

بنیاد امور بیماریهای خاص

خاص



شماره چهاردهم

سال چهارم

تابستان ۱۳۸۱

علمی، فرهنگی، اجتماعی

قیمت ۳۰۰ تومان

- همایش رسانه ها و بیمار ان خاص
- مبارزه با استرس
- گاز رادون و سرطان
- دری به سوی باغ بسیار درخت
- ارزیابی فراوانی کمبود دو عنصر مس و روی در بیمار ان تالاسمی
- TIF موفق چرا؟
- روز جهانی بدون دخانیات
- شهریار ملک سخن
- تورقی بر چگونه زیستن یک زن متعالی
- راهنمای بالینی مشارکت در تصمیم گیری برای شروع و قطع دیالیز
- برخورد پدر و مادر با کودک هموفیلی
- گزارش از سمینار تالاسمی در نوجوانان



CANCER



HEMOPHILI

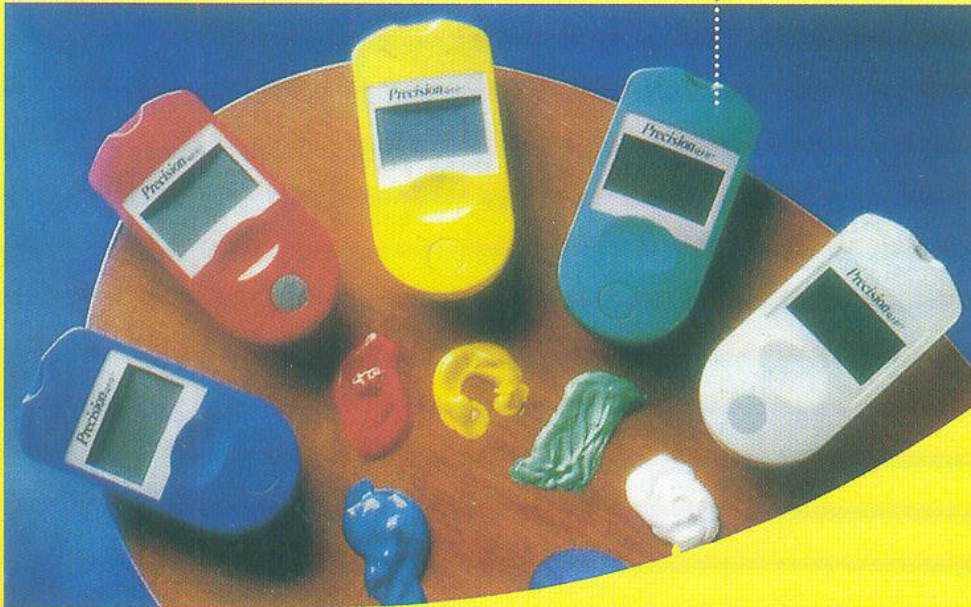
THALASSAEMIA

تالاسمی بیماری ناآگاهی



CHOOSE YOUR

COLOUR



دستگاه اندازه گیری قند خون

با روش الکتروود - مخصوص

بیماران دیابتیک

ساخت کارخانه Abbott آمریکا

نماینده انحصاری

شرکت آنالیز (سهامی خاص)

خیابان میرعماد، کوچه هفتم، پلاک ۴

تلفن: ۸۷۵۴۹۱۲

۴	یادی از دوست
۵	اخبار
	گزارش ویژه
۹	همایش رسانه ها و بیماران خاص
۱۲	همراه با نمایشگاه
	آموزش و پژوهش
۱۳	مبارزه با استرس
۱۷	گاز رادون و سرطان
۱۹	راهنمای بالینی مشارکت در تصمیم گیری برای شروع و قطع دیالیز
۲۱	برخورد پدر و مادر با کودک هموفیلی
۲۴	بیماری تالاسمی، تشخیص و تدبیر آن در تابند
	زنگ تحقیق
۲۷	ارزیابی فراوانی کمبود در عنصر مس و روی در بیماران تالاسمی
	فرهنگ و هنر
۳۷	تورقی بر چگونه زیستن یک زن متعالی
۴۰	شهر یار ملک سخن
۴۴	دری به سوی باغ بسیار درخت
۴۵	انتشارات بنیاد
	بین الملل
۴۶	جنگ زیستی
۴۸	سرطان دومین عامل مرگ و میر در اردن
۴۹	اهدا کنندگان اعضا
۵۰	یاوران بنیاد
	خواندنیها
۵۱	یادداشت‌های یک خبرنگار، بوشهر
۵۴	معاشرت رمز سلامتی
۵۶	آنچه بیماران باید بدانند
۵۹	گزارش از سمینار تالاسمی در نوجوانان
۶۰	TIF موفق چرا؟
۶۳	روز جهانی بدون دخانیات
۶۵	گزارش عملکرد معاونت اجرایی
۶۸	اهمیت اطلاع رسانی از طریق رسانه ها در زمینه بیماریهای خاص
۷۲	تازه‌های پزشکی

نشریه بنیاد امور بیماریهای خاص
علمی فرهنگی و اجتماعی
شماره ۱۴ (تابستان ۸۱)

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

هیأت علمی:

دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر کامران باقری
لنکرانی، 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 موید علویان، دکتر
ایرج فاضل، دکتر محمد فرهادی، دکتر محمد
فرهادی لنگرودی، دکتر اردشیر قوام زاده، دکتر
مصطفی قانع، دکتر باقر لاریجانی، دکتر
علیرضا مرندی، دکتر رضا ملک زاده، دکتر محمد
علی محقق، دکتر علی اکبر ولایتی

همکاران اجرایی این شماره

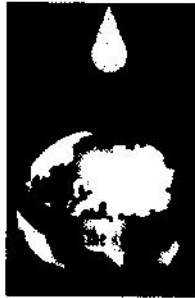
امیر علی آقایی، مریم اسدی،
دکتر خشایاراسدی، دکتر محمد رضا امینی،
دکتر سیدرضا بخیرنیا، دکتر نیا پور زاهد،
دکتر تهرانی، دکتر مهدی جلیلی،
دکتر سید مهدی روحانی طباطبایی،
دکتر فوزان رحیمی زاده، دکتر پیام سلطانزاده،
دکتر شهاب مرعشی، دکتر عبدالله شمشیر ساز،
الهام طهماسبی، دکتر محمد کامکار
ویراستاران: دکتر پیام سلطانزاده، اکبر صمدی

امور فنی

صفحه آرایی: گیتا یاقوتی
طراحی: سلیم صالحی
لیتوگرافی: موسسه فرهنگی هنری طاهر

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

آدرس: تهران - صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۳۳۳۳
تلفن: ۸۷۱۱۰۷۹۶ فاکس: ۸۷۱۰۷۹۶
پست الکترونیکی بنیاد امور بیماریهای خاص:
Email: cffsd@majlis.ir
cffsd@yahoo.com



تصمیم تأسیس TIF پانزده سال پیش در میلان اتفاق افتاد این سازمان معتبر جهانی هم اکنون توانسته به اهداف متعالی خود دست یابد



دنیای امروز جهانی است پرتنش با فشارهای روحی و عصبی یا اندوه و افسردگی، دلهره و تشویش و به زبان ساده تر غم و غصه دست از سرما برنمی دارد اما دل نگرانی همیشه زیانبار نیست و گاهی اوقات بهتر است نگران باشیم! این مقاله ما را بخوانید!!



در ششمین سالگرد تأسیس بنیاد امور بیماریهای خاص همایش رسانه ها و بیماریهای خاص در محل صدا و سیما برگزار شد. این همایش با حضور مسئولین کشوری، جمعی از مقامات کشورهای خارجی، خیرین و خبرنگاران در محیطی صمیمی و محفلی دوستانه و خیرخواهانه برگزار گردید.



رادون یک عنصر رادیواکتیو است که به صورت گازی بی رنگ، بی بو و بی مزه که از خاک متصاعد شده در جو پخش می شود و تماس با آن می تواند منجر به سرطان ریه شود.

اطلاعات در دنیای ما اکسیر ارزشمندی است که تعیین کننده ساخت، جهت و کیفیت حیات فردی و جمعی است حال در زمینه کار ما اطلاعات چقدر اهمیت دارد و چقدر قادر است زندگی ما را تحت تأثیر قرار دهد.



توصیه می شود تمامی بیماران مبتلا به نارسایی حاد کلیه رابطه متقابلی با پزشک داشته باشند چرا که این رابطه در تصمیم گیری بسیار مؤثر است.



گذشته از بیماری و بیمار آنچه در مباحث علمی به اثبات رسیده نوع برخورد با بیماران از طرف خانواده و اجتماع تأثیر بسزایی در بهبود یا عدم بهبود بیمار دارد در اینجا به بحث برخورد پدر و مادر با کودک هموفیلی می پردازیم.



یک زن واقعی چگونه باید باشد؟ در این مجال چکیده ای از نظرات دکتر شریعتی در ارتباط با چگونه باید بودن یک زن متعالی معاصر با همه تهدیدها و مشکلات امروزش می پردازیم.



ایران زمین مملو از بزرگان ادب و هنر است در این شماره به بررسی و تحولات زندگی استاد شهریار پرداخته ایم تا چه قبول افتد و چه در نظر آید.





حضور داشت و در المپیک بارسلون به عنوان عضو کمیته ملی المپیک شرکت کرد. از جمله خصایص اخلاقی وی صبر و خوشرویی و از جمله خصایص شخصیتی و اجتماعی وی نظم و مدیریت در کارهای روزمره بود.

وی در خردادماه سال ۱۳۸۱ بر اثر سرطان ریه در بیمارستان امام خمینی تهران به دیار حق پیوست و ما را غرق اندوده و ناراحتی نمود. روحش شاد و راهش گرامی باد.

در فدراسیون جانبازان و معلولین به عنوان ریاست انجمن تنیس روی میز و مسؤل طرح و برنامه کمیته ملی پارالمپیک و به عنوان مسؤل امور ورزش در بنیاد امور بیماری های خاص خدمت می کرد و نیز ناظر کمیته ملی المپیک بر تیم ملی تنیس روی میز و سال ها عضو این کمیته بود. همچنین وی در سه دوره از مسابقات جهانی تنیس روی میز به عنوان مربی، مسؤل کنترل راکت فدراسیون جهانی تنیس روی میز نیز

در یکی از روزهای گرم خرداد ماه خبر از دست دادن ناگهانی یکی از بهترین همکارانمان عرق سردی بر پیشانیمان نشاند. عزیزی که سیمای مهربان او آرامش را برایت ارمغان می آورد و جوانمردی و تواضع او نشان از ورزشکاری برجسته می داد آری دوستی را که از دست داده ایم و در غم او نشسته ایم علی اکبر آرمند دبیر انجمن ورزشی بیماریهای خاص می باشد که نشریه ما نیز چه بسیار به قلم او مزین شده بود.

علی اکبر آرمند در سال ۱۳۳۲ در جنوب تهران چشم به جهان گشود. وی پس از تحصیلات در آموزش و پرورش، تحصیلات عالی خود را در دانشگاه تربیت معلم و در رشته تربیت بدنی ادامه داد و موفق به اخذ دکترا از این دانشگاه گردید. همچنین وی به عنوان عضو هیئت علمی و استاد دانشگاه در همین دانشگاه به صورت رسمی و در ۵ دانشگاه دیگر در تهران به تدریس پرداخت.

او از نوجوانی به ورزش به خصوص تنیس روی میز روی آورد و به صورت حرفه ای این رشته را در سمت های مختلف مربی، بازیکن و داور ادامه داد. همچنین حائز مقام هایی در سطح تهران، رده بندی کشوری و انتخاب تیم ملی گشت، سپس در سن ۲۹ سالگی به عنوان ریاست فدراسیون تنیس روی میز انتخاب شد و در دوره ۴ سال از سال های ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۳ و ۱۳۶۵ تا ۱۳۶۹ در همین رتبه به انجام وظیفه پرداخت.

وی سال ها در آموزش و پرورش به عنوان ریاست انجمن تنیس روی میز مدارس کشور و





تنظیم: امیرعلی آقاباری
روابط عمومی

تصریح کرد: تبدیل، ادغام و یا حذف تخت‌های موجود در بیمارستان‌ها یا بخش‌هایی که از اشغال تخت کمتر از ۵۵ درصد در یک دوره یک ساله برخوردار هستند و افزایش تعداد تخت‌های فعال در صورت نیاز منطقه در مراکزی که دارای ضریب اشغال تخت بالای ۷۵ درصد در یک دوره یک ساله باشند، از راهکارهای مورد نظر در طرح ساماندهی ظرفیت‌های بستری واحدهای درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی است.



معاون درمان و توانبخشی جمعیت هلال احمر، از تشکیل ۳ کمیته ویژه در جهت رفع بدنامی، تبعیض و شیوع ایدز در کشور خبر داد و گفت: این جمعیت با تشکیل ۳ کمیته «آموزشی و اطلاع‌رسانی»، «خدمات مشاوره‌ای و حمایتی» و «علمی و پژوهشی» اقدامات خود را شروع کرده است.

با اشاره به این که جمعیت برنامه راه‌اندازی کلاس‌های ۴ ساعته تئوری و پرسش و پاسخ برای آسیب‌پذیرترین قشر یعنی جوانان را دارد، گفت: پیشنهاد این که این ۴ ساعت آموزش در برنامه ۳۳ ساعت آموزش جوانان و ۵۰ ساعت آموزش امدادگران به عنوان سرفصل جدید قرار گیرد، ارائه شده است تا امکان شناخت این افراد بالین بیماری فراهم شود به اعتقاد وی، مبارزه با بدنامی و تبعیض بیماری اینز با مشخص شدن وظایف نهادهای مربوطه ارتباط مستمر و تنگاتنگ

ماهه ابتدای سال ۸۰ بیش از ۵۳۰ هزار نفر بیمار بیمه شده به صورت رایگان در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی درمان شدند که این امر حکایت از مطلوبیت نسبی خدمات درمانی این سازمان دارد.

وی با اشاره به ضرورت تدوین نظام جامع درمانی بیمه‌شدگان در تأمین اجتماعی، در این خصوص گفت: برای دستیابی به درمان سامان یافته و هدایت شده، تدوین برنامه جامع بلند مدت که متکی بر منابع تعریف شده در قانون باشد، جامع و منطبق بر اصل عدالت و قابل دسترسی همگان و مبتنی بر اصول اقتصاد درمان و در چارچوب سطح بندی باشد و همچنین توان پاسخگویی جمعیت بیمه شده را متناسب با رشد بیمه شده در دراز مدت داشته باشد، ضروری به نظر می‌رسد.

دکتر فلاح ساماندهی ظرفیت‌های بستری واحدهای درمانی اختصاصی تأمین اجتماعی را از اولویت‌های این سازمان در سال ۱۳۸۱ اعلام و



سازمان تأمین اجتماعی نخستین سازمان بیمه گر درمانی در کشور است که طرح پرداخت فرانشیز داروهای بیماران سرطانی نیازمند شیمی درمانی این بیماران را که در حال حاضر از سوی حدود ۱۰۰ نفر پزشک متخصص در کشور تجویز می‌شود، تقبل می‌کند.

دکتر سلطانعلی فلاح عضو هیأت مدیره و قائم مقام مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی در امور درمان ضمن بیان این مطلب، اظهار داشت: بیمه‌ها و دولت طبق گزارش‌های رسمی به طور متوسط تنها حدود ۴۰ درصد هزینه‌های درمان مردم را در مقیاس کلی می‌پردازند و ۶۰ درصد باقی مانده را خود مردم تأمین می‌کنند؛ اما در چنین شرایطی در ۱۱



خاص



با کمیته مبارزه و پیشگیری و دانشگاه های علوم پزشکی و تشکیلات بهداشت و درمان، فاصله نگرفتن از سیاست کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و افزایش تدبیر، درایت و ظرافت در فعالیت ها و برنامه، امکان موفقیت می یابد. دکتر صالحی، همچنین با بیان این که آمار دقیقی از مبتلایان به ایدز ارائه نشده است، گفت: آمارگیری برای شروع این کار توسط وزارت بهداشت صورت می گیرد و قابل انتشار نیست، بلکه صرفاً برای شروع و شناخت وضعیت موجود در اختیار مسؤولان قرار می گیرد.



در ایران بیش از ۲۲ هزار بیمار مبتلا به تالاسمی «ماژور» و دو میلیون مبتلا به تالاسمی «مینور» وجود دارد.

دکتر آریتا آذرکیوان عضو هیئت علمی سازمان انتقال خون کشور ضمن بیان این مطلب گفت: هم اینک در درمانگاه تخصصی تالاسمی تهران یکصد بیمار تالاسمی «انتر مدیا» و ۴۰۰ بیمار تالاسمی «ماژور» بستری هستند.

وی شایع ترین بیماری تالاسمی در ایران را بتا تالاسمی عنوان کرد و گفت: شیوع بیماری تالاسمی از حاشیه دریای خزر، مازندران، گلستان، هرمزگان و نواحی جنوبی است که نواحی هرمزگان و گیلان در رتبه دوم قرار دارند. وی افزود: عوارض بیماری تالاسمی که کم خونی، کاهش رشد، عوارض قلبی، کبدی و عصبی است، با درمان قابل پیشگیری است. یزدان کیوان راه های پیشگیری این بیماری را کنترل افراد، غربالگری زوجین و شناسایی خانواده های مبتلا به بیماری تالاسمی ذکر کرد.

در مواردی غیر از بیماری خاص را پرداخت می کند. مدیرکل درمان غیرمستقیم سازمان تأمین اجتماعی ضمن بیان این مطلب اظهار کرد: دفترچه های درمان بیمه شدگان خاص به دلیل ماهیت بیماری زودتر از ۶ ماه به اتمام می رسد؛ بنابراین برای تمدید دفترچه های بیماران نیاز به طرح موضوع در کمیسیون های پزشکی نیست. علاوه بر این، تعداد برگه های دفترچه درمانی آنان ۴۵ برگ در نظر گرفته شده است. دکتر علی حسن زاده افزود: با توجه به این که بیمه شدگان مبتلا به بیماری خاص و از جمله بیماران هموفیلی از نظر اقتصادی در وضعیت نامطلوبی به سر می برند، برای رفع دغدغه های درمانی این دسته از بیمه شدگان، صد در صد هزینه های درمان سرپایی بیماران در بخش خصوصی و صد در صد هزینه های درمان بستری آنان در بخش دولتی در موارد غیر از بیماری خاص توسط سازمان تأمین اجتماعی پرداخت می شود.



دانش آموزان سراسر کشور در حرکتی نمادین

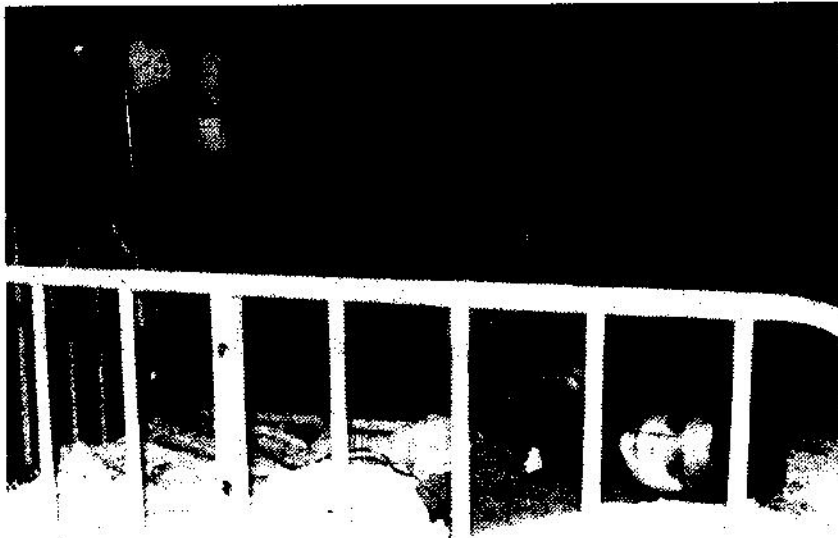
همچنین دکتر سید رضا رئیس کرمی رئیس دانشکده علوم پزشکی قم با ضروری خواندن انجام آزمایش تالاسمی قبل از ازدواج برای هر ایرانی ادامه داد، متأسفانه در داخل استان قم متخصص خون برای کمک به بیماران تالاسمی وجود ندارد.

وی اضافه کرد: همکاری که وارد کارهای تخصصی می شوند، تنها تمایل به کار در مراکز دانشگاهی و آموزشی را دارند و متأسفانه این استان نیز فاقد مراکز آموزش علوم پزشکی مناسب دولتی جهت جذب این افراد می باشد. وی اضافه کرد: کودکان مبتلا به تالاسمی با توجه به شدت و یا ضعف این بیماری هر سه هفته تا یک ماه یکبار به خون نیاز دارند.



سازمان تأمین اجتماعی صد در صد هزینه های درمان سرپایی بیماران خاص در بخش خصوصی و صد در صد هزینه های بستری آنان در بخش دولتی





به منظور کمک به بیماران خاص در مراسمی ویژه برای سلامتی بیماران خاص دعا خواندند. به گزارش روابط عمومی بنیاد امور بیماری های خاص بر اساس هماهنگی انجام شده از سوی وزارت آموزش و پرورش در روز ۱۸ اردیبهشت در تمام مدارس کشور دانش آموزان مقاطع مختلف و فرهنگیان با قرائت دعا برای سلامتی بیماران که متن آن از طریق مناطق آموزش و پرورش برای کلیه مدارس ارسال شده بود کمک های نقدی خود برای یاری رسانی به بیماران خاص را به حساب شماره ۳۴۳۴ بانک ملی ایران شعبه اسکان واریز نمودند.

پیوندی و پرستاران بخش های دیالیز و پیوند بیمارستانهای استان مازندران در ورزشگاه شهید حسینی ساری برگزار شد.

حمیدرضا علیزاده، رحمان سعیدی و علی اصغر اسکندری در تیر اندازی مردان و سیده فاطمه موسوی فاطمه ابراهیم پور و لیلا اسدی در تیر اندازی زنان به ترتیب اول تا سوم شدند.

همچنین خانم ها نجفی، استادی و عربی دوره پرستاران به ترتیب به مقام های اول تا سوم دست یافتند.

در پایان مسابقات ضمن اهدای جوایز به برندگان، از سوی المپیک هدایایی به رسم یادبود اهدا شد.

انجمن تالاسمی استان فارس

۲۴۲۱ بیمار تالاسمی در استان فارس از خدمات انجمن تالاسمی استان فارس بهره مند هستند و به گزارش انجمن تالاسمی استان فارس بسیاری از این بیماران از نظر

بیماران خاص و بستگان درجه اول آنان از تیر ماه در استان چهار محال و بختیاری آغاز شد. به گزارش اداره کل امور اجتماعی استانداری چهار محال و بختیاری این کارگاهها با همکاری مدیریت صنایع دستی استان در شهرستانهای خارسان، بروجن، کوهرنگ، شهرکرد، لردگان و ارول در رشته های قلم زنی، قلمکاری، منبت سازی، گلیم بافی، مینیاتور سازی و خاتم سازی شروع بکار نموده اند که بیش از ۳۰ درصد بیماران خاص استان یا بستگان آنان تا کنون در این کارگاهها شرکت نموده اند.

بنیاد امور بیماریهای خاص این اقدام ارزنده اداره کل امور اجتماعی استانداری و مدیریت صنایع دستی چهار محال و بختیاری را ارج می نهد.

مسابقات تیر اندازی بیماران و پرستاران

مسابقات تیر اندازی بیماران

پنجمین دوره مسابقات قهرمانی کشور بیماران خاص و پیوند اعضا در استان آذربایجان شرقی تبریز با حضور ۹ استان: تهران، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، زنجان، خراسان، کرمانشاه، فارس، مازندران و منطقه آزاد کیش برگزار گردید و این دوره از مسابقات با حضور بیش از ۶۰ ورزشکار برتر استانها در رشته های شنا، دو و میدانی، بدمینتون و بینگ پنگ برگزار شد.

این مسابقات که در سطح خوبی از لحاظ کمی و کیفی از تاریخ ۸۱/۴/۱۸ آغاز شده بود یا کسب مقام اول توسط تیم استان تهران به پالین رسید و استانهای فارس آذربایجان شرقی و منطقه آزاد کیش به ترتیب عنوانهای بعدی را کسب نمودند.

کارگاههای آموزش هنرهای دستی به



پرداخت هزینه بیمه، فرانشیز دارو و درمان هزینه های دندانپزشکی و خدمات آزمایشگاهی و پاراکلینیکی و همچنین هزینه های معیشتی و اجتماعی با مشکلات فراوانی روبرو هستند.

بر اساس همین گزارش در سال ۱۳۸۰ تعداد ۱۸۳ خانواده تالاسمی تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار گرفته و ۹۸۴ مراجعه از سوی بیماران برای دریافت کمک های نقدی به انجمن صورت گرفته است.

ثبت نام رایگان ۲۱۳ دانش آموز تالاسمی به طور رایگان در مدارس، پرداخت کمک هزینه

تحصیلی و دانشجویی معرفی به بانک ها جهت دریافت وام بدون بهره، تامین هزینه های دارو و درمان بیماران، ارائه خدمات مشاهده ای به بیماران، برپائی اردوی سیاحتی زیارتی و... از اقدامات انجمن در سال ۱۳۸۰ گزارش شده است.

در سال ۱۳۸۰ مبلغ ۱۴/۷۲۹/۶۱۰۱ ریال صرف اقدامات انجمن تالاسمی فارس شده است که علاوه بر آن مبلغ ۱۵۰۰۰۰۰۰ ریال نیز بابت بیمه بیماران بی بضاعت پرداخت گردیده که از محل کمک های بنیاد امور بیماریهای خاص تامین شده است.

سرکار خانم هاشمی

مدیر مسئول محترم نشریه خاص

مصیبت وارده را خدمت شما تسلیت عرض نموده و برای آن مرحومه از خداوند متعال رحمت واسعه و برای بازماندگان صبر و اجر خواستاریم.

همکاران شما در نشریه



تنظیم: الهام طهماسبی
روابط عمومی

حدود ۱۸۲ مرکز بیماری های خاص در کشور داشتیم امروز بالغ بر ۴۰۰ مرکز در کشور است که متولی آن دولت و وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی است.

مورد دیگر بحث هزینه درمان رایگان بیماران تالاسمی و هموفیلی است، خوشبختانه با هماهنگی که با سازمان خدمات درمانی و تامین اجتماعی انجام شد.

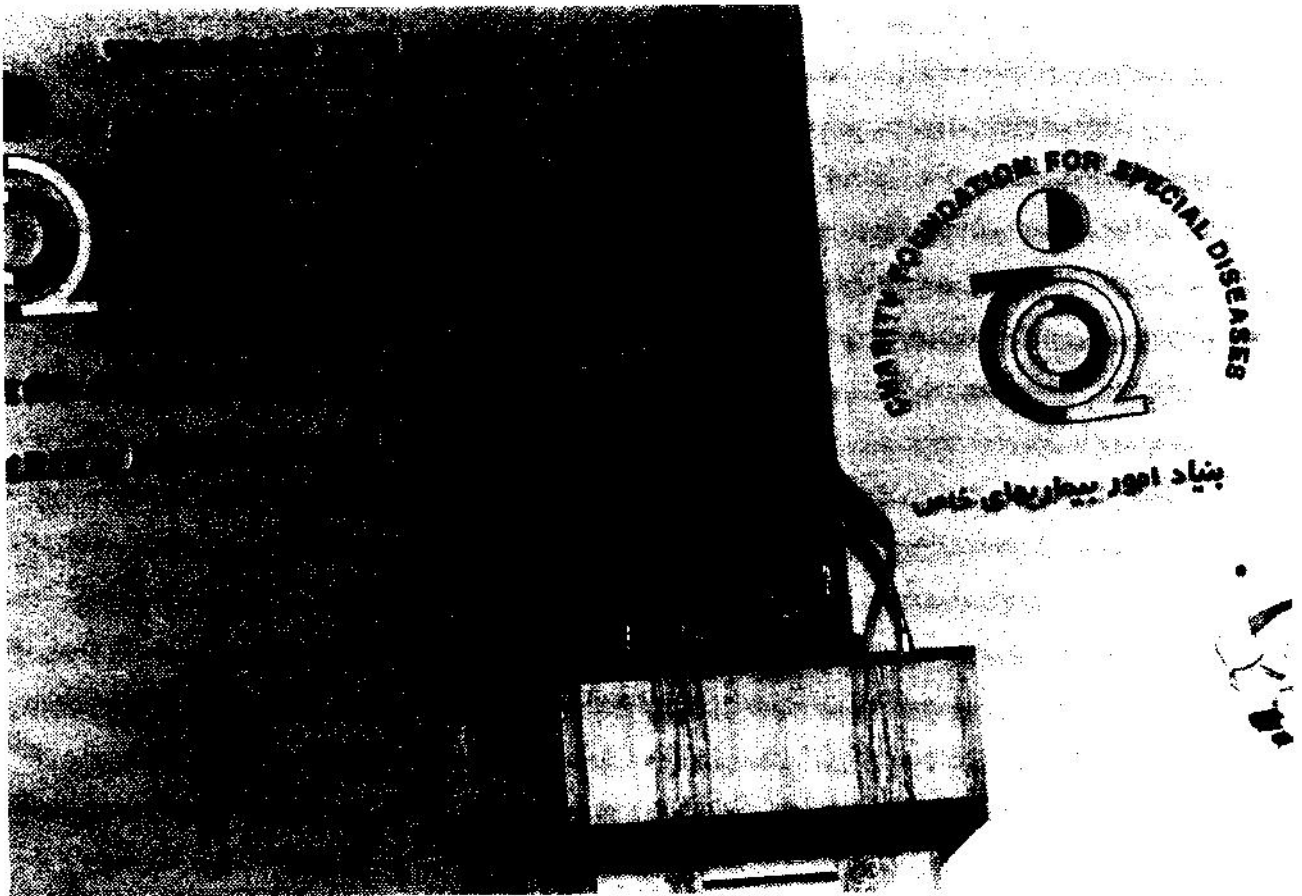
اینجا به طور رایگان بیمه شدند و ۲۵٪ بقیه هزینه ها از طریق وزارت بهداشت پرداخت می شود و در حال حاضر پیگیر این مسئله هستیم که بیماران سرطانی و دیابتی نیز جز بیماران خاص قرار گیرند.

درمانی برای بیماران خاص در سراسر کشور بود. بحث دیگر پیشگیری از بیماری ها بود که ما بر روی بعضی از بیماری ها مثل دیابت با آموزش کار خود را آغاز کردیم و تا حدودی موفق بودیم. مسئله اساسی این است که ما بتوانیم فرهنگ بیماری های خاص را در کشور رواج دهیم.

ما مجری و متولی نیستیم ما به عنوان یک نهاد عمومی غیر دولتی پل ارتباطی بین بیماران و دولت هستیم.

ایشان با اشاره به گسترش مراکز بیماری های خاص ادامه دارند: زمانی که بنیاد بیماری های خاص فعالیت خود را آغاز کرد،

اولین همایش رسانه ها و بیماری های خاص همزمان با ششمین سالگرد تأسیس بنیاد امور بیماری های خاص روز پنجشنبه ۱۹ اردیبهشت در سالن کوثر سازمان صدا و سیما برگزار گردید. در ابتدای این مراسم که با حضور تعدادی از نمایندگان مجلس شورای اسلامی، مسئولین سازمانهای دولتی، مدیران مسئول مطبوعات مدیران بیمه، مسئولین صدا و سیما و جمعی از خبرنگاران برگزار شد، خانم فاطمه هاشمی رییس بنیاد امور بیماری های خاص با اشاره به انگیزه های شروع فعالیت بنیاد در سال ۱۳۷۵، سه هدف اصلی بنیاد را آموزش، پیشگیری و درمان عنوان کرد و افزود: از همان ابتدا اولین شعار ما گسترش مراکز





رسانی فعالیت هایی است که زیر نظر شورای سیاستگذاری پزشکی این سازمان انجام می شود به طوری که بیش از ۷٪ فعالیت های صدا و سیما در امور پزشکی و مربوط به بیماریهای مختلف می شود.

علاوه بر این در روزها و هفته های خاصی برای بیماران خاص (روز جهانی تالاسمی، هموفیلی، دیابت، و هفته بیماری های کلیوی) بخش های مختلفی از سازمان درگیر اطلاع رسانی به انجا مختلف هستند.

نکته دیگر وجه آرامش روحی است که من تاکید دارم در رادیو و تلویزیون ادبیاتی استفاده نشود. که نوعی نگرانی راجع به بیماری در مخاطب ایجاد گردد. بلکه ایجاد آرامش روحی و دوری از یاس کمک زیادی در بیماری او دارد که رسانه ها در این زمینه می توانند خیلی موثر باشند.

در بخشی دیگر از مراسم آقای دکتر موسوی رئیس سازمان بیمه خدمات درمانی

سازمان صدا و سیما با بیان این مطلب که امیدوارم در این همایش با توجه به اهمیت بیماران خاص نتایج خوبی حاصل شود افزود:

من از خانم هاشمی و مسئولین بنیاد بیماری های خاص سپاسگزارم که اهتمام ویژه ای به این امر معطوف نموده اند و من از آن جایی که سالهای زیادی از نزدیک شاهد خدمت آنها بوده ام لازم می دانم صمیمانه تشکر کنم.

همانطور که خانم هاشمی فرمودند مسئله فرهنگی و توجه دادن بیماران به وضع خودشان از اهمیت زیادی در زیست آنها برخوردار است و طبعاً رسانه ها باید در این زمینه اهتمام خاصی داشته باشند.

بیماری های خاص و مبتلایان آن در بین مخاطبان رادیو تلویزیون و رسانه ها از جمله مواردی اند که رسانه ها باید به نحوی خاص و ویژه با آن ها برخورد کنند.

بدیهی است رسانه ها وجه اطلاع رسانی شان بر سایر وجوه غلبه دارد و کار ما اطلاع

سال گذشته هم نامه ای خدمت آقای خاتمی فرستاده و از ایشان خواستیم که بیماران سرطانی و دیابتی هم تحت عنوان بیماری های خاص قرار گیرند.

با توجه به اینکه هزینه درمان سرطان بسیار بالا و دوره درمان آن طولانی است، سازمان تأمین اجتماعی شیمی درمانی بیماران سرطانی را رایگان اعلام کرد و البته امیدوار هستیم که آقای موسوی (ریاست بیمه خدمات درمانی) هم این قضیه را پیگیری کنند.

خانم هاشمی با تاکید بر نقش رسانه ها بالاخص صدا سیما در آگاهی و آموزش مردم افزود:

من اطمینان دارم، مردم ما که همیشه حمایت گر بوده اند در این زمینه هم اگر توجیه کامل شوند، پشتیبانی خواهند کرد.

ایشان در پایان صحبت خویش نقش بیمه ها را نقش حیاتی برای کمک به بیماران دانستند واز همه حاضران در مراسم تشکر کردند.

در ادامه مراسم آقای دکتر لاریجانی ریاست

ضمن ارائه گزارشی از فعالیت های بیمه خدمات درمانی به تسهیلاتی که در بیمه خدمات درمانی برای بیماران خاص در نظر گرفته شده چنین اشاره کرد:

بیمه خدمات درمانی برای بیماران خاص اقدام به افزایش سقف تهیه نسخ درمانی نموده و نیز بیماران زیر ۱۸ سال را با یک سرپرست به طور رایگان تحت پوشش قرار می دهد. و در مجموع ۱۱ درصد هزینه های کل بیمه خدمات درمانی برای بیماران خاص در نظر گرفته شده است. همچنین آقای فلاح ریاست سازمان تأمین اجتماعی راجع به بیمه بیماران خاص سخنانی را ابراز داشتند و گفتند اصولاً رفاه و سلامت در دنیای امروز به عنوان شاخص مهم ارزیابی جامعه است و بیماری های تالاسمی، دیالیزی و سرطانی ها با وجود شیوع کم از ریسک های بزرگ جامعه اند که هزینه بالایی در بردارند. ما در حدود ۹۰۰۰ بیمار خاص شناخته شده پرونده دار در سازمان داریم که تسهیلات ویژه ای برای آنها در سازمان در نظر گرفتیم. و کلاً در مورد نارسایی کلیه، بیمه تمام هزینه ها را چه در بخش خصوصی چه دولتی، سربایی، بستری و یا حتی غیر مرتبط با بیماری خاص به عهده می گیرد و در خصوص بیماران تالاسمی نیز تمام هزینه های بیمار پرداخت می شود علاوه بر آن در مورد این بیماران مسئله پیشگیری و تشخیص جنین مبتلا را هم بر عهده گرفتیم.

در قسمت دیگری از همایش آقای علیرضا نوری ریاست کمیسیون بهداری مجلس با اشاره به اقتصاد دولتی در کشور گفت خوشبختانه در قانون برنامه سوم توسعه و در قانون امسال بودجه ۸۱ تاکید زیادی بر کاهش تصدی گری دولت و رونق دادن به نهادهای مدنی در بخش

خصوصی شده است.

آقای نوری با انتقاد از دولتی کردن دانشگاه ها، شبکه های بهداشت بیمارستان، و... افزود: با دولتی کردن تمام سازمان ها، و... خودمان از کمک ها و فعالیت ها مردمی محروم کردیم و فی الواقع با این روال سیاست گذاری، کنترل بیماری ها به دست فراموشی سپرده شد.

در بخش دیگر سمینار آقای بیرنگ صحبت هایی را راجع به تبلیغات رسانه ای و بیماری های خاص ابراز داشته و مسئله قابل طرح را چگونه مطرح کردن مسایل مربوط به بیماری های خاص از رسانه ها دانست.

و گفت من با توجه به تجربه ده ساله در امر تبلیغات می توانم بگویم شاید وظیفه اصلی رسانه ها اعطای سلامتی به جامعه است.

ایشان با ذکر معضلات تبلیغات در بخش مدیریت به نقش تبلیغات در بیمه هم اشاره کردند.

از جمله سخنرانان جلسه، آقای مشکینی بود که به موضوع جوانان در جامعه امروز پرداخته و گفت به دلیل ارتباطات در جامعه امروز و بالا رفتن تحصیلات ما با حضور بیشتر

جوانان در عرصه ها مواجهیم و همه این اتفاقات در شرايطی است که هنوز نهادها و مراجع تأثیر گذار بر دوران جوانی به نقش و کارکرد خودشان آگاه نشده اند.

ایشان با ذکر نقش رسانه در تقسیم این کارکردها گفت وقتی پیامی برای مخاطب جدید می فرستیم باید او را به خوبی بشناسیم.

آقای احمد مسعود سخنان دیگری بود که با توجه به اهمیت رسانه در جهان امروز به تبیین نقش رسانه ها پرداخت و گفت: اگر واقعاً بیان مشکلات مردم بویژه در بخش بهداشت و درمان کشور و انعکاس مشکلات بیماران به دور از جنجال های سیاسی و با هدف اطلاع رسانی صورت گیرد هم اعتماد مردم و هم اعتماد مسئولان به رسانه ها جلب خواهد شد.

