

شماره پانزدهم

سال چهارم

پاییز ۱۳۸۱

علمی، فرهنگی، اجتماعی

قیمت: ۵۰۰ تومان

بنیاد امور بیماریهای خاص

خواص

CANCER

مشکلات روماتولوژیک در

سرطانها

تغییرات فشار خون در

همودیالیز

دری به سوی باغ بسیار درخت

اهدا کنندگان اعضاء

برنامه پیشگیری از تالاسمی

در ایران

صدای مهر

سوزن تهدگرد

همراه با نمایشگاهها

انفاق

AIDS

سایت بنیاد

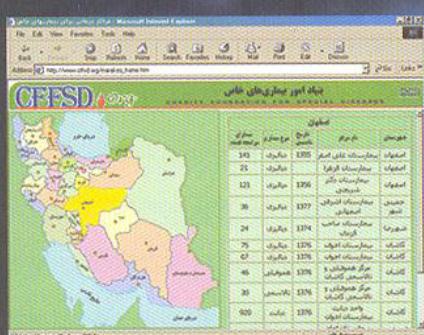
CANCER

CANAER

HEMOPHILI

BETES

سایت اینترنتی "بنیاد امور بیماریهای خاص"



فعالیتهای اجرایی، اطلاع رسانی، امور بین الملل

آموزش در دو بخش پیشگیری و درمان

مراکز درمانی بیماران خاص

سایتهاي اينترنتي مهم در بیماریهای خاص

درباره بنیاد



www.CFFSD.org

Email : info@cffsd.org

واحد آمار و اطلاع رسانی

پرس

۴	سخن نخست
۵	یادی از دوست
۶	خبر
	گزارش و پژوهش
۸	گزارشی از همکاری و همیاری بنیاد جهت ساماندهی بیماران خاص
۱۲	همراه با نمایشگاه
	آموزش و پژوهش
۱۳	بیماری کبدی در بیماران هموفیلی
۱۵	مشکلات رماتولوژیک در سلطانها
۱۷	نتیجه‌رات فشار خون در همودیالیز
۲۰	برخورد پدر و مادر با کودک هموفیلی (بخش دوم)
۲۲	تالاسمی در تایلند (بخش دوم)
	زنگ تحقیق
۲۸	تبیین تراکم استخوانی گردن فمور و ستون فقرات در افراد نرمال
	فرهنگ و هنر
۳۵	شب قدر
۳۹	انفاق
۴۳	دری به سوی باغ بسیار درخت
۴۴	انتشارات
	بین الملل
۴۵	برنامه پیشگیری از بیماری تالاسمی در ایران
۴۷	اهدای کنندگان اعضا
۴۸	یاوران بنیاد
	خواندنها
۴۹	گزارشی از راه اندازی سایت اینترنتی بنیاد
۵۱	سوزن ته گرد (داستان)
۵۴	گزارش فعالیت و عملکرد سه ماهه معاونت آموزش و پژوهشی
۵۶	از استانها چه خبر
۵۷	اولین دوره مسابقات آسیایی پیوند اعضا
۵۸	با مخاطبهای آشنا
۶۰	صدای مهر
۶۱	تازه‌های پژوهشی
	رنگارنگ
۶۳	سرآشپز
۶۴	جدول

آثار، نوشه‌ها، نظریات، انتقادات خود را می‌توانید به نشانی مجله ارسال کنید.
استفاده از مطالب مجله با ذکر کامل منبع بالامانع است.

نشریه بنیاد امور بیماریهای خاص
علمی فرهنگی و اجتماعی
شماره ۱۵ (پاییز ۸۱)

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

هیات علمی:
دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر کامران باقری لنکرانی، دکتر
احمد رضا جمشیدی، دکتر سید هاشم چنت پور، دکتر سید
محسن خوش نیت، دکتر احمد رضا سروش، دکتر شمس
شریعت تربیان، دکتر رمضانعلی شریفیان، دکتر سید محمود
طباطبائی، دکتر سید موسی علویان، دکتر ایرج فاضل، دکتر
محمد فرهادی، دکتر محمد فرهادی لنگرودی، دکتر اردشیر
قوام زاده، دکتر مصطفی قانعی، دکتر باقر لاریجانی، دکتر
علیرضا مرندی، دکتر رضا ملک زاده، دکتر محمد علی
محققی، دکتر علی اکبر ولایتی

همکاران اجرایی این شماره:
مریم اسدی، دکتر خشایار اسدی، مهندس امیر علی
آقیاری، دکتر محمد رضا امینی، دکتر میر رضا بخیرنیا، عطیه
بهرامپور، طه بهرامپور، دکتر روحانی،
دکتر فوزان رحیمی زاده، الهام طهماسبی، مهشید
غابدین خان، دکتر علیرضا عبدالله شمشیرساز، دکتر محمد
کامکار، دکتر سید شهاب الدین مرعشی، مهندس مسعود
مشاچی، مینامیر بها، وفاطمکزاده

امور فنی

صفحه‌آرایی: گیتا یاقوتی
اسکن: یبتا بروین
طراحی روی جلد: سلیمان صالحی
لیتوگرافی: مؤسسه فرهنگی هنری طاهر

آدرس: تهران - صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۳۳۳۳
تلفن: ۰۲۹۰۸۷۱۱ فاکس: ۰۲۹۶۸۷۱۱
پست الکترونیکی بنیاد امور بیماریهای خاص:
Email:cffsd@majlis.ir
cffsd@yahoo.com

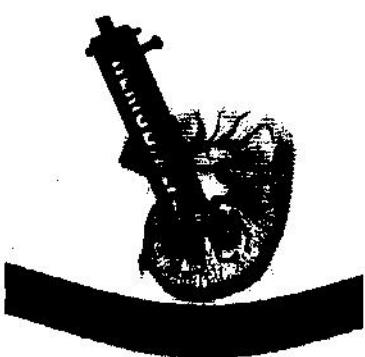
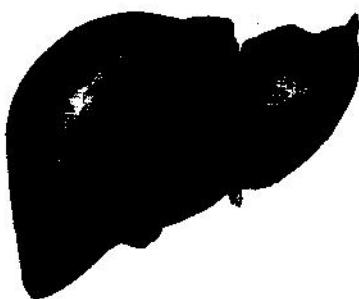
خلاصه مطالب

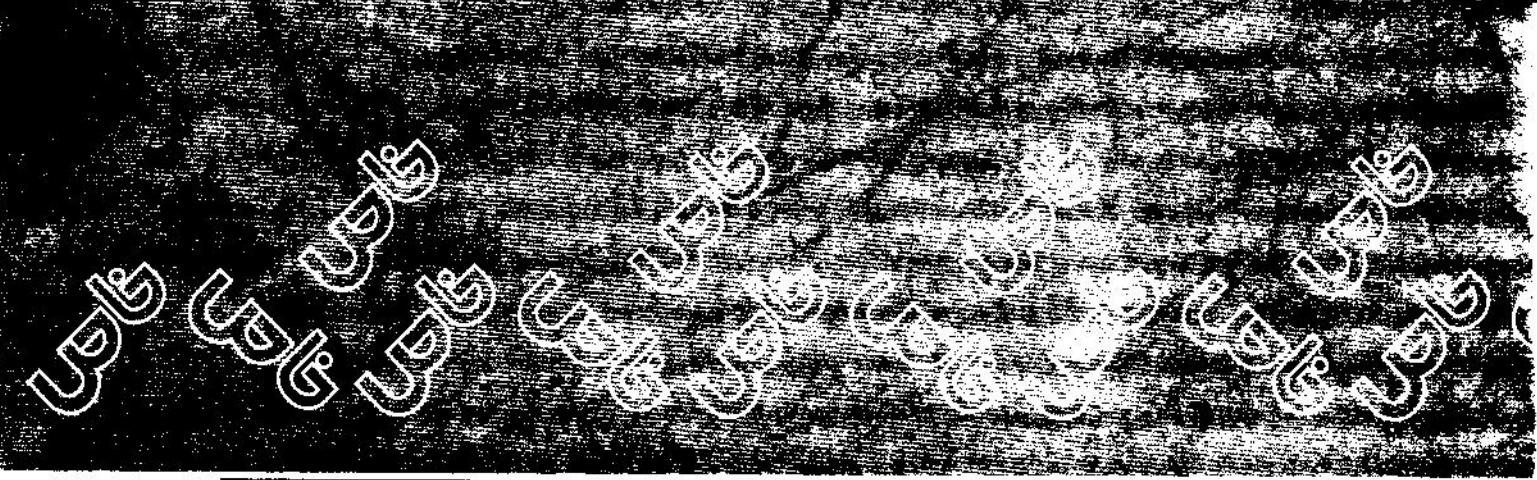
بیماران مبتلا به قالاسمی مازور، هموفیلی و افرادی که همودیالیز می شوند از سوی وزارت بهداشت به عنوان «بیماران خاص» شناخته شده‌اند و از سوی این وزارتخانه تحت حمایت درمانی قرار گرفته‌اند. بنیاد علاوه بر سه بیماری ذکر شده بیماران مبتلا به سرطان و دیابت و بیماران پیوند کلیه را نیز تحت حمایت خود قرار داده است اینکه برخی تسهیلات را بررسی می‌کنیم.

هپاتیت C یکی از عوارض مهم درمان در بیماران مبتلا به هموفیلی یا بیماران فون ویلبراند وابسته به فاکتور غلیظ شده مشتق از پلاسمامی باشد در اینجا چند نکته راهنمای تشخص، درمان و پیشگیری هپاتیت در هموفیلی را بررسی می‌نماییم.

فشار خون در بیماران دیالیزی طی یک جلسه دیالیز تغییرات محسوسی دارد و در ساعات مختلف دیالیز بسیار متغیر است. عوامل بسیاری در این رابطه نقش دارند که در این مقاله سعی شده است به طور خلاصه به آن پردازیم.

در زندگی هر شاعر آسمانی و هنرمند اصیل و انسان بزرگ شبی هست که او را به ملکوت آسمان بار می‌دهند تا در آنجا به مقدار چشمی که از دیده بینای عشق و ام گرفته است با سرچشمه خیر و جمال و حقیقت که وجود لایزال حضرت حق است دیدار کند. این شب فرخنده را عاشقان شب وصال خوانده‌اند که همان شب معراج و لیله القدر است...





سایت اینترنتی بنیاد امور بیماری‌های خاص هم‌زمان با ششمین سالگرد تأسیس بنیاد به طور رسمی شروع به کار نمود این سایت با آدرس WWW.cffsd.org قابل دسترسی است و از قسمت‌های مختلف تشکیل شده است که به اختصار به معرفی آنها خواهیم پرداخت.



این شماره در زنگ تحقیق طرح تحقیقاتی (تعیین تراکم استخوانی گردن فمور و ستون فقرات در افراد نرمال «۱۰-۲۰» ساله شهر تهران) را از نظر من گذرانیم.



در بخش صدای مهر این شماره نامه‌های دو تن از دوستانمان را که درد دلی را با ریاست بنیاد کرده‌اند و مشکلات بیماران را مطرح نموده‌اند بر دل و دیده من نشانیم.



بخشن ژئیک معاونت بیماری‌های غیر مسری مرکز کلتول بیماری گزارشی را از برنامه پیشگیری از بیماری تالاسمی در ایران تهیه کرده است من خواهیم.

شکریه نزعلی چگوین بازگشته وصف او مانده این حال چه بیشتر از سخنان
نیزبار او از نیج البلاغه در باب یعنی ایوان بکاریم:
نیدیر الهم همانند قطبه های باران برای هر کس که مقدر شده خواه
بندگ و خواه بسیار از آسمان به زمین می آید پس اگر کسی مال و منال
برادر خود را بیطن از خود یابد نباد که بر او روشک برد.
مسلمان از خیانت پیزار از خدای تعالی خواستار یکی از دو خوبی است:
یکی آنکه دعوت حق را اجابت کند و به نزد او رود که هر چه در نزد
خداآوند است خیر اوست دیگر آنکه در این جهان روزیلش عطاگرده و
صاحب کرده و صاحب زن و فرزند و مال و منال بود در عین حال دین و
حیلیت و شرف او خم در اهان مانده است مال و فرزندان کفته این
جهان اند و عمل صالح کفته آخر است و بسا باشد که خداوند این هر
نه نعمت را نصیب مردمانی کند پس بترسید از خدا بترسید از آن چیزها
که خدا شما را از آنها بیم داده است و بترسید ولی نه از آنکه که
در عذرخواه گناهمنان باشد کارهای دیک به جای آورید ولی نه به قصد
کوبدلمانی که مردم بیتلند یا از دیگری بشنوند زیرا هر کس عملی را مگزیند
از خدای خدا اطمین خدای خدا سرای عملیش را به کسی حوالت کلد که به
ظاهر او عمل کرده است از خدا می طلب مقام و مرتبت شهیدان را
بریستن با نیکیختان را موافقت با یامیران را.

اید ایند که هیچیک از شما نباید از خوبیها ندی ما که گرفتار فقر و بیلایی
دست روی یاری بر تاید باید که یاریش دهد به سالی که اکثر الفاظی
کند بر دارایش نیهزاید و اگر اتفاقیش کند سبب نقصان در مال او نگردد
هر کس که دست یاری از علیله خود فرو بندد یک دست از یاری آنان
شته شده ولی او از یاری دستیای بسیاری خود را محروم داشته هر
که با اطرافیان خود به مدار رفتار کند همواره دوستی و مودت آنان
بیشتر خود سلطنه است.

نیج البلاغه

خطیه شماره ۲۳

ترجمه عبدالحمید آقی

پایه‌ی ازدیاد

روال سیاست گذاری، کنترل بیماریها به دست فراموشی سپرده شد. اما خوبیخانه در قانون برنامه سوم توسعه و در قانون امسال بودجه ۸۱ تأکید زیادی بر کاهش تصدی گری دولت و رونق دادن به نهادهای مدنی در بخش خصوصی شده است.»

ششمین سالگرد تأسیس بنیاد به همنوایی فراخوانده بودیم در این مجال قسمتی از سخنان ایشان را در آن مراسم می‌آوریم و یاد و خاطره اش را گرامی می‌داریم: «با دولتی کردن تمام سازمان‌ها، خودمان را از کمک‌ها و فعالیتهای مردمی محروم کردیم و فی الواقع با این

آقای علیرضا نوری نماینده مجلس شورای اسلامی و ریاست کمیسیون بهداشت و درمان مجلس عصر روز چهارشنبه ۹ آبان ماه در اثر حادثه رانندگی به دیار حق شتافت. این پژوهش حاذق و مردمیت معتدل از همکاران صمیمی بنیاد بود و او را آخرین بار در مراسم



خاص



همدلی مسئولان و مردم در استان کرمان حل مشکلات بیماران خاص

تنظیم: امیرعلی آقایاری
روابط عمومی

جشنواره آگهی های تلویزیونی خود را برای کمک به بیماران خاص به بنیاد امور بیمارهای خاص اهدا کرد.

نیما بانکی را به عنوان بازیگر سریال تلویزیونی خودرو تهران ۱۱ می شناسند وی اکنون کارگردانی فیلم های مستند و آگهی های تبلیغاتی را نجات می دهد. وی در دیدار خود با خانم فاطمه هاشمی عسکری طلای بهار آزادی را به بنیاد امور بیماری های خاص اهدا کرد و گفت: من احساس می کنم این کمترین کاری است که وظیفه ایجاد می کند برای بیماران به ویژه کودکان انجام دهم.

استاندار گیلان مشکل اشتغال بیماران خاص باید پرطرف شود

رشت - به منظور بررسی وضعیت مراکز درمان بیماران خاص استان گیلان جلسه ای به ریاست مهندس سلطانی فر استاندار گیلان و باحضور خانم فاطمه هاشمی ریس بنیاد امور بیماری های خاص کشور در استانداری گیلان تشکیل گردید.

به گزارش خبرنگار ما در این نشست که معاون سیاسی امنیتی استانداری مدیران

اجرایی و مدیران عامل انجمن های بیماری های خاص نیز شرکت داشتند، استاندار گیلان به لزوم راه اندازی و تجهیز ساختمان مرکز بیماری های خاص و جلب مشارکت خیرین گفت: یکی از وظایف انجمن ها و

خاص، دانشگاه علوم پزشکی لرستان و انجمن بروجردی ها بعد از تعیین محل و نقشه از طرف دانشگاه مراکز درمانی بیماری های خاص در شهرستان بروجرد احداث می شود.

در بازدید از مراکز ارائه خدمات به بیماران خاص بروجرد و بررسی مشکلات و نیازهای بیماران در جلسه هماهنگی امور بیماران خاص که با حضور خانم فاطمه هاشمی، دکتر توفیقی رئیس دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ارجمند عباسی فرماندار بروجرد و جمعی از مسئولان و افراد خیر تشکیل گردید همچنین مقرر شد انجمن حمایتی بیماران خاص فعالیت خود را با حمایت بنیاد امور بیماری های خاص آغاز نماید.

خانم فاطمه هاشمی که در سمینار یک روزه ایدز شرکت می کرد با ابراز خوشحالی از حضور بانوان بروجردی در عرصه فعالیت های اجتماعی اهداف بنیاد امور بیمارهای خاص را تشریح نمود و گفت: زمانی سیاست های تدوین شده بدرستی در جامعه اجرا می شود که قبل از اجرای برنامه ها مردم به درستی آموزش دیده باشند.

همایش یک روزه ایدز به همت انجمن بانوان بروجردی تشکیل گردید.

اهدای سکه بهار آزادی

نیما بانکی، هنرمند ارزشمند صدا و سیما، جایزه دریافتی بهترین کارگردانی از دومین

همدلی مسئولان و مردم در کرمان

همدلی مسئولان و مردم در استان کرمان برای حل مشکلات بیماران خاص می توانند برای تمام نقاط کشور الگویی ارزنده باشد. دکتر باقر لاریجانی دبیر کل بنیاد امور بیماری های خاص در بازدید از مراکز درمانی بیماری های خاص کرمان با تقدیر از خدمات ارزشمند مسئولان و افراد خیر در احداث مجموعه درمانی بیماران خاص و ارائه خدمات مطلوب به بیماران استان آمادگی بنیاد امور بیماری های خاص را برای کمک بیشتر به این مرکز اعلام نمود.

دکتر باقر لاریجانی با اشاره به وضعیت اسفیار بیماران خاص در سال های گذشته و تعداد اندک و محدود مراکز ارائه خدمات به این بیماران، فعالیت های انجام شده در کشور را در خاص رامطلوب ارزیابی نمود و تأکید کرد: افراد خیر نباید احساس کنند کارشان با ساخت و ساز مراکز تمام شده است بلکه باید در کار ارائه خدمات به بیماران و تأمین نیازهای آنان که کاری سنگین تر و دشوارتر است فعال شوند.

احداث مراکز درمانی بیمارهای خاص در بروجرد

با همکاری بنیاد امور بیماری های

که حتی امکان کشف بیماری را داشته باشند، اما نظام مراقبتی ما (به لحاظ فرهنگی و علمی) در حدی است که قادر به کشف بیماران می‌باشد. لذا مانعیاً همانند اروپاییان دارای ۵۰ درصد آگاهی

نسبت به این بیماری هستیم.

اکبری بایان این که شایع ترین مرگ در کشورهای صنعتی را بیماری‌های قلبی و عروقی تشکیل می‌دهد، افزود: طی مطالعات انجام شده در سال ۷۸ بیماری دیابت در کشور، شانزدهمین علت مرگ در مردان و نهمین علت مرگ در زنان گزارش شده است.

وی تأکید کرد: هزینه داروی بیماران دیابتی در سال ۷۹ مبلغ ۷۴ میلیارد ریال و هزینه بستری ۱۱۳ میلیارد ریال بوده است، همچنین از سال ۱۳۷۵ برنامه ریزی برای دیابت آغاز شده و از شهریور ماه گذشته کارهای تحقیقاتی در این زمینه صورت گرفته که تا پایان این ماه نتایج آن را منتشر خواهیم کرد و امیدواریم با بهره‌گیری از اقدامات تبلیغاتی در شبکه بهداشتی کشور بتوانیم این حرکت را در کشور پیاده کرده و در سال آینده حرکت متفاوتی را در زمینه دیابت انجام دهیم.

تیم ملی پیوند اعضاء

تیم ملی پیوند اعضاء جمهوری اسلامی ایران اعزامی به اولین دوره مسابقات آسیائی که با حضور ۱۲ کشور برگزار گردید، با برنامه‌ریزی یکساله و شرکت در ۲ تور نمتن و ۳ مرحله اردو در ۴ ماه گذشته توانست با اقتدار و تعصّب و همت، نائب قهرمانی مسابقات را با کسب ۳۰ مدال طلا، ۱۲ مدال نقره، ۱۶ مدال برنز و جمیاً ۵۶ مدال به دست آورد.



تشکل‌های غیردولتی، جذب کمک‌های مردمی به امور عام المنفعه بوده و اگر ما مردم و خیرین را به مشارکت در بهبود وضعیت بیماران خاص جلب نماییم، مطمئناً کمک زیادی خواهند نمود. توجه به امر آموزش بیماران خاص و آگاهی دادن مردم در این زمینه بسیار بالاهمیت است. لذا انجمن‌های مرتبط با بیماری‌های خاص استان باید از برنامه آموزشی سیمای مرکز گیلان درباره بهداشت بیماران خاص استفاده کند. بسیاری از بیماران خاص توانایی کار کردن دارند و می‌توانند در واحدهای مختلف اداری، صنعتی و اقتصادی کار کنند و بخصوص در قالب طرح خوبی استغال جذب کار شوند تا این طریق بتوانند بخشی از هزینه‌های درمان خود را تأمین کنند.

شیوع دیابت در افراد بالای ۳۰ سال رو به افزایش است

ایستا: در حال حاضر شیوع دیابت نوع ۲ به شدت در جمعیت بالای ۳۰ سال رو به افزایش است.

دکتر محمد اسماعیل اکبری - معاون سلامت وزارت بهداشت اعلام کرد: دیابت بیماری فردای کشورهای جهان سوم است و ضریب رشد عدد مبتلایان به دیابت در کشورهای پیشرفته بسیار کمتر از کشورهای در حال توسعه می‌باشد، به طوری که ۴۲ درصد رشد دیابت در کشورهای پیشرفته و ۱۷۰ درصد آن در کشورهای جهان سوم خواهد بود.

وی افزود: کشور ما وضعیت خاصی را درین کشورهای جهان سوم دارد، به این مفهوم که برخی از کشورهای جهان سوم تا آن حد پیشرفته نیستند

وی در خاتمه ضمن اعلام آمادگی استانداری برای حل مشکل بیماران خاص با توجه به اختیارات و امکانات موجود، از همکاری‌ها و اقدامات مؤثر بنیاد امور بیماری‌های خاص کشور در جهت رفع مشکلات بیماران خاص تشکر کرد. قابل ذکر است که قرار بر این است با کمک دانشگاه،



ازدهنگاری و همیاری بنبیاد جهت سلامت‌گذرهای بیماران خاص



تلفن های ۰۲۹۸۷۱۱۰۲۹ یا ۰۳۱۰۸۷۲۴۳۱ یا ۰۳۷۱۳۱۲۷ تماش حاصل نموده و پس از هماهنگی لازم به تهران سفر نمایند.

۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تسهیلات خاصی را برای بیماران مبتلا به هیاتیت C, B و Aیدز در نظر گرفته است. بیماران جهت کسب اطلاعات بیشتر می توانند با معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان محل سکونت خود تماش حاصل کنند.

۸) بیماران خاص و یا فرزندان آنها می توانند با مراجعته به سازمان صنایع دستی یا اداره کار و امور اجتماعی محل سکونت خود طبق هماهنگی به عمل آمده آموزشها فنی و حرفه ای مورد علاقه خود را به صورت رایگان فرآگیرند تا با استفاده از وام خود اشتغالی زندگی آبرومندانه ای را اداره نمایند.

۹) «ندای خاص» بنیاد امور بیماری های

نهایتا فرمانداری مراجعة کنند. در مراکز استان بیماران می توانند به دانشگاه علوم پزشکی یا کمیته بیماری های خاص استان (واقع در استانداری) و یا انجمان های حمایت از بیماران خاص و در تهران به بنیاد امور بیماری های خاص مراجعة نمایند.

۴) ۹۰٪ هزینه های درمانی بیماران صعب العلاج تحت پوشش بیمه نیروهای مسلح توسط سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح پرداخت می گردد.

۵) در صورتی که تسهیلات ویژه ای جهت انجام آزمایشها بیماران خاص در استان محل سکونت در نظر گرفته شده باشد، بیماران پس از هماهنگی با بنیاد امور بیماری های خاص به آزمایشگاهها طرف قرارداد بنیاد به منظور استفاده از تخفیف ویژه معرفی خواهند شد.

۶) اهدا کنندگان کلیه قبل از عزیمت به تهران به منظور دریافت هدیه ایثار لازم است با

بیماران مبتلا به تالاسمی مازور، هموفیلی و افرادی که همودیالیز می شوند از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان «بیماران خاص» شناخته شده اند. این گروه از بیماران توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تحت حمایت درمانی قرار گرفته اند. بنیاد امور بیماری های خاص علاوه بر سه بیماری ذکر شده، بیماران مبتلا به سرطان و دیابت و بیماران پیوند کلیه را نیز تحت حمایت خود قرار داده است. اینک تسهیلاتی که با تشریک مساعی نهادهای ذیربیط برای بیماران خاص فراهم گردیده به شرح زیر اعلام می گردد:

(۱) بیماران خاصی (تالاسمی مازور، هموفیلی و دیالیزی) که پوشش بیمه ای ندارند، در سراسر کشور به صورت تک نفره و با تخفیف ۱۰۰٪ تحت پوشش بیمه قرار می گیرند.

(۲) بیماران خاص (دیالیز، تالاسمی، هموفیلی) زیر ۱۸ سال همراه یکی از والدین بیمه می شوند. در این صورت هزینه سرانه همراه توسط خانواده و در صورت نیازمند بودن توسط سازمان بهزیستی، کمیته امداد منطقه، کمیته بیماری های خاص استان و انجمان های حمایت از بیماران خاص منطقه پرداخت می شود.

(۳) بیماران خاصی که برای دریافت خدمات پزشکی با مشکل روپرتو هستند می توانند در شهرستانها به شبکه بهداشت و درمان منطقه یا انجمان های حمایتی محلی و



نمایند.

۲) در صورتی که تسهیلات ویژه‌ای جهت انجام آزمایش‌های بیماران هموفیلی در استان محل سکونت در نظر گرفته نشده باشد، بیماران پس از هماهنگی با بنیاد امور بیماری‌های خاص به آزمایشگاه‌های طرف قرار داد بنیاد به منظور استفاده از تخفیف ویژه معرفی خواهند شد.

تسهیلات ویژه بیماران دیالیزی

۱) بیماران دیالیزی که تمایل به پیوند کلیه دارند و هم چنین افرادی که تمایل به اهداؤ کلیه دارند برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانند در تهران با کمیته بیماری‌های خاص استان تهران ۸۷۴۳۳۸۱ و در شهرستانها با انجمن‌های حمایت از بیماران کلیوی تماس حاصل نمایند.

۲) در صورتی که تسهیلات ویژه‌ای جهت انجام آزمایش‌های بیماران دیالیزی در استان محل سکونت در نظر گرفته نشده باشد، بیماران پس از هماهنگی با بنیاد امور بیماری‌های خاص

سازمان تأمین اجتماعی قابل پرداخت است. برای کسب اطلاعات بیشتر بیماران باید به اداره اسناد پزشکی سازمان تأمین اجتماعی منطقه خود مراجعه نمایند.

۳) در صورتی که تسهیلات ویژه‌ای جهت انجام آزمایش‌های بیماران خاص در استان محل سکونت در نظر گرفته نشده باشد، در بیماران پس از هماهنگی با بنیاد امور بیماری‌های خاص به آزمایشگاه‌های طرف قرار داد بنیاد به منظور استفاده از تخفیف ویژه معرفی خواهند شد.

خاص با شماره تلفن‌های ۰۲۵-۹۹۹۹۷۴۰۸ تا ۸۷۲۹۹۱۹-۰۲۵ اطلاعات لازم در مورد بیماری‌های خاص و هم چنین بیماری‌های خاص را در اختیار شما قرار می‌دهد.

۱۰) افرادی که به انجام فعالیت‌های پژوهشی درباره بیماری‌های خاص علاقمند هستند می‌توانند در ساعت اداری با معاونت آموزش و پژوهش بنیاد امور بیماری‌های خاص ۸۹۰۹۹۷۴ تماس حاصل کنند.

۱۱) بنیاد امور بیماری‌های خاص بیش از ۵ عنوان کتاب، کتابچه، پوستر و بروشور منتشر نموده است، علاقمندان می‌توانند با واحد روابط عمومی بنیاد جهت دریافت این عنوان‌ها شماره ۸۷۲۳۲۷۷ تماس حاصل نمایند.

۱۲) نیکوکاران محترم می‌توانند برای کمک به بیماران خاص وجهه نقدی خود را به حساب ۳۴۳۴ بانک ملی شعبه اسکان واریز نموده و قبض پرداخت را برای بنیاد ارسال نمایند تا در فصلنامه خاص از آنان تقدیر به عمل آید.

تسهیلات ویژه بیماران سرطانی

۱) بیماران مبتلا به سرطان چنانچه هیچ بیوش بیمه‌ای ندارند طبق قانون باید به صورت خانواده بیمه شوند.

در صورتی که مشکلی در پرداخت حق سرانه وجود داشته باشد بیماران می‌توانند در شهرستانها به مؤسسات حمایتی و در تهران به بنیاد امور بیماری‌های خاص مراجعه نمایند.

۲) هزینه شیمی درمانی بیماران سرطانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی توسط

خاص

قبل از انتخاب همسر و عدم ازدواج زوجهای مبتلا تالاسمی مینور راه موئری برای جلوگیری از تولد نوزاد مبتلا به تالاسمی مازور می‌باشد.

زیرا در هر بارداری این زوجها ۲۵٪ احتمال تولد نوزاد مبتلا به تالاسمی مازور وجود دارد. آزمایش‌های رنگتیکی قبل از تولد برای افراد مبتلا به تالاسمی مینور در بابل، شیراز و تهران صورت می‌گیرد. این آزمایشها برای افراد تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی رایگان است اما افراد تحت پوشش بیمه خدمات درمانی باید ۳۰٪ هزینه آزمایش را پرداخت کنند، که در صورت لزوم بنیاد

تسهیلات ویژه بیماران تالاسمی

(۱) در صورتی که تسهیلات ویژه‌ای جهت انجام آزمایش‌های بیماران تالاسمی در استان محل سکونت در نظر گرفته نشده باشد، بیماران پس از هماهنگی با بنیاد امور بیماریهای خاص به آزمایشگاه‌های طرف قرار داد بنیاد به منظور استفاده از تخفیف ویژه معرفی خواهد شد.

(۲) شناسایی افراد مبتلا به تالاسمی مینور

به آزمایشگاه‌های طرف قرار داد بنیاد به منظور استفاده از تخفیف ویژه معرفی خواهد شد.

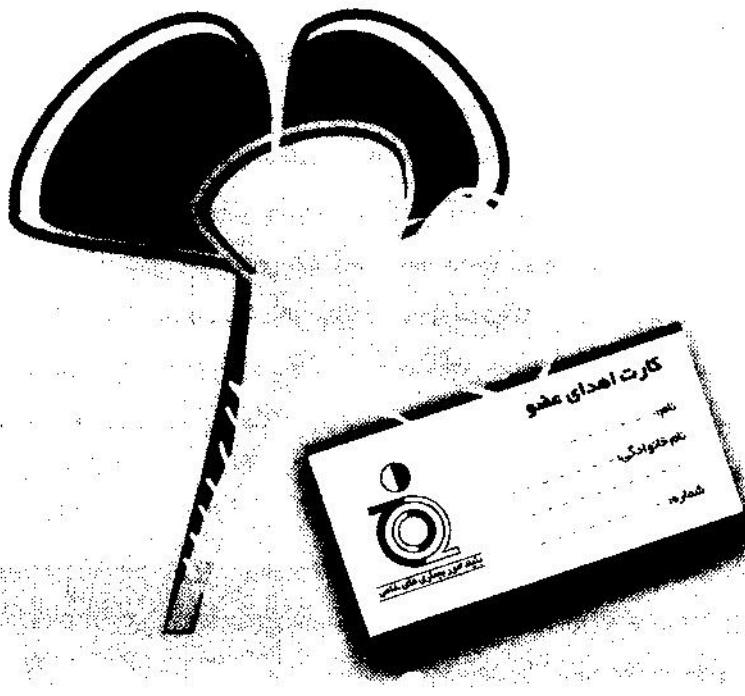
تسهیلات ویژه بیماران دیابتی

(۱) بیماران مبتلا به دیابت چنانچه هیچ پوشش بیمه‌ای ندارند طبق قانون باید به صورت خانواده بیمه شوند. در صورتی که مشکلی در پرداخت حق سرانه وجود داشته باشد بیماران می‌توانند در شهرستانها به مؤسسات حمایتی و در تهران به بنیاد امور بیماریهای خاص مراجعه نمایند.

