



شماره نوزدهم، زمستان ۱۳۸۴

# خاص

بنیاد اموری بیماری های خاص

علمی، فرهنگی و اجتماعی

قیمت: ۷۰۰۰ ریال

درمان بیماران خاص، تکلیف دولت و حمایت مردم  
بیماری خاص، موقعیتی برای نمایش بحران  
غرض اندر میان سلامت دوست  
نگاهی به مشکلات بیماران کلیوی  
مثل لبه چاقو، تیز و باریک  
...این قاتل خاموش  
برای بانیان مهربانی





| صفحه | فهرست مطالب                                       |
|------|---------------------------------------------------|
| ۲    | بیماران خاص و ضرورت ها                            |
| ۳    | درمان بیماران خاص، تکلیف دولت و حمایت مردم        |
| ۴    | درباره مشکلات بیماران دیابتی ... این قاتل خاموش   |
| ۸    | نگاهی به مشکلات بیماران کلیوی                     |
| ۱۲   | بیماری خاص ما                                     |
| ۱۴   | طرح چند عارضه غیر پزشکی در بیماری، ضلع چهارم مثلث |
| ۱۷   | شعر                                               |
| ۱۸   | مثل لبه چاقو، تیز و باریک                         |
| ۲۰   | غرض اندر میان سلامت توست                          |
| ۲۵   | بیماری خاص، موقعیتی برای نمایش بحران              |
| ۲۸   | برای بانیان مهربانی                               |
| ۳۰   | طرح فصل                                           |
| ۳۱   | معنی درمانی                                       |
| ۳۸   | نارسائی مزمن کلیوی                                |
| ۴۱   | پرسش های رایج در مورد دیابت                       |
| ۴۳   | گزیده های علمی                                    |
| ۴۷   | اخبار                                             |
| ۵۶   | جدول                                              |
| ۵۷   | یاوران بنیاد در ماههای اخیر                       |
| ۵۹   | اهداء کنندگان عضو پس از مرگ                       |

مغزی

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری های خاص

مدیر مسئول: فاطمه هاشمی

سرمدیر: دکتر باقر لاریجانی

مدیر اجرایی: دکتر حمید رضائی قلعه

### هیئت علمی:

دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر کامران باقری  
لنکرانی، دکتر احمد رضا جمشیدی، دکتر سیده هاشم جنت  
پور، دکتر سید محسن خوش نیت، دکتر احمد رضا سروش، دکتر  
شمس شریعت تربقان، دکتر رمضان علی شریفیان  
دکتر سید محمود طباطبائی، دکتر سید مؤید علویان، دکتر ایرج  
فاضل، دکتر محمد قهر هادی لنگرودی، دکتر اردشیر قوام  
زاده، دکتر مصطفی قانع، دکتر باقر لاریجانی، دکتر علیرضا مرندی،  
دکتر رضا ملک زاده، دکتر محمد علی محقق، دکتر علی  
اکبر ولایتی

### همکاران اجرایی:

فریبا لا هونی، فریبا ابتهاج، مریم اسدی  
زهرا ضایان قرائی، مریم حسین مردی

### امور هنری و فنی:

NEGASH-E

www.negash.ir

Email: info@negash.ir

شرکت نگاه شرقی سبز

طراح و صفحه آرا: سپیده هادوی

نشانی نشریه: تهران صنلوق پستی ۱۵۸۱۵/۳۳۳۳

تلفن: ۸۸۷۲۳۳۷۸، دورنگار: ۸۸۷۱۰۷۹۶

پست الکترونیکی بنیاد امور بیماری های خاص:

Email: info @ cffsd.org  
Khas @ cffsd.org



## بیماران خاص و ضرورت ها

دکتر باقر لاریجانی

در جامعه ما از چندسالی قبل گروهی از بیماران، واژه «خاص» را به خویش اختصاص دادند. گویی اولین بار مقارن تشکیل بنیاد امور بیماریهای خاص، دولت با تهیه استراتژی ای که با تلاش بنیاد بیماریهای خاص به تصویب رسید ضمن حمایت بیمه ای از برخی خدمات، فرانشیز مربوط به بیماران نارسایی کلیه، همودیالیز و برخی شیمی درمانی هارانیز به عهده گرفت و این بیماران بدون درگیر شدن در مسایل مالی می توانند به خدمات مورد نیازشان دسترسی داشته باشند. این واژه «خاص» به تدریج در اذهان بیماران و مردم و مسئولین جای خویش را باز کرد و بنیاد امور بیماریهای خاص نیز ضمن مطرح کردن مسائل این بیماران و تلاش برای گسترش خدمات به آن گروه، برخی بیماران مزمن دیگر مثل دیابت را نیز به عنوان محور فعالیت خویش برگزید. به نظر می رسد با تلاش های انجام شده دولت، بنیاد و سایر دست اندرکاران تحولی ارزشمند در ارائه خدمات به این بیماران ایجاد شده است، گرچه هنوز بسیاری از مشکلات دست به گریبان این گروه از بیماران است. وقتی انسان به یاد بیماران تکیده نارسایی کلیه ای می افتد که در شهرهای دور و نزدیک می بایست به مراکز استان یا استان های مجاور برای دیالیز هفته ای ۳ تا ۴ بار مراجعه کنند ارزش این کار و فعالیتها نمودار می گردد. کشور ما در مقابل کشورهای با GNP های نه چندان بالا، جایگاه خویش را در ارائه خدمات به این بیماران یافته است. اما هنوز داروهای گران قیمت و بسیاری از خدمات مرتبط با این بیماران و بیماران مشابه مانند دیابتی ها و غیره نیازمند حمایتند. بیمه ها برای ارائه خدمات به افراد سالم تحت پوشش شکل نیافته اند، بنابراین بیمه ای که چند میلیون کارگر را پوشش می دهد باید بپذیرد که تعدادی از آنها دچار مشکلاتی هستند که حمایت بالاتری می خواهند. همچنین اگر بیمه ها و برنامه ریزان دراز مدت تر نگاه کنند، به پیشگیری از ایجاد این بیماریها و کنترل سلامت بر آنها باید بیشتر بیندیشند. کشورهایی از دنیا که وضعیت اقتصادی مطلوب ندارند نوعاً به علت مشکلات روزمره و فوری نمی توانند هزینه ها را به طرف پیشگیری و کنترل مطلوب سوق دهند. ولذا مجبورند هزینه های افزون تری برای عوارض آن صرف کنند و برخلاف این حالت در کشورهای با درآمد اقتصادی بالا دیده می شود. در کشورمان ۲۵٪ نارسایی کلیه و غیره در اثر دیابت است. همین مثال برای نشان دادن این ایده کافیست که اگر بیماری مشابه دیابت خوب کنترل و درمان شود، می تواند مقدار زیادی از دیالیزی ها و ... را کنترل و پیشگیری کند.

لذا به نظر می رسد تمام دست اندرکاران باید تلاش نمایند با این گروه از بیماران برخورد جامع تری داشته باشند.



## درمان بیماران خاص تکلیف دولت و حمایت مردم

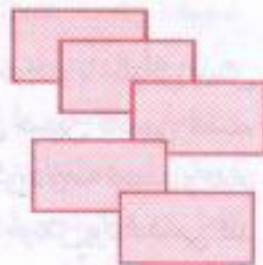
دکتر حمید رضائی قلعه

به یقین، مسئولیت پذیری اشتراکی مردم و دولت در قبال بیماران خاص که جملگی از فرزندان و شهروندان عزیز این مرز و بوم هستند، این پیامد را به دنبال خواهد داشت که آلام آنها تسکین پیدا کنند و بیش از رنجی که ماهیت بیماری بر جسم و روحشان تحمیل می‌کند، رنج و آزار دیگری نداشته باشند.

بی‌شک می‌توان تشریک مساعی دولت و مردم برای چاره جویی مشکلات بیماران خاص را نمادی از حاکمیت مهر و عطوفت و انسان‌مداری در جامعه دانسته و اشاعه و تعمیق این تلاش ملی را مایه مباهات فرهنگ و مدنیت ایرانی پنداشت.

بدین سیاق، بنیاد امور بیماری‌های خاص که به منظور سازماندهی مشارکت مادی و معنوی مردمی تشکیل شده و با بهره‌گیری از همه ابزارها و اهرم‌ها، به صیانت و پاسداری از حقوق این بیماران اهتمام می‌ورزد، امید آن دارد که با همدلی‌آحاد شهروندان جامعه و اکابر سیاسی و اجرایی کشور، گام‌های بلند و اقدامات شایسته‌ای برای اعاده سلامتی این بیماران و توانمندساختن آنها برداشته شود.

انشاء... تعالی



و درمان، ارائه خدمات تأمین‌کننده سلامتی بیماران خاص را از آنها دریغ و مضایقه نمایند.

علاوه بر این جهات، همه مسئولان اقتصادی کشور اذعان دارند که منابع مالی مملکت پاسخگوی همه نیازهای مردم نبوده و بالاخص سهمی نیز که بخش بهداشت و درمان از درآمد ملی منتفع می‌شود، کفایت مایحتاج این بخش را نمی‌کند.

بنابراین در شرایطی که سرجمع اعتبارات حوزه بهداشت و درمان ناکافی بوده و قادر به تأمین هزینه‌های خدمات این بخش نمی‌باشد، قصه پیشگیری و درمان بیماران خاص که مستلزم تخصیص اعتبارات هنگفتی است، در عمل منجر به پدیداری تراژدی می‌شود.

بر کسی پوشیده نیست که با انبوه مشکلات اقتصادی که گریبانگیر دولت است، بیش از پیش ضرورت می‌یابد که به موازات مکلف بودن دولت برای جبران هزینه‌های درمانی بیماران خاص، شهروندان نیز در قالب سازماندهی‌های اجتماعی مردمی، در امر خطیر تأمین امکانات و موجبات مادی و معنوی حل معضلات این بیماران کمر همت ببندند. امروز افزون بر هر زمانی، بیماران خاص نیازمند یاری نهادینه شده دولت و مردم هستند چرا که مشارکت نهادینه شهروندان و تکلیف قانونی دولت که برخاسته از اندیشه (دولت خوب) می‌باشد، به طور مستمر و همیشگی باعث رفع مشکلات مختلف این بیماران خواهد شد.

بیماری‌هایی که لقب خاص یافته‌اند، چهره‌ای جهانی دارند و معضلی متعلق به یک و یا چند سرزمین نیستند.

