

نشریه بنیاد امور بیماری های

# خاص

علمی، فرهنگی و اجتماعی

سال اول - پیش شماره اول

اردیبهشت ۷۷



۱۸ اردیبهشت سالگرد تأسیس بنیاد امور بیماریهای خاص گرامی باد

# با اهدای عضو بعد از مرگ حیاتی تازه به هم نوع خود ببخشیم.

کارت اهدای عضو



نام: .....

نام خانوادگی: .....

شماره: .....

بنیاد امور بیماری های خاص

توضیحات: .....

کبد

پانکراس

قلب

چشم

کلیه

برای ایجاد مرکز هماهنگی پیوند اعضا  
از جسد نیاز به مشارکت همه مردم  
عزیزمان می باشد



بنیاد امور بیماری های خاص

صندوق پستی: ۳۳۳-۱۵۸۱۵ تلفن: ۸۷۱۱۰۲۹ فاکس: ۸۷۱۰۷۹۶

# خاص

علمی، فرهنگی و اجتماعی  
سال اول - پیش شماره اول  
اردیبهشت ۷۷

## فهرست مطالب

۲	سخنی با خوانندگان
۳	رهمودها
۴	سخن سردبیر
۶	یکی از خطبه‌های حضرت امام حسین (ع)
۷	اثری منتشر شده از استاد مطهری
۸	دیدار با ریاست مجمع تشخیص مصلحت نظام
۹	آشنایی با بنیاد امور بیماریهای خاص
۱۳	پیشگیری از تالاسمی در کشور
۱۵	پیوند در ایران
۱۸	دیابت قندی (علل و تشخیص)
۲۳	هموفینی چرا و چگونه؟
۲۵	من کلیه شما هستم!
۳۰	تالاسمی و راههای پیشگیری از آن
۳۲	دیابت و ورزش (۱)
۳۶	تغذیه و سرطان
۳۹	کاربرد پمپ دستفرا
۴۲	زندگی بهتر برای بیمار هموفیلی
۴۴	آموزش تزریق انسولین
۴۷	مشکلات بیماران در هپاتیت B
۴۹	آشنایی با دیالیز
۵۲	بررسی روشهای مقابله
۵۳	همایش سراسری کمیته‌های استانی
۵۶	آشنایی با کمیته امور بیماریهای خاص استان یزد
۵۸	بازدید از مراکز درمانی بیماران خاص قم
۶۰	معرفی مرکز درمانی سوده
۶۳	یاوران بنیاد
۶۴	معرفی کتاب
۶۵	معرفی بروشور
۶۶	مطبوعات و بیماریهای خاص
۶۸	مبارزه با خستگی
۷۰	پزشک خانواده
۷۲	راهنمای خانواده
۷۴	تازه‌های پزشکی و بیماریهای خاص
۷۶	مشاوره پزشکی برای بیماران خاص
۷۸	شعر و ادبیات
۷۹	خواندنی‌ها
۸۲	جدول
۸۳	راهنمای استفاده از پیک خاص
۸۴	مسابقه خاص (۱): بیماری سل
۸۶	مطالب انگلیسی

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماریهای خاص

مدیر مسئول: فاطمه هاشمی

سردبیر: دکتر باقر لاریجانی

## هیأت علمی:

دکتر حسن ابوالقاسمی - دکتر کامران باقری لنگرانی -  
دکتر سیده‌هاشم جنت‌پور - دکتر احمد رضا جمشیدی -  
دکتر سید محسن خوش‌نیت - دکتر محمد سروش - دکتر  
شمس شریعت‌تربقان - دکتر رمضانعلی شیریفیان -  
دکتر سیدمؤید علویان - دکتر ایرج فاضل - دکتر محمد  
قره‌ادی - دکتر محمد قره‌ادی لنگرودی - دکتر اردشیر  
قوام‌زاده - دکتر مصطفی قانعی - دکتر باقر لاریجانی - دکتر  
عسلیرضا سرمدی - دکتر رضا مسلک‌زاده - دکتر  
محمد علی محقق - دکتر علی اکبر ولایتی.

## هیأت اجرایی:

مهندس امیرعلی آقاپاری - سریم اسدی - مسعود  
بزرگ‌مقام - دکتر محمد سعید بنی‌هاشمیان - دکتر جواد  
سعید تهرانی - دکتر ماشاءا... ترابی - دکتر وحید  
حسینی جناب - دکتر سید مهدی دواجی - دکتر  
مهین تو بهار.

ویراستار: پروین الهیان

حروفچین: فریبا جولایی - مؤگان قاسمزاده

صفحه‌آرا: نادیا دریایی

## آدرس نشریه:

تهران - صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۲۲۳۳  
تلفن: ۸۷۱۱۰۲۹ فاکس: ۸۷۱۰۷۹۶

## سخنی با خوانندگان نشریه

بیماران، خانواده‌ها، پرستاران و پزشکان محترم

هدف ما از انتشار این نشریه، علاوه بر ارتقای سطح آگاهی اقشار مختلف جامعه نسبت به بیماریهای خاص، ایجاد ارتباطی سازنده و مستمر با شما عزیزان می‌باشد تا با بهره‌گیری از نظرات ارزشمند شما بتوانیم گامی مؤثر در جهت بهبود وضعیت بیماران خاص برداریم.

همکاران شما در بنیاد امور بیماریهای خاص علاقه دارند تا بتوانند همواره ارتباط مستقیم و مستمر با خوانندگان نشریه داشته باشند و به‌طور مستمر مشکلات، نظرات و پیشنهادات شما را دریافت نمایند. بنابراین از همه خوانندگان خصوصاً بیماران، گروه پزشکی و پزشکان محترم انتظار داریم که نظرات و پیشنهادات و مشکلات مختلف را به‌طور دائم به ما منعکس نمایند تا جهت رفع آنها اقدامات لازم را در حد توانایی پی‌گیری نماییم.

### راهنمای ارسال مقالات

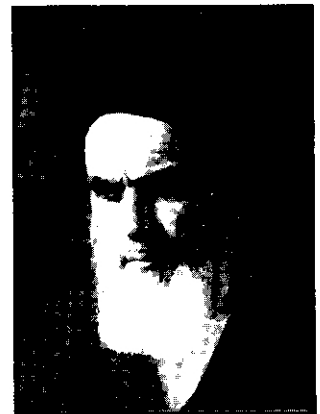
- ۵- کل یانوشها و مراجع را به آخر مقاله منتقل کنید.
  - ۶- تا حد امکان همراه مقالات ترجمه شده، اصل منبع یا منابع را ارسال کنید.
  - ۷- همراه مطالب ارسالی، درجه علمی، محل اشتغال و فهرست تألیفات خویش را نیز بنویسید. در صورت امکان شماره تلفنی را که توان در موقع لازم با شما تماس گرفت قید نمایید.
  - ۸- در صورت امکان، همراه مطالب ارسالی یک قطعه عکس پرسنلی خود را ضمیمه نمایید.
  - ۹- رونوشتی از مطالب ارسالی را نزد خود نگه دارید. زیرا مقالات ارسالی به دفتر مجله پس داده نمی‌شود.
- مجله خاص در قبول و یا رد مطالب و ویرایش و تغییر متن آنها مجاز است.
  - استفاده از مطالب مجله با ذکر کامل منبع بلامانع است.
  - آثار و نوشته‌ها و نظریات و انتقادات خود را می‌توانید به نشانی مجله ارسال کنید.

- نشریه بنیاد امور بیماریهای خاص از همکاری همه علاقه‌مندان و صاحب‌نظران استقبال می‌کند و نوشته‌های شما را که تاکنون در نشریه دیگری به چاپ نرسیده باشد، می‌پذیرد.
- برای ارسال مقالات نکات زیر را در نظر داشته باشید:
- ۱- مطالب ارسالی تا حد امکان تایپ شده باشد. در غیر این صورت، مطالب را با خط خوانا بر روی یک طرف کاغذ بنویسید.
  - ۲- مقالاتی را که بیش از ۱۵ صفحه دستنویست متعارف باشند، در دو یا چند قسمت تنظیم کنید. آنگاه خلاصه‌ای از بخشهای مختلف مقاله تهیه کنید.
  - ۳- اگر مقاله حاوی عکس، نمودار و جدول است، زیر نوشته‌ها و مندرجات آن را در کاغذ جداگانه‌ای بنویسید و با مشخص نمودن محل درج آنها در متن همراه مقاله ارسال کنید.
  - ۴- منبع یا منابع مورد استفاده را حتماً در پایان مقاله قید نمایید.

# رهنمودها

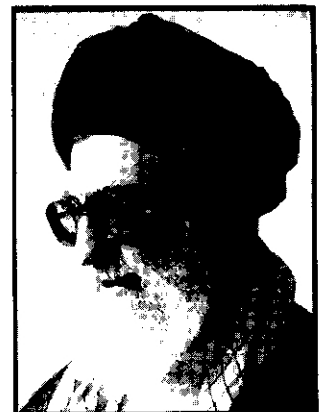
## حضرت امام خمینی (ره):

اگر پزشکان و پرستاران به تکالیف و وظایف انسانی و شرعی خود عمل کنند این شغل از شغل‌های بسیار شریف و عبادتی است در ردیف عبادت‌های درجه اول.



## مقام معظم رهبری:

باید شما کاری بکنید که این ضروری زندگی یعنی درمان و البته بهداشت در اختیار همه باشد.



## ریاست محترم جمهوری:

استفاده از امکانات پیشرفته برای درمان بیماران سرطانی لازم است.



## سخن سردپیر

عزیز فراتر از چند جمله سخن ماست. علی‌رغم همه تلاش‌های گذشته و حال، افق‌هایی که بتواند برای این بیماران خدمات راگسترش دهد و آنان نیز در کنار دیگر هموطنان بتوانند از نعمات الهی متنعم شوند بسیار است.

در کشور ما در حدود ۲۰۰۰۰ بیمار تالاسمی و ۶۰۰۰ هموفیلی و ۷۰۰۰ بیمار کلیوی که محتاج دیالیز هستند و بالغ بر دو میلیون نفر دیابتی و... وجود دارند. تعداد زیادی از مردم ما از سرطان‌های مختلف رنج می‌برند. وجود مرکزی که بتواند در کنار دولت جمهوری اسلامی به یاری این بیماران بیاید، بیش از گذشته احساس می‌شود.

به همین منظور با هدایت و ارشاد حضرت آیت‌ا... هاشمی رفسنجانی و تلاش جمعی از علاقه‌مندان و آشنایان به این اهداف، بنیاد امور بیماری‌های خاص تأسیس شد. در کشور ما رزانه‌اندازی مراکز خسیریه درمانی سابقه‌ای کهن دارد. در گذشته افراد خیر برای بنیان‌گذاری کار

آموزش‌های درمانی کافی زندگی آسوده‌تری داشته باشند. دولت جمهوری اسلامی از سالیان گذشته به این نکته توجه کرده است که بهداشت و درمان در ایجاد امنیت اجتماعی نقشی عظیم دارد. از این رو در کنار یافتن راه‌های توسعه کشورمان به جستجوی روش‌هایی برآمده است که بتواند برای انسان که محور توسعه حقیقی است ارزش والاتری قائل گردد. بنابراین در پی یافتن راه‌هایی برآمده است که خدمات بهداشتی و درمانی را گسترش دهد. اما روزبروز تجهیزات و نیازها فزونی می‌یابد.

از دیرباز در کشور ما که مهد ایثار و دارای فرهنگ غنی اسلامی بوده و هست، بسیاری از فرزندان در صدد یافتن مجاری بوده و هستند که بتوانند ایثار و کمک خود را به مجموعه‌ای انجام دهند که بتواند در پیشبرد اهداف کمک‌های درمانی و امدادی بیماران به صورت کارا و متناسب با نیازها و اولویتهای آنان تلاش نماید. مسایل و مشکلات بیماران

رسیدگی به آلام دردمندان و ارتقای خدمت به آنان آرزوی هر انسانی است. خصوصاً به کسانی که در اثر بیماری آنچنان در معرض گرفتاری جسمی قرار می‌گیرند که بی‌مدد و همکاری دیگران آسیب‌پذیری جدی پیدا می‌کنند. همان انسانهای ارزشمندی که لورزش دل آنان عرش الهی را به ارتعاش درمی‌آورد، کسانی که می‌توانند با دسترسی به خدمات پزشکی و یافتن

پزشکی و بیماران عزیز به طرق مختلف به مدد این تلاش بنیاد بیایند.

در سالگرد عاشورای حسین بن علی (ع) از آن روح فرزانه و عظیم استمداد می‌کنیم که ما را در راه مطهر خویش هدایت نماید. شهادت و ایثار در حماسه عاشورا مشعل همیشه فروزانی است که اخگر شهادت را حسب نیاز زمان به جانهای پاک هدیه می‌کند. افرادی چون مرحوم شهید مطهری، از آن خون پاک و اتصال به آن که از هر طاهری، طاهرتر است چون مشعلی درخشان و شجره طیبه‌ای باقی که مردم عزیز ما را همچون معلمی در بین تعلیم و شهادت و ایثار الفت ایجاد کرده بودند، هدایت می‌کردند. روح ایثار و از خودگذشتگی می‌طلبد که ما تنها گلیم خویش را از موج بدر نبریم بلکه تلاش نماییم غریقان بیماریهای مختلف را دستگیری نماییم و نعمات زندگی جسمانی را در اختیار آنها نیز قرار دهیم.

بنیاد امور بیماریهای خاص هر دستی که بخواهد به مدد بیماران بیاید به شدت می‌فشارد و با آرزوی آسایش و سلامت بیشتر همه هموعان کشور به تلاش‌های خود ادامه می‌دهد.

والسلام

تلاش‌های دولت از اقدامات مؤثر بنیاد در سال گذشته بوده است که همواره در حال پی‌گیری است.

از محورهایی که بیماران خاص مانند دیگر بیماران محتاج آن هستند گسترش فرهنگ شناخت بیماری در آنان به وسیله آموزش‌های مختلف و درست است. در برخی از مطالعات مانند میزان آگاهی مردم تهران نسبت به بیماری قند نشان داده شد که اکثر اطلاعات بیماران عزیز از طرق گروه غیرپزشکی صورت می‌گیرد.

از این رو ما با همیاری همکاران گروه پزشکی حرکت جدیدی در گسترش آموزش عمومی شروع نموده‌ایم. آموزش عمومی صحیح در عین پیشگیری از وقوع بیماری، موجب صرفه‌جویی در بسیاری از هزینه‌ها بخصوص هزینه‌های درمانی شده و در سلامت جسم و روح جامعه نقش مهمی ایفا می‌نماید. آگاهی از شرایط بیماری و طرق پیشگیری آن از اصول اساسی در موفقیت برنامه‌های مختلف سلامتی می‌باشد. بنابراین بنیاد برای گسترش شناخت این بیماریها، راههای پیشگیری آنها و در نهایت ارتقای فرهنگ این بیماریها راههای مختلفی از قبیل انتشار پیک خاص، نشریه بنیاد، بروشورهای آموزشی و غیره را شروع کرده است، امید آن داریم که علاقه‌مندان به این مباحث خصوصاً همکاران گروه

خیر مستمر به تأسیس بیمارستان و مراکز خدمت‌دهی پزشکی می‌پرداختند و از سنت جاریه و باقی وقف مدد می‌گرفتند. امروزه در دنیا این امر رواج گسترده‌ای دارد. بسیاری از مراکز بزرگ خدمت‌رسانی به وسیله بنیادهای خیریه پی‌می‌گیرد و پوشش خدمتی آنها بیماران مختلف سرطانی و... را تحت خدمات خود قرار می‌دهد. گرچه انجمن‌های مختلف تلاش‌های ارزشمندی را از سالهای گذشته در جمهوری اسلامی انجام داده و می‌دهند اما متناسب با گسترش نیاز و متناسب با اهداف توسعه کشور نهادهای گسترده‌تری که بتواند هم جهت با این اهداف متعالی، از پتانسیل‌های ممکن استمداد بگیرد و به سدد بیماران بیاید، بیش از گذشته احساس می‌شد.

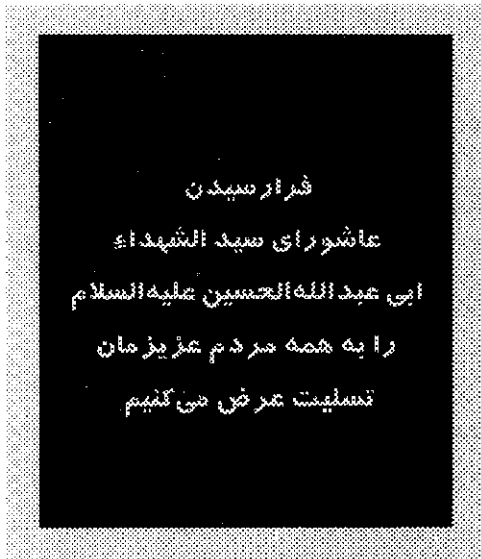
امید آن است که همه کسانی که برای عتای کشور و یاری انسانها و هموعان خویش دلشان می‌تپد، به یاری این بیماران بشتابند و با اقدامات مختلف راه ارتقای خدمات به این بیماران را هموارتر نمایند.

در سال گذشته بنیاد امور بیماریهای خاص با توجه به نیازهای این گروه بیماران تلاش‌های خود را شکل داده است. گسترش واحدهای ارائه خدمات تجهیز و آماده‌سازی آنان در کنار

## معلمی شغل انبیا است

۱۲ اردیبهشت، روز معلم

بر تمامی فرهنگیان و معلمان مبارک باد



## از خطبه‌های حضرت امام حسین (ع)

اللَّهُمَّ أَنْتَ تَعْلَمُ أَنَّهُ لَمْ يَكُنْ مَا كَانَ مِنَّا تَنَافُسًا فِي سُلْطَانٍ؛ وَلَا اتِّسَاسًا مِنْ فُضُولِ الْخَطَامِ؛  
وَلَكِنْ لِنَرَى الْمَعَالِمَ مِنْ دِينِكَ؛ وَنُظْهِرَ الْأَصْلَاحَ فِي بِلَادِكَ؛  
وَيَأْمَنُ الْمَظْلُومُونَ مِنْ عِبَادِكَ؛ وَيُعْمَلُ بِفَرَائِضِكَ وَسُنَّتِكَ وَأَحْكَامِكَ؛  
فَأَنْتُمْ تَنْصُرُونَا وَتَنْصُرُونَا قَوَى الظُّلْمَةَ عَلَيْكُمْ؛ وَعَمِلُوا فِي أَطْفَاءِ نُورِ نَبِيِّكُمْ وَحَسْبُنَا اللَّهُ؛ وَعَلَيْهِ  
تَوَكَّلْنَا؛ وَاللَّيْلَةُ أَنْبَتْنَا؛ وَاللَّيْلَةُ الْمَصِيرُ<sup>(۱)</sup>

### ترجمه:

بار پروردگارا! حقا تو میدانی که آنچه در ماست (از میل به قیام و اقدام به امر به معروف و نهی از منکر و نصرت مظلومان و سرکوبی ظالمان) به جهت میل و رغبت رسیدن به سلطنت و قدرت مفاخرت انگیز و مبارات آمیز نیست؛ و نه از جهت درخواست و زیادبهای اموال و خطام دنیا!  
بلکه به علت آن است که نشانه‌ها و علامت‌های دین تو را ببینم؛ و در بلاد و شهرهای تو صلاح و اصلاح ظاهر سازیم؛

و تا اینکه ستم‌دیدگان از بندگانت در امن و امان بسر برند؛ و به واجبات تو و سنت‌های تو و احکام تو رفتار گردد.

پس هان ای مردم؛ اگر شما بخواهید ما را یاری دهید و از در انصاف با ما در آید، این حاکمان جائز و ستمکار بر شما چیره می‌گردند؛ و قوای خود را علیه شما به کار می‌بندند؛  
و در خاموش نمودن نور پیغمبرتان می‌کوشند. و خدا برای ما کافی است؛ و بر او توکل می‌نماییم و به سوی او باز می‌گردیم؛ و به سوی او عدت همه بازگشت‌ها.

و در وقتی که آن حضرت می‌خواستند از مدینه منوره به مکه مکرمه حرکت کنند؛ وصیت نامه‌ای نوشته و آن را به خاتم خود مهور نمودند؛ و سپس آن را پیچیده و به برادر خود مُحَمَّد بن حَنْفِيَه تسلیم نمودند؛ و پس از آن با او وداع نموده؛ و در جوف شب سوم شعبان سنه شصت هجری با جمیع اهل بیت خود به سمت مکه رهسپار شدند.



# قلب

## ● اثری منتشر نشده از شهید مطهری به مناسبت ۱۲ اردیبهشت سالگرد شهادت استاد شهید مرتضی مطهری

قلب را می‌توان به دو معنی به کار برد. اول معنی قلب به معنی دل و ثانیاً معنی قلب به معنی مهر و محبت. در این مقاله به بررسی دل و مهر و محبت می‌پردازیم. دل را می‌توان به دو معنی به کار برد. اول معنی دل به معنی احساس و ثانیاً معنی دل به معنی مهر و محبت. در این مقاله به بررسی احساس و مهر و محبت می‌پردازیم. احساس را می‌توان به دو معنی به کار برد. اول معنی احساس به معنی درک و ثانیاً معنی احساس به معنی درک و احساس. در این مقاله به بررسی درک و احساس می‌پردازیم. مهر و محبت را می‌توان به دو معنی به کار برد. اول معنی مهر و محبت به معنی مهر و ثانیاً معنی مهر و محبت به معنی مهر و محبت. در این مقاله به بررسی مهر و محبت می‌پردازیم.

می‌گردد. پس کشیدن ستم و دیدن اعدا دل را سیاه می‌کند. گفته نشود پس چرا در اولیا که مظلوم بودند تولید عقده نشد و [آن‌ظنمها] منشأ سیاه دلی نشده. زیرا در جایی تولید عقده می‌شود که حس انتقام به وجود آید و قدرت ابراز نداشته باشد. اگر در طرف محبت و معرفتی باشد که از طرفی مهر و محبت نگذارد میل به انتقام پیدا شود و از طرف دیگر به واسطه معرفت، خود را در سطحی عالی تر ببیند. عکس العمل انتقام در او پیدا نمی‌شود. همان طوری که بندی فرزند نسبت به پدر و مادر در آنها تولید کینه و انتقام نمی‌کند زیرا اولاً آنها به فرزندشان محبت دارند و به قول ایرج «می‌گویند «آه دست بسرم یافت خراش ... و ثانیاً خود را در سطحی عالیتر از معرفت می‌بینند. و از این رو پیغمبر فرمود: «التهمة اهد قومی فانهم لا یعلمون».

خلاصه مطلب اینکه سیاه دلی از سیاه‌نژادی و سیاه کاری و سیاه محیطی و غیره پیدا می‌شود و منشأ سیاه روزی می‌شود، روزگار سیاه‌ناشی از دل سیاه است.

آلود، روح را تاریک می‌کند. یکی دیگر محیط سیاه و تاریک است که روح را تاریک و سیاه می‌کند. رفیق و معاشر سیاه، خیابان سیاه، اداره سیاه، مناظر سیاه، سخنان سیاه، دل را سیاه می‌کند:

به عتیر فروشان اگر بگذری شود جامه نومه عتیری  
اگر بگذری سوی انگشت‌گرا: تو جز سیاهی نبای دگر  
دیگر، تعلیمات و تلقینات سیاه است. کتابهای سیاه و نطق‌های سیاه و مقاله و روزنامه‌های سیاه و فیلمهای سیاه است که روح را سیاه می‌کند. دیگر، مظالم و واردات سیاه است که روح را سیاه می‌کند. یکی از آثار ظلم این است که در مظلوم تولید عقده روحی می‌کند و روح را آماده شقاوت می‌کند. در روح او کانون زهر و مسمومیت ایجاد می‌کند و او به نوبه خود در صدد این بر می‌آید که زهر و سم خود را در جایی خالی کند. در دعاست:

«واجعل نارنا علی من ظلمنا» و به تعبیر دیگر ظلم تولید کینه می‌کند و این کینه و حس انتقام وقتی که مجال ظهور و بروز ندید ته‌نشین و پس رانده و ذخیره می‌شود و مانند انبار باروتی در روح جای می‌گیرد با این فرق که خود به خود در صدد بروز و ظهور بر می‌آید و ولو به اینکه تغییر شکل بدهد. از این رو سبب جنایتها بر بی‌گناهان

این شعر سعدی را همه می‌خوانیم و همیشه مصداق داشته و شاید برای همیشه هم مصداق داشته باشد. می‌گوید:

بر سیه دل چه سود خواندن و عظ  
نرود میخ آهنین بر سنگ

اولاً نه تنها این است که خواندن و عظ بر سیه دل اثر ندارد، بسیاری از داروهای دیگر هم بی‌اثر است. هر عمل و عبادتی دارویی است برای دل، اما در دل سیاه اثر ندارد. از این رو رسول اکرم (ص) در جواب حلی عنیه السلام که سؤال کرد:

«ما افضل الاعمال فی هذا الشهر»

فرمود: «الورع عن محارم الله». و بنابرین به ورع و تقوا و ظهارت از گناه، زیاد اهمیت داده شده.

ثانیاً باید ببینیم منشأ سیاه دلی چیست؟ چطور می‌شود که آدمی سیاه دل می‌شود که عظ و عامل روحی دیگر بی‌اثر می‌ماند؟ یکی از عوامل مؤثر در سیاه دلی سیاه کاری است. اعمال سیاه دل را سیاه می‌کند «کلاً بل ران علی قلوبهم ما كانوا یکسبون». بخصوص در مورد حرام خواری از قبیل مال رشوه و ربا و دزدی تصریح شده. سیدالشهداء به مردم کوفه می‌فرماید: «فقد ملئت بطونکم من الحرام» به هر حال اعمال سیاه و تاریک و شقاوت

# تأکید

## ریاست مجمع تشخیص مصلحت نظام بر حمایت و تقویت بنیاد امور بیماریهای خاص

■ وظیفه اسلامی و انسانی به ما حکم می‌کند که به بیماران خاص که به هر دلیلی مبتلا شده‌اند کمک کنیم و این عاطفه برای جلب و عنایت مخصوص خداوند اهمیت بسیار زیادی دارد.

که با همان فتوای حضرت امام (ره) اعضای فعال و زنده را بتوانند پیوند بزنند. البته یک بار در مجلس مطرح شد و رأی نیاورد که به نظر می‌رسد حتی پیگیری اعضای غیرزنده هم اشکالی نداشته باشد و با توجه به اینکه راه کلی را حضرت امام (ره) باز کردند ما باید یک ماده قانونی برای این کار داشته باشیم.

در مورد پیوند کلیه در دولت قبلی حضور داشتم و این موضوع مطرح شد که برخی افراد، کلیه خود را به خاطر انگیزه‌های انسانی و برخی دیگر به خاطر نیاز اهدا می‌کنند که مبلغ پرداختی ۲۰۰ یا ۳۰۰ هزار تومان خیلی کم بود، که ما پیشنهاد کردیم هر کسی مبادرت به این امر می‌نماید هدیه‌ای از طریق بنیاد داده شود و با اختصاص بودجه‌ای برای این منظور مقرر گردید به هر یک از اهداکنندگان مبلغ ده میلیون ریال پرداخت گردد که در صورت نیاز از آن استفاده کنند و در غیر این صورت بخشیده شود و یا در راه‌های انسان دوستانه دیگری هزینه شود.

در مورد پیشگیری‌ها به ویژه بیماری تالاسمی، گام‌های مؤثری برداشته شده و آزمایش‌هایی نیز آغاز گردیده است که ضرورت دارد با کمک صدا و سیما تبلیغات گسترده‌ای انجام شود و باید اصل پیشگیری را محور کارمان قرار دهیم.

**وظیفه اسلامی و انسانی به ما حکم می‌کند که به بیماران خاص که به هر دلیلی مبتلا شده‌اند کمک کنیم و این عاطفه برای جلب و عنایت مخصوص خداوند اهمیت بسیار زیادی دارد.**

در این دیدار خانم‌ها فاطمه هاشمی و شفیقه رهیده و آقایان دکتر علی اکبر ولایتی، دکتر ایرج فاضل، سیدحسین مرعشی، دکتر بابقر لاریجانی، دکتر محمد فرهادی و دکتر سیدهاشم جنت‌پور حضور داشتند.

در دیدار اعضای هیأت امنای بنیاد امور بیماریهای خاص با حضرت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی، رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام، گزارشی از عملکرد و اقدامات انسان دوستانه این بنیاد و برنامه‌های آینده آن برای کمک به ارتقای خدمات و فعالیت‌های مردمی در این زمینه به استحضار ایشان رسید.

حضرت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی، ضمن تأکید بر ادامه فعالیت‌های بنیاد و حمایت از این اقدام، از اعضای هیأت‌امنا که در این زمینه تلاش می‌نمایند، تشکر کردند.

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نکاتی را برای ارتقای خدمات و گسترش فعالیت‌های علمی، پژوهشی و آموزشی بنیاد امور بیماریهای خاص یادآوری کرده و اظهار داشتند:

**با علاقه‌ای که از مدت‌ها پیش به این گونه فعالیت‌ها داشتیم و به نظرم از کارهای بسیار خوب و انسانی است، همواره از مساعدت به بیماران خاص که واقعاً دارای مشکلات فراوانی در زندگی‌شان هستند، پشتیبانی می‌گردیم.**

خانواده‌هایی که در خانه‌هایشان بیماران هموفیلی، تالاسمی، کلیوی و یا سرطانی دارند، می‌دانند که من چه می‌گویم و حق هم این است، کسانی که می‌توانند برای رفع مشکلات اینگونه افراد کمک کنند، کوتاهی نکنند و نظام نیز فعالیت‌های مربوط به کارهای علمی و فنی آنها را انجام می‌دهد. آقایان و خانم‌هایی که تصمیم گرفتند این کار با ارزش را هدایت کنند، از همان شروع کار مورد توجه قرار گرفته، من نیز در جریان کار آنها قرار گرفتم. بخصوص در مورد پیوند کلیه و پیشگیری از تالاسمی که کارهای جهشی و رضایت بخشی در دو سال گذشته انجام شده و باید تقویت شود.

در این زمینه دو مسئله خاص مورد پیگیری قرار گرفت. از جمله پیوند اعضا که از لحاظ کلی حل گردید و حضرت امام خمینی (ره) در فتوای خود اجازه این کار را دادند و ما انتظار داریم

# آمادگی برای پاسخ به بحران‌های خاص

■ بنیاد امور بیماری‌های خاص از ابتدای تأسیس سعی داشته است تا با ترسیم دیدگاهی کلی از بیماری‌های خاص و در نظر گرفتن جنبه‌های مختلف این بیماری‌ها، اولویت‌های اساسی در بهبود وضعیت بیماران خاص را مشخص سازد و به آن سمت حرکت نماید.

جامعه را برای درمان و پیشگیری این بیماری‌ها می‌شناسد که نیاز به یک حرکت ملی و فراگیر دارد.

عدم وجود سازمانی که بتواند علاوه بر برنامه‌ریزی و ایجاد هماهنگی بین فعالیت‌های جاری از مشارکت‌های مردمی نیز بهره‌جوید، سبب شد تا زمینه تأسیس بنیاد امور بیماری‌های خاص فراهم شود.

پیشنهاد تأسیس این بنیاد توسط خانم فاطمه هاشمی در مراسم افتتاح مرکز درمانی سوده در اسفند ماه ۱۳۷۴ به حضرت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی ریاست محترم جمهوری وقت تقدیم شد و با موافقت و حمایت ایشان مقدمات تأسیس بنیاد امور بیماری‌های خاص فراهم گردید که با توجه به علاقه‌مندی و تجارب برخی مسئولین اجرایی کشور، هیأت مؤسس بنیاد متشکل از خانم فاطمه هاشمی، خانم شفیقه رهیده، دکتر علی‌اکبر ولایتی، دکتر ایرج فاضل، مهندس سید حسین مرعشی، دکتر باقر لاریجانی، دکتر محمد فرهادی و دکتر سیدهاشم جنت‌پور شکل گرفت و در ۱۸ اردیبهشت ماه ۱۳۷۵ اساسنامه آن به تصویب هیأت مؤسس رسید.

## اهداف بنیاد امور بیماری‌های خاص عبارت‌است از:

- ۱- بررسی وضعیت موجود کشور از نظر بیماران خاص با جمع‌آوری اطلاعات و آمار مربوط به آنان.
- ۲- شناسایی نیازهای مختلف درمانی و اجتماعی بیماران.
- ۳- ارتقای سطح آگاهی علمی و اجتماعی بیماران، خانواده‌های آنان و جامعه.

در میان بیماران، گروهی از آنان هستند که به لحاظ ماهیت بیماری یا عوارض آن و مشکلات مختلف درمانی، دارویی، اجتماعی و اقتصادی در شرایط ویژه‌ای به سر می‌برند. با توجه به گستردگی جنبه‌های مختلف بیماری‌های خاص، علی‌رغم تلاش‌هایی که تاکنون برای کاهش مشکلات بیماران خاص انجام گرفته، هنوز شرایط مطلوبی برای درمان این بیماران و همچنین پیشگیری از بیماری‌های خاص فراهم نشده است.

در حال حاضر حدود ۶۰۰۰ بیمار هموفیلی، حدود ۲۰۰۰۰ بیمار تالاسمی، ۷۰۰۰ بیمار دیالیزی، حدود ۹۰۰۰ بیمار کلیه پیوندی و تعداد بسیار زیادی بیمار مبتلا به دیابت و سرطان در کشور وجود دارد که عدم آگاهی و شناخت جامعه نسبت به این بیماری‌ها سبب شده تا سالانه علاوه بر افزایش قابل توجه تعداد مبتلایان به این بیماری‌ها و ناتوانی آنها در پرداخت هزینه‌های سنگین برای بهبود نسبی بیماری خود، آثار زیانبار اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی در جامعه پدیدار گردد. گستردگی جنبه‌های مختلف بیماری‌های خاص نیز باعث شده تا هر یک از ارگانها و سازمانهای دولتی بخشی از جنبه‌های این بیماری‌ها را گهگاه مورد توجه قرار دهند و فعالیت‌هایی نیز به صورت مقطعی انجام شود که به دلیل عدم برنامه‌ریزی و هماهنگی مناسب، علی‌رغم صرف امکانات و اعتبارات، نتایج قابل قبولی به دست نیامده است.

از سوی دیگر، بهبود وضعیت بیماران خاص علاوه بر دولت و امکانات و اعتبارات دولتی، مشارکت یکایک افراد

■ در حال حاضر حدود ۶۰۰۰ بیمار هموفیلی، حدود ۲۰۰۰۰ بیمار تالاسمی، ۷۰۰۰ بیمار دیالیزی، ۹۰۰۰ بیمار با کلیه پیوندی و تعداد بسیار زیادی بیمار مبتلا به دیابت و سرطان در کشور وجود دارد.

■ بهبود وضعیت بیماران خاص علاوه بر دولت و امکانات و اعتبارات دولتی، مشارکت یکایک افراد جامعه را برای درمان و پیشگیری این بیماریها مسی طلبند که نیاز به یک حرکت ملی و فراگیر دارد.

### ● کمیته‌های کارشناسی و تخصصی

تشکیل کمیته‌های علمی هموفیلی، تالاسمی، سرطان، دیابت، بیماریهای کلیه و پیوند کلیه و هیات با حضور اساتدان و صاحب‌نظران در این رشته‌ها به منظور بررسی مسایل تخصصی بیماریهای خاص و گسترش برنامه‌های آموزشی و پژوهشی از دیگر فعالیت‌های این بنیاد است.

### ● افزایش بودجه بیماریهای خاص در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با تلاش بنیاد امور بیماریهای خاص و ارائه آمار و اطلاعات مستدل به دست‌اندرکاران اجرایی و قانونگذاری کشور، بودجه بیماریهای خاص در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از ۴۰ میلیارد ریال به ۸۴ میلیارد ریال افزایش یافت که اختصاص این بودجه سبب شد تا زمینه مناسبی برای گسترش خدمات درمانی به این بیماران فراهم شود.

### ● طرح پیشگیری بیماری تالاسمی

با توجه به گستردگی و پراکندگی ناقصین تالاسمی در کشور که به طور متوسط حدود ۴ درصد از افراد جامعه (و در بعضی استانها بیش از ۱۵ درصد) را دربرمی‌گیرند و سبب شده است سالانه حدود ۱۲۰۰۰ کودک مبتلا به تالاسمی در کشور متولد شود، لزوم توجه بیشتر به این بیماری قابل پیشگیری آشکار می‌شود. بر همین اساس، بنیاد امور بیماریهای خاص

به آن سمت حرکت نماید.

مهم‌ترین فعالیت‌هایی که در دو سال گذشته توسط بنیاد انجام گرفته، به شرح زیر می‌باشد:

### ● کمیته‌های استانی بیماریهای خاص

پراکندگی بیماران در سطح کشور و گستردگی فعالیت‌های مربوط به این بیماریها سبب شد تا بنیاد از استانداران محترم درخواست کند، نمایندگانی از سوی استانداری‌ها به این مرکز معرفی شوند. پس از تشکیل دو جلسه با حضور این نمایندگان، طرح تشکیل کمیته‌های استانی بیماریهای خاص تهیه و به ریاست محترم جمهوری وقت تقدیم شد که این پیشنهاد پس از طرح در جلسه هیأت وزیران به تصویب رسید.

بر اساس این طرح کمیته‌های استانی بیماریهای خاص به ریاست یکی از معاونین استانداری و با عضویت مدیرکل امور اجتماعی استانداری به عنوان دبیر کمیته و نماینده دفتر نمایندگی ولی‌فقیه در استان، معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی استان، مدیران انتقال خون، بیمه خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، بهزیستی، جمعیت هلال‌احمر، صدا و سیما، کمیته امداد امام خمینی، انجمنهای حمایتی بیماران خاص و همچنین افراد خیر استان تشکیل می‌شود که این کمیته مسئولیت برنامه‌ریزی، هماهنگی و نظارت بر امور اجرایی مربوط به این بیماریها را در سطح استان بر عهده دارد.

۴- فراهم کردن شرایط بهره‌گیری سهینه از اعتبارات موجود و امکانات مراقبتی و درمانی این بیماران در سطح جامعه و ایجاد شرایط و امکانات علمی، اجتماعی و مانی برای رفع مشکلات آنان.

۵- جنب توجه مراکز دولتی و جوامع مختلف ملی به مسایل خاص درمانی و اجتماعی این بیماران و نیازمندیها و مشکلات آنان.

۶- جلب حمایت و کمکهای دولتی و مردمی داخلی و خارجی.

۷- ایجاد ارتباط و همکاری با الحسن‌های علمی، حمایتی و صنفی بیماران خاص در سطح داخلی و بین‌المللی.

۸- گسترش فعالیت‌های پژوهشی، آموزشی و خدمات مربوط به تشخیص، درمان و افزایش آگاهی‌های اجتماعی.

۹- ارائه و اجرای طرح‌های قابل اجرا برای پیشگیری و بهبود وضعیت درمانی و اجتماعی بیماران خاص به نهادهای مختلف اجرایی کشور.

۱۰- تجهیز، تکمیل و راه‌اندازی مراکز درمانی بیماریهای خاص در سراسر کشور. پس از تصویب اساسنامه و انتخاب خانه فاضله هاشمی به عنوان رئیس بنیاد فعالیت اجرایی بتدریج شروع شد و با حمایت مسئولین کشور و مشارکت افرادخیر، اکنون که دو سال از تأسیس این بنیاد می‌گذرد، نتایج قابل قبولی به دست آمده است که به طور اختصار به آن می‌پردازیم:

### رئوس عملکرد بنیاد

بنیاد امور بیماریهای خاص از ابتدای تأسیس سعی داشته است تا با ترسیم دیدگاهی کثنی از بیماریهای خاص و در نظر گرفتن جنبه‌های مختلف این بیماریها، اولویت‌های اساسی در بهبود وضعیت بیماران خاص را مشخص سازد و

### ● گسترش مراکز درمانی

علی‌رغم اینکه مسئولیت درمان بیماران خاص بر عهده وزارت بهداشت است، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. این بنیاد سعی نموده تا در کنار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با استفاده از کمکهای مردمی و افراد خیر با تکمیل، تجهیز و راه‌اندازی مراکز درمانی بویژه مراکز دیالیز و مراکز درمانی تالاسمی و هموفیلی مراکز درمانی بیماریهای خاص را گسترش دهد.

با گسترش این مراکز، بیماران مجبور به طی مسافت‌های طولانی حدود ۳۰۰ کیلومتر نخواهند بود که این امر در بیماران دیالیزی به ۱۲ بار در ماه می‌رسد. با همکاری کمیته‌های استانی بیماریهای خاص، داروهای تخصصی مورد نیاز بیماران نیز بتدریج در مراکز درمانی کشور توزیع می‌شود.

لازم به ذکر است که تا سال ۷۵ در کشور حدود ۱۲۳ مرکز دیالیز و ۴۰ مرکز درمانی تالاسمی و هموفیلی وجود داشت که با تلاش این بنیاد تعداد مراکز دیالیز به ۱۷۳ مرکز و تعداد مراکز درمانی بیماریهای خاص شامل هموفیلی و تالاسمی به بیش از ۹۰ مرکز در سال ۷۶ رسید. همچنین با کمک ۴۰ میلیون ریالی بنیاد ۴۰ مرکز دیابت در سال ۷۶ نیز به بهره‌برداری رسید. علاوه بر گسترش مراکز درمانی، تلاش شده تا کمبود امکانات و تجهیزات مورد نیاز مراکز بهداشتی، که فعالیت‌های مؤثری برای پیشگیری بیماریها بویژه تالاسمی داشته باشند، نیز برطرف شود.

### ● هدیه ایثار

به منظور قدردانی از همت والای کسانی که با اهدای یک کلیه خود شاهد شیرین حیاتی آسوده از رنج بیماری را برای هموطنان بیمار خود به ارمغان می‌آورند و آنها را از رنج سفر و دیالیز و

هزینه قابل توجهی - علی‌رغم داشتن دفترچه بیمه - به عنوان فرانشیز پرداخت نمایند که سرسام‌آور بودن این هزینه‌ها، علاوه بر تحمیل فشار اقتصادی شدید به خانواده بیماران، سبب شده بود تا بیماران به مقدار کافی از داروهای مورد نیاز استفاده نمایند.

