما مهم است. از مرگ برای آنان سخن بگویید، حتی اگر بچه‌ها آن را عنوان نکنند. • به نظرات و ایده‌های کودکان کوچک‌تر نیز توجه کنید.	• حساسیت و زود رنجی، غمگینی، گریه، اضطراب، گناه، غبطه خوردن • شکایت جسمانی؛ سردرد، معده درد • نگرانی ناگهانی نسبت به سلامت والدین • اضطراب جدایی، به هنگام رفتن به مدرسه یا اردو • رفتار تهاجمی؛ واکنش‌های خصومت‌آمیز مثل فریاد کشیدن یا دعوا کردن با فرد بیمار • تمرکز ضعیف، به رویا فرو رفتن، بی‌توجهی • تمرات درسی ضعیف • کنار گذاشتن خانواده و دوستان • مشکل در سازگاری با تغییرات پدیدآمده • ترس از رفتار خود، تنبیه شدن یا قرار گرفتن در موقعیت‌های جدید • حساسیت، خجالت و دستپاچی • تلاش برای بیش از حد خوب بودن، با این خطر که والدین قادر به تشخیص اضطراب و پریشانی آنان نیستند؛ این وضعیت بیشتر در دختران شایع است.	• قادر به درک توضیحات بسیار پیچیده از سرطان و اطلاعات اصولی در مورد سلول‌های سرطانی هستند. • احساس می‌کنند به خاطر رفتار ناشایست آنها، مسئول بروز این بیماری هستند. • کودکان کم سن و سال‌تر در ابتدای درک این موضوع هستند که انسان از جمله پدر و مادر می‌میرد. کودکان بزرگ‌تر دوست دارند عاقبت مرگ و تأثیر آن را درک کنند. اگر کودکی با سن و سال کم در معرض بیماری یا مرگ قرار گیرد، کودکان بزرگ‌تر از بلوغ فکری بیشتری برخوردار بوده و درک بیشتری از مرگ دارند.

تأثیر ورزش بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی

بیماری‌های مزمن کلیوی از جمله بیماری‌هایی هستند که نه تنها سلامت جسمی بلکه ابعاد دیگر سلامتی را نیز به مخاطره می‌اندازند. در حال حاضر این بیماران در صورت عدم دریافت موفق کلیه، با استفاده از روش‌های نوین درمانی از جمله همودیالیز از مرگ زودرس رهایی یافته، در عین حال در طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی قرار می‌گیرند که در مجموع کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

زهرا ریاحی، دکتر فهیمة اسفرجان، نوید کلالی، دکتر سید محمد مرندي

دفع مواد زائد، تنظیم دقیق مایعات و ترکیبات شیمیایی، ترشح برخی از هورمون‌ها و فعال نمودن ویتامین D از جمله فعالیت‌های کلیه‌ها در بدن هستند. اما زمانی که در اثر بیماری‌های مختلف بیش از ۹۵٪ نسج کلیه تخریب شود، تجمع سموم در بدن به حدی می‌رسد که ادامه حیات بدون استفاده از دیالیز یا پیوند کلیه مقدور نخواهد بود (۳، ۴، ۵، ۶). درمان همودیالیز علاوه بر عوارض در حین دیالیز مثل هیپوتانسیون، گرفتگی عضلانی، تهوع و استفراغ، سردرد، درد قفسه سینه، خارش و خشکی پوست، عوارضی نیز در دراز مدت تحت عنوان سندرم اورمی برای بیماران همودیالیزی در پی دارد، که شامل: نوروپاتی حرکتی، میوپاتی عضلات اسکلتی یا قلبی، تغییرات عروق پیرامونی (افزایش مقاومت کلی عروق)، آنمی (از دست رفتن فرآورده‌های اریترو پوئیتین)، ناکارایی متابولیسم استخوان، شکایات جسمانی متنوع، بیهوشی، خستگی، افسردگی و اضطراب می‌باشد (۷). از فاکتورهای معمول سندرم اورمی می‌توان به کاهش ظرفیت کار جسمانی حدود ۵۰٪ در مقایسه با افراد سالم هم سن و هم جنس، کاهش کیفیت زندگی، بیماری قلبی-عروقی شامل هایپر تروفی بطنی، نارسایی احتقایی قلب، بیماری سرخرگ کرونری و هایپرتانسیون اشاره کرد (۷). اکثر بیماران همودیالیزی دارای سبک غیر فعال زندگی می‌باشند (۸) و به‌طور قابل ملاحظه‌ای در سطح پایین‌تری از استقامت جسمانی نسبت به جمعیت افراد سالم قرار دارند (۸، ۹). سطح پایین استقامت جسمانی در بیماران با CRF فاکتور مهمی است، که روی کیفیت زندگی وابسته به سلامتی و

حتی سطح مرگ و میر تأثیر می‌گذارد (۸). ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲). محدودیت‌های وسیعی در قدرت عضلانی این بیماران که نتیجه‌ی غیرقابل اجتناب در نارسایی مزمن کلیوی و درمان دیالیز است، شناخته شده است (۸) که می‌توان به محدودیت آستانه تمرین، کاهش ظرفیت جسمانی و افزایش ناتوانی عملکردی اشاره کرد (۵، ۱۰، ۱۲). بطور کلی بروز بیماری نارسایی مزمن کلیوی و انجام روش‌های درمانی از جمله همودیالیز منجر به تغییر در شیوه زندگی و وضعیت سلامت فرد شده، و نه تنها سلامت جسمی بلکه دیگر ابعاد سلامتی را نیز به مخاطره می‌اندازد، که همه‌ی این عوامل کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). ۹). نتایج تحقیق انجام شده توسط کیمل و همکاران نشان می‌دهد که بیماران تحت درمان با همودیالیز به دیالیز وابسته می‌شوند و کیفیت زندگی آنها با وجود مشکلات مختلف جسمی و عاطفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بیش از نصف بیماران دیالیزی خستگی و فقدان انرژی را گزارش می‌دهند (۱۳). در دنیای امروز، ارتقای کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. کیفیت زندگی فاصله بین انتظارات و تجربیات افراد از آن است. معمولاً بیماران با شرایط بالینی یکسان، کیفیت زندگی متفاوتی را گزارش می‌کنند. لذا ارزیابی کیفیت زندگی بیماران به کادر درمان کمک می‌نماید تا به چگونگی درک بیماران از سلامتی، توانایی عملکرد و حس خوب بودن پی‌برده و روش‌های ارتقای کیفیت زندگی بیماران مورد توجه قرار گیرد (۱، ۵، ۶). تحقیقات متعددی نشان داده که تمرینات ورزشی در حین دیالیز می‌تواند کیفیت

زندگی بیماران تحت درمان همودیالیز را بهبود بخشد (۱۴، ۱۵). بر اساس گزارش نانویاما و همکاران (۲۰۱۰) میانگین بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی پس از تمرینات ورزشی ۳ ماهه، به ترتیب از ۲۸،۸ و ۵۲،۱ به ۳۱،۸ و ۵۳،۷ تغییر کرد (۱۱). میچائل و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان دادند که تمرینات هوازی باعث بهبود ظرفیت جسمانی و کاهش فشار خون و بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی شده است (۱۲).

تمرینات بدنی به عنوان یکی از روش‌های درمانی جانبی می‌تواند در بیماران دیالیزی موجب بروز آثار سودمند جسمی، روانی و اجتماعی گردد. با توجه به نتایج تحقیقات متعدد و اهمیت تمرین ورزشی در حین دیالیز در این مطالعه سعی شد تا تأثیر تمرینات هوازی با دوچرخه کارسنج بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی و قدرت عضلات بیماران همودیالیزی بررسی شود.

روش تحقیق

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی، با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه تجربی و کنترل می‌باشد. هدف این مطالعه بررسی اثر تمرینات هوازی ۵ ماهه با دوچرخه در حین دیالیز بر کیفیت زندگی و قدرت عضلانی بیماران همودیالیزی بود. جامعه مورد بررسی کلیه بیماران تحت درمان همودیالیز، مرکز دیالیز بیمارستان شریعتی اصفهان بودند و نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و به صورت داوطلبانه انجام شد. بیمارانی شرط ورود به این پژوهش را داشتند که ۳ جلسه در هفته دیالیز می‌شدند و حداقل ۳ سال تحت درمان همودیالیز بودند. بدین



جدول شماره (۱): میانگین شاخص کیفیت زندگی بیماران کلیوی در هر دو گروه قبل و بعد از تمرینات

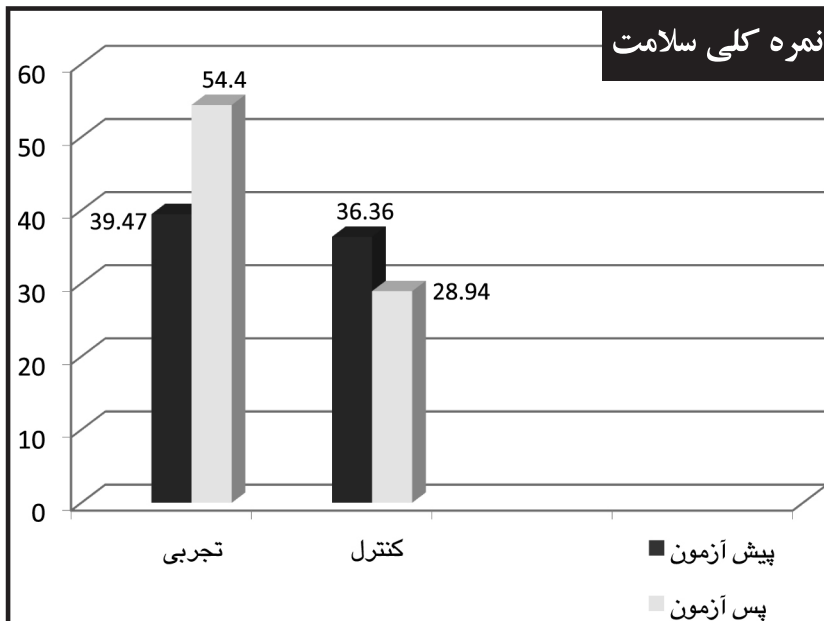
کنترل		تجربی		گروه متغیر
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	
$38/33 \pm 15/63 \times$	$50/02 \pm 17/40$	$63/95 \pm 10/64 *$	$45/93 \pm 13/03$	علائم، مشکلات
$44/40 \pm 19/29 \times$	$56/20 \pm 24/86$	$74/38 \pm 17/26 *$	$56/18 \pm 21/65$	اثرات جسمانی بیماری
$15/83 \pm 18/64$	$21/87 \pm 17/77$	$36/47 \pm 24 *$	$22/91 \pm 20/17$	اثرات روانشناختی بیماری
$0 \times$	$12/50 \pm 22/61$	$20/83 \pm 25/74$	$20/83 \pm 33/42$	وضعیت کار
$46/08 \pm 20/37$	$45/53 \pm 24/25$	$45/01 \pm 20/08$	$44/42 \pm 20/36$	عملکرد شناختی
$56/94 \pm 21/29$	$34/36 \pm 28/95$	$34/95 \pm 26/52$	$33/59 \pm 23/47$	کیفیت روابط اجتماعی
$53/08 \pm 14/26$	$36/50 \pm 33/09$	$59/16 \pm 41/04 *$	$39/58 \pm 40/88$	عملکرد جنسی
$57/29 \pm 15/20$	$53/08 \pm 14/26$	$50/62 \pm 16/65$	$50/41 \pm 18/02$	وضعیت خواب
$66/29 \pm 26/38$	$66/65 \pm 37/73$	$81/58 \pm 29/91$	$74/63 \pm 29$	حمایت اجتماعی
$79/16 \pm 15/38$	$68/75 \pm 20/98$	$80/20 \pm 19/55$	$78/12 \pm 19/30$	رضایتمندی بیمار از کادر درمانی دیالیز
$41/64 \pm 19/45$	$52/75 \pm 27/36$	$54/15 \pm 23/69 *$	$46/99 \pm 29/20$	رضایتمندی بیمار از دیالیز
$36/25 \pm 12/63$	$39/17 \pm 16/35$	$63/75 \pm 20/01 *$	$52/92 \pm 21/47$	عملکرد جسمانی
$30/41 \pm 35/81$	$33/62 \pm 29/43$	$26/20 \pm 19/74$	$48/62 \pm 35$	درد
$26/25 \pm 15/97$	$23/75 \pm 21/22$	$52/08 \pm 27/34 *$	$32/50 \pm 23/30$	سلامت عمومی
$35/67 \pm 17/18$	$48/70 \pm 25/10$	$62/17 \pm 29/56 *$	$47/33 \pm 17/21$	احساس خوب بودن
$35/53 \pm 20/46 \times$	$53/12 \pm 30/67$	$57/29 \pm 27/92$	$55/20 \pm 31/73$	عملکرد اجتماعی
$27/92 \pm 20/16 \times$	$40/83 \pm 17/68$	$53/33 \pm 21/46 *$	$35 \pm 19/77$	انرژی - خستگی
$28/94 \pm 7/74 \times$	$36/36 \pm 11/80$	$54/40 \pm 18/90 *$	$39/47 \pm 14/27$	نمره کلی سلامت

* تفاوت معنی دار با گروه کنترل × تفاوت معنی دار پس آزمون با پیش آزمون

پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ طراحی شده و دارای ۴۳ سوال در ارتباط با نواحی مورد هدف ESRD می باشد و شامل سؤالات مربوط به نشانه ها و مشکلات (۱۲ مورد)، اثرات جسمانی بیماری (۸ مورد)، اثرات روان شناختی بیماری (۴ مورد)، وضعیت

بیماران مورد مطالعه این پژوهش سه بار در هفته و هر جلسه چهار ساعت دیالیز می شدند. جهت ارزیابی کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL- SFtm) استفاده شد. این

منظور ۳۰ نفر از بیماران انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه تجربی و کنترل قرار گرفتند، بطوری که ۲۶ نفر از بیماران مرد (۸۶،۳٪) و ۴ نفر از بیماران زن (۱۳،۷٪)، بودند. میانگین درمان با همودیالیز ۶ سال با حداکثر ۱۵ و حداقل ۳ سال بود. تمام



شکل ۱. مقایسه تغییرات نمره کلی سلامت قبل و بعد از دوره تمرین در گروه تجربی و کنترل

یک پدیده معمول قلبی-عروقی در حین دیالیز است، نبودند (۷). در طول تمرینات فشار خون بیماران به طور مرتب کنترل می شد تا از سلامتی آنها مطمئن شویم. در طی اجرای تمرینات، گروه کنترل فعالیت ورزشی نداشتند.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از برنامه نرم افزار SPSS-۱۸ انجام گردید. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه بین گروهی استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه ۳۰ بیمار تحت درمان با

مطالعه با توجه به سرعت رکاب زدن در دقیقه با واحد دور بر دقیقه و مقاومت ارگومتر با واحد نیوتن بر متر، تنظیم می شد. به طوری که در ماه اول تمرینات ورزشی با شدت پایین و زمان ۳۰ دقیقه و با سرعت ۳۰-۲۵ دور بر دقیقه و مقاومت ۴-۳ نیوتن بر متر شروع شد و هر هفته به زمان و شدت تمرینات افزوده شد، تا در ماه پنجم به ۶۰ دقیقه و سرعت ۵۵-۵۰ دور بر دقیقه و مقاومت ۱۰-۸ نیوتن بر متر رسید. تمرینات در ۲ ساعت ابتدایی از ۴ ساعت یک جلسه دیالیز اجرا می شد، به این دلیل که بیماران همودیالیزی قادر به اجرای تمرین در ساعت سوم دیالیز به دلیل افت فشار خون که

کار (۲ مورد)، عملکرد شناختی (۳ مورد)، کیفیت روابط اجتماعی (۳ مورد)، عملکرد جنسی (۲ مورد)، وضعیت خواب (۴ مورد)، حمایت اجتماعی (۲ مورد)، رضایت مندی بیمار از کادر درمانی دیالیز (۲ مورد) و رضایت مندی بیمار از دیالیز (۱ مورد) و ۳۶ سؤال در ارتباط با پیمایش سلامتی که شامل سؤالات عملکرد جسمانی (۱۴ مورد)، درد (۲ مورد)، سلامت عمومی (۶ مورد)، احساس خوب بودن (۸ مورد)، عملکرد اجتماعی (۲ مورد)، انرژی و خستگی (۴ مورد) بود. نمرات کلی سؤال ها از صفر تا ۱۰۰ تنظیم شد (۱۴).

