



بانک ملت  
bank mellat  
آینده‌نگرتر



حس خوب بخشش



تغذیه و سرطان



آشنایی با بیماریهای هموفیلی



دکتر حمید رضایی قلعه در گذشت



جشن رمضان

موسسه خیریه زنجیره امید



جشن رمضان بنیاد امور بیماریهای خاص جشن رمضان بنیاد امور بیماریهای خاص با عنوان جشن خوبان خاص در سالن با عنوان جشن خوبان خاص در سالن با عنوان جشن خوبان خاص در سالن همایش های صدا و سیما برگزار شد. همایش های صدا و سیما برگزار شد.

# JMS

The bridge to good health care

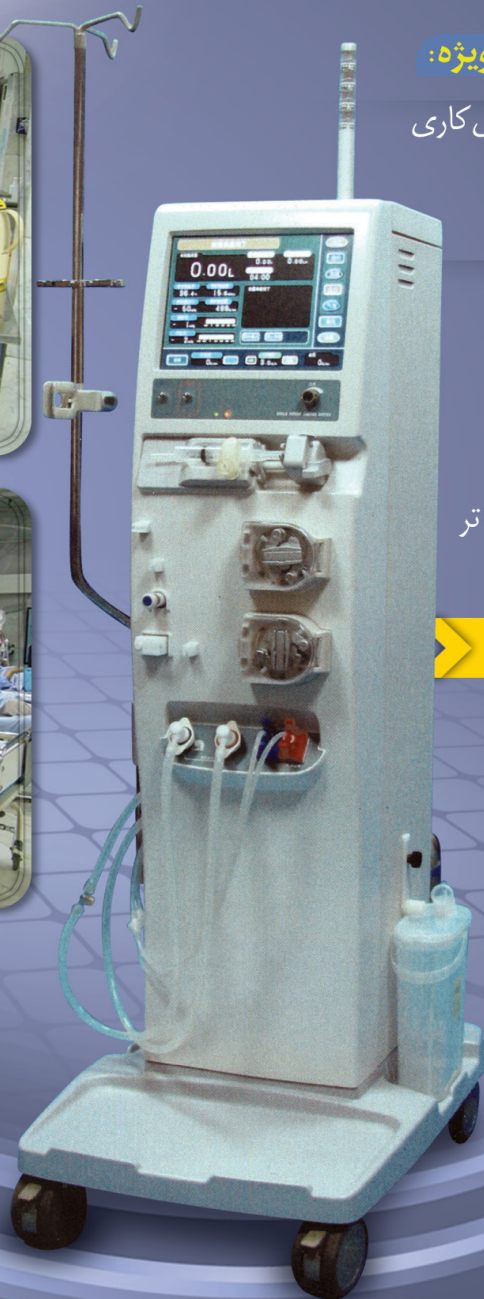
[www.teda.ir](http://www.teda.ir)



## خصوصیات ویژه:

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

ماشین همو دیالیز  
مدل SDS-50



Designer: H. Mobinpour

## جدید

ماشین دیالیز  
با خدمات گسترده  
پس از فروش



ISO 9001 :2000

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



تدا (تدارکات درمان التیام)

# خاص

نشریه علمی، فرهنگی و اجتماعی

شماره ۴۴ - تابستان ۱۳۹۲

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری‌های خاص

مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی

سر دبیر: دکتر باقر لاریجانی

مدیر اجرایی: زینب نجاری

## هیئت علمی

دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر ناصر پارسا، دکتر احمدرضا جمشیدی، دکتر سیدهاشم جنت‌پور، دکتر سیدمحسن خوش‌نیت، دکتر شمس شریعت‌تربقان، دکتر رمضان‌علی شریفیان، دکتر سید محمود طباطبایی، دکتر سیدمؤید علویان، دکتر ایرج فاضل، دکتر محمد فرهادی لنگرودی، دکتر اردشیر قوام‌زاده، دکتر باقر لاریجانی، دکتر رضا ملک‌زاده، دکتر سعید نمکی، دکتر علی‌اکبر ولایتی

## هیئت تحریریه این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

مریم اسدی، نسربین آقا ملا، محمد پیر محمدی، ندا جلیلیان، مهرانگیز خسروی، فرزانه شعبانی، هانی صباغان، آزاده طلوع، هومن محمدی، زینب نجاری،

## طراح گرافیک و صفحه‌آرا: مصطفی رضایی قلعه

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: سازمان چاپ و انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی



بنیاد امور بیماری‌های خاص

پست الکترونیک

pr@cffsd.org

نشانی نشریه

تهران، بزرگراه صدر (غرب به شرق)، خروجی بلوار کاوه (شمال)،

خیابان بهار جنوبی، نیش کوچه سعید شرقی، پلاک ۲

صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/۴۸۸۳

سامانه پیام کوتاه: ۱۰۰۰۱۰۰۰۷۵

تلفن: ۲۲۵۹۱۹۵۷ - ۲۲۷۶۵۴۲۳ دورنگار: ۲۲۷۶۵۴۲۳

# فهرست

۲	سرمقاله
	<b>اجتماعی</b>
۴	روز جهانی شیر مادر
۵	توزیع تجهیزات درمانی
۶	گزارش استان همدان
۱۰	مصاحبه با مدیر عامل خیریه ابوالفضل(ع)
۱۱	حضور بنیاد در میان مردم
۱۲	اخبار مرکز دیابت
۱۵	گذری بر اقدامات واحد آموزش و پژوهش
۱۶	یاری سبز یاوران بنیاد
۱۸	حس خوب بخشش
۲۰	زندگی نامه دکتر رضایی قلعه
۲۲	شعری در وصف دکتر رضایی قلعه
۲۳	هدیه ی ایثار
	<b>سلامت</b>
۲۵	آشنایی با بیماری هموفیلی
۲۷	درمان با دیالیز صفاقی
۳۰	روش های پیشگیری بیماری های ایدز و هپاتیت برای بیماران دیالیز و تالاسمی
۳۲	تغذیه و پیشگیری از سرطان
۳۵	ورزش در ام اس
۳۷	مشکلات روانی اجتماعی در بیماران هموفیلی
۳۸	پرستاران و بیماران تالاسمی
۴۰	گفتگو با کودکان درباره سرطان
۴۳	اصول یک برنامه راهبردی مقابله با سرطان و جایگاه بنیاد امور بیماری های خاص
۴۵	آیا فرد زنده هم می تواند اهداء کننده باشد
۴۷	تالاسمی اینتر مدیا
۴۹	استاندارد های مراقبت های بالینی تالاسمی از کودکان و بزرگسالان
۵۳	دیابت و روزه داری
۵۵	پیشگیری از تالاسمی
۵۸	ارتباط های روش های طبخ غذا و افزودنی های شیمیایی با سرطان
۵۹	اخبار سلامت
	<b>فرهنگی</b>
۶۱	جشن خوبان خاص
۶۲	اردوی تالاسمی بنیاد امور بیماری های خاص
۶۳	ایستگاه بنیاد در مرکز انتقال خون
۶۴	موسسه خیریه بین المللی زنجیره امید
۶۵	مهتاب شبی
	<b>بین الملل</b>
۶۷	فدراسیون بین المللی سازمان اهدای خون
۶۸	جدول کنفرانس ها
۷۱	مقاله انگلیسی

## سرمقاله

### اثرات تحریم روی بیماران M.S

بیماری M.S بیماری سیستم اعصاب مرکزی است که در آن بافت سفید مغز و نخاع درگیر شده و مسیر عبور پیامهای عصبی حسی و حرکتی آسیب می بیند، M.S شایع ترین اختلال مزمن دستگاه اعصاب مرکزی در بین افراد جوان است و در کنار عواملی نظیر تصادف و حوادث جزو شایع ترین علت های ناتوانی جسمی است. متأسفانه دلیل غیرقابل درمان بودن و پیشرونده بودن بیماری، بارسنگین مالی، اجتماعی و احساسی برای خودبیمار، خانواده و دوستان و مراقبین وی به همراه داشته در بسیاری موارد منجر به معلولیت پیشرونده بدون امکان بهبود خواهد شد. علائمی چون از دست دادن تعادل، خستگی مفرط، درد دائمی، بی حسی و ضعف اندامها، از دست رفتن کنترل مثانه و روده و مشکلات پیشرونده بنیایی و گفتاری که الگوی دوره ای بصورت دوره های تخفیف و حمله و عود مجدد دارند، در تمام عمر با بیمار خواهند بود که متأسفانه با گذشت زمان بر شدت آنها افزوده خواهد شد.

به طور تقریبی در ایران نزدیک به ۵۵ تا ۶۰ هزار نفر از مبتلا به M.S وجود دارد که در سالهای اخیر شیوع این بیماری روبه افزایش بوده و سن ابتلا به آن کاهش یافته است. هزینه ماهانه هر بیمار بطور میانگین بیش از یک میلیون تومان برآورد شده است که تنها محدود به دارو نمی باشد. بلکه به دلیل مشکلاتی نظیر کنترل مثانه، یبوست، درددایمی، ضعف و گرفتگی عضلانی و لرزش عضلات و عوارض روانی که با این بیماری همراه است که بیماران باید برای، طیفی از خدمات تخصصی نظیر فیزیوتراپی، کاردرمانگر، پرستار تخصصی، روانشناسی بالینی، مددکاری و... هزینه کنند.

از زمان آغاز تحریم ها علیه ایران عواملی هم چون مشکلات انتقال ارز، گرانی و بهای متغیر ارز، سوء مدیریت در تهیه داروها و عدم پیش بینی صحیح نیازهای آینده دارویی، گرانی ها، مشکلات جدیدی هم چون افزایش فاحش قیمت دارو، توزیع ناهماهنگ و نظایر آن برای این بیماران مشکلات فراوانی ایجاد کرده است.

بطوری که طبق گزارشات دریافت شده بهای برخی داروها

نظیر اوونکس تا حد ۳ برابر نیز افزایش یافته است. همچنین بتا اینترفرون که جهت جلوگیری از حمله عود بیماری باید مرتب مصرف شود و در بازار فاقد نمونه خارجی بوده و کیفیت نمونه های ایرانی به گونه ای بوده که بسیاری متخصصین هنوز برای بیماران تجویز نمی نمایند. در مواقعی که مشکل در توزیع دارو ایجاد می گردد، و به موقع تامین نمی گردد، قیمت دارو به چندین برابر می رسد. از عوارض تحریم، بسته شدن راههای مستقیم ورود دارو و ورود با واسطه می باشد که باعث می شود مسیر و زمان دسترسی به دارو را نامنظم و دچار نوسان می نماید، این گروه بیماران که در تمام عمر در وحشت عود بیماری و تخریب وضعیت جسمانی خود هستند. با دیدن بی نظمی دسترسی به داروهای پیشگیرانه، دچار دلهره و حملات اضطرابی شده در کل کیفیت زندگی آنان و اطرافیان آنها دچار اختلال میگردد.

از زمان شروع تحریم محاسبه دارو براساس قیمت تعیین شده از طرف سازمانهای بیمه گر هر سه ماه مطابق تورم و مشکلات تامین دست خوش تغییر بوده است و متأسفانه هیچگونه سیاست آینده نگری جهت تامین یک حداقل ذخیره دارویی برای بیماران M.S اتخاذ نگردیده و منجر به عدم ثبات دسترسی به دارو و قیمت آن شده است.

در طی ماههای اخیر اگر اعتبار ارزی خاص برای واردات دارو، ایجاد می شد. تا حدودی نوسان قیمت ها ناشی از تحریم کنترل می شد. از سوی دیگر هنوز پوشش کامل بیمه ای داروها تامین نشده است و تنها راهکار فرارو برای بهبود وضعیت این بیماران، برآورد و تعیین هزینه های سرانه بیماری ام اس و تعیین بسته های خدمات درمانی جامع جهت افراد مبتلا، همراه با تامین و تصویب درصد سالانه می باشد. این بسته جامع خدماتی می بایست با اطلاع و در نظر گرفتن علائم و عوارض چند وجهی M.S باشد.

امید است در شرایطی که امروزه کشورهای پیشرو امر سلامت با فراهم نمودن امکان بهره مندی از جدیدترین امکانات دارویی و توانبخشی کیفیت زندگی بیماران M.S را به افراد عادی نزدیک کرده اند. در کشور عزیزمان گامی موثر و ماندگار در این راستا در آینده ای نزدیک برداشته شود.



# اجتماعی



# دهم مردادماه، روز جهانی شیر مادر

از سال ۱۹۹۰ میلادی، نخستین روز از ماه آگوست (دهم مردادماه) به عنوان روز جهانی شیر مادر نامگذاری شده است.  
نسرین آقاملا

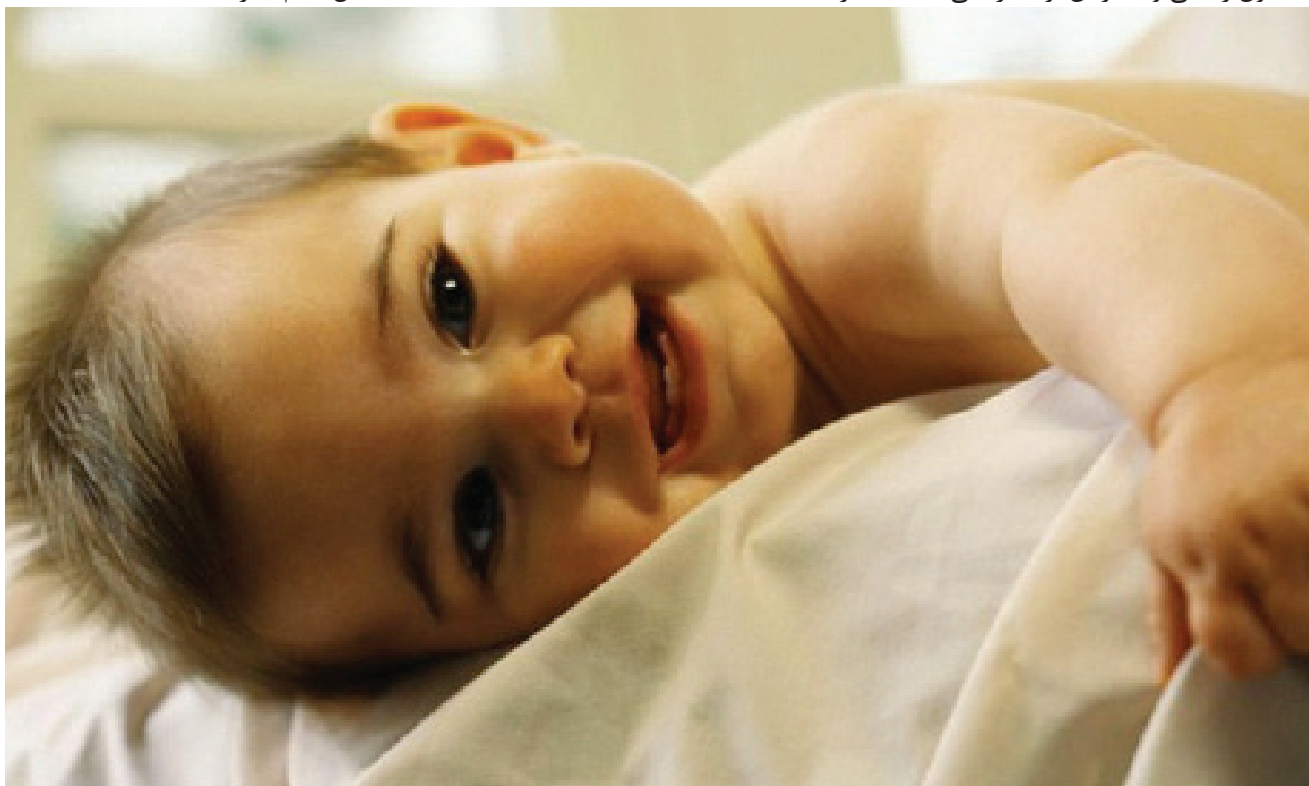
شیر مادر به علت دارا بودن ماده ایمنی به نام «ایمونوگلوبین» تا حدود زیادی اسهال و استفراغ نوزاد را کاهش می‌دهد و نسبت به بعضی بیماری‌های دیگر ایجاد مصونیت می‌کند. به گفته پزشکان، شیر مادر نخستین واکسن نوزاد است، این ماده نه تنها کامل‌ترین غذا برای نوزاد است، بلکه عامل مهمی در پیشگیری از عفونت و ضامن سلامتی جسمی و روانی شیرخوار است. شیر مادر درجه حرارتی مناسب داشته، از آلودگی عاری است و میزان ابتلا به آسم و آلرژی را نیز در شیرخوار کاهش می‌دهد. مقام مادر شیرده در آیه ۱۴ سوره لقمان ذکر شده: بعد از شکرگذاری خالق شکرگذاری مادر توصیه شده است. در سوره بقره آیه ۱۳۳ مدت شیر دادن دو سال تمام ذکر شده است.

کودک و مادر تأکید شده است. شیر مادر به لحاظ داشتن مواد پروتئینی و ویتامینی بسیار، بیش از سایر غذاها برای نوزادان توصیه شده است. بسیاری از روایات وارده در دین اسلام و در میان متون فقهی، مدت آن را حدود دو سال مشخص کرده‌اند. پزشکان نیز می‌گویند کودکانی که در دوران نوزادی از شیر مادر تغذیه کرده‌اند، از میزان هوش و توان جسمی بالاتری نسبت به سایر نوزادانی که از دیگر منابع غذایی تغذیه می‌کنند، برخوردارند.

ابن سینا در کتاب «قانون» در مورد اهمیت تغذیه با شیر مادر آورده است: «شیر مادر برای نوزاد از هر شیر دیگری بهتر است، زیرا بیشتر از هر غذای دیگری، به غذای نوزاد که در زندگی جنینی به او می‌رسد شباهت دارد.

استفاده گسترده از شیر خشک و غذاهای کودک در ایام پس از جنگ جهانی دوم به خصوص در کشورهای توسعه یافته، رشد چشم‌گیری یافت که همین امر، باعث نگرانی جوامع جهانی گردید. ترویج تغذیه با شیر مادر و افزایش آگاهی عمومی از خواص منحصر به فرد شیر مادر در سلامتی کودک، حفظ و تداوم شیردهی مادران، نیازمند گامی بزرگ و اساسی بود.

بر همین اساس، در تاریخ یکم آگوست سال ۱۹۹۰ میلادی (دهم مردادماه ۱۳۶۹)، سازمان بهداشت جهانی با همکاری یونسف طی اجلاسی در شهر فلورانس ایتالیا، بیانیه‌ای را در تداوم، ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر به امضا رساند. در این بیانیه بر اهمیت تغذیه نوزاد با شیر مادر در شش ماه اول زندگی و تأثیر آن بر تندرستی





# توزیع تجهیزات درمانی با کمک خیرین

در راستای تحقق هدف کمک رسانی و تجهیز واحدهای درمانی بیماری های خاص سراسر کشور بازدیدهای ماهانه‌ای، توسط کارشناسان معاونت هماهنگی و امور استان‌های بنیاد امور بیماری‌های خاص از مراکز درمانی بیماران خاص سراسر کشور صورت می‌گیرد که گزارش اقدام اهدایی شش ماهه اول این معاونت به شرح ذیل است.

## ۷- بیمارستان طالقانی گرگان

بیمارستان امیرالمومنین کرد کوی همچنین درخواست‌هایی به صورت موردی از بیمارستان‌ها و خیریه‌های مختلف برای این معاونت ارسال می‌گردد که کارشناسان اقدام

## استان چهارمحال و بختیاری

- ۱- بیمارستان هاجر شهرکرد
  - ۲- بیمارستان ولیعصر بروجن
- ### استان لرستان
- ۱- بیمارستان شهدای عشایر فرج آباد

تعداد ۶۶ دستگاه دیالیز، ۷۱ عدد تخت و ۳۹۱ عدد تجهیزات درمانی، به صورت رایگان و یا با کمک خیرین در اختیار مراکز درمانی قرار داده شده است، این مراکز عبارتند از:

## استان تهران

- ۱- بیمارستان امیدالمومنین
- ۲- کانون هموفیلی ایران

## استان خراسان رضوی

- ۱- بیمارستان امام خمینی فریمان
- ۲- بیمارستان امام حسن مجتبی کلات
- ۳- بیمارستان آیت‌الله طالقانی تربت جام
- ۴- بیمارستان موسی بن جعفر مشهد

## استان خراسان جنوبی

- ۱- مرکز بیماران خاص
- ۲- بیمارستان دکتر چمران

## استان خوزستان

- ۱- بیمارستان امام خمینی رامهرمز
- ۲- بیمارستان ولیعصر خرمشهر
- ۳- بیمارستان امام رضا امیریه
- ۴- بیمارستان ۲۲ بهمن مسجد سلیمان

## استان فارس

- ۱- بیمارستان امام حسن داراب
- ۲- بیمارستان زرین دشت
- ۳- بیمارستان شهید نمازی شیراز
- ۴- بیمارستان امام هادی فراشبند
- ۵- بیمارستان ولیعصر کازرون

- ۶- بیمارستان شهید مطهری مرودشت
- ۷- بیمارستان زرقان شیراز
- ۸- بیمارستان امیدوار اوزر

## استان مازندران

- ۱- بیمارستان شهید بهشتی بابل

## استان کهگیلویه و بویراحمد

- ۱- بیمارستان شهید بهشتی یاسوج

## استان بوشهر

- ۱- بیمارستان امام حسن اهرم
- ۲- بیمارستان امام خمینی کنگان



به بازدید از مراکز فوق می‌نمایند یا با توجه به اطلاعات موجود از آن بخش، تجهیزات مورد نیاز بخش‌های بیماران خاص را اهداء می‌نمایند.

## استان کردستان

- ۱- بیمارستان صلاح الدین ایوبی بانه

## استان گلستان

- ۱- بیمارستان بقیه‌الله علی آباد
- ۲- بیمارستان آل جلیل آق قلا
- ۳- بیمارستان حضرت رسول گرگان
- ۴- بیمارستان شهدا بندرگز
- ۵- بیمارستان شهید مطهری گنبد
- ۶- بیمارستان شهید صیاد شیرازی گرگان



# استان همدان

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 مهرماه ۱۳۹۱ مورد بازدید قرار گرفته است.

مهندس هانی صباغان

## موقعیت جغرافیایی استان و استان‌های همجوار:

استان همدان از استان‌های غربی کشور بوده و هم مرز با استان‌های لرستان، مرکزی، قزوین، زنجان، کردستان و کرمانشاه است. مساحت استان ۱۹۳۲۵ کیلومتر مربع می‌باشد.

## تقسیمات کشوری:

این استان مشتمل بر شهرستان‌های اسدآباد، بهار، تویسرکان، رزن، کبودر آهنگ، فامنین، ملایر، نهاوند و همدان می‌باشد.

## مختصات جمعیتی:

این استان جمعیتی بالغ بر ۱/۷۵۸/۲۶۸ نفر دارد. جمعیت روستایی ۷۱۶۶۶۹ نفر، حدود ۴۱٪ و جمعیت شهری ۱۰۴۰۶۰۵ نفر، حدود ۵۹٪ جمعیت کل استان را تشکیل می‌دهد. تعداد ۴۰۲ بیمار دیالیزی (۲۲/۸ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت)، ۹۰ بیمار تالاسمی (۸ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) و ۳۴۲ بیمار هموفیلی (۱۹/۴ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ساکن استان همدان می‌باشند.

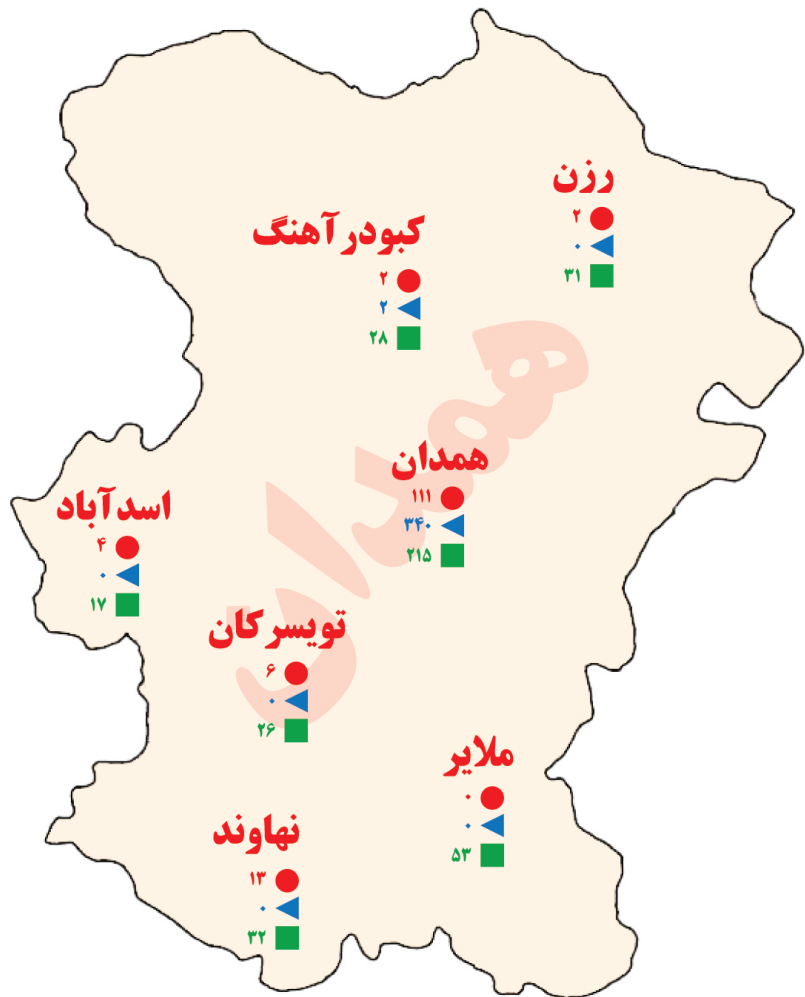
## وضعیت شهرستان‌های استان از نظر مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص:

همان‌گونه که در جدول زیر نشان داده شده است، در ۷ شهرستان استان مراکز درمانی بیماری‌های خاص وجود دارد.

## وضعیت شهرستان‌ها:

اسدآباد: تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان اسدآباد، بیمارستان امیرالمؤمنین<sup>(ع)</sup> است. در این بیمارستان تعداد ۱۷ بیمار دیالیزی و ۴ بیمار تالاسمی، تحت درمان قرار می‌گیرند. این شهرستان فاقد بخش مستقل تالاسمی است. بیمارستان امیرالمؤمنین: در سال ۱۳۷۲ با ۱۲۸ تخت مصوب راه‌اندازی شد که در

## تعداد بیماران تالاسمی، هموفیلی و دیالیزی در استان همدان



● تعداد بیمار تالاسمی = ۱۳۸

▲ تعداد بیمار هموفیلی = ۳۴۲

■ تعداد بیمار دیالیزی = ۴۰۲



**بیمارستان ولی عصر (عج):**

این بیمارستان در سال ۱۳۷۴ با ۴۸ تخت مصوب راه اندازی شد که در حال حاضر با همان ۴۸ تخت در حال فعالیت است. این بیمارستان به ۲ گروه بیماران خاص (دیالیزی و تالاسمی) خدمات درمانی را ارائه می کند.

**بخش دیالیز:**

بخش دیالیز در سال ۱۳۷۸ راه اندازی و در سال ۱۳۸۴ به روز رسانی شده است. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۷۰ متر مربع وسعت داشته و دارای ۸ دستگاه دیالیز است که یک دستگاه مختص به آنتی ژن مثبت می باشد.

کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی، ۵ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته فعال است که در روزهای زوج به صورت دو شیفت و در روزهای فرد به صورت سه شیفت فعالیت می کند. در این بخش ۳۱ بیمار ثابت دیالیز می شوند. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش برابر با ۴/۲ است.

**بخش تالاسمی و هموفیلی:** این بخش در یک اتاق و در بخش اطفال قرار دارد که در سال ۱۳۷۶ راه اندازی شده است. این بخش دارای ۲ تخت اطفال و ۲ برانکارد می باشد. تعداد ۲ بیمار تالاسمی در این بخش قرار دارد. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است. این بخش دارای ۱ دستگاه تلویزیون، ۱ یخچال و ترالی دارو می باشد.

**بخش دیالیز:**

این بخش در سال ۱۳۷۷ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز حدود ۱۰۰ متر مربع وسعت داشته و دارای ۷ دستگاه دیالیز می باشد که یک دستگاه ویژه آنتی ژن مثبت است.

کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی، ۳ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته فعال است که در سه روز هفته به صورت سه شیفت و در سه روز دیگر هفته به صورت دو شیفت فعالیت می کند. در حال حاضر تعداد بیماران این بخش ۲۶ نفر است.

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

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش نیز که دارای ۱ اتاق است، در بخش اطفال قرار دارد. این بخش دارای ۲ تخت اطفال است. تعداد ۶ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.

**رزن:**

بیمارستان ولیعصر (عج) رزن، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان رزن است. در حال حاضر تعداد ۳۱ بیمار دیالیزی و ۲ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.

حال حاضر دارای ۱۴۵ تخت فعال است. این بیمارستان یک بیمارستان جنرال است و در زمینه بیماران دیالیزی و تالاسمی خدمات درمانی عرضه می کند.

**بخش دیالیز:**

بخش دیالیز از سال ۱۳۷۹ شروع به فعالیت کرده است. دستگاه های دیالیز در یک سالن اصلی قرار دارند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۰۰ متر مربع وسعت دارد. ۹ دستگاه دیالیز در این بخش قرار گرفته است که یک دستگاه ویژه آنتی ژن مثبت می باشد.

کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی و ۳ پرستار تشکیل شده است. تعداد بیماران ثابت ۱۷ بیمار است. این بخش، در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفت فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش برابر با رقم ۲/۱ می باشد.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بیمارستان فاقد بخش مستقل تالاسمی و هموفیلی می باشد و بیماران این گروه در قسمت اورژانس تحت درمان قرار می گیرند.

**تویسرکان:**

بیمارستان ولی عصر (عج) تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان تویسرکان می باشد. در حال حاضر تعداد ۲۶ بیمار دیالیزی و ۶ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند. بیمارستان ولی عصر (عج)

**جدول وضعیت شهرستان های استان همدان از نظر مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص**

شهرستان	مرکز دیالیز	تعداد بیمار	مرکز تالاسمی	تعداد بیمار	مرکز هموفیلی	تعداد بیمار	انتقال خون
اسدآباد	+	۱۷	-	۴	-	-	-
بهار	-	-	-	-	-	-	-
تویسرکان	+	۲۶	+	۶	-	-	-
رزن	+	۳۱	+	۲	-	-	-
کبودرآهنگ	+	۲۸	-	۲	-	۲	-
فامنین	-	-	-	-	-	-	-
ملایر	+	۵۳	-	-	-	-	+
نهادند	+	۳۲	-	۱۳	-	-	-
همدان	+	۲۱۵	+	۶۳	+	۲۹۲	+

## کبودرآهنگ :

بیمارستان امام رضا (ع) تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان کبودرآهنگ می باشد. در حال حاضر تعداد ۲۸ بیمار دیالیزی، ۲ بیمار تالاسمی و ۲ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان است.

بیمارستان امام رضا (ع): این بیمارستان در سال ۱۳۷۹ با ۵۰ تخت مصوب و ۴۲ تخت فعال راه اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می کند.

## بخش دیالیز:

این بخش در سال ۱۳۸۲ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن اصلی قرار دارند. سالن اصلی بخش دیالیز حدود ۶۰ متر مربع وسعت دارد و دارای ۶ دستگاه دیالیز است که یک دستگاه ویژه آنتی ژن مثبت می باشد. تعداد بیماران ثابت این بخش ۲۸ بیمار است. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی، ۴ پرستار و ۲ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت سه شیفت فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش ۵/۴ است.

## بخش تالاسمی و هموفیلی:

به دلیل کم بودن تعداد بیماران، بخش مستقلی برای بیماران تالاسمی و هموفیلی

در نظر گرفته نشده است و بیماران در اتاقی واقع در بخش اطفال تحت درمان قرار می گیرند. تعداد ۲ بیمار تالاسمی و ۲ بیمار هموفیلی به این بیمارستان مراجعه می کنند.

## ملایر :

بیمارستان امام حسین (ع) تنها مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان ملایر می باشد. در حال حاضر تعداد ۵۳ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان می باشند.

بیمارستان امام حسین (ع): این بیمارستان در سال ۱۳۷۴ با ۱۰۹ تخت مصوب و ۱۰۹ تخت فعال راه اندازی شده است و به ۱ گروه از بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می کند.

## بخش دیالیز:

این بخش در سال ۱۳۷۵ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز (بیماران غیر آنتی ژن مثبت) در حدود ۱۰۰ مترمربع وسعت دارد که در آن ۱۰ دستگاه دیالیز قرار گرفته است. این بخش تعداد ۵۳ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۳ پزشک متخصص داخلی، ۸ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی، ۸ پرستار و ۲ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۴ روز

هفته به صورت ۳ شیفت و در ۲ روز دیگر به صورت ۲ شیفت فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۵/۷ است.

## نهادند:

بیمارستان آیت اله علیمرادیان، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان نهادند می باشد. در حال حاضر تعداد ۳۲ بیمار دیالیزی و ۱۳ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.

## بیمارستان آیت اله علیمرادیان:

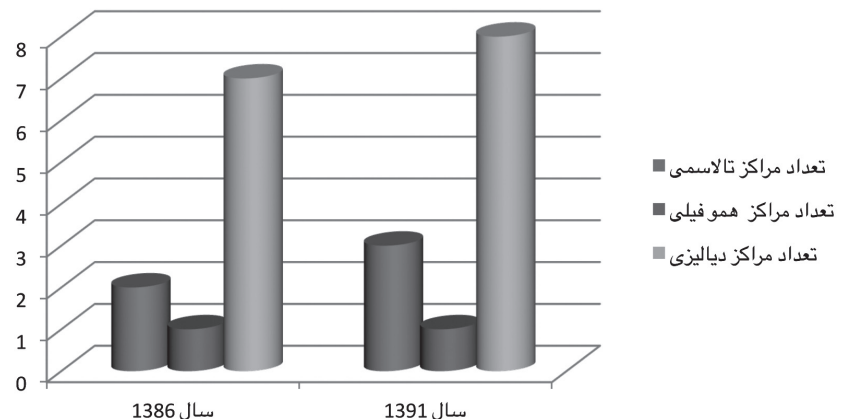
این بیمارستان در سال ۱۳۶۳ با ۴۶ تخت مصوب راه اندازی شده است و در حال حاضر ۴۶ تخت فعال دارد. این بیمارستان به ۲ گروه از بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۷ راه اندازی شده است. بخش دیالیز حدود ۱۲۰ متر مربع وسعت داشته و دارای ۸ دستگاه دیالیز است. این بخش تعداد ۳۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی و ۵ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفت فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۴ است.

## بخش تالاسمی و هموفیلی:

این بخش در ۲ اتاق تقریباً ۱۰ مترمربعی و در بخش اطفال واقع می باشد. یکی از این دو اتاق به علت نداشتن تخت عملاً بلا استفاده است و در اتاق دیگر تعداد ۳ تخت اطفال گذاشته شده است. تعداد ۱۳ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بخش می باشند. آلودگی به ویروس هپاتیت در بین بیماران مشاهده نشد. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.





### شهرستان های فاقد مرکز تالاسمی و هموفیلی:

بیمارستان های امیر المومنین اسد آباد، امام حسین ملایر و شهید بهشتی همدان، فاقد بخش تالاسمی و هموفیلی هستند. بیماران هموفیلی از سراسر استان برای دریافت خدمات درمانی به مرکز استان یعنی شهرستان همدان مراجعه می کنند.

مصوبات بنیاد جهت اهدا بعد از بازدید بنیاد: ۵ دستگاه دیالیز همچنین ۳۰ دستگاه تخت ۱ و ۳ شكن به همراه وسایل جانبی، ۱۵ عدد تجهیزات درمانی و رفاهی برای شهرستان های استان همدان مصوب شد. همچنین برای مشکلات فوق الذکر نیز با سازمان های مربوطه جهت رفع مشکل مکاتبه گردید.

### کمک های بنیاد

بنیاد امور بیماری های خاص تا ابتدای سال ۱۳۹۱ بالغ بر ۱۹ دستگاه دیالیز و ۳۱۴ دستگاه تجهیزات درمانی به استان همدان کمک تجهیزاتی نموده است. همچنین بنیاد امور بیماری های خاص بالغ بر ۱۷۴۲۱۱۳۳۰ ریال به صورت نقدی و ۳/۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال به صورت هدیه ایثار به اهدا کنندگان کلیه به استان همدان کمک مالی نموده است.

است که در حال حاضر ۵۸ تخت فعال دارد. بخش دیالیز: این بخش در طبقه زیر همکف بیمارستان، در حدود ۲۵۰ متر مربع وسعت داشته و دارای ۱۹ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش تعداد ۱۳۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۴ فوق تخصص نفرولوژی و ۱۶ پرستار تشکیل شده است.

این بخش در ۶ روز هفته به صورت سه شیفت فعال است. نسبت بیمار به دستگاه (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۷ است. مشکلات و کمبودها

### شهرستانهای فاقد مرکز:

تمامی شهرستان های استان به استثناء شهرستان های بهار و فامنین، دارای مرکز دیالیز مستقل هستند. بیماران شهرستان بهار به همدان و بیماران شهرستان فامنین به کبودرآهنگ مراجعه می کنند.

### مشکلات مربوط به فضای فیزیکی:

بیمارستان های ولی عصر (عج) تویسرکان، ولی عصر (عج) رزن، امام رضا (ع) کبودرآهنگ، امام حسین (ع) ملایر، بعثت همدان، شهید بهشتی همدان، دچار کمبود فضای بخش دیالیز است. امکانات آموزشی: هیچ کدام از مراکز بازدید شده به امکانات آموزشی مناسبی دسترسی نداشتند که بسته های آموزشی بنیاد در اختیار مسئولین بخش ها قرار گرفت.

### همدان:

مرکز استان همدان و جمعیت آن بیش از ۶۵۰ هزار نفر می باشد. تعداد ۲۱۵ بیمار دیالیزی، ۶۳ بیمار تالاسمی و ۲۹۲ بیمار هموفیلی خدمات درمانی خود را در مراکز درمانی بعثت و شهید بهشتی دریافت می کنند.

### بیمارستان بعثت:

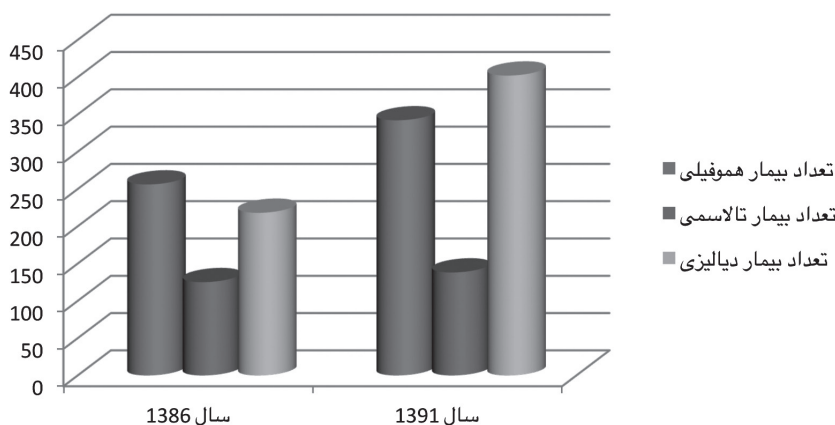
بیمارستان بعثت مجهزترین مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در استان همدان می باشد که در سال ۱۳۸۵ تاسیس شده است. این بیمارستان دارای ۵۰۰ تخت مصوب می باشد و در حال حاضر با ۴۵۰ تخت فعال مشغول خدمت رسانی است.

