

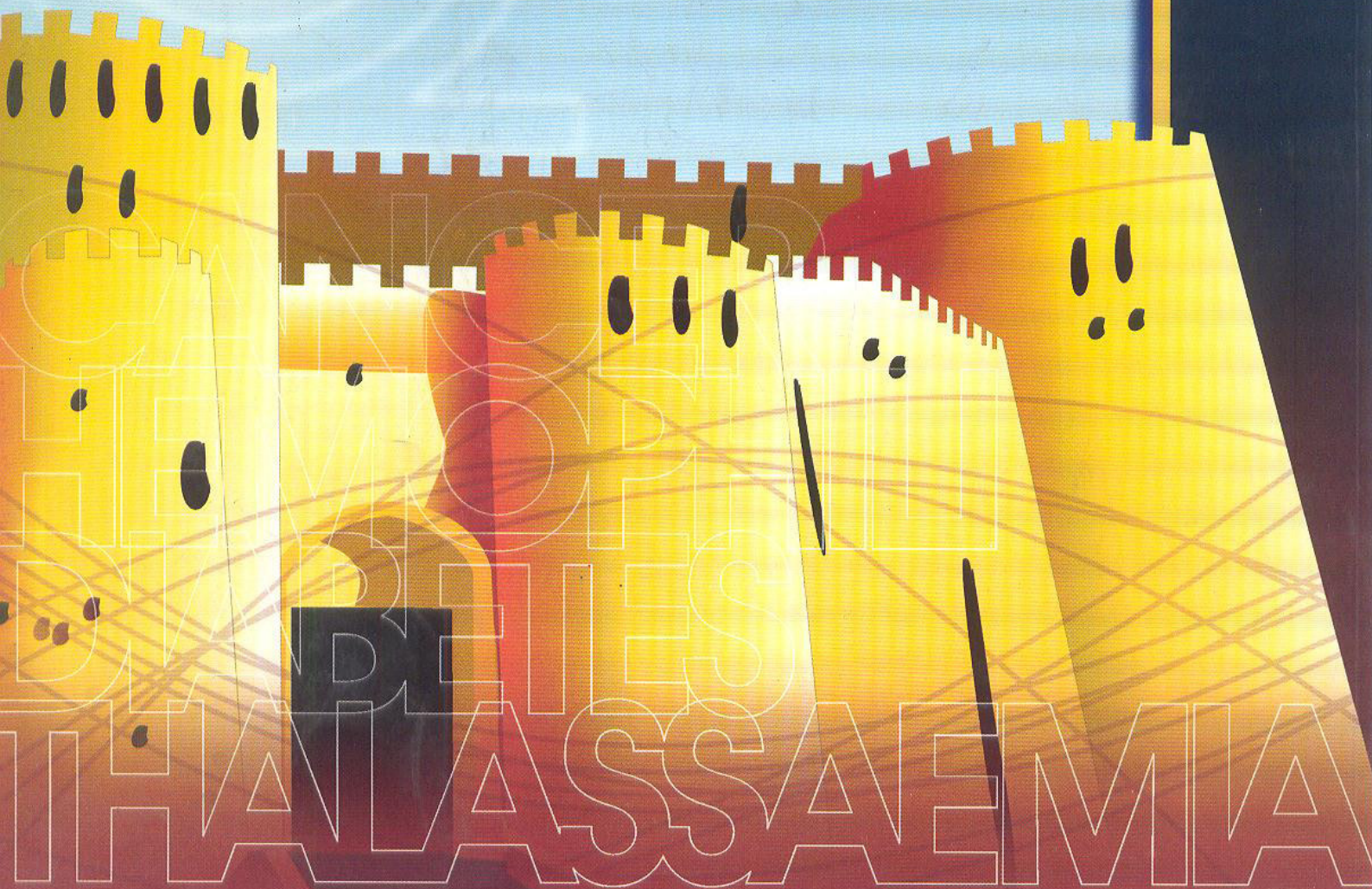


بنیاد امور بیماریهای خاص

خاص

علمی، فرهنگی و اجتماعی

- ♦ راه اندازی مرکز بیماریهای خاص در بم
- ♦ سرطان پستان
- ♦ دیابت و پوکی استخوان
- ♦ ویتامین D
- ♦ پیشگیری از اختلالات روانی
- ♦ شیر مادر
- ♦ بنیاد بیماریهای خاص و پیوند اعضا
- ♦ گیاهان موثر در درمان بیماریها
- ♦ نفرین زمین



 **STAEDTLER®**

خط به خط با

استدler





بنیاد امور بیماریهای خاص

خاص

نشریه بنیاد امور بیماریهای خاص
علمی فرهنگی اجتماعی

خلاصه مطالب

- گزارش ویژه زلزله بم
- دیابت و پوکی استخوان
- سرطان پستان
- انسولین در آینده
- سرطان پروستات
- زندگی با بیماری هموفیلی
- روشهای پیشگیری از اختلالات روانی
- بیماران پیوندی در کشورهای چک و اتریش
- شیر مادر موثری برای نوزادان
- اهدای کنندگان اعضا
- یاوران بنیاد
- سرطان، فعالیت بدنی و عملکرد ایمنی بدن
- بازدید از بیمارستان تخصصی امیر کلا
- جابه‌آوردگاه ورزشکاران
- ویتامین D
- گزارش عملکرد کمیته بیماریهای خاص (استان بوشهر)
- انتشارات
- گیاهان موثر در درمان بیماریها
- دیابت آنچه همه باید بدانند
- معضلات بهداشتی در قرن ۲۱
- پیام رئیس فدراسیون بین‌المللی تالاسمی
- جدول
- کشف جدید در مان دیابت
- وقتی روی سرطان کم می‌شود
- نفرین زمین
- سر آشپز

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

هیأت علمی:

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

همکاران اجرایی این شماره:

مریم اسدی، دکتر ابراهیمی، عطیه بهرامپور
دکتر حق پناه، دکتر تهرانی، دکتر شفیع جندقی
سید باقر فاطمی نسب، دکتر مرعشی
دکتر معصومی، مینا میر بها

امور فنی و گرافیکی:

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 گودرزی
حروفچینی: موسسه کادر



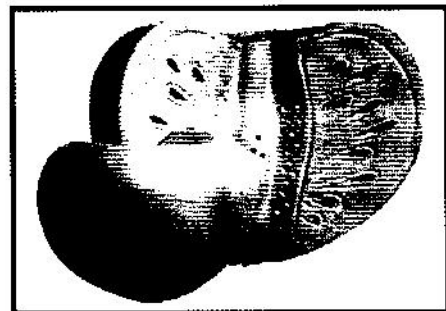
نشانی نشریه: تهران: صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۳۳۳۳
تلفن: ۸۷۲۳۲۷۸، فاکس: ۸۷۱۰۷۹۶
پست الکترونیکی بنیاد بیماریهای خاص:
Email: info@cffsd.org
Khas@cffsd.org

۶
۵
۷
۱۱
۱۲
۱۷
۱۸
۱۹
۲۲
۲۶
۲۷
۲۸
۲۹
۳۰
۳۱
۳۲
۳۳
۳۴
۳۵
۳۸
۳۹
۴۰
۴۱
۴۲
۴۳
۴۴
۴۵
۴۸
۴۹
۵۰
۵۱
۵۲
۵۳
۵۴
۵۵
۵۶
۵۷
۵۸
۵۹
۶۰
۶۱
۶۲
۶۳
۶۴
۶۵
۶۶
۶۷
۶۸
۶۹
۷۰
۷۱
۷۲

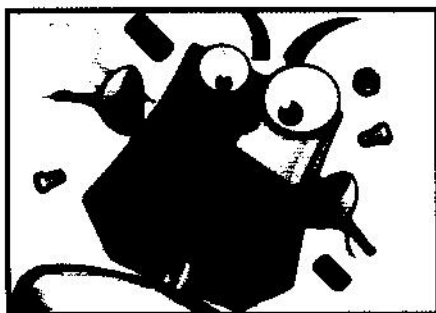
خلاصه مطالب



پوکی استخوان شرایطی است که باعث کاهش توده استخوان و تغییر شکل بافت استخوانی شده که نهایتاً منجر به افزایش شکنندگی استخوان می شود. اما آنچه ما را بر آن داشت وارد این بحث شویم تاثیرات دیابت نوع اول و دوم می باشد.



شیوع سرطان پروستات چقدر است؟ سرطان پروستات، شایع ترین سرطان در بین مردان سالمند است. همچنین دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان بعد از سرطان ریه در مردان می باشد.



پس از مرحله نوزادی، مشاهده کودکانی که در مرحله شناخت محیط اطراف خود هستند بسیار جالب است، کودکان هموفیلی نیز نیاز به شناخت محیط اطراف و کاوش آن دارند تا بتوانند به طور عادی رشد کنند و ...



بهداشت روانی با دو تعریف مورد استفاده قرار می گیرد در تعریف اول منظور از بهداشت روانی رشته تخصصی است که در زمینه کاستن اختلالات روانی در یک جامعه فعالیت می نماید اما آنچه در اینجا به بحث می نشینیم ...



تغذیه کودک از پستان یک موهبت خدادادی است. شیر مادر سیالی معجزه آسا و حیات بخش بیولوژیکی است که با ترکیبات منحصر به فرد برای نوزاد تولید می شود چقدر در مورد فواید آن برای کودک، پدر! و مادر! می دانید؟



در مقاله سرطان و فعالیت بدنی پس از تشریح اثر فعالیتهای بدنی بر انواع سرطان به مکانیزمهای احتمالی تاثیر فعالیت بدنی بر سیستم ایمنی بدن می پردازیم و در پایان، هدفهای توانبخشی را به طور اجمالی مرور می کنیم.



بنیاد امور بیماریهای خاص از پیشنهاد دهندگان و حامیان تصویب قانون مرگ مغزی در ایران بوده است و در این راه تلاش چشمگیری داشته است در این مقاله خلاصه ای از روند فعالیتهای بنیاد در این زمینه را می خوانیم.

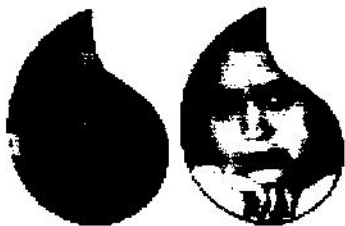


همه ساله در همه جای دنیا زمین به خود می لرزد در حرکات خود ویرانیهای را به بار می آورد اما این بار آنچه در ایران پدید آورد فاجعه ای بس عمیق بود که دلهای همه مردم جهان را لرزاند که ما آن را به نفرین زمین تعبیر کرده ایم ...

World Blood Donor Day

"Blood, a gift for life. Thank you." 14 JUNE 2004

What is World Blood Donor Day?



خون و تشویق
مردم برای اهدای

خون به طور منظم می باشد. بویژه آنانی
که خون سالم دارند. همچنین ارتقای شیوه
زندگی سالم در بین اهدا کنندگان از دیگر
اهداف ماست.

کانون توجه روز جهانی خون بر جوانان
متمرکز می باشد.

با نامگذاری یک روز خاص برای جشن
گرفتن نقش اهدای خون در سراسر
جهان، امیدواریم که نسل جدیدی از
اهدا کنندگان خون راه گذشتگان را ادامه
داده و خون سالم و مطمئن برای استفاده
در هر زمان و هر کجایی که بدان نیاز
باشد را فراهم نمایند.

در دسترس بودن هر نوع گروه خونی
برای بیماران که به تزریق خون نیازمند
می باشند به سخاوت فوق العاده ای
افرادى که آن را اهدا می نمایند بستگی
دارد. در هر روز جهانی اهدای خون ما
چنین سخاوتی را ارج نهاده و سپاس
می گوئیم.

روز جهانی اهدای خون

خون هدیه ای برای حیات.

۱۴ ژوئن ۲۰۰۴

روز جهانی اهدای خون چه روزی است؟
روز جهانی اهدای خون در تاریخ ۱۴
ژوئن ۲۰۰۴ به صورت یک جشن جهانی
برای قدردانی و سپاس از آنانی که به
طور داوطلبانه و بدون دریافت پول اقدام
به اهدای خون خود - ارزشمندترین
هدیه ها - می نمایند برگزار می شود.

هدف از روز جهانی اهدای خون سپاس
و قدردانی ویژه از آنانی ست که به میل
خود و بدون دریافت هیچ هدیه ای بجز
احساس رضایت بخش نجات جان یک
انسان اقدام به اهدای خون می نمایند
بویژه آنانی که به طور منظم چنین کاری
می کنند.

هدف از این روز نه جذب تعداد زیادی
برای اهدای خون در ۱۴ ژوئن که بوجود
آوردن آگاهی
بیشتری در زمینه
اهمیت اهدای



World Health
Organization



International Federation
of Red Cross and Red Crescent Societies



اخبار

◇ کارگاه مدیریت فراهم آوری عضو پیوندی

کارگاه دو روزه کشوری مدیریت فراهم آوری عضو پیوندی در تاریخ ۱۸ و ۱۹ بهمن ماه به همت بانک پیوند اعضا، بنیاد امور بیماریهای خاص و مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه تهران در محل تالار امام مجتمع بیمارستانی امام خمینی برگزار شد.

در این مراسم که با حضور اساتید خارجی متخصصین در انجام عمل پیوند و پرستاران بخشهای دیالیز، پیوند و ICU سراسر کشور تشکیل یافته بود، آقایان دکتر حیدری از پاکستان، دکتر میرحانی ریاست بانک فراهم آوری پیوند اعضا، دکتر لاریجانی و تعداد دیگر از اساتید به ایراد سخنرانی پرداختند.

◇ پیکر محترم پیکر دکتر

به گزارش خبرنگار ما در هنگام بازگشت هواپیمای حاوی ورزشکاران پیوند اعضا از چابهار به تهران یکی از بیماران دچار ایست قلبی، تنفسی شده و هوشیاری خود را از دست می دهد.

که این امر باعث تکاپوی گروه همراه برای مداوای ایشان می شود. اما متأسفانه هواپیمای مورد نظر از حداقل امکانات اورژانسی و حتی کمکهای اولیه برخوردار نبوده است. البته خوشبختانه با یاری یکی از پزشکان این مسئله حل شده و بیمار مداوا می شود ولی آیا جای این سوال باقی نمی ماند که وقت آن نیست هواپیماهای ماباستانداردهای بین المللی تطبیق پیدا کنند؟

◇ مشکلات دیالیز

ایسنا: رئیس انجمن نفرولوژی ایران، مهمترین مشکل موجود در زمینه دیالیز را عدم استفاده مطلوب از دستگاههای دیالیز دانست و گفت: ما اجازه ورود تجهیزات و وسایل دیالیز را به کشور داریم، ولی متأسفانه قطعات یدکی آن را نمی توانیم وارد کنیم. بنابراین زمانی که دستگاهها خراب می شوند، مجبوریم با همان شرایط نامطلوب، بیماران را دیالیز کنیم.

دکتر بهروز برومند همچنین اظهار داشت، در برخی بیمارستانها برای سود مادی از ساعت کار این دستگاهها کم می کنند، بنابراین بیماران منسبت به بیماران سایر کشورها که هفته ای ۱۸ ساعت دیالیز می شوند، هفته ای ۱۲ ساعت تحت دیالیز قرار می گیرند. از این رو آنها با کمبود دیالیز روبرو هستند.

◇ همکاری بنیاد امور بیماریهای خاص و ستاد شهر

سالم شهرداری تهران

در جهت آگاهی رسانی عمومی و پیشگیری از بیماریها بنیاد امور بیماریهای خاص و ستاد شهر سالم شهرداری تهران وابسته به سازمان فرهنگی هنری شهرداری تهران همکاری های نزدیک و گسترده ای را آغاز کرده اند. در این راستا بنیاد امور بیماریهای خاص با استفاده از امکانات ستاد شهر سالم مطالب علمی، آموزشی و پژوهشی را در اختیار عموم مردم قرار می دهد. از جمله موارد همکاری می توان به همایش روز جهانی ایدز که با شرکت عموم مردم در سالن اجتماعات شهرداری منطقه ده برگزار شد، اشاره نمود. همچنین همایش مشترک بنیاد، مرکز تحقیقات دانشگاه تهران و انجمن دیابت ایران با همکاری ستاد شهر سالم در سالن اجتماعات کاوشکده معلم از جمله این فعالیت ها می باشد.

◇ تجلیل از خیرین و نیکوکاران

مراسم تجلیل از خیرین و نیکوکاران به مناسبت میلاد با سعادت امام حسن (ع) و به همت بنیاد امور بیماریهای خاص و انجمن حمایت از بیماران سرطانی (نهادی خود جوش که در قالب مشارکتهای مردمی بنیاد فعالیت می کند) در محل سالن اجلاس سران بر پا شد. در کنار این مراسم که در محیطی صمیمی و همراه با سخنرانی آقایان دری نجف آبادی، دکتر لاریجانی و نماینده انجمن همراه بود، بازارچه خیریه بر پا شده بود که با استقبال بی نظیر شرکت کنندگان روبرو شد.

◇ حضور در نمایشگاه مشهد

حوزه روابط عمومی بنیاد امور بیماریهای خاص با برپایی غرفه ای در نمایشگاه تجهیزات پزشکی مشهد به ارائه آخرین اخبار و اطلاعات در رابطه با بیماران و بیماریهای خاص پرداخت. همچنین در این نمایشگاه بروشورها، کتاب ها و نشریه بنیاد نیز در اختیار عموم بازدید کنندگان قرار گرفت.

◇ برگزاری کنفرانس بین المللی تالاسمی

در راستای اهداف آموزشی فدراسیون بین المللی تالاسمی نهمین کنفرانس بین المللی تالاسمی و همو گلوبینوپاتی و یازدهمین کنفرانس بین المللی جهت استفاده بیماران تالاسمی و والدینشان در سیسیل ایتالیا در اکتبر ۲۰۰۳ برگزار گردید.

این مراسم که با سخنرانی دکتر مالزیا رئیس سمینار آغاز شد با سخنرانی اساتید دیگر این بخش از جمله پروفسر انگلزوس ادامه یافت. در این کنفرانس بنیاد امور بیماریهای خاص در بخش ارائه پوستر، دو پوستر را در معرض نمایش گذاشت که با استقبال خوب شرکت کنندگان مواجه گردید.

همچنین بنیاد در سمپوزیوم شرکت BIO-RAD به عنوان سخنران پیرامون تالاسمی در ایران شرکت نمود که این بخش هم با استقبال خوب مستمعین روبرو شد. علاقمندان جهت مطالعه خلاصه مقالات و برنامه کنفرانس می توانند به کتابخانه مرکز درمانی این بنیاد مراجعه نمایند.

◇ راه اندازی مراکز درمانی بیماران خاص

بنیاد امور بیماریهای خاص در راستای اهداف عالیه خود اقدام به مساعدت و همکاری با دانشگاههای علوم پزشکی و انجمن های خیریه جهت راه اندازی مراکز درمانی بیماران خاص نموده است که از جمله اقدامات انجام شده و در دست اقدام می توان به موارد زیر اشاره نمود:

مرکز دیالیز بیمارستان شهید با هنر کرج:

این مرکز در اسفند ۸۲ با همکاری شبکه بهداشت و درمان شهرستان کرج، خیرین محلی و مساعدتهای بنیاد راه اندازی شده و در حال فعالیت می باشد.

مرکز دیالیز اطفال بیمارستان بهرامی تهران

این مرکز که با همکاری دانشگاه علوم پزشکی تهران و بنیاد امور بیماریهای خاص آماده بهره برداری شده است افتتاح شده است.

مرکز دیالیز شهریار

این مرکز که با همکاری بنیاد امور بیماریهای خاص، دانشگاه علوم پزشکی ایران و خیرین آماده بهره برداری شده است تا چند روز آینده افتتاح می شود.

مرکز بیماریهای خاص زعیم، یافت آباد، فولاد مبارکه، شهرستان شهر رضا

بنیاد امور بیماریهای خاص در جهت همکاری برای راه اندازی مراکز بالا تجهیزات پزشکی و کمکهای مالی اهدا نموده است.

مرکز پزشکی سرور مشهد

این مرکز در سال گذشته با همکاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بنیاد و کمک نیکو کاران محلی بعنوان یک کلینیک تخصصی بیماران خاص در شهر مشهد راه اندازی شده و با حضور فوق تخصصهای پزشکی خدمات ارزشمندی به بیماران خاص استان ارائه می نماید.

بیمارستان فوق تخصص آمریکا

این بیمارستان با همکاری بنیاد و نیکوکاران محلی به آزمایشگاه ژنتیک مجهز شده و بیماران منطقه شمال را تحت پوشش دارد ضمناً در آینده نزدیک و در این منطقه سومین مرکز پیوند مغز استخوان کشور راه اندازی خواهد شد.

مرکز درمانی بیماران خاص خرمشهر

این مرکز با هزینه بنیاد، ریاست جمهوری و خیرین در دست اقدام بوده و در حال اتمام است.

مرکز بیماریهای خاص رشت

این مجموعه با مشارکت دانشگاه علوم پزشکی گیلان، استانداری گیلان و بنیاد در دست اقدام میباشد.

لازم به ذکر است بنیاد به علت رفاه بیماران مناطق دور دست نسبت به تهران اقدام به راه اندازی موسسات حمایت از بیماران خاص در استانها و شهرستانها به کمک نیکو کاران محل در قالب NGO نموده تا بیماران هر منطقه بدون نیاز به مراجعه به تهران بتوانند از تسهیلات بنیاد توسط آنها برخوردار شوند. در حال حاضر بنیاد با ۱۶ موسسه حمایتی در نقاط مختلف کشور قرار داد همکاری منعقد نموده و تعدادی انجمن دیگر را مورد حمایت موردی قرار داده است.

سمینارها و همایشها

با همکاری بنیاد

بهار ۱۳۸۳

نام سمینار	تاریخ	محل برگزاری	برگزارکننده
پنجمین کنگره سراسری بیماریهای ریه و مراقبتهای ویژه	۹-۴ اردیبهشت	مرکز همایشهای زکریای رازی	دانشگاه علوم پزشکی ایران مشترک با بنیاد
دومین همایش انجمن خون و سرطان ایران با عنوان (تازه های تالاسمی)	۹-۱۱ اردیبهشت	جزیره کیش	انجمن هماتولوژی و انکولوژی کودکان ایران با همکاری بنیاد
همایش روز جهانی اهدای خون	۲۵ خرداد		سازمان انتقال خون ایران با همکاری بنیاد

م گزارش ویژه

گروه اعزامی

لادن خالقی، مژگان قاسم زاده، مرجان حسینی

بحران و یا ستاد مسائل غیرمترقبه همیشه برای ما مجموعه‌ای از مدیران، فرای مجموعه مدیران موجود در صحنه را تداعی می‌کرد که در مواقع اینچنین قادر به هدایت مجموعه اجرایی موجود و استفاده از راهکارهای مناسب را توانا باشد ولی متأسفانه مساله‌ای که در اولین برخورد قابل محسوس بود عدم هماهنگی و ستادهای مختلف بود.

در نهایت به علت اینکه خیلی دیر وقت بود و امکان اسکان در آن زمان وجود نداشت بالاجبار با یک هواپیمای جنگی به کرمان برگشتیم و فردای آن روز ۸ دی ماه با پیگیری بسیار و اصرار فراوان به این نکته که خانمها هم قادر به انجام

بازهم یک اتفاق خاکستری در گوشه ای از کویرایران و در شهر زیبا تاریخی بم، اتفاقی بس ناگوار در آغاز زمستانی سرد و خشک، زمستانی که به گفته خود بازماندگان از سردترین زمستانهای چند ساله اخیر بوده است.

شهری با قدمت ۲۵۰۰ ساله که توانسته بود طی گذشت چندین صده با انواع حوادث مبارزه کند با مردمی سخت کوش دارای فرهنگ غنی فقط در عرض چند ثانیه تبدیل به تلی از خاک شده بود. واقعه غم‌انگیز و تأسف‌آور بوجود آمده در آن مکان دل هر انسانی را لرزاند و ما را هم که از راه دور نظاره‌گر آن حادثه از طریق رسانه‌ها بودیم بر آن داشت که برای ابراز همدردی و یاری رساندن به انسانهایی که غمشان عمقی بی‌کران داشت راهی به آن دیار شدیم.

بسم ... گفتیم و در عرض یک روز کمکهایی قابل توجهی به همت مردمانی که همیشه در امر خیر پیش قدم بودند اند جمع آوری نموده و با توجه به اوضاع بسیار بحرانی موجود در فرودگاه بالاخره در پایان روز ۷ دی ماه موفق به تهیه بلیط گشته و با هواپیمای چارتر نیروی انتظامی راهی آن دیار شدیم به علت اینکه پرواز کرمان به بم تغییر یافته بود و با توجه به ترافیک سنگین هوایی پس از مدتی معطلی بالاخره هواپیما در آخرین ساعات روز در فرودگاه بم به زمین نشست. اوضاع نابسامان موجود در صحن فرودگاه عدم وجود برنامه‌ریزی و مدیریت را در مواقع بحران به یاد می‌آورد. با توجه به اینکه ستاد



کمک در چنین مواقعی هستند و جای هیچگونه ترسی نیست با یاری انجمن حمایت از بیماران خاص کرمان (ثامن الحجج) با مدیریت جناب آقای شمسی نیا به همراه وسایلی که از تهران تهیه شده من جمله (پتو، والر، کنسرو، آب، بخاریهای بیابانی، پماد آد، شیرخشک، لباس، مسواک، لوازم بهداشتی خانم ها و مواد غذایی «حبوبات، برنج، روغن، ماکارانی، بیسکویت و مواد شوینده») همچنین تهیه برخی لوازم از شهر کرمان به اتفاق یک آمبولانس و یک ماشین سواری پیکان و کامیون حمل وسایل مجدداً به شهر بم برگشتیم.

در بدو ورود به شهر فاجعه ای که ما با آن روبرو شدیم برآستی عمیق تر از آن خبری بود که قابل تصور برای هر انسانی باشد، حداقل ۸۰٪

شهر کاملاً ویران شده بود کل بم آسیب جدی دیده و غیرقابل سکونت بود ۹۰٪ ارگ تاریخی بم ویران شده اصلاً باور کردنی نبود که در طی ۱۰ ثانیه این اتفاقات افتاده باشد در واقع دیگر بمی وجود نداشت کلیه ساختمانهای مسکونی، اداری و دولتی، مدارس همه از بین رفته بود. در این میان خانواده ای را نمی یافتید که غم از دست دادن چندین عزیز را به همراه نداشته باشد خلاصه به سراغ ستاد اسکان رفته و بعد از نامه نگاری و دوندگی به هر زحمتی بود در آخرین ساعات روز موفق به تهیه دو عدد چادر از هلال احمر جهت استقرار گروه شدیم نکته جالب و خوشحال کننده ای که در انبار هلال احمر به گوشمان خورد «آقا دیگه چیزی نفرستین انبارها پر شده و ۱۴۵ کامیون منتظر تخلیه هستند» خدا را شکر که دیگر نیازی از کمبود وسایل احساس نمی شد.

بالاخره گروه شب را در چادر و در سرمای ۶ درجه سانتی گراد زیر صفر به صبح رسانده هر چند که حتی یک لحظه خواب به چشم هیچکدام نرفته و این



گوشه‌ای از واقعیت لمس شده از شرایط بازماندگان بود.

از روز بعد ۹ دی ماه که کار را شروع کردیم به دو گروه تقسیم شدیم هر گروه با کمک یک شخص بومی و یک ماشین پر از وسایل به شناسایی و کمک رسانی به محله‌هایی دورتر از خیابانهای اصلی شهر تا حدی فراموش شده پرداخت شد. در چندروز فعالیت گروه از اولین ساعات صبح تا آخرین ساعات شب به این روال ادامه داشت و علاوه بر آن در حین توزیع مواد خوراکی و پوشاکی کارهایی از نظر درمان و توزیع دارو و ویزیت کسانی که دچار بیماری‌های سرماخوردگی و ... شده بودند انجام می‌گرفت.

وسایلی که به همراه بود کم کم رو به اتمام بود و در روزهای بعد یکسری وسایل و مواد لازم طی سفارش ما توسط دوستان دیگری به دستمان رسید که به همان روال قبل توزیع شد.

در حین توزیع اجناس در سطح شهر بارها با صحنه‌های مختلفی روبرو می‌شدیم و سعی می‌کردیم بیشتر با مردم هم صحبت شده و پای در دل آنان بشینیم و آنچه شنیده می‌شد ناراضیتی مردم بود مخصوصاً در مورد وسایلی مثل پتو و بخاری و دیدن خانواده‌ای که ۱۴ نفر در یک چادر زندگی می‌کردند و بیشتر از هر چیز که نگران کننده بود وجود

آلودگیهای بسیار در

سطح شهر و نبودن امکانات بهداشتی، حمام که این مشکلات را سعی می‌کردیم به گوش مسئولان برسانیم و به هر ستادی می‌رفتیم کمیوندها را عنوان کرده تا بلکه کاری برایشان بکنند.

در موقع سرکشی به چادرهای پیرمردی که سرپرست چادرشان بود به طرف ما آمد و ابراز می‌کرد تو را به خدا خرماهای خودم در سردخانه را بفروشید و خرج مردم کنید تا زودتر سر و سامان بگیرند دیگر طاقت ایستادن و شنیدن بقیه حرفهایش نبود چون واقعاً خیلی سخت است که حالا مردم به این هم راضی بودند که از محصولاتشان بگذرند. البته شبیه این صحنه‌ها بسیار بود در جای دیگر با دختر بچه‌ای کوچک و زیبا روبرو شدیم که وقتی آدرسش را پرسیدیم منطقه‌ای را نشان داد که فقط دری باقی مانده بود و دیوار و سقف وجود نداشت و وقتی ما را به خانه‌اش دعوت کرد خودش از طرف قسمتهای ویران شده به داخل خانه رفت ولی از روی ادب در را به روی ما باز کرد که همه ما تحت تاثیر این حرکت دختر بچه ۶ ساله قرار گرفتیم. این نشان می‌داد که این مردم نجیب چه بوده‌اند و فقط به آنها خداوند صبر بدهد.

در این میان سری هم به ارگ بم زدیم که همه چیز ویران شده بود و دیگه چیزی از شکل اصلی





ارگ باقی نمانده بود و ویرانه‌ای که قابل تشخیص نبود. بعد از توزیع مواد خوراکی و وسایل به ستاد برگشتیم که اتفاقاً از طرف شبکه خبر به محل اسکان آمده بودند که مصاحبه‌ای هم با نمایندگان بنیاد داشتند و نوع فعالیت و هدف از حضور در آن منطقه برای رسانه‌های مختلف جای سؤال بود که چند خانم به نیت کمک‌رسانی در منطقه آلوده و خطر هر لحظه زلزله حضور دارند.

در روز ۱۱ دی ماه که آقای هاشمی رفسنجانی به همراه هیات همراه به بم تشریف آوردند و قرار بود سرکار خانم هاشمی ریاست محترم بنیاد امور بیماری‌های خاص نیز تشریف بیاورند ما نیز به استقبال آنها رفته و با هیات همراه

به چادرهای مختلف سر زدیم عزیز از دست رفته که بیشتر به شده بودند نیز رفتیم و چون بود به بنای باقی‌مانده مسجد مراسم به ستاد برگشته و کمک موجود در منطقه نمودیم.

کرمان و به تهران بازگردیم ولی روز با توجه به عدم میل باطنی البته خیلی دلمان می‌خواست باشیم با توجه به اینکه افراد موضوع باعث مزاحمت برای برگشتیم و کمک‌های خود را از

بنیاد پس از ملاحظه وضعیت بیماران خاص و از بین رفتن مراکز آنها تصمیم به سافت مرکزی گرفت که هم اکنون آمادگی برای سافت این مجموعه وجود دارد و منتظر اختصاص زمین از طرف مسئولان هستیم.

و همچنین بر سر مزار هزاران صورت گروهی به خاک سپرده شب هفت عزیزان از دست رفته جامع شهر رفته و بعد از پایان اندکی به اسکان بیماران خاص البته قرار بود آن شب به چون دیروقت بود فردای آن تصمیم به برگشت گرفتیم آنجا بمانیم و بیش از این موثر کمک دهنده زیادی بودند و این ستاد بحران می‌شد به تهران

طریق خیره ثامن الحجج ارسال کردیم.

این سفر برای گروه ما تجربه‌ای بسیار مفید و ارزشمند بود که ما از نزدیک این مصیبت را لمس کردیم واز اینکه توانستیم یک قدم مثبت برداشته و دست این عزیزان را بگیریم ما را خشنود نمود. این گروه که نمایندگان بنیاد امور بیماری‌های خاص بودند توانست باری دیگر همیاری این بنیاد را در شرایط بحران نشان داده و هم چنین به مشکلات عزیزان بیمار خاص موجود در منطقه تا حد امکان رسیدگی کند.

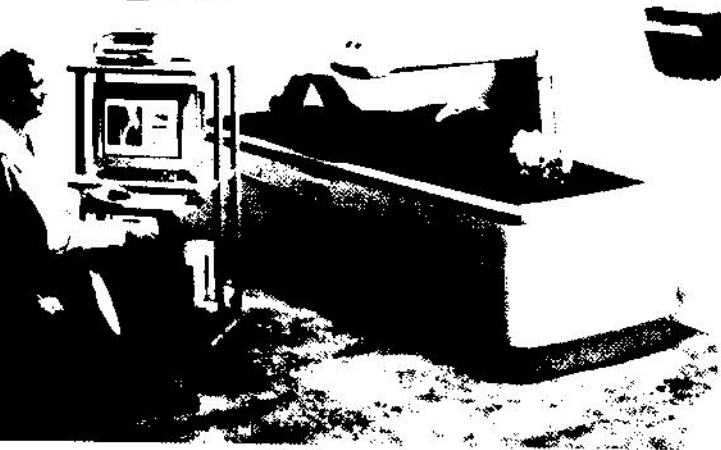
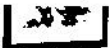
امیدواریم روز به روز وضعیت هموطنان عزیزمان بهتر شود و بزودی بازسازی بم آغاز شده و بم آباد شده را ببینیم.



استخوان ریاست و پوکی

دکتر امیر کامران نیکو سخن

تر از آقایان است. شیوع پوکی استخوان در سنین بالای ۵۰ سال و در خانم های سفید پوست بخصوص در نژاد آسیای بیشتر از حدود ۲۰٪ است. پوکی استخوان تا قبل از ایجاد شکستگی ممکن است



پوکی استخوان شرایطی است که با کاهش توده استخوان و تغییر شکل بافت استخوانی مشخص شده که نهایتاً منجر به افزایش شکنندگی استخوان می شود. پوکی استخوان اغلب در استخوانهای لگن، ستون فقرات و مچ دست ایجاد می شود. این پدیده یکی از شایع ترین بیماریهای متابولیک قابل پیشگیری است.

در حال حاضر در آمریکا ۱۰ میلیون نفر مبتلا به پوکی استخوان بوده و تخمین زده می شود که ۳۴ میلیون نفر دیگر نیز دچار کاهش توده استخوانی استئوپنی و در سال ۲۰۰۱ میلادی، مرکز ملی استئوپورز در آمریکا هزینه سالانه درمان شکستگی ناشی از پوکی استخوان بالغ بر ۱۷ میلیارد دلار اعلام کرد (روزانه ۷۴ میلیون دلار).

این مبلغ سالانه با افزایش جمعیت سالخوردگان بیشتر می شود.

پوکی استخوان خطر شکستگی در استخوانهای مبتلا را افزایش می دهد به طوری که سبب بیش از ۱/۵ میلیون شکستگی استخوان در سال می شود. شکستگی لگن اغلب نیاز به بستری شدن در بیمارستان و جراحی بزرگ دارد.

شکستگی ستون فقرات نیز بسیار خطرناک و ممکن است با قطع نخاع همراه شود. گاهی شکستگی ستون فقرات سبب کوتاه شدن قد، درد پشت و تغییر شکل ستون مهره ها می شود. خطر شکستگی با بالا رفتن سن افزایش می یابد. در یک سال اول پس از ایجاد شکستگی، در آقایان ۳۶٪ و در خانمها ۲۱٪ خطر مرگ ناشی از شکستگی گزارش شده است.

اگر چه در گذشته از پوکی استخوان به عنوان مشکل خانم های سفید پوست در دوران یائسگی یاد می شد، ولی امروزه می دانیم که این بیماری در هر دو جنس و در هر سن و نژادی ممکن است ایجاد شود. این بیماری در خانم ها ۴ برابر شایع

در طرح جامع پیشگیری، تشخیص و درمان استئوپورز در ایران در زمستان ۱۳۷۹، تعداد ۱۲۰۰ نفر از زنان و مردان سالم ۶۹-۲۰ ساله ساکن تهران که به طور تصادفی انتخاب شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این بررسی نشان می دهد که، در مقایسه با سایر جمعیت ها شیوع قابل توجه استئوپورز و استئوپنی در ایران همراه سایر عوامل خطر ساز نظیر کمبود دریافت تغذیه ای کلسیم و شیوع بالای کمبود ویتامین D، ممکن است بیماری های استخوان و عوارض ناشی از آن به خصوص شکستگی ها را به صورت یک معضل بهداشتی بزرگ در آورد.

می‌رسد مدت زمان ابتلا و چگونگی کنترل دیابت نقش مهمی در ایجاد پوکی استخوان در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ دارد. همچنین در مطالعه‌ای دیگر خطر شکستگی ناشی از پوکی استخوان در خانم‌های مبتلا به دیابت نوع ۱، ۱۲/۲۵ برابر خانم‌های غیر دیابتی برآورد شد. علت اصلی فراوانی شیوع پوکی استخوان در خانم‌های مبتلا به دیابت نوع ۱ کاملاً مشخص نشده با این حال تئوری‌های مختلفی در این زمینه ارائه شده از جمله نقش هورمون خاصی به نام «فاکتور رشد شبیه انسولین» تا حدی بسیاری به اثبات رسیده است. همچنین وجود رتینوپاتی، کاتاراکت پیشرفته (آب مروارید) و نوروپاتی ناشی از دیابت با افزایش خطر شکستگی همراه است.

