

با آزمایش خون قبل از ازدواج
از تولد فرزند مبتلا به تالاسمی پیشگیری کنیم

بنیاد امور بیماریهای خاص

خاص

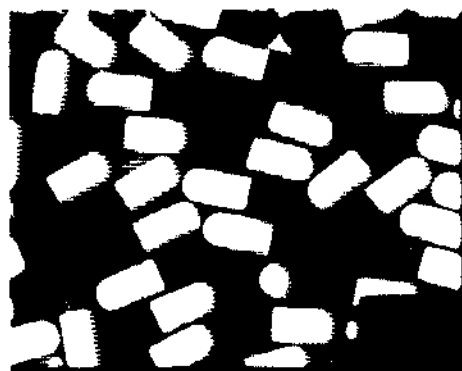
علمی، فرهنگی و اجتماعی



شماره شانزدهم ، سال چهارم ، زمستان ۱۳۸۱
قیمت ۳۰۰۰ ریال

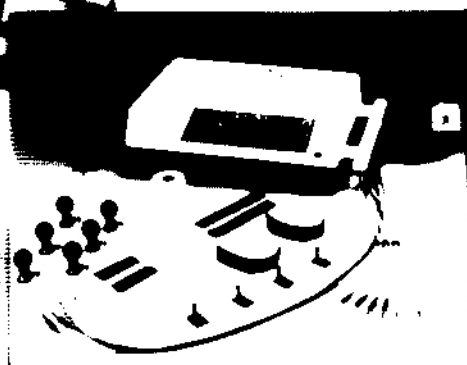
- ♦ آزمایشات تشخیص سرطان پروستات
- ♦ امکان ژنتیکی بودن ریسک بالای سرطان
- ♦ تحقیقات برای درمان ایدز
- ♦ پولیپهای روده بزرگ
- ♦ درمان بیماری تالاسمی
- ♦ درمان هموفیلی
- ♦ فعالیتهای کلی روابط عمومی
- ♦ یورش فکری چیست
- ♦ مردان مریخی زنان ونوسی
- ♦ هیپاتیت در ورزشکاران
- ♦ درمان از طریق کاهش دما





owzan

Affiliated To Social Security
Investment Company (SSIC)



• The most leading exporter of
medical, dentistry, laboratory,
hospital equipment, and
pharmaceutical products.

• The reliable source for
equipping hospitals and clinics.

• Business partner of the most well
known European, African, and
Asian companies.

• With more than 30 years of
experience.

• Our reputation is spread by
every one who has a business
with us.



Address:

No. 236, Ostad nejatollahi Ave.
Tehran - IRAN

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

Tel: (+98 21) 8804690 - 5

Fax: (+98 21) 8804696

E-mail: owzan@nopic.com



فایده

بنیاد امور بیماریهای خاص

مشریه بنیاد امور بیماریهای خاص
علمی فرهنگی اجتماعی
شماره ۹۵ زمستان ۸۹

خلاصه مطالب

اخبار

دیدار ورزشکاران تیمهای پیوند اعضا
همراه با نمایشگاه

آزمایشات تشخیص سرطان پروستات
آیا شما سیگار می کشید

در BMJ آمده است
پولیپهای روده بزرگ

درمان بیماری تالاسمی با پیوند مغز استخوان
کنترل گلوکز (قندخون) در منزل

کیفیت دیالیز در بیمارستان شهید باهنر کرج
یورش فکری چیست

من و همسر م
آزادی

انتشارات
مرکز سرطان العمل

درمان هموفیلی
فعالیت های کلی روابط عمومی

اولین کارگاه آموزشی انجمن های تالاسمی
اهدایندگان اعضا

یاوران بنیاد
تازه های پزشکی

هیپاتیت در ورزشکاران
از استانه ها چه خبر ؟

شکوفه ای که پرپر می شود
درمان از طریق کاهش دما

قم دور اما نزدیک
مرگ مغزی

غذای امروز سر آشپز

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

دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر کامران باقر لنکرانی
دکتر احمد رضا جمشیدی، دکتر سید هاشم
جنت پور، دکتر سید محسن خوش نیت، دکتر
احمد رضا سروش، شمس شریعت نریفان، دکتر
رمضانعلی شریقیان، دکتر سید محمود طباطبایی
دکتر سید موید علویان، دکتر ایرج فاضل، دکتر
محمد فرهادی لنگرودی، دکتر اردشیر قوام راده
دکتر مصطفی فانع، دکتر باقر لاریجانی، دکتر
علیرضا مرندي، دکتر رضا ملک راده، دکتر
محمد علی محقق، دکتر علی اکبر ولایتی

مریم اسدی، دکتر خشایار اسدی، مهندس امیر
علی آقایی، دکتر محمد رضا امینی، دکتر میررضا
بخیرنیا، عطیه بهرامپور، دکتر حق پناه، دکتر
روحانی، دکتر فوزان رحیمی راده، دکتر جلیلی،
فریبا صالحی، دکتر طباطبایی، الهام طهماسبی،
مهندس طاووسی، مهشید عابدیان خان، دکتر سید
شهابالدین مرعشی، مهندس مسعود مشایخی، مینا
میریها، وفا ملکزاده، مهندس هادی وشر
ویراستار: زهرا فرانی

موسسه گرافیک کادر:

www.Graphickadr.com
E-mail:nourany@GHRAPHICKADR.COM

مدیر هنری و طراح: سید مهدی نورانی

مدیر فنی و ناظر چاپ: سید محمود نورانی

تصویر روی جلد: الهام هاشمی، فرزانه کوردری

حروفچینی: موسسه کادر

لینوگرافی: موج

چاپ جلد: سبزانک

چاپ متن: توسکا

صحافی: سپیدار



نشانی: مشربه: تهران: صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۳۳۳۳

تلفن: ۸۷۲۳۲۷۸، فاکس: ۷۹۶، ۸۷۱

پست الکترونیکی: بنیاد بیماریهای خاص:

Email: info@cffsd.org

Khas@cffsd.org

خلاصه مطالب



ورزشکاران عضو تیم ملی پیوند اعضای ایران با ریاست مجمع تشخیص مصلحت نظام دیدار کردند .
ایشان در این دیدار با ابراز خرسندی از فعالیت های انجام شده در زمینه ورزش بیماران خاص ، همت بلند
این ورزشکاران برای کسب حدود ۶۰ را مدال ستودند .



پروستات ، غده ای کوچک به اندازه یک گردو است که در زیر قاعده مثانه و بالای رکتوم (قسمت
انتهایی روده بزرگ) واقع شده است . در این مقاله اطلاعاتی جهت پاسخ دادن به سؤالات شما در خصوص
نقاط ضعف و قوت آزمایشات تشخیص سرطان پروستات تدوین شده است .



تنباکو یک گیاه محلی آمریکاست که هر سال بیش از چهار میلیون نفر را می کشد و طبق آمار حدود
۱/۳ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال دنیا سیگاری هستند . در اینجا عوارض مختلف سیگار را بررسی می کنیم
تا همین الان شما آن را ترک کنید !



تنها درمان قطعی برای تالاسمی اصلاح عیب ژنتیکی بوسیله پیوند مغز استخوان می باشد که مشکل
بار آهن بعد از عمل ، بوسیله فلبوتومی و یا درمان با دسفرال به مدت ۶ الی ۱۲ ماه بر طرف می گردد.



یورش فکری فرایندی سازمان یافته برای ایده سازی است که بر چهار اصل مهم استوار است :

- ۱- انتقاد ممنوع است . ۲- بی قید و بندی مطلوب است . ۳- تلفیق واعتلا هدف است . ۴- کمیت مورد نظر است . با هم بخوانیم .



غالباً بیشترین گله' زنها از مردها این است که شنونده' خوبی نیستند خواه زمانی که صحبت را گوش می دهند خواه زمانی که گوش نمی دهند . بیشترین گله مردان هم این است که زنان همیشه می خواهند آنان را عوض کنند . نهایتاً این دو مسئله زمانی حل میشود که ...



مرکز سرطان العمل یک بنیاد بشر دوستانه ، غیر دولتی و غیر انتفاعی است که توسط یک هیأت امنا به سرپرستی ملکه نورالحسین اداره می شود . این بنیاد اولین مرکز تخصصی سرطان شناسی برجسته در اردن و منطقه است که در سال ۱۹۹۷ تاسیس شد . گزارشی از فعالیتهای آن را می خوانیم .

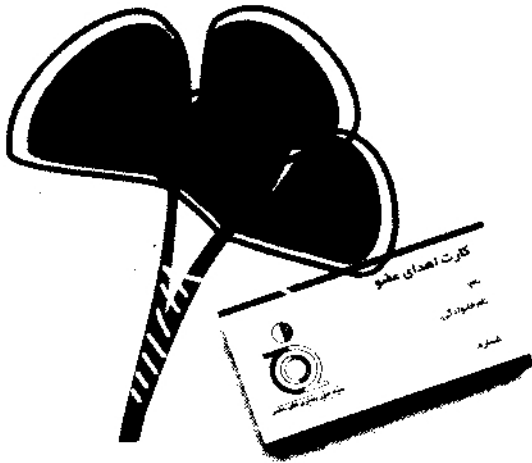


ریزش مو یکی از تاثیرهای جانبی داروهای شیمی درمانی در بیماران مبتلا به سرطان می باشد . در این جا سعی داریم به معرفی نوعی کلاه پیردازیم که با ایجاد ایسکمی از طریق انقباض مویرگهای سر، عمل پیشگیری را انجام می دهد .

باغ از دوست

اگرچه بهار سال ۱۳۸۲ طراوت و سبزی به طبیعت ما بخشید و دل و جانمان را تازگی داد اما با گرفتن عزیزی خدمتگذار روحمان را آزد و جز خاطراتی از یاری قدیمی و صمیمی بر جای نگذاشت .
آری سخن از دکتر نوربخش رئیس کل بانک مرکزی است . استاد دانشگاه اقتصاددان برجسته ای که خدمات زیادی به نظام جمهوری اسلامی کرده است .
بنیاد امور بیماری های خاص این ضایعه اندوهناک را به دولت ، نظام بانکی و خانواده داغدارش تسلیت عرض نموده ،
آرزوی رحمت واسعه الهی برای آن مرحوم و صبر و اجر جزیل برای بازماندگان می نماید .





با اهدای عضو بعد از مرگ

حیاتی تازه به هم‌نوع خود ببخشیم

بنیاد بیماری‌های امور خاص با صدور اطلاعیه‌ای از عموم مردم عزیز ایران خواست برای اهداء عضو برای پیوند اعضا، کارت اهداء عضو را پر کرده و به بنیاد بیماری‌های امور خاص ارسال نمایند. متن اطلاعیه بنیاد امور بیماری‌های خاص به این شرح است:

پیوند اعضا

پیوند اعضا از مسایل نوین علم پزشکی است که در دهه‌های اخیر روز به روز گسترش یافته است، گرچه پیوند در کشور ما در زمینه‌های مختلف رشد و بالندگی داشته ولی هنوز برای گسترش وسیع راهی نه چندان هموار پیش رو دارد به برکت فتوای حضرت امام خمینی (ره) و مقام معظم رهبری و روشن بینی فقهای اسلام و مسئولان نظام اسلامی در دو دهه گذشته برخی پیوندها، مانند کلیه به طور وسیع در کشور انجام گرفته است اما در زمینه پیوند از جسد گرچه فتوای حضرت امام (ره) و مقام معظم رهبری وجود دارد مشکلات قانونی از یک طرف و برخی مسایل اجرایی از طرف دیگر نتوانسته است کارایی این بخش را به سطح مطلوب برساند.

با توجه به ضرورت پیوند اعضا از جسد برای نجات جان بیماران نیازمند بخش پیوند عضو بنیاد امور بیماری‌های خاص در چهار سال گذشته تلاش قابل توجهی را برای برطرف ساختن موانع و ایجاد زمینه‌های گسترش پیوند اعضا در کشور داشته است. در حال حاضر پیشنهاد بنیاد امور بیماری‌های خاص توسط نمایندگان محترم مجلس شورای اسلامی دوره پنجم به تصویب رسیده است که با تصویب طرح مرگ مغزی و پیوند اعضا موانع قانونی برطرف شده و اجرای این طرح بیش از هر چیز به مشارکت و همکاری فعال تک تک افراد جامعه بستگی دارد.

مرگ مغزی

حوادث یکی از علل مهم مرگ و میر می‌باشد، به طوری که بعد از بیماری‌های قلبی و سرطان، سومین علل مرگ و میر در تمام سنین محسوب می‌شود که در بین علل منجر به فوت در حوادث، ضربه مغزی شایع‌ترین علت می‌باشد. برخی از این بیماران قبل از فوت به حالتی می‌روند که فقط قلب آنها کار می‌کند و چنانچه با دستگاه تنفس مصنوعی تحت مراقبت‌های ویژه قرار داشته باشند برای مدتی بدون اینکه آمیدی به شروع فعالیت مجدد مغز آنها باشد زنده می‌مانند که به این حالت مرگ مغزی گفته می‌شود. با همه این کمک‌ها و مراقبت‌ها دیر یا زود، توقف قلبی هم عارض شده و مرگ قلبی هم به سراغ بیمار می‌آید با پیشرفت علوم پزشکی این امکان برای جامعه پزشکی و بیماران نیازمند فراهم شده است

بنیاد امور بیماری‌های امور خاص

شماره حساب: ۳۴۳۳ بانک ملی شعبه اسکان
برای مشارکت‌های مردمی



روابط عمومی بنیاد امور بیماری‌های خاص
تلفن: ۸۷۱۲۱۳۷ - ۸۷۱۱۰۳۹
www.cffsd.org

تا در فاصله مرگ مغزی تا مرگ نهایی جسم، از اعضای سالم بدن مانند کلیه، کبد، قرنیه چشم، ریه، لوزالمعده و ... قبل از خارج شدن از حالت طبیعی برای پیوند و نجات جان استفاده نمود. بدین منظور علاقه‌مندان به این امر می‌توانند با پر کردن فرم جهت نجات جان هم‌نوع خود اقدام نمایند و پس از ارسال آن به بنیاد امور بیماری‌های خاص و به آدرس: تهران - خیابان ولیعصر، تقاطع شهید بهشتی، خیابان اکبری، خیابان هفدهم، پلاک ۸ و یا صندوق پستی ۳۳۳۳-۱۵۸۱۵ کارت اهداء عضو دریافت نمایند.

فرم آمادگی اهداء عضو

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

نام: نام خانوادگی:
نام پدر: تاریخ تولد:
شغل: میزان تحصیلات:
وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ گروه خون:
آدرس محل سکونت:
تلفن محل سکونت:
آدرس محل کار:
تلفن محل کار:

اینجانب: تمایل دارم اعضای بدن خود قلب، پانکرس، کبد، چشم، کلیه را بعد از مرگ به انسان‌های دیگری که نیازمند این اعضا باشند اهدانمایم.

مدیر کل امور مجلس و تربیت بدنی بنیاد منصوب شد

از سوی ریاست بنیاد امور بیماریهای خاص، آقای سید باقر فاطمی به سمت مدیر کل امور مجلس و تربیت بدنی بنیاد منصوب و مشغول بکار گردید. وی پیش از این بمدت حدود ۹ سال در سمت مدیر کل امور مجلس سازمان تربیت بدنی اشتغال بکار داشته است. ایشان طی پیامی از کلیه افراد مبتلا به بیماریهای خاص در سراسر کشور دعوت نمود تا از نقطه نظرات و پیشنهادات خود در امر توسعه و گسترش ورزش در میان بیماران خاص شامل هموفیلی، دیابتی، تالاسمی و سرطانی و پیوند اعضا دفتر امور مجلس و تربیت بدنی را از طریق صندوق پستی ۳۳۳۳-۱۵۸۱۵ مطلع فرمایند تا در برنامه ریزی ها مورد استفاده قرار گیرد.

نخستین جشنواره «خون سالم» به کار خود پایان داد

سرویس اجتماعی: نخستین جشنواره فرهنگی، آموزشی و پژوهشی خون سالم پریروز به کار خود پایان داد. به گزارش روابط عمومی سازمان انتقال خون ایران، این جشنواره با شعار محیط زیست سالم، زندگی سالم از چهارم اسفندماه آغاز شد. حدود ۲۰ نهاد و تشکل دولتی و غیر دولتی بابرپایی غرفه های نمایشگاهی، برگزاری جلسه های آموزشی و عمومی و پرسش و پاسخ در زمینه بیماری های ایدز، هپاتیت، هموفیلی، تالاسمی، شرایط اهدای خون سالم و برگزاری مسابقات حضوری در ارتباط با سلامت عمومی به معرفی فعالیت های خود پرداختند. از برنامه های آموزشی این جشنواره، می توان به برگزاری میزگرد آموزشی در زمینه بیماری ایدز با حضور کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سازمان ملل و گروه کاری ایدز سازمان ملل، آشنایی با تالاسمی، برگزاری جلسات توجیهی در زمینه سلامت خون و ... اشاره کرد.

بیماران خاص سرشماری می شوند

طرح سرشماری جامع بیماران خاص از سوی بنیاد امور بیماریهای خاص انجام می شود. این بنیاد با تشریح برنامه های خاص ویژه کودکان، توسعه برنامه ها و اقدامات حمایتی از بیماران در تامین دارو و درمان مناسب، آموزش کودکان به منظور جلوگیری از ابتلا به برخی بیماری ها و ایجاد بانک اطلاعاتی بیماری های خاص را در فهرست برنامه های آتی اعلام کرد.

تجهیز مرکز دیالیز بیمارستان

کامکار - عرب نیا در قم

با تعطیل شدن مرکز دیالیز بیمارستان شهید بهشتی قم بیماران اجباراً به تنها مرکز دیالیز استان یعنی بیمارستان کامکار - عرب نیا مراجعه نمودند، اما امکانات این بخش پاسخگوی همه بیماران نبود لذا با تلاش و پیگیری دانشکده علوم پزشکی و مدیریت بیمارستان طبقه سوم ساختمان آن برای توسعه مرکز دیالیز اختصاص داده شد و از بنیاد امور بیماری های خاص برای تجهیزات، درخواست مساعدت گردید. لذا کلیه تجهیزات لازم توسط این بنیاد ارسال شده و بهره برداری از این مرکز با ۱۱ دستگاه جدید آغاز شد.

لازم به ذکر است که مرکز دیالیز این بیمارستان در حال حاضر با داشتن ۴۰ دستگاه دیالیز به طور متوسط پاسخگوی بیش از ۲۰۰ بیمار دیالیزی می باشد.

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۶



برگزاری ششمین دوره مسابقات قهرمانی کشور ورزشکاران مرد پیونداعضاء (پیوند کلیه)

علیرضا ابراهیمی - از آذربایجان شرقی - مقام سوم
محمود سرحدی - از تهران - مقام اول
نادر محمود زاده - از آذربایجان غربی - مقام دوم
علی استواری - از فارس - مقام سوم
علی اکبر حسین زاده - از آذربایجان غربی - مقام اول
رضا اسفندیاری - از تهران - مقام دوم
محمود سرحدی - از تهران - مقام سوم

ششمین دوره مسابقات قهرمانی کشور ورزشکاران مرد پیوند
اعضاء (پیوند کلیه) از سوی انجمن ورزشهای بیماران خاص از
تاریخ نهم لغایت دهم اردیبهشت ماه سال جاری بسمدت دو
روز با شرکت پنجاه ورزشکار از استانهای ۱- زنجان
۲- مرکزی ۳- تهران ۴- آذربایجان شرقی ۵- آذربایجان
غربی ۶- کرمانشاه ۷- کردستان ۸- فارس و در رشته های
ورزشی دومیدانی، بدمینتون، شنا و تنیس روی میز در شهر تبریز
با میزبانی و همکاری اداره کل تربیت بدنی استان آذربایجان شرقی
برگزار گردید که در پایان این نتایج بدست آمد:

در رشته تنیس روی میز (انفرادی):

محمود سرحدی - از تهران - مقام اول
نادر محمدزاده - از آذربایجان غربی - مقام دوم
علی استواری - از فارس - مقام سوم

در رشته بدمینتون:

علی اکبر حسن زاده - از آذربایجان غربی - مقام اول
رضا اسفندیاری - از تهران - مقام دوم
محمود سرحدی - از تهران - مقام سوم

در رشته شنا:

۱۰۰ متر گراال سیپه

سپهر سپاسی - از فارس - مقام اول
محسن محمدخانی - از تهران - مقام دوم
صفدر ناصرزاده - از تهران - مقام سوم

۱۰۰۰ متر گراال پشت:

صفدر ناصرزاده - از تهران - مقام اول
حسن کیانپور - از کردستان - مقام دوم
رسول ستاری - از آذربایجان شرقی - مقام سوم

۱۰۰۰ متر قیوریا فیه:

محمد تقی ماهتابخواه - از تهران - مقام اول
محسن محمدخانی - از تهران - مقام دوم
کیوان جعفرمنش - از کرمانشاه - مقام سوم

۲۰۰۰ متر آزاد:

سپهر سپاسی - از فارس - مقام اول
محمد تقی ماهتابخواه - از تهران - مقام دوم
سعید احمدی - از فارس - مقام سوم

تلاطم تیمی مسابقات:

تهران: ۴ طلا، ۵ نقره، ۳ برنز - مقام اول
فارس: ۲ طلا، ۲ نقره، ۲ برنز - مقام دوم
آذربایجان شرقی: ۲ طلا، ۱ برنز - مقام سوم

در رشته دو و میدانی ۱۰۰۰ متر:

مهدی خالدنیا - از آذربایجان شرقی - مقام اول
منوچهر نریمانی - از تهران - مقام دوم
بهروز سلیمی - از زنجان - مقام سوم

در رشته دو و میدانی ۲۰۰۰ متر:

محمد صادق درویش محمدی - از تهران - مقام اول
جمال مظفری - از فارس - مقام دوم
رضا حیدری - از زنجان - مقام سوم

در رشته دو و میدانی ۱۰۰۰ متر:

بهرام فرزانه - از آذربایجان شرقی - مقام اول
علی شریفی - از مرکزی - مقام دوم
محمد تقی ماهتابخواه - از تهران - مقام سوم

در رشته دو و میدانی ۱۵۰۰ متر:

حسن کیانپور - از کردستان - مقام اول
محمد هادی خشنودی - از فارس - مقام دوم
علیرضا ابراهیمی - از آذربایجان شرقی - مقام سوم

در رشته دو و میدانی ۲۰۰۰ متر:

بهرام فرزانه - از آذربایجان شرقی - مقام اول
علی شریفی - از مرکزی - مقام دوم
محمد تقی ماهتابخواه - تهران - مقام سوم
حسن کیانپور - از کردستان - مقام اول
محمد هادی خشنودی - از فارس - مقام دوم



دیدار ورزشکاران تیم ملی پیوند اعضا با ریاست مجمع تشخیص مصلحت نظام

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۸

ایشان افزودند: ما برای همه ورزشکاران و به خصوص ورزشکاران موفق، همین آرزوی توفیق را داریم و آنها را سفرای سلامتی و بهداشت میدانیم، اما از شما که گرفتاری‌های جسمی داشته‌اید و موفق شده‌اید که در میدان مبارزه و تلاش از خودتان همت و اراده بالایی نشان دهید به عنوان یک معلم و مدرس تقدیر و تجلیل می‌کنم.

رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام افزودند: خداوند را شکر می‌کنیم که توفیق داد در کشور برای بیماران کلیوی راه خوبی باز شود که بتوانند این مشکل بسیار جدی را در زندگیشان کم کنند.

ورزشکاران عضو تیم ملی پیوند اعضای جمهوری اسلامی ایران به همراه مسئولان سازمان تربیت بدنی فدراسیون ورزش‌های همگانی و بنیاد امور بیماری‌های خاص با ریاست محترم مجمع تشخیص مصلحت نظام دیدار کردند.

در این دیدار آیت الله هاشمی رفسنجانی با ابراز خرسندی از فعالیت‌های انجام شده در زمینه ورزش بیماران خاص فرمودند: برای بنده روز بسیار خوبی است که می‌بینم شما ورزشکاران با تلاش‌تان توانسته‌اید بر مشکل جسمی خود پیروز و موفق شوید و شادابی و نشاط را به همراه موفقیت به مردم هدیه نمایید. شما با عملی که انجام داده‌اید به مردم الهام می‌دهید.

ایت الله هاشمی رفسنجانی گفت: ورزش همگانی سخت مورد علاقه ما است و این به دلیل آشنایی بیشتری است که به اسلام داریم و میدانیم ورزش از نظر اسلام دارای چه اهمیتی است و همچنین از دید ملی نیز یکی از وظایف مهم فردی و اجتماعی امروز برای همه این است که ورزش همگانی را تقویت و انجام دهند. در گذشته های دور زندگی انسان توأم با ورزش بوده است و این همه کارهای اداری و نشست و پشت میزنشینی و کم تحرکی وجود نداشته است و حتی برای مسافرت کردن، ماشین و قطار و هواپیما نبوده است و همه زندگی انسان با تلاش و تحرک همراه بوده است.

طبیعاً سلامتی افراد که در گرو این مسائل بود، تأثیر زیادی روی زندگی آنها می گذاشت و با اینکه علم بهداشت و امکانات نبود، مردم سالم تر بودند. در برخی مواقع بیماری های عفونی دامنگیر جامعه می شد ولی در مجموع طبیعت مردم سالم تر و با نشاط تر بود. اما بتدریج دنیای صنعتی بشر را مجبور به زندگی در اتاق های بسته توأم با استرس و نگرانی که محصول دنیای صنعتی بود و در زندگی امروز زیاد شده است کرد.

ایشان افزودند: به نظر می رسد آسان ترین و مؤثرترین راه این است که عادت بکنیم هر کس متناسب با جسم و اقتضای کارش در روز مدتی ورزش کند. جوان ها، بچه ها، پیرمرد ها و پیرزن ها و همه باید ورزش کنند و استثناء نباید داشته باشد و افراد مریض هم می توانند با توصیه پزشک برخی ورزش ها را انجام دهند.

با وجود اینکه این کار بسیار کم هزینه است ولی تأثیر بسزایی در بهداشت مردم، نشاط جامعه و کم کردن هزینه های درمانی دارد. بهره گیری از مواهب طبیعی، راحتی، نشاط، روحیه جوانمردی را به همراه دارد. از نظر اخلاقی نیز ورزشکاران اخلاق بهتری نسبت به مردم عادی دارند و روحیه گذشت و فداکاری در ورزشکاران و قهرمانان بیشتر است.

آیت الله هاشمی رفسنجانی با تأکید بر توجه اسلام به ورزش افزود: اسلام به سلامت جسم بسیار اهمیت داده است و حتی هر عبادتی را هر چقدر هم مهم بوده اگر زمانی برای انسان مضر باشد حرام کرده است و یکی از چیزهایی که به آن بسیار تأکید شده است ورزش است که مورد توجه پیامبر و امامان نیز بوده است.

آیت الله هاشمی رفسنجانی با تقدیر از تلاش هایی که در حال حاضر در زمینه ورزش همگانی انجام می شود گفتند: ورزش همگانی برای جامعه بسیار بیشتر از ظرفیت سازمان تربیت بدنی است و باید همه امکانات فرهنگی و تبلیغی کشور در این زمینه بکار گرفته شود. در این زمینه صدا و سیما خوب کار کرده، جراید ورزشی هم جای خوبی در جامعه پیدا کرده اند ولی باید این تلاش ها بیشتر شود.

به طور کلی ما از جایگاهی که اسلام برای ورزش مشخص کرده عقب تر هستیم و باید از طریق تربیون های عمومی و مساجد و نماز جمعه ها به مردم تکلیف شود به ورزش توجه جدی داشته باشند.

در پایان ایشان افزودند: برای ما بسیار خوشحال کننده است که می بینیم حدود ۶۰ مدال توسط افرادی که مشکل جسمی



ترکیه و کویت به مقام اول رسیده اند و در مسابقات جهانی بیماران پیوندی در ژاپن در سال گذشته توانستند یک مدال طلا و یک مدال برنز کسب نمایند.

وی افزود: در اولین دوره مسابقات آسیایی بازیهای پیوند اعضا که در آبان ماه در تایلند برگزار شد تیم ملی جمهوری اسلامی ایران توانست با کسب ۳۰ مدال طلا، ۱۲ مدال نقره و ۱۶ مدال برنز به مقام دوم مسابقات آسیا نائل شود.

رئیس فدراسیون ورزش همگانی افزود: ورزشکاران این رشته با توجه به محدودیتی که در انجام حرکات ورزشی دارند واقعا تلاشی مضاعف و قابل تقدیر نسبت به ورزشکاران عادی دارند.

وی گفت: فدراسیون ورزش همگانی اعتقاد دارد این ورزشکاران علاوه بر اینکه در مسابقات مدال کسب می کنند حامل یک پیام برای اقشار مختلف جامعه و افرادی که دچار بیماری هستند می باشند که همه باید تحرک و فعالیت داشته باشند و نشاط را بدست بیاورند.

در این مراسم توسط رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام به کلیه ورزشکاران تیم ملی پیوند اعضا لوح تقدیر اهدا شد و ورزشکاران پس از اقامه نماز در کنار ایشان به صرف افطاری پرداختند.

داشته اند نصیب کشور شده است و این می تواند نشان دهنده همت خوب ورزشکاران پیوندی باشد و بنده از همه کسانی که در این راه تلاش می کنند قدردانی می کنم و خود را موظف می دانم هر جا که می توانم کمک نمایم چرا که این کارها باعث سلامت جامعه می شود به خصوص در مورد مسئله بیماران خاص که تعدادی از هموطنان عزیزمان دچار این بیماریهای سخت روزگار شده اند و باید در اینگونه بیماران هم به اصل بیماری توجه جدی شود و هم به مسائلی مانند ورزش.

در ابتدای این مراسم نیز آقای علیپور، رئیس فدراسیون ورزش های همگانی با تشکر از رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام که ورزشکاران را به حضور خود می پذیرفتند گفت:

در ابتدا لازم میدانم از زحمات صادقانه و خدمات و پشتیبانی سرکار خانم فاطمه هاشمی که بدون هیچ چشمداشتی از ورزش بیماران و فدراسیون ورزش های همگانی حمایت می کنند قدردانی نمایم.

وی افزود: نزدیک به دو سال است که بیماران پیوندی در سطح کشور فعالیت مستمر و پویایی را در زمینه ورزش آغاز کرده است که در حال حاضر بالغ بر ۱۰ استان دارای تیم و هیأت ورزشی هستند. تیم های پیوند اعضا در دو تورنمنت بین المللی در



همراه

فصلنامه پزشکی

نمایشگاه قرآن

زمان: ۱۹ آبان لغایت ۱۴ آذر ۱۳۸۱
همزمان با ماه مبارک رمضان
مکان: کانون پرورشی فکری کودکان و نوجوانان

غرفه بنیاد

با استقبال بسیار خوب نیکوکاران مراجعه کننده به نمایشگاه مواجه گردید که با کمکهای نقدی خود گامی مؤثر در پیشبرد اهداف بنیاد برداشته و از دیگر فعالیتهای نمایندگان بنیاد، ارائه بروشورهائی جهت پیشگیری و آموزش بیماریهای خاص به مراجعین، تقدیم کتابچههای آموزشی به بیماران مراجعه کننده، مشاوره پزشکی و... بود.

نمایشگاه در شب ۱۹ ماه مبارک رمضان

مکان: سالن مطالعات وزارت امور خارجه
در کنار بازارچه خیریه گروه حمایت از بیماران سرطانی، بنیاد نیز غرفه ای از کتابچه ها و بروشورهای آموزشی بیماران خاص به خود اختصاص داد که هدف از ارائه و فروش آنها معرفی این گونه بیماریها به مراجعین بود.

حضور بنیاد در نمایشگاه در کنار

سمینار ژنتیک و معلولیت

زمان: ۱۶ الی ۲۰ آذر ۱۳۸۱
مکان: دانشگاه علوم بهزیستی در اوین

حضور بنیاد در نمایشگاه

تجهیزات پزشکی کرمان

زمان: ۲۳ لغایت ۲۷ دی ماه ۱۳۸۱
مکان: محل دائمی نمایشگاههای کودکان



آزمایشات تشخیص سرطان پروستات

دکتر مارک - پ - گارنیک
دانشکده پزشکی دانشگاه هاروارد

بیماری فوت می‌کنند. بعد از سرطان پوست این سرطان دومین بیماری بدخیمی شایع در ایالات متحده می‌باشد. خبر خوب این است که علیرغم شایع بودن این سرطان، به طور کلی پیشرفت آن بسیار کند بوده و علیرغم اینکه بیماری در یک سوم مردان زیر ۸۰ سال و دو سوم مردان مسن تر پس از کالبد شکافی تشخیص داده می‌شود فقط ۳ درصد از مردان بدلیل ابتلا به سرطان پروستات فوت می‌کنند. این نشان دهنده آن است که سرطان پروستات عموماً رشد بسیار کمیداشته بطوریکه اکثر مردان قبل از بروز علائم آن بدلیل دیگر فوت می‌نمایند.

سوالات خطرناک در پروستات پروستات چیست؟

۱- سن: تمامی مردان در معرض ابتلا به سرطان پروستات می‌باشند ولی احتمال مبتلا شدن به آن عمدتاً با بالا رفتن سن ارتقاء پیدا می‌کند. سرطان پروستات در مردان زیر ۴۵ سال بندرت دیده می‌شود.

۲- سابقه قومی - نژادی: تحقیقات و بررسیهای بعمل آمده نشان می‌دهد مردان آفریقائی تبار، بیشتر از سفید پوستان دچار این بیماری می‌شوند. همچنین خطر مرگ ناشی از سرطان پروستات آنان بیشتر از سفید پوستان می‌باشد.

۳- سابقه خانوادگی: مردانی که بستگان درجه اول آنان (پدر،

شما ممکن است همانند بسیاری از مردم معتقد باشید انجام آزمایشات برای تشخیص سرطان راه مهمی جهت حفظ سلامتی می‌باشد، ولی در حال حاضر کارشناسان و متخصصین پزشکی دارای اختلاف نظر در مورد مفید بودن آزمایشات نظارتی برای تشخیص سرطان پروستات در تمامی مردان می‌باشند. نظریات متضادی در خصوص ارجحیت منافع چنین آزمایشاتی به خطرهای موجود و جنبه های منفی انجام آن وجود دارد.

در این مقاله اطلاعاتی جهت پاسخ دادن به سئوالات شما در خصوص نقاط ضعف و قوت آزمایشات تشخیص سرطان پروستات تدوین شده است. به یاد داشته باشید که انسانها با یکدیگر متفاوت بوده و پاسخ واحدی که فراخور و مناسب حال همگی باشد وجود ندارد. با مطالعه این مقاله می‌توانید پس از مشورت با پزشک خود به بهترین تصمیم در این رابطه دست یابید.

سرطان پروستات چیست؟

سرطان پروستات، بدخیم شدن غده ای در مردان بنام پروستات می‌باشد. پروستات غده کوچکی به اندازه یک گردو است که در زیر قاعده مثانه و بالای رکتوم (قسمت انتهایی روده بزرگ) واقع شده است.

بر اساس امارات جامعه سرطان آمریکا سرطان پروستات در بین حدوداً ۲۰۰ هزار مرد در سال تشخیص داده می‌شود که از این عده ۳۱ هزار نفر بر اثر این

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۱۲



برادر یا پسر) دچار سرطان پروستات بوده اند امکان بیشتری را برای ابتلا به بیماری دارا می‌باشند.

۴- تغذیه: بررسی‌های جدید نشان داده است که استفاده از غذاهای غنی از چربی حیوانی ممکن است ریسک ابتلا به سرطان پروستات را افزایش دهد.

۵- هورمون‌ها: مردانی که در خون خود غلظت بالاتری از هورمونهای خاص مانند تستوسترون (هورمون جنسی مردانه) دارند ممکن است در معرض ریسک بیشتری از سرطان پروستات قرار گیرند. کارشناسان پزشکی همچنین در صدد هستند که رابطه احتمالی بین الکل و یا مکملهای ویتامینی و املاح معدنی را با سرطان پروستات پیدا کنند.

آزمایشات تشخیصی سرطان پروستات چگونه انجام می‌پذیرد؟

آزمایشات سرطان پروستات شامل دو گونه است:
- معاینه با دست بنام لمس دستی (DRE)
- آزمایش خون جهت اندازه گیری آنتی ژن اختصاصی پروستات (PSA)

- معاینه آنتهای روده بزرگ با دست (DRE)
- معاینه ساده ای است که پزشکان در مطب انجام می‌دهند. پزشک با دستکش و با انگشت ناحیه رکتوم را جهت پیدا کردن رشد غیر عادی و یا برجستگی در بخش تحتانی و اطراف پروستات مورد معاینه قرار می‌دهد. اگرچه با عنایت به اینکه دسترسی به تمامی نواحی پروستات برای پزشک به طور دقیق امکان پذیر نمی‌باشد،

می‌شود. آزمایش سرم PSA مقدار موجود PSA را در یک نمونه خون اندازه گیری می‌کند. بالا رفتن میزان PSA (بالا تر از ۴ گرم در میلی لیتر در اکثر آزمایشگاهها) نشان دهنده نوعی مشکل می‌باشد اگرچه لزوماً به مفهوم وجود سرطان نیست حالت‌های بسیار خوش خیمی نیز از جمله بزرگ شدن خوش خیم پروستات (BPH) وجود دارند که منجر به بالا رفتن میزان PSA می‌شود. سایر علل خوش خیم، شامل عفونت پروستات (پروستاتیت) و یا

تورم
ناشی از
فشار وضربه
می‌گردد. این نوع
اخیر عمدتاً ناشی از
افراط در دوچرخه سواری و
یا فعالیت جنسی است. بنابراین
اندازه گیری میزان PSA را نباید تا ۴۸
ساعت پس از این شرایط و یا مشابه آنان
انجام داد.

بطور کلی هر چقدر که میزان PSA بالاتر رود امکان وجود سرطان قویتر می‌شود. اگرچه در بعضی از موارد دیده شده است که تا ۴۰ درصد از مردان مبتلا به سرطان پروستات دارای فیزال عادی PSA در خون بودند که اصطلاحاً به آن (تست منفی کاذب) می‌گویند و تا ۲۵ درصد دیگر که میزان PSA آنان عادی نبود، مبتلا به سرطان نبودند که اصطلاحاً به آن (تست مثبت کاذب) اطلاق می‌گردد. بنابراین در حالی که آزمایش PSA نسبتاً آسان است ولی دقت صددرصد نداشته و می‌تواند منجر به نتایج مثبت کاذب شود. این امر می‌تواند منجر به آزمایش‌های بیشتر و سخت تر که برای بیماران ناراحتی بوجود می‌آورد گردد. در حال حاضر تلاش برای این است که آزمایش PSA اصلاح شده و بنحوی توسعه یابد که موارد مثبت کاذب و یا منفی کاذب در این آزمایش کاهش یابد ولی استفاده از این نوع روش‌های جدید تاکنون بطور اجماع و جهانی مورد تایید پزشکان نبوده است.

بعضی از غدد را نمی‌توان صرفاً از این طریق پیدا نمود. همچنین بعضی از انواع سرطان را نمی‌توان از طریق معاینه لمسی صرف نظر از محل آنان در پروستات تشخیص داد. از سوی دیگر باید از آن دانست که امتحان DRE می‌تواند برخی از سرطان‌ها را که تشخیص آنان از طریق دیگر مانند آزمایش آنتی ژن خون میسر نبوده است تشخیص داد.

آنتی ژن خاص پروستات (PSA)

این نوع آنتی ژن پروتئینی است که توسط پروستات تولید

در صورت مثبت بودن آزمایش
فیکریک PSA و DRE چه می‌دهد؟
در صورتیکه DRE (لمس انگشتی

پروستات) یا آزمایش خون PSA مثبت باشد نباید بلافاصله وحشت نمود. همان‌طور که قبلاً ذکر گردید علل زیاد خوش خیمی برای بروز نتایج غیرعادی بخصوص در رابطه با آزمایش PSA وجود دارد. از طرف دیگر نباید یک نتیجه مثبت را نادیده گرفت. پزشکان به آزمایشات دیگری در اینگونه موارد متوسل می‌شوند مانند: سونوگرافی پروستات از طریق روده بزرگ TV و یا لیوپس (نمونه برداری) پروستات این آزمایشات در صورتیکه دو آزمایش ذکر شده اولیه مثبت باشد انجام می‌پذیرد.

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۱۳

سونوگرافی از طریق رکتوم بزرگ

سونوگرافی از طریق رکتوم روده بزرگ بالنسبه روش آسانی است که در مطب پزشک انجام می پذیرد. در این روش نیازی به بی حس کردن وجود ندارد پزشک لوله کوچکی را به اندازه یک انگشت از طریق مقعد وارد رکتوم می نماید.

این وسیله با ارسال امواج فرکانس بالا پس از برخورد با پروستات منعکس شده باز می گردد.

یک کامپیوتر این موج بازگشتی را به تصویری موسوم به سونوگرافی پروستات تبدیل می نماید.

سونوگرافی پروستات از طریق رکتوم بعنوان آزمایش اولیه سرطان پروستات بکار گرفته نمی شود زیرا اغلب نتایج غیر دقیق ارائه می دهد. اگرچه بعنوان راهنمای پزشک برای تعیین محل دقیق نمونه برداری بسیار سودمند است.

نمونه برداری پروستات

نمونه برداری پروستات نیز نسبتاً روش ساده ای است که نیاز به بیهوشی و بی حسی موضعی ندارد. پزشک یک تفنگ مخصوص بیهوشی را وارد رکتوم کرده و از محلهای مشکوک نمونه برداری می نماید. بعضی اوقات مردانی که این آزمایش را متحمل می شوند دچار خونریزی مختصری از رکتوم یا در ادرار و یا منی می گردند. در موارد نادر مردان دچار خونریزی زیاد از رکتوم و یا دچار عفونت می شوند.

مانند بسیاری از آزمایشات بیوپسی

(نمونه برداری)

پروستات نیز

دارای معضلات خاص خود می باشد. بعضی اوقات بیمارانی که دارای نتایج منفی در نمونه برداری اولیه می باشند در نمونه برداری های متعاقب، مبتلا به سرطان تشخیص داده می شوند. بعلاوه بیوپسی پروستات ممکن است منجر به پیدا کردن سرطان هایی که از دیدگاه کلینیکی بی اهمیت بوده و منجر به مرگ و یا معلولیت نمی شود گردد. بنابراین ممکن است در بیماری بیوپسی، منجر به تشخیص نوعی سرطان گردد که تهدیدی علیه سلامتی وی محسوب نگردیده و درمانهای متعاقب آن خود در نهایت، مضرات بیشتری را دارا باشد.

جمع بندی

بطور واضح هیچ یک از این آزمایشات کامل و بدون نقص نبوده ولی آنان که طرفدار انجام آزمایشات تشخیص زود رس سرطان پروستات می باشند از مجموعه ای از آزمایشات PSA و امتحان با انگشت (DRE) و سپس بدنبال آن انجام سونوگرافی رکتال و بیهوشی در صورتی که هر کدام از دو تست اولیه مثبت باشد استفاده می نماید.

نقاط ضعف و قوت آزمایشات

تشخیص زود رس سرطان پروستات چگونه؟

به نظر کاملاً طبیعی می آید که پزشکان مایل به تشخیص زود رس سرطان پروستات می باشد. متأسفانه در مورد سرطان پروستات همانند بسیاری دیگر از انواع سرطان ها وضعیت به این سادگی نمی باشد و حتی متخصصین نیز نمی توانند در مورد نیاز به انجام آزمایشات به توافق برسند. بحث های زیادی به طرفداری و مخالفت با آزمایشات سرطان پروستات وجود دارد.