### بخش دیالیز:

این بخش در سال ۱۳۸۷ تاسیس شده است. بخش دیالیز در طبقه همکف قرار دارد و حدود ۱۲۰ مترمربع وسعت داشته و دارای ۱۳ دستگاه دیالیز است. این بخش تعداد ۸۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی، ۸ پرستار، ۱ بهیار و ۱ تکنیسین دیالیز تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۴ شیفت فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۶/۵ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۱۳۸۸ راه اندازی شده است. این بخش دارای ۷ تخت فعال است. تعداد ۶۳ بیمار تالاسمی و ۳۴۰ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی این بخش از ۲ متخصص هماتولوژی و آنکولوژی و ۳ پرستار تشکیل شده است.

بیمارستان شهید بهشتی: این بیمارستان حدود چهار سال پیش به این مکان منتقل گردیده است که پیش از این نام اکباتان بر روی آن بوده و در محل دیگری نیز واقع بوده است. بیمارستان دارای ۶۰ تخت مصوب



# خیریه خدمات درمانی حضرت ابوالفضل (ع) اصفهان

انجمن خیریه خدمات درمانی حضرت ابوالفضل (ع) اصفهان سال‌ها است که در زمینه حمایت از بیماران کلیوی و قلبی خدمات‌رسانی می‌کند بی‌شک در انجام این مهم نیت خیر بانیان این انجمن قابل ستایش است. از این رو با مدیر عامل انجمن خیریه خدمات درمانی حضرت ابوالفضل (ع) اصفهان به گفتگو نشستیم.

تهیه و تنظیم: نسرین آقا ملا

## آقای دردشتی لطفاً خودتان را به‌طور کامل برای خوانندگان معرفی کنید؟

اینجانب احمد فامیل دردشتی متولد ۱۳۱۶ صادره از اصفهان با سابقه ۳۶ سال فعالیت در تولید و از سال ۱۳۶۹ رسماً بعنوان مدیر عامل فعالیت خود را از امور سازمان مردم‌نهاد انجمن خیریه خدمات درمانی حضرت ابوالفضل (ع) آغاز نموده و در حال حاضر اینجانب به عنوان رئیس مجمع خیریه‌های درمانی استان اصفهان، رئیس هیئت مدیره انجمن خیریه بیماران نقص ایمنی، نایب رئیس انجمن خیریه فرهنگی مکتب الحسین، عضو هیئت مدیره خیریه امام حسین (ع) و رئیس هیئت مدیره خیریه حضرت ولی عصر (عج) دانشگاه و ده‌ها خیریه دیگر می‌باشم.

## خیریه حضرت ابوالفضل (ع) از چه سالی با چه هدفی شروع به کار کرد؟

انجمن خیریه حضرت ابوالفضل (ع) از سال ۱۳۶۷ در ارتباط با آشنایی از وضعیت یک بیمار کلیوی پایه‌ریزی و در سال ۱۳۶۹ با افزایش تعداد بیماران رسماً با تشکیل هیئت امنا، هیئت مدیره و تنظیم اساسنامه با شماره ثبتی ۴۹۶ کار خود را شروع نمود.

هدف انجمن بطور کل فراهم نمودن تسهیلات رایگان برای بیماران خاص نیازمند از جمله بیماران کلیوی و دیالیزی که متعاقباً بیماران قلبی بزرگسال، جراحی قلب اطفال و کودکان کر و لال (ناشنوا) نیز تحت پوشش قرار گرفته و در رفع آلام و مشکلات بیماران فارغ از هرگونه گرایش نژادی و سیاسی اقدام می‌نماید.

## تعداد بیماران تحت پوشش‌تان چقدر است؟

کل بیماران تحت پوشش بالغ بر ۱۱۵۰۰۰ نفر بیمار نیازمند اعم از بیماران کلیوی، دیالیزی، قلبی بزرگسال، قلبی اطفال، کاشت حلزون گوش بچه‌های ناشنوا، تعدادی بیمار کانسری، پروتز دندانپزشکی، چشم پزشکی و سایر می‌باشد.

## چطور با بنیاد آشنا شده‌اید؟

از سال ۱۳۷۵ در ارتباط با بیماران خاص با بنیاد امور بیماری‌های خاص تعامل و ارتباط پیدا کردم و از آن زمان تاکنون این ارتباط جهت رفع مشکلات بیماران نیازمند برقرار می‌باشد که هیئت مدیره خیریه این ارتباط را نیک می‌داند.

## خیریه حضرت ابوالفضل (ع) تا کنون چه گام‌هایی برداشته است؟

ثبت پرونده‌های مددجویان از طریق سیستم رایانه‌ای و به روز شدن اطلاعات پرونده مددجویان تحت پوشش، رسیدگی به بیماران دیالیزی جهت ایاب و ذهاب که هر ۳ ماه مبلغ ۹۰ میلیون پرداخت می‌شود. سالیانه بین ۱۴۰ تا ۱۶۰ نفر بیمار دیالیزی با کمک خیرین مورد عمل پیوند کلیه قرار می‌گیرند که عمدتاً فاقد امکانات مالی هستند شایان ذکر است تاکنون ۲۲۱۷ مورد عمل پیوند کلیه از طریق کمک‌های مردمی قرار گرفته‌اند. تهیه و توزیع ارزاق در هر سال بین ۲ تا ۳ مرتبه، تهیه و توزیع دستگاه‌های همودیالیز در بین مراکز درمانی با تعامل دانشگاه علوم پزشکی و مساعدت بی‌دریغ بنیاد امور بیماری‌های خاص در اهدای دستگاه همودیالیز و تأمین هزینه داروی بعد از پیوند کلیه که می‌بایستی طبق دستور پزشک جهت جلوگیری از پس‌زدن کلیه تا آخر عمر مصرف نمایند که به صورت رایگان به بیماران تحت پوشش اختصاص می‌یابد. س: در چه زمینه‌هایی با بنیاد تعامل داشته‌اید؟  
تعامل با بنیاد بیماری‌های خاص در مورد کمک به بیماران خاص و همچنین اهدای دستگاه‌های همودیالیز جهت راه‌اندازی در مراکز درمانی استان است. س: از اقداماتی که تا حالا در اصفهان انجام داده‌اید را برایمان بگویید؟

انجمن خیریه ضمن فراهم نمودن تسهیلات رایگان برای مددجویان تحت پوشش مدت ۳ سال است که در زمینه پیشگیری بهتر از درمان است به‌طور جد برنامه‌ریزی و در این راستا اقدامات قابل توجهی نیز به عمل آورده که شامل نشست‌های علمی فرهنگی ماهانه، چاپ و نشر بروشورهای اطلاع‌رسانی در خصوص بیماری‌ها، همچنین تهیه و تحویل آمبولانس به بیمارستان‌های بهداشتی درمانی، اهدا دستگاه‌های آر او و سختگیر به بخش‌های دیالیز استان اصفهان و احداث اولین مرکز تخصصی و فوق تخصص کلیه و دیالیز خیریه خدمات درمانی حضرت ابوالفضل (ع) با ارایه خدمات ۸۰ دستگاه تخت همودیالیز، آزمایشگاه، رادیولوژی، دندانپزشکی، پلی‌کلینیک تخصصی و مرکز آموزش سلامت و بازتوانی بیماران.

س: شما در آینده چه برنامه‌هایی برای خیریه حضرت ابوالفضل (ع) دارید؟

- با توجه به افزایش روز افزون بیماران خیریه در صدد برنامه‌ریزی و تدوین طرح باشگاه سلامت در راستای آگاهی به عموم مردم در خصوص اصلاح و بهبود شیوه‌های زندگی و غربالگری احاد مردم به منظور آزمایشات قند خون، اندازه‌گیری فشار خون در راستای سلامتی می‌باشد.

س: آقای دردشتی خیلی مصاحبه خوبی بود، اگر در پایان نکته‌ای به نظرتان می‌رسد بفرمایید.

تشکر می‌کنم از همه کسانی که در این چند سال یار و همیار خیریه بوده‌اند که با کمک و مساعدتهای بی‌دریغشان باعث خرسندی و سلامتی بیماران گردیده و مخصوصاً از بنیاد بیماری‌های خاص که با اهدای دستگاه‌های همودیالیز در رفع مشکلات بیماران نقش بسزایی را ایفا می‌نمایند.

انجمن خیریه خدمات درمانی  
حضرت ابوالفضل (علیه السلام)  
ویژه بیماران کلیوی و قلبی





# حضور بنیاد در میان مردم

نمایشگاه‌های بنیاد امور بیماری‌های خاص یک از ابزارهای معرفی و آرایه خدمات بنیاد است که فراخور مناسبت‌های مختلف از کنگره‌های علمی گرفته تا نمایشگاه‌های عمومی برگزار می‌شود و در این شماره از نشریه هم بنیاد در چندین نمایشگاه شرکت کرده و توانسته بار دیگر حضور سبز را در اجتماع ثبت برساند.

## معاونت ارتباطات و بین الملل

سنوات گذشته در این نمایشگاه شرکت داشته و به معرفی بنیاد و فعالیت‌های آن و جذب پزشکان خیر پرداخته است.

## \* نهمین کنگره بین المللی سلول‌های بنیادی رویان

موسسه رویان نهمین کنگره بین المللی سلول‌های بنیادی رویان را از تاریخ ۱۳ شهریور ماه لغایت ۱۵ شهریور ماه در سالن همایش‌های رازی برگزار کرد که کنار سالن همایش‌ها فضایی را در دو طبقه به

## نمایشگاه جشن رمضان سوهانک

\* نمایشگاه جشن رمضان به همت کمیته امداد امام خمینی از ۱۹ تیر ماه تا ۱۸ مرداد ماه در سوهانک تهران دایر شد که بنیاد نیز طبق سنوات گذشته در این نمایشگاه شرکت کرد و با توزیع انتشارات و معرفی فعالیت‌های بنیاد در این نمایشگاه نیز حضور پر باری داشت.

### نمایشگاه نفس

جشن نفس که خاص بیماران پیوندی و خانواده‌های این بیماران بود توسط مرکز پیوند بیمارستان

مسیح دانشجویی تهران از تاریخ ۲۴ مرداد ماه لغایت ۲۵ مرداد ماه در سالن تنیس ۵۰۰۰ نفری باشگاه انقلاب برگزار شد که در کنار این جشن نمایشگاهی نیز برای علاقمندان دایر شد بنیاد نیز در این نمایشگاه غرفه‌ای را به خود اختصاص داد که افراد مراجعه‌کننده می‌توانستند فرم‌های اهدای عضو را در آنجا تکمیل و ثبت نام نمایند.

## \* نمایشگاه روز پزشک در وزارت کشور

سازمان نظام پزشکی با همکاری خیریه مهدی موعود در تاریخ ۳۱ مرداد ماه همایشی را به مناسبت روز پزشک در سالن وزارت کشور برگزار کرد که در ورودی سالن نیز با همکاری سازمان نظام پزشکی غرفه‌ای جهت معرفی فعالیت‌ها و آرایه انتشارات به بنیاد امور بیماری‌های خاص آرایه گردید.



خیریه‌ها و شرکت‌های تجهیزات پزشکی و دارویی اختصاص داد که در این میان بنیاد امور بیماری‌های خاص نیز طبق



# پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم

کلینیک تخصصی و فوق تخصصی دیابت و بیماری های متابولیک ۲

نظر به اهمیت بیماری های غیرواگیر و با عنایت به ماموریت سازمانی پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارائه خدمات جامع آموزشی، پژوهشی و درمانی به این گونه بیماران و بهبود کیفیت زندگی آنها، مرکز جامع تخصصی و فوق تخصصی دیابت (ساختمان شماره ۲ پژوهشکده) را تجهیز و بهره برداری نمود.



در حال حاضر بیماری های غیر واگیر، بار بهداشتی سنگینی به جامعه تحمیل می نمایند. دیابت، اختلالات متابولیک، بیماری های قلبی و عروقی، سرطان ها و پوکی استخوان، درصد قابل توجهی از بیماری ها را به خود اختصاص داده اند. سه مؤلفه ماهیت چند عاملی این بیماری ها، طولانی بودن روند تشخیص و درمان آنها و وقوع عوارض مختلف، کنترل و پیشگیری از این اختلالات در سطوح مختلف اولیه، ثانویه و روند درمان را با دشواری های زیاد همراه نموده است. شیوع و بروز فراوان دیابت در کشور و روند صعودی آن، سهم نسبتاً زیاد افراد مبتلا به دیابت که از بیماری خود مطلع نیستند، درصد بالای عوارض مختلف دیابت در بیماران کشور، پایین بودن درصد پایبندی بیماران مبتلا به روش های درمانی مختلف و خود مراقبتی و ... گواهی بر این مدعا می باشد.

تغییرات شیوه زندگی جامعه، افزایش چاقی و کاهش میزان فعالیت، تغییر ساختار جمعیتی کشور به سوی سالمندی و رشد شهر نشینی نیز عواملی هستند که توجه به این گونه بیماری ها را در اولویت سیاست گذاری و برنامه ریزی نظام سلامت کشور در تمام ابعاد بهداشتی، درمانی، آموزشی، پژوهشی و مدیریت قرار می دهد.

نظر به اهمیت بیماری های غیرواگیر و با عنایت به ماموریت سازمانی پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران در ارائه خدمات جامع آموزشی، پژوهشی و درمانی به این گونه بیماران و بهبود کیفیت زندگی آنها، مرکز جامع تخصصی و فوق تخصصی دیابت (ساختمان شماره ۲ پژوهشکده) را تجهیز و بهره برداری نمود.

مرکز دیابت و بیماری های متابولیک با زیر بنای تقریبی ۵۰۰۰ متر مربع در ۷ طبقه در مرکز شهر تهران قرار گرفته است. این مرکز با هدف

دیابتی و جلوگیری از اتلاف وقت و سرگردانی و صرفه جویی در هزینه های درمانی آنها  
۴. برگزاری دوره های کوتاه مدت و بلند مدت آموزشی برای پزشکان، پرستاران و کارشناسان تغذیه در سراسر کشور  
۵. ایجاد زمینه انجام طرح ها و پروژه های تحقیقاتی  
۶. همکاری با سایر مراکز تحقیقاتی و آموزشی در داخل و خارج کشور

همگامی با دانش روز جهان و ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی با بهترین کیفیت به بیماران دیابتی، تأسیس گردیده و اجرای این هدف مستلزم ارتباط با مراکز علمی دنیا، انجام تحقیقات کاربردی و بنیادی و استفاده از نیروهای متخصص، پرسنل با تجربه و آموزش دیده و آشنا به علوم و تکنولوژی روز دنیا است.

## اهداف این مرکز عبارتند از:

### خدمات قابل ارائه در این مرکز:

۱. آزمایشگاه
۲. داروخانه و مرکز اطلاعات دارویی
۳. واحد ارزیابی و غربالگری بیماران
۴. آموزش بیماران دیابتی

۱. ارائه خدمات درمانی مورد نیاز بیماران دیابتی در یک مجتمع مجهز
۲. ارائه خدمات مشاوره ای و آموزشی به بیماران بصورت فردی و گروهی
۳. گردآوری متخصصین و فوق تخصص ها در یک مجموعه جهت رفع نیازهای بیماران



در جامعه و آموزش اختصاصی برای بیماران می‌باشد. هدف آن است که بیمار دیابتی، متخصص دیابت شود. چرا که بدون علم و آگاهی و ایجاد انگیزه در بیمار نمی‌توان موفق به کنترل دیابت شد. بیماری دیابت همواره با بیمار است و آموزش مراقبت از خود، اصل و اساس کنترل دیابت است.

### واحد مشاوره تغذیه

این واحد به عنوان یک بخش آموزشی و مکمل درمانی به بیماران، اهمیت تغذیه را در کنترل دیابت یادآوری و نحوه صحیح مصرف غذا را آموزش می‌دهد و بیماران پس از دریافت رژیم غذایی مناسب بعد از ۶-۴ هفته مجدداً ویزیت می‌شوند و سپس ویزیت‌های ۳ ماهه، ۶ ماهه و ۱ ساله دارند. واحد تغذیه به بخشهای تخصصی تفکیک شده و در روزهای مختلف هفته واحدهای تخصصی تغذیه دایر می‌باشد که شامل:

- واحد عمومی تغذیه
- واحد تغذیه کودکان و نوجوانان
- واحد تغذیه برای بیمارانی که عوارض مزمن پیدا کرده اند

### داروخانه و مرکز اطلاعات دارویی

این واحد جهت دسترسی بیماران خصوصاً بیماران دیابتیک و خاص به داروهای عمومی، تخصصی و فوق تخصصی ایجاد شده است.

### خدمات

- ارائه کلیه داروهای عمومی و تخصصی
- ساخت داروهای ترکیبی
- توزیع داروهای فوق تخصصی ویژه بیماران
- ارائه تجهیزات پزشکی و لوازم بهداشتی
- اطلاع‌رسانی داروئی به شهروندان

### واحد ارزیابی و غربالگری بیماران

در این واحد از بیماران جدید توسط پزشک عمومی که دوره جامع آموزش تئوری و عمومی دیابت را دیده است، شرح حال گرفته می‌شود و بعد از معاینه و انجام آزمایش‌های پاراکلینیک، در صورت نیاز به نظر پزشک فوق تخصص غدد، اقدامات درمانی جهت بیمار شروع می‌شود. در این واحد وقت‌دهی به بیماران به صورت اینترنتی، تلفنی و یا حضوری امکان‌پذیر می‌باشد.

### آموزش بیماران

این واحد در دو حیطة پیشگیری و کنترل دیابت فعالیت دارد که شامل آموزش همگانی

۵. واحد مشاوره تغذیه
۶. بخش طب فیزیکی و توانبخشی
۷. بخش مراقبت از پای دیابتی
۸. کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی
۹. مرکز تحقیقات سلامت سالمندان
۱۰. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر
۱۱. واحد اطلاع‌رسانی و کتابخانه
۱۲. واحد سمعی بصری

### بخش آزمایشگاه

این واحد جهت دسترسی بیماران دیابتیک به کلیه آزمایش‌های عمومی و تخصصی پزشکی ارائه شده در ایران با بالاترین کیفیت و حداقل هزینه و همچنین انجام پروژه‌های تحقیقاتی ایجاد شده است.

### خدمات

- بیوشیمی (عمومی و تخصصی)
- هماتولوژی و انعقاد اختصاصی
- هورمون‌شناسی تخصصی
- ایمونو سرولوژی
- فلوسیتومتری
- میکروبیولوژی (باکتری شناسی - انگل شناسی - ویروس شناسی - قارچ شناسی)
- پاتولوژی (پاتولوژی تشریحی - سیتوپاتولوژی - تشخیص مولکولی - PCR و...)
- انجام پروژه‌های تحقیقاتی







## طب فیزیکی و توانبخشی در بیماران دیابتی

بر اساس تجربیات کشورهای توسعه یافته، ورزش و توانبخشی به عنوان کلید اصلی درمان و کنترل دیابت معرفی می شوند و برنامه هایی جدی جهت کنترل و درمان بیماری و عوارض ناشی از آن را اجرا شده است. از این رو چهار کلینیک جهت این بیماران در نظر گرفته شده است که شامل موارد ذیل می باشد:

- Foot Clinic
- Exercise and Lifestyle
- Education Clinic
- Musculoskeletal Clinic
- Fitness Clinic

در واقع هدف بر این است که بیماران علاوه بر دریافت برنامه حرکات هوازی و توانبخشی عوارض دیابت، برنامه تغذیه ای و دارویی متناسب نیز داشته باشند. بیماران که وارد این کلینیک ها می شوند دارای دیابت کنترل شده هستند و همچنین ممکن است بیمار به طور هم زمان در دو یا سه کلینیک از لحاظ درمانی مورد توجه قرار گیرد.

### بخش پای دیابتی

این واحد به منظور جلوگیری از معلولیت های ناشی از روند بیماری پای دیابتیک اقدام به مراقبت و درمان های تخصصی و انجام تستهای تشخیصی، عروقی، حسی، عصبی، حرکتی در بیماران مستعد به پای دیابتی می نماید و با معرفی بیماران به مراکز مخصوص تهیه کفش های طبی و درمانی آنها را راهنمایی می نماید. در این قسمت علاوه بر ویزیت بیماران زخم پای دیابتی، دبریدمان های مکرر و مورد نیاز در اتاق عمل سرپایی و پانسمان های نوین برای این بیماران استفاده می شود.

### کلینیکهای تخصصی و فوق تخصصی

این واحد جهت ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی به عموم بیماران به ویژه بیماران دیابتیک ایجاد شده است و شامل

بخش های تخصصی زیر می باشد:

- کلینیک قلب و عروق
- الکتروکاردیوگرافی
- اکوکاردیوگرافی
- تست ورزش
- نصب هولتر ۲۴ ساعته
- کلینیک غدد
- کلینیک اعصاب و روان
- کلینیک داخلی
- کلینیک پوست
- کلینیک نفرولوژی
- کلینیک مغز و اعصاب
- کلینیک چشم
- سونوگرافی چشم
- آنژیوگرافی چشم
- لیزر درمانی

### مرکز تحقیقات سلامت سالمندان

در این واحد پژوهشگران با انجام تحقیقات گسترده در صدد افزایش دانش پایه و علوم در زمینه دوره های مختلف زندگی می باشند از آن جا که در ۱۰ سال آینده بیش از ۱۰ درصد افراد جامعه سنی بالاتر از ۶۰ سال خواهند داشت که این افزایش نسبت سالمندان، پیامدها و نیازهای متعددی بر سیستم خدمات سلامت کشور تحمیل خواهد کرد که شناخت آنها مستلزم انجام پژوهشهای دقیق علمی در زمینه فرآیند سالمندی و طب سالمندان خواهد بود.

### مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیر

مرکز تحقیقات بیماری های غیر واگیر که مقرر است به عنوان یکی از تأمین کنندگان شواهد علمی مداخلات مؤثر بر نظام سلامت در راستای سیاست های وزارت بهداشت در خصوص بیماریهای غیر واگیر عمل نماید با بهره گیری از محققین جوان و دانشجویان دوره دکتری (اعم از دانشجویان دکتری مبتنی بر تحقیق یا دانشجویان دکتری مبتنی بر واحد های آموزشی) در چهار حیطة: ۱- تعیین بار بیماریها، ۲- ارزیابی عملکرد نظام سلامت، ۳- سلامت سنجی ۴- عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، اقدام به توسعه تحقیقات مداخله ای یا مشاهده ای می نماید.

### واحد اطلاع رسانی و کتابخانه

این واحد جهت سهولت دسترسی به آخرین کتب و مقالات علمی برای پزشکان، متخصصین و سایر علاقه مندان و تبادلات علمی و پژوهشی به ویژه در زمینه بیماریهای دیابتی با مراکز علمی- درمانی داخل و خارج کشور ایجاد شده است.

### خدمات:

- کتابخانه {بخش مجلات - بخش کتب عمومی و تخصصی پزشکی}
- Internet -
- جستجوی مقالات علمی و تخصصی -
- تبادل اطلاعات علمی و پژوهشی با مراکز علمی سطح کشور و سایر نقاط جهان
- Medline {جستجوی مقالات علمی و تخصصی - امکان دسترسی و چاپ اصل مقالات (Full Text)}

### واحد سمعی و بصری

این واحد جهت برگزاری سمینارهای علمی و تخصصی، جشن ها، مراسم و مناسبت ها ایجاد شده است.

### خدمات:

- آمفی تئاتر با ظرفیت ۱۳۰ نفر
- سیستم صوتی و تصویری مجهز
- سیستم ترجمه همزمان
- فیلمبرداری و ضبط سمینارها

### افق های آینده

با توجه به شیوع گسترده دیابت و لزوم تحقیقات در این زمینه، پژوهشکده دیابت قصد دارد تا در آینده ای نزدیک در زمینه های لیپید در دیابت، دیابت در کودکان، روانشناسی دیابت، تحقیقات علوم پایه دیابت و همچنین بررسی میزان شیوع دیابت در کشور مجموعه ای از تحقیقات هدفمند را طراحی نماید.



# گذری بر یک سال اقدامات بنیاد در زمینه پژوهشی

فرزانه شعبانی

و شاخص توده بدنی (مورخ: ۹۱/۵/۱۴) در مرکز همایشهای صدا و سیما جشن رمضان

## اردو:

برگزاری اردوی آموزشی - تفریحی برای کودکان مبتلا به دیابت (۹۱/۷/۲۰)

برگزاری اردوی آموزشی - تفریحی برای کودکان مبتلا به تالاسمی (۹۱/۷/۲۱)

## همکاری با نهادها:

همکاری با بنیادهای کلیه (IF همکاریهای علمی بین المللی با فدراسیون بین المللی تالاسمی (TIF)، فدراسیون بین المللی (KF)، مجمع بینالمللی انتقال خون (ISBT)، سازمان بیماری های نادر اروپا (DPI)، Eurordis، NGO، سازمان اقتصادی-اجتماعی ملل متحد (Eco Soc)، دپارتمان نهادهای غیردولتی سازمان ملل (NGOs UN)، انجمن اروپایی کلیوی و انجمن اروپایی دیالیز و پیوند (ERA-EDTA) در قالب عضویت فعال در سازمانهای بینالمللی مزبور (این همکاریها به صورت مستمر و از طریق ارائه مقاله های علمی در کنگره ها و اجلاس آنهاست).

## پژوهش:

مشارکت مادی و معنوی در اجرای تحقیقات بنیادی و کاربردی با مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی در قلمرو فعالیتهای بنیاد امور بیماری های خاص حمایت از پایان نامه های کارشناسی ارشد و دکتری که در زمینه بیماری های خاص تدوین شده اند،

استقرار و فعالیت روزآمد پایگاه سرشماری و آماری بیماران خاص به تفکیک نوع بیماری، استان محل اقامت و مراکز درمانی ارائه خدمات پزشکی در سراسر کشور به صورت رایانه ای

تالاسمی (هدف از این کارگاه بررسی انتظارها، کمبودها و چالشهای موجود، نیازهای آتی جامعه پرستاری و آموزش محورهای مورد بحث بود).  
- کارگاه ۵: مدیریت قانونی، اجتماعی و رفاهی بیماران تالاسمی (هدف از این کارگاه، بررسی قوانین موجود برای افراد مبتلا به تالاسمی و مسائل و مشکلات و چالش های اجتماعی گریبانگیر این افراد و همچنین مسائل رفاهی و معیشتی این افراد است).

## غربالگری:

غربالگری (screening) در پزشکی راهبردی است که در یک جمعیت به کار میرود تا یک بیماری را در افرادی که فاقد نشانهها و علائم هستند، شناسایی کند بر خلاف اغلب موارد در پزشکی، آزمونهای غربالگری بدون وجود شاهد بالینی از بیماری، بر روی افراد انجام میشود مقصود از غربالگری شناسایی زودرس بیماری در یک جامعه است، تا به این ترتیب با فراهم شدن امکان مداخله و مدیریت پیشهنگام، میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری کاهش یابد گرچه غربالگری ممکن است به تشخیص زودرس بیماری منتهی شود، نشان داده شده است که همه آزمونهای غربالگری به افرادی که مورد غربالگری قرار می گیرند، نفع می رسانند

- برگزاری طرح غربالگری دیابت (مورخ: ۹۱/۲/۲۵) در دانشگاه آزاد اسلامی و ارائه آموزش های لازم در خصوص پیشگیری از دیابت

- برگزاری طرح غربالگری دیابت (مورخ: ۹۱/۵/۱۴) در مرکز همایشهای صدا و سیما - جشن رمضان

- برگزاری طرح غربالگری سرطان های شایع زنان (مورخ: ) در محل بنیاد بیماریهای خاص همزمان با بازارچه

- برگزاری طرح غربالگری سرطان پروستات (مورخ: ۹۱/۱۲/۱) در مرکز شرق به مناسبت هفته سلامت مردان

- برگزاری طرح سنجش قد، وزن، فشارخون

بنیاد امور بیماریهای خاص، از ابتدای تاسیس تا کنون ارتقا سطح آگاهی جامعه در خصوص بیماری های خاص را رسالت خود قرار داده است. در این راستا اقدامات متعددی انجام گرفته که در ادامه به صورت مختصر به آن ما اشاره خواهد شد.

## کارگاه:

به منظور ارتقاء سلامت روحی، جسمی، اجتماعی و امید به زندگی و نیز کسب راهکارهای نوین در ارتقاء آگاهی و دانش بیماران و ارزیابی وضع موجود که در خصوص این بیماران صورت گرفت، مجموعه نشست هایی در قالب کارگاه ها توسط بنیاد امور بیماری های خاص برگزار گردید.

## کارگاه های تالاسمی:

پروژه برگزاری کارگاه های تالاسمی در شهریور ۱۳۹۰ کلید خورد. با توجه به اینکه این برنامه یک رویداد و تجربه موفق در عرصه مدیریت بیماری ها در کشور می باشد و اطلاع رسانی به مراکز ذی صلاح یکی از مراحل پراهمیت برگزاری کارگاه می باشد؛ کارکنان واجد مسؤولیت در این بخش به دنبال جلسات پی در پی فهرستی از مدعوین و چیدمان سخنرانی های این کارگاه را تهیه کردند. این کارگاه ها در پنج مرحله برگزار شده است که عبارتند از:

- کارگاه ۱: مدیریت پیشگیری از تالاسمی (هدف از این کارگاه محوریت پیشگیری از بیماری تالاسمی، بررسی معضلات پیشگیری و ساماندهی این امر می باشد)

- کارگاه ۲: مدیریت درمان تالاسمی (هدف از این کارگاه محوریت درمان بیماری تالاسمی می باشد)

- کارگاه ۳: مدیریت عوارض درمان تالاسمی (هدف از این کارگاه بررسی عوارض ناشی از درمان در این بیماری است).

- کارگاه ۴: مدیریت پرستاری و مراقبت های



# یاری سبز یاوران بنیاد

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

محمد پیرمحمدی

نام نیکوکار	نام نیکوکار	نام نیکوکار	نام نیکوکار
خمسه	ریوند	مرادی	حکیمه عبداللهی
پاشازاده	حقیریان	شاه حسینی	نراقی
حمیدرضا ناصری	فاطمه جکندی	حمید تقوایی	زرساو
ایران فرم	مرتضی گلریز	زهرا ماسوری	زندانیان
وثوقی کیا	پاشایی	حامد رضایی	دمشتقی
امیر رضا سلیمانیان	مهدویان	صفوی	دودانگه
جری	نجاتیان	محمد صیاد	فرشید عمودی
جلیلی	غلامی	ناصر خاکی	صفاری
یارندی	شهرام	حیدری	اصغری
وفادار	محمدعلی	شکوه سبزه‌ای	طاهره غفوری
افشاری	یاسینی	محمدجوار کرمی	مدیری نژاد
یکتا فرد	جانجانی	زفری	رکسانا کاشانی
خدییوی	تقی رضایی	هدایت زاده	معصومی
مریم دهقانی	محمد ترک	بلوی	طبيب نژاد
زلقى	جوادی	شیخ شعاعی	شاه چینی
جعفر شقاقی	مومن زاده	خدییوی	جزایری
معراجی	قربانی	علی غفوری	کاظمی
افسانه مرادیان	غفارپور	سرتیپ	شکوفه دولتی
سمیرا بزرگی	صالح کمایی	رضاییان	رحیمی
زارع خیابانی	سلیمی	جعفر کلانتری	مینا زربخش
سلطانی	نسرین شمس	رسولی	آقایی
زهرا علیزاده	خجسته	رجا فولادی	حبیبه سراجزاد
مقصودی	تقوایی	ایرج طهماسبی	طرفداری
نعمت زاده	سیدجواد محمدی	جعفر وثوقیان	الهام مرحد
یوسف زاده	فاطمه ریاضی	عباسی یحیی زاده	بریانی
معینی	حمصی	لکزایی	ستاریان
محسن کاشی بسط	فرهاد جزی	محترم دخت خیر	زهره قائم مقام
معصومه توکلی	بهاره مولوی	محمود رحیمی	جلال امیرحسینی
شقایب مقدم	پارسا شکوه	زمانی	کریمی



نام نیکوکار	نام نیکوکار	نام نیکوکار	نام نیکوکار
خمسه	ریوند	مرادی	حکیمه عبداللهی
پاشازاده	حقیریان	شاه حسینی	نراقی
حمیدرضا ناصری	فاطمه جکندی	حمید تقوایی	زرساو
ایران فرم	مرتضی گلریز	زهرا ماسوری	زندانیان
وثوقی کیا	پاشایی	حامد رضایی	دمشقی
امیر رضا سلیمانیان	مهدویان	صفوی	دودانگه
جری	نجاتیان	محمد صیاد	فرشید عمودی
جلیلی	غلامی	ناصر خاکی	صفاری
یارندی	شهرام	حیدری	اصغری
وفادار	محمدعلی	شکوه سبزه‌ای	طاهره غفوری
افشاری	یاسینی	محمدجوار کرمی	مدیری نژاد
یکتا فرد	جانجانی	زفری	رکسانا کاشانی
خدیوی	تقی رضایی	هدایت زاده	معصومی
مریم دهقانی	محمد ترک	بلوی	طیب نژاد
زلقی	جوادی	شیخ شعاعی	شاه چینی
جعفر شقاقی	مومن زاده	خدیوی	جزایری
معراجی	قربانی	علی غفوری	کاظمی
افسانه مرادیان	غفارپور	سرتیپ	شکوفه دولتی
سمیرا بزرگی	صالح کمایی	رضاییان	رحیمی
زارع خیابانی	سلیمی	جعفر کلانتری	مینا زربخش
سلطانی	نسرین شمس	رسولی	آقای
زهرا علیزاده	خجسته	رجا فولادی	حبیبه سراجزاد
مقصودی	تقوایی	ایرج طهماسبی	طرفداری
نعمت زاده	سیدجواد محمدی	جعفر وثوقیان	الهام مرحد
یوسف زاده	فاطمه ریاضی	عباسی یحیی زاده	بریانی
معینی	حمصی	لکزایی	ستاریان
محسن کاشی بسط	فرهاد جزی	محترم دخت خیر	زهره قائم مقام
معصومه توکلی	بهاره مولوی	محمود رحیمی	جلال امیرحسینی
شقایق مقدم	پارسا شکوه	زمانی	کریمی
آخوندی	عباس اسفندیار	دقتی	حسین مجیدی
حسن رفعت	سعیدلو	پورمند	مهیا بهزادی
علیرضا هادوی	فداییان	یازی	شریف محبوبی
عبدی	قاضوی	نوری	فاطمه ایرانی

### 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

# 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 چیزهایت بکنی. حس بخشیدن همان حس 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.

## تهیه و تنظیم: نسرين آقا ملا

وارد کرد. باید با مراجعه به بخش بازرگانی سفارتخانه کشور تولید کننده (کشورهای بلوک شرق) به کارخانه مورد نظر تلکس می‌فرستادند و پس از یک هفته جواب به شما می‌دادند. یا می‌رفتید به اداره مخابرات و برای شرکت‌های بلوک غرب تلکس می‌فرستادید و آنها جواب را با تلکس می‌دادند که این کار چندین هفته طول می‌کشید. حالا هر کسی از هر جای دنیا با یک کلیک می‌تواند به اطلاعات بسیاری دست پیدا کند. بگذریم پس از پایان دانشگاه وارد بازار شدم. چند سالی در بازار بودم و چون علاقه خاصی به معاملات خارجی داشتم و جهت ساخت یک پل ارتباطی کوتاه بین بازار ایران و تولید کننده‌های با کیفیت، راهی دوبي شدم. سال‌های ابتدائی آن خوب بود چرا که اقلام چینی در بازار ایران جا نیفتاده بود و مردم برای کالای خوب ارزش قائل بودند ولی با پیدا شدن تولید کننده‌های چینی و تقلب کاری‌هایشان، ما هم برگشتیم بازار، مغازه‌ها و انبار بازار را فروختیم و در خیابان سپهد قرنیه همین جایی که الان هستم مشغول به کار شدم.

## - شما چگونه به عنوان یک نیکوکار با بنیاد امور بیماری‌های خاص اقدام به همکاری کردید؟

روزی از طرف بنیاد امور بیماری‌های خاص فاکسی دریافت کردم که نوشته بود لطفاً اقلام فوق را با نازل‌ترین قیمت بصورت پیش‌فاکتور برایمان فاکس کنید. با بنیاد تماس گرفتم و گفتم نیازی به پیش‌فاکتور نیست من کلیه اقلام درخواستی را بطور رایگان برایتان ارسال می‌کنم و ایشان استقبال کردند. این یکی از لحظات افتخار آفرین زندگی من بود چرا که توانستم خودم را به نوعی در حل بخشی از مشکلات بیماران خاص شریک کنم.

اردکانیان جزو پیشگامان صنعت برق ایران در دهه ۱۳۴۰ و ۱۳۵۰ و از خیرین ایرانی مقیم لندن بوده است که در زمان جنگ تحمیلی کمک‌های بی‌شائبه‌ای جهت تجهیز بیمارستان و آمبولانس‌های جبهه و کمک به تأمین هزینه‌های بعضی از مجروحان جنگی که جهت مداوا به انگلستان می‌رفتند را نیز انجام می‌داده. لازم به ذکر است که در تجهیز تأسیسات بیمارستان قلب جوادالائمه مشهد نیز مشارکت‌هایی انجام داده‌اند.

ممن در خانواده‌ای بزرگ شدم که کمک به هم‌نوع از پایه‌های زندگی اجتماعی مان می‌باشد. تمام این‌ها را مدیون تربیت پدر و مادرم هستم که مرا به نیکی و درستکاری تشویق می‌کردند.

دوران کودکی و نوجوانی من در کودکستان و مدرسه ملی (غیر انتفاعی) فرهاد زیر نظر فرهیخته‌ترین استاد آموزش و پرورش ایران و نماینده یونسکو در بخش آموزش کودکان سرکار خانم توران میرهادی گذشت. اینجا جا دارد از پدر و مادرم بابت انتخاب شایسته این مرکز آموزشی تشکر کنم چرا که هرکاری که انجام می‌دهم تماماً آموزش‌های تربیتی آن دوران است. اگر امروز افتخار این مصاحبه نصیب من شده، به تربیت پدر و مادرم و پرورش استادان فرهیخته دوران کودکی و نوجوانی‌ام برمی‌گردد. جا دارد اینجا از مرحوم پدر بزرگم حاج حسن اردکانیان و مرحومان مادر بزرگ‌هایم مرحومه خان‌زاده خانم کرلو (مادر بزرگ پدری‌ام) و مرحومه ملک قناده (مادر بزرگ مادری‌ام) یاد کنم که بی‌شائبه مرا به نیکی به مردم و دستگیری دوستان نیازمند تشویق نمودند.