(۲) بیماران دیابتی که برای دریافت خدمات پزشکی با مشکل روپرتو هستند می‌توانند در شهرستانها به شبکه بهداشت و درمان منطقه یا انجمن‌های حمایتی محلی و نهایتاً فرمانداری مراجعه کنند. در مرکز استان بیماران می‌توانند به دانشگاه علوم پزشکی یا کمیته بیماری‌های خاص استان (واقع در استانداری) و یا مؤسسه‌های حمایت از بیماران و در تهران به بنیاد امور بیماریهای خاص مراجعه نمایند.

(۳) بیماران مبتلا به دیابت برای کسب اطلاعات مربوط به جنبه‌های مختلف این بیماری می‌توانند از مشاوره تلفنی ۲۴ ساعته با شماره ۸۷۲۹۹۲۰ استفاده نمایند.

(۴) بنیاد امور بیماریهای خاص هر سال اردوهای آموزشی تفریحی مخصوص کودکان مبتلا به دیابت را برگزار می‌نماید. علاقمندان برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانند با روابط عمومی بنیاد با شماره ۸۷۲۳۲۷۷ تماس حاصل کنند.



شماره حساب ۳۳۳۲۳ بانک ملی شعبه اسکان
برای مشارکت‌های مردمی



خاص

مرکز درمانی بیماریهای خاص



امور بیماریهای خاص در این زمینه مساعدت خواهد کرد. علاقمندان می‌توانند با حوزه معاونت اجرایی بنیاد امور بیماریهای خاص ۸۷۲۳۲۷۸ تماس حاصل نمایند.

(۳) توصیه می‌شود زوجهایی که هر دو مبتلا به تالاسمی می‌نور هستند حتماً با مراکز مشاوره واقع در مراکز بهداشتی در ارتباط باشند و توصیه‌های آنان را جدی تلقی نمایند.

(۴) پمپ تزریق دسفرال برای بیماران تالاسمی مازور مجانی بوده و حوزه معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی استان محل سکونت بیماران را در مورد چگونگی تهیه آن راهنمایی خواهد کرد.

(۵) تجهیزات مصرفی (پنبه، الکل، اسکالپ و....) بیماران تالاسمی، ماهانه توسط مرکز تالاسمی منطقه به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار می‌گیرد.

دقیقت کنید

هر فرد لبیلی اگر تنها یک هزار بیانی می‌گیرد
با از نکلی هزاران هزار بیانی که از هر چیزی بیشتر از این می‌گیرد

شماره حسیب ۰۲۶۰۳۱۰۰۰۰ بانک ملی ایران شعبه استانی سیستان و بلوچستان خوش



خاص



همراه با فعالیت‌های

تئیه و تنظیم: وفا ملک زاده

اختصاصی

جمهوری اسلامی ایران
در جمهوری تاجیکستان

تاریخ: ۶ لغایت ۱۳ آبان ۱۳۸۱

مکان: شهر دوشنبه پایتخت کشور
تاجیکستان

بنیاد امور بیماریهای خاص با همکاری شرکت
ست و سفارت ایران در تاجیکستان توانست غرفه
ای در این نمایشگاه به خود اختصاص دهد. حضور
بنیاد علاوه بر معرفی عملکرد و نحوه فعالیت آن، جنبه
آموزش همگانی برای پیشگیری و آموزش
بیماریهای خاص جهت آشایی مردم آن کشور را
داشت از جمله بروشورهای معرفی بنیاد، هپاتیت-
ایدز- تالاسمی- دیابت- انواع سرطانها و غیره ...
بیشتر مردم این کشور با زبان فارسی
آشایی داشته و می توانستند از کتابچه ها و
بروشورهای آموزشی استفاده نمایند.

حضور بنیاد در این نمایشگاه بسیار مفید
بوده و یکی از اهداف بنیاد (پیشگیری و
آموزش) را جامه عمل پوشاند.



چهارمین نمایشگاه محصولات

فرهنگی، هنری و آموزشی

۲۰ لغایت ۳۰ شهریور

بنیاد امور بیماریهای خاص در این
نمایشگاه با همکاری مسئولین برگزار کننده
غرفه ای به خود اختصاص داد که همکاران
محترم به همراه پژوهشکار همانند گذشته فعالیت
شایان توجهی در این نمایشگاه داشتند.

حضور بنیاد در نمایشگاه

همه دوستان ما به مناسبت

روز جهانی کودک

زمان: ۱۴ لغایت ۱۷ مهر ماه ۱۳۸۱

مکان: کانون پرورشی کودکان و نوجوانان
خیابان حجاب

نوع فعالیت:

- اهدا کتابهای کودکان به افراد خیری
که به صندوق بنیاد کمک می نمودند و به
نمایش گذاشتند کتابها و بروشورهای بنیاد
و اهدا آنها به صورت موردي مشاوره
پزشکی

نمایش سایت اینترنتی بنیاد

- جوابگویی به
سوالات متفاوت از
جمله اهدا عضو پس
از مرگ، فعالتهای
بنیاد، اهداف بنیاد
بیماریهای خاص و
غیره ...

نمایشگاه ویژه جوانان

استان آذربایجان غربی

۷ لغایت ۱۴ شهریور

بنیاد بیماریهای خاص با همکاری صمیمانه
کمیته استانی بیماریهای خاص این استان و
همچنین همکاری سازمان ملی جوانان همچنین
نمایشگاه بین المللی تبریز توانست غرفه ای
مناسب در این نمایشگاه به خود اختصاص دهد
که با پخش بروشورهای پیشگیری هپاتیت،
ایدز، سرطان و دیابت و فرمهای اهدا عضو و
پاسخگویی به سوالات مختلف جوانان استان و
معرفی این سازمان در اختیار نهادن
کتابچه های دیابت جهت بیماران مراجعه کننده
و اعلام شماره حساب جهت کمکهای مردمی
گامی موثر در این استان بر دارد.

نمایشگاه ویژه جوانان

استان خراسان

۱۸ لغایت ۲۸ شهریور

بنیاد در این استان نیز همکاری سازمان ملی
جوانان همچنین نمایشگاه بین المللی مشهد
غرفه ای به خود اختصاص داد که البته عدم
همکاری کمیته استانی بیماریهای خاص این
استان مشکلاتی جهت اسکان و پذیرایی برای
نماینده کان بنیاد بوجود آورد ولی بهر حال در این
استان نیز مانند آذربایجان غربی سعی شد گام
ثبت و موثری در راه آگاهی جوانان جهت
پیشگیری و آموزش ایدز- هپاتیت- سرطان-
دیابت- اهدا عضو پس از مرگ مغزی و همچنین
جلب حمایتهای مردمی برداشته شود.



بیماری کبدی در بیماران هموفیلی

تهیه و تنظیم: دکتر فوزان رحیمی زاده

بنیاد امور بیماریهای خاص

خلاصه:

از بیکاریونهای بالینی جهت پیووند کبد در هموفیلیهای با عفونت HCV هیچ تفاوتی با دیگر مبتلایان سایر بیماریها وجود ندارد.

یک روش درمان مفید در مبتلایان هموفیل، پیووند کبد می‌باشد، چون کبد فاکتورهای ۸ و ۹ را می‌سازد. هنوز واکسنی بر علیه هپاتیت C وجود ندارد. واکسنها فقط بر علیه هپاتیت A و B قادر به مقابله هستند. همه موارد مبتلایان به اختلال خونی و انعقادی مادرزادی باید واکسینه شوند.

نتیجه گیری:

خطوط راهنمای پیشنهادی مرکز UK در مقاله حاضر بانکات راهنمای اروپایی در درمان بیماران هپاتیت هموفیل مشابهت نزدیکی دارد. بیشتر از (۸۰٪) هشتاد درصد عفونتهای HCV مزمن می‌شوند و حدود ۱۵٪ - ۲۰٪ بیماران هپاتیت مزمن دچار سیروز پیشرفتنه می‌گردند. ریسک سلطان هپاتوسولوار از ۱٪ تا ۵٪ در بیماران سیروتیک سالانه می‌باشد. در مطالعه‌ای از سوی مرکز UK هموفیلیهای با هپاتیت مزمن C پس از بیست و دو سال ابتلاء، عاقبت ۱۹٪ سیروز و ۹٪ نارسایی کبد داشتند. این اطلاعات در مطالعات سوئدیها که شامل ۵۵ مورد بیوپسی کبد در ۴۳ بیمار هموفیل یا فون ویلبراند مبتلای به هپاتیت مزمن بوده، مشاهده نگردید.

بیماران همگی طی میانگین ۲۷ سال با یک فاکتور کنسانتره درمان می‌شدند. تغییرات

بندرت رخ می‌دهد. لیکن آزمایش HCV در کودکان دارای مادر آنتی HCV مثبت حتماً باید انجام گیرد.

برای درمان جدی، ماکریس ترکیب درمانی اینترفرون و ریباورین را همیشه در بیماران هموفیل مبتلای به بیماری کبدی مزمن وابسته به HCV، پیشنهاد می‌نماید.

گروه آنان، درمان ماکریس برای بیماران مبتلای به ژنوتیپ سه HCV را شش ماهه و در بیماران ژنوتیپ یک را بمدت دوازده ماه کافی دانسته‌اند.

علاوه بر این نکات، بیماران دارای ترانس آمیناز نرمال پایدار و HCV - RNA مثبت نباید تحت درمان بیوپسی کبد جهت تشخیص بیماری کبدی قرار گیرند. همچنین، بیمارانیکه بانارسایی کبدی در حال دریافت اینترفرون و ریباورین می‌باشند، نیز نباید بیوپسی کبد شوند.

بیمارانی که عفونت همزمان HIV و HCV دارند، ممکن است از درمان سودی نبرده و درمان پیشنهادی ایشان براساس پایه جداگانه عفونت است. ضمناً اگر هر گونه شکی درباره ایتولوژی بیماری کبدی وجود دارد، بیوپسی کبد باید انجام شود. در بیماران مبتلا به هپاتیت C مزمن پیشنهاد می‌شود، الکل مصرف نکنند، زیرا مصرف زیادی الکل ریسک پیشرفت سیروز را افزایش می‌دهد.

در انتهای، خطوط راهنمای ایشان دهنده پایدار ترشدن محلولها در درمان است. ماکریس همیشه تأکید دارد که

آقای ماکریس و همکارانش، به واسطه کار در بخش انتقال خون و عفونتهای وابسته به آن در هیئت مدیره مرکز هموفیلی UK خطوط راهنمایی را اتخاذ نمودند که نشانگر ویژه‌ای در تشخیص بیماری منتشر بافت کبدی در مبتلایان هموفیلی می‌باشد. هپاتیت C، یکی از عوارض مهم درمان در بیماران مبتلای به هموفیلی یا بیماران فون ویلبراند (VWD) وابسته به فاکتور تغییظ شده مشتق از پلاسما است. که از سال ۱۹۸۶ - ۱۹۸۵ به بعد روش‌های غیرفعال سازی ویروس کشف شده، و اصلاح و تکمیل گردید.

خطوط راهنمای توصیه شده، در همه بیماران که تحت درمان با فاکتور تغییظ شده بودند، مشاهده گردید. بویژه، آنانی که در محدوده زمانی تا سال ۱۹۸۷ تست آنتی بادی HCV اجام داده بودند، و توسط یکسری واکنش زنجیره‌ای پلی مراز (PCR) جهت تشخیص عفونت پیشرفته HCV - RNA نادر است، آزمایش شدند. انتقال جنسی HCV نادر است، اما می‌تواند رخ دهد. ریسک قطعی در شریکهای جنسی قانونی کمتر از ۲٪ است. جلوگیری از بارداری به روش Barrier و کاندوم معمولاً پیشنهاد می‌گردد. لیکن با یک توافق دو طرفه بین شریکهای جنسی قانونی همراه است، تست HCV - Anti باید از همه شریکهای جنسی بیماران در خواست شود. انتقال عمودی یا ورتیکال از مادر به نوزاد

خلاصه



هیتولوژیک غالباً متوسط بود و فقط دو مورد بیمار (۵٪) عالیم سیروز کبدی داشتند. یک توضیح قابل پیشنهاد جهت غلط بودن نتایج مطالعات در مرکز UK آن است که در بیماران HCV مثبت، کسانی بررسی شده‌اند که علامتهای تشخیص بیشتری را دارا بودند. تفاوت فرهنگی، بعنوان مثال عادت به مصرف الکل نیز می‌تواند سبب تفاوت نتایج تحقیق باشد.

درمان پیشنهادی، با درمان ترکیبی ایترافون و ریاوبرین در بیماران غیر هموفیل، جواب به درمان آنان حدود (۴۹-۳۱٪) بوده که مشخصاً بهتر از درمان تک دارویی با ایترافون است.

درمان ترکیبی دو دارو، هم در درمانهای اولیه و هم موارد عود بیماری مؤثر است. مطالعه‌ای اخیر انسان می‌دهد که میزان جواب به ترکیب دو دارو مشابه همان جواب به درمان مبتلایان هموفیل یا فون ویلبراند می‌باشد. به تازگی، در یکسری تحقیقات بیوپسی درجه وسیعی از سلامت بیماران نشان داده شد. همه نمونه‌ها زیر هدايت اولتراسوند بمظور کاهش رسیک سوراخ شدن رگهای بزرگ خونی صورت گرفت. بعد از بیوپسی، بیماران بمنظر ۶ ساعت در تخت بیمارستان بیحرکت قرار داشته، در دو ساعت اول به سمت راست بدن خوایدند. همچنین ۴۸ ساعت در بیمارستان بستری شدند.

یک اولتراسوند ثانویه تشخیص پس از ۴۸ ساعت انجام شد تا هرگونه خونریزی ناشی از بیوپسی را مشخص کند. فاکتور کنترله و یا دسموپریسن به بیماران داده شد با هدف آنکه، غلظت فاکتور ۸ و ۹ به حداقل IU ۱۰۰ در اثنای کار بررسد. به همه بیماران تران اکسامیک

سید حسن بیوپسی و هفتةً اول پس از آن داده شد. ضمناً اکسیناسیون در افراد سوئدی اختلالات خونی خفیف وابسته به دسمورسین بطور عمومی انجام نمی‌شود.

نکات درمانی مقاله فوق با موافقت تمام و نظر عموم جهت نشان دادن چگونگی درمان هپاتیت در بیماران هموفیل چاپ شده است. اگر چه هنوز اتفاق نظری روی آخرین درمان هپاتیت C وجود ندارد. احتمالاً استفاده از ایترافون پگی لیتد Pegylated مشخصاً در درمان افزایش خواهد یافت و باید از آن در مقابل فرم ایترافون نان - پگی لیتد Nan - Pegylated در ترکیب با ریاوبرین استفاده گردد.

مأخذ:

Lethagens (2002) the international Monitor. Vol 10.
No 1:32-33



مشکلات روماتولوژیک در سرطان‌ها

تهیه و تنظیم: دکتر احمدی‌چا جمشیدی
(روماتولوژیست)، دکtor وحید حسینی چناب

مثالهای شایع عبارتند از: سردرد به دنبال متاستاز سرطان ریه به مغز، کمر درد ناشی از متاستاز سرطان پروستات به ستون مهره‌ها، یرقان به دنبال استداد صفرایی ناشی از سرطان پانکراس. سرطان‌ها همچنین می‌توانند اثرات غیر مستقیمی بر بیمار بگذارند که از بی اشتهاهی و لاغری شدید (کاشکسی) تا دزتراسیون مخچه‌ای متفاوت هستند. ترشح هورمون‌های نابجا توسط بدخیمی‌ها موجب پیدایش «سدرم‌های پارانتوپلاستیک» می‌شود.

مشکلات عضلانی و اسکلتی در سرطان‌ها

مشکلات عضلانی و اسکلتی سرطان‌ها به صورت اورژانسی یا غیر اورژانسی تظاهر می‌کنند، که مهم‌ترین آنها عبارتند از: هیپرکلسمی، فشار بر نخاع، درماتومیوزیت، استئواارتropاترهیپرتروفیک ریوی، میاستنی گراو معکوس (سدرم Eaton-Lambert)، و درگیری مستقیم عضلات و مفاصل و استخوانها (مثل سارکوم‌های استخوانی).

هیپرگلیسمی

هیپرکلسمی در ۱۰٪ تا ۲۰٪ از بیماران مبتلا به سرطان مشاهده می‌گردد. این اختلال همراه با تومورهای توپر با متاستازهای استخوانی (مثل کانسرپستان) یا بدون آن

۳۰-۲۰ برابر نسبت به جمعیت عادی افزایش می‌یابد.

بیماریابی برای تشخیص زودرس سرطان‌ها

معاینات فیزیکی کامل دوره‌ای و نیز آنالیز آزمایشات ساده خون و ادرار در تشخیص زودرس بدخیمی‌ها نقش بسیار مهمی دارند. معاینات رکتال (مقعدی)، پستان و بیضه‌ها مؤثرترین روش در تشخیص زودرس سرطان‌های این نواحی است. وجود یک آنما میکروسیتیک در بیماری که قاعدگی ندارد، باید پزشک را نسبت به احتمال وجود بدخیمی در دستگاه گوارش هشدار دهد. هم چنین به دنبال مشاهده هماچوری میکروسوکوبی در یک بیمار فاقد علامت، باید سریعاً به دنبال سرطان کلیه یا مثانه بگردید.

مارکرهای تومور

شناختهای تومور در شناسایی سرطان، عود آن و پاسخ به درمان ارزشمندند. مهم‌ترین آنها عبارتند از: CEA، آلفا-فتوفروتین، CA-125-B-hcf (میکروگلوبولین بتادو، PSA (آنتی ژن اختصاصی پروستات).

آثار سیستمیک سرطان‌ها

اکثر علایمی که توسط سرطان‌ها به وجود می‌آیند، ناشی از حضور فیزیکی آنهاست.

شایعترین محلهای بروز سرطان در مردان پروستات و ریه، در زنان پستان و ریه و در هر دو جنس ناحیه کولورکتال است. تفاوت‌های جغرافیایی قابل ملاحظه‌ای در میزان بروز بعضی از سرطان‌ها مشاهده می‌گردد که احتمالاً انعکاسی از عوامل محیطی هستند. تباکو یا توتون عمده‌ترین کارسونوژن محیطی است که در ۲۵٪ از مرگهای ناشی از سرطان نقشی دارد. تماس شغلی با مواد شیمیایی کارسینوژن (مثل بنیه نسوز و وینیل کلراید) عامل بروز حدود ۵٪ از تمامی سرطان‌ها می‌باشد. در این بین داروها نیز اهمیت خاصی دارند (مثل داروهای الکیله کننده و دی‌اتیل استیل استروول). عوامل مهم دیگر عبارتند از: سرکوب اینمنی، بعضی از ویروسها مثل رتروویروس ۱-HTLV، رزیم غذایی مثل غذاهای پر چرب و آفلاتوكسین، هورمون‌ها مثل استروژن و آندروژن، پرتوتاتی می‌باشد. داروهای فراموشی مانند رادیوگرافی و تماس با پرتوهای فرابنفش.

استعداد ژنتیکی

بیش از ۲۰۰۰ اختلال تک ژنی با بروز نوبلاستوم در ارتباطند. بعضی از ژن‌ها خطربر بروز سرطان را به بیش از ۹۰٪ می‌رسانند. (رتینوبلاسم ارشی، پولییوز خانوادگی کولون، سدرم لی-فرومنی). اکثر سرطان‌ها یک ارتباط خفیف خانوادگی را بیان می‌کنند (با ۲-۳ برابر افزایش خطر). مواد استشنا عبارتند از سرطان‌های اولیه و چند کائونی پستان و کولون، که در هر دوی آنها خطر بروز خانوادگی

خلاصه

کمر درد، بایا بدون تیر کشیدن درد، شایعترین علامت مراجعه در مبتلایان به SCC است. رادیوگرافی و MRI می‌توانند درگیری گستردۀ یا تخریب مهره‌ها توسط تومور را نشان دهند.

درماتومیوزیت

کانسرهای معده، پستان و ریه می‌توانند موجب پیدایش درماتومیوزیت شوند که با راش پوستی بخش رنگ، ضعف عضلات پروگزیمال و درد مشخص می‌شود. هم‌چنین CPK، آلو لاز و ترانس آمینازهای سرم نیز افزایش می‌یابد.

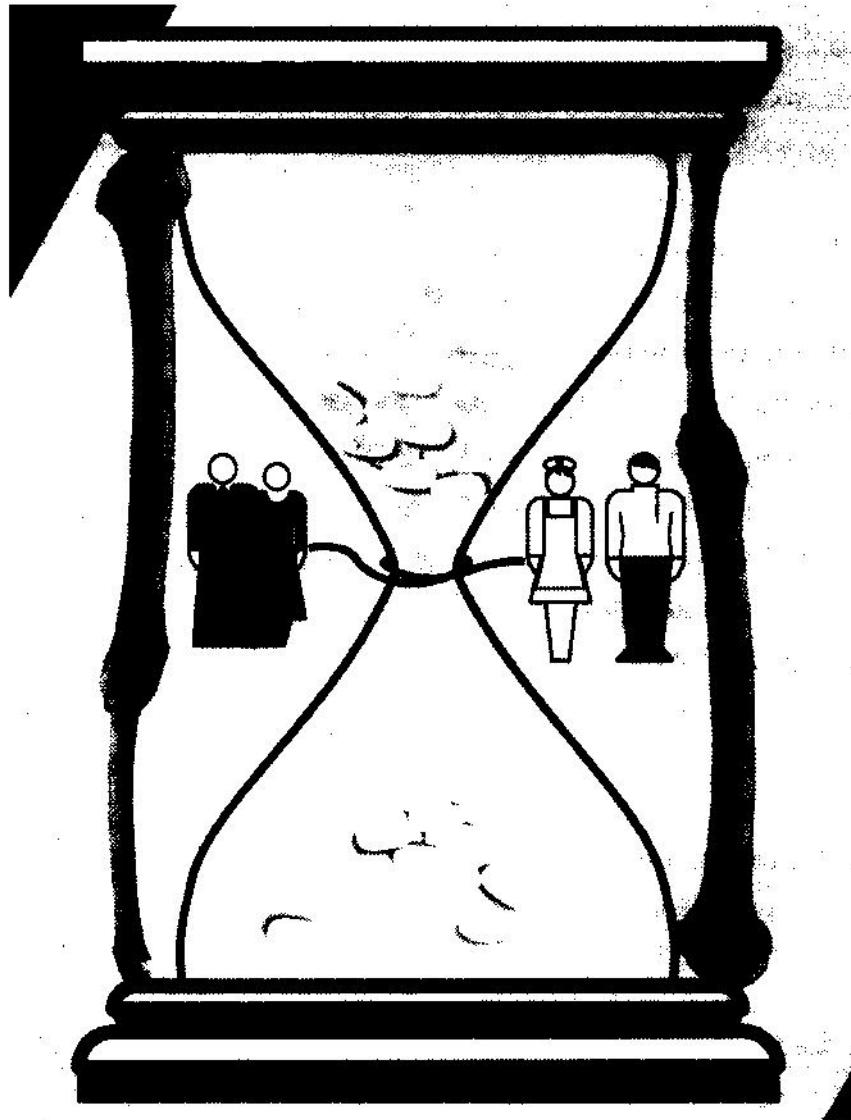
استخوارtroپاترهیپرتروفیک ریوی (کلابینگ)

کانسر ریه می‌تواند سبب کلابینگ انگشتان پا و دست، آرتیوت چند مفصلی و پرولیفراسیون پریوست شود.

میاستنی گرا و معکوس (Sandrum - Lambert)

کانسر oat cell ریه (میاستنی - تیموم حقيقی) می‌تواند در مردان بالای ۴۰ سال با ایجاد ضعف در عضلات پروگزیمال، ما را به این سندروم مشکوک سازد.

نکته: به جز عالیم اسکلتی عضلانی ناشی از سندروم‌های پارانوپلاستیک، تمامی تومورهای اولیه استخوانها، مفاصل و عضلات و متاستازهای سایر تومورها به این نواحی، می‌توانند موجب پیدایش مشکلات عضلات اسکلتی متفاوت شوند که به علت وسعت بحث در مقاله حاضر نمی‌گنجد.



از: زیاد کردن حجم داخل عروقی، دیورتیک‌ها، گلوكوکورتیکوئیدها، استروئیدها، میترامایسین (در هیپرگلیسمی مقاوم به درمان)، کلسی تونین و دی‌فسفونات‌ها.

فشار بر نخاع (Spinal cord Compression)

متاسازهای مهره‌ای و گاه نزدیک مهره‌ای (پاراورتبرال) به دنبال کار سیننوم‌های ریه، پستان، پروستات، لغفوم میلوم بروز می‌کنند.

(مثل کانسرسلول کلیوی و SCC ریه) و بدخیمی‌های خونی (مثل میلوم و لغفوم سلول T) دیده می‌شود. سلولهای توموری در استخوان به طور مستقیم یا غیر مستقیم موجب باز جذب استخوان می‌گردند. علائم شایع این اختلال عبارتند از: تغییر در وضعیت هوشیاری، ضعف عضلانی عمومی، تهوع و استفراغ، در شکم، پلی اوری و پرنوشی. اگر چه درمان قطعی در هیپرکلسی نیازمند کنترل تومور است اما معالجه موقتی باید از طریق افزایش دفع کلسیم و کاهش باز جذب آن از استخوان صورت گیرد. اقدامات دیگر (در صورت لزوم) عبارتند



تغییرات فشار خون در همودیالیز

تهیه و تنظیم: بهزاد درخشان

کارشناس پرستاری شاغل در بخش همودیالیز بیمارستان بروجن

علل اختصاصی فشار خون و افزایش آن در ۹۵٪ موارد ناشناخته بوده که به این دسته فشار خونها فشار خون اولیه یا اساسی یا ایدیوپاتیک گفته میشود در این رابطه فقط به عوامل محیطی که میزان بروز فشار خون اولیه را افزایش میدهد میتوان اشاره نمود این عوامل شامل چاقی بخصوص در بالای تنفس - فشارهای روحی و روانی - مصرف زیاد سدیم مصرف الكل.

دسته دوم از فشار خونها، فشار خون ثانویه نام دارد که به فشار خونهای اطلاق میشود که سبب آنها یکی از موارد ذیل است.

۱- بیماریهای پارانشیم کلیه (۴-۳ درصد)

۲- فشار خون عروقی کلیوی (۱-۰٪ درصد)

۳- پرکاری ادرنال (۰-۱٪ درصد)

۴- عمل متفرقه (۰-۱٪ درصد)

دانستن عوامل خارجی موثر در تغییرات فشار خون بسیار ضروری و لازم است این عوامل شامل کشیدن سیگار یا خوردن غذا نیمساعت قبل - اضطراب - فعالیت - سرما - مثانه پر - سابقه مصرف داروها شامل استروژنها - استروئیدهای آدرنال و داروهای آدرنرژیک نظیر قطوهای بینی هستند.

درصد قابل توجهی از بیماران (حدود ۱۰٪) از بیماران با فشار خون اولیه) بتتریج دچار نفرواسکروز پیشرونده و نهایتاً نارسایی مزمن کلیه می شوند این سیر بیماری در افراد

مختلط خارجی و بسیاری از عوامل دیگری را که باعث تغییرات فشار خون میشود را ثابت نگه داشته بطوری که صافی انتخابی در این تحقیق برای تمام بیماران حالات صافی R₅ را انتخاب نمودیم و نگاتیو و پوزیتیو پوشرو میزان هموگلوبین بیماران و تعذیبی بیماران و نیز میزان افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز را مد نظر داشتیم.

در طول این پژوهش اقدام به اندازه گیری تعداد ۹۰۰۰ فشار خون در سه حالت از کانداکتیویه در شرایط ثابت نمودیم که خلاصه این تغییرات طی سه نمودار الف - ب - ج عرضه گردید.

ما در این مقاله سعی داریم ابتدا ضمن تقسیم بندی انواع فشار خون و ذکر عوامل مؤثر در افزایش آن در عموم افراد پرداخته و سپس به ذکر علل افزایش فشار خون در افراد مبتلا به CRF قبل از دیالیز و نیز علال افت فشار خون این افراد در ضمن دیالیز خواهیم پرداخت. در خاتمه نیز به مواردی که می توان از افت فشار خون ضمن دیالیز جلوگیری نماید می پردازیم.

فشار خون در بیماران دیالیزی طی یک جلسه دیالیز تغییرات محسوسی دارد و در ساعت مختلف دیالیز بسیار متغیر است عوامل بسیاری در این رابطه نقش دارند که در این مقاله سعی شده است به طور خلاصه به آن پردازیم. در تحقیقاتی که به مدت ۱۲ ماه بر روی عده کثیری از بیماران دیالیز بخش همودیالیز بیمارستان ولیعصر بروجن در سال ۱۳۷۸-۷۹ انجام شد تغییرات فشار خون رادر سه حالت مختلف از کانداکتیویه دستگاه اندازه گیری و به روش های آماری سعی در تجزیه و تحلیل آن گردید.

جهت اندازه گیری و تعیین فشار خون در این تحقیق سعی شده است که از بیمارانی که فشار خون پایدارتری دارند استفاده شود بطوری که فشار خون هر کدام از این بیماران در طی سه جلسه دیالیز و بطور منظم هر نیم ساعت کترل و چارت گردید (در هر کدام از جلسات یک حالت از کانداکتیویه در نظر بود).

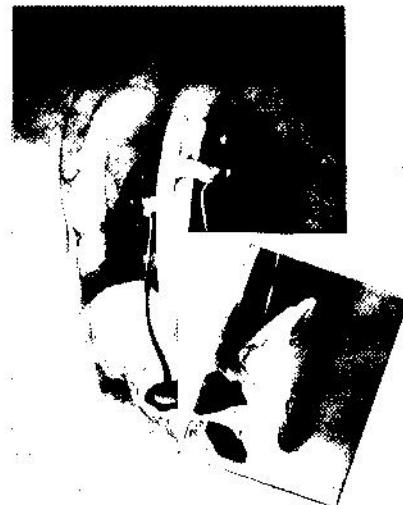
جهت بررسی نقش کانداکتیویه در تغییرات فشار خون در هر جلسه از دیالیز توسعه سدیم کتولر ۳ حالت از کانداکتیویه دستگاه انتخاب گردید. که این سه حالت عبارتند از:

۱- حالت HI (با دامنه تغییرات سدیم ۱۴۰-۱۴۲)

۲- حالت NORM (با دامنه تغییرات سدیم ۱۳۶-۱۳۸)

۳- حالت LOW (با دامنه تغییرات سدیم ۱۳۲-۱۳۴)

برای اینکه نتیجه بهتری عاید شود عوامل



خلاصه

قبل یا حین دیالیز.

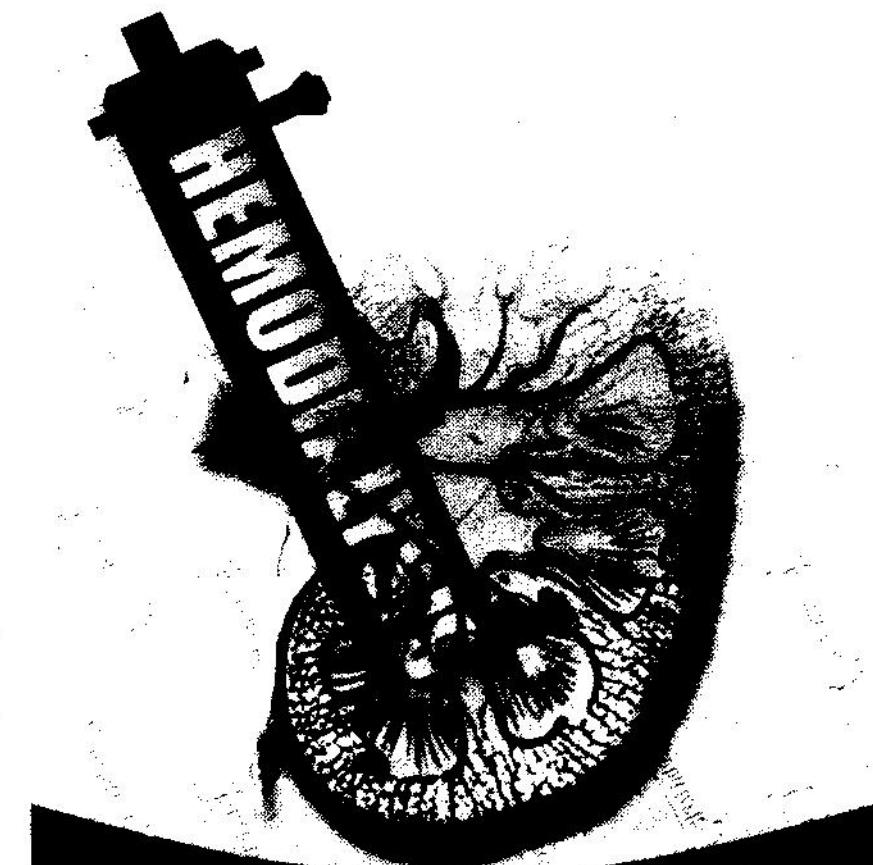
- ۳- عوامل قلبی از قبیل مصرف- بتابلوکرها
- نوروپاتی اتونومیک- سن بالا-
- آترواسکروزیس- کلسینیکایسون میوکارد-
- بیماریهای دریچه‌ای قلب- آمیلوئیدوز.
- ۴- هیپوسی به علت کاهش و تیلاسیون در اثر از دست دادن CO_2 و بیکربنات از دیالیز.
- ۵- علل ناشایع: تامپوناد قلبی- سکته قلبی- خونریزی قلبی- خونریزی مخفی- سپتی سمی- آرتیمی قلبی و همولیز آنافیلاکسی- آمیولی هوا- هیپوکلسی شدید.