◆ دیابت نوع ۲

در گذشته تصور می‌شد افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ کمتر در معرض پوکی استخوان قرار دارند. نتایج مطالعات اولیه فقط بر مبنای آزمایش تراکم استخوان بود ولی امروز مطالعات بزرگی در این زمینه انجام شده است. با در نظر گرفتن تمامی عوامل خطر در می‌یابیم که افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ به علت وجود مشکلات بینایی ناشی از رتینوپاتی، آب مروارید و وقوع هیپوگلیسمی بیشتر

◆ عوامل خطر

عوامل مختلفی فرد را در معرض پوکی استخوان قرار می‌دهد. برخی از این عوامل مانند سن بالا و جنس مؤنث قابل تعدیل نیست ولی بردیگر مانند مصرف سیگار یا الکل و عدم دریافت کلسیم کافی کاملاً قابل تعدیل هستند بنابراین با داشتن شیوه صحیح زندگی می‌توان از ابتلا به پوکی استخوان پیشگیری کرد. برخی از مهم‌ترین عوامل خطر ابتلا به پوکی استخوان در زیر آمده است:

◆ الف) عوامل خطر قابل تعدیل

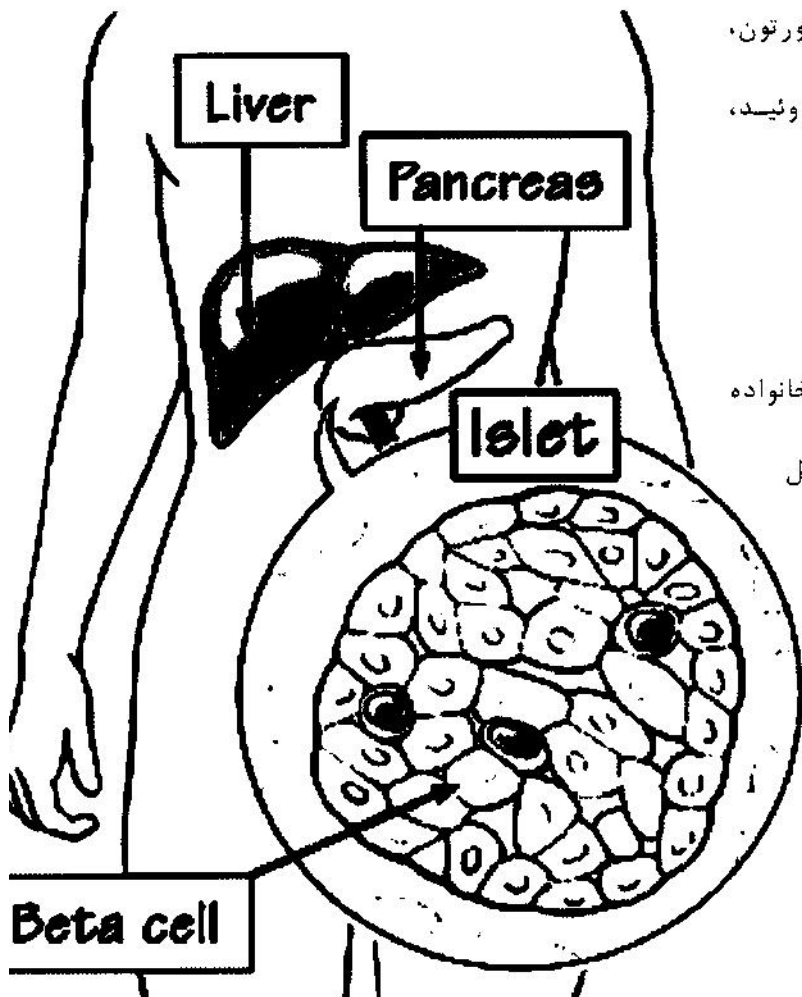
۱. مصرف سیگار
۲. مصرف زیاد الکل
۳. عدم دریافت کلسیم کافی در رژیم غذایی
۴. نداشتن فعالیت بدنی کافی
۵. کمبود هورمون‌های جنسی ناشی از یائسگی یا برداشتن تخمدان‌ها و غیره
۶. مصرف نادرست و زیاد برخی داروها (کورتون، ویتامین A، قرص ضد بارداری)
۷. بیماری‌های مزمن مانند دیابت، تیروئید، بیماری‌های کلیوی و کبدی

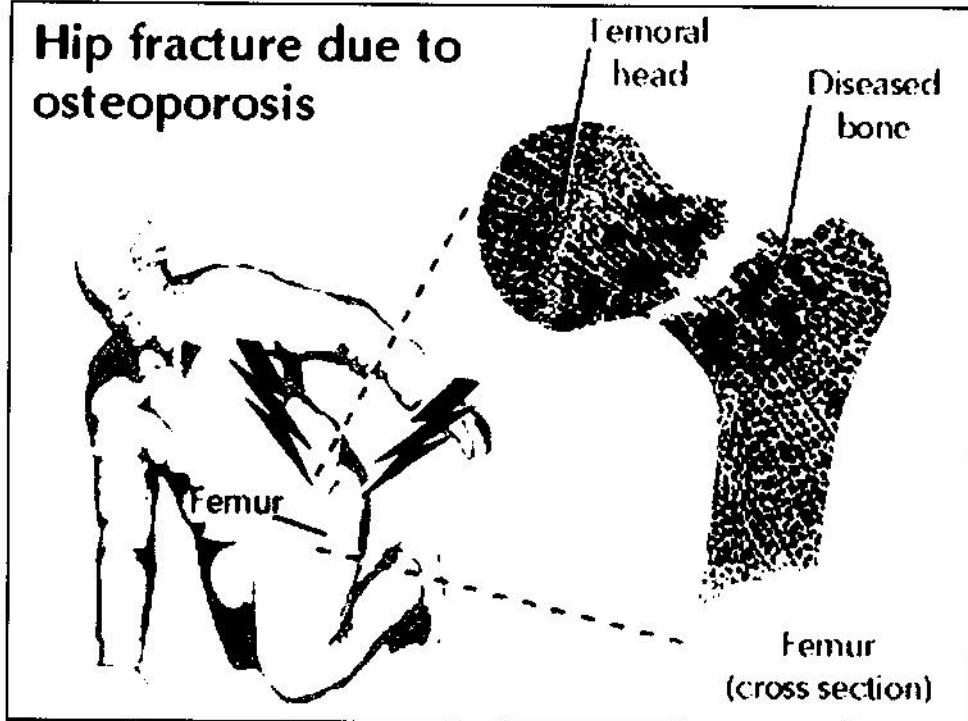
◆ ب) عوامل خطر غیر قابل تعدیل

۱. سن بالا
۲. جنس مؤنث
۳. نژاد سفید
۴. سابقه خانوادگی پوکی استخوان در خانواده درجه یک
۵. سابقه شکستگی قبلی در سن بالای ۵۰ سال
۶. جثه لاغر

◆ دیابت نوع ۱

تاکنون دیابت نوع ۱ به عنوان یکی از عوامل خطر ابتلا به پوکی استخوان و در نتیجه شکستگی‌های ناشی از آن در نظر گرفته می‌شد. در مطالعه‌ای که در نروژ انجام گرفت شیوع شکستگی لگن در خانم‌های غیر دیابتی گزارش شد. به نظر





بر خوردار نیستند به علت ایجاد عوارض دیابت افزایش می یابد.

۲) استفاده از رژیم غذایی غنی از کلسیم و ویتامین D: نیاز یک فرد بالغ به کلسیم، روزانه ۱۲۰۰ میلی گرم است. لبنیات (بجز کره)، حبوبات و غالب سبزیجات حاوی کلسیم هستند. ویتامین D سبب جذب کلسیم در بدن می شود. کمبود ویتامین D در افرادی که بیشتر وقت خود را در محیط های بسته و دور از نور خورشید سپری می کنند، به خصوص در افراد مسنی که فعالیت پوستی آنها در ساخت این ویتامین کاهش یافته، حادث می شود. تخم مرغ، جگر و ماهی از منابع غذایی حاوی این ویتامین هستند.

۳) ورزش و فعالیت بدنی مناسب: انجام ورزش بطور مستمر و نگاه داشتن وزن بدن در حد طبیعی از عوامل بسیار مهم پیشگیری از پوکی استخوان و شکستگی های ناشی از آن است. ورزش در افراد بالغ سبب حفظ توده استخوانی شده و از طرفی با افزایش میزان قدرت عضلانی سبب جلوگیری از زمین خوردگی و شکستگی های متعاقب آن می شود. یک برنامه ورزشی مناسب باید حداقل ۳۰ دقیقه در روز و به مدت ۵ روز در هفته باشد. ورزش های هوازی مانند پیاده روی، دوچرخه سواری و شنا مناسب ترند.

۴) ترک سیگار و الکل

۵) انجام آزمایش تراکم استخوان: کشف به موقع افراد در معرض خطر به کمک آزمایش تراکم استخوان جلوگیری کند.

۶) دارو: در صورت ایجاد پوکی استخوان با رعایت مسائل فوق و مصرف داروهایی که از جانب پزشک تجویز می شود می توان از پیشرفت این پدیده جلوگیری کرد.

در معرض زمین خوردگی قرار دارند. همچنین چاقی مفرط و وجود نوروپاتی محیطی یا زخم پا، خطر زمین خوردگی را در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ افزایش می دهد. افرادی که از کنترل نامطلوب دیابت برخوردارند در پی شب اداری و بیدار شدن های متناوب طی شب و رفتن به دستشویی در تاریکی اغلب با خطر زمین خوردگی روبه رویند. همچنین به علت کاهش واکنش های بدن افراد دیابتی درای کنترل نامطلوب قند خون، زمین خوردگی با واکنش های محافظتی طبیعی بدن همراه نبوده و آسیب وارد شده اغلب بیشتر است. همچنین بررسی ها نشان می دهد که بافت استخوانی در افراد فاقد کنترل مطلوب قند خون به علت درگیری عروق کوچک (میکروآنژیوپاتی) دچار آسیب شده و خطر شکستگی در اعضای بدن ایشان افزایش می یابد.

◆ پیشگیری

خوشبختانه پوکی استخوان کاملاً قابل پیشگیری بوده و با رعایت نکات زیر می توان از بروز آن در افراد دیابتی جلوگیری کرد:

۱) کنترل مناسب قند خون: در مطالعات مختلف نشان داده شده که از دست رفتن بافت استخوانی رابطه مستقیم با HbA1C افراد دیابتی داشته و هر چه HbA1C بیشتر باشد خطر پوکی استخوان افزایش خواهد یافت. بنابراین، کنترل مناسب قند خون در حد طبیعی یکی از مهمترین اصول پیشگیری از پوکی استخوان در افراد دیابتی است. از طرف دیگر همان طور که در بالا ذکر شد خطر زمین خوردگی و شکستگی متعاقب آن نیز در افرادی که از کنترل مطلوب قند خون

سرطان پستان

تهیه کننده خانم کمیلیان



بخشهای بدن پخش شده است احتمال و درجه زنده ماندن کاهش می یابد.

چگونه می توان

خطر سرطان پستان را

کاهش داد؟ در حالیکه

هیچکس دقیقاً نمی تواند

وقوع و تکامل سرطان پستان

را پیش بینی نماید. روشهای

مختلفی برای کمک به حفاظت در

برابر این بیماری وجود دارد. این مقاله

به شما نشان می دهد که مراحل ساده

و اختصاصی کاهنده خطر سرطان پستان چه

هست و هرگونه علائم اولیه بیماری را در مراحل

اولیه بیماری بتوانید تشخیص دهید.

عوامل خطر سرطان پستان: عوامل ذیل را

که در مورد شما صدق می کند بررسی نمایید؟

افزایش سن (بالای ۵۰ سال)

سابقه خانوادگی سرطان پستان

سابقه فردی سرطان پستان، یا بیماریهای

خوش خیم سرطان پستان

شروع زود هنگام دوران قاعدگی (قبل از ۱۲

سالگی)

شروع تأخیری یائسگی (بعد از ۵۵ سال)

تأخیر اولین تولد کودک (بعد از ۳۰ سالگی) یا

نداشتن حاملگی

زنانی هستند که هیچ یک از عوامل خطر را

نداشته اند ولی به سرطان پستان مبتلا شده اند.

به همین علت داشتن مواردی در مورد سرطان

چرا نیاز به دانستن مطالبی درباره سرطان پستان داریم؟ پاسخ بسیار ساده است، در طول مدت زندگی از هر ۸ زن، ازن در ایالات متحده مبتلا به سرطان پستان می شود. در زنان آمریکایی سرطان دومین علت مرگ و میر می باشد. یادگیری درباره سرطان پستان اولین گام و محافظت در برابر این بیماری است.

اگر سرطان پستان در خانواده ام وجود داشته باشد آیا من نیز مبتلا به سرطان پستان می شوم؟ تاریخچه و سابقه خانوادگی، یکی از عواملی است که خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می دهد. اما تضمینی نیست که شمار روزی دچار این بیماری شوید، متخصصین تخمین زده اند که شما ۱/۵ تا دودرصد سرطانهای پستان به طور اولیه بوده و با عوامل ژنتیکی ارثی رابطه دارند.

آیا رادیو گرافی پستان خطر سرطان را افزایش می دهد؟ هیچ مدرک روشنی در ارتباط رادیو گرافی تشخیص نظیر ماموگرافی یا رادیو تراپی جهت درمان، با افزایش خطر سرطان پستان وجود ندارد. امروزه با تجهیزات رادیو گرافی با دوز پائین اشعه، این روش کم ضررتر از قبل شده است.

آیا واقعاً تشخیص زود هنگام فرقی می کند؟ بله، هرچه زودتر سرطان پستان کشف شود، درمان موفق تر است. اگر سرطان هنگامی که توده بسیار کوچک بوده و تنها در بافت پستان وجود دارد یافت شود، درجه و احتمال زنده ماندن تا ۵ سال بالاتر از ۹۵ درصد است. اما هنگامیکه توده سرطانی بزرگ بوده و در بافت پستان و دیگر

نوشیدن الکل باعث افزایش خطر سرطان پستان می شود. چنانچه در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان هستید با پزشک خود مشورت نمایید.

تشخیص زود هنگام، نجات زندگی: تشخیص زود هنگام کلید مهم برای توقف بیماری و زنده ماندن در سرطان پستان است. راهنمائیهای ذیل را رعایت کنید.

۱- همراه خودتان معاینه پستان انجام دهید. چون ۷۰-۶۵ درصد کل سرطانهای پستان توسط خود خانمها کشف می شوند. هیچ جایگزینی جای معاینه پستان توسط خود فرد (SBE) وجود ندارد. انرا به صورت عادت آورید. چنانچه سن بالای ۲۰ سال دارید معاینه را ۱ هفته بعد از قاعدگی طولانی مدت دارید، معاینه را اول هر ماه انجام دهید.

۲- معاینات منظم پستان توسط پزشک. معمولاً پزشک به عنوان بخشی از بررسی روتین و یا هنگامی که شما جهت کانسر سرویکس پاپ اسمیر انجام داده باشید، معاینه پستان را انجام می دهد. در سنین بین ۴۰-۲۰ سال، هر سه سال یک بار معاینه پستان توسط پزشک داشته باشید.

بعد از سن ۴۰ سالگی معاینه سالانه داشته باشید.

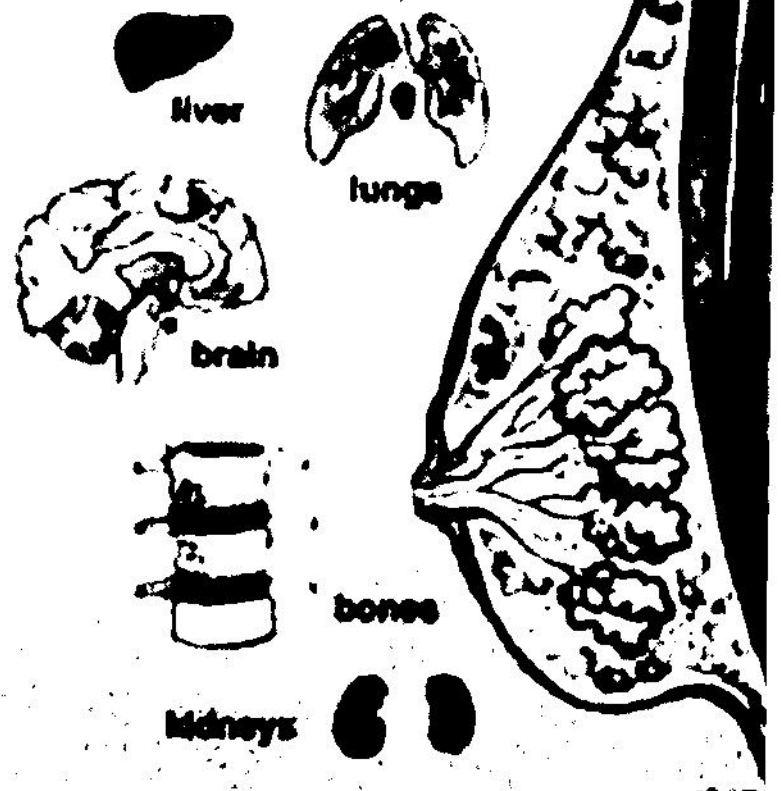
بر اساس سابقه پزشکی شما، معاینات بیشتر و مکرری را توصیه نماید.

۵ - ماموگرافی غربالگری. ماموگرافی غربالگری به دلیل اینکه سرطان پستان را در بیماران بدون علامت جستجو می کند

پستان برای همه زنان لازم است. همچنین نژاد سفید. استفاده اخیر از قرصهای ضد بارداری خوراکی (در طی ۱۰ سال اخیر)، استفاده از هورمون درمانی (استروژن جایگزین) در طی ۱۵-۱۰ سال اخیر، قرار گرفتن زیاد در معرض اشعه (طبی و...) چاقی و



وی مشورت کنید.
 ۷- از علائم احتمالی آگاه باشید:
 توده یا ضخامت پستان
 درد پستان
 فرورفتگی یا متخلخل شدن پوست
 تغییر در رنگ و رطوبت پوست
 تورم، قرمزی یا گرمی پستان
 ترشحات نوک پستان فرو رفتگی نوک پستان
 پوست فلسی روی پستان و یا اطراف نوک پستان



رژیم غذایی و شیوه زندگی، عوامل خطر قابل کنترل: انتخاب شیوه زندگی در خطر ابتلا به سرطان پستان تغییر ایجاد می کند. متخصصین تغذیه و سرطان معتقدند بخش عمده ای از سرطانها از طریق رژیم غذایی و شیوه زندگی قابل اجتناب می باشند. رژیم غذایی که تا حدی گیاهی بوده، الکل آن کم باشد و همراه با حفظ وزن در محدوده طبیعی باشد و فعالیت و ورزش منظم می تواند بروز سرطان پستان را تا نصف و یا ۱/۳ کاهش دهد. خبر مهم و قابل توجه اینکه با تغییر رژیم غذایی و عادات ورزشی می توان ابتلا به سرطان پستان را کاهش داد. چگونگی آن در اینجا آمده است:

حداقل ۵ وعده میوه و سبزی در روز مصرف کنید و مقادیر زیادی غلات کامل در رژیم غذایی بگنجانید.

از خوردن بیش از حد بپرهیزید. بسیار ساده است که با رژیمی کم چربی و حاوی گیاه، میوه و سبزی و غلات کالری مناسب را دریافت نمایید. اگر الکل می نوشید آنرا متعادل نمایید. اگر الکل مصرف نمی کنید اصلاً شروع به مصرف الکل نکنید

سعی کنید در برنامه روزانه معمول ۶۰ دقیقه فعالیت متوسط بگنجانید و در هفته نیز ۶۰ دقیقه فعالیت شدید داشته باشید.

درنگ جایز نیست: چنانچه در طی معاینه به هرگونه توده غیر طبیعی در پستان برخوردید و یا هرگونه علائم احتمالی سرطان پستان نیست خوشبختانه اکثر توده های پستانی سرطانی نیستند اما تنها پزشک است که می تواند این اطمینان را حاصل نماید. نگذارید ترس شما را از ادامه راه باز دارد. اگر تشخیص سرطان با شد هرچه سریعتر وارد عمل شوید، شانس بیشتر و بهتری برای درمان موفق و بهبودی دارید.

از اهمیت ویژه ای برخوردار است ماموگرافی می تواند مدتها قبل از احساس توده سرطانی آنرا مشخص نماید. این نکته مهم است که ماموگرافی جایگزین معاینه پستان توسط خود فرد نیست از آنجا که هیچ گونه تست تشخیص صحت ۱۰۰ درصد ندارد، گاهی سرطانهایی از طریق معاینه کشف می شوند که در ماموگرافی تشخیص داده نشده اند.

• اولین ماموگرافی را بین سنین ۲۹-۳۵ انجام دهید. این ماموگرافی، ماموگرافی پایه نامیده می شود و بعنوان نقطه مقایسه هرگونه تغییر پستانی در نظر گرفته می شود.

• بعد از ۴۰ سالگی هر ۱-۲ سال یک ماموگرافی داشته باشید.

• بعد از ۵۰ سالگی سالانه ماموگرافی انجام دهید.

بر اساس سابقه پزشکی شما، پزشک توصیه های متفاوتی را در مورد زمان اولین ماموگرافی و فاصله زمانی بین ماموگرافی های بعدی خواهد داشت.

۶- مراقب خود باشید. شما بدن خود را بهتر از هر کسی می شناسید چنانچه هرگونه تغییری در پستانها یافتید که برای شما غیر معمول بود و یا باقی ماند بویژه اگر تنها در یک پستان این تغییر مشاهده شد حتماً خود اطلاع دهید و با

انسولین در آینده

◇ رواج گسترده‌ی قرص‌ها، پرچسب‌ها و

انسولین‌های انسولین

گیری صرف می‌کند. شنیده‌ها حاکی است که شکل‌های مختلف جدیدی از تزریق انسولین در راه است، چه چیز در انتظار ماست؟ و آینده انسولین چگونه خواهد بود؟

◇ انسولین استنشاقی

بیشتر شرکت‌ها در مورد انسولین استنشاقی بیش از انواع دیگر انسولین فعالیت می‌کنند. انسولین استنشاقی شبیه به افشانه‌های تنفسی درمان آسم می‌باشند. انسولین از طریق دهان تنفس واز راه ریه جذب می‌شود. انسولین چه به شکل پودر و یا مایع، سریع‌الاثربود و در زمان وعده‌های غذایی استفاده می‌گردد. در هر حال، انسولین تنفسی با دو مسئله روبروست: «چگونگی جذب و عوارض جانبی». در واقع، مقدار انسولین جذبی از طریق ریه‌ها ممکن است با توجه به سن و شکل دستگاه تنفسی هر فرد متفاوت باشد.

عوارض جانبی نیز از سرفه‌های خفیف تا سرفه‌های شدید (در موارد نادری که نیز دیده شده است به نظر می‌رسد تا هنگام ارسال مجله حاضر (D.F) برای چاپ، محصولی با نام اگزوبرا (Exubera) که با تلاش مشترک سه شرکت دارویی تهیه شده پیش‌تاز این رقابت‌ها باشد. مرحله سوم کار آزمایشی بالینی این محصول

در آمریکا ۱۷ میلیون نفر مبتلا به دیابت هستند. بیش از یک پنجم آنها حداقل روزی یک بار انسولین تزریق می‌کنند. تزریق انسولین برای کنترل قند خون، کاهش عوارض دیابت و حفظ سلامتی ضروری است. برای دیابتی‌های نوع ۱ استفاده روزانه از انسولین، امری حیاتی

است. اما صرف نظر از نوع دیابت، تزریق انسولین، واقعیتی مطرح در زندگی ۴ میلیون آمریکایی است. در حال حاضر شرکت‌های متعددی در زمینه توسعه روش‌های جدید مصرف انسولین، از قرص تا افشانه‌های دهانی و استنشاقی و پرچسب‌های انسولینی، فعالیت می‌کنند. عنوان خبری جدید در روزنامه‌های کثیرالانتشار، امکان در دسترس بودن این محصولات را القاء می‌کنند اما حقیقت این است که تا هنگام زیر چاپ رفتن مجله حاضر (Diabetes Forecast) هیچ یک از این محصولات برای تأیید به سازمان غذا و دارو (FDA) ارائه نشده است و هیچ تضمینی برای تأیید آنها وجود

ندارد. آن دسته از داروهایی که مدت‌هاست

در روند توسعه قرار دارند، حتی اگر مورد تأیید FDA نیز قرار گیرند، حداقل تا دو سال دیگر قابل دسترسی نخواهند بود. در اولویت‌های تصمیم‌گیری FDA استثناء نیز وجود دارد و هنگامی که در مورد محصولی به سرعت تصمیم‌گیری شود از اولویت بررسی برخوردار خواهد بود و می‌توان گفت FDA زمان کوتاهی تا ۶ ماه را برای تصمیم

ارتباط با سیستم گوارش انسان است: سیستم گوارش سبب تخریب ساختمان مولکولی انسولین می شود و با اینکه انسولین چون قدرت جذب از غشاء مخاطی روده را ندارد از دستگاه گوارش دفع می شود. در هر دو حالت، انسولین به کبد و سپس جریان خون وارد نمی شود تا نقش خود را ایفا کند.

چندین شرکت تولید کننده دارو برای تولید قرص انسولین فعالیت می کنند. در این نوع قرص ها مولکول های ویژه ای انسولین را برای عبور از پوشش سیستم گوارشی همراهی می نمایند تا به مقصد برسند.

انسولین به صورت قرص ۱۵ دقیقه بعد از بلعیدن، به اوج اثر خود می رسد، از این رو، قرص ها را می توان در زمره انسولین های سریع الاثر قرار داد.

◆ برچسب انسولین

بیشتر شکل های دیگر انسولین که در حال توسعه هستند سریع الاثر می باشند از این رو پس از صرف غذا، میزان قند را کنترل می نمایند اما تکلیف میزان انسولین پایه چیست؟ جواب ممکن است در برچسب های انسولین نهفته باشد که در حال آزمایش پاراکلینیکی است. استفاده از برچسب انسولین، فرآیندی دو مرحله ای است به این ترتیب که ابتدا از وسیله ای استفاده می شود که در لایه فوقانی پوست منافذ میکروسکوپی ایجاد می کند و سپس برچسب روی منافذ چسبانده می شود.

اگرچه شرکت دارویی آلتا در حال آزمایش برچسب های ۲۴ ساعته است که فقط روزی یک بار استفاده می شود، اما هنوز این برچسب ها در مراحل اولیه توسعه هستند.



کامل شده است و این شرکت ها متعهد شده اند که قبل از عرضه اکزوبرا (Exubera) برای تأیید به FDA، مطالبه و تحقیقات بیشتری انجام دهند. صبر زمانی تأییدیه FDA دو تا دو سال ونیم طول می کشد مگر آنکه اکزوبرا (Exubera) در اولویت قرار گیرد.

◆ افشای دانه های دهانی

در افشای دانه های دهانی، انسولین از طریق افشای دانه های ائروسول (Aerosol) پخش می شود. تفاوت آنها با انسولین های تنفسی در این است که در این روش، انسولین، به جای ریه ها از طریق کثاره های دهان جذب می شود.

دو نوع افشای دانه های دهانی در روند مطالعه برای تولید قرار دارند. سریع الاثر دیگری که انسولین پایه را تحت پوشش قرار می دهد. (انسولین پایه میزان انسولینی است که بدن طی شبانه روز برای ثابت نگه داشتن قند خون به آن نیاز دارد). کارشناسان دو کمپانی ژاپنی و آمریکایی با همکاری یکدیگر در حال توسعه دادن این محصولات میباشند.

◆ قرص های



پروستات و سرطان

تهیه کننده: خانم کمیلیان

طولانی مدت بیمار و یا درمان را بدنبال خواهد داشت کمکیهای دو پزشک Physician-administry در مراحل اولیه برای تشخیص سرطان پروستات به کار می رود: آزمایش خونی PSA (آنتی ژل اختصاصی پروستات) و DRE (آزمایش انگشتی مقعد). پزشکان متخصص

شیوع سرطان پروستات چقدر است؟ سرطان پروستات، شایع ترین سرطان در بین مردان سالمند است. دومین سرطان شایع در بین مردان می باشد که تشخیص داده می شود و حدود ۱/۳ موارد سرطان را در بین آنها تشکیل می دهد. همچنین دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان بعد از سرطان ریه در مردان می باشد.

درچه سنی مردان

دچار سرطان پروستات

می شوند؟ میزان

سرطان پروستات با

افزایش سن افزایش

می یابد. این بیماری

قبل از ۵۰ سالگی شایع

نیست بیشتر از ۷۵ در

صد سرطانهای پروستات

در مردان بالای سن ۶۵

سالگی تشخیص داده می شوند.

۲/۳ مردان در دهه هشتم زندگی

دچار سرطان پروستات می شوند در

بسیاری از موارد، سرطان میکروسکوپی

است و هیچ علامتی ندارد و تا بعد از مرگ بدلیل

علل دیگر مشخص نمی شود.

آیا نژادها و یا ملیتهای خاصی موجودند

که بیشتر در معرض خطر هستند؟ سرطان

پروستات شایع ترین سرطان در آمریکای شمالی

و اروپاست. مردان آمریکایی و آفریقایی بالاترین

درجه سرطان پروستات را در دنیا دارند. شیوع

سرطان در این افراد ۱/۳ بالاتر از مردان سفید

پوست ایالات متحده است.

آیا تشخیص زود هنگام تفاوتی ایجاد

می کند؟ اگر سرطان پروستات زود تشخیص داده

شود درمانهای جراحی و یا رادیو تراپی، زندگی



بیماریهای

سیستم تناسلی -

تولید مثلی مردان که ارولوژیت نامیده می شوند

از سونوگرافی برای یافتن محل سرطان در غده

پروستات بویژه در طی بیوپسی که بدنبال PSA مثبت

هستند، استفاده می کنند.

چگونه می توان خطر پروستات را

کاهش داد؟ تحقیقات رابطه غیرمستقیم

بین چربی رژیم غذایی به ویژه چربی

حیوانی و سرطان پروستات را نشان می دهد

اما اطلاعات علمی بیشتر تا قبل از



را هما ئیهای
تخصصی برای
سرطان پروستات
مورد نیاز است.
در واقع در طولانی
مدت کاهش چربی
رژیم غذایی بویژه
چربیهای حیوانی، گوشت

و فرآورده های لبنی و نیز افزایش میزان تنوع
سبزیجات و میوه جات در رژیم غذایی مؤثر می
باشد این تغییرات در رژیم غذایی، در برابر
بیماریهای دیگر نیز فرد را حفاظت می کند.

سرطان پروستات چیست؟ سرطان
پروستات، تومور بدخیمی در پروستات است.
پروستات غده ایست که در مردان مایع منی
تولید می کند. غده پروستات تقریباً به اندازه
گردو می باشد. پروستات به صورت آزاد و شلی
به ته مثانه چسبیده و مجرای ادراری را دربر
می گیرد و اغلب با افزایش سن بزرگ می شود اما
اغلب مشکلات پروستات سرطان نیستند. سرطان
پروستات، سرطانی با رشد آهسته است گاهی نیز
سالها قبل از بروز علائم وجود داشته است پیش
از آگاهی به عوامل زیادی نظیر مرحله سرطان،
سن سابقه پزشکی بیمار بستگی دارد.

چه عواملی باعث سرطان پروستات می شود؟
هرچند دانشمندان هنوز دلیل مشخصی را
ارائه نکرده اند اما شیوه زندگی، رژیم غذایی و
هورمونهای مردانه جزو عوامل مشکوک در ابتلا

به سرطان پروستات
می باشند. تحقیقات
نشان می دهد به عنوان
مثال در مورد رژیم غذایی
حاوی مقادیر زیاد چربی
حیوانی نشان می دهد در
افرادی که در کشورهایی
زندگی می کنند که چربی حیوانی
مصرفی آنها بالاست میزان بالاتری از سرطان
پروستات دیده می شود. میزان پائینتر سرطان
پروستات در کشورهایی دیده می شود که
رژیمهای غذایی گیاهی دارند که طبیعتاً از نظر
چربی پائینتر است. اما در مطالعات دیگر در
کشورهایی نظیر آمریکا نقش چربی نامشخص
مانده است.

میزان خطر را برآورد و ارزیابی کنید. هر
مردی می تواند مبتلا به سرطان پروستات
شود. اما برخی مردان بیشتر در معرض خطر
می باشند. آیا هریک از عوامل خطر ذیل درباره
شما مصداق دارد؟

سن بالای ۵۰ سال + مردان آفریقایی -
آمریکایی + سابقه خانوادگی سرطان پروستات
زود رس (زیر ۵۵ سال) + رژیم غذایی کم فیبر
با گوشت قرمز و چربی زیاد

**تشخیص زود هنگام، نجات زندگی. علائم
مشکلات پروستات:** علائم ذیل الزاماً به معنای
وجود سرطان نیست اما چنانچه باین علائم
برخورد کردید به پزشک مراجعه نمایید.

تشخیص داده می شود شما باید به دقت در مورد راههای درمانی و انتخاب درمان با پزشک مشورت نمایید. پزشک باید بر اساس تجربه، ارزشیابی دقیق از سلامت عمومی بیمار، سن، مرحله سرطان و انتخاب بیمار درباره انتخابهای درمانی با بیمار به بحث پردازد. درمان شامل جراحی جهت خارج کردن پروستات و برخی بافتهای احاطه کننده آن، رادیو تراپی، هورمون درمانی، شیمی درمانی، درمان بیولوژیک و یا انتظار کشیدن دقیق Watchful Waiting می باشد. بسیاری از مردان فکر می کنند که درمان سرطان پروستات آنها را دچار بی اختیاری کرده و در نعوظ Erektion ناتوان می سازد. این صحیح نمی باشد امروزه روشهای بهتری وجود دارند که عوارض جانبی کمتری در بردارند.

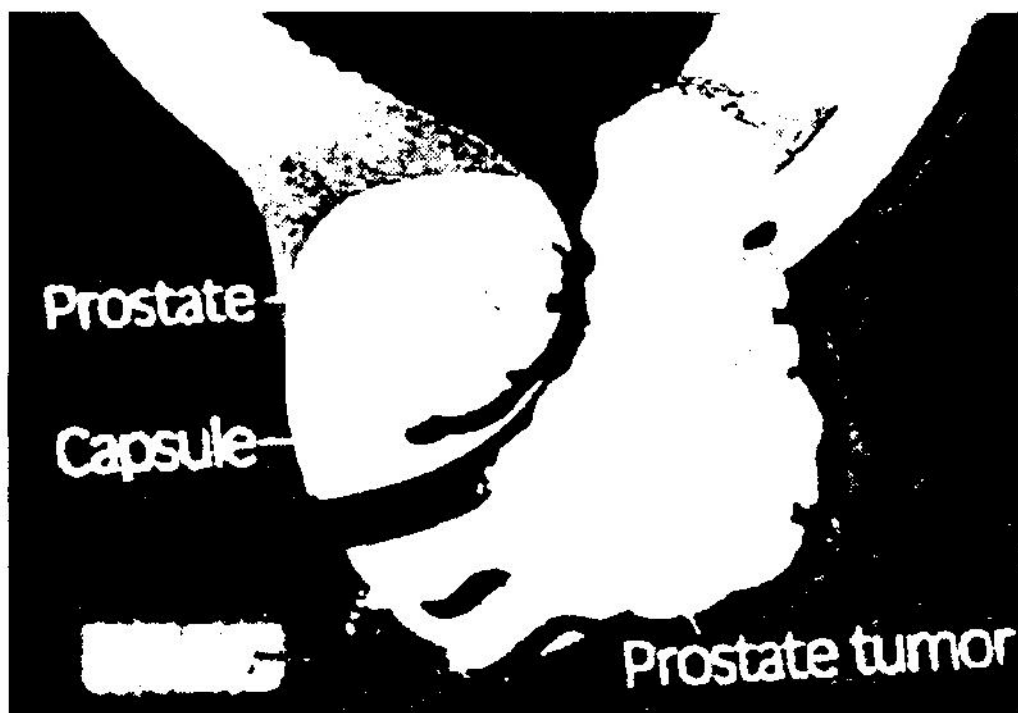
رژیم غذایی جهت کاهش خطر سرطان:
مطالعات بین المللی، درجه بالاتر سرطان پروستات را در کشورهایی که رژیمهای غذایی حاوی چربی زیاد دارند نشان داده است. افرادی که رژیمهای غذایی حاوی چربی حیوانی زیاد دارند معمولاً مقادیر بیشتری از گوشتهای چربی دار و فرآورده های لبنی استفاده می کنند هر دو این مواد غذایی با افزایش خطر سرطان پروستات در ارتباط هستند. تحقیقات فعلی جهت کاهش خطر سرطان پروستات به طور عمومی رژیمهای گیاهی با چربی کم را پیشنهاد می کند. تحقیقات جدید نشان می دهد چگونه لوبیای روغنی، لیکوپنهای آنتی اکسیدان، ساینم و ویتامین E به کاهش خطر سرطان کمک می کنند. هم اکنون رژیمهای غذایی غنی از سبزیجات، میوه جات، لوبیا و غلات کامل همراه با حفظ وزن در محدوده طبیعی و فعالیت فیزیکی منظم می تواند به روشهای مختلف باعث بهبود و ارتقاء سلامتی گردد.

درنگ، جایز نیست: چنانچه دچار علائم درگیری پروستات شدید، سریعاً به پزشک مراجعه کنید. شما سرطان ندارید، اما اگر تشخیص شما سرطان باشد تشخیص زودتر شانس بهتری بالاتری را در درمان موفق و بهبودی بدنال خواهد داشت.

