

نشریه بنیاد امور بیماری‌های خاص

شماره دوازدهم زمستان ۱۳۸۰

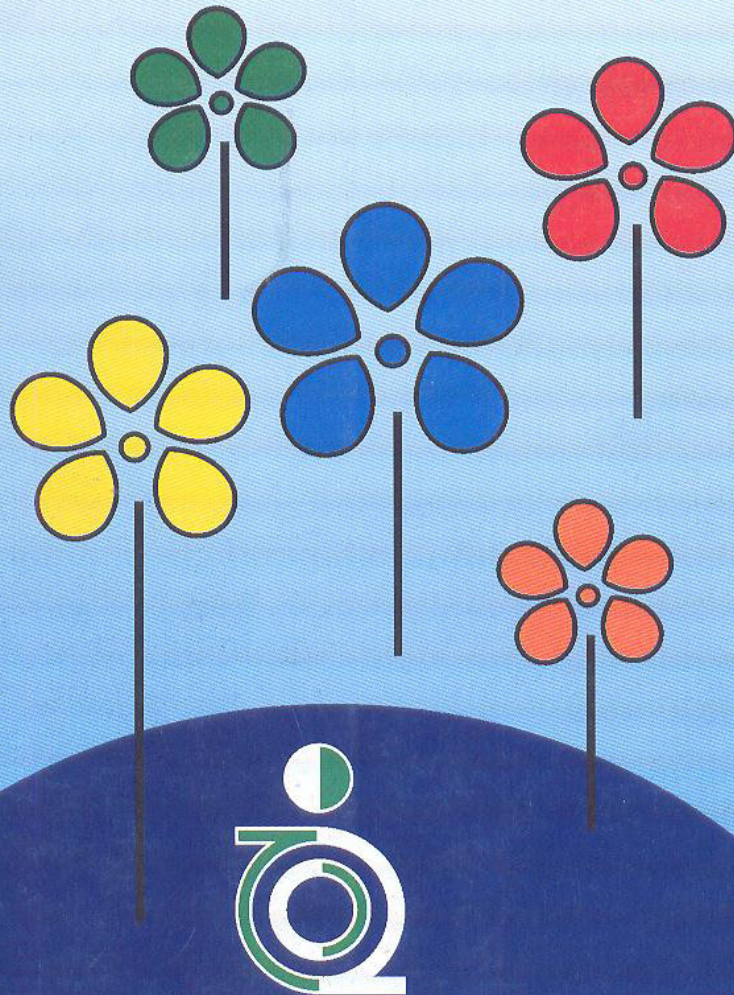
قیمت: ۳۰۰ تومان

خاص

درگسترش مراکز درمانی بیماری‌های خاص

(تالاسمی، هموفیلی، نارسایی مزمن کلیه، سرطان و دیابت)

باماهمراه شوید



۳۴۳۴ بانک ملی ایران

برای واریز کمک‌های مردمی

بنیاد امور بیماری‌های خاص

باز این چه شورش است که در خلق عالم است
باز این چه نوحه و چه عزا و چه ماتم است



سرهای قدسیان همه در زانوی غم است
گویا عزای اشرف اولاد آدم است



خاص

نشریه بنیاد امور بیماریهای خاص
علمی فرهنگی و اجتماعی
شماره دوازدهم
(زمستان ۸۰)

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماریهای خاص

مدیر مسئول: فاطمه هاشمی

سر دبیر: دکتر باقر لاریجانی

مدیر اجرایی: امیرهادی انصاری

هیأت علمی:

دکتر حسن ابو القاسمی
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 تربقان
دکتر رمضانعلی شریفیان
دکتر سید محمود طباطبایی
دکتر سید مؤید علویان
دکتر ایرج فاضل، دکتر محمد فرهادی
دکتر محمد فرهادی لنگرودی
دکتر اردشیر قوام زاده، دکتر مصطفی قانعی
دکتر باقر لاریجانی، دکتر علی رضا مرنندی
دکتر رضا ملک زاده، دکتر محمد علی محقق
دکتر علی اکبر ولایتی

هیأت اجرایی:

مریم اسدی، مهندس امیر علی آقا یاری
دکتر آزمند، دکتر محمدرضا امینی
دکتر خشایار اسدی، عطیه بهرامپور،
دکتر میررضا بخیرنیا، دکتر نیما پورزاهد،
دکتر جلیلی، دکتر سید مهدی روحانی،
فوزان امینی زاده، دکتر پیام سلطانزاده،
فاضله شریفی، علی صدیقی، دکتر اقبال طاهری،
مهشید عابدین خان، قرائی، زهرا کمیلیان،
وفا ملک زاده
ویراستار: دکتر پیام سلطانزاده

امور فنی:

مؤسسه فرهنگی هنری طاهر
صفحه آرایی: گیتا یاقوتی
طراحی روی جلد: مؤسسه نزهت

چاپ و صحافی: محمد
نظارت: محمد ابوالحسنی

آدرس: تهران - صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۳۳۳۳
تلفن: ۸۷۱۱۰۲۹ فاکس: ۸۷۱۰۷۹۶
پست الکترونیکی بنیاد امور بیماریهای خاص:
Email: khas@cfsd.org
cfsd @ morva.net

- نیایش..... ۵
- اخبار..... ۶
- درخواست بنیاد از رئیس جمهور جهت رایگان شدن درمان بیماران سرطانی و دیابتی..... ۹
- آموزش و پژوهش**
- بررسی اختلالات تراکم استخوان و فاکتورهای موثر بر آن در نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور..... ۱۱
- احتمال حمله قلبی در زنان بیشتر از مردان می باشد..... ۱۸
- دیابت و بیماری لته..... ۲۰
- امیدهای تازه در درمان سرطان..... ۲۴
- پیشرفتهای پزشکی در هموفیلی..... ۲۷
- پوکی استخوان..... ۳۱
- پیوند پانکراس در بیماران دیابتی نوع ۱..... ۳۳
- تغذیه در بیماران مبتلا به سرطان (بخش دوم)..... ۳۵
- فرهنگی**
- ناتانابیل..... ۴۰
- تو بسیار بسیار بزرگتر از آنی که می دانی..... ۴۲
- دری به سوی باغ بسیار درخت..... ۴۴
- عطوفت علوی..... ۴۵
- انتشارات بنیاد..... ۴۸
- بین الملل**
- روزی که دوباره متولد شدم..... ۴۹
- پیشگیری از انتقال HIV از مادر به فرزند..... ۵۲
- حرکتی نو از سوی شفا یافتگان سرطان پستان در اوکراین..... ۵۴
- اهدا کنندگان اعضا..... ۵۷
- یاوران بنیاد..... ۵۸
- خواندنیها**
- فعالیت های دفتر بین الملل بنیاد..... ۵۹
- خوزستان استوار، مهربان..... ۶۳
- نقش فرانسه در واکسیناسیون هپاتیت B..... ۷۰
- گزارشی از صدای مشاور..... ۷۱
- کابوس ها و رویاها..... ۷۲
- مخترع اینترنت..... ۷۵
- تیم ملی پیوند اعضا کشور با ۷ مدال طلا و ۴ مدال نقره قهرمان شد..... ۷۶
- جدول و سرگرمی..... ۷۸

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.



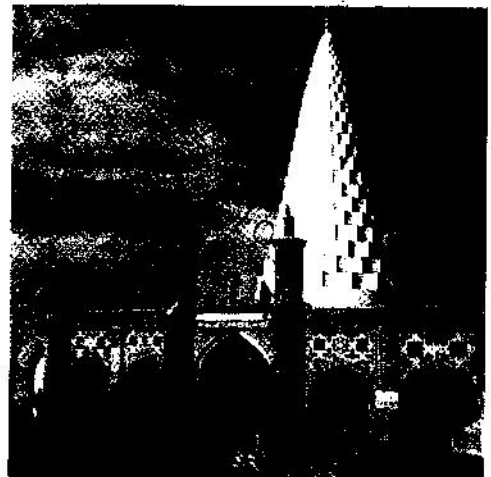
راستی ناتا: آیا هرگز به چشمان دختران کویر خیره شده ای، چشمانی نافذ با نگاهی که موج می زند و حسرت آیهایی که هرگز کویر به خود ندیده است را در چشمان و در بطنهای خود حفظ می کند انگار هوای باریدن در سر دارد، انگار ابرهای متلاطم روحشان هر آن به امید رعدی و چشم انتظار صاعقه ای برای باریدن نهسته اند. تنشانشان پرتب و روحشان خسته اما گستاخ و بی پرواست.

یکی از نقش های هر بنیاد و یا سازمان غیر دولتی (NGO) برقراری ارتباط میان گروه های ملی و بین المللی بویژه در زمینه های بشردوستانه و فنی و همکاری های متقابل آن است. دفتر امور بین الملل بنیاد بیماری های خاص با توجه به ضرورت همزمان با شروع فعالیت بنیاد عملا کار خود را آغاز کرد



تیم ملی پیوند اعضاء جمهوری اسلامی ایران با همکاری بنیاد امور بیماری های خاص و فدراسیون ورزش های همگانی بمنظور شرکت در مسابقات بین المللی ترکیه بامداد روز شنبه ۸۰/۸/۱۲ عازم آنکارا پایتخت ترکیه شد ورزشکاران کشورمان با کسب ۷ مدال طلا و ۴ مدال نقره به مقام قهرمانی دست یافتند

استان خوزستان به مساحت ۶۴۷۴۶ کیلومتر مربع در جنوب غربی کشور واقع شده است. این استان از غرب مرز مشترک با کشور عراق دارد. از جنوب به خلیج فارس می رسد. در شمال با استان های ایلام، لرستان، اصفهان، در شرق با چهارمحال و بختیاری و کهگیلویه و بویراحمد و در جنوب شرق با بوشهر مجاور است. نژادهای مختلفی در این استان زندگی می کنند. در این شماره به بررسی مشکلات بیماران خاص این استان می پردازیم.





رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام در دیدار اعضای تیم ملی پیوند اعضا خاطر نشان کرد: کسب افتخار در میادین جهانی بوسیله ورزشکارانی که یک عضو پیوندی دارند نشانگر آن است که در هر شرایطی امکان موفقیت و پیشرفت وجود دارد که لازمه آن فقط سعی و تلاش است.



بنیاد امور بیماریهای خاص طی نامه ای به رئیس جمهوری و رئیس مجلس شورای اسلامی خواستار رایگان شدن هزینه های درمانی بیماران سرطانی شد. در این نامه ها با اشاره به تعداد ۴ میلیون بیمار سرطانی، سنگینی هزینه های درمان آنها و طولانی بودن دوره آن و فشارهای روحی روانی حاصل از مجموعه عوامل فوق با ارائه پیشنهادهای خواستار عنایت مسئولین در جهت رایگان شدن درمان بیماران سرطانی شده است.



اگر به دیابت مبتلا هستید، می دانید که این بیماری می تواند به چشمها، اعصاب، کلیه، قلب و سایر دستگاههای بدنتان آسیب برساند ولی آیا می دانید که دیابت سبب بروز مشکلاتی در دهان شما نیز می شود؟

افراد مبتلا به دیابت نسبت به سایرین بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری لثه هستند کما اینکه بیماری لثه می تواند سبب ایجاد مشکلاتی در کنترل قند خون شما شود.



بتاتالاسمی ماژور یک اختلال ارثی خونی است که به کم خونی شدید و تهدید کننده حیات می انجامد. در این بیماری فرد مبتلا باید تحت درمان با تزریق خون مکرر و منظم قرار گیرد، همچنین درمان با فلز گیرها در تمامی طول عمر بیمار ضروری است لذا با توجه به اهمیت موضوع بنیاد تحقیقاتی را در این زمینه انجام داده است که از نظر خوانندگان محترم گذشت.



سخن نخست

از عاشورای سال ۶۱ هجری تا به امروز سالها می گذرد. گذر بیش از یک هزاره، از تالو و جلوه و عمق عاشورا نه تنها نکاسته است که بر عکس، هر ماه و سالی که می گذرد عاشورا قلمروی گسترده و عمقی بیشتر پیدا می کند. انگار آفتاب آینه دار عاشورا است طلوعه اش در پگاه، تابش تندش در نیمروز و نیز غروب خونینش یادآور عاشورا است:

و علی الدهر من دما، الشهیدین
فهما فی اواخر اللیل فجرا
ثبتا فی قممیه نیجی ال
حشر مستعدیا الی الرحمان

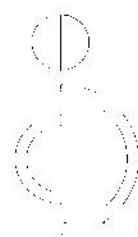
بر چهره روزگار، از خون دو شهید، علی و فرزندش، دو شاهد نقش بسته است. آن دو شاهد، در پایان سیاهی شب، سرخی فجر است و در آغاز آن شفق خونرنگ. این سرخی بر پیراهن او نقش شده است، تا در روز قیامت بر خدای رحمان دادخواهی کند.

سپیدی فجر گواه پاکی و طراوت جان و نگاه شهیدان عاشورا است و سرخی شفق آینه خون آنان. اینکه گفته شده است کل یوم عاشورا انگار آفتاب آینه دار همین حقیقت است. روز به اعتبار طلوع و غروب آفتاب تحقق می یابد و آفتاب با عاشورا آمیخته است. طلوع آفتاب از شرق است. و مشرق و مغرب، یعنی سرزمینی که در آن زندگی می کنیم. گویی تداوم کربلاست که کل ارض کربلا.

در این زمانه و زمینه، در کدام جهت و غایت ایستاده ایم؟ چه نسبتی با عاشورا داریم؟ آفتاب عاشورا بر ذهنیت و زندگی و جام جان ما چگونه می تابد؟ در روزگاری زندگی می کنیم که محور و میزان حرکت ما، انقلاب اسلامی است. و انقلاب اسلامی عمق هویت و اعتبارش به سرچشمه عاشورا ربطی وثیق دارد.

برگرفته از کتاب انقلاب عاشورا





نیایش

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

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

خدایا: به من زیستن عطا کن که در لحظه هرگ، بر بی ثمری لحظه ای که
برای زیستن گذشته است، حسرت نخورم، و مردنی عطا کن که، بر بیهودگیش،
سوگواری نباشم.

خدایا: بگذار تا آن را من، خود، انتخاب کنم، اما آن چنان که تو دوست
داری.

خدایا: «چگونه زیستن» را تو به من پیاموز، «چگونه مردن» را خود خواهم
دانست.

خدایا: «مسئولیت های شیعه بودن» را که علی وار بودن و علی وار زیستن و
علی وار مردن است و علی وار پرستیدن و علی وار اندیشیدن و علی وار جهاد
کردن و علی وار کار کردن و علی وار سخن گفتن و علی وار سکوت کردن است. تا
آنجا که در توان این بنده ناتوان علی است، همواره فرا یادم آر.

به عنوان یک «من علی وار»: یک روح در چند بعد: خداوند سخن، به منبر،
خداوند پرستش در محراب؛ خداوند کار، در زمین، خداوند پیکار، در صحنه؛ خداوند
وقا، در کنار محمد؛ خداوند مسئولیت، در جامعه؛ خداوند قلم، در نهج البلاغه؛
خداوند پارسائی، در زندگی؛ خداوند دانش، در اسلام؛ خداوند انقلاب، در زمان؛
خداوند عدل، در حکومت؛ خداوند پیری و انسان پروری، در خانه و... بنده خدا،
در همه جا، در همه وقت!

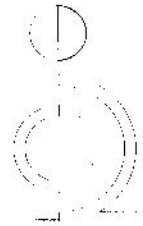
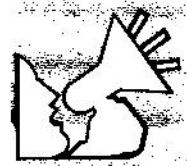
برگرفته از:

کتاب نیایش

دکتر شریعتی

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام:

امکان موفقیت و پیشرفت در هر شرایطی وجود دارد



در مجموع به این برنامه به عنوان یک اقدام خوب، خدایسندانه و انساندوستانه نگاه می‌کنم و امیدوارم که مجموعه مسئولان کشور هم پشتیبانی لازم را بکنند اما انتظار اول از خود بیماران است که باید خودشان حرکت بکنند و تلاش را از درون خود آغاز کنند و مسلماً جامعه نیز از این حرکت استقبال خواهد کرد.

در ابتدای این مراسم، آقای محمد علیپور رئیس فدراسیون ورزش‌های همگانی با ارائه گزارشی روند شکل‌گیری و اقدامات و برنامه‌های انجمن ورزش‌های بیماران خاص را تشریح کرد و ورزشکاران لوح تقدیر و هدایای خود را از دست ریاست مجمع تشخیص مصلحت نظام دریافت نمودند.

آنچه در خرمشهر دیده می‌شود دلخراش است و در شان جمهوری اسلامی نیست

آنچه از زندگی مردم در خرمشهر دیده می‌شود دلخراش است و در شان جمهوری اسلامی نیست.

این مطلب را خانم فاطمه هاشمی رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص در جریان بازدید از شهرستان خرمشهر بازگو کرد و گفت: برای جمهوری اسلامی که می‌خواهد راه حضرت علی (ع) را برود سخت است که به کسانی که

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام در دیدار جمعی از مسئولان بنیاد امور بیماریهای خاص، سازمان تربیت بدنی و اعضای تیم ملی پیوند اعضا با اشاره به موفقیت‌های اعضای این تیم خاطر نشان کرد:

کسب افتخار در میادین جهانی به وسیله ورزشکارانی که یک عضو پیوندی دارند نشانگر آن است که در هر شرایطی امکان موفقیت و پیشرفت وجود دارد که لازمه آن فقط سعی و تلاش است.

آیت‌الله هاشمی رفسنجانی افزود: اگر در خبرهای رسانه‌ها و صدا و سیما این مطالب پخش شود و مردم ببینند کسی که قلبش را پیوند کرده و یا کلیه‌اش را از دیگری گرفته موفق شده ورزش کند و در این راه موفقیت کسب کرده، حتی مدال هم آورده و دنیا هم به این موضوع اهمیت می‌دهد و مسابقات جهانی برای این گروه ترتیب می‌دهد الگوهای خوبی برای آنان که احساس پزیردگی و افسردگی می‌کنند ایجاد می‌شود.

همچنین رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام از این حرکت به عنوان یک درس الگوساز و راهنمای بشری یاد کرد و با تقدیر از بنیاد امور بیماریهای خاص و فدراسیون ورزش‌های همگانی که زمینه مساعدی برای ورزش بیماران خاص ایجاد نموده‌اند گفت:

تهیه و تنظیم:

امیر علی آقاییاری

وفا ملک‌زاده

روابط عمومی بنیاد امور بیماری‌های خاص

سختی‌ها را روی دوششان تحمل کردند، نرسد.

وی با تمجید از مقاومت و صبر مردم خرمشهر در خلال ۸ سال دفاع مقدس گفت: تا توان داریم در خدمت مردم هستیم و مشکلات آنان را منعکس می‌کنیم.

وی به وضعیت فقر شدید بیماران خاص، خصوصاً تالاسمی خرمشهر اشاره کرد و گفت: این عزیزان در حالی که بیمار هستند فقیر هستند.

وی به راه اندازی مرکز درمانی بیماری‌های خاص در خرمشهر اشاره کرد و گفت: ان‌شاء... این مرکز را با حمایت مسئولین محلی، موافقت دانشگاه و در اختیار داشتن زمین راه‌اندازی خواهیم کرد.

وی همچنین تصریح کرد: تأسیس یک پلی‌کلینیک ویژه بیماران خاص خرمشهر از سوی بنیاد امور بیماری‌های خاص به زودی در این شهرستان تحقق می‌پذیرد و مقادیر قابل توجهی اعتبار برای رفع نیازهای بیماران تالاسمی در اختیار انجمن تالاسمی خرمشهر قرار گرفت.

یادآور می‌شود در جریان بازدید خانم هاشمی که از نزدیک با بیماران فقیر و نیازمند تالاسمی و خاص خرمشهر صورت گرفت، وی به شدت تحت تأثیر مشکلات عدیده آنها قرار گرفت.

اردوی تفریحی، آموزشی کودکان دیابتی

بنیاد امور بیماری‌های خاص در راستای اهداف آموزشی خود برای سومین بار اقدام به برگزاری اردوی آموزشی-تفریحی جهت استفاده کودکان دیابتی به همراه والدینشان

نمود. این اردو که با همکاری مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران و انجمن دیابت ایران در محل کاخ-موزه سعدآباد در تاریخ ۲۰ مهر ماه سال جاری برگزار گردید با استقبال بسیار خوب این کودکان مواجه شد. تعداد ۵۰ کودک ۷-۱۱ سال در این اردو شرکت نمودند که ابتدا ضمن آشنایی کلیه اعضا برگزار کننده اردو شرکت کننده بحث پیرامون آشنایی کلی با دیابت آغاز گردید. سپس راجع به روشهای درمان دیابت و در نهایت تزریق انسولین صحبت شد.

ساعت ۱۰ با مداد کلیه کودکان شرکت کننده در اردو به صرف میان وعده صبحگاهی دعوت شدند در میان وعده صبحگاهی ۴ مدل میان وعده تهیه شده بود که کودکان می‌توانستند یکی را انتخاب نمایند و میل کنند. سپس به دلیل تقارن این روز، با روز جهانی کودک از یکی از همکاران هنرمند صدا و سیما دعوت بعمل آمد که همراه با بچه‌ها کار دستی درست کنند. پس از پایان کاردستی هدایایی در همین زمینه به کودکان اهدا گردید سپس دنباله جلسات آموزشی ادامه یافت تا ساعت نهار

که مجدداً کلیه کودکان جهت صرف نهار دعوت شدند که باز هم مثل میان وعده صبحگاهی یکی از غذاها را انتخاب می‌کردند.

بعد از نهار کودکان در فضای سبز با یکدیگر بازی کردند و در پایان مراسم طبق معمول هر سال، هدایایی به رسم یادبود شامل کیف محتوی آمپول گلوکاگون، سرنگ انسولین، کتاب، لوازم التحریر، کربوهیدراتهای مرکب و ساده بود اهدا گردید.

در این اردو والدین کودکان پیشنهاداتی ارائه کردند که شامل:

- ۱- برگزاری بیشتر این نوع اردوها جهت استفاده کودکانشان
- ۲- در دسترس بودن امکاناتی نظیر سرنگ انسولین، آمپول گلوکاگون و ویالهای انسولین جهت همه بیماران دیابتی

افتتاح انجمن حمایت از بیماران خاص رباط کریم

انجمن حمایت از بیماران خاص شهرستان رباط کریم طی مراسمی با حضور مسئولان،



افراد خیر و بیماران این شهرستان آغاز به کار نمود.

موحد، فرماندار شهرستان رباط کریم با ارائه گزارشی از وضعیت این شهرستان ضمن اعلام عضویت افتخاری فرمانداری در انجمن حمایت از بیماران خاص، به نمایندگی از سوی تمامی ادارات شهرستان رباط کریم آمادگی ادارات دولتی شهرستان را برای توسعه فعالیت انجمن بیماران خاص اعلام نمود. قشقاری، نماینده مجلس شورای اسلامی نیز ضمن قدردانی از بنیاد امور بیماریهای خاص به واسطه اقدامات که در جهت رفع مشکلات بیماران شهرستان رباط کریم داشته است آمادگی مجلس شورای اسلامی برای هر گونه کمک در جهت کاهش مشکلات بیماران خاص اعلام نمود.

خانم فاطمه هاشمی، رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص با ابراز خرسندی از تلاش و پیگیری مسئولان شهرستان رباط کریم، تلاش در جهت حل مشکلات اساسی بیماران در کنار رفع نیازهای مقطعی آنان را برنامه اصلی بنیاد امور بیماریهای خاص ذکر کرد.

جلسه کمیته بیماریهای خاص خوزستان

کمیته بیماریهای خاص استان خوزستان با حضور رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص تشکیل شد و به بررسی مسائل و مشکلات موجود در استان خوزستان پرداخت. منیرزاده، معاون سیاسی امنیتی استانداری خوزستان در این جلسه با برشمردن مشکلات این استان به واسطه حضور فعال در ۸ سال دفاع مقدس خواستار توجه هر چه بیشتر به حل مشکلات مردم استان خوزستان شد.

وی همچنین تاکید کرد با تشکیل جلسات مستمر کمیته استانی می توان بسیاری از مشکلات بیماران خاص را در داخل استان کاهش داد و برای بخشی از اقدامات که خارج از توان استان می باشد از بنیاد بیماریهای خاص مشارکت خواست.

دکتر کیخانی معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی اهواز نیز با تشریح وضعیت درمانی بیماران خاص اظهار امیدواری کرد با رفع مشکلات موجود درمان بیماران در استان به

وضعیت مطلوب نزدیک تر شود.

خانم هاشمی رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص نیز در این جلسه آمادگی بنیاد امور بیماریهای خاص را برای کمک به استان خوزستان در جهت حل مشکلات بیماران خاص اعلام نمود.

همراه با نمایشگاه ها

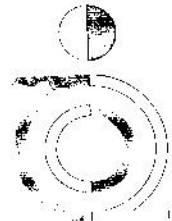
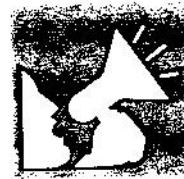
نمایشگاه قرآن:

بنیاد امور بیماریهای خاص همچون سالهای گذشته در نمایشگاههای بین المللی قرآن که در تاریخ سوم لغایت ۲۴ آذرماه سال جاری در کانون پرورشی فکری کودکان و نوجوانان برگزار گردید شرکت نموده غرفه ای جهت معرفی بنیاد، ارائه کارهای آموزشی بنیاد و جلب حمایتهای مردمی به خود اختصاص داده بود که با حمایت بسیار خوبی برخوردار گشته و خیرین بسیاری علی الخصوص جوانان و نوجوانان در این نمایشگاه به هدف زدودن دردی از دردهای بی شمار بیماران نیازمند گامی جهت کمک برداشتند.

نمایشگاه بین المللی دبی

بنیاد امور بیماریهای خاص در شانزدهمین نمایشگاه بین المللی دبی که در تاریخ ۱۷-۱۳ January 2002 (۲۳ لغایت ۲۷ دی ماه ۱۳۸۰) برگزار گردید با هدف معرفی بنیاد و ارتباط برقرار نمودن با ایرانیان مقیم امارات جهت جلب حمایت شرکت نموده شاید که گامی هر چند ناچیز برای کمک به بیماران نیازمند برداشته شود.





درخواست بنیاد از رئیس جمهور جهت رایگان شدن درمان بیماران سرطانی و دیابتی

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

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

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

۲- داروهای مورد نیاز این گروه چنانچه خارج از فارماکوپه و بیمه‌های درمانی می‌باشد جزو داروهای رسمی کشور و زیر پوشش بیمه‌های خدمات درمانی درآید.

۳- با عنایت به اینکه داروهای بیماران سرطانی عموماً گرانبه‌ایست به طوری که بیماران از پرداخت فرانشیز آن ناتوان می‌باشد ترتیبی اتخاذ نمایند تا فرانشیز داروهای بیماران سرطانی همانند سه گروه تالاسمی - هموفیلی - دیالیزی از طرف بهداشت پرداخت شود.

با توجه به مشکلات عدیده بیماران سرطانی و دیابتی و مراجعات مکرری که به بنیاد امور بیماریهای خاص از سوی بیماران انجام می‌گرفت، بنیاد امور بیماریهای خاص با بررسی کارشناسی و جمع‌بندی مسائل و مشکلات بیماران سرطانی و دیابتی، طی نامه‌ای به ریاست محترم جمهوری خواستار رسیدگی و توجه بیشتر به این بیماران شد که از نظر شما خوانندگان محترم می‌گذرد:

جناب آقای خاتمی

ریاست محترم رئیس جمهور

احتراماً به پیوست رونوشت نامه نهاد محترم ریاست جمهوری به عنوان معاون سلامت وزارت بهداشت ایفاد و باستحضار می‌رساند، بیماران سرطانی که تعدادشان در کشور طبق آمارهای بین‌المللی بیش از ۴ میلیون نفر می‌باشد وضعیت اسف‌بارتری از آنچه در نامه درج شده دارا می‌باشند سنگینی هزینه درمان و طولانی بودن دوره آن، فشارهای روحی و روانی حاصل از مجموعه عوامل فوق باضافه فقر، بیکاری، نداشتن سرپناه، محصولی جزء افسردگی، رها کردن درمان، نارضایتی در پی ندارد. این مسائل طی نامه‌های متعدد به حضرت عالی منعکس شده است در حال حاضر بیماران سرطانی نمی‌توانند از پوشش حمایتی دولت مشابه بیماران هموفیلی و تالاسمی و

تهیه و تنظیم:

امیر علی آقایی

روابط عمومی بنیاد امور بیماری‌های خاص

با دستور مساعد ریاست محترم جمهوری مقرر گردید پس از بررسی بیشتر و تشکیل جلسات کارشناسی با حضور مسئولان سازمانهای ذیربط زمینه ارتقای وضعیت بیماران سرطانی و دیابتی فراهم شود که در اولین جلسه ای که در نهاد ریاست جمهوری تشکیل شد پس از بررسی صورت مسئله و تأکید بر ضرورت حل مسئله مقرر گردید موضوع به صورت جامع و کامل بررسی شود.

در ادامه، جلسه ای با حضور نمایندگان سازمانهای مختلف به منظور بررسی دقیق تر مسئله در نهاد ریاست جمهوری تشکیل شد که در این جلسه ابتدا آقای دکتر نوروزی ضمن خوش آمدگویی به حضار در مورد پیشنهاد تحت پوشش قرار گرفتن بیماران سرطانی و دیابتی به عنوان بیماریهای خاص سؤالاتی را در زمینه آمار دقیق بیماران، برآورد هزینه، روند رشد و کاهش بیماری در آینده، پیشگیری، پیش بینی بودجه و راهکارهای مناسب، اقدامات انجام شده و اقدامات لازم برای آینده مطرح نمودند. دکتر تهرانی نماینده بنیاد امور بیماریهای خاص نیز ضمن برشمردن مشکلات بیماران سرطانی و دیابتی و گران بودن داروهای مورد نیاز آنها اعلام نمودند چنانچه پیشنهاد مورد موافقت قرار گیرد بیماران بتوانند به صورت تک نفره بیمه شوند تا ۷۰٪ هزینه درمان و داروی مورد نیاز بیمار از سوی بیمه تأمین شود و برای ۳۰٪ مابقی نیز با پیش بینی اعتبار از طریق بنیاد بیماریهای خاص یا هر دستگاه دیگر هماهنگی شوند.

خانم نوری از سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، ضمن اعلام اینکه تاکنون تعریف خاص و مشخصی از سوی مراجع ذیربط نسبت به اینکه چه نوع بیماریها خاص می باشند

ارائه نگردیده است اشاره داشتند سازمان مدیریت و برنامه ریزی تاکنون در ردیف های مختلف برای کمک به بیماران اعتبار در نظر گرفته و هزینه شده است.

در بودجه پیشنهادی در سال ۱۳۸۱ ضمن افزایش اعتبارات نسبت به سال قبل مبلغ ۲۰ میلیارد ریال اعتبار برای پیشگیری بیماران دیابتی در نظر گرفته است و برای کمک به درمان بیماران نیازمند نیز در ردیف های دیگر اعتبارات مناسبی در نظر گرفته شده است.

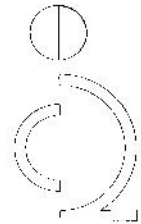
در این جلسه دکتر کاظمینی مسئول مرکز پیوند و بیماریهای خاص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اظهار داشت همه بیماریها با توجه به متنوع بودن آنها می تواند بیمار خاص تلقی گردد و پیشنهاد مذکور باید در کمیته های کارشناسی مورد بررسی دقیق قرار گیرد تا بتوان یک تصمیم عقلانی اتخاذ کرد. در این شرایط وزارت بهداشت و درمان نظر موافق با این پیشنهاد را ندارد دکتر قاسمی از معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی نیز ضمن اشاره به نحوه درمان در کشور و عدم هماهنگی پزشکان با سیاستهای وزارت

بهداشت و درمان و اینکه از سوی پزشکان معالج بدون در نظر گرفتن اینکه داروهای تجویزی برای بیماران از جمله سرطانی از سوی وزارت بهداشت و درمان تأیید نشده و مراحل تحقیقاتی خود را سپری می نماید برای بیماران و مسئولین بهداشت و درمان مشکلاتی را به وجود آورده است و باید به این نکته اشاره نمود که خوشبختانه در امر بهداشت و پیشگیری کشور قدمهای مؤثری را برداشته که نتایج آن قابل توجه است و باید نسبت به پیشگیری توجه خاص نموده و در مورد پیشنهاد مذکور و داروهای مورد نیاز باید موضوع در کمیته های تخصصی مورد بررسی قرار گیرد.

در این جلسه اعلام نظر شد که باید برای بررسی موضوع، کمیته های تخصصی تشکیل گردد و لذا با توجه به موافقت کلیه اعضای شرکت کننده مقرر گردید دو کمیته تحت عنوان «کمیته مشکلات بیمه ای بیماران» و کمیته مشکلات دارو درمان تشکیل تا موارد مطروحه با ارائه آمار و تحقیقات انجام شده مورد بررسی دقیق قرار گیرد.



بررسی اختلالات تراکم استخوان و فاکتورهای مؤثر بر آن در نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور



مقدمه

غدد درون ریز صورت می‌گیرد. کاهش تراکم استخوان، مانند سایر عوارض بیماری، می‌تواند بیماران را مستعد به ناهنجاریهای مختلف (شکستگی‌های پاتولوژیک و دردهای استخوانی) کرده و کیفیت زندگی و سلامت بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. هم‌چنین این عوارض باعث بروز مشکلات متعدد برای سیستم درمانی و اطرافیان بیمار است و بار مضاعف اقتصادی بردوش بیماران و جامعه می‌باشد. لذا با توجه به اهمیت موضوع، بنیاد بیماریهای خاص برآن شد تا با صرف هزینه‌ای که در مقایسه با هزینه درمان عوارض در این بیماری کاملاً مقرون به صرفه است، قدمی در جهت شناخت این گروه از مشکلات بیماران تالاسمی بردارد. واضح است که شناسایی ارتباط بین فاکتورهای در نظر گرفته شده و تراکم استخوان بیماران، راه را برای درمان این عوامل هموار می‌سازد.

روش کار

در این مطالعه که به روش هم گروهی تاریخی (historical cohort) انجام شد، تعداد ۲۰۸ بیمار مبتلا به بتا

بتا تالاسمی ماژور یک اختلال ارثی خونی است که به کم خونی شدید و تهدید کننده حیات می‌انجامد. در این بیماری که (تعداد بیماران آن در کشور ما در حدود ۲۰/۰۰۰ نفر تخمین زده می‌شود) فرد مبتلا باید تحت درمان با تزریق خون مکرر و منظم قرار گیرد، هم‌چنین درمان با فلزگیرها (chelators) در تمامی طول عمر بیمار ضروری است. درمان منظم، تزریق‌های مکرر خون و استفاده از فلزگیرها باعث شده است که بیماران عمر طولانی‌تری داشته و تا دهه‌های ۴-۵ به زندگی ادامه دهند.

به هر ترتیب، علیرغم درمان منظم با فلزگیرها تزریق‌های مکرر خون باعث تجمع آهن در بدن شده و عوارضی مانند هیپوگوئنادیسم هیپوگونادوترو فیک، دیابت ملیتوس، هیپوتیروئیدیسم و هم‌چنین نارسایی قلبی ایجاد می‌گردد. از جمله عوارض مهم در این گروه بیماران، اختلال عملکرد و نیز تعداد اوستئو بلاست‌ها می‌باشد که می‌تواند منجر به کاهش تراکم استخوانی شود (البته در مورد هموکروماتوز اولیه، اوستئوپنی در اثر اختلالات متعدد

تهیه و تنظیم:

دکتر سید محمود طباطبائی

استاد دانشگاه و معاونت آموزش و پژوهش بنیاد

دکتر علیرضا شمشیر ساز

پزشک عمومی و کارشناس آموزش و پژوهش بنیاد

دکتر میررضا بخیرنیا

کارشناس آموزش و پژوهش بنیاد

تالاسمی ماژور و ۲۳۰ نفر شاهد (بدون مواجهه با تالاسمی ماژور) مورد بررسی قرار گرفتند، بیماران (افراد دارای مواجهه) جهت طی مراحل درمانی خود (دریافت خون و دسفرال) به مراکز درمانی شهر تهران (بیمارستان شهداء درمانگاه تالاسمی، بیمارستان حضرت علی اصغر، مرکز درمانی سوده و...) مراجعه می کردند و افراد شاهد (فاقد مواجهه) از بین دانش آموزان مدارس راهنمایی و متوسطه تهران به شیوه Convenience و داوطلبانه که فاقد عوامل با اثر سوء بر روی تراکم استخوان بودند، انتخاب شدند. کلیه افراد مورد بررسی از نظر فاکتورهای دموگرافیک، (سوابق بیماری تالاسمی (مدت و زمان شروع دریافت خون و فلزگیرها (دسفرال)) سوابق بیماریهای مرتبط با کاهش تراکم استخوان) و وضعیت رشد و بلوغ جنسی (مارشال-تائر) مورد بررسی قرار گرفتند. در مورد بیماران (افراد دارای مواجهه)، سوابق بیماری تالاسمی... نیز مورد بررسی قرار گرفت.

وضعیت تغذیه افراد مورد مطالعه با همکاری انستیتو تغذیه ایران مورد بررسی قرار گرفت و میزان کلسیم دریافتی روزانه بیماران با استفاده از پرسشنامه Food frequency استخراج شد.

از کلیه افراد تحت مطالعه، نمونه ناشتا جهت انجام آزمایشات سربولوژی، سطح سرمی ویتامین D، IGF-1، کلسیم، فسفر، آلکالین فسفاتاز، PTH، آلبومین، توتال

پروتئین) گرفته شد؛ در گروه بیماران، علاوه بر آزمایشهای فوق، آزمایشهای هماتولوژی و هورمونهای تیروئیدی و جنسی نیز به عمل آمد.

افراد مورد مطالعه در هر گروه تحت سنجش تراکم استخوان بروش D X A (DUAL X - RAY ABSORPT IOMETRY

بوسیله دستگاه LUNAR DPXMD #7164 قرار گرفتند. وضعیت تراکم استخوانهای ستون فقرات (L1-L4) و قسمت های مختلف استخوان فمور (گردن، تنه، تروکانتر بزرگ و مثلث WARD) بر حسب گرم بر سانتی مترمربع اندازه گیری شد. (Z SCORE) های جور شده بر اساس سن و جنس، از بررسی افراد نرمال (فاقد مواجهه)، به ترتیب زیر تعیین گردید:

مقادیر کمتر از 2.5 SD اوستئوپروز و مقادیر بین 1-2.5 معادل اوستئوپنی در نظر گرفته شد. داده ها پس از جمع آوری وارد رایانه شد و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 10.5.0 مورد پردازش قرار گرفت. برای این کار از آزمونهای POOLED T test, Chi2, ANOVA

جدول ۱- اختلافات تراکم استخوانی در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور بر اساس تراکم استخوانی مهره های L1-L4 و استخوان فمور (Total Femoral)

معادلهای غیر پارامتریک آنها) استفاده شد. آزمون در سطح معنی دارای ۹۵ درصد انجام گرفت.

همچنین تعاریف استئوپروز و استئوپنی score های جور شده بر اساس جنس و بلوغ (مارشال-تائر) در افراد نرمال و به ترتیب فوق تعیین گردید.

نتایج

در این مطالعه مجموعاً ۲۰۵ بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران مورد بررسی ۹ تا ۲۱ ساله با متوسط سن $15\frac{3}{4} \pm 0\frac{4}{4}$ میانگین $(+2)$ خطای معیار) سال بودند. نسبت مرد به زن (Male to Female Ratio) در مجموعه بیماران، ۱/۱ بود. از کلیه بیماران، آزمون دانستومتری به روش DEXA به عمل آمد.