نتیجه گیری:

مواردی که در این تحقیق برای جلوگیری از افت فشار خون بیماران مستعد به افت فشار خون حین دیالیز بکار گرفته و نتیجه مطلوب عاید گردید را می‌توان به طور کلاسه و خلاصه اینگونه طبقه‌بندی و بیان نمود.

- ۱- انتخاب صافی مناسب و استفاده از اولترافیلترراسیون در یک ساعت اول دیالیز بطوری که عدم استفاده از نگاتیو پرشر در اوآخر یا حتی اواسط دیالیز بطور قابل توجهی از افت فشار خون جلوگیری می‌نماید.
- ۲- استفاده از کانداکتیویته حدود ۱۴۲-۱۳۸ که طبق نمودارهای ارائه شده بهترین دامنه فشار خون را برای بیماران به همراه داشت.
- ۳- اصلاح آنمی بیماران و افزایش هماتوکریت به مقدار ۳۳٪ به بالا.
- ۴- کاهش یا عدم مصرف غذا قبل یا حین دیالیز برای بیماران مستعد به افت فشار خون

۵- جلوگیری از مصرف داروی ضد خون و نیز نارکوتیک یا خواب آور قبل یا حین دیالیز.



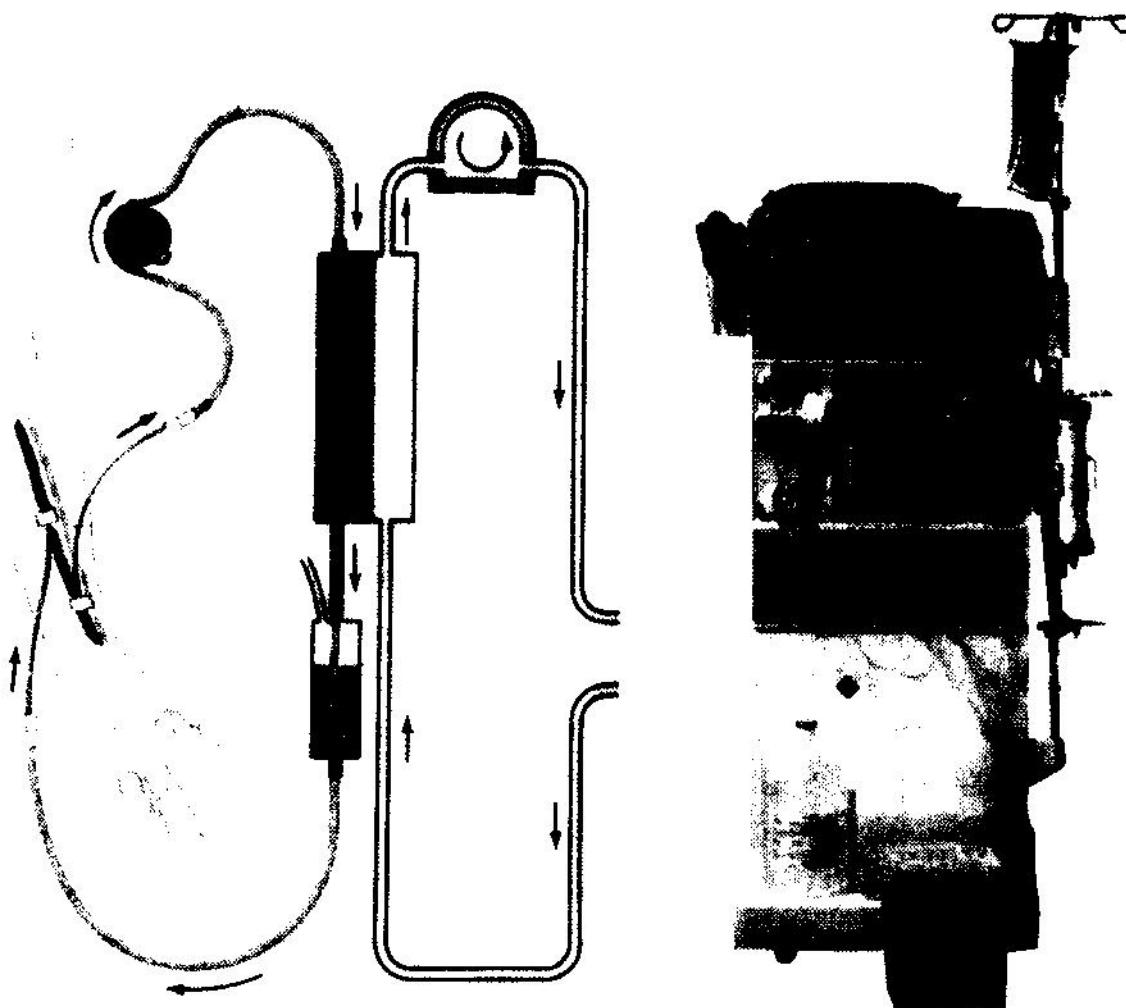
مبتلای به فشار خون همراه با دیابت شیرین و افراد فشار خونی که خوب فشار خونشان علل‌های آن به عمل کاهش فشار خون حین دیالیز بطور مشروح خواهیم پرداخت این کنترل نشده اند شایعتر است هنگامی که عمل کلیه‌ها دچار اختلال می‌شوند فشار خون شایعتر دیده می‌شود. حدوداً ۸۵٪ از بیماران مبتلای به نارسایی کلیه در مراحل پایانی (ESRD) فشار خون دارند. در این بیماران ممکن است توان علت را از معلول جدا کرد. زمانی که عمل کلیه مختل می‌شود فشار خون افزایش پیدا خواهد کرد که عمدتاً ناشی از عدم توانایی کلیه آسیب دیده در دفع آب و سدیم است (نظریه لراک هیپرتانسیون وابسته به حجم) در بعضی افزایش ترشح زین مسئول بالا رفتن فشار خون است و همچنین عدم وجود هورمونهای گشاد کننده عروقی که در کلیه طبیعی ترشح می‌شود ممکن است در این امر دخالت داشته باشد. پس از بررسی اجمالی در علل افزایش فشار

منابع

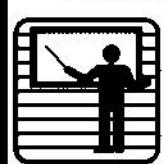
- ١- CLINICAL DIALYSIS DIALYSIS 1994
- ٢- درمان فشار خون تالیف دکتر نرمال ام کایلان- رامیس ترجمه: دکتر منصور رفیعی
- ٣- اصول و مبانی کلیه مصنوعی تالیف: دکتر پ. هنر- ج. زنگraf ترجمه: دکتر عطاله بهروز اقدام- دکتر افضل وثوقی
- ٤- مجموعه مقالات ارائه شده در همایش بازآموزی پرستاران دیالیز- هیپوتانسیون در حین دیالیز- دکتر بهزاد عین الهی

قبل از دیالیز اغلب نشان دهنده اضافه حجم است و افت فشار خون حین دیالیز اغلب نشانه کم آبی یا کاهش حجم میباشد. در بسیاری از بیماران افزایش فشار خون حین دیالیز در رابطه با رنین با عوامل ناشناخته دیگر ایجاد می شود. در این بیماران فشار خون علی رغم از دست دادن مایعات در طول دیالیز افزایش می یابد. عارضه حین دیالیز میباشد ($20 - 30$ درصد) لذا باید توجه داشت هرگونه شکایت از سرگیجه و ضعف می تواند نشانه افت فشار خون باشد افت فشار خون حین دیالیز تزد خانمها بستر از آفایان دیده می شود و نیز با افزایش فرکанс آن عارضه بیشتر میشود.

۶- توجه به وزن خشک و نیز توجه به میزان افزایش وزن بیش از حد در بین دو جلسه دیالیز البته قابل ذکر است که استفاده از مایع دیالیز سرد 34°C درجه سانتیگراد و تجویز اکسیژن و استفاده از بافری کربنات و افزایش غلظت کلسیم در مایع دیالیز و تشخیص بموقع پریکاردیال افیوژن و بهبود وضعیت تغذیه ای راههای دیگر و موثری است که در جهت جلوگیری از افت فشار خون مطرح میشود.
علائم ناشی از فشار خون شامل:
تهوع و استفراغ- آریتاسیون- گرفتگی عضلانی- رنگ پریدگی- گیجی- علائم ارتوستاتیک و بعضی کاهش سطح هوشیاری است. همانگونه که گفته شد فشار خون بالا



خلاصه



برخورد پدر و مادر با کودک هموفیلی (بخش دوم)

تهیه و تنظیم: دکتر محمد رضا امینی

- رشد
- بیرون رفتن با دیگران
- دوچرخه سواری
- بوسیدن
- ورزش
- هوش
- واکسیناسیون
- بازی در مدرسه
- به رستوران رفتن
- رشد و تکامل فیزیکی
- طول عمر
- استفاده از اسباب بازی
- شنا کردن
- دویدن
- آموزش کنترل اجابت مراج
- استفاده از سه چرخه
- چه چیزی غیر طبیعی است؟
- فعالیت انعقادی فاکتور ۸ یا ۹

ورزش

محافظت بیش از حد

- در بخش دوم بیشتر به مسائل اجتماعی و ارتباطی می‌پردازیم در این زمینه مواردی که باید مورد توجه قرار گیرد:
- اجازه دهید بیمار با بقیه بچه‌ها به بازی پردازد.
 - از اینکه وی را با یک پرستار بچه تنها بگذارد ترس و واهمه‌ای نداشته باشد.
 - آزادی عمل به وی بدهید.
 - او را به مدارس بازی بفرستید.
 - برای او سه چرخه بخرید. به خواهر و برادرهای وی فرصت دهید.
 - پدر می‌بایست درگیر مسائل بیمار باشد.
 - باقته‌های خود را با سایر والدین مقایسه نمایید.
 - به احساسات خود اعتماد نمایید.
 - بستری شدن در بیمارستان به علت خونریزی امروزه نادر است. ممکن است در بعضی مراکز در صورت نیاز به تزریقات، پرسنل ورزیده جهت اطفال در دسترس نباشد. در صورتیکه پزشک یا پرستار پس از سه بار سعی نمودن در ایجاد راه وریدی موفق به این کار نشد. می‌بایست فرد مجروب تری این عمل را انجام دهد.
 - دو نکته مهمی که لازم است توجه شود عبارت است از: اول اینکه والدین می‌بایست از محل رگهای مناسب فرزند خود جهت تزریقات اطلاع داشته باشند. دوم اینکه هر چند که تمام این مطالب ممکن است در ابتدا برای هر والدین تازگی داشته باشد، اما به زودی آنها در تمام مطالب مطروحه تبحر کافی کسب خواهند کرد. بچه‌ها نیز بعد از مدتی با

خاتمه

بایست قبل از بلوغ شنا کردن را بیاموزند.

توصیه هایی به دیگران



می شود که در این صورت می بایست با کمک مسئولین انجمن هموفیلی نسبت به تغییر این طرز تفکر اقدام کرد.

بیمار هموفیل می بایست بهترین آموزش ممکنه را بدست آورد. انتخاب شغل نیز بسیار مهم است. هر چند که امروزه با مراقبتهای موجود اکثر شغلهای موجود را فرد بیمار می تواند انتخاب نماید و با همکاران خود رقابت کند. او می بایست به خود و دیگران ثابت کند در حضور و یا در عدم حضور خونریزی، او بهترین انتخاب برای شغل مورد نظر می باشد.

مناسب تر است. تنها محدودیت که توصیه می شود این است که پسرهای بیمار نمی بایست به ورزش بوکس و یا راگبی پردازند.

علاوه بر توصیه هایی که پزشک می تواند جهت والدین و معلمان مدارس ارائه دهد، کتابچه های آموزشی انجمن هموفیلی و نیز شرکتهای دارویی مفید هستند. مسئولین انجمن هموفیلی می توانند با مراجعه حضوری به مدارس درجهت ارتقاء معلمین و سایر کارکنان بپوشند.

امروزه اکثریت پسران هموفیل به مدارس معمولی رفته و با همسنان خود به رقابت می پردازند هر چند که هنوزم در بعضی کشورها مدارس اختصاصی برای این افراد توصیه

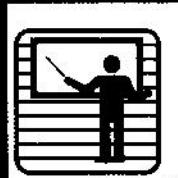
اولاً آنکه تمام کسانی که مستول مراقبت از بچه های هموفیلی هستند باید بدانند که می بایست کمکهای اولیه در دسترس باشند. بچه های مبتلا به هموفیلی سریعتر از سایر بچه ها خونریزی نمی کنند و همیشه زمان کافی جهت درخواست کمک کردن وجود دارد.

باید توجه داشت هیچ گونه محدودیتی در بازیهای هموفیل نمی بایست اعمال شود. باید توجه شود که بر خلاف بعضی افسانه ها این بیماری واگیردار برای سایر بچه ها نمی باشد. همچنین باید توجه شود که اکثر خونریزیها داخلی هستند.

مراقبتهای دندانپزشکی روتین می بایست مشابه سایر فرزندان خانواده صورت گیرد و اقدام اختصاصی مورد زندگی راحتتری خواهد داشت.

نکته دیگری که مجدداً بر آن تأکید می شود ورزش و فعالیتهای نرمال می باشد. تکامل طبیعی وابسته به کشفیات فرد در خصوص محیطش می باشد. و این خود فرد است که در نهایت می تواند بر اساس یافته هایش متوجه شود چه چیزی برای وی مناسب است و محدودیتهای غیر ضروری مانع این تکامل می شود. بچه ها در صورت مواجهه شدن با مانع هنگامی که تمایل به انجام فعالیتهای مشابه دوستانشان را دارند یا نافرمانی می کنند و یا دست به پنهان کار می زنند. بهتر است خودشان به این احساس برسند که چه کاری برای آنها و بیماریشان

مأخذ:



تالاسمی در تایلند

(پخش دوم)

بنا تالاسمی هموگلوبین E

تالاسمیک در ۸۲٪ بیماران دیده می‌شود که حدوداً نیمی از آنها تغییرات واضحی دارند. تاخیر در نموجسمی در ۷۵٪ موارد وجود دارد. همچنین شدید متغیر است. حدود نیمی دچار تالاسمی اختلالات ثانویه جنسی ممکن است دیده می‌شود. بزرگی کبد و طحال در ۹۰٪ بیماران به چشم می‌خورد. به هر ترتیب، ارتباط سیستمی بین بزرگی ارگانها و علایم بیماری وجود ندارد. در صورت عدم تجویز خون، نمودهای تمام و کمال بیماری به تدریج پدیدار می‌شود. در بیمارانی که علائم نخستین بار در سال اول زندگی پدیده می‌آیند، بیماری شدیدتر است.

۱- خونسازی داخل و خارج مفرغ استخوان: به علت تولید زیاد اربتروپویتین خونسازی بطرور چشگیری در حد ۱۵-۲۰٪ برابر میزان طبیعی افزایش می‌یابد. خونسازی گسترده در مفرغ استخوان و مناطق خارج از مفرغ استخوان شامل کبد، طحال، غدد لنفاوی و... دیده می‌شود. توده‌های خونساز در قفسه سینه که با عکس ساده سینه دیده می‌شوند، در حدود ۸٪ بیماران مذکور و ۶٪ بیماران مؤثر قابل مشاهده هستند. توده‌های خونساز در کانال نخاعی می‌توانند سبب فشار بر روی نخاع (یا تشنج و قرقی

HbE) این نوع تالاسمی بعلت وجود میزان بیشتر (servere) در تایلند شایعتر است و شایعترین نوع تالاسمی شدید هموگلوبین E در بالغین می‌باشد. دونوع بنا تالاسمی هموگلوبین E وجود دارد که بر اساس وجود یا عدم وجود A به دو نوع B-تالاسمی هموگلوبین E و B-تالاسمی هموگلوبین تقسیم می‌شوند.

در بیماران با B-تالاسمی هموگلوبین E، تنها HbA و HbF وجود دارد و مقادیر HbA به قابل اندازه گیری است. HbE حدود ۴۰-۶۰٪ از هموگلوبین را شامل می‌شود و بقیه HbF است. بر عکس در نوع B-تالاسمی هموگلوبین HbA,E وجود دارد که باعث بروز علایم بالینی خفیف تری می‌شود. از آنجا که B-تالاسمی هموگلوبین E محدود به آسیای جنوب شرقی و به ویژه تایلند می‌باشد. جزئیات نمودهای بالینی و انواع مختلف بیماری مورد بحث قرار خواهد گرفت. به علاوه از آنجا که مهاجرت جمعیت‌ها، ایتمبیولوژی بیماری را به سمت جهانی شدن سوق می‌دهد، این نوع تالاسمی امروز ابعاد وسیعتری پیدا کرده است.

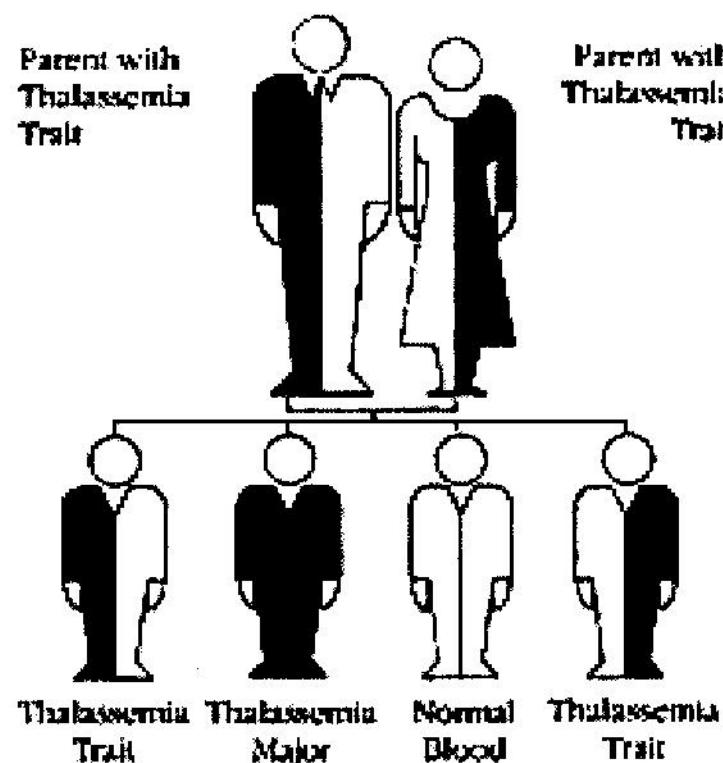
نمودهای بالینی (Clinical manifestation)

اغلب بیماران مبتلا در تایلند تحت راشفوزیون قرار ندارند یا مقدار دفعات تزریق خون آنها اندک است. همچنین درمان با فلزگیرها بیندت صورت

از B تالاسمی هموگلوبین E به ویژه در بیمارانی که طحال برداری شده‌اند، عفونته است. مطالعات آینده‌نگر افزایش استعداد این بیماران به عفونتهای باکتریال قارچی و ویروسی را نشان می‌دهد. عفونتهای به دنبال طحال برداری می‌توانند بسیار شدید و تهدیدکننده حیات باشند. جرم‌های مسئول عمولاء باکتریهای گرم منفی هستند. انسداد شریانی و گانگرن پاها به دلیل عفونت عل افزایش استعداد ابتلا به عفونتها بجز در بیمارانی که طحال برداری شده‌اند، شناخته شده‌نیست. در افراد دچار تالاسمی (به تنها یا اختلال خاصی در پاسخهای ایمنی هومورال و سلولی گزارش شده است). با این حال، تغییر در شیوه تعامل بین گوییچه‌های سرخ، پاسخهای ایمنی هومورال، کمپلیمان و دستگاه ریتکولوواندوتیال ممکن است در مکانیسم زمینه ساز عفونتها نقش داشته باشد.

۵- سنگهای صفوایی: سنگهای صفوایی در حدود ۰-۵٪ بیماران دیده می‌شود. کله سیستیت و کلوفنریت بالارونده (ascending) (در برخی بیماران دیده می‌شود که نیازمند درمان آنتی‌بیوتیکی و کله سیستکتومی است. به هر طریق هیچ کارآزمایی تصادفی شده شاهدداری (trial randomized control) که نقش کله سیستکتومی در پایان بدون علامت را نشان دهد، وجود ندارد.

ع- پرفشاری خون، تشنج، خونریزی مغزی پس از تزریق خونهای مکرر: سندرم افزایش فشار خون، تشنج و خونریزی مغزی متعاقب تزریق خونهای مکرر در این بیماری شرح داده



یابنده‌شوند. عقیده بر این است که سندروم فوق به علت نارسایی ارگانهای مختلف در اثر اکسیداسیون بافتی ناشی از انباست شدید آهن پدید می‌آید.

۳- عوارض قلبی-عروقی علت مرگ حدود نیمی از بیماران دچار B-تالاسمی هموگلوبین E نارسائی قلبی ناشی از انباست آهن و کم خونی شدید است.

این نکته قابل توجه است که انباست آهن در عضله قلب میزان آهن انباسته شده و در کبد و پانکراس نیست. کاردیومگالی باشد کم خونی نسبت مستقیم دارد و معمولاً ... سیتوالی شنیده می‌شوند. پریکارادیت متعاقب عفونتهای تنفسی بالایی به کرات دیده می‌شود. بخصوص بیمارانی که اسپلنکومی شده‌اند، ممکن است افسوژن پریکارد بروز کند که خود می‌تواند سبب تامپوناد قلبی شود. نارسایی قلبی شدید و مقاوم همراه با پریاکادیت می‌تواند حتی در نبود کم خونی شدید بروز کند و نیاز به مداخله جراحی را ایجاد نماید.

۴- عفونتها: یکی از علل اصلی عوارض ناشی

که داخل جمجمه باشد) گردد. این توده‌های برتولو درمانی موضعی پاسخ می‌دهند. خونسازی گستردۀ (Massive erythropoiesis) باعث شکنندگی و تغییر ساختار استخوانها می‌شود به علت استئوپوروز و استئومالاسی، کاهش تراکم استخوان ایجاد می‌گردد.

۲- انباست آهن: بعلت تزریقهای مکرر خون و نیز افزایش آهن از طریق گوارش بوجود می‌آید. رسوب آهن در پوست، سیستم ریتکولوواندویلتال، قلب، کبد و غدد درون ریز مشاهده می‌شود. بیماران معمولاً پوست تیره دارند ولی شایع نیستند. فیروز کبد بعلت انباست آهن شایع است ولی... نادر است. اگر بیماران به اندازه کافی زنده بمانند، ممکن است در اثر رسوب آهن در پانکراس به دیابت مبتلا شوند. برخی از بیماران که به دهه سوم یا چهارم عمر می‌رسند ممکن است دچار سندروم تحلیل (مرحله) پایانی بافت‌های بدن، تیرگی پیش رو نده پوست، کاهش اشتها، کاهش وزن و کم خونی افزایش

خلاص

شدت B تالاسمی در بیماران دارای حداقل یک آل ارثیگون (ژنتوپیپ) B-تالاسمی کم می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که مبتلایان به تالاسمی B با هموگلوبین E که دارای هم‌تواث آلفا-تالاسمی ۲- می‌باشند دارای غلظت‌های هموگلوبین برابر با بیشتر از $77/4 \text{ dl/g}$ هستند. هم‌تواث آلفاتالاسمی ۱- با B-تالاسمی هموگلوبین E باعث شدت بسیار کم‌بیماری می‌شود. تعامل ژن آلفا-تالاسمی - با B-تالاسمی باعث توازن بیشتری در نسبت تولید آلفا و B می‌گردد و در نتیجه بیماری تالاسمی خفیفتری بدید می‌آید.

ج- همراهی با مقادیر بالای هموگلوبین F: هم‌تواث عواملی که سبب افزایش بروز عوامل (expression) هموگلوبین F می‌شوند می‌تواند شدت بتالاسمی را تخفیف دهد. به ارت رسیدن یک کروموزوم بتالاسمی با جایگاه تسمیه (site) cleavage (Gr-globin) در موقعیت ۱۵۸ در توالید آلفا و F با هموگلوبین F و کم خونی خفیفتر همراه است. دو نسخه از این ال برای ایجاد اثر قابل توجه لازم هستند. بیماری با زنگون Xmn1+/+ (genotype) + غلظت‌های هموگلوبین بالای $8/5 \text{ g dl}$ دارند ولی آنهایی که زنگون /- Xmn1/- دارند، هموگلوبین کمتر از 7 dl/g دارند.

تشخیص تالاسمی

تشخیص اولیه نشانگان (سندرم) های تالاسمی را می‌توان بر اساس نمودهای بالینی و اختلالات ریخت‌شناسی (morphologic) گویچه‌های سرخ مطرح نمود. تشخیص قطعی با تعیین نوع هموگلوبین و جداسازی هموگلوبین از خون به وسیله الکتروفروز یا کروماتوگرافی صورت می‌گیرد. برخی نشانگان‌های تالاسمی را ممکن است تنها بایک آزمون آزمایشگاهی تشخیص دارد.

در نشانگاه (سندرم) های تالاسمی براساس شروع علائم بیماری، غلظت هموگلوبین در شرایط ثبات، من شروع تزریق خون، تعداد تزریقهای خون در واحد زمان، وجود هپاتوسلنومگالی، تغییرات استخوانها و تاخیر در رشد تخمین زده می‌شود. بنا تالاسمی هموگلوبین E در واقع جزء تالاسمی ایترمیدیا تقسیم‌بندی می‌شود زیرا بیماریک آلل B-تالاسمی و یک آلل HbE به ارت برده است که مانند یک تالاسمی B مثبت خفیف عمل می‌کند. به هر ترتیب ناهمگونی بیماری با تنوع غلظت‌های هموگلوبین (g/dl) $2/5-11/5$ در یک مجموعه 80^3 نفری از بیماران دچار تالاسمی B با هموگلوبین E نشان داده است.

عوامل رئیسی متحمل که می‌توانند شدت بتالاسمی هموگلوبین E را تحت تأثیر قرار دهند شامل جهش‌های تالاسمی بنا، هم‌تواث (coinheritance) (با آلفاتالاسمی و همراهی با مقادیر بیشتر HbF می‌باشد.

الف- جهش‌های B-تالاسمی: برخی از جهش‌های B-تالاسمی می‌توانند تنها مقادیر کمی از زنجیره B-گلوبین سازد. B-تالاسمی ایجاد کنند، مانند موتاسیون باز T به C در IVS-II-IVS-II (این تغییر در نوکلئوتید ۶۵۴ در ۶۵۴ ایجاد می‌شود). دیگر جهش‌ها (موتاسیون‌ها) مانند تغییر A به C در موقعیت ۲۸ C-A-۲۸ در رمزینه (کلون) ۱۹ (هموگلوبین Malay) چهرگون‌های خفیفی دارند. هتروزیگوت بودن یعنی هموگلوبین E و B تالاسمی خفیف باعث بیماری خفیف می‌شود. در حالیکه هموگلوبین E و B شدید و B بیماری شدید ایجاد می‌کند.

هم‌تواث (coinheritance)

بد تالاسمی آلفا: هم‌تواث تالاسمی آلفا

شده است. این عارضه ممکن است فوراً یا حت بعد از دو هفته از تزریق خون اتفاق بیقند. بنابراین پایش (monitoring) فشار خون حین و بعد از تزریق خون ضروری است و درمان مناسب با داروهای ضدفسار خون، مرگ و میر ناشی از خونریزی مغزی را کاهش خواهد داد.

۷- هیپوکسی: هیپوکسی در بیشتر بیماران طحال برداری شده دیده می‌شود. مکانیسم زمینه‌ای مشخص نیست. فرضیه ما این است که پلاکت‌ها که تعداد آنها و ارتباطاتشان با یکدیگر پس از طحال برداری افزایش می‌باید، در گردش خون سیستمیک و ریوی تجمع پیدا می‌کنند. مجمع پلاکتی ممکن است باعث آزاد شدن ماده‌ای شود که این ماده به انقباض برونشیول‌ها و ایجاد هیپوکسی بینجامد. اثر آسپرین در کاهش میزان هیپوکسی بیشتر بیماران نیز به نفع این فرضیه است. اینکه آیا مصرف پیشگیرانه (پروفیلاکتیک) داروهای ضد تجمع پلاکت در بیماران اسپلنتکتومی شده ضروری است یا خیر به تحقیقات بیشتری نیاز دارد.

۸- ترموموآمبولی: در یک گروه از اتوپسی‌ها، در تعداد قابل توجهی از موارد انسداد سرخرگ ریوی دیده شد. مقاطع پشت سرهم از ریه‌ها نشان داد که تا 24% ضایعه در هر سانتی‌متر مربع وجود دارد و نشانه آمبولیدر برخی از بیماران است.

۹- کم خونی همولیتیک خود ایمنی (انوابمیون)، برخی از بیماران دچار کم خونی همولیتیک کومبیس مثبت می‌شوند که کم خونی آنها را تشخیص داده اند. مطالعات اخیر مطرح کننده آنند که سطح گویچه‌های سرخ در تالاسمی، جایگاه فعال بسیاری از واکنش‌های ایمنی پیچیده است که می‌توانند عوارض فراوانی داشته باشند.

۱۰- تغییرپذیری شدت بیماری: شدت بیمار

پیوند قرار گرفته‌اند، مبتلایان به تالاسمی را بر حسب عوامل خطرزایی شامل هپاتوسplenومگالی، فیروز پورت و کیفیت بدفلگرگیری آهن، می‌توان به سه دسته تقسیم کرد. در میان بیماران زیر ۱۶ سال، بقاوی بدن حادثه در دسته اول (بدون هیچ عامل خطرزا) به ترتیب ۹۵٪ و ۶۴٪ بوده است. همچنین بیماران دسته سوم بیشتر دچار پیوند یا نارسایی پیوند می‌شوند.

تجربه مثبت کرده که پیوند مغز استخوان اگر زودهنگام وقتی که بیماران هنوز جوان هستند انجام شود، با احتمال علاج بسیار زیادی همراه است. با این حال بیمارانی که به طور کامل دچار نمودهای بیماری شده‌اند و تزریقات خون ناکافی دریافت کرده‌اند، احتمال رد پیوند بیشتری دارند. تنها شمار اندکی از بیماران تالاسمی تایلند می‌تواند پیوند مغز استخوان بگیرند زیرا این اقدام درمانی هنوز گران است و فقط ۳ یا ۴ مرکز پیوند در کشور وجود دارد. مابراز نخستین بار شناسان دادیم که خون بند ناف گرفته شده از خواهر یا برادر سالم بیمار هنگام زایمان، می‌تواند افاده دچار تالاسمی را علاج بخشد. مزیت این رویکرد، به دست آوردن تعداد کافی از سلولهای ریشه‌ای (stem cell) از خواهر یا برادر دهنده در هنگام تولد است و لازم نیست منتظر باشیم تا دهنده پیوند بزرگ شود و آماده اهدای مغز استخوان گردد. سپس می‌توان در زمان زودتری با شانتس بهتر علاج پیوند را انجام داد. به علاوه، احتمال بیماری پیوند علیه میزان- (graft-versus-host disease) به دلیل نابالغ بودن و خامتر بودن لنفوسيتهای خون بند ناف کاهش می‌یابد.

تاکنون، ۱۲ بیمار دچار تالاسمی شدید در مؤسسه ما از خون بند ناف خواهر یا برادر خود، پیوند دریافت کرده‌اند. با اینکه بهبود هماتولوژیک آهسته‌تر از پیوند مغز استخوان است، نتایج مطلوب هستند.

در جامعه حاضر خواهند بود. برنامه‌های تشخیص پیش‌زادی (prenatal) برای پیشگیری از تولد موارد جدید تالاسمی در حال انجام هستند.

برای مثال، بیماری هموگلوبین H را با مشاهده اجسام گنجیده (inclusio bodies) درون ۸-۹٪ گوییه‌های سرخ می‌توان تشخیص داد.

در مقابل، تشخیص برخی حالت‌های هتروزیگوت تالاسمی دشوار است. آزمونهای آزمایشگاهی متعددی ممکن است برای تشخیص حالت‌های هتروزیگوت آلفا تالاسمی و بتا تالاسمی نیاز باشد.

