

نشریه بنیاد امور بیماری‌های خاص

خاص

چشم‌هایم منتظر یاری
سبز توست تا گل‌های عاصفه
و لب‌خند شکوفا شوند



Roche

Diagnostics

Self Monitoring Control of Diabetes

... New Life



اندازه گیری قابل دسترس و همیشگی قند خون
مهمترین نکته در کنترل دیابت



شرکت مهندسی دانش افزار
سیستمهای آزمایشگاهی، تحقیقاتی و مواد مصرفی

خیابان استاد مطهری، خیابان شهید مفتح،
کوچه شهید بخشی موقر، شماره ۸
۸۸۴۶۳۲۰ - ۸۸۴۰۴۹۴ - ۸۳۰۸۰۰۹



نشریه بنیاد امور بیماریهای خاص
علمی فرهنگی و اجتماعی
شماره دهم
(تابستان ۸۰)

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری های خاص
مدیر مسئول: فاطمه هاشمی
سر دبیر: دکتر باقر لاریجانی
مدیر اجرایی: امیر هادی انصاری

هیأت علمی:

دکتر حسن ابوالقاسمی
دکتر کامران باقری لنگرانی
دکتر احمد رضا جمشیدی
دکتر سید هاشم جنت پور
دکتر سید محسن خوش نیت
دکتر احمد رضا سروش
دکتر شمس شریعت تریفان
دکتر رمضانعلی شریفیان
دکتر سید محمود طباطبایی
دکتر سید موید علویان
دکتر ایرج فاضل، دکتر محمد فرهادی
دکتر محمد فرهادی لنگرودی
دکتر اردشیر قوام زاده، دکتر مصطفی قانع
دکتر باقر لاریجانی، دکتر علی رضا مرندی
دکتر رضا ملک زاده، دکتر محمدعلی محقق
دکتر علی اکبر ولایتی

هیأت اجرایی:

مهندس امیر علی آقایی - مریم اسدی
دکتر محمد رضا امینی - دکتر رضا به خیز نیا
دکتر نیما پورزاهد - لادن خالقی - دکتر جواد سعید تهرانی
فاضله شریفی - دکتر علیرضا شمشیر ساز
دکتر اقبال طاهری - دکتر سید محمود طباطبایی
دکتر محمد کامکار - وفا ملکزاده
ویراستار: دکتر پیام سلطانزاده

امور فنی:

موسسه فرهنگی هنری طاهر
صفحه آرایی: گیتا یاقوتی
اسکن و طراحی روی جلد: فرهاد شمس
حروفچین: دریایی

چاپ: روزنامه اطلاعات - وزارت نفت

آدرس: تهران - صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۳۳۳
تلفن: ۸۷۱۱۰۲۹ فاکس: ۸۷۱۰۷۹۶
پست الکترونیکی بنیاد امور بیماری های خاص:

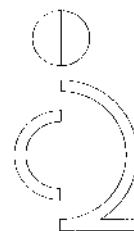
Email: cffsd @ majtis. ir
cffsd @ yahoo. com

۲.....	سخن اول.....
۳.....	نیایش.....
۴.....	اخبار.....
	گزارش ویژه
۹.....	مراسم پنجمین سالروز تأسیس بنیاد امور بیماری های خاص.....
۱۱.....	گزارشی از همایش «افق های جدید در آموزش و درمان دیابت».....
	پژوهش و آموزش
۱۳.....	جایگاه علمی - پژوهشی ایران در آغاز قرن بیست و یکم.....
۱۶.....	حقیقت مجازی.....
۱۸.....	روان درمانی بیماران صعب العلاج.....
۲۴.....	شیوه های درمان تالاسمی.....
۲۷.....	بتا تالاسمی ماژور و ارتباط آن با طحال برداری.....
۳۱.....	بررسی شاخص های همه گیر شناسی «مرگ مغزی».....
۳۵.....	برخورد با هیپاتیت مزمن.....
۴۱.....	روی (Zn) عنصری فراموش شده در سلامت انسان.....
۴۴.....	سیستم های نوین دارورسانی.....
	فرهنگ و هنر
۴۶.....	خوشامدگویی دگر با آرزوی زایشی دگر.....
۴۷.....	اساطیر دیروز زندگی امروز.....
۴۹.....	دری به سوی باغ بسیار درخت.....
۵۰.....	ساحل وصال.....
۵۲.....	انتشارات بنیاد.....
	بین الملل
۵۳.....	سازمان جهانی بهداشت (WHO): مقاومت دارویی تهدیدی برای درمان.....
۵۶.....	اثبات تأثیر تلفن های همراه (موبایل).....
۵۷.....	سابقه و اهداف تأسیس مرکز ملی سرطان ژاپن.....
	با مخاطب های آشنا
۵۹.....	صدای مهر.....
۶۰.....	اهدا کنندگان عضو.....
۶۱.....	یاوران بنیاد.....
	خواندنیها
۶۲.....	عملکرد واحد مددکاری بنیاد امور بیماری های خاص.....
۶۳.....	آذربایجان غربی تلاش پشتکار.....
۶۸.....	افتخاری دیگر برای تیم ورزش پیوند اعضا و بیماران خاص ایران.....
۷۰.....	نگاهی به قرن بیستم از دیدگاه پزشکی.....
۷۳.....	انجمن های خیریه، امید به تداوم و گسترش نیکوکاری.....
۷۶.....	جنول و سرگرمی.....

سخن اول

بر خورد جامع با بیماریها و مسائل گوناگون مربوط به آنها امری جدید برای تامین سلامت جامعه است. در حال حاضر در کشور ما بیماریهای مختلفی با شیوع بالا وجود دارند. به طور مثال نارسایی کلیه هزاران نفر را در کشور ما رنج می دهد و بیماریهای ژنتیکی مانند تالاسمی و هموفیلی نیز در شمار قابل توجهی از هموطنان ما وجود دارد که حل مسائل و مشکلات آنها مشارکت بخش های گوناگون دست اندر کار را می طلبد بگونه ای که با یک تقسیم کار درست و مناسب می توان جنبه های مختلف نیازمندیهای این بیماران را بر طرف کرد. البته رسیدن به این هدف به حضور فعال دستگاههای اجرایی مختلف نه تنها یک وزارت خانه نهادهای غیر دولتی (مانند سازمانهای خیریه و مردمی) و بهره گیری از قابلیت های موجود در کشور نیاز دارد. ما حدود ۹۰۰۰ بیمار دیالیزی شناخته شده در کشور داریم که بالاتر از ۲۰٪ آنها در اثر دیابت دچار این عارضه شده اند. مسوولان سلامت جامعه باید توجه داشته باشند که اگر وضعیت کنترل دیابت در کشور تحقق نیابد بخش عمده ای از مسائل دیالیز کشور حل نشده باقی می ماند. این کار در سایه برخورد جامع با پدیده نارسایی کلیه و علل آن و اندیشیدن برای خشکاندن سرچشمه این بیماری سامان می یابد. اطلاع رسانی دقیق در سطح جامعه و بیماران دیابتی و خانواده های آنها نخستین و شاید مهم ترین گام در راه رسیدن به این هدف می باشد. در حالی که بالاتر از ۲ میلیون نفر دیابتی در کشور وجود دارد و بیش از نیمی از آنها از بیماری خود ناآگاهند. برای ساماندهی بهتر وضعیت سلامت کشور باید به جای تمرکز همه مسئولیتها در یک قسمت به فکر مشارکت دادن تمام سیستم های اداری کشور، کلیه نهادهای توانمند اجتماعی و استفاده از همه نظرات باشیم. البته در این مورد باید سیاستهای مدونی فراهم گردد تا ضمن وجود نظارتی خردمندانه بر امور، از ناهماهنگی مخرب جلوگیری شود

سر دبیر



نیایش

۳

خدایا: «عقیده» مرا از دست «عقده» ام
مصون بدار.

خدایا: به من «تقوای ستیز» بیاموز، تا در
انبوه مسئولیت، نلغزم و از «تقوای پرهیز»
مصونم دار تا در خلوت عزلت، نیوسم.

خدایا: رشد عقلی و علمی، مرا از فضیلت
«تعصب»، «احساس»، و «ارشاق» محروم
نسازد.

خدایا: مرا همواره، آگاه و هوشیاردار، تا
پیش از شناختن «درست» و «کامل» کسی یا
فکری - مثبت یا منفی - قضاوت نکنم.

خدایا: جهل آمیخته با خودخواهی و حسد،
مرا، رایگان، ابزار قتاله دشمن، برای حمله به
دوست، نسازد.

خدایا: شهرت، منی را که: «می خواهم
باشم»، قربانی منی که: «می خواهند باشم»،
نکند.

خدایا: در روح من، اختلاف در
«انسانیت» را، با اختلاف در «فکر» و اختلاف
در «رابطه»، با هم میامیز، آن چنان که نتوانم
این سه اقنوم جدا از هم را بازشناسم.

خدایا: مرا به خاطر حسد، کینه و غرض،
عمله آमतور ظلمه مگردان.

خدایا: خودخواهی را چندان در من بکش،
یا چندان برکش، تا خودخواهی دیگران را
احساس نکنم و از آن در رنج نباشم.

خدایا: مرا، در ایمان، «اطاعت مطلق»
بخش، تا در جهان، «عصیان مطلق» باشم.

خدایا: به من «تقوای ستیز» بیاموز، تا در
انبوه مسئولیت، نلغزم و از «تقوای پرهیز»
مصونم دار تا در خلوت عزلت، نیوسم.

خدایا: مرا به ابتذال آرامش و خوشبختی
مکشان، اضطراب های بزرگ، غم های ارجمند
و حیرت های عظیم را به روحم عطا کن. لذت ها
را به بندگان حقیرت بخش و دردهای عزیز بر
جانم ریز.

خدایا: اندیشه و احساس مرا در سطحی
پائین میاور که زرنگی های حقیر و پستی های
نکبت بار و پلید «شبه آدم های اندک» را متوجه
شوم، چه، دوست تر می دارم «بزرگواری گول
خور» باشم تا، همچون اینان، «کوچک واری
گول زن».

خدایا: به من توفیق تلاش، در شکست؛
صبر، در نومیدی؛ رفتن، بی همراه؛ جهاد،
بی سلاح؛ کار، بی پاداش؛ فداکاری، در
سکوت؛ دین، بی دنیا؛ عظمت، بی نام؛ خدمت،
بی نان؛ ایمان، بی ریا؛ خوبی، بی نمود؛
گستاخی، بی خامی؛ مناعت، بی غرور؛ عشق،
بی هوس؛ تنهایی، در انبوه جمعیت؛ دوست
داشتن، بی آنکه دوست بدانند؛ روزی کن.

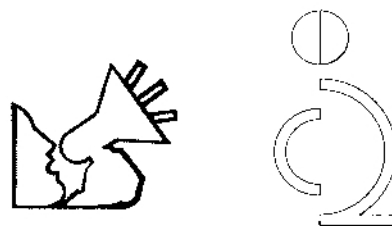
خدایا: به جامعه ام بیاموز که تنها راه به
سوی تو، از زمین می گذرد، اما به من بیراهه ای
میان بر را نشان بده.

برگرفته از:

کتاب «نیایش»

اثر دکتر علی شریعتی

ساخت پلی کلینیک بیماران خاص در اردبیل



در حال حاضر حدود ۲۰۰ بیمار هموفیلی، ۲۲۰ بیمار دیالیزی، ۵۰۰ بیمار با کلیه پیوندی و دهها هزار بیمار مبتلا به دیابت و سرطان در حوزه شهر کرج ساکن هستند که به دلیل عدم شناخت جایگاه متفاوت و منحصر به فرد غرب استان تهران به ویژه شهرستان کرج، وضعیت بیماران خاص نیز توجه جدی تری را نسبت به وضعیت موجود می طلبد.

در همین راستا و بنا به دعوت مهندس شهبازی فرماندار کرج، خانم هاشمی و هیأت همراه ضمن حضور در اولین جلسه کمیته بیماری های خاص کرج از مراکز درمانی بیماری های خاص این شهرستان بازدید کردند. مهندس شهبازی، فرماندار کرج در جلسه کمیته بیماری های خاص با قدردانی از خانم هاشمی به واسطه تلاش های ارزنده ایشان در بهبود وضعیت بیماران خاص و با اشاره به مشکلات جمعیتی و امکاناتی کرج گفت:

«شهرستان کرج به دلیل نزدیکی به شهر تهران و مهاجرت گسترده، رشد دور از انتظار و برنامه و بدون پیش بینی و توسعه امکانات شهری داشته است که در زمینه بیماری های خاص نیز همین مشکل وجود دارد و در ماه های گذشته تلاش شده است

آقای دکتر طهایی استاندار اردبیل طی بازدید از مرکز همودیالیز شهرستان اردبیل و گفتگو با بیماران و کادر درمانی این مرکز از نزدیک در جریان مشکلات و کمبودهای آنان قرار گرفتند. ایشان ضمن اشاره به لزوم ارائه خدمات به صورت منسجم و سیستماتیک به بیماران خاص، برای ایجاد مرکز درمانی- آموزشی و آزمایشگاهی برای این بیماران اشاره کردند و مبلغ ۱۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال در این زمینه اهدا نمودند. گزارش خبرنگار ماحاکی است که هزینه ساخت این مرکز ۶۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال برآورد شده است که در تماس مسؤولان استان با بنیاد امور بیماری های خاص، مسؤولان بنیاد اظهار داشته اند که مساعدت های لازم را در حد توان به عمل خواهند آورد.

حضور رئیس بنیاد در نخستین جلسه کمیته بیماری های خاص کرج

شهر کرج به عنوان یکی از ۶ کلان شهر بزرگ کشور با داشتن ۵/۱ میلیون نفر جمعیت از ۲۰ مرکز استان در کشور و ۶۱ کشور در جهان پرجمعیت تر می باشد.

تهیه و تنظیم:

بنیاد امور بیماری های خاص

امیر علی آقایی

وفا ملک زاده

با تشکیل کمیته بیماری‌های خاص در شهرستان و ایجاد ارتباط مستمر با بنیاد امور بیماری‌های خاص در جهت رفع این معضل گام‌های ارزشمندی برداشته شود.»

در ادامه جلسه، اعضای کمیته استانی ضمن ارائه گزارش از عملکرد خود به ارائه مشکلات موجود در شهرستان کرج پرداختند که اهم مشکلات مطرح شده، عدم وجود ساختمانی متمرکز برای رسیدگی به امور درمانی و حمایتی بیماران خاص، عدم توزیع داروهای مورد نیاز بیماران خاص در سطح شهرستان و داروخانه هلال احمر، نداشتن قرارداد بین سازمان بیمه خدمات درمانی با آزمایشگاه‌ها و فیزیوتراپی‌های سطح شهر، کمبود دستگاه دیالیز، نداشتن بخش دیابت و... ذکر گردید.

خانم هاشمی، رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص نیز با قدردانی از توجه ویژه فرماندار و مسئولان شهرستان کرج به موضوع بیماری‌های خاص گفت: «من در حال حاضر احساس خوشحالی می‌کنم که در هر نقطه از کشور که می‌رویم مسئولان دغدغه بیماران خاص را دارند و تلاش می‌کنند تا اقدامات مؤثری برای خدمات‌رسانی به آنان انجام گیرد و این نشان می‌دهد که بنیاد امور بیماری‌های خاص توانسته است به بخشی از اهداف ترسیم شده خود دست پیدا کند.»

رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص کاهش مسائل و مشکلات بیماران دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی نسبت به سال‌های گذشته را مرهون تلاش و پیگیری بنیاد دانست و گفت: «در حال حاضر نیز بنیاد امور

بیماری‌های خاص با جدیت درصدد ارتقای کمی و کیفی در زمینه‌های مختلف آموزشی، پژوهشی، دارویی، درمانی، پیشگیری، امور حمایتی و... برای بیماری‌های خاص می‌باشد.»

در این جلسه با موافقت رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص مقرر شد پس از تأمین زمین و ساختمان مورد نیاز برای ایجاد بخش بیماری‌های خاص در شهرستان کرج توسط فرمانداری و نهادهای استان، تجهیزات و امکانات مورد نیاز برای راه‌اندازی بخش بیماری‌های خاص از سوی این بنیاد تأمین و اهدا شود.

پنجمین همایش سراسری وقف و امور خیریه

پنجمین همایش سراسری وقف و امور خیریه با حضور مسئولان و اعضای مراکز خیریه سراسر کشور روزهای ۲۹ و ۳۰ اردیبهشت ماه با پیام رئیس جمهور محترم در ارومیه برگزار شد. در این مراسم آقای مسجد جامعی وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی با توصیف وقف به عنوان یکی از صور قدیمی و پایداری از مارکت عمومی و سرمایه‌گذاری متکی به مردم که از گذشته در فرهنگ ما وجود داشته است وقف را حرکتی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ذکر کرد. وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی، تقویت مدیریت بهره‌برداری از موقوفات، نیازسنجی و بررسی نیازهای جامعه برای موقوفات، مشارکت گروهی واقفان در حل مشکلات جامعه، رفع مشکلات حقوقی و برداشتن موانع قانونی برای واقفان و

همچنین ایجاد اعتماد برای واقفان را از نکات مهمی عنوان کرد که باید به آن توجه شود.

دکتر واعظ مهدوی، معاونت توسعه، مدیریت منابع و امور مجلس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز با تأکید بر اینکه تأمین خدمات وظیفه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و تولید خدمات وظیفه این وزارتخانه نیست و باید مراکز خیریه و مردمی مولد خدمات، گسترش یافته و حمایت شوند گفت:

«ما در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سعی می‌کنیم امکانات و نیروهای خودمان را برای گسترش و توسعه مراکز خیریه به کار گیریم و محدودیت‌های موجود را برطرف کنیم و در همین زمینه از کلیه سازمان‌های بیمه‌گر خواسته‌ایم با مراکز خیریه درمانی قرارداد منعقد کنند.»

خانم فاطمه هاشمی، رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص نیز در این همایش با تأکید بر این که نیکوکاری و کمک به هم‌نوعان در دل افراد جامعه جای دارد و تمامی افراد اعم از فقیر و متمکن در حد توان در فعالیت‌های نیکوکارانه مشارکت می‌نمایند گفت:

«در کشور، منابع زیادی وجود دارد که با مدیریت و برنامه‌ریزی مطلوب می‌توان از امکانات و بودجه‌های سرگردان به نحو مناسب بهره‌برداری و استفاده کرد.»

رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص افزود: «دولت باید به حضور مردم و مشارکت آنها اهمیت بدهد و مهمترین مسئله در این زمینه اعتمادسازی و دخیل کردن مردم در امور خیریه و سپردن امور جاری به دست

آنان است.» خانم فاطمه هاشمی با تأکید بر ضرورت بازنگری در قوانین دست و پاگیر برای ایجاد و توسعه مراکز خیریه در کشور اضافه کرد:

«وقتی قرار است از مردم کمک بگیریم باید حامی آنها باشیم نه اینکه وقتی کمک گرفتیم آنها را طرد نماییم. وظیفه ما است که مسائل و مشکلات را ریشه‌یابی کرده و به دنبال حل مشکلات به صورت ریشه‌ای و اساسی باشیم. دولت نیز باید برای کار کردن یک فرد خیر تسهیلات ایجاد نماید و کمک‌های افراد خیر را جهت دهد و به جای دخالت در اجرای نیت واقفان اجازه دهد افراد خیر بتوانند به طریق دلخواه در امور خیریه شرکت نمایند و این اطمینان در آنها ایجاد شود که دولت قصد دخالت در فعالیت آنها را ندارد و فقط نقش نظارتی دارد.»

در این همایش به تعدادی از افراد خیر و نیکوکار از سوی سازمان اوقاف و امور خیریه هدایایی اهدا شد.

چهارمین دوره مسابقات ورزشی قهرمانی کشور بیماران خاص برگزار شد

این مسابقات در ۴ رشته ورزشی (شنا - تئیس روی میز - دو و میدانی و بدمیتون) با شرکت ورزشکاران استانهای خراسان - بوشهر - مرکزی - فارس - آذربایجان غربی - کرمانشاه و تهران با همکاری فدراسیون ورزشهای همگانی و اداره کل تربیت بدنی استان فارس به نحو باشکوهی برگزار گردید. در مراسم افتتاحیه این مسابقات که با حضور معاونان استانداری فارس، مدیر کل

و معاون تربیت بدنی استان فارس، مسئولان هیأت‌های ورزشی استان و جمعی از خانواده‌های علاقه‌مند و ورزشکاران برگزار شد، ابتدا آیاتی چند از کلام الله مجید تلاوت شد و پس از نواخته شدن سرود جمهوری اسلامی، آقای مهندس امامی معاون استانداری فارس سخنرانی نمود. پس از آن مطلبی درخصوص بیماران بصورت دکلمه توسط یکی از خواهران ارائه گردید و سپس تیم‌های شرکت‌کننده از مقابل قرآن کریم رژه رفتند و در پایان مراسم، حرکات نمایشی ژیمناستیک توسط نونهالان و نوجوانان هیأت ژیمناستیک فارس انجام شد و در پایان نتایج زیر بدست آمد:

- ۱ - تیم آذربایجان غربی با ۴ مدال طلا، ۲ نقره و ۲ برنز اول شد.
- ۲ - تیم استان فارس با ۳ مدال طلا،



یک نقره و یک برنز به مقام دوم رسید.

۳- تیم تهران با یک مدال طلا، ۴ نقره و ۳ برنز سوم شد.

تیم استان مرکزی با یک نقره و یک برنز و تیم کرمانشاه با یک برنز به ترتیب چهارم و پنجم شدند.

در مراسم پایانی مسابقات که با حضور مسئولان اداره کل تربیت بدنی و عده‌ای از علاقمندان برگزار شد، جوایز تیم‌ها و ورزشکاران برنده به مقام‌های اول تا سوم در رشته‌های مختلف توسط نماینده بنیاد امور بیماری‌های خاص اهدا شد.

شرکت بنیاد در نمایشگاه بین‌المللی کتاب تهران (اردیبهشت ۱۳۸۰)

چهاردهمین نمایشگاه بین‌المللی کتاب تهران هجدهم تا بیست و هشتم اردیبهشت ماه در مکان دائمی نمایشگاه‌های بین‌المللی تهران برگزار گردید و بنیاد امور بیماری‌های خاص نیز غرفه‌ای در سالن ۵ این نمایشگاه به خود اختصاص داده بود که با ارائه کتاب‌ها، بروشورهای آموزشی، فرم‌های اهدای عضو، جلب حمایت‌های مردمی، مشاوره پزشکی و پاسخگویی به سئوالات متعدد اقشار مختلف مردم، مورد استقبال بسیاری از مراجعه‌کنندگان قرار گرفت.

مراسم سالروز تأسیس بنیاد

در مراسم پنجمین سال تأسیس بنیاد که در تاریخ ۲۲ اردیبهشت ماه در باشگاه ریاست جمهوری برگزار گردید، نمایشگاه

معرفی اهداف و فعالیت‌های بنیاد برپاگشت که شامل فعالیت‌های آموزشی و اجرایی بود و مورد استقبال میهمانان قرار گرفت.

سمینار افق‌های جدید در آموزش و درمان دیابت

نمایشگاه هم‌جوار سمینار افق‌های جدید در آموزش و درمان دیابت ۲۷ و ۲۸ اردیبهشت ماه در تالار امام بیمارستان امام خمینی (ره) شامل ۴ غرفه بود؛ شرکت مهندسی پزشکی دانش‌افزار؛ شرکت پزشکی نیک‌ره‌نماکار، انجمن دیابت و بالاخره بنیاد امور بیماری‌های خاص که با ارائه بروشورها، کتاب‌ها و پوسترهای آموزشی پاسخگویی پزشکان حاضر در سمینار بود.

پیشنهادات بنیاد به رئیس جمهوری در مورد بیماران سرطانی

بنیاد امور بیماری‌های خاص طی نامه‌ای به رئیس‌جمهور به بررسی وضعیت بیماران سرطانی پرداخته است. در این نامه آمده است:

بیماران سرطانی که تعدادشان در کشور طبق آمارهای بین‌المللی بیش از ۴ میلیون نفر می‌باشد به وضعیت اسفباری گرفتار می‌باشند سنگینی هزینه درمان و طولانی بودن دوره آن، فشارهای روحی و روانی حاصل از مجموعه عوامل فوق به اضافه فقر، بیکاری، نداشتن سرپناه، محصولی جز افسردگی، رهاکردن درمان، نارضایتی در پی ندارد. در حال حاضر بیماران سرطانی نمی‌توانند از پوشش حمایتی

دولت، مشابه بیماران هموفیلی و تالاسمی و دیالیزی برخوردار باشند. امید است حمایت‌های ویژه جناب‌عالی موجب تحولی در نگرش دولت خدمتگزار به بیماری‌های صعب‌العلاج و مادام‌العمر شده و بیماران احساس کنند در جامعه تکرگرا دوشادوش توسعه‌های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی، حمایت دولت از بیماران خاص در ابعاد مختلف درمانی و اجتماعی افزایش محسوس می‌یابد.

ذیلاً پیشنهادات بنیاد در مورد بیماران سرطانی اعلام و استعدا دارد از مراجع ذیربط موکداً خواسته شود با نظر مثبت بررسی و تصویب و به مرحله اجرا در آورند:

۱- بیماران سرطانی مشابه تالاسمی و هموفیلی و دیالیز جزو بیماران خاص شناخته شوند.

۲- داروهای مورد نیاز این گروه چنانچه

خارج از فارماکوپه و بیمه‌های درمانی می‌باشد جزو داروهای رسمی کشور و زیرپوشش بیمه‌های خدمات درمانی درآید.

۳- با عنایت به اینکه داروهای بیماران سرطانی عموماً گرانقیمت است به طوریکه بیماران از پرداخت فرانشیز آن ناتوان می‌باشند ترتیبی اتخاذ نمایند تا فرانشیز داروهای بیماران سرطانی همانند سه گروه تالاسمی-هموفیلی-دیالیزی از طرف وزارت بهداشت پرداخت شود.

دیدار خانواده‌های دیابتی با کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی

این دیدار که در محل مجلس شورای اسلامی و با حضور رئیس بنیاد امور

بیماری‌های خاص و معاونت اجرایی بنیاد برگزار شد بیماران و خانواده‌های آنان به بیان مشکلات و مسائل خود پرداختند. در این جلسه که حضور کودکان مبتلا به دیابت جو عاطفی خاصی را حاکم کرده بود بیماران به بحث روی مشکلات خود پرداختند و خواستار کمک به حل مشکلات خود از طرف مجلس شورای اسلامی شدند. در ادامه این مراسم خانم هاشمی با بیان این که بنیاد همواره پیگیر مشکلات بیماران خاص کشور از جمله بیماران مبتلا به دیابت بوده است افزود هدف ما بر پایه این دیدار، ملاقات نزدیک و ارتباط رو در روی این خانواده‌ها و بیان مشکلات آنان از نزدیک با نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی بوده است و ما در بنیاد آمادگی ارائه راهکارهایی جهت تسریع در حل مشکلات این عزیزان را داریم. پس از سخنان خانم هاشمی، دکتر علیرضا نوری رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی ضمن ابراز خرسندی از حضور خانواده‌های بیماران دیابتی در مجلس شورای اسلامی ابراز امیدواری کرد در سال آینده با ارائه طرحها و استفاده از نظرات کارشناسان و پیشنهادات بنیاد و خانواده‌های دیابتی بتواند گام‌هایی را در راه حل مشکلات این بیماران بردارد. دکتر علیرضا نوری در پایان این جلسه گفت: کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در جهت کمک به بیماران دیابتی با همکاری بنیاد امور بیماری‌های خاص طرح الحاق بیماران دیابتی به

۸

موضوع بیماران خاص در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی را با جدیت دنبال می‌نماید تا بیماران دیابتی نیز بتوانند از تسهیلات اعطایی به بیماران خاص بهره‌مند گردند.

مشکلات بیماران دیابتی در نامه‌ای به رئیس مجلس

بنیاد امور بیماری‌های خاص در نامه‌ای به رئیس مجلس شورای اسلامی، مشکلات عدیده این بیماران را با ایشان مطرح نمود. در این نامه آمده است:

بیماری دیابت یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های بشر است. شیوع دیابت در سراسر جهان در حال افزایش است و طبق آمار فدراسیون جهانی دیابت تعداد بیماران دیابتی در حال حاضر در جهان ۱۵۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود در ایران نیز تخمین زده می‌شود بیش از ۲ میلیون نفر مبتلا به دیابت هستند که بخش قابل توجهی از بودجه‌های بهداشتی و درمانی و تخت‌های بیمارستانی را به خود اختصاص می‌دهند.

در همین راستا در اواخر سال گذشته با تعدادی از پدران و مادران کودکان دیابتی به منظور بررسی مسائل و مشکلات کودکان مبتلا به دیابت جلسه‌ای در بنیاد امور بیماری‌های خاص و همچنین جلسه‌ای در مجلس شورای اسلامی با حضور اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی تشکیل شد که مهمترین مشکلات بیماران دیابتی به شرح زیر عنوان و دسته‌بندی می‌شود.

۱- عدم پذیرش بیماران دیابتی به عنوان بیمار خاص توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارائه تسهیلات درمانی به آنان.

۲- عدم آگاهی و آشنایی جامعه نسبت به بیماری دیابت و عوارض آن و ضرورت گسترش برنامه‌های آموزشی

۳- کمبود و گرانی دستگاه اندازه‌گیری قندخون و نوارهای مربوطه و عدم ثبات واردات یک نوع نوار

۴- کیفیت نامناسب سرنگ‌های انسولین تولید داخل کشور (کند بودن سرسوزن و سفتی سیلندر سرنگ)

۵- بی‌کیفیتی و عدم دقت نوارهای تست قند ادرار تولید داخل

۶- عدم اطلاع و آگاهی مربیان بهداشتی و تربیتی مدارس نسبت به بیماری دیابت و بروز مشکل برای دانش‌آموزان دیابتی و نحوه برخورد اولیاء مدرسه با کودکان دیابتی

۷- بروز نشتی و سفتی بیش از حد سروال‌های انسولین تولید داخل

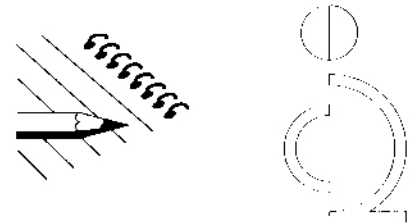
۸- مشکل اشتغال بیماران دیابتی

۹- عدم کنترل و نظارت بر مواد غذایی تولید شده بدون قند در داخل کشور که اکثراً حاوی قند می‌باشد.

۱۰- نبود مراکز مشاوره و حمایت روانی از کودکان و خانواده‌ها

۱۱- توزیع نامناسب انسولین و سرنگ در سطح کشور

امید است با دستور مساعدت حضرت‌عالی نسبت به حل مشکلات مطرح شده از سوی مراجع ذیربط اقدام مقتضی در جهت بهبود وضعیت بیماران دیابتی به عمل آید.



مراسم پنجمین سالروز تأسیس بنیاد امور بیماری‌های خاص

دکتر لاریجانی افزود: «ظرف مدت چهار سال فعالیت، این بنیاد با بهره‌گیری از کمک‌های مردمی در تجهیز و راه‌اندازی بیش از ۱۵۰ مرکز درمانی بیماران خاص در کشور مشارکت داشته است و خوشبختانه در حال حاضر در اکثر شهرستان‌های استان‌های مختلف این مراکز ایجاد شده است.»

وی با اشاره به اینکه اکثر کمک‌های دولتی به بنیاد امور بیماری‌های خاص صرف پاداش هدیه ایثار اهداکنندگان کلیه می‌شود افزود: «با توجه به بحث‌های زیادی که در این رابطه می‌شود ذکر این نکته ضروری است که کمک دولت به انجمن‌های خیریه برای اولین بار نیست و بسیاری از نهادها و انجمن‌های غیردولتی و خیریه از کمک‌های دولتی استفاده می‌نمایند.» وی اعلام کرد مجتمع درمانگاهی جامع بیماری‌های خاص شهریور ماه سال جاری به منظور ارائه خدمات آموزشی و درمان سرپایی به بیماران تالاسمی، هموفیلی، دیالیزی سرطانی، دیابتی و هیپاتیتی در تهران به بهره‌داری می‌رسد.

دکتر علیرضا نوری، رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی نیز در این مراسم با قدردانی از تلاش‌های انجام شده توسط بنیاد امور بیماری‌های خاص در

مراسم پنجمین سالروز تأسیس بنیاد امور بیماری‌های خاص با حضور جمعی از شخصیت‌های کشوری، سفرای کشورهای خارجی در ایران، جمعی از افراد نیکوکار و خانواده‌های بیماران خاص برگزار شد. در ابتدای این مراسم دکتر باقر لاریجانی دبیر کل بنیاد امور بیماری‌های خاص ضمن ارائه گزارشی از فعالیت‌ها و چگونگی شکل‌گیری این بنیاد گفت:

«بنیاد امور بیماری‌های خاص با هدف خدمت به بیماران خاص فعالیت خود را از سال ۱۳۷۵ آغاز کرده که به واسطه تلاش‌های جمعی انجام شده در کنار اقدامات سایر نهادهای نظام در حال حاضر بیماران خاص هویتی که حق آنها بوده است پیدا نموده‌اند.

وی افزود: «چنان چه کسی به هر یک از این بیماری‌ها مبتلا شود به تنهایی نمی‌تواند از پس هزینه‌های آن برآید و ضرورت دارد حتماً فکری برای درمان این گونه بیماران شود.»

دبیر کل بنیاد امور بیماری‌های خاص ادامه داد: «هدف بنیاد امور بیماری‌های خاص این نیست که همه کارها را به تنهایی انجام دهد بلکه تلاش می‌کند همه کارها و فعالیت‌ها در کشور همسوتر و مردمی‌تر انجام گیرد و تصور می‌کنم تا حدودی نیز توانسته‌ایم به این هدف به ویژه در سطح استان‌ها دست پیدا کنیم.»

تهیه و تنظیم:

امیر علی آقایی

بنیاد امور بیماری‌های خاص

روابط عمومی

سال‌های گذشته، امور درمان و بهداشت را جدای از یکدیگر ذکر کرد و گفت:

«به اندازه‌ای که امر بهداشت باید دولتی، ملی و استراتژیک باشد و باید به آن توجه کرد امور درمان را برعکس مسائل بهداشتی باید به دست مردم و توسط بنیادها، انجمن‌ها، بیمارستان‌های مردمی و هیأت امنایی و افراد خیر انجام داد.»

وی گفت: «در امر بهداشت با یک سری استانداردهای مشابه روبرو هستیم که حد و فصل کارها را مشخص می‌کند اما عرصه درمان عرصه‌ای بسیار پیچیده است که هر قدر برای آن هزینه شود تمامی ندارد چرا که تعریف درستی از درمان وجود ندارد و باید امر درمان توسط نهادهای واسطه‌ای مانند بنیادها و انجمن‌های خیریه انجام شود که علاوه بر انجام درمان هزینه‌های درمانی متوازن شده و وزارت بهداشت نیز در جایگاه خود علاوه بر سیاست‌گذاری کلان بر نحوه صحیح درمان در کشور نظارت نماید.»

دکتر علیرضا نوری افزود: «جایگاه نظارت

و تعیین شاخصها وظیفه وزارت بهداشت است و این وزارتخانه هر قدر از دخالت و انجام امور جزئی پرهیز کند و بیشتر به سیاست‌گذاری و نظارت کلان بپردازد و امور را به دست مردم بسپارد و انجمن‌های غیردولتی را تقویت نماید به هدف اصلی خود نزدیک‌تر شده است.»

رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در پایان از بنیاد امور بیماری‌های خاص و همه صاحب‌نظران دعوت کرد طرح‌ها و لوایحی را که می‌تواند به طور قانونی امر پیشگیری از بیماری‌های خاص و کمک به بیماران خاص را گسترش دهد به این کمیسیون ارائه نمایند.

در این مراسم سفیر کبیر ژاپن در جمهوری اسلامی ایران نیز ضمن تبریک سالروز تأسیس بنیاد امور بیماری‌های خاص از سوی دولت ژاپن گفت:

«همکاری در همه زمینه‌ها از جمله زمینه‌های پزشکی و درمانی و... از اهداف ما می‌باشد.» وی که به زبان فارسی سخن

می‌گفت اضافه کرد: «کشور ژاپن مایل است در زمینه کمک به این نوع بنیادها نقش مهمی ایفا کند.»

در پایان این مراسم لوح سپاس بنیاد امور بیماری‌های خاص به تعدادی از سازمان‌ها و افراد نیکوکار که در سال گذشته اقدامات ارزنده‌ای برای کمک به بیماران خاص انجام داده بودند اهدا شد.

در حاشیه مراسم:

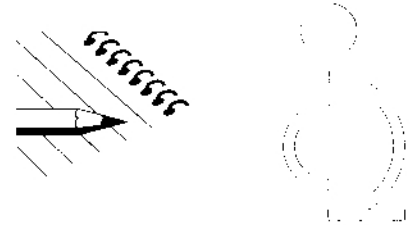
*خیرین در این مراسم کمک‌هایی را انجام دادند که از جمله آنها دو منزل مسکونی بود.

*بیژن بیرنگ کارگردان تیزر تلویزیونی بنیاد امور بیماری‌های خاص از اینکه با یک مجموعه سبز همکاری می‌کند اظهار خوشحالی نمود.

*بیان فارسی سفیر کبیر ژاپن در ایران، سکوت همراه با لبخند رضایت‌مندانه و حاکی از شگفتی بر سالن مراسم حاکم کرده بود و برخورد خوب و خوشرویی همسر وی نیز شرکت‌کنندگان را به خود جلب می‌کرد.



گزارشی از همایش «افق‌های جدید در آموزش و درمان دیابت»



به منظور آگاهی جامعه پزشکی - بهداشتی کشور نسبت به بیماری دیابت، همایش «افق‌های جدید در آموزش و درمان دیابت» در روزهای ۲۶ و ۲۷ اردیبهشت ماه ۱۳۸۰ در تالار امام (ره) مجتمع بیمارستانی امام خمینی برگزار گردید. این همایش توسط مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، بنیاد امور بیماری‌های خاص، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و فدراسیون جهانی دیابت برگزار شد و در طی آن مهمترین مسائل مربوط به بیماری دیابت از جنبه‌های گوناگون مورد بحث قرار گرفت. در مجموع

۳۰ سخنرانی و ۸ کارگاه آموزشی برای پزشکان و ۹ کارگاه آموزشی برای پرستاران ترتیب داده و طی هماهنگی با دفتر بازآموزی وزارت بهداشت، برای پزشکان عمومی، متخصصان داخلی و فوق تخصص‌های غدد ۸ امتیاز بازآموزی تعلق گرفت. این همایش با استقبال فراوان جامعه پزشکی همراه بود به گونه‌ای که ۴۵۰ پزشک برای شرکت در آن ثبت نام نمودند که از این تعداد ۵۰ نفر پزشکان شاغل در مراکز دیابت سراسر کشور (معرفی شده از طرف معاونت سلامت وزارت بهداشت) بودند. همچنین ۸۰ پرستار شرکت کننده در کارگاه‌های آموزشی نیز از

۱۱



تهیه و تنظیم:

دکتر پیام سلطان زاده

مستولان آموزش دیابت مراکز دیابت کشور بودند.

در این همایش دو روزه دو میهمان خارجی نیز شرکت داشتند: جناب آقای دکتر رضوی از کشور آمریکا دربارهٔ درمان با پمپ انسولین سخنرانی کردند و سرکار خانم تایتون از کشور بحرین که مسئولیت آموزش دیابت در منطقه شرق مدیترانه و خاورمیانه را از سوی فدراسیون جهانی دیابت به عهده دارند، دربارهٔ فعالیت های آموزش دیابت در این منطقهٔ جغرافیایی بحث نمودند.

فعالیت های همزمان با برگزاری همایش

همزمان با برگزاری همایش «افق های جدید و درمان دیابت»، طرح ملی اطلاع رسانی دیابت در سطح کشور اجرا گردید. در این طرح سعی شد که از طریق رسانه های گروهی مانند صدا و سیما و نیز نصب بوم های اطلاع رسانی در سطح معابر اصلی شهر تهران، آگاهی های مردم نسبت به بیماری دیابت افزایش داده شود. همچنین خط تلفنی مشاورهٔ پزشکی ۲۴ ساعته (hot line) برای پاسخگویی شبانه روزی به سئوالات افراد دیابتی افتتاح گردید (شماره تلفن ۸۷۲۹۹۲۰).