تراکم استخوانی (BMD) مهره های اول تا چهارم (L1-L4) بیماران با مقادیر مربوط به افراد سالم هم سن و هم جنس آنها مورد مقایسه قرار گرفت. براساس این مقیاس (Age & Sex Matched Z Scores)، ۱۰۱ نفر (۵۰/۸ درصد) از

جدول ۱- اختلافات تراکم استخوانی در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور بر اساس تراکم استخوانی مهره های L1-L4 و استخوان فمور (Total Femoral)

L1-L4 BMD				Total Femoral BMD
استئوپوروتیک	استئوپنیک	طبیعی	طبیعی	
۳۰ (۱۵/۱)	۵۲ (۲۶/۱)	۲۰ (۱۰/۱)	استئوپنیک	
۵۵ (۲۷/۶)	۱۹ (۹/۵)	۱ (۰/۵)	استئوپوروتیک	
۱۶ (۸/۰)	۶ (۳/۰)			

اعداد داخل جدول، تعداد بیماران و اعداد داخل پرانتز، درصد آنها از مجموع بیماران را نشان می دهد.

جدول ۲. اختلال تراکم استخوانی L1-L4 در بیماران ۲۱-۹ ساله تالاسمی ماژور به تفکیک جنس

تراکم استخوانی L1-L4	مونث		مذکر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
طبیعی	۷	۷/۴	۱۴	۱۲/۷
استئوپنیک	۳۶	۳۷/۹	۴۵	۴۰/۹
استئوپوروتیک	۵۲	۵۴/۷	۵۱	۴۶/۴
جمع	۹۵	۱۰۰	۱۱۰	۱۰۰

بیماران مبتلا به استئوپروز و ۷۷ نفر (۳۸/۷ درصد) از آنان مبتلا به استئوپنی بودند و تنها در ۲۱ نفر (۱۰/۶ درصد) از آنها تراکم استخوانی L1-L4 طبیعی بود. (شکل ۱)

همچنین تراکم استخوانی بیماران بر حسب وضعیت Total Femoral bone mineral density آنها نیز، براساس مقیاس حاصل از SCORE Z-های گروه مشابه جنسی و سنی تعیین گردید.

Total Femoral، ۱/۱ درصد بیماران، مبتلا به استئوپروز و ۳۷/۷ درصد مبتلا به استئوپنی بودند. (شکل ۲) جدول ۱ تطابق تشخیص اختلالات تراکم استخوانی براساس اندازه گیری تراکم استخوانی مهره های L1-L4 و Total Femoral را در بیماران مورد بررسی نشان می دهد.

سن مبتلایان (=مدت بیماری) در مبتلایان به استئوپروز (۱/۲+) و ۱۶/۸ سال و در مبتلایان به استئوپنی و سایرین به ترتیب (۱۵/۹+) و (۰/۶۱+) و ۱۴/۵ سال بود. (بر اساس L1-L4) که اختلاف آماری ارزشمندی را نشان داد (p=۰/۰۱)، شکل ۳ و ۴، مقایسه سن را بر

است. همانگونه که ملاحظه می شود، تفاوت آماری ارزشمندی بین غلظت هموگلوبین در مبتلایان به استئوپروز، استئوپنی و بیماران دارای تراکم طبیعی استخوان مشاهده نشد. انجام آزمونهای عملکردی تیروئید نشان داد که سطوح T3 و T4 در مبتلایان به استئوپروز نسبت به مبتلایان به استئوپنی و در گروه اخیر، از بیماران دارای تراکم طبیعی استخوان پایین تر است، معذالک تفاوتهای مشاهده شده در هیچیک از دو مورد فوق از نظر آماری ارزشمند نبود (جدول ۳). سطح سرمی PTH و ویتامین D نیز در بیماران استئوپوروتیک و سایر بیماران، تفاوت بارزی نداشت. این در حالی است که سطح سرمی کلسیم در مبتلایان به استئوپروز به نحو معنی داری پایین تر از سایر بیماران بود (P=0.018). عامل رشد

اساس تراکم استخوانی بیماران نشان می دهد.

نسبت اختلالات تراکم استخوانی L1-L4 به تفکیک جنس بیماران (جدول ۲) تعیین گردید و بین دو جنس از این نظر اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت.

نتیجه آزمونهای هماتولوژیک و سرمی بیماران بر حسب وضعیت تراکم استخوانی L1-L4 آنها در جدول ۳ نشان داده شده

جدول ۳. نتیجه آزمونهای هماتولوژیک و سرمی بیماران بر حسب وضعیت تراکم استخوانی مهره های L1-L4 آنان

مجموع بیماران	وضعیت تراکم استخوانی			
	استئوپوروتیک	استئوپنیک	طبیعی	
هموگلوبین (g/dl)	۱۰/۵ (۰/۱۸)	۱۰/۷ (۰/۲۳)	۱۰/۷ (۰/۴۱)	۱۰/۶ (۰/۱۳)
T3 (mg/100ml)	۴/۶ (۴/۱)	۹/۴ (۵/۳)	۱۶۸/۶۸ (۲۵/۷)	۱۲۹/۹ (۳/۷)
T4 (mcg/100m)	۷/۵ (۰/۳)	۷/۹ (۰/۳)	۸/۸ (۱/۱)	۷/۷ (۰/۲)
TSH (Miu/ml)	۳/۰ (۰/۲۶)	۲/۶ (۰/۲۶)	۲/۹ (۱/۰۶)	۲/۸ (۰/۱۹)
PTH (mg/dl)	۳۰/۱ (۲/۳)	۲۶/۹ (۲/۳)	۲۸/۷ (۸/۹)	۲۸/۷ (۱/۷)
VitD (nmol/lit)	۲۸/۳ (۱/۹)	۳۲/۴ (۴/۲)	۳۶/۸ (۶/۳)	۳۲/۰ (۵/۲)
Total Ca (mg/dl)				
P (mg/dl)				
پروسترون	۱/۲۳ (۰/۳۴)	۰/۵۷ (۰/۲۰)	۰/۷۸ (۰/۰۷)	۰/۹۵ (۰/۱۹)
تستوسترون	۱/۵ (۰/۴۴)	۱/۲ (۰/۳۸)	۲/۴ (۱/۴)	۱/۵ (۰/۳۹)
LH (Miu/ml)	۳/۶ (۰/۳۶)	۲/۹ (۰/۳۴)	۴/۷ (۱/۴)	۳/۵ (۰/۲۶)
FSH (Miu/ml)	۴/۲ (۰/۴)	۳/۳ (۰/۴)	۵/۰ (۰/۹)	۴/۰ (۰/۳)
E2	۴۷/۵ (۸/۲)	۲۹/۱ (۵/۵)	۵۱/۳ (۹/۱)	۴۲/۰ (۵/۳)
پرولاکتین (mg/ml)	۱۷/۷ (۷/۱)	۱۱/۰ (۱/۵)	۱۳/۹ (۲/۵)	۱۵/۲ (۴/۲)
IGF 1	۲۳۴/۴ (۲۴/۸)	۲۹۴/۹ (۲۶/۴)	۴۱۴/۴ (۸۳/۱)	۳۲۵/۳ (۱۷/۹)

کلیه اعداد داخل جدول نشان دهنده (Mean (SE) مقدار مورد آزمایشی است.

شبه انسولینی (IGF-1) در بیماران تالاسمیک دارای تراکم استخوانی طبیعی بالاتر از سایر بیماران بود (جدول ۳) اما تفاوت آنها فاقد ارزشمند آماری بود. همانگونه که در جدول ۳ ملاحظه می شود، ارتباط خاصی بین تراکم استخوانی L1-L4 بیماران وسطوح هورمونه ای پروژسترون، E2، LH، FSH، تستوسترون و پرولاکتین آنها به دست نیامد

بحث

این مطالعه نشان داد که اختلالات تراکمی استخوان در بیماران مبتلا به تالاسمی بسیار بیشتر از جمعیت سالم است، براساس تعریفی که در این مطالعه برای اختلالات تراکمی استخوان بکار گرفته شده، انتظار می رود که کمتر از ۲ درصد هر جمعیت، مبتلا به استئوپروز (لااقل ۲/۵ انحراف معیار کمتر از میانگین افراد هم سن و هم جنس) و حدود ۱۵ درصد، مبتلا به استئوپنی (بین یک تا ۲/۵ انحراف معیار کمتر از میانگین افراد هم سن و هم جنس) باشند. سایر مطالعات نیز، نتایجی مشابه مطالعه فعلی داشته اند. در مطالعه ای که توسط Pafumi و همکاران انجام گرفت، ۸۲ درصد و در مطالعه Angastiniotis و همکاران، حدود ۷۵ درصد از بیماران مبتلا به بتا تالاسمی ماژور، دارای تراکم استخوانی کمتر از ۲ انحراف معیار نسبت به جامعه هم سن و هم جنس خود بودند که هر دو

۱۴

آنها از این جنبه با مطالعه حاضر تشابه دارند، در مطالعه Jensen و همکاران بر روی مبتلایان به تالاسمی ماژور، شیوع کاهش تراکم استخوان (معادل تعریف استئوپنی در مطالعه فعلی)، ۴۵ درصد و شیوع کاهش شدید تراکم استخوان (معادل استئوپروز در مطالعه حاضر)، ۵۱ درصد بود.

در این مطالعه نشان داده شد که مبتلایان به استئوپروز و استئوپنی، متوسط سن بالاتری نسبت به سایر بیماران دارند، به عبارت دیگر، نسبت بیماران تالاسمیک مبتلا به اختلالات تراکم استخوان، با افزایش سن بیشتر می شود. مطالعات جداگانه Krishman Lala و Pafumi نیز ارتباط مشابهی را بین سن بیماران و اختلالات تراکم استخوانی نشان داده اند، در حالی که Jensen و همکاران چنین رابطه ای را در بیماران خود مشاهده نکرده اند. معذالک باید توجه داشت که در مطالعه گروه، Jensen اغلب بیماران سن بالاتر از ۲۰ سال داشته اند، لذا مساله رسیدن تاخیری بیماران مبتلا به تالاسمی به حداکثر توده استخوانی (Peak bone mass) در مورد آنها کمتر مطرح است.

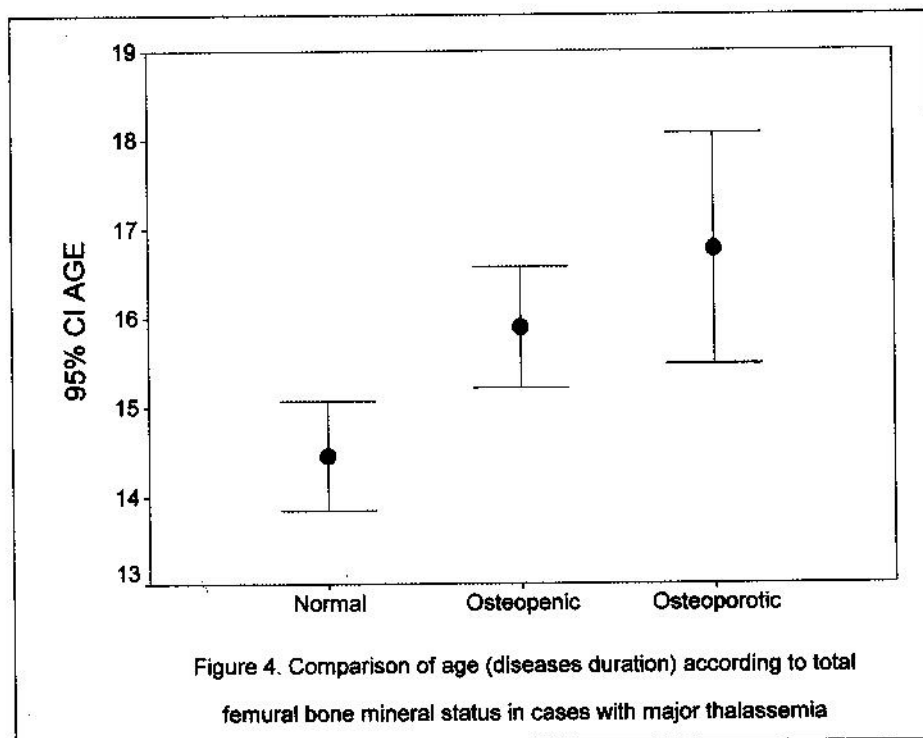
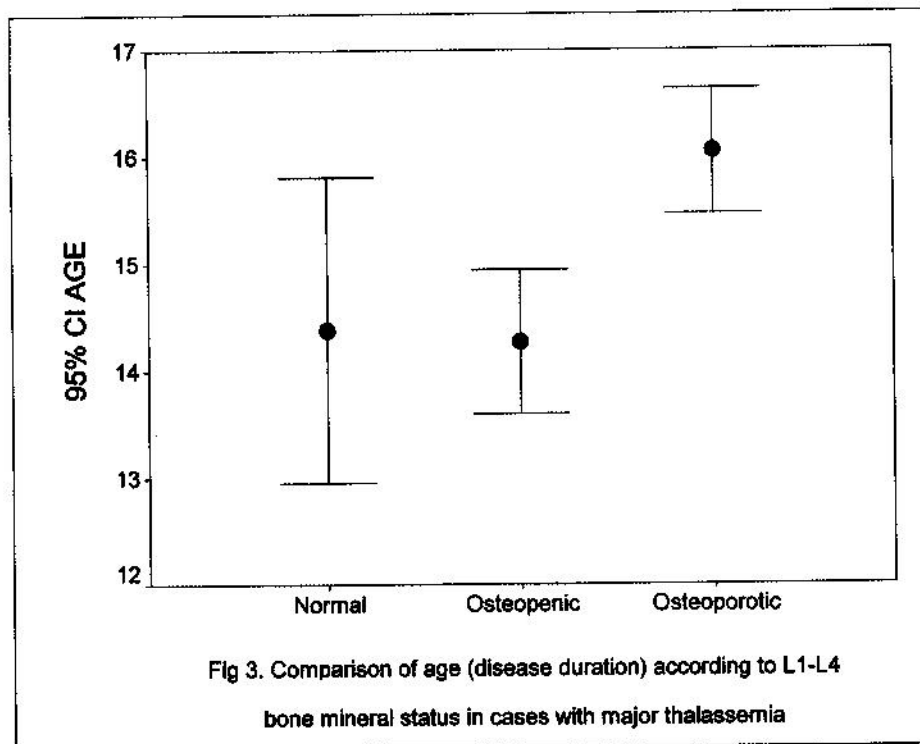
در مطالعه Jensen، استئوپروز در مردان شایعتر و شدیدتر از زنان بود که آنرا ناشی از همکاری کمتر مردان (به ویژه پسران نوجوان) در درمان خود دانسته اند، اما در مطالعه فعلی که در جمعیت بزرگتری از مبتلایان به تالاسمی انجام شد، چنین اختلافی بین دو جنس مشاهده نشد. در این مطالعه همچنین رابطه ای بین سطح

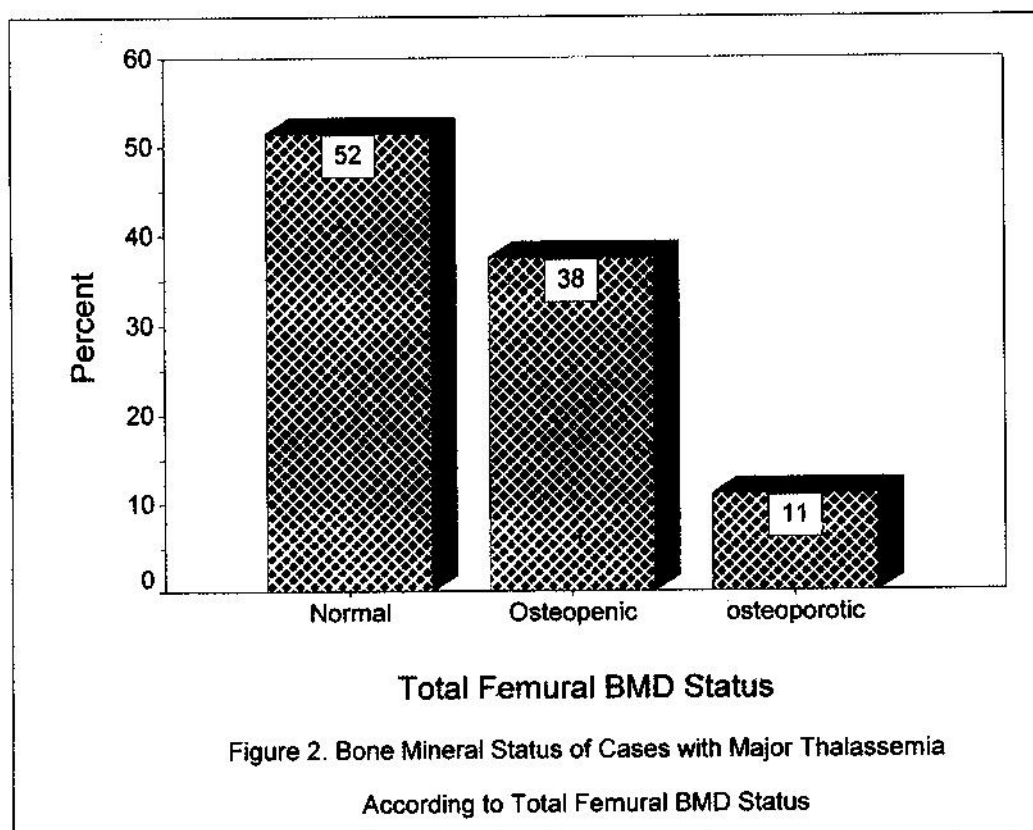
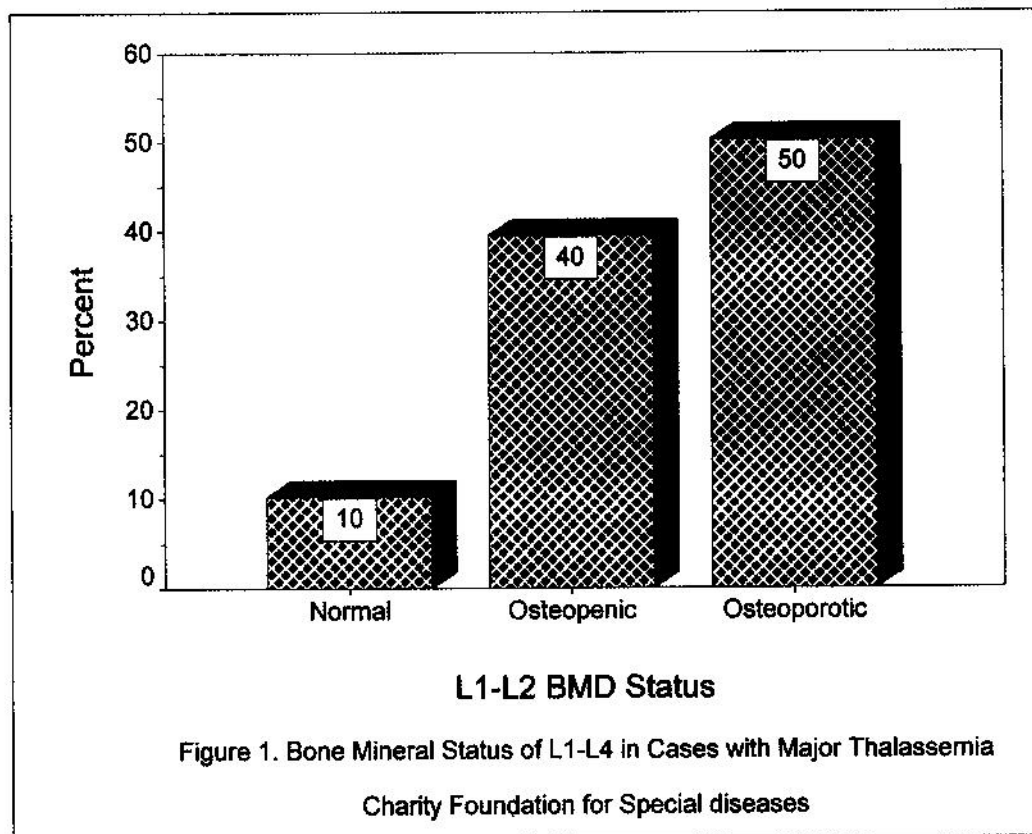
هورمونهای جنسی و ابتلا به اختلالات تراکمی استخوان مشاهده نشد، در مطالعات قبلی نیز نشان داده شده که اصلاح هیپوگنادیسم در مبتلایان به تالاسمی از طریق درمان جایگزینی با هورمونها (HRT) تاثیری بر حفاظت آنها در برابر کاهش توده استخوانی ندارد، هر چند که درمان مستمر و زود هنگام با هورمونها می تواند سبب افزایش تراکم و محتوای استخوانی (BMD, BMC) در این بیماران گردد (Anaplitotou و همکاران).

در بررسی انجام شده، اختلالات تراکمی استخوان با مقادیر پایین تر کلسیم دریافتی و سطوح پایین تر کلسیم و ویتامین D سرم همراه بود که احتمال قابل پیشگیری بودن لااقل بخشی از اختلالات استخوانی از طریق مداخلات مناسب تغذیه ای را مطرح می سازد.

نتیجه گیری و پیشنهاد

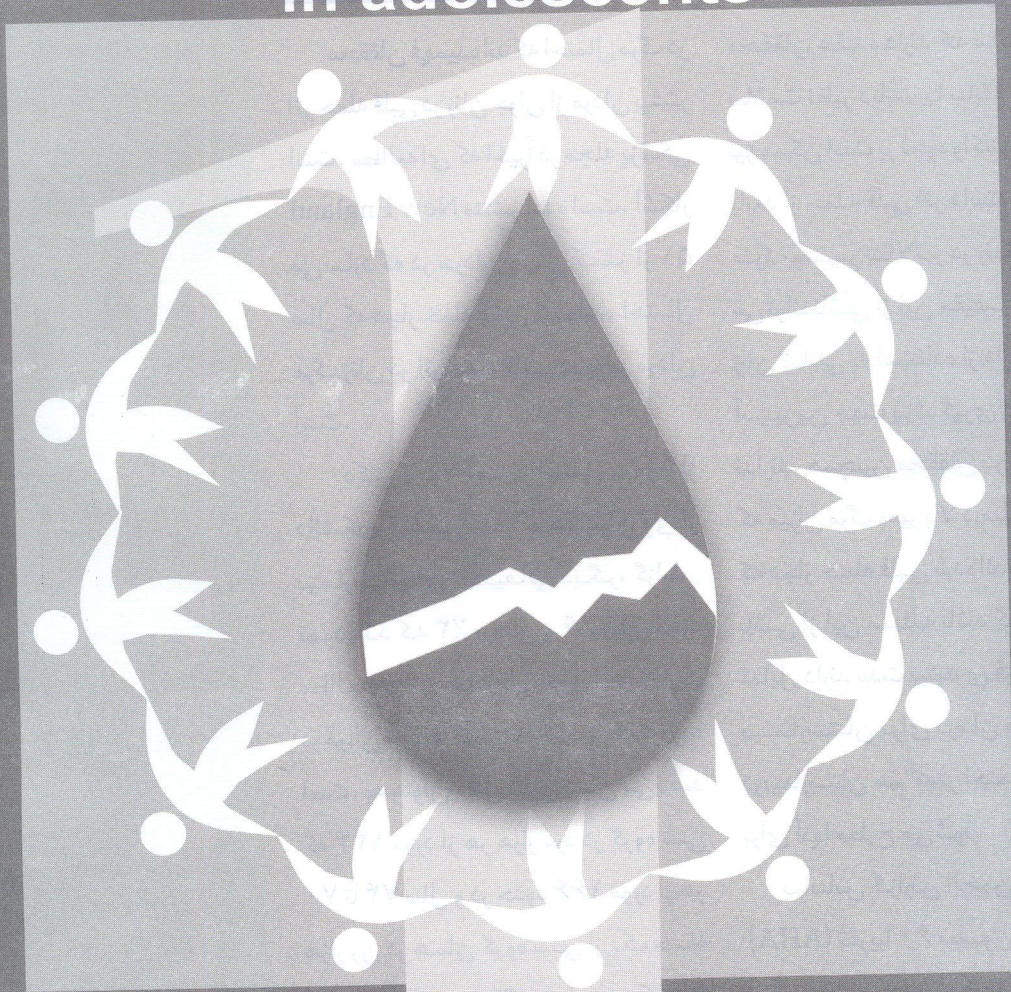
رابطه بین اختلالات تراکمی استخوان و سن در این مطالعه، میتواند نشان دهنده مجموع عواملی باشد که در طول زمان بر توده استخوانی بیماران تالاسمیک اثر می کنند و برای مقابله با آنها بایستی اصلاح برنامه زندگی بیماران را بصورت دراز مدت مد نظر قرارداد. باتوجه به دانسته های موجود به نظر می رسد که اصلاح رژیم غذایی و اجرای برنامه های دراز مدت هورمونی اقدامی مفید در پیشگیری از اختلالات تراکمی استخوان و کاهش مشکلات بیماران باشد.





عوارض اولین همایش بین المللی در نوجوانان

The first International Congress on the
Complication of
in adolescents



مکان برگزاری: بیمارستان امام خمینی

۱۴-۱۲ اردیبهشت ۱۳۸۱
2-4 May 2002

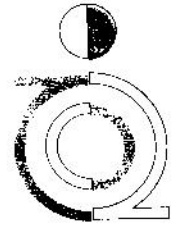
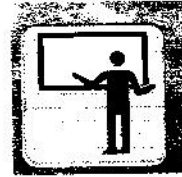
به همراه کارگاههای آموزشی
ویژه دبیرستان و پزشکان



دبیرخانه همایش: تهران - خیابان ولیعصر
بالا تراز تقاطع شهید بهشتی - خیابان شهید اکبری - خیابان هفدهم تیر - پلاک ۸
تلفن: ۸۸۸۸۸۸۸۸ - ۸۸۸۸۸۸۸۸
فکس: ۸۸۸۸۸۸۸۸ - ۸۸۸۸۸۸۸۸

برگزارکنندگان:
بیمارستان امام خمینی - معاونت تخصصی و سرعان کودکان ایران
با همکاری: دبیران بین المللی (TIF)
سازمان بهداشت و وزارت بهداشت - تهران - امور بین پزشکی
مرکز تحقیقات خون و سرطان
سازمان تحقیقات عدم متابولیسم و استخوان - علی - پزشکی تهران
انجمن هماتولوژی - اکادمی پرورشیان
دانشگاه علوم پزشکی - بقیه الله

احتمال خطر حمله قلبی در زنان بیشتر از مردان می باشد



محققان عقیده دارند که سایر متغیرهای سلامت نظیر دیابت یا سابقه بیماری قلبی نیز ممکن است بر نحوه واکنش زنان درحین یابعد از حمله قلبی اثر داشته باشد. میزان مرگ و میر بالاتر در زنان جوانتر می تواند ناشی از این حقیقت باشد که این زنان تمایلی به استفاده از داروهای قلبی و آسپیرین جهت پیشگیری از حمله قلبی ندارند. همچنین محققان بر این عقیده اند که میزان مرگ و میر بالا در میان بیماران زنی که دچار حمله قلبی شده اند، ممکن است ناشی از این مسئله باشد که زنان جوانتر تمایل دارند مدت بیشتری قبل از مراجعه به بیمارستان برای درمان صبر کنند و در بیمارستان هم کمتر احتمال حمله قلبی برای آنها مطرح می شود.

براساس گزارش انجمن قلب آمریکا (AHA) تقریباً ۶۰ میلیون آمریکایی از بیماری قلب و عروق رنج می برند. از این تعداد ۷ میلیون دچار حمله قلبی شده اند و بیش از ۶ میلیون نفر هم از بیماری قلب و عروق فوت کرده اند.

براساس گزارش AHA حمله قلبی هنگامی رخ می دهد که عروق خونی تغذیه کننده قلب مسدود می شوند و نمی توانند به قلب اکسیژن رسانی کنند.

محققان فهمیده اند که احتمال مرگ در اثر حمله قلبی در زنان جوان از مردان بیشتر است. مطالعه ای که اخیراً در مجله پزشکی New England منتشر شده است، آشکار می سازد که در مردان و زنان کمتر از ۵۰ سال که دچار حمله قلبی شده اند، احتمال مرگ زنان در اثر حمله قلبی دو برابر مردان است.

دکتر ویولا (مدیر اصلی پروژه) از دانشکده پزشکی Yale و همکاران وی از بیمارستانهای تحقیقاتی دیگر، گزارش نموده اند که ۳٪ مردان و ۶٪ زنان مورد مطالعه در اثر حمله قلبی مرده اند. تفاوت در میزان مرگ در میان افراد مسن کمتر بوده است. به عنوان مثال نتایج نشان می دهند که ۱۴۴ مورد از هر هزار مرد در گروه سنی ۷۰ تا ۷۴ سال و در حدود ۱۶۶ مورد از هر هزار زن در همان گروه سنی از یک حمله قلبی مرده اند. محققان بیان می کنند که خطر مرگ ناشی از حمله قلبی وقتی زنان به سن ۷۵ سالگی می رسند دیگر بیشتر از مردان در همان گروه سنی نیست. این نتایج از گردآوری اطلاعات مربوط به بیش از ۳۵۰۰۰۰ بیمار مبتلا به سکته قلبی، بدست آمده است.

در مورد خطر بالاتر در گروه زنان جوانتر،

تهیه و تنظیم:

دکتر شیوا حسینی

قلب نیز بصورت یک حمله قلبی واکنش نشان می‌دهد. براساس شدت، قسمتی از قلب می‌تواند آسیب ببیند یا حتی از بین برود.

نشانه‌های حمله قلبی شامل یک احساس فشار ناراحت‌کننده، احساس پری، فشردگی یا درد در مرکز قفسه سینه است که بسته به نوع حمله قلبی بیش از چند ثانیه تا چندین دقیقه یا حتی بیشتر طول بکشد. بر اساس نتایج AHA، درد می‌تواند راجعه باشد. همچنین ممکن است بصورت دردی باشد که به شانه‌ها، گردن یا بازوها انتشار می‌یابد یا به شکل احساس ناراحتی در قفسه سینه همراه سرگیجه، ضعف، تعریق، تهوع و تنگی نفس باشد. AHA توصیه می‌کند که هر کس که با این نشانه‌ها مواجه می‌شود برای افزایش شانس زنده ماندن خود باید در اسرع وقت به پزشک مراجعه نماید.

افزایش آگاهی در مورد بیماری قلب در زنان

در حالی که بسیاری از مردم می‌اندیشند بیماری قلبی قاتل شماره یک مردان است، تعداد زیادی نمی‌دانند که این آمار برای زنان نیز همین‌گونه است. به همین دلیل بسیاری از زنان با ترس از سرطان پستان زندگی می‌کنند، در حالی که بیشتر محتمل است که از یک حمله قلبی بمیرند.

در یک بررسی که توسط انجمن پزشکی بانوان آمریکا (AMWA) در سال ۱۹۹۵ انجام شد، از هر ۵ زن، ۴ نفر نمی‌دانستند که بیماری قلبی قاتل شماره یک آنهاست. حتی شگفت‌آورتر آنکه ۱/۳ پزشکان نیز از

این حقیقت آگاه نبودند. دکتر وبراجودسون (رئیس سابق AMWA و سرپرست پزشکی انستیتوی قلب زنان در کالیفرنیا جنوبی) می‌گوید: «زنان آگاه نیستند، چون پزشکان آگاه نیستند. وقتی زنی از نشانه‌ها شاکی است، به او گفته می‌شود که نگران نباش و فقط پاپ اسمیر و ماموگرافی را به او توصیه می‌کنند. لذا پزشکان باید با دقت بیشتری نشانه‌های بیماران را بررسی کنند.»

پزشکان حملات قلبی را در زنان و افراد غیرسفیدپوست کمتر تشخیص می‌دهند.

در مطالعه‌ای بر روی ۱۰۶۸۹ آمریکایی که با شکایت از درد در قفسه سینه به ۱۰ مرکز اورژانس شهری مراجعه کرده بودند، نشان داده شد که احتمال دریافت اقدامات درمانی کافی در زنان و افراد غیرسفیدپوست کمتر است. این مطالعه در مجله پزشکی New England به چاپ رسیده است. این تحقیق توسط دکتر هکتور پاپ از مرکز پزشکی نیوانگلند در بوستون انجام شده است و روشن ساخته است که پزشکان اورژانس ۲/۱٪ از تمام حملات قلبی و ۲/۳٪ بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار را که باید در بیمارستان بستری شوند تشخیص نمی‌دهند.

سالانه ۱/۱ میلیون حمله قلبی در آمریکا رخ می‌دهد که نیمی از آنها جهت درمان در بخش اورژانس ویزیت می‌شوند و مطالعه نشان می‌دهد که از این تعداد ۱۱۰۰۰ مورد تشخیص داده نمی‌شود و کار به شکایت قانونی می‌انجامد.

از سوی دیگر برخی مطالعات نشان داده‌اند که ۷۰٪ افرادی که با درد قفسه سینه در بیمارستان بستری می‌شوند، مشکلاتشان به گونه‌ای نیست که نیاز به بستری شدن فوری داشته باشد. بدلیل اینکه هزینه اضافی برای بستری ساختن‌های غیرضروری بیش از ۵ میلیارد دلار در سال است، شرکت‌های بیمه نیز پزشکان و بیمارستانها را برای غربالگری موارد غلط تحت فشار قرار می‌دهند.

دکتر پاپ و همکارانش نتیجه گرفته‌اند که در این مطالعه ۵/۸٪ بیماران سیاهپوست در مقایسه با ۱/۲٪ بیماران سفید پوست دچار سکتة حاد قلبی، بستری نمی‌شوند یعنی ۴ برابر احتمال دارد که پزشکان حمله قلبی را در بیماران غیرسیاهپوست در مقایسه با سفیدپوستان تشخیص ندهند. آنها می‌گویند: «سیاهان عوامل خطر (ریسک فاکتورهای) بیشتری نسبت به سفیدپوستان دارند ولی به نظر نمی‌رسد که این حقیقت اثر عمیقی بر دیدگاه تشخیصی پزشکان داشته باشد.» یک دلیل این امر این است که سیاهپوستانی که به حمله قلبی دچار می‌شوند، ۸ تا ۱۰ سال جوانتر از بیماران سفید پوست هستند و دیگر آنکه بیشتر زن می‌باشند. در میان سفیدپوستان زنان نسبت به مردان همسن خود کمتر دچار سکتة قلبی می‌شوند. این عوامل بطور نسبی آشکار می‌سازد که چرا پزشکان این مشکل را در بیماران سیاهپوست کمتر در نظر می‌گیرند. محققان متوجه شده‌اند که زنان زیر ۵۵ سال در بالاترین خطر برای بستری نشدن هستند. مشکل معمولاً عدم صلاحیت نیست بلکه عوامل مختلف دخیلند.



دیابت و بیماری لثه

به کنترل آن بستگی دارد. افرادی که قند خونشان به خوبی تحت کنترل نیست نسبت به افرادی که قند خون خود را تحت کنترل کامل دارند، بیشتر و شدیدتر به بیماری لثه مبتلا شده و دندانهای بیشتری را از دست می‌دهند. در حقیقت بیمارانی که دیابت آنها به خوبی کنترل می‌شود بیشتر از افراد غیر دیابتی به بیماری لثه گرفتار نمی‌شوند. کودکان مبتلا به IDDM (دیابت وابسته به انسولین) نیز در معرض خطر ابتلا به بیماری لثه قرار دارند. بهترین راه مقابله با بیماری لثه کنترل خوب دیابت است.

مطالعات نشان می‌دهند کنترل قند خون خطر بروز بعضی از عوارض دیابت از قبیل بیماریهای قلبی و چشمی و ضایعات عصبی را کاهش می‌دهد. دانشمندان معتقدند که بسیاری از عوارض و بیماریها از جمله بیماری لثه از طریق کنترل خوب دیابت قابل پیشگیری هستند.

تغییرات عروق خونی

یکی از عوارض دیابت، ضخیم شدن عروق خونی می‌باشد که ممکن است سبب افزایش خطر بیماری لثه شود. عروق خونی، اکسیژن و غذا را به بافتهای بدن از جمله دهان

• رابطه بین دیابت و بیماری لثه

• نحوه گسترش بیماری لثه

• نحوه درمان آن

• سایر مشکلات دهانی مربوط به دیابت

• نحوه مراقبت از دندانها و لثه

اگر به دیابت مبتلا هستید، می‌دانید که این بیماری می‌تواند به چشمها، اعصاب، کلیه ها، قلب و سایر دستگاههای مهم بدنتان آسیب برساند ولی آیا می‌دانید که دیابت سبب بروز مشکلاتی در دهان شما نیز می‌شود؟ افراد مبتلا به دیابت نسبت به سایرین بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری لثه هستند.

بیماریهای لثه عفونتهایی هستند که لثه و استخوانهایی را که دندانها در آن قرار گرفته اند، مبتلا می‌کنند. این عفونتها در مراحل پیشرفته، سبب مشکلاتی از قبیل جوییدن دردناک و حتی از دست دادن دندان می‌شوند. بیماری لثه یا هر عفونت دیگری می‌تواند سبب ایجاد مشکلاتی در کنترل قند خون شما شود.

چه ارتباطی بین دیابت و بیماری لثه وجود دارد؟

کنترل دیابت

بیماری لثه، همانند سایر عوارض دیابت

ترجمه:

دکتر محمد پور اسلامی، فهیمه داودی مقدم

اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت

می باشد.

ژنژیویت معمولاً با مسواک کردن و نخ زدن روزانه و تمیز کردن مرتب دندانها توسط دندان پزشک برگشت پذیر است. در صورتی که ژنژیویت متوقف نشود، ممکن است به نوع جدی تر از بیماری لثه منجر گردد که به آن پریودنتیت می گویند.

پریودنتیت

پریودنتیت عفونت بافتیهای است که دندانها را در جای خودشان نگه می دارند. در پریودنتیت، پلاکها در زیر لثه ساخته و محکم می شوند. لثه ها از دندانها فاصله پیدا می کنند و حفره ای از عفونت تشکیل می دهند. این عفونت سبب از بین رفتن استخوان نگهدارنده دندان شده و ممکن است موجب از دست رفتن دندان گردد.

هنگامی که بر روی دندان پلاک ساخته می شود، لثه ها ملتهب شده و همزمان دندانها را تحت تاثیر قرار می دهد به طوری که ممکن است لق شده و بیفتند.

اغلب اوقات علائم اختار دهنده مبنی بر بروز پریودنتیت وجود ندارد. درد، آبه و لق شدن دندانها اغلب تا قبل از مرحله پیشرفته بیماری اتفاق نمی افتد. از آنجایی که پریودنتیت فقط لثه ها را مبتلا نمی سازد، با مسواک کردن روزمره و نخ زدن منظم دندانها نمی توان آن را کنترل نمود. پریودنتیت باید توسط یک پریودنتیست (متخصص بیماریهای لثه) یا یک دندانپزشک عمومی که در زمینه بیماریهای لثه دوره دیده باشد تحت درمان قرار گیرد.

بیماری لثه چگونه درمان می شود؟



بیشتر از افراد مشابه غیرسیگاری است. برای سیگاری های مبتلا به دیابت این خطر حتی بیشتر است. اگر شما یک فرد سیگاری مبتلا به دیابت هستید و دارای ۴۵ سال سن یا بیشتر می باشید، به میزان بیست برابر بیشتر از یک فرد مشابه بدون این عوامل خطر در معرض بیماری شدید لثه قرار دارید.

بیماری لثه چگونه گسترش می یابد؟

التهاب لثه

مسواک زدن ناصحیح و استفاده نکردن از نخ دندان به صورت مرتب، موجب تشکیل پلاکهای دندانی (لایه چسبنده ای از میکروبها) بر روی دندانها می شود. بعضی از این میکروبها موجب بیماری لثه می گردند. لثه ها قرمز و متورم شده و ممکن است هنگام مسواک زدن یا استفاده از نخ دندان خونریزی کنند. به این حالت ژنژیویت یا التهاب لثه می گویند که اولین مرحله از بیماری لثه

رسانده مواد زائد را از بافتها دور می کنند. دیابت سبب ضخیم شدن و گرفتگی عروق خونی می شود به طوری که جریان تغذیه بافتها و دفع مواد زائد را کند می سازد. این مسئله می تواند باعث کاهش مقاومت بافتهای لثه و استخوانی در برابر عفونت شود.