وی افزود رسانه ها در زمینه بیماریهای خاص می توانند به دو گونه نقش ایفا می کنند. اول در زمینه پیشگیری و دوم با انعکاس مشکلات بیماران مسئولین را به چاره جویی برای حل آنها ترغیب می کنند.

در پایان مراسم لوح بنیاد به افراد خیر و نیکوکار اهدا شد.





تهیه و تنظیم: وفا ملک زاده

سئوالات آنان

شرکت های تدا - سها - بهار آفرنگ شیراز

۴ - اعلام شماره حساب و جلب - نوارتیس و نیک رشاد

حمایت های مردمی

۵ - ارائه فرم های عضو و پاسخگویی به

مراجعین این امر

همانگونه که در شماره های قبل نشریه خاص آمده است بنیاد امور بیماری های خاص به جهت ارتقای سطح آگاهی جامعه در رابطه با بیماری های خاص، معرفی اهداف و فعالیت های بنیاد، ارائه کارهای آموزشی بیماری های خاص و همچنین جلب حمایت های مردمی در نمایشگاه های مختلف حضور می یابد. در پایان سال ۸۰ و آغاز سال ۸۱ بنیاد در نمایشگاه های ذیل غرفه داشته است و اعم فعالیت های بنیاد در غرفه ها به شرح ذیل است:

۱ - ارائه بروشور و کتابچه های آموزشی در ارتباط با بیماری های خاص

۲ - مشاوره پزشکی برای بیماران خاص

۳ - معرفی بنیاد به وسیله ارتباط برقرار نمودن با اقشار مختلف مردم و پاسخگویی به

این سمینار توسط بنیاد امور بیماری های خاص با مشارکت انجمن خون و سرطان کودکان ایران در تاریخ ۱۲ لغایت ۱۴ اردیبهشت ماه سال جاری در تالار امام بیمارستان امام خمینی برگزار گردید.

بنیاد در کنار سمینار نمایشگاهی را به جهت مشارکت در برگزاری سمینار برپا نمود که غرفه داران این نمایشگاه عبارت بودند از:





دارای مقادیر زیاد این هورمون ها، مستعد تجمع چربی در ناحیه میانی بدن هستند، حتی اگر سایر نواحی بدن لاغر باشند. پاسخ به استرس در زنان و مردان اختلافات فاحشی دارد. فشار خون زنان در این شرایط کمتر از مردان افزایش می یابد، هرچند پس از یائسگی یا برداشتن رحم این تفاوت کمتر خواهد شد. این امر مطرح کننده اثر حمایتی ناشی از استروژن است. اما واکنش زنان نسبت به استرس زوایای بیرونی طیف وسیعتری را نشان می دهد. به عبارت دیگر، زنان بیشتر تنش های خارجی را احساس می کنند و این به دلیل طرز نگاه خاص آنان به جنبه های مختلف زندگی است. در حقیقت مردان در یک زمان تنها مراقب یک چیز هستند، اما زنان مراقب همه جا هستند. به نظر می رسد جدا از جنسیت، تجارب اوایل دوران کودکی نیز اثر عمیقی بر شیوه برخورد با تنش های خارجی داشته باشد. والدین اغلب در مورد منشأ استرس در زندگی کودکان خود دچار اشتباه می شوند. آنها تصور می کنند که اطفال بیشتر از کارهای دوستان خود ناراحت می شوند. اما حقیقت چیز دیگری است. بزرگترین مسائلی که فکر آنها را ناراحت می کند، بیمار شدن، دعوا و اختلافات خانوادگی و طلاق والدین است. کودکانی که زندگی سالمی دارند و به خانواده شان عشق می ورزند، یاد می گیرند که چگونه واکنش استرس را تعدیل کنند.

توماس هلمز در پژوهشهای خود به این نتیجه رسید که تنها عامل مشترک در ایجاد هر

زخم های گوارشی، احساس فرسودگی و خستگی مداوم، از دست دادن حافظه، گرفتگی عضلات گردن، افسردگی و سردرد، تعدادی از نشانه های عمومی استرس می باشند. استرس مزمن در بسیاری از افراد سبب چاقی می شود که همین امر به نوبه خود از طول عمر می کاهد. حتی بیماریهای خطرناکی مانند سرطانها با استرس در ارتباط است.

تحقیقات نشان داده است که بدن زنان و مردان به گونه متفاوتی به تنش های روانی پاسخ می دهد. همچنین مدارک غیرقابل انکاری درباره چگونگی اثر آن بر رشد و تکامل کودکان از نخستین هفته های زندگی ارائه داده اند. واکنش استرس در برابر خطر، در دو مرحله مجزا عمل می کند: در مرحله نخست مغز احساس خطر را دریافت می کند و با ارسال پیام به مرکز غدد فوق کلیوی سبب ترشح آدرنالین می شود. آدرنالین به خون می ریزد، تنفس کوتاه می شود، ماهیچه ها سفت می شوند و بدن برای عمل آماده می گردد. مرحله دوم واکنش استرس طی ۵ تا ۱۰ دقیقه بعد اتفاق می افتد. به نظر می رسد محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - قشر غدد فوق کلیه رابطه نزدیکتری با استرس های هیجانی و فکری داشته باشد.

به گونه شگفت آوری استرس می تواند شکل بدن ما را عوض کند. واکنش استرس بلافاصله ذخایر چربی بدن را برای تولید انرژی و متابولیسم در عضلات به حرکت درمی آورد. با اطمینان می توان گفت که سلول های چربی شکم به این هورمون ها حساس اند و افراد

دنایای امروز جهان نیست پرتنش؛ فشارهای روحی و عصبی، اندوه و افسردگی، دلهره و تشویش و به زبان ساده تر غم و غصه دست از سرما بر نمی دارد. نگرانی های بیش از حد مشکلی است که میلیون ها نفر به آن گرفتارند. اما دل نگرانی (استرس) همیشه مخرب و زیانبار نیست! در واقع ما گاهی اوقات بهتر است نگران باشیم. در یک کلام می توان گفت استرس واکنش لازم و حیاتی است، اما با گذشت زمان ویرانگر می شود. استرس یا فشار روانی فراگیرترین عارضه در مردم جهان و ریشه اکثر بیماریهای جسمی و روانی است.

از بسیاری جهات استرس مانند عشق است، هر کسی آن را به گونه ای درک می کند، خودش را از راه های عجیب نشان می دهد، و یک نیروی قوی است که قادر است خوبیها و بدیهای بسیاری را سبب شود.

از نظر علمی، استرس عبارت است از اعلام تناسب بین تقاضاها در زندگی ما و منابعی که برای برآوردن آنها داریم. در حقیقت استرس یک واقعه نیست، بلکه واکنش شما نسبت به یک واقعه می باشد. این پاسخ غیرارادی به خطر، از اولین روزهای زندگی در ما به ارث گذاشته می شود. وقتی ما از استرس حرف می زنیم، آنچه معمولاً شرح می دهیم یک سری نشانه ها هستند که ممکن است از فردی به فرد دیگر متفاوت باشند. بیماریهای قلبی،

قوی، منفی یا مثبت گردد، می‌تواند باعث پیدایش استرس شود که حتی گاهی ناشی از جمع شدن وقایع کوچک است.

کنترل استرس

آموزش کنترل استرس یک فرایند سه بخشی است: نخست نشانه‌ها و علت‌ها را تشخیص می‌دهید. سپس مهارت‌های کنترل را می‌آموزید و در مرحله سوم، می‌آموزید که آن مهارت‌ها را چگونه به کار ببرید. چگونگی برخورد شما با استرس به منشأ آن بستگی دارد: اگر علت آن مساله‌ای خارج از کنترل شماست، تنها چاره می‌تواند آموزش پذیرش باشد. در مواقع دیگر، مهارت‌های برخورد با آن می‌توانند به شما کمک کنند تا نسبت به استرس سازش پیدا کنید یا وضعیت را تغییر دهید. برای کنترل استرس، چهار دسته از مهارت‌ها باید آموخته شوند:

- ۱ - مهارت‌های آگاهی،
- ۲ - مهارت‌های پذیرش،
- ۳ - مهارت‌های برخورد،
- ۴ - مهارت‌های عمل.

بیاموزید که گاهی شکست را تجربه کنید. زمانی که مشکلی برایتان پیش می‌آید، به نظر می‌رسد می‌خواهید چیزی را که اصلاً در حیطه اختیارات شما نیست، کنترل کنید. چه فکر می‌کنید؟! فکر می‌کنید قادر مطلق هستید سعی کنید با روش‌های گوناگون خود را آرام سازید. برای مدارا با نگرانی‌ها، همواره این عبارت را به خاطر داشته باشید: «هیچگاه به تنهایی ناراحت و نگران نباش». «انزوا و زانوی غم به بغل گرفتن سبب می‌گردد تا نگرانی‌ها تشدید شوند. اگر علت ناراحتی خود را برای فرد دیگری شرح دهید، یقیناً می‌توانید به



که بر اساس آن مقیاس معروف هلمز ریهی برای اندازه‌گیری درجه اهمیت وقایع زندگی ساخته شد. نتیجه این پژوهش اولویت وقایع اتفاقی را در زندگی این پنج هزار نفر نشان می‌دهد.

عوامل استرس را در خود شناسایی کنید

چه چیزهایی سبب استرس در شما می‌شوند؟ اولین چیزهایی که معمولاً به نظر ما می‌رسند وقایعی هستند که ما را عصبانی یا دگرگون می‌سازند. اما راجع به مسایل که شما را متأثر می‌کنند، می‌ترسانند، هیجان‌زده یا خوشحال می‌کنند، چه می‌گویید؟ شما حتی ممکن است با افکار، احساسات و انتظاراتتان موجب پیدایش استرس در خود شوید. هر رویداد یا فکری که سبب ایجاد احساسات

نوع استرس، لزوم و اجبار در ایجاد تغییر و تحول مهم در روند زندگی معمولی فرد است. این پژوهشگر مشاهده نموده که در بیماران مبتلا به سل شروع بیماری غالباً متعاقب یک سلسله اتفاقات و حوادث و بحران‌های مخرب مانند مرگ و میر در خانواده، از دست دادن شغل یا تغییر آن، ازدواج، طلاق و مانند آن بوده است. البته باید متذکر شد که استرس علت ایجاد سل نمی‌باشد لیکن در شدت و خامت آن موثر است. در پژوهش دیگری مشخص گردید که مقدار سرماخوردگی در افرادی که قدرت مقابله با فشارهای زندگی را ندارند به مراتب بیشتر از دیگران است. به منظور نشان دادن اثر استرس ناشی از تغییرات عمده زندگی که عامل مشترک تمام استرس‌ها است، هلمز و روانشناس دیگری به نام ریچارد ریهی، از پنج هزار نفر سوالاتی مبنی بر اولویت دادن به اتفاقات و حوادث و تغییرات مهم زندگی نمودند،

حقیقت و عمق مسائل پی ببرید.

با این کار حتی می‌آموزید که چگونه با خود نیز صحبت کنید. با استفاده از روش روان درمانی «شناختی»، شخص تمامی عادت‌های فکری‌اش را بازآموزی می‌کند و به جای اینکه افکاری منفی مانند «من به آخر خط رسیده‌ام» را به مغز خود راه دهد، تفکرات پرثمر و به عبارتی «مثبت‌اندیشی» را می‌آموزد. اگر به مشاهده و بررسی افکار ناخودآگاه خود بپردازد، می‌توانید دیدگاهی را که همواره برای شما غصه و افسردگی به دنبال دارد، اصلاح کنید. باید آغاز کنید و سعی کنید به طور مداوم تمرین نمایید. در واقع باید گفت: «روان‌درمانی شناختی طناب نجاتی است که با قلاب حقیقت انسان را از گودال نگرانی‌ها نجات می‌بخشد.»

یک شیوه موثر دیگر، دقت در منش افرادی است که به طور طبیعی در برابر استرس مقاومت می‌کنند. بعضی افراد تبعات آزاددهنده بیماری، فوت نزدیکان و اسارت و شکنجه را با آرامش عجیبی پشت سر می‌گذارند. این افراد در یک چیز مشترکند و آن شیوه برخورد و توجیه خوش‌بینانه آنان نسبت به مسائل زندگی است. آنها تمایل دارند بیشتر موضوعات مقطعی را مورد توجه قرار دهند تا این که فکر خود را به مسائل گسترده مشغول سازند. در واقع این افراد مسائل زندگی را به گونه خاصی تعبیر و تفسیر می‌کنند و آنها را به شکل موقتی و اختصاصی می‌بینند تا دائمی و فراگیر. به علاوه ایشان با فعالیت‌های مثبت برای خود کسب اعتبار می‌کنند در حالی که ناتوانی‌شان را به خارج نسبت می‌دهند. به عبارت دیگر ویژگی‌های شخصیتی مردمان مقاوم در برابر فشار روانی یا مردمان محکم، در قالب سه واژه تعهد، کنترل و مبارزه جویی خلاصه شده است.

کنار آمدن با استرس

وقایع استرس‌زا مردم را از نظر هیجانی، شناختی و فیزیولوژیک تحت تأثیر قرار می‌دهند. مردم آثار زیان‌آور استرس‌زاها را با راهبردهای «کنار آمدن» کاهش می‌دهند.

کنار آمدن یعنی هر نوع تلاش، سالم یا ناسالم، هشیار یا ناهشیار برای جلوگیری یا از بین بردن یا ضعیف کردن استرس‌زاها یا تحمل کردن اثرهای آنها به طوری که حداقل آسیب‌رسانی را داشته باشد.

برای غلبه بر نگرانی‌های روزمره بکار بستن موارد زیر توصیه می‌شود:

در برابر مسائل زندگی حالت مثبتی داشته باشید. به آرامی از جای خود برخیزید. قدم بزنید. با دوستان خود مشورت کنید و تا می‌توانید نگرانی‌ها را از خود دور کنید. با خودتان گفتگو کنید تا بتوانید راحت‌تر مشکلات را بپذیرا باشید. یک شخصیت «مقاوم به استرس» پرورش دهید.

با خدای خود راز و نیاز کنید. به پیش بروید و کارها را به خود بسپارید. قدرتی را که متعلق به خداست، به او واگذارید که او خود امور را کنترل کند. افرادی که همیشه حمله می‌کنند و هل می‌دهند خیلی کمتر از انسانهای آرام و مومن به موفقیت می‌رسند.

نفس عمیق بکشید و هوا را به آرامی خارج کنید. این کار شما را موقتاً آرام می‌سازد. با دیگران ارتباط برقرار نمایید. عدم ارتباط مناسب با دیگران، ریشه بسیاری از مشکلات مانند سوء تفاهم‌ها و احساسات جریحه‌دار شده می‌باشد.

ورزش کنید. یک بدن سالم بهتر می‌تواند

در برابر آثار استرس مقاومت کند. ورزش یک اثر آرام‌کننده دارد که پس از پایان آن تا مدتی به طول می‌انجامد. ورزش هوارسان (آئروبیک) به مدت ۲۰ دقیقه سبب آزاد شدن مواد شیمیایی به نام اندورفین از مغز می‌گردد که استرس را کاهش می‌دهد. ورزش‌های ناهوارسان (غیرآئروبیک) کششی نیز آرامش‌دهنده هستند زیرا سبب تنفس عمیق و حالت روحانی می‌شوند. این ورزش‌ها مناسب‌ترند: راه رفتن، شنا، دوی آهسته، دوچرخه سواری، نرمش همراه با حرکات موزون.

از یک برنامه سلامتی کاملاً متعادل شامل تغذیه خوب و خواب کافی پیروی نمایید. همراه با خانواده خود غذا را مصرف کنید. مصرف قند، نمک و غذاهای چرب را کاهش دهید و میوه و سبزیجات بیشتری بخورید.

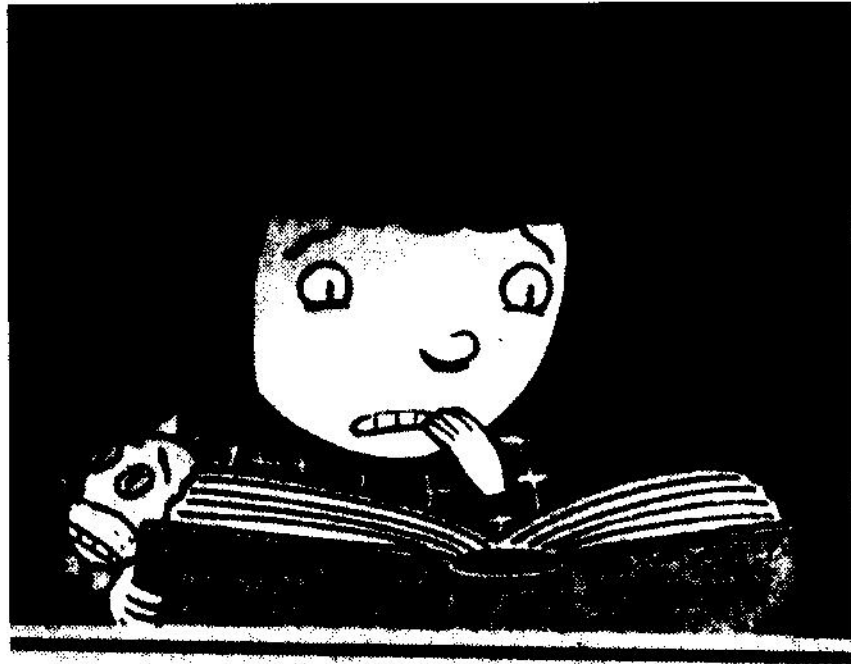
از تغییرات بزرگ ناگهانی در زندگی خود اجتناب کنید.

وقتان را تنظیم نمایید و به زندگی خود سامان دهید. بسیاری از نگرانی‌های روزمره در ارتباط با بی‌نظمی هستند.

به انجام کارهای مورد علاقه خود بپردازید. گوش سپردن به موسیقی نگرانی و تنش را کاهش می‌دهد. مشکلاتتان را در جعبه کهنه وسایلتان بیندازید و بختید و بختید. به سرگرمی‌هایی نظیر نقاشی، آشپزی، باغبانی و شرکت در فعالیتهای اجتماعی توجه کنید.

به اخبار ناخوشایند توجه نکنید و شاید گاهی لازم باشد تا با صدای بلند گریه کنید. در این مواقع خیلی راحت اشک بریزید تا تخلیه شوید.

دیگران را دوست بدارید. شوخی کردن از بهترین روشهایی است که می‌تواند در مقابل نگرانی‌های روزمره آن را به کار بست. حتی در سخت‌ترین لحظات نیز خندیدن موثر خواهد بود.



بیاموزید. این تمرینات می توانند ترشح هورمون استرس را کاهش دهند و به کم شدن ضربان قلب و فشار خون کمک نمایند. ماساژ نیز پادزهر موثر دیگری برای رفع تنش ها می باشد. روشهای بسیار دیگری مانند یوگا، بازخورد زیستی (بیوفیدبک) و موسیقی درمانی هم وجود دارند که در مقابله با استرس موثر واقع می شوند.

اگر استرس همچنان رو به افزایش بود، از پزشک خود و سایر افراد و دوستان کمک بگیرید. کمک خواستن نشانه ضعف نیست. شاید مصرف داروهای آرام بخش (باتجویز پزشک) مورد نیاز باشد.

به هیچ وجه برای کاهش استرس از سیگار یا مواد مخدر استفاده نکنید و مواظب باشید تا از چاله به چاه نیفتند.

در یک کلام می توان گفت هرچیزی که احساس کنترل درونی را در ما پرورش دهد به ما اجازه می دهد تا یک قربانی محض نباشیم و همیشه آمادگی مقابله با حوادث را داشته باشیم. بنابراین باید یاد بگیریم که استرس را کنترل نموده و از همین امروز برنامه های کاهش استرس را شروع کنیم.

منابع

- (۱) چهار مقاله درباره استرس: دکتر وحید حسینی جناب، نشریات مشعل، شماره های ۱۳۷۸، ۱۳۶۲-۱۳۶۵
- (۲) چگونه استرس را مهار کنیم؟ دکتر وحید حسینی جناب، روزنامه همبستگی، بهمن ماه ۱۳۸۰
- (۳) مبانی روانشناسی: هیلگارد، ارجمند، ۱۳۷۸
- (۴) استرس، آنکینسون، مجله رویترز (دایجست، ۱۹۹۸)

سالها درباره فواید خندیدن تحقیق کرده اند، خندیدن به بیشتر شدن اعتماد به نفس فرد نیز کمک می کند و سبب می شود آدمهای کمرو و خجالتی رفته رفته از شر این عارضه رنج آور خلاصی پیدا کنند.

شوخی می تواند به عنوان یک راهبر (استراتژی) کنار آمدن با استرس نیز باشد. شوخی می تواند روشی برای تخلیه کردن تنش ناشی از استرس باشد، ممکن است مردم برای پنهان کردن افسردگی شان واقعا بخندند. چون شوخی، به خاطر رهایی از ناهماهنگی رخ می دهد و نه به خاطر تنش ایجاد شده، این عقیده که شوخی، تنش را باخنده می پوشاند، پذیرفتنی نیست، برعکس شوخی به این دلیل کارساز است که به شخص این امکان را می دهد تا واقعیت را به گونه ای از نظر اجتماعی پذیرفتنی و نسبتا معقول تحریف کند.

از روشهای آسوده سازی اعصاب (ریلاکس کردن) استفاده کنید و راه های مقابله با تنش های خارجی را به کمک مراقبه (meditation) و سایر تمرینات آسوده سازی

خود را درگیر مسائل کوچک و بی اهمیت نسازید و با دیدی جامع به قضایا بنگرید تا مشکلات بزرگ در نظرتان ناچیز جلوه نمایند. گروهی از دانشمندان متخصص روانشناسی از کشورهای آلمان و ایتالیا خندیدن را بهترین وسیله برای حفظ سلامتی، از بین بردن افسردگی و بالاخره بهتر شدن کار قلب انسان به مردم جهان توصیه می کنند. نتایج پژوهشها و مطالعات دانشمندان آلمانی و ایتالیایی درباره فواید بی شمار خنده در آخرین شماره مجله معتبر «علوم طبیعی» به چاپ رسیده است. به موجب مندرجات مجله، خنده های از ته دل برآمده حتی به دانشجویان در فهم و درک بهتر و بیشتر دروس دانشگاهی کمک می کند و در حال خندیدن، ماده ای در بدن انسان ترشح می کند که حتی به بهتر هضم شدن و جذب مواد غذایی در بدن کمک خواهد کرد. دانشمندان به خصوص خندیدن یک سره و بدون قطع و وصل را توصیه می کنند که به بازتر شدن عروق قلب و... کارکردن این عضو حیاتی بدن می انجامد. به عقیده پژوهشگران آلمانی و ایتالیایی که



تهیه و تنظیم: دکتر مهدی جلیلی

ریه - مسئول ۸۵٪ موارد از ۱۷۰ هزار مورد سرطان ریه در هر سال است. سهم رادون بسیار کمتر است و در حد ۱۰٪ یا عامل ۱۷ هزار مورد سرطان ریه در سال تخمین زده می شود. این تعداد ممکن است بین ۶۰۰۰ و ۳۶۰۰۰ نفر نوسان داشته باشد. اگرچه ارتباطی بین رادون و مصرف سیگار دیده نشده، اگر کسی در معرض هر دو قرار گیرد ریسک ابتلا به سرطان ریه در این فرد خیلی بالا می رود. در واقع اغلب موارد سرطان ریه ناشی از رادون منجر به مرگ می شود، در افراد سیگاری اتفاق می افتد.

چگونه ارتباط بین سرطان ریه و رادون کشف شد؟

دانشمندان زمانی به این ارتباط پی بردند که متوجه شدند میزان ابتلا به سرطان ریه و مرگ ناشی از آن در کارگران معادن اورانیم بالاتر از میزان طبیعی است. بیشتر اطلاعات موجود درباره ارتباط سرطان ریه و رادون از مطالعه بر روی کارگران همین معادن حاصل شده است. نتایج این مطالعات با آزمایش بر روی حیوانات

می تواند مرتبط باشد.

مردم چگونه در معرض گاز رادون قرار می گیرند؟

همه مردم هر روز این گاز را استنشاق می کنند ولی غلظت آن به حدی کم است که آسیب زیادی به افراد وارد نمی کند. اگر غلظت این گاز افزایش یابد، شاید احتمال ایجاد سرطان را بالا ببرد. رادون از طریق منافذ و شکافهایی که در پس ساختمان و زمینهای اطراف وجود دارد وارد هوای منازل می شود. در عین حال از طریق آبهای جاری هم در هوا آزاد می شود. بالاترین غلظت رادون در خانه هایی که عایق بندی مناسبی نشده اند و در مناطقی که خاک اورانیم بیشتری دارد، دیده می شود. طبقات همکف و اول طبیعتاً بالاترین میزان گاز رادون در هوای داخل خانه را دارند.

احتمال ابتلا به سرطان ریه بر اثر تماس با گاز رادون چقدر است؟

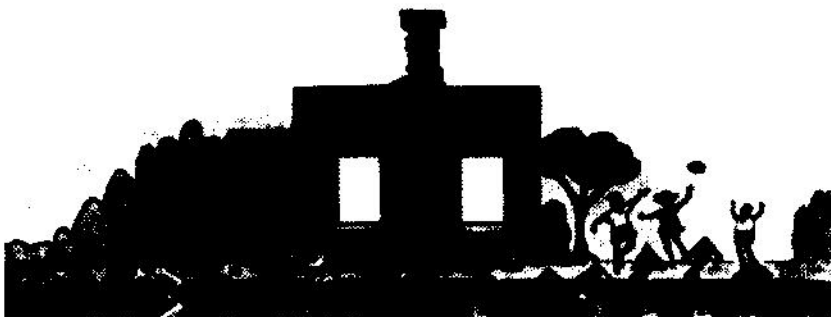
سیگار - مهمترین عامل ایجاد سرطان

رادون چیست ؟

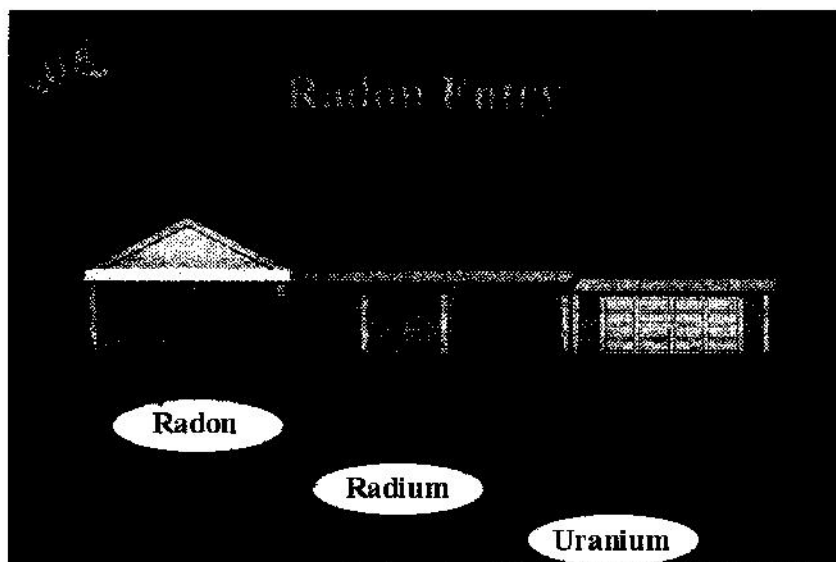
رادون یک عنصر پرتوزا (رادیواکتیو) است که در حالت عادی بصورت گاز است و از تجزیه اورانیم در خاک موجود در طبیعت ایجاد می شود. رادون یک گاز بی رنگ، بی بو و بی مزه است که از خاک متصاعد شده و در جو پخش می شود. در مناطق خاصی براساس شرایط طبیعی، رادون به میزان قابل توجهی در آبهای زیرزمینی حل می شود و زمانی که آب مورد استفاده قرار گیرد، رادون در هوا پخش می شود. در فضای باز میزان گاز در حد بی ضرری است ولی در مناطقی که تهویه مناسبی وجود ندارد- مانند معادن زیرزمینی - میزان رادون موجود در هوا به حدی می رسد که می تواند احتمال ایجاد سرطان ریه را به میزان زیادی افزایش دهد.

رادون چگونه می تواند باعث ایجاد سرطان شود؟

رادون به سرعت تجزیه می شود و ذرات پرتوزای کوچکتری ایجاد می کند. وقتی که این اجزأ وارد مجاری هوایی شوند، می توانند به سلولهای پوشاننده این مجاری آسیب برسانند. تماس طولانی مدت با این گاز می تواند به سرطان ریه منجر شود و در واقع این تنها سرطانی است که با استنشاق گاز رادون



خاص



آزمایشگاهی نیز تایید شده است که نشان می‌دهد سرطان ریه در موثلهایی که در معرض میزان بالاتری از گاز رادون قرار گرفتند بالاتر بود.

آیا احتمال پیدایش سرطان ریه در نتیجه تماس با رادون را دقیقاً می‌دانیم؟

به علت تعداد کم افرادی که در معرض غلظت بالایی از گاز قرار می‌گیرند و همچنین تغییر محل سکونت افراد، تخمین دقیق میزان خطر بروز سرطان در اثر تماس با مردان، مشکل است.

در مطالعه‌ای که توسط موسسه ملی سرطان آمریکا در این مورد انجام شده، ۴۲۶۳ بیمار مبتلا به سرطان ریه و ۶۶۱۲ فرد سالم به عنوان گروه شاهد بررسی شدند این پژوهش نتیجه ۸ مطالعه جداگانه در کشورهای کانادا، چین، فنلاند، سوئد و ایالات متحده بوده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که تماس با گاز رادون در هوای داخل منزل می‌تواند احتمال بروز سرطان را تا حد کمی افزایش دهد. نتایج این مطالعه با پژوهشهای قبلی که روی کارگران معادن انجام شده بود، همخوانی داشت. بدین ترتیب احتمال ابتلا به سرطان ریه در فردی که بمدت ۳۰ سال در خانه‌ای با میزان $Bq\ 150$ در متر مکعب رادون زندگی کرده است، به حدود ۱۴٪ بالا می‌رود. این مقدار تقریباً معادل ۴ پیکوکوری در لیتر است که دفتر حفاظت محیط زیست آمریکا (EPA) برای یک خانه معمولی بیش از حد عادی توصیه کرده است. حدود ۶٪ منازل مسکونی ایالات متحده

آزمون کوتاه و بلند مدت در دسترس هستند. به دلیل تغییرات سریع غلظت گاز، آزمون بلند مدت، میزان متوسط رادون را بهتر نشان می‌دهد. آزمونهای کوتاه مدت این مقدار را برای ۷ روز ولی آزمونهای بلند مدت اندازه متوسط گاز را برای ۹۰ روز نشان می‌دهند.

هر دو آزمون ارزان (۱۰ تا ۳۰ دلار) و براحتی در دسترس هستند.

اگر غلظت گاز رادون بالا باشد هزینه مورد نیاز برای کاهش آن بین ۵۰۰ تا ۲۵۰۰ دلار (متوسط ۱۲۰۰ دلار) برآورد می‌شود.

میزان رادون برابر یا بالاتر از ۱۵۰ متر مکعب دارند. تغییر شرایط برای کاهش میزان گاز در منازلی که میزان گاز رادون بالایی دارند، ضروری است. دانشمندان اعتقاد دارند در صورتی که استاندارد EPA در این مورد رعایت شود میزان مرگ و میر ناشی از سرطان ریه ۲-۴٪ معادل ۵۰۰۰ مورد مرگ می‌تواند کاهش یابد. میزان رادون در ۶٪ خانه‌های آمریکا بالاتر از مقدار توصیه شده EPA است.

آیا سنجش میزان گاز رادون در منازل مسکونی لازم است؟

تنها با انجام آزمونهای معین می‌توان میزان گاز رادون را نشان داد. مقدار این گاز با نوع خاک محل سکونت و نحوه ورود آن بداخل منازل ارتباط دارد. منازل مجاور ممکن است میزان گاز متفاوتی داشته باشند. یعنی دوخانه کنار هم می‌توانند میزان گاز متفاوتی داشته باشند. به علاوه شرایط محیطی می‌توانند غلظت گاز را ماه به ماه و حتی روز به روز تغییر دهند. دو نوع



راهنمای بالینی مشارکت در تصمیم گیری برای شروع و قطع دیالیز

ترجمه: دکتر محمد پور اسلامی، فهیمه داودی مقدم
اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت

توصیه یکم: مشارکت در تصمیم گیری

توصیه می شود تمامی بیماران مبتلا به نارسایی حاد کلیه (ARF) یا بیماری کلیوی در مرحله پایانی (ESRD) رابطه متقابلی با پزشک داشته باشند چرا که این رابطه ارتقاءدهنده تصمیم گیری می باشند. در صورتی که بیمار فاقد قوه تصمیم گیری است، باید نمایندگان قانونی تصمیم بگیرند. با رضایت بیمار، اعضای خانواده، دوستان یا سایر اعضای گروه های مراقبت های کلیوی را می توان در تصمیم گیری مشارکت داد.

توصیه دوم: رضایت یا عدم رضایت آگاهانه باشد

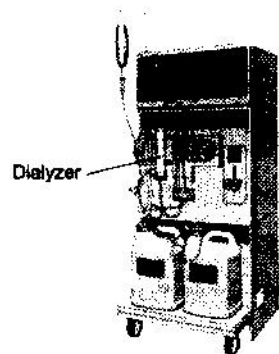
پزشکان می بایست بیمار را بطور کامل از تشخیص بیماریشان پیش آگهی و تمامی روش های درمانی مطلع سازند که عبارتند از: ۱- انواع دیالیزهای موجود ۲- عدم شروع دیالیز و ادامه درمان - محافظه کارانه که باید مراقبت های دوره پایانی زندگی را شامل شود ۳- استفاده آزمایشی از دیالیز در کوتاه مدت ۴- قطع دیالیز و اعمال مراقبت های دوره پایانی زندگی.

انتخاب یکی از ارزشها باید توسط بیمار صورت پذیرد و اگر بیمار قدرت تصمیم گیری

ندارد، این وظیفه بر عهده نمایندگان قانونی بیمار می باشد. گروه مراقبت های کلیوی که با پزشک مراقبت های اولیه در ارتباط است وظیفه دارد اطمینان حاصل نماید که بیمار یا نماینده قانونی او اهمیت تصمیم را درک کرده باشد.

توصیه سوم: تخمین پیش آگهی

به جهت تسهیل تصمیم گیری آگاهانه برای شروع دیالیز در بیماران ARF و ESRD باید با بیمار یا نماینده قانونی وی در خصوص کیفیت زندگی و انتظارات بیمار در زندگی مذاکره شود. این مبحث براساس شرایط (مثلاً وجود نفرولوژیست) باید توسط یک پزشک مراقبت های اولیه یا نفرولوژیستی که با پیش آگهی بیمار آشنایی دارد صورت گیرد. این بحثها باید مستند به اطلاعات و شواهد باشد. باید تمامی بیماران نیازمند به دیالیز شانس تخمین بقا (بازمانی) را داشته باشند و البته دشوار بودن پیش بینی دقیق بقا



خاص

(بازمانی) را نیز باید به آنان تفهیم نمود. پیش بینی های بقا از طریق کارکنان پزشکی با بیمار یا نماینده قانونی و خانواده بیمار در میان گذاشته شود در بیماران ESRD باید همگام با پیشرفت بیماری و هرچه سریعتر در دوره بیماری فرد این امر صورت پذیرد. در بیمارانی که دچار عوارض عمده محدود کننده زندگی و کیفیت آن هستند باید اهداف درمان از جمله در نظر گرفتن قطع دیالیز توضیح داده شود.

توصیه چهارم: اختلاف نظرها در مراقبتها

هنگام عدم توافق بین بیمار یا نماینده قانونی با یکی از اعضای گروه مراقبت های کلیوی در خصوص مزایای دیالیز یک مداخله برنامه ریزی شده جهت رفع مجادله درخواست می شود. همچنین ممکن است مابین اعضای تیم مراقبت کلیوی یا بین تیم مراقبت کلیوی و سایر تیم های مراقبتی اختلاف پدید آید. این نظام باید مراحل مشارکت تصمیم گیری را در این جهات بازبینی نماید:

- (۱) انتقال یا تصمیم نادرست پیش آگهی
- (۲) اختلاف های شخصی
- (۳) عقاید شخصی

به هنگام ضرورت دیالیز، باید در حالی که حل اختلاف ادامه دارد دیالیز و آنچه مورد خواست بیمار یا نماینده قانونی وی

باشد فراهم گردد.

توصیه پنجم : خواست نامه های پزشکی (Advance Directives)

خواست نامه های پزشکی فرمهایی هستند که مبتلایان به بیماریهای مزمن پیش رونده پر می کنند و در مورد تصمیم گیری هایی که ممکن است در آینده برایشان صورت گیرد تعیین تکلیف یا تفویض اختیار می نمایند.

گروه مراقبتهای کلیوی باید سعی کنند که از همه بیماران دیالیزی خواست نامه پزشکی کتبی بگیرند. این خواست نامه ها باید معتبر شناخته شوند.

توصیه ششم : توقف یا قطع دیالیز

مقتضی است در این موارد دیالیز بیمار ARF یا ESRD متوقف یا قطع شود:
- بیمار دارای قدرت تصمیم گیری و اختیار انتخاب باشد که کاملاً مطلع بوده و از انجام دیالیز امتناع ورزد یا خواستار قطع دیالیزش باشد.

- بیماری که قدرت تصمیم گیری خود را برای درازمدت از دست داده و نماینده قانونی وی از انجام دیالیز امتناع ورزیده یا درخواست قطع دیالیز را دارد.

- بیماری که قدرت تصمیم گیری خود را برای دراز مدت از دست داده و پیش از این امتناع خود را از دیالیز بطور کتبی یا شفاهی اعلام داشته است.



نفرولوژیست باید بکارگیری کوتاه مدت دیالیز را بطور آزمایشی در نظر داشته باشد.

توصیه نهم: مراقبت تسکینی

باید برای تمامی بیمارانی که از دیالیز صرف نظر می نمایند یا افرادی که با رضایت شخصی برایشان درمان تسکینی در نظر گرفته شده، مراقبان ماهر نظیر مراقبان بهداشتی در منزل جهت مراقبت پزشکی، روانی و جنبه های معنوی در دوره پایانی زندگی بکار گرفته شود. بیمارانی که مراقبت در منزل را انتخاب کرده اند باید حق انتخاب محل فوتشان را داشته باشند. همچنین داغدیدگان بیمار فوت شده نیز باید مورد حمایت قرار گیرند.