از دیگر فعالیت های انجام شده در آستانه برگزاری این همایش، انتشار ۱۷ کتابچه و ۵ بروشور آموزش دیابت در سطح وسیع بود که در طی مدت برگزاری، در اختیار شرکت کنندگان و سخنرانان همایش دیابت قرار می گرفت.

انتشار مجدد «مجموعه آموزش دیابت»

به مناسبت پنجمین سالگرد تأسیس بنیاد امور بیماری های خاص و در آستانهٔ برگزاری همایش «افق های جدید در آموزش و درمان دیابت» و همزمان با طرح اطلاع رسانی دیابت، ۱۷ عنوان کتابچه و ۵ عنوان بروشور آموزشی مربوط به دیابت توسط مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران تدوین یا ویرایش دوباره شد و توسط بنیاد امور بیماری های خاص با همکاری معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قطع پالتویی منتشر گردید.

در میان این مجموعه، کتابچه های «نوروپاتی دیابتی (اختلال اعصاب محیطی در دیابت)» و «آموزش مبتلایان به دیابت در دوران بارداری (دیابت و حاملگی)» برای نخستین بار به چاپ رسید و کتابچهٔ آموزش دیابت نوع ۲ (دیابتی های دریافت کنندهٔ قرص های خوراکی) و بروشور «راهنمای غذا در دیابت» بازنویسی شد.

فهرست کتابچه ها و بروشورهای «مجموعهٔ آموزش دیابت» که در اردیبهشت ماه ۱۳۸۰ منتشر گردیده، به صورت زیر است:

کتابچه ها:

- ۱- آموزش دیابت نوع ۱ (دیابتی های دریافت کننده انسولین) - چاپ سوم
- ۲- خودآموز تزریق انسولین - چاپ سوم
- ۳- آموزش والدین کودک مبتلا به دیابت - چاپ دوم
- ۴- آموزش دیابت نوع ۲ (دیابتی های

دریافت کنندهٔ قرص های خوراکی) - چاپ سوم

۵- قرص های خوراکی پایین آورنده قندخون - چاپ سوم

۶- دیابت در سالمندان - چاپ سوم

۷- آموزش مبتلایان به دیابت در دوران بارداری (دیابت و حاملگی) - چاپ اول

۸- آموزش مراقبت از خود در مبتلایان به دیابت حاملگی (GDM) - چاپ سوم

۹- آموزش ورزش در دیابت - چاپ سوم

۱۰- دیابت و ورزش - چاپ سوم

۱۱- دیابت و مسافرت (راهنمای سفر برای مبتلایان به دیابت) - چاپ سوم

۱۲- اصول آموزش در مبتلایان به دیابت (ویژه پرستاران) - چاپ دوم

۱۳- آموزش تغذیه برای مبتلایان به دیابت - چاپ دوم

۱۴- دفترچه مراقبت برای بیماران دیابتی - چاپ دوم

۱۵- مشکلات چشم در بیماران دیابتی - چاپ سوم

۱۶- نوروپاتی دیابتی (اختلال اعصاب محیطی در دیابت) - چاپ اول

۱۷- چگونه می توان با افزایش کلسترول خون مقابله کرد؟ - چاپ دوم

بروشورها:

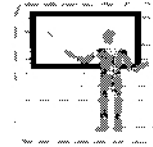
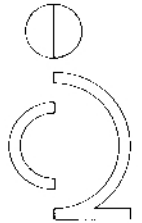
۱۸- دیابت و روزه داری - چاپ دوم

۱۹- راهنمای غذا در دیابت - چاپ سوم

۲۰- نحوه برخورد صحیح با افزایش و کاهش قند خون - چاپ سوم

۲۱- مراقبت از کلیه ها در مبتلایان به دیابت - چاپ سوم

۲۲- راهنمای مراقبت از پاها در افراد دیابتی - چاپ سوم



جایگاه علمی - پژوهشی ایران در آغاز قرن بیست و یکم

امروزه تحولات بوجود آمده در دنیای معاصر و روند تحولات قرن آینده نشان می‌دهد که جامعه فردا به دانش آموختگانی با مهارت‌های بسیار متفاوت، نسبت به دانش آموختگان فعلی نیاز دارد. پیشرفت بسیار سریع علوم و فن آوری در نیمه دوم قرن حاضر آنچنان است که از آن به عنوان انفجار دانش یاد شده است. سرعت این تحول در خلق فن آوریهای پیشرفته به حدی است که نیمه عمر برخی فن آوریها را به کمتر از ۵ سال کاهش داده است. در اینجا منظور ما از علم مجموعه دانستی‌هایی است که بر تجربه مستقیم حسی مبتنی باشد و یا به عبارت دیگر علم آن بخشی از معرفت بشری است که با کمک روش علمی حاصل آمده و قابل آزمایش و اندازه‌گیری و در نتیجه قابل رد کردن است.

تحول فن آوری مدرن، از فن آوری متکی بر نیروی کار - کاربر و متکی بر سرمایه - سرمایه بر درگذشته، به سوی فن آوری دانش بر - دانش مدار به سرعت در حال تغییر جهت است. به دلیل جهانی شدن ارتباطات، اقتصاد و تجارت، فعالیتها و وابستگی‌های متقابل انسانی و تسلط یافتن نقش منابع علمی نسبت به منابع مادی در توسعه اقتصاد، تولید دانش و اطلاعات در آینده بزرگترین عامل قدرت و توسعه یافتگی به شمار خواهد آمد و جهان آینده، به شکل تازه‌ای بر اساس

تولید اطلاعات علمی تقسیم‌بندی خواهد شد یعنی پیشرفته بودن یک کشور نه بر اساس صنایع آن، بلکه بر اساس توانایی علمی و توانایی تولید و بهره‌برداری از اطلاعات علمی ارزیابی خواهد شد. امروزه کشورهای پیشرفته ترجیح می‌دهند حوزه تولید خود را صرفاً به حوزه اطلاعات علمی اختصاص دهند و خط تولید کالاهای خود را به کشورهای دیگر (خصوصاً کشورهای در حال توسعه و دارای نیروی کار ارزان) انتقال دهند. اینجاست که شعر پرنفاز و معنی حکیم بزرگان را بیاد می‌آوریم که فرمود:

توانا بود هرکه دانا بود ز دانش دل پیر برنا بود نظریه پردازان عموماً به دو گروه خوش بین و بدبین تقسیم می‌شوند. گروه اول ظهور عصر انفجار اطلاعات را پایانی بر دوره شکاف‌های جهانی پدیده امپریالیسم می‌دانند، در حالی که گروه دوم عوامل استمرار نابرابری‌ها را در عصر نوظهور مسلم دانسته و به آن باور دارند. مثالی از نظریه اول اینکه کشورهایی مانند آمریکا، انگلیس، آلمان، ژاپن و ... که اطلاعات دارند و کشوری مانند مالزی که قدرت تولید با هزینه کمتر را دارد یا کشوری که تنها صاحب مواد اولیه است، همه با هم روی حل مشکلاتشان و رفع نیازمندیهایشان همکاری و تفاهم نموده و این نیازمندی

تهیه و تنظیم:

دکتر سید محمدرضا هاشمی گلپایگانی

استاد دانشگاه صنعتی امیرکبیر

چندجانبه بالاخره مبادله نابرابر را به تدریج کم خواهد کرد و شکاف‌ها را از بین خواهد برد.

امروزه داده‌ها به سریعترین روش قابل تبدیل به اطلاعاتی است که به مدل تبدیل شده و معماری معرفتی کاملاً نوینی را پی‌ریزی می‌کند. تحولی ژرف در بنیان دانایی در حال تکوین است که همه حوزه‌های زندگی بشر را دگرگون ساخته است. بازتاب این تحول را می‌توان در روند زیر باز شناخت:

۱- شیوه تولید دانش علمی، با توسعه و گسترش تکنولوژی‌های اطلاعاتی - ارتباطی نوین به کلی دگرگون شده است.

۲- حجم تولید اطلاعات علمی نیز از رشد شتابانی برخوردار می‌باشد. بر این مبنای جهانی شدن فعالیت‌های علمی - تکنولوژیکی دو وجه مهم دارد.

الف - بهره‌گیری روزافزون بین‌المللی از اختراعاتی که در درون یک کشور پدید می‌آید: بنگاه‌های پیش از پیش تمایل دارند که نوآوری‌های خود را در بازارهای جهانی عرضه کنند.

ب - همکاری جهانی در زمینه‌های تکنولوژی در حال رشد بوده و این همکاریها در زمینه‌هایی از علوم و تکنولوژی صورت می‌گیرد که از رشد سریعتری برخوردار بوده‌اند. مهمترین شاخص این همکاریها بالا رفتن سرمایه‌گذاری در پروژه‌های مشترک تحقیق و توسعه (R&D) است.

امروزه با توجه به تحولات در حال تکوین پیش‌بینی می‌شود که جامعه فردا به دانش‌آموختگانی نیاز دارد که از قابلیت‌ها و مهارت‌های جدید به شرح زیر برخوردار باشند:

۱- قدرت شناخت بهتر دنیای معاصر و ویژگی‌های آن و درک شرایط ژئوپلیتیک، اخلاقی و فلسفی سایر جوامع

۲- قدرت شناسایی و تحلیل تغییرات محیطی داخلی و بین‌المللی

۳- توانایی مقابله با تغییرات و اتخاذ راهبردهای مناسب در استفاده از منابع موجود

۴- دارا بودن قدرت تفکر و تحلیل و داشتن ذهن پرورش یافته به جای ذهن انباشته از اطلاعات

۵- آشنایی با زبان و فرهنگ‌های خارجی

۶- توانایی مذاکره در محیط بین‌المللی با طرف‌های مختلف تجاری، اقتصادی، اجتماعی، خصوصی یا بین‌المللی

۷- قابلیت انعطاف و تطبیق، ابتکار عمل و داشتن روحیه خلاقیت و نوآوری، اعتماد به نفس، فعال و درگیر بودن بجای برخورد انفعالی

مدیریت روابط انسانی باید از مهمترین قابلیت‌های دانش‌آموختگان فردا باشد

۸- قابلیت آموزش دیدن حسین کار (خودآموزی و کسب تجربه در حین کار)

۹- قابلیت طبقه‌بندی و استفاده کارآمد از انبوه اطلاعات و قراردادن هر واقعه در جایگاه زمانی (تاریخی) خود

۱۰- داشتن استنباط صحیح از روابط انسانی و توسعه آن (مدیریت روابط انسانی و رهبری)

۱۱- داشتن تجربه حرفه‌ای در محیط شرکت‌ها (حتی در پست‌های کوچک) برای عمل کردن با اصالت‌های حرفه‌ای

۱۲- داشتن روحیه و توان کارآفرینی به جای کارجویی

۱۳- احساس مسئولیت نسبت به جامعه‌ای که روی آنها سرمایه‌گذاری نموده و به آنها منزلت برتر بخشیده است.

در کشورهای توسعه یافته، جامعه بر اساس تکنولوژی شکل گرفته و شیوه زندگی مردمان این جوامع به گونه‌ای با آن انطباق یافته است که بتوان از محصول علم و تکنولوژی کاملاً بهره‌گرفت و رونق و شکوفایی جامعه بر پایه‌های آن استوار بماند. اما تکنولوژی که از این کشورها به جوامع در حال توسعه وارد شده همراه با شرایط اصلی و ذاتی خود یعنی علم نتوانسته است در فرهنگ این جوامع جذب شود و در نتیجه هر دو به صورت امری بیرونی بر جای مانده‌اند.

عقب‌ماندگی علمی - تکنولوژیک جوامع در حال توسعه امری است پیچیده که ریشه در مجموعه‌ای از عوامل متعدد دارد. پاره‌ای از آنها بدین شرح است:

* موانع فرهنگی

* ضعف انگیزه پیشرفت

* ضعف انگیزه‌های شناختی

* فرد‌گریزی

* ضعف زمان آگاهی و آینده‌نگری

* ضعف قطعی‌نگری

* ضعف پایگاه اجتماعی محققان و دانشمندان

* موانع سازمانی و نهادی

* ضعف تعهد در بالاترین سطح

تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری جامعه به توسعه علم و تکنولوژی و ادغام ملاحظات آن در برنامه‌های توسعه ملی.

* نارسایی سیاست‌های علمی - تحقیقاتی و ناکارایی سازمان‌های دولتی و خصوصی که مستقیم یا غیرمستقیم بر تدوین و اجرای سیاست‌های علمی اثر می‌گذارد.

* ضعف مدیریت و کمبود دانایی‌های لازم برای اداره سازمان‌های علمی و تحقیقاتی

* نارسایی نظام‌های آموزشی در سطوح

مختلف از ابتدایی تا پایان دوره های دانشگاهی در آموزش علوم و تکنولوژی های جدید

* نارسایی نظام اطلاع رسانی

کشور ما نیز به میزان زیادی متأثر از عوامل فوق بوده که لازم است هرچه سریعتر و جدی تر در رفع این ضعف ها بکوشیم.

عوامل متعددی را می توان برای سنجش کمی و کیفی سطح علوم در یک کشور برشمرد. مثلاً تعداد دانشجو، تعداد تحقیق، تعداد مدرس، تعداد کتابخانه ها و کتب موجود در آنها، تعداد نشریات ادواری موجود، تعداد مقالات علمی دریافتی (پیش چاپ ها) در یک موسسه تحقیقاتی یا آموزش عالی، تعداد گردهمایی های علمی در سال، بودجه تحقیقات و توسعه کشور، تعداد مقالات تحقیقاتی چاپ شده در نشریات معتبر، کیفیت تحقیقات انجام شده و اعتبار کمی و کیفی آنها، تعداد نهادهای تحقیقاتی و آموزش عالی، تعداد کارگزاران علمی، تعداد موقوفه های علمی و تعداد جایزه های علمی که در کشور اعطا می شود، تعداد نشریات علمی که در کشور چاپ می شود، تعداد تألیف های علمی داخلی، تعداد ناشران علمی و تعداد صنایع دیگر ساخت ابزار علمی برخی این عوامل می باشند. سهم کشور مادر این عوامل رقمی بین ۱۰ تا ۱۵ درصد سهم بالاترین کشورهای پیشرفته است. در این میان عوامل کمی همچون تعداد دانشجو و تعداد کتب و مراکز آموزش عالی به وضوح درصد بالاتری دارند اما درصد عوامل کیفی در برخی از آنها پایین تر است.

برای رفع نارسایی ها و تبدیل نمودن شرایط ضعیف علمی - تحقیقاتی کشورمان به شرایطی قابل مقایسه با کشورهای پیشرفته (البته شرایط علمی کشورمان در میان کشورهای در حال توسعه از وضع قابل قبولی برخوردار است) لازم است با توجه

به بستر کلی حرکت علمی در جهان و برنامه ریزی های متناسب این حرکت موارد زیر را مورد توجه و اقدام لازم قرار دهیم:

- نقش صحیح وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری به صورت آینده نگر، برنامه ریزی و هدایت کننده، اما نه بازدارنده و کنترل کننده
- تحرک برنامه ریزی شده صحیح در اصلاح و انعطاف پذیری نظام مدیریتی - اداری

- افزایش سرمایه گذاری های علمی و تحقیقاتی
- افزایش ایجاد نهادهای علمی و تحقیقاتی
- برقرار نمودن مدیریت صحیح علمی در مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی

- بهادادن بیشتر به نسل جوان خصوصاً دانشجویان و استفاده بهینه از استعداد های آنان
- دادن استقلال بیشتر در امر برنامه ریز و فعالیت های آموزشی - پژوهشی به دانشگاه ها
- توجه به کمیت و کیفیت دانشجویان، استادان و مراکز آموزش عالی و تحقیقاتی بر مبنای برنامه ای هماهنگ و منسجم
- آگاهی دادن به مردم و جامعه در مورد جایگاه و اثربخشی علم و مراکز علمی در زندگی روزمره

- بیرون آمدن از انزوای علمی و ایجاد ارتباط قوی علمی - تحقیقاتی در داخل و خارج کشور
- تشکیل جزیره های کیفیت علمی - تحقیقاتی (الگوهای کوچک و بزرگ مراکز کیفی)
- عوض کردن قبله عملی جوانان کشور و انتقال آن از مراکز علمی خارج از کشور به ایران
- ایجاد جو علمی مناسب برای جذب استعداد های درخشان و حفظ آنها در زمینه تحقیقات به طور اخص لازم است موارد زیر

مورد توجه و اقدام لازم قرار گیرد.

در مورد پژوهشگر:

* تقویت انگیزه تحقیق

* رفع تنگناهای مالی

* فراهم نمودن همکار برای کار گروهی

* رفع محدودیت در انتخاب موضوع

در محیط کار:

* فراهم نمودن امکانات کافی و درخور

* ایجاد ثبات در مدیریت ها و مالاً

سیاست ها

* ایجاد دسترسی مناسب به اطلاعات لازم

* ارتقای سطح حمایت از تحقیق

در اجتماع:

- تقویت فرهنگ تحقیق

- تقویت احساس نیاز به پژوهش در تمام

سطوح

- تقویت حمایت مردمی (معنوی یا مادی)

۱۵ - رفع مشکلات ناشی از دیوان سالاری در

ادارات

- ایجاد ثبات در مدیریت ها که تغییر

سیاست ها را به دنبال دارد.

اگر چه جایگاه علم و تحقیق کشورمان در

ورود به قرن بیستم نسبت به جهان از ضعف

جدی برخوردار بود، می توان امیدوار بود که با

درک صحیح وضعیت دنیا در امر علم و تحقیق

و آینده نگری در این مورد و با اتخاذ راه های

ابتکاری و میان برکه البته از واقعیات و درک

صحیح خصوصیات و شرایط کشورمان بایستی

الهام گرفته باشد موفق شویم هرچه زودتر در

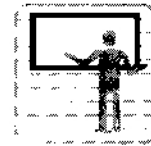
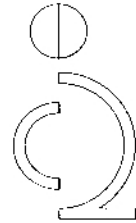
اوائل قرن بیست و یکم به سطح علمی و

تحقیقاتی کشور ارتقاء قابل ملاحظه داده و

نسل آینده را در جایگاه معتبر در مقایسه با

کشورهای پیشرفته در مقوله علم و تحقیق قرار

دهیم.



حقیقت مجازی

- شبیه سازی انسان برای آموزش به دانشجویان

تکنولوژی حقیقت مجازی تأثیر زیادی در آموزش جراحان خواهد داشت. این محیط‌ها تا حدی پیشرفت کرده‌اند که می‌توانند محیط جراحی را با همه فرآیندهایی که ممکن است در آن صورت گیرد شبیه سازی کنند.

به رسم معمول پزشکان تکنیک‌های جراحی را از طریق مشاهده فرآیند عمل که معمولاً بوسیله یک متخصص جراحی انجام می‌گیرد یاد می‌گیرند و بر روی اجساد حیوانات و انسانها تمرین می‌کنند و در آخر عمل جراحی را زیر نظر متخصص انجام می‌دهند. که این یک آموزش طولانی و پرهزینه است.

اما امروزه محیط‌های شبیه‌سازی شده و حقیقت مجازی بستری را فراهم کرده است که پزشکان تمرینات بسیاری را قبل از اعمال جراحی بر روی بیماران انجام می‌دهند.

کامپیوتر شبیه ساز دانشجویان را از اشتباهاتی که دانشجویان را اشتباهاتی که روی این انسان مجازی صورت می‌گیرد با خبر می‌کند و مدت آموزش را از ۵ سال

حقیقت مجازی که جدیدترین تکنولوژی در زمینه شبیه سازی جراحی و پزشکی است، در اصل کامپیوتری است که مانند یک عینک بر چشم هایمان قرار داده می‌شود و محیط‌های مختلف را که دقیقاً مانند شرایط بدن است در پیش چشم نمایش می‌دهد، که در این محیط‌ها کاربر می‌تواند حرکت کند و اعمالی را انجام دهد.

به صورتی که دست‌های کاربر هم بر روی یک انسان مجازی حرکت می‌کند و یک محیط جراحی مجازی ولی در عین حال طبیعی را بوجود می‌آورد.

جراح این حقیقت مجازی می‌تواند از طریق حس‌های بینایی، شنوایی و لامسه ارتباط داشته باشد.

اخیراً هم تلاش‌های زیادی برای اضافه کردن حس بویایی به این محیط مجازی بکار برده شده است.

حقیقت مجازی کاربردهای مختلفی دارد که ما در این شماره کاربرد آن در آموزش و جراحی از راه دور را توضیح می‌دهیم.

مهم‌ترین کاربردهای تکنولوژی حقیقت مجازی در جراحی می‌تواند به دو دسته تقسیم شود:

که رسم معمول آن است به ۳ سال کاهش می‌دهد و هزینه‌ها را پایین می‌آورد. از همه بهتر و مهمتر این که حقیقت مجازی توانایی حسی دارد و می‌تواند مانند افراد، بدن هوشیار و فعالیت مغزی داشته باشد و این به پزشکان امکان می‌دهد در حین آموزش بیماران خود را بهتر درک کنند. همچنین اجساد مجازی طوری درست شده‌اند که به دانشجویان پزشکی این امکان را می‌دهد که یک بدن را تشریح کنند طوری که قبلاً هرگز این کار را نمی‌کردند چون رنگ‌ها می‌توانند طوری مورد استفاده قرار گیرند که قسمت‌های مختلف بدن و همچنین کارکرد آنها را نشان دهند که یک جسد واقعی این مزایا را ندارد.

تکنولوژی حقیقت مجازی و جراحی پزشکی از راه دور

پیشرفت‌های جدید در ارتباط از راه دور تأثیر زیادی در پزشکی داشته است و به یک تکنولوژی مبدل گردیده است با نام پزشکی از راه دور (telemedicine) در این تکنولوژی پزشکان می‌توانند عملیات جراحی را از راه دور انجام دهند.

در جراحی از راه دور جراح بر روی یک بیمار مجازی کار می‌کنند و این موقعی است که یک رباط کار واقعی را بر روی یک بیمار واقعی که همان انسان می‌باشد انجام می‌دهد در فاصله دور.

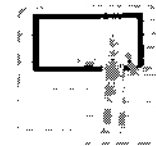
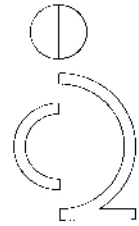
در این زمان اطلاعات مربوط به بیمار و وضعیت آن در نمایشگر جلوی

چشم جراح نمایش داده می‌شود و در اصل جراح بر روی یک حقیقت مجازی عمل می‌کند. که دقیقاً مانند شرایط و وضعیت بیمار مورد نظر است و همان کاری را که جراح بر روی این حقیقت مجازی انجام می‌دهد رباط بر روی بیمار واقعی انجام می‌دهد که در این میان یک کامپیوتر نظاره‌گر و کنترل کننده اعمال نیز وجود دارد که از بسیاری از خطاها با

فرستادن اطلاعات جلوگیری می‌کند. موفقیت پزشکی و جراحی از راه دور نیاز به همکاری نزدیک میان پزشکان و گروه علمی دانشمندان و مهندسان پزشکی و کامپیوتر دارد.

کارهای زیادی در زمینه پزشکی و جراحی از راه دور در حال پیشرفت است که در طی سال‌های آتی شاهد پیشرفت‌های بسیاری در دنیا خواهیم بود.





روان درمانی بیماران صعب العلاج

مقدمه

زندگی «می‌کشاند و فرد بیمار یا اطرافیان او یا کسی که با مشکل بزرگ فردی یا خانوادگی به زعم خود لاینحلی گرفتار شده است را تا سرحد خودکشی پیش می‌برد. بیماری‌هایی مانند تالاسمی، بعضی از سرطان‌ها، بیماران دیالیز و ... چه احساسی دارند؟ در چه حال و هوایی زندگی می‌کنند؟ به چه چیزهایی می‌اندیشند؟ خانواده‌های آنها چگونه؟ شرایط روحی حاکم بر خانواده‌های این گونه افراد چگونه جو و فضایی است؟ بعضی‌ها همه غم‌ها را در درون خود می‌ریزند و دم بر نمی‌آورند و بعضی‌ها زبان به ناله و شکوه و نفرین و دعا بر می‌دارند، بعضی‌ها کنترل عصبی خود را از دست می‌دهند، گاه پرخاشگری می‌کنند و گاه افسرده و غمگین در گوشه‌ای کز می‌کنند. همه انواع عکس‌العمل‌های فوق را ما در بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن مشاهده کرده‌ایم. (استریت ۱۳۷۶)

در حقیقت شاید مهمترین هدف ما از تنظیم این نوشتار آن باشد که راه‌حلی برای تطبیق فرد بیمار و خانواده او با شرایط جدید ارائه کنیم تا تحمل بیماری برای بیمار و خانواده او آسان گردد. (برادشاو ۱۳۷۲)

منظور ما از ایجاد شرایط جدید برای افزایش سازگاری و تحمل فرد دقیقاً آنست که میان فرد، بیماری و خانواده او رابطه‌ای برقرار

هدف از نگارش این مقاله آن است که نشان دهیم توجه به ابعاد فرهنگی و سایر ویژگیهای اجتماعی جامعه ایران چگونه می‌توان به کسانی که دچار بیماری‌های مزمن هستند کمک کند تا با شرایط روحی و روانی بهتری زندگی نمایند.

ما می‌دانیم که با دادن آگاهی‌های لازم و ضروری به بیمار و اطرافیان او می‌توان شرایط پراضطراب و دلهره‌آور بعضی از افرادی که دچار بیماری‌های مزمن هستند را تخفیف داد.

لازمه این کار علاوه بر داشتن اطلاعات کافی پزشکی از نحوه بیماری، علت بیماری، شکل درمان، امید به درمان، شناخت روحیات بیمار و آگاهی علمی از حالات روانی حاکم بر این گونه بیماران و خانواده آنها، آشنایی با مختصات و ویژگی‌های فرهنگی و مذهبی جامعه نیز می‌باشد. چه برای انسان‌هایی که مرگ را پایان زندگی می‌دانند و چه برای آنهایی که مرگ را رفتن از نشئه‌ای به نشئه دیگر می‌دانند باید از دو شیوه روان درمانی کاملاً متفاوت بهره جست. (بندیکس ۱۳۶۸)

در جامعه ما علاوه بر بیماری‌های صعب‌العلاج، مسائل و مشکلات اجتماعی فراوانی وجود دارد که فرد را تا آستانه «پایان

تهیه و تنظیم:
دکتر محمد صادق مهدوی
استاد دانشگاه شهید بهشتی
متخصص جامعه‌شناسی خانواده
دکتر یاسر لبافی نژاد
پزشک عمومی

کنیم که در آن احساس آرامش و امنیت نماید. (رشید کابلی).

برقرار کردن رابطه سازگاری میان فرد، بیماری و خانواده اش نوعی آموزش است که باید هم به افراد بیمار و هم به خانواده ها تعلیم داده شود تا مجدداً تعادل جسمی روانی رفتاری و شخصیتی فرد بیمار و اطرافیان به آنها بازگردد.

این آموزش ها بطور کلی بر دو جنبه تکیه و تأکید دارند: یکی فعال کردن توانایی های درونی فرد بیمار و دیگری استفاده از نیروهای خارج از فرد اعم از اطرافیان، ابزار، داروها و امکانات درمانی (شاملو ۱۳۵۲).

شاید مهمترین معرف و نشانه وجود سازگاری در افرادی که سازگاری خود را از دست داده اند آن است که از نگرانی اطرافیان در مورد بیماری فردی بکاهیم و اندوه و نگرانی بیمار را اگر نه به طور کلی از بین ببریم؛ که لااقل آن را تخفیف دهیم.

در جامعه ما که جامعه دینی است، اگر بتوانیم به ابعاد سازگاری که دارای بعد خود و محیط است، بعد متافیزیکی را هم بیفزاییم، بر امکان توفیقمان برای ایجاد سازگاری تازه افزوده ایم. (فتن و دیگران ۱۳۷۲).

از سوی دیگر افراد باید بدانند نحوه سازگاری با شرایط تازه به خصوص در مورد بیماری های مزمن در میان گروه ها و اقشار مختلف اجتماعی یعنی هم براساس نوع بیماری و هم براساس تیپولوژی انسانها برای سازگاری انسان ها با شرایط تازه راه حل های مختلفی وجود دارد. بنابراین باید توجه کرد که صرفنظر از توصیه های کلی عام و مشترک، نسخه یکسانی برای افزایش توانایی های و سازگاری های فردی مقابل بیماری های مزمن وجود ندارد.

اما به طور کلی عوامل مختلفی هستند که توانایی های فردی او را بالا می برند و در نتیجه سازگاری او را با شرایط تازه بهتر فراهم می کنند (معرف های سازگاری) که عبارتند از:

- ۱- امیدواری و داشتن هدف؛
 - ۲- احساس برخورداری از حمایت های خانواده و اطرافیان؛
 - ۳- آگاهی و اطلاع علمی از بیماری خود؛
 - ۴- برخورداری از توکل و صبر؛
- یکی از نکاتی که نه فقط فرد بیمار بلکه حتی آدم های به ظاهر سالم را شاداب و سرزنده نگه می دارد داشتن روحیه امیدواری است. بین امیدواری و هدف رابطه زیر برقرار است:

نحوه برخورد با بیماران مزمن

شاید مهمترین وظیفه اطرافیان بیماران مزمن را بتوان در دو اصل خلاصه کرد:

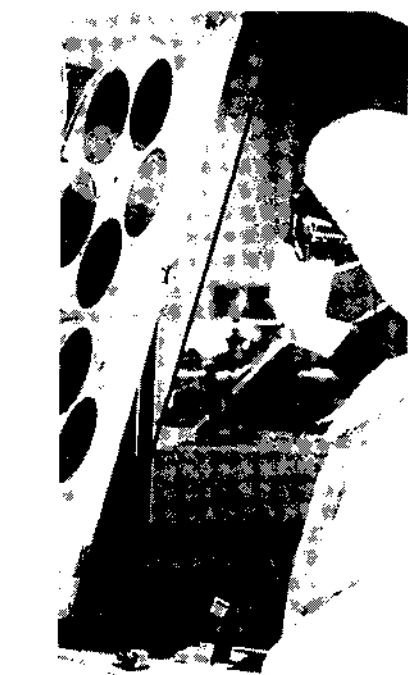
- ۱- کمک به درمان بیمار
- ۲- تأمین آرامش خاطر و کاستن از اضطراب ها و فشارهای روانی است که این

بیماران در آن بسر می برند. حتی گاهی در این نوع بیماریها، ایجاد محیطی آرام برای بیمار از درمان و معالجه او لازم تر است.

بیماری های مزمن از آن جهت شرایط روانی سخت و غیرقابل تحملی را بر فرد و اطرافیان، خانواده و دوستان او تحمیل می کنند که این بیماری از سوی بیمار و خانواده بعنوان پیام آور ختم زندگی تلقی می شود. بیمار وقتی تصور کند که از یک بیماری جان سالم به در نخواهد برد، دچار ترس، پریشانی و اضطراب می شود. (اسلامی نسب ۱۳۷۳).

نکته مهم و قابل توجه آن است که بدانیم بیمار نمی خواهد تغییرات شدید در سلامتی و اختلالات جسمی خود را بروز دهد و حتی باور کند، زیرا قبول و باور کردن بیماری لاعلاج به معنای قبول پایان زندگی انگاشته می شود. به این جهت و برای فرار از واقعیت دوست دارد که بیماری خود را باور نکند. نیاز به امنیت یکی از مهمترین نیازهای درونی است. (وروارت ۱۳۶۳).

احساس و نیاز به امنیت = میل به حفظ



اطلاعات مربوط به بیماری و مطلع نکردن دیگران. بیمار میل ندارد با کسانی در مورد بیماری خود صحبت کند که بگویند تو واقعاً بیماری هستی. بنابراین دادن اطلاعات مربوط به بیماری خود به دیگران کاری بس دشوار است. بیمار اگر اطرافیان را از بیماری خود مطلع سازد، دیگر نمی‌تواند علائم بیماری خود را مربوط به کسالت‌های جزئی قلمداد کند.

در زمانی که فرد نمی‌خواهد دیگران را از کم و کیف بیماری خود مطلع نماید، ارتباطش با خانواده و نزدیکان هم ممکن است کم شود و این امر می‌تواند مقدمه‌ای برای شروع «افسردگی» باشد. (نصرت / پروانه ۱۳۶۹)

خلاصه اینکه فرد دوست ندارد باور کند که بیمار است و به همین جهت درصدد فرار از واقعیت است.

ما در اینجا با بیمارانی مواجه هستیم که همگی در مقابل مواجهه با بیماری‌های مزمن یک گونه عمل نمی‌کنند. برخی معتقدند که نباید زیاد به بیماری فکر کرد و می‌گویند اگر زیاد به آن فکر نکنم، خودبه‌خود بهبود می‌یابم. برخی هم تا زمانی که علائم دردناک و غیرقابل تحمل آشکار نشده‌اند، به بیماری خود توجه نمی‌کنند. برخی نمی‌توانند باور کنند که آنها در این سن با توجه به اینکه مثلاً ورزشکار بوده‌اند واقعاً بیمار شده‌اند و بالاخره گروهی با پناه بردن به دامن تندرستی و خود را شاد و سرخوش نشان دادن، سعی در فراموش کردن بیماری خود دارند.

و بالاخره گروهی واقعاً به علت نداشتن اطلاعات عمومی مربوط به پزشکی کمتر متوجه بیماری و وخامت وضعیت جسمی خود هستند.

هرچند انتظار می‌رود با بالا رفتن دانش و

آگاهی‌های عمومی، مردم زودتر و بهتر متوجه علائم هشدار دهنده بیماری خود بشوند ولی ظاهراً این آگاهی‌ها در مقایسه با نیروهای هیجانی که فرد برای پنهان ساختن بیماری خود آشکار می‌سازد، بسیار ناچیز است. مثلاً در یک مورد مطالعه که روی ۳۰۰ پزشک مبتلا به سرطان انجام شده، مشاهده گردید که این گروه در تشخیص بیماری خود هیچ فرقی با مردم عادی ندارند. در مطالعه دیگری که روی ۴۱ پزشک مبتلا به سرطان معده انجام شده، پژوهشگر متوجه شده است که با کمال تعجب با وجود این همه علائم هشدار دهنده، هیچ کدام اقدامی برای معاینه خود پس از اینهمه مدت به عمل نیاورده‌اند.

این گونه مطالعات نشان می‌دهند که پزشکان و مردم عادی در مقابل تهدیدات بیماری‌های جدی هیچ تفاوتی با هم ندارند یعنی نیروهای هیجانی مانعی بر سر راه شناخت واقعی قرار می‌دهند (آدریان و وارث، به نقل از پورافکاری ۱۳۶۳).

اطلاعات عمومی و ذهنیت بیمار

برای درمان بیمارانی مبتلا به بیماری مهلک، دانستن این نکته برای پزشک معالج و اطرافیان بیمار بسیار مهم است که او از بیماری خود چه می‌داند؟ از پیشرفت و شدت بیماری خود چقدر آگاه است؟ و بالاخره از آینده خود و بیماری چه انتظاری دارد: بهبود، بدتر شدن یا حفظ وضعیت موجود؟ علاوه بر این از نحوه برخورد و سئوالاتی که بیمار می‌پرسد می‌توان هم جهات فکری و میزان تشویق و نگرانی او را شناخت و هم به میزان اطلاعاتش از بیماری پی برد. مثلاً بیماری که می‌گوید «من که

سرطان ندارم، اینطور نیست» یا «بیماری کلیه من قابل معالجه و درمان است، این طور نیست؟» به ما دو نوع اطلاعات را می‌دهد:

۱- اینکه از نوع بیماریش و حتی مخاطرات آن آگاه است.

۲- از روبرو شدن با واقعیت = داشتن بیماری مهلک، می‌خواهد فرار کند، و در واقع بسیار از بیماری خود هراسناک است.

بعضی از بیمارانی مبتلا شدن به بیماری خود را نوعی عقوبت می‌دانند که در اثر انجام اعمال بدآنان نصیبشان گشته است. احساس گناه و احساس کیفر اعمال در نزد بیمارانی سرطانی، بیشتر از سایر بیمارانی مهلک و مزمن است و در عوض بیمارانی قلبی بیشتر میل به انکار بیماری خود دارند و کمتر از بیمارانی سرطانی احساس گناه می‌کنند.

اصول و روش‌های برقراری رابطه با بیمارانی مزمن

برای شناخت اصول و نحوه برقراری رابطه با مبتلایان به بیماری‌های مهلک لازم است اولاً به منشا نگرانی یا نگرانی‌های بیمار پی برد و زیر بنای اضطراب‌های او را شناخت. ثانیاً نحوه ارتباطی را که او بین پدیده‌های گوناگون برقرار می‌کند تا به استنباطی منتهی گردد که موجب ناراحتی او می‌شود را دریافت. باید دانست که مهمترین اصل هنگام برقراری رابطه با بیمارانی مبتلا به بیماری مهلک، کمک به حفظ تعادل روحی آنان است، چه، ترس از مرگ، بیشتر از هر چیزی تعادل روحی و در نتیجه امید به زندگی و زنده بودن را در آنها مختل ساخته است. در هنگام برقراری رابطه با این بیمارانی باید به چند نکته توجه داشت:



۱- مطابق اطلاعات کلی و دانش عمومی بیمار باید با او سخن گفت و با زبانی که برای فرد قابل فهم است، اطلاعات رد و بدل نمود.

۲- در مورد بیماریش نباید اطلاعاتی داد که با واقعیت قابل لمس او در تضاد باشد.

۳- همه واقعیت و سرانجام بیماریش را (که مثلاً این بیماری درمان ندارد یا به زودی خواهد مرد) نباید صریحاً بیان کرد.

۴- باید او را امیدوار کرد و توان مقاومت را در او بوجود آورد.

خلاصه باید به این قبیل بیماران که از وخامت بیماری خود اطلاع دارند گفته شود «بیماری شما مثل آن مورد نیست» یا «این درد مثل درد آن بیماری که تو فکر می کنی نیست» یا «البته نباید انتظار داشته باشی که سریعاً بهبود پیدا کنی». یا «معالجه این بیماری قدری طولانی است و نیاز به صبر و حوصله دارد» یا «این مسئله به نظرم یک مسئله قابل بررسی است که باید بیشتر به آن توجه شود». اصل بسیار مهم و قابل ملاحظه ای که در بازگرداندن تعادل و سازگاری به بیماران مزمن باید مورد توجه قرار گیرد، نحوه برخورد خانواده بیمار با اوست. خانواده با حمایت و اقدامات مثبت خود می تواند بیمار و پزشک معالج را بسیار یاری دهد و بالعکس با دخالت های غلط خود مشکلات فرد را افزایش داده و بروخامت بیماری و به خصوص بر اضطراب حاکم بر فرد بیمار بیفزاید. لذا مادر اینجا به ویژگی ها و نکاتی که خانواده باید دارا باشد به اختصار اشاره می کنیم:

نقش خانواده ها

خانواده ها بطور کلی باید بر نقش حمایتی خود واقف باشند. اگر خانواده ای

اعضا هم مواضع واحد اتخاذ کنند و هم همه حمایت و پشتیبانی عملی خود از شخص بیمار را ابراز نمایند.

۶- و بالاخره خانواده و اعضایش توان مائی خود را برای معالجه بیمار و حمایت از او بکار بگیرند.