با تلاش بنیاد امور بیماریهای خاص و مساعدت و حمایت حضرت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی مقرر شد که از ابتدای سال ۷۶، فرانشیز داروهای مورد نیاز بیماران تالاسمی و هموفیلی نیز توسط دولت تأمین شود. بدین ترتیب بیماران خدمات دارویی و درمانی مورد نیاز را به صورت رایگان دریافت می‌نمایند و پرداخت بیش از پنج میلیون ریال به عنوان هزینه سالانه هر بیمار تالاسمی یا هموفیلی از دوش خانواده‌های بیماران برداشته شده است.

### ● طرح سرشماری جامع بیماران خاص

عدم وجود آمار و اطلاعات دقیق از بیماران خاص سبب شده تا برنامه‌ریزی دقیق و صحیحی برای تأمین نیازهای این بیماران صورت نگیرد. با توجه به ضرورت وجود این اطلاعات، بنیاد امور بیماریهای خاص تلاش نموده است تا با سرشماری بیماران خاص در کشور و صدور کارت ملی برای این بیماران، ایجاد بانک اطلاعاتی بیماران خاص را در کشور بنیان نهد.

در مرحله اول این طرح، با همکاری استانداریها و دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور اطلاعات بیماران تالاسمی کشور با تکمیل پرسشنامه‌های یکسان جمع‌آوری گردید که اکنون در حال پردازش می‌باشد و بزودی اطلاعات آماری آن برای استفاده سازمانهای مربوطه و علاقه‌مندان منتشر خواهد شد.

طرحی رایج منظور پیشگیری از بیماری تالاسمی تهیه نمود و در سال ۱۳۷۵ به دولت ارائه کرد که با نظر مساعد ریاست جمهوری وقت، سازمان برنامه و بودجه موظف گردید، بودجه و اعتبار مورد نیاز اجرایی طرح را تأمین کند. در سال اول جاری صرح کنیه دانش‌آموزان مقطع دبیرستان و از سال دوم به بعد، تنها دانش‌آموزان سال آخر مقطع دبیرستان تحت غربانگری ناقلین تالاسمی قرار می‌گیرند.

برای شروع این طرح مبلغ ۹۰۰ میلیون ریال از سوی بنیاد در اختیار معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت. این طرح در سال ۷۶ در سطح چند استان کشور آغاز شد و بی‌متاسفانه توجه چندانی به ادامه و استمرار آن نشد. در حال حاضر این بنیاد سعی دارد تا از طریق ریاست محترم جمهوری، مقدمات اجرای مستمر این طرح را در سالهای آتی فراهم سازد.

اقدام مؤثر دیگری که برای پیشگیری از تالاسمی توسط بنیاد صورت گرفته، پیشنهاد انجام آزمایش شناسایی ناقلین تالاسمی قبل از ازدواج بود که به تصویب هیأت محترم وزیران نیز رسید. در حال حاضر زوجهای جوان هنگام ازدواج با مراجعه به مراکز بهداشتی، جهت شناسایی ناقلین تالاسمی آزمایش می‌شوند. در صورتی که هر دو زوج ناقل تالاسمی باشند، با ارائه مشاوره‌های لازم به آنها توصیه می‌شود از ازدواج یا بکندیکر منصرف شوند.

### ● درمان رایگان بیماران هموفیلی و تالاسمی

تا سال ۷۶، تنها بیماران دیالیزی از درمان رایگان برخوردار بودند و بیماران هموفیلی و تالاسمی مجبور بودند، ماهانه

افراد جامعه طرحها و برنامه‌های زیر را به انجام برساند:

۱- پروژه مجتمع پژوهشی و اداری بنیاد امور بیماریهای خاص.

۲- ادامه عملیات اجرایی پروژه مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی سرطان.

۳- اجرای مستمر طرح ملی پیگیری از بیمارهای تالاسمی.

۴- تجهیز، تکمیل و راه‌اندازی مراکز درمانی بیمارهای خاص.

۵- تقویت و گسترش فعالیت کمیته‌های استانی بیمارهای خاص.

۶- ادامه طرح سرشماری جامع بیماران خاص.

۷- گسترش برنامه‌های آموزشی و تبلیغی در بین بیماران، خانواده‌ها، کادر درمانی و جامعه.

۸- ایجاد ارتباط با مجامع و سازمانهای بین‌المللی.

۹- طراحی و راه‌اندازی شبکه اطلاع‌رسانی بیمارهای خاص.

۱۰- مطالعه و تهیه طرح جامع بیمارهای خاص در کشور.

۱۱- چاپ و انتشار کتب، جزوات، بروشورها و پوسترهای بیمارهای خاص.

آموزشی و تدارک برنامه‌های آموزشی و تبلیغی گسترده، زمینه‌آشنایی مردم با این بیماریها فراهم شود.

تهیه و تدارک برنامه‌های آموزشی رادیویی و تلویزیونی با همکاری سازمان صدا و سیما از دیگر برنامه‌های تبلیغی و آموزشی است که از سوی بنیاد انجام شده و خواهد شد.

## ● جلب مشارکت‌های مردمی

با توجه به اینکه هدف تشکیل بنیاد استفاده بهینه از امکانات و اعتبارات موجود و جلب کمکهای مردمی بوده است، از زمان آغاز فعالیت سعی شده تا با ایجاد ارتباط با اشخاص حقیقی و حقوقی خیر کمکهای قابل توجهی برای گسترش فعالیت‌های بنیاد جمع‌آوری شود که البته این کمکها تنها تأمین‌کننده بخشی از نیازهای جاری می‌باشد و ضرورت دارد تا کلیه هموطنان در این حرکت ملی مشارکت جدی تری داشته باشند.

## برنامه‌های آتی بنیاد

بنیاد امور بیمارهای خاص در نظر دارد تا با مساعدت دستگاه‌های دولتی و غیردولتی و مشارکت و کمک یکایک

سختکار و دشواری‌های مالی و تکرار مایل و در این محنت‌ها می‌رهانند، از ابتدای سال ۷۶ به هر یک از اهداکنندگان کلیه مبلغ ده میلیون ریال پاداش از سوی بنیاد پرداخت می‌شود.

در سال ۷۶ امار پیوند کلیه در کشور به ۱۲۰۰ مورد رسیده است در نتیجه تعداد زیادی از هموطنان بیمار مارنچ بیماری را ترک گفته و به زندگی عادی بازگشته‌اند.

## ● مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی سرطان

نژوم ایجاد مرکزی به منظور تحقق اهداف درمانی، بهداشتی، تحقیقاتی و آموزشی در زمینه سرطان، بنیاد امور بیمارهای خاص را بر آن داشت که در پرتو توجهات خداوند متعال و با حمایت سردار بزرگ سازندگی و اختصاص قطعه زمینی به مساحت بالغ بر ۷۱۴۸۵ مترمربع از سوی شهرداری تهران احداث این مرکز عظیم و بی‌مانند را در خاورمیانه میسر سازد.

برای ساخت این مجتمع که با توجه به نیاز بیماران به مراحل رادیوتراپی، شیمی‌درمانی و جراحی با ظرفیت ۴۴۸ تخت بستری امکان اختصاص بخش‌های مجهز و مجزا برای هر یک از مراحل فوق و بخشهای جنبی مورد نیاز را دارد، هزینه‌ای در حدود یکصد میلیارد ریال پیش‌بینی شده است. در حال حاضر عملیات اجرایی این پروژه آغاز گردیده است و راه‌اندازی سریع‌تر این مرکز منحصر بفرد مشارکت کلیه نهادها و دستگاه‌های دولتی و غیردولتی و همچنین کمک یکایک افراد جامعه را می‌طلبد.

## ● فعالیت‌های آموزشی و تبلیغی

به منظور افزایش سطح آگاهی جامعه نسبت به بیمارهای خاص سعی شده همواره با چاپ پوسترها و بروشورهای

● تهیه و تدارک برنامه‌های آموزشی رادیویی و تلویزیونی با همکاری سازمان صدا و سیما از دیگر برنامه‌های تبلیغی و آموزشی است که از سوی بنیاد انجام شده و خواهد شد.

● علی‌رغم اینکه مسئولیت درمان بیماران خاص بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد، این بنیاد سعی نموده تا در کنار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با استفاده از کمکهای مردمی و افراد خیر با تکمیل، تجهیز و راه‌اندازی مراکز درمانی بویژه مراکز دیالیز و مراکز درمانی تالاسمی و هموفیلی مراکز درمانی بیمارهای خاص را گسترش دهد.

● کمیته‌های استانی بیمارهای خاص مسئولیت برنامه‌ریزی، هماهنگی و پیگیری امور مربوط به این بیمارها را در سطح استان بر عهده دارند.

● راه‌اندازی سریع‌تر مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی سرطان، مشارکت کلیه نهادها و دستگاه‌های دولتی و غیردولتی و همچنین کمک یکایک افراد جامعه را می‌طلبد.

# پیشگیری از تالاسمی در کشور

## ● روز جهانی تالاسمی را گرامی می‌داریم

شناسایی می‌بایست تحت مشاوره قرار گیرند و توصیه‌های لازم را دریافت دارند.

### ■ اقدامات انجام شده

از سال ۱۳۷۱ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، پیشگیری از تالاسمی را به طور جدی در برنامه‌های خود قرار داده است که در چهار استان پرشیوع کشور به اجرا گذاشته شد. در این صورت با غربالگری ۶۴۰۰۰۰ متقاضی ازدواج، حدود ۱۸۰۰ زوج ناقل شناسایی شدند که حدود ۱۰۰۰ زوج از ازدواج با یکدیگر منصرف شده‌اند و از بروز تقریبی ۲۰۰ بیمار تالاسمی پیشگیری شده است.

در سال ۱۳۷۵ با شروع فعالیت بنیاد امور بیماریهای خاص که برنامه پیشگیری از بیماری تالاسمی را از همان ابتدا در سرلوحه امور خود قرار داده بود، این طرح به طور جدی پیگیری شد. آنگاه پس از بازنگری اقدامات انجام گرفته با همکاری انجمن تالاسمی ایران طرح جامع پیشگیری بیماری تالاسمی در اردیبهشت ماه ۱۳۷۵ به حضرت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی ریاست محترم جمهوری وقت تقدیم شد که با توجه به علاقه‌مندی شخص ایشان به انجام این مهم مقدمات اجرای طرح پیشگیری تالاسمی فراهم گردید.

براساس این طرح تشخیص ناقلین در مقاطع و شرایط مختلف زندگی (قبل از ازدواج، غربالگری دانش‌آموزان، سربازان،

جمله داروهای گران‌قیمت وارداتی می‌باشد.

در حال حاضر در ایران ۳۰۰۰۰۰۰۰ نفر ناقل ژن معیوب و همچنین حدود ۲۰۰۰۰۰ بیماران تالاسمی در کشور شناسایی شده‌اند. شیوع این بیماری برحسب منطقه جغرافیایی کشور متفاوت است و بالاترین شیوع در کرانه دریای خزر و خلیج فارس وجود دارد. استانهای مازندران، گیلان، هرمزگان، خوزستان، کهگیلویه و بویراحمد، فارس، بوشهر، سیستان و بلوچستان، کرمان و اصفهان به ترتیب ۱۰ استان پرشیوع کشور می‌باشند.

بیماران تالاسمی شدید در طول مدت بیماری شدیداً به بیمارستان وابسته بوده و نیاز به تزریق مکرر خون و سایر درمانهای اساسی دارند و علاوه بر تحمل رنج جسمی و روحی که لاجرم آن را مستقیماً به خانواده و به طور غیرمستقیم به جامعه انتقال می‌دهد، هزینه درمانی حدود ۱۰۰۰۰۰۰ دلار را به کشور تحمیل می‌نماید.

### ■ پیشگیری

راه پیشگیری از بیماری، بررسی آزمایشگاهی جمعیت در معرض خطر و شناسایی زوجینی است که هر دو ناقل بیماری تالاسمی بوده و ازدواج ایشان امکان به دنیا آوردن فرزندی با جفت ژن معیوب و در نتیجه بروز بیماری تالاسمی را فراهم می‌آورد. این زوجین بعد از

## تعریف

بیماری تالاسمی یک بیماری خونی ارثی است که از والدین ناقل (حامل ژن بیماری تالاسمی به صورت نهفته) به کودک به ارث می‌رسد. این بیماری با علائم که خونی، تغییر شکل و مشکلات استخوان و ضعف و تأخیر رشد و نمو همراه است که اغلب صعب‌العلاج بوده و منجر به ناتوانی و کوتاهی عمر فرد مبتلا می‌گردد.

علت بیماری، معیوب بودن جفت ژن مسئول تولید زنجیره‌های بتا هموگلوبین در گلبول‌های قرمز خون می‌باشد که باعث کم‌خونی شدید و نیاز مداوم به تزریق خون در بیمار می‌گردد.

چنانچه یک ژن از جفت ژن لازم برای تولید زنجیره‌های بتا در فرد معیوب باشد این فرد سالم خواهد بود، لیکن قادر است ژن معیوب را به فرزند خود انتقال دهد. این افراد ناقل تالاسمی هستند و چنانچه یک ناقل تالاسمی با ناقل دیگری ازدواج نمایند، ۲۵٪ احتمال انتقال ژن معیوب از جانب پدر ناقل و مادر ناقل به فرزند در هر حاملگی وجود خواهد داشت. در این شرایط فرزند دارای یک جفت ژن معیوب گردیده، تولید زنجیره‌های بتا کاملاً در وی مختل و دچار بیماری تالاسمی می‌گردد.

با وجود پیشرفت‌های علمی، بیماران تالاسمی هنوز نیاز به تزریق خون و آهن‌زدایی به عنوان درمان تا پایان عمر کوتاه خود دارند و داروی مورد نیاز این بیماران آمپول دسفالین می‌باشد که از

دانشجویان و اقوام بیماران تالاسمی) برحسب شریط اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی کشور و در مقاطع زمانی مختلف انجام گرفت.

طرح مزبور جهت بررسی در اختیار سازمان برنامه و بودجه قرار گرفت که این سازمان ضمن پیشنهاد به ریاست محترم جمهوری جهت اجباری نمودن آزمایش تالاسمی قبل از ازدواج و ضرورت فعالیت بیشتر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه، اعتبار مورد نیاز برای انجام آزمایشات CBC برای کیمه دانش آموزان در سن ورود به مقطع دبیرستان و ارائه قرض آهن برای افرادی که دارای فقر آهن می باشند و نیز انجام آزمایش الکتروفورز هموگلوبین و نیز کروماتوگرافی برای دانش آموزان ناقل را ۲ میلیارد ریال برآورد نمود که با توجه به پوشش بیسه‌ای قریب به ۵۴٪ جامعه خو ستار تخصیص اعتباری به میزان یک میلیارد ریال از محل بودجه کمک به درمان بیماران خاص برای شروع این طرح شد که با طرح پیشنهادی بنیاد امور بیماریهای خاص تفاوت‌هایی داشت.

بنیاد امور بیماریهای خاص با ارسال نامه‌های کستی‌ها و عیوب طرح سازمان برنامه و بودجه را یادآور شد و خواستار تأمین بودجه مورد نیاز از محل دیگری غیر از ردیف کمک به درمان بیماران خاص (که حتی برای دیالیز بیماران کلیوی کمبود دارد) گردید.

بر این اساس با دستور ریاست محترم جمهوری وقت مبلغ یک میلیارد ریال به عنوان کمک برای طرح پیشگیری تالاسمی در اختیار بنیاد امور بیماریهای خاص قرار گرفت. پس از تأمین بودجه مورد نیاز و هماهنگی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی این مبلغ در اختیار معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار

گرفت تا مقدمات اجرای طرح فراهم گردد.

در این زمان به منظور آشنایی مردم با بیماری تالاسمی و ایجاد انگیزه برای آزمایش شناسایی ناقلین تالاسمی تبلیغات گسترده‌ای از سوی بنیاد امور بیماریهای خاص با همکاری سازمان صدا و سیما و رسانه‌های گروهی انجام گرفت و تحرکی را در گسترش برنامه‌های پیشگیری از تالاسمی در کشور فراهم ساخت.

در ابتدای سال ۱۳۷۶ با پیشنهاد بنیاد امور بیماریهای خاص هیأت محترم دولت اجباری بودن آزمایش تالاسمی قبل از ازدواج را به تصویب رساند. بر این اساس و با توجه به آمار ازدواج کشور در سال ۷۵، حدود ۸۰۰۰۰۰ نفر در سال در سراسر کشور می باید آزمایش‌های لازم را انجام دهند و در صورتی که زوجین هر دو ناقل بیماری باشند تحت مشاوره قرار گیرند.

همچنین در سال ۷۶ طرح شناسایی ناقلین ژن تالاسمی در خانواده بیماران تالاسمی به اجرا گذارده شد و در این برنامه خواهان و برادران ناقل بیماری تالاسمی شناسایی شده و تحت مشاوره قرار گرفتند. اهمیت این طرح از آنجا بود که شیوع ناقلین این بیماری در جمعیت کشور حدود ۴٪ و در خانواده بیماران تالاسمی ۵۰٪ می باشد. سرانجام در پایان سال ۷۵ و ابتدای سال ۷۶ با استفاده از اعتبار اهدایی بنیاد امور بیماریهای خاص برنامه غربالگری دانش آموزان سال آخر دبیرستان در ۸ استان کشور به مرحله اجرا درآمد. همچنین دانش آموزان پسر سال آخر دبیرستان در این ۸ استان تحت غربالگری قرار گرفتند و ناقلین شناسایی شده مورد مشاوره قرار گرفتند که متأسفانه پس از آن اجرای طرح مزبور به دلایل مختلف به

طور جدی دنبال نشد و در برخی مناطق به صورت کمرنگ تر صورت گرفت.

در آذرماه ۱۳۷۶ بنیاد امور بیماریهای خاص با ارسال نامه‌ای برای ریاست محترم جمهوری خواستار اجرای طرح غربالگری تالاسمی در سال ۷۷ شد. سازمان برنامه و بودجه نیز با توجه به ضرورت اجرای هرچه سریعتر و موثرتر طرح ملی غربالگری پیشنهاد نمود که طرح مذکور به عنوان یکی از مهمترین طرح‌های تحقیقاتی معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اولویت اجرایی قرار گیرد.

در حال حاضر اجرای طرح غربالگری تالاسمی از سوی بنیاد امور بیماریهای خاص در دست پیگیری می باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز با تهیه گزارشی از مقدمات انجام گرفته در خصوص پیشگیری از تالاسمی خواستار حمایت ریاست محترم جمهوری برای تحقق این طرح ملی شده است.

آنچه در این رهگذر مهم است و می بایست به آن توجه جدی شود، تبیین فرهنگ پیشگیری از بیماریها بویژه تالاسمی در جامعه است که در صورت آشنایی جامعه با لزوم پیشگیری از این بیماری و ایجاد انگیزه‌های لازم می توان غربالگری ناقلین تالاسمی را به صورت یک فرهنگ ملی در جامعه گسترش داد و هر فرد برای سلامت خود و جامعه از نظر اخلاقی ملزم به انجام آزمایش‌های مربوطه باشد که این مهم تحقق نمی یابد مگر با یک عزم ملی و حرکتی فراگیر که کمک و یاری صدا و سیما و رسانه‌های گروهی کشور را طلب می کند.

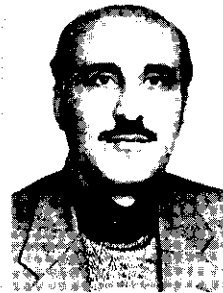
امسید آنکه به با تلاش همه دست‌اندرکاران شاهد اجرای سریع تر طرح ملی پیشگیری از تالاسمی در کشور باشیم.



# پیوند در ایران

## دکتر ایرج فاضل

● رئیس فرهنگستان علوم پزشکی  
و عضو هیأت امنای بنیاد امور بیماریهای خاص



● لطفاً در آغاز مصاحبه به ذکر تاریخچه مختصری از پیوند در جهان و ایران پردازید؟

پیوند اعضا همواره از آرزوهای دیرینه بشر بوده است و حتی در قدیمی‌ترین آثار ایران و جهان مجسمه‌ها و تصاویری از پیوند سر انسان به بدن حیوانات یا انواع و اقسام اینگونه تجلیات فکری به چشم می‌خورد. بعضی از پیوندها از جمله پیوند پوست و انتقال خون که نوعی پیوند عضو محسوب می‌شود، از زمانهای قدیم انجام می‌شده است. فعالیت در زمینه پیوند اعضا به معنی امروزی آن از دهه ۱۹۶۰ آغاز شد. به‌طور مثال در کشور فرانسه پیوند از مادر به فرزند بر روی نچار جوانی که در اثر سقوط کلیه‌اش را از دست داده بود، انجام گرفت که این کلیه پیوندی تا ۲۰ روز کار کرد و در آن زمان از پس زدن پیوند اطلاعی در دست نداشتند.

اولین پیوند موفق از یک دوقلوی مشابه به برادرش که دچار نارسایی کلیه بود، زده شد و این عمل در آن زمان بی‌سابقه بود (دهه ۱۹۶۰). این عمل توسط پروفیسور موری در آمریکا انجام شد و به دلیل عدم تفاوت ژنتیکی دوقلوهای مشابه عمل پیوند کاملاً موفقیت‌آمیز بود و او به همین دلیل موفق به دریافت جایزه نوبل گردید. این کار ثابت کرد پیوند اعضای توپر که قبلاً در سگ امتحان شده بود قابل انجام است. مدل پیوند مشخص بود، سپس بتدریج داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی<sup>(۱)</sup> ساخته شدند که موفقیت پیوندها را افزایش داد و پس‌زدن عضو پیوندی مهار گردید. امروزه در پیوند اعضا این داروها تجویز می‌شوند.

● علت اهمیت این داروها چیست؟

هر فردی از لحاظ بافتی و ژنتیکی دارای کد مخصوصی است که مانند خطوط انگشت افراد با هم تفاوت دارد. گوا اینکه ممکن است قسمت‌هایی از آن با هم مشابه باشد اما فقط در دوقلوهای مشابه مانند یکدیگر است. این

بنیاد بیماریهای خاص  
برای کمک به بیماران  
مخصوصی پایه‌ریزی شده  
که نوعی کمک و امداد  
خاص را طلب می‌کنند  
(دوره طولانی بیماری و  
مزین زباید آن) و بیماران  
بدون این کمک‌ها قادر به  
حل مشکل خود نیستند.  
به نظر می‌رسد ایجاد  
بنیاد بخصوصی با شرایط  
اجتماعی و اعتقادی ما  
بسیار ضروری بوده است.  
این بیماران بدون کمک و  
راهنمایی یک تشکیلات  
سازمان یافته مضطر  
هستند و نمی‌توانند  
مسایل خود را شخصاً حل  
کنند.

پیوند کلیه قبل از انقلاب در چند مرکز منحصر به شیراز و تهران انجام می‌شد ولی برنامه منسجمی برای پیوند وجود نداشت. قبل از انقلاب در مجموع ۶۰ تا ۸۰ پیوند انجام شد و بیشتر کلیه‌ها از اروپا توسط شبکه یورترانس پلانت با قیمت‌های بالای ۸۰ تا ۱۰۰ هزار دلار وارد می‌شد. در مواردی به دلیل انتقال بیماری‌های وخیم به قیمت جان تعدادی از بیماران تمام شد. این امر بیشتر جنبه نمایشی داشت و اکثر بیماران نیازمند پیوند به کشورهای اروپایی بخصوص انگلیس و آمریکا می‌رفتند. بدیهی است که صرف‌نظر از مسایل فرهنگی و اقتصادی این کار اشکالات و زحمات زیادی در برداشت.

پس از انقلاب اسلامی پیوند حدود ۲۰۳ سال به طور کلی متوقف شد تا اینکه به دلیل مسایل وخیم ناشی از دیالیز بیماران در آن هنگام و محدودیتهای وسیع برای تهیه صفای‌های دیالیز و محلول‌های لازم من فکر کردم باید علی‌رغم شرایط نامساعد و جنگی مسئله پیوند را جدی بگیریم. چون وضع موجود در آن زمان به هیچ وجه قابل تحمل نبود. بدین منظور پیوند را شروع کردم و در طول ۸ ماه حدود ۵۰ عمل پیوند در بیمارستان‌های مختلف از جمله شهید مصطفی خمینی، شهید رهنمون، شرکت نفت و آیت الله طالقانی انجام گرفت. این کار با کمک عده‌ای از دوستان علاقه‌مند و همکاری‌هایی که لزوم این کار را حس می‌کردند انجام شد و با مطالعه دقیق کارهای صورت گرفته و نتایج آن به این نتیجه رسیدیم که برنامه‌ریزی منسجمی برای پیوند در مراکز دانشگاهی ضروری است و برای این کار یک تیم متخصص لازم است. این کار در بیمارستان شهید هاشمی نژاد با ۲ پیوند در هفته آغاز شد و بلافاصله یک فهرست طویل از بیماران مستظر پیوند مراجعه نمودند. از همان ابتدا علاوه بر فعالیت در زمینه پیوند بیماران به ترتیب دادن تیم‌های پیوند شامل جراحان و متخصصان بیماری‌های کلیه اقدام کردیم. پس از مدت کوتاهی مراکز دیگری نیز این کار را آغاز کردند که امروز حدود ۱۸ مرکز به طور کامل جوابگوی نیاز این بیماران هستند.

امروزه به تحقیق بیماری نداریم که جهت پیوند کلیه به کشورهای خارجی سفر کند مگر سلیقه شخصی وی باشد، حتی گاهی ایرانیان مقیم خارج نیز برای پیوند به ایران می‌آیند. ما در اوایل کار از دهنده زنده فامیل پیوند می‌گرفتیم که ۲۰٪ پیوند اول من از این نوع بود. تا اینکه بتدریج با تعداد زیادی بیمار مواجه شدیم که خواستار پیوند بودند و دهنده مناسب فامیلی نداشتند. همواره مشکلات پیوند از جسد وجود داشته و دارد و جوابگوی خوبی برای بیماران نمی‌باشد.

در همه جای دنیا مشکل عرضه کمتر از تقاضا وجود دارد. به دلایل مختلفی پیوند از دهنده غیرفامیل را شروع کردیم که در این صورت مشکل تعداد زیادی از بیماران حل شد. در همان اوایل

تقدمت مثبت می‌شود که بدن بافت غریبه را نمی‌پذیرد و سعی می‌کند میکروب آن را از بین ببرد. بنابراین سیستم دفاعی بدن به هیچ وجه حساس بیگانه را در بدن نمی‌پذیرد، مگر اینکه جسم آن از جنس موری باشد که بدن نسبت به آن بی تفاوت باشد. به طور مثال بلاک‌های فیزیکی که در اعمال جراحی ارتوپدی جهت شکستگیها بر روی استخوان کاز گذاشته می‌شود و این مواد با جذب پروتئینی ندارند.

بنابراین با تجویز داروهای متعددی سیستم دفاعی سرکوب می‌شود و واضح است که این امر برای بدن هزینه زیادی در برنج هدا داشت. یعنی بدن در برابر عفونت ناتوان‌تر خواهد شد. به این یکی از حضرات مهم پس از پیوند است.

پیوند کلیه نسبت به سایر پیوندها بیشتر انجام می‌گیرد و موفقیت‌آمیز نیز می‌باشد. به چند دلیل:

۱- در بدن انسان دو کلیه وجود دارد و انسان با یک کلیه همانقدر می‌تواند سالم باشد که با دو کلیه است. شواهدی وجود ندارد که نشان دهد از نظر کار کلیه و طول عمر تفاوتی بین این دو باشد و این امر مثبت شده تا بسیاری از انسانها بتوانند کلیه خود را هد نمایند.

۲- کسانی را که کلیه‌هایشان از کار می‌افتد، می‌توان تا مدت‌ها زنده نگه داشت (با دیالیز) و فرصت کافی هست تا دهنده مناسبی پیدا کنیم، اما در نارسایی قلب و کبد و ریه نمی‌توان بیمار را زیاد نگه داشت و دستگاه خاص این کار وجود ندارد.

۳- پیوند کلیه به طور نسبی از سایر پیوندها موفق‌تر بوده است. در ایران سالانه ۱۲۰۰ پیوند انجام می‌شود که تقریباً فهرست انتظار بیماران را برای دریافت کلیه از بین برده است.

## ● مزایای عمده پیوند نسبت به دیالیز چیست؟

زندگی فرد پیوند شده از نظر کیفی قابل مقایسه با بیمار دیالیز سونده نیست و از نظر سلامتی در حد یک فرد طبیعی است. در حالی که بیماران دیالیزی از ناراحتی‌های متعددی رنج می‌برند. کم‌بسی زندگی این افراد بهتر از دیالیزی‌ها است. از نظر اقتصادی نیز پیوند در دراز مدت بسیار اقتصادی‌تر و کم‌خرج‌تر از دیالیز است. دیالیز مزمن در ایران در طولانی مدت بسیار گرانتر است. بنابراین اگر بیماری مانع طبی برای پیوند نداشته باشد، به نفع او و جامعه است به جای دیالیز، پیوند شود.

در یک کلام عمل پیوند فرد را از اسارت ماشین دیالیز رها کرده و او را به زندگی اجتماعی و خانوادگی طبیعی خود برمی‌گرداند.

## ● وضعیت ایران از نظر پیوند قبل و بعد از انقلاب چگونه بوده است؟

علی‌رغم داشتن فتاوی نیاز به قانون مرگ مغزی هم داریم زیرا مراجع قضایی ما نیاز به قانون دارند تا حکم نمایند. بنابراین با وجود رد این لایحه در مجلس قبلی به علت عدم کارشناسی صحیح آن، امید است این بار به تصویب برسد که این قدم بسیار مهمی خواهد بود.

### ● نقش و هدف بنیاد امور بیماریهای خاص در این زمینه چیست؟

بنیاد بیماریهای خاص برای کمک به بیماران مخصوصی پایه‌ریزی شده که نوعی کمک و امداد خاص را ضایب می‌کنند (دوره طولانی بیماری و هزینه زیاد آن) و بیماران بدون این کمک‌ها قادر به حل مشکل خود نیستند. به نظر می‌رسد ایجاد بنیاد بخصوصی با شرایط اجتماعی و اعتقادی ما بسیار ضروری بوده است. این بیماران بدون کمک و راهنمایی یک تشکیلات سازمان یافته مضطر هستند و نمی‌توانند مسایل خود را شخصاً حل کنند. شاید یکی از مهمترین اهداف دراز مدت بنیاد برنامه‌ریزی پیشگیری باشد اما بدیهی است نمی‌توان بیماران موجود را رها کرد و کمک به آنها از جمله اهداف بنیاد است. بنابراین امید داریم با برنامه‌ریزی‌های منسجم از این بیماریها پیشگیری شود که همیشه پیشگیری بهترین درمان است. در مورد هدایای اینار بنیاد به افراد ده‌سده کلیه باید بگوییم که این عمل سبب بحث و اظهار نظرهای مختلف شده است. به نظر من باید مسایل را با نظر نظر گرفتن شرایط اجتماعی و اعتقادی خودمان تحلیل کنیم و صلاح مردم کشورمان را نیز خود تشخیص دهیم و بر اساس اعتقادات اجتماعی و مذهبی خودمان برنامه‌ریزی کنیم. پرداخت مبلغ از سوی گیرنده نه از نظر شرعی اشکال دارد و نه از نظر اخلاق پزشکی. در جاهای مختلف دنیا پذیرفته‌اند که هدیه‌ای به عنوان خسارت ناشی از عمل دهنده به وی پرداختند که در ایران هم این امر انجام می‌شود. با توجه به اینکه بسیاری از بیماران پیوندی از قشر محروم جامعه هستند و قادر به پرداخت این مبالغ نیستند. این توهم وجود داشت که فقط افراد متمول می‌توانند پیوند شوند و افراد فقیر از پیوند محرومند. در حال حاضر پرداخت هدایای اینار از طریق بنیاد این مشکل را حل نموده و ارتباط مالی بین گیرنده و دهنده را قطع کرده است. این کار بسیار پسندیده‌ای است و بسیار مشروع‌تر است. اگر چنانچه لایحه مرگ مغزی نیز در مجلس شورای اسلامی به تصویب برسد انشاءاً راه برای پیوندهای دیگر اعضا مانند قلب و کبد نیز هموار خواهد شد. انجام این پیوندها در آغاز بخوبی صورت گرفت ولی پس از رد لایحه فوق در مجلس متوقف شد.

بگران رد و بدل شدن وجوه بین گیرندگان و دهندگان حتی در موارد فامیلی بودیم. این مسئله از حضرت امام سؤال شد که با توجه به اطلاع از این امر تکلیف شرعی چیست؟ ایشان فرمودند از نظر شرعی خرید و فروش اعضای بدن مجاز نیست. اما اگر گیرنده نخواهد به دهنده کمک کند بدون اشکال است که این مسئله در کشورهای خارجی هم پذیرفته شده است. یعنی فرنگی‌زاده مخارج بیمارستان را می‌پردازد و مبلغی برای کمک به دهنده کلیه که تاملتی قادر به کار نیست می‌دهد.

در حال حاضر خرید و فروش اعضای بدن در دو سه کشور انجام می‌شود که حتی خارجی‌ها هم می‌توانند به این کشورها مراجعه نموده و با پرداخت مبلغ معینی پیوند شوند. این امر بسیار نگران‌کننده است. نمونه این کشورها هند و فیلیپین می‌باشد اما این کار در ایران انجام نمی‌شود و واسطه‌ای در کار نیست. تمامی دهنده‌ها با رضایت کامل این کار را می‌کنند و انگیزه‌های عاطفی و تناسلی دارند، گو اینکه گیرنده با میل خود مبالغی پرداخت نماید. هرگز در ایران تبعه خارجی نمی‌تواند پیوند بگیرد مگر اینکه دهنده‌اش را با خود بیاورد.

### ● نظر شما در مورد پیوند از جسد و یا مرگ مغزی که در مجلس شورای اسلامی مطرح شده چیست؟

البته مسایل فوق مانع اهتمام ما در جهت پیوند از جسد نمی‌شود، نه تنها برای کلیه بلکه همچنین اعضای دیگری مثل قلب و کبد که به ناچار باید عمل پیوند را با عضو جسد انجام داد. شاید تریعت مقدس و اعتقاد و باور دینی ما بین تمام ادیان برای این عمل راهگشا تر باشد. به عقیده ما اگر جان یک نفر را نجات دهی حیات تمام بنای بشر را نجات داده‌ای. این خود بزرگترین انگیزه است و از نظر شرعی فتاوی مرگ مغزی (و استفاده از اعضای جسد برای پیوند) را از حضرت امام داریم که بسیار اهمیت دارد و بقیه مراجع نیز آن را تأیید کرده‌اند. می‌شود گفت خلقت انسان خلقت مغز است و آن چیزی که خالق هستی را به وجد آورد و انسان را احسن التعمیر نامید خلقت خود مغز است و بقیه اعضای بدن تدارکاتی است برای انجام اعمال مغز. مغز می‌تواند فکر کند و شخصیت دارد. بر عکس اگر تمام بدن سالم باشد و مغز بمیرد، بدن یک لاشه بی‌هویت است. اگر مغز بمیرد با دستگاه‌های مصنوعی می‌توان تنفس و قلب را تا یکی دو روز نگه داشت و از آنجا که مرگ مغزی در حقیقت مرگ فرد است، اگر اجازه داده شود می‌توان اعضای جسد را برداشت و به بیماران منتظر پیوند زد. بسیاری مرگ مغزی را با کما یا بیهوشی کامل اشتباه می‌کنند. در حالت کوما که حتی ممکن است چند سال طول بکشد فرد در حالتی شبیه خواب عمیق است اما مراکز بدن کار می‌کنند. در مرگ مغزی فرد نمی‌تواند تنفس نماید و غیرقابل برگشت است. ما

# دیابت قندی

## علل و تشخیص

● دکتر پرویز وحدانی

### دیابت چیست؟

دیابت قندی یا دیابت ملیتوس یک بیماری مزمن است که وجه مشخصه آن افزایش غیرطبیعی قندخون و وجود قند در ادرار است. دیابت قندی شایع ترین بیماری غدد مترشحه در انسان است. هر چند تعیین شیوع واقعی آن به علت تنوع معیارهای تشخیصی مشکل است، اما اگر افزایش قند خون در حالت ناشتا (هیپرگلیسمی ناشتا) را به عنوان معیار تشخیص اصلی در نظر بگیریم، حدود ۱ تا ۲ درصد افراد جامعه بدان مبتلا هستند.

دیابت قندی در حقیقت ناشی از کمبود یا فقدان هورمون انسولین و یا وجود عوامل مخالف انسولین در بدن می باشد و نتیجه عدم کفایت عملکرد انسولین، افزایش غلظت قند خون است. سرانجام این بیماری با اختلالات متابولیک و عوارض درازمدت چشمی، کلیوی، عصبی و قلبی عروق مشخص می شود.

### انسولین چیست؟

روز سوم مارس ۱۹۲۱، دو پزشک کانادایی (دکتر بان‌تینگ و دکتر بست) اعلام کردند که انسولین را که در لوزالمعده تولید می شود و به داخل خون ارسال می گردد، کشف کرده اند. در صورتی که این ماده در خون نباشد و یا بی اثر گردد، سلول های بدن ماده انرژی زا (قند) را نمی پذیرند و قند در خون باقی می ماند و موجب مرض قند می شود. سپس در دستگاه دفع و مسیر خود، بویژه کلیه ها، سبب اختلال می شود. این دو دانشمند حضور انسولین را برای جذب قند عاملی حیاتی و ضروری خواندند.

### انواع دیابت

دیابت قندی می تواند به صورت اولیه یا ثانویه تظاهر نماید. دیابت قندی اولیه بیانگر آن است که بیماری دیگری در ایجاد دیابت دخیل نبوده است، در حالی که در نوع ثانویه برخی از حالات

■ دیابت برای پزشکان دوران باستان شناخته شده بود، اما در طول قرون متمادی عقاید مختلفی درباره علل آن وجود داشته است. به دنبال کشف تاریخی انسولین در سال ۱۹۲۱ میلادی در کانادا، نظریات مربوط به علل دیابت و روشهای درمانی نوین آن به سرعت شکل گرفت.

تشخیص بیماری فقط با نشان دادن کاهش توان بدن در مصرف کربوهیدرات با انجام آزمون تحمل گلوکز (GTT) یا قند خون بعد از مصرف گلوکز ثابت خواهد شد.

در صورت فقدان علائم اختصاصی دیابت، آزمون گلوکز حساس‌ترین و عملی‌ترین آزمون برای تشخیص اولیه دیابتی‌های بدون علامتی است که حتی بدون ناهنجاری‌های آنها هم بالا نیست (هرچند یک آزمون اختصاصی نمی‌باشد). تا سالهای اخیر روشی که مورد قبول همگان باشد، وجود نداشت تا اینکه در سال ۱۹۷۹ گروه اطلاعات ملی دیابت (NDDG) روشهای استاندارد کردن تشخیص دیابت را پیشنهاد نمود که توسط سازمان بهداشت جهانی WHO پذیرفته شد.

### احتمال بروز بیماری قند در خانواده افراد مبتلا به بیماری قند زیادتر است

بدن انسان به طور دائم به انرژی نیازمند است، زیرا بدون انرژی کنار ماهیچه‌ها و اندامهای داخلی و تنظیم حرارت بدن امکان‌پذیر نمی‌باشد. از این رو انسان باید انرژی مورد نیاز روزانه خود را به صورت غذا دریافت نماید.

مهم‌ترین مواد اصلی تشکیل دهنده غذا پروتئین‌ها، چربی‌ها و کربوهیدرات‌ها هستند. این مواد در دستگاه گوارش هضم و سپس جذب می‌شوند. بیشترین بخش مواد قندی غذا (نشاسته) در دستگاه گوارش به گلوکز تبدیل و وارد دستگاه گردش خون می‌شود. سپس گلوکز از راه گردش خون به همه اندامها و بافت‌های بدن می‌رسد و انرژی را در اختیار یاخته‌ها قرار می‌دهد.

هر ۱۰۰ میلی‌لیتر خون افراد سالم (۱) :  
لیتر خون) در حالت ناشتا دارای ۷۰ تا ۱۰۰

**دیابت قندی ثانویه:** این نوع دیابت به علت ابتلا به برخی از بیماریهای لوزالمعده و غده، گروهی از بیماریهای ارثی و یا داروها به وجود می‌آید.

### نقش توارث در دیابت

یک کودک دارای مادر یا پدر دیابتی از نوع وابسته به انسولین (IDDM) در خطر ابتلا به همین نوع دیابت قبل از ۲۰ سالگی می‌باشد، گرچه این خطر چندان زیاد نیست. اما اگر والدین هر دو مبتلا به دیابت وابسته به انسولین باشند، این خطر افزایش می‌یابد. بنابراین مشاوره ژنتیکی در بین زوج‌های مبتلا امری عاقلانه است.

### تشخیص

تشخیص دیابت با استفاده از روشهای مناسب آزمایشگاهی و تفسیر صحیح نتایج آنها انجام می‌شود. زمانی که علائم کلاسیک دیابت وجود دارد، به طور معمول تشخیص مدنظر قرار گرفته و توسط آزمایش تأیید می‌شود. اما در مراحل اولیه بیماری و در اشکال غیربیشرفته آن، هنگامی که بیمار فاقد علائم بالینی است، ممکن است تشخیص بیماری سانه‌ها به تأخیر بیافتد و یا تشخیص داده نشود؛ مگر اینکه توسط تست‌های آزمایشگاهی تعیین گردد.

شایع‌ترین علائم دیابت شامل تشنگی و یرونوشی بیش از حد و پرادراری (علائم کلاسیک)، خشکی دهان، کاهش وزن و خارش ناحیه تناسلی (در زنان) می‌باشد. بنابراین ضروری است در صورت مشاهده نشانه‌های فوق سریعاً به پزشک مراجعه نمود. علائم دیگری نظیر شب‌ادراری در دوران کودکی و بی‌اختیاری ادرار در دوران پیری نیز باید مورد توجه قرار گیرند.

در اشکال متوسط بیماری، قند خون ممکن است یا کمتر از حد تشخیص دیابت باشد و یا در حد طبیعی باشد. در این موارد،

قاین شناسایی دیگر سبب دیابت شده‌اند و یا به ایجاد آن کمک نموده‌اند.