عفونت با باکتری ها

هنگامی که دیابت به خوبی کنترل نشود، سطح بالای گلوکز در مایعات دهان ممکن است سبب رشد میکروبها و پیدایش بیماری لثه شود.

استعمال سیگار

اثرات مخرب سیگار، به ویژه بیماری قلبی و سرطان بخوبی شناخته شده است. مطالعات هم چنین نشان داده اند که سیگار موجب گسترش بیماری لثه می شود. در حقیقت بیماری لثه در سیگاری ها پنج برابر

برداشتن پلاک

درمان پرودنتیت بستگی به این دارد که بیماری چه مقدار به لثه آسیب وارد ساخته است. در مراحل اولیه، دندانپزشک یا پرودنتیست، شروع به پاک کردن عمقی دندانها و لثه‌ها برای برداشتن پلاکهای سخت شده و بافت عفونی زیر لثه می‌کند و سطوح آسیب دیده دندان را صاف می‌نماید. این عمل موجب پیوند مجدد لثه به دندان می‌شود. لازم است دهانشویه مخصوص یا یک آنتی‌بیوتیک نیز جهت کنترل عفونت تجویز شود.

تمیز کردن عمقی دندانها تنها زمانی با موفقیت همراه است که بیمار بطور مرتب مسواک زده و نخ دندان استفاده کند تا از تشکیل دوباره پلاک بر روی دندانها جلوگیری شود.

جراحی لثه

زمانی که بیماری لثه خیلی پیشرفته بوده و بافت‌های نگهدارنده دندان تخریب شده باشند، جراحی لثه ضروری است. دندانپزشک یا متخصص لثه، ناحیه زیرلثه را که عفونی شده تخلیه می‌کند. سپس عمل ترمیم یا جایگزینی بافت‌های آسیب دیده محافظ دندان را انجام می‌دهد. این درمان‌ها شانس حفظ دندان را افزایش می‌دهند.

اگر دیابت دارید

• دانستن این موضع حائز اهمیت است که تا چه میزان دیابت شما تحت کنترل است و اینکه این اطلاعات را در هر ملاقات در اختیار دندانپزشکتان قرار دهید.

• قبل از برنامه‌ریزی برای درمان بیماری لثه با پزشکتان ملاقات کنید. از او بخواهید

درباره شرایط عمومی جسمی شما قبل از شروع درمان با دندانپزشک یا متخصص لثه گفتگو کند.

• اگر برای جراحی لثه برنامه‌ریزی شود ممکن است لازم باشد تغییراتی در برنامه غذایی، زمان و دوز مصرف انسولیتان بدهید. • اگر قند خونتان به خوبی کنترل نشده است، ویزیت‌های غیراورژانس دندانپزشکی را به تعویق بیندازید؛ اگر چه عفونتهای حاد مثل آیسه، باید فوری درمان شوند.

برای یک فرد با دیابت کنترل شده، جراحی‌های لثه یا دهان معمولاً می‌توانند در مطب دندانپزشک انجام شوند. ممکن است به دلیل وجود دیابت، بهبودی زمان بیشتری ببرد اما با مراقبت پزشکی و دندانپزشکی خوب، مشکلات پس از جراحی معمولاً بیشتر از آنهایی که در یک فرد غیر دیابتی دیده می‌شوند، نخواهند بود.

به محض آنکه عفونت لثه با موفقیت درمان شود، اغلب کنترل سطح قندخون آسانتر خواهد بود. آیا سایر مشکلات دهانی نیز به دیابت مربوط می‌شوند؟

پوسیدگی‌های دندانی

افراد جوان مبتلا به IDDM که رژیم

غذایی شان را به دقت رعایت کرده و از دندانهایشان به خوبی مراقبت می‌نمایند کمتر از سایر بچه‌های دارای پوسیدگی‌های دندانی هستند، زیرا آنها بسیاری از غذاهای حاوی قند را نمی‌خورند.

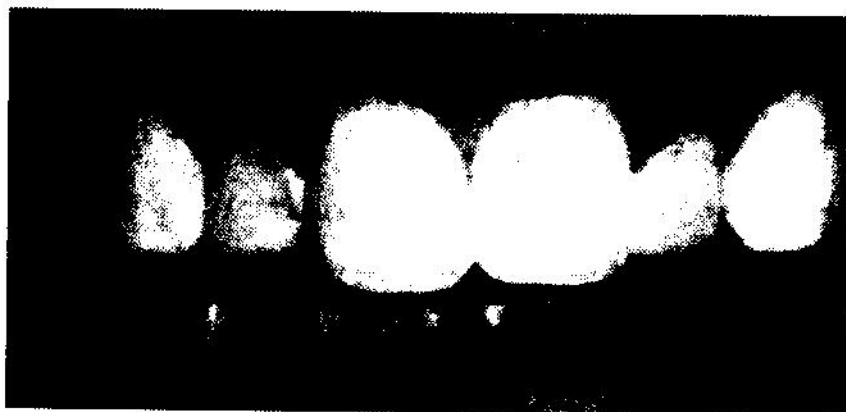
برفک

برفک عفونی است که توسط نوعی قارچ که در دهان رشد می‌کند، ایجاد می‌شود. مبتلایان به دیابت در معرض خطر ابتلا به برفک قرار دارند، همچنین کشیدن سیگار یا استفاده از دندان مصنوعی (به‌خصوص کسانی که به طور دائم از دندان مصنوعی استفاده می‌کنند) می‌تواند سبب عفونت‌های قارچی شود.

این عفونت با مصرف دارو قابل درمان است. با کنترل خوب دیابت، نکشیدن سیگار و برداشتن و تمیز کردن روزانه دندانهای مصنوعی می‌توان از برفک پیشگیری نمود.

خشکی دهان

خشکی دهان اغلب یکی از علائم دیابت پنهان می‌باشد و می‌تواند سبب مشکلاتی به علاوه احساس ناراحتی در دهان شود. خشکی



دهان می تواند موجب درد، زخم، عفونت و پوسیدگی دندان گردد.

خشکی دهان به این معنی است که شما به اندازه کافی بزاق یعنی مانع حفاظتی طبیعی دهان را ندارید. بزاق به پیشگیری و کنترل رشد میکروبهایی که سبب پوسیدگی دندان ها و سایر عفونت های دهانی می شود، کمک می نماید. بزاق، غذاهای چسبنده ای را که به تشکیل پلاک کمک می نماید، می شوید و با مواد معدنی به دندانها استحکام می بخشد.

یکی از دلایل اصلی خشکی دهان، داروها هستند. بیش از ۴۰۰ نوع داروی شناخته شده وجود دارد که سبب خشکی دهان می شوند، از جمله داروهای سرماخوردگی، فشارخون و افسردگی. اگر شما تحت درمان دارویی قرار دارید، در صورتی که احساس خشکی دهان کردید به دکتر یا دندانپزشکتان بگویید. ممکن است بتوانید یک داروی دیگری بکار برید یا از یک مایع بزاق مصنوعی برای حفظ رطوبت طبیعی دهانتان استفاده نمایید.

کنترل خوب گلوکز خون می تواند به پیشگیری از خشکی دهان ناشی از دیابت کمک کند.

از دندانهایتان محافظت کنید

بیماریهای جدی لثه نه تنها سبب از دست دادن دندانها می شود، بلکه می تواند تغییراتی در شکل استخوانها و بافت لثه ایجاد کند. لثه ناهموار و بدشکل می شود و ممکن است دندانهای مصنوعی بخوبی با لثه ها سازگار نباشند. مبتلایان به دیابت اغلب دچار زخم لثه

به وسیله دندانهای مصنوعی هستند.

اگر عمل جویدن با دندانهای مصنوعی دردناک باشد، ممکن است غذاهایی را انتخاب کنید که آسانتر جویده شوند، گرچه احتمال دارد برای رژیمتان مناسب نباشند. خوردن غذاهای نامناسب می تواند کنترل قند خونتان را مختل کند. بنابراین، بهترین راه برای اجتناب از این مسائل، حفظ سلامت دندانها و لثه های طبیعی خودتان است.

چگونه می توانید از دندانها و لثه هایتان محافظت کنید؟

زمانی که پلاک بر روی دندانها تشکیل می شود، میکروبهای زیان آور به دندانها و لثه ها حمله می کنند. شما می توانید به وسیله مسواک کردن و نخ زدن دقیق روزانه، تشکیل پلاک دندان را متوقف نموده و از بیماری لثه پیشگیری نمایید.

• از یک تکه نخ مخصوص دندان در حدود ۴۵ سانتی متر استفاده کنید.

• نخ دندان را به آرامی مانند حرکت اره بین فضای تنگ دندانها بکشید.

• نخ دندان را محکم به طرف لثه ها نکشید. نخ را لای هر دندان قرار دهید و چند بار به آرامی از زیر لثه تا بالای دندان حرکت دهید.

• پس از نخ کشیدن، دهانتان را بشویید.
• دندانها را دوبار در روز با یک مسواک نایلونی نازک مسواک بزنید.

• از به جلو و عقب کشیدن محکم مسواک اجتناب کنید.

• از حرکات چرخشی کوچک و حرکات جلو - عقب کوتاه استفاده کنید.

• به نرمی و آرامی زبانتان را نیز مسواک بزنید تا میکروبهای احتمالی را از بین ببرد.

• برای جلوگیری از پوسیدگی دندان ها از خمیر دندان حاوی فلوراید استفاده نمایید.
پلاک دندان به سختی دیده می شود مگر اینکه با ماده مخصوص رنگی شده باشد. پلاک را می توان به وسیله قرصهای جویدنی قرمز و آشکار کننده که در فروشگاهها یا داروخانه ها عرضه می شود رنگی نمود یا با استفاده از یک سواب روی دندانها را با یک رنگ غذایی سبز آغشته کرد. رنگ باقیمانده روی دندانها جاهایی را که هنوز پلاک وجود دارد نشان می دهد. مسواک و نخ زدن مجدد این پلاک را از بین خواهد برد.

وارسی (چک آپ) دندان ها

کسانی که به دیابت مبتلا هستند باید هر ۶ ماه یکبار و در صورت توصیه دندانپزشک، با فواصل کمتر دندانهایشان معاینه شود. حتما به دندانپزشک خود بگویید که دیابت دارید. مراقبت مداوم از دندان ها ضروری است و سبب مشخص شدن و یافتن مشکلات در مراحل اولیه که درمانها موثرتر هستند، می شود. اگر هرگونه مشکلی در دهان یا دندانتان دارید هرچه زودتر با دندانپزشکتان در میان بگذارید.

پیشگیری یا کنترل بیماری لثه به کار دارد. بهترین راه مقابله با این گونه عوارض دیابت، کنترل قند خون به همراه مسواک کردن و نخ زدن توأم روزانه و واریسی منظم دندانها است.

منبع

Periodontal Disease

www.dental care.com



امیدهای تازه در درمان سرطان

۲۴

تهیه و تنظیم:

دکتر عباس مجد آبادی

دانشگاه تهران

سرطان یکی از انواع بیماریهایی است که در قرن بیستم قربانیان فراوانی را از جامعه بشری گرفته است. امروزه بشر با به کارگیری دانش و فناوری جدید توانسته است ضمن درمان دائمی انواعی از آن، در دیگر موارد مانع از رشد زودهنگام تومورهای سرطانی شود. در روشهای درمان جدید همیشه این امکان برای بیمار فراهم می شود که حداقل مدت زمان طولانی تری به حیات خود ادامه دهد.

هنگامی که تومورهای سرطانی در بیمار یافت شود پزشک معالج با توجه به پارامترهای موجود روشهای مختلفی را برای درمان سرطان به کار خواهد گرفت.

امروزه سه روش عمده درمان سرطان عبارتند از: جراحی، شیمی درمانی و پرتو درمانی. اگر غده سرطانی در یک نقطه متمرکز شده باشد جراحی و برداشتن تمامی غده بهترین شیوه درمان است. در زمانی که غده سرطانی بدخیم و تا حدودی در اطراف بافت ها گسترده شده باشد برداشت غدد لنفاوی اطراف سرطان لازم می شود.

شیمی درمانی یکی دیگر از روشهای متداول و شناخته شده برای درمان تعدادی از سرطانها است. زمانی که بافت های سرطانی در بدن پراکنده شده باشد، به گونه ای که امکان دستیابی به آنها مشکل

باشد، از روش اخیر استفاده می شود. بیمارانی که شیمی درمانی می شوند باید به طور مرتب برای یک دوره مشخص داروهایی را از طریق تزریق خون دریافت کنند. این مواد سمی در اطراف سلولهای سرطانی تجمع کرده و باعث نابودی و یا کاهش سریع رشد آنها خواهد شد.

پرتو درمانی سومین روش درمان سرطان است که به تنهایی یا همراه با جراحی یا شیمی درمانی مورد استفاده قرار می گیرد. در هنگامی که عمل جراحی در برداشتن غده سرطانی با مشکلاتی مواجه باشد، می توان از این روش استفاده کرد. در پرتو درمانی، اشعه به داخل بدن، جایی که غده سرطانی تجمع کرده است ارسال می شود. گاهی قبل از انجام پرتو درمانی به بیمار مبتلا به سرطان داروهایی حاوی مواد رادیواکتیو تزریق گردد. هنگامی که بافتهای سرطانی شروع به جذب مواد رادیواکتیو می کنند نسبت به اشعه حساس می شوند، که این امر سبب نابودی سلولهای سرطانی خواهد شد. سه روش ذکر شده در بالا سالهای متمادی است که در اکثر مراکز درمانی خارج و داخل کشور به کار می روند.

امروزه دانش و توسعه تکنولوژی جدید زمینه ای را فراهم کرده است که روش های درمان سرطان سریعتر و دقیق تر صورت



می گیرد.

به کارگیری لیزر یکی از مدرن ترین تکنیکهای بهره‌وری در درمان سرطان است که در چند سال اخیر نه تنها مورد توجه پزشکان و متخصصین فراوانی قرار گرفته است، بلکه درصد فراوانی از بیماران مبتلا به سرطان با این روش درمان و بهبود یافته‌اند.

این روش درمانی اصطلاحاً فتودینامیک یا PDT و یا Photo Dynamic Therapy نام گرفته است. در روش PDT ابتدا تومور سرطانی را به طریق تزریق دارویی مخصوص حساس به نور می‌کنند به گونه‌ای که هنگامی که سلولهای سرطانی در برابر پرتو شدیدی از نور قرار بگیرند با جذب انرژی فوتون‌های نور، نابود خواهند شد.

برای نابودی غدد سرطانی ابتدا از بیمار آزمایش‌های مشخصی به عمل می‌آید. آنگاه یک ماده شیمیایی با مقدار دوز مشخص به او تزریق می‌شود.

این دارو که حساس به نور است جذب بافت‌های بدن می‌شود. سلولهای سرطانی بیشترین جذب این ماده را دارند به طوری که می‌توان تصور نمود تمامی سلولهای

سرطانی آغشته به این ماده شیمیایی، حساس به نور می‌شوند.

تا هنگامی که این ماده در برابر پرتو نور شدید قرار نگیرد هیچ گونه واکنش شیمیایی از خود نشان نمی‌دهد. زمانی که با کمک یک لیزر و فیبر نوری پرتو شدیدی از نور لیزر به داخل بدن، آن هم در نزدیکی غده سرطانی منتقل شود، در برهمکنش (تعامل) شیمیایی که از نور با ماده شیمیایی جذب شده در سلول سرطانی رخ می‌دهد شاهد آزاد سازی رادیکال آزاد هستیم که تومور سرطانی را مورد حمله و نابودی قرار می‌دهند.

در این فرآیند شیمیایی ابتدا ماده شیمیایی با جذب انرژی فوتون تحریک شده و سپس انرژی دریافتی خود را به اکسیژن موجود در اطراف سلول منتقل می‌کند. آن گاه شاهد تشکیل رادیکال آزاد (اکسیژن تنها) خواهیم بود. مولکول اکسیژن به صورت یک جفت اتم در طبیعت به میزان فراوانی وجود دارد که برای حیات و بقای سلول زنده ضروری و حتمی است. اما اکسیژن تنها، سمی بوده و مانند زهر برای سلولهای سرطانی عمل می‌کند. اکسیژن

تنها عمل اکسید کردن غشاء سلول یا پروتئین را دنبال می‌کند. هنگامی که مقدار صدمات اکسیداسیون از یک حد آستانه بیشتر گردد نابودی سلول سرطانی آغاز خواهد شد.

فرآیند شیمیایی PDT به طور خلاصه به صورت زیر نمایش داده خواهد شد.

اکسیژن + فعال سازی دارو = دارو + نور
مرگ سلولی سرطانی = صدمات ناشی از اکسیداسیون = رادیکال اکسیدکننده

همان گونه که فرآیند بالا نشان می‌دهد انجام PDT نیازمند محاسبات دقیق و لازم در میزان داروهای شیمیایی تزریق شده به بیمار و همچنین شدت پرتو لیزر، مدت زمان پرتو دهی و نیز میزان اکسیژن لازم در محیط است. قدر مسلم عدم توجه به هر یک از فاکتورهای بالا می‌تواند بهبود بیمار مبتلا به سرطان را کاهش دهد.

هنگامی که بیمار تحت درمان با روش PDT قرار می‌گیرد باید برای مدتی (حدوداً ۲-۳ هفته) در معرض نور شدید (حتی خورشید) قرار نگیرد.

علت این امر کاهش میزان صدمات به بافت‌های سالم است که احیاناً مقداری ماده حساس به نور را جذب کرده‌اند.

امروزه با این روش، کنترل و درمان بیماری سرطان نتایج خوبی داشته است. ماده حساس به نور در سرطان از انواع مختلف ساخته می‌شود که Photofrin یکی از آنها است.

در هنگام تزریق این ماده به بیمار مبتلا به سرطان شاهد ۲ نوع عوارض جانبی خواهیم بود که یکی از آنها حساسیت پوست بدن به نور برای مدت چند هفته و دیگری وجود التهاب در ریه است (درخصوص سرطان ریه)

که برای مدتی تنگی نفس را به همراه خواهد داشت. این نوع عوارض جانبی به مرور در بیمار برطرف خواهد شد.

امروزه جهت درمان انواع سرطان از انواع داروهای حساس کننده به نور و بالطبع لیزرهایی با طول موج مختلف استفاده می شود.

از آنجا که هر یک از این داروهای حساس کننده به نور در یک طول موج مشخص هستند باید تلاش کرد لیزر متناسب با آن دارو به کار گرفته شود.

در یک تقسیم بندی کلی می توان اذعان نمود که تمامی داروهای حساس کننده به نور در ناحیه بینایی $400-750 \text{ nm}$ با پرتو لیزر واکنش شیمیایی نشان می دهند. به همین منظور به کارگیری ۲ لیزر بخار مس به همراه داروی ویژه لیزر و همچنین لیزر بخار طلا از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

در نوع اول ابتدا لیزر بخار مس با طول موج لیزر 650 nm ایجاد می شود آنگاه مواد آلی رنگی که اصطلاحاً Dye گفته می شود در جلوی لیزر قرار می گیرند.

خواص این مواد رنگی به گونه ای است که پرتوهای نوری دارای فوتون انرژی بالا را جذب کرده (ناحیه سبز) و سپس اقدام به نشر پرتو نوری با فوتون انرژی کمتر (ناحیه قرمز) می کنند. به این طریق با ایجاد یک لیزر از محیط Dye به راحتی می توان طول موج مناسب را با یک تکنیک نوری از کاواک لیزر خارج کرد.

به کارگیری فیبرهای نوری مختلف قدر مسلم بهترین شیوه انتقال پرتو نوری بر روی بافت آغشته به داروی حساس کننده به نور است.

فیبرهای نوری با توجه به انعطاف پذیری و نیز نداشتن اتلاف در مسیر خود بهترین شیوه

انتقال پرتو لیزر به داخل بدن هستند. از نکات قابل توجه در این روش می توان پرتودهی یکسان به سلول های سرطانی و در یک زمان مشخص است. به همین منظور همزمان با به کارگیری PDT مونیتورینگ یا سی تی اسکن صورت می گیرد که دکتر معالج قادر باشد کنترل مناسبی بر غده سرطانی داشته باشد.

معمولاً منطقه سرطانی باید 30 تا 60 ثانیه در معرض نور شدید لیزر قرار بگیرد. این فرایند باید چند بار در زمانهای مشخص به مدت حدوداً 30 دقیقه تکرار شود تا مرگ تدریجی غده سرطانی پدید آید.

امروزه گزارشهای علمی فراوانی برای روش PDT به چاپ رسیده است که محققین به جای لیزر از پرتوهای نور ناشی از دیود استفاده کرده اند. اگرچه این روش نتایج مثبتی از خود نشان داده است، در مقایسه با به کارگیری لیزر از زمان درمان طولانی تری برخوردار است.

دیگر این که عمق نفوذ پرتو دیود به داخل بافت به جهت واگرایی زیاد و شدت پایین با لیزر قابل مقایسه نیست.

اصولاً لیزر به خاطر ویژگیهای ذاتی خود که عبارت است از همدوسی، واگرایی، تک فامی و شدت بالا، بهترین شرایط را برای بهبود سرطان در روش PDT فراهم می کند.

مزایای به کارگیری PDT در مقایسه با دیگر روش های درمان سرطان عبارت است از:

۱- در این روش تنها آن بخشی از غده تخریب می شود که توسط پرتو لیزر تحریک شده است. به عبارت دیگر اثرگذاری یا عوارض جانبی بر روی بافت های سالم که در معرض پرتو لیزر قرار می گیرند کاهش

می یابد. نکته دیگر این که در روش شیمی درمانی به جهت مصرف زیاد مواد سمی با ریزش شدید مو مواجه هستیم اما در روش PDT نه تنها عمل درمان محدود به محیط مشخصی می شود، بلکه بیمار به هیچ وجه دچار ریزش مو نخواهد شد.

۲- در روش PDT داروهای حساس به نور در اطراف تومورهای سرطانی تجمع می کنند لذا بافتهای سالم به میزان کمتری درگیر این فرایند شیمیایی خواهند شد و به بهترین نحو می توان به طور انتخابی تومور را تخریب کرد.

۳- روش PDT زمانی به کار گرفته می شود که جراحی مقدور نباشد. ضمناً در این روش ساختمان سلول دست نخورده باقی خواهد ماند که درآینده سبب رشد و تکثیر خواهد شد.

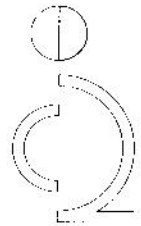
به همین منظور اگر بیمار دچار سرطانی شود که امکان برداشتن تومور وجود نداشته باشد، PDT بهترین روش درمان خواهد بود.

۴- هزینه درمان PDT در مقایسه با کارایی آن از دیگر روش های موجود ارزانتر است.

۵- این روش برخلاف پرتو درمانی که تکرار فراوان آن عملاً امکان پذیر نیست، قابل تکرار می باشد.

تا آنجا که نویسنده تحقیق کرده است این روش درمان در ایران به جهت عدم آشنایی پزشکان و متخصصان ایرانی و نیز نبود امکانات و تجهیزات لیزری متداول نشده است.

امید است مسئولان بهداشت و درمان و نیز مراکز آموزش پزشکی هر چه سریعتر قدمهای تازه ای در بکارگیری این روش یا دیگر روش های پیشرفته بردارند تا شاهد کاهش آهنگ مرگ ناشی از سرطان در ایران اسلامی باشیم.



پیشرفتهای پزشکی در هموفیلی

هموفیلی - نگاهی دوباره از دیرباز تا آغاز هزاره سوم

در بین انواع گوناگون هموفیلی، شایع ترین انواع این اختلال خونریزی دهنده نقایص ارثی فاکتورهای VIII و فاکتور IX می باشد (جدول ۱). ژن های این فاکتورهای انعقادی خون روی کروموزوم جنسی X قرار گرفته و آنگاه که جهش می یابند موجب بروز صفات مغلوب وابسته به X هموفیلی A و B می شوند. از آنجا که این اختلالات وابسته به X هستند، معمولاً این بیماری در زنان بروز نمی کند.

عمدتاً پسر مبتلا ژن جهش یافته (XH) را از مادر ناقل خود (XH/X) به ارث می برد، اما در حدود ۳۰٪ جهش ها به طور خود به خود در فرد ایجاد می شوند و هیچ سابقه خانوادگی هموفیلی وجود ندارد. بروز هموفیلی A یک در هر ۵۰۰۰ نوزاد پسر زنده و بروز هموفیلی B یک در هر ۳۰۰۰۰ می باشد. در مقابل، کمبود یا اختلال عملکرد گلیکوپروتئین فاکتور فون ویلبراند علت شایع ترین اختلال خونریزی دهنده یعنی بیماری فون ویلبراند، می باشد که بروز آن یک در هزار و حتی بیشتر است. بدلیل ابتلای اعضای خانواده های

تهیه و تنظیم:

دکتر خشایار اسدی

بنیاد امور بیماریهای خاص

حوزه اجرایی

سلطنتی در اروپا هموفیلی بیماری شناخته شده ای است. ملکه ویکتوریا (ملکه انگلستان) یک ناقل بیماری هموفیلی بود و یک پسر بنام لئوپولد داشت که بیماری هموفیلی داشت و دو دختر بنام های آلیس و باتریس که ناقل هموفیلی بودند. ژن بیماری به نوبت در بین خاندان سلطنتی روسیه، آلمان و اسپانیا نیز انتقال یافت.

هموفیلی به صور خفیف (سطح فاکتور انعقادی ۶ تا ۳۰ درصد)، متوسطه (۲ تا ۵ درصد)، شدید (یک درصد و کمتر) روی می دهد. اگرچه بیماران هموفیلی خفیف معمولاً پس از تروما یا جراحی دچار خونریزی گسترده می شوند، بیماران هموفیلی شدید سالانه ۲۰ تا ۳۰ دوره خونریزی شدید یا خود به خودی پس از ترومای کوچک بویژه در مفاصل و عضلات دارند. درمان جدید هموفیلی در دهه ۱۹۷۰ با توانایی تغلیظ فاکتورهای انعقادی از پلاسما آغاز شد. کاربرد گسترده درمان جایگزینی با فاکتورهای انعقادی به کاهش صدمات اسکلتی - عضلانی در این بیماران منجر شد. مراقبت های هموفیلی تبدیل به یکی از بهترین مثال های پیشگیری ثانویه موفق در بیماران مزمن شده است. اما در فاکتورهای استخراج شده از پلاسمای جدا

شده از خون هزاران اهداکننده همواره احتمال آلودگی با ویروس های هپاتیت B و C بوده و این موضوع می توانست به هپاتیت پس از انتقال فراورده های خونی بویژه در بیماران هموفیلی منجر شود. با ظهور آلودگی HIV در ۶۰ تا ۷۰ درصد بیماران هموفیلی شدید که پلاسماهای تغلیظ شده آلوده دریافت کرده بودند موجی از نگرانی در سال های آغازین دهه ۱۹۸۰ پدید آمد.

در ۱۵ سال گذشته فاکتورهای تغلیظ شده پلاسما با روش های مطمئن تولید شده است و فاکتورهای باز ترکیب (recombinant) تولید شده توسط مهندسی ژنتیک در حال حاضر در دسترس می باشد. به علاوه از تکنیک های ملکولی جهت تشخیص ضایعات ژنی مولد هموفیلی استفاده می شود. بنابراین پیشگیری با شناسایی ناقلین ژن معیوب و تشخیص پس از تولد و نیز پیش از تولد فراهم است. همچنین درمان های جدیدی برای بیمارانی که در نتیجه دریافت فاکتورهای انعقادی پادتن های ضد این فاکتورها را تولید می کنند در راه است.

درمان جایگزینی: درمان برگزیده

پزشکان در انتخاب فاکتورهای انعقادی مشتق از پلاسما یا تولیدی با تکنیک باز ترکیب (recombinant) به تلاشی هستند. ایمنی، به صرفه بودن و دسترسی آسان عوامل تعیین کننده می باشند. بدلیل دسترسی محدود به فاکتورهای بازترکیب، فاکتورهای مشتق از

پلاسما که امروزه خیلی بی خطرتر از قبل هستند هنوز بطور رایج استعمال می شوند.

فاکتورهای مشتق از پلاسما

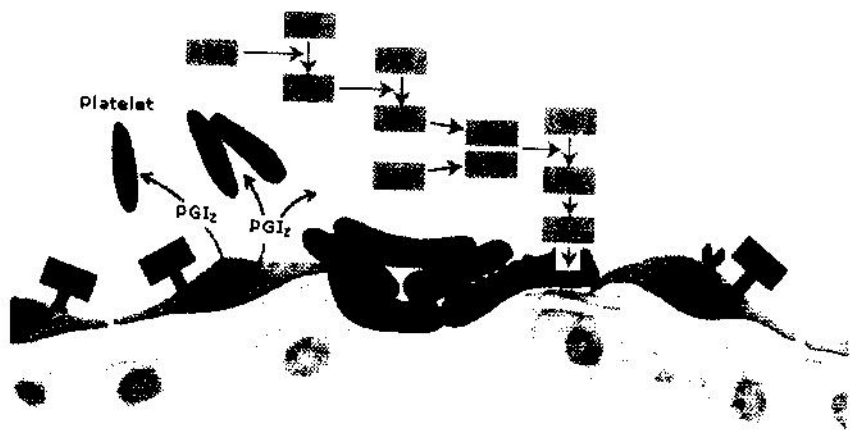
بی خطری فاکتورهای مشتق از پلاسما به میزان ویروس ها در پلاسماهای تغلیظ شده و درجه غیرفعال سازی این ویروس ها وابسته است. روش هایی که هم اکنون برای غیرفعال سازی ویروس ها استفاده می شوند عبارتند از گرم کردن پلاسما در حرارت بالا (۸۰ درجه سلسیوس و بالاتر)، گرمادهی پلاسماهای تغلیظ شده در دمای ۶۰ درجه بصورت محلول یا به همراه بنمار و اضافه کردن مخلوطی از حلالی آلی و یک دترژان (ماده زداینده آلودگی) که بطور گسترده ای بجهت تاثیر بالا در غیرفعال سازی ویروس های هپاتیت B، C و HIV استعمال می شود اما این روش قادر به غیرفعال کردن ویروس های بدون پوشش لیپیدی نیست. این نقص می تواند منجر به شیوع هپاتیت A در بیماران هموفیلی شود. از این رو پالایشگاههای تغلیظ کننده پلاسما در حال حاضر از دو روش غیرفعال سازی ویروسی بهره می جویند. در ایالات متحده و اروپا هم

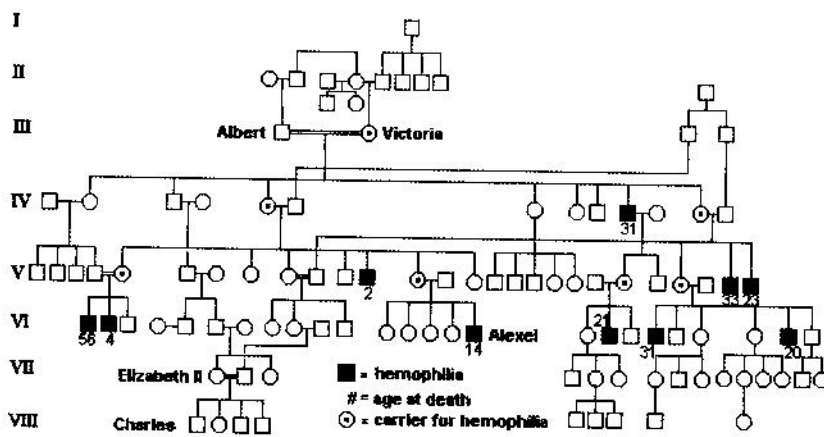
اکنون سنجش عیارگسترش ویروسی در پلاسما امری اجباری است.

این روش ها قادر به جلوگیری از انتقال پارو و ویروس B19 نمی باشند. البته موارد اندکی از مشکلات با اهمیت بالینی ناشی از انتقال این ویروس در بیماران هموفیلی وجود داشته است. این موضوع به ما گوشزد می کند که احتمال انتقال سایر ویروس هایی که قابلیت انتقال از طریق خون را دارند نیز وجود دارد. با شیوع بیماری جنون گاوی (بیماری Creutzfeldt-Jakob) که عامل آن پریون (Prion) می باشد، ترس از انتقال پروتئین پریون از طریق آلبومین انسانی صناعی و برخی از فاکتورهای بازترکیب وجود دارد. چندین مطالعه در این ارتباط در بیماران هموفیلی مبتلا به بیماری انجام گرفت که نشانگر این بود که ابتلا از طریق انتقال خون یا مشتقات آن نبوده است اما این اطلاعات بدلیل طولانی بودن دوره نهفتگی گونه جدید پریون قابل اعتماد نیست.

محصولات بازترکیب

در آغاز دهه ۱۹۹۰ دو محصول





بازترکیب فاکتور VIII به ثبت رسید. مطالعات بالینی تاثیرات عالی این محصولات را نشان داد. با استفاده از این محصولات نه تولید پادتن علیه پروتئین های حیوانی موجود در فاکتور VIII صناعی و نه انتقال ویروس های بیماری زا گزارش شد. مطالعات نشان می دهد که فاکتورهای بازترکیب حساسیت زایی بیشتری نسبت به فاکتورهای مشتق از پلاسما ندارند.

فاکتور IX بازترکیب به ثبت رسیده بسیار منحصر به فرد است چرا که هیچ پروتئین انسانی یا حیوانی در ساخت آن بکار نرفته است. این فاکتور برای درمان هموفیلی B استعمال می شود. استفاده از این فاکتور بسیار بی خطر و رضایت بخش می باشد. بتازگی فاکتور VIII بازترکیب جدیدی ساخته شده است که به جای آلبومین انسانی، در پایه قند Sucrose ساخته می شود؛ مطالعات بالینی برای ساخت فاکتور VIII بازترکیب پروتئین انسانی و حیوانی در جریان است.

انتخاب محصول مناسب

در برگزیدن محصول مناسب برای جایگزینی در بیماران هموفیلی باید به سه نکته توجه داشت:

- ۱- فاکتورهای مشتق از پلاسما خیلی بی خطرتر و مطمئن تر شده اند.
- ۲- فاکتورهای بازترکیب ۲ تا ۳ برابر گران تر از فاکتورهای مشتق از پلاسما هستند.
- ۳- کمبود فاکتورهای بازترکیب بدلیل

ظرفیت پایین تولید آن ها.

در ایالات متحده ۶۰٪ بیماران هموفیلی شدید از فاکتورهای بازترکیب استفاده می کنند و در برخی کشورها تمامی این بیماران از این گونه فاکتورها استفاده می کنند. در انگلستان و ایتالیا حق تقدم در مصرف فاکتورهای بازترکیب را به بیماران جدید و بیمارانی که در اثر استفاده از فاکتورهای مشتق از پلاسما آلوده نشده اند داده اند.

درمان در بیمارانی که مشکلات بالینی دارند

تا دهه ۱۹۸۰ خطر مرگ در بیماران هموفیلی که دچار مشکلات بالینی شده اند بدلیل خونریزی های غیرقابل کنترل بویژه در جراحی های اورژانس، خونریزی های مفصلی خطرناک، خونریزی های عضلانی بدلیل نبود درمان های مناسب بالا بود. درمان هایی که اثر سریعتر از فاکتور VIII یا فاکتور IX دارند این خطرات را کاهش داده اند. اساس این درمان ها استفاده از شکل فعال فاکتورهای مسیر داخلی یعنی فاکتورهای VII و IX و X است.

یک محصول جدید فاکتور VIII فعال بازترکیب است. این محصول از خونریزی های خود به خود و خونریزی های وسیع حین جراحی های اورژانس در ۷۰ تا ۷۵ درصد بیماران جلوگیری می کند. این محصول بسیار گران قیمت است و یک دوره درمان آن بیش از ۵۰ هزار دلار هزینه دارد. این درمان به عنوان بهترین روش برای بیمارانی که تحت جراحی های بزرگ قرار می گیرند و دچار خونریزی های خطرناک می شوند، پیشنهاد شده است. در مورد خونریزی های مفصلی هنوز ترجیح با استفاده از محصولات سریع اثر مشتق از پلاسما می باشد.

بیماریهای ثانویه در بیماران هموفیلی

پیش از ظهور روش های غیرفعال سازی ویروس ها، بیشتر هموفیلی هایی که تحت درمان با فاکتورهای پلاسما قرار می گرفتند در طول زمان به هپاتیت B و C و عفونت HIV مبتلا می شوند. این ویروس ها علاوه بر ابتلای بیمار به سیروز و بیماری AIDS می توانند عامل

پیدایش تومورها نیز باشند. در یک مطالعه روی بیماران هموفیلی مبتلا به عفونت HIV، خطر ابتلا به سارکوم کاپوزی ۲۰۰ برابر و خطر لنفوم غیرهوکین ۲۹ برابر بیش از جمعیت طبیعی بود. سیروز که ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران هموفیلی را گرفتار می کند (بدلیل عفونت هپاتیت B و C) خطر ابتلا به سرطان کبد (کارسینوم هپاتوسلولار) را ۳۰۱ برابر جمعیت طبیعی افزایش می دهد.

از دیگر خطرهای مرگ آور در بیماران هموفیلی که تحت جایگزینی با فاکتورهای انعقادی قرار می گیرند، شوک آنافیلاکسی (باتظاهرات آنژیوادم، افت فشار خون و اسپاسم برونشیا) است که در ۵٪ بیماران هموفیلی B رخ می دهد. این واکنش با استفاده از روش های تلخیص کننده پلاسما به مقادیر زیادی حذف می شود. در چنین بیمارانی استفاده از فاکتور فعال شده VIII درمان بسیار مطمئنی است.

ژن درمانی

در بین تمام بیماری های ژنتیکی، احتمالاً در درمان هموفیلی در آینده نزدیکی تحول بزرگی روی خواهد داد. سه مطالعه بالینی ژن درمانی در بیماران هموفیلی A و B در جریان است. در یک مطالعه اثر تزریق داخل عضلانی یک آدنوویروس حمل کننده ژن در بیماران هموفیلی B تحت بررسی است که سطوح پلاسمایی فاکتور IX از ۵/۵ درصد به ۱/۶ درصد افزایش یافته است. در مطالعه

دوم تزریق وریدی رترو ویروس حامل cDNA فاکتور VIII در بیماران با هموفیلی A شدید تحت بررسی است. در مطالعه سوم فیرو بلاست های جلدی بیماری هموفیلی A شدید در حضور cDNA فاکتور VIII کشت داده شد و از طریق لا پاروسکوپی در چربی صفاق بیمار جا گذاری می گردید. ۶ بیمار هموفیلی A (همگی هپاتیت C مزمن داشته و ۴ بیمار عفونت HIV مثبت داشتند) تاکنون درمان شده اند و چهار بیمار سطوح پلاسمایی قابل اندازه گیری فاکتور VIII داشتند و به مقدار زیادی خونریزی ها و نیاز به انتقال خون در آنها تنزل یافته است. البته تاکنون ۱۰ ماه از این اثرات مطلوب گذشته است.



با اینکه اطلاعات مقدماتی بسیار امیدوار کننده است، سئوالات گوناگونی باقی مانده است. سطوح پلاسمایی فاکتورهای VIII و IX با ژن درمانی افزایش یافته ولی هنوز به سطحی نرسیده که بیمار به فاکتورهای انعقادی صنعتی نیازمند نباشد. حداقل سطح ۵٪ می تواند از دوره های خونریزی خودبه خود جلوگیری کند و تضمین کننده عدم نیاز به تزریق فاکتور (البته به جز در موارد جراحی ها و

تروماها) باشد.