علائم و نشانه های اختلالات سازگاری - رفتاری

فرد بیمار باید بتواند خود را با شرایط جدید بیماری سازگار نماید، اگر او در سازگاری با شرایط جدید توفیق نیابد ممکن است دچار یک یا چند مورد از علائم مرضی زیر بشود:

- ۱- افسردگی
- ۲- رقت احساسات و گریستن
- ۳- یأس و نومیدی
- ۴- اضطراب و نگرانی
- ۵- عصیبت (با پرخاشگری صحبت کردن، بدخلقی و بداخلاقی کردن)
- ۶- انزوا و گوشه گیری

بتواند در مواقع ضروری به عضو خود کمک کند و او را مورد حمایت قرار دهد، سپر بسیار خوبی در مقابل تروما می توان ایجاد کرد. خصوصیات زیر اگر در یک خانواده موجود باشد، فرد مبتلا به بیماری مهلک یا مزمن بهتر می تواند، دوران سخت بیماری را تحمل کند:

- ۱- خانواده فرد باید کوشش کند تا دقیقاً عامل استرس و تروما را بشناسد.
- ۲- خانواده باید مهمترین و محوری ترین مشکل خود را، مشکل فرد بیمار بداند.
- ۳- خانواده باید تلاش کند تا اطلاعات علمی دقیق از نحوه برخورد با این نوع بیماران و همچنین اطلاع دقیق از عواقب این بیماری کسب نماید.
- ۴- خانواده باید از یکسو خود را آماده تحمل مشقات زیاد بکند و از سوی دیگر، قدرت گذشت و فداکاری را در اعضای خود تقویت کند.
- ۵- خانواده باید همبستگی و انسجام میان دیگر اعضا را به گونه ای بالا ببرد که همه

بحران روانی، نتیجه بیماری‌های صعب‌العلاج

بیماری‌های صعب‌العلاج، بیماری‌ای است جدی و خطرناک که معالجه آن بسیار دشوار است و سرانجام به مرگ بیمار منتهی می‌شود. بحران، عبارت است از اختلالات درونی که به دنبال حوادث مولد فشار روانی یا تنش‌زا یا به دنبال تهدیدی که بر علیه تمامیت و انسجام روحی و روانی پیش می‌آید، ایجاد می‌شود. انسان هر دم با مشکلاتی روبرو می‌شود و می‌کوشد تا بر این موانع فائق آید و به شکلی تعادل نسبی را در زندگی مجدداً پدید آورد. این تعادل از طریق هماهنگی و ارتباط بین مشکلات و سازگاری‌های موجود جهت حل آنها به دست می‌آید. ناهماهنگی در تعادل مکانیسم‌های مشکل‌گشایی در ارتباط با تهدیدها، منجر به ایجاد بحران‌های روانی می‌گردد. (اسلامی نسب ۱۳۷۳)

مک‌گروری (Mc Grory 1978) هرگونه عاملی که تعادل فرد را بر هم‌زند، بحران نام‌داده. جوئل و کالینز (Joel & Colins 1978) می‌نویسد بیماری‌های درمان‌ناپذیر ایجاد بحران‌های روانی می‌کنند.

به هر حال باید دانست که نه فقط فرد مبتلا به بیماری درمان‌ناپذیر دچار بحران روحی است و نیازمند کمک و مراقبت است، بلکه توجه به خانواده را نیز نباید فراموش کرد، چه، بحران ممکن است به دیگر اعضای خانواده هم سرایت کند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

روش‌های معمول برای درمان خیلی از بیماری‌ها، نه فقط بیماری مزمن و خطرناک، بلکه بیماری‌های عادی آنست که پزشک ابتدا به علائم بیماری توجه می‌کند و سپس سعی می‌کند که به بیمار آرامش دهد و باگفتن جملاتی نظیر «نگران نباشید» یا «چیز مهمی نیست» او را روانه منزل کند. متأسفانه در جامعه ما نوعی فشار هنجاری از سوی بیماران به پزشک تحمیل می‌شود بدین معنا که پزشکان مجبور هستند حتی در صورتی که تشخیص دهند بیمار آنها نیاز به دارو ندارد، مقداری دارو، ترجیحاً داروهای آرام‌بخش به بیمار بدهند. در فرهنگ ما بیماری که بدون نسخه و دارو از مطب پزشک بیرون بیاید، احساس می‌کند پزشک برای وی کاری انجام نداده و این پزشک اصولاً پزشک خوبی نیست. به این جهت نوشتن دارو و به خصوص داروهای آرام‌بخش برای بیماری‌های ناشناخته یا غیرقابل تشخیص، امروزه جزء هنجارهای مطب‌داری و مداوا در جامعه ما شده است. از سوی دیگر معالجه و درمان عوارض روحی ناشی از ابتلا به بیماری‌های خطرناک نیاز به:

۱- دانش تخصصی

۲- صرف وقت و حوصله زیاد دارد.

از همه مهمتر، تقریباً در همه موارد مشابه، یعنی زمانی که فردی دچار یک بیماری صعب‌العلاج می‌شود، پزشک باید علاوه بر خود بیمار، به مراقبت روانی خانواده او هم بپردازد. معمولاً پزشکان وخامت اوضاع جسمی بیمار را به طور سنتی در جامعه ما به خود او منتقل نمی‌کنند بلکه بسته به شرایط سنی و

وضعیت خانوادگی به فرزندان، همسر، والدین و یا برادر و خواهر او واقعیت را که حکایت از مهلک بودن بیماری فرد دارد منتقل می‌کنند.

در هر حال، هم بیمار و هم نزدیکان وی باید واقعیت را درباره بیماری آن فرد بدانند، اما این دانستن باید حتماً تدریجی باشد نه دفعی و یک مرتبه، مثلاً نباید گفت که «خانم فرزند شما به تالاسمی ماژور مبتلاست و کاری هم از دست من بر نمی‌آید» و یا گفته شود که «باکمال تأسف شما هر دو کلیه خود را از دست داده‌اید.» بلکه باید گفته شود که «شما به نارسایی کلیوی شدیدی دچار هستید که درمانش قدری مشکل است» و در جلسات بعد یک گام جلوتر رفته و مثلاً گفته شود «بیماری شما از دفعه قبل پیشرفته‌تر شده و نارسایی شدیدتری را مشاهده می‌کنیم» و برای اطرافیانش می‌توان قدری بیشتر از واقعیت را توضیح داد. بهتر است که در هر حال اطلاعات به صورت پلکانی داده شود یعنی در هر جلسه اطلاعات بیشتری به بیمار داده شود ولی در هر حال اطرافیان بهتر است چند گام جلوتر و زودتر اطلاعات را دریافت کنند.

نکته دیگر آن است که پزشک در دادن اطلاعات بهتر است بیمار و اطرافیان را بین و رجا نگهدارد ضمن اینکه واقعیت را به طور تدریجی و مرحله‌ای می‌گوید، آنها را هم به کلی ناامید نکند بلکه سعی کند آنها را با جملاتی نظیر آنچه که در ذیل می‌آید امیدوار نگه دارد: «خداوند بزرگ است و شفا در دست اوست» یا «من کسانی را سراغ دارم که این بیماری را داشته‌اند ولی بهبود یافته‌اند» یا «علم در حال پیشرفت است ما امیدواریم که دارو

و درمان جدیدی برای این بیماری‌ها پیدا شود».

پزشک باید در میان افراد خانواده آن فردی را که دارای روحیه قویتری است و مقاوم‌تر است پیدا کند و واقعیت آخر را به او تفهیم کند. نکته دیگر این است که پزشک باید احساس گناهی را که در اطرافیان بیمار بوجود آمده از میان ببرد. در این موارد معمولاً اطرافیان بیمار پس از شنیدن واقعیت آخر از دهان پزشک سئوالاتی از این قبیل مطرح می‌کنند که «اگر او را به فلان بیمارستان می‌بردیم بهبود پیدا نمی‌کرد؟» و یا اگر او را به کشورهای دیگر می‌بردیم بهتر نبود؟

اینها همه نشانه احساس گناه است که در اطرافیان وجود دارد که پزشک باید با اطمینان نسبتاً زیاد آنها را مطمئن سازد که هیچ قصور و تقصیری از ناحیه آنان صورت نگرفته است.

گاهی احساس گناه در خود بیمار هم وجود دارد و او فکر می‌کند علت ابتلای او به این بیماری همانا کردار او در دوران گذشته بوده و خداوند می‌خواهد به این ترتیب او را مجازات کند. این احساس گناه فشار روحی کشنده‌ای را که گاهی از خود بیماری هم مهلک‌تر است بر فرد بیمار وارد می‌کند و پزشک در این گونه موارد باید با درایت سعی کند تا از احساس گناه بیمار بکاهد و او را در وضعیت روحی بهتری قرار دهد.

شاید بتوانیم بگوییم که مهمترین وظیفه پزشک در این گونه موارد توان بخشی (Rehabilitation) به بیمار و خانواده او است. توان بخشی عبارتست از «فرآیندی هدفمند در زمانی معین جهت قادر ساختن یک شخص آسیب دیده تا رسیدن به سطح

کشی مطلوب از حیث جسمی، روحی، روانی و اجتماعی» - بنابراین برای توان بخشی باید فرد را به ابزارهایی برای تغییر طرز تفکر و شیوه زندگی مجهز کرد. این فرایند می‌تواند شامل روش‌هایی به منظور جبران از دست دادن یک توانایی و یا راه‌هایی در جهت تسهیل سازگاری اجتماعی و یا سازگاری روحی مجدد باشد.

تعدادی از فعالیت‌های لازم برای توان بخشی مجدد که می‌تواند به وسیله فرد، خانواده یا جامعه ارائه و اجرا شود در ذیل آورده می‌شود:

● اقدام به موقع جهت شناسایی و تشخیص بیماری

● مراقبت و درمان لازم

● انجام مشاوره‌های اجتماعی، روان‌شناختی و پزشکی (دهقانی ۱۳۷۲)

منابع

- ۱- استریت - ادی - مشاوره خانواده - ترجمه مصطفی تبریزی - تهران - ۱۳۷۶ - ص ۱۶۵-۱۲۹
- ۲- اسلامی نسب - علی - روانشناسی سازگاری - تهران - ۱۳۷۳ - ص ۲۰۵-۲۰۲ و ۲۹۴-۲۸۹
- ۳- افروز - غلامعلی - مقدمه‌ای بر روانشناسی و توان بخشی - تهران - ۱۳۷۰ - ص ۵۷-۵۲
- ۴- براد شاو - جان - تحلیل سیستمی خانواده - ترجمه مهدی قراچه‌داغی - تهران - ۱۳۷۲ - ص ۶۷-۳
- ۵- بندیکس - تورین - بیمار مضطرب - ترجمه دکتر فرید فدایی - تهران - ۱۳۶۸ - ص ۱۷-۱۵

۶- دهقانی - محسن - پیش‌گیری و توان بخشی - تهران - ۱۳۷۲ - ص ۲۲-۱۲

۷- رشید کابلی - مجید (مترجم) - متناسب سازی مشاغل برای معلولین - انتشارات دانشگاه اصفهان - ص ۲۳-۲۱

۸- ستوده - هدایت الله - مقدمه‌ای بر آسیب شناسی اجتماعی - تهران - ۱۳۷۲ - ص ۲۹-۱۳

۹- شاملو - سعید - بهداشت روانی - تهران - ۱۳۵۲ - ص ۲۱۷-۲۰۸

۱۰- شفیق آبادی - عبدالله - راهنمایی و مشاوره کودک - تهران - ۱۳۷۲ - ص ۷

۱۱- شفیق آبادی - عبدالله - نظریه‌های مشاوره وران درمانی - تهران - ۱۳۶۸ - ص ۹۹-۹۶

۱۲- طاهری عراقی - محسن (مترجم) - روش همکاری با نابینایان - دانشگاه اصفهان - ۱۳۶۲ - ص ۳-۲

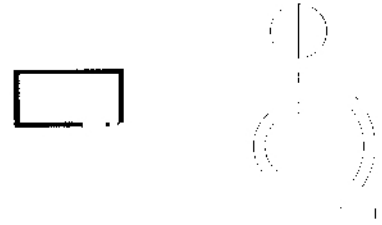
۱۳- فنتون - فرد - ویگران - درمانی روانپزشکی داروخانه و بیمارستان - مترجم عصمت دانش - تهران - ۱۳۷۲ - ص ۷۷ و ۱۰۵-۱۰۰

۱۴- فراسر - بورلی و هسنیگر - رابرت آن - مراقبت و سرپرستی معلولین - مترجم اسکندر رحیمی ارسنجانی - دانشگاه شیراز - ۱۳۶۹ - ص ۹۵

۱۵- وروارت - آدریان - اصول مکالمه با بیمار رو به مرگ - ترجمه دکتر نصرت الله پورافکاری - تبریز - ۱۳۶۳ - ص ۱۸-۱۱

۱۶- گیسون - رابرت و میشل - ماریان - مبانی مشاوره و راهنمایی - ترجمه باقر ثانی و همکاران - تهران - ۱۳۷۳ - ص ۲۹-۱۲۷

۱۷- نصرت / پروانه - بازگشت به زندگی عادی - تهران - ۱۳۶۹ - ص ۲۹-۱۷



شیوه‌های درمان تالاسمی

چکیده

مقدمه

اگر چه توسط پیوند مغز استخوان کم خونی وابسته به تزریق خون با موفقیت در بعضی از بیماران مبتلا به تالاسمی درمان شده است، هنوز هم این روش پرخطر و مشکل‌زا بوده به طوری که یک انتخاب مطمئن جهت درمان بسیاری از مبتلایان به تالاسمی نمی‌باشد.

هدف اصلی ما در درمان تالاسمی کمک به بدن جهت تولید هموگلوبین سالمی می‌باشد که توانائی حمل اکسیژن کافی را دارا بوده و بیمار بدون احتیاج به تزریق خون به زندگی خود ادامه دهد.

روش‌های دیگر پیوند سلول‌های پایه‌ای مانند Mixed Chimerism یا پیوند خون بند ناف از بعضی خطرات پیوند کاسته‌اند ولی هنوز تا یک درمان بی‌خطر مؤثر و قابل انجام جهت بیماران تالاسمیک فاصله دارند.

تلاش‌های انجام شده در جهت خاتمه دادن به کم‌خونی وابسته به تزریق خون، عمدتاً بروی روش‌های مختلفی از پیوند سلول‌های پایه‌ای (Stem Cell)، ژن درمانی و دستکاری هموگلوبین جنین متمرکز شده است.

پیوند

دستکاری هموگلوبین جنینی نیاز به تزریق خون را در بعضی از انواع تالاسمی کاهش داده است ولی هنوز راه زیادی را در بی‌نیاز کردن این بیماران از تزریق خون در پیش دارد. ژن درمانی اگرچه امید بخش می‌باشد، هنوز در مراحل تحقیقاتی است.

برای فهم ضرورت پیوند باید ابتدا درک صحیحی از نقش سلول‌های پایه‌ای داشته باشیم. سلول‌های پایه‌ای مستقر در مغز استخوان مسئول ساخت تمام سلول‌های خونی یک فرد از جمله گلبول‌های قرمز سازنده هموگلوبین (جزء حمل‌کننده اکسیژن در خون) می‌باشند.

قبل از اینکه تالاسمی به عنوان یک بیماری با درمان قطعی شناخته شود احتیاج به تحقیقات بیشتری در تمام این زمینه‌ها داریم.

در تالاسمی نقص موجود در سلول‌های پایه باعث ایجاد گلبول‌های قرمز با شکلی غیرطبیعی می‌گردد که هموگلوبین غیرطبیعی

شاخه و آنمی وابسته به تزریق خون را ایجاد می کند.

هدف اصلی پیوند در این بیماران فراهم ساختن سلولهای پایه ای سالمی می باشد که گلبول های قرمز و هموگلوبین طبیعی تولید می کنند.

تحقیقات انجام شده سعی در معرفی کردن سلول های پایه ای سالم به بدن بیماران از راه های گوناگونی دارند:

پیوند مغز استخوان

در پیوند مغز استخوان (BMT) ابتدا توسط شیمی درمانی سلول های پایه ای بیمار در مغز استخوان را از بین برده و سپس این سلول ها با سلول های پایه ای سالم یک دهنده سازگار تعویض می گردند. در صورتی که این فرآیند موفقیت آمیز باشد سلول های پایه ای پیوندی موجود در مغز استخوان شروع به تولید سلول های خونی طبیعی می نمایند.

یکی از مشکلات پیوند مغز استخوان پیدا کردن دهنده سازگار است.

در این نوع از پیوند مغز استخوان برخلاف پیوند مغز استخوان انجام شده در بیماران سرطانی که تنها به بیشترین سازگاری نیازمندیم به سازگاری ژنتیکی کامل که معمولاً در برادر و خواهرهای دیگر یا سایر اعضای فامیل دیده می شود احتیاج داریم.

بر اساس گزارش سازمان ملی قلب، ریه و خون (NHLBI)، ۶۰٪ از کودکان مبتلا به تالاسمی در آمریکا فاقد یک برادر یا خواهر یا عضوی از فامیل با سازگاری ژنتیکی مناسب می باشند.

برای بیمارانی که در خانواده خود عضوی سازگار از نظر ژنتیکی ندارند یک دهنده داوطلب غیرفامیل بهترین انتخاب بعدی می باشد، بانک های مغز استخوان با معرفی سازگارترین دهنده داوطلب غیرفامیل به این بیماران کمک می کنند. یکی از این مراکز (Donor Program National Marrow) می باشد که لیستی از ۱/۶ میلیون دهنده داوطلب در اختیار دارد.

معمولاً پیوند مغز استخوان در صورت سازگاری ژنتیکی هرچه بیشتر دهنده و گیرنده، سن پائین تر بیمار و دریافت خون کمتر از موفقیت بالاتری برخوردار می باشد.

هرچه میزان ناسازگاری ژنتیکی دهنده و گیرنده بیشتر باشد احتمال رد پیوند نیز بالاتر می رود.

مهمترین خطر پیوند مغز استخوان از یک دهنده غیرفامیل بیماری پیوند علیه میزبان (GVHD) می باشد. این بیماری یک پاسخ ایمنی است که طی آن سیستم ایمنی فرد دهنده پیوند (موجود در سلولهای پیوندی) به سلول های فرد گیرنده حمله می کنند. GVHD در حالت های شدید می توان کشنده باشد.

از نظر تکنیکی کم خونی وابسته به تزریق خون تالاسمی توسط پیوند مغز استخوان قابل درمان می باشد. به هر حال به علل ذکر شده در بالا هنوز هم پیوند مغز استخوان عملی پرخطر و مشکل زا بوده که برای اکثر بیماران تالاسمی قابل انجام نیست.

روش Mixed Chimerism جایگزینی برای پیوند مغز استخوان

می باشد که در آن سلول های پایه ای تالاسمیک خود بیمار بطور کامل مفهوم نشده و در کنار سلول های پایه سالم پیوندی دیده می شوند. این روش به صورت قابل توجهی بعضی از خطرات همراه با پیوند مغز استخوان مرسوم را کاهش می دهد. این روش به صورت آزمایشی در بعضی از بیماران سرطانی انجام گرفته است.

پیوند خون بند ناف

این روش وسیله دیگر جهت انتقال سلولهای پایه ای سالم به بدن بیمار تالاسمیک می باشد. در این روش به جای برداشتن سلول های پایه از خون یا مغز استخوان فرد دهنده این سلول ها از خون بند ناف یا جفت نوزاد خواهر یا برادر فرد بیمار گرفته می شوند.

خون بندناف بلافاصله بعد از تولد از بندناف یا جفت گرفته شده و سپس منجمد می شود و در مراکز مربوط به این امر جهت استفاده بعدی ذخیره می گردد.

مزیت این روش بر پیوند مغز استخوان مرسوم عدم احتیاج به سلولهای پایه ای گرفته شده از بندناف به سازگاری ژنتیکی کامل می باشد. به همین دلیل احتمال رد پیوند نیز کمتر می گردد.

مرکزی که بدین منظور در بیمارستان اطفال اکلند دایر شده است کمک های ویژه ای را از مؤسسه های بهداشت آمریکا (NIH) جهت ارائه سرویس به بیماران تالاسمیک و آنمی سلول داسی شکل دریافت کرده است.

برخلاف روش های مختلف پیوند سلول های پایه که سعی در درمان تالاسمی از طریق تعویض سلول های بیمار با سلول های طبیعی یک دهنده دارد، ژن درمانی سعی در تثبیت سلولهای پایه ای خود بیمار از طریق جایگزینی ژن های معیوب با انواع سالم آن دارد.

هدف ژن درمانی در تصحیحی آمفی وابسته به تزریق خود بیماران تالاسمیک قرار دادن ژن بتاگلوبین طبیعی در سلول های پایه بیماران به منظور افزایش تولید بتاگلوبین و گلوبول های قرمز نرمال می باشد.

هنوز راه زیادی تا استفاده از این روش در انسان های باقی مانده و تحقیقات می بایست قبل از تبدیل این روش به یک واقعیت عملی در بیماران تالاسمی بر چندین مشکل غلبه کنند:

یکی از این مشکلات رفتار خود سلول های پایه می باشد بدین معنی که این سلول ها رد کشت های آزمایشگاهی خارج از بدن رفتارهای متفاوتی را نشان می دهند به طوری که توانایی تکثیر خود را در دراز مدت از دست می دهند. به همین علت دانشمندان باید راه هایی جهت حفظ این توانایی در سلولهای پایه ای مورد استفاده در تحقیقات پیدا نمایند.

مشکل دیگر نحوه انتقال «ژن جایگزین» بداخل سلولهای باید می باشد. در روش های مورد استفاده کنونی احتیاج به تقسیم فعال سلولهای پایه داریم، در حالی که اکثر این سلولها در غالب اوقات در ناز

غیرتقسیمی خود بوده و به انتقال ژنی پاسخ نمی دهند.

براساس تحقیقات انجام شده، سلول های پایه را جهت فراهم آوردن امکان انتقال ژنی بیشتر به تقسیم وادار کرده اند ولی متأسفانه نتایج ناامید کننده بوده است.

در حال حاضر تحقیقات بروی روش هایی متمرکز شده است که امکان انتقال ژنی در زمانی که سلول پایه در حال تقسیم نمی باشد را فراهم آورند.

دستکاری هموگلوبین جنینی

خون انسان قبل از تولد از آلفاگلوبین که در تمام عمر باقی می ماند و گاماگلوبین که عمدتاً در زمان جنینی وجود دارد ساخته شده است. کمی قبل از تولد تغییری صورت می گیرد (Hemoglobin Switch) که طی آن گاماگلوبین کاهش یافته و بجای آن بتاگلوبین افزایش می یابد و بدین ترتیب هموگلوبین جنینی به هموگلوبین بالغین تبدیل میگردد.

بتاگلوبین در بیماران مبتلا به تالاسمی اینترمدیو ماژور بخوبی افزایش نیافته و با ایجاد عدم تعادل بین آنها و بتاگلوبین درنهایت منجر به کم خونی وابسته به تزریق خون می گردد.

تئوری حمایت کننده از دستکاری هموگلوبین جنین براساس ایجاد تأخیر یا معکوس کردن فرآیند Hemoglobin Switch و امکان ابقای هموگلوبین جنینی یا فعال کردن مجدد آن به منظور کاهش یا رفع آنمی وابسته به تزریق خون ناشی از تولید بتاگلوبین معیوب می باشد.

دستکاری دارویی هموگلوبین جنینی

تحقیقات مؤید امکان فعال سازی مجدد ساخت هموگلوبین جنینی در افراد بالغ مبتلا به بتا تالاسمی از طریق سه گروه از داروها می باشد: عوامل سیتوتوکسیک مانند هیدروکسی اوره، فاکتورهای محرک خونساز صناعی مانند اریتروپویتین و آنالوگ های اسید چرب مانند آرژانتین بوتیرات.

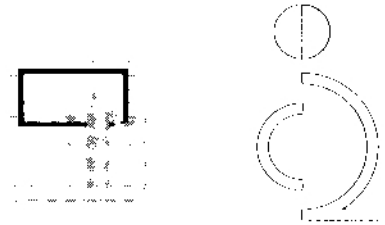
اگر چه نشان داده شده که افزایش تولید هموگلوبین جنینی توسط این داروها، آنمی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور را کاهش می دهد ولی این کاهش کم بوده و به اندازه ای نمی باشد که بیماران تالاسمی ماژور را از تزریق خون بی نیاز سازد، و در حال حاضر تحقیقات بروی راه های مؤثرتری جهت افزایش تولید هموگلوبین جنینی متمرکز شده است.

دستکاری ژنتیکی هموگلوبین جنینی

این روش بر روی شناخت و دستکاری فاکتورهای ژنتیکی مسوول Hemoglobin از هموگلوبین جنین به هموگلوبین بالغ کار می کند. تحقیقات به دنبال یافتن روش قابل اطمینانی جهت فعال سازی مجدد ژن های گاما گلوبین خاموش شده در طی فرآیند Switch میباشند.

قبل از قبول دستکاری هموگلوبین جنین به عنوان یک روش درمانی قابل قبول برای تالاسمی احتیاج به بررسی های بیشتر در جهت تأیید کم خطر بودن و میزان تأثیر داروهای محرک تولید هموگلوبین جنینی و فهم فاکتورهای ژنتیکی و وقایع ملکولی مسوول Hemoglobin switch داریم.

بتا تالاسمی ماژور و ارتباط آن با طحال برداری



چکیده

مقدمه

ایمونوگلوبولین های IgE, IgG، جز C₃ کمپلمان در سرم ۵۶ بیمار مبتلا به بتا تالاسمی ماژور (۲۹ زن و ۲۷ مرد) با محدوده سنی ۱۰-۳۰ سال (یک نفر ۳۷ سال) مراجعه کننده به درمانگاه تالاسمی استان تهران وابسته به سازمان انتقال خون ایران مورد مطالعه قرار گرفته و با ۳۲ نفر (۱۵ زن و ۱۷ مرد) گروه شاهد با محدوده سنی ۱۰-۳۰ سال (یک نفر ۳۷ سال) که به طور تصادفی انتخاب شده بودند مورد مقایسه قرار گرفت. ۳۶ نفر (۱۷ زن و ۱۹ مرد) از بیماران ۱-۲۴ ماه قبل از انجام این آزمایشات طحال برداری شده بودند. بیماران به طور منظم خون و داروی دسفرال دریافت می کردند. نتیجه حاصل از آزمایشات نشان داد که میزان C₃ در بیماران با طحال نسبت به شاهد و بیماران بدون طحال به طور معنی دار کاهش نشان داده، IgG در هر دو گروه بیماران نسبت به گروه شاهد افزایش معنی دار داشته و IgE در بیماران، بدون طحال نسبت به شاهد و بیماران بدون طحال به طور معنی دار افزایش نشان می دهد.

سندرم تالاسمی گروهی از اختلالات ارثی خونی می باشند که با کاهش تولید زنجیره های اختصاصی گلوبین همراه است. بتا تالاسمی ماژور یک اختلال شدید در سنتز زنجیره بتا گلوبین است که منتج به خونسازی غیر موثر و کاهش طول عمر گلبول های قرمز خون این بیماران منجر می گردد.

بیماران بتا تالاسمیک، مدل انسانی بسیار مناسبی برای مطالعه می باشند زیرا آنها از اولین ماه های زندگی، دائمی ایمونوگلوبولین های آلوژنیک و سلولهای سیستم ایمنی دریافت می دارند که به نظر می رسد این اجزاء خارجی، پاسخ ایمنی این بیماران تغییر می دهد اگرچه رابطه آشکاری بین ژن هموگلوبین و سیستم ایمنی مشاهده نشده ولی تغییرات ایمونولوژیک فراوانی در این بیماری گزارش گردیده است که از جمله می توان افزایش ایمونوگلوبولین ها (۱۲، ۱۳، ۱۵)، کاهش مقادیر کمپلمان (۱۴)، اختلال در توزیع زیر گروه های لئوسیت ها (۷، ۹، ۱۱)، تغییرات فعالیت مسیر فرعی و کلاسیک کمپلمان (۱۲) و سایر تغییرات دیگر را ذکر نمود. این تغییرات ایمونولوژیک را بعضاً به درمان های انجام

تهیه و تنظیم:

دکتر علیرضا سالک مقدم

دانشیار گروه ایمونولوژی و میکروبیولوژی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر ناهید رهبر روشندل

استادیار گروه ایمونولوژی و میکروبیولوژی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر مهدی بساکی

دکتر داروساز

دکتر محسن غلمان

کارشناس مرکز تحقیقاتی و آموزشی علوم آزمایشگاهی

جدول ۱ - مقادیر سرمی IgE, IgG, C_3 در بیماران مبتلا به بتا تالاسمی ماژور و گروه شاهد و مقایسه آنها

مقادیر اندازه گیری شده مورد و شاهد	IgE iu/ml Mean±SD	IgG mg % Mean±SD	C_3 mg % Mean±SD
۱- گروه شاهد	۳۳/۴۴±۲۹/۸۲	۱۳۱۹/۱۰±۲۲۴/۷۳	۹۹/۹۴±۲۲/۶۹
۲- بیماران با طحال	۵۴/۷۵±۷۰/۳۲	۱۶۳۵/۳۶±۴۵۸/۱۰	۷۷/۱۰±۱۵/۲۰
۳- بیماران بدون طحال	۱۲۳/۱۹±۲۱۵/۰۰	۱۹۱۳/۶۴±۴۸۳/۹۴	۹۱/۴۲±۲۰/۶۸

مقادیر سرمی IgG و C_3 با استفاده از روش ایمنوادیفیوژن شعاعی یک طرفه SRID (بیوژن-ایران) و مقادیر سرمی IgE با استفاده از تکنیک (Randox-England) ELISA اندازه گیری شد. برای مقایسه میانگین بین دو گروه از آزمون آماری t و در موارد ضروری از آزمون Mann-whitey استفاده شد.

یافته ها

میزان C_3 در بیماران بتا تالاسمی با طحال نسبت به گروه شاهد از کاهش برخوردار است و در بیماران بدون طحال تفاوت معنی دار در میزان C_3 مشاهده نشد. میزان IgG در هر دو گروه بیماران نسبت به گروه شاهد افزایش نشان میدهد. بیماران بدون طحال نسبت به بیماران با طحال افزایش قابل ملاحظه ای در میزان IgG و C_3 نشان میدهند میزان IgE در بیماران بدون طحال نسبت به گروه شاهد از افزایش برخوردار است و در بیماران با طحال تفاوت قابل ملاحظه ای نشان نمی دهد. میزان IgE بین دو گروه بیماران با و بدون طحال تفاوت معنی دار نشان نمی دهد این نتایج در جدول ۱ و ۲ گردآوری شده است.

بحث و نتیجه گیری

گزارشهای موجود در مورد تغییرات

مورد مطالعه قرار گرفتند. ۳۶ نفر از بیماران (۱۷ نفر زن، ۱۹ نفر مرد) از ۱ تا ۲۴ ماه قبل از انجام این آزمایشها طحال برداری شده بودند. بیماران به طور منظم خون و داروی دسفرال دریافت می کردند معیارهای که برای انتخاب بیماران در نظر گرفته شد عبارت بودند از: هیچ کدام از بیماران در زمان انجام آزمایشهای مبتلا به بیماری های عفونی نباشند. مبتلا به بیماری های انگلی نباشند و شمارش ائوزینوفیل ها در حد طبیعی باشد مبتلا به بیماری آلرژیک و اتوایمیون نباشند. حداقل ۲ هفته قبل از انجام آزمایشهای ایمونولوژیک دارویی به جز دسفرال مصرف نکرده نباشند و دچار مسمومیت با دسفرال نشده باشند. حداکثر فاصله بین دو تزریق خون ۳۰-۲۰ روز باشد. تمامی اطلاعات با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده بیماران، مصاحبه، معاینه و آزمایشها بدست آمد. گروه شاهد شامل ۳۲ نفر (۱۵ نفر زن و ۱۷ نفر مرد) با محدوده سنی ۳۰-۱۰ سال و یک نفر ۳۷ سال بودند که به صورت تصادفی

انتخاب گردیدند.

شده برای بیماران همچون تزریق خون، طحال برداری و همچنین به اضافه بار آهن نسبت می دهند (۱، ۲، ۵، ۶) بتا تالاسمی ماژور با عفونت های مکرر همراه می باشد (۴) به منظور روشن شدن عواملی که این بیماران را مستعد ابتلا به عفونت ها می سازد مطالعه ایمنوگلوبین ها و کمپلمان (C_3 و IgG) می تواند مفید باشد. مطالعه IgE در بیماران تالاسمی اطلاعات مفیدی در بیماران طحال برداری شده (۱۵) و در بیماری های حاد و مزمن کبدی (که در اکثر بیماران مشاهده می شود) به ما می دهد (۳) و (۱۵ و ۱۷) لذا در این مطالعه بر آن شدیم که به مطالعه بخشی از سیستم ایمنی هومورال (IgE, IgG, C_3) بپردازیم که به نظر می رسد شناخت هرچه بهتر روند بیماری در درگیر کردن سیستم ایمنی بدن ایده های مؤثری در باره کنترل و پیشگیری و همچنین بهبود روش های درمانی و حتی مراقبت های ایمنولوژیک بوجود خواهد آورد.

مواد و روش ها

بیماران و گروه شاهد: ۵۶ بیمار مبتلا به بتا تالاسمی ماژور (۲۹ نفر زن و ۲۷ نفر مرد) با محدوده سنی ۳۰-۱۰ سال و یک نفر ۲۷ سال در درمانگاه بزرگسالان تالاسمی استان تهران وابسته به سازمان انتقال خون

جدول ۲ - مقایسه ارزش P در گروه شاهد (۱) و بیماران با طحال (۲) و بی طحال (۳)

P (۰/۰۰۱)	۰/۰۱	۰/۸	P (۱ با ۲)
S	S	S	تفاوت
۰/۸	P (۰/۰۰۱)	۰/۰۲	P (۱ با ۳)
NS	S	S	تفاوت
P (۰/۰۰۱)	۰/۰۳	۰/۸	P (۲ با ۳)
S	S	NS	تفاوت

ایمونوگلوبولین‌ها و پروتئین‌های سرمی کمپلمان در بیماران تالاسمی ماژور در کشورهای گوناگون، متفاوت می‌باشد (۱۰ و ۱۴) به نظر می‌رسد قسمت عمده این تفاوت‌ها را باید در ناهمگونی و گروه شاهد مورد مطالعه در کشورهای مختلف جستجو کرد. این ناهمگونی یا هتروژنی می‌تواند شامل: سن، جنس، نژاد و ژنتیک، نوع تالاسمی، شرایط اجتماعی - اقتصادی، عوامل محیطی و تغذیه‌ای باشد. بعنوان نمونه در مطالعاتی که Wasi و همکاران انجام دادند ۵ کودک با تالاسمی نوع آلفا در سری مورد مطالعه آنها وجود داشته است. همچنین در مطالعات Seitanidis و همکاران، ایمونوگلوبولین‌های سرمی بیماران ۲۸-۵ ساله با گروه بزرگسالان دهنده خون مقایسه شده است.

در مطالعه ما بیماران ۳۷-۱۰ ساله با گروه شاهد که از لحاظ سن و جنس مشابه بودند مقایسه شدند و یافته‌های هماتولوژیک حاکی از مبتلا بودن بیماران به تالاسمی نوع بتا بود. Casali و همکاران، در سال ۱۹۷۸ دریافتند که میزان کمپلکس‌های ایمنی موجود در گردش خون بیماران مبتلا به بتا تالاسمی ماژور افزایش می‌یابد و میزان کمپلمان بیماران تحت درمان با تزریق خون کاهش می‌یابد. این افزایش کمپلکس‌های ایمنی ممکن است بدلیل هیپاتیت ویروسی B، (۳ و ۱۵) اضافه بار آهن یا تزریق خون (۵) که همراه با تشکیل کمپلکس‌های آنتی ژن - آنتی بادی است، باشد. از عوامل دیگری که در کاهش C₃ در بیماران دارای طحال (احتمالاً به دلیل عفونت‌های مکرر) مؤثر است، گسترش کمپلکس‌های ایمنی Ag-Ab ناشی از تزریق خون یا هیپاتیت ویروسی

می‌باشد. در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور افزایش حساسیت نسبت به عفونت‌ها مشاهده می‌شود ولی شواهد حمایت‌کننده در اثبات این موضوع محدود و متناقض است. عواملی همچون طحال برداری (۱۵)، آنومالی تست NBT، نقص کموتاکسی، آنومالی ایمونوگلوبولین‌ها (۱۰) و کاهش Cell-Tها (۱۲) بعنوان عوامل مساعد کننده عفونت پیشنهاد شده‌اند. به نظر می‌رسد کاهش C₃ در بیماران مورد مطالعه ما می‌تواند مسئول بخشی از ابتلا به این عفونت‌ها در بیماران محسوب شود. لذا ایمن‌سازی علیه عفونت‌هایی که بیماران تالاسمیک بیشتر در معرض آنها هستند، مفید و ضروری به نظر می‌رسد. همچنین می‌توان با تحریک دستگاه ایمنی همراه با درمان تالاسمی از بروز عفونت‌ها تا حدی جلوگیری کرد.

نتایج مطالعه ما حاکی از افزایش IgG در هر دو گروه بیماران نسبت به گروه شاهد می‌باشد. همچنین بیماران بدون طحال نسبت به بیماران با طحال افزایش قابل ملاحظه‌ای در میزان IgG نشان می‌دهند که بیانگر این است که طحال برداری موجب افزایش مقدار IgG می‌شود (هرچند طحال برداری استعداد ابتلا به عفونت‌ها را در بیماران نیز افزایش می‌دهد).

بیماران تالاسمی ماژور از اولین ماه‌های زندگی با تخریب شدید گویچه‌های سرخ در سیستم رتیکولو آندوتلیال مواجه هستند. فعالیت شدید سیستم مذکور در تخریب گویچه‌های سرخ، موجب کاهش پاک‌سازی آنتی ژن‌های خارجی وارد شده به بدن شده لذا با افزایش پاسخهای آنتی بادی به صورت افزایش IgG مواجه می‌شویم. از

طرفی طحال خود، به عنوان یک منبع مهم تولید IgM محسوب می‌شود که حذف طحال موجب اختلال عملکرد پاکسازی آنتی ژن‌های خارجی شده و بدن‌بال آن احتمال بروز پاسخ سایر آنتی‌بادی‌ها (IgG) افزایش می‌یابد.

در مطالعاتی که Germinis و همکاران در سال ۱۹۸۹ انجام دادند مشخص شد که بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور به خصوص آنهایی که طحال برداری شده‌اند مبتلا به عفونت‌های سیتومگالو ویروسی (CMV) و افزایش میزان آنتی بادی علیه ویروس می‌شوند. این ویروس یک نوع فاکتور مهارکننده ترشح می‌کند که مانع ترشح IL-1 در منوسیت‌ها می‌شود و مبتلایان به این ویروس به سایر میکروب‌های غیربیماریزا نیز حساس می‌شوند. همچنین گزارش شده CMV یک فعال کننده چند دودمانی (پلی کلونال) لنفوسیت‌های B است و باعث افزایش این لنفوسیت‌ها و افزایش میزان ایمونوگلوبولین‌ها می‌شود. پس افزایش ایمونوگلوبولین‌ها در بیماران تالاسمیک می‌تواند به دلیل عفونت‌های منتقل شده از طریق انتقال خون باشد.

به نظر می‌رسد طحال برداری، عفونت‌های مکرر، آسیب کبدی به دلیل هموسیدروز شدید، تحریک آنتی ژنی مداوم ناشی از تزریق خون یا هیپاتیت ویروسی در افزایش IgG در بیماران مورد مطالعه ما نقش داشته باشند.