دیابت قندی اولیه را می‌توان به دو نوع وابسته به انسولین و غیر وابسته به انسولین تقسیم نمود.

### (۱) دیابت قندی وابسته به انسولین (IDDM):

این نوع دیابت ناشی از تخریب و نابودی سلول‌های بتای لوزالمعده (محل ساخت انسولین) است که به فقدان نسبی یا کامل انسولین منجر می‌شود. دیابت وابسته به انسولین به طور مستقیم به ارث نمی‌رسد، گرچه بعضی از افراد استعداد مبتلا به آن را به ارث می‌برند. به طور معمول این بیماران در سنین پایین‌تری به پزشک مراجعه می‌کنند و معمولاً بیماری قبل از ۳۰ سالگی تظاهر می‌یابد. گاهی در اوایل بیماری بهبودی موقت پیدا می‌شود که ممکن است پزشک را گمراه نماید. این گروه حدود ۱۰-۱۵ درصد از کل بیماران دیابتی را شامل می‌شوند و برای ادامه حیات و پیشگیری از عوارض فوری و درازمدت بیماری، نیازمند تزریق روزانه انسولین می‌باشند.

### (۲) دیابت قندی غیروابسته به انسولین (NIDDM):

این نوع دیابت شایع‌ترین شکل بیماری است که در آن انسولین ترشح می‌شود اما کارایی لازم را برای تنظیم قندخون ندارد و معمولاً توارث در ایجاد آن دخیل است. مبتلایان به NIDDM عموماً چاق هستند و اغلب برای اولین بار در سنین بالاتر از ۴۰ سالگی مراجعه می‌کنند. ظهور بیماری آرام و تدریجی است و به طور معمول با رژیم غذایی مخصوص و داروهای خوراکی کنترل می‌شود. حدود ۹۰-۸۵ درصد از کل دیابتی‌ها را این گروه تشکیل می‌دهند.

■ دیابت قندی می‌تواند به صورت اولیه یا ثانویه ظاهر نماید. دیابت قندی اولیه بیانگر آن است که بیماری دیگری در ایجاد دیابت دخیل نبوده است. در حالی که در نوع ثانویه برخی از حالات قابل شناسایی دیگر سبب دیابت شده‌اند و یا به ایجاد آن کمک نموده‌اند.

■ مصرف قند، چربی‌های حیوانی و روغن نباتی جامد در بروز بیماری قند مؤثر است.

## علت بیماری

### ۱- چگونگی بروز دیابت قندی وابسته به انسولین

ظهور دیابت قندی وابسته به انسولین مستلزم تخریب اکثر سلول‌های بتای لوزالمعده است. ماهیت فرآیند تخریبی تقریباً همیشه خود ایمنی است. یعنی بدن بر ضد سلول‌های بتای لوزالمعده خود پادتن می‌سازد.

بیماری‌زایی به صورت زیر می‌باشد:

الف) باید استعداد به این بیماری وجود داشته باشد.

ب) معمولاً یک عامل محیطی آغازگر فرآیند انهدامی در افرادی که از نظر ژنتیکی مستعد هستند، می‌باشد.

معقدند که عفونت ویروسی یکی از مکانیسم‌های آغازکننده است. اما عوامل غیر عفونی نیز ممکن است دخالت داشته باشند.

ج) سومین مرحله در این توالی پاسخ التهابی لوزالمعده است که به «انسولیت» معروف است.

د) چهارمین مرحله دگرگونی یا تغییر شکل سلول بتا به نحوی است که دیگر به

از ورید آنها مشکل است، می‌توان از خون مویرگی استفاده کرد. سطح گلوکز خون مویرگی تقریباً مشابه خون شریانی است.

### ۲- آزمایش بر روی پلاسما یا سرم

امروزه با استفاده از روش‌های خودکار، پلاسما یا سرم نسبت به خون کامل بیشتر به کار می‌رود. بررسی قند در پلاسما و سرم ارجح‌تر است. چون اولاً برای اندازه‌گیری گلوکز مقادیر پایدارتری دارند و ثانیاً مستقل از هماتوکریت می‌باشند. سطح گلوکز پلاسما یا سرم تقریباً ۱۵٪ بیشتر از گلوکز خون کامل است.

برای تهیه پلاسما یا سرم، باید بعد از ۳۰ دقیقه سرم از سلول‌های خونی جدا شود، زیرا اگر بیش از ۳۰ دقیقه در تماس با سلول‌ها باشد به دلیل پدیده گلیکولیز (مصرف گلوکز توسط گلبول‌های سفید و باکتری‌ها) گلوکز به میزان تقریباً ۷ میلی‌گرم در صد در ساعت متابولیزه شده و مقدار آن کاهش می‌یابد.

میلی‌گرم قند است. پس از صرف غذا، قند خون تا ۱۴۰ میلی‌گرم در هر ۱۰۰ میلی‌لیتر نادر می‌رود.

تشخیص دیابت معمولاً هنگامی که نشانه دیابت وجود داشته باشد و میزان قند خون در یک آزمایش اتفاقی در حالت غیر ناشتا ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا بیشتر باشد و یا میزان قند خون ناشتا در دو نوبت مجزا ۱۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا بیشتر باشد. قطعی می‌گردد. اگر قند خون ناشتا بین ۱۱۵ تا ۱۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر باشد. احتمال دیابت وجود دارد و این افراد نیازمند بررسی‌های بیشتر می‌باشند.

شرایط زیر برای انجام آزمایش توصیه می‌شود:

### ۱- نمونه‌گیری

بیمار باید ناشتا بوده و قبل از آزمایش چند دقیقه استراحت کند تا اضطرابی را که موجب افزایش قند خون در بالغین می‌شود، کاهش دهد. توصیه می‌شود برای آزمایش، خون وریدی از یکی از رگ‌های خموی دست (antecubital) گرفته شود. اما در نوزادان و سایر کسانی که خون‌گیری

نوع دیابت	انسولین	شیوع	محدوده سنی	عوامل زمینه‌ای	شروع	نیاز به درمان با انسولین	عوارض چشمی و کلیوی
نوع اول وابسته به انسولین	هیچ یا ناچیز	۱۰٪	کودکان و نوجوانان	ژنتیک و ویروس‌ها	حاد میتلایان	همه	شایع
نوع دوم غیر وابسته	طبیعی یا زیاد	۹۰٪	افراد بیش از ۴۰ سال	ژنتیک و حیاتی	موزیانه و درازمدت	تعدادی از میتلایان	غیر شایع

انسولین بیماران در سنین بالاتر دچار این نوع دیابت می‌شوند. بروز علائم ممکن است ناگهانی باشد به این صورت که تشنگی، پرادراری، افزایش اشتها و کاهش وزن ظرف چند روز پیدا می‌شود گاهی پیدایش کتواسیدوز در جریان یک بیماری دیگر یا به دنبال جراحی. نخستین نشانه دیابت وابسته به انسولین است. ویژگی این نوع دیابت این است که میزان انسولین پلاسما در حد کم یا غیرقابل اندازه‌گیری است.

دیابت غیروابسته به انسولین به‌طور معمول در میانسانی یا سنین بالاتر آغاز می‌شود. بیمار اصولاً وزنی بیش از حد طبیعی دارد. علائم در مقایسه با IDDM ظرف مدت طولانی‌تری بروز می‌کند. اغلب زمانی تشخیص داده می‌شود که غلظت بالای گلوکز در نتایج آزمایشهایی که به‌طور متداول بر روی فرد بدون علامت انجام شده. ملاحظه می‌گردد.

غلظت انسولین پلاسما بر خلاف افراد IDDM در حد طبیعی یا بالاست. اما با این وجود کمتر از حدی است که متناسب با غلظت گلوکز پلاسما باشد، یعنی کمبود نسبی انسولین وجود دارد. بیماران دچار NIDDM به دلایل نامعنومی دچار کتواسیدوز نمی‌شوند. این بیماران در صورتی که وضعیتشان از «حالت جوان» خارج شود، مستعد به اغمای هیپر اسمولار غیرکتواسیدوز هستند. بیماران در صورتی که وزنشان را کم کنند، ممکن است تنها با رعایت رژیم غذایی خاص وضعیت مطلوبی داشته باشند.

به نام «دیابت بزرگسالان» یا شروع در جوانی شناخته نشده است.

به چهار علت انتقال بیماری به صورت اتوزومال غالب پیشنهاد می‌شود:

۱- اتصال مستقیم این بیماری به نسل سوم، در بیش از ۲۰ خانواده مشاهده شده است.

۲- در صورتی که یکی از والدین به این بیماری مبتلا باشد، نسبت ابتلای کودکان دیابتی به غیردیابتی یک به یک است.

۳- حدود ۹۰٪ از حاملین اجزای دچار دیابت می‌شوند.

۴- انتقال مستقیم این بیماری از پدران به فرزندان پسر، وراثت را به صورت وابسته به جنس رد می‌کند.

میزان همراهی دیابت غیروابسته به انسولین در دو قشرهای یک تخمکی نزدیک به ۱۰۰٪ است. خطر ابتلای فرزندان و خواهران و برادران مبتلا به NIDDM بیشتر از دیابت نوع ۱ است. تقریباً چهاردهم از خواهران و برادران و یک سوم از فرزندان سرانجام دچار اختلال در تحمل گلوکز یا دیابت آشکار می‌شوند.

## علائم بیماری

تظاهرات دیابت قندی علامت‌دار در بیماران مختلف فرق می‌کند. بیماران اغلب به علت علائم مربوط به افزایش قندخون از قبیل پرادراری، پرخوری و پرنوشی به پزشک مراجعه می‌کنند ولی ممکن است این بیماری برای اولین بار با اغمای دیابتی تظاهر نماید. گاهی عارضه استحالته‌ای نظیر نوروپاتی (درگیری اعصاب به علت دیابت) در غیاب افزایش قندخون علامت‌دار نخستین تظاهر بیماری است. تغییرات متابولیک در جریان دیابت مربوط به کمبود یا فقدان انسولین و زیادی نسبی یا مطلق گلوکاگن است. بطور کلی تغییر پاسخ بیولوژیک نسبت به هر یک از هورمون‌ها نتیجه یکسانی است. دیابت وابسته به

غیر وابسته سون خودی به حساب نمی‌آید و توسط سیستم ایمنی به عنوان یک سون یکانه یا غیر خودی شناخته می‌شود.

۵- پنجمین مرحله بروز یک پاسخ ایمنی است.

بندرت این نوع دیابت ممکن است تنها به علت اسیت محیطی ایجاد شود.

همچنین این احتمال وجود دارد که در برخی از موارد دیابت خود ایمن بدون حضور یک آغازگر محیطی ایجاد شود، یعنی منحصراً وراثتی باشد. اگر چه تجمع افراد مبتلا به دیابت وابسته به انسولین در خانواده‌ها دیده می‌شود، اما مکانیسم وراثت در قوانین مندل ناشناخته است.

متعدد ژنتیکی احتمالاً یک عامل زمینه‌ای است و نه یک علت. به‌طور کلی خطر ایجاد این نوع دیابت در کودکی که یکی از بستگان درجه اول او مبتلا به دیابت می‌باشد، تنها ۵٪ تا ۱۰٪ است. میزان پایین انتقال IDDM به فرزندان تشخیص مکانیسم‌های وراثتی را با بررسی خانواده‌ها مشکل ساخته است اما به والدین دیابتی که خواستار بچه‌دار شدن هستند قوت قلب می‌دهد.

جنس بیمار نقش مهمی در ایجاد IDDM به عهده دارد. خطر دیابت در فرزندان هنگامی که پدر مبتلا به این بیماری باشد، دبرابر بیشتر از مواردی است که مادر مبتلا به دیابت است و معتقدند که عناصر محیطی در بسیاری از موارد ویروسی است که توانایی آلوده کردن سون بتارادرا می‌باشد.

## ۲- چگونگی بروز دیابت غیروابسته به انسولین

بیشرفت اندکی در فهم بیماری‌زایی دیابت قندی غیروابسته به انسولین حاصل شده است. با وجودی که این بیماری به تنگن خانوادگی دیده می‌شود، اما چگونگی وراثت این بیماری بجز در نوعی

شماره حساب ۳۴۳۴

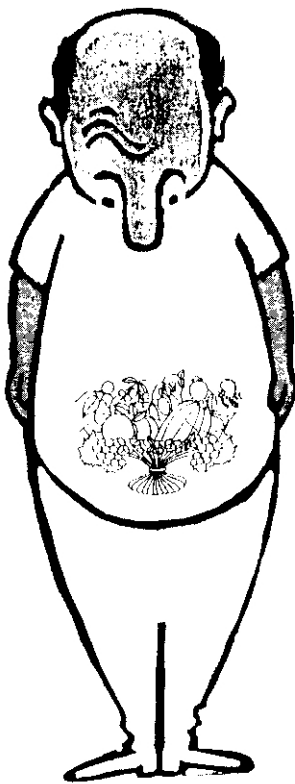
بانک ملی ایران شعبه اسکان

برای همیاری و مشارکتهای

مردمی

## توصیه‌هایی برای لاغر شدن بیماران دیابتی

\* توصیه‌های زیر را می‌توان بدون ترس از کاهش قند خون (هیپوگلیسمی) به کار برد. زیرا به جای کاهش مصرف کربوهیدرات، بر مبنای کاهش مقدار چربی در برنامه غذایی تنظیم شده‌اند:



- ۱- از غذاهای سرخ کرده پرهیز کنید.
- ۲- به غذا حتی در زمان پختن آن روغن اضافه نکنید.
- ۳- در سالاد، به جای سس، سرکه یا آب لیمو بریزید.
- ۴- از مصرف هر گونه مواد غذایی حاوی چربی خودداری کنید.
- ۵- به جای قند، در صورت لزوم از سایر شیرین‌کننده‌های مناسب استفاده کنید.
- ۶- به مقدار زیاد آب یا سایر مایعات فاقد قند بنوشید.
- ۷- از مصرف زیاد شیر، پنیر یا تخم‌مرغ پرهیز کنید.
- ۸- از یک بشقاب کوچک برای غذا خوردن استفاده کنید و هرگز آن را برای بار دوم پر نکنید.
- ۹- به طور هفتگی با یک ترازو خود را وزن کنید. نیاز به وزن کردن روزانه نیست.
- ۱۰- هرگز از قرصها، شربت‌ها و سایر داروهای لاغرکننده استفاده نکنید.

نقل از مجله پزشکی و جامعه شماره ۱۹



کاهش وزن و پرخوری



تکرر ادرار



تشنگی زیاد

علایم هشدار دهنده ابتلا به بیماری قند



# هموفیلی چرا و چگونه؟!

● واحد آموزش

بنیاد امور بیماریهای خاص

کم باشد یا توضیحی که در بالا دادیم. متوجه می شوید که چه اتفاقی می افتد. یعنی دیگر عمل ترمیمی نخوبی انجام نخواهد شد. به کمبود فاکتور ۸ هموفیلیی او به کمبود فاکتور ۹ هموفیلیی ب گفته می شود. معنای کلمه هموفیلی (که از دو کلمه "هم" و "فیل" تشکیل شده است) به معنای خون دوستی است، چرا که خون این افراد به محض اینکه قسمتی از رگ صدمه می بیند، زود خارج می شود و به این زودبیا هم دوست ندارد متوقف شود.

راستی چرا این عوامل انعقادی در خون بعضی ها کم است؟ کلیه اصطلاحات ساختمانی بدن ما در کامپیوتری به نام هسته سنول ذخیره می باشد. یعنی همه کارها، دستور و سازماندهی این قسمت صورت می گیرد. به اجزای این مرکز فرماندهی کروموزوم می گوئیم. در عمل کروموزومها اعضای فرماندهی هدایت بدن هستند. همین کروموزومها هستند که جنسیت را مشخص می کنند، سوخت و ساز بدن را کنترل می کنند و ... کروموزومهایی که جنسیت فرد را مشخص می کنند. کروموزومهای جنسی

قبل از توضیح و شرح بیماری هموفیلی کمی راجع به این قدرت خدادادی صحبت می کنیم. در خون تکه های سلولی به نام پلاکت وجود دارند که مسئول جلوگیری از خروج خون هنگام وارد آمدن آسیب به عروق می باشند. آنگاه مانند تکه چسبی خود را به محل ضایعه می چسبانند و بعد مواد دیگری که عوامل انعقادی نام دارند، وارد عمل شده و موجب می شوند چسب پلاستیکی در محل خود محکم شود. این توده مانند چسب پنجرگیری لاستیک، بخوبی روی محل ضایعه را می پوشاند. این عوامل انعقادی ۱۳ عدد هستند که دست به دست یکدیگر می دهند و همچون زنجیری موجب بند آمدن خون می شوند. حالا اگر یکی از این عوامل از کار بیافتد، مانند این است که حلقه ای باز شده است. چه روی می دهد؟ درست است! دیگر این سیستم عمل نخواهد کرد. اگر عامل شماره هشت یا نه در بدن

■ عوامل متعددی در خون وجود دارد که از خروج این ماده حیاتی از رگها جلوگیری می کند. وقتی دست شما بریده می شود یا پای شما ضربه می بیند، عروق خونی آن ناحیه دچار صدمه می شوند و دیگر قادر نیستند خون را داخل خود نگه دارند. علت کبودی نیز همین است ولی خداوند قدرتی را در این ماده حیاتی قرار داده است که نگذارد این عمل ادامه یابد. خود شما هم دیده اید وقتی دست خود را با وسیله تیزی می برید. بعد از مدتی خونریزی متوقف می شود.

## ■ خونریزی یا خونمر دگی در بدن به دنبال فعالیت شدید شاید نشانه هموفیلی باشد.

نامیده می‌شوند. البته این گروه‌های حساسی کنارهای دیگری نیز انجام می‌دهند، از جمله دستور ساخت عوامل شماره ۸ و ۹ مرکز کروموزوم جنسی مردها یک بهره است، یعنی یک نفر دستور می‌دهد، اما در خانم‌ها دو کروموزوم هستند که باید دستور دهند. البته در بیشتر موارد یکی از آنها کوتاه می‌آید. در مورد بیماری هموفیلی اگر کروموزوم مرد ناقص کار کند، او مبتلا به هموفیلی می‌شود ولی در خانم‌ها چون دو کروموزوم باید ناقص کار کنند و این هم خیلی کم پیش می‌آید. ابتلا به هموفیلی خیلی نادر است. اگر زنی یکی از کروموزوم‌هایش مشکل داشته باشد، می‌تواند بسر خود را مبتلا کند یعنی ناقل بیماری هموفیلی است و خودش مبتلا نیست.

فردی که مبتلا به هموفیلی می‌شود چه علائمی دارد؟

در اینجا می‌خواهیم توجه پدر و مادرها را بیشتر جلب کنیم. بچه‌های مبتلا به هموفیلی معمولاً از همان ابتدای زندگی علائم را بروز خواهند داد. پس

توجه کنید اگر هنگام ختنه پسران، خونریزی از محل ختنه زیاد است و خون دیر بند می‌آید، یا اگر بچه کوچکتان حتی هنگام فعالیت‌های مختصر دچار کبودی مفاصل و زان و ساق و پا و آرنج می‌شود، این امر طبیعی نیست. البته نمی‌خواهیم بگوییم این کودک حتماً هموفیلی دارد ولی نباید از آن غفلت کرد. شدت بیماری در افراد مختلف بسته به سطح عامل شماره ۸ و ۹ در خون متغیر است و هر چه میزان این عوامل کمتر باشد، علائم زودتر و شدیدتر بروز می‌کند. اگر فردی هموفیلی داشته باشد، علائم فقط به خونریزی و کبودی مختصر مفاصل خلاصه نخواهد شد. فرض کنید هنگام بازی به طور ناگهانی سر بچه شما به میز برخورد، خوب این یک امر طبیعی است ولی آیا می‌دانید در یک فرد هموفیلی این امر می‌تواند تبدیل به یک فاجعه شود. آری! خونریزی مغزی.

حالت توجه شما را به علائم دیگر این

بیماری جلب می‌کنیم. مبتلایان در مفاصل بزرگ مثل زانو، مچ پا و آرنج به طور مکرر دچار خونریزی می‌شوند و حتی کنار به جایی می‌رسند که مفصل تغییر خواهد کرد. گاهی به دنبال یک تزریق عضلانی مواد دارویی، خون زیادی از محل تزریق خارج می‌شود و حتی ممکن است خون در عضلات منطبقه جمع شود که می‌تواند ایجاد کم‌خونی نماید. از دیگر علائم خونریزی دستگه، گوارش است هر چند که این علامت نادر است ولی خونریزی در فضای

داده‌ای حتی می‌تواند تسکین‌دهنده را ایجاد نماید و یا حتی خونریزی در حلق می‌تواند فرد را خفه کند. البته این مسائل را در درجات شدید بیماری مشاهده خواهیم کرد. اما نکته‌ای را که می‌خواهیم به شما تذکر بدهیم، این است که علاوه بر دندان‌دانه شما را بر آن دارد تا سریع به پزشک مراجعه کنید و در نهایت بیماری تسکین داده شود، تا بسیاری از مشکلات عارض نشود.

نکته مهم دیگر این است که اگر شما در خانواده و نزدیکان خود فرد مبتلا به هموفیلی دارید، احتمال دارد خانم‌های خانواده ناقل این بیماری باشند. پس هنگام زدیوای این خانم‌ها حتماً با پزشک مشورت کنید و از طرفی نسخه‌های این خانم‌ده‌ها بخصوص پسرها باید تحت

مراقبت بیشتری باشند.

فرض کنیم اثبات شد فردی مبتلا به هموفیلی است. حال چه باید بکند؟ آیا باید زانوی عم به بغل بگیرد و از فعالیت کناره‌گیری نماید؟ هرگز اینگونه نیست. بواقع بحاضر یک مشکل کوچک نباید زندگی را به خود تلخ کرد، اما در عین حال مراقبت بیمار از خود جایگاه ویژه‌ای دارد. معاینات دوره‌ای دهان و دندان خورد موجب می‌شود از کشیدن و اعمال جراحی روی لثه و دندانها تا حد امکان جلوگیری شود، چراکه هرگونه عمل جراحی روی این افراد می‌تواند موجب از دست رفتن خون به نسبت قابل توجهی گردد. معاینات دوره‌ای مفاصل و استخوانها می‌تواند وجود موارد غیرطبیعی در مفاصل از جمله خونریزیها را پیداکند. این امر از

تغییر شکل مفاصل در آینده جلوگیری می‌کند.

این افراد باید از انجام فعالیت‌های سنگین خودداری کنند و به طور مداوم برای بررسی وضع کیفی انعقاد توسط پزشک تحت بررسی قرار گیرند. امروزه برای حمایت از این بیماران، عوامل انعقادی ۸ و ۹ به صورت محصولاتی در خون افراد سالم بدست آمده‌اند، به بیماران هموفیلی تزریق می‌گردد. چنانچه این بیماران بخواهند تحت اعمال جراحی بزرگ و یا کوچک قرار گیرند، سطح این عوامل را با تزریق مواد انعقادی به حد خاصی می‌رسانند تا از خونریزی خودده‌خودی پیشگیری شود.

## نکاتی در مورد رفتار با کودک هموفیل

- \* همیشه با خونسردی و حساب شده رفتار کنید، زیرا کودکان رفتار بزرگسالان را تقلید می‌کنند.
- \* کودک هموفیل مانند هر کودک معمولی دیگر به محیط امنی احتیاج دارد، ولی این را با زندگی بسته و محدود اشتباه نکنید.
- \* او را به گونه‌ای طبیعی تربیت کنید. یک فرد هموفیل فقط در صورتی معلول خواهد شد که خانواده از او بیش از حد لازم حمایت کند یا بر عکس او را رها کند.
- \* به پرسش‌های فرزند خود درباره هموفیلی، البته با در نظر گرفتن سن او، پاسخ کامل و درست بدهید.
- \* مراقبت از خود را در او تشویق کنید و مراحل اولیه کنترل صحیح خونریزی را به او یاد دهید.
- \* مانند همه کودکان دیگر او هم به توجه نیاز دارد. به جای تأکید بر آنچه که نمی‌تواند انجام دهد، آنچه را که می‌تواند انجام دهد، در او تقویت کنید.

# من کلیه شما هستم!

● دکتر مهدی نجفی

● دکتر علیرضا پارساپور

نفرون از چند قسمت تشکیل شده است:

در قسمت اول صافی قرار دارد که خون از روی آن عبور می‌کند و که همه آب و مواد زاید وارد نفرون می‌شود (قسمت گنومرونی)، قسمت‌های بعدی، لوله‌های پر پیچ و خم متعددی را شامل می‌شود (قسمت توبولی) که دو کار مهم انجام می‌دهند:

(۱) برگرداندن مجدد آب دفع شده به جریان خون.

(۲) برگرداندن بعضی از مواد مفید برای بدن که به علت کوچکی از صافی رد شده‌اند (مانند قندها و بعضی از پروتئین‌ها). اگر برش نازکی از کلیه را در زیر میکروسکوپ نگاه کنیم، در ابتدا مجموعه بسیار فشرده‌ای از لوله‌های پیچ در پیچ را می‌بینیم که به صورت کلاف‌های بی‌سروته در کنار هم قرار گرفته‌اند، اما در واقع این کلاف اصلاً سردرگم نیست.

هر قسمت از لوله‌های پر پیچ و خم نفرون مسئولیت جداگانه‌ای بر عهده دارد که به وسیله سیستم‌های کنترل‌کننده مخصوصی تنظیم می‌شود.

این سیستم‌ها بسیار حساس هستند و با وجود ازدحام و فشردگی توبول‌ها هیچگاه گمراه نمی‌شوند. به عنوان مثال تغییر اندکی در سدیم خون موجب فعال شدن

پهلوه‌های شما قرار دارند، بخوبی مراقبت کنید.

این دو خدمتگزار بی‌ادعا هر روزه مقدار زیادی از مواد زائد و زباله‌های خون شما را جدا کرده و از بدن خارج می‌سازند. شاید بخواهید بدانید که من چگونه این اعمال را انجام می‌دهم؟!

درون دو کلیه نزدیک به ۲/۵ میلیون دستگاه تصفیه خون قرار دارد. هر یک از این دستگاه‌ها می‌توانند به تنهایی خون را بگیرند، مواد زائد آن را جدا سازند و در نهایت ادرار را تشکیل دهند. این دستگاه‌ها «نفرون» نامیده می‌شوند. تمام این دستگاه‌های پیشرفته و دقیق در حجم کوچکی به اندازه چند سانتی‌متر جای گرفته‌اند.

من عضو بسیار پرکاری هستم که هیچگاه در کارم وقفه نمی‌افتد. من در هر دقیقه با دریافت بیش از یک لیتر خون آن را تصفیه می‌کنم.

آری! اگر مراقبت من نبود، تمامی این مایع از بدن دفع می‌شد و با گذشت تنها چند دقیقه دیگر قادر به ادامه حیات نبودید. اما من این مشکل را نیز حل نموده‌ام. یعنی ۹۹ درصد خون را پس از تصفیه به بدن باز می‌گردانم.

آیا می‌خواهید از دستگاه‌های موجود در تصفیه خانه بدن خود بیشتر بدانید؟

نام من کلیه است و در حقیقت تصفیه‌خانه بدن شما هستم. من پس از ورود خون از راه رگها، مواد زائد موجود در آن را به صورت ادرار جدا می‌سازم که مهمترین آنها اوره و کراتینین هستند. پس از آن خون تمیز و تصفیه شده را وارد گردش خون می‌کنم. همچنین علاوه بر تصفیه خون، کارهای دیگری را نیز انجام می‌دهم. برای مثال، زمانی که به آب دسترسی ندارید، مانع دفع آب زیاد از بدن شما می‌شوم. در این هنگام ادرار غلیظ می‌شود.

از طرف دیگر، وقتی در مصرف مایعات زیاد روی می‌کنید، آب بیشتری را دفع می‌کنم تا تنظیم مایعات درون بدن به هم نخورد.

خون معجونی از گلبول‌های قرمز، انواع پروتئین‌ها، قندها و املاح است. من مانند یک آشپز ماهر دائم مراقب هستم تا نمک خون کم و یا زیاد نشود.

تنظیم قند خون هم تا حدی بر عهده من است. در موارد کاهش تعداد گلبول‌های قرمز، با ترشح ماده‌ای به نام «اریتروپوئین» ساخته شدن گلبول‌های قرمز را تحریک می‌کنم.

اختلال در مقادیر هر یک از این مواد که در بدن شما می‌تواند بسیار خطرناک باشد، پس از این دو عضو لوبیایی شکل که در

از مناطق حساس تصفیه خانه‌ها هستند که آب را از آلودگی پاک می‌کنند. اگر تصفیه خانه بدن نیز از کار بیافتد بزودی سموم در سراسر بدن منتشر می‌شوند و انسان را از پ درمی‌آورند.

کلیه ممکن است به اشکال مختلف مورد حمله قرار گیرد.

اگر تصفیه خانه بدن به طور ناگهانی و سریع مورد حمله قرار گیرد، نفرون‌ها غافلگیر می‌شوند و بیشتر آنها به صور موقت از کار می‌افتند (نارسایی حاد کلیه).

گاهی این حمله به صورت مخفیانه و تدریجی انجام می‌شود، گویی گروهی خرابکار مشغول از کار انداختن تک تک نفرون‌ها می‌شوند. این خرابکارها تا جایی

انجام وظایف کلیه کفایت می‌کند، اما نفرون‌ها هم مانند هر دستگاه دیگر ممکن است خراب شوند. اگر به هر دلیل تعدادی از نفرون‌ها از رده خارج شوند، باز هم می‌توانم کارهای ضروری خود را به وسیله نفرون‌های سالم انجام دهیم، یعنی سموم خون را دفع کنیم و مقدار آب و املاح آن را تنظیم کنیم. حتی اگر تا ۹۰ درصد نفرون‌ها به صورت تدریجی از بین بروند، برای انجام عمل تصفیه خون در حد قابل قبول هستیم. پس فراموش نکنید که هر از گاهی از احوال من جو یا شوید.

بیماری‌های کلیه دشمن شما هستند. دشمن می‌داند که برای تسخیر یک شهر باید مناطق حساس آن را اشغال نماید. یکی

سیستم‌های کنترل شده هورمونی (اندوسترون و هورمون ضدادراری) می‌شود. به این ترتیب سدیم خون به سرعت به مقدار طبیعی باز می‌گردد.

من در هر شرایطی به بدن کمک می‌کنم تا سموم را از خود دور کرده و ذخایر آب و املاح خود را حفظ کند. هیچگاه در شرایط عادی، تمام نفرون‌هایم همزمان فعال نیستند بلکه همیشه تعدادی از آنها خاموش و در حال استراحت بوده و تعدادی دیگر فعالیت می‌کنند.

پس از گذشت مدت معینی نوبت کاری گروه بعدی فرا می‌رسد و نفرون‌ها کار را به هم تحویل می‌دهند.

در واقع وجود یک سوم نفرون‌ها برای

## کلیه‌ها چه هستند؟

### ● عملکرد حیاتی این دو عضو

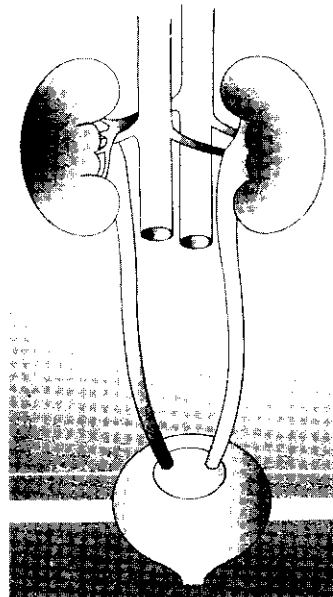
عبارت است از:

۳) کمک به تنظیم غلظت خون و حفظ تعداد گلبول‌های قرمز آن.

۲) حفظ ترکیبات ضروری خون که به کلیه وارد شده است.

۱) تصفیه خون از مواد و مایعات و املاح زاید.

## و چگونه عمل می‌کنند؟



۳- عمل پاکسازی خون از مواد زاید توسط نفرون‌ها منجر به ایجاد ادرار می‌گردد که از راه لگنچه و حالب‌ها وارد مثانه شده و به طور موقت در آنجا جمع می‌شود.

۴- پس از انباشته شدن مثانه، ادرار از طریق پیشابراه تخلیه می‌شود.

۱- خون از طریق شریان منشعب از آئورت وارد کلیه‌ها می‌شود.

۲- عمل تصفیه خون توسط میلیون‌ها عدد نفرون با عملکرد مشابه انجام می‌شود.

۵- خون پس از تصفیه شدن از طریق وریدها به جریان خون بدن برمی‌گردد.

استرپتوکوکی می‌شوند، ممکن است به کلیه حمله کنند و گلو مرون را تخریب نمایند. در نتیجه پروتئین و گلبول قرمز وارد ادرار می‌شود، فشارخون بالا می‌رود و علائم دیگر ظاهر می‌شود. این حالت درست مثل زمانی است که شهر مورد حمله هوایی قرار گیرد.

در ابتدا همه چیز به سرعت آشفته و به هم ریخته می‌شود. اما پس از چند روز اوضاع شهر به حالت عادی برمی‌گردد و خسارتها جبران می‌شود.

بنابراین هر عاملی که مانع خون‌رسانی کامل به من شود، موجب افزایش حجم خون در رگها و بالا رفتن فشار خون خواهد گردید (ناهنجاریهای توبولی).

تمامی بیماریهای کلیه در یکی از گروه‌های ذیل قرار می‌گیرد:

### چند نمونه از بیماریهای کلیه

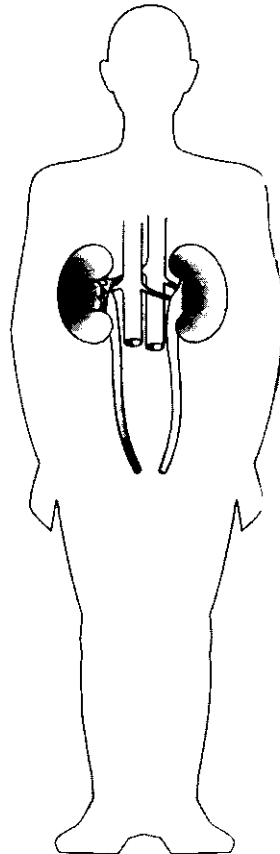
۱) **نارسایی کلیوی از گلو مرونولونفریت حاد:**  
میکروبیایی که سبب گلودرد

پس می‌رود که نفرونیهای فعال دیگر قادر به تصفیه کامل خون نخواهند بود. پس علائم بیماری ظاهر می‌شود (نارسایی مرمی نسبی).

گاهی قسمت صافی دستگاههای من صدمه می‌بیند. به این ترتیب مولکولهای درشت پروتئین از جریان خون وارد نفرونها و در نهایت از راه ادرار دفع می‌شوند (سندرم نفرتیک). من عضوی خونریزی‌خیز هستم و به تنهایی یک نهم خون بدن را دریافت می‌کند.

## اهمیت شناخت بیماریهای کلیه چیست؟

آمار نشان می‌دهد که در هر یک میلیون نفر جمعیت، نود نفر مبتلا به نارسایی کلیه‌ها هستند. همین‌طور بیماریهای کلیه مشکلات اقتصادی زیادی به جامعه تحمیل می‌کند و مشکلات درمانی متعددی را سبب می‌شود.



○ به دلیل اهمیت آنها در سلامت انسان؛  
○ و به دلیل اینکه از مهمترین بیماریها در سراسر جهان می‌باشند.

### هنگامی که کار کلیه مختل می‌شود چه روی می‌دهد؟

در این حالت بدن نمی‌تواند آب و املاح و مواد زاید را در حد لازم کنترل کند، از این رو حجم مایع بدن افزایش یافته و بافت‌های بدن متورم می‌شوند. در صورت عدم درمان، نسبت مایعات در بدن بتدریج تغییر پیدا کرده و مواد زاید هم در بدن انباشته می‌شوند. اگر این امر ادامه یابد، منجر به مرگ خواهد شد.

○ از نعمت‌های خداوند متعال و نشان عظمت او این است که:

اگر انسان یکی از کلیه‌هایش را از دست بدهد و یا سبب جزئی به هر دو کلیه وارد شود، حتی نیمی از یک کلیه هم می‌تواند عمل تصفیه خون و وظایف کلیه‌ها را انجام دهد.

## ۲) نارسایی مزمن کلیوی:

بسیاری از بیماریهای مزمن کلیه موجب تخریب نفرونها می شوند. بیماریهای مزمن حکم نیروهای نفودی دشمن را دارند. این نیروها بتدریج و به طور مخفیانه به تخریب مراکز حساس و مهم می پردازند.

تا زمانی که تعداد نفرونها برای انجام اعمال طبیعی کلیه کافی باشد، مشکلی ایجاد نمی شود. اما وقتی تعداد نفرونهای سالم به شدت کاهش می یابد، کلیه به زانو درآمده و تسلیم می شود که به آن «نارسایی کلیه» می گوئیم.

به این ترتیب مقدار سموم مختلف خون بخصوص اوره بالا می رود و تنظیم مایعات و املاح بدن به هم می خورد. به علت ناتوانی کلیه در تحریک تولید گلبولهای قرمز کم خونی ایجاد می شود. در اثر از دست رفتن املاح بدن و اسیدی شدن خون، استخوانها ضعیف می شوند. ضعف شدن استخوانها علت دیگری هم درد و آن عبارت است از عدم تولید ویتامین D در کلیه. ویتامین D برای آهکی شدن استخوانها ضروری است.

بیماری که دچار نارسایی مزمن کلیه می شود، باید از دستگاه کلیه مصنوعی (دیالیز) استفاده کند. همان طور که وقتی تصفیه خانه آب شهر از کار می افتد،

مسئولین تصمیم می گیرند برای حفظ سلامتی شهروندان از مناطق مجاور آب آشامیدنی سالم تهیه کنند. اما بهترین کار نصب دستگاههای جدید و راه اندازی کارخانه ای است که تا حد امکان به تصفیه خانه قبلی شبیه باشد.

امروزه امکان پیوند کلیه سالم از فرد دیگر وجود دارد. برای این کار لازم است کلیه فرد دهنده با بدن فرد گیرنده سازگاری داشته باشد. اگر این سازگاری وجود نداشته باشد، شخص گیرنده به اصطلاح پیوند را پس می زند.

## ۳) سندرم نفر تیک:

در این بیماری صافی نفرون یا قسمت گلو مری آسب می بیند و پروتئین ها براحتی وارد ادرار می شوند.

دفع پروتئین ها موجب اختلال در تعادل مایعات بدن می شود و مایعات با خروج از رگها وارد بافت بینابینی می شوند.

نتیجه این پدیده ایجاد ورم در انتها و اطراف چشمها همراه با تجمع مایع در حفرات شکم، مفاصل و فضای جنب و دور قلب است.

## ۴) دیابت بی مزه با منشأ کلیوی:

همان طور که اشاره شد قسمت

توبولی نفرون از لوله ای پر پیچ و خم تشکیل شده است که هر قسمت از این لوله های پیچ و خم وظیفه خاصی به عهده دارد و به مواد متفاوتی اجازه عبور می دهد. قسمتهای انتهایی این لوله ها به آب اجازه عبور نمی دهند، درست مثل این است که جدار این لوله ها را عایق بندی کرده باشند. در ضمن ماده ای وجود دارد که می تواند این عایق را نسبت به آب نفوذ پذیر کند. نام این ماده هورمون ضد ادراری (ADH) است و از مرکز فرماندهی بدن یعنی مغز ترشح می شود. هورمون ضد ادراری زمانی ترشح می شود که بدن به آب نیاز داشته باشد. این هورمون موجب می شود تا آب ادرار جذب شود و ادرار تا حد امکان غلیظ شود.

بیماری نادری وجود دارد که موجب می شود قسمت توبولی به هورمون ضد ادراری پاسخ ندهد. این بیماران همیشه ادرار رقیق دفع می کنند. بنابراین اگر آب کافی در اختیار این افراد نباشد، به سرعت آب بدن خود را از دست می دهند و در معرض خطر مرگ قرار می گیرند. این بیماران روزانه چندین لیتر ادرار دفع می کنند.

**سلامت جامعه هدف نهایی سازندگی است  
در گسترش مراکز درمانی  
بیماریهای خاص ما را یاری دهید**

## تالاسمی و راههای پیشگیری از آن

● به مناسبت روز جهانی تالاسمی

● دکتر مصطفی قانعی

متخصص داخلی و

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیة... (عج)

■ در نواحی مرطوب همانند کنار دریاها، باتلاق‌ها و مرداب‌ها بیماری مالاریا بیشتر وجود دارد. نوعی از بیماری مالاریا افرادی را که دارای صفت تالاسمی باشند آسیب نمی‌رساند، بنابراین در این مناطق افراد سالم به دلیل ابتلا به مالاریا فوت کرده ولی افراد دارای صفت تالاسمی به دلیل مقاومت در مقابل بیماری سالم می‌مانند و ازدیاد نسل پیدامی‌کنند. به همین دلیل صفت تالاسمی و بیماری تالاسمی در ساکنین شمال (مجاور دریای خزر) و جنوب بیشتر است.

### نحوهٔ مقابله با بیماری

#### الف - در مرحلهٔ قبل از ازدواج

۱- ممانعت از ازدواج دو فرد ناقل صفت تالاسمی، دایر کردن مراکز آزمایش تالاسمی برای غربالگری داوطلبین ازدواج و راهنمایی آنان از طریق مشاورین پزشکی و اجتماعی می‌تواند سلامت فرزندان آینده کشور را تضمین نماید و از تیره و تار شدن زندگی یک زوج جوان پیشگیری نماید.

۲- غربالگری دانش‌آموزان، سربازان، دانشجویان در مناطق با شیوع بالای بیماری و خانواده‌های بیماران تالاسمی در کلیه مناطق. با توجه به اینکه جدایی داوطلبین ازدواج از یکدیگر برای پزشک، خانواده و اجتماع ناخوشایند است؛ بهتر است در مناطقی که شیوع بیماری بالاست، اқشار فوق‌را از نظر صفت تالاسمی غربان نماییم و ناقلین را آموزش کافی دهیم تا قبل از انتخاب همسر و انجام مراسم اولیه ازدواج تمام مراحل بعدی را موکول به انجام آزمایش خون همسر نمایند.

