

نشریه بنیاد امور بیماری‌های خاص

شماره یازدهم پاییز ۱۳۸۰

قیمت: ۳۰۰ تومان

فارس

اولین همایش بین‌المللی عوارض تالاسمی در نوجوانان

The first International Congress on the
Complication of **Thalassemia**
in adolescents



مکان برگزاری: خیابان ولی عصر
سالن همایش‌های صدا و سیما

۱۲-۱۴ اردیبهشت ۱۳۸۱
2-4 May 2002

به همراه کارگاه‌های آموزشی
ویژه پرستاران و پزشکان



دفتر خاتمه‌سینار تهران - خیابان ولی عصر
بالاتر از تقاطع شهیددشتی - خیابان شهیداکبری - خیابان هفدهم - پلاک ۸
بنیاد امور بیماری‌های خاص طبقه ششم
تلفن ۹۹۷۴-۸۹-۸۷۱۹۶۲۳-۸۷۱۹۶۲۳ فاکس ۸۷۱۰۷۹۶

برگزارکنندگان:
بنیاد امور بیماری‌های خاص و انجمن خون و سرطان کودکان ایران
بالمکاری، فدراسیون بین‌المللی تالاسمی (TIF)
معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی
مرکز تحقیقات خون و سرطان
مرکز تحقیقات غده متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران
انجمن هماتولوژی - انکولوژی بزرگسالان
دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله

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





نشریه بنیاد امور بیماریهای خاص
علمی فرهنگی و اجتماعی
شماره یازدهم
(پاییز ۸۰)

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماریهای خاص
مدیر مسئول: فاطمه هاشمی
سرمدبیر: دکتر باقر لاریجانی
مدیر اجرایی: امیر هادی انصاری

هیأت علمی:

- دکتر حسن ابو الفاسمی
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 نریفان
دکتر رمضانعلی شریفیان
دکتر سید محمود طباطبایی
دکتر سید مؤید علویان
دکتر ایرج قاضی ، دکتر محمد فرهادی
دکتر محمد فرهادی لنگرودی
دکتر اردشیر قوام زاده ، دکتر مصطفی قائمی
دکتر باقر لاریجانی ، دکتر علی رضا مرندی
دکتر رضا ملک زاده ، دکتر محمد علی محقق
دکتر علی اکبر ولایتی

هیأت اجرایی:

- مریم اسدی ، مهندس امیر علی آقایی ،
دکتر آرمند ، دکتر محمد رضا امینی ،
دکتر خشیار اسدی ، عطیه بهرامپور ،
دکتر میرزا بخیرنیا ، دکتر نیما پورزاهد ،
دکتر سید مهدی روحانی ، دکتر پیام سلطانه ،
فاصله شریفی ، علی صدیقی ، دکتر اقبال طاهری ،
مهشید عابدین خان ، قرایی ، زهرا کمیلیان ،
طاهره مرعشی ، وفا ملک زاده
ویراستار: دکتر پیام سلطانه

امور فنی:

- مؤسسه فرهنگی هنری طاهر
صفحه آرایی: گینا یافوتی
اسکن: فرهاد شمس
حروفچین: دریاپی

چاپ و صحافی: محمد
نظارت: محمد ابوالحسنی

آدرس: تهران - صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۳۳۳۳

تلفن: ۸۷۱۱۰۲۹ فاکس: ۸۷۱۰۷۹۶

پست الکترونیکی بنیاد امور بیماریهای خاص:

E-mail: cffsd @ majlis. ir

cffsd @ yahoo. com

سرمقاله ۲
نیایش ۲
اخبار ۴
همراه یا نمایشگاه ها ۸
گزارش ویژه
کلید را پاس بداریم ۱۰
آموزش و پژوهش
استنوپروز و کمردرد ۱۸
تغذیه در بیماران مبتلا به سرطان ۲۴
بررسی علمی - فنی روشهای تهیه کاربوتیپ ۳۱
ارتباط بین استرس و سرطان ۳۵
تاریخچه سرنگ و تزریق زیر جلدی داروها ۳۷
بیشگیری از بیماری لته و دندان در مبتلایان به هموفیلی ۳۹
تغییر عادات زندگی برای به تأخیر انداختن بروز دیابت ۴۲
فرهنگ و هنر
سرور زنان عالم ۴۵
عشق و ۴۹
دری به سوی باغ سیار درخت ۵۱
شانس بزرگ ۵۲
انتشارات بنیاد ۵۴
بین الملل
تقریباً نیمی از مردم دنیا از بهداشت کامل برخوردار نیستند ۵۵
عواقب تزیینات غیربهداشتی ۵۷
آشنایی با برخی مراکز پزشکی ژاپن ۵۹
با مخاطبهای آشنا
یک غریبه یک مسافر ۶۳
اهدایکنندگان اعضا ۶۶
یاوران بنیاد ۶۷
خواندنی ها
هرمزگان گرم و باصفا ۶۸
تجارت انسانی باز تولید برده داری در عصر مدرن ۷۴
آشنایی با واحد اهدای عضو پس از مرگ مغزی ۸۴
نخستین همایش بیماران مبتلا به MS ۸۶
گزارش از سیزدهمین دوره بازیهای جهانی بیوند ۸۷
جنول و سرگرمی ۹۵

آثار، نوشته ها، نظریات و انتقادات خود را می توانید به نشانی مجله ارسال کنید.
استفاده از مطالب مجله با ذکر کامل منبع بلامانع است.



سر مقاله

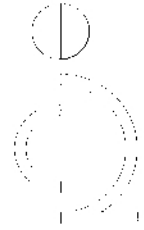
دو بیماری دیابت و سرطان در کشور ما با شیوعی یکسان و مشکلاتی مشابه روبروست. شیوع هر دو در حدود ۵-۴ درصد در جمعیت کشور است؛ یعنی ما تقریباً ۳-۴ میلیون نفر دیابتی و سرطانی داریم. سرطان پر سر و صداتر و بعضاً در برخی موارد با مشکلات حاد و کوتاه مدت‌تر و شدیدتری همراه است. دیابت کم سر و صداتر است به گونه‌ای که حدود ۶۰-۵۰٪ جمعیت بالاتر از ۳۰ سال دیابتی، از دیابت خود خبر ندارند اما با سرانجام مشکل‌دارتری همراه است چه آنکه در مواردی تنها به علت عارضه خود بیماری تشخیص داده می‌شود. مشکلات هر دو بیماری کم نیست. هزینه‌های دوره‌های درمانی بیماران سرطانی و کنترل مطلوب دیابت در موارد تزریق انسولین، کنترل مکرر و آزمایشها و مراجعات، به صورت متعارف توسط یک خانواده متوسط قابل تأمین نمی‌باشد.

این به جز هزینه‌های سنگین شیمی‌درمانی‌های خاص و پرتودرمانی و... است و همچنین بدون در نظر گرفتن هزینه‌های دیالیز، لیزرتراپی و... ناشی از دیابت و کنترل نامطلوب آن می‌باشد. با توجه به استعمال گسترده دخانیات، آلاینده‌های محیطی مختلف و الگوهای تغذیه‌ای زندگی صنعتی، شیوع کانسر در کشور ما قابل توجه است و به نظر می‌رسد در سالهای آتی روندی رو به افزایش داشته باشد. در مورد دیابت نیز به دلیل شیوه زندگی بی‌تحرک و عادات تغذیه‌ای نادرست وضع به همین گونه است. به نظر می‌رسد برای هر دو بیماری فوق‌الذکر برنامه‌ریزی جامعی با رویکرد همه‌جانبه مورد نیاز باشد. تدوین راهبردهای پیشگیری در سطوح اولیه و ثانویه و نیز راهکارهای درمانی و مراقبتی مناسب برای کاهش میزانهای مرگ و میر و بیمارگینی (موربیدیت) امری ضروری است.

در این رویکرد جامع، جایگاه دولت، مردم، نهادهای خیریه و کمک‌های بین‌المللی در ساماندهی هر بخش مرتبط با این بیماریها را، می‌توان روشن نمود. این تلاش امری لازم و ضروری است و فردا و فرداها برای این تلاش‌ها به تدریج دیر خواهد بود.

سر دبیر





نیایش

بار خدایا من از تو خواستارم به رحمت تو که فرا گرفته هم چیز را و به نیروی تو که زیر فرمان گرفتی به آن هم چیز را و خضوع کند برایش هم چیز و خوار است به آن هم چیز و به جبروت تو که چیره شدی به آن بر هم چیز و به عزت تو که دست نیاندازد بر آن چیزی و به بزرگی تو که پر کرده هم چیزی را و به تسلط تو که بر هم چیز است و به ظهور تو که بماند پس از فتای هم چیز و به نامهای تو که پر کرده است ارکان هم چیز را و به دانشت که فرا گرفته هم چیز را و به تابش ظهورت که روشن است در پرتو آن هم چیزی. ای نور، ای قدوس ای آغاز اولین و پایان آخرین بیامرز برایم گناهی که پرده را بردند و بیامرز برایم گناهی که ببختیها را فرو بیازند، بیامرز برایم گناهی که نعمتها را دگرگون کنند بیامرز برایم گناهی که بلا را فرود آرند، بیامرز برایم گناهی که اعداها جلوگیرند و بیامرز برایم گناهی که روزی شکرت را از من فرا گیرد.

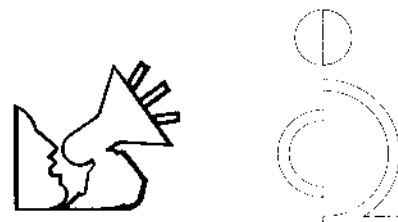
بارالها به راستی تقرب جویم به سویت با یاد تو و شفیخ سازم به درگاهت خورت را و خواهش کنم از تو بچورت که مرا به خود نزدیک سازی و دگرت را به من الهام نمایی.

بار خدایا ببخش مرا از جودت و توجه کن به من به بزرگواریت و نلهدارم به رحمت و برگردان زیانم به ذکر خورت روان و منت نه بر من به حسن اجابت و چشم پوشی از لغزشم، پروردگارا به عزت خورت دعایم مستجاب کن و برسانم به آرمانم و منبر از فضل خود امیدم و کفایت کن از من شر جن و انس را از دشمنانم ای زود رضایت بیامرز برای کسیکه ندارد جز دعا زیرا تو توانایی بر هر چه خواهی ای که نامش دوا و ذکرش شفا و طاعتش توانگر است رحم کن بر کسیکه سرمایه اش امید و ساز و برگش گریه است. ای نعمت ریز و ای نعمت دور کن ای روشنی هراسندگان در تاریکی، ای دانای نیا موخته بر محمد و آل محمد درود فرست و بکن با من آنچه اهل آنی.

برگرفته از:

دعای کمیل

فرهنگ حمایت از بیماران خاص ایجاد شده است



بهداشت بعد از حدود یک سال هنوز تهیه نشده است.

در ادامه مراسم آقای دکتر تهرانی معاون اجرایی بنیاد بیماری‌های خاص بهترین خدمت را رشد آگاهی‌ها و اطلاع‌رسانی دانست و رسالت بزرگ مدیران کل اجتماعی استانداری‌ها را مسئله آموزش و تبلیغات در سطح استانها عنوان کرد و از آنها خواست با توجه به نظارتی که برارگانها دارند تمام توان خود را برای رسیدگی به وضع بیماران صعب‌العلاج به کار گیرند. همچنین وی اظهار امیدواری کرد در آینده نزدیک با تلاشهای بنیاد دیابت و سرطان هم جزو بیماری‌های خاص به رسمیت شناخته شوند.

در ادامه مدیران کل دفاتر اجتماعی نظرها و سوالات خود را بیان کردند و جلسه با پرسش و پاسخ بین مسئولان بنیاد و مدیران کل به پایان رسید.

نگاه ویژه بنیاد به استان لرستان

وضعیت خاص استان لرستان ایجاب می‌کند که بنیاد امور بیماری‌های خاص نگاه و کمک ویژه‌ای به این استان داشته باشد. آقای عابدی استاندار لرستان با اشاره به مطلب فوق گفت:

استان لرستان ۱۷۰۰۰۰۰ نفر جمعیت دارد

خانم هاشمی رئیس بنیاد بیماری‌های خاص در جمع مدیران کل دفاتر اجتماعی استانداریها در مشهد مقدس با اشاره به اینکه در حال حاضر ۳۸۵ مرکز بیماران خاص در کشور وجود دارد، کمک بنیاد به استانها را در چند سال گذشته مبلغ یک میلیارد و ششصد میلیون تومان اعلام کرد و خواستار عزم ملی برای رسیدگی به امور حدود ۱۰ میلیون بیمار خاص در کشور شد. وی در بخش دیگری از سخنانش با تشکر از زحمات فراوان دفاتر اجتماعی استانها حل مشکلات عمومی بیماران خاص را یکی از مؤکدات بنیاد بیان کرد و حل شدن مسئله بیمه بیماران را یکی از این موارد دانست.

خانم هاشمی انتقادهایی که نسبت به هدیه ایثار و بحث خرید و فروش کلیه ایراد می‌شود را ناشی از عدم آگاهی نسبت به مسائل این نوع بیماران دانست و گفت: شخص کلیه دهنده مجبور است برای تأمین مخارج زندگی خود و چندین ماه بیکار شدن مبلغی را دریافت کند تا زندگی او فلج نشود. وی تعداد پیوند کلیه در کشور را حدود ۱۳۰۰ مورد در سال اعلام کرد و مسئله پیوند کلیه را تا حد بسیار زیادی حل شده دانست. خانم هاشمی افزود: با پیگیری‌های بسیار زیاد بنیاد طرح پیوند اعضا در مجلس به تصویب رسید اما متأسفانه آیین‌نامه اجرایی آن در وزارت

که حدود یک سوم این جمعیت دانش آموز هستند و استان لرستان از نظر تحت بیمارستانی در کشور رتبه آخر را دارد و امکانات بیمارستانی مناسبی در این استان وجود ندارد.

استاندار لرستان که در ملاقات خانم فاطمه هاشمی رئیس بنیاد امور بیماری های خاص سخن می گفت افزود: جمع آوری و بررسی اطلاعات و آمار بیماران خاص کار مؤثری برای آگاهی از وضعیت موجود و همچنین انتقال مشکلات بیماران به مسئولان است. وی گفت: چون مراکز درمانی وضعیت مناسبی ندارند بخشی از بیماران به این مراکز مراجعه نمی کنند لذا آمار درستی از بیماران نیز در دست نیست تا در برنامه ریزی ها مورد استفاده قرار گیرد.

خانم فاطمه هاشمی نیز در این ملاقات ضمن بیان اهداف تشکیل بنیاد امور بیماری های خاص و چگونگی شکل گیری و وظایف کمیته های استانی بیماری های خاص، آمادگی بنیاد امور بیماری های خاص را برای کمک به استان لرستان اعلام نمود.

* همایش یکروزه بیماری های خاص

نخستین همایش یکروزه بیماری های خاص

با همکاری استانداری و دانشگاه علوم پزشکی لرستان با حضور اعضای کمیته بیماری های خاص، فرمانداران، مسئولان بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی، استانداری و انجمن های حمایتی لرستان در خرم آباد برگزار شد.

دکتر بهرامی معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان با اشاره به اینکه در گذشته نه چندان دور مسئله بیماران خاص یکی از مشکلات عظیم بود گفت: خوشبختانه طی سال های اخیر با تلاش هایی که توسط دولت و بنیاد امور بیماری های خاص انجام شده است اقدامات مؤثری برای پیشگیری و درمان بیماری های خاص در کشور صورت گرفته است. وی گفت: در استان لرستان حدود ۲۰۰۰ بیمار دیابتی، ۱۷۰ بیمار تالاسمی، ۵۰ بیمار هموفیلی و ۱۶۰ بیمار دیالیزی به مراکز درمانی استان مراجعه می نمایند.

وی با اشاره به وجود ۳۱ دستگاه دیالیز در سطح استان، راه اندازی بخش های جدید دیالیز در شهرستان های درود، پل دختر، نور آباد و کوهدشت را از برنامه های سال جاری دانشگاه علوم پزشکی لرستان عنوان کرد.

رضایی، معاون سیاسی استاندار لرستان نیز

ضمن تشکر از اقدامات ارزشمند بنیاد امور بیماری های خاص گفت: تأسیس بنیاد امور بیماری های خاص به هیچ عنوان از مسئولیت و وظایف نهادها و سازمان هایی که موظف به ارائه خدمات به بیماران هستند کم نمی کند بلکه با تلاش و پیگیری های بنیاد امور بیماری های خاص این خدمات شکل بهتری به خود گرفته است.

معاون سیاسی استانداری لرستان با تأکید بر بکارگیری و همکاری دستگاه های مختلف مانند آموزش و پرورش، سازمان تبلیغات اسلامی و دفاتر جمله به منظور ارتقای فرهنگ عمومی و جلب مشارکت های مردمی راه اندازی کمیته بیماری های خاص در شهرستان های استان را از برنامه های در دست اقدام عنوان نمود. خانم فاطمه هاشمی، رئیس بنیاد امور بیماری های خاص نیز با ابراز خوشحالی از

۵

اینکه اهداف بنیاد به تدریج در حال به ثمر رسیدن می باشد، فعالیت های بنیاد بیماری های خاص را تشریح نمود و گفت: در بنیاد به دنبال آن هستیم که بگویم سازمان های مرتبط برای ارائه خدمات به بیماران خاص چه وظایفی بر عهده دارند که به آنها توجه نشده است و با تأسیس بنیاد هیچ یک از وظایف سازمان های مسئول نشده است. خانم هاشمی با اشاره به راه اندازی بیش از ۲۰۰ مرکز درمانی در سال های گذشته با کمک و مشارکت بنیاد بیماری های خاص گفت: ما می خواهیم یک بیمار خاص هیچ دغدغه خاطری برای درمان نداشته باشد و ما در جمهوری اسلامی مسئول هستیم تا حداقل امکانات مورد نیاز یک بیمار را فراهم کنیم رئیس بنیاد امور بیمارهای خاص افزود: هدف از تشکیل کمیته استانی ایجاد هماهنگی و پیگیری حل مشکلات در استانها



است و کمیته‌های استانی باید سعی کنند جلسات کمیته‌ها به طور مرتب تشکیل شود.

سفر مسؤولان بنیاد به استان سمنان

خانم هاشمی و هیأت همراه در همایش بیماری‌های خاص شهرستان گرمسار شرکت کرده و از مرکز درمانی این شهرستان بازدید کردند. یوسفی، فرماندار گرمسار پس از خیر مقدم، با اشاره به وضعیت شهرستان گرمسار گفت: درگرمسار حدود ۱۱۰ بیمار خاص داریم که انجمن خیریه حمایت از بیماران خاص از سه ماه پیش فعال شده و مدیران اجرایی شهرستان اعضای افتخاری انجمن هستند و در نظر داریم با کمک افراد خیر پایگاه انتقال خون و ساختمان انجمن را احداث نماییم.

خانم هاشمی نیز در این همایش که با حضور مسئولان و مردم در محل فرمانداری گرمسار تشکیل شده بود به تشریح اهداف و برنامه‌های بنیاد امور بیماری‌های خاص پرداخت و گفت: ما در بنیاد به دنبال آن هستیم که فرهنگ بیماری‌های خاص در جامعه گسترش یابد به

طوری که در همه زمینه‌ها مسائل و خدمات نهادینه شود.

وی افزود: با شروع فعالیت بنیاد خوشبختانه فرهنگ بیماری‌های خاص در کشور رشد خوبی داشته و در حال حاضر که می‌شنویم در شهرستان‌ها هر روز یک اقدام جدید انجام می‌گیرد و مسئولان و مردم خودشان به دنبال حل مشکلات بیماران و درصد تشکیل انجمن‌های حمایتی هستند احساس خوشحالی می‌کنیم که اهداف بنیاد به تدریج در حال تحقق است.

خانم هاشمی در بازدید از مرکز دیالیز گرمسار نیز گفت: سیاست بنیاد بیماری‌های خاص این است که هر جا تعداد بیماران دیالیزی به ۱۰ نفر که حداقل مورد قبول وزارت بهداشت است برسد با کمک دانشگاه‌های علوم پزشکی و استانی‌های، مراکز جدید دیالیز احداث و رانداندازی شود.

دانایی، دبیر کمیته بیماری‌های خاص استان سمنان نیز در این همایش گفت: خوشبختانه پس از سفر قبلی خانم هاشمی که حدود ۲ سال پیش انجام شده است اقدامات خوبی مانند راه‌اندازی بخش بیماران خاص در شاهرود و دامغان، ایجاد کمیته‌های فرعی در

شهرستان‌ها، تشکیل انجمن‌های حمایتی، راه‌اندازی بخش دیالیز در شهر صورت گرفته است و در حال حاضر تمامی بیماران خاص استان تحت پوشش بیمه قرار دارند. در این سفر دفتر انجمن حمایت از بیماران خاص گرمسار نیز افتتاح گردید.

احداث مرکز پیوند کلیه در اردبیل

ساختمان مرکز پیوند کلیه در اردبیل احداث می‌شود. دکتر جستان رئیس بخش همودیالیز اردبیل ضمن اعلام مطلب فوق اظهار امیدواری کرد با اتمام کار این ساختمان و با وجود پزشک فوق تخصص کلیه عمل پیوند کلیه با کمترین هزینه و بیشترین مراقبت در اردبیل صورت بگیرد. آقای غفاری مدیر کل امور اجتماعی و انتخابات استانداری اردبیل و دکتر دوست کامی ریاست مجتمع آموزشی درمانی بوعلی و علی اصغر (ع) و دکتر قربانی تنها پزشک فوق تخصص کلیه استان اردبیل شرکت کننده در مراسم و نمایشگاه هنرهای صنایع دستی مددجویان دیالیزی بود.

گفته می‌شود این مراسم که به همت و ابتکار پرسنل مرکز دیالیز و با حضور بی‌تکلف و صمیمانه مسئولین از رده‌های مختلف و اقشار گوناگون جامعه به همراه مددجویان دیالیزی در این مرکز برگزار شد نخستین تجربه و ابتکار در نوع خود در سطح کشور بود!

از نکات برجسته مراسم فوق می‌توان به هدای همدلی به دکتر جستان رئیس بخش مزبور از سوی رئیس مجتمع و پرسنل بخش جهت قدردانی از زحمات ایشان در امر طبابت و هدای خود جوش و غیر منتظره یک جلد کلام الله مجید از سوی مددجویان به مسئول بخش





همودیالیز و هدایایی به ۳ نفر برگزیده شرکت کننده در این نمایشگاه و واگذاری هدیه نفر سوم به مددجوی دیگر از سوی ایشان و غزلسرایی یکی از اعضای قبلی پیوند کلیه شده و تحت تاثیر قرار دادن حضار و به کار بردن عبارت «به خانه سبزپوشان دیالیز خوش آمدید» اشاره کرد.

لازم به یادآوری است که اعتبار لازم جهت گسترش مرکز فوق از سوی استانداری اردبیل اختصاص یافته است.

سفر به شهر قدس

همزمان با ولادت با سعادت حضرت علی علیه السلام دوشنبه ۸۰/۷/۹ مراسمی از سوی انجمن خیریه امام علی (ع) - بیماران خاص شهر قدس - با حضور مسئولان و مردم در محل بخشداری شهر قدس برگزار شد.

خانم فاطمه هاشمی، رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص در این مراسم ضمن تشکر از مسئولان شهر قدس به دلیل توجه و اهتمام به امور بیماران خاص در راه اندازی انجمن بیماران خاص به آمار ۱۰ میلیون نفری بیماران خاص شامل بیماران دیابتی، سرطانی، هیپاتی، تالاسمی، هموفیلی و دیالیزی اشاره کرد و گفت: بیماری‌های خاص توجه جدی و ویژه مسئولان و مردم را می طلبد و ما هم در بنیاد بیماری‌های خاص به دنبال همین موضوع هستیم که فرهنگ و تعبیر صحیحی از بیماری‌های خاص در جامعه ایجاد شود که خوشبختانه طی ۵ سال گذشته تا حدی هم موفق شده‌ایم به طوری که امروز شاهد هستیم در اکثر شهرهای کشور مسئله بیماران خاص از امور مورد توجه مردم و مسئولان قرار گرفته

است و این نگرش در همه ایجاد شده که باید برای حل مشکل بیماران خاص توجه و تلاش بیشتری صورت گیرد.

رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص بر نهادینه شدن خدمات رسانی به بیماران خاص تاکید کرد و گفت:

باید تلاش کنیم تا خدمات مورد نیاز هر بیمار در شهر و منطقه سکونت بیمار فراهم شود و دیگر نیاز به طی مسافت‌های طولانی برای دریافت خدمات درمانی نباشد.

خانم هاشمی در پایان آمادگی بنیاد امور بیماری‌های خاص را برای گسترش ارائه خدمات به بیماران خاص منطقه شهر قدس و شهریار که در حال حاضر نیز با کمک این بنیاد انجام می‌شود اعلام کرد.

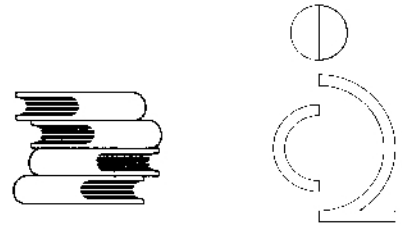
دکتر کوزه‌گر، نماینده مردم شهریار در مجلس شورای اسلامی نیز در این مراسم با قدردانی از تلاش‌های بنیاد امور بیماری‌های خاص آمادگی کمیسیون بهداری مجلس شورای اسلامی را برای همکاری با بنیاد امور بیماری‌های خاص و پیگیری طرح‌های این بنیاد در مجلس شورای اسلامی اعلام نمود.

در این مراسم مبلغ بیست میلیون ریال از

گشایش بخش همودیالیز در کرج

بخش همودیالیز بیمارستان شهید باهنر کرج با همت مسئولان شبکه بهداشت کرج، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز دیالیز کشور و بنیاد امور بیماری‌های خاص جهت خدمات‌دهی به بیماران در تاریخ ۸۰/۷/۱۶ افتتاح گردید.

در مراسم افتتاحیه جناب آقای دکتر مهاجرین مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان کرج طی سخنانی ضمن تقدیر از مسئولان بنیاد امور بیماری‌های خاص و مرکز دیالیز گزارشی از وضعیت بیماران دیالیزی در شهرستان کرج و نحوه راه‌اندازی بخش همودیالیز این بیمارستان ارائه نمودند. سپس حاضرین جهت افتتاح رسمی بخش همودیالیز در محل بخش حاضر شده و از آن بازدید به عمل آوردند. در حین بازدید نیز آقای دکتر رجلانی از مرکز دیالیز توضیحاتی در مورد دستگاهها جهت حضار ارائه دادند.



همراه با نمایشگاه‌ها

امور بیماری‌های خاص همکاری کنند، دعوت می‌نماید.

حضور بنیاد امور بیماری‌های خاص در نمایشگاه‌های بین‌المللی تجهیزات پزشکی، بیمارستانی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی و صنایع دارویی:

نمایشگاه ایران مد ۲۰۰۱

۲۱ تا ۲۵ خرداد ماه ۱۳۸۰

هفتمین نمایشگاه بین‌المللی تجهیزات پزشکی در تمامی زمینه‌های وابسته به حرفه پزشکی در محل دائمی نمایشگاه‌های بین‌المللی تهران برگزار گردید که بنیاد نیز همچون سالهای گذشته غرفه‌ای در این نمایشگاه به خود اختصاص داده بود. این غرفه با پوستره‌های معرفی بنیاد، فعالیتهای بنیاد و همچنین اهداف بنیاد تزئین گردیده و با ارائه بروشورها و کتابچه‌های آموزشی و نشریه خاص به مراجعان اعم از پزشکان و کلیه حرف مرتبط با علوم پزشکی، دانشجویان، بیماران، خانواده بیماران و به طور کل عامه مردم توانست ارتباط مثبتی با آنان برقرار نماید.

بنیاد امور بیماری‌های خاص به منظور تحقق برخی از اهداف از جمله ارتقای سطح آگاهی جامعه و همچنین ایجاد ارتباط با اقشار گوناگون مردم به ویژه بیماران خاص و خانواده‌های آنان، پزشکان، پرستاران، کارکنان درمانی و عامه مردم و نیز جلب حمایت‌های مردمی برای کمک به تجهیز و راه‌اندازی مراکز درمانی خاص در کشور و رسیدگی به دارو و درمان بیماران خاص، در نمایشگاه‌های مختلف اعم از نمایشگاه‌های بین‌المللی کتاب، تجهیزات پزشکی و دارویی، فرهنگی و آموزشی و همچنین نمایشگاه مربوط به سمینارهای پزشکی و علمی (در تهران و شهرستان‌ها) حضور می‌یابد. عمده‌ترین فعالیت‌هایی که در غرفه بنیاد امور بیماری‌های خاص انجام می‌شود به شرح ذیل است:

- ارائه کتابچه‌ها و بروشورهای آموزشی جهت آموزش همگانی
- مشاوره پزشکی جهت آگاهی بیماران، خانواده آنان و عامه مردم
- پاسخ‌گویی به سؤالات مختلف مراجعان
- در ارتباط با معرفی اهداف و فعالیت‌های بنیاد
- و جلب حمایت‌های مردمی
- این بنیاد از تمامی کسانی که می‌توانند به نحوی در برگزاری نمایشگاه‌های بنیاد

تهیه و تنظیم:

وفا ملک زاده

بنیاد امور بیماری‌های خاص

نمایشگاه بین المللی تجهیزات پزشکی مشهد

۱۴ تا ۱۹ مرداد ماه ۱۳۸۰

دومین نمایشگاه بین المللی بهداشت، زیبایی و ورزش در محل نمایشگاه‌های بین المللی خراسان در مرداد ماه سال جاری برگزار گردید که بنیاد نیز غرفه‌ای در این نمایشگاه داشت. اعم مراجعان به غرفه عبارت بودند از: پزشکان، پرستاران، دانشجویان، کارشناسان لوازم پزشکی، بیماران و... غرفه بنیاد در طی این نمایشگاه از استقبال بسیار خوبی برخوردار گشت.

نمایشگاه فرهنگی-هنری-آموزشی

۳ تا ۱۴ شهریور ماه ۱۳۸۰

سومین نمایشگاه محصولات فرهنگی، هنری و آموزشی در کانون آفرینشهای فرهنگی و هنری خیابان حجاب تهران در شهریور ماه سال جاری برگزار گردید که بنیاد امور بیماری‌های خاص نیز غرفه‌ای در این نمایشگاه به خود اختصاص داده بود. اعم فعالیت‌های غرفه عبارت بود از: مشاوره پزشکی، ارائه بروشورها و کتابچه‌های آموزشی، پاسخگویی به سئوالات مراجعان و جلب حمایت‌های مردمی.

نمایشگاه در دومین کنگره بیماریهای گوارش و کبد ایران

۵ لغایت ۹ آبان ماه ۱۳۸۰

این نمایشگاه در سالن همایشهای رازی در آبان ماه ۱۳۸۰ برگزار گردید که بنیاد امور

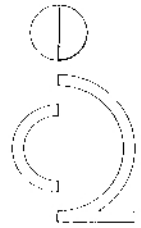
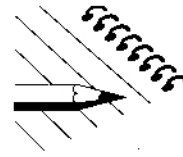
بیماریهای خاص نیز غرفه‌ای در نمایشگاه به خود اختصاص داده بود. ارائه بروشورها و کتابچه‌های آموزشی بیماریهای خاص و پاسخگویی به سئوالات مراجعین (که عبارت بودند از پزشکان، پرستاران، دانشجویان و دیگر کادر درمانی) اعم از فعالیتهای غرفه بود.

نمایشگاه تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی چشم پزشکی، بیمارستانی، صنایع دارویی و بهداشتی استان تبریز

۱۵ لغایت ۱۹ آبان ماه ۱۳۸۰

بنیاد امور بیماریهای خاص در آبان ماه ۱۳۸۰ در نمایشگاه تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی، چشم پزشکی، بیمارستانی، صنایع دارویی و بهداشتی استان آذربایجان شرقی در مرکز تبریز مکان نمایشگاه‌های دائمی غرفه‌ای به خود اختصاص داده بود. این نمایشگاه شامل ۹۲ غرفه بود که غرفه بنیاد به دلیل اطلاع رسانی در زمینه بیماریهای خاص از نظر بسیاری از بازدید کنندگان درخشش ویژه‌ای در این نمایشگاه داشت. بازدید کنندگان نمایشگاه را پزشکان، متخصصان، دانشجویان، بیماران و عامه مردم تشکیل می دادند.





کلیه را پاس بداریم!

کلیه یا پالایشگاه بدن

هر انسانی در دو پهلوئی خود دارای دو عضو لوبیایی شکل می‌باشد که عمل پالایش خون و دور کردن سموم بدن بر عهده آنهاست. علاوه بر این کلیه‌ها کار تنظیم موادی مثل نمک خون، تا حدی قند خون و گویچه‌های سرخ را نیز بر عهده دارند و با تغییر غلظت ادرار، آب بدن را تنظیم می‌کنند. با توجه به این نقش‌های مهم کلیه می‌توان تصور کرد که بدون آن چه مشکلاتی برای بدن به وجود می‌آید.

هم‌اکنون در کشورما حدود ۷۰۰۰ نفر بیمار دیالیزی وجود دارد که کلیه‌های آنها از کار افتاده و مجبور به دیالیز هستند. با توجه به هزینه‌های زیاد دیالیز و ضرر اقتصادی که به کشور وارد می‌شود، می‌توان به اهمیت پیوند کلیه پی برد. به این جهت در پی تهیه گزارشی از این عمل انسان دوستانه و با اهمیت برآمدیم تا با مشکلات این بیماران و همچنین مشکلات درمانی که برای پزشکان عزیز وجود دارد، بیشتر آشنا شویم.

مصاحبه با جناب آقای دکتر ایرج فاضل

رئیس فرهنگستان علوم پزشکی

۱) ماهانه چند عمل پیوند در بیمارستان

طالقانی انجام می‌شود و توسط چند پزشک

متخصص؟

بیمارستان طالقانی فعلا در تیم جراحی

پیوند، دارای ۴ جراح، ۵ نفرولوژیست به اضافه دکتر بیهوشی و پرسنل جراحی پیوند می‌باشد. زمانی که پیوند در بیمارستان طالقانی شروع شد بیش از ۷۰-۵۰ عمل در سال انجام می‌شد ولی بعداً که مراکز بیشتری به کمک این بخش آمدند به حدود ۴۰-۲۰ عمل در سال رسیده.

۲) شرایط انجام پیوند چیست؟

اصولاً بهترین درمان برای مریض کلیوی، یعنی مریضی که کلیه‌هایش را از دست داده و با کمک همودیالیز زندگی می‌کند، بهترین درمانش پیوند کلیه است. یعنی زندگی کردن با دیالیز و اسیر ماشین دیالیز بودن، زندگی چندان مطلوبی نیست و همه این‌گونه بیماران می‌توانند پیوند شوند مگر در مواردی که دلایل خاص و مهمی وجود دارد، که مریض پیوند نشود. این مسائل هم که بعضی از آنها موقتی است، مثلاً مریض عفونتی در بدنش هست که تا آن عفونت رفع نشود، قادر به پیوند نخواهد بود. بیماران ممکن است دچار یک نوع سرطان باشند در این بیماران سرکوب سیستم ایمن بدن سبب شعله‌ور شدن تومور سرطانی می‌شود لذا پیوند در این بیماران مورد ندارد یا مریض‌هایی که ناراحتی قلبی شدید دارند یا بیمارانیه که نمی‌توانند عمل را تحمل کنند یا به دلیل بالانمی‌توانند عمل شوند. ولی بقیه بیماران بهترین درمانشان پیوند کلیه است.

۳) علت رد پیوند چیست؟ و چند درصد

تهیه و تنظیم:

طاهره مرعشی

بنیاد امور بیماری‌های خاص

اعمال جراحی موفقیت آمیزند؟

رد پیوند به دلیل ناسازگاری بافتی بین کلیه‌ای که می‌آید و مهمان بدن دیگری می‌شود با بدن میزبان پدید می‌آید. انسانها از نظر ایمنی و ساخت سلولی یا هم متفاوتند از نظر ژنتیک عوامل بی‌شماری هست که در هر واحد انسانی، یک شخصیت ویژه مانند خطوط انگشت را ایجاد می‌کند. بافت‌هایی که در بدن یک فرد هستند برای آن بدن و سیستم ایمنی آن بدن شناخته شده‌اند. بنابراین سیستم ایمنی بدن که مسئول حفظ سلامت بدن است، با بافت‌های خود بدن کاری ندارد. اما هر گونه ماده پروتئینی خارجی مثل میکروب یا هر پروتئین دیگری که وارد بدن شود، این سیستم ایمنی به شدت با آن برخورد می‌کند و نابودش می‌کند. کلیه پیوندی هم، همین حکم را دارد و از طرف بدن به عنوان یک بافت غریبه تلقی می‌شود و بدن همان رفتاری را که با یک میکروب انجام دهد با آن انجام می‌دهد. به هر صورت یک پروتئین خارجی است. بنابراین باید به مریضی که کلیه به وی پیوند شده، داروهایی داده شود که سیستم را تا حد امکان سرکوب کند. بها و هزینه‌اش را هم باید پرداخت، به این ترتیب که، این سرکوب کردن سیستم ایمنی، طبیعی است که بدن را در مقابل میکروب و بیماریها، ضعیف‌تر می‌کند. به عبارت دیگر یکی از عوارض مهم رد پیوند، عفونت است.

با کمک داروها و انتخاب عضو از گروه خونی سازگار با گیرنده و تا حد ممکن نوع بافتی مشابه، این مشکلات را به حداقل می‌رسانیم. ولی ممکن است کلیه‌ها پس از ۱ سال، ۲ سال، ۵ سال یا ۱۰ سال، پس زده شوند و تعدادی از آنها از کار بیفتند، که این استاندارد بین المللی دارد و ما هم در حد همان استاندارد بین المللی هستیم.

باتوجه به وضعیت خاص بیماران بعد از

پیوند، آیا بیمارستان طالقانی دارای مراقبت‌های کافی پس از عمل و امکانات کافی می‌باشد؟

امکانات در بیمارستان طالقانی هم مشابه مراکز دیگر است ولی کاملاً ما با بخش‌های پیشرفته دنیا، تفاوت‌هایی داریم. امروزه در دنیا داروهایی مصرف می‌شود که در اختیار ما نیست و داروهای گران قیمتی است که اصولاً دستیابی به آنها برای ما مشکل است، به عنوان مثال برای مایعی که کلیه را با آن شستشو می‌دهیم و سرد می‌کنیم ما با سرم معمولی این کار را انجام می‌دهیم ولی در جاهای دیگر دنیا، سرم‌های مخصوصی استفاده می‌شود که بسیار گرانتر است و در اختیار ما نیست. مسائل کوچک دیگری هم هست. ولی به نظر من کلاً مطلوب است. غیر از آنکه مشکل دارو را همیشه داشته‌ایم. گاهی یک دارو هست، گاهی نیست. گاهی نوع داروها عوض می‌شود بدون آنکه با تیم‌های انجام دهنده پیوند مشورتی شود و از این مسائل که بگذریم مشکل عمده دیگری نداریم.

در این بیمارستان (بیمارستان طالقانی)، یک مریض چه مدت باید برای پیوند در صف انتظار بماند؟

ما در حقیقت اینجا صفی نداریم. در اینجا هفته‌ای یکبار شورایی متشکل از یک جراح پیوند و یک نفرولوژیست و عده‌ای از اعضا تیم پیوند تشکیل می‌شود و مریض‌هایی که داوطلب پیوند هستند در این شورا بررسی می‌شوند، کارهای مقدماتی‌شان انجام می‌شود وقتی دهنده و گیرنده مناسب هست بیش از یکی-دو ماه طول نمی‌کشد.

۸) باتوجه به امکانات بیمارستان طالقانی و تعداد دکتر متخصص آیا امکان انجام اعمال جراحی بیشتر را دارید؟

مسلماً

۹) پس این به دلیل مراجعه کننده کمتر شماست یا عوامل دیگر؟ (چون در بیمارستانی مثل بقیه... فشار عمل خیلی بیشتر است)؟

متأسفانه توزیع مریض‌ها یکسان نیست. مریض‌هایی که می‌خواهند پیوند شوند و دهندگان کلیه مراجعه می‌کنند و کارهایشان انجام می‌شود و به بیمارستان‌های مختلف معرفی می‌شوند. در شرایط حاضر به بعضی بیمارستانها بیشتر معرفی می‌شود و به این امر بایستی اصلاح شود و ضوابط جای روابط را بگیرد.

۱۲) هزینه کامل عمل پیوند چقدر است؟

بستگی به تعرفه‌ها دارد. تعرفه‌های ما هم حقیقی نیست. اگر به طور نسبی به روز حساب کنید چیزی حدود ۴ تا ۵ میلیون تومان می‌شود.

۱۳) با توجه به هزینه بالای آزمایشهای قبل از پیوند که بر عهده خود مریض است، شما راهکاری برای کاهش آن پیشنهاد نمی‌کنید؟

در کشورهای سرمایه‌داری به این ترتیب حل شده که اگر بیماری بتواند این هزینه را بپردازد، پیوند می‌شود و اگر نمی‌تواند نمی‌شود. در شرایط اجتماعی و اعتقاداتی که داریم ما می‌گوییم هرکس نیاز به پیوند دارد، باید پیوند شود ولی اینجا یک مسأله حل نشده است، اگر این بیمار قدرت پرداخت ندارد و باید هم پیوند شود مخارجش را چه کسی باید بپردازد؟ توقع هم از جامعه پزشکی این است که اینکار را انجام بدهد و مرجع کاملی هم در این مورد برای کمک وجود ندارد. اما مثلاً در پاکستان یک بنیاد زکات هست که مردم زکاتشان را به این بنیاد می‌دهند و این گونه هزینه‌ها را این بنیاد می‌پردازد و پیشرفته‌ترین مراکز پیوند را درست کرده‌اند و خرج بیمارانی را که بی‌بضاعت هستند،

می‌پردازند. ما از چنین حمایت‌هایی بهره می‌گیریم البته بنیاد بیماری‌های خاص یک مقداریش را تقبل کرده که آن هم بیشتر از بودجه دولتها است ولی تشکیلات مسجمی نداریم که کمک‌های مردمی را به این سمت هدایت کند.

۱۴) فکر نمی‌کنید قیمت گذاری برای کلیه باعث ایجاد بازاری برای خرید و فروش کلیه شده؟ به نظر بنده نه خرید و فروش داریم نه بازار. اینها کلمات حساسی هستند و باید درست به کار برده شوند. خرید و فروش در عرف به اصطلاح علمی و تجاری زمانی است که یک جایی، یک کالایی را عرضه می‌کند. واسطه‌هایی هستند و این عرضه به صورت ثابت به کسانی که تقاضا دارند، ارائه می‌شود. هدیه کلیه به این شکل نیست ما آن چیزی که داریم فروش نیست. هدیه است با دریافت هدیه از طرف مقابل. ما شرکت‌هایی نداریم که دهنده‌های کلیه را بگیرند و بعد هر روز هر کسی خواست برود آنجا یک کلیه بخرد و معلوم نشود دهنده کلیه و واسطه چه کسی است. این پول به چه کسی داده می‌شود؟ فرض بگیرید در هندوستان یک فرد می‌توانست از هر گوشه دنیا برود بدون اینکه کوچکترین اطلاعی به شرکت ۱ میلیون رویه بدهد کلیه برایش پیوند شود و برود. این شکل از تجارت کلیه در این همان نیست، در کشور ما یک نفر با کمال میل کلیه‌اش را عرضه می‌کند. این یک نفر، یک نفر گیرنده را خواهد شناخت، این نفر با آن نفر که کلیه را می‌خواهد، توافقی می‌کند، این کلیه‌اش را می‌دهد و آن یکی هدیه‌ای به او می‌دهد. این کاری که اینجا انجام می‌شود و در غرب می‌گویند Rewarded Gifting یعنی هدیه‌ای که شما در عوضش یک چیزی پرداخت می‌کنید. ما در کشورمان به هیچ عنوان خرید و فروش نداریم و شکل فوق از نظر شرعی هم مجاز است و به؟؟؟

فتوای حضرت امام خرید و فروش عضو در اسلام مجاز نیست اما اگر گیرنده به میل خود هدیه‌ای به دهنده بدهد اشکال ندارد.

۱۵) از چه سازمانها و نهادهایی بیمارستان طالقانی کمک دریافت می‌کند؟ از سازمان بین المللی پیوند اعضا چه طور؟

بیمارستان از هیچ سازمان و مرکزی کمک دریافت نمی‌کند. اصولاً بیشتر کمک‌هایی که سازمانهای بین المللی می‌کنند علمی است و باید عرض کنم، کسانی که امروز در ایران دارند پیوند کلیه انجام می‌دهند، نهایت ایثار را می‌کنند و تقریباً این کار را مجانی انجام می‌دهند. مبالغی که جراح و نفرولوژیست می‌گیرند ناچیز است و در حد غیرقابل باوری پایین است و این عزیزان به دلیل عشق و علاقه‌ای که دارند این کار را انجام می‌دهند. این وضع عادلانه نیست اما ادامه دارد به این دلیل که پزشکان ما بسیار فداکار هستند.

۱۶) اصولاً یک بیمار پیوندی یا چه مشکلاتی روبرو است؟ و آیا می‌تواند مثل یک فرد عادی به حیات خود ادامه دهد؟

بیمار پیوند شده مهمانی در بدنش دارد که باید مرتباً از آن مراقبت کند. هرچه از زمان پیوند می‌گذرد بدن بیشتر این عضو جدید را می‌پذیرد. ولی این مراقبت‌ها باید مادام‌العمر ادامه داشته باشند به همین دلیل به نظر من باید از یک میزان مسئولیت اجتماعی قابل قبولی برخوردار باشند. داروها را نباید سرخود قطع بکنند، باید مسئولانه برخورد کنند. حتی اگر ده سال بعد هم داروها را قطع کنند، کلیه پس می‌زند. سهل‌انگار نباید باشند. از نظر نظافت و بهداشت فردی باید در حد قابل قبولی باشند با رعایت این نکات بیمار می‌تواند یک زندگی کاملاً عادی داشته باشد. توجه کنید که بیماران دیالیزی، بیماران بسیار نزاری هستند که از نظر توانایی بدنی به خاطر کم‌خونی شدیدی

که دارند، غالباً قادر به کار نیستند و وظایف اجتماعی و خانوادگی و زناشویی را نمی‌توانند انجام دهند. بعد از پیوند اینها همه طبیعی می‌شود و شخص در حد یک آدم کاملاً معمولی به خانواده اجتماع و به بازار کار برمی‌گردد.

۱۷) باتوجه به هزینه بالای بیماریهای کلیه چه پیشنهادی برای پیشگیری از این بیماریها دارید؟

مثل همه‌جا که پیشگیری بسیار بهتر و ارزاتر از درمان است، ما بایستی به مردم آگاهی‌های لازم را بدهیم. یکی از وظایف مهم رسانه‌های گروهی در همین زمینه هاست. بارها دیده‌ایم که مثلاً برنامه‌های تلویزیون یک جراحی پیچیده چشم یا مثلاً قلب را برای مخاطب معمولی نشان می‌دهند. این عمل‌ها حتی برای پزشکان نیز جاذبه‌ای ندارد و شاید فقط برای عده معدودی مفید فایده باشد در حالی که به نظر من آن چیزی که باید باشد، آگاهی دادن مداوم و پیوسته به مردم برای پیشگیری در همه زمینه‌ی بهداشتی است که اجرا هم می‌شود اما باید گسترش یابد.

الان فرض بگیرید بسیاری از بیماریهای دریچه‌های قلب و همین بیماریهای کلیه به عفونتهای بچگی مربوط می‌شود. خوب این عفونتها به سهولت قابل درمان است. بنابراین باید به مردم پیوسته گفت و تکرار کرد که مراقب چه چیزهایی باشند. البته مواردی ارثی است و بعضی‌ها هم اکتسابی است ولی آنهایی که قابل پیشگیری است، بایستی با آموزش عمومی و آگاهی دادن به مردم تا حد ممکن از آنها جلوگیری کرد.

۱۸) به نظر شما بنیاد امور بیماریهای خاص توانسته است جهت پیشبرد اهداف و برنامه‌های خود به خصوص حل مشکلات و کمک به بیماران کلیوی کاری انجام دهد؟ کارهایی که بنیاد بیماریهای خاص

می کند کارهای ارزنده ای است. مامقیاس و ترازویی برای اینکه میزان موفقیت را اندازه گیری کنیم نداریم. بسیاری از نیروهای ما صرف مجادله و خنثی کردن فعالیت‌های دیگران می شود که اگر اینها نبود، صرف سازندگی می شد. شرایط مملکت طوری است که هر کس یک کار درستی بخواهد انجام بدهد قطعاً باید از سنگلاخ‌های عظیمی عبور کند. البته این منحصر به ما نیست بنیاد امور بیماریه‌های خاص مشکلات خودش را داشته ولی روی هم رفته تا به حال به نظرش کارش موفق بوده است ولی من توصیه جدی دارم که بیماریه‌های خاص بایستی که از نظر پشتوانه علمی قوی تری برخوردار باشد بایستی که از گروه‌های مختلف علمی برای برنامه‌های خود استفاده کند. نباید به توسط عده‌ای منحصر اداره شود. وگرنه به تدریج به یک مؤسسه بسیار محدود تبدیل می شود. فکر و اندیشه بایستی مرتباً در آن تزریق شود و از گروه‌های قوی مشورتی هم برای کارهایی که دارند می کنند وهم برای برنامه‌ریزی آینده‌شان کمک بگیرند.

۱۹) اگر خاطره‌ای از عمل پیوند دارید بفرمایید.

بیشتر خاطراتم مربوط به اولین پیوندهایی است که بعد از انقلاب در ایران شد اینها در شرایطی بود که ما در اوایل جنگ بودیم. مریض‌هایی که دیالیز می شدند به دلیل در دسترس نبودن دارو و امکانات دیالیز مشکل داشتند. یک بار در رشت چندین بیمار دیالیزی به دلیل نرسیدن مایع دیالیز جان دادند. در آن زمان پیوند اصلاً ناشناخته بود. در حقیقت قبل از انقلاب یک مقدار پیوند شده بود ولی کسی به این فکرها نبود. من به تنهایی شروع کردم به انجام این کار در شرایط بی‌نهایت ابتدایی، در بیمارستان مصطفی خمینی یک اتاقی را به کار اختصاص دادند و من تنهایی تنها بودم. چون بازدهی اقتصادی هم

نداشت طبیعتاً جاذبه‌ای هم نداشت. سه سال این کار را ادامه دادم و حدود ۵۰ پیوند کلیه انجام دادم و این امر باعث شد توجه به آن جذب شود و بعد برنامه‌ریزی کلی پیوند در کشور انجام شد و با یک برنامه‌ریزی منسجم این کار به طور تیمی در بیمارستان شهید هاشمی نژاد شروع شد و در ادامه مراکز دیگر آن را شروع کردند و با تلاش قابل تقدیر جامعه پزشکی امروز تیم‌های موفق پیوند کلیه در سراسر کشور این کار را انجام می دهند.

در جریان تهیه گزارش از بیمارستان طالقانی با دو بیمار پیوندی صحبت کوتاهی کردیم:

- لطفاً خودتان را معرفی کنید و بفرمایید اهل کجا هستید و چند وقت است که عمل کرده‌اید؟

- منجمه نوبخت هستم. اهل لنگرود و الان ۱۵ روز است که عمل پیوند کرده‌ام.

- چه مدت ناراحتی کلیه داشتید؟

- ۹ سال تحت نظر دکتر نوبخت بودم و تمام محبت‌ها را در حق من کرده‌اند ولی ۹ ماه است که دیالیز می شوم.

- از عمل راضی هستید؟

- بله. خدا از دستشان راضی باشد. زحمت کشیدند. همشون محبت کردند.

- دهنده از آشناهای شما بود؟

- خیر. همین طور خداوند جور کرد. عقیده‌ام پاک است، خدا برای من رساند. بعد از آخرین دیالیز در شهر خودمان دکتر گفته بود بیایم تهران. یک روز آقای زنگ زد از آمل به اسم آقای محسن داداشی گفت گروه خونی شما چیه؟ گفتم هنوز آزمایش ندادم. همین طور جور شد و این آقا بدون درخواست هیچ پولی به من کلیه داد. ولی من خودم خواستم بدهم یعنی خودش اصلاً درخواست پول نکرده. انسان با کمالی است. خدا خیرش دهد.

- در هزینه عمل، بیمارستان به شما تخفیف داده؟

- من تامین اجتماعی هستم. تا حالا که ۹ سال مریض بودم، تمام هزینه مرا دادند ولی حالا اینجا را نمی دانم پسر چه کار کرده.

- با اسم بنیاد امور بیماریه‌های آشنا هستید؟

- بله آنجا پرونده دارم. فکر کنم در موقع دیالیز، دو دفعه ۷ یا ۱۰ هزار تومان داده بودند.

- شما می دانید بنیاد امور بیماریه‌های خاص به دهنده‌های کلیه که کلیه خود را هدیه می کنند مبلغی به عنوان هدیه می دهند؟

- بله چون پرونده داشتیم آن آقا را بردم آنجا، گفتند باید کلیه‌ات را بدهی، پرونده‌ات را بیاوری ولی هنوز که به او نداده‌اند. ولی خودش تقاضای پول نمی کند، مرد شریفی است.

- حمید رضا چند وقت است عمل کرده‌ای؟

- دو سال و نیم است که عمل کرده‌ام.

- باید مرتب بیایید بیمارستان؟

- نه مرتب که نه، گاهی اگر تب کم، حامله به هم بخورد یا سرما بخورم یا آزمایشم بالا- پایین شود.

- شما چند سال دارید؟

- ۱۹ سال

- چه مدت ناراحتی کلیه داشتید؟

- حدود سه سال

- دیالیز می شدید؟

- خیر

- دهنده کلیه از آشناهای شما است؟

- خیر، یک نفر غریبه بود و الان هم با هم

خیلی صمیمی هستیم.

- برای کلیه ای که به شما هدیه کردند مبلغی هم گرفتند؟

- خیر هیچی

- مشکلاتتان از قبل از عمل خیلی کمتر شده؟

- بله، مسلماً خیلی

- آیا مشکل خاصی دارید؟ ورزش و کارهای بدنی می‌توانید انجام دهید؟

- ورزش سنگین که نه ولی مثلاً دوچرخه سواری، شنا، دو. مشکل خاصی هم ندارم.

- قبل از عمل درد و ناراحتی ظاهری داشتید؟

- نه - اصلاً، از داخل بود فقط حالت تهوع داشتم.

- چه دکتری شما را عمل کرده و آیا از عمل راضی هستید؟

- دکتر قدسی و صالحیان. بله از عمل هم راضی هستم.