کم‌خونی فقر آهن باید بیش از مطرح کدن تالاسمی رد شود زیرا این کم‌خونی ممکن است تشخیص تالاسمی را مشکل کند. در کم‌خونی شدید فقر آهن، هموگلوبین A2 و هموگلوبین E کاهش می‌یابند. در بتا تالاسمی هتروزیگوت همراه با کم‌خونی شدید فقر آهن، غلظت هموگلوبین A2 ممکن است در حد طبیعی باشد. افراد دچار بیماری هموگلوبین H و کم‌بود شدید آهن، هموگلوبین H و اجسام گنجیده (inclusion bodies) درون گوییه‌های سرخ ممکن است کاهش یافته یا در حد غیر قابل اندازه گیری باشد.

درمان کنترل تالاسمی

راهبرد (استرترژی) های کنترل تالاسمی شامل ارائه بهترین درمان به مبتلایان به تالاسمی و پیشگیری از تولد موارد جدید است. درمان با تزریق

خون زیاد (hypertransfusion) و فلزگیری (chelation) آهن می‌تواند از پیدایش آسیب جلوگیری کند و کیفیت زندگی را در بسیاری از بیماران بهبود بخشد و امید به زندگی آنها را نیز افزایش دهد. با چنین رویکردی، اگر از تولد موارد جدید تالاسمی پیشگیری نشود، شمار بیماران تالاسمی به اندازه‌ای افزایش خواهد یافت که توان اقتصادی جامعه از عهده تامین نیازهای آنها برخواهد آمد. درنهایت می‌توان میزان تالاسمی کمتری در کشور داشت اما به هر حال شمار زیادی ناقل تالاسمی همچنان

پیوند مغز استخوان

در حال حاضر پیوند مغز استخوان تنها راه علاج (cure) تالاسمی است که در صورت وجود خواهر یا برادری که از نظر HLA سازگار باشند، در نظر گرفته می‌شود. خطر این پیوند هنگامی که در سنین پایین صورت گیرد، اندک است. با افزایش سن، خطر پیوند مغز استخوان زیاد می‌شود. بر پایه بزرگترین مطالعه این نوع درمان در Pesaro ایتالیا، که طی آن بیش از ۱۰۰۰ بیمار تالاسمی تحت

درمان با هیدروکسی اوره

نمونه‌های پرده‌های کوربیونی، آمینوسترنیا کوردوسترن انجام می‌گیرد. در سال ۱۹۹۲ یک برنامه آینده‌منگر پیشگیری و کنترل تالاسمی در بیمارستان دانشگاهی Songklanagarind تهیه شد. تا سال ۱۹۹۸ زن آبستن وارد برنامه غربالگری شدن و ۲۰۳ زوج در معرض خطر تالاسمی شدید، شناسایی گردیدند (۲۶٪). از ۱۸۴ زوجی که حاضر به انجام تشخیص پیش‌زادی (prenatal) شدند، ۵۷ مورد (۳۱٪) جنین‌هایی با بیماری شدید داشتند که همگی این‌والدین، سقط درمانی را برگزیدند.

با اینکه تالاسمی برای تایلند یک معضل عمدی به شمار می‌آید، وضعیت تدبیر (management) و کنترل آن در مقایسه با کشورهای دیگری که تالاسمی در آنها شایع است. رضایت‌بخش و بهینه نیست. برخی بیماران به ویژه در نواحی روستایی همچنان تشخیص داده‌نمی‌شوند و تنها درمان عالمی دریافت می‌کنند. این بیماران و خانواده‌های آنها با رستگاری برای جامعه به شمار می‌روند. به تازگی برنامه ملی تالاسمی در تایلند پیشنهاد شده است. اهداف این برنامه، تقویت دانش مربوط به تالاسمی و فراهم کردن نیروهای کارآزموده به تعداد کافی در همه سطوح کنترل تالاسمی می‌باشد. در حال حاضر این پیش‌زاده به دلیل بحران اقتصادی کشور تایلند، پیشرفت محدودی داشته است. با این حال ما امیدواریم که این برنامه ملی مورد توجه و حمایت سازمانهای بهداشتی بین‌المللی قرار گیرد.

مأخذ:

Hematology 2001: 483-488.

Issaragrisil S, et al

آزمون شکنندگی اسمزی، آزمون رسوب با دی کلروفل ایندوفول (DCIP).

بیمارستانهای استانی: شمارش کامل

خون، آزمون شکنندگی اسمزی، آزمون رسوب با DCIP و تعیین هموگلوبین با الکتروفروز.

بیمارستانهای ناحیه‌ای: شمارش کامل

خون، آزمون شکنندگی اسمزی، آزمون رسوب با DCIP و تعیین هموگلوبین با الکتروفروز یا

کروماتوگرافی مایع با عملکرد بالا (HPLC) به وسیله دستگاههای خودکار.

این بررسی‌های آزمایشگاهی برای

تشخیص ناقل‌های تالاسمی و ناقل‌های هموگلوبین E ضروری هستند.

تشخیص پیش‌زادی (prenatal)

diagnosis اکنون در ۱۷ بیمارستان تحت پوشش بخش بهداشت مادر و کودک و وزارت بهداشت همگانی در دسترس است. خون جنین

به وسیله کوردوسترن گرفته می‌شود. تشخیص پیش‌زادی با تعیین هموگلوبین به وسیله HPLC

خودکار صورت می‌گیرد. بر پایه نتایج اولیه، تنها ۴۰٪ زنان باردار پیش از هفته شانزدهم به

درمانگاههای مراقبتهاشی قبیل از تولد مراجعت کردن و فقط نیمی از آنها موفق شدن شوهرانشان را برای

انجام آزمون ناقل‌های تالاسمی منقاد نمایند. از ۳۴۹ زن باردار در خط، نتیجه تشخیص

پیش‌زادی در ۲۷٪ طبیعی، در ۱۲٪ هیدروپس فتالیس هموگلوبین بارت، در ۵٪ بتاتالاسمی

هوموزیگوت، در ۳٪ بتاتالاسمی با هموگلوبین E و در بقیه، تالاسمی هتروزیگوت یا هموگلوبین

بود. همه‌والدین با جنین‌های دچار بیماری شدید، ختم آستنی را انتخاب کردند.

در بیمارستانهای دانشگاهی، تشخیص پیش‌زادی بسته به تجربه متخصصان هر مرکز

معمول‌آب وسیله آنالیز DNA گرفته شده از

پیشگیری از تالاسمی

هیدروکسی اوره می‌تواند تولید هموگلوبین F توسط گویچه‌های سرخ را تحریک کند و سبب افزایش طول عمر و کارکرد بهتر از نظر ارائه اکسیژن شود. نتایج اولیه در ۲۰ بیمار با بتاتالاسمی هموگلوبین E که هیدروکسی اوره به میزان mg/kg/day طی ۵ روز در هفته دریافت می‌کرند شان داد که هموگلوبین F در همه بیماران درمان شده افزایش یافت. همچنین در احساس سلامتی و عدم تحمل ورزش بهبود پدیدم آید گرچه غلظت هموگلوبین به میزان ناجیزی بالا رفت.

خاتمه

برنامه‌های پیشگیری در تایلند به کنترل سه نوع بیماری تالاسمی شدید اختصاص دارد: هیدروپس فتالیس ناشی از هموگلوبین بارت، بتاتالاسمی هوموزیگوت و بتاتالاسمی با هموگلوبین E. اهداف نهایی پیشگیری از تالاسمی غربالگری ناقل‌ها، تشخیص پیش‌زادی (prenatal) در جنین‌های پرخطر و ارائه گزینه‌ای مربوط به سقط جنین به پدر و مادرهاست. در حال حاضر شناسایی زوجه‌های در معرض خطر با غربالگری آبستنی‌ها صورت می‌گیرد. فعالیتهای متعددی در جهت پیشگیری و کنترل تالاسمی توسط وزارت بهداشت همگانی تایلند با همکاری بیمارستانهای دانشگاهی و بنیاد تالاسمی آغاز شده است بخش علوم پزشکی وزارت بهداشت همگانی، استانداردهایی را برای بررسی‌های آزمایشگاهی در مورد غربالگری تالاسمی در بیمارستانها در سطوح مختلف تدوین کرده است: بیمارستانهای محلی: شمارش کامل خون،

زنگ تحقیق

بنیاد امور بیماریهای خاص

(معاونت آموزش و پژوهش)

طرح تحقیقاتی

تعیین تراکم استخوانی گردن فمور و ستون

فقرات در افراد نرمال

۱۰-۲۰ ساله شهر تهران

مجری طرح:

دکتر سید محمود طباطبائی

استاد دانشگاه و معاونت آموزش و پژوهش بنیاد

با همکاری:

دکتر علیرضا عبدالله شمشیرساز

دکتر میررضا یخیرنیا

دکتر محمد کامکار

تیرماه ۱۳۸۱



تعیین تراکم استخوانی گردن فمود و ستون فقرات در افراد نرمال

بیگیری کودکانی که دچار بیماری‌های مختلف
کننده متابولوسم استخوانی هستند پرداخت.

نتایج

مقدمه

كلمات کلیدی

تراکم استخوانی نرمال، سطح سرمی D vitamin و دریافت کلسیم روزانه تعیین تراکم استخوانی گردن فمود و ستون فقرات در افراد نرمال ۲۰-۱۰ ساله شهر تهران

مقدمه

برای تعیین هر گونه اختلال پاتولوژیک در تراکم استخوانی در یک جمعیت و یا یک فرد مشخص همیشه احتیاج به تعیین کردن مقادیر نرمال توده استخوانی بر اساس نژاد، جنس، سن، و سایر متغیرها وجود دارد. درکشورهای توسعه یافته مطالعات متعددی، توده و تراکم استخوانی گروه بالغین را مورد بررسی قرار داده است ولی در جمعیت اطفال کمتر به این قضیه پرداخته شده است. گرچه اوستئوپروزیس شایعترین بیماری متابولیک بالغین است، اعتقاد بر این است که در کودکان بسیار نادر می باشد ولی به هر طریق ارتباط بین شکستگی های پاتولوژیک و کاهش تراکم استخوان وجود دارد(۱).

اندازه گیری تراکم استخوانی در استخوانهای تربکولار و ارتباط آن با تغییرات مربوط به رشد

ارتباط مستقیمی بین سن و L۲-L۴ BMD و گردن فمود پیدا شد. (P<0.0001) در BMD در سنین ۱۷، ۱۶، ۱۲ بطور معنی داری در دختران بیشتر از پسران بود. (P<0.0001) همچنین تراکم استخوانی L۲-L۴ و گردن فمور با بلوغ، قد و وزن و شاخص توده بدن (BMI) افراد ارتباط داشت (p<0.02) ولی تراکم استخوانی L۲-L۴ با میزان دریافت کلسیم یا وضعیت vitD ارتباط واضح نداشت. ولی ارتباط معنی داری بین میزان دریافت کلسیم روزانه و تراکم استخوانی گردن فمور مشاهده شد. (p<0.05) با استفاده از

تابعی از سن، مرحله تانر، قد و وزن، مدل های رگرسیون خطی تهیه شد. همچنین معادله رگرسیون گردن فمور براساس جنس، سن، قد و وزن بدست آمد. بحث: با استفاده از مقادیر به دست آمده از جدول یا معادله پیشنهادی، می توان به آسانی BMD نرمال برای یک فرد خاص را با پیش بینی کرد. DXA یک روش غیر تهاجمی است که می توان آنرا به خوبی در کودکان به کار برد زیرا: کودک در معرض تابش پرتو کمی قرار می گیرد و تهیه تصاویر با دقت و سرعت بالایی انجام می شود. با استفاده از این روش می توان BMD فردا تعیین کرد و با مقایسه آن پیش بینی نشده (از معادله فوق) $ML = ax + b$ به بررسی و

اگرچه استئوپروز در کودکان به اندازه سنین پیری شایع نیست، عوارض سدیدی دارد. از سوی دیگر تراکم استخوان (BMD) در نوجوانان نشانگر خوبی برای وضعیت BMD در طول زندگی است. به منظور تعیین میزان افت بیمار گونه تراکم استخوانی برای یک جمعیت یا فرد مشخص، لازم است که BMD طبیعی به صورت تابعی از نژاد، جنس، سن، و دیگر متغیرها معین گردد.

افراد مورد مطالعه و روش های کار

_____ از روش Dual X-Ray Absorptiometry (DXA) برای اندازه گیری BMD در ستون فقرات کمری و گردن فمور در ۱۹۶ فرد ۱۰-۲۰ ساله استفاده کردیم که فاقد سابقه ای از عوامل مؤثر بر BMD بودند. پس از گرفتن شرح حال و انجام معاینات بر روی این افراد و مرحله تانر آنها (۱-۵) تعیین گردید. آزمایش های بیوشیمی (Ca, P, ALK, PTH) انجام شد و وضعیت vit.D از پرسشنامه تعداد دفعات مصرف مواد غذایی برای تخمین میزان دریافت روزانه کلسیم استفاده کردیم.

خاص

شهر تهران را اندازه‌گیری کیم تا راهگشای تشخیص اختلالات مربوطه باشد.

Dual Energy X-ray

absorptiometry (DXA) یک روش مطمئن و سریع می‌باشد و احتیاج به همکاری زیادی از طرف افراد مورد بررسی ندارد. به همین علت DXA بعنوان یک روش جا افتاده برای اندازه‌گیری تراکم استخوان در کودکان معرفی شده است. به نظر می‌رسد که DXA برای اندازه‌گیری توده و تراکم استخوانی در کارهای کلینیکی کافی باشد و در حال حاضر بهترین انتخاب در گروه سنی کودکان می‌باشد. (۴)

روش‌ها و شرکت‌کنندگان:

در این مطالعه ۲۳۰ نفر از افراد نرمال شهر تهران از مدارس راهنمایی، دبیرستانها و دانشگاهها بصورت تصادفی انتخاب شدند. این افراد در گروه سنی ۱۰-۲۰ ساله قرار داشتند. نمونه گیری به روش Randomized Stratified صورت گرفت بدین شکل که ۱۱ گروه سنی (۱۰-۲۰ ساله) در دو جنس پسر و دختر لحاظ شدند. و در هر یک از ۲۲ گروه موجود، ۱۰ نفر از افراد انتخاب شده قرار گرفت. فرم رضایت‌نامه جهت افراد تهیه شد و به امضاء والدین و یا خود افراد رسید.

افرادی که دارای سابقه ای از مشکلات رشد و نمو، بسترهای طولانی مدت، بیماریهای مزمن، بیماریهای مرتبط با متابولیسم استخوانی و یا مصرف داروهای خاص بودند، از مطالعه شدن و نهایتاً ۱۹۶ نفر که ۸۲ نفر آنها پسر و ۱۰۶ نفر دختر بودند وارد مرحله نهایی طرح شدند. کلیه افراد از نظر فاکتورهای دموگرافیک، وضعیت رشد و بلوغ جنسی (مارشال-تائز) معایبات و

absorptiometry تراکم استخوان کودکان را نشان داده اند، بیشتر بودن تراکم استخوان در این کودکان را ثابت کرده‌اند.

اخیراً استفاده از روش DXA نتایج متفاوتی را نشان داده است. برخی از مطالعات حاکی از عدم تاثیر نزدیکی تراکم استخوانی بوده‌اند.

عوامل مختلفی ممکن است باعث تفاوت بین گزارشات مختلف شده باشند که از آن جمله می‌توان به محدودیت‌های تکینکال روش‌های اندازه‌گیری و اشکال در انتخاب نمونه‌ها اشاره کرد. در بچه‌ها اندازه‌گیری تراکم استخوانی تحت تاثیر اندازه اسکلت در حال رشد می‌باشد چون محاسبه کردن سایز و تراکم استخوان بطور مجزا کاری مشکل است. از طرف دیگر مطالعات قبلی روی سیاه و سفید پوستان تاثیر نزدیک در قسمت‌های فوقانی و تحتانی بدن را در نظر نگرفته‌اند. کودکان سیاه پوست دارای پاهای بلندتر می‌باشند و عدم توجه به این اختلافات تن سنجی می‌تواند موجب اشتباهاتی بشود. از طرف دیگر چون بلوغ یک معیار بسیار تعیین کننده در کسب توده استخوانی می‌باشد، اگر جور کردن بلوغ جنسی با سن کودکان دقیق نباشد می‌تواند تاثیر قابل توجهی بر نتیجه مطالعه داشته باشد. (۳).

با توجه به مطالب فوق متوجه می‌شویم که نزد می‌تواند عامل مؤثری بر میزان تراکم استخوانی باشد. از طرفی با توجه به این نکته که تراکم استخوان در سنین رشد بطور قابل توجهی افزایش می‌یابد و میزان کلی توده استخوانی در این سنین معیار بسیار کمک کننده‌ای برای تعیین وضعیت تراکم و توده استخوانی شخص در سنین بالاتر است، تصمیم گرفتیم با انجام این طرح میزان تراکم استخوانی نرمال در گروه سنی ۱۰-۲۰ ساله

کودکان کمتر مورد توجه بوده است، متابولیزم استخوانی در استخوانهای تراپیکولا رامش ستون فقرات سریعتر از استخوانهای کورتیکال می‌باشد. این دو نوع استخوان در شرایط بیماریها، واکنش‌های متفاوتی نشان میدهند. لذا اندازه گیری مقادیر نرمال در هر دو گروه استخوانها لازم بنظر می‌رسد (۲).

در استخوانهای در حال رشد، توده استخوانی با بالارفتن سن تا اوایل بزرگسالی افزایش می‌یابد. در طول دوران نوجوانی بر میزان مواد معدنی استخوانها افزوده می‌شود. در دوران بزرگسالی از وزن و توده استخوانی کاسته شده و استخوانها به سمت پوک شدن پیش می‌روند (۱). پوک شدن استخوانها می‌تواند تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله بیماریهای مزمن، مصرف برخی داروها و عوامل هورمونی از جمله یائسگی درخانمهای تسریع گردد.

از طرف دیگر نشان داده شده است که شیوع اوستئوپروز و شکستگی‌های ناشی از آن در سیاه پوستان بطور قابل توجهی پایین تر از سفید پوستان می‌باشد، یافته‌ای که شاید بتواند ارتباط نزدیک با تراکم استخوان در بالغین را بطور واضح نشان دهد.

ولی اینکه آیا اختلاف نزدیک در سنین کودکی و نوجوانی نیز وجود دارد همیشه مورد سؤال است و محققین علاقه زیادی به کشف این موضوع نشان داده اند. از آنجاییکه که می‌دانیم میزان توده استخوانی که در دوران رشد حاصل می‌شود تاثیر بسزایی بر استعداد افراد به پوکی استخوان خواهد داشت. گزارشات متعددی از جمله مطالعاتی که بر روی جسد انجام شده است حاکی از سایز بزرگتر اسکلت در کودکان سیاه پوست می‌باشد و بیشتر اندازه‌گیریهایی که بوسیله روش Single photon

Model	Unstandardized Coefficients		Sig.
	B	Std. Error	
(Constant)	-0.656	0.219	0.004
Agenor	0.209	0.046	0.000
Height	4.321 E-03	0.002	0.017
Weight	2.599 E-03	0.001	0.055
G	7.520 E-04	0.019	0.969

$$r \text{ square}=0.759, r=0.871$$

شهید بهشتی، از نظر تغذیه مورد بررسی قرار گرفتند. به کمک پرسشنامه تغذیه روزانه (Food frequency)

میزان دریافت کلسیم روزانه افراد بوسیله کارشناسان تغذیه و با استفاده از منابع موجود استخراج شد و موزد بررسی و مقایسه با وضعیت تراکم استخوان افراد قرار گرفت.

شاخص های پراکنده برای پارامترهای مختلف تراکم استخوانی محاسبه شد و میانگین و انحراف معیار در مورد BMC,BMD (از ۲۰-۱۰ ساله هر سال یک گروه در نظر گرفته شد) تعیین گردید.

به اطلاعات موجود پس از

بوسیله نرم افزار آماری Spss10.0

و بکمک روش های Mann-Whitney, T Test, Linear regression های مختلف رگرسیون برای BMD,BMC در دختران و پسران مورد بررسی قرار گرفت و نهایتاً معادلات مربوطه به femoral neck BMD و BMD L4-L2 تعیین گردید.

در معادلات رگرسیونی متغیرهای تراکم

شرح حال کلی بوسیله پژشک متخصص مورد بررسی قرار گرفتند. مراحل بلوغ به روش Tanner's classification تقسیم شد (V-I). در مورد دختران مراحل رشد پستانها (Breast) و در پسرها مراحل رشد گونadal (Gondas) بعنوان معیار در نظر گرفته شدند.

نمونه خون جهت انجام آزمایش های هورمونی و بیوشیمی (کلسیم، فسفر، آکالان فسفاتاز، توتال پروتئین، PTH و Vit D) گرفته شد (روش های اندازه گیری هر یک ذکر شود). اشاره به فرمی که به بچه ها داده شد.

کلیه افراد تحت بررسی سنجش تراکم استخوان (BMD) بوسیله دستگاه 7164*LUNAR DPXMD گرفته Dual X-ray Absorptiometry قرار گرفتند. وضعیت تراکم استخوانی ستون فقرات (L4-L2) و قسمتهای مختلف استخوان فمور (گردن، تنہ، تروکانتر بزرگ و مثلث WARD) بر حسب گرم بر سانتی مربع اندازه گیری شد. پارامترهای اندازه گیری شده در هر قسمت از استخوان فمور شامل Bone

Model	Unstandardized Coefficients		Sig.
	B	Std. Error	
(Constant)	-0.257	0.243	0.293
Agenor	0.143	0.048	0.004
Height	0.003	0.002	0.166
Weight	0.003	0.001	0.048
B	0.055	0.018	0.003

$$r \text{ square}=0.715, r=0.846$$

Model	Unstandardized Coefficients		Sig.
	B	Std. Error	
(Constant)	-0.429	0.123	0.001
Height	4.193- E-03	0.001	0.000
Weight	3.273- E-03	0.001	0.000
*Gender	-0.118	0.018	0.000
Agenor	0.207	0.028	0.000

*F=1, M=2

NS: Non Significant

مریبوط به تعیین L2-L4 BMD در دختران وزن نیز ارتباط واضحی با هر دونوع برسی شد و معادله شماره ۲ بدست آمد.

همچنین در نمودار شماره ۲ می توان وزن (زن) ارتباط معنی داری وجود داشت (r=0.4, P<0.01) با توجه به ارتباطات موجود، مدل های مختلف رگرسیون محاسبه شد و معادله شماره ۱ که در ذیل آورده شده بعنوان بهترین مدل پیش بینی کننده L2-L4 BMD در پسران بدست مدل رگرسیونی در معادله شماره ۳ آمده است.

Y=0.207 age+0.004

(Height)+0.003(Weight)+0.118(G) در نمودار شماره ۴ می توان منحنی طبیعی تراکم استخوانی گردن فمور در دو

جنس مذکور و مونث را مشاهده کرد. مراحل بلوغ شده قابل مشاهده می باشد. مدل رگرسیون

استخوانی گردن فمور در ارتباط بود جدول شماره ۴- ارتباط بین تراکم استخوانی مهره های L4-L2 و گردن استخوان فمور با

مراحل بلوغ در دختران (اندازه پستان) و پسران (اندازه بیضه)

استخوانی براساس gr/cm² ، سن بر حسب سال، قد بر حسب سانتی متر، وزن بر حسب کیلوگرم، جنس بصورت (زن=۱، مرد=۲) و اندازه های گناد و پستان براساس درجات مارشال - تائز وارد شده اند.

نتایج

در گروه ۱۹۶ نفر مورد مطالعه میانگین قد ۱۵۷ سانتی متر و میانگین وزن ۵۰ کیلو گرم بود. میانگین سطح ویتامین D ۲۷.۱۷ بود و درصد از افراد سطحی پایین تر از نرمال داشتند. سطح ویتامین D در دختران بطور معنی داری (P<0.0001) از پسران کمتر بود .. میانگین دریافت کلسیم روزانه ۸۶۸mg بود و دختران بطور معنی داری دریافت کلسیم روزانه کمتری داشتند (P<0.01).

femoral neck BMD,L2-L4 BMD با سن ارتباط داشت و با افزایش سن میزان BMD زیاد می شد (P<0.001) در بین ۱۷، ۱۶، ۱۲ گروههای سنی مختلف، دختران ساله بطور معنی داری BMD بیشتری نسبت به پسران هم سن خود داشتند (P<0.01). قد ارتباط معنی داری با femoral neck BMD, L2-L4 BMD داشت . به ترتیب (0/0001, p, 0.704 = r, 0=r) و (0/0001, p, 0.654 = r, 0.665 = r)

جدول شماره ۴- ارتباط بین تراکم استخوانی مهره های L4-L2 و گردن استخوان فمور با

اندازه بیضه (اندازه پستان) و پسران (اندازه بیضه)

تراکم استخوانی	اندازه پستان	اندازه بیضه
مهره L2-L4	0.76 (P<0.001)	0.71 (P<0.001)
گردن فمور	0.65 (P<0.001)	0.58 (P<0.001)

در دختران در پسران

خلاصه

شده بین سطح سرمی فسفر و نسبت کلسیم به فسفر با تراکم استخوانی، می‌تواند ناشی از ارتباط همزمان آنها باشد (به عنوان یک عامل مخدوش کننده) و ارتباط مستقیم سن با تراکم استخوانی باشد. همچنین میزان PTH ارتباط ضعیفی با وضعیت تراکم استخوانی افراد داشت که احتیاج به بررسی‌های بیشتر دارد. شایان ذکر است که کمبود میزان ویتامین D سرم در درصد قابل توجهی از افراد می‌باشد توجه مارابرای کشف علت این

جدول شماره ۵ - همبستگی بین تراکم استخوانی مهره‌های L2-L4 و گردن استخوان فمور با سطوح سرمی کلسیم، فسفر، PTH، ویتامین D و نسبت Ca/P سرمی.

تراکم استخوانی	Ca	P	Ca/P	PTH	Vit-D
مهره L2-L4	-0.05 (NS)	-0.43 (<0.001)	0.43 (<0.001)	0.04 (NS)	0.08 (NS)
گردن فمور	-0.02 (NS)	-0.29 (<0.001)	0.26 (<0.001)	-0.03 (NS)	0.14 (0.05)

NS: Non Significant

اعداد داخل پرانتز، P value را نشان می‌دهد.

گردن استخوان فمور مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۵). همانگونه که ملاحظه می‌شود بین مقادیر تراکم استخوانی L2-L4 با فسفر و نسبت کلسیم به فسفر (Ca/P Ratio) ارتباط معنی‌داری وجود داشت. همچنین رابطه بین تراکم استخوانی گردن فمور با فسفر، ویتامین D از نظر آماری ارزشمند بود. شدر مطالعه ما، نیز سن با تراکم استخوان هر دو ناحیه femoral neck و L2-L4 ارتباط مستقیم داشت. همچنین معادله رگرسیون برای پیشگویی تراکم استخوانی نواحی مختلف در دو جنس پسر و دختر را تعریف کردیم که به تفصیل به آن ساخته شد.

در این مطالعه، تراکم استخوان L2-L4 با سن، جنس، قد، وزن و BMI و همچنین مرحله بلوغ ارتباط مستقیم داشت که این مطلب در مطالعات قبلی هم مورد تایید بوده است (۲، ۱۱)، (۳/۶) و مدل‌های رگرسیونی مورد بحث هم بر اساس همین متغیرها تهیه گردید ولی همواره در مورد ارتباط سطح سرمی ویتامین D و دریافت روزانه کلسیم با تراکم استخوانی اختلاف نظر وجود داشته است، (۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۹، ۸، ۵).

همانطور که قبلاً گفته شد در مطالعه حاضر تراکم استخوانی در مدل‌های Univariate ارتباطی با میزان ویتامین D در هیچکی از دو ناحیه مورد بررسی نداشت. در مورد دریافت روزانه کلسیم نیز ارتباط معنی‌دار مستقیم، تنها با تراکم استخوانی گردن فمور وجود داشت. نشان داده شده است که میزان PTH، Ca، P، ویتامین D و هم پاراتیروئیدیمار (PTH، Ca، P، ویتامین D) با سطح ویتامین D و هم میزان دریافت کلسیم روزانه در ارتباط می‌باشد (۱۴، ۱۲، ۹، ۸، ۵) در مطالعه ما ارتباط مشاهده اشاره شده است (۱، ۲، ۳).

بحث

خاتمه

tion between age and L2-L4, femoral neck BMD ($p<0.0001$). There were significant difference between boys and girls at the ages 12, 16, 17 yr when BMD were higher in girls ($p<0.001$). Both L2-L4 and femoral neck BMD were correlated with subjects' puberty, height, weight and BMI. L2-L4 BMD was correlated neither with calcium intake nor with vit D status, but we showed a significant correlation between femoral neck BMD and ca intake. Linear regression models were developed to predict bone mineral density values as a function of age, tanner stage, height and weight for L2-L4 BMD and sex, age, height and weight for femoral neck BMD.

Discussion: From the table or the proposed equation of predicted values, a particular subject's BMD can be readily compared with that of normal subjects. Because of low irradiation exposure, rapid scanning, and high precision, DXA is a noninvasive method, which can be well adapted to the child. It should be helpful in the investigation and follow-up of children with diseases impairing bone

AA, MD; Bekheirnia MR, MD; Kamgar M, MD Charity Foundation for Special Diseases
Introduction: Although osteoporosis in children is not as prevalent as in old ages, its complications are severe. On the other hand, bone mineral density of adolescents is a good marker for their life-long BMD condition. To determine the extent of any pathologic loss of bone for a given population or individual, it is essential to determine the constitution of normal BMD as a function of race, sex, age and the other related variables.
Subjects and Methods: We used Dual X-ray Absorptiometry (DXA) to measure BMD in the lumbar spine and femoral neck of 196 10-20 year old subjects in whom; conditions, which could affect BMD had been excluded. Subjects were examined and their Tanner stages (I-V) were determined. Biochemistry tests (Ca, P, Alk.P, PTH) were done and all subjects were evaluated for vitamin D status. We also used food frequency questionnaire to estimate subjects' daily calcium intake.
Results: We found direct correlation between age and L2-L4, femoral neck BMD ($p<0.0001$). There were significant difference between boys and girls at the ages 12, 16, 17 yr when BMD were higher in girls ($p<0.001$). Both L2-L4 and femoral neck BMD were correlated with subjects' puberty, height, weight and BMI. L2-L4 BMD was correlated neither with calcium intake nor with vit D status, but we showed a significant correlation between femoral neck BMD and ca intake. Linear regression models were developed to predict bone mineral density values as a function of age, tanner stage, height and weight for L2-L4 BMD and sex, age, height and weight for femoral neck BMD.

مطالعات (۱۲,۲,۱) می توان با اطمینان گفت که اعداد بدهت آمده از این مطالعه می تواند راهگشای درک بهتر و ضعیت تراکم استخوان کودک و نوجوان مورد مطالعه در آینده باشد تا با مقایسه بهتر توان هم به حالت های غیر طبیعی بی برد وهم میزان پایه ای از ضعیت تراکم استخوان کودک در سنینی که زیر بنای تراکم استخوانی او نهاده می شود، داشت.

در مورد تاثیر دو فاکتور ویتامین D و کلسیم دریافتی روزانه پیشنهاد می شود تا با انجام مطالعات تکمیلی به بررسی بیشتر این عوامل و فهم دقیق تر تاثیر آنها در تراکم استخوانی گروههای مختلف سنی پرداخت.

پیشنهادات

- ۱- با توجه به هدف اولیه طرح، پیشنهاد می گردد از منحنيهای تراکم استخوانی نرمال بدست آمده در این مطالعه، برای شناسایی افراد ۲۰- ساله دارای تراکم استخوانی غیر طبیعی استفاده گردد.
- ۲- شیوع بالای کمبود ویتامین D در افراد ۲۰- ساله طبیعی، نیاز به بررسی بیشتری دارد.
- ۳- اختلاف معنی دار سطح سرمی ویتامین D و هم چنین دریافت کلسیم روزانه در دختران و پسران می تواند از ابعاد مختلف مورد بررسی های بیشتر قرار گیرد.