جهت ارزیابی قدرت عضلانی از تست نشستن-برخاستن از روی صندلی بدون کمک گرفتن از دست ها استفاده شد (۸)، بدین منظور از آزمودنی خواسته شد از روی صندلی به ارتفاع ۵۰ سانتی متر از زمین، برخیزد و بنشیند، بدون این که از دست هایش کمک بگیرد، تعداد هر نشستن-برخاستن برای هر آزمودنی ثبت شد و آزمون زمانی که آزمودنی توان ادامه نداشت، متوقف می شد.

کیفیت زندگی و قدرت عضلانی تمامی بیماران قبل و پس از پایان دوره تمرینی مورد اندازه گیری قرار گرفت. برنامه تمرینات شامل ۵ ماه با تواتر ۳ بار در هفته همزمان با ۳ بار جلسه دیالیز در هفته بود. تمرینات طبق اصل اضافه بار با دوچرخه (MOTOMED VIVA۱) انجام شد، شدت تمرین در نظر گرفته شده در این

جدول شماره (۲): مقایسه قدرت عضلانی آزمودنی های گروه تجربی و کنترل قبل و بعد از تمرین

گروه متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	T	P- Value
	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد		
گروه تجربی	۳۱/۶۰ $\pm$ ۲۸/۲۳	۵۴/۰۷ $\pm$ ۵۱/۷۳	۳/۲۶۵	* ۰/۰۰۶
گروه کنترل	۲۴/۱۳ $\pm$ ۱۲/۸۶	۲۰/۹۳ $\pm$ ۱۶/۳۵	۰/۸۹۵	۰/۳۸۶

* تفاوت معنی دار پس آزمون با پیش آزمون



فعالیت‌های روزانه می‌شود، به طور کلی کاتابولیسم عضله در بیماران همودیالیزی با افزایش خطر مرگ و میر و کاهش معنا دار کیفیت زندگی مربوط می‌شود (۹). استفن و همکاران در تحقیقی ۱۲ ماهه نشان دادند، تمرینات ورزشی منظم منجر به افزایش ظرفیت تمرین و کاهش مرگ و میر و بهبود کیفیت زندگی می‌شود. وی دلیل اصلی این امر را فواید قلبی-عروقی و متابولیکی ورزش دانست (۱۷). در مقابل پارسون و همکاران در تحقیقی ۵ ماهه، پس از تمرینات ورزشی تغییری در کیفیت زندگی بیماران مشاهده نکرد. طبق نتایج تحقیق آنها، علامت‌ها و مشکلات از ۸۲ به ۷۲، تأثیرات بیماری کلیوی از ۶۸ به ۵۹، عملکرد جنسی از ۹۵ به ۶۹، عملکرد جسمانی از ۷۴ به ۴۸ و انرژی و خستگی از ۵۳ به ۴۷ رسید (۷).

نتیجه‌گیری

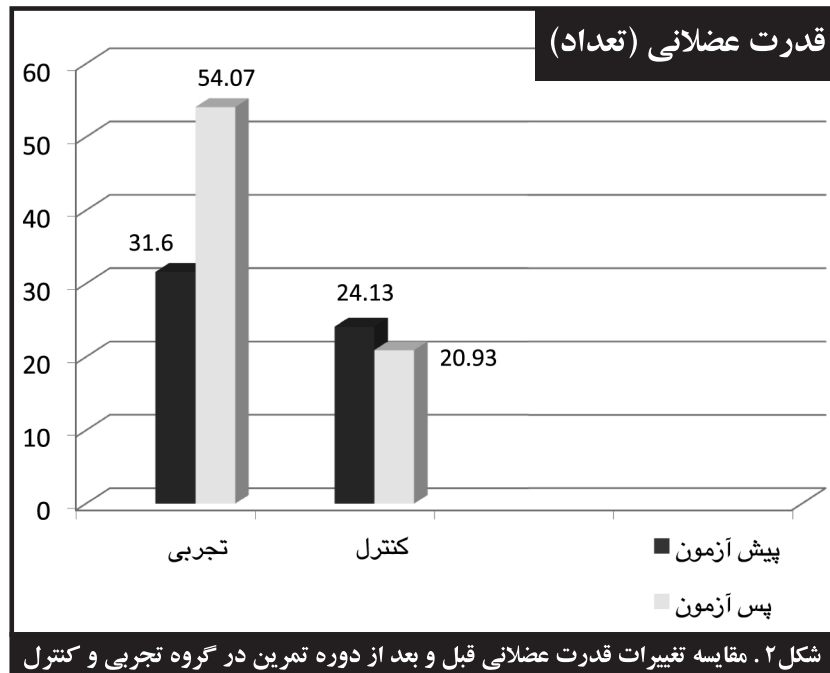
به‌رحال فعالیت ورزشی روزانه‌ی امیدی است که این بیماران مزمن را به زندگی قبل از بیماری‌شان، نزدیک کند. تمرینات ورزشی در بیماران همودیالیزی، علائم سندرم اورمی را توسط کم کردن نورپاتی و میوپاتی، کاهش و عملکرد قلبی را بهبود می‌دهد و باعث کاهش فشار خون و همچنین افزایش ظرفیت کار می‌شود، که تمام این عوامل باعث بهبود در کیفیت زندگی می‌شود (۱۸، ۱۹).

پیشنهادهای

پیشنهاد می‌شود که بیماران تحت درمان همودیالیز برای بهبود کیفیت زندگی و قدرت عضلانی می‌توانند از برنامه‌های ورزشی به عنوان مکمل درمانی برای خود استفاده کنند. همچنین پزشکان محترم نیز می‌توانند برنامه‌های ورزشی را تجویز کنند.

منابع:

1. Shafia por V, Jafari H, Shafia por L, [Relation of quality of life and stress intensity in hemodialysis patients. J Kosar Medi. (2009); 3(14): 169-174.]



در بعضی موارد نظیر نمره کلی سلامت از ۳۶،۳۶ به ۲۸،۹۴ کاهش داشته است، از آنجایی که بیماران همودیالیزی افرادی ناتوان با عملکرد جسمانی ضعیف هستند، و به دلیل درمان دیالیز، ساعات زیادی را در هفته باید بر روی تخت بیمارستان سپری کنند، محدودیت زیاد در فعالیت‌های دیگر و حتی فعالیت‌های روزمره شخصی و در نهایت کاهش امید به زندگی، روز به روز کیفیت زندگی‌شان را کاهش می‌دهد. نتایج تحقیق حاضر با اکثر تحقیقات در گذشته هم‌سو است، جولینه و همکاران نشان داد که ۴۸ جلسه تمرینات قدرتی و ۲ بار در هفته با شدت متوسط، باعث بهبود در توده عضله و عملکرد عضلات و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی می‌شود. کریستین در تحقیقی آتروفی عضلانی این بیماران را ارزیابی کرد و نشان داد که آتروفی عضلانی مکانیسم اصلی ضعف در این بیماران است و ضعف شدید مانع انجام فعالیت‌های عادی روزانه می‌شود و به همین دلیل بیمار به تدریج سبک زندگی غیرفعال را پیش می‌گیرد (۱۶). بریندر و همکاران عنوان کرد ناهنجاری‌های متابولیکی منجر به تحلیل عضلات اسکلتی و پیامدهایی نظیر ضعف، خستگی، کاهش قدرت و ناتوانی اجرای

همودیالیز با میانگین سنی ۴۵ سال شامل ۲۶ مرد (۸۶/۳٪) و ۴ زن (۱۳/۷٪) شرکت داشتند، که بطور میانگین ۶ سال تحت درمان دیالیز بودند. بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل کواریانس تفاوت معنا داری در میانگین کیفیت زندگی و قدرت عضلانی آزمودنی‌های تجربی در مقایسه با گروه کنترل پس از تمرینات مشاهده شد ($p < 0.05$).

بحث

در این مطالعه تمرینات ورزشی بر اکثر ابعاد کیفیت زندگی بیماران تأثیر معنا داری داشته است. بر اساس نتایج، پس از تمرینات هوازی ۵ ماهه نشانه‌ها و مشکلات در گروه تجربی از ۴۵،۹۳ به ۶۳،۹۵، اثرات جسمانی بیماری از ۵۶،۱۸ به ۷۴،۳۸، عملکرد جنسی از ۳۹،۵۸ به ۵۹،۱۶، عملکرد جسمانی از ۵۲،۹۲ به ۶۳،۷۵، سلامت عمومی از ۳۲،۵۰ به ۵۲،۰۸، انرژی-خستگی از ۳۵ به ۵۳،۳۳ و نمره کلی سلامت از ۳۹،۴۷ به ۵۴،۴۰ افزایش، در صورتی که تغییر معنا داری در وضعیت کار، کیفیت روابط اجتماعی و وضعیت خواب این آزمودنی‌ها مشاهده نشد. در حالی که در گروه کنترل بین این موارد اختلاف معنا داری مشاهده نشد و حتی



دیابت و رژیم غذایی

امروزه دیابت یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی، اقتصادی جهان محسوب می‌شود به گونه‌ای که بیش از ۲۳۰ میلیون نفر در دنیا و ۵ میلیون نفر در ایران مبتلا به این بیماری هستند. دیابت در اثر ناتوانی بدن در تولید انسولین یا کاهش یا عدم اثر انسولین در سوخت و ساز مواد قندی پدید می‌آید. بنابراین ممکن است شما در مصرف بعضی غذاها خصوصاً غذاهای حاوی کربوهیدرات محدودیت داشته باشید. شما می‌توانید با برنامه غذایی درست، فعالیت بدنی منظم و نگهداری وزن بدن در حد ایده‌آل، به کنترل مطلوب قند خون دست یابید.

تهیه و تنظیم: کیانا معدنچی - دکتر عبدالرضا معادی



از چربی‌ها استفاده شود.

دیابت نوع ۲: رژیم غذایی در دیابت نوع ۲ بر اساس حذف یا محدود کردن قندهای ساده، محدود کردن چربی‌ها و کاهش وزن در صورت وجود اضافه وزن است. این رژیم با تأکید بر کربوهیدرات‌های پیچیده (نان

فعالیت‌های لازم

- جلوگیری از بروز عوارض و مشکلات ناشی از دیابت

اصول رژیم غذایی در بیماران دیابتی
برای تأمین کالری مورد نیاز بدن بایستی روزانه حدود ۶۰-۵۵٪ از کربوهیدرات‌ها، حدود ۲۰-۱۲٪ از پروتئین‌ها و کمتر از ۳۰٪

اهداف رژیم غذایی در بیماران دیابتی

- رساندن قند خون به سطح طبیعی
- حفظ سطح چربی‌های خون در حد طبیعی
- کاهش عوارض بیماران دیابتی
- بدست آوردن و حفظ وزن ایده‌آل
- رساندن مواد مغذی به بدن به میزان لازم
- تأمین انرژی مورد نیاز بدن جهت انجام



۱ واحد از گروه نان غلات و مواد نشاسته‌ای حدود ۸۰ کیلوکالری انرژی تولید می‌کند.

۱ واحد: یک برش یا ۳۰ گرم نان (سنگک، تافتون، بربری) یا ۳ عدد بیسکویت معمولی یا ۱ عدد سیب زمینی کوچک (۹۰ گرم) یا ۵ قاشق غذاخوری سرصاف برنج پخته یا ۱/۲ لیوان عدس پخته

۲ واحد: ۲ برش نان یا ۱ عدد سیب زمینی پخته+۱ عدد بلال (تقریباً ۱۵ سانتی‌متر)
۳ واحد: ۱ عدد سیب زمینی آب‌پز+۵ قاشق غذاخوری برنج پخته+۱ برش نان اگر به خوردن بیش از یک نوع کربوهیدرات در هر وعده غذایی نیاز داشتید از مواد نشاسته‌ای مختلف استفاده نمایید.

بهترین راه برای خرید، پخت و خوردن گروه نان و غلات و مواد نشاسته‌ای چیست؟

• سعی کنید نان‌های حاوی غلات کامل (نان سنگک، نان جو و...) تهیه کنید.

• سعی کنید مواد نشاسته‌ای پرچربی و سرخ شده مانند چیپس ذرت، چیپس سیب زمینی، شیرینی، بیسکویت و... کمتر مصرف کنید.

• به جای کره، روغن‌های حیوانی یا مارگارین در پخت مواد نشاسته‌ای از روغن مایع (ذرت، آفتاب‌گردان، کانولا و...) آن هم به مقدار کم استفاده کنید.

• سعی کنید تا حد امکان شیرینی، شکلات، ژله، آب نبات و کلیه مواد غذایی که از قندهای ساده تشکیل شده‌اند مصرف ننمایید.

۲- گروه سبزی‌ها:

مصرف سبزی‌ها برای تمامی افراد مفید است. سعی کنید هر روز از سبزی‌های خام و

کنید. زمانی که غذاهای متنوع می‌خورید ویتامین‌ها و مواد معدنی لازم نیز به بدن تان می‌رسد. به عبارت دیگر برای تنظیم برنامه غذایی بیماران دیابتی می‌توان از لیست جانشینی مواد غذایی استفاده کرد. روش استفاده از لیست جانشینی مواد غذایی اغلب برای تسریع در محاسبات مربوط به برنامه غذایی بیماران به خصوص بیماران دیابتی است.

سعی کنید هر روز از همه گروه‌های مواد غذایی نام برده شده در هرم مواد غذایی و لیست جانشینی استفاده نمایید که عبارتند از: گروه نان و غلات و مواد نشاسته‌ای- گروه سبزی‌ها- گروه میوه‌ها- گروه شیر و لبنیات- گروه گوشت و جانشین‌های آن- گروه روغن‌ها و چربی‌ها

در هر یک از این گروه‌های شش‌گانه مواد غذایی مختلفی با وزن‌های معین قرار دارند و در هر گروه ارزش تغذیه‌ای مواد غذایی از نظر محتوای کربوهیدرات، پروتئین، چربی و انرژی تقریباً برابر است. بدین ترتیب مواد غذایی هر گروه می‌توانند جانشین یکدیگر شوند.