- مصاحبه با جناب آقای دکتر اشرف - رئیس بخش پیوند کلیه بیمارستان بقیة... (۱)

ماهانہ چند عمل پیوند در بیمارستان بقیة... انجام می‌شود؟

- حدود ۲۸ عمل به بالا. ما تقریباً حداقل روزی یک عمل انجام می‌دهیم.

(۲) علت رد پیوند چیست؟ و چند درصد اعمال جراحی موفقیت آمیز است؟

- دلایل مختلفی دارد ولی بیشتر به خاطر ناسازگاری بافتی بین دهنده و گیرنده است. ممکن است کلیه حتی پس از چند سال پس زده شود. ما خدا را شکر حدود ۹۵-۹۴ درصد اعمال جراحی مان موفقیت آمیز است.

(۳) چند درصد از هزینه عمل از بیماران

گرفته می‌شود؟

ما به طور رایگان، مریض را پیوند می‌کنیم.

طرف قراردادمان هم هیات امناست که با تمام

شرکتهای بیمه قرارداد. ما مریض را به هیات امنای

معرفی می‌کنیم. هیات امنای برگه می‌دهد و ما

مریض را بستری می‌کنیم. دهنده و گیرنده را

طور مجانی ترخیص می‌کنیم و بعد پولمان را از

هیات امنای می‌گیریم که چیزی حدود ۱ میلیون

تومان برای هر مریض است که فکر می‌کنم

۳۰۰ هزار تومان آن را می‌دهند به هیات پزشکی

و ۷۰۰ هزار تومان آن را می‌دهند به بیمارستان

(۴) با توجه به هزینه بالای آزمایشهای

قبل از پیوند آیا شما راهکاری برای کاهش

این هزینه‌ها ندارید؟

این هزینه‌ها به عهده خود مریض است. دهنده

هم درست است که می‌پردازد ولی بعد از اینکه

کلیه‌اش را داد، عرفاً نه قانوناً از گیرنده، هزینه‌اش

را می‌گیرد. ولی در کل خوب مسلماً هزینه‌اش برای

مریض خیلی زیاد است و مشکل هم هست ولی

خوب در حال حاضر به جز بنیاد بیماریهای خاص

که آن هم همان ۱ میلیون تومان که به دهنده

می‌دهد و من اطلاع دارم، کس دیگری حمایتشان

نمی‌کند. بالاچاره، مجبورند حالا یا قرض بگیرند یا

از کمیته امداد کمک بگیرند ولی طبعاً به مریض

فشار می‌آورد و بنیاد بیماریهای خاص باید کاری

بکند و دست ما نیست.

(۵) فکرمی‌کنید قیمت گذاری برای کلیه

باعث این نشده که برای کلیه بازار خرید و

فروش به وجود آید؟

بالاخره کسی که می‌آید کلیه‌اش را می‌دهد

یک عضو مهمی از بدنش را می‌دهد که بسیار

حیاتی است. اگر از نظر من بخواهید پیرسید باید

بگوییم که به نظر من کلیه اصلاً قیمت ندارد.

برای اینکه ارزشش خیلی بالاست. اگر کسی

محتاج نباشد، کلیه‌اش را نمی‌فروشد. به هر

حال من فکر می‌کنم، این مبلغی که الان به

دهنده‌ها می‌دهند، مبلغ پایینی است که دولت

می‌پردازد. باید مبلغش خیلی بیشتر حداقل ۵-۴

برابر مبلغ فعلی باشد. و بعد از اینکه این مبلغ را

گذاشتند، که بالاخره می‌تواند مشکلی از دهنده

را حل کند، آن وقت می‌توانند کنترل هم بکنند.

ولی این طور نیست و با توجه به وضعیت

اقتصادی گیرنده از او پول می‌گیرند.

اگر دولت می‌توانست به گونه‌ای

حمایت‌های خود را افزایش دهد و این مبلغ بالاتر

از این می‌بود طبعاً پیوند خیلی بیشتر انجام

می‌شد. دیالیز بارش سبکتر می‌شد. چون دیالیز

برای دولت بیشتر هزینه بر است تا پیوند و خیلی

استقبال بیشتری می‌شد. چه آنهایی که

می‌خواهند کلیه بدهند چه آنهایی که می‌خواهند

کلیه بگیرند.

(۶) از چه سازمانهایی، بیمارستان کمک

می‌گیرد؟ از سازمان پیوند اعضا چگونه؟

- هیچی. ما فقط با برگه هیات امنای مریض را

بستری می‌کنیم و بعد هم ترخیص می‌کنیم. هیچ

سازمانی هم به ما کمک نمی‌کند، ما هم هیچ کمکی

به مریض نمی‌کنیم. سازمان بین‌المللی پیوند اعضا

هم در بخش ما کمکی نمی‌کند. ولی هیات امنای با

توجه به اینکه هیات امنای ارزی است بالاخره یک

بودجه‌ای دارند و به بخش‌های پیوند کمک می‌کنند

ولی به بخش ما که فکر می‌کنم دومین مرکز پیوند در

ایران است، متأسفانه کوچکترین کمکی نکرده‌اند

حتی یک ریال. با اینکه ما بارها تقاضا کردیم و با آقای

دکتر شیبانی جلسه گذاشته‌ایم ولی باز هم کمکی

نکرده‌اند. از یک طرف هم چون بیمارستان هم یک

بیمارستان نظامی و خصوصی است. اگر هم بخواهد

به بیمار ما کمک بکند چون از طرف هیچ سازمانی

کمک نمی‌شود، طبعاً نمی‌تواند به ما کمکی بکند.

آنها باید از ما حمایت کنند که ما هم مریض‌شان را حمایت کنیم.

۷) آیا امکانات بیمارستان و تعداد پزشک متخصص کفایت بیماران را می‌کند؟ و آیا امکان انجام اعمال جراحی بیشتر را دارد؟

بله ما مشکل درمانی نداریم، چه تاسیساتی و چه دارویی و برای عمل بیشتر هم امکانش را داریم ولی چون همیشه بخش ضرردهی بودیم، امکانش وجود ندارد. مسئولان بیمارستان به خاطر مسائل انسانی، بخش ما را تعطیل نکرده‌اند و الان هم به خاطر مسائل انسانی پیوند می‌کنیم نه به خاطر مسائل مالی. اگر بخواهیم بیشتر از این پیوند کنیم، بیشتر از این برای بیمارستان ضرر ایجاد می‌کنیم که آن وقت مشکلاتی از طرف ریاست بیمارستان و سیستم خودگردانی، که الان بیمارستانها دارند، به وجود می‌آورد که متأسفانه برای ما امکان پذیر نیست. در غیر این صورت بیشتر از این هم می‌توانستیم پیوند انجام دهیم.

۸) اصولاً یک بیمار پیوندی با چه مشکلاتی روبرو است؟ و آیا می‌تواند مثل یک آدم عادی به حیات خود ادامه دهد؟

مریض‌های پیوندی اگر انشاء... خدا بخواهد و کلیه‌شان بگیرد، نسبت به افراد عادی مشکلساز فقط یک مقدار ضعف سیستم ایمنی بدنشان است. یعنی دفاع بدنشان نسبت به افراد عادی پایین‌تر است که این باعث می‌شود نسبت به آلودگی میکروبیها و عفونتها ضعیف‌تر عمل کنند و مقدار مراقبتشان باید بیشتر باشد. به خصوص در یک سال اول و در سال اول، به خصوص در سه ماه اول. یک مقدار اگر مسائل بهداشتی را رعایت کنند، خیلی اختلافی با افراد عادی ندارند و بعد از یک سال تقریباً مثل افراد عادی می‌توانند به زندگی‌شان

ادامه دهند.

۹) یک بیمار دیالیزی با چه مشکلاتی روبرو است و پیوند کلیه باعث حل شدن چند درصد از این مشکلات می‌شود؟

بیماران دیالیزی مشکلاتشان نسبت به مریض‌های پیوندی خیلی بیشتر است. مریض دیالیزی اولاً از نظر اقتصادی اگر حساب کنید هر هفته باید سه بار به یک مرکز دیالیز مراجعه کند. مریض دیالیزی مریض بدحالی است که نمی‌تواند با وسایل نقلیه عمومی و اتوبوس خط واحد رفت و آمد کند به ناچار یا باید با وسیله شخصی یا آناس رفت و آمد کند که خیلی برایش مشکل است. داروهایی که باید تهیه کند، آمپول اپرکس، که برای مشکلات خونسازی‌شان است که باید از هلال احمر تهیه کنند. علاوه بر مشکلاتی که دیالیز برای مریض ایجاد می‌کند، برای دولت هم بسیار هزینه‌بر است. سیستم دیالیز در کشور ما برای مریض رایگان است که دولت این هزینه را باید به بیمارستانها بپردازد.

برای مریض علاوه بر مشکلات قلبی، مشکلات جسمی هم وجود دارد. در هر بار دیالیز، علاوه بر ضرباتی که بر اثر سوزن دیالیز می‌خورد مشکلات عروق دارد و کلی خون از دست می‌دهد و افت فشار پیدا می‌کند. کلاً این مشکلات با پیوند حل می‌شود و فرد به اجتماع برمی‌گردد.

۱۰) با توجه به هزینه‌های زیاد بیماریهای کلیه چه پیشنهادی برای پیشگیری از این بیماریها دارید؟

ورزش زیاد همراه با مصرف زیاد آب به دفع سنگ و رسوبات از کلیه کمک می‌کند.

بسیاری از بیماریهای کلیه ناشناخته است مثلاً فرد به دلیل دیگری سونوگرافی می‌کند و می‌فهمد که مشکل کلیه دارد. یا کلیه‌های پلی کیستیک که در سنین بالاتر نشان داده می‌شود و

بیماری ارثی است.

۱۱) فکر می‌کنید تهیه بروشورها برای پیشگیری موثر باشد؟

مطمئناً. صدا و سیما می‌تواند برنامه‌های خاصی داشته باشد و برنامه‌های آموزشی بیشتری نشان دهد. مردم هم با توجه به وضعیت فرهنگی فعلی، سطح فرهنگشان بالا رفته. اطلاعاتشان زیاد شده. به وسیله بروشورها هم می‌توان آن نکات مهمی که مردم باید پیگیری کنند و برایشان مفید است را به آنها گوشزد کرد.

۱۲) به نظر شما بنیاد امور بیماریهای خاص توانسته در جهت تحقق اهدافش به خصوص در مورد کمک به بیماران کلیوی و پیشگیری از این بیماریها مفید باشد؟

راستش را بخواهید من تا به حال به جز یک میلیونی که به دهنده‌ها می‌دهند چیز دیگری از بنیاد امور بیماریهای خاص نمی‌دانم و با اینکه ما اولین مرکز پیوند کلیه در ایران هستیم، اولین کسی که می‌آید و سؤال می‌کند شما هستید و نیامدند ببینند که ما چه مشکلاتی داریم و آیا می‌توانند به ما کمک کنند؟! (خاص: البته تاکنون خودشان به بنیاد مراجعه نفرموده‌اند.)

۱۲) در آخر بفرمایید چند سال است پیوند انجام می‌دهید و اگر خاطره‌ای از اولین پیوند خود دارید بفرمایید.

من از سال ۷۱ پیوند انجام می‌دهم. از اولین پیوند خاطره خاصی ندارم. یک سرباز بود از شهر یزد که فکر می‌کنم الان هم حالش خیلی خوب است و تحت نظر دکتر نجمی است. خاطره که زیاد است. خیلی از مریض‌های ما بودند که واقعا از دست ما خارج بودند و پزشکها می‌گفتند هیچ کاری نمی‌شود کرد و مریض شفا پیدا کرده. همه این اتفاقات در ایام مختلف بوده یا ولادت امام زمان (عج) یا ولادت امام علی یا شهادت یک شب

ساعت یک من بیدار بودم که یک مریض شروع کرد به جیغ کشیدن و گریه کردن و گفت کلیه ام راه افتاده. همان موقع دیدیم مریضی که اصلاً ادرار نمی کرد، حدود ۳۰۰-۲۰۰ سی سی ادرار کرده و از همان موقع کلیه اش شروع به کار کرد و برای ما خیلی تکان دهنده بود و همیشه به مریض ها و همراهانشان توصیه می کنیم که دعا کنند چون ما واقعاً دیدیم که معجزه شده.

در جریان تهیه گزارش از بیمارستان بقیه... به زن و شوهر جوانی برخوردیم که زن جوان کلیه اش را به همسرش اهدا کرده بود. صحبت کوتاهی با این خانم داشتیم:

- لطفاً خودتان را معرفی کنید.

- من کبری بازوبندی هستم

- الان چند روز است که عمل انجام

شده؟

- ۱۰ روز است.

- خودتان مشکلی ندارید؟

- نه ناراحتی ای ندارم

- چند روز بعد از عمل مرخص شدید؟

- ۴ روز بعد

- از این بیمارستان و پرسنلش راضی

هستند؟

- بله خیلی بیمارستان خوبی، رسیدگی اش

هم خیلی خوب است.

- هزینه عمل چه قدر از شما گرفتند؟

- هیچی. برکه هیات امنای آوردیم و رایگان

پیوند کردند.

- ناراحتی قبل از پیوندشان چی بود و چه

مدت ناراحتی داشتند؟

- فشار خون بالا و ورم و سردردهای شدید

داشت و ۱۰ ماه دیالیز می شد.

- شما با اسم بنیاد امور بیماریهای

خاص آشنا هستید؟

- بله

- آیا به شما تا بحال کمکی کرده اند؟

- خیر، کمکی نکردند.

مصاحبه با جناب آقای دکتر پروشانی -

رئیس بیمارستان هاشمی نژاد

۱) ماهانه چند عمل پیوند در این

بیمارستان انجام می شود؟

- تعداد اعمال جراحی پیوندی که انجام

می شود، متغیر است ولی متوسط آن ۸-۱۲ تا

در ماه است.

۲) توسط چند دکتر متخصص؟

ما دو تیم جراحی و نفرولوژی داریم. در تیم

جراحی حدوداً ۷ نفر و در تیم نفرولوژی حدوداً

۵ نفر هستند.

اعمال جراحی پیوند از نظر داخلی و از نظر

جراحی تحت نظر اینها ست.

۳) یک بیمار پیوندی در این بیمارستان

چه مدت باید در صف انتظار برای پیوند

بماند؟

اینجا بیمارستانی است که نسبتاً بیماران در

انتظار هستند و علتش هم این است که اولین

بخش پیوند کلیه در ایران در این بیمارستان

پایه گذاری شده است و بیمارستان کلیوی

منحصر به فردی است و خیلی ها علاقه دارند

که در این بیمارستان پیوند شوند، حدوداً ۱ تا ۲

ماه در صف انتظار هستند.

۴) چند درصد از هزینه عمل از بیمار

گرفته می شود؟

ما پولی از بیمار نمی گیریم ما هزینه ای که

مصرف می کنیم، از طریق هیات امنای ارزی دریافت

می کنیم. مامطلقاً پولی از مریض نمی گیریم.

۵) این بیمارستان از چه سازمانها و

نهادهایی کمک می گیرد؟

ما از هیچ سازمانی کمک نمی گیریم. ما

یک بیمارستان وابسته به دانشگاه هستیم و بنا

به مقررات هر وقت چیزی نیاز داشته باشیم از

طریق اداره تجهیزات دانشگاه می گیریم.

(خاص: لازم ذکر است که با توجه به تحقیقات

انجام شده آمارها نشان می دهد که کمک هایی

به بیمارستان طالقانی از طرف بنیاد شده است.)

۶) سازمان بین المللی پیوند

اعضایچه طور؟

- هیچی، به ما کمکی نمی کند.

۷) امکانات بیمارستان، آیا کفایت

مریض را می کند؟ و آیا امکان انجام اعمال

جراحی بیشتری دارد؟

مامشکلی نداریم. ولی انجام اعمال بیشتر،

بستگی به شرایط دارد بعضی وقت ها داریم و

بعضی وقتها نداریم. مثلاً هر وقت بیمارستان

شلوغتر باشد نداریم ولی باتوجه به ظرفیت

بیمارستان فعلاً اعمال جراحی که انجام می شود

متناسب با نیروی کار ماست. اگر بخواهیم یک

روزی این کار را انجام دهیم باید یک بخشی را

تعطیل کنیم که باتوجه به آموزشی بودن

بیمارستان، این امکان وجود ندارد.

۸) به نظر شما آیا بنیاد امور بیماریهای

خاص توانسته به مریض ها کمکی بکند؟

بنیاد به همین منظور به وجود آمده و حالا

همین هدیه ای که به دهنده ها می دهند، خیلی

توانسته پیوند را تا حدودی راحت کند ولی من

خیلی اطلاعی از این مسائل ندارم.

در جریان تهیه گزارش از بیمارستان

هاشمی نژاد سری به مرکز دیالیز این بیمارستان

زدیم.

این ساختمان دو طبقه که در کنار ساختمان

اصلی بیمارستان قرار دارد به منظور کمک به بیماران دیالیزی و همچنین مرکزی برای ارائه داروهای بیماران پیوندی است. در اینجا صحبت کوتاهی با چند تن از این عزیزان داشتیم:

۱) لطفا خودتان را معرفی کنید.

- من هادی امیری هستم.

۲) چه مدت است پیوند انجام داده‌اید؟
- سه سال است.

۳) الان مشکل خاصی ندارید بعد از پیوند؟

- الحمد لله مشکلی ندارم.

۴) چه بیمارستانی عمل شدید؟

- لبافی نژاد

۵) دکترتان چه کسی بود؟

- دکتر سیم فروش

۶) دیالیز هم می‌شدید قبل از عمل؟

- بله ۸ ماه دیالیز می‌شدم

۷) آیا با بنیاد امور بیماریهای خاص آشنا هستید؟

- بله، پرورنده داشتم آنجا

۸) به شما کمکی کردند؟

بله، دستشان درد نکند. یک میلیون بابت عملم دادند.

۱) لطفا خودتان را معرفی کنید.

- من جمشید اختیاری هستم.

۲) چه مدت است پیوند انجام داده‌اید؟

- الان چهار سال است که عمل انجام داده‌ام.

۳) دهنده‌تان از آسناهای شما بود؟

- خیر غریبه بودند.

۴) آیا پولی بابت کلیه از شما گرفتند.

- خیر - پولی نگرفتند من رفتم به بنیاد امور بیماریهای خاص و این آقا خودشان را به عنوان

دهنده معرفی کردند و یک میلیون به ایشان دادند.

۵) بعد از پیوند مشکل خاصی ندارید؟

- خیر مشکلی ندارم.

۶) قبل از پیوند چی؟

- یک سال دیالیز می‌شدم.

۷) با بنیاد امور بیماریهای خاص آشنا هستید؟

- بله

۸) به نظر شما بنیاد توانسته به

مریض‌ها کمک کند؟

- بله البته. در این قسمت خیلی راحت کارها

انجام می‌شود.

۱) لطفا خودتان را معرفی کنید و بگویید

چرا اینجا هستید؟

مهدی طاهری هستم. برادرم دیالیز

می‌شود.

۲) شرایط برای پیوند برای ایشان به

وجود نیامده؟

- به وجود آمده بدنش آماده نبوده. چون بیمار

روماتیسمی است باید صبر کند تا خوب شود بعد

پیوند کنند.

۳) چه مشکلاتی از نظر جسمی الان

اذیتشان می‌کند؟

- یک مدتی در بیمارستان مصطفی خمینی

به علت زخم بستر بستری بود. آنجا فیستولش را

از کار انداختند و بدون اینکه فیستول مجدد

بگذارند مرخص کردند الان با مشکل فیستول

مواجه شده‌ایم. از بیمارستان هفت تیر فرستادند

اینجا که یک وقت بگیریم ببریم به بیمارستان

فیستول کار بگذاریم.

۴) هزینه دیالیز برای شما چه مقدار

می‌شود؟

- از ما هزینه دیالیز نمی‌گیرند.

۵) با بنیاد بیماریهای خاص آشنا

هستند؟

- بله

۶) به شما کمکی کردند؟

- بله. پرورنده داریم دیالیز هم در مرکز سوده

به طور رایگان برای ما انجام می‌دهند.

۱) لطفا خودتان را معرفی کنید.

- من سلطان علی زهرایی هستم

۲) چه مدت است که پیوند انجام

داده‌اید؟

- پیوند دومم را در تاریخ ۸ آبان ۷۹ انجام

دادم. پیوند اولتان در سال ۶۵ انجام شد.

۳) یعنی پیوند اول‌تان ناموفق بود؟

- بله

۴) مشکلات پیوند اول چه بود؟

در پیوند اول مشکلی نداشتم ولی پیوند دوم

یک مقدار ناموفق بود. حدود ۲۵ روز اصلا کلیه

کار نکرد. نمی‌دانم چه طور شده بود؟! کلیه

آسیب دیده بود و نشستی داشت و مایع جمع شده

بود.

۵) با اسم بنیاد بیماریهای خاص آشنا

هستید؟

- بله البته

۶) آیا به نظر شما کمک بنیاد به بیماران

موثر است؟

واقعا اگر بنیاد نباشد، ما فلجیم. الان

مابایت دارو ماهی ۲۶۵۰۰ تومان با دفترچه

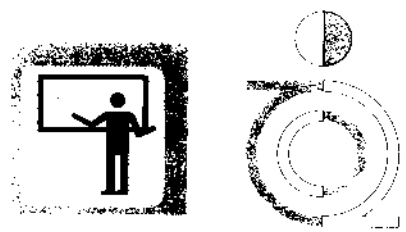
می‌پردازیم که همه این مبلغ را از بنیاد می‌گیریم

وگرنه من که ۱۵ سال است دیالیز می‌کردم و

توانایی کارکردن ندارم. با این وضع جسمانی

و مشکلاتی که دارم واقعا اگر بنیاد نبود نمی‌دانم

چه کار می‌کردم.



استئوپوروز و کمر درد

در راستای اهداف تحقیقاتی خود طی انجام یک پروژه تحقیقاتی گسترده به بررسی وضعیت تراکم استخوان بیماران تالاسمی پرداخت. در این مطالعه تعداد ۲۵۰ نفر از بیماران تالاسمی شهر تهران به طور کامل از نظر وضعیت متابولیسم، هورمون‌های رشد و میزان تراکم استخوان و عوامل مؤثر بر آن بررسی شدند. هدف از انجام این مطالعه شناختن عوامل خطر ساز یوکی استخوان در این بیماران بود. از طرفی متأسفانه در کشور ما هیچ گونه معیاری برای شناختن میزان طبیعی (نرمال) تراکم استخوان وجود ندارد که این امر انجام هر گونه مطالعه‌ای در این زمینه را محدود می‌سازد. برای حل این مشکل و همچنین ارائه دادن منحنی نرمال تراکم استخوان در سنین رشد، تعداد ۲۵۰ نفر از افراد سالم سنین بین ۱۰-۲۰ ساله انتخاب شدند و سپس به تفکیک سن و جنس و مرحله بلوغ مورد بررسی کامل از نظر وضعیت هورمون‌های رشد و جنسی، میزان vit D3، کلسیم، PTH و همچنین سنجش تراکم استخوان به روش DEXA قرار گرفتند. از طرف دیگر اثرات کمبود روی (Zn) بر رشد بیماران نیز مورد بررسی قرار گرفت. در صورت اثبات اثر داشتن روی در بهبود وضعیت رشد بیماران، شاید بتوان در آینده Zinc

یکی از علل عمده ناتوانی از کار در افراد کمتر از ۴۵ سال کمردرد می‌باشد. شاید بتوان گفت که کمردرد بعد از سرماخوردگی شایع‌ترین بیماری در انسان است. آمار نشان می‌دهد که ۸۰٪ از افراد در دوران زندگی خود حداقل یک بار به علت کمردرد به پزشک مراجعه می‌کنند. آمار منتشر شده در کشور انگلستان نشان می‌دهد که سالیانه ۲ میلیون نفر از افراد بالای ۱۵ ساله به علت کمردرد به پزشک مراجعه می‌کنند که ۵۰٪ از این افراد پس از یک مرتبه مراجعه بهبود نیافته و برای دفعات بعد مراجعه خواهند کرد. ده درصد از این افراد در بیمارستان بستری می‌شوند و ۱۰٪ بیماران بستری احتیاج به درمان جراحی دارند. به جرات می‌توان گفت که علت بیشتر کمردردهای مزمن (که بیش از ۳ ماه طول کشیده‌اند) مشخص نیست. ضایعات مهره‌های آخر کمری یکی از علل عمده کمردرد می‌باشد. در بین این ضایعات استئوپوروز (پوکی استخوان) با توجه به شیوع آن و خطرهای فراوانی که دارد، از اهمیت بسزایی برخوردار است. در صفحات بعد به طور تفصیلی به ابعاد مختلف ارتباط بین استئوپوروز و کمردرد و چگونگی پیشگیری و درمان آن خواهیم پرداخت. در سال ۱۳۷۹ بنیاد بیماری‌های خاص

«مقاله تحقیقاتی»

تهیه و تنظیم:

دکتر سید محمود طباطبایی استاد دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی

دکتر میر رضا بخیرنیا پزشک عمومی و محقق حوزه

آموزش و پژوهش

Supplementation را به طور دقیق در رژیم غذایی این بیماران قرار داد.

نتایج نهایی این تحقیق پس از آماده شدن و تجزیه و تحلیل آمارها در شماره آینده به چاپ خواهد رسید.

کمر درد

مشکلات مهره ها در اثر استئوپوروز یکی از علل مهم دردهای پشت و کمر می باشد و از طرفی می دانیم که شاید بتوان گفت کمردرد بعد از سرماخوردگی شایعترین بیماری در انسان است. آمار نشان می دهد که ۸۰٪ از افراد در دوران زندگی خود حداقل یکمرتبه بعلت کمر درد به پزشک مراجعه می کنند. آمار منتشره در انگلستان نشان می دهد که سالیانه حدود ۲ میلیون نفر در افراد بیش از ۱۵ ساله بعلت کمردرد به پزشک مراجعه می کنند. ۵٪ از این افراد پس از یکمرتبه مراجعه بهبود نیافته و برای دفعات بعد مراجعه می کنند، ۱۰٪ از این افراد جهت ادامه درمان در بیمارستان بستری شده ۱۰٪ بیماران بستری احتیاج به درمان جراحی دارند. در آمریکا در بین بیماریهایی که باعث ناتوانی از کار و مرخصی ناشی از آن در افراد کمتر از ۴۵ سال می گردد، کمردرد در درجه اول قرار دارد. در افراد بین ۴۵-۶۴ سال بعد از بیماریهای قلبی و آرتریت روماتوئید، کمردرد در درجه سوم قرار دارد. با شیوع فراوان بیماری و علل متعددی که برای آن بیان میشود کمردرد هنوز یکی از معماهای پزشکی است. شاید با جرأت بتوان گفت که هنوز علت بیشتر کمردردهای مزمن (بیش از ۳ ماه از آن گذشته باشد) مشخص نشده است. تعدادی از این بیماران علیرغم نوع درمانی که برای آنها انجام

می گیرد کمردردشان بهبود می یابد، در حالی که تعدادی از آنها هرگز بهبود نمی یابند. ضایعات مهره های آخر کمری و نسوج نرم اطراف آن منشأ قسمت اعظم دردهای کمر می باشند.

امروزه اهمیت دردهای کمری به اندازه ای است که در ایالات متحده آمریکا تیم های ۱۵ نفره آموزشی تشکیل می دهند که در این تیم ها، پزشک فیزیوتراپیست، روانپزشک و متخصص های مختلف دیگر هم، بیماران را مورد آموزش قرار داده و با یاد دادن موقعیت مهره ها و چگونگی وارد آمدن فشار و ... به آنها چگونگی برخورد صحیح با کمردردشان را آموزش می دهند.

کمر درد و استئوپوروز

استئوپوروز یا پوکی شدن استخوان بیماری است که در آن عناصر تشکیل دهنده استخوان از نظر کیفیت تغییر نمی کند ولی از نظر کمیت کاهش می یابد. در این بیماری از فعالیت استئوبلاستها کاسته شده و برعکس فعالیت استئوکلاستها افزوده می شود. استئوپوروز در سنین پیری در حقیقت یک پدیده فیزیولوژیک است که نزد افراد مسن بوجود می آید. در این بیماری استخوانها شکننده می شوند. معمولاً استئوپوروز علامتی ندارد تا هنگامی که شکستگی رخ دهد بیماری بی سر و صدایی است. این بیماری خاموش هزینه های پزشکی و اقتصادی فراوانی به افراد جامعه بخصوص افراد مسن تحمیل می کند. بیماری استئوپوروز در واقع کاهش تراکم استخوانهاست (Low Bone Density) و تقریباً شایعترین اختلال بالینی دستگاه اسکلتی می باشد. در ایالات متحده

آمریکا، بزرگترین مشکل بهداشتی افراد سالخورده استئوپوروز است. این بیماری تقریباً باعث ۱/۵ میلیون مورد شکستگی و هزینه سالیانه ای حدود ۱۳/۸ میلیون دلار برای ایالات متحده می شود. اگرچه استئوپوروز پیری، در زنان شایعتر است، یکی از مشکلات اساسی مردان مسن نیز می باشد. در طول دوران زندگی، مردان به میزان نصف زنان با مشکلات از دست دادن توده استخوانی مواجهند و میزان شکستگی در آنها یک سوم زنان می باشد. کاهش تراکم استخوانی مرتبط با سن از حدود ۳۵ سالگی شروع می شود و در زنان پس از یائسگی سرعت پیدا می کند. به نظر می رسد که وضعیت تغذیه ای و بهداشتی و همچنین شیوه زندگی افراد نقش بسزایی در شروع و سرعت این کاهش تراکم استخوانی داشته باشد. در زنان دو مرحله مهم از دست دادن تراکم استخوانی وجود دارد و در مردان یک مرحله. در زنان تا زمان یائسگی عارضه از دست دادن استخوان بطور خفیف دیده می شود. در این زمان، خانمها دستخوش مرحله شدید از دست دادن استخوان می شوند که حدود ۱۰ سال طول می کشد و ۲۰-۳۰ درصد بافت استخوانی اسفنجی (cancellous) و ۱۰-۵ درصد لایه قشری (Cortical) استخوان از بین می رود. مرحله شدید از دست دادن استخوان زنان با مرحله دیررس از دست دادن کند استخوان که تا زمان نامحدودی ادامه می یابد، دنبال می شود. مرحله مستمر و کند از دست دادن استخوان در مردان سالخورده مشابه مرحله کند و دیررس در زنان یائسه است. در طول زندگی فرد، این مرحله کند سبب از بین رفتن ۲۰-۳۰ درصد بافت اسفنجی استخوان و

۲۰-۳۰ درصد لایه کورتکس استخوان در هر دو جنس می‌شود. علل مختلفی که باعث پوک شدن استخوان می‌شوند، عبارتند از: کاهش یا از بین رفتن فعالیت عضو بعث بی‌حرکتی ب مدت طولانی، رژیم‌های غذایی با کمبود موادی پروتئینی، بیماری‌های غدد درون ریز مانند پرکاری غدد پاراتیروئید، تیروئید و غدد فوق کلیوی، کم کاری غدد جنسی (استنوپوروز یا نائسگی)، تجویز بعضی از دارو ها ب مدت طولانی مثل کورتیکواستروئیدها و هپارین و سرانجام استنوپوروز با علت ناشناخته یا ایدیوپاتیک که از علل فوق شایع تراست. این نوع استنوپوروز در زنها بیشتر است (به نسبت دو به یک). کم شدن استروژن موجود در خون نقش مهمی در این بیماری دارد.

حدود ۵۰٪ از افراد بیش از ۶۵ سال سفید پوست استنوپوروز دارند و تنها ۲۰٪ از افرادی که به سن ۷۵ سالگی رسیده‌اند دچار شکستگی ناشی از استنوپوروز می‌شوند. وستنوپوروز قبل از شکستگی هیچ علامت بالینی ندارد، این واقعیت بسیار مهمی است زیرا بسیاری از بیماران دردهایی در ناحیه لگن و پاها دارند که آن را به استنوپوروز نسبت می‌دهند که این قضیه در صورت عدم وجود شکستگی نامحتمل است، درد بیشتر در استئومالاسی دیده می‌شود. شایعترین محل شکستگیها عبارتند از جسم مهره‌ها، لگن، گردن استخوان ران، انتهای بالایی بازو و انتهای ساعد. مخارج درمان این شکستگی‌ها فوق العاده زیاد است، بطوری که در یک آمار، مخارج کوتاه مدت شکستگیهای گردن استخوان ران در سال ۱۹۷۹ در امریکا حدود یک میلیارد دلار بوده است. علاوه بر شکستگیهای متعدد این

بیماران از درد کم، پشت و قوزدار شدن پشت شکایت دارند. این بیماران برخلاف مبتلایان به استئومالاسی از ضعف عمومی و ضعف عضلانی شکایت ندارند. همیشه باید در نظر داشت که برخی از موارد استنوپوروز و اوستئومالاسی تواما وجود دارد. معمولا برای تشخیص این بیماری تست های بیوشیمی کلسیم و آلکالین فسفاتاز کمک کننده نیستند و معمولا نرمال می‌باشند. بیوپسی استخوان به تشخیص بیماری کمک می‌کند. کاهش تراکم استخوان و همچنین کاهش تعداد و صفحات تیغه های استخوان که بخصوص درجسم مهره ها و گردن استخوان ران مشهود است، از علائم رادیولوژیک این بیماری است. فضای بین مهره ای افزایش یافته و سطح بالایی و پایینی جسم مهره گرد شده‌اند. متاسفانه علائم رادیولوژیک قبل از کاهش ۳۰٪ تراکم استخوان قابل توجه و تشخیص نخواهند بود. شکستگیهای مرضی در مهره ها باعث مقعرالطرفین شدن آنها می‌گردد. با انجام گرافی های رخ و نیم رخ از ستون مهره ها می توان به وجود این شکستگیها پی برد و باتوجه به تاریخچه وضعیت بیمار به ابتلا او به استنوپوروز پی برد ولی اصولا بهترین راه برای تشخیص استنوپوروز انجام سنجش تراکم استخوان (BMD) می باشد که بهترین روش موجود روش DXA می باشد. همانطور که گفته شد استنوپوروز قبل از بروز شکستگی علامت ندارد و شکستگی های مهره ها شایعترین تظاهر بالینی استنوپوروز می باشند. حدود دو سوم این شکستگی ها بدون علامت هستند و به عنوان یک یافته تصادفی در عکس های رادیولوژی قفسه سینه و یا شکم کشف می گردند.

شکستگیهای استنوپوروتیک می توانند به بروز ناگهانی درد منجر می شوند. به خصوص دردهایی که بطور ناگهانی حین فعالیت های روزمره بروز می کنند مانند بلند کردن اشیاء و یا خم شدن این درد شدید معمولا طی هفته های آینده تخفیف یافته و جای خود را با یک درد مبهم مزمن عوض می کند که آن هم معمولا بهبود می یابد ولی در بعضی موارد برای مدتهای طولانی ماندگار خواهد شد. شکستگیهایی که مسیر خود را طی می کنند پس از مدتی می توانند به افزایش انحنای ناحیه پشتی (توراسیک) و کاهش قد و همچنین (dowager's hump) منجر شوند. ممکن است که این بیماران از چاق شدن بدون افزایش وزن شکایت داشته باشند. آنها متوجه می شوند که شکمشان بزرگ شده است و لباسهایشان برایشان تنگ می شود. این تغییرات در اثر کاهش قد و شکستگیهای مهره ها حاصل می شود. به همین علت محتویات شکم فضای عمودی کمی خواهند داشت و بطرف جلو بیرون می زنند. بیمارانی که کیفوزهای شدید توراسیک پیدا می کنند معمولا از درد در ناحیه عضلات گردن شکایت دارند زیرا مجبورند گردن خود را بالا (extend) بگیرند تا بتوانند جلو را نگاه کنند. مریض هایی که بطور متعدد Compression fracture مهره ها دارند ممکن است از ناراحتی در ناحیه هیپ شکایت داشته باشند. وقتی از آنها از محل دقیق درد سؤال کنیم معمولا ستیغ استخوان لگن (Superior iliac crest) را نشان خواهند داد. این مورد بعثت کاهش فاصله بین دنده ها و قسمت فوقانی استخوان iliac می باشد که گاهی حتی باعث برخورد و سایش ایلیاک

بوسیله دنده‌ها می‌شود. این تغییرات همچنین باعث تنگی نفس و شکایت‌های گوارشی نیز می‌شود (مانند زود سیر شدن یا یبوست). برخی از یافته‌های بالینی دال بر عدم وجود شکستگی در اثر استئوپوروز (Uncomplicated) می‌باشند.

به عنوان مثال غیرمعمول است که شکستگی‌های منفرد در سطح‌های بالاتر از T7 در اثر استئوپوروز دیده شود و اگر این شکستگی‌ها را بینیم باید به فکر تشخیص دیگر می‌برد. شکستگی‌های بالای T7 به اندازه شکستگی‌های متعدد نواحی پایتتر نگران‌کننده نیستند. نکته مهم آن است که قبل از تشخیص استئوپوروز، کانسر و میلوم مولتیپل در مریض‌های هیپرگلیسمی، آنمی‌های بدون توجیه و کاهش وزن یا پروتئینوری در نظر گرفته شوند.

گرچه شکستگی‌های استئوپروتیک می‌توانند در عدم حضور تروما عارض بشوند ولی غیرمعمول است که شکستگی‌های اندامها بدون تروما دیده شوند. در این بیماران باید استئومالاسی و یا تروما استخوانی را در نظر داشت. در بیماران استئوپروتیک شکستگی‌های لگن هم شایع هستند و ۱۵٪ زنان و ۵٪ مردان حدود ۸۰ ساله را درگیر می‌کنند. شکستگی کالیس (Colles tn) هم دیده می‌شود.

همان‌طور که دیدیم یکی از علل کمردرد استئوپوروز و عوارض آن علی‌الخصوص در نواحی توراکولومبار می‌باشد. گرچه استئوپوروز در میان علل کمردرد جز علل اولیه نیست ولی با توجه به اینکه استئوپوروز در سنین بالا شایع است و عوارض آن بسیار خطرناک می‌باشند، لازم است تاکید بیشتری بر روی استئوپوروز بعنوان یک علت برای

کمردرد انجام گردد. و اما چه کسانی بیشتر در معرض ابتلا به استئوپوروز و نهایتاً عوارض آن از جمله دردهای پشت و کمر هستند. عموماً زنان در سنین مشابه و نسبت به مردان توده استخوانی کمتری دارند (و نیز ضعیف‌تر). نتیجتاً این احتمال وجود دارد که زنان در سنین جوانتری نسبت به مردان دچار استئوپوروز شوند. اما دلیل دیگر و مهم‌تری وجود دارد که زنان ریسک بیشتری نسبت به مردان برای ابتلا به استئوپوروز دارند و آن چیزی نیست بجز هورمون‌های زنانه علی‌الخصوص استروژن که نقش بسزایی در نگهداری استخوانها دارد، افت در میزان استروژن می‌تواند باعث ضعیف و شکننده شدن استخوانها گردد. بنابراین یانسگی از مهم‌ترین عوامل خطرزای استئوپوروز است بخصوص اگر در سنین جوانتر (زیر ۴۵ سال) عارض شود. همچنین زنانی که تحت هیستروکتومی و یا اونوفورکتومی قرار گرفته‌اند ریسک بیشتری خواهند داشت. از طرفی زنان که دچار آمفوره‌های بیش از ۶ ماه می‌شوند حتی اگر بعداً پریودهای طبیعی داشته باشند. بیشتر در معرض استئوپوروز قرار دارند. از دیگر عوامل خطر ساز برای استئوپوروز فقدان تحرک، استعمال سیگار «مصرف زیاد الکل، رژیم غذایی کم کلسیم» سابقه فامیلی استئوپوروز، ساختمان بدنی ضعیف، درمان طولانی مدت با داورهای استروئیدی، عدم وجود نور خورشید کافی و سایر بیماریها را می‌توان نام برد. ورزش از دست رفتن استخوانها را به تاخیر می‌اندازد. همانطور که عضلات در اثر ورزش دچار هیپرتروفی می‌گردند، استخوانها نیز بعلت ایجاد شارژ الکتریکی باعث تقویت استخوانها می‌شوند.

(مثلاً دست راست یک تنیس باز اگر راست دست باشد، استخوانهای قویتری خواهد داشت). از دیگر مشکلات طبی که می‌تواند باعث استئوپوروز شود، هیپرتیروئیدی، بی‌اشتهایی عصبی، بیماری کبدی و سندرم کوشینگ را می‌توان نام برد. اهمیت تشخیص زودرس استئوپوروز بسیار زیاد است زیرا شکستگی ناشی از استئوپوروز در نواحی مهره‌های توراسیک و توراکولومبار حتی می‌تواند بصورت Wedge Fracture باشد. که در آن قسمت جلوی مهره‌ها کلا پس نمی‌شوند Posterior Wedging شایع است و معمولاً یک ضایعه دیگر نیز وجود ... شکستگی‌های Wedge معمولاً به تدریج و بدون درد هستند و باعث کینوز یا کاهش تر می‌شوند (البته کینوز ممکن است در اثر قرار گرفتن ناجور مهره‌ها در افراد غیر استئوپروتیک هم حاصل شود.) و اما چطور می‌توان استئوپوروز را تشخیص داد. بطور کلی تشخیص درجات مختلف کاهش تراکم استخوان یعنی اوستئوپنی و استئوپوروز برای اندازه‌گیری میزان تراکم استخوانی بنا نهاده می‌شوند. استئوپوروز با کاهش Bone Mass، تخریب ساختمان Microarchitectural استخوانی و افزایش شکنندگی استخوانها مشخص میشود. وقتی که مدارکی دال بر همه این عوارض وجود دارد تشخیص قطعی تر است. البته تشخیص Microarchitectural disruption احتیاج به بیوپسی از استخوان دارد که بندرت برای بیماران انجام میشود. بنابراین تشخیص بدون سنجش Microarchitecture به طرق مختلفی انجام میشود از جمله،

۱- هنگامی که کاهش Bone mass به همراه شکستگیهای بدنال ... مختصر با بدون تروما دیده میشود درحالی که سایر علل استخوانی مثل اوستئومالاسیا یا میلیوم وجود نداشته باشد. ۲- شکستگیهای بدون تروما (یا ترومای مختصر ... حتی اگر دلیلی دال بر low Bone Mass وجود نداشته باشد، بعنوان مثال خانم ۷۵ ساله سفید پوستی که شکستگی استخوان مهره هنگام خم شدن دارد می تواند اوستئوپروتیک در نظر گرفته شود؛ اگر شرح حال، معاینه و عکس ساده رادیولوژی اختلال دیگری را مطرح نکنند. این مدل تشخیصی به این علت حمایت میشود که شکستگیهای شایع مهره ها معمولا در اینگونه بیماران حدود ۵ برابر افزایش دارند و شکستگیهای هیپ هم حدود ۵ برابر افزایش نشان می دهند. بنابراین شکستگی های قبلی عامل مهمتری برای پیش بینی بروز شکستگیهای بعدی است تا Bone density ۳- مریض هایی که Low bone Mass به تنهایی دارند و علائم بالینی دیگری از سایر بیماریهای استخوانی ندارند احتمالا استخوانهای شکننده دارند و می توانند اوستئوپروتیک در نظر گرفته شوند. X-ray densitometry کمی، یک تخمین قوی از وضعیت استخوانی بیمار ارائه می کند و به همین علت روش انتخابی می باشد. سازمان جهانی بهداشت (WHO) تراکم استخوانی در محدود 1SD از میانگین تراکم استخوانی فرد جوان سالم در همان جنس و نژاد را طبیعی در نظر می گیرد از 1SD تا 2.5 SD بعنوان استئوپنی در نظر گرفته میشود. و بیش از 2.5 SD S.I نشان دهنده استئوپوروزیس می باشد. هرچقدر این انحراف معیار بیشتر

باشد شکنندگی (fragility) استخوانها بیشتر خواهد بود. سنجش تراکم استخوان معمولا در بیش از یک نقطه از بدن و بوسیله روش های مختلف انجام میشود.

ولی بعد از تشخیص کاهش تراکم استخوانی باید علل آن بررسی شوند بخصوص کسانی که نه Postmenopausal می باشند و نه مسن باید تحت بررسی های دقیق تری قرار بگیرند. اولین مرحله گرفتن شرح حال و معاینات بالینی می باشد. سابقه سنگ کلیوی یا سایر بیماریهای کلیوی، بیماری تیروئید، درمان با گلوکوکورتیکوئید. سندرم کوشینگ، دیابت، بی حرکتی و بیماریهای کبدی یا گوارشی مهم می باشند. باید توجه خاصی به علائم و نشانه های کانسر بخصوص M.M داشت. سابقه تناسلی و نیز زمان یائسگی در زنان و نیز علائم هیپوگنادیزم در مردان از جمله کاهش میل جنسی، Impotence و آتروفی بیضه ها باید در نظر گرفته شوند. سابقه دریافت کلسیم و نیز سابقه ورزش در طول زندگی می باشد هم چنین است مصرف الکل و سیگار مهم می باشند، قد و وزن نیز باید اندازه گیری شوند. آزمون های آزمایشگاهی مختصری مورد نیاز می باشند، مثل TSH، CBC و یک بیوشیمی معمول با انجام این آزمایشها می توان سایر علل اوستئوپوروز یا کاهش تراکم استخوان را کنار گذاشت. در صورتی که پس از دریافت جواب آزمایشهای فوق، سرنخی برای رسیدن به هر کدام از علل خاص استئوپوروز مانند انواع بیماریهای سیستمیک پیدا شود می توان در راستای آن، آزمون های تکمیلی بیشتری انجام داد. بعنوان مثال اگر شک به مولتیپل میلوما وجود دارد. تست های

اختصاصی ادرار برای پروتئین بسن جونز و سایر آزمایشها می توانند کمک کننده باشند. بنابراین به این نتیجه می رسیم که انجام تست های نه چندان گرانبیقیمت سنجش استخوان کمک به سزایی به تشخیص بیماری خاموش استئوپوروز و نهایتا جلوگیری از عوارض آن می کند. ولی در چه کسانی این تست باید انجام شود؟ هرگاه تعیین تراکم استخوان به تصمیم گیری بالینی برای درمان بیمار کمک کند باید انجام شود. ۱- BMD ممکن است حول و حوش یائسگی برای تصمیم گیری جهت هورمون درمانی جایگزین (HRT) انجام شود. خانم های استئوپنیک حتما باید تحت درمان ترکیبی قرار گیرند (استروژن و پروژسترون). بطور کلی انجام BMD برای خانم های ۵۰ ساله توصیه میشود. ۲- بیمارانی که درمان طولانی مدت با کورتیکواستروئیدها شده اند حتما باید BMD پایه و نیز اندازه گیریهای بعدی داشته باشند. ۳- بیماران بدون علامت که هیپرپاراتیروئیدی اولیه دارند برای تصمیم گیری جهت جراحی بطور کلی اندیکاسیون انجام تراکم سنجی به درمانهای در دسترس ارتباط دارد (در شرایطی که اوستئوپوروز مشکوک وجود دارد). به همین خاطر هرچقدر انتخابهای تشخیصی - درمانی ما زیادتر شوند، موارد استفاده تراکم سنجی استخوان افزایش خواهد یافت. بعنوان مثال در حال حاضر تراکم سنجی سریال برای خانم یائسه ای که تحت درمان استروژن NTD و Ca می باشد، انجام نمیشود ولی شاید اگر روزی ثابت شود که Alendronate اثر هم افزایی (سینرژی) با استروژن دارد شاید انجام تراکم سنجی سریال روتین شود. در نمودار

Blackwell 1994: 114

7- Pearson J, Dequeker J, Henly M, et al. European semi-anthropomorphic spine phantom for the calibration of bone densitometry: assessment of precision stability and accuracy. European Quantitative Osteoporosis Study Group. Osteoporosis Int 1995; 5: 174-84.

Prion: Bone loading (exercises for osteoporosis) 2nd edition 1996. P:116-133

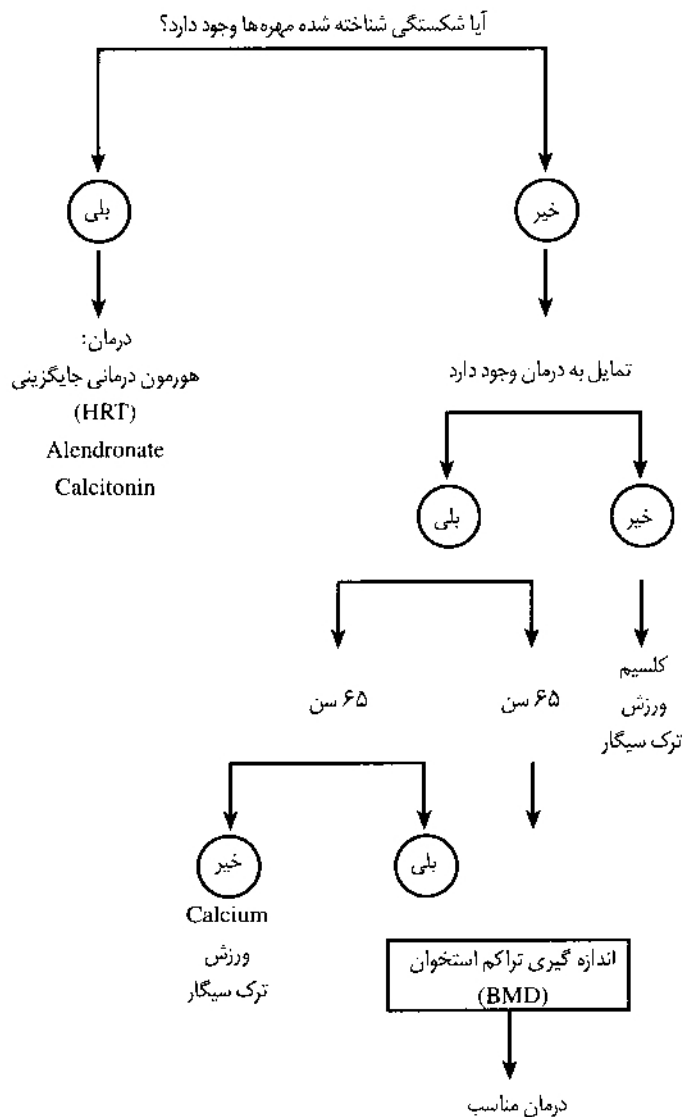
5- Wolf, A. & Dixon, A. St. J. (1988): Osteoporosis London Martin Dunitz.

6- Karin JA. Assessment of Bone Mass and osteoporosis. In, Konin JA. Osteoporosis. Oxford (UK):

صفحه بعد الگوریتمی برای بررسی و درمان بیماران باریسک شکستگی آورده شده است. در آخر به اینکه اشاره میشود که روش های تشخیصی اوستئوپوروز در حال پیشرفت هستند و بعنوان مثال امروزه از پژواک نگاری (سونوگرافی) هم برای این کار استفاده میشود. تمام این تحقیقات برای بهبود وضعیت افراد مبتلا به اوستئوپوروز و عوارض آن از جمله کمردرد می باشد ولی مهم ترین فاکتور رعایت نکاتی مثل تغذیه مناسب، انجام ورزش های توصیه شده به وسیله پزشک و در مورد خانم های یائسه جایگزینی هورمونی و ترک سیگار توسط خود بیمار می باشد تا از پیدایش اوستئوپوروز جلوگیری شود.

نمودار شماره ۱

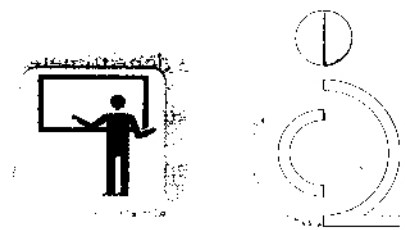
بررسی احتمال شکستگی:



References:

- 1- Joel S. Finkelstein: Osteoporosis-Etiology and pathogenesis. In coldman L. Bennet JC (eds): Cecil Textbook of Medicine, 21st ed, Philadelphia: WB Sanders, 2000; P: 1366-1372
- 2- Cooper C: Osteoporosis: a review of the Royal Society of Medicine, 82, 753 (1989)
- 3- Felson, DT, et al. The effect of postmenopausal estrogen therapy on osteoporosis. New England Journal of Medicine (1993), 329, 1141-1146
- 4- Ariel Simkin and Judith Ayalon: Risk factors for osteoporosis.

تغذیه در بیماران مبتلا به سرطان (بخش اول)



قبل از شروع درمان

بعد از آنکه در فردی بیماری سرطان تشخیص داده می‌شود روشهای درمانی گوناگونی برای مبارزه با آن انتخاب می‌گردد که می‌تواند شامل جراحی، پرتو درمانی، شیمی درمانی، هورمون درمانی و درمانهای بیولوژیک و یا مخلوطی از آنها باشد. هدف تمامی این روشهای درمانی از بین بردن سلولهای سرطانی است ولی همراه با از بین رفتن سلولهای سرطانی، تعدادی از سلولهای سالم بدن نیز صدمه می‌بینند. صدمه به بافتهای طبیعی بدن باعث ایجاد عوارض ناشی از درمان سرطان می‌گردد. آن دسته از عوارض درمان سرطان که بر تغذیه تاثیر می‌گذارد عبارتند از:

- کاهش اشتها
 - تغییرات وزن (کاهش یا افزایش وزن)
 - زخمهای دهان و گلو و لوله گوارش
 - خشکی دهان
 - مشکلات ناشی از بیماریهای دندان و لثه
 - تغییر در احساس چشایی و بویایی
 - تهوع و استفراغ
 - اسهال
 - یبوست
 - خستگی یا افسردگی
- این عوارض در همه افراد تحت درمان

سرطان نوعی بیماری است که از رشد بی‌رویه و غیرطبیعی سلولهای بدن ایجاد می‌گردد. وجود سلولهای سرطانی در بدن فرد مبتلا و آثار فیزیکی توده‌های سرطانی به همراه آثار ناشی از مواد تولید شده از آن می‌تواند عوارض گوناگونی برای فرد مبتلا ایجاد نماید. علاوه بر این روشهای درمانی گوناگون که در کنترل این بیماری از آن استفاده می‌شود هم می‌توانند عوارض مختلفی را در بیماران ایجاد کنند. یکی از مسائل مهمی که بیماران مبتلا به سرطان به علت خود بیماری یا در اثر درمان با آن دست به گریبانند، مسئله تغذیه می‌باشد. بیماران مبتلا به این بیماری، عموماً درجاتی از مشکلات تغذیه‌ای را تجربه می‌کنند که گاه می‌تواند خطرات جدی برای آنها در پی داشته باشد. در این مقاله سعی شده است تا به مهمترین و شایعترین این مشکلات اشاره شده و راه‌حلهای ساده‌ای جهت کاهش آنها ارائه گردد. به خاطر داشته باشید قابل اعتمادترین مرجعی که می‌تواند مشکلات بیمار را حل نماید، پزشک مسئول اوست. لذا در صورت برخورد با مشکلات شدید یا مشکلاتی که با اقدامات ساده حل نمی‌گردند باید با پزشک مربوطه مشورت شود.