در کشور ما نیز این گروه از بیماری‌ها، سلامت بخشی از مردم را به مخاطره انداخته است. با روند رو به رشد جمعیتی که در سالیان اخیر مواجه بوده‌ایم، تعداد افرادی که به یکی از انواع این بیماری‌ها مبتلا شده‌اند، افزایش یافته است، بنابراین تردیدی باقی نمی‌ماند که اگر مجموعه ((دولت-ملت)) اعم از مردم، حکومت سیاسی و نظام سلامت کشور، عزمی جدی برای رفع مشکلات گوناگون این دسته از بیماران پیشه نکند، آسیب فراوانی به جامعه ایرانی وارد خواهد آمد.

پژوهش‌ها و مطالعات به عمل آمده حکایت از آن دارند که بسته خدمتی ویژه درمان، معالجه و توانمندسازی هر یک از اقسام بیماری‌های خاص، بسته‌ای گران قیمت محسوب می‌شود.

از سوی دیگر موازین و اصول اخلاق پزشکی نیز، مانع از آن می‌شود که سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه بهداشت





ساراهاشمی نیک

## درباره مشکلات بیماران دیابتی ... این قاتل خاموش

نیما مطلبی بیمار دیگری است که همراه همسرش در صف ایستاده است. او که در سنین جوانی به دیابت نوع دوم مبتلا شده از عدم حمایت بیمه ها گله دارد. وی می گوید: "سازمانهای بیمه گر هزینه های سرنگ انسولین و نوارهای تست را تقبل نمی کنند، در حالی که این هزینه ها برای ما سنگین است." همسرش می گوید: "سرنگهای ایرانی در درازمدت دست بیمار را ناراحت می کنند اما سرنگهای خارجی کیفیت بهتری دارند، به همین خاطر من برای نیما سرنگهای خارجی می خرم که قیمت هر سرنگ ۱۲۰ تومان است و چون نیما روزی ۲ نوبت تزریق انسولین دارد، هزینه سرنگهایش ماهانه حدود هشت هزار تومان می شود. علاوه بر آن قیمت نوارهای تست هم گران است، هر بسته حدود ۱۴ تا ۱۸ هزار تومان که گاهی در بازار به بسته ای ۲۲ هزار تومان هم می رسد. نیما هر ماه دو بسته از این نوارها استفاده می کند که می شود حدود ۲۸ تا ۴۴ هزار تومان در یک ماه. این هزینه ها برای ما خیلی سنگین است، با آنکه دیابت یک بیماری صعب العلاج است. اما هیچ بودجه ای به آن اختصاص داده نمی شود یا اگر هم داده شده ما هیچ وقت نصیبی نبرده ایم."

خانم زهرا افشاری هم مادر پیرش را برای کنترل قند خون به بیمارستان امام خمینی آورده است. مادرش ۶۷ سال دارد و دچار عوارض دیابت شده است، فشار خون و چربی خون بالا دارد و بینایی چشمش هم ضعیف شده است. خانم افشاری می گوید: "مادرم هر دو ماه یکبار باید آزمایش کلیه و چربی خون انجام بدهد و

ساعت ۱۰ صبح روز چهارشنبه، درمانگاه دیابت مجتمع بیمارستانی امام خمینی صف طولانی از همان ابتدای در ورودی درمانگاه شروع شده است. بیماران، نایلونهای دارو و دفترچه های بیمه شان را در دست دارند و در انتظار رسیدن نوبتشان به دیوار راهرو تکیه داده اند، صورتها رنگ پریده و نگاه ها لرزان است، بعضی ها از سر ضعف روی زمین نشسته اند. یک پای باندپیچی شده روی سنگفرش درمانگاه توجهم را جلب می کند، سرم را بالا می آورم و مرد میانسالی را می بینم که لباس بیمارستان بر تن دارد. چهره اش تکیده و نامرتب است و مدام این سو و آن سو را نگاه می کند.

- شما اینجا بستری هستید؟

- بله، ۱۳ روزه که بستری شده ام.

- به خاطر دیابت؟

- نه، برای گرفتگی عروق و ناراحتی قلبی. البته چند روزیست که فهمیده ام دیابت هم دارم.

- پس زخم پایتان به خاطر دیابت است؟

- بله، یک زخم کوچک بود که نمی دانم از کجا پیدایش شد، اما بعد دیدم خوب نمی شود، حالا هم که عفونت کرده و خیلی می ترسم که مبادا..."

حرفش را فرومی خورد و با نگرانی پایش را نگاه می کند. اسمش حسین کاظمی است، ۵۳ ساله و کاسب می گوید بیمه نیست و تمام هزینه های بیماری اش را خودش پرداخت می کند و اینکه از حالا به بعد مجبور است هزینه های درمان دیابت را هم بپردازد.

نوار قلب بگیرد، دائماً هم باید تحت نظر چشم پزشک باشد و با اینکه بیمه است اما بیمه فقط درصدی از این هزینه ها را پرداخت می کند، بقیه اش با خودمان است."

پسر ۲۰ ساله خانم افشاری هم از ۳ سالگی به دیابت مبتلا شده است، او روزی ۳ بار انسولین تزریق می کند و ۳ بار هم در بیمارستان بستری شده است.

از آنجا که شوهر خانم افشاری شغل آزاد داشته، فرزندشان تحت پوشش بیمه نیست و تمام مخارج درمان او را خانواده پرداخت می کند.

وقتی من با سایر بیماران صحبت می کنم خانم میانسال و تهایی با چادر مشکی گوشه ای ایستاده و نگاهم می کند. وقتی سراغش می روم و سر صحبت باز می شود، متوجه می شوم که ۶ سال است به دیابت مبتلا شده، شوهرش شغل آزاد داشته و ورشکست شده و او حالا توان پرداخت هزینه های کنترل قند خونش را ندارد، مضاف بر اینکه از حمایت هیچ بیمه ای هم برخوردار نیست. با فاطمه رحیمی بیش از سایر بیماران حرف می زنم چون از بقیه ساکت تر و تنها تر است. وقتی که می خواهم با او خداحافظی کنم، لبخند محجوبی صورتش را می پوشاند و آرام می گوید: "شما جایی راسراغ ندارید که به بیماران دیابتی وام بدهند؟" در سکوت نگاهش می کنم.





**وظیفه پزشکان  
معالجه این است  
که توضیحات  
مربوط به دیابت  
را کامل و شفاف  
برای  
بیمار و خانواده اش  
تبیین کنند**

## عدم آگاهی

در اتاق بزرگی که بیماران یکی یکی واردش می شوند، دکتر علیرضا استقامتی، مشغول ویزیت کردن آنهاست. اوفوق تخصص غدد درون ریز و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران است.

دکتر استقامتی معتقد است مشکلات بیماران دیابتی را از زبان خودشان باید شنید، اما اعتراف می کند که به عنوان یک پزشک متخصص، با درد دل افرادی که روزانه با دهها نفر از آنها ملاقات می کند، آشناست.

او دیابت را یک بیماری مزمن می داند که نیازمند مراقبت و درمان دائمی و منظم است، به طوری که این پیگیری و تداوم درمان گاه بسیار خسته کننده می شود.

دکتر استقامتی درباره مشکلاتی که در ابتدای ابتلا به دیابت برای بیماران پیش می آید، می گوید: "دیابت نوع اول در سنین پایین، یعنی دوران کودکی و نوجوانی گریبان گیر افراد می شود. بیمار شدن کودک برای خانواده اش یک شوک محسوب می شود، به عبارت دیگر پذیرش این واقعیت که کودک تا دیروز سالمشان به دیابت مبتلا شده و باید تا آخر عمر انسولین تزریق و زیر نظر پزشک زندگی کند؛ برای

خانواده های کودکان بسیار دشوار است. پذیرفتن این قضیه برای خود بیمار هم مشکل است و روح و روان او را سخت تحت تأثیر قرار می دهد."

به گفته این متخصص غدد، وظیفه پزشکان معالجه این است که توضیحات مربوط به بیماری را کامل و شفاف برای بیمار و خانواده اش تبیین کنند. کاری که باید با دقت و حوصله فراوان انجام شود تا روحیه مناسبی را برای بیمار و خانواده اش ایجاد کند. او می گوید: "یادمان باشد نوجوانی که در این سن به دیابت مبتلا شد، آینده طولانی را پیش رو دارد. او قرار است ازدواج کند، اگر دختر باشد نقش مادر را ایفا کند و اگر پسر باشد مسئولیت اداره زندگی خانوادگی برعهده او قرار می گیرد. او برای ایفای درست نقش هایش، باید از سلامت مطلوبی برخوردار باشد. از اینرو پزشک باید جزئیات درمان مناسب و مراقبتهای استاندارد را برای بیماران توضیح دهد. عوارض بیماری نیز باید برای بیمار و خانواده اش گفته شود بدون اینکه ترس کاذبی ایجاد شود. مثلاً نباید در همان ابتدا و بی هیچ ملاحظه ای به خانواده کودک گفت که در این بیماری خطر و احتمال قطع عضو وجود دارد. بلکه لازم است لزوم کنترل صحیح با تزریق منظم انسولین و رعایت رژیم غذایی مناسب با هشدارهایی پیرامون عوارض دیابت به بیمار و اطرافیانش تفهیم شود." دکتر استقامتی معتقد است که یکی از مشکلات بزرگ در زمینه دیابت در کشور، کمبود آگاهی و ضعف اطلاع رسانی است. او می گوید: بسیاری از بیمارانی که دچار عوارض ناشی از دیابت می شوند، به دلیل نداشتن آگاهی و آموزش ندیدن، از کنترل قند خون خود عاجز مانده اند. او اعتقاد دارد که آموزش باید از سطح مدارس شروع شود و معلمان و مدیران مدارس با بیماری دیابت و عوارض درمان آن آشنا شوند، آنها باید بدانند شرایط کودک و نوجوان دیابتی با افراد طبیعی متفاوت است. اگر آنها نیازهای خاص بیماران دیابتی را بشناسند متوجه می شوند که نمی توان مقررات خشک را در مورد آنها اعمال کرد مثلاً ممکن است کودک سر کلاس درس دچار

حمله کاهش قند خون شود، در آن لحظه معلم باید بداند که او نیاز به مصرف یک خوراکی شیرین دارد و این جز با آگاهی دادن به جامعه میسر نیست.