مزایای طرفداران آزمایشات

کارشناسان طرفدار چنین آزمایشاتی معتقدند که اگرچه بسیاری از مردان دچار سرطان پروستات دارای تومورهای غیر تهاجمی و خطرناک بوده و از این امر فوت نمی کنند ولی سرطان آن چنان شایع است که در هر حال تعداد زیادی از مردان سالانه در اثر این نوع بدخیمی می میرند. بهترین راه ممکن و شانس موجود برای مردانی که دچار انواع تهاجمی و خطرناک سرطان پروستات هستند تشخیص سریع و زودرس آن می باشد و تنها راه پیدا کردن این نوع سرطان ها انجام نمونه



برداری پروستات است. در حدود بیش از ۸۰ درصد مردانی که سرطان پروستات آنان به خود غده محدود می‌باشد حداقل تا ۵ سال زنده می‌مانند و این رقم در مورد کسانی که در آنها سرطان به بیرون از غده سرایت نموده است تا ۳۰ درصد تنزل می‌کند. شیمی درمانی و رادیوتراپی در زمانی که سرطان از غده به ارگان‌های همسایه (متاستاز) سرایت نموده است نسبتاً روشهای درمانی بی‌اثر هستند.

آزمایشهایی که برای تشخیص زودهنگام سرطان پروستات استفاده می‌شوند؟

آزمایشات اشاره شده بی نقص و عیب نبوده ولی در مقایسه با روشهای آزمایشی تشخیص سایر سرطانها بالنسبه خوب بوده و انجام آنان ساده می‌باشد.

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که مردان دچار سرطان پروستات که بیماری آنان از طریق آزمایش خون PSA تشخیص داده شده است دچار مراحل ابتدائی تر از این نوع سرطان در مقایسه با روشهای تشخیص دیگر می‌باشند.

مرگ و میر ناشی از سرطان پروستات طی سالهای اخیر کاهش داشته است. امکان دارد برنامه های غربالگری و تشخیص زودرس که از دهه ۱۹۸۰ آغاز شده است سهمی در این رابطه داشته باشند اگرچه ما در این مورد نمی‌توانیم قطعاً مطمئن باشیم.

فصلیات و محالضیخ آزمایشات

بحث عمده علیه آزمایشات سرطان پروستات پیرامون محور ریسکهائی که مردان دچار سرطانهای کم خطر و بی اهمیت باید در جهت روشهای تشخیص و یا درمانی متحمل شوند دور می‌زند. نظریات ذیل در این رابطه وجود دارد:

هیچگونه مطالعه جامعی تاکنون نشان نداده است که انجام آزمایشات تشخیص سرطان پروستات بطور کلی منجر به نجات جان مردم شده باشد. باور این امر ممکن است مشکل باشد زیرا می‌دانیم که انجام آزمایشات به تشخیص زودرس و سریع سرطان در مراحل ابتدائی آن کمک می‌کند.

توضیح قابل ارائه این است که آزمایشات منجر به تشخیص سرطانهایی می‌شود که تهاجمی نبوده و منجر به مرگ یا معلولیت نمی‌شود. بعضی از مطالعات در دست بررسی می‌باشند که پاسخ این سؤال مهم را پیدا کنند ولی نتایج در آینده نزدیک ممکن است بدست نیاید.

بعلت وجود بالنسبه نتایج مثبت کاذب معاینه پروستات با دست DRE و PSA، تعدادی از مردان که دارای میزانهای غیر عادی در این آزمایشات هستند مجبور به انجام آزمایشات غیر فردی بیشتر مانند (اولتراسونوگرافی رکتال و یا نمونه برداری) می‌شوند. این آزمایشات ثانویه اگر چه نسبتاً بی ضرر هستند ولی خالی از عوارض نیز نبوده و باعث ناراحتی نیز می‌شوند.

حتی در مورد سرطانهای پروستات که از طریق آزمایشات در مراحل اولیه تشخیص داده می‌شوند اثرات حینی درمان مهم و قابل توجه است. مشهور ترین روشهای درمانی در این مورد عمل جراحی و رادیو تراپی می‌باشد که هر دو توأم با عوارض بالقوه از جمله نا

توانی جنسی و بی اختیاری (عدم کنترل) ادرار و اختلالات دفع مدفوع می‌باشد. اگرچه ابزاری در دست است که تشخیص دهد کدام نوع سرطانهای پروستات تهاجمی تر از بقیه می‌باشند ولی بعضی از سرطانهای پروستات که از طریق آزمایشات تشخیص داده می‌شوند منجر به مرگ یا معلولیت نمی‌گردند بنابراین، تعدادی از مردان باید عوارض عمل و یا درمان رادیوتراپی را برای سرطان تحمل کنند که حتی در صورت عدم تشخیص مسئله‌ای برای آنان بوجود نیآورد. بعبارت دیگر، حتی در صورتی که روند آزمایشی موثر باشد و سرطان تشخیص داده شود روشن نیست که در تمامی موارد نفع درمان بیشتر از عوارض آن باشد.

توصیه و پیشنهادها

سرطان پروستات یک موضوع و مسئله مهم بهداشت و سلامتی می‌باشد. متأسفانه مجامع عمده پزشکی نتوانسته اند به طور اجماع به ارائه راه حل ها و توصیه های روشنی در مورد آزمایشات دست یابند. این عدم اجماع و اتفاق نظر ناشی از عدم توانائی در ارزیابی مناسب از مزایای انجام آزمایشات می‌باشد این مسئله هنگامی پیچیده تر می‌شود که بدانیم اقدامات درمانی برای سرطان پروستات با عوارض خاص خود همراه هستند.

انتظار می‌رود برخی از مطالعات جهت روشن شدن تعارض و تضاد عقیدتی در خصوص آزمایشات تشخیص سرطان پروستات طی سالهای آتی به نتیجه برسد. در حال حاضر جامعه سرطان امریکا به همراه اتحادیه انجمن متخصصین ارولوژی (جراحان کلیه و مجاری ادرار) امریکا و کالج پزشکان امریکا پیشنهاد می‌کنند که مردان موضوع آزمایشات را با پزشکان خود به طور باز مورد بحث قرار دهند. جامعه سرطان امریکا بطور رسمی پیشنهاد می‌کند که آزمایشات PSA و معاینه رکتال سالانه برای مردان بالای ۵۰ سال در صورتی که حداقل ادامه عمر آنان ۱۰ سال تخمین زده شود انجام شود.

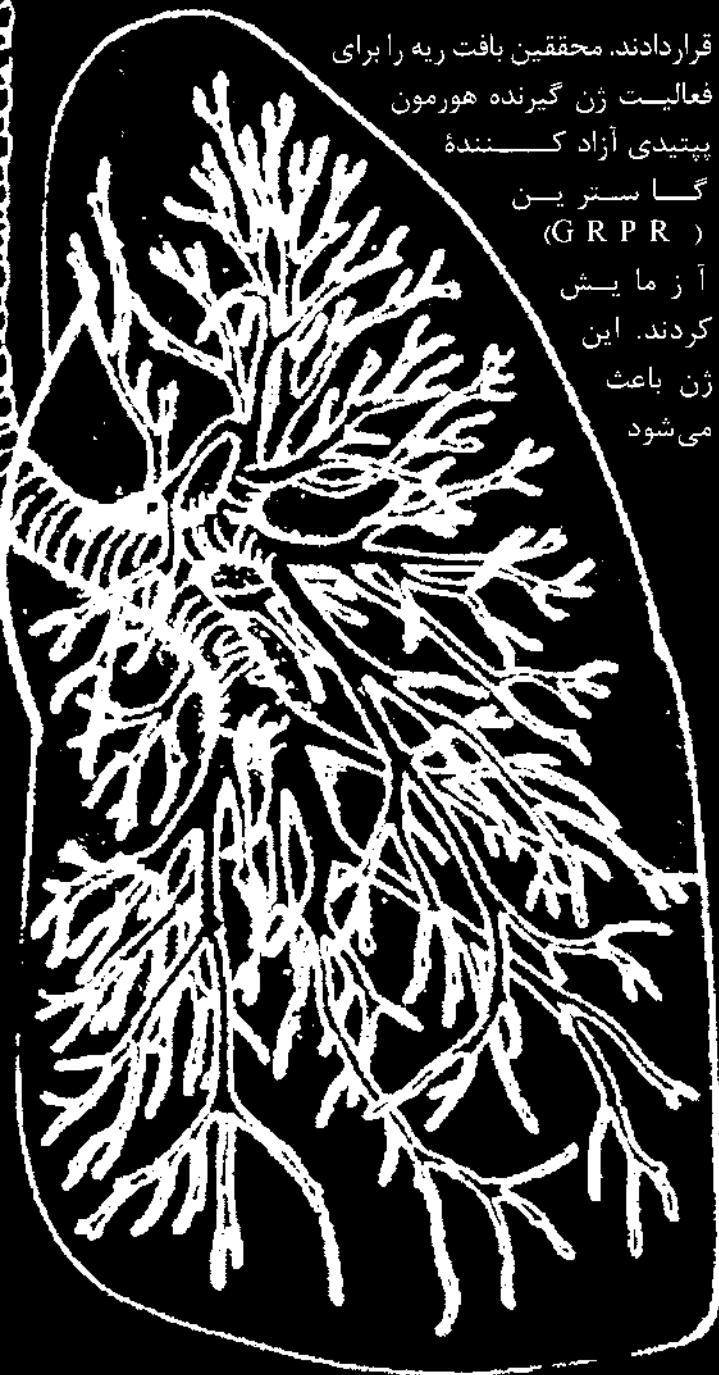
آزمایشات باید در سن ۵۰ آغاز شود اگرچه در مردان دچار عوامل خطرزا مانند (امریکانیهای آفریقائی تبار و مردانی که دو یا بیشتر از بستگان درجه یک آنان سرطان پروستات داشته اند) آزمایشات بهتر است از سن ۴۵ به بعد آغاز شود. آزمایشات باید بطور سالانه تداوم داشته باشد و اتفاق نظری در خصوص اینکه در چه سن و یا زمانی دیگر نیاز به ادامه آزمایشات نیست وجود ندارد. بنابراین بهترین راه برای تصمیم جهت انجام و مفید بودن آزمایشات برای شما بشرح ذیل است:

عوامل ریسک و اثرات نظریات و توصیه ها

از منافع و مضرات آزمایشات تشخیص و درمان آگاه باشید. با پزشک خود در خصوص نگرانی‌ها و سئوالات خود مشورت کنید. بیاد داشته باشید که پاسخ واحدی برای همه وجود ندارد و فقط شما می‌توانید در مورد بهترین انتخاب و گزینه تصمیم بگیرید.

پزشک شما بهترین منبع برای دسترسی به جدیدترین اطلاعات مربوط به وضعیت خاص شما می‌باشد. تمامی بیماران مشابه یکدیگر نیستند و مهم است از سوی کسی که اشراف کامل به وضعیت شما دارد مورد بررسی قرار گیرد.

امکان ژنتیکی بودن ریسک



قراردادند. محققین بافت ریه را برای
فعالیت ژن گیرنده هورمون
پتیدی آزاد کننده
گاسترین
(G R P R)
آزمایش
کردند. این
ژن باعث
می شود

محققین می گویند: اینکه چرا زنان سیگاری دو برابر مردان سیگاری دچار سرطان ریه می شوند دلیل وجود ژنی است که در زنان فعالتر از مردان است. محققین ساختار ژنتیکی بافت سلولی ریه را که از مرد و زن گرفته بودند مورد مطالعه قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که ژنی باعث رشد غیر طبیعی سلولهای ریه می شود و در زنان فعالیت این ژن بیشتر است. احتمال ایجاد سرطان ریه در زنان بعد از کم کردن سیگار بیشتر از مردان است. شارن شرایور بیولوژیست دانشگاه پنسیلوانیا می گوید: «در بین افرادی که سیگار می کشند زنان سه برابر مردان احتمال ابتلا به سرطان ریه را دارند مطالعات ما توضیحی برای این موضوع بیان می کند.» ریور می گوید: مطالعات نشان می دهد که فعالیت ژن خاصی ریسک سرطان ریه را در زنان و مردان افزایش می دهد. اما این ریسک در زنان سیگاری که ژن فعال دارند ۱۲ مرتبه و در مردان سیگاری دارای این ژن فقط ۲/۴ مرتبه است. او می گوید: بسیاری از مطالعات نشان داده است که خطر ابتلا به سرطان ریه در زنان (چه سیگاری و چه غیر سیگاری) نسبت به مردان مشابه بیشتر است. در بعضی مطالعات این خطر تا ۲/۳ برابر در زنان بیشتر گزارش شده است. مطالعات ژنتیکی یک علت زیستی را برای این تفاوت بیان می کند دکتر کرتیس هریس از مؤسسه ملی سرطان (NCI) طبق مطالعه می گوید:

مطالعه حاضر نشان می دهد که زنان بیشتر از مردان مستعد به سرطان ریه ناشی از مصرف سیگار هستند. در مطالعات جدید، محققین نمونه ریه ۳۸ زن و ۴۰ مرد از دو گروه سیگاری و غیر سیگاری را مورد مطالعه ژنتیکی

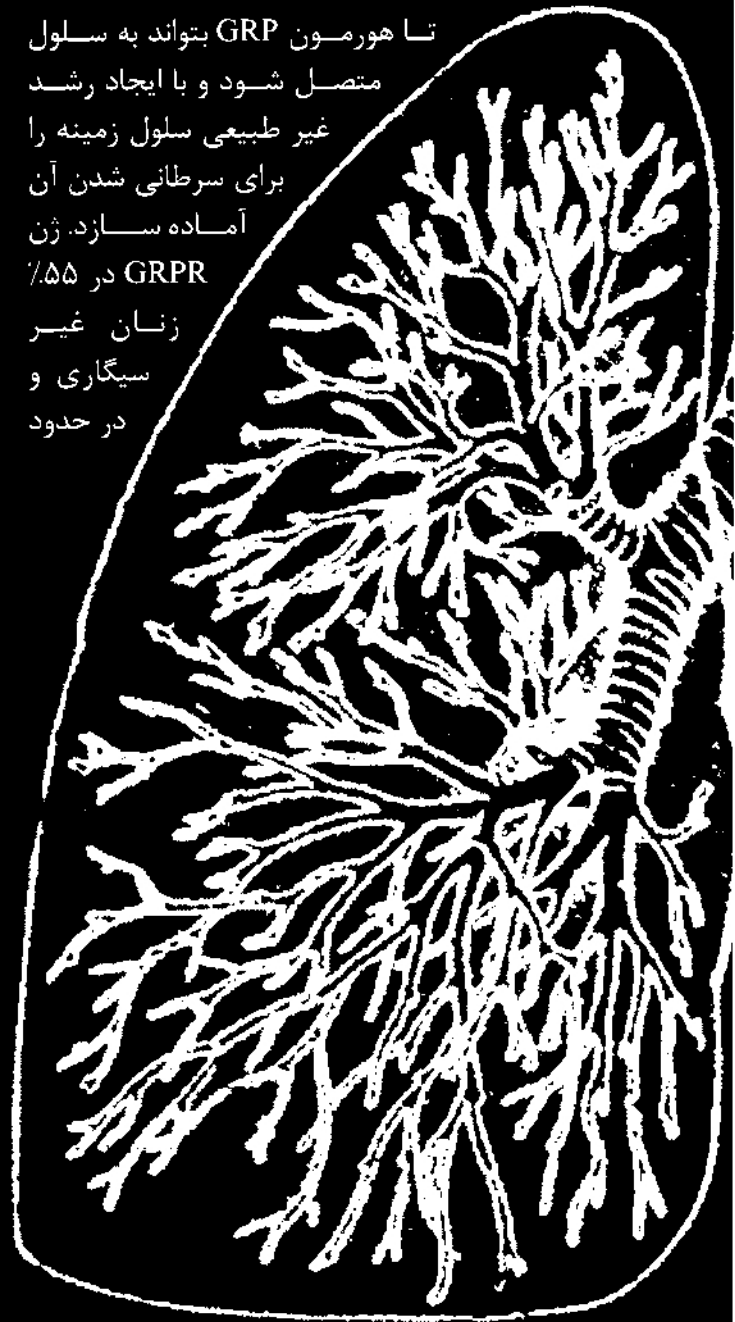
نوی سرطان ریه در زنان

مترجم: رنجبر

۷۵٪ زنان سیگاری فعال بود. حتی اگر مقدار مصرف سیگار آنها کمتر از ۲۵ بسته در سال باشد، (یک بسته در سال Pock year برابر با مصرف ۲۰ عدد سیگار در روز به مدت یک سال است. محققین دریافته‌اند که ژن در بیشتر مردانی که سیگار نمی‌کشند فعال نیست. این ژن فقط در ۲۰٪ مردانی که مقدار مصرف سیگار آنها ۲۵ بسته در سال یا کمتر بود، فعالیت داشت. آقای سیگ‌فراید یک محقق دانشگاه پترزبورگ که از محققین این مطالعه می‌باشد می‌گوید: لازمه فعال شدن این ژن در مردان سیگار کشیدن است اما لزومی نیست که زنان حتماً سیگار بکشند تا این ژن فعال شود. احتمالاً به همین علت است که زنان غیر سیگاری بیشتر مستعد ابتلا به سرطان ریه هستند. او می‌گوید: ژن GRPR نقش کلیدی را در رشد و نمو ریه‌ها و مجاری تنفسی بازی می‌کند، اما این ژن معمولاً در افراد بالغ فعال نیست.

این ژن فقط در صورت مصرف تنباکو و مواد زائد تنفسی دیگر شروع به فعالیت می‌کند. ژن GRPR روی کروموزوم X قرار دارد. زنان دارای ۲ کروموزوم و مردان دارای یک کروموزوم X هستند و اغلب در زنان یکی از این کروموزوم‌ها فعال نیست، اما بعضی شواهد نشان می‌دهد که ژن GRPR می‌تواند در هر دو کروموزوم در زنان فعال باقی بماند. سیگ‌فراید می‌گوید: ما فکر می‌کنیم که دلیل شیوع بیشتر فعالیت این ژن در زنان در مقایسه با مردان را پیدا کرده‌ایم. مهمترین پیغام این تحقیق این است که زنان استعداد بیشتری برای ابتلا به سرطان ریه ناشی از سیگار دارند و نسبت به مردان با مصرف کمتر سیگار دچار این بیماری می‌شوند.

تا هورمون GRP بتواند به سلول متصل شود و با ایجاد رشد غیر طبیعی سلول زمینه را برای سرطانی شدن آن آماده سازد. ژن GRPR در ۵۵٪ زنان غیر سیگاری و در حدود



آیا شما

می‌کشید

پس فوراً ترک کنید

تهیه و تنظیم: دکتر فوزان رحیمی‌زاده

تولید کنندگان سیگار می‌گویند: فیلترهای زغالی که حاوی ذرات زغال در میان فیلترهای لیفی هستند از جذب سموم اصلی دود سیگار ممانعت به عمل می‌آورند. اما هیچ تحقیقی نشان نداده که این سیگارها مشخصاً کم‌خطرتر برای مصرف‌کننده باشد. همچنین فیلتر سیگارها حفره‌های تهویه هوا دارند که در اطراف حلقه بالای فیلتر بصورت نقطه نقطه قرار گرفته، لیکن اغلب، انگشت و لب‌های سیگاریها حین کشیدن، بیشترین نقاط تهویه هوا را پوشانده، در نتیجه فرد سیگاری نار (قطران) و نیکوتین بیشتری جذب می‌کند. در دود سیگار بیش از چهار هزار ماده شیمیایی هست که تعدادی از آنها سرطانزا می‌باشد. از جمله نیکوتین، فرمالدئید، آمونیاک، گرانتیت هیدروژنه، متواکسید کربن، NNK، بنزن، قیر، بنزوپیرین، استالوئید، آئروتن، ۱۱-آمینوبی فینل و غیره و...

چرا مردم سیگار می‌کشند؟

- ۱- لذت بردن.
- ۲- تحریک احساسات و رفع خستگی و افسردگی.
- ۳- احساس مطلوب نمودن.
- ۴- کنترل خلق و خو و وزن بدن.
- ۵- این تفکر که سیگار کشیدن یک نفر به دیگران ضرری نمی‌رساند.

نیکوتین استنشاقی از دود سیگار به سرعت از جریان خون شریانی عبور کرده و به مغز می‌رسد. سپس اثرات آن بر روی سیستم اعصاب مرکزی ظاهر می‌شود. رها شدن سریع نیکوتین در مغز سبب می‌شود که فرد سیگاری اثرات ویژه روانی را ناشی از مقدار نیکوتین موجود در سیگار بداند. همه ما میدانیم که تنباکو مرگ آور است ولی بیشتر از همه دوست داریم تاکید کنیم که تنباکو افراد غیر سیگاری را نیز به همان نسبت می‌کشد.

منظور افراد غیر سیگاری است که دود را از محیط اطراف دریافت می‌کنند. طبق برآورد WHO هفتصد میلیون نفر یا بیش از نیمی از کودکان جهان در معرض دود سیگار هستند. ETS یا دود تنباکوی موجود در محیط زندگی مخلوطی از جریان اصلی دود باز دم شده از فرد سیگاری و جریان دود حاصل از سوختن انتهای سیگار است. ETS بشدت با هوای محیط ترکیب می‌شود و عامل مهمی برای سندرم مرگ ناگهانی نوزادان است. (بر طبق شعار WHO هر کس که هوای پاک تنفس کند از سلامتی خوبی برخوردار است).

سیگار و تاثیر آن بر سلامت

تحقیقات نمایانگر آن است که افرادی که از سن نوجوانی به سیگار روی آورده‌اند و بیش از دو دهه سیگار کشیده‌اند (شامل هفتاد در صد سیگاریها) نسبت به افراد غیر سیگاری بیست تا بیست و پنج سال زودتر خواهند مرد. از سویی، تنها مشکلات جدی این افراد، سرطان ریه و بیماریهای قلبی نیست. بلکه عوارض جانبی از فرق سرتا نوک انگشت پا در سیگاریها پدید می‌آید که در ادامه مطالب گفته خواهد شد.

لژی همست ها

چون سیگار سیستم ایمنی بدن را ضعیف می‌نماید، بدن فرد را مستعد

زیرا به گفته سازمان بهداشت جهانی در هشت ثانیه یک نفر بر اثر استعمال تنباکو می‌میرد. آیا شما میخواهید جزو این لیست باشید؟ تنها به فکر خطرات حاصل از سیگار برای خودتان نباشید بلکه به اطرافیان‌تان هم فکر کنید. مصرف سیگار یک بیماری همه گیر است که توسط خود انسان ایجاد شده و بزرگترین علت قابل پیشگیری مرگ انسانها می‌باشد. مطالعات WHO نشان داده است، تنباکو هر ساله بیش از چهار میلیون نفر را می‌کشد یعنی هشت نفر در هر دقیقه بر اثر آن می‌میرند (یا مرگ یک نفر در هر هشت ثانیه). حدود ۱/۳٪ جمعیت بالای ۱۵ سال دنیا سیگاری هستند و بیشترین تعداد این جمعیت در کشورهای پیشرفته می‌باشند.

تاریخچه سیگار

تنباکو (رده نیکوتیان) یک گیاه محلی قاره آمریکا است. عادت به کشیدن برگهای تنباکو از آمریکا به دیگر نقاط جهان گسترش یافت و پس از مدتی در قرن ۱۶ شانزدهم میلادی در اروپا آغاز گشت و تا حدود قرن هفدهم در سراسر اروپا رواج یافت.

آثار مسمومیت سیگار

تنها قسمتی از تنباکوی داخل سیگار از برگ گیاه تنباکو تهیه می‌شود تولید کنندگان سیگار، نیکوتین و در حدود ۶۰۰ ماده شیمیایی دیگر را در حین فرایند تولید به سیگار اضافه می‌کنند. یکی از این مواد آمونیاک است که در آماده سازی نیکوتین و شکلات بکار رفته و باعث پوشاندن طعم تلخ تنباکو می‌شود. در نهایت تمامی این مواد به شکل بریده بریده در می‌آیند تا شبیه به برگهای خرد شده تنباکو شوند. کاغذ سیگار بر خلاف ظاهر بی خطرش سبب سوختن سیگار و مقدار و غلظت دود حاصله است.

کاغذ سیگار از یکسری نوارهای دایره وار به نام حلقه‌های احتراق تشکیل شده است که سرعت سوختن سیگار را کنترل می‌کند. به این ترتیب که هنگام عدم استنشاق دود سیگار سرعت سوختن را پایین نگهداشته و باعث طولانی شدن عمر سیگار می‌گردد.

از طرفی افزایش سرعت سوختن سیگار در پی

مکیدن هوا سبب رسیدن دود بیشتر،

به مصرف‌کننده سیگار می‌شود.

بعلاوه، کاغذ سیگار حاوی ماده

شیمیایی بنام تیتانیوم اکساید

است که خود تنظیم‌کننده سرعت و

ثبات سوختن سیگار حین روشن بودن آن

و رها شدن دود است. کارخانه‌های تولید

کننده سیگار، با افزودن فیلتر و سایر مواد

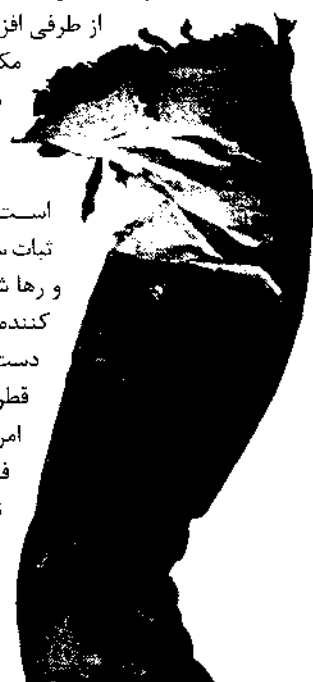
دست به ساخت سیگارهایی زده‌اند که

قطران و نیکوتین کمتری داشته باشد.

امروزه، بعضی از سیگارها دارای یک

فیلتر زغال اضافی با ضخامت بیشتر

نسبت به الیاف مصنوعی هستند.



خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۱۸

بیماریهایی چون لوپوس آر تیماتوز نموده و می‌تواند منجر به کاهش موها و زخم دهانی و راشهایی در صورت پوست سرو دستها شود.

آب مروارید (کاتاراکت):

عقیده بر آن است که سیگار موجب کاتاراکت چشم یا بدتر شدن شرایط چشم در بیماری فوق می‌شود. سیگارها بیشتر از چهل درصد از سایرین در معرض آب مروارید قرار دارند. کاتاراکت (آب مروارید) عبارت از کدورت عدسی چشم و عدم عبور نور از آن که در صورت عدم معالجه منجر به کوری می‌شود. سیگار از دو راه موجب کاتاراکت می‌شود: ۱- ایجاد تحریک و التهاب در چشم ۲- آزاد کردن موادشیمیایی در ریه که از طریق گردش خون به چشمها می‌رسد. همچنین سیگار باعث تحلیل رفتن زودرس ماکولای چشم (نقطه زرد) که بیماری وابسته به سن است، می‌گردد. این بیماری غیر قابل علاج است. قسمت مرکزی شبکیه (ماکول) دید مرکزی چشم را بعهده داشته و کنترل کننده توانایی خواندن نوشته‌ها، رانندگی، تشخیص صورت‌ها و رنگ‌ها از یکدیگر و دیدن جزئیات دقیق اشیاء است.

چروک شکم و پیری:

سیگار موجب پیری زودرس پوست می‌شود چون پروتئین‌هایی که سبب انعطاف پذیری والا استیستینی پوست و جذب ویتامین A و گردش خون مناسب پوست هستند را فرسوده و تخریب می‌کند. به این علت، پوست افراد سیگاری، خشک و چرمی بوده و چین و چروک ظریفی در اطراف لب و چشم‌ها دارند.

کاهش اشتها:

سیگار پلاک‌هایی در دیواره رگهای خونی بوجود می‌آورد که کاهش دهنده جریان خون گوش داخلی است، در نتیجه سیگاری‌ها زودتر از بقیه افراد دچار کاهش شنوایی می‌شوند. افراد سیگاری بیش از سایر افراد مستعد ناشنوایی در اثر عفونت گوش و صداهای بلند هستند. از طرفی افراد سیگاری سه برابر غیر سیگاری‌ها در معرض عفونت گوش میانی قرار دارند که موجب عوارض جانبی شدیدی چون مننژیت و فلج عصب فاسیال صورت است.

سرطان پستان:

سیگار موجب ملانوم که فرم کشنده سرطان پوست است نمی‌شود، ولیکن احتمال مرگ ناشی از سرطان ملانوم را افزایش می‌دهد. از طرفی سیگاری‌ها دو برابر سایرین در معرض خطر ابتلاء به سرطان سلول سنگفرشی پوستی هستند. این سرطان، بشکل یک سطح زخمیملتهب و قرمز رنگ بر روی پوست است.

خوابی و تنگی نفس:

دود سیگار با مواد شیمیایی موجود در دهان ترکیب و موجب بروز پلاک و جرم دندان، زرد شدن رنگ دندانها و پوسیدگی زود رس آن است. سیگارها یک و نیم برابر بیشتر از بقیه مردم دندان‌هایشان را از دست می‌دهند.

آسمان:

علاوه بر سرطان ریه سیگار موجب آمفیزم ریه می‌گردد. آمفیزم عبارتست از تورم و پاره شدن کیسه‌های هوایی که در نتیجه این بیماری ظرفیت ریه برای جذب اکسیژن و دفع دی‌اکسید کربن کاهش می‌یابد در موارد شدید بیماری، تراکتوتومی، بیماران را قادر به نفس کشیدن می‌کند. تراکتوتومی یعنی ایجاد یک شکاف در لوله هوایی و گذاشتن یک دستگاه تهویه ریوی که با فشار هوا را به ریه هدایت کند. همچنین به دنبال آمفیزم، برونشیت مزمن رخ می‌دهد که حفرات پراز چرک بلغم در ریه ایجاد شده و باعث سرفه‌هایی دردناک و تنفس دشوار در بیمار است.

استخوان پوکی:

منو اکسید کربن، گاز سمی اصلی در دود اتومبیل‌ها و سیگار است، این گاز خیلی سریعتر از اکسیژن در خون حل شده و حمل می‌گردد. بطوریکه در خون سیگاری‌ها قدرت حمل اکسیژن نسبت به حالت عادی پانزده درصد است. به این علت، استخوان افراد سیگاری تراکم کمتری داشته و راحت‌تر می‌شکند و حدود هشتاد درصد بیشتر در معرض خطر شکستگی هستند. همچنین مشکلاتی چون

کمردرد این افراد شایع‌تر است. کارگران ساختمانی که سیگاریند، پنج برابر دیگران دچار پشت درد پس از یک صدمه می‌شوند.

بیماری قلبی:

یکی از سه علت عمده مرگ در جهان، بیماری‌های قلبی و عروقی است. سیگار عمده‌ترین فاکتور خطر را در پیشرفت بیماری‌های قلبی و عروقی است. این بیماری بیش از یک میلیون نفر را در هر سال در کشورهای پیشرفته می‌کشد. بیماری‌های قلبی و عروقی وابسته به سیگار هر ساله باعث مرگ بیش از ششصد هزار نفر در کشورهای پیشرفته است. سیگار موجب تندتر شدن ضربان قلب و افزایش فشارخون و تنگ شدن شریان‌ها و بالاخره حمله قلبی و انفارکتوس می‌گردد.

زخم معده:

سیگار موجب مقاوم شدن باکتری بوجود آورنده زخم معده است. بطوریکه بر اثر سیگار ترشح اسید معده پس از وعده غذایی بیشتر شده و سد دفاعی معده نیز در برابر اسید تضعیف می‌گردد. پس زخم معده در سیگاری‌ها مقاوم به درمان است و سخت‌تر معالجه می‌شود.

تنگی رگ‌ها و انسداد عروق:

قطران سیگار بر روی انگشتان و ناخن‌ها نشسته و آنها را به رنگ زرد قهوه‌ای در می‌آورد.

سرطان ریه و حنجره:

علاوه بر افزایش ریسک بروز سرطان گردن رحم، سیگار باعث مشکلات باروری در زنان و عوارض حین حاملگی و تولد نوزاد می‌شود و سیگار کشیدن در دوران بارداری موجب کاهش وزن نوزاد و کاهش سلامت کودک در آتیه است. سقط جنین در زنان سیگاری دو تا سه برابر شایع‌تر است و مرده زایی بعلت کمبود اکسیژن جنینی و ناهنجاری‌های جفت بر اثر منو اکسید کربن و نیکوتین دود سیگار رخ می‌دهد. همچنین سیگار سطح استروژن خون را قبل از یائسگی کاهش می‌دهد.

تغییر شکل اسپرم:

سیگار اسپرم‌ها را تغییر شکل داده و به DNA موجود در آنها آسیب می‌رساند که خود باعث سقط جنین و نقایص مادرزادی حین تولد است.

مطالعات نشان داده که فرزندان مردان سیگاری در معرض خطر بیشتری برای ابتلاء به سرطان قرار دارند. اسپرم‌ها و ممانعت از خون‌رسانی به آلت تناسلی منجر به ناتوانی جنسی در مردان می‌شود و در بین سیگاری‌ها عقمی شایع‌تر است.

پسوریازیس:

افراد سیگاری دو تا سه برابر بیشتر از سایرین در معرض پسوریازیس می‌باشند این بیماری التهابی پوست غلامی به شکل لکه‌های پوسته ریز قرمز مترشحه دارد که سراسر بدن را می‌پوشاند.



تعداد سیگاری که می‌کشد و میزان اعتیاد او به نیکوتین و شرايطی که ترک سیگار را پذیرفته دارد، بدترین علایم در انتهای اولین روز ترک رخ می‌دهد و طی یک هفته بیشتر این علایم رفع می‌شود. سیگاریهایی که یکبارہ کاملاً سیگار را کنار می‌گذارند، بیشتر از آنانی که تدریجاً تعداد سیگارشان را کم کرده یا به سیگار کم نیکوتین روی می‌آورند، موفق به ترک سیگار می‌گردند. بیش از ۹۰٪ افرادی که مبادرت به ترک می‌کنند این کار را بدون برنامه و مشورت با پزشک و به تنهایی انجام می‌دهند.

چهار عامل مهم در ترک سیگار می‌باشد:

- ۱- استفاده از جانشین‌های نیکوتین
 - ۲- حمایت و تشویق روانی فرد
 - ۳- تعلیم مقابله با استرسها
 - ۴- مصرف قرص بوپروپیون (زیبان) طبق توصیه پزشک.
- موارد جایگزین نیکوتین مشابه آن ولی بدون دود هستند. این مواد به شکل آدامس و برچسب نیکوتین و اسپری استنشاقی هستند که بدون نسخه می‌توان خریداری نمود مواد فوق عوارض ترک سیگار را کاهش داده و به شخص توان هماهنگی با تغییرات به وجود آمده در رفتار و محیط زندگیش را می‌دهند. البته بهتر است هنگام مصرفشان با پزشک مشورت شود. آدامس نیکوتین دار به مدت دوازده هفته و روزی ده تا پانزده قطعه باید مصرف شود.
- برچسب نیکوتین:** هر روز یک برچسب جدید روی قسمت بالای تنه چسبانده شود و هنگام شب برچسب را بر می‌دارند. این برچسب کمترین میزان نیکوتین را در گردش خون حین استراحت به بدن می‌رساند و به مدت ۶ تا ۱۰ هفته باید مصرف شود. قرص زیبان به روش عصبی - شیمیایی مانع اعتیاد به نیکوتین است و علایم ترک را هم کاهش می‌دهد. باید هر روز به مدت ۷ تا ۱۲ هفته مصرف شود. عامل بعدی کمک کننده یادگیری مبارزه با استرس و تشویق فرد به ترک سیگار است. روزهای اول ترک که بیشترین مشکلات بروز می‌کند، باید یک لیست از مکانها و زمان‌هایی که انسان میل بیشتری به کشیدن سیگار دارد، (بعد از غذا، بعد از قهوه و...) تهیه نموده و سعی شود تا به جای روشن کردن سیگار در این موقعیتهای خاص به چیزهای دیگر فکر شود: قدم زدن آرام، دوش گرفتن، نوشیدن آب و ورزش. شخص باید برای خلاصی از سیگار تمامی وسایلی که در رابطه با سیگار هستند منجمله فندک و زبیر سیگاری را در منزل و ماشین کنار بگذارد. خانواده و دوستان و همکاران نیز باید در ترک سیگار مشوق باشند و به مانند یک بیمار احساسات تحریک پذیر فرد را درک کنند. پولی را که صرف خرید سیگار می‌کردید جمع نموده و آخر هفته وقتی به میزان دلخواه رسید با آن خرید کنید. یک لیست از دلایل لزوم ترک سیگار تهیه و در دسترس گذاشته و اغلب به آن نگاه کنید. اگر پزشک داخلی توصیه به ترک سیگار نموده حتما جهت ترک با او مشورت کنید. تاریخ ترک سیگارتان را به خوبی معین کنید و آن را به یکسال دیگر موکول نفرمایید. در سال ۲۰۰۲ روز جهانی ورزش بدون سیگار تعیین شد. از آن پس جام جهانی فوتبال که پر طرفدارترین رویداد ورزشی در جهان است در روز ۳۱ ماه می (روز جهانی بدون دخانیات) شروع می‌شود. اشخاصی که همچنان به سیگار روی می‌آورند جزو میلیون‌ها قربانی جدید در کشورشان می‌گردند. در نتیجه چنین رفتاری کودکان بسیاری از نعمت داشتن پدر و مادر بر اثر ابتلا به سرطان و بیماری‌هایی قلبی محروم می‌شوند. همچنین تنها نیمی از نوجوانان که به سمت اعتیاد رفته‌اند، به سنین میان‌سالی می‌رسند.

بیماری پرگرم

نام دیگر بیماری برگرم، ترمو آنژیت اوبلیتران است که شامل التهاب شریان و ورید و اعصاب پاها بوده منجر به کاهش جریان خون پاها می‌شود. در صورت عدم درمان بیماری به گانگرن و مرگ بافت و قطع عضو مبتلا دچار می‌شود.

میرطابق

بیش از چهل ماده در دود تنباکو سرطان‌زا است. سیگاریها بیست و دو برابر غیر سیگاری‌ها به سرطان ریه دچار می‌شوند. بر اساس تحقیقات، هر چقدر فردی بیشتر سیگار بکشد، بیشتر در معرض خطر ابتلاء به سرطان‌های دیگر قرار دارد. این سرطان‌ها عبارتند از: سرطان بینی (۲ برابر) زبان و دهان و غدد بزاق و حنجره (۶ تا ۲۷ برابر) سرطان گلو (۱۲ برابر) سرطان مری (۸ تا ۱۰ برابر) سرطان معده (۲ تا ۳ برابر) کلیه (۵ برابر) مثانه (۳ برابر) آلت تناسلی (۲ تا ۳ برابر) پانکراس (۲ تا ۵ برابر) سرطان روده و رکتوم (۳ برابر) سرطان مقعد (۵ تا ۶ برابر) همچنین طبق برخی بررسیها سرطان پستان و سیگار نیز به هم مربوطند.

فروانی سلامت می، ترک دخانیات

محصولات تنباکو بیشترین مواد اعتیادزایی هستند که در زندگی افراد مصرف می‌شود. سیگار اثرات فیزیولوژیک و روانی و اجتماعی بسیاری بدن را دارد. عواملی که ترک آن را مشکل می‌کند، فرهنگ عامه مقبول بودن سیگار و ترغیب به استعمال آن است. ترک سیگار در زندگی فرد فواید فوری و فواید دراز مدت دارد. بر اساس 'انجمن سرطان آمریکا' وقتی شخص سیگاری ترک می‌کند ابتدا یکسری تغییرات در بدنش پدید می‌آید. در بیست دقیقه اول فشار خون و نبض به اندازه نرمال می‌رسد. پس از ۸ ساعت سطح اکسیژن و متواکسیدکربن خون به حد نرمال می‌رسد. ۴۸ ساعت بعد التهاب‌های عصبی شروع به رشد کرده، و حس جشایی و حس بویایی بهتر می‌شود. ۲ تا ۳ ماه بعد از ترک سیگار، گردش خون و تنفس فرد بهتر می‌شود. ۱ تا ۹ ماه بعد سرفه، احتقان سینوسها، خستگی، کوتاهی دم و باز دم رفع شده مزک های تنفسی ریه دوباره رشد می‌کند. پس از ده سال ریسک سرطان ریه این فرد مشابه افراد غیر سیگاری خواهد شد. پس از پانزده سال ریسک بیماری کرونر قلب نیز مشابه افراد غیر سیگاری می‌شود.

ترک سیگار

اولین سوالی که برای فرد سیگاری پیش می‌آید، آنست که در صورت ترک سیگار برایم چه اتفاقی رخ می‌دهد؟ بدترین عوارض پس از ترک حدود یک ماه اول است که شامل عدم تمرکز، عصبی شدن، خستگی، تحریک پذیری، اضطراب، عدم ثبات، افزایش اشتها و وزن می‌باشد چگونگی احساس فرد حین ترک سیگار بستگی به

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۲۰

آمده است... BMJ

تحقیقات برای درمان ایدز: درمان سه دارویی

آزمایش یادداشت نمایند. پس از ۱۲ ماه، مشخص شد که تست غیر تهاجمی تنفسی جهت تشخیص هلیکوباکتر پیلوری، همانند آندوسکوپی مؤثر و بی خطر بوده است. به علاوه، همانند آندوسکوپی موجب اطمینان خاطر بیمار می شود و درد و ناراحتی و هزینه کمتری نیز برای بیمار داشته است. به اعتقاد محققین این مقاله، در بیماران دچار سوء هاضمه بدون عارضه، آزمایش تنفسی برای تشخیص هلیکوباکتر پیلوری روش ارجح است.

خطر مشکلات قلبی در میان بیماران دیابتی کمتر از آن چیزی است که پیش از این تصور می شد.
در BMJ آمده است، بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نسبت به بیماران قلبی کرونری، کمتر در معرض خطر مرگ قلبی قرار دارند و بیشتر به دلیل حمله قلبی در بیمارستان بستری می شوند. این نتایج با این عقیده که بیماران مبتلا به دیابت به اندازه بیماران غیر دیابتی که سابقه حمله قلبی داشته اند، در معرض خطر حملات و مرگ قلبی قرار دارند، مخالف می باشند. طبق این نظریه بیماران دیابتی باید مکرراً تحت آزمایش بالینی قرار گیرند.
محققان بر روی ۴۶۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ و ۸۷۰۰ بیمار مبتلا به بیماری قلبی کرونری دو تحقیق انجام دادند. در هر دو تحقیق بیمارانی که دچار حمله قلبی شده بودند، بیش از بیماران دیابتی در معرض خطر مرگ قلبی و بستری شدن در بیمارستان قرار داشتند. محققین عقیده دارند که نتایج تحقیق آنها تأثیر مهمی بر نحوه برخورد با بیماران دیابت در طب بالینی خواهد داشت.

مدارک جدید موجود در BMJ، استفاده از ۳ داروی ضد ویروس (درمان سه دارویی) را جهت درمان افراد مبتلا به HIV تأیید می نماید. محققان برنیکهام ۵۴ مطالعه مربوط به ۲۰۰۰۰ بیمار مبتلا به HIV را که قبلاً تحت درمان ضد ویروسی قرار نگرفته بودند، بررسی کردند. ترکیب سه دارو بسیار مؤثر تر بود، اما مدارک کافی در مورد تأثیر هشت درمان چهار دارویی یا بیشتر موجود نبود. به علاوه تنوع واضحی بین نتایج مطالعات مختلف وجود داشت که علت آن احتمالاً کیفیت انجام طرحها و داروهای مختلف بود. تحقیقات بیشتری برای مشخص شدن مؤثرترین ترکیب سه دارویی و این نکته که آیا درمان چهار دارویی تا چه حد مؤثرتر است نیاز است.