تهیه و تنظیم:

زهرا کمیلیان

بنیاد امور بیماری‌های خاص

حوزه آموزش و پژوهش

دیده نمی شود و شدت و تنوع آنها نیز در افراد گوناگون متفاوت می باشد. عوامل متعددی در ایجاد عوارض و شدت آن موثر می باشند. این عوامل می توانند شامل نوع سرطان، قسمتی از بدن که تحت درمان قرار دارد، نوع و زمان درمان و دز درمان باشند. این عوارض معمولاً به خوبی قابل کنترل بوده و بیشتر عوارض ناشی از درمان بعد از قطع درمان از بین می روند. پزشک بهترین مرجع برای کسب اطلاع راجع به احتمال ایجاد عوارض درمان در بیمار و درمان آن می باشد.

تفاوت نیازهای تغذیه ای در افراد مبتلا به سرطان با افراد سالم

توصیه هایی که راجع به رژیم غذایی در افراد مبتلا به سرطان می باشد، به طور قابل توجهی با توصیه هایی که به افراد سالم می شود تفاوت دارد. در جمعیت سالم، توصیه های تغذیه ای بر محور افزایش مصرف میوه ها و سبزی ها، استفاده از غلات، مصرف متوسط گوشت و لبنیات و کاهش یا قطع مصرف چربی، شکر، الکل و نمک استوار است. در حالیکه در افراد مبتلا به سرطان این توصیه بر مبنای مصرف غذاهایی با کالری بالا و پروتئین زیاد استوار می باشد. افزایش مصرف شیر، پنیر و تخم مرغ پخته شده برای بالابردن میزان پروتئین رژیم غذایی و افزایش مصرف قند و شکر، کره، روغن های حیوانی و نباتی برای بالابردن میزان کالری دریافتی باید در رژیم غذایی بیماران مبتلا به سرطان در نظر گرفته شود. گاهی اوقات دستورهای غذایی در

بعضی از مبتلایان به سرطان شامل کاهش مصرف بعضی از غذاهای یا فیبر فراوان برای کاهش احتمال ابتلا به اسهال می باشد. نیازهای تغذیه ای در افراد مبتلا به سرطان با سایر افراد جامعه متفاوت است. رژیم غذایی در این افراد برای کمک به بازسازی قوای جسمی و ایجاد توانایی برای مقابله با اثرات بیماری و نیز عوارض درمان آن طراحی می گردد. در افراد سالم دریافت مقادیر متناسب مواد غذایی با تغذیه کافی و معمولی بدون اشکال خاصی انجام می پذیرد ولی در افراد مبتلا به سرطان به علت احساس کسالت و کاهش اشتهای ناشی از بیماری و عوارض ناشی از درمان دریافت مقادیر کافی مواد غذایی ضروری می تواند مشکل باشد.

مزایای تغذیه خوب

تغذیه خوب برای هر فردی مهم است ولی در افرادی که برای سرطان درمان می شوند این مسئله اهمیت ویژه ای دارد. عوامل گوناگونی از جمله مشکلات خود بیماری و عوارض درمان آن می توانند بر روی اشتهای فرد و توانایی تحمل بعضی از مواد غذایی و استفاده از آنها اثر بگذارند. نیازهای غذایی بیماران در حال درمان در افراد مختلف متفاوت می باشد. تغذیه مناسب در حین درمان باعث می شود که بیماران به اهداف زیر دست یابند:

- ۱- احساس بهبود
- ۲- حفظ سطح انرژی و توانایی های جسمی
- ۳- تحمل عوارض ناشی از درمان
- ۴- کاهش احتمال ابتلا به عفونت
- ۵- بازتوانی و بهبود سریعتر

تغذیه مناسب تغذیه ای است که نیاز به تمام مواد غذایی ضروری برای رشد را برطرف ساخته و علاوه بر آن، نیازهایی را که در اثر مسائل درمانی بیمار ایجاد می شود پوشش دهد. پروتئین، مواد قندی، چربی، آب، ویتامین ها و مواد معدنی مواد غذایی ضروری هستند که لازم است در رژیم غذایی بیماران به مقدار کافی وجود داشته باشند.

مواد غذایی ضروری

پروتئین ها

پروتئین ها برای رشد، بازسازی بافت های بدن و حفظ سلامت دستگاه ایمنی بدن ضروری هستند. کاهش مصرف پروتئین باعث کند شدن روند بهبود بیماریها و کاهش مقاومت بدن در برابر عفونت ها می شود.

لذا در طی یک دوره بیماری معمولاً نیاز به پروتئین افزایش می یابد. متعاقب جراحی، شیمی درمانی و پرتودرمانی برای بهبود بافتها و جلوگیری از عفونت میزان پروتئین بیشتری مورد نیاز می باشد. منابع با ارزش پروتئین عبارتند از: گوشت قرمز، ماهی، مرغ، لبنیات، دانه های مغزدار مثل مغز گردو و فندق و حبوبات مثل باقلا، نخود و عدس

قندها و چربی ها

قندها و چربی ها، منابع اصلی تأمین کننده انرژی بدن می باشند. نیاز انرژی هر فرد بستگی به سن، جنس و سطح فعالیت بدنی او دارد. منابع قندها عبارتند از میوه ها، سبزیها، نان، برنج، غلات و حبوبات و منابع چربی شامل کره، مارگارین، روغن، گردو و فندق، گوشت و ماهی

و مرغ می باشند.

ویتامین ها و مواد معدنی

ویتامین ها و مواد معدنی برای رشد و نمو مناسب و استفاده بدن از انرژی بدست آمده از غذاها ضروری می باشند. با استفاده از یک رژیم غذایی متعادل که حاوی مقادیر کافی پروتئین و کالری باشد، ویتامین ها و املاح ضروری نیز تامین می گردند. در افراد مبتلا به سرطان که در حال درمان می باشند، طولانی شدن مشکلات ناشی از بیماری یا درمان آن می تواند باعث ایجاد اشکال در مصرف یک رژیم غذایی متعادل گردد.

در این حالت، تجویز داروهایی که بتواند ویتامین ها و املاح را جایگزین نماید ضروری است.

آب

مصرف آب و مایعات کافی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. اگر بیمار مایعات کافی ننوشد و یا اینکه اسهال و استفراغ داشته باشد، آب بدن خود را از دست می دهد و این مسئله می تواند مشکل ساز باشد. علاوه بر آن مصرف مقادیر متناسب مایعات در دفع سریعتر داروهای مصرف شده در طی درمان سرطان و یا مواد ایجاد شده ناشی از تخریب بافت های سرطانی کمک کرده و باعث کاهش عوارض ناشی از درمان می گردد.

تغذیه در بیمارانی که جراحی شده اند

جراحی یکی از روشهای درمان سرطان است که در طی آن سلولهای سرطانی و بافت های اطراف آن برداشته می شوند. معمولاً از این روش به همراه سایر روشهای درمان

مثل پرتودرمانی یا شیمی درمانی استفاده می شود. بعد از جراحی بدن نیاز به کالری و پروتئین بیشتری برای ترمیم زخمها و بازسازی بافت های صدمه دیده دارد. بسیاری از افرادی که تحت عمل جراحی قرار گرفته اند از درد و خستگی شکایت داشته و به علت عوارض ناشی از جراحی نمی توانند رژیم غذایی معمولی خود را مصرف نمایند. برداشتن قسمتی از مسیر گوارشی فرد با جراحی (مثل اجزای حفره دهان، مری، معده، روده باریک، روده فراخ و راست روده) می تواند بر روی وضعیت تغذیه ای فرد اثر زیادی بگذارد.

توصیه های تغذیه ای

بیشتر عوارض ناشی از جراحی موقتی بوده و در عرض چند روز بعد از عمل از بین می روند. اگر علائم بیمار بعد از چند روز از بین نرود، پزشک را باید در جریان امر قرار داد. استفاده از دارو، فعالیت های مناسب روزانه و تغییرات مناسب در رژیم غذایی می تواند باعث کاهش عوارض گردد. بیماران باید در اوقاتی از روز که احساس می کنند حال عمومی شان خوب است و اشتیهای مناسبی دارند، به خوردن بپردازند و باید سعی شود تا حد امکان غذاهای معمولی خود را مصرف کنند مگر آنکه پزشک مسئول بنا به وضعیت بیمار دستورهای خاصی را پیشنهاد کرده باشد. در صورتی که عوارض درمان باعث اشکال در غذا خوردن شود، نباید به بیمار برای تغذیه بیشتر فشار آورد. باید سعی شود که دفعات غذا خوردن افزایش یافته و در هر دفعه حجم کمی از غذا مصرف گردد. مصرف مایعات فراوان باعث جلوگیری از خطر کمبود آب بدن می شود و به سرعت بهبود

فرد کمک می نماید. فعالیت های بدنی یکی از مهمترین پایه های بازتوانی بعد از جراحی هستند. بیماران باید سعی کنند که به تدریج فعالیت های طبیعی زندگی روزانه را از سر گرفته و کم کم فعالیت های معمولی ورزشی را آغاز نمایند.

معمولاً به بیماران توصیه می شود که روز یا شب قبل از عمل هیچ غذایی را از راه دهان استفاده نکنند. بعد از چندین ساعت یا حتی چند روز بعد از جراحی هم ممکن است بیمار قادر به خوردن و آشامیدن نباشد. لذا اجرای دقیق دستورهای پزشک قبل و بعد از جراحی می تواند به کاهش بعضی از مشکلات بیمار کمک شایانی نماید.

تغذیه در بیمارانی که تحت پرتودرمانی قرار دارند

پرتو درمانی به درمان سرطان با استفاده از اشعه اطلاق می گردد. اشعه تابانده شده در پرتودرمانی باعث صدمه به سلولها با اختلال در رشد و تقسیم آنها می شود. تمام سلولهایی که در منطقه درمانی قرار دارند تحت تاثیر قرار می گیرند. سلولهای سالم و طبیعی بدن بعد از مدتی می توانند خود را بازسازی نموده و فعالیت طبیعی خود را از سرگیرند. پرتو درمانی معمولاً روزانه و برای پنج روز در هفته تجویز شده و یک دوره درمانی معمولاً چند هفته به طول می انجامد. عوارض ناشی از پرتو درمانی به منطقه تحت تابش اشعه، اندازه آن منطقه، میزان کلی اشعه تابانده شده و تعداد دفعات درمان بستگی دارد. جدول زیر عوارض احتمالی مرتبط با تغذیه را برحسب محل مورد درمان نشان می دهد:

محللی از بدن که درمان می شود	عوارض مرتبط با تغذیه
معز، نخاع	تهوع، استفراغ
زبان، حنجره، لوزه ها، غدد بزاقی، بینی، حلق	زخم دهان، مشکل شدن بلع یا درد هنگام بلع، تغییر یا از دست دادن حس چشائی، گلودرد، خشکی دهان، غلیظ شدن بزاق
ریه، مری، پستان	مشکل شدن بلع، سوزش پشت جناغ سینه
روده بزرگ یا کوچک، پروستات، دهانه رحم، رحم، راست روده، لوزالمعده	کاهش اشتها، تهوع، استفراغ، اسهال، تولید گاز، نفخ، اشکال در تحمل لبنیات

می کند باید از آن استفاده شود. اگر بیمار احساس می کند که در زمان خاصی از روز بهتر می تواند غذا بخورد بهتر است بیشتر غذای خود را در آن زمان مصرف نماید.

- اگر غلیظ شدن بزاق یا خشکی دهان مشکل زا می باشد، با استفاده از محلولی شامل ۱ قاشق چایخوری نمک و یک قاشق چایخوری جوش شیرین در یک لیوان آب و شستشوی دهان با آن قبل و در حین صرف غذا می تواند مشکل را کاهش داد.

- در صورت پیدایش درد، اسهال، تهوع و سایر عوارض شدید با پزشک مشورت شود.

تغذیه در بیمارانی که تحت شیمی درمانی قرار دارند

شیمی درمانی روشی در درمان سرطان است که طی آن با تجویز داروهای تزریقی یا خوراکی سعی در درمان بیماری می شود. این داروها باعث صدمه به سلولهای سالم و سرطانی می گردند. سلولهای سالمی که بیشتر در معرض آسیب قرار دارند سلولهای معز استخوان، مو و لایه پوشاننده دستگاه گوارش هستند.

عوارض ناشی از شیمی درمانی بر اساس نوع شیمی درمانی و چگونگی انجام آن می تواند متغیر باشد.

عوارض ناشی از شیمی درمانی می تواند بر روی اشتها و توانایی تغذیه طبیعی بگذارد.

مثلهایی از عوارض شایع شیمی درمانی:

- تغییر در حس چشایی و بویایی
- زخم یا حساسیت زبان
- تهوع و استفراغ
- اختلال در کار روده ها
- خستگی

خورده باشند و با معده خالی درمان انجام نشود. سعی شود که حداقل یک ساعت قبل از درمان غذای سبکی صرف گردد.

- اگر بیمار مجبور است فاصله طولانی را هر روز تا محل درمان طی کند، بهتر است که مقداری غذا و نوشیدنی را برای مصرف در طی مسیر همراه داشته باشد.

- نباید انتظار داشت بیمارانی که برای بیماریهای گوناگون تحت تابش اشعه قرار می گیرند عوارض یکسانی داشته باشند. حتی در بیمارانی که یک منطقه از بدن آنها درمان می شود، شدت و نوع عارضه می تواند متفاوت باشد.

کنترل عوارض درمان

- سعی شود که دفعات صرف غذا افزایش یافته و در هر دفعه، میزان حجم غذای مصرفی کم باشد. میزان کالری و پروتئین غذا باید افزایش یابد.

- افزودنی های غذایی ممکن است در مدت درمان به تغذیه بیمار کمک کند. اگر افزودنی یا چاشنی خاصی به تغذیه بیمار کمک

عوارض معمولاً در حدود هفته دوم و سوم درمان ظاهر شده و بعد از ختم درمان، بیشتر عوارض در عرض چند هفته بهبود می یابند، ولی مقداری از آنها می توانند مدت طولانی تری باقی بمانند. تغذیه مناسب در هنگام درمان و بعد از آن اهمیت ویژه ای دارد. در صورت پیدایش عوارض باید به پزشک مسئول درمان اطلاع داده شود. تجویز دارو، تغییر در رژیم غذایی، یا توصیه های دیگر پزشکی می تواند باعث کنترل بهتر عوارض گردد.

تغذیه مناسب در هنگام درمان به بیمار کمک می کند که به اهداف زیر دست یابد:

- ایجاد احساس بهبود در فرد
- حفظ انرژی و توانایی فرد
- حفظ وزن و ذخایر مواد غذایی بدن
- تحمل بهتر عوارض ناشی از درمان
- کاهش احتمال عفونت
- بهبود سریعتر

توصیه های تغذیه ای

- بهتر است قبل از هر جلسه درمان چیزی

- کاهش تعداد گویچه های سفید خون در صورت پیدا شدن هرگونه عارضه، باید با پزشک مربوطه تماس گرفت. استفاده از داروها، تغییر در رژیم غذایی و دستورهای دیگری که از سوی پزشک داده می شود می تواند باعث کاهش عوارض ناشی از شیمی درمانی گردد.

توصیه های تغذیه ای

قبل از انجام شیمی درمانی یک غذای سبک خورده شود. برای کاهش خستگی و ضعف ناشی از شیمی درمانی، بیمار باید استراحت کافی داشته و در حد توانایی های خود فعالیت نماید و تا آنجا که ممکن است غذاهای مقوی مصرف کند.

اگر عوارض ناشی از درمان، غذا خوردن را مشکل کرده است، بهتر است غذا در وعده های زیاد و در هر وعده با حجم کم مصرف گردد. غذاهایی که هضم آسان دارند بهتر از غذاهای پرچربی یا سرخ کرده تحمل می شوند.

بیشتر عوارض ناشی از شیمی درمانی گذرا بوده بعد از پایان شیمی درمانی بهبود می یابند. اگر عوارض حاصل از شیمی درمانی باقی بمانند باید با پزشک مسئول مشورت شود. توجه کافی به درمان عوارضی که می توانند بر روی تغذیه اثر بگذارند، باعث می شود که وزن و توانایی های بیمار حفظ شود و احساس بهبود و خوب بودن در بیمار تقویت گردد.

تغذیه در بیمارانی که نقص در دستگاه ایمنی دارند

سرطان و درمان آن با اثرگذاری بر گویچه های سفید خون که مسئول مقابله با

بیماریها و عوامل خارجی هستند، باعث کاهش سطح ایمنی بدن می گردند. این بدان معناست که توانایی مقابله با عفونت ها، عوامل خارجی و بیماریها در این بیماران نسبت به افراد طبیعی جامعه کاهش می یابد. در طی مدت درمان زمانهایی وجود دارد که نقص ایمنی بیشتر شده و قدرت حفاظتی بدن کاهش بیشتری می یابد.

در طی زمان بازسازی دستگاه ایمنی، باید تماس با عوامل بیماریزا کاهش یابد. در این زمان برای آنکه میزان باکتریهای موجود در غذای بیمار کاهش یابد غذا باید با غذای معمولی تفاوت داشته و فاقد میوه ها و سبزی های خام باشد. توصیه های زیر برای بیمارانی که تحت درمان پیوند مغز استخوان قرار گرفته اند طراحی شده و در افرادی که دستگاه ایمنی تضعیف شده دارند نیز قابل اجرا است. هر بیمار جهت تنظیم رژیم غذایی خود باید با پزشک معالج خود مشورت نماید:

غذاهایی که باید از آنها اجتناب شود
- گوشت قرمز، ماهی، مرغ، فرآورده های گوشتی مثل سوسیس بصورت خام یا کم پخته
- ماهی دودی

- شیر پاستوریزه نشده و خام و محصولات غیر پاستوریزه شیر شامل پنیر و ماست و بستنی
- پنیر کهنه

- میوه ها و سبزیهای خام. میوه هایی که پوست آنها جهت مصرف جدا می شود (مثل موز و مرکبات و هندوانه و طالبی) بصورت خام قابل مصرف می باشند.

- آب میوه و آب سبزی های پاستوریزه نشده

- غسل پاستوریزه نشده
- محصولات غذاهای کپک زده و تاریخ گذشته، میوه ها و سبزی های کپک زده

- آب چاه و آبهای تصفیه نشده
- محصولاتی که در آنها از سبزیها و میوه های خشک بصورت خام استفاده می شود.
- از اضافه کردن نمک، فلفل و ادویه بعد از پخت غذا به آن اجتناب شود.

توجهات لازم برای حفظ سلامتی مواد غذایی

هنگام کاهش توانایی دستگاه ایمنی، در هنگام تهیه و آماده سازی و نگهداری غذاها برای جلوگیری از ایجاد آلودگی در غذا و جلوگیری از عفونت ناشی از آن باید توجه کافی مبذول گردد.

- دستها باید قبل و بعد از آماده سازی غذا و قبل از غذا خوردن با آب گرم و صابون شسته شود.

- غذاها در دمای مناسب نگهداری شود. غذاها باید تا جایی پخته شوند که دمای درون آنها حداقل به ۷۵ درجه سلسیوس برسد. و غذاهای سرد باید در زیر ۵ درجه سلسیوس نگهداری شوند.

- گوشت باید به خوبی پخته شود و نشانه خوب پخته شدن آنست که رنگ آن کاملا از صورتی تغییر رنگ دهد. دمای داخل گوشت قرمز باید حداقل به ۷۵ درجه سلسیوس و مرغ به ۸۵ درجه برسد.

- جهت زدودن یخ از مرغ، گوشت و ماهی یخ زده با قراردادن این مواد در یخچال یا فرمیکروویو آنها را آماده طبخ کرده و مواد آماده شده را باید بلافاصله مورد استفاده قرارداد.

- از یخ زدن مجدد مواد غذایی که قبلا به این طریق آماده طبخ شده اند باید اجتناب کرد.
- برای یخ زدایی مواد غذایی یخ زده نباید

آنها را در فضای باز قرارداد.

- نباید مواد فاسد شدنی را بیش از دو ساعت خارج از یخچال قرار داد.

- غذاهای حاوی تخم مرغ و مایونز نباید بیش از یک ساعت خارج از یخچال بمانند.

- باید در قوطی غذاهای کنسرو شده را قبل از بازکردن با آب و صابون شست.

- در حین پختن غذاها نباید با همان وسیله‌ای که جهت هم زدن غذا از آن استفاده می‌شود غذا را چشید.

- تخم مرغ را تا زمانی که سفیده آن کاملاً سفت شده و زرده آن شروع به سفت شدن بکند باید پخت.

- هرگز نباید غذاهایی را که قیافه یا بوی غیرعادی دارند چشید.

خرید مواد اولیه غذایی

- باید به تاریخ انقضا و ساخت محصول دقت کرده و تازه‌ترین محصولات خریداری گردد.

- از خرید کنسروهای صدمه دیده، باد کرده، زنگ زده یا فرورفته خودداری شود.

- میوه‌ها و سبزیهای سالم و بدون لک انتخاب شود.

- از مصرف بستنی‌هایی که خارج از بسته‌بندی‌های بهداشتی ارائه می‌شود خودداری گردد.

- از خرید تخم مرغهای ترک‌دار و همچنین تخم مرغهایی که خارج از یخچال نگهداری می‌شوند خودداری گردد.

- در هنگام خرید، مواد غذایی یخ زده و نیز موادی که احتیاج به نگهداری در یخچال دارند در آخر خرید خریداری شود.

- از مصرف غذاهای آماده خارج از

بسته‌بندی‌های بهداشتی خودداری شود.

- مواد غذایی خریداری شده، به سرعت در مکانهای نگهداری مناسب خودشان قرارداد شوند.

اقدامات بهداشتی در منزل

نظافت شخصی

- باید قبل و بعد از هر مرحله از مراحل آماده‌سازی غذا دستها را با آب ولرم و صابون به مدت ۱۵ ثانیه شست.

- باید دستهای خود را قبل از غذا خوردن و بعد از توالت رفتن، جمع‌آوری و خارج کردن زباله‌ها و دست زدن به حیوانات اهلی کاملاً شستشو داد.

سطوح آشپزخانه و وسایل آشپزی

- برای بریدن غذاهای پخته و خام، تخته‌های برش جداگانه‌ای در نظر گرفته شود. تخته برش سبزی‌ها و گوشت نباید یکی باشد.

- تخته برش بعد از هر بار استفاده باید در آب صابون داغ شسته شود.

- هر هفته، تخته برش باید با استفاده از محلول ضد عفونی کننده شامل یک قسمت ماده سفید کننده در ده قسمت آب ضد عفونی شود.

- دقت شود که وسایل مورد استفاده در پایان استفاده از آنها، عاری از هرگونه ذرات غذایی باشند. برای ضد عفونی کردن وسایل از محلول ماده سفید کننده ۱ در ۱۰ استفاده شود.

- دقت شود که سطوح آشپزخانه عاری از هرگونه ماده غذایی باشد.

ظرفشویی

- قاب دستمال و حوله‌های ظروف روزانه عوض شود.

- حداقل هفته‌ای یک بار ابر ظرفشویی تعویض گردد.

- هر روز قاب دستمال‌ها و ابرهای ظرفشویی در محلول ۱ در ۱۰ سفید کننده خانگی ضد عفونی شود.

- مواد غذایی در محوطه زیر ظرفشویی قرار داده نشود و مواد شیمیایی و شوینده در مجاورت مواد غذایی نگهداری نشود. - از مایع ظرفشویی برای شستن ظروف استفاده شود.

یخچال و فریزر

پاکیزگی یخچال باید حفظ گردد. در صورت ریخته شدن مواد غذایی باید آنها را به سرعت تمیز کرد و از نظر نبود ذرات مواد غذایی بررسی کامل به عمل آورد.

- هفته‌ای یک بار یخچال با محلول ۱ در ۱۰ سفید کننده خانگی ضد عفونی شود.

- دمای یخچال بین ۵-۱ درجه سلسیوس تنظیم شود.

- دمای فریزر زیر ۱۸- درجه سلسیوس تنظیم شود.

- بعد از طبخ غذا برای نگهداری آن ابتدا غذا را بدون سرپوش در یخچال گذاشته و پس از خنک شدن، در ظروف کاملاً بسته‌بندی شده نگه دارید از پوشیده شدن کامل ظرف غذا مطمئن شوید. غذاهایی که ظرف ۲-۳ روز

آینده مورد استفاده قرار نخواهد گرفت باید در فریزر نگهداری شود. تمام غذاهایی که بیش از سه روز در یخچال بمانند نباید مصرف شوند.

- تخم مرغهای شکسته نباید مصرف شوند. - غذاهای تاریخ گذشته را باید دور ریخت.

- در صورتی که در قسمتی از یک ماده غذایی مثل ماست، پنیر، میوه، سبزی، زله، نان و شیرینی کپک ایجاد شده، کل ماده غذایی باید دور ریخته شود.

قفسه های آشپزخانه

- کنسروهای بادکرده، نشست کرده، شکسته یا آنهایی که در منطقه درز خود ناهمواری شدیدی دارند بطوری که خطر نشست در آنها می باشد را بدون چشیدن باید دور ریخت.

- مواد غذایی ذخیره شده را هر چند گاهی باید مورد بازرسی قرار داد. مواد غذایی کهنه تر زودتر مصرف شوند. اگر تاریخ انقضای ماده غذایی گذشته باشد باید دور ریخته شود.

- غذا را باید در محل تمیز و دور از دسترس حشرات و جانوران موذی نگهداری نمود.

تغذیه در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته

سرطان پیشرفته به سرطانی گفته می شود که انتظار بهبود در آن وجود ندارد. هدف مراقبت از این گونه بیماران، حفظ کیفیت زندگی آنهاست. اهداف اختصاصی در برخورد با این بیماران شامل موارد زیر است:

- تخفیف علائمی مثل درد، تهوع، بیوست
- کاهش احساس اضطراب و ترس ناشی از بیماری پیشرفته

- ایجاد شرایطی که در طی آن، بیمار بتواند حداکثر زمان ممکن را بدون وابستگی به دیگران زندگی کند. در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، مشکلات شایعی که با تغذیه بیمار ارتباط دارند شامل بی اشتها، بیوست، احساس پری و سیری زودرس،

خشکی دهان، تهوع، استفراغ، تغییرات حس چشایی، نفخ و تجمع گاز در شکم و اشکال در بلع هستند. جهت تخفیف این علائم می توان از داروهای خاصی با تجویز پزشک معالج استفاده کرد.

باید به خاطر داشت که هدف اصلاحات تغذیه ای در این بیماران درمان شدید کاهش وزن یا سوء تغذیه نیست بلکه هدف کنترل علائم وابسته به تغذیه بیمار است تا بتواند حداکثر راحتی و آسودگی را برای بیمار فراهم نماید. بیماران باید سعی کنند غذاهایی مصرف نمایند که ارزش تغذیه ای بالایی داشته باشد. گرچه تغذیه خوب نمی تواند در این بیماران بهبود ایجاد کند ولی می تواند برای رسیدن به اهداف زیر کمک نماید:

- ۱- احساس خوب بودن در بیمار
- ۲- حفظ قدرت و سطح انرژی بیمار
- ۳- حفظ وزن و ذخایر غذایی بیمار
- ۴- کاهش احتمال عفونت

توصیه های تغذیه ای

- در ساعاتی از روز که بیمار احساس بهتری داشته و اشتهاش او بهتر می باشد، تغذیه انجام شود.

- باید غذاهای مختصر در دسترس بیمار وجود داشته باشد تا هر زمان که علاقه به خوردن احساس شد قادر به خوردن مواد غذایی مورد علاقه اش باشد. باید به خاطر داشت احساس تمایل به خوردن در این بیماران ممکن است زمان زیادی به طول نینجامد.

- بیمار باید در تعداد وعده های غذایی

بیشتر ولی در هر وعده با حجم کم غذا مصرف نماید. به عنوان مثال یک ساندویچ که طی ۴ وعده در روز صرف شود بهتر از آنست که به علت حجم آن در یک وعده از سوی بیمار پذیرفته نشده و اصلا مصرف نگردد.

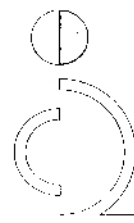
- بیمار باید مقادیر کافی مایعات مختلف را جهت حفظ فعالیت روده ها مصرف نماید. در صورت ایجاد بیوست، باید با پزشک برای تجویز داروهای نرم کننده مدفوع یا مسهل مشورت گردد.

- باید بیشترین تلاش برای حفظ وزن موجود بیمار به عمل آید. در صورتی که علی رغم تمام تمهیدات و اقدامات انجام شده وزن بیمار کم شود، اضطراب و نگرانی در وی پدید می آید. اگر بیمار مشکل بلع دارد، یا از زخم دهان و گلو شاکمی است باید از مواد غذایی نرم و آبکی استفاده نماید. گاه در هنگامی که بیمار احساس ضعف و خستگی می کند نیز تحمل غذاهای مایع آسانتر است، لذا در این موارد، سعی شود که بیمار از این دسته غذاها بیشتر استفاده کند. باید توجه داشت که غذاهای مایع می توانند به اندازه غذاهای جامد ارزش غذایی داشته باشند.

- باید همه داروهای بیمار در وقت معین مصرف گردد. در صورت ایجاد هرگونه اشکال با پزشک مشورت شود. هرگز داروهای بیمار را نباید بدون دستور پزشک قطع کرد یا تغییر داد. این مسئله می تواند مشکلات جدیدی را به مشکلات بیمار بیفزاید.

- برای کنترل عوارض اختصاصی ایجاد شده در این بیماران به بخش کنترل عوارض اختصاصی همین مقاله مراجعه نمایید.





بررسی علمی - فنی روش های تهیه کاریوتیپ:

تکنیک FISH

می دهند و روی کاغذ دیگری کنار هم می چسبانند. روشن است که این روش وقت گیر و پرهزینه است.

کاریوتیپ رایانه ای که توسط دستگاه های خودکار (Automatic

Karyotyping) انجام می شود، راه حل خوبی برای این مشکل است. در این روش،

میکروسکوپ را به دوربین دیجیتالی مجهز می کنند. تصویر به جای آن که روی صفحه

کاغذ ظاهر شود، به صورت یک فایل تصویری دیجیتالی به رایانه منتقل می شود

و کاربر می تواند تصویر را روی نمایشگر ببیند. یک نرم افزار ویژه در رایانه نصب شده که

تصویر تهیه شده را به کاربر نشان می دهد و او می تواند روی صفحه، با استفاده از نشانگر

ماوس، کروموزوم ها را تفکیک کند و بعد دستور تهیه کاریوتیپ را صادر نماید. البته این

نرم افزارها هنوز بی نیاز از نظارت یک متخصص ژنتیک نیستند؛ زیرا شکل

کروموزوم ها در نمونه های مختلف متغیر است و هنوز هیچ روشی وجود ندارد که به صورت

دقیق بتواند کروموزوم ها را به صورت خودکار از نظر شکل تفکیک کند. بنابراین، کاربر باید

اصلاحاتی روی نقشه انجام دهد. ولی مزایای این روش بسیار زیاد است که سرعت

مهم ترین آنها است.

کاریوتیپ معمولی برای تشخیص سندرم هایی با اندازه های ژنی کارایی ندارد.

تکنیک FISH را علاوه بر سلولهای متافاز با سلولهای اینترفاز هم می توان انجام داد.

یک Cytogenetic workstation مجموعه ای از نرم افزار و سخت افزار است که

امکان مطالعه ژنتیک سلولی را فراهم می کند. مهم ترین روش مطالعات ژنتیک سلولی،

تهیه نقشه کروموزوم های انسانی است. به این نقشه کاریوتیپ (karyotype) می گوئیم.

تهیه کاریوتیپ مستلزم آن است که سلول های بافت (معمولا خون) روی لام

کشت داده شده و به حالت متافاز درآیند. متافاز مرحله ای از تقسیم سلولی است که

در آن، کروموزوم ها متراکم ترین حالت را دارند و از همدیگر کاملا قابل تشخیص

هستند. مراحل کشت و آماده سازی معمولا ۳ تا ۴ روزه طول می انجامد. سپس، باید

از متافازها زیر میکروسکوپ عکس گرفته شود. به طور معمول، باید تعدادی عکس

تهیه شود تا یک عکس خوب که کروموزوم ها در آن کمتر روی هم افتادگی

داشته باشند به دست آید. در روش سنتی تهیه کاریوتیپ، در این مرحله عکس

مناسب را انتخاب می کنند و کروموزوم ها را روی آن یک به یک تشخیص داده، برش

تهیه و تنظیم:

مهندس مهدی مرادی

کارشناسی ارشد مهندسی پزشکی

دانشگاه تهران

مزایای دیگری که برای این روش می توان ذکر نمود از این قرارند: ۱) از آنجایی که سرعت بالاست می توان تعداد زیادی عکس تهیه کرد و در نتیجه از کیفیت مطمئن شد. هم چنین در بسیاری از نارسایی ها، سلول ها به دسته های مختلف سالم و ناسالم تقسیم شده اند و باید به دنبال این سلول های ناسالم باشیم و کاریوتیپ را برای آنها تهیه کنیم. ۲) نرم افزار امکان بالا بردن کیفیت تصویر و ایجاد کنتراست بهتر را در اختیار قرار می دهد. ۳) امکانات رایانه، باعث می شود که بتوان عکس ها را برای مدت طولانی ذخیره کرد و گزارش ها را دسته بندی نمود. به عنوان مثال، برای کاربردهای تحقیقاتی می توان تمام گزارش هایی را که نتیجه آن سندرم خاصی بوده است با هم یک جا جمع آوری و ملاحظه کرد. ۴) گزارش دهی به بیماران به صورت خودکار درمی آید و چون فایل ها رایانه ای هستند می توان از امکانات پزشکی از راه دور (Telemedicine) استفاده کرد.

ما در همین مطلب، بعد از بررسی تکنیک FISH، نگاه دقیق تری به اجزاء یک دستگاه کاریوتیپ کامپیوتری شامل دوربین، میکروسکوپ، رایانه و نرم افزار خواهیم انداخت و آنها را از دید ویژگی های فنی مورد بررسی قرار خواهیم داد.

تکنیک FISH

(Fluorescent In-Situ Hybridization)

کاریوتیپ معمولی برای تشخیص سندرم هایی با مشخصه اندازه های ژنی کارایی ندارد. در این موارد باید از تکنیک های

سیتوژنتیک استفاده شود که FISH یکی از بهترین آنهاست. اساس این روش مبتنی بر این اصل است که DNA تک رشته ای با رشته مکمل خود پیوند می یابد. بنابراین یک رشته DNA که به عنوان پروب برای یک ناحیه خاص از کروموزوم استفاده می شود، می تواند رشته مکمل خود را روی یک سلول متافاز (metaphase) بشناسد و با آن تزویج (هیبرید) شود.

هر پروب مختص یک ناحیه خاص از کروموزوم است. پروب که خود در واقع DNA است، با مولکول های فلورسنت علامت گذاری شده است. اولین قدم در اجرای روش FISH آن است که رشته های دوگانه DNA هم در پروب و هم در کروموزوم های هدف از هم گسسته شوند تا بتوانند با هم تزویج شوند. برای این کار DNA را در محلول formamide تا دمای ۷۰ درجه حرارت می دهند. از هم گسستن رشته های DNA (Denaturation) می گویند. وقتی مراحل کشت سلول های هدف انجام شد و لام آماده حاصل شد، پروب را روی آن می ریزند. یک قطعه شیشه ای روی آن می گذارند و دور تا دور سطح تماس لام و پوشش شیشه ای را درزگیری می کنند تا از تبادل هوا جلوگیری شود. بعد لام را داخل انکوباتور ۳۷ درجه می گذارند. یک شب طول می کشد تا پروب و DNA کروموزوم های هدف با هم تزویج شوند. تشکیل مجدد رشته DNA را در اصطلاح ژنتیک Reannealing می گویند.

روز بعد پوشش شیشه ای را بر می دارند و لام را در محلولی از نمک و ماده پاک کننده می شویند تا آن مقدار از پروب که با کروموزوم ها پیوند نیافته است پاک شود. حالا رنگدانه یک ماده فلورسنت با رنگ متفاوت از

پروب را به لام می افزایند و در واقع تمام کروموزوم ها را با آن لکه گذاری می کنند تا تمایز لازم بین بخش های متصل با پروب و بقیه بخش ها ایجاد شود و در عین حال تمام سطح لام را باید بتوان با استفاده از یک میکروسکوپ فلورسنت و با استفاده از فیلتر مناسب دید.

باید دانست که تکنیک FISH را علاوه بر سلول های متافاز با سلول های اینترفاز هم می توان انجام داد. هسته های سلولی اینترفاز در حالتی هستند که کروموزوم های آنها به اندازه کافی متراکم نیستند و نمی توان آنها را به حالت اشیاء جدای از هم روی عکس تفکیک کرد. به این ترتیب، حتی در بررسی سندرم های مرتبط با تعداد کروموزوم ها که با کاریوتیپ معمولی انجام می شود، مواقعی هم پیش می آید که تکنیک FISH راهگشاست. (مثلا در مورد نمونه هایی که کشت آنها جواب نمی دهد و نمی توان از آنها سلول های متافاز به دست آورد.)

انواع پروب های مورد استفاده در تکنیک FISH

برای مقاصد مختلف انواع متعددی از پروب های FISH وجود دارند که ما سه دسته از مهم ترین آنها را بررسی می کنیم.

۱) برخی از سندرم های ژنتیکی در سطح ژنی هستند. به این سندرم ها Microdeletion می گویند. سندرم های Prader-Willi و Smith-Magenis دونمونه از این دسته مشکلات ژنتیکی هستند. برای تشخیص این دسته از بیماری ها از پروب های Cosmid

استفاده می کنند. این پروب ها تنها به قسمت اختصاصی کوچکی از یک کروموزوم خاص پیوند می یابند. در نتیجه امکان بررسی دقیق آن قسمت را با میکروسکوپ فلورسنت فراهم می کنند.

۲) برای تشخیص جابجایی های قطعاتی از کروموزوم ها که در اصطلاح ژنتیک Translocation گفته می شود، می توان از پروب های رنگ کننده (Painting Probes) استفاده کرد. این پروب ها که WCP هم نامیده می شوند، در واقع از تعداد زیادی پروب های اختصاصی تشکیل یافته اند که در طول یک کروموزوم خاص می چسبند. در نتیجه این تصور را ایجاد می کنند که کل کروموزوم رنگ شده است. اگر قطعه ای از آن کروموزوم روی کروموزوم دیگری باشد، تصویر حاصل به وضوح این جابجایی را نشان خواهد داد.

۳) پروب های مورد استفاده در سرطان شناسی، به لحاظ نوع عملکرد انواع متعدد دارند، سلول های سرطانی به طور معمول کشت مناسبی ندارند، بنابراین برای مطالعه آنها FISH ابزاری عالی است. تغییرات تعداد کروموزوم ها، مثلا تریزومی (سه تابودن) کروموزوم ۸ در بدخیمی های Myeloid را می توان با انجام تکنیک FISH روی سلول های اینترفاز تشخیص داد. ترانس لوکاسیون های خاص سرطانی را نیز می توان با تکنیک FISH مشخص نمود.

۴) علاوه بر ۳ دسته فوق، انواع متعدد دیگری از پروب ها برای مطالعات پیش از زایمان و مطالعات پاتولوژیک دیگر موجود است.

اجزای یک دستگاه کاریوتیپ رایانه ای با قابلیت اجرای FISH

یک Cytogenetic Workstation مجموعه ای از نرم افزار و سخت افزار است که امکانات لازم را برای انجام مطالعات ژنتیک سلولی در اختیار متخصصان قرار می دهد. نمودار بلوکی صفحه قبل اجزاء مختلف سیستمی از این نوع را نشان می دهد.

بررسی دقیق تمام اجزای این دستگاه از حوصله این مقاله خارج است ولی به ویژگی های برخی از آنها اشاره می کنیم.

امکانات لازم برای آماده سازی و علامت گذاری نمونه: وقتی فقط تهیه کاریوتیپ مورد نظر باشد، این امکانات شامل امکانات کشت سلولی و انجام عمل Banding است. سانتریفوژ نمونه برای جدا کردن سلول های تک هسته ای، افزودن داروهای تحریک تکثیر سلولی و نهایتا افزودن مواردی که باعث تفکیک باندهای کروموزوم روی تصویر می شوند مراحل آماده سازی را تشکیل می دهند که امکانات لازم برای این امور در هر آزمایشگاهی موجود است. وقتی تکنیک FISH هم مورد نظر باشد، باید عمل Denaturation انجام شود.

برخی از شرکت ها برای انجام این عمل بدون دخالت دست، دستگاه های کارآمدی ساخته اند. این دستگاه ها نیاز به Denaturation مجزای کروموزوم های هدف و پروب را مرتفع می سازند فقط باید مخلوطی از آنها را در اختیار دستگاه بگذاریم.

کلیه مراحل Hybridization, Denaturation در داخل این دستگاه

در محیطی کنترل شده انجام می شود. سرعت انجام این مراحل توسط این دستگاه های خودکار بالاست. این سیستم ها صفحات نمایش LCD دارند که دمای محیط و زمان نگهداری نمونه را به دقت نشان می دهند.

دوربین: دو دسته از دوربین ها به طور معمول در دستگاه های ژنتیکی به کار می روند. برای دقت های بالا، به ویژه برای انجام تکنیک FISH با مقاصد تحقیقاتی، از دوربین های CCD فوتومتریک سرد با درجه تفکیک بالا، دارای یک خصومت فنی مهم دیگر نیز هستند. مسگر دریافت کننده نور در آنها در دمایی بسیار پایین قرار دارد. این موضوع باعث می شود نویز الکتریکی گرمایی (جریان های اتفاقی الکتریکی که در هر رسانایی به دلیل جنبش الکترون ها وجود دارند و با افزایش دمای محیط بیشتر می شوند) به کمترین مقدار کاهش یابد. نویز الکتریکی گرمایی در دوربین به طور معمول مهم ترین دلیل ایجاد پس زمینه ناخواسته در تصاویر است که با این تمهید، با آن مقابله شده است. این دوربین ها را به طور ویژه ای برای کار با نور فلورسنت می سازند و به دلیل پیش گفته، امکان ردیابی کمترین مقدار نور فلورسنت توسط آنها وجود دارد. (در دوربین های غیرسرد، درجات کم نور با نویز الکتریکی گرمایی دوربین، قابل مقایسه خواهند بود و نمی توان آنها را تشخیص داد.)

برای مقاصدی با نیاز به دقت پایین تر، از تکنولوژی دوربین ویدیویی استفاده می شود. این دوربین ها به ویژه برای مقاصد بالینی توصیه می شوند.

میکروسکوپ فلورسنت و مجموعه فیلترها:

میکروسکوپ های فلورسنت معمولی را می توان با افزودن Filter wheel برای کاربردهای FISH آماده کرد. ساختار یک میکروسکوپ فلورسنت و مسیر پرتوهای تحریک (Excitation Rays) و پرتوهای تابش شده از نمونه (emitted Rays) روی شکل صفحه بعد مشخص شده است.

در سر راه این پرتوها فیلترهایی تعبیه شده است. گردونه فیلترها یا Filter wheel باید قابلیت جابجایی فیلترها و قراردادن فیلترهای مناسب را در سر راه پرتوها داشته باشد.

فیلتر به صورت اختصاصی برای پروب مورد نظر انتخاب می شود. برای مثال، وقتی از پروب DNA که با ماده فلورسنت نارنجی علامتگذاری شده است استفاده می کنیم، باید از فیلتری استفاده کنیم که برای عبور نور در این قسمت از طیف (طول موج های حدود ۵۵۰ تا ۷۰۰ نانومتر) طراحی شده است. در بیشتر کاربردها، هم زمان از بیش از یک نوع پروب استفاده می شود و به این ترتیب به مجموعه فیلترهایی نیاز داریم که بتوانند هم زمان استفاده شوند. هر فیلتر فقط طول موج های خاص خود را عبور می دهد و به این ترتیب، اطلاعات مربوط به پروب های مختلف که در قالب شدت نور آن رنگ خاص رمزبندی شده است تفکیک می شوند.

در بیشتر دستگاه ها برای گرداندن Filter wheel به اندازه مناسب از یک یا چند Stepper-motor استفاده شده است.

کارت واسط: این کارت به طور معمول به

صورت یک کارت مستقل برای PCISlot کامپیوتر طراحی می شود. این کارت خروجی آنالوگ

بیشتر نرم افزارهای جدید سیتوزنتیک از تئوری شبکه های عصبی مصنوعی استفاده می کنند.

دوربین ویدیویی را به صورت دیجیتال در می آورد و دامنه سیگنال ها را برای تحویل به رایانه تنظیم می کند. سرعت تبدیل در این کارت باید آن قدر بالا باشد که زمان واقع (-Real Time) بودن تصویری که روی نمایشگر می بینیم تضمین شود.

رایانه: رایانه ای که در دستگاه به کار گرفته می شود، تفاوت خاصی با رایانه های شخصی معمول ندارد، ولی حافظه RAM آن باید حتماً زیاد (۱۲۸ مگابایت یا بیشتر) باشد تا بتواند الگوریتم های پیچیده پردازش تصویر را اجرا کند. در دستگاه های مختلف، از رایانه های شخصی معمولی یا کامپیوترهای Macintosh Apple استفاده شده است. چاپگر دستگاه هم قاعدتاً باید توانایی چاپ با دقت بالا را داشته باشد و دقتی در این حد (۶۰۰ DPI یا بیشتر) فقط با چاپگر لیزری حاصل می شود. اگر دستگاه به مودم هم مجهز شود، امکان استفاده از پزشکی راه دور (Telemedicine) هم فراهم می شود.

نرم افزار: نرم افزار دستگاه های سیتوزنتیک نمونه کاملی از بکارگیری تمام الگوریتم ها و روش های پردازش تصویر و رنگ و شناخت الگو (Pattern recognition) است. در بیشتر نمونه ها، از تئوری شبکه های عصبی برای شناخت هوشمندانه الگوهای کروموزومی استفاده شده است.

نمونه های قدیمی تری از برنامه های تهیه کاریوتیپ که در محیط DOS نوشته شده اند هم موجود است، ولی دستگاه های جدیدتر که قابلیت اجرای FISH را دارند، تقریباً همگی از

محیط ویندوز استفاده کرده اند.

قابلیت های نرم افزار به این شرح است:

۱) جدا کردن خودکار کروموزوم هایی که روی تصویر با هم در تماس هستند یا روی هم افتادگی دارند (البته این قابلیت هنوز ۱۰۰ درصد کامل نیست).

۲) تنظیم کنتراست (در Karyotype یا شدت رنگ ها در تصاویر رنگی FISH)

۳) ابزارهای گرافیکی متنوع برای تنظیم تصویر، کشیدن خط، کادربندی با اشکال هندسی متنوع و ...

۴) تهیه خودکار گزارش

۵) امکان انتخاب بین درجه تفکیک های تصویر برای حالت های متفاوت (به نحوی که روی کروموزوم ها مثلاً ۴۰۰، ۵۵۰ یا بیش از این تعداد باند قابل تشخیص روی تصویر مشاهده شود).

۶) ایجاد بانک اطلاعاتی تصاویر و گزارش ها در مجموع انتخاب یک Cytogenetic Workstation یا امکانات مناسب می تواند ابزار تحقیقاتی بسیار قدرتمندی را در اختیار پژوهشگران و آزمایشگاه های ژنتیک بالینی و تحقیقاتی قرار دهد.

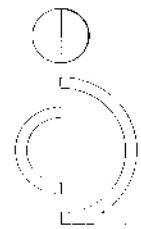
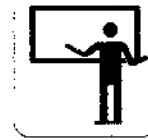
پانویسها:

۱ - در اصطلاح ژنتیک تحلیل وضعیت کروموزوم ها از نظر تعداد را Aneuploidy Analysis گویند. با این کار سندرم های مونوزومی یا تریزومی (تکی بودن یا سه تایی بودن یک کروموزوم) مشخص می شود.

۲ - Photometric high resolution cooled CCD camera

ماخذ:

ماهنامه مهندسی پزشکی



ارتباط بین استرس و سرطان

در ایجاد استرس دخالت دارند. به طور کلی تحقیقات نشان داده است که بین استرس و بعضی تغییرات خونی، یعنی تغییر تعداد گویچه‌های سفید و تغییر مقدار پادتن‌های موجود در خون رابطه‌ای مستقیم وجود دارد. همچنین استرس با تغییر کارکرد سلول‌های ایمنی نیز همراه است. به عبارت دیگر در کسانی که تحت فشار روحی قرار می‌گیرند کاهش

استرس نیرویی است که چون فشار آن بر سیستمی وارد شد شکل آن را دگرگون می‌سازد. نیروها و فشارهای روانی و اجتماعی، وقتی به شکل رویدادهای گوناگون تعادل شخص را برهم بزنند، استرس پدید می‌آید. تنش‌های روانی هم نوعی استرس است. در این مورد عامل ایجاد استرس را می‌توان «استرس‌زا» نامید.

چشمگیری هم در تکثیر لنفوسیت‌ها و هم در قدرت طبیعی یاخته‌کشی سلول‌ها (مانند سلول‌های سرطانی) به وجود می‌آید. به علاوه، به نظر می‌رسد که بین طول مدتی که شخص تحت فشار روحی قرار دارد و میزان تغییرات ایمنی بدن رابطه‌ای وجود دارد. به عنوان مثال، هر قدر فشار روحی بیشتر باشد کاهش بیشتری در برخی انواع اختصاصی گویچه‌های سفید و دفاعی دیده می‌شود. ضمناً به نظر می‌آید بازتابی که دستگاه ایمنی بدن در مقابل فشارهای روانی ناشی از اختلال روابط انسانی (نظیر سوگواری یا جدایی) نشان می‌دهد با نوع بازتابی که در مقابل امتحان یا بیکاری نشان می‌دهد، تفاوت داشته باشد.

علاوه بر موارد ذکر شده به تازگی معلوم شده است که بین حالت‌های منفی روانی

برخلاف پندار عمومی استرس همیشه اثرات منفی به بار نمی‌آورد چرا که به مقدار کم می‌تواند ایجادانگیزه کند؛ برای مثال گاهی بروز یک حالت بحرانی ممکن است طرز تفکر مثبتی به وجود آورد و راه‌های بهتری پیش بگذارد. به نحوی که بتوان بر شرایط موجود مسلط شد و برای رسیدن به هدف‌های خود گام مثبت و موفقیت‌آمیز برداشت.

عوامل ایجاد استرس

تحقیقاتی که در مورد رابطه بین استرس و دستگاه دفاعی بدن انجام شده نشان می‌دهد که به غیر از عواملی از قبیل امتحان، مرگ عزیزان، سوگواری، طلاق، بیگاری، مراقبت از یکی از خویشاوندان مبتلا به سرطان پیشرفته، عوامل دیگری نیز

تهیه و تنظیم:

تهمینه میرحیدری

پزشک عمومی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی



(مثل اضطراب و افسردگی) و تغییرات دستگاه دفاعی بدن نیز ارتباطی هست. نتایج بدست آمده بیانگر آن است که حالت های اضطراب و افسردگی همواره با کاهش تکثیر لنفوسیت ها و کاهش قدرت طبیعی یاخته کشی سلول ها همراه است. همین طور تغییراتی در تعداد گویچه های سفید خون و مقدار پادتن های موجود در خون ایجاد می کند و بالاخره چنین به نظر می رسد که توانایی بدن در ساخت و ترشح پادتن برای یک ماده مضر به میزان اضطراب شخص بستگی دارد. هر قدر اضطراب بیشتر و شدیدتر باشد پادتن کمتری ترشح می شود و عوامل ایجاد کننده بیماری ها و سلول های سرطانی قوی تر عمل می کنند.

افراد مبتلا به استرس کمتر از دیگران می خوابند، کمتر ورزش می کنند، رژیم غذایی شان نامناسب و کم محتواسست. زیاد سیگار می کشند و اغلب الکل و مواد مخدر مصرف می کنند که همه این رفتارهای ناسالم بر دستگاه ایمنی بدنتشان اثرات منفی می گذارد. تفسیر این تغییرات که به علت استرس در دستگاه ایمنی و دفاعی بدن رخ می دهد کاری دشوار است. اگرچه فعالیت یاخته کشی سلول ها در کسانی که تحت فشارهای روانی هستند هنگام ابتلا به برخی بیماری ها (سرطان ها، عفونت های ویروسی مزمن، یا بیماری های خودایمنی) کاهش می یابد، هنوز عوارض بهداشتی آن به طور مستقیم به تأیید نرسیده و درباره زیان هایش نمی توان با قاطعیت اظهار نظر کرد. رسیدن به چنین مرحله ای، نیازمند تحقیقات بیشتری است.

هفت توصیه برای پیشگیری از سرطان

- سیگار نکشید

- از رژیم غذایی کم چربی همراه با مواد گیاهی

فراوان استفاده کنید تا به شما در به دست آوردن و

نگه داشتن وزن ایده آل کمک کند.

- به طور مرتب تحت معاینات پزشکی و دندانپزشکی

قرار بگیرید.

- به هر برآمدگی یا زخمی که تمایل به التیام ندارد توجه

کنید و به هر نوع تغییری در اعمال طبیعی بدنتان حساس

باشید.

- از خودتان در مقابل تابش مستقیم و شدید نور

خورشید محافظت کنید.

- مواد سرطان زا را بشناسید و از آنها در محیط کار و

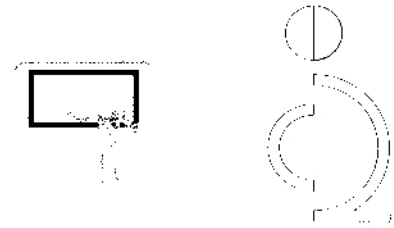
خانه اجتناب کنید.

- (در مورد خانم ها ...) به طور منظم آزمایش ترشح

دهانه رحم (پاپ اسمیر) را انجام دهید و هر ماه

سینه هایتان را معاینه کنید.

تاریخچه سرنگ و تزریق زیر جلدی داروها



۳۷

گونه‌ای از تزریق کننده‌های یکبار مصرف تولید شد که سیرت (Syrret) نامیده شد. سیرت لوله‌ای حلبی (از حلب با ضخامت کم) و قابل فشردن و دو سر بسته بود که از دارو پر شده و در هنگام استفاده، سوزن استریل و بسته‌بندی شده همراه آن از بسته‌بندی خارج و روی نوک سیرت نصب می‌گردید و تزریق انجام می‌شد. این نوع وسیله تزریق غالباً برای تزریق مرفین جهت تسکین درد بکار می‌رفت. در خلال جنگ جهانی دوم، دوباره چنین سرنگهای یکبار مصرفی متداول شدند اما تا اوایل دهه ۱۹۶۰ هنوز در بیمارستانها و مراکز درمانی، جهت تزریق داروها از سرنگهای چندبار مصرف فلزی و شیشه‌ای (با سرسوزنهای قابل تعویض) که قابلیت استریل شدن در آب جوش یا اتوکلاو داشتن استفاده می‌شد.