## نقش بیمه ها پررنگ شود

دیابت یکی از شایع ترین بیماریهای جهان است و طبق آمار سازمان بهداشت جهانی تعداد افراد مبتلا به دیابت جهان تا سال ۲۰۲۵ از مرز ۳۰۰ میلیون نفر خواهد گذشت. در کشور ما نیز جمعیت قابل توجهی با این بیماری دست و پنجه نرم می کنند. طبق آمار دیگری یک نفر از هر ۵ نفر ایرانی به دیابت مبتلاست یا در معرض ابتلا قرار دارد. به گفته دکتر استقامتی ۹۰ درصد از دیابتیها را افراد مبتلا به دیابت نوع دوم تشکیل می دهند. این نوع دیابت که به دیابت بالغان هم معروف است در سنین بالا گریبانگیر اشخاص می شود. این عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران درباره مشکلات مبتلایان می گوید: "مشکل اصلی این بیماران تهیه داروهایشان است چون آنها به دلیل داشتن چربی خون و فشار خون بالا، معمولاً چندین دارو را با هم استفاده می کنند. دیابت ممکن است روی قلب، کلیه، چشم، عروق مغز و سایر اندامهای مبتلایان تأثیر سوء بگذارد و اختلالاتی را در این ارگانهای بدن ایجاد کند. آنها باید دائم به پزشکان متخصص در زمینه های مختلف مراجعه کنند و داروهای متعددی را تهیه کنند که هزینه های بالایی دارد. مثلاً باید چشمهایشان به طور مرتب معاینه شوند، وضعیت کلیه و قلب و خونشان آزمایش شود که تمام این آزمایشات و تهیه داروها هزینه بر است. بسیاری از این بیماران که از اقشار ضعیف جامعه هستند، قدرت تأمین چنین هزینه هایی را ندارند و از اینرو مراقبت استاندارد و درمان مناسب را انجام نمی دهند. آنها ممکن است نتوانند داروهایشان را به طور کامل تهیه کرده و یا به طور مرتب به پزشک مراجعه کنند."

دکتر علیرضا استقامتی در اینجا نقش بیمه ها





**رسانه ها باید وظیفه  
اطلاع رسانی و آموزش  
عموم مردم را به عهده  
بگیرند تا آگاهی کلی  
جامعه درباره بیماری  
دیابت افزایش پیدا کند**

گزافی برای درمان عوارض ناشی از عدم کنترل دیابت سوق می دهد.

دکتر استقامتی مسئولان بهداشت و درمان کشور را به تصمیم گیری های کارشناسی و علمی توصیه می کند تا سیستم بهداشت و درمان کشور همه ساله مجبور به پرداخت و هزینه های هنگفت درمان عوارض دیابت نباشد.

## واردات دارو تسهیل شود

دکتر استقامتی تزریق انسولین را برای بیماران دیابتی، امری حیاتی می داند، به همین دلیل در دسترس بودن انسولین و سرنگ مناسب برای بیماران ضروری است چون در صورت عدم دسترسی و اگر تزریق منظم انجام نشود، خطرات جدی و حتی مرگ در کمین بیماران است.

او می گوید: "فراهم آوردن ویال انسولین و سرنگ انسولین جزء وظایف اصلی دولت در قبال بیماران دیابتی است و من هیچ تعللی را در این زمینه جایز نمی دانم. این سرنگها و انسولین ها باید در حد استاندارد و به مقدار کافی وجود داشته باشند تا نیاز همه بیماران تأمین شود. اما در حال حاضر، انسولین هایی در دنیا وجود دارد که ما از آنها محروم هستیم. البته این انسولین های جدید با قیمت گزاف در بازار آزاد دارو پیدا می شوند اما تهیه آن برای همه افراد مقنور نیست کما اینکه من قصد ندارم بگویم این انسولین ها برای همه بیماران لازم و مفید است. اما برای برخی از بیماران با تجویز پزشک لازم است در حالی که تهیه این انسولین ها در ایران بسیار دشوار است."

ویژگی انسولین های جدید این است که یکبار در روز استفاده می شوند، سریع تر اثر می گذارند و سریع تر نیز اثرشان از بین می رود در نتیجه احتمال کاهش قند خون بامصرف آنها کمتر است.

دکتر استقامتی معتقد است که ما در زمینه درمان دیابت در کشور، از سطح جهانی عقب تر هستیم، او به انواع انسولین های جدید و

را مطرح می کند، وی می گوید: اگرچه بیمه ها مقدار معینی از هزینه ها را پرداخت می کنند اما این مقدار ناچیزی است و بیماران کم بضاعت ناچارند بقیه هزینه ها را خودشان بپردازند.

او اضافه می کند: "در چنین مواردی است که سازمانهای بیمه گر باید نقش خود را به درستی ایفا کنند، اگرچه آنها کمبود منابع و اعتبارات را علت اصلی این نقصان در سیستم بیمه عنوان می کنند اما حمایت از خانواده بزرگ و پرجمعیت بیماران دیابتی وظیفه دولت است. اگر سرانه بیمه کم است و کفاف هزینه های درمان را نمی دهد، به طور شفاف با مردم صحبت کنیم نه اینکه افراد هم حق بیمه پرداخت کنند و هم داروهایشان را آزاد خریداری کنند. سرانجام دولت باید کاری انجام دهد، یارانه پرداخت کرده و سرانه بیمه را افزایش دهد چون حتی اگر از دیدگاه اقتصادی به موضوع نگاه کنیم، اگر بیمار دیابتی به علت عدم دسترسی کامل به داروها و سایر ملزومات پزشکی نتواند درمان مناسب انجام دهد، دچار عوارض ناشی از بیماری می شود. مشکلاتی از قبیل اختلالات چشمی که باید با لیزر درمان شود و حتی امکان نابینایی وجود دارد، جراحی های قلب و کلیه و حتی در حالت های پیشرفته بیماری گاه ممکن است از یک عضو مهم بدن مثل دست و پا محروم شوند، هریک از این اعمال جراحی و اقدامات درمانی هزینه های خود را دارند مضاف بر اینکه مخارج بستری شدنهای طولانی مدت در بیمارستان نیز مطرح می شود. درمان این عوارض همیشه از کنترل قند خون در مراحل اولیه بیماری پرهزینه تر و گرانتر است. در نتیجه دولت حتی از دیدگاه اقتصادی نیز در صورت عدم پوشش کامل درمان بیماران دیابتی، بسیار بیشتر متضرر می شود تا اینکه اقدام به افزایش سرانه ها کند. در حقیقت دولت گمان می کند با کمترین ارقامی که برای نسخه های بیماران دیابتی بپردازد در هزینه ها صرفه جویی کرده است در حالی که ندانسته ضربه مهلکی را به اقتصاد درمان کشور وارد می کند و نهایتاً سازمانهای بیمه گر را به پرداخت هزینه های

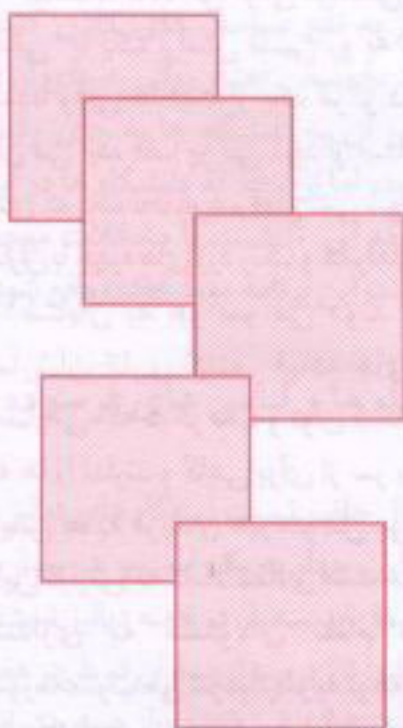
داروهای خوراکی متعددی که در بازار دنیا و حتی کشورهای همسایه ما وجود دارد اشاره می کند و می گوید: "البته من هرگز توصیه نمی کنم همه بیماران باید داروها و انسولین هایشان را رها کنند و بروند سراغ انسولین ها و داروهای جدید، چون چنین توصیه ای نه منطقی است نه عاقلانه و نه از نظر اقتصاد درمان به نفع کشور است. چنین کاری جز تحمیل بار اضافی بر دوش دولت نتیجه ای ندارد اما وجود این داروها در کشور لازم است چون در برخی موارد که برای درمان ضروری تشخیص داده می شوند، دسترسی به آنها دشوار است. ما در برخی نسخه ها این داروها را تجویز می کنیم و بیماران چندین ماه از این داروخانه به آن داروخانه می روند و در آخر هم دست خالی بازمی گردند. نکته اساسی درک این واقعیت است که چنین داروهایی باید وارد کشور شوند اما نه بی حساب و کتاب تا بار اقتصادی اضافی برای کشور ایجاد شود بلکه به میزان لازم و ضروری برای موارد خاص."

دکتر علیرضا استقامتی مشکل مراجعه را از دیگر مسائل مطرح در زمینه دیابت در کشور می داند، به اعتقاد او تعداد پزشکائی که می توانند مراقبت های استاندارد را از بیماران دیابتی انجام دهند، در کل کشور و نسبت به جمعیت





در حالی که سالانه  
داده شده است  
کمیسیون ملی  
معاونت  
دانشگاه تهران



۷

شایع مرگ و میر و شایعترین علت بیماریهای قلبی عروقی، نابینایی و قطع پا و بیماریهای کلیوی پیشرفته در سرتاسر جهان است. بیماری ای که بی علامت و بدون درد گسترش می یابد و تا مدتها پنهان است و با گسترش زندگی صنعتی، خطر ابتلا به آن برای تمام مردم دنیا وجود دارد. بیماری ای که اگر با جدیت برای مهارش تلاش نکنیم، افسار گسیخته به راه خویش ادامه خواهد داد.

مسیر پیشرو باشند.\*  
بیماری دیابت در کشور ما جزء بیماریهای خاص نیست اما بنیاد امور بیماریهای خاص برای گنجانیدن این بیماری در فهرست بیماریهای خاص تلاش می کند. این بنیاد همچنین جهت آموزش بیماران اقدام به گزاری کارگاهها و دورههای آموزشی و چاپ بروشورهای آموزشی رایگان کرده است که همه بیماران می توانند از این امکانات استفاده کنند. کلینیک دیابت مرکز پزشکی خاص نیز برای ارائه خدمات به بیماران دیابتی تاسیس شده است. و کلام آخر این که دیابت را قاتل خاموش می نامند، بیماری ای که در منطقه مدیریتانه شرقی چهارمین عامل

دیابتی ها کافی نیست از این رو آموزش پزشکان عمومی که خط اول مراجعه بیماران هستند، امر بسیار مهمی است. در حقیقت با آگاهی دادن به پزشکان عمومی از طریق آموزشهای مداوم و باز آموزی ها و همایش ها و کنگره های مخصوص این بیماری در کل کشور، گام مؤثری در جهت دستیابی به مراقبت های استاندارد و کنترل دیابت برداشته می شود.