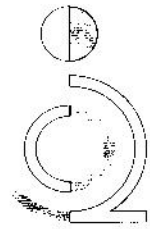
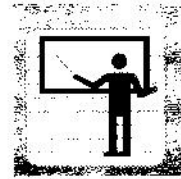
نتیجه گیری

طی سه دهه گذشته هموفیلی از یک بیماری ارثی اغلب کشنده به اختلالی با پایه مولکولی شناخته شده با درمان موثر و مطلوب مبدل شده است. احتمالاً هموفیلی نخستین اختلال ژنتیکی شدید شایعی خواهد بود که با ژن درمانی اصلاح می شود اما به نظر می رسد دو بیماری ویروسی ناشی از تجویز محصولات خونی آلوده مشکل عمده ای در این بیماران باشد.

در درجه اول در بیمارانی که تیتترهای بالایی از پادتن های ضد فاکتورهای VIII و IX دارند مشکلات عمده ای وجود دارد. شاید روش های القای تحمل (تولرانس) ایمنی (که برخی از آنان در مدل های حیوانی تحت بررسی است) یا یکارگیری فاکتورهای باز ترکیب که فاقد ترکیبات حساسیت زا هستند در آینده گره گشای این معضل در بیماران جدید باشد.

دومین، چالش اجتماعی باقی مانده این است که ۳-۵ بیماران هموفیلی که عمدتاً در ممالک در حال توسعه زندگی می کنند هیچ درمانی دریافت نمی کنند. تولید انبوه فاکتورهای VIII و IX با استفاده از تکنیک های ژنتیکی در حیوانات می توانند منبعی ارزان برای جایگزینی فاکتور در این ممالک باشد. بطور قطع ژن درمانی راه حلی مطمئن برای تمامی بیماران هموفیلی خواهد بود.

مطمئناً هزاره جدید شاهد خاتمه این بالای باستانی خواهد بود.



پوکی استخوان

مقدمه

- افزایش هیدروکسی پرولین سرم

در قرن جدید پوکی استخوان یکی از بیماریهای درگیر با کلیه اقشار جامعه به ویژه زنان شناخته شده است در این مقاله سعی شده است به بررسی اجمالی این بیماری پرداخته شود:

بررسی پرتو شناختی

- برای ثبت شکستگی های ناشی از پوکی استخوان و انحراف بدون انحناى ستون مهره ها رادیو گرامتری ، فوتودنسیتو متری و ثبت جذب نور تکی و دوگانه برای اندازه گیری تراکم اسکلتی و تشخیصی افت توده استخوانی

نشانه ها و علامات

- برش نگاری رایانه ای (CT) برای اندازه گیری تراکم استخوان های مهره ای شکستگی مهره ها و MRI برای بررسی وضعیت دیسک های بین مهره ای و بافت نرم اطراف ستون مهره ها.

- شکستگی ها:
- پشت و بدنه مهره کمری
- منطقه گردن و تروکانتر داخلی
- فمور (شکستگی لگن)
- انتهای رادیوس
- شکستگی های فشرده مهره ای به علت از دست دادن طول
- کیفوز (کوهان پشت)
- ناراحتی پشتی
- بیوست
- شکستگی مهره
- لگن
- تنفس سازش یافته با کیفوز شدید

درمان طبی

درمان

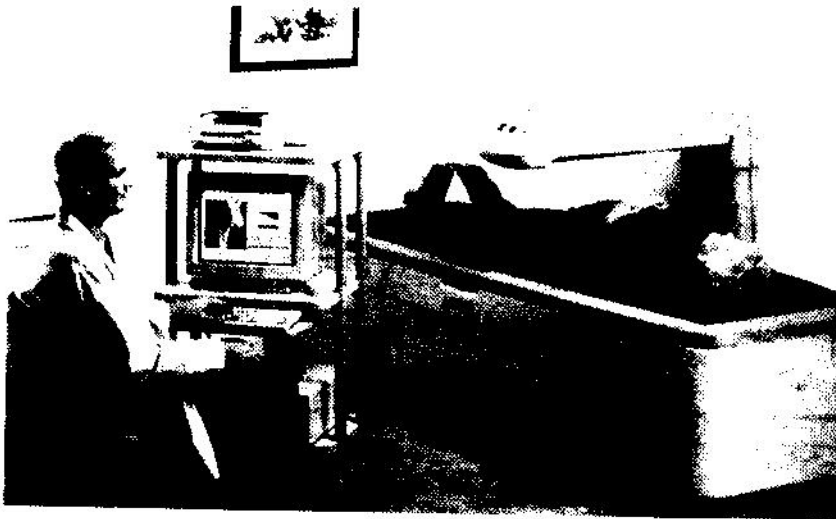
- بکار بردن کمرست پشتی یا محافظ گردن
برای پیشگیری از شکستگی های فشاری
- ورزشهای تحمل وزن متوسط
- رژیم پر کلسیم و پر پروتئین
- مکملهای تغذیه ای و بی کربنات کلسیم
و ویتامین «د» داروها
- استروژن درمانی جایگزین برای خانمها
پس از یائسگی

آزمونهای خونی

- کاهش آلکالین فسفاتاز سرم

تهیه و تنظیم:

هدیه مسعودی



– ضد دردها

– فراورده‌های ضد از دست دادن توده

– استخوانی، برای پیشگیری از افت بیشتر توده

استخوانی

– ترمیم شکستگی‌ها (برای مثال لگن و مچ)

– برداشتن مهره برای کاهش فشار از روی

اعصاب نخاعی یا نخاع در صورت درگیری

مهره‌ها (شکستگی یا پارگی دیسک)

مراقبت منزل

– به بیمار و مراقبت دهنده‌اش

راهنمایی‌های شفاهی و کتبی بدهید. به آنها

نام و تلفن پزشک یا پرستار مربوطه را بدهید تا

اگر سوالی بود تماس بگیرند.

اطلاعات عمومی

– روند بیماری و علت مداخله گر را شرح

دهید

علائم هشدار دهنده

علائم و نشانه‌های شکستگی پاتولوژیک

را که باید به پزشک یا به پرستار گزارش شوند

بررسی کنید: تغییر شکل عضو، درد، ادم،

اکیموز، کوتاه شدن اندامها، حرکات ناآشنا،

کاهش دامنه حرکتی و از دست دادن کنترل

روده یا مثانه

مداخلات ویژه

– گذاشتن حفاظ امنیتی برای پیشگیری از

افتادن و آسیبها

– قرار دادن میله دست کنار حمام،

نصب کردن چراغ در شب، اجتناب از انداختن

قالیچه یا گلیم

– استفاده از وسیله‌های کمکی راه رفتن

مانند عصا یا واکر برای کاهش فشار بر پشت و

مفاصل که به نگره داشتن تعادل و کاهش خطر

افتادن نیز کمک خواهد کرد.

دارودرمانی

دوز هدف و عوارض جانبی داروی نسخه

شده را برای گزارش به پزشک یا پرستار توضیح

دهید.

– استفاده از مکملهای کلسیم و شرح

اینکه کلسیم باید دو ساعت قبل از دیگر داروها

دریافت شود و کلسیم می‌تواند جذب سایر

داروها را کاهش دهد.

فعالیت بدنی

– اهمیت ورزشهای تحمل وزن را برای

افزایش توده استخوانی تشریح کنید. چنین

فعالیتهایی مانند راه رفتن، تنیس و رقصیدن

برای فعال کردن تشکیل استخوان، بهبود

جریان خون و افزایش جذب کلسیم هستند.

– به بیمار توصیه کنید هنگامی که فعالیتی

مانند بلند شدن از روی صندلی یا خم شدن

شدید انجام می‌دهد مراقب باشد زیرا افتادن یا

کشیدگی می‌تواند سبب فشار شدید و

شکستگی شود.

رژیم غذایی

بیمار را به خوردن غذاهای پر کلسیم شامل

پنیر، شیر، سبزیهای با برگ تیره، تخم مرغ،

بادام زمینی و دانه‌های کنجد تشویق کنید.

– بیمار را جهت استفاده از منوهایی که یک

دریافت کافی روزانه از غذاهای غنی از کلسیم و

ویتامین «د» مانند تخم مرغ، محصولات لبنی،

جگر و ساردین را تأمین می‌کنند، راهنمایی نمایید.

– درباره محدود کردن دریافت الکل و

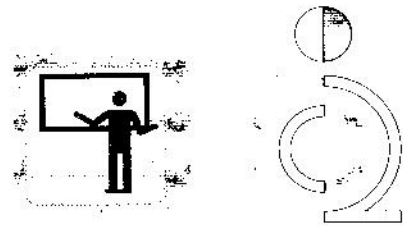
کافئین به بیمار اطلاعات بدهید.

مراقبتهای پیگیرانه

– اهمیت ملاقاتهای پیگیرانه و منظم را

تأیید کنید. با دادن تلفنها و اسامی ضروری

بیمار را آسوده خاطر سازید.



پیوند پانکراس در بیماران دیابتی نوع 1

این نوشتار توصیه‌های انجمن دیابت آمریکا راجع به پیوند پانکراس در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ را عرضه می‌کند. این توصیه‌ها بر مبنای تحقیقات انجمن دیابت آمریکا بر روی موضوع «پیوند پانکراس و سلولهای جزیره‌ای برای بیماران مبتلا به دیابت قندی» انجام شده است.

پیوند موفق پانکراس به صورت مشخص با رفع نیاز به انسولین برون‌زاد (اگزوزن)، خونگیری‌های مکرر روزانه برای اندازه‌گیری گلوکز و بسیاری از محدودیت‌های غذایی باعث ارتقای کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌شود. پیوند همچنین می‌تواند عوارض حاد که به صورت شایعی در بیماران نوع 1 بروز می‌کند را حذف کند (مانند هیپوگلیسمی و هایپرگلیسمی). پیوند پانکراس می‌تواند تنها به صورت نسبی، در بازگرداندن عوارض بلند مدت کلیوی و عصبی موفق باشد. ولی به هر حال این روند بعد از گذشت ۲۰ سال از حضور بیماری به وقوع می‌پیوندد. هیچ اطلاعات دقیقی در دست نیست که ثابت کند پیوند در مراحل اولیه بیماری می‌تواند جلوی بروز عوارض را، شبیه آن چیزی که در نتایج «برنامه کنترل دیابت و عوارض آن» پیش‌بینی شده، بگیرد.

پیوند تنه‌های پانکراس نیازمند سرکوب ایمنی در تمام طول زندگی، برای جلوگیری از پس زدن

پیوند و روند خود ایمنی، که ممکن است باعث خراب شدن سلولهای جزیره‌ای پانکراس شود، است. رژیم‌های دارویی سرکوبگر ایمنی که در بیماران پیوندی استفاده می‌شود، عوارض جانبی شدیدی دارد که استفاده از پیوند را تنها محدود به بیمارانی می‌کند که مشکلات جدی و پیشرونده دیابت دارند و یا کیفیت زندگیشان به علت بیماری غیر قابل قبول است. علاوه بر عوارض جانبی، استفاده تمام عمر از داروهای سرکوبگر ایمنی، به خودی خود بیمارگینی (morbidity) مشخصی دارد و باعث افزایش کم، ولی غیر قابل چشم‌پوشی مرگ و میر است. با وجود این مشخص نشده که این افزایش میزان مرگ و میر دقیقاً به علت پیوند یا عوارض پس از آن است، یا اینکه این بیماران - مثلاً بیمارانی که بیش از ۲۰ سال دیابت مزمن داشته و قندشان بالا و پایین می‌رفته است، بیمارانی که عوارض بارز دیابت دارند، یا آنهایی که به علت بیماری کیفیت زندگی پایینی دارند - به طور طبیعی شانس مرگ و میر بالاتری دارند.

پیوند پانکراس یا سلولهای جزیره‌ای باید در مراکز مجهز که مرکز پیوند کلیه دارند و می‌توانند کنترل مناسبی بر روی عوارض پیچیده پزشکی و روانی - اجتماعی بیماران پیوندی داشته باشند، انجام شود.

تهیه و تنظیم:

دکتر نیما پور زاهد

بنیاد امور بیماریهای خاص

حوزه اجرایی

توصیه ها

۱- پیوند پانکراس یک قابل قبول برای افراد دیابتی است که یا دچار نارسایی پیشرفته کلیه هستند یا در آستانه آن قرار دارند و قرار است که بر ایشان پیوند کلیه انجام شود. پیوند موفق پانکراس شانس بقای کلیه را افزایش می دهد و در آینده غلظت قند خون مناسب را برای بیمار تأمین می کند. این بیماران همچنین باید از لحاظ بایستگی (اندیکاسیون) پزشکی و شرایط پیوند کلیه مناسب باشند و شانس خطر اضافی جراحی برای پیوند دو عضو نداشته باشند. امور تأمینی بیمه برای پیوند پانکراس در مواردی که این شرایط در نظر گرفته شده باشد، خدمات می دهد. پیوند پانکراس

می تواند همزمان یا متعاقب پیوند کلیه انجام شود. گرفتن پیوند پانکراس در زمانی که همزمان با پیوند کلیه انجام شود بهتر است. ۲- در مواردی که بایستگی پزشکی برای پیوند کلیه وجود ندارد، پیوند پانکراس این سه مورد را باید احراز کند: (۱) سابقه ای از عوارض متابولیک شدید، حاد و متعدد (هیپوگلیسمی، هیپرگلیسمی، کتواسیدوز) که نیازمند مراقبت پزشکی است (۲) مشکلات بالینی یا روانی تزریق انسولین برون زاد (اگزوزن) به صورت شدید و غیر قابل تحمل (۳) شکست در پیشگیری از عوارض شدید با درمان بر پایه انسولین. راهبردهای بررسی چند منظوره وضعیت بیمار و حائز شرایط بودن برای پیوند باید مشخص شده و پیگیری شود. خدمات

تأمینی بیمه در اینجا نیز در زمانی به کار می آید که این اصول و خط مشی ها وجود داشته باشند.

۳- پیوند سلولهای جزیره ای منافع بالقوه مشخصی نسبت به پیوند کل پانکراس در بردارد. با وجود این، در حال حاضر پیوند سلولهای جزیره ای هنوز در مراحل آزمایشی است، احتیاج به سرکوب ایمنی سیستمیک دارد و باید تنها تحت کنترل کامل انجام شود.

این توصیه ها بر مبنای شواهد موجود در طرح تحقیقاتی «پیوند پانکراس و سلولهای جزیره ای در بیماران دیابتی» که در مجله Diabetes Care شماره ۲۳ ژانویه سال ۲۰۰۰ نوشته Robertson RP و همکاران منتشر گردیده، گردآوری شده است.

دقت کنید

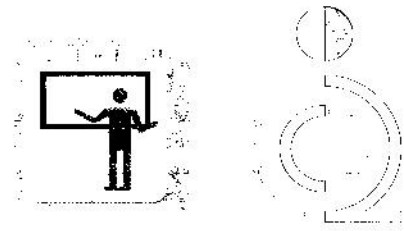
هر فردی که زندگی را بخواهد بهتر کند
به زندگی هزاران هزار بیماری که از سرطان رنج می برند کمک خواهد کرد

شماره حساب ۳۴۳۴ بانک ملی ایران شعبه اسکان برای عزیزان کمکی مردمی



بنیاد امور بیماری های خاص

تغذیه در بیماران مبتلا به سرطان (بخش دوم)



کنترل عوارض اختصاصی مربوط به تغذیه در بیماران سرطانی

۱) تغییر در مزه و بوی غذا

خود بیماری سرطان و نیز داروهایی که در درمان سرطان استفاده می‌شوند می‌توانند باعث ایجاد تغییر در احساس چشایی و بویایی گردند. در صورتی که دمای غذا پایین باشد (غذاهای سرد یا با درجه حرارت محیط) ایجاد عطر و مزه کمتری کرده، تحمل آن توسط بیمار بهتر خواهد بود. بیماران باید سعی نمایند که غذا و نوشیدنیهای جدیدی را نسبت به آنچه که به طور معمول استفاده می‌کردند امتحان نمایند. تمیز نگه داشتن دهان با شستشوی مکرر و مسواک زدن باعث کمک به احساس چشایی بهتر می‌شود.

چه باید کرد؟

در تهیه غذاها از چاشنی‌های ترش مثل آب لیمو، آب میوه، سرکه، ترشی یا چاشنی‌های شور بیشتر استفاده شود. در صورتی که زخم گلو یا دهان وجود داشته باشد، نباید این توصیه را اجرا کرد.

برای از بین بردن مزه نامطبوع ناشی از غذا که می‌تواند بعد از ختم غذا خوردن مدتی به طول بینجامد از آدامس یا آب نباتهای نعنایی و لیمویی استفاده شود.

با استفاده از موادی چون پیاز، سیر، آویشن، اکلیل کوهی یا رزماری، ترخون، خردل یا نعنای سعی شود در غذا بوی بهتری ایجاد گردد.

میزان شکر مصرفی در غذاها را افزایش دهید. این امر باعث افزایش طعم دلیزیر غذا، کاهش مزه شوری، تلخی یا اسیدی غذا می‌گردد.

بیمار باید قبل از شروع به غذا خوردن دهان را با محلولهایی مثل چای، آب نمک رقیق، یا محلول جوش شیرین شستشو دهد تا با تمیز شدن پرزهای چشایی به احساس چشایی بیمار کمک شود.

سعی شود که بیشتر از غذاهای سرد استفاده گردد. غذاهای داغ بو و مزه بیشتری ایجاد می‌کنند که برای بیمار نامطبوع است.

از میوه‌هایی مانند گرمک، طالبی، انگور، پرتقال و خربزه بیشتر استفاده گردد.

سعی شود بیشتر سبزی‌های تازه مصرف گردد. سبزیهای تازه از مواد یخ زده یا کنسرو شده دلیزیرتر هستند.

۲- بی‌اشتهایی:

کاهش اشتها و تغییر در عادات غذایی از عوارضی است که در طی بیماری سرطان و درمان آن می‌تواند ایجاد گردد. باید سعی شود که وعده‌های غذایی بیشتر و حجم هر وعده

تهیه و تنظیم:

زهرا کمیلیان

بنیاد امور بیماریهای خاص

حوزه آموزش و پژوهش

کمتر گردد. برای آنکه هنگام پیدایش احساس گرسنگی بتوان به سرعت تغذیه را انجام داد باید مواد غذایی مناسب در دسترس باشد. باید از غذاهایی استفاده کرد که از لحاظ پروتئین و انرژی غنی باشند.

چه باید کرد:

- بجای سه وعده غذا با حجم زیاد، بهتر است ۵-۶ وعده غذا با حجم کم استفاده شود.
- باید با اتخاذ تدابیری مثل استفاده از گل، موسیقی، فضا سازی زیبا و دلپذیر محل غذاخوری، تماشای تلویزیون یا غذا خوردن با سایر افراد خانواده، محیط دلپذیری فراهم گردد.

- برای تغذیه در هنگام وجود اشتها باید غذاهای مناسب در دسترس قرار داشته باشد. تخم مرغ سفت شده، پنیر، گوشت پخته شده، بستنی، نوشیدنی ها و دسرهای مغذی، چیس و کلوچه می توانند غذاهای مناسبی از این نظر باشند.

- لیست غذاهای پرانرژی و پر پروتئین را در نظر داشته سعی کنند در طی روز از آنها بیشترین استفاده به عمل آید.

- جهت کنترل یبوست، تهوع یا درد با پزشک مشورت گردد.

۳- یبوست:

داروها (مثل داروهای کنترل کننده درد)، تغییر در رژیم غذایی معمول فرد و کاهش میزان فعالیت بیمار می تواند باعث کاهش حرکات روده ای شده و ایجاد یبوست نماید. اگر بیمار دچار یبوست شده، با استفاده از مصرف غذاهای با فیبر زیاد مثل نان های سبوس دار، غلات، میوه و سبزیهای خام یا خشک شده و آجیل می توان با افزایش حرکات روده، از شدت یبوست کاست. مصرف مایعات کافی در روز،

غذا خوردن در ساعت های مشخص و منظم و افزایش فعالیت های بدنی نیز می توانند به این مسئله کمک نمایند.

چه باید کرد؟

- سعی شود هر روز در وقت معین غذا صرف گردد.

- سعی شود هر روز، در ساعت معین دفع مدفوع صورت بگیرد تا این مسئله منظم شود.

- مصرف روزانه ۸-۱۰ لیوان آب یا مایعات دیگر مثل آب میوه و چای گرم ضروری است.

- اگر تولید و تجمع گاز در شکم مشکل ایجاد می کند، غذا و مایعاتی را که تولید گاز

می کنند باید محدود کرد. این مواد شامل نوشابه های گازدار، گل کلم، کلم پیچ، خیار، باقلا، لوبیا، نخود و پیاز می باشند. برای کاهش میزان هوای بلعیده شده، در هنگام مصرف مایعات نباید از نی استفاده کرد و از جویدن آدامس نیز باید اجتناب نمود.

- از غذاهای پر حجم و با فیبر فراوان مثل نان سبوس دار، سبزیها، میوه های همراه پوست، ذرت بوداده و آجیل باید بیشتر استفاده شود.

- صبحانه باید حجم و شامل نوشیدنی داغ و غذاهای پرفیبر باشد. نوشیدنی داغ به افزایش حرکات روده کمک می کند.

- فقط در صورت تجویز پزشک باید از مسهل استفاده نمود. اگر بیش از سه روز، دفع مدفوع به تاخیر افتد باید با پزشک مشورت شود.

غذاهای پرفیبری که بیشتر می توان مصرف کرد

باید توجه داشت که حبوبات و کلم گاز ایجاد می کنند.

۴- اسهال:

گاه در اثر عوارض ناشی از درمان سرطان حرکات روده ای افزایش یافته و دفعات دفع مدفوع زیاده تر شده و مدفوع آبکی می شود که به این حالت اسهال می گویند. اگر اسهال ایجاد شد، مصرف غذاهای پرفیبر مثل آجیل، حبوبات، غلات سبوسدار، میوه های خشک و خام و سبزی ها باید کاهش یابد. از غذاهای چرب، سرخ شده و نوشابه های گازدار نیز باید اجتناب شود. برای اطمینان از جلوگیری از کم آبی باید مقادیر کافی مایعات در طی روز نوشیده شود و بعد از قطع اسهال رژیم غذایی معمولی به تدریج آغاز گردد.

چه باید کرد؟

- باید مقادیر کافی مایعات مصرف گردد. مایعاتی که دمای آنها در حد دمای اتاق باشد بهتر تحمل می شوند.

- در طی روز، وعده های غذایی به دفعات زیاد و با حجم کم استفاده گردد.

- از مصرف غذاهای چرب، سرخ شده، ادویه دار یا خیلی شیرین اجتناب شود.

- مصرف شیر یا محصولات لبنی به حداکثر ۲ فنجان در روز محدود گردد.

- از مصرف غذا و نوشابه های مولد گاز مثل نوشابه های گازدار، سبزیهای نفاخ و جویدن آدامس خودداری شود. (نوشابه های گازدار اگر ۱۰ دقیقه قبل از مصرف باز شده و در دمای اتاق قرار داده شوند قابل مصرف خواهند بود).

- از غذاهای با سدیم بالا مثل آب گوشت، سوپ و کلوچه بیشتر باید استفاده گردد.

- غذاهای پرتاسیم مثل آب میوه، نکتار، سیب زمینی بدون پوست و موز بیشتر استفاده شود.

- غذاهای حاوی پکتین زیاد مثل موز بیشتر استفاده شود.

- اگر رنگ یا بوی مدفوع تغییر کرد یا اسهال ادامه یافت یا تشدید شد، باید با پزشک مشورت شود.

- بعد از هر بار اجابت مزاج، حداقل یک فنجان مایعات استفاده شود.

- از مصرف آدامس یا شیرینی های حاوی سوربیتول خودداری شود.

لیست مواد غذایی قابل مصرف:

۵) تهوع و استفراغ

بعضی از بیماران ممکن است دچار تهوع و استفراغ گردند. در این افراد برای جلوگیری از کاهش آب بدن، مصرف مایعات فراوان ضروری می باشد. توصیه می شود که مایعاتی نظیر آب، آب میوه و سایر مایعات حاوی کالری در طی روز، با مقادیر کم و در دفعات فراوان (جرعه جرعه) مصرف گردد. مایعات خنک بهتر از مایعات بسیار داغ یا بسیار سرد تحمل می شوند. وقتی که استفراغ بیمار خاتمه یافت، غذاهای سریع الهضم مثل مایعات صاف شده، بیسکویت، ژلاتین و نان باید آغاز گردد.

چه باید کرد؟

در هر روز بجای سه وعده غذای مفصل، ۸-۶ وعده غذای کم حجم مصرف گردد. غذاهای خشک مثل بیسکویت یا نان بعد از بلند شدن از خواب و در طی روز به فواصل چند ساعت مصرف گردد.

غذاهایی برای مصرف انتخاب شوند که بوی شدیدی نداشته باشند و غذاهای خنک بجای غذاهای داغ مصرف گردند.

از مصرف غذاهای خیلی شیرین، خیلی چرب، سرخ شده و ادویه دار اجتناب شود. بعد

از مصرف غذا بیمار حدود یک ساعت به حالت نشسته قرار گیرد.

با مصرف جرعه جرعه مایعات، مقادیر کافی مایعات به بدن رسانده شود.

در مورد مصرف داروهای ضد تهوع با پزشک مشورت شود.

در روزهای درمان، غذاهای نرم، ملایم و سریع الهضم استفاده شود.

از صرف غذا در اتاقهای گرم یا اتاقهایی که بوی غذا یا سایر بوها در آن به مشام می رسد خودداری شود.

قبل و بعد از صرف غذا دهان شسته شود. از آب نبات هایی با مزه نعناع یا لیمو برای رفع مزه بد دهان استفاده شود.

در صورت امکان هر روز ۸ لیوان یا بیشتر از مایعات استفاده شده، به ازای هر بار استفراغ ۱/۲ تا ۱ لیوان مایعات اضافه مصرف گردد. بهتر است مایعات ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بعد از مصرف غذاهای جامد و بصورت جرعه جرعه نوشیده شود.

اگر بعد از شیمی درمانی حالت تهوع و استفراغ پدید آمد، از جدول زیر برای تنظیم نوع غذا در روز درمان استفاده کنید. توجه داشته باشید که این غذاها به تنهایی از لحاظ پروتئین، کالری، ویتامین و مواد معدنی کافی نیستند و بیش از سه روز متوالی نباید از این رژیم استفاده کرد. اگر بعد از سه روز هنوز توانایی مصرف غذاهای بیشتر بدست نیامده است، باید با پزشک مشورت شود.

لیست غذا برای روز درمان

۶) اختلال در بلع

گاه سرطان و آثار درمان آن باعث اشکال در بلع می گردند. در این حالت رژیم های غذایی

نرم و آبکی که بلع آنها راحت تر باشد توصیه می گردند. گاه مایعات غلیظ از مایعات رقیق بهتر تحمل می شوند. استفاده از مایعات حاوی کالری و پروتئین بالا می تواند به دریافت مقادیر کافی مواد غذایی ضروری در هنگامی که استفاده از غذاهای معمول امکان پذیر نیست کمک نماید.

چه باید کرد؟

روزانه ۸-۶ لیوان مایعات نوشیده شود و غلظت مایعات نوشیده شده تنظیم گردد.

هرگونه سرفه یا به گلو پریدن هنگام غذا خوردن به پزشک اطلاع داده شود به ویژه اگر همراه تب باشد.

غذا در وعده های متعدد و در هر وعده به میزان کم مصرف شود.

از مکملهای غذایی مایع در صورتی که تغذیه کافی امکان پذیر نباشد استفاده شود.

برای غلیظ کردن مایعات از مواد زیر می توان استفاده کرد:

ژلاتین: از ژلاتین می توان جهت آماده سازی یک ژله نرم به همراه کیک، کلوچه، بیسکویت، ساندویچ، پوره میوه ها و سایر غذاهای سرد استفاده کرد. یک قاشق سوپخوری ژلاتین بدون مزه را در ۲ لیوان مایع حل کرده و آن را بر روی ماده غذایی بریزید سپس تا اشباع شدن ماده غذایی از این ژله صبر کرده و بعد از آن غذا صرف شود.

نشاسته، آرد، نشاسته ذرت: از این مواد برای افزایش غلظت مایعات می توان استفاده کرد ولی باید پخته شوند. پوره سبزیجات: برای غلیظ کردن سوپها مناسب است ولی باعث تغییر مزه آنها می شود.

سیب زمینی: برای غلیظ کردن سوپ ها مناسب است ولی می تواند مزه آنها را تغییر دهد.

غذای آماده کودکان حاوی غلات و برنج :
وقتی که یک غذای خیلی غلیظ لازم باشد
استفاده می گردد.

آنچه که در زیر می آید، لیست مواد غذایی
است که این گونه بیماران می توانند مصرف نمایند:
- غذاهای با پروتئین بالا، شیر غلیظ شده،

فرنی، نان های نرم، برنج، ماکارونی

- میوه ها و سبزی ها: پوره میوه ها و
سبزی ها بدون دانه و پوست آنها، پوره
سیب زمینی، موز، میوه کنسرو شده

- نوشابه ها، دسر ها و غیره : آب میوه های
غلیظ شده و نکتار، آب گوشت غلیظ و سوپها،
خامه، فرنی، پودینگ، شربت ها، عسل، کره،
مارگارین، ادویه ها، دسر هایی که جویدن زیاد
لازم نداشته باشند.

۷) خشکی دهان و بزاق غلیظ

یکی از عوارض ناشی از درمان سرطان و
بعضی از داروهای کمکی مثل مسکن ها
می تواند خشکی دهان باشد. در بعضی از افراد
نیز بزاق غلیظ می گردد. نوشیدن مقادیر فراوان
مایعات در طی روز و استفاده از غذاهای نرم
می تواند به این بیماران کمک نماید. مراقبت
خوب از دهان، مسواک کردن مرتب و شستشوی
دهان با محلول جوش شیرین یا محلول نمک
طعام برای کمک به حفظ پاکیزگی دهان و
جلوگیری از عفونت ها کمک کننده می باشد.
مصرف خمیر دندانهای تجاری، نوشابه های
الکلی و اسیدی می تواند باعث تحریک مخاط
دهان و تشدید خشکی آن گردد.

چه باید کرد؟

روزانه ۸-۱۲ لیوان مایعات مصرف گردد.
لازم است بیماران یک بطری آب هنگام ترک
منزل یا خود داشته باشند و به دفعات در طی
روز از آب آن استفاده نمایند. نوشیدن مایعات

فراوان باعث رقیق شدن بزاق می گردد.

برای نوشیدن مایعات از تی استفاده شود.

غذاهای نرم و ملایم استفاده شود و دمای

غذا در حد دمای اتاق یا سردتر باشد.

برای نرم کردن غذاها به آنها، آب گوشت،

سوپ، سس، کره یا مارگارین اضافه شود.

مکیدن لیموترش، انگور یخ زده، یا قطعات

یخی می تواند کمک کننده باشد. (از جویدن یخ

برای جلوگیری از صدمه به دندانها اجتناب شود).

بهداشت دهان حفظ شود. جهت مسواک

کردن از یک مسواک نرم استفاده شود و دهان

قبل و بعد از هر غذا با آب یا محلولی حاوی

۳/۴ قاشق چایخوری نمک و ۱ قاشق

چایخوری جوش شیرین در ۱/۴ لیوان آب

شستشو داده شود. به طور منظم، میان دندانها

با استفاده از نخ دندان تمیز گردد.

از مصرف الکل، نوشابه های حاوی اسید،

دخانیتات و خمیردندانهای تجاری اجتناب گردد.

مصرف محصولات حاوی کافئین مثل

قهوه، چای، نوشابه های کولا و شکلات

محدود گردد.

در صورت امکان از یک دستگاه مرطوب

کننده سرد هوا جهت مرطوب کردن هوای اتاق

به ویژه در شبها استفاده شود. برای جلوگیری

از انتشار باکتری و قارچها باید مطمئن بود که

دستگاه تمیز است.

جدول زیر می تواند راهنمایی برای انتخاب

غذا در بیماران مبتلا به این عارضه باشد.

محل درج جدول

داروهای گیاهی، ویتامین ها، املاح، آنتی اکسیدان ها و مکمل های غذایی

صدها سال است که از داروهای گیاهی

برای درمان بیماریها استفاده می شود. امروزه نیز

استفاده از این داروها مورد توجه می باشد.

داروهای گیاهی داروهایی هستند که از اجزاء

گیاهان مثل گل، ساقه، ریشه و میوه و مواد

استخراجی از آنها تهیه شده اند و در حال حاضر



بصورت قرص یا شکلهای مایع و پماد وجود دارند. بسیاری از این داروها بدون ضرر می باشند ولی تعدادی از آنها نیز می توانند عوارض خطرناکی ایجاد کنند یا با درمانهای موثر ضدسرطان که برای بیمار استفاده می شود تداخل نمایند. لذا بیماران قبل از استفاده از هرگونه داروی گیاهی باید با پزشک خود مشورت نمایند. بسیاری از بیماران تمایل دارند که در رژیم غذایی یا شیوه زندگی خود تغییر داده یا از روشهای غیرکلاسیک درمان استفاده نمایند. انواعی از روشهای غیرکلاسیک درمان شامل استفاده از ویتامین ها و املاح، آنتی اکسیدانها، آنزیمها، اسیدهای آمینه، فرآورده های حیوانی یا گیاهی، هورمونها و مکملهای غذایی است. دلایل استفاده از این درمانها می تواند تمایل به مشارکت فعال در روند درمان، بهتر کردن کیفیت رژیم غذایی یا گوش دادن به توصیه های دوستان و اعضای خانواده باشد. گرچه گاه گفته می شود که بعضی از این درمانها باعث بهبود سرطان یا جلوگیری از سرطان می گردد، تاکنون هیچ یافته مستدل علمی که نشاندهنده اثر درمانی مشابه درمانهای کلاسیک سرطان باشد در این موارد گزارش نشده است.

ویتامین ها، املاح و مکمل های غذایی

استفاده از ویتامین ها و املاح برای جلوگیری از سوء تغذیه به خوبی شناخته شده و قابل قبول است.

مثالهایی در این زمینه شامل استفاده از ویتامین D برای جلوگیری از نرمی استخوان در اطفال، استفاده از اسید فولیک برای جلوگیری از انواع ناهنجاری های مادرزادی و استفاده از کلسیم برای جلوگیری از پوکی

استخوان در زنان می باشد.

توصیه می شود که بزرگسالان و کودکان از یک رژیم غذایی متعادل حاوی میوه ها، سبزی ها و غلات کامل برای کسب ویتامین ها و املاح ضروری و جلوگیری از بیماریهای ناشی از سوء تغذیه استفاده نمایند. در بعضی افراد خاص ممکن است به علت عدم توانایی فرد برای استفاده از یک رژیم غذایی کامل، ویتامین ها و املاح اضافه تجویز گردد. هر بیماری که بخواهد ویتامین، املاح یا مکمل های غذایی اضافی استفاده نماید باید با پزشک خود مشورت کند. این کار باعث می شود که مقادیر مطمئن و کافی از این مواد به بدن رسانده شود. بعضی از بیماران مبتلا به سرطان مقادیر زیاد ویتامین، املاح یا مکمل های غذایی را مصرف کرده و می پندارند که این مواد باعث تقویت دستگاه ایمنی آنها یا حتی مرگ سلولهای سرطانی می گردد. در حقیقت گاه بعضی از این مواد می توانند مضر بوده و با بعضی از روشهای شناخته شده درمان سرطان مثل شیمی درمانی یا پرتودرمانی تداخل نابجا ایجاد نمایند. لذا در صورت تمایل به مصرف هرگونه داروی اضافه، باید قبل از مصرف با پزشک مربوط مشورت انجام شده و در هنگام مصرف در صورت ایجاد هرگونه عارضه مثل خس خس سینه، خارش، احساس بی حسی در دست و پا، خواب رفتن دست و پا یا عوارض دیگر با پزشک تماس گرفته شود.

تغذیه بعد از خاتمه درمان

بیشتر مشکلات مربوط به تغذیه ناشی از درمان در بیماران سرطانی بعد از خاتمه درمان

از بین می روند. با ختم درمان حال عمومی بیمار بهتر شده و اشتها افزایش می یابد. گاه عوارضی همچون کاهش وزن باقی می ماند. در صورت باقی ماندن هرگونه عارضه بعد از ختم درمان، باید با پزشک معالج مشورت شود. بعد از بهبود حال بیمار، سئوالاتی راجع به تغذیه مناسب مطرح می گردد. هیچ مطالعه ای وجود ندارد که مشخص کند تغذیه می تواند باعث جلوگیری از عود بیماری گردد ولی تغذیه صحیح می تواند باعث بازگشت قوای بدنی، بازسازی بافتهای صدمه دیده و بهبود حال عمومی گردد.

پیشنهادهایی برای یک رژیم غذایی سالم:
رژیم غذایی باید متنوع و شامل تمام گروههای غذایی باشد.

هر روز حداقل ۵ واحد میوه و سبزی شامل مرکبات و سبزی های با برگهای سبز پرنرنگ یا سبزی های زرد پرنرنگ در برنامه غذایی باشد.

در برنامه غذایی میزان بیشتری از غذاهای با فیبر فراوان مثل نان سبوس دار یا حبوبات گنجانده شود.

میزان چربی غذا با استفاده از روشهای پخت مناسب مثل جوشاندن و تنوری کردن و عدم استفاده از سرخ کردن، کاهش یابد. لبنیات کم چربی استفاده شود.

غذاهای شور، دودی و ترشی ها کمتر مصرف گردد.

از مصرف نوشابه های الکلی خودداری شود. در صورت داشتن وزن اضافی، با کاهش چربی در برنامه های غذایی وزن بدن به وزن ایده آل نزدیک شود.

فعالیت های بدنی افزایش یابد.



ناتانائیل

سلام ناتانائیل: می دانی از کجا آمده ام،
از کدام کویر گذشته ام و بر ساحل کدام دریا
قدم نهاده ام. بانوای کدامین مرغ مهاجر از
جنگل های سبز گذشتم و به سوی تو پرواز
کردم، پرواز آری پرواز بالش را تو به من ندادی
اما دل پریدن را تو دادی، ناتا تو دادی.

ناتانائیل: امشب دلم عجیب هوای کویر
را کرده است، سرزمینی با شبهای دل انگیزش
که ستاره ها بر آسمان تابلوئی زیبا را به نمایش
می گذارند، و هوایی که بر سینه ات سنگینی
می کند. وقتی بر شنهای داغ دراز می کشی و
خود را به دستان نسیمی که آرام آرام وزیدن
آغاز کرده، می سپاری، خنکی سرآغاز وجودت
را می گیرد و آرام از درونت سربر می آورد.

راستی ناتا: آیا هرگز به چشمان دختران
کویر خیره شده ای، چشمانی نافذ با نگاهی
که موج می زند و حسرت آبهایی که هرگز کویر
به خود ندیده است را در چشمان و در بطنهای
خود حفظ می کند انگار هوای باریدن در سر
دارد، انگار ابرهای متلاطم روحشان هر آن
به امید رعدی و چشم انتظار صاعقه ای برای
باریدن نشسته اند، تنش پرتب و روحشان
خسته اما گستاخ و بی پرواست.

انگار هرآن می خواهند از جسم به آسمان
پیوندند و دست بر گوش ستاره ای روشن و
تابناک بکشند و از یاد ببرند تمامی رنجهایی را

که در خانه های گلی، که در زمستان از سرما
می لرزیدند و دندانهایشان ثنی را پی در پی
تکرار می کرد و تابستانها که از هرم تنشان،
سینه هایشان متلاطم و نفسهایشان گریزان
بود. ای کاش ناتا می دانستی چقدر عاشق
توام و چه آتشی در درونم به پا می کنی.

ناتای بیچاره من: امشب برای اولین بار
می خواهم به جنگلها پرواز کنم، به جنگلهای
وحشی و بکر که پای هیچ انسانی به آنجا
نرسید و خلوت خداگونه اش را بهم نزد. خلوتی
که تنها صدای حیوانات درنده در دوردستها
بهمش می زند، یا صدای بال پرندهای فراری
از چنگ عقاب، نگرانش می سازد.