مأخذ :

www.guideline.gov RPA and .
ASN. Clinical practice guideline
2000 number 2. February

- بیمارانی که اختلالات شدید و برگشت ناپذیر نورولوژیک دارند نظیر اختلالاتی که فرد توان گفتاری، احساسی، عملکرد و ارادی و آگاهی به خود و محیط را از دست می دهد.

توصیه هفتم : گروه های خاص بیماران

عدم شروع یا توقف دیالیز در بیماران ARF یا ESRD مبتلا به بیماریهای درمان ناپذیر غیرکلیوی یا شرایط بالینی که امکان دیالیز از نظر فنی وجود ندارد، معقول بنظر می رسد.

توصیه هشتم: کارآزمایی های با مدت زمان محدود

در بیمارانی که نیاز به دیالیز دارند ولی پیش آگهی شخصی نداشتند یا اتفاق نظری در ارتباط با دیالیز شدنشان وجود ندارد،



تهیه و تنظیم: دکتر محمد رضا امینی

آبستنی، تولد و تشخیص

هنگامی که مادری سابقه فامیلی هموفیلی داشته و تصور می‌کند که ممکن است ناقل بیماری هموفیلی باشد، او و همسرش باید مورد مشاوره پزشک قرار گیرند. تصمیم برای داشتن بچه بسته به خود زوجین دارد ولی پزشک میتواند ناقلان را شناسایی نموده و در صورت درخواست آنها، هموفیلی را در جنین داخل رحم تشخیص دهد. حال در صورت بروز دوقلویی، شانس ابتلای نوزادان چگونه است؟

پسران دو قلوی همسان در صورتی که ژن معیوب را کسب کرده باشند، مطمئناً مبتلا خواهند بود. اما پسران دو قلوهایی ناهمسان بسته به نوع توارث ژن معیوب کروموزوم X می‌توانند مبتلا باشند یا خیر.

هنگامی که زوجین تصمیم به ادامه بارداری می‌گیرند، باید بلافاصله بعد از تولد نمونه برداری از بند ناف صورت گرفته و مورد بررسی قرار گیرد. هرگونه تاخیر در این مرحله می‌تواند نتایج نادرست پدید آورد.

نوزادان هموفیلی بدون هیچ خطری از طریق زایمان طبیعی دنیا می‌آیند و روش سزارین فقط هنگامی مورد نیاز خواهد بود که زایمان دچار مشکلی شده باشد. در روز ششم تولید رد بعضی کشورها نمونه خون پاشنه پا جهت بررسی بیماری فنیل کتونوری صورت

می‌پذیرد ولی از آنجا که سوراخ ایجاد شده در سطح پوست بسیار کوچک است حتی رد صورت وجود هموفیلی شدید، مشکلی رخ نمی‌دهد.

هنگامی که سابقه فامیلی بیماری مثبت باشد، نحوه برخورد والدین با نوزاد مبتلا به هموفیلی وابسته به خاطرات آنها از بیمار هموفیلی موجود در خانواده خواهد بود. بنابراین می‌بایست آخرین اطلاعات و دستاوردها در اختیار آنها قرار گیرد تا آنها براساس حقایق رفتار نمایند و نه بر اساس مشاهدات خوب یا بد قدیمی خود.

چنانچه سابقه فامیلی قبلی وجود نداشته باشد، تشخیص هموفیلی در هنگام تولد داده نمی‌شود. در این حالت ممکن است در حدود یک سالگی که تحرک بچه بیشتر می‌شود، خونریزی‌های سطحی مورد توجه قرار گیرد و یا خونریزی طولانی مدت بدنیاال زخمها و پارگیهای دهانی رخ دهد. در بچه‌های طبیعی این نوع خونریزی‌های اخیر به سرعت متوقف می‌شوند اما در افراد با هموفیلی شدید به سرعت بدنیاال توقف خون ریزی مجدداً به علت غذا خوردن شروع به خونریزی می‌نماید.

از آنجا که هموفیلی نادر می‌باشد (۱ در ۱۰۰۰۰ پسر) تشخیص آن ممکن است دیر صورت پذیرد. آزمونهای انعقادی به تشخیص درست کمک می‌کند و بدنیاال آن بیمار باید به مراکز مربوطه ارجاع داده شود.

به زوجیهایی که برای اولین بار با نوزاد مبتلا به هموفیلی روبرو می‌شوند مطالب زیادی باید آموزش داده شود.

مطالبی که هنگامی که در منزل با بچه خود هستید باید مورد توجه قرار دهید:

اولین و مهمترین مطلب داشتن یک پزشک خانواده و نیز دسترسی داشتن به یک مرکز هموفیلی میباشد. پزشک خانواده در ارتباط با مرکز هموفیلی خواهد بود. همچنین والدین باید به عضویت انجمن هموفیلی درآیند. مطمئن باشید که آگاهی کامل از بیماری پسر خود دارید و نیز یک کارت که شرایط بیمار در آن توضیح داده شده است به شما داده شده باشد. آگاهی از سطح فاکتور ۸ و یا ۹ بسیار مهم می‌باشد زیرا که در درمان تاثیر گذار خواهد بود. بطور مثال چنانچه سطح فاکتور ۸ بیش از ۵٪ باشد، بیمار به جای دریافت فاکتور خونی می‌تواند تحت درمان با دسموپرسین قرارگیرد. همچنین در هنگام کودکی پزشکان بطور روتین وی را از نظر وجود فاکتور مهارکننده ۸ و یا ۹ مورد بررسی قرار می‌دهند و در صورت بروز باید در درمان تغییر صورت پذیرد.

همانند هر بچه دیگر، بیمار مبتلا به هموفیلی نیازمند یک محیط زندگی امن می‌باشد. در محیطهای شلوغ و پرتراکم در مقایسه با محیطهای وسیع، احتمال بروز آسیب بیشتر است. مسئولان مراکز هموفیلی در این جهت می‌توانند خانواده‌ها را یاری دهند. هر خانواده با یک فرزند هموفیلی باید

در منزل تلفن داشته باشد و در مواردی که خانواده از عهده هزینه تلفن بر نمی آید، مسئولان مراکز هموفیلی باید اقدام لازم را به عمل آورند.

یکی از وظایف پزشک خانواده، کنترل واکسیناسیون بچه ها می باشد. در صورت نیاز به تزریق معمولاً با توجه به حجم کم تزریق مشکلی رخ نمی دهد. توصیه می شود محل تزریق به مدت ۴-۵ دقیقه تحت فشار قرار گیرد تا از خونریزی ناخواسته جلوگیری بعمل آید. در صورت تزریق BCG برای پیشگیری از سل، نیازی به وارد کردن فشار نیست. علاوه بر واکسنهای رایج، بچه های هموفیلی باید علیه هپاتیت B نیز واکسینه شوند. اخیراً واکسن هپاتیت A نیز در دنیا نیز فراهم شده و به زودی در اختیار خانواده ها قرار می گیرد. در حال حاضر واکسنی علیه هپاتیت C موجود نیست.

به جز تزریقات مربوط به واکسیناسیون، بهتر است داروها از طریق وریدی تجویز شوند و از تزریقات عضلانی استفاده نشود. باید توجه داشت که امروزه به هیچ کودک هموفیلی نباید آسپرین داد. این مطلب در هموفیلی ها به علت اثر آسپرین بر پلاکتها بسیار مهم تر می باشد و در صورت تجویز می تواند باعث خونریزی گردد.

نحوه تغذیه بچه های هموفیلی مهم نیست هرچند که توصیه عمومی بر استفاده از شیر مادر می باشد. تخت خواب و اسباب بازیهای بچه هموفیلی با فرد سالم تفاوتی ندارد. محدودیتی در فعالیتهای تفریحی وی نباید اعمال شود. برای پوشاک وی نیز محدودیت خاصی وجود ندارد اما استفاده از کفش مناسب مهم است.

دو سؤال شایع

۱- ختنه کردن نوزاد هموفیلی باید در اتاق عمل و با در نظر گرفتن کلیه پیشگیریهای لازم صورت پذیرد و بچه و مادر وی باید چند روز در بیمارستان بستری گردند.

۲- دندان درآوردن حتی در بچه هایی با هموفیلی شدید با مشکل جدی روبرو نمی شود. هنگام افتادن دندانهای شیری نیز مشکل خاص پدید نخواهد آمد. افتادن دندانها با خونریزی بسیار خفیفی همراه است که نیازی به درمان ندارد.

۳- در بسیاری از کودکان در اثر دفع مدفوع

سفت پارگیهای کوچکی در اطراف مقعد رخ می دهد. این پارگی ها شقاق نامیده میشود و به علت دردناک بودن هنگام لجاجت مزاج باعث مشکلات زیادی برای کودکان می شود. در اطفال مبتلا به هموفیلی ممکن است خونریزی نیز روی دهد. این پارگیها با نرم کردن مدفوع مثلاً با اضافه کردن شکر یا آب میوه به راحتی درمان می شوند. گاهی از کرم ضد درد موضعی نیز استفاده می شود. معمولاً نیازی به درمان ضد هموفیلی و تجویز فاکتور نیست.

پیگیری بیماران

به غیر از مراقبتهای منظم توسط مرکز





هموفیلی، بیشتر خانواده ها در چند سال اول گاهی نیاز به مراجعه به مراکز درمانی پیدا می کنند. ضروری است جهت جلوگیری از وابستگی بیش از حد کودکان هموفیلی به مراقبت های مادری، در مراجعات آنها به مرکز پزشکی حتما پدر نیز همراه آنها باشد.

نو پایان و دوران قبل از مدرسه

کودکان برای کشف وقایع دنیای پیرامون خود به تحرک نیاز دارند و این محرکها باید در یک محیط آرام و امن و دور از تنش های خانواده فراهم گردد. کودک بطور دائم محیط اطراف خود را احساس می کند و چنانچه والدین وی به خاطر کودک مبتلا به هموفیلی در اضطراب باشند این اضطراب به آنها نیز منتقل می شود. درک بیماری زمان بر خواهد بود. سه نکته و حادثه ای که می تواند این دوران از زندگی کودک را تحت تاثیر قرار دهد عبارتند از: تصادفات، خونریزی و مراقبت بیش از حد.

تصادفات و اتفاقات

مراقبت های عمومی می بایست رعایت گردد. هنگامی که تحرک کودک افزایش می یابد خونریزی ها شروع می شوند ولی اغلب سطحی هستند و دردناک نیستند. نباید در این هنگام به بانداژ مفاصل اقدام کرد زیرا که باعث ضعف و تحلیل عضلانی می شود. لایه چربی محافظ زیر پوست از آسیب های جدی هنگام زمین خوردن کودک جلوگیری به عمل می آورد. تنها محلی که توسط این لایه محافظت نمی شود سر است و با افزایش فعالیت های بیمار هموفیلی، آسیب های سراز

نگرانی های عمده به شمار می آید. هر چند که

آسیبها و ضربه ها به سر که در طی فعالیت روزمره شایع هستند، بروز خونریزی داخل مغزی نادر است. توصیه می شود که ضربه های شدیدتر توسط پزشک مورد ارزیابی قرار گیرد زیرا که درمان اولیه مانع مشکلات بعدی می گردد. هر چند که آسیب های بسیار شدید شایع نیستند، در صورت بروز باید بیمار برای مدتی تحت نظر گرفته شود. با همه این گفته نیازی به استفاده وسایل محافظت کننده مانند کلاه محافظ و ... نیست زیرا که اولاً همان طور که گفته شد آسیب های شدید شایع نیستند و ثانياً استفاده از این گونه وسایل باعث القای تفکر معلولیت

خونریزی

معمولاً خونریزی در این سنین ناشی از افتادن بر روی زمین است. خونریزی و کبودی های سطحی شایع ترین شکل خونریزی می باشد. خراشیدگی و بریدگی های سطحی، مشکلی بیش از افراد دیگر سالم برای بیمار بوجود نمی آورد. خونریزی مفصلی در ۳ سال اول زندگی ناشایع است.

مآخذ:

www.wfh.org

در تایلند (قسمت اول)

تهیه و تنظیم: دکتر میررضا بخیرنیا، دکتر سید مهدی
روحانی طباطبائی، دکتر پیام سلطانزاده



مقدمه

تالاسمی شایع‌ترین بیماری ژنتیکی در تایلند می‌باشد. حدود ۶۰۰ هزار نفر از جمعیت ۶۰ میلیونی تایلند به تالاسمی مبتلا هستند. و تعداد ناقلان این بیماری بیش از ۲۰ میلیون نفر است. بنابراین تالاسمی یکی از مشکلات مهم بهداشتی این کشور به شمار می‌آید. پس از سال ۱۹۵۴ که اولین گزارش از تعداد زیادی بیمار تالاسمی ارائه شد، مقالات پژوهشی زیادی از کشور تایلند درباره تالاسمی ارائه شده است. در این مقاله مروری بر مشکلات مرتبط با تالاسمی و روشهای تشخیص و درمان تالاسمی در تایلند مورد بحث قرار خواهد گرفت که می‌تواند به عنوان یک الگو برای سایر کشورهای در حال توسعه مطرح باشد. در گذشته بیماری تالاسمی عمدتاً به نواحی مدیترانه، خاورمیانه به سمت آسیای جنوب و جنوب شرق محدود بود (کمربند تالاسمی) اما مهاجرت افراد، امروزه ژن‌های تالاسمی را در سراسر دنیا پراکنده است. به علاوه وضعیت جمعیت شناختی (demography) در سالهای اخیر تغییر زیادی کرده است، مثلاً میزان مرگ و میر در خردسالی با کنترل عفونت‌ها و بهبود تغذیه کاهش یافته است. به همین خاطر نوزادان مبتلا به بیماری‌های ژنتیک شدید مثل تالاسمی زنده می‌مانند و نیاز به درمان اختلال خونی خود دارند. با توجه به این تغییرات، در حال حاضر تالاسمی یک مشکل بهداشتی جهانی است. آلفا-تالاسمی و بتا-تالاسمی هر دو در تایلند

شایع هستند. (جدول ۱) شیوع آلفا-تالاسمی در شهر بانکوک ۲۰٪ و در شمال تایلند ۳۰٪ می‌باشد. بتا-تالاسمی در ۳٪ تا ۹٪ جمعیت دیده می‌شود. هموگلوبینوپاتی‌ها نیز در تایلند شایع هستند. هموگلوبین E (HbE) که در آسیای جنوب شرق بسیار زیاد است. به طور شایعی در کشورهای همسایه تایلند - لاوس و کامبوج - با شیوعی در حدود ۵۰٪ تا ۶۰٪ دیده می‌شود. شیوع HbE به طور متوسط ۱۳٪ می‌باشد. میزان شیوع هموگلوبین Constant Spring بین ۱ تا ۹ درصد متغیر است. حدود ۶۰ سندرم بالینی تالاسمی وجود دارد که انواع شایع آن در کشور تایلند، هیدروپس فتالیس ناشی از هموگلوبین بارت (Bart)، بیماری HbH، بتا-تالاسمی (هموزیگوت) و بتا-تالاسمی HbE می‌باشند.

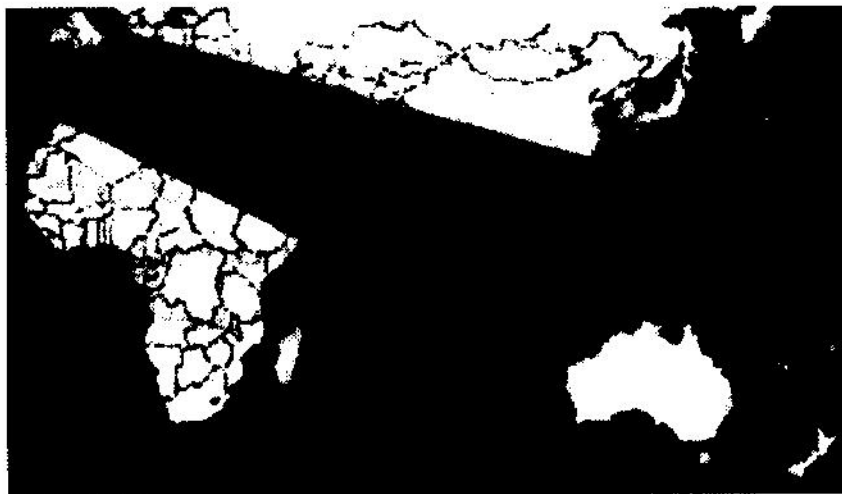
آلفا-تالاسمی: نوع هموزیگوت شدیدترین سندرم تالاسمی است. تمام جنین‌های مبتلا در رحم و یا با فاصله کوتاهی بعد از تولد فوت می‌کنند. حدود ۷۵٪ مادران جنین‌های دارای هیدروپس فتالیس دچار توکسمی حاملگی می‌شوند. در این جنین‌ها هموگلوبین بارت به همراه مقادیر اندکی هموگلوبین پورتلند (Portland Hb) دیده می‌شود. ما تجربه یک جنین هیدروپس فتالیس را که بعد از تعویض خون (blood exchange) و تزریق منظم خون بعد از آن زنده مانده داریم. این بیماری پیوند CD۳۴ از مادر خود گرفت. در حال حاضر وضعیت او خوب است و خونسازی به صورت mixed chimerism دارد.

بیماری هموگلوبین H

سندرم‌های تالاسمی شایع در تایلند

هیدروپس فتالیس ناشی از هموگلوبین بارت

این بیماری یک سندرم - آلفا-تالاسمی است که در آن مقادیر متغیری هموگلوبین H در گویچه‌های سرخ به شکل اجسام گنجیده

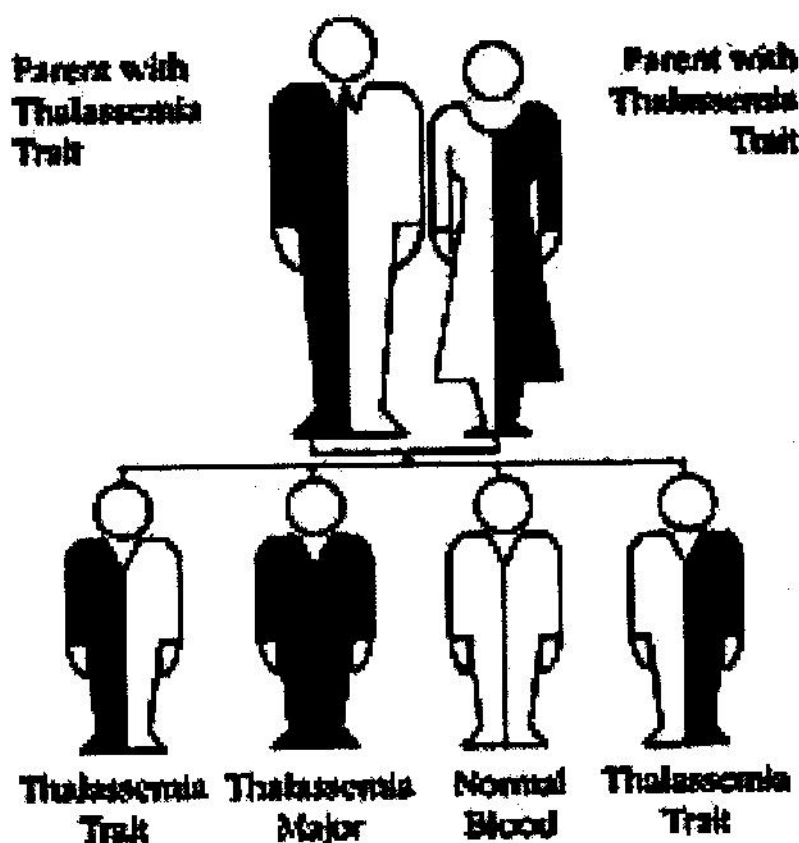


خاص

همولیز (تخریب) گویچه های سرخ یا افزایش تخریب آن توسط سیستم رتیکولو اندوتلیال می شود. پایین آوردن دمای بدن در اسرع وقت، درمان عفونت زمینه ای و تزریق خون، درمان این حملات حاد کم خونی می باشد. در ژنگون (ژنوتیپ) «آلفا - تالاسمی : spring Hb / constant» علاوه بر HbA و HbH، هموگلوبین constant spring نیز وجود دارد. این افراد معمولاً در مقایسه با بیماری هموگلوبین H کلاسیک علائم شدیدتری دارد. و در آنها غلظت هموگلوبین آنها کمتر، طحال ها بزرگتر و غلظتهای هموگلوبین بالاتر است و گویچه های سرخ بیشتری حاوی اجسام گنجیده (inclusion bodies) هستند.

بتا تالاسمی هموزیگوت

اغلب بیماران مبتلا به B - تالاسمی هموزیگوت تظاهرات تیمپیک یک سندرم تالاسمی شدید را نشان می دهند (تالاسمی ماژور) که علت این امر عدم وجود زنجیره B - گلوبین می باشد. شروع بیماری معمولاً در سال اول زندگی است. تزریق خون های متعدد و منظم و نیز درمان با عوامل فلز گیر (chelator) صورت نگیرد معمولاً بیمار دچار علائم بسیار شدید و نهایتاً مرگ در اثر نارسایی قلب یا عفونتهای شدید در سن زیر ۱۰ سال خواهد شد. بیمارانی که مقادیر قابل اندازه گیر از HbA و HbF دارند. ممکن است دچار B - تالاسمی هموزیگوت و یا مخلوطی از B - تالاسمی و B - تالاسمی باشند. اغلب این بیماران با نمای تالاسمی ایترمدیا مراجعه می کنند. علائم بالینی این گروه خفیف تر است که نشان دهنده کاهش نسبتاً خفیف در میزان زنجیره بتا - گلوبین می باشد.



نیست. بزرگی کبد و طحال ممکن است وجود نداشته باشد یا خیلی مختصر باشد. چهرگون (فئوتیپ) هموگلوبین این بیماری AH است و HbH حدود ۵٪ تا ۱۵٪ کل هموگلوبین این افراد را تشکیل می دهد. در این بیماران مقادیر کمی هموگلوبین بارت نیز دیده می شود. با مشاهده گنجیده های (انکلوژیون ها) متعدد داخل ۷۰٪ تا ۸۰٪ گویچه های سرخ - که با رنگ آمیزی تیلن آبی یا brilliant cresyl blue برای یک ساعت مشاهده می شود می توان این بیماری را به راحتی تشخیص داد. یکی از خصوصیات بارز این بیماری افت شدید و ناگهانی غلظت هموگلوبین (بصورت کم خونی حاد) هنگام تب است. ظاهراً علت این امر رسوب HbH در گویچه های سرخ به علت اثر مستقیم تب یا مواد اکسیدان تولید شده هنگام عفونت ها می باشد. رسوب HbH باعث

(inclusion bodies) دیده می شود. دو ژنگون (ژنوتیپ) شایع در بیماری هموگلوبین H «آلفا تالاسمی ۱ / آلفا تالاسمی ۲» و «آلفا تالاسمی ۱ / Hb Constant Spring» می باشد که هر دو شیوعی یکسان دارند اما ژنگون دوم بیماری شدیدتری ایجاد می کند. نوزادان مبتلا در بدو تولد کمی کم خون هستند. خون بندناف حاوی ۲۵٪ هموگلوبین بارت می باشد. با توقف تولید زنجیره گاما و تولید زنجیره بتا به جای آن، تولید هموگلوبین بارت Bart's (Hb (r4 متوقف شده به جای آن هموگلوبین H (HbH (B4) تولید خواهد شد، که باعث بروز علائم بیماری هموگلوبین H می گردد.

بیماری هموگلوبین H معمولاً خفیف (mild) است. بیماران کم خونی مختصر و کمی زردی دارند. رشد جسمی معمولاً طبیعی است و ظاهر بیماران مثل بیماران بتا - تالاسمی ماژور

زنگ تحقیق

مجله علمی و تحقیقاتی (تاسیس ۱۳۷۲)

۱۱ شماره دوم بهار ۱۳۹۱

ارزیابی فراوانی کمبود دو عنصر مس و روی

و تاثیر آن بر رشد و نمو و تراکم استخوانی

بیماران تالاسمی مزمن فاز ۲-۳ ساله شهر

تهران در سالهای ۱۳۷۹-۸۰

پایان کار

دکتر سید محمود طباطبائی

استاد دانشگاه و معاون آموزشی و پژوهشی بنیاد

با همکاری:

دکتر میرزا یکتا

دکتر علیرضا عبدالله شمشیرباز

دکتر محمد کامگار



به یادمان
آید که
نوع پدیده

درصد از بیماران دارای سطح سرمی پایین تر از حد طبیعی بودند که از این تعداد ۴۰/۲٪ در گروه کمبود شدید قرار گرفتند.

بین سطوح سرمی مس و روی بیماران همبستگی معنی دار آماری مشاهده شد.

($r=0/3$ ، $p=0/001$) سطح سرمی

مس در دختران به نحوه معنی داری ($p=0/009$) بیشتر از پسران بود. متوسط

سطح سرمی روی نیز در دختران بیشتر بود ($p=0/001$) در کسانی که کاهش شدید

سطح روی داشتند، تراکم استخوانی مهره‌های کمری به نحو ارزشمندی کمتر از

گروه نرمال بود ($P=0/03$). بین مقادیر سرمی FSH, LH و سطح سرمی روی،

ارتباط معنی داری وجود داشت (به ترتیب $R=0/017$ و $P=0/007$) به نحوی

که در بیماران با سطح سرمی روی طبیعی، مقادیر این هورمون‌ها بالاتر بود.

شاخص توده بدنی (BMI) همبستگی

ارزشمندی با سطح سرمی روی داشت

($r=0/18$ و $p=0/04$)

نتیجه گیری

با توجه به کاهش شدید سطح سرمی دو عنصر مس و روی در بیماران تالاسمی ماژور و تاثیری که این کمبود می تواند بر رشد و نمو و سلامت بیماران داشته باشد. اندازه گیری وضعیت این دو عنصر در

انتخاب شدند. پس از بررسی فاکتورهای دموگرافیک، قد و وزن، سوابق بیماری تالاسمی و سوابق بیماری‌های مرتبط با کاهش رشد و نمو و تراکم استخوان و معاینات بالینی از قبیل تعیین مرحله رشد و بلوغ بر اساس مارشال - تانر، وضعیت تغذیه بیماران مورد بررسی قرار گرفت.

نمونه خون جهت تست های هورمونی، بیوشیمی و هماتولوژی از بیماران گرفته شد. سطح سرمی مس و روی بوسیله روش (Flame Atomic Absorption)

در واحد میکروگرم بر دسی لیتر اندازه گیری شد. در بررسی پلاسمایی روی مقادیر

۷۰-۱۵۰ mcg/dl طبیعی و مقادیر ۴۵-۶۵ mcg/dl و کمتر از

۴۵-۵۰ mcg/dl به ترتیب بعنوان کمبود خفیف و شدید در نظر گرفته شدند. در مورد

سطح پلاسمایی مس در جنس مذکر مقادیر ۷۰-۱۴۰ mcg/dl و در جنس مونث

مقادیر ۸۰-۱۵۵ mcg/dl نرمال در نظر گرفته شدند. تراکم استخوان بیماران

بوسیله روش DEXA در استخوانهای ستون فقرات (L۱-L۴) و قسمت های

مختلف فمور بر اساس سن و جنس و بلوغ جوشد.

یافته ها

سطح سرمی مس در ۷۲ درصد از بیماران کمتر از حد طبیعی بود. درمورد روی ۸۴/۸

مطالعه موردی

بیماری تالاسمی ماژور یک نوع کم خونی شدید ارثی می باشد که بعلت نقص در تولید هموگلوبین بوجود می آید. با توجه به مراقبت های دقیقی که به خصوص در سالهای اخیر برای این بیماران انجام میشود، زندگی طولانی برای آنها ممکن است ولی از طرف دیگر مشکلاتی مانند اختلالات رشد و بلوغ و هم چنین تراکم استخوان، بیشتر خود را نشان می دهند. یکی از علل احتمالی کاهش رشد و نمو و تاخیر بلوغ و احتمالاً کاهش تراکم استخوانی، کمبود عناصر کرمیاب (trace elements) و از جمله دو عنصر مس (Cu) و روی (Zn) می باشد. این عناصر به میزان کم در بدن وجود دارند ولی نقش عمده ای در حفظ سلامت ایفا می کنند. در کشور ایران بعلت ماهیت آب و خاک، شیوع کمبود این دو عنصر کاملاً مشهود است و مشخص کردن آن در بیماران تالاسمی ماژور می تواند راه را برای ارائه راهکارهای درمانی از جمله تغییر الگوهای تغذیه ای و مصرف مکمل های غذایی هموار کند.

مواد و روشها

تعداد ۱۳۲ بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور در گروه سنی ۲۰-۱۰ ساله ساکن شهر تهران

۱۹-۱۱ میکرومول بر لیتر معادل با ۷۰-۱۵۰ میکروگرم بر دسی لیتر طبیعی در نظر گرفته میشود. در کمبود خفیف این عدد به ۱۰-۷ میکرومول بر لیتر معادل با ۶۵-۴۵/۵ میکروگرم بر دسی لیتر و در کمبود شدید به زیر ۷ میکرومول بر لیتر معادل با کمتر از ۴۵/۵ میکروگرم بر دسی لیتر خواهد رسید. لازم به ذکر است که سطح سرمی روی حدود ۱۵-۱۰٪ از سطح پلاسمایی آن بالاتر است (۴).

در کشور ما نیز بعلت ماهیت آب و خاک، شیوع کمبود روی بالا است، بطوری که میتوان براساس یافته های قبلی به تخمین حدود ۵۰٪ کمبود روی در جمعیت کشورمان پی برد (۱). با توجه به نقش کلیدی عنصر روی بر حدود ۱۱۰ واکنش متابولیزم بدن و نیز تأثیری که این عنصر در رشد، بلوغ افراد سالم و نیز در بیماران تالاسمی مازور دارد بر آن شدیم تا فراوانی کمبود روی را در بیماران تالاسمی مازور ۱۰-۲۰ ساله شهر تهران که در واقع گروه در حال رشد و نمو هستند، مورد بررسی قرار دهیم. بدیهی است که بیماران تالاسمی مازور از الگوی تغذیه ای مشابه سایر افراد بهره مند هستند و ثابت کردن فرضیه فوق می تواند راه را برای درمان این نقیصه باز کند. از طرف دیگر عنصر مس (Cu) در بسیاری از آنزیمهای بدن وجود دارد (۳). گر چه در فرانس های کشورهای توسعه یافته منابع این عنصر نیز در رژیم غذایی را در دسترس قرار داده اند ولی با توجه به الگوی تغذیه در کشورمان احتمال کمبود این عنصر وجود دارد. نقش Cu در تولید

بررسی کمبود دو عنصر مس و روی در بیماران تالاسمی مازور در سنین نوجوانی ضروری به نظر می رسد. یکی از علل کاهش رشد و نمو و نیز اختلالات بلوغ و احتمالاً تراکم استخوان در این بیماران کمبود احتمالی عنصر Zn می باشد (۵). کمبود روی یکی از اختلالات شایع trace elements در جوامع مختلف میباشد. عنصر روی یکی از عناصر کمیاب بدن انسان می باشد که بصورت نرمال به میزان ۳-۱/۵ گرم در کل بدن بالغین وجود دارد. میزان دریافت معمول روی ۵-۳/۵ میلی گرم روزانه میباشد. Zn بوسیله متالو تیرنین که در کبد ساخته میشود، حمل می گردد و بوسیله ادرار و نیز از راه دستگاه گوارش دفع می گردد. جذب روی از راه دستگاه گوارش می باشد و در مواقعی مثل حاملگی و یا صرف کورتیکو استروئیدها افزایش می یابد، بر عکس با مصرف همزمان فیتاتها، فسفاتها، آهن، مس، سرب، کلسیم کاهش میابد. کاهش مصرف روی باعث افزایش جذب آن و کاهش دفع مدفوعی می گردد. کاهش خفیف روی باعث اختلال ترمیم زخم ها، اسهال، درماتیت اطراف منافذ بدن و نیز اندامها و اختلالات رفتاری می شود. متأسفانه هیچ فاکتور دقیقی برای سنجش وضعیت روی بدن وجود ندارد تا بتوان در مطالعات معمول از آن استفاده کرد. به نظر می رسد که تغذیه ناکافی، جذب ناقص، دفع زیاد و اختلالات متابولسم روی (آکرودرماتیت انتروپاتیکا) از علل اصلی کاهش روی در بدن می باشند (۳). در بررسی میزان پلاسمایی روی در

بیماران به نظر منطقی می رسد. تغییر در رژیم غذایی، دادن مکمل های خوراکی و درمان دقیق و منظم بیماری از راههای بهبود وضعیت مس و روی بیماران می باشند. انجام دادن مطالعات تکمیلی راهی است برای پیدا کردن ارتباطات دقیق تر و کشف تازه های بیشتر.

کلمات کلیدی

تالاسمی مازور، سطح سرمی روی، سطح سرمی مس

بیماری تالاسمی مازور یک نوع کم خونی شدید ارثی می باشد که بعلت نقص در تولید هموگلوبین بوجود می آید. حدوداً ۲۰/۰۰۰ فرد مبتلا به تالاسمی مازور در کشورمان وجود دارد. بیمار مبتلا به تالاسمی مازور از سال اول تولد باید تحت تزریق های مکرر و منظم خون و هم چنین درمان با داروهای فلز گیر (دسفرال و مشابه) قرار گیرد.

با توجه به مراقبت های دقیقی که به خصوص در سالهای اخیر برای بیماران تالاسمی مازور انجام میشود، خوشبختانه این بیماران در حال حاضر می توانند زندگی طولانی و موفق داشته باشند ولی از طرف دیگر گروهی از عوارض این بیماری که تا کنون مشکلات عمده ای به حساب نمی آمدند هم اکنون در زمره عوارض مهم این بیماری بوده و توجه خاصی را طلب می کنند. از جمله این عوارض می توان به اختلالات رشد و بلوغ و هم چنین اختلالات تراکم استخوان اشاره کرد. با توجه به مطالعات و نتایج تحقیقات پیرامون این موضوعات،

نتایج

نمونه مورد بررسی شامل ۱۳۲ بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور بود که ۵۱/۵ درصد آنان را پسران (۶۸ نفر) و ۴۸/۵ درصد بقیه (۶۴ نفر) را دختران تشکیل می دادند. سن بیماران بین ۱۰ تا ۲۰ سال و دارای متوسط ($-/+0.5$) ۱۵/۳ سال بود. شاخص توده بدنی (BMI) در بیماران مورد بررسی، به طور متوسط ($-/+0.6$) ۱۷/۷ کیلوگرم بر متر مربع بود.

متوسط مس سرم در مجموعه بیماران ($-/+3.9$) ۶۵/۱ میکروگرم در دسی لیتر بود که بین حداقل ۱۵/۳ تا حداکثر ۱۹۹/۰ میکروگرم در دسی لیتر تغییر می کرد. سطح سرمی مس در ۷۲ درصد از بیماران کمتر از حد طبیعی در ۲۸ درصد بقیه در حد طبیعی بود.

سطح سرمی روی بطور متوسط ($-/+4.0$) ۵۴/۶ میکروگرم در دسی لیتر بود. حداقل مقدار مشاهده شده روی در بیماران، ۱/۶ و حداکثر ۱۵۱/۴ (Meq/dl) بود ۸۴/۸ درصد از بیماران دارای روی سرمی کمتر از حد طبیعی و ۱۵/۲ درصد دارای سطح سرمی طبیعی یا بالاتر از حد طبیعی بودند (تنها در یک بیمار سطح سرمی روی بیش از حد طبیعی بود). حدود ۴۴/۷ درصد از بیماران دچار کمبود شدید و ۴۰/۲ دچار کمبود خفیف روی بودند. بین سطوح سرمی روی و مس بیماران، همبستگی آماری معنی داری مشاهده شد ($r=0.3$ و $p=0.001$).

میانگین Cu/Zn Ratio (نسبت به روی

بیماران با استفاده از پرسشنامه food frequency استخراج شد.

نمونه خون از بیماران برای انجام تست های هورمونی (تستوسترون در پسران و استروژن و پروسترون در دختران، Igfl, PRL, FSH, LH)، بیوشیمی (Ca, P, ALK, P) و ماتو لوزی (CBC, Ferritin) گرفته شد. سطح سرمی دو عنصر مس و روی بوسیله روش Atomic Absorption (flame) در واحد میکروگرم بر دسی لیتر اندازه گیری شد.

جهت بیماران Bone densitometry به روش Dual X-ray Absorptiometry (DEXA) و بوسیله دستگاه LUNAR DPXMD#7164 انجام شد. وضعیت تراکم استخوان های ستون فقرات ($L2-L1$) و قسمت های مختلف استخوان فمور (گردن، تنه، تروکانتر بزرگ و مثلث WARD) بر حسب گرم بر سانتی متر مربع اندازه گیری شد. (t score) های جور شده بر اساس سن و جنس که از مطالعه دیگری بر روی افراد نرمال گروه سنی ۲۰-۱۰ ساله ساکن تهران بدست آمده بود، به ترتیب زیر تعیین گردید:

مقادیر کمتر از $SD 5/2$ (اوستوپروز و مقادیر بین $SD 5/2-1$ معادل اوستوپنی در نظر گرفته شد. قد و وزن بیماران بوسیله جداول موجود بصورت صدک مربوطه در آمد و جهت تعیین وضعیت رشد بیماران در کنار مراحل بلوغ، مورد استفاده قرار گرفت.

اطلاعات وارد رایانه شد و بوسیله نرم افزار Chi square ANOVA، و به کمک روش های Chi square ANOVA، مورد آنالیز آماری قرار گرفت.

گلبولهای قرمز و هموگلوبین شناخته شده است (۸). و کمبود مس از جمله علل آنمی میکروستیک می باشد، هم چنین با توجه به نقش این عنصر در رشد ونمو و تراکم استخوان در کنار سایر نقش های که در بدن دارد، بر آن شدیم تا به اندازه گیری این عنصر در بیماران تالاسمی ماژور شهر تهران اقدام نمائیم. گرچه همواره پیرامون کمبود این دو عنصر در بیماران تالاسمی ماژور بحث و اختلاف نظر وجود داشته است، همانطور که خواهید دید بر آینه کلی مطالعات موافق با وجود اثرات کمبود این دو عنصر می باشد. اگر بتوان این موضوع را در بیماران ایرانی به اثبات رساند، می توان. برنامه درمانی قابل ارائه تهیه نمود تا برای بیماران و مسئولین امور درمانی مورد بهره گیری قرار گیرند.