تست تنفسی ساده ممکن است چاپگرزین آندوسکوپی گردد

محققان در BMJ عنوان نموده اند که تست تنفسی ساده جهت تشخیص هلیکوباکتر پیلوری به اندازه آندوسکوپی مفید و سودمند می باشد و درد و نگرانی آن به مراتب کمتر است. مطالعاتی بر روی ۸۰۷ بیمار مبتلا به سوء هاضمه انجام شد، که همه آنها جهت انجام آندوسکوپی به بیمارستان مراجعه نموده بودند. (مشاهده قسمت های داخلی دستگاه گوارش توسط وسیله ای لوله مانند) جهت تشخیص هلیکوباکتر پیلوری بر روی ۳۵۶ بیمار آزمون تنفسی و بر روی ۳۵۲ بیمار دیگر آندوسکوپی صورت گرفت. از بیماران درخواست شد که میزان درد یا ناراحتی خود را به هنگام

روده بزرگ پولیپ‌ها

تهیه و تنظیم: دکتر حق پناه

می‌کنند. بستگان افرادی که به پولیپ و یا سرطان روده بزرگ مبتلا بوده‌اند معمولاً در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به این بیماری‌ها قرار دارند. بنابراین بنظر می‌رسد علاوه بر عوامل محیطی، نوعی عامل ژنتیکی نیز در بروز این بیماری‌ها مؤثر باشد. بعضی از بیماری‌های ژنتیکی نیز (به نام پولیپوز آدنوماتوز فامیلی) وجود



ممکن است شما نیز یکی از افرادی باشید که پزشک برایشان تشخیص پولیپ روده بزرگ را داده است. هنگامی که صحبت از پولیپ‌های روده بزرگ به میان می‌آید سوالات مختلفی در ذهن بیماران مطرح می‌شود، از جمله این که پولیپ‌های روده بزرگ تا چه اندازه اهمیت دارد؟ آیا وجود پولیپ بدان معناست که دچار سرطان روده بزرگ می‌شویم؟ آیا با تشخیص پولیپ نیاز به جراحی خواهیم داشت؟ پولیپ‌های روده بزرگ نوده‌ها و یا برجستگی‌هایی هستند که از دیواره روده بزرگ به سمت داخل رشد می‌کنند. واقعیت این است که بعضی از انواع پولیپ‌ها (که به پولیپ‌های آدنوماتوز معروفند) به طور بالقوه این قابلیت را دارند که سرطانی شوند در حالیکه انواع دیگر (که پولیپ‌های هیپرپلاستیک یا التهابی نام دارند) تقریباً هرگز به سرطان تبدیل نمی‌شوند. اگر در بررسی‌های پزشکی پولیپی در روده بزرگ شما پیدا شده باشد نباید آنقدر هم نگران باشید زیرا:

- همه پولیپ‌ها سرطانی نمی‌شوند
- سالها طول می‌کشد تا یک پولیپ سرطانی شود
- پولیپ‌ها را می‌توان به راحتی و به طور کامل برداشت
- بسیار مهم است که برای بررسی و ادامه سیر درمانی خود با پزشک خود مشورت کنید زیرا نوع، اندازه و محل پولیپ‌ها در تصمیم‌گیری برای نحوه درمان یا برداشتن آنها بسیار مؤثر است. به عنوان مثال بیمارانی که پولیپ آدنوماتوز خود را برداشته‌اند باید در آینده نیز مراجعه به پزشکی داشته باشند تا از برداشته شدن کامل پولیپ یا عدم عود آنها در نقاط دیگر اطمینان حاصل شود.

چه عواملی باعث ایجاد پولیپ‌ها می‌شود؟

پولیپ‌های روده بزرگ در کشورهای صنعتی و توسعه یافته شیوع بیشتری دارد. تاثیر دقیق عوامل محیطی و رژیم غذایی در ایجاد پولیپ‌ها شناخته شده نیست اما تعدادی از عواملی که به نظر می‌رسد باعث افزایش خطر ابتلا به پولیپ‌های روده بزرگ می‌شوند عبارتند از:

- رژیم غذایی پر چربی
- رژیم غذایی حاوی گوشت قرمز زیاد
- رژیم غذایی کم فیبر
- مصرف سیگار
- سن بالا

بیشتر موارد سرطانهای روده در سنین بالاتر از ۵۰ سال رخ می‌دهند. از زمانی که یک پولیپ کوچک رشد می‌کند تا زمانی که بزرگ و سرطانی می‌شود معمولاً حدود ۱۰ سال طول

دارند که در آنها افراد مبتلا پولیپ‌های متعددی را در روده بزرگ خود دارند. این پولیپ‌ها در سنین پایین‌تری بوجود می‌آید و در سنین پایین‌تری نیز منجر به سرطان روده بزرگ می‌شوند. البته این بیماری‌ها چندان شایع نیست. اگر در بستگان خود سابقه‌ای از پولیپ‌های روده بزرگ، سرطان روده بزرگ و یا هر نوع بدخیم دیگری بخصوص در سنین پایین داشته‌اید حتماً این نکته را با پزشک خود در میان بگذارید زیرا در این صورت شما نیز در معرض خطر بیشتری قرار دارید و شاید لازم باشد از سن پایین‌تری برای یافتن زودرس و به موقع این بیماری‌ها تحت معاینه و بررسی قرار گیرند.

چهگونه می‌توان پولیپ‌ها را یافت؟

پولیپ‌ها معمولاً در آندوسکوپی قسمت‌های روده بزرگ (که سیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی نامیده می‌شود) یافته

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۲۲

می‌شوند. همچنین عکس برداری از روده بزرگ با ماده حاجب می‌توان پولیپ‌های بزرگتر را نشان دهد اما ممکن است پولیپ‌های کوچک در عکس مشخص نشوند. علاوه بر این در حین انجام کولونوسکوپی پزشک علاوه بر دیدن بهتر تمام نقاط روده می‌توان پولیپ را برداشته و خارج کند و برای بررسی بیشتر به آزمایشگاه بفرستد.

پولیپ‌ها به چه شکلی هستند؟

در حین انجام کولونوسکوپی پزشک یک لوله انعطاف پذیر مجهز به یک دوربین ریز را وارد روده بزرگ می‌کند و محیط درونی روده بزرگ را تحت بررسی قرار می‌دهد. پولیپ‌ها برجستگی‌ها یا توده‌هایی هستند که از دیواره روده بزرگ به سمت داخل آن رشد می‌کنند. توده پولیپ ممکن است کاملاً به دیواره داخلی روده بزرگ چسبیده باشد و یا توسط یک ساقه از دیواره روده آویزان شده باشد.

چرا باید پولیپ‌ها را برداشت؟

سرطان‌های روده بزرگ از مهمترین علل مرگ در کشورهای مانند آمریکا هستند. با تشخیص و برداشتن به موقع پولیپ‌های روده بزرگ که خاصیت سرطانی شدن دارند (یعنی پولیپ‌های آدنوماتوز) می‌توان از بروز سرطان روده بزرگ پیشگیری کرد. اگر در حین کولونوسکوپی، پولیپی در روده مشاهده شود می‌توان آن را به راحتی خارج کرد تا از سرطانی شدن آن جلوگیری شود.

آیا پولیپ‌ها علائمی هم دارند؟

پولیپ‌ها معمولاً علامتی ایجاد نمی‌کنند. آنها معمولاً بطور اتفاقی در حین انجام کولونوسکوپی یافته می‌شوند. بعضی از پولیپ‌ها ممکن است خونریزیهای خفیفی داشته باشند. این خونریزیها آن قدر خفیف هستند که بیمار به هیچوجه متوجه آنها نمی‌شوند اما می‌توان با انجام آزمایش مدفوع آن را تشخیص داد و به وجود پولیپ مشکوک شد.

این خونریزی‌ها اگر چه خفیف هستند می‌توانند در طول زمان باعث کم خونی شوند بنابراین به خصوص در افراد مسن دچار کم خونی حتماً باید آزمایش مدفوع برای خون مخفی (حداقل در سه نوبت) انجام شود.

پولیپ‌ها ممکن است خونریزی واضح نیز ایجاد کنند که البته این حالت به ندرت رخ می‌دهد. همچنین پولیپ‌های بزرگ ممکن است باعث انسداد و بسته شدن مسیر روده بزرگ شوند که در این صورت با دردهای شکمی همراه خواهند بود.

انواع پولیپ‌ها

معمولاً در طی انجام کولونوسکوپی دو نوع پولیپ ممکن است مشاهده شود: پولیپ‌های هیپرپلاستیک و پولیپ‌های آدنوماتوز. پولیپ‌های هیپرپلاستیک معمولاً کوچکند و در قسمت‌های انتهایی روده بزرگ قرار دارند. این پولیپ‌ها سرطانی نمی‌شوند. ظاهر این پولیپ‌ها را نمی‌توان از سایر انواع آن افتراق داد بنابراین معمولاً تمام پولیپ‌ها را در حین کولونوسکوپی بر می‌دارند و برای آزمایش ارسال می‌کنند. اما پولیپ‌های آدنوماتوز خطر سرطانی شدن دارند. این پولیپ‌ها را بر اساس اندازه، ظاهر و خصوصیات میکروسکوپی آنها طبقه بندی می‌کنند. هر چه اندازه این پولیپ‌ها بزرگتر باشد شانس سرطانی شدن آنها بیشتر است.

پولیپ‌ها را چگونه پرمی‌دارند؟

بهترین و معمول ترین راه برای برداشتن پولیپ‌های کولونوسکوپی و برداشتن پولیپ از طریق لوله کولونوسکوپ است.

به این عمل پولیپکتومی گفته می‌شود. معمولاً حلقه‌ای به دور پایه پولیپ قرار داده می‌شود و با جریان الکتریسیته آن را قطع می‌کنند. این کار در حین انجام کولونوسکوپی انجام می‌شود و کاملاً بدون درد است. به ندرت ممکن است برای برداشتن پولیپ‌های بزرگ به جراحی نیاز باشد. معمولاً برداشتن پولیپ کاری بی‌خطر است اما به ندرت ممکن است عوارضی ایجاد کند.

ممکن است محل برداشتن پولیپ خونریزی کند و یا برداشتن پولیپ موجب سوراخ شدن روده بزرگ شود. این عوارض شیوع زیادی ندارند ولی ممکن است برای درمان نیاز به جراحی پیدا کنند. برای کاهش خطر ابتلا به این عوارض باید به توصیه‌های پزشک خود توجه کنید.

آیا پولیپ‌ها عود می‌کنند؟

بیماری که دچار پولیپ آدنوماتوز شده و پزشک وی آن را برداشته است ممکن است مجدداً به پولیپ آدنوماتوز مبتلا شود. بر طبق مطالعات انجام شده ۳ سال بعد از برداشتن یک پولیپ آدنوماتوز شانس ابتلای مجدد به پولیپ جدید ۲۵ تا ۳۰ درصد است. به همین علت لازم است بیماران برای بررسی و کولونوسکوپی مجدد هر ۳ تا ۵ سال مراجعه کنند.

آیا روشی غیر از کولونوسکوپی مجدد

برای پیشگیری از نظر وجود پولیپ وجود دارد؟

اگرچه روشهای جدیدی چون استفاده از تستهای ژنتیکی و یا کولونوسکوپی مجازی (با استفاده از سی تی اسکن یا ام - آر - آی) در حال تکمیل و بررسی هستند در حال حاضر کولونوسکوپی بهترین و کارآمدترین روش برای پیشگیری بیمارانی از نظر ابتلا و یا عود پولیپ‌های روده بزرگ می‌باشند.

چه کنیم تا شانس ابتلا به پولیپ‌های پیشتر

و یا سرطان روده بزرگ در ما به حداقل برسد؟

- مهمترین کار برای کاهش خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ یا ابتلا به پولیپ روده مراجعه منظم و پیگیر به پزشک است. تحقیقات برای یافتن راههایی جهت پیشگیری از سرطان روده بزرگ ادامه دارد. تعدادی مواد غذایی و داروها در این زمینه مورد بررسی قرار گرفته اند. کالچ بیماریهای گوارشی آمریکا موارد زیر را برای پیشگیری از سرطان روده بزرگ پیشنهاد کرده است:
- رژیم غذایی حاوی چربی کم و میوه، سبزیجات و فیبر فراوان
- نگهداشتن وزن بدن در محدوده طبیعی
- اجتناب از مصرف سیگار و الکل
- استفاده از مکمل غذایی کربنات کلسیم.

راههای دیگری هم برای پیشگیری از سرطان روده بزرگ تحت بررسی هستند و در آینده ممکن است موثر شناخته شوند، مانند: مصرف داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی مانند آسپیرین یا استامینوفن، مصرف اسید فولیک یا مکمل‌های حاوی سلنیم.

گروههایی که خانواده بیمارانی

بستگان درجه اول (والدین، خواهر، برادر، فرزند) بیماران کمتر از ۵۰ سال مبتلا به پولیپ‌های آدنوماتوز و سرطان روده بزرگ قرار دارند. بنابراین بستگان این بیماران باید در سنین پایین‌تری نسبت به سایر افراد (معمولاً در سن ۴۰ سالگی) برای بررسی از نظر وجود این بیماری‌ها مراجعه داشته باشند. همچنین بستگان بیماران مبتلا به پولیپوز فامیلی باید از نظر وجود پولیپ روده بزرگ بررسی شوند.

تالاسمی درمان بیماران بایپوند مغز استخوان

ماخذ: مجله TIF شماره ۳۳ آگوست ۲۰۰۱
ترجمه: اعظم صافی
سرپرست بخش تالاسمی و هموفیلی اصفهان

مقدمه

تالاسمی یک بیماری ژنتیکی است که احتیاج به درمان با رژیم هیپوترانسفوزیون داشته تا کم خونی با افزایش گلبولهای قرمز و جایگزینی گلبولهای قرمزی که از بین رفته اند، جبران شود. هر چند که این رژیم باعث افزایش سطح آهن بدن و زوال و نابودی ارگانهای حیاتی بدن می گردد. شلاته زدن منظم آهن با دسفرال باعث کاهش سرعت این روند می گردد ولی افزایش بار آهن به تدریج ممکن است باعث فیبروز شدن کبد گردد که با ابتلا فرد به هیپاتیت مزمن فعال سیر آن تشدید می گردد. تنها درمان قطعی برای تالاسمی اصلاح عیب ژنتیکی به وسیله پیوند مغز استخوان می باشد. مشکل افزایش بار آهن بعد از عمل پیوند مغز استخوان بوسیله فلیوتومی و یا درمان با دسفرال به مدت ۶ الی ۱۲ ماه بر طرف می گردد.

عمل پیوند مغز استخوان

ابتدا HLA بیمار و والدین و خواهران و برادرانش مشخص می گردد. احتمال اینکه هیچ یک از خواهران و برادران بیمار دارای HLA مشابه با بیمار نباشد ۲۵٪ می باشد و احتمال داشتن یک HLA سازگار با بیمار در بین افراد خانواده ۴۰-۳۶٪ می باشد. اغلب به طور اشتباه به والدین و خانواده بیمار اطلاع می دهند که فقط به احتمال ۱۰٪ امکان دریافت یک پیوند با HLA سازگار وجود دارد. زمانی که یک اهدا کننده سازگار جهت بیمار پیدا می شود، در یکی از سه گروه طبقه بندی ریسک پزارو قرار می گیرند. این طبقه بندی بر اساس وضعیت بیمار و بیوپسی کبد می باشد. دستورالعمل قبل از پیوند در گروه یک و دو شبیه به هم می باشد و پروتکل ۶ نامیده می شود. زمانی که برای یک بیمار دستورالعمل قبل از پیوند گروه سوم تعیین شود، او کسی است که ریسک فاکتور بیشتری دارد و احتیاج به زمان و تجربه بیشتری نیز دارد. بعضی از صاحب نظران به درمان بر اساس طبقه بندی پزارو انتقاد کرده اند، که آن فقط بر اساس هپاتو مگالی ارزشیابی شده است که مثلاً کبد چند

سالتیمتر زیر دنده لمس می شود ولی با اینحال ما هنوز سیستم بهتری برای ارزشیابی بیمار قبل از پیوند پیدا نکرده ایم.

دو روشی درمان اساسی جهت آماده گوی قبل از عمل پیوند و جوش داروه

الف) ریشه کن کردن سیستم هموپوئیتیک بوسیله تجویز یک دوز کامل ۱۶ mg/kg با بوسولفان. (ب) سرکوب کردن سیستم ایمنی بدن بوسیله تجویز یک دوز کامل ۲۰۰ mg/kg با سیکلوفسفامید. با این حال یک تاثیر مشترک از فعالیت آنتی پرولیفراتیو بوسولفان بر روی سلولهای سیستم ایمنی و سیکلوفسفامید بر روی سلولهای سیستم هموپوئیتیک یعنی استم سلها (StemCell) وجود دارد. افزایش دوز این داروها باعث افزایش توکسی سیتی شده و بنابراین نمی توان دوز آنها را افزایش داد. زمانی که پیوند الونژیک برای گیرنده انجام شد، ممکن است یک واکنش پیوند ایمنولوژیکی در مقابل میزبان صورت گیرد، (GVHD) که یک یا چند ارگان را با درجات مختلف درگیر می سازد. بیشترین تاثیرات بر روی پوست، دستگاه گوارشی و کبد می باشد. این بیماری یکی از مشکلات جدی در پیوند مغز استخوان می باشد که ممکن است کشنده هم باشد. بنابراین تجویز پروفیلاکسی سیکلوسپورین که یک ایمنوساپرسیو می باشد. یکی از اقدامات مهم قبل و بعد از پیوند استخوان است. در ۱۵ روز اول بعد از پیوند مغز استخوان ممکن است ۳ الی ۴ دوز از داروی متوتروکساید نیز به سیکلو

جدول ریسک پزاروی

طبیعی در مقابل غیر طبیعی	درمان با دسفرال
وجود دارد یا وجود ندارد	بزرگی کبد
وجود دارد یا وجود ندارد	فیبروز کبدی

جدول ۱: عوامل خطر ناک برای پیوند مغز استخوان در تالاسمی

گروه	درمان با دسفرال	بزرگی کبد	فیبروز کبد
گروه اول	طبیعی	وجود ندارد	وجود ندارد
گروه دوم	طبیعی یا غیر طبیعی	وجود دارد یا وجود ندارد	وجود دارد یا وجود ندارد
گروه سوم	غیر طبیعی	وجود ندارد	وجود دارد

جدول شماره ۲: عوامل خطر ناک برای پیوند مغز استخوان در تالاسمی

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۲۲



سپورین اضافه شود.

روزی پیوند مغز استخوان (روزی مغز)

مغز استخوان به میزان ۱۰ cc/kg وزن بدن اهدا کننده از محل خارهای ایلایک اهدا کننده کشیده می‌شود. در این مرکز (پیزارو) سن اهدا کننده بین ۸ ماهگی تا ۴۶ سالگی می‌باشد. متوسط تعداد سلولهای نوکلئوتیدی که به ازای هر کیلوگرم وزن گیرنده، می‌باشد.

تا امروز هیچ مشکل مهمی برای اهدا کننده پیش نیامده است. تفاوت گروه خونی ABO اهدا کننده و گیرنده نیز مشکلی ندارد زیرا پلاسما و گلبولهای قرمز مغز استخوان اهدا کننده به طور کلی جدا می‌شود (قبل از تزریق). سپس مغز استخوان از یک ورید محیطی در عرض ۴-۶ ساعت تزریق می‌شود.

پلاگماصله، پدک لای پیوند

زمانیکه مغز استخوان به گیرنده تزریق می‌شود بیمار در ایزوله بسر میبرد چرا که مغز استخوان وی اپلاسیک است و پلاکت‌ها و گلبولهای قرمز را به همراه دوز پروفیلاکسی داروهای ضد قارچی، ویروس و باکتری دریافت می‌کنند. سیکلوسپورین و دوز پردنیزولون به عنوان درمان پیشگیری کننده از GVHD داده می‌شود. حدود روز سیزدهم بعد از عمل، اولین گلبول سفید اهدا کننده در خون محیطی گیرنده ظاهر می‌شود و اگر برای بیمار مشکلی پیش نیاید، در روز بیست و پنجم که تعداد گلبولهای سفید خونی تأیید کننده یک سیستم ایمنی مناسب برای بیمار است، بیمار از بیمارستان مرخص می‌شود. ۱۵٪ از بیماران به علت GVHD به مدت طولانی در بیمارستان می‌مانند.

پیگیری بیمار پدک لای پیوند به صورت منظم

آزمایشات ابتدایی خون و معاینات فیزیکی دو بار در هفته تا زمانیکه بیمار به خانه میرود و معمولاً حدود ۷۰ روز برای بیماران گروه یک و دو و ۹۰ روز برای بیماران گروه سه می‌باشد، انجام می‌گردد. درمان با سیکلوسپورین بمدت یک سال بعد از پیوند ادامه می‌یابد و به تدریج قطع می‌شود. ۱۸ ماه بعد از پیوند مغز استخوان سلولهای پیوندی در مغز استخوان در خون محیطی ارزشیابی می‌شود. دو سال بعد از پیوند جهت بررسی کبد از نظر فیبروز، هیپانیت مزمن و رسوب آهن، بیوپسی کبد به عمل می‌آید. برنامه ریزی جهت کاهش بار آهن توسط دسفرال و یا فلبوتومی، بستگی به نتایج بیوپسی کبد دارد.

نتایج پیوند مغز استخوان

ما نتایج یکسری از تحقیقات راجع به پیوند مغز استخوان بیماران تالاسمی بین ۱-۲۵ سال که از والدین یا خواهران و برادران با HLA سازگار، پیوند دریافت داشته اند را در زیر گزارش می‌کنیم. تعداد کل بیماران پیوند شده ۸۸۶ نفر می‌باشد. گروه سوم بیماران از نظر سنی به دو گروه تقسیم می‌شوند: گروه اول بیماران جوانتر از ۱۷ سال و گروه دوم بالغین که شامل بیماران بالاتر از ۱۶ سال بودند. مشکل اصلی در گروه بیماران جوانتر از ۱۷ سال، میزان بالای رد پیوند بود. در آوریل سال ۱۹۹۷ یک رژیم مقدماتی جدید تحت عنوان پروتکل ۲۶ با هدف افزایش ریشه کنی مغز استخوان و ایمنوساپرسی پیشنهاد و اجرا شد. در این رژیم داروهای از تیوپرین، هیدروکسی اوره و فلوئدارابین به بوسولفان و سیکلوفسفامید اضافه

گردید. یک پروتکل مشابه هم برای گروه بالغین با کاهش دوز سیکلوفسفامید به ۹۰ mg/kg در نظر گرفته شد. هدف اصلی در این گروه کاهش توکسی سیتی ناشی از داروی بعد از پیوند بود که با این رژیم تحقق یافت. نتایج مقدماتی به دست آمده بر روی ۱۱ بیمار تالاسمی بیانگر کاهش توکسی سیتی و کاهش مرگ و میر بود. نتایج اولیه حاصل از پیوند ۲۳ بیمار تالاسمی گروه سه که جوانتر از ۱۷ سال بودند با آمادگی توسط پروتکل ۲۶ بیانگر موفقیت آن و بقای ۹۶٪ بیماران بعد از پیوند بود.

نتیجه

تنها درمان قطعی بیماران تالاسمی هموزیگوت پیوند مغز استخوان از اهدا کننده شناسایی شده از نظر HLA کاملاً مشابه و سازگار با گیرنده می‌باشد. که این امر باعث ایجاد یک موقعیت مناسب برای تولید و دوام سطح نرمال هموگلوبین در گیرنده می‌شود. کلیه بیماران تالاسمی و والدین و خواهران و برادرانشان باید از نظر HLA جهت تصمیم گیری به پیوند مغز استخوان بررسی و ارزشیابی شود. زمانیکه یک اهدا کننده مناسب از نظر HLA برای کلیه بیماران تالاسمی اعم از یک و دو و سه وجود داشته باشد، پیوند مغز استخوان به عنوان یک درمان پیشنهاد می‌شود و به بیماران بزرگسال نیز باید این امکان جهت درمان قطعی داده شود.

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۲۵

گلوکز

دکتر دیوید مک کلوج

از نوک انگشتان با (استفاده از ابزار خاص) آغاز می‌شود. اگر در گرفتن قطره خون با مشکل مواجه شدید، روند ذیل را به کار گیرید:

- دست خود را با آب گرم شستشو دهید.
- دست خود را پایین‌تر از کمر گرفته و به سمت پایین تکان دهید.
- با فشار دست دیگر قطره خون را خارج نمایید.

میزان گلوکز (قند) در یک قطره خون از طریق یک ابزار سنجش (گلوکومتر) که به شکل ارقام دیجیتال نشان می‌دهد، و یا نوار حساسیت سنج گلوکز (که تغییر رنگ داده و سپس با یک نمودار رنگی مقایسه و اندازه‌گیری می‌شود) اندازه‌گیری می‌گردد. مشاور بهداشتی شما می‌تواند تمامی اطلاعات و دستورات لازم را که نیاز دارید، در اختیاران قرار دهد.

«هر چقدر، دیرتر، پیاز و کاه‌خوردن، خرد کردن و خوردن»

نوسانات و فرکانس اندازه‌گیری گلوکز خون، بستگی مستقیم با نوع دیابت شما دارد. همچنین این امر به عوامل دیگری که در تغییر میزان قند خون دخیل هستند و همین‌طور به اهداف درمان وابسته است.

بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱، حفظ میزان قند خون در

سطح طبیعی با رعایت حداکثر ایمنی می‌باشد. کنترل روزانه قند خون تنها راه تحقق این هدف است. تعداد اندازه‌گیریهای

افراد مبتلا به دیابت (ملیتوس) نقش مهم‌تر مراقبت پزشکی از خود، دارند. بسیار مهم است که تا حد ممکن از شرایط خود آگاه شوید و فعالانه در تصمیمات مربوط به سلامتی و مداوای خود شرکت نمایید. پیگیری و کنترل میزان گلوکز (قند خون) در منزل فرصتی برای افراد مبتلا به دیابت (مرض قند) جهت کنترل سلامتی خود می‌باشد.

اگر چه دیابت یک بیماری حاد ارزیابی شده است ولی با تغییرات عادات زندگی و مصرف دارو قابل کنترل می‌باشد. مهمترین هدف درمان، ثابت نگه داشتن میزان قند خون در سطح طبیعی و یا نزدیک به آن می‌باشد. پیگیری و کنترل میزان قند خون از بهترین روش‌های موثر برنامه درمانی شما برای مقابله با دیابت (مرض قند) می‌باشد.

یزشک شما به صورت دوره ای دستور انجام آزمایشات خون جهت تعیین گلوکز خون شما و تعیین میزان ماده ای در خون به نام HPA1C (موسوم به گلیکوهموگلوبین) را می‌دهد. نتایج این آزمایشات، به یزشک تصویری کلی از چگونگی کنترل بیماری دیابت شما می‌دهد، ولی در جهت تنظیم بهینه و روزانه برنامه درمانی شما و دستیابی به سطح مطلوب میزان قند خون نیاز به همکاری شما از طریق کنترل گلوکز (قند) خون در منزل دارد.

کنترل گلوکز در منزل موجب اجتناب از عوارض جدی و بالقوه بالارفتن و یا پایین آمدن میزان گلوکز خون می‌شود. این نوع کنترل همچنین امکان نظارت و کنترل دقیق تر میزان قند خون را میسر ساخته، امکان بروز عوارض دیابت را در طول زمان کاهش می‌دهد و از وخیم‌تر شدن آنها در صورت وجود، جلوگیری می‌نماید.

گلوکز (قند) را چگونه می‌توانیم در منزل کنترل کنیم؟

هر فرد مبتلا به دیابت (به استثنای کودکان خردسال) با استفاده از ابزاری خاص می‌توانند میزان گلوکز خون خود را اندازه‌گیری نمایند. این اندازه‌گیری با گرفتن یک قطره خون

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۲۶

روزانه بستگی به وضعیت بیماران دارد. اکثر بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱، نیاز به اندازه گیری میزان قند خون خود، ۳ یا ۴ بار در روز دارند. در حالی که بیماران تحت درمان فشرده با انسولین، این عمل را باید حتی ۷ بار در روز انجام دهند.

بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

کنترل گلوکز خون مبتلایان به دیابت نوع ۲ نیز مهم است. فرکانس و تعداد مطلوب اندازه گیریها شناخته شده نیست. اگر چه معمولاً از تعداد اندازه گیریها در دیابت نوع ۱ کمتر می باشد. پزشک شما برنامه انجام این کار را تنظیم می نماید.

چگونگی از ارقام اندازه گیری گلوکز خون در منزل، بدست آوردن

تعدادی از ارقام و اعداد است. مهم است با پزشک خود در مورد مفهوم این ارقام صحبت کنید و این که چگونه آنها را ثبت نمایید و از آنها در جهت کنترل بهتر قند خون خود استفاده نمایید. به طور کلی، اغلب شما باید جدولی از ارقام و نتایج سنجش گلوکز خون خود تهیه نمایید. این جدول باید شامل زمان گرفتن نمونه، میزان داروی مصرف شده، آخرین وعده غذایی مصرف شده، ورزش و حرکات فیزیکی انجام شده و وجود هر گونه بیماری و یا استرس باشد. تعداد روزهای زیادی نیاز است تا از نمونه های گرفته شده و نتایج آن جهت تعیین الگوی روزانه و تعیین سبک و عادات زندگی روزانه و تنظیم چگونگی مصرف داروهای تجویز شده، استفاده گردد. بیماران دارای دیابت نوع ۱ که تحت درمان فشرده (یا تزریق) انسولین قرار دارند، می توانند میزان انسولین مورد نیاز، قبل از مصرف هر وعده غذا، با استفاده از ارقام و نتایج نمونه گیریهای قند خون، تنظیم نمایند. مبتلایان به دیابت نوع ۲، می توانند از جدول تهیه شده قند خون خود جهت بررسی تاثیر و یا تنظیم جزئیات آن، استفاده نمایند. شما باید دفتر ثبت نتایج اندازه گیریها را با خود به مطب دکتر ببرید.

هر چند گاه لازم است که روند درمانی خود را بر اساس نتایج کنترل قند خون تنظیم نمایید. اندازه گیری میزان قند خون در منزل می تواند اطلاعات بسیار مفیدی را در اختیار شما قرار دهد. اگر چه مهم است که همواره روند معمول خود را با این تغییرات تنظیم نموده و به بدن خود زمان کافی برای پاسخ به

این تغییرات را بدهید. شما نباید بسیاری از جنبه های سبک و روند معمول زندگی خود را همزمان تغییر دهید. مگر اینکه دکتر دستور این کار را به شما داده باشد. با تغییر یک جنبه از سبک و عادات معمول خود در یک زمان بهتر، می توانید تغییرات ناشی از آن تغییر خاص را در میزان قند خون خود، مشاهده و تجربه نمایید. علاوه بر این ممکن است روزهای متمادی به طول انجامد تا تغییر خاصی در جدول نتایج روزانه، بخش قند خون شما دیده شود. لذا صبر و تحمل لازم است.

اندازه گیری گلوکز خون در منزل (در روز)

دقت اندازه گیری بستگی به توانایی دستگاه سنجش گلوکز دارد تا میزان واقعی قند خون شما را نشان دهد. دقت در اندازه گیری، می تواند تحت تاثیر عوامل مختلفی قرارگیرد. شما می توانید برای کنترل دقت اندازه گیری های قند خون خود دستگاه هایتان را هنگام ویزیت دکتر به مطب ببرید. شما می توانید همزمان، با اندازه گیری قند خون خود توسط دکتر، دستگاه اندازه گیری و کنترل شخصی خود را با او مقایسه نمایید. اکثر وسایل کنترل شخصی، میزان گلوکز را در نمونه خون، کامل نشان می دهند که با نتایج آزمایش شده توسط پزشک (اندازه گیری پلاسما) متفاوت است. بنابراین مشاهدات شما ممکن است تا ۱۵٪ با نتایج خون گرفته شده توسط پزشک، متفاوت باشد. مگر اینکه نوار گلوکز یا وضعیت کنترل شما صرفاً نتایج پلاسمای خون را نشان دهند و نوسانات بالا تر از این رقم، نشان دهنده مشکل دار بودن روش های اندازه گیری و یا دستگاه شما می باشد.

گلوکومتر شخصی

وسایل موسوم به گلوکومتر خون، اغلب دقیق می باشند. اگر چه از یک دستگاه تا دستگاه دیگر، ممکن است نوساناتی مشاهده شود. بنابراین لازم است احتیاط و درک عمومی در زمان استفاده از این ابزار رعایت شود. به طور مثال، اگر نتایج یک اندازه گیری با علائم فیزیکی شما و یا فقدان علائم، مطابقت نداشته باشد، از نمونه اندازه گیری دوم و یا روش آزمایش دیگری برای سنجش میزان قند خون خود استفاده نمایید. تمامی دستگاههای اندازه گیری گلوکز خون، در زمان وقوع هیپوگلیسمی (افت قند خون) کمترین دقت خود را دارا می باشد.

نوارهای گلوکز شخصی

ممکن دسته های نواری برخی از انواع نوارهای گلوکز، دارای تفاوتهایی با دسته های نوار دیگر باشد. این گونه تفاوتها ممکن است نیازمند تنظیم مجدد کالیبر گلوکومتر برای هر بار استفاده از دسته نوارهای جدید باشد. مهم است که در مورد نگهداری و انبار نمودن نوارهای گلوکزی خود منظم باشید. به هیچوجه، دسته های مختلف نوار را کنار یکدیگر قرار ندهید و پس از باز نمودن جعبه

یا لوله محتوی آنها، برای حفظ کیفیت، در آن را محکم ببندید. نوارهای جدا و تکی بسته بندی شده، دقت بیشتری دارند، اگر چه گرانتر می باشند. شخصی که با گلوکومتر کار می کند، می تواند منشا خطاهای مختلف باشد. بعضی از روش ها موجب می شوند که گلوکومتر نتایج دقیق تری به ما نشان دهد.

الکترونیک و گمراهی

کسانی که به انجام کنترل مداوم گلوکز قندخون خود علاقمند می شوند، به نتایج دقیق تری دست می یابند تا کسانی که از روی بی حوصلگی و به طور نامنظم به این عمل مبادرت می ورزند.

روشی آزمایشی

شما باید در مورد استفاده صحیح از گلوکومتر خود، آموزش ببینید و دستگاه و نوارهای خود را به مطب آورده تا پزشک شما بر نحوه انجام آزمایش های شما نظارت کرده و قضاوت نماید.

تنظیم هرچه (گالپیر) لوله دستگاه اندازه گیری

شما باید هر چند ماه یکبار، درجه ورودی دستگاه خود را تنظیم نمایید و برای این کار از یک راهنمای آزمایشگاهی و یا متر استفاده کنید.

کمک به کسانی که مشکل چشمی دارند

کسانی که دارای مشکل دید هستند، ممکن است در خواندن گلوکومتر، دچار مشکل شوند که در این رابطه باید از انجمن آموزش دیابت آمریکا کمک گیرند.

چرا آزمایشی ادراری برای کنترل روزانه گلوکز خون مفید نیست؟

اگرچه آزمایشات خون، برای تضمین میزان گلوکز، مشکل زا هستند و از آزمایش نمونه ادرار درد ناکتر می باشند، ولی بهترین نتیجه را از وضعیت جاری گلوکز خون ارائه می دهند. گلوکز موجود در ادرار، به دلایل متعدد زیر، کمک چندانی نمی کند: گلوکز وقتی وارد ادرار می شود که میزان گلوکز خون از ml/dl ۱۸۰ بیشتر باشد. نتایج آزمایش ادرار با میزان و حجم ادرار و تشخیص میزان تغییر رنگ، ممکن است برای تحلیل سخت باشد. آزمایشات گلوکز (قند) در ادرار، اطلاعات مربوط به میزان گلوکز خون را طی ساعت های گذشته ارائه می دهد و وضعیت فعلی و فوری گلوکز در خون را مشخص نمی نماید.

چگونه یک وسیله کنترل گلوکز خون را انتخاب نمایم؟

وسیله واحد و خاص اندازه گیری گلوکز که بهتر از بقیه باشد وجود ندارد. عوامل مختلفی را باید در زمان انتخاب یک وسیله اندازه گیری مد نظر قرار داد.

هزینه

وسایل اندازه گیری گلوکز خون در بازار همیشه در دسترس می باشد. اگرچه شما باید هزینه تدارکات و وسایل جنبی که همراه با یک دستگاه اندازه گیری عرضه می شود، در نظر داشته باشید. این وسایل شامل نوارهای آزمایش و محلول ها می باشد. در دراز مدت این وسایل اضافی، از خود وسایل اندازه گیری، گرانتر تمام می شود. باید از امکانات بیمه ای خود استفاده نمایید.

میزان استفاده

برخی از دستگاه های اندازه گیری ساده تر از بقیه هستند و این را دکتر می تواند توصیه نماید. آیا روش جدیدی برای اندازه گیری گلوکز در دست تدوین می باشد؟

محققینی در حال حاضر، برای پیدا کردن وسایل دارای عوارض و مشکلات کمتر برای بیماران مشغول بررسی می باشند. شرکت MINIMED که از جمله تولید کنندگان پمپ های تزریق انسولین است، وسیله سنجش حساسیت و میزان گلوکز را ساخته است که در یک وسیله سوزن مانند قرار داشته، می توان آن را زیر پوست قرار داد.

این سوزن به نوبه خود، از طریق یک سیم به وسیله ضبطی به اندازه یک دستگاه تلفن موبایل، روی بدن قرار می گیرد. این وسیله سنجش، توانایی ثبت و ضبط صدها مرتبه سنجش گلوکز را طی مدت زمان ۲ یا ۳ روز دارا می باشد.

اطلاعات را می توان به کامپیوتر داده و پس از تحلیل در مطب پزشک به بهترین روش درمانی دست یافت. این وسیله مورد تایید اداره مواد دارویی و غذایی آمریکا (FDA) بوده و در آمریکا یافت می شود.

وسیله Glocowatch یا ناظر بر گلوکز نیز، وسیله خودکار دیگری است که مفید می باشد. این وسیله مثل یک باند به دور بازو بسته می شود و دارای یک جریان کوچک الکتریکی است که قادر به جذب یک نمونه مایع (مانند عرق یا پلاسما) از طریق پوست و انتقال آن به یک وسیله سنجش گلوکز می باشد.

نتایج اولیه نشان می دهد که اندازه گیریها دقیق بوده است، گرچه باید درجه دستگاه هر ۱۲ ساعت و با یک نمونه انگشتی گلوکز تنظیم گردد. در این رابطه ممکن است تحریک جزئی پوستی پدید آید.

منابع اطلاعاتی بیشتر

پزشک شما بهترین منبع برای دریافت اطلاعات جدید تر مربوط به وضعیت خاص خودتان است. تمامی بیماران، مشابه یکدیگر نیستند، و این مهم است که وضعیت شما توسط کسی که با شرایط شما کاملاً آشنا است کنترل شود. مبحث فوق در اینترنت مرکز تحقیقات پزشکی در دسترس می باشد...



دانشگاه علوم پزشکی ایران
طرح تحقیقاتی بخش همودیالیز
بیمارستان تخصصی شهید باهنر کرج

کیفیت دیالیز در بیماران بستری در بخش همودیالیز بیمارستان شهید باهنر کرج در طی شش ماه از سال

۱۳۸۱ = ۱۳۸۰

مجموعه گزیده کتب و مجله‌های تخصصی
فصلنامه علمی پژوهشی و کاربردی تخصصی کلیه رشته‌های علوم پزشکی
مجموعه کتب و مجله‌های تخصصی

کفایت دیالیز

امروزه انجام دیالیز فقط به عنوان یک عمل روتین که بیماران با برنامه ای مشخص برای ماهها و سالها دیالیز شوند تلقی نشده بلکه به صورت یک فرایند فعال می‌باشد که با توجه به شرایط بیمار در هر جلسه باید طول مدت دیالیز، نوع صافی، سرعت جریان خون، tmp اعمال شده و ... تغییر یابند. ولی متأسفانه در کشور ما بیماران برای سالها هفته ای دو یا سه بار و یا حتی یکبار با زمانی مشخص دیالیز شده و معمولاً تغییری در برنامه آنها ایجاد نمی‌شود مگر اینکه مشکل حادی نظیر هیپرکالمی، پریکاردیت و غیره ... پیدا کنند. در صورتی که با انجام یک دیالیز صحیح می‌توان از بسیاری از این عوارض پیشگیری کرده و با جلوگیری از بستری های مکرر ضمن اعمال صرفه جویی در هزینه های درمانی کشور کیفیت زندگی بهتری را برای این بیماران دردمند فراهم کرد.

با توجه به امکانات و تخت های دیالیز موجود، در سطح کشور ضروری است که با دخالت های درمانی میزان دیالیز بیماران را در حد لازم و کافی حفظ کرد یعنی نه بیماری آنقدر کم و نا مناسب دیالیز شود که دائماً در گیر مشکلات ناشی از کمبود دیالیز باشد و نه آنقدر زیاد دیالیز شود که سایر بیماران نیازمند از امکانات موجود محروم بمانند این مقدمه کوتاه ضرورت انجام بررسی های دوره ای کفایت دیالیز در بیماران را متذکر می‌شود. از همان سالهای آغازین انجام همو دیالیز دهه شصت میلادی این سؤال

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۲۹

سرمی قبل از دیالیز اوره و نیز محاسبه طول زمان دیالیز و نیز فاصله زمانی تا دیالیز بعدی. یکسری متغیرهای ریاضی بر اساس فرمولهای ذیل حاصل می شود که مقایسه آماری اینها و تطابق با وضعیت کلینیکی بیمار در تعیین دیالیز کمک کننده است.

برای اندازه گیری سطح اوره باید KTV و URR کنترل شود مقدار قابل قبول کفایت دیالیز ۱/۴ - ۱/۵ برای هر جلسه است. البته در بعضی منابع ۱/۳ قید شده است.

ولی اینکه در عمل تا چه مقدار دیالیز با این کیفیت انجام شده برای ما نامشخص است چرا که هر کدام متغیرهای کسرفوق در حین اعمال دیالیز می تواند تغییر پیدا کرده باشد برای محاسبه کفایت دیالیز از فرمول زیر استفاده می شود

$$\text{وزن قبل از دیالیز} - \text{وزن پس از دیالیز} = \text{نمونه اوره پس از دیالیز} - \text{نمونه اوره قبل از دیالیز}$$

کسانی که کفایت دیالیز کمتر از ۸/۸ دارند درصد مرگ و میر و شکست در درمان بیشتری دارند. ۲/۱ KVT با ۶۳/۰ UUR برای بیماران معمولی است. با افزایش UUR میزان KVT افزایش می یابد. اگر KVT کمتر از ۹/۹ باشد شما برای افزایش آن می توانید

در اذهان ایجاد شد که چه میزان دیالیز جهت بیماران کافی است ؟ طبعاً محققین به دنبال معیارهایی بودند که عملاً بتوانند کفایت دیالیز را تعیین کنند.

دریک تعریف کیفی در همان ایام ذکر شده که: دیالیز کافی دیالیزی است که در طی آن بیمار باز پروری و توانبخشی داشته، خون سازی در حد کافی بوده، فشار خون بیمار در حد طبیعی نگهداشته شود و از نورپاتی نیز جلوگیری کند. ولی علاوه بر این مطالعات وسیعی نیز انجام گرفت که دقیقترین و معروفترین آنها مطالعه NCDS بود که طی آن در بیمارستانهای ایالات مختلف آمریکا بطور همزمان از سال ۱۹۷۴ شروع و در اوایل دهه ۸۰ میلادی اولین نتایج آن منتشر گردید که نهایتاً یک الگوی عملی را جهت تعیین کفایت دیالیز معرفی کردند.