## - لطفاً از کار و حرفه خود بگویید.

زمانی که ۱۵ سال داشتم عضو مرکز کاغذ و مقوا شدم و اولین محموله کاغذ را از رومانی به کمک پدرم وارد ایران کردیم. آن زمان نه فاکس بود و نه به این راحتی می‌شد جنس

به نام روشنایی بخش بینش  
که روشن چشم ازو گشت آفرینش  
پدید آرنده انسی و جانی  
اثرهای زمینی و آسمانی  
فلک را کرده گردان بر سر خاک  
زمین را کرده گردشگاه افلاک

## - لطفاً خودتان را معرفی کنید.

فرهاد کرلو هستم متولد دی‌ماه ۱۳۴۷ متاهل؛ دارای دو دختر بنام‌های مونا و سارا همسر هم شادی سمنا؛ فارغ التحصیل از دانشگاه آزاد واحد مرکز در رشته مترجمی زبان فرانسه. من حدوداً بیست و هفت سال است که در رشته بازرگانی خارجی در بازار لوازم‌التحریر و ماشین‌های اداری فعالیت می‌کنم. هم اکنون عضو هیئت امنا و هیئت مدیره مرکز آموزشی نیکوکاری رعد شرق نیز هستم.

## - از خانواده‌تان بگویید، در چه خانواده‌ای رشد کرده‌اید؟

من در یک خانواده اصیل تهرانی به دنیا آمدم از طرف پدری مرحوم حاج میرزا یحیی خان کرلو از بزرگان تیمچه حاج‌الدوله که جزو اولین تجار لعابی ایران بوده و از معتمدین این صنف محسوب می‌گردیده. کوچهای در امامزاده یحیی نیز به نام ما می‌باشد چرا که منزل نبشی واقع در این‌کوچه که جزو آثار ملی شناخته شده و از دوره محمد علی‌شاه بجا مانده است، متعلق به خاندان کرلو است که نسل به نسل در آنجا زندگی می‌کنند و این مهر تأییدی بر تهرانی بودن ما را از طرف پدری است. به نقل از پدرم و اقوام پدری، حاج میرزا یحیی خان مردی دستگیر مستمندان و بی‌بضاعتان بوده و درب منزلش بر روی همه باز بوده.

ادرم هم فرزند مرحوم حاج آقا رضا اردکانیان از معتمدین محله قناب آباد تهران بوده که پسر ارشد ایشان مرحوم حاج حسین آقای



**- شما چه حسی نسبت به کاری که می‌کنید دارید؟**

حسی که من نسبت به این کار دارم را تا کسی تجربه نکند، درک نخواهد کرد. ولی فکر می‌کنم در این لحظات خوشبخت‌ترین آدم روی زمین هستم. به گردونه هستی خود را نزدیک‌تر می‌بینم. انگار یکی از دست‌اندرکاران حیات شده‌ام، چطور بگویم؛ انگار با این کار شما واسطه بین زمین و آسمان می‌شوید.

**دوست دارید یک روز ببیند چیزی که هدیه داده‌اید کجا استفاده شده؟**

دوست دارم کسی که از هدایای من استفاده می‌کند خوشحال باشد همین. دوست ندارم بگویم حتماً برسد به دست یک مسلمان یا یک ایرانی؛ برای کمک‌هایم هیچ موقع محدودیت نمی‌گذارم چون خداوند همه ما را از یک گوهر آفریده، مسلمان، مسیحی، یهودی و زرتشتی فرقی نمی‌کند. هدف کمک کردن و برداشتن باری از روی دوش نیازمندان است. این باید اصل شود نه چیز دیگر. آن موقع همه با هم در صلح و صفا زندگی می‌کنند و بهتر به یکدیگر کمک می‌کنند. تعیین خط و مرز برای کمک به ممنوع یعنی شرک به خدا. این که بین آدم‌ها فرق گذاشته شود، ناپسند است.

**- چرا در بین قشرهای آسیب‌پذیر و نیازمند، بیماران خاص را برای کمک انتخاب کردید؟**

بیماری، مهلک‌ترین معضل برای یک خانواده است. اگر ما بتوانیم با کمک‌های خود باری را از روی دوش یک خانواده یا یک بیمار برداریم کار بزرگی کرده‌ایم. من فکر می‌کنم این کار برابر با هزار سال نماز خواندن و دو هزار سال روزه گرفتن باشد. این عمل شما، منجر به انجام دو کار می‌شود؛ اولاً شما از فروپاشی یک زندگی جلوگیری کرده‌اید و امید به زنده ماندن و زندگی در کنار خانواده را برگردانده‌اید. دوماً شما روح خود را با این کار پالایش کرده و مهربی محکم بر روح انسانی خود زده‌اید.

**- یک آرزو؟**

آرزو می‌کنم مونا و سارا، فرزندانم همچون فلورانس نایتینگل، مادر ترزا، بانو سروش گلستان و یا بانو پروفیسور پروانه وثوق باشند و

بتوانند با توانائی و زمینه خانوادگی‌شان در امر نیکوکاری کوشا باشند.

**- سخن آخر؟**

سخن آخرم این که هر کسی در هر جایی که این مصاحبه را می‌خواند فکر نکند که من از آسمان آمده و یا کار خیلی خارق‌العاده‌ای انجام داده‌ام. نه این‌طور نیست من هم یکی هستم مثل خوانندگان این مجله که همین حالا می‌توانند با نگاه کردن به اطراف باری را از روی دوش نیازمندی بردارند. این کمک می‌تواند با دادن یک آدرس، یا دادن یک خودکار به کسی برای نوشتن چیزی و یا دادن کم‌ترین مبلغی برای کمک به بیماران خاص یا بیماران سرطانی و یا کمک به یک موسسه خیریه باشد. جا دارد اینجا از شما تشکر کنم که به من این افتخار را دادید تا در مصاحبه‌تان شرکت کنم.

در اندیش ای حکیم از کار ایام که پاداش عمل باشد سر انجام نماند ضایع ار نیک است، اگر دون کمر بسته بدین کار است گردون خداوندی که ما را کار سازست ز ما و خدمت ما بی نیازست گه از بیداد این آن را دهد داد گه از تیمار آن این را کند شاد

# دکتر حمید رضایی قلعه به درگاه حق شتافت

دکتر حمید رضایی قلعه از سال ۱۳۸۴ علاوه بر فعالیت در فرهنگستان علوم پزشکی، با مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام و بنیاد امور بیماری‌های خاص در مقام معاونت آموزش و پژوهش همکاری تنگاتنگ داشت.

روابط عمومی بنیاد امور بیماری‌های خاص



وی پس از پیروزی انقلاب اسلامی، در کنار موفقیت‌های تحصیلی اش، به فعالیت‌های سیاسی اهتمام ورزید. حمید خود را واقعاً وقف انقلاب کرده بود و در اتحادیه انجمن‌های اسلامی دانش آموزان و نشریه دینی و سیاسی منشور برادری فعالیت میکرد. در تمام سالهای پس از پیروزی انقلاب اسلامی و در ایام جنگ تحمیلی عراق علیه ایران، حمید با تألیف و انتشار آثار خود، سعی میکرد نقشی مؤثر در عرصه‌های فرهنگی و سیاسی کشور داشته باشد.

پنجم دبستان را در مدرسه المهدی (رضا پهلوی سابق) گذراند. حمید در تمام این سالها دانش آموز ممتاز بود و با کسب رتبه اول، سالهای تحصیل ابتدائیش را با موفقیت طی کرد. در زمان تحصیل در مقطع اول راهنمائی، حوادث انقلاب اسلامی به وقوع پیوست. وی در سال ۱۳۵۷ در راهپیمائیه‌ها و تظاهرات خیابانی و همچنین تا پاسی از شب در محافل و مجالس مذهبی و انقلابی شرکت میکرد و علیرغم سن پائین و نوجوانی اش، حضوری فعال در صحنه مبارزات مردمی و دانش آموزی در شهرستان بهشهر داشت.

حمید رضایی قلعه در روز پنجشنبه بیستم مرداد ماه سال یکهزار و سیصد و چهل و شش هجری شمسی در بیمارستان امام خمینی (پهلوی سابق) شهرستان بهشهر واقع در استان مازندران چشم به جهان گشود. پدر وی غلامحسن رضایی قلعه شغل آموزگاری داشت و مادرش هم خانه‌دار بود. دوران کودکی حمید عمدتاً در شهر بهشهر و در دو روستای پدری و مادری اش (روستاهای قلعه پایان و لمراسک) سپری شد. شش ساله بود که در مدرسه طبرستان بهشهر ثبت نام کرد. کلاسهای دوم تا



۱۳۸۴ بر مبنای درخواست و تمایلات شخصیش به فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران منتقل شد و با سرلوحه قراردادن اشتغالات علمی، به فعالیت‌هایش در عرصه دانشگاه پرداخت. وی از سال ۱۳۸۴ علاوه بر اشتغال در فرهنگستان علوم پزشکی، با مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام و بنیاد امور بیماریهای خاص در مقام معاونت آموزش و پژوهش همکاری تنگاتنگ علمی داشت و خدمات ارزندهای به بیماران خاص ارایه داد.

دکتر حمید رضایی قلعه در اثر بیماری در خرداد ماه ۱۳۹۲ درگذشت روح شاد یادش گرامی و راهش پر رهرو باد.

سازمان بیمه خدمات درمانی، وارد این سازمان شد و با احراز سمت مدیریت اداره کل روابط عمومی و امور بینالملل سازمان بیمه خدمات درمانی، فعالیت

دولتی اش را شروع نمود.

دکتر حمید رضایی قلعه در مدت ده سال فعالیتش در سازمان بیمه خدمات درمانی، در مسؤولیتهای مختلف همچون مدیر کل روابط عمومی و امور بین الملل، سرپرست دفتر هیئت مدیره و مدیر عامل، مدیر کل مطالعات و پژوهش و مدیر مسؤول نشریه بیمه همگانی خدمات درمانی منشأ آثاری ماندنی در این سازمان شد. وی از سال ۱۳۸۲ با عضویت در شورای مرکزی حزب اعتدال و توسعه، سعی نمود که براساس دیدگاه‌های اعتدالی خویش، در چهارچوب فعالیتهای حزبی به تحقق اهداف و آرمانهای انقلاب اسلامی یاری رساند.

دکتر حمید رضایی قلعه از اواسط سال

وی در سال ۱۳۶۵ در آزمون سراسری دانشگاه‌های کل کشور شرکت کرد و بدون استفاده از هیچ تسهیلات سهمیه‌ای، در رشته پزشکی قبول شد.

دوران هفت و نیم ساله دانشگاهی اش در دانشگاه علوم پزشکی بابل سپری شد، دورانی که وی همواره از شیرینیها و تلخیهای آن به عنوان سرنوشت‌سازترین دوره زندگیش یاد میکند. وی براساس ساختار شخصیتیش، تلاش میکرد که به عطش خویش که با مطالعات در حوزه علوم انسانی سیراب می شد، پاسخ گوید.

پس از دانش آموختگی در مقطع دکترای طب عمومی در سال ۱۳۷۳، دکتر حمید رضایی قلعه برای گذراندن دوره طرح نیروی انسانی عازم استان کرمان شد. پس از اتمام دوره خدمت وظیفه، وی در آغازین روزهای تأسیس





# شعری در وصف شادروان دکتر حمیدرضایی قلعه



## ایثار زندگی - یاری سبز روزگار

بوستان اهدای عضو در تابستان ۹۲ به بار نشست و بار دیگر ده ها نفر از هموطنان مان به یاری هموطنان خود شتافتند تا با هدیه کردن بخشی از وجود خود دوباره نعمت زندگی در وجود دیگری جاری سازند.

### آزاده طلوع

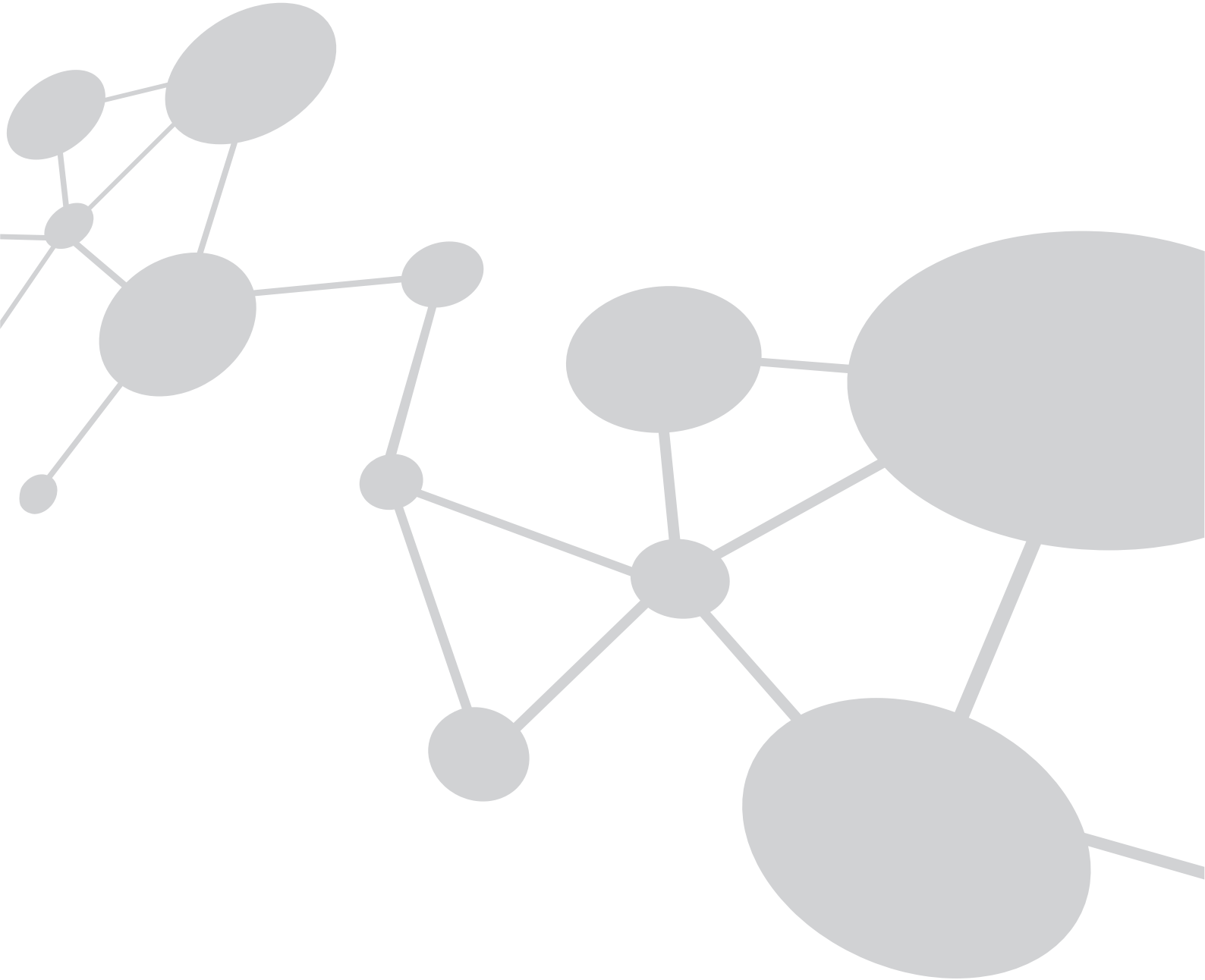
رقیه عیسی زاده ، خسرو کرمی ، حمید قلندری سالار آباد ، محمد باقر شیخ گرمچی ، صالح فتحی باغبادرانی ، مصطفی رفاهی، محمد آزاد پور ، حسن جوان ، امین علی مدد ، حجت فرهنگد صابانی ، میلاد فلاح ، رویا سلیمانی ، مهتاب نظام دوست ، حسین سمیعی ، محبوب منصوری ، علی اکبر طباطبائی ، ابراهیم مختاری ، هادی بختیاری سخی ، مهدی نوروزی ، رخساره سعیدی ، امید فغانی ، اکبر لطفی ، امیر مهربان ، حنظلله شیر محمدی ، محمود قادری لشکران ، ایوب صریحی ، مازیار مسعودی نیا ، قربان پرپین ، مجتبی رنجبر ، معظم فرهادی ، صمد عبدلی ، بایرام شکرزاده ، مهران خوشرو فاروجی ، امیر حسین دوستی ، محسن برزگر ، جعفر جعفری نیا ، کیومرث محمودی ، اکبر جرکه پور ، امید غریب شهری ، اسدالله هاشمی پور ، بهروز خدابخشی ، مرتضی ملکی پور ، لیلا غلامی ، قربانعلی محمد نژاد ، نادر خادمیه ، محمد مهدی ، غلامحسین پور ، اکبر نور رضائی ، امید منجزی ، بهنام رضائی ، سید محمود سعیدی ، مجتبی مقتدر ، احمد فرج زاده ، مهدی عباس زاده ، محمود حامد کچائی ، عدنان شاوردی ، اسماعیل شعبان عبدالمحمدی ، زینب لطیفی ، فرشاد جاوند ، زهرا صادق پور ، مصیب ریگی گردابی ، مهدی خادمی روچی ، روح الله رئیسی ، رضا حمیدی ایرنجی ، حامد شیری قره آغاج ، زینب لطفی ، مسعود حاجی زاده ، مصطفی سالاری ، عثمان سلیمانی ، جمال جوادیان ، سید هاشم هاشمی نسب ، امین طاهری ، حسین مهری پر گو ، امید رزاقی ، سامان باصری ، احسان صانعی ، سبحان قادری ، ساسان تاجیک ، بتول سوری ، بهزاد شیری ، شاهرخ غلام مرادی ، ملیحه شکریان بور خیلی ، امید محمدی ، داوود زمانی ، اکبر کیماسیان ، محسن نیک فر ، احسان آقا حسنی مهابادی ، صباح کریمی ، مصطفی مهدور ، نادیه نصیری زاده ، محمد سوگری ، حمید رضا معصومی ، فاطمه مشاوری ، بابک یوشاری ، آرامون ، نادر مرسلی پور ، مسعود همبالان ، ابوالفتح رحیمی ، امیر ابادری ، میثم مرزبان ، سمیره فتح الله زاده ، فاطمه بابائی ، اسلام حسن نژاد ، جواد سقاءدولتی ، سیروس علیزاده ، زهرا مازرلو ، امیر کریمی ، سعید سلکی ، فرهاد جودی آناختون ، امین مهربادیان ، علی فیوضی ، یاسر یعقوب زاده ، حسین کشاورز ، مهدی خاوری پیکانی ، عسگر محمد پور ، زهرا جعفری ، مهدی جلالی ، علی نصیری آق براز ، حمید رضا زارع خورمیزی ، مختار قوامی زروان ، حمزه هلاکو ، حمید رضا علیزاده ، نسیم علی پناه ، منوچهر نانکلی پور ، هادی جهانی ، زهرا اسماعیلی ، کیوان محمودی ، فرید ابراهیمی ، حامد اسعد تبار ، شهرام جعفری ، حسین بسحاق ، حسین رحمت آبادی نسب ، قباد سعادت تبار ، کامل بخشنده ، محمد صیادی ، بهرام حسین پور ، عوض دولتی ، علیرضا پور یحیی ، احمد رضا رستمی ، محسن ثانی سرتشنیزی ، بهروز نجفی نیا ، راضیه فریدی ، آرمین محمدی ، محمد خورشیدی ثانی ، کیومرث خسروی ، محمد سهرابی نازکی ، محمد ایاره ، فرهاد بوذری خرازی ، سیامند آذر نیا ، فاطمه موسوی ، حسین کشاورزی ، سجاد تیمور پور ، نوید خلیلی نیا ، علی تزوه ، حسین زیدیان ، یوسف بخشی ، کامران افشه ، حسن جمالی پشت ماری ، اصغر نیک گفتار ماهر ، مهدی رضائی ، فرهاد نجفی شافنجی ، عبدالحسین اسعدی زاده ، مهدی نقاش تبریزی ، عادل قاسم پور ، سهیل جمالی نسب ، میلاد مردانی ، محمد علی ، فاطمه خان نژاد مقری ، علیرضا لروند ، محمد نورمحمدی ، کفایت لیراوی ، اسحاق فرهنگیان ، مسلم اسمعیلی ، احسان تکرمی ، محمدرضا عابدی ، معصومه موسوی ، ایوب صائبی نسیم آبادی ، مهدی آرویش ، حسین رستگار ، منوچهر عطائی سنگرودی ، عبدالصمد زحمت کش ، محمد هراتی ، مریم یوسفی فر ، کیوان صلواتی قاسمی ، احمد چراغی باروق ، عبدالله رضی پور مورچه ، حسین رضایی توپ آغاج ، علی اسحاقی ، سید رضا عینی ، حسن جاهد ، وحید هاشمی زاده ، حامد روحانی نوجه ده سادات ، علی بیرامی ، سید مصطفی حسینی ، پیمان قهرمانی ، شهرام عبدی ، رضا رستمی بیرانوند ، شهره جلالی ریگی ، خداویردی حقویردی زاده ، معصومه محمودی ، محمد خواجه پور ، امیر ترابی ، فرامرز آبتین ، میثم عسگری ، ایوب قنبری، محمد پی شکوی ، بهروز خادمیان ، افشین دریس ، حمید کاشفی ، یوسف مستوفی ، کمال شپسر ، عبدالله مرادی میر چناری ، خداکرم حمزه کرد خوردی

با اهدای عضو بعد از مرگ. حیاتی تازه به همون خود ببخشید

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



سلامت





# آشنایی با بیماریهای هموفیلی

نویسنده: دکتر سبزه چیان فوق تخصص خون و انکولوژی اطفال

## هموفیلی:

هموفیلی یک بیماری خونریزی دهنده مادرزادی وابسته به جنس است که به دلیل اختلال در تولید فاکتورهای انعقادی ۸ و ۹ ایجاد می شود. اختلال تولید فاکتور ۸، هموفیلی A و اختلال تولید فاکتور ۹ به نام هموفیلی B نامیده می شود. به طور کلی در بدن جهت انعقاد خون ۲ مسیر فعال می شود که شامل مسیر داخلی و مسیر خارجی می باشد. پروتئین هایی که در این دو مسیر در انعقاد خون دخالت دارند فاکتورهای انعقادی هستند که شامل: فاکتور ۲، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و فیبرینوژن است.

کمبود هر یک از فاکتورهای فوق باعث اختلال در انعقاد و بند آمدن خون می شود. بیماری هموفیلی یا کمبود فاکتورهای ۸ و ۹ یک بیماری ژنتیکی وابسته به جنس است زیرا ژن مسئول تولید فاکتور ۸ و فاکتور ۹ روی کروموزوم X قرار دارد. به همین علت دختران با کارتوتایپ XX:۴۶ حامل بیماری و پسران با کارتوتایپ Xy:۴۶ بیماری را به صورت بارز نشان می دهند و این بیماری به ندرت در خانم ها بروز می کند. شیوع آن حدود یک مورد در ۱۰ هزار تولد زنده است. تشخیص هموفیلی در افرادی که با یکی از علائم زیر مراجعه می کند باید به بیماری هموفیلی مشکوک شد:

- \* خونمردگی های پی در پی به دنبال ضربات سبک در آغاز خردسالی
- \* خونریزی های خود به خودی (به ویژه در مفاصل و بافت نرم)
- \* خونریزی های شدید به دنبال ضربات شدید و اعمال جراحی رخ می دهد. در بیمار هموفیلی خونریزی معمولاً در همه دوران زندگی اتفاق می افتد.
- اما ممکن است برخی کودکان دچار هموفیلی شدید تا پس از یک سالگی و آغاز راه رفتن و فعالیت، علائم این بیماری را نشان ندهند. همچنین ممکن است بیماران دچار هموفیلی خفیف در صورت رو به رو نشدن با ضربات شدید یا جراحی هیچگاه با خونریزی شدید دچار نشوند.
- هیچگونه سابقه هموفیلی در بین حدود یک سوم بیماران هموفیلی مشاهده نشده است.



پس تشخیص قطعی هموفیلی با اندازه گیری دقیق فاکتورها و اثبات کمبود فاکتورهای ۸ یا ۹ امکان پذیر است. البته جهت تشخیص اولیه، تست های انعقادی روتین انجام می شود که معمولاً PTT در آنها افزایش دارد. شدت اختلالات خونریزی دهنده در بیماران هموفیلی با سطح فاکتورهای انعقادی در ارتباط است:

- ۱- هموفیلی شدید: سطح فاکتور انعقادی در خون کمتر از ۱ درصد میزان طبیعی است که باعث خونریزی خود به خود به ویژه در مفاصل و بافت نرم می شود.
- ۲- هموفیلی متوسط: سطح فاکتور انعقادی در خون ۵ درصد-۱ درصد سطح طبیعی فاکتور است که باعث خونریزی خود به خودی مودی، خونریزی شدید به دنبال جراحی، و یا ضربات شدید می شود.

- ۳- هموفیلی خفیف: سطح فاکتور انعقادی ۵۰-۴۰ درصد سطح طبیعی فاکتور است و باعث خونریزی شدید به دنبال جراحی یا ضربات شدید می شود.

پس هرچه سطح فاکتور بالاتر است علائم خونریزی دهنده کمتر است.

نکته مهم در تظاهرات خونریزی در بیماران هموفیلی این است که مواردی از خونریزی ها جدی هستند مثل:

- ۱- خونریزی درون مفصل که بیشتر در مفصل زانو و آرنج رخ می دهد.
- ۲- خونریزی در ماهیچه و بافت نرم
- ۳- خونریزی دهان، لثه ها و بینی

- ۴- خونریزی از راه ادرار

یا ممکن است خونریزی ها تهدیدکننده زندگی و کشنده باشند مثل:

- ۱- خونریزی مغزی در دستگاه عصبی مرکزی

- ۲- خونریزی در دستگاه گوارش

- ۳- خونریزی در ناحیه گردن و گلو

- ۴- خونریزی در ضربات شدید (تصادف) اصول درمان هموفیلی

درمان شامل کنترل خونریزی و درمان خونریزی است.

نکات مهم در کنترل خونریزی ها:

- ۱- هدف اصلی: باید پیشگیری از بروز خونریزی باشد.

- ۲- خونریزی حاد باید هرچه زودتر درمان شود (در ۲ ساعت اول)

- ۳- تنها در موارد خفیف و متوسط درمان در خانه انجام می شود.

- ۴- باید همه خونریزی های جدی در محیط بیمارستان یا درمانگاه های مجهز درمان شوند.

- ۵- بیماران باید تا آنجا که امکان دارد با تنظیم راه و روش زندگیشان از ضربه به بدن جلوگیری کنند.

- ۶- عدم استفاده از داروهایی که باعث خونریزی می شود مثل آسپرین و داروهای ضد درد مثل ایندومتاسین و مفنمیک اسید و بروفن باید مد نظر باشد.
- ۷- تزریقات عضلانی انجام ندهند.

- ۸- خونگیری های سخت وریدی و تزریقات شریانی انجام ندهند.

- ۹- از انجام ورزش های تماسی (برخوردی) پرهیز شود اما ورزش هایی مثل شنا و دوچرخه سواری (در صورت استفاده از وسایل محافظتی) تشویق شود.

- ۱۰- پیش از انجام هرگونه عمل جراحی فاکتورهای انعقادی جایگزین شود.

\* درمان خونریزی در بیماران هموفیلی جایگزینی توسط فاکتورهای انعقادی مشتق از پلاسما است. درمان هموفیلی A با تزریق فاکتور ۸ فعال تغلیظ شده است. هر یک واحد فاکتور برحسب کیلوگرم وزن بیمار سطح فاکتور ۸ پلاسما را به اندازه ۲ درصد بالا می برد.

دوز آن باید توسط پزشک بر اساس وزن بیمار برحسب نوع خونریزی محاسبه شود

و میزان مورد نیاز به طور وریدی تزریق شود.

در کمبود فاکتور ۹ (هموفیلی B) نیز به همین صورت فاکتور مشتق از پلاسما به بیمار تزریق می شود ولی یک واحد فاکتور ۹ براساس هرکیلوگرم وزن بیمار باعث افزایش ۱ درصد سطح فاکتور در خون می شود که باید براساس وزن بیمار و نیاز بیمار توسط پزشک محاسبه شده و داخل وریدی تزریق شود.

در صورت در دسترس نبودن فاکتور ۹ پلاسمای تازه منجمد (FFP) نیز می تواند استفاده شود.

در هر دو نوع هموفیلی جهت بند آمدن خونریزی از قرص های ترانس آلین یا آمپول وریدی ترانس آلین نیز می تواند استفاده شود.

\* نکته این است که در هموفیلی شدید A یا B مقادیر نگهدارنده فاکتور به صورت تزریق مداوم هفته ای ۳ بار جهت پیشگیری از خونریزی لازم است.

\* همچنین درمان های جانبی در خونریزی داخل مفاصل به صورت بی حرکت کردن مفصل (آتل گیری و گچ گیری مفصل) نیز نیاز می باشد.

درکل این نکته را نباید از ذهن دور داشت که درمان بیماران هموفیلی تنها در کنترل خونریزی و تزریق فرآورده های انعقادی خلاصه نمی شود و برای رسیدن به شرایط مطلوب و یا حداقل قابل قبول زندگی توجه به سایر جنبه های درمانی بیماران مذکور ضرورت دارد و توجه به نیازهای درمانی بیماران رابطه مستقیمی با گروه درمانگر، امکانات و قابلیت های درمانی دارد.



# درمان با دیالیز صفاقی

بنیاد امور بیماریهای خاص

مقدمه:

دیالیز از نظر لغوی به معنی تجزیه و جدا کردن است و در مفهوم طبی آن به عنوان عملی جهت جایگزینی عملکرد دفعی کلیه و برای جدا کردن مواد ناخواسته و خارج کردن آنها از بدن می باشد.

عمل دیالیز از ورای یک غشای نیمه تراوا صورت می گیرد. منافذ این غشا برای عبور برخی از اجزا به حد کافی بزرگ و به نسبت اجزای بزرگتر به حد مقتضی کوچک است. همین خاصیت سبب می شود عبور الکترولیتها، اوره و دیگر مواد زاید را میسر ساخته ولی برای عبور سلولهای خونی وسایر مولکولهای پروتئینی کوچک باشد.

زمانی که دو محلول توسط چنین غشای نیمه تراوایی از هم جدا می شوند، اجزای محلول به سمتی با غلظت کمتر حرکت می کنند و به طور همزمان آب به طرف محلول غلیظ تر جریان می یابد.

این غشا در دیالیز صفاقی غشای پریتونئ و در همودیالیز (دیالیز خونی) پرده ای مصنوعی است.

در حال حاضر دو روش برای دیالیز وجود دارد: دیالیز خونی و دیالیز صفاقی.

هردوی این روشها می توانند به طور موقت تا برگشت عملکرد کلیه و با جایگزینی روش درمانی متفاوت برای بیمار و یا به شکل دائمی انجام شوند.

## هدف از انجام دیالیز:

۱- برداشت فرآورده های نهایی سوخت پروتئین از خون (مانند اوره و کراتینین)

۲- حفظ غلظت املاح خون در محدوده طبیعی

۳- تنظیم اسیدیته خون و جایگزینی سیستم بافری بیکربنات

۴- برداشت مایع زیادی از خون

۵- پتاسیم بسیار بالای خون

۶- افزایش شدید اسیدیته خون

## موارد کاربرد دیالیز:

۱- نارسایی حاد و مزمن کلیه

۲- بیماری کلیه در مراحل بسیار پیشرفته

۳- مسمومیتهای حاد با آسپرین، متانول و فنوباریتال

۴- اغمای کبدی (اغما یا کمای ناشی از اختلالات شدید کبدی)

۵- پتاسیم بسیار بالای خون

## دیالیز صفاقی:

صفاقی یا پریتونئ غشایی است که حفره شکم را می پوشاند.

در دیالیز صفاقی، مایع دیالیز که عاری از هرگونه میکروب و مواد تب زا می باشد و همچنین حرارتی معادل حرارت بدن دارد، از طریق یک بریدگی کوچک و توسط یک لوله باریک به نام کانتور وارد حفره صفاقی می شود.

صفاقی به عنوان غشای دیالیزکننده عمل کرده و مایع دیالیز پس از مدتی که برای تبادل مواد در حفره صفاقی باقی می ماند، تخلیه می گردد.

## طریقه راهیابی به حفره صفاقی:

در مواردی که بیمار بدحال است یا دیالیز صفاقی به صورت گه گاه انجام می شود، راهیابی به حفره صفاقی از طریق یک کانتور استریل همیستر می گردد که پس از انجام دیالیز خارج می گردد اما در بیمارانی که برای مدت طولانی تری تحت دیالیز صفاقی قرار می گیرند، یک کانتور مخصوص در فضای صفاقی جایگزین شده و تا زمانی که از کار بیافتد یا شیوه درمانی دیگری برای بیمار اتخاذ گردد، در همان موضع باقی می ماند. تخلیه کامل مثانه جهت کاهش احتمالی پارگی مثانه در حین وارد کردن کانتور بسیار

اهمیت دارد.

برای وارد کردن کانتور، پس از تمیز کردن شکم و بی حسی موضعی در ناحیه ای به قطر ۵ سانتی متر، در خط وسط شکم و در زیر ناف یک برش کوچک داده شده و کانتور وارد حفره صفاقی می گردد و نواحی اطراف پانسمان می شود.

این کانتورها، یک کانال بالقوه برای ورود عوامل میکروبی به داخل حفره صفاقی می باشند. از این رو رعایت نکات استریل در جاگذاری کانتور و مراقبت های بعدی آن، جهت پیشگیری از بروز عفونت پریتونئ و آشنایی با علائم و نشانه های عفونت موضعی و پریتونئیت (عفونت صفاقی) ضروری می باشد.

## نحوه انجام دیالیز صفاقی:

حدود ۲ لیتر مایع دیالیز استریل از طریق کانتور با حداکثر سرعت ممکن وارد حفره پریتونئ می شود که این زمان اغلب حدود ۱۰ دقیقه طول می کشد سپس لوله ای که مایع دیالیز را منتقل می کند، بسته می شود و پس از مدت زمانی که جهت تبادل و انتشار ذرات به داخل مایع دیالیز (برحسب روش مورد استفاده) فرصت داده می شود، مسیر لوله منتقل کننده مایع دیالیز مجدد باز شده و به مایع داخل شکم اجازه داده می شود تا تحت تأثیر نیروی جاذبه تخلیه شود. ممکن است در اولین نوبت دیالیز صفاقی پس از جایگزین کردن کانتور، مایع تخلیه شده رنگ مایل به صورتی داشته باشد که در اثر جراحی مختصر وارده در هنگام جایگزینی کانتور است، اما باید توجه داشت که در دفعات بعدی مایع تخلیه شده باید شفاف باشد.

## مزیت‌های دیالیز صفاقی:

۱- روشی ساده و آسان که امکان انجام آن در تسهیلات مراقبت‌های بهداشتی اولیه بدون نیاز به امکانات ویژه وجود دارد.

۲- فراهم کردن یک سطح ثابت برای بیوشیمی خون

۳- بیمار می‌تواند این عمل را بدون نیاز به دستگاه خاصی و در هر وضعیتی به تنهایی انجام دهد.

۴- بیمار کنترل بیشتری بر زندگی روزمره خود دارد.

۵- در بیماران قلبی - عروقی بخصوص کسانی که با تغییرات سریع در حجم مایع بدن، اوره، قند و املاح مشکلاتشان بدتر می‌شود، می‌توان از دیالیز صفاقی استفاده کرد.

۶- برخی برای بیماران دیابتی دیالیز صفاقی را توصیه می‌کنند زیرا علاوه بر کاهش خونریزی شبکیه که در همودیالیز به دنبال استفاده از هپارین رخ می‌دهد، می‌توان با افزودن انسولین به مایع دیالیز، قند بیمار را نیز کنترل کرد.

۷- به علت عدم تداخل دیالیز صفاقی با رشد کودکان، دیالیز صفاقی در کودکان نسبت به دیالیز خونی ارجح است.

۸- عدم نیاز به هپارین و هم چنین جراحی عروق

توجه داشته باشید با توجه به سرعت کم دیالیز صفاقی نسبت به دیالیز خونی، روش چندان مناسب و مکفی در موارد سطح سرمی بالای داروها و سموم نمی‌باشد.

معایب دیالیز صفاقی  
خصوصیت نامطلوب دیالیز صفاقی، طولانی

بودن زمان دیالیز به همراه درگیری مداوم بیمار است.

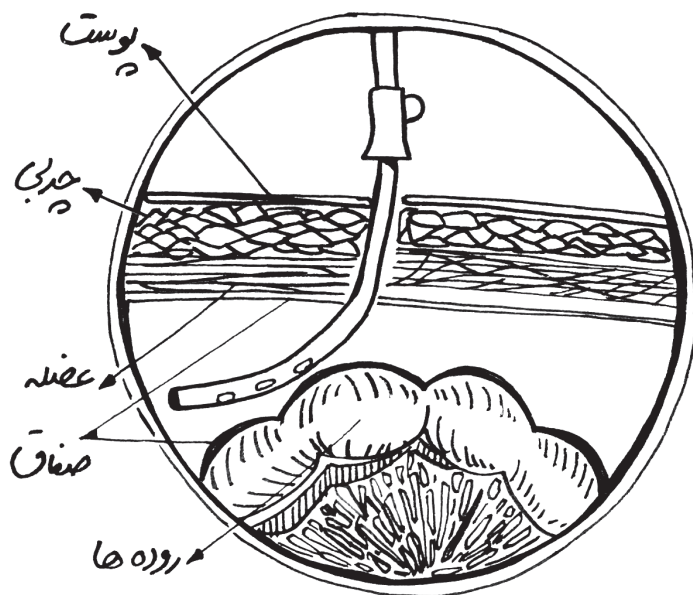
روشهای انجام دیالیز صفاقی  
دیالیز صفاقی متناوب: طی جلسه‌ای ۸-۱۲ ساعته و ۲-۳ مرتبه در هفته انجام می‌شود که ممکن است به صورت دستی یا توسط ماشین چرخشی انجام شود. به این صورت که بیمار بر روی تخت خوابیده و یا بر روی صندلی نشسته و عمل دیالیز صورت می‌گیرد.

دیالیز صفاقی مداوم سرپایی: این روش ارزان‌ترین روش دیالیز است که در آن مایع دیالیز به داخل حفره صفاق وارد شده و کانتینر بسته می‌شود.

بیمار فعالیت‌های روزمره اش را انجام می‌دهد و احتیاج به بستری شدن ندارد و نیازی به ماشین دیالیز ندارد. هر ۴-۶ ساعت حفره صفاق تخلیه شده و مایع دیالیز تعویض می‌گردد.

دیالیز صفاقی چرخشی ممتد: ترکیبی از دو نوع قبلی است. در این روش در مرحله

۸ ساعته خواب چندین نوبت عمل دیالیز انجام شده و هر بار ۲ لیتر مایع وارد حفره پریتونئومی گردد. در ۱۶ ساعت باقیمانده نیز یک لیتر مایع داخل حفره صفاق شده و تبدلات به آرامی صورت می‌گیرد. این نوع دیالیز توسط دستگاه تحویل دهنده چرخشی مایع دیالیز انجام می‌شود. دیالیز صفاقی در چه مواقعی نباید انجام شود؟





- کنترل و ثبت مایعات دریافتی و خروجی  
- توزین روزانه با استفاده از ترازوی مشابه  
، لباس و زمان معین و ثبت آن

۶- آشنایی با محدودیت انجام فعالیت

۱- از بلندکردن اشیای سنگین بپرهیزید  
۲- از شرکت در فعالیتهای ورزشی شدید  
و غیرمعمول خودداری کنید.