نکته مهم دیگر در مورد تفاوت گزارشهایی کمپلمان و ایمونوگلوبولین‌ها در کشورهای مختلف این است که خطر عفونت‌های اکتسابی نظیر هیپاتیت‌های ویروسی و

.1979.32:1045-1050.
 10. Miniero R, et al : Serom
 Immunoglobulins in
 Homozygous beta -
 thalassemia. Acta
 Haematol. 1981.65:21-25
 11. Neri A, et al : Natural Killer
 Cell Activity and
 Tsub Population in thalassemia
 major. Acta-Haematol.
 1984.71:263-265.
 12. Nulart P , et all : Effect of
 alpha interferon on the Altered
 T, B-cell Immunoregulation
 in: patient with thalassemai
 major . Am-J-HAema
 tol. 1987.24:151-9.
 13. Schwrtz -E, et al: clinical
 Features of thalassamia.
 padiatric clinics of north
 America 1980.27:403-420.
 14. Sinnah D , yadav M :
 Elevated IgG and Decreased
 complement c3 and factor B in
 B-thalassemmia major. acta
 paediatr scand. 1981.70:547-
 551.
 15. Veirucci A ,et al: Rised IgG
 Level in B-thalassemmia:
 correlation with splenectomy
 and hepatitis B virus infection
 clin-exp-immunol. 1984.
 58:199-205.
 16. veirucci A , et al: The
 multitransfused b- thalassemic
 child : A Model For the study
 of IgE response . Annals of
 allergy ..1986.56:158-161.
 17. Veriucci A, et al: Australia
 antigen and antibody in
 transfused children with
 thalassemmia. Arch-this-
 Child. 1972.47:760-765.

associated with iron over load
 and age in patienys with
 thalassemmia major blood
 1986.67:105-108.
 2. Corry JM ,et al : Deficient
 activity of the alternative
 pathway of complement in B-
 Thalassemmi major . Am -J-
 Dis-child 1981 . 135:529-31.
 3. DE Virgiliis S, et al : Chronic
 liver disease in transfusion
 dependent thalassemmia: hepatitis
 B virus marker studies J-
 Pathol . 1990.33:949-952.
 4. Eraklis H J. et al: Hazard of
 overwhelming infection after
 splenectomy in children . New
 Engl . J- Med .
 1967.275:1225-1229.
 5. Gascon p, et al
 : Immunologic abnormalitis in
 patients recieving blood
 transfusion . Ann-intern-
 Med. 1984.100:173-182.
 6. Jason J, et al: Immune status
 of product
 recipients. JAMA. 1985,253:
 1146-1149.
 7. Kaplan J. et al : Diminished
 helper/suppressor lymphocyte
 ratios and natural killer
 activity of repeated blood
 transfusion blood
 .1984.64:308-315.
 8. Khalifa As, et al
 : Immunoglobulin
 Levels, opsonis activity and
 phagocytic power in Egyptian
 thalassemic children. Acta-
 haematol . 1983.69:136-139.
 9. Millard RE. et al: Change in
 Tand B blood lymphocyte after
 splenectomy, J-clin pathol

کمپلکس های آنتی ژن - آنتی بادی ناشی از
 تزریق خون می تواند بسته به شرایط اجتماعی
 - اقتصادی، استانداردهای بهداشتی و همچنین
 سرویس های انتقال خون در کشورهای
 مختلف تغییر کند.

نتایج این مطالعه نشان می دهد که میزان
 IgE سرمی در بیماران بدون طحال به طور
 قابل ملاحظه ای بالاتر از گروه شاهد است.
 Shalit, Ievo در سال ۱۹۸۱ دریافتند که
 میزان IgE سرمی در بیماری های هیپاتیت
 A و B افزایش قابل ملاحظه ای نشان
 می دهد. Veirucci و همکاران در سال
 ۱۹۸۴ دریافتند که دو عامل مهم در افزایش
 IgE سرمی در بیماران تالاسمی،
 طحال برداری و هیپاتیت ویروسی B است. همچنین
 La Rosa و همکاران در سال ۱۹۸۳ متوجه
 شدند که طحال برداری در افزایش IgE
 سرمی نقشی ندارد که این با مشاهده ما نیز
 مطابقت دارد. شاید افزایش IgE در بیماران
 بدون طحال، به علت هیپاتیت های ویروسی
 B و C است که در اکثریت بیماران دیده
 می شود، لذا به نظر می رسد بررسی بیشتر
 درباره نقش و اهمیت هیپاتیت های ویروسی
 در میزان IgE سرمی بیماران تالاسمی مفید
 باشد.

۳۰

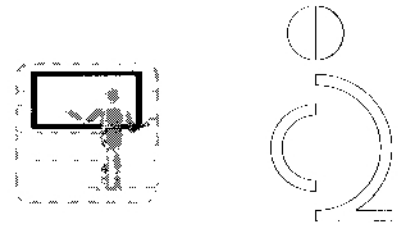
سپاسگزاری

از مسؤولان سازمان انتقال خون ایران که
 امکان دسترسی به بیماران را فراهم ساختند
 تشکر می کنیم.

منابع:

1. Ballart jj , et al : progressive
 dysfunction of monocyte

بررسی شاخص‌های همه‌گیرشناسی «مرگ مغزی»



مقدمه

دریافت قرنیه - استخوان و بافت‌های دیگر بدن، زندگی فعالی داشته باشند. در سال ۱۹۹۷، در ایالات متحده آمریکا ۵۴۰۰۰ نفر در فهرست انتظار پیوند اعضای عمده بدن بودند. از این تعداد ۳۶۸۵۲ بیمار منتظر کلیه؛ ۸۳۷۱ بیمار منتظر کبد، ۳۷۹۷ بیمار منتظر قلب، ۳۳۹ بیمار منتظر پانکراس، ۱۵۴۲ بیمار منتظر قلب و شش و ۹۱ بیمار منتظر روده بودند که بطور متوسط، در هر ۴ ساعت یکی از این بیماران فوت شده است. در سال ۱۹۱۶، ۵۴۱۶ اهداکننده عضو وجود داشته است که ۱۶۸۰۱ ارگان را اهدا نموده‌اند. این به معناست که از سال ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۶، تنها ۱۱ درصد افزایش در جمعیت اهداکنندگان اعضا بدن وجود داشته است، در حالی که گیرندگان عضو، در طی این سالها، ۵۴ درصد افزایش داشته‌اند. از این رو، فاصله بین تعداد بیمارانی که ارگان دریافت داشته‌اند و تعداد افرادی که در فهرست دریافت عضو قرار گرفته‌اند بطور مداوم بیشتر شده است لذا، جهت افزایش و ارتقای آگاهی جامعه در خصوص اهدای اعضا توصیه شده است که فعالیت

بیش از ۴۰ سال از اولین پیوند موفقیت‌آمیز کلیه در بوستون ایالات متحده آمریکا می‌گذرد. از آن زمان به بعد، پیوند اعضا از یک فرآیند آزمایشگاهی به یک روش درمانی موفقیت‌آمیز حیاتی، مبدل شده است و توانایی انسان در جایگزینی یک ارگان سالم به جای یک ارگان بیمار، یک امر معمولی شده است. در ایالات متحده آمریکا به طور متوسط، در هر ۳۰ دقیقه، یک پیوند عضو مهم بدن (قلب - شش - کلیه - کبد - پانکراس - روده) صورت می‌گیرد. اگرچه تعداد زیادی از بیماران در طی ۱۰ سال گذشته، شانس زندگی دوباره، پیدا کرده‌اند، ولی تعداد زیادی از بیماران نیز در لیست انتظار دریافت عضو، جان می‌دهند، به طوری که هر ۲ تا ۳ ساعت در روز، یک بیمار قبل از آنکه به عضو دسترسی پیدا کند، متأسفانه می‌میرد.

در بین بیمارانی که در سطح دنیا در انتظار پیوند قلب هستند، متأسفانه ۳۰ درصد آنها در عرض ۶ تا ۹ ماه انتظار فوت می‌کنند. از سوی دیگر، پیوند اعضا سالانه به صدها هزار نفر انسان اجازه می‌دهد با

تهیه و تنظیم:

دکتر سید محمود طباطبائی

معاونت پژوهشی بنیاد امور بیماری‌های خاص

دکتر سعید شاه بیگی

دستیار نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

جدول ۱- اسامی همکاران اصلی (اساتید) شرکت کننده در طرح مغزی

نام و نام خانوادگی	رشته	محل کار
دکتر سید علی ابطحی	اطفال	ریاست بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)
دکتر شیرزاد ازهری	جراح مغز و اعصاب	بیمارستان امام حسین
دکتر فوزیه بن عیسی	نورولوژیست	بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)
دکتر ناهید بلال مقدم	نورولوژیست	بیمارستان امام حسین
دکتر احمد تهامی	جراح مغز و اعصاب	بیمارستان حضرت رسول (ص)
دکتر حسین پاکدامن	نورولوژیست	بیمارستان امام حسین
دکتر علیرضا زالی	جراح مغز و اعصاب	بیمارستان مفید
دکتر هادی روزبه	جراح مغز و اعصاب	بیمارستان سینا
دکتر اکبرسلطان زاده	نورولوژیست	بیمارستان شریعتی
دکتر عبدالرضا شیخ رضایی	جراح مغز و اعصاب	بیمارستان امام خمینی
دکتر سهراب صادقی	جراح مغز و اعصاب	بیمارستان لقمان
دکتر اقبال طاهری	فارماکولوژیست	بنیاد امور بیماریهای خاص
دکتر عنایت ... عباس نژاد	جراح مغز و اعصاب	بیمارستان فیروزگر
دکتر سید مهدی عبدالله زاده	جراح مغز و اعصاب	بیمارستان شریعتی
دکتر احمد رضا فرسار	فوق تخصص اطفال	از معاونت پژوهشی وزارت بهداشت
دکتر قلیچ نیا عمرانی	نورولوژیست	بیمارستان امام خمینی
دکتر محمدرضا قینی	نورولوژیست	بیمارستان سینا
دکتر مصطفی محسنی	جراح مغز و اعصاب	بیمارستان شهدا
دکتر عبدالرحمن نجل رحیم	نورولوژیست	بیمارستان شهدا

پایین تر است. لهذا با توجه به آنکه در سطح کشور مطالعات اندکی در خصوص مرگ مغزی و علل ایجاد آن، شیوع سنی و دیگر شاخص های بیماری انجام شده است، بنیاد امور بیماری های خاص با همکاری دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و ایران، یک مطالعه بزرگ در سطح بیمارستانهای انتخابی دانشگاهی تهران، تدوین و اجرا نمود، تا ضمن دستیابی به این شاخص ها، در جهت برنامه ریزی های بعدی و بالاخص تشکیل مقدمات اجرایی، بانک پیوند اعضا، گام عمده ای برداشته شود و از طرفی اجرای یک طرح تحقیقاتی ملی در سطح بیمارستان های مهم کلیه دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور را با همکاری معاونت محترم پژوهشی وزارت بهداشت فراهم آورد که نتایج مهم حاصل از آن طرح، محرکی علمی در مسیر تحریک عواطف و افکار مسؤولان ذیربط جهت تنظیم یک برنامه ملی برای بهره گیری این همه امکانات و نجات جان هزاران بیمار نیازمند و صرفه جویی در هزینه های درمانی باشد.

روش کار

این مطالعه، یک مطالعه مقطعی (Cross sectional) است که به روش آینده نگر در ۸ بیمارستان دانشگاهی شهر تهران انجام شد. جامعه مورد نظر، بیمارانی بودند که به هر علتی اعم از ضایعات عروقی مغز، ضربه مغزی و یا... دچار مرگ مغزی

در تعداد افراد لیست پیوند حدوداً ۵۸۰ درصد افزایش رخ داده بود ولی در جمعیت اهداکنندگان عضو در طی سالهای ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۸ افزایش مختصری دیده می شد (از ۴۰۸۳ نفر به ۵۴۱۷ نفر). بانگاهی به آمار و ارقام فوق، بخوبی متوجه می شویم که پیوند اعضا در دنیا جایگاه قابل توجهی را بخود اختصاص داده است و مقوله مرگ مغزی و پیوند از چشم، اهمیت موضوع را افزایش داده است.

در جمهوری اسلامی ایران از سالها پیش پیوند جسم از دهنده زنده انجام شده است و در زمینه کلیه نیز پیشرفت های خوبی داشته ایم ولی متأسفانه در بحث پیوند عضو از جسد بسیار عقب هستیم به طوری که آمار کشور ما، از کشورهای منطقه نیز

بیشتری انجام شود.

در ایالات متحده آمریکا، سالانه ۱۲۰۰۰ بیمار مبتلا به مرگ مغزی وجود دارد ولی صرفاً ۵۰۰۰ اهدای عضو از این بیماران صورت می گیرد. یکی از عوامل مهار کننده، عدم اطلاع خانواده قربانی از اهدای عضو گزارش شده است عامل مهم تر بعدی، عدم رضایت خانواده بیمار از پیوند اعضا بیمار بوده است. برغم پیشرفت های زیاد در اهدای اعضا و پیوند در ۳۰ سال گذشته، هنوز کمتر از ۲۵ درصد در ارگانهای بیماران مبتلا به مرگ مغزی اهدا می شوند. در اکتبر ۱۹۹۷، ۵۵۷۸۹ نامزد دریافت عضو در شبکه پیوند اعضا در ایالات متحده آمریکا عضو بودند در حالی که در سال ۱۹۹۸، ۹۶۳۲ بیمار در این شبکه در لیست انتظار عضو، ثبت نام کردند. یعنی

جدول ۲- اسامی دستیاران همکار در طرح مرگ مغزی

ردیف	نام دستیار	بیمارستان
۱	دکتر سعید شاه بیگی	شهدا
۲	دکتر افسون صدیقی	شهدا
۳	دکتر علی اکبر فربور	لقمان
۴	دکتر محمد صمدیان	لقمان
۵	دکتر محمد صفریان	امام حسین
۶	دکتر هوشیار سرمندی	شریعی
۷	دکتر مهدی سلطانی	شریعی
۸	دکتر بهرام منصوریان	امام خمینی
۹	دکتر بیتا نیازی	امام خمینی
۱۰	دکتر محمد علی صحرائیان	سینا
۱۱	دکتر عباس بختیاری	سینا
۱۲	دکتر فرشاد شالچی	فیروزگر
۱۳	دکتر حسین جعفری مرندی	حضرت رسول اکرم (ص)
۱۴	دکتر علیرضا قلمی	حضرت رسول اکرم (ص)

بیمار مبتلا به مرگ مغزی در ۸ بیمارستان بررسی شدند. تعداد مبتلایان به مرگ مغزی به تفکیک هر بیمارستان در جدول ۳ گزارش شده است. بیشترین تعداد مرگ مغزی گزارش شده از بیمارستان لقمان (۶۵ مورد) و کمترین تعداد مرگ مغزی برابر ۴۵/۹ سال بود. نسبت سنی بیماران مرد به زن برابر ۱/۸ بود. علل منجر به مرگ مغزی در جدول ۵ گزارش شده است.

شایع ترین علت منجر به مرگ مغزی حوادث عروق مغز (۴۳ درصد) و سپس ضربه های مغزی (۲۴/۴ درصد) بود. در خصوص حوادث عروقی مغز، ۱۷ بیمار دچار ضایعه ایسکمیک مغزی شده بودند (۱۳ درصد) و ۱ بیمار دچار ترومبوز سینوس ساژیتال شده بود (۰/۰۸ درصد) و مابقی بیماران خونریزی مغزی داشته اند (۱۱۴ مورد، ۸۶/۴ درصد). در خصوص نوع خونریزی مغزی نیز، ۶۸ بیمار دچار خونریزی خالص در پارانشیم مغز بوده اند (ICH) ۵ بیمار خونریزی داخل بطنی (IVH)، ۲۸ بیمار خونریزی زیر عنکبوتیه (SAH) و ۱۳ بیمار خونریزی گسترده توأم پارانشیمی-بطنی و زیر عنکبوتیه داشته اند (۹/۸ درصد).

جدول ۳- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به مرگ مغزی به تفکیک بیمارستان در سال ۱۳۷۸-۷۹

ردیف	بیمارستان	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
۱	شهدا	۵۶	۱۸/۲	۱۸/۲
۲	لقمان	۶۵	۲۱/۲	۳۹/۴
۳	امام حسین	۳۳	۱۰/۷	۵۰/۱
۴	شریعی	۳۶	۱۱/۷	۶۱/۸
۵	امام خمینی	۵۹	۱۹/۲	۸۱
۶	سینا	۳۵	۱۱/۴	۹۲/۴
۷	فیروزگر	۷	۲/۳	۹۴/۷
۸	حضرت رسول	۱۶	۲۲/۵	۱۰۰
	جمع کل	۳۰۸	۱۰۰	۱۰۰۰

می شدند. جهت تعیین مرگ مغزی، ابتدا

بیمار توسط دو دستیار معاینه می شد. (دستیار نورولوژی و دستیار رشته جراحی مغز و اعصاب). معاینه بیماران براساس فرم از پیش تعیین شده انجام می شد. فعالیت قشر مغز بیماران به علاوه فعالیت ساقه مغز بیمار دقیقاً بررسی می شد. در صورتی که فعالیت قشر مغز مختل بود (بیمار به تحریکات صوتی و دردناک هیچ پاسخی نمی داد و در اغمای عمیق بود) بررسی ساقه مغز بیمار نیز انجام می شد. این معاینات شامل بررسی حرکات چشم بیمار از جمله پاسخ اکولووسفالیک (مانور چشم عروسکی)، پاسخ اکولووستیبولار (تست کالریک)، وضعیت مردمک ها و پاسخ آنها به نور، رفلکس حلقی و تراشه و وضعیت تنفسی بیمار بود. در صورتی که تمام معاینات فوق مختل بودند و وضعیت بالینی بیمار نیز مؤید مرگ مغزی بود، تست آینه جهت بیمار انجام می شد. جهت هماهنگی در نحوه معاینه همکاران، کارگاه آموزشی برای همکاران تدارک دیده شده بود.

نتایج

در طی یک سال مطالعه، تعداد ۳۰۸

جدول ۴- میانگین زمان فوت بیماران مبتلا به مرگ مغزی در بیمارستانهای تحت مطالعه در طی سال ۱۳۷۹-۱۳۷۸

ردیف	بیمارستان	میانگین ساعت فوت بیماران
۱	شهدا	۴۱/۴±۳۶
۲	لقمان	۴۷/۸±۲۱/۵
۳	امام حسین	۵۶/۷±۵۱
۴	شریعتی	۵۰/۵±۴۹
۵	امام خمینی	۵۸/۶±۴۴/۸
۶	سینا	۸۲/۹±۱۰۳
۷	فیروزگر	۲۶±۱۸/۵
۸	حضرت رسول اکرم (ص)	۷۵/۲±۷۹

حال اگر میزان ارگانهایی که بلااستفاده از بین می‌روند را با میزان هزینه های درمانی که جهت نگهداری از قربانیان مرگ مغزی در ICUهای کشور صرف می‌شود و خدمات درمانی - پرستاری را در نظر بگیریم به وسعت ائتلاف سرمایه های داخلی کشور پی می‌بریم.

از این رو به عنوان یکی از اولویت های درمانی در جمهوری اسلامی ایران توصیه می‌شود در اسرع وقت تیم های پیوند در مراکز درمانی کشور به حالت فعال و پر توان و بحث پیوند از جسد را با سرعت بیشتری پی گیری نمایند. امروز اگر فعالیتیمان را آغاز کنیم ممکن است ۱۰ سال آینده به ۲۰ سال گذشته دنیا برسیم!

در پایان

به روح والا و گران قدر تمام عزیزانی که در این مطالعه و تحقیق، به عنوان بیماران مرگ مغزی بودند سلام و صلوات و درود می‌فرستیم و از خداوند طلب مغفرت و آرامش برای تمام این عزیزان و صبر و اجر برای بازماندگان می‌نمائیم.

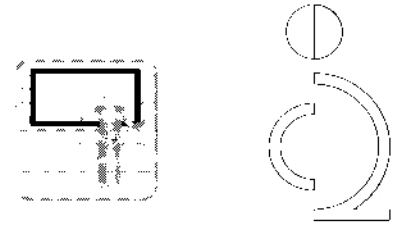
جدول ۵- توزیع فراوانی بیماران مبتلا به مرگ مغزی که از ارگانهای آنها جهت پیوند اعضا استفاده شده است.

ردیف	بیمارستان	سن بیمار	علت مرگ مغزی
۱	شهدا	۵۵	تروما
۲	لقمان	۱۶	تومور مغزی
۳	امام حسین	۴۷	تروما
۴	شریعتی	۵۱	تومور مغزی
۵	شریعتی	۳۵	مسمومیت با متانول
۶	شریعتی	۱۷	تروما
۷	شریعتی	۳۴	تومور میاستن و ایست قلبی
۸	شریعتی	۲۴	تروما

میانگین مدت مرگ بیماران مبتلا به مرگ مغزی از زمان تشخیص تا ایست غیرقابل برگشت قلبی حدود ۳ روز (۶۶ ساعت) بود. بیشترین مدت نگهداری بیمار مبتلا به مرگ مغزی در ICU، ۵۰۴ ساعت (حدوداً ۲۱ روز) بود. میانگین مدت مرگ بیماران مبتلا به مرگ مغزی به تفکیک بیمارستان های تحت مطالعه در جدول ۴ گزارش شده است. کمترین مدت نگهداری بیماران در بیمارستان فیروزگر و بیشترین مدت نگهداری بیماران در بیمارستان سینا بود. تنها از اعضای ۸ بیمار مبتلا به مرگ مغزی در بین ۳۰۸ بیمار مبتلا به مرگ مغزی جهت پیوند استفاده شده است. از این تعداد، ۷ بیمار از بیمارستان شریعتی و ۱ بیمار از بیمارستان امام حسین بود. میانگین سنی بیماران که از ارگانهای آنها جهت پیوند اعضا استفاده شد، ۳۵ سال بود. علل منجر به مرگ مغزی در این ۸ بیمار در جدول ۵ گزارش شده است.

بحث

همانطور که در مقدمه گفته شد بحث پیوند عضو از جسد و بیمار مبتلا به مرگ



برخورد با هیپاتیت مزمن

مقدمه

های جدید شاهد تحول چشمگیری در درمان و پیشگیری از آن باشیم. تا کنون هفت نوع ویروس هیپاتیت (TT,G,E,D,C,B,A) شناسایی شده که از آن بین هیپاتیت B و C به دلیل ایجاد هیپاتیت مزمن از اهمیت خاصی برخوردار هستند. در این مقاله به اختصار درباره تغییرات ناشی از این دو نوع ویروس و نحوه مواجهه با آنها بحث می‌شود.

هیپاتیت های ویروسی اصلی ترین علت بیماری های مزمن کبدی، سیروز کبدی، سرطان کبد و دلیل اصلی پیوند کبد در جهان می باشند به طوری که در حال حاضر سالانه بیش از یک میلیون نفر در جهان به دلیل ابتلا به هیپاتیت ویروسی تلف می شوند. به رغم اطلاعات فوق در طی دو دهه اخیر پیشرفت های چشمگیری در زمینه شناخت، پیشگیری و درمان بیماری هیپاتیت بدست آمده است.

هیپاتیت B

ویروس هیپاتیت B برای اولین بار در سال ۱۹۶۶ بطور تصادفی توسط دکتر باروخ بلومبرگ کشف شد. عامل این ویروس به

چنانچه انتظار می رود که در دهه اول قرن بیستم و یکم و با بهره گیری از روش

جدول ۱ - شیوع جهانی ناقلان HBV

آسیا	۴۰٪	آفریقا	۷٪
ژاپن	۱۸٪	آمریکای شمالی	۱۳-۱۵٪
اروپا	۲٪	اقیانوسیه	۲۶٪

جدول ۲ - اطلاعات مربوط به هیپاتیت B (۶)

آنتی ژن سطحی ویروس	HBsAg
آنتی بادی علیه آنتی ژن سطحی ویروس	HBsAb
شاخص فعالیت و عفونت زایی ویروس	HBeAg
به دنبال از بین رفتن فعالیت ویروسی و نشانه عدم تزیاید ویروسی است	HBeAb
نشان دهنده تماس قبلی با ویروس نوع Igm نشان دهنده حاد و نوع IgG نشان دهنده عفونت مزمن است	HBcAb
قابل شناسایی سرمی نیست	HBeAg
آزمایش PCR و non PCR انجام شده و توانایی شناسایی ۱۶-۶ ویروس در میلی لیتر را داراست. مثبت بودن non PCR نشان دهنده تزیاید ویروسی است ولی مثبت بودن PCR لزوماً نشانه دهنده تکثیر نخواهد بود.	HBV DNA

نویسندگان:

دکتر ملک زاده

مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد

دکتر مسعود رضا سهرابی

بیمارستان دکتر علی شریعتی

دلیل اینکه اولین بار در خون یک بومی استرالیایی یافت شد به نام آنتی ژن استرالیایی خوانده شد. این ویروس بر خلاف سایر انواع ویروس های هپاتیت جزو خانواده DNA ویروس ها است. این عامل ایجاد کننده هپاتیت در ۵ تا ۱۰ درصد هپاتیت های مزمن جهان می باشد. به طوری که بیش از ۳۵۰ میلیون فرد ناقل ویروس در سراسر دنیا وجود دارد که اکثریت این افراد در کشورهای حوزه آسیای جنوب شرقی پراکنده اند. همچنین این ویروس عامل اصلی وقوع هپاتیت مزمن و سیروز در کشور ایران محسوب می شود و به نظر می رسد که در حدود ۳ درصد از افراد جامعه ناقل این ویروس باشند. میزان پراکندگی این ویروس در کشور متفاوت بوده و به طور مثال از ۱/۵ درصد در استان فارس تا ۵ درصد در استان سیستان و بلوچستان می رسد. مطالعات انجام شده در تهران نشان دهنده ابتلای ۱/۶ درصدی مردان و ۱/۶ درصدی زنان می باشد. همچنین مشخص گردید که در بیش از ۴۰٪ افراد جامعه سابقه تماس با ویروس وجود دارد که از این میزان ۳٪ دچار هپاتیت مزمن خواهند شد. طبق مطالعات انجام شده ۸۴٪ بیماران سیروزی و ۷۲٪ مبتلایان به

سرطان سلول کبدی سابقه عفونت با ویروس هپاتیت B را دارند. میزان ناقلان سالم به ۴۶٪ می رسد. بنابراین ویروس را می توان مهمترین علت ایجاد سیروز کبدی و سرطان سلول کبدی در ایران دانست.

عمده ترین روش انتقال ویروس هپاتیت B از طریق خون و مشتقات آن است. در کشورهای با شیوع بالای هپاتیت روش انتقال مادر به کودک مهمترین شیوه سرایت بیماری است که به دنبال آن انتشار بین افراد خانواده نقش مهمی را برعهده دارد. در مقابل در کشورهای غربی انتقال جنسی از اهمیت بیشتری برخوردار است. تماس اتفاقی با سوزن آلوده توسط کادر پزشکی، همودیالیز، سوزن مشترک در معتادان تزریقی، جراحی دندان، دریافت خون و مشتقات آن، خال کوبی، طب سوزنی و حجامت از راههای شایع انتقال هپاتیت محسوب می شوند.

علت پیدایش ضایعات کبدی وقوع واکنش ایمنی میزبان علیه ویروس هپاتیت B است که خود بواسطه بروز واکنش ایمنی سلولی علیه پروتئین های ویروسی که در سطح سلول کبدی قرار می گیرند ایجاد می شود. حال چنان چه واکنش دفاعی بدن،

شامل شناسایی و دفع ویروس، به صورت کافی انجام گیرد باعث حذف کلی سلول های آلوده و جلوگیری از تکثیر ویروس خواهد شد و بیماری رفع می گردد، در غیر این صورت شاهد تداوم تکثیر ویروس خواهیم بود.

به نظر می رسد که ویروس هپاتیت B به تنهایی باعث نابودی سلول کبدی نشود بلکه واکنش دفاعی بدن برای دفع ویروس این امر را باعث گردد. از بین بردن سلول آلوده کبدی و دفع ویروس نیاز به وجود یک سیستم دفاعی کامل و سالم میزبان دارد. در عمل شدت ضایعات سلولی به شدت واکنش ایمنی بستگی خواهد داشت. چنان چه ۹۵٪ نوزادان آلوده که دارای سیستم ایمنی نارس هستند دچار هپاتیت مزمن خواهند گردید. این روند با افزایش سن کاهش می یابد.

چرخه ویروس هپاتیت B در انسان شامل چهار مرحله است: مرحله اول که مرحله تحمل ایمنی است دوره نهفتگی بیماری است. این زمان در افراد بالغ بین ۲ تا ۴ هفته است ولی در نوزادان به چندین سال می رسد. در این دوره به رغم طبیعی بودن آزمایشهای کبدی، ویروس در حال تکثیر خواهد بود. مرحله دوم با واکنش ایمنی پدیدار می گردد. که منجر به نابودی سلول آلوده و فرایند التهابی می گردد در این دوره با ناپودی سلول کبدی آلوده سطح HBV DNA کاهش می یابد و علائم بالینی ظاهر می شود. این زمان ۳-۴ هفته به طول می انجامد. در صورت مزمن شدن بیماری این دوره گاهی چندین دهه ادامه خواهد یافت. مرحله سوم، حذف عامل بیماری در افراد با ایمنی کامل است. در این مرحله عفونت مهار شده و آنتی بادی علیه آنتی

جدول ۳: شیوع HBsAg مثبت در آسیای جنوب شرقی

تایوان	۱۵٪	کره	۱۲٪
جنوب چین	۱۲٪	برمه	۸-۱۵٪
سنگاپور	۱۴٪	اندونزی	۵٪
هنگ کنگ	۱۰٪	هند	۵-۱۵٪
نیوزیلند	۱۰-۱۲٪		

جدول ۴: خطر انتقال هپاتیت و ویروسی از طریق محصولات خونی

خطر بالا	فاکتورهای IX و VIII تغلیظ شده، پلاکت تغلیظ شده
خطر متوسط	خون کامل، سلول قرمز شسته شده، FFP، گرانولوسیت تغلیظ شده، کرایوپرسیپیتانت
تقریباً بی خطر	آلبومین، ایمونوگلوبولین

جدول ۵ - عوامل موثر بر مزمن شدن هپاتیت B

۱- سن پایین	ش- نوع ویروس
۲- جنس مذکر	ع- عوامل ژنتیک میزبان
۳- نژاد سیاه	۷- سطح ایمنی
۴- عدم وجود زردی	

ژن های ویروسی ایجاد خواهد شد. معهذ امکان بقای HBsAg وجود دارد. این امر به دلیل ادغام ژن S در ژنوم سلول کبدی است. مرحله چهارم، پاک شدن کلیه آنتی ژنهای ویروسی و همچنین DNA ویروس است. عوامل موثر بر چهار مرحله فوق را می توان ساختار ژنتیکی میزبان، وقوع همزمان عفونت با ویروس ویگ، درمان با داروهای سرکوبگر ایمنی بدن، جنس و وقوع جهش در ژن ویروس دانست. از لحاظ بالینی عفونت با هپاتیت B می تواند با سه نمای بالینی خود را نشان دهد: حاد، برق آسا، مزمن در بالغین ایرانی مهمترین عامل هپاتیت حاد ویروس هپاتیت B است. در این حال به رغم احتمال ازمان آن در نهایت ۹۰٪ بیماران به طور کامل بهبود می یابند. احتمال مزمن شدن بیماری در افراد با علامت کمتر از افراد بی علامت است.

هپاتیت برق آسا عبارت است از هپاتیت شدیدی که باعث وقوع اغمای کبدی طی ۲-۴ هفته پس از شروع بیماری شود. مهمترین علت آن در ایران HBV است. البته رد پای ویروس هپاتیت B را می توان در هپاتیت های برق آسای با علت نامعلوم یافت. بنابراین در مورد باید پی گیری بیشتری را مبذول داشت.

مزمن شدن هپاتیت B برای اولین بار در دهه ۱۹۵۰ ثابت گردید. در همین دوره ملاحظه شد که امکان نبود تظاهرات بالینی و آزمایشگاهی در این گروه از بیماران وجود

HBV DNA منفی هستند. این بیماران نیاز به کار خاصی ندارند و باید به صورت منظم پیگیری گردند. مهمترین خطری که این افراد را تهدید می کند ابتلا به سرطان سلول کبدی است.

گروهی از بیماران وجود دارند که از لحاظ HBsAg منفی هستند و HBeAb در آنها مثبت یا منفی می باشد ولی HBV DNA مثبت دارند. در صورت وجود بیوپسی غیر طبیعی این افراد باید تحت درمان معمول قرار بگیرند.

درمان بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن شامل تجویز انترفرون آلفا به مدت حداقل شش ماه به صورت زیر جلدی بین ۵ الی ۱۰ میلیون واحد سه بار در هفته است؛ انترفرون باعث تقویت و افزایش پروتئین های IL-2, HLAclass 1 و متعاقباً موجب تخریب و از بین رفتن سلول کبدی آلوده می شود. مطالعات نشان دهنده رفع DNA ویروس در ۴۰٪ موارد است. بر اساس مطالعات مرکز تحقیقات بهداشت آمریکا حتی بیمارانی که به درمان پاسخ نداده اند از آن بهره خواهند برد. معیارهای پاسخ بهتر انتر فرون شامل بالا بودن سطح آنزیم های کبدی، وجود DNA کمتر از ۲۰۰ Pg و التهاب متوسط تا شدید در بیوپسی است. سن زیر ۶۵ سال، عدم وجود عوارض پیشرفته کبدی است. عوارض شایع انترفرون شامل تب دردهای عضلانی، حالت سرماخوردگی بوده که به تدریج مرتفع خواهند شد. عوارض کمتر

دارد. البته در این راستا سن، جنس، زمان آلودگی، ژنتیک و پاسخ سیستم دفاعی بدن موثر است. در حالی که در کشورهای غربی از جمله ایالات متحده آمریکا هپاتیت B عامل ۲۵٪ هپاتیت های مزمن است، ولی در ایران این رقم به ۸۰ - ۷۰٪ می رسد. هپاتیت مزمن نوع B معمولاً بدون علامت است به نحوی که در حدود ۵۰٪ بیماران برای اولین بار با عوارض بیماری شامل آسیت، بزرگی طحال و خونریزی از واریس مری مراجعه می کنند در حالی که هیچ گونه سابقه ای از بیماری کبدی یا یرقان قبلی نداشته اند (جدول ۵، ۴). شایعترین شکایت مبتلایان وجود ضعف و خستگی است. از لحاظ آزمایشگاهی آنزیم های کبدی افزایش یافته و HBsAg مثبت می باشد. ولی HBeAg امکان دارد مثبت یا منفی باشد. در این حال HBV DNA همیشه مثبت است. بیوپسی کبد شدت ضایعات کبدی را نشان خواهد داد.

ناقل سالم به فردی اطلاق می شود که شاخص های هپاتیت B شامل HBeAb HBsAg و HBsAb مثبت و HBsAb منفی دارد. از لحاظ بالینی این افراد هیچ گونه علامتی ندارند. آنزیم های کبدی در حد طبیعی است و شاخص های HBeAg و

جدول ۶ - عوارض خارج کبدی هپاتیت B

دردهای مفصلی	پلی آرتریت ندوزا
گیلن باره	پانکراتیت
آرتریت و بنواتر	پولی میالژی روماتیکا
میوکاردیت، پریکاردیت	...

جدول ۷- عوامل موثر بر عدم کار این واکسن علیه هپاتیت B

۱- سن بالای ۴۰ سال	۶- واکسن یخ زده
۲- تزریق واکسن به غیر از ناحیه دلتوئید	۷- مصرف سیگار
۳- تزریق زیر پوستی	۸- چاقی
۴- همراهی با عفونت HIV	۹- بیماری مزمن قلبی یا ریوی
۵- کاهش ایمنی	۱۰- عوامل ژنتیک

است و در ایالات متحده آمریکا ۳۰ درصد از پیوندهای کبد به علت این بیماری انجام می شود. در ژاپن این ویروس مهمترین علت هپاتیت مزمن و سیروز کبدی و حتی سرطان کبد (Hepatocellular cancer) محسوب می

شود. در ایران هپاتیت C علت ۱۰ درصد هپاتیت های مزمن در افراد معمولی و علت بیش از ۷۰ درصد هپاتیت های مزمن در بیماران مبتلا به تالاسمی، هموفیلی و نارسایی کلیوی همراه با سابقه همو دیالیز محسوب می شود. روش انتقال هپاتیت C همانند نوع B است. به رغم این تشابه تفاوت های مهمی هم بین این دو وجود دارد به طوری که انتقال خون هنوز به عنوان عامل مهم انتقال هپاتیت C مطرح است هپاتیت B چنین نیست. انتقال جنسی راه مهمی در سرایت هپاتیت B می باشد ولی در هپاتیت C از اهمیت کمتری برخوردار است. عفونت هپاتیت C شایعترین علت اختلال کبدی به دنبال پیوند عضو است.

احتمال ابتلا به هپاتیت C در افرادی که با این ویروس به هر نوعی تماس می یابند به ۸۰ درصد می رسد که حداقل ۲۰ درصد از این افراد سیروز کبدی پیدا می کنند. ویروس HCV بیماری مزمن و خفیفی ایجاد می کند که ممکن است ۲۰ سال و یا بیشتر طول بکشد. در طی این مدت اغلب بیماران هیچ علامتی ندارند و معمولاً بصورت اتفاقی در هنگام بررسی پزشکی و یا اهدای خون تشخیص داده می شوند و ندرتاً ممکن است هپاتیت مزمن متعاقب یک هپاتیت حاد نوع C دیده شود. امکان افزایش سطح آنزیم های کبدی در بیماران وجود دارد که میزان سرمی آنها متغیر است. مهمترین علامت بالینی این

(HBIG) نقش مهمی در جلوگیری از ابتلای افراد خواهد داشت.

پیشگیری در نوزادان مادران و HBeA مثبت اهمیت خاصی دارد. در این رابطه باید نوزادان بلافاصله پس از تولد علاوه بر دریافت اولین دوز واکسن حتماً به میزان نیم سی سی ایمو نوگلوبولین اختصاصی علیه هپاتیت B را دریافت کنند. این نوزادان در سنین ۱۲-۱۰ سالگی مجدداً باید تحت واکسیناسیون یادآور قرار بگیرند. ویروس قادر است در محیط خارج بدن باقی بماند و از راه وسایل مورد مصرف انتقال یابد و لازم به ذکر است که ویروس با مواد شوینده معمولی و الکل غیرفعال نخواهد شد. بنابراین ویروس به سادگی از طریق وسایل پزشکی و دندانپزشکی که به خوبی ضد عفونی نشده اند، قابل انتقال است. در عین حال وسایل معمولی چون کاغذ و سطح آلوده به خون بیماران می تواند نگهدارنده ویروس هپاتیت باشد. لازم به ذکر است که ویروس به خودی خود قادر به عبور از سد های دفاعی بدن نیست. بنابراین انتقال از طریق دست دادن و بوسیدن در صورت سالم بودن پوست و مخاط صورت نمی گیرد.

هپاتیت C

ویروس هپاتیت C (HCV) یک از علل مهم هپاتیت مزمن در اروپا و آمریکای شمالی

شایع آن شامل افت تعداد پلاکت ها و گلبول سفید و عوارض روانی که نیاز به مراقبت بیشتری دارد. در موارد مقاومت به دارو دوزهای بالاتر انترفرون در مدت طولانی تر و یا بهره گیری از داروهای ضد ویروس آنالوگ های نوکلئوزیدی به خصوص لامی وودین با دوز ۱۰۰ میلی گرم روزانه نیاز است. نتایج اولیه در رابطه با این دارو بسیار امیدوار کننده است. استفاده همزمان لامی وودین با انترفرون توصیه نمی شود.

واکسیناسیون علیه هپاتیت B

واکسیناسیون علیه هپاتیت B یکی از موفقیت آمیزترین برنامه های واکسیناسیون محسوب می شود به طوری که حدود ۹۵- ۸۵ درصد مصونیت ایجاد کند. این واکسن از سال ۱۳۷۱ وارد برنامه واکسیناسیون کشور ما گردیده است. وجود HBeAb و HBsAb در سرم نیاز به واکسیناسیون را مرتفع می سازد.