مواد و روش ها

تعداد ۱۳۲ بیمار مبتلا به تالاسمی ماژور در گروه سنی ۲۰-۱۰ ساله که جهت طی مراحل درمانی خود (دریافت خون و دسفرال) به مراکز درمانی شهر تهران (بیمارستان علی اصغر، شهدا، مرکز درمانی سوده، درمانگاه تالاسمی) مراجعه می کردند بصورت اتفاقی انتخاب شدند. کلیه بیماران از نظر فاکتورهای دموگرافیک، سوابق بیماری تالاسمی (مدت وزمان شروع دریافت خون و فلز گیرها (دسفرال))، سوابق بیماریهای مرتبط با کاهش تراکم استخوان و وضعیت رشد و بلوغ (مارشال - تائر) مورد بررسی قرار گرفتند. وضعیت تغذیه بیماران با توجه به منابع غذایی دو عنصر مس و روی مورد بررسی قرار گرفت و میزان مس و روی دریافتی روزانه

سرم) در بیماران، $(+0.6/-1.7)$ به دست آمد که بین حداقل 0.2 تا 40.3 قرار داشت. جدول ۱ طول مدت بیماری (سن) مدت زمان دریافت خون و تعداد دفعات دریافت خون در سال گذشته و مدت دریافت دسفرال را بر اساس سطح سرمی مس و روی آنان نشان می‌دهد.

بین پسران و دختران از نظر کاتیونهای مس و روی سرم تفاوت معنی داری وجود داشت: سطح سرمی مس در دختران به طور متوسط $(-1.6/+7.6)$ 10.2 میکروگرم در دسی لیتر بیش از پسران بود ($p=0.009$) اما نسبت کمبود مس سرم در دختران

68.3 درصد و در پسران 75.4 درصد به دست آمد که تفاوت آماری معنی داری نداشت. متوسط سطح سرمی مس و روی در دختران، $(-1.8/+7.8)$ 19.0 میکروگرم در دسی لیتر بیشتر از پسران بود ($p=0.001$)، نسبت کمبود روی سرم در دختران و پسران به ترتیب 75.0 و 94.1 درصد بود که تفاوت آماری معنی داری را نشان داد ($p=0.002$).

تراکم استخوانی فمور و مهره های کمری در بیماران مبتلا به کمبود مس و سایرین تفاوت معنی داری نداشت (جدول ۲). تراکم استخوانی فمور در بیمارانی که دارای سطوح مختلف روی بودند تفاوت معنی داری نداشت ولی تراکم استخوانی مهره های کمری بر حسب سطوح سرمی روی تفاوت معنی داری را نشان داد ($P=0.03$).

ارتباط پروفایل هماتولوژیک بیماران با سطوح سرمی مس و روی مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۳). غلظت هموگلوبین و تعداد گلبولهای قرمز در بیمارانی که سطح سرمی مس کاهش یافته داشتند، بالاتر از افراد دارای

سطح سرمی نرمال بود. هموگلوبین در بیمارانی که سطح سرمی روی آنها کاهش داشت پایین تر از سایرین بود هر چند که اختلاف آنها از نظر آماری ارزشمند نبود.

وضعیت هورمون بیماران نیز بر اساس سطح سرمی مس و روی آنها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاصله در جدول ۴ دیده میشود اختلاف پرولاکتین، پروژسترون، FSH, LH, E2 در گروه دارای مس پایین تر از حد طبیعی و سایرین یکسان بود در مورد روی سطح سرمی LH و FSH در گروهی که از نظر سطح سرمی روی طبیعی بودند به نحو معنی داری بالاتر از سایر بیماران بود ولی در مورد سایر هورمونها اختلاف ارزشمندی مشاهده نشد.

سطوح سرمی مس و روی همبستگی ارزشمندی با اندازه بیضه (Gonadal size) در پسران و اندازه پستان (Breast size) در دختران نداشتند: معذک سطح سرمی روی در دختران بیماری که اندازه پستانی B4 داشتند به نحو معنی داری کمتر از سایر دختران بود. قد، وزن، بیماران، ارتباط معنی داری با سطوح سرمی مس و روی آنان نداشت: شاخص توده بدنی (BMI) همبستگی

ارزشمندی با سطح سرمی روی داشت ($r=0.18$ و $p=0.04$) ولی با سطح سرمی مس بی ارتباط بود.

بحث و نتیجه گیری

با توجه مطالعاتی که در کشور مان صورت گرفته است حدود نیمی از افراد در سنین مدرسه مبتلا به کمبود روی می باشند. شیوع قابل ملاحظه کمبود روی بین دانش آموزان به خاطر رشد در دوران بلوغ و عدم کفایت دریافت مواد مغذی و انرژی، آنها را آسیب پذیر ساخته و در معرض خطر کمبود روی قرار می دهد. (۱) نتایج حاصل از مطالعه ما شاهد کمبود حدود 84.8 درصد در سطوح سرمی روی و 72 درصد در سطوح سرمی مس بود.

کاهش این دو عنصر در بیماران تالاسمی ماژور همواره مورد بحث بوده و کمبود روی بعنوان یکی از عوامل اختلال و تاخیر رشد و بلوغ این بیماران مطرح بوده است (۵) از طرف دیگر کمبود این دو عنصر در بیماران اوستئوپوروتیک نیز مورد توجه بوده است (۶) و نشان داده شده که دریافت مس و روی تکمیلی می تواند باعث بهبود وضعیت تراکم استخوان

جدول ۱ - طول مدت بیماری و درمان ترانسفوزیون بیماران بر اساس سطوح سرمی مس و روی در آنها

	سطح سرمی مس			سطح سرمی روی		
	کاهش یافته	طبیعی	P value	کاهش شدید	کاهش خفیف	طبیعی
مدت بیماری (سن)	15.2	15.4	0.78	14.9	15.6	15.3
	0.3	0.5		0.4	0.4	0.7
مدت دریافت خون	12.8	13.3	0.49	12.1	13.6	13.3
	0.4	1.2		0.6	0.5	1
دفعات دریافت خون	16	17	0.03	16.2	16	17.2
	0.6	0.8		0.7	0.8	1
مدت دریافت دسفرال	10	10.4	0.52	9.4	10.2	12
	0.4	0.6		0.5	0.4	0.9

جدول ۲- سطح سرمی مس و روی بیماران براساس وضعیت تراکم استخوانی مهرهای کمری (L1-L2) و فمورال

	مس سرم			روی سرم		
	کاهش یافته	طبیعی	P value	کاهش شدید	کاهش خفیف	طبیعی
تراکم مهرهای کمری	۰/۷۳	۰/۷۱	۰/۶۵	۰/۶۹	۰/۷۴	۰/۷۸
تراکم استخوانی فمورال	۰/۸۲	۰/۸	۰/۲۷	۰/۸۱	۰/۸۲	۰/۴۵۵

سرمی روی در بیماران که دسفرال دریافت نکرده اند در مقایسه با گروهی که تحت درمان با دسفرال بوده اند، پایین تر است. (۱۰). این مطلب را بوسیله ارتباط مستقیم و معنی دار بین مدت دریافت دسفرال و سطح سرمی روی ثابت کردیم. از طرفی نشان دادیم که هر چه قدر دفعات دریافت خون در سال بیشتر باشد، سطح سرمی مس نیز افزایش می یابد. با توجه به نظرات متفاوتی که در این موارد خاص دیده میشود و با توجه به اینکه نقش تزریق مکرر و منظم خون و دریافت مداوم دسفرال یا فلزگیرهای مشابه، همیشه مورد تاکید است، می توان به بیماران پیشنهاد داد که تحت درمان منظم و دقیق قرار داشته باشند و در صورت نیاز اقدام به بهینه کردن وضعیت تغذیه بیماران کرد و حتی آنها را تحت درمان با مکمل های غذایی حاوی مس و روی قرار داد.

روی می توان به ارتباط معنی دار بین BMI (Body Mass Index) و سطح سرمی روی اشاره کرد. و اما در بیماران تالاسمی ماژور چه عواملی باعث کاهش سطح سرمی مس و روی میشود. نشان داده شده است که میانگین سطح

در ناحیه کمری شود (۷). در مطالعه ما هم بین کمبود شدید عنصری روی و کاهش تراکم استخوان ارتباط معنی داری وجود دارد که می تواند دال بر تاثیر سطح سرمی عناصر کمیاب بر تراکم استخوان در بیماری تالاسمی ماژور می باشد.

جدول ۳- آزمونهای هماتولوژیک بیماران براساس سطح سرمی مس و روی

	مس			روی		
	کاهش یافته	طبیعی	P value	کاهش شدید	کاهش خفیف	طبیعی
گلبولهای قرمز خون	$3/9 \times 10^6$	$3/6 \times 10^6$	۰/۰۱	$3/9 \times 10^6$	$3/8 \times 10^6$	4×10^6
گلبولهای سفید خون	13×10^3	$14/5 \times 10^3$	۰/۹۳	$15/4 \times 10^3$	$15/6 \times 10^3$	$11/1 \times 10^3$
هموگلوبین	۱۰/۸	۳۷۵۳۰	۰/۰۴	۱۰/۳	۱۰/۵	۱۱/۳
میانگین حجم سلولی (MCV)	۸۲/۴	۳۰۴۰۷	۰/۴۱	۸۲	۸۳/۳	۸۳/۳
میانگین هموگلوبین سلول (MCH)	۲۷	۴۶۴۴۷	۰/۴۶	۲۶/۸	۲۷/۱	۲۷/۷
پلاکت	۴۴۶۱۰۰	۴۷۰۰۶۰	۰/۸۷	۴۷۰۹۲۰	۴۵۲۷۰۰	۴۲۶۳۳۰
میانگین غلظت هموگلوبین سلول (MCHC)	۳۲/۸	۱۱۸۷۱	۰/۸۵	۳۲/۷	۳۲/۷	۳۳/۴

سطوح سرمی روی در مطالعات دیگر نیز پایین گزارش شده بود (۸). ولی با توجه به اینکه حتی در برخی از مطالعات، مقادیر مس و روی بیماران تالاسمی افزایش یافته هم گزارش شده است (۹)، کاهش بسیار شدید سطوح سرمی این دو عنصر در بیماران کشورمان را می توان به در صد بالای کمبود این دو عنصر در افراد نرمال و پایه جامعه نسبت داد. از نظر تاثیر روی بر بلوغ ارتباط معنی داری که در مطالعه ما بدست آمد، ارتباط بین سطح سرمی FSH، LH با سطح سرمی روی بود. شاید بتوان اینگونه نظر داد که با بهبود وضعیت روی بیماران، سطح FSH، LH در سنین رشد و بلوغ بهبود می یابد و باعث بهبود وضعیت بلوغ می گردد. در تایید ارتباط بین رشد افراد با سطح سرمی

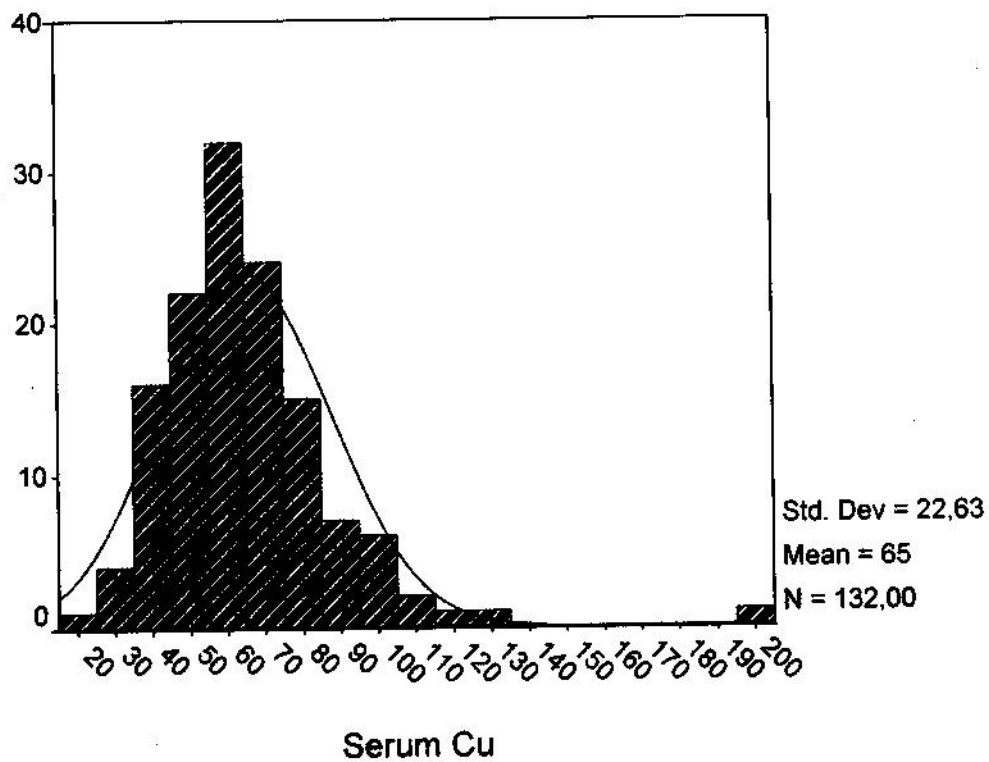


Fig 1. Distribution of serum copper among thalassemic patients

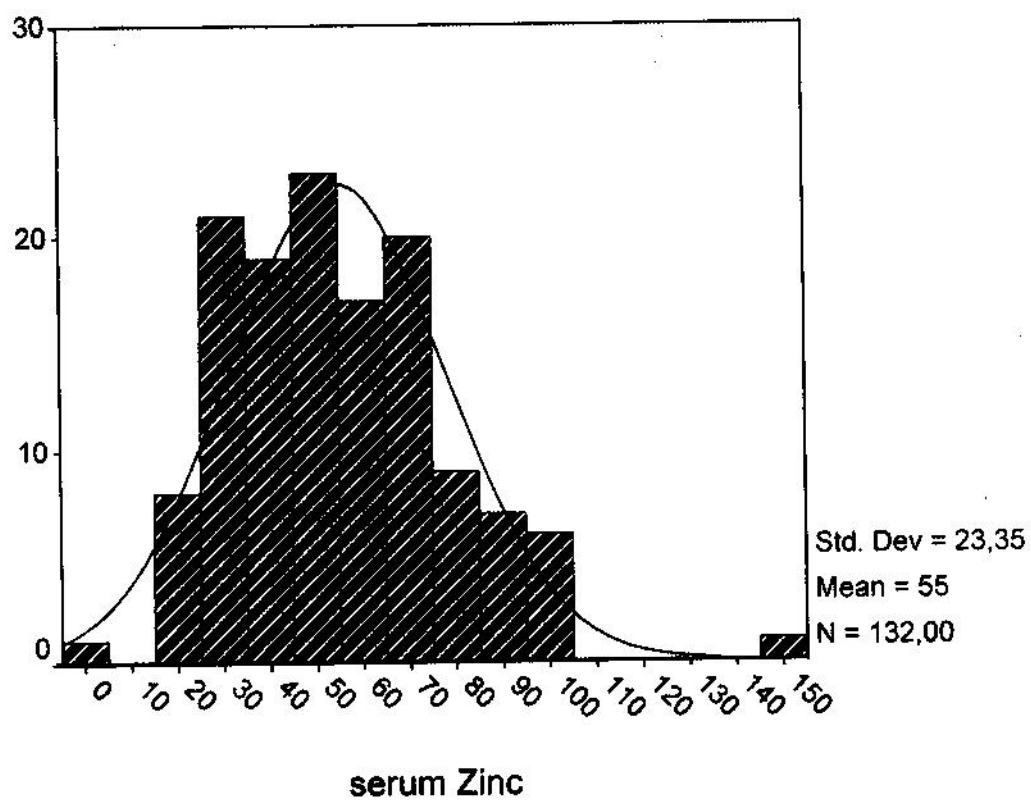


Fig 2. Distribution of serum zinc among thalassemic patients

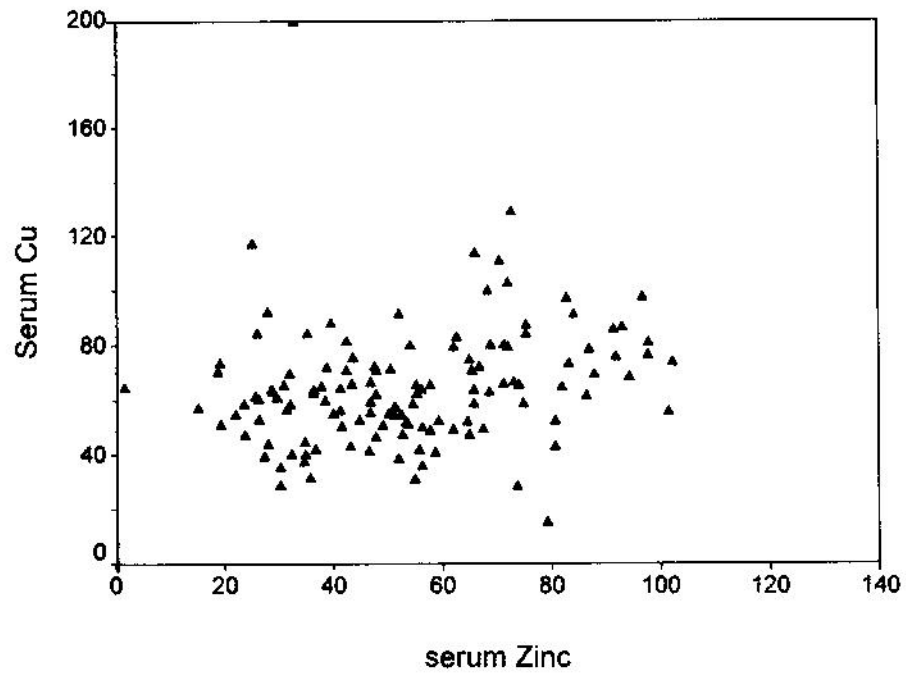


Fig 3. Correlaion of serum copper and zinc among thalassemic patients

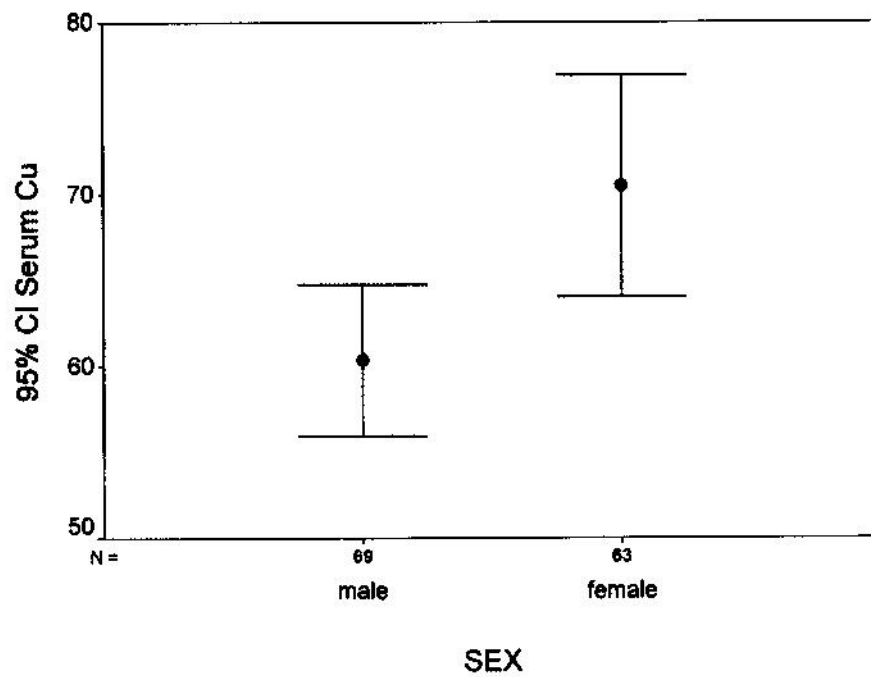


Fig 4. Comparison of serum copper between male & femthale patients

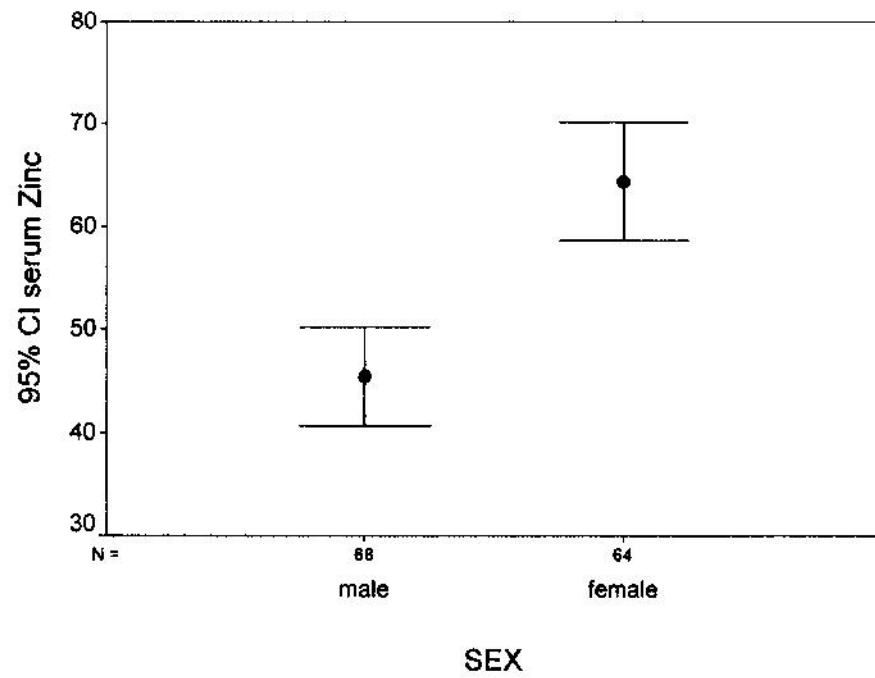


Fig 5. Comparison of serum zinc between male & female patients

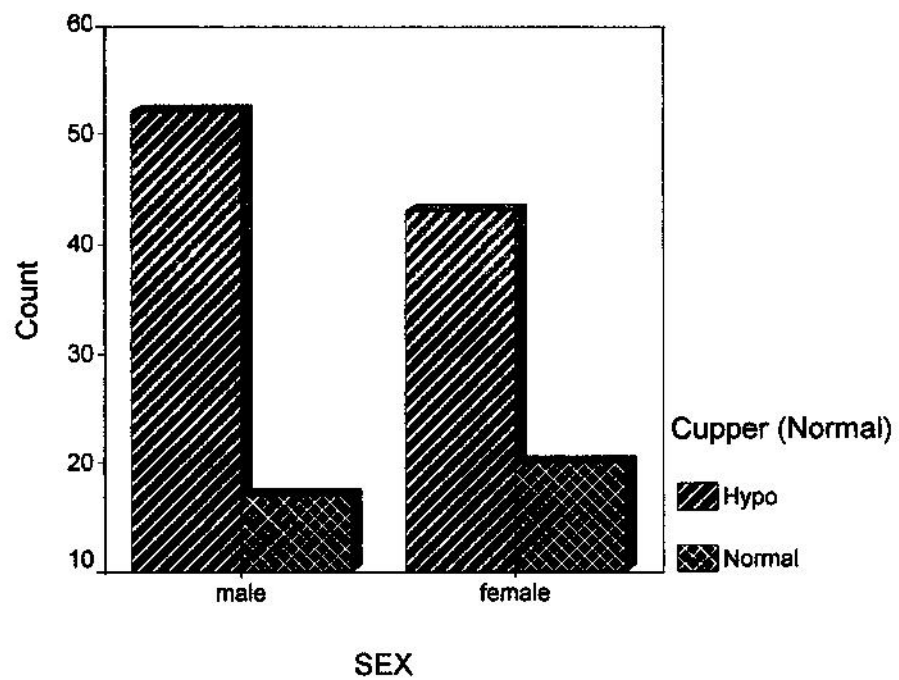


Fig 6. Proportion of serum copper deficiency according to gender

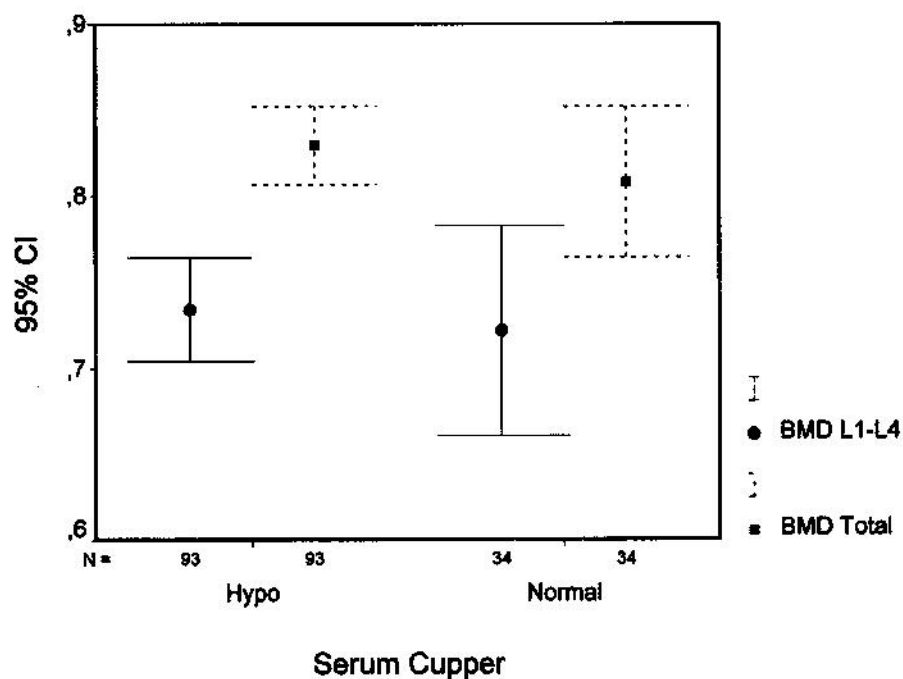


Fig 8. Comparison of BMD according to serum copper

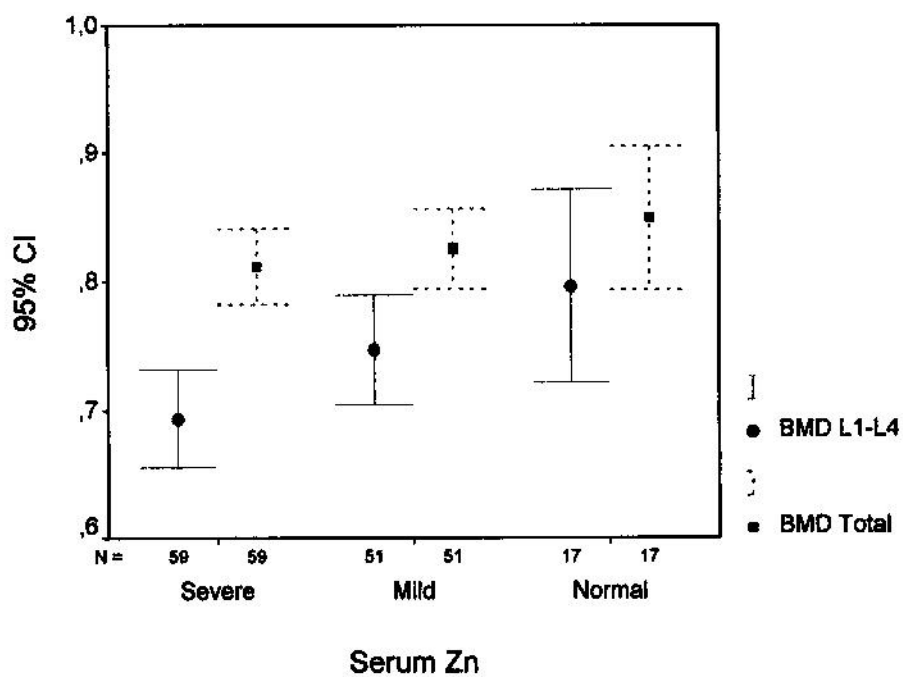


Fig 9. Comparison of BMD according to serum zinc level

خاص

REFERENCES:

۱- محمودی، محمد رضا؛ کیمیاگر، سید محمود؛ ولایی، ناصر؛ غفاریور، معصومه، شیوع کمبود روی دانش آموزان مدارس راهنمایی شهر تهران. پژوهشکده: فصلنامه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بهار ۱۳۷۸ صفحات ۶۸-۶۱

2- Casey CE, Walraven PA: Trace elements. In Tsang RC, Nicholas BL(eds): Nutrition during infancy. Philadelphia, Hanely and Belfus, 1988, 190-215

3-William O. Robertson. Chronic poisoning: Trace Metals and Others. In: Goldman, Bennet, eds. Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia: W.B. Saunders 2000 pp: 73-75

4- Smith, J.C, Jr, Butrimovitz, G.P and pardy, W.C.: Direct masurment of Zinc in plasma by atomic absorption spectroscopy. Clin. Chem, 25:1487, 1979.

5- Theodoradis C, Ladis V, Papatheodorou A, et al. Growth and management of short stature in thalassemia major. J Pediatr Endocrinol Metab 1998; 11 suppl 3: 835-44

6- Saltman PD, Staue LG. The role of trace minerals in osteoporosis. J Am Coll Nutr 1993 Aug;12 (4): 384-9

7- Okano T. Effects of essential trace elements on bone turnover in relation to osteoporosis. Nippon Rinsho 1996 Jan; 54 (1): 148-54

8- Kajanachumpol S, Tatu T, Sasanakul W, et al. Zinc and Copper status of thalassemic children. Southeast Asian J Trop Med public Health 1997 Dec; 28(4): 877-80

9- Bashir NA. Serum Zinc and Copper levels in sickle cell anemia and beta-thalassemia in North Jordan. Ann Trop Paediatr 1995 Dec; 15

10- Aydinoc Y, Coker C, Kavkli K, et al. Urinary Zinc excretion and Zinc status of patients with beta-thalassemia major. Biol Trace Elem Res 1999 Nov; 70(2): 165-72

Zinc and Copper Deficiency and Their Effects on Growth and Bone Mineral Density in 10-20 year old Thalassemic patients in Tehran; 2001-2002

Tabatabaie SM, MD; Bekheirnia MR, MD; Shamshirsaz AA, MD; Kamgar M, MD

Charity Foundation for Special Diseases

Introduction: New therapeutic methods have increased both survival and the frequency of some thalassemia complications, including growth retardation, delayed puberty and bone mineral density disturbances.

Trace elements deficiency has been considered a cause for these disturbances. According to previous studies, zinc and copper deficiencies are prevalent in Iran normal population, and this study is to determine serum Zinc and Copper profiles and their effects in Iranian thalassemic patients.

Methods & Materials: One hundred thirty-two 10-20 year old thalassemic patients were studied. Serum zinc and copper level were measured by atomic absorption spectrophotometry. serum zinc level of 80-155 mcg/dl, copper level of 80-150mcg/dl in males and 85-160 mcg/dl in females have been considered as normal. Complete blood count and hormonal status of patients were checked. Bone mass densitometry was done by Dual X-ray absorptiometry. Patients were matched according to their age, sex, puberty and height and weight percentiles.

Results: Copper deficiency was seen in 72 percent of our patients. Zinc deficiency prevalence was 84.8 percent, of whom 44.7 percent were severely deficient and 40.2 percent mildly deficient. There was a significant correlation between serum Zinc and Copper levels ($p = .0001$). Mean serum zinc and copper level was higher in girls than in boys ($p < .001$, $p = .009$). L1-L4 BMD of patients was significantly lower in severe zinc deficiency ($p = .038$). FSH and LH serum level were higher in patients with normal zinc status ($p = .03$). The more the frequency of blood transfusion, the better was serum copper level ($p = .03$). A direct correlation was found between serum zinc level and duration of chelation therapy ($p = .008$). Body Mass Index was significantly correlated with serum zinc level ($p = .04$, $r = .18$).

Conclusion: Low level of serum zinc and copper in thalassemia major and the above-mentioned effects signify the importance of their measurement in patients. Dietary modification, oral supplementation and regular treatment with blood transfusion and chelation therapy with Desferal seem to improve zinc and copper profiles. It is recommended that some clinical trials assess the effects of such interventions.

Keywords: Thalassemia major, Serum level of zinc, Serum level of copper

نورثی بر چگونه زیستن یک زن متعالی

خطر و بیماری و مرگ و قبال وحشی می گذراند و شب و روز در جوانی و کمال پیری، درباره امواجی که از شاخک های مورچه فرستاده می شود و شاخک های دیگر آن امواج را می گیرند، کار می کند و چون عمر را به پایان می برد، دخترش کار و فکر او را دنبال می کند و نسل دوم زن اروپایی در سن ۵۰ سالگی، به فرانسه باز می گردد و در دانشگاه می گوید: من سخن گفتن مورچه را کشف کرده ام و بعضی از علائم مکالمه او را یافته ام.

حق نداریم مادام «گواشن» را بشناسیم که تمام عمر را صرف کرد تا ریشه افکار و مسائل فلسفی حکمت بوعلی و ابن رشد و ملاصدرا و حاجی ملاهادی سبزواری را در فلسفه یونان و آثار ارسطو و دیگران پیدا کرد و با هم مقایسه نمود و آنچه را حکمای ما از آنها گرفته اند نشان داد و آنچه را بد فهمیده اند و بد ترجمه کرده اند در طی هزاران سال تمدن اسلامی تصحیح نمود. حق نداریم مادام «دولایدا»ی ایتالیایی را بشناسیم که یک کارش تصحیح و تکمیل کتاب نفسا نیات بوعلی سینا است از روی نسخه متن رساله نفس ارسطو در زبان یونانی قدیم ... حق نداریم مادام «کوری» را بشناسیم که کاشف کوانتوم و رادیواکتیویته است یا «زراراس دولاشاپل» را که بیش از همه علمای اسلام و حتی همه شیعیان و کباده کشان فعلی ولایت علی و مدعیان معارف علوی، او، یک دختر زیبای آزاد و مرفه سوئدی نژاد، با دوری از جو فرهنگی اسلام

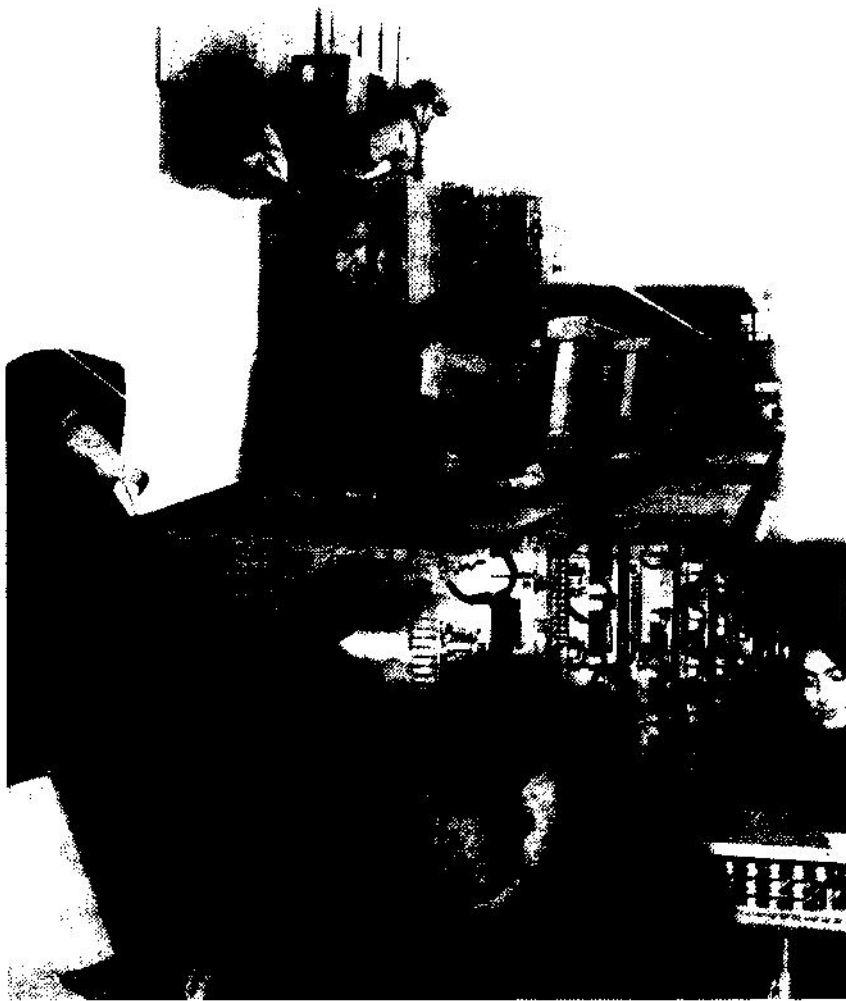
و اروپایی مآب که تازه شروع به رشد و تکثیر کرده است، و یکی هم چهره فاطمه علیه سلام. و زنان فاطمه وار که هیچ شباهت و وجه مشترکی با چهره ای به نام زن سنتی ندارد. سیمایی که از زن سنتی در ذهن افراد وفادار به مذهب در جامعه ما تصویر شده است با سیمای فاطمه (ع) همان قدر دور و بیگانه است که چهره زن مدرن»

«این زن سوم، زنی است که می خواهد انتخاب کند، زنی است که نه چهره مورثی را می پذیرد و نه چهره تحمیلی صادراتی پست ترین و پلیدترین دشمنان انسانیت را، هر دو را آگاه است و هر دو را هم می داند. آنکه به نام سنت تحمیل می شد و در جریان آن به وراثت می رسید، مربوط به اسلام نیست. مربوط به سنتهای دوره پدر سالاریست و حتی آنچه امروز از غرب می آید، نه علم است، نه بشریت است، نه آزادی است، نه انسانیت است و نه مبتنی بر حرمت زن است. مبتنی بر حيله های پست قدرتهای پست انحرافی و تخریرکننده بورژوازی است.»

«فقط برخی از زنهای اروپایی هستند که ما حق شناختشان را داریم و باید همیشه همان ها را بشناسیم، آنهایی را که فیلمها و مجله ها و رمان های جنسی نویسندگان را به ما نشان می دهند و به عنوان تیپ کلی زن اروپایی به ما می شناسانند حق نداریم آن دختر اروپایی را بشناسیم که از ۱۶ سالگی به صحرای نوبی، به آفریقا، به صحرای الجزایر و استرالیا می رود و تمام عمرش را در آن محیط های وحشت و

در این شماره به ذکر چکیده ای از نظریات دکتر علی شریعتی در ارتباط با چگونه باید بودن یک زن متعالی معاصر با همه تهدیدها و مشکلات امروزش می پردازیم، باشد که سر مشقی برای دختران امروز و مادران فردای این مرز و بوم گردد.