Lumbar Spine and Femoral Neck Bone Mineral Densities in a Normal Population 10-20 Years of Age: Correlation with Different Factors

Tabatabae SM, MD; Shamshirsaz

- D and secondary hyperparathyroidism with bone mineral density among U K resident Indo-Asians. Annals of Rheumatic Diseases 2002; 61: 456-58
- 10- A Rasouli, I Milanian, M Moslemi-Zadeh. Determination of vit D3 levels in post menopausal Iranian women. Bone November 1, 2001; 29(5): 428-30
- 11- JA Rodriguez Portaes. Hypovitaminosis D in women with low bone density. Rev Med Chil, August 1, 2001; 129(8):849-52
- 12- EE Fradinger and JR Zanchetta. Vitamin D and bone mineral density in ambulatory women living in Argentina. Osteoporos Int, January 1, 2001; 12(1): 24-7
- 13- NN Ghanam, MM Hammami, SM Bakheet, BA Khan. bone mineral density of the spine and femur in healthy Saudi females: relation to vitamin D status, pregnancy, and lactation. Calcif Tissue Int, July 1, 1999; 65(1): 23-8
- 14- D Collins, C Jasani, I Fogelman, and R Swaminathan. Vitamin D and bone mineral density. Osteoporos Int, January 1, 1998; 8(2): 110-4
- Hormone Research 1997; 48(suppl 1): 43-49
- 5- C. Robert, N. Jorgensen, O. R. Madsen. Relationship between bone mineral density, serum vitamin D metabolites and calcium: phosphorus intake in healthy perimenopausal women. Journal of internal medicine 1999; 245: 509-516
- 6- Dorothy Teegarden, Roseann M Lyle, George P McCabe, et al. dietary calcium, phosphorus, and protein are related to bone mineral density in young women. Am J clin Nutr 1998; 68: 749-54.
- 7- Pei Wein Lu, C T. Cowell, S A. Lloyd-Jones, et al. Volumetric Bone Mineral Density in Normal Subjects, Aged 5-27 Years. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 1996; 81: 1586-90
- 8- V Kantorovich, M A. Gacad, L L. Seeger, et al. Bone mineral density increases with vitamin D repletion in patients with coexistent vitamin D insufficiency and primary hyperparathyroidism. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2000; 85: 3541-45
- 9- E Serhan, M R Holland. Relationship of hypovitaminosis metabolism.
- Keywords: bone mineral density, normal values, vitamin D, calcium intake
- REFERENCES:**
- 1- Kevin A. Thomas, Stephen D. Cook, James T. Bennett, et al. Femoral Neck and Lumbar Spine Bone Mineral Densities in a Normal Population 3-20 Years of age. Journal of Pediatric Orthopedics. 1991; 11: 48-58
- 2- Catherine Glastre, Pierre Brailon, Louis David, et al. Measurement of Bone Mineral Content of the Lumbar Spine by Dual Energy X-ray Absorptiometry in Normal Children: Correlation with Growth Parameters. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 1990; 70: 1330-1333
- 3- Vicente Gilsanz, David L. Skaggs, Arzu Kovanlikaya, et al. Differential Effects of Race on the Axial and Appendicular Skeletons of Children. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 1998; 83: 1420-1426
- 4- Alexandre Lapillonne, Pierre M. Brailon, Pierre D. Delmas, et al. Dual Energy X-ray Absorptiometry in Early Life.

شب قدر

برگرفته از کتاب مقالات اثر دکتر الهی قمشه‌ای

که در شب قدر بر شاعر نازل شده‌اند.
آنها که گفتند پروردگار ما خداست
و در پای این سخن ایستادگی کردند
فرشتگان بر ایشان نازل شوند
و ایشان را بشارت دهند که

دلشاد باشید به بهشتی که شما را وعده کرده‌ایم. (۳۰- فصلت)
و همه بزرگان جهان که برای بشریت هدیه‌ای از دنایی و زیبایی
آورده‌اند، گوش ای از همان سلام و تحيیت را که در شب معراج عشق
شنیده‌اند باز گفته‌اند:
من بعد از این اگر به دیاری سفر کنم

هیچ ارمغانه‌ای نیم جز سلام دوست

سعدی

از دهان آدمی خوش مشام من سلام حق شنیدم والسلام
زان سلام او سلام حق شده است کاشن اندر دودمان خود زده است
مثنوی

شب معراج از زمان و مکان بیرون است و هر که به نور باده توحید از
ظلمت نفس کافر کیش خلاص یابد فرشتگان مقرب بر وی فرود آیند و
او را بر برق برق سیر عشق نشانند و در یک نفس از صد کون و مکان
بیرون برند و آن گوهر یکتا و شاهد زیبای عالم را که جمله کائنات در
طلبش سرگردانند با وی نشان دهند و او را شرایبی توشانند که جامش روی
یار و پیاله‌اش چشم مست باده خوار است و بدین دیدار چنان مست و

حیران شود که تا صبح قیامت به هوش نیاید:
چون که مستم کرده‌ای حدم مزن شرع مستان رانیارد حد زدن
چون شدم هشیار آنگاهم بزن که نخواهم خود شدن هشیار من
مثنوی

هر که خورد از جام عشق قطره‌ای
تا قیامت مست و حیران خوستر است
عطار
این عالم بیخدوی را اهل معرفت گاه خانه جان گفته‌اند که در عالم
بی سو و بی جهت جای دارد:

دوش وقت سحر از غصه نجاتم دادند
واندر آن ظلمت شب آب حیاتم دادند
بیخود از شعشه پرتو ذاتم کردند
باده از جام تجلی صفاتم دادند
چه مبارک سحری بود و چه فرخنده شی
آن شب قدر که این تازه براتم دادند

در زندگی هر شاعر آسمانی و هنرمند اصیل شی هست که او را به
ملکوت آسمان بار می‌دهند تا در آنجا به مقدار چشمی که از دیده بینای
عشق وام گرفته است با سرچشمه خیر و جمال و حقیقت که وجود لایزال
حضرت حق است دیدار کند و آیات کیرای الهی را که اوصاف جمال و
جلال اوست بی حجاب بنگرد این شب فرخنده را عاشقان شب و حمال
خوانده‌اند که همان شب معراج و لیله‌القدر است و زیباترین وصف آن را

در کلام سرمدی، سوره قدر، چنین می‌خوانیم:
ما آن (کتاب حکمت بیان) را در شب قدر نازل کردیم

و تو دانی که آن شب قدر چیست
شب قدر از هزار ماه نیکوکرتر است
در این شب فرشتگان و روح به اذن پروردگارشان از آسمان فرود می‌آیند
و در هر کار فرمانها می‌آورند.
و تمام شب سلام و تحيیت است تا صبحگاه.
شب وصل است و طی شد نامه فجر

سلام هی حتی مطلع الفجر

حافظ
شاعران عارف و عارفان شاعر هر یک به قدر مرتبه خویش در اشعار
خود این شب تورانی را به زبانی وصف کرده و با منکران گفته‌اند تو چه
دانی که شب قدر چیست:

من که از این شب صفتی کرده‌ام
بس که سرم بر سر زانو نشست
این سفر از راه یقین رفته‌ام
به حقیقت اشعار این بزرگان خود ظهوری از همان فرشتگان است

این خانه جان است همینجاست که جا نیست

نه زیر و نه بالا و نه شش سو، نه میانه است

دیوان شمس

و گاه منزل جانان و خرابات معان و میخانه عشق خوانده اند و آن را

صد نام دیگر است که چون کوی رندی و راه گنج بر همه کس آشکاره

نیست:

کوی خرابات عشق گر تو بدانی کجاست

کعبه فرامش کنی قبله تو گویی هباست

دیوان شمس

در این شب قدر عاشقان لاابالی به دعوت قافله سالارشان محمد

(ص) که گفت: اگر خدا را دوست می دارید به دنبال من آید (۳۱-آل

عمران) و شیخ محمود تکرار کرد که:

برو اندر بی خواجه به اسری

تماشا کن همه آیات کبری

به معراج می روند و آنجا در خرابات معان به دیدار آن کس که نور آسمان و

زمین است نایل می شوند و شمع هستی خوبش را در شاعان آن خورشید محو

می کنند و تا سحرگاه هوشیاری مست و حیران در آن خلوت که هیچ ملک مقرب

را بدان راه نیست با معاشق خویش نزد عشق می باند. این شبی است که عاشقان

دعا کنند که تا صبح قیامت به طول انجامد و هیچ خروسی آواز بینیاورد:

بیند یک نفس ای آسمان دریچه صبح

بر آفتاب که امشب خوش است با قمرم

امشب مگر به وقت نمی خواند این خروس

عشاق بس نکرده هنوز از کنار و بوس

لب از لب چو چشم خروس ابله بود

برداشتن به ناله بیهوده خروس

سعدی

نظمی در آن شب که خواجه دل دست او را گرفته و از این مصر زلیخا

پناه به باغ نامنتهای عشق هدایت کرده و در شبی چون سحر آراسته همه

آرزوها و خواسته های به دعا خواسته را در یک نظر بر جمال دوست به دست

آورده و چون آب به پای سبزه عشق بوسه داده است، گوید که در آن شب

خروس سحر را بر آتش سوزان بریان می کرند و آن آتش آبی بر جگر عشقان

می زد که دیگر خروسی نخواهد بود تا شب عاشقان بیدل را به پایان رساند:

آتش مرغ سحر از بایزن

اما به حکم آنکه اهل معرفت گفته اند وقت شمشیر بران است، تمنای

نظمی که می گفت:

شب به تمنا که چه بودی ز روز
تا شب ما را نشدم پرده سوز

امشب اگر جفت سلامت شدم
همنفس صحیح قیامت شدم

برآورده نمی شود و صحیح تیغ زنان از راه می رسد:

ما شده غافل که ز راه سحر

تیغ زنان صحیح درآمد ز در

آن شب و آن شمع نماندم چو سود

نیست چنان شد که تو گویی نبود

جزیه چنان شب طربم خوش نبود

تا «شب خوش» کرد شبیم خوش نبود

زان همه شب یارب یارب کنم

بو که شبی جلوه آن شب کنم

روز سپید آن نه شب داج بود

بود شب اما شب معراج بود

و بدین سان نگرانی حافظ که می گفت:

خوش گرفتند حریفان سر زلف ساقی

گر فلکشان بگذارد که قراری گیرند

راست می آید که:

مرا در منزل جان چه امن عیش چون هر دم

جرس فریاد می دارد که بریندید محملها

دیدار شب قدر به یک تعییر شهود حضرت حق است و آن هنگامی

دست می دهد که عارف دیده را از کدورت نفس شست و شو کند:

شست و شویی کن وانگه به خرابات خرام

تازگردد ز «تو» این دیر خراب آلوه

دیر خراب آلوه یا دیر معان همانجاست که نور خدا در آن باید دید و

او را به چشم پاک تو توان دید چون هلال

هر دیده جای جلوه آن ماه پاره نیست

و هر چند حافظ در مقام اظهار عجز و نیاز گفته است:

صحن سرای دیده بشستم ولی چه سود

کاین گوشه نیست در خور خیل خیال تو

اما به حقیقت وقتی دیده از غیر که همان نفس شیطانی است پاک

شد و سالک خرقه زرق و ریا را از سر بدر آورد و چون مولا نا گفت:

خرقه زرق بزن آتش بسوز

کزپی تو خرقه نثار آمدیم

دیوان شمس

منزل حافظه کون بارگه پادشاهست
دل بر دلدار رفت جان بر جانانه شد

این است سر آنکه حافظا گاه اوصاف خداوند هستی را که به گفته نظامی تاج ده تخت نشینان خاک است و به تعبیر قرآن «ملک را به هر که خواهد می بخشند و از هر که خواهد باز می سانند»، به زنان قلندر یعنی همان عاشقانی که دلهایشان خانه دلدار است منسوب می کند: بر در میکده زنان قلندر باشند
که ستانند و دهنند افسر شاهنشاهی

و این است سر آنکه پیامبر اکرم (ص) فرمود هر که مرا ببیند حق را دیده است و مولانا گفت: گو نشیند در حضور اولیا هر که خواهد همتشینی با خدا و شمس مغربی گفت: اگرچه سالها در جستجویی ز خود او را طلب هرگز نکردی و صفاتی اصفهانی گفت: تجلی گه خود کرد خدا سینه ما را در این خانه درآید و بجواب خدا را خدا در دل سودازگان است بجوابید مجوبييد زمين را و ميوبيد شما را و سعدی گفت: سالها از پی مقصود به جان گردیديم يار در خانه و ما گرد جهان گردیديم و از همه زيابتر حافظ گفت: سالها دل طلب جام جم از ما می کرد و آنجه خود داشت زيگانه تمنا می کرد باید افزود که مقصود عارفان از انا الحق نفی الا هي و نهادن آدمی در مقام خدایی نیست که این نزد ایشان عین فرعونیت است: گفت فرعونی انا الحق گشت پست گفت منصوری انا الحق او برست بلکه مقصود از انا الحق نفی تعین و فنای هستی محدود و استغراق در هستی مطلق و به تعبیر شاعران محو حباب در آب است و سخن آن کس را که گفت: در سرای انا الحق دو بوقضول زند
یکی قبول و دگرد شد این چه بوعجب است باید چنین پاسخ داد که بوعجبی نیست از آنکه این دو دعوی در دو

و یا چون حافظ اعلام داشت: خرقه زهد مرا آب خرابات ببرد خانه عقل مرا آتش میخانه بسوخت سالک مستعد نظر می شود می گوید: تا مگر گردد دلم بینای عشق دلچ هستی را بدور اند اختم دیوان شمس و یا بالعكس چون چشم عارف به نور عشق بینا شد، خرقه را لز سربر می آورد و به شکرانه این دیدار در همان آتش عشق می سوزاند آنگاه با مشوق خطاب می کند که: ماجرا کم کن و باز آ که مرا مردم چشم خرقه از سر بر آورد و به شکرانه بسوخت و یا به زبان روشن تر سعدی می گوید: بیا که ما سر هستی و کبریا و رعونت به زیر پای نهادیم و پای بر سر هستی سعدی سوختن خرقه یا به تعبیر دیگر نثار جان به شکرانه دیدار مشوق نزد عاشقان سنتی معمول است و حافظ خود مکرر بدان اشاره می کند: جان به شکرانه کنم صرف گر آن دانه در صدف دیده حافظ بود آرامگه ش این جان عاریت که به حافظ سپرده دوست روزی «رخش بینم» و تسلیم وی کنم اما به تعبیر دیگر شب قدر به حقیقت دیدار آدمی با گوهر اصلیل ذات خویش است که همان نفحه الهی است و با شناخت او به شناخت حق توان رسید بلکه شناخت او عین شناخت حق است از این جهت عارفان گاه گفته اند که خداوند در دل آدمی است و آن گوهر یکدانه که حافظ گفت: تو خود ای گوهر یکدانه کجاي آخر کز غمت دیده مردم همه دریا باشد همان گوهری است که بنابر مضمون حدیث قدسی در آسمان و زمین نمی گنجد و از صدف کون و مکان بیرون است اما بر عرش دل مقام تواند کرد الا آنکه تا دل خانه غیر باشد حق را بدان التفات نیست: حافظا در دل تنگت چو فرود آمد یار خانه از غیر نپرداخته ای یعنی چه؟! اما وقتی غیر که همان دیو درونی آدمی است از خلوت دل بیرون رفت آنگاه دل خانه دلدار می شود و حافظ سرمست از باده منصوری در پرده دعوی انا الحق می کند که:

محو ما گردید در صد عز و ناز
 تا به ما در خویش را باید باز
 محو او گشتد آخر بر دوام
 سایه در خورشید گم شد والسلام
 اما پس از محو شدن دیگر انالحق صدای حق است نه صدای خلق
 و اگر حافظت دعوی انا الشمس کرده و گفته است:
 بعد ازین نور به آفاق دهم از دل خویش
 که به خورشید رسیدیم و غبار آخر شد
 به مصدق سخن آن عارف است که فرمود:
 آن لحظه که بر آینه تابد خورشید
 آینه انا الشمس نگوید چه کند
 و مقصود ازین دعوی همین نقی غبار هستی و خوبینی است و این
 یکی از آن نکات باریکتر از موست که حافظ و دیگر عارفان مکرر بدان
 اشاره کرده اند:
 آخر ز چه گوییم هست از خود خبرم چون نیست
 وز بهر چه گوییم نیست با وی نظرم چون هست

بیا و هستی حافظ ز پیش او بردار
 که با وجود تو کس نشنود ز من که منم

حافظ

زینسان که وجود توست ای صورت روحانی
 شاید که وجود ما پیشت عدمی باشد

 بار دیگر از دل و از عقل و جان برخاستیم
 یار آمد در میان، ما از میان برخاستیم

در منزل اول به فرسنگی هستی
 در قافله امت مرحوم رسیدیم
دیوان شمس
 مادر این گفتار کوتاه به همین مقدار از شب قدر و لیلة السرای خواجه
 شیراز و همسفران او بسته کردیم که اهل بشارت را اشارتی کافی است و
 باقی این گفته آید بی زبان
 در دل آن کس که دارد نور جان
 سلطان ولد
 و سلام بر شکر فروشان جهان باد

خلاص

قطب مخالفند: یکی گوید خدایی در کار نیست و صاحب قدرت منم و آن
 دیگری گوید حلاج در میان نیست همه خداست. از اینرو دعوی حلاج و
 بایزید را جمله عارفان سوده اند و هر یک به زبانی تفسیر کرده اند و دعوی
 فرعونان را خود ایشان نیز باور نداشتند تا به غیر چه رسدا:

گفت آن یار کزو گشت سردار بلند
 جرمش این بود که اسرار هویدا می کرد
حافظ

ما مست استیم به یک جرعه چو منصور
 اندیشه و پروای سردار نداریم

دیوان شمس
 بعضی محققان را چنین به خاطر آمده است که عطار در پایان داستان
 مرغان سیمرغ وجود را همان سی مرغ دانسته و گفته است:
 هم ز عکس روی سیمرغ جهان

چهره سی مرغ دیدند آن زمان
 چون نگه کردند این سی مرغ زود
 بی شک این سی مرغ آن سیمرغ بود
 در تحریر جمله سرگردان شدند

می ندانستند این یا آن شدند
 بود این یک آن و آن یک بود این
 در همه عالم کسی نشنود این
 و بدین سان خدا را همان انسان معرفی کرده و زیر کانه الا هیت را به
 انسان بازگردانده است. اما حقیقت این است که داستان بدانجا ختن
 نمی شود بلکه آن سی مرغ که خود را با سیمرغ یکی می دیدند هنوز علی رغم
 سیر و سلوک و صیقل و نفس خود را می نگربستند و از حقیقت سیمرغ بی
 خبر بودند و به قول شیخ محمود:
 اگر آینه دل را زدوده است

چو خود را بیند اندر وی چه سود است
 از این رو با آنان خطاب می کنند که:

چون شما سی مرغ اینجا آمدید
 سی در این آینه پیدا آمدید
 گر چل و پنجاه مرغ آیید باز
 پرده ای از خویش بگشایید باز
 گرچه بسیاری به سر گردیده اند
 خویش را بینند و خود را دیده اند



اتفاق

مقدمه

می کند و در آیات مکرری بعد از ایمان به خدا و روز جزا و اقامه صلوٰه مسلمان کامل را با این سه خصلت معرفی می نماید.

اتفاق از...

منظور قرآن از اتفاق بالاتر از سطح درک ما نسبت به این مسئله است. اغلب تصور می کنیم اتفاق کردن یعنی پرداخت مقداری بول به بیچاره‌ای مستمند، یا سیر کردن فقیری گرسنه، ولی اتفاق در این مرز محدود و منحصر نمی شود بلکه قلمرو آن تمام وجود انسان، خواسته‌ها، علایق و داراییهای او را در بر می گیرد.

در ذهن مردم اتفاق هم ردیف کلمات صدقه، نذر، زکات، خیرات معنا می شود، در صورتی که مشرف بر آنها است و همه را شامل می شود.

این کلمه در بسیاری از آیات به صورت کلی و مطلق بیان شده است: اتفاقوا فی سیل!... (در راه خدا اتفاق کنید) در اینجا نوع اتفاق مشخص نشده، تنها مسیر نمایانده شده است، هر کس به تشخیص خود باید از امکاناتش اتفاق کند. ولی در بیشتر آیات مورد اتفاق ذکر می کند که مبنای اتفاق است. بیش از همه اتفاق از روزیها (ممارزنا کم) سفارش شده، بعد اتفاق از اموال (خواسته‌ها) که این دو ساده تر و برای عوام انسان قابل درک تر است. اما برای

انسان قابل تشبیه با ظرف یا دستگاهی است که مکانیزم آن پر شدن، لبریز گشتن و جریان پیدا کردن متوالی است. راکد ماندن و ذخیره کردن باعث خرابی این دستگاه می گردد، با این مفهوم که باید دائمًا تلاش در کسب نماید و سپس نثار کند، بخشید، تولید و ادامه پیدا نماید.

چنین انسان مولد و مؤثری که از اثرات وجودی اش دیگران بهره مند می شوند، زنده است، حرکت می کند و خلاقیت دارد. انسان امروز با گرایشی که به زندگی فردی بر اساس روابط بازاری پیدا کرده، امکانات بینهایت وجودی اش را با خودبینی و خودخواهی محدود و متوقف نموده و دچار نوعی بیماری شده که جز با همدردی و همفکری با مردم و احساس تکلف نسبت به همگان بیهود نخواهد یافت.

در ادیان الهی به این موضوع توجه زیادی شده است، انجیل با عبارات گوناگون مسئولیت انسان را نسبت به جامعه از طریق محبت و مدارا، گذشت، کمک به همسایه و دوست داشتن تمام مردم بیان می کند. اسلام به طور شدیدتری روی این مسئله تکیه دارد و افراد اجتماع را نگهدار و کفیل یکدیگر می شناسد. رسول اکرم، مسلمانی را که روزی به شب برساند و در آن روز عملی در جهت اصلاح مسلمانان نکرده بادش مسلمان نمی شمارد. سیری در کلمات پیشوایان بزرگ اسلام میزان توجه و تأکید آنها را نسبت به این مسئله روشن می کند، قرآن این موضوع را در پرتو مفهوم وسیع و پردازمنه کلمه «اتفاق» معرفی و سفارش

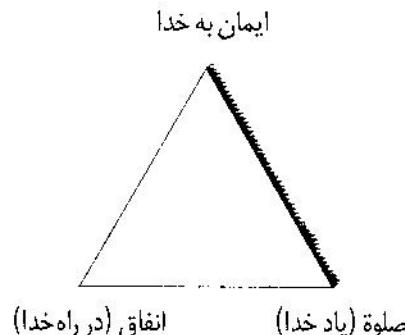
اساس روابط تجاری که مبتنی بر مبادله کالا و بده و بستان است، معیار غالب انسان ها در روابط زندگی اجتماعی می باشد. این مسئله به خصوص در جوامع غربی با تأثیر عمیقی که کیفیت نظام سرمایه داری بر خصوصیات انسان وارد کرده، بحرانی در وضعیت اخلاقی ایجاد نموده است. به طوری که شخص در مناسبات روزمره خود با دیگران با این ملاک، در هر نثار کردن و خدمتی، انتظار، اخذ کردن، دریافت نمودن و پاداش گرفتن مقابله دارد. همینطور میزان علاقه، توجه و حساسیت او به دیگران به نسبت انتظار مادی است که از آنها دارد، بنا براین چیزی برایش ارزش و اهمیت پیدا می کند که منتهی به پول یا مقام و موقعیتی گردد. از اینجا است که انسان امروز با خویشتن، با مردم و با خدایگانه شده است، انرژی و نیروی زندگی خود را نوعی سرمایه گذاری می داند که باید تحت شرایط بازار حداقل سود را برایش تحصیل کند. انسان سالم و فطری دارای دو خصلت است، هم نیاز به محبوب شدن دارد و هم نیاز به محبت کردن و از خود برای دیگران مایه گذاشتن و این خصوصیت عامل بزرگ تکامل روح او است، محبت خالصانه و شاعرانه مادر که کاملاً یکطرفه و بدون انتظار پاسخ و محبت مقابل طفل است بارزترین دلیل این خصلت بشری است.

نمایش به مردم و دیگری برای رضای حق و ثبیت وجود خود خرج می کنند تشریح می نماید:

(بقره ۲۶۹-۲۶۱) مثل کسانی که

مال های خود را در راه خدا می بخشند مانند دانه ای است که هفت خوش برویاند و در هر خوش صد دانه باشد و خداوند برای هر که خواهد چند برابر کند و خدا گشایشمند بسیار دانا است. کسانی که مال های خود را در راه خدا می بخشند و بر این کار منت و آزاری نمی نهند پاداش آنها نزد پروردگارشان است.

نه ترس برایشان است و نه اندوه های می شوند گفتار خوش و بخشنیدن بهتر از صدقه ای است که در پی آن آزاری باشد و خدا بی نیاز بردبار است. ای کسانی که ایمان آورده اید صدقات خود را با منت و آزار باطل نکنید مانند آن کس که مال خود را برای ریا و نمایش به مردم خرج می کند و (در حالیکه) ایمان به خدا و آخرت ندارد پس حکایت آن چون در سیگستانی است که رویش را خاک گرفته باشد، رگباری ببارد و آن را به صورت سنگ عربان درآورد، دیگر مالک هیچ چیز از آنچه بدست مقایسه دو تنفر که یکی برای خود نمایی و



اندیشه های کنجه کاو و با توضیح بیشتر و به تناسب ظرفیت آنها مطلب را تعمیم وسیعتری می دهد، مثلاً در جواب مردمی که می پرسند چه چیز انفاق کنند می فرماید، عفو!؟ (صرفظر کردن به طور کلی)
بقره (۲۱۹) از تو می پرسند چه چیز از چه چیز انفاق کنند بگو گذشت ...

اتحاد مثلث

اتحاد مثلث در مقایسه و مطالعه آیات انفاق نکته قابل توجهی بنظر می رسد و آن اینکه قرآن این کلمه را عموماً با اعمال دیگری توأماً سفارش می کند و نشان می دهد در ترکیب و تأثیر و پیوستگی این مجموعه، انفاق معنی پیدا می کند و اثر می دهد.

ابتدا خدا را به عنوانین مختلف از طریق ایمان داشتن، پیروی از قانون و سنت الهی، تقوی و تلاش مستمر برای رسیدن به سمت خدا (وجه الله) به عنوان منظور و هدف معرفی می کند، سپس صلوة (یاد دائمی خدا بودن) را به عنوان جهت یاب و وسیله ای که دائمآنسان را در طریق توحید استوار و پایر جانگه می دارد بیان می کند و آنگاه انفاق را وسیله حرکت و عامل پیش روی به سوی هدف قرار می دهد.

ترکیب سه گانه ای که در آن خدا رأس مثلث و صلوة و انفاق پایه های آن هستند.

انتخاب مسیر

همانطور که مشاهده می شود انفاق همیشه رأس سوم مثلث و شرط سوم بندگی است، وسیله مطمئنی که برای حرکت به سمت خدا با جهت یاب ایمان (به خدا و به رسول و به

ردیف	نام سوره	شماره آیه	بند اول	بند دوم	بند سوم
۱	سوره توبه	۹۷	ایمان به خدا	ایمان به روز آخر	انفاق
۲	سوره نسا	۳۸	ایمان به خدا	ایمان به روز آخر	انفاق
۳	سوره حديد	۶	ایمان به خدا	ایمان به رسول خدا	انفاق
۴	سوره رعد	۲۱	وجه الله	صلوة (یاد خدا)	انفاق
۵	سوره فاطر	۲۸	كتاب الله	صلوة (یاد خدا)	انفاق
۶	سوره ابراهيم	۳۵	ایمان به خدا	صلوة (یاد خدا)	انفاق
۷	سوره توبه	۵۵	ایمان به خدا	صلوة (یاد خدا)	انفاق
۸	سوره افال	۳	ایمان به خدا	صلوة (یاد خدا)	انفاق
۹	سوره تغابن	۱۵	ایمان به خدا	اسمعوا و اطیعوا	انفاق
۱۰	سوره بقره	۳	ایمان به غیب	صلوة	انفاق

انفاق کنید پس برای خودتان است جز این نیست که در پی جویی روی خدا انفاق می کنید، آنچه از خیر انفاق کنید به خودتان مجدداً پرداخته می شود و شما ظلم نمی شوید.
سوره سیا آیه ۴۹ - هر چه انفاق کنید خداوند جای آن را پر کند او بهترین روزی دهدگان است.

سوره تغابن آیه ۱۵ - پس تا می توانید از خدا پیرهیزید و بشنوید و اطاعت کنید و انفاق کنید که برای خودتان بهتر است.

در مورد گذشت، نثار کردن و از خود برای دیگری مایه گذاشتن، اریک فروم دانشمند روانکاو و جامعه شناس بزرگ آلمانی تحقیقات ارزنده‌ای کرده است. وی از بیشگامان مکتب اصالت بشر (اومنیسم) و اولین دانشمندی است که این مکتب را از صورت ایده‌آل اخلاقی خارج کرده و با کمک کشفیات جدید علوم روانی و اجتماعی پایه‌های علمی و عینی به آن بخشیده است فروم در یکی از تحقیقات ارزنده‌اش در خصوص انسان و نیازهای

فطری و طبیعی او به نیکی کردن و بخشیدن، در مورد نثار کردن چنین می نگارد: «اما بخشیدن چیزهای مادی چندان اهمیتی ندارد، بخشیدنی که واقعاً ارزنده است، اختصاصاً در قلمرو زندگی انسان قرار دارد. یک انسان چه چیز به دیگری نثار می کند؟ او از خودش یعنی از گرانبهاترین چیزی که دارد و از زندگیش نثار می کند. این بدان معنا نیست که ضرورتاً خودش را فدای دیگری می کند، بلکه او از آنچه در وجود خودش زنده است به دیگری می بخشد، از شادیش، از علایقش، از ادراکش، از داناییش، از خلق خوشش، فرد دیگری را احیا می کند و در ضمن افزودن احساس زندگی در خویش، احساس زنده بودن

ضرر و زیان می شمرد و انتظار پیش آمد بد بر ایشان است و خدا شنواز دانا است. و از اعراب کسی است که به خدا و روز آخر ایمان دارد و آنچه انفاق می کند وسیله نزدیکی به خدا می شمرد و آمرزش از رسول همانا این وسیله نزدیکی آنها است

کسانی که هنوز ایمان نیاورده‌اند و اسلام آنها لفظی و ظاهری است انفاق را نوعی مالیات و پول هدر رفته می شمرند و برای مؤمنین که مشتاقانه از دارایی‌ها و اموال خود به دیگران می بخشند انتظار فقر و بدختی و حوادث ناگوار دارند. خداوند می فرماید پیش آمد و حوادث بد برای آنها خواهد بود نه برای مؤمنین که به وسیله انفاق تقرب پیدا می کنند.

این موضوع که نتیجه انفاق، برای خود انفاق کننده است و مستقیماً بازگشت می کند، مکرر در قرآن ذکر گردیده کافی است مسئله را از جنبه فردی خارج کرده و از دریچه اجتماعی به آن بنگریم در این صورت توجیه مطلب ساده خواهد بود.

انسان در ضمن بخشیدن عاملی را در وجود گیرنده زنده می کند و همین عامل زندگی یافته به نوبه خود به سوی وی منعکس می شود. در بخشش حقیقی انسان به ناچار چیزی را که به او باز داده می شود دریافت می کند. با این ترتیب، بخشیدن طرف مقابل را نیز بخشنده می کند و در نتیجه طرفین متقابلاً در شادی چیزی که خود به آن زندگی بخشیده‌اند سهیم می شوند. در اجتماعی که همه به فکر هم و کفیل یکدیگرند فقر و بدختی ریشه کن می شود و نتیجه کوشش افراد به علت هماهنگی چندین برابر خواهد شد.

اکنون به گفتار قرآن توجه کنیم:
سوره بقره آیه ۲۷۱ - آنچه از خیر (نیکی)

نمی کند و مثل کسانی که مال خود را به منظور خرسندی و پابرجایی نفس خود خرج می کنند مانند باغی است بر روی تپه‌ای بلند (که اگر) رگبار بر آن بیارد محصول آن را چند برابر خواهد کرد و اگر باران درشت نباید باران ریز خواهد بود و خدا به آنچه می کنید کاملاً آگاه است. آیا یکی از شما دوست دارد باغی از نخلستان و تاکستان که از زیر آن نهرها جاری و از تمام میوه‌ها موجود باشد داشته باشد؟ و در حالیکه پیری اش رسیده و فرزندان بینوایی هم داشته باشد (در این حال) بادی که در آن آتش است بوزد و آن را بسوزاند این چنین خدا نشانه‌های خود را برای شما بیان می کند شاید شما فکر کنید)

اتفاق به سود خویشتن

بسیاری از مردم تصور می کنند بخشیدن و از خود برای دیگران خرج کردن، نوعی ضرر و خسارت است که انسان محتمل می شود و از خود می پرسند، چه دلیل دارد شخص از نتیجه کار و زحمت خویش به دیگران ببخشد؟ این برخلاف عدالت و اقتصاد است. حتی بسیاری از کسانی که در راه مذهب یا اخلاق و انسانیت به خیرات و خدمات و کمک به هم نوع می پردازند به امید پاداش اخروی و یا رضایت وجدان هستند و به هر حال این عمل را از نظر مادی برای زندگی دنیا بی خود خسارت و نقصان می بینند. این روحیه خاص مردم زمان ما نیست بلکه اعراب بادیه نشین هم زمان پیغمبر نیز چنین تلقی از اتفاق و بخشیدن داشتند. قرآن این روحیه را چنین بیان می کند: سوره توبه آیه ۹۸ - از بادیه نشینان کسی است که آنچه اتفاق می کند

پنهان و آشکار (سراو علانيه).