از اوایل دهه ۱۹۶۰ بتدریج کاربرد سرنگهای یکبار مصرف ساخته شده از پلیمرها با سرسوزن فلزی جداگانه، متداول شد. این سرنگها که سرنگ نشکن و سرنگ پلاستیکی هم نامیده می‌شوند غالباً از نایلون، پلی اتیلن، پلی پروپین و یا سایر پلیمرهای مشابه تولید می‌شوند. سرسوزن‌ها هم از جنس فولاد زنگ نزن بوده و به یک پایه پلیمری چسبانده می‌شوند که این پایه در هنگام تزریق براحتی قابل نصب بر روی نوک سرنگ به صورت پیچی

قرار دادن دارو در داخل بدن از طریق تزریق آن به زیر پوست به آغاز قرن نوزدهم برمی‌گردد. اولین وسیله برای تزریق دارو یک سوزن توخالی بود که جهت تزریق مرفین خمیری شکل در زیر پوست (جهت کاهش درد) بکار می‌رفت. اما روش تزریق دارو بصورت زیرجلدی تا اوایل قرن بیستم متداول نشد. از اوایل قرن بیستم تزریق داروها به بدن با استفاده از سرنگهای شیشه‌ای یا فلزی چندبار مصرف متداول شد. این گونه سرنگها، پس از استفاده مجدداً در آب جوشانده شده و ضد عفونی می‌گردید و برای استفاده‌های بعدی نگهداری می‌شد. در سرنگهای شیشه‌ای اولیه، سوزن مستقیماً به شیشه متصل بود و در نتیجه امکان شکستن سرنگ از محل اتصال سوزن به آن (بدلیل باریک شدن نوک سرنگ در این قسمت) بالا بود. بعدها بدلیل خطرناک بودن اینگونه سرنگهای شیشه‌ای به جای آنها سرنگهایی شیشه‌ای با سرسوزن فلزی جداگانه که بصورت پیچی یا فشاری به نوک سرنگ محکم می‌شد متداول گردید (اولین نمونه از این گونه سرنگها در سال ۱۸۵۳ توسط فردی به نام Pravaz تولید شد).

سپس در اثر نیاز به سرنگهایی با کاربرد آسانتر استفاده از سرنگهای یکبار مصرف متداول شد. در خلال جنگ جهانی اول

تهیه و تنظیم:

مهندس حمید رضا بخشنده

کارشناسی ارشد مهندسی پزشکی

دانشگاه صنعتی امیرکبیر

یا فشاری می باشد.

سرنگهای یکبار مصرف و سرسوزن آنها پس از ساخته شدن استریل شده و در بسته های پلاستیکی نفوذ ناپذیر بسته بندی می گردند و در هنگام استفاده، از بسته بندی خارج شده و مورد مصرف قرار می گیرند.

باید توجه داشت که پس از تزریق، سرنگ یکبار مصرف و سرسوزن آن باید دور انداخته شود وگرنه باعث سرایت بیماریهای موجود در بدن یک فرد به فرد دیگر می شود. سرنگهای یکبار مصرف پلیمری برای تزریق آنتی بیوتیک ها، آنتی هیستامین ها، هپارین، ویتامین ها، ضد دردها، مواد مخدر و سیالات بیولوژیک مناسب بوده و بدلیل سهولت تولید و راحتی کاربرد بزودی در صنعت پزشکی جایگزین سرنگهای شیشه ای و استیل شدند. این سرنگها هم اکنون جزء پرمصرف ترین اقلام صنایع دارویی و پزشکی محسوب می شوند.

۳۸

آمار مصرف سرنگ در دنیا و کشور ما:

همان طوری که قبلا هم اشاره شد، سرنگ و ملحقات آن جزء پرمصرف ترین وسایل در صنایع پزشکی دنیا محسوب می گردد. آمار مصرف سرنگ در کشورهای پیشرفته صنعتی بطور متوسط حدود ۶ سرنگ در سال به ازای هر نفر تخمین زده می شود. در کشور ما بطور مدون در این زمینه آمارگیری نشده است اما از آنجایی که میزان بیمار شدن افراد در کشور ما بالاتر است (بدلیل مشکلات خاص اقتصادی و فرهنگی) این مصرف بیشتر بوده و در حدود ۸ سرنگ در سال به ازای هر نفر تخمین زده می شود. با توجه به جمعیت ۷۰ میلیون نفری کشور، مشاهده می گردد که مصرف سالانه سرنگ در کشور بیش از نیم میلیارد عدد باید باشد.

وضعیت تولید سرنگهای یکبار مصرف پزشکی در کشور:

ظرفیت تولید سرنگ در ۱۷ کارخانه تولید سرنگ کشور طبق آمارهای وزارت صنایع برابر با ۷۵۰ میلیون سرنگ در سال و آمار تولید سرسوزن برابر با ۴۵۵ میلیون عدد در سال می باشد (که ۴۰۰ میلیون عدد آن در کارخانه ایران نیدل تولید می گردد).

مراجع

Remington's Pharmaceutical .A

Sciences 1980

۲- آمار وزارت صنایع در مورد تولید سرنگ

و سرسوزن سال ۱۳۷۸

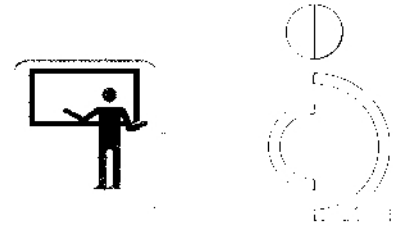
۳- آمار وزارت بهداشت - درمان و آموزش

پزشکی در مورد آمار مصرف داروها در کشور،

سال ۱۳۷۶



پیشگیری از بیماری لثه و دندان در مبتلایان به هموفیلی



پوسیدگی دندان

به علت اثر باکتری‌ها روی مواد غذایی - خصوصاً مواد قندی - و تولید اسید، سطح سخت دندان‌ها (dentine-enamel) مواد معدنی خود را از دست داده و نرم می‌شود که اصطلاحاً کرم خوردگی یا پوسیدگی دندان نامیده می‌شود. با از بین رفتن تدریجی سطح سخت، بافتهای نرم و اعصاب دندان در معرض محیط دهان قرار گرفته، درد، آسسه و از بین رفتن بافتهای زنده دندان ایجاد می‌شود. درد در اثر پوسیدگی هنگامی روی می‌دهد که روند پوسیدگی برای ماهها ادامه داشته و حفره ایجاد شده در دندان پس از عبور از بافتهای سخت دندان به نزدیکی بافتهای نرم یا بافتهای عصبی داخل دندان رسیده است. علت اصلی پوسیدگی دندان مصرف زیاد مواد قندی می‌باشد. مواد قندی در انواع مختلفی از مواد غذایی مثل شیرینی، کیک، بیسکویت و نوشابه‌ها به وفور وجود دارد. مصرف بسیار زیاد آب میوه‌های طبیعی به جای آب، نیز می‌تواند باعث از بین رفتن مواد معدنی مینای دندان شود. این عارضه به علت اسیدی بودن آب میوه‌های طبیعی ایجاد می‌شود. از دست رفتن مواد معدنی دندان باعث ضعیف شدن آن می‌شود درحالی‌که غذا خوردن یا حتی حرکت زبان روی دندان باعث تخریب دندان می‌شود. با این همه فراموش نکنیم که آب میوه

تهیه و تنظیم:

دکتر سید مهدی روحانی طباطبایی

بنیاد امور بیماریهای خاص

حوزه آموزش و پژوهش

بسیار مفید است و مسائل مطرح شده تنها در مصرف بسیار زیاد آن اتفاق می‌افتد.

پیشگیری از پوسیدگی دندان

فلوراید: فلوراید یک ماده معدنی است که به طور طبیعی در آب و خاک وجود دارد. فلوراید موجود در آب آشامیدنی به تقویت دندان و مقاوم کردن آن در برابر پوسیدگی کمک می‌کند. اگر میزان فلوراید آب آشامیدنی کمتر در ۸/۰ ppm باشد تأثیری در تقویت دندانها ندارد. در مناطقی که میزان فلوراید آب آشامیدنی کمتر از این حد می‌باشد می‌توان آن را با نسبتهای معین و محاسبه شده به آب آشامیدنی اضافه کرد. تمام افراد و از جمله افراد هموفیل از اضافه کردن فلوراید به آب آشامیدنی سود می‌برند. در بعضی از مناطق جهان اضافه کردن فلوراید به آب تا میزان ۰/۶ پی‌پ‌ام از میزان پوسیدگی دندان کاسته است. راه دیگر استفاده از قرصهای حاوی فلوراید بوده که میزان مصرف آن بر اساس سن و میزان فلوراید موجود در آبهای آشامیدنی منطقه تعیین می‌شود. شستشوی هفتگی دهان با محلولهای حاوی فلوراید راه دیگری است که به کمک پرسنل بهداشتی صورت می‌گیرد و معمولاً برای کودکان زیر ۶ سال توصیه نمی‌شود. اضافه کردن فلوراید به خمیر دندان و

نمک طعام از روشهای دیگر استفاده از فلوراید می باشد.

هزینه این روشها - خصوصا در افراد هموفیل - در مقایسه با فایده فراوان آنها واقعا ناچیز است. در افراد هموفیل باید استفاده از این روشها یا ترکیبی از آنها با همکاری متخصصان دندانپزشک در نظر باشد.

شیارپوش ها (Fissure Sealants)

راه دوم کاهش میزان پوسیدگی دندان استفاده از شیارپوش ها می باشد. در این روش پس از خشک کردن سطوح بالایی دندانهای آسیا، آنها را برای ۱۵ ثانیه در معرض یک نوع اسید مخصوص قرارداده ۱۵-۳۰ ثانیه شستشو می دهند و مجددا خشک می کنند. سپس سطوح بالایی دندانهای آسیا را با یک پوشش پلاستیکی مخصوص می پوشانند تا از تجمع ذرات ریز غذا بین شیارهای کوچک سطح بالایی دندانهای آسیا و پوسیدگی متعاقب آن جلوگیری شود.

رژیم غذایی

روش سوم پیشگیری، استفاده نکردن - یا کمتر مصرف کردن - مواد قندی در بین وعده های غذایی است. استفاده از مواد قندی بین وعده های غذایی باعث افزایش اسیدیته بزاق می شود که در نتیجه از دست رفتن مواد معدنی دندان و ضعف آن می گردد.

استفاده از این روشهای پیشگیری - خصوصا اگر با هم بکار روند - می تواند به طور قابل توجهی میزان پوسیدگی دندان را در افراد هموفیل بکاهد (کاهش در حد ۷۰٪ - ۸۰٪).

بیماری لثه

بیماری لثه در دنیا بسیار شایع است و تمام جوامع و نژادها را صرف نظر از وضعیت اقتصادی - اجتماعی درگیر می کند. بیماری لثه عمدتا در بزرگسالان پدید می آید اما در کودکان هم دیده می شود.

منظور از بیماری لثه، بیماری لثه و استخوانهایی است که دندانها را در جای خود نگاه می دارند.

پیدایش بیماری لثه

بزاق دهان، از غدد بزاقی ترشح می شود. بزاق باعث آزاد شدن یونهای «کلسیم» می شود. همچنین بزاق حاوی مولکولهای چسبنده (باساختار زنجیره ای بلند) است که روی دندانها تجمع می یابند. هنگام غذا خوردن قسمت عمده این مولکولها - به جز در ناحیه ای که دندان وارد لثه می شود - از روی دندانها پاک می شوند. این ماده چسبنده محیط مناسبی برای چسبیدن باکتری ها به دندانهاست. یونهای کلسیم آزاد شده هم روی این ماده چسبنده تجمع پیدا می کنند. با سخت شدن این ترکیب، «جرم» دندان پدید می آید.

«جرم» دندان حاوی باکتری هاست. با هر بار غذا خوردن، مواد غذایی برای این باکتری ها هم مهیا می شود. باکتری ها با ایجاد «سموم» باعث بروز التهاب در لثه، خونریزی از لثه و بوی بد دهان می شوند.

اگر این لایه حاوی باکتری دست نخورده باقی بماند، هر روز بر حجم آن افزوده می شود و بعد از ۴ روز باکتری های جدیدی به لایه اضافه می شوند که قدرت آنها در ایجاد التهاب بیشتر است.

برای فهم بهتر مطلب فرض کنیم که در ابتدا دهان هیچ باکتری نداشته است. با شروع تولید این «لایه» در عرض ۲۴ ساعت، حدود ۴۰۰ میلیون باکتری به دندانها خواهند چسبید! باکتری های فعال موجود در این لایه، مسؤول اصلی ایجاد بیماری لثه هستند.

این لایه «دشمن نامرئی» هم نامیده می شود، زیرا در حال عادی با چشم قابل رویت نیست ولی با استفاده از رنگ های خاصی می توان این لایه را به رنگ ارغوانی یا صورتی دید. این رنگها به شکل قرص هم تولید شده که با جویدن آن و سپس شستن دهان این «لایه» رنگ می گیرد.

هدف از این کار بی بردن بیمار به محل «لایه» است تا بتواند آن را از بین ببرد. در واقع هدف روشهای بهداشت دهان کاستن از میزان باکتری های این لایه به حدی است که ایمنی بیمار بتواند با آنها مقابله کند.

روشهای بهداشت دهان شامل استفاده از مسواک، خلال دندان، چوب مسواک Persica (Salvadora) می باشد. هنگامی که این لایه کمتر از ۲۰٪ سطح دندانها را پوشانده باشد، معمولا احتمال بروز بیماری لثه کم است. راههای دیگری نیز برای کاهش میزان باکتری ها وجود دارند؛ به طور مثال، استفاده از محلول ۰/۲٪ کلرهگزیدین که بسیار موثر و از نظر قیمت مناسب است. قبل از استفاده از این محلول باید دندانها را شست وگرنه دندانها رنگ قهوه ای به خود خواهند گرفت. این رنگ سطحی است و با شستشو از بین می رود.

تمام خمیردندانها موادی هستند که خواص تمیزکنندگی و طعمی مطبوع دارند. این طعم مطبوع باعث می شود تا مرتب از آنها استفاده شود. به هر حال اگر خمیردندان به طور

مداوم صبح و قبل از خوابیدن استفاده شود بسیار موثر می‌باشد.

بعضی خمیر دندانها حاوی فلوراید هستند که سطوح خارجی دندان آن را جذب می‌کند. فلوراید جذب شده باعث استحکام و تقویت بیشتر دندان می‌شود. بعضی خمیردندانها حاوی آنزیم‌های فعالی هستند که روی «لایه» تاثیر گذاشته و مقدار آن را کم می‌کنند.

حساسیت به بیماری لثه

در تمام جوامع حتی در صورت رعایت کامل بهداشت دهان و دندان در حدود ۱۰٪ افراد به سموم تولید شده از باکتری‌های دهان حساس‌تر هستند. با وجود مطالعات زیاد هنوز راهی برای شناسایی این افراد حساس پیدا نشده است. پیشرفت بیماری لثه در این افراد از افراد عادی بیشتر است که باعث از بین رفتن لثه اطراف دندان و سپس استخوانهای نگاهدارنده دندان می‌شود.

مخاطبین ما چه کسانی هستند؟

اولین و مهمترین مخاطبان این نوشتار خود افراد هموفیل و خانواده و دوستان این بیماران هستند. مخاطبان بعدی پرسنل بهداشتی - درمانی اعم از پزشکان، پرستاران، بهیاران... هستند که به نحوی با افراد هموفیل سروکار دارند. در بسیاری از کشورها دندانپزشکان برای کمک به این افراد و خانواده آنها آموزشهای خاص دیده‌اند. وظیفه این افراد آموزش بهداشت دهان و دندان و روشهای پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان به خود افراد هموفیل و خانواده آنهاست.

یکی از مسائل مهم در این زمینه مشارکت

فعال خود افراد هموفیل برای پیشگیری از پوسیدگی دندان و بیماریهای لثه (بهداشت دهان و دندان) است.

از کجا باید آغاز کنیم؟

نهاد مسؤوول افراد هموفیل باید با کمک پزشکان و دندانپزشکان افراد هموفیل را شناسایی کند. سپس برنامه‌های پیشگیری برای کاهش یا از بین بردن بیماریهای دهان و دندان اجرا شود. به این ترتیب مشکلات درمان ضایعات لثه و دندان در این افراد کاهش می‌یابد و می‌توان افراد دچار مشکل را با روشهای موثرتر و اقتصادی‌تر و با عارضه کمتر درمان کرد.

تمام افراد هموفیل باید از نظر نیاز به اقدامات درمانی دهان و دندان ارزیابی شوند. این مساله هم‌چنین امکان می‌دهد تا آموزشهای لازم برای پیشگیری بیماریهای دهان و دندان به افراد هموفیل و خانواده آنها داده شود.

به این منظور مبتلایان به هموفیلی باید به طور دوره‌ای با همکاری متقابل پزشکان و دندانپزشکان معاینه شوند و برای درمان ضایعات احتمالی، برنامه‌ریزی صورت گیرد.

باید به خاطر داشت که در افراد هموفیل نیز، پیشگیری از بیماریهای دهان و دندان بهتر، ارزان‌تر و ایمن‌تر از درمان آنها می‌باشد.

تشکیل تیم دندانپزشکی برای افراد هموفیل

به منظور دستیابی به بهترین نتیجه، تیم دندانپزشکی که به افراد هموفیل خدمات ارائه می‌دهد باید جزئی از تیم پزشکی این افراد باشد.

از این رو به طور ایده‌آل تیم دندانپزشکی باید در داخل مرکز هموفیلی یا بسیار نزدیک به آن باشد. برنامه‌های پیشگیری را می‌توان از همان زمان جوانه زدن اولین دندان در نوزاد (حدود ۶ ماهگی) شروع کرد. رویش دندانها و افتادن دندانهای شیری معمولاً در بچه‌های هموفیلی مشکلات عمده‌ای ایجاد نمی‌کند.

راه حل مناسب

راه حل منطقی داشتن یک تیم دندانپزشکی است که مستقیماً با چند مرکز درمانی در ارتباط باشد.

دندانپزشک بیمار را معاینه و ارزیابی می‌کند و در صورت نیاز برای درمان با فاکتور، هماهنگی خواهد کرد.

راهکارهای درمانی مفید برای مشکلات دهان و دندان

راهکارهای کلی: یکی از تفاوت‌های افراد هموفیل و سایر افراد این است که در افراد طبیعی ممکن است اقدام درمانی طی جلسات متعدد صورت گیرد، اما در افراد هموفیل معمولاً این کار ممکن نیست.

بنابراین تصمیم‌گیری در مورد افراد هموفیل برای دندانپزشکان محدودتر و مشکل‌تر است که علت آن هزینه‌ها، امکان دسترسی به سرویسهای درمانی، دسترسی به فاکتور و مراقبتهای بعد از اعمال دندانپزشکی می‌باشد.

در صورت دسترسی مقدار کافی فاکتور و تیم پزشکی مناسب و متبحر و نبود مشکلات ذکر شده در بالا، افراد هموفیل مثل افراد عادی تحت درمانهای دندانپزشکی لازم قرار می‌گیرند.

اگر ماده بی‌حسی در فک بالایی تزریق شود، فاکتور مصرفی را باید به میزان ۳۰٪ افزایش داد. در صورت نیاز به کشیدن دندان، جرم‌گیری یا نیاز به تزریق ماده بی‌حسی در فک پایینی مقدار فاکتور باید ۵۰٪ افزایش یابد. در صورتی که اقدامات درمانی جدی‌تری مانند درآوردن دندان با جراحی در نظر باشد، فاکتور باید تا ۱۰۰٪ افزایش یابد. در صورتی که اقدام درمانی از آنچه که مدنظر بوده شدیدتر باشد، گاهی به افزایش ۱۰۰٪-۵۰٪ فاکتور بلافاصله بعد از عمل جراحی نیاز خواهد بود.

کشیدن دندان

کشیدن دندانها باروش جراحی در افراد هموفیل باید فقط و فقط در صورت نیاز مطلق به این کار انجام شود. در تمام اقدامات دندانپزشکی در افراد هموفیل که احتمال خونریزی وجود دارد، باید «اسید ترانکسامیک» تجویز شود. در افراد بالغ یک قرص ۵۰۰ mg چهار بار در روز برای ۱۰ روز بعد از عمل جراحی استفاده می‌شود تا لخته‌های خون ایجاد شده پایداری خود را حفظ کنند و باعث خونریزی مجدد نشوند. در کودکان میزان دارو بسته به وزن و سن تعیین می‌شود. اگر کشیدن دندان یا درمانهای پیرادندانی (periodontal) صورت نمی‌گیرد و فقط دندان پریمی شود، «اسید ترانکسامیک» (tranexamic acid) برای ۳ تا ۷ روز مصرف می‌گردد. در صورت نیاز به بخیه، معمولاً بخیه‌ها را بیشتر از ۲۴ ساعت در جای خود باقی نمی‌گذارند. کشیدن ۴ دندان در مناطق مختلف دهان آسیب کمتری نسبت به کشیدن ۴ دندان

مجاور یکدیگر ایجاد می‌کند؛ البته در مورد آخر زخم ایجاد شده وسیع است. در صورت خارج کردن بخیه‌ها در عرض ۲۴ ساعت معمولاً به مصرف فاکتور بیشتر احتیاج نیست. البته گاهی بخیه‌ها برای مدت بیشتری باید باقی بمانند.

در هر اقدام جراحی دندان، باید حتی المقدور کمترین دستکاری لته اطراف دندان و ضریع (periosteum) صورت گیرد. کوچکترین دستکاری - حتی در افراد غیرهموفیل - می‌تواند باعث خونریزی بعد از جراحی دندان شود. به منظور کاهش خونریزی بعد از جراحی، باید از جراحی «سوارخ کلیدی» «key hole» که کمترین دستکاری را انجام می‌دهد استفاده شود.

پرکردن دندان

پرکردن دندانها باید تنها موقعی بکار رود که بیماری دندان گسترده و شدید نبوده و در واقع دندانی که پر می‌شود پیش‌آگهی (prognosis) خوبی داشته باشد. به نظر نویسندگان، پرکردن دندان در بیماران هموفیل برای دندانهایی که پیش‌آگهی خوبی ندارند و خصوصاً در مناطقی که دسترسی مناسب به فاکتور یا مراقبت‌های بعد از جراحی ندارند، نباید صورت گیرد.

درمانهای پیرادندانی

شواهد علمی نشان می‌دهند که درمانهای پیرادندانی با انجام پیشگیری توسط بیمار به خوبی صورت می‌گیرد. در واقع از بین رفتن پیوندگان لته به دندان (تا حد ۴ میلی‌متر) پیش‌آگهی خوبی دارد و بیمار با انجام یک برنامه مراقبتی خوب در منزل قادر به فایق آمدن برآن خواهد بود. در هر حال در بیماران دارای بیماری

دندانهای مصنوعی و درمانهای ارتودنسی

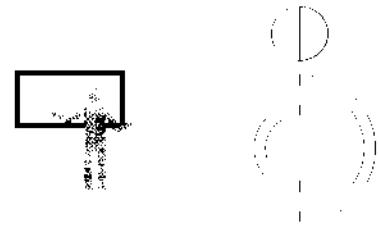
معمولاً دندان مصنوعی یا اقدامات ساده ارتودنسی (شامل وسایل ثابت یا متحرک) مشکلی ایجاد نمی‌کنند. در هر حال دندان مصنوعی و این وسایل در معرض تجمع پلاک «plaque» هستند و به همین خاطر برنامه‌های پیشگیری - که بعضی باید به تناسب بیمار طراحی شوند - ضروری می‌باشند.

درمان در شرایط در دسترس نبودن فاکتور

در صورت در دسترس نبودن فاکتور، استفاده از پلازما، خون کامل یا DDAVP محدودیتهای خاص خود را دارند (به طور کامل جایگزین فاکتور نمی‌شوند). در این شرایط معمولاً اقدامی جز تخفیف درد برای افراد هموفیل امکان‌پذیر نیست.

نتیجه‌گیری

اگرچه خدمات دندانپزشکی خاص افراد هموفیل در بسیاری از مناطق وجود ندارد، امیدواریم با افزایش آگاهی نسبت به قابل پیشگیری بودن بسیاری از بیماریهای دندان و لته بتوان تا حد زیادی این نقیصه را برطرف کرد.



تغییر عادات زندگی برای به تأخیر انداختن بروز دیابت

است که با درجات خفیف تر هیپرگلیسمی مشخص می شود. سالانه ۱ تا ۱۰ درصد احتمال دارد که اختلال تحمل گلوکز به دیابت تبدیل گردد. در مجموع ۵۲۳ فرد دارای اضافه وزن (overweight) که تحمل گلوکزشان مختل بود، به طور تصادفی به دو گروه مداخله (intervention group) یا (که اطلاعاتی کلی درباره تغییر در شیوه زندگی دریافت می کردند) گروه شاهد تقسیم شدند.

۴۳

افراد گروه مداخله در سال اول هفت مرتبه و سپس هر سه ماه به یک متخصص تغذیه مراجعه می کردند؛ این ملاقاتها بدین منظور بود که افراد تغییرات خاصی را در شیوه زندگی شان ایجاد نمایند. اهداف این تغییرات به پنج دسته تقسیم می شد: کاهش وزن (تا ۵٪ یا بیشتر)، کاهش در دریافت چربی (به کمتر از ۳۰٪ کل انرژی دریافتی)، کاهش در دریافت چربیهای اشباع شده (به کمتر از ۱۰٪ انرژی دریافتی)، افزایش دریافت فیبر (به حداقل ۱۵ گرم به ازای هر ۱۰۰۰ کیلوکالری) و افزایش حرکات ورزشی (به حداقل ۳۰ دقیقه در روز).

با اینکه میانگین کاهش وزن در پاسخ به مداخله اندک بود ($4/2 + 5/1 \text{ kg}$)، اثر این تغییرات در شیوه زندگی بر میزان بروز دیابت قابل توجه بود: احتمال بروز دیابت در گروه

از قرنها پیش می دانستند که افراد چاق تر و با زندگی کم تحرک تر، بیشتر مستعد ابتلا به دیابت هستند. به تازگی نیز بسیاری از مطالعات آینده نگر ثابت کرده اند که چاقی و کم تحرکی بدنی عوامل خطرزایی برای دیابت قندی نوع ۲ می باشند و کاهش وزن و ورزش، در کوتاه مدت حساسیت به انسولین و ترشح انسولین را بهبود می بخشد. دو مطالعه در بیماران سوئدی و چینی حاکی از آن بوده اند که تغییر در عادات غذایی و تمرینهای بدنی ممکن است شروع دیابت را به تأخیر بیندازد. با این حال، از آنجا که این دو مطالعه، اشکالاتی در روش شناسی (methodology) خود داشتند (یکی تصادفی شده نبود و در دیگری به جای اینکه بیماران تصادفی انتخاب شوند، درمانگاه ها تصادفی شده بودند)، همچنان مشخص نیست که آیا تغییر در شیوه زندگی (life style) می تواند شروع دیابت را به تأخیر بیندازد یا خیر؟

در مطالعه ای که اخیراً در فنلاند منتشر گردید (Finnish Diabetes Prevention Study)، اثر تغییر در شیوه زندگی بر بروز دیابت نوع ۲ در افراد پرخطر (high risk) مورد بررسی قرار گرفته است. همه افراد شرکت داده شده در این مطالعه تحمل گلوکز مختل داشتند؛ این حالت مرحله ای بینابینی در روند طبیعی دیابت نوع ۲

مترجم:

دکتر پیام سلطان زاده

بنیاد امور بیماریهای خاص

حوزه آموزش و پژوهش

مداخله ۵۸٪ کمتر بود. در این مطالعه تومیلتو (Tuomilehto) و همکارانش دریافتند که صرف نظر از گروهی که افراد به آن تعلق داشتند، میزان بروز دیابت در میان کسانی که بیشتر به اهداف تغییر در شیوه زندگی نائل شده بودند، کمتر بود. این یافته ادعای نویسندگان مقاله فوق را مبنی بر اینکه کاهش در میزان بروز دیابت نوع ۲ تا حد زیادی ناشی از تغییر در شیوه زندگی بوده است، تأیید می کند.

یافته‌های فوق نشان می‌دهد که اصلاح عامل خطرهای دیابت نوع ۲، از احتمال بروز بیماری می‌کاهد و این نتیجه‌گیری چندان هم بدیهی نبود. توازن انرژی مثبت بلندمدت (دریافت انرژی بیش از مصرف آن) که به پیدایش چاقی و دیابت نوع ۲ کمک می‌کند، ناشی از تعامل بین عوامل ژنتیکی و محیطی است. قابل پیش‌بینی نبود که یک برنامه مداخله‌ای سریایی بتواند با موفقیت بر عادات بلندمدت تغذیه‌ای و فعالیت بدنی افراد اثر بگذارد، در حالی که آنها به آسانی به غذاهای غنی از کالری نیز دسترسی داشته‌اند و انجام کارهای روزمره‌شان هم به فعالیت بدنی چندان نیاز نداشته است. با این حال مشخص نیست که آیا موفقیت چشمگیر این مطالعه نتیجه تغییر در عادات غذایی است یا تغییر در میزان فعالیت بدنی و یا هر دو، زیرا این نوع آنالیز در مطالعه صورت نگرفت.

آیا مداخله‌های مشابه به منظور پیشگیری اولیه از دیابت نوع ۲، در آمریکا یا دیگر کشورها نیز کارساز خواهد بود؟ تومیلتو و همکارانش معتقدند که بدبینی نسبت به کار دشوار تغییر دادن شیوه زندگی افراد چاق و کم تحرک را باید کنار گذاشت. خوش‌بینی آنها را می‌توان با میزان اندک ترک مطالعه از سوی

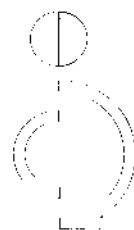
بیماران (کمتر از ۹٪ در گروه مداخله و کمتر از ۷٪ در گروه شاهد) توجیه کرد. به هر حال پیش‌بینی میزانهای ترک مطالعه در دیگر کشورها از روی میزان آن در یک کارآزمایی بالینی در فنلاند، دشوار است. جمعیت‌های گوناگون دیگر نیز ممکن است مایل باشند که تغییرات پیشنهاد شده در شیوه زندگی طی این مطالعه را بپذیرند. مداخلات دارویی برای افزایش حساسیت به انسولین نیز به عنوان راهی برای پیشگیری از دیابت نوع ۲ مطرح شده‌اند. برنامه پیشگیری دیابت (Diabetes Prevention Program) یک کارآزمایی تصادفی شده و چند مرکزی (multicenter) در حال انجام در آمریکاست که بیش از ۳۰۰۰ مرد و زن دچار اختلال تحمل گلوکز در آن شرکت دارند. این برنامه ارزیابی می‌کند که آیا احتمال بروز دیابت نوع ۲ را می‌توان با ایجاد تغییرات اساسی در عادات غذایی و ورزش یا با مداخله دارویی (۸۵۰ میلی گرم مت‌فورمین دوبار در روز) کاهش داد یا خیر. گروه شاهد در این مطالعه افرادی هستند که تنها توصیه‌هایی معمولی درباره شیوه زندگی برایشان گفته می‌شود. پیش‌بینی می‌گردد که نتایج این مطالعه در پاییز سال ۲۰۰۲ منتشر شوند.

تغییرات در شیوه زندگی تا چه مدت باید ادامه یابند؟ مطالعه فنلاندی برای پاسخ به این سوال طراحی نشده بود؛ با این حال بیشتر مردم پس از شرکت در برنامه‌های کنترل وزن، کاهش وزن خود را حفظ نمی‌کنند. با وجود اطلاعات قانع‌کننده مبنی بر اینکه دیابت نوع ۲ در کوتاه مدت به تأخیر می‌افتد، مشخص نیست که کاهش میزان بروز دیابت تا چه مدت تداوم یابد. دیابت نوع ۲ روز به روز شایع‌تر

می‌شود به گونه‌ای که در سال ۱۹۹۵، حدود ۶٪ جمعیت کشورهای توسعه یافته گرفتار آن بودند. اگر نتایج مطالعه تومیلتو و همکارانش در جمعیت‌های دیگر نیز به دست آید، پزشکان و سیاست‌گذاران ممکن است مایل باشند بدانند که آیا چنین برنامه‌های مداخله‌ای می‌توانند تحت پوشش متداول شرکت‌های بیمه قرار گیرند و در مراکز مراقبت‌های اولیه به طور گسترده در دسترس باشند. چنین تصمیم‌گیری‌هایی احتمالاً به شواهدی نیاز خواهند داشت که نشان دهد عوارض دیابت با این برنامه‌ها به تأخیر می‌افتند یا از آنها پیشگیری می‌شود. با این حال به تأخیر افتادن عوارض میکرو و اسکولر عاقلانه به نظر می‌رسد زیرا فراوانی این نوع عوارض همبستگی زیادی با طول مدت دیابت دارد. پیش‌بینی می‌شود که در آینده پایه مولکولی بسیاری از بیماری‌های پیچیده انسانی از جمله دیابت نوع ۲ مشخص گردد. شاید سرانجام بتوان برنامه‌های مداخله‌ای را تنها متوجه افراد با زمینه مساعد ژنتیکی نمود، پیش از آنکه آنها اضافه وزن و زندگی کم تحرکی پیدا کنند. در حال حاضر نتایج مطالعه پیشگیری از دیابت در فنلاند باید پزشکان و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی را ترغیب کند که وظیفه دشوار اصلاح شیوه زندگی افراد را با جدیت بیشتری دنبال نمایند چرا که با این کار بیماران شانس بیشتری برای برخورداری از یک زندگی فارغ از مشکلات انواع بیماری‌ها (از جمله دیابت نوع ۲) خواهند داشت.

مأخذ:

Trataranni PA. Changing habits to delay diabetes. New England Journal of Medicine May 3, 2001; 344:



سرور زنان عالم

خرد حیران از توصیف بزرگواری است که در فضیلتش همین کفایت می‌کند که فرزند رسول خاتم (ص) و همسر امیرمومنان (ع) و ام‌الانمه معصومین می‌باشد. طاهره‌ای که پسر بزرگوارس، او را «ام‌ابیها» خطاب می‌کرد و آن کس که عایشه در حق وی گفته است: «مارأیت احدا اشبه سمنا و هدیا و حدیثا برسول الله فی قیامه و قعوده من فاطمه، کانت اذا دخلت علی رسول الله قام الیها فقبلها و رحب بها، و أخذ بیدها و أجلسها فی مجلسه.»^(۱) (هیچکس را در حرکات بدن و راه و رسم زندگی و سخن گفتن به رسول خدا شبیه‌تر از فاطمه ندیدم، آن هنگام که بر پیامبر اکرم داخل می‌شد، رسول خدا به احترام او برمی‌خاست، او را می‌بوسید و خوشامد می‌گفت و دست او را می‌گرفت و نزد خود می‌نشاند.)

به جهت آنکه نسبت به مفاخر و مناقب سرور زنان اهل بهشت فاطمه الزهرا (س) قوت قلب بیشتری بیابیم، پاره‌ای از فضایل آن بزرگوار در کلام اهل سنت را مرور می‌کنیم. برای این منظور از کتاب «فاطمه زهرا (س) در کلام اهل سنت» سید مهدی هاشمی حسینی و کتاب «طرائف» تألیف مرحوم سید بن طاووس استفاده شایانی کرده‌ایم. سیر نوشتار چنین است که ابتدا مراجعه به قرآن کریم و آیاتی که دلالت بر فضایل اهل بیت

پیامبر و حضرت زهرا (س) دارند خواهیم داشت، سپس از مجامعه حدیثی اهل سنت بهره خواهیم گرفت.

هنگامیکه پیامبر اکرم (ص) وارد مدینه شدند، انصار گفتند که ما خدمت رسول خدا می‌رسیم و عرض می‌کنیم که اگر مشکلات مالی پیدا شد اموال ما بدون هیچگونه شرطی در اختیار شما قرار دارد... آنگاه آیه مبارکه سوره شورای نازل شد: «قل لا اسئلكم علیه اجرا الا المودة فی القربی و...»^(۲) (ای پیامبر بگو که من برای رسالتم مزدی نمی‌خواهم الا مودت و محبت دربارۀ نزدیکانم... در کتب حدیثی و تفسیر شیعه و سنی روایات بسیاری وارد شده است که منظور از «قربی» را در آیه مبارکه روشن می‌کند. از آن جمله بخاری در «صحیح» خود به سندی از ابن عباس روایت کرده که گفت: از آیه «... الا المودة فی القربی» سؤال شد، سعید بین جبیر گفت: منظور از «قربی» آل محمد (ص) هستند.^(۳)

احمد بن حنبل پیشوای فرقه حنبلیان در «مسند» خویش از ابن عباس روایت کرده است که گفت: «لما نزلت قل لا اسئلكم علیه اجرا

۱- آیه قری، صحیحی نرمذی ۳۱۹/۲، ینابیع باب ۱۷۲/۵۵ ذخائر العقبی / ۴۰
 ۲- سوره مبارکه شوری، آیه ۲۳
 ۳- صحیح بخاری، ج ۲۹/۶

الا الموده فی القربی، قالوا یا رسول الله من قرابتک، من هولاً الذین وجب تعلینامودتهم؟ قال: علی و فاطمه و ابناهما و قالها ثلاثاً»^(۱) (هنگامیکه آیه «قل لا اسئلكم...» نازل شد، مردم پرسیدند که ای رسول خدا خویشاوندان تو که مودت آنها بر ما واجب است چه کسانی هستند؟ فرمودند: علی و فاطمه و دو فرزندشان، این سخن را سه بار تکرار کردند.) عبدالرحمان سیوطی مفسر بزرگ اهل سنت در تفسیر آیه مورد بحث، نظیر مضمون فوق را نقل می کند. همین مضمون را سایر محدثان سنی نظیر محب طبری در «ذخائر العقبی»، هیثمی در «مجمع الزوائد»، ابن حجر در «صواعق» و شبلنجی در «نورالابصار» روایت کرده اند.^(۲)

امام فخر رازی بزرگ مفسر اهل سنت در تفسیر کبیر خود در ذیل آیه «قل لا اسئلكم...» بعد از نقل روایت فوق از علامه زمخشری صاحب تفسیر «کشاف» می گوید: «... لا شک ان فاطمه و علیا و الحسن و الحسین کان التعلیث بینهم بین رسول الله (ص) اشد التعلقات و هذا کالمعلوم لانقل المتواتر فوجب ان یکون هم الال...» (کسانی که ارتباطشان محکمتر و کاملتر نسبت به پیامبر اکرم باشد «آل» محسوب می شوند و شکی نیست که فاطمه و علی و حسن و حسین محکمترین پیوند را با رسول خدا داشتند و این معلوم است از احادیث متواتر، بنابراین واجب است که آنها را «آل» بدانیم.) سپس وی دلایلی را برای وجوب محبت اهل بیت (ع) ذکر می کند و در آخر می گوید: «فکل ذالک یدل علی ان حب آل محمد واجب.» یعنی: کلیه آن مطالب دلالت می کند بر اینکه محبت آل محمد (ص) واجب است. فخر رازی اشعار معروف امام

شالعی را زینت سخنان خود قرار می دهد:

یاراکبا قف بالمصحب من منی
و اهتف بساکن حنیفها و الناهض
سحر اذا فاض الحجیح الی منی
فیضا کما نظم الفرات الفائضان
کان رفضا حب آل محمد
فلیشهد الثقلان این رافض

یعنی: ای سواری که عازم حج هستی، در آنجا که نزدیک منی برای رمی حجرات ریگ جمع می کنی و مرکز بزرگ اجتماع زائران است، بایست و بگو به تمام کسانی که در مسجد خفیف مشغول عبادتند و یا در حال حرکت می باشند هنگامی که حاجیان بسوی منی می روند و همچون سیل می خروشدند فریاد می زنند: اگر حب آل محمد (ص) رفض و ترک دین است همه جن و انس شهادت دهند که من رافضیم.^(۳)

و علامه زمخشری صاحب تفسیر «کشاف» در اهمیت محبت اهل بیت (ع) حدیثی زیبا با فرارهایی طولانی از پیامبر اکرم نقل می کند که فخر رازی و قرطبی در تفاسیرشان از وی اقتباس کرده اند. حدیث مزبور به وضوح مقام اهل بیت - از جمله حضرت زهرا (ع) را بیان می دارد، ما بخشی از انتهای حدیث را نقل می کنیم: «... الا و من مات علی بغض آل محمد مات کافرا، الا و من مات علی بغض آل محمد لم یشم رائحه الجنة.»^(۴) (آگاه باشید هرکس با دشمنی آل محمد (ص) از دنیا برود، کافر مرده است. آگاه باشید هرکسی با دشمنی آل محمد از دنیا برود بوی بهشت را استشمام نخواهد کرد.)

از آنجا که روایات درباره لزوم محبت اهل بیت نبی اکرم (ص) و نیز حضرت زهرا (س) فراوان است، خالی از لطف نیست در این باره

سخن مرحوم علامه امینی ذکر شود. او آرای بزرگان اهل سنت را درباره آیه مذکور نقل می کند و می فرماید: این مطلب مورد اتفاق همه مسلمانان است و اختصاص به شخصی با مذهب خاصی ندارد. سپس اسامی محدثان و مفسران اهل سنت را که قائل به نزول آیه مبارکه قریب درباره پنج تن آل عبا میباشند، ذکر می کند: الامام احمد بن حنبل، الصفوری، الزرقانی و ...

از جمله آیاتی که دلالت بر شأن ویژه حضرت زهرا (س) و اهل بیت پیامبر اکرم دارد. خداوند می فرماید: «فمن حاجک فیه من بعد ما جائک من العلم فقل تعالوا ندع البنائنا و ابنائکم و نساتنا و نساتکم و أنفسنا و أنفسکم ثم ننتهل فنجعل لعنه الله علی الکاذبین»^(۵) (... به آنها بگو بیایید دعوت کنیم ما پسرانمان را و شما پسرانتان را و ما زنانمان را و شما زنانتان را و ما جانهایمان را و شما جانهایتان را، آنگاه مباحله کرده و لعنت خدا بر دروغگویان قرار دهیم.) این جریان از حوادث مهم و مشهور بین مسلمانان به شمار می آید و به اتفاق محدثان و مفسران آیه زمانی نازل شد که بین پیامبر اکرم و نصاری نجران پیرامون حضرت عیسی (ع) بحثی واقع شد ... در نهایت، زمانی برای مباحله - یعنی درخواست از خداوند برای نابودی دروغگو - تعیین شد.

— روز مباحله در میان مسلمانان و در حالیکه ۱- بنا بر نقل ذخائر العقبی/ ۲۵، مناقب ابن مغزلی/ ۳۰۹ ۲- ذخائر العقبی/ ۲۵، مجمع الزوائد ج ۱۰۳/۷، صواعق المحرقة ج ۱۰۱/۷ و محمد بن حریر طبری در تفسیر خود ۱۴/۲۵ نظیر روایات فوق را آورده است.

۳- تفسیر کبیر ج ۱۶۶/۲۷

۴- تفسیر کشاف ج ۲۲۰/۴، تفسیر کبیر ج ۱۶۵/۲۷ و تفسیر قرطبی

۵- سوره آل عمران، آیه ۶۱

آنها خود را آماده مباحله نموده بودند، پیامبر اکرم چهار نور مقدس، علی و فاطمه و حسن و حسین (س) را برای مباحله همراه خویش برد. بنابراین منظور از «ابنائنا» حسن و حسین (س) و «نساتنا» فاطمه (س) و «انفسنا» علی (ع) می باشد.

امام فخر رازی در تفسیر کبیر خود می گوید: «پیامبر اکرم (ص) از منزل خارج شد ... و حسین را بر دوش خود قرار داده و دست مبارک حسن را گرفته و فاطمه پشت سر او و علی (ع) پشت سر فاطمه می رفتند ... پس اسقف نجران گفت: «انی لاری وجوها لوسألوا الله ان یزیل جبلا من مکانه لازاله بها، فلا تباهلوا فتهلکوا...» من چهره هایی را می بینم که اگر از خدا بخواهد کوهی را از جایش تکان دهد، حتما چنین خواهند شد، پس مباحله نکنید که هلاک خواهید شد ...»

مسلم بن حجاج نیشابوری در «صحیح» خود می گوید: وقتی که معاویه از سعد پرسید که چه سبب شده است که تو علی را دشنام نمی دهی؟ سعد می گوید: «ولما نزلت هذه الایه ... دعا رسول الله (ص) علیا و فاطمه و حسنا و حسینا فقال: اللهم هولاً (اهلی)»^(۱۱) (وقتی که این آیه نازل شد (آیه مباحله) پیامبر اکرم علی و فاطمه و حسن و حسین را خواند و فرمود: خداوند اینان اهل من هستند.) این روایت را ترمذی در «صحیح» خود و امام احمد سنبل در «مسند» و عبدالرحمان سیوطی در تفسیر «درالمنثور» نقل کرده اند. حاکم نیشابوری صاحب «مستدرک الصحیحین». پس از نقل حدیث می گوید: «هذا حدیث صحیح»^(۱۲)

سیده النساء اهل الجنه

بخاری در «صحیح» خود به سندی از عایشه نقل می کند: «مازنان پیامبر نزد وی بودیم و کسی از ما غایب نبود که فاطمه وارد شد که راه رفتن او فرقی با راه رفتن پیامبر نداشت، هنگامیکه پیامبر او را دید به او خوشامد گفت ... سپس او را سمت راست یا چپ خود نشانید و با او به آهستگی سخن گفت ... فرمودند: یا فاطمه الا ترضین ان تکونی سیده النساء العالمین او سیده نساء هذه الامه؟ (یعنی: آیا راضی و خشنود نمی شوی که سرور زنان مومن و یا سیده زنان این امت باشی؟)^(۱۳) و در جای دیگر فرمودند: «سرور زنان اهل بهشت باشی»^(۱۴) همین روایت را بخاری در «صحیح» خود کتاب بد الخلق و نیز مسلم در «صحیح» خود کتاب فضائل الصحابه در فضائل فاطمه به دو طریق آورده است. و نیز ابو داود طیالسی در جلد ششم از «مسند» این حدیث را روایت کرده است و گفته است: «سیده النساء العالمین او سیده النساء هذه الامه».

محبت پیامبر اکرم (ص) نسبت به فاطمه (س)

نبی اکرم (ص) آن مقدار به دختر گرامی اش محبت می ورزید که او را پاره تن خویش خطاب می کرد و ناراحتی فاطمه را ناراحتی خود می دانست. بخاری در «صحیح» خود، جلد پنجم باب مناقب قرابه الرسول با سند خویش نقل می کند که پیامبر اکرم فرمودند: «فاطمه بضعه منی فمن اغضبها اغضبتی» (فاطمه پاره تن من است، هر کس او را به غضب آورد مرا خشمناک نموده است.)

و نیز بخاری در جلد هفتم «صحیح» کتاب النکاح، از پیامبر خدا روایت می کند: «فاطمه بضعه منی یرببنی ما اربابها و یؤدبنی ما آذابها» (فاطمه پاره تن من است، ناراحتی منی کند آنچه او را ناراحت می کند و مرا آزرده آنچه او را اذیت می کند) مسلم بن حجاج نیشابوری در «صحیح» خود، باب فضائل فاطمه بنت النبی، و همچنین در «صحیح» ترمذی که از «صاح ششگانه» می باشد،^(۱۵) حدیث فوق با تفاوت مختصری نقل شده است.

شدت علاقه پیامبر اکرم (ص) به آن بانوی بزرگوار به قدری بود که پیش از سفر، آخرین نفری که ملاقات می فرمودند فاطمه زهرا (س) بود و پس از مراجعت دیدار با ایشان، اولین ملاقات بود. ابی داود سجستانی در «صحیح» خود، باب انتفاع بالاعاج از خدمتکار رسول خدا نقل می کند: «هر زمانی که رسول خدا مسافرت می فرمود، آخرین اهل او هنگام خداحافظی، فاطمه بود و هنگام مراجعت اولین کسی که بر او داخل می شد فاطمه بود». و حاکم نیشابوری در «مستدرک الصحیحین» از ابن عمر روایت کرده است که: «هنگامی که پیامبر سفری می کردند، آخرین کسی که با وی خداحافظی می کردند، فاطمه بود و هنگامیکه از سفر

۱- صحیح مسلم، ج ۱۲۰/۷

۲- صحیح ترکیذی ج ۳۰۰/۲، مسند احمد بن حنبل ج

۱۸۵/۱، در المنثور ج ۳۸/۴ و مستدرک ج ۱۵۰/۳

۳- صحیح بختری، کتاب الاستئذان باب من ناجی بین یدی الناس

۴- صحیح بخاری ج ۳۶/۵

۵- شش کتاب معتبر اهل سنت که در این میان صحیح مسلم و بخاری از اعتبار ویژه ای برخوردارند. آن شش کتاب از آن: بخاری، مسلم، ابن ماجه، ابی داود، ترمذی و نسائی می باشد. به دو کتاب اول صحیحین و چهار کتاب بعدی سنن نیز اطلاق می شود. اغلب اهل سنت صحیح بخاری را عدل قرآن می شمارند.

بازمی گشتند اولین کسی که دیدار می کردند فاطمه بود.))^{۱۶} و نیز با مدارک متعدد از رسول الله (ص) نقل کرده اند که خطاب به علی و فاطمه و حسن و حسین (ع) فرمودند: «أنا حرب لمن حاربتهم و سلم لمن سالمتم» (من در جنگم با کسانی که با شما در جنگند و در صلح هستم با کسانی که با شما در صلح باشند.)

و نیز حاکم نیشابوری در (مستدرک الصحیحین)، این حج عقلائی در «الاصابه»، سبط ابن جوزی در «تذکره الخواص»، محب طبری در «ذخائر العقبی»، هیشمی در «میزان الاعتدال» و برخی دیگر از بزرگان اهل سنت روایت کرده اند که رسول خدا به دخترش فاطمه (س) فرمودند: «یا فاطمه ان الله یغضب لغضبک و یرضی لرضاک» (ای فاطمه خداوند به غضب تو غضب میکند و به سبب رضایت تو راضی می شود).

سخن پایانی ما این است که :

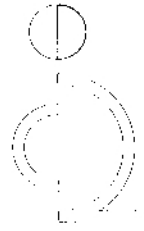
خواننده با وجدان و منصف با نظر در روایات نقل شده از برادران اهل سنت، اطمینان پیدا می کند که آزار رساندن به نور چشم و مایه شادمانی پیامبر (ص)، اذیت نمودن رسول خدا است و آزار رسول خدا مجازاتی عظیم در پی دارد چرا که : «ان الذی یؤذون الله و رسوله لعنهم الله فی الدنیا و الاخره و اعدلهم عذابا مهینا» (کسانی که خداوند و رسول او را می آزارند، خداوند آنان را در دنیا و آخرت لعنت کرده و برای آنها عذابی خوار کننده فراهم می آورد).

محمد بن اسماعیل بخاری در «صحیح»

خود نقل می کند که : فاطمه نسبت به ابوبکر ناراحت بود، از او کناره گیری کرده و سخنی با او نگفت، تا اینکه از دنیا رحلت نمود. و اما قصه دردناک هجوم به خانه اهل بیت پیامبر اکرم (ص) همان کسانی که عایشه درباره ایشان می گوید - نقل به اختصار - روزی رسول خدا، حسن و حسین و فاطمه و علی را در زیر عبایی داخل کرد و این آیه را خواند : «انما یرید الله لیزهد عنکم الرجس اهل البیت و یطهرکم تطهیرا»)) در این باره به کتاب «الامامه و السیاه» منسوب به ابن قتیبه دینوری سنی مذهب از مورخان قرن سوم هجری (متوفی ۲۷۶ هجری) مراجعه می کنیم. ابن قتیبه تحت عنوان «علی چگونه با ابوبکر و عمر بیعت نمود» می نویسد: عمر به ابوبکر گفت : آیا از این متخلف بیعت نمی گیری؟ ابوبکر به قنفذ گفت برو به علی بگو امیر المؤمنین دعوت می کند تا با او بیعت کنی، قنفذ رفت و با صدای بلند علی را به بیعت فراخواند، علی فرمود: «سبحان الله لقد ادعی ما لیس له» (چیزی را ادعا می کند که حق او نیست...) این بار عمر با جمعی به خانه علی آمد، در را زدند، فاطمه چون صدای آنها را شنید ندا در داد: «یا ابی یا رسول الله ماذا لقینا بعدک من ابن خطاب و ابن ابی قحافه» (با صدای بلند فرمود: ای پدر ای رسول خدا بعد از تو از ابن خطاب (عمر) و ابن ابی قحافه (ابوبکر) چه ها دیدیم.) مردم چون صدا و ناله زهرا را شنیدند، صدا به گریه و ضجه بلند کردند و متفرق شدند، فقط عمر با غلامش و چند نفر دیگر باقی ماندند... علی را نزد ابوبکر در مسجد بردند و گفتند بیعت کن، گفت اگر نکتم؟ عمر قسم یاد کرد که اگر بیعت نکنی گردنت را می زنم، علی گفت: در این صورت بنده خدا و برادر رسول خدا

رامی کشید... سپس می نویسد تا فاطمه زنده بود، (علی) با ابوبکر بیعت نکرد.

طبری بزرگ مورخ اهل سنت در تاریخ خود می نویسد: عمر خطاب به خانه علی آمد... و گفت : «والله لا حرقن علیکم او لتخرجن الی البیعه» (به خدا قسم شما را می سوزانم مگر آنکه برای بیعت خارج شوید...) در آخرین روزهای عمر حضرت صدیقه طاهره، آن دو نفر تصمیم گرفتند، بلکه رضایت او را جلب کنند، لذا با درخواست فراوان اجازه گرفتند به عیادت وی رفتند. ابن قتیبه در «الامامه و السیاسه» می گوید : فاطمه به ابوبکر و عمر گفت : آیا اگر رسول خدا حدیثی فرموده باشدو شما آن را شنیده باشید، حاضر هستید شهادت دهید که ما آن را شنیده ایم؟ گفتند : بله شهادت می دهیم فرمود : من شما را به خدا سوگند یاد می دهم آیا نشنیده اید که رسول خدا فرمود : رضای فاطمه رضای من است و غضب فاطمه غضب من است، هر کس فاطمه را دوست بدارد مرا دوست داشته و هر که او را راضی کند مرا راضی کرده و هر کس او را به خشم آورد مرا به خشم آورده است؟ گفتند : بله، از رسول خدا این را شنیدیم. فاطمه سپس فرمود : «انی اشهد الله و ملائکتہ انکما استخطانی و ما ارضیتمانی لئن لقیته النبی لاشکونکما» (خدا و ملائکه را شاهد می گیرم که شما دو نفر مرا به غضب آوردید و رضایت مرا فراهم نکردید، آن هنگام که نبی اکرم را ملاقات کنم، از شما شکایت خواهم کرد) ... و خطاب به خلیفه اول مرتب می فرمود: «والله لا دعون الله علیک عند کل صلاه اصلیها»)) و مسلم در «صحیح» خود جلد سوم آورده : چون فاطمه وفات یافت شوهرش علی شبانه او را دفن نمود و فاطمه اجازه نداد که ابوبکر بر او بیعت کند. ج ۴۸۹، ص ۱۵۶۳



عشق و ...