او می گوید: "رسانه ها نیز باید وظیفه اطلاع رسانی و آموزش عموم مردم را به عهده بگیرند تا آگاهی کلی جامعه درباره بیماری دیابت افزایش یابد. مطبوعات و صدا و سیما می توانند با چاپ مطالب و ساختن برنامه های آموزشی در این



## نگاهی به مشکلات بیماران کلیوی

نفس هایی که به شماره افتاده اند و دستگاه های فرسوده دیالیز که جان بیماران را تهدید می کنند

مریم شاهسمندی

رسیدگی، نمی دانی باید به کدام یک از آن ها حق بدهی، اما وقتی چهره زرد و رنجور بیمارانی را می بینی که از درد به خود می پیچند



از دحام، شلوغی، آدم های بی حوصله و صدای آه و ناله نشانه های یک مرکز درمانی است. این روزها به هر بیمارستان و کلینیکی که سر بزنی با چنین وضعیتی رو به رو می شوی، بیماران بی قرار می خواهند که هر چه زودتر وضعیتشان روشن شود و مسئولان خسته و عصبانی که دیگر از کار کردن به جای چند نفر خسته شده اند، آرزوی لحظه ای آرامش را دارند. متأسفانه فقط می توانی در بعضی از مراکز درمانی با یک آرامش نسبی رو به رو شوی و عمدتاً وقتی صحبت از یک مرکز درمانی به میان می آید، فضا پر می شود از صدای ناله و دردی که یک لحظه هم قطع نمی شود، ازدحام بیماران با چهره های زرد رنگ و همراهان بی قرار که شتابان به هر سو می دوند تا برای بیمارشان کاری کنند. قیافه های خسته پرستارانی که دیگر تاب و توان شکایت ها و گله ها را ندارند و گاهی برای از سر باز کردن مریض ها به فریادی هم متوسل می شوند. در این گزارش که کاملاً انتقادی است، در حقیقت هشداری به مسئولان نظام سلامت کشور محسوب می شود و آنها را به توجه جدی تر به مشکلات بیماران دیالیزی قرامی خواند. البته منصفانه نیست که خدمات شایان توجهی را که هم در این سال ها انجام شده است نادیده بگیریم. کما اینکه وضعیت پیوند کلیه در ایران، از شرایط مطلوبی در دنیا برخوردار است.

اینجا یکی از بیمارستان هایی است که بیماران کلیوی برای دریافت خدمات درمانی به آن مراجعه می کنند. یکی از دو بیمارستان دولتی که در ابر شهر تهران قرار دارد.

همه چیز آشفته است، از احوال بیماران گرفته تا وضعیت رسیدگی به بیماران. پرستارها از کمبود نیرو صحبت می کنند و بیماران از عدم

و هیچ کس نیست تا یک لیوان آب به دستشان بدهد، دلت واقعا می سوزد، ولی در این بیمارستان از همراه بیماران هم خبری نیست. هیچ کس نمی تواند برای مراقبت از بیمارشان در بیمارستان بماند، این کار به عهده پرستاران است، اما کدام پرستار؟!

مردی که در بخش کلیه این بیمارستان بستری شده است با لب هایی خشک در حالی که توان و حوصله زیادی برای صحبت کردن ندارد با صدایی بسیار آرام و نجوا کتان می گوید: اغلب بیماران کلیوی بستری شده در این بیمارستان توانایی انجام کارهای شخصی خود نظیر استفاده از سرویس های بهداشتی را ندارند اما متأسفانه اجازه نمی دهند که فردی از خانواده به عنوان همراه در بیمارستان حضور داشته باشد. همسر این بیمار می گوید: از ساعت ۶ صبح همراه بیمار را به عنوان





**در حالی که سالیانه  
۱۵ درصد به تعداد بیماران  
کلیوی افزوده می شود ولی  
متأسفانه به این  
میزان، دستگاه و بخش  
دیالیز در کشور اضافه  
نشده است**

تغییری که از سال ۱۳۸۳ در خرید دستگاه همودیالیز به نفع سیاست های کلان کشور اتفاق افتاد تخصیص اعتبار ریالی به جای ارزی و واگذاری آن به دانشگاه ها به جای ردیف متمرکز بوده اما از آنجا که دانشگاه ها در این زمینه سابقه ای نداشتند، با مشکلات موجود امکان داشت این برنامه مورد غفلت واقع شود.

### دستگاه ها و لباس های فرسوده

در حال حاضر نسبت دستگاه های دیالیز به تعداد بیماران چهار به یک است و هر بیمار به طور متوسط باید سه بار در هفته دیالیز شود در حالی که تنها ۴۵ درصد از بیماران دو بار در هفته و بقیه بیشتر دیالیز می شوند و از همه بدتر این که عده ای از افرادی که دیالیز می شوند به علت فرسودگی دستگاه دیالیز دچار مشکلات فراوانی شده اند و یا فوت کرده اند.

بیمارانی که برای تصفیه خون باید به دستگاه دیالیز متصل شوند، تنها امید زندگی مجدد آن ها دستگاه دیالیز است اما گاهی همین دستگاه ها حکم به مرگ بیماران می دهند.

تعداد بیماران دیالیزی در پایان سال ۱۳۸۳ به ۱۱ هزار و ۲۵۰ نفر رسید که این بیماران در ۳۰۱ بخش دیالیز تحت معالجه اند، اما نرخ مرگ و میر سالانه بیماران دیالیزی در کشورهای

موارد هیچ کمکی نمی کنند، چرا که به گفته خودشان تعداد پرستاران نسبت به بیماران بسیار کم است، بنابراین در صورتی که یکی از اعضای خانواده در بیمارستان نباشد، هیچ کس نیست که به داد بیماران برسد، با این وجود در طول روز اجازه نمی دهند که حداقل یکی از افراد خانواده در بیمارستان حضور داشته باشد و بیمار باید خودش به تنهایی حتی کارهای پرونده و تعیین ساعت عمل از سوی بیمارستان و ... را انجام دهد.

### افزایش بیماران، کمبود امکانات

طبق اظهار نظر کارشناسان، سلامت کلیه ها تأثیر بی نهایت مهمی در ادامه حیات انسان دارد و بیماری کلیوی دردناک ترین و پر مخاطره ترین مشکلات جسمی را برای فرد به دنبال دارد. در حالی که سالانه ۱۵ درصد به تعداد بیماران کلیوی اضافه می شود ولی متأسفانه به همان میزان دستگاه دیالیز و بخش دیالیز اضافه نشده است. در حال حاضر دستگاه های فعال همودیالیز که توسط وزارت بهداشت و مراکز خیریه تأمین شده است، بخشی از آن جایگزین دستگاه های فرسوده و بخشی دیگر نیز جهت توسعه ظرفیت همودیالیز مورد بهره برداری قرار گرفته است.

این که وجود همراهان سبب ازدحام و شلوغی می شود از داخل بخش خارج کردند و گفته شد که همراهان بیمار نیز فقط در زمان ملاقات می توانند مانند سایر دیگر افراد ملاقات کننده وارد بخش شوند.

وی ادامه می دهد: برای این که یک ساعت زودتر از زمان ملاقات بتوانم برای دیدن همسرم به بخش بیایم کلی التماس کرده ام، اینجا نیروی پرستار بسیار کم است و آن ها نمی توانند به تمام بیماران رسیدگی کنند، همسر من قادر نیست به تنهایی به دستشویی برود و برای یک بیمار کلیوی ساعت ها منتظر ماندن برای این که کسی پیدا شود و او را برای استفاده از سرویس های بهداشتی کمک کند، خطر زیادی دارد، وقتی توانستم به بخش بیایم دیدم که همسرم مدت ها است احتیاج به دستشویی دارد اما کسی نبوده تا به او رسیدگی کند.

بیمار کلیوی دیگری که به تازگی در این بیمارستان بستری شده است، می گوید: تا چند روز پیش در یک بیمارستان خصوصی بستری بودم، پزشکان گفتند که باید عمل جراحی شوی اما چون توان پرداخت هزینه های عمل جراحی در یک بیمارستان خصوصی را نداشتم، لاجرم به این بیمارستان آمدم، در اینجا پرستاران فقط داروها را سر ساعت به بیمار می دهند و در بقیه





**بر خور داری  
از امکانات بهداشتی  
و درمانی مناسب حق  
احاد افراد جامعه  
است**

اما یکی دیگر از معضلات و مشکلاتی که اغلب بیماران کلیوی و کسانی که دیالیز می شوند با آن مواجه اند، عدم آموزش پرستاران و توانایی آن ها برای استفاده از دستگاه های دیالیز است. همین چند ماه پیش بود که چند بیمار دیالیزی در یکی از بیمارستان های مشهد به دلیل خرابی دستگاه و عدم توانایی افرادی که با دستگاه دیالیز کار می کردند، جان سپردند، البته این اولین و آخرین باری نیست که چنین اتفاقاتی در بیمارستان های ما روی می دهد. معاون فرهنگی و اجتماعی سازمان نظام پرستاری در این باره می گوید: وقتی صحبت از آموزش جامعه پزشکی برای جلوگیری از چنین حوادثی می شود، ذهن همه تنها به طرف آموزش پزشکان می رود. نکته مهمی که در این رابطه وجود دارد، اختلاف نظری است که مسئولان بر سر تعریف واژه جامعه پزشکی دارند، در کل دنیا جامعه پزشکی متشکل از پزشک، پرستار، ماما و ... است، اما متأسفانه در کشور ما جامعه پزشکی تنها به پزشکان تعبیر می شود و پرستاران در این جامعه از جایگاهی بر خوردار نیستند.

محمد شریفی مقدم می گوید: پرستاران ما از دانشگاه فارغ التحصیل می شوند و در اولین بیمارستانی که اعلام نیاز می کند مشغول

که خرید هر دستگاه دیالیز جدید با ارز آزاد بالغ بر ۱۰۰ میلیون ریال تمام خواهد شد که این هزینه برای بیمارستان مقدور نیست.

نفیسه مهری که مادرش را هر هفته سه بار برای دیالیز به این بیمارستان می آورد نیز می گوید: بعضی اوقات به علت عدم کیفیت کافی دستگاه دیالیز، بیماران این بیمارستان مجبور می شوند اورژانسی به بیمارستان های دیگر مراجعه کنند و با توجه به این که اکثر بیماران کلیوی دچار مشکلات متعددی هستند در بیمارستان های دیگر آن ها را پذیرش نمی کنند.