هرگونه تغییر در عادات اداری + نیاز به دفع مکرر ادرار بویژه در شب + دفع درد ناک ادرار + احساس تمایل برای ادرار کردن اما مشکل در شروع جریان ادرار + وجود خون در ادرار + درد مداوم کمر، لگن یا قسمت فوقانی ران

آزمایشات غربالگری: غربالگری PSA سالانه بعد از ۵۰ سالگی که آزمایش آنتی ژن ویژه پروستات می باشد. این آزمایش یک تست خونی است که ماده ای که در پروستات ساخته می شود را مشخص می کند. سطح بالاتر PSA دال بر تغییرات پروستات است الزاماً این تغییرات سرطانی نیستند. PSA افزایش یافته تشخیص سرطان نمی باشد و می تواند نشانه عفونت یا بزرگی غده باشد. DRE سالانه توسط پزشک بعد از ۵۰ سالگی و معاینه انگشتی رکتوم روشی ارزان و مؤثر برای تشخیص سرطان است. بسیاری از مردان به دلیل خجالت از آن صرف نظر کرده و به سراغ آن نمی روند. این تست سریع و بدون درد است و می تواند بخشی از معاینات سالانه نجات دهنده زندگی باشد مردان آفریقایی - آمریکایی که سابقه ای از سرطان پروستات در اعضای نزدیک خانواده دارند بیشتر در معرض سرطان پروستات هستند و باید آزمایشهای سالانه را در سنین پائینتری شروع کنند.

در مورد انتخاب روشهای درمانی سؤال کنید. بسیاری از سرطانهای پروستات نهفته و تشخیص داده نشده تا سالها بدون ایجاد علامت باقی می مانند همه سرطانهای پروستات نیاز به درمان شدید ندارند. هنگامی که سرطان پروستات



هموفیلی

زندگی با بیمار

قسمت دوم : کودکان و دوران پیش از مدرسه

پس از مرحله نوزادی ، مشاهده کودکانی که در حال شناخت محیط اطراف خود هستند بسیار جالب است. کودکان کوچک حرکت انگشتان را دنبال کرده و چهار دست و پا به دنبال خطرات احتمالی می روند و این در مورد کودکان و نوزادان هموفیلی نیز فرقی ندارد. کودکان هموفیلی نیاز به شناخت محیط اطراف و کاوش آن دارند تا بتوانند به طور عادی در شرایط نرمال رشد کنند. آنان نیازمند محیط امن و دوستانه ای می باشند این بدان معنی است که خانواده باید از ترس و بیم دوری کند. کودکان مرتباً از محیط اطراف خود فرا می گیرند و در صورتیکه والدین آنان از هموفیلی وحشت داشته باشند آنان نیز به این امر خو می گیرند.

کنار آمدن و تطبیق با بیماری هموفیلی زمان بر است. بعضی اوقات ممکن است شما غمگین شوید و یا حتی نیاز به گریه کردن داشته باشید. این مسئله ای عجیب و غیر طبیعی نیست. اما هنگامی که به کودکی خود باز گردید می توانید از زیبایی یک زندگی جدید لذت ببرید آنگاه حس می کنید که بدترین مراحل راپشت سر گذاشته اید و وقتی به کودک خود می نگرید، لبخند او و نه یک بیمار هموفیلی را مشاهده می کنید.

خاص

بهار ۱۳۸۳
صفحه ۲۲

◇ حوادث :

تشنه آمدن حادثه برای هر کودکی امری عادی است که البته از اکثر آن، می شود احتراز نمود. در تمامی جعبه های دارو و مواد ضد عفونی منوژل راقفلر نمایش مطنن باشید که فضای سبز و باغ، محل آبی بوده و رفتن ناگهانی کودک به محل پر آب می تواند موجب کبریت را از دسترس دور نماید و از وسایل ایمنی برای آتش روشن کردن استفاده کنید.

- نشان بادشد کودک که فعالیت و حرکت

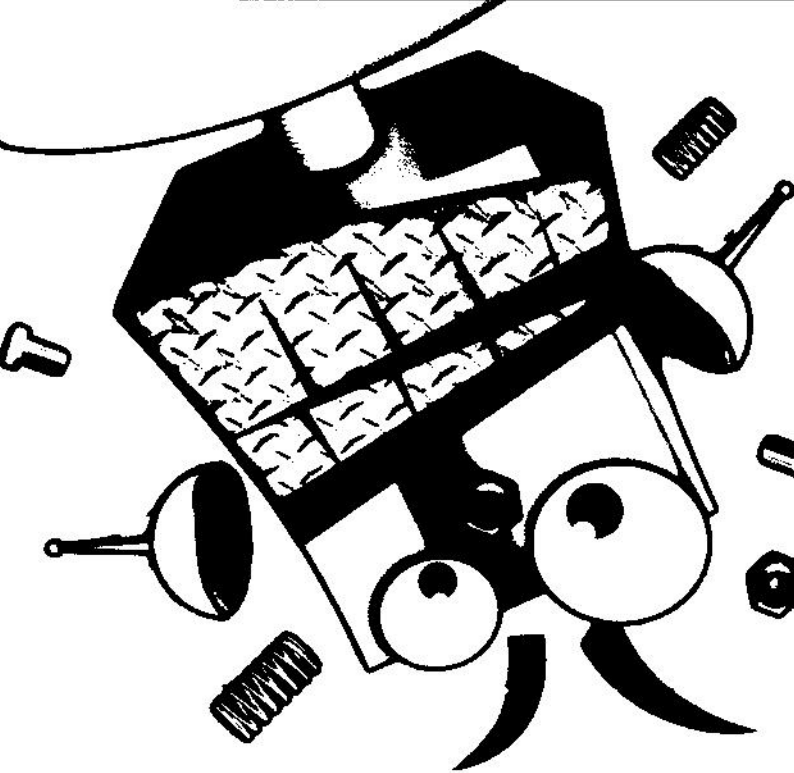
او افزایش
می یابد
بعضی از

والدین جهت
رعایت
ایمنی زانوها
شلوار و یا آستین
اورا با ابر محفوظ
می کنند که
در زمان
ضربه
دچار
کبودی
نشود ولی
من

مورد اصابت ضربه ای
که منجر به خونریزی در
این اماکن شود موردی
ندیده ام. کبودی
و خونریزی طبیعی
در این سن عادی
است ولی اکثراً مهم
نبوده و درد ناک نیستند.

هر کاری که انجام می
دهید شخصاً مفاصل را پانسمان
نکنید زیرا این امر منجر به بی
ثباتی و فشار بر عضلات خواهد
شد. تمامی کودکان
به زمین می خورند
ولی بدن آنها
توسط
لایه ای





طبیعی از چربی و پوششی نرم محافظت می شود. تنها عضوی که در این رابطه پوشش حمایتی ندارد استخوان جمجمه می باشد این امر یکی از نگرانیهای کودکان و جوانان دچار هموفیلی در این رابطه است تمامی نوزادان تازه پا هنگام زمین خوردن ممکن است دچار آسیب در ناحیه سر شوند که اینگونه ضربات عادی روزانه به ندرت منجر به خونریزی داخل سر می گردند. همواره به والدین توصیه می شود که در صورتیکه کودکی در اثر افتادن ضربه بزرگی خورده همواره مورد معاینه پزشک قرار گیرد تا با برنامه ریزی به موقع از بروز مسائل بیشتر جلوگیری شود. قطعاً در صورتیکه ضربه به سر شدید باشد (به طور مثال خوردن باسر در زمین آسفالت و یا در صورتیکه کودکی به بدنه اتومبیل برخورد کند) باید مورد معالجه قرار گیرد. در چنین مواردی ممکن است لازم باشد کودک برای مدتی تحت نظر گرفته شود. باید تاکید کرد که جراحتهای اینگونه در واقع بسیار کم هستند. بنابراین استفاده از کلاه خود برای کودکان هموفیلی در زندگی روزانه توصیه می شود. علت دیگر این است که استفاده بیش از لزوم از آلبسه حمایتی حساسیت را نسبت به معلولین در جامعه بیشتر می کند.

◇ خونریزی

خونریزی در چنین سنینی معمولاً در اثر ضربه یا سقوط رخ می دهد. کبودی عادی متداول ترین نتیجه چنین خونریزی است. جراحتهای سطحی و کوچک اهمیت چندانی ندارند و صرفاً نیازمند پانسمان هستند. خونریزی مفصلی در سه سال اول زندگی معمول نیست.

ورود به بیمارستان جهت مداوا در این روزها بسیار نادر است. در صورتیکه مورد خونریزی نیاز به درمان داشته باشد صرفاً درمان سرپایی (بدون بستری شدن) انجام می شود تا خانواده بتوانند درمان لازم را در منزل انجام دهند.

در اینگونه موارد ممکن است مشکلاتی پدید آید زیرا پزشکان که کشیک هستند ممکن است تجربه کافی برای تزریق داخل وریدی به کودکان کوچک نداشته باشند. والدین باید به توصیه های کارشناسان مرکز هموفیلی در مورد یقین بهترین نوع درمان برای کودک خود عمل کنند. به طور کلی کودکان را نباید از پدران یا مادرانشان دور کرد. درمان کودک در زمانی که بر روی زانووان والدین خود قرار دارد بسیار راحت است.

استفاده از نوعی سوزن کوتاه و نازک و کوچک که به انتهای یک لوله پلاستیکی وصل است و سپس به سرنگ

متصل می گردد به مراتب بهتر از یک سوزن سفت و سخت که مستقیم به سرنگ متصل می باشد. در هیچ موردی پزشک یا پرستاری نباید بیش از سه بار سعی در تزریق ناموفق وریدی نماید.

در صورت عدم موفقیت پس از سه بار، موفق شدن بعید بوده و باید از فرد باتجربه تری استفاده کرد. در هر حال کودکانی که مجبور به تحمل بیش از یکبار تلاش برای تزریق وریدی هستند باید مورد تشویق بنوعی قرار گیرند.

والدین باید از موقعیت بهترین ورید (سیاهرگ) در کودکان خود آگاه باشند. اگرچه رعایت تمامی این مطالب ممکن است برای والدین جدید قدری مشکل به نظر می رسد. ولی می توانند مطمئن باشند که به زودی با این روشها کاملاً آشنا شده و مهارت لازم را برای به کار گرفتن بهترین روش درمانی برای کودکان خود کسب می نمایند. خیلی جالب است که کودکان به زودی به روشهای درمانی خود عادت کرده و خوی کنند به طوری که این درمانها دیگر باعث آزار آنان نخواهد شد. همین جالب است که والدین با کسب تجربه براحتی بر مشکلات فائق آمده و موارد خونریزی را کنترل می نمایند.

درد توام با هموفیلی نادر است. در زمان بروز درد در کودکان دوره آمادگی و پیش دبستانی بهترین دارو استامینوفن میباشد. (بمانند سایر کودکان عادی) به خاطر داشته باشید که این دارو را دور از دسترس نگهدارید و استفاده بیش از حد آن مرگبار است. همچنین به خاطر داشته باشید که داروهای حاوی آسپرین برای کودکان مناسب نبوده و به خصوص برای افراد دچار هموفیلی مناسب نمی باشد زیرا آسپرین مشکلات خونریزی را (به علت کاهش خاصیت انعقاد خون) بیشتر می نماید.

◇ توجه پیش از حد به کودکان هموفیلی

سومین مطلب قابل توجه که ممکن است ناشی از ترس بی مورد والدین باشد مبالغه در حمایت از کودکان هموفیلی است. در زمانی که والدین خود را منزوی حس می کنند طبیعی است به علت عشق و علاقه سعی در حمایت فرزندان دلبنده خود داشته باشند. مبالغه و افراط در حمایت از چنین کودکانی زمانی پیش می آید که والدین جهت جلوگیری از بروز حوادث فعالیت روزانه اطفال را مختل می سازند. مواردی دیده شده است که خانواده ها بعزت ترس زیاد اجازه خروج اطفال را از منزل نمی دهند و فقط اجازه بازی با اسباب بازیهای نرم را به آنان می دهند و ترجیح می دهند دوستانشان تلفن نزنند از ترس اینکه کودکان دچار زخم و سپس خونریزی شدیدی در حین تلاش برای دویدن و جواب دادن به تلفن و یا زنگ در نشوند.

مضرات اینگونه رفتار مبالغه آمیز در زمان بلوغ و سپس دورانهای بعدی در زندگی ظاهر می شود. ضعف و عدم توانایی برای برخورد واقعی با هموفیلی باعث انزوا، تنهایی و عدم موفقیت در ازدواج و یا یافتن شغل مناسب می شود. یکی از بهترین روشهای مناسب برای اجتناب از چنین رفتاری تشویق و فعالیت و تعامل با سایر اعضای فامیل و خانواده می باشد. والدین نباید از مشارکت فرزندان هموفیلی خود نگران باشند. تمامی اینگونه اطفال باید تشویق به زندگی اجتماعی و شرکت در فعالیت و ورزش با سایرین شوند.

◇ ورزش

اولین ورزشی که بیشتر کودکان از آن لذت می برند شنا می باشد. شنا توسط فدراسیون جهانی هموفیلی در یک بررسی بین المللی بهترین ورزش برای کودکان هموفیلی شناخته شده است، بازی در آب گرم منجر به فعالیت تمامی مفاصل و عضلات شده که برای بهبود مرحله بعد از خونریزی مفصلی نیز مفید می باشد.

علاوه بر این شنا نیز منجر به تقویت عضلات (که از مفاصل حمایت می نماید) می شود و این به نوبه خود خطر توسعه آسیبهای مفصلی و آرتروز ناشی از هموفیلی را در فصول بعدی زندگی کاهش می دهد.

به هیچ کودکی نباید اجازه داد بدون یاد گرفتن شنا وارد مرحله بلوغ شود.

◇ (جدول)

به نکات زیر در باره برخورد با یک کودک هموفیل توجه کنید.
- بگذارید با کودکان دیگر بازی کند.

- از اینکه او را بایک پرستار بچه تنها بگذارید وحشت نکنید.

- بگذارید محیط اطراف خود را کشف نماید.

- او را در (مهد کودک) و کودکانستان ثبت نام نمائید.

- برای او یک سه چرخه بخرید.

- او را با خواهران و برادران خود نزدیک کنید.

- پدر خانواده باید نقش فعالی در برخورد با کودک خود داشته باشد.

- تجربیات خود را با سایر والدین در میان بگذارید.

- به درک و فهم عمومی خود اعتماد کنید.

◇ توصیه به سایرین

همزمان با رشد کودک باید به وی اجازه بازی با سایر اطفال و رفتن به پیش دبستانی و مهد کودک را داد.

توصیه به والدین به شرح زیر است:

- در درجه اول هر کسی که مسئولیت مراقبت از کودک هموفیلی را دارد باید مطمئن شود که کمکهای اولیه در دسترس بوده و قابل انجام هستند.

کودکان دچار هموفیلی دچار خونریزی سریعتر از سایرین اطفال نشده و زمان کافی برای کمک رساندن وجود دارد. دانستن این نکات برای معلمین بسیار مهم است. بهتر است که والدین فرزندان خود را به مدرسه ببرند. از این طریق معلمین درک می کنند که والدین مستقیماً در جریان امور فرزندان خود بوده و آگاهی کامل در مورد هموفیلی پسرشان دارند.

- مسئولین مهدهای کودک باید بدانند که کودک مبتلا به هموفیلی می تواند همه کار (دوچرخه سواری تا شن بازی با سایر اطفال) انجام دهد. و محدودیت خاصی نباید اعمال گردد. در مورد هموفیلی داستانهای تخیلی و بی اساس وجود دارد، باید به معلمین اطمینان داد که کودک هموفیلی خطری برای سایر بچه ها ندارد. آنان خواهند آموخت که بیشترین موارد خون ریزی در هر حال داخلی است تا بیرونی.

- به غیر از معلمین، پرستاران و البته پدر و مادر بزرگ و سایر نزدیکان فقط خانواده و پزشک و دندان پزشک لازم است که راجع به هموفیلی کودک بدانند و آگاه باشند و مورد مشورت قرار گیرند.

- مراجعه به دندان پزشک باید امری مستمر بوده و با همراهی یک برادر بزرگتر و خواهر یا مادر یا پدرازاوایل طفولیت انجام پذیرد.

کودک، نوجوان یا د می گیرد که از بهداشت دهان و اومه ای نداشته و این در دوران زندگی بعدی وی خیلی مهم خواهد بود.

هر چه

انجام

می دهید

بدانید که باید در

مورد بیماری هموفیلی

کودک خود صادق و صریح

باشید. به یاد داشته باشید

که همه کودکان نیاز به

توجه و تشویق دارند

و این هر دو مسئله

به طور اعتدال

در خانواده

رعایت شود.

همو فیلی

نباید یک

وسيله برای

لوس کردن

بچه باشد.

به یاد

داشته باشید

که کودکان

چاق دچار

هموفیلی وضع

بدتری از کودکان

لاغر دارند زیرا

وزن اضافی فشار

بیشتری بر مفاصل وارد

کرده و کودکان چاق اصولاً

چابک نبوده و در حفظ

تعادل خود مشکل

دارند، بیشتر دچار

حادثه می شوند.

والدینی که از خطاها

اجتناب کرده و بیشتر

جنبه طبیعی بودن

کودکان خود را در

نظر می گیرند

تا بیماری وی،

به مراتب بهره

بیشتری نصیب

خود و کودکان

می کنند.

روانی

روشهای پیشگیری از اختلالات

جهان و مملکت ما بلای عظیمی به شمار می آمد و تلفات زیاد و ضررهای اقتصادی فراوان به بار می آورد، ولی چون عامل بیماری زا و طرز سرایت آن شناخته شد، با توجه به فعالیت سازمان ریشه کنی مالاریا واقعاً به حد ریشه کنی رسیده است.

در مورد بیماریهای روانی هنوز وضع به این روشنی نیست زیرا در ایجاد بیماریهای روانی چند عامل باید دست به دست دهند تا بیماری ایجاد گردد.

ولی خوشبختانه فعالیت های زیادی می شود تا

وضع شبه به بیماری جسمی گردد و با

نتایجی که بدست آمده، این امید

هست که

بتوان به

نتایج بیشتر

و آینده

درخشان

تری امید

داشت.

در تعریف

دوم بهداشت

روانی «ثابت و

برقرار نمودن

و ضعیفها ثسی

که سلامت روانی

مثبت سازنده را به

بار می آورد» مورد

توجه واقع می گردد. به

عبارت دیگر، تنها «نبودن

بیماری» کافی نیست بلکه سلامت

فکر یا سلامت روان و بالا بردن میزان سلامت

ورشد به صورت روز افزون از اهداف این بعد از

بهداشت روانی است. با نشان دادن وضع مثبت

وسلامت روانی می توان نسبت به ایجاد سیستم با

ارزشی در مورد ایجاد تحرک و پیشرفت و تکامل

بهداشت روانی Mental Health یا هو تعریف مورد استفاده قرار می گیرد:

در تعریف اول منظور از بهداشت روانی عبارت از رشته ای، تخصصی در بهداشت عمومی است که در زمینه کاستن اختلالات روانی در یک جامعه فعالیت می نماید.

به عبارت دیگر، بیماریابی Case finding و پیگیری Follow up موارد روان پزشکی را به عهده دارد و هدف اصلی آن، کشف علت این اختلالات و ریشه کنی آنها Eradication of disease می باشد.

بدین ترتیب بررسی انواع مختلف اختلالات روانی و عوامل زیستی - روانی - اجتماعی Bio-Psycho-Social Factors در این رشته علمی مورد بحث قرار

می گیرند. به همان ترتیب در بهداشت عمومی مثلاً بیماریهای عفونی مورد بررسی واقع می شوند و عامل بیماری زا و چگونگی ایجاد بیماری و علائم آنها و راه های سرایت مورد توجه واقع می شوند و عامل بیماری زا و چگونگی ایجاد بیماری و علائم آنها و راه های سرایت مورد توجه واقع می گردند

تاروش پیش گیری مشخص شود، در مورد اختلالات روانی نیز سعی می شود تا عوامل بیماری زا و طرز بوجود آمدن بیماری مشخص گردند تا طرز پیش گیری نیز شناخته شود و بتوان نسبت به از بین بردن این بیماریها در اجتماعات انسانی اقدام نمود. بالاین دید، منظور از بهداشت روانی بررسی

روش های پیش گیری است. در این مورد باید توجه داشت که اصول بهداشت روانی به سادگی اصول بهداشت عمومی نیست. مخصوصاً در مورد بیماریهای عفونی، فعالیتهای شبانه روزی دانشمندان این رشته، روشنائی زیادی ایجاد کرده است و در ممالکی که بهداشت عمومی پیشرفت قابل ملاحظه ای نموده است، پیداشدن یک بیمار مبتلا به تیفوئید موجب شگفتی می شود. بوسیله ایجاد آب لوله کشی و گسترش آن برای تمام مردم و آموزش راههای مبارزه با این بیماری، ریشه کنی بیماری به مقدار زیادی تحقق یافته است. مثال دیگر را می توان در مورد بیماری مالاریا زد که روزی در تمام

سعی کرد تا عوامل بیماریزا را که مانند میکروب قابل دید با چشم مسلح نیستند شناخت و آنها را در حد عموم شناساند.

نکته بسیار مهم در آموزش بهداشت روانی، کمک به افراد نسبت به پذیرش واقعیات و طرح برنامه های منطقی برای از بین بردن مشکلات زندگی است. نادیده گرفتن حقایق مسلم و تنها توجه به تمایلات شخصی، یقیناً یک راه حل موقت است و کمکی به از بین بردن مشکلات نخواهد نمود.

اساس کلی در پیش گیری بیماریها، جلوگیری از بروز علت و مبارزه با آن است. در مورد بیماریهای عفونی شامل معالجه بیماران و مجزا نمودن آنها (مخازن انسانی) اقدام برخی مخازن حیوانی، حفظ و رعایت موازین بهداشتی و بالاخره مجزا نمودن افراد سالم و واکسیناسیون است (۷-۶). آموزش بهداشت شامل آشنا نمودن مردم به وضع بیماریها، عوامل مؤثر در ابتلای به آنها، تشویق به رعایت نظافت شخصی و محیط می باشد. باید توجه داشت که انجام هر اقدام بهداشتی بدون آماده کردن افکار عمومی مردم غیر ممکن است زیرا در صورت عدم همکاری مردم با برنامه ها حتی اگر اقدامات بهداشتی بزور انجام شود، نتیجه ای نخواهد داشت.

◆ تکامل روشها در بهداشت روانی

بررسی بهداشت روانی از نظر تاریخی نشان می دهد که همواره با تغییرات فراوانی همراه بوده است و هرگاه روشی در مورد پیش گیری به وجود آمده است، با پیشرفت و تکامل آن، روشی دیگر جایگزین شده و بیشتر چندین روش که با هم تداخل داشته اند مورد استفاده قرار گرفته و می گیرند. البته این سیر در طول تاریخ تدریجی بوده و در جوامع مختلف نیز بر حسب قدرت علمی و فرهنگی و اقتصادی این کیفیت تبدیل را به صورت تدریجی مشاهده می کنیم. ایده آل است که آهنگ تغییر و تکامل روشهای بهداشت روانی سریعتر و در جوامعی که از این امکانات محرومند به صورت خط مستقیم و میان بر انجام شود و کمبودها جبران شوند. میزان انرژی و نیروی انسانی که در این راه صرف می گردد، یقیناً بارسیدن به این هدف بستگی مستقیم دارد.

◆ تمرکز فعالیتها بر محیط

در گذشته، تمرکز اصلی و هدف بهداشت روانی فرد و شخصیت فردی بود و علل بوجود آورنده بیماریهای روانی را مربوط به خود شخص و مخصوصاً تجربیات سالهای اول زندگی او می دانستند.

در حد فردی و بین المللی اقدام نمود. هنگامی که سلامت روانی و معیارهای آن شناخته شد، نسبت به دستیابی به آن اقدام می شود و راه برای تکامل فردی و اجتماعی گشوده می گردد. به این منظور معیارهای سلامت روانی و رشد باید مشخص گردند و راه های دستیابی به آن کشف شوند تا بتوان از طریق آموزش و فراهم آوردن تسهیلات در حد فرد و اجتماع، رشد را به ارمغان آورد.

با این برداشت، دستیابی به بهداشت روانی تنها از طریق کشف قوانین و روشهایی است که بتوانند سلامت روانی و رشد انسان را تأمین نمایند و با برداشت فوق، تعریف زیر برای بهداشت روانی انجام شده است:

«بهداشت روانی عبارتست از بررسی قوانین و روش های زندگی که به کاربردن یا قبول آن، موجب سلامت روانی و جلوگیری از ابتلای به بیماریهای روانی می شود».

«به نظر می رسد پذیرش هیچ قانونی به تنهایی نتواند سلامت روانی و رشد را به ارمغان آورد و بهتر است تعریف فوق به صورت زیر اصلاح گردد: «بهداشت روانی عبارت است از بررسی قوانین و روش های زندگی که یادگیری پذیرش و کاربرد آنها موجب سلامت روانی و جلوگیری از ابتلای به بیماریهای روانی می شود».

◆ نقش عوامل مختلف

در اختلالات روانی و لزوم مبارزه با آنها

هیلی برونر Healy & Bronner متخصصان «بهداشت روانی، بعد از تحقیق در باره جوانهایی که در آستانه سقوط بوده اند به این نتیجه رسیده اند که دلائل مشکلات هیچ یک از آنها، کمتر از سه یا چهار دلیل نبوده است.

در مواقع بروز بیماری جسمی وقتی مشخصات میکروب و سموم و عوارض ناشی از آن به مردم القاء شود به علت علاقه ای که به سلامت خود دارند، همکاری خواهند کرد و به عنوان مثال تا آب آشامیدنی آلوده رانجوشانده مورد استفاده قرار نخواهند داد. در مورد بهداشت روانی هم باید

بنابراین وظیفه اصلی بهداشت روانی، بررسی فرد ایجاد تغییراتی در نیروهای روانی او بود. با تغییراتی که در برداشت‌های روان پزشکی به عمل آمده، به جای بیماری اختلالات روابط بین فردی و به جای بررسی مسائل فردی، بررسی مسائل فرد در محیط مورد توجه قرار گرفت و واحدهای بزرگ اجتماعی در بهبود مسائل بهداشت روانی دست اندر کار شدند. این واحدها از یک خانواده کوچک شامل یک زن و شوهر و یا خانواده بزرگ شروع و به تدریج

شامل همسایگان و تمام اجتماع می‌شوند. به این ترتیب، فعالیتها بیشتر بر روی محیط متمرکز می‌شوند و نه بر روی فرد و با بهتر کردن وضع بهداشت روانی محیطی متمرکز می‌شوند و نه بر روی فرد و با بهتر کردن وضع بهداشت روانی محیطی که فرد در آن زندگی، کار و بازی می‌کند، بهداشت روانی فرد را بهبود می‌بخشند. بنابراین بعضی از کارهایی که تحت عنوان بهداشت روانی انجام می‌گیرند باروش‌های گذشته متفاوتند. این فعالیت‌ها اعم از اینکه تحت عنوان های بهداشت روانی و یا رفاه اجتماعی انجام شوند، بدون شک در بهزیستی گروه‌های عظیمی از مردم مؤثر خواهند بود.

استانفورد Stanford معتقد است که نسل کنونی درمان‌کننده‌گان روانی آخرین گروهی هستند که فعالیت‌های خود را در درجه اول به بخش خصوصی اختصاص داده‌اند. اگر چه در آینده نیز تشخیص بیماریهای فردی و درمان آن نیز مورد توجه خواهد بود ولی مسئولین درمان‌های روانی باید در آینده افق دید خود را وسیعتر نمایند و بیشتر در حد اجتماعی فعالیت نمایند و معلومات خود را به منظور ایجاد رفاه عمومی برای همه طبقات به کار ببرند.

◇ پروانه روزی های جامع

واحدهای مختلف روانپزشکی و بهداشت روانی هرکدام در بهبود بهداشت روانی نقشی دارند. بیمارستانها، درمانگاهها، کارگاه‌های روانپزشکی و

سایر تأسیسات رفاهی - بهداشتی و اجتماعی را می‌توان در این دسته نام برد. وسعت این واحدها در نقاط مختلف متفاوت است و در بعضی مناطق به هیچ وجه وجود ندارند. در بعضی مناطق واحدهای مختلفی فعالیت می‌نمایند که بعضی خصوصی و بعضی دولتی هستند. اینک نیاز فراوان به یک دستگاه برنامه ریزی جامع می‌باشد تا نیازهای هر منطقه را بررسی نماید و بین واحدهای کوچک، واحدهای جامعی به وجود آیند تا جوابگوی تمام نیازهای اجتماع باشند و از اتلاف وقت و انرژی و دوباره کاری جلوگیری بعمل آورند. یقیناً برنامه ریزی‌های جامع، بازدهی تأسیسات موجود را نیز برای فرد و اجتماع بیشتر خواهند نمود.

◇ همکاری مردم عادی

افزایش تمایل عمومی به فعالیت‌های بهداشت روانی، میزان کمک و آمادگی برای همکاری داوطلبانه را وسعت داده است. اینک در بسیاری از جوامع سعی می‌گردد تا به میزان حداکثر از این داوطلبان استفاده بعمل آید و از کمک دهندگان غیر حرفه‌ای نیز کمک گرفته شود. در حال حاضر روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی و سایر کادر بهداشت روانی قادر نیستند نیازهای بهداشت روانی را برآورند. روش‌های گروه درمانی و درمانهای کوتاه مدت در این مورد می‌توانند جبران این کمبود را بنمایند. تربیت داوطلبان کمک به بهداشت روانی نیز به عنوان وسیله‌ای دیگر می‌تواند مورد قبول واقع شود. همکاری افراد عادی با کادر درمانی بیمارستانها سابقه تاریخی نیز دارد و اکنون این جنبش بیشتر به چشم می‌خورد و اگر سعی شود این همکاری با آموزش و مراقبت این افراد پاسخ داده شود می‌توانند نقش مؤثری را در روش‌های درمانی به عهده گیرند. تربیت این افراد در بعضی موارد موجب شده بتوانند به طور تمام وقت در جنبه‌های درمانی انجام وظیفه نمایند.

آرکف Arcoff در این زمینه آموزش دوساله بهداشت روانی را مورد زنان خانه دار داوطلب که مدرک دیپلم داشته‌اند ذکر می‌کند که پس از آن، این افراد توانسته‌اند در کلینیک‌های آموزشی

به پیش گیری اختصاص یابد و چه نوع پیش گیری باید مورد توجه قرار گیرد؟
لانگسلی Langsley روشهای پیش گیری از بیماریهای روانی را بطور کلی به سه دسته تقسیم می نماید.

- ۱- روشهای پیش گیری اولیه
- ۲- روشهای پیش گیری ثانویه
- ۳- روشهای پیش گیری نوع سوم

◇ پیش گیری اولیه

منظور از پیش گیری اولیه Primary prevention طرح و برنامه هایی است که با تأثیر بر عوامل به وجود آورنده بیماریهای روانی، از بروز این بیماریها جلوگیری بعمل می آورند. این برنامه ها معمولاً در مورد تمام افراد اجتماع و یا گروه کثیری از مردم یک منطقه مورد عمل قرار می گیرند. در بعضی از موارد بروی گروه های زخم پذیر اجتماع مانند آنها که در معرض بروز جرم و جنایت و یا بیماریهای روانی قرار دارند، پیاده می شوند.

روش پیش گیری اولیه به منظور کاهش تظاهرات هیجانی در جامعه از طریق مبارزه با عوامل استرس زا و حالاتی که بالقوه منجر به عوارض روانی می شوند، انجام می شود. در مواردی که تظاهرات روانی به وجود آمده باشند، دخالت فوری نیز پیش گیری اولیه محسوب می گردد. بدین ترتیب در مورد پیش گیری اولیه باید تمام نیروهائی که اجتماع بوجود می آورند تجهیز کردند و با همکاری یکدیگر در پیش گیری روانی های روانی بکار روند. در این مورد نقش فعالیت گروه های اجتماعی، مدرسه، روحانیون، پزشکان، مسئولین امور بهداشتی دولت و مهمتر از همه خانواده فرد و افراد مهم دیگری که در زندگی او نقشی دارند، باید به حساب آیند.

در حقیقت پیش گیری اولیه موضوع جدیدی است که به روانپزشکی اضافه شده و در زمینه بهداشت عمومی جایگاه ویژه ای دارد.

نقش درمانی داشته باشند. در طرح دیگر این افراد برای راهنمایی مادرانی که کودکانی در سالهای قبل از مدرسه داشته اند، تربیت شده اند.

◇ درمانی علائم

با پیشرفت بهداشت روانی در طول تاریخ، ابتدا کنترل بیماران روانی شدید مورد توجه قرار گرفت و معمولاً بیماران را از اجتماع خارج و به مؤسسات روانی می فرستادند. این مؤسسات امکان درمانی زیادی نداشتند و بیشتر مراقبتهای بدنی از بیمار بعمل می آمد. برداشت های خاصی موجب تصمیم به طرد بیماران روانی از اجتماع شده بود که می توان آنها را در زیر خلاصه نمود:

۱- این کیفیت به علت عدم شناسایی بیماریهای روانی بود و در نتیجه به بیماران روانی با سوءظن و عدم اعتماد نگاه می کردند.

۲- بیماران روانی برای خود و دیگران خطرناک شمرده می شدند و معتقد بودند که با توجه به مزاحمت و اشکالاتی که این بیماران ایجاد می نمایند خارج کردن آنها از اجتماع به نفع همگان است.

۳- این افراد را مبتلا به بیماری شدید و احتمالاً غیر قابل برگشت می دانستند که کار زیادی برای آنها نمی شد انجام دهند و در نتیجه بهتر بود که آنها را از اجتماع خارج سازند و منابع اجتماعی را در موارد امیدوار کننده ای مورد استفاده قرار دهند.

۴- بیماران روانی را رویهم فاقد عواطف نسبت به محیط خود می دانستند و از آنجا که آنها را دیوانه می خواندند، برایشان مهم نبود که چگونه با این افراد رفتار نمایند و رویهم معتقد بودند که درمانهای خشن باید نتایج بهتری داشته باشند.

پیشرفتهای اخیر، نظر عمومی را نسبت به کنترل این بیماریها تغییر زیادی داده است. اطلاعات بیشتری در مورد بیماریهای روانی به دست آمده و نسبت به افرادی که به نام بیمار روانی طبقه بندی می شوند، با ترس و سوءظن کمتری برخورد می شود. اگر چه این افراد بار زیادی از مشکلات را به دوش می کشند از افراد دیگر متفاوت نیستند. اشکال اساسی آنها آموزش ناچیز در رفتار است و چنانچه به آنها کمک شود به زمینه های بهتر رفتار تغییر خواهد یافت.

◇ روش های پیش گیری از بیماریهای روانی

همانطور که ذکر شد، پیشرفت بهداشت روانی از جنبه نگهداری به اصلاح علائم گرایده است و اینک ضمن اصلاح علائم به پیش گیری از بوجود آمدن بیماری نیز توجه می شود. یقیناً هیچکس نمی تواند ارزش پیش گیری از بوجود آمدن بیماری نیز توجه می شود. یقیناً هیچکس نمی تواند ارزش پیش گیری را انکار نماید ولی با توجه به محدودیت منابع باید به اصلاح علائم و چه تعداد



◇ پیش گیری ثانویه

Secondary Prevention پیش گیری ثانویه

به برنامه هائی گفته می شود که شامل تشخیص سریع و وادار نمودن به درمان و اصلاح رفتار هائی که با تطابق غلط یا افسرد خانواده یا جامعه بوجود آمده اند، می باشد. به این منظور تعیین وقوع Incidence بیماریها که عبارت از کشف مواردی که اولین بار مبتلا شده اند، نهایت اهمیت را دارد. مداخله در بحرانها و موارد حاد نیز در این محدوده قرار می گیرند. بررسی های علمی نشان داده اند که چنانچه در مورد عامل بیماری را و مکانیسم انتقال و انتشار بیماریهای مسری تحقیق شود و جنبه های مزبور کشف گردند، تحت کنترل در خواهند آمد. به عنوان مثال انجام بررسی های همه گیر شناسی در مورد تشخیص سریع و ریشه کن کردن سیفلیس در بعضی از کشورهای غربی ذکر می شود. مطالعات همه گیر شناسی همچنین می توانند در مورد شیوع مواردی که از تطابق ناجور رنج می برند اطلاعات لازم را کشف نمایند و در اختیار محقق قرار دهند. به عنوان مثال، این مطالعات نشان داده اند کسانی که از دانشگاه اخراج شده اند، کسانی که اخیراً طلاق گرفته اند، افراد بیه و افرادی که عقیم هستند، افرادی که از نظر فکری ضعیف هستند، افراد پیری که تنها زندگی می کنند، گروههای در معرض خطر جدی High risk groups می باشند و شیوع اختلالات روانی در آنها شایع تر می باشد.

مطالعات همه گیر شناسی مشخص می نمایند که به «چه چیز» و به «کجا» توجه کنیم وظیفه بعدی ما توجه کردن به این موارد و نقاط می باشد.

تنوع امکانات بهداشت روانی، طبقه بندی بیماران بر حسب نوع و شدت اختلال روانی موجب برگشت سریع تر بیماران به اجتماع می شود. مثلاً بستری شدن کوتاه مدت برای یک روز یا یک شب در بخشهای فوریت روان پزشکی شبانه روزی، ضمن برطرف کردن نیازهای موقعیتی بیماران امکان بازگشت سریع آنها را به جامعه فراهم می آورند.

«مراکز جامع مراقبتهای بهداشت روانی» امکان شرکت فعال افراد عادی جامعه را در طرح ریزی برنامه درمانی و پیش گیری فراهم می سازند و این خود بهترین برخورد با نیازهای اجتماعات مختلف می باشد. این افراد می توانند به عنوان داوطلبان غیر حرفه ای خدمات خود را ارائه دهند. جوابگویی به مشکلات و واکنشهای موقعیتی زودگذر کودکان نیز در این محدوده قرار می گیرد. به عنوان مثال، کنترل و مراقبت از کودکانی که به علت طلاق یا جدائی والدین از یکدیگر، دچار ضربه روانی شده اند و یا کشمکشهای ناشی از اختلالات قومی و تبعیضات نژادی رانیز می توان ذکر نمود.