دکتر شریعتی در کتاب ارزنده «فاطمه، فاطمه است» ضمن آنکه حضرت زهرا (س) را اسوه حسنه و الگوی کامل برای پیروی زنان مسلمان معرفی می کند، بحثهای جالب و دقیق نیز درباره تیپ های گوناگون زن در جوامع کنونی دنیای اسلام - از جمله ایران - دارد. او هم در این کتاب و هم در دیگر آثارش، بویژه رساله: «اقبال معمار تجدید بنای تفکر اسلامی» با محکوم کردن تجمل پرستی با لحنی طنزآمیز لغزشگاههای زنان را در روزگار حاضر نشان می دهد و از آنان که وابسته به تیپ به اصطلاح «علیه عالیله متجمله» هستند کمبودهای درونی و شخصیت خود را با زرق و برقهای صوری و پناه بردن به زیورآلات گرانبها ترمیم می کنند و خوشتن را با مواد آرایشی، به شکل مجسمه هایی رنگ آمیزی شده در می آورند؛ همچنین از زنان سنتی بیسواد امل که تیپ مقابل زنان تحصیل کرده متجدد فرهنگی مآب هستند، به شدت انتقاد می کند و در کتاب «زن» در مبحث چگونه بودن زن مسلمان، نظر خود را درباره زنان موجود در جوامع امروز اسلامی چنین بیان می دارد: «در جامعه و فرهنگ اسلامی، سه چهره از زن داریم، یکی زن سنتی و مقدس مآب، یکی چهره زن متجدد



و زمینه تربیتی و اعتقادی شیعی، از آغاز جوانی، زندگیش را وقف شناخت آن روحی کرد که در اسلام مجهول مانده و پی بردن به مردی که در زیر کینه های دشمن و حيله های منافق و مدح و ثنا های شاعرانه و بی معنای دوست، پنهان شده است، درست ترین خطوط سیمای علی (ع)، لطیف ترین موج های روح و ابعاد احساس و بلندترین پرش های اندیشه او را یافت و رنج ها و تنهائیه ها و شکست ها و هراس ها و نیازهای او را برای نخستین بار احساس کرد و نه تنها علی و احد و بدر و حنین، که علی محراب و شب و چاه های پیرامون مدینه را نیز پیدا و نهج البلاغه او را که مسلمانان تنها منتخبات ادبی آن گردآوری کرده اند - این دخت کافر جهنمی، آنچه علی به قلم آورده است، پراکنده در این کتاب و آن دفتر و یا بیشتر نسخه های خطی پنهان اینجا و آنجا، همه را گرد آورد و خواند و ترجمه و تفسیر کرد و زیباترین و عمیق ترین نوشته هایی را که درباره کسی از یک قلم جاری شده است، درباره علی نوشت و اکنون چهل و دو سال است که لحظه ای، سر از اندیشه و تأمل و کار و تحقیق و شناخت او بر نگرفته است. حق نداریم که «آنجلی» دختر آمریکایی یا دختر ایرلندی را که دو ملت اسیر، چه میگویم؟ همه مردم آزاده جهان و تمام بشریت مجروح و محکوم تبعیض و ستم و استثمار چشم به آنان دوخت اند بشناسیم و بدانیم که زن فرنگی نه یک عروسک بازیچه دون ها و برده پول و تجمل و جواهر، و کنیز مدرنی که تا وقتی بکار است و برای مرد مطرح است که قابل توجه و تمتع هوسبازان و شهوت رانان باشد و بعد از آن دوران،

ماشینی است که اسقاط شده است، بلکه تا آنجا پیش رفته که تجسم ایده آل یک ملت و مظهر نجات و غرور و افتخار یک نژاد شده است.»

«ما حق نداریم دوشیزه «مشین» را بشناسیم که در اشغال پاریس بوسیله نازیها از سنگر نهضت مقاومت فرانسه ضربه هایی چنان کاری بر ارتش هیتلری زد که دوباره غایبان به مرگ محکوم شد و با اینکه خود یهودی است، انسان بودن و آزادی را در اوجی می فهمد که اکنون در صف فدائیان فلسطینی، علیه صهیونیسم می جنگد! ما حق نداریم مادام «توئیگی» را بشناسیم، به نام آخرین مظهر ایده ال زن متمدن غرب،

ملکه جهان در سال ۷۱ را و در کنارش برجسته ترین زنان نماینده زن اروپا، ژاکلین اوناسیس، که با پول همه چیز را معامله می کند و ملکه موناکو و زنان هفت تیرکش پیرامون جیمزباند را. یعنی همین ها که گوشت های قربانی دستگاه های تولید اروپایی اند همین اسباب بازی ها و عروسک کوکی های سرمایه داری و کنیزان تمدن جدید برای سر بندی خواجه های جدید را. اینها را ما ایرانیها حق داریم بعنوان زن متمدن اروپایی بشناسیم. یک بار ندیدیم که از دانشگاه کمبریج یا سوربن یا هاروارد عکسی بردارند و بگویند که دختران دانشجو چگونه می آیند و چگونه

می روند، چگونه در کتابخانه ها بر روی نسخه های قرن ۱۴ و ۱۵ و الواحی که از ۲۵۰۰ تا ۳۰۰۰ سال پیش در چین پیدا شده، یا روی نسخه ای از قرآن، یک نسخه ای از کتب خطی لاتین و یونانی و میخی و سانسکریت از صبح تا شب خم می شوند، بی آنکه تکانی بخورند و چشم به این سو و آن سو بدوانند و تا کتابدار را نمی گیرند و عذرشان را نمی خواهند، سرشان از روی کتاب برداشته نمی شود.»

«آری! زنان ما نباید این زنان را بشناسند زیرا حق ندارند خانم میش ها و دولایدها را زن روز یا زن متمدن اروپایی تلقی کنند و تقلید. آنها فقط دو انتخاب بیشتر ندارند: یا قربانی استعمار کهنه ماندن یا قربانی استحمار نو شدن. مذهب؟ زن سفره! تمدن؟ زن بار! تمام»

«اگر این با تمام وجودش می گرید و نام فاطمه و یاد زینب آتش در استخوانش می زند و اگر بداند که می ارزد و بکار می آید، عاشقانه جانش را می بخشد، اما این دو را نمی شناسد و یک جمله از سخنانش را نمی داند و یک شرح حالشان نخوانده است و فاطمه را فقط کنار در خانه اش، در لحظه ای که در به پهلویش می خورد به یاد می آورد و زینب را در ساعتی که از خیمه به سراغ شهیدی بیرون می پرد و فقط از صبح عاشورا تا ظهر عاشورا از او خبر دارد و از عصر عاشورا دیگر برای همیشه گمش می کند و درست از روز یکه کار زینب و رسالت بزرگش - که وارث حسین است - آغاز می شود، آگاهی او از زینب پایان می یابد، مقصر کیست؟»

«در جنگ صفین، یکی از بزرگترین عوامل تایید و تشویق روحیات مجاهدانی که در زیر پرچم علی میجنگد زنان هستند که با

شعر و نثر و خطابه ها و سخنرانیها مهیج مجاهدان صف علی را به جهاد تحریک می کنند، این نقش زن است بعد از همه اینها یکی از همین زنها را تعقیب کردند و بردند به دربار دمشق معاویه او را احضار کرد یکی از آنها بی بود که در صفین پس از غلبه بر دشمن در تایید شیعیان علی خطبه های بسیار شور انگیز و عمیق در تهییج شیعیان علی و درکوبیدن دشمن و باند معاویه می خواند. معاویه گفت که تو گذشته خیلی پر گناهی داری و خیلی جرم داری.

- گفت: خدا تو را بیامرزد، از گذشته در

گذر. - گفت: تو میدانی که هر خونی در صفین از ما به شمشیر یاران علی ریخته شد تو هم در آن دست داری؟ - گفت: خدا ترا مژده خیر دهد. «مamusلمانیم، زن جامعه ای است که روح و سرمایه اش را از اسلام گرفته است و زنی که در این جامعه میخواهد خودش باشد و خودش را بسازد و یک بار دیگر متولد شود و در این تولد جدید، خود مامای خود باشد نه ساخته وراثت و نه پرداخته تقلید، نمی تواند از اسلام بی نیاز و نسبت به آن بی تفاوت بماند.»



«شهریار را تو به شمشیر قلم

هیچ آفاق نماندست که تسخیر نکردی

شهریار ملک سخن معاصر، سید محمد حسین بهجت تبریزی متخلص به «شهریار»، فرزند حاج میرآقا خشکابی، از وکلای درجه اول تبریز، در سال ۱۲۵۸ هـ.ش در تبریز متولد شد. ایام کودکی اش مصادف با انقلاب مشروطه و درگیریهای ستارخان و باقر خان با حکومت استبدادی وقت بود. لذا شهریار بیشتر دوران کودکی خود را در روستای سنگول آباد و تیش قورشان در نزدیکی خشکتاب گذراند. محیط بکر طبیعت آنجا بعدها الهام بخش او در آفرینش شاهکار ادبی و اجتماعی خود یعنی «حیدر بابا سلام» شد.

از همان دوران کودکی پدرش او را با قرآن و گلستان و سخنان خواجه شیراز آشنا ساخت و از آن به بعد بود که شهریار دیوان خواجه را تا پایان عمر همراه خود داشت و دنباله رو و مرید او شد. بطوریکه بسیاری از اشعار او بر پایه شعر حافظ بنا شده و آهنگ حافظ گونه ای را در ذهن تداعی می کند و بی جهت نیست که او را حافظ ثانی قلمداد می کنند اما شهریار، حافظ را استاد خود قلمداد می کند و با احترام و تکریم غیر قابل وصفی از او یاد می کند و شعر حافظ را قابل مقایسه، هیچ شعری نمی داند. شعر «خدا حافظ، حافظ»، که هنگام وداع از شیراز و آرامگاه یار سروده، خود مؤید این مطلب است:

«به تودیع تو جان می خواهد از تن جدا حافظ

به جان کندن وداعت می کنم حافظ، خدا حافظ

من از اول که با خوناب اشک دل وضو کردم

نماز عشق را هم با تو کردم اقتدا حافظ

به شعری کز تو در آغاز عشق کودکی خواندم

به گوش جان هنوزم از خدا آید ندا حافظ

به روی سنگ قبر تو نهادم سینه ای سنگین

دو دل با هم سخن گفتند بی صوت و صدا حافظ

تو عشق پاکی و پیوند حسن جاودان داری

نه حسنت انتها دارد، نه عشقت ابتدا حافظ

سخن را گر همه یک جمله دستوری انگاریم

تو و سعدی خبر بودی و باقی مبتدا حافظ

مگر دل می کنم از تو بیا مهمان به ره انداز

که با حسرت وداعت می کنم حافظ خدا حافظ،

در مورد تخلص شهریار خود استاد می فرمود: «تقألی به حافظ کردم

تا تخلص بگیرم وقتی خواجه را باز کردم، بار اول این مصراع آمد:

«غم غریبی غربت چو بر نمی تابم

به شهر خود روم و شهریار خود باشم»

ماهها کتمان می کردم و خجالت می کشیدم که در اشعار خود از

تخلص شهریار استفاده کنم.

گدای خواجه بودم، در ازل خود شهریار خواند

چه جای آنکه شیرازم بخواند حافظ ثانی

در این چند خط قصد ستایش ندارم بلکه خود اشعار استاد که از دل

پاک او بر آمده است و سوز دل عاشق اوست، لاجرم در دل عاشقان و

دوستداران شعر و غزل خواهد نشست.

او برای ادبیات شیرین ایران، همچون فرهاد عاشق بود که عشق،

او را وادار به کوه کنی با قلم شعر و احساس کرد و صدای تیشه شعر او

در بیستون ادبیات فارسی زنده و جاوید است.

خواندن اشعار زمانی زیباتر می شود و در دلها نفوذ می کند که

انگیزه شاعر و شأن نزول این اشعار را بدانیم. حقیقت اشعار را در یابیم

و پرده های رویایی و افسانه ای را، هر چند که ممکن است بسیار زیبا

باشد، کنار بزنیم و سوز دل شاعر را در زمان سرودن شعرش لمس کنیم.

آری زمانیکه بدانیم حافظ در چه حال و هوایی و چه دردی، اینچنین

سوزناک فریاد می کشید «درد عشقی کشیده ام که مپرس»، و دردش

را بی درمان می دانست «درد ما نیست درمان الغیاث»، مطمئناً لمس

شعر او برای ما سهل تر یا آسان تر خواهد شد.

من نیز سعی خواهم کرد که در اینجا به چند مورد از شأن نزول و

جاری شدن شعر، اشاره کنم:

از شهریار سخن گفتن و از شهریار سخن نراندن، جفایی نا

بخشودنی در حق اوست، که انگیزه بسیاری از اشعار او همین عشق

زمینی او بود که مطمئناً در همه کس و همه جا، اگر درست بنا گذارده

شود راهی میان بر و کوتاهتر برای رسیدن به عشقی آسمانی و خدایی



((شهریار)) آمده با کوکبه گوهر اشک

به گدایی تو ای شاهد طنز امشب،
همینکه آواز به گوش پری می رسد می خواهد که از همان جا پرواز
کند و در آغوش معشوق آرام بگیرد که با خواهش و التماس شهریار
منصرف می شود.

روزها به همین منوال می گذشت و شهریار جوان قصه ما روزهای
خوشی را در دانشکده طب و در کنار پری خود سپری می کرد و بیشتر اوقات
فراغت خود را در باغ مصفا و دوست داشتنی بهجت آباد با هم می گذراندند.
به همین دلیل نیز در بسیاری از اشعار شهریار خاطرات تلخ و شیرینی از این
باغ نقل شده است و بعدها شهریار هم با سرودن قصیده ((یاد کوی بهجت
آباد)) دین خود را نسبت به این باغ ادا کرد و آنرا جاودانه ساخت:

((دوستان گویی خزان رفته به کوی بهجت آباد

پای من دیگر نمی آید بسوی بهجت آباد
خاطرات اینجا به جای خاموشی سخن گویند بامن
ای فغان از این سکوت قصه گوی بهجت آباد
اواخر دانشکده طب بود که در این روزها پری خواسته یا نا خواسته
کمتر به دیدار شهریار می آمد چرا که پدر پری که یک سرهنگ ارتشی
بود دیگر با این وصلت موافق نیست و شخص دیگری را برای او در
نظر می گیرد ((پدرت گوهر خود را به زر و سیم فروخت
پدر عشق بسوز که در آمد پدرم
عشق و آزردگی و حسن و جوانی و هنر
عجبا هیچ نیرزد که سیم و زر))

خواهد بود که شهریار به زیبایی این مسیر را طی کرده بود.

آغاز ماجرای عاشقی شهریار به همان سالهای ابتدایی تحصیل در
مدرسه دارالفنون یعنی سال ۱۳۰۲ باز میگردد که شهریار ما به دام
غزالی گریز پای و پری چهره بنام ((ثریا)) گرفتار می آید. شهریار در
اشعارش ثریا را با نام پری مخاطب دل خود قرار می دهد.
پری و شهریار در آغاز آشنایی، دلدادۀ هم بودند و جدایی و فراق
برایشان غیر قابل تصور و دور از ذهن بود. پدر و مادر پری نیز به
شهریار علاقه مند بودند. و با توجه به حسن و شہوتی که شهریار جوان،
در این دوران درمیان قشرهای مختلف مردم بدست آورده بود، با ازدواج
این دانشجوی مدرسه طب با فرزندشان داشتند.

در همان سالها بود که خانواده پری برای دوری از گرمای تهران
به بیلاق می روند و شهریار بعلت درگیری با امتحانات از همراهی آنها
باز می ماند و تنها با نواختن سه تار، با چشمانی که اشک آنرا به دریایی
طوفان زده مبدل ساخته بود، به بدرقه از آنها می پردازد. (شهریار
موسیقی را از دوست عزیز و استاد بزرگ موسیقی ایران ابوالحسن صبا
آموخته بود و آنرا به پری نیز آموخته بود.)

پس از چند روز شهریار چنان از دوری پری تاب تحمل خود را از
دست می دهد که دوستانش نگران او میشوند و جملگی به نزد رئیس
مدرسه دارالفنون می روند و پس از شرح عاشقی او، مرخصی چند روزه
ای را برای او میگیرند و شهریار عازم دیار دوست می شود.

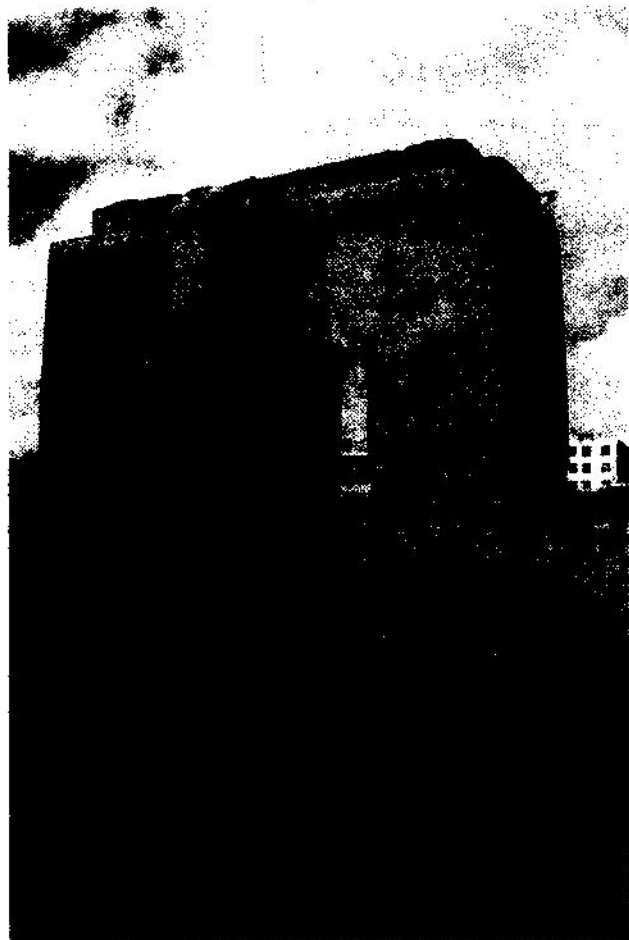
شب هنگام خسته و کوفته به خانه معشوق می رسد و می بیند که
پری در تاریکی شب، جلوی پنجره نشسته است و سه تار عشق در
آغوش و آموخته های شهریار را می نوازد. و چشمه طبع او را می جوشاند
و این را فی البداهه در همان جا می سراید:

((باز کن نغمه سازی از آن ساز امشب

تاکنی عقدۀ اشک از دل من باز امشب
ساز در دست تو سوز دل ما می گوید
من هم از دست تو دارم گله چون ساز امشب
زیر هر پرده ساز تو هزاران راز است
بیم آن است که از پرده فتد راز امشب
گلبن نازی و در پای تو با دست نیاز
می کنم دامن مقصود پر از ناز امشب
کرد شوق چمن وصل تو ای مایه ناز
بلبل طبع مرا قافیه پرداز امشب

نازینا ما به ناز تو جوانی داده ایم
دیگر اکنون با جوانان ناز کن با ما چرا
شور فرهادم پیرشش سر به زیر افکنده بود
ای لب شیرین جواب تلخ سر بالا چرا
ای شب هجران که یکدم در تو چشم من نخفت
این قدر با بخت خواب آلود من لا چرا
شهریار ا بی حبیب خود نمی کردی سفر

این سفر راه قیامت می روی تنها چرا؟
پری با قلبی محزون و پر از ندامت، گذشته حسرت بار خود را برای
او تعریف می کند و در حالیکه اشک در چشمانش حلقه زده بود خدا را
شاهد بر بی گناهی خود می گیرد و زور را سبب دوری آنها می
داند و تمایل خود را برای ازدواج با شهریار ابراز می دارد اما شهریار پس
از لختی تحمل جواب رد به این وصلت نا بهنگام می دهد و سر انجام
پری با دلی افسرده و پراز حسرت از او جدا می شود. گویی زمین و
زمان دست به توطئه ای بزرگ دست زده بودند تا این جدایی حاصل شود
و اگر حاصل نمی شد، شاید شهریار به این درجه اعتبار و شهریاری



آری شهریار پری خود را از دست می دهد و آنرا در آغوش تیمور
تاش وزیر مستبد دربار رضاخانی می بیند.
شهریار با آن طبع حساس و شکننده خود وقتی که عرصه را اینچنین
بر تنگ می بیند، مصلحت جوییها را به کناری می نهد و داد و قیل خود
را بلند می کند که به همین جرم به نیشابور تبعید می شود و در حالیکه با
دلی آزرده عازم خراسان بود با خود نجوا کان این شعر را می سازد:
«از تو بگذشتم و بگذاشتم با دگران

رفتم از کوی تو لیکن به عقب سر نگران
ما گذشتیم و گذشت آنچه تو با ما کردی
تو بمان و دگران وای به حال دگران
گل این باغ به جز حسرت و داغم نفزود
لاله رویا، تو ببخشای به خونین جگران
سهل باشد همه بگذاشتن و بگذشتن

کاین بود عاقبت کار جهان گذران
شهریار غم آوارگی و در به دری
شورها در دلم انگيخته چون نو سفران
در نیشاپور با هنرمند بزرگ کمال وال ملک آشنا می شود و از او چاره
می جوید و در همان روز است که شهریار شعر جانگداز «غروب
نیشابور» را که زبان حال خودش است می سراید.
«زی کمال الملك رفتم تا که شاید او کند

رخصت برگشت را فکری به حال این فکار
لیکن او را با دلی بشکسته تر دیدم که گفت
کل طیب ار بود باری سر نبودنش پنبه دار»
شهریار در سال ۱۳۱۴ به تهران باز می گردد. در حالیکه حال و روزی
همچون درویش ژولیده و پریشان پیدا کرده بود: دوستانش برای معالجه و
مداوایش او را در بیمارستان بستری می کنند. در همین ایام است که پری
به دیدن او می آید و شهریار که امیدی به زندگی نداشت با دیدن او گویی
جان دوباره ای می یابد و غزل و غز خود را اینچنین در آغوش پری می سراید:
«آمدی جانم به قربانت ولی حالا چرا

بی وفا حالا که من افتادم از پا چرا
نوشدارویی بعد از مرگ سهراب آمدی
سنگدل این زودتر می خواستی حالا چرا
عمر ما را مهلت امروز و فردای تو نیست
من که یک روز مهمان توام فردا چرا

فرود آورد».

و این چنین بجاست که گفته شود :

«شهریارا تو به شمشیر قلم

هیچ آفاق نماندست که تسخیر نکردی»

منابع و مآخذ

۱- دیوان استاد شهریار، محمدحسین، انتشارات زرین - نگاه

۲- گامی در راستای شهریار شناسی، ویژه نامه فروغ آزادی -

تبریز

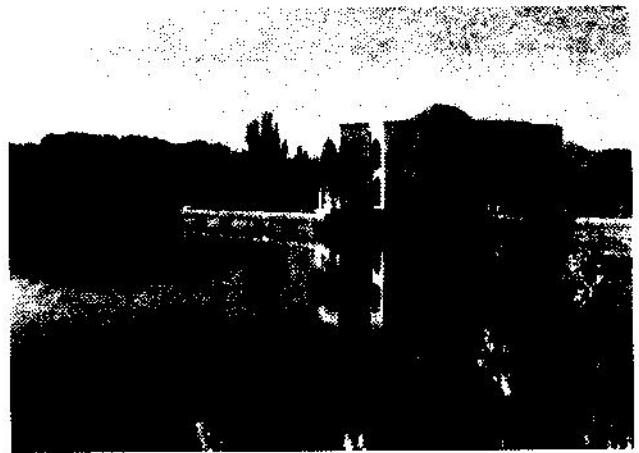
۳- دو شاعر بزرگ، مولانا و شهریار - دکتر مهدی روشن ضمیر

- انتشارات مستوفی

۴- خاطرات شهریار - دکتر بیوک نیک اندیش - انتشارات مهران

۵- آخرین سلطان عشق - ناصر پیرمحمدی - انتشارات دارال نشر

اسلام



نمی رسید خود شهریار می گوید:

«وقتی خدا بخواهد یکی را بسوی خود بکشاند هر در امیدی که
بسوی خلق باز می شود را به رویش می بندد.

از دیگر اشعار نغز و خاطرات زیبای زندگی شهریار می شود
به شعر «پیام انیشتین» او اشاره کرد. خود استاد در باره این
شعر می گوید: «وقتی نگرانی و وحشت مردم جهان را در مورد
بمب اتمی دیدم چنان منقلب شدم که گویی تمام جهان را در
آستانه نابودی دیدم. در عالمی اعلا به درگاه خداوند متوسل
شدم: «خدایا کمکم کن، پروردگارا قدرتی می خواهم که دل
آن سلطان ریاضی را نرم کنم و در همان زمان شروع به سرودن
شعر پیام اینشتین کردم»

انیشتین، یک سلام ناشناس البته می بخشی

دوان در سایه روشن های یک مهتاب خیالی

نسیم شرق می آید، شکنج طره ها افشان فشرده زیر بازو، شاخه

های نرگس و مریم از آنهایی که در سجدیه شیراز می رویند

دوان می آید و صبح سحر خواهد به سر کوبید

در خلوت سرای قصر سلطان ریاضی را ...

عده ای مامور می شوند تا این شعر را به انیشتین برسانند. ترجمه
فصیح انگلیسی شعر را در اقامتگاهش برای این نابغه عالم علم می
خوانند. قطرات اشک بر شیشه های عینک پیرمرد نمودار می شود و با
صدایی بلند فریاد می زند به دادم برسید .

دقایق بعد می خواهد که شعر بار دیگر برای او خوانده شود. این
بار با شنیدن آن به خارج از اتاقش می رود و در باغ مخصوصش قدم
می زند و گویا تا پایان عمر همچنان افسرده و مغموم باقی می ماند.
آری اینچنین است که در آنجا که عشق فرمان می دهد محال سر تسلیم

پیدا و پنهان

کاش می‌شد بوسه را زیب گریبان‌ش کنم
کاش می‌شد سرگذارم روی دوشش صبح و شام
خون دل را ریزم از چشمان خود در پای او
هدهد چشمم که دل را عاشق رویش نمود
زخم هجرانش که بر دل می‌زند آتش ز درد
جان پاک آرم به لب تا در منای کوی دوست
کعبه‌اش سکوی پرواز است هنگام عروج
یار را در بزم خود آرم در آغوش خیال
تا نیامد درد، قدر عافیت پیدا نشد
مرعشی نادیده رویش را، بشد شیدای او

دانه‌های اشک را تقدیم دامانش کنم
پنجه را در پنجه زلف پریشان‌ش کنم
بی‌نیاز از ناز خضر و آب حیوان‌ش کنم
در نظام معرفت مرغ سلیمان‌ش کنم
مرهمی آرم ز لطف دوست درمان‌ش کنم
روح اسماعیل را از صدق قربانش کنم
کی شود پرواز از سکوی میدان‌ش کنم
با غنای سفره اندیشه مهمان‌ش کنم
دل اگر وصل تو جوید عرق حرمان‌ش کنم
کاش می‌شد یار را پیدا و پنهان‌ش کنم



رضای یار

یار آن بود که صبر کند بر جفای یار
گر بر وجود عاشق صادق نهند تیغ
یار از برای نقص گرفتن طریق نیست
یاران شنیده‌ام که بیابان گرفته‌اند
من ره نمی‌برم مگر آنجا که کوی دوست
بوستان بی‌مشاهده دیوان مجاهده است
ای باد اگر بر گلشن خوبان سفر کنی
ما را ز درد عشق تو با کس حدیث نیست
هر کس میان جمعی و سعدی به گوشه‌ای

ترک رضای خویش کند در رضای یار
بیند خطای خویش و نبیند خطای یار
ما نقص خویشتن بپوشیم از برای یار
بی‌طاقت از ملامت خلق و جفای یار
من سر نمی‌برم مگر بر آنجا که پای یار
بر صد درخت گل بنشانی به جای یار
یار قدیم برسانی دعای یار
هم پیش یار گفته شود ماجرای یار
بیگانه باشد از همه خلق آشنای یار

سید حسین مرعشی
از کتاب «لطف او»

«سعدی»

خاص

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.

سرطان تخمدان

سرطان بیضه شایعترین نوع سرطان در مردان ۲۹ تا ۳۵ است و به دو دسته سمینوم و غیر سمینوم تقسیم می‌شود. در این کتابچه ضمن بررسی علل این سرطان به معرفی روشهای تشخیصی سونوگرافی، الیافنوزی و گرافی و IVP می‌پردازیم.

سرطان تخمدان

سرطان تخمدان در زنان بیشتر از بعد یائسگی دیده می‌شود. در این کتابچه ضمن بررسی علل سرطان تخمدان به معرفی روشهای تشخیصی سونوگرافی، رادیوگرافی، آ پاروسکوپی، آ پاروتومی برای این بیماری می‌پردازد در پایان روشهای جراحی و شیمی درمانی را برای بهبود این بیماریها بررسی می‌کنیم.

بیماری هوشکین

هوشکین یک نوع خاص از لنفوم با رشد غیر طبیعی سلولها در دستگاه لنفاوی است و شایعترین سن شیوع آن بین ۲۰ تا ۵۰ سالگی است بیماری هوشکین چیست؟ چگونه این بیماری کشف و درمان می‌شود؟ چگونه می‌توان زودتر به تشخیص این بیماری رسید؟ در این کتابچه به این سوالات و سوالات دیگر پاسخ داده می‌شود.

سرطان رحم

سرطان رحم با تشخیص زودرس و معالجه به موقع می‌تواند به بهبود کامل منجر شود. زنان مبتلا به سرطان گردن رحم اگر در مراحل اولیه با آزمایش معروف به پاپ تشخیص داده شوند معالجه آنها آسان است این کتابچه نشانه‌ها و عوامل مؤثر در ایجاد هر دو سرطان اندومتر و سرطان گردن رحم را توضیح می‌دهد.

سرطان پروستات

پروستات غده‌ای است به وزن تقریبی بیست گرم که در تمام مردان در زیر مثانه روی کف لگن قرار دارد و برای خروج ادرار که از مثانه شروع می‌شود از میان آن عبور می‌کند. سرطان پروستات در مردان اغلب در سنین بالا دیده می‌شود. در این کتابچه ضمن بررسی علائم سرطان پروستات و چگونگی تشخیص آن به روشهای درمانی کنونی آن می‌پردازیم.

سرطان پروستات

سرطان روده فراخ خصوصیات کلی سرطانها را داراست. تومور معمولاً از سلولهایی که بخش داخلی روده را می‌پوشانند منشأ می‌گیرد ولی در موارد دیگر ممکن است تومورهای بدخیم از بافتهای دیگر هم سرچشمه بگیرند در این کتابچه ضمن بررسی بیماریهای روده ای که باعث افزایش احتمال ابتلا به سرطان روده فراخ می‌شوند، روشهای مربوط به پیشگیری و تشخیص در مراحل اولیه را مد نظر قرار می‌دهیم و در نهایت روشهای درمان را بررسی می‌نماییم.

سرطان پروستات

در این کتابچه بیشتر به آزمایشاتی که خود شخص می‌توان بر روی خود انجام دهد اشاره شده است و با معرفی سه روش حمام، آئینه بستر، زمانهایی را که برای این آزمایشات مناسب می‌باشد، معرفی می‌کند.

سرطان پروستات

سرطان روده فراخ خصوصیات کلی سرطانها را داراست. تومور معمولاً از سلولهایی که بخش داخلی روده را می‌پوشانند منشأ می‌گیرد ولی در موارد دیگر ممکن است تومورهای بدخیم از بافتهای دیگر هم سرچشمه بگیرند در این کتابچه ضمن بررسی بیماریهای روده ای که باعث افزایش احتمال ابتلا به سرطان روده فراخ می‌شوند، روشهای مربوط به پیشگیری و تشخیص در مراحل اولیه را مد نظر قرار می‌دهیم و در نهایت روشهای درمان را بررسی می‌نماییم.



بوتولیسم، تولارم، تب مالت، آنسفالیت و تب Q مجهز گردید.

بیشتر این سلاح ها از طریق هوا انتشار می یابند. ذرات بیماری از آمیخته در گردوغبار هوا با چشم غیرمسلح دیده نمی شوند و گاه تا بروز بیماری در انسان از وجود این عوامل آگاهی نداریم. ذرات معلق در هوا به اندازه $0.5 - 5$ میکرون به راحتی در آلوئول های ریوی فرد می نشینند. حملات بیولوژیک از طریق آب و غذای آلوده نیز صورت می گیرد. تماس پوستی و توزیع عامل بیماری از بوسیله ناقل طبیعی آن از روش های نامتداول حملات بیولوژیک هستند.

تاریخچه بکارگیری عوامل زیستی در جنگ ها به سال ۱۳۴۶ میلادی در منطقه دریای سیاه بازمی گردد. در قرن اخیر چندین کشور تلاش های وسیعی در جهت تولید و گسترش سلاح های زیستی (بیولوژیک) به عمل آوردند. در سال ۱۹۳۲ ژاپنی ها از این جنگ افزار علیه چین استفاده کردند و حداقل ۱۰ هزار چینی بدنبال ابتلا به سیاه زخم، وبا، شیگوز، حصه و طاعون به کام مرگ افتادند. ایالات متحده امریکا نیز در سال ۱۹۳۴ فعالیت های تسلیحاتی خود را در این زمینه آغاز نمود. و تا سال ۱۹۶۹ به سلاح های زیستی مولد سیاه زخم،

عامل این بیماری عفونی باکتری باسیلوس آنتراکسیس (*Bacillus anthracis*) است. این بیماری از بیماری های مشترک انسان و دام بوده که بیشتر در مشاغل مرتبط با حیوانات اهلی به چشم می خورد. بیماری دو شکل پوستی و تنفسی دارد. در شکل پوستی بدنبال ورود عامل بیماری از پوست آسیب دیده، ضایعه پوستی پدید می آید که می تواند از طریق جریان خون منتشر شده و حتی به شوک و مرگ منجر شود. میزان بروز این شکل یک درصد هزار نفر می باشد. فرم تنفسی نادر اما بسیار کشنده است. از آنجا که هاگ (اسپور) های باسیل آنتراکس قادرند سال ها بیماری زایی خود را حفظ کنند، بیماری می تواند حتی توسط محصولات دامی قدیمی نظیر پوست گوسفند و مصنوعات پشمی آلوده به باسیل آنتراکس ایجاد شود. علائم بیماری عبارتند از: زخم قرمز مایل به قهوه ای که پس از مدتی سرباز کرده و دلمه دار می شود، تب، لرز، احساس ناخوشی و بدحالی، سردرد، تهوع و استفراغ، تنگی نفس، سرفه، اختناق بینی و گلو، پنومونی (ذات الریه) و درد و سفتی مفاصل

* نشانه های تشخیصی: کشت خون

مثبت برای آنتراکس، علائم مثبت در عکس ساده، آزمایش سرم شناسی مثبت اختصاصی



سر به سمت پاها)، فلج و زجر تنفسی

عامل این بیماری عفونی باکتری
فرانسیسلا تولارنسیس (Francisella
tularensis) می باشد که در درجه اول
چونندگان را مبتلا می سازد اما می تواند از طریق
حشرات گزنده یا تماس مستقیم با حیوان آلوده
انسان را مبتلا کند. علائم این بیماری عبارتند
از: تب بال و به دنبال آن پتوفوی، التهاب پرده
پلور و عفونت سیستمیک که می تواند به
اختلال تنفس، شوک و مرگ بینجامد.



آنتراکس، کشت و بررسی CSF به نفع
آنتراکس

*** درمان :** درمان اصلی تجویز آنتی
بیوتیک هایی نظیر پنی سیلین،
سیپروفلوکساسین و داکسی سیکلین است
که باید پیش از پیدایش علائم آغاز شده و
قبل از پایان دوره درمان واکسن نیز تلقیح
گردد چرا که پس از بروز علائم صرف نظر از
درمان، فرم تنفسی سیاه زخم بسیار کشنده
است.

*** پیش آگهی :** علی رغم درمان مناسب و
مراقبت های ویژه، پنومونی و مننژیت ناشی از
سیاه زخم معمولاً به مرگ می انجامد (۹۰٪
موارد).

*** عوارض :** مننژیت خونریزی دهنده،
التهاب میان سینه (مدیاستن)، شوک، برجای
ماندن اثر زخم پوستی

*** پیشگیری :** تلقیح واکسن برای
افراد در معرض خطر (دامپزشک ها،
دامداران و سایر مشاغل مرتبط در مناطق
شایع بیماری)

یک بیماری ویروسی شدیداً واگیر که
بیراحتی از طریق هوا انتقال یافته و مرگ و میر
بالایی دارد. بدنبال برنامه جهانی واکسیناسیون
آبله، این بیماری در دهه هفتاد میلادی
ریشه کن شد. هر دو کشور آمریکا و شوروی
سابق بطور رسمی مقادیری از این ویروس
خطرناک را در آزمایشگاه های خود نگه
داشته اند. علائم این بیماری عبارتند از : تب
بالا، خستگی، سردرد حاد، کمردرد و بثور جلدی
اختصاصی

یک بیماری عفونی حاد و گاهاً کشنده
ناشی از مسمومیت با غذاها به ویژه کنسروهای
آلوده به سم بوتولینوم می باشد و علائم آن
عبارتند از : تاری دید، اختلال تکلم، اختلال
بلع، ضعف عضلانی پیشرونده پایین رونده (از

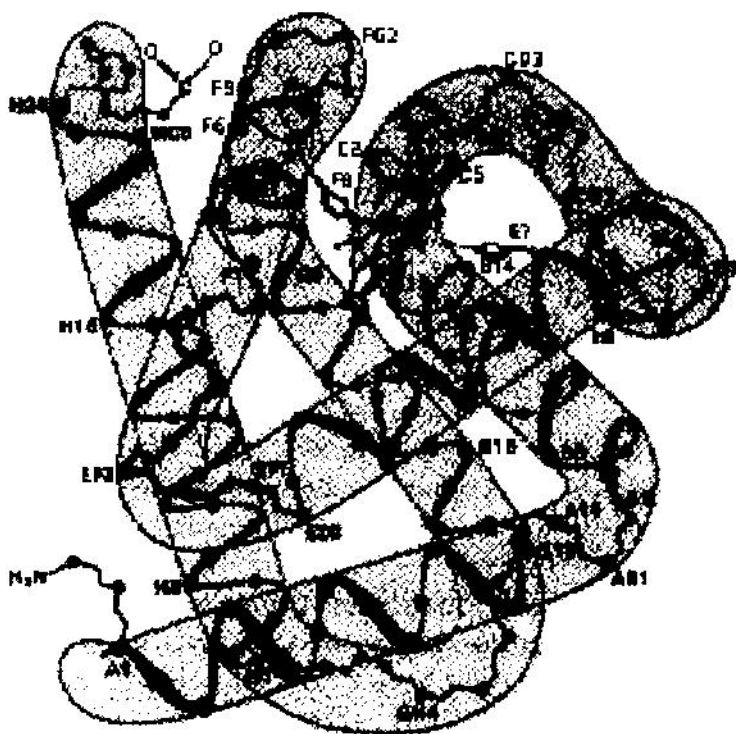


جدیدترین آماری منتشر شده است حکایت از آن دارد که در سال ۱۹۹۹ پس از بیماری های قلبی، سرطان دومین عامل مرگ و میر در اردن بوده است. چهارمین گزارش سالانه مرکز ملی سرطان برای سال ۱۹۹۹ نشان می دهد که در این سال تعداد ۳۷۹۶ مورد جدید سرطان در اردن وجود داشته که ۳۱۴۲ مورد آن مربوط به شهروندان اردنی بوده و ۶۵۴ مورد دیگر نیز مربوط به ملیت های دیگر بوده است. بر اساس ارقام سال ۱۹۹۹ بطور متوسط از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر مرد اردنی ۱۳۴ نفر و از هر ۱۰۰۰۰۰ زن اردنی نیز ۱۲۷ نفر به این بیماری مبتلا بوده اند. در جهان عرب و خارج از آن نیز باید گفت که از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر کویتی ۱۰۷ نفر مرد و از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر نیز ۱۲۷ نفر زن به سرطان مبتلا هستند و در کشور ایرلند نیز متوسط تعداد مردان و زنان مبتلا به سرطان از ۱۰۰۰۰۰ نفر بترتیب ۳۱۶ نفر و ۲۷۴ نفر می باشد.