در این روش که تحت عنوان Urea kinetic modeling نامگذاری شده با استفاده از متغیرهای زیر:

جنسیت، وزن، قد، نوع صافی استفاده شده، سرعت جریان خون، سرعت جریان مایع دیالیز، نمونه سرمی اوره قبل از دیالیز (نمونه ای که ظرف یک دقیقه پس از کاهش سرعت جریان خون تا ۵۰ ml/min از خون برگشتی از بدن بیمار گرفته شود)، نمونه

کیفیت دیالیز بیماران بستری در بخش دیالیز بیمارستان شهید باهنر کرج در طی ۶ ماه از سال ۸۱-۱۳۸۰

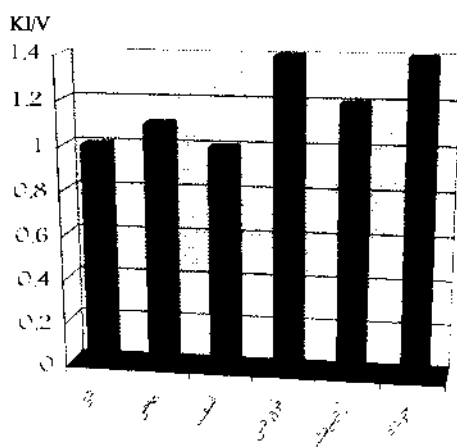
نام	خرداد	اردیبهشت	فروردین	اسفند	بهمن	دی	میانگین
زیبا محمدی	۲/۱	۸/۰	۷/۱	۱/۱	نبودند	۸/۰	۱۲/۱
ناهید اصلاتی	۱	۷/۱	۴/۱	۱/۱	۱	۳/۱	۲۵/۱
پری جعفر زاده	۱/۱	۱۷/۱	۶/۱	۸/۰	۹/۰	۶/۰	۰۲۸/۱
ثریا مطلبی	۴/۱	۹۵/۰	۹/۰	نبودند	نبودند	نبودند	۰۸۳/۱
صاحبه کریمی	۵/۱	۴/۱	۹/۱	۱۸/۱	۱	۳/۱	۳۸/۱
امیر اسماعیلی	۵/۱	۵/۱	۶/۴	۵/۱	۴/۱	۳/۱	۹۶/۱
سعیده پالیزدار	۷/۱	۶/۱	۱	نبودند	نبودند	نبودند	۴۳/۱
ربابه نصرآبادی	۹/۱	۲۱/۱	۱	۳/۱	۴/۲	۲/۱	۲/۱
رقیه شهابی	۱/۲	۳/۱	۲/۱	۰۹/۱	۲/۱	۱/۱	۴۸/۱
محمدرضا گازی	نبودند	نبودند	۱/۰	نبودند	۷/۰	نبودند	۴/۰
زرین بابایی	نبودند	۱	نبودند	۱۸/۱	۹/۰	۹/۰	۹۹۵/۰
ماه بیگم خلیلی	۴/۱	۲/۱	۱	۳/۰	۹/۰	نبودند	۹۶/۰
رضا دهقان	۲۱/۱	۳/۱	۱۳/۱	۴/۰	۹/۰	۸/۰	۹۵/۰
رضا حیدری	نبودند	۵/۱	۳/۱	۴/۱	۴/۱	۹/۰	۳/۱
فرخ علی کوهستانی	۴/۱	۱/۱	۱/۱	۸/۰	نبودند	نبودند	۱/۱
ابوتراب گرشاسبی	۳/۱	۱	۱/۱	۱۸/۱	نبودند	نبودند	۱۴۵/۱
فریدون رئیس پور	۱	۱/۱	۴/۱	۱	۱	۸/۰	۰۵/۱
میانگین	۴/۱	۲۳/۱	۴۵/۱	۰۲/۱	۱۴/۱	۱	۱۲/۱

علی رغم پیگیری های مکرر بیماران جهت انجام دیالیز و آزمایشات ماهانه مراجعه نکردند و کلمه نبودند در خانه های جدول قید شده است.

بطور کلی در دو شیفت در سطح قابل قبول بوده است. کیفیت دیالیز اطفال بیشتر از افراد مؤنث و مذکر بوده است و افراد مذکر کیفیت دیالیزی پایین تری از سطح جهانی داشته است. استفاده از صافی R6, R5, R4 کیفیت دیالیز در سطح قابل قبول داشته است.

فاصله دیالیز یک روز و دو روز و نیم، کیفیت دیالیزی در سطح قابل قبول داشته است. دور پمپها با توجه به وزن خشک و حداقل دور پمپ کیفیت دیالیزی در سطح جهانی داشته است. به طور کلی نتایج این پژوهش می تواند دیدگاه روشن تری را در اختیار مسئولین بخشهای دیالیز قرار دهد تا با استفاده از آن به نقایص و مشکلات موجود توجه نموده و با تکیه بر نتایج آن با در نظر گرفتن تسهیلات و اقدامات لازم کیفیت دیالیز بیماران را در سطح جهانی نگهدارند.

نمودار فراوانی نسبی KI/V بیماران در بخش دیالیز بیمارستان شهید باهنر کرج در طی ۶ ماه از سال ۱۳۸۰-۸۱



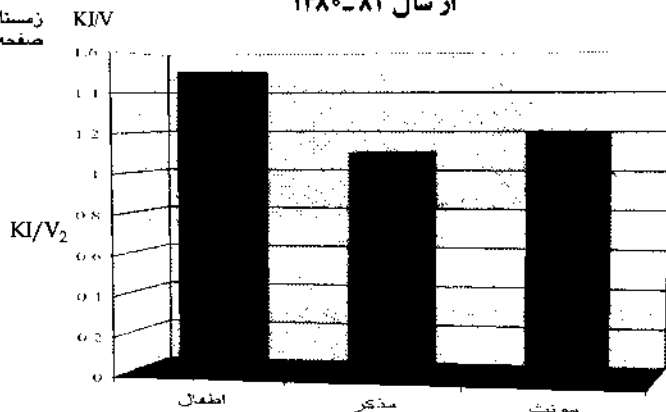
کیفیت دیالیز بیماران در این مرکز به طور میانگین در سطح قابل قبول بوده است

استفاده از صافی در اردیبهشت ماه بر KI/V اثر گذاشته است ۵/۸٪ بیماران KI/V بیشتر از سطح جهانی داشته اند (اسماعیلی)

۷۶/۴٪ بیماران KI/V نرمال داشته اند

۱۷/۶٪ بیماران KI/V کمتر از سطح جهانی داشته اند (گازری، بابایی، خلیلی و دهقان)

نمودار فراوانی نسبی کیفیت دیالیز و جنسیت بیماران بستری در بخش دیالیز بیمارستان شهید باهنر کرج در طی ۶ ماه از سال ۱۳۸۰-۸۱



زمان دیالیز را بیشتر کنید و یا FLOW دیالیز را زیاد کنید در ضمن عروق مناسب در کیفیت دیالیز موثر است. بیماران نباید بین دو جلسه دیالیز اضافه وزنشان بیشتر از ۱kg باشد. اگر اضافه وزن بیشتر از ۱kg باشد KVT کمتری دارند و این مایعات اضافی رو قلب اثر می گذارد. بین سرعت جریان مایع و دور پمپ و افزایش کیفیت دیالیز ارتباط وجود دارد (۴).

استفاده از محلول بی کربنات منجر به افزایش اولترافیلتراسیون دیالیز می شود (۴).

منظور از سطح جهانی کیفیت دیالیز، میزان کیفیت قابل قبول است (۲). (Optimal Quality)

هدف کلی:

بررسی کیفیت دیالیز بیماران بستری در بخش دیالیز بیمارستان شهید باهنر کرج در طی ۶ ماه از سال ۱۳۸۰-۸۱

اهداف ویژه:

رابطه میانگین کیفیت دیالیز و دور پمپ بیماران بستری در این مرکز

رابطه میانگین کیفیت دیالیز و فاصله زمانی تا دیالیز بعدی در بیماران بستری در این مرکز

رابطه میانگین کیفیت دیالیز و جنسیت در بیماران بستری در این مرکز

رابطه میانگین کیفیت دیالیز و وزن در بیماران بستری در این مرکز

رابطه میانگین کیفیت دیالیز و شیفتهای صبح و عصر در بیماران بستری در این مرکز

رابطه میانگین کیفیت دیالیز بیماران بستری در این مرکز در طی ۶ ماه از سال

روش پژوهش:

ایسن پژوهش یک مطالعه تجربی است. در این مطالعه نمونه پژوهش همه بیماران بستری در بخش دیالیز بیمارستان شهید باهنر کرج وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران می باشد. که تعداد آنان ۱۷ نفر می باشد و در طی ماههای دی، بهمن، اسفند، فروردین، اردیبهشت و خرداد ۱۳۸۰-۸۱ انجام شده است.

ابزار گردآوری داده ها:

در این پژوهش نوعی صافی، جنسیت، فاصله تا دیالیز بعدی، مدت دیالیز BUN قبل و بعد از دیالیز، وزن تأثیر بر کیفیت دیالیز بررسی می شود و بر اساس فرم بوده است.

روش گردآوری داده ها:

نتایج آزمایشات بر اساس مشاهدات عینی در طی ماههای دی، بهمن، اسفند، فروردین، اردیبهشت و خرداد ۱۳۸۰-۸۱ بوده است.

پروسی هیئت:

جهت بررسی ktv از کتب و نشریات پرستار استفاده شده است.

نتایج پژوهش و بحث در مورد یافته ها:

نتایج پژوهش به همراه نمودار ترسیم شده است.

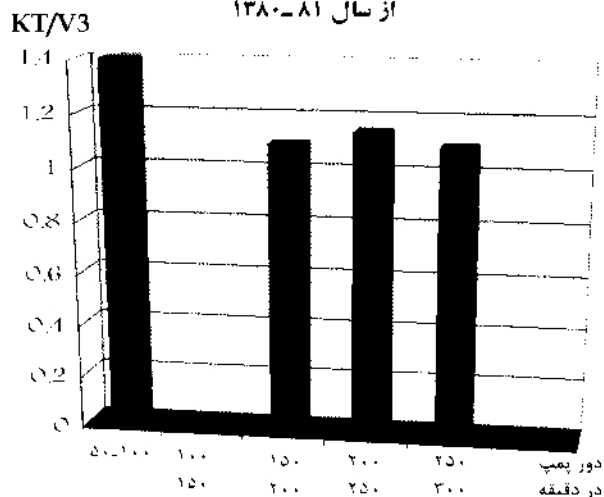
بحث و نتیجه گیری:

استفاده از صافی در اردیبهشت ماه بر کیفیت دیالیز اثر گذاشته است ولی بطور کلی میزان کیفیت دیالیز در سطح قابل قبول بوده است.

کیفیت دیالیز در شیفتهای صبح بهتر از عصر بوده است ولی

شیفت صبح: رئیس پور، دهقان، اسماعیلی، حیدری، جعفرزاده، کریمی، اصلانی مطلبی ۴۷٪
شیفت عصر: خلیلی، کوهستانی، بابایی، شهابی، نصرآبادی، گرشاسبی محمدی، گازی، پالیزدار ۵۳٪

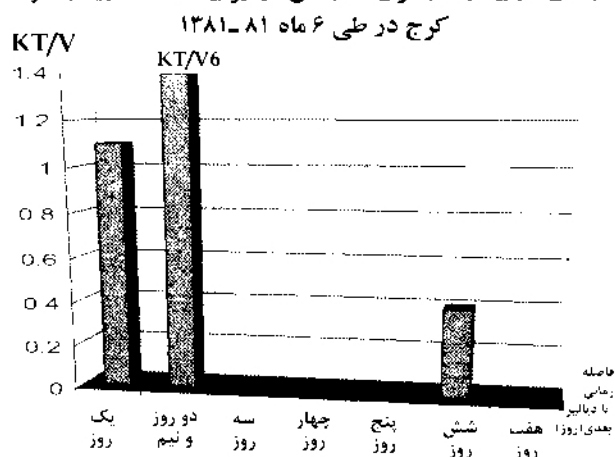
نمودار فراوانی نسبی KT/V و دور پمپ بیماران بستری در بخش دیالیز بیمارستان شهید باهنر کرج در طی ۶ ماه از سال ۸۱-۱۳۸۰



دور پمپهای متفاوت در این مرکز KT/V در سطح قابل قبول داشته است

دور پمپها با توجه به وزن خشک بوده است و حداقل دور پمپ در نظر گرفته شده است
۱۰۰-۵۰ پالیزدار ۹/۵٪
۱۵۰-۲۰۰: اصلانی، اسماعیلی، گازی، بابایی ۵/۲۳٪
۲۰۰-۲۵۰: محمدی، مطلبی، کریمی، نصرآبادی، شهابی، خلیلی، گرشاسبی، شیرازی ۴۷٪
۲۵۰-۳۰۰: جعفرزاده، دهقان، حیدری، کوهستانی ۲۳/۵٪

نمودار فراوانی نسبی KT/V بیماران و فاصله زمانی تا دیالیز بعدی در بیماران بستری در بخش دیالیز بیمارستان شهید باهنر کرج در طی ۶ ماه ۸۱-۱۳۸۱



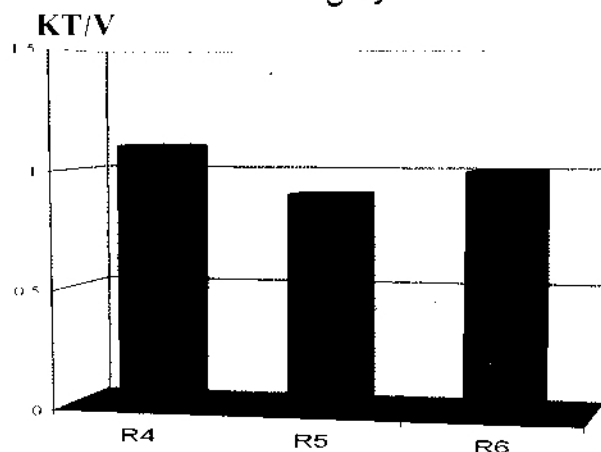
بیمارانی با فاصله دیالیز یک روز و دو و نیم روز KT/V در سطح قابل قبول داشته‌اند

بیمارانی با فاصله دیالیز شش روز KT/V کمتر از سطح قابل قبول داشته‌اند

کیفیت دیالیز اطفال بالاتر از مقدار قابل قبول است.
کیفیت دیالیز در افراد مذکر کمتر از سطح قابل قبول است.

اطفال: اسماعیلی، پالیزدار ۷ و ۱۱٪
مذکر: گازی، دهقان، حیدری، کوهستانی، گرشاسبی، رئیس پور ۳۵٪
مؤنث: محمدی، خلیلی، اصلانی، جعفر زاده، مطلبی، کریمی، نصرآبادی، شهابی و بابایی ۹ و ۵۲٪

نمودار فراوانی نسبی KT/V بیماران و نوع صافی R_4, R_5, R_6 در بخش دیالیز بیمارستان شهید باهنر کرج در طی ۶ ماه از سال ۸۱-۱۳۸۰



استفاده از صافی R_4, R_5, R_6 در این مرکز KT/V در سطح قابل قبول داشته است

R4: گازی، اصلانی، اسماعیلی، پالیزدار ۲۳/۵٪
R5: شهابی، بابایی، خلیلی، دهقان، رئیس پور، محمدی، مطلبی، کریمی، نصرآبادی ۹/۵۲٪
R6: حیدری، کوهستانی، گرشاسبی، جعفرزاده ۲۳/۵٪

نمودار فراوانی نسبی KT/V و شیفتهای صبح و عصر بیماران بستری در بخش دیالیز بیمارستان شهید باهنر کرج در طی ۶ ماه از سال ۸۱-۱۳۸۱



KT/V بیماران در این مرکز در شیفتهای صبح و عصر در سطح قابل قبول بوده است.

شیفتهای صبح KT/V بهتری از شیفتهای عصر داشته‌اند.

تشکر و قدردانی:

از زحمات خانم سوزان هادیان، آقای مسعود ونایی، خانم منیژه اسماعیلی، خانم ناهید اسد نژاد که ما را در انجام این کار تحقیقاتی یاری رساندند و موجبات انجام بهینه کار را فراهم نموده اند نهایت قدر دانی و تشکر داریم.

منبع و مآخذ:

۱ - افشار، ر. (۱۳۷۷). کیفیت دیالیز. دومین همایش باز آموزی پرستاران بخشهای دیالیز سراسر کشور. صفحه ۶۷.
۲ - سیروفی، م. (۱۳۷۵). اصول همودیالیز. ترجمه. ۳۳۶ صفحه.

۳ - Rockville, M. (۱۹۹۹). Hemodialysis dose and adequacy. National Kidney and Urologic Disease Information Clearinghouse. ۸۰۰. ۶۳۸.

۴ - Daugirdas, J. Blake, P. and Lng T. (۲۰۰۰). Hand Book Of Dialysis. Third Edition. Printed in the USA Lippincott ۴۵-۹۰.

۶ روز: گازری ۹/۵٪

۵/۲ روز: شهابی، اصلانی، اسماعیلی و پالیزدار روز: شهابی،

اصلانی، اسماعیلی، پالیزدار ۵/۲۳٪

۱ روز: بابایی، خلیلی، دهقان، حیدری، کوهستانی، گرشاسبی،

محمدی، جعفرزاده، مطلبی، کریمی، نصرآبادی، رئیس پور ۵/۷۰٪

واژه نامه

دیالیز

به پدیده‌هایی اطلاق می‌شود که طی آن دو محلول مواد موجود در خود را طبق قوانین اسمز انتشار و کنوکسیون از طریق یک پرده نیمه تراوا با هم مبادله می‌کنند.

صافی

عمل تبادل مواد بین خون و محلول دیالیز در صافی صورت می‌گیرد که از غشاء نیمه تراوا تشکیل شده است. صافی دارای محفظه خون و محلول و چهار راه (دو راه ورود و خروج خون و دو راه ورود و خروج محلول) می‌باشد.

وزن خشک

وزنی است که بیمار احساس راحتی کند. در صورتی که وزن پایین‌تر آید دچار کرامپ و تهوع و استفراغ و کاهش فشار خون می‌شود و در اکثر بیماران وزن خشک متغیر می‌باشد.

Kt/V

کنترل کفایت دیالیز

$$\text{وزن قبل از دیالیز - وزن پس از دیالیز} \div \text{وزن پس از دیالیز} \times ۰.۳۰ = \text{نمونه آورده پس از دیالیز} \div \text{نمونه آورده قبل از دیالیز} = \text{اعمال شده}$$

دور پمپ

دور پمپ دستگاه دیالیز را با توجه به وزن خشک بیماران محاسبه می‌کنند و معمولاً چهار الی شش برابر خشک می‌باشد ولی بعضی منابع دور پمپ ۳۵۰ برای بالغین در نظر می‌گیرند.

FLOW

سرعت جریان محلول دیالیز درون صافی می‌باشد که برای افراد بزرگ سال ۵۰۰ - ۸۰۰ را در نظر می‌گیرند. هر چه سرعت جریان محلول بیشتر باشد کیفیت دیالیز بهتر خواهد بود.

URR

Urea Reduction Rate

$$URR = ۱۰۰ \times \left[۱ - \frac{\text{اوره پس از دیالیز}}{\text{اوره قبل از دیالیز}} \right]$$

که مقدار آن بالاتر از ۵۵٪ قابل قبول است.

تیمپ کلیرانس اوره

مقدار حجم خونی که در یک دقیقه از یک ماده پاک می‌شود.

یورش فکری

— تصمیم در ایده سازی مصمم باشید و اگر ایده ای به ذهنتان
خطور نکرد، تسلیم نشوید.

اوسبورن بیش از هر چیز بر تلاش تأکید می کند. او بارها بر این
نکته پافشاری می کند که برای موفقیت جلسه هیچ چیز حیاتی تر
از سخت کوشی نیست.

یورش فکری از جهات بسیاری رونق و رواج یافته است. این
فرآیند یکی از اجزای سازمان های آموزشی، برنامه ریزی اقتصادی،
گروه سازی، مدیریت عملکرد و کل جنبش دستیابی به کیفیت تبدیل
شده است. یورش فکری روش های جدید بسیاری به وجود آورده و
در آثار متفکرانی چون «ادوارد دوبونو» و «راجر وان اوخ» انعکاس
یافته است.

بدیعه پردازی یا نوآفرینی ذهنی، به ویژه، سهم ارزنده ای در موفقیت
یورش فکری داشته است. طی سال های ۱۹۶۰، «دابلو. جی. گوردون»
و «جورج پرینس» شیوه های جدید تفکر خلاق را با مهارت های میان
فردی درآمیختند تا به افراد کمک کنند که با هم به نحو مؤثرتر و ثمر
بخش تری بیندیشند. بدیعه پردازی ساختاری تفصیلی به جلسه یورش
فکری می دهد، و روش های تفکر جدید و مؤثری را فراهم می سازد و
شیوه رفتار گروه را برای تحریک خلاقیت پیشنهاد می کند.

تشکر بیرونی از خود

گویا اوسبورن، یورش فکری را از یک روش باستانی هندو معروف
به پرای — بارشانا الهام گرفته است که به معنی «پرشش
از بیرون خود» است.

اگر ایده ای در سر نداشته باشیم، می گوییم
که «گیر کرده ایم». این عبارت بسیار گویاست.
ما در الگوهای ذهنی حاکم بر تفکر روزمره
مان گرفتار شده ایم. در واقع، اوسبورن این
حالت را «تثبیت کارکردی» نامید؛ اخیراً این
الگوها را «قالب های ذهنی» یا «پارادیگم»
می نامیم.

قالب های ذهنی اجزای جدانشدنی تفکر
هستند. آنها فرض هایی را به وجود می آورند که
بدون آنها تفکر امکان پذیر نیست. قالب های ذهنی
سودمندند؛ به ما کمک می کنند که چیزهایی را
عملی کنیم. اما وقتی در صدد یافتن ایده های جدیدی
هستیم، ما را مأیوس می کنند، چون روش یافتن آنها را
دیگته و خود ایده ها را تشریح می کنند.

در حالی که یافتن ایده های جدید حاصل درنوردیدن یا
«درهم شکستن» قالب ذهنی است. آلبرت اینشتین می نویسد:
«مسائل را نمی توان از راه تفکر در چارچوبی که در آن پدید آمده
اند حل کرد.»

چون قالب های ذهنی بسیار مستحکم اند، ما باید آگاهانه فراتر از

یورش فکری فرآیندی سازمان یافته برای ایده سازی است.
یورش فکری را «الکس اوسبورن» مدیر تبلیغاتی امریکایی
در اواخر دهه ۱۹۳۰ ابداع کرد. او معتقد بود که لازمه موفقیت
در هر کاری رویکرد خلاقانه است: به نوشته او «تخیل شالوده
تلاش انسان است». همچنین او پی برد که، بخصوص در گردهم
آیی ها، افراد با رفتارهای یکسانی با ایده های جدید مخالفت یا
انها را زایل می کنند. به ویژه اگر آن ایده ها ضعیف باشند (که
اغلب نیز چنین است)، یا کسانی در سطح و مقام پایین آنها را
ارائه داده باشند. اوسبورن بر آن شد تا راهی برای مقابله با این
رفتارها بیابد و خلاقیت افراد را از بند رها سازد.

فرآیندی که اوسبورن تدوین کرد بر طبق چند اصل ساده
عمل می کند. اوسبورن دریافت که هر گاه در گردهم آیی ها به
اصول پیشنهادی وی عمل می شود، افراد ایده های فراوانی را در
اندک زمانی خلق می کنند که بسیاری از آنها جدید و برخی بی
نهایت ارزشمندند. یورش فکری چنان آشکارا بازده گردهمایی ها
را بهبود بخشید که طولی نکشید که به ایده ای باب بازار و بی
نهایت پر طرفدار تبدیل شد.

اصول چهارگانه الکسی اوسبورن برای یورش فکری

۱- انتقاد ممنوع است:

به جای مخالفت با ایده ها باید اجازه داد ایده
سازی تا پایان کار ادامه یابد.

۲- «بی قید و بندی» مطلوب

است:

هرچه ایده حساب نشده تر باشد،
بهتر است؛ مطیع جریان افکار شدن
آسانتر از تلاش برای فکر بکر کردن
است.

۳- کمیت مورد نظر است:

هر چه تعداد ایده ها بیشتر باشد،
احتمال برنده شدن افراد فزونی می یابد.

۴- تلفیق و اعتلا هدف است:

شرکت کنندگان، افزون بر ارائه ایده
های خود، باید برای بهتر شدن ایده های
دیگران، یا چگونگی تلفیق یک یا چند ایده با
ایده ای دیگر پیشنهاد ارائه دهند.

(تخیل کاربردی، ۱۹۵۳)

اوسبورن تعداد اصول را افزایش نمی دهد. او بر اهمیت
موارد زیر تأکید می ورزد:

— پیشروی — انتظار نکشیدن برای رسیدن به فکر بکر؛

— تمرکز بر کاری که انجام می دهید؛

— توجه کل گروه به یک نوع تفکر در هر نوبت؛



آنها بیندیشیم. یورش فکری درست بدین منظور طراحی شده است: به ما کمک می کند تا « بیرون از خود بیندیشیم ».

چرخه های دوگانه

بیشتر کارهای ما در یک چرخه تفکر عملیاتی جای می گیرد: عمل کردن، ارزیابی آثار اعمالمان، تفکر درباره اعتلا یا تغییر آنچه انجام می دهیم و طرح ریزی اعمال و فعالیت های جدید. تفکر عملیاتی امور روزمره، روش های کار، قواعد و راه حل های شناخته شده را در بر می گیرد.

اگر در صدد یافتن ایده های جدید هستیم، باید از این چرخه خارج و به چرخه تفکر خلاق وارد شویم. در چرخه اخیر، اساساً طور دیگری می اندیشیم: کاوش، کشف، پروراندن ایده ها و تایید یا بازبینی آنها. آن گاه می توانیم دستاوردهای خود را در حکم راه حل های عملی به چرخه عملیاتی بازگردانیم.

تنها دو دلیل برای گذر از چرخه عملیاتی به چرخه خلاقیتی وجود دارد:

– ناگزیریم – بحران؛ راه حل معلوم به شکست انجامیده است؛
– انتخاب می کنیم – آگاهانه تصمیم می گیریم که کاوش کنیم. یورش فکری روشی برای حرکت از تفکر عملیاتی به تفکر خلاق است. همه افراد حاضر در جلسه باید دریابند که ما در چرخه خلاقیت هستیم، و اینکه تفکر عملیاتی مطلوب نیست (به نمودار ۱ نگاه کنید).

مراحل دوگانه تفکر

اوسبورن یورش فکری را « ایده سازی سازمان یافته » نامید. او ایده سازی (تولید ایده) و داوری کردن (بررسی ایده ها، گزینش، طبقه بندی یا رد کردن) را در مقابل هم قرار می دهد. یکی از ایده های اصلی یورش فکری « مسکوت گذاشتن داوری » است: تفکیک داوری از ایده سازی و به تعویق انداختن آن.

می توانیم تفکر را فرآیندی دو مرحله ای در نظر بگیریم. تفکر مرحله اول (آنچه اوسبورن آن را « ایده سازی » می نامد) ادراک است: ما چیزی را بازنمایی می کنیم چون با برخی الگوهای ذهنی قدیم ما همخوانی دارد. می توانیم این الگوهای ذهنی را « ایده » بنامیم. ایده ها به ما امکان می دهند که به تجارب خود معنا ببخشیم؛ آنها وسیله تجربه کردن ما هستند.

مرحله دوم

مرحله اول

داوری:

استدلال
ارزیابی

ادراک:

حس
شهود

واقعیت ← زبان ← عمل

چه چیز می توانیم ببینیم؟ چه معنی می دهد؟
ممکن است چه باشد؟ داوری ما درباره آن چیست؟

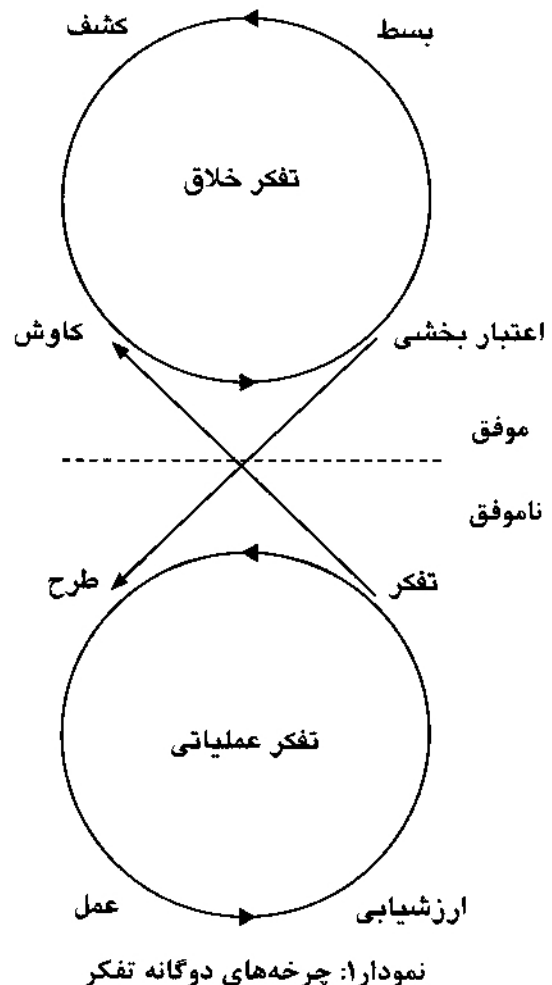
نمودار ۲: مراحل دوگانه تفکر

بازشناسی هر چیز به ما امکان می دهد تا آن را نام گذاری کنیم. تفکر مرحله نخست تجربه را به زبان تبدیل می کند: واژه، تصویر، برنامه رایانه ای و...

ما با استفاده از حواس و شهود خود به ادراک نایل می شویم. حواسمان به ما وجود چیزی را اطلاع می دهند؛ شهودمان از امکانات بالقوه آن ما را مطلع می سازند؛ شامل چیست، از کجا آمده است، چگونه شکل گرفته است.

در تفکر مرحله دوم (آنچه اوسبورن آن را « داوری » می خواند)، از زبان بهره برداری می کنیم تا کار مفیدی انجام دهیم. ما درباره به کارگیری استدلال و ارزیابی داوری می کنیم. استدلال به آنچه به ادراک آن نایل شده ایم معنا می دهد؛ ارزیابی به ما می گوید که خواستار آن هستیم یا نه، و چه برخوردی را با آن برمی گزینیم (به نمودار ۱ نگاه کنید).

ما در تفکر مرحله دوم بسیار بهتر از مرحله اول عمل می کنیم. در مدرسه به ما یاد می دهند که استدلال و ارزیابی کنیم: حتی می توانیم رایانه را به کار بگیریم تا تفکر مرحله دوم را به جای ما انجام دهد. آن قدر بر تفکر مرحله دوم مسلط هستیم که در بیشتر موارد فکر می کنیم که این نوع تفکر یگانه نوع اندیشیدن است. ما اغلب از نخستین مرحله به طور کامل غافل می شویم و ادراکات خود را مسلم فرض می کنیم. اوسبورن نسبت به چنین جهشی به قضاوت هشدار می دهد: این امر دشمن قسم خورده یورش فکری است. یورش فکری روشی است برای پروردن مهارت های لازم برای تفکر مرحله نخست. داشتن ایده به معنای دیدن واقعیت از منظری متفاوت است.



تفکر تداعی گر همانند « تفکر جانبی » مشهور ادوارد دوبونوست که در مقابل « تفکر عمودی » قرار می گیرد. در تفکر عمودی، برای آنکه پاسخ نهایی درستی داشته باشیم، ناگزیریم در هر مرحله صحیح عمل کنیم. در تفکر جانبی، لزومی ندارد که در هر مرحله درست عمل کرده باشیم، چون در پی یافتن پاسخ درست نیستیم. دوبونو می نویسد: « هدف تفکر جانبی جهش است - از مفهومی به مفهوم دیگر، از دیدی به دید دیگر. » آن گاه که تداعی گرایانه می اندیشیم، از ایده ها به مثابه سکوی پرش استفاده می کنیم - و آنچه مهم است ادامه دادن حرکت است.

لایحه‌های آرد

چهار عدد را به طور تصادفی تعیین کنید. این چهار عدد را می توانید با ریختن تاس به دست آورید. اگر تاس نداشتید، از تاریخ روز استفاده کنید، یا شماره منزل یا آپارتمان خودتان را در نظر بگیرید. یک بازی سریع خلاقیتی این است که تلاش کنید سایر روش های ایجاد اعداد تصادفی را پیدا کنید!

سه رقم نخست را به تعیین صفحه ای از یک فرهنگ لغت بزرگ اختصاص دهید. از عدد چهارم برای تعیین محل یک واژه استفاده کنید. اگر فرهنگ لغت در دسترس ندارید، از هر کتاب، روزنامه یا مجله ای که پیدا می کنید بهره بگیرید، یعنی به طریقی با استفاده از رقم ها یک صفحه و یک واژه را انتخاب کنید.

اگر واژه ای که پیدا کرده اید اسم ذات است - یعنی اسمی است که ما به ازای خارجی دارد و ملموس است - آن را روی یک برگ کاغذ بنویسید. اگر چنین نیست، اولین اسم ذاتی را که به دنبال آن آمده انتخاب کنید.

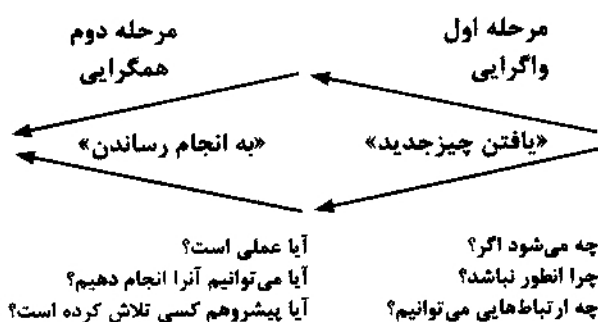
اکنون به مدت ۳۰ ثانیه واژه هایی را که با نگاه کردن به « واژه عامل » به ذهنتان خطور می کند روی کاغذ بیاورید. مهم نیست که چرا و چگونه به آن واژه ها می رسید؛ هدف، ثبت هر چه بیشتر واژه است.

ممکن است استفاده از تصویر برای شما ساده تر از واژه باشد. از اعداد برای یافتن تصویری در مجله یا کتاب استفاده کنید. بگذارید تصاویر دیگری به ذهنتان بیاید. آنچه را تخیل شما می بیند یادداشت کنید. امکان دارد بتوانید ارتباط های بیشتری را با استفاده از حس های ایجاد کننده تصویر ذهنی ایجاد کنید؛ لامسه، بویایی، چشایی و شنوایی. ترفند کار این است که بگذارید ذهنتان به هر جایی سر بکشد و آنچه را می یابید ثبت کنید!

می توانید از منابع اطلاعاتی دیگری هم بهره بگیرید. از پنجره به بیرون نگاه کنید و سومین شینی را که در آن رنگ سبز هست مشخص کنید. با استفاده از اعداد تصادفی کارخانه یا شرکتی را از ارقام بورس اوراق بهادار انتخاب کنید و بپرسید که چه چیزی تولید می کند. یکی از دوستان من قرآن خود را به طور تصادفی می گشاید و در اولین جمله ای که می خواند تعمق می کند. در این بازی، از نیروهای تفکر تداعی گر استفاده می شود. توانایی شما برای « پرش های جانبی » از واژه دیگر، یا از تصویری به تصویر دیگر، در جلسه یورش فکری بی نهایت سودمند خواهد بود.

جلسه یورش فکری در واقع سفری اکتشافی است. با کاوش، ایده های جدیدی می یابیم: با انحراف از مسیر تفکر عملیاتی و خروج از جهان معمول قواعد، کارهای تکراری روزمره و راه حل های مقدماتی و ورود به دنیای ناشناخته ممکن ها و کنجکاوی برانگیزها. میتوانیم ایده های جدید را همچون گنجی پنهان تصور کنیم که به انتظار کشف شدن هستند. « جوزف کمبل » می نویسد: « خلاقیت جستجو برای یافتن چیزی است که هنوز اجتماع آن را نیافته است. »

لازمه این سفر اکتشافی نوع خاصی از تفکر است. هر چه به خود آزادی عمل بیشتری در تفکر مرحله نخستین بدهیم، احتمال دستیابی به ایده های واقعا جدید را افزایش داده ایم (به نمودار ۳ نگاه کنید).



نخستین مرحله در برگرفته تفکر واگراست: گسترده کردن ادراکات ما با تردید کردن در فرض ها، با ارزیابی اطلاعات به شیوه های جدید یا از طریق کنار هم نهادن تصادفی ایده های نامربوط. هدف یافتن چیز جدیدی است.

در مرحله دوم، تفکر همگرا به کار گرفته می شود: قضاوت و داوری درباره ایده هایی که یافته ایم و تبدیل آنها به چیزی کاربردی با استفاده از منطق، دسته بندی، اندازه گیری و تحلیل، تطبیق با اهداف، هدف عملی کردن چیزی است.

بدون شک کاوش در قلمروهای ناشناخته ترسناک و هراس انگیز است. ممکن است هیچ نقشه ای برای راهنمایی ما وجود نداشته باشد؛ پیشگامی نباشد که به ما بگوید شکاف های یخی و صخره های آبی در کجاست. تفکر خلاق همیشه مخاطره آمیز است. یورش فکری به ما کمک می کند که بر مخاطرات فایق شویم.

خوشبختانه کمک به شکل تفکر تداعی گر در دسترس است. آن گاه که ایده ها را به هم پیوند می دهیم تا ایده های جدیدی پدید آوریم، تداعی گرایانه فکر می کنیم. همه ما به طور طبیعی توانایی این نوع تفکر را داریم. بدون تداعی قادر به فراگیری یا به خاطر آوردن هیچ چیز نیستیم. اما در مجموع، استعداد ما برای تفکر تداعی گرایانه پرورش نیافته است، نه در مدرسه، و نه در جریان کار.

تفکر تداعی گر اساس یورش فکری است. هر چه بیشتر بتوانیم ایده ها را به هم مربوط سازیم، ایده های جدید بیشتری می یابیم. هر چه ارتباط ها نامتحمّل تر و شگفت انگیزتر باشد، ایده ها خلاقانه تر خواهد بود. از « توماس دیش » نقل شده است: « خلاقیت توانایی دیدن ارتباط ها در جایی است که ارتباطی وجود ندارد. »

من همسر

آقای مشکل گشا و کمیسیون اصلاح خانواده

غالباً بیشترین گله زن‌ها از مردها این است که شنونده خوبی نیستند. خواه زمانی که مرد صحبت زنش را کاملاً نادیده می‌گیرد و خواه وقتی که چند لحظه‌ای به او گوش می‌دهد تا تشخیص بدهد چه چیزی او را دلواپس می‌کند، آن وقت است که مغرورانه کلاه آقای مشکل گشا را بر سر می‌گذارد و به او راه‌حلهایی پیشنهاد می‌کند تا او را بهبود بخشد. زمانی که احساس می‌کند همسرش از این حرکت (با احساس) او قدردانی نمی‌کند و خشنود نیست و یا گیج می‌شود، بی‌توجه به اعتراضهای همسرش که می‌گوید درست به سخنانش گوش نمی‌دهد، باز هم به موضوع پی نبرده همان کار را تکرار می‌کند. زن به همدردی نیاز دارد ولی مرد فکر می‌کند که زن راه حلی برای مشکلاتش می‌جوید.

بیشترین گله مردها این است که زنان همیشه سعی دارند آنها را عوض کنند. موقعی که زنی مردی را دوست دارد، احساس مسئولیت می‌کند که در رشد و بالندگی مرد به او کمک نماید و در تعالی و بهبود کارهای شوهرش به او کمک کند. زن در منزل برای خود یک «کمیسیون اصلاحی» تشکیل می‌دهد که محور اصلی آن همسرش می‌باشد. مهم نیست که مقاومت مرد در مقابل کمکهای او به چه میزان باشد. زن با سماجت و پافشاری برای یافتن هر نوع موقعیتی که به همسرش کمک کند و یا اینکه به او بگوید که چه باید بکند، صبر میکند. زن فکر می‌کند که همسرش را پرورش می‌دهد در حالی که مرد فکر می‌کند که تحت کنترل است و در عوض می‌خواهد زنش او را همان طوری که هست پذیرا باشد.

نهایتاً این دو مسئله زمانی حل می‌شود که اول بفهمیم چرا مردها همیشه راه حل پیشنهاد می‌دهند و چرا زن‌ها در طلب اصلاح و بهبود هستند. وانمود کنیم که به عقب برگشته ایم: با مشاهده و دقت در زندگی مریخها و ونوسیها قبل از اینکه این دو سیاره همدیگر را کشف نمایند و یا اینکه به کره زمین بیایند، اطلاعات چندی در مورد نهاد هر زن و مرد کسب می‌کنیم.

ژوندگی هر مریخی

مریخها به قدرت و شایستگی و کارایی و موفقیت بها می‌دهند. آنها همیشه کارهایی را انجام می‌دهند که خود را تثبیت نموده قدرت و مهارتشان را توسعه بخشند. عزت نفس آنها منوط به توانایی کسب نتیجه است. آنها کمال را بیش از هر چیز از طریق موفقیت و هنر تجربه می‌کنند. عزت نفس یک مرد، منوط به توانایی او در کسب نتیجه است.

— در مریخ همه چیز، واکنشی از همین ارزشهاست. حتی لباس آنها طوری طراحی شده که نمایانگر مهارت و شایستگی آنها باشد. پلیسها، سربازها، تجار، دانشمندان، رانندگان تاکسی، تکنسینها و سراسر آنها، همه لباسها و یا حداقل کلاههای متحدالشکلی دارند که نشان دهنده شایستگی و قدرت آنهاست. آنها مطالعه‌ای در روانشناسی ندارند. (مجلاتی نظیر روانشناسی امروز و روانشناسی خود) مردها بیشتر به فعالیتهایی در هوای آزاد نظیر شکار و ماهیگیری و مسابقات اتومبیلرانی علاقه مند هستند. به اخبار و هواشناسی و انواع ورزشها توجه دارند و رمان و کتابهای «خود درمانی و خودیاری» کوچک ترین اهمیتی برایشان ندارد.

— آنها بیشتر علاقمند به «اشیاء» و «اجسام» هستند تا به آدمها و احساسات! حتی امروزه در کره زمین، زمانی که زن‌ها درباره داستانهای عاشقانه خیالیایی می‌کنند، مردها در مورد ماشینهای قوی و کامپیوترهای پیشرفته و ابزارها و تکنولوژی قدرتمند خیال پردازی می‌نمایند.

نبل به اهداف، برای مریخی حائز اهمیت است. مریخی برای اینکه از خود احساس رضایت بکند، باید به هدفهایش نایل گردد. شخص ثالث نمی‌تواند این اهداف را برایش کسب نماید. مریخها زمانی احساس غرور می‌کنند که به تنهایی بتوانند کارها را انجام دهند. استقلال شخصی برای آنان مظهری از کارایی و قدرت و صلاحیت است.

شناخت شخصیت این مریخی می‌تواند به زن‌ها کمک کند تا بتوانند درک کنند که چرا زمانی که سعی دارند همسرشان را اصلاح کنند و یا به او بگویند که چه باید بکند، او این همه استقامت به خرج می‌دهد. از ارائه توصیه‌ای ناخواسته به مرد، این معنی استنباط می‌شود که او نمی‌داند چه باید بکند یا اینکه نمی‌تواند به تنهایی آن را انجام بدهد. مردها در این مورد بسیار زودرنج هستند. زیرا این جنبه «صلاحیت» برایشان بسیار مهم است. از ارائه توصیه‌ای ناخواسته به مرد، این معنی استنباط می‌شود که او نمی‌داند چه باید بکند یا اینکه نمی‌تواند به تنهایی آن را انجام دهد.

— چون مریخی مسائلش را به تنهایی حل می‌کند، لذا به ندرت از مشکلاتش صحبت می‌کند، مگر زمانی که نیازمند به «راهنمایی کارشناس» باشد. استدلال او این است که: «چرا وقتی که مشکلم را خودم می‌توانم حل کنم، دیگری را درگیر مسئله بکنم؟» مشکلات را برای خودش نگه می‌دارد مگر اینکه برای حل آن نیازمند به کمک شخص دیگری باشد. زمانی که خودش می‌توانی کارت را انجام بدهی، کمک خواستن نشانه‌ای از ضعف است.

اما اگر واقعاً نیازمند کمک باشد، خواسته اش نشانی از عقل و خرد اوست. بنابراین شخص مورد احترامی را پیدا خواهد کرد و در مورد مشکلش صحبت خواهد نمود. در سیاره مریخ صحبت در مورد مسئله، دعوتی است برای صلاح‌دید و مشورت. مریخی طرف صحبت احساس می‌کند که خیلی مورد احترام طرف واقع شده است. و خود به خود «کلاه آقای مشکل‌گشا» را به سر می‌گذارد و مدتی گوش فرا می‌دهد و آن وقت پیشنهادی گهربار عرضه می‌دارد.