به عزم مرحله عشق پیش نه قدمی

که سودها کنی گر این سرفرتوانی کرد

مقدمه

ریشه کلمه عشق از عشقه نوعی گیاه است که دور ساقه می پیچد و بالا می رود اما بحث من بحث ریشه ای کلمه عشق نمی باشد. همواره از دغدغه های ذهن من به عنوان یک نگارنده و نه یک نویسنده: این بوده که آیا عشق فقط در دو قالب عشق محاوره ای یا زمینی خاص و عشق الهی خاص یا عرفان گوشه نشینی جا می گیرد؟ در این نوشته به اندازه درک خود مفاهیم عالی تری از عشق را نیز آورده ام. امید است خوانندگان گرمی خطاهای نگارنده را یادآور شده و حال که باب این بحث نو باز شده است با ارائه نظرات جامع و کامل خود این بحث را پربارتر نمایند. (لازم به ذکر است اشعار متن از حافظ و مولانا می باشد).

متن

هنگامی که به دنیا می آییم تمام اندیشه ها و حالات ما بر عشق بنا شده است. تصورات ما در کودکی خلاق و شکوفا بود و ما می دانستیم چگونه از آن استفاده کنیم ما به دنیایی بسیار غنی تر از دنیای امروزمان مرتبط بودیم. دنیای پرافسون و معجزه آسا. اما به ما آموختند تا نگاهمان به دنیا در تضاد آنچه که هستیم باشد و به پول، رقابت، محدودیت، کمبودها

تهیه و تنظیم:

امیر هادی انصاری

بنیاد امور بیماری های خاص

و غیره که عشق نیستند، فکر کنیم اما عشق چیزی است که ما به آن به دنیا می آییم. عشق با چشمان فیزیکی دیده نمی شود. و با حس های فیزیکی قابل لمس نیست. عشق از طریق چشم دل و بصیرت درک می شود. عشق مادی نیست و با پول نمی توان آن را به دست آورد جنسیت نیز آن را تضمین نمی کند اما می توان آن را بوسیله نیکی، بخشش، صلح، شادی و صمیمیت تجربه کرد.

عشق در درون ماست کسی نمی تواند آن را نابود کند فقط می تواند پنهان بماند و بالبرهای روانی احاطه شود، زیرا ما می ترسیم رابطه ای درست نباشد، از موفقیت می ترسیم، از شکست می ترسیم، از مسئولیت می ترسیم یعنی بیشتر از زندگی می ترسیم تا از مرگ. امروز تعداد معدودی از انسانها عشق را در زندگی تجربه می کنند. زیرا دنیا مکانی بی عشق شده است. دنیایی که در تمامی مواقع و موارد آکنده از عشق باشد هیچگونه ترس و خشونت در آن وجود نخواهد داشت. برای اغلب افراد رها کردن طرز تفکری که دارند بسی دشوار است و رها نمودن را شکست تلقی می کنند و متهاجم می شوند. تنهاجم بد نیست زیرا در قلب خلاقیت است ولی باید با گوهر عشق صیقل داده شود تا به تعادل رسد و عامل همسازی گردد نه عامل خشونت. ما ادامه عشق و خلاقیت خداوند در زمین هستیم و همانگونه که مویها از دریا جدا نیستند ما نیز نمی توانیم از یکدیگر و از دریای بیکران عشق الهی جدا باشیم

و وظیفه ما رسیدن به کمال خلقت از شاهراه عشق است و راه آن برداشتن مانع بزرگ یعنی نفس شیطانی است. نفسی که یک زندگی کاذب از خود دارد و برای بقا به شدت تلاش می‌کند. نفس آن زمان به وجود می‌آید که آفریده آفریننده عشق را فراموش کند اما می‌توان با اسلحه ایمان که از نیازهای اساسی روح است با نفس مبارزه کرد زیرا نمایانگر همگامی ما با دنیا و آگاهی روان است. ایمان یعنی به دنیا عشق ورزیدن و دنیا را دوست داشتن، ایمان تجلی عشق و آرام کردن ذهن برای شفاست و در یک کلام نجات دنیا از طریق عشق و ایمان است و حد اعلائی آن هنگامی است که در روابط بین ما نیز رسوخ کند زیرا روابط بخشی از نقشه گسترده خداوند برای منور کردن عالم است. خداوند انسانها را گرد هم می‌آورد تا نسبت به یکدیگر تعهد و وظیفه انجام کنند و متقابلاً رشد نمایند. مادر زندگی یکدیگر حضور می‌یابیم تا با هم اندیشی و هم‌آموزی یکدیگر را کمال بخشیم. فردی که شایسته است در طول حیات با او نقش‌پذیری داشته باشیم فردی است که موجب رشد ما می‌شود. مؤثرترین افراد کسانی هستند که ما از آنها می‌آموزیم و آنها آگاهانه یا ناآگاهانه مواضع ترسناک ما را به نبرد می‌خوانند و محدودیتها و موانع را به ما نشان می‌دهند. تنها عشقی که ما را سامان می‌دهد عشق آسمانی است هر چند بعضی از عرفا عشق زمینی را نردبان عشق آسمانی می‌دانند که به نظر نگارنده دلیل آن این است که ایثار، فداکاری و نفی خود را تمرین می‌دهد و زیستن حول محور معشوق را می‌آموزد که خود بحثی مفصل دارد. عشق رابطه‌ای فرا سوی جسم و دگرگونیهای آن است. جستجو برای فردی خاص همیشه منجر به یاس و نومیدی می‌شود زیرا فرد خاص همواره با ماست و ما می‌توانیم از او درس‌هایی بیاموزیم. آنچه نمی‌خواهیم بدانیم این است که رنج امروز مابه علت

عشقی که در گذشته دریافت نکرده‌ایم نیست بلکه عامل آن عشقی است که امروز از دیگران دریغ می‌داریم. هنگامی که اندیشه خود را از گذشته‌ها کنیم به این معنا که فقط از تجربه آن یاری بگیریم، روابط تولدی دوباره می‌یابند و گذشت و فداکاری پایه و مبنای روابطمان باشد زیرا گذشت انتخابی آگاهانه است. به آسانی می‌توانیم انسانهایی را که خشم ما را برانگیخته‌اند نبخشیم اما افرادی که ما را خشمگین می‌کنند ظرفیت و قابلیت ما را برای گذشت مشخص می‌سازند. کینه به دل گرفتن تهاجمی به نقشه خداوند است و هنگامی که رابطه خود را به خداوند بسپاریم خداوند نیروی گذشت را در ما وسعت می‌بخشد و به ما قدرت ارائه و دریافت عشق می‌دهد. با گذشت ما قادر خواهیم بود عشق درون انسانها را رؤیت کنیم و روابط نویی بوجود آوریم. آینده می‌تواند برنامه ریزی شود و این امر نیاز به سمیناری دیگر، موردی که دیگر و تایید کس دیگر ندارد و لازمه آن پذیرش عشق الهی و تغییر جهت در ادراکات است و خداوند این نیرو و توان برنامه‌ریزی را به ما داده است که در حرفه و شغل خود نیز شاهد آن می‌توان بود زیرا او آگاه است که این نیرو در کجا و در چه زمان به بهترین نحو استفاده شود و براین اساس نقش ما را برمی‌گزیند. موفقیت در کار و حرفه این است که وقتی شب به خواب می‌رویم احساس نماییم که توانایی‌های ما به گونه‌ای سودمند برای دیگر انسانها به کار گرفته شده است و یاداش ما نگاه سپاسگزار انسانهاست پس از خداوند نخواهیم کار و حرفه درخشانی به ما بدهد بلکه از او بخواهیم درخشندگی درونمان را بر ما آشکار سازد زیرا شناسایی نور درخشندگی حرفه‌ای را به ظهور می‌رساند. هیچ شغل و حرفه‌ای از دیدگاه خداوند نه بیش از حد عظیم است و نه بیش از حد حقیر هرکار و حرفه که داریم، بخواهیم هدفش ارائه رحمت و برکت برای عالم و خدمت به

قلیهای انسانها باشد زیرا خداوند جواز این کار و حرفه را صادر کرده و ما را به عنوان نمایندگان جهان گسیل داده تا عشق او را در این جهان جهت بخشیم زیرا اگر هدف ما غیر از این، مثلاً مادیات که چهره خلاقیت را ناهنجار می‌کنند، باشد دیگر هدف ما ستاندن است و نه بخشش و این ما را از عشق دور نگه می‌دارد. عشق که «ایوان تورگنیف» آن را اینگونه بیان می‌کند: «عشق والاترین و فراخاکی ترین احساسهاست. منی بیگانه در وجود تو رسوخ می‌کند. تو بعدی نومی‌یابی و تعادلت بهم می‌خورد، کالبدت به فضایی دیگر رخت می‌کنند و منیت می‌میرد. اما خود چنین مرگی نیز انسان خاکی را برمی‌افروزد. رستاخیز تنها برای خدایان نامیرا وجود دارد.» و حال ما نسلی عظیم و سرنوشت‌ساز هستیم اینک بیرون دروازه بهشت قرار گرفتیم، مکانی که تصور می‌کنیم میلیونها سال پیش آنجا را ترک کردیم. احساس بازگشتی مقدس می‌کنیم، امید راه یافتن به بهشت و احساسی که در آن نشانه‌هایی از تعهد و مسئولیتهای مهمتر دیده می‌شود.

بیرون دروازه بهشت کارهای فراوانی وجود دارند که باید انجام شوند و تصمیمات امروز ما چه جمعی و چه فردی تعیین کننده سرنوشت ما خواهد بود زیرا ما نسلی در حال گذر هستیم و گزینشهای حساس امروز را به دست ما سپرده‌اند و حقیقت در وجود ماست. ما خداوند را به زندگی خود دعوت می‌کنیم و او به اندک دعوتی پاسخ می‌گوید. سلسله‌بی‌پایان پیوند میان انسان و خداوند، میان عاشق و معشوق، زیباترین ترانه، دلشین‌ترین غزل، والاترین هنر و پرشورترین عشق است. عشقی که حقیقت لایزال الهی و واقعیت زندگی است. در آخر از خداوند می‌خواهیم به ما درک هرچه بهتر عشق جهت از میان برداشتن بیستونها و شناخت شیرینها و فرهادها عطا فرماید.

کارما عشق است و ما را بهر آن آورده‌اند

هرکسی را بهرکاری در جهان آورده‌اند

دری به سوی باغ بسیار درخت

مقدم جانانه

مستی برای ساغر و پیمانۀ آفرید
دامی برای این دل دیوانه آفرید
موی لطیف و خال لب و دانه آفرید
تیری به قلب عاقل و فرزانه آفرید
جان را برای مقدم جانانه آفرید
شبهای تار و ناله مستانه آفرید
شمع جمال و همت پروانه آفرید
سحر بیان به شیوه افسانه آفرید

آن کس که چشم ساقی میخانه آفرید
پای خیال را به سر زلف یار بست
تا مرغ دل به دام محبت شود اسیر
مژگان به یک اشاره ابرو جهش نمود
زیبای لایزال در آینه وجود
آهی اگر به ساحت دلیر گذر نگرد
نقاش چیره دست به دامان روزگار
از لطف یار بود که گفتار مرعشی

سید حسین مرعشی (از کتاب لطف او)

زیباترین

زیباترین اشیا فرخترین اعیان

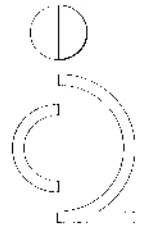
از هر چه هست پیدا و ز هر چه هست پنهان
از مرغ ها هزار است، از وقتها سحرگه
از فصلها بهار است، از نوع هاست انسان
از سنگها دل دوست، از عیشها غم اوست
از تیغهاست ابرو، از دشنه هاست مژگان
از زیباست افسر، از طیبهاست عنبر
از عضوهاست دیده، از خلقهاست احسان
از انبیاء محمد، از شهرها مدینه
از شاخه هاست طوبی، از باغهاست رخوان
از بحرهاست آن دل، از ابرهاست آن کف
از روحهاست آن تن، از عقلمهاست آن جان

نشاط اصفهانی



روح است که اسرار عشق را در خود می پرورد

ولی این تن است که آتش عشق را بر می افروزد



شانس بزرگ

آقای بیل هارگریو از آن آدمهایی نبود که منشی اش را از روی رنگ مویش انتخاب کند، پائولا ونیسی هم آنقدر باهوش بودند که این موضوع را بفهمند. چند وقتی بود که همه کارکنان دفتر می دانستند که یکی از آن دو قرار است این شغل را به دست آورد، در واقع احتمالاً همان روز بعد از ظهر تصمیم نهایی گرفته می شد، چون هارگریومی خواست شهر را ترک کند و می بایست پیش از رفتن این موضوع را روشن می کرد.

هر دو دختر می توانستند از پشت میز کارشان در بیرون از دفتر کار بیل، او را ببینند. او داشت با بی تفاوتی کاغذهایی را که روی میزش بود جابجا می کرد ولی هر لحظه این امکان وجود داشت که دستش را به سوی یکی از دو دگمه ای که روی میزش بود ببرد. اگر دگمه سمت چپ را فشار می داد، ضربان قلب پائولا تندتر می شد، او نمی توانست چشم از لامپی که روی میزش بود بردارد و به همین خاطر در کار تایپ که به آن مشغول بود دائم اشتباه می کرد و با دستپاچگی کاغذ را بیرون می کشید تا کارش را از اول انجام دهد. تقریباً تمام آن روز به همین ترتیب سپری شده بود.

یکبار پائولا روی ماشین تحریرش خم شد و آهسته به نیسی گفت: «امروز رئیس لباس رسمی پوشیده، احتمالاً می خواهد به سفر خاصی بره»، او در واقع فقط برای آرامش خودش صحبت می کرد، نیسی هم وقت زیادی صرف جواب دادن به او نکرد و فقط گرفت «آره، امروز خیلی شیک کرده» در واقع از یکماه پیش که این دو نفر متوجه شدند برای رسیدن به یک چیز تلاش می کنند هیچ وقت پائولا با این لحن صمیمی با نیسی صحبت نکرده بود.

بیل هارگریو مرد ساکت و محبوبی بود، در بیرون از محل کار هم از او به نیکی یاد می شد. اما این دلیل پیشرفت او در شرکت نبود، در واقع خیلی ها با تعجب از خود می پرسیدند که چطور او با این سرعت مدارج ترقی را در شرکت طی می کند؟ اما هنوز آنها جواب خود را نیافته بودند که یک روز چشم باز کردند و دیدند که او به یکی از بالاترین مقامهای اجرایی شرکت تبدیل شده است!

لحظاتی پس از مکالمه کوتاه پائولا و نیسی، آنها رئیس را دیدند که از اطاق کارش بیرون آمد و در آستانه در ایستاد و همان

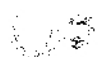
نوشته:

فدریک لانگ

ترجمه:

مهندس مهدی مرادی

دانشگاه تهران



لبخند رسمی همیشگی را به گونه آورد. او رو به نیسی کرد و پرسید: «دنبال بلیطها فرستادی؟» و جواب شنید که «بلیطها رو چند لحظه پیش آورند، ولی...»

نیسی سعی داشت مثل رئیس لبخند بزند ولی این کار سختی بود، به هر حال ادامه داد: «ولی جایگاه های ویژه تمام شده بودند و دیگه جایی برای رزرو نبود»

رئیس واقعا ناامید شد، در همین لحظه پائولا گفت: «اجازه بدهید یکبار هم من امتحان کنم.»

در نیم ساعت بعد از این لحظه همه شاهد تلاش بی وقفه پائولا بودند! او به مامور بلیط می گفت: «برای من اصلا مهم نیست که قرار رزرو چه کسی رو لغو می کنید.»

شغلی که دنبالش بود ارزش این کارها را داشت. حقوق خوب، سرشناس شدن و آشناسدن با آن همه آدمهای مهمی که آقای هارگریو راملاقات می کردند و البته همیشه هم در این ملاقاتها برای منشی رئیس هدایایی مثل عطر، دسته گل یا جعبه شکلات روی میز می گذاشتند.

یک امتیاز دیگر هم خود بیل هارگریو بود، یک رئیس جوان و جذاب و باهوش، در برنامه تبلیغاتی او حق داشت رئیس را بیل صدا کند و رئیس هم منشی اش را «پائولا» یا شاید هم «نیسی» فرامی خواند! او گاهی منشی اش را به مهمانی های مهم می برد، مثل مهمانی شامی که بعد از حسابرسی شرکت برپا می شد. هم پائولا و هم نیسی از این مراسم مطلع بودند، چون رئیس تا امروز سعی کرده بود در این موارد منصفانه عمل کند و آنها را به نوبت با خود ببرد. در مجموع اگرچه شغلی

سخت و رسمی بود ولی به نظر صمیمی و غیررسمی می آمد.

اما پائولا باهوش بود، او خیلی سریع توانسته بود درک کند که حتی در همان مهمانی های صمیمانه هم چیزهایی بود که می توانست رئیس را عصبانی کند. او می دانست که بعد از پایان وقت اداری بیل می تواند چقدر تند مزاج و زود رنج باشد.

بالاخره هم یک روز نیسی گفته بود: «من ترجیح می دهم به مهمانی ها نیایم، پائولا بهتر طرز رفتار با مردان را بلد است.» و از آن پس همان طور شد.

پائولا خوب می دانست که هیچکدام از آنها آن شغل به راحتی و به خاطر جذابیت های ظاهری شان به دست نخواهند آورد. او در واقع از روزی که وارد دفتر شد، درسش را بلد بود! از همان روز اول به همه کارمندان دفتر که برای کاری به او مراجعه می کردند می گفت: «متاسفم، سرم شلوغ است، چرا از نیسی خواهش نمی کنی؟» آنها هم به نیسی مراجعه می کردند، در نتیجه پائولا همیشه آماده انجام دستور رئیس بود.

بالاخره بیل هاریوگر دستش را به طرف شاسی رو میزش برد و لامپ روی میز پائولا روشن شد، او ابتدا برای برداشتن دفترچه یادداشت خود خیز برداشت، ولی بعد آن را رها کرد و آینه اش را برداشت، دستی به سر و رویش کشید و آن وقت دفترچه و پاکتی را که روی میزش بود برداشت و راه افتاد.

پائولا در دلش می گفت: «نیسی بیچاره در این لحظه چیکار می تونه بکنه؟ جز اینکه همین طوری روی صندلیش کز کنه؟»، از

نظر پائولا، نیسی فقط یک ویژگی داشت: موهای بلند و زیبا. او هیچکدام از حقه های پائولا را بلد نبود. با تواند خودش را به رئیس نزدیک کند.

وقتی پائولا وارد اطاق شد، رئیس درباره رزرو جایگاه پرسید: «پائولا موفق شدی؟» پائولا خوب می دانست که این از آن موقعیت های خاص است که همیشه به دست نمی آید. رزرو جایگاه ویژه در حالیکه روی در باجه نوشته اند: «جایگاه نداریم، به هیچوجه درخواست نکنید.»

او پاکت را به رئیس داد، درون پاکت دو بلیط برای جایگاه بود، پائولا با لحن کاملا کاری و جدی گفت: «شماره جایگاه روی پاکت نوشته شده است.»

پائولا پس از آن ادامه داد: «زمان را فراموش نکنید، هشت و پانزده دقیقه.»

هارگریو لبخندی زد و گفت: «پس جایگاهی نمانده بود، هان!» بعد پاکت را با دقت درون جیبش گذاشت و گفت که حالا پائولا می تواند شغل جدیدش را رسماً آغاز کند. حقوق جدید پائولا را هم برایش گفت.

پائولا با همان رفتار رسمی به حرف رئیس گوش داد و با لحنی رسمی هم تشکر کرد. اصلا به نظر نمی آمد که دلش به حال نیسی بسوزد.

ظاهراً! رئیس هم هیچ حس دلسوزی نسبت به نیسی نداشت، او به پائولا گفت که لازم نیست نگران نیسی باشد چون در واقع نیسی برای کارکردن آفریده نشده. به علاوه گفت که او ونیسی همان شب برای ماه غسل می روند! آن هم درست ساعت هشت و پانزده دقیقه!

انتشارات بنیاد

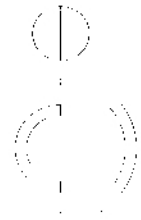
اشاره

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.



۵۴





تقریباً نیمی از مردم دنیا از بهداشت کامل برخوردار نیستند

علی‌رغم تلاش‌های بسیاری که در دو دهه

گذشته برای تأمین آب و خدمات بهداشتی برای مردم فقیر در کشورهای در حال توسعه انجام گرفت، هنوز ۲/۴ میلیارد نفر از مردم سراسر جهان به بهداشت دسترسی ندارند و ۱/۱ میلیارد نفر از آب قابل شرب محرومند.

این دو موضوع تنها دو مورد از یافته‌های مهم در خصوص ذخایر آب جهان و ارزیابی بهداشت آب در سال ۲۰۰۰ است که توسط سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل متحد، بیان شده است.

این ارزیابی توسط ۵۰۰ کارشناس بهداشت همگانی که در برزیل گرد هم آمده بودند انجام شد و نهایتاً دنیا را به تلاش گسترده VISION-21 دعوت کرد تا وضعیت ناهنجار منابع آبی و بهداشت را که میلیون‌ها تن از مردم در کشورهای در حال توسعه با آن دست به گریبان هستند، بهبود بخشد.

نتایج این ارزیابی به شرح زیر است:

● تقریباً ۲/۴ از ۴/۸ میلیارد نفر جمعیت کشورهای در حال توسعه به منابع آب مناسب دسترسی ندارند و نیمی از آنها نیز از خدمات بهداشتی مطلوب برخوردار نیستند.

● از ۴/۹ میلیارد نفر جمعیت دنیا که به منابع آب دسترسی دارند، حدود ۳ میلیارد نفر امکان دسترسی به آب لوله‌کشی از داخل منازل

خود دارند.

● موارد بروز اسهال در جهان ۴ میلیارد در سال است که از این تعداد ۲/۲ میلیارد نفر از کودکان زیر ۵ سال تشکیل می‌دهند که قبل از رسیدن به سن مدرسه می‌میرند. آب سالم و بهداشت کافی می‌تواند این بیماری را به میزان یک سوم تا یک چهارم کاهش دهد.

● خدمات قابل ارائه به روستاییان بسیار کمتر از خدمات ارائه شده به شهرنشینان است، ولی هنوز ارائه خدمات قابل حصول به افراد شهری فقیر رو به افزایش به صورت یک مبارزه جدی باقیمانده است.

● در مقایسه مقادیر سرمایه‌گذاری شده در بهبود خدمات ارائه شده به جامعه شهری و سرمایه‌گذاری در فراهم آوردن خدمات اساسی برای افراد فقیر، نابرابریهای بسیاری وجود دارد. در مقدمه این گزارش آمده است «دسترسی به آب سالم و بهداشتی کردن فاضلابها یک نیاز جهانی و در حقیقت از حقوق اساسی انسان است. این موارد از میانی اساسی پیشرفت انسان و کاهش فقر و از اجزاء ضروری مراقبتهای بهداشتی اولیه می‌باشد. در گزارش به این مساله تاکید شده که بسیاری از مردم از این حق محروم هستند و در ادامه به موارد زیر اشاره شده است:

● تعرفه حساب شده بوسیله سازمانهای آب در کشورهای در حال توسعه جوابگوی

تهیه و تنظیم:

دکتر اقبال طاهری

مهشید عابدین خان

بنیاد امور بیماری‌های خاص

حوزه معاونت بین‌الملل



کشور دیگر که VISION 21 در آنجا امتحان شده، توسعه می دهند.

VISION 21 توسط شورای همکاری بهداشت و ذخایر آب (WSSCC) در مارس ۲۰۰۰ در دومین گردهمایی جهانی کنفرانس وزیران آغاز شد و اکنون در نقاط مختلف دنیا اجرا می شود.

برای مثال در ایالت گوجرات هند، جمعی از شهروندان که دارای صلاحیت و انگیزه کافی در مبارزه علیه کمبود آب و خشکسالی هستند، فرآیند VISION 21 را بر اساس استفاده از نیروی مردمی طرح ریزی شده به حرکتی گسترده دعوت می کنند که در این حرکت، دولت نقش تسهیل کننده را پذیرفته و در حال ایجاد تشکیلات سازمان آب جدید با همکاری شرکای بانک دار قوی می باشد.

بر طبق نظر شورای همکاری بهداشت و ذخایر آب زمان آن فرارسیده که بابه حرکت در آوردن انرژی و ابتکار مردمی بتوان بطریق صحیح از آب های موجود استفاده لازم را برد. در اجلاس جهانی، از اهداکنندگان، موسسه های غیردولتی، سازمان ملل و دیگر موسسات حمایتی خواسته شده به نمایندگان مردمی و مراجع محلی و نمایندگان دولتی ملحق شوند تا با همکاری به اهداف مورد توافق دست یابند.

O کاهش نیمی از تعداد افرادی که به تسهیلات بهداشتی و مقادیر کافی آب سالم دسترس ندارند، (تا سال ۲۰۱۵ به بیان واقعی)، این بدین معنی است که خدمات آبرسانی پیشرفته در هر روز به تقریباً ۳۰۰ هزار نفر از مردم برای ۱۵ سال آینده ارائه شود و تسهیلات بهداشتی برای ۴۰۰ هزار نفر در هر روز فراهم گردد.

O بهداشت و خدمات آبرسانی و ضد عفونی تا سال ۲۰۲۵ قابل دسترسی باشد.

به عنوان نمونه، در ایالت گوجرات هند، نشان داده شد که جریان آب و خدمات بهداشتی بر طبق برداشتهای VISION 21 تاثیر شگرفی بر سلامت و آسایش شهروندان داشته و هزینه های خدمات بهداشتی و آب کاهش یافته و منابع محلی برای حل مشکلات محلی بسیج شده اند.

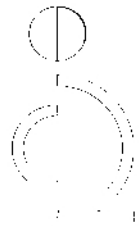
«معرفی شورای همکاری بهداشت و

ذخایر آب (WSSCC), VISION 21
شورای همکاری بهداشت و ذخایر آب (WSSCC) یک سازمان مستقل بین المللی برای ذخیره آب و شامل متخصصین بهداشت با بیش از ۱۰۰۰ عضو در ۱۳۰ کشور دنیا است. در اجلاس برزیل - پنجمین گردهمایی شورای همکاری بهداشت و ذخایر آب شرکت کنندگان از بیش از ۱۰۰ کشور امکان اجرای برنامه هایی را که در هند و ۲۰

هزینه های تولید و توزیع آب نیست. در آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین و حوزه دریای کارائیب، نسبت بین هر واحد تعرفه و هزینه هر واحد تولید به ترتیب تقریباً ۰/۸ و ۰/۹ است. O در مناطق توسعه یافته دنیا، استفاده از فاضلابها بطریق بازیافت فقط در بعضی سیستمها انجام می شود. در آسیا فقط ۳۵٪ فاضلابها پالایش و مورد استفاده قرار می گیرند، در حالی که در آمریکای لاتین این رقم ۱۴٪ و در آفریقا این درصد بسیار ناچیز است. حتی در کشورهای صنعتی، بطور کامل از فاضلاب پالایش شده استفاده نمی شود.

در شهرهای بزرگ کشورهای توسعه یافته، درصد آبهای سرگردان بالغ بر حدود ۴۰٪ است. بیشتر این آبها قبل از رسیدن به مصرف کننده اصلی به راحتی هدر می رود. در نواحی حاشیه ای که افراد فقیر زندگی می کنند، هدر رفتن آب قبل از رسیدن به افراد، عواقب جدی به دنبال دارد.

O آب توزیع شده در شهرهای بزرگ دنیا سالم نیست و گزارش ها و نتایج آزمایشها مؤید آن است که آب اکثر شهرها از استاندارد و کیفیت لازم برخوردار نیستند. اهداف و دستور کار اجلاس برزیل که با حضور ۵۰۰ کارشناس بهداشت همگانی و آب تشکیل شده است به شرح زیر می باشد:



عواقب تزریقات غیربهداشتی

تزریقات غیربهداشتی عواقبی گسترده و

جدی دارد.

هر چند اغلب تزریقات در جهان در شرایط استریل انجام می شود، در بسیاری از کشورها کماکان تزریقات غیربهداشتی باعث انتقال هپاتیت های ویروسی و سایر عفونتها می گردد. اقدامات لازم باید جهت جلوگیری از این راه انتقال به عمل آید.

باتوجه به اهمیت موضوع، WHO و سایر سازمانهای تابعه با هدف مشترک انجام صحیح و استریل تزریقات در اکتبر ۱۹۹۹ شبکه ای بنام شبکه جهانی تزریقات استریل (SIGN) تاسیس کردند که دبیرخانه هماهنگ کننده این شبکه، در ساختمان مرکزی WHO در ژنو، واقع است.

SIGN به منظور پیشگیری از انتقال عفونت توسط تزریقات در سرتاسر جهان، توصیه می کند که کشورهای جهان ۳ استراتژی زیر را در نظر داشته و اجرا نمایند: ۱- اصلاح رفتاری در بین بیماران و کادر پزشکی جهت کاهش مصرف و انجام

تزریقات

۲- تأمین سرنگ و سوزن استریل به میزان کافی

۳- دفع صحیح زباله های نوک تیز، پس از مصرف

علاوه بر این جهت اطمینان بیشتر از

بررسی هپاتیت C در مصر نمایانگر این است که تزریقات غیربهداشتی در جهان موجب میلیونها عفونت می شود که بیماریهای خطرناک و مرگبار را بدنبال دارد. تزریقات زیاد با استفاده مجدد از سرنگهای آلوده در سال، ۸-۱۶ میلیون عفونت هپاتیت B، ۳-۴/۷ میلیون عفونت هپاتیت C و ۸۰۰۰۰-۱۶۰۰۰۰ مورد عفونت HIV/AIDS را موجب می شود.

شواهد نشان می دهد که میزان بالایی از موارد عفونت هپاتیت C در مصر به علت تزریقات با سرنگ آلوده بوده است. حدود ۱۳٪ از جمعیت مصر آلوده به هپاتیت C می باشند که باعث بیماری مزمن کبدی، سیروز و کانسر کبد و همچنین مرگ و میر ناشی از این بیماری می گردد. بررسیها نشان می دهد که عامل انتقال سرنگهای آلوده ای بوده که برای درمان شیزتوزومیاز بکار برده می شده است.

در نتیجه این تزریقات آلوده در دهه های گذشته، مخزن بزرگی از عفونت مزمن ایجاد شده که باعث انتقال هپاتیت C در مصر شده است. از حدود ۱۵ سال قبل استفاده از داروهای تزریقی در درمان شیزتوزومیاز متوقف شده و از داروهای خوراکی استفاده

تهیه و تنظیم:

دکتر محمد رضا امینی

حوزه معاونت بین الملل



Press Release WHO/14
14 March 2000

UNADIS و سایر آژانسهای مربوطه مذاکره پویایی را با شرکتهای و صنایع داروسازی داشته باشد.

در پایان سال ۱۹۹۹، ۳۳/۶ میلیون انسان مبتلا به HIV/AIDS در جهان وجود داشته که دوسوم آنها در آفریقا زندگی می کنند.

در گزارش مدیرعامل WHO آمده که HIV/AIDS و آژانسهای مربوطه همکاری همه جانبه ای را علیه AIDS در آفریقا ترتیب داده اند.

در این گزارش آمده که هرچند آفریقا در حال حاضر بدترین مکان از نظر آلودگی می باشد، ولی HIV به سرعت در آسیا در حال گسترش است. به خصوص در جنوب و جنوب شرق آسیا حدود ۶ میلیون فرد آلوده وجود دارد که غالباً معتادان به مواد مخدر تزریقی هستند. در آمریکا علی رغم کاهش مرگ و میر ناشی از AIDS، میزان آلودگی در مناطق محروم و روستایی رو به افزایش است.

بین سالهای ۱۹۹۷ تا ۱۹۹۹ تعداد افراد با HIV/AIDS در کشورهای مستقل شرق اروپا دو برابر شده است. در این مناطق نیز بیشتر معتادان به مواد مخدر تزریقی مؤثر بوده اند هرچند که شیوع بیماریهای مقاربتی نیز افزایش یافته است.

● آموزش عمومی و توجه خاص به استراتژیهای ملی را جهت کاهش آسیب پذیری زنان، بچه ها و جوانان مورد توجه قرار دهند.

● دست یابی به خون و فرآورده های خونی مطمئن از طریق اهداکنندگان خون داوطلب مورد تاکید قرار گیرد.

کشورها نیز باید فعالیتهای زیر را مد نظر قرار دهند.

● ایجاد و توسعه آزمایش غربالگری داوطلبانه و محرمانه جهت HIV و سرویسهای مشاوره ای

● ارتقای کیفیت و سطح دستیابی به مراقبتهای لازم

● ارتقای سطح دستیابی به دارو با قیمت مناسب از طریق تقویت استراتژی داروهای ژنریک و مذاکره با شرکتهای داروسازی

براساس این نتایج از مدیرعامل WHO خواسته شد تا از فعالیت سازمان در زمینه HIV/AIDS حمایت کرده و یک استراتژی بهداشتی جامع جهت مقابله با اپیدمی HIV/AIDS و بیماریهای مقاربتی، در راستای استراتژیهای سازمان ملل برای HIV/AIDS در سال ۲۰۰۵-۲۰۰۱ فراهم کند. ضمناً از مدیرعامل سازمان جهانی بهداشت (WHO) خواسته شد تا با همکاری

بهداشتی بودن تزریقات از سازمانهای WHO، UNFPA، UNICEF و فدراسیونهای بین المللی صلیب سرخ و هلال احمر خواسته شده است که حداکثر تا پایان سال ۲۰۰۳ بطور انحصاری از سرنگهایی استفاده کنند که بصورت خودکار پس از مصرف غیرقابل استفاده می شوند.

اخبار بین المللی کنترل و پیش گیری ایدز

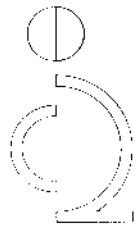
۵۸

وزرای بهداشت مذاکرات و پی گیری مستمر را جهت دست یابی به درمان ایدز مورد حمایت قرار دادند.

وزرای بهداشت در پنجاه و سومین جلسه سازمان جهانی بهداشت در ژنو از صنایع داروسازی خواستند که در جهت درمان HIV/AIDS داروهایی با قیمت مناسبتر عرضه کنند. نتایج این جلسه بشرح زیر بود:

● سیاستمداران را با اهمیت و مشکل HIV/AIDS آگاه سازند تا بودجه مورد نیاز جهت این معضل را تخصیص دهند.

● حمایتهای بیشتری از دو سازمان UNAIDS و WHO بخصوص جهت همکاری بین المللی برای مقابله با AIDS در آفریقا، به عمل آید.



آشنایی با برخی مراکز پزشکی ژاپن

مرکز ملی سرطان ژاپن

این مرکز در سال ۱۹۶۲ در توکیو با هدف درمان و تحقیق درباره بیماری سرطان تأسیس شد. هنگامی که بیمارستان شرقی مرکز ملی سرطان در شهر کاشیوا در سال ۱۹۹۲ ساخته شد، حوزه اداری شیبا بیمارستان تسوکیچی به بیمارستان مرکزی مرکز ملی سرطان تغییر نام یافت. شعبه تحقیقاتی این مؤسسه به نام شعبه تحقیق شرقی، در سال ۱۹۹۴ در حوالی بیمارستان شرق در کمپ کاشیوا، تأسیس گردید. ساختمان جدید تکمیل و خدمات درمانی آن از ۴ ژانویه ۱۹۹۹ آغاز شد که این ساختمان شامل ۱۹ طبقه، ۱۷ بخش و ۶۰۰ تخت می باشد.

از زمان جنگ جهانی دوم، بیماری سرطان شایعترین دلیل مرگ و میر در ژاپن محسوب می شود. امروزه از هر سه مورد مرگ، یک مورد به دلیل سرطان می باشد. شیوع سرطان نه تنها در ژاپن بلکه در دنیا به سرعت افزایش پیدا کرده و به همین دلیل هم اکنون تمام کشورهای پیشرفته مراکز ملی سرطان و مؤسسه های سرطان را به منظور مقابله با سرطان تأسیس کرده اند. مرکز ملی سرطان در ژاپن، تنها مرکز موجود در کشور و از سه بخش تشکیل شده است: بیمارستان،

مؤسسه تحقیقاتی و بخش اداری. این سه بخش از هنگام تأسیس مرکز ملی سرطان نقش مهمی را به عنوان مرکز برنامه های ملی پیشگیری از سرطان به عهده داشته اند. مرکز ملی سرطان یکی از مراکز عمده سرطان به شمار می رود که با حمایت مستقیم وزارت بهداشت، کار، رفاه و اراده قوی تمام مردم ژاپن برای کنترل سرطان اداره می شود.

فعالیت های مرکز ملی سرطان در چهار بخش خلاصه می شود:

- ۱- خدمات درمانی
- ۲- تحقیق
- ۳- آموزش
- ۴- جمع آوری و نشر اطلاعات

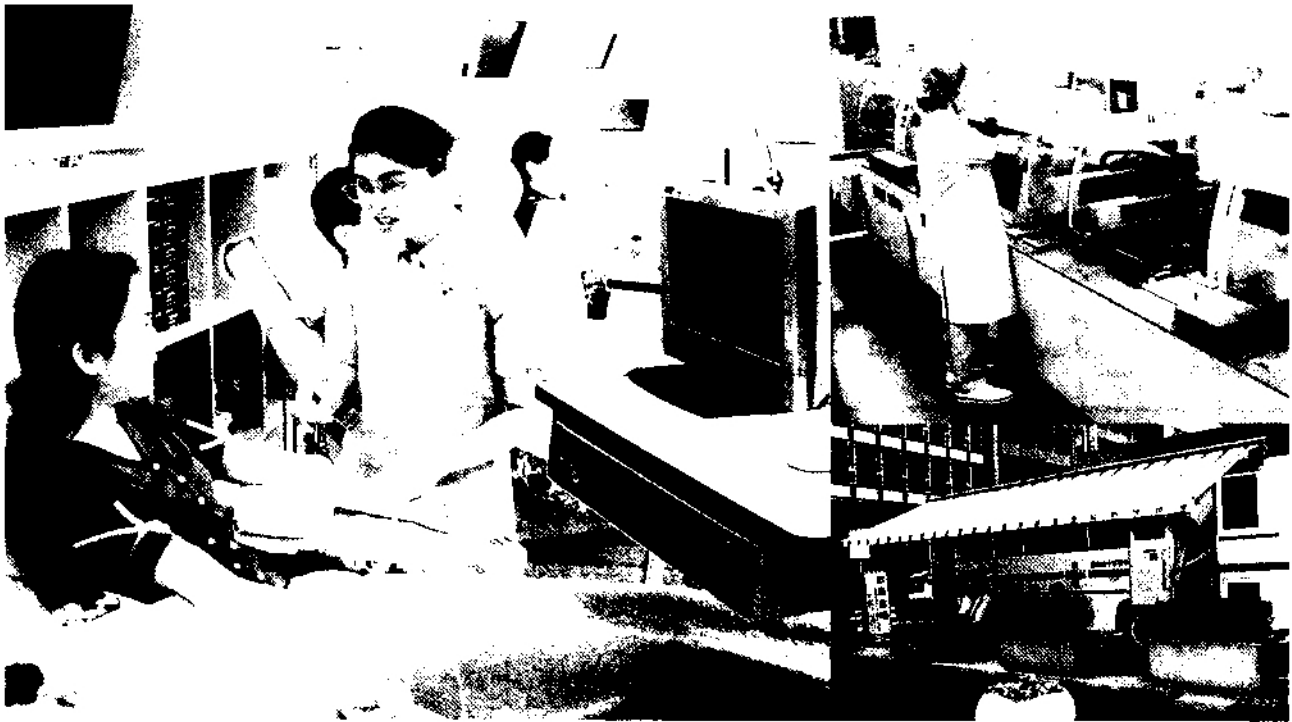
اولین حوزه فعالیت، خدمات درمانی، نه تنها تشخیص و درمان سرطان بلکه دامنه وسیعی از فعالیت های مربوط به پیشگیری از این بیماری را شامل می شود. مأموریت این مرکز فراهم آوردن بالاترین سطح معالجات پزشکی قابل دسترس در تمام دنیا برای بیماران است. به همین منظور، تمام کارمندان اعم از پزشکان، محققان، پرستاران، داروسازان، متخصصان و کادر بخش اداری با همکاری یکدیگر برای ارزیابی و فراهم آوردن مناسب ترین معالجات پزشکی برای بیماران تلاش می کنند. طبیعتاً

تهیه و تنظیم:

دکتر اقبال طاهری

بنیاد امور بیماری های خاص

حوزه معاونت بین الملل



فن آوری و دانش متخصصین در هر زمینه برای فراهم کردن بالاترین سطح ممکن معالجه سرطان مورد نیاز است. علاوه بر همه این موارد برخورد صمیمانه با هر بیمار سرطانی نیز ضروری می باشد. این اصل مهم همیشه به وسیله کارمندانی که با بیماران برخورد دارند، مدنظر قرار می گیرد.

تحقیق در زمینه سرطان دومین حوزه فعالیت این مؤسسه است. پیشرفته ترین معالجه پزشکی برای اثبات پیشرفت در مبارزه علیه سرطان کافی نیست. تمام کارمندان تلاش می کنند تا روشهای جدید و مؤثر برای پیشگیری، تشخیص و درمان سرطان را گسترش دهند. توسعه روش های جدید برای تکنیک های تشخیص در مکان های عملی معالجات پزشکی، روش های کاهش دردهای روحی و جسمی و سود اقتصادی معالجه بیماری سرطان نیز از جمله موضوع های جالب برای تحقیق به شمار می روند. ارزیابی عملی روش های تازه کشف

شده یا روش های پیشگیری جدید، روش های تشخیص و درمان دیگر نقش های مهم این مرکز می باشد.

سومین حوزه فعالیت، آموزش است. به این دلیل که تعداد بیمارانی که می توانند در مرکز ملی سرطان از خدمات درمانی استفاده کنند، محدود است وظیفه مهم دیگر مرکز ملی سرطان در ژاپن آموزش افرادی است که بتوانند این خدمات را ارائه دهند. علاوه بر کارآموزان ژاپنی، کارآموزانی از سایر کشورها نیز در این مرکز آموزش می بینند. این مرکز مسئول آموزش نسل بعدی محققین سرطان و پزشکان متخصص در معالجه سرطان است که از طریق آموزش مؤثر پزشکان و محققین جوان صورت می گیرد.

چهارمین حوزه فعالیت این مرکز جمع آوری و انتشار اطلاعات است. در این مرکز جدیدترین روش های پیشگیری سرطان، روش های درمان و نتایج تحقیقات جمع آوری و ارزیابی شده و اطلاعات صحیح درباره سرطان در اختیار مردم ژاپن و تمام مردم دنیا

قرار می گیرد. مباحثه متخصصین سرطان و تبادل عقاید بین متخصصین سرطان و مردم غیر متخصص در آگاهی مردم از روش های صحیح پیشگیری از سرطان و تشخیص و معالجه آن بسیار مهم است. مرکز ملی سرطان تلاش خود را برای فراهم کردن اطلاعات درباره سرطان ادامه داده و در عین حال به حفظ مسائل خصوصی هر بیماری توجه دارد.

تمام فعالیت های این مرکز با همکاری نزدیک با مدیران دولتی انجام می شود. از آن جایی که فعالیت های این مرکز ارتباط نزدیک با مدیران دولتی و فهم و درک مردم دارد، می تواند اطلاعاتی از بهترین روش های پیشگیری و درمانی سرطان را در اختیار بیماران و عموم مردم قرار دهد.

۲- مرکز تحقیقات ملی طب کودکان

ژاپن

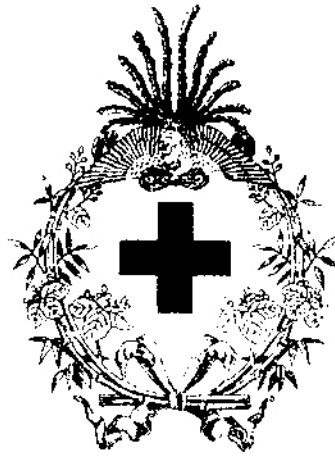
مرکز تحقیقات ملی طب کودکان ژاپن در سال ۱۹۸۴ به صورت یک مرکز وابسته به بیمارستان ملی کودکان افتتاح گردید.

بیمارستان ملی کودکان تنها مرکز پزشکی کودکان تحت نظارت وزارت بهداشت ژاپن است. این مرکز در ابتدا با ۴ بخش و ۸ آزمایشگاه افتتاح شد. بخش‌ها شامل: بخش آسیب‌شناسی و پاتوفیزیولوژی، غدد و متابولیسم، تحقیقات اختلالات مادرزادی و سرطان‌شناسی کودکان بود. در سال ۱۹۸۵، ۲ بخش و یک آزمایشگاه دیگر در این مؤسسه افتتاح گردید که عبارت بودند از بخش ایمونولوژی و آلرژی و بخش بیماری‌های عفونی و آزمایشگاه‌های چند گانه.

همچنین در سال ۱۹۸۶ بخش جراحی تجربی و مهندسی پزشکی و در سال ۱۹۸۷ بخش داروشناسی کودکان نیز به آن اضافه شد. بنابراین در حال حاضر این مؤسسه دارای ۸ بخش و ۱۶ آزمایشگاه می‌باشد. در مارس ۱۹۹۶ مؤسسه تحقیقاتی Genox که در زمینه بیماری‌های آلرژی فعالیت دارد نیز به این مؤسسه اضافه شد.

هدف اولیه این مرکز هدایت و هماهنگ کردن پروژه‌های علوم پزشکی پایه در جهت یافتن علل بیماری‌های کودکان و همچنین راه‌های مناسب‌تر پیشگیری، تشخیص و درمان آنها می‌باشد.

درسال‌های گذشته تلاش‌های زیادی جهت کاهش مرگ و میر سالانه نوزادان انجام گرفته و در حال حاضر ژاپن یکی از پیشرفته‌ترین کشورهای جهان در این زمینه می‌باشد. با وجود این مرگ و میر نوزادان به علت ناهنجاری‌های مادرزادی یکی از شایعترین علل مرگ و میر در این گروه بوده و تقریباً ۳۵٪ موارد را شامل می‌شود که این موضوع مطالعات بیشتری را می‌طلبد.



در حال حاضر حدود ۲۲ نفر در هر پروژه مشغول به کار هستند و پروژه‌های تحقیقاتی با پشتوانه وزارت بهداشت و رفاه، مؤسسه تحقیقات علوم پزشکی و سایر حمایتی دولتی انجام می‌شود. سایر مؤسسات و آژانس‌های خارجی نیز در این امر دخیل هستند. در حال حاضر بودجه سالیانه تخصیص داده شده برای تحقیقات در حدود یک میلیارد یم می‌باشد.

۳- انجمن صلیب سرخ ژاپن

انجمن صلیب سرخ ژاپن مؤسسه‌ای

است که بر طبق قانون صلیب سرخ مصوبه سال ۱۹۵۲ ژاپن تأسیس گردید. عالی‌ترین مقام دولتی این انجمن، شورای نمایندگان متشکل از ۲۲۳ عضو است که از میان اعضای انجمن برای یک دوره سه ساله انتخاب می‌شوند. از وظایف این شورا انتخاب رئیس انجمن، ۲ نفر معاون، ۳ نفر حسابرس و ۶۱ نفر فرماندار برای یک دوره سه ساله می‌باشد که درباره مسائل بودجه سالانه، طرح‌های عملیاتی و تعدیل مقررات تصمیم‌گیری کنند. اداره مرکزی این انجمن در قلب توکیو واقع شده که توسط گستره‌ای از بخش‌های ۴۷ استانداری ژاپن حمایت می‌شود. اداره مرکزی انجمن صلیب سرخ، مرکز پزشکی، پایگاه خون مرکزی، مرکز جداسازی پلاسما، مدرسه پرستاری و مدرسه مامایی را اداره می‌کند. سایر مؤسسه‌های صلیب سرخ در زمینه‌های مختلف در حوزه قضایی نواحی اداری مربوطه قرار می‌گیرند.

بیمارستان‌های صلیب سرخ		۹۲
مراکز خون		۷۷
اعضا	افراد	۱۷۲۸۰۰۰۰
	مؤسسه	۳۵۰۰۰۰
	جامعه	۴۰۳۶۸۲۸
	جوانان	۶۵۷۹
	افراد با مهارت‌های خاص	۳۳۲۰۵
	شعبه‌های صلیب سرخ	۲۲۸۰۰۰۰
اهدانندگان خون		۶۱۴۰۰۰۰

داوطلبان صلیب سرخ
(از ۳۱ مارس ۱۹۹۹)

فعالیت‌های انجمن صلیب سرخ ژاپن به شرح زیر خلاصه می‌شود:

- فعالیت‌های بین‌المللی
- امداد بلاای طبیعی
- خدمات درمانی
- آموزش پرستاری
- برنامه‌های مربوط به اهدای خون
- خدمات ایمنی
- داوطلبان صلیب سرخ
- کمک به گسترش شعب صلیب سرخ

● خدمات اجتماعی رفاهی

انجمن صلیب سرخ ژاپن، با توجه به رشد سریع جمعیت ژاپن که در حال حاضر ۱۲۰ میلیون نفر می‌باشد و نیز توسعه بین‌المللی فن‌آوری به سرعت در حال تغییر است. انجمن سیاستی را در قبال قرن بیست و یکم از ماه مارس ۱۹۹۸ اتخاذ کرده تا جنبش صلیب سرخ را تا قرن بعد توسعه دهد. این سیاست بر پایه چهار اصل کلی است:

- ارتقای و توسعه فعالیت‌های بین‌المللی و انجام وظایف به عنوان عضوی از صلیب سرخ بین‌المللی.
- ارتقای فعالیت‌هایی که مستقیماً با زندگی و رفاه انسان در ارتباط هستند مثل توسعه آمادگی در مقابل بلاای طبیعی، توسعه خدمات درمانی و برنامه‌های اجتماعی رفاهی.
- ارتقای فعالیت‌های صلیب سرخ با مشارکت داوطلبین.

● تقویت نشر قانون دوستانه بین‌المللی

و توسعه افکار عمومی در این زمینه.

صلیب سرخ ژاپن دارای ۹۲ بیمارستان است که با ۵۰۰۰ پزشک و ۲۴۰۰۰ پرستار اداره می‌شود.

شود. تعداد کل کارکنان این مرکز ۵۴۰۰۰ نفر است و حقوق این افراد طبق ضوابط دولت پرداخت می‌شود. صلیب سرخ ژاپن خون را به صورت رایگان در اختیار بیماران و افراد نیازمند قرار می‌دهد. هر ساله حدود ۶ میلیون نفر خون اهدا می‌کنند. این مرکز تاکنون ۳۰ مؤسسه برای کودکان و افرادی که مشکل خونی دارند تأسیس و ارائه خدمت می‌کند. یکی از فعالیت‌های مهم صلیب سرخ ژاپن آموزش پرستاران است که هر ساله ۱۷۰۰ پرستار در ژاپن فارغ‌التحصیل می‌شوند (پس از گذراندن دوره ۲ ساله) بودجه صلیب سرخ ژاپن ۸ میلیارد دلار است که ۸۰ درصد این مقدار به بیمارستان‌های تحت پوشش صلیب سرخ تخصیص داده می‌شود. مردم ژاپن تحت پوشش بیمه هستند.

۴- انجمن سرطان ژاپن

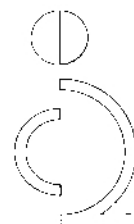
انجمن سرطان ژاپن یکی از پربسامت‌ترین انجمن‌ها و بخش‌های خصوصی در ژاپن می‌باشد که در سال ۱۹۵۸ تأسیس شده است. طبق اطلاعاتی که از طریق رئیس و دست‌اندرکاران این انجمن دریافت شد از جمعیت ۱۲۰ میلیون نفری ژاپن حدود ۳ میلیون نفر مبتلا به سرطان هستند. هر ساله حدود ۳۰۰ هزار نفر با بیماری سرطان از بین می‌روند و هر ساله ۴۰۰ هزار نفر به سرطان مبتلا می‌شوند. در سال ۱۹۸۱، سرطان بزرگترین علت مرگ و میر در ژاپن بوده است. انجمن سرطان ژاپن دارای یک مرکز اصلی و ستادی در توکیو است که جمعاً ۱۰ نفر کارمند دارد که از مدیران ارشد شعبه‌های انجمن در ۴۶ استان تشکیل شده و جمعاً ۵۰۰۰ پرسنل در این انجمن شاغل هستند. روش‌های مبارزه با سرطان و فعالیت‌ها در این انجمن شامل موارد زیر است:

۱- آموزش همگانی، رساندن آگاهی به دولت و سازمان‌های پزشکی.

۲- در زمینه پیشگیری، از نیروهای مردمی برای شناسایی بیماران احتمالی کمک گرفته می‌شود.

۳- این انجمن دولت را متقاعد کرده است (با ارائه آمار و داده‌ها) تا افراد بالای ۴۰ سال را از نظر سرطان مورد بررسی و آزمایش قرار دهند. در این مورد آزمایش برای سرطان به ترتیب اولویت به روی ریه، معده، روده بزرگ، رحم و پستان ضرورت دارد و حدود ۲۰ سال است که آزمایش سرطان برای ۵ مورد فوق به طور رایگان انجام می‌گیرد. در ابتدای امر مستقیماً از کمک‌های دولت استفاده می‌شد. ولی در حال حاضر استناداری‌ها و فرمانداری‌ها برای انجام این طرح پیشقدم هستند. جهت ارتقای آگاهی مردم دولت‌های محلی با تهیه پوستر و جزوه و انتشار آنها به کمک انجمن سرطان می‌شتابند و کلیه انتشارات را توزیع می‌کنند.

هر سال یک بار و به مدت یک ماه به عنوان ایام مبارزه با سرطان در نظر گرفته می‌شود و با تهیه پوسترهای تبلیغاتی مردم را برای انجام آزمایش‌های سرطان تشویق می‌کند و با ارائه شعارهایی نظیر «اکنون که سالم هستی زمان آزمایش است» مردم را دعوت به انجام آزمایش می‌کنند. با این فعالیت‌ها و تبلیغات موفق شده‌اند سالی ۲۰ میلیون نفر را به مراکز آزمون سرطان بکشانند. از تعداد ۲۰ میلیون نفر، انجام آزمایش‌های ۱۰ میلیون نفر را دولت به عهده انجمن سرطان گذاشته و بودجه آن را می‌پردازد و به این ترتیب از نیروی اجرایی بخش غیردولتی به نفع خود و مردم استفاده می‌کند.



یک غریبه یک مسافر

از راهی دور، راهی سخت و دشوار برای انسان، دردمند با کوله‌باری از مشکلات همکیشان، مشکلاتی که از سختی طعنه به سختی راه می‌زنند.

راه سخت پشت سر است، اما مشکلات بیماران خاص شهرستان محروم و مرزی مریوان همچنین پیش رو، او کجا می‌تواند کوله‌بارش را سفره دل کند.