۱- گروه نان و غلات و مواد نشاسته‌ای:
این گروه شامل انواع نان، غلات، حبوبات، انواع خمیرها و سبزیجات نشاسته‌ای است. در هر وعده غذایی باید از مواد نشاسته‌ای استفاده کرد. ممکن است شنیده باشید که مبتلایان به دیابت نباید مواد نشاسته‌ای بخورند ولی خوردن مواد نشاسته‌ای برای سلامت هر فرد لازم و ضروری است. مصرف مواد نشاسته‌ای سبب کسب انرژی، ویتامین‌ها، مواد معدنی و فیبر می‌شود. غلات کامل مفیدتر از بقیه غلات است زیرا باعث رساندن بیشتر مواد معدنی، ویتامین و فیبر به بدن می‌گردد. فیبر موجود در غذاهای گیاهی که جزئی غیرقابل جذب است، به کارکرد درست روده‌ها کمک می‌کند.

یک واحد ماده نشاسته‌ای شامل چه غذاهایی است؟

سیوس‌دار و حبوبات) است. کربوهیدرات‌های پیچیده در کاهش قند خون مؤثرند.

دیابت نوع ۱: تنظیم رژیم غذایی در دیابت نوع ۱ احتیاج به ظرافت بیشتری دارد. اصل مهم در بیماران دیابتی نوع ۱ هماهنگی رژیم غذایی با انسولین دریافتی است.

- انسولین رگولار: در صورتی که انسولین قبل از صبحانه تجویز می‌شود ساعت ۹-۱۰ صبح یک میان وعده، در صورت تزریق انسولین قبل از ناهار ساعت ۳-۴ بعد از ظهر یک میان وعده و در صورت تزریق انسولین قبل از شام، میان وعده برای قبل از خواب در نظر گرفته می‌شود.

- انسولین N.P.H: در صورت تزریق انسولین قبل از صبحانه ساعت ۳-۴ بعد از ظهر یک میان وعده ضروری است. در صورت تزریق انسولین قبل از شام، یک میان وعده قبل از خواب توصیه می‌شود.

- انسولین Ultralente: در صورت تزریق انسولین قبل از خواب ممکن است کاهش قند خون در طول شب یا صبح زود اتفاق بیفتد. بنابراین مصرف میان وعده قبل از خواب و یا در طول شب و یا صبحانه زود هنگام توصیه می‌شود.

میان وعده باید حاوی حداقل ۱۵ گرم کربوهیدرات باشد. توصیه می‌شود که در بیماران دیابت نوع ۱ مقداری پروتئین همراه با کربوهیدرات مصرف شود. نان و پنیر، نان و کره، شیر و خرما، میوه، چای با بیسکویت همراه با ۱ عدد میوه، یا نان با ۱ عدد تخم مرغ می‌تواند به عنوان یک میان وعده باشد.

چگونه می‌توان به طور صحیح غذا مصرف کرد؟

استفاده از هرم مواد غذایی و استفاده از لیست جانشینی مواد غذایی به شما کمک می‌کند تا برای تغذیه صحیح از غذاهای متنوع و از گروه‌های مختلف غذایی استفاده



پخته استفاده نمایید. مصرف سبزی‌ها باعث رساندن ویتامین‌ها، مواد معدنی و فیبر به بدن شما می‌شود، در عین حال انرژی تولید شده از مصرف سبزی‌ها بسیار اندک است. تعداد واحد سبزی‌هایی که باید در طول روز مصرف کنید به میزان انرژی روزانه مورد نیاز و غلظت قند خون بستگی دارد.

یک واحد از گروه سبزی‌ها شامل چیست؟

۱ واحد از گروه سبزی‌ها حدود ۲۵ کیلو کالری انرژی تولید می‌کند.
۱ واحد: ۱ عدد هویج پخته یا یک دوم لیوان لوبیا سبز یا قارچ پخته

۲ واحد: ۱ عدد هویج پخته+ ۱ کاسه (کوچک) سالاد یا ۱ عدد گوجه فرنگی متوسط

۳ واحد: نصف لیوان سبزیجات پخته یا خام خرد شده (گل کلم، ذرت و...) + ۱ عدد گوجه‌فرنگی متوسط+ یک دوم لیوان آب سبزی‌ها
اگر روزانه بیش از ۱ واحد سبزی‌ها مورد نیاز است، سعی کنید از انواع مختلف سبزی‌ها استفاده نمایید.

بهترین راه برای خرید، پخت و خوردن سبزی‌ها چیست؟

- سعی کنید از سبزی‌های خام یا پخته بدون چربی یا کم‌چربی مصرف نمایید.
- می‌توانید سبزی‌ها را بدون چربی نیز طبخ کنید.
- از پیاز و سیر در غذاها استفاده کنید.

• بهتر است سبزی‌ها را سریعاً بپزید و سعی کنید آن‌ها را در کمی آب جوش بجوشانید.

• اگر سبزی را بصورت سرخ کرده مصرف می‌کنید باید از روغن‌های مایع نظیر روغن زیتون، ذرت و یا آفتابگردان به مقدار بسیار کم استفاده نمایید.

• سعی کنید به سبزی‌های پخته شده کره یا مارگارین اضافه نکنید.

• به جای سُس از آبغوره یا آب لیمو در سالاد استفاده کنید. اگر تمایل به مصرف سس برای سالاد دارید از ماست کم‌چربی و یا آب‌لیمو و یا از سُس سالاد بدون چربی یا کم‌چربی استفاده کنید.

۳- گروه میوه‌ها:

با مصرف میوه می‌توان انرژی، ویتامین‌ها (C و A)، مواد معدنی و فیبر را به بدن رساند. تعداد واحدهای میوه که در طول روز مصرف می‌کنید به میزان کالری مورد نیاز و غلظت قند خون بستگی دارد.

یک واحد از گروه میوه‌ها شامل چیست؟

۱ واحد از گروه میوه‌ها حدود ۶۰ کیلو کالری انرژی تولید می‌کند.

۱ واحد: نصف لیوان آب پرتقال یا ۱ عدد سیب متوسط (هلو، کیوی و یا پرتقال) یا نصف گریپ فروت یا ۲ قاسق غذاخوری کشمش یا ۳ عدد خرما

۲ واحد: نصف موز بزرگ (۲۲/۵ سانتی‌متر)+ ۱ عدد و نصفی انجیر خشک یا یک و یک چهارم لیوان توت‌فرنگی+ ۱ عدد سیب متوسط

در صورتی که در طول روز بایستی بیش از ۱ واحد میوه بخورید، سعی کنید از انواع میوه‌ها استفاده نمایید.

چه نکاتی را هنگام مصرف میوه‌ها باید رعایت کرد؟

• سعی کنید میوه‌ها را بصورت خام و تازه مصرف کنید.

• میوه‌های خشک شده در واقع شکل تغلیظ شده میوه هستند که مقادیر زیادی قند دارند، بنابراین باید به میزان اندکی مصرف شوند.

• انگور دارای قند زیادی است که اگر آن‌را به مقدار زیاد مصرف کنید برکنترل قند خون شما اثر می‌گذارد.

• در هنگام خرید سعی کنید میوه‌های کوچک‌تر انتخاب کنید.

• خوردن میوه‌ها بصورت کامل و با پوست به علت دارا بودن فیبر در آن بهتر از مصرف آب میوه‌ها است.

• از دسرهای آماده که چربی و قند بالایی دارند استفاده نکنید.

• سعی کنید در صورت مصرف آب میوه، از آب میوه صد درصد طبیعی و بدون شکر اضافه شده (آن هم به مقدار کم) استفاده کنید.

• اگر علاقه زیاد به مصرف آب میوه دارید آن‌را با افزودن آب رقیق نمایید و یا آب را به میوه له شده اضافه کنید و به خاطر داشته باشید که نباید به آن شکر اضافه نمایید.

• همچنین به‌منظور پیشگیری از یبوست و دیگر عوارض گوارشی سعی کنید تا حد امکان میوه‌ها را با پوست مصرف کنید.

۴- گروه شیر:

مصرف شیر و ماست سبب تولید انرژی و دریافت کلسیم، ویتامین A، پروتئین و سایر ویتامین‌ها و مواد معدنی می‌شود. تعداد واحد مصرفی از لبنیات به میزان انرژی روزانه مورد نیاز و غلظت قندخون بستگی دارد.



یک واحد شیر و جانشین‌های آن شامل چه غذاهایی است؟

۱ واحد از گروه شیر و لبنیات کم‌چرب حدود ۱۲۰ کیلو کالری انرژی تولید می‌کند.

۱ واحد: ۱ لیوان شیر یا ۱ لیوان ماست

۲ واحد: ۱ لیوان شیر + ۱ لیوان ماست یا ۲ لیوان شیر

هر روز شیر بدون چربی یا کم‌چربی بنوشید و ماست کم‌چربی یا بدون چربی مصرف کنید. اگر باردار هستید یا به نوزاد خود شیر می‌دهید، روزانه ۴-۵ واحد شیر و ماست مصرف کنید.

۵- گروه گوشت و جانشین‌های آن:

این گروه شامل گوشت قرمز-ماکیان (مرغ و بوقلمون و...) ماهی- تخم مرغ و پنیر است. مصرف روزانه این گروه به علت دارا بودن پروتئین به ترمیم و ساخت بافت‌های بدن و عضلات کمک می‌کند و سبب تأمین ویتامین‌های ب-۶، ب-۱۲ و مواد معدنی (آهن و روی و...) می‌شود. تعداد واحدهای مورد نیاز از گروه گوشت‌ها به میزان انرژی مورد نیاز روزانه و غلظت قند خون بستگی دارد.

یک واحد گوشت و جانشین‌های آن شامل چه غذاهایی است؟

۱ واحد از گروه گوشت‌های کم‌چرب حدود ۵۵ کیلوکالری و ۱ واحد از گروه گوشت‌های متوسط چربی حدود ۷۵ کیلوکالری انرژی تولید می‌کند.

۱ واحد: ۳۰ گرم گوشت قرمز، ماکیان یا ماهی پخته شده یا ۳۰ گرم پنیر یا بصورت ۱ عدد ساق مرغ یا ۱ قوطی کبریت پنیر یا ۳۰ گرم ماهی تن یا نصف لیوان حبوبات پخته شده یا ۱ عدد تخم مرغ

انواع نان

یک برش ۳۰ گرم (۱۰×۱۰ سانتی متر)	نان سنگک ، تافتون
یک برش ۳۰ گرم (۷×۷ سانتی متر)	نان بربری
۴ برش ۳۰ گرم (۱۰×۱۰ سانتی متر)	نان لواش
نصف یک عدد	نان همبرگری
یک برش به طول ۷ سانتی متر	نان باگت
یک عدد	نان تست

غلات و دانه ها

۵ قاشق غذا خوری	برنج پخته
نصف لیوان	انواع رشته و ماکارونی پخته
۳ قاشق غذا خوری	آرد
۳ قاشق غذا خوری	جوانه گندم
نصف لیوان	شیربرنج

سبزی های نشاسته ای

نصف لیوان	باقلا سبز
نصف لیوان	نخود سبز
نصف لیوان	ذرت
یک عدد متوسط (۱۵۰ گرم)	بلال
یک عدد کوچک (۹۰ گرم)	سیب زمینی پخته
یک لیوان	کدو حلوائی

حبوبات پخته

نصف لیوان	عدس
نصف لیوان	نخود، انواع لوبیا، لپه



بیسکوئیت و تنقلات

بیسکوئیت معمولی	۳ عدد
بیسکوئیت کراکر نمکی	۶ عدد
ذرت بو داده بدون روغن	۲/۵ لیوان

میوه ها

آلبالو	۳/۴ لیوان
آلو	۲ عدد متوسط
آناناس تازه	۳/۴ لیوان
آناناس کنسرو	۱/۳ لیوان
انار	۱/۲ متوسط
انبه	۱/۲ کوچک
انجیر تازه	۲ عدد متوسط
انگور کوچک	۱۷ عدد (۹۰ گرم)
پرقال	یک عدد متوسط
تمشک	یک لیوان
توت فرنگی	یک و یک چهارم لیوان
خربزه	یک لیوان خرد شده یا یک قاچ ۳۰۰ گرم
خرمالو	۲ عدد کوچک
زردآلو	۳ عدد متوسط
سیب	۱ عدد متوسط
شلیل	۱ عدد متوسط
طالبی	۱/۴ عدد متوسط
کیوی	۱ عدد بزرگ
گریپ فروت	نصف متوسط

بهترین راه برای خرید، پخت و مصرف غذاهای پروتئینی چیست؟

• سعی کنید کم چربی ترین گوشت را بخرید و چربی های اضافی گوشت را جدا کنید.

• پوست مرغ دارای چربی زیاد است؛ قبل از پخت پوست آن را کامل جدا کنید.

• سعی کنید که گوشت را بدون افزودن چربی طبخ کنید.

• به جای سرخ کردن تخم مرغ، آن را با پوست آب پز کنید.

• برای طعم بخشیدن بیشتر به این مواد از آغوره، آب لیمو، سس گوجه فرنگی و... استفاده کنید.

• فرآورده های گوشتی نظیر سوسیس، کالباس و همبرگر دارای چربی زیادی هستند، بنابراین مصرف آن ها را به حداقل برسانید.

• سعی کنید ماهی بیشتر مصرف کنید و به جای سرخ کردن ماهی، آن را بصورت آب پز، بخارپز و یا کبابی مصرف نمایید.

۶- گروه روغن ها و چربی ها:

روغن ها و چربی ها در قله هرم قرار دارند. یعنی باید مصرف آن ها را به حداقل رساند. بعضی از چربی ها و روغن ها دارای چربی های اشباع و کلسترول می باشد که برای سلامتی مضر است. مصرف این غذاها انرژی فراوانی در بدن شما تولید می کند ولی مواد مغذی کمی به بدن تان می رساند. غذاهای پرچربی شامل کره، مارگارین، سس سالاد، روغن ها، مایونز، خامه، پنیرخامه ای، سرشیر، چیپس سیب زمینی و... می باشد.

یک واحد از روغن ها و چربی ها شامل چه غذاهایی است؟

۱ واحد از گروه چربی ها حدود ۴۵



کیلوکالری انرژی تولید می کند.

۱ واحد: ۱ قاشق مرباخوری روغن
(آفتابگردان، ذرت، زیتون، سویا، پنبه دانه)
یا ۱۰ عدد زیتون کوچک

۲ واحد: ۱ قاشق مرباخوری مارگارین+۱
قاشق غذاخوری تخمه کدو یا ۶ عدد بادام
خشک

۷- گروه مواد قندی:

مواد قندی (نوشابه، شربت، مربا، شکر و
عسل، آب نبات، شکلات) در رأس هرم قرار
دارند، بنابراین باید از این مواد به مقدار
بسیار کم مصرف نمایید. این مواد سبب
تولید انرژی در فرد می شود اما هیچ ماده
مغذی به بدن نمی رسانند. بعضی از مواد
قندی مثل کیک، دسر ها و انواع شیرینی ها
حاوی مقدار زیادی چربی نیز می باشند.

یک واحد مواد قندی شامل چه
غذاهایی است؟
۱ واحد از این گروه حدود ۲۰ کیلوکالری
انرژی تولید می کند.