۳- از شرکت در ورزشهای پرتماس  
بپرهیزید

۴- در بین فعالیتهای، دوره های استراحت  
متناوب و متناسب داشته باشید. بخصوص  
پس از هر بار دیالیز استراحت لازم است.

۷- تغذیه

- همواره یک رژیم منظم غذایی را که  
توسط پزشک با توجه به بیماری زمینه ای  
شما توصیه می شود، رعایت کنید.

- در مواقع لزوم که توسط پزشک معالج  
توصیه می شود، به یک متخصص تغذیه  
جهت دریافت اطلاعات کافی در زمینه  
محدودیت های تغذیه مراجعه کنید.

- محدودیت مایعات دریافتی را براساس  
توصیه پزشک معالج رعایت کنید.

۸- پیگیری

- مراجعه مکرر و منظم به پزشک معالج،  
جهت پیگیری درمان لازم است.

- جهت انجام آزمایش های لازم در زمان  
مقرر مراجعه نمایید.

- در صورت امکان کارت شناسایی مربوط  
به بیماری خود را که حاوی اطلاعات  
مربوط به تشخیص بیماری و درمانهای  
دریافتی شما می باشد، از مراکز مربوطه  
دریافت کنید و همیشه همراه خود داشته  
باشید.

افزایش می یابد، فقدان حرکات روده ای  
، عدم توانایی برای خروج گازهای روده ای  
، تنفس کوتاه

سایر علائم :

- تنفس کوتاه یا دشوار

- نشت از طرف کانتر

- جریان کند یا توقف مایع دیالیز در هنگام  
تخلیه

- خروج مایعی با بوی نامطبوع، رنگ تیره  
مدفوعی یا مایع خونی

- وجود فیبرین در مایعی که خارج

۳- قبل از انجام دیالیز صفاقی، به کارگیری  
موارد زیر ضروری است:

- ادرارکردن قبل از دیالیز

- کنترل تمیزبودن محلول کیسه ای که  
مایع درون آن تخلیه می شود.

- تمیزکردن موضع کانتر با آب اکسیژنه یا  
محلولهای تجویز شده دیگر و خشک کردن  
آن به آرامی \*

۴- نکات زیر را در مراقبت از کانتر رعایت  
کنید:

- تعویض پانسمان اطراف کانتر به طور  
روزانه و یا زمانی که خیس یا کثیف شد.

- پوشاندن روی کانتر و نواحی اطراف  
توسط پانسمان استریل

- گذاشتن کلاهک استریل بر روی نوک  
کانتر جهت حفظ کانتر از آسیب و ضربه

- رعایت مسایل استریل در هنگام باز و  
بسته کردن رابط ها

۵- جهت ارزیابی وضعیت خود، دقت در  
موارد زیر ضروری است :

- زمان شروع و پایان هر بار دیالیز و مقدار  
مایع دیالیز وارد شده و تخلیه شده و  
همچنین کیفیت آن را ثبت کنید.

- اندازه گیری و ثبت فشارخون، نبض و  
درجه حرارت بدن

۱- وقتی میزان سوخت و ساز بدن  
(متابولیسم) بالاست، دیالیز صفاقی قادر  
نیست به میزان کافی سموم اورمیک را  
تخلیه کند.

۲- زمانی که به هردلیلی وضعیت غشای  
صفاقی نامطلوب باشد مانند چسبندگی به  
دنبال جراحی شکم.

موارد منع نسبی انجام دیالیز صفاقی  
عبارتند از : چاقی، سابقه پارگی احشای  
شکمی، بیماری عروقی جدی، حملات  
مکرر پریتونیت، بیماری شکمی، درد کمر  
و قفسه سینه، جراحی وسیع شکم و  
بیماری شدید تنفسی.

می شود.

در بیمارانی که داروهای سرکوبگر ایمنی  
دریافت می کنند، به علت تأخیر در  
بهبود بریدگی محل جایگزین کردن کانتر  
و احتمال بالای عفونت بهتر است دیالیز  
صفاقی انجام نشود.

آموزش مراقبت از خود، در بیمارانی که  
دیالیز صفاقی می شوند:

موارد ذیل را به بیمار آموزش دهید :

۱- نام و شماره تلفن پزشک معالج، پرستار  
مربوطه و بخش دیالیز را جهت تماس در  
مواقع ضروری و طرح سؤالاتی که در طول  
انجام دیالیز صفاقی برایتان پیش می آید،  
به خاطر داشته باشید.

۲- در صورت بروز هر یک از علائم و نشانه  
های زیر، پزشک یا پرستار یا بخش دیالیز  
را در جریان بگذارید:

علائم عفونت موضع ورود کانتر صفاقی :  
قرمزی، تورم، گرمی، حساسیت در لمس  
، ترشح چرکی، نفخ، افزایش قطر شکم  
و درد شکم.

علائم پریتونیت : درد شدید شکم که با  
کوچکترین حرکت یا تنفس شدت آن



## خطرات بیماریهای ایدز و هیپاتیت برای بیماران دیالیزی و تالاسمی

دکتر فلاح پزشک عمومی مسئول فنی مرکز بیماریهای خاص شرق

آسیب با سرسوزن یک آسیب پوستی است که بعلت اشتباه تزریق و تماس سوزن با دست ایجاد می گردد. گاهی بعلت تماس با دیگر وسائل نوک تیز نیز اتفاق می افتد. این اتفاق در افرادی که با سوزن سروکار دارند (پرستاران، پزشکان، جراحان و...) و کسانی که در جمعیت شاغل در حرف پزشکی هستند رخ می دهد. آسیب سهوی شغلی ناشی از تزریق و تماس سوزن یک رخ داد خطرناک برای سلامتی فرد می باشد. این حوادث و اشتباه سهوی فرورفتن سوزن باعث یک فوکوس به روی بیماریهای منتقله از طریق خون مثل HB-HC-HIV و... می باشد.

علیرغم جدی بودن خطر اکثر این اتفاقات نادیده انگاشته می شود. بیشترین آنها گزارش نشده Coding انجام شدنی نیست به عبارت دیگر آسیب از طریق تمام سوزن یک خطر شغلی محسوب شده و ممانعت از آن جهت تلاش برای کاهش چنین اتفاقی و در نتیجه کاهش ریسک بیماری های منتقله می باشد.

آسیب و صدمات سر سوزن آلوده یک رویداد رایج در محیط بهداشت و درمان است. هنگام نمونه گیری تجویز یک داروی عضلانی یا وریدی یا انجام اعمال دیگر مربوط به سوزن، می تواند به علت اشتباه باعث آلودگی پرستار می گردد. این رفتارها مرحله انتقال ویروس از منبع به گیرنده است، این جراحات در هنگام گذاشتن مجدد درپوش سرسوزن بعنوان یک نتیجه از شکست در هنگام لغزیدن و آسیب سوزن می باشد. حین جراحی یک سوزن جراحی سهواً وارد دستکش و پوست جراح یا کمک جراح شده و آسیب های نافذ به جراح و یا کمک جراح با چاقوی جراحی نیز به علت آسیب های سوزنی Needle stick طبقه بندی

می شوند.

این آسیب های سوزنی خونریزی کمی داشته و آسیب کمی را ایجاد می کنند، علی رغم نبودن خونریزی ریسک عفونت های ویرال پابرجاست آسیب های ناشی از تیغ جراحی تمایل به آسیب بزرگتر داشته، به نوبه خود جراحات حاصله از سرسوزن ممکن است خطر ابتلا به یک بیمار را در بر خواهد داشت اگر فرد مبتلا به HBV-HCV-HIV باشد آسیب سوزنی Needle stick محدود به جامعه پزشکی نمی شود در محیطی که درگیر با اجسام نوک تیز نیز باشند در معرض خطر هستند.

از آنجایی که این خطرات کمتر شده ولیکن حمایت قانونی یک چالش جدی است حدود هشت میلیون آسیب توسط خود فرد و حدود سه میلیارد خطر ناشی از تزریق آلوده در پروسه بهداشتی (هرسال) یک چالش بزرگ است.

۱/۳ موارد اجسام نوک تیز شامل تزریق توسط هروئین و کوکائین و داروهای غیرقانونی می باشد.

تکرار این حوادث حدود ۸۰۰،۰۰۰ case در Usa شامل می شود، آمار دیگری جهانی نشان دهنده یک آمار ۳/۵ میلیون نفر از افراد آسیب دیده است، افرادی مثل جراحان - بیهوشی - ENT گوش و حلق و بینی - متخصصان داخلی - متخصص پوست در معرض ریسک بالا و متخصصین رادیولوژی در ریسک کمتر قرار دارند.

نیمی از افراد قربانی مثل کارکنان مراقبت های بهداشتی شاید به علت برجسب خوردن تخلف شغلی گزارش نشدند و یا آنکه کم اهمیت تلقی شده اند.

صدمات ناشی از سوزن های آلوده نه تنها بوسیله آلات تیز و برنده که اخیراً آلوده شده می باشد بلکه بعضی وقتها توسط سوزنهایی

که خون آنها خشک شده باشد نیز اتفاق می افتد.

درجه عفونت زایی Hiv-HCV سوزن آلوده در عرض چند ساعت خیلی کم می شود در صورتی که عفونت زایی HB تا بیشتر از یک هفته پس از دورانداختن سوزن باقی می ماند.

این آسیب (فرو رفتن سوزن داخل دست) یک معضل در میان افراد پلیس است در شهر سن دیه گو حدود ۳۰ درصد این آسیب ها را هنگام پی گیری مظنونین ذکر می کنند.

یک مطالعه ۱۳۳۳ هزار افراد پلیس شاغل در دپارتمان پلیس ذکر می کنند که فقط ۴۳/۴ درصد این افراد آسیب را گزارش می نمایند. این اتفاق در شیفت شب بیشتر اتفاق می افتد (۴۲ درصد) مضافاً اینکه ۱/۳ این افراد در معرض آسیب سرسوزن در ۵ سال اول تجربه کاری دچار این حوادث شده اند. اقدامات پیشگیرانه شامل کاهش و حذف اجسام نوک تیز تا آنجائی که امکان داشته باشد کنترل مهندسی سوزنها (مثل استفاده از سرنگها با پوشش محافظ مناسب)، اقدامات آموزشی مثل آموزش و تربیت منافع کافی و همچنین استفاده از ابزار و (نه انگشتان) برای گرفتن سوزنها و اجتناب از عبور دست به دست وسایل نوک تیز و همچنین استفاده از پوشش های برای محافظت سرسوزن، راههای مختلفی برای برداشتن CAP (درپوش) از سوزن وجود دارد اما ایده آل ترین و امن ترین راه برای درپوش آن است که بتوان با دقت سرنگ و درپوش آن را بوسیله انگشت شصت و انگشت اشاره برداشت از انگشتان دیگر برای این مهم استفاده نگردهد.



یک ریسک برای ابتلا به HIV وجود دارد. دارو بایستی برای ۴ هفته مصرف شود و شامل:

- nucleoside reverse-transcriptase inhibitors
- nucleotide reverse-transcriptase inhibitors
- non nucleoside reverse-transcriptase inhibitors
- protease inhibitors
- Single fusion inhibitors

این توصیه همراه با عوارض ناخواسته زیادی شده و استفاده از آن وقتی که ریسک انتقال HIV بالا نیست توصیه نمیشود. این پروتکل وقتی که منبع HIV منفی است میتواند متوقف شود. اگر این روش شروع گردد پیگیری افراد در معرض قرار گرفته شود بایستی توسط تستهای ایمونو AsseyAssey آنزیمی چک شده، چرا که تا شش ماه امکان تغییر به حالت مثبت (سروکانورژن)

(Seroconversion) وجود دارد (زمان تستهای انجام شده زمان ۶w, ۱۲w, ۶m -w, ۰) « هفته ششم - هفته دوازدهم و ماه ششم » می باشد. نظارت:

سیستم های نظارتی بایستی برآسیب های اجسام نوک تیز نظارت داشته تا مرحله حذف پیگیری شوند.

در USA دو سیستم نظارتی بر این امور نظارت دارند

۱- سیستم نظارت ملی برای کارکنان مراقبت های بهداشتی

۲- مرکز بین المللی سلامت مراقبت از کارکنان در دانشگاه ویرجینیا

اگرچه برخی ها از ایالتها (مثل ماساچوست) یک گزارش سالیانه ارسال می نمایند.

### HBSAbHAv-IgM-HBSAg-HBSAb

پروفیلاکسی HIV پس از تماس در عرض یک ساعت پس از حادث انجام گردد، راهنمایی برای جلوگیری از عفونتها و استفاده از داروهای جدید و پروتکل ها و... در بین کشورهای مختلف متفاوت است.

#### پروفیلاکس HB

پروفیلاکس هپاتیت B شامل Ig ایمنوگلوبین هپاتیت B و یا HB واکسن است و کارایی استفاده توام در آسیب دیده گان حین شغل بررسی نشده است و این روش موثرترین روش در پروسه پری ناتال می باشد و این روش هیچگونه منعی در حاملگی و مادران شیرده ندارد.

#### پروفیلاکس HC

پروفیلاکس HC دستورالعمل CDC نشان داد که یک روش فعالی برای پروفیلاکسی HC نداریم. و تنها توصیه در نظر گرفته شود. در جهت کشف بیماری های مزمن بوده و وقتی کشف شدند جهت درمان مورد بررسی قرار بگیرند. براساس دستورالعمل CDC معین شده عفونت HCV حد نیاز به مداخله فعال نداشته اگرچه شواهدی از استفاده از اینترفرون a2 از بیماری کرونیک آن جلوگیری کرده است.

#### پروفیلاکس HIV

دستورالعمل CDC برای پیشگیری از HIV توجه به مصرف سه دارو یا بیشتر می کند با این وجود وقتی که سطح ویروس در خون پائین است و هیچ کدام از معیارهای فاکتور مستعدکننده را شامل نمی شود. CDC، دو دارو را توصیه می کنند.

استفاده از دو دارو بایستی وقتی مدنظر باشد که وضعیت دهنده خون مشخص نباشد (مثل آسیب اتفاقی با جسم نوک تیز) ولیکن

مهندسی پیشرفته عبارتند از سوزن های مطمئن و محذوف کننده های پیشرفته سوزن، پروتکل عدم تماس +no-toch (تماس مستقیم) با سرنگ را هنگام استفاده از بین برده و ریسک آسیب را بطور قابل ملاحظه کاهش داده است در پروسه جراحی برندهایی مثل سوزن های نمونه گیر مثل سوزن های blunt آسیب را کاهش داده است.

بعضی کشورها قوانین برای محافظت از کارگران بهداشت و درمان به تصویب رسانده اند، در USA قانون ایمنی از سرنگ در سال ۲۰۰۰ و پاتوژن های حمل شونده با خون استاندارد در سال ۲۰۰۱ امضاء شد این قوانین استفاده از وسایل مطمئن و محذوف کننده های سوزن و هر جسم نوک تیز را اجبار می کند.

برنامه جامع سرنگ یک راه موثر برای کاهش آسیب های ناشی از سوزن می باشد. گر این برنامه شیوع آسیب سرسوزن را کاهش نداده ولیکن ریسک پاتوژن های منتقله از راه خون را کاهش می دهد.

معتادان تزریقی یک جمعیت دشوار (کنترل) برای رسیدن به این پروتکل هستند و راههایی جایگزین مثل استفاده از منابع (مواد تزریقی) دیگر و جایگزینی سرنگ های سالم و تمیز به عنوان یک راه حل توصیه می شود. این روش ها باعث می شوند که سرنگ های آلوده از خیابانها جمع آوری شده و حقیقت از انتشار بیماریهای ممانعت می کنند این روش از یک حمایت قانونی نیز برخوردار است.

پس از آسیب با سرنگ روشهای خاصی برای حداقل رساندن خطر عفونت برای گیرنده وجود دارد. منطقه آسیب دیده بایستی با آب و صابون شسته شود روش دوشیدن خون موقع تزریق مورد بحث بوده و توصیه نمی شود.

مطالعات آزمایشگاهی برای مطالعات گرفته شده مثل HBSAg-IgM-HAV

# تغذیه و سرطان

## مرکز تحقیقات سرطان

شکلات و گوشت قرمز از منابع چربی های اشباع شده هستند. استفاده از رژیم غذایی کم چربی و چربی های اشباع نشده (مایع) مانند روغن زیتون، روغن آفتاب گردان و روغن کنجد می تواند خطر ابتلا به سرطان را کاهش دهد.

۳- فیبر موجود در مواد غذایی - فیبر، در لایه بیرونی غلات کامل (سبوس نگرفته)، میوه ها (گلابی، سیب، موز، تمشک)، میوه های خشک (آلو خشک، انجیر، خرما، کشمش، یا زرد آلو خشک)، سبزیجات، حبوبات (عدس، نخود، لوبیا)، خشکبار و دانه ها وجود دارد. رژیم غذایی با فیبر زیاد می تواند خطر ابتلا به سرطان را کاهش دهد. غلات کامل به میزان اندکی فرآوری شده اند و مقدار بیشتری از ارزش غذایی آنها حفظ شده است. مصرف غلات کامل، می تواند خطر سرطانهای خاص، دیابت نوع ۲، و بیماری قلبی را کاهش یابد. نان تهیه شده از غلات کامل مصرف کنید، در سوپ خود جو بریزید و آرد جو دو سر (بلغور جو) را به گوشت چرخ کرده اضافه کنید.

۴- پروتئین - گوشت، ماهی و تخم مرغ منابع اصلی تامین پروتئین حیوانی هستند. از بین این مواد، گوشت قرمز و گوشت فرآوری شده از عوامل خطرزای مربوط به سرطان هستند. مصرف زیاد گوشت قرمز (بیش از ۴۵۰ گرم در هفته) خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ را افزایش می دهد.

نمک و گوشت قرمز و فرآوری شده آن پایین است. توجه داشته باشید که هیچ غذا و ماده خاصی جایگزین یک رژیم غذایی سالم و متعادل در پیشگیری از سرطان نیست. در این مقاله سعی شده است برخی نمونه های مطرح شده در مورد خواص بالقوه تغذیه در پیشگیری از سرطان گردآوری شود. مطالعات بیش تری در بسیاری از زمینه های تغذیه و سرطان مورد نیاز است.

۱- ترکیب مناسب مواد غذایی - هیچ غذایی به تنهایی خطر سرطان را کاهش نمی دهد بلکه ترکیب مناسب مواد غذایی می تواند نقش مهمی در مبارزه با سرطان داشته باشد. گام اول در پیشگیری از سرطان بوسیله رژیم غذایی، مصرف بیشتر مواد غذایی گیاهی است. سعی کنید دو سوم غذای شما از منابع گیاهی و یک سوم از منابع حیوانی باشد. گیاهان حاوی ترکیبات شیمیایی (فیتوکمیکال ها) و آنتی اکسیدان ها هستند که سیستم دفاعی بدن را تقویت می کنند و از ایجاد سرطان پیشگیری می کنند. فیتوکمیکال های موجود در میوه ها و سبزیجات که نقش حفاظتی در برابر سرطان دارند:

۲- چربی موجود در غذا - رژیم غذایی پرچرب، حاوی مقدار زیادی چربی های اشباع شده (جامد)، یکی از عوامل خطر سرطان پستان و سرطان روده بزرگ است. روغن جامد، کره، خامه، سس ها، شیرینی

سرطان سومین عامل مرگ و میر در ایران است. سالانه بیش از ۷۰,۰۰۰ مورد جدید سرطانی در کشور اتفاق می افتد و بیش از ۴۰,۰۰۰ نفر در سال در اثر سرطان جان خود را از دست میدهند. با افزایش امید به زندگی و درصد سالمندی در جمعیت کشور انتظار می رود بروز موارد سرطانی در دو دهه آینده به دو برابر افزایش یابد.

• چه رابطه ای بین مواد غذایی و پیشگیری از سرطان وجود دارد؟

هزاران ماده شیمیایی در یک رژیم غذایی متعارف وجود دارد که با توجه به ترکیب رژیم غذایی، روش آماده کردن و نگهداری غذا می تواند حاوی هر دو نوع مواد مضر کننده و تقویت کننده پروسه ایجاد سرطان باشد. مضر کننده های تغذیه ای مواد سرطان زا عبارتند از آنتی اکسیدان ها (مانند ویتامین C، ویتامین A، و کارتنوئیدها، ویتامین E، سلنیوم، روی) و فیتوکمیکال ها. تقویت کننده های پروسه ایجاد سرطان ممکن است مربوط به چربی موجود در گوشت قرمز یا هیدروکربن های معطر چند حلقه ای (PAHs) باشد که در اثر طبخ گوشت در درجه حرارت بالا بوجود می آید یا سمومی که توسط کپک ها در غذا تولید می شوند (مانند آفلاتوکسین)

رژیم غذایی بر میزان خطر ابتلا به بسیاری از سرطان ها تأثیر می گذارد. خطر ابتلا به سرطان های معده، مری، روده، دهان و پستان را می توان با داشتن یک رژیم غذایی سالم و متعادل کاهش داد. چنین رژیمی غنی از فیبر، میوه و سبزی است و میزان



گوجه فرنگی نیز پتانسیل مبارزه با سرطان را افزایش می دهند .

۱۳- پتانسیل ضدسرطانی چای - چای ، بویژه چای سبز ممکن است یک ماده ضدسرطانی باشد . در برخی مطالعات آزمایشگاهی چای سبز رشد سرطان را در روده بزرگ ، کبد ، پستان و سلول های پروستات کند کرده و یا مانع رشد سرطان شده است البته باید توجه داشته باشید مصرف چای داغ با افزایش خطر سرطان مری همراه است و زیاده روی در مصرف چای ممکن است موجب کندی حرکات روده شود .

۱۴-انگور و سرطان - انگور و آب انگور بخصوص نوع ارغوانی و قرمز رنگ آن ، حاوی ماده ای به نام "رزوراترول" هستند رزوراترول خاصیت آنتی اکسیدانی و ضدالتهابی قوی دارد . این ماده در مطالعات آزمایشگاهی از نوعی از تخریب که می تواند باعث روند سرطان در سلول ها شود جلوگیری می کند .

۱۵- پرهیز از مصرف مشروبات الکلی- سرطان های دهان ، گلو ، حنجره ، مری ، کبد و پستان همگی با نوشیدن الکل ارتباط دارند . مصرف الکل همچنین می تواند خطر سرطان های روده بزرگ و راست روده را افزایش دهد . مصرف الکل در زنان با افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان همراه است .

۱۶- آب و سایر مایعات که نقش حفاظتی دارند - آب نه تنها عطش را فرو می نشاند - می تواند از سرطان مثانه نیز پیشگیری کند . آب می تواند غلظت موادی را که در مثانه وجود دارند و به طور بالقوه سرطان زا هستند را کاهش بدهد . مصرف بیش تر مایعات موجب افزایش دفع ادرار می شود که این امر به کوتاه تر شدن تماس این مواد با پوشش داخلی مثانه کمک می کند .

نمک سود شده ، سوسیس و کالباس ( حاوی مواد افزودنی، مواد نگهدارنده مانند نیتریت ، نمک ، رنگهای خوراکی، هورمونها و دیگر مواد شیمیایی هستند که میتوانند موجب تضعیف سیستم ایمنی شوند. از نمک ( سدیم ) به عنوان ماده نگهدارنده غذا استفاده می شود . مصرف بیش تر از ۲۴۰۰ میلیگرم در روز با بروز سرطان معده ارتباط دارد . بهترین انتخاب می تواند مصرف مواد غذایی تازه باشد .

۱۰- محدود کردن مصرف شکر و غذاهای پرکالری - نوشیدنی های حاوی قند ( انواع کولا ها و آب میوه های صنعتی ) و غذاهای فرآوری شده با قند و چربی بالا و فیبر کم ( انواع پیتزا و غذاهای کنسروی ) را محدود کنید . مصرف شکر به دلیل کالری بالا می تواند باعث افزایش وزن و چاقی شود . اضافه وزن یکی از عوامل خطرزای سرطان است .

۱۱- منابع غذایی غنی از فولات - فولات یک نوع ویتامین B مهم است که می تواند از بدن در برابر سرطان های روده بزرگ ، راست روده و پستان محافظت کند . بهترین راه دریافت فولات ، جذب آن از طریق میوه ، سبزیجات و غلات غنی شده است و نه استفاده از قرص . غلات غنی شده ، آرد کامل ، آب پرتقال ، خربزه ، توت فرنگی و تخم مرغ از منابع غنی فولات هستند . جگر مرغ ، انواع لوبیا ها ، دانه آفتاب گردان و سبزیجات برگ دار به رنگ سبز تیره مانند اسفناج و کاهو از دیگر منابع غذایی فولات هستند .

۱۲- مصرف گوجه فرنگی و هندوانه - خاصیت ضدسرطانی گوجه فرنگی و هندوانه ممکن است مربوط به " لیکوپن " (ماده ای که باعث رنگ قرمز می شود ) باشد. برخی مطالعات مصرف گوجه فرنگی را با کاهش خطر بروز برخی از سرطان ها مانند سرطان پروستات همراه می دانند . مصرف آب گوجه فرنگی ، رب یا سس

۵- لبنیات - لبنیات منبع غنی کلسیم هستند. کلسیم ماده ای معدنی است که باعث پیشگیری از پولیپ ها و سرطان روده بزرگ می شود. لبنیات غنی شده با ویتامین D ممکن است به افزایش میزان جذب کلسیم توسط بدن و کاهش خطر سرطانهای روده بزرگ، پستان، و پروستات کمک کند .

۶- رژیم غذایی متعادل و متنوع - رژیم غذایی متعادل و متنوع داشته باشید و از مکمل ها استفاده نکتید . برخی مکمل ها ( مانند ویتامین D ) در شرایط خاص توسط پزشک تجویز می شوند . در وعدههای غذایی از روغن زیتون، ماهی، سبزیجات، و غلات سبوس نگرفته استفاده کنید. دریافت مواد مغذی ضد سرطان از رژیم غذایی متعادل و متنوع بسیار موثر تر از دریافت آن ها از طریق مکمل ها است .

۷- انتخاب غذاهای طبیعی : تا حد امکان از غذاهایی که عاری از مواد شیمیایی کشاورزی مثل علفکشها و آفتکشها هورمونهای رشد و آنتیبیوتیکها هستند استفاده کنید .

۸- آنتی اکسیدان ها - غذاهایی که سرشار از آنتی اکسیدان هستند به مبارزه با رادیکالهای آزاد (مواد شیمیایی که در فرآیند پیر شدن نقش دارند ) کمک می کنند . بتاکاروتن، لیکوپن، ویتامینهای C، E، و A نمونه هایی از آنتیاکسیدانها هستند که در سبزیجات و میوههای رنگی مانند انواع توت ، شلغم، و گوجه فرنگی یافت میشوند. به منظور کاهش خطر ابتلا به سرطان و بیماری قلبی، رژیم غذایی روزانه باید شامل حداقل ۵ سهم میوه و سبزیجات باشد.

۹- پرهیز از غذاهای آماده ، فرآورنده و نمک سود شده : غذاهای آماده ( مانند سس ، سوپ آماده ) و فرآوری شده ( مانند گوشت های دودی شده ،

۲۳- قره قاط - آنتی اکسیدان های قوی موجود در قره قاط از سلامتی ما در برابر سرطان محافظت می کنند. آنتی اکسیدان ها، قبل از آنکه رادیکال های آزاد بتوانند باعث آسیب سلولی شوند، با آن ها مبارزه می کنند.

۲۴- اهمیت روش طبخ غذا - روش پخت گوشت در میزان خطر سرطان زایی آن اثر دارد. سرخ کردن و کباب کردن گوشت دردمای خیلی بالا می تواند باعث تشکیل مواد شیمیایی شود که سرطان زا هستند. در سایر روش های پخت گوشت مانند بخارپز کردن این مواد به میزان بسیار کم تری تولید می شوند. به یاد داشته باشید هنگام پخت گوشت مقداری سبزیجات سالم به آن اضافه کنید.

۲۵- تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر به مدت ۶ ماه - شیردهی می تواند به پیشگیری از سرطان پستان کمک کند و باعث جلوگیری از چاقی دوره نوزادی و چاقی در سنین بالاتر شود. افراد بالغی که اضافه وزن زیادی دارند، بیشتر در معرض ابتلا به سرطان هستند.

ضدسرطانی دارد. مطالعات آزمایشگاهی نشان داده است که این ماده می تواند تغییر شکل، تکثیر و تهاجم سلول های سرطانی را در انواع سرطان ها سرکوب کند.

۲۱- توت ها - توت فرنگی دارای فیتوکمیکالی به نام اسید الاژیک است. این ماده آنتی اکسیدان قوی است که می تواند برخی مواد خاص سرطان زا را غیرفعال کرده و رشد سلول های سرطانی را کند نماید. توتها از منابع عالی آنتیاکسیدانها هستند. تعدادی از توتها سرشار از " پلی فنل " هستند. پلی فنلها موادی هستند که می توانند در مبارزه با سرطانها و بیماریهای تحلیل برنده مغز مفید واقع شوند.

۲۲- انار - خوردن انار یا نوشیدن آب انار ممکن است به پیشگیری یا کاهش رشد برخی از انواع سرطان

پستان و سرطان پروستات کمک کند. فیتوکمیکال های موجود در انار (اسید الاژیک) رشد سرطان پستان وابسته به هورمون را مهار می کند.

۱۷- مصرف لوبیا - لوبیا حاوی فیتوکمیکال های قوی متعددی است که می تواند از سلول های بدن در برابر آسیب هایی که می تواند منجر به بروز سرطان شود محافظت کند. در محیط آزمایشگاه، این مواد رشد تومور را کند می کنند و از ترشح موادی که توسط تومور تولید می شوند و باعث آسیب سلول های مجاور می شوند جلوگیری می کنند.

۱۸- خانواده کلم بر علیه سرطان - انواع کلم ها شامل بروکلی، گل کلم، کلم پیچ و کلم بروکسل می تواند در تهیه سالاد مورد استفاده قرار بگیرد. ترکیباتی که در این سبزیجات وجود دارند می توانند به دفاع بدن در برابر سرطان های روده بزرگ، پستان، ریه و دهانه رحم کمک کنند.

۱۹- سبزیجات برگ دار به رنگ سبز تیره - مانند سبزی خردل، کاهو، کلم پیچ، کاسنی، اسفناج، و برگ چغندر حاوی مقادیر فراوانی از فیبر، فولات و کاروتنوئیدها هستند. این مواد مغذی به محافظت در برابر سرطان های دهان، حنجره، لوزالمعده، ریه، پوست و معده کمک می کنند.

۲۰- مصرف ادویه - کورکومین ماده اصلی ادویه هندی زردچوبه است که پتانسیل





# ورزش در ام اس

خانم دکتر ابوالحسنی متخصص پزشکی ورزشی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

ورزش و مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) تا اواسط سال ۱۹۶۰ توصیه پزشکان به مبتلایان به ام اس این بود که ورزش نکنند. از سال ۱۹۶۰ به بعد مطالعات نشان داد که بی تحرکی میتواند منجر به خستگی، تحلیل رفتن عضلات و ضعف آنها شود. نشان داده شد که با ورزش بسیاری از علائم مثل ضعف، سفتی و کوتاهی عضلات، مشکلات ثانویه اسکلتی عضلانی، افسردگی و خستگی کاهش می یابد. در حال حاضر توصیه میشود مبتلایان به ام اس نه تنها ورزش کنند تا بسیاری از علائم ام اس را کنترل کنند بلکه می توانند انرژی خوبی نیز به دنبال ورزش برای انجام فعالیتهای روزمره زندگی کسب کنند. فواید ورزش در این دسته بیماران شامل موارد زیر می باشد:

افزایش قدرت و انعطاف پذیری عضلات بهبود تحرک و کارایی کارکرد بهتر قلبی عروقی کارکرد بهتر مفاصل و روده کاهش افسردگی و خستگی اعتماد به نفس و تعاملات اجتماعی بهتر احساس خوب بودن روانی و جسمانی بهبود کیفیت زندگی به خصوص وقتی گروهی باشد. جلوگیری از کاهش عملکرد در طولانی مدت بهبود اشتها و کیفیت خواب کاهش اختلالات شناختی از طرفی عوارض بی تحرکی شامل موارد زیر است:

افزایش پوکی استخوان افسردگی خستگی افزایش بیماریهای قلبی عروقی و مرگ

ناشی از آن ظرفیت هوازی کم- ضربان قلب استراحت بالاتر و فشار خون مینیمم بالاتر و نیز کاهش قدرت عضلانی پس توجه داشته باشید که فواید فعالیت ورزشی به سختی های ناشی از آن می چربد. چطور ورزش را شروع کنیم: مشاوره با متخصصین این رشته و دریافت نسخه ورزشی بر اساس سطح توانایی هر فرد مهم است. شما به همراه متخصص ورزشی تان ممکن است که یک برنامه مشخصی بر پایه نیازهای فعلی و آینده تان طراحی کنید که میتواند شامل یوگا یا ورزش در باشگاه یا تایپی چی و همچنین اشکال سنتی ورزش مثل دویدن، راه رفتن، دوچرخه، شنا یا ورزشهای آبی باشد. در بعضی حالات ورزشها ممکن است بر اساس توانایی فرد نیاز به تعدیل داشته باشد. ام اس نباید این مفهوم را داشته باشد که ورزشهایی مانند شنا و یوگا و یا تایپی چی یا مدیتیشن را محدود کنید. بسته به توانایی ها و سطح آمادگی بدنتان با تمرین مناسب میتوانید حتی اسکی و دویدن و کوهنوردی را هم تجربه کنید. انواع ورزشهایی که در زیر آورده میشود برای بیماران مبتلا به ام اس مناسب و قابل توصیه است:

ورزش های کششی  
ورزش های پایداری مرکزی  
ورزش های تعادلی  
ورزش های هوازی  
ورزش های قدرتی  
ورزش های ترکیبی  
ورزش های آبی

ورزش های کششی: فواید این نوع ورزش شامل موارد زیر است: کاهش کوفتگی های عضلانی پیشگیری از آسیب کاهش خشکی درمان اسپاسم پیشگیری از جمع شدگی مفاصل انواع مناسب این ورزش ها برای مبتلایان به ام اس شامل یوگا و تایپی چی یا مدیتیشن است.

ورزشهای پایداری مرکزی: فواید این نوع ورزش به شرح زیر است: بهبود قدرت عضلانی شکم و کمر بهبود تعادل بهبود استفاده و به کارگیری اندامها انواع آن شامل ورزش روی توپ و ورزش در حالت زانو زدن و چهار دست و پا می باشد.

ورزشهای تعادلی: فواید این نوع ورزش شامل موارد زیر است: بهبود توانایی عملکردی بهبود راه رفتن کاهش خطر به زمین افتادن و آسیب یک مثال خوب برای ورزش های تعادلی ورزش تایپی چی یا مدیتیشن است. ورزشهای تعادلی باید برای هر فرد به طور جداگانه طراحی شود.

ورزشهای ایروبیک یا هوازی: فواید این نوع ورزش شامل موارد زیر است: بهبود استقامت بهبود انرژی بهبود عملکرد قلب و عروق کاهش احتمال عفونتهای تنفسی انواع ورزش ایروبیک شامل پیاده روی تردمیل و دوچرخه و شنا می باشد. وقتی قدرت و هماهنگی عضلات خوب باشد راه رفتن و پریدن در جا ورزشهای ایروبیک خوب است. اگر راه رفتن یا تعادل مشکل دارد از دوچرخه ثابت استفاده کنید. شنا برای افزایش کشش و آمادگی قلبی عروقی مناسب است. پیاده روی یک ورزش ایده ال در ام اس است. میتوان از یک چوب پیاده روی استفاده کرد. بهترین سایز چوب اندازه قد ضربدر عدد ۰,۶۸ است.

ورزش قدرتی فواید آن شامل موارد زیر است: افزایش توان محافظت مفاصل بهبود عملکرد و راه رفتن انواع این نوع ورزش شامل موارد زیر است: وزنه استفاده از ماشینهای قدرتی کش های قدرتی

برای اطمینان از ایمنی این تمرینات بهتر است تحت نظارت افراد متبحر انجام شود. در فاز ابتدایی شروع این نوع تمرینات تمرین با ماشین به وزنه آزاد ارجحیت دارد. برای افرادی که نمیتوانند در بیرون از خانه ورزش کنند میتوانند در منزل از کشهای ورزشی برای تمرین استفاده کنند. ورزش آبی دمای مناسب آب برای این نوع ورزش ۲۷ تا ۲۹ درجه سانتیگراد است. مزایای آن شامل موارد زیر است: انتقال حرارت در آب سریعتر نسبت به خشکی (۲۵ برابر) صورت میگیرد. به دلیل کاهش وزن و شناوری

دامنه حرکتی خوب برای بیماران با ضعف اندام ایجاد میکند. اگر میزان آب تا سطح سینه باشد حمایت بهتری ایجاد کرده و اشخاص قادر به ایستادن و حفظ تعادل با تلاش کمتر نسبت به خشکی میباشند. پوشیدن وسایل خاص بر روی اندام ها سبب افزایش مقاومت آب برای حرکت شده و باعث تقویت عضلات میشود. آب درمانی همراه با تکنیکهای خاص در آب میتواند برای کاهش علائم و عملکرد بهتر نقص های حرکتی انجام شود کاهش دما در آب از ایجاد علائم ام اس و حملات جلوگیری میکند. برای خنک سازی بدن قبل از ورزش هم مناسب است. نکات ایمنی در ورزش: همیشه فاز گرم کردن و سرد کردن را رعایت کنید.

اگر ۳۰ دقیقه برنامه برای شما طراحی شده از ۱۰ دقیقه شروع کنید و به تدریج افزایش دهید. در محیط خوب و مناسب و با لباس مناسب ورزش کنید. (۱۶,۷ تا ۲۰ درجه سانتیگراد) در ساعات گرم روز (۱۰ صبح تا ۲ عصر) ورزش نکنید.

اگر مشکلی در تعادل دارید در جایی ورزش کنید که نرده و یا دستگیره دارد.

هر جا که احساس ناراحتی کردید یا علامت جدیدی پیدا کردید ورزش را قطع کنید. از مایعات کافی و خنک استفاده کنید. نکات قابل توجه:

کیفیت ورزش مهمتر از کمیت آن است. ورزش بیش از حد علائم شما را تشدید میکند. مقداری خستگی مورد انتظار است ولی نباید بیشتر از ۲ ساعت طول بکشد. ورزش میتواند به جلسات ۱۰ تا ۱۵ دقیقه ای هم تقسیم شود.

ورزش کنید که لذت ببرید. خودتان را دست کم نگیرید. از گرما و سرمای زیاد اجتناب کنید. کار گروهی بهتر است ورزشی انجام دهید که ابخند بر لبان شما بیاورد. به یاد داشته باشید اگر چیزی را به دست نیاورید آن را از دست می دهید.