انفاق آشکار برای نتیجه اجتماعی آن و تبلیغ و اشاعه خیر و انفاق پنهان برای تربیت و تربیت فرد.

سئوال دیگری که مطرح می شود

ارجحیت کسانی است که باید به آنها انفاق شود. قرآن این مسئله را به این ترتیب بیان می کند: بقره ۲۱۴ - از تو می پرسند چه چیز انفاق کنند؟ بگو آنچه از نیکی انفاق می کنید پس به والدین، نزدیکان، بیتیمان، مساکین و در راه ماندگان انفاق کنید و نیکی بکنید خدا به آن دانا است.

در خاتمه به منظور اینکه انفاق قرآن را بهتر

شناخته باشیم مجدداً به آیات شماره ۲۶۰ تا ۲۷۴ سوره بقره مراجعه می نمائیم این آیات که مربوط به سال های آخر هجرت است و ظاهراً آخرین بیان و اتمام حجت در مورد انفاق می باشد به صورت بسیار زیبا و دقیقی توانم با مثال ها و تشییه های جالب این مسئله را تشریح می کنم.

در این ۱۴ آیه ۱۳ بار کلمه انفاق تکرار

می شود و با این شکل خاتمه پیدا می کند: کسانی که دارائی خود را در روز و شب، پنهان و آشکار انفاق می کنند پاداش آنها نزد پروردگارشان است نه ترسی بر ایشان است و نه اندوه های می شوند.

۱. سوره توبه آیه ۱۲۱ - به هر اندازه چه

کم چه زیاد انفاق کنند و هر دره ای که در راه خدا ببینیم در نامه عملشان نوشته شود تا خدا بهتر از آنچه عمل می کرند به آنان پاداش دهد.

برگرفته از کتاب کلمات قرآن نوشته

عبدالعلی بازرگان

(توبه آیه ۹۷) - این کار وسیله نزدیکی آنها

به خدا است.

را در دیگری بارورتر می سازد.

او به امید دریافت کردن نمی دهد، نشار کردن به خودی خود شادمانی باشکوهی است.» در تأکید و اهمیت انفاق قرآن تا آنجا اصرار دارد که می گوید هرگز به نیکی نخواهید رسید مگر از آنچه دوست دارد اتفاق کنید. از آنچه بیشتر مورد علاقه و دلیستگی است نه از دور ریختنی ها و زیاده های لوازم زندگی!

خلیفه خدا

در آیه دیگری هر گونه مالکیت را برای بشر مردود می شناسد و تنها خدا را مالک هستی می نامد و به بشر عنوان جانشین و نماینده او در زمین می دهد، نماینده برای استفاده و بهره برداری نیکو در راهی که سفارش کرده. بنابراین از مال خدا در راه خدا خرج کردن باید دشوار به نظر برسد.

انسان خلیفه خدا در روی زمین است از آنجاییکه خداوند بخشند و کریم است نماینده خلیفه او هم باید تعییت از خدا و قانون او بکند. اما این نمایندگی و جانشینی، موقت و محدود به زندگی دنیا است بنابراین باید این فرصت کوتاه را غنیمت شمرد و از این موقعیت برای انفاق و نزدیکی به مالک اصلی خدا کثیر استفاده را کرد.

در آیه زیر می فرماید قبل از این که مرگ شما را دریابد و مهلت جانشینی پایان پذیرد بجنیبد و به انفاق بپردازید:

سوره ابراهیم آیه ۳۰ - به کسانی از بندگان من که ایمان آورده اند بگو که نماز پیار دارند و از آنچه روزی شان دادم نهان و آشکار ببخشنده قبل از اینکه روزی بیاید که در آن نه تجارتی است و نه دوستی.

قرآن به عناوین مختلف و با کلمات گوناگون به انفاق کنندگان و عده پاداش می دهد و با این کار اصرار دارد به بشر ممسک و بخیل بقولاند که از این اقدام ضرری نخواهد دید.

در چند آیه، انفاق را قرض دادن به خدا می شمرد، قرض به کسی که چند برابر جبران می کند: (بقره ۲۴۵) - کیست آنکه به خدا وامی نیکو دهد تا خدا چندین برابر بیفزایدش؟ (تغابن ۱۵) - اگر به خدا قرض نیکوئی بدهید برای شما چند برابر می کند و شما را می آمرزد و خدا سپاسگزار برديار است.

(حدید آیه ۹) - برای آنها پاداش بسیار بزرگی است. (نساء آیه ۳۸) - از جانب خویش پاداش عظیمی به آنها خواهد داد.

(فاطر آیه ۲۸) - آنها را از فضل خویش فزونی می بخشد.

(قصص آیه ۵۳) - پاداش آنها دوبار پرداخته می شود توبه آیه ۱۲۱ - تا خدا آنها را به بیتر از آنچه عمل کردن پاداش دهد. (تغابن آیه ۱۵) - آنها را رستگارانند.

پاداش خدائی

قرآن به عناوین مختلف و با کلمات گوناگون به انفاق کنندگان و عده پاداش می دهد و با این کار اصرار دارد به بشر ممسک و بخیل بقولاند که از این اقدام ضرری نخواهد دید.

در چند آیه، انفاق را قرض دادن به خدا می شمرد، قرض به کسی که چند برابر جبران می کند: (بقره ۲۴۵) - کیست آنکه به خدا وامی نیکو دهد تا خدا چندین برابر بیفزایدش؟ (تغابن ۱۵) - اگر به خدا قرض نیکوئی بدهید برای شما چند برابر می کند و شما را می آمرزد و خدا سپاسگزار برديار است.

(حدید آیه ۹) - برای آنها پادash بسیار بزرگی است. (نساء آیه ۳۸) - از جانب خویش پادash عظیمی به آنها خواهد داد.

(فاطر آیه ۲۸) - آنها را از فضل خویش فزونی می بخشد.

(قصص آیه ۵۳) - پادash آنها دوبار پرداخته می شود توبه آیه ۱۲۱ - تا خدا آنها را به بیتر از آنچه عمل کردن پادash دهد. (تغابن آیه ۱۵) - آنها را رستگارانند.

روش انفاق

در سوره های (رعد ۲۱ - فاطر ۲۸ -

ابراهیم ۳۰ - بقره ۲۷۴) قرآن دو روش برای انفاق معرفی می نماید.

خلاص

دری به سوی بافع پسپار درخت

در این شماره مطالب این صفحه را به اشعار حول یک کلمه یا یک مضمون از شعرای مختلف اختصاص داده ایم برآن شدیم که مطلب این صفحه را به ایاتی از شاعران پارسی در مورد لیلی و مجنون اختصاص دهیم.

لیلی و مجنون

همه جا قصه دیوانگی مجنون است

هیچکس را خبری نیست که لیلی چونست
گر تو را علم جنون باید زمجنون بیادگیر
عاشق اصفهانی
کاندرين فن هیچکس مانند او استاد نیست
برقی از خیمه لیلی بدرخشید سحر
سرخوش
وه که با خرم من مجنون دل افکار چه کرد
طریق لیلی و مجنون اگر کفر است اگر ایمان
حافظ
محبت در میان دوستان باید چنین باشد
شبی مجنون به لیلی گفت که ای مجنون بی همتا
نوری اصفهانی
تولا عاشق شود پیدا ولی مجنون نخواهد شد
جز گیاه غم و اندیشه ندمد
حافظ
دانه اشک که از دیده مجنون بچکد
جامی



کزو چشم ت همین بر زلف و مویست
تو قد بینی و مجنون جلوه ناز
تو چشم و او نگاه ناؤک انداز
تو مویینی و مجنون پیچش مو
تو ابرو او اشارت های ابرو
دل مجنون زشکر خنده خونیست
تو لب می بینی و دندان که چونیست
کسی کورا تو لیل کرده ای نام
نه آن لیلی است کز من برده آرام
به مجنون گفت روزی عیب جویی
که پیدا کن به از لیلی نکویی
که لیلی گرچه در چشم تو حوریست
بهر جزوی زحسن وی قصوری است
زحرف عیب جو مجنون برآشفت
در آن آشفتگی خندان شد و گفت
اگر در دیده مجنون نشینی
بغیر از خوبی لیلی نیینی
تو کی دانی که لیل چون نکویست

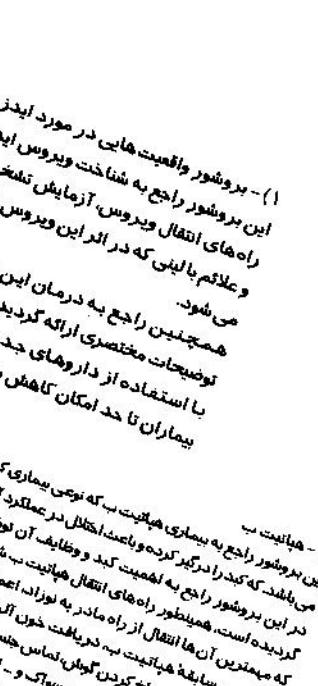
(وحشی بافقی)

خلاص

افتشارات بنیاد

اشاره

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

- 
- ۱) - بیماری شوکی راجع به بیماری هیاتی است که نویسنده ساری کنیدی است. این بروشور راجع به شناخت و درمان این بیماری است. در این بروشور تأثیر بر این کتاب مذکور شده است.
- 
- ۲) - بیماری کابجیه راجع به سرطان پوست است. در این بروشور راجع به انتقال و باخت احتکار آن من از زرد می‌شود. همچنان که گندرازی کرده و وظایف آن توضیحاتی از راه مادر به نوزاد اعصاب دندان‌پستانی که می‌گذرد است. همچنان همیشه همایشی از راه مادر به نوزاد اعصاب دندان‌پستانی که می‌گذرد است. همچنان در این بروشور تصریح شده که میتوان راه مبارزه با این مبتلک از سریت. بین تراپی همایشی مسواک و... است. در این بروشور مطب راجع به علامت سرطان توپیخات کلی دارد.
- 
- ۳) - بیماری پیشگیری از سرطان پوست که میتوان راه مبارزه با این مبتلک از سریت. بین تراپی همایشی مسواک و... است. در این بروشور آموزش مراقبت از خود در بیماران سرطانی در این بروشور من خواهیم استفاده از داروهای سرطانی در این بروشور به مقوله سرطان سینه در بانوان که به دوشک خوارکی و تزریقی است. در این بروشور راجع به عوارض شیمی درمانی مستعد شدن بیمار به عفونت‌های مختلف لله و دندان دیگر.
- 
- ۴) - کابجیه چیزی که میتوان با اینجا این کلسترول خون مقابله کرد. این کابجیه انواع کلسترول را توضیح داده که شامل بد و خوب من باشد. ضمن توضیع عوامل موثر بر غلظت کلسترول خون چون چربی مواد غذایی، وزن، ارتو و فعالیت بدنی من باشد راه های کاهش کلسترول خون را توضیح می‌دهد. در انتهای این مطلب راهنمای مصرف خدا را داریم که در مورد مواد غذایی که باعث کاهش کلسترول می‌شوند صحبت شده است. من شود تهدی خود را که عوامل خطر را و مولود بر روی کلسترول را توضیح من دهد.
- 
- ۵) - بیماری شوکی راجع به بیماری هیاتی است که نویسنده ساری کنیدی است. این بروشور مذکور نظر بر این کتاب خاوی مهندسین عالم سرطان من باشد. سرطان اینجا می‌باشد، انتقادی از هدایت را با هدایت در هد موقب است که هدایت اینجا می‌باشد. همچنان عالم سرطان که در این کتاب مذکور شده است. از این تغییر عادات دفعه مدفعه میتواند عالم سرطان را که تغییر به بیرونی ندارد.
- ۶) - بیماری کابجیه راجع به سرطان پوست است. در این بروشور مذکور تاکنون گنجانی نشان داده شده است. در این بروشور آموزش مراقبت از خود در بیماران سرطانی در این بروشور به مقوله سرطان سینه در بانوان که به دوشک خوارکی و تزریقی است. در این بروشور راجع به عوارض شیمی درمانی مستعد شدن بیمار به عفونت‌های مختلف لله و دندان من خواهیم. ریزان مو میتوانند اینجا راجع به عوارض شیمی درمانی دیگر.
- ۷) - سرطان کابجیه راجع به سرطان پوست است. در این بروشور به مقوله سرطان سینه در بانوان که در حال حاضر سرطان شایعی محسوب من شود. پرداخته است. توده در مراحل ابتدایی بیماری است. و همیلتور آزمایش سینه ها به ملکوت شیخیش توده شده است. همچنان راجع به زمان آزمایش سینه که از روز ۵ تا ۷ بعد از دوره داده شده است که از روز ۵ تا ۷ بعد از دوره ماهیانه بینین زمان است.
- ۸) - بیماری شوکی راجع به بیماری هیاتی است که نویسنده ساری کنیدی است. این بروشور مذکور نظر بر این کتاب خاوی مهندسین عالم سرطان من باشد. سرطان اینجا می‌باشد، انتقادی از هدایت را با هدایت در هد موقب است که هدایت اینجا می‌باشد. همچنان عالم سرطان که در این کتاب مذکور شده است. از این تغییر عادات دفعه مدفعه میتواند عالم سرطان را که تغییر به بیرونی ندارد.
- ۹) - بیماری کابجیه راجع به سرطان پوست است. در این بروشور مذکور تاکنون گنجانی نشان داده شده است. در این بروشور آموزش مراقبت از خود در بیماران سرطانی در این بروشور به مقوله سرطان سینه در بانوان که به دوشک خوارکی و تزریقی است. در این بروشور راجع به عوارض شیمی درمانی مستعد شدن بیمار به عفونت‌های مختلف لله و دندان من خواهیم. ریزان مو میتوانند اینجا راجع به عوارض شیمی درمانی دیگر.
- ۱۰) - بیماری کابجیه راجع به سرطان پوست است. در این بروشور مذکور تاکنون گنجانی نشان داده شده است. در این بروشور آموزش مراقبت از خود در بیماران سرطانی در این بروشور به مقوله سرطان سینه در بانوان که به دوشک خوارکی و تزریقی است. در این بروشور راجع به عوارض شیمی درمانی مستعد شدن بیمار به عفونت‌های مختلف لله و دندان من خواهیم. ریزان مو میتوانند اینجا راجع به عوارض شیمی درمانی دیگر.

خلاص

برنامه پیشگیری از بیماری قالاسمی در ایران

معاون امور بهداشتی و دارویی بهداشت و آموزش پوشکی ایران، بخش ژنتیک، معاونت

بیماری‌ای غیرمسمی مرکز کنترل بیماری ۱ (۲۰۰) (۱۳۸۰)

متوجه: مینا میر بهاء



مقدمه

توسط دفاتر ثبت ازدواج به آزمایشگاههای معینی هدایت می‌شوند.

ب- نتایج آزمایشگاهی به ادارات بهداشتی معینی که گروه مشاوره در آنجا مستقر هستند ارسال می‌شود.

پ- جوابهای آزمایشگاهها توسط تیم مشاوره تغییر می‌شود.

ت- زوجهایی که هر دو ناقل بیماری هستند در بخش‌های متعدد مورد مشاوره قرار می‌گیرند.

ث- زوجهایی که علیرغم توصیه‌های لازم تصمیم به ازدواج با یکدیگر دارند، بنابر انتخاب خود آنان به آزمایشگاههای تشخیص پیش از زایمان و یا واحدهای تنظیم خانواده ارجاع داده می‌شود.

چهار ساختار اصلی برنامه غربالگری را در بر می‌گیرد:

الف- آزمایشگاههای شبکه‌های ویژه ۱- شبکه‌ای برای غربالگری تست‌های آزمایشگاهی:

آزمایشگاههای معینی با پرسنل ویژه که مسئول انجام آزمایش‌ها می‌باشد در شهرها و شهرستانها دائز شده است. پرسنل این آزمایشگاهها هر سال دوره‌های خاصی را برای کنترل کیفیت، در آزمایشگاههای مرجع طی می‌نمایند. (شکل شماره ۲)

معاون دانشکده پزشکی مسئول ارزیابی تست‌های آزمایشگاهی و نیز ارسال گزارش نتایج آن به «کمیته پیشگیری از بیماری تالاسمی» در دانشکده می‌باشد.

شهرها (در سطح شهری) توسط اداره بهداشت و در روستاهای (در سطح روستائی) از طریق مراکز بهداشتی واقع در دهکده‌های اصلی

می‌باشد. این «مرکز بهداشت» مسئول تنظیم برنامه از طریق خانه‌های بهداشت که در دهکده‌های کوچک قرار گرفته است. (شکل شماره ۲ در صفحه بعد نمودار فوق را نشان میدهد).

استراتژی‌های عمد

۱- غربالگری زوجهاییکه می‌خواهند با یکدیگر ازدواج کنند. این استراتژی ابتدا بصورت طرح آزمایشی طی سالهای ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۷ در ۴ استان به مورد اجرا گذاشده شد.

نتایج حاصله به شرح ذیل است:

الف- تعداد ۶۵۰۰۰ نفر از افرادی که قصد ازدواج داشته غربالگری شدند.

ب- تعداد ۱۰۰۰ زوج توصیه‌های مشاور را پذیرفتند.

پ- تعداد ۲۱۰ مورد بیماری تالاسمی پیشگیری شد.

ت- ۲۰ میلیون دلار ذخیره شد.

۲- در سال ۱۹۹۷ (۱۳۷۶) این استراتژی برای اجرا در کل کشور که شامل ۲۸ استان است اتخاذ شد:

اقدامات مربوط به غربالگری به شرح ذیل است:

الف- زوجهایی که قصد ثبت ازدواج دارند،

کشور ایران با مساحتی در حدود ۱۶۰۰/۰۰۰ کیلومتر مربع دارای حدوداً ۶۵ نفر جمعیت است. بیماری تالاسمی در ایران شیوع دارد.

تعداد بیماران مبتلا به تالاسمی ۲۰/۰۰۰ نفر و افراد ناقل حدود ۳۰۰۰/۰۰۰ نفر برآورد شده‌اند. این بیماری بوجهه در مناطق ساحلی خلیج فارس و دریای خزر از جمله در استانهای گیلان، مازندران، هرمزگان، بوشهر و خوزستان شیوع دارد.

شكل سازمانی اجرای برنامه

معاون وزیر در امور بهداشت، وزارت بهداشت و آموزشی پزشکی مسئول اجرای برنامه و «بخش ژنتیک» را در «مرکز مدیریت بیماری» برنامه مذبور تنظیم می‌نماید. یک کمیته مشورتی علمی در امر به روز کدن برنامه به «بخش ژنتیک» کمک می‌کند. مسئولیت اجرای برنامه در هر استان به عهده معاون بهداشتی دانشکده پزشکی واقع در مرکز استان می‌باشد. «واحد کنترل بیماری» دانشکده اجرای برنامه را در سطح نواحی استان تنظیم می‌نماید که این واحد با واحدهای متمرکز در مراکز بهداشتی واقع در شهرهای نواحی ذیربطة مرتبط است. مراکز بهداشتی مسئول تنظیم برنامه برای

گذارده و وزارت آموزش و پرورش از معرفی برنامه در مدارس استقبال می کند.

۴- گروههای ویژه

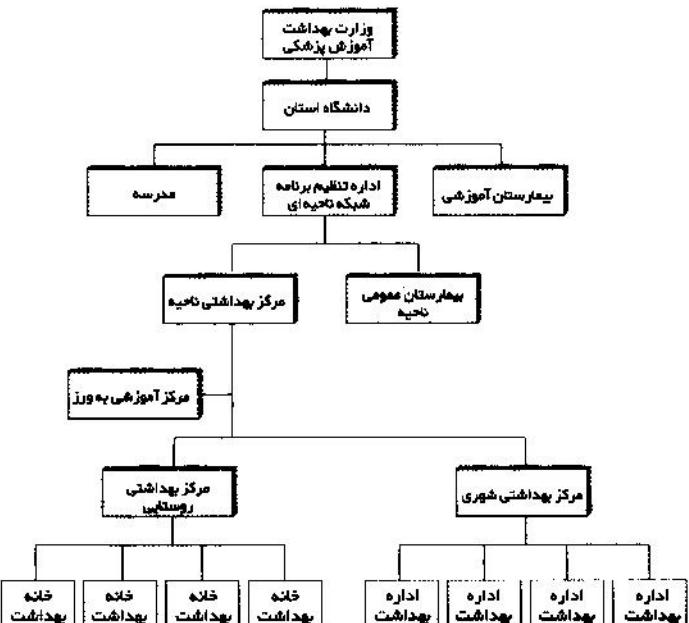
پرسنل دفاتر ثبت یکی از گروههای مورد هدف این برنامه هستند. آنان از استراتژیها و نقشی که در برنامه دارند مطلع می شوند.

ت- سیستم نظارت بر برنامه

C.H.P برنامه بطور کامل در سیستم ادغام شده است. آزمایش غربالگری، مشاوره، تنظیم خانواده برای زوجهای ناقلی که پس از انجام مشاوره کماکان تصمیم به ازدواج دارند، خدمات تشخیص پیش از زایمان برای زوجهایی که پس از انجام مشاوره C.H.P را انتخاب کرده اند، برنامه تنظیم خانواده و ارائه خدمات تشخیص پیش از زایمان به والدین بیماران تالاسمی در چارچوب سیستم ارائه می شود. وضعیت زوجهای ناقلی که قصد ازدواج و داشتن فرزند را دارند پیگیری می شود و سیستم حمایت جامعی برای حصول اطمینان از سلامت فرزندان این زوجها به عمل می آورد.

نظری به آینده

نتایج برنامه غربالگری حاکی از آنست که دو استراتژی فعلی به خوبی پیش میروند. موردهای اتفاقی جدید بیشتر در خانواده های که در آنها والدین، پیش از از سال ۱۹۹۷ (۱۳۷۶) ازدواج کرده اند پیش آمده است. با توجه به این نتایج، مابه یک استراتژی که این زوجها را بطور کامل تحت پوشش پیشگیری از تالاسمی قرار دهد نیازمندیم. این استراتژی جدید در سال جاری در استانهایی که بیماری شیوع گسترده دارد به مورد اجرا گذارده خواهد شد.



پرسنل C.H.P می باید آگاهی های خود را در خصوص برنامه همواره به روز نگاهدازند. برپائی کارکارها و سمینارهای آموزشی برای پرسنل می باشد تا این افراد همواره ثبت به آخرین اطلاعات و پیشرفت های علمی آگاهی داشته باشند.

۲- جمعیت عمومی
طی برنامه خاصی، از طریق رسانه های عمومی و اماکن پرجمعیت مثل مساجد و استادیومهای ورزشی به مردم آگاهی های لازم در خصوص بیماری تالاسمی ارائه می شود.

ب- گروههای مشاوره در شبکه های ویژه:
اداره یا ادارات بهداشت معینی در شهرستان یا

شهر مسئول تغییر آزمایش ها و مشاوره بازوجهای ناقل هستند. پرسنل گروههای مزبور می باید هر سال دوره های خاصی را در خصوص مشاوره زنیکی، روانشناسی خانواده و ارتباطات طی نمایند.

پ- برنامه آموزشی
۱- کارکنان بهداشت در سیستم مراقبت های اولیه بهداشتی (C.H.P) :

سیستم نظارت بر برنامه می باید در بهداشت این برنامه را در پادگانها به مورد اجرا چهارچوب سیستم (C.H.P) صورت گیرد و

۲- شبکه ای برای آزمایش های پیش از زایمان: هر آزمایشگاه رتیکی که از بخش رتیک مجوز بگیرد میتواند عضو این شبکه بشود. زوجهای ناقلی که تصمیم به ازدواج گرفته اند برای مشاوره به این آزمایشگاهها اعزام می شوند. تعداد دیگر آزمایشگاه رتیک به عنوان مرجع برکار این شبکه آزمایشگاهی به هم وابسته نظارت دارند. کمیته های فنی ویژه در بخش رتیک برنامه تشخیص پیش از زایمان را از طریق شبکه تنظیم می نمایند.

۳- گروههایی که با خطر مبتلا شدن مواجهند
زوجهای جوانی که در آستانه ازدواج قرار دارند دوره های کوتاه آموزشی در خصوص پیشگیری از بیماری تالاسمی را میگذرانند. شرکت کنندگان در این دوره ها شامل سربازان و دانش آموزان سالهای آخر دبیرستان نیز می باشند.

فرمانده کل ارتش با همکاری وزارت بهداشت این برنامه را در پادگانها به مورد اجرا خواهد شد.

اهدا کنندگان

اعضا

طبق معمول هر شماره نشریه، در این صفحه از تمام کسانی که با پرکردن کارت اهدای عضو و فرم مخصوص آن، آماده‌اند تا سهمی در نجات حانه منوعانشان بعد از مرگ داشته باشند، تقدیر به عمل می‌آید.
خمن خیر مقدم به این دوستان اهداکننده عضو، اسمی آنها در جدول زیر می‌آید.

کد شناسابی	نام و نام خانوادگی	کد شناسابی	نام و نام خانوادگی	کد شناسابی	نام و نام خانوادگی
۳۱۶۶	۵۶۲_مليحه محمد رحيمى ها	۳۱۳۳	۵۲۹_محسن امينى	۳۱۰۰	۴۹۶_مریم عربیسی سامانی
۳۱۶۷	۵۶۳_کبری هشامی	۳۱۳۴	۵۳۰_عليمحمد افشاری	۳۱۰۱	۴۹۷_مهرانگیز نظری نیک
۳۱۶۸	۵۶۴_پروین پارسا	۳۱۳۵	۵۳۱_منصورة السادات ترابی	۳۱۰۲	۴۹۸_ناهید آرزومند
۳۱۶۹	۵۶۵_علی اصغر نظری	۳۱۳۶	۵۳۲_سامی وجودی	۳۱۰۳	۴۹۹_آذر حاتم زاده
۳۱۷۰	۵۶۶_مهدي مهدوي	۳۱۳۷	۵۳۳_سالومه وجودی	۳۱۰۴	۵۰۰_ناهید نایبی نژاد
۳۱۷۱	۵۶۷_فریده اخوی	۳۱۳۸	۵۳۴_نسرين عراقی	۳۱۰۵	۵۰۱_سید محمود نوربخش صالح
۳۱۷۲	۵۶۸_سعید رسولی	۳۱۳۹	۵۳۵_عزت رضا زاده معزی	۳۱۰۶	۵۰۲_عفت عباسی
۳۱۷۳	۵۶۹_عباس درزند	۳۱۴۰	۵۳۶_نوشین نایبی نژاد	۳۱۰۷	۵۰۳_مهدي پورتيموريان
۳۱۷۴	۵۷۰_رسول سيدى	۳۱۴۱	۵۳۷_مهندی رئيسی میرزاي	۳۱۰۸	۵۰۴_فاطمه حبيباني
۳۱۷۵	۵۷۱_عباس شايسنه	۳۱۴۲	۵۳۸_نيما وفاي	۳۱۰۹	۵۰۵_فردوس عبداللهي چالکرودي
۳۱۷۶	۵۷۲_مهندی صادقی	۳۱۴۳	۵۳۹_امير کيانی نژاد	۳۱۱۰	۵۰۶_مریم جلالی
۳۱۷۷	۵۷۳_سید محمد میری	۳۱۴۴	۵۴۰_فاطمه حسنی	۳۱۱۱	۵۰۷_فرنوش ذوالفقاری
۳۱۷۸	۵۷۴_محمد اسحاقی	۳۱۴۵	۵۴۱_شهلا حسنی	۳۱۱۲	۵۰۸_مریم کيانی طاووسی
۳۱۷۹	۵۷۵_شیوا خلیل الهی	۳۱۴۶	۵۴۲_الهام حسنی	۳۱۱۳	۵۰۹_صفری نوری
۳۱۸۰	۵۷۶_محمد خالقی	۳۱۴۷	۵۴۳_اعظم میرهاشمی	۳۱۱۴	۵۱۰_محمد مهدی ناصری
۳۱۸۱	۵۷۷_منیره خالقی	۳۱۴۸	۵۴۴_حمیدرضا فروزانفر	۳۱۱۵	۵۱۱_مرضیه عسگری
۳۱۸۲	۵۷۸_فاطمه خالقی	۳۱۴۹	۵۴۵_اسفانه فرهادیان	۳۱۱۶	۵۱۲_علی محزونی
۳۱۸۳	۵۷۹_نسرين خالقی	۳۱۵۰	۵۴۶_خلیل آذربیان	۳۱۱۷	۵۱۳_توراندخت فضایلی
۳۱۸۴	۵۸۰_زهراء خالقی	۳۱۵۱	۵۴۷_حمد وطن خواه	۳۱۱۸	۵۱۴_محمد اصغری
۳۱۸۵	۵۸۱_الهام جوان کیش	۳۱۵۲	۵۴۸_وهاب حسینی	۳۱۱۹	۵۱۵_جواد اصغری
۳۱۸۶	۵۸۲_سید رسول میرشیری	۳۱۵۳	۵۴۹_مریم السادات موسوی زاده	۳۱۲۰	۵۱۶_بیام فرهادنیا
۳۱۸۷	۵۸۳_اسفانه معنوی	۳۱۵۴	۵۵۰_محمد رضا بهرامی	۳۱۲۱	۵۱۷_لیلا زارعی وناشی
۳۱۸۸	۵۸۴_محمد رضا زاده محمدی	۳۱۵۵	۵۵۱_عبدالحمد نادر	۳۱۲۲	۵۱۸_کامک عالی دانی
۳۱۸۹	۵۸۵_راهنده دل بار	۳۱۵۶	۵۵۲_جعفر آجورلو	۳۱۲۳	۵۱۹_صهین فرخنده پی
۳۱۹۰	۵۸۶_پری زار نعمتی	۳۱۵۷	۵۵۳_مرتضیه زمانی جوهرستانی	۳۱۲۴	۵۲۰_محمد رضا داوری
۳۱۹۱	۵۸۷_زهراء ابوالحسنی	۳۱۵۸	۵۵۴_الهام پیمان مقدم	۳۱۲۵	۵۲۱_فیروزه یحیوی
۳۱۹۲	۵۸۸_امیر محمود شفقي	۳۱۵۹	۵۵۵_زهراء سادات یاسینی	۳۱۲۶	۵۲۲_سوسن آشنا
۳۱۹۳	۵۸۹_محمد رضا خزلی	۳۱۶۰	۵۵۶_فرزانه سادات معصومیان	۳۱۲۷	۵۲۳_طاهره هزار خانی
۳۱۹۴	۵۹۰_مرتضی شیروانیان	۳۱۶۱	۵۵۷_مزگان فتح الهی	۳۱۲۸	۵۲۴_بهار سیفی
۳۱۹۵	۵۹۱_زهراء صبوری کرویه	۳۱۶۲	۵۵۸_بهجهت ابدی مهر	۳۱۲۹	۵۲۵_سیمین اسمعیل پور زنجانی
۳۱۹۶	۵۹۲_ناهید سلطانی	۳۱۶۳	۵۵۹_بهناز ابدی مهر	۳۱۳۰	۵۲۶_رزا مجذوبزاده نانینی
۳۱۹۷	۵۹۳_حمدیرضا فرهادی خلخالی	۳۱۶۴	۵۶۰_روشنک آسترکی	۳۱۳۱	۵۲۷_خدیجه اشتربی
۳۱۹۸	۵۹۷_کاظم نجوى فرد	۳۱۶۵	۵۶۱_سیما بادیان	۳۱۳۲	۵۲۸_زهراء حاتم زاده
۳۱۹۹	۵۹۸_طاهره قیومی				

فاص

یاوران بنیاد

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

نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
۷۵۵- مجتبی صالحی	۷۲۸- دکتر شاهین موتفی	۷۰۱- علی حمید اویان
۷۵۶- محمد صادق محجوی	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 مسورو	۷۰۴- علی هلالات
۷۵۹- آقای امیر محمدی	۷۳۲- خانم مهرانی	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 فردیونی
۷۶۳- حیدر افшин	۷۳۶- دکتر هلن حکمت	۷۰۹- رحیم نصیری
۷۶۴- آقای موسوی	۷۳۷- احمد جعفری نسب	۷۱۰- محمد رضا دشتستانی
۷۶۵- محمد قاسمی	۷۳۸- دکتر عبدالی	۷۱۱- دکتر سیروس عامری
۷۶۶- رحمت‌ا...نجفی	۷۳۹- دکتر هایده فیاض واقفی	۷۱۲- مسعود امین نیا
۷۶۷- دکتر احمد تمدنی	۷۴۰- سید ابوالفضل احمدی فلاخ نژاد	۷۱۳- قاسم سعدونی
۷۶۸- دکتر محمود بهشتی	۷۴۱- نسترن سنگین آبادی	۷۱۴- خسرو اسدی
۷۶۹- دکتر محمد تقی اکبری	۷۴۲- دکتر کامران یعقوب پور	۷۱۵- سعید متمنک
۷۷۰- دکتر بیژن کیخانی	۷۴۳- دکتر پریچهر سلاسل	۷۱۶- مظفر ارجمند
۷۷۱- سعید اختنی	۷۴۴- کاوه کریمی	۷۱۷- منصور میرزاچی
۷۷۲- دکتر محمد عباسی	۷۴۵- دکتر بهزاد مسعودی	۷۱۸- دکتر بیرجندی
۷۷۳- دکتر محمد رضا امیری	۷۴۶- ایمان ذکائی فر	۷۱۹- محمد رضا 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 چراگی
۷۷۷- خاتون فیض آقائی	۷۵۰- خسیر عوادزاده	۷۲۳- محمد رضا اشرفی
۷۷۸- رحمت‌آبادی	۷۵۱- دکتر خوشرو	۷۲۴- خانم قلمکار عباسی
۷۷۹- آقای سیجانی	۷۵۲- دکتر محمود شعبانی	۷۲۵- لعیت آزادی
۷۸۰- مریم جوادی	۷۵۳- مزگان هدایتی	۷۲۶- خانم دکتر رحیمی اصل
۷۸۱- سعید طلوعی	۷۵۴- دکتر امیر حسین مینو	۷۲۷- آقای حاتمیان

خاص

گزارشی از راه اندازی

سایت اینترنتی بنیاد امور بیماریهای خاص

نهیه و تنظیم: مهندس مسعود مشایعی



انتشارات بنیاد از قبیل کتابچه‌ها، بروشورها، پوسترها و ... را به تفکیک نوع بیمارهای دیابت، هموفیلی، تالاسمی، سرطانی، دیالیز، مرگ مغزی و پیوند اعضاً، هپاتیت‌های B و C، ایدز و آموزش‌های عمومی بددست آورید.