مرکز ملی سرطان یک مرکز مبتنی بر جمعیت است که زیر نظر وزارت بهداشت کار می کند. مأموریت این مرکز تعیین دامنه مشکل سرطان در اردن و ارائه آمار در خصوص این بیماری می باشد. بسام حجاوی معاون مرکز ملی سرطان در یک کنفرانس مطبوعاتی گفت که عامل بیشتر موارد سرطان رژیم غذایی ناسالم، سیگار کشیدن و تشخیص دیر هنگام این بیماری می باشد. حجاوی گفت: «با شیوه زندگانی و رژیم غذایی سالم از یک سوم از کلی موارد سرطان می توان جلوگیری کرد و این در حالی است

که تشخیص سریع نیز می تواند یک سوم دیگر از موارد سرطان را درمان کند». بر اساس این گزارش سرطان ریه رایج ترین نوع سرطان در میان مردان می باشد که ۱۱/۲٪ از کلیه موارد سرطان را به خود اختصاص می دهد و پس از آن سرطان های مثانه و روده بزرگ قرار دارند که به ترتیب ۹/۴٪ و ۸/۷٪ از کلیه موارد سرطان را به خود اختصاص می دهند. بر اساس این گزارش رایج ترین نوع سرطان در میان زنان سرطان سینه می باشد که ۳۲/۴٪ از کل موارد سرطان را به خود اختصاص می دهد و پس از آن سرطان های روده بزرگ و خون قرار می گیرند که به ترتیب ۹/۷٪ و ۵/۹ درصد از کل موارد سرطان را به خود اختصاص می دهند.

آقای فلاح ناصر وزیر بهداشت اردن در یک گردهمایی مطبوعاتی گفت که وزارتخانه متبوع وی خدمات درمانی را به صورت رایگان در اختیار بیماران سرطانی قرار می دهد. منبع: اداره کل خاورمیانه عربی و شمال آفریقا



اهدا کنندگان

اعضا

۳۰۶۹	۴۶۶- شهره بیات	۳۰۳۹	۴۳۶- حمیدرضا جعفری قمی	۳۰۱۰	۴۰۶- ندا رسولی
۳۰۷۰	۴۶۷- لادن حاجی سید جواد	۳۰۴۰	۴۳۷- مرتضی باقری تهرانی	۳۰۱۱	۴۰۷- فاطمه نقاشیان
۳۰۷۱	۴۶۸- مریم ابراهیمی بسابی	۳۰۴۱	۴۳۸- ابوذر جعفری چاشمی	۳۰۱۲	۴۰۹- معصومه نوری احمد کندی
۳۰۷۲	۴۶۹- نیلوفر حاجی سید جواد	۳۰۴۲	۴۳۹- فاطمه شاهدهی نیا	۳۰۱۳	۴۱۰- محرم نوری احمد کندی
۳۰۷۳	۴۷۰- مینا حاجی سید جواد	۳۰۴۳	۴۴۰- صمد زنگنه	۳۰۱۴	۴۱۱- منصوره خداداد نژاد ارومیه
۳۰۷۴	۴۷۱- میمنت حاجی سید جواد	۳۰۴۴	۴۴۱- زهرا محسنی	۳۰۱۵	۴۱۲- سیده عصمت کاظمی
۳۰۷۵	۴۷۲- سید ابوالحسن ترابی	۳۰۴۵	۴۴۲- مریم اکباتانی	۳۰۱۶	۴۱۳- راحله رثوفی
۳۰۷۶	۴۷۳- بدرالسادات زینالی فرخی	۳۰۴۶	۴۴۳- مهرداد اکباتانی	۳۰۱۷	۴۱۴- حمیدرضا سلیمانزاده
۳۰۷۷	۴۷۴- بی بی وحیده بهنام هاشمیان	۳۰۴۷	۴۴۴- اعظم ساعی همدان	۳۰۱۸	۴۱۵- علی رمضانپور
۳۰۷۸	۴۷۵- فاطمه مرادی	۳۰۴۸	۴۴۵- مهدی اکباتانی	۳۰۱۹	۴۱۶- دریاییگلد کرمانشاهی
۳۰۷۹	۴۷۶- مسعود مرادی	۳۰۴۹	۴۴۶- سارا سرمدیان	۳۰۲۰	۴۱۷- مهشید عابدین خان
۳۰۸۰	۴۷۷- مهدی مشکینی	۳۰۵۰	۴۴۷- مهدی انباری	۳۰۲۱	۴۱۸- محمد حسین تودجی
۳۰۸۲	۴۷۸- بیتا مشکینی	۳۰۵۱	۴۴۸- کیومرث غلامی	۳۰۲۲	۴۱۹- محمود شواخی
۳۰۸۳	۴۷۹- آرش مهرپویان	۳۰۵۲	۴۴۹- علی قوی بنیه	۳۰۲۳	۴۲۰- آرش چاکری
۳۰۸۴	۴۸۰- بهاره مشکینی	۳۰۵۳	۴۵۰- مرضیه امیرکمالی	۳۰۲۴	۴۲۱- معصومه اصغری
۳۰۸۵	۴۸۱- عباس عباسی روح الهی	۳۰۵۴	۴۵۱- هادی بناگر	۳۰۲۵	۴۲۲- زهرا رضائی
۳۰۸۶	۴۸۲- افشین میارکیانی	۳۰۵۵	۴۵۲- محبوبه اسدی	۳۰۲۶	۴۲۳- زهرا فتح آبادی
۳۰۸۷	۴۸۳- شادی کلاهدوزان	۳۰۵۶	۴۵۳- صادق کرمی	۳۰۲۷	۴۲۴- صدیقه غیاثوند
۳۰۸۸	۴۸۴- محمد یاور	۳۰۵۷	۴۵۴- منیره قاسمی	۳۰۲۸	۴۲۵- محمد رضا علاالدین
۳۰۸۹	۴۸۵- مهدیه حق محمدی شراهی	۳۰۵۸	۴۵۵- سمیه پشتیبانی مقدم	۳۰۲۹	۴۲۶- پژمان یار
۳۰۹۰	۴۸۶- میترا کارگری	۳۰۵۹	۴۵۶- معصومه اسدی	۳۰۳۰	۴۲۷- فریدون اسلامی
۳۰۹۱	۴۸۷- بهرام دهقانی	۳۰۶۰	۴۵۷- سپیده مرادی	۳۰۳۱	۴۲۸- سمانه کمالی
۳۰۹۲	۴۸۸- ماه گل پیراسته	۳۰۶۱	۴۵۸- مریم عابدین خان	۳۰۳۲	۴۲۹- فهیمه السادات موسوی
۳۰۹۳	۴۸۹- زلیخا پیراسته	۳۰۶۲	۴۵۹- شهرام باورساد		مهیاری
۳۰۹۴	۴۹۰- نرگس نوریان	۳۰۶۳	۴۶۰- الهام بیرشد	۳۰۳۳	۴۳۰- مرضیه ضیائی رسا
۳۰۹۵	۴۹۱- مهدی برومندنیا	۳۰۶۴	۴۶۱- سامان ملکی ورکی	۳۰۳۴	۴۳۱- الهام دیانتی
۳۰۹۶	۴۹۲- مقری رفعت رسولی	۳۰۶۵	۴۶۲- فرنز خادم	۳۰۳۵	۴۳۲- کیارش ندیمانی
۳۰۹۷	۴۹۳- آمنه مشایخ	۳۰۶۶	۴۶۳- مینو عابدین خان	۳۰۳۶	۴۳۳- آرش بابائی
۳۰۹۸	۴۹۴- رضا عرشاهی	۳۰۶۷	۴۶۴- سیده زینب مظلومی	۳۰۳۷	۴۳۴- شیوا میهن
۳۰۹۹	۴۹۵- نازیلا حقیقی	۳۰۶۸	۴۶۵- مهری رحیمی	۳۰۳۸	۴۳۵- فریریز دوتاج

یاوران بنیاد

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 هلالات
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 عیدی	۷۱۱- دکتر سیروس عامری
۷۶۶- رحمت ا... نجفی	۷۳۹- دکتر هایده فیاض واقفی	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 پریچهر 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 ذکائی 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- لعبت آزادی
۷۸۰- مریم جوادی	۷۵۳- مزگان هدایتی	۷۲۶- خانم دکتر رحیمی اصل
۷۸۱- سعید طلوعی	۷۵۴- دکتر امیر حسین مینو	۷۲۷- آقای حاتمیان



گرفت. این بخش با ۱۵۰ بیمار ثابت و ۱۴۳ تخت هر روز فعالیت دارد. ضمناً ۲۷ بیمار HCV مثبت داشتند. بیماران توسط فوق تخصص قلب اطفال به طور منظم ویزیت می‌شوند.

از مشکلات بخشهای تالاسمی سطح استان کمبود خون می‌باشد که از بزرگترین مضرات استان است. در این استان فقط یک پایگاه انتقال خون در شهر بوشهر فعالیت دارد و کلیه مراکز تالاسمی سطح استان از عدم تامین بموقع خون مورد نیاز، شکایت داشتند و فقط بخش تالاسمی شهرستان دیلم بدلیل آنکه خون مورد نیاز خود را از پایگاه انتقال خون بهبهان در استان خوزستان تامین می‌نمایند، شکایتی در این خصوص نداشتند. بدیهی است که پایگاه انتقال خون بوشهر نیز نمیتواند خون مورد نیاز

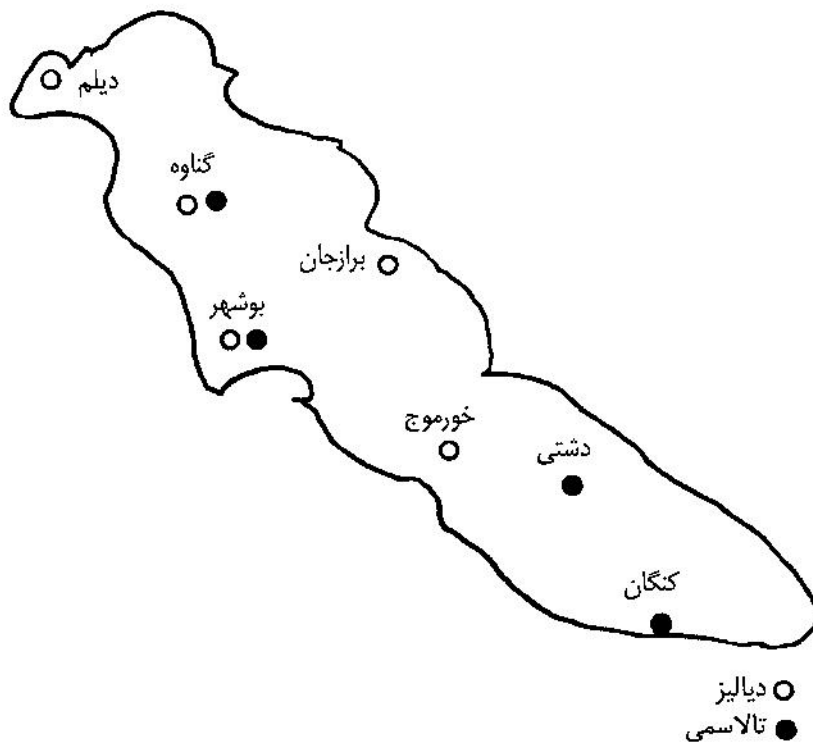
میباشند از پرداخت فرانشیز دارو معاف بوده و بصورت رایگان در اختیار آنان قرار می‌گیرد. اما متأسفانه در سطح استان بوشهر انجمن خیریه حمایت از بیماران خاص تشکیل نشده است، هرچند که به اذعان مسئولان استان افراد خیر و متمول در سطح استان کم نیستند اما بدلیل نبود چنین انجمنی، بیماران خاص استان در خصوص هزینه های درمانی معیشتی با مشکل مواجه هستند. البته دست‌اندرکاران بخش بیماریهای خاص علاقه بسیاری برای تشکیل یک انجمن حمایتی داشتند که به آنها پیشنهاد تاسیس انجمن فراگیر بیماران خاص داده شد و بسیار مورد استقبال قرار گرفت و بنا شد از سوی مسئولان مربوطه مورد پیگیری قرار گیرد.

سپس بخش تالاسمی مورد بازدید قرار

استان بوشهر در جنوب کشور با ساحلی وسیع در حاشیه خلیج فارس، در همسایگی استانهای خوزستان، کهگیلویه و بویراحمد، فارس و هرمزگان با جمعیتی بیش از هشتصد هزار نفر، از جمله استانهای محروم کشور می‌باشد. مراکز بیماریهای خاص در شهرستانهای بوشهر، برازجان، خورموج، کنگان، گناوه و دیلم واقع شده است. تعداد بیماران خاص این استان ۵۹۲ نفر به تفکیک ۴۶۰ بیمار تالاسمی، ۹۷ بیمار دیالیز و ۳۵ بیمار هموفیلی می‌باشد.

بیمارستان فاطمه زهرا (س) بزرگترین مرکز درمانی شهرستان بوشهر می‌باشد. بخش دیالیز با ۵ دستگاه هاسپال و ۲ دستگاه کوب، مجموعاً ۷ دستگاه فعالیت دارد (یک دستگاه اهدایی بنیاد) و در حال حاضر به ۳۵ بیمار خدمات ارائه می‌نماید. البته یک دستگاه دیالیز دیگر نیز بصورت رزرو موجود می‌باشد و نصب نشده است. همچنین یک بیمار HBS - آنتی ژن مثبت نیز به این مرکز مراجعه می‌نماید که به این منظور یک دستگاه و اتاق مجزا در نظر گرفته شده است. از جمله مشکلاتی که در این بخش و سایر بخشهای بیماران خاص استان مشهود بود، عدم ارتباط مطلوب بین کمیته استانی بیماریهای خاص و دانشگاه است.

متأسفانه کل استان پزشک فوق تخصص نفرولوژی نداشته و بیماران توسط متخصصین داخلی ویزیت می‌شوند. و همچنین بخشی از بیماران نیز قادر به پرداخت فرانشیز داروها نمی‌باشند البته آن تعداد از بیماران خاص که تحت پوشش کمیته امداد و تامین اجتماعی



یک استان هشتصد هزار نفری را فقط از طریق یک جمعیت دویست هزار نفری شهر بوشهر تامین نماید.

متأسفانه بیماران جهت آزمایشهای تخصصی نظیر آزمایشهای هورمونی با مشکل مواجه هستند و اینگونه آزمایشات در این استان انجام نمی پذیرد، در نتیجه در اکثر موارد درخواست نمی گردد و یا نمونه ها با مشکلات فراوان به تهران ارسال می شود. آزمایش فریتین نیز تنها در شهر بوشهر انجام می پذیرد.

متأسفانه بیماران هموفیلی در سطح استان بخش خاصی ندارند و پس از تهیه فاکتور، با مراجعه به بخش های مختلف و گاهی در منزل فاکتور را تزریق می نمایند و در این خصوص مشکلی مشهود نبود. در این استان نیز همانند سایر استان های جنوبی کشور تعداد قابل ملاحظه ای بیمار آنمی سیکل سل وجود دارد که البته نیاز چندان به خون گیری ندارند ولی تحت درمان با هیدروکسی اوره و سدیم بوتیرات (کپسول سیریا) قرار می گیرند و از آنجا که در زمره بیماران خاص محسوب نمی شوند متحمل هزینه های هنگفتی جهت درمان می شوند.

شهرستان کنگان این شهرستان در ۲۱۰ کیلومتری بوشهر در منطقه غنی از ذخایر نفت و گاز قرار دارد که جمعیتی نزدیک به ۸۰/۰۰۰ نفر داشته و شهرستان دیر نیز که در ۲۰ کیلومتری کنگان واقع شده است حدود ۴۰/۰۰۰ نفر جمعیت دارد. بیمارستان ۹۶ تختخوابی امام خمینی (ره) از سال گذشته فعالیت خود را در آن منطقه آغاز نموده است. بخش دیالیز بیمارستان در فضای فیزیکی مطلوب با دو دستگاه دیالیز گامبرو و ۳ عدد تخت به ۱۱ بیمار سرویس می دهد. این مرکز در ۲ شیفت سرویس دهی داشته و زیر نظر متخصص

داخلی فعالیت می نماید. این مرکز با کمبود یک دستگاه مواجه است چرا که به کرات با خراب شدن یک دستگاه سرویس دهی به بیماران مختل می شود.

بخش تالاسمی این بیمارستان با ۱۱ تخت سرویس دهی به ۱۱۷ بیمار ثابت را بر عهده دارد. ۳ تا ۴ مورد جدید در سال بر آمار بیماران تالاسمی افزوده می شود و مشکل از آنجا ناشی می شود که برنامه های مشاوره پیش از ازدواج ناقلین، متأسفانه مورد پذیرش آنها قرار نمی گیرد. روزانه در حدود ۱۰ نفر مراجعه می کنند و بزرگترین مشکل، تامین خون بیماران می باشد. همینطور که اشاره شد تنها پایگاه انتقال خون استان در بوشهر است و با توجه به بعد مسافت و کمبود خون در بوشهر تامین خون برای بیماران بسیار دشوار است و گاهی بیمار در موعد مقرر موفق به دریافت خون نمی شود. البته مطابقه گفته مسئولان شبکه بهداشت و درمان از نظر تامین فضای فیزیکی و نیروی انسانی جهت ایجاد پایگاه انتقال خون، شبکه بهداشت و درمان مشکل ندارد و خواستار مساعدت سازمان انتقال خون در این خصوص می باشد. کمبود سرنگ و فیلتر خون از دیگر مشکلات این بخش می باشد. این شهرستان یک بیمار هموفیلی دارد.

خورموج این شهرستان در ۸۰ کیلومتری مرکز استان، حدفاصل بوشهر و کنگان قرار گرفته و جمعیتی معادل ۷۰/۰۰۰ نفر دارد. بخش دیالیز این مرکز در فضای فیزیکی مناسب با ۳ دستگاه دیالیز گامبرو به ۱۰ بیمار خدمات می رساند. تنها بخش دیالیز استان است که RO دارد. سخت گیر مناسب و فعال نیز موجود است. از حدود ۸ ماه پیش تاکنون این بیمارستان متخصص داخلی نداشته و اخیراً یک متخصص

داخلی در این بخش شروع به فعالیت نموده است. مشکل در خصوص بیمه بیماران وجود نداشت و اکثراً بیمه کمیته امداد می باشند.

بخش تالاسمی این بیمارستان با ۷ تخت در ۲ روز هفته فعال است و به ۲۱ بیمار خدمات می دهد. در این بیمارستان با همکاری پرسنل بیمارستان خون گیری از اهداء کنندگان انجام می گیرد و خون ها به بوشهر فرستاده می شوند. با انجام این کار در سایر شهرستان ها می توان خون اهدایی را جمع آوری نموده و بدین ترتیب از بار عظیم کمبود خون استان کاست. در این بیمارستان دستگاه Cell counter نیز وجود ندارد.

دیلیم این شهرستان در منتهی الیه غربی استان در فاصله ۲۱۵ کیلومتری مرکز استان واقع شده و جمعیتی بالغ بر ۲۶/۰۰۰ نفر دارد. این شهرستان بیمارستان ندارد و ظاهراً طرح ساخت یک مرکز پزشکی ۲۶ تختخوابی آغاز شده است. بخش تالاسمی این شهرستان در داخل ساختمان شبکه بهداشت واقع شده که اتاقی کوچک اما مرتب با ۵ تخت بوده و به ۲۴ بیمار ۲ روز در هفته سرویس می دهد. خون مورد نیاز از شهرستان بهبهان در استان خوزستان که در فاصله ۷۰ کیلومتری شهرستان واقع شده تامین می شود. همچنین بیماران سالانه جهت آزمایش فریتین و هیپاتیت به بهبهان مراجعه می نمایند. اما تاکنون آزمایش های هورمونی برای آنها درخواست نشده است.

مسئولین بهداشتی شهرستان تقاضای همکاری بنیاد جهت ساخت یک مرکز مجزا برای بیماران خاص و تالاسمی داشته و خواستار مساعدت ۱۰۰ میلیون ریال از طرف بنیاد می باشند. خوشبختانه در ۲ سال گذشته مورد جدید تالاسمی نداشته اند.

همچنین با هماهنگی با پایگاه انتقال خون بهبهان با مشخص کردن یک روز خاص در هر ماه مردم منطقه دهها واحد خون اهدا می نمایند. گناوه فاصله گناوه تا بوشهر ۱۴۵ کیلومتر می باشد. جمعیت این شهرستان حدود ۸۰/۰۰۰ نفر می باشد. در جوار بیمارستان قدیمی شهر یک بیمارستان ۹۶ تخت خوابی ساخته شده که آماده افتتاح می باشد و فعلا منتظر تجهیز بیمارستان هستند. جای تعجب است که در چنین بیمارستانهایی اصولاً فضای لازم برای بخش های دیالیز و تالاسمی در نظر گرفته نمی شود و پس از بهره برداری، مسئولین بیمارستان مجبور به تغییر کاربری بخشی از بیمارستان جهت دیالیز و یا تالاسمی می شوند. در حال حاضر بخش دیالیز گناوه در اتاقی کوچک با فضای مناسب با ۲ دستگاه دیالیز کوب با عمر ۸ سال به ۹ بیمار دیالیزی سرویس می دهند و از آنجا که دستگاهها قدیمی هستند تقاضای تعویض دستگاهها را دارند.

در بخش تالاسمی با ۱۲ بیمار تحت پوشش وجود دارد که در بخش اطفال خدمات ارائه می شود. این بخش تنها یک سالن عمومی داشته که تمامی بیماران اطفال در آنجا بستری می شوند و یک کودک تالاسمی باید در کنار بیماران مختلف از جمله بیماران عفونی و واگیردار خون دریافت نماید. خون بیماران از بوشهر وارد میشود. این بیمارستان یک متخصص اطفال دارد.

شهرستان برازجان با ۲۳۰/۰۰۰ نفر جمعیت و در فاصله ۷۰ کیلومتری شهر بوشهر بود. بیمارستان این شهر ۱۸۰ تخت خوابی بوده و بخش دیالیز این بیمارستان با ۴ تخت و ۳ دستگاه دیالیز کوب با عمر ۷ ساله و یک دستگاه دیالیز هاسپال (اهدایی بنیاد) که امسال نصب

شده به ۱۸ بیمار خدمات می رساند. فضای فیزیکی فعلی نامناسب می باشد. در بخش از بیمارستان ساختمانی با ۲ سالن مجزا بازسازی شده است که به بیماریهای خاص اختصاص یافته است و بخش دیالیز تا پایان سال به محل جدید انتقال می یابد. دستگاه RO نیز موجود می باشد ولی به علت عدم وجود فضای فیزیکی فعلا نصب نشده است. اکثر بیماران تحت پوشش کمیته امداد هستند ولی تعدادی از بیماران بیمه خدمات درمانی هستند که در پرداخت فرانشیز داروی Eprex مشکل دارند.

بخش تالاسمی به محل جدید منتقل شده و تعداد ۱۴۶ بیمار خدمات می گیرند. تعداد موارد جدید تالاسمی ۳-۴ مورد در سال می باشد. همچنین ۲۸ بیمار هموفیلی نیز جهت درمان به این بخش مراجعه می نمایند.

تا چندی پیش یک مرکز انتقال خون در شهر در امر خون گیری از اهداکنندگان فعالیت داشت

که هم اکنون به دلایل نامعلوم تعطیل شده است. هر روز یک ماشین برای انجام امور بیمارستان به بوشهر می رود و خون مورد نیاز را نیز از بوشهر می آورد و گاهی یک بیمار تالاسمی می بایست تا بعد از ظهر منتظر رسیدن خون بماند و بعضا به علت فقدان خون در بوشهر بیماری که از راه در آمده، بلا تکلیف می ماند. بیمارستان آمادگی دارد فضای فیزیکی و پرسنل مورد نیاز راه اندازی پایگاه انتقال خون را تامین نماید. البته به نظر می رسد با اعمال مدیریت و برنامه ریزی مناسب و اجرای طرح زمان بندی خون گیری، بیماران می توانند در موعد مقرر مراجعه و خدمات بهتری دریافت نمایند این بیمارستان متخصص اطفال دارد ولی بیمارستان تالاسمی را ویزیت نمی نماید و بیماران با مراجعه به پزشک عمومی اورژانس و تعیین میزان خون دریافتی، در بخش خون گرفته و ترخیص می شود. برای بیماران آزمایشهای هورمونی انجام نشده است.





طولانی تر، زمانی که بحث هایشان تبدیل به درگیری می شود نیز دچار همین معضل می گردند. چون حتی در طول زمان هم نتوانسته اند به خصومت و درگیری عادت کنند. اما اینکه چرا این گونه درگیری ها در شکل طعنه یا پوزخند هم تا این حد مخرب است هنوز مشخص نیست. «دکتر گلاس» معتقد است احتمالاً زمانی که مانگای خصومت بار یا از سر تمسخر به همسرمان می اندازیم، تاثیر منفی آن بسیار بیشتر از همان یک نگاه ساده است. به علاوه تحقیقات دکتر «جان گاتمن» استاد روانشناسی دانشگاه واشنگتن در سیاتل نشان می دهد که رویدادهای روحی منفی خیلی ملایم، از رویدادهای بسیار مثبت روحی بیشتر در یاد و حافظه می ماند و مردم درباره آنچه که در روابط زناشویی شان روی می دهد بسیار حساس اند.

کلام آخر این که زنان حتی بیشتر از مردان در این شرایط متضرر می شوند و سیستم ایمنی بدنشان بیشتر تحت تاثیر قرار می گیرد. در مجموع، تحقیقات و بررسی ها صحنه روانشناختی بر این نکته می گذارند که زنان در قبال روابط زناشویی منفی بسیار آسیب پذیرتر از مردانند و یا مصیبت بیشتری را در این روابط به دوش می کشند.

دکتر «مارک لیری» استاد روانشناسی دانشگاه ویک فارست معتقد است تداوم یک رابطه

زده است که فقدان روابط اجتماعی باعث بروز اختلالات عمده در سلامتی می شود و مصرف سیگار، فشار خون و ورزش نکردن نیز به آن دامن می زند. واقعیت آنجاست که داشتن روابط عمومی خوب به عبارتی اجتماعی بودن، رمز سلامتی است.

اخبار جدید رسیده از آزمایشگاه ها حاکی است که این تنها حضور یا عدم حضور ارتباط نیست که مهم است؛ کیفیت و چگونگی ارتباط ما با دیگران است که عمیقاً روی فیزیولوژی مان تاثیر می گذارد.

در حالی که دانشمندان در حال بررسی این مطلبند که چگونه پیچیدگی روابط روی سلامتی بدن تاثیر می گذارد، غالب شواهدی که بر اساس وقایع تاریخی جمع آوری شده است، بر تاثیرات مخرب ارتباط منفی اجتماعی صحنه می گذارد. دکتر «جانیس کیگولت گلاس» استاد روانشناسی دانشگاه اوهایو همگی این راه ها را بر شمرده است. وی در تحقیقات اخیر خود دریافته است زوج هایی که در پی حل مشکلات و معضلات روزانه خود برمی آیند، دچار فشار خون بالا هستند. در این بررسی ها که بر روی یک زوج تازه ازدواج کرده نیز انجام شد، او به این نتیجه رسید که این درگیری می تواند باعث آسفتگی و بی نظمی سیستم «neuroendocrine» شود که در مقابل، تاثیرات زیان باری روی سیستم ایمنی بدن، تعادل هورمونی و سلامت قلب می گذارد. و این مساله درباره زوج های قدیمی نیز صادق است: زوج های مسن تر در مدت

نزدیک به یکصد زوج جوان که هنوز در دوران لذت و سرخوشی اوایل ازدواج به سر می برند، برای حل مشکلی که با آن مواجه نشده اند از دیگران سوال می کنند و باری می جویند!

تحقیقاتی که به روی ۸۹ زن مبتلا به سرطان سینه انجام شد، نشان داد ۵۰ تن از آنها که مشکلات و مسایل خود را حتی یک بار در هفته با دیگران در میان می گذارند و از نصایح آنها بهره مند می شوند، به مراتب عمری طولانی تر دارند (به طور متوسط ۱۸ ماه) در مقایسه با آنها که ارتباط و مشارکت عمومی در مسایل مختلف جامعه ندارند.

یک گروه ۲۷۵ نفری از مردان و زنان سالم در اثر ابتلا به سرماخوردگی، آب ریزش بینی پیدا کردند. نتیجه: کسانی که روابط عمومی بیشتری دارند، در مقابل بیماری های واگیر و عفونت ها مقاومت بیشتری نشان دادند تا آنها که ارتباط بسته تری دارند. موج جدید مطالعات اخیر همگی گویای قدرت ارتباط جمعی و روابط عمومی است.

ارتباط مثبت، برای برخورداری از سلامت فکری و جسمی بسیار مهم و حیاتیست، و نبود چنین رابطه ای مضر و زیان بخش است. مطالعات و بررسی ها نشان می دهد که سیستم ایمنی بدن زنان در اثر معاشرت و ارتباط اندک ضعیف بوده و سیستم درپچه های قلب مردان نیز دچار مشکل است. «تنهایی» می تواند مهلک باشد. «جیمز هاوس» دکترای جامعه شناسی و استاد دانشگاه میشیگان تخمین

پایدار نیاز اساسی بشر است و جالب است بدانید که این قضیه تنها دو شرط دارد: یکی ارتباط منظم و دیگری بذل مستمر توجه و مراقبت به بیان ساده‌تر، با هر کشیدگی ماهیچه، با هر حرکت چشم و هر ضربان قلب، نیاز به تعلق داشتن را حس می‌کنیم و دوباره مطمئن می‌شویم که به کسی تعلق داریم. نیاز به پذیرش از سوی طرف مقابل نیز نیازی درونی است که به درون مغز استخوان هر یک از ما ریشه دوانده است.

دکتر «گافمن» نیز در تایید همین مطلب می‌نویسد: «احساس پذیرفته شدن در روابط زناشویی تأثیری جادویی دارد.» مطالعات وی نشان می‌دهد که حتی در بگو مگوهای روزانه خود نیز باید قدردان قدرت پایدار روابط مان باشیم. دکتر «گافمن» در ادامه تحقیقات خود به نقش موثر قدرت روابط اجتماعی نیز اشاره می‌کند. بررسی‌های او گواه این مطلب است که به هنگام بحث و مشاجره، اگر به طرف مقابل خود بگویید که تا چه اندازه در این دعوا مصمم و جدی هستید، نه تنها در حل مشکلات روابط زناشویی شما ناخودآگاه موثر است، بلکه سیستم ایمنی بدن را نیز تا حد زیادی تقویت می‌کند. وی می‌گوید: «این نشان می‌دهد که رفتار قاطع چه در طول یک درگیری و چه به طور کلی، سیستم ایمنی بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد.»

پس اگر سلامتی به کیفیت روابط بستگی دارد،

پس می‌تواند به اندازه اجتماعی که در آن زندگی می‌کنیم نیز وابسته باشد. دکتر «بیل بروکتیز» استاد دانشگاه ماساچوست بیان می‌دارد: «داشتن روابط اجتماعی روی سلامتی بدن تأثیر شگرفی

می‌گذارد. معاشرت، بهره‌های اقتصادی، اجتماعی و خلاق به بار می‌آورد که منجر به داشتن زندگی سالم‌تر و طولانی‌تر می‌گردد.» دکتر «شلدون کوهن» در تحقیقات خود نشان داده است کسانی که روابط عمومی محدودی دارند در مقایسه با کسانی که روابط عمومی شان گسترده است، در هنگام ابتلا به سرماخوردگی چه اتفاقی برایشان رخ می‌دهد. او در این تحقیق ۱۲ نوع رابطه را مدنظر داشته است. روابط با همسر، رفیق، بستگان همسر، بچه‌ها، اعضای دیگر خانواده، همسایگان، دوستان، همکاران، همکلاسی‌ها، اعضای گروه‌های مذهبی و اجتماعی و ... برای بررسی کیفیت هر یک از این روابط، افراد می‌بایستی دست کم هر دو هفته یک بار با تلفن یا حضوری با افراد بالا در تماس باشند.

گزارش دکتر کوهن نشان می‌دهد کسانی که در انواع بیشتری از روابط اجتماعی شرکت می‌کنند، کنترل به سرماخوردگی و ویروسی مبتلا می‌گردند. و آنها که روابط عمومی ضعیف‌تری دارند بیشتر در معرض خطر ابتلا به این نوع

بیماری‌ها هستند.

هنوز کاملاً مشخص نشده که چرا تنوع معاشرت تا این اندازه اهمیت دارد، اما دکتر کوهن روشن کرده است که داشتن نقش‌های اجتماعی متفاوت روی حس اعتماد به نفس شخص تأثیر مثبت می‌گذارد و تأثیر مشکلات و ناراحتی‌های حاشیه‌ای از قبیل معضلات محل کار یا داخل خانه را کم می‌کند.

عکس این قضیه نیز صحت دارد. کسانی که دایره معاشرتشان محدود است، دچار ترس و هراس بسیار بیشتری نیز هستند، چون نه تنها از اعتماد به نفس کمتری برخوردارند بلکه واهمه دارند که خدای نکرده در این دایره بسته اتفاق ناگواری رخ ندهد.

و نکته آخر این که: هر اندازه زندگی پر مشغله‌ای دارید، هرگز ارتباط و معاشرت با دیگران را در درجه آخر اهمیت قرار ندهید. بلکه به آن ارجحیت دهید. داشتن روابط مثبت چیز تجملی و لوکسی نیست، بلکه یک نیاز است.

Cardiovascular Systems





مقدمه: دیابت از بیماری‌های شایع در جهان و کشور ماست که به دلیل تاثیر قرار دادن بسیاری از دستگاهها و اندام بدن بیماری بالقوه ناتوان کننده‌ای است. ولی می‌توان با تنظیم مناسب قند خون از بسیاری از این عوارض جلوگیری کرد. یکی از بهترین راههای کنترل دیابت، ورزش کردن است. ورزش کردن هم میزان قند خون را می‌کاهد و هم به کاهش وزن بیمار کمک می‌کند و هم پاسخ‌دهی سلولهای بدن را به انسولین می‌افزاید. ولی افراد دیابتی که می‌خواهند به طور حرفه‌ای و نیمه حرفه‌ای ورزش کنند باید به نکاتی توجه خاص داشته باشند. این مقاله یادداشتهای توصیه‌های من به یک دوست ورزشکار دیابتی است.

یادآوری

حتما خودت دیابت را می‌شناسی و می‌دانی که دیابت بیماری است که در آن به علت عدم تولید کافی انسولین و یا کاهش پاسخ‌دهی بافتها به انسولین، قند خون افزایش پیدا می‌کند. دیابت دو نوع است: نوع وابسته به انسولین (IDDM) و نوع غیر وابسته به انسولین (NIDDM).

و اما به تو نوید می‌دهم که ورزش اثرات مثبت فراوانی برای تو دارد از جمله اینکه: باعث بهبود وضعیت قلب، کنترل فشارخون و تنظیم کلسترول خون می‌شود.

۱- احساس تندرستی و سلامتی را در تو افزایش می‌دهد و نشاط عمومی می‌دهد. وزن تو را کنترل می‌کند و عملکرد فیزیکی تو را بهبود می‌بخشد.

۲- باعث عملکرد بهتر انسولین در بدن تو می‌شود.

چگونه یک برنامه ورزشی تنظیم کنیم؟

در تنظیم یک برنامه ورزشی به این نکات دقت کن:

۱- هر ورزشکار دیابتی چگونگی تعادل انسولین، تغذیه و ورزش را آموخته باشد.

۲- برنامه درمانی خود را با آزمایش منظم و مکرر قند خون تنظیم کند.

۳- برنامه روزانه ورزشی خود (از نظر شدت و مدت) و همچنین میزان انسولین، سطح گلوکز و تغییرات رژیم غذایی خود را در جدولی یادداشت کند تا بتواند تغییرات لازم را برای حفظ تعادل مذکور اعمال کند.

۴- زمان ورزش خود را در ساعاتی که قند بالاتری دارید تنظیم کنید

۵- مدتی که از برنامه ورزشی شما گذشت ممکن است لازم باشد مقدار انسولین خود بکاهید.

۶- هر ورزشکاری وضعیت متفاوتی با دیگری دارد و باید برنامه مخصوص به خود داشته باشد.

۷- ممکن است ماهها طول بکشد تا به یک برنامه متعادل و مناسب برسید.

۸- در مورد تنظیم برنامه‌ای متعادل با پزشک، مشاور تغذیه و مشاور دیابت مشورت کنید.

۹- برنامه ورزشی خود را به آهستگی افزایش دهید به طوری که تقریباً هر هفته فقط ۱۰٪ بر آن افزوده شود.

اگر مشکلی در این موارد دارید...

۱- پادرد: از ورزش سنگین و بلند کردن وزنه بپرهیزید.

۲- مشکلات چشم و بینایی: از دیدن خودداری کرده و به پزشک مراجعه کنید.

۳- بیماری قلبی و فشار خون: از ورزش شدید و بلند کردن اشیاء سنگین اجتناب کنید.

۴- بیماری اعصاب و عروق خونی پا: ورزش را ادامه دهید، دوچرخه سواری کنید، وزنه‌های سبک بلند کنید ولی از دویدن بپرهیزید.

افت قند خون (هیپوگلیسمی)

در هنگام ورزش یا پس از آن ممکن است قند خون شما افت کند. پس مایعات و خوراکی‌های پرکربوهیدرات به همراه داشته باشید و مایعات فراوان بنوشید.

علائم کم شدن قند خون عبارتند از:

۱- تعریق ۲- ضعف ۳- تهوع ۴- افزایش ضربان قلب

این علائم ممکن است در هنگام فعالیت شدید روی دهد. برخی علائم دیگر عبارتند از:

تاری، سردرد، سوزن سوزن شدن دور دهان وضعف و احساس گرسنگی

هوشیار باشید که افت قند خون ممکن است

چند ساعت و حتی یک روز بعد از ورزش شدید روی دهد. از طرف دیگر ممکن است علائم افت

قند خون زودتر از آنچه انتظارش را داریم ظاهر شود. دستگاههای آزمایش قند خون را به همراه

داشته باشید و قند خون را مرتباً چک کنید.