۱ واحد: دو حبه قند یا پولکی یا ۱ قاشق
مرباخوری شربت، مربا، عسل یا شکر

یک لیوان	گرمک
نصف بزرگ	گلابی
۱۲ عدد	گیلاس
۱ عدد کوچک	موز
۲ عدد کوچک	نارنگی
یک عدد متوسط	هلو
یک قاچ ۴۰۰ گرم	هندوانه

میوه های خشک

۳ عدد	آلو خشک
۴ عدد	برگه زردآلو
۳ عدد	خرما
۲ قاشق غذا خوری	کشمش
۲ قاشق غذا خوری	توت خشک
۱/۵ عدد	انجیر خشک
یک برش ۲۰ گرم	لواشک

آب میوه

۱/۳ لیوان	آب آلو، آب انگور
۱/۲ لیوان	آب آناناس
۱/۲ لیوان	آب پرتقال
۱/۲ لیوان	آب سیب
۱/۲ لیوان	آب گریپ فروت



نکات مهم تغذیه‌ای

• سعی کنید غذاهای متنوع مصرف کنید تا مواد معدنی و ویتامین‌ها به مقدار کافی به بدن‌تان برسد.

• در هر وعده غذایی باید سعی کنید که حداقل از هر ۳ گروه غذایی مختلف استفاده نمایید؛ برای مثال ساندویچ تخم‌مرغ که در آن گوجه‌فرنگی و کاهو از گروه سبزیجات، نان از گروه نان و نشاسته و تخم‌مرغ از گروه گوشت‌ها استفاده شده است.

• مواد غذایی که روزانه مصرف می‌کنید به ۳ وعده اصلی و ۳ میان وعده تقسیم نمایید.

• غذا خوردن منظم در تنظیم میزان قند خون اثر زیادی دارد به خصوص اگر قرص یا انسولین مصرف می‌کنید.

• به هنگام طبخ غذا از نمک کم‌تری استفاده کنید و سعی نمایید که پس از پخت، نمک به غذا اضافه نکنید.

• از گیاهان معطر و ادویه‌های فاقد نمک برای طعم دادن به غذا استفاده کنید.

• از غذاهای کنسرو شده که در طی فرآیندهای صنایع غذایی نمک به آن‌ها افزوده می‌شود کمتر استفاده کنید.

• مصرف هفتگی تخم‌مرغ را محدود کنید (حداکثر هفته‌ای ۲ بار)

• به هنگام مصرف روغن، هیچ‌گاه روغن را در ظرف سرازیر نکنید و آن را با قاشق اندازه‌گیری کنید.

• روزانه ۸-۶ لیوان مایعات بدون شکرینی بخورید. (مثل آب)

• مغزهای گردو، بادام و... در گروه چربی‌ها قرار می‌گیرند و هر واحد آن‌ها برابر ۲ قاشق غذاخوری است.

فهرست شیر

یک لیوان	کربوهیدرات (گرم)	پروتئین (گرم)	چربی (گرم)	انرژی (کیلو کالری)
شیر بدون چربی خلی کم چربی	۱۲	۸	۰-۳	۹۰
شیر کم چربی	۱۲	۸	۵	۱۲۰
شیر پر چربی	۱۲	۸	۸	۱۵۰

فهرست گوشت و جانشین‌های آن

انواع گوشت	کربوهیدرات (گرم)	پروتئین (گرم)	چربی (گرم)	انرژی (کیلو کالری)
خلی کم چربی	۰	۷	۰-۱	۳۵
کم چربی	۰	۷	۳	۵۵
با چربی متوسط	۰	۷	۵	۷۵
پر چربی	۰	۷	۸	۱۰۰

فهرست گوشت‌های خلی کم چربی و جانشین‌های آن

گوشت پرندگان (مرغ یا بوقلمون بدون پوست)	۳۰ گرم
ماهی قزل‌آلا	۳۰ گرم
پنیر رژیمی	۳۰ گرم
سفیده تخم مرغ	۲ عدد
لویا، عدس، نخود پخته	نصف لیوان (علاوه بر یک واحد گوشت خلی کم چربی شامل یک واحد نشاسته هم هستند)
قلوه (غنی از کلسترول)	۳۰ گرم



اخبار سلامت

▲ پروفیسور پروانه وثوق درگذشت

فولکس قورباغه‌ای خانم دکتر، برای اهالی خیابان ظفر، یک نشانه دوست داشتنی بود. نشانه‌ای که روزی چند بار حوالی بیمارستان علی اصغر^(ع) دیده می‌شد و از حضور کسی خبر می‌داد که زندگی‌اش را وقف کودکان مبتلا به سرطان کرده بود. کسی که زندگی در اروپا را رها کرده بود تا در کنار بچه‌های سرطانی ایران زندگی کند و به داد آن‌ها برسد. حالا اما بچه‌های سرطانی ایران داغدارند. چرا که دیگر نمی‌توانند محبت را از چشمان او بیاموزند.

پروفیسور پروانه وثوق، متولد اسفندماه ۱۳۱۴ در تفرش بود. او دکترای عمومی خود را در سال ۱۳۴۲ از دانشکده علوم پزشکی تهران دریافت کرد و دوره‌های تخصصی و فوق تخصصی‌اش را در دانشگاه‌های کمبریج، ماساچوست و ایلینوی گذراند و دوره تکمیلی پزشکی را در دانشگاه واشنگتن سپری کرد. اما با پایان تحصیلاتش دوباره به ایران برگشت و در سال ۱۳۵۰ در بیمارستان حضرت علی اصغر^(ع) مشغول به کار شد. بیمارستان‌های مفید و کودکان تهران هم از جمله مراکز درمانی بود که پروفیسور وثوق در آن‌ها به طبابت مشغول بود.

پروفیسور وثوق که از مؤسسان رشته فوق تخصصی خون و سرطان کودکان در ایران بود، نخستین بخش هماتولوژی و آنکولوژی را در بیمارستان علی اصغر راه‌اندازی کرد و از ده سال پیش با راه‌اندازی بیمارستان تخصصی محک روز و شب خود را در بیمارستان می‌گذراند. او رئیس هیئت امنای بیمارستان تخصصی محک هم بود و تا آخرین روزهای عمر خود، علاوه بر ریاست هیئت امنای موسسه خیریه حمایت از کودکان مبتلا به سرطان (محک) به امر تعلیم و تربیت دانشجویان پزشکی و



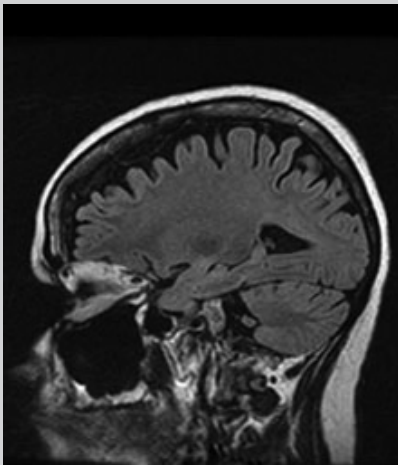
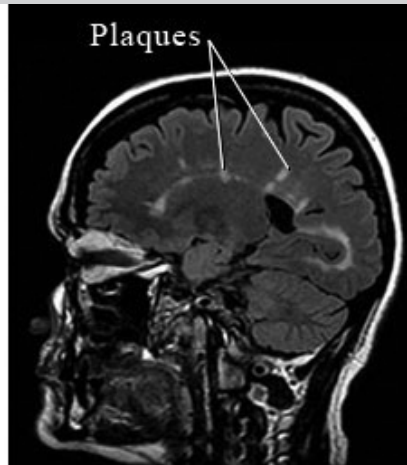
▲ ۶۰۰ میلیون بیمار کلیوی در جهان از بیماری خود خبر ندارند

آمارهای جهانی نشان می‌دهند که نزدیک به ۶۰۰ میلیون بیمار کلیوی در جهان زندگی می‌کنند که اغلب آن‌ها به ظاهر سالم بوده و از بیماری خود اطلاع کافی ندارند. متأسفانه به دلیل شرایط خاص بیماری‌های کلیوی و عوارض قابل توجه آن کیفیت زندگی مبتلایان به شدت کاهش یافته و هزینه‌های مختلف جانی و اقتصادی بر جوامع تحمیل می‌شود.

نیز درمان کودکان مبتلا به سرطان اشتغال داشت.

او سحرگاه یکشنبه ۲۹ اردیبهشت ماه ۱۳۹۲ در سن ۷۸ سالگی بر اثر بیماری درگذشت. مرحومه وثوق در سال‌های خدمات مؤثر پزشکی خود، کودکان سرطانی بسیاری را از سراسر جهان درمان کرده و به آنان سلامتی را بازگردانده بود و هیچ‌گاه ازدواج نکرد. شاید به همین خاطر باشد که برخی به او لقب مادر ترزای ایرانی داده‌اند.




Healthy brain

Brain with damage (lesions or plaques) caused by MS

به ام.اس واکنش روده بزرگ را ندارند، یعنی پس از صرف هر وعده غذایی روده بزرگ آنان افزایش حرکت و فعالیت پیدا نمی‌کند و سرانجام برخی از بیماران ام.اسی سعی می‌کنند با محدودیت مصرف مایعات مشکلات ادراری خود را کمتر کنند که این امر یبوست را تشدید می‌نماید. از آنجایی که مشکلات ادراری جزو عوارض شایع ام.اس می‌باشند، قبل از حل مشکلات گوارشی مشکلات ادراری را با پزشک خود در میان گذارید تا درمان شوند.

به یاد داشته باشید همیشه مایعات کافی بنوشید و مشکلات را هرچه زودتر بر طرف کنید زیرا تأخیر در حل مشکلات علاوه بر بیشتر کردن ناراحتی، عوارض بعدی را نیز به وجود می‌آورد با تشدید یبوست و اضافه شدن مدفوع در راست روده فشار زیادی بر برخی از قسمت‌های دستگاه ادراری وارد می‌شود. علاوه بر آن راست روده تحت کشش پیام‌هایی را به نخاع مخابره می‌فرستد که در عملکرد طبیعی مثانه اختلال ایجاد می‌کنند. یبوست می‌تواند اسپاسم عضلانی را تشدید کرده و راه رفتن را با مشکل مواجه نماید و سرانجام یبوست می‌تواند ناراحت کننده‌ترین عارضه روده‌ای یعنی بی‌اختیاری مدفوع را سبب شود.

منبع: ام.اس سنتر

کلیوی شناخته می‌شوند.

سنگ‌ها و عفونت‌های ادراری، عوامل ژنتیکی و عوامل ناشناخته از دیگر عوامل بروز نارسایی‌ها و بیماری‌های کلیوی است.

▲ یبوست در بیماران ام.اس

یبوست شایع‌ترین عارضه گوارشی ام.اس می‌باشد. علل ساده آن عادات نامناسب غذایی، کاهش فعالیت بدنی و حتی افسردگی در بیماران ام.اس می‌باشد. کلیه عوامل ذکر شده می‌توانند در عملکرد طبیعی دستگاه گوارش اختلال ایجاد نمایند. داروها و مکمل‌های غذایی نیز می‌توانند شرایط را دشوارتر نمایند.

ام.اس با تأثیر بر غلاف میلین و تخریب آن در اعصاب مغز و نخاع رشته‌های عصبی را برهنه کرده و حالتی مشابه مدار کوتاه الکتریکی ایجاد می‌کند که در کار ارسال پیام‌ها از روده به مغز و بازگشت پاسخ مغزی اختلال ایجاد می‌شود. عوارض شایع ام.اس مانند مشکلات حرکتی یا خستگی مزمن نیز مزید علت می‌شوند. تضعیف عضلات جدار شکم نیز در کارایی و عملکرد طبیعی روده مؤثر می‌باشد.

افراد مبتلا به ام.اس با سفتی عضلانی و اسپاسم نیز گریبان گیر هستند. اگر عضلات کف لگن دچار انقباضات شدید شوند و شل نگردند، عملکرد طبیعی دفع در روده دچار اختلال می‌شود. برخی دیگر از افراد مبتلا

بیماری کلیه یک بیماری خاموش و بدون صدا است و اغلب مبتلایان به آن در مراحل اولیه بیماری، علامت خاصی از وجود بیماری در خود نمی‌بینند و به همین دلیل خیلی دیر متوجه مشکل و بیماری خود می‌شوند. همین دیر متوجه شدن بیمار از وجود بیماری کلیوی در خود موجب می‌شود که فرد خیلی دیر برای درمان بیماری خود اقدام کرده و به همین علت بیماری او به یک نارسایی شدید تبدیل شود.

در صورت ابتلا به نارسایی‌های کلیوی، علاوه بر تحمیل هزینه‌های مالی سنگین به بیمار، خانواده او و دولت، کیفیت زندگی بیمار نیز به شدت کاهش یافته و ناتوانی‌های شدید یا مرگ و میر در انتظار فرد مبتلا به نارسایی کلیوی خواهد بود.

*** با یک آزمایش کم هزینه می‌توان بیماری کلیوی را به موقع تشخیص داده و درمان کرد.**

بیشتر مبتلایان به بیماری‌های کلیوی تا زمان بروز نارسایی کلیه از بیماری خود مطلع نمی‌شوند و به همین دلیل اقدام خاصی برای کنترل بیماری انجام نمی‌دهند. اگر چه بیماری کلیه در مراحل اولیه معمولاً بدون علامت است اما با یک آزمایش کم هزینه می‌توان بیماری کلیوی را به موقع تشخیص داده و درمان کرد و از انجام پیوند چند میلیونی کلیه بی‌نیاز شد.

در صورت تشخیص به موقع بیماری کلیه و درمان آن در اغلب موارد روند بیماری آهسته‌تر شده و از پیشرفت و تبدیل شدن آن به نارسایی کلیه و خطرات جدی احتمالی جلوگیری می‌شود.

اگر چه احتمال ابتلا به بیماری‌ها و نارسایی‌های کلیوی در سنین میان‌سالی و سالمندی بیشتر است اما همه افراد در تمام گروه‌های سنی باید مراقب ابتلا به بیماری‌های کلیوی بوده و در فواصل زمانی منظم به پزشک مراجعه کرده و تحت آزمایشات منظم و خاص قرار گیرند.

هم اکنون عوامل و بیماری‌هایی همچون دیابت، فشار خون بالا و سوءمصرف داروها به عنوان سه عامل اصلی در بروز بیماری‌های



بين الملل



مرکز تالاسمی هند

همان‌طور که در شماره‌های قبل نیز بیان شد، فدراسیون بین‌المللی تالاسمی (تیف) به منظور ارتقاء سطح درمان و کیفیت زندگی برای بیماران مبتلا به تالاسمی، در کشور قبرس پایه‌گذاری شده است. این فدراسیون توسط یک هیئت مدیره ۱۸ نفری که به مدت ۴ سال انتخاب می‌شوند، اداره می‌شود. طبق قوانین و مقررات این سازمان ۵۰٪ از هیئت مدیره آن باید بیماران مبتلا به تالاسمی باشند.

ترجمه و تنظیم: ندا جلیلیان

پست‌های اخیر

دبیر، انجمن تالاسمی هندوستان
ریاست، فدراسیون تالاسمی هند
نایب رئیس، فدراسیون بین‌المللی تالاسمی
(تیف)

مشاور و هماهنگ‌کننده، در بخش (پیوند
مغز استخوان) در بیمارستان B.L.Kapur
در دهلی‌نو

عضویت

خانم Tuli از سال ۱۹۹۶ به نمایندگی از
انجمن تالاسمی هندوستان عضو هیئت
مدیره تیف بوده است.
او از سال ۲۰۰۰ رئیس انجمن‌های
فدراسیون تالاسمی هند بوده است.
ایشان هم‌چنین به مدت ۳ سال از ۲۰۰۳ تا
۲۰۰۶ مشاور انجمن سلیب سرخ هند بوده
است.