● لطفاً خودتان را معرفی کنید؟

محمد طیب طاهرپور هستم ۲۷ سال دارم و تا سطح دیپلم با هزاران گرفتاری و رنج درس خواندم و امید است با کمک خداوند متعالی با توجه به مشکلات موجود زندگی بتوانم وارد دانشگاه شوم.

● علت بیماری شما و در کجا دیالیز می‌شوید؟

به علت مشکلات مجاری ادراری و نارسایی کلیه و حدود ۵/۳ سال می‌باشد در شهرستان مریوان و بیمارستان الله اکبر دیالیز می‌شوم.

● چطور شد به فکر افتادید با دوچرخه مسیر مریوان - مشهد مقدس را طی کنید؟

با توجه به مشکلات و نارسائی بیماران خاص خصوصاً بیماران کلیوی و کمبود نواقص بخش دیالیز چه از لحاظ کمبود دستگاه و امکانات رفاهی، دارویی و رساندن مشکلات بیماران خاص به مردم و مسئولان نظام جمهوری اسلامی ایران برای رساندن پیامتان چه عنوانی را برگزیدید؟

عنوان «دیالیز پایان راه نیست» بیماران خاص را دریابید.

● سفرتان را از کجا و چگونه شروع کردید و چه راهی را پشت سر گذاشتید؟

سفرم با کمک و یاری خداوند متعالی در مورخه ۷۸/۷/۲۶ از شهرستان مرزی مریوان با بدرقه فرماندار، نماینده مجلس و مسئولان محلی و با کمک مؤثر بنیاد بیماری‌های خاص و کمیته بیماری‌های خاص امور اجتماعی استانداری شش استان (کردستان - همدان - مرکزی - تهران - سمنان - خراسان) بدین صورت آغاز کردم به ترتیب از شهرهای مریوان - سنندج - قروه - همدان - ساوه - تهران - گرمسار - سمنان - دامغان - شاهرود - سبزوار - نیشابور - مشهد به مسافت ۲۰۰۰ کیلومتر و به مدت ۲۱ روز در راه بودم.

● از برخورد مردم، مسئولان به ویژه کمیته بیماری‌های خاص در طول مسیر برای ما بگویید؟

برخورد مردم واقعاً خوب بود من شرمندۀ محبت‌های آنان می‌باشم، مسئولین کمیته

بنیاد امور بیماری‌های خاص

«نامه‌های رسیده»

بیماری‌های خاص در حد متوسط همکاری کردند امید است مسئولان محترم و کمیته بیماری‌های خاص و انجمن‌های مربوط، به مشکلات بیماران توجه جدی داشته باشند.

● به نظر شما انعکاس عمل شما در رسانه‌های ارتباط جمعی چگونه بود؟

صدا و سیما تا حدودی با مصاحبه و انعکاس از طریق تلویزیون توانست پوشش خبری دهد، همچنین مطبوعات محلی نیز با آن برخورد خبری خوبی داشتند و من نیز تا آن جا که مقدور بود برای انعکاس مشکلات بیماران فرصت را غنیمت شمردم و بازگو کردم.

● از مشکلات و موانع سر راه بگوئید و در مورد وضعیت جسمی خودتان آیا مشکلی برایتان پیش نیامد؟

مشکلات خاصی نداشتم البته دشواری‌هایی نیز بود خصوصاً بین همدان و ساوه و سمنان و دامغان بدین صورت که شب را در بین همدان و ساوه با توجه به سرمای شدید نیمه راه زیر یک چادر در نزدیکی غرق آباد خوابیدم و اما سمنان، چون در سمنان ساعت ۳ بعد از ظهر به سمت دامغان حرکت کردم و یک گردنه طولانی به نام آهوان را پیش رو داشتم هنگامی که گردنه را رد کردم شب فرارسید مقدار پایین تر از گردنه شب رادر یک چاه کنار جاده استراحت کردم.

● در مورد دیالیز و انجام در بین راه آیا بیمارستان‌ها همکاری داشتند و اگر ممکن است کمی از مشکلات موردی بیماران بگوئید؟

در مورد دیالیز در بین راه با توجه به هماهنگی که از طرف روابط عمومی بنیاد و

کمیته بیماری‌های خاص با دانشگاه علوم پزشکی انجام شده بود در جایی که لازم بود طبق برنامه قبلی دیالیز می‌شدم و از همکاری بیمارستان‌های بین راه برخوردار بودم و از همکاری همه آنان تشکر می‌کنم اما در مورد مشکلات موردی بیماران آن مراکز و انجمن‌های مربوطه می‌توانم بگویم که همه بیماران از مشکلات تقریباً یکسانی از لحاظ روحی و مادی امکانات بیمارستانی، کمبود دارو و هزینه‌های آن و همچنین مسکن و رفت و آمد گالیه داشتند خصوصاً شهرهای نیشابور و مشهد با توجه به اینکه انجمن‌های بیماران در این دو شهر درآمد خوب داشتند، چون در نیشابور انجمن بیماران کسانی غیر از خود بیماران اداره می‌کردند و در مشهد از اکثر بیماران که در بیمارستان تأمین اجتماعی دیالیز می‌شدند دیدار کردم.

● برای ما بگوئید علی‌رغم این کمی و کاستی‌ها چه انگیزه‌ای باعث می‌شد که شما مصمم برنامه‌تان را تا پایان ادامه دهید؟

از آنجا که من خود به عنوان یک بیمار مشکلات بیماران را از نزدیک حس کرده‌ام برای اینکه کاری برای آنان کرده باشم و مشکلات آنها را به سمع و نظر مسئولین برسانم بنابراین چنان چه با این کم و کاستی‌ها اگر مشکلات دیگری هم پیش می‌آید به هر صورت راهم را ادامه می‌دادم تا شاید با رساندن این مشکلات به مسئولان کمی از بار مشکلات بیماران کم شود.

● فکر می‌کنید این برنامه چگونه اجرا می‌شد می‌توانست بازده بیشتری داشته باشد و در این رابطه در مورد ورزش بیماران

خاص هر گونه نظر یا پیشنهاد اصلاحی و کاربردی دیگری که در نظرتان هست بفرمایید؟

اولاً اگر این برنامه از لحاظ خبری از طرف صدا و سیما به طور مداوم همراه با ورزش در بیماران خاص پوشش خبری داده می‌شد بهتر بود و در مطبوعات به همین ترتیب. ثانیاً باید بگویم چه خوب بود که سازمان تربیت بدنی با همکاری کمیته بیماری‌های خاص و انجمن‌های مربوط در مورد ورزش بیماران خاص و مسابقات در بین بیماران توجه بیشتری نمایند.

● از خاطرات‌تان در طول مسیر بگوئید؟
تمام راه پراز خاطره بود باید بگویم خاطراتم تماماً با درد و ناراحتی همراه بود یکی مربوط بود به بخش دیالیز شهرستان نیشابور هنگامی که تحت دیالیز بودم از شبکه یک برنامه‌ای بخش شد که مربوط بود به پدید قاقاق آن هم مال چای و کریستال و صابون که یک سری جوان همسن و سال خودم بودند که توسط نیرو انتظامی دستگیر شده بودند و همگی از مناطق مریوان بانه و سقز در سطح دیپلم و دیپلم و فوق دیپلم و حتی لیسانس خدا را شاهد می‌گیرم به تمام معنا گریه کردم چرا که واقعاً خودم هم همین طور زندگی را با هزاران بدبختی رنج و دیالیز به سر می‌برم.

● اگر مورد خاصی به نظرتان می‌رسد که ناگفته مانده بفرمایید؟

در پایان خوب است بگویم با توجه به اهداف و اساس نامه بنیاد امور بیماری‌های خاص و درایت دست اندرکاران این بنیاد و یار همیشگی

بنیاد جناب آقای هاشمی رفسنجانی در ادامه تحصیل داده اند یا اینکه سال آخر دبیرستان یا در دوره دبیرستان می باشند مورد اشتغال بیماران دانشگاه فکری و طرحی ارائه نمایند و در مورد سسطح علمی بیماران فکر و اندیشه شود چرا که تعدادی از بیماران تا دیپلم امید است در مورد سهمیه برای ورود به در پایان از همراهیتان سپاسگزارم.

سه راهی به سوی دیار باقی

احتراماً به استحضار می‌رساند اینجانب به عنوان یکی از بیماران این رده دارای یک سوی مشکلات طبقه‌بندی شده هستم. حقیقتش حسن ناقل HBS هستم. البته این موضوع را موقعی فهمیدم که به صورت داوطلبانه خون اهدا کردم. بعد تا موقعی که دانشجو بودم و از مزیت دانشجو بودن هم برخوردار هر ۶ ماه آزمایش می‌دادم برای چک PT, PTT و... و نصف هزینه را می‌دادم ولی الان یکسال و نیم است که هیچ آزمایشی ندادم چون هزینه آن را ندارم از طرفی نمی‌دانم این آزمایش در کدام بیمارستانهای تأمین اجتماعی انجام می‌شود یا اصولاً مرکزی وجود دارد که این آزمایشها را رایگان انجام دهد یا نه. و از آنجا که ما هم جزء گروه آسیب پذیر هستیم و فرزند یک کارگر ساده پس بهترین راه را انتخاب کردیم بی تفاوتی و مرگ تدریجی.

البته من خیلی دوست دارم که لااقل خواهر و برادرهای دیگر هم آزمایش بدهند و اگر لازم است که صد البته لازم هم است واکسینه بشن. راستش توی شهر ما واکسن هیپاتیت نیز وجود ندارد. نمی‌دونم شماها که طعم فقر رو نچشیدید. ولی بهترین راه برای یک کسی که از توانایی مالی پایینی برخوردار است قبول سرنوشت تلخش است.

۶۵

من این نامه رو نوشتم تا ببینم که اگر مرکزی وجود داشته باشد لااقل از ابتلاء خواهر و برادرهای دیگرم جلوگیری کنم. حالا اگر شما قصد کمک به این دختر جوان را دارید در ویژه نامه خود در پایین منتشر می‌شود جواب نامه را بدهید که علاوه بر من هزاران جوان بی‌گناه دیگر نیز مطلع شوند و از طرفی ترتیبی اتخاذ دهید که این واکسن نیز مانند واکسنهای دیگر در خانه‌های بهداشت تزریق شود تا مردم بفهمند از آن استفاده کنند چون همان گونه که خود بهتر می‌دانید هیپاتیت B از هر راه ممکن منتقل می‌شود و هر کسی را گرفتار می‌کند. ما که رفتنی هستیم لااقل فکری برای بعدیها بکنید. باور کنید که در نهایت همه را در مسافتی به طول $40 \times 1/5$ سانتی متر می‌خواباند و غیر از اعمالمان چیزی در درون قبرمان نمی‌گذارند. امضاء: محفوظ

جوابیه بنیاد

بیماری هیپاتیت از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان بیماری خاص معرفی نشده است، علی‌هذا با توجه به اینکه شما ناقل HBS هستید متذکر می‌شویم که در صورت رعایت موارد بهداشتی در الگوی زندگی خود هیچ دلیلی برای ابتلای نزدیکان شما وجود ندارد. در سال‌های اخیر واکسیناسیون هیپاتیت B به صورت روتین در تمام کشور برای نوزادان انجام می‌گیرد. در رابطه با سایر افراد جامعه تنها در موارد لزوم شغلی و خانوادگی (همسر - فرد ناقل) واکسیناسیون لازم می‌باشد. اما هر کس بخواهد می‌تواند این واکسن را بزند. در صورت ارسال آدرس خود به بنیاد بیماری‌های خاص بروشورهای آموزشی ما درباره این بیماری برای شما ارسال می‌گردد، همچنین می‌توانید از کمک‌های بنیاد استفاده لازم را ببرید.

اهدا کنندگان

اعضا

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 همنوعانشان بعد از مرگ داشته باشند، تقدیر به عمل می‌آید.

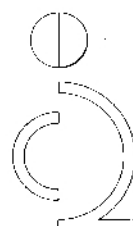
ضمن خیرمقدم به این دوستان اهداکننده عضو، اسامی آنها در جدول زیر می‌آید.

کدشناسایی	نام و نام خانوادگی	کدشناسایی	نام و نام خانوادگی	کدشناسایی	نام و نام خانوادگی
۲۸۹۰	۲۸۵ - صلاح فتح الله زاده	۲۸۴۲	۲۵۵ - کامران صدری	۲۸۰۱	۲۲۵ - علی نوروزی گائینی
۲۸۹۱	۲۸۶ - بهنام عظیمی	۲۸۴۳	۲۵۶ - احمد غلام نژاد	۲۸۰۲	۲۲۶ - اعظم کارز
۲۸۹۲	۲۸۷ - مریم امیر ریاحی	۲۸۴۴	۲۵۷ - مسعود سلیمه	۲۸۰۳	۲۲۷ - اکبر فرشچی
۲۸۹۳	۲۸۸ - فاطمه ملا	۲۸۴۵	۲۵۸ - فخری فیض بخشیان کهن	۲۸۰۴	۲۲۸ - اکرم سهیلی
۲۸۹۴	۲۸۹ - ملوک عموانیان	۲۸۴۹	۲۵۹ - زهره داود آبادی	۲۸۰۵	۲۲۹ - بهروز رستمی
۲۸۹۵	۲۹۰ - علی مهرآسا لوف آباده	۲۸۵۰	۲۶۰ - محمد رضا احمدی	۲۸۰۶	۲۳۰ - الهیار ولی زاده وندجالی
۲۸۹۶	۲۹۱ - سورنا ارفعی	۲۸۵۱	۲۶۱ - زهیر میرمحمدی	۲۸۰۷	۲۳۱ - علی قاسمپور
۲۸۹۷	۲۹۲ - لئو بنیامین رفیعی	۲۸۵۲	۲۶۲ - فرزاد امامی	۲۸۰۸	۲۳۲ - کورش آقا براری
۲۸۹۸	۲۹۳ - امیرحسین امینی	۲۸۵۴	۲۶۳ - منیره حیدری زاد	۲۸۰۹	۲۳۳ - سید مهدی میرهادی
۲۸۹۹	۲۹۴ - امیرحسین نجف زاده	۲۸۵۵	۲۶۴ - محسن مقیسه	۲۸۱۰	۲۳۴ - نگار نوری
۲۹۰۰	۲۹۵ - مژگان عتیقی	۲۸۵۶	۲۶۵ - تورج سامی	۲۸۱۱	۲۳۵ - زهرا عابدینی
۲۹۰۱	۲۹۶ - معصومه جمشیدی	۲۸۵۷	۲۶۶ - مژگان علوی علی عوض	۲۸۱۹	۲۳۶ - محمد رضا نگاهی
۲۹۰۲	۲۹۷ - نوشین بنانژاد	۲۸۵۸	۲۶۷ - علیرضا اذان گو	۲۸۲۰	۲۳۷ - عبدالعظیم حجتی
۲۹۰۳	۲۹۸ - محمود عباسچی	۲۸۵۹	۲۶۸ - حمید صدیق	۲۸۲۲	۲۳۸ - مسعود کامران زاده
۲۹۰۴	۳۰۰ - بزرویه نجی	۲۸۶۰	۲۶۹ - مسعود خشک دهان	۲۸۲۳	۲۳۹ - شهناز جعفر قلی زاده
۲۹۰۵	۳۰۱ - داوود رویانی	۲۸۶۱	۲۷۰ - مصطفی شهری	۲۸۲۴	۲۴۰ - مهدی عسکری
۲۹۰۶	۳۰۲ - دانیال رویانی	۲۸۶۲	۲۷۱ - حمید احمدخانی	۲۸۲۵	۲۴۱ - شهریار شاکری
۲۹۰۷	۳۰۳ - زهره زرگر	۲۸۶۳	۲۷۲ - نیلا شهری	۲۸۲۶	۲۴۲ - یوسف خسروانی
۲۹۰۸	۳۰۴ - حبیب اله خلنری	۲۸۶۴	۲۷۳ - زانه ظاهری فراهانی	۲۸۲۷	۲۴۳ - ابراهیم مولانی
۲۹۰۹	۳۰۵ - علیرضا خلیلی سیف آباد	۲۸۶۵	۲۷۴ - زهرا رجب بیگی	۲۸۲۸	۲۴۴ - محمد رضا اکبری نژاد
۲۹۱۰	۳۰۶ - هاله کردگاری	۲۸۸۰	۲۷۵ - سید سماعیل لنگری	۲۸۲۹	۲۴۵ - عبدالحسین ابراهیم زاده
۲۹۱۱	۳۰۷ - شهلا وفائی سعیدی	۲۸۸۱	۲۷۶ - هاشم جوانپور	۲۸۳۰	۲۴۶ - عباس یزدانی پیام
۲۹۱۲	۳۰۸ - مسیح اله یازوکی	۲۸۸۲	۲۷۷ - طیبه صفوتی	۲۸۳۱	۲۴۷ - شهرام دهباشی
۲۹۱۳	۳۰۹ - شهلا افشاری	۲۸۸۳	۲۷۸ - کامیار معصومی	۲۸۳۲	۲۴۸ - آریا کریمی
۲۹۱۴	۳۱۰ - مرجان وفائی سفتی	۲۸۸۴	۲۷۹ - انسیه فرشادی سپهر	۲۸۳۳	۲۴۹ - فرید عرب خوری لطف آباد
۲۹۱۵	۳۱۱ - محسن بهشتی	۲۸۸۵	۲۸۰ - معصومه قاضی سرخه	۲۸۳۴	۲۵۰ - مسعود عزیزی
۲۹۱۶	۳۱۲ - باقر وفائی سفتی	۲۸۸۶	۲۸۱ - حسن سپهری کلوخی	۲۸۳۸	۲۵۱ - علی حبیبی
۲۹۱۷	۳۱۳ - مریم وفائی سفتی	۲۸۸۷	۲۸۲ - زهرا رصاف	۲۸۳۹	۲۵۲ - سید اسماعیل میرواحدی
۲۹۱۸	۳۱۴ - بهجت الملوک عطائی	۲۸۸۸	۲۸۳ - مریم شادافزا	۲۸۴۰	۲۵۳ - احمد علی صمیمی
۲۹۱۹	۳۱۵ - مژگان بیاتی	۲۸۸۹	۲۸۴ - اطلس قادری نجف آبادی	۲۸۴۱	۲۵۴ - عباس نصر آبادی

یاوران بنیاد

طبق معمول هر شماره نشریه، در این صفحه از تمام کسانی که به نحوی به بنیاد یاری رسانده‌اند، تقدیر به عمل می‌آید.
ضمن خیرمقدم به این دوستان یاری کننده، تقاضا داریم عزیزان آدرس‌های پستی خود را همراه با آخرین فیش یاری برای ما ارسال نمایند تا در اولین فرصت لوح سپاس و تشکر برایشان ارسال شود.

نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
۶۷۴ - غلامرضا قدرتی	۶۴۷ - ملیحه دبیر اعتمادی	۶۲۰ - مژگان هدایتی
۶۷۵ - دکتر علی پور	۶۴۸ - فرود بوربور	۶۲۱ - خدیجه آزاده زاده
۶۷۶ - دکتر سامیه احمدزاده	۶۴۹ - علی یوسف وند	۶۲۲ - حمیدرضا فیاض
۶۷۷ - دکتر مهدیه رضایی زاده	۶۵۰ - دکتر عبداللهی	۶۲۳ - ناهید بابائیان روشنی
۶۷۸ - کبری ناطقی	۶۵۱ - رمضان احمدی	۶۲۴ - لیلا دوست خواجه واجاری
۶۷۹ - مهندس عبدالله زاده	۶۵۲ - ایمان ذکایی فر	۶۲۵ - دکتر یوسف حیدری باطنی
۶۸۰ - نوید بازماندگان	۶۵۳ - حمیدرضا فیاض	۶۲۶ - شهاب الدین محمد امانی
۶۸۱ - محبوبه صالحی	۶۵۴ - اکبری	۶۲۷ - حسین کده بندی
۶۸۲ - شهاب الدین محمد امانی	۶۵۵ - دکتر محمد ناصر رهبر	۶۲۸ - سهراب شیرزاد
۶۸۳ - دکتر پیوند نوشیروان پور	۶۵۶ - ممتاز کده‌ای	۶۲۹ - حسن محمد علی پور
۶۸۴ - ناهید سجادی پناه	۶۵۷ - زینب اخیانی	۶۳۰ - صدیقه کاظم پور
۶۸۵ - سید عباس نیر	۶۵۸ - دکتر نوا نور افشار	۶۳۱ - معصومه رزاقی خمسی
۶۸۶ - مرتضی حسین پور	۶۵۹ - نورالدین ناصحی	۶۳۲ - کتابخانه بیمارستان شرکت نفت
۶۸۷ - محمد رضا خادمی	۶۶۰ - بهزاد نبول	۶۳۳ - محمد مهدی حریری
۶۸۸ - سید احمد حسینی حقیقی	۶۶۱ - محمد تقی ماهتاب خواه	۶۳۴ - پایگاه انتقال خون اصفهان
۶۸۹ - دکتر محمد گودرزی	۶۶۲ - حسین اخوان	۶۳۵ - یدالله در تاج
۶۹۰ - مصطفی فرهادی	۶۶۳ - منوچهر امیر فیروزکوهی	۶۳۶ - غلامرضا آذری
۶۹۱ - رضا منصوری	۶۶۴ - رضا قلی راه نجات	۶۳۷ - آزاده خیاط
۶۹۲ - سهراب شیرزاد	۶۶۵ - دکتر سوسن تحویل‌داری	۶۳۸ - معصومه سید آقای مدنی
۶۹۳ - سلطان مراد قلی زاده	۶۶۶ - سیما بشارت	۶۳۹ - مریم احمدی
۶۹۴ - دکتر روح انگیز سرخابی	۶۶۷ - رضا استاد سرائی	۶۴۰ - مرکز مشاوره پزشکی زنتیک
۶۹۵ - دکتر پروین جابری پور	۶۶۸ - دکتر خاوری	۶۴۱ - احمد رضا یعقوبی
۶۹۶ - شهلا انصاری	۶۶۹ - گیتی افروز پور احمدی	۶۴۲ - کامران چاوشینی
۶۹۷ - فریده موسوی	۶۷۰ - دکتر درپارام	۶۴۳ - امیررضا خادم
۶۹۸ - خدیجه ارجمندی	۶۷۱ - آقای فراهانی	۶۴۴ - دکتر حسن محمد علی پور
۶۹۹ - مرتضی محمدی	۶۷۲ - هوشنگ عبدالله زاده	۶۴۵ - دکتر سعید طالب زاده
۷۰۰ - جواریان	۶۷۳ - کمال حسینی	۶۴۶ - عبدالرشیدی



هرمزگان گرم و باصفا

بازدید ما از بندرعباس شروع شد، جمعیت کل شهرستان طبق آمار سال ۱۳۷۵، ۴۱۹۹۳۸ نفر می باشد به اولین مرکزی که مراجعه کردیم، درمانگاه تالاسمی بندرعباس بود. شهر بندرعباس حدود ۸۰۰ بیمار تالاسمی دارد محل درمانگاه تالاسمی جدا از بیمارستان و در مجاورت پایگاه انتقال خون بندرعباس قرار دارد. دارای ۴۲ تخت می باشد که ۱۰ تخت مخصوص بزرگسالان می باشد که بنیاد کمک کرده است و از ۸ صبح تا ۶ بعدازظهر آماده خدمات رسانی به بیماران تالاسمی است.

خانم دکتر صدیقی مسئول درمانگاه است و یک متخصص اطفال (خانم دکتر شباسی) و یک پزشک عمومی (خانم دکتر جلیلیان) نیز مشاوره و دستورات درمانی را برای بیماران ارائه می دهند. «در حال حاضر بندرعباس انکولوژیست ندارد و یکی از انکولوژیست های قدیمی استان هر ۲ هفته یکبار برای ویزیت بیماران به بندرعباس می آید.» از لحاظ تأمین داروی دسفرال مشکلی ندارند، ولی مشکل عمده کمبود فیلتر خون (که گاه مجبور به استفاده از یک فیلتر برای چند بیمار می شوند) و پایین بودن کیفیت فیلترها (مارک سها) و ست خون (سوپا) است. مشکل دیگر کمبود پمپ دسفرال است. در استان هرمزگان پایگاه

استان هرمزگان از استان های جنوبی کشور، هم مرز با استان های فارس کرمان - بوشهر - سیستان و بلوچستان می باشد و در بخش جنوبی این استان تنگه هرمز، خلیج فارس و دریای عمان و چند جزیره از جمله کیش، قشم، تنب بزرگ و کوچک، هرمز و ابوموسی قرار دارند. بندرعباس مرکز استان شاهراه واردات و صادرات دریایی ایران است.

جمعیت استان ۱۰۶۲۱۵۵ نفر و اکثر بخش های این استان در ناحیه خشک قرار دارد.

سفر سه روزه ما به استان هرمزگان از روز دوشنبه ۲۱ آبان تا چهارشنبه ۲۳ آبان به طول انجامید و در این مدت برای بازدید از شهرهای مختلف بیش از ۱۸۰۰ کیلومتر جاده های استان پیموده شد و دبیر کمیته بیماریهای خاص استان آقای سلطانی و مسئول بیماریهای خاص استانداری آقای زارعی نیز ما را همراهی نمودند در ضمن به دلیل مشغله کاری آقای دکتر جمالزاده مسئول بیماریهای خاص دانشگاه نمی توانستند همراه ما باشند لذا به جای ایشان خانم دکتر صدیقی مسئول درمانگاه تالاسمی بندرعباس قبول زحمت نموده و ما را از راهنمایی هایشان مستفیض نمودند.

انتقال خون فقط در شهرهای بندرعباس و بندر لنگه وجود دارد و در شهر میناب نیز در حال راه اندازی است. به گفته خانم دکتر صدیقی به علت بافت خاص فرهنگی و اجتماعی منطقه، بیماران تالاسمی مینور از مشاوه قبل از ازدواج هیچ فایده‌ای نمی‌برند و برای سقط و آزمایش ژنتیک داخل رحمی چنین نیز مشکلات فراوان دارند. همچنین میزان اهدای خون نیز در این استان پایین است و به دلیل سوء تغذیه بخش عظیمی از جمعیت استان آنمیک هستند. درمانگاه تالاسمی از یک کاردان بهداشت خانواده نیز بهره می‌برد که در واقع در جهت آموزشی و کاربردی پیشرفت زیادی نداشته‌اند.

خانم دکتر جلیلیان اضافه کردند که بیماران معمولاً کمبود خون دارند و دچار هایپوترانسفیوژن می‌باشند. در تابستان جمعیت شهری به علت گرما به مناطق خنک‌تر مهاجرت می‌کنند و همچنین در ماه رمضان نیز اهدای خون کمتر می‌شود و با کمبود خون مواجه هستند و در روزهایی از سال ممکن است ۱۲۰ بیمار مراجعه کننده داشته باشند. مشکل دیگر اینست که از میناب، حاجی آباد و حتی کهنوج و منوجان (از استان کرمان) به این مرکز مراجعه کننده وجود دارد همچنین ماهانه حدود ۶-۵ نفر پذیرش جدید دارند.

وضعیت بیمه بیماران احتیاج به همکاری بیشتر بین بخشی دارد. کسانی که بیمه کمیته امداد دارند دفترچه بیماران خاص ندارند و از مجموع بیماران دارای پرونده ۳۰۰ بیمار بیمه بیماران خاص، ۶۰ بیمار بیمه کمیته امداد و ۱۵۵ بیمار بیمه تأمین اجتماعی دارند و بقیه بیمه‌های متفرقه دیگر

دارد. از آنجا که جهت انجام آزمایش‌های HBS.Ag، HIV، HCV انتقال خون با بیمه کمیته امداد طرف قرارداد نیست کسانی که بیمه کمیته امداد دارند باید پول آزمایش را بدهند و به همین دلیل اکثراً این آزمایشات را انجام نمی‌دهند. در حال حاضر ۱۸۰ نفر این آزمایش‌ها را انجام داده‌اند که ۲ مورد HIV+ و چندین HBV+ و حدود ۳۰ نفر HCV+ دارند.

محیط فیزیکی درمانگاه تالاسمی نامناسب است، نورگیری سالن‌ها بسیار کم است، بوی نامطبوعی به علت تهویه نامناسب به مشام می‌رسد که به گفته مسئولان درمانگاه در تابستان و فصول گرم واقعاً ناراحت کننده است. درمانگاه ۱ عدد تلویزیون و ویدئو دارد ولی به علت اینکه تعداد بیمار زیاد است و در چهار سالن تختها پراکنده هستند اکثر بیماران به سالن اصلی مراجعه می‌کنند و روی تختها دراز نمی‌کشند و احتیاج به یک دستگاه تلویزیون دیگر احساس می‌شود.

تعداد بیماران هموفیلی ۵۵ نفر می‌باشد که همیشه از نظر تأمین فاکتور هشت مشکل دارند. محل بعدی مراجعه ما بخش دیالیز در بیمارستان شهید محمدی بزرگترین و مجهزترین بیمارستان استان بود. مسئول و سرپرستار بخش آقای شیخی از وضعیت دیالیز در بندرعباس و کلاً شهرهای دیگر استان اطلاعات خوبی در اختیار ما گذاشتند. بخش دیالیز بندرعباس دارای ۱۰ دستگاه فعال IDEMSA (Bio 2000) می‌باشد که به ۶۴ بیمار سرویس دهی می‌کنند. ۳ بیمار HBS+ دارند که یک نفر HIV+ نیز می‌باشد.

۵ دستگاه Cobe، ۲ دستگاه گامبرو و ۲ دستگاه RSP دارند که از رده خارج و غیر قابل استفاده است.

مشکلات عمده بخش دیالیز در بندرعباس عبارتند از قطع آب و برق، عدم توانایی پرداخت فرانشیز داروها به ویژه از سوی بیماران تحت پوشش بیمه کمیته امداد و همچنین بیماران پیوندی که ۷۶ نفر در کل استان هستند. برای تهیه Eprex بیماران دیالیزی کل استان باید به بندرعباس مراجعه کنند که البته همیشه با کمبود دارو مواجه هستند همچنین انجمن حمایت از بیماران کلیوی ظاهراً برای بیماران دیالیز خدمات خاصی ارائه نمی‌کند. سهمیه داروهای مخصوص بیماران دیالیزی و پیوندی استان توسط هلال احمر به دانشگاه تحویل داده می‌شود و این دارو از طریق داروخانه دانشگاه در بندرعباس توزیع می‌شود. با توجه به کمبود همیشگی داروها بیماران شهرستان‌ها همیشه برای تهیه دارو دچار مشکل می‌شوند. به نظر می‌رسد که با برآورد دقیق این بیماران و اختصاص و تحویل سهمیه برای هر شهرستان مشکل این بیماران رفع شود.

دومین شهری که بازدید شد شهر حاجی آباد بود. در ساعت ۳/۲۰ بعدازظهر به همراه آقای زارعی مسئول بیماریه‌های خاص استانداری و آقای سالاری از اداره نظارت بر درمان معاونت دارو و درمان دانشگاه به سمت حاجی آباد حرکت و در ساعت ۵/۳۵ بعدازظهر به آنجا رسیدیم. جاده باریک و بسیار شلوغ و مملو از کامیون و تریلی (ترانزیت) بود که به گفته مسئولان آمار تصادفات بالایی دارد. فاصله حاجی آباد تا

مرکز استان ۱۷۲ کیلومتر می باشد. شهر حاجی آباد بیمارستان ندارد و فقط یک مرکز اورژانس دارد. جمعیت شهرستان حاجی آباد ۲۰۰۰۰ نفر و در مجموع با روستاها و بخشهای اطراف حدود ۶۷۰۰۰ نفر می باشد. در محل مرکز بهداشت حاجی آباد با آقای دکتر بزرگوار رئیس شیکه بهداشت و آقای دکتر رزاقی مسئول بیماریهای خاص شهر حاجی آباد ملاقات کردیم و از ساختمان محل درمانگاه بیماریهای خاص بازدید شد. زیربنای درمانگاه در حدود ۱۵۰ مترمربع و شامل دو اتاق برای بیماران تالاسمی (۴ تخت اطفال و ۴ تخت بزرگسال) و یک اتاق معاینه پزشک و حمام و دستشویی است. تصویب ساخت این مکان مربوط به سال ۷۷ و با مشارکت بنیاد در سال گذشته تجهیز و ۲ ماه پیش نیز افتتاح شده است. حاجی آباد ۶۷ بیمار تالاسمی و ۳ بیمار هموفیلی دارد که از این تعداد ۶۰ بیمار به صورت مرتب و حداقل هفته ای یکبار مراجعه می کنند و بقیه از بیماران عشایر و به صورت گذری هستند. بیماران تالاسمی از لحاظ پمپ مشکل ندارند و همه تحت پوشش بیمه می باشند. ۲۸ نفر بیمه خویش فرما (خدمات درمانی)، ۸ نفر کمیته امداد و بقیه تأمین اجتماعی ولی هیچکدام آزمایشات روتین (HCV, HIV, HBS-Ag) را انجام نداده اند و برای انجام این آزمایشات باید به بندرعباس مراجعه کنند. آزمایشگاه در شهر وجود ندارد و وجود یک سل کانتر می تواند بسیاری از مشکلات را حل کند. مشکلات اصلی عبارتند از: ۱- دستگاه سل

کانتر ۲- تأمین خون بیماران، زیرا خونها می بایست از پایگاه انتقال خون بندرعباس تهیه شود و میزان خون کم است، و از طرفی تنها هفته ای یکبار با ماشین مربوط به شبکه بهداشت خون از بندرعباس آورده می شود لذا درمانگاه به جای آنکه تمام هفته خدمات ارائه کند فقط ۲ روز چهارشنبه و پنجشنبه پذیرای بیماران به صورت فشرده است در حالی که اگر این مسأله حل شود (با یک دستگاه اتومبیل که بتواند یک روز در اختیار باشد و یا پایگاه انتقال خون) می تواند این خدمات را در تمام هفته در اختیار بیماران بگذارد. ۸ بیمار دیالیزی در شهر حاجی آباد زندگی می کنند که این بیماران ۲-۳ بار در هفته برای همودیالیز به بندرعباس مراجعه می کنند، مسئولین بهداشتی، درمانی این شهر اظهار داشتند که تعدادی بیمار دیالیزی دیگر نیز هستند که به استان مجاور مراجعه می کنند. به نظر می رسد در صورت تعبیه فضا فیزیکی در بیمارستان در حال ساخت با توجه به بعد مسافت و خطرات جاده و محرومیت مردم منطقه تجهیز و راه اندازی یک بخش دیالیز در این شهر ضروری باشد. پس از بازدید از این درمانگاه به اتفاق آقای دکتر اطهری مسئول کارشناسی شبکه بهداشت به دیدار فرماندار آقای نجفی رفتیم و ایشان نیز به مشکلات فاصله زیاد و جاده ترانزیت و غیر استاندارد و همچنین مسأله عشایر اشاره کردند و همچنین در مورد بیمارستان در حال ساخت اظهار امیدواری کردند که تا سال آینده راه اندازی شود. برنامه روز دوم مربوط به شهرهای جاسک، میناب و رودان بود. شروع حرکت

به سمت جاسک ساعت ۵/۳۰ صبح بود و به علت خرابی ماشین و معطلی ۳۰ دقیقه ای، حدود ساعت ۱۰ صبح به شهر جاسک رسیدیم. منطقه ای واقعاً محروم که از بدو ورود شما فقر مادی و فرهنگی را احساس می کنید. جاسک حدود ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت دارد که با احتساب روستاهای اطراف این رقم به ۵۰۰۰۰ نفر می رسد. مرکز درمانی شهر ساختمانهای بسیار قدیمی در یک طبقه و بیشتر شبیه به یک مخروبه است. در این مرکز یک متخصص اطفال (تنها متخصص شهر) و ۴ پزشک عمومی (با احتساب ۲ مرکز روستایی تابعه) خدمت می کند. در این مرکز خدمات زایمانی، پانسمان، اطفال و ایزوله TB ارائه می شود. جاسک ۲۲-۲۰ بیمار تالاسمی و ۲ بیمار دیالیزی دارد و بیمار هموفیلی در این جا تشخیص داده نشده است. مشکل عمده در این منطقه مشکل فرهنگی است که بیماران تالاسمی شناسایی نمی شوند یا خودشان برای دریافت خدمات بهداشتی مراجعه نمی کنند. به طور مثال پزشکان این منطقه خانواده ای را می شناسند که ۲ فرزند تالاسمی دارند که آنها را به امان خدا رها کرده و به هیچ عنوان برای تزریق خون مراجعه نمی کنند. مشکل دیگر این است که اکثر آزمایشات تنها در مرکز استان انجام می گیرد، به طور مثال اندازه گیری فریتین تنها در بندرعباس انجام می شود که آن هم به علت کمبود کیت های تشخیصی گاهی انجام نشده و به تهران ارجاع می شود. همچنین آزمایشات HIV، HBS-Ag نیز (به دلیل عدم استطاعت مالی بیماران) انجام نشده است. بخشی که بیماران تالاسمی خدمات می گیرند یک اتاق در مجاورت خدمات زنان و زایمان با ۲ تخت

اطفال و ۲ تخت بزرگسال در بیرون از محوطه اصلی مرکز بود. به نظر می‌رسد با احداث یک فضای فیزیکی مجزا خدمات بهتری ارائه شود. خون این مرکز نیز از بندرعباس تأمین می‌شود که برای این کار مسافت ۳۳۰ کیلومتری باید طی شود. بنابراین عملاً این مرکز نیز ۲-۳ روز در هفته فعال است.

پس از جاسک در مسیر بازگشت از میناب دیدن کردیم که از لحاظ جمعیت دومین شهر پرجمعیت استان می‌باشد، و در فاصله ۱۰۴ کیلومتری بندرعباس قرار دارد. جمعیت شهر حدود ۶۰ هزار نفر و یا روستاهای تابع بالغ بر ۲۴۰ هزار نفر می‌شود. میناب یک بخش دیالیز در بیمارستان شهید بهشتی دارد که ۲۶ بیمار را تحت پوشش دارد و دارای ۶ دستگاه فرزیونس می‌باشد. از این تعداد ۳ بیمار HBS-Ag+ هستند که یک نفر HIV+ نیز می‌باشد و از دستگاه جداگانه استفاده می‌کنند. از مشکلات بخش دیالیز این است که کمبود داروی Eprex همانند تمام نقاط دیگر استان در اینجا نیز وجود دارد. عدم هماهنگی بین بیمه‌های کارگزار برای بیماران دیالیزی مشکلاتی را به وجود آورده است از جمله انجام آزمایش‌های HIV و هیپاتیت B و C طبق توافق به عمل آمده با بیمه خدمات درمانی رایگان انجام می‌شود. ولی بیمه کمیته امداد را قبول ندارند (سازمان انتقال خون)، از طرف دیگر بیماران تحت پوشش کمیته امداد اگر بخواهند از بیمه خدمات درمانی بیماران خاص استفاده کنند از بقیه مزایای کمیته امداد محروم می‌شوند. همچنین این بیماران اکثراً برای تهیه دارو از عهده

فرانشیز نیز برنمی‌آیند. کف بخش دیالیز نیز احتیاج به تعویض و بازسازی دارد و در حال حاضر قابلیت شستشو را به سختی دارد که از نظر بهداشتی مسأله‌دار است. فضای فیزیکی بخش دیالیز مطلوب است و گنجایش ۲-۳ دستگاه دیگر را دارد.

پس از آن از بخش تالاسمی همکف پلی کلینیک تخصصی شفا دیدن کردیم که دارای ۳۰۰ بیمار تالاسمی به صورت رسمی است که از این تعداد حدود ۲۱۰ نفر به این محل مراجعه می‌کنند و بقیه به علت اینکه تهیه خون مشکل است به بندرعباس مراجعه می‌کنند (که احتمالاً پس از راه‌اندازی پایگاه انتقال خون تعداد قابل ملاحظه‌ای از این افراد به این مرکز مراجعه خواهند کرد. بخش تالاسمی ۱۰ تخت اطفال در دو سالن دارد که با توجه به اینکه حدود ۱۵ بیمار بزرگسال دارند نیاز به حداقل ۲-۱ تخت بزرگسال احساس می‌شود. همچنین کمبود یمپ نیز وجود دارد و در هنگام بازدید حدود ۲۰ بیمار جدید داشتند که احتیاج به یمپ دارند. همچنین در این منطقه (در واقع در کل استان) تعداد قابل ملاحظه‌ای (که آمار دقیقی هم نداشتند) بیمار سیکل سل و ترکیب این دو بیماری (انمی داسی شکل و تالاسمی) وجود دارد که احتیاج به خونگیری و دسفرال دارند. در طبقه سوم این پلی کلینیک تجهیزات مربوط به پایگاه انتقال خون مستقر بود که هنوز راه‌اندازی نشده و در صورت انجام آن مشکلات زیادی برطرف می‌شود.

شهر دیگری که بازدید شد رودان بود که در فاصله ۱۰۴ کیلومتری بندرعباس قرار دارد و با ۳۰ هزار نفر جمعیت شهری

که به همراه روستاها و بخش‌های تابعه به ۱۱۰ هزار نفر می‌رسد. بخش دیالیز در بیمارستان علی بن ابیطالب (تنها بیمارستان شهر) با ۲ دستگاه فرزیونس راه‌اندازی شده که به ۱۱ مریض از شهر رودان و ۷ نفر از نقاط دیگر (جمعاً ۱۸ نفر) خدمات رسانی می‌کند. البته ۲ دستگاه دیگر نیز دارند که به علت نداشتن فضای فیزیکی استفاده نمی‌کنند. ۱ نفر از بیماران HBS+ است که به بندرعباس ارجاع داده می‌شود. رئیس بیمارستان آقای دکتر نجفی در این بازدید ما را همراهی کردند. در محیط بیرونی بیمارستان فضای کافی هم برای گسترش بخش دیالیز (که روبروی بخش زنان و زایمان قرار دارد و از این لحاظ زیاد مناسب نیست) و هم برای ایجاد یک بخش جدید وجود دارد. و به هنگام بازدید یکی از دستگاه‌ها خراب بود که در این چند ماه پس از افتتاح برای سومین بار است که خراب می‌شود. مشکل اصلی در این بیمارستان نداشتن منبع ذخیره آب است که چون قطع شدن آب به صورت مکرر در روز اتفاق می‌افتد و اگر این قطع شدن اندکی طولانی شود در برنامه دیالیز اختلال ایجاد می‌کند. رودان دارای ۱۶ بیمار تالاسمی می‌باشد که حدود ۲۰ نفر بزرگسال هستند. در آزمایشگاه آزمایش‌های اولیه به صورت دستی انجام می‌شود و وجود یک سل کانتر می‌تواند مشکلات زیادی را حل کند. بخش تالاسمی در بیرون از محوطه اصلی بیمارستان قرار دارد، دارای ۲ تخت اطفال و ۳ تخت بزرگسال است البته اتاق دیگری نیز در همان محل وجود دارد ولی تخت و

وسایل دیگر مانند کولر و... ندارد و با تجهیز این محل می توان خدمات را به نحو بهتری ارائه داد. در ضمن بخش تالاسمی یک روز در میان مشغول به کار است. رودان ۱۲ بیمار هموفیلی دارد (همه کمبود فاکتور دارند) که در بخش تالاسمی فاکتور دریافت می کنند.

در روز سوم بازدید مراکز بیماریهای خاص بندر لنگه و قشم در دستور کار قرار داشت. شروع حرکت ما به سمت بندر لنگه ساعت ۵/۳۰ صبح و زمان رسیدن ۸ صبح بود. این شهر در فاصله ۲۲۶ km قرار دارد. بیمارستان شهید بهشتی دارای یک بخش دیالیز با ۳ دستگاه گامبرو است (۲ دستگاه از بیمارستان بندرعباس انتقال یافته) که به ۱۸ بیمار سرویس می دهد و بیمار HBS+ ندارند. ۶ بیمار پیوندی دارند که ۳ نفر از اینها در یکسال اخیر پیوند زده اند، مشکل اصلی قطع برق است که ژنراتور بیمارستان ظرفیت تأمین برق بخش دیالیز را ندارد و به یک ژنراتور حداقل 16kw احتیاج دارند.

بخش تالاسمی ۴۰ بیمار دارد و دارای ۵ تخت (۱ بزرگسال و ۴ اطفال) می باشد که محل برای اضافه شدن یک تخت دیگر نیز دارند و همچنین وسائل رفاهی مانند ویدئو ندارند. ۳ بیمار هموفیلی به اینجا مراجعه می کنند که ۲ نفر کمبود فاکتور ۸ و ۱ نفر که از گاوبندی می آید کمبود فاکتور ۱۳ دارد. بیمارستان دارای بخشهای داخلی، جراحی، اطفال، زنان، ICU و درمانگاه است. در بیمارستان شهید بهشتی موفق نشدیم رئیس بیمارستان را به علت مشغله کاری ایشان را ببینیم که در این صورت

بیشتر می توانستیم با مشکلات آشنا شویم. ساعت ۱۲ ظهر به بندرعباس برگشتیم. ساعت ۱۲/۱۵ روز سوم به سمت قشم حرکت کردیم و قرار بود که با فرماندار قشم هماهنگ شود ولی متأسفانه به علت عدم هماهنگی اندکی در قشم معطل شدم و آقای عاقلی مسئول امور اجتماعی و انتخابات در این جهت ما را یاری کردند. قشم دو بیمارستان دارد اولی بیمارستان حضرت فاطمه (س) است که دولتی بوده و در خود شهر قشم قرار دارد. دومی بیمارستان خلیج فارس است که تحت نظر منطقه آزاد قشم قرار دارد و بخش دیالیز در آنجا می باشد. ابتدا به دیدار آقای دکتر قدیمی رئیس شبکه بهداشت رفتیم که خلاصه کلام ایشان احتیاج مبرم قشم به یک مرکز انتقال خون بود. همچنین از لحاظ بعد مسافتی قشم جزیره ای به شکل ماهی است و طولانی و از لحاظ مسافتی می توان طول جزیره را در حدود ۱۵۰ km طی کرد. بنابراین دسترسی و پوشش دادن قشم مشکل است (متشکل از حدود ۶۰ آبادی است). بیمارستان حضرت فاطمه در داخل شهر حدود ۶۰ بیمار تالاسمی را در یک اتاق با ۵ تخت اطفال و یک تخت بزرگسال تحت پوشش دارد. فضای فیزیکی نامطلوب بوده و بسیار کوچک است به همراه آقای دکتر محمودی مسئول اورژانس و خانم دکتر ختمی مسئول بیمارستان تالاسمی از بخش بازدید شد. کمبود خون از مشکلات عمده ای است که علاوه بر بیمارستان تالاسمی بقیه بیمارستان نیز با این مشکل مواجهند. همچنین داروخانه بیمارستان به علت اینکه مسئول فنی (داروساز) ندارند با تأمین اجتماعی قرارداد

ندارند و برای بیماران تالاسمی دسفرال آزاد حساب می شود. همچنین مشکل فرهنگی بیشتر از منطقه دیگر است و معمولاً اگر قبل از ازدواج مشخص شد که هر دو طرف تالاسمی مینور دارند از ازدواج منصرف نمی شوند و به روشهای دیگر عقد می کنند. محیط تزریق خون برای بیماران تالاسمی در یک اتاق کوچک و به صورت فشرده است. مشکل عمده بسیاری از بیماران دوری مسافت است.

حدود ساعت ۴ بعد از ظهر به سمت جیحیان که در ۳۵ km شهر قشم قرار دارد و بیمارستان خلیج فارس در آنجا قرار دارد حرکت کردیم و ساعت ۴/۴۵ به آنجا رسیدیم. ریاست بیمارستان آقای دکتر فرهنگی بخش دیالیز را به ما نشان دادند که با ۲ دستگاه فرزیئوس به ۷ نفر از بیماران دیالیزی خدمات رسانی می کند که ۴ نفر از شهر و ۳ نفر از روستا می آیند و اتباع خارج نیز به صورت محدودی استفاده می نمایند.

خانم دکتر رضایی پور متخصص داخلی و مسئول بخش دیالیز نیز به برخی مشکلات اشاره کردند. از جمله کمبود و نوع توزیع داروهای Eprex و Venofer که فقط در بندرعباس است و اگر بتوان ترتیبی اتخاذ کرد تا بتوان این توزیع را در خود جزیره قشم انجام داده مشکل این بیماران حل می شود. از نکات دیگر اینکه بخش دیالیز منطقه آزاد قشم یک دستگاه تلوپزیون کوچک دارد و ویدئو نیز ندارند. محیط بیمارستان مناسب و آماده ارائه خدمات است و دکتر فرهنگی نیز مشکل اصلی را عدم وجود یک پایگاه انتقال خون در قشم دانست و آمادگی خود

را چه اختصاص قسمتی از ساختمان و تجهیزات بیمارستان را به این امر اعلام نمودند. همچنین طبق آمار اعتقاد داشتند که ۶۰٪ بیماران تالاسمی از لحاظ دریافت خدمات و رفت و آمد به بیمارستان خلیج فارس نزدیکترند و آمادگی داشتند حتی به صورت آزمایشی این خدمات را به بیمارستان تالاسمی ارائه کنند و در صورت بازدهی مناسب کلاً به تمام یا حتی بخشی از بیماران این خدمات را ارائه کنند.

پیشنهادات برای کمک بنیاد:

۱- اهداء یک دستگاه ویدئو جهت بخش

دیالیز بیمارستان خلیج فارس قشم.

۲- اهداء یک دستگاه تلویزیون جهت درمانگاه تالاسمی بندرعباس.

۳- اهداء یک دستگاه تلویزیون جهت درمانگاه تالاسمی میناب.

۴- اهداء ۱۰۰ دستگاه پمپ دسفرال برای درمانگاه تالاسمی بندرعباس و میناب.

۵- ارسال کتابچه‌ها و بروشورها و پوستره‌های آموزشی به مراکز بیماریهای خاص استان.

۶- تکمیل تجهیزات مراکز تالاسمی رودان و رفع کمبودهای مرکز:

الف- تخت اطفال ۳ عدد

ب- پایه سرم ۳ عدد

ج- کولر گازی ۱ دستگاه

د- کمد کنار تخت ۲ عدد

۷- بررسی اهداء ۲ دستگاه سل کاتر جهت آزمایشگاههای رودان و حاجی آباد

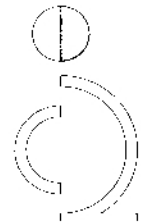
۸- اهداء یک دستگاه تلویزیون و یک دستگاه ویدئو جهت مرکز تالاسمی رودان.

۹- اهداء یک دستگاه تلویزیون و یک دستگاه ویدئو جهت مرکز دیالیز رودان.

۱۰- اهداء یک دستگاه تلویزیون و یک دستگاه ویدئو جهت مرکز تالاسمی گاوبندی.

استان	شهرستان	نام مرکز	تاریخ تاسیس	نوع بیماری	تعداد بیمار
هرمزگان	بندرعباس	بیمارستان شهید محمدی	۱۳۵۹	دیالیزی	۶۴
هرمزگان	بندرعباس	مرکز هموفیلی بندرعباس	۱۳۶۹	هموفیلی	۵۵
هرمزگان	بندرعباس	مرکز تالاسمی بندرعباس	۱۳۶۹	تالاسمی	۸۰۰
هرمزگان	بندرعباس	درمانگاه دیابت بیمارستان شهید مدنی	۱۳۷۶	دیابت	۶۲۵
هرمزگان	بندر لنگه	بیمارستان شهید بهشتی	۱۳۷۶	تالاسمی	۴۰
هرمزگان	بندر لنگه	بیمارستان شهید بهشتی	۱۳۷۶	دیالیزی	۱۸
هرمزگان	بستک	بیمارستان فکری	۱۳۷۰	تالاسمی	۳۵
هرمزگان	جاسک	مرکز اورژانس	۱۳۷۴	تالاسمی	۲۲
هرمزگان	حاجی آباد	مرکز اورژانس	۱۳۷۷	هموفیلی	۳
هرمزگان	حاجی آباد	مرکز اورژانس	۱۳۷۷	تالاسمی	۶۷
هرمزگان	رودان	بیمارستان علی ابن ابیطالب	۱۳۶۹	تالاسمی	۱۱۶
هرمزگان	رودان	بیمارستان علی ابن ابیطالب	۱۳۶۹	هموفیلی	۱۲
هرمزگان	رودان	بیمارستان علی ابن ابیطالب	۱۳۷۹	دیالیزی	۱۸
هرمزگان	قشم	بیمارستان فاطمه زهرا (س)		تالاسمی	۶۰
هرمزگان	قشم	بیمارستان خلیج فارس	۱۳۷۷	دیالیزی	۸
هرمزگان	میناب	بیمارستان شهید بهشتی	۱۳۷۸	دیالیزی	۲۶
هرمزگان	میناب	مرکز درمانی تالاسمی	۱۳۷۰	تالاسمی	۳۰۰
هرمزگان	گاوبندی	مرکز درمانی تالاسمی		تالاسمی	۸

تجارت انسانی باز تولید برده‌داری در عصر مدرن



مقدمه:

اقتصادی، اجتماعی و سیاسی را در بر می‌گیرد. از روزگاران پیشین نیز تجارت انسان‌ها و برده‌فروشی وجود داشته که زنان و بچه‌ها قشر آسیب‌پذیر و حساس جوامع بوده و هستند. در نتیجه قاچاقچیان انسانی بیش‌ترین فشار خود را بر زنان و کودکان وارد ساخته‌اند و در بازارهای جهانی دستاویز قرار داده‌اند. در گذشته‌ای دور قاچاقچیان و برده‌داران از زنان و کودکان استفاده‌های جنسی و جسمی می‌نمودند اما امروزه کمی فرق کرده است، علاوه بر استفاده‌های فوق برداشتن اعضای بدن آنان نیز مرسوم شده است. زنان و کودکان که از لحاظ جسمانی قوت کم‌تری نسبت به مردان دارند مورد دزدی و خرید و فروش قرار می‌گیرند و اعضای بدنشان در بازارهای سیاه‌جهانی به فروش می‌رسد.

قاچاقچیان انسان در روزگاران قدیم تنها به خرید و فروش سیاه‌پوستان و اسرای باقی‌مانده از جنگ‌های قومی‌نژادی می‌پرداختند و در امور کشاورزی و کارگری از آنان استفاده می‌کردند. اما امروزه یکی از عوامل تجارت انسانی فقر است. فقر، بیکاری، ظلم، بیماری، بی‌سوادی، خصومت‌های شخصی و

امروزه پیوند اعضای بدن در علم پزشکی یک پیشرفت و ترقی بزرگ محسوب می‌شود. خوشبختانه فقه مرفعی اسلامی به بهترین شیوه به این مسئله پاسخ داده است و با همت و پی‌گیری بنیاد امور بیماری‌های خاص بحث پیوند اعضا در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسیده است اما متأسفانه بعد از گذشت چندین ماه هنوز هیچ‌گونه آیین‌نامه اجرایی از طرف وزارت بهداشت و درمان تدوین نشده است و ممکن است عدم قانون‌مندی در این زمینه فسادهایی را به دنبال داشته باشد. در مقاله زیر به این بحث پرداخته شده و نمونه‌هایی از فسادهای ناشی از عدم قانون‌مندی در کشورهای دیگر آورده شده است.