* در صورت افت قند خون فوراً چنین کنید:

- سه عدد قرص گلوکز بخورید

- با شش عدد پاستیل یا دوحه قند جو

بخورید

- یا نصف قوطی نوشابه غیررژیمی بنوشید

- یا نصف لیوان آب میوه بنوشید

بعد از این مرحله هم باید غذاهای

پرکربوهیدرات مثل میوه و ماست و ساندویچ

بخورید، اگر هیپوگلیسمی دارید انسولین

خود را در وعده بعدی بکاهید و قبل از

ورزش یک چاست بخورید.

یک سوال!

- آقای دکتر، اگر قند خون من قبل

از ورزش بالا بود چه کار کنم؟

- شاید فکر کنی اگر قند خون بالا

باشد برای ورزش کردن همیشه مناسبتر

است. اما واقعاً اینطور نیست. درست است

که گفتم ساعت ورزش خود را زمانی که قند

بالاتری داری تنظیم کن اما باید بدانی که

این شرایط در صورت وجود انسولین کافی

برای بدن مناسب است. یعنی اگر انسولین

کافی در بدن موجود نباشد عضلات از

مقدار زیاد گلوکز موجود هم نمی توانند

استفاده کنند. بنابراین گلوکز خون همچنان بالا

می ماند در حالیکه عضلات نیاز شدیدی به آن

دارند. در این شرایط عضلات برای رهایی از این

محرومیت از مواد دیگری برای تأمین انرژی

استفاده می کنند که محصول آن موادی به نام

«کتونها» هستند. این مواد ممکن است

خطرناک باشند و تو را دچار مشکلات مغزی از

جمله «کما» کنند.

پس اگر گلوکز خون تو قبل از ورزش بالا بود

ادرار خود را با ناز آزمایشات نظر کتون بررسی کن :

- اگر کتون مثبت بود - میزان انسولین بدن

پایین است و نباید ورزش کرد.

- اگر کتون منفی بود - می توان با احتیاط

ورزش کرد.

گام اول

قبل از شروع برنامه ادامه دار ورزشی خود

به این نکات توجه کنید :

الف - گلوکز خون را آزمایش کنید و

برنامه ای برای آزمایش دوره ای و منظم قند

ه - علائم هیپوگلیسمی و نحوه درمان آن

را بشناسید و به خانواده، دوستان، اطرافیان،

هم گروههای ورزشی و مربی خود هم آموزش

دهید تا در هنگام ضرورت بدانند چه باید بکنند.

توصیه های تغذیه ای

ورزشکار دیابتی باید تغذیه سالم و معمولی

داشته باشند اما غذای خود را طوری تنظیم کنند

که ارجحیت با کربوهیدراتها باشد. یک تغذیه

سالم مبتنی بر تعادل و تنوع است و یک

ورزشکار دیابتی باید ضمن رعایت این

عوامل ترکیب ذیل را در برنامه غذایی

خود رعایت کند:

۵۵ تا ۷۰٪ کربوهیدرات

کمتر از ۳۵٪ چربی

۱۲ تا ۱۶٪ پروتئین

ورزشکاران بیشتر انرژی مورد نیاز

خود را از کربوهیدراتها (قند و نشاسته)

تأمین می کنند و انرژی مورد نیاز

ورزشکاران از غیر ورزشکاران طبعاً

بیشتر است. پس برای تأمین این

انرژی در تهیه یک برنامه غذایی سالم

بکوشید. هم تغذیه سالم می تواند در

تنظیم این برنامه به شما کمک کند.

در قاعده هم کربوهیدراتها بیشترین

حجم را به خود اختصاص داده اند و انتخاب اول

هستند و سایر گروهها به ترتیب تا راس هرم

چیده شده اند.

چند نمونه چاست ۱۵ گرمی

● نوشابه ورزشی یک فنجان (۱۲۵

سی سی)

● نصف لیوان آب پرتقال یا سیب

● نصف قوطی نوشابه

● یک فنجان شیر کم چرب یا ۲۰۰ گرم

خون تنظیم کنید.

ب - با مراجعه به پزشک عوامل خطر قلبی،

وضعیت چشم، پاها و کلیه های خود را بررسی

کنید.

ج - از پزشک کمک بگیرید تا نحوه تعیین

شدت و مدت برنامه ورزشی متعادل و تغییرات

مقدار انسولین را به شما بیاموزد .

د - یک دستبند یا علامت مخصوص که

نشانه دیابتی بودن شما باشد تهیه کنید و همواره

به همراه داشته باشید.

ماست بدون چربی

- یک سیب یا پرتقال یا یک موز کوچک
 - یک برش نان - ۴ عدد نان جاودار یا ویفر
 - ساندویچ مربا یا عسل یا یک قطعه نان
 - شیرموز شامل ۱/۲ موز و نصف فنجان شیر
- بعد از ورزش هم منابع انرژی خود را با غذای مناسب جبران و جایگزین کنید. طوری که حداقل ۵۰ گرم کربوهیدرات داشته باشد. ترجیحاً از غذاهای سهل الهضم استفاده کنید مثل :

- ۱ قوطی نوشابه غیرالکلی یا سه لیوان نوشابه ورزشی یا دو لیوان آب میوه
- در ۲۴ ساعت اول بعد از ورزش سنگین هر ۲ ساعت یکبار چیزی بخورید.

هنگام سفر

- اگر برای مسابقه یا رقابت جدی یا دوستانه‌ای دعوت شده‌اید در هنگام سفر به این نکات دقت کنید.
- ۱ - پرسنل و خدمه پرواز و یا مسافران و همراهان را از دیابتی بودن خود آگاه کنید.
 - ۲ - از پزشک خود نامه‌ای بگیرید که در موارد اورژانس بتوانید برای شرح وضعیت خود آن را ارائه دهید.
 - ۳ - بیمه پزشکی خود را حتماً به همراه داشته باشید.

- ۴ - مطمئن شوید که این وسایل را با خود برداشته‌اید.

- انسولین کافی

- سرنگ کافی

- باتری برای دستگاه آزمایش قندخون

- غذا و مایعات کافی

- ۵ - قبل از سفر در مورد تنظیم

انسولین، غذا و ورزش خود با پزشک مشورت کنید. ممکن است با تغییر ساعت

در محل جدید گیج شوید. قبلاً فکرش را نکنید:

الف - ساعت خود را با ساعت محلی تنظیم کنید.

ب - از الکل و غذاهای غیرمعمول و ناشناخته پرهیزید

ج - دفعات سنجش قند را تا رسیدن به تعادل جدید بیفزایید.

سلامت بمانید

دیابت می‌تواند شما را در معرض خطر بیماریهای قلبی و عروقی، چشمی، عصبی، کلیوی و ...

قرار دهد. برای آنکه سالم بمانید باید روش زندگی خود را طوری تنظیم کنید که از این خطرات بکاهید. در جدول ذیل راهنمایی‌های لازم برای شما آمده است :

ورزش مناسب و تغذیه سالم سطح کلسترول و فشار خون را می‌کاهد و خطر بیماری قلبی را کم میکند.

به طور منظم به پزشک مراجعه کنید بخصوص اگر داروی فشار خون استفاده می‌کنید. آگاه باشید که برخی از داروها علائم افت قند خون را تغییر می‌دهند.

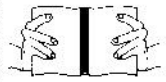
برای مراقبتهای لازم از پا و انتخاب کفش مناسب با یک مشاور ارتوپد گفتگو

کنید. کفش باید برای شما و برای ورزش مورد نظر مناسب باشد. داخل کفش را از نظر سطوح ناصاف مراقبت کنید. همیشه جوراب کتان خشک و تمیز بپوشید. مراقبت پا برای افراد دیابتی شامل شستن و خشک کردن دقیق هم هست. استفاده از کرمهای مرطوب کننده در صورت خشک بودن زیاد پوست لازم است. ناخن‌های خود را مرتباً کوتاه کنید و هرروز پای خود را از نظر تورم، قرمزی و زخم معاینه کنید و هر مشکلی را به پزشک اطلاع دهید.

به طور منظم به چشم پزشک سری بزنید و هرگونه تغییر در بینایی خود را به او بگویید. اگر برنامه ورزشی سنگینی در پیش دارید حتماً به پزشک خود اطلاع دهید.

هرگونه ساییدگی و بریدگی را با محلولهای ضد عفونی کننده تمیز کنید. اگر فکر می‌کنید ترمیم زخم یا بهبود قرمزی پوست به کندی صورت می‌گیرد حتماً به پزشک خود اطلاع دهید.

حداقل سالی یکبار به متخصص کلیه مراجعه کنید و تغییرات عملکرد کلیه خود را آزمایش کنید. هرگونه ورم، افزایش وزن غیر معمول، اختلالات خونریزی دهنده و علائم ادراری را به پزشک اطلاع دهید.



مراکز درمانی سراسر کشور از طریق معاونت سلامت دانشگاه مربوطه، در همایش شرکت داشتند. در کنار مقالات علمی ارائه شده در سالن همایش، کارگاههای پرستاری با سطح علمی - کاربردی و توسط اساتید مربوطه در تالارهای جانبی تالار امام، برگزار شدند. در این کارگاهها مباحثی همچون نحوه درست تزریق و دسفرال، استفاده صحیح از فیلتر و آموزش تزریق خون با فیلتر اصول برقراری ارتباط و آموزش تزریق خون با فیلتر اصول برقراری ارتباط و آموزش به نوجوانان مبتلا به تالاسمی، نحوه برخورد صحیح با بیمار و حمایت روانی از او، واکنش های انتقال خون و نحوه پیشگیری و نکات آزمایشگاهی مربوطه، ارزیابی نیازهای آموزشی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، نحوه برخورد صحیح با عوارض مزمن تالاسمی، تغذیه و رژیم غذایی در بیماران تالاسمی ... مورد بحث و گفتگو و آموزش قرار گرفتند.

از نکات قابل توجه وجود غرفه هایی که در زمینه محصولات مربوط به درمان بیماری تالاسمی ماژور فعالیت می کنند. می باشد

لازم به ذکر است که حضور تعدادی از بیماران تالاسمی ماژور در جلسات علمی آنها با شوق و اشتیاق، انگیزه ای برای ادامه این راه و تلاش زیاد هر چه بیشتر برای فراهم آوردن زندگی راحت تر برای این عزیزان بود.

نهایتاً از زحمات بی دریغ جناب آقای دکتر ابوالقاسمی دبیر محترم علمی همایش و رئیس انجمن هماتولوژی - انکولوژی کودکان و کلیه همکارانشان و تمامی عزیزانی که ما را در برگزاری این همایش یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می آید.

مورخ پنجشنبه ۸/۲/۱۴۰۲ مراسم افتتاحیه کنگره در تالار امام بیمارستان امام خمینی تهران، با حضور جناب آقای دکتر اکبری (معاونت سلامت وزارت بهداشت)، جناب آقای دکتر لاریجانی (معاونت پژوهشی و دانشگاه علوم پزشکی تهران و دبیر کل بنیاد امور بیماریهای خاص، جناب آقای دکتر طباطبائی (معاونت آموزش و پژوهش بنیاد) و جناب آقای دکتر تهرانی (قائم مقام بنیاد) برگزار شد.

در روز اول همایش بیشتر به کلیات بیماری و اختلالات غدد درون ریز پرداخته شد. میز گرد و کارگاه آموزشی اختلالات غددی نیز در همین روز اجرا شد.

مباحث مطرح شده در روزهای همایش بیشتر پیرامون پیوند استخوان، عفونت های مزمن و نیز آلوایمونیزاسیون در بیماران تالاسمی بود. هم چنین درمان با دسفرال مورد بحث قرار گرفت. میز گرد هیأت در همین روز اجرا شد.

در روز سوم کنگره به اختلالات قلبی و نیز جنبه های روانی - اجتماعی بیماری اختصاص پیدا کرد و میز گرد عوارض قلبی و بیماری تالاسمی ماژور نیز اجرا شد.

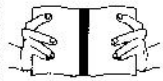
ماهیت منحصر به فرد این همایش مخاطبین آن بودند، حداکثر تلاش مسئولین برگزاری کنگره بر آن بود تا پزشکان و پرستارانی که در سراسر کشور در امر درمان بیماران تالاسمی شرکت دارند شناخته شده و برای شرکت در این همایش از آنها دعوت به عمل آید. خوشبختانه به این مهم دست یافتیم.

حدوداً ۴۰۰ نفر پزشک و پرستار در این همایش شرکت کردند که از این تعداد ۳۰۰ نفر به صورت از

اردیبهشت سال ۱۳۸۰ در راستای اهداف آموزشی معاونت آموزش و پژوهش و بنیاد امور بیماریهای خاص تصمیم به برگزاری همایشی گرفت که بتواند ضمن برآوردن اهداف معمول یک همایش علمی، گامی در جهت حل مشکلات روزمره درمانی و مراقبت از بیماران عزیز تالاسمی ماژور کشورمان بردارد. با این هدف و با توجه به مراقبت هایی که در حال حاضر از این گروه از بیماران خاص می شود، تصمیم گرفته شد به عوارض تالاسمی ماژور در نوجوانان پرداخته شود. امروزه درصد قابل توجهی از بیماران تالاسمی ماژور کشورمان که حدوداً ۲۰۰۰ نفر می باشند، نوجوانان و جوانان تشکیل می دهند. رسیدگی به مشکلات این گروه می تواند راه را برای داشتن زندگی هر چه راحت تر ایشان فراهم آورد.

پس از اعلام فراخوان مقاله از طرف بنیاد امور بیماریهای خاص تعداد ۱۲۰ مقاله از سراسر کشور به دستمان رسید. مقالات در جلسه داوری مورد بررسی قرار گرفت تعداد ۴۲ مقاله جهت ارائه به صورت شفاهی و نیز تعداد ۴۶ مقاله برای ارائه پوستر مورد پذیرش قرار گرفتند. که محورهای مورد بحث به صورت زیر تعریف شدند: کلیات تالاسمی، اختلالات غدد در بیماران تالاسمی ماژور، اختلالات قلب، مشکلات روانی - اجتماعی - واکنش های تزریق خون - عفونت های مزمن - تالاسمی ماژور درمان با داروهای فلزگیر، پیوند مغز استخوان.

از اساتید صاحب نام داخلی و خارجی در زمینه تالاسمی ماژور جهت شرکت در این گروه دعوت به عمل آمد. و مقدمات برگزاری کنگره انجام شد.



تالاسمی قبرس قرار داشت که این انجمن نقش اساسی در تأسیس TIF داشت و کارمندی از آن انجمن هم برای TIF فعالیت می کرد. تمام فعالیت های TIF در ابتدا کاملاً داوطلبانه سازماندهی می شد.

بنیان های صحیح، مستحکم و برنامه ریزی شده از زمان تأسیس TIF شامل تهیه اساسنامه مفصل، کار طاقت فرسای اعضا، مؤسس هیأت مدیره و احترام متقابل و اطمینان بسیار میان آنها از همان آغاز جزء عواملی بودند که به موفقیت در رشد بیشتر TIF کمک کردند. TIF به سرعت گسترش یافت و توجه و احترام جهانی به آن یک حقیقت بود. در ضمن، بودجه مناسبی گرد آمد و وضعیت مالی بهبود یافت.

در این مرحله و با توجه به درخواست های کمک فراوان و سازماندهی فعالیت ها در کشورهای مختلف مبتلا در کل جهان مشکلاتی بروز نمود بخصوص در زمینه مطلع کردن تمام اعضا از جدیدترین مسائل و اطلاعات بطور کامل با توجه به ساختار دفتر TIF و کمبود نفرات در اوایل تأسیس TIF. حتی مشکلات بیشتری هم در روند تصمیم گیری ها بروز نمود چرا که در موارد اورژانس جهت ارائه موثر خدمات باید بالفور تصمیم گیری و اقدام می شد.

جهت حل و فصل چنین مسائلی، طی یکی از جلسات هیأت مدیره در اردن در نوامبر ۱۹۹۶ تصمیمی با اکثریت قاطع گرفته شد: تمام تصمیمات در مورد سیاست کاری توسط

طول این جلسه، نماینده قبرس پیشنهادی کرد که مدتها در ذهن آنها بود و آمادگی اجرای آن را هم داشتند و آن تأسیس سازمانی جهانی جهت حمایت از افراد مبتلا به تالاسمی در سطح بین المللی بود. روشن بود که تلاش های انجمن ها و کشورها بطور جداگانه در حل مشکلات افاقه نمی کند در حالیکه طی یک تلاش بین المللی می توان از تجربیات و اطلاعات کشورهای بحران زده سود برد. کسب اطلاع از ابعاد این بیماری دلیل خوبی برای ترغیب دانشمندان، مراکز تحقیقاتی و مقامات مسئول در سطح ملی می توانست باشد تا بتوان بیشتر در آن مطالعه و بررسی نمود. یک کمیته کاری موقتی تشکیل شد که شامل WHO و ۱۲ عضو انجمن های فوق الذکر بود. وظیفه این کمیته تهیه اساسنامه بود و موافقت شد که طی سال بعد از آن جلسه عمومی ای جهت تأسیس TIF همزمان با اولین کنفرانس بین المللی والدین و افراد تالاسمی در قبرس بعنوان فعالیت آغازین TIF برگزار شود. TIF رسماً طی این جلسه عمومی در سال ۱۹۸۷ در قبرس تأسیس شد.

سال های آغازین بسیار دشوار و دردناک بود. جدی ترین مشکل آن که تأثیر مورد انتظار از یک سازمان بین المللی را بی اثر می گذاشت کمبود بودجه بود. کمک های مالی ناچیزی از انجمن ها دریافت می شد که برای انجام فعالیت یا پروژه موثر کافی نبود.

TIF در آن زمان در ساختمان انجمن

تصمیم تأسیس TIF ۱۵ سال پیش در میلان اتفاق افتاد جائیکه چند عضو از انجمن های تالاسمی از کشورهای قبرس، یونان، ایالات متحده، انگلستان، پاکستان و ایتالیا گرد هم آمده بودند تا مشکلات جدی پیش رو در مدیریت بالینی تالاسمی را با یکدیگر در میان گذارند. جالب اینکه این جلسه با هدف تأسیس TIF برگزار نشده بود. نگرانی اصلی مادر آن زمان پیشرفت کند در مدیریت تالاسمی مازور و در نتیجه از دست دادن بچه هایمان بود. دانشمندان سراسر گیتی در آن زمان علاقه ناچیزی به این بیماری نشان می دادند چرا که معتقد بودند این اختلال با موفقیت بسیاری قابل پیشگیری است و مبتلایان هم بالاخره جان سالم بدر خواهند برد و دیگر در آینده نیز این بیماری وجود نخواهد داشت و نیاز به پیشگیری موثر آن در کشورهای به شدت مبتلا را که اکثریت آنها جزء کشورهای در حال توسعه اند دست کم می گرفتند.

بدین ترتیب جلسه میلان با هدف ارائه و بررسی راهکارهای تشویق دانشمندان مرتبط مانند هموتولوژیست ها و متخصصین اطفال تشکیل شد تا آنها را ترغیب کند بخشی از تحقیقات، مطالعات و تلاش هایشان را در جهت بهبود مراقبت پزشکی بیماران تالاسمی مازور معطوف دارند.

نماینده ای هم از سازمان بهداشت جهانی (WHO) در این جلسه حضور داشت چرا که از آنها هم کمک خواسته بودیم. در

هیأت مدیره طی جلسات هیأت مدیره اتخاذ می‌شود اما در موارد غیر منتظره دارای فوریت تصمیمات از طریق ایجاد ارتباط و گرفتن موافقت اعضاء صورت می‌گیرد. مسائل مالی توسط بخش بودجه تعیین شده و در جلسه هیأت مدیره تأیید می‌شود. در واقع در جلسه اردن تصمیم بر این شد که هیأت مدیره تشکلی تصمیم گیرنده باشد نه تشکلی اجرایی.

TIF برای دوره ده ساله اینگونه عمل کرد و قویاً معتقدم که این نحوه عملکرد در موفقیت TIF در فراهم آوردن سریع خدمات مناسب در زمینه پیشگیری و مدیریت بالینی تالاسمی ماژور بسیار تأثیرگذار بوده است.

آنچه TIF در این سال ها بدست آورده است:

- ۱) استقلال اقتصادی و خودکفایی
- ۲) کسب اعتبار و همکاری با WHO و دیگر تشکل های بهداشتی رسمی، مقامات رسمی ملی در بیش از ۹۰ کشور تالاسمی زده، دنیای علمی و والدین و بیماران در سراسر جهان
- ۳) تأسیس و ارتقاء انجمن های ملی تالاسمی
- ۴) ایجاد برنامه آموزشی بسیار قابل قبول و مورد توجه برای پزشکان، دانشمندان و کارکنان پاراپزشکی شامل: کارگاه های آموزشی سالانه بین المللی، کارگاه های آموزشی سالانه ملی و منطقه ای، کنفرانس جهانی دو سالیانه، تهیه انتشار و توزیع مطالب آموزشی
- ۵) مشارکت در مطالعات بالینی و پروژه های تحقیقاتی شامل آن پروژه هایی که با هدف بهبود مراقبت بالینی و درمان قطعی تالاسمی ماژور انجام می شود.

TIF در واقع نقطه کانونی ارائه اطلاعات

علمی و دیگر اطلاعات مرتبط با تالاسمی ماژور شده است.

بدون شک، TIF در رابطه با ایجاد پایه های اولیه قوی و نحوه عملکرد تا این لحظه موفق بوده است. نوشتار و شیوه عالی به موقع و تخصصی در مکاتباتمان همه را مطمئن ساخته که TIF سازمان قابل اعتماد در ارائه اطلاعات به روز صحیح می باشد. سعی شده است مکاتبات توسط افراد متخصص و دارای مهارت زبانی که به اهداف و سیاست TIF آشناست صورت گیرد که در ضمن شخصیتی مشتاق و صادق داشته باشد.

به این مطالب اشاره کردم نه تنها به جهت اطلاع اعضای منتخب جدید بلکه همچنین به علت آنکه در چند ماه اخیر شاهد آنیم که برخی اعضاء هیأت مدیره سعی دارند نحوه عملکرد TIF را تغییر دهند.

از این همه تلاش ها و پیشنهادها چنین برمی آید که سعی دارند نقش سیاستگذاری هیأت مدیره را به نقش اجرایی بدل کنند. اگر چه همیشه از بهبود امور و پیشنهادها جهت دستاوردهای نو استقبال می شود اما در این مورد نمی توانم با توجه به تجربیاتم در مدیریت سازمان های مختلف، هیأت اجرایی را متصور شوم که اعضایش در نقاط مختلفی در جهان زندگی می کنند. بخصوص که اعضاء هیأت حتماً نمی توانند جلسات هفتگی داشته باشند و در موقعیتی هم نیستند که از حمایت یک دفتر به خوبی سازمان یافته که در بالا ذکر شد (مانند دفتر TIF) برخوردار باشند.

بنابراین از اعضاء هیأت مدیره می خواهم هر تلاشی انجام دهند تا عملکرد فعلی TIF ادامه یابد. راه های مختلفی برای اعضا هیأت

مدیره برای ارائه خدمات، انجام فعالیت و بیان علاقمندی و تلاششان در این محدوده وجود دارد. مشترکاً می توانیم این راه ها را بدون به خطر انداختن کیفیت و موقعیت TIF بیابیم. مشارکت اعضاء هیأت مدیره در فعالیت ها و تشریک مسئولیت ها حائز اهمیت است اما به همان اندازه حفظ و بهبود کیفیت خدماتمان هم اهمیت دارد.

دلیل انتخاب اعضاء از تمام نقاط جهان آن است که اطمینان حاصل شود فعالیت ها و خدمات TIF از طریق آنها به تعداد بیشتر و بیشتری از کشورهای تالاسمی زده برسد.

بدین ترتیب، آنچه از ابتدا در ذهن اعضاء مؤسس TIF بود وجود یک دفتر سازمان یافته بعنوان مقر TIF بود و هر عضو هیأت مدیره وظیفه داشته که ۱) ارائه مرتب اطلاعات قابل اطمینان در تمام جنبه های مرتبط با تالاسمی ماژور - مشکلات و مسائل و ضعف ها و دستاوردها نه تنها در شهر و کشور بلکه حتماً در منطقه شان ۲) مشترکاً با اعضا دیگر هیأت مدیره فعالیت ها یا پروژه هایی را به اجرا گذارند که به حل و بهبود وضعیت در کشور و منطقه شان کمک کند ۳) تمام رویدادها، فعالیت ها و پروژه ها در یک کشور توسط دفتر TIF با همکاری عضو هیأت مدیره آن کشور یا منطقه برگزار می شود البته اگر آن کشور در TIF عضو داشته باشد. در غیراینصورت، TIF با نمایندگان علمی محلی و انجمن های محلی برای برگزاری چنین فعالیت هایی همکاری می کند. ۴) تصمیمات در زمینه تمام امور شامل مسائل مالی در جلسه هیأت مدیره اتخاذ می شود به جز در موارد اورژانس که همانطور که در بالا آمد از طریق مکاتبه تصمیم گیری می شود ۵) از آنجائیکه کیفیت

و استاندارد مکاتبه کمک شایانی به موقعیت و اعتبار سازمان می‌کند، مکاتبات با انجمن‌های ملی، گروه مشاور علمی و دیگر همکاران علمی، WHO و دیگر تشکل‌های رسمی امور بهداشت توسط متخصصین دارای مهارت در استفاده از شیوه نگارش مؤدبانه انگلیسی و آگاه از سیاست‌های TIF و به مسائل علمی مرتبط با تالاسمی صورت می‌گیرد.

داشته‌اند

(۳) ایجاد رابطه‌ای سالم و پربار با دانشمندان و پزشکان مرتبط با امور پیشگیری و مراقبت پزشکی تالاسمی مازور در تمام کشورهای اعضای TIF
(۴) جمع‌آوری اطلاعات علمی روز در رابطه با تالاسمی
(۵) تهیه، نظارت و بهبود مجله اطلاعاتی TIF

(۶) سازماندهی و هماهنگی کارگاه‌های آموزشی ملی منطقه‌ای و بین‌المللی
(۷) تهیه مطالب علمی با همکاری متخصصان که توسط TIF توزیع می‌شود
(۸) ایجاد خط ارتباطی پربار و همکاری با دفاتر منطقه‌ای WHO و سازمان‌های علمی دیگر
(۹) سازماندهی و هماهنگی پروژه‌ها و کارهای علمی دیگر با همکاری متخصصان

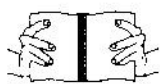
ریشه هماهنگ کننده ملی (تاریخچه)

با رشد سریع فعالیت‌های TIF، بار کاری آن نیز افزایش یافت. این حقیقتی بود که ما را به آن رساند که دریاپیم خدمات یک دانشمند جهت هماهنگی کار علمی موجود در دفتر TIF ضروری است. رئیس قبلی TIF آقای پایا جورجیو در جلسه هیأت مدیره سال ۱۹۹۷ در یونان خانم الفتريو را برای این شغل پیشنهاد کرد. تمام اعضای هیئت با دکتر الفتريو آشنا بودند چرا که وی در فعالیت‌های TIF و انجمن محلی تالاسمی قبرس مشارکت داشت و بطور داوطلب با تمام وجود و با صرف وقت بسیار کمک می‌کرد. او طی فعالیتش شایستگی و لیاقت خود را به اثبات رسانده بود و در نتیجه تمام اعضای این پیشنهاد را پذیرفته و دکتر الفتريو بعنوان هماهنگ کننده علمی انتخاب شد. وظایفی که از او انتظار می‌رفت به قرار ذیل بود:

- (۱) با کمک متخصصان TIF به گزارش‌های علمی پاسخ دهد
- (۲) مکاتبه با تمام مشاوران علمی و بطور کل با تمام دانشمندانی که با TIF مکاتبه



خاص



بر اساس آمار WHO، حدود ۶ میلیون هکتار از بهترین زمین های کشاورزی جهان زیر کشت تنباکو است و در ایران ۳۰ هزار هکتار از حاصلخیزترین زمین های زراعی به کشت توتون اختصاص دارد که می تواند به کشت سایر محصولات کشاورزی و درخت توت جهت پرورش کرم ابریشم اختصاص داده شود.

از ۱۸۹۰ مبارزه جهانی علیه دخانیات آغاز شد و تا آغاز جنگ جهانی اول (۱۹۱۴) ادامه یافت. در سال ۱۹۶۴ دکتر لوترتری رئیس سازمان نظام پزشکی آمریکا سیگار را بعنوان عامل عمده بیماری ها شامل سرطان ها و بیماری های قلب اعلام کرد و ۲ سال بعد برچسب خطر مرگ روی سیگارهای مصرفی داخل آمریکا چسبانده شد. فعالیت های علمی جهت ترک سیگار در ایالات متحده از ۱۹۶۰ آغاز شد و حاصل آن تا سال ۱۹۹۰ کاهش مردان سیگاری از ۵۲٪ به ۲۸٪ و زنان سیگاری از ۳۴٪ به ۲۳٪ بوده است. در انگلستان اولین فعالیت های ترک سیگار از ۱۹۷۰ آغاز و تا سال ۱۹۹۰ منجر به کاهش استعمال دخانیات در مردان انگلیسی از ۵۳٪ به ۳۱٪ و در زنان از ۴۱٪ به ۲۹٪ شد. در ۱۹۸۶، WHO خطر دود سیگار برای اطرافیان افراد سیگاری را عنوان کرد و یک جنبش جهانی برای ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی آغاز شد. در ایران نخستین کلینیک ترک سیگار در سال ۱۳۷۷ در منطقه ۱۴ شهرداری تهران تأسیس شد.

تنباکو یک گیاه سمی آمریکایی الاصل است که پس از کشف قاره آمریکا اروپائیان با آن آشنا شدند و در مورد تنباکو یا توتون به ایران ۲ روایت موجود است:

بوده است. در حال حاضر هر ۱۰ ثانیه یک مرگ به علت سیگار رخ می دهد که طی ۳۰-۴۰ سال آینده این رقم به هر سه ثانیه یک مرگ می رسد.

در جهان سیگار مسئول ۱۲/۵ درصد کل مرگ های ناشی از سرطان است. ۶۶/۲ درصد سیگاری ها در سنین ۲۴-۱۵ سال اولین سیگار خود را تجربه کرده اند. در ایران مرگ و میر ناشی از بیماری های وابسته به سیگار حدود ۵۰ هزار نفر در سال است و طی ۲۰ سال آینده به ۲۰۰۰۰۰ نفر در سال می رسد.

سیگار از علل اصلی بیماری های تنفسی، قلبی-عروقی، سرطان ها و عوارض مهم دیگر است و شایع ترین عامل قابل پیشگیری مرگ و میر در جهان است. بر اساس تخمین WHO در دهه ۱۹۹۰ سالانه سه میلیون مرگ در اثر سیگار رخ داده است که ۲ میلیون مربوط به کشورهای توسعه یافته و یک میلیون در کشورهای پیشرفته



۱) پرتغال اولین کشور اروپایی دریافت کننده و استعمال کننده مواد دخانی بوده است و هنگام تسلط بر سواحل جنوبی ایران این گیاه را با خود به ایران آورده اند.

۲) ملت های دو کشور ایران و ترکیه بخاطر وجود مرز مشترک طولانی مرادفات گسترده ای داشتند و از این طریق تنباکو بوسیله چپق بلند ترکی در ایران مورد استفاده قرار گرفته است. ولیکن قلیان ابتکار خود ایرانیان است.

و در نهایت اولین سیگار بنام پایپروس از طریق روسیه تزاری وارد ایران شد و مدت ها با اقبال مردم روبرو نبود تا اینکه ترفند های کشورهای سازنده و پول سازان سد فرهنگی مخالفت با سیگار را در هم شکست و رواج یافت و بدلیل سود دهی بالا در ۱۲۹۴ ه. ش. مجلس شورای اسلامی ملی نخستین قانون مربوط به انحصار دولتی تولید دخانیات را تصویب کرد و اولین کارخانه سیگار سازی در ۵ مهر ۱۳۱۶ در زمینی به مساحت ۱۰ هکتار در جاده قزوین شروع بکار کرد و توسط دولت وقت یک گروه ۳۰ نفری از کارشناسان غربی استخدام شد و ترویج حمایت مادی و آموزشی کشاورزان در مورد کشت مواد دخانی شروع شد.

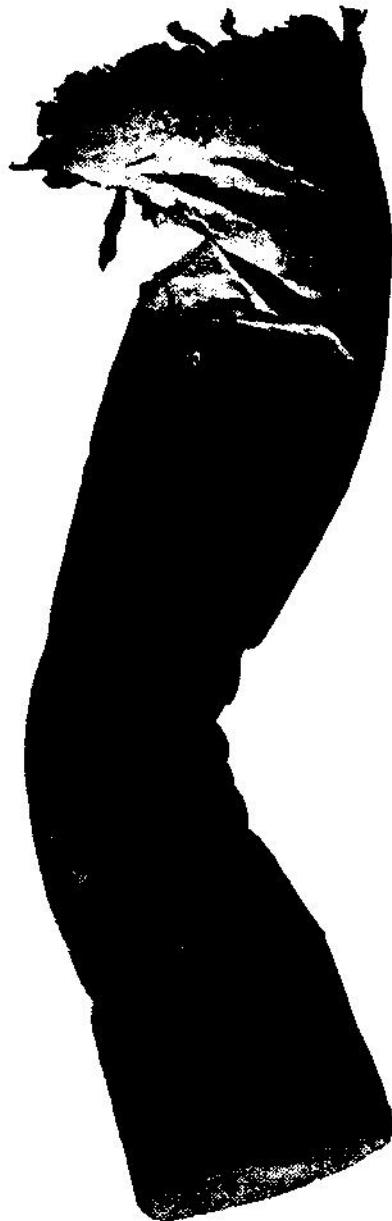
در ایران دولت جمهوری اسلامی ایران در تاریخ ۷/۸/۷۶ «ممنوعیت عرضه و فروش و استعمال دخانیات در اماکن عمومی» را به تصویب رساند.

وقتی تنباکو می سوزد ۲ نوع دود ایجاد می کند:

۱) جریان اصلی (Main stream) از انتهای فیلتردار سیگار در حین پک زدن وارد دهان و ریه می شود.

۲) جریان کناری (Side stream) که در بین پک ها از نوک مخروطی شکل و مشتعل سیگار و کناره هایش خارج می شود.

نکته قابل توجه این است که این جریان



کناری هم شبیه جریان اصلی است با این تفاوت که سه برابر نیکوتین، ۵ برابر منواکسیدکربن، ۲ برابر دوده، ۱۷۰ برابر آمونیم، ۳/۵ برابر بنزوپیرن و ۷ برابر کادیوم بیشتر دارد که این مسئله برای اطرافیان افراد سیگاری قابل توجه است به طوری که در یک ساعت در یک اتاق پر از دود سیگار، یک فرد غیر سیگاری ممکن است به مقادیر معادل کشیدن ۱۵ سیگار فیلتردار، نیتروزامین و سایر سموم را استنشاق کند. و به همین دلیل فرزندان والدین سیگاری،

عفونت های ریه، گوش میانی و علائم آسم را بیشتر دارند و غیرسیگاری هایی که با سیگاری ها زندگی یا کار می کنند، سه برابر بیشتر به سرطان ریه مبتلا می شوند نیکوتین ماده اصلی متابولیک تنباکو است که از طریق CNS اثر می کند و Euphoric است و متأسفانه یک ماده اعتیادآور است و وابستگی جسمی و روانی می دهد. وابستگی به آن پس از ۲ سال سیگار کشیدن منظم رخ می دهد و هنگامی که فرد کاملاً معتاد شد، مصرف سیگار بطور مشخصی ثابت می ماند. اعتیاد به نیکوتین یک فرآیند زیست شناختی پیچیده است که نه فقط به دارو بلکه به میزبان و موقعیت اجتماعی نیز بستگی دارد.

در نهایت اگر به استعمال دخانیات به عنوان یک معضل اجتماعی بنگریم در ریشه یابی آن به عنوان یک تجارت پر سود و ویرانگر باید پشتیبانی مالی، تبلیغاتی و فرهنگی شرکت های بزرگ و قدرتمند دنیا را در نظر بگیریم و اینکه چه سرمایه گذاری کلانی در این تجارت می کنند تا این عادت را رواج دهند و همه ساله افراد جدیدی را جایگزین ۲/۵ میلیون نفری که بخاطر سیگار تلف می شوند بکنند. کما اینکه در سال ۲۰۲۰، ۵ علت مرگ در سطح جهان به ترتیب ۱- IHD-۲ CVA-۳ COPD-۴- پنومونی ریوی و ۵- سرطان است که تمامی آنها در رابطه مستقیم با سیگار هستند.

تهیه: دکتر شیوا حسنی

۸۱/۳/۴

منابع:

- ۱) کتاب سیگار (زبان ها و روش های ترک) - دکتر محمدرضا مسجدی و همکاران
- ۲) سیگار کشیدن در محل کار - معاونت بهداشت درمان - دانشگاه تهران



دکتر تهرانی (معاونت اجرایی بنیاد)

دکتر پور زاهد (حوزه اجرایی)

معاونت اجرایی در راستای اهداف تبیین شده در اساسنامه بنیاد، به جز اطلاع رسانی، توسعه مراکز ارائه خدمات پزشکی به بیماران خاص و نهادینه نمودن خدمات به بیماران، به طور مستقیم نیز تا حد امکان سعی در رفع مشکلات بیماران و مراکز بیماری های خاص دارد. حوزه معاونت اجرایی در واقع بازوی بنیاد در تلاش است که طیف وسیعی از فعالیت های مختلف را سامان دهی می کند در این گزارش عملکرد سال ۸۰ به اختصار و به شرح ذیل تنظیم شده است.