در ذیل به تعدادی از اصلی‌ترین فعالیت‌های
انجمن تالاسمی هندوستان که بیشتر در
زمینه اطلاع‌رسانی و پیشگیری می‌باشد،
اشاره می‌شود:

انجام غربالگری تالاسمی و برگزاری اردوهای
اهدای خون ۱۹ تا ۲۵ فوریه ۲۰۰۶.
تاسیس TAS یک وب‌سایت تعاملی جهانی
که توسط بیماران تالاسمی راه‌اندازی شده
است. این سایت آخرین اطلاعات به روز
شده در مورد تالاسمی را آماده می‌کند.
برگزاری غربالگری و اردوهای اهدای خون
در امریکن اکسپرس.
انجام چندین معاینه (چک آپ) رایگان در
درمانگاه‌های دهلی، بمبئی و جیپور توسط
کارشناسان دعوت شده از خارج کشور.

بهترین سازمان اجتماعی در سال ۱۹۹۸ را
از وزارت بهداشت هندوستان دریافت کرده
است، درحالی‌که خانم Tuli به عنوان دبیر
آن فعالیت می‌نموده‌اند.

تجارب شخصی

خانم Tuli در بسیاری از پست‌های دفتری
از جمله ریاست به تیف خدمت نموده‌اند،
همچنین ایشان درحال حاضر در جایگاه
معاون رئیس هیئت مدیره، در تیف فعالیت
می‌کند. خانم Tuli سفرهای گسترده‌ای را
از طرف تیف به سایر نقاط انجام داده‌اند و
سالیان زیادی را با نهایت تعهد و اخلاص
برای تیف فعالیت نموده‌اند. تجربیات وسیع
ایشان در مورد نیازها و چالش‌های مرتبط
با اختلالات هموگلوبین در کشورهای کم
درآمد بسیار ارزشمند است و کمک قابل
توجهی به بهتر انجام شدن فعالیت‌های تیف
می‌کند.

خانم Shobha Tuli یکی از افرادی است
که از سال ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۴ به عنوان یکی از
اعضای هیئت مدیره تیف انتخاب شده است،
اما به جز این، ایشان سوابق دیگری نیز در
کارنامه پر افتخار خود دارا می‌باشند که در
ادامه به آن‌ها اشاره خواهد شد.

خلاصه مشخصات

خانم Shobha Tuli بنیان‌گذار انجمن
تالاسمی در هندوستان است. این انجمن
در سال ۱۹۸۷ در دهلی‌نو تأسیس شد. او
از سال ۱۹۹۳ به بعد به عنوان دبیر هیئت
مدیره انجمن تالاسمی هند خدمت نموده
است. ایشان هم‌چنین در سال ۱۹۹۳ از
تأسیس واحد تالاسمی در بیمارستان
Sir Gangaram حمایت کردند. این
واحد در دهلی‌نو به عنوان واحد تالاسمی
(preeti tuli) شناخته می‌شود. (که نام
دختر Shobha Tuli می‌باشد). شایان
ذکر است که سازمان تالاسمی هند جایزه





Mission & Objectives of TIF

با در نظر گرفتن این که در این شماره درباره فعالیت های (خانم تولی) در انجمن تالاسمی هند توضیح داده شده و با در نظر گرفتن اهداف این انجمن، در ذیل چکیده ای از اهداف و ماموریت های (تیف) نیز ارائه می شود:

تهیه: ندا جلیلیان منبع: www.thalassaemia.org.cy

Our mission is the development and establishment of National Control Programmes for the prevention and quality treatment of thalassaemia and other haemoglobin disorders in every affected country and in particular where frequency, incidence and prevalence of these disorders are high.

Our vision is to ensure equal access to quality health care for every patient with thalassaemia and other haemoglobin disorders across the word.

We aim to:

- Promote awareness about thalassaemia, both its prevention, and its medical and other care.
- Cooperate with member associations, the medical community and health authorities in education, training, diagnosis and management of rare anaemias.
- Promote and support studies and research for the continuous improvement of clinical care and prevention strategies and for achieving the total cure of thalassaemia
- Identify experts and centres of expertise in thalassaemia and rare anaemias and create and consolidate global networks of experts and patients.

The screenshot shows the TIF website with the 2013 theme for International Thalassaemia Day. The theme is "The right for quality health care for every patient with thalassaemia, major and beyond". The date is 08 MAY. The website also features a section for TIF News, a quote from Michael Michael, TIF Board Member, and a section for TIF Publications.

- Create internationally agreed guidelines for diagnosis and clinical management; develop quality and accreditation systems.
- Contribute to epidemiological surveillance, improve health information and create registries of thalassaemia.
- Disseminate the knowledge, experience and expertise gained from countries with successful control programmes to those in need.

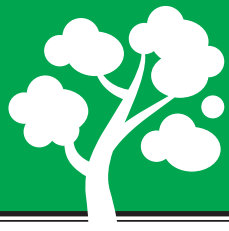
- Situate thalassaemia and other Hb disorders in the wider context of rare diseases/chronic/genetic/non-communicable diseases.
- Promote haemoglobinopathies on national, regional, European and international health agendas, and
- Attain the right of every patient to equal access to quality medical care.

جدول کنفرانس‌های بین‌المللی

جولای، آگوست و سپتامبر ۲۰۱۳

ترجمه و تنظیم: ندا جلیلیان منبع: www.conferencealerts.com

محور کنفرانس	عنوان کنفرانس / موضوع سمینار	محل برگزاری (شهر/کشور)	زمان
مراقبت‌های اولیه	طب داخلی در تنظیم مراقبت‌های اولیه	فلوریدا- آمریکا	۳-۱ جولای ۲۰۱۳
روانپزشکی	درمان روانشناسی اختلالات اضطرابی	آمریکا	۵-۱ جولای ۲۰۱۳
زنان	چهاردهمین کنفرانس سالانه تابستانه سلامت زنان	آمریکا	۱۳-۱۰ جولای ۲۰۱۳
بی‌هوشی	به روز رسانی بی‌هوشی	ایتالیا	۳۱-۱۹ آگوست ۲۰۱۳
طب اطفال	کنگره آکادمی اروپایی طب اطفال	فرانسه	۲۲-۱۹ سپتامبر ۲۰۱۳
دارو	کنفرانس بین‌المللی نانو داروها	سیدنی- استرالیا	۳-۱ جولای ۲۰۱۳
پزشکی	سیزدهمین کنفرانس دو سالانه تاریخچه پزشکی استرالیا و نیوزلند	داروین- استرالیا	۵-۲ جولای ۲۰۱۳
مواد مخدر	کنفرانس تحقیقات بین‌المللی مبارزه با مواد مخدر	کنز (کاینرز)- استرالیا	۱۹-۱۴ جولای ۲۰۱۳
زنان	کنفرانس انجمن استرالیایی زنان روان‌شناسی زنان و مامایی	سیدنی- استرالیا	۴-۳ آگوست ۲۰۱۳
روان‌شناسی	چهاردهمین کنفرانس بین‌المللی بهداشت روان	Surfers Paradise استرالیا	۶-۵ آگوست ۲۰۱۳
سرطان	کنگره جهانی سرطان پروستات	ملبورن- استرالیا	۱۰-۶ آگوست ۲۰۱۳
پزشکی	هشتمین کنفرانس واکسیناسیون و ایمنی سازی	نیوزیلند- اوکلند	۱۰-۷ سپتامبر ۲۰۱۳



فرہنگ





تأسیس کانون مستقل هموفیلی اصفهان

خانم افضلی مدیر عامل کانون مستقل هموفیلی استان اصفهان هستند ایشان در سال ۱۳۸۲ به کمک عده‌ای از دوستان و خیرین کانون مستقل هموفیلی را تأسیس کردند و با وجود همه محدودیت‌ها و مشکلاتی که داشتند با عزمی راسخ و گامی استوار قدم در راه خدمت به بیماران برداشتند. با ایشان در مورد اهداف این کانون، دستاوردها، مشکلاتی که پشت سر گذاشته و همچنین چشم انداز کانون نسبت به آینده به گفتگو نشستیم.

نسرین آقاملا

تنها اصفهان که تمام شهرها وارد فدراسیون ورزشی بیماران خاص شوند و از این امکانات به بهترین نحو استفاده کنند و این چقدر در اعتماد به نفس بچه‌ها کمک کرد و از همه مهم‌تر این که این‌ها هم می‌توانند قهرمان باشند و این خیلی برایشان مفید و مؤثر بود و ما در خیلی از مسابقات دیدیم بچه‌ها با گرفتن مدال طلا و نقره توانستند افتخاری برای جامعه و استان خودشان بیافرینند.

س: در چه زمینه‌هایی با بنیاد تعامل داشته‌اید؟

- از کمک‌های قابل توجه بنیاد نسبت به کانون مسئله پیگیری بازنشستگی زودتر از موعد برای بیماران خاص بوده به خصوص بیماران هموفیلی، که چندین جلسه با حضور خانم دکتر هاشمی و سرکار خانم لاهوتی در کمیسیون پزشکی و اجتماعی شرکت کردیم، مشکلات این قشر را بیان و خواستیم که مساعدتی در رابطه با بازنشستگی این بیماران بشود که البته هنوز جواب قطعی نگرفته‌ایم. گاهی لازم است که بیماران را به تهران اعزام کنیم و یک check up در تهران داشته باشند لذا مجبور هستند که شب در تهران ماندگار شوند و چون جا و مکانی ندارند ما از این لحاظ با بنیاد صحبت کردیم و بنیاد هم در این زمینه کمافی‌السابق همکاری‌شان را با ما ادامه دادند، ما را به کمیته امداد معرفی کردند، کمیته به مدت یک الی دو شب اتاق در اختیار بیمار قرار می‌دهد و از او پذیرایی می‌کند و بیمار بصورت رایگان از آن استفاده می‌کند. از دیگر تعاملاتی که با بنیاد داریم این است که ما هر مشکلی که در ارتباط با بیماران هموفیلی داریم برای بنیاد ارسال

داریم، البته تعداد محدودی از این بیماران از استان لرستان و شهرکرد هستند.

س: چطور با بنیاد آشنا شده‌اید؟

- ما چون یک انجمن NGO هستیم بنابراین کمک‌هایی که از طرف خیرین و همین‌طور از طرف سازمان‌هایی که بیماران خاص را مورد حمایت خودشان قرار می‌دهند دریافت می‌شود بر این اساس، ما کم کم با بنیاد امور بیماری‌های خاص آشنا شدیم و در جریان برنامه‌های بنیاد قرار گرفتیم خوشبختانه از زمانی که با این بنیاد آشنا شدم هیچ جایی نبوده که جواب رد بشنوم و هیچ موردی نبوده که بگویم که کوتاهی شده برعکس در تمام مراحل هر جایی که لازم بوده از ما حمایت کرده‌اند و این حمایت‌هایشان هم از لحاظ معنوی و هم از لحاظ مادی بوده است.

س: در زمینه ورزش برای بیماران گام برداشته‌اید؟

- بله و یکی از کارهای جالبی که ما با همکاری بنیاد توانستیم انجام دهیم پیگیری این مسئله بود که در فدراسیون ورزشی بیماران خاص در ابتدای امر هموفیلی‌ها شرکت نداشتند و طبق نظر دوستان و پزشکان در اثر فعالیت‌های ورزشی ممکن بود که صدمه‌ای به بیماران بخورد بنابراین بهتر است که بیماران هموفیلی در این ورزش‌ها شرکت نداشته باشند چون بالاخره ممکن است در شهرهای مختلف برگزار شود و یا حوادثی برای آنها رخ دهد که قابل برگشت نباشد. ولی با دیدی که سرکار خانم هاشمی داشتند و با همکاری ایشان ما موفق شدیم که کلیه بیماران هموفیلی نه

س: خانم افضلی لطفاً خودتان را به طور کامل برای خوانندگان معرفی کنید؟

- من افضلی هستم مدیرعامل کانون هموفیلی استان اصفهان، که از سال ۸۲ تا حالا در این کانون فعالیت می‌کنم خوشبختانه می‌توانم بگویم که با همکاری خیرین و به خصوص بنیاد امور بیماری‌های خاص (من نهایت تشکر از سرکار خانم هاشمی را دارم) گام‌های مؤثری برای این بیماران برداشته‌ایم.

س: کانون هموفیلی اصفهان چه سالی تأسیس شده هیئت مدیره‌اش چه کسانی هستند و چه کارهایی انجام می‌دهند؟

- کانون هموفیلی استان اصفهان در تیرماه سال ۱۳۸۲ رسماً کار خودش را شروع کرد از هفت نفر هیئت مدیره تشکیل شده که در حال حاضر ریاست آن بر عهده حاج آقا خامی است و نایب رئیس هم خانم دکتر طاهری هستند و من به عنوان مدیر عامل و همکاران دیگر هم که از بیماران هموفیلی هستند، یعنی ما در اساسنامه‌مان سه نفر از امور پزشکی و چهار نفر از خانواده هموفیلی می‌توانند به عنوان هیئت مدیره در انتخابات شرکت کنند و جزو هیئت مدیره باشند.

س: تعداد بیماران تحت پوشش‌تان چقدر است؟

- چون همه بیماران هموفیلی جهت گرفتن فاکتورهای انعقادی به بیمارستان سیدالشهدا^(ع) اصفهان مراجعه می‌کنند بنابراین تمام این‌ها پیش ما پرونده دارند و ما در حال حاضر در حدود ۷۰۰ بیمار هموفیلی در استان اصفهان تحت پوشش



می گرفتند ما این کار را پیگیری کردیم و خوشبختانه نامه‌ای از سازمان انتقال خون برای ما ارسال شد که با پیگیری‌ها قرار شد یک سری آزمایشات خاصی برای بیماران هموفیلی در سازمان انتقال خون به صورت رایگان انجام شود.

س: شما در آینده چه برنامه‌هایی برای کانون هموفیلی دارید؟

- من زمانی می‌توانم بگویم کانون ما خیلی موفق است که دیگر هیچ هموفیلی به دنیا نیاید و ما با همکاری بنیاد بتوانیم در همین بیمارستانی که کار می‌کنیم یک بخشی افتتاح کنیم و هرگونه امکاناتی که یک هموفیلی احتیاج دارد در آن بخش که احساس می‌کند متعلق به خودش است در دسترسش باشد. ما الان دستگاه فیزیوتراپی کم داریم و امیدوار هستیم با همکاری مسئولین مقدار فاکتورها هم بیشتر شود تا به خصوص بچه‌ها کمتر از کرایه‌ها استفاده کنند چون این‌ها به آن صورت تصفیه شده نیستند و ممکن است انواع و اقسام بیماری‌ها به بچه‌ها منتقل شود.

س: خانم افضلی خیلی مصاحبه خوبی بود، اگر در پایان نکته‌ای به نظر تان می‌رسد بفرمایید.

- از تمام مسئولین چه در اصفهان و چه در تهران کمال تشکر را دارم که در تمام مراحل قدم به قدم با من همکاری کردند و من امیدوارم که این همکاری‌ها تداوم داشته باشد و بیش از پیش ادامه پیدا کند، ارتباط بین اصفهان و تهران بیشتر شود و دوستان بیایند جای ما را ببینند چون اگر از نزدیک ببینند بهتر درک می‌کنند که چه کمک‌هایی می‌توانند به ما بکنند و در نهایت ما خودمان را عضو کوچکی از بنیاد می‌دانیم و دوست داریم که این تعامل‌ها بیشتر ادامه پیدا کند. با تشکر.