وی می افزاید: به علت کیفیت پایین دیالیز این بیمارستان، مادرم به عفونت دچار شده است و نمی توانیم او را پیوند کنیم، استهلاک دستگاه های این بیمارستان به حدی است که اگر بیمار زیر دستگاه خواب باشد احتمال این که زنده نماند وجود دارد.

جوان ۳۲ ساله ای که مدت ۱۵ سال است دیالیز می شود نیز می گوید: مدت زیادی است که کسی برای تعمیر دستگاه های دیالیز این بیمارستان به اینجا نیامده است، ما که سال های طولانی است دیالیز می شویم به تمامی مشکلات کاملاً واقفیم و همین امر تأثیر بسیار بدی بر روی روح و روان بیماران می گذارد.

وی می افزاید: این تأثیر زمانی بیشتر می شود که می شنوی یکی از همین افراد به دلیل استهلاک دستگاه ها جان خود را از دست داده، تا کنون در این بیمارستان بیش از ۱۵ بیمار دیالیزی فوت کرده اند، من هر روزی که برای دیالیز می آیم امیدی به زنده ماندن خودم ندارم و این فکر فشار عصبی زیادی را به من وارد می کند. به راستی مسئولیت سلامت و جان بیمارانی که تمام امیدشان به ادامه زندگی وابسته به یک دستگاه مستهلک است با چه کسی است؟! در حال حاضر ۶ هزار نفر در کشور دیالیز می شوند و این در حالی است که تا کنون بیش از ۱۱۰ هزار مورد پیوند کلیه انجام شده است.

### عدم آموزش پرستاران، بیماران در خطرند

مرگ و میر بیماران دیالیزی در ایران در سال های اخیر با تعویض دستگاه های فرسوده دیالیز تا حدودی کاهش پیدا کرده است.

بیمارستان ... بعد از بیمارستان امام خمینی دومین بیمارستان دولتی در تهران است که بیماران دیالیزی را تحت پوشش قرار می دهد، در این بیمارستان ۵ دستگاه دیالیز وجود دارد که بیماران دیالیزی از آن سرویس می گیرند، ولی متأسفانه دستگاه های دیالیز این بیمارستان فرسوده است و برای بیماران مشکلات فراوانی را ایجاد کرده است.

### عذاب های روحی و روانی بیماران

مردی که همسرش هفته ای سه روز در بیمارستان ... دیالیز می شود، می گوید: همسر من از سال ۷۸ هفته ای سه روز در بیمارستان ... دیالیز می شود، الان یک سال و نیم است که دیگر نمی توانم با خیال راحت او را برای انجام دیالیز به این بیمارستان ببرم، دستگاه های فرسوده هر لحظه امکان دارد حادثه ای برای بیماران به وجود آورند.

این مرد می افزاید: دستگاه های دیالیز این بیمارستان قدمت ۲۵ ساله دارند و از رده خارج و فاقد کارایی اند همین امر کیفیت دیالیز بیمار را پایین آورده و موجب وخامت حال بیماران می شود. یکی دیگر از بیماران که برای انجام دیالیز به بیمارستان ... آمده است، می گوید: حدود ۳۳ سال است که دیالیز می شوم، طی یک سال و نیم گذشته به علت فرسودگی دستگاه ها دچار مشکلات فراوانی شده ام.

محمد- الف می افزاید: اکثر اوقات برای دیالیز چهار ساعته چند بار دستگاه را عوض می کنند، حال اگر بیمار زیر دستگاه به خواب رفته باشد معلوم نیست که زنده می ماند یا نه!

وی با تأکید بر این که وقتی زیر دستگاه دیالیز می روم عوض این که حالم بهتر شود بدتر می شود، تأکید می کند: ۸۰ تا ۹۰ درصد دستگاه های دیالیز این بیمارستان از کار افتاده و جان همه بیماران در خطر است، مسئولان بیمارستان می گویند





در هیچ کجای دنیا  
به اندازه ایران پیوند کلیه  
انجام نمی شود

عمل پیوند است، اگرچه در هیچ کجای دنیا به اندازه کشور ما پیوند کلیه انجام نمی شود (چیزی حدود ۱۷۰۰ پیوند در سال) اما به علت تعداد زیاد بیماران نیازمند به پیوند کلیه عده ای سودجو بازار خرید و فروش کلیه راه انداخته اند. افراد زیادی برای فروش کلیه خود در صف ایستاده اند و افرادی هم برای پیدا کردن مشتری خوب حق دلالتی می گیرند!

## بحران در وضعیت بیماران دیالیزی

در صورت عدم توجه جدی به تجهیز و نوسازی بخش های دیالیز بیمارستان های کشور، صدها بیمار دیالیزی در سراسر کشور در معرض آسیب جدی قرار می گیرند. در بسیاری از بیمارستان های کشور دستگاه های دیالیز بسیار فرسوده شده اند. این فرسودگی یکی از بزرگترین دغدغه ها و نگرانی های هزاران نفر از بیماران و خانواده های آنان در سراسر کشور به شمار می رود.

یک متخصص نفرولوژی و پیوند کلیه در این باره می گوید: در حال حاضر دستگاه های دیالیز در سه شیف به بیماران سرویس می دهند، دولت باید بودجه ای اضطراری برای تجهیز و نوسازی دستگاه های دیالیز اختصاص دهد و در صورت عدم اختصاص بودجه ای برای خرید و بازسازی دستگاه ها قطعاً تا چند وقت دیگر باید شاهد بحران در وضعیت بیماران دیالیزی در کشور باشیم.

## به ارزش جان بیماران بهادیم

تحمل درد از یک سو، رنج سفر هم از

سوی دیگر، و اما نداشتن امکانات مالی که از تمام دردهای جهان سخت تر به نظر می رسد، این که می گویند از خدا تن سالم بخواهید همه چیز درست می شود، اینجا مصداق پیدا می کند، نه نشان سالم است و نه وضع مالی خوبی دارند، بسیاری از بیماران دیالیزی به دلیل نداشتن توان مالی در معرض آسیب جدی قرار دارند، در بسیاری از شهرستان های کوچک خبری از دستگاه دیالیز نیست و این بیماران مجبورند برای انجام دیالیز در هفته چند بار به شهرهای بزرگ مراجعه کنند، بیماری که حتی هزینه یک تغذیه مناسب را هم ندارد چگونه می تواند، هزینه چند سفر در ماه را متحمل شود، بیماران کلیوی هم مانند دیگر بیمارانی که مجبورند تا پایان عمر با بیماری و درد دست و پنجه نرم کنند، از وضعیت مطلوبی برخوردار نیستند. در هر جامعه، بهره مندی از امکانات بهداشتی و درمانی مناسب حق تک افراد جامعه است، اما متأسفانه در این جغرافیای سبز یکی از معضلات بزرگی که مردم با آن مواجه اند، نبود امکانات بهداشتی و درمانی مناسب است، در واقع اگر کسی می خواهد بیمار شود، قبل از آن باید تمام جوانب را در نظر بگیرد، اگر امکان مالی بستری شدن در بیمارستان ها را داشت و می تواند مطمئن شود از خدمات بهداشتی و درمانی نسبتاً مناسبی برخوردار خواهد شد. بیمار شود، در غیر این صورت بهتر است بیمار نشود!

کمبود دارو، نبود نیروی انسانی کافی، فرسوده شدن دستگاه های مورد استفاده بیماران، نبود مراکز درمانی به میزان احتیاج و ... تنها مشکل بیماران کلیوی نیست، بیماران تالاسمی، ام اس، هموفیلی، افراد مبتلا به ایدز و هپاتیت، همه و همه به نوعی با این مشکلات دست به گریبانند، این ساختار بهداشت و درمان جامعه است که از بیماری مهلکی رنج می برد، امید که نبض این بیمار رو به موت دوباره از نو بتپد و لااقل بیماران کمتر سرگردان شوند.

به کار می شوند، برای مدیر بیمارستان هم هیچ فرقی نمی کند که پرستار مذکور در کدام قسمت می تواند فعالیت داشته باشد و آیا اصلاً آموزش های لازم را برای کار در یک قسمت خاص دیده است یا نه؟

وی در خصوص عدم رسیدگی دقیق پرستاران به بیماران بالاخص در بیمارستان های دولتی خاطر نشان می کند: ما نباید پرستاران را متهم به کم کاری کنیم، آن ها سعی می کنند از تمام توان خود برای رسیدگی به بیماران استفاده کنند، اما در یک بخشی که ۲۲ بیمار کلیوی بستری است و فقط ۲ پرستار در آنجا مشغول به کار هستند، چگونه می توانیم انتظار داشته باشیم که سرویس دهی به تمام این ۲۲ بیمار توسط دو ۲ پرستار خوب و دقیق صورت گیرد.

## مشکلاتی که کم نمی شوند

اما مشکلات بیماران کلیوی تنها نبود پرستار متخصص نیست، این بیماران برای این که بتوانند به زندگی خود ادامه دهند مشکلات زیادی دارند، بسیاری از آن ها حتی برای تهیه داروهای خود نیز با مشکل مواجه اند، مسأله مهم دیگر برای کسانی که دیالیزی هستند، انتظار برای پیدا شدن یک کلیه سالم و انجام



## بیماری خاص ما

عادل نقدی

در جهانی که  
تنوریهای جامعه  
شناسی و روان  
شناسی مجرم  
رابیماری دانند،  
چرا یک  
بیمار باید خود را مجرم  
بداند

در جهانی که تئوریهای جامعه شناسی و روانشناسی مجرم را بیمار می دانند و به جای روشهای جزمی و تأدیبی به دنبال سازوکارهای درمانی می گردند چرا یک بیمار باید خود را مجرم بداند؟