آمارها

آمارهایی در رابطه با بیماری‌های خاص و بیماران خاص در کشور در این قسمت گذاشته خواهد شد که بزودی و بطور کامل ارائه می‌گردد.

پیوندهای مرتبط

که با همکاری پژوهشکان مجروب بنیاد، لیستی کامل از سایت‌های مختلف جهانی اعم از علمی- فرهنگی- اطلاع‌رسانی در رابطه با بیماری‌های خاص به تفکیک نوع بیماری ارائه گردیده که برای علاقمندان و محققین در این زمینه بسیار مفید و بالرزن خواهد بود. کمک‌های مردمی: آمار و اطلاعاتی راجع به کمک‌های مردم به بنیاد در این قسمت از سایت قرار گرفته خواهد شد.

مراکز درمانی

در این قسمت از سایت بطور کاملاً اگرافیکی و جذاب لیست‌هایی از مراکز درمانی کشور جهت راهنمایی و آشنایی بیماران به تفکیک استان ارائه شده که می‌تواند برای همگان مفید باشد.

مناسبت‌های روز تعیین و توسط تیم پژوهشکی بنیاد برای این موضوع خاص ارائه می‌گردد. در ضمن یک (Banner) به صورت اینیمیشن نیز به همین کار اختصاص داده شده است.

در این صفحه شما می‌توانید اطلاعاتی راجع به سرطان، پیام‌های پژوهشکی و بهداشتی، تسهیلات بنیاد جهت بیماران خاص و فصلنامه خاص و ... را بیابید.

درباره ما

در این قسمت از سایت بنیاد امور بیماری‌های خاص شما می‌توانید بطور خلاصه اطلاعاتی راجع به بنیاد و چگونگی تشکیل، اهداف و ... را بیابید. در این قسمت لینک‌های قابل دسترس عبارتند از: معرفی بنیاد- بیماری‌های خاص- هیأت مؤسس- تشکیلات بنیاد- فعالیت‌های اجرایی- شماره حساب و نحوه کمک به بنیاد.

فعالیت‌ها

که در آن لیستی از فعالیت‌های مختلف بنیاد در زمینه‌های اجتماعی- فرهنگی- تبلیغاتی، امور بین‌الملل، اطلاع‌رسانی، سینماهای، کارگاه‌ها، طرح‌های تحقیقاتی و برنامه‌های آتی بنیاد ذکر شده است.

آموزش‌ها

در این قسمت از سایت شما می‌توانید

با رسیدن عصر تکنولوژی و توسعه روزافزون و راه یافتن در جایجای زندگی بشر، افق‌ها و راهکارهای جدیدی در ارتباطات و تبادل اطلاعات بوجود آمد. یکی از این راه‌ها که پس از اختراع کامپیوتر، بحق تحولی عظیم در ارتباطات بوجود آورده، اینترنت است. با توسعه و پیشرفت این وسیله ارتباطی، نوع جدیدی از انتقال و توسعه اطلاعات با سرعتی بسیار زیاد و بدون محدودیت، بصورتی گسترشده و فراگیر بوجود آمد. با این پدیده جدید مرزها گشوده شد و افراد از نقاط مختلف این کره خاکی بدون هیچ محدودیتی می‌توانستند از این منع عظیم اطلاعاتی استفاده نمایند. با توجه به بستر وجود اینده برای اطلاع‌رسانی به بیماران و آشنازی افراد مختلف، با بیمار و بیماری‌های خاص، واحد آمار و اطلاع‌رسانی بنیاد امور بیماری‌های خاص در صدد برآمد با راه‌اندازی یک سایت اینترنتی به اهداف خود نزدیک‌تر شده و در راستای وظیفه خطیری که بر عهده دارد همچنان استوار و همگام با تکنولوژی روز قدم بردارد.

سایت اینترنتی بنیاد امور بیماری‌های خاص در تاریخ ۱۸/۰۲/۸۱ در ششمین سالگرد تأسیس بنیاد بطور رسمی شروع به کار نمود. این سایت که با آدرس اینترنتی www.cffsd.org قابل دسترسی است، از قسمت‌های مختلفی تشکیل شده که بطور اختصار به معرفی آنها خواهیم پرداخت.

صفحه اصلی سایت (Home page): در این صفحه علاوه بر لینک‌های قابل دسترسی سایت، یک سری پیام‌های بهداشتی هفتگی قرار داده می‌شود که بنابراین موضوع‌ها و

خلاص

تماس با ما

حال انجام این واحد می‌باشد.
امید است با هم‌فکری و پیشنهادات و
انتقادات شما این واحد بتواند به کلیه اهداف خود
که مهمترین آن افزایش سطح اطلاعات عمومی
مردم نسبت به بیمار و بیماران خاص است دست
یابد. در صورت تمايل و درجهت ابراز پیشنهادات

توجه به امکانات این پدیده در راهه خدمات
بیشتر و بستر آماده شده‌ای که بعنوان یک
راهکار جدید پیش روی ما قرار گرفته است، این
واحد در جهت تبلیغ اهداف خود در نظر دارد با
که مهمترین آن افزایش گفتگوی اینترنتی (Chat
Room) و با همکاری پژوهشکار مجرب بنیاد

که در آن کلیه راه‌های تماس با بنیاد
شامل: آدرس، تلفن، نمایه، پست الکترونیک
و ... ذکر شده است.

واحد آمار و اطلاع رسانی خاص

www.CFFSD.org

واحد آمار و اطلاع رسانی

Email : info@cffsd.org

و انتقادات خود با ما با آدرس پست الکترونیکی
info@cffsd.org تماس حاصل نمایید.
امیدواریم هر چه بیشتر و بهتر بتوانیم مشترکان
ارزende به شما و بیماران خاص کشور باشیم.

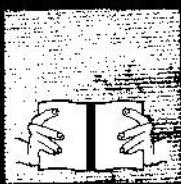
بصورت Online جوابگوی سئوالات مردم
باشد. در ضمن جذب کمک‌های مردمی
 بصورت Online از طریق اینترنت و تکمیل فرم
احداً عضو به همین طریق از دیگر کارهای در

برنامه‌های آنی واحد آمار و اطلاع رسانی:
 آنچه در بالا بطور اختصار بیان شد گوشه‌ای از
 فعالیت‌های این واحد در زمینه اینترنت و استفاده
 از این پدیده جدید و در حال رشد است. ولی با

سوزن ته گرد

(داستان)

تئیه و تنظیم: محمد کمیجانی



میدان انقلاب رفت و قرار شد زود برگردد.
بعد از تکمیل فرم‌های اطلاعاتی و معاینات سرپایی، من را روی تختنی که تازه خالی شده بود خواباندند، تکنیسین مسئول خون‌گیری به من گفت که دیروز رئیس جمهور خاتمی هم بر روی همین تخت دراز کشید و خون اهدا کرد، با خود گفتم اینهم برای خودش افتخاری است که آدم روی همان تختنی بخوابد که رئیس جمهور مملکتش خوابیده است.

رضوی راهم بعد از من، دو تا تخت آنطرفتر خواباندند و کیسه‌من تا نصفه پر شده بود که سوزن سرنگ را به رگ او داخل کردند، نوبت من کمی زودتر رسیده بود و بعد از اینکه کیسه کاملاً از خون من پر شد، تکنیسین مربوطه سرنگ را از دستم جدا کرد و پس از چند لحظه استراحت، مرا بر روی تخت نشاند و یک بسته بیسکویت و یک ساندیس به دستم داد، به شوکی گفتم پس یک کیسه‌دیگر هم بگیر چون من خیلی گشته.

بعد از تمام شدن کار رضوی، دو نفری بیش از نیم ساعت معطل راننده ماندیم تا بالآخره آمد و ما را به اداره برد، یکی یک لیوان پر چایی خوردیم و به کارمن مشفغول شدیم. وقتیکه آنروز عصر به خانه رسیدم و صندوق نامه‌ها را دیدم، دوباره بعد از یکماه، بیاد ماجراه خون دادن افتادم، پاکت دراز نامه سازمان انتقال خون را بدست گرفتم و از اینکه کارتی در داخل آن نبود تعجب کردم، آنها معمولاً بعد از یکماه کارت خون را برای اهدا کنند

سطل زباله اند احتم و با دستمال کاغذی دهان و لشه ام را پاک کردم.

بعد از ناهار، مستخدم یک اعلامیه اداری برایم آورد که توی آن نوشته بود که، دو هفته بعد در روز نوزدهم شهریور، کاتینیر سازمان انتقال خون به محل اداره می‌آید و کسانی که مایل به اهدای خون خود باشند میتوانند به آنجا مراجعه کنند.

رضوی هم مثل من همیشه داوطلب اهدای خون بود، برادرم به حجامت بیشتر می‌رسیدم، از همان دیماه سال ۵۷ که اولین بار، برای کمک به مجرحین تظاهرات دوران انقلاب، توی بیمارستان جراحی تهران شروع به اهدای خون کرده بودم تاکنون بیش از بیست دفعه به اماکن مختلف سازمان انتقال خون، مراجعه و خون داده بودم.

در زمان جنگ تحمیلی هر بار که رزمدگان اسلام، در جبهه‌ها اقدام به حمله می‌کردند، من هم به اتفاق مهندس خویی، با علاقه و اشتیاق، داوطلبانه به مراکز انتقال خون می‌رفتیم و خون میدادیم و هنوز هم در منزل یک پوشۀ ضخیم حاوی برگه‌های آزمایش و کارت اهدا و اشتراک سازمان دارم.

صبح روز نوزدهم شهریور باتفاق رضوی سوار ماشین نوری شدیم و به سازمان رفتیم ولی چون خیلی از همکاران نوبت گرفته بودند و کاتینیر شلوغ بود، دوباره سوار ماشین شدیم و به شعبه مرکزی سازمان انتقال خون توی خیابان وصال شیرازی رفتیم و جهت اهدای خون ثبت نام کردیم، نوری هم با ماشین تا

چند ماهی بود که بنا به توصیه یک پزشک متخصص ارولوژی برای کم کردن وزن بدنم قسمتی از برنج غذای خودم را، حذف می‌کردم و برای اینکه دور ریخته نشود آنرا در بشقابی کشیده و به آبدارچی اداره میدادم.

ناهار را که جوجه کباب بود آورده و روی میزم گذاشته بودند، در اتاق را بستم و مقداری از برنج را از ظرف پلاستیکی یکبار مصرف در بشقاب خالی کرده و به شعبانی دادم.

وقتی در زمان بچگی به دندانها یم نگاه می‌کردم و از باز بودن فضای بین دندانها یم ایراد می‌گرفتم، مادرم می‌گفت این نشانه رزق و روزی زیاد توست، اما اکنون از آن رزق و روزی وسیع مورد انتظار، فقط پر شدن لاپای دندانها و خلال کردن اجباری بعد از هر وعده برایم مانده است.

ناهار را که خوردم، به اتاق همکارم مهران که جوانتر و کم سابقه‌تر از من بود رفتیم و از میان سوزن دان رومیزی یک سوزن ته گرد بر میدارم و شروع به خلال کردن دندانها یم میکنم، مهران با پرت کردن یک خودکار به طرفم، اعتراض می‌کند:

- من چند دفعه به تو بگم سوزن دندون‌های آدم رو خراب می‌کنه؟ چرا یه بسته نخ دندون یا چوب خلال نمی‌خری؟

- آخ، آخ، لامس ب حواسمو پرت کردي سوزن رفت توی لشه ام، مگه مرض داری؟

- خوب شد، بلکه اینجوری ادب بشی و دیگه با سوزن خلال نکنی.

لشه ام درد گرفته بود، سوزن خونی را توی

می فرستادند.

پاکت را باز کرد و به نامه بلندی که داری یک متن تایپ شده چهار خطی بود چشم دوختم.

جناب آقای

با سلام

ضممن تشکر و سپاس از اقدام انساندوستانه جنابعالی برای اهدای قسمتی از خون خود، نظر بینکه نمونه خون اهدای شما در آزمایشگاه مفقود شده است، خواهشمندم در اسرع وقت جهت اهدای نمونه جدید به شعبه مرکزی سازمان مراجعه کنید.

لطفاً در زمان مراجعه این نامه را به مردم

بیاورید. متشکرم

رئيس مرکز انتقال خون

دکتر

خیلی تعجب کردم، دو روز بعد به سازمان مذکور رفتم و به نزد جوانی که در پشت میز اطلاعات نشسته بود رفتم، او با مهربانی به من نگاه کرد، نامه را نشان دادم، نگاه کسی که با من صحبت می کرد با دیدن نامه، کمی تغییر کرد، دیگر از آن مهربانی اولیه خبری نبود ولی به هر صورتی بود از جای خود بلند شد و با همکارش کمی پیچ کرد و سپس موابه محلی غیر از سالن اهدای خون هدایت کرد.

یک نفر تکنیسین که دستکش پزشکی بدست داشت نزد من آمد و از من خواست که

لباسم را بالا بزنم و سپس شلنگ نرم کشی و گیره داری به بازویم بست و با احتیاط تمام سرنگی را به رگ بازویم داخل کرد و به اندازه یک سرنگ پر خون گرفت.

پس از آنکه سوزن را از دستم خارج کرد و تأکید کرد که پنه را محکم بر روی سوراخ جای

ثاص

من مراجعته کنید تا نتیجه آزمایش جدید هم معلوم بشه و ضمناً تا آنوقت یک قول به من بدء و آنهم اینکه از این موضوع به کسی حرفی نزنی.

- چرا؟ مگه مشکلیه؟

- میدونی، تا چیزی قطعیت پیدانکرده، آدم چرا بیخودی دیگران را نگران نکنه؟
- باشه، چشم، ولی خودم که میتونم نگران باشم؟

- نه، خودت هم اصلاً نگران نباش، انشاء الله همه چیز ردیف میشه.

از اتاق دکتر خارج شدم ولی دیگر نای راه رفتن نداشتم، آن جوانی که در قسمت اطلاعات نشسته بود و اولین بار نامه مرادیده و با دوست همکارش پنج پچ کرده بود، با دلسویز نگاهم میکرد، با خودم فکر میکرد، منکه شامل هیچیک از حالتها و شرایط ابتلایی که دکتر میگفت نبودم، اگر جواب این آزمایش هم مثبت باشد، چی؟ از کجا ممکنه به این ویروس آلوده شده باشم؟
بشدت دچار پریشانی و سرخوردگی شده بودم، از همه بدتر به هیچکس نمیتوانستم چیزی بگویم، چه کسی باور میکند که من دست از پا خطا نکرده بودم؟ ولی هر چه که بود و به هر دلیلی که بود، من بقول دکتر وارد گروه مثبت ها شده بودم.

خدای پدر آن دکتر را بیمارزد، وقتی با اصرار من برای تحقیق مواجه شد، پس از مدت‌ها بررسی و آزمایش، بی برد که سوزن ته گرد روی میزم که آنروز در حین خلال کردن دندان، لتهام را زخمی کرده بود به ویروس HIV آلوده بوده است، جالب است که بگویم آن بسته سوزن مورد استفاده من ساخت یکی از کشورهای آسیای جنوبشرقی بود.

خرطومش به خون او آلوده شده باشد، چطور نمیتواند با نیش خودش، دیگری را آلوده کند؟
- والله تا کنون به چنین موضوعی فکر نکرده بودم.

در این لحظه ضربه ای بدر خود و پس از دعوت دکتر، خانم جوانی بدرون اتاق آمد و پرونده‌ای را بdest از داد و دکتر نگاهی به داخل پرونده انداخت و ورقه‌های آنرا زیر و رو کرد و گفت:

- اووه، چند بارم خون داده، مگه با سازمان قرارداد داشتی؟

- بیشترش مال زمان جنگه، از روی تاریخ‌هایی که خون دادم، میتوانید تاریخ دقیق عملیاتهای مهم بچه‌های آرتیو جبهه حساب کنید.

- راستی؟ چه طوری؟

- راستش اونوقتا من یه همکار داشتم که هر وقت توی جبهه عملیات میشد، با هم میرفتیم و برای گرامیداشت رزمنده‌ها خون میدادیم، ولی من نمیدونستم شما همه این سوابق را از شهرستانها جمع کردید و اینجا دارید.

- در حالت معمولی اینکار را نمیکنم، ولی وقتی به شرایط خاصی برخورد میکنیم، سابقه قبلی آنرا از تمام کامپیوتراها و مراکز شهرستانها گیر میاریم و یکجا جمع میکنیم.

دکتر از آن خانم تشکر و او را مخصوص کرد.
وقتی او رفت دکتر رویه من کرد و گفت:

- خوشبختانه تمام آزمایشات قبلی شما سالم بوده و هر بار هم برای شما کارت جدید صادر و ارسال کرده اند، غیر از این یک مورد اخیر که جواب آزمایشات خوب نبوده، البته من هنوزم امیدوارم که اشتباه شده باشه، ولیشما هفتنه دیگه همین روز به

- ولی دکتر به من نگفته‌ید آن بیماری چیه؟
چه ربطی به مسافرت داره؟

- بیسید بیماری HIV یک نوع بیماری در اثر آلودگی به ویروس ایدز است که بمروز تدرستی و سلامتی انسان را به خطر می‌اندازد، در اثر گسترش این بیماری بدن انسان قادر به بازسازی و ترمیم سلامتی قبلی اش نیست.
- چه ربطی به مسافرت دارد؟

- بیش از یک میلیون نفر از مردان و زنان کشورهایی مثل تایلند و لاوس و مالزی و ... در آسیای جنوبشرقی به ویروس ایدز مبتلا هستند، و چون بعضی از این کشورها جاذبۀ توریستی دارند، یکی از مناطق انتشار ویروس این بیماری هستند.

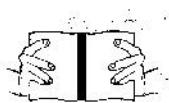
- آخه چرا من؟ آنهم ایدز؟ منکه به جایی مسافرت نکردم، چطوری ممکنه من به آن آلوده شده باشم؟

- اولاً که ایدز هم یک بیماریه، انگل که نیست. مثل بیماریهای دیگه، مثل وبا، دیفتری، سل و چیزی دیگه و لازم نیست شما اینقدر خودت رو ناراحت کنی، ثانیاً انتقال آن از طریق تزریق خون آلوده یا استفاده از سرنگ آلوده و تماس جنسی با افراد آلوده به ویروس دوراه جود دارد ناقل قویتری محسوب میشود.

- دکتر، نیش حشرات و جانوران موزی چی؟ آیا نیش پشه یا زنبور نمیتوانه ناقل بیماری افراد سالم باشه؟

- نه خیر، تا حال چنین موردی گزارش نشده.

- گزارش نشدن که دلیل نمیشه، شما میگین استفاده از سرنگ مشترک و اعتیاد تزریقی یکی از راههای انتقال است، اگر پشه‌ای یک نفر آدم بیمار را نیش زده باشد، و



گزارش فعالیت و عملکرد ۳ ماهه معاونت آموزش و پژوهش بنیاد (شهریور، مهر، آبان)

تهیه و تنظیم: دکتر سید شهاب الدین مرعشی

در قبرس (در این کارگاه آگاهی از اطلاعات، آمار و دستاوردهای سایر کشورها، با شرکت کنندگان کشورهای پیشرو در زمینه ریشه کنی تالاسمی از جمله یونان و قبرس در مورد ریشه کنی تالاسمی در ایران، بحث و تبادل نظر شد).

همکاری در برگزاری سمینار سلطان های شایع زنان که مهرماه سال جاری در شهریار برگزار گردید. همکاری در برگزاری همایش یک روزه بیماری های خاص با حضور مدیران مدارس منطقه ۲ در آبان ماه سال جاری. همکاری در برگزاری سمیار یک روزه سمینار یک روزه دیابت در کرج.

حضور در نمایشگاهها

در طی ۳ ماه گذشته، همکاران واحد آموزشی و پژوهش در ۲ نمایشگاه جشنواره فرهنگی هنری و نمایشگاه قرآن کریم حضور فعال داشته اند. در این نمایشگاهها کلیه بروشورها، پوسترها، کتاب های منتشر شده توسط بنیاد به نمایشگاه گذاشته شد و در اختیار علاقه مندان نیز قرار گرفت. همچنین در این نمایشگاهها به سوالات بازدید کنندگان در مورد بیماری های خاص و نحوه عملکرد بنیاد پاسخ داده شد.

مشاوره و پاسخگویی به بیعلمان و مراجعه

مشاوره و پاسخگویی روزانه به سوالات

چاپ کتاب:

- کتاب مرگ مفری

- کتاب راهنمای درمان MS (کار مشترک

با انجمن MS ایران)

- کتاب آموزش دیابت ویژه کودکان دیابتی

یکی از وظایف اصلی و مهم بنیاد ارتقاء سطح آگاهی های جامعه در ارتباط با بیماری های خاص می باشد، لذا این بنیاد آموزش را امری محوری می داند. در این زمینه فعالیت های زیر به انجام رسیده است:

و والدیشن

انتشارات

برنامه های تلویزیونی

در این زمینه با مدیر محترم شبکه ۵ سیما

دیدار و در مورد چگونگی امکان همکاری با آن

شبکه مذاکره شد.

پیرو این مذاکره و برای شروع همکاری

تعدادی سوالات پژوهشی در مورد بیماری های

خاص طرح و برای آنها ارسال شد که این

سؤالات طی ماهه های شهریور و مهر در

مسابقات تلویزیونی این شبکه مطرح گردید.

همچنین پیام های پژوهشی مربوط به

بیماری های خاص در اختیار گروه اجتماعی

شبکه ۵ قرار گفت.

همچنین با تعدادی از اساتید و پژوهشکان

برای شرکت در برنامه های پژوهشی تلویزیون

هماهنگی لازم به عمل آمد و این اساتید با

شرکت در برنامه های مذکور به توضیح درباره

بیماری های حوزه تخصص خود پرداختند.

چاپ کتابچه ها و بروشورهای آموزشی: در ۳ ماهه گذشته کار تهیه و چاپ یا تجدید چاپ بروشورهای آموزشی ادامه یافته است. لیست بروشورها و کتابچه های جدید به این شرح است:

- پاپ اسمیر چیست؟

- نارسایی مزمن کلیه

- تعذیب بیماران پیوندی کلیه

- مراقبت از چشم در بیماران دیابتی

- کتابچه با MS (کار مشترک با انجمن MS ایران)

- کتابچه آنچه هر کس باید درباره بیماری MS بداند (کار مشترک با انجمن MS ایران)

- روش های تشخیص زودرس سرطان

پستان (کار مشترک با مرکز بیماری های

پستان)

- آشنایی با سرطان پستان (کار مشترک با

مرکز بیماری های پستان)

- عوامل خطر در سرطان پستان (کار مشترک

با مرکز بیماری های پستان) همچنین کار چاپ

کتابچه خلاصه پانزدهمین کنگره بین المللی

پژوهشی جغرافیایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقالات با حمایت مالی بنیاد به انجام رسیده است.

نمایشگاه ها

شرکت در اولین کارگاه (work shop

انجمن تالاسمی جهان و اجلاس سالیانه TIF

آموزش مراقبت و درمان بیماران مبتلای به زیست



نحوه شکستن زنجیره و لایعی که منجر به قطع عضود بیماران دیابتی برخاطر می شود، بیماران دیابتی برخاطر شامل؛ مبتلایان به نوروباتی، اختلالات عروقی، دفورمیات های استخوانی، راه رفتن غیر طبیعی، سایقه ای از قطع عضو بازگشایی دارند. که این بیماران نیاز به مراقبت های قوی تریم بوده اند.



بیماری های خاص، برای چاپ در بعضی روزنامه ها به انجام رسیده است.

همکاری با مجله خاص

برنامه استراتژیک

واحد آموزش و پژوهش در مورد تهیه مطالب مجله خاص، همچون گذشته همکاری و فعالیت دارد.

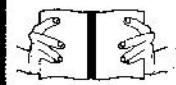
در این مورد بیناییک گروه برنامه ریزی به توافق رسیده و مقدمات شروع طرح فراهم شده است. همچنین در این باره یکی از کارشناسان خبره در امر برنامه ریزی به عنوان ناظر طرح انتخاب گردیده است.

تهییه مطالب آموزشی برای چاپ در روزنامه ها

در این زمینه کار تهییه مطالب آموزشی

تلفنی بیماران یا افراد دیگر پیرامون بیماری های خاص پاسخگویی به مراجعینی که به اطلاعات پزشکی یا آماری پیرامون بیماری های خاص نیاز داشته اند از جمله این مراجعین می توان به دانش آموزان، دانشجویان، نویسندهای کتاب کودکان و اشاره کرد.

خاص



از استانها چه خبر؟!

بخش‌های مختلف بیمارستان، مطب پزشکان،
اماکن عمومی و سطح شهر.
۴- اعلام افتتاح درمانگاه از طریق تریبون
نمای جمعه.
۵- توزیع تراکت‌های آموزشی در اماکن
اداری.

به دنبال اعلام افتتاح درمانگاه دیابت افراد
مختلفی به این مرکز مراجعه نموده که عده‌ای
از آنان را بیماران دیابتی تشکیل داده و برخی
نیز جهت کسب اطلاع از بیماری و انجام
آزمایش مراجعه نمودند در مجموع تا کنون ۲۱
نفر به این مرکز مراجعه نموده اند که از این تعداد
۱۳ نفر آنان مبتلا به دیابت بوده و مابقی پس
از انجام آزمایش از عدم ابتلا خود آگاهی یافته‌ند
و آموزش‌های لازم جهت پیشگیری از بروز
دیابت به آنان داده شد.

**در مبارزه با بیماری‌های خاص،
برای داشتن جامعه‌ای بهتر، در فردایی
روشن و پر امید، با ما همراه شوید.**

حساب ۳۴۳۴ بانک ملی شعبه اسکان

برای واریز کمک‌های مردمی

روابط عمومی بنیاد امور بیماری‌های خاص

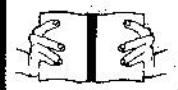
استان آذربایجان غربی

افتتاح دستگاه‌های رادیوتراپی:
دسمبیولاتور بیمارستان امید ارومیه:
افتتاح دستگاه‌های رادیوتراپی
دسمبیولاتور بیمارستان امید:

بهره‌برداری و استفاده از دستگاه‌های
رادیوتراپی و سیمیولاتور بیمارستان پژوهشی و
درمانی امید از روز پنجمینه مورخ ۸۱/۷/۴ آغاز
گردید در مراسم افتتاح که با حضور آقای انصاری
استاندار آذربایجان غربی و جمعی از مسئولین
استان، افراد خیر و هیئت امناء بیمارستان صورت
گرفت رئیس هیأت امناء انجمن خیریه بیماران
سرطانی گزارشی از فعالیت‌ها و عملکرد بیمارستان
و میران کمک و هدایای افراد خیر و سازمانها را به
نمود. لازم به یادآوری است برای راه اندازی واحد
دوم دستگاه کیالت فوینکس ۱۱۰ میلیون تومان
و برای راه اندازی واحد سیمیولاتور ۱۸۰ میلیون
تومان از محل کمک‌های مردمی، ادارات و
سازمانها هزینه شده است. همچنین جهت تکمیل
وراه اندازی بیمارستان امید مبلغ ۳۰ میلیون تومان
از طرف جناب آقای خاتمی رئیس جمهور محترم،
۱۰۰ میلیون تومان توسط آقای انصاری استاندار
محترم، ۴۰ میلیون تومان توسط اوقاف و امور
خیریه، ۴۰ میلیون تومان توسط مؤسسه خیریه
نوبرت بریز و حاج آقا یعقوب نوبری، ۹۷ میلیون
تومان توسط انجمن ارومیا آلمان، ۴۰ هزار دلار
توسط بنیاد ارزی آمریکا و ۴۲ هزار دلار توسط
تشکل‌های ایرانیان مقیم کالیفرنیا و مبالغی نیز

گزارش اولین دوره مسابقات آسیایی

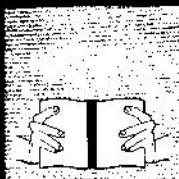
پیوند اعضا



مدال طلا کسب نمایند ورزشکار دیگر کشورمان آقای بهرام فرزانه بناب توانست در دوومیدانی رشته ۴۰۰ متر مدار کسب کسب نمایند، و علیرضا ابراهیمی در رشته دوومیدانی ۱۵۰۰ متر و ۸۰۰ متر ۲ مدال طلا و در پرتاب توب مدار نقره کسب نمایند دیگر ورزشکار کشورمان مهدی خالدیان در رشته های ۱۰۰ مترو ۲۰۰ متر مدار طلا و پرش طول مدار بزنز کسب نماید و ورزشکار خردسال ۱۰ ساله کشورمان توانست در دو میدانی ۱۰۰ متر، ۶۰ متر، و در پرش طول ۵ کیلومتر مدار طلا کسب نماید و در پرتاب توب به مدار نقره بدست آورد. و در ششمین روز یینگ چینگ آقای نادر محمودزاده باشکست دادن ورزشکار کویتی توانست مدار طلا این رشته را از آن خود نماید و محمود سرحدی توانست به مدار بزنز این دوره از مسابقات کسب نماید و در یینگ چینگ دوبل متشكل از نادر محمودزاده و محمود سرحدی توانست: به مدار طلا این دوره از مسابقات کسب نمایند، و در این دوره از مسابقات رئیس فدراسیون جهانی اسلام پارک از تیم ملی جمهوری اسلامی ایران تعریف و تمجید در سخنرانی اختتامیه انجام داد و از پیشرفت این تیم ابراز خرسندی کرد و دختر پادشاه تایلند (وا) را نیز در افتتاحیه این مسابقات حضوری مستمر داشت و برای تایلندیها جای خوشحالی بود که دختر پادشاه تایلند در این مسابقات آسیائی شرکت نمایند و از تیم ایران قدردانی نموده اند.