جدی و مداوای صحیح در بعضی نقاط دنیا توانسته است میانگین عمر بیماران را یک تا دو دهه افزایش دهد.

### سرانجام بیماری

تنها درمان قطعی موجود، انجام پیوند مغزاستخوان است. این درمان در سنین پایین و به شرط وجود یک دهنده مناسب پیوند امکان‌پذیر است. به دلیل همین دو محدودیت و همچنین گرانی دارو و هزینه‌های بیمارستانی، تنها عدهٔ معدودی از این درمان می‌توانند بهره‌مند شوند.

درمان حمایتی از بیماران با تزریق خون مکرر انجام می‌گیرد. این تزریق‌های مکرر خون آهن را در بدن بیماران افزایش می‌دهد که برای دفع این آهن اضافی نیاز به تزریق مکرر آمپول دفع‌کننده آهن (دسفرال) دارند، گرانی این آمپول (حدود ۴ دلار) و تزریق خون باعث می‌شود تا سالانه دولت هزینه سنگینی را برای نگهداری و درمان حمایتی از بیماران متحمل شود.

تالاسمی بیماری گلولهای قرمز خون است که در آن زنجیرهٔ هموگلوبین اشکال پیدا کرده است.

تالاسمی خفیف که به آن تالاسمی مینور هم می‌گویند، به صورت یک صفت نهفته در بعضی افراد وجود دارد. این افراد را ناقل بیماری گویند ولی خودشان از هر نظر سالم هستند، عمر طبیعی می‌کنند و از نظر ظاهری به هیچ وجه قابل شناسایی نیستند. تالاسمی شدید که به آن بیماری تالاسمی ماژور می‌گویند حاصل ازدواج دو فرد ناقل صفت تالاسمی می‌باشد، در حالی که از ازدواج یک فرد ناقل با سالم هیچ مشکلی پیش نمی‌آید.

### وضعیت بیماری در ایران

کشور ایران با داشتن بالغ بر حدود ۲۵۰۰۰ بیمار تالاسمی از مناطق بیماری خیز دنیا محسوب می‌شود. عمر متوسط بیماران در کشور ما به طور میانگین حدود ۱۵ سال است و اکثر بیماران قبل از تمام دههٔ دوم عمر فوت می‌کنند. مراقبت



## ب - در مرحله بعد از ازدواج

۱- شناسایی کلیه زوجهای ناقل که احتمال فرزنددار شدن در آنها وجود دارد. با توجه به قانون احتمالات اگر دو فرد ناقل صفت تالاسمی با یکدیگر ازدواج نمایند،  $\frac{1}{4}$  فرزند آن آنها تالاسمی ماژور (بیماری تالاسمی) پیدا می‌کنند، بنابراین در بین مزدوجین قبلی افرادی وجود دارند که تاکنون فرزند تالاسمی نداشته‌اند ولی احتمال اینکه فرزند آینده آنها تالاسمی داشته باشد، وجود دارد.

۲- شناسایی جنین مبتلا به تالاسمی در زمان حاملگی مادر.

کشورهای غربی و کشورهای بیماری خیز (مثل قبرس) از روش سقط جنین مبتلا به تالاسمی استفاده کرده‌اند. در کشور ما نیز شناسایی جنین مبتلا به تالاسمی امکان‌پذیر است.

۳- ممانعت از تولد فرزند جدید با روشهای پیشگیری از حاملگی در زوجین ناقلی که فرزند کافی و سالم دارند.

## چه باید کرد؟

پیشگیری را باید اساس کار قرار داد. با انجام هر یک از مراحل ششگانه فوق یا تمامی آنها در یک منطقه می‌توان بیماری تالاسمی را مهار نمود، لذا توصیه می‌شود:

**الف -** نسبت به تقویت مراکز موجود و یا راه‌اندازی مراکز جدید پیشگیری از تالاسمی در استانها اقدام شود.

**ب -** با ترتیب دادن نشستی با دفاتر ازدواج توصیه شود از جاری کردن خطبه عقد قبل از انجام آزمایش خودداری نمایند.

**ج -** صدا و سیما هر استان پوشش کافی تبلیغی را برای ارتقای سطح آگاهی مردم انجام دهد.

**د -** با هماهنگی سازمان تبلیغات اسلامی و حوزه‌های علمیه کلیه روحانیون و مبلغین نسبت به بیماری و نحوه پیشگیری از آن توجه شوند تا در منابر و مناسبتها مردم را آگاه نمایند.

**ه -** با هماهنگی شهرداری، معابر و مکانهای تبلیغی شهر را با پوسترها، نوشته‌ها و آگهی‌های هشدار راجع به تالاسمی پوشش داد.

**و -** مربیان بهداشت مدارس را آموزش کافی داد تا نسبت به آموزش دانش آموزان درباره بیماری اقدام نمایند.

**ز -** با هماهنگی فرماندهی نیروهای مسلح هر منطقه سربازان و وظیفه را نسبت به بیماری آشنا نمود.

**ح -** رؤسای دانشگاهها در تمامی اردوهای پیش دانشگاهی، دانشجویان را به نحو مقتضی آشنا نموده و تا حد امکان ثبت‌نام را موقوف به انجام آزمایش خون نمایند.

**ط -** با شناسایی دقیق والدین بیماران تالاسمی و راهنمایی آنها به طریقه صحیح از تولد فرزند جدید تالاسمی در این خانواده‌ها که مصیبت داشتن یک بیمار را لمس کرده‌اند، جلوگیری کرد.

**ی -** آزمایشگاههای استان را توجه نمود. به محض اینکه در فرمول شمارش خون، مشکوک به ناقل بودن صفت تالاسمی شدند، فرد را به یک مرکز معتبر ارجاع دهند تا راهنمایی لازم به وی توجه گیرد.

**ک -** خانواده‌های بیماران تالاسمی (خواهر و برادر بیمار، پسرعمو، دخترعمو، پسرخاله، دخترخاله) را غربال نمود و ناقلین صفت را شناسایی و راهنمایی کرد.

**با آزمایش خون قبل از انتخاب همسر از تولد فرزند مبتلا به تالاسمی پیشگیری کنیم.**

■ **تالاسمی ماژور**  
شایع‌ترین بیماری ژنتیکی هموگلوبین در ایران است. در حال حاضر در حدود ۲۰۰۰۰ نفر به آن مبتلا می‌باشند و هر ساله تعداد زیادی به این افراد اضافه می‌شود. تعداد مراکز درمانی بیماران تالاسمی پس از انقلاب شکوهمند اسلامی به ۵۱ مرکز افزایش یافته است که از ابتدای سال ۷۶ بیماران خدمات دارویی و درمانی را در این مراکز به‌طور رایگان و بدون پرداخت فرانشیز دریافت می‌کنند.

شماره حساب ۳۴۳۴  
بانک ملی ایران  
برای واریزکمکهای مردمی

# دیابت و ورزش

## (۱)

مسائل بهداشتی که بیماران دیابتی درگیر آن می‌باشند، مربوط به میزان قند خون بالاست. پس می‌توان انتظار داشت که تا حدود زیادی مسائل و مشکلات با کنترل بهتر قند خون برطرف گردد. کنترل قند خون در بیماران دیابتی که هدف اصلی درمان می‌باشد، باعث می‌شود که بیماران دیابتی از آسیب به چشم‌ها، کلیه، قلب و اعصاب تا حدود زیادی در امان باشند. از فاکتورهای مداخله‌گر مثبت در کنترل قند خون بیماران دیابتی، فعالیت‌های جسمانی مداوم و منظم می‌باشد.

باید تلاش نماییم که بیماران دیابتی بتوانند زندگی آسان و مشابه دیگران همراه با شادابی داشته باشند.

یکی از این امور عدم کناره‌گیری بیماران دیابتی از ورزش در کلیه سنین است. باتوجه به شرایط متفاوت این بیماران باید در توصیه به ورزش در آنها به نکات ویژه‌ای توجه داشت که این نوشته در صدد تبیین این بحث است.

### ● دکتر باقر لاریجانی

متخصص داخلی - فوق تخصص بیماریهای

غدد و متابولیسم

رئیس مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم

دانشگاه علوم پزشکی تهران

### ● زهرا کامیلیان

دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری

ورزش، گلوکز و گلیکوژن را در داخل ماهیچه‌های بدن می‌سوزاند (این پدیده در صورتی رخ می‌دهد که دیابت کنترل شده باشد) و در حین و بعد از ورزش، قند خون وارد ماهیچه‌ها می‌گردد و سطح گلوکز و گلیکوژن را به حد طبیعی می‌رساند. وجود برنامه‌های منظم ورزشی در بیماران دیابتی عکس‌العمل شدید انسولین را از بین می‌برد، چون به عضلات و کبد عادت داده می‌شود که گلیکوژن بیشتری ذخیره کنند. ورزش بیماران دیابتی به صورت تمرینهای هوازی می‌باشد. تمرینهای هوازی به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که با مصرف اکسیژن توأم باشد.

این نوع تمرینها دستگاه‌هایی را که برای سلول‌های بدن اکسیژن تهیه می‌کنند، فعال می‌کنند. به دنبال انجام تمرینهای هوازی تغییرات سودمند و مفیدی در ریه‌ها، قلب و عروق خونی ایجاد می‌شود. با انجام تمرینهای هوازی، بدن هوای بیشتری را به داخل ریه‌ها منتقل می‌کند. به طور معمول تمرینهای هوازی به فعالیت‌های استقامتی گفته می‌شود که به سرعت زیاد نیاز ندارند.

## ۱- کنترل بیماری دیابت:

در ورزشهای دراز مدت مشاهده گردیده است که حساسیت سلولها به انسولین افزایش می یابد که این امر در بهبود وضعیت بیماری دیابت بخصوص بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین بسیار با اهمیت است. اگر ورزش در شرایط مناسب صورت گیرد یعنی بیمار قند خون به نسبت کنترل شده داشته باشد. عضلت گلوکز پلاسما را ثابت نگه می دارد که علت این رویداد توازن بین برداشت گلوکز توسط عضلات و تولید متقابل گلوکز در کبد است.

## ۲- کنترل وزن و کاهش وزن:

یک برنامه صحیح کنترل بیماری قند در بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین به کاهش وزن این بیماران کمک می کند. کاهش وزن بر اثر ورزش باعث کاهش بافت چربی می گردد. بنابراین مقاومت به انسولین در سلولها کاهش می یابد و به این ترتیب مصرف داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون کم می شود. با انجام ورزشهای برنامه ریزی شده بافت چربی کاهش یافته و توده عضلانی افزایش می یابد.

در واقع هنگامی که انواع تمرینهای هوازی عنوان می گردد، بهترین تمرین هوازی دویدن در مسافت های طولانی و با آهنگ نرم می باشد. این تمرینها شامل اسکی، صحرانوردی، شنا، دویدن آرام، دوچرخه سواری، پیاده روی و ... می باشد.

## تاریخچه:

مروارید محققین دریافته اند که استراحت در درمان بیماران دیابتی کار نادرستی است. مطالعات نشان داده است که استراحت در تخت برای مدت حداقل ۷ روز باعث اختلال در متابولیسم قند خون می شود. در سال ۱۹۱۰ محققین دیابت دریافته اند که ورزش باید در توان بخشی بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گیرد. در سال ۱۹۱۹ دانشمندان به اثبات رساندند که ورزش می تواند باعث کاهش میزان قند خون شود. در سال ۱۹۲۶ لارسن گزارش کرد که ورزش می تواند اثرات پایین آورنده قند خون توسط انسولین را بیشتر کند. بنابراین باعث کاهش نیاز انسولین در بیماران وابسته به انسولین شود. در نتایج مقاله لارسن ذکر شده است که ورزش

**\* بیمارانی که تحت درمان با انسولین قرار دارند، به کمک ورزشهای سبک روزانه می توانند مصرف انسولین خود را به حداقل کاهش دهند.**

## ۳- آمادگی عضلانی:

ورزش مناسب، تناسب عضلات را بالا می برد. تحقیقات نشان داده است که انقباضات عضلانی و عمل انسولین هر دو با هم برداشت گلوکز در طول ورزش را زیاد می کند.

## ۴- کاهش نیاز به داروهای خوراکی و مصرف انسولین:

همراه با کنترل مطلوب قند خون و انجام تمرینهای ورزشی مرتب، مصرف قرصهای خوراکی در تعدادی از افراد دیابتی غیر وابسته به انسولین کم می شود و در بیماران دیابتی دریافت کننده انسولین به علت وضعیت مطلوب متابولیکی میزان انسولین تزریقی کاهش می یابد. مطالعات نشان داده است که در ماههای اولیه شروع برنامه های ورزشی بطور عموم تزریق انسولین را ۲۰٪ یا حتی ۴۰٪ نیز کاهش داده است.

## ۵- اعتماد به نفس بیشتر:

منظم در بیماران دیابتی اساس درمان دیابت می باشد.

## خطوط کلی برنامه «ورزش در زندگی بیماران مبتلا به دیابت»

افراد مبتلا به دیابت که ورزش می کنند باید بدانند که چگونه فعالیت های بدنی بر روی متابولیسم قند خون اثر می گذارد و از اثرات سودمند ورزش منظم و کاهش خطرات بالقوه ورزش سود ببرند. به خاطر داشته باشید ورزش حتی برای افراد سالم نیز حضرات اندکی دارد و خطر مختص افراد دیابتی نمی باشد.

برنامه ورزش با اهداف زیر باید صورت گیرد:

کمک به کنترل قند خون مطلوب، ارتقای کیفیت زندگی، پیشگیری از عوارض دیابت.

## فواید برنامه منظم ورزشی در درمان بیماران دیابتی:

## نکات مهم در مورد ورزش بیماران دیابتی وابسته به انسولین

- ۱- کنترل قند خون قبل، حین و بعد از ورزش.
- ۲- جلوگیری از وقوع افت قندخون در طول ورزش با انجام نکات زیر:
  - شروع ورزش ۲-۱ ساعت بعد از صرف غذا.
  - مصرف ۴۰-۲۰ گرم کربوهیدرات اضافی قبل از ورزش و هر یک ساعت در طول ورزش.
  - اجتناب از ورزشهای سنگین در زمانی که انسولین تزریق شده حداکثر اثر خود را پیدا می‌کند.
  - استفاده از محل‌هایی که انسولین تزریق نگردیده است.
  - کاهش میزان انسولین تزریقی ۵۰-۳۰ درصد در صورت لزوم (کوهنوردی، ورزشهای طولانی مدت).
- ۳- بعد از ورزشهای طولانی قند خون کنترل گردد و کربوهیدرات (مواد قندی) اضافی مصرف شود. این عمل از افت قند خون که ممکن است به صورت تأخیری ایجاد شود جلوگیری می‌کند.

**\* انجام ورزشهای طولانی و حرکات خسته کننده به بیماران دیابتی توصیه نمی‌شود.**

## اثرات ورزش در بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین

در بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین، ورزش عامل اصلی کنترل قند خون می‌باشد. عامل بعدی مصرف صحیح مواد غذایی است. مطالعات اخیر انجام شده روی این بیماران نشان می‌دهد که برنامه ورزشی منظم، ارزش بالایی در کنترل سطح قند خون دارد.

### کاهش سطح قند خون بعد از ۵ هفته

به نظر می‌رسد احساسات افراد دیابتی همیشه در گرو حفظ قندخون در سطح طبیعی می‌باشد. بیشتر بیماران دیابتی احتمالاً وجود ناراحتی و از دست دادن کنترل احساسات را با سطح قند خون بسیار بالا و یا بسیار پایین تجربه کرده‌اند. هنگامی که سطح قند خون در حد عادی است، احساسات در این افراد تا حدود زیادی بهبود می‌یابد. ایجاد احساس بهبودی با فعالیت‌های ورزشی مداوم و ورود این برنامه در زندگی افراد بوجود خواهد آمد.

### ۶- تحمل فشارهای عصبی:

ورزش وسیله مؤثری است که این افراد را قادر می‌سازد که با فشارهای عصبی بهتر برخورد کنند. در هنگام ورزش اندروین ترشح گردیده که از جمله تأثیر آن تخفیف درد و یک حالت روانی آرام می‌باشد.

## اثرات ورزش در بیماران دیابتی وابسته به انسولین

نکته مهم در مورد ورزش بیماران دیابتی وابسته به انسولین این است که ورزشهای منظم برای این افراد بی‌نهایت سودمند می‌باشد. محققان در کانادا در طی ۱۶-۱۲ هفته ورزش به بیماران دیابتی وابسته به انسولین، بهبودی مطلوبی در سطح خون ناشتا و هموگلوبین گلیکوزیله مشاهده نمودند.

در بیماران IDDM یا وابسته به انسولین تغییرات قند خون در طول ورزش بستگی زیادی به سطح انسولین خون دارد. سطح انسولین خون در ارتباط با میزان انسولین تجویز شده و مقدار جذب انسولین در هر اندام می‌باشد.

بهترین زمان پیشنهاد شده برای ورزش در بیماران دیابتی وابسته به انسولین، بعد از میان وعده‌های غذایی بعد از ظهر و قبل از وعده شام است.

وعده شام + ۴۵-۳۰ دقیقه ورزش هوازی + میان وعده

غذای بعد از ظهر + کاهش تزریق انسولین

از توده خالص عضلانی می‌باشد. در حالی که هدف ما از کاهش وزن از دست دادن بافت چربی است نه از بین رفتن پروتئین‌های موجود در بدن. پس باید اذعان داشت که کاهش وزن از طریق ورزش راحت‌تر و مفیدتر از کاهش وزن از طریق رژیم غذایی به تنهایی می‌باشد اما به نظر می‌رسد که برای رسیدن به هدف باید ترکیب این دو روش را به کار برد:

**رژیم غذایی + ورزش = کاهش وزن مطلوب**

### نکات مهم در مورد ورزش بیماران NIDDM

- در مورد این بیماران افت قند خون در طول ورزش کمتر رخ می‌دهد، بنابراین مصرف کربوهیدرات اضافی معمولاً لازم نیست.
- ورزش باعث کاهش وزن می‌شود که این عمل را می‌توان با رعایت رژیم غذایی به هدف موردنظر رسانید.
- ورزش باید جزیی از زندگی روزانه این بیماران قرار گیرد.

مضامعات متعدد نشان می‌دهد که افزایش فعالیت‌های فیزیکی در پیشگیری از وقوع دیابت غیر وابسته به انسولین مؤثر است که این موضوع بخصوص در مورد افرادی که در معرض خطر بیشتر ابتلا به دیابت می‌باشند، بسیار با اهمیت می‌باشد. این افراد شامل افراد چاق، فرزندان افراد مبتلا به دیابت و افراد با فشار خون بالا می‌باشند.

ورزش در این بیماران باعث بهبود حساسیت سلولها نسبت به انسولین می‌شود اما به تنهایی پاسخگوی این بیماران نبوده بلکه ترکیب ورزش و رژیم غذایی صحیح در کنترل مطلوب قند خون در این بیماران بسیار مؤثر است. کاهش وزن و رساندن وزن بدن به حد طبیعی را می‌توان مهمترین قسمت درمان در این بیماران دانست. تحقیقات نشان می‌دهد که ورزش باعث نگه‌داشتن توده خالص عضلانی در حدی مطلوب می‌شود. نکته مهم قابل ذکر این است که اگر کاهش وزن در بیماران دیابتی فقط از طریق رژیم غذایی انجام گیرد، بیش از ۲۵٪ وزن از دست رفته

## عوامل مداخله‌گر در پاسخ قند خون به ورزش ناگهانی در بیماران دیابتی

### قند خون کاهش می‌یابد اگر:

- سطح انسولین خون در طول ورزش بالا باشد (به طور مثال ورزش کردن در زمانی که انسولین حداکثر اثر خود را دارد).
- ورزش در مدت زمان طولانی انجام شود.
- بیش از ۳ ساعت از صرف غذا گذشته باشد.

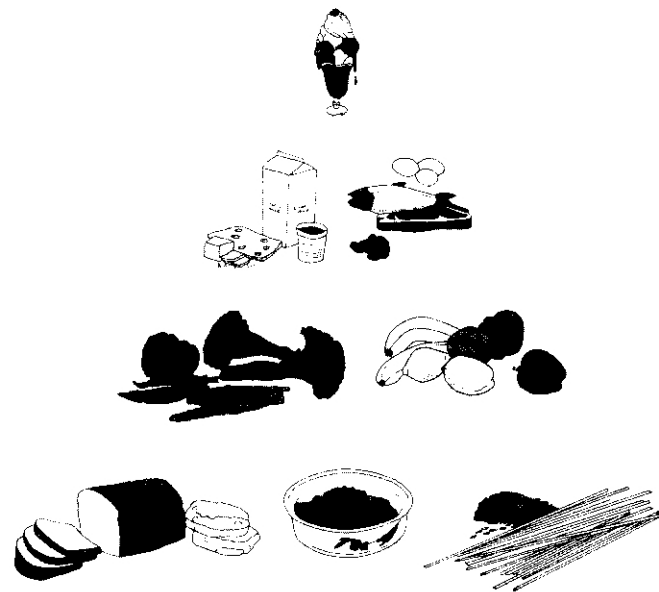
### قند خون بدون تغییر می‌ماند اگر:

- مدت زمان ورزش کوتاه باشد.
- میزان انسولین پلاسما طبیعی باشد.
- میان وعده‌های مناسب قبل از ورزش و در طول فعالیت‌های ورزشی مصرف شود.

### قند خون افزایش می‌یابد اگر:

- ورزش کردن در زمان پایان اثر انسولین تریقی در بدن باشد.
- ورزشهای سنگین انجام شود.
- مصرف بیش از حد کربوهیدرات قبل و در طول انجام فعالیت‌های بدنی باشد.

**\* ورزشهای توصیه شده برای بیماران دیابتی: پیاده‌روی، شنا، دوچرخه سواری در جاده هموار و حرکات ورزش سوئدی**



### ۲- عوامل شیمیایی

موادی مثل آهن، نیکل، کروم، آرسنیک، هیدروکربورها، آروماتیک، قطران، پنبه‌سوز، بعضی از رنگها، حشره‌کش‌ها، نگهدارنده‌های مواد غذایی مانند نیتريت، بعضی از قارچها مثل آسپرژیلوس، بعضی از داروها مثل DES، سیگار و ذرات معلق موجود در هوای شهرهای صنعتی و مدرن.

### ۳- عوامل ارثی

استعداد خانوادگی و آمادگی ژنتیکی بخصوص در ابتلا به سرطان‌های معده، پستان، روده بزرگ، ریه و رحم مؤثرند. در بعضی از بیماریهای مادرزادی نیز خطر سرطان بیشتر است مثل سندرم داون یا منگولیس که شانس ابتلا به سرطان خون در آنها بیشتر است.

### ۴- عوامل ویروسی

بخصوص سرطان‌های دهانه رحم، حلق و بینی و نوعی از سرطان خون.

### ۵- سن فرد

در افراد مسن، به علت اینکه هم سیستم ایمنی ضعیف می‌شود و هم به مرور زمان تغییراتی در هسته سلول‌ها

## تغذیه و سرطان

### • واحد آموزش بنیاد امور بیماریهای خاص

از مهمترین عوامل مؤثر در ایجاد سرطان می‌توان به موارد زیر اشاره نمود که در این بین برخورداری از عادات غذایی خاص به طور روزافزونی به عنوان علت سرطان مطرح می‌شود.

### ۱- عوامل فیزیکی

بخصوص اشعه ماورای بنفش (نورآفتاب) و پرتوهای یونیزه کننده (تصویربرداری تشخیصی و انفجارات اتمی).

■ سرطان نوعی اختلال در سرعت تکثیر و تمایز سلولی است که می‌تواند در هر بافتی از بدن و در هر سنی رخ دهد و با حمله به بافت‌های سالم بدن موجب بیماری شدید و در نتیجه مرگ شود. سالانه در اثر ابتلا به انواع سرطان‌ها افراد بسیاری از بین می‌روند. این بیماری پس از اختلالات قلبی عروقی دومین علت شایع مرگ و میر در جهان و ایران است.



دخانبات نیز عادت داشته و از کمبودهای تغذیه‌ای و ویتامین‌ها برخوردارند. نقش الکل در ایجاد سرطان را تقویت می‌کنند. اعتقاد بر این است که الکل و کمبودهای تغذیه‌ای ناشی از مصرف آن، احتمال بروز سرطان را با افزایش سرطان‌زایی تنباکو بالا می‌برد.

کمبود برخی از مواد غذایی نیز ممکن است احتمال بروز سرطان را افزایش دهد. به عنوان مثال، سرطان‌های روده بزرگ و پستان با کمبود ویتامین‌های A و B (ریبو فلاوین) و C در ارتباط می‌باشند.

بعضی از غذاها ممکن است اثر محافظتی در برابر سرطان داشته باشد که از جمله اینها می‌توان به افزودنیهای غذایی مثل هیدروکسی تولوئن بوتیل و هیدروکسی آیزول بوتیل اشاره نمود. عده‌ای از محققین عقیده دارند که ویتامین‌های A و B و C در حقیقت اثرات ضد سرطانی دارند، هر چند گزارشهای منتشر شده در این مورد ضد و نقیض هستند.

همچنین مشخص شده که میکرو ارگانسیم‌های لاکتو باسیلوس بسولولگاریس و استرویتوکوکوس ترموفیلوس که در ماست یافت می‌شود، تکثیر سلول‌های توموری رامهار می‌کنند. مصرف ویتامین E، فولات‌ها و شبه کاروتن‌ها (وابسته‌های شیمیایی ویتامین A) نیز توصیه شده است.

دانشمندان پیشنهاد کرده‌اند که مصرف تمامه موادی که در حیوانات

در اثر فلج احساسی و روانی حاصله ضعف ایمنی آنها تشدید می‌یابد. امیدوار بودن به زندگی و داشتن روحیه‌ای بالا حتی می‌تواند یک بیماری بدون علاج را بهبود بخشد.

در جمعیت‌هایی که میزان سبزی‌ها و فیبر (سلولز غیر قابل جذب) در رژیم غذایی آنها کم است، میزان بروز سرطان روده بزرگ افزایش می‌یابد. شواهد نشان می‌دهد که احتمال بروز این سرطان‌ها در بین افرادی که از رژیم گیاهی تبعیت می‌کنند، پایین‌تر است.

چربیها احتمالاً خطر سرطان روده بزرگ، پستان و پروستات را افزایش می‌دهند، اما در این بین، رابطه سرطان پستان با رژیم‌های پرچرب محتمل‌تر است.

عده‌ای عقیده دارند که برخی افزودنیهای خوراکی (مواد شیمیایی خاص برای ایجاد رنگ و طعم غذاها) سرطان‌زا هستند و عده‌ای دیگر اثر آنها را محافظتی می‌دانند. مصرف غذاهای دودزده مانند ماهی دودی که حاوی بنزوپروپن می‌باشد، با بروز سرطان معده در ارتباط است. جذب کالری زیاد نیز ممکن است منجر به سرطان و برعکس کمبود کالری دریافتی از آن پیشگیری نماید. چاقی ممکن است خطر بروز سرطان رحم را افزایش دهد و مصرف زیاد مشروبات الکلی با پیدایش سرطانه‌های دهان، حلق، حنجره و مری در ارتباط است. البته از آنجا که افراد معتاد به مشروبات الکلی اغلب به مصرف

حاصل می‌شود، شیوع سرطان‌ها افزایش می‌یابد. البته بعضی از سرطان‌ها فقط در سنین پایین بروز می‌کنند و برخی دیگر نیز فقط مختص سنین جوانی هستند.

## ۶- منطقه جغرافیایی

دیده شده است که بعضی از انواع سرطان‌ها در یک منطقه جغرافیایی بیشتر دیده می‌شوند، به عنوان مثال سرطان مری در شمال ایران و سرطان معده در کشور ژاپن شایع‌تر است.

## ۷- نحوه تغذیه و وضعیت فرهنگی و اقتصادی

ازدواج در سنین پایین یکی از عوامل مهم در ایجاد سرطان دهانه رحم است. برعکس، سرطان پستان در افرادی دیده می‌شود که ازدواج و حاملگی در سنین بالا داشته‌اند. قابل ذکر است که عمل شیردهی جنبه محافظتی در برابر سرطان پستان دارد. سرطان آلت تناسلی در مردانی که ختنه نشده‌اند، دیده می‌شود. بیشتر سرطان‌ها با شیوع بالاتری در مردان، طبقات پایین اجتماع، جوامع شهری و افراد مسن روی می‌دهند.

تغذیه نامطلوب و نامناسب در ایجاد سرطان‌های روده بزرگ، مقعد و پستان نقش بسزایی دارد. سیگار کشیدن، تغذیه بد و ورزش نکردن، همه باعث ضعف سیستم ایمنی می‌شوند. یک زندگی پر از جنجال و استرس نیز همین اثر را دارد. اکثر افراد با آگاه شدن از ابتلا به سرطان دچار ترس زیادی می‌شوند، به طوری که

## بزرگترین مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی سرطان را در خاورمیانه با همت شما مردم خواهیم ساخت.

### شماره حساب ۳۴۳۴ بانک ملی ایران شعبه اسکان برای همیاری و مشارکت مردم

تغییر یافته را کمتر کنید.  
(۶) از مصرف گوشت قرمز به مقادیر زیاد پرهیز کنید، چون دیده شده است که با سرطان‌های معده، مثانه، کبد، پستان و روده بزرگ ارتباط دارد. بهترین نوع پروتئین‌های حیوانی ماهیها هستند که بهتر است به صورت پخته با بخار مصرف شوند.

(۷) غذاهای مصرفی روزانه باید شامل منابع غنی از ویتامین A و C باشند (سبزی‌های سبزرنگ و زرد تیره)، زیرا خطر ابتلا به سرطان‌های حنجره، مری و ریه را کاهش می‌دهد.

(۸) سبزی‌هایی نظیر اسفناج، گل کلم، کلم بروکسل و کلم قمری خطر ابتلا به سرطان دستگاه گوارش و تنفس را کاهش می‌دهند.

(۹) مصرف مشروبات الکلی از نظر شرعی حرام و از نظر طبی منع می‌شود. از نوشیدنی‌های الکلی جداً پرهیز نمایید.  
(۱۰) از استعمال دخانیات و مصرف نوشیدنی‌های کافئین‌دار به میزان زیاد پرهیز نمایید.

(۱۱) غذاهای شور و حاوی نیترات (از قبیل انواع سوسیس و کالباس) را در حد خیلی کم مصرف کنید یا بهتر است از مصرف آن خودداری نمایید.

(۱۲) روزانه میزان ۱-۲ لیتر آب بنوشید.

(۱۳) هیچگاه با عجله غذا نخورید چون حدود ۲۰ دقیقه طول می‌کشد تا مغز ما درک کند که معده پر شده است. پس آرام آرام غذا بخورید و در بین غذا همیشه مکث داشته باشید.

(۱۴) همیشه به برنامه خوب غذایی که رعایت می‌کنید پاداش دهید، ولی توجه داشته باشید که این پاداش، مصرف اضافی نباشد. قبل از صرف هر وعده غذا دعا کنید تا بدین وسیله روح و روان خود را پرورش دهید.

از مایشگاهی موجب سرطان می‌شوند، برای انسان ممنوع گردد. اما مشکل عمده این است که اثرات مصرف این مواد غذایی به علت دوره نهفته طولانی اثرشان، ممکن است تا چند دهه مشخص نگردد. قرار گرفتن در معرض این عوامل از دوران کودکی، خطر ابتلا به سرطان را افزایش خواهد داد.

### بنابراین برای پیشگیری از ابتلا به سرطان توصیه‌های تغذیه‌ای زیر پیشنهاد می‌گردد:

(۱) از چاقی پرهیزید و وزن خود را در یک حد ثابت حفظ کنید. سعی کنید طوری غذا بخورید که انرژی کافی برای شما فراهم شود و وزن شما در حد طبیعی حفظ شود. هر ماه خود را وزن کرده و در دفترچه یادداشت درج کنید. چاقی بیش از حد با افزایش خطر بروز سرطان‌های رحم، کیسه صفرا، کلیه، روده بزرگ و پستان همراه است. هیچگاه در حین تماشای تلویزیون غذا نخورید، چون توجه نمی‌کنید که چگسونه می‌خورید و چه چیزی را می‌خورید.

(۲) از مصرف غذاهای پرچربی پرهیزید، زیرا احتمال ابتلا به سرطان‌های پروستات، پستان و روده بزرگ را افزایش می‌دهد. هیچگونه غذای پرچربی را در منزل نگهداری نکنید، چون همیشه امکان وسوسه شدن جهت مصرف آن وجود دارد.  
(۳) غذاهای پرفیبر بیشتری استفاده کنید. مثل دانه کامل غلات، میوه‌ها و سبزیها.

(۴) لبنیات کم‌چربی و بدون چربی، حبوبات، گردو، فندق و امثال آنها را مصرف کنید.

(۵) از غذاهایی بیشتر استفاده کنید که کمتر تحت تغییرات شیمیایی قرار گرفته‌اند، مثل میوه‌های تازه و غلات. مصرف غذاهای کنسرو شده و یخ‌زده و



# کاربرد

## پمپ

### دسفرال

● واحد آموزش

بنیاد امور بیماریهای خاص

بدن انسان به سختی قادر است آهن را دفع کند و تعادل آهن در بدن از طریق محدود نمودن جذب آن از دستگاه گوارش برقرار می‌گردد و آهن اضافی فقط در صورت نیاز جذب می‌شود. اگر آهن از راهی غیر از جذب روده‌ای وارد بدن شود و یا تنظیم روده‌ای جذب آهن به هم بخورد، ممکن است در بدن تجمع پیدا کند. در تالاسمی هر دو حالت اتفاق می‌افتد و می‌تواند باعث افزایش شدید آهن در بدن شود. مواد آهن‌زدا یا به عبارتی داروهایی که به آهن متصل شده باعث برداشت آهن از بدن می‌شوند، برای دفع آهن اضافی بکار می‌روند. تنها داروهای آهن‌زدایی که در حال حاضر به فراوانی در دسترس‌اند عبارتند از دسفرال و کلیسم DTPA.

دسفرال یک ماده آهن‌دوست است که بوسیله استرپتومایسین پیلوسوس برای برداشت آهن از محیط تولید می‌شود. در محیط آزمایشگاه یک گرم دسفرال به بیش از ۸۵ میلی‌گرم آهن متصل می‌شود. در محیط داخل بدن این ظرفیت به عوامل زیر بستگی دارد:

الف) مقدار آهن ذخیره

ب) راه تجویز

ج) وضعیت ویتامین C بدن

د) طول مدت مصرف (به سال)

چه موقع باید شروع کرد؟

زمانی که مقدار آهن جمع شده در بدن در اثر تزریق خون به مقداری برسد که از سمیت خود دسفرال جلوگیری کند هر چه سریعتر باید آهن زدایی را آغاز نمود. در حال حاضر توصیه می‌شود که درمان با دسفرال بعد از ۱۰-۱۵ تزریق اول خون یا با رسیدن سطح فریتین به ۱۰۰۰ mg/ml شروع شود.

**چگونه دسفرال استفاده می‌شود؟**

دسفرال هنگامی مؤثرتر است که به وسیله پمپ در طی مدت زمانی بیش از ۸-۱۲ ساعت تزریق شود. دسفرال بدین صورت مصرف می‌شود:

دسفرال در مقدار کافی آب مقطر (در حدود ۲/۵ ml آب مقطر) برای ۵۰۰ mg آمپول حل می‌شود و سپس در سرنگ

کشیده می‌شود. سرنگ در پمپ الکتریکی کوچکی جای داده می‌شود که بیستون سرنگ بسیار آرام توسط پمپ فشار داده می‌شود. بنابراین دارو در مدت زمانی که شما می‌خواهید، تزریق می‌شود. پمپ تنظیم کننده‌هایی دارد که به شما اجازه می‌دهد زمان تخلیه دارو را معین کنید، همچنین پمپ زنگی دارد که هنگامی که سرنگ گیر می‌کند یا وقتی که تمام دارو تزریق شده باشد، به صدا درآمده و شما را آگاه می‌کند.

سرنگ حاوی دسفرال به یک لوله پلاستیکی نازک که به یک سوزن بسیار ظریف منتهی می‌شود، وصل می‌گردد. سوزن به زیر پوست داخل می‌گردد. بنابراین دسفرال در فضای بین پوست و ماهیچه یا چربی‌ای که در زیر پوست قرار دارد، تزریق می‌شود. پمپ در کیسه‌هایی

فقط لازم است که کرم را روی مکان تزریق بمالید.

## آیا دسفرال در هنگام تزریق ایجاد واکنش می‌کند؟

واکنش‌های ناشی از تزریق دسفرال چند نوع است. از قبیل احساس ناخوشی عمومی، خارش، سوزش، گچی و مشکلات تنفسی. اگر یکی از این موارد رخ دهد تزریق فوراً باید متوقف شود. واکنش‌های کلی در بیمارانی که درمان منظم دارند بدون خبر رخ نمی‌دهد و در بیمارانی که تازه شروع به درمان کرده‌اند آشکار می‌شود و یا اینکه علایم بتدریج گسترش می‌یابد. واکنش‌های کلی را می‌توان با عمل غیر حساس کردن "desensitization" درمان کرد. در حقیقت این عمل باید با مقدار کمی از دسفرال آغاز شود. این عمل در بیمارستان تحت نظارت دقیق پزشک انجام می‌گیرد. واکنشهای

والدین توصیه می‌کنیم که ابتدا پمپ را بر روی خود آزمایش نمایید تا متوجه شوند که چقدر کم آزار است. بعضی از مردم بخصوص کودکان در بازه تزریق نگرانی به خرج می‌دهند، زیرا این تزریق هر روز انجام می‌گیرد. کرم مخصوصی با اثر بی‌حسی موضعی به نام کرم Emla cream وجود دارد. هنگامی که کرم را در مکان تزریق بمالید، هرگونه ناراحتی و درد را از بین می‌برد. این پماد تنها چیزی است که می‌توانید یک ساعت قبل از تزریق (زدن سوزن) و بکار بردن پمپ استفاده کنید. بسیاری از خانواده‌ها متوجه شده‌اند که این پماد کمک بزرگی است و حتی آن را قبل از تزریق خون روی دست یا بازوی کودکان می‌مالند (بروشوری که همراه کرم است شما را راهنمایی می‌کند که هر دفعه نصف آن را استفاده کنید). برای تزریق خون دسفرال توسط پمپ به مقدار بیش از نصف کرم احتیاج ندارند.

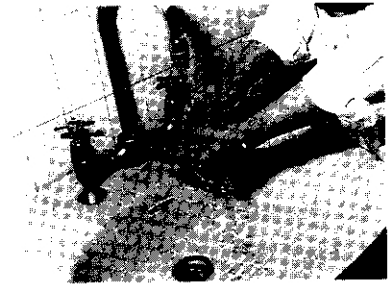
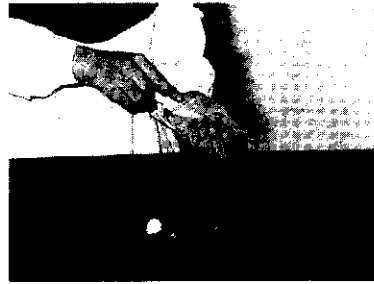
که به شانه آویزان می‌شود در طی روز می‌تواند حمل‌گردد و می‌توان با لباس کشاد روی آن را پوشاند یا در طی شب می‌توان آن را در کنار تخت گذاشت.

## آیا جای مخصوصی برای تزریق دسفرال وجود دارد؟

جای مخصوصی وجود ندارد اما به طور مسلم کسی دسفرال را در صورت تزریق نمی‌کند! بعضی از مردم ترجیح می‌دهند که شکم یا ران و یا بازویشان را برای تزریق مورد استفاده قرار دهند. برای اجتناب از سفت شدن یا زخم شدن مکان تزریق بهتر است که مرتب جای تزریق را عوض نمود.

## آیا بکار بردن پمپ آزاری به فرد می‌رساند؟

در حقیقت زدن سوزن آزار نمی‌رساند زیرا سوزن بسیار نازک است. معمولاً به



مشکلاتی را که از درمان با دسفرال بر می خیزد، می توان در اولین مراحل کشف نمود و آنها را به وسیله تعدیل مقدار دسفرال متوقف ساخت.

**آیا دسفرال باید هر روز مصرف شود؟**

افراد مختلف به مقدار متفاوتی از دسفرال احتیاج دارند. بنابراین ضرورت دارد که برنامه درمانی خود را با کمک پزشکان متخصص تنظیم کنید. اگر شما بهترین نتیجه را می خواهید، باید برنامه پزشک خود را به طور کامل دنبال کنید.

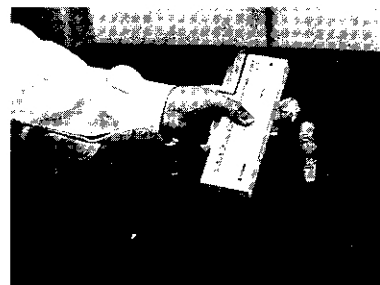
مانع بوجود آمدن این برآمدگیها شد.

**آیا دسفرال مشکلات دیگری بوجود می آورد؟**

دسفرال می تواند موجب ناراحتی چشم، ناراحتی شنوایی و همچنین کسندی رشد شود. به عنوان یک قانون چنین مشکلاتی هنگامی اتفاق می افتد که مقدار دسفرال مصرفی بیشتر از آهن موجود در بدن باشد. به طور معمول این مشکلات با کم کردن مقدار دسفرال از بین می رود. هر کسی که با دسفرال درمان می شود، باید به طور منظم کنترل و آزمایش شود. بنابراین

محل تزریق عبارتند از تورم و قرمزی مکان تزریق که با دادن یک آنستی هبستانهینیک قبل از تزریق ممکن است از بوجود آمدن این واکنشها جلوگیری کرد. می توان به طور متناوب هیدروکورتیزون "hydrocortisone" را به تزریق اضافه نمود که حداکثر مقدار آن ۲mg/ml می باشد. گاهی اوقات بعد از چند بار تزریق، در مکان تزریق دسفرال برآمدگی های سفتی ایجاد می شود. قبل از

اینکه پمپ شروع به کار کند می توان سرنگ را با مقدار کمی از هیالورونیداز "hyaluronidase" پر کرده و از این طریق



# زندگی بهتر برای بیمار هموفیلی

• دکتر سید حسین اردهالی



بناشد. مصرف ویتامین‌های مکمل ضرورتی نخواهد داشت. در هر حال گاهی بیماری‌هایی که برای ترمیم بافت‌های آسیب دیده، مثلاً در اثر عمل جراحی، نیاز به کالری اضافی دارند یا در بیماری‌هایی که سیستم ایمنی‌شان ضعیف شده و مبتلا به بیماری‌هایی نظیر ایدز هستند، استفاده از ویتامین‌های مکمل ضروری خواهد بود.