یقیناً به کیفیت و بازدهی بهداشتی خواهد افزود. روشهای پیش گیری اولیه در تمام مراحل زندگی قابل اجراء می باشند. این روشها از مراقبتهای زنان باردار شروع و به صورت مراقبت از کودک در محیط خانواده و مدرسه در سنین اولیه کودکی ادامه می یابد. در دوران بارداری این روش ها به صورت جلوگیری از تولد کودکان نارس، جلوگیری از بیماریهای مادر که ممکن است تولید ضایعات مغزی در کودک نماید و جلوگیری از تظاهرات هیجانی در مادر، که از طریق مشاوره فوری روانپزشکی در صورت بروز عوامل استرس زا، انجام می گیرد.

راهنمایی مستقیم پزشک عمومی و یا بحث هائی که به وسیله مسئولین امور رفاهی و اجتماعی انجام میشود، سطح اطلاعات والدین را بالا می برد و پی می برند که تکامل سالم فرزندشان به مقدار زیاد با قدرت آنها نسبت به ارضای نیازهای اساسی او بستگی دارد. ایده آل این است که بخشها بیشتر در مورد تمایل به استقلال و وابستگی که بطور منافی در کودک در حال رشد و در مراحل مختلف تکامل وجود دارد، متمرکز شوند.

◇ «آموزشی» اساسی گروهی پیش گیری اولیه

«آموزش» را باید اساسی ترین روش پیش گیری اولیه دانست و به این منظور متخصصین بهداشت روانی با همکاری سایر گروهها مانند افرادی که در خدمات عمومی کار می کنند و حتی داوطلبین غیر حرفه ای به منظور گسترش اطلاعات بهداشت روانی باید همکاری نمایند.

از طرف دیگر، شرکت در فعالیتهای پیش گیری اولیه موجب ایجاد محبت و گسترش آموزش در این گروه خواهد شد که در پیشبرد و تسریع فعالیتهای پیش گیری نیز موثر خواهد افتاد. این فعالیتهای بطور غیر مستقیم به پیش گیری درجه دوم و سوم نیز کمک خواهد نمود.

آلبی Albee از متخصصین بهداشت روانی معتقد است که «هر چیز را که موجب بهبود وضع بشر گردد و بازدهی بیشتری ایجاد نماید و معنای بهتری به زندگی انسان بدهد، می توان به عنوان جزئی از روش های پیش گیری اولیه از اختلالات هیجانی به حساب آورد.»

براین اساس، مخصوصاً می توان از فرهنگ غنی اسلامی حداکثر استفاده را نمود. آموزش های اسلامی که به طور منطقی و واقع بینانه طرح ریزی شده اند در انسانها زیر بنای فطری دارند و در صورتی که به خوبی توجیه گردند توسط انسانهایی که توانسته اند بر تمایلات غریزی خویش غلبه نمایند، مورد پذیرش قرار می گیرند و عملاً هم در پیش گیری از اختلالات روانی واکنشی وهم در ایجاد رشد در حد فرد و اجتماع می توانند مؤثر باشند.

شدن دارند. پیش گیری نوع سوم Tertiary Prevention شامل در مان به وسیله بستری شدن این اختلالات است و هدفش این است که از مزمن شدن اختلالات روانی پیش گیری نماید و فرد را قادر سازد تا هرچه زودتر به خانه و اجتماع خود برگردد. در بسیاری از موارد بستری شدن می تواند در مراکز بهداشت روانی منطقه ای یا یک بیمارستان عمومی انجام شود. حتی هنگامی که افراد نیا به در مان در یک بیمارستان روان پزشکی منطقه ای دولتی را دارند» به بستری شدن کوتاه مدت و مراقبت پی گیری با برنامه دراز مدت» تاکید می شود. مسئولیت پی گیری در این موارد به طور مشترک به عهده خانواده بیمار و کادرهای بهداشت روانی می باشد. هدف اصلی این فعالیت «بازگشت مجدد فرد به جامعه و کار، با صرف حداقل وقت توسط کادر درمانی» می باشد.

◇ واحدهای وابسته به بخش روانپزشکی

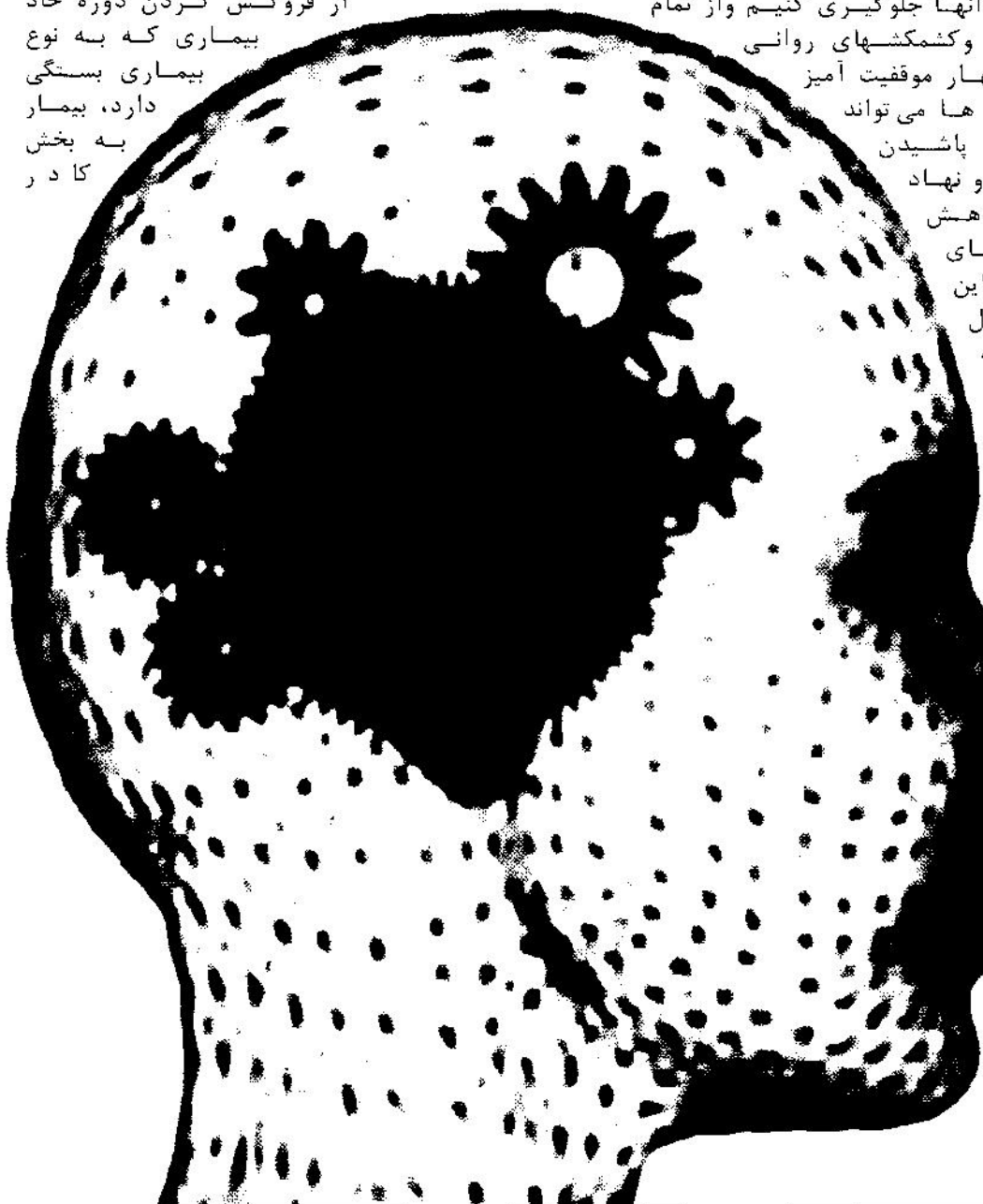
وقتی بیمار به بخش روانپزشکی معرفی شد پس از فروکش کردن دوره حاد بیماری که به نوع بیماری بستگی دارد، بیمار به بخش کادر

ایجاد واحد های اضطراری برای طیف وسیعی از مشکلات روانی و هیجانی مورد توجه واقع شده و در بعضی از ممالک به وجود آمده اند. این واحدها را نه تنها در مراکز بهداشت روانی، بلکه در بیمارستانهای عمومی می توان دایر نمود. این واحدها از طریق تهیه امکان تماس تلفنی می توانند نسبت به راهنمایی و کم به افرادی که با مشکلات اقتصادی، روانی، اجتماعی مختلف در گیر هستند وارد عمل شوند. اشکالات در ارتباطات بین فردی، کشمکشهای خانوادگی مسائل قانونی، تنهایی، دلنگی، سقط جنین و به طور کلی تمام مسائل بحرانی که به نوعی سلامت روانی و بازدهی فرد در معرض خطر قرار دهند، همگی مسائلی هستند که می تواند در این تماسهای تلفنی مطرح شوند و متخصصین مختلف راهنمایی لازم را بنمایند. در بعضی از ممالک تلفنی از طریق رادیو نیز بخش می شود و افرادی که مشکلات مشابهی دارند نیز جواب خود را دریافت می نمایند.

باید توجه داشت که به طور کلی مانمی توانیم از تمام بحرانها جلوگیری کنیم واز تمام فشارهای هیجانی و کشمکشهای روانی اجتناب نمائیم. مهار موفقیت آمیز کشمکشها و بحران ها می تواند منجر به از هم پاشیدن سازمان شخصیتی و نهاد های اجتماعی و کاهش بازدهی در رده های مختلف شود. بنابراین مداخله و کنترل بحرانها باید به عنوان یک جنبه جدی در پیش گیری ثانویه در نظر گرفته شود.

◇ پیش گیری

نوع سوم
علیرغم
دخالت در
بحرانها
و دیگر
روش های
پیش
گیری
ثانویه برخی
از افراد برای
کنترل اختلالات
روانی و اضطراری
شدید نیاز
به بستری





درمانی معرفی می شود و این بخشها به عنوان ارزیابی بیماران بستری به کار می روند. به تدریج میزان ساعات کار افزایش می یابد تا به میزان ۱۵ ساعت در هفته برسد. در طول بستری شدن، متخصص کار درمانی وضع عمومی بیمار را کنترل و به روانپزشک گزارش می نماید. چنانچه در مدت بستری بودن بیمار در بخش روانپزشکی، که معمولاً بین یک تا سه ماه متغیر است، قادر شود که به کار خود ادامه دهد، از بیمارستان مرخص و ضمن اشتغال به کار در محیط اجتماع به طور سرپائی تحت مراقبت روانپزشک خواهد بود.

در صورتی که بیمار قادر به کار در محیط معمولی اجتماع نباشد، به بیمارستان روزانه Day hospital معرفی می شود. این بیمارستانها عبارت از کارگاههایی هستند که معمولاً در کنار بیمارستانهای روانی ولی به طور مستقل به کار خود ادامه می دهند. در این کارگاهها انواع کارهای معمولی وجود دارند.

وبسته به میزان استعداد و کار قبلی و تمایل بیمار و همچنین با توجه به ارزیابی که در ضمن بستری در بخش روانپزشکی در کارگاه کار درمانی بخش روانپزشکی از بیمار شده است، کاری به ارجاع می شود.

کار بین ۲۰ تا ۳۰ ساعت در هفته متغیر است و معمولاً در هر کارگاهی ۳۵ تا ۴۰ نفر به کار اشتغال دارند. علاوه بر بیماران معرفی شده از بخش روانپزشکی، بیماران از بخش فوریت های روانپزشکی، درمانگاه های روان پزشکی و نیز توسط پزشکان عمومی و مسئولین بهداشتی و اداره کار

نیز به این کارگاهها معرفی می گردند. مسئولیت اداره و نظارت بر این کارگاهها به عهده یک روانپزشک می باشد و روانشناس بالینی و متخصصین کار درمانی و پرستار روانی و مددکار اجتماعی نیز با او همکاری می نمایند.

در بعضی از ممالک از جمله انگلستان تامدتی پیش چنانچه بیمار بیش از یکسال نیاز به نوتوانی داشت، او را به واحدی دیگر به نام مرکز نوتوانی Rehabilitation Center معرفی می کردند و در صورت لزوم، بیمار تا پایان عمر در این واحد تحت پی گیری قرار می گرفت. بررسیهای انجام شده نشان داد که نیازی به ایجاد واحد جدیدی به نام مرکز نوتوانی نیست و گسترش بیمارستان های روزانه روان پزشکی عملاً می توانند کار مرکز نوتوانی را انجام دهند.

چنانچه بیمار نیاز به دریافت دارو دارد می تواند داروی خود را از این مراکز دریافت نماید و چنانچه نیاز به دریافت دارو ندارد، فقط از طریق اشتغال به کار و سرگرمی تحت نوتوانی قرار خواهد گرفت. کارگاههای حمایت شده، واحد های دیگری هستند که هرگاه بیمار قدرت کار بیشتری پیدا کرده است، می تواند در آنجا اشتغال یابد. در این کارگاهها تسهیلات بیشتری از کارگاههای معمولی وجود دارند. و با توجه به محدودیتهای بیمار، کار متناسب به او ارجاع میگردد. در تمام موارد، در صورتی که بیمار قدرت کار در بازار آزاد را بیابد، توسط مددکار اجتماعی برای او کاریابی می شود. به هر علت که علائم بیماری عود یا تشدید یابند، کنترل روانپزشکی بیشتری صورت خواهد پذیرفت و به صورت سرپائی یا بستری علائم مهار خواهند شد و مجدداً بیمار از سیکل فوق استفاده خواهند نمود. در این سیستم، نیازها، محدودیتهای و امکانات بیمار به طور واقع بینانه مورد توجه قرار می گیرند و در صورت بروز هرگونه تغییر وضع، برنامه معقول و منطقی برای او در نظر گرفته می شود. در کارگاه های نوتوانی، بیماران مزد دریافت می دارند و خانواده آنها توسط مددکار اجتماعی بررسی می شود و در صورتی که مزد بیمار تکافوی مخارج آنها را ننماید، از طریق مراکز رفاهی به آنها کمک می شود و آسایش فکری بیمار و خانواده اش تامین می گردد.



بیماران پیوندی در کشورهای چک و اکراین

مترجم: مهشید عابدین خان
منبع: ژورنال WTGF

◆ فعالیت بیماران پیوندی در جمهوری چک

در سپتامبر ۱۹۸۹، انجمن دیالیز و بیماران پیوندی تأسیس شد، هدف اصلی این انجمن مدنی ارتقاء کیفیت کلی زندگی بیماران پیوندی و دیالیزی و خانواده آنها بود. از آن زمان به بعد این تشکیلات در حمایت و حفاظت بیماران در برابر بروکراسی موجود در دستگاههای دولتی و در مسافرتهايشان بسیار مفید بود. زیرا قبل از ایجاد

سازمان بدست آوردن شناسنامه و مسافرت غیر ممکن بود و در بسیاری زمینه های دیگر که هیچ مشکلی را برای افراد سالم ایجاد نمی کرد، موانع بر طرف نشدنی را برای افراد مبتلا به بیماریهای کلیوی بوجود می آورد.

این انجمن، مجله ای منتشر کرد که در آن مقاله هایی چاپ می شود که توسط متخصصین

وبیماران درباره موضوعهای مفید مثل دیدگاههای اجتماعی،

محدودیتهای غذایی، استفاده از تجربیات یکدیگر برای کمک به تازه وارد این نوشته شده است و به ادامه فرآیند دیالیز کمک کرده و جنبه های مثبتی را در زندگی بیماران بوجود آورده و فرآیندهای پیوند را توضیح می دهد. در مرکزی که توسط انجمن دیالیز تأسیس شده، بیماران دیالیزی می توانند تعطیلات خود را بگذرانند، تحت نظر کادر پزشکی خدمات درمانی دریافت و همراه با خانواده های خود از این امکانات استفاده کنند. زندگی

بیمار بعد از پیوند در مقابل زندگی بیماران دیالیزی، بسیار آسانتر است، زیرا یک پیوند موفق مانند بلیط برگشت به زندگی "طبیعی" است.

چندین سال قبل، یک باشگاه ورزشی برای قهرمانان دیالیزی و پیوندی تأسیس شد. این باشگاه، رویدادهای ورزشی را در



مکانهای مختلف در جمهوری چک، سالی دو بار سازماندهی می کند. اعضاء این باشگاه ورزشی سفری نیز به ایتالیا داشته اند که یک موفقیت باور نکردنی برای بیماران دیالیزی بود که فرصت یافتند تا برای اولین بار در زندگیشان در دریای مدیترانه شنا کنند.

در این کشور تقریباً ۳۰۰۰ بیمار پیوندی وجود دارد که از این تعداد بیش از ۲۲۰۰ دریافت کننده کلیه، تقریباً ۳۶۰ دریافت کننده قلب، ۲۵۰ دریافت کننده کبد و تقریباً ۸۰ دریافت کننده لوزالمعده هستند و تقریباً ۳۰۰۰ پیوند قلب در ۷ کلینیک در سراسر کشور در سال ۱۹۹۹ انجام شده است.

❖ وضعیت پیوند در اوکراین

جراحان پیوند در تمام دنیا می دانند که اولین پیوند کلیه انسان در اوکراین در سال ۱۹۳۳ انجام شد. در کشور اوکراین با وجود نیاز به ۲۵۰۰ الی ۳۰۰۰ پیوند در هر سال، سالانه ۱۰۰ الی ۱۲۰ پیوند کلیه به وسیله ۴ مرکز انجام می شود.

مرکز پیوند Zaprozhye

در کلینیک بیمارستان دانشکده

پزشکی Zaprozhye در سال ۱۹۹۲

افتتاح شد. اولین پیوند کبد در اوکراین در این مرکز و در سال ۱۹۹۴ انجام شد. این مرکز، یک بخش دیالیز بسیار مجهز دارد که در آن بیش از ۱۰۰۰۰ دیالیز سالانه انجام می شود و سالانه نیز ۵۰-۴۰ پیوند کلیه انجام می شود. مجموع پیوند ها ۳۱۰ پیوند کلیه، ۸ پیوند کبد، یک پیوند لوزالمعده، همراه با پیوند کلیه و ۱۸۰ پیوند سلول B در افراد مبتلا به دیابت است. در اوکراین مشکلات مهمی در پیشرفت اهداء عضو وجود دارد، تا سال ۱۹۹۹ اهداء توسط آموزش و سفارشات وزارت خدمات بهداشت عمومی معین

می شد. در هنگام مرگ از لحاظ زیست شناسی برداشتن اعضاء بدون مشورت با خویشاوندان مجاز بود. در سال ۱۹۹۹ پارلمان لایحه پیوند عضو را تصویب کرد که بر طبق این لایحه رضایت اجباری خویشاوندان هنگامی که مرگ از لحاظ زیست شناسی رخ می دهد، مورد نیاز می باشد.

این مسئله موجب کاهش تعداد افراد الاقمند به اهداء عضو گردید. از دیگر عوامل مهم در کاهش پیوند، کمبود بودجه دولتی است. ۸۰ درصد دریافت کننده پیوند در این کشور وجود دارد و معاینه های پزشکی در باره شرایط دریافت کنندگان توسط مشاورین مرکز فسوق الذکر انجام می شود. طی سال اول کنترل معاینه ساندیمون انجام می شود. اگر پیوند دفع شد بیمار به بیمارستان منتقل می شود تا آزمایش های کامل انجام شود.

در سال ۱۹۹۴ گروهی از مردم که در مرکز پیوند Zaprozhye پیوند کلیه دریافت کرده بودند انجمن دریافت کنندگان عضو OLPO را تأسیس نمودند این انجمن یک سازمان عمومی است که شهروندان اوکراینی، دریافت کنندگان پیوند و آنهایی که منتظر پیوند هستند را شامل می شود و در حال حاضر ۱۵۰ عضو دارد. که این اعضا و خانواده های آنها از انجمن کمک مالی و قانونی دریافت می کنند.

در زمینه تهیه دارو نیز به اعضاء انجمن کمک می شود. OLPO با انجمن های دیگر کشور ها مثل ترتیو ایتالیا ارتباط داشته و عضو فدراسیون جهانی با اعضای افراد پیوندی (WTGF) می باشد.

شیر مادر موهبتی برای نوزادان

ترجمه: میر بهاء

منبع: از شماره سوم سال 2003 Health Journal

شش ماهگی به هیچ غذای دیگری و حتی آب نیاز ندارند زیرا شیر مادر کلیه نیازهای تغذیه ای نوزاد را برآورده می کند. همچنین اکنون مشخص شده که نوزادانی که با شیر مادر تغذیه شده اند از ضریب هوشی بالاتری برخوردارند.

◇ مزایای شیر مادر برای نوزاد

هر زمان که نوزاد نیاز داشته باشد، در اتوبوس، هواپیما، صحرا یا جنگل شیر آماده برای ارائه است به هیچ گونه آماده سازی نیاز نداشته و با درجه حرارت مناسب، کاملاً اقتصادی بدون هیچگونه آلودگی، ترش یا بریده شدن در دسترس نوزاد است.

* دارای کالری لازم، پروتئینی مناسب نوزاد، هیدرو کربنات، چربی، ویتامین، مواد معدنی و آنزیم های لازم است.

* دارای مواد ضد عفونی زائی مثل IgA، Lymphocytes، Macrophages، Lactoyemin، Lysogyme بوده و از عفونت های حاد تنفسی، گوش میانی، بیماریهای اسهال پیش گیری می نماید.



تغذیه کودک از پستان یک موهبت خدادادی است. شیر مادر سیالی معجزه آسا و حیات بخش بیولوژیکی است که با ترکیبات منحصر بفرد برای نوزاد تولید میشود.

شیری طی چند روز پس از تولد نوزاد ایجاد می شود «کلوستروم» است که مایعی غلیظ چسبناک و زرد رنگ است همین مایع دارای مواد تغذیه ای بسیار بالا و عناصر متعدد ضد عفونی کننده است این شیر (آغوز) مقاومت نوزاد را در مقابل انواع عفونت ها و بیماریها افزایش می دهد. نوزادان به منشاء این بانک شیر محکم می چسبند و هر بار که پستان مادر رامی مکد اعصاب منتهی به نوک پستان را به تحرک وامیدارد. این عصب ها به مغز منتقل شده و مغز فرمان آزاد شدن هورمونهای Prolactin و oxytocin را صادر می کند.

Prolactin از طریق جریان خون به پستان رسیده و تولید شیر را به جریان میاندازد. این عکس العمل هورمون Prolactin است. اگر کودک از مکیدن نوک پستان مادر خودداری کند دیگر شیر ایجاد نخواهد شد. شیر دادن طی شب میزان شیر را افزایش میدهد زیرا هر شب Prolactin بیشتری نهفته است. از طرف دیگر هورمون oxytocin مسئول ایجاد انقباض در سلول های عضلات بافت پوششی حفره های شیری و نتیجتاً بیرون ریختن شیر و فوران شیر از پستان به دهان نوزاد است. نگاه به نوزاد، صدای او و حتی احساس عاشقانه مادر به نوزادش کافی است که هورمونهای oxytocin را به تحرک و دارد.

یک دلیل متداولی که مادران برای عدم تغذیه کودکان با شیر خود ارائه می دهند آنست که می گویند شیر کافی نداشته اند. کمبود شیر در مادر به آن دلیل است که به نوزاد اجازه داده نشده به قدر کافی پستان مادر را بمکد.

شیر مادر تحت هر شرایطی بهترین غذا برای نوزاد است و هیچ غذای دیگری طی ۴-۶ ماهگی برای وی ضرورت ندارد. در واقع بیمارستانهای دوستدار کودک که به ابتکار صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) و سازمان بهداشت جهانی (WHO) ایجاد شده معتقدند تغذیه منحصر به فرد با شیر مادر تا شش ماهگی همه نوزادان می باید مورد حمایت قرار گیرند. نوزادان تا



نوزاد را تغذیه نمود. نباید برای شیر دادن به نوزاد زمان بندی کرد و یا براساس ساعت به پیش رفت. می باید هر زمان که نوزاد در خواست می کند و تاوقتی که مایل به مکیدن است به او شیر داده می شود.

هر بار چه مدت می باید شیر داده شود؟

بعضی از نوزادان بین ۵ تا ۱۰ دقیقه سیر می شوند ولی بعضی ها دیرتر و می باید اجازه داد تا نوزاد خودش مدت شیر خوردن را مشخص کند

چگونه می باید شیر داد؟

ابتدا می باید شیر یک پستان را کامل به نوزاد داده و سپس نوزاد را از پستان دیگر شیر داد. زیرا شیر اول Foce mille برای رفع عطش بوده و شیر دوم Hind mille برای رفع گرسنگی نوزاد است. لازم است نوزاد برای بهترین رشد هر دوشیر را بطور کامل در یافت کند.

شیر اول آبکی مغذی و از حیث پروتئینی غنی است و در آغاز شیر دادن تولید می شود. به همین دلیل است که نوزادان دیگر نیاز به آب یا مایعات ندارند.

شیر دوم از مرحله بعدی شیر دادن تولید شده و شامل چربیها می باشد. این شیر خامه ای است و نوزاد را سیر می کند و

*از چاقی جلوگیری می کند
*از بروز آلرژی و بیماریهای دیابتی و قلبی
ممانعت به عمل می آورد

*از hypocalcaemia, hyporagnisaemia در آینده جلوگیری می کند.

*به رشد دندانها و آرواره ها کمک می کند.

*دارای ترکیباتی نظیر اسیدها است که موجب رشد مغز و شبکه چشم میگردد.

*خطر سندرم مرگهای ناگهانی نوزادان را کاهش می دهد.

◇ **مزایای شیر دادن با پستان برای مادران**

موجب کاهش وزنی که در دوران زایمان ایجاد شده می شود، تولید شیر روزانه بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ کالری می سوزاند. برای مصرف این میزان کالری می باید ۳۰ دور شنا کرده و یا یک ساعت پیاده روی سریع نمود. بنظر می رسد شیر دادن با پستان راه ساده تری برای کاهش وزن باشد.

Oxytocin ایجاد شده در نتیجه مکیدن پستان مادر توسط نوزاد موجب انقباض های درون رحم شده و از خونریزیهای بعد از زایمان ممانعت بعمل می آورد.

منحصراً شیر دادن از راه پستان به نوزاد موجب به تعویق افتادن تخمک گذاری می شود.

این روش در صورتیکه مادر صرفاً از راه پستان به کودک شیر دهد (بدون استفاده از بطری یا شیر های کمکی) ۹۹ درصد موفقیت آمیز است. به هنگام استفاده از روش های مؤثر ضد بارداری نیازی به متوقف کردن تغذیه نوزاد با شیر مادر نیست. میتوان با روش های مطمئنی مثل استفاده از IUD استفاده از قرص های پروژسترون و یا ذخیره سازی های زیر پوستی پروژسترون به اینکار اقدام نمود.

شیر دادن از راه پستان منجر به کاهش خطر سرطان های سینه در دوران قبل از یائسگی، تخمدان و سرطان رحم می شود. تماس بدن با بدن مادر و نوزاد و نزدیکی ایجاد شده به دلیل شیر دادن از راه پستان منجر به پیوند های عاطفی عمیق تری بین مادر و نوزاد می شود. تغذیه با شیر مادر از کی می باید آغاز کرد؟

بلافاصله بعد از تولد و در واقع یک ساعت پس از آن می باید تغذیه نوزاد را از راه پستان آغاز کرد زیرا نوزاد حدوداً دوساعت بعد از تولد خواب آلوده میشود.

چند بار در شبانه روز می باید نوزاد را تغذیه نمود؟

طی شبانه روز می باید ۸ بار یا بیشتر



می کنند. مادر می باید طی شب هر چند بار که ممکن باشد نوزاد را شیر بدهد تا تولید پرولاکتین و نتیجتاً تولید شیر به جریان بیافتد. مادر می باید قبل از رفتن به سر کار نوزاد را شیر بدهد و بمحض بازگشت و در صورت امکان طی ساعاتکار نیز با گرفتن مرخصی کوتاه نوزاد را با پستان تغذیه کند.

◇ مزایای شیر مادر برای پستان

از لحاظ اقتصادی به نفع پدران است زیرا مجبور نخواهند بود شیر های خشک گرانقیمت را برای نوزاد خود خریداری کنند. بدلیل تغذیه نوزاد از شیر مادر خطر بیمار شدن نوزاد کاهش یافته و هزینه مراقبت های پزشکی نیز پائین خواهد آمد. برای کسانی که به حفظ محیط زیست علاقمند هستند باید گفت که تغذیه نوزاد با شیر خشک نیازمند بطری پلاستیکی، پستانک برای سر بطری، قوطی شیر خشک، کارتون های شیر خشک، و خدمات مربوط به بسته بندی و حمل و نقل است که از میان بردن کلیه این مواد زائد کار آسانی نیست. آنانی که نگران مواد شیمیایی و PCB های احتمالی موجود در شیر مادر هستند باید بدانند که شیر گاو هم در معرض آلودگی به چنین موادی می باشد ولی هنگامیکه ماردی تغذیه نوزاد با شیر خشک را ترجیح می دهد نه تنها یک ماده مصنوعی کم ارزش تری که هیچ گونه خواص محافظتی در مقابل بیماریها ندارد را جایگزین شیر خود نموده بلکه هزینه های مربوط به سلامت خود و نیز آلودگی محیط زیست را نیز افزایش داده است.

نهایتاً آنکه تغذیه نوزاد از راه پستان نه تنها به نفع نوزاد، مادران و همچنین پدران است بلکه به نفع کل سیاره مامی باشد.

بنابراین شاید کاملاً منصفانه باشد که تغذیه از راه پستان را بهترین نوع تغذیه نوزاد بدانیم. این امر صرفاً یک انتخاب شیوه زندگی نبود، بلکه تصمیم با ارزشی است که برای ارتقاء و استمرار سلامتی در طول زندگی گرفته می شود.

بهمین دلیل موجب افزایش وزن نوزاد می شود و ضروری است.

نحوه قرار گرفتن مادر برای شیر دادن به نوزاد و وصل شدن مادرو نوزاد بیکدیگر بسیار مهم است. بمنظور آنکه تغذیه نوزادان با شیر مادر به بهترین وجه صورت بگیرد لازم است مادران پیش از ترک بیمارستان روش صحیح شیر دادن به نوزاد خود را به خوبی فراگیرند.

چگونه باید از سیر شدن نوزاد مطمئن شد؟

هرگاه نوزاد پس از خوردن شیر براحتی بخوابد، روزی ۶ بار (یا بیشتر) ادرار کند و ماهانه حدود ۵۰۰ گرم به وزنش اضافه شود معلوم میشود از تغذیه کافی برخوردار است. نوزادی که صرفاً از راه پستان تغذیه شود غالباً لینیت مزاج دارد کاین امر طبیعی است.

◇ تغذیه نوزاد در شرایط ویژه

بعضی از نوزادان نیاز به بستری بودن و مراقبت های ویژه (ICU) دارند می باید تا آنجا که کمکی است هر روز چندین بار توسط مادر در آغوش گرفته شده و اگر قادر به مکیدن شیر از پستان نباشد شیر مادر را که بصورت دوشیده فراهم شده با قاشق، سرنگ و حتی در مواردی که لازم باشد از طریق لوله های بینی به نوزاد خورانید. نوزادانی که دچار مشکلات پزشکی مثل سندرم، شکاف در سق دهان، یا بیماریهای قلبی و غیره می باشند ممکن است به راحتی نتوانند عمل مکیدن شیر را انجام دهند. برای این نوزادان نیز شیر دوشیده شده مادر کماکان بهترین انتخاب است.

شیر مادری که نوزادش پیش از موعد تولد یافته Pumatune شیر کامل نشده است.

که برای چنین نوزادی بیشتر مناسب می باشد. این شیر با شیر تکمیل شده متفاوت است ولی مکیدن شیر از پستان مادر و هضم این شیر برای نوزاد نارس به مراتب سهل تر است تا مکیدن شیر از بطری شیر. مزایای دیگر عبارتند از ایجاد ایمنی بیشتر، کاهش خطر پیچیدگی روده، کاهش خطر عفونت ها و زودتر مرخص شدن از ICU.

◇ مادران شاغل

مادران شاغل می توانند چند روز پیش از آغاز مجدد کار خود با فنجان و یا قاشق شیر دوشیده خود را به نوزاد خود بدهند مادران این شیر دوشیده شده را در ظرف مناسبی برای تغذیه نوزاد طی مدت زمانی که از وی دور هستند فراهم

اهدا 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.

کد	نام و نام خانوادگی	کد	نام و نام خانوادگی	کد	نام و نام خانوادگی
۶۸	سارا پروچردی	۳۴	سارا پروچردی	۲۴۰۰	ستاره علی رضایی فر
۶۹	الهام پرویزی	۳۵	سارا پروچردی	۱	ترگل علی رضایی فر
۷۰	ایمان عنایتی	۳۶	سارا پروچردی	۲	علی رضا خلیل پور
۷۱	امیر یاری	۳۷	سارا پروچردی	۳	فرشاد کریمی
۷۲	عباس امرالهی	۳۸	سارا پروچردی	۴	آرزو مجاوریان
۷۳	افشین امرالهی	۳۹	سارا پروچردی	۵	ندا معزز
۷۴	الناز ششگلانی	۴۰	سارا پروچردی	۶	محمدرضا سید محمدی
۷۵	علی ذوالقدر	۴۱	سارا پروچردی	۷	علی یعقوبی
۷۶	علی ذوالقدر	۴۲	سارا پروچردی	۸	رضا محمدی
۷۷	سید محمدعلی اکبری	۴۳	سارا پروچردی	۹	امیرعلی کلباسی
۷۸	معمود مهرزاد	۴۴	سارا پروچردی	۱۰	مهرزاد مهر
۷۹	نصرت حوسینی	۴۵	سارا پروچردی	۱۱	مهدی مهر
۸۰	محمدعلی تبریزی	۴۶	سارا پروچردی	۱۲	مهدی مهر
۸۱	احمد حسینی خدایی	۴۷	سارا پروچردی	۱۳	محمدرضا تابش
۸۲	حسن عین آبادی	۴۸	سارا پروچردی	۱۴	سحر ثابت نیا
۸۳	حسن عین آبادی	۴۹	سارا پروچردی	۱۵	سید فریمان هاشمی علی
۸۴	سید حجت الله حسن نیک	۵۰	سارا پروچردی	۱۶	مرویس خدایار
۸۵	رضا محمدی	۵۱	سارا پروچردی	۱۷	حسین منصوب
۸۶	رضا محمدی	۵۲	سارا پروچردی	۱۸	محسن صالحی
۸۷	رضا محمدی	۵۳	سارا پروچردی	۱۹	حسین سلطان
۸۸	رضا محمدی	۵۴	سارا پروچردی	۲۰	فاطمه زاکری
۸۹	رضا محمدی	۵۵	سارا پروچردی	۲۱	راوند دریا بیگی
۹۰	رضا محمدی	۵۶	سارا پروچردی	۲۲	مهدی میر عظیمی قصه
۹۱	رضا محمدی	۵۷	سارا پروچردی	۲۳	محمود قمبری
۹۲	رضا محمدی	۵۸	سارا پروچردی	۲۴	نصرت حبیبی
۹۳	رضا محمدی	۵۹	سارا پروچردی	۲۵	ایمان ادب آزاد
۹۴	رضا محمدی	۶۰	سارا پروچردی	۲۶	اکبر مختاری مابینی
۹۵	رضا محمدی	۶۱	سارا پروچردی	۲۷	حسین شیرزاد
۹۶	رضا محمدی	۶۲	سارا پروچردی	۲۸	شیوا و قادر
۹۷	رضا محمدی	۶۳	سارا پروچردی	۲۹	فرزانه عبداللهی
۹۸	رضا محمدی	۶۴	سارا پروچردی	۳۰	بهرام دمنده
۹۹	رضا محمدی	۶۵	سارا پروچردی	۳۱	محسن افرا
۳۵۰۰	زهرا رحیمی	۶۶	سارا پروچردی	۳۲	هانیه کسمانی
		۶۷	سارا پروچردی	۳۳	باسمن برادران

خاص
بهار ۱۳۸۳
صفحه ۳۸

پنجاه یاور

طبق معمول هر شماره نشریه، در این صفحه از تمام کسانی که به نحوی به بنیاد یاری رساندند، تقدیر به عمل می‌آید. 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.

ردیف	نام و نام خانوادگی	ردیف	نام و نام خانوادگی
۱	عبدالنبی سلیمان فر	۱۴	ماتا تورزاد
۲	اللهه فرجی	۱۵	احترام مرنندی
۳	پروین مهربانی رودشتی	۱۶	خدیجه فریدون
۴	سیده مینا شادشکانتی	۱۷	هزامتجربی
۵	داریوش شهریاری	۱۸	مهناز نیک خوه
۶	علیاس علیرضا فر	۱۹	هره
۷	حمیرا احسانخس	۲۰	حاجه
۸	شیرین نیکو	۲۱	فرشته
۹	رویا خواجه	۲۲	فرشته
۱۰	فرشته	۲۳	فرشته
۱۱	فرشته	۲۴	فرشته
۱۲	فرشته	۲۵	فرشته
۱۳	فرشته	۲۶	فرشته
۱۴	فرشته	۲۷	فرشته
۱۵	فرشته	۲۸	فرشته
۱۶	فرشته	۲۹	فرشته
۱۷	فرشته	۳۰	فرشته
۱۸	فرشته	۳۱	فرشته
۱۹	فرشته	۳۲	فرشته
۲۰	فرشته	۳۳	فرشته
۲۱	فرشته	۳۴	فرشته
۲۲	فرشته	۳۵	فرشته
۲۳	فرشته	۳۶	فرشته
۲۴	فرشته	۳۷	فرشته
۲۵	فرشته	۳۸	فرشته
۲۶	فرشته	۳۹	فرشته
۲۷	فرشته	۴۰	فرشته
۲۸	فرشته	۴۱	فرشته
۲۹	فرشته	۴۲	فرشته
۳۰	فرشته	۴۳	فرشته
۳۱	فرشته	۴۴	فرشته
۳۲	فرشته	۴۵	فرشته
۳۳	فرشته	۴۶	فرشته
۳۴	فرشته	۴۷	فرشته
۳۵	فرشته	۴۸	فرشته
۳۶	فرشته	۴۹	فرشته
۳۷	فرشته	۵۰	فرشته

تاسا

سرطان

فعالیت بدنی و عملکرد ایمنی بدن

سمیه نامدار، دکتر فرهاد رحمانی نیا
دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه گیلان

رکتوم ندارد، زیرا رکتوم فقط قبل از تخلیه،
متناوباً از مواد دفعی پر می شود (۴).