کنیم که بطور رایگان این آزمایش انجام دهند این یکی از اساس‌های کارمان است.

- می‌دانید که بچه‌های هموفیلی به دلیل زدن فاکتور دندان‌هایشان خیلی زود خراب می‌شود و هزینه‌های دندان پزشکی هم بسیار بالا است ما زمانی که خانم دکتر مهدوی مسئول مرکز بیماری‌های خاص در وزارت بهداشت بوده‌اند (مرکز پیوند بیماری‌های خاص) و آقای دکتر عقیقی هم معاون ایشان بودند، صحبت کردیم و من این مسئله را خیلی پیگیری کردم و با همکاری سرکار خانم مهدوی و آقای دکتر عقیقی کلیه هزینه‌های دندان پزشکی بیماران هموفیلی و تالاسمی در بیمارستان سید الشهدا^(۱) رایگان شد.

- با همکاری بیمارستان سید الشهدا^(۲) قرص لیورگو، را کاملاً رایگان در اختیار بیماران قرار می‌دهیم، این قرص‌ها برای افرادی است که آنزیم کبدشان بالا می‌رود و دچار مشکل می‌شوند قرص‌ها می‌تواند این را مهار کند. عیادت از بیماران هموفیلی، پیگیری از فاکتورهای انعقادی از فعالیت‌های مستمرمان است.

- ما هم ایام عید و هم ایام ماه مبارک رمضان ارزاق و پوشاک به همه بیماران کمک می‌کنیم و حتی برای بیماران هموفیلی کاشان هم من خودم ارزاق و پوشاک می‌برم. - یکی دیگر از کارهایی که باز بنیاد در انجام آن با ما همکاری کرد و جای تشکر فراوان دارد این بود که دانشگاه آزاد در این دو سال اخیر تخفیف ۲۵٪ که برای بیماران خاص داشت را حذف کرده بود که با همکاری خانم دکتر هاشمی و نامه نگاری‌هایی که با هیئت امنا شد قرار شد که با نامه‌ای که از کانون می‌برند تخفیفی حتی برای مقطع فوق لیسانس و دکترها هم بگیرند.

- یک سری آزمایش‌ها بود که قبلاً در سازمان انتقال خون رایگان انجام می‌شد ولی یک مدتی قطع شد و از بیماران هزینه

می‌کنیم و وقتی که بنیاد روی این مشکلات شناخت پیدا می‌کند پیگیر می‌شود تا بتواند آن‌ها را رفع کند.

س: از اقداماتی که تا حالا در اصفهان انجام داده‌اید را برایمان بگویید.

- ما اساس کارمان را روی مسئله پیشگیری و کنترل بیماری هموفیلی گذاشتیم در این زمینه از دوستان خواستیم که کمک‌مان کنند ما یک قراردادی با آزمایشگاه دکتر زینلی بستیم و حدوداً ۲۵٪ تخفیف گرفتیم در این مرحله هم بنیاد مثل همیشه کمک‌مان کرد و در هزینه‌های آزمایش‌ها برای هر نفر تا سقف ۵۰ هزار تومان به عهده گرفت و مابقی هم ما خودمان از طریق کانون مبلغی را به بیماران کمک می‌کنیم و تا الان هم برای ۲۵۰ خانواده آزمایش تشخیص ناقلین انجام گرفته و از تولد هشت جنین هموفیلی جلوگیری کردیم و در این زمینه ما اولین CD به زبان فارسی را جهت نحوه تزریق فاکتور، با همکاری بیمارستان سید الشهدا^(۳) و دانشگاه علوم پزشکی تهیه کردیم و در اختیار همه بیماران قرار دادیم، جلسات آموزشی در بیمارستان گذاشتیم و نحوه تزریق فاکتور را به خانواده‌ها یاد دادیم، با خانواده‌ها مذاکره داشتیم و با مشکلات آن‌ها از نزدیک آشنا شدیم.

از دیگر کارهای اساسی که ما موفق به انجام آن شدیم:

- مسئله سقط جنین بود چون قبلاً این کار انجام نمی‌شد ولی با همکاری آقای دکتر زینلی از طریق مجلس و دوستان ما موفق شدیم که دستور سقط جنین بیمار هموفیلی را هم بگیریم و الان جای خوشحالی است که خدمت‌تان عرض کنم ما از اول مهرماه با همکاری مرکز بهداشت تمام افراد خانواده هموفیلی را به طور رایگان برای آزمایش تشخیص ناقلی معرفی می‌کنیم برای این طرح ما تا آخر بهمن یا اسفند مهلت داریم که همه خانواده‌های هموفیلی را معرفی



خواندنی‌ها

روز معلم

می‌توان در سایه آموختن
گنج عشق جاودان اندوختن
اول از استاد، یاد آموختیم
پس، سویدای سواد آموختیم
از پدر گر قالب تن یافتیم
از معلم جان روشن یافتیم
ای معلم چون کنم توصیف تو
چون خدا مشکل توان تعریف تو
ای تو کشتی نجات روح ما
ای به طوفان جهالت نوح ما
یک پدر بخشنده آب و گل است
یک پدر روشنگر جان و دل است
لیک اگر پرسى کدامین برترین
آنکه دین آموزد و علم یقین

تعلیم و تعلم از شئون الهی است و خداوند، این موهبت را به پیامبران و اولیای پاک خویش ارزانی کرده است تا مسیر هدایت را به بشر بیاموزند و چنین شد که تعلیم و تعلم به صورت سنت حسنه آفرینش درآمد. انسان نیز با پذیرش این مسئولیت، نام خویش را در این گروه و در قالب واژه مقدس **معلم** ثبت کرده است. معلم، ایمان را بر لوح جان و ضمیرهای پاک حک می‌کند و ندای فطرت را به گوش همه می‌رساند. همچنین سیاهی جهل را از دل‌ها می‌زداید و زلال دانایی را در روان بشر جاری می‌سازد.

دغدغه معلم همیشه این است که حیات بشر، بر مدار ارزش‌ها و کرامت انسانی

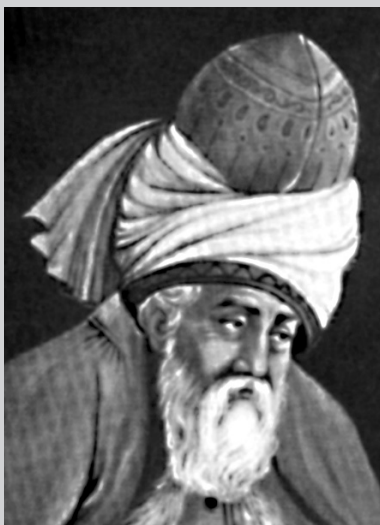
بچرخد و شناخت خدا و مکتب و دین، همت اساسی آدمی باشد و هیچ بیگانه‌ای را مجال تجاوز به فرهنگ ارزشی دین و میهن فراهم نیاید.

در این مسیر خطیر، بزرگانی گام نهاده‌اند که نامشان بر تارک زمان می‌درخشد. علامه شهید استاد مرتضی مطهری (رحمت‌الله) از همین طایفه مقدس است که در سنگر تعلیم و تعلم، به قله‌های رفیعی دست یافت تا آنجا که معمار انقلاب اسلامی-که خود معلمی بزرگ است- همه آثارش را مفید می‌داند و بهره‌برداری از آن‌ها را سفارش می‌کند.

ارزش و مقام معلم

شرافت و مرتبت معلم زمانی اهمیت دارد که بتواند شأن خداوند و پیامبران را در وجود خود محقق سازد و پیوند انسان به هدف متعالی خلقت یعنی عبادت را برقرار سازد. لذا در این تعریف شهید مرتضی مطهری یکی از آن معلمان راستین است که اولاً با نگاه ترکیبی به همه معارف بشری نظر می‌کند و ثانیاً تمامی تلاش‌های علمی و عملی را مقدمه‌ای برای عبادت می‌داند و در این راه به مرحله سوم دین‌داری راه می‌یابد و با شهادت، عبادت عملی و علمی خود را کامل می‌سازد. به همین مناسبت روز شهادت این بزرگ مرد فرزانه را **روز**





مولوی

مولانا جلال الدین محمد بلخی مشهور به مولوی شاعر بزرگ قرن هفتم هجری قمری است. وی در سال ۶۰۴ هجری قمری در بلخ زاده شد. پدر وی بهاء الدین که از علما و صوفیان بزرگ زمان خود بود به سبب رنجشی که بین او و سلطان محمد خوارزمشاه پدید آمده بود از بلخ بیرون آمد و بعد از مدتی سیر و سیاحت به قونیه رفت. مولانا بعد از فوت پدر تحت تعلیمات برهان الدین محقق ترمذی قرار گرفت.

ملاقات وی با شمس تبریزی در سال ۶۴۲ هجری قمری انقلابی در وی پدید آورد که موجب ترک مسند تدریس و فتوای وی شد و به مراقبت نفس و تذهیب باطن پرداخت. وی در سال ۶۷۲ هجری قمری در قونیه وفات یافت.

از آثار او می توان به مثنوی، دیوان غزلیات یا کلیات شمس، رباعیات، مکتوبات، فیه مافیه و مجالس سبعة اشاره کرد.

تنظیم: نسرين آقاملا

کرامت الهی در این آیات با تعبیر (الاکرام) بیان شده است. چنین تعبیری می فهماند که عالی ترین نوع کرامت پروردگار نسبت به انسان با والاترین مقام و جایگاه او، یعنی علم و دانش هم طراز است.

به همین جهت امام خمینی^(ره) می فرمود: معلم اول، خدای تبارک و تعالی است. ربه وسیله وحی، مردم را دعوت می کند به نورانیت؛ دعوت می کند به محبت؛ دعوت می کند به مراتب کمالی که از برای انسان است.

معلمی در کلام امام خمینی^(ره)

نقش معلم در جامعه، نقش انبیاست؛ انبیا هم معلم بشر هستند. تمام ملت باید معلم باشند؛ فرزندان اسلام تمام افرادش معلم باید باشند و تمام افرادش متعلم.

معلم در سخنان مقام معظم رهبری

دست توانای معلم است که چشم انداز آینده ما را ترسیم می کند. اگر می بینید که امیرمؤمنان، مولای متقیان علی^(ع) می فرماید: من علمنی حرفاً فقد صیرنی عبداً؛ هر کس چیزی به من بیاموزد، مرا غلام خویش کرده است.

این بیان برای ما درس است تا معلمان، قدر خود را بدانند و تشخیص دهند که چقدر، وجود آنها در سرنوشت یک ملت مؤثر است.

معلم در کلام استاد مطهری

معلم باید نیروی فکری متعلم را پرورش دهد و او را به سوی استقلال رهنمون شود. باید قوه ابتکار او را زنده کند؛ یعنی در واقع، کار معلم آتش گیره دادن است. فرق است میان تنوری که شما بخواهید آتش از بیرون بیاورید و در آن بریزید تا آن را داغ کنید و تنوری که در آن هیزم و چوب جمع است و شما فقط آتش گیره از خارج می آورید و آن قدر زیر این چوب ها و هیزم ها قرار می دهید که این ها کم کم مشتعل شود.

معلم نامیدند.

هنر معلمی

معلمی شغل و حرفه نیست، بلکه ذوق و هنر توانمندی است معلمی در قرآن به عنوان جلوه ای از قدرت لایزال الهی نخست ویژه ذات مقدس خداوند تبارک و تعالی است. در نخستین آیات قرآن که بر قلب مبارک پیغمبر اکرم^(ص) نازل شد، به این هنر خداوند اشاره شده است:

اقرا باسم ربک الذی خلق، خلق الانسان من علق، اقرا و ربک الاکرم، الذی علم بالقلم، علم الانسان ما لم یعلم.^(علق: ۱-۵) بخوان به نام پروردگارت که جهانیان را آفرید. انسان را از خون بسته سرشت بخوان! و پروردگارت کریم ترین است همان که آموخت با قلم، آموخت به انسان آن چه را که نمی دانست.

در این آیات خداوند، خود را معلم می خواند و جالب این که معلم بودن خود را بعد از آفرینش پیچیده ترین و بهترین شاهکار خلقت، یعنی انسان آورده است. مقام معلم بودن خدا، بعد از آفرینش قرار دارد. نوعی انسانی را که هیچ نمی دانست، به وسیله قلم آموزش داد که این از اوج خلاقیت و هنر شگفت خداوند در امر آفرینش حکایت دارد:

چو قاف قدرتش دم بر قلم زد
هزاران نقش بر لوح عدم زد

از این رو، می توان گفت که هنر شگفت معلمی از آن خداوند عالم است.

شهید ثانی^(رحمت الله) درباره هنر معلمی خداوند می فرماید: خداوند از آن جهت به وصف (اکرمیت) و نامحدود بودن کرامتش، توصیف شد که علم و دانش را به بشر ارزانی داشته است. اگر هر مزیت دیگری، جز علم و دانش، معیار فضیلت به شمار می رفت، شایسته بود همان مزیت با وصف (اکرمیت) در ضمن این آیات همراه گردد و آن مزیت به عنوان معیار کرامت نامحدود خداوند به شمار آید.