نقش پرستار در تغذیه این بیماران شامل آموزش برای تغذیه مناسب و مطلوب و بررسی غذاهای مصرفی رایج فرد است. همچنین گنجاندن مواد غذایی مفید در رژیم غذایی توصیه می‌شود.

حفظ وزن مناسب در اینها اهمیت خاصی دارد زیرا بالا بودن وزن روی مفاصل اثر نامطلوب دارد و منجر به آسیب آنها و در نتیجه خونریزی می‌گردد. این امر ممکن است تمایل به تحرک را در این بیماران کاهش دهد. برای حصول وزن مناسب، مشورت با پزشک توصیه می‌شود.

سلامت عمومی در این گروه از بیماران در مقایسه با بیماران با تحرک بیشتر، افت می‌کند. از طرف دیگر کاهش وزن بیش از حد نیز ممکن است سبب کاهش توده عضلانی شده، در نتیجه از فعالیت جسمانی و تحرک بیمار بکاهد.

مبتلایان به هموفیلی با وزن کمتر یابیشتر از حسد طبیعی، باید با یک متخصص تغذیه مشورت نمایند. در بیماری‌هایی که همزمان دچار ایدز می‌باشند،

سلامت جسمی بخشی از سلامتی است که با وضعیت فیزیولوژیکی یک فرد مرتبط می‌باشد و عبارت است از تغذیه، ورزش و پیشگیری از بیماری‌ها.

## تغذیه

روند تغذیه بدن با مواد غذایی به کیفیت و کمیت مواد غذایی مصرف شده و همچنین فرآیند بدن بر روی آن بستگی دارد. تولید انرژی نیاز به تعادل بین قندها، پروتئین‌ها، چربی‌ها، آب، ویتامین‌ها و املاح موجود دارد تا بتواند احتیاجات متابولیکی برای رشد و ترمیم بدن و عملکرد فرد را فراهم کند.

جدیدترین تحقیقات نشان می‌دهند که یک رژیم غذایی سالم بایستی شامل ۴۰-۷۰ درصد قند، ۲۰-۳۰ درصد چربی و ۲۰-۳۰ درصد پروتئین باشد. اگر یک فرد سالم طبیعی از رژیم غذایی متعادل شامل میوه‌ها و سبزی‌های تازه، فرآورده‌های لبنی و غلات برخوردار

■ در همه انسانها، پرهیز از بیماری یک انگیزه مهم و مؤثر برای برخی از رفتارها است. ایمن‌سازی، شستشوی دست، رعایت کردن مسایل بهداشتی در تهیه غذا و بسیاری از رفتارهای دیگر افراد از این دسته می‌باشند. در مبتلایان به هموفیلی برخی از رفتارها از قبیل پرهیز از فعالیت‌های پرخطر که ممکن است زمینه‌ساز بروز خونریزی باشند، جزیی از فعالیت‌های پرهیز از بیماری است. پزشک و پرستار باید به بیمار کمک کنند تا با پرهیز از مخاطرات به سلامتی مطلوب برسد.

کششی، قدرتی و بالابرنده انعطاف‌بندی اهمیت ویژه‌ای در سلامت و پیشگیری از مشکلات بیماران دچار هموفیلی دارند.

از سوی دیگر فعالیت جسمانی وضعیتی روانی اجتماعی بیمار را تقویت نموده و او را در مبارزه با بیماری کمک می‌کند. مقید بودن به انجام تمرین‌های ورزشی منظم، تا حد زیادی از استرس و اضطراب بیمار می‌کاهد و اعتماد به نفس و خواب او را بهبود می‌بخشد. این امر، پیشرفت تحصیلی و شغلی را نیز به دنبال خواهد داشت. تجربه نشان داده که افراد ورزشکار از عمر طولانی‌تر و مفیدتری برخوردار می‌باشند.

رژیم، نتایج ارزشمندی در پی خواهد داشت.

### فعالیت جسمانی

اثرات مفید فعالیت جسمانی بر عملکرد قلبی عروقی متمرکز شده است. هنگامی که کمک به بیمار در جهت رسیدن به حداکثر سلامتی مورد نظر است، بایستی فعالیت‌های وسیع‌تری را در نظر داشت که شامل سلامت تکاملی، ساختمانی و انعطاف پذیری و سیستم هوازی (قلب و عروقی) نیز خواهد شد. بیمارانی که تحرک کافی و تکامل ماهیچه‌ای و مفصلی طبیعی داشته‌اند، کمتر دچار خونریزی مفصلی و عوارض ناشی از آن می‌شوند. بنابراین ورزش‌های

کافی بودن کثرتی دریافتی از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا نیازهای متابولیک (سوخت و ساز بدن) آنها اغلب با پیشرفت بیماری تغییر می‌یابد.

شواهدی دال بر ارتباط بین رژیم غذایی و احتمال بروز سرطان و دیگر بیماری‌ها وجود دارد. چاقی و دریافت زیاد چربی می‌تواند منجر به بیماری‌های قلب و عروق، سرطان‌های معده، روده بزرگ، کیسه صفرا، کلیه و پستان شود. مصرف الکل نیز احتمال بروز سیروز کبدی، سرطان حنجره و مری را افزایش می‌دهد. کمک به بیماران در انتخاب رژیم غذایی مناسب و فعال کردن و تشویق آنها برای حفظ این

## روز کارگر

کم نیستند لحظاتی که دوران سازند، اگرچه به سادگی زندگی‌اند.

زمانهایی که گذر ایام، ناتوان از ربودن بار نهفته آنهاست.

این لحظات تاریخی حتی اگر خاطره شوند، یا حتی اگر از اسطوره گذشته،

افسانه شوند، باز در جریان زندگی، "خود" می‌مانند.

چراکه انسان در چنین روزهایی، در تلاشهای مستمر زندگی خود،

تولدی نو می‌یابد.

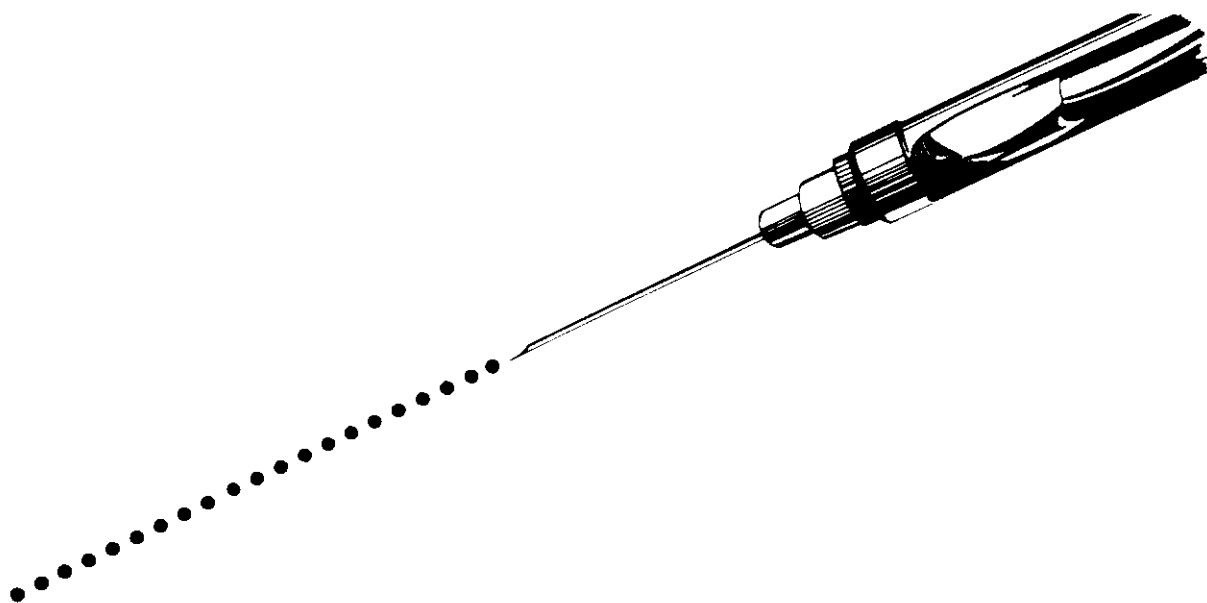
یازدهم اردیبهشت‌ماه یکی از این روزهاست. روزی به

سادگی تمام روزهای زندگی و همه کارگران. روزی گرچه ساده، اما

پرشکوه و شکوهش نه برآمده از یک واقعه، که بارور از عنصر بشری

خود آن است؛ "کارگر". اما این شکوه تنها در یک روز یادگارمان می‌شود:

"روز جهانی کارگر".



## آموزش

## تزریق

## انسولین

### انواع انسولین

فرآورده‌های انسولین دارای سه خصوصیت اصلی است: مدت زمان عمل در بدن، درجه خلوص و منشأ تهیه آن.

مدت زمان عمل این داروها در بدن به سه صورت است:

با اثر کوتاه مدت یا سریع مثل انسولین رگولار (محلول)؛ با اثر متوسط مثل انسولین NPH (ایزوفان) یا انسولین **lente** (سوسپانسیون روی انسولین)؛ و دارای اثر طولانی مثل **ultralente** یا انسولین پروتامین زینک (PZI).

درجه خلوص فرآورده‌های انسولین با میزان پروتئین‌های لوزالمعده‌ای انسولین در این محصولات مشخص می‌گردد.

محتوای پیش انسولین (Proinsulin) معمولاً برای نشان دادن درجه خلوص به کار می‌رود.

### • دکتر بهرام عبدی فرکوش

برای آموزش تزریق انسولین امکانات زیر لازم می‌باشد:

- ظرف حاوی انسولین.
- سرنگ مخصوص و سرسوزن یکبار مصرف.
- پنبه هیدروفیل و الکلی یا سواب‌های الکلی بسته‌بندی شده.

در دهه اخیر انسولینی به کمک فن‌آوری با زیبوندی DNA ساخته شده که توالی اسیدهای آمینه آن همان توالی در انسولین انسانی است.

فرآورده‌های انسولینی انسان کمتر از فرآورده‌های حیوانی، سیستم ایمنی را تحریک می‌کنند، در نتیجه با بدن انسان بیشتر سازگاری دارند.

### تزریق انسولین توسط بیمار

به محض اینکه نیاز به درمان با انسولین مشخص گردید، تزریق انسولین بایستی به بیمار و خانواده وی آموزش داده‌شود.

### نحوه آموزش (با نظارت پزشک)

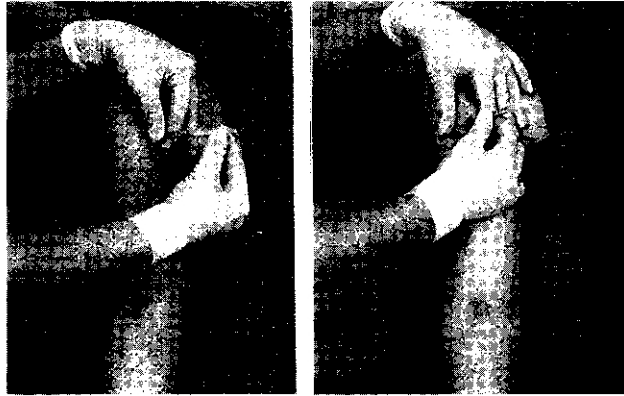
- ۱- سرنگ را با میزان انسولین لازم پر کنید.
- ۲- پوستان را با الکلی تمیز کنید.
- ۳- سرنگ را مانند یک مداد در دست بگیرد.

۴-۱ هر دو تکنیک برای اطمینان از فرورفتن سوزن بین بافت زیرجلدی و خارج از عضله انجام می‌شوند. از فشردن محکم پوست پرهیز کنید، زیرا این عمل می‌تواند عامل شایعی برای عفونت و تورم پوستی باشد.

← ۴- یزشک باید به بیمار نشان دهد که چگونه می‌تواند در پوست ناحیه جنوی ران کشش ایجاد کند (شکل ۱-الف). اگر بیمار لاغر است باید با بلند کردن بافت زیرجلدی توسط انگشتان شست و اشاره یک چین پوستی ایجاد کنید (شکل ۱-ب).

**تزریق انسولین توسط بیمار**

الف - تا هنگامی که سرسوزن به داخل بافت زیرجلدی نفوذ نکرده باشد، سرنگ انسولین پاندول نگاه داشته می‌شود.  
ب - روش جایگزین: در صورتی که بیمار فقط یک لایه نازک از چربی زیرجلدی دارد، باید یک چین پوستی را بین انگشتان ایجاد نمود تا از نفوذ سرسوزن به داخل عضله جلوگیری کرد.



۵-۱ در این نواحی پوست نرمتر است و چربی زیرجلد بیشتری وجود دارد.

← ۵- پس از اینکه به اندازه کافی در تزریق انسولین تبحر پیدا کردید، نواحی دیگر مانند ناحیه فوقانی کفل بازوها، ران، پهلوها و ناحیه فوقانی را انتخاب کنید.

۶-۱ انسولین در این حالت به عمیق‌ترین بافت زیرجلدی نفوذ می‌کند.

← ۶- با کمک یزشک سرنگ را با زاویه قائمه با یک حرکت سریع به داخل پوست فرو کنید (شکل ۱-ب).

۷- چین پوستی را آزاد کنید.

۸-۱ این مانور از کشیده شدن دردناک پوست در هنگام بیرون آوردن سرسوزن جلوگیری می‌کند.

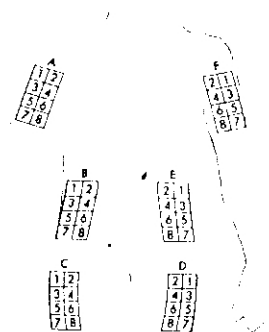
← ۸- پنبه الکل را در مقابل سرسوزن نگاه دارید و به نرمی سرسوزن را بیرون بکشید. ناحیه تزریق را با الکل تمیز کنید.

۹-۱ چرخش منظم و سیستماتیک تزریق در نواحی بدن، پوست را نرم نگاه می‌دارد و موجب جذب هماهنگ انسولین می‌شود.

← ۹- برای تزریق انسولین یک طرح منظم تعیین کنید.

**شکل ۲-**

در هر ناحیه‌ای که می‌خواهید تزریق را انجام دهید، یک سیستم چرخشی ایجاد کنید و میزان جذب را در هر ناحیه نیز در نظر داشته باشید. مالش دادن ناحیه تزریق همچنین در جذب انسولین سرعت ایجاد می‌کند.



## نحوه پرکردن سرنگ انسولین

- ۱- ظرف محتوی انسولین (پروتامین زینک، NPH و لنت) را در بین کف دو دست بغلتانید.
- غلتاندن ظرف در دستان موجب مخلوط شدن انسولین می‌شود.
- ۲- سر ویال انسولین را با پنبه الکل تمیز کنید.
- ۳- به میزانی که نیاز به تجویز انسولین وجود دارد، هوا را به داخل ویال وارد سازید.
- هوای تزریق شده به داخل ویال انسولین، موجب نگه داشتن محتویات ظرف تحت فشار مثبت می‌شود که در نتیجه خروج انسولین را آسانتر می‌سازد.

### نحوه پرکردن سرنگ

#### با مخلوطی از انسولین طولانی اثر و کوتاه اثر

- - سر ویال انسولین را با پنبه و الکل تمیز کنید.
- - به میزان نیاز به تجویز انسولین طولانی اثر، هوا وارد ویال حاوی انسولین طولانی اثر کنید، سپس سوزن را خارج کنید.
- - به میزان نیاز به تجویز انسولین کوتاه اثر هوا وارد ویال کنید و انسولین را خارج کنید.
- - سپس میزان تجویز شده انسولین طولانی اثر را از ظرف خارج سازید.



# مشکلات بیماران در هپاتیت B

• دکتر سید مؤید علویان

متخصص داخلی - فوق تخصص بیماریهای گوارشی - استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیة... (عج)

■ از زمان کشف ویروس هپاتیت B حدود ۲۵ سال می‌گذرد. طی این مدت همگام با پیشرفت علم پزشکی مطالب متعددی در مورد این ویروس، راههای تشخیص، چگونگی ورود به بدن و سیر بالینی آن و نیز عوارض احتمالی در بدن انسان کشف شده است. همه ساله بسیاری از تختهای بیمارستانی توسط بیماران مبتلا به هپاتیت B و عوارض آن اشغال می‌شود. این مسئله علاوه بر ایجاد مشکلات مالی و عاطفی در خانواده‌ها، بار سنگین اقتصادی بر دوش دولت و نهادهای وابسته قرار می‌دهد.

پرداخت آن توسط بیماران ممکن نیست. با توجه به این مسایل نیاز به همت دولت محترم جمهوری اسلامی و یک عزم ملی در جهت اجرای برنامه‌های پیشگیری و درمانی جهت کنترل این بیماری دارد. بسیاری از بیماران به دلیل عدم شناخت زودرس بیماری، در مراحل پیشرفته مراجعه می‌کنند که درمانهای موجود برای آنان مؤثر واقع نمی‌شود. با توجه به این مقدمه به نظر می‌رسد که

ویروس گردش می‌کند و آلوده کننده هستند. طبق مطالعات انجام شده، انتقال از مادران آلوده به نوزادان مهمترین شیوه انتقال می‌باشد. متأسفانه حدود ده درصد از جمعیت دومیونی کشور نیازمند درمان جدی می‌باشند. درمان این بیماری به دلیل طولانی بودن و وارداتی بودن داروها و نیاز به انجام آزمایشها و مراجعه‌های مکرر به پزشک، پرهزینه بوده که امکان

ابتلا به هپاتیت B انتشار وسیعی در سراسر جهان دارد و شیوع آن در مناطق مختلف جغرافیایی کاملاً متفاوت است. شیوع عفونت با این ویروس به عوامل مختلفی بستگی دارد. از جمله این عوامل عادات اجتماعی مانند خالکوبی، حجامت، اعتیاد و ... را می‌توان نام برد. طبق آمارهای موجود در ایران حداقل دو درصد از جمعیت شهری به این بیماری مبتلا بوده و در خون آنها

عدم وجود آموزش‌های صحیح، کافی و وجود ترس بیش از حد سبب شده تا برخی بیماران پس از تشخیص بیماری آنها از محیط کار و اجتماع دوری کرده و به غربت کشیده شوند.

آشنایی بیشتر مردم از طریق افزایش آموزش‌های مناسب سبب برخورد صحیح با این بیماران می‌شود.

#### ۴- ارائه خدمات جنبی

ارائه خدماتی نظیر دندانپزشکی، آندوسکوپی و ... به این بیماران نیازمند مراقبتهای خاص و تأمین بودجه‌های کافی است.

حمایت دولتی پیشنهاد می‌شود. تجربه در مانگاه هیاتیت تهران موفقیت این امر را روشن ساخته است.

#### ۲- عدم وجود بودجه‌های مناسب جهت ارائه خدمات درمانی - بهداشتی

با توجه به گرانی روزافزون داروها، لزوم سرمایه‌گذاری ملی در این مورد مهم است. با پیشرفت علوم و معرفی درمانهای نوین مثل پیوند کلیه میزان بهبودی این بیماران بیشتر شده است. اما اینگونه درمانها پرهزینه است.

#### ۳- وجود مشکل اجتماعی در ارتباط با عدم شناخت صحیح بیماری

خطر ابتلا به بیماری هیاتیت B در اطراف ما وجود دارد و در صورت عدم اهتمام در کنترل آن امکان ابتلای خود و دیگران نیز حتمی است.

مشکلات فعلی بیماران مبتلا به هیاتیت B و راه‌حل‌های پیشنهادی به شرح زیر است:

#### ۱- عدم وجود مرکزیت در ارائه خدمات درمانی و بهداشتی

برای حل این مشکل، تشکیل درمانگاه خاص بیماران هیاتیت در مراکز استان با همکاری سازمان انتقال خون و دانشگاههای علوم پزشکی و اساتید مجرب این رشته و همیاری مردم و

### ناقلین هیاتیت باید به موارد زیر توجه نمایند:

- ۱ - برای بررسی وضعیت کارکند خود جهت معاینات و انجام آزمایشات خون هر ۶ ماه یک بار به پزشک مراجعه نمایند.
- ۲ - کلیه اعضای خانواده (همسر، فرزندان و کسانی که در یک مکان با این افراد زندگی می‌کنند) باید بر علیه هیاتیت (ب) واکسینه شوند.
- ۳ - در صورت مراجعه به دندانپزشک، آزمایشگاه، پزشک و اصولاً هر جای دیگر که خطر انتقال ویروس به دیگران وجود دارد، حتماً آنان را از وجود هیاتیت در بدنشان آگاه کنند.
- ۴ - مشروبات الکلی سبب تشدید بیماری می‌شوند جداً از مصرف آنها پرهیز نمایند.
- ۵ - از اهدای خون خودداری کنند.
- ۶ - افراد چاق تلاش کنند تا اضافه وزن خود را کم کنند.
- ۷ - از وسایل و لوازم شخصی مثل: مسواک، ریش تراش، حوله و ... هرگز به صورت مشترک استفاده نکنند.

# پرستاری در بیماری های کلیه

## ● واحد آموزش بنیاد امور بیماری های خاص

اهمیت دیالیز و دستگاه های تصفیه کننده مصنوعی خون هنگامی برای ما آشکار می شود که به اهمیت کلیه انسان پی ببریم. به طور کلی واضح است که کلیه انسان عضوی بسیار مهم می باشد. اما اندکی که تخصصی تر به کار کلیه توجه کنیم، و همین قدر بدانیم که بیش از ۲۰۰ نوع سم در ادرار وجود دارد، آنگاه بیشتر و بهتر به اهمیت قضایا و به دنبال آن به اهمیت دیالیز و دستگاه های دیالیز پی می بریم. نیاز به دیالیز یا تصفیه مصنوعی

خون زمانی است که کلیه انسان دچار نارسایی پیشرفته گردد که در نتیجه آن مواد زاید ناشی از سوخت و ساز بدن و نیز آب در خون تجمع کرده و موجب ناراحتی و در نهایت مرگ می گردد. در این هنگام برای ادامه حیات دو راه موجود می باشد: یکی پیوند کلیه و دیگری دیالیز. امروزه دیالیز به دو روش انجام می گیرد:

### ۱- دیالیز صفاقی :

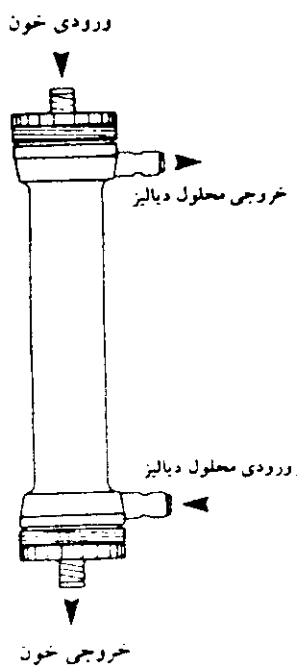
در این روش با گذاشتن یک کاتتر در داخل صفاق طی یک عمل جراحی و تزریق سرم مخصوص در نوبت های زمان بندی شده و خروج سرم، عمل تصفیه خون انجام می گیرد.

### ۲- همودیالیز :

در این روش خون از شریان طی عبور از یک مسیر بسته وارد یک صافی می شود و پس از عبور از طریق ورید وارد بدن بیمار می گردد. عمل تصفیه در داخل صافی انجام می گیرد. صافی یا کلیه مصنوعی از چهار قسمت اصلی ساخته شده است: (شکل شماره ۱)

- ۱- محفظه خون.
- ۲- محفظه مایع دیالیز.

- ۳- پرده نیمه تراوا که حایل بین خون و مایع دیالیز می باشد.
  - ۴- ساختمان نگهدارنده یا بدنه صافی.
- بدنه صافی ها به شکل های مختلف ساخته می شود. یک نوع آن به شکل مستطیل با صفحات موازی (مدل قدیمی) است ولی در حال حاضر نوع استوانه ای آن که مشکل از لوله های مویینه (هائوفایبر) می باشد، متداول است.



جنس غشاهای نیمه تراوا از الیاف طبیعی مانند کاپروپرفان و الیاف مصنوعی مانند پلی سولفان می باشد. در هر صورت در ساخت آن یک فضا برای عبور خون و فضایی نیز برای عبور مایع دیالیز فراهم شده است تا عمل تصفیه در نتیجه فرایندهای ناشی از مجاورت این دو یعنی خون و مایع دیالیز صورت پذیرد (پدیده انتشار، خاصیت اسمز و ترافیلتراسیون، سه عمل عمده در تصفیه خون می باشد).

نکته بسیار مهم در انتخاب این پرده های نیمه تراوا در نظر گرفتن سازگاری زیستی آن می باشد تا حساسیت و همچنین لخته شدن خون به حداقل ممکن برسد. ضمن اینکه فیلتراسیون خوبی داشته باشد. مایع دیالیز نقش مهمی را در عمل دیالیز بر عهده دارد و دارای ترکیب مشخص و معینی از عناصر می باشد. جهت تهیه آن محلول غلیظ و استاندارد دیالیز را با نسبت معینی از آب تصفیه شده و سبک مخلوط می کنند، سپس به داخل صافی و در مجاورت خون قرار می دهند. این بخش از کار و همچنین داشتن یک جریان خون دائم از شریان تا صافی و از صافی تا ورید که وارد بدن بیمار می شود و نیز کنترل مراحل دیالیز و عوامل مؤثر در دیالیز را دستگاهی به نام «ماشین دیالیز» بر عهده دارد (شکل شماره ۲).

ماشین های دیالیز قدیمی از توانایی و قابلیت کم و محدودی برخوردار می باشند، به طوری که قسمت عمده کار از جمله مایع دیالیز از قبل توسط افراد ساخته می شود و در مخزن های مخصوص ریخته و دیالیز آغاز می شود. اما با پیشرفت علم و تکنولوژی و بهره گیری آن در این شاخه سیستم های دیالیز بتدریج پیشرفته تر و دقیق تر شده اند و بر توانایی و قابلیت آن افزوده شده است.

امروزه ماشین های دیالیز به سیستم های دقیق و حساسی مجهز شده اند.

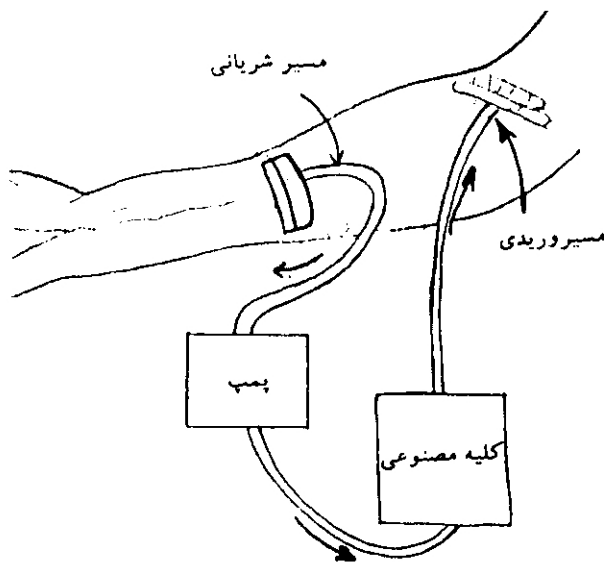
این ماشین ها با بهره گیری از علوم، الکترونیک و کامپیوتر و ریزپردازشگرها به تجهیزات هشداردهنده دقیق و حساسی به منظور کنترل دقیق مراحل دیالیز مجهز شده اند تا یک دیالیز خوب و راحت برای بیمار فراهم گردد. در سیستم های جدید بر آن شده است که با بکارگیری کنترل کننده های حساس و دقیق شرایط و علایم حیاتی در طول مدت دیالیز در حد طبیعی باشد. از جمله مواردی که می توان ذکر کرد، عبارتند از:

- کنترل کننده نشت خون که با بهره گیری از یک آشکارساز نوری نشت خون را با دقت بالایی کنترل و اعلام می نماید (دقت آن حدود ۱۰۰-۲۰۰ ppm می باشد).
- کنترل کننده وجود هوا در مسیر خون

که با استفاده از یک آشکارساز ماورای صوت صورت می گیرد.

- کنترل کننده الکترونیکی دمای مایع دیالیز و ثابت نگه دارنده آن در دمای خون ضمن آنکه در موارد زیر قابل تنظیم می باشد:

- نشان دادن فشارهای شریانی - وریدی
- سرعت جریان خون و قابلیت تنظیم آن -
- ثبت زمان مفید دیالیز - اندازه گیری دقیق میزان الترافیلتراسیون با محاسبه گر حجمی - مخلوط کننده محلول غلیظ دیالیز با آب با دقت بالا و به طور اتوماتیک با نسبت معین و قابل تنظیم در نسبت های دلخواه - قابلیت انجام دیالیز خشک - قابلیت استفاده از یک سوزن - قابلیت های متفاوت و متنوع در شرایط عمومی و خاص.



- ۱- وجود پرده نیمه تراوا
- ۲- مایع دیالیز
- بنابراین، اصل و اساس دیالیز عبارت از تصفیه خون در نتیجه مجاورت خون با مایع دیالیز و فرآیند ناشی از آن می‌باشد.
- به‌طور اتوماتیک اجزای خود و نیز عوامل مهم دیالیز را قبل از شروع دیالیز کنترل کند. با توجه به روند پیشرفت ماشین‌های دیالیز، وجود اشتراک زیر در تمامی آنها حفظ شده است:
- کنترل دقیق فشار بین دو طرف غشای نیمه تراوا به‌طور اتوماتیک - مبادله اطلاعات با دستگاه - پیش‌بینی برنامه‌های متعدد شستشو و ضد عفونی کردن دستگاه. مهمتر از همه قابلیتی که دستگاه بتواند

\* \* \* \* \*

## شش علامت هشدار دهنده بیماریهای کلیه و مجاری ادرار

- ۱) سوزش یا مشکلاتی در حین ادرار (مثل درد) - این علامت‌ها ما را به عفونت دستگاه ادراری مشکوک می‌سازند. البته گاهی مشکلات قسمتهای دیگر مثل پروستات نیز سبب پیدایش این علائم می‌شود.
- ۲) تکرر ادرار بخصوص هنگام شب که احتمال ابتلا به عفونت ادراری و ابتلا به مرض قند (دیابت) با مشاهده این علائم بیشتر است.
- ۳) وجود خون در ادرار یا تغییر رنگ غیرطبیعی آن - علل این حالت بسیار متفاوت است، ولی نباید عفونت‌های ادراری و سرطان را از نظر دور داشت.
- ۴) تورم اطراف چشم‌ها، دست‌ها و پاها بخصوص در کودکان - این علامت نیز دلایل گوناگونی دارد، اما احتمال بیماری‌های کلیه را باید در نظر داشت.
- ۵) احساس درد ناحیه نسبتاً کوچکی از یک یا هر دو پهلو، زیر دنده‌ها - اگر این درد با حرکت شدید نگردد و یا اینکه باعلائم فوق همراه باشد ظن به عفونت‌های کلیوی را تقویت می‌کند.
- ۶) افزایش فشار خون (هیپرتانسیون) ممکن است ناشی از گرفتاری کلیه‌ها یا عروق اصلی آنها باشد.

## بررسی روشهای مقابله، جهت برقراری آرامش و تعادل، در والدین کودکان مبتلا به سرطان در درمانگاههای تخصصی بیمارستانهای آموزشی شهر تهران

● سیما زهری انبوهی  
کارشناس ارشد پرستاری

جدول مقابله جالوویس بوده که روشهای مقابله را در دو قسمت هیجان‌مدار و مشکل‌مدار طبقه‌بندی نموده است. پژوهش در یک مرحله و یک گروه انجام گرفت. بعد از تکمیل پرسشنامه توسط واحدهای پژوهش یافته‌های منتج این مطالعه شامل موارد زیر گردید:

۴/۴۷ درصد زن و ۶/۵۲ درصد مرد با میانگین سنی ۴/۸۷ ± ۳۵/۸۹ بوده که ۳/۵۳ درصد بی‌سواد یا تحصیلاتی در حد ابتدایی داشتند. ۹/۹۰ درصد ساکن شهر و ۴/۸۷ درصد از نوع بیماری کودک مطلع بودند. بیشترین روشهای مقابله مورد استفاده شامل دعا کردن، امیدواری، برخورد منطقی با مشکل، کسب اطلاعات بیشتر و فکر کردن به راه‌حل‌های مختلف می‌باشد. کمترین روشهای مورد استفاده نیز عبارتند از مقصر شمردن دیگران، مصرف داروی مسکن و آرام‌بخش، احساس ناامیدی، اقدام نکردن و همچنین متوسل شدن به شیوه‌های مختلف جهت رفع مشکل.

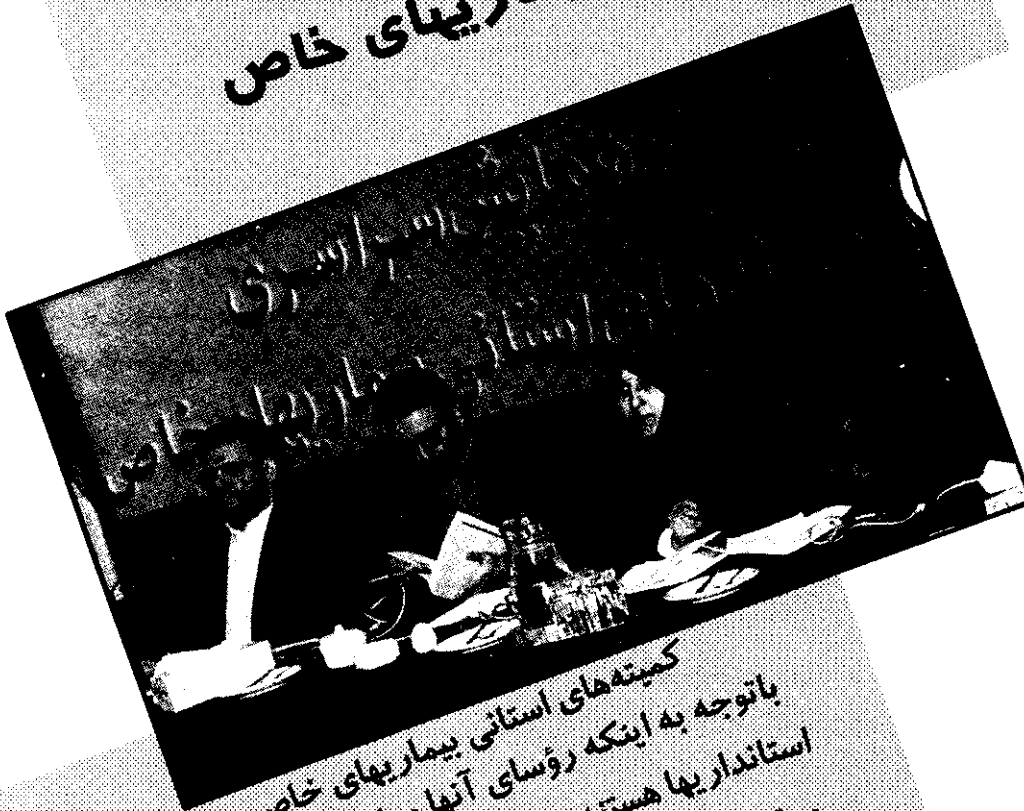
همچنین مشخص گردید که عامل جنس، سن، سطح تحصیلات، اطلاع والدین از بدخیم بودن بیماری کودک و مرحله بیماری از متغیرهای مؤثر در میزان استفاده از روشهای مقابله می‌باشد.

■ وجود بیماری مزمن و یا بدخیم، بیمار و خانواده وی را وادار به ایجاد سازگاری بیشتری می‌نماید و باعث بکارگیری توانایی مقابله‌ای آنان جهت برقراری آرامش و تعادل می‌گردد. روشهای مقابله شامل تمام فعالیتهای شناختی و حرکتی فرد در جهت حفظ تمامیت جسمی و روانی، تصحیح عملکردهای زیان‌بخش و محدود کردن آسیب‌های پیش‌آمده می‌باشد.

با توجه به تعداد قابل ملاحظه بیماران مبتلا به سرطان بخصوص در گروههای سنی مختلف کودکان و روشهای درمانی پرهزینه و طولانی مدت و عوارض ناشی از سیر بیماری و درمانها، والدین این کودکان به عنوان اولین افرادی که در معرض این تنش‌ها قرار می‌گیرند ناگزیر بر اتخاذ روشهایی در جهت تعدیل اثرات تنش‌ها می‌گردند که تحت عنوان "روش‌های مقابله" بررسی می‌گردند.

در این پژوهش هدف، تعیین روشهای مقابله در والدین کودکان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به درمانگاههای تخصصی مراکز آموزشی شهر تهران می‌باشد. بر همین اساس ۳۹۷ نفر از والدین کودکان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به ۷ مرکز آموزشی درمانی دارای واحد انکولوژی در شهر تهران به روش نمونه‌گیری تدریجی در طی ۳ ماه، که کودکانشان بین ۱۲-۱ سال سن داشتند، انتخاب گردیدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌ای برگرفته از

**همایش سراسری  
کمیته‌های استانی  
بنیاد امور بیماری‌های خاص**



با توجه به اینکه رؤسای آنها معاونین محترم  
استاندارها هستند و کلیه سازمانهای واحدهای  
مرتبط با این بیماریها در آن عضو می‌باشند  
می‌توانند نقش مهمی در هماهنگی سازمانهای  
مرتبط جهت کمک به حل مشکلات بیماران  
خاص در سطح استانها داشته باشند.

همایش سراسری کمیته‌های استانی بیماری‌های خاص در روز شنبه ۱۶/۱۲/۷۶ در باشگاه ریاست جمهوری برگزار شد. در این همایش که با حضور خانم فاطمه هاشمی ریاست بنیاد امور بیماری‌های خاص، دکتر لاریجانی دبیر بنیاد امور بیماری‌های خاص، تاج‌زاده معاون سیاسی اجتماعی وزارت کشور، آیت‌اللهی استاندار تهران و رؤسا و دبیران کمیته‌های استانی بیماری‌های خاص تشکیل شد، مسایل و مشکلات بیماری‌های خاص بررسی گردید.

در ابتدای جلسه خانم فاطمه هاشمی ضمن برشمردن اهداف و برنامه‌های بنیاد امور بیماری‌های خاص بر ضرورت توجه هر چه بیشتر به حل مشکلات بیماران خاص اشاره کرد و گفت: کمیته‌های استانی بیماری‌های خاص با توجه به اینکه رؤسای آنها معاونین محترم استاندارها هستند، می‌توانند نقش مهمی در هماهنگی سازمانهای مربوط جهت کمک به حل مشکلات بیماران خاص در سطح استانها داشته باشند.

وی در ادامه مهمترین وظایف کمیته‌های استانی را چنین بیان کرد:

۱- بررسی مشکلات بیماران و پیگیری حل آنها از طریق سازمانهای اجرایی استان و هماهنگ نمودن فعالیت‌های سازمانها و نهادهای مختلف.

۲- بهبود وضعیت بیماران و رفع مشکلات آنان بر اساس راهکارهای منطقی و ابتکاری.

۳- مشارکت در امر آموزش و پیشگیری.

۴- گسترش امکانات و تجهیزات وابسته در استانها.

۵- هدایت امدادرسانی توسط سازمانهای مختلف از جمله کمیته امداد، بهیستی، انجمنهای حمایت از بیماران و خیریه‌ها.

وی از کمیته‌های استانی خواست که با ائمه جماعات، آموزش و پرورش، صدا و سیمای استان و افراد خیر ارتباط تنگاتنگ و مستمر داشته باشند. سپس آقای دکتر لاریجانی دبیرکل بنیاد امور بیماریهای خاص طی سخنانی در مورد وضعیت قبلی و فعلی بیماران خاص در کشور، به پیشرفت‌های چشمگیر حاصل در این زمینه پس از آغاز فعالیت بنیاد اشاره نمودند.

دکتر لاریجانی گفت: سال جاری بی سابقه‌ترین سال از نظر پیوند کلیه بود و حدود ۱۲۰۰ پیوند کلیه در کشور انجام شد که یکی از دلایل مهم آن فعالیت بنیاد در قالب‌های تبلیغی و هدایای ایثار بوده است. ایشان در ادامه سخنان خود اعلام نمودند که از سال آینده مشکل بیمه تک‌نتری بیماران خاص با مصوبه اخیر مجلس حل خواهد شد و امید است کلیه‌دهندگان تا ۱۰ سال از پرداخت هزینه‌های بیمه معاف شوند و در آینده نزدیک بانک اطلاعاتی منظم برای اطلاعات کامل در مورد پیوند، دادن کُد ملی به بیماران خاص، گسترش پیوند از جسد و حمایت از فعالیت‌های علمی و اجتماعی استانها درباره بیماریهای خاص صورت خواهد گرفت. وی همچنین به تعداد زیاد بیماران خاص در کشور که بجز دیابت و سرطان‌ها حدود ۳۵۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰ نفر می‌باشند، اشاره نمود و حل

مشکلات گوناگون آنها را منوط به همکاری تمامی سازمانهای دولتی و مردمی در استانها دانست.

در ادامه همایش، تاج‌زاده معاون سیاسی اجتماعی وزارت کشور با تأکید بر ضرورت تشکیل کمیته‌های استانی از سوی معاونین سیاسی امنیتی استاندارها و پیگیری مستمر مسصوبات و صورت‌جلسات مربوط گفت: شاید از مهمترین امور در شرایط حاضر ایجاد نهادهای مدنی مستقل از دولت و فعال در جامعه است که در این راستا بنیاد بیماریهای خاص می‌تواند یک نهاد مدنی موفق باشد، به گونه‌ای که کمک‌های همگانی را دریافت نماید ولی در فعالیت‌هایش به صورت تخصصی عمل نماید. وی همچنین بر اهمیت نقش شخصیت‌های حقیقی فعال و کارآمد در پیشبرد اهداف بنیاد تأکید نمود و از استاندارها خواست تا آنجا که توان دارند، در گسترش فعالیت‌های مربوط به بیماریهای خاص در استانها دریغ نورزند. وی به کمیته‌های استانی توصیه نمود که توجه خود را به مردم معطوف دارند و توجه کنند که مردم خود را متولی اصلی این فعالیتها بدانند.