به خاطر همین «سنت مریخی» است که مردها به طور غریزی، زمانی که زنها در مورد مشکلاتشان حرف می‌زنند، راه حل پیشنهاد می‌کنند. زمانی که زنی معصومه می‌خواهد مرد را در احساسات آشفته اش سهیم‌پدارد، یا مشکلات روزمره اش را بلند بلند ادا می‌کند، مرد اشتباهاً بر این پندار است که او نیاز به بعضی مشورت‌های کارشناسانه دارد. پس باز کلاه «آقای مشکل‌گشا» را به سر می‌گذارد و شروع به ارائه طریق می‌کند. او محبت و کمکش را به این طریق ابراز می‌دارد.

مرد سعی دارد با حل مشکلات زن به بهبود حال او کمک نماید. می‌خواهد برایش مفید واقع گردد. بدین ترتیب مرد احساس می‌کند که چون توانایی‌هایش را برای حل مشکلات زن به کار گرفته است می‌تواند قابلیت و ارزش محبت زن را داشته باشد.

اما وقتی که راه حل پیشنهاد شد ولی زن همچنان آشفته حال باقی ماند، دیگر شنیدن حرف‌های زن برای مرد هر لحظه مشکل‌تر و مشکل‌تر می‌شود، چرا که می‌بیند راه حلش مورد قبول قرار نگرفته و به شدت احساس پوچی می‌کند.

اصلاً در فکر او نمی‌گنجد که با نشان دادن توجه و علاقه و همدردی نیز می‌تواند حامی زن باشد. او نمی‌داند که در «کره ونوس» صحبت کردن از مسائل و مشکلات دعوتی برای ارائه ی راه حل نیست.

ژانگی هر کره ونوسی

ونوسیها (ساکنان کره ونوس) معیارهای مختلف دارند. آنها به عشق و ارتباط و زیبایی و روابط بها می‌دهند. مدت زمان مدیدی را صرف حمایت و کمک و پرورش همدیگر می‌کنند. عزت نفس آنها منوط به احساسات و کیفیت روابطشان می‌باشد. آنها کمال را در سهیم بودن و رابطه داشتن تجربه می‌کنند.

عزت نفس یک زن منوط به

احساسات و کیفیت روابط اوست.

در سیاره ونوس همه چیز منعکس کننده این معیارهاست. ونوسیها به جای ساختن بزرگراه و آسمان‌خراش ترجیح می‌دهند که با هماهنگی و تعاون داشتن روابط دوستانه با یکدیگر زندگی کنند. «روابط» در زندگی زنان مهم‌تر از کار و تکنولوژی محسوب می‌شود. در بسیاری از موارد، دنیای آنها نقطه مقابل مریخی‌هاست.

ونوسیها برای ارائه صلاحیتشان، مانند مردها یونیفورم به تن نمی‌کنند. برعکس، دوست دارند که هر روز مطابق تغییرات روحی خود لباس بپوشند. ابراز حالات شخصی، و علی‌الخصوص احساساتشان، برایشان مهم است. حتی ممکن است روزانه چندین بار به اقتضای دل و دماغشان تغییر لباس بدهند.

ارتباط با دیگران، برای ونوسیها حائز اهمیت است. سهیم کردن دیگران در احساسات شخصی شان، برای آنها مهم‌تر از

کسب موفقیت در کار و نیل به هدف است. صحبت و داشتن رابطه با یکدیگر، آنها را ارضاء می‌کند و برایشان منبع کمال است.

برای مرد پذیرفتن و فهم این موضوع بسیار ثقیل است. او زمانی می‌تواند به این تجربه نزدیک شود که آن را با رضایت خود در نیل به هدف، پیروزی در یک مسابقه و حل مشکلش، مقایسه نماید.

زن‌ها به جای اینکه هدف‌گرا باشند، به روابط گرایش دارند. آنها بیشتر به اظهار لطف و محبت و توجه علاقمند هستند. دو مریخی زمانی برای صرف ناهار به رستوران می‌روند که مذاکره ای در مورد نقشه ای داشته باشند و یا یک هدف شغلی مطرح باشد و مسئله ای برای حل کردن داشته باشند. به علاوه، نظر مریخی‌ها برای رفتن به یک رستوران، راهی عملی و مؤثر برای دسترسی به غذاست: نه خریدی لازم است، نه پخت و پزی، و نه شستن ظرف‌ها.

برای ونوسیها رفتن به رستوران فرصتی برای شکوفایی روابط، و حمایت کردن و مورد حمایت واقع شدن از طرف یک دوست است. صحبت‌های رستورانی آنها می‌تواند خیلی رک و صمیمانه باشد. تقریباً نظیر گفتگویی که بین بیمار و پزشک معالج رد و بدل می‌شود.

در کره ونوس همه روانشناسی می‌خوانند و حداقل دارای مدرک استادی در مشاوره هستند! آنها به شدت درگیر رشد جسمی و روحی خود و تمام آنچه باعث پرورش و بهبود و رشد زندگی‌شان است، می‌باشند. سیاره ونوس، پر از پارک و باغ و مراکز خرید و رستوران است.

قوة درک ونوسیها خیلی قوی

است. آنها این مهارت را با پیش بینی و توجه به نیازهای دیگران در طول قرن‌ها توسعه داده‌اند. و از اینکه به نیازها و احساسات دیگران توجه دارند، به خود می‌بالند. ونوسی بی آنکه از او خواسته شود، به یک ونوسی دیگر پیشنهاد کمک و مساعدت می‌دهد و این نشانه ای از محبت زیاد اوست.

چون اثبات شایستگی آنقدرها برای ونوسی مهم نیست، پیشنهاد کمک نیز ناخوشایند نمی‌باشد و نیاز به کمک، نشانه ضعف به شمار نمی‌آید. اما مرد ممکن است در برابر ارائه طریق یک زن، احساس اهانت بکند زیرا احساس نمی‌کند که زن به صلاحیت و توانایی او در انجام عمل، اعتماد دارد.

یک زن کوچک‌ترین تصویری از این حساسیت مرد ندارد زیرا چنانچه به او پیشنهاد کمک داده شود افتخار دیگری بر افتخاراتش افزوده می‌گردد و به او احساس محبت و احترام دست می‌دهد. ولی پیشنهاد کمک به مرد، می‌تواند او را دچار احساس ناشایستگی و ضعف و حتی بی‌محبتی سازد.

- در سیاره ونوس، مشورت و ارائه طریق نشانه ای از توجه است. ونوسها شدیداً بر این باورند که زمانی که کاری پیش می رود همیشه می تواند بهتر پیش برود. طبیعتشان بر این است که کارها را اصلاح نمایند. وقتی کسی برایشان مهم باشد، آزادانه راه و چاه کارها را به او نشان می دهند. نصیحت و انتقاد سازنده، حرکتی است حاکی از عشق و محبت آنها.

- اما مریخی خیلی فرق دارد. مریخیها گرایش به «راه حل» دارند. اگر کاری دارد پیش می رود، شعارشان این است: «دست به ترکیبش زن». غریزه آنها این است که کار را به حال خودش بگذارند «تا نشکسته تعمیرش نکن». این از تکیه کلامهای عادی آنهاست.

- وقتی که زنی سعی می کند رفتار مردی را اصلاح کند،

مرد احساس می کند که زن سعی دارد او را

تعمیر کند. او این پیام را دریافت

می دارد که: شکسته است.

زن متوجه نمی شود که

تلاشهای دلسوزانه او در

کمک به مرد ممکن است

مرد را تحقیر کند. اشتباهاً فکر

می کند که صرفاً دارد در ترقی

مرد به او کمک می کند.

از پیشنهاد دادن صرف

نظیر گنبد

- بدون درک این طبیعت مرد،

تعجبی ندارد اگر زن نادانسته و غیر

عمدی، مردی را که بسیار دوست دارد،

بیازارد و برنجانند.

- برای مثال، «تام» و «مری» به

مهمانی می رفتند. تام رانندگی می کرد.

بعد از تقریباً بیست دقیقه که چندین بار

دور یک بلوک چرخیدند، برای مری روشن

بود که تام راه را گم کرده است. سرانجام

پیشنهاد کرد که تام کمک بخواهد. تام ساکت

شد. بالاخره آنها به مهمانی رسیدند ولی تنش

ناشی از آن لحظه در تمام شب ادامه داشت.

مری کوچک ترین حدسی در مورد ناراحتی

شوهرش نمی زد.

- او از دید خودش می گفت: «من دوست

دارم و به تو اهمیت می دهم پس برای همین است

که به تو پیشنهاد این کمک را می دهم».

- تام از دید خودش مورد اهانت واقع شده بود.

آنچه اوشنید این بود «مطمئن نیستم که بتوانی ما را

به مقصد برسانی. تو صلاحیت نداری!»

- مری که از زندگی در مریخ آگاهی نداشت، نمی توانست

درک کند که چقدر برای نام مهم است که هدفش را بدون کمک،

به انجام برساند. پیشنهاد کمک، نهایت توهین بود.

کشفیات ما می گوید مریخیها تا زمانی که از آنها خواسته نشود،

پیشنهادی نمی کنند، روش محترم داشتن یک مریخی دیگر این

است که همیشه بپذیریم او مسئله اش را خودش می تواند حل

کند مگر اینکه کمک بخواهد.

- مری اصلاً به ذهنش خطور نکرده بود که وقتی تام راه را گم کرد و چندین بار دور همان بلوک چرخید، فرصتی بسیار مناسب برای ابراز عشق و حمایتش نسبت به تام در اختیار او گذاشت. در آن ساعت او بی اندازه شکننده شده بود و نیاز به محبت بیشتری داشت. محترم شمردن او به واسطه عدم ارائه طریق می توانست هدیه ای به ارزش یک دسته گل و یا نوشتن یک نامه عاشقانه باشد.

- بعد از آگاهی در مورد ونوسها و مریخیها، مری یاد گرفت که چگونه در مواقع سختی از تام حمایت کند. دفعه بعد که تام راه را گم کرد، مری به جای پیشنهاد کمک، از ارائه هر نوع پیشنهادی خودداری کرد، نفسی عمیق و آرام کشید و قلیاً درک کرد که تام سعی دارد چه کار برایش بکند. تام شدیداً از اینکه به گرمی مورد اعتماد و قبول او واقع شده بود قدردانی کرد.

- به طور کلی، زمانی که زنی پیشنهاد ناخواسته می کند و یا سعی در کمک کردن به مرد دارد، هیچ حدس نمی زند که تا چه اندازه میتواند یک جو انتقادی و بی مهری ایجاد کند. حتی زمانی که نیت زن محبت می باشد، باز پیشنهادهایش می تواند مرد را بیازارد و برنجانند.

واکنش مرد می تواند شدید و تند باشد مخصوصاً اگر احساس کند که مثل کودکی مورد انتقاد قرار گرفته است و یا احساس پدرش را تجربه کند زمانی که مادرش از او انتقاد کرده است.

کلاً، زمانی که زن پیشنهاد ناخواسته ارائه می دهد و یا سعی در «کمک» به مرد را دارد، آگاه نیست که چه اندازه می تواند جو انتقادی بی مهری برای او ایجاد کند.

- برای بیشتر مردها، خیلی اهمیت دارد که ثابت کنند آنها می توانند به هدفهایشان برسند، حتی اگر چیز کوچکی باشد مثل رانندگی به رستوران یا مهمانی. به طور حیرت آوری ممکن است حساسیت بیشتری روی مسائل کوچک داشته باشد تا امری بزرگ. احساس آنها نظیر این است: «اگر در مورد انجام دادن چیز کوچکی نظیر رسیدنمان به مهمانی، او به من اطمینان نداشته باشد، چگونه میتواند در کارهای بزرگتر به من اعتماد کند؟» مانند اجداد مریخیشان، به مهارت خود بخصوص در تعمیر اسباب مکانیکی، رفتن به مقصدی و حل مسائل، مباحث می کنند. در این وقتهاست که مرد بیشتر به پذیرش محبت آمیز زن نیازمند است تا «پیشنهاد» یا «انتقاد» او.

هنر گوشه گویی

- اگر مردی به تفاوتی یک زن آگاه نباشد، هنگام کمک رساندن، کارها را خراب تر می کند. مردها نیازمندند که به خاطر بسپارند زمانی که زنها در مورد مسائل شان حرف می زنند، هدفشان نزدیک شدن است نه اینکه الزاماً مسائلشان حل شود.

- بنابراین بیشتر مواقع، زن فقط می خواهد مرد را در عواطف روزانه اش شریک بکند و همسرش، فکر می کند که با قطع کردن حرف او و پشت سر هم پیشنهاد راه حل دادن به او کمک می کند و نمی داند که چرا همسرش از این کار او خشنود نمی شود.

بیشتر مواقع، زن فقط می خواهد مرد را در حالات روزانه اش شریک کند و شوهرش با قطع کردن سخنانش و ارائه پیشنهادهای محکم برای حل مسائل او، فکر می کند که به زنش کمک می کند.

- برای مثال، مری بعد از یک روز خسته کننده به منزل می آید.

او نیاز دارد که در مورد آن روز یا شوهرش صحبت کند.
می گوید: «اینقدر کار هست که وقتی برای خودم ندارم.»
تام می گوید: «باید استعفا بدهی - احتیاج نیست که اینقدر کار کنی. کاری را که دوست داری پیدا کن.»
مری می گوید: «ولی من کارم را دوست دارم. آنها فقط انتظار دارند که در یک چشم به هم زدن من همه چیز را عوض کنم.»
تام می گوید: «به آنها گوش نکن. آنچه را می توانی انجام بده.»

مری: «من هم همین کار را می کنم. اصلاً باورم نمی شود که فراموش کردم امروز به خاله ام زنگ بزنم.»
تام: «ناراحت نشو. او تو را درک می کند.»
مری: «میدونی او چه دوران سختی را می گذراند؟ او به من احتیاج دارد.»
تام: «خیلی ناراحتی و به همین علت است که خیلی غمگینی.»

مری با عصبانیت: «من همیشه غمگین نیستم. تو نمی توانی فقط به من گوش کنی؟»

تام می گوید: «دارم گوش می دهم.»
مری: «اصلاً چرا من خودم را با تو درگیر می کنم؟»
- بعد از این گفتگو مری بیشتر از زمانی که به خانه برگشته بود، کلافه می نمود و دنبال صمیمیت و رفاقت بود. تام هم مثل او خیلی کلافه بود و اصلاً متوجه نبود که چه اشتباهی رخ داده است. می خواست کمک کند ولی کاردانی و تدبیرش در حل مسئله تأثیری نداشت.

- بدون آگاهی از زندگی در سیاره ونوس، تام درک نمی کرد که «فقط گوش کردن» چقدر مهم است بی آنکه راه حلی را ارائه بدهد. پیشنهاد «راه حل» فقط کارها را خراب تر می کرد.
می دانید که ونوسیه‌ها زمانی که شخصی برایشان حرف می زند، هرگز پیشنهاد راه حل نمی دهند. احترام آنها به یک ونوسی دیگر این است که با صبوری و همدلی گوش کنند و صادقانه در جستجوی درک احساسات او باشند.

- تام نمی دانست که تنها با همراهی و دلسوزی گوش کردن به احساسات مری چقدر به او کمک می کرد و ارضایش می نمود. زمانی که تام در مورد ونوسیه‌ها با خبر شد که تا چه اندازه نیاز به صحبت کردن دارند، به تدریج آموخت که چگونه گوش کند.
- حالا وقتی که مری خسته به منزل می آید و تحلیل رفته است، گفتگوی آنها کاملاً فرق می کند. گفتگویشان به این شکل است:

مری: «کار خیلی زیاد است. وقتی برای خودم ندارم.»
تام نفسی عمیق می کشد به آرامی نفسش را بیرون می دهد و می گوید: «هوم، به نظر میرسد که روز سختی داشتی.»
مری: «آنها توقع دارند که من در یک چشم به هم زدن تمام چیزها را عوض کنم. نمی دانم چکار کنم؟»
تام مکثی می کند و سپس می گوید: «هوم.»
مری: «حتی یادم رفت به خاله ام زنگ بزنم.»
تام با کمی اخم می گوید: «اوه، نه.»
مری: «او در حال حاضر خیلی به من احتیاج دارد. خیلی احساس بدی دارم.»

تام: «تو خیلی مهربانی. بیا خستگی درکن.»
- تام، مری را در آغوش می گیرد و او در بازوانش آرام می شود

و آهی از سر تسکین می کشد. سپس می گوید: «چقدر دوست دارم که با تو صحبت کنم. واقعاً خوشحالم می کنی. متشکرم که گوش کردی، چقدر سبک شدم.»

- نه تنها مری بلکه تام نیز احساس بهتری دارد. تام از اینکه زنش از گوش کردن او تا این اندازه خوشحال شده است، متعجب شد. تام با آگاهی جدید از تفاوت‌هایشان، دانش گوش کردن را بدون پیشنهاد راه حل یاد گرفت.

همان طوری که مری نیز دانش رهاسازی، و اینکه اوضاع را بدون اظهار پیشنهاد و انتقاد ناخواسته، قبول کند، یاد گرفت. خلاصه دو اشتباه بسیار متداولی که ما در روابطمان مرتکب می شویم:

۱- مرد سعی می کند زمانی که همسرش ناراحت است، آقای مشکل گشا بشود و پیشنهاد راه حل بدهد و عواطف او را تغییر دهد ولی با این کارش، احساسات همسرش را بی بها می کند.
۲- زن سعی می کند زمانی که همسرش مرتکب اشتباهی می شود، کمیسیون اصلاح خانواده ترتیب بدهد و با پیشنهاد و انتقاد ناخواسته رفتار مرد را عوض کند.

هشام از آقای مشکل گشا و کمیسیون اصلاح خانواده

- با اشاره به این دو اشتباه بزرگ، هدفم این نبود که بگویم همه کارهای آقای مشکل گشا و کمیسیون اصلاح خانواده اشتباه است. این دو صفت بسیار مثبتی برای ونوسیه‌ها و مریخیه‌ها می باشد. اشتباهات تنها در «زمان» و «برخورد» آنهاست.
- در مواقع ناراحتی زن، اگر همسرش اظهار وجود نکند، بسیار مورد تقدیر واقع می شود.

به مردها باید خاطر نشان کرد زمانی که همسرشان ناراحت است و راجع به مشکلاتش صحبت می کند، وقتش نیست که پیشنهاد راه حل بدهند.

همسرشان احتیاج دارد که کسی به حرفهایش گوش کند و به تدریج احساس خوشنودی می کند، او نیاز به «تعمیر» ندارد.

- مرد زمانی که میل داشته باشد و خودش بخواهد، از کمیسیون اصلاح خانواده بسیار قدردانی می کند.

به زنها خاطر نشان می شود، زمانی که همسرشان مرتکب خطا می شود، نصیحت و انتقاد ناخواسته، به آنها احساس مورد بی مهری واقع شدن و تحت کنترل بودن، می دهد. همسرشان بیشتر به پذیرفته شدن نیازمند است تا به نصیحت، چون او می خواهد از اشتباهات خود پند بگیرد. وقتی که مرد احساس کند که هدف همسرش اصلاح او نیست، خیلی زودتر از او کمک و نظر خواهی می خواهد.

وقتی که همسرمان ما را از خود می راند، دلیلش عدم موقع شناسی و طرز برخورد غلط ماست.

آزادی

برگرفته از کتاب « پیامبر »
نوشته جبران خلیل حوران

جایگاهی دارد - در درون دلتان، و نه در دستانی - که از آن می ترسید. راستی را خواهید؟ همه آنچه که هست، در وجود خودتان است که جریان دارد، در یکه نیمه هم آغوشی بس پیوسته. آنچه خود می طلبید، آنچه زان می ترسید؛ آنچه خوارش شمرد، آنچه دارد عزیز؛ آنچه دنبال کنید، آنچه زان بگریزید. در شما این همه جریان دارد، همچنان سایه و روشنهایی، جملگی جفت به جفت، در ب یکدیگر. و بدان هنگامی - که شود سایه ضعیف، و گریزد از چشم، روشنایی که بکرده ست درنگ، می شود سایه نوری دیگر. و چنین است که آزادی تان، چون که از پای نهند مانع و بند، خود شود پابندی، بهر آزادی جانانه تری.

و خطیبی گفت: با ما از آزادی سخن بگوی، و او پاسخ داد: دم دروازه شهر، و به کاشانه خود، دیده ام خم شده اید، به پرستیدن آزادی خویش، خود به کردار غلامانی که - خویشین پیش یکی جباری، بر زمین میفکنند و زیوانه ورا - می رسانند به عرش، در همان حال که او - خردشان می سازد. دیده ام من، اری، گوشه دنج عبادت گاهی، یا که در سایه باروی بلند شهری، جمله آزادترین هاتان را - حامل پیکر آزادی خویش، همچو بندی که بود در دستان، همچو یوغی به سر و گردنها. و بسی خون دل آنکه خوردم؛ زانکه آزاد توانید شدن، فقط آنگاه که حتی طلب آزادی - نزدتان قید و لگامی گردد؛ فقط آنگاهی که - دیگر از آزادی، همچنان آماجی، همچنان فرجامی، هیچ حرفی نزنید. به یقین شاهد آزادی را - خوش در آغوش کشید، نه زمانی که بود روز شما - فارغ از فکر و خیال، و شبان جمله تهی از طلب و خواهش و رنج، بلکه آنگاه که این عارضه ها - زندگی تان را همه در بر گیرد، و شما، برهنه و بی پابند، جمله خیزید بلند، بر فراز سرشان.

به کدامین منوال - اوج خواهید گرفت، در فراسوی شبان و روزان، نگسلانید اگر این همه زنجیری را که سپیده دم ادراک شما، خود به دستان شما، بسته بر پیکره نیمه روز؟ راستی را خواهید، آنچه خوانید ورا آزادی، خود بود زمین همگی محکم تر، گر چه باشد آن را - حلقه هایی که درخشد به نزد خورشید خیره سازند دل و دیده تان.

و چه می باشد این، گر نه اجزای وجود خودتان، که بخواهید ز خود دور کنید، بهر آزاد شدن؟ اگر این قانونی است عین بیدادگری، و بخواهید که لغوش سازید، ثبت گردیده چنین قانونی، با همان دست شما، روی پیشانی تان. نتوانید زدودن آن را، نه اگر سوزانید - کتب قانون را، نه اگر بر سر اصحاب قضا - آب صد بحر بسازید روان، تا بشوید جبین آنان. و اگر این باشد - حاکمی خود کامه، و برانید که از تخت به زیرش بکشید، پس ببینید نخست: تخت او ایا در جان شما - خوب نابود شده ست؟ زان که جبار چه سان بتوان - که براند فرمان - بر سر مردم آزاد و عزیز، گر نباشد پنهان - هم در آزادی شان جور و ستم، هم که در عزتشان خواری و شرم؟ و اگر این باشد - نگران حالی و دل مشغولی، و بخواهید برانید آن را، خود گزیدید ورا، پیش از آنی که بود تحمیلی - بر دل و جان شما. و اگر این باشد - وحشتی مایه رنج، و بخواهید که دفعش سازید،

مرکز سرطان العمل

ارائه خدمات نموده و یک مجموعه جامع درجه یک می باشد .

ویرایش

مرکز سرطان العمل که یک بنیاد بشر دوستانه غیر دولتی و غیرانتفاعی است ، بیماران را با شرایط ذیل پذیرش می نماید .

– تنظیم فرم پذیرش توسط پزشک مربوط .

ارائه کارت هویت (توسط بیماران اردنی) ، گذرنامه (توسط غیر اردنی ها)

ارائه کارت بیمه (در صورتیکه بیمار قبلاً در یک برنامه خدمات بهداشتی عضو باشد .

– پرداخت (۵۰۰ دینار اردنی) به اضافه (۵۰٪) از کل هزینه های برآورده شده پزشکی، در صورتیکه بیمار نیاز به جراحی داشته باشد (برای بیماران اردنی) (۱۰۰۰ دینار اردنی) به اضافه (۵۰٪) از کل هزینه های برآورده شده پزشکی ، در صورتیکه بیمار نیاز به جراحی داشته باشد (برای بیماران غیر اردنی) .

امتیازات

چرا می باید بیماران به نقاط دور دست سفر کنند در حالیکه همان امکانات درمانی مراکز مهم در سراسر جهان در این مرکز کشور اردن در دسترس می باشد .

۳۰ هزار متر مربع ساختمان بیمارستان شامل قسمتهای نامبرده ذیل می باشد .

– یک بیمارستان (۱۲۰) تختخوابه برای بستری کردن بیماران شامل :

– یک بخش ویژه برای بستری کردن اطفال ، با (۲۷) اتاق و اتاق بازی .

– واحد ویژه پیوند مغز استخوان ، شامل هفت اتاق ویژه عاری از میکروب با هپافیز .

– چهار اتاق عمل بزرگ و یک اتاق عمل کوچک .

– بخش هفت تختخوابه بعد از عمل (Mcoray)

– واحد شش تختخوابه مراقبت های ویژه .

خدماتی که در این مرکز ارائه میشود عبارتند از :

۱ – کلینیک های غربالگری برای بیماران سرپائی

کلینیک های تخصصی

– پزشکان متخصص خدمات آزمایشگاهی در تخصص های

مختلف از جمله موارد ذیل را ارائه می نمایند : تومورشناسی ،

نومورشناسی هماتولوژی ، تومورشناسی جراحی ، زنان ، اورولوژی ،

نورولوژی ، گوش ، حلق و بینی ، چشم و دندان ، اتاق مداوا باشد

کلینیک ضد درد و یک بخش ویژه برای تومورشناسی اطفال .

مرکز سرطان العمل یک بنیاد بشر دوستانه ، غیر دولتی و غیر انتفاعی است که توسط یک هیئت امناء به سرپرستی ملکه نورالحسین اداره میشود .

این بنیاد اولین مرکز تخصصی سرطان شناسی برجسته در اردن و منطقه است که به مدد کمکهای اعطائی مردم اردن ، ملیت های دیگر ، دولت هلند، و نیز یک دام با بهره کم از بانک توسعه اسلامی جده در ۱۱ ژانویه ۱۹۹۷ تأسیس شد .

ویرایش

رسالت ما ارتقاء نرخ بقا و بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی با ارائه خدمات منظم، جامع و همه جانبه از طریق ایجاد آگاهی، آموزش و ارائه مشاوره در ارتباط با پیشگیری و کنترل سرطان میدانیم .

ویرایش

مرکز سرطان العمل با توجه به دیدگاههای ذیل ایجاد شده است :

– یک مرکز درجه یک منطقه ای برای درمان، پیشگیری و کنترل سرطان می باشد .

ارائه کمک و مراقبت های معنوی به افراد مبتلا به سرطان و خانواده آنان .

– روشن کردن افکار عمومی نسبت به عناصر مخاطره آمیز ایجاد سرطان از طریق برنامه های اطلاع رسانی عمومی .

ویرایش

آموزش عمومی و ارائه رهنمود مشاوره و اطلاعات .

– ایفای نقش موثر در تشخیص زود هنگام بیماری ضمن انجام اقدامات پیشگیرانه و اطلاع رسانی شیمی درمانی و رادیوگرافی (و توانبخشی به بیماران سرطانی .

– توانبخشی به بیماران سرطانی و کمک به آنان برای وفق دادن خویش با شرایط جدید .

– کمک و تشریک مساعی با دفتر ملی سرطان و توزیع جغرافیایی آن .

– ارائه فرصت های آموزشی و تخصصی به دانشجویان پزشکی

و پرستاران و دیگر متخصصین پزشکی در زمینه سرطان

– ایجاد و تقویت ارتباط و همکاری و هماهنگی با مراکز پیشرفته سرطان شناسی در سراسر جهان در جهت منافع مشترک .

– برپائی سمینار و کنفرانس های مربوط به سرطان و دیگر بیماریهای مرتبط با آن و نیز شرکت در چنین سمینارها در کشور، منطقه و در سطح بین المللی .

علاوه بر این ها مرکز سرطان العمل در سطح منطقه ای نیز

گالیه: تک های فیزیوتراپی

- از آنجا که تشخیص زود هنگام شانس درمان را افزایش میدهد «عمل» خدمات ذیل را ارائه میدهد.
- آزمایش بالینی سینه، ماموگرافی، پاپ اسمیر برای زنان.
- آزمایش بیضه و پروستات برای مردان.
- آزمایشات مربوط به سرطان پوست و دیگر چکاپهای سالانه برای مردان و زنان.

گالیه: تک های شیمی درمانی روزانه شامل تعداد تختخواب

- و صندلی های مخصوص به شرح ذیل می باشد.
- بخش بزرگسالان واحد تزریقات دراز مدت (برای هشت ساعت) با تعداد (۳) صندلی و واحد تزریقات کوتاه مدت با تعداد (۶) صندلی.
- بخش اطفال واحد تزریقات دراز مدت با تعداد (۵) تخت و واحد تزریقات کوتاه مدت با تعداد (۵) صندلی.

گالیه: تک های فیزیوتراپی و بیوپسی

- برای این بیماران آخرین روش های درمانی موجود در یک مجتمع را با دلگرمی و حمایت های لازم به شرح ذیل ارائه می نماید.
- غربالگری عادی ماموگرام.

- ارزیابی جامع وضعیت بیماران با ریسک بالا به دلیل سابقه خانوادگی یا ابتلای پیشین به سر.
- تشخیص به موقع و درمان.

گالیه: تک های جراحی

- طیف کامل درمان سرطان پستان شامل دارویی، جراحی و تابش اشعه.

مشاوره برای ترمیم پستان و جراحی زیبایی

ژن شناسی سرطان پستان

کلینیک تغذیه و ترک اعتیاد به سیگار (NASC) :

این کلینیک خدمات نامبرده ذیل را ارائه میدهد :

- ارائه رهنمودهای لازم برای یک زندگی بهداشتی و ترک نحوه تغذیه ای که سرطان را هستند این ممکن است بنابه نیازهای فردی موجب کاهش یا افزایش وزن شود.
- ارائه راهنمایی و رژیم های غذایی به بیماران سرطانی، دیابتی، قلبی کلیوی و بیماری معده ای و روده ای.
- ارائه برنامه های تغذیه ای مناسب برای زنان باردار، شیرده، نوجوانان و کودکان طبق مجوزهای پیشنهاد شده تغذیه برای این افراد (RAD).

- کمک به افرادی که مایل به ترک اعتیاد سیگار هستند، همراه با ارائه اطلاعات علمی و بین المللی روش های ترک اعتیاد.

گالیه: تک های تشخیصی

- این بخش به تجهیزات نامبرده ذیل مجهز می باشد :
- سیستم MRI پیشرفته با توانایی اسکن کردن عضلات و جمجمه و سیستم های اعصاب مرکزی.
- کویل Coil پیشرفته برای اسکن کردن جنبشی پستان اخیرا بکار افنده و در عین حال آخرین تجهیزات ماموگرافی با توانایی نمونه برداری های streotic و نیز روش موضعی سوزنی همراه با بررسی های استاندارد ماموگرافی ارائه میشود.
- سیستم پیشرفته «التراساند - Ultrasound» که قادر به انجام روشهای مداخله انجام «التراساند»

می باشد، از جمله در نمونه برداری از پروستات، یکی از تجهیزات بسیار مهم و ارزشمند این بخش می باشد.

« CAT scanner » با توانایی « multisliq » که این امر با افزایش بازدهی و نیز نمونه برداری با استفاده از آنی که در حال انجام است موجب تقویت کارائی این بخش میشود.

بخش رادیوتراپی و داروهای هسته ای:

این بخش مجهز به تسهیلات پیشرفته رادیوتراپی شامل موارد ذیل می باشد :

رادیوتراپی

سیسمولاتور SLS برای تشخیص دقیق موضع و هدف گیری، پیش از آغاز درمان

اطلاق قالب برای تهیه ماسک های غیر متحرک و صفحه های محافظ مخصوص هر یک از بیماران طی دوره درمان.

- سیستم برنامه ریزی (PLATO) برای پرتوافکن خارجی

و داخلی، طرحهای تابش

برای حصول اطمینان

از توزیع دقیق میزان

مصرف تابش در داخل

درمان و نسج های طبیعی

اطراف.

داروهای هسته ای:

- ضیف وسیعی از روش های

تشخیص و درمان شناسی، ایزوتوپ های

رادیونی از جمله تشریح یک اسکن

استخوان کبد به کلیه، بررسی

های هسته ای قلب، تومور و غیره

را ارائه میدهد.

درمان سرطان تیروئید و

مسمومیت های تیروئید با استفاده

از ید (۱۳۱) و درمان متاستازها

استخوان با رادیو ایزوتوپ.

- دوربین های پیشرفته

گاما، واحد نیروئید و هات

لب (hat lab)

آزمایشگاه های فیزیوتراپی

شامل هیستوپاتولوژی،

همانولوژی، میکروبیولوژی،

بیوشیمی، ایمونولوژی، پیوند

مولکولی، و بانک خون.

عملکرد آزمایشگاهها به

عنوان یک مرکز مراجعه

برای Flowcytometry

و mumohistechemistry

با طیفی از جدیدترین

گسترده ترین مشخصه های

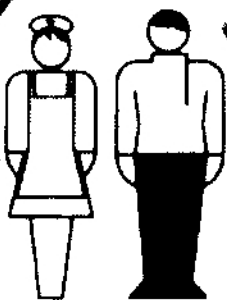
«immunophenotyping» در

منطقه «العمل» با مساحت

۱۰۰۰ مترمربع به سیستم

تکنولوژی باز که قابل

تطبیق با اهداف عادی



خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۲۲

روزمره و نیز انجام تحقیقات باشد مجهز است .

قسمت توانبخشی شامل :

• فیزیوتراپی از جمله ماساژ های دستی و ماشینی .

• هیدروتراپی برای بزرگسالان و کودکان

• وکس تراپی

• اکوپیشمال تراپی که ارگانهای بدن کلیه فعالیت های خود را بکار می گیرند .

نوانبخشی روانی - اجتماعی برای کمک به ارتقاء و وضعیت

روحی بیماران سرطانی و رفع کلیه موانع درمانی آنان .

• هیئت بیمار میعالی آمار بیمارانی سرطانی :

از طریق یک سیستم کامپیوتری تخصصی ، اطلاعات مربوط به ثبت ارائه میگردد که این امر به تقویت اطلاعات جمع آوری شده توسط مرکز ملی سرطان جهت ارائه آمار قابل اطمینان تعداد بیماران سرطانی در

اردن کمک می کند . این

سیستم با کد ویژه ای

برای استفاده کشورهای

عربی و مشخص شدن

آمار سرطان در این کشورها

نیز قابل استفاده است .

• سیستم اطلاع آموزشی

• قرارگاه رسانی :

مرکز العمل دارای یک

سالن سخنرانی بسیار مجهز با

تعداد ۱۳۰ صندلی می باشد که

بمنظور ارائه سخنرانی ، برپایی

کارگاههای آموزشی ، سمینار ، و

کنفرانس برای عموم و نیز پزشکان

و دیگر متخصصین امور بهداشتی

مورد استفاده قرار میگیرد .

کارکنان العمل که در مدارس

، انجمن ها ، دانشگاهها و دیگر

مراکز خارج از بیمارستان و نقاط

مختلف اردن با انجام سخنرانی

به ارائه اطلاعات و آگاهی های

مربوط به سرطان اقدام می

نمایند . علاوه بر آن ، نشریات

آموزشی در خصوص انواع

سرطان و دیگر موضوعات

مرتبط با بیماری سرطان

به زبان عربی منتشر و بطور

رایگان توزیع می شود .

مرکز العمل با بعضی از

مراکز مهم و پیشرو در امر

سرطان در سراسر جهان ، از

جمله بیمارستان کودکان

st. Jude ، انستیتوی ملی

سرطان (NCI) در امریکا ، و

مرکز سرطان جنوب غربی

واقع در هلند ارتباطات پزشکی و اطلاعاتی دارد .

• شیرویه برنامه مراقبت های پیشگیرانه :

افراد ، ارگانها ، و انجمن ها میتوانند به این برنامه به پیوندند،

شرکتها و نمایندگان فعال می توانند هر تعداد از افراد نیازمند را

تشویق به پیوستن به این برنامه بنمایند .

• متقاضیان می باید فاقد بیماری سرطان باشند .

• عضویت سه ماه پس از درخواست اعتبار می باید یک کارت

بیمه برای فرد صادر می شود .

• شیرویه :

فرم تقاضا

کارت هیئت (برای اردنی ها) گذرنامه (برای غیر اردنی)

حق عضویت سالانه برای اردنی ها (۱۰) دینار اردنی برای

هر فرد یا (۵۰) دینار اردنی ، (۱۰۰۰۰) دینار اردنی در صورت

نیاز به درمان مکاتبه ، و (۲۰۰۰۰) دینار اردنی در صورت ابتلا به

سرطان با اتباع عرب مقیم اردن همانند اردنی ها رفتار میشود .

• شیرویه :

• دوبار چکاپ رایگان سالانه

• تخفیف ویژه در خصوص استفاده از آزمایشگاه و رادیولوژی

تشخیصی برای هر مورد پزشکی به شرح ذیل است :

۲۵ درصد تخفیف در تست های آزمایشگاهی

۱۰ درصد تخفیف در تشخیص های رادیولوژی

• شیرویه :

مرکز العمل در اصل با کمک های مرقوم خیر ایجاد شده و

هدف نهائی آن دستیابی به وضعیتی است که نتواند کلیه بیماران

را صرفنظر از وضعیت مالی آنان مداوا نماید . العمل علاوه بر هزینه

های دریافتی جهت ارائه خدمات بهداشتی بر منابع مالی نامبرده

ذیل به عنوان منابع اصلی در آمدهای خود متکی می باشد که

عبارتند از :

• بودجه کمک به بیماران فقیر : جهت پرداخت کلیه یا بخشی

از هزینه های درمان بیماران نیازمند .

• کمک های اهدائی نهادها و افراد فعال و خیر که به این

منظور صورت می گیرد .

• عضویت در برنامه مراقبت های پیشگیرانه

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۲۵

برای کسب اطلاعات بیشتر به آدرس های ذیل مراجعه شود:

تلفن ۹۶۲ ۵۳۵۳۰۰۶ -

فاکس ۹۶۲ ۵۳۳۵۸۶۸۶ + و ۹۶۲ ۵۳۴۲۵۶۷۰

صندوق پستی ۱۲۶۹ امان ۱۱۹۴۱، اردن

صندوق پستی ۱۵۳۲ امان ۱۱۹۴۱، اردن

Email : Admin: alamal - gaumdatim @ alormal index .com.je

Email : Hospital : alamal - camca - camtes @ a'ormal index .com.je

Email : Engeneers : aialamal - emgineering @ alormal index .com.je

برای دریافت اطلاعات بیشتر در خصوص برنامه مراقبت های

پیشگیرانه، می توانید با دفتر این برنامه در مرکز العمل با شماره

مستقیم ۵۳۵۵۵۳۵ - ۹۶۲ تماس بگیرید.



درمان هموفیلی



منبع مجله:

MEDICOM INTERNATIONAL

درمان هموفیلی: نیازها و استراتژی‌های

لازم جهت پیشرفت

مقاله حاضر بصورت مختصر درمان بیماران هموفیلی را مورد بررسی قرار خواهد داد، و بر استراتژی‌های ممکن در زمینه پیشرفت درمان این بیماری در مقیاسی گسترده تأکید می‌کند. این شیوه به عنوان یک علم اساسی درمانی ایمنی انتخاب شده در حالیکه تبدیل چنین دانشی به سلامت از طریق درمان‌های موثر مخصوصاً در کشورهای نه چندان ثروتمند مدت‌هاست که به فراموشی سپرده شده است.

تعاریف، درمان و معالجه‌های رایج

یک نقص مادرزادی یا اختلال عوامل ایجاد لخته در پلاسمای منجر به خونریزی می‌شود. پیشرفتهای درمانی اخیر، توسعه ایمنی مشتقات پلاسمای یا موارد موجود در مهندسی ژنتیک را شامل می‌شود. اگر چه استفاده از محصولات نو ترکیب در حال افزایش می‌باشد، اما در حال حاضر نگرانیهایی نیز درباره بیماری خونی مادرزادی و آلودگی با پروپون که بیماری Creutzfeldt-Jakob را بوجود می‌آورده وجود دارد. در حالیکه هم اکنون هیچ دلیل علمی وجود ندارد که محصولات تولید شده بوسیله انسان از ایمنی کمتری نسبت به تکنولوژی نو ترکیب برخوردار می‌باشند. کمبود فاکتور هشت نو ترکیب بعضی اوقات در نتیجه افزایش نیاز تولید اتفاق می‌افتد.

ژن درمانی

امکان «درمان» هدف نهایی بیمار هموفیلی است کولون کردن و فاکتور هشت و نه در دهه ۸۰ امکان تحقیق درباره ژن درمانی را بوجود آورد ژن درمانی نهایی برای هموفیلی A و B جایگزین ژن درمانی و یا تصحیح مستقیم نقض مولکولی در فاکتور جهش یافته هشت یا نه خواهد شد. در حال حاضر ژن درمانی برای بیماران هموفیلی شامل افزودن فاکتور انعقاد DNA با علائم تقوینی به سلولهای بیمار همواره با ژن فاکتور انعقاد معیوب می‌باشد بنابراین سلولهای تغییر شکل یافته می‌توانند پروتئین مورد استفاده را توسط تزریق DNA تولید کنند. ژن درمانی هموفیلی یک قدم مهم می‌باشد، اگر چه هم اکنون جایگزین درمانی با فاکتور هشت یا نه دارای ایمنی بیشتری نسبت به گذشته است اما ایده‌آل نیست. حتی همراه با رژیم‌های پیش‌گیرانه، جایگزین درمانی باید در فواصل مشخص و بصورت تزریق وریدی انجام شود.

معمولاً در هنگام ژن درمانی بیمار فقط از:

تکنولوژی هنوز انقدر پیشرفت نکرده است که بر انتقال ژن بصورت مادام‌العمر برای ادامه تولید فاکتورهای انعقاد تا سطح

معمولی اثر بگذارد.

تفاوت‌های مهمی با توجه به جنبه‌های عملی ژن درمانی برای هموفیلی A یا B، بنابر تفاوتها در اندازه و خصوصیات فاکتور هشت یا نه وجود دارد.

بر عکس یک مزیت عمده ژن درمانی در هموفیلی این است که حتی یک افزایش اندک ۱-۲ درصد در سطح فیزیولوژیکی در گردش فاکتور هشت یا نه تأثیر مفید بسیار بر روی خونریزی خود به خود دارد، بنابر این باعث پیشرفت کیفیت رنگ بیمار می‌شود اگر چه این محصول داخلی در سطوح فاکتور افزایش‌های کمی را بوجود می‌آورد، اما به هدف پیشگیری بدن نیاز به تزریق‌های منظم دست خواهد یافت.

اگر ژن درمانی به عنوان یک درمان ماده گسترش یابد، برای بیماران هموفیلی مهمترین پیشرفت در مقیاس گسترده و برای درمان این بیماری خواهد بود. امروزه هشتاد درصد جمعیت دنیا فاقد درمان موثر برای هموفیلی هستند.

روش‌های امروزی که از جایگزین درمانی استاندارد استفاده می‌کنند در بسیاری از نواحی کشورهای فاقد منابع از نظر جمعیت و هزینه عملی نمی‌باشد.

دیگر روش‌های درمانی چشم‌گیر عبارتند از مدیریت مشکلات ارتوپدی، درمان نوزادان و کودکان هموفیلی و تشخیص پیش از تولد هموفیلی که منجر به تولد کودک هموفیلی یا سقط جنین می‌شود. شناسایی و درمان علیه مهار کننده‌هایی که بر اثر تزریق فاکتور (آنتی بادی) ایجاد می‌شوند، هنوز هم یک مسئله لاینحل می‌باشد.