جدول سودوکو

مبتدی

	۶			۳			۷	
	۲		۸	۴		۳		
						۴		۶
۱				۸			۵	
						۹	۴	
۸				۷				
۹	۸		۴			۲		۵
۵			۷		۲			
				۶			۱	

پیشرفته

۱		۲					۷	۳
	۹	۶		۳	۷			
		۵		۶				
			۹	۵				
					۳			۴
	۴	۷	۶		۱	۵		
								۹
				۲		۱		
۶	۷			۹		۲		

هرکسی کو دور ماند از اصل خویش

بشنو این نی چون شکایت می‌کند
 از جدایی‌ها حکایت می‌کند
 کز نیستان تا مرا بریده‌اند
 در نفیرم مرد و زن نالیده‌اند
 سینه خواهم شرحه شرحه از فراق
 تا بگویم شرح درد اشتیاق
 هر کسی کو دور ماند از اصل خویش
 بازجوید روزگار وصل خویش
 من به هر جمعیتی نالان شدم
 جفت بدحالان و خوش‌حالان شدم
 هرکسی از ظن خود شد یار من
 از درون من نجست اسرار من
 سر من از ناله من دور نیست
 لیک چشم و گوش را آن نور نیست
 تن ز جان و جان ز تن مستور نیست
 آتش این بانگ نای و نیست باد
 لیک کس را دید جان دستور نیست
 آتش عشقست کاندر نی فتاد
 جوشش عشقست کاندر می فتاد
 نی حریف هرکه از یاری برید
 پرده‌هایش پرده‌های ما درید
 همچو نی زهری و تریاقی که دید
 همچو نی دمساز و مشتاقی که دید
 نی حدیث راه پر خون می‌کند
 قصه‌های عشق مجنون می‌کند
 محرم این هوش جز بی‌هوش نیست
 مر زبان را مشتری جز گوش نیست
 در غم ما روزها بی‌گاه شد
 روزها با سوزها همراه شد
 روزها گر رفت گو رو باک نیست
 تو بمان ای آنک چون تو پاک نیست
 هر که جز ماهی ز آبش سیر شد
 هر که بی روزیست روزش دیر شد
 در نیابد حال پخته هیچ خام
 پس سخن کوتاه باید والسلام

مولوی

10. Mooi WJ, Peeper DS (2006). Oncogene induced cell senescence halting on the road to cancer. *N. Engl. J. Med*, 355, 1037–1046.
11. Vincent T. De Vita, Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg (2005). *Cancer: principles & practice of oncology*. Philadelphia: Lippincott-Raven. ISBN 0-7817-4865-8. pp.152-237.
12. U.S. Department of Health and Human Services (2010). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*, p. 12.
13. Boffetta P, Hashibe M (2006). Alcohol and cancer. *The Lancet Oncology*, 7 (2): 149–156.
14. Smith-Bindman R, Lipson J, Marcus R, et al (2009). Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Arch Intern Med*, 169 (22): 2078-2086.
15. Fazel R, Krumholz HM, Wang Y, et al (2009). Exposure to low-dose ionizing radiation from medical imaging procedures. *N Engl J Med*, 361 (9): 849-857.
16. Frias JL, Gilbert-Barnes E (2008). Human Teratogens: Current Controversies. *Advances in Pediatrics*, 55: 171-211.
17. Reimer KJ, Koch I, Cullen, WR (2010). Organo-arsenicals. Distribution and transformation in the environment. *Metal ions in life sciences*, 7: 165–229.
18. Lin J, Cook NR, Albert C, et al (2009). Vitamins C and E and beta carotene supplementation and cancer risk: a randomized controlled trial. *J Natl Cancer Inst*, 101 (1): 14-23.
19. Andriole GL, Bostwick DG, Brawley OW, et al (2010). Effect of dutasteride on the risk of prostate cancer. *N Engl J Med*, 362 (13): 1192-2202.
20. Gaidano G, Parsa N, Chaganti RSK, Dalla-Favera R (1993). Molecular and cytogenetic study of Aids-associated lymphoid cell lines. *Journal of Leukemia*, 7: 1621- 1629.
21. Parsa N, Gaidano G, Mukherjee AB, Hauptschein RS, Lenoir G, Dalla- Favera R, Chaganti RSK (1994). cytogenetic and molecular analysis of 6q deletions in Burkitt's lymphoma cell lines. *Journal of Genes, Chromosomes & Cancer*, 9: 13-18.
22. Mager DL (2006). "Bacteria and cancer: cause, coincidence or cure? A review". *J Transl Med*, doi:10.1186/1479-5876-4-14. PMC 1479838. PMID 16566840.
23. Egi Y, Ito M, Tanaka S, et al (2007). "Role of Helicobacter pylori infection and chronic inflammation in gastric cancer in the cardia". *Jpn. J. Clin. Oncol*, 37 (5): 365–369.
24. William WN Jr, Heymach JV, Kim ES, et al (2009). Molecular targets for cancer chemoprevention. *Nat Rev Drug Discov*, 8 (3): 213-225.
25. Wolin KY, Carson K, Colditz GA (2010). Obesity and cancer. *Oncologist*, 15(6):556–565.
26. Wolin KY, Colditz GA (2008). Can weight loss prevent cancer? *Br J Cancer*, 99 (7): 995-999.
27. Aguilar F, Hussain SP, Cerutti, P (1993). Aflatoxin B1 induces the transversion of G-->T in codon 249 of the p53 tumor suppressor gene in human hepatocytes. *PNAS*, 90 (18): 8586–8590.
28. Huang HY, Caballero B, Chang S, et al (2006). The efficacy and safety of multivitamin and mineral supplement use to prevent cancer and chronic disease in adults: a systematic review for a National Institutes of Health state-of-the-science conference. *Ann Intern Med*, 145 (5): 372-385.
29. Zhang SM, Cook NR, Albert CM, et al (2008). Effect of combined folic acid, vitamin B6, and vitamin B12 on cancer risk in women: a randomized trial. *JAMA*, 300 (17): 2012-2021.
30. American Cancer Society Cancer Information Database (2011). *Colorectal Cancer*. Accessed at <http://www.cancer.org/Cancer/ColonandRectumCancer/DetailedGuide/index>.
31. McCann J, Choi E, Yamasaki E, Ames BN (1975). Detection of carcinogens as mutagens in the Salmonella/microsome test: Assay of 300 chemicals. *PNA S*, 72 (12): 5135–5139.
32. Löffler H, Effendy I (1999). Skin susceptibility of atopic individuals. *Contact Derm*, 40 (5): 239–42.
33. Labuza, TM (1992). An Alternate Method for Measuring the Heating Potential of Microwave Susceptor Films. *J. Inter. Microwave Power and Electro. Energy*, 27 (4): 205–208.
34. Farrah J, Brook RM (2011). Air pollution as an emerging global risk factor for stroke. *JAMA*, 305 (12):1240-1241.

converted to nitrosamines which is highly carcinogenic. Since the food additives can absorb UV-radiation, this can aid to determine the additive concentration in a sample using external calibration. Any method of cooking can destroy some of the food nutrients based on water content, cooking time and temperature. However, it has been well documented that microwave cooking retains most of the food micro-nutrients due to short exposure time. Since microwave radiation is non-ionizing rays, it does not increase the cancer risks, as it has been shown by ionizing radiation like X-rays (32,33).

10. Air and water pollution

Air and water pollution is the results of biological, biochemical and atmospheric particles which cause damages to our living environment. Air pollution is a significant risk factor for respiratory infections, cardiac disease and lung cancer. The main cause of air pollution includes particulate matter, damaged ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide, carbon dioxide, carbon monoxide, ammonia, radioactive decay of radon gas, methane, hydrofluorocarbons and chlorofluorocarbons. Almost 3.5 million deaths are caused by both indoor and outdoor pollution worldwide (34). Water pollution is caused by several pathways; 1. Microorganism infection; bacteria, viruses, protozoa and parasitic worms. 2. Wastes that are decomposed by oxygen-requiring bacteria by oxygen reduction leading to fish death. 3. Acids, salts and toxic metals which cause the death

of aquatic life. 4. Nutrients like water-soluble nitrates and phosphates which cause excessive growth of algae by using water's oxygen leading to fish death. 5. Water polluted by several organic compounds such as; oil, plastics, detergents, chloroform, petroleum, polychlorinated biphenyl, fertilizer, sulfur oxide, pesticides and trichloroethylene which cause various human diseases including cancer (35).

Conclusion

Cancer is a complex genetic disease as a consequence of environmental exposures which serve as the driving force in initiating tumor development and progression. The scientific literatures provide substantial evidences of environmental and occupational causes of cancer. This will fully support an accelerated effort to prevent carcinogenic exposures. In addition to all of the evidences cited, there are many other indications that environmental exposures are linked to various human cancers. The single major risk factor for cancer is age, and the number of our geriatric people is rapidly increasing. If we look only at incident patterns among those aged 65 and 85 years old, there will be a significant increase number of cancer patients over the past 30 years. The same is correct for other ages as well. Cancer has become a widespread disease with epidemic proportions in certain cancer sites in a single generation. Currently, about one in four Americans could expect a cancer diagnosis at some point during his or her lifetime.

References

1. Sonnenschein C, Soto AM (2008). Theories of carcinogenesis: an emerging perspective. *Semin Cancer Biol*, 18 (5): 372-377.
2. Vogelstein B, Kinzler KW (2004): Cancer genes and the pathways they control. *Nat Med*, 10 (8): 789-799.
3. Purohit V, Khalsa J, Serrano J (2005). Mechanisms of alcohol-associated cancers: introduction and summary of the symposium. *Alcohol*, 35 (3): 155-160.
4. Parkin DM (2006). The global health burden of infection-associated cancers in the year. *Int J Cancer*, 118 (12): 3030-3044.
5. Hanahan D, Weinberg RA (2000). The hallmarks of cancer. *Cell*, 100 (1): 57-70.
6. Oliner JD, Kinzler KW, Meltzer PS, George DL, Vogelstein B (1994). Amplification of a gene encoding a p53-associated protein in human sarcomas. *Nature*, 358: 80-83.
7. Berrington de González A, Mahesh M, Kim KP, et al (2009). Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States. *Arch Intern Med*, 169 (22): 2071-2077.
8. Seto, M., Honma, K. and Nakagawa, M. (2010), Diversity of genome profiles in malignant lymphoma. *Cancer Science*, 101: 573-578.
9. Cigudosa JC, Parsa N, Louie DC, Filippa DA, Jhanwar SC, Johansson B, Mittleman F, Chaganti RSK (1999). Cytogenetic analysis of 363 consecutively ascertained diffuse large B-cell lymphomas. *Journal of Genes, Chromosomes & Cancer*, 25: 123-133.



duce gene expression in the nucleus of cancer cells which lead to reduced hormonal production and subsequent cellular growth arrest (24).

9. Diet and obesity

People who have a poor diet with reduced physical activity may be at increased risk of several diseases. Obese people will be at higher risk of coronary heart disease, stroke, high blood pressure, diabetes, and cancers (esophagus, breast, uterus, colon, rectum and prostate). Obesity can be calculated by Body Mass Index (BMI) by dividing a person's weight (in kilograms) by their height (in meters) squared. Fat tissue produces high quantity of estrogen which is linked to increased risk of cancers. Also, obese people may produce high amount of insulin-like growth factor-1 (IGF-1) in their blood which may lead to certain cancers. Leptin and adiponectin are produced by fat cells which can promote and inhibit cell proliferation, respectively (25,26).

Aflatoxins are naturally made mycotoxins which are produced by *Aspergillus* (fungus). Two of the most common ones are *Aspergillus flavus* and *Aspergillus parasiticus* which are toxic and carcinogenic. Hepatic failure is manifested by hemorrhage, edema, changes in alteration in digestion and absorption, followed by mental changes and coma. At least 14 different types of aflatoxins are produced in nature. Aflatoxin can intercalate with chromosome DNA base pairs through its epoxide moiety. These changes can cause genetic mutations in the p53 gene. Normally, this gene can prevent cell cycle progression when there are DNA mutations or apoptosis. The codon 249 of the p53 gene seems to be susceptible to aflatoxin causing mutation than other codon. Normal diet including vegetables reduces the carcinogenic effects of aflatoxins (27,28).

Having a healthy diet, and being physically active may help to reduce cancer risks. Doctors

suggest the following: A healthy diet includes plenty of foods that are high in fiber, low in fat, vitamins, minerals, whole-grain breads, cereals, fruits and vegetables every day (29). A good physical activity can help control your weight and reduce body fat. Scientific evidences show that physical activity is inversely associated with at least a few cancers. Some have advocated vitamin and mineral supplements for cancer prevention. A tested hypothesis is that antioxidant vitamins may protect against cancer based on the premise that oxidative damage to DNA leads to cancer progression. Hence, preventing oxidative DNA damage would prevent progression to cancer. Fast food side effects are obesity, worker exploitation and negative health outcome (30,31). Most of the fast food prepared from processed ingredients which have its own benefits and risks. Toxin removal, preservation, marketing, distribution, seasonal availability and transportation are the benefits of food processing. Using food preservers and heating can destroy the food texture prior to canning.

The Federal Food, Drug and Cosmetic Act have banned the use of any food additives that might have carcinogenic effects, such as cyclamates and saccharin. Although, the risks and benefits of food additives have been controversial. Some artificial food additives have been associated with cancer and other human diseases. Sodium nitrite which has been used for meats to produce a fresh red color to the consumer. Sodium nitrite can be

tential for cancer but no strong link to human. Cosmetic products are not regulated by US-FDA before marketing. Only hair dyes and colorful chemicals are regulated by FDA. Many of cosmetic products cause skin irritation, dermatitis and allergic reactions. Hair dyes contain a chemical carcinogen called arylamines which can be absorbed and accumulated in our body. If a person has inherited a mutated gene that normally controls the processing of arylamines. In the absence of the wild type processing gene, an increased risk of bladder cancer, lymphomas will be noted among those who use hair dyes for a long time. More scientific investigation will be needed to examine all the chemicals ingredients used in cosmetic production prior to FDA approval (19).

7. Viruses and Bacteria

Infectious micro-organisms have been estimated to cause 18% of all cancer cases. The burden of cancers caused by infections is much greater in developing nations (26%) than in developed nations (8%).

A. Human papilloma-viruses (HPVs): HPV infection is the main cause of cervical cancer. Infection with an oncogenic strain of human papillomavirus (HPV) is considered a necessary event for subsequent cervix cancer, and vaccine-conferred immunity results in a marked decrease in precancerous lesions.

B. Hepatitis B and hepatitis C viruses: Both viruses can cause liver cancer.

C. Human T-cell leukemia/lymphoma virus-1 (HTLV-1): Infec-

tion with HTLV-1 increases a person's risk of lymphoma and leukemia.

D. Human immunodeficiency virus (HIV): HIV is the virus that causes AIDS. People who have HIV infection are at great risk of lymphoma and Kaposi's sarcoma cancers (20).

E. Epstein-Barr virus (EBV): Infection with EBV has been linked to Burkitt's lymphoma (21).

F. Human herpesvirus-8 (HHV8): This virus is a main risk factor for Kaposi's sarcoma cancer.

G. Helicobacter pylori: This bacterium can cause stomach ulcers that can lead to MALT-lymphoma in the stomach and esophageal cancer (22).

H. Salmonella typhi: This bacterium can cause gallbladder cancer.

I. Streptococcus bovis: This bacterium can cause colon can-

cer (23).

8. Hormone therapy

Estrogen and progestin are hormones that may increase the risk of breast and uterus cancers, heart attack, stroke, or blood clots. Diethylstilbestrol (DES), is a form of estrogen, was given to some pregnant women in the United States between 1940 and 1971. Women who took DES during pregnancy showed a higher risk of developing breast and ovarian cancers. Best examples of hormonal therapy drugs in oncology are tamoxifen and aromatase inhibitors (letrozole and anastrozole) which more superior than tamoxifen for breast cancer treatment. When the function of aromatase is inhibited, estrogen production reduces tremendously in post-menopausal women which ceases cellular proliferation. Also, steroid hormones can in-



electromagnetic waves. Exposure to ultraviolet radiation and ionizing radiation can clearly cause cancer. Exposure to solar ultraviolet radiation is the major cause of non-melanoma skin cancers, which are by far the most common malignancies in human populations. At low doses, the cells repair the damage rapidly. At moderate and high doses, the cells may be changed permanently or die from their inability to repair the damage. These altered cells may become cancerous or lead to other abnormalities (e.g. birth defects). The first line of evidence comes from studies of the development of cancer among Japanese atomic-bomb survivors. Even at low doses of radiation, atomic-bomb survivors were at a significantly increased risk of developing cancer. The second line of evidence comes from a population, following high-dose radiation therapy for malignant disease will increase the risk of secondary malignancy. The third line of evidence comes from an increased risk of cancer-specific mortality associated with exposure to medical ionizing radiation. The major sources of ionizing radiation are; x-rays, computed tomography [CT], fluoroscopy, nuclear medicine and naturally occurring radon gas in the basements of homes (15).

6. Organic and inorganic chemicals

A number of chemical substances revealed to be dangerous at high concentration chemicals to our health. These cancer causing agents are called carcinogens.