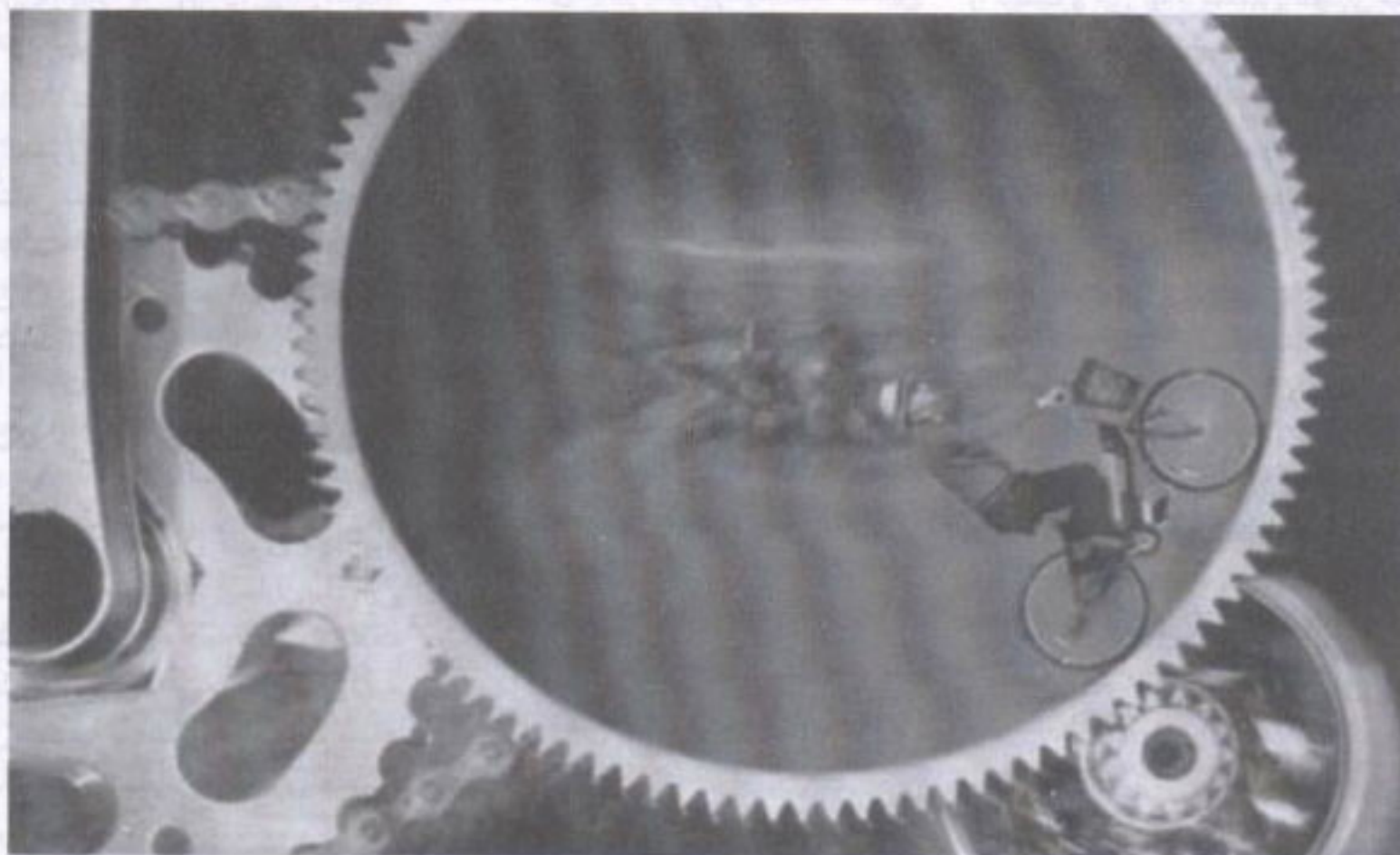
آیا تنش زایی بیماری خاص فرهنگی ما به همین جا محدود می شود؟ نه! این تنش

روشهای دفاعی او را به بازی در زمین خودش وادار کنیم و پشت خاکریزهای اطمینان خودمان سنگر بگیریم. حال آنکه بسیاری از معضلات زندگی امروز ناجوانمردانه و از پشت به ما حمله می کنند یعنی از همان جا که نمی بینیم و مورد غفلت ما قرار گرفته است. یعنی از ناحیه جهل ما به ما هجوم می آورند. ما در لکه روشنی می ایستیم در فضایی که کاملاً تاریک است و با اطمینان به لکه روشن خود می چسبیم در حالی که تاریکی مرزهای اطمینان ما را بی صدا می جود.

من بیماران بسیاری را دیده ام که با بیماری انحصاری خودشان زندگی می کنند بدون آنکه خطری را متوجه ما سازند. اما به بیماری شان اعتراف نمی کنند تا میاها از لکه روشنی که منحصر به خود می دانیم، بیرونشان کنیم. چه کسی باعث شده است که آنها بیماری شان را جرم بپندارند؟

چرا طرح نگاه فرهنگی به موضوع بیماران و بیماری های خاص امروزه به یک ضرورت انکارناپذیر تبدیل شده است؟

آنچه به نظر می رسد آن است که بخشی از معضلات بیماران خاص از یک بیماری خاص فرهنگی نشأت می گیرد که به طور پنهانی نگاه ما را در لفاف نامرئی تأثیرات خود پیچیده است. ساختار فکری زندگی ما به گونه ای است که مشکلات پیچیده دیگران را قابل سرایت به خود می پنداریم، حتی اگر این مشکلات اصلاً مسری نباشند. اساساً کسی را که به صورت مقطعی درگیر یک مسأله خاص جسمی، روحی، مالی و اجتماعی و ... شده است به عنوان یک ناهنجاری بالقوه که فعلیت یافتن آن مسجل است و به عنوان عارضه ای که امکان بازگشت او به شرایط عادی مهیا نیست؛ می پنداریم. بنابراین از او دامن می کشیم. فرزندان را از بازی یا فرزند او منع می کنیم و سعی می کنیم با







**کسی که سرنگ  
تقلبی تولید می کند،  
آیا رویین تن است؟  
شاید! و شاید هرگز  
به دیابت مبتلا نشود  
اما روان نژندی دارد و  
بیماری خاص  
فرهنگی روح او را به  
پوست واره تاول زده ای  
تبدیل کرده است**

زایی به موازات رشد بیماری رشد می کند و ابعاد ویژه ای پیدا می کند. بیماری یک قدم جلوتر از بیمار می ایستد و ما وقتی به دوست بیمار خود نگاه می کنیم، به بیماری اش نگاه می کنیم. وقتی دستان را به سوی او دراز می کنیم با (( بیماری )) دست می دهیم. چقدر می تواند دردناک باشد که بیماری وجه غالب یک انسان باشد. نه یک مسأله او. دلسوزانه از انعکاس دردها و نیازهای او اجتناب می کنیم چون می ترسیم بیان دردها او را تحقیر کند. اما دردهای حقیرتری را جار می زنیم و این گونه او را فراموش می کنیم و این کم کم به یک درد مزمن تبدیل می شود.

بیماری خاص فرهنگی ما به همین جا هم محدود نمی شود. وزارت بهداشت به بیماران دیابتی هشدار می دهد که مصرف سرنگ انسولین ۴۰ واحدی تقلبی موجب کاهش شدید قندخون می شود. از سوی دیگر در پی ممنوعیت ورود محصول جواز کشورهای شمالی ایران به خاطر شیوع آنفولانزای مرغی، این دولت ها هم ورود کالاهای ایرانی را به کشور خود ممنوع اعلام کردند.

می بینید برای اینکه قدمی در راه کاهش درد برداشته شود، آدمیان حتی از برقراری یک تفاهم انسان دوستانه در میان خود عاجزند و این موضوع حتی در سطوح بین المللی نیز به چشم

می خورد.

کسی که سرنگ تقلبی تولید می کند، آیا رویین تن است؟ شاید! و شاید هرگز به دیابت مبتلا نشود اما روان نژندی دارد و بیماری خاص فرهنگی روح او را به پوست واره تاول زده ای تبدیل کرده است.

همین طور کسی که رقابت در عرصه تولید و پخش دارو و تجهیزات بهداشتی و درمانی را به معامله ای تبدیل می کند که بهای آن را آدمیان با جان خویش پرداخت می کنند.

بی شک سیاستگذاری های درست فرهنگی، بهداشتی و درمانی بخش عمده ای از

دغدغه های بیماران را کاهش می دهد اما توسعه فرهنگ همکاری و همیاری با بیماران خاص، بیان توانمندی ها و موقعیت شغلی و اجتماعی ایشان، قرار دادن برخی بیماری ها در فهرست بیماران خاص، تقویت شرایط مساعد برای بیماران و رساندن آن به حد مطلوب و استاندارد جهانی فعالیتی انحصاری نیست، بلکه همه باید در آن مشارکت کنند و جلب مشارکت مردمی تنها با راهکارهای آموزشی و فرهنگی میسر خواهد بود.



## طرح چند عارضه غیر پزشکی در بیماری ضلع چهارم مثالث

میترا افشار



تنها هزینه های دارویی و درمانی نیست. اغلب پزشکان معتقدند که نظر و تعریفشان از بیماری با تعریف بیماران و درک آنها متفاوت است و تعاریف علمی و درست باید از طریق آموزش، جامعه پذیری و تبلیغات که بسیار گران و پرهزینه خواهد بود، منتقل شود.

عدم توجه به مسائل فرهنگی و اجتماعی تبعات دیگری نیز به دنبال خواهد داشت و چنانچه مورد مذاقه قرار نگیرد ممکن است مناسبات و روابط بیمار را با جامعه دستخوش تهدیدات جدی کند. به همین خاطر است که در بسیاری از جوامع درمان اخلاقی و فرهنگی نسبت به درمان پزشکی ضرورت بیشتری پیدا می کند و این به سابقه بیماری و نگاه مردم به بیماری مربوط می شود.

عوامل و عارضه های فرهنگی باعث می شود که در بسیاری از بیماری ها اساساً مراجعه ای به پزشک صورت نگیرد و یا جدیتی برای درمان وجود نداشته باشد.

به طور خلاصه، برداشت از سلامتی و بیماری و چگونگی حفظ یکی و اجتناب از دیگری در فرهنگ های مختلف فرق می کند، یعنی به شدت به زمینه آن وابسته و پویا و در معرض تغییر است.

مثلاً تصور عامه این است که افراد بیمار به طور مشروعی از مسئولیت های عادی اجتماعی مثل مسئولیت های مرتبط با کار و

سنت، به واریسی انتقادی نه باورهای عامیانه و به کنترل از طریق تنظیم علمی و فنی بدن و نه رسوم و برداشتهای غلط درمانی، پزشکی با فاصله گرفتن از سطح حکیم باشی گری و روشهای درمانی خاله زنکی پرستیژ خود را حفظ کرده است و هر چند امروزه علم پزشکی چندان پیشرفت کرده است که پزشکان حتی دیگر به گفتار بیماران خود یا رفتار خارجی ایشان اکتفا نمی کنند و تنها با مراجعه به پرونده بیماران، پرتونگاری ها، اسکن، پروفایل های کروموزومی و ... بدون اینکه بیمار را ببینند وضعیت او را بررسی می کنند یا این حال این جایگاه رفیع حرفه ای نباید ما را از مبانی اجتماعی و تأثیرات فرهنگی قضیه غافل کند.