کیفیت زندگی

افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به هموفیلی، هدف نهایی درمان است. سازگاری با بیماری اولیه آنها یکی از اجزاء روش گسترده درمانی افراد مبتلا به هموفیلی از طریق گسترش پیروی کردن از رفتارها می‌باشد و رای تأثیر درمانی، مشکلات ناشی از بیماریهای مسری جدی مثل HIV و هپاتیت، فشار فیزیولوژیکی بیشتری را برای بیماران مبتلا به هموفیلی به همراه داشته است.

بنابراین حمایت فیزیولوژیکی چنین بیمارانی بسیار پر اهمیت ترمی باشد. درمان طولانی مدت بیماران هموفیلی که به HIV یا سایر بیماریهای مزمن مبتلا هستند، فشار دیگری را به متخصصین تحمیل می‌کند. این روش جدید برای درمان گسترده بیماران با بیماریهای مزمن نیازمند است و تکنیکهایی است که توسعه یافته و نیروی کافی به متخصصین می‌بخشد تا به درمان بیماران بپردازند.

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۳۶

دیدگاه بهداشت عمومی درباره هموفیلی

در سه سال گذشته فدراسیون جهانی هموفیلی اطلاعات جهانی از سازمانهای ملی هموفیلی جمع آوری کرده است. اطلاعات مربوط به سال ۲۰۰۱ از ۷۷ کشور جمع آوری شده و اطلاعات مربوط به ۱۱ هزار بیمار هموفیلی و ۳۶ هزار افراد مبتلا به بیماری Nonwillebrand را در اختیار ما قرار می دهد. فدراسیون جهانی تالاسمی تخمین می زند که در سراسر دنیا ۲۵ هزار فرد مبتلا به هموفیلی A و ۸۵ هزار مبتلا به هموفیلی B که جمعا ۴۰۰ هزار نفر می شوند، وجود دارد. از این تعداد انتظار می رود که ۲۲۰ هزار نفر به سختی از هموفیلی رنج می برند. هر چند که به بیان علمی ما تنها اطلاعات مربوط به ۱۱۰ هزار بیمار مبتلا به هموفیلی را جمع آوری کرده ایم.

در کشورهایی که دسترسی آسان به مراکز درمانی وجود دارد و فرآورده های درمانی مورد نیاز فراهم می باشد. بیماران شناسایی شده، به درستی بیماری آنها تشخیص داده شده و تحت درمان قرار می گیرند و شرایط زندگی آنها بسیار تغییر می کند. برعکس در کشورهای فاقد منابع و فقیر درمان هموفیلی معمولاً در بیمارستانهای شهرهای بزرگ انجام می شود. از این رو بیماران به درستی شناسایی نشده و اطلاعات مورد نیاز برای تحت درمان قرار گرفتن نیز در اختیارشان نیست و به مراکز درمانی نیز دسترسی ندارند.

در چنین کشورهایی بیماری اکثر بیماران تشخیص داده شده یا در مان نشده اند این دو گانگی درمان است، واقعیت این است که بدون تشخیص یا درمان بسیاری از مبتلایان به هموفیلی بدون اینکه بیماری آنها تشخیص داده شود می میرند. نیاز برای دانش بیشتر درباره بیماری و روش علمی برای تشخیص و توسعه برنامه وجود دارد و منابع در دسترس نیز باید عاقلانه و موثر مورد استفاده قرار گیرند.

هند، چین، اندونزی، بنگلادش و اکراین جمعا ۲/۶ میلیون نفر جمعیت دارند که ۴۵٪ از جمعیت دنیا را تشکیل می دهند با وجود اینکه آنها ۱۰٪ از موارد تشخیص درمانی بیماری هموفیلی را تشکیل می دهند اما کمتر از ۲٪ از ذخایر دنیا را مصرف می کنند در کشور هند، برخلاف تلاش های مفیدی که توسط سازمان ملی هموفیلی با شبکه ای از انجمن های محلی و پزشکان متعدد صورت می گیرد.

استفاده از عامل یک درصد واحدهای بین المللی برای هر فرد می باشد و در اروپای غربی، این مصرف از ۱/۲ تا ۷/۶ واحدهای بین المللی برای هر فرد تفاوت می کند البته، تفاوت اصلی تهده یا تخصص متخصصین در این کشورها نیست بلکه منابع اقتصادی در دسترس برای درمان هموفیلی و بررسیهای فرهنگی متفاوت می باشد.

در کشورهایی که در بالا ذکر شد، سطح درآمد سالانه کمتر از هزار دلار برای هر فرد می باشد. اطلاعات بدست آمده در کالیفرنیا نشان می دهد که در سال ۲۰۰۰ هزینه متوسط برای درمان هموفیلی برای یک فرد که از این بیماری رنج می برد ۱۳۶ هزار دلار برای یک نفر بوده که جایگزین درمانی بیش از ۹۰ درصد این مبلغ را تشکیل می دهد.

مشخص است که سطح این هزینه یک هدف غیر ممکن برای کشورهای در حال توسعه است و در آینده نیز خواهد بود حتی اگر فاکتور به مبلغ ۲۵ سنت و هزینه نیز کمتر از ۲۰ هزار واحد بین المللی برای هر فرد بوده هزینه متوسط برای هر فرد سالانه ۵ هزار دلار آمریکا مردم کشورهای در حال توسعه می باشد، که

هزینه درمان هموفیلی توسط خود شخص و نه شرکتهای بیمه و دولت پرداخت می شود. هزینه های روز افزون درمان و آگاهی بیشتر در زمینه درمان این بیماری هم در کشورهای ثروتمند و هم کشورهای فقیر منجر به تشکیل اقتصاد سالم شد و خدمات بهداشتی در اختیار بیماران هموفیلی قرار گرفت.

یک بیماری کمیاب

هموفیلی به عنوان یک بیماری کمیاب هم از نظر علمی و هم از نظر سیاستهای بهداشتی در رده پایینی از نظر دستور کار جهانی قرار دارد تنها تعداد محدودی از متخصصین فداکار در سراسر دنیا در زمینه بیماری هموفیلی و درمان آن فعالیت می کنند. در میان این تعداد از متخصصین فقط انجمن های بیماران زمان بسیاری را برای درمان این بیماری صرف می کنند. در تحقیقی که صورت گرفته، تنها ۳۰ درصد از ۱۲۰۰ مقاله ارسالی در مورد درمان بیماران تالاسمی می باشد.

البنه فدراسیون جهانی هموفیلی (WFH) در این زمینه کارهای بسیاری انجام داده است. نقش اصلی این فدراسیون فراهم آوردن اطلاعات، حمایت و ترویج فرصتهای آموزشی است. دهه های بسیاری است که فدراسیون جهانی هموفیلی به تاسیس سازمانهای ملی هموفیلی کمک کرده است در حالیکه این برنامه در کشورهای ثروتمند موفقیت آمیز بوده است تاکید بر این است که سازمانهای هموفیلی تا آنجائیکه امکان دارد در تمام کشورها تاسیس شود انجمن هموفیلی تشویق شده که تحت عنوان یک انجمن جهانی فعالیت کرده و پزشکان نیز در زمینه درمان هموفیلی آموزش ببینند و برای کار در این زمینه تشویق شوند. کارمندان آزمایشگاه باید برای تشخیص هموفیلی آموزش داده شوند. سازمانهای هموفیلی باید دریافتن و کمک به بیماران هموفیلی و خانواده های آنها بسیار فعال باشند.

در کشورهای در حال توسعه چهار عامل اصلی در درمان هموفیلی باید در نظر گرفته شود: درمان بالینی، تشخیص بالینی، وسایل انتقال خون و یک سازمان قوی برای بیماران.

در مقابل در کشورهای فقیر زمانیکه برای درمان منابعی را اختصاص می دهند، درمان بیماری هموفیلی حق تقدم بالایی نخواهد داشت و این زمانی است که یک سازمان هموفیلی می تواند نقش مهمی در همکاری بین کشورها و دولت های ثروتمند به منظور ترغیب دولت ها و مقام های مسئول در زمینه بهداشت و درمان، برای حمایت از درمان هموفیلی این گونه کشورهای ثروتمند باید تعهد کنند تا به ملت های فقیر برای دستیابی به اطلاعات، آموزش و درمانهای جدید کمک نمایند.

با انجام این کار، بیماری های کمیاب مثل هموفیلی توسط دولتها و انجمنهای تحقیقاتی در الویت قرار گیرند و در حال حاضر این مسئله در کشورهای ثروتمند انجام شده است انجمن هموفیلی می تواند بخش مهمی از این جنبش باشد و کمک می کند تا دولت ها به مسائل بیماران هموفیلی جدی تر و عمیق تر توجه کنند. استراتژی غیر دولتی و داوطلبانه انجمن هموفیلی وابسته به فدراسیون جهانی هموفیلی موفقیت های بسیاری بدست آورده است.

بنابراین انتظار می رود کار این انجمن که توجه دولت را نیز به همراه دارد بهترین راه برای پیشرفت درمان هموفیلی در سراسر دنیا به شمار می رود. در همین حال، هر مشکل پزشکی بوجود آمده دیگر مثل بیماری ایدز و هپاتیت C که بر بیماران هموفیلی تاثیر می گذارد آگاهی و توجه عموم را نسبت به درمان هموفیلی افزایش می دهد.



تجارب کلینیک عمومی

روابط عمومی بنیاد از جمله واحدهای کلیدی و فعال در جهت شناساندن بنیاد فرهنگ سازی و ارتقای آگاهی جامعه در زمینه بیماری های خاص و وضعیت آنان می باشد. این واحد با بهره گیری از امکانات و اجرای طرح های گوناگون سعی نموده است تا به انحاء مختلف و با بهره گیری از روش های متفاوت فرهنگ عمومی و توجه مردم نسبت به بیماری های خاص را افزایش دهد. این تلاش نتایج مطلوبی نیز به دنبال داشته است به طوری که هم اکنون از یک سو حوزه فعالیتی بنیاد و از سوی دیگر وضعیت بیماران خاص تقریباً در تمام نقاط کشور و برای تمام احاد جامعه شناسانده شده است:

مختلف
۵- بخش تیزرهای آموزشی و تبلیغی از صدا و سیما (بخش تیزر سرطان و...)
۶- توزیع و تکثیر فیلم های آموزشی جهت بیماریهای هموفیلی و دیابت و تالاسمی که در چند ماه اخیر به طور متوسط حدود ۲۰ مرکز جهت دریافت فیلم مراجعه نمودند.
۷- حضور در نمایشگاه های مختلف که لیست آن ها به پیوست آمده است.
۸- برپایی چادرهای مشاوره پزشکی، اطلاع رسانی و اندازه گیری قند خون در میادین در ماه مبارک رمضان

۹- تهیه مطالب مختلف برای فصلنامه خاص
۱۰- ارسال و توزیع فصلنامه خاص جهت مراکز درمانی، آموزشی، نشریات کتابخانه ها و مشترکین
۱۱- توزیع و ارسال ده ها عنوان بروشورهای درمانی برای بیماران در تمام نقاط کشور.
۱۲- توزیع و ارسال بوسترهای مختلف آموزشی و تبلیغی جهت مراکز درمانی، آموزشی، دانشگاه ها و...
۱۳- تشکیل و برگزاری کارگاه های آموزشی و اردوهای آموزشی - تفریحی برای بیماران و خانواده ها

فعالیت های سمعی و بصری

که این فعالیت ها در جهت ارتقای آگاهی عمومی و تلاش جهت مشارکت های مردمی است
۱- بخش تیزرهای تلویزیونی و رادیویی در مورد

و ترویج فعالیت گروه روابط عمومی به شرح زیر است:
۱- مشارکت و همکاری فعال با واحدهای مرتبط در خصوص برگزاری همایش ها، کنگره ها، سمینارها و... پیرامون بیماری های خاص، پیشگیری، درمان، بهداشت و...
۲- همکاری با رسانه های گروهی اعم از صدا و سیما مطبوعات در انعکاس و چاپ مطالب و آگهی ها که در مورد اخیر درج آگهی اهدای عضو در روزنامه های انتخاب، کیهان و اطلاعات و جام جم را می توان نام برد.
۳- همکاری با مطبوعات و انعکاس پیام های بهداشتی تهیه شده توسط قسمت آموزش که به عنوان نمونه میتوان به قسمت آگهی روزنامه ایران اشاره نمود که اقدام به درج پیام های آموزشی بنیاد نموده است.
۴- انجام تبلیغات در سطح شهر به صورت های

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۴۸

- (۱) تبلیغ ستاد
- (۲) دعای کودکان
- (۳) افتتاح مراکز درمانی
- (۴) در مورد بیماری های خاص

گزارش انتشارات پناه

با توجه به این امر که آگاهی گام اول، در پیشگیری است همزمان با تهیه و انتشار بروشور، روابط عمومی بنیاد اقدام به توزیع و ارسال رایگان و مستمر برای کلیه مراکزی که در سطح کشور به نحوی با بیماری های خاص در ارتباط می باشند نموده است. در حال حاضر انتشارات بنیاد برای مراکز زیر ارسال می گردد.

حدود ۷۰۰ مرکز فوق تخصصی و بیمارستانی

۱۷۶ مرکز دیالیز - ۱۳۴ مرکز تالاسمی و هموفیلی ۴۵ مرکز دیابت

علاوه بر موارد فوق انتشارات بنیاد جهت افزایش آگاهی افراد جهت تحقیق و ... به صورت رایگان برای مراکز و بیمارستانها آنها ارسال می گردد.

جمهوری و بیمارستانها

با توجه به اینکه یکی از اهداف بنیاد امور بیماریهای خاص ایجاد ارتباط بیشتر با جامعه به منظور تحقق دو هدف عمده ارتقای آگاهی عمومی و جلب مشارکت های مردمی باشد، تلاش شده است بنیاد در هر نمایشگاهی که امکان داشته باشد حضور فعال داشته باشد. اسامی نمایشگاههایی که بنیاد در سال ۸۰ شرکت نموده است به شرح زیر است:

- نمایشگاه بین المللی کتاب تهران ۲۱-۱۰ اردیبهشت محل دائمی نمایشگاههای بین المللی
- نمایشگاه سالگرد بنیاد و سمینار رسانه ها و بیماریهای خاص ۱۸ اردیبهشت سالن کوثر صدا و سیما

- نمایشگاه در همایش سالانه انجمن پزشکان کودکان ایران مرکز مطالعات وزارت امور خارجه ۱۴ لغایت ۱۸ اردیبهشت
- نمایشگاه بین المللی لوازم توانبخشی و وسایل معلولین محل دائمی نمایشگاههای بین المللی تهران

۲۰ لغایت ۲۴ خرداد

- نمایشگاه ویژه جوانان استان آذربایجان غربی - تبریز
۷ لغایت ۱۴ شهریور
- نمایشگاه ویژه جوانان استان خراسان - مشهد ۱۸ لغایت ۲۸ شهریور

- چهارمین نمایشگاه محصولات فرهنگی، هنری و آموزشی کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان ۲۰ لغایت ۳۰ شهریور

- نمایشگاه همه دوستان ما به مناسبت روز جهانی کودک کانون پرورش کودکان و نوجوانان ۱۴ لغایت ۱۷ مهرماه
- نمایشگاه اختصاصی جمهوری اسلامی ایران در جمهوری تاجیکستان دوشنبه پایتخت تاجیکستان ۶ لغایت ۱۳ آبان

- نمایشگاه بین المللی قرآن کریم کانون پرورش فکری ۱۹ آبان لغایت ۱۳ آذر
- نمایشگاه ژنتیک و معلولیت دانشگاه علوم بهزیستی ۱۶ لغایت ۲۰ آذر

- نمایشگاه تجهیزات و لوازم پزشکی، آموزشگاه دندانپزشکی کرمان ۲۳ لغایت ۲۷ دی
- نمایشگاه بهداشت روانی خانواده ساختمان قدیمی بیمه ایران تهران ۱۲ لغایت ۲۱ بهمن
- نمایشگاه تخصصی تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی استان گیلان - رشت ۱۳ لغایت ۱۷ اسفندماه
- نمایشگاه خون سالم در جوار همایش خون سالم در سازمان انتقال خون استان تهران ۳ لغایت ۷ اسفندماه

اهدای و تحویل

یکی دیگر از فعالیتهای روابط عمومی تلاش برای ارتقای آگاهی عمومی مردم و ایجاد بستری مناسب جهت فرهنگ سازی در امر اهدای عضو می باشد. که در این زمینه اقدام به چاپ و توزیع فرم اهدا عضو نموده است که با پر کردن و ارسال آن توسط افراد و با ورود اطلاعات آن ها به کامپیوتر، کارت صادر و برایشان ارسال می گردد که تاکنون ۱۱/۵۰۰ نفر کارت اهدای عضو دریافت نموده اند.



اولین کارگاه آموزشی

اطمینان، و ساختار ایده آل برای یک مرکز مراجعه تالاسمی ارائه شد.
سپس گروهی از سخنرانان دیگر تجربیات خود را در زمینه روش های سازماندهی، تامین هزینه ها و

در ۲۶ سپتامبر ۲۰۰۲ (۴ مهر ماه ۸۱) نمایندگان ۷۷ انجمن تالاسمی از سراسر جهان برای شرکت در یک اجلاس دو روزه در نیکوزیای قبرس گرد آمدند تا پیرامون چگونگی ایجاد و تقویت موثر انجمن های تالاسمی با یکدیگر گفتگو نمایند. تعداد ۲۵۰ شرکت کننده از ۳۶ کشور جهان در این کارگاه آموزشی حضور یافتند و تجربیات آنان حاکی از آن بود که مشکلات بیماران تالاسمیک در هر کجای جهان که باشند کم و بیش یکسان است. درعین حال این کارگاه آموزشی نشان داد که بعضاً شرایط ناگوار سیاسی و اقتصادی کشورهای یار بیشتری بر دوش اینگونه بیماران، خانواده ها و وابستگان آنان می گذارد. این مراسم با خوشامد گوئی و سخنرانی آقای Stelios Krequgon رئیس انجمن تالاسمی قبرس، آقای Panos Englegos رئیس فدراسیون بین المللی تالاسمی (TIF)، آقای دکتر Victor Boulyjenkor مدیر برنامه ژنتیک های انسانی و بیماریهای غیرقابل انتقال سازمان جهانی بهداشت (WHO)، و آقای Frixos Sarvides وزیر بهداشت قبرس افتتاح شد.

تلاش این کارگاه آموزشی بر آن بود تا علاوه بر ارائه اطلاعات عمومی مهم در ارتباط با آخرین دستاوردهای علمی و تکنیکی در خصوص تالاسمی با نمایندگان انجمن های شرکت کننده

نیز فرصت کافی جهت ارائه نظرات و دیدگاهها و تجربیات کشورهای خودشان داده شود. طی روز نخست سخنرانی های متنوعی در طیفی گسترده از موضوعات مربوط به (پیرمی شناسی تالاسمی) تا نقش (WHO) در مقابله با این بیماری، روش های نوین مراقبت های بالینی، ارائه خون قابل

خاص
زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۵۰

انجمن‌های تالاسمی

ایتالیا، فدراسیون تالاسمی یونان (Panhell - enic)، تالاسمی هندوستان و برنامه تالاسمی ایران به پایان آمد. شهردار نیکوزیا طی یک مراسم عصرانه در یکی از مراکز تاریخی شهر با شرکت کنندگان دیدار و به آنان خوش‌آمدگفت.

روز دوم کارگاه مزبور بیشتر به سخنرانی‌های تعداد بیشتری از سازمانهای جدید تالاسمی که اکثراً در کشورهای در حال توسعه تاسیس یافته‌اند اختصاص داشت.

شرکت کنندگان از کشورهای تایلند، آرژانتین، جمهوری خلق چین، مصر، هنگ کنگ، استرالیا، هندوستان، اندونزی، مالزی، پاسگان، ایران، بنگلادش، سنگاپور، تایوان، انگلستان و کانادا تصاویر روشنی از چالش‌هایی که برای درمان و حمایت بیماران تالاسمیک و خانواده‌های آنان وجود دارد را مطرح نمودند.

آنچه که از مباحث نمایندگان انجمن‌ها منتج شد شرایط بی‌نهایت مشکلی بود که بسیاری از بیماران، خانواده‌های آنان و کارکنان مراکز بهداشتی با آنها مواجهند. بعضی‌ها با مشکل بی‌ثباتی‌های سیاسی وقتی خشونت بسیاری با مسئله عدم آگاهی‌های عمومی، و غالب آنان با کمبود منابع مالی روبرو بودند، ولی در عین حال همگی برای ادامه راه و مبارزه علیرغم مشکلات موجود کاملاً مصمم بودند.

برگزاری این کارگاه آموزشی در واقع هدف دراز مدت فدراسیون بین‌المللی تالاسمی که برداشتن قدمی عمده در راه حمایت از انجمن‌های تالاسمی در سراسر جهان بود را برآورده کرد. همچنانکه جای مشکلی نیست که انجمن‌های مزبور نیز علیرغم وجود کلیه موانع با می‌توان در راه کمک و حمایت از بیماران تالاسمی و خانواده‌های آنان قدم بر می‌دارند.

ارتقاء وضعیت انجمن‌های تالاسمی شرح دادند. نمایندگان کارخانجات دارویی Micrel \$come , Apotex , Medis , و انجمن صلیب سرخ نیز سخنرانی ایراد کردند. اولین روز کارگاه آموزشی مزبور با سخنرانی‌های نمایندگان سازمانهای تاسیس شده قدیمی تر، از جمله انجمن تالاسمی قبرس، انجمن تالاسمی انگلستان، انجمن تالاسمی



خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۵۱

اهدای کنندگان اعضا

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

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

نام و نام خانوادگی	کد	نام و نام خانوادگی	کد	نام و نام خانوادگی	کد
۱- امین ایمانی	۳۲۰۰	۳۵- حسین رستمی	۳۲۳۴	۶۹- سپامک نورین	۳۲۶۸
۲- علی اکبر صادقیان	۳۲۰۱	۳۶- امین نوری	۳۲۳۵	۷۰- عصمت رفیعی روزبهانی	۳۲۶۹
۳- کامران رخشانی	۳۲۰۲	۳۷- سهیلا سعیدی	۳۲۳۶	۷۱- محمد سعید فروز مند	۳۲۷۰
۴- علیرضا خسروی	۳۲۰۳	۳۸- طلیعه فعال علوی	۳۲۳۷	۷۲- نوید معتمدی	۳۲۷۱
۵- داود یوسفی	۳۲۰۴	۳۹- محمد رضا شریف آبادی	۳۲۳۸	۷۳- رامبد حقیقت فر	۳۲۷۲
۶- متین انصاری	۳۲۰۵	۴۰- کاظم طلائی پاشیدی	۳۲۳۹	۷۴- علیرضا خلیجی اسکونی	۳۲۷۳
۷- سید محمود موسوی	۳۲۰۶	۴۱- محمد جواد ایرانمنش	۳۲۴۰	۷۵- مرتضی مروتی	۳۲۷۴
۸- جواد محمدی	۳۲۰۷	۴۲- امیر زهتاب خورانی	۳۲۴۱	۷۶- محمد صنیعی	۳۲۷۵
۹- بهزاد کریمی	۳۲۰۸	۴۳- مهرداد مه آبادی	۳۲۴۲	۷۷- حسین نقدی	۳۲۷۶
۱۰- محسن جعفری پور یکانه	۳۲۰۹	۴۴- ندانقی زاه افشاری	۳۲۴۳	۷۸- مجید اسکندر	۳۲۷۷
۱۱- مجتبی کیا شمشکی	۳۲۱۰	۴۵- مهدی محجوب	۳۲۴۴	۷۹- حسین اردلانی	۳۲۷۸
۱۲- یوسف همت	۳۲۱۱	۴۶- پیام بیکری	۳۲۴۵	۸۰- سید محسن حسینی	۳۲۷۹
۱۳- محمد رضا بنی حسن	۳۲۱۲	۴۷- مجید وثوق بابانی	۳۲۴۶	۸۱- حمید رضا بابانی	۳۲۸۰
۱۴- امیر موسوی	۳۲۱۳	۴۸- فرزاد صفوی صالح	۳۲۴۷	۸۲- علی اکبر اسدی	۳۲۸۱
۱۵- امیر رضایی	۳۲۱۴	۴۹- احمد نقاش تهرانی	۳۲۴۸	۸۳- مجید گنجیان	۳۲۸۲
۱۶- حمزه محمدی مهابادی	۳۲۱۵	۵۰- امید عنادی	۳۲۴۹	۸۴- حمید حداد رضوی	۳۲۸۳
۱۷- خدیجه خالقی فرد	۳۲۱۶	۵۱- جواد مرآتی	۳۲۵۰	۸۵- معصومه شاهیداعی	۳۲۸۴
۱۸- فاطمه حاجی حسین آقا	۳۲۱۷	۵۲- مهستی بازرگان	۳۲۵۱	۸۶- حمید رضا ازدری	۳۲۸۵
۱۹- حمید رحمانی	۳۲۱۸	۵۳- فاطمه ابروی	۳۲۵۲	۸۷- مهرداد نوین	۳۲۸۶
۲۰- رسول حمنی	۳۲۱۹	۵۴- مجتبی نادری	۳۲۵۳	۸۸- سعد واقفی	۳۲۸۷
۲۱- علی قره گوزلو	۳۲۲۰	۵۵- مرزده مهدوی	۳۲۵۴	۸۹- زهرا طهرانی فرد	۳۲۸۸
۲۲- فرهنگ امیدوار	۳۲۲۱	۵۶- بابک مرشد عباسی	۳۲۵۵	۹۰- بابک خداینده	۳۲۸۹
۲۳- علی چاهی چی	۳۲۲۲	۵۷- فاطمه کدخدایی کاشان	۳۲۵۶	۹۱- امیر حسین نارنجی	۳۲۹۰
۲۴- محمد حسام تدین	۳۲۲۳	۵۸- احمد بوذری	۳۲۵۷	۹۲- حمید دستمالچی	۳۲۹۱
۲۵- علیرضا قادری	۳۲۲۴	۵۹- فخرالسادات طاهری	۳۲۵۸	۹۳- امیر سعید خلدی نسب	۳۲۹۲
۲۶- رضا خوشخوان	۳۲۲۵	۶۰- فاطمه بیگم طاهری	۳۲۵۹	۹۴- امیر احمد برین	۳۲۹۳
۲۷- وحید باباخانی	۳۲۲۶	۶۱- سید علیرضا طاهری	۳۲۶۰	۹۵- مهناز اسماعیلی	۳۲۹۴
۲۸- نادر کرمانی	۳۲۲۷	۶۲- روشنگ طاهری	۳۲۶۱	۹۶- مسعود رحمان زاده	۳۲۹۵
۲۹- بابک سپاس مقدم	۳۲۲۸	۶۳- مجید فلاحی	۳۲۶۲	۹۷- رضا جعفر پور کرد معله	۳۲۹۶
۳۰- افشین پاکزاد نیا	۳۲۲۹	۶۴- سارا قره باقی	۳۲۶۳	۹۸- جواد شریفی	۳۲۹۷
۳۱- محمد سعیدی معتمدی	۳۲۳۰	۶۵- لیلا فراهانی اصل	۳۲۶۴	۹۹- معصومه قربانی قرجه قانی	۳۲۹۸
۳۲- علی پوربقایی	۳۲۳۱	۶۶- علی فراهان اصل	۳۲۶۵	۱۰۰- میثم علی محمدی	۳۲۹۹
۳۳- احمد زارعی پور	۳۲۳۲	۶۷- آراذه اصل فراهانی	۳۲۶۶		
۳۴- مینا امین پور	۳۲۳۳	۶۸- الهام نورین	۳۲۶۷		

خاص
زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۵۲

طبق معمول هر شماره نشریه در این صفحه از تمام کسانی که به نحوی به بنیاد یاری رساندند، تقدیر به عمل می آید. ضمن خیرمقدم به این دوستان تقاضا داریم عزیزان آدرس های پستی خود را همراه با آخرین فیش 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
مدرسه راهنمایی قدوسی	فیروزه	مریم واعظ جلالی
همت زاده	حمید رضا فرهت نیا	حسین زاده
اصغر کریمی	مریم روشن	جعفری عطایی
فهیمة خیاط	فاضلی	یعقوبی تسلیم
سکینه بهروزی	نامداری	منصوره حاجی
سیمین میر اسماعیلی	رجبی موحد	داود
عزت منش	عرفان الهی	زمردیان
الیاس دره شوری	ادیب زاده	سناکی
حاجی جویا	حسن صفاری پور	شهرام ناضریان
خاتون بهزادی	حیدری	محمد عقیقی
سوسن عظیمی	سید هاشم شریفنمداری	زینا گل خوب
آرش حکمت	کریمی	خسروانی
زرنگین شبانه	فاطمه بهار آفرین	عزت الله سلمانی
رضا کلابی	سید محمد نیکی	شیراز خانی
روربه بهجت	علی حسین پور	رشیدی
بابک ریاضی	گیتی دیانت	کوروش آشوری
وحید	روح الله محمدی	نرگس عسگری امانی
عصمت علیرضا پور	وحیدی	رابطه رحمانی
آمنه سادات عالم زاده	فریده رشید آبادی	حبیب الله ابراهیمی
پرویز ساوجبلاغی	منوچهر جوادی	رضانی
نسترن اکبری	اسماعیل مقدم	هاشمی
فتح الله حاجی	ابراهیم صدوقی	فاطمه حاجی علی پور
نصرت منفرد	منوچهری	حسینعلی
اعظم اصفهانی	زهرا گیلیم علوی	رجبی
حسن میکائیلی	دهقان	خادمی
ساناز رسولی	بردبار	جمشیدی
قلندران	سیروس عسگری	مذاکی
رحمت کاوه	عبدالرحیم نمازی	شرقی
افسانه میررانی	مهرنوش مهرپور	ابولحسن رئیسی
زهرا کریمی راد	قاسمی	رسولی
اطوری	عسل ابوطالب	نظری
اویسی	حبیب جذیدی	سراجی
بهزاد خالدی	بزرگ ریا	افسانه کشاورز

تازه‌های پزشکی

تهیه و تنظیم: دکتر حق پناه

دروس جدید برای درمان سرطان روده ی بزرگ

به نازگی داروی جدیدی نام آواستین (Avastin) جهت کمک به درمان سرطان روده ی بزرگ مورد آزمایش قرار گرفته است این دارو روشی نوین را برای مبارزه با سلولهای سرطانی به کار می گیرد.

درمانهای موجود که در شیمی درمانی سرطانها مورد استفاده هستند، با تأثیر بر روند رشد و تقسیم سلول باعث از بین رفتن سلولهای سرطانی می شوند (سلولهای سرطانی رشد سریعی دارند و به سرعت نیز تقسیم می شوند و بنابراین نسبت به داروهای شیمی درمانی حساس تر هستند).

اما داروی جدید با جلوگیری از رشد رگهای خونی به درون توده های سرطانی باعث جلوگیری از انتقال مواد غذایی و اکسیژن به سلولهای بد خیم شده و آماده ی مرگ آنها توسط داروهای دیگر تبدیل می کند.

بدون ایجاد رگهای خونی جدید، غده های سرطانی نمی توانند رشد کنند و اندازه آنها از سر یک سوزن بزرگتر نخواهد شد.

تحقیق دانشگاه لوس آنجلس در کالیفرنیا داروی جدید را به همراه داروهای موسوم شیمی درمانی برای درمان تعدادی از بیماران خود بکار بردند. نتایج این تحقیق نشان داد که مصرف همزمان داروی جدید همراه با داروهای قبلی اثر درمانی آنها را افزایش می دهد.

مصرف داروی آواستین بطور قابل توجهی پاسخ به دارو و میزان بقای بیماران را افزایش داد

از طرف دیگر، داروی جدید با عوارضی نیز همراه بوده است. این دارو می تواند قابلیت لخته شدن خون را تشدید کند و با



خاص
زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۵۲

ایجاد لخته های خون در اندامهای حیاتی مشکلات وخیمی را بوجود آورد. بنابراین مصرف این دارو هنوز نیاز به مطالعات بیشتر و گسترده تری دارد

پژوهشگران امیدوارند با روشن شدن نتایج مطالعات جدید، بتوانند از این دارو در درمان سرطانها مانند سرطان پروستات و کلیه نیز بهره گیرند.

رژیم برای بیماری MS

بر اساس یک تحقیق جدید، گرسنگی دادن به موشهای آزمایشگاهی مبتلا به بیماری شبیه به MS باعث کاهش سیستم عصبی آنها شد.

بیماری -اس یک اختلال دستگاه عصبی مرکزی است که در آن سلولهای دستگاه ایمنی بدن به اشتباه، بر علیه قسمتهایی از سلولهای عصبی فعالیت نموده و به آنها آسیب وارد می آورد. به این گونه بیماریها بیماریهای خود ایمنی گفته می شود.

پژوهشگران به تازگی گمان می کنند که بین فعالیت سیستم ایمنی بدن و هورمونی به نام لپتین ارتباطی وجود دارد. هنگامی که به مقدار کافی مواد غذایی در اختیار بدن انسان قرار گیرد، هورمونی بنام لپتین ترشح می شود. این هورمون باعث کم شدن اشتها و کاهش وزن بدن می گردد.

اما نکته ی جالب این است که به نظر می رسد این هورمون فعالیت سیستم ایمنی بدن را نیز تشدید می کند و گمان می رود که همین امر باعث تشدید بیماری -اس در موشهای آزمایشگاهی شود. محققین برای آزمایش اثرات گرسنگی به سیر بیماری -اس، گروهی از موشهای آزمایشگاهی را بطور مصنوعی به بیماری شبیه به ام -اس مبتلا کردند.

نتایج این تحقیق که در مجله ی علمی Journof clinical invetigation به چاپ رسیده است حاکی از آن است که موشهایی که به مدت ۴۸ ساعت قبل از ایجاد بیماری شبیه ام -اس گرسنه مانده بودند، پس از ابتلا به این بیماری علائم کمتری پیدا کردند و آسیبهای وارد به سیستم عصبی آنها نیز کمتر بود.

البته در حال حاضر استفاده از گرسنگی برای کاهش هورمون لپتین و سعی در بهبود بیماری ام -اس به هیچ وجه توسط محققین توصیه نمی شود زیرا این امر نیاز به بررسی و مطالعه ی بیشتری دارد و پژوهشگران در صدد هستند تا اثر داروهای ضد هورمون لپتین را بر روی این بیماریها آزمایش کنند. هم اکنون استفاده از روشهای درمانی موجود برای درمان بیماری ام -اس تحت نظر پزشک متخصص، بهترین راه کاهش علائم و بهبود سیر این بیماری می باشد.

دردهای مزمن اندامها

در افراد سیگاری

همه ما با مضرّات مصرف سیگار آشنا هستیم مصرف سیگار موجب ابتلا به سرطان ریه، بیماریهای قلبی - عروقی، آمفیزم و بسیاری از بیماریهای دیگر می شود اما محققین به تازگی نقش منفی جدیدی نیز برای این

آفت سلامتی پیدا کرده اند.

بر اساس مطالعه ی جدید که در آخرین شماره ی مجله ی علمی Annals of rheumatic diseases به چاپ رسیده است، دردهای مزمن پشت، گردن و اندامها (بخصوص دردهایی که باعث ناتوانی در انجام کارهای روزانه شود) در افراد سیگاری بسیار شایعتر است.

دانشمندان با بررسی ۱۳۰۰۰ نفر از جمعیت انگلستان، به این نتیجه رسیدند که در میان افراد سیگاری ابتلا به دردهای مبهم پشت، گردن و اندامها بسیار شایعتر از افراد غیر سیگاری بود. حتی افرادی که سابقه ی مصرف سیگار داشتند اما هم اکنون آن را ترک کرده بودند نیز بیشتر این علائم را تجربه می کردند. همچنین سیگاریها بیشتر دچار احساس خستگی، استرس و تنش عصبی و سر درد می شوند.

احتمال می رود مصرف سیگار با تأثیر بر سیستم عصبی و کاهش آستانه ی تحمل درد باعث چنین مشکلاتی شود اما به هر حال، علت هر چه که باشد، نشانگر یکی دیگر از اثرات مضر سیگار به بدن انسان است.

آیا ماموگرافی

برای زنان جوان نیز مفید است؟

ماموگرافی یکی از بهترین روشهای تشخیص زودرس سرطان سینه می باشد بنابراین شاید منطقی به نظر برسد که گمان کنیم، انجام این روش تشخیص بصورت دوره ای برای تمامی خانمها مفید باشد. اما واقعیت این است که ماموگرافی در حال حاضر تنها برای زنان بالای ۵۰ سال توصیه می شود زیرا تا کنون مدارک قطعی دال بر اینکه انجام این روش تشخیصی برای زنان جوانتر مفید باشد، بدست نیامده است. اما یک مطالعه جدید که بر روی زنان جوان انجام گرفت نشان داد که انجام ماموگرافی حداقل هر ۲ سال یکبار در زنان بین ۴۲ تا ۴۹ سال باعث تشخیص سرطان های ابتدایی سینه و سهولت در امر درمان این بیماری خواهد شد. نکته جالب توجه در این مطالعه این بود که تومورهای ابتدایی سینه که توسط پزشک قابل لمس و تشخیص نبود در اینجا تشخیص داده می شود.

بر اساس این مطالعه که نتیجه آن در آخرین شماره مجله Cancer به چاپ رسیده است زنان بالای ۴۰ سال که از ماموگرافی جهت تشخیص زود رس سرطان سینه استفاده کرده بودند در صورت ابتلا به سرطان سینه پیش آگهی بهتری نسبت به زنانی داشتند که تحت ماماگرافی قرار نگرفته بودند همچنین در درمان این بیماران از روشهای جراحی ساده تر و کمتر تهاجمی یا وسیع استفاده شده بود در عین حال پاسخ به درمان و نتایج درمانی به طرز چشمگیری در این زنان بهتر بوده در حال حاضر انجام سالانه ماموگرافی در سنین بالای ۵۰ سال در تمامی زنان توصیه میشود اما محققان این مطالعه انجام سالانه یا ۲ سال یک بار این روش تشخیص را بعد از سن ۴۰ سالگی توصیه میکنند.

هیپاتیت

در ورزش

دکتر نسرین شعبانیان
رئیس هیات پزشکی بانوان
استان همدان



واضح
اعمال کبدی و در نتیجه
تجمع پیگمانهای زرد رنگ در پوست یا چشم ثانویه
به عدم توانایی کبد در برداشت بیلی روبین از خون،
یرقان ایجاد می شود
در بررسی های آزمایشگاهی، افزایش آنزیم
های کبدی، به خصوص آلانین آمینوترانسفراز
(ALT) آسپارات آمینوترانسفراز (AST) مشاهده
می شود. شاخص های سرولوژیک دیگری در
غربالگری، خیص و افتراق هیپاتیت حاد از ناقل
مزمن به کار می رود.

ویروس هیپاتیت A

انتقال

انتقال ویروس هیپاتیت A از طریق سیستم گوارشی به
صورت مدفوعی - دهانی است. علل تک گیر (اسپورادیک)
و همه گیر از طریق آب و یا غذای آلوده هستند.
انتقال فرد به فرد در مراکز مراقبت از بیماران شایع است.
همچنین، در محل های تجمع ورزشکاران، هیپاتیت A از
عوامل خطر محسوب میشوند در غایت بهداشت ضروری است.

در سال ۱۹۹۴، انجمن و آکادمی طب ورزشی آمریکا
(AASM, AMSSM) در مورد موضوع مشترکی تحقیق
کردند. عنوان تحقیق چنین بود: «ویروس HIV و دیگر
پاتوژن های منتقله از راه خون در ورزشکاران» نتایج
این تحقیق را راهنمایی برای پزشکان است تا به بیماران
و ورزشکارانی که مبتلا به این اختلالات هستند،
مشاوره دهند.

ویروس هیپاتیت و HIV (ایدز) و دیگر پاتوژن های
منتقله از راه خون هنوز هم برای ورزشکاران عامل خطر
محسوب می شوند. در این فصل، علائم بالینی و انواع
هیپاتیت ویروسی را که بالاترین احتمال خطر را برای
ورزشکاران دارند، مرور می کنیم

تعریف

هیپاتیت یک بیماری التهابی کبدی است که علل آن
شامل الکل، داروها، باکتری، انسداد مجاری صفراوی، تماس با
سموم و ویروس های متعدد است. هیپاتیت ویروسی از طریق غذا یا
آب آلوده، بهداشت فردی ضعیف، تماس جنسی، تزریق خون یا
محصولات خونی آلوده از مادر به نوزاد در حین زایمان منتقل
می شود.

در آمریکا تقریباً ۶۰ هزار مورد هیپاتیت ویروسی، سالانه توسط
مرکز کنترل بیماری ها گزارش می شود که این تعداد فقط ۱۰ تا
۲۰ درصد موارد واقعی است.

به علت این که کبد اعمال متفاوتی را از قبیل ذخیره، تولید،
متابولیسم، ترشح و جا به جایی مواد مختلف انجام می دهد، علائم
اولیه هیپاتیت، ژنرالیز و عمومی است که شامل تهوع، استفراغ،
ضعف و بیحالی بی اشتها، سردرد، میالژی، تب، لرز، کاهش وزن
و تغییر میل به سیگار است.

علائم از فردی به فرد دیگر ممکن است متفاوت باشد. بنابراین
تشخیص، تعیین پیش آگهی و ناتوانی بیمار مشکل است. با اختلال

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۵۶

ککاران

درمان

درمان براساس نوع علائم انجام می شود و ابتدا به صورت نگهدارنده، مثل استراحت، مایع درمانی و تغذیه خوب و مناسب است. اگر چه به ندرت نیاز به بستری است، اما گاهی مایع درمانی وریدی برای دهیدراتاسیون ضرورت پیدا می کند. سطح ALT هر دو هفته یک بار اندازه گیری شود و انتظار می رود با بهبودی بیماری به طور منظم کاهش یابد. پروفیلاکسی برای افراد بالاتر از ۲ سال، با تزریق عضلانی واکسن هپاتیت A غیر فعال (۱) صورت می گیرد.

ویروس هپاتیت B انتقال

ویروس هپاتیت B یک عفونت ویرال کبدی است که از طریق خون یا ترشحات آلوده بدن، تماس جنسی و سوزن های آلوده منتقل می شود.

ویروس هپاتیت B نسبت به ویروس ایدز در خون متراکم تر است؛ به طوری که صد میلیون ذره ی عفونی از هپاتیت B در هر میلی لیتر خون آلوده وجود دارد که این در مورد HIV، چند صد تا چند هزار ذره ی عفونی است. این موضوع اهمیت دارد که تا کنون فقط یک مورد ابتلا به هپاتیت B وجود ندارد. بنابراین چنین تصور می شود که هیچ موردی از انتقال HIV در ورزشکاران تا کنون گزارش شده باشد؛ اگر چه یک مورد احتمال HIV در ورزشکاران در ایتالیا در بازیکنان فوتبال گزارش شده است (در سال ۱۹۹۰) بدون گزارشات تأیید شده ای از انتقال هپاتیت B یا ایدز در ورزشکاران، هیچ دلیلی برای منع آن ها از ورزش وجود ندارد. با وجود این لزوم تحقیقات بیشتر، آموزش، مراقب از زخم به طور صحیح، احتیاط های کنی در مورد در معرض قرار گرفتن خون یا ترشحات بدن، باید در تجمع ورزشکاران جدی گرفته شود.