◇ سرطان های دستگاه تولید مثل در زنان

سرطان سینه شایع ترین سرطان ریپروداکتیو
است که مطالعات زیادی روی
آن انجام شده است. نتایج
چند تحقیق برگزیده نشان
می دهد که فعالیت بدنی
ممکن است، موجب کاهش
خطر ابتلا به سرطان سینه
شود. اما متأسفانه اطلاعات
مربوط به دیگر سرطان های
ریپروداکتیو محدود است.
در مطالعه ای در که سال
۱۹۹۵ روی زنان ۳۵ تا ۶۵ سال
انجام گرفت، نشان داده شد که
فعالیت بدنی در زنان مسن تر
همیشه این گونه نیست. با این
حال، مکانیزم چگونگی کاهش
خطر سرطان سینه از طریق
فعالیت بدنی در هاله ای از ابهام
قرار دارد (۷).

◇ سرطان های دستگاه تولید مثل

در مردان

پروستات از شایع ترین سرطان
های ریپروداکتیو در مردان است. در
چند تحقیق انجام شده در مورد اثر
فعالیت بدنی بر کاهش ابتلا به سرطان
های ریپروداکتیو که ۹۰ درصدشان
پروستات را مورد بررسی قرار داده
بودند، نشان داده شد که در مردان غیر
فعال، خطر ابتلا ۱/۳ تا ۱/۹ برابر بیش تر
است (۶).

مقاله حاضر مروری بر پژوهش های انجام شده
در مورد آثار فعالیت بدنی بر انواع سرطان، چه
در پیشگیری از ابتلا. چه در بهبود و توانبخشی
بیماران است. در این مقاله، پس از تشریح اثر
فعالیت بدنی بر انواع سرطان، به مکانیزم های
احتمالی تأثیر فعالیت بدنی بر سیستم ایمنی بدن
می پردازیم و در پایان، هدف های توانبخشی را به
طور اجمالی مرور می کنیم.

◇ سرطان روده بزرگ

سرطان روده بزرگ دومین عامل مرگ آفرین
در آمریکاست. عوامل خطر ساز در آن، رژیم
سرشار از گوشت قرمز، چربی حیوانی، و مصرف
کم سبزیجات و میوه است. شواهد علمی نشان می
دهد که بین فعالیت بدنی (شامل فعالیت شغلی
و تفریحی) و سرطان روده بزرگ رابطه معکوس
وجود دارد، البته نتایج متناقضی هم دیده می شود
که این تناقض ناشی از محدودیت های تحقیقاتی
در زمینه ثبت میزان فعالیت بدنی و فعالیت شغلی،
و در سطح کلی فعالیت های روزانه آزمودنی های
مورد بررسی است. ولی به طور کلی، پژوهشگران
نسبتاً مطمئن هستند که بی تحرکی، ارتباط
مستقیمی با افزایش خطر ابتلا به سرطان روده
بزرگ دارد (۴).

◇ سرطان رکتوم

به طور کلی اطلاعات به دست آمده این موضوع
را مطرح می کند که فعالیت بدنی و سرطان رکتوم
با یکدیگر ارتباط ندارند. از آن جایی که رکتوم
ادامه روده بزرگ است، اغلب تصور می شود که
فعالیت بدنی به همان اندازه که روی روده بزرگ
تأثیر می گذارد، باید روی سرطان رکتوم نیز مؤثر
باشد. اما چنین نیست و هرچند فعالیت بدنی
ممکن است زمان انتقال مواد دفعی را در روده
بزرگ کوتاه کند، ولی اثری بر زمان انتقال در

های روده بزرگ و دستگاه تولید مثل گزارش شده است که خطر ابتلا به سرطان پوست در شناگران که بیش تر از دیگران در معرض تابش بیش از حد اشعه ماورا بنفش هستند، بیش تر است. اما فریش و همکارانش دریافتند که شروع سرطان رنگدانه های پوست و سرطان کل پوست در ورزشکاران و غیر ورزشکاران تفاوتی ندارد. اما تذکر دادند که آزمودنی های آنها بیش تر روزهای سال را داخل سالن، تمرین میکردند (۱).

مصرف نادرست استروئید ها در قهرمانان، یکی دیگر از تهدیدهاست. همچنین دوپینگ دراز مدت با مقادیر زیاد اندروژن ها هم گاهی سبب سرطان کبد می شود (۱).

از سوی دیگر، پژوهشگران ضربه یا ترومای ناشی از ورزش را یکی از علل تومور و سرطان های بیضه می دانند. افزایش تقسیم سلولی پس از صدمه می تواند، احتمال متاپلازی (دگر سازی) را افزایش دهد. همچنین، فعالیت شدید ممکن است عملکرد سلول های کشنده طبیعی را محدود سازد. استفاده از مواد شیمیایی که برای ضد آب ساختن زمین اسب و دوچرخه به کار می رود نیز در ابتلا به این سرطان نقش دارد (۱). در پژوهشی که در سال ۲۰۰۰ انجام شد، گزارش کردند که فعالیت بدنی، سطوح تستوسترون را متوقف می سازد و حتی ممکن است خطر ابتلا به سرطان پروستات را کاهش دهد. (۸).

◆ مکانیزم های مؤثر در زمینه ارتباط ورزش و سرطان

پژوهشگران برای توجیه تأثیر مثبت فعالیت بدنی در کاهش ابتلا به سرطان در انسان، مکانیزم های گوناگونی مطرح کرده اند که عبارتند از:

۱. ورزش از طریق کاهش چربی بدن و پیشگیری از چاقی می تواند، خطر ابتلا به سرطان را کاهش دهد. چاقی

◆ سرطان ریه

اگرچه نشان داده شده است که فعالیت بدنی اثری مفیدی روی خطر ابتلا به بعضی انواع سرطان دارد، اما اثر آن روی سرطان ریه هنوز کاملاً مشخص نیست. همچنین در تحقیقات مربوط به توموری ریوی و برونش مشاهده شده است که اثر عاداتی مثل سیگار کشیدن مؤثر تر از بی تحرکی است. از سوی دیگر، گزارش شده است که خطر ابتلا ممکن است به طور معنی داری با مصرف انرژی ۱۲۶۰۰ کیلو کالری در هفته پایین باید. این میزان برابر با حدود ۸ ساعت در هفته ورزش با شدت متوسط است (۵).

نکته دیگر این که تمرینات شدید نفی شده اند برای مثال تحقیقی در سال ۱۹۶۶ در انگلستان نشان داد که تمرین شدید، به علت فشار اکسیداتیو که روی DNA ایجاد می کند، باعث افزایش خطر سرطان ریه و پیری زود رس خواهد شد. (۱۰).

◆ سرطان های دیگر

هلن براک و اوردر در سال ۱۹۹۱ و ۱۹۹۷ موش های آزمایشگاهی را پیش و پس از کاشت تومور سرطانی به تمرین سبک واداشتند و مشاهده کردند که اندازه ورشد تومور کاهش معنی داری یافت. همچنین، در برابر تأثیر مطلوب فعالیت بدنی بر سرطان

سلول‌های NK نیازمند آنتی ژن‌های تومور نیستند. فعالیت شدید با افزایش مقدار انتشار لنفوسیت‌های T، بلافاصله بعد از تمرین، مرتبط است (افزایش ۵۰ تا ۱۰ درصدی) که احتمالاً توسط اپی نفرین تحریک می‌شود. مانند سلول‌های NK، این افزایش موقتی است و حدود ۳۰ دقیقه بعد از تمرین جریان لنفوسیت‌های T به مقدار زیادی ایجاد می‌شود که ممکن است تحت تأثیر کورتیزول باشد.

گروه سوم سلول‌های مهم سیستم دفاعی بدن منوسیت‌ها هستند که از مکانیزم بیگانه‌خواری برخوردارند. منوسیت‌ها سلول‌هایی هستند که در مغز استخوان تولید می‌شوند و در پاسخ به تمرینات موقت، بدون توجه به شدت و مدت، در جریان خون محیطی به طور موقت افزایش می‌یابند.

تمرینات کوتاه مدت با شدت بالا، اثری روی تعداد منوسیت‌ها یا ماکروفاژهای تیراوش شده در حفره‌های التهابی ندارد. اما فعالیت بسیار شدیدی که بیش از چند روز متوالی ادامه یابد، ممکن است تعداد این سلول‌ها را تا بیش از ۵۰ درصد

یکی از عوامل ایجاد کننده برخی از سرطان‌ها مانند: سرطان مخاط رحم، سرطان سینه و سرطان روده بزرگ تلقی می‌شود.

۲. ورزش می‌تواند، میزان برخی از هورمون‌ها مانند استرادیول یکی از عوامل ایجاد کننده برخی از انواع سرطان‌های سینه محسوب می‌شود.

۳. افرادی که ورزش می‌کنند یا مشاغل پر تحرکی دارند، آسان‌تر می‌توانند با روش زندگی سالم سازگار شوند. بنابراین خطر ابتلا به سرطان در اثر عواملی چون سیگار کشیدن، غذاهای پرچرب در آن‌ها کاهش می‌یابد.

۴. فعالیت بدنی منظم می‌تواند استرس را کاهش دهد و در نتیجه تأثیر مثبتی بر مقاومت بدن در برابر سرطان داشته باشد. و با مقاومت دستگاه ایمنی را در برابر رشد غده‌های سرطانی بهبود بخشد (۱).

◊ فعالیت‌های ذهنی و سیستم ایمنی

سلول‌های اولیه سیستم ایمنی برای تشخیص و کشتن سلول‌های سرطانی سه دسته هستند: کشته‌های طبیعی (NK)، لنفوسیت‌های T و سلول‌های منوسیت بیگانه‌خوار.

اولین خطر مبارزه با تومور را کشته‌های طبیعی تشکیل می‌دهند که بدون نیاز به سازگاری بافتی، برای مبارزه با سلول‌های سرطان، آنتی ژن ترشح می‌کنند. سلول‌های NK نسبت به تمرین، واکنش بسیار نشان می‌دهند. بلافاصله پس از تمرین شدید، فعالیت سلول‌های آن‌ها تا حدود ۱۵۰ تا ۳۰۰ درصد افزایش می‌یابد. فعالیت سیتوکسینیک سلول‌های NK بعد از فعالیت شدید ممکن است به ترشح کورتیزول و پروستاگلاندین منجر شود.

لنفوسیت‌های T نیز مانند سلول‌های NK و طیفه کشتن

کاهش دهد (۴).

به طور کلی،

شواهد موجود نشان می‌دهد که تمرین ملایم می‌تواند، سیستم ایمنی انسان را بهبود بخشد. به عقیده برخی از پژوهشگران، ورزش تأثیر مهمی بر سیستم ایمنی دارد که این امر می‌تواند، فعالیت سلول‌های سیتوکسینیک و در نتیجه، خطر سرطان را تحت تأثیر قرار دهد.

همچنین به نظر می‌رسد، غذاهایی که از نظر انرژی محدودند و حاوی میزان ناچیزی از چربی‌های اشباع شده‌اند، مقاومت در برابر رشد تومور را افزایش می‌دهند (۱).

سلول‌های تومور را بر عهده دارند، اما آنها مثل

خاص

بهار ۸۳
صفحه ۲



♦ هدف های توانبخشی در بیماران

سرطانی

مبتلایان به سرطان و بیمارانی که دوره های درمانی را پشت سر گذاشته اند، دچار نقصان شدید عملکرد بدنی می شوند. در این مرحله، فعالیت بدنی و برنامه های تفریحی ورزشی نقش مهمی در بهبود و کیفیت زندگی این افراد بازی می کنند (۲). هدف های توانبخشی طی مراحل اولیه سرطان ممکن است به طور واضح دارای ماهیتی پیشگیری کننده و بهبود دهند باشند. در این مرحله، تمرینات مربوط به دامنه حرکتی، تمرینات هوازی با در نظر گرفتن محدودیت های قلبی -

ریوی و هماتوکریست برای حفظ استقامت عمومی و تمرینات قدرتی برای تقویت عضلات بیمار توصیه می شود. این تمرینات بر حسب نیاز بیمار به صورت فعال و غیر فعال (توسط فردی دیگر) انجام می گیرد. تجویز تمرینات باید توسط پزشک و پس از انجام آزمایشات لازم صورت گیرد (۱۲).

♦ خلاصه و نتیجه گیری

در چند دهه اخیر، مجموعه اطلاعات اپیدمیولوژیکی موجود این موضوع را مطرح می کند که ممکن است، فعالیت بدنی خطر ابتلا به سرطان را کاهش دهد. در مورد سرطان کولون، سینه و پروستات این موضوع بیش تر تایید شده است. تحقیقات موجود بیان می کنند که فعالیت بدنی در حد ملائم می تواند، سیستم ایمنی انسان را بهبود بخشد، اگرچه به نظر می آید که تغییرات در عملکرد سیستم ایمنی کوتاه مدت و موقتی است. علاوه بر این، روشن نیست که آیا در سالمندان نیز عملکرد سیستم ایمنی افزایش می یابد یا خیر. همچنین، برخی شواهد نشان داده اند که فعالیت بدنی همراه با بهتر کردن کیفیت زندگی و عملکرد سیستم ایمنی، احتمالاً برای بیماران مبتلا به سرطان مفید است. سرانجام این که گزارش هایی موجودند که نشان می دهند، تمرینات بدنی می توانند باعث کاهش کوفتگی و افزایش قدرت، استقامت، دامنه حرکت، چگالی استخوان، سطح عملکرد بدنی و نیز بهبود تصور از خود، چه در طول درمان سرطان و چه بعد از آن شود.

منابع

۱. دربانی، امیر حسین. نقش ورزش در پیشگیری و درمان بیماری سرطان، فصل نامه المپیک. سال دوم. شماره های اول و دوم. سال ۱۳۷۴.
2. Courneya, K. et al, Coping with cancer: can

exercise help? , physician and sports medicine, May 2000. New York.

3. Giovannucci et al, physical activity, obesity and risk for colon cancer and adenoma in men, Ann Intern Med 122:327-334,1995.

4. Lee, I.M. Exercise and physical health: cancer and immune function. Physical education, recreation and dance, December 1995, American.

5. Lee, I.M. et al, physical activity and risk of lung cancer, Int J Epidemiol 28:620-625,1999, Boston.

Liu, S. et al, A Prospective study of physical activity and risk of prostate cancer in US physicians, Int J Epidemiol 29:29-35,2000, Boston.

7. McTiernan, A. et al, The physical activity for total health, Medicine and Science in sports and exercise, Sept 1999, Baltimore.

8. Oliveria, S. et al, Is exercise beneficial in the prevention of prostate cancer? sports Medicine, May 1997, Auckland.

9. Oliveria, S. et al, The association between cardiorespiratory fitness and cancer. Medicine and science in sports and Exercise, Jan 1996, Baltimore.

10. Poulsen, H. et al, Extreme exercise and oxidative DNA modification, Journal of sports science, Aug 1996, London.

11. Wood, J. et al, Exercise and cellular innate immune function, medicine and science in sports and exercise, Jan 1999, Baltimore.

12. John V.B. Asmajian & Steven L. Wolf, Therapeutic Exercise, 1990, USA.

بیمارستان تخصصی امیرکلا

تهیه و تنظیم: دکتر کیوان سلیمانی یزدی
کارشناس حوزه اجرایی

۱- سیستم پالایش و فیلترینگ هوا و دوم آسانسور اختصاصی مربوط به طبقه چهارم، در سایر موارد پیشرفت کار تا ۷۰٪ است که در صورت تجهیز ساختمان به دو مورد مذکور تا پایان سال جاری آماده بهره‌برداری خواهد شد.

این پروژه در راستای پروژه همکاری مرکز پیوند مغز استخوان «پیسارو» ایتالیا با کشور جمهوری اسلامی ایران می‌باشد که با ملاقات‌هایی در نیمه اول سال ۲۰۰۰ میلادی پایه گذاری شده است. مرکز پیسارو در ایتالیا نیز شهرت و موفقیت خود را مرحون حدود ۱۳۵۰ مورد پیوند مغز استخوان انجام شده می‌داند که ۶۵ مورد از آن را شهروندان ایرانی تشکیل داده‌اند.

مرکز فوق باین بخش در ایران (مرکز پیوند استخوان امیرکلا) بعنوان یک مرکز علمی و عملی پروژه مذکور قرار همکاری دارند از آنجائیکه در حال حاضر پیوند مغز استخوان در کشورمان برای بیماران تالاسمی با محدودیتهایی روبرو می‌باشد انتظار است با راه اندازی این مرکز امید به زندگی عادی در بیماران تالاسمی افزایش چشمگیر یابد، که فوائد اقتصادی و اجتماعی آن برکسی پوشیده نیست. زیرا هر بیمار تالاسمی به طور متوسط در سال ۲۵۰۰۰ دلار هزینه‌های درمانی دارد.

از دیگر مراکزی که بازدید شد، آزمایشگاه ژنتیک امیرکلا بود که با داشتن امکاناتی کامل پاسخ گوی نیاز بیماران منطقه است. ازجمله کلیه مراحل آزمایشگاهی تشخیص تالاسمی قبل از بارداری و تعیین اختلالات کروموزومی در مرکز فوق قابل انجام است. این آزمایشگاه از سال ۱۳۷۶ مورد بهره‌برداری قرار گرفته است.

لازم به ذکر است این بیمارستان با همکاری بنیاد و نیکوکاران محلی به آزمایشگاه ژنتیک مجهز شده و بیماران منطقه شمال را تحت پوشش دارد ضمناً در آینده نزدیک در این منطقه سومین مرکز پیوند مغز استخوان کشور راه اندازی خواهد شد.

شهر امیرکلا در نزدیکی بایلسر که از توابع استان مازندران می‌باشد واقع شده است. این مرکز از مراکز بزرگ تخصصی کودکان در کشورمان می‌باشد، که با توجه به قرار گرفتن این استان در کمر بند توزیع بیماران تالاسمی، عمده مسائل مربوط به بیماران خاص این استان به عهده همین مرکز درمان است.

بیمارستان فوق مجهز به کلیه بخشهای تخصصی و فوق تخصصی مربوط به کودکان و نوزادان می‌باشد که در سال ۸۳۷۵ تأسیس شده هم اکنون این مرکز ۶۸۳ بیمار تالاسمی، ۱۴ بیمار هموفیلی و ۱۹ بیمار دیالیزی با جهت پوشش خود دارای ارتباط با سرطان کودکان نیز در بخش دیالیز و هموفیلی، بیمارستان ۱۷ (اطلاق) وجود دارد. همچنین بخش دیالیز نیز مجهز به دستگاه دیالیز Gambro می‌باشد. قابل ذکر است که بیماران Agt برای دیالیز به شهر قائم شهر می‌روند.

بازدید اصلی مربوط به مرکز در حال تأسیس پیوند مغز استخوان در جمع بیماران است که زمین و هزینه ساخت آن توسط یکی از خیرین محلی تامین شده است.

این ساختمان مراحل پایانی ساخت خود را طی می‌کند طبقه اول شامل درمانگاه و اورژانس است در طبقه دوم آزمایشگاهها قرار دارند و طبقه سوم اختصاصی به بایون پزشکان و سالن کنفرانس دارد، طبقه چهارم که در حال حاضر از سایر طبقات می‌باشد مربوط به بخش پیوند مغز استخوان است که از عطاای تشکیل شده.

در بیمارستان امیرکلا در مرکز بخش است که دستورمندی پرستاران را به همه قسمتهای بخش ایمن می‌نماید. راهروهای برای ملاقات کنندگان تعبیه شده است که این عزیزان بدون هیچگونه تماس با بیماران بستری در بخش ایزوله از پشت شیشه و با کمک آیفون صحبت کنند.

هم اکنون این بخش ۲۰ نیاز عمده دارد که مسئولین مربوطه نیز از بنیاد تقاضای مساعدت داشتند:

تاب
بهار ۱۳۸۲
صفحه ۲۲

دومین رو مسابقات ورزشکاران
تالاسمی و موند اعضا
بنیاد بیمارستان چابهار



شهرستان چابهار و ورزشکاران

چابهار

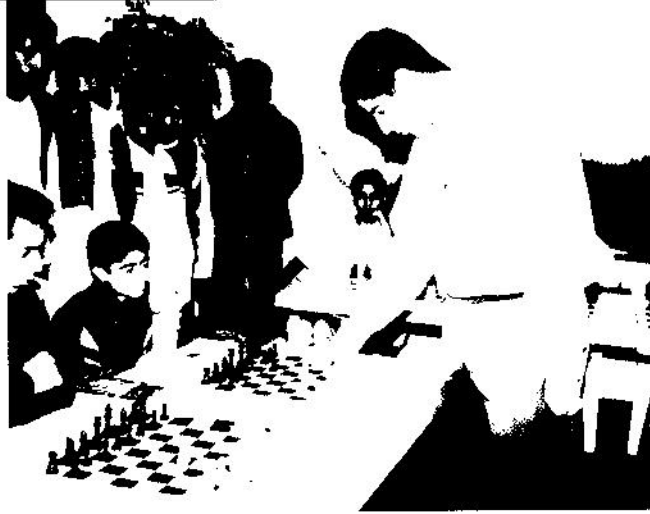
چند از مقامات شهرستان چابهار، پس از تلاوت آیاتی از کلام ... مجید، نواختن سرود جمهوری اسلامی ایران گروه موزیک پایگاه دهم شکاری نهجا و گزارش سرپرست کل مسابقات و قرائت پیام ریاست بنیاد بیماریهای خاص و بارزه ورزشکاران شرکت کننده از مقابل کلام ... مجید و تمثال مبارک بنیانگذار جمهوری اسلامی ایران حضرت امام خمینی (ره) در زمین روباز هندبال استادیوم شهید کلانتری آغاز گردید، در مدت انجام این مسابقات به موارد زیر می توان اشاره نمود.

در این دوره از مسابقات جناب آقای احسان قائم مقامی استاد بزرگ بین المللی شطرنج در سالن هتل لیپار یک دوره مسابقات شطرنج «سیمولتانه» در شب روز دوشنبه که حدود ۱۶۰ ورزشکار پیوندی و تالاسمی در آن حضور داشتند و به مدت ۴ ساعت برگزار نمود که مورد توجه و استقبال قرار گرفت. در این دوره از مسابقات برای اولین بار تعداد ده ورزشکار زیر ۱۹ سال و ۱۵ ورزشکار بالای ۴۰ سال پیوند کلیه شرکت داشته اند که با حضور این ورزشکاران تیم های ملی پیوند اعضا کشورمان در مسابقات قهرمانی آسیا در سال ۲۰۰۴ و قهرمانی جهان در سال ۲۰۰۵ جایگاه بهتری نسبت به مسابقات سالهای اخیر خواهد داشت.

در این دوره از مسابقات شش ورزشکار تالاسمی از استانهای فارس، سیستان و بلوچستان، زنجان

از سوی بنیاد امور بیماری های خاص و انجمن ورزشی بیماران خاص دومین دوره مسابقات ورزشی ورزشکاران تالاسمی و پیوند اعضا سراسر کشور به مناسبت گرمی داشت دهه مبارکه فجر انقلاب اسلامی در شهر بندری چابهار و در شش رشته ورزشی پینگ پنگ، بدمینتون، شطرنج، تیراندازی، شنا و دومیدانی و در رده های سنی ۱۴-۱۰ سال، ۱۹-۱۵ سال، ۲۹-۲۰ سال، ۴۰-۳۰ سال و ۴۰ سال به بالا برای ورزشکاران پیوند اعضا و در سه رشته ورزشی پینگ پنگ، بدمینتون، شطرنج و در رده های سنی ۱۴-۱۰ سال، ۱۹-۱۵ سال، ۲۹-۲۰ سال برای ورزشکاران تالاسمی و با حضور ۱۶۵ ورزشکار در قالب ۱۸ تیم در پیوند اعضا و ۱۳ تیم در تالاسمی که همگی به اتفاق سرپرستان و مربیان تیمها، کادر اجرایی و داوران مسابقات در هتل لیپار اقامت داشتند در اماکن ورزشی: استادیوم ورزشی شهید کلانتری، سالن ورزشی کوثر، سالن ورزشی شهید ریگی، و سالن هتل لیپار و به مدت ۴ روز برگزار گردید.

این مسابقات روز سه شنبه در حضور نماینده محترم مردم چابهار و نیک شهر در مجلس شورای اسلامی، معاونت محترم سیاسی فرمانداری شهرستان چابهار، معاونت محترم سازمان بنادر و کشتیرانی چابهار، نمایندگان فدراسیون ورزشهای همگانی و انجمن تالاسمی ایران و تنی



سالن رنگین کمان منطقه آزاد تجاری چابهار و در حضور معاونت محترم سیاسی و امنیتی استانداری سیستان و بلوچستان، مدیر کل محترم تربیت بدنی استان سیستان و بلوچستان، فرماندار محترم شهرستان چابهار و سایر مقامات محترم شهرستان چابهار ضمن استماع بیانات مدیر کل محترم تربیت بدنی استان سیستان و بلوچستان و گزارش کامل مسابقات و برنامه های انجام شده توسط سرپرست کل مسابقات با اهداء کاپهای قهرمانی، نایب قهرمانی، و مقام سوم به تیم های اول تا سوم پیوند اعضا و تیم های اول تا سوم تالاسمی جمعاً شش عدد کاپ، احکام و مدالهای نفرات اول تا سوم هر رشته ورزشی به تفکیک رده سنی مربوطه و توضیح مجموعاً ۶۲۰ مدال طلا، ۵۴۰ مدال نقره، ۴۴۰ مدال برنز در پیوند اعضا و ۹۰ مدال طلا، ۹۰ مدال نقره و ۱۰۰ مدال برنز در بین ورزشکاران تالاسمی توزیع و بدین ترتیب این مسابقات پایان یافت.

و تهران در رشته بدمینتون مسابقات جذاب و پر تحرکی را به نمایش گذاشتند که در نوع خود و در سطح کشور کاملاً بی نظیر بود.

- در این دوره از مسابقات استانهای قم، چهار محال بختیاری و همدان برای اولین بار در طول تاریخ برگزاری مسابقات ورزشی ورزشکاران تالاسمی و پیوند اعضا شرکت نموده بودند.

- در مراسم پایانی این مسابقات هدایایی توسط بخشداری مرکز چابهار و شورای اسلامی شهر چابهار به ورزشکاران اهداء گردید که این عزیزان اقلام مذکور را بعنوان کمک به زلزله زدگان بم اختصاص دادند.

- این مسابقات از نظر فنی و اجرایی توسط هیئتهای ورزشی شطرنج، شنا، بدمینتون، دوومیدانی، تیر اندازی و پینگ پنگ استان سیستان و بلوچستان مطابق قوانین و مقررات جهانی هر رشته برگزار گردید.

- این مسابقات در صبح روز جمعه در محل

باریگران بنیاد

۱- سازمان تربیت بدنی

۲- فرماندهی محترم نیروی هوایی ارتش جمهوری اسلامی ایران

۳- فرماندهی محترم پایگاه دهم شکاری نهاجا (پایگاه هوایی چابهار)

۴- فرماندهی محترم نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران

۵- مدیریت محترم منطقه آزاد تجاری و صنعتی چابهار

۶- مدیر کل محترم بنادر و کشتیرانی چابهار

۷- مدیر کل محترم تربیت بدنی استان سیستان و بلوچستان

۸- روسای محترم هیئتهای ورزشی پینگ پنگ، بدمینتون، شنا، شطرنج، دوومیدانی و تیراندازی استان سیستان و بلوچستان

۹- ریاست محترم هیات شطرنج شهرستان چابهار

۱۰- مدیریت محترم هتل لیپار چابهار

۱۱- مدیریت محترم منطقه آزاد کیش و هواپیمائی کیش ایر

۱۲- مدیریت محترم دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (شبکه بهداشت و درمان سیستان و بلوچستان)

۱۳- مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان چابهار

۱۴- فدراسیون ورزشهای همگانی

۱۵- ستاد مرکزی برگزاری دهه مبارکه فجر انقلاب اسلامی

۱۶- نمایندگی صداوسیما ج.ا.ا. در چابهار

۱۷- شرکت نفت ایرانول

۱۸- ادارات کل تربیت بدنی و هیئتهای ورزشی همگانی استانهای شرکت کننده

۱۹- استانداری سیستان و بلوچستان

۲۰- انجمن تالاسمی ایران

جدول امتیازات مدالها، رده بندی مسابقات ورزشکاران پیوند اعضا
۱۳ لغایت ۱۷ بهمن ماه ۸۲ - بندر چابهار

ردیف	استان	طلا	نقره	برنز	امتیاز	مقام
۱	تهران	۲	۲	-	۳۹	اول
۲	سیستان و بلوچستان	۲	۱	۱	۳۷	دوم
۳	خراسان	۱	-	۳	۳۴	سوم
۴	فارس	۱	۱	۱	۲۷	چهارم
۵	قم	-	۲	۱	۲۶	پنجم
۶	زنجان	۱	۱	-	۱۹	ششم
۷	چهارمغال بختیاری	۱	-	۱	۱۸	هفتم
۸	کرمانشاه	-	۱	۱	۱۷	هشتم
۹	اصفهان	۱	-	-	۱۰	نهم
۱۰	آذربایجان غربی	-	۱	-	۹	دهم
۱۱	مازندران	-	-	۱	۸	یازدهم
۱۲	کرمان	-	-	۱	۸	دوازدهم
۱۳	ایران شهر	-	-	-	۰	سیزدهم
جمع کل مدالها		۹	۹	۱۰		

جدول امتیازات مدالها، رده بندی مسابقات ورزشکاران تالاسمی
۳ لغایت ۱۷ بهمن ماه ۸۲ - بندر چابهار

ردیف	استان	طلا	نقره	برنز	امتیاز	مقام
۱	فارس	۱۸	۱۸	۶	۴۰۰	اول
۲	تهران	۱۸	۴	۴	۲۴۸	دوم
۳	آذربایجان شرقی	۱۱	۱۰	۳	۲۲۴	سوم
۴	همدان	۱	۲	۴	۹۲	چهارم
۵	سیستان و بلوچستان	۳	۱	۵	۷۹	پنجم
۶	اصفهان	۱	۳	۵	۷۷	مشترکا ششم
۷	مازندران	-	۵	۴	۷۷	مشترکا ششم
۸	آذربایجان غربی	۲	۵	۱	۷۳	هفتم
۹	بم	۲	۲	۲	۵۴	هشتم
۱۰	زنجان	-	۲	۳	۴۲	نهم
۱۱	کرمانشاه	۲	۲	-	۳۸	دهم
۱۲	کردستان	۲	-	۲	۳۶	یازدهم
۱۳	ایلام	۱	-	۱	۱۸	دوازدهم
۱۴	قم	-	-	۲	۱۶	سیزدهم
۱۵	مرکزی	-	-	۲	۱۶	چهاردهم
۱۶	خراسان	۱	-	-	۱۰	پانزدهم
۱۷	چهارمغال بختیاری	-	-	-	-	شانزدهم
جمع کل مدالها		۶۲	۵۴	۴۴		

ویتامین D

مهدیه کبریت چی

تنها ماده ی مغذی را هم بدن شما قادر به ساخت آن است (از طریق پوست و نور خورشید) و هم در رژیم غذایی مورد نیاز است، توصیف کرد؟ بدون در نظر گرفتن این موضوع حرف «د» یادآور لغت مخرب یا Devastating است. کودکانی

که ویتامین «د» کافی به دست نمی

آورند، مبتلا به راشیتیزم می

شوند. بیماری ای توسط

پهن شدن مچ دست و پا

و برآمدگی قابل توجه

آن ها همراه با نرمی و

ضعف استخوانهای

ساق پا که تحت

فشار وزن

کودک حالت

کمائی پیدا

می کنند،

مشخص

می شود. به

طرز مشابهی

افراد بالغ

در معرض

خطر نرمی

استخوان

یا همان

استئو مالاسی

قرار دارند.

حالتی که شبیه

راشیتیزم بوده اما

در استخوان های

افراد بالغ روی میدهد.

برخی متخصصان معتقدند

که به دست نیارودن

ویتامین «د» کافی می تواند

پوکی استخوان یا استئوپروز را بدتر

کند پوکی استخوان یک بیماری تضعیف

کننده استخوان است که به شکستگی استخوان ها

و لق شدن دندان ها منجر می شود.

ویتامین «د» همچنین مسئول جای گرفتن

به طور کلی همه ی ما با ویتامین ها آشنا هستیم و یا کم و بیش در طول دوره های درمانی خویش از آن ها استفاده کرده ایم. کمتر کسی هست که با ویتامین «ب۱۲» یا «ب کمپلکس» یا مولتی ویتامین آشنایی نداشته باشد. ویتامین ها مواعذایی ارگانیکی هستند که نقش مهمی در تغذیه ما به عهده دارند. ویتامین ها خودشان فاقد هرگونه کالری هستند اما حضور آن ها برای فرآیند سوخت و ساز بدن حیاتی است. به کلام دیگر ویتامین ها کمک می کنند تا غذایی که میل می کنیم به مصرف بدن برسد و در شکل گرفتن استخوانها و نسوج نقش دارند. بدن خود قادر به ساختن ویتامین ها نیست و باید آن ها را از غذاهایی که مصرف می کنیم به دست آوریم. با این تفاسیر استفاده از قرص ها یا درآژه های حاوی ویتامین سوال برانگیز است. جواب بسیار ساده است. اگر ویتامین هایی را که مورد نیازتان است از غذاها به دست آورید، دیگر نیازی به مصرف یا تامین اضافی ویتامین ندارید. به استثنای موارد خاص وقتی برنامه ی غذایی شما متوازن نیست مانند بیماری یا موارد خاص دیگر مانند رژیم غذایی، استفاده از یک قرص یا کپسول اضافی ممکن است توسط پزشکتان تجویز گردد.

♦ ویتامین «د»

برای داشتن استخوان سالم وقوی به این ویتامین نیاز مندیم. اگر در منطقه ای زندگی می کنید که آفتاب همیشه هست نیازی به این ویتامین نخواهید داشت زیرا ویتامین «د» درداخل پوست توسط عمل پرتوهای ماوآبنفش خورشید ساخته می شود. با این وجود ما بیشتر نیاز داریم ویتامین «د» بدن را از غذاها به دست بیاوریم از جمله منابع خوب غذایی برای ویتامین می توان شاه ماهی، ماهی ساردین، ماهی آزاد، شیر تقویت شده، تخم مرغ و غلات تقویت شده را نام برد.

حرف «د» نشانه ی خوب برای لغت متفاوت یا different می باشد یعنی به چه طریقی می توان



صفحه ۲۸

پژوهشگران در یافتند که حداکثر آنها مبتلا به کمبود ویتامین «د» هستند. تقریباً ۸۵ درصد این مبتلایان به کمبود ویتامین «د» علائمی از پوکی استخوان داشتند.

دکتر مایکل اف. هولیک، رئیس بخش غدد درون ریز دیابت و متابولیسم و سرپرست مرکز تحقیقات بالینی عمومی در مرکز پزشکی دانشگاه بوستون می گوید: «شواهد روز افزونی وجود دارد که کمبود ویتامین «د» در افراد مسن یک اپیدمی خاموش است که منجر به تخریب یا شکستگی استخوان می شود. ویتامین «د» در عملکرد ایمنی بدن نقش ایفا می کند. هرچند هنوز دقیقاً چگونگی انجام این عمل مشخص نشده است».

نکته ی قابل توجه این است که چون این ویتامین در سلول های چربی ذخیره می شود، دوزهای زیاد طولانی می تواند موجب رسوب کلسیم در بافت های نرم بدن و آسیب غیر قابل برگشت کلیه ها و دستگاه عروق شود. همچنین دوزهای IU ۱۸۰۰ (واحد بین المللی مربوط به ویتامین ها) در روز می تواند موجب توقف رشد در شیر خواران و کودکان خردسال شود. مصرف زیاد ویتامین «د» می تواند حتی منجر به اغماء نیز شود. از آن جا که ویتامین «د» می تواند چنین سمیتی داشته باشد، هرگز نباید مقادیر بیش از IU ۶۰۰ در روز ویتامین «د» را بدون تجویز پزشک مصرف کرد.

♦ مثالها با پسرور یا زنی متوسط ویتامین «د»

ناراحتی پسرور یا زنی یک بیماری پوستی است که در آن پلاک های قرمز، خارش دار و فلس مانند ی اغلب روی زانو ها، آرنج ها و پوست سر را می پوشانند. شدت این بیماری از لکه های موضعی خفیف پوستی تا یک بیماری کاملاً ناتوان کننده ی بدن متغیر است. پژوهشگران با کشف نقش گیرنده های ویتامین «د» در پوست، راهی را در جهت کمک به بیماران مبتلا به پسرور یا زنی پیدا کرده اند. همچنین کشف شده است که سلول های پوست برای آنچه که ویتامین «د» فعال نامیده می شود، گیرنده هایی دارند. در حقیقت این هورمون است که مانع از رشد و پریش بیش از حد سریع سلول های پوست می شود.