راه اندازی مراکز جدید بیماری های جدید بنیاد امور بیماری های خاص آمادگی دارد تا حد امکان بخش های جدید بیماران خاص از جمله بخش های دیالیز، تالاسمی، هموفیلی، دیابت و شیمی درمانی را تجهیز و آماده بهره برداری کند. راه اندازی این بخش ها با همکاری وزارت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی و با کارشناسی متخصص این امر و همچنین بنیاد بیماری های خاص، نمونه ای از مشارکت و همکاری بین بخشی و تقسیم وظایف است که خوشبختانه تا به امروز از موفقیت های چشمگیری برخوردار بوده است. از جمله بخش های تازه تأسیس در سال ۸۰ عبارتند از: بخش دیالیز شاهین شهر در استان

آذربایجان غربی، بخش دیالیز بیمارستان ۶۹ تختخوابی شهرستان کنکان استان بوشهر، بخش دیالیز مصطفی خمینی طبس استان خراسان، بخش دیالیز بیمارستان امام اهواز استان خوزستان، بخش تالاسمی شبکه بهداشت نکا استان مازندران، بخش های دیالیز بیمارستان های فیروزآبادی و شهید باهنر کرج در استان تهران، بخش تالاسمی رودان استان هرمزگان و بخش دیالیز میبد شهرستان یزد. توسعه و تکمیل مراکز بیماریهای خاص همچنین به صورت موردی نیز کمک هایی در جهت تجهیز و توسعه مرکز بیماری های خاص در سال ۸۰ انجام داده به اختصار اشاره شود: بخش های دیالیز بیمارستان خاتم الانبیا شهرستان سلماس یا بیمارستان امام خمینی شهرستان مهاباد، بیمارستان انقلاب شهرستان بوکان در استان آذربایجان غربی؛ بخش دیالیز بیمارستان بوعلی شهرستان اردبیل در استان اردبیل؛ استان بوشهر بخش های تالاسمی و دیالیز بیمارستان زینبیه شهرستان خورموج؛ استان چهارمحال بختیاری بخش های تالاسمی بیمارستان هاجر شهرستان شهرکرد، بیمارستان سیدالشهدا فارس، بیمارستان شهدا اردکان و ولیعصر بروجن در استان خراسان بخش های دیالیز بیمارستان ۲۲ بهمن خواف، بیمارستان امام رضا بخنورد و بخش تالاسمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند.

در استان خوزستان انجمن تالاسمی خرمشهر، بخش های دیالیز بیمارستان ابوذر و

سینای اهواز و بیمارستان خاتم الانبیا شوشتر، بخش های تالاسمی بیمارستان نظام مافی شوش و امام رامهرمز و درمانگاه دیابت دزفول؛ در استان سمنان: انجمن خیریه بیماری های خاص گرمسار و درمانگاه دیابت بیمارستان رضایی دامغان؛ استان فارس دانشگاه علوم پزشکی شیراز، بخش دیالیز بیمارستان شهید مطهری، بخش دیالیز بیمارستان ولیعصر نورآباد ممسنی، بخش دیالیز بیمارستان شهید مطهری مرودشت، مرکز تالاسمی فارس، بخش دیالیز بیمارستان قائم فیروزآباد؛ استان کرمان بخش های تالاسمی، دیابت و دیالیز مرکز بیماری های خاص ثامن الحجج، بخش های تالاسمی بیمارستان امام جعفر بیمارستان امام بهم و کمیته بیماریهای خاص کرمان، استان گیلان بخش های دیالیز بیمارستان رازی رشت و ولیعصر رودبار؛ استان مازندران انجمن تالاسمی ساری، بخش تالاسمی بیمارستان بوعلی ساری، بخش تالاسمی و دیالیز بیمارستان دکتر بهشتی نوشهر و بخش تالاسمی بیمارستان طالقانی چالوس. استان تهران: بخش تالاسمی و دیالیز بیمارستان شهید مفتاح ورامین، بخش دیالیز زعیم پاکدشت ورامین، بخش تالاسمی بیمارستان امام خمینی، بخش دیالیز بیمارستان امیراعلم، بخش دیالیز و تالاسمی بیمارستان اشرفی اصفهانی، بخش دیالیز بیمارستان شریعتی کرج و بخش تالاسمی و داروخانه و بخش دیالیز مرکز درمانی سوده در واوان اسلامشهر، انجمن MS و بیمارستان مهدیه. در استان مرکزی بخش دیالیز بیمارستان ولیعصر اراک، در استان هرمزگان: درمانگاه تالاسمی حاجی آباد، بخش تالاسمی

گاوبندی، بخش دیالیز بیمارستان رودان، درمانگاه تالاسمی میناب و بخش دیالیز بیمارستان قشم. در استان همدان: بخش دیالیز بیمارستان ولیعصر تویسرکان.

۵- انجمن حمایت از بیماران خاص قرچک ورامین
۶- انجمن حمایت از بیماران خاص گرمسار

تعدادی از مؤسسات حمایتی مراحل ثبتی خود را طی می نمایند که به محض دریافت شماره ثبتی به جمع مؤسسات حمایتی طرف قرارداد

بنیاد امور بیماری های خاص در نقاط مختلف کشور از انجمن های حمایتی بیماری های خاص حمایت می نماید و در سال ۸۰ با برخی از این مؤسسات تفاهم نامه همکاری در زمینه مددکاری بیماران خاص به امضاء رسانده و این روند را در

بنیاد امور بیماری های خاص در نقاط مختلف کشور از انجمن های حمایتی بیماری های خاص حمایت می نماید و در سال ۸۰ با برخی از این مؤسسات تفاهم نامه همکاری در زمینه مددکاری بیماران خاص به امضاء رسانده و این روند را در

سال های آتی نیز ادامه خواهد داد. لیست اسامی این مؤسسات عبارتند از:

- ۱- انجمن حمایت از بیماران خاص بقیة الله شهریار
- ۲- انجمن حمایت از بیماران خاص ثامن الحجج کرمان
- ۳- انجمن خیریه امام علی شهر قدس
- ۴- انجمن حمایت از بیماران خاص نقده

بنیاد خواهند پیوست و از این رهگذر تسهیلاتی را برای بیماران متعلقه ای خود فراهم خواهند نمود.

آزمایش ژنتیک پیش از تولد در راستای پیشگیری از بیماری تالاسمی و پیشگیری از تولد جدید بیماری تالاسمی مازور مهمترین هدف است. بسیار از کشورها نظیر ایتالیا و قبرس تولدهای جدید را در

سال های اخیر به طور چشمگیر کاهش داده و حتی نزدیک به صفر رسانده اند. در این راستا بنیاد آمادگی دارد با معرفی زوج ناقل به مراکز تشخیصی و تحمل هزینه این آزمایشات به یاری وزارت بهداشت بشتابد و گامی هر چند کوچک در زمینه پیشگیری بردارد. در سال گذشته ۲۹ زوج ناقل از این تسهیلات استفاده نموده اند.

در حال حاضر آزمایشگاه ژنتیک دانشگاه بهزیستی و توانبخشی و آزمایشگاه ژنتیک انسیتوپاستور در تهران و بیمارستان امیرکلا در بابل و آزمایشگاه ژنتیک دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مراکز دولتی آماده انجام این آزمایشات هستند

همچنین تعدادی از آزمایشگاه ها در بخش خصوصی شهر تهران نیز در این زمینه همکاری می نمایند.

بنیاد آرزو می نماید دانشگاه های بزرگ علوم پزشکی کشور مخصوصاً دانشگاه هایی که با آمار بالای بیماران تالاسمی روبرو می باشند در این زمینه پیشگام شده و مقدمات راه اندازی آزمایشگاه ژنتیک را فراهم سازند.



خواهد بود.

اطلاعات و اعمال تغییرات آماری پویایی بانک اطلاعاتی بیماران خاص کشور را حفظ نماییم.

ضمن تشکر از همکاری بی‌شائبه استانداری‌ها، دانشگاه‌ها و دست‌اندرکاران درمان بیماران خاص از همکاری و پیشنهادات شما عزیزان استقبال خواهد نمود.

نرم‌افزار رایانه‌ای این طرح به طریقی طراحی شده که کار به راحتی می‌تواند علاوه بر دستیابی به مشخصات فردی بیماران و مشاهده جدیدترین تغییرات آماری با انتخاب شروط گوناگون جمعیت هدف را به راحتی استخراج نماید.

پس از نهایی شدن مقدمات طرح، در سال ۸۰ به طور آزمایشی در مقاطع زمانی مجزا جمع‌آوری اطلاعات در استان کرمان، آذربایجان غربی و سمنان به عمل آمد و بدین ترتیب با دریافت نظرات و پیشنهادات مسئولان و دست‌اندرکاران این استان‌ها و اعمال تغییرات لازم از آغاز سال جاری اجرای مرحله نهایی آغاز گردید. در این مرحله کارشناسان این بنیاد بر اساس زمان‌بندی پیش‌بینی شده و بر اساس هماهنگی‌های به عمل آمده با مراجعه به مراکز استان‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی در جلساتی با حضور مسئولین و دست‌اندرکاران بیماری‌های خاص استان ضمن معرفی طرح و پاسخ‌گویی به سوالات، فرم‌های مربوطه را در اختیار نمایندگان مراکز درمانی قرار می‌دهند. این اقدامات هم‌اکنون تقریباً در تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شده است و استقبال گرم این عزیزان موجب دلگرمی بیش از پیش دست‌اندرکاران طرح گردیده است. پس از وصول فرم‌ها و ورود داده‌ها به رایانه و تأیید نهایی اطلاعات کارت شناسایی بیماران صادر و از طریق معاونت درمان هر دانشگاه در اختیار بیماران قرار خواهد گرفت. تلاش ما بر این است تا پس از اجرای مرحله اول طرح در فواصل زمانی سه ماه با تجدید

نرم‌افزار رایانه‌ای این طرح به طریقی طراحی شده که کار به راحتی می‌تواند علاوه بر دستیابی به مشخصات فردی بیماران و مشاهده جدیدترین تغییرات آماری با انتخاب شروط گوناگون جمعیت هدف را به راحتی استخراج نماید.

برنامه‌ریزی شرط لازم تحقق اهداف و اطلاعات برنامه‌ریزی است. مهمترین گام پایه برای دستیابی به اهداف گردآوری دقیق اطلاعات مستند و مفید و پردازش این اطلاعات به منظور بهره‌گیری در مدیریت می‌باشد. متأسفانه علی‌رغم تمامی تلاش‌ها و پیشرفت‌ها در امر بهبود وضعیت بیماران خاص، آمار بیماران خاص کشور که از جانب مراجع رسمی و غیر رسمی اعلام می‌شود دقیق و قابل استفاده در مدیریت درمان نبوده و چه بسا همانند بسیاری از بخش‌های مدیریتی کشور اشکالات فراوانی را موجب گردیده است. از این رو بنیاد امور بیماری‌های خاص در تلاش است با همکاری استانداری‌ها، دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز درمانی بیماران خاص این مهم را به انجام رساند. در این طرح سعی خواهد شد اطلاعات ضروری بیماران گردآوری شده و بر اساس آن برای هر بیمار کارت شناسایی با کد انحصاری صادر شود. با تکمیل بانک اطلاعاتی بیماران خاص کشور، آمار و اطلاعات هر استان به همراه نرم‌افزار مربوطه برای مدیریت اطلاعات در اختیار استان‌ها قرار خواهد گرفت. دقت عمل و توجه دست‌اندرکاران در تکمیل فرم‌های سرشماری مهمترین رکن این طرح بوده و ارتباط مستقیم با درستی اطلاعات ارائه شده خواهد داشت. در مرحله آغازین، این سرشماری مشتمل بر بیماران دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی

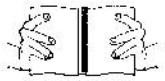
نرم‌افزار رایانه‌ای این طرح به طریقی طراحی شده که کار به راحتی می‌تواند علاوه بر دستیابی به مشخصات فردی بیماران و مشاهده جدیدترین تغییرات آماری با انتخاب شروط گوناگون جمعیت هدف را به راحتی استخراج نماید.

در سال ۱۳۸۰ یا مجموع ۳۷۲۹ نفر مددجو در حال حاضر نزدیک به ۲۰۰۰ بیمار خاص تحت پوشش مددکاری بنیاد قرار دارند و ماهیانه در تأمین هزینه‌های درمانی و دارویی مساعدت می‌شوند.

در مجموع در سال ۱۳۸۰، ۹۶۳۲ مورد مساعدت از طریق مددکاری بنیاد جهت هزینه‌ها به عمل آمده است. همچنین ۲۵۹۰ برگ معرفی بیمار به سازمان بیمه خدمات درمانی جهت صدور دفترچه بیمه صادر گردیده است.

در سال ۱۳۸۰ نزدیک به ۲۰۰۰ نفر از بیماران جهت مساعدت‌های درمانی و معیشتی به سایر ارگان‌های حمایتی نظیر کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان داوطلبان حلال احمر و غیره..... معرفی گردیده‌اند.

در سال ۱۳۸۰، ۲۹۱ بیمار جهت دریافت وام درمانی به بانک‌ها معرفی شده‌اند. در زمینه خوداشتغالی بیماران و خانواده‌های آنها بیش از یکصد نفر از بیماران و وابستگان آنان به مبادی ذیربط معرفی شده‌اند.



به دلیل محدودیت های مختلف، بسیار کمزنگ جلوه می کنند.

در میان عناوین قابل توجه مطبوعات، متأسفانه به جز چند بولتن داخلی که مربوط به برخی از تشکل های وابسته به بیماران هستند، شاید هیچ نشریه منظم با سابقه ای یافت نشود که به طور تخصصی به موضوع بهداشت و درمان بپردازد و حیطه توزیع کشوری هم داشته باشد. از سوی دیگر، صفحات مربوط به بهداشت و درمان در روزنامه ها و مجلات، اغلب به وسیله خبرهایی از دنیای بیماری ها و یا حداکثر به شکل «مشورت با پزشک» ارائه می شود که هر چند مورد اخیر آن، تا حدی کارایی دارد، اما به دلیل محدودیت صفحه هایی که به آن اختصاص می یابد و نیز فقدان استمرار و برنامه ریزی این بخش نیز کارایی چندانی ندارد.

راهکارهای کوتاه مدت برای فعال کردن مطبوعات در این زمینه را می توان در دو عنوان کلی طبقه بندی کرد:

اول حمایت محتوایی بسیاری از نشریات، با وجود آن که آمادگی راه اندازی صفحات بخش های ثابت را به منظور اطلاع رسانی بهداشتی - درمانی دارند، به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات تخصصی، قادر به انجام چنین کاری نیستند. منظورم از اطلاعات تخصصی، پیام های دقیق، زمان بندی شده و مستمر است که برای بیماران، قابل استفاده باشد و در روند درمانی آن ها موثر واقع گردد.

دوم حمایت مالی است. نهادها و

که به وسیله همه ابزارهای رسانه ای که مارشال مک لوهان آن ها را به رسانه های سرد و گرم تقسیم می کند، به مخاطبان ارائه می شود.

مطبوعات ویژه بهداشتی و درمانی، کانال های خاص تلویزیونی، سینماها و فیلم های سینمایی مخصوص و کتاب ها و سایر نرم افزارهای اطلاعاتی در این مقوله فعالند و با ارائه درست، کامل و به موقع اطلاعات، نقشی تعیین کننده در روند آگاه سازی بهداشتی و درمانی ایفا می کنند. یک مطالعه تحقیقاتی در سال ۱۹۸۹ که چکیده آن در نشریه پژوهشی دانشگاه استنفورد شماره ۵ سال ۱۹۹۰ منتشر شد، نشان داد که ۱۰۰۰ بیمار مبتلا به دیابت در یک نظر سنجی در پاسخ این پرسش که اطلاعات مورد نیاز درمانی خود را، در وهله اول از چه طریقی کسب کرده اند، از «تلویزیون» نام برده اند. امروزه، در دهه دوم پس از این تحقیقات بی هیچ تردیدی باید نقش رسانه ها را در انتقال بهداشتی و درمانی به مخاطبان، در رأس سایر روش های پیام گیری قرار داد. اما در کشور ما شرایط از این جهت، چگونه است؟ متأسفانه به دلایل متعدد، از جمله پائین بودن سطح سواد، عدم دسترسی عمومی به ابزارهای رسانه ای محدودیت پوشش و فقدان فرهنگ رسانه ای در جامعه ما رسانه ها قادر به ایفای ابتدایی ترین نقش های خود نیستند. در حال حاضر از میان همه ابزارهای متنوع رسانه ای، در جامعه ما عملاً دو ابزار مطبوعات و رادیو - تلویزیون، به عنوان رسانه های جمعی مطرح اند و سایر ابزار

«زان لویی سروان شرایبر» در کتاب پیام می نویسد:

«اگر جامعه ای بخواهد زنده بماند، اعضای آن ناگزیر از به دست آوردن اطلاعات هستند.» «اطلاعات» در دنیای ما، اکسیر ارزشمندی است که تعیین کننده ساخت، جهت و کیفیت حیات فردی و جمعی است.

در این باره اطلاعات چقدر اهمیت دارد و تا چه حد قادر است زندگی ما را تحت تأثیر قرار دهد، بنای سخن پردازی ندارم، زیرا این موضوعی است که همه علمای ارتباطات درباره آن بحث های مفصلی کرده اند و بسیاری از شما عزیزان نیز از آن آگاهید. فقط حرف «شرایبر» را تکرار می کنم که زندگی بدون اطلاعات ممکن نیست.

در دسترس قرار دادن اطلاعات، از ابتدایی ترین نقش های رسانه هاست. گوا اینکه سال هاست که نقش های پیچیده تری برای رسانه ها طراحی شده که خارج از موضوعش بحث ماست.

دامنه اطلاعات که رسانه ها می توانند ارائه کنند، به گستردگی روابط گوناگون اجتماعی است.

یکی از این حیطه ها که رسانه های جهانی، دهه های زیادی است که فعالیت در آن را آغاز کرده و به نتایج و تجارب ارزشمندی هم در آن دست یافته اند، حیطه «بهداشت و درمان» است.

در بسیاری از کشورهای رشد یافته، پیام های متنوع بهداشتی و درمانی، مدتهاست



مؤسساتی که دست اندرکار مسائل بیماران هستند، باید برای استفاده از مطبوعات به عنوان ابزارهای رسانه‌ای، سرمایه‌گذاری لازم را انجام دهند. این سرمایه‌گذاری ممکن است به صورت مستقل و به شکل راه‌اندازی یک نشریه خاص باشد و ممکن است به شکل مشارکت در یک نشریه معتبر پرتیراژ و پرمخاطب برای اختصاص بخشی از صفحات آن به اطلاع‌رسانی جهت بیماران باشد.

در زمینه مطبوعات، برگزاری نشست‌های تخصصی با سر دبیران و مدیران مسؤول، راهکار دیگری است که در اینجا به نظر می‌رسد سازمان‌ها و مؤسسات مرتبط با مسائل بیماران، باید با برنامه‌ریزی نشست‌های تخصصی، سردبیران و مسؤولان نشریات را در جریان ضرورت‌های استفاده از مطبوعات در زمینه اطلاع‌رسانی و آموزش به بیماران قرار دهند و افکار آن‌ها را که ممکن است در هجوم مسائل گوناگون، از جمله مسائل سیاسی، مشغول شده باشد، به این موضوع توجه دهند.

در زمینه فعالیت‌های رسانه‌ای یک موضوع مشترک که هم در مطبوعات و هم در صدا و سیما به نظر کارکرد دارد، توجه به جنبه‌های دیگر اطلاع‌رسانی در زمینه مسائل بهداشتی و درمانی است. یک وقت کار اطلاع‌رسانی به مسائل آموزشی برای بیماران اختصاص می‌یابد که این یک بعد قضیه است، اما به نظر من، بعد مهم ترش اطلاع‌رسانی به افراد سالم است برای این که بیماری‌های خاص را بشناسند و این شناسایی هم دو فایده در بر دارد: یکی این که کیفیت ارتباط آن‌ها را با بیماران اصلاح می‌کند و دیگر این که یک حرکت پیشگیرانه است.

در باب موضوع اول می‌خواهیم بیش‌تر

در بیمارستانی شاهد بودم که خانم جوانی با شنیدن این نکته که کودک بغل دستی‌اش، سرطان خون دارد، به سرعت از کنار او بلند شد و جایش را عوض کرد.

این ناشی از چیست؟ ناآگاهی. ضربه‌ای که این ناآگاهی بر روحیه کودک سرطانی وارد می‌کند چقدر است؟ چه کسی تاوان آن را پس می‌دهد؟ جامعه ما به این حد از رشد فکری نرسیده که موضوع واگیر و غیر واگیر را تشخیص بدهد و این، مسئولیتش به عهده رسانه‌هاست و مطبوعات، قطعاً می‌توانند در این مورد کار کنند. نکات ریز هم هست که اطلاع‌رسانی رسانه‌ای در آن نقش دارد، مثل نحوه برخورد والدین با کودک مبتلا به بیماری خاص یا شیوه برخورد اولیاء مدارس و معلمان. باز من مثال می‌زنم. در یکی از مدارس کودک هموفیلی مدت‌ها به معلمش اصرار می‌کند که آقا دست من بریده و معلم وقتی خون جاری

توضیح دهم. یک روز یکی از بیماران تالاسمی به من مراجعه کرد و حرفی زد که خیلی تحت تأثیر قرار گرفتم. شما می‌دانید که بیماران تالاسمیک ما زور، بعد از مدتی استخوان‌های صورتشان از حالت عادی خارج می‌شود. این عزیزی که پیش من آمده بود، می‌گفت نمی‌دانید مردم چه واکنش‌هایی در ارتباط با تغییر شکل استخوان‌های صورت ما نشان می‌دهند. این یک موضوع است. رسانه‌های ما باید مخاطبان خود را در این مقولات هدایت کنند، و با آگاهی‌های لازم ذهن‌شان را جهت بدهند و ذهن‌شان را جهت بدهند که در برخورد با بیماران خاص، رفتار منصفانه‌ای داشته باشند موضوع دیگر ترس‌های بیجایی است که ناشی از ناآگاهی است. این وظیفه بزرگی برای رسانه‌هاست که ترس‌های بدون منشأ علمی را از جامعه بزدایند. اگر بخواهم مثال بزنم، تصویرهای خوبی برایتان ساخته نمی‌شود. من

شده از دست کودک را می بیند، متوجه هموفیلی بودن او نمی شود و جان کودک به خطر می افتد. این ها ظرفیت های رسانه ها و مطبوعات در ارتباط با بیماران خاص است، اما نکته ای که تصور می کنم جا دارد به عنوان یک انتقاد مطرح شود این است که رسانه ها، حتی در بخش خبری هم در مورد بیماران، به ویژه بیماران خاص، به درستی کار نمی کنند. اطلاعات مربوط به نحوه توزیع دارو، درمانگاه های تازه تأسیس، کنفرانس های علمی پزشکی و این طور خبرها هم به خوبی در رسانه ها پوشش نمی یابند بعضی از مطبوعات که اصلاً این طور خبرها را کار نمی کنند و بعضی دیگر، بسته و گریخته دست به این کار می زنند و به هر حال یک نظام منسجم رسانه ای در این مورد وجود ندارد که نتیجه آن، سردرگمی و مطلع نبودن بیماران از تصمیماتی است که برایشان گرفته می شود.

اما رسانه ها به عنوان پل ارتباطی مخاطبان خود با مسوولان هم عمل می کنند. در این مورد هم سهم بیماران خاص از رسانه ها کم است. ما کمتر مشاهده می کنیم که رسانه ها، منعکس کننده درد دل ها و مشکلات بیماران خاص باشند. حال آن که اینان مشکلات بسیار زیادی دارند. یک وقت پیش

می آید که داروی حیاتی آن ها کم می شود، یا سیستم درمانی شان به مخاطره می افتد. این ها اگر یک کانال مطمئن رسانه ای برای انعکاس مشکلاتشان داشته باشند، خیلی برایشان راه گشاست.

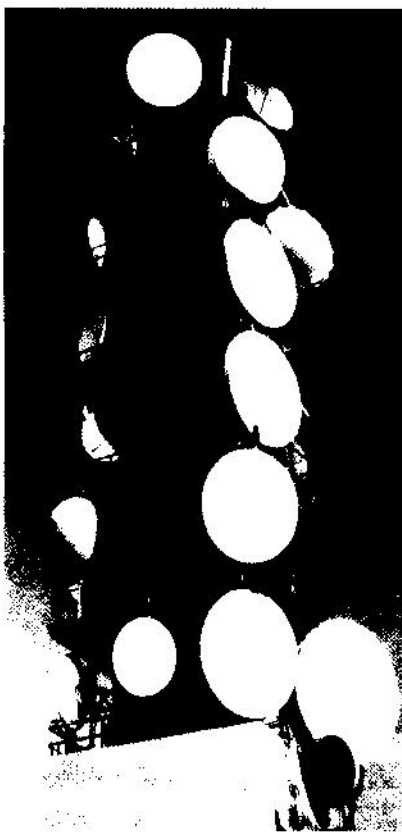
اما در مورد تلویزیون لازم می دانم به این نکته اشاره کنم که متخصصان و کارشناسان رسانه در کشورمان معتقدند که هیچ رسانه ای از جهت حوزه اثر و میزان تأثیر، رقیب تلویزیون نیست. در ایران البته هیچ تحقیق حامی در این مورد انجام نشده که هر ایرانی، چند ساعت از وقتش را در روز، پای تلویزیون سر می کند، اما واکنش های عمومی به برنامه های مطرح سیما، حاکی از حیطه مخاطب و میزان تأثیر این رسانه است. دلایل متعدد هم برای برتری تلویزیون از حیث جذب مخاطبان بر رسانه های مکتوب مطرح می کنند، از جمله این که به طور کلی در جامعه ما فرهنگ شفاهی بر فرهنگ مکتوب غلبه دارد. به هر حال تلویزیون امروزه آن چنان در جامعه ما گسترش یافته که حتی در دور افتاده ترین روستاها تلویزیون قابل رؤیت هستند. این ظرفیتی است که جامعه ما در زمینه اطلاع رسانی در مقولات بهداشتی و درمانی، به درستی از آن استفاده نمی کند. در

شش شبکه فعال تلویزیونی هیچ برنامه مستقلی وجود ندارد که برای بیماران خاص تهیه شود، دغدغه ها و مشکلات آن ها را مطرح کند، به آن ها آموزش بدهد، روش های جدید درمانی آن ها را بیان کند، داروهای تازه به بازار آمده را معرفی کند و...

البته در بعضی برنامه ها، با رقه هایی از آموزش روش های درمانی به بیماران خاص دیده شده، اما نه مستمر بوده و نه کافی. در شرایطی که هر بیمار هموفیل، می تواند به محض پیش آمدن مشکلی، به سهولت فاکتور مربوطه را در منزل به خودش تزریق کند و مثل افراد عادی به زندگی ادامه دهد و یا بیمار دیابتی، روند درمانی اش را شخصاً به عهده بگیرد، فقدان آموزش های عمومی لازم، زمینه تحقق این شرایط را از بین برده است.

ما در تلویزیون، می توانیم برنامه های ویژه آموزشی داشته باشیم، آن هم در شبکه ها و نه در ساعات کم مخاطب، بلکه در ساعات های پرمخاطب برنامه های کوتاه و مستمری که نحوه درمان معمول بیماران خاص را به آن ها و خانواده هایشان آموزش دهد. ما همچنین می توانیم اطلاعات حاشیه ای در مورد بیماران خاص بدهیم.





احساس کنیم دین مان را به بیماران خاص کشور که افرادی صبور، پرامید و دوست داشتی هستند، ادا کرده ایم؛ سال ها دل طلب جام جم از ما می کرد

آنچه خود داشت ز بیگانه تمنا می کرد
گوهری کز صدف کون و مکان بیرون

است

طلب از گمشدگان لب دریا می کرد
مشکل خویش بر پیر مغان بر دم دوش
کو به تأیید نظر حل معما می کرد
دیدمش خرم و خندان باده به دست اندر

آن

آینه صد گونه تماشا می کرد
گفتم این جام جهان بین تو کی داد حکیم
گفت آن روز که این گنبد مینا می کرد
بی دلی در همه احوال خدا با او بود
او نمی دیدش و از دور خدایا می کرد
السلام علیکم و رحم

ظرفیت های آن استفاده نمی کنیم. حتی گاهی عملکرد ما منفی هم هست.

وقتی در سریالی، می خواهیم اوج گرفتاری را نشان بدهیم، شخصیت سریال را مثلاً به بیماری سرطان مبتلا می کنیم، حال آن که بسیاری از سرطان ها امروز در کشور ما مهار می شوند. من با خانمی صحبت می کردم که سه سال با بیماری سرطان مبارزه کرد و سرانجام هم این نیروی اراده و عشق به زندگی او بود که سرطان را مغلوب کرد. ما از تلویزیون به جای آن که این سوژه ها را ارائه کنیم، علاج ناپذیر بودن بیماری خاص را نشان می دهیم.

الان یکی از مشکلاتی که در مورد ازدواج ها در کشور ما وجود دارد، ازدواج دو فرد بیمار یا ناقل ژن بیماری با هم است. قدم های مثبتی از جهت انجام آزمایشات پیش از ازدواج برداشته شده، اما متأسفانه در نقاط دور افتاده روستایی کشور ما، بر اساس عرف اجتماعی که از گذشته بر جای مانده، ازدواج به صورت یک امر محتوم انجام می شود و پس از طی مقدمات، تشریفات رسمی آن مثل عقد محضری و آزمایش دادن صورت می گیرد. الان در هر روستای دور افتاده تلویزیون هست، ما از طریق سریال ها و کارهای نمایشی قوی، می توانیم عاقبت این بی توجهی را نشان دهیم و من مطمئنم اگر بتوانیم کار خوبی ارائه دهیم، قطعاً نتیجه هم می گیریم. به هر حال اعتقاد قلبی من این است که ما از داشته هایمان از امکاناتمان بهره برداری نمی کنیم به این دلیل که از ضرورت ها آگاه نیستیم. صحبت هایم را با ابیاتی از خواجه شیراز به پایان می برم و برای همه شما در راه خدمت به بیماران خاص آرزوی توفیق دارم و امیدوارم روزی فرارسد

در سریال های پرمخاطب خانوادگی که مردم با آن ها رابطه برقرار می کنند می توانیم شخصیت هایی از بیماران را بگنجانیم. با این کار پیام های غیرمستقیم هم به جامعه بدهیم که نحوه برخورد با بیماران را بیاموزند و هم این پیام را منتقل کنیم که بیمار خاص، جز در مواردی که سیر درمانی اش را طی می کند، فردی عادی است که نه نیاز به ترحم دارد و نه نخواستی باید مورد تمسخر قرار گیرد. متأسفانه سطح آموزش های اجتماعی در مورد بیماران خاص در جامعه ما بسیار پائین و سطحی است. جامعه ما هنوز نمی داند با یک بیمار تالاسمی چگونه باید رفتار کند. خانواده ها نمی دانند که اگر هم کلاسی فرزندشان یک کودک هموفیلی بود، باید به فرزندشان بگویند فقط کاری نکند که بدن دوستش دچار خونریزی شود، در غیر این صورت کودک هموفیلی یک کودک عادی است.

این آموزش ها با توجه به گستردگی تلویزیون، کار این رسانه است. ما در مناطقی از کشورمان با برخی بیماری های خاص، بیش از سایر مناطق مواجهیم در این مناطق آموزش های مستقیم و غیر مستقیم باید به وسیله شبکه های استانی ارائه شود که متأسفانه گام مؤثری در این زمینه برداشته نشده.

به نظرم در یک سطح کلان تر مسئولان سازمان ها و نهادهای مرتبط با بیماران خاص باید در هماهنگی کامل با مسئولان تلویزیون قرار بگیرند و برنامه جامع داشته باشند. باید بدانند که در طول یک سال در چه قالب هایی، برای بیماران خاص کار می شود و بازگشت این کارها را هم بگیرند تا در آینده از آن ها استفاده شود. ما امکان استفاده از این رسانه را داریم اما از



واکسن های سرطان

واکسن های سرطان که از آنها به عنوان «درمان ایمنی اختصاصی و فعال» یاد می شود، حداقل در حال حاضر بیشتر برای درمان سرطان ها به کار می روند تا برای پیشگیری از آنها، واکسن های سرطان ایمنی ایجاد شده در بدن نسبت به تومور را تقویت می کنند و در مقابله با تومور بسیار اختصاصی تر از سیتوکین ها هستند. همچنین آنها سمیت بسیار کمی دارند و در نتیجه می توان آنها را همراه دیگر روش های ایمنی درمانی (immunotherapy) به کار برد. این واکسن ها سبب ایجاد حافظه ایمنی می شوند که می تواند در مقابله با عود تومور باشد. تا کنون واکسن های ملانوم (نوعی سرطان پوست) بیش از بقیه مورد توجه بوده اند که از میان چندین نوع آنها که در کارآزمایی های بالینی آزمایش شده اند، ملاسین (Melacine)، سلول های ملانوم خود فرد که با هاپتن، تماس داده شده اند (Vax-M) و سلول های فرد دیگری که پرتودهی شده اند (Cancer Vax) را می توان نام برد. این واکسن ها موجب بازگشت کرهکهای دست اندازی کرده (متاستاتیک) شده اند. همچنین

ملاسین در کارآزمایی های بالینی در افرادی که ملانوم درجه IIB آن ها با عمل جراحی برداشته شده بود، موجب افزایش طول عمر بیماران گردید. این اثر در بیماران که HLA های خاصی داشتند، بارزتر بود.

نوعی واکسن سرطان روده بزرگ (کولون) که از سلول های پرتودهی شده (irradiated) خود بیمار تهیه شده بود، در یک کار آزمایی شاهداری سبب افزایش بقای بدون عود (relapse-free survival) افرادی شد که سرطان آنها در مرحله II (DukeB) تحت عمل جراحی قرار گرفته بود.

واکسن های تهیه شده از سلول های کامل، پاسخ های بالینی بهتری نسبت به واکسن هایی که حاوی پادزا (آنتی ژن) های مشخص (مانند پیتدها یا گانگلیوزیدها) بودند، ایجاد کردند. با وجود این، از نظر تئوری واکسنهای تهیه شده از پادزاهای مشخص مطلوب تر هستند زیرا ترکیبی همواره یکنواخت دارند و تولید آنها دقیقاً تکرارپذیر است.



معاونت آموزش و پرورش در

مطالعه ای در دو بیمارستان دانشگاهی انگلستان، ۱۱ خانم مبتلا به تالاسمی ماژور از نظر وضعیت آبستنی و زایمان بررسی شدند. شانزده مورد آبستنی در این ۱۱ بیمار مشاهده شد که در ۱۳ مورد به زایمان منتهی گردید. از میان ۱۳ زایمان، ۲ مورد طبیعی، ۱ مورد با کمک فورسپس و ۱۰ مورد به صورت سزارین بودند.

علل عدم موفقیت در آبستنی در ۵ بیمار دیگر، عبارت بودند از: هیپوگنادیسم هیپوگنادوتروپیک، دیابت و کار دیومیوپاتی.

نتیجه گیری های این مطالعه آن بوده است که به نظر نمی رسد آبستنی در زنان مبتلا به تالاسمی ماژور اثر و خیمی بر روند بیماری (تالاسمی) داشته باشد. همچنین، به جز افزایش میزان نیاز به جراحی سزارین که عمدتاً ناشی از عدم تناسب سر نوزاد با لگن مادر می شد، عوارض مامایی بیشتری در مادران تالاسمی پدید نیامد. با توجه به احتمال زیاد بروز کاردیومیوپاتی و دیابت، لازم است پیش از شروع القای تخمک گذاری برای درمان هیپوگنادیسم هیپوگنادوتروپیک در خانم های مبتلا به تالاسمی ماژور (که در این بیماران مشکلی شایع به شمار می آید)، بررسی های دقیق اولیه صورت گیرد.



شرکت دانا تشخیص

(با مسئولیت محدود)

نماینده انحصاری کمپانی Electalab ایتالیا سازنده

دستگاههای تحلیل گر خودکار سدیمان (ESR Analyzer)

دارای تاییدیه های بین المللی FDA , CE و آزمایشگاه رفرانس ایران



MONITOR 100

● جوابدهی در محیط ۱۸ درجه سانتی گراد

● اندازه گیری نمونه در حالت کاملاً عمودی و منطبق با سیستم WESTERGREN

● (اندازه گیری در حالت غیر عمود باعث کاهش در دقت و صحت جواب می گردد)

● جوابدهی ساعت اول در ۳۰ دقیقه و ساعت دوم در ۶۰ دقیقه

● (جوابدهی زیر ۳۰ دقیقه باعث کاهش در دقت و صحت جواب می گردد)

● دارای صفحه نمایش ۵ اینچ



MONITOR 20

● امکان رسم نمودار ساعت اول و دوم

● حافظه جهت ۸۰۰ نمونه (با اتصال به کامپیوتر جانبی ظرفیت حافظه به بی نهایت می رسد)

● امکان اتصال مستقیم به چاپگر

● مورد استفاده تایید سازمان تامین اجتماعی، سازمان انتقال خون، شرکت نفت،

● دانشگاههای علوم پزشکی و آزمایشگاهها و بیمارستانهای معتبر کشور.



تهران - خیابان فلسطین شمالی، پایین تر از

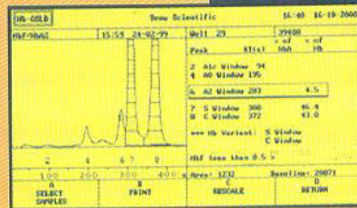
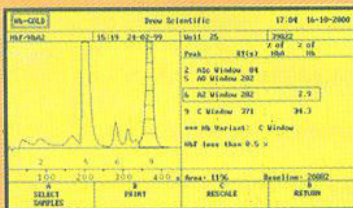
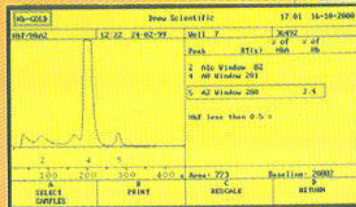
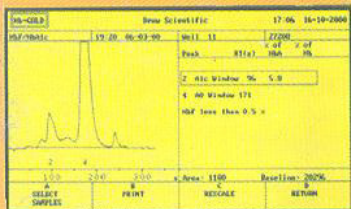
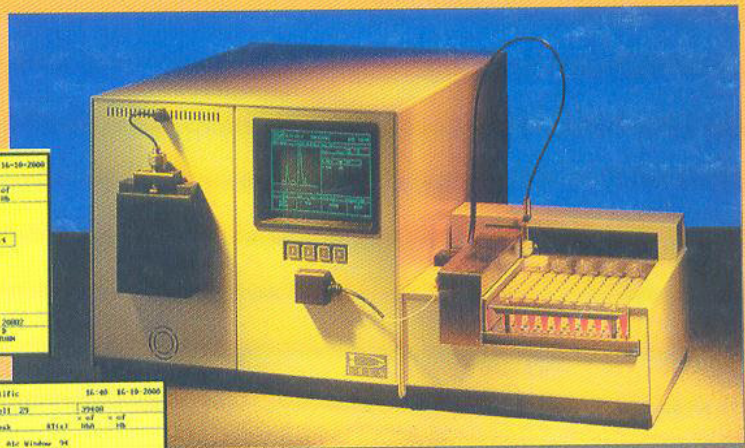
زرتشت، روبروی بانک تجارت، شماره ۶۷

طبقه چهارم غربی، کد پستی: ۱۴۱۵۸

تلفن: ۸۸۰۳۶۸۶ - ۸۹۰۸۵۵۸

فکس: ۸۸۰۵۲۷۸

شرکت دانا تشخیص (با مسئولیت محدود)



Peak RT %

HbA1ab 0.7%

HbA1c 94.65%

HbA1 7.2%

HbA0 154