نخستین نکته ای که توجه ما را برمی انگیزد این است که همین فاصله حرفه ای ایجاد شده و موقعیت متخصصان پزشکی نتیجه قدرت نهادینه شده اجتماعی است و موضوع دیگری که باز در حوزه فرهنگی و اجتماعی رخ می نماید آن است که چگونه در میان این شکاف (شکاف بین باورهای سنتی از بیماری، پزشکی و روشهای درمانی و موقعیت حرفه ای پزشکی) وجه مشترکی ایجاد شود تا بیمار و پزشک بتوانند روی آن بایستند و به یک اتفاق نظر دست یابند؟ اینجا مشخص می شود که هزینه های بیماری

توزیع، تجربه، تعریف و درمان بیماری را نمی توان صرفاً با مفاهیم جسمی یا زیست شناختی درک کرد. سلامتی، بیماری و مدیریت پزشکی آنها، بخشی از نظام های فرهنگی وسیع ترند و از این رو ارتباط نزدیکی با فرایندهای کنترل اجتماعی به وسیله حرفه ها و دولت ها دارند.

تصور عوام بر این است که بیماری تنها یک وضعیت جسمانی است و عوامل غیرجسمانی مرتبط با ذهن انسان در آن بی اهمیت هستند یا حتی مردم آنها را کلاً نادیده می گیرند. بعضی از مردم بیماری را یک حالت موقت جسمانی می دانند که می توان آن را از طریق مداخله پزشکی ریشه کن کرد. اما همه می دانند که بخش اعظم مداخله پزشکی پس از وقوع بیماری و ظاهر شدن علائم آن است.

اما در اینجا این سؤال پیش می آید که اگر بیماری صرفاً یک وضعیت جسمانی است پس چرا یک نوع بیماری می تواند در جوامع مختلف برداشتهای متفاوتی ایجاد کند؟ علت، عضویت بیمار در نظام های اجتماعی و فرهنگی و ارتباط بیماری با این نظام هاست. اگرچه پزشکی امروز با رویکرد علمی به شکلی بسیار مؤثر جایگزین افسانه ها و خرافات پزشکی عامیانه یا قومی شده است و در عصر مدرنیته که به تخصص مربوط می شود نه





**اکثر بیماران سازگارند.  
اما برخی مقاومت و  
سعی می کنند تا مثلاً با  
امتناع از پابندی به  
قوانین و مقررات بخش -  
به شدتی که کارکنان  
بیمارستان انتظار دارند -  
موقعیت را تحت کنترل  
درآورند و حس  
خودمختاری شخصیتی و  
هویت خود را حفظ کنند**

خانواده معاف هستند.

این کاملاً درست به نظر می رسد. کسی که بیمار است در بیمارستان و یا خانه بستری می شود. مسئولیت های او موقتاً از او سلب می شود و او تمام قوای خود را در جهت بهبودی خود متمرکز می کند اما برای کسی که بیماری بخشی از وجود اوست و با استفاده از روشهای کنترلی به حیات خود ادامه می دهد آیا همین اعتقاد درست است؟ این معضلی است که بیماران خاص در جامعه با آن مواجه هستند. آنها غالباً پیدا کردن شغلی متناسب با سطح توانایی هایشان موفق نخواهند شد و آن طور که باید به آنها فرصت تسلط بر زندگی و موقعیت خانوادگی داده نمی شود.

اینجا مباحثی است که جامعه شناسی پزشکی تلاش می کند با کمک گرفتن از رسانه های فرهنگی در جامعه جا بیندازد و این در حالی است که البته خود جامعه پزشکی نیز به یک تغییر نگرش کلی نیازمند است. روابط پزشک و بیمار موضوع مهمی است که جامعه شناسی به آن نظر داشته است. تعهدات پزشک در قبال اعتمادی که به او می شود و حق اقتدار بر سلامتی، معاینه بدن و کسب اطلاعات درباره ویژگی های شخصی که به آنها داده می شود، چیست؟ آیا جز این است که پزشک مراجعان خود را افراد انسانی دردمندی تلقی کند که

همگی در محضر معالجه او یکسان اند و رجحان آنها تنها به فوریت درمان آنها وابسته است؟ اما تحقیقات نشان می دهد که برداشت پزشکان از طبقه، سن، جنسیت و قومیت بیماران تأثیر مهمی در نوع معالجه دارد. به عنوان مثال برای طبقات بالاتر وقت بیشتری اختصاص داده می شود و توضیحات بیشتری در مورد بیماری هایشان به آنها داده می شود تا طبقات پایین تر. خیلی ها مشکلات بیماران زن را به شکایت ها و روان نژندی های نوعاً زنانه مرتبط می دانند در حالی که اگر بیماران مرد همین مشکلات را تجربه کنند، ناشی از کار یا استرس شناخته می شود.

بسیاری از بیماران خصوصاً مبتلایان به ایدز بسته به نوع قضاوت اخلاقی و نه پزشکی که در موردشان می شود مورد معالجه قرار می گیرند. همین مسائل به نوعی ماهیت روابط طبقاتی اجتماع را شکل می دهد.

در این راستا می توان بحث رابطه پزشک و بیمار را براساس محوریت پزشک و یا محوریت بیمار مطرح کرد. این نیز جزء آموزش هایی است که مردم باید در جریان آن قرار گیرند. معمولاً آموزه های فرهنگی ما رابطه پزشک و بیمار را مانند رابطه بزرگسال و کودک ترسیم می کند (دانایی در مقابل جهل، آمریت در مقابل اطاعت) و برای آن یک نظام پدرسالارانه قائل است. بیمار باید بیاموزد که هرچند در مراحل حاد بیماری، پزشک پروژه درمان را هدایت می کند اما در مراحل بعدی این خود اوست که باید فعالانه در درمان مشارکت کند و رابطه اش را با پزشک مثل رابطه دو بزرگسال که در کاری هم اندیشی می کنند، تنظیم کند.

عنصر قدرت در روابط پزشک - بیمار مشخصاً وقتی اهمیت می یابد که مریض مجبور به بستری در بیمارستان شود. پژوهش های تعامل گرایانه درباره ماهیت زندگی بیمارستانی اغلب بر این تأکید کرده اند که نظام های بیمارستانی به گونه ای طراحی شده اند که فرصت بیماران را برای شکل دهی به هویتشان محدود می کنند. زندگی بیمارستانی آینه زندگی در سایر مؤسسات مطلقه - یعنی مکان هایی که برای مدت معینی کلیت زندگی فرد در آن

**کسی که بیمار است در بیمارستان و  
یا خانه بستری می شود. مسئولیت  
های او موقتاً از او سلب می شود و او  
تمام قوای خود را در جهت بهبودی  
خود متمرکز می کند اما برای کسی  
که بیماری بخشی از وجود اوست و  
با استفاده از روشهای کنترلی به  
حیات خود ادامه می دهد آیا همین  
اعتقاد درست است**

محبوس می شود - مثل زندانها، بیمارستانهای روانی، صومعه ها و ... است. در بیمارستان قدرت بیماران برای در اختیار داشتن رفتارشان تا حد امکان کاهش می یابد. فرایندی که به محض پذیرش در بیمارستان آغاز می شود.

اکثر بیماران سازگارند. اما برخی مقاومت و سعی می کنند تا مثلاً با امتناع از پای بندی به قوانین و مقررات بخش - به شدتی که کارکنان بیمارستان انتظار دارند - موقعیت را تحت کنترل درآورند و حس خودمختاری شخصیتی و هویت خود را حفظ کنند. آنها به عنوان «بیماران» مشکل دار شناخته می شوند. این، نشان دهنده امکان بروز تضاد بین بیماران و کارکنان پزشکی است.

همچنین وقتی دیگران بخواهند تعریف خود از «بیمار بودن» را بر بیمار تحمیل کنند، تضاد پیش می آید و به این ترتیب پدیده «برچسب زنی» و عواقب آن بیمار را تهدید می کند.

برچسب زنی به فرایندی اطلاق می شود که در آن هویت های تعریف شده در جامعه خصوصاً برچسب منحرف، تحمیل یا پذیرفته می شوند عواقب چنین برچسب هایی ممکن است این باشد که فرد را در درون آن هویت به دام اندازد.

بنابراین یک عنصر آشکار برچسب زنی در تعریف بیماری وجود دارد. حال چه از طریق تشخیص پزشکی و چه از طریق نحوه برخورد دوستان، اقوام و سایر افراد با بیمار. در نتیجه





**حتی در جامعه ما بسیار دیده می شود که برچسب هایی از بیماری وام گرفته می شود و به افراد سالم اطلاق می شود. در این حالت بیمار و بیماری به یک دشنام تبدیل می شود که عندالاقضاء می توان آن را به هر کس نسبت داد**



یک بیمار سرطانی ممکن است از نظر دیگری که از بیماری او مطلعند بیش از هر چیز دیگری با صفت سرطانی مشخص شود. هرچقدر هم که او تلاش کند تا به دیگران بفهماند که او هنوز هم همان دوست، همسر یا مادر قبلی است که اتفاقاً سرطان هم دارد، تحلیل تعامل گرایانه توجه ما را به تأثیر غالباً درهم شکننده برچسب بدنام کننده در نظر تفسیرکنندگان جلب می کند. در واقع یک چنین بیماری ای را - همانند سایر اشکال انحراف برچسب خورده - می توان به عنوان نشانه ای از ضعف شخص یا مقصر بودن وی تفسیر کرد.

حتی در جامعه ما بسیار دیده می شود که برچسب هایی از بیماری وام گرفته می شود و به افراد سالم اطلاق می شود. در این حالت بیمار و بیماری به یک دشنام تبدیل می شود که عندالاقضاء می توان آن را به هر کس نسبت داد. خصوصاً به سختی می توان جلوی برچسب زدن به افرادی را که بیمار روانی تعریف می شوند گرفت. هر قدر فاصله اجتماعی از حیث طبقه و منزلت بین برچسب زننده و برچسب خورده بیشتر باشد، برچسب خورده مشکل تر می تواند در مقابل تحمیل انگ بیماری مقاومت کند.

تحمیل برچسب های بدنام کننده (خصوصاً برچسب "بیمار روانی"، "آیدزی"، "سرطانی") یک توهین جدی به شخصیت فرد تلقی می شود، زیرا به نحوی قاطع به شخص بیمار گفته می شود که توانایی های ذهنی او برای آگاهی نسبت به خود صدمه دیده است و به احتمال زیاد احساس او نسبت به خودش و هم و خیالی بیش نیست.