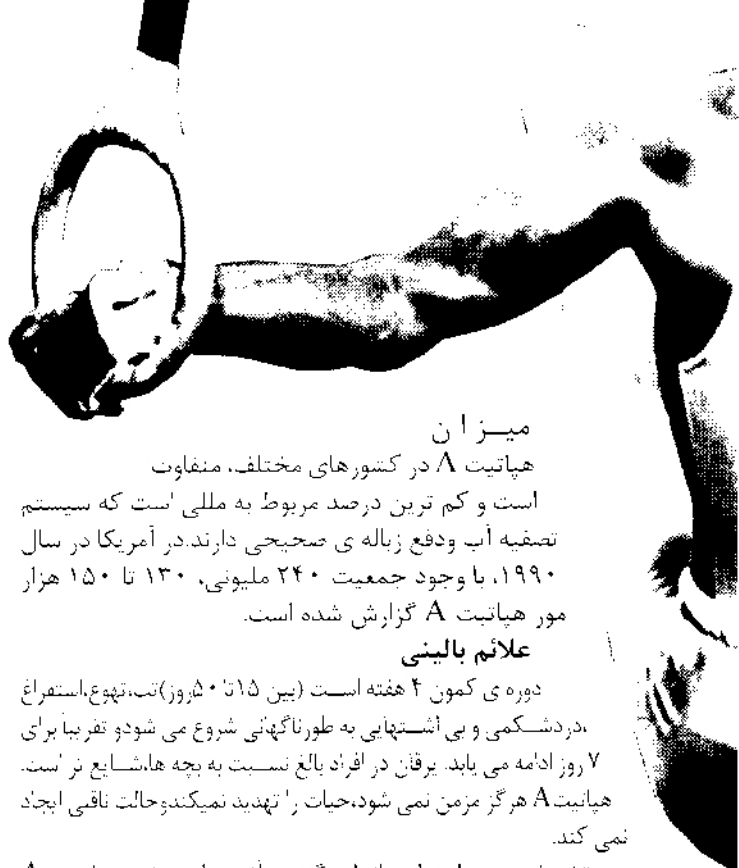
علائم بالینی

در سال ۱۹۹۰، در آمریکا سالانه ۳۰۰ هزار مورد ابتلا به هپاتیت B و ۷۵۰ تا ۱۰۰ هزار ناقل هپاتیت B تخمین زده شد. ناقل به فردی گفته می شود که در دو بررسی 'اتفاقی به فاصله ۶ ماه، HBS Ag مثبت شده باشد و با HBS مثبت و آنتی گلوبین آنتی بادی ضد آنتی زن مرکزی (Anti HBC) منفی داشته باشد. این افراد می توانند HBV را انتقال دهند، بدون آن که علائمی از بیماری داشته باشند.

دوره ی کمون بسته به میزان غلظت ویروس تلقیح شده از ۲۵ تا ۱۶۰ روز به (طور متوسط ۱۲۰ روز) متغیر است. علائم بالینی شبیه هپاتیت A است، و عفونت ممکن است بی سرو صدا باشد و چندین هفته ادامه داشته باشد.

عفونت مزمن در تا ۱۰ درصد افراد بالغ و ۵۰ تا ۵۰ درصد شیر خواران اتفاق می افتد. این افراد طی دوره ی زندگی ممکن است به سیروز، بیماری مزمن کبدی و کارسیوم هپاتوسلولو مبتلا شوند. میزان مرگ و میر ۱/۴ درصد است. آزمایشات سرولوژیک تشخیص را قطعی می کند. HBS Ag، ۳۰ تا ۶۰ روز بعد از تماس قابل اندازه گیری است و همراه با آن، افزایش آنزیم های کبدی وجود خواهد داشت. زمانی که HBS Ag بیش از ۶ ماه باقی بماند، ناقل مزمن نامیده می شود.

IgM ضد HBC را نشان می دهد. HAG عفونت زایی بالا را نشان می دهد.



میزان

هپاتیت A در کشورهای مختلف، متفاوت است و کم ترین درصد مربوط به مللی است که سیستم تصفیه آب و دفع زباله ی صحیحی دارند. در آمریکا در سال ۱۹۹۰، با وجود جمعیت ۲۴۰ میلیونی، ۱۳۰ تا ۱۵۰ هزار مورد هپاتیت A گزارش شده است.

علائم بالینی

دوره ی کمون ۴ هفته است (بین ۱۵ تا ۵۰ روز)، تب، تهوع، استفراغ، درد شکمی و بی اشتها بی به طور ناگهانی شروع می شود و تقریباً برای ۷ روز ادامه می یابد. یرقان در افراد بالغ نسبت به بچه ها، شایع تر است. هپاتیت A هرگز مزمن نمی شود، حیات را تهدید نمی کند و حالت ناقلی ایجاد نمی کند.

تشخیص بر اساس اندازه گیری آنتی بادی ضد هپاتیت A (IgM در سرم) در سرم زمان ایجاد علائم صورت می گیرد که این برای ۳ تا ۶ ماه باقی می ماند. و عفونت اخیر را نشان می دهد. آنتی بادی توانال ضد هپاتیت A یا (IgM در سرم) در زمان ایجاد علائم صورت می گیرد که این برای ۳ تا ۶ ماه باقی می ماند و عفونت حاد یا عفونت اخیر را نشان می دهد. آنتی بادی توانال ضد هپاتیت A یا IgM بعد از چندین ماه در خون قابل اندازه گیری است و نشاندنه ی ایمنی در مقابل بیماری است.

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۵۷

انجمن بیمارستان

خاص
زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۵۸

انجمن بیماریهای خاص دشت آزادگان

این انجمن دارای ۲۴۰ بیمار خاص از انواع سرطان دیابت تالاسمی دیالیز و هموفیلی است، آقای حسن رضایی مسئول انجمن بیماران خاص دشت آزادگان با اعلام این مطلب گفت از استاندار محترم، معاونت درمان، سازمان انتقال خون خوزستان و دانشگاه علوم پزشکی اهواز، فرماندار دشت آزادگان، امام جمعه سوسنگرد، شبکه بهداشت و درمان دشت آزادگان و کلیه ادارات تابعه شهرستان که همیشه یار و یاور این عزیزان بیمار هستند تشکر و قدردانی می کنم.

وی گفت: اکثر بیماران عزیز این شهرستان از خانواده های مستضعف و کم درآمد هستند. آقای رضایی افزود: این انجمن در سال ۱۳۵۵ توسط سرکار خانم رفسنجانی ریاست محترم بنیاد امور بیماریهای خاص کشور افتتاح گردید و خوشبختانه از طرف ایشان حمایت از بیماران تالاسمی و هموفیلی ادامه یافت و دیالیز دفترچه بیمه بطور رایگان اهدا شد و از طرف بنیاد امور بیماریهای خاص به کلیه بیماران تالاسمی پمپ دسفرال اهدا گردید و بیماران عزیز دیالیز می شوند. همچنین از طرف کمیته امداد امام خمینی (ره) سوسنگرد یکباب منزل مسکونی به دوبرادر بیمار تالاسمی اهدا گردید.

وی گفت: از طرف اداره بهزیستی سوسنگرد نیز یکباب منزل مسکونی به یک بیمار هموفیلی اهدا گردید و بیمار دیالیزی از بیماران این انجمن پیوند کلیه شده اند و حال آنها رضایت بخش است. به کلیه بیماران نیازمند مرتباً از طرف انجمن و ادارات این شهرستان مساعدت مالی و جنسی می شود. انجمن بیماران خاص دشت آزادگان همچنین ضمن تشکر و قدردانی جهت هر گونه کمک و مساعدت برای رفع مشکل معیشتی بیماران عزیز شهرستان حساب جاری ۱۹۴۷ بانک ملی مرکزی سوسنگرد را اعلام می نماید. وی در خاتمه از مسئولین کشور کمک و همکاری بیشتر جهت رفع بیماران دردمند را خواستار شد و گفت: اکثر سرپرستان بیماران بیکارند و فاقد کار هستند و نیاز به همدردی دارند.

استان چهارمحال بختیاری و آموزش های کاری

اسامی افراد و اطلاعات مربوط به بیمارانی که در تاپستان

نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن و سال	تحصیلات	نوع بیماری	رشته آموزش دیده
۱- کلثوم - ج	ملا محمد	۱۴ سال	بیسواد	تالاسمی	قلمکارسازی
۲- ملکزاده - ج	علی مؤمن	۱۷ سال	سیکل	تالاسمی	قلمکارسازی
۳- فرزانه - ش	ماندنی	۱۳ سال	سیکل	تالاسمی	قلمکارسازی
۴- فریده - ش	ماندنی	۱۲ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی
۵- راضیه - ج	احمد	۱۵ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی
۶- حبیب اله - م	شکراله	۱۳ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی
۷- فردوس ز	خیبر	۱۳ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی
۸- نرگس - خ	محمد	۱۴ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی
۹- امید - ک	ولی محمد	۱۴ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی
۱۰- ابوذر - م	عباسقلی	۱۴ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی
۱۱- کبری - ع	علی	۱۵ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی
۱۲- مجتبی - م	حیدر	۱۱ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی
۱۳- احمد - ع	ولی	۱۱ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی
۱۴- مهدی - ا	حسن	۱۵ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی
۱۵- فریبا - ا	قربان	۱۶ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی
۱۶- مرضیه - ن	محمد	۱۷ سال	ابتدائی	تالاسمی	قلمکارسازی

و دانش آموزان دیابتی در تابستان سالهای ۸۰ و ۸۱ در محل ورزشگاه آزادی تهران و مجتمع تفریحی عقیق کرج چهار دوره اردوی آموزشی و تفریحی برگزار گردیده است که در تقویت روحیه و سلامت جسمی این کودکان اثر فوق العاده مثبتی داشته و موجبات خوشنودی خاطر آنان را فراهم نموده است.

۴- **اهداء جوایز:** به دانش آموزان دیابتی ممتاز که حداکثر امتیاز را در پاسخنامه های چهار جوابی به دست آورند و در زمینه کنترل قندخون موفق بوده اند جوایزی اهداء شده است مانند دستگاه گلوکومتر و انواع جوایز با ارزش دیگر

۵- **آزمایش هموگلوبین:** انجام چهار دوره آزمایش هموگلوبین ای وان سی یعنی معدل قند خون ۲-۳ ماهه گذشته که از چهار دوره یعنی سه ماهه خرداد، شهریور، آذر و اسفندماه سال گذشته در محل انجمن دیابت که با بررسی به عمل آمده مشخص شده آموزش دیده به نسبت قابل توجهی میانگین قند خون ۲-۳ ماهه آنها (یاهموگلوبین ای وان سی) کاهش داشته است.

۶- **بررسی و تحقیق علمی:** در سال گذشته نشان داد که با آموزش به افراد دیابتی علاوه بر آنکه قندخون این عزیزان بهتر کنترل شده و در پیشگیری از عوارض مؤثرتر است به میزان قابل

سالجاری در کلاسهای آموزش رشته های صنایع دستی استان موفق به اخذ کارت مهارت فنی گردیده اند:

فعالیت های یکساله گذشته انجمن دیابت شهرستان کرج بطور اختصار

۱- **برگزاری کلاسهای آموزشی:** در این کلاسهای سه روز آموزشی افراد دیابتی با نحوه صحیح کنترل قند خون، تغذیه صحیح، مصرف مناسب دارو و راههای پیشگیری از عوارض دیابت، ورزش و غیره آشنا می شوند این کلاسها برای کودکان و نوجوانانی که انسولین تزریق می کنند و بزرگسالانی که از قرص یا انسولین استفاده می کنند تشکیل می گردد و تقریباً حدود یک هزار نفر دیابتی و خانواده آنها در طول سال گذشته در این کلاسها شرکت نمودند.

۲- **انجام مشاوره تلفنی:** طی سال گذشته حدود ۵۴۰۰ مورد مشاوره تلفنی در رابطه با حل مشکلات افراد دیابتی در جهت تنظیم قند خون و رژیم غذایی و موارد اورژانسی انجام شده است.

۳- **برگزاری اردوهای آموزشی و تفریحی:** برای کودکان

توجهی میزان مصرف دارو نیز کاهش یافته و هزینه‌های عمومی را پایین می‌آورد.

۷- صدور کارت شناسایی: برای تمامی اعضای انجمن که در موارد اضطراری باید مشخصات هر فرد قابل دسترسی باشد کارت شناسایی صادر و تحویل آنان گردیده است.

۸- اهداء دستگاه گلوکومتر: در اسفند ماه سال گذشته با مساعدت شهردار و اعضاء محترم شورای اسلامی شهرستان و ستاد اجرای فرمان حضرت امام رحمت الله عليه بابت ۸۱ نفر از کودکان که بضاعت مالی لازم جهت خرید دستگاه آزمایش قندخون و نوارهای مربوطه را نداشتند این دستگاهها تهیه شد و در طی مراسم جشنی با حضور مسئولین محترم شهرستان به کودکان عزیز دیابتی شهرمان اهداء گردید. بدین ترتیب تقریباً ۱۵۰ نفر کودک در تمام سطح کشور مجهز به دستگاهها هستند. تنها شهرستانی که تمام کودکان دیابتی آن مجهز به دستگاهها هستند شهرستان کرج میباشد و این موضوع صرفاً بخاطر مساعدت و همکاری مسئولین دلسوز شهرستان تحقق یافت. البته بقیه کودکانی که فاقد دستگاه آزمایش قند خون بودند ریاست محترم امور بنیاد بیماریهای خاص در مراسم روز جهانی دیابت یعنی در تاریخ ۸۱/۸/۱۴ شخصاً آنان را نیز مجهز به دستگاههای مذکور فرمودند.

۹- شرکت در مصاحبه های مطبوعاتی و رادیو تلویزیونی: به منظور ارتقاء سطح آگاهی مردم در امر دیابت بر اساس مذاکره انجمن دیابت کرج از سال گذشته تا کنون مدیریت و پرسنل محترم رادیو کرج برنامه ای تحت عنوان صدای دیابت به برنامه ای خود اضافه نمودند که هر پنجشنبه بطور مرتب رأس ساعت ۱۱ صبح برنامه علمی آموزشی توسط مسئول انجمن دیابت کرج به سمع شهروندان محترم میرسد و باز هم در سطح کشور تنها شهری که برنامه رادیویی آموزش دیابت را بطور منظم هر هفته برای مردم اجرا می کند شهرستان کرج می باشد.

۱۰- اجرای طرح شناسایی و اطلاع رسانی دیابت به شهروندان:

تعداد ۴۲۰ هزار برگ جزوه حاوی مطالبی در ارتباط با دیابت و عوارض آن، پیشگیری از دیابت و همچنین افراد در معرض خطر دیابت به چاپ رسید و نیز جدولی ترجمه و طراحی شد که شهروندان با پاسخ به سؤالات مندرج در آن جدول متوجه میشوند که آیا در معرض خطر ابتلا به دیابت هستند یا خیر که این برگه آموزشی همراه قبوض برق مصرفی و با جلب همکاری اداره برق به درب منازل ادارات، کارخانجات، کارگاهها، و محل کسب اصناف محترم شهرستان ارسال شد با اجرای طرح علاوه بر اطلاع رسانی تعداد زیادی از افرادی که مبتلا به دیابت بودند ولی از وجود این بیماری در خود مطلع نبودند متوجه دیابت خود شدند و با پیگیری و انجام درمان از عوارض متعدد و جدی آن جلوگیری می نمایند اجرای این طرح علاوه بر حفظ سلامت جامعه و جلوگیری از عوارض بیماری موجب کاهش هزینه قابل توجه درمان و عوارض دیابت برای اقشار جامعه می گردد و در تنها شهری که تا کنون در کشور، طرح اطلاع رسانی با این وسعت و دامنه وسیع انجام شده باز هم

شهرستان کرج می باشد. این طرح مورد استقبال گسترده مردم و پزشکان محترم شهرستان قرار گرفت. افراد با تماسهای تلفنی مکرری که با دفتر انجمن دیابت داشتند مراتب قدرانی خود را ابراز می کردند که تمامی تلاشهای بعمل آمده در طول سال گذشته باعث شد انجمن دیابت شهرستان کرج بعنوان یکی از فعالترین انجمن های دیابت در سطح کشور مطرح شود و این امر بواسطه عرضه خدمات بهتر و بیشتر به مردم عزیز کرج و پشتیبانی آنان و مسئولین شهرستان بخصوص جناب آقای مهندس شهیازی معاونت محترم استانداری و فرماندار کرج و سایر مسئولین محترم این انجمن تحقق یافته ولی اعتقاد ما براین است که هنوز در نقطه صفر هستیم و لازم است که فعالیتهای خود را در جهت خدمت به افراد دیابتی گرانقدر هر روز بیشتر کنیم و این امر زمانی میسر و ممکن خواهد بود که همکاری دیابتیان عزیز و مسئولین محترم هر روز از روز قبل بیشتر شود.

۱۱- برگزاری روز جهانی دیابت: در سال ۸۱ انجمن دیابت کرج با همکاری و مساعدت سرکار خانم هاشمی و بنیاد امور بیماریهای خاص دامنه تبلیغات و اقدامات خود را با کمک سپاه ناحیه کرج و با نصب سه دستگاه چادر بزرگ سوله مانند در سه نقطه پرتود: میدان آزادگان، میدان قدس و فلکه اول فردیس گسترده تر نمود و از هزار نفر آزمایش رایگان قند خون به عمل آورد که مورد استقبال پرشور مردم قرار گرفت.

۱۲- نصب تابلو و پلاکاردهای تبلیغاتی: انجمن از ابتدای تأسیس همگام با فرارسیدن مراسم روز جهانی دیابت و یا سایر همایشهای علمی آموزشی با اخذ مجوز قانونی از شهرداری مبادرت به نصب بیل بورد و پلاکاردهای آموزشی در میادین و مراکز پر رفت و آمد کرج بمدت ۵الی ۱۰ روز نموده که جهت افزایش آگاهی عمومی از عوارض دیابت نقش سازنده و تعیین کننده ای در تندرستی و سلامتی جامعه دیابتی کرج ایفا نموده است.

۱۳- چاپ جزوه های آموزشی: جزوه هایی که همه ساله توسط فدراسیون بین المللی دیابت برای انجمن دیابت ایران ارسال می گردد بعد از ترجمه دو سال است که این جزوه ها با تیراژی حدود ۷۰۰۰۰ برگ با همکاری ریاست محترم اداره فرهنگ و ارشاد اسلامی کرج تکثیر و در اختیار این انجمن قرار می گیرد که هنگام آزمایش رایگان قندخون درون چادرها در اختیار عموم مردم قرار داده میشود و از این طریق آموزشی جامع و مؤثر به خانواده ها داده می شود که از سلامتی خودشان مراقبت بیشتری به عمل آورند.

۱۴- شناسایی کودکان و دانش آموزان دیابتی: انجمن ضمن مکاتبات پیگیر و مستمر و هماهنگی با نواحی مختلف آموزش و پرورش دانش آموزان و کودکان دیابتی مقاطع مختلف تحصیلی و والدین آنان را که سرمایه های فردای این کشور هستند شناسایی و در کلاسها و همایشهای علمی آموزشی که به مناسبتهای مختلف با حضور پزشکان تشکیل می گردد همراه مسئول بهداشت مدارس و آموزشگاه مربوطه به منظور افزایش آگاهی آنان در امر چگونگی کنترل قند خون دعوت می نماید و به راحتی آموزشهای لازم را

در اختیار آنان قرار داده و خواهد داد.

۱۵- نصب برگه های آموزشی در اتوبوس های سازمان

اتوبوسرانی: برای اینکه اوراق و برگه های آموزشی بیشتر در معرض دید عموم قرار گیرد همزمان با مناسبت های مختلف و با جلب موافقت سازمان اتوبوسرانی این برگه ها در داخل تمامی اتوبوس های شرکت نصب میگردد که مردم با خواندن مطالب مندرج آموزشی آنها بر دانش خود در امر دیابت می افزاید.

دزفول و مراسم روز جهانی دیابت

در تاریخ پنج شنبه ۲۳ آبان ۸۱ همزمان با روز جهانی دیابت از طرف درمانگاه دیابت دزفول و با همکاری شبکه بهداشت و درمان بیمارستان دکتر گنجویان مراسمی در سالن اجتماعات بیمارستان برگزار گردید. در این مراسم عده ای از مسئولین از جمله ریاست شبکه ریاست و مدیریت بیمارستان، ریاست اداره بهزیستی، ریاست بیمارستان ۵۰۸ ارتش و مسئولین تالاسمی و هموفیلی و ... عده ای از دانشجویان پرستاری، پرسنل بیمارستان وعده زیادی از بیماران دیابتی شرکت داشتند.

همزمان با برگزاری مراسم سه نمایشگاه و فروشگاه نیز دایر شد.

- نمایشگاه کتاب وانتشارات دیابتی و در زمینه راهنمایی های مواد غذایی - مشکلات چشم در بیماران دیابتی - کتو اسیدوز و دیابت که توسط درمانگاه دیابت ونیز عده ای از دانشجویان دانشگاه آزاد تهیه شده - نمایشگاه وسایل و دستگاه های اندازه گیری قند خون و ادار - نمایشگاه شکلات رژیمی و بدون قند، شکلات و ... این نمایشگاه با استقبال شرکت کنندگان روبرو شد.

مراسم با تلاوت آیاتی از کلام ... مجید ساعت ۹/۴۵ شروع و با سخنرانی جناب آقای دکتر اسدی ریاست شبکه بهداشت و درمان دزفول بعنوان افتتاحیه ادامه یافت. سپس جناب آقای دکتر کریمی مسئول درمانگاه تازه ترین یافته ها را در درمان دیابت ارائه دادند همچنین مطالبی در مورد دیابت و روزه داری ایراد فرموده اند. ادامه برنامه ها به قرار زیر بود :

- اجرای تواشیح

- سخنرانی آقای دکتر جلالی متخصص چشم در مورد دیابت و مشکلات بینائی .

- اجرای موسیقی توسط عقیدتی - سیاسی بیمارستان ۵۰۸ ارتش .

- سخنرانی آقای دکتر فروزش متخصص اطفال در مورد دیابت کودکان.

- اعلام نتایج مسابقه علمی دیابت که بین پرسنل برگزار شد ونیز مسابقه علمی که بین اعضای درمانگاه

دیابت حاضر در جلسه برگزار شدو اهداء جوایز به برندگان مسابقات.

- ارائه مقاله دیابت و شیوه نوین زندگی توسط کارشناس تغذیه درمانگاه

ارائه راه کارهای عملی برای پیشگیری و کنترل دیابت .

به عنوان میان برنامه نیز مقالات کوتاهی در مورد آمار بیماری های چشمی در دیابت نحوه برخورد خانواده ها با دیابت کودکان - فرهنگ مردم و نحوه برخورد با دیابت اینکه چگونه زندگی کنیم و همچنین قرائت شعر توسط مجری و مسئول مراسم ارائه شد .

هدف از برگزاری این مراسم برداشتن گامی هر چند کوچک در جهت اطلاع رسانی مردم و آموزش پیشگیری و کنترل دیابت بوده وامید است در این راه به وظیفه عمل کرده باشیم .

از دیگر برنامه ها ،تهیه شعارهایی در مورد پیشگیری از دیابت، درمان دیابت وعوارض دیابت ونصب آنها روی شیشه عقب اتوبوس های خط واحد شهری بود .

همچنین هدایای کوچکی نیز با چاپ گرامیداشت روز جهانی دیابت وتاریخ ومحل برگزاری مراسم تهیه و بین برخی از مدعوین و مسئولین تقسیم شد .

مجددا ضمن تشکر از کلیه کسانی که در اجرای برنامه گرامیداشت روز جهانی دیابت ما را یاری دادند ،خصوصا عده ای از بیماران دیابتی که در تهیه پرده ها، شعارها، پوسترها و چاپ و ... صمیمانه همکاری داشتند ونیز دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی که در تهیه پوسترها ما را یاری دادند .

گزارش عملکرد دو ساله

درمانگاه دیابت دزفول

- تعداد کل بیماران دارای پرونده ۷۱۴ نفر

- تعداد کلاسهای آموزشی گروهی از شهریور سال گذشته تا

به حال ۷۰ جلسه با متوسط

- تعداد بیمارانی که تحت پوشش بیمه نیستند ۱۲۶ نفر .

- ویزیت پزشک یک روز در هفته به صورت رایگان .

- انجام آزمایش برای بیماران نیازمند بصورت رایگان با همکاری

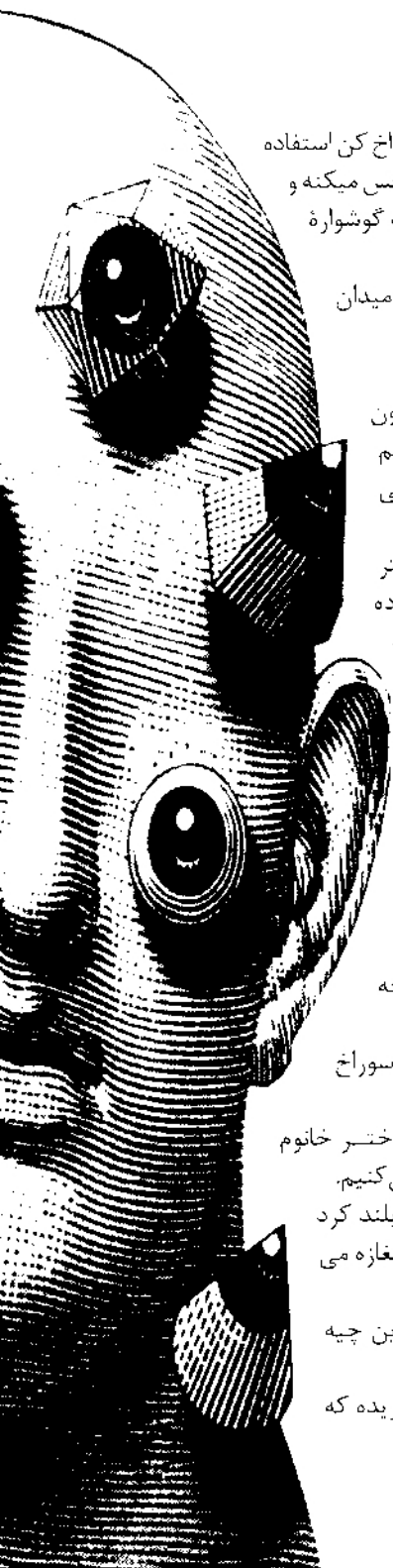
آزمایشگاه، بیمارستان

- پذیرش مشاوره های حضوری وتلفنی در درمانگاه دیابت

همه روزه صبحها وپاسخگویی به مشکلات بیماران و مراجعه کنندگان .

با تشکر از درمانگاه دیابت دزفول

شکوفه که پرپر می‌شود



- از این دستگاههای گوش سوراخ کن استفاده میکنه، اولش گوش را با مالیدن بیخس میکنه و بعد سوراخ میکنه و بعدش هم یک گوشواره قشنگ نوبی گوشش میکنه.

- مغازش اش نزدیکه، توی میدان رهبر، نوبی خاک سفیده.

- ۲- نمیداد

- خاله اونارو که جمعشون کردن، خونه‌ها و محله شون را هم خراب کرد و دارن مجموعه فرهنگی می‌کنند؟

روزی که فهیمه خانم با دختر کوچکش برای زیارت به امامزاده صالح رفته بودند، پس از زیارت به بازار تجریش رفتند و توی بازار، فهیمه خانم که دست شکوفه را در دستش داشت، وارد پاساژ طلافروشها شد و بداخل یکی از طلافروشیها رفت.

مرد جوان فروشنده با دیدن آنها از روی صندلی برخاست و با احترام پرسید:

- خیلی خوش آمدید، چه فرمایشی دارید؟

- میخوام گوش این دخترم را سوراخ کنم، شما دستگاه دارید؟

بعله خانم داریم و گوش دختر خانوم قشنگتون رو بدون درد سوراخ می‌کنیم. دست شکوفه را گرفت و او را بلند کرد و در حالیکه او را بر پیشخوان مغازه می‌نشاند گفت:

- به به، چه دختر قشنگی، این چیه خریدی؟

- این جا مدادیه، مامانم خریده که

یک سارافون خوش دوخت زیبای استین کوتاه صورتی رنگ پوشیده بود موهای کوتاه پسرانه اش به سرش چسبیده بود، و برعکس بچه‌هایی که با دیدن یک غریبه از او فرار می‌کنند او با ظاهری شجاعانه رو بروی ما ایستاده بود.

پسرم پس از احوالپرسی با دیگران به او سلام کرد و پرسید: - ببینم، تو پسری یا دختری؟ اسمت چیه؟

- من دخترم، اسمم هم شکوفه است، تو اسمت چیه؟

- به به، چه اسم قشنگی داری تو، اسم منم یاسره. تو مدرسه که نمیری، کوچیکی، آمادگی چی؟ آمادگی میری؟

- بعله مامانم گفته امسال برم آمادگی، یک کیف قشنگ هم برام خریده.

- آفرین، کیفیت چه رنگیه؟

کیفم قرمز، اینجاشم آبی، اینجاشم زرده.

با دستاش دو جای بدنش (روی شکم و شانه اش) را نشان داد

- خوب حالا، شعری چیزی هم بلدی بخونی.

ما دیگه مشغول صحبتهای خودمون شدیم و توجهی به بچه‌ها نداشتیم، من و آقا رضی شوهر فهیمه خانم مشغول شطرنج بازی بودیم، وقتی برای ناهار دوباره کنار هم جمع شدیم پسرم به مادر شکوفه گفت:

- خاله فهیمه، چه دختر ماهی داری. ماشاءالله چه سر و زبونی! داره؟ من اولش که دیدمش خیال کردم پسر.

فهیمه خانم که از دوستان زمان تحصیل همسرش بود و بعد از فراغت از تحصیل هم با ما رفت و آمد خانوادگی داشت گفت:

- یاسر جان بچه‌های من هیچوقت انگشت کوچیکه شما هم نمیشن، در درس خواندن و در ادب و اینا، چند روز پیش با عمو و پسر عموش رفتن آرایشگاه و آرایشگر را وادار کرده که موهاشو مثل پسر عموش بزنه.

- پس اگلا خاله گوشاشو سوراخ کنین که معلوم بشه دختره، و گر نه می‌برنش سربازی‌ها.

- بخدا تا حالا دلم نیومده، فکر می‌کنم خیلی دردش بیاد.

- نه خاله فهیمه اصلاً هم درد نداره، من خودم پیش عمویم که مغازه طلافروشی داره دیدم.

- چیکار می‌کنن؟ چطوری سوراخ می‌کنند؟

خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۶۲

مدام گم نشه.

فروشنده در حالیکه جعبه دستگاه سوراخ کننده را بر روی میز می گذاشت پرسید:

چند تا مداد داری؟

شکوفه دستهایش را از هم باز کرد و گفت:

یک عالمه.

مرد جوان فروشنده با دو انگشتش شروع به مالیدن نرمه گوش

شکوفه کرد و در همین حال پرسید:

مداد رنگی چی؟ مداد رنگی هم داری؟

... آره یک بسته هم مداد رنگی دارم

... باهاشون چیکار می کنی؟

فروشنده دستگاه را از جعبه خارج کرد و یک شیشه

الکل آورد و با کمی پنبه آغشته به الکل تمام قسمتهای

استیل و سوزن های آنرا ضد عفونی کرد و سپس یک

جفت گوشواره پرسی مخصوص از جعبه خارج کرد و

یکی از آنها را درون دستگاه قرار داد

وقتی او دستگاه را به گوش شکوفه چسباند و

انگشتش را بر روی ماشه آن قرار داد، شکوفه

مشغول توصیف یکی از نقاشیهایی بود

که کشیده بود:

... یک خانه کشیدم که خیلی بزرگه،

همه چی داره، درخت داره،

روی درخت یک گنجشک

داره، سیب داره، بخاری داره، انتن

داره، توپ هم کشیدم، آخ، آمان

این آقاهه گوشم را درد آورد.

... چی درد اومد؟ درد کجا

بود؟

عوضش توی آینه نگاه کن

بین چه گوشواره خوشگلی

برات گذاشتم؟

و یک آینه دستی جلوی

روی شکوفه گرفت.

دخترک به خودش در آینه

نگاه کرد و با دستش گوشواره

زیبایی را که توی گوشش برق میزد

لمس کرد و دوباره گفت: آخ گوشم.

مرد فروشنده مشغول مالیدن نرمه

گوش دیگر شکوفه شده بود و فهمید

خانم که اصلاً دلش نمی آمد درد گوش

دخترش را ببیند، خودش را با ویتترین داخلی

مغازه مشغول کرد.

همانطوریکه به طلاهای ویتترین نگاه

می کرد، پیادش آمد که یکروز رقیه زن

همسایه شان به گفته مادرش به خانه آنها آمد

و گوش هایش را سوراخ کرد.

رقیه سوزنی را که به زیر چارقدش در زیر

گلو زده بود در آورد و بر روی شعله چراغ گرفت

و پس از اینکه سوزن در اثر دود چراغ سیاه شد، آنرا سرد کرد و در نرمه گوش او فرو برده و پس از سوراخ شدن، نخى را که بدنباله سوزن بود از داخل سوراخ گوشش گذرانده و گره زده بود تا سوراخ به مرور بسته نشود.

وقتی که برای بار دوم صدای آخ آخ دخترش به گوشش

رسید، او از عالم خیال بیرون آمد و به سمت شکوفه رفت و دید

دو گوشواره نگین دار کلیپسی بر روی بر روی گوشهای دخترش

برق می زند، چه قشنگ بود، دخترش را بوسید و از بالای پیشخوان

پیاده کرد و اجرت مغازه دار را داد و از آنجا خارج شدند.

وقتی که شب آقای رضی به خانه آمد، دخترش خود را به آغوش

پدر انداخت و گوشواره هایش را به او نشان داد، پدرش او را بوسید

و گفت: به به چه گوشواره های قشنگی؟ مبارکه خیلی مبارکه، بعداً

خودم برات یک جفت گوشواره قشنگتر می خرم.

آقای رضی که دخترش را خیلی دوست داشت از کاری که

زنش کرده بود خیلی خوشحال شد و در اولین مسافرتی که به

یزد رفت به قولش وفا کرد و یک جفت گوشواره زیبای طلا برای

دخترش خرید.

سالها از آن روز گذشت و شکوفه به مدرسه رفت و کلاسهای

درس را با نمرات عالی و معدل های خوب، یکی بعد از دیگری

پشت سر هم گذاشت.

روزی که آقای رضی مشغول حل و فصل کردن برنامه اعزام

یک گروه از زائران حج عمره به عربستان بود و سرش خیلی شلوغ

بود، تلفن همراهش زنگ زد، او با بیخیالی گوشی تلفن را برداشت

و در حالیکه مشغول نوشتن مشخصات یک زائر در فرم مخصوص

بود، به صحبت های تلفن کننده گوش داد.

تلفن از مدرسه ابتدایی اخلاص بود و مدیره مدرسه صحبت

می کرد:

... الو آقای رضی؟

... بعله خانوم، خودم هستم، بفرمایید، شما؟

... من قدس هستم، آقای رضی، امروز بچه های کلاس پنجم

ورزش داشتن، بچه ها توی حیاط مشغول بازی بسکت بودند و می

دویدند و شکوفه هم توشون بود، یکدفعه شکوفه سرش به میله

بسکتبال خورد و سرش گیج رفت و حالش بهم خورد و به زمین

افتاد، ما هم فوراً یک آمبولانس خبر کردیم و او را به بیمارستان

امیرالمؤمنین بردیم، هر چی به خونه نون زنگ زدم کسی نبود، ناچار

مراحم شما شدم.

... شما الان کجا هستید خانم قدس؟

... من از توی بیمارستان زنگ میزنم.

حال دخترم شکوفه الان چگونه؟

... انشاءالله که خوب باشه، از وقتی آوردمش بردن توی اتاق

عمل و هنوز خبری ندادن، شما لطفاً زود بیایید اینجا.

... باشه من الان میام، خداحافظ.

با عجله از جای خودش بلند شد و همکارش را مضطربانه

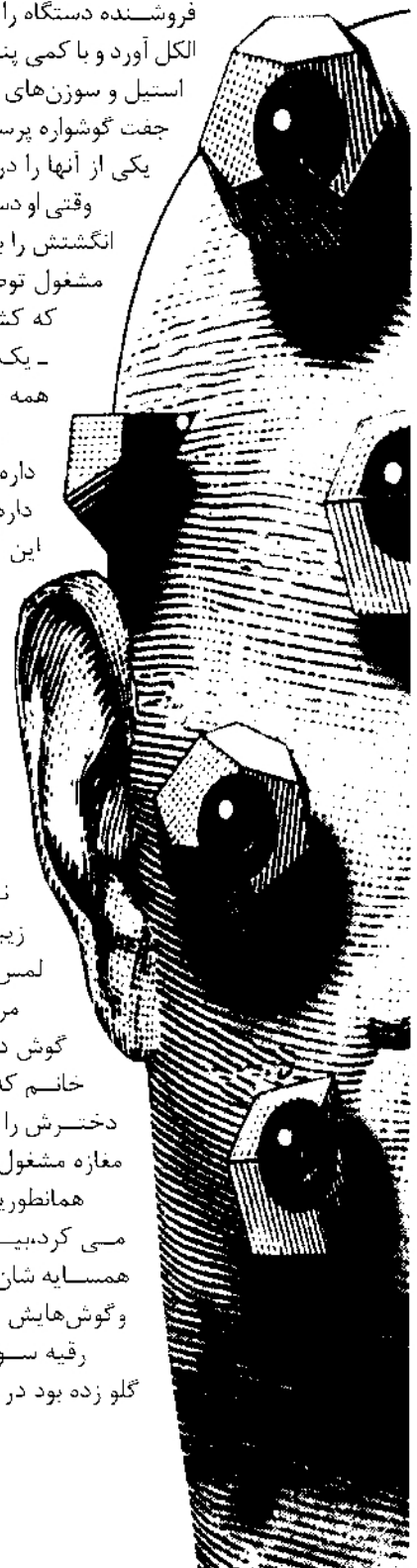
صدازد:

... آقای طاهری، آقای طاهری، من دارم می روم بیمارستان، گویا

برای شکوفه مشکلی پیش آمده تو هوای اینجا را داشته باش تا

من برگردم.

... مرد حساسی حالا با این وضع شلوغی که ما داریم



کجامیری؟ مگه مادرش نیست؟

- نه مادرش رفته مسافرت، یکی از فامیلای دورشون توی روستا فوت شده بود.

و با نگرانی و اضطراب ادامه داد:

- شلوغی و کار که واجب تر از جون دخترم نیست، گفتیم که خیلی زود میام. دوان دوان خودش را به ماشین رساند، و در حالیکه آنرا استارت میزد با خودش فکر کرد: خدا کند مشکلی پیش نیاد اگر نه جواب فهیمه را نمی توانم بدم تا بیاد و بفهمه، میگه بین دو روز رفتم ها، دو روز ننوشتی از این بچه مراقبت کنی، نو عرضه نگهداری از یه بچه راهم نداری، کاش از اول هم قلم پام شکسته بود و به این سفر نمی رفتم.

آقای رضی دیگر نفهمید که فاصله اداره تا بیمارستان را چگونه رفت، ولی وقتی که خودش را به کنار اتاق عمل رساند، خانم قدس را دید که در روی یک نیمکت نشسته و در حالیکه گریه می کرد مشغول دعا و ثنا بود.

خانم قدس با دیدن او از جایش بلند شد و با شرمساری و تاسف به او گفت:

- بخدا آقای رضی من تاحالا بیش از سه بار به این همکار تدارکات گفتیم برو اسفنج بخریار دور میله های پسکنال را بیج تا اگر بچه ها به این میله خوردند ادیت نشن، همه اش تقصیر من بود از لحظه ای که بردنش توی اتاق عمل همینطور اینجا نشستم و دارم دعا می کنم و امن یجیب میخونم و اشک میریزم

- خانم، خیلی ممنون که زحمت کشیدید و بچه را خودتون به بیمارستان رساندید، ولی شما چه تقصیری دارید؟ بچه خودش دویده و خودش به میله برخورد کرده شما اصلا خودتون، را ناراحت نکنید.

بعد فکر کرد که باید یکی به خود او آرامش بدهد و رو به خانم قدس کرد و پرسید:

- چند وقته که بردنش اتاق عمل؟

- یک ساعت و بیست دقیقه، درست سر ساعت ده بود که رفتن تو.

در همین لحظه یک دکتر که لباس سبز رنگی بین داشت، از اتاق خارج شد، خانم قدس به او سلام کرد و گفت:

- خانم بخدا ما اینجا نصف جون شدیم، حالش چطوره؟

- خوبه خانم، مدتی طول کشید تا بهوش بیاد، سرش هم شکافته بود که چند تا بخیه زدم تازه گروه خونس را هم که نمیدونستید، ناچار شدیم خونس رو از مایش کنیم.

- آره راست می گید خانم نمی دونستم، راستش وقتی این جوری شد آنقدر دست و پامو گم کرده بودم که یادم رفت از توی پرونده اش بخونم.

- شما چیکاره اش هستید؟ مگه مادرش نیستید؟

- نه خیر خانم دکتر، من میر مدرسه اش هستم ایشون هم پدرشه، تازه پیداش کردم.

آقا رضی به دکتر سلام کرد و گفت:

- خانم دکتر دست شما درد نکنه، حالش چطوره؟ خطر رفع شده؟

- البته، البته از همون اول هم خطری نبود، دخترتون سرش به میله خورده و زخمی شده و چند تا بخیه زدیم، همین، الانم

حالش خوبه، فقط برای احتیاط ما مجبوریم ۲۴ ساعت او را زیر نظر بگیریم و همین جا نگهش داریم.

دکتر پس از گفتن جمله خدا حافظی کرد و رفت، آقای رضی با خودش فکر کرد، خدا را شکر زنش فهیمه تا آخر هفته از سفر بر نمی گشت و شکوفه را هم که تا فردا دوشنبه مرخص می کردند، پس هیچ اشکالی نداشت.

درب اتاق عمل بهم خورد و برانکاردی را که شکوفه رویش خوابیده بود بیرون آوردند و به سمت یکی از اتاق ها بردند و سپس او را با احتیاط بر روی یکی از تخت ها منتقل کردند.

شکوفه با دیدن خانم قدس و پدرش خیلی خوشحال شد و از روی تخت برخاست ولی آنها به او گفتند که باید تا فردا همینجا استراحت بکند. آقا رضی سرش را به صورت دخترش نزدیک کرد و او را بوسید و گفت:

- درد داری دخترم؟

- نه بابا، دردم کجا بود؟

آقا رضی با دستش به باند پیچی دور سر او اشاره کرد و پرسید:

دخترم چرا همچین کردی خودت را؟

شکوفه با خنده گفت:

- انگار اینا از مریض خوششون

میاد، هر چی بهشون می گم، بابا، من

چیزیم نیست، اینا بیشتر احتیاط

میکنن و آدمو میترسونن.

خانم پرستاری که مشغول وصل

کردن یک سرم بدست او بود گفت:

- دخترم ضربه هایی که به سر آدم

میخوره خطرناکه، برای احتیاط

شما تا ۲۴ ساعت نباید چیزی

بخوری.

شکوفه با سر خوشی و

بی خیالی پرسید:

- خطر چی؟ احتیاط چی؟

- خطر ضربه مغزی، خطر

شکستگی جمجمه، حالا فهمیدی

دخترم ما چرا نگرانیم؟

آقا رضی رو به خانم قدس کرد

و گفت:

- خانم قدس، از شما سیاستگذارم که

مواظب دخترم بودید و او را تا اینجا آوردید،

شما حتما کار دارید و مسئولیت بچه های مردم

بدوش شماست، دیگر ما مزاحم شما نمی شیم،

من شما را به مدرسه می رسونم.

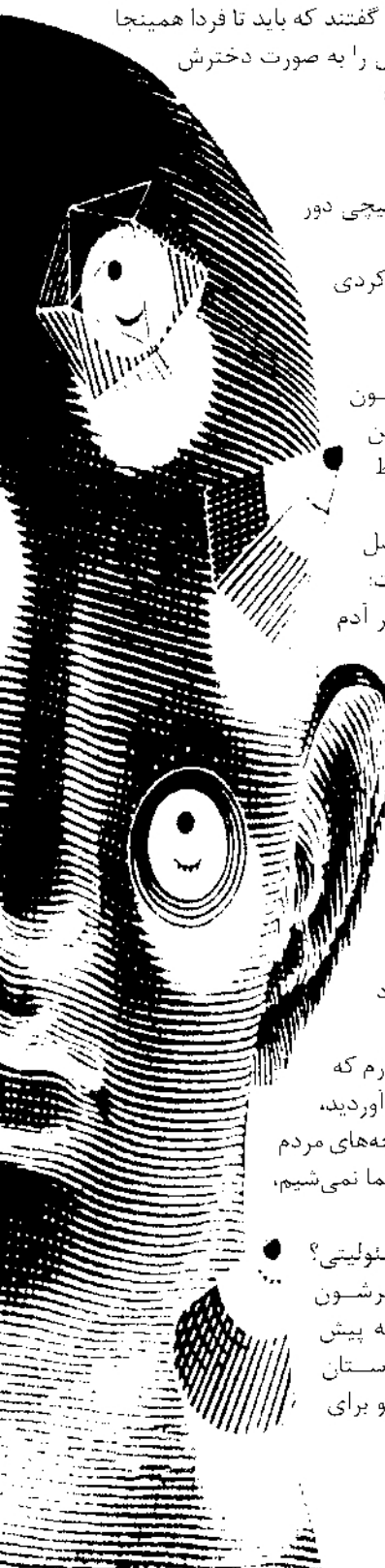
- ای آقا، چه مواظبتی؟ چه مسئولیتی؟

با وجودی که مثل عقاب بالای سرشون

هستیم، این حادثه برای شکوفه پیش

اومد، بخدا از وقتی توی این بیمارستان

نشسته بودم، به دلم اینجا بود و برای



شکوفه نگران بودم و دعا میخوندم و صد دلم تو مدرسه نگران بچه ها بود.