تجارت انسانی

امروزه نمی‌توان این مساله را انکار کرد که تجارت انسانی سودمندتر از تجارت اسلحه، پشم و ابریشم و دارو است. تجارت انسانی به جا و مکان خاصی منحصر نمی‌شود. امروزه در سراسر جهان قاچاق انسان‌ها برای اهداف مختلف وجود دارد. تجارت انسان‌ها مقاصد

ترجمه و گردآوری:

مینا صدوقی‌وند

پزشک عمومی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دیگر عوامل سبب ایجاد تجارت انسان‌ها می‌شود. اکنون خرید و فروش انسان‌ها منحصر به سیاه‌پوستان نمی‌شود، سفیدپوستان را هم در برمی‌گیرد. البته درصد تجارت فقرا و بی‌بضاعتان بیش‌تر می‌باشد.

امروزه تجارت انسانی مساله‌ای جهانی شده و پلیس بین‌الملل به دنبال دستگیری قاچاقچیان انسانی و اعضای بدنشان می‌باشد. اما شبکه آنها آنقدر پیشرفته است که از دیدگان پنهان می‌ماند.

وقتی این مطالب را می‌خوانیم ناخودآگاه به یادمان کلبه عموتوم می‌افتیم. اما امروزه بریدن اعضای بدن، شوک الکتریکی، آزمایش‌های وحشتناک مانند یک موش آزمایشگاهی بر دیگر ستم‌ها اضافه شده است. در دوران برده‌داری قدیم هنوز علم آنقدر گسترش نیافته بود که بر یاخته‌ها، سلولها و اعضای بدن برده‌ها تحقیق کنند و مورد خرید و فروش قرار دهند. همان‌طور که روز به روز آسایش بشر و پیشرفت علم زیادتر می‌شود، مشکلات و مصائب بیشتری را نیز به دنبال خواهد داشت. در روزنامه‌ای پاکستانی زبان آمده است که تجارت و قاچاق انسان در بنگلادش، برمه، افغانستان و آسیای مرکزی بیش‌تر از دیگر نقاط دنیا دیده می‌شود به ویژه کشورهایی که در فقر به سر می‌برند.

امروزه تجارت انسانی به این صورت ایجاد می‌شود که زنان و کودکان توسط والدین و همسرانشان به فروش می‌رسند و یا این که دزدیده می‌شوند که همان آدم‌ربایی است. قاچاقچیان انسان از اینان

استفاده‌های زیادی می‌نمایند.

برای مثال چند وقت پیش با دختر جوانی که یک چشم داشت و گوشه خیابان خوابیده بود مصاحبه‌ای داشتیم. او گفت در سال ۱۹۸۹ وقتی ۱۵ ساله بودم توسط والدینم که در فقر به سر می‌برند و به نان شب محتاج بودند به مردی فروخته شدم. او مرا از هند به پاکستان آورد. در کراچی مورد جراحی قرار گرفتم و یک چشمم را درآوردند. همچنین وقتی به هوش آمدم متوجه شدم روی شکمم جای بریدگی و بخیه وجود دارد، بعدها فهمیدم که یک کلیه‌ام را هم خارج نموده‌اند. تا چند ماه درد شدیدی داشتم. مرا در یک دخمه نگه داشته بودند. بعد از این که حال کمی خوب شد مرا به یک راننده تاکسی فروختند. در واقع همسرش شدم. او مرا به کوتا یکی از شهرهای کوچک کراچی آورد. او و پدر و مادرش بادیدن کوچک‌ترین نافرمانی از من، با چوب مرا می‌زدند. از صبح تا شب در خانه و مزرعه کار می‌کردم. با داشتن وضعیت نامناسب جسمانی‌ام مجبور به تحمل کارهای سنگین بودم. دو بچه به دنیا آوردم که حتی لحظه‌ای حق دیدنشان را نداشتم. یک روز فکری به سرم زد پیاده به کراچی آمدم. در واقع فرار کردم. اکنون ۱۳ ماه است که در خیابان‌های کراچی زندگی می‌کنم و گدایی می‌نمایم به دلیل یک چشم بودنم مردم به من ترحم می‌کنند.

از او پرسیدیم آیا می‌خواهی به میهنت برگردی؟ او گفت: هرگز زیرا والدینم یک بار مرا فروختند پس حتماً باز هم مرا خواهند فروخت. هرگز به میهنم باز نمی‌گردم. همان‌طور که گفتیم تجارت انسانی

یکی از فجیع‌ترین حوادث روزگار امروزی است. پلیس و نیروهای انتظامی بین‌المللی باید فعالیت بیشتری در جهت دستگیری قاچاقچیان انسانی داشته باشند. برداشتن اعضای بدن به ویژه از خارجیان مقیم کشورها مرسوم‌تر است. زیرا اصولاً یک خارجی در کشور غریب نیاز به پول، ویزا، سرپناه، کار و غیره دارد. در قبال دادن اعضای بدنشان مانند چشم، کلیه، دست، پا و ... می‌خواهند نیازهایشان برآورده شود. البته در بیش‌تر مواقع، قاچاقچیان اعضای انسان با گرفتن اعضای بدن آنان، پول نمی‌پردازند و فرار می‌کنند. در حقیقت خارجیان به دلیل آشنانیدن به شرایط و زبان و موقعیت جامعه رودست می‌خورند.

در هند به دلیل ازدیاد زاد و ولد و همچنین فقر جامعه، والدین کودکان خود را به قیمت‌های ناچیزی می‌فروشند و قاچاقچیان اعضای انسان در کمین نشسته و اعضای بدن اطفال را حتی به قیمت مرگ آنان، درآورده و به قیمت‌های گزافی به کشورهای پیشرفته و توسعه یافته می‌فروشند. در اینجا چه کسانی مقصر هستند؟ والدین، نظام اجتماعی، قاچاقچیان و یا کشورهای توسعه یافته؟

چند خبر مستند در دنیای خرید و فروش اعضای بدن

در بخش خبری تلویزیون آمریکا یک گزارش ۶۰ دقیقه‌ای در زمینه جنایات و تجارت انسانی و کشتار هزاران کودک در هائیتی و آفریقا پخش شد. در این گزارش

اعلام گردید که ۸۸ کودک در هایتی و صدها کودک در آفریقا بر اثر تزریق واکسن و مصرف دارو از بین رفتند. داروسازی هایتی نوع الکل و گلیسرین را برای شیرین کردن داروهای کودکان از شرکت آلمانی خریداری نمود و این شرکت آلمانی نیز مواد ترکیبی اش را از چین آورده بود. همه کودکانی که از این دارو استفاده نمودند به طور مرموزی مردند و دولت آلمان اجساد آنان را برای تحقیقات خریداری نمود.

و اکنون خبری دیگر از ترکیه

در سال ۱۹۹۷ پرده از راز یکی از شرکت های بین المللی غیرقانونی خرید و فروش و پیوند اعضای انسان برداشته شد. این شرکت در ترکیه، جمهوری چک و اسرائیل فعال بود.

یک مرد استانبولی با جدال و کشمکش توانست ۲ نوجوان را برآید و از هر کدام یکی از کلیه های شان را به قیمت ۸۰۰۰ دلار در آمریکا بفروشد. پلیس توانست این مرد را دستگیر و از این طریق به باند فروشندگان اعضای بدن دست یابد. به وسیله دوربین مخفی توانستند یکی دو دلال ترک تبار اعضای بدن انسان را بگیرند. یکی از این دلالان یک جراح ترکیه ای بود. دلالان مدعی بودند که کلیه ها را ۵۰۰۰ دلار به فروش می رسانند. در جایی دیگر پلیس توانست مرد یک ترکیه ای را که از طریق جمهوری چک می خواست چند کلیه را به یک اسرائیلی بفروشد دستگیر کند. به گزارشی دیگر، ۵۰ اسرائیلی از طریق قاچاقچیان ترکیه ای همان سال توانستند چندین کلیه خریداری نمایند.

شبکه های اسرائیلی در استونی برای خرید و فروش کلیه انسان

تجارت اعضای مختلف بدن انسان تنها منحصر به کشورهای فقیر و عقب افتاده نمی شود، بلکه در اروپای شرقی و مرکزی نیز اکنون اعضای انسان با مبالغ بسیار ارزان خریداری می شود و روز به روز با روش های گوناگون توسعه می یابد.

در تحقیقات و بررسی های پزشکی مشخص گردید که در ژانویه سال ۲۰۰۰ در تالین پایتخت استونی دو پزشک به طور مخفیانه کلیه های ۶ مرد روسی، ملداویایی و رومانیایی را به طرز فجیعی درآورده و به ۶ اسرائیلی پیوند زدند.

در بازجویی از این دو پزشک آنان ادعا کردند که آن ۶ نفر با رضایت خودشان کلیه اهدا نمودند. در اسرائیل پیوند اعضا منع قانونی دارد، مگر این که فرد از بستگان بیمار باشد.

البته پلیس استونی این دو جراح را دستگیر نمود. بعدها معلوم شد که واقعا حقیقت داشته است که اهداکنندگان کلیه رضایت خودشان درمیان بوده است. در عوض این دو پزشک تعهد داده بودند که در قبال گرفتن کلیه از آنان، ویزا و اقامت دائمی شان را تهیه کنند که همه گفته های شان دروغی بیش نبوده است. اسرائیل به بهانه های مختلف این دو جراح را توییح نکرد. یکی از دلایل آنها این بود که این دو جراح خارج از اسرائیل دست به چنین عملی زده اند.

با دستگیری این دو جراح اسرائیلی، شبکه باند قاچاق اسرائیلیان در استونی

شناخته شد. رئیس بیمارستان استونی، لئونارد کوک Leonard Kuk هیچ یک از پزشکان استونیایی بیمارستانش را مسؤول چنین عمل غیرقانونی ندانست و از زدو بند های پزشکان اسرائیلی بی اطلاع بود. دولت استونی علاوه بر مجازات های مختلف، این دو پزشک را به پرداخت ۸۰۰۰۰ کرون (۵۵۰۰ دلار) محکوم نمود.

البته طبق روزنامه هارتز اسرائیل عمل پیوند هر کلیه ۱۵۰۰۰۰ دلار هزینه دربردارد.

در سال ۱۹۹۵ حدود ۲۱ درصد از بیماران اسرائیلی که نیاز به پیوند کلیه داشتند تنها ۱۵ درصدشان پیوند زده شدند، یعنی حدود ۹۰۰ بیمار از داشتن کلیه محروم ماندند، زیرا دولت اسرائیل این عمل را مشروط به فامیلی بودن می کند. در نتیجه پزشکان اسرائیلی در گوشه و کنار دنیا به شکار افراد نیازمند و فقیر می پردازند و با وعده و وعیدهای مختلف آنان را به دام می اندازد و کلیه شان را درمی آورند.

رئیس بیمارستان ماستامی تالین اعلام نمود که این دو جراح به دلیل نبودن قانون محکم در استونی در زمینه خرید و فروش اعضای انسان دست به چنین کاری زده اند.

دکتر لاینو (Lainevee) در بیمارستان تالین اظهار داشت که باید قوانینی وضع گردد تا خارجیان سودجو نتوانند دست به چنین کارهایی بزنند. می توان گفت استونی سرزمین فرصت های بی انتها برای خارجیان است.

اگرچه هند هنوز یکی از اصیل ترین

کشورهایی است که اعضای انسان به راحتی تجارت می‌شود و به دلیل فقیر بودن مردم هند، اسرائیلی‌ها با پرداخت مبالغ بسیار اندکی اعضای بدن آنها را می‌خرند تا حدی که سلامتی اینان به خطر می‌افتد.

در اسرائیل قیمت اعضای بدن انسان به شرح زیر است: ۴۴۲۵ دلار برای قرنیه، ۵۵ دلار برای پوست، ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ دلار برای کلیه.

در چین اهداکنندگان، پول زیاد دریافت نمی‌کنند. اصولاً زندانیان چینی در معرض اهدای اعضا به طور مجانی هستند.

طبق آمار سازمان حقوق انسانی در آسیا سالانه ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ عضو از بدن زندانیان بریده می‌شود تا به بیماران چینی و خارجیان با مبالغ گزاف فروخته گردد.

در هنگ کنگ، اسرائیلی‌ها در طول سال ۵۰ تا ۶۰ کلیه از کشور خارج می‌کنند. در واقع ممکن است دزدیدن اعضای بدن سبب مرگ شخص شود. اما اسرائیلی‌ها در سراسر جهان باندهای گسترده‌ای برای دزدیدن افراد و برداشتن اعضای آنها دارند.

سال گذشته در مجله اسپینگل آلمان مقاله‌ای با این عنوان ارائه شد:

در آلمان تجارت اعضای بدن مردگان خارج از محوطه بیمارستان به صورت قاچاق روزبه روز افزایش می‌یابد.

این شرکت‌ها پوسته احاطه کننده مغز و نخاع را برمی‌دارند و ده‌ها هزار استفاده در مصارف دارویی می‌نمایند. غشای ماهیچه‌ها نیز از بدن مردگان برداشته شده و مصرف می‌شود. همان‌طور اسرائیل در استونی به طور قاچاق اعضای افراد زنده و

مرده را خرید و فروش می‌نماید. چند آلمانی نیز در استونی دست به این کار زده‌اند. یک روزنامه استونیایی گزارش کرد که یک شرکت پزشکی، بافت‌های انسانی را به طور مخفیانه به شرکت‌های آلمانی فروخته است. بافت‌های استخوانی و غشا اطراف مغز نسبت به دیگر اعضای بدن خریدار بیش‌تری دارند.

یکی از پزشکان استونی برای عقیده است که برداشتن اعضای بدن انسان تا زمانی مجاز می‌باشد که به سلامتی فرد صدمه نزنند و سبب بیماری و مرگ او نگردد. همچنین در برداشتن اعضای بدن از فرد مرده باید اقوام نزدیک متوفی رضایت کامل داشته باشند. در این صورت از نظر من اشکالی وجود ندارد و نباید به این مساله ایراد گرفت. البته درباره خارجی‌ها مساله فرق می‌کند. خارجی‌هایی که قاچاقی اعضای انسان را از این کشور خارج می‌کنند باید مجازات شوند و مورد پیگیری قرار گیرند. انسان کالا نیست اما در موارد استثنایی مجبور به خرید و فروش اعضای بدن می‌شود. امید است که در آینده‌ای نزدیک اعضای مصنوعی را جایگزین کنیم و دست افراد سودجو را کوتاه نماییم.

اعتراف یک پدر

به خدا مجبور بودم برای سیر کردن شکم خانواده پرجمعیت‌ام یکی از فرزندانم را بفروشم تا اعضای بدنش قطعه‌قطعه شود و مورد مصرف قرار گیرد. می‌دانم گناه کردم اما چاره‌ای نداشتم، بالاخره تصمیم خود را گرفتم و او را فروختم در حالی که می‌دانستم

می‌خواهند چه بلایی بر سرش بیاورند. در گزارش دیگری از چین با این عنوان می‌خوانیم: «پول خون»

بازارهای سیاه خرید و فروش اعضای بدن انسان روزبه روز در چین گسترده‌تر می‌شود به ویژه فروش اعضای بدن زندانیان بیش‌تر وجود دارد. در روزنامه نیویورک چینی زبان گزارش شده بود که در چین فروش اعضای بدن زندانیان مساله‌ای رایج می‌باشد.

گزارشگر این روزنامه با یک پزشک و جراح چینی و همسرش در هتل منتهن مصاحبه‌ای داشت این جراح توضیح داد که چگونه زندانیان انتخاب می‌شوند و تحت آزمایشهای مختلف قرار می‌گیرند تا اعضای بدنشان برداشته و به فروش برسد. در چین همه اعضای بدن ۵۰۰۰ دلار قیمت دارد. گزارشگر اخبار ABC به چین سفر کرد و با کار گذاشتن دوربین مخفی در بیمارستان نظامی نانفانگ چین پرده از اسرار ارتشیان چین برداشت. یکی از نظامیان بلندپایه چین به همراه یک زن تایی اعضای بدن زندانیان را برداشته و به فروش می‌رسانند.

تجارت اعضای بدن انسان و فرهنگ‌ها و مذاهب

پیوند اعضای بدن سبب نجات جان هزاران انسان می‌شود. همچنین پیوند عضو مسائلی را به دنبال دارد که باید خون و گروه‌های بافتی بدن اهدا کننده به بدن گیرنده سازگاری داشته باشد. برای اتصال یک عضو به بدن یک بیمار باید به طور کامل

هماهنگی وجود داشته باشد.

افرادی که نیاز به عضو بدن دارند اگر ثروتمند باشند به هر قیمتی شده آن را به دست می آورند، ولی اگر از لحاظ مالی در مضیقه باشند باید در انتظار مرگ بنشینند. امروزه تجارت اعضای بدن هم امید بخش است و هم ناامید کننده و رعب انگیز.

در کشورهای صنعتی پیشرفته کم تر کسانی پیدا می شوند که با رضایت قلبی خودشان اهداکننده عضو باشند در نتیجه این کشورها به کشورهای فقیر و جهان سوم روی می آورند. در کشورهای پیشرفته تقاضا روز به روز بالا می رود و عرضه کم می شود.

همان طور که قبلا گفته شد، هند یکی از بزرگ ترین بازارهای خرید و فروش اعضای بدن انسان را دارد. درآمد متوسط یک کارگر هندی ۱۱ دلار در ماه است. به ویژه در طبقه تهی دست جامعه تجارت کلیه بسیار دیده می شود. در ۵ سال گذشته بیش از ۲۰۰۰ کلیه از بدن فقرا خارج شده است. در محله های فقیر نشین هند ۹۵ درصد از مردم دارای یک کلیه هستند. حتی والدین حاضر به فروش کلیه اطفال خود می باشند. اغلب کسانی که اعضای بدنشان را می فروشند، کارگر، کشاورز و از طبقه بی بضاعت جامعه هستند.

قیمت اعضای بدن افراد زنده در بازار آزاد بدین شرح است: ۴۴۲۵ دلار قرنیه چشم، ۵۵ دلار بافت پوست و ۱۰۰۰ دلار تا ۲۰۰۰ دلار یک کلیه. این قیمت ها بنابر اهداکننده و بیمار تغییر می کند. برای مثال

اگر اهداکننده نیاز فوری به پول نقد داشته باشد مسلما مبلغ اصلی را دریافت نخواهد کرد. اما اگر عجله نداشته باشند حتی می تواند بیش از این مبلغ را دریافت نماید. همچنین اگر بیمار نیاز فوری به یکی از اعضا داشته باشد دلالتان از این مساله سو استفاده می کنند و پول بیش تری از او خواهند گرفت. اوضاع و احوال اهداکنندگان (دهندگان) اعضای بدن در هند در مقایسه با زندانیان چینی بهتر است. طبق قوانین حقوق بشر آسیا حدود ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ عضو در سال از بدن زندانیان بریده می شود و به خارجیان و قاچاقچیان اعضای انسان فروخته می شود. برای مثال در هنگ کنگ، سالانه فقط ۶۰-۵۰ کلیه از بدن مردم زنده خارج می گردد. به دلیل نزدیکی دو شهر ثروتمند نشین چین به نام های شنزن و گانگزو به هنگ کنگ، مردمان آن اعضای بدنشان را به ساکنان این دو شهر می فروشند، تا حدی که ادامه حیاتشان به خطر می افتد. گرفتن اعضای بدن تنها از اهداکنندگان نمی باشد بلکه دزدی و سرقت و آدم ربایی نیز در بین است. به گزارش روزنامه اسپینگل در آلمان هزاران مغز و نخاع به طور قاچاقی رد و بدل می شود. جراحان سودجو با اغفال مردم، اعضای بدنشان را می گیرند و به قیمت های گزافی می فروشند.

اعضای بدن فرد فوت شده به مراتب کم تر است.

در سال ۱۹۹۳ در پارلمان هند مصوبه ای در زمینه خرید و فروش اعضای بدن انسان به تصویب رسید و قاچاقچیان اعضای بدن انسان به ۲ تا ۷ سال زندان

محکوم می شوند. البته دولت هند اقدام جدی در دستگیری قاچاقچیان نمی کند. در پارلمان انگلیس در سال ۱۹۹۰ نیز تا مدتی خرید و فروش اعضای انسان منع شد. اما به دلیل نیازهای جامعه این قانون لغو گردید.

در هند به دلیل فروش بیش از حد اعضای بدن که منجر به نقص عضو و مرگ افراد می شود، بسیاری از مذاهب هندی فروش اعضای بدن را منع کرده اند.

در کره جنوبی، معتقدان به کنفوسیوس تک تک اعضای بدن را هدیه ای است از سوی والدین می دانند. اهدای اعضای بدن را منع کرده اند و در آخرین معاهدات معتقدان کنفوسیوس سوزاندن بدن مردگان منع گردید. برداشتن عضوی از بدن عملی غیرشرعی دانسته شده است. حتی کالبدشکافی اجساد نیز منع شده است.

از سویی دیگر این حکم می تواند مثبت واقع نشود، زیرا به دلیل قیمت بالای اعضای بدن، فقرا و مستمندان و نیازمندان حاضر به از دست دادن جانشان هستند تا بتوانند پولی دریافت کنند. در چین ۶۰ دانشجو، داوطلب شدند که مغز استخوانشان را به استاد خود تقدیم نمایند. زیرا استادشان مبتلا به سرطان خون بوده و هیچ یک از اقوامش مشابهت بافتی و خونی با او نداشتند. این دانشجویان ابراز داشتند که برای نجات جان استادمان حاضریم با رضایت کامل مغز استخوانمان را اهدا کنیم.

در آفریقا، آدم ربایی، اغفال مردم و دزدی، اعضای بدن به وفور دیده می شود،

اما بسیاری از مذاهب و قبایل آفریقایی اهدای عضو بدن را منع نموده اند.

بسیاری از مذاهب متعصب و ریشه دار با اهدای اعضای بدن حتی فوت شده ها مخالفند و از نظر اخلاقی آن را عملی نادرست می دانند. اما بیش تر اوقات نیازهای مادی اجازه قبول این احکام را به مردم مستمند نمی دهد و مجبور به زیر پا گذاشتن مسائل و دستورات دینی و مذهبی خود می شوند.

هنگامی که فردی قبل از مرگش وصیت می کند تکه تکه بخش های جسدش اهدا گردد، پزشکان می توانند از ریه ها (در صورت سیگاری نبودن) قلب و کلیه استفاده و به فرد نیازمند دیگری پیوند بزنند البته به شرط آن که به دلیل بیماری مسری و عفونی فوت نکند.

همچنین افرادی که بر اثر تصادفات جانشان را از دست می دهند معمولاً جوان و سالمند، زیرا بر اثر بیماری فوت نکرده اند در نتیجه اعضای بدنشان دست نخورده باقی مانده است. این افراد معمولاً بر اثر ضربه های مغزی فوت شده اند و بقیه اعضای بدنشان کاملاً سالم است و برای پیوند به شخص نیازمند مفید واقع می شود، اما باید رضایت اقوام و نزدیکان متوفی جلب شود. به طور کلی نظرها و عقاید درباره ارائه و اهدای اعضای بدن مختلف است. بعضی از افراد موافق این عمل هستند و آن را کاری انسان دوستانه می دانند و با رضایت خودشان بدون دریافت پول حاضر به اهدای کلیه شان هستند. اما بعضی دیگر معتقدند که خداوند اجزاء بدنشان را اهدا نموده است بنابراین تک تک اعضای

بدن یک هدیه الهی است که نمی توان آن را اهدا نمود. به هر صورت بر سر این مساله بحث هایی در مذاهب و ادیان مختلف و فرهنگ های قومی نژادی در گرفته است و نظرات مخالف و موافق دارند.

بعضی از مکاتب نیز بر این عقیده اند که اگر رضایت فرد در میان باشد و با ارائه عضو بدن جانش به خطر نیفتد منع ندارد.

قوانین و نکات وضع شده در زمینه خرید و فروش اعضای انسان در پارلمان هند

پیوند اعضای انسان در سال ۱۹۹۴ در پارلمان هند به تصویب رسید و قوانینی در این زمینه وضع گردید که ۲۵۲ ماده می باشد تا اهداکننده و بیمار زیان نبینند و سوء استفاده های دلالت از بین برود. در اصل ترین بخش این قانون، مسائل مربوط به پیوند اعضای انسان و خرید و فروش آن کلمه به کلمه تعریف شده اند که شمه ای از آن به شرح ذیل است:

مرگ مغزی: یعنی شخص به دلیل ضربه مغزی یا بیماری های مغزی فوت کند و بقیه اعضای بدنش سالم و دست نخورده باشد.

فرد اهداکننده: کسی که کم تر از ۱۸ سال نباشد و به طور داوطلبانه و به همراه رضایت کامل آماده ارائه یکی از عضوهای بدنش باشد و اعضای بدنش در جهت عمل انسان دوستانه نجات فرد بیمار استفاده شود.

متوفی: کسی که علائم حیات در او وجود نداشته باشد و پزشکان مرگش را تایید کنند.

بیمارستان: شامل مرکز پزشکی است که پرستاران و پزشکان برای بهبود بیماران تلاش می نمایند و وسایل و تجهیزات جراحی و پزشکی در آن یافت می شود و فرد اهداکننده و فرد بیمار باید در چنین مکانی مورد عمل جراحی قرار گیرند.

اعضای بدن: بخشی از بدن انسان شامل بافت و جسم که با برداشت آن دیگر جایگزینی امکان ندارد.

اقوام نزدیک متوفی اهداکننده یا اهداکننده زنده: همسر، پسر، دختر، پدر، مادر، برادر، خواهر.

هزینه عضو بدن: طبق مقررات جدید و قیمت های تعیین شده، اهداکننده و بیمار موظف به گرفتن و پرداخت پول عضو بدن می باشند، هرگونه تخلف مورد پیگیری قرار می گیرد.

۷۹

پیوند عضو: پیوند هرگونه از عضو بدن از فرد زنده یا مرده به فرد زنده ای که نیاز به پیوند عضو دارد. قوانین برای برداشتن اعضای بدن:

- اهداکننده باید رضایت کامل داشته باشد و شرایطی را که تعیین می نماید تا حد معقول مورد اجرا قرار گیرد. همچنین به صورت کتبی نیز رضایت خود را اعلام نماید. افرادی که می خواهند بعد از مرگ، جسدشان کالبدشکافی شود و اعضای مفید بدن شان برداشته شود، باید قبل از مرگ رضایت نامه ی معتبر به امضا برسانند.

- هرگونه جراحی برای پیوند اعضا باید در دفاتر پزشکی بیمارستان ها ثبت شود.

- اهداکننده قبل از عمل جراحی تحت آزمایشهایی قرار گیرد تا از سلامت او

اطمینان حاصل شود. پیوند اعضای بدن فرد فوت شده باید با اجازه اقوام و نزدیکانش باشد. اهداکننده بعد از عمل جراحی باید تحت پرستاری قرارگیرد. - افرادی که هرگونه تخلفی در زمینه خرید و فروش اعضای بدن انسان انجام دهند به ۳ سال زندان و پرداخت ۵ هزار رویبه جریمه محکوم می شوند.

تاریخچه ساخت اعضای بدن مصنوعی از سال ۱۹۴۵

ویلیام جی کلف Willem J.Koff اولین سازنده و محقق در زمینه اعضای بدن مصنوعی است. او در واقع در تکنولوژی اعضای بدن پیشکسوت است. هدف او جایگزینی اعضای مصنوعی به جای اعضای از کار افتاده بدن بود. دکتر کلف، کلیه، قلب و ریه مصنوعی را برای اولین بار ابداع نمود. همچنین بر روی پمپ بالونی آئورت داخلی تحقیقات زیادی انجام داد. او معتقد است که می توان به جای برداشتن اعضای بدن انسان و پیوند زدن به انسانی دیگر، اعضای مصنوعی را جایگزین کرد تا مسائل و پیامدهای سوء خرید و فروش اعضای بدن و تجارت آن کاهش یابد. دکتر کلف با این عمل توانسته است رنج هزاران انسان را خاتمه دهدو جان هزاران هزار انسان را در سطح جهان نجات دهد.

سال های اولیه

او درآلمان متولد شد و ۴۰ سال از عمرش را بر سر تحقیقات صرف کرد. تنها

انگیزه اش نجات جان انسان هاو از بین بردن مسائل قاچاق اعضای بدن می باشد. اولین وسیله ای که توانست تهیه کند کلیه مصنوعی بودو در این راه نیز به موفقیت هایی دست یافت. پدرش پزشک و مدیر آسایشگاه بیماران سلی و ربوی بود. ویلیام در کودکی آرزو داشت مسوول باغ وحش شود. به حیوانات علاقه زیادی داشت. پدر ویلیام اغلب دیروقت از بیمارستان به خانه باز می گشت. پدرش به دلیل کارمداوم بااشعه X بیمار شد. کلف جوان نمی توانست درد و رنج پدرش را تحمل کند. پدر ویلیام او را ترغیب به مطالعه علوم پزشکی می کرد. در سال ۱۹۳۸ ویلیام کلف توانست از دانشگاه لیون در هلند مدرک پزشکی اش را دریافت کند. اکتبر همان سال در بیمارستان دانشگاه گرونینگن به عنوان دستیار بخش پزشکی استخدام شد.

او مسؤول ۴ بیمار شده بود. یکی از بیماران مرد جوانی به نام جان بارنینگ بود که حدود ۲۲ سال سن داشت و به دلیل بیماری کلیه با درد دست و پنجه نرم می کرد و زجر می کشید. روز به روز حالش وخیم تر می شد. وضع کلیه اش به دلیل نفریت روز به روز بدتر می شد. در نتیجه فشار خونش بالا می رفت. تنفسش بوی ادرار می داد. چشمانش روز به روز بی فروغ تر می شد. هرچه می خورد استفراغ می کرد و پوستش به خارش افتاده بود.

یکی از روزهای ماه اکتبر، مادر جان به دیدن پسرش آمد. او لباسی از ابریشم پوشیده بود و کلاهی بر سر گذاشته بود. جان او را نشناخت. او کور شده بود. کم کم به کما رفت و بعد هم مرد. این اولین بیمار

دکتر کلف جوان بود که نتوانست برای بیمارش کار مفیدی انجام دهد و او را از درد و مرگ برهاند.

در آخرین روزهای زندگی جان، کلف خون او را مورد آزمایش قرار داد و متوجه شد اگر کلیه اش را برمی داشت شاید زندگی اش نجات پیدا می کرد.

در سال ۱۹۱۳ ابل، رون تری و ترنر به طور آزمایشی ماده ای مشابه کارکرد فیلتر کلیه ساختند. آنان محلولی از پیرکلسلین که ترکیبی از اتروالکل است تهیه نمودند. وقتی این محلول خشک و محکم گردید از آن استفاده نمودند. اما دکتر کلف داروی جدیدی در سال ۱۹۳۸ تهیه نمود که امکان لخته شدن خود را به تاخیر می انداخت. این دارو هنوز به صورت فیلتر به کار می رود. تحقیقاتش را بیشتر کرد تا بتواند جان دیگر انسان ها را نجات دهد.

ساخت اولیه کلیه مصنوعی

بعد از مرگ جان، کلف، پروفیسور برینکمن (Brinkman) استاد بیوشیمی دانشگاه گرونینگن را ملاقات کرد. برینکمن به کلف کاغذ سلوفان را معرفی کرد که به عنوان یک غشا مصنوعی کاربرد دارد. برینکمن با سلوفان آزمایشهای زیادی انجام داده بود. کلف فوراً تحقیقات خود را بر روی این ماده معطوف نمود.

دکتر کلف ۴۵ سانتی متر پوست روده برداشت و آن را از خون و ۱۰۰ mg اوره پرکرد. دوطرف آن را بست و آن را در محلول نمک گذاشت. بعد از نیم ساعت متوجه شد که اوره از خون عبور کرده و وارد محلول شده

است. وی پیروز شده بود. توانسته بود یک کلیه مصنوعی بسازد. دکتر کلف با دیگر همکارانش درباره آزمایش انجام شده صحبت کرد. تنها پروفیسور پلاک دانیل رئیس دپارتمان علوم پزشکی او را حمایت کرد و با او موافق بود. البته خطاهایی داشت اما کلف می خواست اشتباهاتش را رفع کند. پروفیسور دانیل او را تشویق به ادامه کارش کرد.

جنگ جهانی دوم

جنگ، اروپا را فرا گرفته بود. در بهار سال ۱۹۴۰ دکتر کلف و همسرش بر سرمزار پدرش رفتند و آنجا ماندند. در آن زمان دکتر کلف توانست اولین بانک خون را جمع آوری کند و به سربازان زخمی تزریق نماید. او از مردم خواست تا خونشان را اهدا نمایند تا بتواند بر روی خون‌ها آزمایشها و تحقیقات لازم را انجام دهد. متاسفانه پروفیسور دانیل و همسرش هنگام شکست آلمان خودکشی کردند. دکتر کرف بعدها اظهار کرد: همه همکارانم مرا و نقشه‌هایم را در ابداع کلیه مصنوعی به مسخره گرفتند. اما تنها پروفیسور دانیل مرا حمایت نمود او با رفتنش مرا تنها گذاشت. بالاخره در سال ۱۹۴۲ دکتر کلف و برک کلیه مصنوعی قابل استفاده را ساختند. پس از آزمایشهای بالینی اولیه در آن سال، اولین پیوند کلیه مصنوعی صورت گرفت. بسیاری از پزشکان و جراحان به عقاید دکتر کلف معتقد نبودند. بیمارانی که مورد پیوند قرار گرفتند در حال مرگ بودند، البته از ۱۵ بیمار پیوند زده شده یکی فوت کرد. یک روش مناسب برای بیماران کلیوی

با استفاده از لوله سلوفان تعبیه شد. تکرار عمل دیالیز مناسب نبود، هپارین دارویی جدید بود. کلف ایده‌ای درباره نوع و مقدار هپارین نداشت و هیچ راهی نبود که عمل هپارین را نقض کند. سولفات پروتامین در اولین مراحل آزمایشی بود. دکتر کلف متهورانه آزمایشهای خود را ادامه داد. سطوح اوره در خون را می توانست کنترل کند. بسیاری از بیماران از حالت کمابرون آمدند و هوشیارانه با اطرفیانشان صحبت می کردند. او می دانست روزی خواهد رسید که همه بیمارانش با کلیه مصنوعی زنده خواهند ماند. او ۸ کلیه مصنوعی ماشینی ساخت و در هلند نگهداری کرد. اما متاسفانه تعدادی از آنها زیر بمباران آلمانی‌ها از بین رفت. کلف به طور پنهانی یکی از کلیه‌های ماشینی را به آمستردام برد. او دیگر شکی نداشت که کلیه‌های مصنوعی مفید خواهند بود.

تا سال ۱۹۴۵ کلف توانست ۱۷ بیمار را نجات دهد.

یکی از بیمارانش سوفیا ۶۷ ساله بود که فشار خونسش به ۲۵۰/۱۶۰ می رسید. کلف تشخیص داد که باید دیالیز شود، در نتیجه دستگاه را به کار انداخت، ۸۰ لیتر خون دیالیز شد و سطح فشار خون و اوره پایین آمد. سوفیا کم کم چشمانش را باز کرد. کلیه اش کم کم به حالت طبیعی بازگشت. در واقع این یکی از بهترین پیروزی‌هایش بود. سوفیا سالها زندگی کرد.

غشای اکسیژن دهنده

در سال ۱۹۴۷ تصمیم به ساخت قلب -ریه ماشینی گرفت. او برای مطالعه و

تحقیقاتش به پاریس، استکهلم و فیلا دلفیا رفت، اما موفق به طراحی اکسیژن ۵ لیتر خون نشد که هنگام عمل جراحی باز قلب نیاز است. کلف و دابل من Dubbelman چندین طراحی در این زمینه ارائه دادند.

در سال ۱۹۵۰ دکتر کلف برای سخنرانی و میزگرد به کلینیک کلوند رفت. او دریافت که کلیه مصنوعی ساخته شده‌اش در آمریکا طرفداران زیادی دارد. بنابراین در همان کلینیک ماند تا به تحقیقاتش ادامه دهد. در همان زمان کلف حبایی مخلوط از ۹۵ درصد اکسیژن و ۵ درصد دی اکسید کربن را در مایع روان دیالیز وارد کرد تا pH آن تعادل یابد.

او دستگاه یا ماشین قلب و ریه را روی ۱۰ سگ آزمایش کرد، بالاخره توانست یک وسیله مفید به جای قلب و ریه درست کند که به طور مفید قابل استفاده باشد.

بالاخره در سال ۱۹۷۵ کلف توانست اولین قلب مصنوعی را در بدن حیوانات کاریگذارد. در سال ۱۹۶۱ روی تلمبه بالون آنورت داخلی کار کرد. در سال ۱۹۶۷ مدیر بخش بیومدیکال در دانشگاه اتاوا شد. وی تا به امروز پیشتاز ابداع تکنولوژی اعضای مصنوعی است. او در سال ۱۹۸۲ موفق به ساخت قلب مصنوعی در انسان شد. او امروزه تحقیقاتش را بر روی ساخت گوش، دست و پا و دیگر اعضای بدن معطوف کرده است. اکنون دکتر کلف شبیه یک معجزه است. او توانسته جان هزاران انسان را نجات دهد و با این تکنولوژی معجزه آسایش تحول عظیمی در پیوند اعضای انسان به وجود آورده است.

آینده مهندسی بافت های اعضای بدن

پزشکان و پرستاران با سراسیمگی خود راه آمبولانس رساندند. تصادف شدیدی رخ داده بود. مردی به شدت صدمه دیده واز تمام بدنش خون می آمد. بعد از معاینات پزشکی، پزشکان تشخیص دادند که کبد مرد صدمه دیده از بین رفته و نیاز فوری به کبد جدید دارد. او به سرعت به بیمارستان منتقل شده و در عرض ۱۰ دقیقه خنک کننده ER در بخش پیوند اعضای کبد آورده شد و با پیوند آن، مرد نجات پیدا کرد. چند ساعت بعد مرد در اتاق ریکاوری به هوش آمد و با یک کبد جدید سالیان سال به زندگی اش ادامه داد.

کسی که این متن را مطالعه کند مبهوتانه می گوید چگونه می توان به این سرعت عضو مورد نیاز را تهیه نمودو جان انسانی را نجات داد. در حقیقت کبد عضوی نیست که به راحتی اهداکنندگان آن را بدهند. مانند کلیه جفت نیست و در بدن فرد فوت شده نیز کبد عضو حساسی است که به سرعت از بین می رود.

داستان فوق تنها یک داستان است، شاید در آینده به حقیقت پیوندند. شاید در آینده مهندسی پیوند اعضا و مهندسی پزشکی بتوانند اعضای بدن یدکی را بسازند و در مواقع اورژانس استفاده کنند. رشته نوپای مهندسی اعضای بدن در جهان به تازگی پا گرفته است. در این رشته علوم سلولی مورد مطالعه قرار می گیرد و هدفش ساخت بافت های انسانی می باشد. مهندسی اعضای بدن با وجود نیازهای جامعه روز به

روز در حال رشد است. ساخت بافت پوست، غضروف و استخوان با موفقیت روبه رو شده است.

این تکنولوژی به سرعت در حال پیشرفت است و اعضای مانند قلب و کبد در حال ساخت است. در دانشگاه ویسکانسین - مادیسون - Wisconsin Madison و یا جان کاو - John Kao Weiyuan پزشک و معاون پروفیسور در دانشگاه داروسازی و برنامه ریزی ها و تحقیقات مهندسی پزشکی اکنون در حال مطالعه در زمینه مهندسی بافت و نسوج است. که او و دانشجو یانش درباره چگونگی کار سلول های قرمز شون و عکس العمل آنها در برابر مواد زیستی و مواد تولید شده برای جایگزینی بافت ها مطالعه می کنند.

وی در ادامه تحقیقاتش اظهار کرد: اگر ما متوجه شویم که مکانیزم های سلول ها با مواد مصنوعی چگونه عمل می کنند، بهتر خواهیم فهمید که چگونه مواد مصنوعی را برای جایگزینی اعضای بدن طراحی می نمایم. ساخت پوست مصنوعی ترقی چشمگیری در این رشته است و به زودی در بیمارستان ها مورد استفاده قرار خواهد گرفت. کاو افزود: پوست های مصنوعی مبحث جدید و جالبی در این زمینه است. اکنون پوست مرده ها را برای پیوند به کار می برند. البته پیوند پوست اهداکنندگان و یا مرده ها عواقب سوئی به دنبال دارد مانند انتقال بیماری ها، عفونت و ویروس ها، اما تولید پوست مصنوعی چنین مشکلاتی را به دنبال نخواهد داشت.

بسیاری از بیمارستان ها از این تکنولوژی جدید برای ترمیم پوست صدمه دیده از سوختگی و زخم استفاده می کنند. اداره غذا و داروی آمریکا (FDA) اخیرا استفاده چند نوع پوست مصنوعی را در بیمارستان ها تصویب کرده است.

غضروف های مصنوعی در جراحی های زانو کاربردهای زیادی دارد.

هزاران انسان سالانه بر اثر صدمات قلبی و کبدی و کلیه می میرند. تعداد زیادی در لیست نیازمندان به اعضا قرار دارند ولی اهداکنندگان آنقدر تعدادشان کم است که جوابگوی این نیاز نیست.

با توسعه فن آوری (تکنولوژی) مهندسی ساخت بافت های انسان بسیاری از مشکلات و مرگ و میرها از بین می رود. دکتر کاو مشتاقانه اعلام نمود در آینده نزدیک این رشته توسعه می یابد و مورد بهره برداری قرار می گیرد.

بسیاری از محققان به این رشته امید ندارند اما کاو معتقد است که باید با این واقعیت در آینده رو به رو شویم که اعضای مصنوعی به طور فزاینده ای تولید خواهد شد. در آینده نزدیک مردم به راحتی می توانند قلب، کلیه، کبد و ... یدکی دریافت کنند و زنده بمانند. محققان بسیاری بر این عقیده هستند که در آینده نزدیک با فعالیت ها و تلاش های پیاپی می توان به طور انبوه اعضای بدن ماشینی تولید کرد. به امید آن روز.

با تحقق بخشیدن به این مساله عواقب سو و تراژدی تجارت اعضای بدن، آدم ربایی، فروش انسان ها، قاچاق اعضای بدن

و سرایت ویروس های کشنده به پایان می‌رسد.

پیوند اعضای حیوانات به انسان

متخصصان بین‌المللی پزشکی معتقدند که به زودی امکان پیوند اعضای حیوانات به انسان به وجود خواهد آمد.

متخصصان از آفریقا، آمریکا، آسیا و اروپا در کنفرانس سازمان جهانی بهداشت شرکت کردند و در زمینه پیوند اعضای حیوانات به انسان بحث و بررسی کردند و برای نجات انسان‌ها این عمل را مفید دانستند.

طبق نظریات فرانسوا مسلین (Francois Meslin) رئیس بخش بیماری‌های سازمان جهانی بهداشت، پیوند سلول‌ها، بافت‌ها و اعضا و یا هر بخش دیگری از حیوانات به انسان لازم و ضروری است.

مسلین اظهار داشت که باید در این زمینه فعالیت بیشتری نمود تا در آینده‌ای نزدیک به نتیجه رسید.

از چندین سال قبل بر روی این مساله تحقیقات صورت گرفته است. اما واهمه پزشکان از این است که به این صورت بیماری‌های حیوانی به انسان‌ها منتقل شود و این امر بسیار خطرناک است.

دکتر راشل بارتسلت مدیر انجمن علوم اخلاق در انگلیس معتقد است که پیوند اعضای حیوانات به انسان‌ها عملی غیراخلاقی است. او می‌گوید اما ما پزشکان در برابر انسانیت مسؤولیت‌هایی داریم و

نباید آن را زیر پا بگذاریم ولی بعضی از مواقع با مشکلاتی روبه‌رو می‌شویم.

جفری پلات از دانشگاه داک اظهار می‌دارد که در آمریکا تهیه اعضای بدن انسان ۱۵-۵ درصد را دربر می‌گیرد و ۸۵ درصدشان بدون عضو می‌میرند. سالانه ۲۰۰۰ قلب پیوند زده می‌شود، در حالی که ۴۰۰۰۰ نفر بیمار در لیست انتظار گرفتن قلب مانده‌اند.

بسیاری از اسقف‌ها و کشیش‌ها بر سر جواب این سوال مانده‌اند که آیا پیوند اعضای حیوانات به انسان‌ها عملی اخلاقی است؟ شخصیت بشر و انسانیت زیر پا له نمی‌شود؟ وقتی عضو حیوانی در بدن انسان قرار گیرد تأثیری بر روح او نمی‌گذارد؟

بارتلت معتقد است که اعضای خوک‌ها برای پیوند زدن به انسان بسیار مناسب است، زیرا اعضای شان از لحاظ اندازه به انسان شبیه است و همچنین از لحاظ مهندسی ژنتیک با انسان‌ها مطابقت دارد. عده‌ای از محققان در سازمان جهانی بهداشت اظهار می‌دارند که باید به متانت و شخصیت انسان‌ها بها داد و احترام گذاشت. با پیوند اعضای حیوانات به انسان، بشریت زیر سوال می‌رود.

پیر افا (Pierre Effa) رئیس انجمن علوم اخلاقی کامرون ابراز کرد که به متانت و شخصیت انسانی باید احترام و ارزش گذاشت. البته برای پیوند اعضای انسان‌ها، مسائل غیرقانونی مانند آدم‌ربایی، دزدی، قاچاق اعضای انسان در آفریقا صورت می‌گیرد اما باید راه‌حل دیگری اندیشید. از لحاظ فلسفی این مساله نیز صحیح

نمی‌باشد.

مسلین تاکید کرد که از سال ۱۹۶۰ بسیاری از پزشکان در فکر پیوند زدن اعضای حیوانات به انسان بوده‌اند. این عمل هم بر روی چند بیمار صورت گرفت اما تنها چند ساعت بعد از عمل زنده ماندند. یکی دو بیمار فقط دو هفته بعد از عمل پیوند اعضای حیوان به بدنشان زنده ماندند. پلات گفت که در طی این دوره اولین پیوند قلب به انسان به شکست انجامید.

پلات می‌گوید: پیوند اعضای حیوانات به انسان موفقیت‌آمیز نیست اما با تلاش و تحقیق بر روی این مساله شاید در آینده بتوان به نتیجه رسید و همه پزشکان با این عمل موافق نیستند، یک سلیقه و اعتقاد شخصی است.

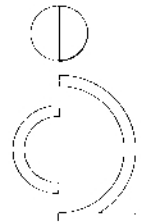
۸۳

بسیاری از محققان معتقدند که باید برای نجات جان انسان‌ها تلاش کرد حال حتی اگر با پیوند اعضای حیوانات به انسان باشد.

پیوند اعضای حیوانات به انسان یک فرضیه است و هنگامی که به پای عمل رسیده است با شکست روبه‌رو شده است، اما سعی دانشمندان این است که بتوانند سلول‌ها و DNA حیوانات را با انسان سازگار کنند.

به هر صورت دانشمندان مهندسی ژنتیک و پزشکان و جراحان در تلاشند تا بتوانند راه‌حلی برای مشکلات مربوط به پیوند اعضای انسان بیابند. حال با ساختار اعضای مصنوعی باشد یا با اصلاح در ژنتیک حیوانی بتوانند قدمی در ارائه اعضا برای انسان‌ها بردارند.

آشنایی با واحد اهدای عضو پس از مرگ مغزی



اساس فتوای مراجع تقلید از جمله حضرت امام خمینی (ره)، آیت ا... مکارم شیرازی و آیت ا... خامنه ای این مسئله هیچگونه اشکال و مانعی ندارد و وجود این فتاوی در روشنگری آحاد مردم نقش به سزایی داشت. با توجه به اینکه در سال ۱۳۷۴ موضوع پیوند اعضا در مجلس مطرح گردید و با مخالفت نمایندگان روبرو شد بنیاد امور بیماریهای خاص از سالهای گذشته تلاش فراوانی را برای ارتقای آگاهی جامعه به ویژه مسئولان کشور در زمینه مرگ مغزی و پیوند اعضا آغاز نمود. در همین راستا علاوه بر برگزاری سمینارهای مختلف، سعی شد تا با تک تک نمایندگان مجلس شورا اسلامی پیرامون ضرورت تصویب قانون مرگ مغزی و پیوند اعضا بحث و تبادل نظر شود که خوشبختانه نمایندگان محترم شورای اسلامی نیز پس از آگاهی کامل از جوانب امر از طرح قانون مرگ مغزی و پیوند اعضا استقبال نمودند.

همچنین کتاب نگرشی جامع به پیوند اعضا منتشر و برای تمامی مسئولان و نمایندگان مجلس شورای اسلامی ارسال گردید که در این کتاب مسائل و جنبه های مختلف و گسترش پیوند اعضا در ایران و سایر کشورها گردآوری شده است. علاوه بر

یکی از مسائل مهمی که در سالهای اخیر در همه کشورها و از جمله ایران مطرح بوده و از اهمیت خاصی نیز برخوردار می باشد، مسئله مرگ مغزی و پیوند اعضا است. این موضوع نه تنها از بعد پزشکی بلکه از لحاظ اخلاقی، شرعی و قانونی نیز اهمیت بسیاری دارد. البته پیوند از سالها قبل در کشورهای دیگر انجام می شده است و سابقه بسیار طولانی دارد و متأسفانه کشور ما ایران از این نظر از سایر کشورها عقب می باشد. یکی از دلایل این عقب افتادگی نیز کمبود تجهیزات و امکانات بوده است که خوشبختانه در سالهای اخیر این کمبود تا حد زیادی برطرف شده است. در سالهای قبل از انقلاب نیز عمل پیوند در ایران انجام گرفته که بیشتر پیوند کلیه بوده و بعد از پیروزی انقلاب نیز عمل پیوند بعد از چند سال توقف از سر گرفته شده است. اما موضوع مهمی که در سالهای اخیر بیشتر به آن توجه شده، پیوند از فردی است که به مرگ مغزی مبتلا شده و این موضوع هنوز نیز در جامعه ما بطور کامل جاننفتاده و با استقبال بسیار گسترده عموم مردم نیز رو به رو نشده است. یکی از دلایل عدم استقبال از این مسئله، بعد شرعی آن است که برای اجرا لازم است که خوشبختانه بر

تهیه و تنظیم:

مهشید عابدین خان

بنیاد امور بیماری های خاص

حوزه پیوند اعضا

آن بارایزنی های متعددی که از سوی بنیاد امور بیماریهای خاص با اعضای محترم شورای نگهبان انجام گرفت خوشبختانه شورای محترم نگهبان نیز قانون مزبور را تأیید نمود. بنیاد امور بیماریهای خاص نیز در راستای تحقق این امر برای گسترش این موضوع در سطح جامعه از سالها پیش فعالیت خود را آغاز نموده است. به همین منظور در آبان ماه سال ۱۳۷۷ سمینار مرگ مغزی و پیوند اعضا به همت بنیاد امور بیماریهای خاص برگزار شد. همزمان با برگزاری این سمینار و از آن تاریخ به بعد تلاش شده است تا این مسئله مهم در جامعه بطور گسترده مطرح شود و آگاهی عمومی نسبت به آن افزایش یابد و از این رو رئیس محترم بنیاد در مصاحبه های متعدد خود به این مسئله اشاره کردند. روابط عمومی بنیاد امور بیماریهای خاص نیز با انتشار فرم و بروشورهای مختلف و چاپ پوستر و انتشار آگهی در روزنامه های کثیرالانتشار زمینه را برای آگاهی عمومی فراهم نمود.

افراد مختلف می توانند با تکمیل فرم های مذکور و ارسال آن به بنیاد، کارت اهدای عضو دریافت کنند. البته این کار به صورت حضوری نیز انجام می شود اما برای تسهیل این امر، مراحل مختلف ارسال فرم به صورت پستی یا از طریق نامبر هم انجام می شود.

برای ساماندهی بهتر، بانک اطلاعاتی تدوین شده که مشخصات کامل افرادی که این فرمها را تکمیل می کنند و متقاضی دریافت کارت می باشند، در این بانک وارد می شود. در سالهای ابتدایی، استقبال زیادی از این امر صورت نگرفت و تعداد

کمی این فرمها را پر کردند اما در ۱۸ ماه اخیر با توجه به فعالیت و تبلیغات گسترده بنیاد در زمینه اهدای عضو (شامل چاپ آگهی در روزنامه های مختلف، نصب پانلهای متعدد در نقاط پر رفت و آمد شهر) توجه و دقت مردم نسبت به این مسئله بسیار بیشتر شده است.

همان طور که در بالا نیز اشاره شد، بانک اطلاعاتی تدوین شده که اسامی و مشخصات افراد متقاضی اهدای عضو پس از مرگ مغزی در این بانک وارد می شود. تاکنون بالغ بر شش هزار نفر برای این کار ثبت نام کرده اند که البته با توجه به جمعیت شصت میلیونی ایران بسیار کم و ناچیز است. از این شش هزار نفر، اکثریت آنها یعنی بالغ بر چهار هزار نفر در یک سال اخیر فرمهای مذکور را تکمیل کرده اند. از این تعداد حدود سه هزار و دویست نفر مرد و سه هزار و صد نفر هم زن هستند.

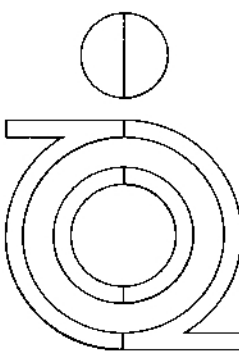
در بررسی افراد فوق از نظر سطح تحصیلات نیز به نتایج جالب توجهی برخورد می کنیم. بیشتر افرادی که برای این مسئله داوطلب هستند سطح تحصیلات دیپلم دارند، یعنی حدوداً ۲۲۰۰ نفر با تحصیلات

دیپلم مقام اول را دارند. بعد از آن حدود ۱۵۰۰ نفر با تحصیلات لیسانس بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده اند. حدود ۸۰۰ نفر نیز با تحصیلات زیر دیپلم و یا محصل فرمها را تکمیل کرده اند و سایر موارد هم به ترتیب دانشجو حدود ۵۰۰ نفر، فوق دیپلم حدود ۴۰۰ نفر، افراد با درجه دکتری یا پزشک حدود ۳۰۰ نفر، فوق لیسانس حدود ۲۰۰ نفر، ۵ نفر هم با تحصیلات حوزوی و ۷ نفر هم بیسواد.

از این میان مشاغل نیز، کارمندان بالاترین تعداد را به خود اختصاص داده اند. اما در بررسی این افراد از نظر سنی نکته مهم و در خور توجه این است که بیشتر کسانی که داوطلب هستند از رده سنی جوانان می باشند و این جای بسیار خوشحالی است که جوانان جامعه از درک و شعور بالایی برخوردار بوده و به چنین مسئله مهمی توجه بسیار نشان می دهند.