مهندس آیت‌اللهی استاندار تهران نیز ضمن تأکید بر لزوم وجودی حرکت بنیاد امور بیماریهای خاص و مشارکت استاندارها در این راه گفت: مهمترین کار کمیته‌های استانی، هماهنگی بین دستگاه‌ها و نهادهای مختلف دولتی و مردمی در جهت حل مشکلات بیماران خاص است که در حقیقت محور هماهنگی استاندارها هستند. وی در ادامه گفت: همچنین در استانها به دلیل حجم کمتر بیماران، آسانتر می‌توان مشکلات آنها را حل نمود.

در ادامه مقدّم معاونت درمان کمیته امداد امام خمینی اعلام نمود، کمیته امداد تقبل نموده که ۵۰۰۰ بیمار خاص

را از نظر پرداخت هزینه‌های بیمه سرویس‌دهی نماید.

دکتر خالق‌نژاد مدیرعامل سازمان خدمات درمانی گفت: در کل کشور ۱۲۳۷۶ نفر بیمه شده خاص داریم که از این بین ۱۱۲۱۰ نفر بیمه خویش فرما شده‌اند. وی در ادامه با اشاره به هزینه بسیار سنگین بیمه این بیماران، راه‌حل اصلی کاهش بار مالی سازمان را بیمه شدن تمامی افراد جامعه عنوان کرد.

در ادامه دکتر ابطیحی معاون درمان سازمان تأمین اجتماعی گفت: سازمان تأمین اجتماعی با دو روش مستقیم و غیرمستقیم در جهت حل مشکلات بیماران خاص تلاش می‌کند. با روش مستقیم (مثل تأسیس مراکز درمانی و تجهیز دستگاه‌ها) تمام بیماران خاص را تحت پوشش قرار دهد و در بخش غیرمستقیم هزینه بیمه بیماران را پرداخت نماید. وی مشکل عمده را عدم طبقه‌بندی جامع و آمار دقیق بیماریهای خاص دانست و نوید داد که بزودی درمانگاه‌های مراقبت از بیماران دیابتی و مراکز سرپایی برای بیماران روانی در واحدهای تابعه سازمان راه‌اندازی خواهد شد.

دکتر شفعی جندقی دبیر شورای دیالیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: سعی ما در وزارت بهداشت بر این است که جایجایی اعتبارات و صرف بودجه به گونه‌ای باشد که اولویت‌ها در نظر گرفته شود و به مشکلات اصلی بیماران خاص پرداخته شود.

در ادامه دکتر راسل مسئول دبیرخانه شورای عالی بیمه بر حرکت به سمت جداسازی هزینه‌های بیماران از سازمانهای بیمه‌گر و پرداخت مستقل این هزینه‌ها توسط دولت تأکید نمود.

سپس همایش با سخنان رؤسا و دبیران کمیته‌های استانی دنبال شد و آنها



بدین مشکلات خاص مراکز خود و راهکارهای اتخاذ شده، به بحث و گفتگو در مورد این معضلات پرداختند. آنگاه گزارشی از فعالیتهای کمیته‌ها را در سال جاری ارائه نمودند.

#### مشکلات عمده استانها عبارتند از:

- مشکلات بیمه بیماران خاص و پرداخت هزینه‌های آنها.
- کمبود تجهیزات و محل ارائه خدمت.
- کمبود داروهای اختصاصی مثل فاکتورهای ۸ و ۹ برای بیماران هموفیلی.
- مشکلات جنینی بیماران و خانواده‌های آنها از جمله هزینه ایاب و ذهاب بیماران به مراکز درمانی و اسکان خانواده‌های آنها تا مشخص شدن تشخیص یا طی دوره درمانی بیماران.
- مراجعه انبوه بیماران به کمیته‌های استانی به دلایل مختلف.
- تقاضای بیماران سرطانی از کمیته‌ها برای ارائه خدمات.
- عدم همکاری برخی از مراکز درمانی از پذیرفتن بیماران خاص و ارجاع آنان به استانداریها.
- مشکلات فرهنگی در مناطق مختلف. برخی از ابتکارات و فعالیتهای انجام شده در استانها عبارت است از:
- استفاده از تسهیلات بانکی در جهت تسریع روند ساخت مراکز درمانی و فعال نمودن شرکت پزشکان در امر درمان بیماران خاص با ارائه کارت به بیماران (استان کرمان).
- اختصاص تعدادی واحد مسکونی بنیاد مسکن به بیماران خاص مستضعف (استان اردبیل).
- پرداخت هزینه‌های دارویی تمام بیماران خاص توسط خیریه‌ها و هلال احمر و تأسیس کلینیک دندانپزشکی و بخش خدمات فیزیوتراپی ویژه بیماران تالاسمی (استان اصفهان).

■ طرح ساخت نفاختگاه و کلینیک مشاوره برای بیماران با کمک نهیستی و کمیته امداد (استان چهارمحال وبختیاری).

■ اختصاص فروشگاه تعاونی برای خرید بیماران و خانواده‌های آنها (استان مرکزی).

■ برپایی نمایشگاه عرضه مستقیم کالا و پرداخت سود آن جهت بیماران خاص (استان هرمزگان).

■ آموزش پزشک عمومی ویژه بیماران خاص و پرستار تمام وقت (استان گیلان).

در ادامه پیشنهاداتی جهت گسترش فعالیت‌های بنیاد در استان ارائه گردید که مهمترین آنها عبارتند از:

■ تعیین گروه‌های همکار پزشکی و پرستاری آشنا به مشکلات بیماران خاص از طرف دانشگاه‌های علوم پزشکی.

■ تشکیل جلسات کمیته‌های استانی هر ۳ ماه یکبار و ارائه راهکارها و بیان مشکلات.

■ توجه بیشتر به بیماران سرطانی و دیابتی و روانی از طرف بنیاد.

■ بررسی راههای افزایش اهدای عضو و پیوند از جسد.

■ فعال نمودن بخش کارشناس بیماریهای خاص در دانشگاه‌ها.

■ فعالیت بیشتر کمیته‌امداد برای حل مشکلات جنینی بیماران.

■ وارد کردن بحث بیماریهای خاص به کتب درسی.

■ تشکیل انجمن‌های حمایتی از خانواده‌های بیماران.

■ تشکیل و فعال نمودن کمیته‌های مددکاری اجتماعی.

■ آموزش مسایل تالاسمی و ازدواج در دبیرستانهای دخترانه.

■ ایجاد امکاناتی که منابع مالی مستمری را برای کمیته‌های استانی ایجاد نماید.

## اهداف کمیته‌های استانی

- ۱- بررسی مشکلات بیماران و پیگیری حل آنها از طریق سازمانهای اجرایی استان و هماهنگ نمودن فعالیت‌های سازمانها و نهادهای مختلف.
- ۲- بهبود وضعیت بیماران و رفع مشکلات آنان بر اساس راهکارهای منطقه‌ای ابتکاری.
- ۳- مشارکت در امر آموزش و پیشگیری.
- ۴- گسترش امکانات و تجهیزات وابسته در استانها.
- ۵- هدایت امداد رسانی توسط سازمانهای مختلف از جمله کمیته امداد، نهیستی، انجمن‌های حمایت از بیماران و خیریه‌ها.

# آشنایی با کمیته امور بیماریهای خاص

## استان یزد

استان یزد با ۷۶۱۵۶ کیلومتر مربع مساحت، در قلب ایران اسلامی قرار دارد. همسایگان این استان را در نواحی شمال و نمان شرقی استان اصفهان، در غرب و جنوب غربی استان فارس، در شرق استان خراسان و در جنوب و جنوب شرقی استان کرمان تشکیل می‌دهند.

یزد به تعبیری پایتخت کویر، عروس کویر، مروارید کویر و نگین کویر نام گرفته است و این حالات گویای این است که یزد در منطقه‌ای که دورتادور آن را کویر گرفته است، قرار دارد. اما مناطق مسکونی و بویژه مناطق عمده جمعیتی آن همچون نگین بر حلقه کویرهای مرکزی ایران می‌درخشد. بناهای قدیمی و تصاویر ارزنده‌ای که از خشت خام در این منطقه وجود دارد، بیانگر درخشانترین معماریها و شهرسازیهای باستانی با هویت فرهنگی اصیل است. سخت‌کوشی و مبارزه با طبیعت ناسازگار منطقه، از دیگر ویژگیهای فرهنگی مردم این سامان است که در قالب قنات‌ها و دیگر مشخصه‌های تمدنی و معیشتی خاص منطقه قابل رؤیت است.

مردمان یزد از نظر پایدی به اصول و مبانی اعتقادی شهرت خاصی دارند. مجموعه همین ویژگیها و خصوصیات است که از آنها در طول تاریخ تصویری مثبت در کلیه ابعاد فرهنگی و اجتماعی به دست داده است که بسیاری از افراد غیریزدی و حتی غیرایرانی نیز به آن اعتراف دارند. شاید مصداق بارزی از آن

در کلام بنیانگذار جمهوری اسلامی و رهبر عظیم‌الشان انقلاب حضرت امام خمینی (ره) آمده است، آنجا که می‌فرمایند: "من امیدوارم یزد نمونه‌ای باشد برای سایر استانها".

### تأسیس کمیته استانی یزد

در نخستین گردهمایی نمایندگان استانداریهای سراسر کشور که با دعوت بنیاد امور بیماریهای خاص در تاریخ ۷۵/۱۰/۱۰ در محل باشگاه نهاد ریاست جمهوری تشکیل گردید، قطعنامه‌ای صادر شد که در بند یازدهم این قطعنامه پیشنهاد تشکیل کمیته امور بیماران خاص در سطح استانها توسط استانداران محترم ارائه شده بود. آیین‌نامه پیشنهادی بنیاد امور بیماریهای خاص در جلسه تاریخ ۷۶/۳/۴ هیئت محترم وزیران طی ۱۱ ماده به تصویب رسید.

بر همین اساس با پیگیریهای مسئولین محترم استان، اولین جلسه رسیدگی به امور بیماران خاص به ریاست معاون محترم سیاسی و امنیتی و با حضور سرکار خانم خالقی نماینده بنیاد در تاریخ ۷۵/۱۱/۱۳ در محل استانداری تشکیل گردید.

جلسه کمیته امور بیماریهای خاص استان در تاریخ ۷۶/۱۱/۳۰ با حضور آقای دکتر جوادسعید تهرانی قائم مقام دبیرکل محترم بنیاد امور بیماریهای خاص، آقای صحرائی معاون محترم سیاسی امنیتی استانداری و رئیس کمیته بیماریهای

خاص استان و دیگر اعضای این کمیته در محل سائن شهید حمیدیا استانداری تشکیل گردید.

آقای دکتر جوادسعید تهرانی اظهار داشتند علیرغم برخی محرومیتها در استان یزد کارها خوب پیش می‌رود و دانشگاه علوم پزشکی هم خیلی خوب عمل کرده است. البته کارهای زیادی هست که باید انجام شود. خوشبختانه مشکل دارو رسانی به مراکز درمانی در استان یزد وجود نداشته است و همه بیماران از این موضوع رضایت داشتند. ما در زمینه تبلیغات به مردم توجه ویژه‌ای داریم. مردم را باید با کمیته بیماران خاص و اهداف آن آشنا و ترغیب به کمک نمود. در این زمینه روحانیون می‌توانند نقش بسزایی جهت شناساندن بهتر بیماریهای خاص به مردم جهت پیشگیری و جذب کمکهای مردمی داشته باشند. از جمله طرح موضوع در خطبه‌های نماز جمعه توسط ائمه جمعه سراسر استان بسیار مثبت خواهد بود.

### آمار بیماران خاص

از مجموع ۶۸۴۸ بیمار خاص در سطح استان، ۹۸ نفر تالاسمی، ۱۱۰ نفر هموفیلی، ۷۱ نفر دیالیزی، ۶۹ نفر پیوندی و حدود ۶۵۰۰ نفر را بیماران دیابتی تشکیل می‌دهند. برای درمان بیماران خاص، در استان یزد در مجموع ۸ مرکز درمانی شامل یک مرکز تالاسمی، یک مرکز هموفیلی، ۵ مرکز دیالیز و یک مرکز دیابتی وجود دارد. در ضمن تعداد ۳۲

- ۱۰- اخذ مجوز از استاندار محترم جهت منظور دریافت کمک از شهر در بهار
- ۱۱- راه اندازی مراکز درمانی بیماران دیالیز در اکثر شهرستانها.
- ۱۲- ایجاد وحدت رویه بین اعضا در راستای برنامه ریزی و حل مشکلات بیماران خاص.
- ۱۳- رفع مشکل ایاب و ذهاب بیماران شهرستانی با هماهنگی فرمانداران و بخشداران تابعه استان.
- ۱۴- حل مشکل بیماران خاص در صورت ابتلا به بیماریهای دیگر (توسط مراکز خیریه استان).

- به منظور کاهش شیوع بیماری تالاسمی.
- ۵- اعطای کمکهای مالی از سوی استانداری به منظور تعمیر و تجهیز ساختمان مرکزی امور بیماریهای خاص.
- ۶- انجام امور آموزشی و تبلیغاتی در راستای کاهش تعداد بیماران خاص.
- ۷- اخذ مبلغ ده میلیون ریال از شهرداریها به منظور کمک به بیماران خاص در سال ۱۳۷۵.
- ۸- تشکیل انجمن بیماران تالاسمی، هموفیلی و کلیوی.
- ۹- افتتاح حساب به نام کمیته امور بیماران خاص برای دریافت کمکهای مردمی و دولتی.

دستگاه دیالیز در سطح استان موجود می باشد.

## گزارش عملکرد کمیته امور بیماریهای خاص استان

اهم مصوبات و اقدامات کمیته امور بیماریهای خاص استان یزد به شرح زیر است:

- ۱- جمع آوری آمار بیماران خاص.
- ۲- تعیین محلی برای مراجعه و حل مشکل بیماران.
- ۳- ایجاد تشکیلات اجرایی مناسب برای انجام امور مربوط به بیماران خاص.
- ۴- اجرای طرح غربالگری مزدوجین

**بزرگترین مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی بیماری های سرطان را در خاورمیانه با همت شما مردم خواهیم ساخت.**

### دقت کنید :

**هر شهروند ایرانی، اگر تنها ۱۰۰ تومان بدهد، به زندگی هزاران بیمار که از سرطان رنج می برند، کمک خواهد کرد.**

## بازدید

# از مراکز درمانی بیماران خاص قم

■ **مسرکز پیسیبشگیری از تالاسمی قم در ۵ ماه گذشته ۶۰۰۰ زوج مراجعه کنندده داشته است.**

■ **مرکز دیالیز بیماران کسامکار قم با ۲۶ دستگاه دیسالیز به ۱۳۰ بیماران دیالیزی سرویس می‌دهد.**

■ **مرکز دیالیز بیماران شهید بهشتی قم توسط خانم فاطمه هاشمی افتتاح کردید که با ۱۱ دستگاه دیسالیز سه بیماران زن سرویس می‌دهد.**

مرکز پیشگیری تالاسمی قم در پنج ماه گذشته ۶۰۰۰ زوج مراجعه کننده داشته است که جهت آزمایش شناسایی ناقلین تالاسمی قبل از ازدواج به این مرکز مراجعه نموده‌اند. از این تعداد ۱۵۰ نفر دارای ژن تالاسمی مینور بودند.

به بررسی وضعیت توزیع دارو و نحوه درمان این بیماران پرداخت.

در حال حاضر استان قم حدود ۱۵۰ بیمار تالاسمی دارد که این بیماران برای امور درمانی خود تنها از یک اتاق ۸ تختی به عنوان مرکز درمانی استفاده می‌کنند.

با اهدای ساختمانی قدیمی که از طرف فرد خیری در اختیار انجمن تالاسمی قرار گرفته و با تلاش انجمن تالاسمی و کمیته بیماریهای خاص قم در حال بازسازی است، مکان مناسبی برای درمان بیماران تالاسمی و هموفیلی فراهم خواهد شد. خانم هاشمی ضمن موافقت با مشارکت بنیاد اموریبیماریهای خاص در زمینه تکمیل و آماده‌سازی ساختمان مزبور اعلام کرد بنیاد امور بیماریهای خاص تجهیزات درمانی مورد نیاز این مرکز را پس از آماده شدن تهیه و اهدا می‌نماید. در استان قم ۵۲ بیمار هموفیلی به پایگاه انتقال خون و یا مرکز تالاسمی مراجعه می‌نمایند که در حال حاضر برای تهیه فاکتورهای انعقادی دچار کمبود و مشکل می‌باشند.

خانم فاطمه هاشمی، رئیس بنیاد اموربیماریهای خاص و هیأت همراه در روز چهارشنبه ۷۶/۱۱/۱۵ به منظور بازدید از مراکز درمانی بیماران خاص، افتتاح مرکز دیالیز شهید بهشتی و شرکت در جلسه کمیته بیماریهای خاص به استان قم عزیمت نمودند.

ایشان ضمن بازدید از مرکز دیالیز بیمارستان کامکار قم با بیماران دیالیزی و کادر درمانی از نزدیک به گفتگو پرداخت. فانیل ذکر است که این مرکز با ۲۶ دستگاه دیالیز به ۱۳۰ بیمار دیالیزی سرویس می‌دهد. به گفته مسئول مرکز دیالیز از ابتدای اجرای طرح هدیه ایثار توسط بنیاد اموربیماریهای خاص ۳۱ مورد پیوند کلیه در سطح استان قم انجام گرفته که ۳۰ مورد آن موفقیت آمیز بوده است، اما در حال حاضر بیماران پیوندی برای تهیه داروهای مورد نیاز دچار مشکل می‌باشند. در ادامه، رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص با حضور در مرکز درمانی بیماران تالاسمی قم و گفتگو با بیماران تالاسمی، هموفیلی و خانواده‌ها

۶ زوج مینور نیز شناسایی شده‌اند که پس از مشاوره ۴ زوج از ازدواج منصرف شده‌اند.

مرکز دیالیز بیمارستان شهید بهشتی قم نیز با حضور مسئولین استان توسط خانم فاطمه هاشمی افتتاح شد. این مرکز که مختص خانم‌ها می‌باشد، دارای ۱۱ دستگاه دیالیز می‌باشد و توسط دانشگاه علوم پزشکی فاطمیه قم با کمک بنیاد امور بیماریهای خاص به بهره‌برداری رسیده است.

در این روز کمیته بیماریهای خاص استان نیز با حضور خانم فاطمه هاشمی در محل استانداری قم تشکیل شد. آنگاه مسئولان مربوطه و اعضای کمیته مسایل و مشکلات موجود در استان را مطرح نمودند.

سپس رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص ضمن برشمردن اهداف این مرکز گفت: در حال حاضر مهمترین مشکل بیماران خاص عدم هماهنگی و برنامه‌ریزی سازمانهایی است که مرتبط با این بیماران هستند. هر یک از این سازمانها علیرغم داشتن اعتبارات و امکانات نمی‌توانند خدمات مطلوبی به بیماران ارائه نمایند.

وی افزود: دیگر مشکل بیماریهای خاص عدم آشنایی و آگاهی بیماران، خانواده‌ها و کادر درمانی نسبت به بیماری است که در این زمینه لازم است به بیماران و کادر درمانی آموزش کافی

ارائه شود.

خانم هاشمی گفت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی درمان بیماران در سراسر کشور است و وظیفه دارد در کلیه مراکز درمانی کشور بخش‌های درمانی بیماران خاص را فراهم آورد که متأسفانه علیرغم تلاش‌های زیادی که انجام می‌شود، تاکنون ارائه خدمات به بیماران خاص به‌طور سلیقه‌ای اجرا شده است.

\*\*\*\*\*

**حجة الاسلام والمسلمین  
طه هاشمی نماینده مجلس  
شورای اسلامی:**

**تصمیم‌گیری در مورد بودجه این  
بیماریها نیاز دارد تا نمایندگان  
مجلس شورای اسلامی اطلاعات  
شفاف‌تری نسبت به وضعیت این  
بیماران داشته باشند.**

\*\*\*\*\*

بنیاد امور بیماریهای خاص آمادگی دارد تا در کنار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با بهره‌گیری از کمک افراد خیر در ایجاد مراکز درمانی بیماران خاص و ارائه خدمات مطلوب‌تر به این بیماران مشارکت نماید.

**مهمترین مشکلات مطرح شده در  
سطح استان قم عبارتند از:**

۱- عدم توزیع داروهای تخصصی بیماریهای خاص در سطح استان قم بویژه اپرکس و ساندریمون.

۲- عدم توانایی در پرداخت فرانشیز سرپایی.

۳- کمبود یمپ دسفرال.

۴- نیاز به انجام آزمایش فریتین جهت تعیین میزان تزریق دسفرال به بیماران تالاسمی.

۵- عدم وجود متخصص جهت معاینه بیماران.

۶- عدم توانایی بیماران در پرداخت فرانشیز دارویی (بخصوص اپرکس و ساندریمون).

۷- عدم توجه به سختی کار و شرایط پرستاران شاغل در بخش دیالیز.

در پایان جلسه کمیته بیماریهای خاص استان قم، حجة الاسلام والمسلمین طه هاشمی نماینده مجلس شورای اسلامی ضمن برشمردن توجه مجلس شورای اسلامی به بیماریهای خاص در بودجه سال آتی گفت:

تصمیم‌گیری در مورد بودجه این بیماریها نیاز دارد تا نمایندگان مجلس شورای اسلامی اطلاعات شفاف‌تری نسبت به وضعیت این بیماران داشته باشند.

وی با تشکر از بنیاد امور بیماریهای خاص جهت اقداماتی که تاکنون برای بهبود وضعیت درمانی بیماران خاص انجام داده است، خواستار ارائه اطلاعات جامع از سوی این بنیاد به نمایندگان مجلس جهت تصمیم‌گیریهای آتی شد.

**هزینه‌های درمانی بیماران خاص بسیار گران است**

**با کمک‌های خود زندگی را بر آنان گوارا سازید.**

# معرفی مرکز درمانی سوده

دکتر سید محمد سعید بنی هاشمیان - رئیس مرکز درمانی سوده

دستگاه‌ها از جدیدترین انواع ماشین‌های همودیالیز است که بسیار دقیق و در عین حال ظریف می‌باشند. کار بخش دیالیز ابتدا با پذیرش ۵ بیمار دیالیزی شروع و بتدریج بر تعداد بیماران افزوده شد. در حال حاضر تعداد بیماران حدود ۱۴۰ بیمار همودیالیزی می‌باشد که در دو نوبت صبح و عصر تحت همودیالیز قرار می‌گیرند. بیماران به صورت ماهیانه مورد آزمایش‌های مختلف قرار گرفته و توسط پزشک فوق تخصص کلیه ویزیت می‌شوند که در صورت نیاز دستورات درمانی آنان تغییر می‌کند. در ضمن در مواقع اورژانس پزشکان عمومی و متخصصین جهت مداوای بیماران مرکز آمادگی داشته و

نیازهای پزشکی این بیماران را چه از نظر ابتلا به سایر امراض و چه از نظر راهنمایی آنان جهت معرفی به سایر بخش‌های تخصصی مرتفع می‌سازند. خوشبختانه با برخورداری از تجهیزات جنبی مخصوص دستگاه‌های دیالیز مشکلات امر دیالیز بسیار کاهش یافته و اغلب بیماران بعد از مدتی به شرایط مطلوب‌تری از نظر جسمی دست می‌یابند.

مرکز درمانی سوده در ۲۵ کیلومتری جنوب غربی تهران در شهرک واوان واقع گردیده است. این مرکز به همت سرکار خانم فاطمه هاشمی و به دست سردار کبیر سازندگی حضرت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی در تاریخ ۱۶ اسفند ماه ۱۳۷۴ به منظور خدمت‌رسانی به بیماران ساکن در نواحی محاور مرکز دایر گردیده است. بسیاری از مراکز با توجه به شرایط اقتصادی، اجتماعی منطقه به‌طور عمده از اقشار کم‌درآمد محدوده جنوب غربی تهران می‌باشند. لازم به ذکر است که تمامی خدمات ارائه شده به این بیماران رایگان می‌باشد.

هدف اصلی تأسیس این مرکز دیرنمودن مرکز همودیالیزی با ظرفیت بالا جهت رفع کمبود موجود در تهران بزرگ بوده است.

بخش همودیالیز دارای ۶ سالن با ظرفیت ۳۵ دستگاه دیالیز می‌باشد. این

امکان از تحت پوشش قرار دادن تعداد بیشتر بیماران خودداری می‌شود.

در اردیبهشت ماه سال ۱۳۷۶ همزمان با سالروز تأسیس بنیاد امور بیماریهای خاص، درمان بیماران تالاسمی و هموفیلی کسه عنبر رعم سکونت در محدوده شهرستانهای اسلام‌شهر و ریاض کریم، در تهران تحت درمان قرار داشتند بنابراین این مرکز واگذار گردید. در حال حاضر این بخش ۳۲ بیمار تالاسمی و ۲۲ بیمار هموفیلی را تحت پوشش دارد که در بهار ۷۷ تعداد بیماران تالاسمی سه ۵۰ و هموفیلی به ۴۵ بیمار خواهد رسید.

یکی از بخش‌های بسیار مهم مرکز که

و بعد از گذشت چند ساعت خارج نمودن آن، سموم خود را دفع می‌نماید. این روش به دلیل استقلال بیماران از مراکز دیالیز و کم‌هزینه‌تر بودن آن نسبت به همودیالیز روش بسیار مطلوبی می‌باشد، اما اگر بیمار نتواند شرایط مطلوب بهداشتی را رعایت نماید ممکن است بسیار پرعارضه گردد. مهمترین نکته همان استقلال بیمار و عدم وابستگی کشور به دستگاه‌های دیالیز

در تیرماه سال ۱۳۷۵ با حمایت‌های ریاست محترم بنیاد امور بیماریهای خاص بخش دیالیز صفافی با یک بیمار شروع به کار نمود. در این روش به دستگاه‌های دیالیز نیازی نبوده و شخص بیمار با تزریق محلولهای مخصوص در داخل حفره شکم

پس از پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی تعداد مراکز دیالیز کشور به ۱۷۵ مرکز افزایش یافته است که دارای حدود ۱۵۰۰ دستگاه دیالیز می‌باشند. تعداد بیماران دیالیز در حدود ۷۸۰۰ نفر می‌باشند که به این مراکز مراجعه می‌نمایند. هر بیمار دیالیزی به طور متوسط ۱۴۲ بار در سال دیالیز می‌شود و تعرفه و هزینه ست و صافی هر بار دیالیز حدود ۱۳۰۰۰۰ ریال است که بیماران در مراکز دیالیز به طور رایگان دیالیز می‌شوند.

خوشبختانه روز بروز مجهزتر و کارآمدتر گردیده، بخش آزمایشگاه این مرکز است که با تهیه مکانی در مجاورت ساختمان اصلی از جهت فضای فیزیکی وسیع و مستقل می‌باشد. این آزمایشگاه از پیشرفته‌ترین تجهیزات آزمایشگاهی روز که خصوصاً مورد نیاز بخش‌های دیالیز، تالاسمی و هموفیلی می‌باشد، برخوردار بوده و حتی توانسته خدمات با کیفیت بالایی را به مراجعین آزاد ارائه دهد. این بخش به دستگاه‌های سل‌کانتراکتروفورز آنالیزر، لئونومتر و انکترونیست آنالیزر مجهز بوده و دارای واحدهای فعال بیوشیمی، سرولوژی، میکروبیولوژی و هماتولوژی بانک خون می‌باشد. از جمله بخش‌های فعال مرکز در مانی

است که با آموزش دقیق و پیگیری بیماران در تمامی مراحل می‌توان معضلات آن را تا حد زیادی کاهش داد. این بخش توانست تعداد بیماران خود را به ۴۰ بیمار برساند. این بیماران اغلب در شهرستانهای بسیار دور دست کشور، تحت نظارت و حمایت این مرکز دیالیز صفافی می‌شوند و فقط ماهیانه جهت ویزیت و انجام برخی آزمایشها و یا تغییر شکل درمان به این مرکز مراجعه می‌نمایند.

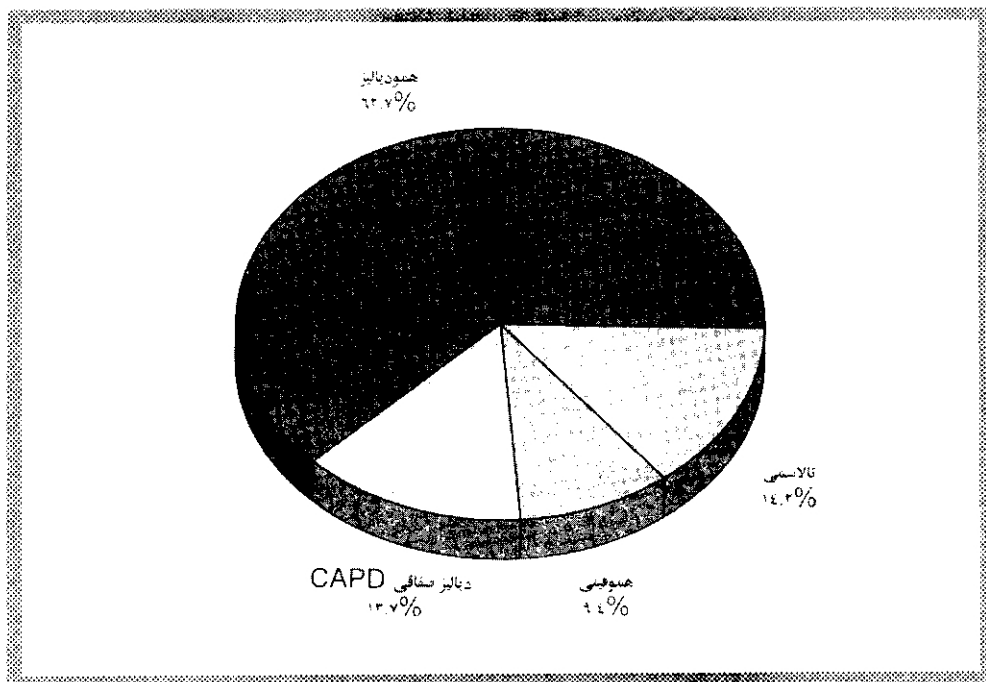
در حال حاضر بیشتر سعی بر افزایش کیفیت این بخش قرار گرفته است که تا حد



داشتن مجتمع مسکونی حمایتی برای بیماران در مجاورت مرکز است که مشکل اصلی بیماران را که همانا نداشتن مسکنی مناسب می‌باشد، حل نموده است. در حال حاضر با آسان شدن شرایط انجام پیوند کلیه و با مساعدت بنیاد امور بیماریهای خاص تعداد قابل توجهی از آنان با انجام پیوند کلیه به وضعیت ایده‌آلی دست یافته‌اند.

امکانات مرکز تاکنون بیش از یازده پایان‌نامه کاربردی در سطح دکترای عمومی و تخصصی انجام پذیرفته است که بهترین نمونه آن رساله مقایسه دیالیز صفاقی با دیالیز خونی در شاخص‌های بیوشیمیایی خون بوده است. یکی از بهترین اثرات اجرای این پایان‌نامه‌ها بهبود کیفیت درمان این مرکز می‌باشد. از مزایای منحصر بفرد این مرکز

سوده واحد آموزش مرکز است. آموزش پرسنل به آموزش همودیالیز برای پرسنل شاغل در این مرکز منحصر نشده بلکه تاکنون در دوره‌های مختلف این مرکز، پرسنل سایر شهرستانها دوره آموزش همودیالیز را گذرانده‌اند. برخی نیز دوره پرستاری در بخش تالاسمی و هموفیلی را به طور همزمان طی نموده‌اند. در بحث پژوهش با در اختیار گذاشتن





## بنیادان بنیاد

از ابتدای فعالیت بنیاد امور بیماریهای خاص افراد زیادی با همیاری و مشارکت به انجای مختلف در تحقق اهداف و برنامه‌های این بنیاد نقش داشته‌اند که سعی خواهیم کرد در هر شماره نشریه ضمن تشکر از همکاری این عزیزان، آنها را به خوانندگان نشریه نیز معرفی نماییم:

برای همیاری و مشارکت با بنیاد امور بیماریهای خاص کمکهای نقدی خود را به حساب ۳۴۳۴ بانک ملی ایران شعبه اسکان و آریز نمائید و برای ارتباط بیشتر با این بنیاد با روابط عمومی تماس حاصل فرمائید.

خانم شفیقه رهیده	آقای مهندس رضائی
آقای شریعت	خانم فاطمه فائزی
خانم زندی	آقای احمد تدوینی
خانم اعرابیان	خانم مرضیه محسنی
آقای موسویان	آقای محمد اسلامیان
آقای احمد کریمی	پرسنل سازمان بهزیستی
خانم دانائی	پرسنل وزارت نیرو
آقای ذنوزی	آقای پرویز کامران آذر
آقای سلیمی	خانم مهری خلیلیان
آقای کافی	آقای عبدا... خاوری
خانم مستوفی	آقای هوشنگ عبداللهی
آقای داوودی	خانم اقدس کاشانیان
آقای نقدی	آقای آرش شاه‌وردی
آقای غفار	خانم فریده نصیری
حاج آقا آسیم	خانم پوران صادقی
خانم خلیل‌زاده	آقای حسن خسروجردی
آقای خادمی	آقای شاهین نزهتی
خانم قاسمی	آقای محمود خضرائی
خانم صدیقه نقری	آقای علیرضا احمدی
آقای خلیل خلیلی	آقای دکتر جمالیان
خانم هما صمدی	آقای دکتر رضا ایمانی
آقای رودنشین	آقای سعید رضوان
آقای محمد حسین باغی	خانم زندی
خانم زهرا جعفری	خانم شریفی
خانم عذرا ثانی	خانم حشمت فر
آقای محمد صفحی	آقای فرقانی
خانم عذرا موزونی	آقای مرتضی مومنی
خانم میترا جلانی	آقای فردوسی پور
آقای رضا مرادی	آقای کاشانی نژاد
آقای علی عابدی	آقای اکبر حسن شاهی
خانم ایران عطار	حاج آقا درویش
آقای علی دهقان	آقای خسروانی
خانم مینو دلشاد	خانم زرین بخش
آقای علی مدبری	خانم شریعتی
خانم حشمت غلامی	خانم نیک اختر
آقای اصغر راجی	خانم پروینی
خانم نعمتی	خانم فرح بخش
خانم طیبیه روحانی	خانم خدیجه عبدی
خانم آذر بابایی	خانم فاطمه امیری
آقای بهزاد ترکیبی	آقای علیرضا نوری

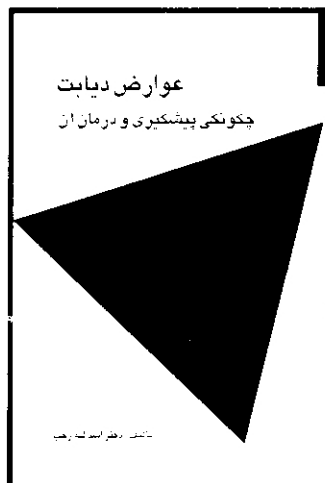
آقای سیدجواد موسوی	آقای مهندس پورفلاح
خانم پروانه میهن پرست	آقای مهندس بابارضا
آقای مهندس ایروانی	آقای فریدون وردی نژاد
آقای دکتر امیرحسینی	آقای مهرداد فرهمندی
آقای محمد علی سندی	خانم فاطمه فاخری
خانم مهشاد شهاب زاده	آقای محمد مقصودی
آقای محمد مهدی مقدم منفرد	خانم سهیلا علیپور
آقای مهندس منوچهر غروی	خانم پری زاد رنجبران
آقای مهندس قصابی	آقای محمد حسین شکیب
آقای مهدی عابدینی	خانم طیبیه افتخارزاده
خانم محترم علی پناهی	آقای غلامحسین کرباسچی
آقای مهندس پیمان پور	خانم ملوک فرخ زاد
آقای سید محمود دعائی	خانم سودابه پزشکی
آقای دکتر آهون منش	آقای پیران نظاهری
آقای سید حسین موسویان	پرسنل اداره کل تعاون گیلان
آقای مهندس حمید مرعشی	پرسنل وزارت آموزش و پرورش
آقای مهندس جمشید کیانی	خانم پروین رحیمی

## معرفی کتاب



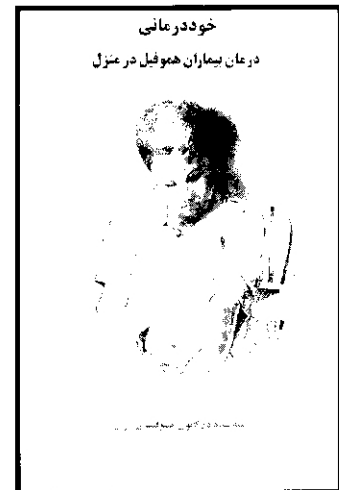
### راهنمای درمان بیماری تالاسمی

کتاب «راهنمای درمان بیماری تالاسمی» که توسط فدراسیون بین‌المللی تالاسمی (TIF) منتشر شده است، مرجع بسیار مناسبی برای پزشکان و سایر دست‌اندرکاران مراقبت از بیماران تالاسمی محسوب می‌شود. کتاب حاضر ترجمه‌ای از چهارمین تجدیدنظر کتاب «راهنمای خلاصه درمان بیماران تالاسمی» است که برای اولین بار در سال ۱۹۸۵ در ایتالیا منتشر گردید و کارشناسان مجرب در درمان تالاسمی از اروپا، آمریکا، خاورمیانه و خاور دور در تهیه آن همکاری داشته‌اند. این کتاب می‌تواند همکاری و مشارکت بیشتر بیماران تالاسمی را در انجام مراقبت‌های روزانه برای مبارزه با این بیماری مزمن فراهم آورد. این کتاب توسط Antoniocao و همکاران وی به رشته تحریر درآمده و توسط خانم زهرا پاکباز ترجمه شده است. کتاب حاضر در ۲۱ فصل و توسط انجمن تالاسمی ایران به چاپ رسیده است.



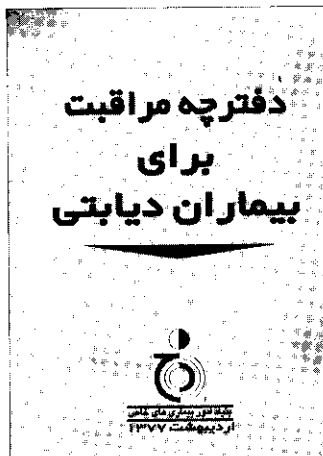
### عوارض دیابت چگونه پیشگیری و درمان آن

هدف از تدوین کتاب «عوارض دیابت: چگونه پیشگیری و درمان آن» این است که نشان دهد ابتلا به عوارض متعدد دیابت، سرنوشت غیرقابل یک بیمار دیابتی نیست. از آنجا که مهم‌ترین بخش درمان در اختیار خود بیمار یا خانواده او است، پس هر فرد دیابتی باید خود دانش لازم در مورد دیابت را کسب نماید. کتاب حاضر توسط دکتر اسدالله رجب و به زبان ساده نوشته شده است و توسط انتشارات شهرآب به چاپ رسیده است.



### خوددرمانی درمان بیماران هموفیل در منزل

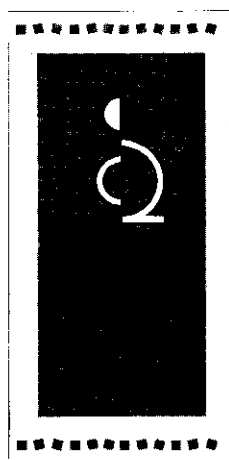
کتاب خوددرمانی از تألیفات دکتر پیتر جونز از متخصصین سرشناس بیماری هموفیلی است که به ۹ زبان ترجمه شده است. مطالب این کتاب دانش و آگاهی بیماران هموفیل و خانواده آنها را ارتقا می‌دهد و آنها را در مهار و درمان خونریزی‌ها راهنمایی می‌کند. کتاب فوق توسط کانون هموفیلی ایران ترجمه شده و به چاپ رسیده است.



### دفترچه مراقبتی بیماران دیابتی

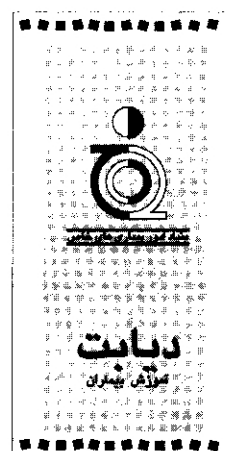
دفترچه مراقبتی بیماران دیابتی این بیماران را در کنترل بیماری یاری می‌دهد. این دفترچه شامل قسمت‌های مختلفی مانند ثبت مشخصات فردی بیمار و پزشک وی، یافته‌های ویزیت‌های معمولی، اطلاعات مورد نیاز در مورد دیابت و موارد کمک‌کننده دیگر می‌باشد. هدف از انتشار این دفترچه ثبت نتایج معاینات دوره‌ای و ماهانه بیماران دیابتی می‌باشد. این دفترچه توسط کمیته کشوری دیابت تهیه و توسط بنیاد امور بیماریهای خاص تهیه و منتشر شده است.

# معرفی بروشور



### هیپاتیت آموزش ناقلین

بروشور هیپاتیت که باهدف آموزش به ناقلین این بیماری به چاپ رسیده است سعی دارد تا ناقلین این بیماری را با جنبه‌های مختلف بیماری آشنا سازد. این بروشور توسط دکتر سیدمؤید علویان تهیه و توسط بنیاد امور بیماریهای خاص به چاپ رسیده است.



### دیابت آموزش بیماران

بروشور دیابت از سری بروشورهای «آموزش بیماران» بنیاد امور بیماریهای خاص می‌باشد که مطالب آن توسط مرکز تحقیقات غدد متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه شده و توسط بنیاد امور بیماریهای خاص به چاپ رسیده است. این بروشور آموزشی شامل مباحث تقسیم‌بندی، علائم و نشانه‌ها، علل و درمان دیابت و عوارض آن می‌باشد.