# مشکلات روانی اجتماعی در بیماران هموفیلی

خانم شجاعی کارشناس ارشد روانشناسی

های برخورداردی مثل فوتبال، بوکس، چوگان، و هاکی، برای شما ممنوع می باشد چون احتمال آسبیدیدگی در آن بیشتر است. حفظ وزن سالم نیز اهمیت بسیار زیادی دارد زیرا اضافه وزن می تواند روی بدن فشار وارد کند. همچنین از مصرف هر محصول حاوی آسپیرین، ایبوپروفن، یا ناپروکسین سدیم خودداری کنید. همه این داروها از لخته شدن خون جلوگیری می کند.

اگر مبتلا به هموفیلی هستید و می خواهید با افراد دیگری که مبتلا به بیماری شما هستند ارتباط داشته باشید، می توانید با همسالان خود به اردو بروید. در این اردوها می توانید هم تفریح کنید و هم یاد بگیرید که چگونه به بهترین وجه از خودتان مراقبت کنید.

در زمانهایی که وضعیت بیماری تان شما را بفکر فرو می برد و ناراحتان می کند، با خودتان فکر کنید که تنها نیستید. با مادر یا پدرتان، پزشکتان، پرستار یا هر کس دیگری از تیم مراقبتی خود صحبت کنید. آنها می توانند به شما کمک کنند تا با جوانب روحی و احساسی مشکلاتان کنار بیایید.

مبتلا بودن به هموفیلی به این معنا نیست که نمی توانید کار کنید، با دیگران ارتباط برقرار کنید یا کارهایی که افراد دیگر انجام می دهند را انجام دهید. باید درمورد موقعیتتان هوشیار باشید. هر چه که می توانید یاد بگیرید تا بتوانید به بهترین نحو ممکن از خود مراقبت کرده و بهترین و مناسب ترین تصمیم ها را برای زندگیتان بگیرید.

رفتن میکنند، دچار خونریزی مفصلی می شوند. در این شرایط نمیتوانند بگونهای مناسب فعالیت و بازی کنند. در سنین بالاتر امکان مشارکت زیاد در فعالیتهای ورزشی ندارند بنابراین کودک و نوجوان مبتلا به هموفیلی باید زندگی توأم با محدودیت را بپذیرد. همین امر بیمار را به مشاوره های روانشناختی نیازمند میکند.

بیمار هموفیلی در جوانی نیز با مشکلاتی مواجه است. به عنوان نمونه هنگام ازدواج، برای مطرح کردن موضوع ابتلای خود به بیماری با همسر خود با معضلاتی روبرو میشود مبتلایان به هموفیلی ممکن است در زمینه ایفای نقش در جامعه نیز دچار مشکل شوند بنابراین برای بیماران هموفیلی مسایل روانی مختلفی طی رشدشان به وجود می آید. در این شرایط حمایت روانشناختی و مددکاری از آنان مهم است.

افسردگی در میان مبتلایان به هموفیلی که دچار عفونتهای ویروسی شده اند یا تحت درمان به علت ابتلا به این بیماری هستند، شیوع زیادی دارد.

زندگی کردن با بیماری هموفیلی: چند توصیه روانشناسی

اگر مبتلا به هموفیلی هستید، زندگی روزمره تان کاملاً عادی خواهد بود. ورزش برای نوجوانان مبتلا به هموفیلی اهمیت زیادی دارد چون باعث قدرتمندتر شدن عضلات شده که خونریزی مفاصل را کاهش می دهد. شنا و دوچرخه سواری ورزش هایی بسیار عالی هستند چون فشار چندانی بر عضلات وارد نمی کنند. درواقع، شما می توانید در هر ورزشی شرکت داشته باشید، گرچه ورزش های تیمی مثل فوتبال، بسکتبال، بیسبال خطرات بیشتری داشته و ورزش

اختلالات روحی - روانی بیماران هموفیلی یکی از اجزای بسیار مهم در تعریف درمان بیماران هموفیلی، حمایت های روانشناختی و مددکاری از بیماران است به ویژه اختلالات روحی - روانی برای بیماران شدید هموفیلی رخ میدهد.

یکی از هدف های مهم خدمات بیماران هموفیلی توجه به مسایل حمایتی بیماران بر اساس میزان نیروی انسانی است و در این جهت مشاوره اولیه به بیماران ارائه داده میشود البته در برخی از مراکز درمان جامع هموفیلی، مددکاران دارای مدرک مددکاری به بیماران خدمات ارائه می دهند.

در مراکزی که به مراکز درمان جامع بیماران هموفیلی تبدیل شده اند، باید بیماران به روانشناسان دسترسی داشته باشد البته ممکن است آنان طی ۲۴ ساعته به این خدمات دسترسی نداشته باشند ولی در ساعاتی از هفته یک روانشناس به مبتلایان به هموفیلی خدمات ارائه دهد.

افرادی که بیماری شدید هموفیلی محسوب میشوند، دچار اختلالات روحی - روانی میشوند، یکی از دلایل ابتلای آنان به این اختلالات به علت شرایطی است که از کودکی در آن رشد میکنند. مبتلایان به هموفیلی که بیشتر آنها پسر هستند - زن بیماری خود را از مادر میگیرند. همین امر موجب به وجود آمدن رابطه عجیبی بین مادر و پسر میشود. گاهی اوقات پسر، مادر خود را مقصر ابتلا به هموفیلی میدانند. بعضی مواقع نیز مادر به علت ابتلای فرزندش به هموفیلی احساس گناه میکند.

در صورتی که بیماری کودکان مبتلا به هموفیلی شدید باشد حتی شش ماهگی زمانی که شروع به چهار دست و پا راه





# پرستاری و بیماران تالاسمی

معصومه غلامی لیسانس مامایی پرستار تالاسمی مرکز شرق

- عدم تحمل شدید لاکتوز
- مشکلات بینایی
- مشکلات شنوایی
- نارسایی قلبی
- داشتن هرگونه ضعف سیستم ایمنی ایجاد شده بدلیل بیماریها (مانند ایدز ، هپاتیت B و C ، سرطان) یا بوسیله دریافت داروهای استروئیدی ، شیمی درمانی یا تحت رادیوتراپی .
- در صورت مصرف هرگونه داروی کاهنده آهن (دسفرال، L۱) و هر گونه دارویی را که برایتان توسط پزشک دیگر تجویز شده یا سرخود مصرف می کنید .
- داشتن هر گونه آلرژی به داروها
- افراد سالمند بالاتر از ۶۲ سال: چون توجهات ویژه به دلیل کاهش عملکرد قلبی، کلیوی، کبدی و نیز سایر بیماریها و همچنین داروهای مصرفی در این سنین باید در نظر گرفته شود.
- در سنین ۱۶-۲ سال: چون رشد و نمو بیماران در این گروه سنی در فواصل معین در طی دوره مصرف دارو باید کنترل شود.
- در صورت بارداری و یا تمایل به بارداری و یا در دوران شیردهی نکات مهم در مصرف اسورال:
- در صورت مصرف هرگونه دارو، مکمل های غذایی دارویی و یا ترکیبات گیاهی با پزشک مشورت کنید.
- بعضی داروها ممکن است با اسورال تداخل داشته باشند از جمله:
  - \$ آنتی اسیدها (مانند شربت آلومنیوم ام جی اس و یا سایر داروهایی که در سوزش سر دل به کار می روند) نباید به صورت همزمان با اسورال مصرف شوند.
  - \$ دیگر داروهای شلات کننده آهن نباید همزمان با اسورال مصرف شوند (مثل دسفرال و L۱)

شایعترین عارضه دارو تهوع است که اغلب بعد از دو هفته بدون قطع دارو بهتر می شود. مصرف دارو بعد از غذا ممکن است باعث کاهش حالت تهوع شود. معمولاً دارو ابتدا با دوز کم شروع می شود و پس از اطمینان از تحمل دارو دوز کامل دارو برای بیمار گذاشته می شود. عارضه بعدی آرتری و آرترالژیاست که گذرا و موقتی است. مدت مصرف و میزان دارو بر حسب میزان بار آهن بدن و نظر پزشک تعیین می شود. در طول درمان بیمار باید با کنترل مرتب شمارش سلولهای خونی (CBC) و آنزیم های کبدی و فریتین توسط پزشک مربوطه تحت نظر باشد.

دفرایروکس (اسورال) (Exjade):

داروی جدید آهن زدای خوراکی است که جهت از بین بردن آهن اضافی که از طریق خون در افراد مبتلا به تالاسمی ماژور ایجاد می شود، به کار می رود. اسورال در بزرگسالان بالای ۶ سال و نیز کودکان ۵-۲ سال که درمان آنها با داروی دسفرال به اندازه کافی موثر نیست مصرف می شود. تزریق خون در بیماران تالاسمی امری ضروری است، اما تزریق مکرر خون می تواند منجر به بالا رفتن میزان آهن در بدن شود، بدن مسیر طبیعی خاصی برای برداشتن این آهن اضافی که از طریق تزریق خون به بدن وارد می شود را ندارد و با گذشت زمان این آهن اضافی می تواند به بخشهای مهمی نظیر کبد و قلب آسیب برساند....

افزاده بار آهن یا بالا بودن میزان آهن در بدن باعث آسیب رسیدن به ارگانهای داخلی بدن می شود.

اسورال آهن اضافی را به دام انداخته و پس از ترکیب شدن با آن، به طور عمدی از طریق مدفوع از بدن دفع می شود.

بگذارید :

- مشکل کبدی و یا کلیوی

تزریق خون از درمانهای غیرقابل اجتناب در بیماران تالاسمی است. درمان تزریق خون از یک سو با کم کردن هیپوکسی بافتی و شدت اریتروپوئز باعث کاهش جذب آهن از دستگاه گوارش می شود اما از سوی دیگر باعث افزایش بار آهن اضافی ناشی از تزریق خون در بدن این بیماران می شود.

هر یک واحد ۴۵۰ سی سی خون حدود ۲۰۰ میلی گرم آهن دارد. این آهن وارد شده از راه تزریق خون راه دفع خاصی ندارد و بتدریج در ارگانهای حیاتی بدن مثل کبد، قلب، غدد درون ریز رسوب کرده و عوارض درگیری هر یک از ارگانها را برای بیمار موجب می شود. در صورت تزریق خون و عدم درمانهای آهن زدایی مرگ ناشی از رسوب آهن و هموسیدروز شدید برای بیمار عارض خواهد شد.

قرص L۱=Deferiprone

داروی آهن زدای خوراکی است که برای بیماران با میزان بار آهن بالا بر حسب نظر پزشک مصرف می شود. موارد استفاده عبارتند از :

- حساسیت شدید به دسفرال یا عدم توانایی مصرف دسفرال
- مقادیر فریتین بالا ( اغلب بالای ng/ml ۲۵۰۰)
- بروز کاردیو میوپاتی EF > ۶۰ و دیگر عوارض قلبی علیرغم مصرف دسفرال
- دارو به شکل قرص های ۵۰۰ میلی گرم و در دوز ۷۵ mg/kg/day در سه دوز منقسم می باشد. نیمه عمر دارو در بدن ۸ ساعت می باشد. این درمان اغلب بصورت ترکیبی با دسفرال (Combination Therapy) برای بیمار گذاشته می شود و ثابت شده که این درمان باعث کاهش بار آهن بدن بخصوص آهن رسوب شده در قلب می باشد



۳. کاهش ادرار کمتر از حد معمول یا فقدان آن

۴. کبودیهای خودبخودی ، خونریزی و ضعف غیر معمول

۵. تب ، لرز ، درد بدن ، علائم سرماخوردگی

۶. خواب آلودگی ، گیجی ، تغییرات خلقی ، کاهش اشتها ، تهوع-استفراغ

۷. تورم یا احساس کرحتی دستها یا پاهایتان

\*عوارض جانبی" با جدیت کمتر" شامل موارد زیر می باشد :

۱. درد خفیف معده ، اسهال ، تهوع یا استفراغ

۲. تب

۳. بثورات پوستی خفیف

۴. سردرد ، سرفه ، درد سینوسها ، آبریزش یا گرفتگی بینی

شرایط نگهداری و شکل دارو :

دارو در دمای اتاق(۲۵درجه سانتیگراد) نگهداری شود و به دور از رطوبت و حرارت باشد.

بصورت قرصهایی گرد و سفید رنگ می باشند و در داخل بسته هایی به شکل قوطی هستند وهر قوطی شامل ۳۰ عدد قرص می باشد. قرصها دوزهای ۱۲۵، ۲۵۰ و ۵۰۰ میلیگرمی دارند.

قرص ها را با معده خالی مصرف کنید.  
-مصرف دارو یکبار در روز می باشد و بهتر است که همیشه در همان ساعت از روز خورده شود

-قرصها نباید جویده ، خرد و له شود ویا آنرا بطور کامل قورت دهید .

-قرصها را باید در یک فنجان آب یا آب پرتقال یا آب سیب حل کرده وبعد آنرا میل نمایید .

-اگر بعد از آن مقداری دارو در ته فنجان ماند، مجددا فقط با کمی آب یا آبمیوه بقیه داروی باقیمانده را میل نمایید (بخاطر اطمینان از دریافت دوز صحیح دارو).

-دارو را در شیر یا نوشابه حل نکنید .  
-لیوان و قاشقی را که برای دارو مصرف می کنید نباید فلزی باشد.

عوارض جانبی :

\*\*\*در صورت بروز هر گونه "علائم آلرژیک" زیر سریعا دارو را قطع و با اورژانس تماس بگیرید :

۱. کهیر

۲. تنفس مشکل

۳. تورم صورت ، لبها ، زبان و حلق  
\*\*\*در صورت بروز" عوارض مهم "زیر سریعا به پزشک معالج خود مراجعه کنید:

۱. بثورات پوستی شدید

۲. وجود هر گونه مشکلات بینایی و شنوایی

• در صورتیکه مصرف یک دوز را فراموش نمودید، به محض یادآوری در همان روز، دارو را مصرف کنید.

• دوز بعدی را مطابق معمول استفاده کنید. هرگز دوز مصرفی روز بعد را به دلیل فراموش کردن دوز قبلی دو برابر نکنید.

• هرگز بیش از یک دوز دارو را در طی یک روز مصرف نکنید.

• در صورت وجود حساسیت به ماده موثره(یا همان جزء اصلی) اسورال یعنی دفراسیروکس و یا سایر اجزاء تشکیل دهنده قرص(از جمله لاکتوز) نباید از اسورال استفاده کرد.((در ترکیب دفراسیروکس "لاکتوز یا همان قند شیر" وجود دارد، در صورتیکه شما هم به مشکل عدم تحمل شدید لاکتوز دچار هستید حتما پزشک خود را مطلع کنید.))

• مصرف اسورال در طی دوران بارداری مگر در صورت لزوم و با نظر پزشک توصیه نمی شود. در صورت بارداری و یا تمایل به بارداری حتما با پزشک خود مشورت کنید. (مصرف دارو در دوران شیردهی توصیه نمی شود. طریقه مصرف :

-دارو را فقط بر اساس تجویز پزشک با همان میزان و مدت مصرف داده شده استفاده نمایید.

-بهتر است اسورال را ۳۰ دقیقه قبل از خوردن اولین وعده غذای روز مصرف نمایید.



# گفتگو با کودکان در باره سرطان

نویسنده: Jenny Mothoneos مترجم: علی اکبر زینلی

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.

مبتلایان بهبود یافته اند و شما (یا شخص مبتلا به سرطان) تا حد امکان به هر کاری دست می‌زنید تا بیماری بهبود یابد.

به آنان گوش فرا دهید. ممکن است فرزندان در ابتدا که شما آنان را در جریان موضوع قرار می‌دهید کم حرف بزنند و سؤالی نپرسند. بگذارید احساس کنند هرگاه سؤالی دارند، ناراحت هستند و یا احساس ترس دارند، می‌توانند به سمت شما بازگردند.

وعده ای ندهید که نمی‌توانید عمل کنید.

اگر وضعیت به گونه ای است که نمیتوانید به وعده خود عمل کنید، بهتر است قوی ندهید. به جای آنکه بگویید «حتماً در جشنواره یا مسابقه شنا شرکت می‌کنم»، چیزی شبیه به این جمله بگویید: «امیدوارم بتوانم به مسابقه بیایم اما اگر نتوانستم، دوست دارم عکس‌های آن را ببینم».

محبت و احساسات خود را نشان دهید.

به فرزندان خود بگویید دوستشان دارید و اطمینان دهید که از آنان مراقبت خواهد شد. با در آغوش گرفتن و دلداری دادن و ایجاد حس ارزشمند بودن در آنها، نشان دهید که به آنها عشق می‌ورزید. از احساساتی بودن خود نهراسید. با این کار به بچه‌ها پیام دهید که نشان دادن احساسات هیچ ایرادی ندارد. اما سعی کنید با رفتارشان نگرانیشان نکرده و ترس به دلشان نیندازید.

برای شروع صحبت یا ادامه دادن آن، اغلب به سختی میتوان واژه‌های درستی پیدا کرد اما پیشنهاداتی که در گیومه درباره کودکان کوچکتر یا بزرگتر آمده، بسیار سودمند است.

تحقیق کنید اطلاعات قبلی آنان در این مورد چیست.

از فرزندان بپرسید از سرطان چه میدانند و سپس در مورد آنچه تجسم می‌کنند بحث کنید.

از آنها بپرسید می‌خواهند چه اطلاعاتی کسب کنند.

فقط به سؤالاتی پاسخ دهید که بچه‌ها می‌پرسند و تصور نکنید که همانند شما ترس و واکنش دارند. از ارائه سیلی از اطلاعات به طور یکجا پرهیز کنید. صادق و راحت برخورد کنید.

از اینکه بگویید پاسخ سؤالی را نمی‌دانید، نترسید. بگویید تلاش می‌کنید پاسخ را از دکتر دریافت کنید و به محض دریافت به آنها می‌گویید.

به آنها بگویید که از آنها چه انتظاری دارید.

بگذارید از هر گونه تغییری که قرار است در زندگی آنان رخ دهد، آگاهی یابند. مثلاً خاله طی دو هفته آینده به دنبال آنها می‌آید تا آنها را به مدرسه ببرد.

از آنها بپرسید آیا تمایل دارند موضوع را برای هر کسی بازگو کنند.

شاید آنها بخواهند موضوع را به دوستانشان، معلم یا همه کلاس بگویند یا برعکس برای کسی بازگو نکنند. از سوی دیگر اگر فرزندان نخواهند موضوع را به کسی بگویند، شاید شما بخواهید معلمش را در جریان قرار دهید.

امیدها را با واقعیت مقایسه نمایید.

به بچه‌ها بگویید اگرچه سرطان جدی و مراحل درمان آن سخت است، اما بسیاری از

صحبت با دیگر افراد بزرگسال پیش از طرح این وضعیت با کودکان، به شما کمک می‌کند احساسات خود را مرور کرده و تا حدی با این خبرها خوب بگردید. ممکن است افکارتان پریشان و آشفته باشد، به این سبب صحبت با شخصی دیگر به شما کمک میکند دریابید در جریان روزها و هفته‌های آینده چه کارهایی را لازم است انجام دهید.

نگه داشتن اسرار زمانی که در انتظار دریافت جواب آزمایش هستید، دلهره بیشتری دارید و فرزندانتان ممکن است حس کنند مشکلی پیش آمده است. سعی کنید به محض احساس توانایی، حقیقت را برای بچه‌ها بازگو کنید. اگر نمی‌دانید مسئله تا چه حد جدی است یا چه درمانی نیاز است، این موضوع را هم به آنها بگویید.

در موارد زیر مطلع ساختن بچه‌ها ایده خوبی است:

- زمانی که فکر می‌کنید آنها می‌خواهند چیزی بگویند؛
  - وقتی در اثر گریه بزرگترها، دست و پای خود را گم کرده‌اند؛
  - با بروز تغییرات بدنی یا احساسی در فرد مبتلا به سرطان، دچار شوک شده و سردرگم مانده‌اند؛
  - فرد مبتلا دارای نشانه‌هایی قابل رؤیت است که نیاز به توضیح دارند، مثل تهوع مکرر یا از دست دادن وزن.
- به مرور درمی‌یابید که چه زمانی از روز بهترین وقت برای فرزندان است تا اخبار مهم را بشنوند. بهتر است زمانی را تعیین نمایید که حرف شما قطع نشود و با قاطعیت از اعضای خانواده بخواهید برای یک صحبت رسمی دور هم جمع شوند.
- طرح موضوع به هنگام خواب یا پیش از واقعه ای مهم، به هیچ وجه مناسب نیست. چه باید گفت؟
- اصل قضیه را با واژه‌هایی که می‌فهمند، برایشان بازگو کنید.



جراحی میشدم تا دکترها نگاهی بیندازند و اطلاعات بیشتری به دست آورند.»  
«میدانی که مامان اخیرا خیلی مریض شده است. دکترها امروز گفتند که آزمایشها نشان میدهند مامان سرطان دارد. خبر خوب اینکه شانس بهبودی مامان خیلی زیاد است.»

### توضیح سوء تفاهم ها

«سرطان انواع مختلفی دارد و درمان هر کدام هم با هم متفاوت است. حتی اگر عمو هم سرطان داشت، نوع آن با نوع سرطان من یکی نبود.» هم خواستی صحبت کنی، مشکلی ندارد.»

توضیح تغییرات ایجاد شده و مطمئن ساختن کودکان

«وقتی بابا تحت درمان قرار بگیرد، یک سری چیزها در خانه عوض میشود. اما میتوانیم بابا را گاهی در بیمارستان ملاقات کنیم.»

«بعد از اینکه عمل کنم، یک سری کارها را نمیتوانم انجام بدهم؛ مثل بلند کردن چیزی یا رانندگی. پس باید در خانه جدی باشی. بابا هم زود از سر کار میآید تا تو را به کلاسهای بعد از مدرسه ببرد.»

«هر اتفاقی بیفتد، همیشه دل ما با توست و دوستت داریم. به محض آنکه خبری بگیریم تو را هم مطلع میکنیم.»

«اگر سوآلی در ذهنت داری یا نگران چیزی هستی، پیش خودت نگه ندار. بیا و با ما صحبت کن. اگر با فرد دیگری هم خواستی صحبت کنی، مشکلی ندارد.»

• از مدیر مدرسه بپرسید آیا مقدور است با برنامه ریزی مدرسه، گروه تئاتری به مدرسه بیاید و نمایش خیمه شب بازی داشته باشد.

پاسخ به پرسش های کلیدی کودکان  
سوال: آیا شما در شرف مرگ هستید؟  
این همان سوآلی است که اکثر والدین از آن می ترسند، اما مسئله آن چیزی نیست که فکر میکنید. مثلا منظور بچه های کم سن و سال از طرح سوآل این است که: «آیا باز هم میتوانیم به تعطیلات برویم؟» برای بچه های بزرگتر، کمی پیچیده تر است: «چه کسی مراقب من خواهد بود؟» با طرح یک سری سوال سعی کنید پرسشهای آنان را کشف کنید: «آیا چیز خاصی هست که در مورد آن نگران باشی؟» یا «در مورد چه چیزی فکر میکردی؟»

### درباره بیماری

«من دچار نوعی بیماری شده ام که به آن سرطان میگویند. یعنی توده هایی در بدنم در حال رشد هستند که نباید اصلا وجود داشته باشند. قصد دارم به بیمارستان بروم و عمل کنم تا این تودهها را در بیاورند. بعد تحت درمان بیشتری قرار میگیرم تا مطمئن شوم که توده ها دوباره بر نمیگردند.»

«دکترها میگویند خون بابا دچار مشکل شده، برای همین اخیرا خیلی خسته به نظر میرسد. بابا باید تحت درمان قرار بگیرد تا دوباره بهبود پیدا کند.»

«خیلی از مردم سرطان می گیرند، ما علت آن را نمی دانیم. خیلیها هم بهبود پیدا میکنند. انتظار این است که من هم بهبود پیدا کنم.»

### توضیح سوء تفاهم ها

«هنوز هم می توانیم تا دلت بخواید هم دیگر را در آغوش بگیریم و نوازش کنیم - تو نه از من و نه از هیچ کس دیگری سرطان نمیگیری.»

«حتی اگر دوستان مدرسه ای بگویند سرطان واقعا بد است و من مریض تر شوم، اما آنها در مورد سرطان همه چیز را نمیدانند. به شما میگویم که دقیقا چه اتفاقی برای من در حال وقوع است.»

توضیح تغییرات ایجاد شده و مطمئن ساختن کودکان

«لازم نیست نگران باشی، چون دکترها به خوبی از من مراقبت میکنند. به زودی یک سری درمان دریافت میکنم که زمان شروع آن را به شما خواهم گفت.»

«حتی اگر تغییراتی در امور خانه پدید بیاید و بابا هم تحت درمان باشد، همچنان میتوانی به کلاس تنیس بروی.»

«بعد از اینکه مامان بزرگ از بیمارستان مرخص بشود، کارهای مامان زیاد میشود. چون باید به او کمک کند. همه ما می توانیم به نوعی کمک کنیم، اما خیلی از برنامه ها برای شما تغییر نمی کند.»

«اگر دوست نداری، مجبور نیستی در مورد سرطان من با دوستهایت حرفی بزنی. اما معلمت را در جریان میگذارم تا بداند چه

مسائلی در خانه ما می گذرد.»  
بچه مدرسه ای های بزرگتر و نوجوانان.

### درباره بیماری

«خبرهای بدی شنیدیم، من سرطان گرفته بودم. هنوز نمیدانستیم باید چکار کنیم، باید

نوزادان، اطفال و کودکان نوپا

درباره بیماری  
«مامان مریض شده و باید به بیمارستان برود تا بهبود پیدا کند.»

توضیح تغییرات ایجاد شده و مطمئن ساختن کودکان

«بابا و مامان دو شب نمیتوانند پیش تو باشند، برای همین مامان بزرگ می آید تا پیش تو در خانه بماند.»

«مامان باید مدت زیادی استراحت کند و نمی تواند با تو بازی کند، اما هنوز هم تو را دوست دارد.»

کودکان پیش دبستانی و مهدکودکی

درباره بیماری

«من دچار نوعی بیماری شده ام که به آن سرطان میگویند. دکتر به من دارو داده تا بهتر بشوم. این داروها ممکن است چند روزی مرا بیحال و خسته کنند، اما بعد از آن حالم بهتر میشود.»

### توضیح سوء تفاهم ها

گاهی اوقات، بچه ها نگران میشوند که افکار یا رفتار آنها باعث سرطان فرد شده است.  
«هیچ کسی باعث بروز سرطان نمیشود و دست ما هم نیست که بخواهیم دچار آن نشویم.»

«فکر میکنی چرا بابا دچار سرطان شده است؟»

توضیح تغییرات ایجاد شده و مطمئن ساختن کودکان

«مامان باید چند هفته ای هر روز به بیمارستان برود. برای همین بابا تو را به مدرسه میبرد. بابا چشم انتظار است تا هرچه زودتر این کار را انجام دهد.»

«من عاشق نقاشی های تو هستم، اگر میتوانی برایم چند نقاشی بکش تا با خودم به بیمارستان ببرم.»

«بابا مریض شده و نمی توانیم مدتی او را ببینیم، اما بدان که او تو را خیلی دوست دارد.»

بچه مدرسه ای های کم سن و سال تر

جواب:

«بعضیها از این نوع سرطانی که من دارم می میرند اما من تصمیم گرفته ام هرکاری دکتر گفت انجام بدهم تا خوب شوم.» «ما انتظار چنین اتفاقی را نداریم، اما ممکن است مدتی مریض بشوم.»

سوال: آیا من را سرزنش می کنند؟

بعضی بچه ها مستقیماً از شما سؤال میکنند که «آیا دیگران با نگرانی همراه با سکوتشان، آنها را به خاطر این سرطان سرزنش میکنند؟»

جواب:

«اینکه من سرطان دارم، تقصیر هیچکس نیست. هیچکدام از رفتارها یا گفتارهای شما باعث مریضی من نشده است.» «شما نمیتوانید سرطان را بهتر یا بدتر کنید، ولی میتوانید با داستان های با مزه ای من را بخندانید.»

سوال: آیا من هم دچار سرطان می شوم؟

جواب:

«ابتلای به سرطان مثل ابتلای به سرماخوردگی نیست. بنابراین نزدیک شدن به من مشکلی ندارد، حتی اگر مریض باشم.» «سرطان در بدن شخص مبتلا پیشرفت می کند، اما قابل انتقال به شخص دیگر نیست.»

سوال: چه کسی از من مراقبت خواهد کرد؟

جواب:

«سعی ما این است که امور خانه را تا حد امکان در حالت خودش حفظ کنیم، اما گاهی وقتها ممکن است از بابا یا مامان یا بابابزرگ بخواهیم کمکمان کنند.»

سوال: آیا باید موضوع را به افراد دیگر هم بگویم؟

جواب:

«مجبور نیستید به کسی چیزی بگویید، اما آیا اصلاً دوست دارید موضوع را به کسی بگویید؟ اغلب مردم با این کار میتوانند در مورد چیزهایی صحبت کنند که در ذهنشان میگذرد.»

«وقتی به موضوع صحبت با دیگران در رابطه با سرطان فکر می کنید، چه چیزی در ذهن شما میآید؟»

«ما باید مدرسه را در جریان موضوع قرار دهیم، اما به من بگویید که فکر میکنید به چه کسی باید گفت و از چه مسائلی دوست دارید صحبت شود.»

«میدانم که راز نگهدار هستید، اما فکر میکنم مدرسه باید از این مسائل اطلاع داشته باشد. سعی میکنم طوری این کار را انجام دهم که تا حد امکان دردسری برایت درست نشود.»

سوال: آیا کاری هست که من بتوانم به عنوان کمک انجام دهم؟

جواب:

«بله، کارهای زیادی هست که میتوانید انجام دهید. برایتان مشخص میکنم چه کارهایی هست و چه چیزهایی باعث راحتی شدن کارها برای هرکدام از ما میشود.»

«بعضی کمکها در امور خانه بسیار مفید است، اما توجه داشته باشید که باید به کار مدرسه خودتان هم برسید و وقتی را هم برای لذت و تفریح بگذارید.»

### برخورد با واکنش بچه ها

گریه

ترس: برای آنان توضیح دهید که فرد مبتلا به سرطان، با آن که سلولهای بیماری در بدنش وجود دارد و از لحاظ ظاهری کمی تغییر کرده، ولی هنوز همان فرد قبلی است. سعی کنید این موضوع را به تغییراتی ربط دهید که برای کودک قابل درک باشد؛ مثل درختی که در طول سال رنگ عوض میکند. بدون واکنش: کودک اغلب محتاطانه عمل میکند و لازم است مدتی بگذرد تا بتواند این اطلاعات را هضم کند. سعی کنید نسبت به این رفتار رنجیده خاطر نشوید.

### نقش مدرسه یا پیش دبستانی

• موضوع را به مدیر و معلمان فرزندان بگویید. شاید آنها افراد دیگری را در جامعه یا مدرسه بشناسند که مبتلا به سرطان هستند یا قبلاً مبتلا بوده و این موضوع تأثیر زیادی بر درک فرزند شما از بیماری خواهد داشت؛ مثلاً پدر یا مادر یکی از بچه ها یا یکی از بچه های مدرسه که در اثر سرطان درگذشته است.

• از اولیای مدرسه بخواهید چشم از فرزندان بر ندارند و هرگونه تغییر نگران کننده مثل قلدری کردن را به شما گزارش کنند. از معلمان مدرسه بخواهید کاوشگرانه عمل نکنند. برخی کارکنان خوشنیت ممکن است رفتار بچه را بد تفسیر کنند یا سهواً باعث ناراحتی او شوند. مثلاً ممکن است معلم از بچه ها سؤال کند که آیا حالشان خوب است یا نه. درحالی که بچه ها برای خودشان شاد و خندان نشستند.

• از والدین دوستان فرزندان بخواهید تا

در پیگیری امور یادداشت برداری، برنامه های فوق العاده، تکالیف خانه و جشنهای مدرسه به شما کمک کنند. هنگامی که تار و پود زندگی در خانه از هم میپاشد، بچه ها دو برابر زیان میبینند. به خصوص زمانی که به مدرسه میروند و چیزی را در خانه جا میگذارند و این، به خاطر آن است که یادداشت خود را در خانه گم کرده اند.

### نکات کلیدی

• اگر لازم میدانید درباره مسائل خود با دیگر بزرگسالان گفتگو کنید.

• از بستگان، دوستان یا همکاران درخواست کمک کنید تا نیازهای عملی و احساسی شما بهتر مورد حمایت قرار گیرند.

• بهترین زمان گفتگو با فرزندان را مشخص کنید.

• تصمیم بگیرید میخواهید چه کسی در کنار شما باشد.

• به کودکان خود بگویید که چه اتفاقی رخ داده است.

• توضیح دهید که بعد چه چیزی رخ خواهد داد.

• به بچه ها امید دهید که حتی اگر شما یا آنها در حال حاضر نسبت به موضوع نگران هستید، اما اوقات بهتری نیز وجود دارد.

• به آنان اطمینان دهید که همچنان دوست داشتنی هستند و از آنان مراقبت خواهد شد.

بچه ها باید چه چیزهایی را بدانند؟  
برنامه درمانی

بچه ها اغلب نیازمند کسب اطلاعات هستند تا خود را برای آنچه که در مورد فرد سرطانی روی میدهد و نحوه تأثیر آن بر زندگی، آماده کنند.

چه اتفاقی برای آنان رخ خواهد داد؟

اگر مجبور هستید طی درمان، بخشی از امور معمول خانه را تغییر دهید، به آنها بگویید این تغییر چه خواهد بود، چرا باید رخ دهد و چه تأثیری خواهد داشت.



# اصول یک برنامه راهبردی مقابله با سرطان و جایگاه بنیاد بیماریهای خاص :

تالیف: دکتر هومن محمدی متخصص بهداشت

است. از جمله عدم استعمال دخانیات و الکل، گسترش فعالیت بدنی و سالم سازی محیط های کاری در مقابل عوامل سرطانزا. گسترش برخی واکنش های مرتبط با بیماریهای سرطانزا نظیر هپاتیت و عفونت دهانه رحم، از جمله فعالیتهای مرتبط با پیشگیری هستند که در بسیاری کشورها اجباری و تحت پوشش بیمه قرار دارند. در ایران بدلیل محدودیت منابع هرفعالیت پیشگیرانه می بایست با هدف مقابله با سرطانهای «شایع» با کشندگی بالا و هزینه بر باشد. در این راستا بنیاد امور بیماریهای خاص سالهاست که بحث پیشگیری از سرطان را با فعالیتهای آگاهسازی، برگزاری سمینارها، چاپ بروشور و کتابچه ها با مخاطب عموم مردم درخصوص معرفی انواع سرطان و روشهای پیشگیری از آن برای گروههای مختلف مردم و هم چنین افراد حرفه ای و دست اندرکاران امور سلامت در سیاستهای خود قرار داده است.

## - محور درمان :

- منظور از انجام غربالگری سرطان یعنی انجام یک معاینه یا اقدام تشخیصی خاص در افراد به ظاهر سالم که بتواند نشان دهد آنها در معرض خطر بالای ابتلا به سرطان می باشند. با اجرای برنامه های غربالگری به موقع می توان گروههای در معرض خطر را آگاه نمود و با انجام آزمایشات تکمیلی و یا مداخلات درمانی، از ابتلا آنها به سرطان جلوگیری و یا در صورت ابتلا از ایجاد عوارض در آنها جلوگیری و طول عمر آنها را بالا برد.

عوامل شیمیایی و بیولوژیک از سایر عوامل دخیل در بروز سرطان می باشند.

- قرارگرفتن در معرض مواد سرطانزا در محیط های صنعتی از جمله آرسنیک، پشم شیشه، دی اکسیدها و آفلاتوکسین ها هر ساله منجر به ۱۵۰ هزار مرگ می گردد که مرتبط با سرطانهای ریه، حنجره، پوست، لوسمی و حلق می باشند. همچنین اشعه یونیزان که مهمترین آن رادون است و در منبع زیرزمینی برخی مناطق یافت می شود یا در اثر جنگ و یا برخی تجهیزات پزشکی ساطع می شود، با سرطانهای ریه، پستان و تیروئید مرتبط می باشد. تخمین زده می شود سالانه ۶۰ هزار نفر در اثر قرارگرفتن در معرض اشعه ماوراء بنفش خورشید در اثر سرطانهای پوست می میرند. مصرف دخانیات به تنهایی مهمترین عامل خطرزای قابل اجتناب بروز سرطان و به تنهایی موجب ۲۲ درصد مرگ و میر ناشی از سرطان می باشد. ۱۹ درصد موارد مرگ و میر سرطان پستان و ۲۶ درصد مرگ و میر سرطان کولورکتال مرتبط با اضافه وزن و عدم تحرک است.

- کاهش مصرف دخانیات از طریق آگاه سازی عمومی باعث کاهش بروز سرطانهای دهان و حنجره، ریه و مری می گردد. مقابله با اضافه وزن و شیوع فعالیت بدنی منظم رجامعه سبب کاهش خطر سرطانهای مری، روده بزرگ، پستان، رحم و کلیه می شود.

بنا بر آنچه ذکر شد، یکی از راهکارهای اصلی پیشگیری تغییر سبک زندگی پرخطر و فرهنگسازی زندگی سالم

هر برنامه راهبردی مقابله با سرطان در واقع تعریف یک فرایندی است که در طی آن از طریق مشخص شدن نقاط تهدید و خطر، با همکاری بین بخشی منابعی تجمیع و اهداف مشترکی برای کاهش بار فردی، اجتماعی و کشوری حاصل از سرطان، تعریف و نهادینه می شود.

منظور از نهادینه شدن یعنی راه اندازی برنامه هایی در جهت جلوگیری از شمار بالای مرگ و میر ناشی از سرطان های شایع، شناسائی زودهنگام سرطانها، بهبود روشهای درمان، بالابردن شمار افراد نجات یافته از سرطان و فراهم نمودن کمک و خدمات حمایتی استاندارد برای بیماران غیرقابل برگشت و در مرحله آخر. پس برای اینکه مفهوم برنامه راهبردی در حیطه سرطان روشن شود، ابتدا باید محورهای اصلی مقابله با سرطان را مرور کنیم :

## - محور پیشگیری :

- مطالعات و مقالات نشان می دهند با برنامه های پیشگیری موفق می توان تا ۴۰ درصد میزان مرگ و میر ناشی از سرطان را کاهش داد و در هزینه های سنگین مرتبط با رنج و سختیهای حاصله از سرطان به جوامع صرفه جویی نمود. پیشگیری در واقع مهمترین جزء برنامه راهبردی مقابله با سرطان می باشد. عوامل خطرزایی هم چون مصرف دخانیات، الکل، چاقی، اضافه وزن و کمبود فعالیت علاوه بر ایجاد سرطان در بروز سایر بیماریهای مزمن نظیر دیابت و بیماریهای قلبی - عروقی نقش دارند. تماس با مواد سرطانزای محیطی

آموزش ارتقاء کیفی و کمی پرسنل بخشهای برنامه ریزی، سیاستگذاری، تشخیص، درمانی، جراحی و توانبخشی جهت حمایت همه جانبه از افراد در معرض خطر و مبتلایان می باشد که مجموعه ای نظیر بنیاد امور بیماری های خاص با سالها تجربه آموزشی، پژوهشی و درمانی محوریت خاص برای کمک به تحقق این مهم داراست.

آموزشی پل ارتباطی بین سازمانهای حمایتی و اینگونه اطلاعات بوده است.