در قدم بعدی پژوهشگران شکل بسیار قوی و غیر سمی ویتامین «د» فعال را که باعث کند کردن رشد سلول های پوستی مبتلا به پسرور یا زنی به اندازه ی کافی می شود را ایجاد کرده اند. به کار بردن ویتامین «د» فعال به صورت پماد نه تنها سرعت رشد سلول های پوست را تا حدی که بسیار به میزان طبیعی نزدیکتر است، کاهش می دهد بلکه خارش و التهاب آنها را نیز کمتر می

کلسیم و فسفر، سازنده های استخوان در بدن است. به گفته دکتر بینتا آرشاء، استاد بیماریهای کودکان و رئیس بخش اورژانس اطفال در مرکز علوم بهداشتی دانشگاه ایالتی نیویورک در بروکلین، ویتامین «د» این کار را ابتدا به وسیله ی جذب این مواد معدنی خاص در روده، دوم از طریق حمل کلسیم از استخوان ها به خون و سوم توسط کمک به باز جذب کلیوی این دو ماده ی معدنی انجام می دهد. همچنین در مورد راشیتیس می توان گفت بدن پیوسته برای ساختن استخوان تلاش می کند اما کلسیم و فسفر کافی در دسترس نیست. این تلاش مذبوحانه است. نتیجه ی این تلاش، به وجود آمدن توده ای حاصل از انباشته شدن استخوان معدنی نشده (یعنی استخوانس که مواد معدنی بر روی آن رسوب نکرده باشد) است. شیر تقویت شده از نظر ویتامین «د» منبعی آماده برای ویتامین «د» می باشد، اما

مجبور نیستید برای بدست آوردن ویتامین «د» مورد نیاز تنها متکی به رژیم غذایی باشید. دکتر دلوکا، رئیس بخش زیست شیمی دانشگاه ویسکونزین - ماریون معتقد است ده دقیقه تابش نور خورشید تابستان بر روی دست ها و صورت، برای تامین ویتامین «د» کافی است. البته توجه داشته باشید که نشستن در کنار پنجره آفتاب گیر یا ستوار شدن در اتومبیل فایده ای ندارد. شیشه پرتو های مورد نیاز شما را تصفیه می کند. خوشبختانه کودکان با ذخیره ی کافی ویتامین «د» به دنیا می آیند که تا نه ماه نیاز کودک را تامین می کند ولیکن افراد بالغ به اندازه ی کودکان خوش اقبال نیستند. پس از ارزیابی وضعیت کلسیم و ویتامین «د» در افراد مسنی که به خانه ی سالمندان می آیند،



مخصوصاً اگر در یک روز آفتابی و پیاده به آنجا بروید و آن چه توصیه شد آن است که ۲ تا ۳ بار در هفته و هر بار ۵ تا ۱۰ دقیقه در فصل بهار، تابستان و پاییز بیرونی از منزل قدم بزنید و یا در معرض نور خورشید قرار دادن دست ها و پوستتان ویتامین «د» بهتر و بیشتری برای بدن خود مهیا کنید

آن چه در این جا حائز اهمیت است، کمبود ویتامین «د» در سالمندان نسبت به جوانان است. تجربه نشان داده است که سالمندان نمی توانند همانند جوانان ویتامین «د» را در پوست خود بسازند. این خود مشکل است. مشکل دیگر این است که سالمندان به اندازه ی جوانان در معرض آفتاب قرار نمی گیرند بنا از محافظت کننده های پوستی بیشتری استفاده می کنند. طبق نظر پژوهشگران این افراد پیر نیاز به کسب مقدار نیاز روزانه ی ویتامین «د» از طریق یک مکمل مولتی ویتامین/میسرالی دارند. همچنین ویتامین «د» در بیشتر مکملهای کلسیم وجود دارد و آن مقدار ویتامین که در این مکمل ها یافت می شود، بی خطر است.

◆ اهمیت استخوان پاور ویتامین «د»

استخوان، عضوی پویاست که پیوسته در حال تشکیل شدن و تحلیل رفتن می باشد. ویتامین «د» برای تشکیل و معدنی شدن استخوان ضروری است. ویتامین «د» موجب تامین مقدار مناسب کلسیم و فسفر برای رشد استخوان نیز می شود. ویتامین «د» این کار را به سه روش انجام می دهد: اول از طریق حصول اطمینان از جذب این ماده ی معدنی در روده ها، دوم توسط حمل کلسیم از استخوانها به داخل خون و سوم از طریق کمک به باز جذب کلسیم و فسفر توسط کلیه ها.

بدن یک فرد مبتلا به راشیتیزم در حال مذبوحانه برای ساخت استخوان است ولی کلسیم و فسفر کافی برای انجام این کار در اختیار ندارد. این تلاش به تجمع استخوان معدنی نشده منجر می گردد. در نتیجه کودک مبتلا به راشیتیزم، مچ و ست و پاهای پهن با برجستگی های واضح و استخوان های ساق پای ضعیف خواهد داشت که در زیر فشار وزن کودک این استخوان های ضعیف ساق پا خم شده اند. سایر علائم شامل تونوسیت های عضلانی، بزرگی بی تناسب سرویشانی و تاخیر در

کند. همه ی فواید استفاده از پماد بدون وجود واکنش های ناجور شایع در برابر دوزهای بسیار زیاد ویتامین «د» است چون بدن در مورد میزان ویتامین «د» مصرفی خیلی دقیق عمل می کند. بدون توجه به مقدار ویتامین «د» مصرفی، بدن به هیچ وجه ویتامین «د» فعال بیشتری نخواهد ساخت بلکه حاصل آن افزایش کلسیم خون است که موجب سنگ های کلیه و از هم جدا شدن خون می شود. بدین ترتیب ممکن است به جان درمان پسوریازیس خود، مبتلا به مسکومیت یا ویتامین «د» شوید.

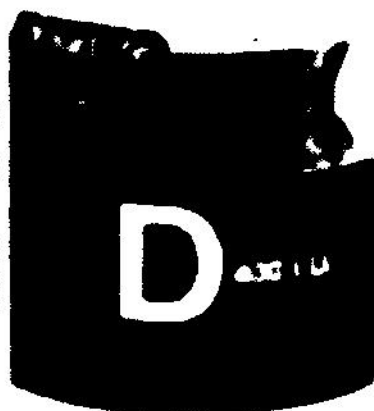
◆ برای کسب ویتامین «د» از نور خورشید استفاده کنید

وجود ویتامین «د» که به عنوان ویتامین نور خورشید معروف است، برای آنکه بدن بتواند از کلسیم مصرف شده استفاده کند ضروری است. وقتی پوست در معرض نور خورشید قرار می گیرد می تواند ویتامین «د» بسازد که موجب تسهیل جذب کلسیم و ساخت استخوان می شود. هیچ بررسی علمی ای که کمبود ویتامین «د» را به عنوان علت مستقیم پوکی استخوان شناسد، وجود ندارد. امروزه ثابت شده است که کمبود ویتامین «د» موجب استئومالاسی (نرمی استخوان) در افراد بالغ می شود که همین امر زمینه ساز شکستگی هاست. ممکن است مصرف ویتامین «د» در درمان پوکی استخوان مفید باشد.

بررسی های انجام شده در بوستون و در اروپا نشان می دهند که تا ۴۰ درصد زنان و مردان مسن دچار شکستگی لگن به کمبود ویتامین «د» مبتلا

می باشند. به گفته ی دیگر محققان متاسفانه با افزایش توانایی پوست برای ساخت ویتامین «د» از طریق نور خورشید کلسیم می باید همچنین استفاده از گرم های ضد آفتاب موجب بروز همین مشکل می شود. لباس نیز تولید این ویتامین را به طور کامل متوقف می کند و همچنین اگر چه مصرف شیر خوب لازم است ولی نباید آن را منبع خوبی از ویتامین «د» محسوب کرد. بنابراین مصرف مقادیر کافی ویتامین «د» در رژیم غذایی معمولی کار دشواری است.

خوشبختانه راه حل این مشکل به آسانی رفتن به داروخانه ی نزدیک منزلتان می باشد،



◊ منشأ ویتامین «د»

ویتامین «د» دو منشأ حیوانی و گیاهی دارد.
منشأ گیاهی: ارگوسترول + اشعه ی UV = ویتامین «د۲» (ارگوکلسیفرول)

منشأ حیوانی: کرسترول = ۷-دهیدروکلسترول + اشعه ی UV = ویتامین «د۳» (کوله کلسیفرول)

کلسترول در حضور آنزیم ۷-کلسترول ۷-دهیدروژناز به ۷-دهیدروکلسترول تبدیل شده، در پوست تحت تاثیر اشعه ی ماوراء بنفش به ویتامین «د» تبدیل می گردد. فعالیت فیزیولوژیک ویتامین «د۲» و «د۳» یکسان است. ویتامین «د» در پلاسما با پروتئین اتصال می یابد. ذخیره ی ویتامین «د» در کبد بصورت $25(OH)D_3$ است.

ترکیب اخیر از طریق جریان خون به کلیه ها منتقل شده تحت تاثیر آنزیمی خاص به نام آلفا-۱-هیدروکسیداز به فرم فعال $25(OH)D_3$ و $1,25(OH)_2D_3$ هورمون کالی تریون تبدیل می گردد. این ترکیب به طور عمده در جذب کلسیم و فسفر روده ای و نیز در باز جذب این عناصر از کلیه ها نقش اساسی دارد.

همانطور که گفته شد کمبود ویتامین «د۳» در بدن باعث ایجاد راشیتسم (نرمی استخوان) در اطفال و استئومالاسی در بزرگسالان می شود. کمبود ارثی آنزیم آلفا-۱-هیدروکسیداز کلیوی، باعث ایجاد نرمی استخوان مقاوم به ویتامین «د» می شود. بنابراین تجویز مقادیر بیش از حد ویتامین «د۳» در این مورد فقط باعث مسمومیت های کبدی می گردد.

به امید روزی که استفاده درست و صحیح از مواد غذایی مناسب و تغذیه ی خوب همراه با توصیه های پزشکی مفید ما را به سوی سلامتی سوق دهد.
منابع:

(۱) بیوشیمی آلبرت لنینگر

(۲) درمان با ویتامین های ترجمه دکتر حسین حقیر

(۳) مروری بر بیوشیمی زیر نظر دکتر نژاد شکوهی

(۴) لاغرشوید نوشته کارین نترز، ترجمه محمد جواد پاکدل

رشد و نمو شیرخوار در دوره های خاصی مانند زمان نشستن، ایستادن و پیدایش دندان ها است. پیشگیری از راشیتسم و نرمی استخوان به سادگی از طریق گنجاندن منابع خوب ویتامین «د» مانند ماهی و شیر تقویت شده در رژیم غذایی امکان پذیر است.

با این حال که شیر انسان برای شیر خواران توصیه می شود ولیکن به استفاده از مکمل های ویتامین «د» نیز تاکید می شود زیرا شیر انسان حاوی مقدار ویتامین «د» اندکی است و نیز برای شیر خوارانی که از شیر انسان تغذیه نمی کنند باید از شیر خشک حاوی تمام مواد مغذی ضروری استفاده شود. باید توجه داشته باشیم که راشیتسم ناشی از کمبود ویتامین «د» هنوز هم در اطراف ما وجود دارد.

بنابراین هم مراقبان بهداشت حرفه ای و هم والدین نیازمند آموزش در مورد عوامل زمینه ساز راشیتسم و درباره ی روش های بیشتری از این بیماری هستند.

◊ هر بیماری لوپوسی به ویتامین «د» حتماً نیاز است

لوپوس یک بیماری دردناک بوده و هنگامی روی می دهد که دستگاه ایمنی بدن سرکش شده، به بافت های خود بدن حمله کند و موجب التهاب و آسیب شود. پوست، کلیه ها، عروق خونی، چشم ها، ریه ها، اعصاب و مفاصل درست همانند هر بخش از بدن می توانند درگیر شوند.

مبتلایان به بیماری لوپوس شدید غالباً نیاز به داروهای کورتیکاستروئیدی نظیر پردنیزولون دارند. این داروها التهاب را کنترل می کنند اما این کنترل به قیمت شکنج صورت می گیرد. یکی از عوارض جانبی آن کاهش تراکم استخوان است.

اگر این داروها به زنان بیست و هفت ساله داده شوند یعنی در سنینی که باید به استخوانی مطلوب خود را حفظ کنند، احتمال دارد این زنان نسبتاً زود یعنی تا سن چهل تا پنجاه سالگی دچار پوکی استخوان که می تواند منجر به شکنجگی های دردناک و فلج کننده شود، شوند.

به همین دلیل پزشکانی که لوپوسی را درمان می کنند مصرف حداقل ۱۰۰۰ میلی گرم کلسیم از طریق مواد غذایی و در صورت لزوم مکمل ها را توصیه کرده و همچنین ویتامین «د» تجویز می کنند زیرا جذب کلسیم به همراه ویتامین «د» خیلی مؤثرتر است. سایر پزشکان مکمل های ویتامین «د» را برای افرادی تجویز می کنند که در تصویربرداری خاص با اشعه ی ایکس که تراکم استخوانی را اندازه گیری می کند، دارای نشانه های پوکی استخوان باشند.



گزارش عملکرد کمیته بیماریهای خاص استان بوشهر

بخش تالاسمی : وسعت بخش حدود ۵۰ متر مربع ، مجهز به ۶ تخت بزرگسال بعلاوه ۲ تخت اطفال
تعداد پرسنل ۲ نفر و پزشک مسئول
بخش آقای دکتر فولاد فر و متخصص اطفال
هستند. بیماران HCV ده نفر و HBV یک نفر می باشد.
بیماران، غیر از گروه خونی O-، مشکل کمبود خون ندارند و پمپ دسفرال نیز در اختیار آنان قرار دارد.

استان بوشهر از استانهای جنوبی کشور در کناره های زیبای خلیج فارس با مساحتی حدود ۲۷۰/۰۰۰ کیلومتر مربع و جمعیتی بالغ بر ۸۳۰/۰۰۰ نفر می باشد. این استان دارای ۷ شهرستان مرکز ارائه خدمات به بیماران خاص می باشد؛ بوشهر، گناوه، کنگان، خورموج و برازجان. اگر چه این استان از منابع طبیعی بسیار غنی بر خودار می باشد ولیکن آثار محرومیت بویژه در شهرستانها مشهود می باشد.

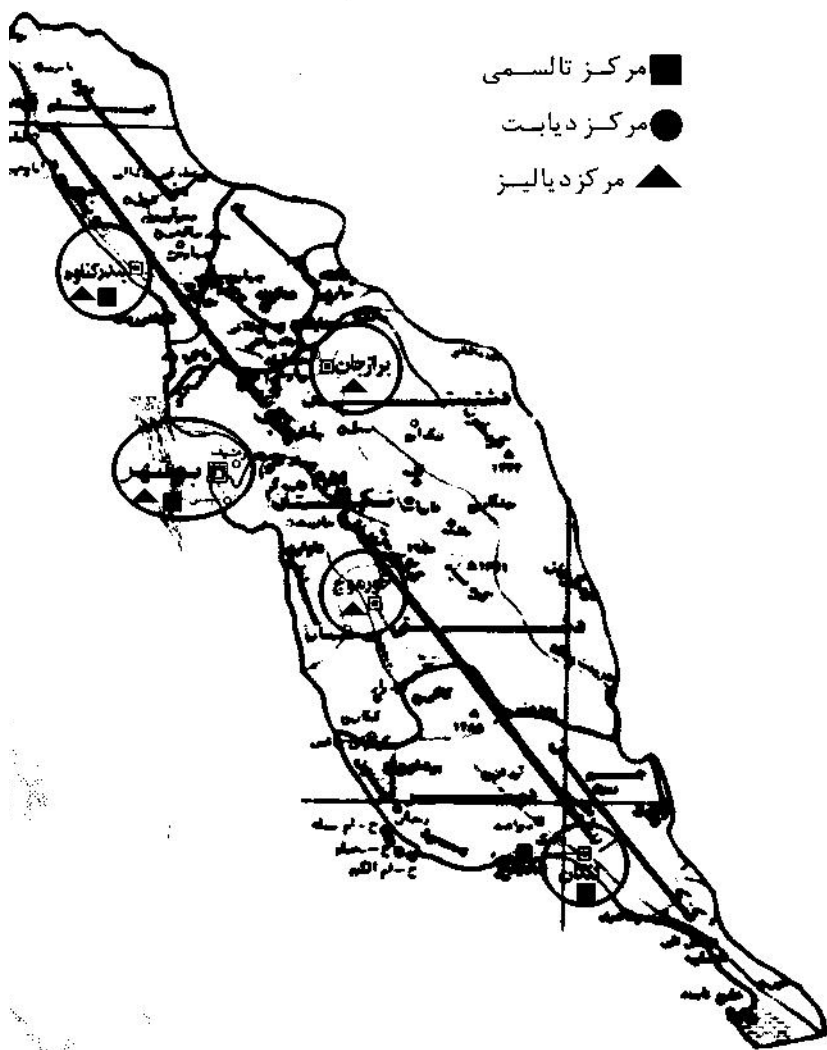
در کل استان ۴۱۷ بیمار تالسمی ، ۱۰۱ بیمار دیالیزی و ۶۹ بیمار هموفیلی شناسایی شده اند ، متأسفانه قبل از سفر به این استان بعلت سیلابهای ناشی از بارنگیهای اخیر، خسارت عمده ای به راهها و ریلها و پلهای ارتباطی وارد آمده بود. با این حال با همراهی و راهنمایی سرکار خانم دکتر موعید فر مسئول بیماریهای خاص دانشگاه علوم پزشکی بوشهر بازدید کاملی از مراکز مربوط در شهرستان بوشهر بیمارستان حضرت فاطمه زهرا (س)، شهرستان برازجان «بیمارستان ۱۷ شهریور» و بندر گناوه «بیمارستان امیر المومنین» بعمل آمد .

خاص
بهار ۱۳۸۳
صفحه ۵۲

♦ بیمارستان حضرت فاطمه زهرا (س)

بوشهر

این بیمارستان ۱۳۰ بیمار تالاسمی
ماژور ، ۸۸ بیمار سایکل تالا، ۳۲ بیمار
دیالیزی و ۱۰ نفر بیمار هموفیلی را
تحت پوشش قرار دارد .



22

بیل دستگاه آر
۷ سال از
طبقه

منع (ع) پندر گناوه
 در شهر آخر انجام
 داده مشهود بود
 بیمار

بخش بیمارستان
تازگی یک
بیماران
شش
عمده
پرسنل

تازگی یک
بسمان
شخص
عمده
پرسنل اف
بخش دی

۵ نفر پر
۵۰۰ روپے
۲۰۰ روپے

بهار ۱۳۸۳
صفحه ۵۳

محروریت ا
یقیناً باعث
شد در ص
لازم توسط
جهت پیگیر

بخش دیالیز : به ساختمان جدید ۲ طبقه منتقل شده است که در حال حاضر فقط در طبقه اول افتاده شده و با ۷ دستگاه دیالیز بدون قابلیت دیالیز بی کربنات به ۳۲ بیمار سرویس ارائه می شود .

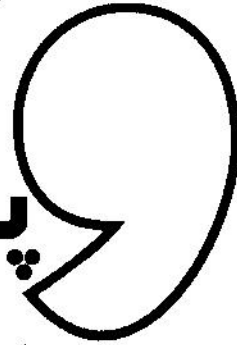
تعداد جلسات دیالیز در ماه حدود ۳۵۰ مورد و دیالیز اورژانس ۱۵-۱۰ مورد است. بخش ۶ پرسنل در ۳ شیفت کاری دارد و تحت نظارت متخصص داخلی آقای دکتر سلیمانی که ریاست بیمارستان را هم به عهده دارند می باشد از کمبود های تجهیزاتی بخش ، مسئله عمده عدم نصب دستگاه R/O است. علاوه بر آن به نبود دستگاه DC شوک ، ترازوی بزرگسال ، میز غذاخوری بیمار می توان اشاره کرد.

بخش عمومی مسئول بخش است و متخصص
اخلی بصورت آنکال در دسترس می باشد.
بخش دیالیز: بیمارستان در فضای حدود ۹۰

بنیاد بیماریهای خاص

پیوند اعضا

دکتر مرعشی



مصبوبه مجلس در شورای نگهبان با مشکلی مواجه نشود

در سمینار مرگ مغزی و پیوند اعضا آیت ا. هاشمی رفسنجانی رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام، طی سخنانی با اشاره به این نکته که می بایست پیوند اعضا از طرق مختلف وارد فرهنگ جامعه شود، اظهار داشتند: برای ایجاد فرهنگ اهدا عضو در جامعه باید کارهای تبلیغی و رسانه ای انجام شود تا آثار و برکات پیوند اعضا برای مردم روشن گردد و برگزاری سمینار می تواند در ایجاد فرهنگ اهدا عضو مؤثر باشد. ایشان با اعلام اینکه از نظر شرعی مسئله پیوند اعضا در زمان امام راحل حل شده است افزودند: امروزه بسیاری از علما و شخص رهبر انقلاب به پیوند اعضا نظر مساعد دارند و از نظر شرعی هیچ مشکلی نداریم. همچنین در این سمینار فیلمی از سخنان آیت ا. مکارم شیرازی درباره حکم شرعی مرگ مغزی و پیوند اعضا نمایش داده شد. ایشان در این فیلم با اشاره به اینکه پیوند اعضای افرادی که دچار مرگ مغزی شده اند منافاتی با اسلام ندارد در این باره سخنانی ایراد کردند.

سخنران دیگر این سمینار آقای سید رضازواره ای عضو شورای نگهبان بود. ایشان اظهار داشت: در نهایت نظریات پزشکان، خمیر مایه تدوین قانون مرگ مغزی است. البته در کشور ما نحوه تصویب قانون با کشورهای دیگر تفاوت دارد. در

بنیاد بیماریهای خاص در سال ۱۳۷۵ تاسیس و در رابطه با بیماری های تالاسمی، هموفیلی، مزمن کلیه، سرطان، دیابت، هپاتیت و پیوند اعضا فعالیت داشته است. فعالیت های بنیاد امور بیماریهای خاص شامل کمک به تجهیزات و راه اندازی مراکز درمانی، پیگیری برای تصویب قوانین، آموزش همگانی در جهت پیشگیری از وقوع بیماری، آموزش های لازم به بیماران، پژوهشی علمی، برگزاری سمینارها و همایش های علمی و حمایت های مالی از بیماران بوده است.

◇ پیشگیری و اقدامات قانونی

این بنیاد از پیشنهاد دهندگان و حامیان تصویب قانون مرگ مغزی در ایران بوده است و در این راه تلاش چشمگیری داشته است. از جمله پس از آنکه طرح دریافت عضو از مبتلایان به مرگ مغزی توسط مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۷۴ رد شد، این بنیاد تلاش وافر در جهت روشن سازی اذهان نمایندگان مجلس و مسئولین کشور انجام داد و در نهایت در سال ۱۳۷۷ با برگزاری سمیناری مرگ مغزی و طرح نظرات گوناگون در این باره، زمینه ساز تصویب قانون مرگ مغزی در مجلس شورای اسلامی شد.

همچنین بنیاد با پیگیری های بنیاد و ارتباط با بعضی فقهای شورای نگهبان موجب شد که تایید



کشورهای دیگر وقتی موضوع جدیدی مطرح می شود برای آن مقرراتی وضع می کنند اما در کشور ما فرهنگ، آداب و سنن و اعتقادات مردم نیز مهم است و مراجع نیز باید در زمینه های مختلف مجوز شرعی بدهند.

دکتر نوربالا معاون پژوهشی وزارت بهداشت نیز طی سخنانی اظهار داشت: هنگامی که مغز به عنوان هماهنگ کننده تداخلها و تعادل های مختلف انسان بهر دلیلی از کار افتاده، بستر و زمینه رشد و شکوفایی روح نیز متوقف خواهد شد. با این دیدگاه معتقدیم که یکی از ارکان مهم و ضروری وزارت بهداشت، مساله پیوند اعضا است.

دکتر شیبانی نماینده مجلس شورای اسلامی نیز در این سمینار حضور داشت و سخنانی ایراد کرد. وی گفت: افرادی که در مجلس هستند و با مسائل پزشکی آشنایی دارند می بایست اهمیت تصویب قانون مرگ مغزی را برای دیگر نمایندگان مجلس توضیح دهند. اگر قانون مرگ مغزی با رای بالا تصویب شود، دست جراحان توانمند کشور در نجات جان انسان های نیازمند به پیوند اعضا سباز خواهد بود.

در ادامه این سمینار دکتر ملک زاده فوق تخصص دستگاه گوارش و کبد و استاد بیماری های داخلی، درباره پیوند کبد و مرگ مغزی گفت: پیوند کبد یکی از اصلی ترین مواردی است که در رابطه با مرگ مغزی وجود دارد. در رابطه با پیوند کبد از افراد مرگ مغزی به قانون نیاز داریم. وی در ادامه اظهار داشت: چیزی که باعث روند کند پیوند کبد از افراد مرگ مغزی شد، رد شدن لایحه ای بود که به مجلس شورای اسلامی تقدیم شده بود. این قانون در آن زمان در هیات دولت تصویب شده بود و با حمایت های مؤثر آقای هاشمی رفسنجانی به مجلس فرستاده شد که متأسفانه مورد تایید قرار نگرفت.

دکتر ایرج فاضل رئیس فرهنگستان علوم پزشکی نیز سخنران دیگر این سمینار بود که ضمن تعریفی از مرگ مغزی اظهار داشت: ممکن است جراحی که فرد مبتلا به مرگ مغزی را تحت

عمل جراحی قرار می دهد و اعضای بدن او را به دیگران پیوند می زند، مورد اعتراض بازماندگان فرد مبتلا به مرگ مغزی قرار گیرد و یا اینکه از جراح شکایت شود. همچنین باید در نظر داشت که یک قاضی در دادگاه براساس فتوا حکم نمی دهد و به مواد قانونی استناد می کند. بنا بر این به تصویب قانون مرگ مغزی نیاز داریم.

همچنین در ابتدای این سمینار آقای دکتر باقرلاریجانی دبیر کل بنیاد ضمن خیر مقدم و بیان اهداف و فعالیتهای بنیاد بر حل مشکلات حقوقی پیوند اعضا و لزوم داشتن قانون مدنی در این زمینه تأکید کرد.

آقای دکتر سید محمود طباطبایی معاونت آموزشی و پژوهشی بنیاد نیز طی سخنانی ضمن تعریف مرگ مغزی و شاخه های تشخیص آن، اظهار امیدواری کرد که قانون پیوند اعضا و مرگ مغزی تصویب شود.

همچنین کتاب حاوی مطالب مطرح شده در این سمینار به چاپ رسیده که در آن زمان در اختیار مسئولین مختلف مملکتی و نمایندگان مجلس و علمای دینی قرار گرفت که در روشن سازی ذهن ایشان نقش به سزایی داشت.

پس از آن بنیاد با آماده کردن طرح پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیماران دچار مرگ مغزی و ارتباط و همفکری با نمایندگان مجلس، زمینه را برای طرح و تصویب این طرح مهیا کرد. محتوای این طرح به شرح زیر است:

ماده واحده - بیمارستانهای مجهز کشور، پس از اجازه کتبی مخصوص وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی، می توانند از اعضای سالم بیماران فوت شده به بیمارانی که مرگ مغزی آنان بر طبق نظر کارشناسان مسلم باشد به شرط وصیت بیمار در زمان حیات یا موافقت ورثه او پس از فوت، جهت پیوند به بیمارانی که ادامه حیاتشان به پیوند عضو بستگی دارد، استفاده نمایند.

آیین نامه اجرایی این قانون بوسیله وزارتخانه های بهداشت و دادگستری با هماهنگی سازمان نظام پزشکی و بنیاد امور بیماری های خاص ظرف



♦ بانک اطلاعاتی:

از اقدامات قابل توجه بنیاد توزیع فرم های اهداء عضو در بین مردم است که در آن اشخاص اجازه می دهند که در صورت مرگ مغزی از اعضای آنها برای پیوند به بیماران نیازمند استفاده شود. سپس بنیاد بر اساس اطلاعات نوشته شده توسط اشخاص برای آنها کارت اهداء عضو صادر می نماید و آن را به آدرس آنها پست می نماید. تاکنون برای بیش از ۱۱۰۰۰ نفر از داوطلبین کارت اهداء عضو صادر شده است.

♦ کمک به بیماران نیازمندی:

بنیاد بیماریهای خاص به بیماران پیوندی کلیه که قادر به تامین هزینه داروهای پس از پیوند نمی باشند. در خرید دارو به آنها کمک می کند.

♦ هدیه اظہار:

در سالهای ابتدایی شروع پیوند کلیه در ایران، برای انجام آن از دهنده زنده فامیل استفاده می شد. اما به دلیل تعداد زیاد بیماران خواستار پیوند و عدم وجود دهنده مناسب فامیل، پیوند از دهنده غیر فامیل نیز شروع شد و بدین جهت از اواخر سال ۷۵ و بر اساس پیشنهاد بنیاد امور بیماریهای خاص و موافقت هیات دولت و رئیس جمهور محترم وقت (جناب آقای هاشمی رفسنجانی) مقرر شد به منظور تجلیل از اقدام انسانی و شایسته اهداکنندگان کلیه و قدر دانی از همت والای کسانی که با اهدای یک کلیه خود به هموطنان دردمند خود کمک می کند مبلغی به عنوان هدیه ایشار پرداخت گردد.

آیت ... هاشمی رفسنجانی در دیدار با هیئت امنای بنیاد در این باره اظهار داشتند: در مورد پیوند کلیه در دولت قبلی حضور داشتم و این موضوع مطرح شد که برخی افراد کلیه خود را به خاطر انگیزه های انسانی اهدا می کنند لذا پیشنهاد کردیم به هر کسی که مبادرت به این امر می نماید هدیه ای از طریق بنیاد داده شود و با اختصاص بودجه ای برای این منظور مقرر گردید این مبلغ پرداخت گردد که در صورت نیاز از آن استفاده کنند و در غیر این صورت بخشیده شود و یا در راه های انسان دوستانه دیگر هزینه گردد.

آقای دکتر ایرج فاضل رئیس فرهنگستان علوم پزشکی نیز در اردیبهشت ماه سال ۷۶ طی نامه ای به ریاست محترم بنیاد به این سخن رئیس جمهور محترم وقت (جناب آقای هاشمی رفسنجانی) که دولت حمایت مادی و معنوی هدیه کنندگان کلیه را عهده دار می شود و این بار از دوش

سه ماه از تاریخ ابلاغ قانون تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

پیشنهاد این طرح به امضای تعدادی از نمایندگان رسیده بود که اسامی آنان در زیر می آید:

صدیقی، شیرازیان، وحید دستجردی، مرعشی، جلو دارزاده، حدیدچی، پیشگاهی فرد، رمضانزاده، کروبوی، صدر، بیانک، نخبه الفقهاهی، فائزه نژاد، احمدی، زاد سر، میر حسینی، راستگو، رمضانپور، قمی، بای سلامی، دعائی، سبحانی، سهرابی، فضلعلی، رضایی، روشن چراغ، رئیسی، دهکردی، عبدالوند، زمانی، اکبر زاده، معلمی، توکلی، حسینی، باغبانیان، احمدی شاهرود، صدقیانی، قندهاری، سقایی، قبادی، دانا، رمضانپور، نرگسی، زرگر، موالی زاده، غفوری فرد، اشرافی، خباز، عزیزی، محمد یاری، روانی، اکبری، جلیل خوانی، عاشوری، اخوان، سپهوند، سید مصطفی هاشمی، قریشی، ترقی، عیدی گل تپه ای، نجفی، پیش بینو چند امضای ناخوانا. فرهنگ سازی و تبلیغات:

در این زمینه بنیاد اقدامات شایان ذکری داشته است از جمله این اقدامات می توان به چاپ پوستر، کتاب و بورشورهایی در این باره اشاره کرد.

انتشارات بنیاد در زمینه پیوند اعضاء و مسائل مرتبط با آن به شرح زیر می باشد:

مرگ مغزی چیست؟

نگرشی جامع به پیوند اعضاء (این کتاب شامل بخشهای کلیاتی پیرامون پیوند اعضا و مرگ مغزی، مباحث اخلاق پزشکی پیرامون اعضاء مسایل حقوقی پیوند اعضا و مطالعه تطبیقی آن مباحث فقهی پیرامون پیوند اعضا می باشد).

مرگ مغزی

پیوند کلیه

پیوند مغز استخوان چیست؟

تغذیه بیماران پیوندی کلیه

توصیه های لازم جهت حفظ پیوند مغز

استخوان

مرحله قبل از بستری شدن در بخش برای پیوند

مغز استخوان

مرحله بستری شدن در بخش برای پیوند مغز

استخوان

در ضمن بنیاد فصل نامه ای منتشر می نماید که در هر شماره آن مطالبی در مورد پیوند اعضاء برای اطلاع خوانندگان به چاپ می رساند. سایت اینترنتی بنیاد نیز دارای مطالبی در این باره است. آدرس این سایت www.cffsd.org می باشد.

ساخت تیزرهای تلویزیونی برای آشنایی و تشویق مردم به اهداء عضو از برنامه های در دست اجرای بنیاد است.

در حال حاضر پیوند کلیه در ۲۲ مرکز درمانی کشور انجام می شود که در جدول زیر نام آنها ذکر شده است.

مراکز بیمارستانی پیوند کلیه

- ۱- آیت الله طالقانی تهران
- ۲- اکباتان همدان
- ۳- امام خمینی ارومیه
- ۴- امام خمینی تبریز
- ۵- امام خمینی تهران
- ۶- امام رضا مشهد
- ۷- بقیه الله تهران
- ۸- چهارمین شهید محراب کرمانشاه
- ۹- دکتر چمران تهران
- ۱۰- دکتر شریعتی اصفهان
- ۱۱- دکتر شریعتی تهران
- ۱۲- رازی رشت
- ۱۳- سینا تهران
- ۱۴- شهدای تجریش
- ۱۵- شهید بهشتی بابل
- ۱۶- قائم مشهد
- ۱۷- گلستان اهواز
- ۱۸- لبافی نژاد تهران
- ۱۹- مدرس تهران
- ۲۰- نمازی شیراز
- ۲۱- نوروعلی اصفراصفهان
- ۲۲- هاشمی نژاد تهران

در حال حاضر بخش عمده کلیه های پیوندی از دهنده زنده و مبتلایان به مرگ مغزی تأمین می شود.

در مجموع امروزه در ایران بیماری وجود ندارد که برای انجام پیوند کلیه مجبور باشد به کشورهای خارجی سفر کند.

حتی گاهی ایرانیان خارج از کشور نیز برای انجام پیوند به ایران می آیند. البته لازم به ذکر است که در ایران هرگز افراد تبعه کشورهای خارجی نمی توانند پیوند انجام دهند، مگر آنکه دهنده پیوند را (از کشور خود یا سایر کشورها) به همراه داشته باشند.

همچنین در ایران علاوه بر هزینه های کمتر، نتایج پیوندها مطلوب بوده است.

بیماران کلیوی برمی دارد اشاره کرده و در ادامه نامه افزود بودند که تصمیم اخیر ریاست محترم جمهوری مبنی بر پرداخت هزینه های مربوط به اهدا کنندگان کلیه از طرف دولت علاوه بر حمایت اساسی از این بیماران رنجیده، راه حلی انسانی و عالمانه برای مسایل اقتصادی مربوط به اهداء کنندگان کلیه است که می تواند به عنوان یک اقدام بی سابقه و ارزشمند مورد استفاده جوامع دیگر هم قرار گیرد.

◊ کمک به فعالیتهای ورزشی بیماران پیوندی

انجمن ورزشی بیماران در تاریخ ۷۸/۵/۱۰ و پس از تأیید آیین نامه آن توسط سازمان تربیت بدنی و بنیاد امور بیماریهای خاص، تاسیس شد. این انجمن تشکیلاتی است که در حوزه معاونت فرهنگی آموزشی سازمان تربیت بدنی با همکاری بنیاد تشکیل شده است.

همچنین تیم ورزشی بیماران پیوندی ایران در مسابقات مختلف ورزشی بیماران پیوندی که در کشورهای دیگر برگزار شده، شرکت نموده است. اولین اعزام به مسابقات جهانی سیدنی و در سال ۱۹۹۷ میلادی انجام شد که مدال یا مقامی برای کشورمان کسب نشد. سایر مسابقات و نتایج کشورمان در جدول زیر آمده است.

ردیف	رویداد	طلا	نقره	برنز	نتیجه
۱	مسابقات خاور میانه کویت	۸	۲	۳	مقام اول در کل مسابقات
۲	مسابقات جهانی ژاپن	۱	-	۱	مقام اول تنیس روی میز جهان
۳	مسابقات بین المللی ترکیه	۷	۴	-	مقام اول در کل مسابقات
۴	مسابقات آسیایی تایلند	۳۵	۱۲	۱۵	مقام دوم در کل مسابقات
جمع		۵۱	۱۸	۱۸	

در ادامه مطالبی در باره پیوند اعضای مختلف به تفکیک بیان خواهد شد:

◊ پیوند کلیه

از شروع انجام پیوند تا پایان سال ۱۳۸۱، ۴۱۸۹ مورد پیوند در کلیه در ایران انجام گرفته است که در این خصوص از پیشگامان پیوند اعضا در منطقه به شمار می آید.

بقا، کلیه پیوند شده	۶ ماهه	۱۲ ماهه	۱۸ ماهه	۲۴ ماهه	۳۰ ماهه
میزان	۹۵/۶۸٪	۹۴/۷۰٪	۹۴/۰۱٪	۹۳/۶۲٪	۹۲/۲۱٪

پیوند قلب

اولین پیوند کبد در ایران در سال ۱۳۷۲ در بیمارستان نمازی شیراز انجام شد.