آنجایی که آبهای وحشی و سرکش در شاه
راهها طغیان می کنند و درختان را به مهاجرت
وامی دارند و ریشه از خاک بیرونشان می آورند
و دیوانه و عاصی و غلطان و خاک آلود تمام
جنگل را زیر پا می گذارند و ساعتی، روزهایی
و شاید هفته هایی بعد آرام می گیرند و سینه
برخاک تشنه می نهند و چون کودکی رام به
خواب فرو می روند و نابود می شوند آنگونه که
تنها از او، شیاره خطی موهوم بر جنگل باقی
می ماند.

ناتای خوب من: درختان به آنهایی که
چون قامت به آسمان می کشند تا برگونه
خورشید بوسه زنند و آسمان را چون زمین به

تهیه و تنظیم:

میشم رضی

دانشگاه صنعتی امیرکبیر



زیر پایشان قرار دهند، می‌دانند، همیشه
بلندی پروازی، ریشه‌شان را از خاک بیرون
می‌کشد اما به امید خورشید همیشه داستان
تکراری پدرانشان را تکرار می‌کنند و به
چیزی جز معراج و خورشید نمی‌اندیشند، ای
کاش می‌شد ریشه‌ها را در خاک به هم گره
زد تا دیگر هیچ طغیان رودخانه‌ای مارا از
خورشید و روشنایی دور نسازد.

ناتا: امشب تنم تمام وزن بودن را
احساس می‌کند و تاریکی شب را به تمام
وجودم فرو می‌کشد و نفسهایم عطر شب را
می‌بلعد. امشب من تو را احساس می‌کنم و
در نزدیکی خویش در کنارم می‌یابم.

ناتا: انگار چیزی در درونم سربرآورده
و فریاد می‌کند، لمس کوراز آنچه که
نمی‌دانی چیست. باز «او» عاصی و
سرکش شده و بیرحمانه خودش را بر
میله‌های قفس می‌کوبد، امشب عطر

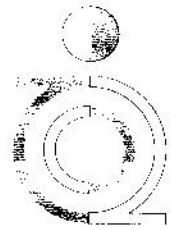
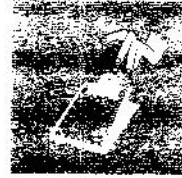
رهایی و از آن توشدن را در هوا می‌پراکند
و مرا از «من» بودن فراری می‌دهد.

ناتا: ای کاش آدمها می‌دانستند که
چقدر محتاج یکدیگرند. برای نفس کشیدن،
برای دانستن و برای عشق ورزیدن، برای
بلعیدن هوای پاک عاطفه‌ها.

ناتا: کمکم کن که بی‌تو حتی یک گام
رفتیم نیست. ناتا قلم فریاد می‌زند بگریز به
آسمان اما بال پریدنم نیست و روح سبک
شدنم.

ناتا: می‌گویند: دنیا ۲/۳ آب و ۱/۳
خشکی است گویا فراموش کرده‌اند که آبها
برای شستن گناهان ضروری است. اگر
آدمها اینگونه پیش بروند دیرزمانی دیگر،
هیچ آبی باقی نمی‌ماند و من در عطش
تشنگی‌ام با گناهان سنگین خویش،
بی‌توجه سازم ای عشق، ای تمام هستی
من.

تو بسیار بسیار بزرگتر از آنی که می دانی



جبران خلیل جبران:

انسان دیگری نیز رسالتی دارد. سالها باید بر انسان بگذرند تا دریابند تنها است، و هیچ یک از انسانها قادر نیستند به دلیل شخصی خود برای زیستن، اجازه تجلی دهند. در هشتاد درصد موارد، انسانها از زندگی ای که از دوران کودکی می خواستند، کناره می گیرند.

«تو و من و هر آن کس که با شوق زندگی زاده می شود، می کوشیم به مرزهای وجود خود برسیم، نه فقط از راه شناخت؛ که تمنای ما زیستن این تجربه است. و روح این جهان، همان که همواره دگرگون می شود، همان مطلق است.»

اندک افرادی هستند که در برابر فشار مقاومت می کنند، و هنوز می توانند در آنچه می گویند یا می کنند، ذره ای از ذات راستین خود را باقی بگذارند.»

جبران خلیل جبران، شاعر و نویسنده بزرگ لبنانی، در ششم ژانویه ۱۸۸۳ در خانواده مارونی در بشاری ناحیه ای کوهستانی در شمال لبنان زاده شد. وی که در فقر و تنگ دستی بزرگ شد از تحصیلات رسمی بی بهره ماند و آموزشهای او محدود به ملاقاتهای او با یک کشیش روستایی بود. در ده سالگی از صخره ای سقوط کرد و شانه چپش آسیب دید. خانواده اش برای جا انداختن شانه اش او را به یک صلیب بستند و تا چهل روز بسته نگاه داشتند، این حادثه نمادین که مصلوب شدن مسیح را به یاد می آورد، در ذهن جبران تاثیر عمیقی گذاشت. در ۱۸۹۵ جبران به همراه خانواده اش در بوستون آمریکا ساکن شد. به باور جبران انسان حقیقی متعالی و مسئول است. «یک روح متعالی، همواره با رسالتی زاده می شود و به گمان من هر

در سال ۱۹۰۴ جبران با ماری هسکل آشنا شد. هسکل به عنوان یک مدیر مدرسه با تصحیح آثار انگلیسی جبران تاثیر شگرفی بر نویسندگی وی داشت.

اولین اثر منتشر شده او «الهام» نام داشت. رد ۱۹۰۶ جبران دومین کتاب عربی خود را با نام «پریان دره ها» منتشر کرد که به روسپی گری، تفتیش عقاید مذهبی، تناسخ و عشق از پیش مقدر شده می پرداختند.

در ۱۹۱۸ کتاب «بالهای شکسته» را منتشر نمود که نوعی زندگی نامه روحانی شخص جبران بود.

در ۱۹۱۸ آغاز به نوشتن مشهورترین کتابش پیامبر نمود. «خلیل اندیشه خود را

تهیه و تنظیم:

خدیدجه احمدی

درباره پیش گفتاری که هنوز ننوشته بود، چنین بیان کرد: در یک شهر مدیترانه‌ای، یک مرد، یک شاعر، ملهم یا پیامبر در صحرا می‌زید. به شهر مهر می‌ورزد، اما این مهر برای نزدیک شدن مردمان شهر به او کافی نیست. آنان می‌دانند که حضور او در آنجا گذر است و روزی خواهد رفت. یک روز صبح کشتی‌ای نزدیک می‌شود. هیچ کس چیزی نمی‌گوید، اما همه می‌دانند باید آن مرد را بجویند. و اینک آن گاه که می‌خواهد آنان را برای همیشه ترک گوید، همه به او نزدیک می‌شوند و خواهش می‌کنند آنچه را که در درازای آن سالهای تنهایی آموخته است، به آنها بیاموزد. یک نفر می‌گوید:

«برای ما از دوستی بگو و به همین گونه ادامه می‌یابد.» در جای دیگری نیز گفته است: «سراسر پیامبر فقط یک چیز را می‌گوید: تو بسیار بسیار نزدیکتر از آنی که می‌دانی ... و همه چیز نیک است.»

و سرانجام در سال ۱۹۳۱ در سن چهل و هشت سالگی درگذشت. «بارها فرآیند پس از مرگ را برای خود تصویر کرده‌ام، بازگشت آهسته به عناصر خاک یک رهایی عظیم است که همه چیز را در سکوت و آرامش، دگرگون می‌سازد، تا همه چیز نو گردد. بالا رفتن سن، جسم مرا برای بارور ساختن دوباره زمینی که به آن آمده‌ام، آماده می‌سازد. پاییز جسم، به زمستان می‌رسد و زمستان برای رستاخیز بهاری دیگر لازم است. به همین گونه، روح من گامی دیگر برمی‌دارد، و می‌داند که هرفصل، کیفیتها و کاستیهای خود را دارد.» «اگر پیش از مرگم آنچه که

باید به جهان نشان بدهم، پدیدار نگردد، دوباره به دنیا خواهم آمد، و هر چندباری که لازم باشد، به دنیا خواهم آمد تا این کار را انجام دهم.»

«توان زندگی به چگونگی نگرستن ما به زندگی بسته است.»
«اگر من و تو کاری نکنیم دو بی ارزش به هم پیوسته خواهیم بود. و چه

خواهیم داشت؟ روحی خالص. اگر نوع بشر، همه بپندارند که هیچ عظمتی را پاینده نیستند، جهان هرگز پیش نخواهد رفت.»

«باشد که همواره بتوانیم تقدیس هردم را زیست کنیم.»
برگرفته از کتاب «نامه‌های عاشقانه یک پیامبر»

آموزش مراقبت و درمان با در بیمار آن مبتلا به دیابت

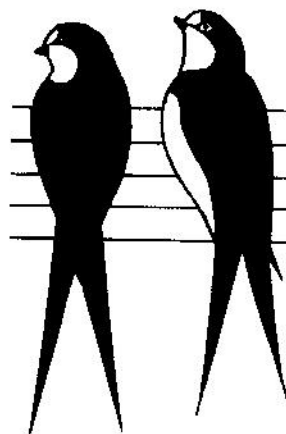


دری به سوی باغ بسیار درخت

خوشحالی مؤمن باید در صورتش پیدا باشد

با سلام و درود بی کران به تمامی کسانی که سهمی در ایجاد نشاط حقیقی و دائمی برای ملت شریف و قهرمان ایران دارند و با آرزوی دستیابی هر چه بیشتر به نشاط قرآنی جهت رسیدن به هدف نهایی یعنی جهانی شدن اسلام عزیز نکاتی خواندنی در مورد خوشرویی تقدیم می شود.

- ۱- ما بهشت را برای کسانی که دل مؤمنین را شاد کنند مباح ساختیم. (حدیث قدسی)
- ۲- نشانه آدمیان بهشتی تبسم همیشگی است. (حضرت رسول اکرم (ص))
- ۳- بعد از سلامتی خنده بزرگترین نعمت خداست. (حضرت علی (ع))
- ۴- هر که شاد کند مؤمنی را از غم و اندوه شاد می کند خداوند دل او را در قیامت. (امام جواد (ع))
- ۵- خوشحال کردن قلب مؤمن از ده حج با ارزش تر است. (امام صادق (ع))
- ۶- نزد خداوند کافر خوشرو از مؤمن ترشرو عزیزتر است. (امام رضا (ع))
- ۷- هیچ چیز مثل خوشرویی زندگی را شیرین نمی کند. (امام حسن عسگری (ع))
- ۸- خنده و تبسم نشانه بارز خوشرویی است و آن موجب دوست یابی است. (حضرت علی (ع))
- ۹- خنده در بهبود روابط انسانی بسیار مؤثر است.
- ۱۰- خنده در طولانی نمودن عمر نقش مؤثر دارد.
- ۱۱- خنده فشار خون را تعدیل می کند.
- ۱۲- خنده سن افراد را کمتر نشان می دهد.
- ۱۳- خنده زبان مشترک همه جهانیان است.
- ۱۴- خنده هیچ هزینه ای ندارد.
- ۱۵- خنده پیامی زیبا دارد و آن این است: به سوی من بیایید.
- ۱۶- خنده، خنده می آورد و مسری است.
- ۱۷- خنده در هیچ حیوانی دیده نمی شود و مختص آدمی است.
- ۱۸- خنده نقش درمانی دارد آنقدر که در بیمارستانهای امروز اتاق خنده طراحی شده است.
- ۱۹- خنده انبساط عروقی ایجاد می کند که در سلامتی مؤثر است.



روح است که اسرار عشق را در خود می پرورد

ولی این تن است که آتش عشق را بر می افروزد

۲۰- خنده آنقدر مهم است که معمولاً در هر درباری دلقکی، هر روزنامه صفحه طنزی و

هر شبکه تلویزیونی (فیلم کمدی) است.

۲۱- خنده در هر شرایطی امکان پذیر بوده و قابل دسترسی است.

۲۲- خنده گرفتن حمام اکسیژن و به قولی دویدن درجا است. (پزشک فرانسوی)

۲۳- خنده با بازدم انجام می شود و این کار باعث می گردد CO₂ از خون خارج شده و احساس مطلوبی ایجاد نماید.

۲۴- خنده تعادل ظریف هورمونی ایجاد می کند.

۲۵- خنده باعث افزایش هورمون کورتیزول شده ایمنی بدن را در برابر بیماریها زیاد می کند.

۲۶- خنده هورمون سروتونین را نیز افزایش داده احساس سرخوشی ایجاد می نماید.

۲۷- خنده تعداد ضربان قلب (HR) را کاهش می دهد که در سلامتی مؤثر است.

۲۸- خنده به دلیل شستن CO₂ از خون صورت صورت را شفاف می کند.

۲۹- خنده محبوبیت و جذابیت ایجاد می کند.

۳۰- خنده شادی می آورد، همانطور که شادی خنده می آورد.

۳۱- خنده قدرت یادگیری را افزایش می دهد. نقش خنده در کلاسهای درسی و آموزشی فوق العاده است.

۳۲- خنده نشانه رضایت از وضعیت موجود است.

۳۳- خنده نوعی تخلیه روانی بوده تنشها و احساسات سرکوب شده را رها می سازد.

۳۴- خنده آن قدر مهم است که عکاسان می گویند لبخند، لبخند، لطفاً لبخند بزنید!...

۳۵- خنده به دلیل انبساط عروقی ترمیم بافتهای آسیب دیده را تسهیل می نماید.

۳۶- خنده از بیماریهای زخم معده و اثنی عشر جلوگیری می کند.

۳۷- خنده کلسترول خون را کاهش می دهد.

۳۸- خنده در پیشگیری از سکته قلبی و سکته مغزی بسیار مؤثر است.

۳۹- خنده «دویدن بی حرکت» نام گرفته است و به این دلیل افراد را چاق و افراد چاق را لاغر می کند.

۴۰- خنده باعث می شود که به دندانهایمان بیشتر توجه کرده و در نظافت آنها بکوشیم.

۴۱- خنده سبب می شود دوستان بیشتری پیدا کنیم.

۴۲- خنده زیاد، مشکل فیزیولوژی ایجاد نمی کند چرا که خنده زیاد باعث افزایش ریزش اشک از چشم می شود و این نوع مکانیسم جبرانی یا دفاعی است که فشار خون مغزی را کاهش می دهد.

۴۳- خنده برخلاف تصور عموم چروک صورت را از بین می برد ولی اخم چین و چروک را زیاد می کند.

۴۴- خنده باعث افزایش اندرفین مغز می شود که نوعی مرفین طبیعی است و باعث احساس سرخوشی و شادی می شود.

۴۵- خنده تحمل دردهای جسمی را آسانتر می سازد. ۵ دقیقه خنده از ته دل موجب ۵ ساعت تسکین درد می شود.

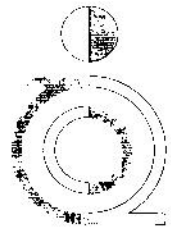
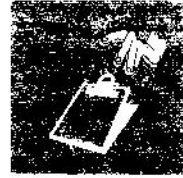
۴۶- خنده نشانه بارز اعتماد به نفس، سلامت روان و احساس امنیت است.

۴۷- خنده با افزایش سن نسبت به نفس، سلامت روان و احساس امنیت است.

۴۸- خنده با افزایش تحصیلات دانشگاهی نسبت عکس دارد متأسفانه هر چه افراد تحصیلکرده تر می شوند کمتر و دیرتر می خندند.

۴۹- خنده چنان است که مقدار آن در ادیان و ملتها و نژادهای مختلف متفاوت است. (طبق آمار با نشاط ترین مردم جهان مسلمانان می باشند.)

۵۰- خنده در بروز ایده های نو و خلاق مؤثر است.



عطوفت علوی

تهیه و تنظیم:

حمید نیک زاد

المؤمنین با افراد گوناگون را ارائه می کنیم تا خوانندگان معرفت بیشتری نسبت به آن امام رئوف بیابند و به قدر ظرفیت خویش، معنا و منزلت حدیث شریف نبوی را که فرموده اند: «أنا و علی ابوا هذه الامة» (یعنی: من و علی پدران این امت هستیم) دریابند. باشد که ارادت و محبت آنان در قبال آن پدر مهربان افزون گردد چرا که پیامبر اکرم فرمودند: «من احبني فليحب عليا» (یعنی هرکس مرا دوست می دارد پس علی را نیز دوست دارد)

بردباری و گذشت امیر مؤمنان زبانزد همگان بوده است. از آن رو پیامبر اکرم در ضمن حدیثی طولانی فرموده اند: «اگر بردباری به صورت مردی مجسم می شد به سیمای علی در می آمد».

ابن ابی الحدید معتزلی (دانشمند سنی مذهب) در این باره می گوید: «آن حضرت بردبارترین مردم نسبت به گناهکار و با گذشت ترین آنها از بدکار بود، صحت این گفتار در جنگ جمل به چشم می خورد که بر مروان بن حکم - که سر سخت ترین دشمن آن حضرت بود - دست یافت و از گناه او چشم پوشید و نیز پس از جنگ جمل به چشم می خورد که بر مروان بن حکم - که سر سخت ترین دشمن آن حضرت بود -

در این نوشتار سعی بر این است که مخاطبان را با گوشه ای از عظمت روحانی امیر المؤمنین (ع) آشنا سازیم و دلها را با قطراتی از اقیانوس عطوفت امام علی بن ابیطالب (ع) روشنی بخشیم. چرا که در یکی دو ساله اخیر بعضی به انحاً مختلف با آرایه چهره ای خشن از دین، بعد عاطفی و رحمانی شریعت الهی را مغفول می نهادند و به گونه ای شجاعت امیر المؤمنین (ع) را تصویر می کردند که گویی یتیمان و دردمندان را به غیر امیر مؤمنانی نوازش نموده است. آن بعضی با بی سلیقگی عبارت «ذوالفقار حیدر آمد» را شعار استقبال از کسانی قرار دادند که آنان - دانسته یا ندانسته - تصریح نمی کردند که آن حضرت در بیشه کارزار با مشرکین و در هنگامه حمایت و دفاع از پیامبر اکرم شیر مردی بی بدیل بود ولیکن در خارج از صحنه پیکار و در برابر موافقان و مخالفان بطور یکسان تجلی گاه رحمت الهی را می چشید. افسوس که در نتیجه این خطابات و مکتوبات - مغرضانه یا جاهلانه - عده ای از فهم کمالی از کمالات وصی پیامبر اکرم، بی بهره می شوند و حقایقی را از دست می دهند که از جمله مطلوبات و مقاصد هر عاقلی است. به هر طریق، به اجمال اندکی از اوصاف و بر خوردهای امیر

دست یافت و از گناه چشم پوشید ... و نیز پس از جنگ جمل در مکه بر سعید بن عاص که از دشمنان او بود دست یافت و چیزی به او نگفت ... مردم بصره با علی (ع) جنگ کردند و بر روی او و فرزندش شمشیر کشیدند و او را دشنام دادند و نفرین کردند و چون بر ایشان پیروز شد، شمشیر از ایشان بر داشت و منادی او در همه جای لشکرگاه ندا در داد که: نباید هیچ کس را که به جنگ پشت کرده است، تعقیب کرد و ... هر کس سلاح خود را ببندد، در امان است و هر کس به لشکرگاه امام بپیوندد، ایمن خواهد بود»

بیعت شکنان و مخالفان حضرت که غائله جمل را بر پا کردند، به نیکی از وجود و کرم فرزند ابی طالب (ع) آگاه بودند لذا پس از آنکه در جنگ شکست خوردند، علیرغم آنکه در حق امیر المومنین (ع) ظلم کرده بودند، سر بر آستان عطفوت علوی نهادند. شیخ مفید روایت کرده از هاشم بن مساحق قریشی از پدرش که گفت «در جنگ جمل پس از آنکه مردم رو به قرار نهادند، چند تن از قریش از جمله مروان بن حکم، به یکدیگر گفتند: به خدا سوگند که ما به این مردیعی امیر مؤمنان ستم کردیم و بدون آنکه خلافی از او سر زده باشد بیعت او را شکستیم، ولی به خدا سوگند او بر ما پیروز شد و با این حال پس از رسول خدا کسی را خوشرفتار و با گذشت تر از او ندیدیم، بیاید جمع شویم و از او عذر بخواهیم ...» و گذشت حضرت شامل حالشان شد علیرغم آنکه فاتح جنگ بود. ابن ابی الحدید در این باره می گوید: «طبیعی که بر دلاوران غالب است، آن است که کم گذشت و کم کار بخشش اند، زیرا که دلپایی آتشین دارند و نیروی غضب در آنها

قوی است، ولی حال امیر مومنان را دانستی که با همه دلاوریها تا چه اندازه سرشار از بردباری و گذشت است و عملکرد او را در روز جمل دیدی»

کرامت و جوانمردی ایشان به قدری بود که دشمنان در هنگامه کارزار و از پی حفظ جان به اعمالی دست می زدند که حاکی از نهایت التماس در برابر امیر مومنان بود و ایشان بزرگوارانه تقاضای دشمنان را حتی در میدان جنگ رد نمی کردند خوانندگان محترم، داستان عمر و عاص و نحوه تلاش او از برای حفظ جان را می دانند و نیازی به ذکر نیست ولیکن تاریخ گواهی می دهد که عمر و عاص اولین و تنها کسی نبود که به کار شنیعی زد تا حضرت از کشتن او چشم پوشد، بلکه در زمان پیامبر اکرم و در غزوات ایشان، مشرکان بارها همچون عمر و عاص و به شیوه او اوج تقاضای خویش را برای گریز از مرگ مطرح می کردند و امیر المومنین کریمانه از کشتن آنها صرف نظر می کردند.

لطف و مرحمت امام علی (ع) به حدی بود که گاهی اطرافیان ایشان همچون کودکانی که برای پدر ... مهربان خویش ناز می کنند، از مهر بیکران آن حضرت بهره ها می بردند و چه بسا به نحوی سوء استفاده می نمودند: «امام (ع) یکی از غلامان خود را چند بار صدا زد و او پاسخ نگفت، امام بیرون آمدند دیدند که غلام بیرون از خانه ایستاده است، فرمودند: چرا پاسخ نمی دادی؟ گفت: حال نداشتم و می دانستم که شما هم ناراحت نمی شوید و آسیبی به من نمی رسانید، فرمودند: سپاس خدا را خلقش از او ایمنند، ای غلام برو که در راه خدا آزادی.»

عطفوت آن بزرگوار در لحظاتی که در بستر شهادت بسر می بردند نیز بیاد ماندنی است.

جرج جرداق مسیحی در کتاب «امام علی (ع) صدای عدالت انسانی» می نویسد: «پس از ضربت خوردن علی (ع) طوفان هیجان از در و دیوار عالم می وزیدند و همه خواهان انتقام بودند مگر چهره گشاده فرزند ابی طالب (ع) که آثاری از انتقام در آن دیده نمی شد و اشاره به حس هم نداشت زیرا همه غیادت کنندگان در خانه امام ایستاده و دردمند و گریه کنان از خدا می خواستند که به امیر مومنان رحم آورد و او را شفا بخشد تا در مردم آرام گیرد، و همگی بر این ملجم یورش برده و او را دستگیر کرده بوده اند، اما هنگامیکه او را خدمت امام آوردند، اما فرمودند: غذای خوب به او دهید و بستر نرم برایش بگسترانید.»

و تجلی همین کمالات بود که موجب شده است بزرگان و دانشمندان از هر فرقه و مذهبی به ستایش امیر مومنان بپردازند. در پایان این نوشتار به ذکر چند نمونه می پردازیم:

شبلی شمیل می گوید: «امام علی ابن ابیطالب (ع) بزرگ بزرگان است، تنها نسخه ای است که شرق و غرب، در گذشته و حال رونوشتی مطابق اصل برای آن ندیده است.»

جرج جرداق نویسنده مسیحی می گوید: (در نظر من، فرزند ابی طالب (ع) نخستین مرد عرب بود که با روح کلی یار و همشین گشت، علی شهید عظمت خویش شد، او در حالی جان سپرد که نماز را در میان دو لب داشت. او با دلی سرشار از عشق خدا درگذشت. هرگز عرب، قدر و مقام راستین وی را نشناخت تا آنکه از همسایگان پارسی آنان

مردمانی برخاستند که میان گوهر و سنگریزه فرق می‌نهادند.

و همو با تأسف بانگ سر بر آورد: «... و ای دنیا مگر چه می‌شد که همه نیرویت را بکار می‌گرفتی تا در هر زمانی یک علی با آن عقل و دل و زبان و ذوالفقار به جهانیان عرضه می‌داشتی.»

و ابن ابی الحدید معتزلی می‌گوید: «من چه بگویم درباره بزرگمردی که دشمنانش به فضیلت او اقرار کرده‌اند و برای آنان امکان منکر شدن مناقب او فراهم نشده است و نتوانسته‌اند فضایل او را پوشیده بدارند، و تو (خواننده) می‌دانی که بنی امیه در خاور و باختر جهان پادشاهی چیره شدند و با تمام مکر و نیرنگ در خاموش کردن پرتو علی (ع) کوشیدند و بر ضد او تشویق کردند و برای او عیبها و کارهای نکوهیده تراشیدند و بر همه منبرها او را لعن کردند و ستایشگران او را تنها تهدید کردند، که به زندان افکندند و کشتند و از روایت هر حدیثی که متضمن فضیلتی برای او بود و یا خاطره و یاد او را زنده می‌کرد، جلوگیری کردند. حتی از نامگذاری کودکان به نام علی (ع) منع کردند. ولیکن همه این کارها بر برتری و علو مقام او افزود. همچون مشک که هر چند پوشیده دارند، بوی خوش آن فرا گیرد و چون خورشید که با کف دستها نمی‌توان پنهانش کرد و چون پرتو روز، که بر فرض نابینایی آنرا نبیند، ولی چشمهای بی شمار آنرا می‌بیند. و چه بگویم درباره بزرگمردی که هر فضیلت به او باز می‌گردد و هر فرقه به او پایان می‌پذیرد و هر طایفه او را به خود می‌کشد. او سالار همه فضایل و همه سرچشمه آن و یگانه مرد و پیشتاز عرصه آنهاست»

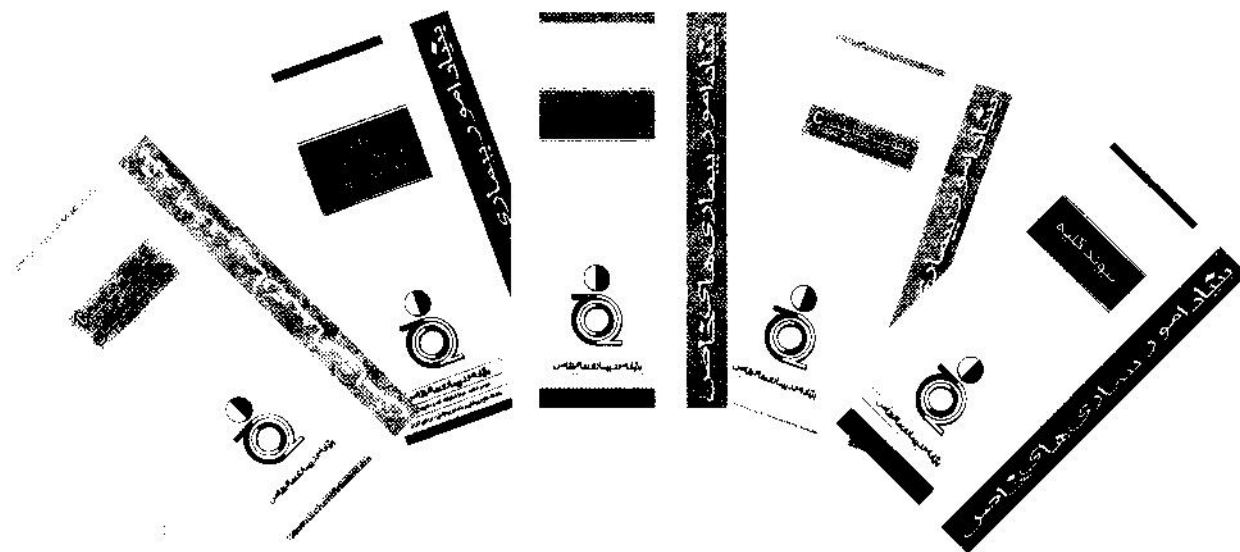


انتشارات بنیاد

اشاره

بنیاد بیماری‌های خاص جهت آشنایی مردم، بیماران، خانواده‌های بیماران و جامعه پزشکی هر سال کتابهایی را در ارتباط با بیماری‌های خاص منتشر و معرفی می‌نماید. در اینجا سری جدید انتشارات بنیاد را خدمت شما ارایه می‌دهیم. جهت تهیه این کتابها می‌توانید به بنیاد بیماری‌های خاص مراجعه فرمایید.

۴۸



بنیاد امور بیماری‌های خاص

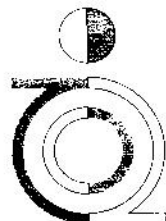
فرمهای خوراکی پایش آورنده قند خون

بنیاد امور بیماری‌های خاص

بنیاد امور بیماری‌های خاص

اصول انتقال خون

بنیاد امور بیماری‌های خاص



روزی که دوباره متولد شدم

«داستان زندگی یک بیمار تالاسمی که به سرطان خون نیز مبتلا شد».

آخرین کارگاه تالاسمی که در نوامبر سال ۲۰۰۰ برای استفاده کنندگان از پمپ دسفرال برگزار شد، ایده لازم را برای نوشتن این مقاله به من داد. مدت بسیاری برای انتخاب نام مقاله فکر کردم و این اسامی به ذهنم رسید: «از تالاسمی تا سرطان خون»، «از مرگ تا زندگی»، «از خون گیرنده تا دهنده خون» و ... سرانجام این عنوان را انتخاب کردم:

«روزی که دوباره متولد شدم» شاید به این دلیل که تنها چند روز از دومین سالگرد روزی که دوباره متولد شدم، می گذرد. روزی که متولد شدم اول آوریل ۱۹۶۴ و روز تولد دوباره ام، ۱۲ نوامبر ۱۹۹۸ بود. من یکی از هزاران کودک خوشبخت یا بدبختی بودم که با تالاسمی متولد شدم. خوشبخت به این دلیل که با این بیماری ارثی باید بسیار سخت تلاش کرد تا زنده ماند، بنابراین آموختم که زنده بمانم و زندگی کنم. بدقبال، زیرا اولاً به دیگران (اهدانندگان خون) وابسته هستم و ثانیاً مجبورم هر روز برای داشتن زندگی خوب (نیاز روزانه به درمان با آهن زدایی) بجنگم.

به دلیل وجود بیماری تالاسمی آموختم که مبارزه کنم و از آنجایی که این مبارزه برای زندگی ام بود، یاد گرفتم که زندگی کنم و از هر

مورد خوب آن لذت ببرم. برای من زندگی به معنای شاد بودن است حتی هنگامی که بینم برگی از درخت می افتد. همیشه تلاش می کنم با درمانم و با دسفرال سازگار باشم. فکر نکنید که این مسئله برای من بسیار آسان بود، دفعات بسیاری بود که خشمگین بودم و می خواستم پمپ را دور بیندازم، اما با این کار چه چیز عاید می شد؟ فقط خودم را تنبیه کرده و به زندگیم صدمه می زدم.

بعد از اتمام دبیرستان، موفق شدم شغل خوبی پیدا کنم و در سن ۲۹ سالگی «بعد از چند بار ناامیدی» با پرستاری به نام نافسیکا ازدواج کردم و خداوند دو دختر دوست داشتنی به ما داد. هم اکنون ماریا شش ساله و فوتینی چهارونیم ساله است. زندگی عادی داشتیم و خانواده ای شاد بودیم که سرطان به سراغ من آمد. در بخش «مبارزه من با سرطان» راه و روشی که من و خانواده ام با این بیماری مبارزه کردیم، بطور کامل ذکر شده است.

مسئله ای که می خواهم اشاره کنم این است که کم و بیش با درمان با دسفرال سازگار بودم. خدا را شکر قلمم، کبد و کلیه هایم به خوبی کار می کردند، بنابراین در وضعیتی بودم که می توانستم پیوند مغز استخوان انجام بدهم. در غیر این صورت هم اکنون در «بهشت» بودم. سازگاری با درمان با دسفرال

تهیه و تنظیم:

مهشید عابدین خان

بنیاد امور بیماری های خاص

حوزه معاونت بین الملل



برای فرد تالاسمی یک اصل می باشد و راهی برای سالم بودن است. از گفته های پزشکان این طور دریافت می شود که ژن درمانی ممکن است، راه درمان تالاسمی در سالهای آینده باشد. هرچند که اگر فرد تالاسمی، درمان با دسفرال موثری نداشته باشد، ژن درمانی ممکن نخواهد بود. همان طور که پزشکان به من گفتند، من اولین فرد در تاریخ بودم که به تالاسمی و سرطان خون مبتلا بوده و پیوند مغز استخوان انجام دادم و اولین فرد تالاسمی بودم که در سن ۳۴ سالگی پیوند مغز استخوان دریافت کردم. اگرچه شانس زنده ماندنم بسیار کم بود، شکر خدا در حال حاضر سالم هستم و هر دوی بیماری نیز بهبود یافته است. این مسئله شبیه معجزه به نظر می رسد و واقعا هم معجزه است که از آغاز تولد به خون نیاز داشتیم ولی در حال حاضر حتی می توانم خون اهدا کنم.

بعضی اوقات شگفت زده می شوم که آیا خدا هنگامی که هر شب در دعاهایم از او می خواستم تالاسمی مرا بهبود بخشد، صدای مرا می شنید. صادقانه می توانم بگویم که تالاسمی در مقایسه با آنچه من طی دو سال شیمی درمانی و پرتو درمانی کامل بدن گذراندم، هیچ است.

فقط به مبارزه ادامه دهید و هرگز فراموش نکنید که موفقیت دور از دسترس نیست و همیشه آسمان بعد از توفان صاف خواهد شد.

مبارزه من با سرطان خون

سرطان خون کلمه ای است که من هرگز از فهمیدن معنی آن ناراحت نمی شوم. هنگامی که این لغت را می شنیدم، فکری که به ذهنم خطور می کرد این بود که این کلمه همان معنی

تالاسمی را دارد و دومین فکری که به ذهنم رسید این بود که بیماری بسیار سختی است، تا اینکه بالاخره سرطان یک روز به سراغم آمد. این بیماری شبیه یک کابوس بود که در ۲۹ ماه می سال ۱۹۹۸ تصادفا بعد از یک معده درد طولانی و تب شبانه تشخیص داده شد. چون همسرم پرستار است از او خواستم نمونه خون من را برای آزمایش بگیرد. این نکته را هم باید ذکر کنم که یک ماه قبل، در ۳۰ آوریل ۱۹۹۸، معاینه تالاسمی همیشگی را انجام دادم که نشان داد همه چیز خوب است. دکتر بیمارستان بعد از ظهر به من تلفن زد و از من خواست به بیمارستان بروم چون در نتایج آزمایش خون من موردی وجود داشت.

من و همسرم حدس زدیم که مسئله ای نیست. پزشک گفت که باید بعد از تعطیلات آزمایش خون را تکرار کنم. آزمایشها دوباره انجام شد اما متأسفانه نتایج مثل قبل بود و دکتر گفت «تعداد گویچه های موجود در خون بسیار بالاست و وقت ملاقاتی در بخش خون در بیمارستان نیکوزیا برای آزمایش مغز استخوان و دیگر آزمایشها مشخص کرد. در

این زمان بود که من و همسرم فهمیدیم که مورد مشکوکی وجود دارد و به فکر رسید که شاید به سرطان خون مبتلا هستیم. هرچندکه، هیچ کلمه ای نمی توانست از دهان ما خارج شود گوا اینکه ما کرولال بودیم.

زمانی که برای انجام آزمایشها در بیمارستان نیکوزیا بودم از دکتر پرسیدم که آیا «بیماری ام سرطان خون است؟» و او گفت «ممکن است اما تا فردا متوجه خواهیم شد.» فردا آمد و بدترین حادثه ممکن روی داد. دکترها به اتاق من آمدند و با صدایی مضطرب از من پرسیدند که چه حدس می زنم و من هم به آنها گفتم که «سرطان خون» و آنها فقط تاکید کردند که بیماری من «سرطان خون لنفوبلاستیک حاد (ALL) با درگیری دستگاه اعصاب مرکزی» است و از اتاق خارج شدند. اولین فکری که به ذهنم خطور کرد این بود که همه چیز تمام شد، قلبم از حرکت ایستاد و قطره اشکی بر روی گونه ام چکید. در عرض چند دقیقه هزاران فکر از مغزم گذشت. «من نمی خواهم بمیرم، نمی خواهم قبل از همسر، فرزندانم، والدینم، برادر و

خواهرهایم، دوستانم، خویشاوندانم، همکارانم و ... بمیرم.» زندگی برای من تمام شد. همسرم بدون اینکه کلمه‌ای بگوید دستم را نگه داشته بود، اما می‌توانستم ببینم که عمیقاً ناراحت بود.

چند دقیقه بعد، فکری امیدوار کننده به ذهنم رسید «الان ۳۴ سال است که در حال مبارزه با بیماری تالاسمی ام می‌باشم، چرا نتوانم با این بیماری نیز مبارزه کنم؟» مسائل بسیاری دارم که به آنها فکر کنم، یک همسر دارم و فرزندانم و دوستانم. زندگی گرانبه‌است بنابر این باید مبارزه کنم. خدا به من کمک خواهد کرد تا بجنگم و پیروز شوم.» دکترها دوباره آمدند و بعد از توضیح مسائلی گفتند که باید معالجه را شروع کنیم و من با عوارض جانبی متعددی روبه‌رو خواهم شد. دقیقاً زمانی را به خاطر می‌آورم که آنها گفتند ۹۰ درصد از موفقیت معالجه من به دیدگاه روان‌شناختی و تفکر مثبت من نسبت به بیماری بستگی دارد. ناگهان هزاران درد به بدن من وارد شد. دوران بسیار سختی برای من وهمسرم بود. او روز و شب در کنارم بود، شبها روی صندلی می‌خوابید و هرچه را که داشتیم، فرزندانمان، خانه‌مان، شغل‌مان، همه را برای مبارزه با سرطان به کنار گذاشته بود، بنابراین باید قوی و محکم بودم. مادعا کردیم و از خدا خواستیم تا به ما شجاعت دهد که این مشکل را حل کنیم. به لطف خدا بعد از ۴ ماه شیمی درمانی بیماری ام‌رو به بهبود نهاد.

پزشکان گفتند که باید اهداکننده‌ای را برای پیوند مغزاستخوان پیدا کنیم. متأسفانه برادر و چهارخواهرم نتوانستند برای پیوند کمکی بکنند. خویشاوندان، دوستان و همکارانم نیز که بسیار تمایل به انجام پیوند داشتند نیز

هماهنگ نبودند. حتی از طریق اینترنت نیز جستجو کردیم اما به نتیجه‌ای نرسیدیم. پزشکان تصمیم گرفتند که شیمی درمانی را ادامه دهند تا بیماری متوقف شود.

صادقانه می‌گویم که ایمانمان را از دست ندادیم و دعا کردیم تا دهنده‌ای پیدا کنیم. بستگانم در لندن نیز آزمایش خون انجام دادند و خدا را شکر، یکی از عموزادگانم با من هماهنگ بود و بدون حتی یک ثانیه تفکر تمایل خود را برای انجام پیوند و نجات دادن زندگیم اعلام کرد. بنابراین تصمیم گرفته شد که پیوند مغزاستخوان را انجام بدهم و از آنجایی که زمان زیادی برای زندگی نداشتم به لندن رفتم. پزشکم در قبرس در گزارش خود به پزشک لندن نوشت: «این بیمار به دلیل نوع بیماری و مشکل تالاسمی در معرض خطر زیادی است. احتمال عدم پذیرش پیوند مغز استخوان نیز وجود دارد.» دوم اکتبر ۱۹۹۸ به لندن و به بیمارستان رفتیم و بعد از یک سری آزمایشهای پرتونگاری، نوار قلب، نمونه‌برداری کبد و مغزاستخوان و دیگر آزمایشها، باید پیوند را انجام می‌دادیم.