آوردن دیگر شرکت کنندگان «آقای سعید احمدی» ۱۰۰ متر قورباغه ۵۰ متر قورباغه ۲ نقره ۱۰۰ متر کرال سینه ۱۰۰ متر آزاد- ۵۰ × ۴ متر کرال، ۳ مدال طلا بدست آوردن و شرکت کنندگان آقای محسن محمد خانی ۵۰ متر قورباغه ۱۰۰ متر تیمی قورباغه ۲ مدال بزنز کسب نموده اند، محمد تقی ماه تاب خواه - ۵۰ متر قورباغه - ۵۰ × ۴۰ کرال سینه ۵۰ × ۴۰ تیمی ۳ طلا ۵۰ متر کرال سینه بزنز ۱۰۰ متر کرال سینه بزنز، دیگر ورزشکار آقای کیوان جعفر منش ۴۰ × ۵۰ امدادی طلا، ۵۰ متر قورباغه، ۱۰۰ متر قورباغه ۵۰ متر کرال پشت ۳ نقره بدست آورده و در تیم ملی جمهوری اسلامی ایران به مقام اول مسابقات شنا دست یافت و در همان روز مسابقات شنا مسابقات پنانگو، برگزار شد که آقای داود علیزاده توانست به مدار سوم انفرادی و تیمی توانست ۳ مدال بزنز کسب نماید، و رضا اسفندیاری توانست در همین رشته تیمی ۲ مدال بزنز کسب نماید. و در پنجمین روز مسابقات و در دو میدانی آقای داود علیزاده توانست در پرتاب وزنه مدار طلا بدست آورد، و در ضمن رکورد جهانی توسط این ورزشکار در مسابقات آسیائی شکسته شد و بار دیگر و داود علیزاده در پرتاب توب توانست به مقام اول در این مسابقات را هم کسب نمایند و به مدار طلا دست یابد در رشته دوهای ۱۵۰۰ متر ۸۰۰ دست یابد در رشته دوهای ۱۵۰۰ متر ۵۰ × ۴ امدادی ۰ متر کرال سینه ۳ مدال طلا ۱۰۰۰ متر ۴۰۰ متر آقای حسن کیانپور توانست ۳

اولین دوره مسابقات آسیائی با حضور کشورهای استرالیا، ژاپن، مالزی، کویت، جمهوری اسلامی ایران، فیلیپین، و باتیم ۳۰ نفره تایلند در شهر چاینگ مای در تاریخ ۹ نوامبر لغایت ۹ نوامبر برگزار گردید. تیم ملی پیوند اعضاء جمهوری اسلامی ایران مرکب از ۲۰ ورزشکار و همراه در این دوره از مسابقات در رشته های شنا، دوومیدانی، تیس روی میزبدمینتون، بولینگ و نیانگو شرکت کرده و در اولین روز از مسابقات که در رشته دومارaton ۵ کیلومتر برگزار شد که شرکت کننده ایران «آقای حسن کیانپور» و «امیرحسن طالبی» مدار طلای این رشته را کسب نموده و روز بعد مسابقات بدمینتون برگزار شد که «آقای رضا اسفندیاری» با قبول شکست از قهرمانان جهان در سکوی دوم ایستاد در سومین روز مسابقات بولینگ برگزار گردید که «آقای داود علیزاده» مقام سوم از این دوره مسابقات را کسب و تیمی دیگر از کشورمان آقایان ابراهیمی و درویش به مدار بزنز دست یافتد و در چهارمین روز از مسابقات شنا و نیانگو برگزار گردید که در این دوره مسابقات «آقای سپهر سپاسی» در رشته های ۵۰ متر پروانه - ۵۰ متر کرال سینه - ۱۰۰ متر کرال سینه ۵۰ × ۴۰ آزاد و ۵۰ × ۴۰ متر مخلوط تیمی ۵ مدال طلا آقایان صدر ناصرزاده ۵ متر کرال پشت ۵۰ × ۴ امدادی ۰ متر کرال سینه ۳ مدال طلا ۱۰۰۰ متر کرال سینه ۲ مدال نقره بدست



با مخاطبی‌های آشنا

(ظاهره‌های دستیه)

پیوند مغز استخوان که با موفقیت هم انجام شد، ناچار به پرداخت هزینه‌های زیاد در تهیه داروها و انجام آزمایشات شدیم که البته این موضوع (بیماری من) در نبود پدرم، منجر شد که زیر بار بدیهی‌های زیادی برویم.

باری، انگیزه‌ای که امروز مرا به نوشتمن واداشته، طرح مشکلات و مسائل مهمی است در پیشگاه آن کس که بعد از خداوند، چشم امید تمام آزومندان به شفاء بیماران به اوست. طرح مشکلات فراوانی که همه بیماران و خانواده‌هاشان در مسیر درمان به ویژه آن دسته از بیماری‌های خاص که فقط و فقط درمان آنها از طریق پیوند مغز استخوان انجام می‌گیرد. و من امروز به عنوان کسی که با مغز و استخوان خود شاهد دوندگی مادرم در تنظیم آزمایشات متعدد جهت تکمیل پرونده خود، بودم تا به مرحله پیوند مغز و استخوان بررسم که البته زمان زیادی را که در حدود ۱ سال بود، به خود اختصاص داد، لازم می‌بینم که نکاتی را با شما در میان نهم. همانگونه که مستحضر هستید در ایران تنها در دو بیمارستان پیوند مغز و استخوان انجام می‌شود یکی بیمارستان نمازی در شیراز و دیگری بیمارستان شریعتی در تهران. در نتیجه به علت محدود بودن این پایگاه و تعداد بیشمار بیمارانی که به این مرکز معرفی می‌شوند، تنها عدد محدودی شناس بهبودی و درمان کامل را دارند. البته لازم به ذکر است که هزینه پیوند مغز و استخوان در تهران را مرکز «هیئت امناء» عهده دار است و باقی

دادن من، تا حد از پادر آمدن پیش می‌رفت اما همچنان ایستادگی می‌کرد و بخارط زنگی من و نگرانی‌های من و خواهر دیگرم با سختی‌ها، مبارزه می‌نمود.

خدامی داند که در این چند سال چه بر ما گذشت. گویی بعضی از این ساقه‌های سبز جوان که طبیعتشان اقتضاء می‌کند که با نسیم ملايم بهاران شکوفا شوند، محکومند به اینکه در برابر سیلی سرد زمان شکفته گردند تا اگر شکفتند، نیر و متدتر به تمر رسند چون کس چه می‌داند که زندگی در آینده مارابه چه می‌خواهد! باری همانطور که در زیر فشارهای ناشی از مشکلات مالی، نامیدی و ... به جان آمده بودم، همنوعان خود رانم دیدم که چگونه یکی پس از دیگری با همه آرزوها و خواهش‌های جتنشان برای زنده ماندن، در اثر این بیماری چشم به دنیا می‌بستند و خانواده‌هاشان را تاباوارانه با غمی جانگذار تهها می‌گذاشتند، امروز براحتی از مشکلات فراوان خود و خانواده‌ام سخن می‌گفتم. مشکلاتی که بخشی از آن تهها و تهها با قسمت کردن عواطف انسانی و لطایف روحانی که خداوند به انسان اعطا کرده، هموار می‌گردد و بخشی دیگر مشکلات و مسائل مالی است که تعیین کننده هم هست چه برای من و چه تک تک افراد خانواده‌ام و چه تمام کسانی که چون ما، در نبود پدر و مخارج سنگین زندگی و نیز مخارج گراف ناشی از این گونه بیماریها، محکوم به تحمل مشقات فراوانی هستیم.

بخصوص اینکه در طول درمان که نهایتاً به باری و خواست خداوند و دعای همگان با

در دلی با ریاست بنیاد

اگر که شاهد رنجها و بیماری‌های مردم نبودم، از خود گفتن و از زنجهایی که در غم از دست دادن پدر و بیماری صعب العلاجی که چندی پس از آن، بدان دچار شدم، برایم آسانتر بود.

چو عضوی به درد آورد روزگار
دگر عضوها را نماند قرار مشیت الهی بر این قرار گرفته بود که سالهای شکفته شدن غنچه جوانی و بهار زندگیم در حدود ۱۸ سالگی، در پاییز غمناک زندگی پدرم که خود بیش از ۴۰ سال نداشت، جلوه کند. شکفتن در تندباد حاده مرگبار پدر مرا که هنوز ساقه‌ای شکننده اما سبز بودم، دستخوش بحران‌های قرارداد و در آن سالهایی که طبیعت جوانان را به خوشی و نشاط می‌خواند، لحظه‌های مشوش بیم و اضطراب، تارهای حساس جانم را به لرده درآورد و اندکی پس از آن در حدود یک سال بعد جسم و روح آرده من دستخوش طوفانی دیگر واقع گشت و به بیماری لوسمی حاد (سرطان خود ALL) دچار گشتم. ضعف جسمانی و سختی درمانهای پیچیده و طولانی مدت و مصرف داروهای بسیار قوی، پیکر بی جان مرا که خود در غم بی پدری و بحران ناشی از فراق او که در خانواده‌ام حس می‌نمودم، می‌سوخت. شاهد رنجها، نگرانی‌ها و دوندگی‌های طاقت فرسای مادرم بودم که خود هنوز ۳۸ سال پیش نداشت و در فشار ضربه‌های روحی فوت همسر و بیم از دست

نکات زیل را به آگاهی می‌رساند:

۱- بنیاد هم مثل شما فکر می‌کند که چرا بیماران مبتلا به سرطان باید در کشور سرگردان باشند تا کتون چندین نامه به ریاست محترم جمهوری و مجلس شورای اسلامی و وزارت بهداشت برای حمایت از بیماران مبتلا به سرطان و دیابت نوشته شده و در خواست شده که این بیماران زیر پوشش حمایتی دولت قرار گیرند اما برغم قولهای مساعد تا کنون اقدام مؤثری صورت نپذیرفته فقط سازمان تأمین اجتماعی از ابتدای سال جاری هزینه شیمی درمانی بیماران را پذیرفته که در جای خود قابل تقدیر است اما بیماری که از داروی تک نخسے‌ای استفاده می‌کند چه در تأمین اجتماعی و یا خدمات درمانی کسی به فریاد او نمی‌رسد امید ما این است که مسئولین محترم تصمیم گیری بیشتر به فکر محرومان جامعه باشند و راه حلی برای هزینه‌های کمر شکن شیمی درمانی با استفاده از داروهای تک نخسے‌ای پیش بینی شود.

این که چرا داروهای سرطانی در دو داروخانه در تهران توزیع می‌گردد مورد انتقاد مانیز هست و معتقدیم باید این داروها به راحتی در دسترس بیماران قرار گیرد بالاخص داروهای شیمی درمانی را وزارت بهداشت می‌تواند با تدبیر سیاست خاصی در بیمارستانها به دست بیماران برساند.

۳- در مورد هزینه آزمایشات قبل و بعد پیوند که نسبتاً برای عموم خانواده‌ها سنگین است امیدوارم مسئولان بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی و در نهایت وزارت بهداشت راهکار مناسبی در نظر بگیرند که همه این هزینه‌ها به بیمار تحمل نشود.



هزینه‌ها اعم از انجام آزمایشات بسیار گران و نیز تهیه دارو در طول مدت بیماری چه قبل از پیوند و نیز بعد از ترجیح بیمار از بیمارستان به عهده خانواده هاست لذا از آن عزیز آگاه و دلسوز اولین تقاضای من آن است که ترتیبی اتخاذ فرمایند که مراکز پیوند مغز و استخوان در ایران با توجه به شیوع این بیماری، بیشتر گردد تا کار پیوند و درمان اینگونه بیماران با سهولت و سرعت بیشتری انجام گیرد.

نیاز دیگری که در این راستا احساس کردم و تقریباً تمام خانواده‌های دارگیر آن می‌دیدم، تهیه دارو بود که مجبور بودند برای تهیه دارو، هزینه‌های سنگینی را پرداخت نمایند که البته در مورد بیماری سرطان خون تنها پرداخت بخش ناچیزی از آن به عهده بنیاد بیماری‌های خاص است و هر جا گله‌ای و اعتراضی می‌شد، پاسخی که می‌شنیدم این بود که این بیماری جزء بیماری‌های خاص شمرده نشده!

مشکل دیگری که خانواده‌ها در تهیه دارو با آن مواجه می‌شدند، مراجعته به داروخانه‌های معتر چون هلال احمر و سیزده آبان در شهر تهران است و زمان بدن و گاه نبودن دارو آنهم در آن شرایط حساس و بحرانی.

لذا اگر در این زمینه هم امکان آن می‌سرد است، ترتیبی اتخاذ فرمایند که این داروها در داروخانه‌های بیشتری توزیع گردد و یاده همان بیمارستان‌ها در اختیار بیماران قرار گیرد.

باری امید دارم با طرح این مشکلات خاطر حساس شما انسان دلسوز را مکدر نکرده باشم و نیز امید آن دارم که با طرح این مشکلات توانسته باشم دین خود را به همنوعان خود ادا کرده باشم و روح تمام جوانان عزیزی که در اثر این بیماری و مشکلات پیچیده‌داران از جان خود را از دست دادند، خشنود ساخته باشم و نیز با طرح

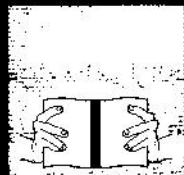
با تشکر فراوان و بی دریغ
ع - ش

جهانیه مبتلای

دوست عزیز و گرامی
آقای علیرضا حسین شیروودی
با سلام و احترام و در پاسخ به نامه شما

صدای همه

(نامه‌های رسیده)



یک کمبود است اما در مقایسه با کسی که دست ندارد نه تنها کاستی نیست بلکه نوعی برتری به حساب می‌آید. وقتی به ناتوانیهای جسمی مانند دیابت، هموفیلی، سرطان، نایینای و بی حرکتی و ... فکر می‌کنیم طاقمان طاق، اعصابمان از رده ورجمان آشته می‌شود ولی اگر به دور و بیرمان نگاه کنیم می‌توانیم به سادگی با هر یک از این کمبودها کنار بیاییم و آنها را برای خود هضم کنیم. همچنانکه میلیون‌ها انسان در سراسر این کره خاکی چنین کرده و می‌کنند و سالهای کنار آمدن با آن است و این فضای می‌توان با مطالعه و استفاده از دانستیهای کسانی که در این رابطه کار کرده و تخصص اندوخته اند به وجود آورد و آگاهی خود را بالا برد.

شایان ذکر است دیابت نه تنها مشکل و مسئله‌ای ایجاد نمی‌کند بلکه به راحتی و آسانی می‌توان با آن کنار آمد و به عقیده من حیف است که سالهایی از عمر را که می‌تواند بهترین کودکانه سپری کنیم و زندگی را بر خود و دیگران سخت بگیریم در صورتی که می‌توانیم زندگی عادی خود را مانند دیگران ادامه دهیم. خدا کند راهها همیشه به روی ما گشوده باشد، بادها پشتیبان ما باشند، آفتاب چهره ما را گرم کند و باران به نرمی بر کشتزارهای ما بارد و خداوند ما را در پنجه قدرت و رحمت خود حفظ فرماید.

از این بابت هیچ گونه مشکلی احساس نمی‌کنیم و مانند دیگران آزادیم و هیچ محدودیتی نداریم. در مورد دیابت باید بگوییم که تنها بدن از ساختن نوعی هورمون ناتوان می‌شود و تنها بارساندن این هورمون به بدن نیازمند را برطرف می‌سازیم و می‌توان آن را یک عارضه نامید، عارضه‌ای که باعث ایجاد نظم و دقت بیشتر در زندگی می‌گردد. دیابت بیماری نیست و آن را مانند یک دوست همراهان همراه تا پایان عمر می‌دانیم زیرا او به ما صبور بودن، نظم و طمأنیه را می‌آموزد و همیشه آن را به ما می‌داد و این کنار آمدن با آن است و این فضای می‌توان با در جایی خوانده ام انسان چیزی را که ندیده است همیشه آن را بزرگتر از آن چیزی که هست تصور می‌کند.

بدقت نمی‌دانم این اندیشه از کیست اما مهم نیست چه کسی آن را گفته باشد. مهم این است که حاوی پیامی ژرف و اندیشمندانه‌ای است و قنی از سختی، سخن به میان می‌آید وقتی مشکلی دست و پاگیرمان می‌ود، باید بیاندیشیم که این فقط ما نیستیم که مشکل داریم، بلکه در مقام مقایسه به سادگی می‌توان مشکل را حل و با آن هماهنگ شد، آنوقت است که دنیایی تاریکی را که برای خود ساخته ایم روش می‌بینیم و آن را جایگزین مناسبی برای تاریکی می‌انگاریم.

به نام نقش بند صفحه خاک به نام خداوندی که همه چیز از آن اوست خداوندی که انسان را به همراه نیکی و پیلایی، سلامتی و بیماری خلق کرد و به انسان بشارت داد تا راه درست زیستن را طی کند و به کمال مطلوب خود رسد. انسانی که با عقل و آگاهی می‌تواند باری از علم و دانش را نسبت به محیط و موضوعات موجود همراه سازد و راهی بهتر و عاقلانه تر را در پیش رو گیرد. من به عنوان یک فرد دیابتی از خداوند متعال سپاسگزارم که سلامتی را آن طور که به صلاحیم بود به من عطا کرد و قدر آن را بیش از پیش می‌دانم اما کسانی نیز از دیابت برای خود هیولا بی خلق کرده اند که می‌خواهند با آن دست و پنجه نرم کنند و آن را به عنوان یک حقیقت در زندگی خویش یادیگران نمی‌پذیرند. کسانی که دیابت با آنها همراه می‌شود، در ابتدا به علت ناآگاهی نسبت به آن با این موضوع کمی سخت کنار می‌آیند ولی بعد با دادن آگاهی این سختی نیز مرتفع می‌شود ما از دیابت به عنوان یک معزل، مشکل یا بیماری یاد نمی‌کنیم بلکه آن را به عنوان یک حقیقت پذیرفته ایم و این مسئله مانند یک برجسته بر پیشانیمان نقش نمی‌بندد. تنها چیزی که ما را از دیگران متفاوت یا بهتر است بگوییم کمی متفاوت می‌کند دقیقتر شدن در زندگی است و

تازه‌های پزشکی



ترجمه: دکتر شهاب الدین مرعشی

عمل می‌کند.

بیش از ۱۱۰۰ زن ۱۶ تا ۲۳ سال تحت واکسیناسیون با این واکسن قرار گرفتند و تمامی آنها واکشن خوبی را نسبت به آن نشان دادند. عوارض جانبی این واکسن تیز بسیار ناچیز است. این واکسن تنها در یکی از زنان دریافت کننده واکسن باعث ایجاد تب شد. در صورتیکه این واکسن مراحل بعدی آزمایشی خود را نیز طی کند گام مهمی در پیشگیری از موارد زیادی از سرطانهای گردن رحم خواهد بود. تلاش محققین برای ساختن واکسنها یاست که بر علیه انواع دیگر ویروس پاپیل. های انسانی محافظت ایجاد کند. در حال حاضر انجام منظم تست پاپ اسمیر مهمترین روش پیشگیری و تشخیص به موقع سرطان گردن رحم است.

کافئین بر ضد سرطان پوست؟!

کافئین ممکن است در مقابل یکی از انواع شایع سرطان پوست اثر محافظتی داشته باشد. بر طبق یک مطالعه اخیر که بر روی موشهای صورت گرفته بود، چاپ رسیده است اثر محافظتی کافئین در مقابل ابتلای سرطان سلول سنگفرشی پوست مورد بررسی قرار گرفت. محققین متوجه شدند که استفاده از کافئین که به طور مستقیم بر روی پوست موشهای استفاده شد، آنها را در مقابل ایدز سرطان زایی اشعة ماوراء بنفش تا حد ۷۲٪ محافظت کرد.

سرطان سلول سنگفرشی یک از انواع

این دارو به صورت یک بار در هفته است که برای بیماران بسیار راحت تر است. عوارضی مانند عالیم شیبیه به سرماخوردگی (تب، لرز، کوفتنگی بدن، خستگی) و نیز افسردگی در بیمارانی که PEGASYS مصرف می‌کنند مشاهده می‌شود. نکته قابل توجه این است که این دارو بر روی گونه‌هایی از ویروس هپاتیت C که معمولاً با درمان مقاومتر هستند نیز اثر بهتری نسبت به داروهای قبلی دارد.

با تأیید این داروی جدید توسط سازمان فرآوردهای آمریکا، مصرف همزمان این دارو با داروی خوارکی ریباویری امید جدیدی را در بیماران برای رهایی از این نوع مزمن و شایع هپاتیت ویروسی ایجاد کرده است.

واکسنی برای پیشگیری از سرطان گردن رحم

به تازگی مطالعاتی بر روی یک واکسن جدید برای پیشگیری از ابتلا به سرطان رحم صورت گرفته است. این مطالعه نشان می‌دهد که واکسن جدید، زنان را در مقابل ابتلای به عفونت بانوعی ویروس به نام ویروس پاپیلوهای انسانی حفاظت می‌کند. این ویروس عامل اصلی ایجاد سرطان گردن رحم در میان زمان است و مسؤول ایجاد حدود ۹۶٪ از موارد این سرطان می‌باشد. بیش از ۱۰۰ نوع از این ویروس وجود دارد که واکسن جدید بر علیه ۴ نوع اصلی این ویروس که مسؤول ایجاد رگلهای تناسلی و سرطان گردن رحم هستند

درمان جدید برای هپاتیت C

به تازگی داروی جدیدی برای درمان هپاتیت C توسط سازمان غذا و داروی (FDA) مورد تأیید قرار گرفته است. هپاتیت C یکی از انواع هپاتیت ویروسی است که امروزه افزایشی را گرفتار کرده است. متأسفانه برای این بیماری تا کنون واکسی پیدا نشده است و با همین یکی از انواع هپاتیت ویروسی می‌باشد که در طی سالهای اخیر همیشه مورد توجه بوده است. در کشور ما نیز بسیاری از بیماران مبتلا به هپاتیت ویروسی و همچنین بیماران مبتلا به تالاسمی و هموفیلی و افراد زیالیزی که با خون و فرآوردهای خونی در تماس هستند، با این ویروس مبتلا می‌باشند.

یکی از داروهایی که امروزه برای درمان هپاتیت C مصرف می‌شود ایتریفرون است. این دارو به صورت تزریق و سه بار در هفته استفاده می‌شود. مصرف این دارو همراه با داروی خوارکی ریباویرین باعث افزایش اثر ضد ویروسی اثر ضد ویروسی آنها می‌شود. از جمله عوارض جانبی این دارو تب و لرز و عالیم شیبیه به سرماخوردگی، افسردگی و.... می‌باشد. داروی جدید PEGASYS، که به تازگی مورد تأیید قرار گرفته است، نوعی ایتریفرون می‌باشد که با تغییری که در ساختمان شیمیایی آن داده شده است مدت زمان بیشتری در خون به طور موئر باقی می‌ماند بر طبق مطالعات انجام شده، این دارو تأیید درمانی بیشتری نسبت به انواع قبلی ایتریفرون دارد است، همچنین تزریق

صورت گیرد، پرهیز از قرار گرفتن طولانی در جلوی اشعه آفتاب و استفاده مرتب از کرمها و محلولهای ضد آفتاب از مؤثرترین راههای پیشگیری از این سرطان خواهد بود.

محققین اظهار داشتند که هنوز حقیقات بیشتری لازم است تا اثر محافظتی این ماده و یا عوارض جانبی آن بر روی انسانها قرار گیرد تا زمانی که اطلاعات بیشتری در این زمینه

شایع سلطان پوست است که بیشتر در سنین بالا ایجاد می شود. این بیماری بیشتر در افرادی دیده می شود که در سنین جوانی زمان زیادی در معرض اشعه آفتاب سپری کرده اند

ایدز



از سر زکو و سرسوزن مشترک استفاده نکنید.
- وسائل ورناک (سرسوزن، تیغ پرستوری...)
آلوچه است.
آنها را با مر افتاده از جایجا کنید.



سرسوزن را بدون سرووش تایید دور نیخت
و سرووش آنرا ایده با دست کذاشت.



در حین ایزه کنی و آندوسکوبی
یا مایبیت بعد از هریک
باید از دستکش، گان، ماسک، و
محافظ چشم استفاده کرد.

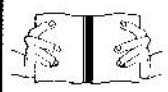


به هنگام احیا، للب و ریه
تاجای ممکن از تنفس دهان به دهان
خودداری کنید
و از وسایل تهویه کمکی باید استفاده شود.



لکمهای خون و مایبیت بدن را
با آب ملایون یا سایر مواد ضد عفونی کننده
(هیپو کلریت سدیم ۰.۱٪) شستشو دهید.

خاص



تنظیم: عطیه بهرامپور

غذای امروز سرآشپز

پرتو قال بر می داریم ممکن است میان مایه را کمی بیاز سرخ شده و

زرشک و گرد و برشیم و در دست گرد کنیم و داخل آب پیاز که در حال

جوشیدن است بیاندازیم بعد

از جوش آمدن حرارت را ملایم

می کنیم تا کوفته ها کاملاً

بپزد و ممکن است به جای زرد

چوبه یک قاشق سوپ خوری

آب گوجه فرنگی در آب کوفته

بریزیم

نکات لازم برای تهیه

کوفته:

۱- مایه کوفته کاملاً باید

مخلفوت و مالش داده شود تا

چسبندگی پیدا کند.

۲- آبی که کوفته را در آن

می ریزیم تا بپزد باید به حدی

باشد که روی کوفته را بگیرد.

۳- درب ظرف کوفته را در اوآخر طبخ نباید گذارد و حرارت آن باید

ملایم باشد تا مغز کوفته کاملاً بپزد

۴- وقتی کوفته پخته و آماده شد باید بیش ۱ تا ۲ لیوان آب داشته باشد

۵- در آب کوفته معمولاً پیاز داغ دارد و باید مقدار نمک و فلفل و در

صورت تمایل زرد چوبه ریخت و بعد کوفته را در آن انداخت.

کوفته برنجی

مواد لازم برای ۶ تا ۸ نفر:

۱- برنج

۲- گوشت چرخ کرده

۳- سبزی کوفته ریز خرد

شده (تره جعفری،

مرزه، ترخون، گشنیز)

۴- آرد نخودچی

۵- لپه

۶- تخم مرغ

۷- نمک و فلفل

طرز تهیه:

گوشت را دوبار چرخ کرده

برنج را در یک لیوان آب با کمی

نمک دو جوش می دهیم تا

برنج نرم شود. برنج را در صافی

می ریزیم لپه را نیز جداگانه می بزیم. آرد نخودچی و کمی نمک و فلفل

و گوشت و تخم مرغ را مخلوط می کنیم خوب مالش می دهیم به

طوری که مایه کمی کش پیدا کند. سبزی تمیز کرده را می شوییم و

ریز خورد می کنیم با سه چهار قاشق روغن سرخ می کنیم کمی زرد چوبه

می ریزیم ۵ تا ۶ لیوان آب داخل پیاز می ریزیم کمی هم نمک و فلفل

اضافه می کنیم می گذاریم بجوشید از مایه گلوله هایی به اندازه یک

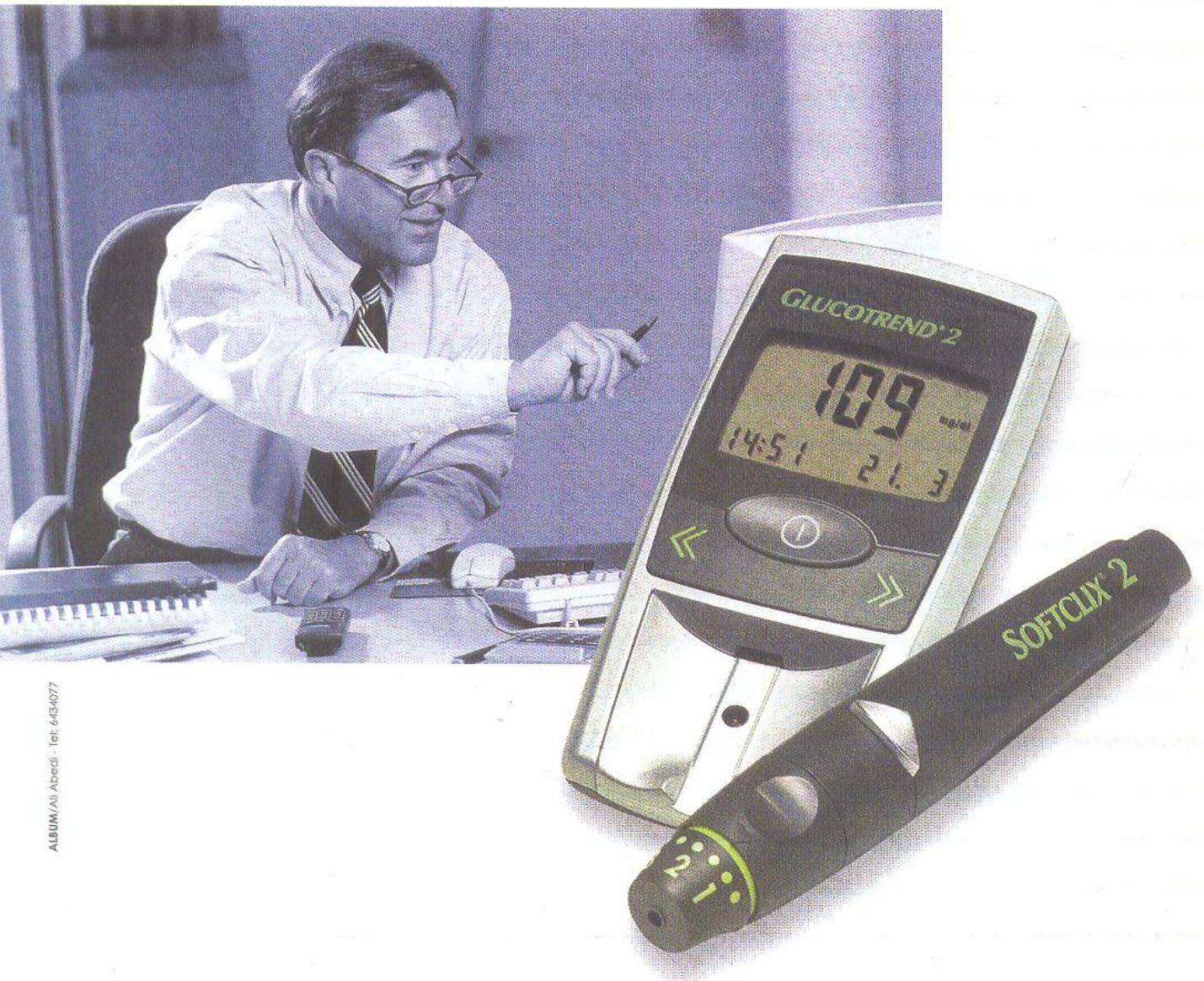


جدول فرهنگی

مالیات سیل جزات دهنه	کار بسیار دشوار را گویند	عکل است سپید و خوشبو	کیش و آین شکیابی	پارچه ای که روی زخم می نهند	کتاب معروف دکتر الکسیس کارل	هزینه شهرت بد دارد	هزینه بر سرو صدا	هزینه
			آرام ندارد جهوگر شدن					
	اتمسفر ناستوار				مرکزی صدای لافت			
از رویدادها باید گرفت			شناسنامه قدیمی فاقدرنگ	خوبی و نیکوبی	پرنده شکاری بانگ نوزاد			در ویرانه دبیل آن می گردند
		تبیه نیست بیش از دهم		قایق کوچک در برایر				مجری تراومه تائین پیغام نوشتہ اصلی
جاده میانبر آگاه باش!						درسی روز در بزرگ		
			لرشاهان صفویه شکل و فرم					
این سلاح را می کارند			صدای زیستی دلدادگی	سوپ روسي از کلم	امیدواری القای تکراف			طرح زیستی با مهره روی لیسان
		حاشیه نامه را گویند		خرید و فروش را گویند				
نمایش سنتی کشورمان	خط است در دایره		نام پیامبر و سورة ای اشتاه		به سختی انس می گیرد ظلف رخشوی			تحقیق از متهمن یا سرزنش خیزدان
				سرخی غروب از انجلی ها				
ماه شب چارده			۱ دلار ساکن یک جا	از کشورهای عربی	خواک شبانه مرکز عیلان			چشم به راه نوزاد است
			مغناطیس قسمتی از گوشست					عمل کننده به اوستا خودرو رسمیا
آبادی خوارک ساده					کلام می معنی به هلوان			
			پروردگارا بخشیدن	زود افريقایی فوم ابریانی				
سرشار و آکنده			عالی خداوندی همکار موزن	نگاه به طور خبره خیره	گوشت خالص بیمودن			سرمه است و گلابی در باری
عالی آن با جیب خالی است					به هیچ وجه خشته نیست			گستراندن بد گمان کینه جو
			گردنکشی و نافرمانی					

Self Monitoring Control of Diabetes

... New Life



ALBUM/Ali Aberdi - Tel: 6434077

اندازه‌گیری قابل دسترس و همیشگی قند خون

مهمنترین نکته در کنترل دیابت



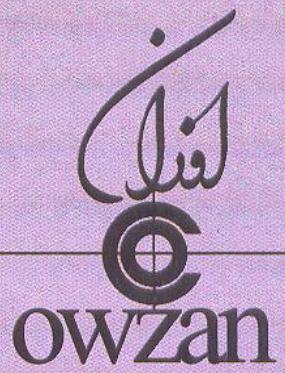
شرکت مهندسی دانش افزار

سپاهانهای آزمایشگاهی، تحقیقاتی و مواد معرفی

خیابان استاد مطهری، خیابان شهید مقتحم،

کوچه شهید بخشی موقن، شماره ۸

۰۹۱۰-۰۴۹-۸۳۰-۰۰-۹



متعلق به شرکت سرمایه گذاری تامین اجتماعی

* صادر کننده اصلی وسایل و تجهیزات پزشکی،
دندانپزشکی، آزمایشگاهی و فرآورده‌های دارویی

* منبعی قابل اعتماد برای تجهیز بیمارستانها و
کلینیک‌ها

* شریک تجاری اکثر شرکتهای معروف اروپایی،
آفریقایی و آسیایی

* با بیش از ۳۰ سال تجربه

* شهرت ما توسط هر کس که با ما شراحت دارد
کسترش یافته است

Address:

No. 236, Ostad nejatollahi Ave.

Tehran - IRAN

P.O.Box: 15815/1819 Tehran - IRAN

Tel: (+98 21) 8804690 - 5

Fax: (+98 21) 8804696

Email : info@owzan.com