#### – محور مدیریت راهبردی:

مهمترین سلاح در برنامه های مقابله با سرطان، دکمه ای است که با فشار آن آمار صحیح انواع سرطان به سیاستگذار برسد. اطلاعات صحیح مرتبط با صدمات جانی و مالی حاصل از سرطان ها و مشخص شدن شایع ترین، وخیم ترین و پُرعارضه ترین انواع آن در کشور ابزاری ضروری است، که پژوهشهای کاربردی نقش کلیدی در این راستا داشته سبب

بنابراین با غربالگری به موقع، تشخیص و درمان زودهنگام، بسیاری سرطانها قابل درمان هستند، وجود فناوری و ابزار تشخیصی با دقت و حساسیت کافی، می تواند تفاوت مرگ و زندگی در عرصه تشخیص سرطان باشد از جمله سرطانهایی که در صورت تشخیص زودهنگام شانس درمان کامل دارند، سرطان دهانه رحم، روده بزرگ و پستان می باشند. و این جزء مسئولیت وزارت بهداشت هر کشور است که جدیدترین اطلاعات و فناوریهای مرتبط با اقدامات تشخیصی و درمانی را شناخته و در سیاستها بکار گیرند. شایان ذکر است بنیاد بیماریهای خاص در طی سالها نقش موثری در معرفی جدیدترین و دقیقترین کیت های تشخیصی، داروها و خدمات توانبخشی و آموزش بکارگیری آنها از طریق جایگاه محوری خود و ارتباط با شرکتهای دارویی و تجهیزات تشخیصی داخل و خارج کشور داشته است.

#### – محور مراقبتهای پرستاری و حمایتی:

– برای افراد سرطانی و مراحل غیرقابل بازگشت و مزمن، دستیابی به اطلاعات مرتبط با امکانات حمایتی روشهای جدید پرستاری و تجهیزات و فناوریهای به روز چه بطور مستقیم و چه از طریق تیم درمانی و پرستاری، ضروری می باشد و می تواند بهترین انتخابها را جلوی آنها بگشاید. و ضامن دستیابی به سطح بالای امید به زندگی و کیفیت زندگی گردد. در زمینه روشهای حمایتی چه برای عموم چه برای گروههای پرستاری عمومی و تخصصی، دائم اطلاعات جدید و روشهای ساده تر و نتیجه بخش تر در حال رشد و توسعه می باشد که بنیاد بیماریهای خاص با جایگاه مقبول بین المللی چه به برگزاری کارگاههای آموزشی برای پرسنل پرستاری و بیماران و چه با انتشارات و سایت خبرسسانی



شناسایی عوامل پرخطر، افراد در معرض خطر، قابل پیشگیری ترین انواع سرطان و سایر اطلاعات ارزشمندی می گردند که مواد خام شکل گیری برنامه راهبردی مقابله با سرطان در کشور خواهند بود. در این راستا شکل گیری نظام ثبت سرطانها در کشور گام اول خواهد بود. در کل تمام محورهای ذکر شده نیاز به



# آیا فرد زنده هم می تواند اهداء کننده باشد؟

دکتر نجفی متخصص داخلی - بیمارستان مسیح دانشوری

جشن نفس جشن زندگی که به ابتکار واحد پیوند دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی همه ساله مقارن با تولد حضرت فاطمه زهرا(س) برگزار می گردد کلیه خانواده های اهداکننده عضو وک لیه گیرندگان اعضای پیوندی به این جشن دعوت شده و بدون شناسایی یکدیگر لحظات دیدنی ای را می آفرینند.

آیاممکن است بدن فردگیرنده ، عضو پیوندی را رد کند؟

آمار موفقیت پیوند در اکثریت موارد بیش از ۷۰ درصد گزارش شده است. بدن گیرنده عضو پیوندی در صورت عدم مراقبت صحیح فرد از خود و یا در موارد بسیار نادر بطور خودبخودی ، می تواند عضو پیوندی را رد کند.

اگر عضو پیوندی ، توسط بدن فردگیرنده رد شود چه خواهد شد؟

دراکثریت مواقع در صورت تشخیص بموقع رد پیوند ، امکان درمان آن وجود خواهد داشت. کنترل دقیق بیمار بعد از انجام پیوند عضو، مصرف مرتب داروهای مربوطه و انجام آزمایشات لازم می تواند از رد کامل پیوند پیشگیری نماید.

آیا پیوند عضو میان جنس ها و نژادهای مختلف امکان پذیر است؟

آری ، البته اندازه عضو پیوندی حائز اهمیت است و باید مورد توجه قرار گیرد و به ویژه انطباق بافتی در خصوص پیوند کلیه حیاتی می باشد.

اهدای عضو صورت نخواهد گرفت. واحد فراهم آوری اعضای پیوندی چگونه از وجود مرگ مغزی مطلع خواهد شد؟ بنابر قانون ، کلیه بیمارستانها در سطح کشور اعم از دولتی و غیردولتی موظفند موارد مرگ مغزی را به اطلاع این واحد برسانند. سپس هماهنگ کنندگان عضو پیوندی در محل حاضر شده و با خانواده فرد اهداء کننده در زمینه ابعاد قانونی و اخلاقی اهدا صحبت خواهند کرد.

در صورت عدم حضور فرد دارنده کارت در ایران آیا انتقال وی به کشور صورت می گیرد؟

خیر ، متأسفانه در حال حاضر امکان انتقال بیمار مرگ مغزی و یا عضو اهدایی از کشورهای دیگر به ایران وجود ندارد. ولی ممکن است در آن لحظه خاص فرد در ایران باشد!!!

مراسم خاکسپاری فرد اهداکننده چقدر به تاخیر خواهد افتاد؟

کل مراحل اهدا و پیوند عضو (اخذ رضایت از خانواده فرد اهداکننده تا پایان برداشت و پیوند عضو) معمولاً ۳۶ ساعت بطول می انجامد.

آیا خانواده های فرد اهداء کننده و فرد گیرنده عضو پیوندی یکدیگر را ملاقات خواهند کرد؟

خیر ، هویت طرفین محرمانه خواهد ماند، البته تعدادی از خانواده ها تمایل خواهند داشت که از طریق نامه های بی نام و نشان (با همکاری واحد فراهم آوری اعضای پیوندی) با هم مکاتبه داشته باشند. در مراسمی تحت عنوان

بله، در بعضی شرایط . کلیه یکی از معمولترین اعضای اهدائی افراد زنده می باشد، زیرا یک فرد سالم با یک کلیه هم قادر است به زندگی طبیعی خود ادامه دهد. قسمتی از کبد یا ریه و در موارد نادر قسمتی از روده کوچک نیز قابل اهداء می باشد.

آیا در صورت مرگ طبیعی نیز امکان اهدای عضو وجود دارد یا خیر؟

بله ، بعد از مرگ کامل به صورت طبیعی تا ۴۸ ساعت نسوجی مانند قرونیه ، دریچه قلب ، استخوان و تاندون قابل اهداء می باشند.

آیا اهداکنندگان عضو از نظر بیماریهای خاص غربالگری خواهند شد؟

همه اهداکنندگان عضو از نظر ایدز ، هپاتیت، ویروس های مشابه و یک سری بدخیمی ها مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

آیا داشتن « کارت اهدا عضو» برای اهدای اعضا پس از مرگ کفایت می کند؟

بسیار مهم است که نزدیکان نیز در جریان این امر خداپسندانه قرار گیرند تا در زمان فوت فرد در خصوص اهدای عضو غافلگیر نشوند و آنرا مصیبتی افزون بر ازدست دادن عزیز خود ندانند چرا که ، بنا بر قانون جمهوری اسلامی ایران و اکثریت کشورهای جهان برای اهدای عضو رضایت اولیای دم ضروری می باشد و حتی علی رغم داشتن کارت اهدای عضو در صورت عدم رضایت اولیای دم





چه مدت باید یک بیمار نیازمند دریافت عضو پیوندی در لیست انتظار بماند؟ مدت زمانی که بیمار در لیست انتظار خواهد بود می تواند از چند روز تا چندسال بسته به وخامت شرایط بالینی ، موجود بودن عضو پیوندی و سازگاری آن تفاوت کند.

کدام بیماری های زمینه ای مانع اهدای عضو فرد خواهند شد؟

بیماری های عفونی مانند ایدز و اکثر بدخیمی ها مانع از اهدای عضو خواهند شد. البته همه این شرایط در زمان فوت شخص مجدداً ارزیابی می گردند.

آیا افراد مبتلا به بیماری دیابت و فشارخون و یا افراد مبتلا به بیماری های روماتیسمی مانند لوپوس و غیره می توانند اهداکننده باشند؟ بله ، البته در صورت بروز حادثه برای این افراد و ایجاد مرگ مغزی سلامت اعضای بدن توسط تیم پزشکی به دقت بررسی می گردد و در صورت عدم وجود مشکل اهدای اعضایی که عملکرد مناسبی دارند انجام می شود.

در مرگ مغزی ، خونرسانی به مغز متوقف شده ، اکسیژن رسانی به آن انجام نمی گیرد. مغز تمام کارکرد خود را از دست می دهد و دچار تخریب غیرقابل برگشت می گردد. اگرچه پس از مرگ مغزی اعضای دیگر از جمله قلب ، کبد و کلیه ها هنوز دارای عملکرد هستند، بتدریج در طی چند روز آینده ، از کار خواهند افتاد.

بیمار مرگ مغزی ، صحبت نمی کند، نمی بیند ، به هیچ یک از تحریکات خارجی پاسخی نمی دهد و بدون استفاده از دستگاه تنفس مصنوعی قادر به تنفس نخواهد بود.

علل شایع مرگ مغزی کدامند؟

تصادفات رانندگی ، وارد آمدن ضربه شدید به سر ، سقوط از ارتفاع ، غرق شدن در آب ، مسمومیت ها، خونریزی

های داخلی مغز و همچنین سکتة مغزی.

مرگ مغزی چگونه رخ می دهد؟

هرگونه آسیب شدید به مغز می تواند منجر به تورم بافتی شود. از آنجائی که مغز در یک فضای بسته (استخوان جمجمه) قرار دارد و جایی برای این افزایش حجم وجود ندارد، بر بخش های پایین تر مغز (ساقه مغز) فشار آورده ، مانع جریان گردش خون به قسمت های بالایی می گردد و بیش از پیش مانع اکسیژن رسانی می شود.

این فرایند ممکن است چند دقیقه یا چند روز بدرازا بکشد. قلب به کمک دستگاه تنفس مصنوعی به فعالیت ادامه داده ، به اعضای دیگر اکسیژن می رساند، درحالی که بافت مغز و ساقه مغز که وظیفه کنترل تنفس و ضربان قلب را برعهده دارند از این ماده حیاتی (اکسیژن) محروم مانده ، دچار مرگ می شوند.

چرا در مرگ مغزی ، بیمار تا مدتی دارای ضربان قلب و تنفس می باشد؟

قلب تا زمانی که دارای اکسیژن رسانی باشد ، به ضربان خود ادامه می دهد در بیمار مرگ مغزی ، دستگاه تنفس مصنوعی (ونتیلاتور) اکسیژن لازم را برای ضربان قلب فراهم خواهد کرد و به محض جداکردن دستگاه از بیمار قلب هم از کار خواهد افتاد.

کما چیست؟ آیا همان مرگ مغزی است؟

کما در واقع یک نوع اختلال در کارکرد مغز است که شخص دچار کاهش شدید سطح هوشیاری می گردد و به هیچ یک از تحریکات پیرامونش ، پاسخ نمی دهد. در کما شانس بهبودی برای برخی بیماران وجود دارد، در صورتی که در مرگ مغزی بهبودی بیماری غیرممکن و مرگ وی ظرف چندروز حتمی است <

زندگی نباتی چیست و چه فرقی با مرگ مغزی دارد؟

زندگی نباتی ، با مرگ مغزی کاملاً متفاوت است.

این وضعیت تقریباً همیشه در پی کما رخ می دهد. با اینکه شخص بیدار به نظر می رسد (چشمانش باز است) و دارای یک سری حرکات غیرارادی اعضای خویش است ، هیچ عملکرد ذهنی و شناختی ندارد.

این ها در واقع بیمارانی هستند که به دنبال آسیب شدید مغزی ، برای سالهای متمادی زنده می مانند و به نظر هوشیارند، بدون اینکه بتوانند با محیط اطراف خود ارتباطی برقرار کنند.

آیا بیمار بدنبال مرگ مغزی درد را احساس می کند؟

خیر ، پس از وقوع مرگ مغزی ، در انسان هیچگونه احساس درد و آندوهی وجود نخواهد داشت.

آیا مواردی از مرگ مغزی بوده است که بهبود یافته باشند؟

خیر ، امکان بهبودی و بازگشت بیمار مرگ مغزی به هیچ عنوان وجود ندارد. مواردی که شنیده اید فرد دچار مرگ مغزی شده و سپس بهبود یافته است ، در واقع مرگ مغزی نبوده است.

این بیمارستان در کمای عمیق بوده ولی نزدیکان آنها و یا حتی گاهی برخی از پزشکان و پرستارانی که در باره تفاوت مرگ مغزی و کما اطلاعات کافی ندارند چنین برداشت نادرستی کرده اند.



# تالاسمی اینترمدیا

دکتر آریتا آذر کیوان فوق تخصص هماتولوژی کودکان- عضو هیأت علمی سازمان انتقال خون

قسمت اول : تعریف بیماری و راه های تشخیص

بیماری تالاسمی یکی از مشکلات جامعه امروزی ما و بسیاری از کشورهای جهان است. بیماری تالاسمی یک کم خونی ارثی است که در آن به علت اختلال در میزان تولید زنجیره های گلوبینی در ساختمان هموگلوبین، گلبولهای قرمز در جریان خون عمر طبیعی نداشته و به سرعت از بین میروند. این بیماری را باید سندرم تالاسمی نامید چون انواع مختلفی دارد و بر حسب اینکه کدام زنجیره در ساختمان هموگلوبین دچار مشکل باشد، نوع تالاسمی فرق میکند و نیز هر یک از انواع تالاسمی از نظر شدت علائم بالینی دارای طیف وسیعی از تظاهرات بالینی میباشند. نامگذاری این بیماری بر اساس همان زنجیره مشکل دار صورت می گیرد (انواع آلفا، بتا، دلتا بتا و...). بیشترین فرم های تالاسمی، آلفا و بتا تالاسمی است. شایعترین فرم تالاسمی، در کشورهای همسایه، حوزه مدیترانه و کشور ما ایران، بتا تالاسمی است. این بیماری بر حسب شدت بیماری به سه فرم تعریف می شود، فرم شدید بیماری یا بتا تالاسمی ماژور، فرم متوسط بیماری یا تالاسمی اینترمدیا و فرم خفیف یا تالاسمی مینور که در واقع فرم ناقل بیماری محسوب میشود و در حیطه بیماریهای فوق قرار نمی گیرد. اما از نظر انتقال ژن در توارث، بیماری تالاسمی ماژور اهمیت دارد.

در بیماری تالاسمی بتا، موتاسیون یا جهش ژنتیکی در ژن بتا باعث می شود که زنجیره بتا یا اصلاً ساخته نشود یا به میزان خیلی کم ساخته شود. در

ساختمان هموگلوبین زنجیره آلفا و بتا به میزان مساوی بوده و در یک تعادل ساختمانی هستند، ولی در بیماری تالاسمی ماژور به علت کمبود یا فقدان شدید زنجیره بتا، زنجیره آلفای زیادی (که می بایستی با زنجیره بتا باند شده و تشکیل ساختمان هموگلوبین را دهد) در داخل سلول تجمع می یابد. اساس پاتوژنز بیماری تالاسمی همین زیادی آلفا است. هرچه موتاسیون ژن بتا مخرب تر باشد یعنی اصلاً سنتز زنجیره بتا نداشته باشیم تجمع زنجیره آلفا بیشتر بوده و شدت بیماری بیشتر است. این زنجیره های آلفای زیادی در داخل گلبول قرمز تجمع یافته و باعث عدم ثبات سلول شده و به راحتی تخریب می شود که به عبارتی همان همولیز رخ می دهد. در واقع همین همولیز زود هنگام گلبولهای قرمز باعث کوتاهی عمر سلول و کم خونی شدید در بیمار می شود. آنمی همولتیک و در نتیجه افزایش فعالیت مغز استخوان برای خون سازی است که باعث اتساع مغز استخوان و تغییرات خاص و تغییر شکل در شکل جمجمه صورت می گیرد. از طرفی باعث نازک شدن کورتکس و شکستگی های پاتولوژیک استخوانهای بلند می شود. کم خونی شدید هم باعث بروز عوارض شدید، منجمله ضعف و بی حالی شدید، اختلال رشد و بزرگی کبد و طحال می شود. شکل ۱ به صورت ساده این علل و عوامل را نشان می دهد.

شکل ۱- پاتوژنز بیماری تالاسمی در تالاسمی ماژور، بیماران از همان سال اول تولد کم خون شده و نیاز به

تزریق خون پیدا می کنند. در واقع تزریق خون برای بیماران حیاتی بوده و این درمان تزریق خون باید تا آخر عمر تداوم داشته باشد. اما در مورد تالاسمی اینترمدیا، این فرم از تالاسمی ماژور خفیف تر است. بیماران در سال های بالاتر علائم کم خونی را نشان میدهند. به عبارتی موتاسیون یا جهش ژنتیکی در ژن بتا در تالاسمی اینترمدیا حاوی فرمهای ملایمتری از جهش ژنی است که باعث می شود مقدار کمی زنجیره بتا ساخته شود و همین مقدار کم زنجیره بتا با زنجیره آلفا باند شده و از شدت بیماری بکاهد. در واقع در تالاسمی اینترمدیا شدت کم خونی در حدی است که برای بیمار قابل تحمل بوده و میتواند بدون تزریق خون مداوم، ادامه حیات دهد. معمولاً در تالاسمی اینترمدیا رشد و تکامل بلوغ طبیعی است. علائم بالینی این بیماران شامل رنگ پریدگی، زردی خفیف، بزرگی کبد و طحال (هیپاتواسپلنومگالی) و گاهی دفرمیتی اسکلتی میباشند. اغلب بیماران به دنبال بزرگی طحال، هیپراسپلینزم و نیاز به تزریق خون پیدا می کنند.

طیف علائم بیماری در تالاسمی اینترمدیا بسیار متفاوت است؛ برخی بیماران در دوران کودکی (در دوران دبستان یا متوسطه) نیاز به تزریق خون (دائم یا متناوب) پیدا می کنند و برخی حتی تا دوران بعد از بلوغ هم نیاز به تزریق پیدا نمی کنند و فقط در زمان سرماخوردگی یا بیماری کم خونی شدید پیدا می کنند. در برخی خانمها تزریق خون فقط در زمان بارداری یا زایمان انجام می شود.

مشکل کبدی و غیره می شوند. بنابراین یک بیمار تالاسمی اینترمدیا میتواند حتی بدون شرح حال از تزریق خون مداوم با افزایش فریتین یا بار آهن مراجعه نماید و یا با عوارض رسوب آهن در ارگان های متفاوت مثل دیابت، مشکل قلبی، سیروز کبدی، یا هیپوگنادیسم به پزشک مراجعه نماید. علاوه بر این بیماران دچار تالاسمی اینترمدیا، از عوارضی رنج می برند که در بیماران تالاسمی ماژور که تزریق خون داشته اند شایع نیست. مثل کمبود اسید فولیک، زخم مزمن پا، سنگ کیسه صفرا و ترومبوز خطر لخته شدن خون. بنا براین در تالاسمی اینترمدیا بیمار می تواند با علائم متفاوت به پزشکان با تخصص های متفاوت مراجعه نماید و یا حتی درمانهای غلط یا نامتناسبی را هم قبل از ارجاع به هماتولوژیست داشته باشد.

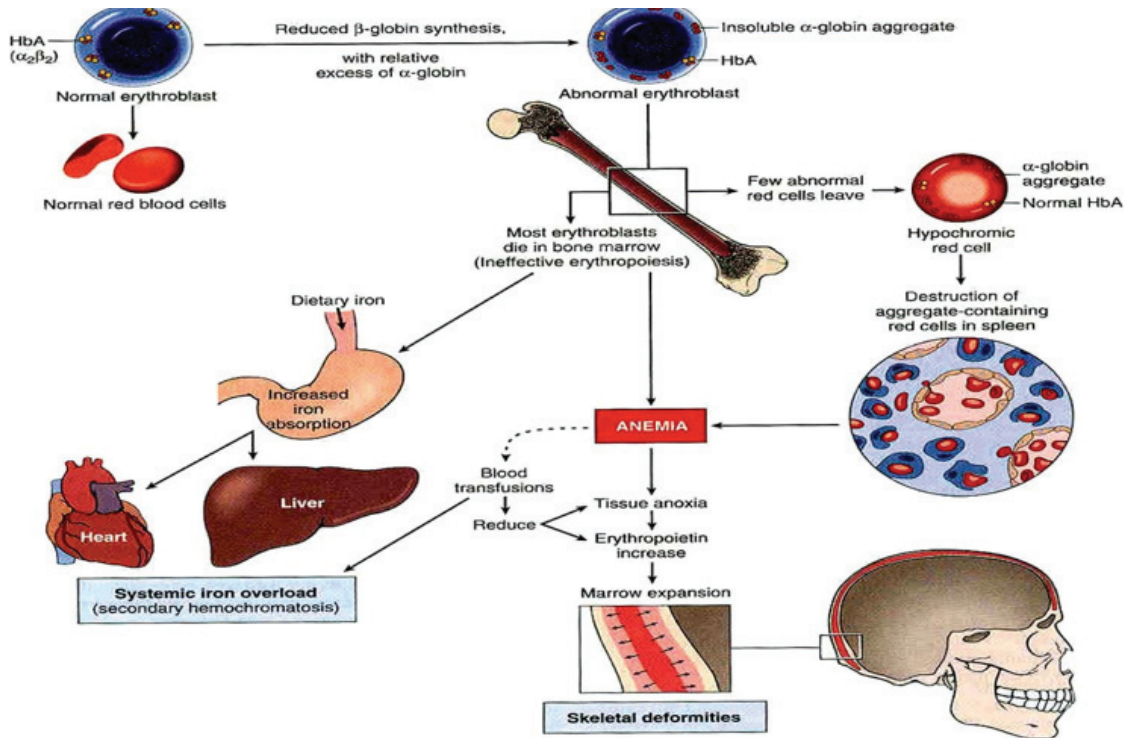
قرمز هسته دار، تارگت سل، دارند. گام تشخیصی مهم در تالاسمی اینترمدیا آزمایش الکتروفورز هموگلوبین است اما باید به یاد داشت که قبل از انجام این آزمایش حتماً از بیمار شرح حال تزریق خون را پرسید، اگر بیمار در سه ماه گذشته تزریق خون داشته باشد نتایج آزمایش الکتروفورز هموگلوبین قابل تفسیر یا تعیین کننده نیست.

در آزمایش الکتروفورز هموگلوبین در یک بیمار تالاسمی اینترمدیا، میزان هموگلوبین F میتواند بین ۶۰-۸۰ درصد متغیر باشد و نیز مقدار هموگلوبین A بین ۱۰-۳۰ درصد صد می باشد که البته همین مقدار اندک باعث خفیف تر شدن علائم بالینی کم خونی میشود. در فورم تالاسمی اینترمدیا در بررسی زنجیره ها سنتز زنجیره بتا بین ۵ تا ۳۰ درصد میزان طبیعی متغیر است.

آنمی مزمن باعث افزایش جذب آهن از دستگاه گوارش می شود در حالیکه انباشتگی آهن با سرعت کمتر از آنچه که در بیماران تالاسمی ماژور دیده میشود اتفاق می افتد. بیمارانی که دچار تالاسمی اینترمدیا هستند اغلب با وجودیکه نیاز به تزریق خون مداوم ندارند اما دچار عوارض ناشی از انباشتگی آهن مثل بیماری قلبی، اختلالات اندوکراین،

برخی هم نیاز به تزریق خون دارند اما بعد از برداشتن طحال دیگر نیاز به تزریق خون ندارند. به هر حال این بیماران کم خونی مزمنی دارند که می توانند بدون دریافت خون فعالیت های معمولی خود را داشته باشند اما گاه این عوارض کم خونی شدید، دامن گیر این بیماران شده و برهه ای از دوران زندگی نیاز به بستری یا اقدامات تشخیصی و درمانی بیشتر پیدا میکنند. طیف بروز عوارض کم خونی هم در بیماران تالاسمی اینترمدیا متفاوت است؛ بیماران با کم خونی همراه با کمردرد های شدید، حتی گاهی با بی حسی یا فلج اندام، گاهی با کم خونی و زخم های پوستی شدید در ناحیه مچ یا ساق پا و گاهی با سرفه های مزمن، مراجعه پزشکی دارند و برحسب علائم، ممکن است به پزشکان با تخصص های متفاوت مراجعه نمایند و پس از انجام آزمایش های مربوطه و تعیین نوع کم خونی به هماتولوژیست ارجاع شوند.

از لحاظ آزمایشگاهی، در تالاسمی اینترمدیا اغلب هموگلوبین پایین است؛ بین ۱۰ gr/dl-۷ و شمارش ریتکولوسیتها بین ۱۰-۳ متغیر است. در لام خون محیطی، گلبولهای قرمز این بیماران تغییرات مورفولوژی سلولی نظیر آنیزوسیتویس، هیپوکرومی، گلبول





# استانداردهای مراقبت های بالینی تالاسمی از کودکان و بزرگسالان در انگلستان

مترجم: دکتر حمید رضایی قلعه و دکتر بابک وثوقی

مدارک مربوط به الگوهای اجتماعی درمان بیماران دچار بیماری دراز مدت و نوآوری مربوطه توسط این تشکیلات منتشر شده است. مشکلات ناشی از نابرابری دسترسی به خدمات درمانی بدلیل آن که بیماران تالاسمی از اقلیتهای نژاد خاصی هستند همواره حائز اهمیت است. ارزیابی های مجدد وسیعی درباره چگونگی درمان بیماران مزمن به بهترین نحو با تاکید بر انتخاب خود بیمار و دخیل کردن بیمار در روند درمان صورت گرفته است.

تشکیلات خدمات رسانی ملی بر روی دخیل کردن بیمار در روند درمان تاکید دارد برنامه بیمار آگاه قصد دارد توانایی بیماران دچار بیماری طول کشیده را در بیان و اداره جوانب مختلف وضعیت بیماری ایشان که با خدمات بهداشتی مرسوم به خوبی قابل کنترل نیستند، زیاد کند. توصیه ها و نوآوری های مذکور در تهیه استانداردهای درمان تالاسمی در این کتاب منعکس شده است.

## انگلستان

درمانهای جدید تالاسمی میتوانند نوید بخش باشند. کودکان میتوانند به سن بزرگسالی برسند، زندگی طبیعی و سالمی داشته باشند و تشکیل خانواده بدهند. متأسفانه این نتایج درمانی در تمام انگلستان یکسان نیست.

وجود دارد. انجمن تالاسمی انگلستان مشکل را تشخیص داده و تصمیمات لازم را اتخاذ نموده است. سازمان دولتی خدمات سلامت انگلستان برنامه درمانی خود را در ماه جولای سال ۲۰۰۰ میلادی اعلام کرد و براساس آن سیاست این سازمان به ارائه خدمات درمانی و مراکز مشخص تغییر یافت. این برنامه، دستور کار غربالگری قبل و بعد از تولد نوزادان از نظر تالاسمی و بیماری کم خونی داسی شکل را نیز ملزم نمود. با این برنامه اکثر نوزادان مبتلا به تالاسمی در سطح کشور را میتوان مشخص کرد.

در این برنامه تعهد داده شده که بالاترین سطح استاندارد درمانی به تمام کودکانی که بیماری تالاسمی یا کمخونی سلول داسی شکل آنها تشخیص داده شده ارائه شود.

سازمان خدمات سلامت نوین انگلستان روشهایی را برای بالابردن کیفیت ارائه خدمات و جلوگیری از گوناگونی نحوه ارائه خدمات ارائه کرده است. این روشها، الگوهای خدمات رسانی به بیماران خدفا، راهکارهای اجرایی و زمان بندی مراحل انجام را شامل میشوند. این سازمان و تشکیلات وابسته آن، در ارائه خدمات مطلوب به کودکان و بزرگسالان مبتلا به تالاسمی پیش قدم میباشند. تشکیلات ملی خدمات رسانی به کودکان اگر چه هنوز تکمیل نشده است اما بر نحوه درمان کودکان در بیمارستانها موثر بوده است. تشکیلات مشابهی برای بیمارانی که مدت زیادی بیمار بودهاند در اواخر سال ۲۰۰۵ تاسیس خواهد شد.

استانداردهای مراقبت های بالینی تالاسمی از کودکان و بزرگسالان در انگلستان درمانهای جدید تالاسمی میتوانند نوید بخش باشند. کودکان میتوانند به سن بزرگسالی برسند، زندگی طبیعی و سالمی داشته باشند و تشکیل خانواده بدهند. متأسفانه این نتایج درمانی در تمام انگلستان یکسان نیست.

نوجوانان و بزرگسالان هنوز بر اثر ابتلا به نارسایی قلبی فوت میکنند و کودکان دچار اختلالاتی همانند تاخیر رشد و کمک کاری غدد جنسی میشوند. این عوارض مستقیماً با افزایش میزان آهن بدن به دنبال تزریق خون و استفاده از درمانهای شلاتوری در ارتباط باشند. در برخی مراکز نتایج درمانی به دست آمده خیلی مطلوبتر از انگلستان میباشند. این مساله کمتر رضایت بخش بودن درمان در مراکز درمانی کوچک و کمتر تخصصی را مطرح میکند. اکثر بیماران تالاسمی انگلستان در درمانگاههایی با ظرفیت کمتر از ۱۰ بیمار درمان میشود که نشانگر پراکنش جغرافیایی غیریکنواخت بیماران است. دشوار بودن دسترسی مطلوب بیماران به خدمات مراکز درمانی میتواند عامل انجام نشدن درمانهای توصیه شده و نهایتاً مرگ زودرس شود.

فرصتهایی برای ایجاد تغییر در درمان تالاسمی

انگیزه زیادی برای بهبود وضعیت موجود

نوجوانان و بزرگسالان هنوز بر اثر ابتلا به نارسایی قلبی فوت می کنند و کودکان دچار اختلالاتی همانند تاخیر رشد و کمک کاری غدد جنسی میشوند. این عوارض مستقیماً با افزایش میزان آهن بدن به دنبال تزریق خون و استفاده از درمانهای شلاتوری در ارتباط باشند. در برخی مراکز نتایج درمانی به دست آمده خیلی مطلوب تر از انگلستان می باشند. این مساله کمتر رضایت بخش بودن درمان در مراکز درمانی کوچک و کمتر تخصصی را مطرح می کند. اکثر بیماران تالاسمی انگلستان در درمانگاه هایی با ظرفیت کمتر از ۱۰ بیمار درمان می شود که نشانگر پراکنش جغرافیایی غیر یکدخت بیماران است. دشوار بودن دسترسی مطلوب بیماران به خدمات مراکز درمانی می تواند عامل انجام نشدن درمان های توصیه شده و نهایتاً مرگ زودرس شود. انگیزه زیادی برای بهبود وضعیت موجود وجود دارد. انجمن تالاسمی انگلستان مشکل را تشخیص داده و تصمیمات لازم را اتخاذ نموده است. سازمان دولتی خدمات سلامت انگلستان برنامه درمانی خود را در ماه جولای سال ۲۰۰۰ میلادی اعلام کرد و براساس آن سیاست این سازمان به ارائه خدمات درمانی و مراکز مشخص تغییر یافت. این برنامه، دستور کار غربالگری قبل و بعد از تولد نوزادان از نظر تالاسمی و بیماری کم خونی داسی شکل را نیز ملزم نمود. با این برنامه اکثر نوزادان مبتلا به تالاسمی در سطح کشور را می توان مشخص کرد.

در این برنامه تعهد داده شده که بالاترین سطح استاندارد درمانی به تمام کودکانی که بیماری تالاسمی یا کم خونی سلول داسی شکل آنها تشخیص داده شده ارائه شود.

سازمان خدمات سلامت نوین انگلستان روشهایی را برای بالابردن کیفیت ارائه خدمات و جلوگیری از گوناگونی نحوه ارائه خدمات ارائه کرده است. این روشها، الگوهای خدمات رسانی به بیماران خد، راهکارهای اجرایی و زمان بندی مراحل انجام را شامل میشوند. این سازمان و تشکیلات وابسته آن، در ارائه خدمات مطلوب به کودکان

و بزرگسالان مبتلا به تالاسمی پیش قدم میباشند. تشکیلات ملی خدمات رسانی به کودکان اگر چه هنوز تکمیل نشده است اما بر نحوه درمان کودکان در بیمارستانها موثر بوده است. تشکیلات مشابهی برای بیماران که مدت زیادی بیمار بوده اند در اواخر سال ۲۰۰۵ تاسیس خواهد شد. مدارک مربوط به الگوهای اجتماعی درمان بیماران دچار بیماری دراز مدت و نوآوری مربوطه توسط این تشکیلات منتشر شده است. مشکلات ناشی از نابرابری دسترسی به خدمات درمانی بدلیل آن که بیماران تالاسمی از اقلیتهای نژاد خاصی هستند همواره حائز اهمیت است. ارزیابیهای مجدد وسیعی درباره چگونگی درمان بیماران مزمن به بهترین نحو با تاکید بر انتخاب خود بیمار و دخیل کردن بیمار در روند درمان صورت گرفته است.

تشکیلات خدمات رسانی ملی بر روی دخیل کردن بیمار در روند درمان تاکید دارد برنامه بیمار آگاه قصد دارد توانایی بیماران دچار بیماری طول کشیده را در بیان و اداره جوانب مختلف وضعیت بیماری ایشان که با خدمات بهداشتی مرسوم به خوبی قابل کنترل نیستند، زیاد کند. توصیهها و نوآوریهای مذکور در تهیه استانداردهای درمان تالاسمی در این کتاب منعکس شده است.

شاخص عملکردی که برای نظارت و ارزیابی خدمات ارائه شده تعریف کرده است هر بیمارستان را قادر میسازد تا امکانات و تاثیر خدمات درمانی خود را ارزیابی کند. این مبحث بصورت خلاصه عنوان شده است چون بیان جزئیات این شاخصها در ابتدای بحث میتواند گیج کننده باشد.

این شاخصها بعدها بخش مرکزی سامانه گزارش دهی درباره سطح ارائه خدمات مراکز را تشکیل خواهد داد.

سعی شده است تا بر این اساس چارچوبی برای هیات امانا به منظور تشخیص کیفیت خدمات درمانی ارائه شده تعیین گردد.

بازبینی مشابهی برای مقررات خدمات ارائه شده به بیماران که کمخونی داسی شکل در دست تهیه است که ظرف چند ماه آینده به چاپ خواهد رسید.

با ارج نهادن به نقش اصلی بیماران در تصمیمگیری و اجرای تغییرات لازم، ابتدای هر بخش این نوشتار را به ذکر نقل قولهایی از بیماران گروههای هدف و پرسشنامه تهیه شده توسط جامعه تالاسمی انگلستان اختصاص داده شده است. امید است با ذکر این مطالب، نوشتار ملموستر شده و مشکلات از دیدگاه بیماران نیز بررسی شوند.

هدف اولیه این نوشتار متخصصان و پزشکان معالج بیماران تالاسمی بوده و به این دلیل از کلمات و اصطلاحات تخصصی بدون توضیح استفاده شده است. اما به نظر میرسد دانستن مفهوم بعضی از این اصطلاحات میتواند برای بیماران یا خانواده آنها مفید و ارزشمند باشد لذا در ضمیمه "ث" واژه نامهای آورده شده تا درک مفاهیم نامانوس این کتاب تسهیل شود.

هرجا که امکانپذیر بوده، طرح های پیشنهادی در منابع تحقیقاتی به ثبت و چاپ رسیده است. واضح است که علیرغم وجود تجربیات بسیار زیاد بالینی و نتایج آنها این نوع از راهنماها از کمبود مطالعات تصادفی دو سو کور آینده نگر رنج میبرد.

ممکن است این وضعیت در کشورهای پیشرفته ندرتا پیش بیاید و نتواند سرمایه شرکتزهای دارویی را جلب کند که البته غیرقابل انتظار نیست. این وضعیت در کشورهای دارای منابع اندک بدلیل کمبود در تامین مالی تحقیقات بسیار رخ میدهد. به ناچار در این نوشتار بر مطالب و تحلیلهای اطلاعات بالینی گذشته نگر، غیرتصادفی و غیرمداخل های و نظر کارشناسان و بیماران و خانواده آنها تکیه شده است. در این گونه مطالعات بعضی مواقع طیفی از نظرات درباره ساخت را درمانی مطلوب آمده است.



تالاسمی (شامل HbE، لپور، کنوزوس) یا با یک جهش تالاسمی (همانند آلفا و بتا تالاسمی) اغلب منجر به ایجاد فتوتیپ تالاسمی اینترمدیا می شود اما بعضا تالاسمی ماژور نیز ایجاد می شود.

\* آلفا تالاسمی ماژور و بیماری هموگلوبین H از حذف یا غیرفعال شدن ۳ یا ۴ ژن از ۴ ژن آلفا گلوبین ایجاد می شود.

\* آلفا تالاسمی ماژور و بیماری هموگلوبین H از حذف یا غیرفعال شدن ۳ یا ۴ ژن از ۴ ژن آلفا گلوبین ایجاد می شود.

از آنجا که زنجیره های آلفا گلوبین برای تولید هموگلوبین جنسیتی ضروری هستند، در صورت تحت تاثیر واقع شدن هر ۴ ژن آلفا گلوبین عموماً کم خونی داخل رحمی و مرده دنیا آمدن نوزاد هیدروپیک (هیدروپس فتالیس بارت) را به دنبال دارد. نوع شدید دیگر آلفا تالاسمی زمانی که ۳ ژن از ۴ ژن آلفا تغییر کنند روی می دهد که تظاهرات بالینی کمی دارد. در این حالت که به آن بیماری هموگلوبین H می گویند بیمار دچار کم خونی همولیتیک مزمن خفیف می شود گرچه در بعضی از بیماران میتواند مشکلات بیشتر و شدیدتری ایجاد شود و فرد را به تزریق خون وابسته کند. استانداردهای ذکر شده برای بیماران وابسته به تزریق خون و نیز مبتلایان به تالاسمی اینترمدیا کاربرد دارد (بخش ۳) چند مورد در سطح جهان تا به امروز گزارش شده است که رد صورت تشخیص آلفا تالاسمی ماژور قبل از تولد می توان با تزریق خون داخل رحمی جنین را تا زمان تولد حفظ کرده این امر نیازمند شروع زود هنگام درمان تا قبل از بروز نتایج ناتوان کننده بیماری است. بعد از تولد، تزریقات خون این نوزاد مشابه یک بیمار مبتلا به بتا تالاسمی انجام میشود.