بعد از تمام این آزمایشها و بررسیها، پزشکان توضیح دادند که اگر در طی ۳۰ روز اول مشکل جدی نداشته باشم، شانس زنده ماندن من ۳۰ درصد خواهد بود و هرگز فراموش نمی‌کنم که همسرم به آنها گفت «شما ۳۰ درصد شانس زنده ماندن به ما دادید، خدا ۷۰ درصد دیگر را به ما خواهد داد.» ما دعا کردیم و گفتیم که ادامه خواهیم داد. بنابراین ادامه دادیم و با مشکلات بسیاری روبرو شدیم، مثل عفونت شدید قفسه سینه، وجود مایعات در شش‌ها و یک هفته را نیز با وضعیت بسیار بد در بخش مراقبتهای

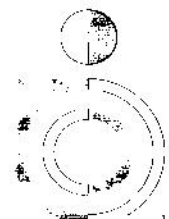
ویژه پیوند سپری کردم و به کمک خدا به سلامت این مسائل را پشت سر گذاشتم. به خوبی به یاد دارم که در آن زمان پروفسور گلدستون به من گفت: «تومرد بسیار قوی هستی. هم از نظر فکری و هم قلبت بسیار قوی است و خوش شانس هم هستی چون انتظار نداشتم که به راحتی از بخش مراقبتهای ویژه پیوند خارج شوی.» تقریباً یک ماه بعد از پیوند دعهای ما مستجاب شد، مغز استخوان جدید شروع به کار کرد، همه چیز به خوبی پیش می‌رفت و در ژانویه ۱۹۹۹ از بیمارستان مرخص شدم. در ژوئن ۱۹۹۹ همه چیز رو به راه بود و ما به خانه و نزد فرزندانمان در قبرس بازگشتیم.

۱۶ ماه بعد از پیوند به کمک خدا من دوباره در حال بازگشت به زندگی عادی هستم. علاوه بر آن در حال حاضر می‌توانم خون اهدا کنم، در حالی که در گذشته به دلیل بیماری تالاسمی و برای اینکه زنده بمانم، باید هر ۲۰ تا ۲۵ روز یکبار خون تزریق می‌کردم و هم‌چنین بر بیماری سرطان نیز غلبه کرده‌ام.

بعد از همه این مسائلی که بوجود آمد و براساس تجربیاتم باید بگویم:

● تنها اگر تسلیم شوید سرطان خون می‌تواند شما را از پای درآورد.

● هرگز تسلیم نشوید. فقط به درگاه خداوند دعا کنید تا به شما ایمان، صلابت، قدرت و صبر عطا کند، در نتیجه می‌توانید پیروز شوید. همیشه به تلاشتان ادامه دهید. هرچقدر هم مشکلات و موانع متعددی وجود داشته باشد، فقط قوی باشید تا بتوانید بر سرطان غلبه کنید همان طور که من پیروز شدم. همیشه مثبت بپندیشید و به مبارزه ادامه دهید. پیروزی زیاد دور نیست.



پیشگیری از انتقال HIV از مادر به فرزند

درمان تک دوز nevirapine در شروع زایمان و نیز یک درمان تک دوز جهت نوزاد می باشد. این رژیمها بر اساس کاهش بار ویروس در مادر و پیشگیری از آلودگی در هنگام مواجهه و بعد از مواجهه وی با ویروس است.

در مطالعات تا قبل از مارس ۲۰۰۰ گفته می شد به علت بروز سریع مقاومت، مصرف nevirapine فعلا فقط باید جهت مطالعات تحقیقاتی باشد.

تا هنگامی که مقاومت ویروس ها در برابر داروهای ضد ویروسی که همانند سازی (replication) و ویروسی را کاملا مهار نمی کنند نظیر lamivudine و nevirapine رو به گسترش باشد، شواهد نشانگر این است که جهش (موتاسیون) ویروس های مقاوم به داروها تا زمان قطع داروهای ضد ویروسی کاهش می یابد. ویروس های جهش یافته ممکن است در فرد در سطوح بسیار پایینی باقی بماند که می تواند کاهنده اثر داروهای ضد ویروسی برای مادران باشد. اما سود کاهش انتقال HIV مادر به فرزند با رژیم های پیشگیرانه با این داروها بر تمام تئوری های مربوط به گسترش مقاومت دارویی برتری دارد.

این موضوع بیانگر این است که بیش از ۲۰٪ نوزادان مادران HIV مثبت ممکن است از طریق شیر مادر مبتلا شوند. یک زن آلوده به HIV باید درباره خطرها و مزایای تغذیه با شیر مادر آگاه شود. برای زنانی که روش تغذیه با شیر مادر را برمیگزینند

توصیه به استفاده از رژیمهای درمانی ضد ویروسی

ژنو-۲۵ اکتبر ۲۰۰۰- متخصصان به این باور رسیده اند که بی خطری و کارایی رژیمهای درمانی ضد ویروس HIV قابلیت کاربرد عملی را دارد.

مدیر عامل سیاستهای UNAIDS اظهار می دارد که رژیمهای درمانی جدید به خصوص در مورد استفاده از داروی nevirapine مورد تأیید ما می باشد.

یکی دیگر از مدیران بخش اینز سازمان جهانی بهداشت (WHO) نیز اظهار داشت که در حال حاضر رژیمهای درمانی متعدد کارآمدی در دسترس می باشد و انتخاب رژیم خاص جهت بیمار باید بر اساس شرایط منطقه ای براساس قیمت، در دسترس بودن و مراقبتهای پیش از تولد باشد.

رژیمهای توصیه شده کنونی در جمعیتهای جداگانه مادران که به بچه هایشان شیر می دادند یا آنهايي که شیر نمی دادند مورد بررسی قرار گرفت و هیچ عوارض جانبی ناخواسته ای بر سلامت مادر، رشد و بلوغ نوزاد یا سلامت و مرگ و میر نوزادانی که علی رغم دریافت رژیم پیشگیری آلوده شده اند، مشاهده نشده است.

یکی از رژیمها عبارت است از استفاده از zidovudine قبل و حین زایمان جهت مادر و دوز مناسب جهت نوزاد. ساده ترین رژیم عبارت از

تهیه و تنظیم:

دکتر امینی

بنیاد امور بیماری های خاص

حوزه بین الملل

UNICEF/UNAIDS برای جلوگیری از انتقال مادر به کودک HIV بهره می گیرند. مشارکت کنندگان شامل دانشمندان، مدیران برنامه های ملی کنترل AIDS، مادران HIV مثبت، سازمانهای غیردولتی و آژانس های بین المللی از آفریقا، آسیا، اروپا و امریکا می باشند.

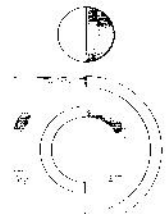
همه گیری (اپیدمی) HIV حدوداً ۵/۱ میلیون شیرخوار در سطح جهان آلوده شده اند که انتقال مادر به کودک مشمول ۹۰٪ موارد می باشد؛ ۲/۳ طی بارداری و زایمان و ۱/۳ با شیر مادر آلوده شده اند. متخصصان سازمان جهانی بهداشت (WHO) از همکاری بین WHO/UNFPA/

فقط توصیه می شود که در ماههای اول این روش را انجام دهند و با بدست آوردن روش های تغذیه کمکی، تغذیه با شیر مادر را قطع کنند. همه ساله بیش از ۶۰۰۰۰۰ شیرخوار با HIV/AIDS آلوده می شوند که عمدتاً در کشورهای در حال توسعه است. از زمان شروع



خطر ایدز را هرگز فراموش نکنید!

حرکتی نو از سوی شفایافتگان سرطان پستان در اوکراین



از وضعیت خود باخبر شود دچار افسردگی شدید می گردد و حتی شاید دست به خودکشی بزند. بیشتر بیماران تمایل ندارند در مورد بیماریشان نه تنها از اطرافیان بلکه حتی از پرسنل پزشکی سؤال کنند. شاید فکر می کنند در این صورت توانایی پزشک معالج خود را زیر سؤال می برند، از طرفی شاید به این دلیل باشد که این بیماری ارگانی را درگیر می کند که با جنسیت زن مرتبط است. در این برنامه بیماران برای ارائه و همچنین دریافت کمک و پشتیبانی های مختلف از طرف جامعه تشویق می شوند. آنها با حضور در گردهمایی ها و طرح مشکلات خود گام مهمی در مخالفت با نظریات گذشته در برخورد با بیماران سرطانی برمی دارند و در واقع راه پیشرفت را برای زنان دیگر هموار می کنند. آنها ثابت کرده اند که نه تنها سرطان پستان قابل درمان است بلکه فرد مبتلا می تواند به یک زندگی آرام و سودمند ادامه دهد.

وضعیت بیماری در اوکراین

همان طور که اشاره شد شایع ترین علت مرگ در زنان اوکراینی مبتلا به سرطان، سرطان پستان است. به سبب مشکلات اقتصادی موجود، پزشکان نمی توانند در زمینه ارائه و تبیین مراقبت های اولیه بهداشتی برای مردم

سرطان پستان یکی از شایع ترین علل مرگ و میر در زنان اوکراین است. این بیماری افزون بر مشکلات جسمی که برای بیمار به وجود می آورد، موجب بروز تنش های روحی- روانی در بیمار می شود که نیاز مبرم به توجه و رسیدگی دارد ولی متأسفانه این موضوع به ندرت مورد توجه قرار می گیرد. در این راستا در کشور اوکراین با همکاری سازمان خیریه بین الملل بهداشتی به نام (Program for Appropriate Technology in Health) این کار آغاز شده است. اولین همایش این گروه در کیف پایتخت اوکراین در یکی از بخش های اونکولوژی با حضور ده بیمار مبتلا به سرطان پستان، اعضای سازمان و گروهی از پرسنل درمانی با هدف آموزش روش های مراقبت از خود تشکیل شد. در این جلسه بیماران تشویق شدند که در مورد بیماری خود و مشکلات ناشی از آن صحبت کنند. اگرچه در ابتدا عده کمی از بیماران حاضر به بیان مشکل شدند ولی به مرور همه بیماران شروع به صحبت کردند. نکته جالب این بود که تقریباً همه بیماران هیچ نوع اطلاعاتی در مورد تشخیص بیماری، برنامه درمان و پیش آگهی بیماریشان نداشتند. پزشکان معالج در برخورد با بیماران شان هرگز از کلمه «سرطان» استفاده نکرده بودند زیرا معتقد بودند در صورتی که بیمار

تهیه و تنظیم:

دکتر خشایار اسدی

بنیاد امور بیماری های خاص

حوزه معاونت بین الملل

اقدام مؤثری انجام دهند. مردم اطلاعات اندکی درباره سرطان پستان دارند و بر اساس آمارهای موجود یک سوم بیماران مبتلا در مراحل پیشرفته بیماری تشخیص داده می شوند. از طرفی به دلیل قیمت گزاف داروهای شیمی درمانی، برای همه بیماران دسترسی به این داروها مقدور نمی باشد. انجام ماموگرافی فقط در برخی شهرها امکان پذیر است و به دلیل معضلات اقتصادی همه بیماران نمی توانند آن را انجام دهند. به علاوه تقریباً تمامی بیماران هیچ حمایتی برای رفع مشکلات روحی و روانی ناشی از بیماری خود دریافت نمی کنند. طی سالهای اخیر خدماتی با همکاری آژانس توسعه بین المللی در آمریکا (USAID) برای تشخیص زودرس و اقدامات درمانی مؤثرتر در اختیار بیماران قرار گرفته است. هدف این برنامه افزایش بهره‌وری خدمات ارائه شده به بیماران در چارچوب منابع مالی موجود می باشد. تأکید این برنامه بر انجام غربالگری به صورت معاینه بالینی و روند کامل درمانی پس از تشخیص می باشد. از دیگر اهداف مهم این برنامه بهبود کیفیت زندگی بیماران می باشد، به این منظور علاوه بر کمکهای آموزشی و حمایتی روانی، این بیماران تشویق می شوند تا گروههایی را تحت عنوان «نجات یافتگان سرطان پستان» تشکیل دهند، به این صورت که ابتدا بیمار خود باید تصمیم بگیرد که برای بهبود تلاش کند و آگاهی‌های خود را درباره بیماری افزایش دهد و وضعیت روحی خود را اصلاح کند. بیماران باید بدون اکراه در مورد بیماریشان با دیگران صحبت کنند. برای رسیدن به این مرحله آنها باید علاوه بر آنکه از لحاظ جسمی به وضعیت قابل قبولی رسیده باشند و از نظر روحی-روانی

و همچنین میزان اطلاعات نیز در سطح مطلوبی باشند. تقویت اعتماد به نفس و در عین حال احساس ثبات جسمی و روحی از نکات قابل توجه در این بیماران است. این روش مراحل پیشرفت خود را در اوکراین طی می کند.

گردآوری اطلاعات

در آغاز PATH بررسی‌های اولیه را به کمک ۳۷ پزشک و ۱۲ پرستار انجام داد. اغلب این پزشکان در مورد بیماری از کلمه «سرطان» استفاده نمی کردند و در زمینه نحوه مواجهه با واکنش‌های هیجانی و تنش‌های روانی بیماران پس از شنیدن چنین خبری آشنایی نداشتند. بیماران هم به دلیل شرایط نامساعد اقتصادی نمی توانستند از خدمات روانشناسی یا مددکاری اجتماعی برخوردار شوند. بررسی‌های انجام شده نشان داد که بیشتر مبتلایان به سرطان پستان طالب دریافت اطلاعات دقیقتری در مورد بیماری، روشهای تشخیصی، درمان و پیش آگهی بیماریشان می باشند. آنان اعتقاد دارند که این حق بیمار است که واقعیت را بداند. بر این اساس بروشورهایی فراهم شده و در اختیار بیماران، پرسنل بیمارستانهای اونکولوژی، وزارت بهداشت و دیگر گروههای مربوطه قرار گرفته است. تأثیر جزوات بسیار عالی بوده و نه تنها بیماران مطالب بسیاری در مورد بیماریشان فرا گرفته اند بلکه آموخته اند که در خصوص بیماریشان پرس و جو کنند و یا با برنامه همکاری نمایند. این اطلاعات برای برخی از آنان به منزله کمک بزرگی برای تغییر نظام فکری و اصلاح زندگی آنها بود.

ملاقات بیماران و تبادل اطلاعات

در بیماران مبتلا به سرطان پستان علاوه بر مشکلات جسمی، واکنشهای روانی خاصی مانند ترس، عصبانیت، احساس گناه، اضطراب، افسردگی، انکار، احساس تنهایی و حتی میل به خودکشی دیده می شود. این موارد نسبت به شخصیت بیمار، وضع اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی وی متفاوت است. در برخی مطالعات ۲۵ تا ۳۰٪ بیماران که ماستکتومی (جراحی برداشتن پستان) شده اند طی دو سال پس از درمان دچار افسردگی یا اضطراب شده اند. مطالعات نشان می دهد که مداخله‌های آموزشی یا روانی در این بیماران مثلاً مشارکت گروههای حمایت از بیماران سرطانی به آنان کمک زیادی در بهبود زندگی می نماید. نکته مهم این است که این فرصت برای بیماران فراهم گردد تا در مورد بیماری، ترس و احساسشان به گفتگو بنشینند.

در تعدادی از بیمارستانهای اوکراین مکان فیزیکی و حتی پرسنل برای ایجاد چنین گروههایی در نظر گرفته شده و حتی خطوط ۲۴ ساعته (Hotline) نیز راه اندازی شده است. برای بسیاری از بیماران ایجاد چنین گروههایی ارزش زیادی دارد. حداقل به آنان القا می شود که تجارب و هیجانات آنها امری طبیعی و درمان پذیر است.

آگاهی عمومی

مسئولین گروههای حمایتی نقش اساسی در گسترش عملکرد این گروهها دارند. یکی از عمده ترین فعالیت‌های این گروهها فراهم آوری حمایت‌های روحی و روانی برای

فراهم آوری برنامه اجرایی

در سال گذشته PATH از دو گروه زنان آمریکایی که شفا یافته بودند جهت برگزاری همایش هایی برای شفایافتگان و بیماران اوکراینی دعوت به عمل آورد. این همکاری ها با مشارکت گروه های لهستانی، اوکراینی، روسیه و آمریکا ادامه دارد و این گروه ها در سمینارهای مشابه به تبادل اطلاعات و نظریات می پردازند.

یکی از اهداف پروژه تفهیم این نکته به پزشکان بوده که پاسخ گویی به احتیاجات روحی-روانی و اطلاعاتی زنان و همکاری با گروه های نجات یافتگان و پرستاران به تسهیل پیشرفت برنامه منجر شده و توان همکاری متقابل بین بیماران و متخصصان پزشکی را افزایش می دهد.

تغییر نگرش پرسنل درمانی را پس از مشارکت در گردهمایی و دوره های آموزشی می توان در جدول زیر مقایسه کرد.

برنامه آینده گروه: تثبیت و گسترش ساختار

مؤثرترین اقدامی که در حال حاضر این گروه ها در صدد برنامه ریزی و پیگیری می باشند، تأسیس فدراسیون ملی گروه های بیماران نجات یافته است. حرکتی که به تازگی در اوکراین آغاز شده، نیازمند آگاهی از اقدامات سایر کشورها و نتایج کار دیگر گروه ها می باشد که می تواند نقش مهمی در جهت تقویت این حرکت در سطح ملی و بین المللی داشته باشد.

مبتلایان به سرطان پستان است؛ به علاوه بسیاری از گروه ها فعالیتهایی به منظور بالا بردن سطح آگاهی در بین بانوان در مورد بیماری و اهمیت تشخیص زود هنگام آن انجام می دهند. در کیف پایتخت اوکراین شفایافتگان سرطان پستان، پزشکان و روانپزشکان بسیج شده اند تا علیه سرطان پستان با نام «همه با هم علیه سرطان پستان» مبارزه کنند. تیم های مراقبتی به ادارات، کارخانه ها و سایر مراکز کار بانوان مراجعه می کنند. آنها ابتدا در مورد اهمیت تشخیص زود هنگام بیماری آموزشهای لازم را می دهند و سپس پیشنهاد معاینه رایگان توسط پزشکان به بانوان علاقه مند داده می شود.

ضرورت برقراری ارتباط نزدیک با بیمار در بیمارستان

با تقویت و افزایش تجربیات گروه ها، علاقه عموم بانوان برای آشنایی با بیماران افزایش یافته و بسیاری از بانوان به تازگی برای حمایت روحی و روانی از آنها از بیمارستانها بازدید می کنند. این فعالیتها در ابتدا به صورت گروهی و سازمان یافته انجام نمی گرفت ولی امروزه بسیاری از زنان برای آموزشهای ویژه در این راه گامهای مؤثری برداشته اند و به صورت گروهی عمل می کنند. بر اساس این فعالیت ها، در حال حاضر با همکاری روانپزشکان و پزشکان اونکولوژیست اوکراینی برنامه داوطلبانه حمایت از بیماران در ۸ شهر اوکراین به اجرا درآمده است. افراد داوطلب تحت آموزشهای ویژه در مورد کلیدهای تشخیص سرطان، درمان و بهبود آن و چگونگی حمایت روحی-روانی قرار می گیرند.

اهدا کنندگان

اعضا

طبق معمول هر شماره نشریه، در این صفحه از تمام کسانی که بایرکردن کارت اهدای عضو و فرم مخصوص آن، آماده اند تا سهمی در نجات جان همنوعانشان بعد از مرگ داشته باشند، تقدیر به عمل می آید.

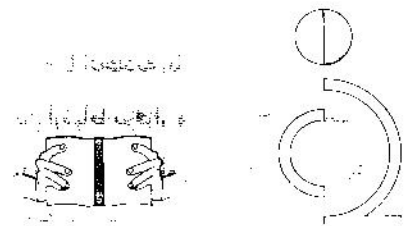
ضمن خیرمقدم به این دوستان اهداکننده عضو، اسامی آنها در جدول زیر می آید.

نام و نام خانوادگی	کدشناسایی	نام و نام خانوادگی	کدشناسایی	نام و نام خانوادگی	کدشناسایی
۳۱۶- شیوا صالحی	۲۹۲۰	۳۴۶- سید اسدا... میرهادی	۲۹۵۰	۳۷۶- غزال قماشچی	۲۹۸۰
۳۱۷- رامک رحیم زاده	۲۹۲۱	۳۴۷- سارا میرهادی	۲۹۵۱	۳۷۷- فیروزه خدابخشی محمد آباد	۲۹۸۱
۳۱۸- علی غلامرضا نژاد	۲۹۲۲	۳۴۸- بدری آزادی	۲۹۵۲	۳۷۸- افسانه شاه میری	۲۹۸۲
۳۱۹- طاهره کشاورز کرمانی	۲۹۲۳	۳۴۹- مهنار بهمنش نیا	۲۹۵۳	۳۷۹- گلایل اردلان	۲۹۸۳
۳۲۰- مژده صیادی	۲۹۲۴	۳۵۰- نسترن صباغی	۲۹۵۴	۳۸۰- علی محمد زنگانه	۲۹۸۴
۳۲۱- محمد رضا کوشافرد	۲۹۲۵	۳۵۱- افسانه غفاری	۲۹۵۵	۳۸۱- مهدی علیمردادی	۲۹۸۵
۳۲۲- نسیم والی	۲۹۲۶	۳۵۲- پروانه غفاری	۲۹۵۶	۳۸۲- احمد روستا	۲۹۸۶
۳۲۳- آمنت گل محمدی	۲۹۲۷	۳۵۳- کاظم سعیدی	۲۹۵۷	۳۸۳- مرجان محرابی	۲۹۸۷
۳۲۴- مرضیه کاظمی	۲۹۲۸	۳۵۴- فروغ دانشی	۲۹۵۸	۳۸۴- ربابه فرخی	۲۹۸۸
۳۲۵- کاظم جلیلی	۲۹۲۹	۳۵۵- سهاد ماموسیان	۲۹۵۹	۳۸۵- فاطمه حق نژاد	۲۹۸۹
۳۲۶- فرزانه مسعودی خرسند	۲۹۳۰	۳۵۶- مسعود شهپاز	۲۹۶۰	۳۸۶- اکرم حاج ملاعبسی	۲۹۹۰
۳۲۷- مصطفی سلام تبریزی	۲۹۳۱	۳۵۷- گل محمد مسیحی	۲۹۶۱	۳۸۷- افشین صفایی	۲۹۹۱
۳۲۸- کامران ترابی	۲۸۳۲	۳۵۸- اصغر فرخی	۲۹۶۲	۳۸۸- سید حسن میررضائی	۲۹۹۲
۳۲۹- جعفر تحقیقی نژاد	۲۹۳۳	۳۵۹- اکبر محمد خانی	۲۹۶۳	۳۸۹- زینب ملکائی نژاد	۲۹۹۳
۳۳۰- شیرین شاهدی	۲۹۳۴	۳۶۰- زهرا تندکاران نو	۲۸۶۴	۳۹۰- تهیه اکبرپور	۲۹۹۴
۳۳۱- مریم عاشق وطن	۲۹۳۵	۳۶۱- پونه ارض ییما	۲۹۶۵	۳۹۱- میترا شاه ریاستی	۲۹۹۵
۳۳۲- مینا عاشق وطن	۲۹۳۶	۳۶۲- معصومه رهرو تابان	۲۹۶۶	۳۹۲- اکرم- ه	۲۹۹۶
۳۳۳- مهدی امینی	۲۹۳۷	۳۶۳- الهام آجودانی	۲۹۶۷	۳۹۳- بتول پورمند	۲۹۹۷
۳۳۴- ماه جمیل رهنمای فرزند	۲۹۳۸	۳۶۴- فرزانه ملک	۲۹۶۸	۳۹۴- طلعت سید موسوی	۲۹۹۸
۳۳۵- انسیه پور حسینقلی	۲۹۳۹	۳۶۵- مژگان نظراهای	۲۹۶۹	۳۹۵- عاطفه کامرانی	۲۹۹۹
۳۳۶- کیمیا بلوچ زراعت کار	۲۹۴۰	۳۶۶- پروین رجب تهرانی	۲۹۷۰	۳۹۶- فروزان فهیم	۳۰۰۱
۳۳۷- ناهید حمزه زاده	۲۹۴۱	۳۶۷- اسدا... اسدی نجات	۲۹۷۱	۳۹۷- شیدا وثیق	۳۰۰۲
۳۳۸- محمد علی حشمت	۲۹۴۲	۳۶۸- بهرام شرافتی سونینی	۲۹۷۲	۳۹۸- مهرانوش سید موسوی	۳۰۰۳
۳۳۹- احمد رضا پور	۲۹۴۳	۳۶۹- مینو پورزند	۲۹۷۳	۳۹۹- منیره مؤید زاده	۳۰۰۴
۳۴۰- بیتا نیازی	۲۹۴۴	۳۷۰- سید فرشید فاطمی نظر	۲۹۷۴	۴۰۰- زهرا آباد فراهانی	۳۰۰۵
۳۴۱- فاطمه سلامی	۲۹۴۵	۳۷۱- محمود رسولی	۲۹۷۵	۴۰۱- افسر حداد منفرد	۳۰۰۶
۳۴۲- راضیه آذریان	۲۹۴۶	۳۷۲- علی مقصودی	۲۹۷۶	۴۰۲- سید محسن موسویان	۳۰۰۷
۳۴۳- مریم ورامینی	۲۹۴۷	۳۷۳- حسین غلامی	۲۹۷۷	۴۰۳- فرحناز اشتری	۳۰۰۸
۳۴۴- نسرین نبرد	۲۹۴۸	۳۷۴- فاطمه نصیبی	۲۹۷۸	۴۰۴- حسین بخشنده آبکناری	۳۰۰۹
۳۴۵- علی اسدی	۲۹۴۹	۳۷۵- فردین حق پرست	۲۹۷۹	۴۰۵- حشمت ناظمی	۳۰۱۰

یاوران بنیاد

طبق معمول هر شماره نشریه، در این صفحه از تمام کسانی که به نحوی به بنیاد یاری رسانده اند، تقدیر به عمل می آید.
ضمن خیرمقدم به این دوستان یاری کننده، تقاضا داریم عزیزان آدرس های 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
۷۵۵ - مجتبی صالحی	۷۲۸ - دکتر شاهین موثقی	۷۰۱ - علی حمید اویان
۷۵۶ - محمدصادق محجوبی	۷۲۹ - دکتر نادری	۷۰۲ - غلامعلی نفر سفید دشتی
۷۵۷ - محمد فرزاد مهر	۷۳۰ - الهام دماوندی	۷۰۳ - پرویز اعتمادی
۷۵۸ - علی حاجی باقری	۷۳۱ - دکتر آذر مسرور	۷۰۴ - علی هاللات
۷۵۹ - آقای امیر محمدی	۷۳۲ - خانم مهرائی	۷۰۵ - منوچهر دلفریان
۷۶۰ - دکتر مجید بازرگان لاری	۷۳۳ - مجتمع پزشکی طالقانی	۷۰۶ - ابراهیم پور ترک
۷۶۱ - نوید قندهاری	۷۳۴ - مهرناز آزاد	۷۰۷ - بهمن ضیغمی
۷۶۲ - آقای نامجو	۷۳۵ - آقای صاعی	۷۰۸ - قباد فریدونی
۷۶۳ - حیدر افشین	۷۳۶ - دکتر هلن حکمت	۷۰۹ - رحیم نصیری
۷۶۴ - آقای موسوی	۷۳۷ - احمد جعفری نسب	۷۱۰ - محمد رضا دشتستانی
۷۶۵ - محمد قاسمی	۷۳۸ - دکتر عبدی	۷۱۱ - دکتر سیروس عامری
۷۶۶ - رحمت ... نجفی	۷۳۹ - دکتر هابده فیاض واقعی	۷۱۲ - مسعود امین نیا
۷۶۷ - دکتر احمد تمدنی	۷۴۰ - سید ابوالفضل احمدی فلاح نژاد	۷۱۳ - قاسم سعدونی
۷۶۸ - دکتر محمود بهشتی	۷۴۱ - نسترن سنگین آبادی	۷۱۴ - خسرو اسدی
۷۶۹ - دکتر محمدتقی اکبری	۷۴۲ - دکتر کامران یعقوب پور	۷۱۵ - سعید متمسک
۷۷۰ - دکتر بیژن کیخایی	۷۴۳ - دکتر پرچهر سلاسل	۷۱۶ - مظفر ارجمند
۷۷۱ - سعید اختری	۷۴۴ - کاوه کریمی	۷۱۷ - منصور میرزائی
۷۷۲ - دکتر محمد عباسی	۷۴۵ - دکتر بهزاد مسعودی	۷۱۸ - دکتر بیرجندی
۷۷۳ - دکتر محمد رضا امیری	۷۴۶ - ایمان دکائی فر	۷۱۹ - محمدرضا وحدانی وش
۷۷۴ - محمود سیاوش آبکناری	۷۴۷ - حمیدرضا فیاض	۷۲۰ - سروش کیانی
۷۷۵ - نرگس نوریان	۷۴۸ - آقای اکبری	۷۲۱ - سید محمد جواد زکی پور
۷۷۶ - خانم اصلانی	۷۴۹ - آقای احسانی	۷۲۲ - پرویز چراغی
۷۷۷ - خاتون فیض آقائی	۷۵۰ - خضیر عوادزاده	۷۲۳ - محمد رضا اشرفی
۷۷۸ - رحمت آبادی	۷۵۱ - دکتر خوشرو	۷۲۴ - خانم قلمکار عباسی
۷۷۹ - آقای سیجانی	۷۵۲ - دکتر محمود شعبانی	۷۲۵ - لعل آزاد
۷۸۰ - مریم جوادی	۷۵۳ - مژگان هدایتی	۷۲۶ - خانم دکتر رحیمی اصل
۷۸۱ - سعید طلوعی	۷۵۴ - دکتر امیر حسین مینو	۷۲۷ - آقای حاتمیان



فعالیت‌های دفتر بین الملل بنیاد

مقدمه

دفتر امور بین الملل بنیاد بیماری‌های خاص با توجه به ضرورت همزمان با شروع فعالیت بنیاد عملاً کار خود را آغاز کرد که خلاصه هدف اصلی و عملیات انجام شده بمنظور دستیابی به هدف اصلی توضیح داده می شود.

یکی از نقش های هر بنیاد و یا سازمان غیر دولتی (NGO) برقراری ارتباط میان گروه‌های ملی و بین المللی بویژه در زمینه های بشردوستانه و فنی و همکاری‌های متقابل آن است.

شرح وظایف دفتر امور بین الملل

- ۵۹ - پیگیری و اجرای شیوه های جمع آوری اطلاعات از آخرین دست آوردهای علمی جهان در زمینه های تخصصی بنیاد و انتقال آنها به واحدهای ذیربط
- برقراری ارتباط با سازمانها، بنیادها و انجمنهای ملی، منطقه ای و بین المللی دست اندرکار بیماری‌های خاص
- هماهنگی و برقراری ارتباط با رسانه ها، مطبوعات و شبکه های تبلیغاتی خارج از کشور به منظور معرفی بنیاد با همکاری واحدهای مربوطه
- پیگیری دعوت از کارشناسان و صاحب نظران جهانی بیماری‌های خاص برای حضور در نشست ها، سمینارها و بازدید از مراکز مربوطه در داخل کشور با هماهنگی و همکاری واحدهای ذیربط
- پیگیری عضویت بنیاد در سازمانها و نهادهای منطقه ای و بین المللی

سازمانهای غیر دولتی سالیان دراز در امور بین الملل فعال بوده اند بطوریکه سابقه فعالیت‌های برخی از آنها را متجاوز از یک قرن تخمین می زنند. در حال حاضر بیش از هزار سازمان غیر دولتی در جهان فعالیت میکند که هر یک در زمینه امور بین الملل فعالیت‌های گسترده ای دارند. هم اکنون افزون بر ۳۰۰ بنیاد و سازمان غیر دولتی به عنوان مشاور با سازمان ملل متحد (UN) همکاری دارند و سازمان ملل متحد به موجب منشور ملل متحد (ماده ۷۱) شورای اقتصادی و اجتماعی اجازه و اختیار دارد که در امور و مسائلی که در حوزه صلاحیت دارد مستقیماً با سازمانهای غیر دولتی ثبت شده در هر کشور ارتباط مناسب برقرار کند. با عنایت به مطالب فوق اهمیت دفتر و یا بخش امور بین الملل هر سازمانی کاملاً مشهود است و توجه به تجهیز و گسترش این بخش از هر بنیاد یا سازمان بمنظور دستیابی به اهداف آن ضرورت دارد.

تهیه و تنظیم:

بنیاد امور بیماری‌های خاص

حوزه معاونت بین الملل

- ارتباط با ایرانیان مقیم خارج از کشور
 خصوصاً پزشکان ایرانی
 - پیگیری شرکت نمایندگان بنیاد و متخصصین مرتبط با بنیاد در نشست ها، سمینارها و کنفرانس های علمی و اجتماعی و کارگاههای آموزشی و پژوهشی مرتبط با بیماریهای خاص، با هماهنگی و همکاری واحدهای ذیربط و ایجاد زمینه های مناسب برای ارتباط سایر واحدهای بنیاد با مراکز همسو
 - همکاری در برگزاری سمینارها و کارگاههای آموزشی در سطح منطقه ای و بین المللی

هدف اصلی

هدف از تشکیل امور بین الملل بنیاد امور بیماریهای خاص عبارتست از ارتباط با سازمانهای خیریه جهانی، مراکز علمی تخصصی بین المللی و آژانسهای تخصصی وابسته به سازمان ملل متحد بمنظور تبادل تجربیات دریافت اطلاعات که در راستای آموزش، پژوهش، پیگیری از بیماریها و درمان بیماران دردمند بکار رود.

اهم فعالیتها بمنظور دستیابی به هدف اصلی

برای رسیدن به هدف اصلی نیاز به اقدامات قدم به قدم بشرح زیر بوده است :

۱- برقراری ارتباط با آژانسهای بین المللی تخصصی وابسته به سازمان ملل متحد نظیر سازمان بهداشت جهانی (WHO)، صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA)، سازمان

تربیتی، علمی فرهنگی ملل متحد (UNESCO) و بخش غیر دولتی (NGOs) سازمان ملل متحد بمنظور دریافت اطلاعات، راهکارها و علمی فرهنگی
 ۲- برقراری ارتباط با فدراسیونهای بین المللی مربوط به بیماران خاص نظیر فدراسیون بین المللی تالاسمی (TIF)، فدراسیون بین المللی ورزش برای بیماران خاص (WTGF)، فدراسیون بین المللی دیابت (IDF) و سایر فدراسیونهای مربوط به بیماران خاص

۳- ارتباط با افراد خیر و ایرانیان مقیم خارج از کشور
 ۴- برقراری ارتباط با سازمانهای خیریه دست اندر کار بیماران خاص در جهان و کسب اطلاعات از نحوه کار، قوانین و مقررات و آئین نامه ها و راهکارهاییکه در موفقیت آنها موثر بوده است.

۵- سایر فعالیتها

ارتباط با فدراسیونهای بین المللی تخصصی وابسته به سازمان ملل متحد

در این بخش با سازمانهای زیر ارتباط برقرار شده است :

سازمان بهداشت جهانی WHO
 - در این خصوص ضمن مکاتبات مکرر اطلاعات وسیعی در زمینه دیابت، کانسر و بیماریهای قلبی و عروقی دریافت و در اختیار بخش آموزش و پژوهش قرار داده شده است.
 - ارتباط با UNESCO در زمینه همکاری برای چاپ کتابهای علمی بنیاد
 - ارتباط با بخش غیر دولتی سازمان ملل متحد به منظور عضویت بنیاد

- با UNFPA در ارتباط با برقراری کارگاه و چاپ نشریات آموزشی ارتباط برقرار شده و با همکاری آنها پروژه کارگاه آموزشی سرطان پستان در چهار استان برگزار شده است.
 - با اتحادیه زنان سازمان ملل متحد در وین ارتباط برقرار و دو طرح مختلف ارائه شده است. طرح اول درباره آموزش کودکان مبتلا به تالاسمی بوده که مورد تأیید قرار گرفته و همکاریها ادامه دارد در این زمینه گزارشهای لازم به سازمان مذکور ارسال شده است.

- با صندوق کودکان سازمان ملل متحد جهت همکاری در زمینه پیشگیری از بروز بیماریها و دیگر زمینه های مربوطه ارتباط برقرار شده که در حال پیگیری می باشد.

برقراری ارتباط با فدراسیونهای بین المللی و انجمنهای مربوط به بیماران خاص

در این مورد با فدراسیونهای زیر ارتباط برقرار و اقدامات لازم انجام گرفته است :

فدراسیون بین المللی ورزش برای بیماران خاص (WTGF).

- در این خصوص فرمهای لازم برای عضویت بنیاد در این فدراسیون تکمیل و همراه با فعالیتهای بنیاد در زمینه ورزش برای بیماران خاص و پیوند اعضاء ارسال گردیده و نتایج به کمیته ورزش در بنیاد امور بیماریهای خاص داده شده است. توضیح اینکه این فدراسیون مطالب مربوط به ورزش برای بیماران خاص و اطلاعات جامعی از قبیل مجلات مربوط به بیماران پیوندی و مقالات مربوط به این موضوع را برای بنیاد

ارسال داشته است که مورد استفاده بخش ورزش برای بیماران خاص می باشد. همچنین گزارشی از فعالیت ورزشکاران پیوندی و حضور آنها در مسابقات همراه با عکس و تفصیلات به فدراسیون فوق ارسال گردیده که این مکاتبات برای پیشرفت کار ادامه دارد. از فدراسیون مذکور اطلاعات و قوانین و مقررات ورزش برای بیماران خاص دریافت گردید و برای ترجمه ارسال شده است و همچنین اطلاعات مربوط به راهنمای مربیگری از فدراسیون ورزش بیماران پیوندی دریافت و در اختیار واحد ورزش قرار داده شده است. بواسطه ارتباطات مداومی که با فدراسیون مذکور برقرار شده، از طرف رئیس فدراسیون برنامه های آتی ورزش برای بیماران پیوندی را همراه با مدارک دیگر از سال نموده اند.

انجمن پیوند کویت (Kuwait Transplantation Association)

با انجمن پیوند کویت به منظور اعزام ورزشکاران به بازیهای افراد پیوندی در فوریه سال ۲۰۰۱ ارتباط برقرار شده و درخواست اطلاعات در مورد این بازیها و فعالیتهای آموزشی در زمینه پیوند و اعزام مربی به کلاس مربیگری صورت گرفته است و تعداد ۱۲ نفر ورزشکار پیوندی و مربیان مربوط به کویت اعزام شدند که خوشبختانه با موفقیت و کسب مدالهای طلا و نقره به ایران بازگشتند. ضمنا پیشنهاد میزبانی ایران برای اولین دوره بازیهای ورزشکاران پیوندی در خاورمیانه به

انجمن مذکور اعلام شده است.

– مکاتبه با رئیس انجمن پیوند ترکیه در زمینه برگزاری اولین دوره بازیهای بین المللی ورزشکاران پیوندی در این کشور
– ارتباط با انجمن پیوند تایلند در زمینه همکاری برای برگزاری اولین دوره بازیهای آسیایی پیوند در ایران

ارتباط با فدراسیون بین المللی دیابت (IDF)

– در این زمینه مکاتبات متعددی با این فدراسیون صورت گرفته و اطلاعات با ارزشی در زمینه دیابت در جهان بدست آمده که در بخش آموزش و پژوهش مورد استفاده می باشد. از فعالیتهای مهم عضویت بنیاد در IDF است. همچنین در زمینه سمینار بین المللی «افق های جدید در آموزش و درمان دیابت» که در اردیبهشت سال ۱۳۸۰ در دانشگاه تهران برگزار شد با فدراسیون فوق مکاتبه و اطلاعات لازم دریافت و رئوس مطالب مورد بحث در سمینار در مجله IDF به چاپ رسیده است.