پیشگیری از هپاتیت B شامل اجتناب از برخورد با خون و محصولات خونی آلوده و یا مشکوک است. همچنین از آن جایی که این ویروس از طریق گزش انسان، ترشحات جنسی و مایعات بدن قابل انتقال می باشد توجه به این موارد مهم خواهد بود. از سوی دیگر علاوه بر واکسن استفاده از ایمونوگلوبولین اختصاصی هپاتیت B

حالت خستگی است که اغلب شروعی آرام و خفیف دارد. فعالیت آنزیم کبدی ALT سرم با مرحله پاتولوژی ضایعه کبد مرتبط نیست. به رغم این خاموشی بالینی، بیماری از لحاظ بافت شناسی به پیشرفت خود ادامه می‌دهد. ایمنی میزبان، مصرف الکل و عفونت همراه در پیشرفت بیماری مؤثر است. در نهایت این بیماران علائم بالینی هر پرفشاری ورید باب چون بزرگی طحال و واریس مری پیدا می‌کنند و ممکن است با خونریزی از واریس مری مراجعه نمایند. تشخیص این بیماری با اندازه‌گیری آنتی بادی‌های ضد HCV توسط روش حساس الایزا است و در صورت مثبت شدن آنتی بادی با ریبا نیز کنترل می‌کنیم. فقط در ۵ درصد بیماران با عفونت HCV مزمن ممکن است با وجود منفی بودن تست الایزا برای HCVAb آزمایش HCVRNA با PCR مثبت شود. درمان همزمان آنترفرون و ریباویرین تأیید شده است که تجویز آن به مدت یک سال توصیه می‌گردد. با وجودی که برخی از انواع ژنوتیپ HCV قبل از درمان توصیه نمی‌شود. برای بیمارانی که به آنترفرون آلفا مقاومت نشان می‌دهند استفاده از داروهای ضد ویروس مثل ریباویرین یا آماتادین همراه با آنترفرون مؤثر واقع گردیده است. انجام بیوپسی کبد قبل از درمان و پس از پایان دوره درمانی می‌تواند در تعیین پیش‌آگهی بیماران و میزان پاسخ مؤثر به درمان کمک کند. بررسی ذخیره آهن کبد (با اندازه‌گیری فریتین خون یا سنجش میزان آن در بیوپسی) ضروری است چون بیمارانی که میزان ذخیره آهن

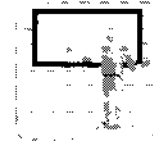
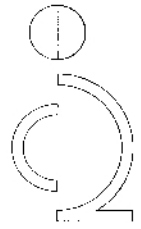
بالا در کبد داشته باشند ممکن است به درمان مقاوم باشند و در این بیماران کاهش میزان آهن با فصد خون پاسخ به درمان را بهتر می‌کند. در برخورد با بیماری که به طور اتفاقی متوجه مثبت بودن HCVAb در سرم خود می‌شود و همزمان تست ریبا هم مثبت می‌شود، در صورتی که علائم بالینی مثل طحال بزرگ یا یافته آزمایشگاهی مانند ALT و AST بالا داشته باشد، بررسی نمودن HCVRNA و بیوپسی کبد و درمان طبی ضروری است. در صورتی که از نظر علائم بالینی و آنزیم‌های کبدی طبیعی، آنتی بادی HCVAb مثبت ولی PCR منفی باشد، باید احتمال مثبت کاذب بودن HCVAb (که در برخی بیماری‌های خود ایمنی اتفاق می‌افتد) را ابتدا رد کرد. علاوه بر HCVAb تست PCR نیز برای HCV RNA مثبت باشد (حتی وقتی آنزیم‌های کبدی طبیعی باشد)، بیوپسی کبد ضروری است. که براساس نتیجه آن باید برای درمان طبی تصمیم‌گیری شود. پزشکان عمومی باید پس از تشخیص هپاتیت C، بیمار را برای بررسی بیشتر و درمان به مراکز درمانی مربوطه ارجاع دهند. در این مورد می‌توان به درمانگاه هپاتیت انتقال خون و بیمارستان شریعتی تهران اشاره کرد. در ایران کل ناقلان HCV در بین افراد معمولی جامعه بین ۱۸۰ تا ۲۰۰ هزار نفر پیش‌بینی می‌شوند که اکثر قریب به اتفاق آنها از بیماری خود اطلاعی ندارند و این افراد منبع انتشار این ویروس در سطح جامعه هستند. با توجه به نبود واکسن برای

این ویروس، اقداماتی که می‌تواند در پیشگیری از شیوع بیشتر این بیماری در سطح جامعه کمک کند آموزش رعایت اصول بهداشت فردی به آحاد مردم است. همچنین در افرادی که پس از اهدای خون یا به صورت اتفاقی متوجه بیماری خود می‌شوند باید علاوه بر بررسی و درمان، رعایت اصول بهداشت فردی و خانوادگی به خوبی آموزش داده شود. آموزش روش‌های انتقال ویروس HCV که مشابه ویروس HBV است می‌تواند بسیار مؤثر واقع شود. همچنین نزدیک به ده هزار نفر از افراد مبتلا به تالاسمی، هموفیلی، نارسایی کلیه و همودیالیز و معتادان تزریقی مبتلا به این بیماری هستند که توصیه می‌شود در چند مرکز درمانی در سطح کشور مورد بررسی و معالجه قرار گیرند و به صورت گروهی آموزش مخصوص برای رعایت بهداشت فردی و خانوادگی به آنها داده شود.

منابع:

- ۱- ملک زاده رضا، خطیبیان مرتضی، رضوان حوری، هپاتیت ویروس در جهان و ایران: اپیدمیولوژی تشخیص، درمان و پیشگیری، مجله نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران / دوره پانزدهم: ۴(۱۳۷۶) ۲۰۰-۱۸۳
- ۲- شمس زاده مهین، فرزادگان همایون و همکاران، بررسی سیروز کبدی و هپاتوسلولار کارسینوما در ایران در رابطه با هپاتیت B. مجله نظام پزشکی ۱۳۶۱ سال هشتم، شماره ۴، صفحه ۲۳۸،
- ۳- رضوان حوری، اپیدمیولوژی هپاتیت

- disease course syllabus. 1995-1996-1997.
18. Govindarajan, S, Chin k. et. Fulminant B viral hepatitis . Role of delta agent. Gastroenterology 1984,86:1477
19. Lau St - Y Everhart J,et. Long -Term follow up of patients with chronic hepatitis B treated with interferon alpha , Gastroenterology 1997; 113: 1660-1667.
20. Palmer smith J . Treatment of chronic hepatitis C with amantidine Disease and Science 1977: 42 1681-1687.
21. Ip HMH . Lelie PN, et al. Prevention of hepatitis B virus carrier state in infants according to maternal serum levels of HBV DNA Lancet 1989: 1,406.
22. Gretch DR , Delarosa C, et al Assesment of HCV viremia using molecular amplification technologies : correlation and clinical implications . Ann Intren Med . 1995:123:321.
23. Hayashi H . Takikiawa T . Improvement of serum aminotransferase level after phlebotomy in patients with chronic hepatitis C and excess iron . Am J Gastroenterol 1994; 86: 986
- Medical sciences 1989 : 14 , No. 233-38
11. Redker AG . viral hepatitis: Clinical aspects. Am J Med sci 1975 : 270:9
12. Moradpour D. Wands JR . Understanding hepatitis B virus infection . N Engl J Med 1995: 332: 1092-1093 .
13. lok ASF, lai CC, et Al. Morbidity and mortality from chronic HBV infection in family members of patients with HBV c hronic hepatitis. Hepathology 1991 : ۱۳:834-837
14. Terrault NA wright TL ViRAL hepatitis A through G . Sleisenger Fordtranß Gastrointestinal and liver diseases 199 8, Saunders . page 1123-1170
15. Lee W. M Medical progress : Hepatitis B virus infection N. Eng. J. Med 1997: 337:1733-45
16. Blum HE, Joke Liang T, et a. persistence of HBV DNA after serological recovery from HBV infection Hepatology 1991:14;56-63.
17. American Gastroenterological Association. Digestive Disease week postgraduate course. Latest advances and challenges in liver
- ویروسی در ایران سمپوزیوم بین المللی هیپاتیت. تهران آذرماه ۱۳۷۲ سازمان انتقال خون
- ۴- زیاد علیزاده بهروز، ملک زاده رضا و همکاران، علل هیپاتیت مزمن در تهران. نهمین کنگره جامعه متخصصان داخلی تهران ۱۳۷۷ تهران.
- ۵- علویان سید مؤید، ملک زاده رضا و همکاران. بررسی شیوع عوامل خطر در ابتلا به هیپاتیت B در اهدا کنندگان خون. کتاب خلاصه مقالات کنگره هفتم جامعه متخصصین داخلی ایران- تهران اردیبهشت ماه ۱۳۷۵
6. Merat Shahin . Malekzadeh Reza Rezvan Hoori et ai . Hepatitis B in Iran Med 2000: 3(4);192-201
7. Hoofnagle J. H and Di Bisceglie A.M. Drug Therapy. The treatment of chronic viral hepatitis. N Eng J Med 1997; 336 347-329
8. Sherlock S. Dooley J. Disease of the liver and biliary system 10 edition, Blakwell Science 1997; page 274-285
9. Farzanegan H, et al The prevalence of HBsAg . HBcAb in healthy blood donoros and high risk groups in Iran Sang 1979; 73-182
10. Malekzadeh R. Borhanmanesh F. prevalence of



روی (Zn) عنصری فراموش شده در سلامت انسان

مقدمه

روی به آسانی قابل درمانند. علاقه بیشتر به روی به وسیله کارهای زیر جلب شد: پژوهش‌های دیگر در مورد رابطه روی و حس چشایی، کندی رشد و کمبود اشتها در کودکان آمریکایی که به مکمل‌های روی به خوبی پاسخ می‌دادند. نتیجه‌گیری مهم حاکی از اینکه بیماری التهاب پوست و روده باریک در کودکان نارس تازه از شیر گرفته شده صرفاً یک مشکل سوء جذب روی است که به سرعت و به طور کامل با تجویز روی قابل درمان است. با توجه به نگرش نو به عنصر روی امید است قدم‌های مؤثری جهت تشخیص درمان بیماری‌های ناشی از کمبود روی برداشته شود.

۴۱

روی در چرخه حیات خاک، گیاه و انسان

کمبود روی در خاک‌های زراعی دنیا عمومیت دارد. نتایج تجزیه بیشتر خاک‌های کشاورزی ایران مؤید آن است که کمبود روی در این خاک‌ها به دلایل متعددی از جمله آهکی بودن خاک‌های زراعی، pH بالا، حضور بیکربنات فراوان در آب‌های آبیاری و مصرف فراوان و بیش از نیاز کودهای فسفاته و نهایتاً عدم رواج مصرف کودهای محتوی

این تصور که بیماری‌های ناشی از اختلال‌های تغذیه‌ای می‌توانند در کشورهای مرفه غربی پدید آیند، تا مدت‌ها از سوی دست‌اندرکاران حرفه پزشکی بعید تلقی می‌شد. اینک در سایه شواهد فزاینده و اختلال‌های متنوعی چون بیماری‌های قلبی، عروقی و سرطان دیدگاه‌های مرسوم در حال دگرگونی هستند. ولی علی‌رغم موفقیت‌های اولیه (یعنی درمان بعضی از انواع کم‌خونی با آهن، مس یا کبالت) تا همین تازگی‌ها به کاربرد درمانی دیگر عناصر ضروری که به مقدار ناچیز در بدن وجود دارند توجه چندانی نمی‌شد. اکنون برخی از شواهد حاکی از آن است که کمبود روی، که ماده غذایی ضروری به مقدار ناچیز است در بسیاری از کشورها حالت بومی دارد و عنصر کلیدی در تعداد قابل توجهی از اختلال‌های جسمانی و روانی است. روی در مقدار بسیار ناچیز یک ماده غذایی ضروری برای همه شکل‌های حیات، از میکروب‌ها تا انسان است. در سال ۱۹۶۱ بود که ضرورت و اهمیت آن برای انسان روشن و نشان داده شد که کوتولگی و عدم بلوغ جنسی در مردان ایرانی و مصری نشانه کمبود روی هستند و به وسیله نمک

تهیه و تنظیم:

وحید مظفری

دانشجوی دکتری خاک‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس و

عضو هیات علمی دانشگاه ولی عصر (عج) رفسنجان

روی عمومیت دارد. آثار کمبود روی در این خاک‌ها بویژه خاک‌های آهکی، در کاهش تولیدات کشاورزی مخصوصاً در غلات مشهود است: حتی در شرایطی، بیشتر از ۵۰ درصد کاهش تولید در غلات را این کمبود سبب شده است. بی دلیل نیست که حدود ۴۰ درصد از مردم جهان، از کمبود عناصر ریز مغذی مخصوصاً روی رنج می‌برند و یکی از علل عمده کمبود روی با این گستردگی این است که غلات (برنج، گندم و ذرت) غذای اصلی این قبیل مردم است. در استرالیا با تغذیه خوب و مصرف بالای گوشت، ۶۷ درصد مردان و ۸۵ درصد زنان نیاز روزانه خود را به روی تأمین نموده و ناچار از قرص‌های محتوی روی استفاده می‌کنند. بدیهی است در ایران و سایر کشورهای در حال توسعه که بیش از ۵۰ درصد کالری مورد نیاز آنها از نان و برنج تأمین می‌گردد، این کمبود شدیدتر خواهد بود.

متابولیسم روی

مقدار عنصر روی (Zn) در بدن انسان بالغ بر $\frac{2}{3}$ گرم می‌باشد که بعد از آهن (۴ گرم) بیشترین مقدار را به خود اختصاص داده است. روی فعال کننده بیش از ۳۰۰ نوع آنزیم در انسان، دام و گیاهان می‌باشد، نقش روی در سلامت انسان محرز بوده و اندام‌های بدن از دندان گرفته تا پروستات و عضلات دارای روی می‌باشند، مصرف روی در معالجه بیماری‌های سرماخوردگی، آب سیاه چشم (گلوکوم) آرتریت روماتوئید، آسم، دیابت، کم کاری غده مخصوصاً غده تیروئید، آلزایمر، وز وز گوش، خونریزی

قاعدگی، سندرم پیش از قاعدگی، بواسیر، بوی بد دهان، عفونت مثانه، ناتوانی جنسی، درد عضلات، انواع سوختگی‌ها، معالجه انواع استرس‌های عصبی و ... نقش بسیار مهمی را ایفا می‌نماید.

روی برای بلوغ و کارکرد دستگاه عصبی، از جمله مغز ضروری است و این تا حدی به سبب نقش آن در متابولیسم اسیدهای نوکلئیک و پروتئین در تقسیم سلولی و رشد است. از جنبه‌های دیگر شیمی عصبی روی می‌توان به نقش آن به منزله یک سازنده ساختاری (عامل رشد عصب) و توانایی آن برای تنظیم انتقال اکسونی نام برد. ثابت شده است پدید آمدن اختلال تفکر، خلق و خوی، توانایی یادگیری و اختلال رفتار همراه با کمبود روی اتفاق می‌افتد و بی‌شک نشان دهنده اهمیت این ماده غذایی در شیمی و فیزیولوژی مغز است. گرچه اغلب چنین برداشت‌هایی در روان پزشکی و علوم اجتماعی مورد قبول نیست. اختلال‌های چشایی، بینایی و گاهی بویایی نیز ممکن است در حالت‌های کمبود روی پدید آیند.

قدرت شفابخشی روی در انسان

بیش از ۴۸ درصد از جمعیت جهان به نحوی از کم‌خونی (persian anemia) که تلفیقی از کمبود آهن و روی می‌باشد، رنج می‌برند. در این میان متخصصان امر توجه خود را به رفع کمبود آهن مبذول داشته ولی اقدامی در مورد رفع کمبود روی نمی‌کنند.

افرادی که به دلیل ماهیت کار خود زود خسته می‌شوند، مخصوصاً ورزشکاران، خانم‌های خانه‌دار و خانم‌هایی که بچه‌های

خود را شیر می‌دهند، با مصرف روی، آنتی اکسیدان بدن خود را افزایش داده و در نتیجه دیر خسته می‌شوند. در تحقیقی که روی ۴۲ نفر از کودکان انجام گرفته به این نتیجه رسیدند که روی تکمیلی صدک‌های (centiles) قدی و وزنی کودکان را افزایش می‌دهد. همچنین در مطالعات مشخص شده که یکی از علل مهم اسهال کمبود روی می‌باشد که این کمبود به وضوح در کشورهای در حال توسعه ملاحظه می‌گردد و در صورت تجویز روی طول مدت بیماری ۲۳ درصد کاهش می‌یابد. روی علاوه بر نقش در سنتز، ترشح و عملکرد انسولین در تولید متالوتونین و فعالیت اینترلوکین-۱ نیز شرکت دارد. اینترلوکین-۱ به وسیله واداشتن سلول تولید بیشتر ناقلین گلوکز و فرستادن آنها به سطح سلول باعث افزایش جذب گلوکز توسط سلول شده، میزان قند خون برای ساعاتی پایین نگه می‌دارد بدین ترتیب ملاحظه می‌گردد حضور مقادیر کافی روی باعث صرفه‌جویی در مصرف انسولین شده از بروز دیابت و عوارض آن پیشگیری می‌کند. در بیماران دیابتی به علت رژیم‌هایی با زیست‌فراهمی پائین میزان روی سرم آنها در مقایسه با افراد سالم پایین‌تر است بنابراین با توجه به اینکه امکان دریافت روی کافی از طریق رژیم غذایی برای اکثر بیماران دیابتی میسر نمی‌باشد، برخی محققان مکمل روی را در این بیماران ضروری می‌دانند.

روی یکی از عناصر تشکیل دهنده مینای دندان است و کمبود آن ممکن است به تسریع در خرابی دندان کمک کند. همچنین کمبود پروتئین که در اثر کمی روی و غیرفعال شدن آنزیم پلیمر از اتفاق

می افتد، باعث مستعدتر شدن دندان ها پوسیدگی می گردد.

در تحقیقی که روی بانوان حامله در آمریکا صورت پذیرفته نشان داده است که کمبود روی باعث زودتر به دنیا آوردن نوزادان می شود. همچنین فقدان روی در حاملگی باعث افزایش دوبرابر در میزان بروز تولد نوزاد با وزن کم (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) و سه برابر در زایمان زودرس و کاهش رشد جنین می شود. کمبود روی در خانم ها سبب کم خونی و خاک خوری نیز می گردد.

طبق نظر محققان روی نقش مهمی در نتایج حاملگی دارد و کمی آن سبب ایجاد فشار خون در حاملگی، زایمان غیرطبیعی و بد ریختی های مادرزادی می گردد که با مصرف روی (Zn) تکمیلی در جیره غذایی این مشکلات برطرف می گردد.

روی در رژیم غذایی

بیشترین مقدار روی در گوشت قرمز، ماهی، ماکیان، شیر و فرآورده های لبنی، جگر، پنیر و غلات یافت می شود. صدف خوراکی غنی ترین منبع حیوانی روی است. تخم کدو و جوانه گندم غنی ترین منابع گیاهی برای گیاهخواران هستند. رایج ترین میزان های توصیه شده مصرف روی، در روز میزان های

مشخص شده از سوی دفتر غذا و تغذیه آکادمی ملی علوم ایالات متحده هستند (جدول ۱) این میزان ها در حدی در نظر گرفته شده اند که نیازهای ۹۷ درصد افراد مصرف کننده را برآورده سازند.

پیشنهادها

۱ - باتوجه به اینکه در حدود ۷۰ درصد پروتئین مورد نیاز مردم از طریق نان تأمین می شود و با آگاهی از اینکه قابلیت استفاده روی در گندم های تولیدی از خاک های آهکی ایران بسیار کم می باشد، بهترین راه افزایش غلظت روی قابل استفاده در گندم مصرف متعادل کود (کاهش مصرف کودهای فسفاته و افزایش مقدار مصرف سولفات روی) است.

۲ - متأسفانه در فرایند تهیه نان، سبوس از آرد جدا می شود، با جداسدن سبوس قسمت عمده (۸۰ درصد) عناصر معدنی دورریخته می شوند، علت دورریزی سبوس را فراوانی اسید فیتیک در آن ذکر نموده اند. اسید فیتیک ترکیبی است آلی که در دستگاه گوارش بدن انسان مانع جذب ریز مغذی ها، کلسیم و منیزیم می گردد. طبق تحقیقات به عمل آمده نقش سولفات روی در کاهش نسبت مولی اسید فیتیک به روی محرز شده است. جادارد با تحقیقات بیشتر امکان مصرف نان

سبوس دار را که جهت ارتقای سلامتی جامعه مهم می باشد فراهم کنیم.

۳ - غنی سازی غذاها موضوع جدیدی است که در آمریکا غذاهایی مثل آرد، محصولات ماکارونی، غلات صبحانه و شیر خشک های نوزادان با این روش غنی می شوند. در ایران می توان با غنی سازی مواد غذایی گامی مثبت در جهت بهبود وضع تغذیه مردم به خصوص کودکان و در نتیجه افزایش کارایی آنها برداشت.

منابع

۱ - ملکوتی، محمد جعفر و همکاران. ۱۳۷۹ نقش روی در افزایش تولید و کاهش نسبت مولی اسید فیتیک به روی در دانه و سبوس گندم در چند استان کشور، مجله علمی پژوهشی خاک و آب، جلد شماره ۱۴، شماره ۱، موسسه تحقیقات خاک و آب، تهران، ایران

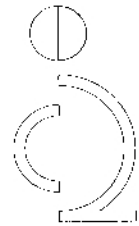
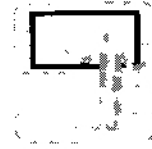
۲ - ملکوتی، محمد جعفر و عیسی بای بوردی، ۱۳۷۸. روی عنصر مهم و فراموش شده در چرخه حیات گیاه و انسان. ۴ جلد. نشر آموزش کشاورزی، سازمان تات، وزارت کشاورزی، تهران، ایران.

3. Bucco, G. 1999. Zinc helps prevent heart disease and diabets. Health shop.com.

4. Gibson, R.S. 1998. Nutrition intervention strategies to combat zinc deficiency in developing countries. Nut. Res.Rev.(In press)

5. Sandsteads, H.H.1999. Zinc deficiency and development www.zinc world. org/zw/htm. Zinc .word.org

کودکان کوچکتر از ۶ ماه	۳ میلی گرم در روز
کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه	۵ میلی گرم در روز
کودکان ۱ تا ۱۲ ساله	۱۰ میلی گرم در روز
مردان و زنان بزرگتر از ۱۲ سال	۱۵ میلی گرم در روز
زنان آبستن	۲۰ میلی گرم در روز
مادران شیرده	۲۵ میلی گرم در روز



سیستم‌های نوین دارورسانی

روشهای بسیاری برای تهیه داروهای پیوسته رهان موجود می‌باشد که در طی سالهای طولانی بوجود آمده‌اند. این شیوه‌ها شامل روش انتشار، اسموز، کمپلکس دارویی، شیوه محاط کردن و تهیه ماتریکس می‌باشند. در این روشها از پلیمرها، صمغ‌ها، خاک رس و موم‌ها در کنار مواد دارویی استفاده می‌شود. این سیستم‌ها که در واقع جانشینی برای اشکال دارویی فعلی تلقی می‌شوند، دارای مزایای زیادی هستند. مصرف دارو به روش قدیمی غالباً سبب بروز مسائلی در دارودرمانی می‌گردد که مهمترین آنها را می‌توان محدود بودن مدت پایدار نگهداشتن غلظت درمانی دانست. از طرفی پیدایش نوسانات بسیار شدید غلظت دارو در بافت یا پلاسما و همچنین نیاز به تکرار دفعات استفاده از دارو چه به گونه خوراکی و چه به صورت تزریقی باعث می‌شود تا اشکالات موجود در سیستم دارو رسانی به طریقه قدیمی بیشتر نمایان گردد.

مصرف دارو به روش قدیمی باعث محدود بودن مدت پایدار نگهداشتن غلظت درمانی است.

علاوه بر اینها محدودیت‌های سیستم قدیمی در ارتباط با بیمار نیز می‌تواند مطرح گردد زیرا بیمار از آن جهت مسئول می‌باشد که مصرف صحیح داروی تجویز شده، به عهده او قرار داده شده است.

پیشرفت‌های تکنولوژی در دهه اخیر امکانات متعددی را در اختیار انسان قرار داده و با حضور خود عملی بودن مواردی را که قبلاً حتی تصور آن مشکل می‌نمود به اثبات رسانیده است. این پیشرفت‌ها در تمامی ابعاد زندگی نوع بشر نقش به‌سزایی داشته و باعث متحول شدن آن گردیده است. از طرفی انسان نیز به گونه‌ای دخالت مثبت این مداخلات را در زندگی خود پذیرفته است که آنرا به عنوان جزء لاینفک زندگی خود تلقی می‌کند. یکی از نمادهای این پیشرفت متحول شدن صنعت داروسازی در سالهای اخیر می‌باشد. در این زمینه با شروع مطرح شدن لزوم برخورد متفاوت تری در دارو سازی نسبت به بیمار، یکی از تفکرات، مصرف داروهای موجود به شکل مؤثرتر و بی‌ضررتری به جای روش پرهزینه طراحی و یا کشف داروهای جدید بود. بنابراین با در نظر گرفتن پهنه نبودن مصرف داروها به شکل درمانی قدیم، انقلابی در نحوه دارو رسانی به بیمار بوجود آمد. بی‌تردید نقطه عطف این تحولات را می‌توان دست‌یابی به فرمولاسیون و ساخت قرص‌های پیوسته رهان (sustained release) دانست. داروهای پیوسته رهان یا آهسته رهان دسته‌ای از فرآورده‌های دارویی هستند که با یک بار مصرف می‌توانند غلظت ماده دارویی را درخون برای مدت نسبتاً طولانی ثابت نگاه داشته و از تکرار مصرف دارو جلوگیری نمایند. امروزه

نقطه عطف تحولات دارو سازی را می توان دست یابی به فرمولاسیون و ساخت قرص های پیوسته رهان دانست.

معمولاً بیمار رژیم دارویی توصیه شده را رعایت نکرده بعد از چندین بار مصرف، استفاده به موقع را فراموش می کند یا به طور گاه گاهی به مصرف آن می پردازد. در این حالت شیوه مصرف دارو توسط بیمار اجازه نخواهد داد تا اثرات درمانی دارو بروز نماید. در هر صورت عواملی نظیر فراموشی، کم یا زیاد بودن دوز مصرفی و عدم رعایت فاصله مصرف صحیح، مواردی هستند که در بروز مشکلات مربوط به دارو رسانی، سهم عمده ای دارند. بنابر این می توان مزایای استفاده از داروهای پیوسته رهان را به صورت زیر بیان کرد:

- ۱- کاهش آثار سمی دارو
- ۲- آثار بهتر دارو
- ۳- راحتی استفاده کننده

- ۴- یکنواختی غلظت درمانی دارو در خون
- ۵- عدم نیاز به بیدار کردن بیمار در زمان خواب و استراحت
- ۶- جلوگیری از تکرار تزریق و یا مصرف در فاصله های درمانی معین

به عنوان نمونه عارضه ای که به نام بیماری مسافران و با نام علمی Kintosis شناخته می شود، امروزه یک بیماری معمول برای مسافران زمینی، هوایی و دریایی است. علت بروز این حالت، تحریک اولیه دستگاه دهلیزی است که در آن پیام های عصبی حاصل شده، به مراکز اعصاب خود کار منتقل می شوند و سبب بروز رنگ پریدگی، سرگیجه، عرق سرد، تهوع و استفراغ

می گردند. این بیماری معمولاً با استفاده از داروهای آنتی هیستامینی مواجه می گردد که البته از عوارض جانبی نیز مبرا نیستند. با اینکه می توان اسکوپولامین را مؤثرترین دارو در درمان این نوع بیماری دانست، اما به دلیل نیمه عمر بیولوژیک کوتاه و آثار جانبی نامطلوب در مصرف عضلانی و خوراکی، تاکنون مفید بودن آن را مورد سؤال بوده است. اما مصرف این دارو به صورت سیستم کنترل نهایی رهایش پوستی در عین ایجاد تثبیت آثار درمانی، به مقدار زیادی اثرات نامطلوب دارو را کاهش می دهد. این سیستم درمانی که اسکوپودرم نام دارد، توسط شرکت دارو سازی Ciba-Geigy ساخته شده و اولین فرم دارو به صورت یک سیستم ترا پوستی است که توسط مسئولان امور دارویی و بهداشتی نیز مورد تایید قرار گرفته است.

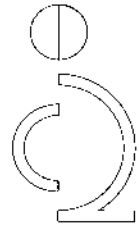
داروهای پیوسته رهان فرآورده هایی دارویی هستند که با یک بار مصرف می توانند غلظت ماده دارویی را در خون برای مدت نسبتاً طولانی ثابت نگاه دارند.

اسکو پودرم یک مشمع چسبنده به مساحت $2/5\text{cm}$ است که حاوی $1/5$ میلی گرم داروی اسکوپولامین می باشد. در این سیستم که در پشت گوش چسبانیده می شود، نیم میلی گرم از این دارو در طی سه روز به طور مداوم وارد جریان خون می شود. بنابراین می تواند فرد را تا ۷۲ ساعت در مقابل سرگیجه، تهوع و استفراغ محافظت کند به شرط آنکه چند ساعت قبل از مسافرت در ناحیه خشک و عاری از مو چسبانده شود. مورد دیگر استفاده از سیستم های نوین دارو

رسانی پوستی، کنترل فشار خون می باشد. در این سیستم مقدار $2/5$ میلی گرم داروی کلونیدین در سطحی معادل $3/5\text{cm}$ پخش شده که در مدت ۷ روز در کنترل فشار خون کار آیی دارد. از جمله مزیت های این سیستم چسبیدن آن در موضع مصرف در طول ۷ روز بوده که حمام کردن نیز اختلال مهمی در کارکرد آن بوجود نمی آورد. هم اکنون پس از گذشت چندین دهه از ابراز ایده بوجود آمدن این سیستم ها، دارو رسانی کنترل شده در درمان بسیاری از بیماری ها نظیر سیستم درمانی داخل رحمی پروژسترون، سیستم ضد گلوکوم در چشم، درمان روماتیسم و... کاربردی غیر قابل انکار پیدا کرده است.

متأسفانه در کشور ما به دلیل عدم توجه کافی و در اولویت قرار نگرفتن طراحی و ساخت این سیستم ها، این کار فقط در مقیاس آزمایشگاهی و آن هم به تعداد اندک انجام پذیرفته است. پر واضح است که دست یابی به تکنولوژی ساخت این گونه سیستم ها نیاز به برنامه های دراز مدت، حسن مدیریت و پشتیبانی همه جانبه مسئولان دارد. قدر مسلم پیشرفت مستمر در مراقبت های پزشکی وابسته به پیشرفت تکنولوژی است و پیشرفت تکنولوژی نیز به نوبه خود راه های علمی رفع نیازهای جدید را فراهم می نماید.

دست یابی به تکنولوژی ساخت سیستم های نوین دارو رسانی نیاز به برنامه های دراز مدت، حسن مدیریت و پشتیبانی همه جانبه مسئولان دارد.



خوشامدگویی دگر با آرزوی زایشی دیگر

چگونه لحظه‌های من معصومانه جان می‌دادند. نگاه کن! که ثانیه‌های امروز هم چقدر بی‌گناه به زوال محکوم میشوند و لحظه‌های من چه بی‌شوق می‌گذرند، اکنون رسیده‌ام. اما «آنچه می‌بینم نمی‌خواهم، و آنچه می‌خواهم نمی‌بینم.» در میان این همه نگاه، کو چشمهای همپایی که دست در دست چشمان من بگذارند؟ لحظه‌های من، چقدر غریب می‌میرند و یقین من، چه بی‌هیاهو تردید می‌کند؟

تو دیگر زمزمه نمی‌کنی، فریاد می‌کشی و من همچنان نشسته‌ام، تو دیگر به یادم نمی‌آوری، با دستهای مرا مجازات می‌کنی. اما بگذار این روزهای تردید بگذرند. نگاه کن تنها خاک این سرزمین وسیع و مهربان مرا می‌خواند. بگذار کمی روی این خاک آرام بگیرم، شاید از این هم آغوشی دوباره من و خاک، رویایی دیگر، یقینی دیگر و انسانی دیگر متولد شود.

«عاقبت یک روز

می‌گریزم از فسون دیده تردید

می‌تراوم، همچو عطری از گل رنگین
رویها؛

می‌خندم در موج گیسوی نسیم شب

می‌روم تا ساحل خورشید

در جهانی خفته در آرامشی جاوید.»

فروغ فرخزاد

«چه غم انگیز است وقتی چشمه‌ای سرد و زلال در برابرت می‌جوشد، می‌نالد، می‌خواند، تو تشنه آتش باشی و چشمه که خشکید و چشمه از آن آتش که تو تشنه آن بودی بخار شد و به هوا رفت و آتش کوه را تافت و در خود گرفت و از زمین آتش روئید و از آسمان آتش بارید تو تشنه آب گردی و بعد عمری گذاختن...»
دکتر علی شریعتی

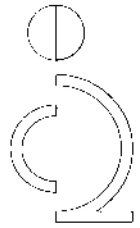
آمدی، رسیدن به خیر، چه روزهایی که به انتظار امروز نشسته بودی. نگاه کن سرزمین روایت اکنون در برابرت وسیع و بزرگ رویا شده است. نگاه کن دشت پهناور آرزوهایت، امروز سرسبز و پهناور به تو نگاه می‌کند. تشنه بودی آب می‌دهند. دستهای تو؟ نان تقسیم می‌کنند چقدر خسته به نظر می‌رسی اما دیگر مهم نیست، حالا رسیده‌ای به «لحظه موعود». بلندشو! در میان، این همه چشم، نگاه آشنایی را خواهی یافت. بلند شو! مگر فراموش کرده‌ای تمام لحظه‌های انتظار و اضطراب دیروز را؟!...

تو همچنان زمزمه می‌کنی، و من هنوز تشنه‌ام. چقدر این روزها سنگین می‌گذرند، به یاد می‌آورم تمام ثانیه‌های ملتهب دیروز را که به امید لحظه‌های اکنون من، آرام می‌شدند؛ و چشم‌های خسته‌ام را که به انتظار چشم‌انداز امروز شوقی دوباره می‌یافتند. نگاه کن، چگونه ثانیه، ثانیه‌های گذشته من به آرزوی امروز درگذشتند و

تهیه و تنظیم:

خدیجه احمدی

دانشگاه صنعتی امیرکبیر



اساطیر دیروز، زندگی امروز

۴۷

آنگاه به سبب کلیت جهانی و آشکار کردن زرفترین دردهای آدمی، تا به امروز همپای زمانه آمده‌اند و از آنجا که این دردها تا به امروز بوده‌اند و در هر دورانی بشر به نحوی آنها را دریافته است، این آثار خصوصیت تغییر پذیری و کمال جویی خود را از دست نداده‌اند...

– امروز نیز، ما به فراخور زندگی روزگاران از رستم و اسفندیار چیزی می‌فهمیم. درد مشترک ما با آنان چیست؟ آیا می‌توانیم با کتابون و پشتون همدل و همراز باشیم و بیزار از گشتاسب؟ آیا سیمرغی روزی به یاری ما درماندگان خواهد شناخت؟ و آیا روزگار بد پر راز هنوز در کمین جان نیکان است؟ نه هرگز مرد ششصد ساله‌ای در جهان بود و نه روپین تنی و نه سیمرغی، تا کسی را یاری کند. اما آرزوی عمر دراز و بی‌مرگی همیشه بوده است و در بیچارگی امید یاری از غیب هرگز انسان را رها نکرده است.

نه عمر رستم واقعیت است نه روپین تنی اسفندیار و نه وجود سیمرغ، تا کسی را یاری کند. اما آرزوی عمر دراز و بی‌مرگی همیشه بوده است و در بیچارگی امید یاری از غیب هرگز انسان را رها نکرده است.

نه عمر رستم واقعیت است نه روپین تنی اسفندیار و نه وجود سیمرغ، اما همه حقیقت است و این تبلور اغراق آمیز آرمان‌های بشر است در وجود پهلوانانی «خیالی». زندگی رستم واقعی

اینکه در سه‌نامه‌ها آورده‌اند رستم و روپینه تن اسفندیار تا بدانند این خداوندان ملک کز بسی خلق است دنیا یادگار – هزار سال از زندگی تلخ و بزرگواری فردوسی می‌گذرد. در تاریخ ناسپاس و سقله پرور ما، بیدادی که برآورفته است، ماندنی ندارد و در این جماع قوادان و دلقکان که ماییم با هوس‌های ناچیز و آرزوی تباه، کسی را پروای کار او نیست و جهان شگفت شاهنامه همچنان بر «ارباب فضل» در بسته ناشناخته مانده است. اما در این دوران دراز، شاهنامه زندگی صبور خود را در میان مردم عادی این سرزمین ادامه داده است و هنوز هم صدای گرمش گاه اینجا و آنجا در خانه‌ای و قهوه‌خانه‌ای شنیده می‌شود و در هر حال این زندگی خواهد بود، و این صدا خاموش نخواهد شد و هر زمان به آوایی و نوایی، سازگار مردم همان روزگار فراگوش می‌رسد.

اثری چون رستم و سهراب، سیاوش، یا رستم و اسفندیار ماندگار است. نه از آن رو که یک بار جاودانه ساخته و پرداخته شد. بنایی بلند، بی‌گزند از باد و باران و پیوسته همان که بود. در این آثار، سخن بر سر آن جوهرهاست که هستی انسان را می‌سازد، بر سر پیوند و جدایی آدمیان است یا یکدیگر و مهر و کین آنان با طبیعت، با بزرگی در زندگی و مرگ.