راهنمایی های جداگانه ای برای نحوه اداره وضعیت جنین قبل از تولد مورد نیاز است. ۳-۲ غربالگری هموگلوبینوپاتی (اختلالات هموگلوبین)

۱-۲ پاتوفیزیولوژی و توزیع جغرافیایی بتا تالاسمی یک اختلال ژنتیک، در تولید هموگلوبین است. از الگوی وراثتی اتوزمی مغلوب بهر روی میکند هر چند ندرتا بصورت جهش های غالب نیز روی می دهد. این بیماری در اهالی مناطق مدیترانه‌ای، خاورمیانه جنوب آسیا، جنوب شرق آسیا و شرق دور شایع است. در انگلستان شیوع بتا تالاسمی ماژور کما بیش به اقلیتهای نژادی شامل قبرسیها، هندیها، پاکستانیها و بنگلادشیها محدود شده است. این اختلال ناشی از طیفی از جهش های ایجاد شده در ژنهای گلوبین بتا میباشد که میتواند منجر به کاهش یا عدم تولید گلوبین بتا که یکی از اجزای مولکول هموگلوبین بزرگسالان (HbA) میباشد، شود. کاهش تولید بتا گلوبین، افزایش میزان زنجیره‌های آزاد آلفا گلوبین را به دنبال خواهد داشت که باعث تخریب پیش یازهای گلوبول قرمز در مغز استخوان میشود. این امر باعث گلوبول سازی ناموثر، کم خونی شدید و هایپر پلازی جبران روده ارتیروئید مغز استخوان میشود. ۲-۲ طبقه بندی :

تالاسمی ها را میتوان به طور کلی به انواع بالینی زیر طبقه بندی نمود:

\* بتا تالاسمی ماژور (BTM) که در آن تولید هموگلوبین به قدری کاهش می یابد از بدو تولد تنها با تزریقات مکرر خون امکانپذیر میشود. در صورت عدم تزریق خون، مرگ زودرس غیرقابل اجتناب خواهد بود. هر زمان از واژه "تالاسمی" بدون توضیحی استفاده شود منظور بتا تالاسمی ماژور است.

\* بتا تالاسمی اینترمدیا (BTI) که در آن کاهش تولید هموگلوبین تا اندازه‌ای است که برای رشد و نمو بدون نیاز قطعی به تزریق خون کفایت می کند. در صورتی که در اواخر دوران کودکی یا بزرگسالی اختلال رشد یا سایر عوارض بیماری روی میدهد. تزریق خون منظم را باید آغاز کرد.

ترکیب انواع نامتجانس (هتروزیگوت) بتا تالاسمی با یک نوع هموگلوبین تغییر یافته

مشکلی که غالباً در تصمیمگیری بالینی وجود دارد، شکل میان انتظار کشیدن برای دستیابی به شواهد رسمی مبتنی بر مطالعات تصادفی، دوسوکور آینده نگر - برای مداخلاتی که قرار است انجام شوند و یا پیشنهاد دادن به بیمار برای تصادف درباره بهترین روش مورد نظر ایشان قبل از دستیابی به شواهد رسمی مذکور وجود دارد. از آنجا که تاخیر در این مرحله میتواند باعث از دست رفتن فرصت برای بررسی یا درمان ارزشمند شود این مساله حائز اهمیت است. برای مثال در باهر استفاده از داروهای شلاتور آهن بین متخصصان و بیماران بحث وجود دارد.

این وضعیت در حال تغییر است و انتظار می رود مطالعات علمی بیشتری در مورد مشکلات قابل پیش بینی آینده همانند مقایسه تصادفی اثر رژیم دارویی دسفریوکساسین و دفریپرون با داروهای خوراکی شلاتور آهن ۱۷۰۶۷۰۱ (که در مرحله III آزمایشات فارماکولوژیک هستند).

به منظور مشخص ساختن وضعیت جاری، فرمهای ساده‌ای برای درجه بندی شواهد و مدارک به سر درجه A و B و C تنظیم شده است. تمامی مداخلات کلیدی "درجه بندی شده‌اند اما از آنجا که به اکثر آنها درجه C تعلق گرفت فقط آنهایی که غیر از درجه C بودند، مشخص گردیده است. پیشنهاد داده میشود کمیتهای جهت بررسی پیشرفتهای نوین مرتبط و نیز مقالات جدید تشکیل شود تا استانداردها بر اساس آنها به روز شوند. در قدم اول به نظر میرسد این استانداردها بعد از ۲ سال (سال ۲۰۰۷) باید تغییر یابند. از تمامی پیشنهادات و اصلاحات به منظور استفاده در ویرایشهای بعدی در دفتر UKTS استقبال میشود.

۱-۶ : نتیجه گیری :

امید می رود این کتاب بتواند باعث ارائه خدمات در بالاترین سطح و بصورت یکنواخت در تمامی سطح کشور گردد.

۱ : تالاسمی : تظاهرات بالینی و درمان

غربالگری حاملین بتا تالاسمی در میان جمعیت و جنینها از نظر تکنیکی راحت و ارزان است. مشخص ساختن یکی از والدین که حامل می باشد، معمولا مادر و سپس بررسی والد دیگر امکان تعیین خطر تولد نوزاد بیمار را روشن می سازد. با انجام مشاوره با والدین میتوان آنها را در انتخاب آگاهانه روشهای تشخیصی و در صورت لزوم پیگیری قانونی سقط جنین یاری کرد.

با ارائه مناسب خدمات مذکور کاهش محسوسی در میزان تولد نوزادان بیمار در کشورهای منطقه مدیترانه (قبرس، ایتالیا و یونان) رخ داده است اما این مساله در انگلستان روی نداده است.

غربالگری نظام مند زنان باردار در انگلستان به عنوان جزئی از سیاستهای ملی بهداشت در زمینه غربالگری تالاسمی و کمخونی سلولی داسی شکل در حال اجرا میباشد.

هدف غربالگری نوزادان در ابتدا تشخیص نوزادان دچار بیماری کم خونی سلول داسی شکل است که با مداخله زود هنگام میتوان از عوارض کشنده بیماری قبل از بروز تظاهرات بالینی آن جلوگیری کرد. به هر حال، بانجام آزمایشهای غربالگری مشابه می توان بیشتر نوزادان مبتلا به تالاسمی ماژور را شناسایی کرد و با تشخیص زودرس ناتوانی های حاصل از تظاهرات دیررس بیمار و نیز مشکلات خانواده های بیماران را کاهش داد.

۲-۴ - تظاهرات بالینی تالاسمی درمان نشده :

نوزادان مبتلا به بتا تالاسمی هموزیگوت در ابتدا فاقد علامت هستند چون هموگلوبین اصلی در بدو تولد هموگلوبین جنینی (HbF) میباشد.

به دنبال تغییر فیزیولوژیک HbF به HbA باعث غالب شدن HbA در ۴ تا ۶ ماهگی پس از تولد میشود، علائم تالاسمی ماژور در شیرخوار ظاهر میشود. تظاهرات بالینی موزیگوت بیماری شامل عدم تمایل به غذا خوردن، توقف رشد، زردی و مستعد شدن به ابتلا به عفونت می باشد. اگر درمانی صورت نگیرد، کمخونی پیشرفت کرده و اختلالات متابولیک حاصل حتی می تواند منجر به

نارسائی قلبی یا مرکز شود؛ بزرگ شدن کبد و طحال نیز به دنبال خواهد داشت. افزایش حجم غیرموثر مغز استخوان گلوبولساز باعث نازک شدن استخوانها و بد شکلی آنها میشود. کودکان مبتلا به بتا تالاسمی ماژور که تحت درمان قرار نمیگیرند قبل از ۵ سالگی به علت نارسایی قلبی یا عفونت فوت میکنند.

۵-۲ درمان استاندارد

درمان استاندارد شامل تزریق خون هر سه چهار هفته است. تزریق خون کم خونی را اصلاح میکند، رشد و فعالیتهای طبیعی بدن را میسر میسازد، از بزرگ شدن طحال جلوگیری میکند و جلوی گسترش روده اریترئوئید مغز استخوان را میگیرد. مهمترین شکل دراز مدت تزریق خون در بیمار تالاسمی، اضافه بار آهن بدن است. خون دارای آهنی میشود که از بدن نمیتواند دفع شود؛ در یک بیمار معمولی تالاسمی که طبق یک برنامه خون دریافت میکند، روزانه  $0.3 - 0.5$  میلی گرم آهن به ازای هر کیلوگرم وزن بدن وی آهن در بدنش ذخیره میشود. اضافه بار آهن برای بدن سمی است و آسیب پذیرترین اعضای بدن در این شرایط قلب، کبد و غدد درون ریز میباشد. زمانی که میزان تجمع آهن در بدن به ۲۴-۱۲ گرم رسید تظاهرات بالینی مشخص مسمومیت با آهن قابل انتظار است. بدون درمان به منظور کاهش میزان آهن بدن، اکثر بیماران دچار مشکلات قلبی شده و قبل از ۲۰ سالگی فوت میکنند. ضروری است که درمان به منظور حذف یا شلاته کردن اضافه بار آهن بدن ظرف یک سال از شروع تزریق خون آغاز شود.

این درمان عبارتست از انتوزیون زیرجلوی دسفریوکسامین به مدت ۱۲-۸ ساعت برای ۵-۷ شب رد هفته این رژیم درمانی باعث میشود. میزان آهن بدن اکثر بیماران در سطح قابل قبول حفظ شده و خطر بیماریهای قلب را کاهش داده و میزان بقای بیماران را افزایش میدهد. به علاوه از سایر اختلالات ناشی از اضافه بار آهن مثل قد کوتاه و هایپوگنادیسم هایپوگتادوتروبییک نیز ممکن است جلوگیری شود.

۶-۲ - پذیرش درمان توسط بیمار  
مشکل اصلی در درمان شلاتور کننده کنار آمدن بیمار با انجام منظم انفوزیون زیرجلوی دسفریوکسامین است. انجام انفوزیون کای وقت گیر است و برای هر بار انجام آن باید سوزن تزریق در محل مناسب تعبیه شده و بیمار به مدت ۱۰ - ۱۲ ساعت به دستگاه انفوزیون کننده متصل بماند. این مساله خصوصا برای کودکان و نوجوانان غیرمتعارف است و آنها در برابر این درمان مقاومت نشان می دهند؛ چون این روش درمانی باعث ناراحتی و جدا شدن آنها از دوستان و خانواده میشود. در مراکز مجهز و پیشرفته تالاسمی، مسایل روانی و جسمی مربوط به پذیرش درمان توسط بیمار بصورت علمی بررسی و درمان شده و نتایج بسیار خوبی در بیماران جوان بدنبال دارد. ظرف ۳۰ سالی که گذشته داروی دسفریوکسامین به بازار عرضه شده است و میزان بقای بیماران تالاسمی در انگلستان بصورت کلی پیشرفت مطلوبی نداشته است که میتواند ناشی از مشکلات بیماران در پذیرش روش درمان انفوزیون توسط خود آنها باشد. مراقبت مستمر از جهت عوارض احتمالی و شروع درمان به موقع در کنار تنظیم برنامه انجام انفوزیون خون و درمان شلاتور کننده در طول زندگی بیمار نقش دارد. همانند سایر بیماریهای مزمنی که طول زندگی یک فرد را تحت تاثیر قرار میدهند و نیازمند مداخلات سطح بالای پزشکی هستند، تنها مراقبتهای تکنیکی زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار نمیدهد بلکه نحوه ارائه خدمات نیز نقش دارد. اغلب بیماران اعتقاد دارند که میزان تجهیزات مراکز درمانی یکی از مهمترین عوامل ارائه خدمات است و مراکز مجهز خدمات خاصی در جهت به حداقل رساندن مشکلات تحصیلی، شغلی و نیز مسائل خانوادگی ناشی از بیماری را ارائه می کنند تا بیماران تا جایی که امکان دارد زندگی کامل و طبیعی داشته باشند. این گونه مراقبتهای خدمات اساسا میتواند میزان بقای بیماران و تحمل درمانهای سخت توسط بیماران را به نحو مطلوبی افزایش دهد.



# دیابت و روزه داری

## بنیاد امور بیماری های خاص

### پاسخ به برخی سوالات شایع مرتبط با دیابت و روزه داری

دیابت یا بیماری قند به علت ناتوانی بدن در تولید یا مصرف انسولین پدید می آید. انسولین ماده ای است که در بدن توسط غده لوزالمعده تولید می شود و باعث می گردد قند یا به عبارتی مهم ترین منبع انرژی بدن مورد استفاده قرار گیرد.

باتوجه به شیوع بالای دیابت در جامعه ، شمار زیادی از مبتلایان به بیماری قند به ویژه در آستانه ماه مبارک رمضان از پزشکان خود درباره امکان روزه داری سوال می نمایند که باتوجه به شرایط خاص آنها، این ساله اهمیت زیادی دارد. قابل ذکر است که در افراد دیابتی ، ممنوعیت کامل روزه داری وجود ندارد و تشخیص نهایی اینکه آیا فرد می تواند روزه بگیرد یا خیر، با صلاح دید پزشک و تصمیم خود بیمار صورت می گیرد.

اطلاعات این بروشور که با استفاده از منابع مختلف و پژوهش های انجام شده در داخل وخارج کشور تهیه شده است، می تواند افراد دیابتی را در تصمیم گیری یاری نماید و به برخی پرسش های آنها درباره دیابت و روزه داری پاسخ دهد.

۱. من بیماری قند دارم و در حال حاضر برای پایین آوردن قند خونم از قرص قند استفاده می کنم، آیا می توانم امسال روزه بگیرم؟ در صورتی که شما به بیماری مزمن دیگری مبتلا نیستید و در حال حاضر قند خونتان در حد قابل قبولی (در حالت ناشتا زیر ۶۰) است و اخیراً دچار افت قند خون نشده اید،

به احتمال زیاد می توانید روزه بگیرید.  
۲. آیا دخترم که دیابتی است و انسولین تزریق می کند هم می تواند روزه بگیرد؟ بعید به نظر می رسد که ایشان بتوانند روزه داری را تحمل کنند البته اگر اصرار بر روزه داشتن دارد، در صورتی که انسولین زیادی مصرف نمی کند و طی روز دچار افت قندخون نمی شود، با احتیاط کامل و رعایت نکاتی که بیان خواهد شد ممکن است بتواند دوره روزه داری را بدون خطر پشت سر بگذارد.

۳. اگر من روزه بگیرم ممکن است دچار عوارض بشوم؟ خطرناکترین عارضه روزه داری ، کاهش بیش از حد قندخون است. شمای روزه داری بیش از هر چیز باید مراقب باشید که قندخونتان زیاد افت نکند.

۴. چگونه می توانم بفهمم که قندخونم پایین آمده است؟ افت قندخون با علامت هایی مانند ضعف و بی حالی شدید، عرق سرد فراوان ، تپش قلب ، سرگیجه، تاری دید، گرسنگی شدید و لرزش بدن و در نهایت بیهوش شدن مشخص می گردد.

۵. اگر وسط روز دچار افت قندخون شدم ، چه کنم؟ در صورتی که شما گلوکومتر (دستگاه اندازه گیری کننده قندخون) در اختیار دارید فوراً قند خونتان را اندازه بگیرید. در صورتی که قند خونتان کمتر از ۵۰ باشد، حتماً روزه خود را افطار کنید. اگر گلوکومتر ندارید، با

پیدایش چنین علائمی ، سریعاً روزه خود را افطار نمایید و با مصرف شربت یا شیرینی مختصر از عوارض بعدی پیشگیری کنید.

۶. آیا روزه گرفتن رژیم محسوب می شود یا اینکه طی ماه رمضان هم باید رژیم خاصی را رعایت کنم؟ رعایت رژیم دیابتی برای شما الزامی است. شما طی ماه رمضان بین افطار تا اذان صبح مواد غذایی مصرف می کنید لذا باید نکاتی را رعایت نمایید که قندخون شما در این فاصله بیش از حد بالا نرود.

۷. آیا میزان کل مواد غذایی مصرفی ام در ماه رمضان باید مانند رژیم قبلی باشد؟ بله حتماً، شما نباید کالری دریافتی خود را در ماه رمضان نسبت به قبل افزایش دهید. به ویژه مصرف مواد قندی شیرین از جمله زولبیا و بامیه را محدود کنید. در صورت تمایل شدید به مواد شیرین می-توانید از مربایانوشابه های رژیمی استفاده نمایید و یا هنگام افطار دوعده خرما همراه با نوشیدنی مانند چای مصرف کنید.

۸. وعده های غذایی باید به چه صورت باشد؟ بهترین است که بایک افطار ساده (مثلاً مشابه صبحانه) آغاز کنید و شام رابا فاصله ۱-۲ ساعت بعد مصرف نمایید. قبل از خوابیدن هم می توانید غذای مختصری (مشابه عصرانه) بخورید. سحری را هم حتماً میل کنید.



۹. اگر برای خوردن سحری نتوانستم بیدار شوم چه کنم؟  
بهتر است از روزه گرفتن در آن روز منصرف شوید چرا که احتمال پایین افتادن قندخونتان و عوارض دیگر زیاد است.

۱۰. نوشیدن آب و مایعات غیرقندی تاجه اندازه مجاز است؟  
بهتر این است که آب کافی بنوشید تا طی روز دچار کمبود آب بدن نشوید. توصیه می شود بعد از خوردن سحری و قبل از شروع روزه، حداقل ۲-۱ لیوان آب بنوشید.

۱۱. آیا رفتن مرا به مهمانی های افطار صلاح می دانید؟  
مسلماً شرکت در جمع خانواده و دوستان از نظر روحی بسیار برایتان مناسب است اما چه در ماه رمضان و چه در غیر آن، هیچ گاه در مهمانی ها فراموش نکنید که دیابتی هستید، تا سال ها با سلامت کامل به زندگی ادامه دهید.

۱۲. اگر بعد از افطار احساس کردم قندخونم بالاست چه کنم؟ ۶۵۵  
در صورت امکان قندخونتان را اندازه گیری کنید اگر بالای ۲۵۰ بود باید شب بعد، ۲۰ درصد از کالری دریافتی خود کم کنید تا دچار مشکل نشوید. به هر حال متوجه باشید که اگر قند خونتان هنگام شب بالا باشد، نتایج مثبت روزه داری عاید شما نخواهد شد.

۱۳. اگر هنگام سحر احساس کردم قندخونم بالاست چه کنم؟  
در این صورت هم اگر قندخونتان بالای ۲۰۰ باشد باید از مواد غذایی سحری خود ۲۰ درصد کم کنید، اما اگر قند خونتان بالای ۳۵۰ بود، توصیه می شود که اصلاً روزه نگیرید.

۱۴. اگر در طی روز استراحت کنم بهتر است یا می توانم فعالیت بدنی داشته باشم؟  
فعالیت بدنی شما باید در حد معمول باشد و استراحت زیاد به نفع شما نیست. اموری که به فعالیت جسمی شدید نیاز دارد را بهتر است بعد از ظهرها انجام ندهید تا از افت شدید قندخون پیشگیری نمایید.

۱۵. چگونه ورزش کنم؟  
ورزش سبک ۱۵-۱۰ دقیقه ای هنگام صبح احتمالاً برایتان مناسب است اما ورزش هنگام بعد از ظهر و قبل از افطار می تواند مشکل ساز باشد در صورت امکان طی شب ها زمانی را به ورزش اختصاص دهید.

۱۶. در ماه رمضان قرص هایم را در چه زمانی مصرف کنم؟

به طور کلی قرص های مصرفی صبح و ظهر را همزمان هنگام افطار و قرص شبانه را پیش از سحری مصرف نمایید. البته اگر قندخونتان تحت کنترل می باشد، ممکن است تحت نظارت پزشک بتوانید تعداد قرص هایتان را کاهش دهید.

۱۷. اگر فراموش کردم قرصم را مصرف کنم چه باید بکنم؟

از آنجاکه عدم مصرف مایعات طی روز می تواند به غلیظ شدن خون و بالاتر رفتن قندخون و عوارض دیگر منجر شود، لذا توصیه می شود حتماً قرص خود را به موقع مصرف کنید و اگر فراموش کردید، خصوصاً در صورتی که معمولاً قندخونتان بالاست، بهتر است آن روز را روزه نگیرید.

۱۸. بهترین زمان برای آزمایش قندخون در ماه مبارک رمضان کدام است؟  
مسلماً ایده آل آن است که هر بیمار دیابتی که روزه می گیرد گلوکومتر در اختیار داشته باشد و قبل از افطار، دو ساعت بعد از افطار و پیش از سحری، قندخون خود را اندازه گیری نماید. اما در صورتی که

گلوکومتر در دسترس ندارید، بهتر است آزمایش های خود را تحت نظارت پزشک و در زمان تعیین شده انجام دهید. در ماه رمضان بررسی قند خون ناشتا باید قبل از افطار صورت گیرد که این بسیار کمک کننده است.

۱۹. آیا اگر روزه بگیرم چربی خونم هم پایین خواهد بود؟

اگر رژیم خود را رعایت کنید، می توانید منتظر کاهش کلسترول و تری گلیسرید خونتان باشید. این مساله در پیشگیری از بیماری های قلبی - عروقی هم به شما کمک می کند. طی ماه رمضان رژیم غذایی در بسیاری از خانواده ها حاوی مواد قندی و نشاسته ای فراوان است که ضامن اثر نامطلوب بر قندخون، تری گلیسرید خون را هم بالا می برد.

۲۰. آیا افراد دیابتی که به نحوی دچار عوارض مزمن دیابت بر کلیه ها، چشم، قلب و... شده اند، می توانند روزه بگیرند؟  
ممکن است برخی از این افراد با روزه گرفتن دچار مشکل حادی نشوند ولی برای پیشگیری از پیشرفت عوارض مزمن، بهتر است روزه نگیرید و یا با متخصص مربوطه مشورت کنند.



# پیشگیری از تالاسمی

با انجام برنامه دوم و سوم توسعه و گسترش روند واکسیناسیون و توسعه سطح پوشش مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح کشور، میزان بروز و سهم بیماری‌های واگیردار در مرگ و میر کودکان، تا حدی کنترل و بعضاً مهار شده و سهم بیماری‌های غیرواگیر و مشکلات ژنتیک در سلامت کودکان چشمگیرتر گردید.

دکتر هومن محمدی - متخصص بهداشت

## پیشگیری از تالاسمی

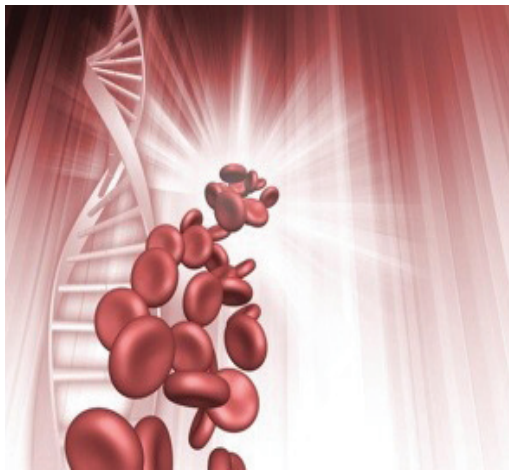
با انجام برنامه دوم و سوم توسعه و گسترش روند واکسیناسیون و توسعه سطح پوشش مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح کشور، میزان بروز و سهم بیماری‌های واگیر در مرگ و میر کودکان، تا حدی کنترل و بعضاً مهار شده و سهم بیماری‌های غیرواگیر و مشکلات ژنتیک در سلامت کودکان چشمگیرتر گردید.

یکی از عمده ترین این قبیل مشکلات بیماری تالاسمی مازور و ناقلین تالاسمی بودند. تالاسمی‌ها یک گروه هتروژنوس کم خونی‌های هیپوکرومیک هستند و در آنها نقایص ژنتیک زمینه‌ای متعدد موجبات کاهش زنجیره آلفا و بتا را فراهم می‌آورند. ژن‌های تالاسمی پراکندگی قابل توجهی داشته و تصور می‌شود شایع ترین بیماری ژنتیکی انسان باشند. وجود ۱۸۰۰۰ مورد تالاسمی شناخته شده در کشور حاکی از اندمیک بودن بیماری در ایران است. این بیماری در استان‌های حاشیه دریای خزر و خلیج فارس از میزان بروز و شیوع بالاتری برخوردار است و در استان‌های مازندران و گیلان، هرمزگان، فارس، سیستان و بلوچستان، خوزستان، بوشهر، کهگیلویه و بویراحمد، کرمان و اصفهان شیوع بیشتری دارد. با وجود ۱۸ هزار بیمار شناخته شده، برآورد ۲۰ هزار بیمار و تخمین ۳ میلیون نفر ناقل ژن تالاسمی زده می‌شود. مشکلات عمده درمانی بیماران، هزینه‌های سرسام‌آور درمان، عوارض روحی و روانی شدید بیمار و خانواده وی و مرگ ناشی از تالاسمی از

جمله مواردی هستند که پیشگیری از این بیماری مهم را در اولویت قرار داده و منجر به انتخاب پیشگیری تالاسمی بعنوان یک اقدام مؤثر شده است. شیوع بالای تالاسمی روی "کمر بند تالاسمی" از منطقه مدیترانه تا شرق آسیا کشیده شده است. در آمریکا از هر ۲۷۲،۰۰۰ نفر، ۱ نفر مبتلا به تالاسمی است. در ایران از هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر ۲۴ نفر مبتلا هستند. تالاسمی بتا بیماری شایع در منطقه مدیترانه است. بیشترین میزان بروز در کشور مالدیو است که ۱۸ درصد افراد ناقل هستند.

**سوابق:**  
در نیمه اول سال ۱۳۶۵ در پی نامه نمایندگان مجلس شورای اسلامی مازندران به معاونت بهداشتی و باپیگیری‌های جدی بنیاد بیماری‌های خاص، کمیته‌ای تحت عنوان کمیته پیشگیری و کنترل تالاسمی در حوزه معاونت بهداشتی تشکیل شد. پس از بررسی و کشف جدی بودن مشکل استان مازندران، در سال ۱۳۶۵ طرحی با محور غربالگری خانواده بیماران تالاسمی و انجام مشاوره ویژه با افراد مینور شناسایی شده ترسیم شجره نامه و تشکیل پرونده برای بیماران تدوین شد. این طرح تا سال ۱۳۶۸ در استان اجرا و از آن پس، انجام غربالگری در داوطلبین ازدواج نیز بصورت آزمایشی به این برنامه اضافه شد.

در سال ۱۳۷۰ پس از انعکاس رسانه



باتوجه به قابلیت اجرای مطلوب و صرفه اقتصادی، در سال ۱۳۷۵ طرح مورد بازبینی قرار گرفت و پس از اضافه شدن استراتژیهای جدید به سازمان برنامه و بودجه کشور دولت وقت ارائه شد و از ابتدای سال ۱۳۷۶ بصورت کشوری در ۳۹ دانشگاه علوم پزشکی کشور به اجرا درآمد.

اهداف اصلی برنامه پیشگیری از تولد موارد جدید B تالاسمی ماژور، کاهش میزان بروز بیماری تالاسمی، کاهش موارد معلولیت، مرگ و میر ناشی از تالاسمی، کاهش هزینه های دارویی، درمانی، عوارض روحی روان و اقتصادی ناشی از بیماری در خانواده ها و جامعه بود و اینکار از طریق افزایش آگاهی کارکنان بهداشتی درمانی در باره تالاسمی و افزایش آگاهی مردم در زمینه پیشگیری و کنترل اولیه بیماری بود. مدتی پس از راه اندازی این برنامه کشوری، با همت دست اندر کاران برنامه به ویژه سازمان های غیر دولتی و در راس آنها بنیاد بیماریهای خاص، با حکم فتوا انجام سقط جهت پیشگیری از تالاسمی آزاد شد.

استراتژی اصلی غربالگری و شناسایی زوجین ناقل در داوطلبین ازدواج از طریق انجام آزمایشات مربوط بوده است. برخی از مهمترین فعالیتهایی که در قالب برنامه انجام گرفت عبارت بودند از:

- انجام آزمایش خون برای شناسایی تالاسمی مینور در داوطلبین ازدواج
- انجام مشاوره ویژه با زوجین ناقل شناسایی شده
- راهنمایی افراد تک مینور شناسایی شده
- معرفی زوجین ناقل در زمینه استفاده از خدمات تنظیم خانواده و یا خدمات تشخیصی قبل از تولد
- اجرای برنامه آموزشی جهت ارتقاء آگاهی عمومی با تأکید بر آموزش گروه

های در آستانه ازدواج - اجرای برنامه های آموزشی جهت تمام کارکنان آموزش بهداشت

در سال ۱۳۷۹، ۶۷۲۴۹۸ مرد و ۱۹۴۰۲۴ زن (مجموعاً ۸۶۶/۵۲۲ نفر) در زمان ازدواج آزمایش تالاسمی دادند که ۲۷۱۶ زوج ناقل شناسایی شدند. از این تعداد ۷۴۵ نفر انصراف داده ولی ۱۴۵۵ نفر ازدواج کردند ولی تحت پیگیری و مشاوره های بعدی و آزمایش ژنتیک جنین قرار گرفتند.

در سال ۱۳۸۰ از مجموع ۶۴/۸۸۹/۹۵۶ جمعیت تحت پوشش دانشگاه های کشور، ۱۳/۰۹۳ بیمار تالاسمی شناخته شده است که مناطق پرخطر شامل هرمزگان، بابل، مازندران، سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد و چهارم و فسا در استان فارس شناسایی شدند.

در سال ۱۳۸۰ نیز ۱۴۳۷۷۱ زن و ۶۱۹۵۶۳ مرد در زمان ازدواج آزمایش تالاسمی دارند که ۲۷۹۰ زوج ناقل شناسایی شدند. ۶۷۱ نفر انصراف دادند و ۱۶۱۵ نفر ازدواج کردند.

در مجموع سالهای ۷۶ تا ۸۰، ۱۶۰۸۴۶۹ زن و ۲۷۲۹۲۴۸ مرد در زمان ازدواج آزمایش تالاسمی دادند، ۱۰۲۹۵ نفر ناقل تالاسمی بودند که ۳۰۱۶ نفر انصراف دادند و ۵۴۳۱ نفر ازدواج کردند.

برنامه کشوری پیشگیری از تالاسمی تا سال ۱۳۸۳ مورد ارزیابی قرار نگرفته بود، در ۱۳۸۳، سماوات و مدل یک کاهش واضح در موارد جدید تالاسمی را بین سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱ گزارش کردند. ابولقاسمی نیز کاهش واضح در موارد جدید بیماری را از زمان شروع برنامه پیشگیری گزارش نمود، در ۱۳۸۷ خراسانی و همکاران برنامه پیشگیری از تالاسمی مازندران را ارزیابی کردند و طبق گزارش آنان تعداد موارد جدید ثبت شده در بیمارستان بوعلی ساری،

از ۵۰۰ مورد سالیانه در ۱۳۷۴ با میزان متوسط ۳۵ مورد در ۱۳۸۴ کاهش یافته بود، و به لحاظ رنج افراد و هزینه های اقتصادی، اجرای برنامه پیشگیری از تالاسمی بار بزرگی از دوش بیماران و خانواده هایشان برداشته بود.

در ذیل خلاصه ای از پژوهشی که در بخش تحقیقاتی سازمان انتقال خون ایران در خصوص روند میزان تولد موارد جدید تالاسمی در سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ انجام شده ارائه می گردد:

روند میزان تولد موارد جدید تالاسمی در ایران در سالهای ۸۰ تا ۸۵، به تفکیک استانی و کشوری محمود هادی پور دهشال، علیرضا احمدوند، سکینه یوسفی دارستانی مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران

تالاسمی یکی از بیماریهای ارثی می باشد که روشهای محدودی برای پیشگیری از آن موجود است. هدف از مطالعه حاضر، تجزیه و تحلیل داده های مربوط به متولدین جدید تالاسمی در یک دوره ۶ ساله بود تا اطلاعاتی در خصوص توزیع جغرافیایی موارد، استانهای پرخطر در ایران، علت های موارد تولد جدید، و سطح پوشش برنامه های پیشگیری از تالاسمی و محدودیت های موجود در سیستم ثبت موارد تالاسمی، بدست آید.

به این منظور یک مطالعه ارزیابی مقطعی (Cross-Sectional) در سازمان انتقال خون ایران طراحی شد، پرسشنامه ای به این منظور آماده شد تا اطلاعات مربوط به شمار و علت موارد جدید تالاسمی به تفکیک از ۳۰ استان کشور بدست آید. علاوه بر این، یک پرسشنامه دیگر مخصوص پزشکان مسئول بخش تالاسمی طراحی و با هدف گردآوری اطلاعات به ۲۰۷ بخش مراقبتهای بیماران تالاسمی ارسال



ابعاد افزایش آگاهی، تغییرنگرش و رفتار در گروهها و زوجهای پرخطر اشاره نمودند.

در کل می توان گفت برنامه پیشگیری از تالاسمی در ایران در اکثر استانها موفق به دستیابی به اهداف خود شده است، ولی به هرحال در برخی استانها نتایج هنوز مطلوب نمی باشد، نتایج به هشت استان در این رابطه اشاره کرده، اما شمار متولدین جدید در شش تا از این استانها در حدی نیست که به عنوان پرخطر نامبرده شوند. پس اولویت با بازنگری برنامه اجرایی در استانهای سیستان و بلوچستان، هرمزگان و شش استان دیگر می باشد. در مناطق خاصی نظیر سیستان و بلوچستان باید تغییراتی در اجرای برنامه منطبق با باورهای مذهبی و اجتماعی صورت گیرد. در جهت اجرای بهتر، باید نقش متخصصین علوم اجتماعی و اپیدمیولوژیستها در برنامه پررنگتر شود، در جهت گسترش انجام تشخیص قبل از تولد بایست پوشش بیمه ای آن گسترش یافته و امکانات مالی و نقلیه برای دسترسی بهتر به آزمایشات در اختیار زوجین پرخطر قرار گیرند. هم چنین در جهت پیشبرد کمی و کیفی برنامه می بایست کیفیت علمی و تعداد مراکز تشخیص DNA در سطح کشور افزایش یابد. با در نظر گرفتن این پیشنهادات اصلاحی و تکمیلی، می توان امید داشت که بکارگیری این راهکارها در برنامه کشوری موجود، می تواند آنرا به مدلی موفق تبدیل نماید که نه تنها در منطقه خاورمیانه بلکه در کل کشورهای «کمر بند تالاسمی» قابل الگوگیری باشد.

سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ در ایران را کمی بیش از ۷۰ درصد نشان می دهد، که این درصد موفقیت بررسی در هشت استان کشور کمتر از ۵۰ درصد بوده است. (هرمزگان، سیستان و بلوچستان، چهارمحال و بختیاری، یزد، خراسان، همدان، آذربایجان غربی و کهگیلویه و بویراحمد). با وجود موارد جدید بالای تالاسمی در استانهای فارس، مازندران، خوزستان و کرمان درصد موفقیت برنامه پیشگیری در آن استانها بالای ۸۰ درصد بوده است.

جدول ۱: درصد موفقیت برنامه پیشگیری از تالاسمی کشور به تفکیک استانها

تفسیر و تحلیل برنامه پیشگیری از تالاسمی با دیدگاههای متفاوتی مواجهه بوده است. سماوات و مدل براین باورند که در برنامه به لحاظ جنبه های اقتصادی موفقیت آمیز بوده و سبب کاهش موارد جدید شده، ابوالقاسمی و همکاران برنامه را در دو برهه زمانی تحلیل کرده اند، دوره سالهای اول که چندان به اهداف دست نیافته، و دوره پس از فتوای آزادی سقط و راه اندازی آزمایشات DNA و تشخیص قبل از تولد که در دسترسی به اهدافش سرعت گرفته، و پیشنهادات آنها در جهت بهبود برنامه عبارت بودند از توجه خاص به استانهای با درصد بالای ازدواج ثبت نشده و هم چنین پیگیری زوجهایی که قبل از قانونی و اجباری شدن غربالگری ازدواج کرده اند. بررسیهای غنائی در اصفهان طی سالهای ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۴، نشان داد در این سالها موارد جدیدی در استان گزارش نشده، کوثریان و همکاران در بین سالها ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۴ به موفقیت برنامه در استان مازندران به ویژه در

نتایج این مطالعه نشان داد از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵، ۲۰۹۱ مورد بیمار تالاسمی جدید در کشور متولد شده اند. شمار متولدین به تفکیک در سالهای ۱۳۸۰، ۱۳۸۱، ۱۳۸۲، ۱۳۸۳، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ عبارتند از: ۳۵۰، ۳۷۵، ۳۵۳، ۳۲۵، ۳۷۸ و ۳۰۰ بودند (شکل ۱) مناطقی با بیش از ۱۰۰ مورد تولد بیمار جدید در سال بعنوان «مناطق پرخطر» تعریف شدند. بدین توصیف، پنج استان سیستان و بلوچستان، هرمزگان، خوزستان، فارس و کرمان یعنی بیشتر مناطق جنوب و جنوب شرقی کشور بعنوان پرخطر تعریف شدند. شمار کل متولدین این ۵ استان ۱۳۵۰ نفر (۶۴/۵ درصد کل متولدین کشور) بوده است. که این توزیع کشوری در شکل ۲ آمده است.

علت تولد بیمار جدید در بررسی ۲۸۴ مورد (درصد ۱۳/۶) در مراکز ثبت موالید، ذکر نشده بود، درخصوص ۱۸۰۷ مورد باقیمانده تولد جدید تالاسمی علل اصلی عبارت بودند از:

زوجین ناقل که از تشخیص قبل از تولد جنین استفاده نکرده بودند، موارد ازدواج قبل از شروع برنامه پیشگیری در ایران، کودکان متولد شده در خارج از سیستم رسمی ازدواج کشور و موارد اشتباه در نتایج آزمایشات تشخیصی. از این بین موارد موالید جدید ناشی از عدم انجام تشخیص پیش از تولد و موارد اشتباه در نتایج آزمایش تشخیصی، تحت پوشش برنامه بوده اند، ولی موارد دیگر تحت پوشش برنامه پیشگیری نبوده اند.

تحلیل نتایج استانی و قیاس آن با موالید سالهای قبل، درصد موفقیت کل برنامه پیشگیری از تالاسمی در

# ارتباط روشهای طبخ غذا و افزودنی های شیمیایی

## با سرطان

دکتر شید فر - دکترای علوم تغذیه - استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران

گوشت افزوده می شوند در صورتی که بیش از مقدار استاندارد به گوشت افزوده گردند یا اینکه مصرف این چنین گوشت های زیاد باشد ایجاد نیتروز آمین ها را می کنند که در ایجاد سرطان دخیل است. همچنین سیکلاماتها بعنوان شیرین کننده مصنوعی و برخی رنگهای مصنوعی مانند Amaranth (قرمز شماره ۲) بدلیل احتمال سرطانزایی ممنوع می باشند. کافئین نیز بعنوان ترکیب موثاژن و تراتوژن می باشد و در برخی مطالعات با احتمال بروز سرطان پانکراس در ارتباط می باشد. بنابراین با استفاده بیشتر از غذاهایی که بدون افزودنی هستند و با رعایت اصول صحیح طبخ غذا آماده می گردند و همچنین استفاده کمتر از غذاهایی که دارای افزودنی های مجاز در مقادیر استاندارد هستند می توان گام های ارزنده ای در جهت پیشگیری از سرطان برداشت.