– با رئیس فدراسیون بخش خاورمیانه و مدیترانه شرقی (EMME) وابسته به IDF ارتباط برقرار شده که موفق به دریافت دو بورسیه از فدراسیون مذکور شدیم و یک نفر پرستار برای شرکت در دوره دو هفته ای آموزش دیابت برای پرستاران، معرفی و کلیه اقدامات لازم جهت حضور در این دوره با موفقیت انجام گردید و شرکت کننده در این سمینار کلیه اطلاعات خود را بصورت یک کارگاه آموزشی در بنیاد به ثمر رساند.

– گزارش کارگاه آموزشی کودکان دیابتی

در روز جهانی دیابت به فدراسیون بین المللی دیابت (IDF) همراه با بعضی عکسها و تفصیلات ارسال گردید.

– گزارش مربوط به برقراری Hotline همراه با پوستر و عکس های مربوط به روز جهانی دیابت به فدراسیون بین المللی دیابت (IDF) ارسال گردید.

در این مورد با TPM ارتباط برقرار و فرد واجد شرایط برای شرکت در این دوره معرفی گردید. ضمنا اطلاعات لازم اخذ و در دوره ای که در بنیاد برقرار شد مطالب مورد استفاده قرار گرفت.

ارتباط با فدراسیون بین المللی تالاسمی (TIF)

در این مورد تاکنون فعالیتهای گسترده ای با همکاری این فدراسیون و بنیاد انجام شده که از جمله آنها می توان از شرکت در پروژه مشترک اپیدمیولوژی بیماران تالاسمی و برقراری جلسه هیئت مدیره TIF در مهر ماه سال ۱۳۷۷ در تهران و همکاری در خصوص برگزاری سمینار بین المللی ایدز نام برد و سایر مواردیکه که به اختصار در زیر بیان می شود از فعالیتهای همکاری بنیاد با TIF می باشد:

– تهیه و تدوین گزارش گردهم آئی هیئت مدیره TIF در تهران (مهرماه ۱۳۷۷)

– نگارش عملکرد بنیاد در زمینه تالاسمی و ارسال آن به TIF بصورت یک کتابچه معرفی هماهنگ کننده علمی و حمایت از ارتقای سیاستهای مربوط به سلامت خون مخصوصا در مورد اهداکنندگان خون

– همکاری با TIF در زمینه ترجمه فیلم

مربوط به فعالیتهای این سازمان به زبانهای عربی و فرانسه که در این مورد با تلاش رئیس بنیاد پیگیری ۲۰۰ فیلم مربوط به TIF تهیه و در جلسه هیئت مدیره در اختیار TIF قرار گرفته است.

- ارتباط با TIF در زمینه کارگاه Desferrioxamine

- پاسخ به گزارش سمینار مشترک TIF و بنیاد در زمینه HIV ضمناً گزارش سمینار Genetic Disorders که در اسفند ماه سال ۱۳۷۸ برگزار شد برای TIF ارسال شده است.

- ارسال پروژه مربوط به مدارس بین المللی مخصوص آموزش بیماران تالاسمی از طرف دکتر لوکارلی و اعلام ادامه همکاری با ایشان در زمینه های مختلف

بیمارستان ملی کودکان و انجمن سرطان ژاپن و صلیب سرخ بازدید بعمل آمد و با توجه به نتایج پربار این سفر امید است که این همکاریهای علمی و فنی بتواند در جهت پیشبرد اهداف بنیاد امور بیماریهای خاص نقش مؤثری داشته باشد. خلاصه ای از گزارش بازدید از مراکز درمانی و تحقیقاتی سرطان در ژاپن تهیه و در مجله خاص به چاپ رسیده است.

لازم به تذکر است که با آقای ترادا رئیس مرکز ملی سرطان ژاپن برای همکاریهای بیشتر و اعطا بورسیه به تعدادی از پزشکان برای آموزش در انستیتو سرطان مکاتبه شده و پیگیری های لازم ادامه دارد.

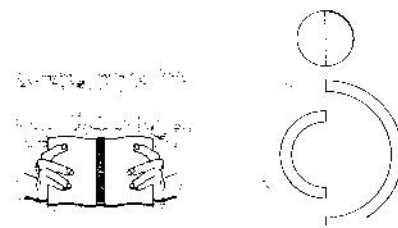
ارتباط با سازمانهای خیریه دست اندر کار بیماران خاص

در این بخش امور بین الملل موفق شد با بیش از ۸۰ سازمان خیریه تماس حاصل کرده و اطلاعات دریافتی در مورد نحوه کار و بروشورها و مقالات را مورد استفاده قرار دهد. این انجمنها شامل انجمن دیابت انگلیس، فنلاند، قطر-انجمن تالاسمی کشورهای تایوان، مالزی، عربستان، ترکیه، رومانی، اندونزی، بلژیک، ایتالیا، استرالیا، کانادا، فرانسه، یونان، مصر، آمریکا، هنگ کنگ، اردن، انگلیس، پاکستان - انجمن پیوند اعضا کشورهای اسپانیا، ایتالیا، کویت، آمریکا، فنلاند، ژاپن - انجمن سرطان کشورهای لبنان، ایتالیا، اسپانیا، آمریکا، پرتغال، شیلی، برزیل، فنلاند- انجمن هموفیلی کشورهای آمریکا، فنلاند و می باشد.

همکاری سفارت ژاپن

- نظر به اینکه دولت ژاپن آمادگی خود را برای همکاری با کشورهای که پروژه بنیادی دارند اعلام داشته لذا در سال گذشته طرح هایی در زمینه های مختلف بیماریهای خاص اعم از ایجاد مراکز درمانی، آزمایشگاهی، برقراری دوره های آموزشی از طریق وزارت خارجه به ژاپن ارسال گردید که در نتیجه طی مذاکرات انجام شده با سفارت ژاپن مقرر گردید کمکهایی جهت تجهیز آزمایشگاه ها به بنیاد انجام گیرد.

- از تاریخ ۱۱ تا ۱۹ شهریور ماه ۱۳۸۰ بنا به دعوت سفارت ژاپن و پیرو همکاریهای علمی و آموزشی با این کشور، از مرکز ملی سرطان ژاپن، مرکز تحقیقات



خوزستان استوار، مهربان

استان خوزستان به مساحت ۶۴۷۴۶ کیلومتر مربع در جنوب غربی کشور واقع شده است. این استان از غرب مرز مشترک با کشور عراق دارد. از جنوب به خلیج فارس می‌رسد. در شمال با استانهای ایلام، لرستان، اصفهان، در شرق با چهارمحال و بختیاری و کهگیلویه و بویراحمد و در جنوب شرق با بوشهر مجاور است. نژادهای مختلفی در این استان زندگی می‌کنند. در شادگان و دشت آزادگان نژادهای مختلف عرب، در اهواز، خرمشهر، آبادان نیمی عرب و نیمی فارس، در ایزه، باغ ملک و مسجد سلیمان، طوایف مختلف بختیاری و در سایر شهرها ترکیبی از اقوام عرب، فارس و بختیاری و معدودی از سایر اقوام زندگی می‌کنند. خوزستان دارای بیشترین میزان ذخایر نفت و گاز در کشور است. کشاورزی آن با سطح زیر کشت ۱/۱۰۰/۰۰۰ هکتار مقام اول را در سطح کشور دارا است. بعلاوه از نظر پتروشیمی، فولاد، نورد، حفاری و صنایع توسعه نیشکر نیز فعال می‌باشد. در همه مناطق استان با آنکه آثار سازندگی مشهود است ولی پس از ۱۳ سال از اتمام جنگ هنوز آثاری از خرابیها و مهاجرتها دیده می‌شود. با اینحال باتوجه به پشتوانه اقتصادی خوزستان و با دارا بودن مردمی خونگرم ساعی و خستگی‌ناپذیر چشم انداز آینده استان امیدوار کننده بنظر می‌رسد. بازدید از استان در تاریخ ۸۰/۱۰/۲ لغایت ۸۰/۱۰/۵

توسط آقایان دکتر پورزاهد و دکتر جلیلی کارشناسان بنیاد امور بیماریهای خاص به همراه خانم بهمنش کارشناس بیماریهای خاص دانشگاه علوم پزشکی اهواز انجام شد. روز اول مراکز بیماریهای خاص شهرهای شادگان، آبادان، خرمشهر و بندر ماهشهر، روز دوم مراکز شهرهای شوشتر، دزفول، اندیمشک و شوش و روز سوم شهر رامهرمز و بیمارستانهای شفا، گلستان، سینا، ابوذر و امام خمینی اهواز بازدید شدند.

مشکلات بیماران خاص: از مهمترین مشکلات استان فقر مالی شدید مردم است به نحوی که بیماران خاص نه تنها قدرت فراهم کردن امکانات درمانی یا حمایتی را برای خود ندارند بلکه گاهی بعلت نیاز شدید، تجهیزات یا داروهای مساعدت شده را هم می‌فروشند.

آموزش در سطح مردم بر عهده مراکز بهداشتی است و نکات لازم برای تشخیص و درمان یا روش گذران زندگی با بیماری خاص و حتی لزوم ادامه درمان برای بیماران خاص در حد مطلوب به مردم آموزشی داده نمی‌شود. از مهمترین مسائل، تامین داروهای بیماران خاص است. که این مشکل در تمام شهرها مشهود است. بیماران برای تامین داروهای مانند اپرکس (Eprex) اغلب اوقات باید به اهواز مراجعه کنند. حتی در اهواز هم در تمام مدت سال این داروها در دسترس نیست طبق مقررات، بیمه خدمات

تهیه و تنظیم:

دکتر تهرانی

معاونت اجرایی بنیاد

دکتر نیما پور زاهد

دکتر مهدی جلیلی

بنیاد امور بیماریهای خاص

حوزه معاونت اجرایی

درمانی در مورد بیماران مبتلا به سرطان و دیابت، مشابه سایر آحاد جامعه بصورت خانوار اقدام می نماید و این مساله موجب شده است تا خانواده های پر جمعیت مجبور شوند برای بیمه خانواده مبالغی بالای یکصد هزار تومان پرداخت کنند که این مبلغ خارج از توان خانواده ها می باشد.

بیماران خاص نیاز به خدمات دندانپزشکی، فیزیوتراپی و... دارند که بعلت مشکلات خاص آنان اغلب مراکز حاضر به انجام خدمات فوق نیستند. بنابراین وجود درمانگاه بیماران خاص که شامل مراکزی برای ارائه خدمات پزشکی به این بیماران باشد ضروری است. کمبود پرسنل در مراکز درمانی در تمام استان خوزستان مشهود است. این مطلب علاوه بر اینکه باعث تعطیلی بعضی مراکز در ساعتهای عصر و شب شده موجب کاهش بازدهی خدمات ارائه شده به بیماران و همچنین بروز مشکلات خاص برای پرسنل موجود شده است. از مشکلات مهم در تمام بخشها در مناطق گرمسیری کشور، تهویه نامناسب فضای بخش است. این مطلب در مورد بیماران خاص با توجه به مراجعات مکرر و وضعیت خاص این بیماران اهمیت بیشتری می یابد. اغلب مراکز دیالیز و تالاسمی بازدید شده با اینکه مجهز به کولرهای گازی هستند ولی ظاهراً تعداد کولرها کافی نیست و بخش تهویه مناسبی ندارد. استانهای جنوبی بعلت سختی آب هر از چند گاهی با اشکالات سیستم RO و دستگاههای دیالیز مواجه می شوند. بعلاوه تعمیر دستگاههای دیالیز در بعضی موارد با تاخیر زیاد انجام می شود.

بعضی از آزمایشات مانند فریتین فقط در مرکز استان انجام می شود. لزوم مسافرت های طولانی

برای انجام آزمایشات، مشکلاتی را برای بیماران ایجاد می کند.

پس از بیان پاره ای از مشکلات کلی بیماران خاص استان، جزئیات بازدید گروه کارشناسی از مراکز بیماران خاص بترتیب مراکز بازدید شده ارائه می شود.

شادگان

در ۹۳ کیلومتری جنوب اهواز واقع شده است. جمعیت آن با حومه حدود ۱۴۰ هزار نفر

آبادان

در ۱۱۶ کیلومتری جنوب غربی اهواز و واقع شده با حومه شهر دارای حدود ۲۸۰ هزار نفر جمعیت می باشد. دارای چهار بیمارستان تامین اجتماعی، شهید بهشتی، طالقانی و شرکت نفت است. بخشهای تالاسمی و دیالیز در بیمارستان ۸۵ تختخوابی شهید بهشتی واقع است. این بیمارستان دارای بخشهای داخلی جراحی زنان و اطفال و CCU است از آنجایی که در مرکز شهر واقع است تردد به آن برای بیماران راحت تر است.

بخش تالاسمی با فضای مناسب دارای ۱۸ تخت می باشد و ۱۶۷ بیمار به طور ثابت به آن مراجعه می کنند. ۵ بیمار هموفیلی هم برای دریافت فاکتورهای خونی به این مراکز مراجعه می کنند.

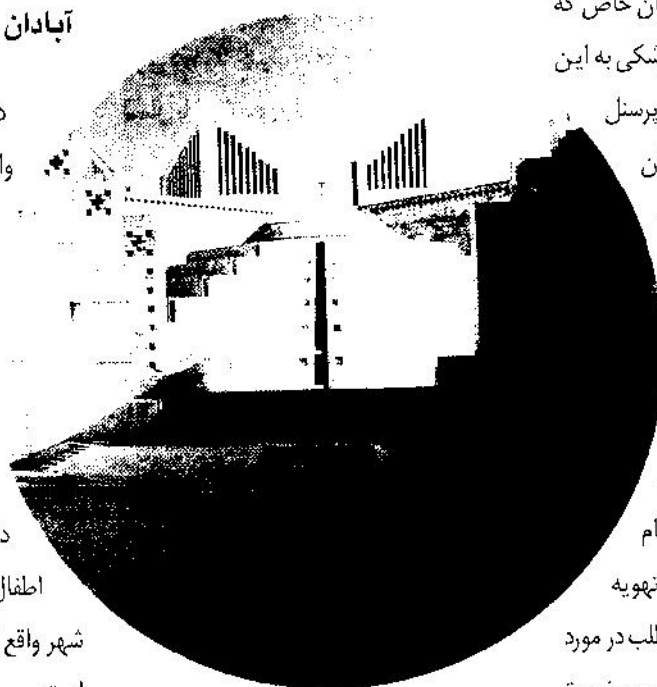
با ۷ دستگاه به ۵۶ بیمار دیالیزی سرویس می دهد.

بیماران مبتلا به هیپاتیت B به اهواز فرستاده می شوند. مشکل اصلی بخش دیالیز افزایش ناگهانی تعداد بیماران از ۲۰ نفر در سال گذشته

برآورد می شود. دارای یک بیمارستان ۱۲۰ تختخوابی بنام بیمارستان شهید معرفی زاده است. بیمارستان دارای بخشهای داخلی، جراحی اطفال و زنان است بخشهای تالاسمی و دیالیز در همین بیمارستان واقع است.

بخش تالاسمی: دارای ۴ تخت بزرگسال است و به ۶۵ بیمار تالاسمی خدمات ارائه می دهد.

خون مورد نیاز از آبادان تامین می شود (پایگاه انتقال خون ندارند). ۱۰ نفر از بیماران



بندر ماهشهر

در ۱۴۵ کیلومتری جنوب شرقی اهواز واقع است. حدود ۱۸۰ هزار نفر جمعیت دارد. بخش‌های تالاسمی و دیالیز در بیمارستان ۱۵۰ تختخوابی شهدا واقع شده است. بخش تالاسمی با ۸ تخت پذیرایی ۱۰۸ بیمار مبتلا به تالاسمی است. ۹ نفر از این بیماران هیپاتیت C مبتلا هستند.

بیماران بعضی مناطق اطراف هم به ماهشهر مراجعه می‌کنند مثلاً ۴۹ بیمار تالاسمی ماژور از سر بندر مراجعه می‌کنند. تعداد بیماران نسبت به سال گذشته افزایش قابل توجهی نداشته است. ولی تعداد مراجعات زیاد است به نحوی که بعد از ظهرها بعثت فقدان پرسنل برای شیفت عصر بیماران باید در اورژانس خون بگیرند که مکان مناسبی برای این منظور نیست و سرویس مناسبی هم ارائه نمی‌شود.

منطقه‌ای از شهر، مکان خاصی بعنوان درمانگاه بیماران خاص تأسیس کنند که شامل بخش تالاسمی هم باشد. خون از آبادان تامین می‌شود. در بازدید انجام شده درخواستهایی از طرف دفتر انجمن تالاسمی مطرح شد که با موارد ذیل موافقت گردید. ۲ دستگاه کولر، DC Shock، مونیتور، بن ماری، ویلچر، هواکش، دستگاه EKG، کانتر ساب کلاوین و هزینه تغذیه بیماران

بخش دیالیز:

در بیمارستان سوم خرداد دارای ۵ دستگاه فعال است و ۱۹ بیمار را تحت پوشش دارد. سال گذشته تعداد بیماران به ۲۵ نفر رسیده بود که ۳ نفر پیوند شده و ۲ نفر فوت شده اند این تعداد دستگاه فعال می‌تواند تعداد بیشتری بیمار را هم تحت پوشش بگیرد. انجمن تالاسمی خدماتی به بیماران کلیوی هم ارائه می‌کند. سیستم RO مشکل خاصی ندارد.

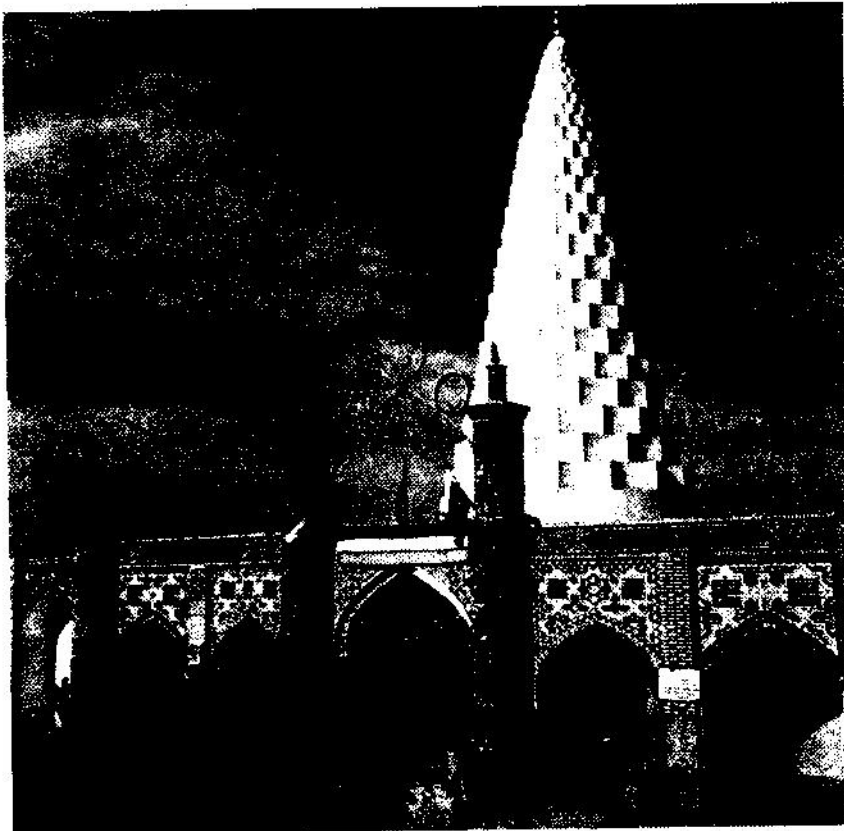
به ۵۶ نفر در سال جاری می‌باشد که بخش دیالیز با ۷ دستگاه توانایی سرویس دهی به این تعداد بیمار را ندارد. این افزایش تعداد بعثت افزایش تعداد نفرولوژیست‌های استان از ۲ نفر به ۳ نفر بوده و در واقع بعثت بیماربایی است. مسأله دیگر سختی آب در شهر آبادان و مشکلات RO ناشی از آنست که هر از چند گاهی از کار می‌افتد و بخش دیالیز و بیماران را با مشکل مواجه می‌کند. کمبود دارو مانند سایر شهرهای استان از مشکلات بیماران دیالیزی است.

خرمشهر

در فاصله ۱۲۰ کیلومتری جنوب غربی اهواز واقع شده است دارای حدود ۱۴۰ هزار نفر جمعیت است. در حال حاضر دارای یک بیمارستان ۱۰۰ تختخوابی بنام سوم خرداد و یک زایشگاه ۹۵ تختخوابی بنام زایشگاه حضرت فاطمه است. بعلاوه بیمارستان ۲۲۴ تختخوابی ولیعصر در حال احداث است که در صورت تحویل هر دو بیمارستان فوق به بیمارستان ولیعصر منتقل می‌شود.

بخش دیالیز در بیمارستان سوم خرداد و بخش تالاسمی در ساختمان مرکز بهداشت مجاور بیمارستان واقع است.

بخش تالاسمی: دارای ۲ تخت اطفال و ۵ تخت بزرگسال است. ۱۷۷ بیمار (۳۷ تالاسمی ماژور) به این مرکز مراجعه می‌کنند. این بخش فضا و نور مناسبی ندارد. بعلاوه گنجایش سرویس دهی به این تعداد بیمار را ندارد. طبق نظر ریاست بیمارستان برای رسیدن به وضعیت مطلوب در ارائه خدمات به بیماران حداقل ۱۵ تخت مورد نیاز است مسئولین انجمن تالاسمی در صددند با کمک بنیاد در



از مشکلات بیماران تالاسمی کمبود پمپ و مشکل تعمیر پمپهاست که قرار شد سرکار خانم بهمنش در زمینه حل این مشکل اقدام کند. نیازها شامل فیلتر تزریق خون، الکل و آب مقطر و هزینه تغذیه همراه بیمار بود.

ماهشهر دارای ۱۲ بیمار هموفیلی است. بخش دیالیز بیمارستان با ۶ دستگاه، محل مراجعه ثابت ۴۰ بیمار دچار نارسایی کلیه است. سال گذشته تعداد بیماران ۲۶ نفر بوده که هم اکنون به این تعداد افزایش پیدا کرده است. بیماران از بعضی شهرهای اطراف نیز به این مرکز مراجعه می کنند مثلاً هندیجان با ۵۰ هزار نفر جمعیت ۶ بیمار دیالیزی دارد که بیماران فاصله ۷۵ کیلومتر تا ماهشهر را هفته ای ۲ تا ۳ بار طی می کنند. (هندیجان فاقد بیمارستان و پزشک متخصص است. فقط دو درمانگاه دارد). کمبود بخش دیالیز شامل دستگاههای DC Shock EKG بود.

شوشتر

شهرستان شوشتر در فاصله ۸۵ کیلومتری شمال اهواز واقع شده است. حدود ۲۳۰ هزار نفر جمعیت دارد. دارای ۲ بیمارستان است. بیمارستان والفجر در بخش مرکزی شهر واقع شده و قدیمی است. بیمارستان خاتم الانبیا در حاشیه شهر ساخته شده است. البته اعتقاد براینست که روند ساخت و سازهای شهری مرکز شهر را به سمت بیمارستان جدید سوق می دهد. بیمارستان خاتم الانبیا دارای بخشهای داخلی، جراحی، اطفال و زنان و CCU است. بخش تالاسمی واقع در درمانگاه والفجر با ۶ تخت به ۸۷ بیمار خدمات ارائه می دهد. شوشتر دارای پایگاه انتقال خون است و از

جهت تامین خون مشکلی ندارند.

شوشتر دارای ۹ بیمار هموفیلی است که ۲ نفر از آنها HIV+ هستند. بخش دیالیز در بیمارستان ۱۵۰ تختخوابی خاتم الانبیا واقع است.

این بیمارستان دارای بخشهای داخلی، جراحی، زنان، اطفال، CCU و ICU است. بخش دیالیز ۳ دستگاه فعال دارد.

تعداد بیماران در سال گذشته ۲۲ نفر بوده که بعلت انجام پیوند تعداد آنان به ۱۹ نفر کاهش یافته است.

در صورت نیاز بخش دیالیز گنجایش ۲ تخت دیگر نیز دارد. مشکل اساسی بخش هوای سنگین و ساکن آن بود که با نصب دستگاه تهویه و کولر مناسب این مشکل قابل حل است.

دزفول

این شهر در ۱۴۶ کیلومتری شمال غرب اهواز واقع شده است. جمعیت شهر و حومه آن بالغ بر ۳۶۰ هزار نفر می شود.

دزفول دارای یک بیمارستان ۱۵۰ تختخوابی بنام افشار و یک زایشگاه ۱۲۵ تختخوابی بنام یازهر (س) است. قرار است هردو مرکز به بیمارستان ۵۰۰ تختخوابی گنجوی منتقل شود که احتمالاً بزودی راه اندازی خواهد شد. لازم به ذکر است که ساخت بیمارستان گنجوی از حدود ۲۰ سال قبل توسط فرد خیری آغاز شده و اینک توسط وزارت بهداشت در مراحل پایانی است. درمانگاه تالاسمی و دیابت در یک کلینیک در مرکز شهر واقع است که دارای درمانگاههای تخصصی نیز می باشد.

بخش تالاسمی در طبقه دوم کلینیک ذکر شده، ۱۵ تخت دارد. در این بخش ۲۱۲ بیمار

مبتلا به تالاسمی خدمات دریافت می کنند که از بین آنان ۱۴ نفر به هیپاتیت مبتلا هستند روزانه ۱۷ تا ۲۰ بیمار مراجعه می کنند.

دزفول ۳۸ بیمار هموفیلی دارد که ۳۲ نفر از آنان برای دریافت فرآورده های خونی به درمانگاه تالاسمی مراجعه می کنند. از بین آنان ۲۸ نفر به هیپاتیت C مبتلا هستند. بیمار مبتلا به هیپاتیت B ندارند و در مورد HIV هم کنترل درستی اعمال نشده است. دزفول دارای پایگاه انتقال خون است و بیماران برای دریافت خون مشکلی ندارند. جنب درمانگاه تالاسمی آزمایشگاه واقع است. دستگاه سانتریفوژ آزمایشگاه کیفیت مطلوبی ندارد و یک دستگاه جدیدتر با دور بالا مورد نیاز است.

درمانگاه دیابت در طبقه اول کلینیک واقع است و در سال ۷۹ آغاز به کار کرده است. این درمانگاه ۵۰۰ بیمار را تحت پوشش دارد. هفته ای یک روز متخصص داخلی بیماران را ویزیت می کند ولی هر روز بیماران برای دریافت جزوات و راهنمایی های دیگر مراجعه می کنند. کتب بنیاد بصورت امانت در اختیار بیماران قرار می گیرد. در حال حاضر دستگاه ویدئو و تلویزیون و فیلمهای آموزشی جزوات بنیاد مورد نیاز است.

بخش دیالیز دزفول در بیمارستان افشار واقع است بیمارستان دارای بخشهای داخلی، جراحی می باشد.

بخش دیالیز ۶ دستگاه دارد و ۴۱ بیمار به طور ثابت به آن مراجعه می کنند. RO بخش در مکانی روبار واقع شده است. از ۵ سال قبل تاکنون فقط ۷ بیمار به تعداد بیماران دیالیزی افزوده شده است. ولی بعلت عدم تناسب نسبی هم اکنون بخش دو شیفته اداره می شود و بیماران در طی سه ساعت دیالیز می شوند. به نظر می رسد در صورت راه اندازی بیمارستان گنجوی و انتقال بخش دیالیز به فضایی مناسب تر این مشکل

۱۱ بیمار دیالیزی دارد که به شهرهای اطراف مراجعه می کنند. در محوطه بیمارستان شهید بهشتی بخش دیالیز توسط فرد خیری از ۳ سال قبل در حال احداث است. به نظر می رسد با راه اندازی بیمارستان جدید مشکلات بخشهای بیماران خاص این شهر تا حد زیادی حل شود.

شوش

در ۱۱۶ کیلومتری شمال غربی اهواز واقع است. دارای ۱۷۰ هزار نفر جمعیت می باشد. بیمارستان نظام مافی تنها بیمارستان شهر بوده و دارای بخشهای داخلی، جراحی، اطفال، زنان، CCU و ICU است. بخش تالاسمی دارای ۷ تخت خواب بزرگسال است که برای اهدای خون نیز از همین تختها استفاده می شود.

بخش فاقد ویدئو و تلویزیون و وسایل گرم کننده است ولی دارای نور و فضای نسبتاً مناسبی است. سال گذشته تعداد بیماران ۴۹ نفر بوده که به ۵۹ نفر در سال جاری افزایش یافته علت افزایش، مراجعه تعدادی بیمار از دزفول است. این شهر انجمن تالاسمی ندارد. ۳ بیمار هموفیلی برای دریافت فاکتورها به بخش مراجعه می کنند.

بخش دیالیز در مجاورت بخش تالاسمی و دارای ۵ دستگاه است. سال گذشته تعداد بیماران ۲۷ نفر بوده که با انجام عمل پیوند امسال به ۲۴ نفر رسیده است. در صورت نیاز به توسعه، بخش ظرفیت یک تخت دیگر را هم دارد. شهر دارای انجمن حمایت از بیماران کلیوی است. از نمونه کارهای آن اختصاص یک مینی بوس برای انتقال بیماران بوده که بعلت عدم مراجعه همزمان بیماران این طرح کارایی پایین داشته و در نهایت قرار شده بیماران فیش پرداخت هزینه حمل و نقل را از



برطرف شود. انجمن حمایت از بیماران

کلیوی کمکهای محدود تغذیه ای و گاهی نقدی برای بیماران را فراهم می کند ولی فعالیت قابل توجهی ندارد.

اندیمشک

بیمارستان شهید بهشتی در فضایی کوچک و نامناسب با ۳ تخت واقع شده است. از تعداد کل ۳۸ بیمار روزی یک تا دو بیمار مراجعه می کنند. اتاق مذکور ویدئو و تلویزیون، نور و تهویه مناسبی ندارد و بعلت مناسب نبودن اتاق اختصاص داده شده، تغییر مکان بخش الزامی است. در صورت تحویل بیمارستان تامین اجتماعی وانتقال بیمارستان شهید بهشتی به این بیمارستان جدید می توان از بخشهای دیگر بیمارستان شهید بهشتی مانند بخش اورژانس بعنوان بخش تالاسمی استفاده کرد که مکان مناسبی است. مشکل دیگر فقدان تجهیزات آزمایشگاهی کافی است بطوریکه فقط یک شمارشگر سلول در مرکز شهر دارند. بتازگی انجمن تالاسمی بریاست رئیس شورای شهر تشکیل شده است فرماندار و امام جمعه و جمعی از خیرین و پزشکان جزو این انجمن می باشند. این شهر دارای یک بیمار هموفیلی است. اندیمشک در حال حاضر بخش دیالیز ندارد.

این شهر در ۱۵۵ کیلومتری شمال غربی اهواز واقع است. حدود ۱۶۰ هزار نفر جمعیت دارد. شهر دارای یک بیمارستان ۱۱۷ تختخوابی بنام شهید بهشتی است که در مرکز شهر واقع است. یک بیمارستان ۱۰۰ تختخوابی دیگر توسط سازمان تامین اجتماعی در حال احداث است که در حاشیه شهر و در مجاورت جاده اندیمشک شوش واقع شده است و قرار است به زودی راه اندازی شود. بیمارستان شهید بهشتی دارای بخشهای داخلی، جراحی، اطفال و زنان است. لازم به ذکر است که بیماران شهرستان دهلران از استان ایلام و شهرستان پلدختر از استان لرستان برای دریافت خدمات درمانی به این

انجمن دریافت کنند. مانند تمام شهرهای استان تامین داروهایی مانند Eprex مشکل است. احتیاجات اصلی بخش در حال حاضر دستگاه EKG, DC Shock است.

درمانگاه دیابت سال گذشته تحت نظر بنیاد ایجاد شده است و در حال حاضر کمبودهای درمانگاه دیابت شامل ترازو گلوکومتر و جزوات آموزشی است.

رامهرمز

در ۹۰ کیلومتری شرق اهواز واقع است. حدود ۱۸۰ هزار نفر جمعیت دارد. دارای یک بیمارستان ۱۱۵ تختخوابی بنام امام خمینی است. بیمارستان دارای بخشهای داخلی، جراحی، اطفال، زنان، CCU, ICU است. بخش تالاسمی: دارای ۱۰ تخت اطفال و ۲ تخت بزرگسال است.

از ۷۴ بیمار مبتلا به تالاسمی ۶۰ نفر مراجعه منظم دارند. درمانگاه دو روز در هفته فعال است و از لحاظ فضا و تخت مشکلی ندارند. خون از اهواز فرستاده می شود. (پایگاه انتقال خون ندارند). DC Shock, EKG ندارند و برای خنک کردن بخش به یک کولر دیگر نیاز دارند. احتیاج به یک ترالی دارو محسوس است. شهر رامهرمز انجمن تالاسمی ندارد. (از آنجایی که شهر فقیری است، تعداد افراد داوطلب برای مشارکت در چنین انجمنی کم است). یک بیمار هموفیلی دارند.

بخش دیالیز بیمارستان با ۴ دستگاه به ۱۷ بیمار خدمات ارائه می دهد. بیماران شهرهای هشتگرد و رامشیر هم به این مرکز مراجعه می کنند. مشکل فعلی مستعمل بودن تشک های بخش و فقدان دستگاه DC

EKG, Shock است مانند شهرهای دیگر بیماران دیالیزی مشکل کمبود دارو دارند. (بخصوص Eprex و کربنات کلسیم) انجمن حمایت از بیماران کلیوی فعال نیست. درمانگاه دیابت از سال ۷۹ راه اندازی شده که گفته می شد بعلت کمبود متخصص در حال حاضر تعطیل است.

بهبهان

بیمارستان شهیدزاده بهبهان دارای بخش های دیالیز و تالاسمی است. بخش دیالیز ۴۰ بیمار ثابت، که از این تعداد ۳ نفر HCV (+) هستند و ۶ دستگاه فعال دارد. بخش تالاسمی دارای ۴۸ بیمار و ۷ تخت بزرگسال و ۳ تخت اطفال می باشد. از این تعداد بیمار ۱۵ نفر HCV (+) می باشند.

اهواز

شهر اهواز حدود یک میلیون و دویست هزار نفر جمعیت دارد. ۸ بیمارستان دولتی دارد شامل بیمارستان های سینا، کودکان، ابوذر، رازی، امام خمینی، گلستان، طالقانی (مخصوص بیماران دچار سوختگی)، سلامت (مربوط به بیماران روانی)، تخصصی شفا مخصوص هماتولوژی و انکولوژی می باشد. از این میان ۵ بیمارستان به بیماران خاص نیز خدمات ارائه می دهند که از آنها بازدید بعمل آمد.

بیمارستان گلستان: بخش دیالیز بیمارستان با ۴ دستگاه دیالیز مخصوص مراجعه بیماران اورژانس است.

بعلت مکان خاص بیمارستان مراجعات زیاد است. مشکل اساسی بخش کمبود پرسنل است.

در صورت بروز مشکل برای دستگاهها بیماران به بیمارستان سینا ارجاع می شوند. بخش پیوند بیمارستان در طبقه همکف واقع و دارای ۱۳ تخت معمولی و ۳ تخت ایزوله است. کلیه اعمال پیوند استان در این بخش انجام می شود. تاکنون برای ۴۶۷ نفر از بیماران استان خوزستان عمل پیوند کلیه انجام شده است.

در حال حاضر مشکل بیماران کلیوی برای انجام پیوند، هزینه های قبل از انجام عمل برای فرد دهنده کلیه است. این هزینه ها بصورت آزاد از افراد اهداکننده دریافت می شود و حتی در صورتیکه بیمه خویش فرما هم شده باشند. از آنجائیکه بیمار محسوب نمی شوند باز هم باید هزینه ها را بصورت آزاد پرداخت کنند.

بیمارستان سینا: بخش دیالیز بیمارستان در دو سالن بزرگ و در مجموع دارای ۱۷ دستگاه می باشد. ۱۱۱ بیمار دیالیزی به طور مرتب به این مرکز مراجعه می کنند ۱۴ نفر پرسنل دارد.

بخش دیالیز بیمارستان سینا محل مراجعه بیماران اهواز و اطراف شهر است. در مواردیکه بیمارستان گلستان یا حتی شهر سوسنگرد در مورد دیالیز بیماران با مشکل مواجه شوند بیماران به بیمارستان سینا ارجاع می شوند. از مشکلات بخش مجاورت بیمارستان سینا با کارخانه فولاد است که بعلت نوع خاص مصرف برق توسط کارخانه، برق هر روز قطع می شود. یک ژنراتور قوی و دستگاههای پایدارساز (Stabilizer) برای جلوگیری از قطع برق و آسیب های ناشی از آن مورد نیاز است. هم اکنون هر سالن ۴ کولر دارد ولی بازهم هوای بخش مطلوب نیست و در فصل تابستان به سختی قابل تحمل است. ۸ بیمار دیالیزی به هیپاتیت B مبتلا هستند که فقط ۳ نفر تحت درمانند. هزینه عده ای از اتباع خارجی بعلت نداشتن برگ سبز قابل دریافت نیست.

بیمارستان شفا

در مجاورت بیمارستان گلستان واقع شده و بیمارستان تخصصی خون و انکولوژی (۱۰۰ تختخوابی) است. اهواز دارای دو هماتولوژیست بزرگسال و سه هماتولوژیست اطفال است در حال حاضر دانشکده پرستاری حدود یک سوم بیمارستان را اشغال کرده که مشکلات فراوانی را برای بیمار ایجاد کرده است قرار است تا بهمن ماه این فضا به بیمارستان عودت داده شود. بخش هماتولوژی بیمارستان ۲۴ تخت دارد.

بعلت کمبود تخت اغلب نام ۳۰ تا ۴۰ نفر در لیست انتظار بیمارستان برای بستری دیده می شود. کمبود پرسنل مشکل جدی دیگری است که بیمارستان با آن مواجه است. مثلاً هم اکنون فقط دو پرستار برای انجام شیمی درمانی در اختیار دارند. تهیه داروهای تک نسخه ای برعهده بیماران است و ارگانی به آنها کمک نمی کند بعلاوه برای بیمه هم با مشکل مواجهند چون همه اعضای خانواده باید بیمه شوند و بعلت مشکلات مالی گاهی حتی بیمار هم بیمه نمی شود. انجمن حمایت از بیماران سرطانی تشکیل نشده ولی اخیراً جمعی از دانشکده داروسازی در صدد ثبت انجمن حمایت از کودکان سرطانی برآمده اند و برای مساعدت به این بیماران اقداماتی هم انجام داده اند.

داروخانه بیمارستان دارای دو یخچال ویتروینی و ۲ یخچال معمولی است ولی تعداد یخچالها برای جای دادن فاکتورها خونی و دسفرال و داروهای شیمی درمانی کافی نیست.

بخش تالاسمی بیمارستان دارای دو اتاق ۶ تختی بافضا و نور مناسب برای بیماران است هر ۶۴۲ بیمار تالاسمی دارند که در این میان ۱۸۶

نفر سیکل تالاسمی دارند. ۹۱ بیمار هموفیلی هم به این مرکز مراجعه می کنند.

بیمارستان امام

قرار است بخش دیالیز جدیدی با ۱۲ دستگاه در ساختمان نوساز بیمارستان امام راه اندازی شود. محل بخش در طبقه پایین بیمارستان و در مکانی مناسب از لحاظ فضا و نور است. بخش قدیمی بیمارستان شاید مکان مناسبی برای درمانگاه بیماران خاص اهواز باشد. ولی با توجه به امکانات تخصصی موجود ضرورتی بر احداث درمانگاه تخصصی بیماران خاص محسوس نیست.

بیمارستان ابوذر

بیمارستان تخصصی اطفال است. بخش دیالیز آن دارای ۴ دستگاه فعال و مخصوص اطفال است.

ولی در فصول سرد که عقرب زدگی و نیاز به دیالیز کودکان کمتر است، افراد بزرگسال نیز در این مکان دیالیز می شوند.

تعداد بیماران نسبت به سال های قبل تغییر قابل توجهی نکرده و اگر دستگاهها سالم باشند با مشکلی از این جهت مواجه نمی شوند در حال حاضر به کولر، ویلچر، ویدئو و صندلی کنار تخت احتیاج دارند.