اولین پیوند کبد از دهنده زنده (پیوند از مادر به فرزند) نیز در مرکز فوق و در زمستان ۷۶ با موفقیت انجام شد.

تا پایان فروردین ماه ۸۲ در این مرکز، ۵۶ مورد پیوند کبد انجام شد که ۴۸ مورد از جسد و ۸ مورد به صورت پارشیال و از دهنده زنده انجام شده است. تعداد کل گیرندگانی که فوت شده اند ۱۸ نفر بوده که ۱۴ نفر آنها از جسد و ۴ نفر از دهنده زنده پیوند دریافت کرده بودند. در ایران سالانه بیش از ۵ هزار نفر نیاز به پیوند کبد دارند. در حال حاضر پیوند کبد در دو مرکز ایران انجام می شود.

مراکز پیوند کبد

۱- بیمارستان نمازی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲- بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

در تهران در سال ۱۳۸۲ اولین پیوند کبد انجام شد تاکنون ۴۸ مورد انجام شده است. در پیوند موفقیت آمیز بوده است.

پیوند مغز و استخوان

پیوند مغز و استخوان در مرکز فوق انجام می شود.

مراکز پیوند مغز و استخوان

۱- بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- بیمارستان نمازی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

این پیوند موفقیت های چشمگیری در ایران داشته است. به عنوان مثال تا کنون ۶۹۳ مورد پیوند مغزو استخوان در بیمارستان شریعتی تهران انجام شده که ۲۰۱ مورد آن برای بیماران تالاسمی انجام شده است. این بخش در اواخر سال ۱۳۶۹ با تغییر و ارتقای کادر پرستاری و ایجاد فضای فیزیکی مناسب اقدام به انجام پیوند مغزو استخوان نمود. همچنین از سال ۱۳۷۲ این بخش به عنوان مرکز تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی و پیوند مغز استخوان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران فعالیت خود را گسترش بخشید. این مرکز بنیانگذار و نخستین مرکزی در ایران بوده

بقا، بیمار پیوند شده	۶ ماهه	۱۲ ماهه	۱۸ ماهه	۲۴ ماهه	۳۰ ماهه
میزان	۹۶/۶۹٪	۹۶/۳۲٪	۹۶/۱۳٪	۹۶/۱۳٪	۹۳/۷۲٪

خوشبختانه در ایران، با توجه به دستورات دین اسلام، خرید و فروش اعضا وجود ندارد و در نتیجه، موضوع حضور

با ندهای تجاری و واسطه های خرید و فروش نیز در ایران منتفی است.

در حال حاضر خرید و فروش اعضای بدن در چند کشور انجام می شود و حتی افراد از کشور های بیگانه نیز می توانند به این کشورها مراجعه نمایند و با پرداخت مبلغ معینی پیوند انجام دهند که این امر بسیار نگران کننده است اما خوشبختانه این امر در ایران انجام نمی شود.



پیوند قلب

عمل پیوند قلب در ایران برای اولین بار در سال ۱۳۷۳ در تبریز و سپس در همان سال در شیراز و تهران انجام شد. در حال حاضر پیوند قلب در دو مرکز در تهران انجام می شود. تا پایان سال ۸۱ در مرکز بیمارستان شریعتی تهران ۳۷ مورد پیوند قلب انجام شده که میزان موفقیت آن نسبتاً خوب بوده است.

خاص
بهار ۱۳۸۳
صفحه ۵۸

مراکز پیوند قلب، قلب و ریه

۱- بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران



عنوان یکی از منابع مهم پیوند مورد استفاده قرار می‌گیرد.

بکارگیری پیوند مغز استخوان برای درمان بیماری تالاسمی (تاکنون ۲۰۱ مورد پیوند داشته‌ایم) که خوشبختانه نتایج موفقین آمیزان موجب شده ایران، بعنوان دومین کشور دنیا از لحاظ کمیت و میزان موفقیت در نتایج پیوند مغز استخوان در بیماران تالاسمی شناخته شود.

تهیه پلاکت با روش (Single donor) که یک روش ارزشمند در عمل پیوند می باشد بکارگیری این شیوه از دستاوردهای آزمایشگاه تحقیقاتی این مرکز می‌باشد.

شایان ذکر است هم اکنون هزینه ارزی هر عمل پیوند مغز استخوان در دنیا حدود ۱۰۰۰۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰۰۰ دلار می باشد لذا پر واضح است انجام این عمل و توسعه آن تا چه میزان سبب صرفه جویی ارزی برای کشور می گردد با توجه به اینکه تا کنون چند بیمار از کشورهای دیگر جهت عمل پیوند مغز و استخوان پذیرفته شده‌اند.

در سال ۱۳۸۱ در کل ۱۵۲ بیمار تحت پیوند خون و مغز استخوان قرار گرفتند که شامل بیماریهای مختلف ذیل بودند:

AML=Acute Myelogenous Leukemia / Thal=Thalassemia Major / ALL=Acute Lymphoblast leukemia / CML=Chronic Myelogenous Leukemia / NHL=Non- Hodgkin lymphoma / MM=Multiple Myeloma / HL=Hodgkin Lymphoma / AA=Aplastic Anemia / FA=Fanconi Anemia / E.S=Ewings Sarcoma / SCID=Severe Combind Immunodeficiency Disease / Osteo-Osteopetrosis

تعداد بیماران بر حسب نوع جنس بیماران:
Male/Female=۹۰/۶۲

مرکز پیوند مغز استخوان شیراز نیز در سال ۱۳۷۲ شروع به کار کرده و تاکنون تعداد ۱۷۰ پیوند در این مرکز بخواه بیماران مبتلا به تالاسمی و لوسمی انجام شده است که میزان موفقیت آن در مورد تالاسمی ۷۲ درصد و در مورد لوسمی ۵۰ درصد بوده است.

این مرکز ۷ تخت فعال داشته و سالیانه حدود ۲۰ تا ۲۵ پیوند در آن انجام می‌شود.

است که در زمینه ارائه خدمات و اقدامات زیر فعالیت داشته است.

انجام نخستین مورد پیوند مغز و استخوان ایران در تاریخ ۱۳۶۹/۱۲/۱۳ و ادامه موفقیت آمیز آن در جهت درمان انواع سرطانها، بیماریهای خونی، ژنتیکی و اختلالات ایمنی به گونه ای که تا امروز این عمل از مرز ۷۱۱ مورد نیز گذشته است. انجام روش پیوند خون محیطی (Peripheral Blood Stem Cells) برای اولین بار در تاریخ پزشکی ایران در سال ۱۳۷۵ و ادامه موفقیت آمیز آن به گونه ای که آمار این عمل تا کنون بیش از ۴۴۴۱ مورد رسیده است.

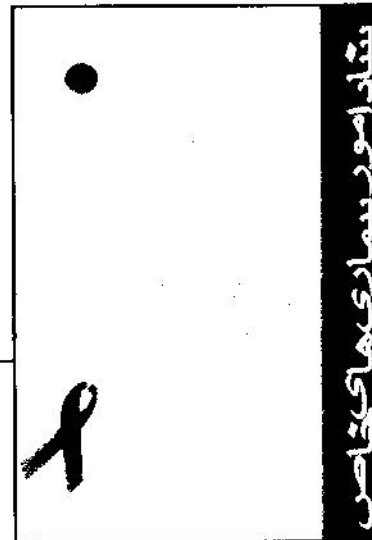
پیوند خون بند ناف (Cord Blood Transplantation) در تاریخ پزشکی ایران برای اولین بار در ایران در این مرکز به تاریخ ۱۳۷۷/۹/۲۷ انجام شده، که با تحقیق این روش برای پیوند، خون بند ناف که قبلاً دورریخته می شد با استفاده از سیستم فریزینگ به

Total	AML	Thal.	CML	ALL	NHL	M.M	H.L	A.A	F.A	E.S	SCID	Osteo.
152	36	33	23	19	10	8	5	5	2	1	1	1

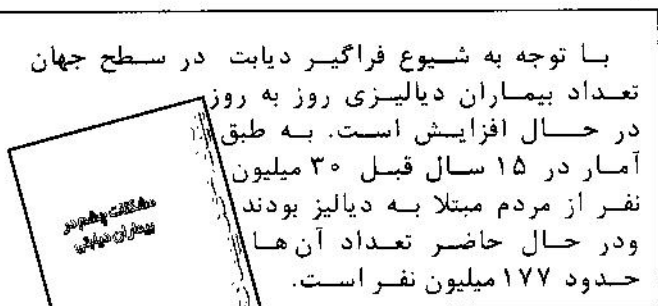
استعارات



در کتابچه مختصری از وضعیت آتاتومیک مغز تشریح گردیده سپس به بررسی علائم مرگ مغزی پرداخته و در نهایت این موضوع از نظر اسلام بررسی گردیده است.



در کتاب مذکور الگوی شیوع ایدز در ایران و جهان توضیح داده شده و در مورد پیشگیری، تشخیص و ارتباط آن با مصرف مواد مخدر مطالبی ارائه گردیده است.



با توجه به شیوع فراگیر دیابت در سطح جهان تعداد بیماران دیالیزی روز به روز در حال افزایش است. به طبق آمار در ۱۵ سال قبل ۳۰ میلیون نفر از مردم مبتلا به دیالیز بودند و در حال حاضر تعداد آن‌ها حدود ۱۷۷ میلیون نفر است.



این سرطان در تمامی گروه‌های سنی دیده می‌شود و درمان اولیه آن جراحی می‌باشد که در تمام یا قسمتی از لوزالمعده برداشته می‌شود.



ضمن توضیح بیماری هموفیلی به بحث تشخیص بیماری و سپس پیشگیری از آن و در انتها به مسئله درمان می‌پردازد.



این کتابچه از مجموعه کتابچه‌های آموزش دیابت می‌باشد که به بحث و بررسی ارتباط دیابت، مشکلات ناشی از دیابت و همچنین تشخیص نارسایی کلیه در موارد می‌پردازد.

تاب
بهار ۱۳۸۳
صفحه ۶۰

گیاهان موثر در درمان بیماریها

از مجله تئذیه و سلامتی



طبیعت گرم و خشک

است

روش مصرف

متوسط استفاده روزانه از دانه ی گیاه شنبلیله جهت درمان دیابت و بالا رفتن کلسترول خون ۳۰ تا ۴۰ گرم هر ۸ ساعت یا ۱۵ تا ۹۰ گرم در یک نوبت روز می باشد.

توجه

استفاده بیش از ۱۰۰ گرم دانه شنبلیله در روز می تواند باعث اختلالات گوارشی و تهوع شود.

◆ **سیر**

سیر از قدیمی ترین گیاهانی است که بشر تا کنون شناخته و مصرف کرده است و شاید قرنهای پیش از ثبت تاریخ کاشته شده باشد. در تحقیقات انجام شده بر روی گیاه سیر در انسان مشخص شده است که این گیاه دارای اثرات پایین آورنده ی فشار خون و کاهش دهنده ی چربی و قند خون می باشد.

◆ **طب سنتی**

سیر از نظر طبیعت طبق نظر حکمای طب سنتی خیلی گرم و خشک است. حرارت سیر شبیه به حرارت غریزی است و سیر وحشی و صحرایی از سیر مزروع گرمتر و خشک تر می باشد.

روش مصرف

میزان مصرف سیر جهت کاهش فشار خون و درمان دیابت و چربی خون برابر است با خوردن روزانه ۵ حبه سیر خام و یا خوردن روزانه ی یک سی سی از عصاره ی سیر می باشد.

توجه

چون سیر دارای طبیعت گرم و خشک می باشد؛ لذا در افرادی مزاج گرم توصیه می شود که سیر را به صورت پخته در آب با کمی نمک و روغن بادام به همراه گشنیز، سکنجبین، آب انار ترش و شیرین استفاده نمایند.

◆ **گیاهان موثر در درمان دیابت :**

بیماری دیابت یک اختلال مزمن در سوخت و ساز کربوهیدرات، چربی و پروتئین است که با افزایش قند خون، افزایش خطر گرفتگی عروق در سیستم های حیاتی بدن نظیر عروق قلب، کلیه، مغز، چشم و... همراه است. بیش از نیمی از افراد مبتلا به دیابت از وجود بیماری خود بی اطلاع هستند.

◆ **فلاگم و شالاه**

برادراری، تشنگی زیاد و پرخوری، کاهش وزن سریع و فشار خون بالا به صورت همزمان افزایش استعداد ابتلاء به عفونت:

خارش، بی حسی، سوزن سوزن شدن دست و پاها؛ گرفتگی ساق پا.

◆ **شنبلیل**

نام علمی:

TRIGONELLA FOENUM GRAECUM اگرچه

منشا شنبلیله از اروپای جنوب شرقی و آسیای غربی می باشد، اما امروزه این گیاه در اکثر نقاط جهان کاشته می شود.

دانه ی شنبلیله دارای خواص گوناگون داروئی می باشد. در زمان های گذشته از این گیاه در سطح وسیعی از جمله در درمان زخم ها، التهاب مفاصل، برونشیت و اختلالات گوارشی استفاده می شود. گیاه شناسان چینی شنبلیله را در اختلالات کلیوی و دستگاه تناسلی مورد استفاده قرار داده اند همچنین از این گیاه در اکثر نقاط جهان استفاده غذایی می شود.

دانه ی شنبلیله چون منبع غنی ای از فیبر است، یکی از گیاهان موثر در پایین آوردن قند خون می باشد که می تواند به پایین آوردن کلسترول و سطح قند خون در افراد مبتلا به دیابت غیر وابسته به انسولین کمک نماید.

◆ **طب سنتی**

طبق نظر حکمای طب سنتی شنبلیله از نظر

دیابت

آب زیاد باید پداریت

از مجله تغذیه و سلامتی

◆ افزایش و کاهش قند خون :

افزایش قند خون به بالاتر از سطح طبیعی را هیپر گلیسمی یا افزایش قند خون می گویند . کاهش سطح قند خون به کمتر از میزان طبیعی را نیز هایپو گلیسمی یا کاهش قند خون می نامند . میزان قند خون (گلوکز) طبیعی بین ۷۰ تا ۱۱۰ میلی گرم دسی لیتر یا کمتر از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر ۲ ساعت پس از صرف غذا می باشد .



افزایش و کاهش قند خون در بدن می تواند با علائمی همراه باشد که آگاهی از آن ها مفید است .

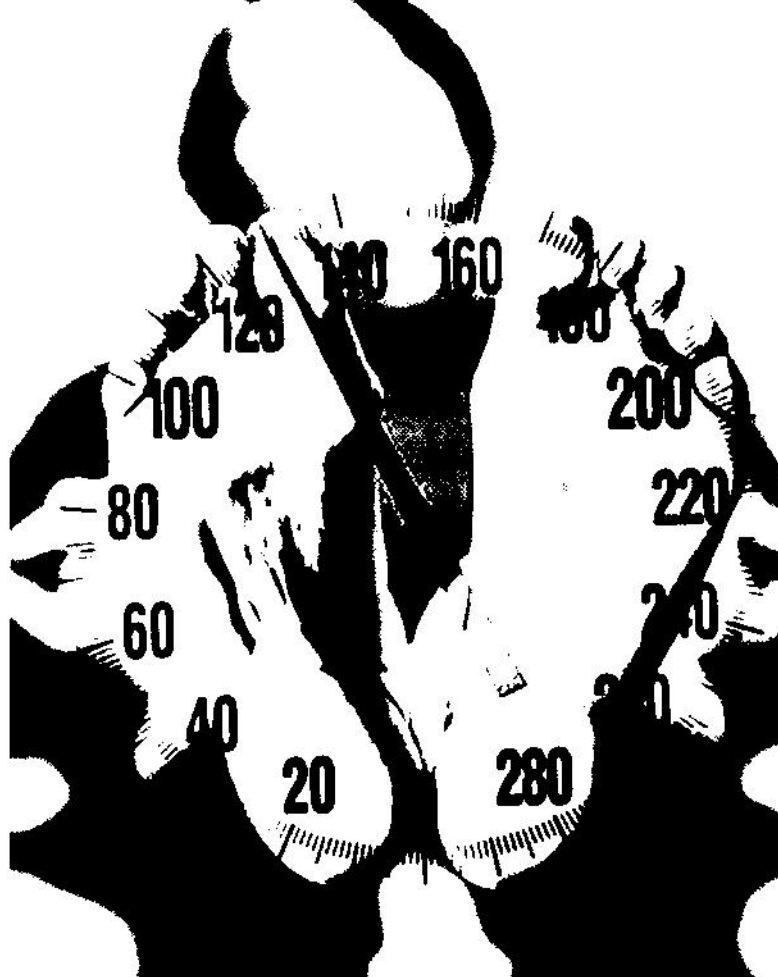
افزایش قند خون زمانی ایجاد می شود که قند خون بیش از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد و علائم آن می توان به تشنگی شدید، افزایش حجم و تعداد دفعات ادرار، کاهش وزن، اشتهای بیش از حد معمول، کم آبی و از دست رفتن مایعات بدن، تهوع و استفراغ، ضعف طولانی مدت و خواب آلوده گی، دردهای شکمی، استشمام بوی استون از دهان، کاهش سطح هوشیاری و تنفس سریع اشاره کرد . افزایش قند خون می تواند با چندی از نشانه های فوق همراه باشد .

بازار
بهار ۱۳۸۳
صفحه ۶۲

سوالی که برای اکثر خانواده ها پیش می آید این است که « در هنگام افزایش قند خون در افراد دیابتی چه کاری باید انجام داد؟ » . در این گونه مواقع توصیه می شود چنان چه دستگاه سنجش قند خون در منزل وجود دارد سریعاً نسبت به اندازه گیری قند خون اقدام نمایید . سپس به فرد مایعات فراوان از قبیل آب یا چای بدون قند بنوشانید . در ضمن از مصرف خود سرانه ی انسولین پاداروهای خوراکی پایین آورنده ی قند خون جدا خودداری کنید و در نهایت در صورتی که بهبود حاصل نشد به پزشک خود مراجعه نمایید . کاهش قند خون نیز زمانی ایجاد می شود که قند خون کمتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد و از علائم اولیه ی آن می توان به پوست مرطوب و عرق سرد، لرزش و فقدان هماهنگی اندامها، تپش قلب، گرسنگی بیش از حد وضعف، رنگ پریدگی کامل، احساس خستگی، سردرد و سرگیجه، خارش و سوزن سوزن شدن در ناحیه ی لب و دهان اشاره نمود . در صورتی که سریعاً نسبت به درمان اقدام نشود، این حالت پیشرفت کرده و به علت کاهش قند (گلوکز) در سیستم عصبی در اعصاب بدن خلل وارد می شود . علائم اختلال در سیستم عصبی هنگام کاهش قند خون عبارتند از : احساس بی حسی در عضلات و اندام های حرکتی و کاهش هوشیاری .

در صورتی که بعد از بروز علائم فوق باز هم درمان مناسب صورت نگیرد، سرانجام فرد در حالتهای عدم هوشیاری، تشنج، اغما و نهایتاً مرگ حادث خواهد شد . توصیه هایی که به بیماران هیپو گلیسمیک (دچار کاهش قند خون) می شوند :

- سنجش سریع قند خون در صورتی که دستگاه مربوطه را در اختیار دارند؛
- استفاده از مقادیر تعیین شده ی مجاز مایعات شیرین مانند آب قند، آب میوه، شیر و شربت که صرفاً توسط کارشناس و متخصص تغذیه توصیه می شود؛
- در صورت عدم بهبود علائم ظرف مدت



افزایش قند خون است یا کاهش آن؛ به هیچ وجه نباید برای تشخیص از انسولین استفاده کرد چون ممکن است فردی که در حالت اغما قرار دارد دچار افزایش قند خون نشده باشد بلکه حالت کاهش قند خون در وی روی داده باشد که در این حالت استفاده از انسولین برای درمان خطرناک و مرگ آفرین است؛ لذا توصیه می شود در چنین مواردی ابتدا از طریق آزمایش قند خون و ادرار وجود افزایش قند خون (هیپر گلیسمی) اثبات و سپس نسبت به درمان آن اقدام شود.

۱۵ تا ۱ دقیقه مجدداً مایعات شیرین مصرف شود (به مقدار محدود) و در صورت بهبودی، از مواد غذایی پر کالری پر پروتئین به مقدار کم و مطابق نظر کارشناس تغذیه استفاده گردد. نکته مهمی که باید مد نظر و توجه جدی قرار گرفت این است که از خوراندن مایعات شیرین به بیمار که در اثر کاهش قند خون هوشیاری اش را از دست داده است، جدا پرهیز شود.

◆ عوامل موثر در کاهش یا افزایش قند خون

افزایش مصرف غذا، ناکافی بودن انسولین و یا قرص ضد دیابت دریافتی، عفونت و یا فشارهای عصبی و کاهش فعالیت‌های بدنی و ورزش از جمله مواردی هستند که در ایجاد افزایش قند خون (هیپر گلیسمی) موثر می باشد. هم چنین فراموش کردن و یا به تاخیر انداختن و یا، حذف غذاهای اصلی یا میان وعده های غذایی، حالت تهوع و استفراغ، تزریق بیش از حد انسولین، افزایش فعالیت‌های بدنی که همراه با مصرف غذاهای اصلی و یا کاهش میزان انسولین نباشد، شوک، تابش آفتاب شدید و گرمای زیاد و مصرف بعضی داروها از جمله موارد موثر در کاهش قند خون (هایپو گلیسمی) می باشند.

توصیه ای که به خانواده های افراد دیابتی می شود این است: در مواقعی که یک فرد دیابتی دچار اغما شده است و نمی دانیم که اغما ناشی از



پس از زایمان، یافته های جدید نشان داده اند در صورتی که نوزاد قبل از شروع روند فیزیولوژیک زایمان و پاره شدن پرده های جنینی از طریق عمل سزارین متولد می شود و فقط از شیر مصنوعی استفاده کند بهره گیری از روش PACTG احتمال انتقال عفونت از مادر به کودک را به کمتر از ۲٪ کاهش خواهد داد. احتمال انتقال عفونت به میزان ویروس موجود در خون مادر باردار و در داروهای ضد رتروویروسی که دریافت می کند بستگی دارد. بعنوان مثال اگر در یک مادر باردار HIV مثبت میزان ویروس موجود در خون ناچیز باشد زایمان طبیعی برای وی روش انتخابی وضع حمل خواهد بود چون انجام عمل سزارین خطر انتقال عمودی ویروس را بالاتر خواهد برد (MOFENSON, JAN2001).

در کشورهای در حال توسعه، بیماری‌های و در زنان باردار مبتلا و نوزادان آنها بصورت مطلوبی انجام نمی‌گیرد از این رو محققان بهره‌گیری از رژیمهای ساده و ارزان ضد ویروس را برای این کشورها توصیه می‌کنند. در مطالعه سال ۱۹۹۹ مشخص شد تجویز یک دوز منفرد ۲۰۰

میلی گرمی NEVIRAPINE به مادران در شروع رایمان و استفاده از همین دارو به میزان 2mg kg در نوزادان این مادران در ۷۲ ساعت اول پس از تولد فقط حدود ۴ دلار خرج دارد حال آنکه این رژیم دارویی خطر انتقال عمودی بیماری را تا ۷۵٪

انتقال عمودی بیماری را تا ۷۵٪ کاهش میدهد. کارآزمایی بالینی تصادفی که در تایلند انجام شد نشان داد که کاهش مدت مصرف

زید و ودین در کودکان بر میزان انتقال عمودی اثری ندارد حال آنکه کوتاه

کردن مدت درمان آن با این دارو میزان انتقال عفونت از مادر به نوزاد را افزایش می دهد. در کشورهای توسعه یافته مادر مبتلا به HIV می تواند در صورت لزوم به کودک خود شیر ندهد حال آنکه در کشورهای در حال توسعه عدم دسترسی به آب آشامیدنی سالم و کمبود شیر مصنوعی باعث میشود به ناچار کودک را با شیر خود تغذیه کنند و در نتیجه

در قرن گذشته موفقیت های بدست آمده در زمینه های بهداشت، تولید آنتی بیوتیک های جدید و روشهای ایمن سازی باعث شدند تا بخش اعظم عفونت های دوران کودکی بخوبی درمان شوند اما چون این موفقیت ها در تمام کشور های جهان بصورت یکسان حاصل نشد بیماریهای عفونی بعنوان اصلی ترین علت مرگ و میر و معلولیت در کودکان جایگاه خود را حفظ کردند از سوی دیگر عدم تجانس هزینه های اختصاص داده شده به بخش بهداشت در کشور های مختلف موجب گردید که در کشور های فقیر بیماریهای مهار شده ای نظیر فلج اطفال بار دیگر شعله ور شوند و مشکل عفونت HIV نیز گریبانگیر کودکانی شود که از بطن مادر آلوده متولد میشوند. در مقاله ای که پیش رو دارید قصد آن داریم که چهار معضل مهم بهداشتی قرن جدید و پیشرفت های حاصل شده در زمینه مهار این معضلات را بررسی کنیم. این چهار معضل عبارتند از: انتقال مستقیم عفونت HIV از مادر به نو زاده (VERTICAL TRANSMISSION)، نقائص برنامه های ایمن سازی، جاقی و سیگار کشیدن نوجوانان.

♦ الف) المثال مستقيم عنونت HIV از مادر به نوزاد:

در روزهای پایانی سال ۱۹۹۹ یک میلیون و سیصد هزار کودک در سراسر جهان به عفونت HIV آلوده بودند. ۹۵٪ این کودکان در کشورهای در حال توسعه بسر می برند. آمار نشان می دهد که تقریباً تمام کودکان کمتر از ۱۵ سال مبتلا به عفونت HIV را هنگام تولد یا بلافاصله پس از آن از مادر خود گرفته اند. بدون تردید در نخستین سالهای قرن جدید ارقام ابتلا افزایش یافته اند. در این زمینه عمده ترین پیشرفت حاصل شده تهیه و تدوین رژیم های ساده دارویی بر ضد ویروس هاست که به خصوص در کشورهای در حال توسعه نیاز به آنها احساس می شود. در سال ۱۹۹۴ گروه کار آزمائی بالینی ایدز در کودکان (PACTG) روش مؤثری برای کاهش احتمال انتقال عفونت HIV از مادر به نوزاد ارائه داد. این روش شامل سه مرحله است: تجویز زیدوودین خوراکی برای مادر قبل از زایمان، استفاده از زیدوودین وریدی در طول زایمان و تجویز زیدوودین خوراکی در هفته اول

بهار ۱۳۸۳
صفحه ۶۴

شش و پانزده ماهگی. هنوز عفونتهای پنوموکوکی کاهش چشمگیری یافته است. در سالهای پایانی قرن بیستم چند واکسن که عوارض جانبی مهمی داشتند از برنامه واکسیناسیون کشورهای جهان اول حذف شدند بعنوان مثال کمتر از ۱۲ ماه بعد از گنجاندن شدن واکسن روتاویروس در برنامه واکسیناسیون ایالات متحده، این واکسن از برنامه حذف شد چون موارد متعددی از انوایناسیون روده‌ای در میان کودکانی که واکسن را دریافت کرده بودند مشاهده و گزارش گردید.

◇ (چ) معیارهای چاقی و معنای جدیدی میدهد

در سال ۲۰۰۰ میلادی سازمان بهداشت جهانی برای تعیین شاخص‌های رشد منحنی جدیدی ابداع و توزیع کرد و اعلام نمود که مشغول جمع‌آوری اطلاعات مربوط به رشد کودکان زیر ۵ سال در هفت کشور جهان است. نتایج کسب شده از این اطلاعات که الگوی رشد طبیعی کودکان را ترسیم میکنند در سال ۲۰۰۳ اعلام خواهند گردید. در دو دهه گذشته توجه به چاقی و افزایش وزن بصورتی روز افزون در سرتیروهای فعالیتهای بهداشتی دول اروپایی قرار گرفته است. محققان دلایل افزایش وزن و بروز چاقی را رواج مکانیزاسیون، کاهش مشاغل مرتبط با فعالیت بدنی، افزایش زمانی که صرف استراحت و تماشای تلویزیون میشود و روی آوردن مردم به غذاهای پر انرژی و چاق کننده می‌دانند. ثابت شده که بیماریهای قلبی عروقی، مشکلات ارتوپدی، دیابت نوع بزرگسالان، افسردگی و سوء مصرف الکل و تباکو در افراد چاق بیشتر روی می‌دهند. دولتهای اروپایی در جهت کنترل روند چاقی در دانش آموزان برنامه‌هایی در دستور کار مدارس قرار داده‌اند که از آن جمله راهنمایی والدین کودکان در مورد ضرورت عادت دادن بچه‌ها به ورزش روزانه، کاهش تماشای تلویزیون و حذف غذاهای چاق کننده از رژیم خانواده قابل ذکر هستند.

◇ (ک) مصرف سیگار در نوجوانان

بر اساس تخمین WHO تا سال ۲۰۳۰ تنها علت عمده مرگ و میر در تمام جهان عوارض ناشی از مصرف سیگار خواهد بود. مطالعه سال ۱۹۹۹ سازمان بهداشت جهانی که در ۱۲ کشور انجام شد نشان داد که ۲۴٪ نوجوانان ۱۵-۱۹ ساله حداقل یکبار در عمر خود استفاده از سیگار ۱ تجربه کرده‌اند. از آنجا که مهمترین عامل زمینه‌ساز سیگار کشیدن در کودکان، مصرف سیگار توسط والدین است WHO در بیانیه‌های خود بر ضرورت توصیه اکید پزشکان به عدم استفاده از سیگار در تمام اعضای خانواده مصرانه تاکید کرده است.

میزان انتقال بیماری از طریق شیر مادر افزایش خواهد یافت. عفونتهای پستان نیز که در کشورهای در حال توسعه شیوع بیشتری دارند خطر انتقال عفونت HIV را تا دو برابر افزایش می‌دهند.

◇ (پ) تقاضای برنامه‌های ایمن سازی

۱) فلج اطفال

سالیانه آمار موارد گزارش شده فلج اطفال در سراسر جهان کاهش می‌یابد و پیش بینی می‌شود ریشه‌کنی جهانی این بیماری در سال ۲۰۰۵ محقق گردد. در پایان سال دو هزار میلادی فلج اطفال در ۲۰ کشور گزارش شده بود. در دهه نود میلادی بسیاری از کشورهای طرح ریشه‌کنی فلج اطفال را در قالب ایجاد اکیمپ‌های ویژه یا اعلام روزهای مشخص برای واکسیناسیون گروهی با موفقیت اجرا کردند و ارسال گزارش موارد فلج حاد نیز برای شناسایی سریعتر نواحی آلوده به ویروس فلج اطفال بصورتی مستمر ادامه یافت. براساس گزارش WHO فلج اطفال هنوز در ده کشور جهان یکی از مظللات مهم بهداشتی است. برخی از این کشورها بواسطه ضعف سیستم‌های بهداشتی و برنامه‌های ناقص واکسیناسیون به خصوص در مناطق محروم صورت می‌گیرد (بنگلادش، اندونزی، هند، نیجریه، پاکستان). در بقیه نیز بواسطه سیاسی برنامه‌های ایمن سازی و پیگیری بیماران کارائی مطلوبی ندارد (افغانستان، انگولا، کنگو، سومالی و سودان).

۲) ایمن سازی در برابر پنوموکوک

در قرن گذشته ایمن سازی بر علیه پنوموکوک منحصر به استفاده از نوعی واکسن پلی ساکاریدی ظریفیتی میشد که بچه‌های کوچکتر از سه سال توان ایمنی زائی نداشت. در سال دو هزار نوعی واکسن هپتاوالان (هفت ظرفیتی) در آمریکا تهیه شد که برای کودکان کمتر از دو سال نیز قابل استفاده است و با استفاده از این واکسن در سنین، دو، چهار،



پیام رئیس فدراسیون بین المللی تالاسمی روز جهانی تالاسمی: تالاسمی وامیدها

داروهای جدیدی که به بازار وارد می شوند و نیز داروهائی که در حال حاضر تحت مطالعه و بررسی قرار دارند آگاهی داریم.

داروهای دیگری که در مرحله تحقیق هستند در ارتباط با افزایش هموگلوبین جنین (Butyrate) آنتی اکسیدانت ها و راههای درمان عوارض قلبی و کبدی می باشند.

یکی از وظایف اساسی فدراسیون بین المللی تالاسمی که در اساسنامه آن نیز قید شده، ارتقاء کلیه تحقیقاتی است که در زمینه سلامت بیماران تالاسمیک باشد. ما همواره در گذشته اینکار را کرده و در آینده نیز ادامه خواهیم داد. امید به آینده بهتر عامل موثری برای ادامه این راه درمان مشکل فعلی است. آناتیکه بتوانند خود را در شرایط بهتر حفظ کنند از پیشرفت های آتی بهره مند خواهند شد.

فدراسیون بین المللی تالاسمی در کنار هر بیمار، هر خانواده بیمار و هر انجمن تالاسمی قرار داشته و با کمک و همکاری سازمان جهانی بهداشت WHO و دیگر ارگانهای ذیربط و کارشناسان بین المللی بمنظور حمایت، کمک و ارائه مشاوره به انجمن های ملی تالاسمی و مراکز پزشکی سراسر جهان از کلیه طرقتی که در اختیار دارد از هیچ اقدامی فروگذار نمی کند.

شعار TIF اتحاد موجب قدرت ماست، امید ما را افزایش داده و مشوق ما در استمرار تلاش هایمان برای مبارزه می باشد. امید و حرکت عناصر کلیدی موفقیت ماست. TIF از کلیه انجمن های تالاسمی و مراکز درمانی آن می خواهد که تا در این روز خاص دست اتحاد یکدیگر داده و با صدائی محکم و متحد اعلام نمایند بیماران تالاسمی محقند از بهترین نوع درمان بهره مند شوند، بیماران تالاسمی حق حیات داشته و محقند تا امید خود به آینده بهتر را در قلب خود زنده نگاه دارند. برای یکایک شما آرزوی سلامت، قدرت و موفقیت در تلاش هایتان را دارم.

تقدیم به بیماران تالاسمیک و والدین آنان که هرگز امید خود را از دست نداده و تقدیم به دانشمندانی که یک لحظه از تلاش و امید خود برای ایجاد زندگی طولانی تر و بهتر برای بیماران تالاسمی در سراسر جهان دست بر نمی دارند.

روز جهانی تالاسمی سال ۲۰۰۴ فرا رسیده است و اطمینان دارم کلیه انجمن های تالاسمی در سراسر جهان از این فرصت که بمنظور تحکیم و تقویت تلاش ها در مبارزه علیه تالاسمی در نظر گرفته شده است بهره کافی بگیرند.

تحقیقات پزشکی صورت گرفته طی سه دهه گذشته هر چند که هنوز قادر به یافتن درمان نهائی بیماری تالاسمی نشده ولی، پیشرفت های چشمگیری فراهم آورده است. پیروی از شیوه های درمانی توصیه شده توسط TIF و مشاورین علمی آن ثمرات پرباری در زمینه افزایش نرخ بقای طولانی تر بویژه در کشورهایی که خدمات پیشرفته تری به بیماران ارائه می نمایند بدست داده است. ادامه این تحقیقات امیدهای جدیدی برای دستیابی به اهداف ذیل در آتی فراهم می آورد. این اهداف عبارتند از:

درمان - عمر طولانی تر - کیفیت بهتر زندگانی در حال حاضر در جهان فقط از طریق پیوند Stem cell و فقط برای کسانی که سلولهای مورد نظر ارائه شونده قابل انطباق با سلولهای بیمار باشد امکانپذیر است. معذالک هر روز شاهد آنیم که با استفاده از سلولهای بند ناف افراد غیر وابسته به بیمار و تکنیک های دیگر نتایج امیدوار کننده تازه ای بدست می آید و در درمان پیشرفت هائی حاصل شده است.