تهیه و تنظیم:

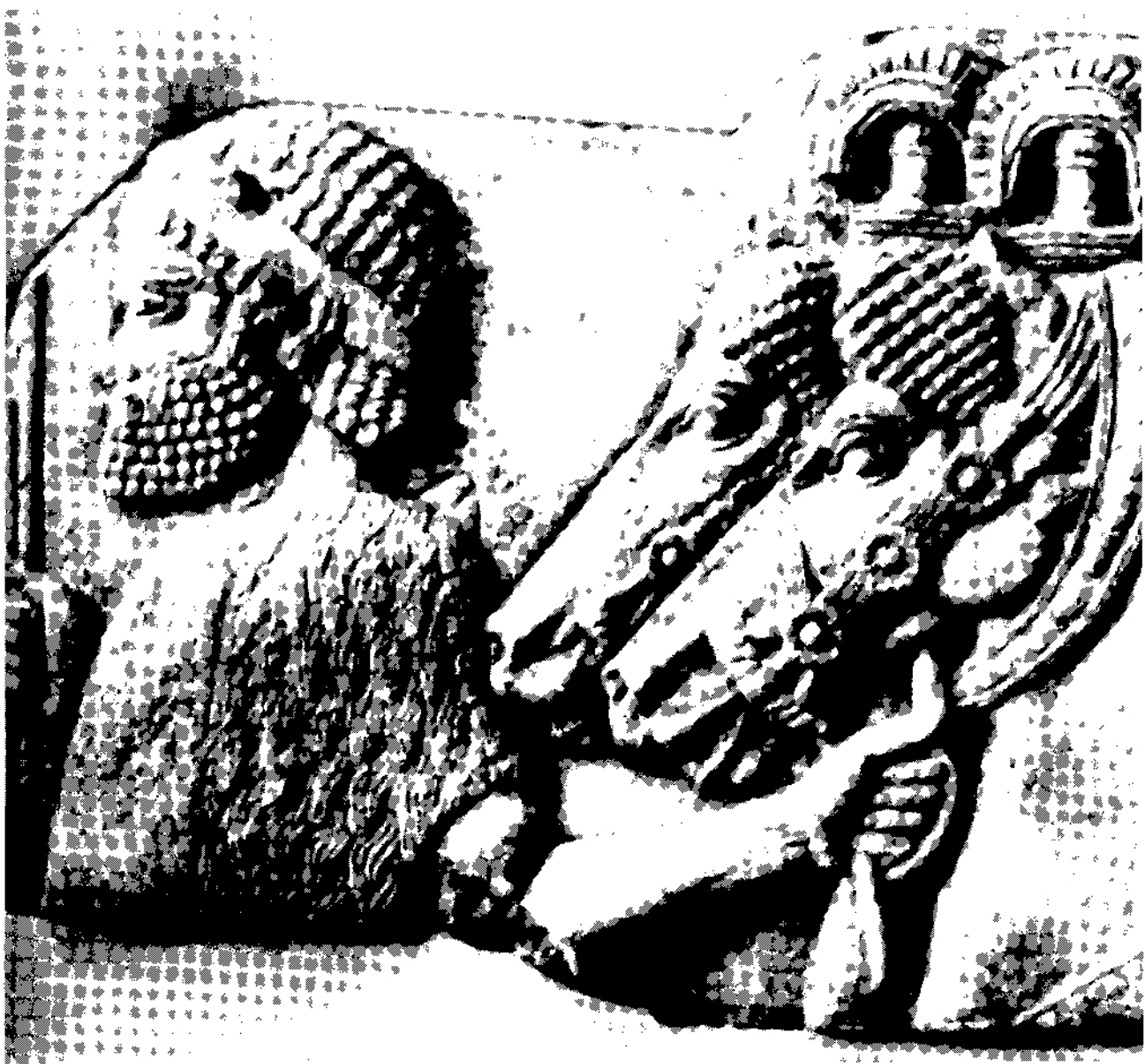
علی حیدری چالستری

دانشگاه صنعتی امیرکبیر

نیست، تولد و کودکی و پیری و مرگ او همه فوق بشری و یا شاید بتوان گفت غیربشری است. ولی با این همه مردی حقیقی تر از رستم و زندگی و مرگی بشری از آن او نیست. او تجسم روحیات و آرزوهای ملتی است. این پهلوان، تاریخ - آنچنان که رخ داد - نیست ولی تاریخ است آن چنان که آرزو می شد و این تاریخ برای شناختن اندیشه های ملتی، که سال های سال چنین جامه ای بر تصورات خود پوشاند، بسی گویاتر از شرح جنگ ها و کشتارهاست. از این نظر گاه افسانه رستم، از اسناد تاریخ، نه تنها حقیقی تر

بلکه حتی واقعی تر است. زیرا این یکی نشانه این است از تلاطم امواج و آن دیگری مظهری از زندگی پنهان اعماق. اما با این همه افسانه رستم تنها ساخته آرزو نیست، واقعیت زندگی در کار است. این نیرومندترین مردان هم در جنگ با سهراب طعم تلخ شکست را می چشد و درنبرد با اسفندیار در می ماند و سرانجام مرگ، که چون زندگی واقعی است، او را در کام خود می کشد. حتی اسفندیار بیمرگ نیز شکار مرگ است واقعیت ریشه این پیلان را در داخل خود دارد. پهلوانان شاهنامه مردان آرزویند که در جهان

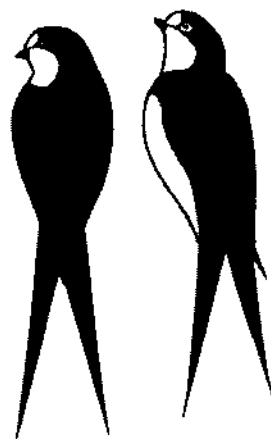
واقعیت به سر می برند چنان سر بلندند که دست نیافتنی می نمایند؛ درختهایی راست و سربه آسمان ولی ریشه در خاک، و به سبب همین ریشه ها دریافتنی و پذیرفتنی، از جنبه زمینی، در زمین و بر زمین بودن چون مایندو از جنبه آسمانی تجسم آرزوهای ما و از هر دو جهت تبلور زندگی. واقعیت و گریز از واقعیت. آدمی در آنهاست و ازین دیدگاه کمال حقیقتند. اما چنین حقیقتی انعکاس ساده و بی واسطه واقعیت نیست. برگرفته از کتاب: مقدمه ای بر رستم و اسفندیار نوشته شاهرخ مسکوب



دری به سوی باغ بسیار درخت

«یاری»

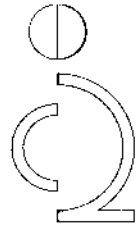
همه روز روزه بودن
همه شب نماز کردن
همه سال از پی حج
سفر حجاجز کردن
زمینه تابه کعبه
سروپایرهنه رفتن
دولب از برای لبیک
به وظیفه باز کردن
به مساجد و معابد
همه اعتکاف جستن
زمناهی و ملاحی
همه احترام کردن
شب جمع آه گفتن
به خدای راز گفتن
زوج و بی نیایش
طلب نیاز کردن
به خدا که هیچکس را
ثمر آنقدر نباشد
که به روی مستمندی
در بسته باز کردن
(شیخ بهایی)



«جهان آباد»

چه می شد کاین جهان آباد می شد
پر از عدل و داد و داد می شد
به جای این محیط درد و محنت
در آن باغ صفا ایجاد می شد
به دنیا آنکه بودش زشت کردکار
هدایت می شد و ارشاد می شد
هر آن کس طینت آلوده ای داشت
صفات زشت او بریاد می شد
بر آن مهر و عطوفت موج می زد
ز نور مهر دلها شاد می شد
تکبر در وجود کس نمی بود
اصولاً آدمی بی یاد می شد
تعاون داشت انسانی به انسان
یکی بر دیگری امداد می شد
نبودش اختلافی بین اقوام
کز آغاز این بشر بهزاد می شد
اگر دردی به دلها رخنه می کرد
نمی شد عقده و فریاد می شد
چو جنت می شد این دنیا روزی
در آن نی ظلم و نی بیداد می شد
(سید حسین مرعشی)

اگر از آنچه گفتنی
به درختان بگوید
همی خنجر به دست
تا سفر کرده ای از راه رسد
شور بخند به زمین
نور یافت به هوا
طفت را سید کز
رنگ بود همه جا



ساحل وصال

پیرمرد هرشب صندلی کهنه قدیمی اش را با همان سبک و سیاق ساده لب دریا می گذاشت. دستش را زیر چانه اش می زد و به طور دقیق عکس ماه در آب خیره می شد. سی سال بود که هر شب کارش همین بود، ولی این اواخر همه چیز تغییر کرده بود از بیست روز پیش از این پیرمرد اخلاقیش به کلی دگرگون شده بود.

گویی هر لحظه در انتظار حادثه‌ای است. پیرمرد یک بار حدود پنج سال پیش سگته مغزی کرده بود و فلج شده بود، به همین دلیل حتی درست نمی توانست راه برود، ولی چون علاقه شدیدی به آب و دریا و آن صندلی کهنه داشت، هر روز عرفان پسر برادرش که تنها مونس و همدم او بود او را به کنار دریا می آورد و روی همان صندلی می نشاند سپس به دنبال کارهایش می رفت و دو ساعت بعد هنگام بازگشت به خانه عمو را با خود می برد، اما روز به روز حال عمو تغییر می کرد و از بیست روز پیش از عرفان خواسته بود که صندلیش را هر شب کمی جلوتر نسبت به دریا بگذارد هرچند عرفان مخالفت می کرد اما عمو راضی نمی شد. شب بیستم وقتی عمو را روی همان صندلی کهنه نشاند، عمو گفت:

«عرفان چون! - بله عمو - نمی مونی؟ آخه عمو می دونی که کار دارم - عمو می خوام برات قصه تعریف کنم مثل همان روزها که کوچک بودی.» عرفان منظور عمو را نمی فهمید به همین دلیل کمی بهت زده نشان می داد. گفت: «حالا که عمو جانم می خواد، چشم می مونم ولی بذار یک چیز بیارم که روی آن بنشینم» یک کارتن آورد و رو بروی عمو نشست. عمو به هیچ جا نگاه نمی کرد به جز عکس ماه در آب و این طور شروع شد:

«روزی که من از سفر به خارج از کشور برگشتم به جز پدر و مادرم هیچ کس به استقبال نیامد. البته انتظار هم نداشتم که کسی بیاد ولی لااقل برادر و خواهرم و آن کسی که قول داده بود تا ابد چشم انتظار آمدنم باشد باید می آمدند.

ولی پدر و مادرم را دیدم گفتم: اشکالی ندارد و انتظار بیجا از مردم نمی توان داشت. ولی حقیقتاً از دیدن پدر و مادرم خیلی خوشحال شدم. خصوصاً این که بابام طبق معمول بساط شوخی اش به پا بود. ولی قبل از آمدن من آنقدر گریه کرده بود که چشمانش مثل کاسه‌ای از خون شده بود. مادرم که دیگر روی جایی از صورتم نبود که بوسه نزده باشد. می دانی پسرم هیچ کس

برای انسان پدر و مادرش نمی‌شوند و من هم در این پنج سال واقعاً از مهر و محبت پدر و مادر که تنها مهر حقیقی هستند محروم بودم همین که سوار ماشین شدیم بابام شوخی‌هایش را شروع کرد و خیلی هم خندیدم از میان صحبت‌هایش فهمیدم برادر بزرگم که در یک شرکت بزرگ کار می‌کرده است چند روز پیش برای مأموریت به آلمان رفته است و خواهرم هم که به دلیل شغل خاص شوهرش اصلاً آنجا نبود. البته خواهرم خیلی هم حساس بود و دائماً هم با خانواده قهر بود نه در عروسی بود و نه در عزا. البته این اواخر مثل اینکه خودش هم بی‌خیال شده بود.

اما وقتی داستان به اینجا رسید بغض سرگلولی‌عمورا گرفت و لحظه به لحظه فشار اشک را بر چشمانش وارد می‌کرد.

عرفان اکنون مثل یک بچه آرام نشسته بود و هیچ نمی‌گفت، فقط می‌دید عمو مدت زیادی است که به عکس ماه درآب خیره است و پلک هم نمی‌زند گاهگاهی هم لبش را می‌جود. عرفان گفت «خوب عمو جان ادامه بده و همچنین از خلال سخنانش (سخنانشان) چیز دیگری هم معلوم شد و از اینکه جدیداً یک عروسی در پیش است. شقایق دختر عمویم قرار بود با رضا پسرخاله‌ام ازدواج کند و البته پدر و مادرم هم یک راست از جشن به پیش من آمده بودند مادرم هرچه توانست از دختر عمویم گفت و پدر هم مثل همیشه مظلومانه لبخندی می‌زد و از رشادتهای پسرخاله‌ام که مپرس. گویی می‌خواست با این حرف‌های مرا راضی کند. ولی از همان موقعی که این خبر را به من داد شوک

به من وارد شده بود.

خیره خیره صندلی جلویی را نگاه می‌کردم و با یک نخ که از کنار آن آویزان شده بود ورمی‌رفتم پدرم که متوجه تغییر حالات من شده بود گفت: «چیه پسر حالا که دنیا به آخر نرسیده. دختر هم که زیاده. تو هم دکتری، اون نشه یکی دیگه. اصلاً نفهمیدم از همان لحظه که مادرم این حرف را زد تا وقتی که به خانه رسیدیم چقدر طول کشید وقتی وارد خانه شدیم پدر و مادر از من خواستند که به جشن عروسی بروم چون عروس و داماد هر دو قوم من بودند.

عرفان گفت: «عموجان هوا طوفانی است و کنار دریا نشستن در این موقعیت صلاح نیست. بقیه داستان را در ماشین تعریف کنید». عمو گفت: «پسرم یعنی داستان زندگی عمویت اینقدر خسته کننده است. عرفان با دستپاچگی گفت: نه و عمو گفت «پس خوب گوش کن.» لبان عمو کاملاً خشک شده بود.

یکی از پلک‌هایش خود به خود به بالا می‌پرید. دستانش لرزش شدیدی را حس می‌کرد و صدایش می‌لرزید. اشک که از چشمان عمو سرازیر می‌شد یک حس درونی به عرفان می‌گفت: که عمو در سرازیری قصه گم خواهد شد. گفت: پدر و مادر را رد کردم اما قول دادم که می‌آیم. دست و رویم را شستم و وضو گرفتم، نماز را خواندم، چند قطره اشک ریختم سپس قرآن کوچکم را درآوردم عکس شقایق را از صفحه ۶۸ آن برداشتم و آن را در آلبوم عکس خانوادگی مان گذاشتم سپس چند آیه‌ای قرآن را خواندم و برای خوشبختی‌شان دعا

کردم. لباسم را عوض کردم و به راه افتادم، اتفاقاً محل عروسی خیلی به ما نزدیک بود من ضمناً به پدر و مادرم گفتم که به هیچ کس اطلاع ندهند من آمده‌ام. از در که وارد شدم هیچ کس مرا نشناخت. گوشه‌ای چهار پنج صندلی خالی بود همان جا نشستم از دور پدرم را دیدم که عده‌ای را دور خود جمع کرد و با صدای بلند می‌خندیدند. داماد هم چندین بار از جلویم رد شد اما اصلاً مرا نشناخت. در آخر جشن هم من به رسم معمول مقداری پول در پاکی گذاشتم و اسسم را روی آن نوشتم و هدیه کردم و سپس زودتر از بقیه بیرون آمده و به خانه رفتم ولی تا فردا صبح از پدر و مادرم خبری نشد نگران نبودم چون حتماً داشتند کمک می‌دادند نگرانی من وقتی شروع شد که مادرم ناگهان پریشان از در وارد شد و گفت: اصلاً نمی‌دانم چه شد! دیشب شقایق هنگامی که یکی از پاکت‌های هدیه شده را باز می‌کرد غش کرد وقتی او را به بیمارستان بردیم گفتند: سگته قلبی کرده است. و در همین حین موج عظیمی زیر صندلی عمو زد، عرفان دست عمو را سفت گرفته بود اما موج دوم دستش را از دست عرفان باز کرد و عمو در عمق دریا فرو رفت.

عرفان با سختی خود را به کنار ساحل رساند. فردا وقتی جسد عمو را کنار ساحل پیدا کردند، روی کاغذی در جیب پیراهنش که به دلیل خیس بودن نوشته‌هایش جوهر پس داده بودند و محکم به سینه‌اش چسبیده بود نوشته شده بود.

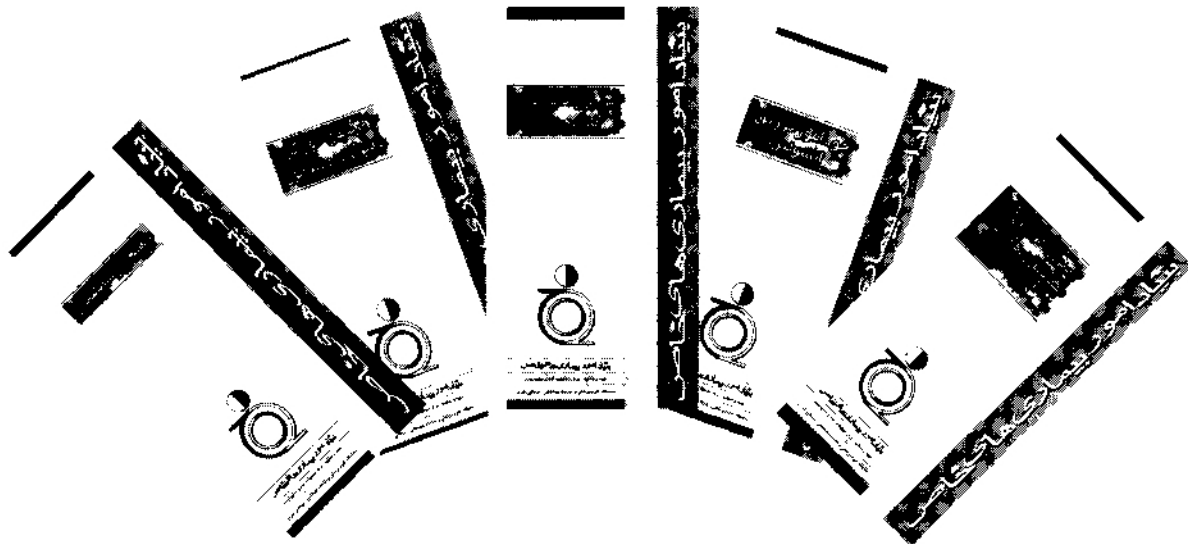
زمانی گلی از شقایق بچینم و پرپرکنم ای دوست

که جان مرده است و روحی نیست آندم

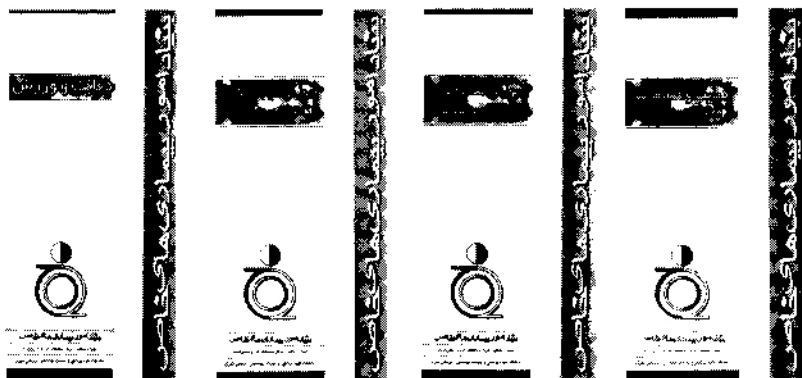
انتشارات بنیاد

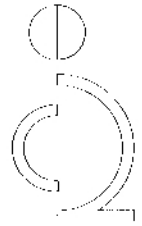
اشاره

بنیاد بیماری های خاص جهت آشنایی مردم، بیماران، خانواده های بیماران و پزشکان هر سال کتابهایی را در ارتباط با بیماری های خاص منتشر و معرفی می نماید. در اینجا سری جدید انتشارات بنیاد را خدمت شما ارایه می دهیم. جهت تهیه این کتابها می توانید به بنیاد بیماری های خاص مراجعه فرمایید.



۵۲





سازمان جهانی بهداشت (WHO): مقاومت دارویی تهدیدی برای درمان

گزارش نشان می‌دهد که چگونه تقریباً تمامی بیماری‌های عفونی مهم به تدریج در حال مقاوم شدن نسبت به داروهای موجود هستند. در استونی، لیتوانی و قسمت‌هایی از روسیه و چین، بیش از ۱۰٪ افراد مبتلا به TB به گونه‌های مقاوم به دو داروی قوی ضد TB مبتلا شده‌اند. به علت مقاومت دارویی در تایلند امکان استفاده از سه داروی قوی ضد مالاریا از بین رفته است. تقریباً ۳۰٪ افرادی که لامیوودین داروی جدید درمان هپاتیت B را مصرف می‌کنند، بعد از یک سال از درمان نسبت به آن مقاومت نشان می‌دهند. ۶۰٪ افراد با بیماری لیشرمانیوز احشایی به داروهای خط اول مقاوم شده‌اند.

به علت افزایش مقاومت دارویی، امکان عدم کنترل بسیاری از بیماری‌های عفونی ما را تهدید می‌کند.

شمار رو به افزایشی از بیماران نیز به داروی AZT و سایر درمان‌های جدید علیه عفونت HIV مقاوم شده‌اند. در بسیاری موارد، استفاده بدون برنامه از داروها باعث شده که این داروها به مجرد

طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت بیماری‌های قابل درمان نظیر گلودرد، عفونت گوش، سل و مالاریا در معرض خطر غیرقابل درمان شدن هستند.

گزارش‌های جدید حاکی است که افزایش مقاومت دارویی، درمان بیماری‌ها و کنترل اپیدمی‌ها را در جهان ناممکن می‌سازد و از این جهت سازمان بهداشت جهانی هشدار می‌دهد که باید تلاش‌های مجدانه و منطقی در مقابل بیماری‌های عفونی داشت. طبق گزارش این سازمان افزایش سطح مقاومت دارویی پیشرفتهای پزشکی در سالهای اخیر را تهدید به نابودی می‌کند. طبق اظهارات رئیس WHO، در حال حاضر داروهای مؤثری جهت درمان اکثر بیماری‌های عفونی وجود دارد ولی به علت افزایش مقاومت دارویی، خطر از دست دادن این داروهای با ارزش و نیز در نهایت امکان عدم کنترل بسیاری از بیماری‌های عفونی ما را تهدید می‌کند.

WHO با انتشار گزارش سالیانه بیماری‌های عفونی با عنوان «غلبه بر مقاومت‌های ضد میکروبی» این زنگ خطر را به صدا درآورد. این گزارش تصویر کاملی از وضعیت مخاطره‌آمیزی که جهان در حال روبروشدن با آن است را نشان می‌دهد. این

تهیه و تنظیم:

دکتر اقبال طاهری

مهشید عابدین خان

بنیاد امور بیماری‌های خاص

حوزه معاونت بین الملل



Press Release WHO/41
12 June 2000

**EMBARGO: Do not Publish, Reproduce or Distribute
before 15h00 GMT on Monday, 12 June 2000**

DRUG RESISTANCE THREAT REVERSE MEDICAL PROGRESS

Curable diseases -- from sore throat to malaria -- are

کشف توسط دانشمندان از گردونه مصرف خارج شوند.

بنا به اظهارات مدیر اجرایی برنامه بیماری‌های مسری در WHO، حدود ۲۰ سال طول کشید تا پنی سیلین برای استفاده در پزشکی تایید شود و سپس این دارو در اکثر نقاط جهان جهت درمان گنوره بی اثر شد. در بسیاری از نقاط آسیای جنوب شرقی، مقاومت گنوره به پنی سیلین تا میزان ۹۸٪ گزارش شده است.

در حدود یک دهه قبل در هندوستان، تیفوئید با ۳ داروی ارزان قابل درمان بود. در حال حاضر این داروها در درمان این بیماری مهلک بی اثر شده‌اند. حدود ۱۰ سال پیش، یک اپیدمی شیگلادیسانتزی به راحتی با کوتریموکسازول، که به آسانی در دسترس است، قابل کنترل بود. ولی در حال حاضر تقریباً تمام موارد شیگلا به این دارو مقاوم شده‌اند.

افرادی که در بیمارستان بستری می‌شوند بیشتر در معرض ابتلا به بیماری عفونی و مقاومت دارویی هستند. در ایالات متحده، سالانه حدود ۱۴۰۰۰ بیمار به علت

مقاومتهای دارویی در بیمارستان‌ها از بین می‌روند. در کل جهان، حدود ۶۰٪ عفونت‌های بیمارستانی توسط میکروب‌های با مقاومت دارویی ایجاد می‌شوند. مقاومت دارویی یک پدیده بیولوژیک طبیعی است که در اثر استفاده غلط از داروهای ضد میکروبی تا چندین مرتبه تشدید می‌شود. اثر مقاومت دارویی در حدی است که دارویی که زمانی جان افراد را نجات می‌داده تبدیل به یک قرص شکر بی اثر می‌شود.

استفاده بدون برنامه از داروها باعث شده که این داروها به مجرد کشف توسط دانشمندان از گردونه مصرف خارج شوند.

علل اجتماعی مقاومت ضد میکروبی متناقض است. در بعضی موارد به خصوص در کشورهای فقیر، استفاده بی‌رویه از داروها باعث ایجاد مقاومت می‌شود؛ برای مثال، در

مواردی که بیماران توانایی پرداخت هزینه دوره کامل دارویی خود را ندارند و یا فقط قادر به تهیه داروهای تقلبی از بازار سیاه هستند، این امر باعث می‌شود که گونه‌های ضعیف‌تر میکروب در بدن از بین بروند و گونه‌های مقاوم فرصت بقا و تکثیر پیدا کنند. در کشورهای ثروتمند مقاومت به دلایل دیگری رخ می‌دهد: استفاده زیاد از داروها بدلیل درخواست غیرضروری بیماران باعث تجویز بیش از حد دارو توسط کارکنان بهداشتی می‌شود. استفاده بیش از حد از داروهای ضد میکروبی در چرخه تولید مواد غذایی نیز در کشورهای ثروتمند باعث افزایش مقاومت دارویی می‌شود. در حال حاضر ۵۰٪ تولیدات ضد میکروبی جهت درمان حیوانات بیمار، ارتقای رشد دام‌ها یا از بین بردن ارگانسیم‌های مخرب کشتزارها استفاده می‌شوند.

باتوجه به جهانی شدن و افزایش مسافرت و تجارت، گونه‌های مقاوم میکروبی به سرعت به همه نقاط انتشار پیدا می‌کنند. با استفاده از فن‌آوری جدید انگشت‌نگاری توسط DNA، دانشمندان موفق شده‌اند ثابت کنند مقاومت دارویی به TB از اروپای شرقی، آسیا و آفریقا منشاء گرفته است و با ردیابی آنها ظهور آن را در غرب اروپا و شمال آمریکا ثابت کرده‌اند. دکتر هایمن می‌گوید: جهان ممکن است فقط یک یا دو دهه جهت حداکثر استفاده از بسیاری از داروهای موجود علیه بیماری‌های عفونی فرصت داشته باشد. بدون اغراق ما در مسابقه با زمان قرار داریم تا بتوانیم سطح عفونت را در جهان کاهش دهیم، قبل از آنکه بیماری‌ها بر داروها غلبه کنند.

بعد اقتصادی مقاومت دارویی گیج‌کننده است. هزینه درمان یک نفر با TB مقاوم به چند دارو، ۱۰۰ برابر بیشتر از موارد غیرمقاوم است. در اوایل سال ۱۹۹۰، شهر نیویورک مجبور شد نزدیک به یک میلیارد دلار جهت کنترل یک مورد از شیوع ویروس مقاوم به چند دارو هزینه کند، هزینه‌ای که در دسترس اکثر شهرهای جهان نیست.

دکتر روزاموند که هدایت‌کننده تیم WHO در مقاومت دارویی است می‌گوید: اگر ما نتوانیم به استفاده صحیح از داروهای کشف شده بپردازیم، بسیاری از این داروها از دست ما خواهند رفت. در آینده‌ای نه چندان دور ممکن است توانایی خود را در کنترل اکثر بیماری‌های عفونی خطرناک از دست بدهیم. درحقیقت اگر نتوانیم پیشرفتی سریع در این دهه از خود نشان دهیم، کنترل بیماری‌های خطرناک اگر غیرممکن نشود

بسیار مشکل و پرهزینه خواهد شد. تصور غلط این است که صنایع تولیدکننده داروها جهت مقابله با بیماری‌های عفونی در مقابل بی‌اثر شدن داروها اقدام به تولید داروهای جدید و قویتر می‌کنند. درحقیقت در حالی که یک نوعی جدید از همان داروی قبلی تولید می‌شود، کمبود یک طبقه جدید و نوع کاملاً متفاوتی از دارو احساس می‌شود: بطور میانگین تحقیقات و تولید داروهای ضد میکروبی ۱۵ تا ۲۰ سال طول می‌کشد و بیش از ۵۰۰ میلیون دلار هزینه دارد.

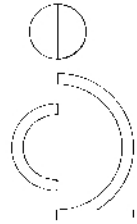
دکتر هایمن می‌گوید: درحال حاضر دارو یا واکسن جدیدی برای عرضه در مراکز تحقیقاتی وجود ندارد و اگر ما به جای استفاده عاقلانه‌تر از داروهای مؤثر موجود، روی کشف داروها و واکسن‌های جدید کار

جهانی از بین برده‌ایم.

مؤثرترین راهبرد در مبارزه با مقاومت دارویی، مقابله با مقاومت قبل از پیدایش آن است.

یک مقام بهداشتی در WHO می‌گوید استفاده عاقلانه و به جای داروهای موجود تنها راه پیشگیری از بروز فاجعه مقاومت‌های دارویی در آینده است. به هر حال اگر قدم جدی در جهت مقابله با بیماری‌های عفونی برنداریم، مقاومت دارویی موجب بازگشت جهان به دوره قبل از پیدایش آنتی‌بیوتیک‌ها می‌شود. اجداد ما در عصری زندگی می‌کردند که آنتی‌بیوتیک‌های مؤثر وجود نداشت. ما نباید باعث بروز چنین حالتی برای آیندگان بشویم.





اثبات تأثیر تلفن های همراه (موبایل)

همراه باشند، باید طول مدت مکالمه با این وسیله را کمتر کنند یا از تلفن هایی که با دست تماس ندارد. (hands free) استفاده کنند، زیرا این نوع دستگاه موجب می شود که تلفن همراه از سر و بدن شخص استفاده کننده دور باشد. با آن که میزان بسامد امواج در نزدیکی ایستگاه مخابراتی خطری بر روی سلامت انسان ندارد، در مورد نشستن در این ایستگاه ها باید دقت و حساسیت کافی داشت. به نظر دکتر دپاکولی یکی از پژوهشگران، طبق تمام اطلاعات موجود، استفاده از تلفن همراه هیچ اثر سوئی ندارد، اما حین استفاده از آن مقدار امواجی که با کل بدن در تماس است خیلی بیشتر از بقیه دستگاه های مخابراتی بدون سیم است و برخی مطالعات حاکی از متمرکز شدن تشعشع روی سر است. سازمان جهانی بهداشت در حال پیگیری تحقیقات روی میدان بسامد امواج در تلفن های همراه است. در بیش از ۱۰ کشور جهان مطالعات جامع ایپیدمیولوژیکی در حال انجام است که هدف از آن یافتن ارتباط بین استفاده از تلفن همراه و سرطان های سر و گردن است. پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۰۳ میلادی این مطالعات به پایان رسد.

اثبات تأثیر تلفن های همراه (موبایل) روی سلامت انسان به اطلاعات بیشتری نیاز دارد. در بیشتر کشورها، در حال حاضر، بیش از نیمی از جمعیت آنان از تلفن همراه استفاده می کنند و براساس تخمین ها، تا سال ۲۰۰۵ یک میلیارد و ششصد میلیون تلفن همراه موجود خواهد بود، اما هنوز مشخص نشده است که میدان بسامد امواج تلفن های همراه چه تأثیری روی سلامت انسان دارد. در پی کنفرانس بین المللی اخیر، که سازمان جهانی بهداشت آن را برگزار کرد و مربوط به اثرهای احتمالی تلفن همراه بود و نیز انتشار گزارش هایی در کشورهای کانادا و انگلستان، این سازمان توصیه های کرده است. توصیه های مهمی که در این زمینه شده عبارت است از:

ضرورت مطالعات بیشتر به منظور تأیید یافته های اخیر مبنی بر اینکه استفاده از تلفن همراه در فعالیت مغزی و زمان واکنش پذیری و الگوی خواب انسان تغییراتی ایجاد می کند. اگر چه مقامات مسئول می خواهند برای کاهش تشعشع تلفن همراه اقدامات احتیاطی بیشتری انجام دهند، ولی خودسرانه نباید کاری کنند. اقدامات احتیاطی باید از راه های دیگری به مردم معرفی شود تا آنان خودشان داوطلبانه ترغیب شوند از تشعشع بسامد امواج بکاهد. اگر افرادی می خواهند که هم خودشان و هم فرزندان شان مدت کمتری در معرض امواج تلفن

تهیه و تنظیم:

دکتر اقبال طاهری

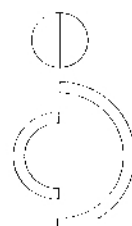
مهندسید عابدین خان

بنیاد امور بیماری های خاص

حوزه معاونت بین الملل

Reference:

World Health Organization Press
Press Release WHO, 45
28 June 2000



سابقه و اهداف تأسیس مرکز ملی سرطان ژاپن

- از سال ۱۹۵۳ در تنوع شیوع بیماری‌ها در ژاپن تغییری رخ داد. در حالی که تا آن زمان توبرکلوز و اپیدمی‌ها، علت اصلی مرگ و میر بودند، شیوع بیماری‌هایی مانند سرطان، مغزی-عروقی و قلبی که بیماری‌های جوانان یا بیماری‌های غیرعفونی مزمن نامیده می‌شد، افزایش یافت. به منظور برآورده کردن نیازهای بهداشتی و پزشکی جامعه از دولت خواسته شد تا با سرطان در زمینه‌های پیشگیری، تشخیص و درمان به مقابله برخیزد. با توجه به این سیاست ملی تأسیس یک مرکز سرطان ضروری بود.
- در سال ۱۹۶۰ وزارت بهداشت و رفاه ژاپن جهت احداث یک مرکز سرطان بودند لازم را تخصیص داد. یک کمیته طراحی تأسیس مرکز ملی سرطان به سرپرستی دکتر Takeo Tamiya رئیس انجمن پزشکی ژاپن و ۹ نفر از افراد مجرب و مطلع ترتیب داده شد.
- در ۶ اگوست ۱۹۶۰، این کمیته گزارش زیر را به وزارت بهداشت و رفاه ارائه داد:
- ۱- تأسیس یک مؤسسه تشخیصی و درمانی
- الف) تأسیس یک مرکز سرطان ملی نمونه در توکیو جهت برنامه ملی کنترل سرطان
- ب) تأسیس مراکز ملی سرطان در نقاط دیگر با توجه به وضعیت شیوع بیماری
- ۲- مدیریت مرکز ملی سرطان الف) بیمارستان‌ها
- ۱- تأکید بر واحد تشخیصی
- ۲- درمان مؤثر بیماران سرطانی در مراحل پیشرفته و توجه به کاهش یا حذف هزینه‌های درمانی بیمار
- ۳- درمان هر نوع سرطان با روش خاص مربوطه
- ۴- آموزش کادر پزشکی و پیراپزشکی در ۵۷
- تشخیص درمان سرطان
- ب) مؤسسه تحقیقاتی
- ۱- شروع از تحقیقات بالینی و حرکت تدریجی به سوی تحقیقات پایه
- ۲- ارزیابی کارایی داروهای ضد سرطانی و یافتن روش‌های جدید جهت درمان سرطان
- ۳- تشکیل یک انجمن ملی تحقیقاتی توسط انتشار مطالعات و مبادله محققین
- ج) ایفای نقش به عنوان یک مرکز اطلاعاتی جهت تحقیقات سرطان
- د) هدایت و مدیریت مرکز ملی سرطان با همکاری نزدیک با مقامات مسئول در دولت
- ۶) در فوریه ۱۹۶۱، دفتر طراحی تأسیس مرکز ملی سرطان با ارائه گزارش فوق افتتاح شد. در جولای همان سال،

تهیه و تنظیم:

دکتر اقبال طاهری

دکتر امینی

حوزه معاونت بین الملل

مرحله اول تأسیس مرکز شروع شد و قسمت اعظم آن در مارچ ۱۹۶۲ تکمیل شد.

در زبان ریاست محترم آقای Takeo Tamiya و دیگر همکارانش در ۲۳ می ۱۹۶۲، بیمارستان ارائه سرویس خود را آغاز کرد و در اول جولای همان سال مؤسسه تحقیقاتی فعالیت را آغاز کرد.

تعداد تخت‌ها به مرور زمان از ۲۰۰ عدد به ۵۴۸ عدد افزایش یافت. بخش‌های بیمارستان در سال ۱۹۷۶ تکمیل شد و یک ساختمان جهت کلینیک سرپایی در سال ۱۹۷۸ تکمیل شد. در سال ۱۹۷۸ بازسازی کامل ساختمان مؤسسه تحقیقاتی آغاز شد و در ۲۵ سپتامبر ۱۹۸۱ خاتمه یافت. در سال ۱۹۸۲ یک بیمارستان جدید به نام مرکز ملی سرطان بیمارستانی شرق و در سال ۱۹۹۴ شاخه مؤسسه تحقیقاتی آن به نام مؤسسه تحقیقات سرطان شرق در Kashiwa، Chiba، در حدود ۴۰ کیلومتری شرقی مرکز موجود در Tsukiji، توکیو افتتاح شد. گسترش تدریجی این مراکز نیز مورد نظر بوده است. تعداد کارمندان از ۲۵۱ نفر در ابتدا به ۱۱۵۷ نفر در سال ۱۹۹۶ رسیده است. این مرکز در ژاپن به عنوان هسته اصلی در جنگ علیه سرطان عمل می‌کند.

این مؤسسه از ابتدای تأسیس دو هدف اصلی داشته است: دستیابی به کنترل سرطان با همکاری بیمارستان‌ها و مقامات دولتی و ارائه خدمات به عنوان یک مؤسسه مرکزی جهت ارتقاء تحقیقات مربوط به سرطان در ژاپن. فعالیت هر قسمت از سال

- ۱- مطالعات اپیدمیولوژیک و پاتولوژیک در زمینه سرطان
 - ۲- مطالعه در مورد کارسینوژن‌های شیمیایی و ویران
 - ۳- مطالعه در زمینه ژنتیک مولکولی سرطان
 - ۴- یافتن روش‌های جدید جهت تشخیص، درمان و جلوگیری از سرطان
- در سال‌های اخیر در دو زمینه پیشرفت‌های اساسی به وجود آمده است یکی از آنها در زمینه انکولوژی مولکولی بر اساس پیشرفت‌های بیوتکنولوژی است؛ و دیگری در زمینه اطلاعات و آنالیز تصویری با کمک پیشرفت‌های کامپیوتری است. فعالیت‌های قسمت به طور سالانه در کتابچه «گزارش سالانه» که در homepage نیز ارائه شده است آورده می‌شود.
- اهداف و زمینه‌های اصلی تحقیقاتی شامل موارد زیر است:
- ۱۹۹۴ سالانه توسط یک کمیته ۶ نفره از خارج از این مرکز ارزیابی می‌شد. در حال حاضر رئیس هر بخش مسئول ارائه گزارش شفاهی از فعالیت هر مرکز با ذکر جزئیات هر ۳ سال یک بار و همچنین ارائه یک خلاصه کتبی از فعالیت‌های انجام شده و لیست نشریات مربوطه به طور سالانه به کمیته ارزیابی می‌باشد. علاوه بر جلسات ژورنال کلاب و کنفرانس‌هایی که حداقل هفته‌ای یک بار در هر بخش برگزار می‌شود، یک کنفرانس تحقیقاتی ماهیانه برگزار می‌شود که ۲ تا ۳ سخنران از بخش‌های مختلف نتایج‌شان را گزارش می‌کنند.

ایرانیان

سرطان یک درد و یاری شما

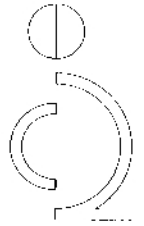
مرهمی سبز است

شماره حساب ۳۴۳۴

بانک ملی ایران

شعبه اسکان

بنیاد امور بیماری‌های خاص



صدای مهر

مقدمه

مطلبی را می‌خوانید در دل یکی از دردمندان خاص کشور است با درد آشنایی مهربان: سرکارخانم فاطمه هاشمی باسلام و خسته‌نباشید. اینجانب پدرام فره‌وشی ۱۳ ساله مدت ۴ سال است که به بیماری دیابت دچار شده‌ام. در این چند سال با مشکلات زیاد بیماری را گذرانده‌ام. مشکلاتی که می‌گویم منظور تهیه دارو، نوار قندخون، سرنگ می‌باشد چون باید در دو سه نوبت انسولین تزریق نمایم و سه نوبت تست قندخون بدهم، با کمبود نوار مواجه می‌شوم و می‌دانید که یک بیمار وقتی مشکل بیماری اش حل می‌شود که با خیال راحت بتواند دارو و لوازم اولیه بیماری اش را تهیه نماید. ولی متأسفانه شب که می‌خواهم در فکر این هستم که پدر و مادرم بتوانند برای ماه بعد نوار قند خون و سرنگ برایم تهیه نمایند. تمام دیابتی‌های ایران با این مشکل روبرو هستند. باید بدانیم که همه از نظر مادی در یک سطح قرار ندارند که بتوانند به راحتی وسایل اولیه بیماری خود را تهیه نمایند. مثلاً خود من پدر و مادرم یک کارمند دولت هستند که نوار قندخون را به مبلغ ۱۲ هزار تومان و سرنگ به مبلغ ۲۰ یا ۱۸ هزار تومان می‌خرند ممکن است بگوئید چرا از سرنگ ایرانی استفاده نمی‌کنید به خدا قسم آن چنان سرسوزن‌های آن ضخیم است

که به زور وارد پوست می‌شود و به هر حال برای جلوگیری از عوارض بعدی مثل دیالیز، تنگی عروق، پارگی مویرگ‌های چشم و نقص عضو باید علاج قبل از واقعه کرد، تا فردی سالم باشیم و بتوانیم به زندگی و آینده خود امیدوارانه بنگرم. من از مسئولین محترم وزارت بهداشت و درمان تقاضا دارم تا وسایل اولیه که سلامتی من به آن بستگی دارد در اختیار من قرار دهند چون نبود همین وسایل باعث می‌شود که من و تمام اعضای خانواده دچار استرس و نگرانی شویم چون همه می‌دانند وقتی فردی در منزل بیمار است همه بیمارند. اگر وزارت بهداشت و درمان مشخص کند که بیماری ما جزو بیماری خاص است چه بهتر که مانند دیگران وسایل اولیه را به رایگان بدهند. اگر هم رایگان نباشد به قیمتی که پدر و مادرم بتوانند با حقوق بازنشستگی خود برای سلامتی فرزندشان این وسایل را تهیه نمایند. امید من این است که ندای من و دیابتی‌های ایران به گوش مسئولین زیربط برسد. به هر حال من زندگی در پایتخت است و هر طور که شده، پدر و مادرم از هزینه زندگی خود می‌زنند و برای سلامتی فرزند خود وسایل درمان تهیه می‌نمایند.

من این نوشته را از طرف کلیه دیابت‌های ایران می‌نویسم و خواهشمندم به مشکلات ما بیشتر توجه نمایند. قبلاً از عنایت و توجه شما سپاسگزارم.

پ- ف و پدر و مادرس

بنیاد امور بیماری‌های خاص

«نامه‌های رسیده»

اهدا کنندگان

اعضاء

طبق معمول هر شماره نشریه، در این صفحه از تمام کسانی که بایرکردن کارت اهدای عضو و فرم مخصوص آن، آماده‌اند تا سهمی در نجات جان همنوئانشان بعد از مرگ داشته باشند، تقدیر بعمل می‌آید.

ضمن خیرمقدم به این دوستان اهداکننده عضو، اسامی آنها در جدول زیر می‌آید.