بخش تالاسمی بیمارستان مجاور اورژانس دارای ۲ تخت بزرگسال و ۶ تخت اطفال است.

مسجد سلیمان

بیمارستان ۲۲ بهمن دارای بخشهای دیالیز و تالاسمی است. بخش دیالیز ۳ دستگاه فعال

دارد و به ۲۴ بیمار بصورت ثابت خدمات رسانی می کند. از بین ۱۲ بیمار تالاسمی ۵ نفر مبتلا به هپاتیت C هستند تعداد بیماران هموفیلی ۱۴ نفر است و پایگاه انتقال خون نیز در این شهر وجود دارد.

ایذه

بیمارستان ۱۷ شهریور بخش دیالیز ۱۶ بیمار دارد و با ۵ دستگاه به این افراد خدمات رسانی انجام می شود بخش تالاسمی ۴ تخت دارد و ۵۰ بیمار را تحت پوشش دارد. تعداد بیماران هموفیلی ۴ نفر است. این شهرداری پایگاه انتقال خون است. تعداد بیماران HIV+ و یا مبتلا به هپاتیت مشخص نیست.

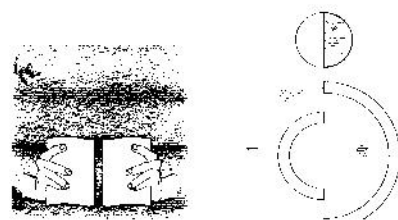
باغ ملک

بخش دیالیز بیمارستان شهید طباطبایی دارای ۲ دستگاه همودیالیز است. تعداد بیماران تالاسمی ۴۸ نفر و هموفیلی ۲ نفر است که در همان محل دیالیز ۲ تخت دیگر برای بیماران تالاسمی در نظر گرفته شده است. خون و فرآورده ها از ایذه تهیه می شود.

سوسنگرد

بخش دیالیز در بیمارستان شهید چمران با دو دستگاه به ۹ بیمار دیالیزی خدمات می دهد. بخش تالاسمی ۷ تخت دارد که به ۶۳ بیمار (از این تعداد ۲۰ نفر سیکل سل دارند و ۲ نفر HCV+ هستند) خدمات ارائه می دهد. تعداد بیماران هموفیلی ۵ نفر است. خون و فرآورده های آن از اهواز تهیه می شود.

نقش فرانسه در واکسیناسیون هپاتیت B



است. واکسن هپاتیت B اولین واکسن علیه یک سرطان عمده انسانی است، چرا که ناقلان مزمن هپاتیت B در معرض خطر مرگ ناشی از ابتلای به سیروز کبدی و سرطان کبدند. متعاقب نشست متخصصین که به بررسی عواقب ناخواسته واکسیناسیون هپاتیت B پرداخته بودند، وزارت بهداشت فرانسه در یکم اکتبر ۱۹۹۸ واکسیناسیون هپاتیت B را در گروه های زیر توصیه کرد:

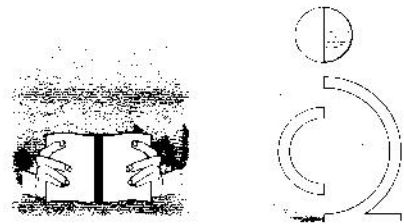
- کودکان
 - نوجوانان (در صورتی که قبلا واکسینه نشده باشند).
 - بزرگسالان در معرض خطر
 - افراد شاغل در مراکز درمانی
- تنها تغییری که در این راهبرد نسبت به برنامه های قبلی مشاهده می شود، به تعویق افتادن موقت واکسیناسیون نوجوانان تا رسیدن به دوره راهنمایی مدارس است تا بتوان در این زمان توضیح و تفسیر بیشتری را برای افرادی که واکسینه می شوند ارائه داد، چرا که اثرات مضر فرضی که در تعداد معدودی از تبلیغات بیان می گردد، ممکن است به عدم اعتماد نسبت به واکسن هپاتیت B بینجامد.

در تاریخ یکم اکتبر ۱۹۹۸، وزارت بهداشت فرانسه راهبرد (استراتژی) به تعویق انداختن ایمن سازی نوجوانان علیه هپاتیت B و در عین حال تداوم واکسیناسیون نوزادان و بزرگسالان در معرض خطر را اعلام کرد. همچنین علی رغم وجود شواهد علمی کافی، احتمال اینکه ایمن سازی علیه هپاتیت B به پیشرفت یا شعله ور شدن بیماری اسکروز مولتیپل (MS) منجر گردد نیز بیان شد. به دنبال این اعتقاد، با همکاری متخصصین خارجی در رشته های نورولوژی، اپیدمیولوژی، ایمونولوژی و بهداشت همگانی، شواهد علمی دال بر این که آیا واکسن هپاتیت B می تواند باعث ایجاد بیماری MS گردد، مورد مطالعه مجدد قرار گرفتند. با انجام این بررسی که توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) ترتیب داده شده بود، این نتیجه به دست آمد که هیچ گونه اطلاعات علمی تایید کننده ارتباط سببی بین واکسیناسیون علیه هپاتیت B و بیماریهای دستگاه عصبی مرکزی از قبیل بیماری «MS» وجود ندارد.

از سال ۱۹۸۱ به بعد بیش از یک میلیارد دوز از واکسن هپاتیت B با میزان بالایی از بی خطری و اثربخشی به کار رفته

ترجمه و گردآوری:

دکتر مسعود امین زاده



گزارشی از صدای مشاور

بیماری دیابت در کشور ایران جزء بیماریهای شایع است و بیش از دو میلیون نفر بیمار مبتلا به دیابت در کشور وجود دارد. از سویی حدود ۵۰٪ از افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ از بیماری خود خبر ندارند و در بررسیهای عمومی به بیماری خود پی می‌برند. از این رو تعداد قابل توجهی از بیماران فوق‌الذکر با عوارض مزمن بدون سابقه شناخته شده، به پزشکان مراجعه می‌نمایند. به طور مثال ۲۵٪ - ۲۰٪ موارد نارسایی کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه منجر می‌گردد، بر اثر دیابت ایجاد می‌شود. همچنین عفونت‌های مکرر بیماران و مشکلات پای دیابتی و در نهایت آمپوتاسیون (قطع عضو) از مسائل پرهزینه درمانی این بیماران است.

پس از مطالعات انجام شده توسط مرکز تحقیقات غدد بیمارستان دکتر شریعتی صدای مشاور دیابت (HOT LINE) جهت آموزش و اطلاع‌رسانی مؤثر به بیماران دیابتی با همکاری گروه پزشکی مرکز تحقیقات غدد بیمارستان شریعتی و بنیاد امور بیماریهای خاص به صورت تماس تلفنی ۲۴ ساعته از تاریخ ۸۰/۲/۲۹ در بنیاد امور بیماریهای خاص راه‌اندازی شد. یکی از اهداف طرح فوق پیشگیری اولیه بیماری شامل کاهش بروز و شیوع دیابت نوع ۲ و پیشگیری ثانویه مبتدی بر کاهش و تأخیر در بروز عوارض کوتاه و درازمدت بیماری دیابت و توقف پیشرفت آن است.

مطابق این طرح بیماران قادرند با تماس تلفنی مشکلات خود را عنوان و در صورت نیاز به مراکز درمانی مستقر در نقاط مختلف تهران و سراسر کشور ارجاع شوند.

سؤالات مطرح شده توسط بیماران عبارتند از: پیشگیری از دیابت و عوارض آن، علایم تشخیصی دیابت - تفسیر آزمایشها - تأثیر دیابت بر سایر بیماریهای قلبی- عروقی و کلیوی

رژیم دیابتی، تأثیرات درمانی سایر مواد خوراکی بر میزان قند خون

روزه‌داری - درمان‌های جدید، پیوند پانکراس و پیوند کلیه - دیابت و بارداری

پای دیابتی نفروپاتی - نوروپاتی - رتینوپاتی و درمان‌های آنها

تنظیم دوز داروهای پایین آورنده قند خون و انسولین تزریقی و تهیه گلوکومتر

درمان هیپوگلیسمی و هیپرلیپیدمی

مشاوره قبل از ازدواج بیماران

نقش وراثت در انتقال بیماری دیابت به فرزندان

ورزشهای مناسب

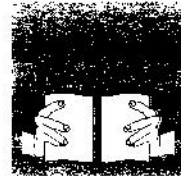
مراکز درمانی حمایت از بیماران و تهیه کتابچه‌های آموزشی دیابت

امید است در سایه عنایت خداوند متعال تلاشهای شبانه‌روزی پزشکان گروه صدای مشاور دیابت جهت یاری عزیزان به نتیجه مطلوب برسد.

تهیه و تنظیم:

دکتر فوزان رحیمی زاده

بنیاد امور بیماریهای خاص



کابوسها و رؤیاها

افکار ترسناک

کسانی که همواره دچار دلهره و اضطراب هستند معمولاً خواب می بینند که یک نفر آنها را دنبال می کند. به گفته «استفان سایرز» استاد روانشناسی دانشگاه لینز متریولیس: «آنچه که آنها را در خواب دنبال می کند همان کسی یا چیزی است که در زمان بیداری باعث رنجش و آزدگی شان شده است.»

این شخص می تواند رئیس، کارفرما، همکار یا چیزهایی نظیر ناراحتی ها و مشکلات شغلی دیگر باشد. اگر فردی شکست روحی یا عاطفی را از سر گذرانده باشد، معمولاً شخص تعقیب کننده در خواب، فرد مورد نظر را دستگیر می کند و کابوس مرتباً تکرار می شود.

پروفسور سایرز می گوید: «کسانی که در زندگی روزمره خود تجارب دهشتبار و مخاطره آمیزی دارند، معمولاً در خواب تکرار همان تجربیات را به طور مستمر تجربه می کنند. اما خوبی کار اینجاست که غالباً این افراد گفته اند هر بار که خواب می بینند اندکی از ترسشان کاسته می شود.»

همه ما خواب می بینیم - چه خواب خود را به یاد بیاوریم یا نه - براساس تحقیقات و آمار «ASD» حدود ده درصد مردم دست کم ماهی یک بار کابوس می بینند. جالب است بدانید که

کری ۲۹ ساله، ده سال است که هفته ای سه شب در خواب به دام می افتد. او در خواب می بیند که کسی مانند سایه در پشت خانه اش مزاحم اوست و صدای وحشتناک نفس کشیدنش را می شنود. کری تقریباً هرگز نتوانسته صورت این مزاحم را ببیند. در کابوس کری، این مرد مزاحم همیشه می تواند او را بگیرد و هر قدر که کری تند بدود یا حتی پنهان شود هم او بار دیگر موفق به پیدا کردن او می شود. اما اخیراً اندکی وضع بهتر شده است، کری حالا توانسته کاری بکند که از دست او فرار کند، با این حال هنوز هم شبها از خوابیدن وحشت دارد.

به دام افتادن، شایع ترین کابوسی است که به سراغ مردم می آید. بر اساس مجموعه تحقیقات «انجمن پژوهش درباره خواب» (ASD) آمریکا، مردم در خوابهایشان می بینند که یک فرد ناشناس آنها را دنبال می کند و آنها از او می ترسند و بچه ها هم خواب می بینند که حیوانی آنها را دنبال می کند. فرار از دست یک تعقیب کننده و ترس ناشی از آن بیش از هر حس دیگری همچون احساس گناه، عذاب، ناراحتی یا عصبانیت ما را برمی آشوبد و تا زمانی که بیدار می شویم همچنان با ماست.

ترجمه:

مهسا ملک زبان

پژوهش‌های دانشگاه هلسینکی فنلاند نیز نشان می‌دهد اغلب کابوس‌ها شکل‌های مشترکی دارند. مطالعاتی که بر روی ۶۰۰۰ جفت از دوقلوها انجام شد بیانگر این واقعیت است که اگر یکی از آنها پی‌درپی کابوس ببیند، در ۴۵ درصد موارد آن دیگری نیز دچار کابوس خواهد شد.

خواب‌های بد معمولاً در طول دوره «REM» زمانی که ضربان قلب بالا می‌رود روی می‌دهند. بدن گویی از گردن به پایین فلج می‌شود و مغز در ماده شیمیایی محرک اعصاب به نام استیل کولین غوطه می‌خورد. کارشناسان معتقدند آنها دقیقاً می‌دانند که چه خواب بدی می‌بینند: «زمانی که در خواب به سر می‌بریم لوب‌های پیشانی مغز که مسئولیت پردازش اطلاعات، استراحت و کنترل مغز را به عهده دارند از سوی مراکز احساسی اشغال می‌شوند، اما این که چگونه چنین تصاویری را در ذهن ایجاد می‌کنند هنوز مشخص نشده است.»

«فرانسیس کریک» روانشناس برنده جایزه نوبل در ۱۹۸۶ بیان داشت: «ما خوب می‌بینیم تا فراموش کنیم.» به اعتقاد او خواب‌ها برای آن هستند که ما را از مشکلات و موانع زندگی روزمره‌هایی بخشند.

دانشمندان دیگر همچون دکتر «رابرت استیک گلد» روانشناس دانشگاه هاروارد با این نظریه مخالف است. وی می‌گوید: «ما خواب می‌بینیم تا به یاد بسپاریم، در غیراین صورت آنچه را که بدان می‌اندیشیم از خاطرم‌ان خواهد رفت.» به علاوه بر اساسی مقاله‌ای که اخیراً در نشریه، (Psychology Today) چاپ شده است، یافته‌های جدید مؤید این مطلبند که خواب شکلی از بی‌عقلی یا دیوانگی خلاق است که مغز در آن هنگام قادر به انجام همه

وظایف خویش هست، از کنترل حالات روحی گرفته تا ضبط اطلاعات.

خوب، پس خواب می‌بینیم تا فراموش کنیم یا خواب می‌بینیم تا به یاد بسپاریم؟ آیا درگیری‌های روزانه خود را در خواب می‌بینیم یا همان‌طور که دکتر استیک گلد گفته است چشمانمان را می‌بندیم تا همه چیز را به یاد بسپاریم؟

دکتر استیک گلد معتقد است مغز به هنگام خواب از نظر بالینی از کار می‌افتد. ما نمی‌فهمیم که چقدر دراز کشیدن و به مسایل احمقانه و غیرممکن فکر کردن عجیب است، بدون این که توجه داشته باشیم همه اینها واقعا غیرممکن است.

اما گاهی اوقات کابوس‌ها چندان غیرقابل درک نیستند. جین ۳۲ ساله در طول یک سال درگیری با خانواده‌اش مرتباً یک خواب را می‌دید. او می‌گوید: «تقریباً هر روز صبح که از خواب بیدار می‌شوم کاملاً مطمئن بودم که پدر و مادرم را کشته‌ام و آنها را داخل کیسه محکم بسته‌ام و زیر تخته کف پوش یا در زیرزمین خانه‌ام مدفونشان کرده‌ام. فقط زمانی که به یاد می‌آورم در طبقه دوم زندگی می‌کنم، درمی‌یافتم که چنین چیزی ناممکن است و حقیقت ندارد.» دکتر سایرز می‌گوید: «هنوز هیچ اتفاق نظری درباره منشأ، ماهیت و منظور از خواب دیدن در میان نظریه پردازان روانشناسی وجود ندارد.» وی متذکر می‌شود که خواب بیشتر یک پدیده روانی است تا فیزیولوژیک. به هنگام خواب، سیستم‌های روانی که در زمان بیداری فعالند و توازن و تعادل روانی بدن را حفظ می‌کنند از کار می‌افتند. اضطراب، درد، شوق، عصبانیت و اعمال روانی ناقص زمان بیداری به هنگام خواب مجال بروز

می‌یابند. پس می‌توان گفت خواب شیر اطمینان فشارهای روحی-روانی است.

خواب‌های شیرین

چه می‌توان کرد تا از چنین کابوس‌هایی بگریزیم؟ باید دانست که مصرف برخی داروها از قبیل بتابلوکرها و بنزودیازپین‌ها موجب بروز کابوس می‌شوند. اما اغلب خواب‌ها در نتیجه تغییر در ترشح هورمون‌ها پدید می‌آیند. براساس نتایجی که از مطالعات کلینیک مایو در امریکا به دست آمده است، کابوس دیدن هنگام بارداری امری شایع است.

به نظر می‌رسد ترشح هورمون‌های بارداری بر روی رفتار و خلقیات فرد تاثیر می‌گذارد و همین امر نیز موجب بروز اختلالات مغزی می‌شود. از آنجا که پردازش اطلاعات در مغز دچار اختلال می‌گردد، طبیعی است که اضطراب‌ها و تغییرات فیزیولوژیکی در هنگام بارداری، خواب فرد را آشفته و همراه با کابوس سازد.

غذا نیز روی خواب اثر مستقیم دارد. این که برای شام چه می‌خوریم چندان مهم نیست، مهم کمیت غذاست و این که چقدر می‌خوریم. سایرز می‌گوید: «خوردن گوشت خوک، شکلات و پنیر کابوس‌زا است! خوردن گوشت‌های سنگین بیش از خواب به علت زمان طولانی که صرف هضم آنها می‌شود می‌تواند اثر نامطلوب روی خواب بگذارد و یک خواب راحت را از فرد بگیرد.»

از سوی دیگر خوردن موز بسیار خوب است! موز و شیر حاوی اسید آمینه تریپتوفان هستند که بدن به هنگام خواب به آن نیاز دارد. گیاه بابونه نیز برای تمدد اعصاب و آرام‌بخشی

و تسکین دستگاه‌های عصبی بسیار خوب و کارآمد است و مسکنی ملایم به شمار می‌آید. ورزش کردن هم روی خواب اثر مطلوب دارد. براساس پژوهش‌های اخیر محققان دانشگاه آریزونا، امریکا، زنانی که روزانه دست کم نیم ساعت پیاده روی کنند، یک چهارم زنان دیگر دچار کابوس می‌شوند چرا که پیاده‌روی بهترین راه برای کاستن از استرس و فشارهای روانی است.

اما دو راه بسیار موثر برای از بین بردن کابوس وجود دارد. سائیرز می‌گوید: «بهترین راه ساده‌ترین راه است؛ درباره کابوس‌هایتان آن قدر حرف بزنید تا هرآنچه دارید از سینه‌تان بیرون بریزد. هر قدر بیشتر درباره آنها صحبت کنید قدرت کابوس‌ها کمتر می‌شود و اگر فکر می‌کنید که تعریف کردن آنها برایتان مشکل است، آنها را روی یک برگ کاغذ بنویسید یا روی نوار ضبط کنید.»

راه دوم آن است که در روشنایی روز با کابوس‌هایتان برخورد کنید. برخی کارشناسان پیشنهاد کرده‌اند به هنگام بیداری، خواب خود را به یاد آورید و سعی کنید در حالی که مثلاً به کف دستتان خیره شده‌اید، پایانی خوش برای خوابتان بسازید، زمانی که خواستید بخواهید، اگر به دست خود نگاه کنید همان پایان خوش را به یاد می‌آورید و این کار کابوس را از ذهن شما می‌پراند.

سائیرز راه ساده‌تری را نیز پیشنهاد می‌کند، او می‌گوید: «تلفن خانه را قطع کنید و آرام و بی‌صدای روی یک صندلی بنشینید، وقتی کاملاً حالت راحت و آرام به خود گرفتید آن خواب بد را به یاد بیاورید؛ کسی شما را دنبال می‌کند، دندان‌تان افتاده است، از جایی پرت شده‌اید یا هر خواب دیگری را که اثر نامطلوب روی شما

داشته است به یاد بیاورید و سعی کنید آن را در ذهن حفظ کنید. مهم نیست که ذهنتان آشفته بشود، فقط برگردید به همان تصاویری که در خواب دیدید و آن را به ذهن بسپارید، این کار ترس شما را مهار خواهد کرد.»

هفت خواب بسیار شایع و معنای آنها

• پرت شدن

این خواب معمولاً بیانگر از دست دادن کنترل روحی است. احتمالاً از انجام دادن کاری هراس دارید. افتادن و پرت شدن نشانه احساس عدم امنیت، فقدان اعتماد به نفس یا ترس از شکست است. تعبیر عامیانه دیگری نیز در این باره وجود دارد که می‌گوید خواب پرت شدن، یعنی این که شما از چیزی در خانه خود مثل پنجره باز یا نظایرش هراس دارید. سعی کنید برخیزید و همه چیز را کنترل کنید تا خوابتان آرام شود، همین خواب ممکن است نوعی هشدار بوده باشد.

• تعقیب شدن

این خواب استعاره‌ای از عدم امنیت است. خواب تعقیب شدن می‌تواند به علت فشار مشکلات شغلی یا روحی پدید آید. ممکن است احساس گناه کنید یا بهراسید که به خاطر انجام کاری دستگیر شوید.

• تصادف اتومبیل

این گونه کابوس‌ها بیانگر نگرانی عمیق است. تصادف با اتومبیل از یک شکست عاطفی حکایت دارد. باید از خودتان بپرسید که سریع رانندگی می‌کنید یا آرام. با به یاد آوردن زندگی روزمره و عادی خود به خود آرام می‌شوید.

• خانه متروکه

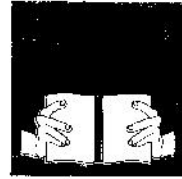
شما یک ساختمان هستی! طبقات بالای ساختمان ذهن خودآگاه شماست و طبقات پایین و زیرزمین، ضمیر پنهان شما. ساختمان مخروبه و فرو ریخته بدین معناست که خودانگاری شما دچار اختلال شده است. همچنین قسمت‌های مختلف یک ساختمان نماد (سمبول) زمان‌های گوناگون است. اتاق‌های نو و مدرن نمایانگر ذهن آگاه شما و نواحی کهنه و از مد افتاده نشانه ناآگاهی شماست. یک ساختمان می‌تواند نمود سلامت فیزیکی فرد نیز باشد. دیدن ساختمان متروکه در خواب شاید هشدار برای بروز یک بیماری در آینده نزدیک باشد.

• پیدا کردن گنج

کندن زمین و یافتن گنج نشانه کشف مجدد بخشی از وجودتان است که به آن بی‌توجه بوده‌اید یا در طول زمان فراموش کرده‌اید. این بدان معنی است که هدف‌تان را فراموش کرده بودید و حالا با فرصت پدید آمده سعی دارید دوباره شانس خود را امتحان کنید. این خواب می‌تواند تعبیر دیگری نیز داشته باشد از جمله قدرت، استقلال و امنیت.

• پرواز کردن

وقتی خواب می‌بینید که پرواز می‌کنید، معمولاً حس بسیار مطلوبی به شما دست می‌دهد و گاهی اوقات حس شادمانی و وجود بی‌شائبه‌ای نیز آن را همراهی می‌کند. پرواز کردن در خواب غالباً به قدری طبیعی است که گویی همواره می‌دانید چگونه باید پرواز کنید. گاهی اوقات پرواز کردن در خواب به منظور گریختن از موقعیت خاصی است. پس خواب پرواز می‌تواند به معنی رها شدن از مشکلات باشد.



مخترع اینترنت

Taylor در سال ۱۹۷۰، کارگاه علمی رایانه (CSL) را در مرکز تحقیقات Xerox Palo Alto تاسیس کرد. CSL محل رشد و گسترش Ethernet (اولین شبکه محلی یا LAN) و Pup، اولین تکنولوژی اینترنتی برای تبدیل Arpanet به اینترنتی عمومی تر، بود. صورتهای کاربر گرافیکی که در آنجا بوجود آمد صور کاربرگرافیکی سیستمهای عملگر ویندوز و مکینتاش را نیز تحت تاثیر قرار داد. چاپ لیزری و پردازش واژه WYSIWYG از دیگر اختراعات بودند.

Taylor در سال ۱۹۸۴ به شرکت تجهیزات دیجیتال نقل مکان کرد و مرکز مشهور تحقیقات سیستمهای آن شرکت را پایه گذاری نمود و تا زمان بازتستگی خود یعنی تا ۱۹۹۶ آن را اداره کرد. پایگاههای کار اولیه پردازشگر چندتایی، LAN اولیه با حد مجاز نسبی (تولرانس) کاذب و اولین کتاب الکترونیکی در میان فهرست بلند بالای دستاوردهای این مرکز می باشند.

اگر به خاطر نبوغ تیلور در گروه محققان مستعد و تحریک آنها برای بدست آوردن آرمانهای دور دست تکنولوژی نبود، تحول تجارت الکترونیک و اقتصاد اطلاعات در مسیری مشکل و احتمالا بسیار کند می افتاد. در هر حال، کمتر مخترعی می تواند ادعا کند که چنین اثری را در دنیا به جای گذاشته باشد.

مرجع:

Scientific American April 2000

اینترنت پیشنهاد Robert Taylor بود. در اواسط ۱۹۶۰ Taylor به عنوان مدیر دفتر فنون پردازش اطلاعات در بخش آژانس پروژههای تحقیقاتی پیشرفته دفاعی (ARPA) کار می کرد. در این زمان او به سه پروژه مجزای رایانه ای خارج از کشور خود نگاهی اجتماعی داشت: به نظر می آمد جماعت کوچک و دل زنده کاربرها استقبال زیادی از سیستمهایی که در ارتباط با دیگر سیستمها بودند، به عمل می آورند. بنابر نگاه فنی وی اگر سیستمهای مجزا، به یکدیگر متصل شده و ارتباط پیدا می کردند، کار او و دیگران به میزان زیادی تسهیل می شد. به این دلیل وی ایجاد Arpanet ابر شبکه های تحقیقات دفاعی را به رؤسای خود پیشنهاد کرد که در نهایت به اینترنت تبدیل شد.

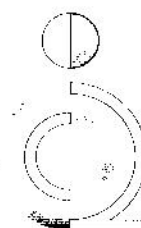
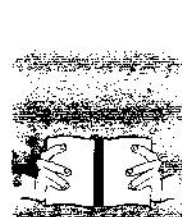
Taylor در طی سه بخش کار خود جنبه های مهمی از فرایندهای مهم رایانه ای را گسترش داد. ARPA وی برای گسترش رایانه های مرتبط و ایجاد یک شبکه تالشهای بسیاری کرد. او و J.C.R. Licklider در سال ۱۹۶۸ بر روی مقاله ای با عنوان «رایانه به عنوان یک وسیله ارتباطات» کار کردند که این مقاله اولین مقاله ای بود که ارزش شبکه ها را به مردم معرفی می کرد و از سرمایه گذاریهای تأمینی برای بررسی و مطالعه فنون پایه رایانه مانند شراکت زمان، هوش مصنوعی، گرافیکها، موس و teleconferencing استفاده کرد.

تهیه و تنظیم:

ندا حاج حسینی

دانشگاه آزاد اسلامی

در اولین دوره بازیهای ورزشی بین المللی پیوند ترکیه تیم ملی پیوند اعضا کشور با ۷ مدال طلا و ۴ نقره قهرمان شد



پیوندی زندگی جدیدی را به آنها هدیه می کنیم. وزیر بهداشت ترکیه و همچنین یکی از نمایندگان مجلس ترکیه از دیگر سخنرانان مراسم افتتاحیه بودند که برگزاری مسابقات و قبول دعوت کشورها در این مسابقات را مایه افتخار دانستند و برای تیمها آرزوی موفقیت کردند. مراسم افتتاحیه با انجام حرکات نمایشی دختران دانشجوی دانشگاه باشکند به پایان رسید. پس از مراسم افتتاحیه مسابقات در قسمت دو و میدانی آغاز شد که نتایج ذیل بدست آمد:

در دو ۱۰۰ متر:

- ۱ - سلیم احتما از پاکستان اول شد.
- ۲ - بهرام فرزانه از ایران به مقام دوم و مدال نقره دست یافت.

۳ - سلیمان اختر از پاکستان به مقام سوم رسید.

در رشته پرتاب وزنه:

- ۱ - داود علیزاده از کشورمان با پرتاب ۹/۳۱ متر اول شد و به مدال طلا دست یافت.
- ۲ - بوراک دولگون از ترکیه با پرتاب ۹/۱۷ متر دوم شد.
- ۳ - حسن کاماچی از ترکیه با پرتاب ۷/۸۹ متر به مقام سوم رسید.

در دو ۲۰۰ متر:

- ۱ - بهرام فرزانه از کشورمان با زمان ۲۹/۱ ثانیه به مقام قهرمانی و مدال طلا دست یافت.
- ۲ - سلیمان اختر با ۳۰/۲ ثانیه از پاکستان به

تیم ملی پیوند اعضا جمهوری اسلامی ایران با همکاری بنیاد امور بیماریهای خاص و فدراسیون ورزشهای همگانی بمنظور شرکت در مسابقات بین المللی ترکیه با ممداد روز شنبه ۸۰/۸/۱۲ عازم آنکارا پایتخت ترکیه شد و در هتل پاتالیا استقرار یافت. در این مسابقات تیم هایی از کشورهای ترکیه - پاکستان و جمهوری اسلامی ایران شرکت داشتند که در شته های دو و میدانی - تیس روی میز - شنا - تنیس و بیلیارد برگزار گردید که ورزشکاران کشورمان با کسب ۷ مدال طلا و ۴ مدال نقره به مقام قهرمانی دست یافتند، تیم ترکیه با ۴ مدال طلا و ۶ مدال نقره و ۱۰ مدال برنز به مقام دوم رسید و پاکستان با یک مدال طلا ۲ مدال نقره و یک برنز سوم شد.

مراسم افتتاحیه

مراسم افتتاحیه مسابقات ساعت ۹ صبح روز دوشنبه ۱۴ آبان ماه در دانشگاه باشکند آغاز شد در این مراسم ابتدا رژه ورزشکاران انجام و پس از آن سرود ملی ترکیه نواخته شد و سپس آقای پروفیسور دکتر هابرال رئیس انجمن بازیهای پیوند ترکیه به تیمهای شرکت کننده و میهمانان خیرمقدم گفت و اشاره کرد که ما در ابتدای قرن ۲۱ با سازماندهی و برگزاری بازیهای بین المللی پیوند با هدف زندگی اجتماعی بهتر برای بیماران

تهیه و تنظیم:

دکتر آرمند، PhD تربیت بدنی

بنیاد امور بیماری های خاص

حوزه تربیت بدنی

مقام دوم دست یافت.

۳- حسن کاماچی از ترکیه با زمان ۳۱ ثانیه به مقام سوم رسید.

در دو ۴۰۰ متر:

باز هم بهرام فرزانه دهنده خوب کشورمان به مقام قهرمانی رسید رکورد فرزانه ۱/۱۰ دقیقه بود. سلیمان اختر از پاکستان با زمان ۱/۱۲/۰۳ دوم شد و یاشار بتر از ترکیه با زمان ۱/۱۳ دقیقه به مقام سوم دست یافت.

در دو ۳۰۰۰ متر:

حسن کیان پور از کشورمان در میان ناباوری همگان و با روحیه‌ای خوب و استقامتی قابل توجه به مقام قهرمانی و مدال طلا دست یافت- بهرام فرزانه دوم شد و یوسف مالی از ترکیه سوم شد.

نتایج رقابتهای تنیس روی میز

در مسابقات تنیس روی میز که مطابق مقررات جدید و بصورت دو حذفی برگزار گردید کیوان تیشه‌گران که در مسابقات جهانی ژاپن به مقام قهرمانی رسیده بود در این مسابقات نیز صاحب عنوان نخست و مدال طلا شد و نادر محمودزاده دیگر بازیکن کشورمان مقام دوم را بدست آورد و یوسف مالی از ترکیه به مقام سوم و مدال برنز رسید.

نتایج مسابقات شنا

در رشته ۵۰ متر قورباغه: سپهر سپاسی شناگر خوب کشورمان با پشت سر گذاشتن رقیبان به مدال طلا رسید و شناگران ترکیه عناوین دوم و سوم را بدست آوردند.

در رشته ۵۰ متر کرال پشت: شناگران ترکیه عناوین اول تا سوم را بخود اختصاص دادند. در رشته ۵۰ متر پروانه: ارول کاکر از ترکیه به مقام قهرمانی رسید- حسن کیانپور از کشورمان به

مدال نقره رسید و بوراک دولگان از ترکیه سوم شد. در رشته ۵۰ متر آزاد: باز هم سپهر سپاسی افتخار آفرینی کرد و به مدال طلا و مقام اول رسید و شناگران ترکیه عناوین دوم و سوم را بدست آوردند.

رشته تنیس و بلیارد

در رقابتهای تنیس و بلیارد که تیم ملی کشورمان شرکت کننده‌ای نداشت، همه عناوین اول تا سوم به ورزشکاران ترکیه رسید.

رده بندی نهایی

سرانجام پس از دو روز رقابت فشرده تیم ملی پیوند اعضای کشورمان با ۷ مدال طلا و ۴ مدال نقره به مقام قهرمانی رسید. تیم ترکیه با ۴ مدال طلا- ۶ مدال نقره و ۱۰ مدال برنز دوم شد و تیم ملی پاکستان با یک مدال طلا- ۲ مدال نقره و یک مدال برنز عنوان سوم را بدست آورد.

مراسم توزیع جوایز

در مراسم توزیع مدالها و جوایز که عصر روز سه شنبه ۱۵ آبان ماه انجام شد، جوایز- مدالها و احکام قهرمانی با تشریفات خاص و با شکوه فراوان توسط پروفیسور مهمت هابرال رئیس انجمن بازیهای پیوند اعضای ترکیه و دکتر مصطفی الموسوی رئیس انجمن بازیهای پیوند کویت و عده‌ای از پزشکانی که در سمینار بین المللی پیوند شرکت کرده بودند اهدا شد.

ملاقات با سفیر

صبح روز پنجشنبه ۱۷ آبان ماه اعضای تیم

ملی پیوند کشورمان در محل سفارت ایران در ترکیه با آقای لواسانی سفیر جمهوری اسلامی ایران ملاقات نمودند و ایشان طی سخنانی از زحمات اعضای تیم تشکر نمودند.

البته عصر روز دوشنبه ۱۴ آبان ماه نیز آقایان ساداتی (کنسول) و کاظمی (مسئول تشریفات سفارت) به محل اقامت ورزشکاران آمدند و آمادگی خود را جهت همکاری اعلام نمودند.

بازگشت به کشور و استقبال در فرودگاه

تیم ملی پیوند اعضای کشورمان با مداد روز جمعه ۱۸ آبان ماه وارد فرودگاه مهرآباد تهران شدند با شاخه‌های گل و شیرینی مورد استقبال نمایندگان بنیاد امور بیماریهای خاص- خانواده‌های ورزشکاران و هیات همراه و عده‌ای از مردم قرار گرفت.

سمینار بین المللی پزشکی در حاشیه بازیها

در حاشیه برگزاری مسابقات ورزشی- سمینار بین المللی پزشکی در خصوص پیوند اعضا در محل دانشگاه باسکند آنکارا به ریاست پروفیسور مهمت هابرال که رئیس کمیته تشکیلاتی بازیهای بین المللی ترکیه نیز بودند برگزار گردید. در این سمینار ملاقات مختلفی توسط پزشکانی که از خاورمیانه دعوت شده بودند ارائه گردید- از کشورمان نیز تعدادی از پزشکان متخصص از جمله آقایان دکتر تقوی (ازمشهد)- دکتر مهدوی (ازمشهد)- دکتر لاکانی از بیمارستان شریعتی تهران- دکتر نیکنام و دکتر امیرزرگر از دانشگاه علوم پزشکی تهران و دکتر قدس- دکتر پورمند دکتر شمس شرکت داشتند.

جدول و سرگرمی



ف	ب	ک	ر	ه	د	ن	ر	ا	ز	ا	ی	ن	ز	ر
ب	س	د	ر	م	ا	ن	ن	د	ک	س	ت	ب	ل	پ
ر	ت	ی	ک	ن	ف	س	د	ا	م	ا	ر	م	ف	ن
ب	ی	ه	ر	د	ر	م	ا	ن	ن	د	ض	ی	ع	د
ن	ز	ک	م	د	پ	ن	ه	ا	ن	ی	ح	خ	ن	ا
د	ن	ن	ا	ش	ن	ب	د	ن	ن	ی	ش	ن	ب	ر
ن	د	ا	ن	ن	م	و	ن	ک	ش	ا	ع	د	ر	د
د	ب	ن	ی	ا	ه	ی	م	ش	ب	د	ی	ن	ی	ن
ف	س	ف	ز	و	ی	ا	خ	ن	ا	ه	ل	د	ن	ا
ک	ت	و	ش	ی	ر	ن	ل	گ	ص	ن	ر	ه	ج	ز
ر	ا	ر	ه	ا	خ	ی	د	ش	ا	و	ن	م	ا	ی
ا	ن	ت	ا	م	ن	ر	ر	ر	و	ن	ر	د	ن	خ
ن	ن	ا	و	ک	خ	ن	ب	پ	د	ک	ن	س	ه	ر
ا	د	ن	ب	ا	ی	ر	د	ا	ن	ن	د	ا	ح	
ن	ت	ن	ا	ر	ی	گ	ه	ش	و	گ	ک	ش	ر	س

راهنمایی:

غزل زیبایی از حافظ شیرازی برگزیده ایم. کلمات داخل پرانتز را در جدول پیدا کرده و خط بزنید. در پایان از ترکیب حروف خط نخورده رمز جدول را خواهید یافت.

(سمن بویان) غبار غم چو (بنشینند، بنشانند) (پریرویان) قرار از دل چو (بستیزند، بستانند) به (فتراک) جفا (دلها) چو بر بندند (بر بندند) ز (زلف عنبرین جانها) چو بگشایند (بفشانند) به عمری (یک نفس با ما) چو بنشینند (برخیزند) (نهال شوق) در خاطر چو برخیزند، (بنشانند) (سرشک گوشه گیران) را چو دریابند، (دریابند) (رخ مهر) از (سحر خیزان) نگرانند اگر (دانند) ز چشم لعل (رمانی) چو (می خندند) می بارد زوریم راز (پنهانی) چو می بینند (می خوانند) دوا (درد عاشق) را کسی کو سهل (پندارد) ز (فکر آنان) که در تدبیر (درمانند)، درمانند در این (حضرت) چو مشتاقان (نیاز آرند) نیاز آرند که با (این درد) اگر دریند درمانند، (درمانند) چو (منصور) از مراد آنانکه بردارند، بردارند (بدین) درگاه حافظ را چو می خوانند، می رانند

تهیه و تنظیم:

عطیه بهرام پور

دانشگاه شهید بهشتی

حکایت

• گویند که یکی به آواز بلند می گفت: کجایند طالبان آخرت و تارکان دنیا؟! عالمی ظریف این کلام را شنید، گفت: اگر این

سخن را بر عکس کنی، هر که را بینی همان است که می جویی!

• زنی نزد بوذر جمه‌ور آمد و از او مسئله ای پرسید، بوذر جمه‌ور گفت: نمی دانم. زن در جواب گفت: اینهمه پول و انعام از

پادشاه می گیری و جواب مسئله مرا نمی دانی؟

• بوذر جمه‌ور گفت: ای زن پادشاه آنچه به من میدهد در مقابل آن چیزی است که من می دانم و اگر در مقابل آنچه نمی دانم

به من چیزی می داد، خزائن پادشاه وفا نمی کرد.

• یکی می گفت: ساعت پدرم رحمة الله علیه در چاهی افتاد بعد از چهل سال بیرون آوردیم، دیدیم کار می کند.

دیگری که این را شنید گفت: اینکه چیز مهمی نیست، پدر بزرگ من حفظة الله چهل سال پیش در چاهی افتاد، والحال بیرون

آمده و حی و حاضر است.

اولی گفت: پدر بزرگت اینهمه سال را در آن چاه چه می کرد؟ پاسخ داد:

ساعت پدر مرحومت را آنجا کوک می کرد!

• گویند از شخصی پرسیدند که خرس می زاید یا تخم می گذارد؟ گفت:

از این دم بریده هر چه گویی بر می آید.

• روزی زن ملانصرالدین لباس ملارا طلبیده گفت: بیا که کلاغ صابون را برد، ملا بابی اعتنایی گفت: اینقدر اهمیت ندارد، تو

که می بینی روی کلاغ از ما سیاهتر است، پس احتیاج او به صابون از ما بیشتر است!