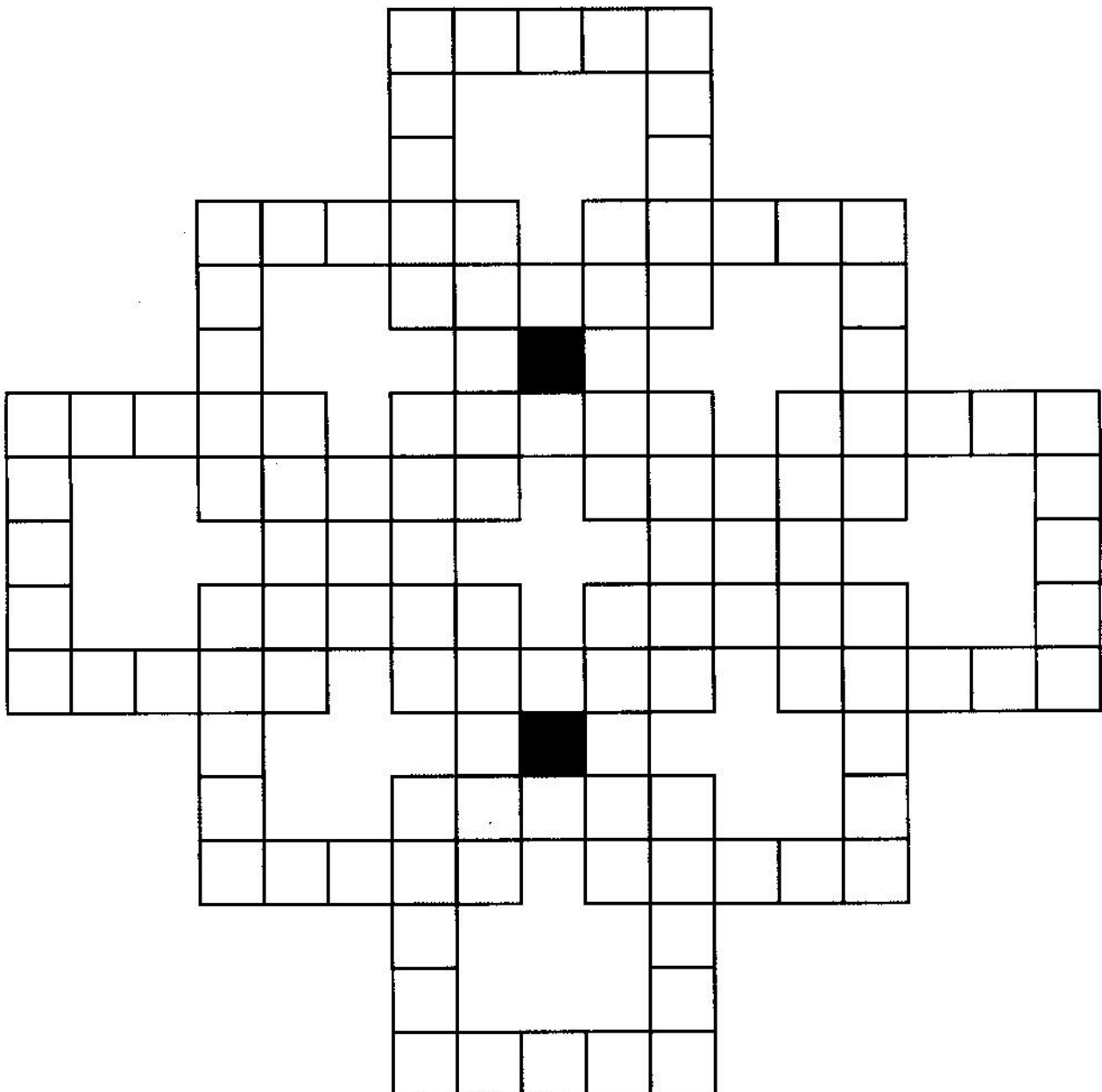
عمر طولانی تر صرفاً با استمرار درمان امکانپذیر است. کلینیک های تالاسمی دریافته اند که می باید بیش از همیشه به نیازهای روانی بیماران جهت علاقمند نمودن بیش از پیش آنان به ادامه روش درمانی توجه نمایند. کشف جدید chetator های خوردنی نیز به این مسئله کمک می کند. ما از

جدول

جای گذاری کلمات

توضیح : واژه های زیر را که همگی پنج حرفی بوده در جای مناسب خود در جدول قرار دهید . بعد از کامل شدن جدول یک واژه اضافی باقی میماند که جایی در این جدول ندارد . این واژه را به عنوان پاسخ جدول برای ما ارسال نمایید .

یاقوت ، درمان ، ایرکس ، بنیاد ، سیگار ، سرطان ، نانوا ، مداوم ، دادار ، مفاخر ، اسلام ، دیابت ، سینتور و بوشهر ، دوشاب ، مغرور ، مرتبت ، مختوم ، مرارت ، دکارت ، دینام ، ماشین ، روستا ، موساد ، بنادر ، مغارب ، نمابر ، مختار ، تضمین ، موعود ، سمیرم ، سیاست ، ترسیم ، دوستم ، میناب ، داشتم ، تضریب



کشف جدید درمان دیابت

منبع: ایرنا

به طور عادی در سلولهایی به نام «آیلت» توسط سیستم دفاعی بدن نابود و باعث افزایش سطح خطرناک میزان شکر در خون می شود.

پژوهشگران آمریکایی قبلاً به این نکته پی برده بودند که تزریق سلول های طحال از موش های سالم به موش های مبتلا به دیابت، به بازآموزی سیستم دفاعی بدن آنها برای پذیرش پیوند سلول های آیلت را آغاز کرد. در جریان تحقیقات اخیر

مشخص شد این وضع تنها زمانی که موش، نوع خاصی از سلول طحال را دریافت کرده باشد، اتفاق می افتد.

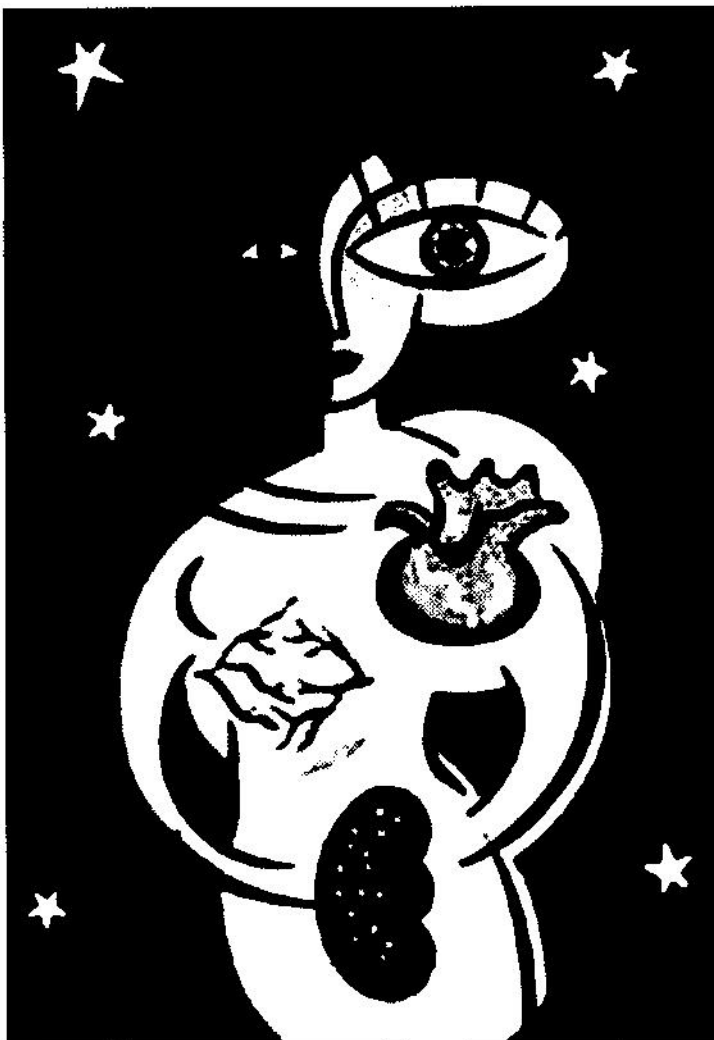
دکتر دیوید نیتن، مدیر مرکز دیابت بیمارستان عمومی ماساچوست گفت: این یافته های مهیج در موش مبتلا به دیابت نوع یک نشان می دهد که می توان از نابودی بیشتر سلول های تولید کننده انسولین در کسانی که این بیماری در بدن آنها در حال تحول است، جلوگیری کرد.

دانشمندان به این نکته دست یافتند که امکان تبدیل سلول های طحال به سلول های تولید کننده انسولین وجود دارد. این کشف، علم پزشکی را یک گام به درمان بیماری دیابت نزدیکتر ساخته است.

به گزارش بی.بی.سی، پژوهشگران آمریکایی به کمک این شیوه توانستند بیماری دیابت را در موش متوقف و حتی روند آن را معکوس کنند.

این تحقیقات به خصوص برای بیمارانی که از دیابت نوع اول رنج می برند و برای ادامه حیات به تزریق انسولین نیاز دارند، نویدبخش است.

تیم محققان در بیمارستان عمومی ماساچوست امیدوارند به زودی بتوانند آزمایش های خود را بر روی انسان آغاز کنند. افراد مبتلا به این بیماری قادر به تولید ماده ای به نام انسولین که برای تبدیل شکر به سوخت در بدن لازم است، نیستند. انسولین



خاص
بهار ۱۳۸۳
صفحه ۶۸

وقتی روی سرطان کم می شود

مینو بطیان

رسمیده بود. کم کم شانس زنده ماندن او را کمتر از ۴۰ درصد می دانستند، شیمی درمانی به شکل سخت و شدیدی شروع شد، اما او در این میان همچنان آینده را نوید می داد و درد را موفقتی می دانست و می گفت: «ممکن است یک دقیقه، یک ساعت شاید هم یکسال طول بکشد اما آنچه مسلم است، سرانجام فروکش می کنند و چیزی دیگر جایگزین آن می شود اگر تسلیم شوم آن درد دائمی می شود و این تسلیم، حتی، کوچکترین نشانی از آن باعث خواهد شد تا درد برای همیشه بماند. او تمام این مقاومت، سرسختی و قدرت بالای تحمل در وجودش را از تعلیمات مادر می دانست. مادری که در ۱۷ سالگی او را به دنیا آورده بود و مدت اندکی پس از آن بخاطر جدایی از همسرش به تنهایی مسئولیت تربیت، نگهداری و تامین مخارج زندگی را (از طریق منشی گری) پذیرفته بود، در تمام آن روزها و پس از اعتقاد داشت پسرش متولد شده است تا «دوچرخه سوار» شود. بر همین اساس بود که از ۱۰ سالگی وی شرایط تمرینات ورزشی (شنا - دو) را برای او فراهم کرد و در حالی که ۱۲ سال داشت توانست در رقابت های سه گانه (شامل ۱۰۰ متر شنا - ۱۵ مایل دوچرخه سواری و ۳ مایل دو) شرکت کند و برنده شود. در پایان ۱۵ سالگی با تلاش مستمر وارد رشته دوچرخه سواری به طور اختصاصی شد و بزودی در رقابت های مختلف توان خود را نشان داد تا جایی که در ۲۳ سالگی عنوان قهرمان دوچرخه سواری در جهان مطرح شد.

هرچند که شروع موفقیت ها و تلاشهایی در این امر باعث شد تا تمام مسائل زندگی را تحت الشعاع امر دوچرخه سواری قرار گیرد و در پایان دبیرستان به علت نیاز به آمادگی جهت شرکت در مسابقات مدرسه را ترک کرد اما پس از مدتی با کوشش مضاعف و شرکت در کلاسهای

«تو مبتلا به سرطان هستی، شنیدن و باور این جمله بسیار سخت است. آن هم وقتی فقط ۲۵ سال داری! در آن لحظه ترس را شناخت و آن را بی تردید باور کرد. گویا تمام جریان خون در بدنش مسیر خود را تغییر داد و در جهت نادریست حرکت کرد.

اما چندی بعد به راحتی می گفت: «من سرطان دارم» و پس از آن اضافه می کرد باید درمان شوم. دوست دارم همه بدانند روزی این بیماری را شکست می دهم و مجدداً وارد رقابتهای دوچرخه سواری می شوم. به همین منظور خیلی زود تن به جراحی داد. سرطان بدنش پیشرفت کرده بود و به مغز، حفره شکمی و شش ها نیز





سرطان و کمک به
میتلایان و خانواده
های آن راه اندازی
و تاسیس کند و در همین
جریانات و حضور در مؤسسه
مذکور بود که با همسرش که
بطبور داوطلبانه در آنجا
فعالیت می کرد آشنا
شد و زندگی را
شروع کرد و به
قول همسرش
زندگی
گرچه
کو تاه
بود (۴/۵
سال)
اما
جریانات

زیادی داشت. (تعویض
۶ خانه - زندگی در ۲ کشور - درگیری
با سرطان - تمرین ۳ زبان - موفقیت در ۴
دوره پیابنی «3» Tour de France فرزند).
جالب است بدانید وقتی قصد داشت به درمان
سرطان مشغول شود یکی از مهمترین سؤالاتی
که از پزشکان می پرسید این بود که آیا حق دارد
در طول درمان قهوه بنوشد چراکه زندگی بدون
مصرف فنجان قهوه در روز برای او مرگ آور بود.
اما چندانکه:

(۱) باید از آقای آرمسترانگ پرسید آیا اگر قرار
بود در شهر تهران دوچرخه سواری کند، باز هم
آرزوی زندگی و رکاب زدن در این هوای آلوده را
داشت؟

(۲) به دانشمندان توصیه می شود به تحقیق
بیشتری در مورد رابطه قهوه و سرطان پیشرفته
بپردازند.

(۳) فکر این ماجرا هم تلنگر دیگری بود تا از
نعمت سلامتی بیشتر استفاده کنیم و بدانیم از
دست دادن همه امکانات خوبی که داریم، چندان
غیر قابل باور نیست. چرا عادت کرده ایم وقتی
نعمتی را از دست می دهیم تازه به اهمیت آن فکر
کنیم؟

خصوصی توانست برای
امتحان پایان دبیرستان
نیز آماده شود و با اخذ
مدرک دیپلم با
آسایش و فراغ بانی
بیشتر به دنیای
دوچرخه سواری
پرداخت.

اگر چه به
خاطر سرطان و
مسائل ناشی
از آن مدت
کوتاهی حضور
کمرنگی در این
رشته داشت اما
پس از بهبودی
در حالی که کمتر
از ۱ درصد امکان
بازگشت بیماری اش
بود در کمال ناباوری
همگان خصوصاً کسانی که

قرار دادهایی کاری را به دلیل بیماریش لغو کرده
بودند به میدان رقابت ها بازگشت و اعلام نمود:
«روزی دوچرخه سواری می کردم تا زندگی را
تأمین کنم و زنده بمانم تا بتوانم باز هم سوار بر
دوچرخه رکاب بزنم.»

در ۲۸ سالگی با قدرتی مضاعف پس از رهایی از
بیماری وارد رقابت های معروف «Tour de France»
شد. در آن زمان بسیاری از شایعه سازان موفقیت
او را گذرا و منوط به مصرف دارو یا عدم حضور
رقبای اصلی می دانستند اما پیروزی مجدد او در
سال بعد (پیروزی که مسابقات بعدی نیز گره
خورد) بر تمام حرف ها و شایعات خط بطلان
کشید

پس از خلاصی از سرطان به این فکر افتاد که
مؤسسه و مرکزی را جهت تحقیقات مربوط به

زمین لرزه

تکان های زمین در هنگام لرزه در واقع ارتعاشی است که در طول پیوسته زمین به حرکت در می آید. اگر یک کامیون بزرگ از نزدیکی منزل شما عبور کند، خیابان را به لرزه در می آورد و شما احتمالاً لرزه های خانه خود را احساس می کنید، در این حالت می توان گفت که زمین لرزه کوچکی رخ داده است، اما کلمه زمین لرزه معمولی به حوادثی اطلاق می شود که در آن منطقه بزرگی همانند یک شهر را تحت تأثیر این لرزش قرار گیرد.

برای وقع یک زمین لرزه چند دلیل می توان ذکر کرد:

- ♦ فوران گدازهای آتشفشانی
- ♦ برخورد یک شهاب سنگ
- ♦ انفجار های زیر زمینی (برای مثال یک آزمایش هسته ای زیر زمینی)
- ♦ فرو ریختن یک سازه (همانند تخریب یک معدن)

اما اصلی ترین دلیل وقوع زمین لرزه را می توان حرکات صفحه های (Plates) زمین دانست. هر گاهی در اخبار می شنویم که زمین لرزه ای روی داده است، اما باید دانست که زمین لرزه پدیده ای است که هر روز در کره زمین روی می دهد. براساس تحقیقات جدید هر ساله حدود سه میلیون زمین لرزه روی می دهد، یعنی هشت هزار زمین لرزه در روز یا هر ۱۱ ثانیه یک زمین لرزه.

تعداد زیادی از سه میلیون زمین لرزه سالانه بسیار ضعیف هستند. از طرف دیگر با توجه به قانون احتمالات می توان دریافت که قسمت عمده زمین لرزه ها در مناطق غیر مسکونی زمین روی می دهد، به همین دلیل کسی متوجه روی دادن آن نمی شود. فقط زمین لرزه های شدیدی که در مناطق مسکونی روی می دهد، توجه ما را به خود جلب می کند. بهترین تئوری ارائه شده برای توجیه پدیده زمین لرزه تکنیک صفحه ای (یا صفحات زمین ساختی) نام دارد. دانشمندان تئوری تکنیک صفحه ای را برای توجیه بسیاری از پدیده های زمین ساختی، از جمله جا به جایی قاره ها طی زمان، فعالیت های آتشفشانی در

زمین لرزه یکی از وحشتناک ترین پدیده های طبیعت محسوب می شود. اغلب زمینی را که روی آن ایستاده ایم، به صورت تخته سنگ های صلب و محکمی تصور می کنیم که از استحکام زیادی برخوردار است. هنگامی که زمین لرزه ای روی می دهد برای لحظه ای این تصور بر هم می ریزد، اما طی همان لحظه کوتاه خسارت های شدیدی وارد می شود. با توجه به پیشرفت هایی که در حوزه علوم مختلف صورت گرفته است، دانشمندان توانسته اند نیروهایی را که باعث زمین لرزه می شود شناسایی کنند. علاوه بر آن با استفاده از فناوری نوین می توان شدت یک زلزله و مکان آن را حدس زد. مهم ترین کار باقی مانده آن است که راهی برای پیش گویی زمین لرزه بیابیم تا مردم هنگام وقوع آن غافلگیر نشوند.





بعضی مناطق
و وجود شیار های
بسیار بزرگ در
اعماق اقیانوسها
پیشنهاد کردند.
طبق این تئوری
لایه های سطح

زمین (Lithosphere) از صفحه هایی (Plates)

تشکیل شده است که روی لایه نرمی مستقر شده است.
برای این صفحه ها بسیار بزرگ که از سنگ و صخره تشکیل
شده است سه حالت مختلف ممکن است روی دهد:
حرکت صفحه ها در خلاف جهت یکدیگر و درو شدن از هم
حرکت صفحه ها به سمت همدیگر و فشار آوردن به
یکدیگر

ضمن حرکت در خلاف جهت به همدیگر بمالند.
اگر دو صفحه از یکدیگر دور شوند گدازه هایی که از سنگ
های مذاب تشکیل شده اند، از بین صفحه های پوخته زمین
خارج می شوند (این عمل اغلب در کف اقیانوسها روی می
دهد) هنگامی که این گدازه ها سرد می شوند، سخت شده
و به شکل پوسته های جدید در می آیند که فاصله بین دو
صفحه را پر می کنند. اگر دو صفحه به سمت یکدیگر به
حرکت در آیند، معمولاً یک صفحه به زیر صفحه دیگر می
خزد. در بعضی موارد هنگامی که دو صفحه به یکدیگر فشار
می آورند، برای هیچ کدام از صفحه ها امکان ندارد که به
زیر صفحه دیگر برود. در این صورت این دو صفحه ضمن
فشار آوردن به همدیگر یک رشته کوه را بوجود می آورند.
در بعضی مواقع نیز صفحه ها ضمن عبور از کنار یکدیگر
به همدیگر فشار وارد می کنند. برای مثال تصور کنید
که یک صفحه به سمت شمال و دیگری به سمت جنوب
حرکت کند. در این صورت صفحه ها از محل تماس به
یکدیگر نیرو وارد می سازند.

در جایی که این صفحات به یک دیگر می رسند گسل
تشکیل می شود. در حقیقت گسل ترکهایی در پوسته
زمین است که در دو طرف صفحه هایی که در خلاف
جهت یکدیگر در حال حرکت هستند، مشاهده می شود.
احتمال وقوع زلزله در اطراف خطوط گسل بیشتر از
هر جای دیگر است. گسل ها انواع مختلفی دارند که
بر اساس موقعیت خط گسل و چگونگی حرکت دو
صفحه نسبت به هم تقسیم بندی می شوند. در تمام
انواع گسل ها، صفحه ها کاملاً به یکدیگر فشار وارد
می سازند و در نتیجه هنگام حرکت آنها اصطکاک
بسیار شدید باشد مانع حرکت آنها می شود در این
حالت فشاری که باعث ایجاد گسل می شود افزایش
می یابد. اگر میزان این فشار از حد معینی بیشتر
شود، بر نیروی اصطکاک غلبه می کند و صخره ها
ناگهان می شکند. به عبارت دیگر، هنگامی
که صخره ها به

یکدیگر فشار
وارد می کنند
انرژی پتانسیل
به وجود می
آید و هنگامی
که به حرکت در
می آیند، انرژی
پتانسیل به جنبشی
تبدیل می شود. اغلب
زمین لرزه ها در
اطراف مرز صفحه های
زمین ساختی روی می
دهد زیرا در این منطقه
در اثر حرکت صفحه ها
منطقه گسل به وجود می
آید که دارای گسل های
متعدد و به هم پیوسته ای
است. در منطقه گسل، آزاد
شدن انرژی جنبشی در یک
گسل ممکن است باعث افزایش
انرژی پتانسیل در

گسل کناری
شود که این
عمل به زمین
لرزه دیگری
مجر می
شود. به
همین دلیل
است که
گاهی در یک
منطقه

کوچک
زلزله های
متعددی
در فاصله
های زمانی
کوتاه روی
می دهد.
البته
گاهی اوقات

زمین لرزه هایی در وسط

این صفحه ها نیز روی می دهد.

یکی از شدید ترین زمین لرزه های ثبت شده

زمین لرزه ای است که در صفحه ای از قاره ها، ریکای
شمالی در سال ۱۸۱۱ و ۱۸۱۲ اتفاق افتاد. دانشمندان
در دهه ۱۹۷۰ دریافتند که احتمالاً منشأ این زمین
لرزه یک منطقه گسل ۶۰۰ میلیون ساله است که در زیر
لایه های متعدد سنگ و صخره مدفون شده بود.

امواج زمین لرزه

درست مثل هنگامی که در سطح آب اعتناش روی می
دهد، انرژی آن به صورت امواج منتقل می شود، وقتی
که شکست یا جابجایی در



خاص

بهار ۱۳۸۳
صفحه ۷۲

در آن سوی نقطه ای که زمین لرزه روی داده است . شناسایی گردد. در هر لحظه تعداد زیادی امواج زلزله ای ضعیف در قسمت های مختلف زمین قابل شناسایی است. امواج سطحی را هم توان تا حدودی به امواج آب تشبیه کرد. چرا که امواج سطحی حین حرکت ، سطح زمین را به سمت بالا و پایین می شود، چرا که صخره ها و پی باعث ویرانی های شدید در می آورد. امواج L از همه ساختمانها را به ارتعاش در می آورد. امواج L از همه کندتر هستند به همین دلیل شدید ترین لرزه ها در پایان یک زمین لرزه روی می دهد.

پس سنده زمین روی می دهد انرژی آن به صورت امواج زمین لرزه منتقل می شود. در هر زمین لرزه ای چند موج مختلف مشاهده می شود. ناامواج اصلی از لایه های داخلی زمین عبور می کنند در حالی که امواج سطحی از سطح می گذرند. اغلب ویرانیهای زلزله توسط امواج سطحی که با امواج P هم نامیده می شوند - به وجود می آید. زیرا این امواج ارتعاشات شدیدی را به وجود می آورند. هنگامی که امواج اصلی به سطح زمین رسیدند امواج سطحی را به وجود می آورند. امواج اصلی خود به دو گروه مهم تقسیم می شوند:

امواج اولیه که با امواج P نیز نامیده می شوند، با سرعت ۵ تا ۸ کیلومتر در ساعت حرکت می کنند. سرعت حرکت این امواج به جنس زمینی که این امواج از آنها عبور می کنند بستگی دارد. سرعت این امواج از موج های دیگر بیشتر است و بنا براین سریعتر به سطح زمین می رسند. این امواج قابلیت عبور از جامدات، مایعات، گازها را دارند و به همین دلیل در تمام طول کامل از زمین عبور می کنند وقتی که این امواج از صخره ها عبور می کنند، در مسیر

حرکت خود به سمت جلو و عقب فشار وارد می کنند.

امواج ثانویه S نامیده می شوند و مدت کوتاهی بعد از امواج P به هم می رسند. این امواج هنگام حرکت خود، صخره را به سمت بالا فشار داده و صخره ها بعد بر مسیر حرکت S بر خلاف امواج P نمی توانند مستقیم حرکت کنند. این امواج مستقیم حرکت کنند. این امواج

یعنی ارتعاش امواج است. امواج در داخل زمین به خط فشرده از مواد جامد می گذرند و به همین دلیل هنگامی که در مرکز زمین به مایع برسند، متوقف می شوند. با این همه هر دو نوع موج از سطح زمین می گذرند و بنا براین می توان آنها را



شناسایی کانون زلزله همان طور که ذکر شد سه نوع مختلف موج زلزله وجود دارد که هر کدام با سرعت مشخصی حرکت می کنند. به رغم سرعت دقیق امواج P و S، پسند به جنس و نوع ماده ای که این امواج از آنها عبور می کنند. متغیر است. نسبت سرعت حرکت آن دو در تمام زمین لرزه ها تقریباً ثابت باقی می ماند. معمولاً سرعت امواج P حدود ۱.۷ برابر سرعت امواج S است. دانشمندان می توانند با استفاده از این نسبت، فاصله بین هر دو نقطه از سطح زمین لرزه محاسبه کنند. کانون زلزله مکانی است که امواج زمین لرزه از آنجا شروع شده اند. برای تشخیص کانون زلزله از ابزاری استفاده می شود که زلزله سکار نامیده می شود. زلزله سکار دستگاهی است که امواج مختلف را ثبت می کند. برای یافتن فاصله بین زلزله سکار و کانون زلزله، دانشمندان زمان رسیدن این امواج ضروری است. با در اختیار داشتن این اطلاعات، اختلاف زمانی بین رسیدن این امواج محاسبه شده و سپس تسودار ویژه ای رسم می شود که در آن فاصله ای را که موج می تواند طی مدت اختلاف زمانی محاسبه شده طی کند، به دست می آید.

اگر اطلاعاتی از این دسته از سده یا چند نقطه مختلف به دست آوریم، می توان مکان زلزله را بدست آورد. برای این کار کافی است که فرضی هوا هر یک از زلزله سکار ها رسم کرده که در آن مکان اندازه گیری به عنوان مرکزی کرده فاصله محاسبه شده تا کانون زلزله به عنوان شعاع کرده در نظر گرفته میشود. پس سطح کرده مورد نظر نشان دهنده تمام نقاطی است که از زلزله سکار به اندازه مورد نظر فاصله دارد. بنابراین کانون زلزله مورد نظر باید در جایی در سطح این کره قرار داشته باشد. اگر دو کره براساس اطلاعات به دست آمده از دو زلزله سکار

مختلف

رسم کنید،

از تقاطع دو

کره یک دایره

به دست می

آید. از اجایی

که کانون زلزله

باید در سطح هر

دو کره قرار گرفته

باشد، محیط دایره

ای که از تقاطع

دو کره به دست

آید، نشان دهند تمام

ممکن برای زلزله مورد

کره سوم با این دایره

که نشان دهنده کانون متحمل برای زلزله است.

از این دو نقطه یکی در سطح زمین قرار دارد و دیگری

در هوا، با توجه به آنکه کانون زلزله همیشه در سطح

زمین قرار دارد، نقطه موجود در هوا کنار گذاشته شده و

نقطه موجود در سطح زمین نشان دهنده مکان واقعی

کانون زلزله است.

درجه بندی دامنه و شدت زلزله

در هنگام وقوع زلزله بارها با کلمه مقیاس ریشتر

مواجهه می شویم.

شاید کلمه مقیاس مرکالی هم به گوشتان رسیده

باشد هر چند که کمتر مورد استفاده قرار می گیرد.

این دو مقیاس قدرت یک زلزله را از دو جنبه

مختلف بیان می کند.

از مقیاس ریشتر برای بیان بزرگی یک زمین

لرزه یعنی مقدار انرژی آزاد شده طی یک

رین لرزه استفاده می شود. اطلاعات مورد

نیاز برای محاسبه بزرگی زمین لرزه را از

زلزله نگار به دست می آورند. مقیاس

ریشتر نگاریمی است یعنی افزایش

یک واحد در مقیاس ریشتر نشان

دهنده افزایش ده واحدی در

دامنه موج است.

به عبارت دیگر دامنه

موج در زلزله ۶ ریشتری

ده برابر دامنه

موج در زلزله ۵

ریشتری است

و دامنه موج

۷ ریشتری

خاص

بهار ۱۳۸۳
صفحه ۷۲

ایرانی زلزله ۵ ریشتری
مقدار انرژی آزاد شده در
۶ ریشتری ۳۱.۷ برابر زلزله
ریشتری است.

بزرگترین زلزله ثبت شد

۹.۵ ریشتر شدت داشت. هر

که مطمئناً زلزله های شدیدتری

تاریخ طولانی زمین روی داده است. عم

قدرت دارند. زمین لرزه هایی که کمتر از ۳ ریشتر

شدت داشته باشند، نمی توانند ویرانی های

چندانی به بار آورند. زلزله هایی که ۴ ریشتر

یا بیشتر قدرت داشته باشند، زلزله هایی که ۷ ریشتر

محسوب می شوند. مقیاس ریشتر فقط یکی از

عواملی است که نعت یک زلزله را بیان می کند

قدرت تحریری یک زلزله علاوه بر قدرت آن به

ساختار زمین در منطقه مورد نظر و طاحی مکان

به بار آمده را معصلاً با مقیاس مرکالی بیان می

کنند. دانشمندان می توانند درجه مقیاس

ریشتر را درست پس از زمین لرزه و زمانی

که امکان مقایسه اطلاعات از ایستگاههای

کنند، اما درجه مرکالی به وجود آمده معین

این سرعت مشخص کرد و لازم است

که محققان زمانی کافی برای بررسی

اتفاقاتی که در حین زمین لرزه روی

داده است، در اختیار داشته باشند و

هنگامی که تصور دقیقی از میزان

خسارت های وارده به عمل آمد، می

توان درجه مرکالی مناسب را تخمین

رد.

مقایسه با زمین لرزه

طی پنجاه سال اخیر اطلاعات

زیادی در مورد زلزله کسب کرده و

فرایند وقوع آن را بهتر از پیش

درک می کنیم، اما هنوز هم

برای مقایسه با آن کاری نمی

توانیم انجام دهیم.

زمین لرزه ها توسط

فراابدهای بنیادین و

قدرتمند زمین شناختی که

خارج از حیطه کنترول ما هستند به وجود می

آیند. این فرایند ها نسبتاً قابل پیش بینی است.

به مردم گفتند قوی تر در راد است، اما

این امواج زلزله نبش شده می تواند به ما اطلاع

دهد که از نعلش بسیار قوی تر در راد است، اما

از وقوع زلزله به ما اخطار دهد. دانشمندان می

توانند بر پایه حرکتها صفحه در زمین موقعیت منطقه گسل، پیش بینی کنند که در کدام مناطق احتمال وقوع زلزله زیاد است. همچنین با تحقیق در تاریخ زمین لرزه های روی داده در منطقه مورد نظر زمان احتمالی وقوع زلزله را پیش بینی کنند. با این همه این پیش بینی ها معمولا ضعیف هستند. اما پیش بینی دانشمندان در مورد پس لرزه ها دقیق تر است.

پس لرزه ها، لرزه هایی است که پس از زلزله اولیه روی می دهد. این پیش بینی ها بر اساس تحقیقات بسیار وسیعی که در مورد الگو های پس لرزه انجام شده است، صورت می گیرد. زلزله شناسان در ایم مورد چگونه زمین لرزه هایی که از یک گسل شروع شده اند، می توانند زلزله های دیگری را در گسلهای متصل به یکدیگر بوجود آورند پیش بینی های دقیق انجام می دهند.

زمینه دیگر تحقیق بین پارهای الکتریکی و مغناطیسی در صخره ها و زمین لرزه است. بعضی از این دانشمندان بر این عقیده اند که این میدان الکتریکی و مغناطیسی پیش از زمین لرزه تغییر می کند. علاوه بر این زلزله شناسان خروج گاز از زمین و تغییر شکل زمین را بعنوان علائم خطر دهنده زمین لرزه می شناسند. با این همه در بسیاری از این موارد نمی توان زمین لرزه را با دقت کافی پیش بینی کرد. پس برای مقابله با زمین لرزه چه کاری می توان انجام داد؟

عمده پیشرفت هایی که طی ۵۰ سال گذشته حاصل شده است به آمادگی برای زلزله خصوصا حیطه مهندسی عمران مربوط می شود. طی چند دهه اخیر استانداردهایی برای ساخت

ساختمان ها در نظر گرفته شده است. تا

مقاومت

انهدر

برابر

نیروی

زمین

لرزه

افزایش

باید. از

استانداردهای

جدید می توان به تقویت

مصلح اشاره کرد. طراحی

بنا ها به شیوه ای که از

انعطاف پذیری لازم برای

جذب ارتعاش ها برخوردار

باشند بدون آنکه تخریب

شوند، یکی دیگر از روش

هاست. طراحی ساختمان به

شیوه ای که بتواند این ضربه ها

را بگیرند، مخصوصا در مناطقی

که زلزله خیز هستند، از اهمیت

بسیاری برخوردار است. یکی دیگر

از مؤلفه های آمادگی آموزش مردم

است. امروزه بسیاری از سازمانهای

دولتی در اغلب کشورها دفترچه های

راهنما هایی در مورد حفاظت خانه در

برابر زلزله های احتمالی و فعالیت هایی

که در زمان وقوع زلزله باید انجام داد،

گردآوری شده است.

WWW.howstuffworks.com



غذای امروز

سرآشپز

سوپ عدس و سیر برای افراد دیابتی نوع (II)

مواد لازم:

۲۲۵ گرم (حدود یک لیوان)	عدس قرمز (شسته شود)
۲ عدد (ساطوری شده)	پیاز
۲ حبه (ساطوری شده)	سیر بزرگ
۱ عدد (ساطوری شود)	هویج
۲ قاشق سوپ خوری	روغن زیتون خالص
به مقدار کم	ارگانیو
۱/۵ لیتر	آب مرغ
۲ قاشق سوپ خوری	سرکه
به اندازه لازم	نمک و فلفل
برای تزئین	برگ کرفس

خاص
بهار ۱۳۸۳
صفحه ۷۶

طرز تهیه:

عدس قرمز، پیاز، هویج، روغن زیتون و آب مرغ را با هم مخلوط کرده و روی حرارت متوسط مواد را به جوش آورده سپس حرارت را کم کنید تا به مدت ۱/۵ ساعت روی حرارت بماند. گاهی سوپ را هم بزنید تا به ته ظرف نچسبد. سرکه یا آب لیمو، نمک و فلفل را بیفزایید.
اگر سوپ خیلی غلیظ شده است کمی آب بیفزایید. سپس آن را در ظرف مورد نظر ریخته و با برگ کرفس تزئین کنید.
منبع: تغذیه

دستگاه همودیالیز نسل سوم
سازمان پژوهشهای علمی و صنعتی ایران

IROST 2001D

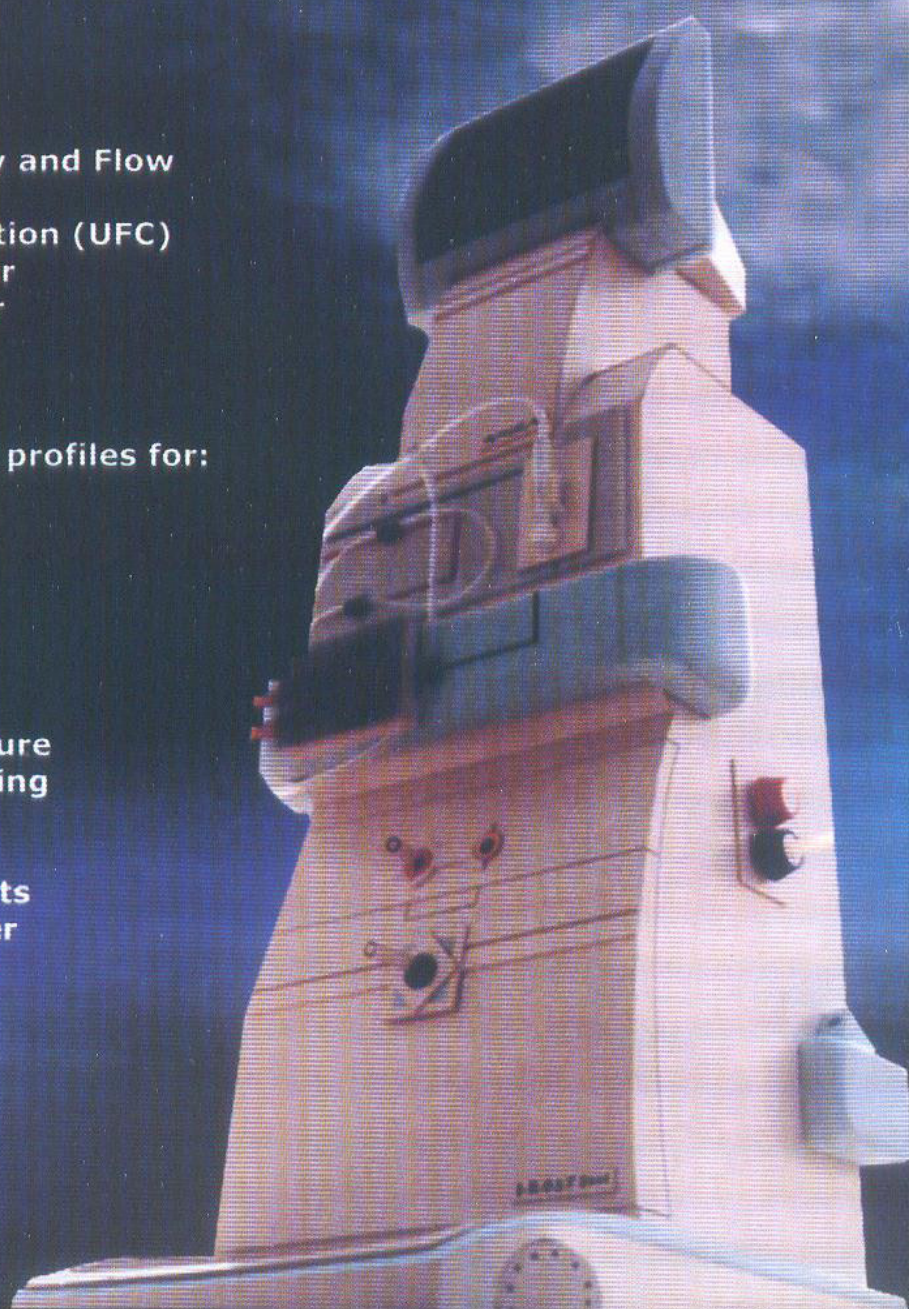
a new step forward to the future...

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



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@nopico.com