روی زغال نیز از روشهای نامناسب طبخ غذا است زیرا چربی های گوشت روی زغال ریخته شده و ایجاد (PAH) می کنند که خطر سرطان زایی دارد. پختن در اجاق (فر آشپزخانه) و ماهیتابه (اگر در حررات ملایم باشد و برای یک بار استفاده شود) و آبیژ کردن معمولاً چنین اثراتی ندارند. دود دادن غذا که مدت ذخیره سازی غذا را افزایش داده و طعم مناسبی در گوشت ایجاد می کند بدلیل اینکه با تولید مواد سرطانزایی مانند بنزوپیرن همراه است از روشهای نامناسب پخت می باشد. بهترین روش کباب کردن باید طوری باشد که منبع حرراتی در بالای غذا و از فاصله ایی باشد که باعث سوختن و سیاه شدن غذا نگردد. برخی از افزودنی های غذایی نیز با خطر بروز سرطان همراه هستند مثلاً نمکهای نیتريت و نیترات که به منظور جلوگیری از رشد باکتری ها و ایجاد رنگ قرمز دلپذیر و خوشایند به

تغییرات بارزی که در عادات رژیمی جمعیت های مختلف با فرهنگ ها و شیوه های زندگی مختلف رخ داده در ارتباط با خطر گسترش سرطان بوده اند. در بین عادات رژیمی، چربی های رژیمی اهمیت قابل توجهی را بعنوان یک عامل خطر در سبب شناسی بیشتر سرطان ها بخصوص سرطان پستان و کولون دارند. چربی های رژیمی در طی فرآیند و آماده سازی غذا اغلب حررات می بینند و این می تواند منتهی به تغییرات اکسیداتیو گردد که بر Tumorigenesis تاثیر گذار است. روغن هایی که برای طبخ طولانی غذا بکار می رود معمولاً به مقدار زیادی اکسید شده اند و علاوه بر اثراتی مانند اختلال رشد، تغییرات مجرای گوارشی، بزرگی غیر طبیعی اندامها و تخریب های بیو شیمیایی، ممکن است تولید پلی سیکلیک آروماتیک هیدرو کربن (PAH) نماید که اثرات سرطان زایی دارد. کباب کردن



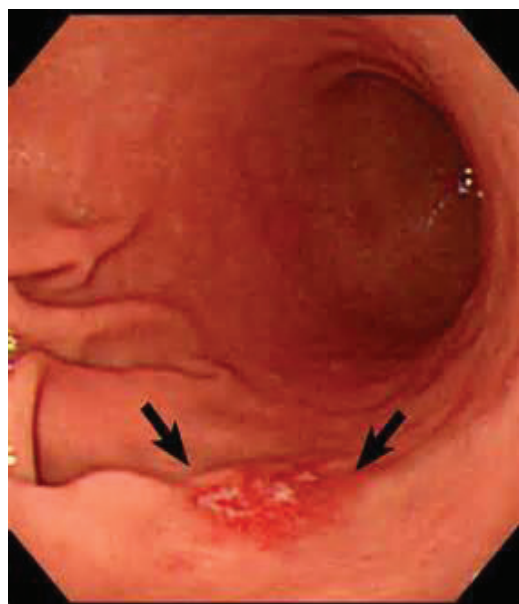


# اخبار سلامت

## فرزانه شعبانی

شرایط جسمانی دومین فرد مبتلا به این ویروس نیز وخیم گزارش شده است. دکتر «بنوا گری» مسئول بخش بیماریهای عفونی در بیمارستان شهر لیل گفت: کاملاً روشن است که این ویروس از انسان به انسانی دیگر منتقل میشود و ممکن است این انتقال از طریق تمام راههای تماس انسانی صورت گیرد.

وی افزود: ما با ویروسی مواجه هستیم که در حال انتشار در سراسر دنیا است و به دلیل سرعت کم انتشار این ویروس با شناسایی آن میتوانیم مانع از انتشار بیشتر آن شویم. وی تأکید کرد: با این وجود ابتلا به این ویروس خطرناکتر است.



براساس آخرین بررسی ها در عربستان سعودی ۱۵ فرد مبتلا به ویروس کرونا شناسایی شده اند که تاکنون ۱۱ مبتلا به آن فوت کرده اند. به گزارش سازمان بهداشت جهانی، تاکنون ۳۴ فرد مبتلا به ویروس کرونا در سراسر جهان شناسایی شده اند و این ویروس عامل مرگ ۱۸ نفر بوده است.

ویروس کرونا تا حد زیادی به ویروس سارس شباهت دارد و عامل عفونتی خطرناک در دستگاه تنفسی است که باعث از کار افتادن کلیه ها و اغلب به مرگ منجر می شود.

این ویروس نخستین بار در ماه سپتامبر سال گذشته میلادی در عربستان سعودی شناسایی شده است و تاکنون عامل مرگ افرادی در عربستان سعودی، اردن، آلمان و انگلیس بوده است.

سازمان بهداشت جهانی هشدار داد راه انتقال ویروس تنفسی کشنده کرونا از انسان به انسان است.

به گزارش فارس به نقل از یورونیوز، سازمان بهداشت جهانی هشدار داد که ویروس کرونا از انسان به انسان دیگر منتقل میشود. این هشدار همزمان با شناسایی دومین فرد مبتلا به این ویروس در فرانسه بوده است.

فرد دوم مبتلا شده به این ویروس هم اتاقی مرد ۶۵ ساله ای است که پس از سفر به دبی به این ویروس مبتلا و در بیمارستان بستری شده بود.

افزایش خطر ابتلا به سرطان معده با مصرف گوشت قرمز  
تاریخ انتشار: ۲۰/۳/۱۳۹۲ ۱۱:۵۸ • ۹ مرتبه خوانده شده • منتشر شده در شاخه: اخبار

بررسی رابطه میان مصرف گوشت و ابتلا به سرطان معده پژوهشکده گوارش و کبد برای تعیین رابطه گوشت مصرفی با سرطان معده در یک مطالعه مورد - شاهدهی را از سال ۱۳۸۲ طراحی و اجرا نمود. این مطالعه در منطقه گنبد گاووس استان گلستان که از نظر شیوع سرطان های گوارشی پر خطر محسوب می شود انجام شد، و شامل ۱۹۰ فرد مبتلا به سرطان معده و ۶۴۷ فرد بعنوان شاهد می باشد. در این مطالعه میزان مصرف گوشت قرمز (تمام انواع و گوشتهای فرایند شده) و سفید (ماهی و مرغ) در دو گروه مقایسه شد.

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که رابطه مستقیم و مثبتی میان مصرف گوشت قرمز و خطر ابتلا به سرطان معده دیده شد، بطوری که با افزایش دریافت گوشت قرمز خطر ابتلا به این سرطان را ۸۷/۱ برابر افزایش می دهد. همچنین مصرف گوشت سفید خطر ابتلا به سرطان معده را ۶۴ درصد می کاهش دهد.

با توجه به نتایج این مطالعه، مصرف متعادل گوشت های سفید بجای گوشت های قرمز توصیه می شود.

هشدار سازمان جهانی بهداشت درباره یک ویروس کشنده  
به نظر می رسد جایگاه اولیه انتشار این ویروس، عربستان سعودی بوده است که جان ۲ فرد دیگر را نیز در این کشور گرفته است.



# فرہنگ





# جشن خوبان خاص در روز میلاد امام حسن مجتبی (ع)

زینب نجاری

دیابت و فشار خون از دیگر برنامه های جشن بود .  
و در پایان از تمام بزرگان سبز سرزمین سبزمان کمال تشکر و قدر دانی را داریم که باز یاری سبزشان را از ما دریغ نمودند .

ادامه سرود جمهوری اسلامی ایران ، سخنرانی جناب آقای دکتر مهدوی ، اجرای موسیقی زنده توسط آقایان ، بیگدلی و منفرد و فروش سیب از قسمت های جذاب برنامه بود که با استقبال بسیار زیادی روبه رو شد. و بار دیگر خیرین با شرکت در طرح همت عالی یاریشان را به بیماران خاص احیا نمودند.

در کنار این جشنواره بازارچه خیریه به نفع بیماران خاص و همچنین کارگاه های آموزشی برگزار گردید . غربالگری سرطان های شایع زنان و مردان ،

جشن خوبان خاص در روز میلاد امام حسن مجتبی ، روزی که آسمان و زمین و هر آنچه در آن بود غرق سرور و شادمانی شد ، میهمانی پر برکتی جهت حمایت از بیماران سرطانی برگزار گردید و بار دیگر دستان سبز شما پشتیبان ما شد . دستانی که همیشه به یاری سبز شان نیازمند هستیم .

این برنامه با هدف جذب کمک های خیرین در راستای حمایت از بیماران سرطانی ، چهارشنبه مورخ ۹۲/۵/۲ مصادف با ۱۵ ماه مبارک رمضان مطابق

روال سال های گذشته در سالن همایشهای صدا و سیما از ساعت ۱۸ الی ۲۴ با حضور خیرین ، و بزرگان برگزار گردید . قبل از افطار اکران خصوصی فیلم هیس، دختران فریاد نمی زنند به کارگردانی خانم پوران درخشنده اجرا شد . مهمانان حاضر ، افطار را مهمان سفره های سبز خیرین بودند .

جشنواره در ساعت ۲۱:۵۰ شروع و در ساعت ۲۳:۵۵ خاتمه پیدا کرد. شروع مراسم با تلاوت آیاتی از قران مجید بود و در





# اردوی تالاسمی بنیاد امور بیماری‌های خاص

اردوی تالاسمی بنیاد امور بیماری‌های خاص با حضور کودکان مبتلا به این بیماری و خانواده‌هایشان و همچنین پزشکان متخصص در این زمینه، در باغ پونک برگزار شد.

فرزانه شعبانی



دارویی نارطیس (با موضوع نحوه مصرف داروها و رفع مشکل و عوارض آن)، لازم به ذکر است در طول برنامه مشاوران روانکاو به مدعوین و شرکت‌کنندگان، مشاوره‌های لازم را ارائه می‌دادند.

در پایان پس از صرف ناهار متناسب با رژیم غذایی توصیه شده توسط متخصص تغذیه و اقامه نماز، بسته‌های فرهنگی که شامل هدایای ویژه و انتشارات بنیاد می‌شد به شرکت‌کنندگان اهدا گردید.

تغذیه صبحانه‌ای متناسب با رژیم غذایی بیماران و مشاوره غذایی ارائه گردید. بعد از صرف صبحانه با همکاری سرکار خانم مؤیدی ورزش همگانی انجام شد، سپس با همکاری مؤسسه تمشک کارگاه نقاشی و کاردستی برگزار گردید.

بعد از ورزش و صرف صبحانه کلاس‌های آموزشی و پرسش و پاسخ توسط خانم دکتر آذر کیوان (با موضوع تزریق خون)، آقای دکتر صمندانی فرد (با موضوع غدد)، خانم دکتر سبزه چیان (با موضوع عوارض دارو)، شرکت فرافن (با موضوع نحوه استفاده از پمپ دسفرال)، شرکت

اردوی تالاسمی بنیاد امور بیماری‌های خاص با حضور کودکان مبتلا به این بیماری و خانواده‌هایشان و همچنین پزشکان متخصص در این زمینه، در باغ پونک برگزار شد. در این اردو مشاوره پزشکی، خانواده و تغذیه به کودکان و خانواده‌هایشان داده شد. همچنین برای کودکان برنامه‌های ورزشی و تفریحی اجرا گردید.

این اردو در تاریخ بیست و ششم اردیبهشت‌ماه نمود و دو، در محل باغ پونک با برنامه‌های متنوع برگزار گردید، در ابتدای برنامه، با هماهنگی کارشناس



# ایستگاه بنیاد در مرکز انتقال خون

بنیاد امور بیماری‌های خاص با همکاری سازمان انتقال خون استان تهران، به مناسبت روز جهانی تالاسمی که هر ساله در ۱۸ اردیبهشت‌ماه، برگزار می‌گردد، برنامه‌ای را در سازمان انتقال خون تدارک دیده که در ادامه گزارشی از این برنامه را می‌خوانید.

ندا جلیلیان

لازم به ذکر است انتشارات بنیاد در خصوص بیماری تالاسمی و سایر بیماری‌های خاص از قبیل هموفیلی، دیابت و... در اختیار مراجعین قرار گرفت، مراجعین از این که متوجه می‌شدند، خون اهدایی آن‌ها برای تولید، مشتقات مورد نیاز بیماران تالاسمی مصرف خواهد شد، بسیار خرسند بودند و کمک‌هایی به صورت نقدی به صندوق بنیاد واریز و شماره حساب آن نیز توسط مراجعین دریافت گردید. در پایان این طرح، سازمان انتقال خون و روابط عمومی آن ضمن تشکر از بنیاد خواستار گسترش و ادامه روابط بیشتر و برگزاری چنین برنامه‌هایی با بنیاد در تمام طول سال شدند.

مبتلا می‌شوند. با توجه به نیاز این افراد به تزریق خون، بنیاد امور بیماری‌های خاص با همکاری سازمان انتقال خون استان تهران، به مناسبت روز جهانی تالاسمی که هر ساله در ۱۸ اردیبهشت‌ماه، برگزار می‌گردد، برنامه‌ای را در سازمان انتقال خون تدارک دید.

تمام افرادی که آن روز برای اهدای خون مراجعه کرده بودند توسط بنیاد پذیرایی شدند و کارشناس روابط عمومی بنیاد که در غرفه حضور داشت، اطلاعاتی در خصوص فعالیت‌های بنیاد در زمینه بیماری‌های خونی از جمله تالاسمی و هموفیلی و لزوم اهدای خون سالم و... به مراجعان، ارائه می‌کرد.

در روز چهارشنبه هجدهم اردیبهشت‌ماه سال نود و دو، ساختمان مرکز انتقال خون استان تهران واقع در خیابان وصال، مثل همیشه پذیرای افرادی بود که برای اهدای خون خود، به صورت داوطلبانه، به آن‌ها مراجعه کرده بودند، اما آن روز یک تفاوت با سایر روزها داشت.

تالاسمی یک بیماری ارثی ژنتیکی است، که هر ساله هزاران نفر در جهان با آن متولد می‌شوند. تعداد بیماران مبتلا به تالاسمی در کشور ما نیز قابل توجه می‌باشد، اگر چه با فعالیت‌های بنیاد امور بیماری‌های خاص تعداد مبتلایان از ۱۷ سال پیش تاکنون بسیار کاهش یافته است، اما هنوز هم افرادی به این بیماری



# موسسه خیریه بین المللی زنجیره امید

زینب نجاری

در پایان لوح های تقدیر جهت تشکر از پزشکان داوطلب موسسه که بخش اعظم درمان های کودکان بیمار را بر عهده دارند اهدا شد .

هتل هما برگزار گردید بعد از صرف افطار مراسم با تلاوت آیاتی از کلام الله مجید و سرود جمهوری اسلامی ایران آغاز گردید . در ادامه خانم مرعشی مدیر عامل زنجیره امید به شرح عملکرد زنجیره در سال های اخیر از جمله انجام درمان های خاص و پیچیده در سال ۱۳۹۰ و طرح های در حال اجرای زنجیره امید مانند طرح اسکولیوز ( انحراف ستون فقرات ) و طرح خانه کودک پرداختند . در بخش گلریزان درمان ۶۰ کودک بیمار توسط خیرین پذیرفته شد همچنین کمک های نقدی دیگر نیز جمع آوری گردید .

موسسه خیریه بین المللی زنجیره امید در تاریخ ۱۳۸۶/۴/۵ تاسیس شده است . هدف اصلی این مجموعه فراهم نمودن خدمات پزشکی و درمانی به کودکان بی بضاعت است که از بیماری های قلبی ، ارتوپدی و ناهنجاری های ترمیمی رنج می برند . این خیریه تا کنون ۳۰۰۰ کودک نیازمند را درمان کرده است . این موسسه در سه حوزه فوق تخصصی جراحی قلب ، ارتوپدی و ترمیمی اطفال به درمان و جراحی کودکان نیازمند می پردازیم . مراسم افطاری این مجموعه در روز سیزدهم ماه مبارک رمضان در سالن زمرد





## مهتاب شبی

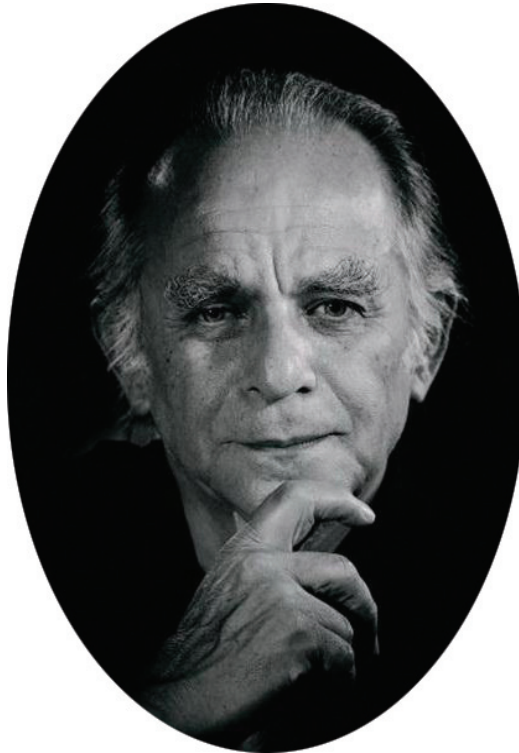
فریدون مشیری در سی ام شهریور ماه ۱۳۰۵ در تهران به دنیا آمد. در دوران خردسالی به شعر علاقه داشت و در دوران دبیرستان و سال های اول دانشگاه، دفتری از غزل و مثنوی ترتیب داد. آشنایی با قالب های شعرنو، او را از ادامه شیوه کهن بازداشت.

مشیری شاعری است صمیمی و صادق که شعرش آینه تمام نمای احوال و صفات اوست او شاعری است ادیب که در همه حال حرمت زبان و اهل زبان را حفظ می کند. اندیشه هایش انسان دوستانه و نجیب است و برای احساسات و عواطف عاشقانه از لطیف ترین و زیباترین واژه ها و تعبیرها سود می جوید.

مشیری، نه اسیر تعصبات سنت گرایان شد، نه مجذوب نوپردازان افراطی راهی را که او برگزید، همان حالت نمایان بنیان گذاران شعر نوین ایران بود. به این معنا که، او شکستن قالب های عروضی و کوتاه و بلند شدن مصرع ها و استفاده به جا و منطقی قافیه را پذیرفته و از لحاظ محتوی و مفهوم هم با نگاهی تازه و نو به طبیعت، اشیاء، اشخاص و آمیختن آنها با احساس و نازک اندیشی های خاص خود، به شعرش چهره ای کاملاً مشخص داده بود.

استاد برجسته دکتر عبدالحسین زرین کوب

درباره فریدون مشیری گفته است: «با چنین زبان ساده، روشن و درخشانی است که فریدون واژه به واژه با ما حرف می زند، حرف هایی که مال خود اوست، نه ابهام گرایی رندانه. شعر او سخن شاعری است که دوست ندارد در پناه جبهه خاص، مکتب خاص و دیدگاه خاص خود را از اهل عصر جدا سازد. او بی ریا عشق را می ستاید، انسان را



می ستاید و ایران را که جان او به فرهنگ آن بسته است دوست دارد.» فریدون مشیری در دوران شاعری خود، در هیچ عصری متوقف نشده، شعرش بازتابی است از همه مظاهر زندگی و حوادثی که پیرامون او در جهان گذشته و همواره، ستایش گر خوبی و پاکی و زیبایی و بیانگر همه احساسات و عواطف انسانی بوده و بیش از همه خدمتگزار انسانیت است.

فریدون مشیری، سال ها در برخی از مجلات معروف همچون ماهنامه سخن، مجله گشوده، سپید و سیاه قلم زده و همکاری نزدیکی با نشریات داشته است. او در سال ۱۳۳۳، ازدواج کرد و دو فرزند با نام های بهار و بابک داشت که هر دو دانشگاه را به پایان رسانده و در کنار آثار او، ثمره زندگی او بودند.

کتاب های اشعار فریدون مشیری عبارتند از: تشنه توفان، گناه دریا، نایافته، ابر و کوچه، بهار را باور کن، از خاموشی، مروارید مهر، آه باران، از دیار آشتی، با پنج سخن سرا، لحظه ها و احساس، آواز آن پرنده غمگین، پرواز با خورشید، برگزیده ها، گزینه اشعار سه دفتر، دلاویزترین، یک آسمان پرنده و همچنین برگزیده ای از کتاب اسرار التوحید به نام یکسان نگرستن.

وی در آبان ماه ۱۳۷۹ در سن ۷۴ سالگی و بر اثر بیماری، چشم از جهان فرو بست.

شب و صحرا و گل و سنگ  
همه دل داده به آواز شباهنگ  
یادم آمد تو به من گفتی  
از این عشق حذر کن  
لحظه ای چند بر این آب نظر کن  
آب آینه عشق گذران است  
تو که امروز نگاهت به نگاهی نگران است  
باش فردا که دلت با دگران است  
تا فراموش کنی چندی از این شهر سفر کن  
با تو گفتم حذر از عشق ندانم  
سفر از پیش تو هرگز نتوانم  
روز اول که دل من به تمنای تو پر زد  
چون کبوتر لب بام تو نشستم  
تو به من سنگ زدی من نرمیدم نه گسستم  
باز گفتم که تو صیادی و من آهوی دشتم  
تا به دام تو درافتم همه جا گشتم و گشتم  
حذر از عشق ندانم نتوانم

بی تو مهتاب شبی باز از آن کوچه گذشتم  
همه تن چشم شدم خیره بدنبال تو گشتم  
شوق دیدار تولبریز شد از جام وجودم  
شدم آن عاشق دیوانه که بودم.  
در نهان خانه جانم گل به یاد تودرخشید  
باغ صد خاطره خندید  
عطر صد خاطره پیچید  
یادم آمد که شبی با هم از آن کوچه گذشتیم  
پر گشودیم و در آن خلوت دلخواسته گشتیم  
ساعتی بر لب آن جوی نشستیم  
تو همه راز جهان ریخته بر چشم سیاهت  
من همه محو تماشای نگاهت  
آسمان صاف و شب آرام  
بخت خندان و زمان رام  
خوشه ماه فرو ریخته بر آب  
شاخه ها دست برآورده به مهتاب



# بين الملل





## فدراسیون بین المللی سازمان اهدای خون

منبع: Wikipedia, The free encyclopedia

مترجم: ندا جلیلیان

اهدای خون هنگامی رخ میدهد که یک فرد سالم به طور داوطلبانه مقدار مشخصی از خون خود را در یک مرکز انتقال خون هدیه می کند. خون اهدا شده پس از انجام آزمایشهای غربالگری و تأیید سلامتی بهمنظور تهیه فرآوردههای خونی مورد استفاده قرار می گیرد و یا از طریق بانک خون مراکز درمانی به افراد دیگر تزریق می شود. فرآیند اهدا و تزریق به دریافت کنندگان، انتقال خون نام دارد.

در کشورهای توسعه یافته و اکثر کشورهای در حال توسعه، بیشترین اهدا کنندگان خون را افراد داوطلبی تشکیل می دهند که در قبال آن پولی دریافت نمی کنند. در کشورهای فقیرتر، افراد معمولاً خون خود را برای انتقال به اعضای خانواده و یا دوستانشان اهدا میکنند. بنابراین انگیزه های مختلفی برای اهدا، شامل انجام عمل خیر، کمک به بهبود خویشاوندان، نیاز مالی و برای استفاده خود فرد در آینده (اهدای اتولوگ) وجود دارد. اهدای خون معمولاً بیخطر است، اما در برخی از اهداکنندگان ممکن است کیبودی زیر جلدی و یا احساس ضعف و بیحالی دست بدهد.

اهدای کنندگان برای مواردی که ممکن است باعث بهخطرانداختن ایمنی خون شوند مورد ارزیابی قرار میگیرند. غربالگری شامل آزمایش برای آلودگی هایی مانند اچ آی وی و هپاتیت است که میتوانند از طریق خون، منتقل شوند. همچنین انجام پرسشهایی در مورد پیشینه پزشکی و معاینه فیزیکی دهنده خون میتواند از به خطر افتادن سلامتی او جلوگیری کند. فاصله بین دو اهدای خون در کشورهای مختلف متفاوت است، به عنوان مثال در آمریکا این زمان ۸ هفته (۵۶ روز) برای اهدای خون کامل است. روش و مقدار خونی که از دهندگان گرفته میشود نیز متفاوت است، اما معمولاً برای

خون کامل این مقدار ۵۰۰ میلیلیتر است. بسیاری از اجزای سازنده خون، عمر مفید کوتاهی دارند و نگهداری و عرضه مداوم آنها با مشکلاتی همراه است. امور مربوط به اهدای خون در کشورهای مختلف توسط سازمانهای متفاوتی انجام می پذیرد، مثلاً در استرالیا توسط «سرویس خون صلیب سرخ» این کشور و در ایران توسط سازمان انتقال خون انجام میگردد. از نظر سازمان بهداشت جهانی وجود ۲ درصد اهدا کننده در جامعه قابل قبول است. این آمار در کشور ایران برابر با ۲/۲ درصد است.

**درباره فدراسیون بین المللی اهدای خون**  
فدراسیون بین المللی اهدای خون که در انگلستان به IFBDO و در فرانسه و اسپانیا به FIODS شناخته می شود، یک سازمان بین المللی است که هدف اصلی آن خود کفایی کشور های عضو در تولید خون مورد نیازشان و همچنین همسان سازی استاندارد های امنیتی برای اهدای خون و سیاست های بازرسی آن می باشد. تعدادی از اهداف سازمان

-ترویج اهدای خون به صورت منظم، ناشناس و داوطلبانه در تمام کشورهای جهان

-کار کردن در جهت رفع نیازهایی مثل نیاز به خون انسانی با کیفیت بالا و نیاز به فرآوردههای خونی در همه کشورها

-اطمینان یافتن از اینکه در تمام کشورها، راه و روش خاصی برای تضمین سلامت اهدا کنندگان خون و گیرندگان آن وجود دارد -مبارزه با همه اشکال بازاریابی و کسب درآمد از خرید و فروش خون و فرآورده های خونی با توجه به این اصل که خون و تمام اعضای بدن انسان، غیر قابل فروش است.

### تاریخچه

FIODS یا همان فدراسیون بین المللی

اهدای خون به زبان فرانسه، در چهارم دسامبر سال ۱۹۵۵ در لوکزامبورگ تاسیس شد.

زبان رسمی این فدراسیون، انگلیسی، فرانسه و اسپانیایی است. از زمان تاسیس تا کنون ۷۲ کشور در این سازمان عضو شده اند. هر کشور تنها نماینده یک سازمان ملی از اهدا کنندگان خون است.

چهار نوع عضویت در این سازمان وجود دارد که عبارتند از:

- عضویت فعال
- عضویت وابسته
- ناظران
- عضویت افتخاری

در ادامه تعدادی از کشورهای عضو نام برده می شوند:

- افغانستان
- جمهوری آذربایجان
- سوئیس
- هلند
- هندوستان
- فلسطین

### عضویت در FIBDO

یک کشور زمانی عضو FIBDO می شود که یکی از انجمن های ملی آن کشور یا دیگر سازمان های ملی انتقال خون آن، از اهدای خون رایگان و داوطلبانه حمایت کند، هم چنین تنها یک سازمان از هر کشور می تواند عضو باشد.

عضویت در FIBDO آزاد و منوط به تصویب توسط مجمع عمومی سازمان به توصیه شورای اجرایی آن است.

تمام اعضای سازمان متعهد به ترویج ایده اهدای خون رایگان و داوطلبانه در حوزه اختیارات خود و همچنین رعایت دستورات، قوانین و روشهای سازمان، می باشند.

(جدول کنفرانس های ۲۰۱۳ (اکتبر، نوامبر، دسامبر

منبع: [www.drugs.com](http://www.drugs.com)

ترجمه و تنظیم: ندا جلیلیان

ردیف	محور کنفرانس	عنوان کنفرانس/موضوع سمینار	محل برگزاری (شهر/کشور)	زمان
1	لیوساکشن	کنگره جهانی لیوساکشن (کنفرانس بین المللی)	نیویورک	2 5 اکتبر
2	بیهوشی	کنفرانس پزشکی با محوریت بیهوشی بالینی	کانادا	3 16 اکتبر
3	پزشکی	اخلاق پزشکی و پزشکی قانونی	ایتالیا	12 19 اکتبر
4	مغز و اعصاب	صدوسی وهشتمین نشست سالانه انجمن مغز و اعصاب آمریکا	لوئیزیانا	13 16 اکتبر
5	زنان	هجدهمین کنگره جهانی مباحث مربوط به پزشکی زنان، زنان و زایمان و ناباروری (COGI)	اتریش	24 27 اکتبر
6	پزشکی	بیست و چهارمین کنفرانس سالانه در رابطه با مراقبت های اولیه	هاوایی	6 9 نوامبر
7	پزشکی	چهاردهمین کنفرانس سالانه پاییزی در رابطه با طب اورژانس	باهاماس	13 19 نوامبر
8	ورزش	کنفرانس پزشکی ورزش نیوزلند ( sports medicine)	ولینگتون	21 23 نوامبر
9	دیابت	کنگره جهانی دیابت	ملبورن	2 6 دسامبر
10	صرع	نشست سالانه 2013 انجمن صرع آمریکا	کلومبیا	6 10 دسامبر



is an empirical question that can be answered conclusively only after observing many hundreds of patients. The recommended duration of asystole required for donation after circulatory death should be determined by scientific and public policy considerations. The IOM and the Canadian Council for Donation and Transplantation purposely chose a conservative duration of ۰ minutes, which has been adopted by most donation programs, but a few protocols use as short a span as ۲ minutes. In ۲۰۰۰, participants in a national conference on donation after circulatory death agreed with the recommendation by the Society of Critical Care Medicine to wait at least ۲ minutes and at most ۰ minutes.۲ An unanswered question is whether cardiac transplantation from a donor declared dead according to a circulatory criterion retroactively negates the determination of death. Does the fact that a donor's heart is restarted in another patient prove that circulatory cessation was not irreversible? Or should the requirement of irreversibility be restricted to circulation within the donor? A University of Michigan

ECMO protocol for procuring abdominal organs apparently avoids this problem.۰ During ECMO, an intraaortic occlusion balloon blocks all blood flow above the diaphragm so that only the abdominal organs are perfused with oxygenated blood. The thoracic organs and brain are isolated from this perfusion circuit and are destroyed by ischemic infarction. If blood flow above the diaphragm is successfully blocked, this protocol does not negate the previous determination of death. Ex vivo ECMO, in which the procured organ is temporarily perfused and preserved after removal from the donor's body, is another technique that is under investigation. These investigational protocols test the permissible societal boundaries of donation after circulatory death. To what extent should society permit manipulation of an organ donor or alteration of the determination of human death for the good of organ recipients? A consensus-driven oversight process should determine whether investigational protocols reflect appropriate medical treatment and whether their translation into accepted

clinical practice is sound public policy. Leaders of the critical care, neurology, and transplantation communities need to jointly draft practice guidelines for organ donation after circulatory death that establish acceptable boundaries of practice. These boundaries should be based on scientific data and accepted principles and should be demarcated conservatively to maintain public confidence in the integrity of the transplantation enterprise. I predict that when prudent boundaries are created, they will exclude whole-body ECMO of the donor and death determinations at ۷۰ seconds of asystole. No potential conflict of interest relevant to this article was reported. Source Information



The strict separation of these two decisions ensures that society's need or a physician's request for organs does not drive the decision to withdraw treatment—a possibility that may be even more of a concern when the patient and potential organ donor is a child.<sup>3</sup> In most cases, the inherent conflict may be mitigated (but not eliminated) by having a representative from the local organ-procurement organization, rather than physicians in the intensive care unit (ICU), speak to families about donation.

The physician team determining death must be strictly separated from the procurement team to prevent organ-procurement considerations from influencing the death determination. This separation of roles is even more critical in donation after circulatory death than in donation after brain death, because the former requires the withdrawal of life-sustaining therapy, which should be done by the donor's ICU physician. The recent allegations against Dr. Hootan Roozrok in San Luis Obispo, California, demonstrates the serious problems that may result from the conflict created when a transplantation surgeon

manages the terminal care of a potential organ donor.

The process of withdrawing life-sustaining therapy and providing appropriate palliative care for a dying patient should be the same, irrespective of the patient's donor status. The situation becomes complicated, however, when a protocol permits intervention in the living donor through the administration of intravenous heparin or vasodilators, not to benefit the donor patient but only to improve the function of transplantable organs. Protocols instituting extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) in the donor after the declaration of death permit much more invasive intervention, including the insertion of arterial catheters before death. Advocates assert that surrogate consent sufficiently justifies these interventions, because they are minimally harmful to the patient and they benefit the organ recipient. Opponents argue that respect for the dying patient is being compromised. The dead donor rule states that the donor must be dead before vital organs are procured. Death statutes require the irreversible cessation of circulation and respiration or the irreversible cessation of brain functions; the former constitutes an adequate criterion for death because, in the absence of cardiopulmonary

resuscitation (CPR) or autoresuscitation, it inevitably leads to the fulfillment of the brain criterion.<sup>4</sup>

What duration of asystole proves irreversibility? The IOM has recommended that after the withdrawal of life-sustaining therapy, physicians wait 5 minutes after the onset of asystole to be certain that a heart rhythm sufficient to generate a pulse does not resume spontaneously. In such circumstances, autoresuscitation has never been reported after 60 seconds of asystole. Physicians can confidently declare the donor dead after 5 minutes of asystole and apnea, because without autoresuscitation or CPR, the cessation of circulatory and respiratory functions is permanent (will not return), and it inevitably and rapidly becomes irreversible (cannot return).<sup>5</sup>

In their investigational protocol, Boucek et al. shortened the interval of required asystole to 40 seconds on the grounds that 60 seconds was the longest reported duration of asystole that had been followed by autoresuscitation and that the sooner death can be declared after asystole, the less damage from warm ischemia will occur in the organs. What minimum duration of asystole ensures that autoresuscitation will not occur

# The Boundaries of Organ Donation after Circulatory Death

## ORGAN DONATION AFTER CARDIAC DEATH



In this issue of the Journal, Boucek et al. (pages 1091-1094) report on three cases of heart transplantation from infants who were pronounced dead on the basis of cardiac criteria. The three Perspective articles and a video roundtable discussion at [www.nejm.org](http://www.nejm.org) address key ethical aspects of organ donation after cardiac death. Bernat and Veatch comment on the cases described by Boucek et al.; Truog and Miller raise a fundamental question about the dead donor rule. In a related Perspective

roundtable, moderator Atul Gawande, of Harvard Medical School, is joined by George Annas, of the Boston University School of Public Health; Arthur Caplan, of the University of Pennsylvania; and Robert Truog. Watch the roundtable and download the transcript at [www.nejm.org](http://www.nejm.org). Organ donation after circulatory (or cardiac) death has become an accepted medical practice over the past 10 years.<sup>1</sup> Programs permitting such donations satisfy two needs: they provide organs in addition

to those procured after brain death, and they fulfill the wish of family members that relatives with severe brain injuries serve as organ donors after cessation of life-sustaining therapy and subsequent death. The proliferation of protocols for donation after circulatory death has been spurred by the publication of three reports by the Institute of Medicine (IOM), support by the Department of Health and Human Services, and the establishment of criteria for such donation by the Joint Commission, which accredits U.S. hospitals. A 2000 national conference on the topic identified areas of consensus in an effort to standardize practice.<sup>2</sup> Now that donation after circulatory death has become mainstream, researchers have begun to design innovative protocols that aim to improve the function of transplants and expand the donor pool. The decision of a patient (or a surrogate) to have life-sustaining therapy withheld should precede and remain independent of the decision to donate organs.



## فرم اشتراک فصلنامه خاص

## الف: اشخاص حقیقی

نام خانوادگی: نام خانوادگی: نام : نام :

رشته تحصیلی: میزان تحصیلات:

تاریخ شروع اشتراک: آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه :

کد پستی ده رقمی :

تلفن همراه: تلفن ثابت :

پست الکترونیک : پست الکترونیک :

## ب: اشخاص حقوقی

نام مرکز/ مؤسسه : نام مرکز/ مؤسسه :

آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه :

کد پستی ده رقمی :

تلفن همراه: تلفن ثابت :

پست الکترونیک : 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.

فاکس: ۲۲۷۶۵۴۲۳

شماره پیگیری: ۲۲۵۹۱۹۵۷ داخلی: ۴۰۹

ایمیل روابط عمومی: pr@cffsd.org



## کنسرسیون درمان بیماران کلیوی ایران

### فواید :

- درمان با کیفیت جهانی
- رضایت بیماران
- کاهش هزینه ها
- خصوصی سازی
- پیشرفت حرفه ای

**PHARMED**  
MEDICAL INDUSTRIES

- سوزن شریانی و وریدی
- لوله رابط دیالیز
- پودر بیکنات
- کاتریدج
- کیسه
- محلول همودالیز
- کیسه خون



**MEDITECHSYS CO.**

- سانلی دیالیز لوکلکس و های فلاکس
- پلی سولفان میکرواندولیت
- پلی اتر سولفان
- سیستم تصویه آب RO
- RO مرکزی
- RO برتالی

**smart**

- تجهیز بخش دیالیز
- استفاده از نیروهای متخصص
- راه اندازی بخش مطابق
- استانداردهای جهانی
- مدیریت بخش دیالیز
- مدیریت عملکرد
- آموزش کارکنان
- تضمین کیفیت

**NIXAMED**

- داروهای تخصصی بیماری های کلیوی
- MS
- تالاسمی
- هموفیلی
- پیوند
- تشخیص درمانی
- تجهیزات پزشکی
- ماشین همودالیز
- تجهیزات پشرانه تراکز دیالیز



**MEDITECHSYS CO.**

تهران، خیابان سعادت آباد، شماره ۲۲  
 (پایین تر از میدان کاج، پیش کوچه میرزائی، طبقه ۵)  
 کدپستی: ۱۹۸۸۸۸۳۹  
 تلفن: ۰۲۱-۲۲۰۲۲۰۰  
 فکس: ۰۲۱-۲۲۰۲۲۰۱  
[www.meditechsys.com](http://www.meditechsys.com)  
[info@meditechsystem.com](mailto:info@meditechsystem.com)

**PHARMED**  
MEDICAL INDUSTRIES

تهران، خیابان سعادت آباد، شماره ۲۲  
 (پایین تر از میدان کاج، پیش کوچه میرزائی، طبقه ۲)  
 کدپستی: ۱۹۸۸۸۸۳۹  
 تلفن: ۰۲۱-۲۲۰۲۲۰۲  
 فکس: ۰۲۱-۲۲۰۲۲۰۲  
[www.pharmed.co](http://www.pharmed.co)  
[info@pharmed.co](mailto:info@pharmed.co)

**smart**

تهران، خیابان سعادت آباد، شماره ۲۲  
 (پایین تر از میدان کاج، پیش کوچه میرزائی، طبقه ۲)  
 کدپستی: ۱۹۸۸۸۸۳۹  
 تلفن: ۰۲۱-۲۲۰۲۲۰۲  
 فکس: ۰۲۱-۲۲۰۲۲۰۲  
[www.smart.co](http://www.smart.co)  
[info@smart.co](mailto:info@smart.co)

**NIXAMED**

تهران، خیابان سعادت آباد، شماره ۲۲  
 (پایین تر از میدان کاج، پیش کوچه میرزائی، طبقه ۲)  
 کدپستی: ۱۹۸۸۸۸۳۹  
 تلفن: ۰۲۱-۲۲۰۲۲۰۲  
 فکس: ۰۲۱-۲۲۰۲۲۰۲  
[www.nixamed.com](http://www.nixamed.com)  
[info@nixamed.com](mailto:info@nixamed.com)