## مطبوعات و بیماریهای خاص

### مخالفت دانشمندان با پیوند اعضای حیوانات به انسان

● هفت تن از دانشمندان برجسته آمریکایی از دولت خواستند تا زمانی که خطرات ناشی از پیوند اعضای حیوانات به انسان رفع نشده است، از این کار ممانعت شود.

به نوشته روزنامه شیکاگو تریبون، این دانشمندان نگرانند که پیوند اعضای حیوان به انسان ممکن است باعث بروز یک سری بیماریهای جدید شود و برخی بیماریهای حیوانات به انسان نیز سرایت کند.

از سوی دیگر پزشکان معتقدند که با توجه به کمبود شدید اعضای اهدایی بدن انسان، پیوند اعضای حیوانات می تواند بسیاری از بیماران را از مرگ حتمی نجات دهد.

این در حالی است که سازمان نظارت بر مواد غذایی و دارویی آمریکا نیز برای تشدید مقررات کنترل پیوند اعضای حیوانات و همچنین تشریح خطرات ناشی از آن سرگرم تحقیق و بررسی است. نگرانی اخیر این

### سل خطرناک ترین بیماری عفونی و مسری در جهان است

● به گزارش کمیته مرکزی مبارزه با سل در آلمان بیماری سل خطرناک ترین بیماری عفونی در جهان است که سالانه حدود سه میلیون نفر در سراسر جهان در اثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست می دهند. این کمیته در برلین اعلام کرد: در سال ۱۹۹۶ میلادی، ۱۱ هزار و ۸۱۴ مورد از این بیماری در آلمان ثبت شد و ۹۰۰ نفر در این کشور به دلیل ابتلا به آن جان خود را از دست دادند. که ۵ درصد کمتر از آمار متوفیان بیماری سل در این کشور در سال ۱۹۹۵ بود ولی در عین حال شمار مسلولان جوان زیر ۲۵ سال در سال ۱۹۹۶، ۷/۱ درصد از سال ۱۹۹۵ بیشتر بود. به گفته پزشکان آلمان هنوز واکسن مطمئنی علیه این بیماری خطرناک وجود ندارد و افزایش موارد ابتلا به آن، پزشکان و متخصصین را نگران کرده است.



## آزمایش جدید خون برای شناسایی سلولهای سرطانی

● دانشمندان موفق شده‌اند با یک آزمایش جدید خون، وجود غدد سرطانی در بدن را تا حد زیادی بموقع کشف کنند.

در اجلاس «آکادمی ملی علوم» در واشنگتن، دکتر جانان اوهر وابسته به دانشگاه «مرکز پزشکی اسوت وستون تگزاس» در شهر دالاس، در این رابطه اظهار داشت: «از آنجا که کشف بموقع عدد سرطانی همیشه با اشکال روبرو بوده، اکنون سعی بر این است که بتوان به نحوی قبل از اینکه خیلی دیر شده باشد، وجود غدد سرطانی را در بدن شناسایی کرد».

آزمایش جدید خون که با استفاده از مغناطیس، سلولهای سرطانی در خون را متراکم می‌کند، و از طریق پرتو لیزر آنها را شناسایی می‌کند، راهگشای جدیدی برای کشف بموقع غدد سرطانی محسوب می‌شود.

این آزمایش هم اکنون در مورد بیماران سرطان سینه و پروستات به اجر گذاشته شده و قرار است در مورد سایر بیماران سرطانی نیز انجام شود.

است که با هزینه‌ای بسیار پایین‌تر از عمل‌های مشابه در خارج از کشور به بیماران خدمات درمانی از جمله پیوندهای دریچه قلب، قرنیه چشم و استخوان ارائه می‌دهد.

رییس جمهوری سپس ضمن بازدید از مراکز انستیتو کانسر، رادیوتراپی و انکولوژی مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) با مسایل و مشکلات این مراکز و بیمارانی که در آن بستری هستند آشنا شد و دستوراتی را برای رفع مشکلات صادر کرد.

در این بازدید رییس جمهوری بر استفاده از امکانات پیشرفته‌تر که مورد نیاز بخش‌های مختلف بیمارستان به خصوص بخش رسیدگی به بیماران سرطانی تأکید کرد.

## آزمایش رایگان شناسایی ناقلین تالاسمی در کشور

● به مناسبت روز جهانی تالاسمی و سالگرد تأسیس بنیاد امور بیماریهای خاص، پایگاههای ثابت و سیار سازمان انتقال خون ایران در روز هجدهم اردیبهشت ماه پذیرای هموطنان علاقه‌مند برای انجام آزمایش غربالگری ناقلین تالاسمی خواهند بود.

به گزارش روابط عمومی بنیاد امور بیماریهای خاص در این روز علاقه‌مندان می‌توانند برای آگاهی از وجود ژن معیوب تالاسمی در خود به پایگاههای سازمان انتقال خون در سراسر کشور مراجعه نمایند و به صورت رایگان تحت آزمایش قرار گیرند.

بیماری تالاسمی یک نوع کم‌خونی ارثی است و در صورتی که پدر و مادر هر دو ناقل ژن معیوب تالاسمی باشند بیماری به کودک به ارث می‌رسد. در ایران تخمین زده می‌شود که حدود سه میلیون نفر ناقل ژن معیوب تالاسمی باشند.

دانشمندان از آنجائش می‌شود که استفاده از ژن خشوک باعث بوجود آمدن ویروس‌های ناشناخته‌ای شد که در آزمایشگاه موجب عفونت سلول‌های خونی گردید.

## اعلام آمادگی عربستان برای کمک به بنیاد امور بیماریهای خاص ایران

● وزیر بهداشت عربستان سعودی در دیدار رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص ایران، آمادگی کشورش را برای هرگونه همکاری با این بنیاد اعلام کرد.

اسامه عبدالمجید شبکشی با ابراز خرسندی از شروع عملیات ساخت مرکز تحقیقاتی، آموزشی و درمانی سرطان توسط بنیاد امور بیماریهای خاص به عنوان مرکزی جامع برای درمان این بیماری در سطح منطقه، بر همکاری علمی و فنی با این مرکز تأکید کرد.

وی از نحوه رسیدگی به بیماران مبتلا به تالاسمی، هموفیلی، امراض کلیوی و سایر بیماران خاص در ایران ستایش کرد. فاطمه هاشمی رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص که در عربستان سعودی بسر می‌برد در دیداری از مرکز پیوند اعضا در این کشور، بر همکاری مرکز یادشده با بنیاد امور بیماریهای خاص تأکید کرد.

## تاکید رئیس جمهوری بر استفاده از امکانات پیشرفته در مداوای بیماران سرطانی

● «سید محمد خاتمی» رییس جمهوری از بخش‌های مختلف مجتمع پزشکی امام خمینی (ره) تهران از جمله مرکز بهداشت باروری و مرکز پیوند اعضای بیمارستان ولی عصر (عج) بازدید کرد.

در این بیمارستان همچنین نخستین بانک پیوند اعضا در کشور تأسیس شده

## ● دکتر وحید حسینی جناب

# مبارزه با خستگی

«استراحت نیمه روز را ترک مکن که حافظه‌ات همچون نخست خواهد شد. انشاءالله...»

● از قلب خود درس بگیرید و به طور متوالی استراحت کنید. نگذارید احساس خستگی آنقدر در شما جمع شود که از یا دربیاید. اگر قبل از احساس خستگی به استراحت بپردازید، عمر خود را طولانی‌تر خواهید کرد.

است. قلب در فاصله بین انقباضات و پمپاژ خون به استراحت می‌پردازد! هنگامی که ضربان قلب در حدود ۷۰ بار در دقیقه است، قلب در واقع فقط ۹ ساعت از ۲۴ ساعت را کار می‌کند و در روز ۱۵ ساعت استراحت می‌کند. ادریسون انرژی و قدرت و تحمل فوق‌العاده خود را مرهون آن عادت خود می‌دانست که هر وقت احساس خستگی می‌کرد، می‌خوابید. بنابراین اگر



چرا و چگونه استراحت کنیم؟ این واقعیت را باید پذیرفت که کنار فکری به تنهایی خسته کننده نمی‌باشد! دانشمندان دریافته‌اند که مغز می‌تواند حتی پس از ۱۲ ساعت کار متوالی به همان خوبی و سرعت اولیه کار کند و باید گفت که مغز بکلی خستگی ناپذیر است.

پس چه عواملی موجب خستگی ما می‌شوند؟ روان‌شناسان می‌گویند خستگی ناشی از عوامل احساسی از قبیل ملالت، عصبانیت، احساس قدرشناسی از طرف دیگران، احساس بی‌پهلوگی و پوچی، عجز و اضطراب است. آری! ما خسته می‌شویم چون احساسات ما سبب تولید فشارهای عصبی در بدن می‌شوند. کار سخت به

می‌توانید بعد از ظهر استراحت مختصری داشته باشید یا حداقل شب قبل از صرف شام ساعتی را دراز بکشید. زیرا اثر این استراحت به مراتب بیشتر از یک استراحت ممتد و طولانی خواهد بود. استراحت و خوابیدن در نیمه روز به حافظه انسان نیز کمک می‌نماید.

در حدیثی نقل شده است که شخصی به پیامبر اکرم (ص) گفت: «من قبلاً حافظه‌ام خوب بود و محفوظات ذهنی‌ام زود به خاطر می‌آمد، اما اکنون فراموشی و نسیان عارضم گردیده است.» پیامبر (ص) فرمود: «شاید عادت داشته‌ای هنگام ظهر استراحت کنی و ترک نموده‌ای؟» آن شخص گفت «آری!» پیامبر (ص) فرمود:

خستگی اغلب سبب نگرانی و اضطراب می‌شود و یا حداقل شخص را مستعد به آن می‌سازد. در جایی که استراحت و آرامش کامل حکم فرماست، هیچ‌گونه حالت عصبی و احساساتی نمی‌تواند وجود داشته باشد. بنابراین پیش از آنکه کاملاً خسته شوید به طور مکرر استراحت نمایید، زیرا خستگی به سرعت در بدن جمع می‌شود. دلیل آن را با دقت کردن در کار قلب خواهید یافت. خونی که قلب هر روز پمپاژ می‌کند، می‌تواند یک واکنش نفتکش را پسر کنند و این کار سکفت‌انگیر را برای سالیان متمادی انجام می‌دهد. اما سؤال این است که قلب چگونه از پس این کار بر می‌آید؟ پاسخ بسیار آسان

### فستگی اغلب سبب نگرانی و اضطراب می‌شود و یا حداقل شخص را مستعد به آن می‌سازد.

تنهایی موجب خستگی زیاد نمی‌شود و معمولاً اضطراب، هیجان و التهابات روحی مستول خستگی‌هایی هستند که مایه کارهای جسمی و فکری نسبت می‌دهیم. اگر همین حالا که مشغول مطالعه این مقاله هستید تمام بدن شما سست و به حال آزاد نباشد، شما درگیر تنش‌های عصبی و عضلانی می‌باشید. عضلات خود را شل کنید و نیروی خود را برای کارهای مهم ذخیره کنید.

برای رفع خستگی، استراحت را از عضلات خود آغاز کنید. سست کردن عضلات را از چشم آغاز کنید و به چشمان خود بگویید: راحت باش! به خود فشار نیاور! احم نکن! این جملات را یک دقیقه تکرار نمایید. خواهید دید که عضلات جسم دستورات شما را رعایت خواهند نمود. شما ممکن است در هر لحظه نیاز به استراحت پیدا کنید، اما نباید برای آن تقلا کنید زیرا استراحت عبارت است از آرامش عضلات.

### بنابراین دستورات زیر برای رفع خستگی مفید هستند:

- ۱) بدنتان را در اوقات مختلف سست کنید. به قول مریضان هندی فن استراحت را از خوابیدن گریه یاد بگیرید.
- ۲) به هیچ وجه به عضلاتان فشار نیاورید، چون موجب بدن درد و خستگی عصبی خواهد شد.
- ۳) در پایان هر روز خود را ارزیابی کنید که چقدر خسته‌اید. خستگی شما

نمی‌تواند مربوط به کارهای فکریتان باشد، بلکه نتیجه شیوه غلط فعالیت جسمی و پذیرش تنش‌های عصبی خواهد بود.

با رعایت چهار دستور زیر، خستگی و اضطراب به سراغ شما نخواهد آمد:

۱- نظم اولین قانون آسمانی است که باید در هر کاری نیز اولین قانون باشد. بی‌نظمی در کارها سبب پیدایش نگرانی و در نتیجه خستگی خواهد شد. حضرت علی (ع) می‌فرماید:

**«أَوْصِيكُمْ وَ جَمِيعِ وَلَدِي وَ مِنْ بَلْغِهِ كِتَابِي بِتَقْوَى اللَّهِ وَ نَظْمِ أَمْرِكُمْ»**

۲- کارها را به ترتیب اهمیت آنها انجام دهید. اگر حق تقدم کارها را بر یکدیگر تشخیص داده و رعایت کنیم، نتیجه حاصل به مراتب بهتر و مفیدتر خواهد بود.

۳- قاصیت و تصمیم‌گیری صحیح از

**فکر کردن بیش از حد درباره نگرانی‌ها و منفی کردن آنها از دیگران، موجب هیجانات عصبی و در نتیجه منجر به فستگی مزمن خواهد شد.**

مهمترین اصول انجام کارها هستند. اگر در مورد موضوعی تصمیمی اتخاذ کردید که برای آن دلایل کافی دارید، سریع به آن عمل نمایید و آن را به تأخیر نیندازید.

۴- روش سازمان دادن، واگذاری کار و مسئولیت به دیگران و نظارت بر امور را فراگیرید.

از موارد دیگری که در رفع خستگی مزمن بسیار مفید خواهد بود، آن است که مشکلات خود را با افراد مورد اعتماد خود در میان گذاریم و به اصطلاح «درد دل»

کنیم. فکر کردن بیش از حد درباره نگرانی‌ها و منفی کردن آنها از دیگران، موجب هیجانات عصبی و در نتیجه منجر به خستگی مزمن خواهد شد. شخص مورد اعتماد ما بهتر است یکی از بستگان دلسوز ما و یا یک روحانی یا روانپزشک باشد. دعا کردن و درد دل گفتن به خدا یا تسکین فوری همراه است.

رعایت موارد زیر نیز در برطرف کردن خستگی تأثیرگذار خواهد بود:

**الف)** درباره عیبهای دیگران خینی سخت‌گیر نباشید. محاسن آنها را بیشتر در نظر بگیرید تا از تنش با آنان پرهیز نمایید.

**ب)** نسبت به اقوام و همسایگان خود علاقه به خرج دهید و صلوة رحم را فراموش نکنید.

**ج)** هر شب قبل از رفتن به رختخواب، برنامه‌ای برای کارهای روز بعد تهیه نمایید و هنگام رفتن به بستر ذهن خود را مشغول مشکلات فردا نسازید.

**د)** از فشار وارد آوردن و خسته کردن خود با افکار و کارهای مختلف پرهیزید.

**ه)** از بی‌خوابی نترسید و پیش از خوابیدن دعا بخوانید تا مطمئن گردید که بزرگترین نیروها حافظ شما است.

**«و مِنْ آيَاتِهِ صَفَاكُمْ بِاللَّيْلِ وَ النَّهَارِ»**

«از نشانه‌های خدا، خواب شما در شب و روز است.» سوره روم، آیه ۲۳.

**روان‌شناسان می‌گویند فستگی ناشی از عوامل اساسی از قبیل ملالت، عصبانیت، احساس قدرنشناسی از طرف دیگران، احساس بیهودگی و پوچی، عجله و اضطراب است.**

# پزشک خانواده

● واحد آموزش  
بنیاد امور بیماریهای خاص

بهترین اندازه پاشنه کفش سه سانتیمتر است. باید توجه داشت که در هنگام استراحت بهتر است فرد دراز کشیده و پاهای کمی بالاتر از سطح قلب قرار بگیرند. هر وسیله‌ای که باعث گرم شدن پا و فشار موضعی روی عروق آن شود مضر است. از جمله حمام گرم، حمام آفتاب، ایلاسپون یا موم، حمام سونا، شلوار جین تنگ، ساپورت، جوراب‌های کشدار و پوتین. به‌طور کلی جوراب شلواری‌های مخصوص واریس به‌علت داشتن بافت خاص و وجود فیبرهای الاستیکی، فشار دائم و متناقضی را از پایین به بالای پاها وارد می‌کنند. از لحاظ اثرات درونی بدن بهتر است که سبزی‌های معطر را جایگزین فلفل کنیم. برای برقراری جریان خون حمام اسکاتلندی یعنی دوش آب سرد، سپس آب گرم در چندین نوبت مناسب است. به‌همین ترتیب ماساژ پاها از پایین به بالا نیز مفید خواهد بود.\*

هیچگونه اقدامی نیاز نداریم بلکه باید در حد امکان برای مبارزه با علل و عوامل بیماری اقدام کرد. عدم تحرک و نگاه‌داشتن پاها به‌طور عمودی مانع عمل مؤثر در ریه‌های وریدها می‌شود. به‌علاوه موجب کاهش اثر تلمبه‌ای ناشی از انقباض‌های عضله پا می‌شود که در راندن خون به سمت بالا نقش دارد. بنابراین در شرایط خاص بهتر است که استفاده از پلکان را به آسانسور و پیاده‌روی را به استفاده از وسیله نقلیه ترجیح دهیم. زیرا این روشها سیستم جریان خون را در بهترین وضعیت خود قرار می‌دهند. برای مبتلایان به واریس انجام دادن ورزشهایی چون پیاده‌روی و شنا توصیه می‌شود. در مقابل ورزشهایی که در آنها پاها به شدت به زمین کوبیده می‌شود مانند تنیس، پینگ‌پنگ و همچنین مدت طولانی در وسیله نقلیه ماندن به هیچ وجه توصیه نمی‌شود. همین‌طور کفش بدون پاشنه یا کفش پاشنه بلند نیز مناسب نیست بلکه

## پادرد در زنان

با درد از شایع‌ترین ناراحتی‌های جسمی در زنان است. امروزه می‌توان به روشی مؤثر با رنگهای خسته مدارا کرد به نحوی که بیماری واریس ظاهر نشود. اغلب زنان در فعالیت دائم هستند چه به‌صورت ایستاده در خانه (زنان خانه‌دار ۱۵ ساعت در روز سرپا هستند). چه به‌صورت نشسته در زنان کارمند که از صبح تا شب پشت میز نشسته‌اند. در دو مورد اخیر، جریان خون باید در خلاف جهت جاذبه زمین خون را از پاها به قلب برساند. در نتیجه سیستم عروقی خسته می‌شود. نکته امیدوارکننده این است که مسیر بیماری آهسته بوده و خیلی سریع می‌توان به معالجه آن پرداخت. باید گفت که درمان بیماری واریس بدون عمل جراحی امکان‌پذیر است. در تمام موارد نظر پزشک برای مطالعه و بررسی احتمال نرسایی قلبی یا کلیوی (پاهای ورم کرده) یا نرم استفاده از رژیم غذایی خاص جهت کاهش وزن تحمل شده روی پاها بسیار ضروری است.

برای تشخیص این بیماری امروزه از نوعی سونوگرافی به‌نام سونوگرافی داپلر استفاده می‌شود که از سیستم عروقی تصویربرداری می‌گردد. با این روش بررسی و ارزیابی دقیقی روی وضعیت جریان خون به‌عمل می‌آید که در عین حال بدون درد است.

## پیاده‌روی آری، تنیس نه

اگر سونوگرافی ضایعه‌ای را آشکار ساخت، دلیل بر آن نیست که دیگر به





## چرا پوست پیر می‌شود؟ یائسگی:

در حوالی دوران یائسگی، در زنان سه عامل دست به دست هم می‌دهند تا موجب پیری پوست شوند. اولین عامل، ساعت ژنتیکی است که بابالا رفتن سن چروک‌هایی در پوست ظاهر می‌شود و پوست نازک و خشک می‌گردد. عامل دوم، قرار گرفتن در معرض نور مستقیم خورشید است که حالت اول را تشدید می‌کند. عامل سوم، کاهش میزان هورمون جنسی است که باعث تشدید حالت فوق می‌شود (پوست به میزان ۵۰٪ نازک می‌شود).\*

## چاق شدن در زمان ترک سیگار

متخصصین علم تغذیه در فرانسه برای جلوگیری از چاق شدن افرادی که سیگار را ترک کرده‌اند، توصیه‌های ساده و مؤثری دارند:

- ۱- ورزش کنید: ورزش مصرف انرژی بدن را بالا می‌برد و تنش عصبی را تشکیل می‌دهد.
- ۲- مصرف آب را تا حد امکان افزایش دهید (آب معدنی، آب گازدار، یا آب معمولی).
- ۳- از آب میوه و سبزی‌های تازه و جوشانده سبزی استفاده کنید تا ذخیره ویتامین C بدن که در اثر استعمال توتون کاهش یافته است، دوباره جایگزین گردد.
- ۴- غذا را در آرامش و استقرار کامل صرف کنید.
- ۵- میوه، آجیل، نوشابه، آدامس و آب‌نبات را در دسترس بگذارید و در صورت تمایل به مقدار معمول مصرف کنید. طعم‌های نعنای و لیمو در تغییر ذائقه بسیار موثر هستند.\*

## اگر دارای خال پوستی هستید توصیه‌ها

بسیاری از افراد در نقاط مختلف پوست خود دارای خال‌های رنگی هستند. بسیاری از این نشانه‌های پوستی بی‌خطرند ولی باید آنها را شناخت.

- ۱- در صورت دارا بودن خال‌های برجسته معاینه آنها توسط پزشک متخصص پوست ضروری است.
- ۲- در صورتی که سابقه عوارض منشا گرفته از خال‌های پوستی در خانواده و بستگان دارید، حساسیت بیشتری در این مورد به خرج دهید.
- ۳- برای جراحی و جدا کردن خال رنگی پوست تمام مراحل درمانی و معاینه را طی کنید، برداشتن آن بدون گذراندن این مراحل ممکن است عوارض جدی در پی داشته باشد.
- ۴- خال‌های درشت موجود در کف دست و پا، گونه مردان و مناطقی مانند زیر بغل، لای انگشتان و ... را هرچه زودتر عمل کنید.
- ۶- درد خال‌ها را جدی بگیرید.
- ۷- ایجاد خال‌دانه‌ها در اطراف خال‌های بزرگ نشانه‌ای است برای شما که احتمالاً برای جراحی اقدام کنید.
- ۸- ریزش ناگهانی موهای موجود در اطراف و مرکز خال را جدی بگیرید.

# راهنمای خانوادگی

- مامک بهادرزاده
- سعیده مهدیزاده

## خرید ماهی

کل بدن ماهی باید دارای فلسهای روشن بوده و خود ماهی پرگوشت باشد، با چشمانی شفاف، پاک، برآمده و گوشهایش به رنگ صورتی یا قرمز روشن (نه خشک و قهوه‌ای). فینه‌های ماهی و یا تکه‌هایی از گوشت آن که برای استیک به کار برده می‌شود، می‌بایست روشن و تقریباً نیمه شفاف بوده و نقاط تیره و کیود رنگ نداشته باشد. گوشت ماهی باید مرطوب و سفت بوده و در قسمت کناره‌ها آب گرفته یا قهوه‌ای و زرد نباشد. بهتر است ماهی سفت باشد تا حالت اسفنجی یا آبدار داشته باشد. همچنین می‌بایست خوشبو و بویی عاری از خرابی و فساد بدهد؛ بله، خوشبو و نه بوی ماهی. ماهی چه در یخ باشد و چه بسته‌بندی باشد، نباید هرگز در آب خیسانده شده باشد.

ما تصور می‌کنیم بهترین حالت خرید ماهی این است که آن را کامل همراه با استخوانها و گوشها و بدون پاک‌کردن خریداری نمود. علت این است که تازگی ماهی‌های پاک شده بخوبی قابل تشخیص نیست. در صورتی که می‌توانیم پس از خرید از ماهی فروش بخواهیم آن را برای ما پاک کرده و در صورت لزوم تکه‌تکه نماید. در آن صورت بهتر است سر و مخلفات مفید دیگر آن را برای سوپ نگاه داریم.

## آنچه در ماهی‌فروشی‌ها دیده می‌شود ماهی کامل

شامل ماهی‌هایی می‌شود که برای هیچ منظوری آماده نشده‌اند و با سر، فلس، باله‌ها، دُل، روده و همه اعضای دیگر به فروش می‌رسند.

## ماهی شکم خالی

شامل ماهی‌ای می‌شود که دل و روده‌اش درآمده، گوشها و فلسهایش برداشته شده است.

## ماهی آماده شده برای پخت

شامل ماهی است که شکم آن خالی شده، فلسها، گوشها، باله‌ها و سرش نیز برداشته شده است.

## راهنمای خرید و نگهداری ماهی

تنها عامل برای انتخاب غذاهای دریایی و شاید مهمترین آن، تازه بودن آنهاست. گوشت لطیف ماهیها پس از بیرون آمدن از آب به سرعت شروع به فاسدشدن می‌کند، بنابراین بهتر است هر چه زودتر به مصرف برسند. به دو طریق می‌توان از تازگی آنها مطمئن کردید:

(۱) بررسی دقیق برای تعیین رنگ مناسب، بوی مطبوع و گوشت خوب.

(۲) مهمتر از آن برقراری ارتباطی مؤثر و قابل اعتماد با ماهی‌فروش.

## پیام سلامت غذا

- از مصرف کنسرو باد کرده و زنگ‌زده خودداری نمایید.
- از خرید کنسروهایی که فاقد شماره پروانه ساخت وزارت بهداشت، تاریخ ساخت و انقضای مصرف باشند، خودداری نمایید.
- قوطی کنسرو باید کاملاً سالم و فاقد هرگونه نشستی باشد.
- از مصرف کنسروهایی که تغییر رنگ، طعم و بو دارند، خودداری نمایید.
- از مصرف کنسروهایی که لعاب داخلی قوطی آن خورده شده، خودداری نمایید.
- از نگهداری قوطی کنسرو در یخچال و محیط‌های مرطوب خودداری نمایید.
- باقیمانده محتوی کنسرو را در ظروف شیشه‌ای و در یخچال نگهداری نمایید.

## ماهی تکه شده یا دو نیم شده

شامل ماهی است که برای پخت در ماهی تابه آماده شده و از وسط در طول شکم به دو قسمت تقسیم گردیده باشد، اما استخوانها و پوست آن دست نخورده باقی مانده باشد.

## ماهی پروانه‌ای

ماهی کوچک گوشتی است که به دو نیم تقسیم شده و برای پخت در ماهی تابه آماده گردیده است. سپس استخوانهایش را خارج کرده و آن را به شکل پروانه به طور باز در ماهی تابه قرار می‌دهیم.

## ماهی کبابی

ماهی است که از عرض تکه‌تکه شده و هر تکه‌اش حدود ۱:۵ تا ۴ سانتی‌متر و از ماهی بزرگ گوشتالو (مثل قزل‌آلا) و یا ماهی‌های پهن (مثل هالیبوت) تهیه گردیده است. این تکه‌ها شامل استخوانها و پوست نیز می‌گردد. اما تکه‌های کبابی فراهم شده از ماهی‌های بسیار بزرگ (مثل ماهی تون یا اره‌ماهی) اغلب بی‌استخوان و بدون پوست می‌باشند.

## فیله ماهی

تکه‌هایی از ماهی‌های پهن یا گوشتالو می‌باشد که عاری از استخوان است (استخوانهایش خارج شده باشد). فیله‌ها همیشه بی‌استخوانند اما ممکن است پوست آنها کنده شده یا نشده باشد.

## مدالهای بزرگ

از فیله‌ای تشکیل شده که از یک ماهی بزرگ بدست آمده باشد و با زاویه‌های مساوی به ابعاد و تکه‌های منظمی با ضخامت‌های یکسان بریده شده باشد.

## تکه‌های بزرگ

شامل مخلقات مورد استفاده بیرون آمده از درون ماهیهای بزرگ مثل ماهی تون یا اره‌ماهی است. از این مخلقات برای تهیه غذایی سریع مثل آبگوشت غلیظ مخصوصی که «چودر» نام دارد و از غذاهای دریایی تهیه می‌شود و یا برای کباب‌کردن استفاده می‌شود.

## طرز تازه نگه‌داشتن ماهی

بدون تردید زمان مناسب مصرف ماهی‌ها در ساعات اولیه پس از خرید آنهاست. اما در صورتی که بخواهیم بیشتر از چند ساعت آن را نگهداری کنیم، بهترین راه فرورودن آن در کاسه حاوی آب سرد است که چند قطره آبلیمو به آن افزوده شده باشد تا سرعت فاسدشدن را کاهش دهد. سپس با دقت ماهی را خشک نمایید. ماهی‌های درسته و پوست‌کنده و شکم خالی می‌توانند در ظرف مخصوص پخت که حاوی مقداری یخ باشد، در طبقه پایین فریزر (سردترین قسمت) قرار گیرند. اما تا آنجا که ممکن است سعی نمایید ماهی را قبل از یخ‌زدن خشک کنید تا از عدم خیس‌اندن قبلی آن مطمئن گردید. فیله‌ها و استیک‌ها را در یک کیسه پلاستیکی یا فویل آلومینیومی پیچیده و در طبقه پایین فریزر درون یک صافی پر از یخ که در کاسه‌ای قرار داده شده است، بگذارید. زمانی که یخها شروع به آب‌شدن کنند، آب درون ماهی کشیده شده و از صافی داخل ظرف می‌ریزد. همچنین می‌توان ماهی را در ظرف مخصوص پخت آن قرار داده، دور آن را با کیسه‌های یخی ببوشانید. با نگهداری صحیح ماهی می‌توانید حداکثر تا چهار روز آن را حفظ نمایید.

- برای نگهداری بیشتر میوه‌ها تا زمانی که کاملاً برسند، می‌توان از کیسه پلاستیکی استفاده کرد. البته این کیسه باید دارای منافذی باشد که با عبور دادن هوا از فساد میوه‌ای جلوگیری شود. برای این کار، کیسه پلاستیکی را زیر سوزن چرخ خیاطی بدون نخ قرار دهید و در چند جهت چرخ کنید. به این ترتیب سوراخ‌های منظمی روی کیسه پلاستیکی ایجاد خواهد شد.
- برای رسیدن موز یا گوجه فرنگی هیچ‌وقت آنها را به طور مستقیم در مقابل نور خورشید نگذارید چون قبل از رسیدن شدن نرم می‌شوند. اگر آنها را در یک حوله مرطوب پیچید و در یک پاکت نگهدارید زودتر خواهند رسید.

# کوتاه اما مفید!

- اگر کیوی را که خریده‌اید کال است، در کیسه آن یک یا چند سیب بیاندازید و چند روز خارج یخچال نگهدارید، می‌رسد.
- اگر لیموترشی را می‌خواهید انتخاب کنید که آبدارتر و خوش طعم‌تر، باشد دقت کنید که پوست صاف و نازک‌تری داشته باشد و برآمدگی دو سر آن کوچکتر باشد.

# تازه‌های پزشکی و بیماریهای خاص

## آسم کودکان در خانواده‌های کم‌اولاد

دانشمندان اسپانیایی اعلام کردند خطر ابتلا به آسم در کودکانی که در خانواده‌های پرجمعیت بزرگ می‌شوند، کمتر از دیگر کودکان است. تحقیقات نشان می‌دهد کودکانی که کمتر از ۳ خواهر و برادر دارند، ۳ برابر بیشتر از دیگر کودکان در معرض خطر ابتلا به آسم قرار می‌گیرند. زیرا کودکانی که چندین خواهر و برادر دارند، بیشتر فعالیت می‌کنند. این فعالیت موجب می‌شود سیستم ایمنی بدن آنها تقویت شود. دانشمندان اسپانیایی اضافه نمودند که تا سن ۱۵ سالگی خطر ابتلا به آسم در پسرها ۲ برابر دخترهاست، اما پس از آن خانم‌ها بیشتر در معرض خطر ابتلا به آسم قرار دارند.

\* \* \*

## «ژن درمانی» برای درمان بیماری قند (دیابت)

در آینده نزدیک یک روش درمان ژنتیکی به بیماران دچار دیابت نیازمند به تزریق انسولین کمک خواهد کرد. در این روش ژن درمانی، اضافه‌نمودن یک ژن سازنده انسولین به غدد بزاقی موجب می‌شود انسولین مورد نیاز ترشح شود و میزان قندخون در سطح طبیعی باقی بماند.

محققان دانشگاه کالیفرنیا در سانفرانسیسکو مشاهده کردند که اضافه‌نمودن این ژن به ۲۰ موش صحرایی دچار دیابت که میزان قندخون آنها ۴ برابر مقدار طبیعی بود، موجب شد قندخون بلافاصله پس از یک تزریق به سطح طبیعی خود بازگردد. این دانشمندان عقیده دارند روش ابداعی جدید بسیار بهتر و کم‌زحمت‌تر از روش تزریق روزانه انسولین برای بیماران است. یکی از این محققان می‌گوید: مشکل انسولین تزریقی این است که به یکباره «دوز» زیادی از انسولین وارد بدن می‌شود، اما بهتر است این هورمون به طور یکنواخت و بخصوص در زمانی که بیشتر مورد نیاز است، یعنی هنگام غذاخوردن در اختیار بدن قرار گیرد. در بیماران دچار دیابت، انسولین لازم برای هدایت گلوکز به ماهیچه‌ها ترشح نمی‌شود یا میزان آن ناچیز است. در نتیجه افزایش سطح قندخون به نسوجی مانند کلیه‌ها و چشم آسیب می‌رساند. در روش «ژن درمانی»، یک لوله ظریف به داخل



است که بیش از ۵۰ سال در این مورد تحقیقات کرده‌اند.

\* \* \*

### بازدم تنفس سیگاریها، کودکان را به عفونت‌های گوش می‌تلا می‌کند

براساس تازه‌ترین تحقیقات به‌عمل آمده، کودکانی که در منزل خود در معرض بازدم سیگاریها قرار دارند، بیش از کودکانی که در محیط‌های سالم زندگی می‌کنند، در معرض ابتلا به عفونت‌های گوش میانی هستند. محققان دانشگاه کانگری کانادا دریافته‌اند کودکان پیش‌دبستانی که سه سال اول زندگی خود را با دو فرد سیگاری گذرانده‌اند، ۸۵ درصد بیشتر در معرض ابتلای مزمن یا عود عارضه عفونت گوش میانی قرار دارند.

عفونت گوش میانی در ۴۶ درصد تمامی کودکان تا سن ۳ سالگی بروز می‌کند و شایع‌ترین علت مراجعه به بیمارستان و تجویز دارو در این گروه سنی است. این عفونت‌ها موجب بروز ناشنوایی موقت می‌شود که به‌نوبه خود می‌تواند به بروز مشکلات شدیدتر منجر شود.

\* \* \*

### روغن ماهی در درمان آرتريت روماتوئید

روغن موجود در غذاهای دریایی در تسکین دردهای منتشر، کاهش خشکی مفاصل، پایین آوردن تب، در افراد دچار آرتريت روماتوئید و دیگر بیماری‌های التهابی مشابه بسیار مؤثر است. جربی موجود در ماهی‌های دریایی از مدت‌ها قبل در پایین نگه‌داشتن میزان کلسترول خون مفید شناخته شده است. در حال حاضر تحقیقات گسترده‌ای در مورد اثرات ضدالتهابی این روغن‌ها، بخصوص در بیماری‌های روماتیسمی در جریان است.

است که به «بیماری چاقی» مبتلا هستند، نه مشتریانی که تنها برای تناسب اندام می‌خواهند از این دارو استفاده نمایند. داروی قبلی به نام «فن فن» با بالا بردن ماده شیمیایی سروتونین در مغز، به بیمار احساس سیری می‌داد، اما میریدیا پراکنندگی سروتونین را کند می‌کند. با وجود این، سازمان FDA هشدار داده که استفاده از این دارو می‌تواند موجب افزایش فشار خون و تپش قلب گردد. در نتیجه این دارو برای بیمارانی که دارای فشار خون بالا و یا ناراحتی قلبی هستند، مضر است.

\* \* \*

### مهندسی ژنتیک در خدمت مبتلایان به هموفیلی

دانشمندان چینی با استفاده از فن آوری تغییر ژنی، موفق به پرورش اولین بزی شده‌اند که از شیر آن برای درمان بیماران هموفیلی استفاده می‌شود. به گزارش خبرگزاری رسمی چین (شین‌هوا) محققان مرکز تحقیقاتی شانگهای اعلام کردند شیر این بز حاوی فاکتوری است که در درمان بیماری ارثی که مبتلایان توانایی انعقاد خون را ندارند، مفید می‌باشد. مؤسسه تحقیقات شانگهای ۴ بز دیگر را با این روش پرورش داده است که بزودی می‌توانند شیر حاوی این فاکتور (Factor VIII) را تولید کنند. محققان چینی از فن آوری لوله‌های آزمایش برای تقویت تلفیق ژن‌های بز با ماده‌ای در درون رحم بز گیرنده استفاده کردند.

\* \* \*

### بچه‌های پر خور و سرطان

به نوشته روزنامه ایندپندنت بچه‌های پر خور و چاق که به شکلات و شیرینی علاقه زیادی دارند، بیش از دیگران در معرض خطر ابتلا به سرطان قرار دارند. ایندپندنت برای اثبات ادعای خود به تحقیقات تعدادی از پزشکان استناد نموده

غده‌های بزاقی موش صحرایی وارد می‌شود و سپس ژن سازنده انسولین به داخل بزاق هدایت می‌گردد. بر خلاف برخی دیگر از انواع ژن درمانی، برای انتقال ژن سازنده انسولین به ویروس‌های حامل نیازی نیست.

\* \* \*

### استفاده از اشعه «پروتون» در درمان سرطان

اشعه پروتون بدون آسیب‌رساندن به نسوج اطراف غدد سرطانی، در درمان چندین نوع سرطان مؤثر می‌باشد. به گزارش خبرگزاری رویتر از شیکاگو محققان اعلام کردند اشعه پروتون در درمان سرطان‌های پیشرفته پروستات، استخوان و چشم در مقایسه با پروتودرمانی متعارف نتایج بهتری به همراه داشته است. مزیت فن آوری اشعه پروتون بر پروتودرمانی متعارف در میزان دقت آن است. یعنی می‌توان اقدام به تاباندن مقدار یکنواخت اشعه بر روی غده سرطانی کرد، ضمن آنکه به نسج سالم اطراف هیچ مقدار اشعه نتابد. یکی دیگر از فواید این روش در بیماران دچار سرطان پروستات در مقایسه با عمل جراحی برداشتن تومور این است که فقط تعداد کمی از بیماران دچار ناتوانی در کنترل ادرار می‌شوند. در نهایت باید گفت که اجرای این روش از نظر اقتصادی نیز برای جامعه مقرون به صرفه است.

\* \* \*

### داروی جدید ضد چاقی

یک داروی جدید ضد چاقی به نام «میریدیا» مورد تأیید سازمان نظارت بر غذا و داروی آمریکا (FDA) قرار گرفته است که بزودی به بازار خواهد آمد. این اولین داروی ضد چاقی است که با تجویز پزشک در اختیار افراد چاق قرار می‌گیرد و بر طبق ادعای شرکت سازنده دارو خطرات جانبی داروهای ضد چاقی قبلی را ندارد. داروی میریدیا مخصوص کسانی

**بخش مشاوره پزشکی  
مجله خاص آماده  
پاسخگویی به مشکلات  
پزشکی بیماران خاص و  
ارائه توصیه‌های بهداشتی  
و درمانی به آنها می‌باشد.  
لطفاً سئوالات پزشکی  
خود را به آدرس دفتر  
مجله ارسال نمایید و بر  
روی آن عبارت «مشاوره  
پزشکی برای بیماران  
خاص» را ذکر کنید.**

## مشاوره پزشکی برای بیماران خاص

که انجام این روش پیوند از پیوند مغز استخوان به روش معمول دشوارتر است، تحمل و پذیرش حاصله بیشتر از پیوند مغز استخوان است.

از سلول‌های ریشه‌ای خون بندناف علاوه بر پیوند می‌توان در مطالعاتی نظیر دستکاری ژن‌ها استفاده کرد. خون بندناف خواران یا برادران بیماران تالاسمی که به تازگی متولد می‌شوند، به منظور استفاده احتمالی در آینده، باید پس از تولد نگهداری شود.

### ۳) علل عقب‌ماندگی رشد در بیماران تالاسمی ماژور چیست؟

عقب‌ماندگی رشد در بیماران تالاسمی ماژور بستگی به عوامل مختلفی دارد: ۱- کم‌خونی مزمن؛ ۲- کمبود اسیدفولیک (فولات)؛ ۳- پرکاری طحال (هیپراسپلنیزم)؛ ۴- اختلالات غدد درون‌ریز؛ ۵- کمبود روی؛ ۶- مسمومیت با دستمال. عوامل ذکر شده در یک زمان به روی کودک تأثیر نمی‌گذارند، بلکه بسیاری از عوامل فوق در ارتباط با یکدیگر سبب ایجاد اختلال رشد در کودک می‌شوند.

هموفیلی و یا جهت کنترل خونریزی‌هایی که شدت کمتری دارند، کرایوپرسیپیتات مسی توانمند کافی باشد. اپسیلون آمینوکاپروئیک اسید، خونریزی ناشی از اعمال دندانپزشکی را کاهش می‌دهد. علاوه بر تجویز فاکتور VIII، درمان موضعی نظیر بی‌حرک کردن مفاصل و استفاده از قطعات یخ مفید است. افراد دچار هموفیلی برای تحفیف درد، نباید از آسپرین و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی نظیر ایندومتاسین استفاده کنند زیرا این داروها باعث اختلال درعمل پلاکت‌ها و وخیم شدن خونریزی می‌شوند. در صورت نیاز می‌توان از استامینوفن باکدئین استفاده نمود.