We have more than 100,000 chemical elements in our environment in which 30,000 of them have been analyzed. Out of 30,000 analyzed ones, only 275 of them proved to be carcinogenic. People who have certain jobs such as; painting, construction, pesticide and petroleum workers have an increased risk of cancer. Many studies have shown that exposure to asbestos, benzene, benzidine, cadmium, nickel, arsenic, radon and vinyl chloride in the workplace can cause cancer. The study of physiological abnormalities during fetal development is called teratology which is caused by environmental substances called teratogens. Basically, a teratogen attacks the fetal genome and can result in various deformities. Four manifestational phenotypes can occur, such as; malformation (cleft palate), growth retardation (anencephaly), functional defect (ventricular septal defect) and death. About 10% of all birth defects are caused by prenatal exposure to teratogenic agents which include drug, maternal infections, environmental and occupational exposures. However, multifactorial interactions of teratogens and human genetic variability can contribute to the individual level of threshold susceptibility (16).

Arsenic is highly poisonous to human tissues, insects, bacteria and fungi. Contaminated groundwater with metallic arsenic has caused arsenic poisoning for millions of people worldwide. Arsenic has been associated with heritable changes in gene expression, such as; DNA hypermethylation of p16 and

p53 tumor suppressor genes, histone modifications and RNA interference. Arsenic trioxide has been approved by FDA in year 2000 to be used for acute promyelocytic leukemia (APL) and psoriasis (17). Recently, the arsenic 74 has been used in pet scan (a positron emitter) for better imaging resolution. Mutagen is a biological, physical or chemical carcinogenic agent that can alter the genetic composition of a cell. Several accumulated genetic mutations can change a normal cell to malignant one. Some mutations are caused spontaneously during cellular repair, replication and recombination without the mutagenic impact. The mutagens and produced free radicals can be removed from body tissues by effective antioxidants, such as; vitamins A, C, E, polyphenols, Flavonoids and selenium elements (18).

The presence and absence of these mutagens can be tested out by the Ames test, using salmonella bacterium lacking histidine biosynthesis. Many of the cosmetic products, such as; shampoos, hair conditioners, cleansers, lotions, soaps, detergents, deodorant, lipstick, moisturizers, perfumes, facial creams, eye make ups do not show any direct evidence to be associated with human cancers. Seven chemicals, such as; Dioxane, petrolatum, formaldehyde, synthetic fragrance, talc, parabens and phthalates are found in the cosmetic products are considered to be carcinogenic. Most chemicals in cosmetic products include the possibly carcinogenic elements which have po-

ic mutations. Also, inheriting a gene change does not mean that you will definitely develop cancer. It means that you have an increased chance of developing the disease. Following indications can increase the risk of developing cancers. Such as; tumor on the same side of the family, some of the cancer linked inherited syndromes, two cases of rare cancers in the same family and family history of multiplicity of primary tumors (11).

3. Smoking

Tobacco use is the most preventable cause of death. Each year, more than 180,000 Americans die from cancer as a result of smoking. More than 85% of all lung cancers and 30% of all deaths are caused by smoking. Second hand smoke can also increase 5% the risk of cancer. Smokers are more likely than nonsmokers to develop different types of cancers, such as; lung, larynx, mouth, esophagus, bladder, kidney, throat, stomach, pancreas, cervix and acute myeloid leukemia. Smoking also contributes to cardiovascular, brain stroke, pulmonary, congenital deformities and sudden infant death syndrome. Among 4000 chemicals that have been identified in tobacco smoke, at least 400 are known to be harmful to human health, such as; hydrogen cyanide, carbon monoxide, and ammonia. Almost 40(10%) of these toxic chemicals are shown to be carcinogenic, such as; arsenic, benzene, chromium, ethylene oxide, nickel, polonium, vinyl chloride, formaldehyde, benzo[α]pyrene, toluene (12).

4. Alcohol

Alcohol consumption causes 3.6 % of all human cancers. Having more than two drinks each day for many years will increase the chance of developing cancers of the mouth, throat, esophagus, stomach, liver, colon, lymphomas, prostate, kidney, breast and ovaries. Alcohol has been classified by World Health Organization (WHO) as group-1- carcinogen. Liver can process 7 grams of ethyl alcohol each hour. When liver processes alcohol, it will produce acetaldehyde which is carcinogenic. Higher exposure to acetaldehyde will induce a defect in alcohol dehydrogenase gene and tumor suppressor gene (BRCA) inactivation that can lead to the upper gastrointestinal tract, breast and liver cancers. Iron accumulation, retinoic acid impairment, acetaldehyde genotoxicity, increased estrogen concentration, free radical production and folate metabolic alterations are induced by chronic alcohol abuse. Liver cirrhosis caused when liver cells are replaced with scars due to chronic alcohol use. Almost 5% of people with cirrhosis lead to liver cancer (13). The risk is 35% higher for drinkers with simultaneous smoking habits.

5. Sunlight and ionizing radiation

Ultraviolet (UV) radiation comes from the sun, sunlamps, and tanning booths. It causes early aging of the skin that can lead to skin cancer. You also should protect yourself from UV radiation which can penetrate light clothing, windshields, and windows. Wear long sleeves,

long pants, a hat and sunglasses with lenses that absorb UV. Sunscreen (Sun Protection Factor) can prevent skin cancer. Stay away from sunlamps and tanning booths. They are not safer than sunlight. Three types of sun radiations include the visible (color), infrared (heat) and UV lights (UVA, UVB, UVC). The UV light from sun and tanning can cause skin damages, such as; benign, pigmentation, discoloration, freckles, sunburn, cancers (Basal cell carcinoma, Squamous carcinoma and Melanoma) and destruction of elastin and collagen proteins. Exposure to UV sunlight produces the same skin damages in winter as well as summer time. Skin damages could be reduced and / or prevented by: 1. Avoiding direct sunlight exposure between 10:00 a.m. and 3:00 p.m. 2. Use sun protection factor cream (SPF-50) 30 minutes before sun exposure. 3. Proper use of clothing protection and sunglasses with UV protection. 4. Regular self skin examination. Ionizing radiation can cause cell damage that leads to cancer (14).

This kind of radiation comes from outer space which includes; radioactive fallout, radon gas, x-rays which can cause cancers of the blood, thyroid, breast, lung, and stomach. Radon is a radioactive gas that you cannot see, smell, or taste. It forms in soil and rocks. People exposed to radon are at increased risk of lung cancer. Doctors use low-dose radiation to take pictures to diagnose broken bone and use the high-dose radiation to treat cancer. Radiation is energy in the form of high-speed particles or



the past decade or so, more than 30 mutant genes for such hereditary cancers have been cloned. Genes associated with human cancer formation include four classes of genes: 1. Tumor suppressor genes, 2. Proto-oncogenes, 3. DNA-mismatch repair genes, 4. Apoptotic genes. Up to 93% of all human cancers are non-hereditary which is caused by interaction with environmental factors. Only 7% of all human cancers are hereditary (8).

A few of the genes are oncogenes or DNA repair genes, but most are tumor suppressor genes. Some tumor suppressors regulate transcription, while others operate in signal transduction pathways that are involved in regulating processes of cell birth, differentiation, and death. The knowledge gained is stimulating new approaches to the treatment and prevention of cancer. Carcinogenesis requires a constellation of steps that often take place for decades. The complexity of carcinogenesis is

magnified when one considers that the specific details of the carcinogenic pathway described by these models would be expected to have unique characteristics for each anatomic site. Human cancer is really not a single disease but is a family of different diseases (9). The following factors were selected that appear to increase the risk of different types of human cancers:

1. Aging

The most important risk factor for cancer is growing older. Most cancers occur in people over the age of 55, but cancer can occur in younger ages as well. Both cancer and ageing result from accumulating damage to the stem and progenitor cells. Certain genetic mutations cause the stem cells to divide out of control which lead to cancer. Normal somatic cells telomere losses are coupled with increasing age of the organism. Due to mutations in the TERC and TERT telomerase genes, telomeres

will shorten in human premature ageing syndromes and dyskeratosis congenital (10). Environmental factors such as; stress, social status, smoking and obesity can also accelerate telomere shortening due to reduced telomerase activity. In contrast to normal somatic cells, most human tumors have activated telomerase to achieve immortal growth.

2. Family history

Most cancers develop because of genetic mutations. Some genetic changes that increase the risk of cancer are passed from parent to child. Certain types of cancer do occur more often in some families than in the rest of the population, such as; colon cancer. Familial adenomatous polyposis (FAP) is a good example of hereditary colon cancer. People with FAP may have over hundred polyps in their colon. If it is untreated, one of these polyps will develop to cancer. The APC gene is associated with this syndrome should be examined for genetic mutation. Removing the polyps by early surgery will enhance the recovery. Another inherited syndrome that increases colon cancer is hereditary non-polyposis colorectal cancer (HNPCC) or Lynch syndrome. People with this syndrome have a higher risk of colorectal cancer. People with HNPCC have only a few polyps with a high risk of developing uterus, ovary, bladder, kidney and brain cancers. HNPCC is also caused by mutations in one of the DNA repair enzyme genes MLH1, MSH2, MSH6, PMS which can be tested for any possible genet-

posures from outside the body from any source. Prevention of carcinogenic exposures is still a major priority (1). Also, individuals with particular genetic predispositions may be more susceptible to the effects of environmental exposures than others. People with BRCA1, BRCA2 and p53 genetic alterations render those individuals less able to suppress the growth of cancer cells (2). In fact, aromatic amines cause bladder cancer in chemical workers. DNA methylation is closely associated with histone deacetylases and histone methyltransferases that can modify histone amino-terminal lysine and develop specific histone codes, resulting in inactive chromatin formation which creates the unique features of cancer cells. It is well known that thousands of genes are deregulated in cancer cells. Cigarette smoking has been conclusively linked with the formation of several malignancies. Avoidance of cigarette smoking has been shown to reduce cancer incidence. Other potential modifiable cancer risk factors include alcohol consumption and obesity (3). Prevention is defined as the reduction of cancer mortality by reduction in the cancer incidence. This can be accomplished by avoiding carcinogenic exposures, modifying lifestyle practices and early detection of cancerous lesions. The epidemiologic evidences indicate that people who are more physically active have a lower risk of certain malignancies than those who are inactive. Having one or more risk factors does not mean that you will get

cancer. Some of the risk factors can be avoided. Others like family history and aging cannot be avoided. Several factors may act together to change a normal cell to a cancer cell. The purpose of this paper is to review scientific evidences regarding the contribution of environmental exposures to all cancers in the world (4).

Discussion

In 1977, four scientists, Higgs, Muir, Doll, Peto explained the evidences that 80% of all cancers were caused by environmental factors. Their studies included the epidemiological data relating to migrants, geographical variation, changes in risk over time, correlation studies, clusters and case reports. In the past 30 years, there have been several efforts to estimate the proportion of cancer due to these involuntary exposures to environmental factors. Carcinogenesis refers to an underlying cancer causing elements that lead to cancer. Several models of carcinogenesis have been proposed. Two widely cited models of carcinogenesis are those of Vogelstein and Kinzler as well as Hanahan and Weinberg. The model of Vogelstein and Kinzler emphasizes that cancer is a disease of damaged DNA, comprised of a series of genetic mutations that can transform normal cells to cancerous cells (5).

The genetic mutations include inactivation of tumor suppressor genes and activation of oncogenes. Compared with cancers arising in the general population, individuals with a major inher-

ited predisposition to cancer are born with inherited (germ-line) mutations in genes involved in cancer causation, giving them a head start on the pathway to cancer (6). Similar mutations would be expected to result in cancer progression among all individuals; however, in those without a major inherited cancer predisposition, the mutation would occur as a somatic mutation later during their lifetime. The model of Hanahan and Weinberg focuses on the hallmark events at the cellular level that lead to a malignant tumor. In this model, the hallmarks of cancer include sustained angiogenesis, unlimited replication, evading apoptosis, self-sufficiency in growth signals, and insensitivity to antigrowth signals, leading to the defining characteristics of malignant tumors by giving them the ability to invade and metastasize. This theory is based on the dual premise that carcinogenesis is driven by defects in tissue organization and that all cells are inherently in a proliferative state (7).

Cancer is a genetic disease of somatic cells which contain multiple abnormalities of both number and structure. The first direct evidence of cancer came from studies of tumor-specific translocations in leukemia and lymphomas. This revealed the importance of oncogenes and the transcriptional factor genes in cancer. A second major source of information about human cancer genes is hereditary cancer. Genetic predisposition of the autosomal dominant type imposes a high relative risk for one or more kinds of cancer. In

Human cancers are caused by environmental factors

Nasser Parsa, M.D., Ph.D. National Institutes of Health, MD. USA.



Abstract

An explosion of research has been done in discovering how human health is affected by environmental factors. I will discuss the impacts of environmental cancer causing factors and how they continue to cause multiple disruptions in cellular networking. Some risk factors may not cause cancer. Other factors initiate consecutive genetic mutations that would eventually alter the normal pathway of cellular proliferations and differentiation. Genetic muta-

tions in four groups of genes; (Oncogenes, Tumor suppressor genes, Apoptosis genes and DNA repairing genes) play a vital role in altering the normal cell division. In recent years, molecular genetics have greatly increased our understanding of the basic mechanisms in cancer development and utilizing these molecular techniques for cancer screening, diagnosis, prognosis and therapies. Inhibition of carcinogenic exposures wherever possible should be the goal of cancer prevention programs to

reduce exposures from all environmental carcinogens.

Introduction

Current biological mechanisms of cancer suggest that all cancers are originated from both environment and genetics, meaning that there are multiple external factors combined with internal genetic changes will lead to human cancers. Prevention of the disruption of cellular signaling and protective pathways can be accomplished by preventing carcinogenic ex-



فرم اشتراک فصلنامه خاص

الف : اشخاص حقیقی

نام :

نام خانوادگی:

میزان تحصیلات:

رشته تحصیلی:

تاریخ شروع اشتراک:

آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه :

کد پستی ده رقمی :

تلفن ثابت :

تلفن همراه:

پست الکترونیک :

ب: اشخاص حقوقی

نام مرکز / مؤسسه :

تاریخ شروع اشتراک:

آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه :

کد پستی ده رقمی :

تلفن ثابت :

پست الکترونیک :

حق اشتراک سالانه:

هزینه اشتراک سالیانه (۴ شماره) به انضمام هزینه پستی ۵۰,۰۰۰ ریال می باشد خواهشمند است مبلغ فوق را به حساب ملی - سیبا ۰۱۱۰۱۰۳۴۳۴۰۰۰ (قابل واریز در تمام شعب به نام بنیاد امور بیماری های خاص) واریز و اصل فیش بانکی را به همراه فرم اشتراک تکمیل شده با پست سفارشی به نشانی تهران، صندوق پستی ۴۸۸۳-۱۹۳۹۵ فصلنامه خاص ارسال فرمایید.
- یاوران بنیاد و دانشجویان می توانند با ارسال کپی کارت شناسایی از ۵۰ درصد تخفیف بهره مند شوند.
- بیماران خاص با ارسال کپی کارت شناسایی صادره از این بنیاد و تکمیل فرم اشتراک می توانند به صورت رایگان فصلنامه را دریافت نمایند.

شماره پیگیری: ۲۲۵۹۱۹۵۷ داخلی: ۴۰۹

فاکس: ۲۲۷۶۵۴۲۳

ایمیل روابط عمومی : pr@cffsd.org



Avicenna

Avicenna Pharmaceutical Laboratories®

Deferiprone Enteric Coated

دفریپرون

Deferasirox

دفراسیروکس



Indications:

-Treatment of chronic Iron overload in thalassemia disease

www.avicenna.ir



COLLISTAR

MADE IN ITALY

30
YEARS OF
ITALIAN BEAUTY



پوست آقایان نیز به
مراقبت نیاز دارد...