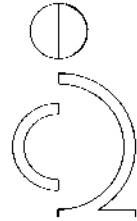
کدشناسایی	نام و نام خانوادگی	کدشناسایی	نام و نام خانوادگی
۲۷۷۵	۲۰۰- رقیه پاکدل	۲۷۵۰	۱۷۵- راضیه باقری
۲۷۷۶	۲۰۱- دلارام انکشافی	۲۷۵۱	۱۷۶- مجید علی آبادی
۲۷۷۷	۲۰۲- شقایق انکشافی	۲۷۵۲	۱۷۷- سید انور پیر خضری
۲۷۷۸	۲۰۳- مرتضی سلمان پور	۲۷۵۳	۱۷۸- مهر انگیز وکیلی
۲۷۷۹	۲۰۴- رضا زندگی	۲۷۵۴	۱۷۹- گلاویز رحمانی
۲۷۸۰	۲۰۵- سید نعمت الله یاسینی	۲۷۵۵	۱۸۰- فرانگیز قندی
۲۷۸۱	۲۰۶- پویا علاقبند	۲۷۵۶	۱۸۱- مریم ادیبی
۲۷۸۲	۲۰۷- پروین شجاعی خاص	۲۷۵۷	۱۸۲- فاطمه رجبی وندجالی
۲۷۸۳	۲۰۸- مریم شرفی	۲۷۵۸	۱۸۳- مقداد شاطری
۲۷۸۴	۲۰۹- فاطمه مسلمی	۲۷۵۹	۱۸۴- نگار پور مصباح
۲۷۸۵	۲۱۰- محمد تقی خلیل پور فر شبافی	۲۷۶۰	۱۸۵- مجید کریم زاده
۲۷۸۶	۲۱۱- مهرناز اسلامی	۲۷۶۱	۱۸۶- ابوالفضل حضرتی
۲۷۸۷	۲۱۲- فائزه صیاد صفاپور	۲۷۶۲	۱۸۷- شیرین خاتمی
۲۷۸۸	۲۱۳- زهرا علی حسینی عباسی	۲۷۶۳	۱۸۸- نرجس خاتمی
۲۷۸۹	۲۱۴- پرهام استاد حسین	۲۷۶۴	۱۸۹- سارا خاتمی
۲۷۹۰	۲۱۵- محسن محمدی بوسجینی	۲۷۶۵	۱۹۰- عبدالرضا خاتمی
۲۷۹۱	۲۱۶- معصومه رزاقی خمسی	۲۷۶۶	۱۹۱- سید مقداد جلالی
۲۷۹۲	۲۱۷- مرتضی تبریزی وازقانی	۲۷۶۷	۱۹۲- سیما جلیلی سالک
۲۷۹۳	۲۱۸- سید کاظم شمس مفرجه	۲۷۶۸	۱۹۳- فریده حاجی قربانی
۲۷۹۴	۲۱۹- محمد هادی جمعیان	۲۷۶۹	۱۹۴- نسرین السادات زعفرانی
۲۷۹۵	۲۲۰- جواد باقرزاده	۲۷۷۰	۱۹۵- فرشته فرهادی
۲۷۹۶	۲۲۱- صدیقه حسینی	۲۷۷۱	۱۹۶- زهرا استبرقی
۲۷۹۷	۲۲۲- سید محمود حسینی	۲۷۷۲	۱۹۷- ماریا کلاتتری
۲۷۹۸	۲۲۳- فاطمه عبدالکریمی	۲۷۷۳	۱۹۸- فرزین خسروی زاده
۲۷۹۹	۲۲۴- اقدس خلیلی	۲۷۷۴	۱۹۹- حامد تبریزی غینی

یاوران بنیاد

طبق معمول هر شماره نشریه، در این صفحه از تمام کسانی که به نحوی به بنیاد یاری رسانده‌اند، تقدیر بعمل می‌آید.

ضمن خیرمقدم به این دوستان یاری کننده، اسامی آنها در جدول زیر می‌آید.

نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
۵۹۴- پیمان بابکار	۵۷۷- سروناز شریفی	۵۵۱- علیرضا منفرد
۵۹۵- خاطره جلیلی	۵۸۷- گلی جان میرزائی	۵۵۲- امید حجت
۵۹۶- عفت السادات عطشانی	۵۹۰- بایرامی	۵۵۳- مرجان حسنی سعدی
۵۹۷- محبوبه بهرامی	۵۹۱- مهدی عسگری	۵۵۴- مجید دربانی
۵۹۸- قسمه توسلی	۵۹۲- صادق شجری	۵۵۵- غلامرضا مرادی
۵۹۹- رویا زیرک	۵۹۳- الهه حمیدی	۵۵۶- مهران برداران
۶۰۰- کامران صالحی	۵۹۴- حسینی	۵۵۷- زهره درودیان
۶۰۱- فریمه اکرمی	۵۹۵- هاله افشار	۵۵۸- شیرین مسعدتی
۶۰۲- امیر مسلمین	۵۹۶- محمدرضا نوری یکندل	۵۵۹- سعید خاقانی
۶۰۳- علیرضا محمدی	۵۹۷- رضا حسینی	۵۶۰- مریم غنی عراقی
۶۰۴- بنیامین اسلامی	۵۹۸- علی کفائی	۵۶۱- آتاریان
۶۰۵- آوین رخشنده تالی	۵۹۹- ایران	۵۶۲- محمدرضا ناظمیان
۶۰۶- خانم امیر صمیمی	۵۸۰- سید حسن رضائی	۵۶۳- مازیار کمالی
۶۰۷- خانواده غلامی	۵۸۱- نسیم رحیمی	۵۶۴- حسین حقیقی
۶۰۸- خانواده حسینی	۵۸۲- محمود قاسم‌زاده	۵۶۵- مهناز افشار
۶۰۹- پزندوش الهی	۵۸۳- نوشین سالور	۵۶۶- خانم چراغی
۶۱۰- احمد ابوترابی و بانو	۵۸۴- طغان	۵۶۷- محمد علیخانی
۶۱۱- نادر مکبد	۵۸۵- الهه اصلانخانی	۵۶۸- افسانه آقاجانی
۶۱۲- جواد خزائلی	۵۸۶- کریم پورصباحی	۵۶۹- فرزاد بهزاد نیا
۶۱۳- زهره مهنا	۵۸۷- محمدرضا بزرگ‌نیا	۵۷۰- سید فرهاد آیت‌اللهی
۶۱۴- لیلا محمدی	۵۸۸- فریده پیام‌شاد	۵۷۱- محسن سلیمانی
۶۱۵- الهه باستانی	۵۸۹- جمال جعفری نقیمی	۵۷۲- سید اسماعیل اوجانی
۶۱۶- زهرا چراغی ولوجردی	۵۹۰- ژیلا حشمتی	۵۷۳- بنده از بندگان خدا
۶۱۷- فرشته فرشاد	۵۹۱- نیوشا حمزه‌پور	۵۷۴- مرضیه جعفری پناه
۶۱۸- ژامک رشوند	۵۹۲- امیرمحمد مرادپور	۵۷۵- انوشه شفیعی
۶۱۹- پرستو امیرصمیمی	۵۹۳- همدم حشمتی	۵۷۶- شهره رحمانی



عملکرد واحد مددکاری بیماری های خاص

۶۲

تومان جهت هزینه های درمانی از طریق واحد مددکاری پرداخت گردیده است که این خدمات شامل دارو، خدمات پاراکلینیکی، وسایل درمانی از قبیل پمپ دسفرال، دستگاه تست قندخون، نوار تست قندخون می باشد.

مبلغ ۴ میلیارد ۷۰۰ میلیون تومان در مورد هزینه پیوند کلیه در مدت ۴ سال پرداخت شده است.

قابل ذکر است هزینه مبلغ کل سرانه بیمه در سال ۱۳۷۹ بالغ بر ۳۰/۶۳/۶۲۲ ریال بوده است و ۵۶ نفر در سال ۱۳۷۹ جهت هزینه آزمایش ژنتیکی قبل از تولد که برای هر نفر ۳۵۰ هزار تومان می باشد، به آزمایشگاه های طرف قرارداد معرفی شده اند. همچنین در سال های ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹ مبلغ یک میلیارد ریال به صورت عیدی پرداخت شده است.

همچنین مبلغ ۴ میلیارد ۷۰۰ میلیون تومان در مورد هزینه پیوند کلیه در مدت ۴ سال پرداخت شده است. در نهایت واحد مددکاری بنیاد امور بیماری های خاص در روز ۱۰۰ نفر مراجعه کننده داشته و اقدامات لازم جهت مساعدت به این بیماران صورت می گیرد.

در سال ۱۳۷۵ با توجه به مشکلات عدیده ای که در سطح کشور در مورد بیماران خاص احساس می شد بنیاد امور بیماری های خاص تأسیس گردید. از آنجا که هزینه های درمان بیماری های خاص بسیار بالا بوده و اغلب بیماران از اقشار آسیب پذیر جامعه می باشند و توانایی پرداخت این هزینه ها را ندارند؛ در نتیجه درمان این قبیل بیماران ناقص مانده است بنابراین ایجاد این واحد مددکاری در بیماری های خاص احساس گردید و در این راستا در حدود ۴ سال می باشد که به ارائه خدمات از قبیل پرداخت هزینه های درمان که شامل دارو، خدمات پاراکلینیکی، هزینه بستری، اعمال جراحی و تجهیزات پزشکی برحسب مددکاری و بررسی وضعیت مالی بیماران بصورت رایگان در اختیار بیماران قرار داده می شود.

همچنین قابل ذکر است که هزینه سرانه بیمه بیماران نیازمند هم از طرف بنیاد پرداخت می شود. در ابتدای تأسیس بنیاد میزان مراجعات به این بنیاد کم بوده ولی به علت گسترش فعالیت و آموزش بیماران در مراکز درمانی و آشنایی آنها با واحد مددکاری بنیاد تعداد مراجعین روبه افزایش گذاشته است، کماینکه در سال ۱۳۷۸ مبلغ ۱۲۰ میلیون تومان و در سال ۱۳۷۹ مبلغ ۲۱۰ میلیون

تهیه و تنظیم:

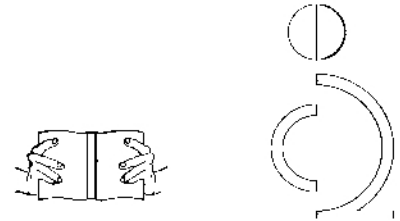
لادن خالقی

بنیاد امور بیماری های خاص

حوزه مددکاری

گزارشی از وضعیت بیماران خاص در استان فارس

آذربایجان غربی تلاش، پشتکار



مقدمه

نداشتن هزینه درمان آن از دنیا رفته است قلب همچون سنگ ما را آب نمی کند؟ آری به راستی چشم‌ها را باید شست جور دیگر باید دید.

در این شماره گزارش از بیماران خاص و مراکز درمانی آنان را در استان آذربایجان غربی را بررسی کرده‌ایم.

استان آذربایجان غربی در شمال غربی ایران هم مرز با استانهای آذربایجان شرقی، زنجان، کردستان و کشورهای عراق، ترکیه و آذربایجان است. مرکز استان ارومیه است و در مرز استان با استان آذربایجان شرقی دریاچه ارومیه قرار دارد. از لحاظ مسیر عبوری در واقع استان آذربایجان غربی را می توان به دو قسمت شمالی و جنوبی تقسیم کرد. که در قسمت شمالی شهرستانهای مهم عبارتند از خوی، سلماس، ماکو در قسمت جنوبی که تراکم شهرها و مساحت بیشتر است عبارتند از نقده، مهاباد، میاندو آب، شاهین دژ، تکاب، بوکان پیرانشهر و سر دشت در یک مسیر و بقیه در مسیر دیگری قرار دارند. در بازدید از استان آذربایجان غربی که به همراهی آقای ارزنگ مهر کارشناس بیماریهای خاص معاونت در مان دانشگاه علوم پزشکی انجام گرفت، تصمیم گرفته شد که ابتدا قسمت شمالی، شهرهای ماکو، خوی و سلماس و سپس قسمت

روز چهارشنبه پنجم اردیبهشت ماه خانم هاشمی رییس بنیاد امور بیماری های خاص از مراکز درمانی ارومیه بازدید کردند. در این سفر که آقایان دکتر تهرانی معاونت اجرایی بنیاد و دکتر شفیعی جندقی ایشان را همراهی می کردند از مراکز درمانی امام خمینی طالقانی و امید بازدید بعمل آمد. این دیدارها که در محیطی صمیمانه با مسئولین پرتلاش استان بالاخص آقای حاضر وظیفه مدیرکل امور اجتماعی استان آذربایجان غربی همراه بود رنگ و بوی دردل های عاطفی بیماران را نیز به خود گرفت. در دلهایی که گاه آسمان نیز بر آنها می گریست. مسئولان شنیدید و ما نوشتیم. هر چند که بنیاد امور بیماریهای خاص کمکهایی را در این زمینه متقبل شد اما آیا به راستی این بنیاد به تنهایی می تواند این درد و رنج عظیم را کاهش دهد؟ آیا مسئولین محترم هیچ وقت پای صحبتهای اعضای هیات مدیره پرتلاش مرکز حمایت از بیماران سرطانی امید نشسته اند؟ یا بغض در گلوئی خانم چگینی که با التماس می گوید اگر هزینه کنند بسیاری از کودکان مبتلا به سرطان درمان می شوند اشک را بر چشم هانمی نشاند؟ آیا فریاد پدری با بیوند کلیه که ده روز قبل فرزندش به علت سرطان و

تهیه و تنظیم:

دکتر محمد کامکار

دکتر نیما پور زاهد

بنیاد امور بیماری های خاص

حوزه معاونت اجرایی

شهرهای جنوبی میاندوآب، مهاباد نقده بوکان و شاهین دژ بازدید شود و در روز آخر نیز همراه سرکار خانم هاشمی ریاست بنیاد و همراهان (آقایان دکتر تهرانی، دکتر شفیع جندقی، سرکار خانم خالقی مسئول مددکاری، آقای آقایاری مسئول روابط عمومی و آقای انصاری مسئول نشریه) از مراکز ارومیه بازدید به عمل آمد. اولین شهرستانی که بازدید شد خوی بود که دومین شهرستان پر جمعیت استان می باشد. بخش دیالیز واقع در بیمارستان مدنی است که دارای پنج دستگاه دیالیز Cobe و ۱ دستگاه RO در طبقه پائین قرار دارد و توسط پرسنل امکان دید از بخش را ندارد. این بخش به بیمار دیالیزی بطور دائم و با نسبت بیمار به دستگاه ۵/۸ سرویس دهی می کند. شهرستان خوی دارای ۲۳ بیمار هموفیلی که در بخش اورژانس و ۱۲ بیمار تالاسمی که در بخش اطفال (کلاً به صورت مجزا بوده ولی به علت مراجعه کم بیماران این قسمت در بخش ادغام شده است) خدمات میگیرند، می باشد. دومین شهرستان بازدید شده شهرستان ماکو است. یک شهرستان مرزی با جمعیت ۱۶۰/۰۰۰ نفر واقع در بین دو کوه دارای یک بیمارستان ۸۲ تخته قدیمی ساز در موقعیت نامناسب در دامنه کوه با فضای فیزیکی محدود اتاق دیالیز در طبقه دوم (بدون آسانسور) با دو دستگاه دیالیز از نوع گامبرو AK۱۰ و تخت بدون دستگاه RO (دستگاه RO خریداری شده ولی به خاطر کمبود فضای فیزیکی هنوز وصل نشده است) و تنها با یک دستگاه سختی گیر کار می کند. بیمارستان بخش جدیدی در کنار ساختمان اصلی بنا کرده است (در حال ساخت و در مراحل آخر) با ۱۰۵ متر مربع مساحت که طبقه دوم به بخش دیالیز اختصاص دارد که امکان نصب ۵

تخت و دستگاه دیالیز در آن وجود دارد. سومین شهرستان بازدید شده شهرستان سلماس است. بخش دیالیز در بیمارستان خاتم الانبیا با ۴ دستگاه دیالیز گامبرو AK۱۰ و ۴ تخت در طبقه همکف و تقریباً در شرایط استاندارد (دارای تلویزیون رنگی) در حال خدمات رسانی به ۲۳ بیمار بصورت ثابت است که تمام بیماران دارای پرونده هستند. همچنین بخش دیالیز پرسنل تعلیم دیده به صورت ثابت دارد و تقریباً بین شهرستانهای بازدید شده منظم ترین بخش است. مشکلات این بخش بنا به گفته مسئولان عبارتند از: ۱- کمبود نیروی انسانی که برای جبران از شیفت های اضافی کاری استفاده می شود. ۲- عدم سرویس دهی مناسب، در بخش اورژانس نیز یک اتاق مجزا با ۳ تخت برای شیمی درمانی و اتاق دیگری با ۴ تخت برای بیماران تالاسمی (باید مجزا) موجود است و خدمات به بیماران هموفیلی در بخش تالاسمی و بصورت سر پایی انجام می شود. تعداد بیماران هموفیلی و تالاسمی نیز هر کدام ۸ نفر است. در روز دوم اولین شهرستان بازدید شده مهاباد بود که بخش دیالیز در حال حاضر در طبقه سوم بیمارستان امام خمینی قرار دارد با ۴ تخت و ۴ دستگاه COBE۲ با محیط فیزیکی محدود و با کفیوش نایلونی و دیوار غیر قابل شستشو خارج از استاندارد لازم و ۲ سالن بیمارستان با مساحت حدود ۱۰۰ متر مربع که گنجایش ۹ تخت را داشت و قسمت همکف در حال احداث بود (که در صورت تکمیل مشکلات را تقریباً حل خواهد نمود) تعداد بیماران شیمی درمانی ۱۵۰ نفر و تالاسمی ۱۲ نفر و هموفیلی ۱۷ نفر بود که تمام این بیماران در یک اتاق کوچک با ۲ تخت و توسط یک پرستار مخصوص بیماران خاص خدماتشان به انجام می رسد. مشکلات این

بیمارستان عبارت بودند از: ۱- کمبود اعتبار برای تکمیل بخش جدید دیالیز ۲- فضای فیزیکی محدود برای بخش شیمی درمانی و تالاسمی دومین شهرستان بازدید شده شهرستان بوکان بود: بیمارستان شهید دکتر قلی پور بیمارستانی نو ساز: ۹۶ تخت خوابی و فاقد بخش دیالیز در این شهرستان قرار دارد. (بخش دیالیز در قسمت اورژانس ساختمان قدیم دایر بوده) بیماران تالاسمی و هموفیلی زیر ۱۴ سال در یک اتاق مخصوص در انتهای بخش اطفال و بیماران هموفیلی و ۲ بیمار تالاسمی بزرگسال نیز در بخش اورژانس و در اتاق شیمی درمانی خدمات را دریافت می کردند. اتاق تالاسمی در بخش اطفال دارای ۶ تخت و اتاق شیمی درمانی دارای ۲ تخت بود که در آن گان، دستکش و عینک موجود بود ولی هود و تلویزیون و ویدئو نداشتند. تعداد بیماران هموفیلی ۱۰ و تالاسمی ۱۸ نفر است. بخش دیالیز جدا از بیمارستان نوساز و در ساختمان بیمارستان قدیمی در طبقه همکف با ۵ دستگاه مشغول به خدمات رسانی به ۳۲ بیمار بود. شهرستان شاهین دژ سومین شهرستان بازدید شده در روز دوم است بیمارستانی شهید رائی در این شهر قرار دارد. بخش جدید دیالیز گنجایش ۷ تخت را دارد ۲ تخت آماده بهره برداری و خدمات رسانی به ۱۶ بیمار دیالیزی می باشد. در واقع این بخش از لحاظ تمام موارد تجهیزاتی در اولویت همکاری قرار دارد. شهرستان ۷ بیمار تالاسمی و ۹ بیمار هموفیلی داشت که خدمات را در بخش اورژانس دریافت می داشتند. شهرستان بعدی میاندوآب است که بیمارستان شهید عباسی در این شهر قرار دارد. جمعیت شهرستان ۲۳۰ هزار نفر و ساختمان بیمارستان بسیار قدیمی

می باشد که در طبقه دوم ، بخش دیالیز با تخت، مشغول سرویس دهی به ۳۲ بیمار (۴ نفر آنتی ژن مثبت و ۲۸ بیمار عادی که ۴ نفر مربوط به تکاب و شاهین دژ هستند) می باشد. از لحاظ فضای فیزیکی تقریباً مناسب است و امکان افزایش این فضای فیزیکی نیز وجود دارد و دارای پرسنل مجرب در این امر می باشد. همچنین یک دستگاه دیالیز به این مجموعه اضافه شود در هزینه RO برای یک مرکز جدید نیز صرفه جویی می شود. شهرستان دارای ۲۳ بیمار هموفیلی و ۷ بیمار تالاسمی نیز می باشد. آخرین شهرستان بازدید شده (پنجمین شهرستان در دومین روز) شهرستان نقده بوده. بیمارستان امام خمینی نقده دارای بخش دیالیز در خارج از ساختمان اصلی بیمارستان (با فاصله حدود ۱۰۰ متری از اورژانس) با ۷ تخت و ۷ دستگاه (که یک دستگاه مخصوص بیماران آنتی ژن مثبت و یک دستگاه نیز خارج از سرویس بوده) مشغول ارائه خدمت به ۳۵ بیمار بود که از این تعداد، ۱۰ بیمار مربوط به پیرانشهر و ۲ نفر مربوط به سردشت می باشند (مشکلات ۱) کمبود فضا (۲) نبود دستگاه GEG و الکتروشوک (۳) تعمیر دیر به دیر دستگاه و عملاً خارج شدن یک دستگاه در هر ماه (۴) کمبود تشک فشرده (۵) شهرستان نیز بازدید شدند که در مورد بیماران دیالیزی می توان گفت:

- ۱- شهرستان پیرانشهر ۱۰ بیمار دارد که هر ۱۰ نفر به نقده مراجعه می کنند.
- ۲- شهرستان سردشت ۸ بیمار دارد که ۲ نفر به نقده، ۴ نفر به مهاباد و ۲ نفر به بانه مراجعه می کنند.
- ۳- تکاب ۷-۶ بیمار دارد که ۱ نفر به

بیجار، ۱ نفر به بوکان، ۱ نفر به میاندوآب، ۱ نفر به زنجان، ۱ نفر به تهران و ۱ نفر به قزوین می رود.

۴- چالدران نیز ۱ بیمار دارد که به ماکو می رود.

۵- و نهایتاً آشنویه ۴ بیمار دارد که به نقده می روند بیمارستان شهرستان سردشت بخش جدیدی آماده راه اندازی دارد که دو دستگاه دیالیز و RO تحویل نشده و هنوز نصب نشده است و از لحاظ فضا مشکل ندارد ولی از لحاظ تجهیزات احتیاج به مساعدت بنیاد و سایر نهادها دارند. در آخرین روز نیز از مراکز بیماری های خاص شهرستان ارومیه به همراه سرکار خانم هاشمی ریاست بنیاد و سایر همراهان بازدید به عمل آمد. شهرستان ارومیه ۲ بیمارستان اصلی برای انجام امور مربوط به بیماران خاص دایر است. اولین بیمارستان بازدید شده امام خمینی و اولین بخش ، بخش خون و سرطان اطفال بود که آقای دکتر حجازی انکولوژیست اطفال فرمودند: روزانه به طور متوسط ۱۵-۱۰

شیمی درمانی انجام می شود و جمعاً ۵۷ بیمار تالاسمی مراجعه می کنند (که از شهرستانهای غیر از ارومیه نیز هستند) و به طور کلی تمام بیماران خونی زیر ۱۶ سال استان به نوعی تحت نظر آقای دکتر در بخش تخصصی خون و سرطان اطفال می باشند. بخش بعدی بخش نفرولوژی بود که خانم دکتر مخدومی فوق تخصص نفرولوژی مسئول بخش هستند. و به گفته ایشان ۱۸/۵٪ رشد بیمار دیالیزی در سال گذشته داشته اند که بیشتر به علت بیماری یابی و جذب نفرولوژیست دیگر (جمعاً در کل استان سه نفر نفرولوژیست هستند) می باشند.

۱۸-۱۹ بیمار دیالیز صفاقی نیز دارند که سال ۷۸، CAPD راه اندازی شده است و این تعداد بیمار نشان دهنده زحمات زیاد خانم دکتر مخدومی در جهت یافتن مورد مناسب برای دیالیز صفاقی است که به گفته آقای دکتر شفیعی، دانشگاه علوم پزشکی در صورت افزایش تعداد بیماران آمادگی همکاری از لحاظ وسایل را دارد. از مشکلات مطرح شده



توسط خانم دکتر مخدومی یکی فرانشیز دارویی بالایی داروی (cellcept) بود که حدود ماهی ۲۵-۳۰ هزار تومان می شود و احتمالاً تأمین اجتماعی از چند ماه دیگر این را خواهد پرداخت. بخش بعدی بخش پیوند بود که بطور خلاصه ۲ مورد به عنوان مساله عنوان شد. ۱- هزینه بستری نوبت دوم ۲- هزینه بالای AIG و ATG، بیمارستان امام خمینی ۱ دستگاه دیالیز برای بیماران خود بیمارستان (از بخش ها) و موارد اورژانسی دارد که در حال حاضر ۲۱ بیمار نیز به صورت ثابت استفاده می کنند. بیمارستان طالقانی پس از بیمارستان امام مورد بازدید قرار گرفت و بخش اصلی دیالیز ارومیه در این بیمارستان قرار دارد. ۲۹ دستگاه دارد و درمانگاه هموفیلی و تالاسمی و با ۳ پزشک متخصص داخلی بیماران را ویزیت می کنند که خود شهرستان ارومیه ۳۰ نفر بیمار هموفیلی و ۱۶ بیمار تالاسمی دارد. ولی بطور متوسط از حدود ۸۰ هموفیلی در کل شهرستان ۳۰ نفر به بخش اطفال بیمارستان امام و بقیه به دکتر هجری در بیمارستان طالقانی مراجعه می کنند (مآزاد نفرات از شهرستان های دیگر هستند) محل ارائه خدمات به بیماران تالاسمی و هموفیلی بدون تهویه مناسب و در محلی قرار داشت که از لحاظ فضای فیزیکی بسیار محدود بود که با صحبت های خانم هاشمی با مسئولین قرار شد ساختمان نوسازی جهت این امر اختصاص داده شود پس از بازدید از این دو بیمارستان، درمانگاه خیریه امید دیده شد. نخستین بخش، واحد رادیوتراپی بود که با یک دستگاه کبالت مشغول به کار است. در سال ۷۹، ۹۱۵ مورد مراجعه جدید داشتند و در سال ۸۰ نیز تا هنگام بازدید ۶۴ مورد وجود داشت. اتاق

شیمی درمانی دارای ۵ تخت زنان و ۶ تخت مردان بود و در اتاق استراحت نیز ۴ تخت موجود بود. این مرکز به صورت خود گردان اداره می شود و از بیماران بی بضاعت تقریباً پولی گرفته نمی شود و در سال گذشته ۱۵ میلیون تومان از کمک های مردمی جمع آوری و جهت بیماران بی بضاعت هزینه شده است و در جلسه ای که در اتاق ریاست درمانگاه برگزار شده سرکار خانم هاشمی قول ۵ میلیون تومان کمک به کودکان سرطانی و ۵ میلیون تومان دیگر نیز جهت حمایت از خانواده ها و بیماران را دادند. جلسه کمیته استانی بیماران خاص استان آذربایجان غربی با حضور سرکار خانم هاشمی، معاون امنیتی سیاسی استان و سایر حضار در استانداری تشکیل شد. معاون امنیتی سیاسی در سخنان کوتاهی به ۳ مطلب اشاره کردند:

- ۱- هماهنگی بین کمیته های استانی از وظایف بنیاد است.
 - ۲- کمیته استانی آذربایجان غربی از کمیته های فعال است.
 - ۳- صدا و سیما و مطبوعات نقش مهمی داشته اند.
- سپس آقای حاضر وظیفه مدیر کل امور اجتماعی به این نکات اشاره کردند:
- ۱- در ارومیه مرکز دیالیز تنها در بیمارستان طالقانی وجود دارد. ۲- ۹ مرکز دیالیزی در سطح استان داریم و بزودی ۲ مرکز دیگر افتتاح می شود.
 - ۳- توسط خانم هاشمی قرار بر کمک ۱۰ میلیون تومانی به درمانگاه امید شد.
 - ۴- آقای اشتری (رئیس انجمن حمایت از بیماران کلیوی) زمین تهیه کرده اند تا با مساعدت بنیاد خوابگاه ایجاد شود (برای

بیماران شهرستانی).

آقای اشتری آماری از کمک هابه بیماران در سال گذشته را ارائه کردند) سپس دکتر بیلان رئیس دانشگاه علوم پزشکی ارومیه پیشنهادهای را مطرح کردند:

- ۱- بنیاد اولویت های تحقیقاتی را بر مبنای بیمار یابی با علائم غیر آزمایشگاهی بگذارد و در واقع ترکیب بین دانشگاه و بنیاد در تعیین تست های اسکرینینگ بوجود آید.
- ۲- در بررسی نیازها، اقلیم، شرایط فرهنگی، پذیرش مردم و فاصله ملموس و زمانی و سهولت دستیابی به مناطق مدنظر قرار گیرد. سپس دکتر احمدی معاونت درمان دانشگاه در گزارشی این مطلب را ارائه نمودند:
- ۱- درمانگاه دیابت، تالاسمی و هموفیلی در بیمارستان طالقانی و برای بیماران تالاسمی در بیمارستان امام خمینی قرار دارد. ضمن اینکه بخش نفرولوژی و CAPD (که از سال ۱۳۷۸ تأسیس شده) نیز در بیمارستان امام خمینی قرار دارد.
- ۲- از ابتدا تا کنون ۸۵۸ مورد پیوند کلیه در استان انجام شده است.
- ۳- تجهیز و راه اندازی بخش رادیو تراپی امید انجام شده است.
- ۴- ۳۳۶ نفر دیالیزی بصورت ثابت وجود دارد و مرگ و میر کاهش یافته است.
- ۵- ۲۴ دستگاه دیالیز به هزینه ۶۶ میلیون تومان از محل درآمدهای بیمارستان در سال گذشته خریداری شده است.
- ۶- دومین همایش دیالیز صفاقی برای پرستاران در بیمارستان امام خمینی
- ۷- فاکتور ۸، ۱۷۰۰ و فاکتور ۹، ۳۲۰ واحد توزیع و مصرف شده و جهت

پروفیلاکسی کمبود وجود دارد. کشور به عنوان پایگاه اولیه برای غربالگری
 ۸- با ارائه آموزش ها و ...، سطح علمی انتخاب شده اند.
 پرسنل ارتقاء یافته است. درانتها خانم ۴- دارو و درمان و هزینه های آن بر
 هاشمی به ایراد سخن پرداختند و به این عهده ما نیست و شاید بتوان تنها برای تجهیز
 نکات اشاره داشتند. و درمان کمک کرد.
 ۱- بنیاد یک سازمان غیر دولتی است و ۵- اصول و سیاست ما ایجاد ارتباط با
 با کمک های مردمی اداره می شود و بودجه دانشگاه ها است و در واقع ایجاد کمیته هابه
 مشخص و محدود دارد. این علت است و بنیاد از پیشنهاد ارتباط بیشتر
 ۲- در مورد مشکلات ازدواج فامیلی و با دانشگاه استقبال می کند و این کار از طرف
 کنترل جمعیت از سال ۷۶ آزمایش تالاسمی حوزه پژوهشی و آموزشی بنیاد انجام می
 برای ازدواج اجباری شده است و اجازه سقط شود.
 چنین زیر ۳ ماه در موارد تالاسمی مازور از ۶- ایران در زمینه کنترل رشد جمعیت
 مقام رهبری گرفته شده است در چند سال گذشته جزو کشورهای موفق
 ۳- ۵ استان برای تالاسمی در سطح بوده است.

۷- از صدا و سیما درخواست می شود که در زمینه آموزش و پیشگیری، بیشتر فعالیت کند.
 ۸- مراکز استان آذربایجان غربی مراکز خوبی است و باید گسترش یابد و بنیاد آماده همکاری در زمینه تجهیز برای تغییر مکان درمانگاه تالاسمی و هموفیلی در بیمارستان طالقانی است که در حال حاضر شرایط خوبی از لحاظ مکان فیزیکی ندارد.
 ۹- برای بحث اشتغال باید به مسائل فرهنگی - اقتصادی در همان محیط مشکل را حل کنیم: بعد از سخنان خانم هاشمی این سفر به پایان رسید و خوشبختانه دستاوردهای بسیار خوبی به همراه داشت.

بیماران خاص در استان آذربایجان غربی

نوع بیماری	دیالیز صفاقی	همودیالیز	پیوندی	نارسائی	دیالیزی	تالاسمی	هموفیلی	سرطانی
تعداد	۱۴ نفر	۳۳۴ نفر	۸ نفر	۱۰۹ نفر	۱۰۹ نفر	۱۰۷ نفر	۱۲۵ نفر	رادپوتراپی ۵۷ نفر ماکوگرافی ۱۰۴ نفر
تعداد مراکز		۸ مرکز		یک مرکز	یک مرکز	یک مرکز	یک مرکز	
	مرکز درمانی	مرکز درمانی و مراکز درمانی ارومیه، خوی، نقده، مهاباد،		مرکز درمانی طالقانی ارومیه	مرکز درمانی طالقانی ارومیه	مرکز درمانی	مرکز درمانی	آمار مربوط به بیمارانی هستند که به مراکز درمانی علوم پزشکی انسان و مرکز

۶۷

- تعداد کل دفترچه های صادره به بیماران خاص ۶۵۷ فقره.

- جمع بیماران پیوندی استان از بدو تاسیس ۳۱۰ نفر.

- جمع بیماران پیوندی در استان از بدو تاسیس ۸۵۹ نفر.

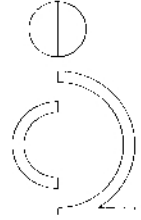
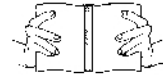
- جمع اهداء کنندگان کلیه در سطح استان ۸۵۰ نفر.

- تعداد پزشکان در سطح استان ۱۷ نفر.

- تعداد دستگاه های همودیالیزی ۴۵ دستگاه.

- تعداد بیماران پیوندی از اول سال ۷۹ تا آخر فروردین ماه سال جاری ۷۶ نفر.

افتخاری دیگر برای تیم ورزشی پیوند اعضا و بیماران خاص ایران



قورباغه به دو مدال نقره دست یافت. در مسابقات تنیس روی میز که فقط در قسمت انفرادی برگزار شد دو ورزشکار از کشورمان بنامهای آقایان نادر محمودزاده و علی حسین رجیبی شرکت داشتند که این عزیزان هم با توجه به تلاشهایی که در اردوی آمادگی داشتند، حضوری موفقیت آمیز در این رشته داشتند و توانستند نتایج جالب توجهی بدست آورند. نادر محمودزاده به مقام نخست و مدال طلا دست یافت و چهارمین مدال طلا را به اردوی تیم ایران آورد. علی حسین رجیبی هم در قسمت انفرادی تنیس روی میز توانست به مقام سوم و مدال برنز دست یابد. در مسابقات دوومیدانی نیز ورزشکاران کشورمان حضور قابل تحسین داشتند بهرام فرزانه دوندۀ پرتوان و تیزتک کشورمان توانست در رشته های ۱۰۰ متر، ۲۰۰ متر، ۴۰۰ متر ۳ مدال با ارزش طلا کسب کند و در رشته ۳ کیلومتر نیز به مدال برنز دست یابد، داود علیزاده دیگر ورزشکار کشورمان نیز توانست در قسمت پرتاب وزنه به مقام نخست برسد و مدال طلا را از آن خود کند. البته در رشته دو ۱۰۰ متر منوچهر نریمانی از کشورمان نیز مقام پنجمین را کسب نمود. در مسابقات بولینگ هم تیم

تیم ورزشی پیوند اعضا و بیماران خاص جمهوری اسلامی ایران قهرمان اولین دوره بازیهای پیوند خاورمیانه ۲۰۰۱ کویت با همکاری بنیاد امور بیماری های خاص - فدراسیون ورزش های همگانی و انجمن ورزشهای بیماران خاص - معاونت فنی سازمان تربیت بدنی و همچنین کمیته ملی المپیک جمهوری اسلامی ایران، متشکل از ۷ ورزشکار و یک سرپرست و همراه در اولین دوره بازی های پیوند خاورمیانه که در رشته های دوومیدانی- شنا، تنیس روی میز و بولینگ در روزهای ۲۳ لغایت ۲۶ بهمن ماه ۷۹ در کویت برگزار گردید شرکت نمود. در این مسابقات باشکرت ۹ کشور از کشورهای خاورمیانه (کویت، عربستان، سودان، ترکیه، پاکستان، قطر، عمان، بحرین و جمهوری اسلامی ایران) برگزار شد در قسمت شنا دو شرکت کننده از کشورمان آقایان سپهرسیاسی و محسن محمد خانی در رشته های ۵۰ متر قورباغه - ۵۰ متر کراول سینه و ۱۰۰ متر آزاد شرکت نمودند که در نتیجه سپهر سیاسی با اقتدار صاحب ۳ عنوان اول شد و سه مدال طلا برای خود و تیم ایران کسب نمود و محسن محمدخانی نیز در رشته های ۱۰۰ متر آزاد و ۵۰ متر

تهیه و تنظیم:

دکتر آرمند

بنیاد امور بیماری های خاص

حوزه تربیت بدنی

کشورمان دو شرکت کننده به نام های داوود علیزاده و منوچهر نریمانی داشت که در پایان مسابقات این رشته آقای علیزاده توانست مقام سوم را به خود اختصاص دهد و به مدال برنز دست یابد. ۸ مدال طلا، ۲ مدال نقره، ۳ مدال برنز ره آورد ورزشکاران کشورمان از اولین دوره بازیهای پیوند خاورمیانه بود در خاتمه اولین دوره بازی های پیوند خاورمیانه مدال ها و جوایز قهرمانان به آنها اهدا گردید و تیم جمهوری اسلامی ایران در بین ۹ کشور شرکت کننده به مقام اول دست یافت و تیم های کویت پاکستان و ترکیه به ترتیب دوم تا چهارم شدند.

آقای جنتی سفیر جمهوری اسلامی ایران در کویت از قهرمانان اعضای تیم با اهداء

هدایایی تقدیر نمودند، که جادارد از زحمات و محبت های ایشان تشکر و تقدیر شود.

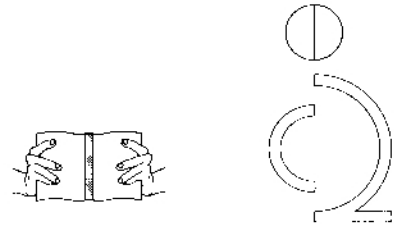
مراسم استقبال از بازگشت پیروزمندانه کاروان ورزشی پیوند اعضاء کشورمان از کویت عصر روز شنبه ۷۹/۱۱/۲۹ انجام شد. این تیم در فرودگاه تهران مورد استقبال گرم و صمیمانه خانم فاطمه هاشمی ریاست بنیاد امور بیماری های خاص، آقای علیپور رئیس فدراسیون ورزشهای همگانی آقای جهانگیری دبیر فدراسیون و تنی چند از دیگر مسئولین فدراسیون و انجمن ورزش های بیماران خاص و خانواده ها و علاقمندان قرار گرفت.

اعضای این تیم و مسئولین فدراسیون ورزش های همگانی در محل بنیاد امور بیماری های خاص به حضور خانم فاطمه

هاشمی رسیدند. خانم هاشمی در این دیدار ضمن تقدیر و تشکر از همکاریهای صمیمانه فدراسیون ورزشهای همگانی و کمیته ملی المپیک و سازمان تربیت بدنی از زحمات اعضای تیم اعزامی تشکر نمودند و با اهداء هدایایی از این عزیزان قدردانی نمودند.

همچنین در ملاقاتی که سرکار خانم هاشمی با آقای دکتر سید مصطفی الموسوی نایب رئیس انجمن پیوند کویت داشتند، موضوع میزبانی دومین دوره بازیهای مطرح و خانم هاشمی تلویحاً موافقت خود را با میزبانی برگزاری این بازی ها اعلام داشتند و مقرر شد نظر قطعی پس از هماهنگی و تبادل نظر با فدراسیون ورزش های همگانی و کمیته ملی المپیک به کویت اعلام گردد.





نگاهی به قرن بیستم از دیدگاه پزشکی

پژوهشگر برای اولین بار دوره زندگی انگل مالاریا را در یک آزمایشگاه کوچک در شهر اسکندراباد هندوستان کشف کرد و به این ترتیب تحقیقات پزشکی بر روی این بیماری مهلک، آغاز شد.