در پایان امید است که این موضوع بیش از پیش از سوی عموم مردم مورد توجه قرار گیرد تا انشأ... انسانهای نیازمند و بیمار بتوانند سلامتی خود را باز یافته و زندگی سالمی را سپری کنند.

کارت اهدای عضو



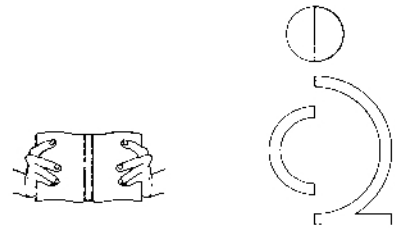
نام:

نام خانوادگی:

.....

شماره:

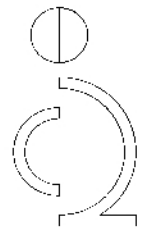
نخستین همایش بیماران مبتلا به MS



عمومی انجمن ام.اس. درباره فعالیت‌های انجام شده یا در حال انجام این انجمن توضیح دادند. برخی از این فعالیت‌ها عبارتند از: تشکیل بانک اطلاعاتی بیماران ام.اس.، فراخوان بیماران از طریق رسانه‌ها، تلاش در جهت تأیید MS به عنوان «بیماری خاص»، عضویت در فدراسیون جهانی MS، تهیه داروهای ام.اس. با همکاری هلال احمر، بنیاد امور بیماری‌های خاص و وزارت بهداشت، بیمه کردن اعضای انجمن ام.اس.، تهیه و ارسال بروشورهای آموزشی و انتشار مجله ام.اس.، تأسیس درمانگاه ویژه توانبخشی ام.اس. و برگزاری نمایشگاه‌های فرهنگی - هنر و خیریه. برنامه‌های بعدی همایش، سخنرانی خانم دکتر مریم نوروزیان (متخصص داخلی مغز و اعصاب و عضو هیأت علمی دانشگاه تهران) درباره «زندگی با ام.اس.»، سخنرانی آقای دکتر هزیر سیکارودی (متخصص داخلی مغز و اعصاب و عضو هیأت علمی دانشگاه تهران) در مورد «ام.اس. چیست؟» و سخنرانی آقای دکتر نبوی درباره «درمان ام.اس.» بود. در پایان همایش نیز از یک بیمار نمونه که تلاش‌های فراوانی در زمینه ام.اس. انجام داده بود، تقدیر شد. لازم به ذکر است که اعضای هیأت رئیسه این همایش عبارت بودند از: آقایان دکتر لطفی، دکتر سیکارودی، دکتر نبوی، خانم دکتر نوروزیان، خانم خرازی و آقای وطن دوست.

نخستین همایش سراسری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز (MS) به همت انجمن ام.اس. ایران در روز شنبه ۳۱ شهریور ۱۳۸۰ در دفتر مطالعات سیاسی وزارت امور خارجه برگزار گردید. در این همایش افزون بر فعالان انجمن ام.اس. ایران و متخصصان داخلی مغز و اعصاب، شمار زیادی از بیماران مبتلا به MS نیز حضور داشتند. در آغاز همایش، آقای دکتر جمشید لطفی متخصص بیماری‌های داخلی مغز و اعصاب و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران که ریاست انجمن ام.اس. ایران را بر عهده دارند، پس از بیان توضیحاتی درباره بیماری MS، اهداف تأسیس این انجمن را بیان کردند. ایشان مهمترین این اهداف را گردهمایی بیماران، دستیابی به اطلاعات درست برای پزشکان و بیماران، پژوهش در مورد بیماری MS و جلب همکاری و مشارکت جامعه برای کمک به ام.اس. عنوان نمودند. سپس آقای دکتر مسعود نبوی متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب و عضو هیأت علمی دانشگاه، پیام کریستین پردی رئیس فدراسیون جهانی MS را قرائت کردند. ایشان در پیام خود از تشکیل چنین انجمنی در ایران استقبال نمودند و از لغو سفر نمایندگان فدراسیون به ایران که در پی حوادث اخیر آمریکا پیش آمد، عذرخواهی کردند و خواهان تداوم و گسترش ارتباط انجمن ام.اس. ایران با فدراسیون جهانی MS شدند.

در ادامه خانم احمدی مشاور و مسئول روابط



کیوان تیشه گران نفر اول جهان در تنیس روی میز گزارشی از سیزدهمین دوره بازی های جهانی پیوند

بدمیتون حضور یافتند که عبارت بودند از کیوان تیشه گران - علی اکبر حسین زاده - داود علیزاده - نادر محمودزاده - محسن محمد خانی - محمود سرحدی - بهرام فرزانه بناب - سپهر سیاسی - رضا اسفندیاری و علی حسین رجیبی. سرپرستی کل گروه با آقای محمد علیپور ریاست فدراسیون ورزش های همگانی بود و آقای تورج نادری به عنوان پزشک تیم و آقای علی آرمند به عنوان سر مربی و آقای احمد عشوری به عنوان نماینده سازمان تربیت بدنی در معیت گروه بودند.

مراسم افتتاحیه

در مراسم افتتاحیه که عصر روز یکشنبه ۴ شهریور ماه در سالن ورلد مموریال «Wold Memorial Hall» شهر کوبه برگزار شد ابتدا تیم های شرکت کننده از ۴۸ کشور با پلاکارد و پرچم کشورشان از مقابل جایگاه رژه رفتند و سپس آقای یاسوهیر و ناکازونه نخست وزیر سابق ژاپن به شرکت کنندگان خیر مقدم گفت. سپس آقای کازوتوشی ساسایاما شهردار شهر کوبه ضمن خوش آمدگویی به تیم های شرکت کننده، گفت این افتخار بزرگی است برای ما که میزبان سیزدهمین دوره بازی های جهانی پیوند در کوبه باشیم که اولین بار است که این بازی ها در ژاپن برگزار می شود و به عنوان شهردار

سیزدهمین دوره بازی های جهانی پیوند اعضا از تاریخ ۴ لغایت ۱۰ شهریور ۱۳۸۰ (۲۶ آگست لغایت ۱ سپتامبر ۲۰۰۱) با شرکت ۴۸ کشور جهان در شهر کوبه ژاپن برگزار شد و تیم های انگلستان - استرالیا و آمریکا مقام های اول تا سوم را به دست آوردند و در رقابت های تنیس روی میز کیوان تیشه گران از کشورمان اول شد و نادر محمودزاده به مقام سوم دست یافت.

این مسابقات در رشته های دوومیدانی - بدمیتون - دوچرخه سواری - گلف - بولینگ روی چمن - مارا تن کوچک - شنا - تنیس روی میز - تنیس - بولینگ و والیبال در قسمت مردان و زنان برگزار گردید.

شش رده سنی برای شرکت در مسابقات تعیین شده بود که عبارت بودند از ۱- کودکان (۶ تا ۱۲ سال) ۲- نوجوانان (۱۳ تا ۱۷ سال) ۳- جوانان (۱۸ تا ۳۴ سال) بزرگسالان (۳۵ تا ۴۴ سال) میانسالان (۴۵ تا ۵۴ سال) و کهنسالان (۵۵ سال و بالاتر).

با تلاش های فدراسیون ورزش های همگانی و انجمن بیماران خاص و پیوند اعضا و همکاری بنیاد امور بیماری های خاص و کمیته ملی المپیک از کشورمان ۱۰ ورزشکار جهت شرکت در رقابت های مردان در رشته های دوومیدانی - شنا - تنیس روی میز - بولینگ و

تهیه و تنظیم:

دکتر آرمند (PHD) تربیت بدنی

بنیاد امور بیماری های خاص

حوزه تربیت بدنی



بدمیتون

مسابقات بدمیتون نیز از صبح روز دوشنبه ۵ شهریور در سالن گرین آرنا کوبه در قسمت‌های انفرادی و دوپیل برگزار شد ۳ نفر از ورزشکاران کشورمان یعنی آقایان علی اکبر حسین زاده-رضا اسفندیاری و محمود سرحدی در رقابت‌های انفرادی شرکت داشتند. علی اکبر حسین زاده که در قسمت جوانان (رده سنی ۱۸ تا ۲۴ سال) شرکت داشت در گروه ۴ و با قرعه بر هم گروه کال دیپ سینگ از مالزی که قهرمان دوره قبل بازی‌های جهانی بود، شد. حسین زاده همانطور که از قبل انتظار می‌رفت با نتیجه ۲-۰ مغلوب سینگ از مالزی شد اما توانست یک کوب بین از سگاپور را با نتیجه ۲-۰ شکست دهد و در بازی بعد متقابل حریف استرالیایی پیروز از میدان بیرون آمد و در حالی که در گروه خود دوم شده بود اما فقط مقام اول یعنی بازیکن مالزی به بازی‌های دور نهایی راه یافت. در گروه سنی بزرگسالان محمود سرحدی در گروه ۲ با حریفانی از اسپانیا- ایرلند- انگلستان- مجارستان و کانادا هم گروه شد. سرحدی بازی اول خود را در مقابل

با شرکت ۱۰۱ ورزشکار مرد از داخل ورزشگاه آغاز شد و پس از دویدن یک دور از ورزشگاه خارج شدند و پس از طی مسیر زیبا و سرسبز ساحلی، سرانجام ورزشکاران انگلستان- استرالیا و هلند به ترتیب مقام‌های اول تا سوم راه به دست آوردند. در قسمت زنان نیز ورزشکارانی از آمریکا- انگلستان- آرژانتین اول تا سوم شدند، کشورمان در این قسمت شرکت کننده‌ای نداشت.

دوچرخه سواری

مسابقات دوچرخه سواری به مسافت ۲۰ کیلومتر در محوطه زیبای پارک مرکزی هاریمبا با شرکت ورزشکاران ۲۰ کشور در صبح روز دوشنبه ۵ شهریور (۲۷ آگست) برگزار شد که سرانجام در قسمت مردان ورزشکاران انگلستان- نروژ و فرانسه در مکان‌های اول تا سوم قرار گرفتند و در قسمت زنان ورزشکاران کشورهای آمریکا- استرالیا و هلند اول تا سوم شدند. کشور ما در قسمت دوچرخه سواری نیز شرکت کننده‌ای نداشت.

کوبه از ورزشکاران و سرپرستان برای شرکت‌شان در این بازی‌ها تشکر می‌کنیم. آنگاه آقای موریس اسلاپاک رئیس فدراسیون بازی‌های جهانی پیوند پشت میز سخنرانی قرار گرفت و از تلاش‌های آقای اکوبو که ریاست کمیته تشکیلاتی بازی‌های پیوند در کوبه را نیز به عهده دارند به خاطر پیگیری تصویب مجلس ژاپن در سال ۱۹۹۷ که عمل پیوند از افرادی که مرگ مغزی می‌شوند را اجازه داد، تشکر کرد و از ورزشکاران پیوندی شرکت کننده در بازی‌ها خواست که تلاش کنند و از فرصتی که برای نمایش فکر و زندگی خوب دوباره به دست آمده استفاده کنند پس از سخنان آقای اسلاپاک، مراسم سوگند ورزشکاران توسط آقای تاما کوما ورزشکار ژاپنی انجام شد و پس از آن حرکات نمایشی توسط دانش آموزان مدارس کوبه اجرا شد و در پایان تیم‌های شرکت کننده در وسط سالن گرد هم آمدند و با یکدیگر عکس‌های یادگاری گرفتند. لازم به ذکر است که خانواده‌های زیادی که اهداء کننده‌ی اعضاء بدن خود (اهداء کلیه یا کید) و یا فرزندانشان که دچار مرگ مغزی شده بودند، از کشورهای مختلف در این مراسم شرکت داشتند که مورد تشویق حاضرین در سالن قرار گرفتند.

شروع بازیها «ماراتن کوچک»

بازی‌ها از صبح روز یکشنبه ۴ شهریور (۲۶ آگست) با انجام مسابقات ماراتن کوچک (Mini Marathon) در ورزشگاه یونیورسیاد مموریال در قسمت مردان و زنان به طور جداگانه انجام شد مسافت در نظر گرفته شده برای مردان ۵ کیلومتر و برای زنان ۳ کیلومتر بود. مسابقات

کاراسکو از اسپانیا انجام داد و با نتیجه ۲ بر صفر مغلوب شد و به علت پیچ خوردگی میچ پا که در این بازی برای او به وجود آمد، قادر به رویارویی با دیگر حریفان نشد و از دور رقابت‌ها کنار رفت.

رضا اسفندیاری دیگر بازیکن کشورمان در قسمت بزرگسالان در گروه ۳ با بازیکنانی از کشورهای انگلستان - مجارستان - ژاپن - عربستان و دانمارک هم گروه شد که بازی‌های این گروه نیز به صورت دوره‌ای برگزار شد.

اسفندیاری در بازی نخست خود مقابل نیل مک دونالد (انگلستان) قرار گرفت که ۲ بر صفر مغلوب شد. در دیدار دوم مقابل بازیکن مجارستانی با همین نتیجه شکست خورد. اسفندیاری در سومین بازی خود در برابر الحریی از عربستان قرار گرفت و با نتیجه ۲ بر صفر به پیروزی رسید اما چون مک دونالد از انگلستان بدون شکست در این گروه به مقام اول رسید راهی مرحله نهایی شد و اسفندیاری در گروه خود چهارم شد. به طور کلی در رقابت‌های بدمیتون در قسمت انفرادی مردان بازیکنان کشورهای انگلستان - مالزی و مجارستان مقام‌های اول تا سوم را کسب کردند و در قسمت انفرادی زنان نیز بازیکنان انگلستان -

هلند و مالزی به عناوین اول تا سوم دست یافتند.

تنیس

مسابقات تنیس از صبح روز دوشنبه ۵ شهریور ماه در ورزشگاه شینا واسه نومورا (دهکده شادی) در قسمت مردان و زنان آغاز شد که در انفرادی مردان بازیکنان آرژانتین - ژاپن و فرانسه به مقام‌های اول تا سوم دست یافتند و در قسمت زنان بازیکنان استرالیا - اسپانیا و آلمان عناوین اول تا سوم را کسب نمودند. در گروه بزرگسالان نیز در قسمت مردان بازیکنان ایتالیا - انگلستان و اسپانیا اول تا سوم شدند و در قسمت زنان بازیکنان کشورهای ژاپن - آلمان و آرژانتین به عناوین اول تا سوم دست یافتند. در رقابت‌های تنیس کشورمان شرکت‌کننده‌ای نداشت.

بولینگ روی چمن

مسابقات بولینگ روی چمن نیز در روز دوشنبه ۵ شهریور ماه در دهکده شادی در دو گروه زنان و مردان و در قسمت‌های انفرادی و

دو نفره برگزار گردید که کلیه عناوین زنان و مردان نصیب ورزشکاران استرالیا و ژاپن شد. در مسابقات بولینگ روی چمن ورزشکاران استرالیا ۳ طلا - ۳ نقره و یک برنز به دست آوردند و ژاپنی‌ها یک طلا - یک نقره و ۴ برنز کسب نمودند. در این قسمت نیز کشورمان شرکت‌کننده‌ای نداشت.

بولینگ

مسابقات بولینگ از صبح روز سه شنبه ۶ شهریور ماه در سالن روکوبول کوبه آغاز شد که به صورت انفرادی و دوبل در قسمت آقایان و بانوان برگزار گردید که در پایان در قسمت جوانان و بزرگسالان و در گروه آقایان بازیکنان کشورهای آمریکا - ژاپن و استرالیا به عناوین اول تا سوم دست یافتند و در قسمت بانوان بازیکنان کشورهای تایلند - کانادا و ایتالیا اول تا سوم شدند.

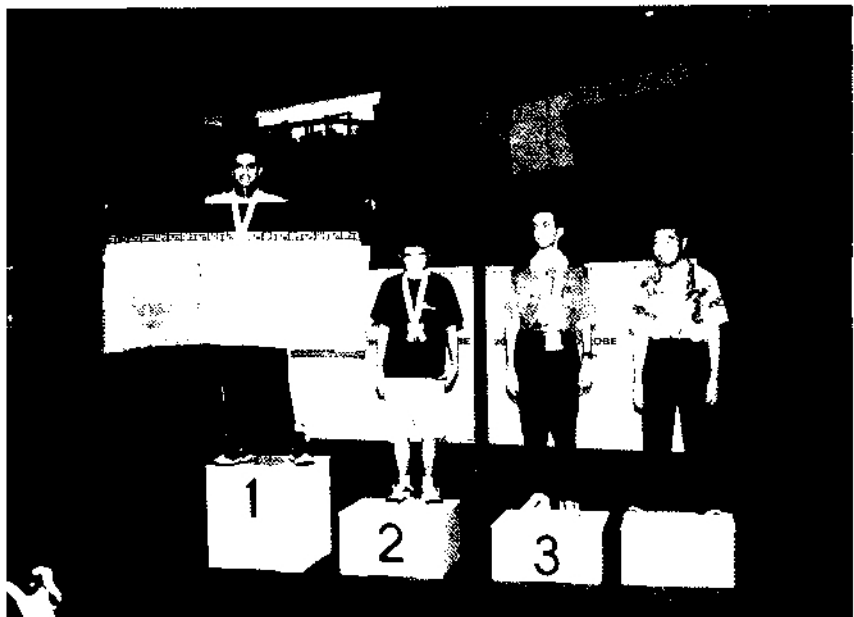
در قسمت بانوان و در گروه جوانان بازیکنان کشورهای مکزیک - آمریکا و ژاپن در مکان‌های اول تا سوم ایستادند و در قسمت بزرگسالان نیز بازیکنان آمریکا - مجارستان و دانمارک به ترتیب اول تا سوم شدند.

در رقابت‌های دوبل بولینگ نیز در گروه آقایان بازیکنان آمریکا - استرالیا و تایلند و در گروه بانوان تیم‌های دوبل استرالیا - مجارستان و هلند نیز عناوین برتر را کسب نمودند.

در رقابت‌های بولینگ آقای داود علیزاده از کشورمان شرکت داشت که حائز رتبه‌ای نشد.

گلف

مسابقات گلف در میدان گلف کیتاکوبه در روز پنجشنبه ۸ شهریور ماه (۳۰ آگست) با





شرکت ورزشکاران ۱۱ کشور آغاز شد که در پایان یک روز رقابت فشرده سرانجام ورزشکاران کشور آلمان در گروه مردان به مقام قهرمانی دست یافتند و کشورهای ایرلند و آمریکا مقام‌های دوم و سوم را کسب کردند. در گروه زنان نیز کشور آلمان اول شد و انگلستان و آمریکا به مقام‌های دوم و سوم دست یافتند. در مسابقات گلف نیز کشورمان شرکت‌کننده‌ای نداشت.

دو و میدانی

مسابقات دو و میدانی که به مدت ۲ روز در روزهای جمعه ۹ و شنبه ۱۰ شهریور در ورزشگاه یونیورسیاد مموریال سهر گوبه برگزار شد. به دلیل تنوع در رشته‌های برگزاری و شرکت اکثریت قریب به اتفاق کشورها در این مسابقات و همچنین برگزاری مسابقات جهت گروه‌های سنی کودکان - خردسالان - نوجوانان - جوانان - بزرگسالان - میانسالان و کهنسالان از زیبایی و جذابیت خاصی برخوردار بود. از کشورمان هم آقایان بهرام فرزانه بناب و علی اکبر حسین زاده در دوها و داود علیزاده در پرتاب وزنه و پرتاب توپ سافت بال شرکت داشتند.

مطابق برنامه ابتدا داود علیزاده در گروه بزرگسالان برای رقابت در پرتاب وزنه به محل مسابقه رفت تا با ۱۹ نفر از کشورهای دیگر به رقابت بپردازد. علیزاده در پرتاب اول خطا کرد. پرتاب دوم خود را به میزان ۸/۵۱ متر به درستی انجام داد. و پرتاب سوم او که تقریباً به میزان پرتاب دوم بود خطا شد. در این قسمت پرتاب کننده‌ای از آمریکا با پرتابی به میزان ۱۰/۱۵ متر اول شد. پرتاب کننده بلژیکی با پرتابی به

میزان ۹/۴۶ متر دوم شد و ورزشکاری از انگلستان با پرتابی به میزان ۹/۳۲ متر مقام سوم را به دست آورد. علیزاده در این قسمت در مکان هشتم جای گرفت.

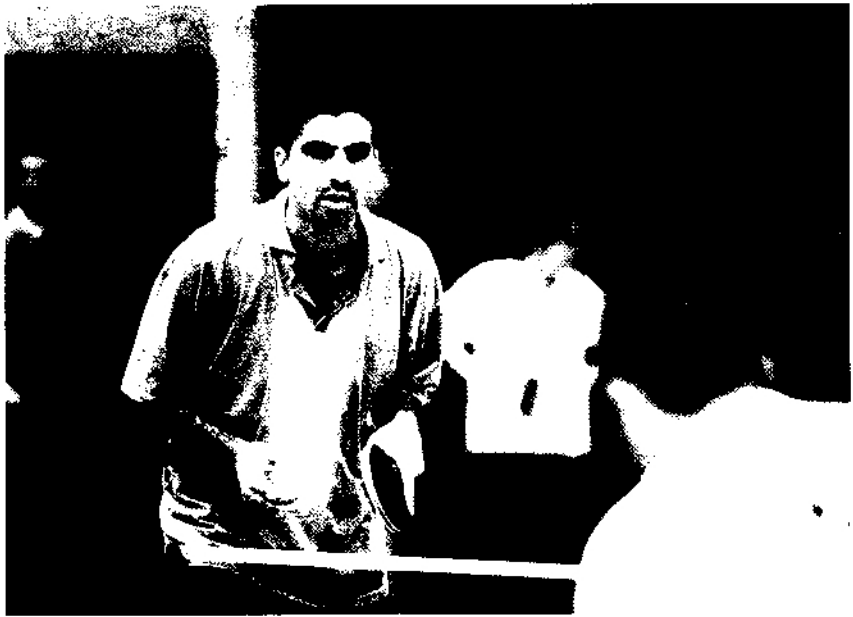
پس از آن نوبت به مسابقات پرتاب توپ سافت بال رسید. داود علیزاده در این رشته نیز شرکت داشت، در این قسمت ۲۵ ورزشکار از کشورهای جهان حضور داشتند که پس از انجام رقابت‌های تماشایی سرانجام ورزشکاری از آمریکا با پرتابی به میزان ۷۸ متر اول شد و ورزشکاری از استرالیا با رکورد ۷۱ متر دوم شد.

مدال طلای تیشه گران برای اولین بار در تاریخ بازی‌های پیوند برای جمهوری اسلامی ایران به دست آمد

تنیس روی میز

مسابقات تنیس روی میز نیز در قسمت‌های انفرادی و دو نفره از صبح روز چهارشنبه ۷ شهریور در ورزشگاه گرین آرنا کوبه و در گروه مردان و زنان آغاز شد. از کشورمان آقایان

کیوان تیشه گران در گروه جوانان و نادر محمودزاده و محمود سرحدی در گروه بزرگسالان حضور داشتند. کیوان تیشه گران بازیکن قدرتمند و خوش استیل تنیس روی میز کشورمان در مرحله مقدماتی در گروه ۱۰ بازیکنان آمریکا و تایلند هم گروه بود به مقام نخست رسید و به مرحله نهایی راه یافت. در جدول مرحله نهایی تیشه گران ابتدا بیل استروم Billstrom از سوئد را در یک بازی نزدیک و فشرده با نتیجه ۲ بر یک مغلوب کرد (۲۱-۱۰، ۱۰-۲۱، ۲۱-۱۶) و به مرحله نیمه نهایی راه یافت. در این مرحله تیشه گران در مقابل میاساکا (از ژاپن) قرار گرفت که این بازی را هم که بسیار دیدنی بود با نتیجه ۲ بر یک پیروز شد (۲۱-۱۰، ۱۰-۲۱، ۲۱-۱۶) و به فینال رسید. در دیدار پایانی تیشه گران مجدداً در مقابل بازیکن دیگری از ژاپن به نام شیراساوا شروع کرد و در این دیدار با ارائه یک بازی تهاجمی و کوبنده تیشه گران در دو گیم متوالی با نتیجه ۲۱-۸ و ۲۱-۱۵ به پیروزی رسید و ۲ بر صفر از حریف یک مغلوب ساخت و صاحب عنوان نخست شد و مدال طلای دیدارهای انفرادی تنیس روی



هم گروه با بازیکنانی از هند و آرژانتین شدند - در دیدار اول بازیکنان ما در مقابل تیم دو نفره هلند قرار گرفتند که در یک دیدار فشرده و نزدیک سرانجام مغلوب بازیکنان هلند شدند. در بازی دوم به تلافی بازی اول و با اراده یک بازی تاکتیکی تیشه گران و محمودزاده توانستند بارگیولا و پاند از آرژانتین را شکست دهند. چون از هر گروه فقط یک تیم دو بل به مرحله بعد راه یافت بنابراین تیم اول که بوس چرز و شس چی از هلند بودند به مرحله نهایی راه یافتند و در نهایت در رقابت های دو بل در گروه جوانان تیم های ژاپن - رومانی و هند اول تا سوم شدند و در گروه بزرگسالان تیم های مجارستان - تایلند و کانادا را به عنوان برتر دست یافتند.

شنا

مسابقات شنا از صبح روز چهارشنبه ۷ شهریور (۲۹ آگست) در استخر مرکز ورزشی پورت آیلند در رشته های ۱۰۰ متر قورباغه - ۱۰۰ متر کرال پشت - ۵۰ متر پروانه ۱۰۰ متر آزاد در گروه های سنی مختلف آغاز و به مدت دو روز ادامه داشت.

از کشورمان محسن محمد خانی در گروه بزرگسالان در رشته ۱۰۰ متر قورباغه توانست مرحله مقدماتی را با برتری سپری کند و به مرحله نهایی راه یابد در مرحله نهایی که شناگرانی از کشورهای ایرلند - انگلستان - آمریکا - ژاپن - مجارستان - فرانسه و محمد خانی از ایران حضور داشتند. میشل از فرانسه با رکورد ۱:۲۴/۴۲ دقیقه به مقام قهرمانی برسد. جل از مجارستان با رکورد ۱:۳۴/۲۵ دقیقه به مدال نقره رسید و توتسوکا از ژاپن با رکورد ۱:۳۵/۶۷ دقیقه به مدال برنز دست یافت. محسن

بازی نخست توانست آندرس از اسپانیا را در دو گیم متوالی با نتایج ۲۱-۹ و ۲۱-۶ مغلوب کند و در بازی بعد هم با همین نتیجه (۲ بر صفر) مورسان از رومانی را در امتیازات ۲۱-۱۲ و ۲۱-۱۷ مغلوب نماید و به دیدارهای مرحله نهایی راه یابد. محمودزاده در مرحله یک چهارم نهایی در مقابل اسپن پاسمین از تایلند با ارائه یک بازی جالب با نتیجه ۲ بر صفر به پیروزی رسید و به مرحله نیمه نهایی راه یافت اما در دیدار نیمه نهایی مغلوب زی سون (یونان) شد و به مقام سوم بسنده کرد. زی سون (یونان) در بازی بعد ایزاکی ژاپنی را با اقتدار شکست داد و به مقام نخست بازی های گروه بزرگسالان رسید. ایزاکی (ژاپن) دوم شد و محمودزاده از ایران و بروکارد (فرانسه) مشترکاً سوم شدند. بنابراین پس از کیوان تیشه گران که در رقابت های انفرادی جوانان به مدال طلای جهانی دست یافت، نادر محمودزاده در گروه بزرگسالان در رقابت های تنیس روی میز به مقام سوم رسید و مدال برنز به گردن آویخت.

در مسابقات دو بل تنیس روی میز کیوان تیشه گران و نادر محمودزاده شرکت داشتند که

میز بازی های جهانی پیوند را به گردن آویخت و پرچم پرافتخار جمهوری اسلامی ایران را به اهتزاز درآورد.

لازم به توضیح است که این اولین مدال حاصل از شرکت بازیکنان کشورمان در بازی های جهانی پیوند است که توسط تیشه گران به دست آمد.

در گروه بزرگسالان محمود سرحدی دیگر ورزشکار کشورمان در جدول سی (C) با بازیکنانی از کشورهای ایتالیا و ژاپن هم گروه بود. سرحدی در بازی اول اسپرا از ایتالیا را در دو گیم متوالی با نتایج ۲۱-۸ و ۲۱-۶ مغلوب ساخت اما در بازی بعد در مقابل ایزاکی از ژاپن با نتیجه ۲ بر صفر تن به شکست داد و چون ایزاکی در بازی بعد هم از سد بازیکن ایتالیایی گذشت با دو پیروزی به مرحله نهایی راه یافت و سرحدی که در گروه خود دوم شده بود از راه یابی به مرحله بعد بازماند.

نادر محمودزاده دیگر بازیکن تنیس روی میز کشورمان در قسمت بزرگسالان در مرحله مقدماتی در گروه ج با بازیکنانی از کشورهای رومانی و اسپانیا هم گروه بود. محمودزاده در

محمدخانی نیز با رکورد ۱:۵۶/۵۰ در مکان هشتم جای گرفت.

در رشته ۱۰۰ متر آزاد سپهر سیاسی شناگر خوب کشورمان در گروه جوانان شرکت داشت که پس از نشان دادن برتری های خود در مرحله مقدماتی - توانست به مرحله نهایی راه یابد و با شناگرانی از کشورهای ژاپن - استرالیا - کانادا - انگلستان و آرژانتین مرحله نهایی را شنا کند. در این مرحله سیاسی واقعاً جانفشانی کرد و با رکورد ۱:۱۳/۶۶ دقیقه در مکان پنجم ایستاد. مقام اول را برک از کانادا با رکورد ۱:۰۴/۱۳ دقیقه تصاحب کرد و پس از او شناگران استرالیا با رکورد ۱:۰۶/۲۷ و آرژانتین با رکورد ۱:۱۰/۱۴ قرار گرفتند.

در رشته ۱۰۰ متر آزاد در گروه سنی بزرگسالان محسن محمد خانی از کشورمان باز هم پس از پشت سرگذازدن مرحله مقدماتی به مرحله نهایی راه یافت و با شناگرانی از کشورهای کویت - نیوزلند - اسپانیا - آمریکا - استرالیا - مجارستان و ایتالیا آماده رقابت شد. در این مرحله محمدخانی با رکورد ۱:۴۳/۱۹ دقیقه در مکان هفتم قرار گرفت و شناگر ایتالیایی هشتم شد. مقام اول را ولاسکو از آمریکا با رکورد ۱:۰۳/۴۹ دقیقه به دست آورد و ایتالیایی استرالیا با رکورد ۱:۱۰/۱۱ دقیقه دوم شد و مورل از اسپانیا با رکورد ۱:۱۷/۰۲ دقیقه مقام سوم را تصاحب کرد.

در رشته ۵۰ متر قورباغه - سپهر سیاسی شناگر جوان کشورمان باز هم به مرحله نهایی راه یافت و به همراه شناگرانی از ژاپن - ایتالیا - انگلستان و اتریش رقابت مرحله نهایی را برگزار کردند. در این رشته و رای از انگلستان با رکورد ۳۴/۷۶ ثانیه اول شد. برتونی از ایتالیا با رکورد ۳۵/۴۶ ثانیه مقام دوم را به دست آورد و اوون

از استرالیا با رکورد ۳۶/۰۴ ثانیه به مقام سوم رسید. سپهر سیاسی با رکورد ۴۹/۳۵ ثانیه در مکان ششم جای گرفت و شناگر ژاپنی با رکورد ۵۴/۷۲ ثانیه هفتم شد. لازم به توضیح است که علیرغم حضور بسیاری از کشورهای آسیایی در رقابت های جهانی پیوند، و در کنار آنها کشورهای صاحب نام دنیا در ورزش، رسیدن شناگران ما به مرحله نهایی، کار مهم و قابل توجهی است که ورزشکاران ما انجام داده اند و ملاحظه می شود که غالباً شناگران مرحله نهایی از استرالیا - آمریکا - انگلستان - آلمان و... هستند که در این رشته صاحب نام می باشند.

والیبال

مسابقات والیبال با شرکت ۱۲ تیم از صبح روز چهارشنبه ۷ شهریور ماه (۲۹ آگست) در استادیوم مرکزی کوبه آغاز شد. دوازده تیم به ۴ گروه سه تیمی تقسیم و مسابقات خود را به صورت دوره ای آغاز کردند که از هر گروه یک تیم به مرحله نهایی راه پیدا کند، پس از انجام مسابقات مقدماتی

سرانجام تیم های ایتالیا - هلند - انگلستان و مجارستان از گروه های چهارگانه انتخاب و به مرحله نهایی راه یافتند. در مرحله نهایی که بازی ها به صورت حذفی (ضربدری) انجام شد تیم انگلستان با نتیجه ۲ بر صفر از سد ایتالیا گذشت و به فینال رسید. مجارستان هم با همین نتیجه هلند را مغلوب کرد. دیدار نهایی را دو تیم انگلستان و مجارستان برگزار کردند که در پایان انگلستان در دو گیم با نتایج ۱۵ بر ۱۴ و ۱۵ بر ۱۲ از سد حریف گذشت و به مقام قهرمانی رسید - تیم های مجارستان - ایتالیا و هلند به ترتیب دوم تا چهارم شدند.

لازم به ذکر است که کشورمان در مسابقات والیبال تیمی شرکت نداد.

رده بندی کشورها از نظر مدال و مقام

سرانجام پس از ۷ روز رقابت و برگزاری مسابقات در ۱۱ رشته ورزشی در گروه های سنی مختلف کاروان ورزشی کشور



پیوند قلب

خانم کلی وامسلی از انگلستان که از چهارمین دوره بازی های جهانی پیوند تاکنون در مسابقات شنای بانوان شرکت نموده و مدال های زیادی کسب کرده و در بازی های جهانی سال ۱۹۹۹ مجارستان جایزه بهترین شناگر زن را دریافت نموده است.

پیوند کلیه

آقای عبدل هی کنرادا از آفریقای جنوبی که ۲۲ سال قبل (در سال ۱۹۷۹) از خواهرش کلیه دریافت نموده و در بازی های جهانی قبل در مجارستان در رشته دو و میدانی دو مدال طلا و یک مدال نقره کسب نموده است.

کودکان ورزشکار پیوندی الگویی برای سایرین

۹۳

در جریان برگزاری مسابقات مختلف مسابقاتی هم جهت خردسالان ۵ ساله و بیشتر و کودکان ۶ تا ۱۲ سال برگزار شد که آشنایی با تنی چند از آنها خالی از لطف نیست:

● دختر ۱۱ ساله ژاپنی به نام اری ناکاگاوا ۶ سال پیش (وقتی ۵ ساله بوده) از مادرش پیوند کبد گرفته و دو دوره است که مسابقات جهانی پیوند شرکت می کند. در این دوره در مسابقات دو ۲۵ متر شرکت نمود و به مقام نخست و مدال طلا دست یافت.

● پسر خردسال ۵ ساله ژاپنی به نام اندو فومیتا که وقتی ۱۰ ماهه بوده از پدرش پیوند کبد دریافت کرده و او هم در این دوره در مسابقات دو ۲۵ متر شرکت داشت و به مقام دوم رسید.

● دختر ۹ ساله فرانسوی به نام گویی لمین سین تیا که سه سال پیش از مادرش یک کلیه



انجام داده و در رشته های تنیس روی میز - گلف و دوماراتن کوچک شرکت نموده است.

پیوند کلیه

آقای کالدیپ سینک از مالزی که ۷ سال پیش در سال ۱۹۹۴ پیوند کلیه انجام داده و به عنوان نماینده مالزی در بازی های جهانی استرالیا - و مجارستان شرکت نموده و در رشته بدمیتون در قسمت های انفرادی و دوپل به مدال طلا دست یافته است و در این دوره از مسابقات نیز مدال های طلا و نقره به گردن آویخته است.

پیوند قلب

آقای پیترو کولین از انگلستان ۱۹ سال پیش پیوند قلب انجام داده و از چهارمین دوره بازی های جهانی پیوند در مسابقات والیبالی و پرتاب وزنه شرکت نموده و چندین مدال کسب کرده است.

پیوند کبد

آقای ادی دینولدر از انگلستان که از اولین دوره بازی های جهانی پیوند در سال ۱۹۷۸ در مسابقات حضور داشته و در رشته پرتاب وزنه صاحب مدال طلا شده است.

انگلستان با ۵۰ مدال طلا، ۴۸ مدال نقره و ۳۶ مدال برنز (جمعاً ۱۳۴ مدال) به مقام قهرمانی سیزدهمین دوره بازیهای جهانی پیوند اعضاء رسید. کاروان ورزشی استرالیا با ۲۶ مدال طلا، ۲۶ مدال نقره و ۲۴ مدال برنز (جمعاً ۷۶ مدال) عنوان دوم را به دست آورد و ایالات متحده با ۲۸ مدال طلا، ۲۳ نقره و ۲۳ مدال برنز به مقام سوم رسید.

لازم به توضیح است که کشور ژاپن میزبان بازیها با ۱۵۰ ورزشکار بیشترین تعداد شرکت کننده در این بازیها را داشت با ۴۹ مدال به مقام چهارم رسید (۱۱ طلا، ۲۲ نقره، ۱۶ برنز). و شرکت انگلستان با ۸۲ ورزشکار، آمریکا با ۷۴ ورزشکار، استرالیا با ۵۶ ورزشکار قابل توجه بود.

ورزشکاران پیوندی الگویی برای همه

پیوند قلب

آقای کیم. تی. هیونگ از کره جنوبی ۳۵ ساله که ۸ سال پیش عمل پیوند قلب



بیماری های پیوند در تاریخ ۲ شهریور با شرکت سخنرانان کشورهای ژاپن - استرالیا - کانادا - آمریکا و انگلستان با هدف انعکاس موقعیت کنونی پیوند در جهان به رسانه های گروهی و همچنین وضعیت درمان بیماری های پیوند در کشورهای مختلف تشکیل و مورد مقایسه قرار گرفت.

● پس از خاتمه اجلاس پزشکی گردهمایی خانواده اهداکنندگان عضو و برخی از ورزشکاران پیوندی که دریافت کننده عضو از اعضای همین خانواده ها هستند انجام شد که فضایی خاطره انگیز و بسیار عاطفی و صمیمانه که با اشک شوق همراه بود، ایجاد شد.

بازگشت پیروزمندانه و مراسم استقبال

کاروان ورزشی پیوند اعضاء کشورمان از کوبه ژاپن ساعت ۳۰/۹ شب دوشنبه ۱۲ شهریور ماه به میهن بازگشت و در فرودگاه مهرآباد تهران مورد استقبال گرم و صمیمانه مسئولین فدراسیون ورزشهای همگانی - بنیاد امور بیماری های خاص - خانواده های ورزشکاران و بهره ای از علاقه مندان قرار گرفت. در این مراسم که نمایندگان رسانه های ارتباط جمعی و صدا و سیما نیز حضور یافتند، آقای علیپور ریاست فدراسیون ورزشهای همگانی از زحمات و تلاشهای ورزشکاران تقدیر نمودند و حلقه های گل که توسط فدراسیون و بنیاد بیماری های خاص تهیه شده بود توسط مسئولین به گردن اعضای کاروان ورزشی انداخته شد.

ورزشکار هر دوره در بازی های جهانی پیوند شرکت می کنند.

● در ابتدا بازی های جهانی پیوند هر یک سال یک بار برگزار می شده و از سال ۱۹۹۴ به بعد هر دو سال یک بار برگزار می شود که سیزدهمین دوره آن در شهر کوبه ژاپن برگزار شد.

● در سپتامبر سال ۲۰۰۰ در جریان بازی های المپیک سیدنی رئیس کمیته بین المللی المپیک اعلام کرد که حمایت ویژه ای از بازی های جهانی پیوند خواهد داشت و متعهد و ملزم به سازماندهی بازی های جهانی پیوند به عنوان یک رویداد ورزشی بین المللی شرافت مندانه می گردد.

● همزمان با برگزاری مسابقات ورزشی، نمایشگاهی از کارهای دستی و هنری کودکان دریافت کننده عضو تشکیل شد که هدف آن جلب توجه مجامع عمومی به اهمیت موضوع پیوند است. این نمایشگاه شامل نقاشی - قلابدوزی - خوشنویسی - عکاسی و شعر بود.

● اجلاس پزشکی چگونگی درمان

دریافت نموده در این دوره از مسابقات در رشته شنا بین هم سالان خود ۶ مدال طلا در قسمت های مختلف دریافت نموده و در رشته دو ۲۵ متر هم به مقام سوم و مدال برنز دست یافت.

در حاشیه

● فدراسیون جهانی بازی های پیوند، به منظور مشارکت در فعالیت های ورزشی و ترغیب به حفظ سلامت و نشاط کلیه افرادی که در سراسر جهان عمل پیوند روی آنها انجام شده و گیرنده عضو پیوندی هستند اعم از پیوند کلیه - کبد - قلب - ریه - پانکراس و... و حتی افراد دهنده عضو (کلیه) و یا خانواده افرادی که دچار مرگ مغزی شده و از اعضای بدن آنها برای افراد نیازمند استفاده شده بازی های ورزشی جهانی را راه اندازی کرده است.

● فعالیت فدراسیون جهانی بازی های پیوند از سال ۱۹۷۸ به وسیله دکتر موریس اسلاپاک در انگلستان آغاز شد و تاکنون ۶۶ کشور در آن عضویت دارند و بیش از ۱۰۰۰

جدول و سرگرمی



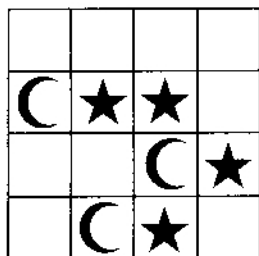
														۱
							■							۲
			■	■							■			۳
							■			■		■		۴
		■							■			■		۵
										■				۶
	■				■									۷
													■	۸
									■					۹
							■							۱۰
							■							۱۱

افقی

عمودی

- ۱- اصرار ورزشیدن - ریاضیدان بزرگ قرن هفده
- ۲- فرانسه - رماني نوشته «انكس هيلي» - كتابه و رمز
- ۳- مخترع تلگراف - راه رفتن به قصد تفرج - از آلات موسيقي قديم - نخستين سبك ادبي كه در اروپا پيدا شد - كوچك - بي آمد نسيه فروشي! - هدف تيزانداز
- ۴- گشوده - اسباب سفر - بدون معطلی - عدالت خانه
- ۵- خراب و ويران - شعبده باز - غربال سيمي - خو گرفته - ضمير مؤدبانه - تو خالی - كم مانده تاديوانه شود - پرتابگر عرب - در جريان است - شهري در آلمان
- ۶- پرستشگاه زردشتيان - كشوري به پايتختي «ساتتياگو» - داخل شو - ۱۰ - بسيار درخشان - نمونه
- ۷- قله ای از سلسله جبال پیشکوه ۱۱ - اثری نوشته «ایگناتسیو سیلونه» - آنچه که دانستن آن محتاج تفکر نباشد
- ۸- از آثار تاریخی شیراز به جا مانده از دوران زندیه
- ۹- جایگاه شیران - دریایی در اروپا
- ۱۰- مرکز استان پرباران شمالی - پسوند مراقبت کننده - سرخ کننده صورت
- ۱۱- نفس بلند - نوعی توپ کوچک جنگی قدیمی
- ۱۲- کابین زن - از اولاد پیامبرند
- ۱۳- سرباز زدن - زمان دادن
- ۱۴- هرج و مرج و بی‌نظمی حکومت - به چشم نمی‌آید
- ۱۵- بیدار کن - افسوس و بشیمانی - شهر تاریخی خوزستان
- ۱۶- شهر برج طلعل - سرباز داوطلب
- ۱۷- از وسایل آشپزخانه - فرزند عرب زبان
- ۱۸- رده دیوار - آب کم عمق
- ۱۹- گیاه رازیانه رومی - دشمن سخت
- ۲۰- صدای آهسته - گیاه درمنه - چینه دیوار
- ۲۱- شهری در استان کردستان - قسمتی از زمان
- ۲۲- شبه جزیره ای در شمال اروپا

«سرگرمی»



این مربع را طوری به دو قسمت تقسیم کنید که ستاره‌ها در یک قسمت و ماه‌ها در قسمت دیگر قرار بگیرند.

تهیه و تنظیم:

عطیه بهرام‌پور

دانشگاه شهید بهشتی

۶ مهره یک شکل داریم که ۵ تایی آنها هم وزن و یکی آنها سنگین تر از بقیه است. چگونه می‌توان فقط با دو بار وزن کردن در ترازو مهره سنگین تر را مشخص کرد؟

حکایت

دل جوان

در عهد حضرت عیسی (ع) شخصی مادری داشت که ۳۰۰ سال از عمر او می‌گذشت، هر گاه می‌خواست او را به جایی ببرد وی را در زنبیلی می‌گذاشت، روزی عیسی (ع) بر او عبور کرد، فرمود که این کیست؟ گفت: مادر من است، فرمود او را شوهر بده. گفت: پیر است. آن پیرزن دست از زنبیل بیرون کرد و بر فرق پسرش زد و گفت: این بی‌شرم، تو تکذیب می‌کنی پیامبر خدا را، تو بهتر می‌دانی یا پیامبر خدا؟! ...

بخشش هدهد

زمانی هدهد نزد سلیمان (ع) آمد، گفت: می‌خواهم که تو را در فلان جزیره مهمان نمایم، فرمود: آیا من تنها خواهم بود یا با لشکر خود؟ گفت: با لشکر. پی حضرت با لشکر خود به آن موضع آمد، هدهد ملخی را صید کرد و در دریا انداخت و گفت: میل نمایید که اگر گوشت به همه نرسد، آب گوشت به همه می‌رسد!

نشسته یا شکسته؟

آورده‌اند که شخصی کاغذی به خواجه نصیرالدین طوسی نوشت و سؤال نمود که در این بیت خواجه حافظ:
کشتی نشستگانیم ای باد شرطه برخیز
باشد که باز ببینیم دیدار آشنا را
شکستگانیم صحیح است یا نشستگانیم؟!
خواجه در پاسخ نگاشت:
بعضی نشسته خوانند، بعضی شکسته دانند
چون نیست خواجه حافظ، معلوم نیست ما را

نگاهی بر دستگاههای پزشکی سافت گروه مهندسی پزشکی سازمان پژوهشهای علمی و صنعتی ایران

در سال ۱۳۵۹ با توجه به نیاز مراکز درمانی کشور به دستگاههای پزشکی، گروه مهندسی پزشکی در پژوهشگاه برق و کامپیوتر سازمان پژوهشهای علمی و صنعتی ایران تاسیس شد و از همان زمان شروع به طراحی و سافت دستگاههای پزشکی نمود. این گروه با درک نیاز مبرم مراکز درمانی به دستگاه همودیالیز و به منظور قطع وابستگی در این زمینه از سال ۱۳۷۳ اقدام به طراحی و سافت نمونه ای از دستگاه دیالیز (نسل اول) نمود. سافت این نمونه سرانجام با مشارکت ۱۷ نفر از متخصصین و اساتید در زمینه های مهندسی و پزشکی منجر به تولید اولین دستگاه همودیالیز فاورمیان در فاز صنعتی (نسل دوم) طبق استانداردهای بین المللی IEC 601.1 و IEC 601.2.16 شد.

با توجه به پیشرفت سریع علم و تکنولوژی و نیاز به بهبود وضعیت درمانی بیماران دیالیزی، این گروه جهت بهینه سازی و افزایش قابلیت های دستگاه همودیالیز از سال ۱۳۷۷ اقدام به طراحی و سافت نسل سوم دستگاه همودیالیز فود با نام IROST 2001D نمود. این دستگاه دارای کلیه سیستم های ایمنی و قابلیت های دستگاه های جدید مشابه خارجی میباشد.

تعدادی از جدیدترین پروژه های تحقیقاتی و تولیدی :

- دستگاه همودیالیز نسل سوم (IROST 2001D)
- دستگاه اندازه گیری و نمایش ۴ کاناله فشار و ۲ کاناله دما (IROST PTM 2001)
- دستگاه اندازه گیری و نمایش دما، فشار، کانداکتیویته و pH (ARYA MED 2001)
- دستگاه سونوگرافی
- دستگاه منفرد تصفیه آب به روش اسمز معکوس (RO) برای ۱ تا ۳ دستگاه همودیالیز (پرتابل)
- دستگاه اندازه گیری و ثبت pH اسید معده و فشار بلعیدن به همراه نرم افزار پردازشگر
- دستگاه آشکارساز التراسونیک مباب هوا در فون و مایعات (IROST AD 2001)
- دستگاه عیب یاب التراسونیک (پرتابل)
- سیستم ثبت و پردازش زمان واقعی سیگنال الکترومایگرام ۸ کاناله در آنالیز راه رفتن
- کنترل تزریق مایعات توسط ۳ الکتروپمپ (IROST-BMED 03A)
- دستگاه پمپ تزریق (IROST IP 2001)

مشخصات دستگاه پمپ تزریق IROST IP 2001 :

- | | |
|---|-----------------------------|
| - تشفیص اندازه سرنگ | - صفه نمایش LCD جهت نمایش : |
| - تشفیص وجود سرنگ | - حجم تزریق |
| - تشفیص صمت قرارگرفتن سرنگ جهت تزریق صحیح | - سرعت تزریق |
| - تشفیص انسداد با قابلیت تنظیم | - زمان تزریق |
| - تشفیص ابتدا و انتهای تزریق | - آلازمه های خطا |
| - حفاظت در مقابل افزایش جریان موتور | - وجود آلازمه های : |
| - کنترل دور موتور | - انتهای تزریق |
| - محدوده سرعت جریان تزریق مایع با دقت تزریق : | - ۳ دقیقه به انتهای تزریق |
| ۱- $0.1 - 10 \text{ cc/hr} \pm 0.1$ | - انسداد |
| ۲- قابلیت تزریق سریع (BOLUS) | - عدم وجود ست سرنگ |
| - قابلیت برنامه ریزی یکسری مقادیر ثابت اولیه | - عدم صمت قرار گرفتن سرنگ |
| - کانکتور RS 232 جهت ارتباط سریال با کامپیوتر | |

دستگاه همودیالیز نسل سوم
سازمان پژوهشهای علمی و صنعتی ایران

IROST 2001D

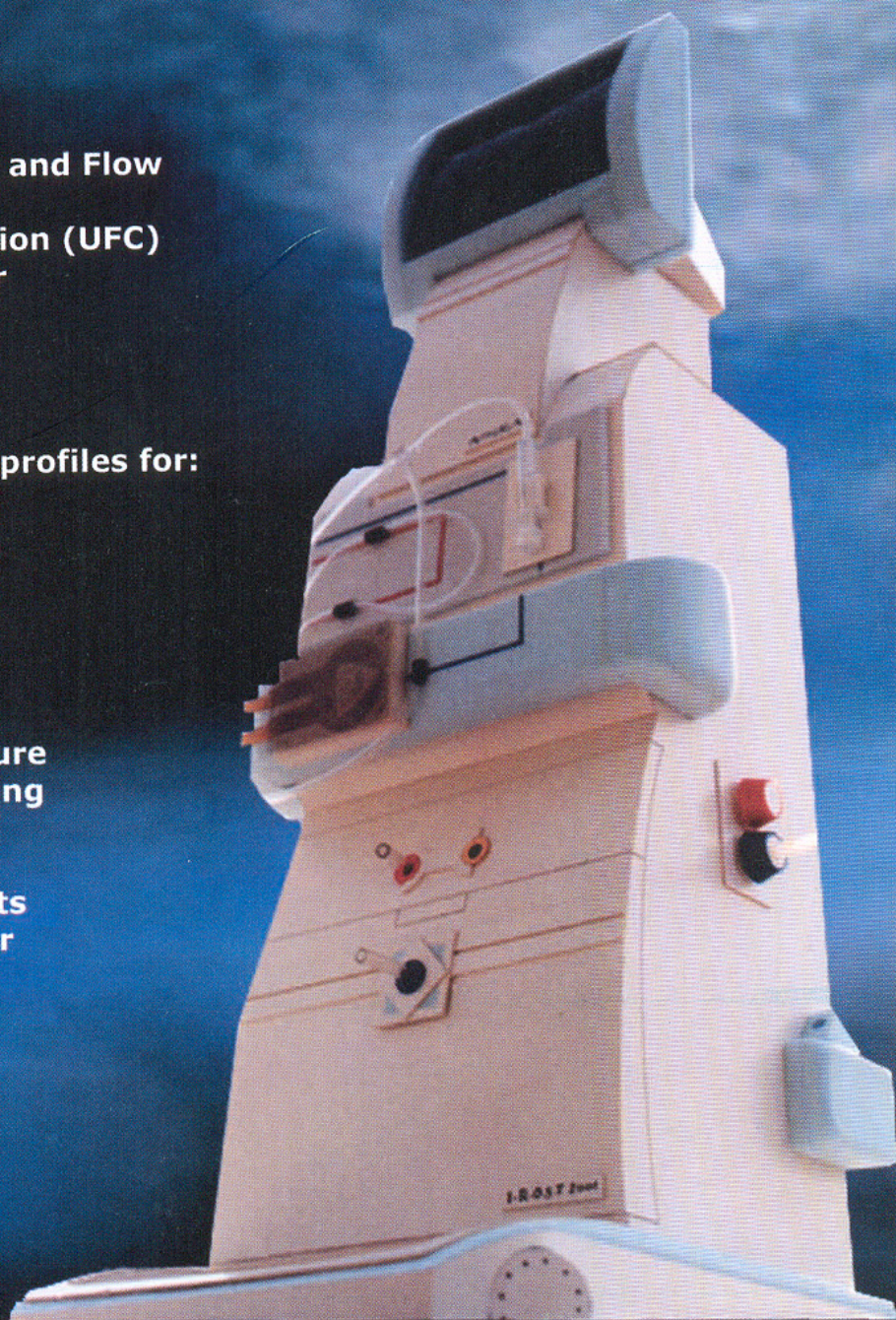
a new step forward to the future...

Features:

- Acetate Dialysis
- Bicarbonate Dialysis
- Temperature, Conductivity and Flow Control and Monitor
- Volume Control Ultrafiltration (UFC)
- Safety Blood Leak Detector
- Safety Air Bubble Detector
- Automated Disinfection
- Isolated Ultrafiltration
- Auto Priming
- Programmable and preset profiles for:
 - Ultrafiltration Rates
 - Bicarbonate Conductivity
 - Final Conductivity
 - Dialysate Temperature
 - Heparin Rates
- T.M.P. Monitoring
- Arterial and Venous Pressure Measurement and Monitoring
- Adjustable Heparin Pump
- Automated Self Testing
- Programmable Alarm Limits
- High and Low Flux Dialyzer
- Displayed Treatment Data

Options:

- Single Needle
- pH Meter
- Heat Exchanger
- Pyrogen Filter



IROST BMED

Iranian Research Organization
for Science & Technology
Biomedical Engineering Department
Electrical & Computer Faculty

71 Forsat St., Enghelab Ave., Tehran 15819, Iran
Tel: +98-21-6028135 to 43 ext. 309 or 361
Telfax: +98-21-6028721
<http://www.irost.com>
Email: mEghbal@irost.com