- شما حق دارین، این بچه ها جوون و پر انرژی‌اند و متوجه خطرات نیستند، خدا را شکر که حال شکوفه خوبه، بیاید من شما را به مدرسه برسونم.

- نه خیر خیلی ممنون، من خودم با تاکسی میرم، شما هم همین جا پیش شکوفه جون بمونید و مراقبش باشید کافیه، راستی خانومتون کجاست؟ خبر ندارن؟

- نه خیر، مادرش رفته مسافرت، یکی از فامیل‌های دورشون فوت شده بود.

- خدا رحمتش کند، انشا... آخرین غمسون باشه، پس من با اجازه تون مرخص میشم.

- خانم قدس اجازه بدین برسونمتون.
- نه به خدا راضی نیستم، خودم با تاکسی میرم، شما همینجا پیش دخترتون بمونید من خیالم راحت تره، خداحافظ.

وقتی فهمیدم خانم از مسافرت برگشت، قرمزی و خامی پوست پیشانی شکوفه توجه اش را جلب کرد و از او راجع به آن پرسید و با وجودی که همه چیز خوب بود و زخم کاملاً بسته شده و بخیه‌ها را هم کشیده بودند، باز هم کلی داد و بیداد راه انداخت و به آقا رضی گفت می‌خواهد از دست رئیس مدرسه شکایت کند.

آقا رضی خیلی سعی کرد تا موفق شد زنش را از این تصمیم منصرف کند، آن بیچاره، مدیر مدرسه، انهمه زحمت کشیده و بچه را به بیمارستان رسانده بود.

دو هفته بعد نام‌های به ادرس منزل آنها آمد که در آن شکوفه و پدرش را به بیمارستان دعوت کرده بودند، آنها با اتفاق هم به بیمارستان رفتند، مسئول پذیرش آنها را به اتاق دکتر بهرامی راهنمایی کرد.

دکتر بهرامی بعد از دیدن آنها در حالی که با آقا رضی دست میداد و آنها را برای نشستن دعوت می‌کرد به یکی از همکارانش زنگ زد و پس از چند لحظه خانم جوانی به اتاق آمد. به وی گفت:

- خانم حمیدی، ایشون خانم شکوفه رضی هستند، لطفاً از ایشون یک نمونه خون برای تجدید آزمایش بگیرید.

وقتیکه شکوفه با خانم حمیدی از اتاق خارج شدند، دکتر بهرامی رو به آقا رضی کرد

و گفت:

- جناب آقای رضی، باید به اطلاع شما برسانم که متأسفانه، نمونه خونی که از دختر خانم شما در جریان آن تصادف گرفته و آزمایش کردیم نتایجی به ما نشان داد و در حال حاضر ما مشکوک به ابتلای خون ایشون به ویروس اچ ای وی هستیم.

- ویروس چی دکتر؟ مسریه؟

- ویروس اچ ای وی که نشانه ابتلا به بیماری ایدز، متأسفانه مسری هم هست، البته تا حدودی مسری و خطرناک است.

- خوب چه جوری مبتلا شده؟ میگم چه جوری این بیماری رو گرفته؟

- آلودگی و انتقال آن از طریق تزریق خون آلوده یا استفاده از سرنگ آلوده و تماس جنسی با افراد آلوده به ویروس دو راه عمده این بیماری هستند، البته تماس جنسی به علت امکان تماس گسترده‌تری که دارد ناقل قویتری محسوب می‌شود.

- دکتر، چی میگی شما دختر من تازه یازده سالشه.

- ببینید، گفتم که تماس جنسی یکی از راههای انتقال است، از راه سرنگ آلوده هم ممکنه یک کسی آلوده به این ویروس بشه، ایا اخیراً آمپولی چیزی بهش نزدین؟ اخیراً خونی چیزی به او تزریق نکردین؟

- نه والله، غیر از واکسن‌هایی که در بچگی زده دیگه هیچ وقت حتی یک سوزن هم به بدنش نزدیم، یعنی آنقدر بچه سالم و قوی و سر زنده‌ای بوده که هیچوقت مریض نمی‌شد، حتی دریغ از یک سرماخوردگی ساده، اون از زمان بچگی خیلی قوی بوده، به هر حال من نتیجه آزمایش قبلی را به اطلاع شما رسوندم و عرض کردم که ما به این نتیجه مشکوک هستیم، برای همین یکبار دیگر هم امروز ازش نمونه خون می‌گیریم و انرا آزمایش می‌کنیم.

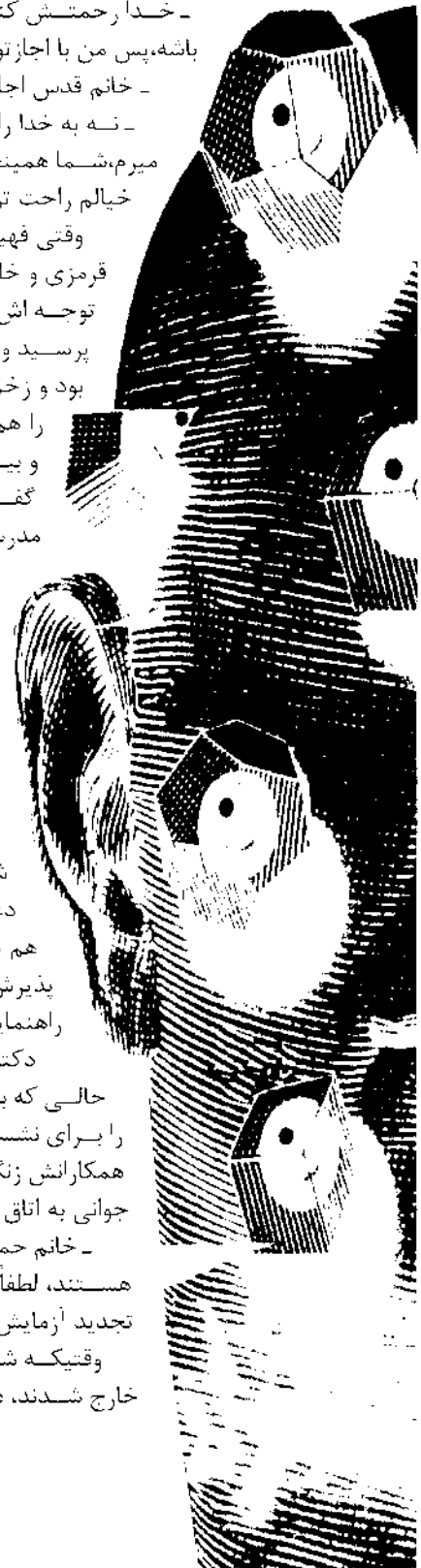
- خوب بعدش چی؟ اگه نتیجه این یکی هم مثل قبلی بود چی؟ تکلیف بچه من چی میشه؟

- اولاً که امیدوارم اونجوری نباشه و ما اشتباه کرده باشیم، ولی اگر احیاناً مثبت بود ما ایشون را به سازمان انتقال خون معرفی می‌کنیم تا با همکاری شما در مورد علل ابتلای او به این بیماری تحقیق بکنند.

شکوفه هم مثل مادرش از هیچی خبر نداشت، ولی پدرش به دکتر گفته بود که خودش برای گرفتن نتیجه مراجعه خواهد کرد، و وقتی که نتیجه آزمایش را از دست دکتر بهرامی گرفت و فهمید که نتیجه ابتلای دخترش به ویروس خطرناک و کشنده ایدز مثبت است، مثل کسی که اوار بر سرش ریخته باشد، در هم شکست.

نتیجه را با دست خودش به سازمان انتقال خون برد، مدت‌ها طول کشید تا پزشکان و محققان آنجا، پس از تحقیق زیاد و آزمایش دقیق خون پدر و مادر و بازجویی‌های زیاد پزشکی و آزمایش گوسواره‌هایی که مادرش در سن پنج سالگی در گوش شکوفه کرده بود، متوجه شدند که ویروس ایدز از طریق دستگاه سوراخ کننده به بدن او منتقل شده است.

شاید سالیهای زیادی طول بکشد تا شکوفه به بیماری‌اش پی‌برد، ولی پدرش نمی‌دانست که چگونه این راز مرگ‌آور را در سینه‌اش حفظ کند؟ او تا کی می‌تواند شاهد پر پر شدن شکوفه زیبایش باشد؟



روش استفاده از کلاه:

کلاه را در فریزر بمدت دو تا سه ساعت در دمای ۱۳- درجه قرار می‌دهیم پس از سیری شدن زمان لازم کلاه را از فریزر خارج کرده و بر روی یک سطح صاف قرار می‌دهیم و با کمی فشار ملایم سعی می‌کنیم که ژل داخل کلاه را بصورت یکسان در داخل کلاه توزیع کنیم، و بعد کلاه را پنج دقیقه قبل از تزریق ماده شیمی درمانی روی سر بیمار قرار می‌دهیم و دوباره سعی می‌کنیم تا کلاه حالت و فرم سر بیمار را بگیرد، در این مرحله باید دقت شود که کلیه موهای بیمار توسط کلاه پوشیده باشد، سپس برای فیکس شدن کامل کلاه و جلوگیری از دست رفتن پروتد داخل کلاه از نوار و کاور مربوطه استفاده می‌کنیم و کلاه را تا ۴۵ دقیقه بعد از تزریق بر روی سر بیمار نگاه می‌داریم. هدف و تأثیر درمان با پائین آوردن دمای پوست سر شیمی درمانی تومورهای بد خیم، به وسیله کلاه یخی در زیر توضیح داده شده است.

مراکز تحقیقاتی درمان سرطان آمریکا، سوئیس، و آلمان بارها عوارض جانبی و نامطلوب درمان با استفاده از عوامل جلوگیری کننده از تولید مثل سلول که در شیمی درمانی استفاده می‌شوند اشاره کرده اند یکی از عوارض نامطلوب شیمی درمانی که اغلب موجب استرس ذهنی بسیار شدید، به خصوص در زنان بیمار می‌شود ریزش مو می‌باشد. درمان با پائین آوردن دمای پوست سر، موجب انقباض و مویرگهای پوست سر شده و در نتیجه از ورود خون و داروی شیمی درمانی به پوست سر جلوگیری می‌نماید، به طوریکه تأثیر دارو در مجاورت ریشه موها به شدت کاهش می‌یابد.

کلاه یخی، با پائین آوردن دما تا ۲۲- درجه، پوست را محافظت می‌نماید.

نحوه استفاده از کلاه یخی

کلاه یخی را ۲-۳ ساعت در فریزر قرار دهید تا به دمای مؤثر ۱۳- برسد. پس از پایان مدت لازم برای رسیدن به این دما، کمپرسور را بر روی میز گذاشته با دست فشار دهید تا ژل موجود در آن کلاه را ۵ دقیقه پیش از تزریق ماده شیمی درمانی بر روی سر بیمار قرار دهید، و سعی کنید کلاه کاملاً فرم سر بیمار را به خود بگیرد.

کلاه یخی می‌باید تمام سر را کاملاً بپوشاند. مطمئن شوید تمام قسمت هایی از سر که از نو پوشیده شده است، در زیر کلاه یخی قرار گرفته‌اند، سپس وضعیت کلاه را با نوار ثابت نمایید.

کاور پوشاننده را بر روی کلاه یخی بکشید. این کاور با یک لایه عایق حرارتی مخمر شده است تا از ورود گرما به داخل کلاه جلوگیری نماید، به علاوه این کاور موجب می‌شود دما در تمام پوست به طور یکسان کاهش یابد.

کلاه یخی را به مدت ۴۵ دقیقه پس از تزریق، بر روی سر نگاه دارید.

کاهش دما

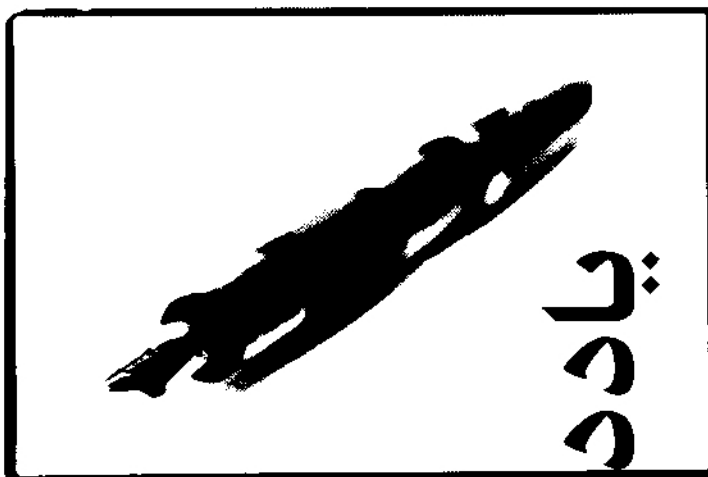
مقدمه:

در مراکز تحقیقات سرطان در آمریکا، سوئیس و آلمان مکرراً به تأثیر جانبی داروهای شیمی درمانی اشاره می‌شود که یکی از این موارد تأثیر آنها بر روی مو می‌باشد که ریزش مو را باعث می‌شود که این مسئله از لحاظ روانی تأثیر نامطلوبی بر روی بیماران سرطانی خصوصاً خانمها دارد.

نحوه عمل کلاه:

کلاه مورد بحث با ایجاد ایسکمی از طریق انقباض مویرگهای سر که در مجاورت ریشه موها قرار دارند مانع از رسیدن خون از طریق مویرگها به مجاورت ریشه مو می‌شود که در نتیجه در طول زمان شیمی درمانی رسیدن خون و در نتیجه ماده شیمیائی به مجاورت ریشه مو به حداقل ممکن می‌رسد، که

فصل نزدیک اما دور



یادداشت‌های یک خبرنگار

مختصراتی استخوانی

استان قم بعنوان ام‌القرای جهان اسلام، مهاجر پذیر و با داشتن حوزه های علمیه و حرم مطهر حضرت معصومه (س) بعنوان پایتخت معنوی کشور مطرح بوده و بعلت کویری بودن آب آن شور و سخت می‌باشد. استان قم به مساحت ۱۱۲۳۸ کیلومتر مربع در مرکز کشور واقع شده است. این استان از غرب و جنوب به استان مرکزی از شمال به استان تهران و در شرق استان سمنان واقع شده است جمعیت این استان ۸۵۰۴۴۰ می‌باشد و دریاچه قم در قسمت جنوب شرقی این استان می‌باشد.

تقسیمات

این استان فاقد مرکز درمانی خصوصی بوده و دارای ۵ بیمارستان دولتی فعال و سه بیمارستان خیریه می‌باشد. مراکز بیماری‌های خاص در شهر قم واقع شده و تنها دارای یک مرکز دیالیز و یک مرکز تالاسمی و هموفیلی می‌باشد. تعداد بیماران خاص این استان ۴۵۳ نفر، به تفکیک ۲۱۰ نفر بیمار دیالیزی ۱۵۳ نفر بیمار تالاسمی و ۹۰ نفر بیمار هموفیلی است.

مختصراتی همایشی

بیمارستان کامکار یکی از بیمارستان‌های فعال این شهر محسوب می‌گردد که نزدیک به حرم حضرت معصومه (س) می‌باشد. تنها مرکز دیالیز در استان قم در این بیمارستان بوده که یکی از بزرگترین مرکز دیالیز کشور در حال حاضر محسوب می‌گردد. این بخش در ضلع غربی بیمارستان بصورت مجزا قرار گرفته وسعت آن ۷۵۰ متر مربع می‌باشد این ساختمان در

خاص
زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۶۷

نوع ماشین	تعداد	سال نصب	وضعیت	قابلیت دیالیزی کربنات
Cob Centry II	۸	۱۳۷۰	در حال کار	ندارد
Gambro AK۱۰	۱۲	۱۳۷۵		ندارد
Gambro AK۹۵	۴	۱۳۸۱		دارد
Fresinius ۴۰۰۸ B	۱۶	۱۳۸۰-۱۳۸۱		دارد

برانکارد چرخ دار، ۱۱ عدد پله کنار تخت، ۲ عدد تراسی دارو، ۱ دستگاه یخچال، ۱ عدد تراسی پانسمان کشودار
(۲) مساعدت و تشویق پرسنل زحمت کش و پر تلاش دیالیز با توجه به تعداد کم پرسنل و پرستار و حجم کاری فشرده این پرسنل

پارادایم از پخش تالاسمی و هموفیلی:

این بخش با ۱۵۲ نفر بیمار ثابت که ۴۸ نفر آنها تالاسمی و ۵ نفر سیکل نالا و سیکل سل آنمی دارند با ۱۸ تخت در حال فعالیت است قابل ذکر است مراحل پایانی ساخت این پایگاه با مساعدت بنیاد همراه بوده است. این پایگاه دارای سه اتاق می باشد که هر اتاق دارای تلویزیون می باشد. خوشبختانه مشکل کمبود خون در این بخش وجود ندارد و پمپ دسفرال توسط مسئول انجمن تالاسمی از تهران دریافت و بین بیماران توزیع می گردد. دو بیمار HBS آنتی ژن مثبت و شش بیمار HCV مثبت دارند. ۴ نفر پرسنل مشغول بکار در این مرکز وجود دارند.

مشکلات پخش تالاسمی:

- (۱) نداشتن پزشک هماتولوژیست
- (۲) نداشتن آزمایشگاه تخصصی جهت آزمایشات هورمونی که در اینگونه موارد بیماران به تهران ارجاع داده می شوند.
- (۳) نداشتن پزشک مقیم بدلیل اینکه پزشکان متخصص اطفال هر یکماه یکبار تعویض شده و بمحض آشنایی با بخش و بیماران، پزشک تعویض می گردد.

مصرفی پخش هموفیلی:

مرکز هموفیلی این استان با مرکز تالاسمی ادغام شده است بیماران بخش هموفیلی حدود ۹۰ نفر می باشند. متأسفانه مسئولین این بخش اطلاعی از افراد آلوده به HIV و هپاتیت نداشتند و به گفته مسئول بخش مشکل گرفتن فاکتور و کمبود آن در استان علیرغم سال پیش امسال وجود نداشته و این بخش، فاکتورها را از بیمارستان کودکان و از سازمان انتقال خون دریافت می کند. در حال حاضر ۵۴ نفر فاکتور ۸، ۱۰ نفر فاکتور ۹، ۲ نفر فاکتور ۷، ۲ نفر فاکتور ۵، ۲ نفر فاکتور ۳

مشکلات پخش هموفیلی:

- ۱- پزشک ثابت ویزیت کننده وجود ندارد.
- در ادامه سفر یکروزه به استان قم باتفاق آقای دکتر شفیعی جندقی با رئیس دانشکده پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قم آقای دکتر رئیس کرمی متخصص و جراح، دیدار و در مورد مشکلات درمانی استان بحث و تبادل نظر شد یکی از موضوعات عنوان شده مربوط به انتقال دستگاه های دیالیز اهدایی توسط بنیاد از بیمارستان شهید بهشتی قم (که در حال حاضر فعال نمی باشد) به مرکز دیالیز بیمارستان کامکار عرب نیاز و مشکلات پیرامون مسأله بود که خبر وصول دستگاه ها توسط بیمارستان کامکار بعد از سفر ما به بنیاد داده شد.

سه طبقه مجزا تعبیه شده است. در طبقه اول ۱۴ ماشین و در طبقه دوم و سوم ۱۳ ماشین که در مجموع ۴۰ دستگاه دیالیز فعال را در این مرکز تشکیل می دهد.

بخش از فضای مناسبی برخوردار است بطوریکه پرسنل و پرستاران در مرکز و بیماران در محیط بخش مستقر می باشند و از تهویه و نور کافی برخوردار است. بخش دیالیز با ۸ دستگاه کوب، ۱۶ دستگاه گامبرو و ۱۶ دستگاه فرزینوس که ۲۱۰ بیمار دیالیزی دائم و بطور متوسط ۲۰ بیمار را بصورت اورژانس تحت پوشش و درمان قرار می دهد.

تعداد بیماران HBS آنتی ژن مثبت ۱۴ نفر می باشد که بدین منظور سه دستگاه Ag+ تعبیه شده است میانگین عمر ماشینهای دیالیز استان با توجه به حجم کار حدود ۷ سال می باشد و میانگین نسبت بیمار به دستگاه در استان ۵/۲۵ است. پزشک مسئول بخش آقای دکتر امیر حسین میلادی پور نفر و لوژیست بخش می باشد که مقیم بخش نبوده و فقط عصر چهارشنبه و پنج شنبه ها بخش را ویزیت می کند. نزدیکترین بخش دیالیز به این مرکز ساوه می باشد که در حدود ۱۴۰ Km با این مرکز فاصله دارد.

مشکلات پخش هموفیلی:

از جمله مشکلات موجود در این بخش با توجه به حجم کاری فشرده و امکان مشکلات عدیده (۱۸ شیفت در هفته با ۲۶ نفر پرسنل و خرابی دستگاهها و میانگین پرستار مازاد هر دستگاه ۵/۶ نفر) نداشتن تکنسین ماشینهای دیالیز و کمبود شدید پرستار می باشد. متأسفانه بخشی از بیماران نیز قادر به پرداخت فرانشیز داروی Eprex نمی باشند البته تعدادی از بیماران خاص که تحت پوشش کمیته امداد و تامین اجتماعی می باشند از پرداخت فرانشیز Eprex معاف بوده و بصورت رایگان در اختیار آنان قرار می گیرد.

اما متأسفانه در سطح استان قم انجمن خیریه حمایت از بیماران خاص تشکیل نشده، هر چند که به اذعان مسئولان استان افراد خیر بسیاری در سطح استان وجود دارند، اما بدلیل نبود چنین انجمنی بیماران خاص استان در خصوص هزینه های درمانی و معیشتی با مشکل مواجه هستند. از دیگر مشکلات این بخش نیاز مبرم بدستگاه Ro است که بدلیل خرابی یکدستگاه از دو دستگاه موجود و با توجه به سنگین بودن آب و حجم سنگین کار (۴۰ دستگاه ماشین) این نیاز بنظر حیاتی می رسد. از پیشنهاداتی که از طرف مدیریت بیمارستان به بنیاد شد، با اهداء اقلام زیر موافقت گردید: با توجه به اینکه استان قم تنها دارای یک مرکز دیالیز می باشد و ساخت یک مرکز دیگر در استان غیر قابل پیش بینی است فعلاً بهترین راه حل تقویت این بخش و رفع کمبودهای آن است بدین منظور:

- (۱) تجهیزات: ۱۱ تخت بیمارستانی، ۱۱ عدد میز جلوی تخت، ۱۱ عدد کمد کنار تخت، ۲ دستگاه ویلچر، ۲ دستگاه

عملکرد واحد انتشارات آموزش و پژوهش بنیاد طی ۵ ماه گذشته به شرح زیر می باشد:

عملکرد واحد انتشارات آموزش و پژوهش بنیاد

عملکرد واحد انتشارات آموزش و پژوهش بنیاد طی ۵ ماه گذشته به شرح زیر می باشد:

الف) انتشارات جدید

۱. بروشور آشنایی با سرطان پستان
۲. بروشور عوامل خطر در سرطان پستان
۳. بروشور تشخیص زودرس در سرطان پستان
۴. کتابچه مراقبت از چشم در بیماران دیابتی
۵. کتابچه تغذیه در بیماران پیوند کلیه
۶. بروشور نارسایی مزمن کلیه
۷. کتابچه زندگی با MS
۸. کتابچه آنچه هر بیمار MS باید بداند
۹. کتاب مرگ مغزی
۱۰. کتابچه خلاصه مقالات سمینار پزشکی جغرافیایی شیراز
۱۱. کتابچه خلاصه مقالات سمینار دانشجویان سراسر کشور (دانشگاه تهران)
۱۲. کتابچه برنامه زمانی سمینار دانشجویان سراسر کشور (دانشگاه تهران)

ب) تجدید چاپ

۱. آیا شما در معرض خطر ابتلاء به دیابت هستید؟
۲. واقعیهایی درباره ایدز
۳. درد پستان
۴. سرطان روده فراخ
۵. علائم هشدار دهنده سرطان
۶. سرطان معده
۷. سرطان بیضه
۸. سرطان هوچکین
۹. سرطان ریه
۱۰. سرطان تخمدان
۱۱. سرطان رحم
۱۲. سرطان دهان
۱۳. سرطان پروستات
۱۴. چگونه می توان از ابتلاء به سرطان جلوگیری کرد؟
۱۵. آموزش مراقبت از خود در بیماران تحت شیمی درمانی
۱۶. سرطان پوست
۱۷. چگونه می توان از سرطان پستان جلوگیری کرد؟
۱۸. سرطان لوزالمعده
۱۹. علائم هشدار دهنده سرطان را بشناسید
۲۰. آموزش تغذیه برای مبتلایان به دیابت
۲۱. آموزش ورزش در دیابت
۲۲. دیابت و ورزش

۲۳. دفترچه مراقبت برای بیماران دیابتی (ویژه پرستاران)
۲۴. اصول آموزش دیابت نوع ۲ (دیابتی های دریافت کننده قرصهای خوراکی)
۲۵. خودآموز تزریق انسولین
۲۶. دیابت و مسافرت (راهنمای سفر برای مبتلایان به دیابت)
۲۷. مشکلات چشم در مبتلایان دیابتی
۲۸. قرصهای خوراکی پایین آورنده قند خون
۲۹. دیابت در سالمندان
۳۰. نوروپاتی در دیابتی
۳۱. آموزش مراقبت از خود در مبتلایان به دیابت حاملگی (GDM)
۳۲. آموزش مبتلایان به دیابت در دوران بارداری (دیابت و حاملگی)
۳۳. آموزش دیابت نوع ۱ (دیابتی های دریافت کننده انسولین)
۳۴. چگونه میبایدا افزایش کلسترول خون مقابله کرد؟
۳۵. دیابت در بیماریهای قلبی و عروقی
۳۶. آموزش والدین کودک مبتلاء به دیابت.
۳۷. آموزش مراقبت از خود برای بیماران تحت درمان دیالیز خونی

۳۸. پیوند کلیه
۳۹. آشنایی با دسفرال
۴۰. راههای انتقال ویروس ایدز
۴۱. تزریق خون در بیماریهای تالاسمیماژور
۴۲. هیپاتیت B
۴۳. هموفیلی و هیپاتیت
۴۴. اورژانس های هموفیلی
۴۵. خونریزی مفاصل و عضلات، در هموفیلی
۴۶. پرسش و پاسخ پیرامون هموفیلی
۴۷. هیپاتیت C (ویژه دندان پزشکان)
۴۸. هیپاتیت C (ویژه پرستاران)
۴۹. معرفی نامه بنیاد
۵۰. مراقبت از خود در بیماران تحت پرتو درمانی
۵۱. شما و شیمی درمانی

ج) هر هست چاپ

۱. تغذیه و سرطان پستان
۲. جراحی در سرطان پستان
۳. ترشحات نوک پستان
۴. عفونت پستان
۵. توده های پستانی
۶. ماموگرافی و سونوگرافی در ارزیابی بیماری های پستان

♦ کودک اهداء کننده اعضاء

هنگامیکه من و همسر من وارد اطاق مراقبت های ویژه شدیم پسر خردسال مان را دیدیم که به آرامی خفته است. تنها چیزی که موجب نگرانی می شد دستگاه تهویه هوا بود که برای کمک به نفس کشیدن به او وصل شده بود. قیافه آرام او همه علائم سالم حیات را نشان میداد. قلب طپنده، پوست صورتی رنگ و چهره گرم، نفس کشیدن های یکنواخت. ولی پزشکان میگویند وضعیت او چندان خوب نیست و ۱۲ تا ۱۸ ساعت آینده بسیار حساس خواهد بود.

ساعت ها می گذرد. ما دستان یکدیگر را گرفته و دعا می کنیم و امیدواریم که او یکباره چشمان خود را گشوده و به ما سلام کند. پرستاران می آیند و می روند. او را لوله هوا را و ارسی می کنند

و پلک هایش را بالا و پائین می آورند. ولی چشمهای زیبا و درخشنده او دیگر فروغی ندارند. چرا آنقدر غمگینند؟ آن برق شادی به کجا رفته؟ چرا آنقدر تهی بنظر می رسند؟ این گفته معروف که چشم در ریچه روح انسان است به ذهنم می رسد. آیا او هنوز اینجا است؟ ساعت ها پشت هم می گذرند و هیچ تغییری حاصل نمی شود.

مانیتور قلب، بی نظمی هایی را

نشان می دهند. داروی بیشتری تزریق می شود. ساعات

بیشتر و داروی بیشتر، تا شاید ورم مغز پسرمان تحت کنترل باقی بماند.

بسیاری معتقدند تا وقتی که قلب می تپد انسان هنوز زنده است ولی برای من جسم انسان فقط وسیله ای برای نگهداری و حفظ مغز است. این مغز فرزند من است که او را از دیگران متمایز کرده و از او که روحیه ای سرشار از شور زندگی داشت برای ما شخصیتی ویژه ساخته است.

پزشکان من و همسر من را در جریان بررسی همه آزمایشاتی که

طی شش ساعت بعد انجام داده بودند قرار می دهند. شواهد ارائه شده نشان می دهد او دچار مرگ مغزی شده است. ولی ما خود پیشتر به این نتیجه

رسیده بودیم. محبت و مهربانی و همدردی های کادر پزشکی طی این دوران دهشتناک کمک زیادی به ما کرد.

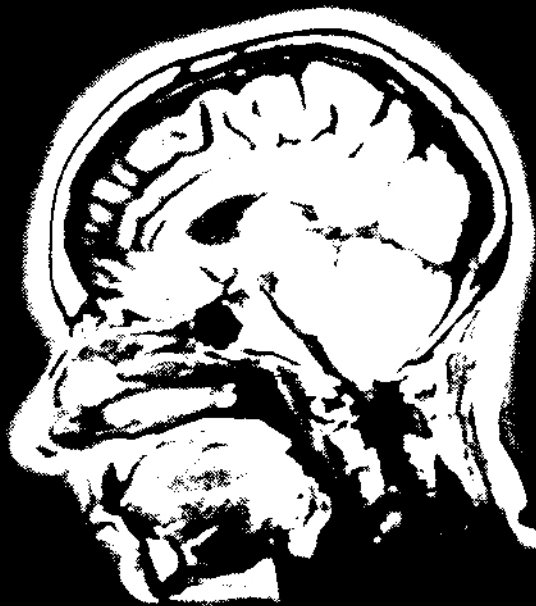
در غم انگیز ترین دورانی که با از دست

دادن تنها پسرمان سپری می کردیم دریافتیم که بزرگترین قدرت برای حفظ جان تعدادی از بیمارانی که با ارائه اعضای بدن فرزندان به آنان امکان پذیر می شد در دست ماست. ما از این توانایی برخوردار بودیم که خانواده های دیگری را از رنج بیکرانی که خود داشتیم برهانیم. اهداء اعضای بدن فرزندان ابعاد تازه ای به زندگی کوتاه او بخشیده و به ما در بیرون آمدن از گرداب تاریکی که ما را احاطه کرده بود کمک فراوانی کرد.

اکنون که شش سال از آن روزها می گذرد، گاه از من می پرسند آیا هیچ فکر می کنم که فرزندان در اعضای اهداء شده اش

به افراد دیگر زنده باشد، و من قاطعانه پاسخ منفی می دهم.

ما فقط اعضای از بدن او را اهداء کرده ایم. ولی احساس من آنست که او به نحو دیگری کاملاً زنده است. او در قلب ما، فکر ما، عکس هایی که در خانه آویخته ایم، در صحبت های روزمره ما در مورد خانواده، و هنگامی که نظر من را در خصوص اهداء اعضای بدن سؤال می کنند همواره زنده است. من همیشه مفتخرانه از فرزند خردسالم یاد می کنم.



تنظیم: مینا میریہاء

ترجمہ از ژورنال فدراسیون جهانی پیوند اعضاء

مورخ نومبر ۲۰۰۲

مغرب



خاص

زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۷۱

سرآشپز

تهیه و تنظیم: عطیه بهرامپور

نیم کیلو	۱- گوشت مغز ران یا ماهیچه
یک کیلو	۲- به
۴-۳ قاشق سوپ خوری	۳- پیاز داغ
۱۰۰ گرم	۴- روغن
نصف استکان	۵- آبلیمو
یک قاشق سوپ خوری	۶- شکر
نصف قاشق سوپ خوری	۷- زعفران سائیده (یا رب گوجه فرنگی)
به میزان کافی	۸- نمک و فلفل

خاص
زمستان ۱۳۸۱
صفحه ۷۲

خورش به

نکات لازم برای طبخ خورش‌ها:
قبل از طبخ خورش باید به نکات زیر توجه کرد:
۱- خورش باید با حرارت ملایم طبخ شود.
۲- خورش را نباید زیاد بهم زد زیرا بهم زدن خورش باعث له شدن مواد و از بین رفتن شکل آنها می‌شود.
۳- خورش باید کم آب و کاملاً جا افتاده باشد.
۴- برای سرخ کردن پیاز باید دقت کرد که پیاز زیاد سوخته نباشد یا سفید نماند و رنگ آن کاملاً طلایی شود.
۵- وقتی تمام مواد خورش پخته شد در آن را باز می‌گذاریم تا آب زیادی آن تبخیر شود.
۶- نمک، ترشی و چاشنی خورش را باید در اواخر طبخ داخل خورش ریخت.

طرز تهیه: گوشت را تکه تکه کرده و می‌شویم با پیاز، پخت می‌کنیم تا ۴ لیوان آب به آن اضافه می‌کنیم و می‌گذاریم گوشت با حرارت ملایم و آهسته بپزد. پوست به را می‌گیریم و چهار قاچ می‌نماییم و تخم آن را می‌گیریم و پره پره می‌کنیم یا خورد می‌کنیم و با روغن کمی سرخ می‌کنیم. بعد به، آبلیمو، شکر، نمک و زعفران را به گوشت‌ها اضافه می‌کنیم و می‌گذاریم به و گوشت‌ها آهسته بپزد اما زیاد له نشود. هنگامی که خورش ما جا افتاد آن را از روی حرارت برداشته و سرو می‌کنیم.

نگاهی بر دستگاههای پزشکی ساخت گروه مهندسی پزشکی سازمان پژوهشهای علمی و صنعتی ایران

در سال ۱۳۵۹ با توجه به نیاز مراکز درمانی کشور به دستگاههای پزشکی، گروه مهندسی پزشکی در پژوهشکده برق و کامپیوتر سازمان پژوهشهای علمی و صنعتی ایران تأسیس شد و از همان زمان شروع به طراحی و ساخت دستگاههای پزشکی نمود. این گروه با درک نیاز مبرم مراکز درمانی به دستگاه همودیالیز و به منظور قطع وابستگی در این زمینه از سال ۱۳۷۳ اقدام به طراحی و ساخت نمونه ای از دستگاه دیالیز (نسل اول) نمود. ساخت این نمونه سرانجام با مشارکت ۱۷ نفر از متخصصین و اساتید در زمینه های مهندسی و پزشکی منجر به تولید اولین دستگاه همودیالیز خاورمیانه در فاز صنعتی (نسل دوم) طبق استانداردهای بین المللی IEC 601.1 و IEC 601.2.16 شد.

با توجه به پیشرفت سریع علم و تکنولوژی و نیاز به بهبود وضعیت درمانی بیماران دیالیزی، این گروه جهت بهینه سازی و افزایش قابلیتهای دستگاه همودیالیز از سال ۱۳۷۷ اقدام به طراحی و ساخت نسل سوم دستگاه همودیالیز خود با نام IROST 2001D نمود. این دستگاه دارای کلیه سیستمهای ایمنی و قابلیتهای دستگاه های جدید مشابه خارجی میباشد.

تعدادی از جدیدترین پروژه های تمقیقاتی و تولیدی :

- دستگاه همودیالیز نسل سوم (IROST 2001D)
- دستگاه اندازه گیری و نمایش ۶ کاناله فشار و ۲ کاناله دما (IROST PTM 2001)
- دستگاه اندازه گیری و نمایش دما، فشار، کانداکتیویته و pH (ARYA MED 2001)
- دستگاه سونوگرافی
- دستگاه منفرد تصفیه آب به روش اسمز معکوس (RO) برای ۱ تا ۳ دستگاه همودیالیز (پرتابل)
- دستگاه اندازه گیری و ثبت pH اسید معده و فشار بلعیدن به همراه نرم افزار پردازشگر
- دستگاه آشکارساز التراسونیک مباب هوا در فون و مایعات (IROST AD 2001)
- دستگاه عیب-یاب التراسونیک (پرتابل)
- سیستم ثبت و پردازش زمان واقعی سیگنال الکترومایگرام ۸ کاناله در آنالیز راه رفتن
- کنترل تزریق مایعات توسط ۳ الکتروپمپ (IROST-BMED 03A)
- دستگاه پمپ تزریق (IROST IP 2001)

مشخصات دستگاه پمپ تزریق IROST IP 2001 :

- | | |
|------------------------------|---|
| - صفحه نمایش LCD جهت نمایش : | - تشخیص اندازه سرنگ |
| - حجم تزریق | - تشخیص وجود سرنگ |
| - سرعت تزریق | - تشخیص صحت قرارگرفتن سرنگ جهت تزریق صمغ |
| - زمان تزریق | - تشخیص انسداد یا قابلیت تنظیم |
| - آلارمهای خطا | - تشخیص ابتدا و انتهای تزریق |
| - وجود آلارمهای : | - حفاظت در مقابل افزایش جریان موتور |
| - انتهای تزریق | - کنترل دور موتور |
| - ۳ دقیقه به انتهای تزریق | - محدوده سرعت جریان تزریق مایع با دقت تزریق : |
| - انسداد | ۱- $0.1 - 10 \text{ cc/hr} \pm 0.1$ |
| - عدم وجود ست سرنگ | ۲- قابلیت تزریق سریع (BOLUS) |
| - عدم صحت قرار گرفتن سرنگ | - قابلیت برنامه ریزی یکسری مقادیر ثابت اولیه |
| | - کانکتور RS 232 جهت ارتباط سریال با کامپیوتر |

دستگاه همودیالیز نسل سوم
سازمان پژوهشهای علمی و صنعتی ایران

IROST 2001D

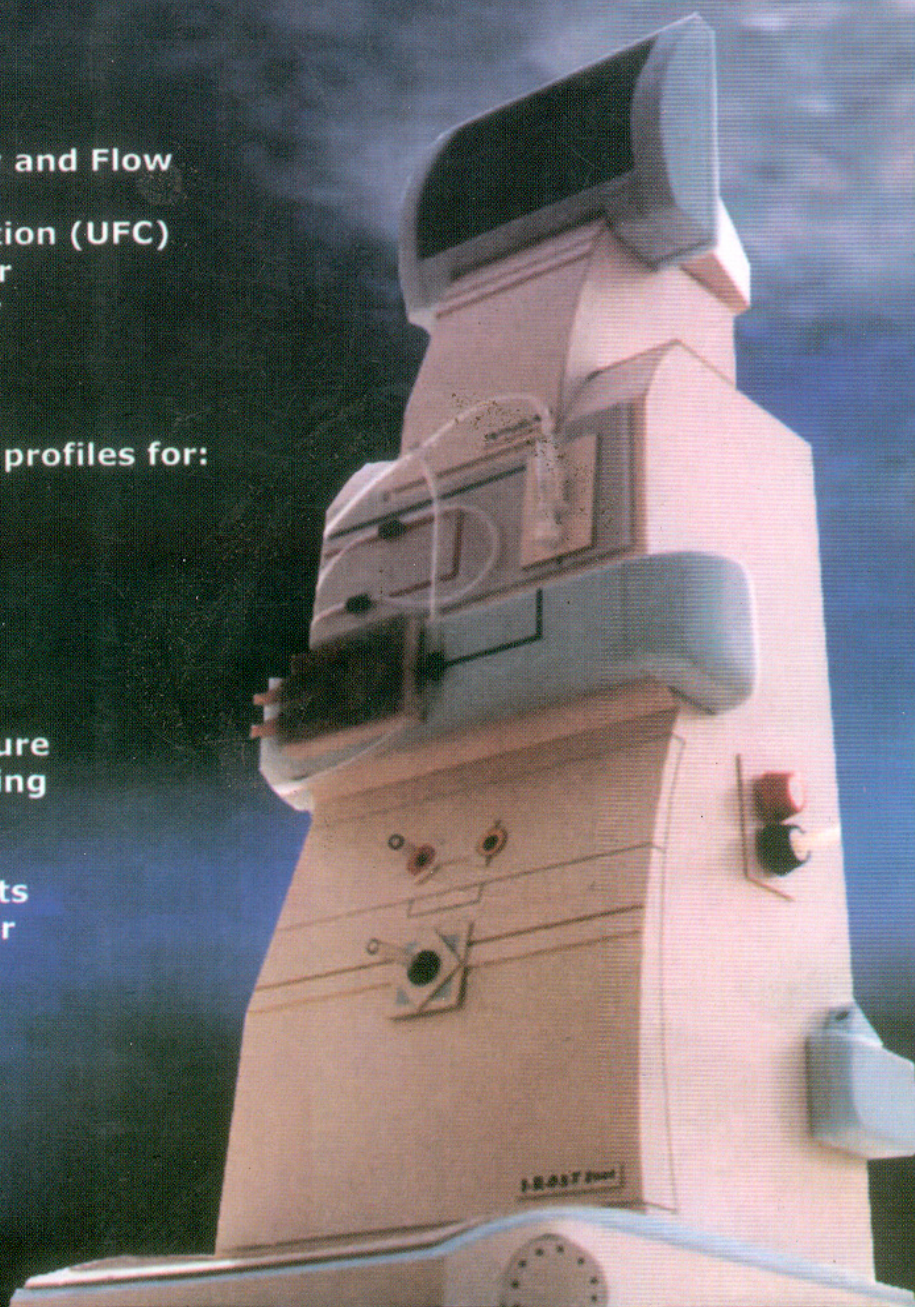
a new step forward to the future...

Features:

- Acetate Dialysis
- Bicarbonate Dialysis
- Temperature, Conductivity and Flow Control and Monitor
- Volume Control Ultrafiltration (UFC)
- Safety Blood Leak Detector
- Safety Air Bubble Detector
- Automated Disinfection
- Isolated Ultrafiltration
- Auto Priming
- Programmable and preset profiles for:
 - Ultrafiltration Rates
 - Bicarbonate Conductivity
 - Final Conductivity
 - Dialysate Temperature
 - Heparin Rates
- T.M.P. Monitoring
- Arterial and Venous Pressure Measurement and Monitoring
- Adjustable Heparin Pump
- Automated Self Testing
- Programmable Alarm Limits
- High and Low Flux Dialyzer
- Displayed Treatment Data

Options:

- Single Needle
- pH Meter
- Heat Exchanger
- Pyrogen Filter



IROST BMED

Iranian Research Organization
for Science & Technology
Biomedical Engineering Department
Electrical & Computer Faculty

71 Forsat St., Enghelab Ave., Tehran 15819, Iran
Tel: +98-21-6028135 to 43 ext. 309 or 361
Telfax: +98-21-6028721
<http://www.irost.com>
Email: mEghbal@irost.com