- سال ۱۹۰۳ اولین دستگاه ثبت نوار قلب توسط فیزیولوژیست هلندی، ویلم آیتنهوون (Willem Einthoven) اختراع شد. در همان سال که برادران راییت Wright برای نخستین بار قادر به پرواز با هواپیما شدند.

- سال ۱۹۰۵ پزشک روسی به نام نیکلای کوروتکوف (Nicolais Korothoff) روش صحیح اندازه گیری فشار خون را کشف کرد.

- سال ۱۹۰۶ سرفردریک هاپکینز (Sir Fredrich G. Hopkins) تجارت پزشکی را بر روی ویتامین ها شروع کرد.

- سال ۱۹۰۸ اولین ماده سولفامیدی (ضد میکروب) در آزمایشگاه ساخته شد.

- سال ۱۹۱۰ اولین داروی ضد سفلیس به نام سالوارسان توسط دانشمند آلمانی به نام پاول ارایش (Paul Eherlich) ساخته شد.

- سال ۱۹۱۱ اولین دستگاه لوله گذاری به معده اختراع شد.

- سال ۱۹۱۲ ویلیام کوشینگ (William H. Cushing) کتاب معروف غده هیپوفیز و بیماریهای آن را تالیف و منتشر کرد.

در اولین سال قرن بیست و یکم به جاست که نگاهی از نظر پزشکی به گذشته بیاندازیم و چند سطری درباه کشفیات و اختراع دستگاه های گوناگون پزشکی بنگاریم و از برخی دانشمندان و پزشکانی که نقش مهمی در پیشرفت این علم داشته اند یاد می بکنیم.

اینک به ترتیب سال های این قرن، شرح این اکتشافات ذکر می شود:

- سال ۱۹۰۰ آسیب شناس آمریکایی اطربش الاصل به نام کارل لاندشتاینر (Karl Landsteiner) گروههای خونی را کشف کرد و زمینه را برای تزریق و انتقال خون آماده ساخت.

در همین سال روانکاو معروف اطربشی زیگموند فروید (Sigmund Freud) کتاب تعبیر خاب را منتشر و علم روانکاوی (پسیکالیز) را پایه گذاری کرد.

- سال ۱۹۰۱ اولین جایزه نوبل در کشور سوئد (در سال فوت ملکه ویکتوریا) به دانشمند آلمانی به نام فون بهرینگ امیل آدولف (Emil Adolph Von Behring) اهدا شد که برای درمان بیماری دیفتتری (خناق) از سرم استفاده کرده بود.

- سال ۱۹۰۲ جایزه نوبل به پزشک و انگل شناس انگلیسی به نام سر رونالد راس (sir Ronald Ross) اهدا شد. این

همان سالی که کشتی معروف تایتانیک غرق شد.

- سال ۱۹۱۳ جان ایبل (John Abel) اولین دستگاه کلیه مصنوعی را اختراع کرد.

- سال ۱۹۱۴ آغاز جنگ جهانی اول و افتتاح کانال پاناما، جراح آمریکایی فرانسوی الاصل به نام الکسیس کارل (Alexis Carrel) اولین عمل جراحی قلب را روی سگ انجام داد.

- سال ۱۹۱۷ روانشناس معروف سوئیسی به نام کارل یونگ (Carl G. Jung) کتاب معروف روانشناسی ضمیر ناخودآگاه را منتشر کرد.

- سال ۱۹۱۸ پایان جنگ جهانی اول و شروع بیماری آنفلوآنزا و همه گیری جهانی آن با مرگ و میر بسیار زیاد آغاز شد.

- سال ۱۹۲۰ اولین تست حاملگی توسط برنهارت زوندک (Bernhardt Zondek) انجام و با علامت test.Z.A مشخص شد.

- سال ۱۹۲۲ اتحاد جماهیر شوروی تشکیل و سال بعد امپراطوری عظیم عثمانی، منقرض شد. در این سال برای اولین بار واکسن ب.ث.ژ (B,C,G) برای جلوگیری از بیماری سل توسط «کالمیه» و «گوثرین» Calmette و Guerin در فرانسه ساخته شد.

- سال ۱۹۲۸ دانشمند معروف انگلیسی به نام آلکساندر فلمینگ (Sir Alexander Fleming) به طور تصادفی پنی سیلین، این آنتی بیوتیک معروف را کشف کرد.

شرح چگونگی این کشف به این قرار است: یک روز هنگامی که این دانشمند بر روی میکروب های گوناگون مشغول به تحقیق بود مشاهده کرد که در محیط کشف میکروب ها، مقداری قارچ نیز نمو کرده است. در ضمن

متوجه شد که اطراف این قارچ ها هیچ نوع میکروب دیگری دیده نمی شود. وی حدس زد از این قارچ که به نام پنی سیلیوم معروف است ماده ای ترشح می شود که از رشد میکروب ها جلوگیری می کند. او این ماده را پنی سیلین نامید. ۱۲ سال طول کشید که دو دانشمند دیگر انگلیسی به نام های سرهاوارد فلورمی (Ernest Sir Howard W. Florey) با ادامه این پژوهش بتوانند پنی سیلین را در آزمایشگاه بسازند. این دو پژوهشگر در آغاز جنگ جهانی دوم به ایالات متحده آمریکا رفتند و با کمک دولت آمریکا و شرکت های خصوصی، پس از دو سال توانستند با روش مخصوصی، مقدار زیادی پنی سیلین را برای استفاده عموم آماده کنند. در سال ۱۹۴۸ این سه محقق برجسته موفق به دریافت جایزه نوبل شدند و از این تاریخ به بعد نبرد وسیع بشر با میکروب های مودی آغاز شد و تاکنون نیز ادامه دارد.

همین سال برای اولین بار ویتامین C و نقش آن در سلامت بدن شناخته شد.

- سال ۱۹۲۹ (سال بحران اقتصادی ایالات متحده آمریکا) پزشک آلمانی به نام ورنر فورسمان (Werner T.D. Forssmann) لوله مخصوص تست های درون قلب را اختراع کرد.

- سال ۱۹۳۰ میکروسکوپ الکترونی اختراع و توسط آن مشاهده جزئیات ساختمانی سلول های بدن امکان پذیر شد.

- سال ۱۹۳۲ خون شناس معروف آمریکایی به نام آرماند کوئیک (Armand J. Quick) تست معروف انعقاد خون را که هنوز به نام وی شهرت دارد ابداع کرد. در همین سال میکروب شناس آلمانی گرهارت دوماک

(Gerhard Domagk) اولین داروی ضد میکروب سولفامیدی را که پرونتوزیل (Pronotosil) نامیده می شد در آزمایشگاه ساخت و به این ترتیب علم شیمی درمانی نوین، آغاز شد.

- سال ۱۹۳۵ اولین بانک خون در مایوکلینیک در ایالت مینه سوتا در ایالات متحده آمریکا تاسیس شد.

- سال ۱۹۳۶ روانشناس ایتالیایی به نام اوگوچری لتی (Ugo Ceril eti) برای اولین بار به منظور درمان بیماران روانی از شوک الکتریکی مغز استفاده کرد.

- سال ۱۹۳۷ واکسن تب زرد (بیماری شایع در آمریکای جنوبی و آفریقا) ساخته شد. در همین سال اولین داروهای ضد هیستامینی برای درمان آلرژی، وارد بازار شد.

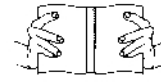
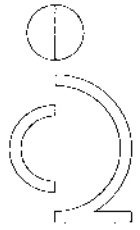
- سال ۱۹۳۸ آغاز جنگ جهانی دوم

۷۱ - سال ۱۹۴۰ کارل لاند شتاینر (Karl Landsteiner) فاکتور رزوس (Rhesus Ω RH Factor) را در گلبولهای قرمز کشف کرد. شناسایی این فاکتور نقش زیادی در کاهش واکنش های نامطلوب پس از تزریق خون ایفا می کند.

- سال ۱۹۴۱ چشم پزشک استرالیایی به نام نورمن کرگ (Norman Cergg) به این پدیده پی برد که اگر مادری در دوران حاملگی مبتلا به سرخچه شد، نوزاد او مبتلا به نابینایی و اختلالات شنوایی خواهد شد.

- سال ۱۹۴۳ اولین دستگاه دیالیز برای درمان بیماری های کلیوی ساخته شد. در همین سال بیوشیمیست آمریکایی اوکرانی تبار به نام سلیمان واکسمن (Selman Waksman) آنتی بیوتیک استرپتومایسین را ساخت. این آنتی بیوتیک در درمان سل ریوی

- به کار گرفته شد.
- سال ۱۹۴۴ جراح قلب آمریکایی به نام آلفرد بلالوک (Alfred Blalock) روش جراحی قلب را بر روی کودکانی که از بیماری های مادرزادی رنج می برند، انجام داد.
- سال ۱۹۴۵ پایان جنگ جنگ جهانی دوم. در این سال برای اولین بار فلور به آب آشامیدنی اضافه شد که نقش بسیار مهمی در پیشگیری از پوسیدگی دندانها دارد.
- سال ۱۹۴۶ اولین نشست عمومی سازمان ملل متحد در نیویورک تحقیقات بالینی درمان سل با استرپتومایسین را توصیه کرد.
- سال ۱۹۴۸ سازمان بهداشت جهانی تأسیس شد. در این سال فیلیپ هنچ (Philip S. Hench) پزشک مایوکلینیک داروی کورتیزون را برای درمان بیماری آرتریت روماتوئید به کار برد و تحولی عظیم در درمان بیماری های التهابی بوجود آورد.
- سال ۱۹۵۰ برای اولین بار داروی تورازین (thorazine) برای بیماری های روحی و روانی و هیجاننا شدید و حالت های شیدایی بکار برده شد. در این رهگذر تعداد زیادی از بیماران این بیمارستان مرخص و روانه منزل شدند.
- سال ۱۹۵۱ دستگاه قلب و ریه برای اعمال جراحی قلب باز بکار گرفته شد.
- سال ۱۹۵۲ نصب درپچه های مصنوعی در قلب توسط دکتر هافینگل (Hufnagel) آغاز شد.
- سال ۱۹۵۳ دانشمند آمریکایی به نام جیمز واتسن (James D. Watson) و بیوشیمیست انگلیسی به نام فرانسیس کریک (Francis HC Crick) فرمول و ساختمان DNA را کشف کردند.
- سال ۱۹۵۴ اولین پیوند کلیه انجام گرفت و لنزهای مصنوعی چشم تهیه شد. در همین سال واکسن تزریقی بیماری فلج اطفال (توسط ویروس شناس آمریکایی به نام جوناس سالک (Jonas E. Salk) ساخته شد. در آن زمان ۵۵ میلیون نفر آمریکایی مبتلا به فلج اطفال بودند که پس از واکسیناسیون عمومی با واکسن سالک در عرض سه سال تعداد تازه مبتلایان به ۳۰۰ نفر کاهش یافت.
- سال ۱۹۷۵ واکسن خوراکی فلج اطفال توسط پزشک آمریکایی لهستانی تبار به نام آلبرت سابین (Albert B. Sabin) تهیه شد و مورد استفاده عمومی قرار گرفت.
- در همین سال لیلی های (Lilehei) اولین دستگاه ضربان ساز (Pacemaker) قلب را اختراع کرد.
- سال ۱۹۸۵ از امواج صوت برای تشخیص بیماری های جنین استفاده شد.
- سال ۱۹۶۱ هفتمین همه گیری جهانی وبا شروع شد.
- سال ۱۹۶۳ واکسن سرخک در ایالات متحده آمریکا بکار برده شد. داروی آرام بخش والیوم وارد بازار شد. اولین پیوند کبد توسط جراح آمریکایی به نام توماس استارزل (Thomas Starsyl) انجام گرفت.
- سال ۱۹۶۷ دستگاه پرتونگاری از پستان (Mamography) اختراع شد. در این سال دکتر کریستین بارنارد پیوند قلب را در شهر کیپ تاون آفریقای جنوبی انجام داد.
- در همین سال دکتر زنه فاوالیرو (Rene Favaliro) اولین عمل بای پاس را روی شریان های کرونر انجام داد.
- سال ۱۹۷۲ روش پرتونگاری مقطعی با کمک کامپیوتر (Scan.T.C) وارد بازار شد و
- تحولی بس عظیم و شگفت انگیز را در پرتونگاری بوجود آورد.
- سال ۱۹۷۶ شیوع بیماری ابولا (Ebola) در کشورهای سودان و کنگو ظاهر شد.
- سال ۱۹۷۸ اولین نوزاد که در ابتدا در لوله آزمایش پرورش یافته بود در انگلستان به دنیا آمد.
- سال ۱۹۷۹ بیماری آبله به دلیل مساعی سازمان بهداشت جهانی و واکسیناسیون، ریشه کن شد و فقط ویروس آن در چند آزمایشگاه نگهداری می شود که در صورت بروز مجدد برای ساختن واکسن استفاده شود.
- سال ۱۹۸۰ اولین واکسن هیپاتیت B ساخته شد.
- سال ۱۹۸۱ بیماری ایدز (AIDS) برای اولین بار تشخیص داده شد.
- سال ۱۹۸۶ پروژه ژنوم (Gemum) برای تحقیقات بر روی ژن های انسان در ایالات متحده آمریکا آغاز شد. در این سال برای اولین بار یک بیماری ارثی ماهیچه ای به نام دوشن (Duchene) کشف شد.
- سال ۱۹۹۴ اعلام شد که بیماری فلج اطفال در آمریکای شمالی و جنوبی ریشه کن شده است.
- سال ۱۹۹۸ جایزه نوبل به سه نفر محقق به نام های Murad و Furchgou و Farid Ignarru اهدا شد. این پژوهشگران موفق شدند اثر اکسیدازت و آنزیمی به نام فسفودی استراز (E.D.P) را بر روی قلب و شریانهای کشف کنند. به دنبال این تحقیقات اساسی، شرکت دارویی فایزر توانست داروی معروف وایگرا (Viagra) را که برای درمان ناتوانی های جنسی بکار می رود به بازار عرضه کند.



انجمن های خیریه

امید به تداوم و گسترش نیکوکاری

انجمن خیریه امام علی واقع در شهر قدس

مراحل ثبت و روند اداری انجام شود و با تهیه فرمهای لازم، تبلیغات و اطلاع رسانی مطلوب و شایسته جهت حمایت از بیماران از یک سو و از سوی دیگر هماهنگی با اعضا هیئت امنای نیکوکاران، مسئولین شهر و بالاخص مسئولین بنیاد بیماران خاص کشور و تشکیل جلسه ای با حضور سرکارخانم فاطمه هاشمی رفسنجانی و جناب دکتر تهرانی دبیرکل بنیاد و استفاده از رهنمودها و ارائه طریق این عزیزان انجمن فعالیتهای خدماتی و درمانی را در اجرای اساسنامه شروع نمود و با عنایت خاص حضرت امام علی (ع) فعالیت های ذیل انجام پذیرفته است.

بخش شهر قدس واقع در غرب استان تهران با بیش از سیصد هزار نفر جمعیت حدفاصل بین شهرهای تهران، کرج، شهریار واقع می باشد. فعالیتهای این انجمن از فروردین سال ۷۹ بنا بر نیازهای بخش قدس و برنامه های ارسالی مدیرکل امور اجتماعی و دبیرکمیته امور بیماریهای خاص استانداری تهران در خصوص حمایت از بیماران تشکیل گردیده است. بنا بر هدف های پیش بینی شده جمعی از افراد نیکوکار و متعهد و مسئولین شهر و شهرستان دعوت بعمل آمده و هیئت مؤسس تشکیل و سپس بعد از پیگیریهای لازم هیئت امنا انجمن انتخاب و توسط هیئت امنا ۵ نفر بعنوان هیئت مدیره و ۲ نفر به عنوان بازرس برگزیده گردیدند سپس بعد از بررسی های لازم برادر پیشکاری از افراد پرتلاش و توانا بعنوان مدیرعامل منصوب گردیدند. با فعالیت های هیئت مدیره و حمایت های مسئولین شهر و برنامه ریزی ها و پیگیری های همه جانبه مدیرعامل انجمن مقرر شد ساز و کار قانونمند نمودن مبتنی بر اساسنامه و آئین نامه های مربوطه آماده و

۷۳

- ۱- تدوین اساسنامه و آئین نامه انجمن
- ۲- پوشش و ارائه خدمات درمانی و حمایتی به ۱۶۱ نفر از بیماران خاص
- ۳- افتتاح حساب جاری ۲۰۰ بانک والفجر و ۱۰۰۵۰ صاحب الزمان (عج)
- ۴- برپائی همایش عید مبعث که با حضور جناب آقای دکتر تهرانی دبیرکل بنیاد، امام جمعه محترم - نماینده محترم مجلس جناب آقای دکتر کوزه گر، فرماندار گرامی، اعضای محترم شورای اسلامی شهر قدس، بخشدار، شهردار، کسبه، معتمدین، خانواده معظم شهدا و ایثارگران، روحانیت و مسئولین شهر و

تهیه و تنظیم:

بنیاد امور بیماری های خاص

حوزه معاونت اجرایی

شهرستان در سالن اجتماعات بخشداری برگزار گردید که در این جلسه جناب آقای دکتر تهرانی پیرامون اهمیت توجه به بیماران خاص در دیدگاه قرآن و اهل البیت (ع) و این امر الهی و روشهای خدمات رسانی بیاناتی به استحضار جمع رسانیده و از عملکرد و پیگیریها و خدمات ارائه شده به بیماران در شهر قدس بخصوص پیگیری مدیرعامل انجمن تقدیر و تشکر نموده اند. در این جلسه گزارش کارهای انجام گرفته توسط برادر پیشکاری اعلام و سپس امام جمعه محترم، بخشدار، فرماندار گرامی، جناب دکتر کوزه گر نماینده محترم مجلس و ریاست شورای اسلامی شهر قدس و ریاست انجمن ایراد سخنرانی نمودند.

۵- هدیه دو میلیون تومان توسط بنیاد امور بیماریهای خاص به انجمن

۶- هدیه یک میلیون تومان توسط شورای اسلامی و شهرداری قدس

۷- جذب هدایای نقدی به مبلغ یک میلیون و دویست هزار تومان از سوی افراد خیر و کسبه

۸- پیگیری امور درمانی شامل موارد بیمارستانی- کلینیکی- جراحی- آزمایشگاهی و دارویی

۹- جذب کمک های غیرنقدی شامل البسه و مواد غذایی (برنج- روغن- شکر و ...) و بن کفش و توزیع آن

۱۰- پیگیری جهت مکان مناسب انجمن و عنایت شورای اسلامی و شهرداری و بخشداری در این رابطه

۱۱- پیگیری تهیه زمین و بانیاں برای ساخت مرکز درمانی بیماران خاص و تجهیزات مربوطه

۱۲- تهیه بروشورهای آموزشی جهت

اطلاع از بیماران خاص و روشهای پیشگیری
۱۳- جذب هماهنگی و همکاری و

مشارکت اصناف محترم بخش قدس

۱۴- اعلام گزارش کارکرد توسط مدیرعامل انجمن به ادارات و نهادهای شهر و شهرستان

۱۵- جذب هدیه دو دستگاه دیالیز توسط بنای خیر.

انجمن خیریه بقیة الله واقع در شهریار

در تاریخ ۷۹/۴/۱۴ با دعوت فرمانداری شهرستان شهریار جلسه ای برای انتخاب

هیئت موسس و هیئت امناء انجمن خیریه بیماریهای خاص در محل فرمانداری شهریار

با حضور معاونت محترم فرمانداری آقای هاشمی و رئیس اداره اجتماعی آقای

فرنیاپور وعده ای از خیرین شهریار تشکیل گردد که در آن جلسه اعضاء هیئت مؤسس و هیئت امانا انتخاب شدند و سپس از بین

متخبین حاج محمد حسین درخشان به عنوان رئیس حاج علی شیرعلی بیگی نایب رئیس حاج کیومرث رهگذر و حاج حبیب الله

پیشوا، اکبر بهنود و حاج جعفر قره چای اعضاء محترم هیئت مدیره و آقای عبدالعلی سراقی و ارسال قره داغی بازرسین انجمن برگزیده شدند و آقای اکبر بهنود بعنوان مدیرعامل انجمن انتخاب شدند.

فعالیت های انجام شده انجمن در مدت حدود ۷ ماه:

۱- تعیین محل برای دفتر انجمن که توسط مدیرعامل واحد اداری در میدان حافظ

خیابان تعاون با موافقت اعضاء هیئت مدیره

انتخاب گردید.

۲- با معرفی فرمانداری شهریار و موافقت هیئت مدیره حسابی در بانک ملت شعبه مرکزی شهریار به شماره ۳۴۱۱/۱ افتتاح گردید.

۳- در تاریخ ۷۹/۶/۲۱ جلسه ای با حضور امام جمعه محترم شهریار آقای علائی رئیس آموزش و پرورش منطقه ۱ شهریار و آقای هژبری رئیس امور اصناف و ریاست

اوقاف آقای هژبری رئیس آموزش و پرورش منطقه ۲ شهریار و آقای دکتر نیکوئی رئیس شبکه بهداشت و درمان شهریار آقای دکتر احمدیه رئیس بهداشت شهریار آقای مهندس مولوی رئیس سازمان تعاونی روستائی شهریار

رئیس امور اصناف و ریاست اوقاف مدیرعامل هلال احمر شهرستان شهریار، آقای شاهمیری عضو محترم شورای شهر شهریار و نماینده حقوقی شورای شهر شهریار و اعضاء محترم شهرو بخش روستاهای شهریار وعده ای از خیرین و معتمدین و خانواده معظم شهدا در این جلسه حضور داشتند و مبالغی از طرف حاضرین به انجمن

اهداء شد که توسط آقای حاج علی شیر علی بیگی به حساب ۳۴۱۱/۱ بانک ملت واریز گردید.

۴- این انجمن بنام انجمن خیریه بیماریهای خاص شهرستان شهریار به ثبت رسید که در جلسه ای با حضور خانم هاشمی ریاست محترم بنیاد امور بیماریهای خاص در محل بیمارستان سجاد، ایشان اظهار داشتند که انجمن مانند سایر انجمنها بنام یکی از ائمه اطهار نامگذاری شود. که در جلسه بعدی

انجمن هیئت مدیره با نام بقیة الله موافقت نمودند که انجمن خیریه بقیة الله (بیماری های خاص) شهرستان شهریار نام گذاری شد که

انتخاب گردید.

۴- این انجمن بنام انجمن خیریه بیماریهای خاص شهرستان شهریار به ثبت رسید که در جلسه ای با حضور خانم هاشمی ریاست محترم بنیاد امور بیماریهای خاص در محل بیمارستان سجاد، ایشان اظهار داشتند که انجمن مانند سایر انجمنها بنام یکی از ائمه اطهار نامگذاری شود. که در جلسه بعدی

انجمن هیئت مدیره با نام بقیة الله موافقت نمودند که انجمن خیریه بقیة الله (بیماری های خاص) شهرستان شهریار نام گذاری شد که

انتخاب گردید.

مجدداً از دفتر ثبت شرکت‌های تهران استعلام و انجمن با شماره ۵۹ در اداره ثبت شهریار به ثبت رسید.

۵- جلسه‌ای با حضور هیئت مدیره و آقای فرماندار شهریار و آقای فرنی‌پور در محل دفتر فرماندار تشکیل گردید که آقای فرماندار اظهار داشتند که فرمانداری شهریار آمادگی هرگونه همکاری با انجمن را دارد که در این مورد راهنمایی‌های ارائه نمودند.

۶- جلسه‌ای با حضور اعضاء هیئت مدیره انجمن خیریه با اعضاء محترم شورای شهر شهریار در محل شهرداری شهریار تشکیل گردید که با استقبال خوب اعضاء شورای شهر مواجه گردیده و قول مساعد جهت همکاری انجمن را دادند.

۷- جلسه‌ای با حضور اعضاء انجمن با آقای مهندس صالحی رئیس شورای شهر جهت دریافت زمین پشت بیمارستان سجاد برای ساختمان بیماری‌های خاص و دیالیز داشتیم که آقای مهندس صالحی قول مساعد دادند. که مقدار ۲۰۰۰ متر زمین را در اختیار شبکه بهداشت و درمان قرار دهند که هرچه زودتر ساختمان دیالیز شروع شود تا با امید خدا بیماران این منطقه بتوانند در همین محل دیالیز شوند. (لازم به ذکر است که این زمین پشت بیمارستان سجاد می‌باشد.)

۸- با عده‌ای از بیماران شهریار که از وضع مالی و روحی خوبی برخوردار نبودند ملاقات حضوری داشته که مورد لطف و کمک اعضاء انجمن قرار گرفتند.

۹- با کمک رئیس امور اجتماعی فرمانداری شهریار آرم جالب و پرمحتوایی ساخته شده که اکنون مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۱۰- از طرف فرمانداری شهریار برنج و روغن در اختیار انجمن قرار گرفت که سهمیه شهر قدس به مدیرعامل انجمن خیریه امام علی (ع) قدس تحویل داده شد و به ۱۰۰ نفر از بیماران شهریار روغن و برنج توزیع گردید.

۱۱- مکاتبه با ریاست محترم آموزش و پرورش منطقه ۱ و ۲ شهریار جهت معرفی انجمن به دانش‌آموزان و معرفی دانش‌آموزان بیمار خاص به این انجمن.

۱۲- تهیه پوستر برای معرفی محل دفتر و شماره حساب بانک ملت شعبه مرکزی شهریار به شماره ۳۴۱۱/۱ و صندوق پستی شماره ۴۸۳ و تلفن برای آشنائی و امکان ارتباط مردم خیر منطقه با انجمن.

۱۳- راهنمایی بیمارانی که فاقد دفترچه بیمه هستند به بنیاد امور بیماری‌های خاص و جلسه‌ای که با آقای دکتر تهرانی قائم مقام بنیاد در این رابطه بود.

۱۴- دریافت ورقه تفاهم‌نامه از آقای دکتر تهرانی که به رویت اعضاء انجمن رسید که در آن قسمتی از هزینه بیماران توسط بنیاد پرداخت خواهد شد.

۱۵- معرفی ۴ نفر از همسران بیماران خاص به آموزش و پرورش منطقه ۲ جهت اشتغال

۱۶- معرفی ۵ نفر از بیماران خاص به مددکاری بیمارستان‌های قارابی- امام خمینی.

۱۷- معرفی سه مورد از بیمارانی که مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اند به هلال احمر شهریار و پرداخت قسمتی از هزینه جراحی توسط هلال احمر شهریار

۱۸- جلسه‌ای در دفتر کار سرکارخانم هاشمی رفسنجانی ریاست محترم بنیاد امور بیماری‌های خاص که اعضاء هیئت مدیره انجمن و آقای فرنی‌پور نماینده فرمانداری و

رئیس امور اجتماعی شهریار حضور داشتند پس از بیان مطالب و مشکلات منطقه خانم هاشمی دستور پرداخت مبلغ سه میلیون تومان وجه نقد و یک دستگاه کامپیوتر را صادر فرمودند.

۱۹- اعلام آمادگی دونفر از خیرین شهریار جهت خرید ۴ دستگاه دیالیز به شرط آنکه محل آماده استفاده باشد.

۲۰- در اختیار گذاشتن جزوات مختلف و دستورالعمل‌های بنیاد به بیماران و افراد عادی جهت پیشگیری و رعایت مسائلی که انجام آن جلوگیری از بروز بیماری خواهد کرد.

۲۱- جلسه‌ای با حضور آقای دکتر نیکوئی رئیس شبکه بهداشت شهریار جهت بررسی و کمک به بیماران و تعیین محل ساختمان بیماری‌های خاص

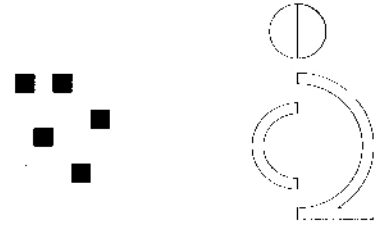
۲۲- تماس با اعضاء محترم شورای شهریار و گرفتن مجوز غرفه‌ای در محل پارک کودک شهریار واقع در خیابان ولی عصر برای ایجاد درآمد و معرفی انجمن و توزیع جزوات و بروشورهای بنیاد امور بیماری‌های خاص به مراجعه کنندگان به این غرفه که هم اکنون این غرفه برپا می‌شود و مراجعه کنندگان زیادی دارد.

۲۳- کمک‌های مالی به بیماران خاص منطقه جهت خرید دارو و وسایل مورد نیاز و ایاب و ذهاب هزینه بیمارستان با موافقت هیئت مدیره به مبلغ ۱۶/۴۰۰/۰۰۰ ریال.

۲۴- تعداد بیمارانی که تاکنون به فرمانداری و انجمن خیریه مراجعه نموده‌اند. سرطان ۳۴ نفر دیالیز ۳۰ نفر دیابت ۴۰ نفر تالاسمی ۸۴ نفر هموفیلی ۲۷ نفر امیدواریم که بتوانیم در آینده فعالیت‌های خود را گسترش دهیم.

جدول و سرگرمی

۱۷	۸	۱۷	۳	۱	۲	ف	۰	۳	۷	۱۱	۱۵	۹	۱۰	۹
۴	۳	۱۰	۱۴	۰	۳	۵	۴	پ	۱۲	۱۷	۵	۷	۰	۱۲
۰	۳	۳	۱۷	۱۷	۲	۴	۹	۸	۴	۲	۱۷	۳	۱۰	۷
۲	۱۷	۰	۷	۷	۷	۷	۹	۱۳	۷	۱۲	۷	۱۷	۷	۳
۷	۶	۲	۱۵	۳	۲	۱۶	۱۲	۱۱	۶	۱۷	۱۰	۹	۹	۱۰
۸	۲	۱	۱۴	۱۷	۱۳	۱۰	۱۳	۸	۷	۷	۱۰	۳	۱۵	۱۵
۱۴	۱۴	۲	۱	۸	۷	۳	۱۰	۷	۰	۱۴	۲	۴	۵	۵
۲	۱۰	۱۴	۱۰	۰	۱۲	۱۷	۷	۰	۱۳	۰	۷	۱۳	۴	۱۰
۷	۲	۱۰	۰	۳	۷	۵	۲	۱۵	۴	۱۰	۱۱	۱۳	۱۷	۱۳
۱۷	۰	۱۷	۳	۱۲	۱۳	۶	۵	۸	۰	۹	۱۷	۱۱	۰	۰
۱۵	۱	۷	۲	۷	۱۰	۲	۶	۲	۷	۶	۲	۷	۱۱	۳
۷	۳	۱۰	۱۰	۱۱	۷	۷	۱۱	۴	۱۵	۰	۱۴	۱۰	۴	۲
۰	۷	۱۳	۷	۱۰	۱۴	۱۴	۱۵	۷	۴	۷	۸	۶	۱۰	۷
۲	۱۳	۱۴	۱	۳	۰	۰	۱۰	۱۲	۰	۱۰	۰	۲	۳	۱۰
۶	۰	۱۲	۳	۱۱	۱	۱	۱۷	۳	۶	۱۵	۱۱	۳	۷	۱۷
۲	۳	۱	۷	۶	۷	۱۲	۱۱	۶	۱۰	۴	۷	۰	۰	۷
۱۰	۲	۰	۳	۷	۹	۱۵	۳	۷	۰	۲	۶	۱۴	۷	۱
۷	۱۱	۵	۱۳	۱۰	۷	۲	پ	۰	۱۴	۷	۱۶	۰	۷	۲
۱۵	۶	۱۴	۲	۱۷	۱	۷	۱۰	۵	۲	۰	۷	۱۷	۶	۱۳



یک حرف، یک عدد و «واژه یابی»
 توضیح
 که با کنار هم قرار دادن آنها از راست به چپ و از بالا به پایین نام یا عبارتی به دست می آید که رمز جدول است.
 رمز: ۷ حرفی و فیلمی است از «روبرتواشنایدر»
 محصول ۱۹۹۴ با بازی «دمیان آلکازار» و «خوزه کارلوس رویز»
 اراده و سرنوشت، اقبال، اقتدار، اگر ماه بالا بیاید، بیگانه ای در بهشت، دادگاهی در هگمتان، دلاویزتر از سبز، دلم بهانه می گیرد، ده سال در زندان، زندگی فرد است، سراسر مسیرها، سرزمین سایه ها، شب های پرماجرا، شنل پوش درمه، قاهره قزوین، قلاده، قلب هاش شکسته، قنذاق، قهرمان، کاربوراتور، کالسکه، کراهت، کرکوک، کسی در باد گریه می کند، کمین گاه شیران، گرمای کشنده، مردی که اسب بود، نوری از میان تاریکی ها.

به تعدادی حروف پارسی اعدادی را نسبت داده ایم و واژه هایی را با آنها ساخته ایم. این واژه ها را در زیر جدول می بینید و شکل «عددی شده» این کلمات را در جدول و در جهت های افق و عمودی و مورب، راست به چپ، بالا به پایین و برعکس، نوشته ایم. حالا شما باید تعیین کنید چه عددی را به چه حرفی نسبت داده ایم. آنچه می تواند به شما کمک کند، علاوه بر تک حرف های بدون شماره که در متن جدول قرار دارد، یک حرفی است که شماره اش را مشخص کرده ایم. البته توجه داشته باشید که پس از تعیین شماره های متناسب به هر حرف، نوبت به حل جدول واژه یابی می رسد که واژه هایش را در همین صفحه می بینید، در پایان تعدادی حرف خط نخورده باقی می ماند

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	گ	۰
۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	
						۱۷	۱۶	

سینما در دانشگاه

رئیس آموزش: هزاردستان
دانشجوی پزشکی: به خاطر یک مشت دلار
عمردانشجو: بربادرفته
برخورد مسئولان: کمیسر متهم می کند
استاد راهنما: گمشده
غذای سلف سرویس: شیخ کزدم
کمک هزینه: جهیزیه برای رباب
دانشجوی اخراجی: مردی که به زانو درآمد

به زور بخندیم

تحمل بارکش

مردی بزرگ بینی، زنی را خواستگاری می کرد و از تعریف خود می گفت: من مردیم بارکش و متحمل. زن گفت: راست می گویی، اگر متحمل و بارکش نبودی این بینی را چهل سال نمی کشیدی!

خبر سلامتی

شخصی به پدر خود که به سفر رفته بود نامه ای نوشت به این مضمون که: بحمدا... تعالی احوال ما به خیر و خوبی مقرون و بعد از محرومی از سعادت ملازمت شما هیچگونه مکروه روی نداده است، مگر آنکه دیواری از سمت قبله خانه بر سر مادر و خواهر و برادر و دو کنیزمان فرود آمده و همگی ایشان هلاک شدند و من و الاغ و گربه نجات یافتیم!

گوش مناسب

شخصی گوش های بزرگ و درازی داشت، یک نفر از روی استهزاء به او گفت: گوش های شما متناسب با بدن یک انسان نیست، آن شخص گفت: بله، درست است، اتفاقاً گوش های شما هم برای جنه یک الاغ بسیار کوچک است!

استکان بی سروته

دیوانه ای وارد قهوه خانه شد، دید استکانی را وارونه روی میز گذاشته اند. گفت: این چه جور استکانی است؟ اینکه سر ندارد! بعد با دستش آن را برداشت و برگردانید و گفت: اصلاً به درد نمی خورد چون ته هم ندارد!

همکاری

یکی از دیگری پرسید: اگر یک نفر زن در یک روز یک پیراهن بدوزد، دو زن در یک روز چند پیراهن خواهند دوخت؟ گفت: نصف پیراهن برسید: معلوم می شود از ریاضیات چیزی نمی دانی؟ گفت: ریاضی را خوب می دانم: ولی وقتی دو نفر زن با هم مشغول کار می شوند این قدر با هم حرف می زنند که فرصت دوختن نصف پیراهن را هم نخواهند داشت!

شما می‌توانید با تکمیل فرم آمادگی اهدای عضو، کارت ویژه اهدای عضو دریافت کنید

بسمه تعالی

شماره:



فرم آمادگی اهدای عضو

هر کس جان انسانی را نجات دهد
مانند آن است که جامعه را نجات داده است.

نام: نام خانوادگی: نام پدر:

تاریخ تولد: شغل: میزان تحصیلات:

وضعیت تأهل: مجرد متأهل گروه خون:

آدرس محل سکونت:

تلفن محل سکونت:

آدرس محل کار:

تلفن محل کار:

اینجانب: تمایل دارم اعضاء بدن خود (قلب پانکراس کبد

چشم کلیه) را بعد از مرگ به انسانهای دیگری که نیازمند این اعضاء باشند، اهداء نمایم.

امضاء و تاریخ:

لطفاً این فرم را پس از تکمیل به مسئول مربوطه تحویل و یا به بنیاد امور بیماری‌های خاص ارسال فرمایید.

صندوق پستی ۳۳۳۳-۱۵۸۱۵ تلفن: ۸۷۱۱۰۲۹ فاکس: ۸۷۱۰۷۹۶

ما را در این مشارکت عظیم یاری دهید

بعد از مرگ، حیاتی تازه به هممنوع خود ببخشید

به منظور جلوگیری از بروز عوارض بیماری قند یا دیابت

نکات زیر را به خاطر بسپارید!



دیابت نوع اول:

تزریق منظم انسولین

اندازه گیری منظم قند خون

برنامه غذایی صحیح

فعالیت بدنی منظم

دیابت نوع دوم:

برنامه غذایی صحیح

فعالیت بدنی منظم

مصرف منظم قرص های خوراکی

و در صورت نیاز انسولین طبق تجویز پزشک معالج



دقت کنید

هر شهروند ایرانی اگر تنها $\frac{1}{10}$ هزینه یک روز از زندگی خود را بدهد
به زندگی هزاران هزار بیماری که از سرطان رنج می‌برند کمک خواهد کرد

شماره حساب ۳۴۳۴ بانک ملی ایران شعبه اسکان برای واریز کمک‌های مردمی



بنیاد امور بیماری‌های خاص

فرم اشتراک نشریه

خوانندگان محترم

نشریه خاص فصلنامه علمی آموزشی فرهنگی متعلق به بنیاد امور بیماری‌های خاص می‌باشد این نشریه تلاش دارد علاوه بر ارتباط نزدیک و مستمر با بیماران خاص و انعکاس نظرات و مشکلات آنان، سطح آگاهی عمومی جامعه نسبت به این بیماری‌ها و پیشگیری و درمان آنها را ارتقاء دهد. حال چنانچه تمایل دارید به عنوان عضوی از جامعه پر از عشق و محبت ایران مشترک نشریه شوید. فرم اشتراک را پر کرده و همراه فیش بانکی مبلغ مورد نظر به آدرس نشریه بفرستید.

شماره حساب ۳۴۳۴ بانک ملی شعبه اسکان

نام:

نام خانوادگی:

آدرس دقیق پستی:

تلفن تماس:

اشتراک یکساله ۱۲۰۰ تومان + همت‌عالی

کلسی‌تونین
برای
پوکی استخوان

Nasal Spray 200 IU
Miacalcic[®]
SALMON CALCITONIN

A SIMPLE DOSE A DAY

لانتست خونگیری

در سایزهای ۲۳ و ۲۶

اتو لانتست



دستگاه کاتر سر سوزن

جهت پیشگیری از بیماریهای
ایدز و هیپاتیت



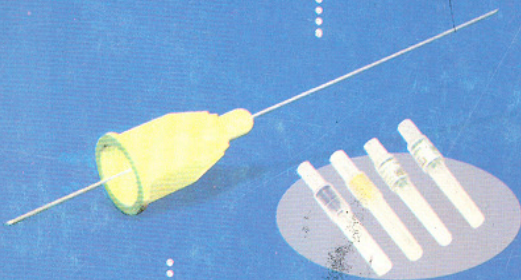
N
I
K
R
A
H
N
A
M
A
K
A
R



دستگاه تشک مواج

در مدل‌های NR8 و NR7

جهت جلوگیری و درمان زخمهای بستر



سر سوزن دندان پزشکی

در سایزهای مختلف بر اساس
استانداردهای بین‌المللی



جداکننده تیغ بیستوری

در سایزهای مختلف برای پیشگیری
از بیماریهای ایدز و هیپاتیت

شرکت بنی کار همنما کار
تولید کننده
تجهیزات پزشکی



اسکالپ وین

در سایزهای ۱۹ الی ۲۶