### ۲) نقش خون بندناف در درمان تالاسمی چیست؟

خون بندناف حاوی سلول‌های ریشه‌ای خونساز (hematopoietic Stem cells) است که برای پیوند قابل استفاده می‌باشد. مطالعات مقدماتی انجام شده در این زمینه امیدوارکننده می‌باشد. باوجودی

### ۱) اصول درمان در بیماری هموفیلی چیست؟

درمان بیمار هموفیلی عبارت است از تجویز کنسانتره‌های فاکتور VIII که باعث می‌شوند میزان فاکتور VIII در پلاسما به حدی برسد که امکان انعقاد خون را فراهم کند. برنامه‌های درمان در منزل به این صورت است که کنسانتره فاکتور VIII را بیمار دچار هموفیلی یا والدین او، بر طبق برنامه‌ای که از قبل با توجه به شدت خونریزی تهیه شده است، به بدن بیمار وارد می‌کنند. این برنامه درمانی مانع از آن می‌شود که درمان دنبال آغاز خونریزی با تأخیر مواجه شود و می‌تواند مشکلات و هزینه درمان و فشارهای روحی را کاهش دهد. فاکتور VIII درای نیمه عمر کوتاهی است (۸ الی ۱۲ ساعت) و برنامه تزریق آن را با توجه به حجم پلاسمای بیمار (40 ml/kg) و شدت خونریزی دوره‌ای و نیز درصد میزان طبیعی فاکتور VIII که برای کنترل هر نوع خونریزی مطلوب است، تعیین می‌کنند. برای درمان درجات خفیف‌تر

## ۴) انتخاب کلیه جهت پیوند برچه اساسی انجام می‌شود؟

افرادی که واجد شرایط دریافت پیوند کلیه هستند، می‌توانند از اعضای خانواده یا از بیمارانی که دچار مرگ مغزی شده‌اند و افراد خانواده آنها راضی به اهدای عضو باشند (پیوند از جسد)، کلیه دریافت کنند. به طور معمول آن عضوی از خانواده برای اهدای عضو انتخاب می‌شود که HLA یکسان با بیمار داشته باشد (هر دو کروموزوم یکسان باشد) و یا اینکه یکی از هاپلوتیپ‌هایش با هاپلوتیپ بیمار مورد نظر، همخوانی داشته باشد (یکی از کروموزوم‌های شخص اهداکننده با یکی از کروموزوم‌های بیمار مورد نظر یکسان باشد). سازگاری یافت کلیه اهداشده با یافت بیمار، در صورتی که کلیه از اعضای خانواده اهدا شده باشد، در مقایسه با عضوی که از جسد دریافت می‌شود.

بیشتر است. در نتیجه بقای این کلیه‌ها نیز بیشتر خواهد بود. مزیت دیگر دریافت کلیه از اهداکننده زنده این است که فاصله زمانی بین آغاز نارسایی کلیه با توانبخشی کوتاهتر است. کلیه پس از عمل پیوند معمولاً بلافاصله شروع به کار می‌کند و حملات رد پیوند کمتر اتفاق می‌افتد از

این رو نیاز به مقادیر کمتری از داروهای مضعف ایمنی می‌باشد. اعضای خانواده‌ای که تمایل دارند کلیه خود را اهدا کنند، باید به دقت ارزیابی شوند تا از سلامتی کامل آنان اطمینان حاصل شود.

## ۵) خطر اهدای کلیه برای یک فرد سالم چقدر است؟

خطری را که اهدای کلیه برای زندگی فرد سالم ایجاد می‌کند، حدود ۰/۰۵ درصد تخمین زده‌اند که بسیار ناچیز است. اکثر شواهد به دست آمده، نشان می‌دهد که زندگی با یک کلیه، صدمه دیررسی در بر ندارد.

## ۶) من یک بیمار سرطانی هستم که پس از شروع شیمی‌درمانی دچار تهوع و استفراغ شده‌ام. درمان این عوارض چیست؟

با رعایت دستورات زیر، تهوع و استفراغ ناشی از داروهای شیمی‌درمانی کاهش خواهد یافت:

**الف)** از پزشک خود در مورد داروهای ضدتهوع سؤال کنید.

امروزه داروهای ضدتهوع بسیار زیادی وجود دارند که اغلب باید ۰/۵ ساعت قبل از هر وعده مصرف شوند.

**ب)** از روشهای آرامش‌دهنده مثل یوگا استفاده کنید.

**ج)** حجم غذاها را کمتر کنید و آن را در چند نوبت مصرف نمایید. مثلاً در شش نوبت.

**د)** از غذاهای کم‌چربی استفاده کنید.

**ه)** از میوه‌ها و سبزی‌های تازه استفاده کنید.

**و)** مایعات مصرف شده همراه با غذاها باید محدود شوند. قبل از غذا هیچ مایعی ننوشید و تا یک ساعت پس از صرف غذا نیز آب ننوشید.

**ز)** از آب خنک و زلال استفاده کنید و مایعات را به آرامی بنوشید.

**ح)** از غذاهای خشک استفاده کنید. بخصوص در اوایل روز و با شروع اولین علائم تهوع.

**ط)** غذاها را با نمک کافی مصرف کنید و از خوردن غذاهای خیلی شیرین پرهیز نمایید.

**ی)** تا دو ساعت پس از صرف غذا از دراز کشیدن خودداری کنید و به صورت نشسته استراحت کنید. در صورت تمایل چند بالش زیر سر خود بگذارید تا سرتان بالاتر از تنه قرار گیرد.

## ایدز؟!!

حشرات و رویوسی منتقل نمی‌شود.

کلمه «ایدز» به معنی «سندرم نقص ایمنی اکتسابی» است. ایدز بیماری عفونی است که عامل آن ویروس **retrovirus** است. این ویروس در لنفوسیت‌ها که دسته‌ای از گلبول‌های سفید هستند و در برابر عفونت‌ها از بدن دفاع می‌کنند، رشد می‌نماید. ناگهان لنفوسیت‌ها توسط ویروس مورد تهاجم قرار می‌گیرند و بدن نسبت به بعضی از بیماریهای عفونی که به طور طبیعی توسط سیستم دفاعی بدن دفع می‌شوند، بی‌دفاع می‌ماند. به همین علت است که ایدز را «سندرم نقص ایمنی» نامیده‌اند. ویروس ایدز **HIV** نامیده می‌شود. برآورد می‌شود تا سال ۲۰۰۰ میلادی حدود ۴۰ میلیون نفر در سراسر

■ راه‌های سرایت ویروس ایدز به ترتیب اهمیت عبارتند از:

- ۱- تماس جنسی با فرد آلوده به ویروس ایدز (شایع‌ترین راه)
  - ۲- استفاده مشترک از سرنگ آلوده در بین معتادان تریخی.
  - ۳- استفاده از خون و فرآورده‌های خونی آلوده به ویروس **HIV**
  - ۴- انتقال ویروس از مادر آلوده به فرزند هنگام حاملگی. حین زایمان و پس از آن.
- ویروس ایدز از طریق تماسهای عادی مانند شستن در استخر، عطسه و سرفه، ظروف غذاخوری، توالت و حمام عمومی، حیوانات و

دنیا مبتلا به ویروس ایدز خواهند بود

## ■ روش‌های پیشگیری از ایدز:

- ۱- دانشمندان هنوز موفق به کشف واکسن مؤثری برای پیشگیری و داروی مناسبی برای علاج قطعی ایدز نشده‌اند. بنابراین پیشگیری حیاتی است:
- ۱- پای‌بندی به اصول اخلاقی. اجتناب از بی‌بندوباری جنسی و وفاداری دو جانبه زن و شوهر.
- ۲- عدم استفاده از سرنگ مشترک و اجتناب از کاربرد مجدد سرنگ بکیر مصرف.
- ۳- عدم استفاده از مسواک و تیغ خریدارسی مشترک (بخصوص در سلمانی‌ها).

# شعر و ادبیات

## سلامی چو بوی خوش آشنایی

**دوستان عزیز،** این صفحه که آینه‌ای برای بازتاب هنر و اندیشه دقیق و زیبایی شما خواهد بود، به آن امید گشوده شده است که علاوه بر پاسداری از ادبیات گرانقدر این مرز و بوم و معرفی ادبیات جهان، انگیزه‌ای برای راهیان تازه‌وادی شعر و ادبیات ایجاد کند و موجب ارتقای این توانایی‌ها در شما عزیزان شود.

بنابرین چشم به راه آثار شعر و نثر شما عزیزان هستیم و با استعانت از درگاه خداوند مَنان از شماره آینده مباحث نظری شعر را نیز آغاز خواهیم کرد. لازم به ذکر است ترجیحاً آثاری پذیرفته خواهد شد که در زمینه بیماری‌های خاص باشد.

### درخت انتظار

که برگ اشک ز مژگان شاخه می‌ریزم  
که می‌روم به سیاهی شب در آمیزم  
کنون نه قوت رخس و نه پای شب‌دیزم  
مگر به مهر رخت زین ظلام بگریزم  
به قلب خویش ز نم نوک خنجر تیرم  
چه باکی از لب شمشیر خسرو پرویزم

فرهاد مرادی

من آن درخت پر از انتظار پاییزم  
منم غروب غم انگیز دشت دل‌تنگی  
فتاده‌ام به معاکی ز تیرگی چون شب  
میان اینهمه بی‌مهری و دورنگی‌ها  
گل و خار منم تا تو را نیازم  
به عشق آن لب شیرین اگر شدم «فرهاد»

### پاشیم عطر وفا بر جهان

و فسا و محبت جهانی کنیم  
ز غمگین دلان دلستانی کنیم  
به این کار خود قهرمانی کنیم  
کمک کرده و جانفشانی کنیم  
دل خستگان آسمانی کنیم  
به سوی همه گلپرانی کنیم  
به یک قطره خون میهمانی کنیم  
که این مهربانی نهانی کنیم

سید حسین مرعشی

بیایای دلا مهربانی کنیم  
پاشیم عطر وفا بر جهان  
بپرسیم حالی ز بی‌حال دل  
به آنکس گرفتار اندوه شد  
زدائیم ابر غم از چهره‌های  
کمک کرده بر مردم دردمند  
بیا مبتلایان امراض خاص  
تو هم مرعشی مهربانی نما

### بهار عاشقان

آمد ندای آسمان تا مرغ جان پَران شود  
هم سنگ لعل کان شود هم جسم جمله جان شود  
امادر اندر ابرهاش چون برقها رخشان شود  
زیرا که آن مه بیشتر در ابرها پنهان شود  
یارب خجسته حالتی کان برقها پنهان شود  
ور زآنکه آید بر زمین جمله جهان ویران شود  
با نوح همکشتی شود، پس محرم طوفان شود  
زان برج بیرون از جهت این شش جهت جنیان شود  
کان دانه‌ها زیر زمین یک روز نخلستان شود

مولانا

آمد بهار عاشقان تا خاکدان بستان شود  
هم بحر پرگوهر شود هم شوره چون کوثر شود  
گرچشم و جان عاشقان چون ابر طوفان بار شد  
دانی چرا چون ابر شد در عشق چشم عاشقان  
ای تساد و خندان ساعتی کان ابرها گرینده شد!  
زان صد هزاران قطره‌ها یک قطره ناید بر زمین  
طوفان اگر ساکن بُدی گردان نبودی آسمان  
ای مانده زیر شش جهت هم غم بخور هم غم مخور  
از خاک روزی سرکند، آن بیخ شاخ ترکند



# خوابدنی‌ها

## هتل یخی!

مجسمه‌سازان در حال ساخت تنها هتل یخی دنیا در شمال سوئد هستند. این بنا که به طور کامل از یخ ساخته شده است، فقط ۶ ماه دوام می‌یابد و باید هر زمستان دوباره ساخته شود. این هتل سالیانه پذیرای هزاران میهمان است گرچه گذران شبی در یخبندان نمی‌تواند چندان لذت‌بخش باشد، شاید هجوم میهمانها بیشتر به دلیل شوق دیدن این هتل بسیار عجیب باشد. آنها با گذراندن تعطیلات در این مکان آرامش خاصی پیدا می‌کنند. این هتل تقریباً از تمامی امکانات هتل‌های دیگر برخوردار است، بجز آنکه از حرارت و آتش واقعی خبری نیست. اولین هتل یخی حدود ۱۰ سال قبل در همین مکان ساخته شد و پس از آن هر ساله این هتل از نو بنا می‌گردد. اما هتلی که امسال ساخته شده بزرگ‌ترین آنهاست و گنجایش ۱۰۰ میهمان را دارد. دمای محل خواب مسافران گاه تا ۸ درجه زیر صفر سقوط می‌کند. با فرارسیدن بهار هتل بتدریج آب می‌شود و از بین می‌رود.

## نفرین برای شکسپیر!

"جرج برناردشاو" نویسنده بزرگ و شوخ‌طبع ایرلندی هرگز اجازه نمی‌داد که از تألیفاتش در کتب درسی انگلستان استفاده شود. یکی از دوستانش علت این امر را از او پرسید. نویسنده شهیر جواب داد: شما هم اگر جای من بودید و می‌شنیدید که شاگردان تنبل و درس‌نخوان چه نفرینها و بد و بیراهی‌ها نثار شکسپیر بیچاره می‌کنند، یقیناً تصمیم من را اتخاذ می‌کردید.

## بلندترین چرخ و فلک دنیا

بلندترین چرخ و فلک دنیا، تابستان امسال در "دهکده بندری تمپوزان" شهر اوزاکای ژاپن شروع به کار کرد. این چرخ و فلک که قطر آن ۱۰۰ متر است، در بالاترین نقطه خود حدود ۱۱۲/۵ متر ارتفاع دارد. دارای ۶۰ کابین می‌باشد که ظرفیت هر کدام حداکثر ۸ نفر است و یک ربع ساعت طول می‌کشد تا هر کابین یک دور کامل بچرخد. ساخت این چرخ و فلک در حدود ۲۲ میلیون دلار هزینه دربرداشته است.

## کوچک‌ترین کشور جهان تشکیل شد

اهالی جزیره کوچک «ایک» در سواحل اسکاتلند، این جزیره را به طور قانونی به تملک خود درآوردند. آنها در یک اقدام بی‌سابقه و پس از یک سال تلاش برای جمع‌آوری دو میلیون پوند قیمت این جزیره، موفق به خرید زادگاه خود شدند. طول جزیره «ایک» ۷/۵ کیلومتر و عرض آن ۴/۵ کیلومتر است، یعنی نزدیک به ۳۴ کیلومتر مربع مساحت دارد و دارای ۶۸ نفر سکنه می‌باشد. مسئولین جزیره و مدیران «صندوق میراث» که کمک‌های مالی را برای خرید جزیره گردآوری کرده‌اند، در نظر دارند با تأسیس یک هتل برای تمام ساکنان جزیره فرصت اشتغال ایجاد نمایند. همچنین یک بازار برای فروش محصولات کشاورزی و باغبانی و یک مرکز مطالعات زیست‌محیطی در جزیره بنا خواهد شد. تاکنون به نحوه اداره سیاسی این جزیره و میزان آزادیهای اعطا شده به اهالی آن از سوی دولت اسکاتلند، اشاره‌ای نشده است. پیش از استقلال این جزیره، کوچک‌ترین کشور جهان واتیکان (در مرکز پایتخت ایتالیا) بود که حدود ۱۰۰۰ نفر جمعیت دارد.

## تاریخچه‌ای از دوربین‌های فیلمبرداری

- در سال ۱۸۹۴ "لی روی" نخستین پروژکتور فیلمبرداری را اختراع کرد.
- در سال ۱۹۲۳ دوربین‌های فیلمبرداری دستی امکان دست‌چین کردن صحنه‌های خانگی و فیلمبرداری از آنها را ممکن ساخت.
- در سال ۱۹۳۲ فیلمهایی با تصاویر متحرک، مردم را از به کار بردن عینکهای ناخوشایند معاف ساخت.
- در سال ۱۹۳۶ دوربین ۱۶ میلیمتری دستی شیوه جدیدی جهت تهیه ارزاتر فیلمهای ۸ میلیمتری خانگی بود.
- در سالهای ۱۹۶۴ روشهای فوری (آنی) امکان گرفتن عکسهای رنگی فوری را امکان‌پذیر ساخت.
- در سال ۱۹۷۱ دستگاه‌های ویدئویی "کارتريج" امکان تماشای فیلمهای "سوپر ۸" را در تلویزیون ممکن ساخت.
- در سال ۱۹۸۹ عکسهای دیجیتالی، روشهای توسعه یافته را کنار گذاشت.
- در سال ۱۹۹۲ دوربین ویدئویی و دیجیتال سونی، تصاویر پیچیده را مقدور ساخت.

## در سنگاپور به کسی خیره نشوید!

خیره شدن به دیگران از مهمترین دلایل ارتکاب به قتل و خشونت در سنگاپور اعلام شده است. سانندی تایمز گزارش کرده است که پلیس سنگاپور نگاه به یکدیگر را عامل ۵۵ برخورد خشونت آمیز در سال ۹۵ و ۷۱ درگیری در سال ۹۶ میلادی اعلام کرده است. در کشور ۳ میلیون نفری سنگاپور در دهه ۸۰ میلادی، ۷ مورد قتل ناشی از خیره نگریستی روی داده است. جوانان و نوجوانان سنگاپور عقیده دارند اگر کسی خیره به آنها نگاه کند، آنها نیز باید مقابله به مثل نمایند تا بازنده نباشند. در این گزارش مشخص نشده که چه بلایی بر سر جهانگردان می‌آید که ندانسته به دلیل کنجکاوی به شهروندان سنگاپوری خیره می‌شوند. به هر حال، عاقلانه آن است که اگر سفری به سنگاپور دارید، در آنجا چشم‌هایتان را درویش کنید و به هیچکس خیره نشوید!

## کوچک‌ترین گیتار دنیا

فکر کوچک، این دقیقاً همان چیزی است که دانشمندان دانشگاه "کرنل" انجام می‌دهند. آنها کوچک‌ترین گیتار دنیا را ساخته‌اند که تقریباً اندازه گلبولهای خون می‌باشد. هر کدام از شش تار آن تقریباً ضخامتی برابر ۵۰ نانومتر دارند که معادل ضخامت ۱۰۰ اتم در کنار یکدیگر است. ساخت این گیتار کوچک و مینیاتوری برای نشان دادن تکنولوژی برجسته‌ای است که برای ساخت وسایل مینیاتوری در "کرنل" و دیگر جاها به کار می‌رود و به خلق وسایل میکروسکوپی می‌پردازد که در نهایت می‌توانند به استفاده از چیزهایی که با بافتهای بصری مرتبط هستند و برای کنترل جریان هوا در بالای بالهای مسطح هواپیما بیانجامد. در تکنولوژیهای قدیمی از روشهای فتولیتوگرافی و سیاه‌قلمهای شیمیایی برای ساختن مدارها و بخشهای کامپیوتر و دستگاه‌های ظریف دیگر استفاده می‌شد. اما برای ساختن وسایل و ابزارهایی که دارای ابعاد در مقیاس نانومتر باشد، محققان این دانشگاه از یک پرتو الترونی با ولتاژ بالا برای ساختن ساختمانی که عاری از سیلیکون‌های بلورین و شفاف در اکسیدها (اشکال فرعی اکسیدها) باشد، استفاده نمودند. "هارول جی گریگر" یکی از محققان دانشگاه "کرنل" می‌گوید: "من اطمینان دارم که ما به وسایل کوچکتر از این نیز دست خواهیم یافت. وی همچنین می‌افزاید: این سؤال مطرح است که کوچک‌ترین حدی که ما بدان دست خواهیم یافت، به طوری که قابل اعتماد بوده و با وسایل مکانیکی قابل اندازه‌گیری باشد، چقدر است؟"

## شرایط نگهداری

### دارو در منزل

- داروها را از دسترس کودکان دور نگه دارید.
- داروها را در مقابل حرارت و نور مستقیم محافظت کنید.
- قرصها و کیسولها را در محل های مرطوب مانند حمام نگهداری نکنید. حرارت و رطوبت از عوامل مهم خرابی داروها هستند.
- داروهای مایع (مانند شربت ها) را از یخ زدن محافظت کنید.
- هیچ دارویی را در یخچال نگذارید، مگر آنکه در شرایط نگهداری دارو قید شده باشد.
- داروهای تاریخ مصرف گذشته را در منزل نگهداری نکنید.
- هرگز داروی خود را در تاریکی مصرف نکنید.
- استفاده از داروهای خاصی مانند انسولین و دسفرال نیاز به آموزش ویژه دارد. اگر از طریقه مصرف آنها بی اطلاع هستید، به طور جدی از کاربرد آنها بپرهیزید.



## درمان از راه دور

### «دکتر هوایی!!»

آیا تا به حال این عبارات را شنیده‌اید: "آیا در هواپیما دکتری در دسترس هست یا خیر؟" در طی ۲۱ میلیون پرواز سالیانه در فرودگاه‌های ایالات متحده آمریکا این مسئله وجود نداشته اما امکان پذیر است. حدود ۴۷۰۰ مورد فوریت‌های پزشکی هر ساله در هواپیماهای تجارتي رخ می‌دهد که فقط ۳ درصد این پروازها دارای دکتر یا تیم‌های درمانی - پرستاری می‌باشند. گاهی به منظور انتقال افرادی که در هواپیما دچار بیماری و فوریت‌های پزشکی و اضطراری می‌شوند، هواپیما مجبور به فرود اضطراری می‌گردد که هزاران دلار هزینه اضافی برای سوخت دربردارد.

دکتر "آلکس کاندساس" و دکتر "کوین مونت‌کومری" شروع به آزمایش FKG، فشارخون، قلب و تنفس از طریق مونیتر و از هوا به زمین در پروازهای آمریکایی نمودند. در این زمینه در یک فوریت اضطراری پزشکی در هواپیما، پرستار می‌تواند با آوردن مونیتر کامپیوتری در کنار بیمار، حالات او را تحت نظر بگیرد. نرم افزار مونیتر قادر خواهد بود علائم ناخوشی ثبت شده را به صورت بسته‌های اطلاعاتی برای اینترنت ترجمه نماید. همچنین تصویر بیمار که توسط یک دوربین دیجیتال متصل به مونیتر گرفته شده است، نیز از طریق شبکه مخابراتی می‌گردد. کامپیوتر از طریق ماهواره با اینترنت مرتبط می‌گردد که البته سرعت این پیام به حدود ۴۸۰۰ bps در تلفن هواپیما محدود می‌شود. با توجه به اهمیت موفقیت‌های اورژانسی در هواپیما، یک دکتر کشیک همیشه با کامپیوتر خود با هواپیما در ارتباط می‌باشد. بدین ترتیب با دیدن علائم حیاتی می‌تواند تصمیم بگیرد که آیا او نیاز فوری به مراقبت‌های خاص پزشکی دارد یا خیر؟

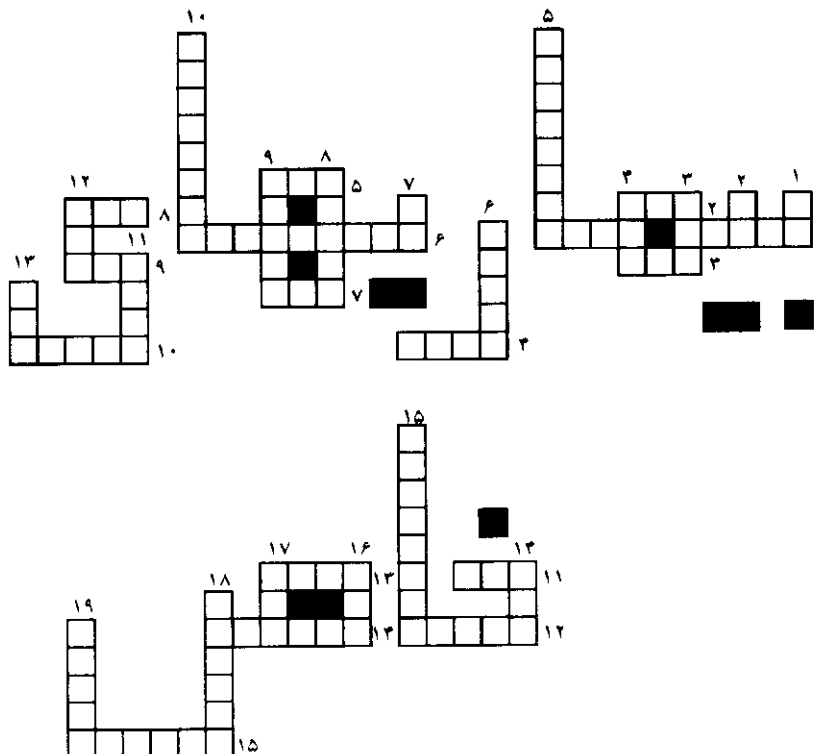
# جدول

## عمودی

- ۱- کاشف باکتری سل
- ۲- صورت رایج بیماران
- ۳- دورویی
- ۴- نوعی وسیله انفجاری
- ۵- در درمان هموفیلی بکار می‌رود.
- ۶- بیماری ازدیاد قندخون
- ۷- آب تُرکی
- ۸- لقب عایشه همسر رسول... (ص)
- ۹- نوعی پارچه که جدا بافته است.
- ۱۰- از نواحی شایع بیماری تالاسمی است.
- ۱۱- در پیشگاه خداوند بالاترین درجه را دارد.
- ۱۲- جان جسم
- ۱۳- چراندن آن کاری بی‌فایده است.
- ۱۴- کوهی در مکه
- ۱۵- شایع‌ترین بیماری انعقاد خون
- ۱۶- اندوهگین نیست.
- ۱۷- حیوان درنده خوی زیبا
- ۱۸- عاشق
- ۱۹- بی‌صدا

## افقی

- ۱- این انقلاب بی‌نام او در هیچ جای جهان شناخته شده نیست. - بیماری خطرناک اما به‌هم ریخته
- ۲- ایتالیای قدیم
- ۳- اضافه بار آن در بدن سبب پیدایش عوارض تالاسمی می‌شود.
- ۴- نقطه آغازین زندگی
- ۵- آخرین ماه از ماه‌های رومی
- ۶- محور و اصل جمهوری اسلامی ایران
- ۷- نشانه
- ۸- هنگام مشکلات از آن استعانت می‌جوییم.
- ۹- مشخص نمودن جزئیات
- ۱۰- کلیه مصنوعی
- ۱۱- طوفانهای مغزی
- ۱۲- آزمایش بررسی سازگاری پیوند
- ۱۳- جوانی عربی
- ۱۴- داروی آهن‌زدا در تالاسمی
- ۱۵- بیماری ویروسی که کبد را درگیر می‌کند.



## راهنمای استفاده از پیک خاص

پیک خاص، شما را با بیماری‌های خاص مانند تالاسمی، هموفیلی، نارسائی مزمن کلیه، سرطان، دیابت، سل، هیپاتیت و ... آشنا می‌سازد. درآمد حاصل از پیک خاص، صرف گسترش مراکز درمانی بیماریهای خاص خواهد شد و شما علاوه بر آشنایی با بیماریهای خاص در این حرکت خیرخواهانه و ملی سهیم خواهید شد.

### برای شرکت در مسابقه پیک خاص:

- ۱- پس از مطالعه پیام پیک خاص، به سئوالات مطرح شده در روی کارت با علامت زدن گزینه گزینه مناسب پاسخ دهید.
- ۲- پس از تکمیل کارت و درج آدرس و نام و نام خانوادگی، کارت را از قسمت مشخص شده جدا کنید.
- ۳- بعد از الصاق تمپر، بر روی جای مربوطه، کارت را قبل از پایان مهلت ارسال که بر روی آن مشخص شده به صندوق پست بیاورد.
- ۴- از بین کارت‌های ارسالی که به پرسشهای آن پاسخ صحیح داده شده باشد تعدادی به قید قرعه انتخاب می‌شود و جوایز ارزنده‌ای به آنها تعلق می‌گیرد.
- ۵- قسمت جدا شده کارت که بر روی آن عکس یکی از آثار باستانی کشور چاپ شده نزد خود نگهدارید.
- ۶- اسامی برندگان ماه در اول ماه بعد از طریق روزنامه‌های کثیرالانتشار اعلام می‌شود.
- ۷- ارائه قسمت جدا شده کارت هنگام دریافت جوایز الزامی است.
- ۸- در پایان هر سال به کسانی که ۱۲ پیک خاص را به طور مستمر خریداری کرده باشند و ۱۲ تکه کارت جدا شده را ارائه نمایند به قید قرعه جوایز ارزنده‌ای تعلق می‌گیرد.
- ۹- پیک خاص از اول هر ماه توزیع می‌شود و پایان مهلت ارسال آن بیستم همان ماه می‌باشد.

### بنیاد امور بیماریهای خاص

صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۳۳۳۳ تلفن: ۸۷۱۱۰۲۹ فاکس: ۸۷۱۰۷۹۶

## فرم اشتراک نشریه

نام و نام خانوادگی: ..... میزان تحصیلات: ..... شغل: .....  
 نام مؤسسه: ..... تلفن: ..... فاکس: .....  
 آدرس: .....  
 کدپستی: .....

مبلغ اشتراک یکسال: همت عالی

لطفاً مبلغ اشتراک را که صرف گسترش مراکز درمانی بیماریهای خاص می‌شود به شماره حسابهای بنیاد امور بیماریهای خاص واریز و اصل فیش را به همراه فرم اشتراک به روابط عمومی بنیاد ارسال فرمائید.

« مسابقه خاص » (۱)

# بیماری سل

• واحد آموزش  
بنیاد امور بیماریهای خاص

بشر از روزگاران کهن با بیماری سل دست و پنجه نرم می‌کرده و در جنگی نابرابر تلفات بی‌شماری را متحمل شده‌است. آثاری از این بیماری در اجساد مومیایی شده متعلق به مصر باستان کشف گردیده‌است. قرون هفدهم و هجدهم به دلیل صنعتی شدن جوامع اروپایی و تجمع افراد در کارگاه‌ها و شرایط بد زندگی آنان، سرایت بیماری در جامعه و مرگ و میر افراد به حدی رسیده بود که نام «طاعون سفید» به این بیماری اطلاق شد. در حال حاضر نیز وضعیت چندان مطلوبی نداریم. سالانه در جهان حدود هشت میلیون مورد جدید بیماری سل گزارش می‌شود که با ارائه خدمات بهداشتی، درمانی مناسب می‌توان بیش از نود درصد آنان را بهبودی کامل بخشید.

شایع‌ترین عضو مبتلا در بیماری سل، ریه‌ها می‌باشند، از مهمترین علائم بیماری مربوط به سیستم تنفسی است که عبارتند از: سرفه طولانی، خلط خونی، درد سینه و گاهی تنگی نفس. علائم عمومی دیگر به صورت تب، تعریق، لاغری، خستگی، بی‌حوصلی و ضعف می‌باشد. در مورد گرفتاری سایر اعضای بدن علائم اختصاصی مربوط به آن عضو بروز می‌کند. به عنوان مثال درد مفصلی در سل مفاصل و یا درد و تغییر رنگ و سوزش ادرار در سل کلیوی.

هنگام وجود علائم فوق باید به فکر بیماری سل بود و حتماً به واحدهای بهداشتی - درمانی مراجعه کرد، زیرا بیماری سل علیرغم اینکه کشنده است ولی با تشخیص بموقع کاملاً قابل درمان می‌باشد.

سل بیماری عفونی و مزمنی است که توسط مایکوپلاکتیوم توبرکنوزیس ایجاد می‌شود. شکل شایع بیماری، سل ریوی است اما احتمال بروز بیماری در سایر نقاط بدن از قبیل کلیه، مفاصل نیز وجود دارد. میکروب سل از طریق تنفس وارد ریه‌ها شده و موجب عفونت سنی می‌شود. آغاز بیماری در بدن پس از عفونت متغیر است و حتی ممکن است تا چندین سال به درازا بکشد.

چهره بیماری با ظهور علائمی از قبیل سرفه طولانی، کاهش وزن، تعریق شبانه و خستگی نمایان می‌شود. سل ریوی به شدت مسری می‌باشد. بیمار مبتلا از طریق سرفه، عطسه، صحبت کردن و خارج کردن خلط، میکروب را در هوا پراکنده می‌سازد. میکروب در محیط مرطوب، تاریک و بسته می‌تواند تا چندین سال زنده بماند و دیگران را آلوده سازد اما بیشترین سرایت در افراد همان مجاورت نزدیک با فرد بیمار است.

حشرات، خون، مواد غذایی و آب در انتشار آن دخالتی ندارند. میکروب سل از طریق تنفس وارد ریه‌ها می‌شود. حتی تنفس یک میکروب می‌تواند منجر به آلودگی گردد، گرچه تماس طولانی خطر سرایت را افزایش می‌دهد. افراد خانواده، همکاران و دوستان یک فرد مسلول در معرض خطر بالایی برای ابتلا قرار دارند.

اکثر افرادی که با میکروب سل آلوده هستند، دچار بیماری نمی‌شوند زیرا اغلب موارد سیستم ایمنی بدن منجر به کنترل بیماری می‌گردد. فقط پنج تا ده درصد افراد آلوده در نهایت دچار بیماری خواهند شد.

در افرادی که دچار ضعف سیستم ایمنی هستند، شانس ابتلا به بیماری ۳۰ برابر بیشتر از سایرین است. با توجه به اینکه



## سوالات

- ۱- شایع ترین شکل بیماری سل، نوع ..... است.  
 الف - کتیبوی  
 ب - استخوانی  
 ج - ریوی  
 د - مفصنی
- ۲- میکروب سل از طریق ..... وارد بدن می شود؟  
 الف - دستگاه گوارش  
 ب - دستگاه تنفسی  
 ج - پوست  
 د - هیچکدام
- ۳- بعد از ورود میکروب سل به بدن چه مدت طول می کشد تا علائم بیماری بروز کند؟  
 الف - بعد از چندسال  
 ب - بلافاصله علائم ظاهر می شود.  
 ج - زمان مشخصی ندارد.  
 د - بعد از حدود بیست سال
- ۴- سل ریوی .....  
 الف - قابل سرایت به دیگران نیست.  
 ب - به افرادی که سیستم ایمنی ضعیفی دارند، منتقل می شود.  
 ج - فقط به افراد سالمند منتقل می شود.  
 د - هیچکدام
- ۵- کدامیک جزء علائم بالینی سل نیست؟  
 الف - سرفه طولانی مدت  
 ب - افزایش وزن  
 ج - تعریق شبانه  
 د - احساس خستگی
- ۶- کدامیک از راه های زیر موجب انتقال میکروب سل از شخص بیمار به فرد سالم می شود؟  
 الف - حشرات  
 ب - مواد غذایی  
 ج - آب  
 د - سرفه و عطسه
- ۷- کدامیک از جملات زیر صحیح است؟  
 الف - بیش از ده هزار میکروب سل لازم است تا فرد را مبتلا به بیماری سل نماید.  
 ب - تعداد میکروب باید بیش از صد هزار باشد.  
 ج - یک میکروب هم می تواند فرد سالم را مبتلا به سل نماید.  
 د - هیچکدام
- ۸- کدامیک از گزینه ها جزء علائم سل محسوب می شوند؟  
 الف - سوزش ادرار  
 ب - درد مفاصل  
 ج - خلط خونی  
 د - همه موارد
- ۹- افرادی که میکروب سل وارد بدنشان می شود .....  
 الف - اکثراً مبتلا به سل می شوند.  
 ب - اکثراً مبتلا به سل نمی شوند.  
 ج - هیچیک مبتلا نمی شوند.  
 د - همگی مبتلا می شوند.
- ۱۰- سیستم ایمنی چه نقشی در ابتلا به سل دارد؟  
 الف - نقش مؤثری دارد.  
 ب - هیچ نقشی ندارد.  
 ج - هرچه سیستم ایمنی قویتر باشد، احتمال ابتلا بیشتر است.  
 د - نقش بسیار ضعیفی دارد.

۱-	الف	ب	ج	د
۲-	الف	ب	ج	د
۳-	الف	ب	ج	د
۴-	الف	ب	ج	د
۵-	الف	ب	ج	د
۶-	الف	ب	ج	د
۷-	الف	ب	ج	د
۸-	الف	ب	ج	د
۹-	الف	ب	ج	د
۱۰-	الف	ب	ج	د

پاسخنامه (۱): بیماری سل

توجه: لطفاً پس از پر کردن پاسخنامه، آن را از محل نقطه چین جدا نموده و تا تاریخ ۱۳۷۷/۳/۵ به نشانی دفتر مجله ارسال فرمایید تا در قرعه کشی شرکت نمایید.

1) Providing projects for research - administrative complex for the foundation of special diseases .

2) Continuing operation for the huge research, treatment and educational project of cancer diseases .

3) Implementing constantly national Thalassemia prevention plan with the intention of covering all provinces in the country .

4) Equipping and operating of centers for treatment of special diseases in the country.

5) Expanding advertisement activities in order to familiarize people with special diseases and the

methods of prevention .

6) Implementing census project for hemophilia patients .

7) Implementing census project for kidney diseases victims .

8) Establishing a kidney bank for facilitating kidney transfer operations .

9) Cooperating with mass media to familiarize people with special diseases .

10) Establishing relationship with international organization and bodies .

11) Publishing books and educational materials.

## **ACCOUNT NUMBER:**

**3434 BANK MELLI IRAN , ESKAN BRANCH (PAYABLE IN  
ALL BRANCHES THROUGHOUT THE COUNTRY)  
IN THE NAME OF CHARITY FOUNDATION FOR SPECIAL  
DISEASES FOR PAYMENTS OF PEOPLE'S HELP TO THE  
SPECIAL DISEASES .**



communication .

In order to realize the above objectives, CFSD in addition to the board of guardians has established the post of chairman , director execution council , deputy for diseases , research and planning , public relation and communication, administrative and financial section, budget and programming office, and international affairs department . Each section operates according to their assigned functions .

### **THE FOUNDATION'S MAIN FUNCTIONS**

1) Implementing a national preventive thalassemia plan at national level providing financial credit . The implementation is carried by the Ministry of Health treatment and medical education . The amount of 900 ml Rials has been provided for the start of the plan.

2) Implementing plan for census of thalassemia patients nationwide.

3) Establishing special diseases committee in provinces headed by deputy governor general and committee secretariat in the offices of the governor general.

4) Establishing specialized committees and expert groups for special diseases.

5) Carrying out the plan for free medical treatment of Dialyses , Thalassemia and Hemophilia patients throughout the country.

6) Preparing and presenting a comprehensive kidney transplant plan based on an agreement with the board of governmental ministers . Rewards for the donors are provided from a special fund and paid by the Foundation for Special Diseases.

7) Providing help for instaling and equipping special treatment centers for special diseases throughout the country.

8) Dispatching representatives and experts of the foundation to different provinces to survey the medical facilities and examin the conditions of the patients as well as improve the services offered.

9) Supporting implementation plan for prevention of Thalassemia among the high school students in Qeshm free zone area and payment of 100 ml Rials for implementation of the above project.

10) Establishing relation with support and scientific associations.

11) Starting the coustruction operation for the medical treatment and research complex and cancer education programme in the Middle East.

12) Building medical lab diagnosis center in Vavan township near the Saveh dialysis center and providing the necessary equipments.

13) Extending activity for identification of special diseases at the country level and attracting the support of different organizations.

14) Providign partial needs of informatic facilities to carry out the national census project.

15) Receiving credits for development and attracting governmental and non - governmental assistance .

16) participating in opening and operating of 140 treatment centers for the special diseases .

17) Following up for the implementation of mandatory Thalassemia test to identify carriers before marriage by the government .

18) Providing 400 ml Rials Assistance for operating the Diabetes center in Iran .

19) Donating dialyses machines and equipments related to the treatment centers .

20) Supporting Kidney tranplant project and providing cash rewards for the Donors .

### **NEW IMPLEMENTATION PROJECTS**

At present the CFSD is trying to carry out the programmes listed below as priorities.

## CHARITY FOUNDATION FOR SPECIAL DISEASES

Charity Foundation for Special Diseases (CFSD), upon agreement with his excellency AYATOLLAH HASHEMI RAFSANJANI, commenced its activities in the above field since MAY 1996 particularly in relation with Thalassemia, Hemophilia, Chronic Renal Failure, Diabetes, Tuberculosis and Cancer patients.

Among the sick people in the society, there are those that because of their particular physical shape, kind of treatment and medical problems as well as socio-economic difficulties live under special conditions. The unique conditions of such patients in addition to their deep suffering necessitate a determined governmental as well as popular and national undertaking in order to alleviate the socio-economic consequences of such problems. In this regard, CFSD symbolizes such a national determination.

### THE FOUNDER BOARD

The founder board of the foundation consist of the following members: Mrs. FATEMEH HASHEMI, SHAFIGHE RAHIDEH, Dr. ALI AKBAR VELAYATI, Dr. IRAJ FAZEL, ENGINEER SEYED HOUSSEIN MARASHI, Dr. BAGHER LARIJANI, Dr. MOHAMMAD FARHADI and Dr. SEYED HASHEM JANNATPOOR.

### THE FOUNDATION'S OBJECTIVES

1) Gathering information and statistics on special diseases from individual characteristic and

medical conditions point of view.

2) Identifying different social and treatment needs.

3) Raising the social and scientific knowledge and awareness of the patients, their families as well as all the people in the society.

4) Providing conditions for the betterment of utilizing available credits and facilities to care for such patients and create conditions or socio-economic capability to obviate their problems.

5) Bringing the particular socio-medical problems of the patients to the attention of governmental organs.

6) Attracting domestic and foreign governmental and social support and help.

7) Establishing relations and cooperation with scientific and support organs for special patients at domestic as well as international levels.

8) Extending educational - research activities and services related to raising public awareness.

9) Introducing and implementing projects for prevention, and enhancing socio-medical conditions of special patients to different executive governmental organs.

### THE ORGANIZATION OF THE FOUNDATION

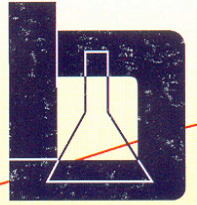
According to the objectives designed, CFSD follows four main operational activities consisting of information and education, planning, support activities and expansion of resources and



دانش افزار نماینده انحصاری  
کمپانی بهرینگر مانهایم آلمان

# شرکت مهندسی دانش افزار

سیستم آزمایشگاهی، تحقیقاتی، بیمارستانی و مواد آزمایشگاهی



دستگاههای سنجش سریع:  
همراه مطمئن شما در فعالیتهای روزانه،  
هر زمان، هر مکان



**تشخیص بموقع**  
**تضمین سلامتی**

**میکرال تست: تشخیص آلبومین ادرار**  
در یک دقیقه

**رفلوتک هموگلوبین: سنجش هموگلوبین**  
در یک دقیقه



**اکوترند جی. سی: سنجش قند**  
و کلسترول خون با یک دستگاه



**اکوترند آلفا: سنجش قند خون در ۱۲ ثانیه،**  
آسان، دقیق و مطمئن