نتیجه عبارتست از اجتماعی سازی بیماری های روانی مثل هذیان گویی یا پارانویا که در آن بیمار، چه روانی باشد چه نباشد، این را غیرممکن می بیند که وجود بیماری را باور نکند. در این مرحله از خودشناسی است که برچسب زندگان خصوصاً کادر پزشکی به درمان بیمار امیدوار می شوند! شاید به این خاطر که گمان می کنند شخص بیماری خود را پذیرفته است.

در تحلیلی دیگر چنین عنوان می شود که جناز تولید و فروش دارو - که در کشور ما به خاطر

بر محیط های کاری خطرناک در بسیاری از کشورها وضع شده است که تأثیراتی هم در کاهش میزان فوت، جراحت و بیماری کارگران داشته اند. اما یک قانون فقط وقتی خوب اجرا می شود که مورد نظارت قرار گیرد و تجربه نشان می دهد که همیشه وضع چنین نیست. مثل وضعیت کارگران در کارگاه های روزمزدی و ... به علاوه گزارش های سالانه سازمان بهداشت و ایمنی کار نشان می دهند که مشکل می توان سطح صدمات را از حد معینی پایین تر آورد، این گزارش ها نشان می دهد فقط در این سطوح آماری است که ما می توانیم خصلت ساختاری و نه حادثه ای صدمات و مرگ های شغلی را دریابیم.

بنابراین بسیاری از مشکلات بیماری به عکس آنچه تصور می شود مشکلات فردی نیستند بلکه مشکلاتی هستند که به ناکارآمدی سیستم کلی تری برمی گردند. بخشی دیگر از مشکلات بیماری هم مشکلاتی هستند که نه فقط در بیماری که در هر موضوع و پدیده دیگری بروز خواهند کرد یعنی مشکلاتی که صرفاً جسمی و زیست شناختی نیستند بلکه فرهنگی و جامعه شناختی هستند.

در مقابل این مشکلات، پیشرفت های پزشکی تنها می تواند مسکن باشد نه حل کننده. این مشکلات و عوارض آنها تنها با یک فرایند آموزشی کامل قابل حل خواهند بود.

سودجویی های سیری ناپذیر به یک مشکل عمده بدل شده است - نوع مشکلات بهداشتی که مردم تجربه می کنند، پیوند نزدیکی با محیط های ناسالم و پرتنش شغلی که بیشتر مردم در آنها کار می کنند دارد.

به جای اینکه مشکلات بهداشتی را ناشی از ضعف و سستی فرد بدانیم باید آنها را با توجه به ساختار اجتماعی نابرابر و محرومیت های طبقاتی که در نظام سرمایه داری ایجاد می شوند، تبیین کرد.

الگوهای مرگ و میر و بیماری رابطه نزدیکی با زمینه های شغلی دارند خصوصاً برای آنها که در طبقه کارگر صنعتی هستند، این تبعات بیشتر مشهود است. به عنوان مثال، سرطان زهای صنعتی (ناشی از کار با پنبه نسوز، فلزات سنگین، مواد شیمیایی و ...) مسئول بیش از ده درصد انواع سرطان در مردها هستند. در حالیکه بعضی ها حوادث شغلی را ناشی از خطای انسانی می پندارند، تحقیقات نشان می دهد که این خطاها ناشی از فشار بیش از حد مسئولان بر کارگران برای انجام سریع تر امور در محیط های کاری پرخطر هستند. البته قوانینی برای نظارت





پاییز  
در آستانه موهای قهوه ای ات  
مکث می کند  
تأمل فصل را  
مگر صنوبر دریابد  
و آخرین برگش را  
پیش پای تو بر زمین بگذارد  
من عاجزم!

حافظ موسوی

رخصت نمی دهد این همه آب  
تا بنگریم که ماهی ها چگونه  
می گریند.

بیژن نجدی

توان صبر کردن  
برای رودرویی با آنچه باید روی  
دهد

برای مواجهه با آنچه روی می دهد  
شکبیدن  
گشاده بودن  
تحمل کردن  
آزاده بودن

مارگوت بیگل

حرفی به من بزن  
آیا کسی که مهربانی یک جسم  
زنده را  
به تو می بخشد  
جز درک حس زنده بودن از توجه  
می خواهد

حرفی به من بزن  
من در پناه پنجره ام  
با آفتاب رابطه دارم

فروغ فرخزاد

گوش می سپارم به جیرجیر زنجره  
تنها  
به طبیب می اندیشم  
که هنوز نیامده است.

هاکو، او

دریا با این همه آب  
رودخانه با این همه آب  
تنگ بلورختی با این همه آب

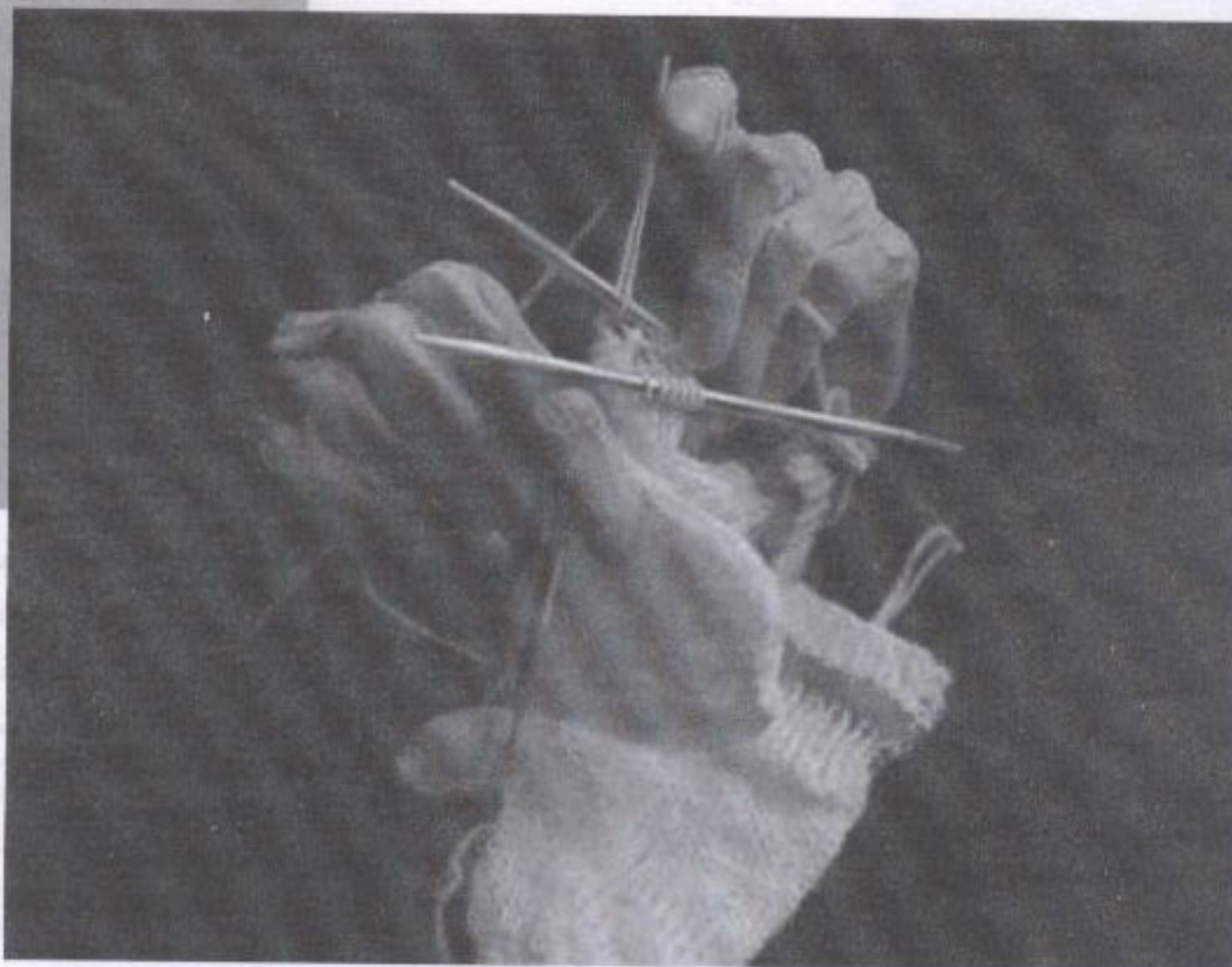
و هنوز  
ایستاده ایم مثل درخت  
گاهی نیز مثل چوپانی  
خمیده خوابمان می برد  
اما در خواب هم می بینیم  
می ایستیم  
نمی افتیم.

عبدا... پشیو

کسی به فکر گل ها نیست  
کسی به فکر ماهی ها نیست  
کسی نمی خواهد  
باور کند که باغچه می میرد  
که قلب باغچه در زیر آفتاب  
ورم کرده است.  
که ذهن باغچه دارد آرام آرام  
از خاطرات سبز تهی می شود  
و حس باغچه انگار  
چیزی مجرد است که در انزوای  
باغچه پوسیده است.

فروغ فرخزاد





دو داستان کوتاه از مجموعه  
کوتاه ترین داستان های کوتاه  
جهان

## مثل لبه چاقو، تیز و باریک

الهام مهری جمیلی

"کوتاه ترین داستان های کوتاه جهان، ۵۵ کلمه" عنوان کتابی است که "آستیوماس" آن را از مجموعه داستان هایی که طی سالیان (از ۱۹۸۷ به بعد) برای شرکت در مسابقه داستان های ۵۵ کلمه ای برای او می فرستادند، فراهم کرده است.

این کتاب را (( اسدا... امرایی)) ترجمه کرده است و نشر (( سالی)) متن دوزیانه آن را به همراه یادداشتی از گردآورنده در ۱۵۸ صفحه به قیمت ۱۵ هزار ریال و با شمارگان ۲۲۰۰ جلد منتشر کرده است.  
دو داستان از این مجموعه را می خوانیم:

### پیمان خون

جوهابل

((ام، می توانی یک راز را پیش خودت نگهداری؟))  
((پس چی!))  
((مطمئنی؟))  
((ببین، تا می...))  
((راستی یادم رفت دکتر، از وقتی گناشتی

رفتی وضعیت بهتر از اوضاع و احوال ما قوم و خویش شده...))  
امت آهی کشید و کف دست خود را به او داد. تیغه چاقوی برادرش که قرمز شد، چهره درهم کشید.

((رازت چی بود؟))  
خون بین شست آنها شره کرد.  
((ام... پسر، من آیدز گرفته ام...))

### قایم باشک

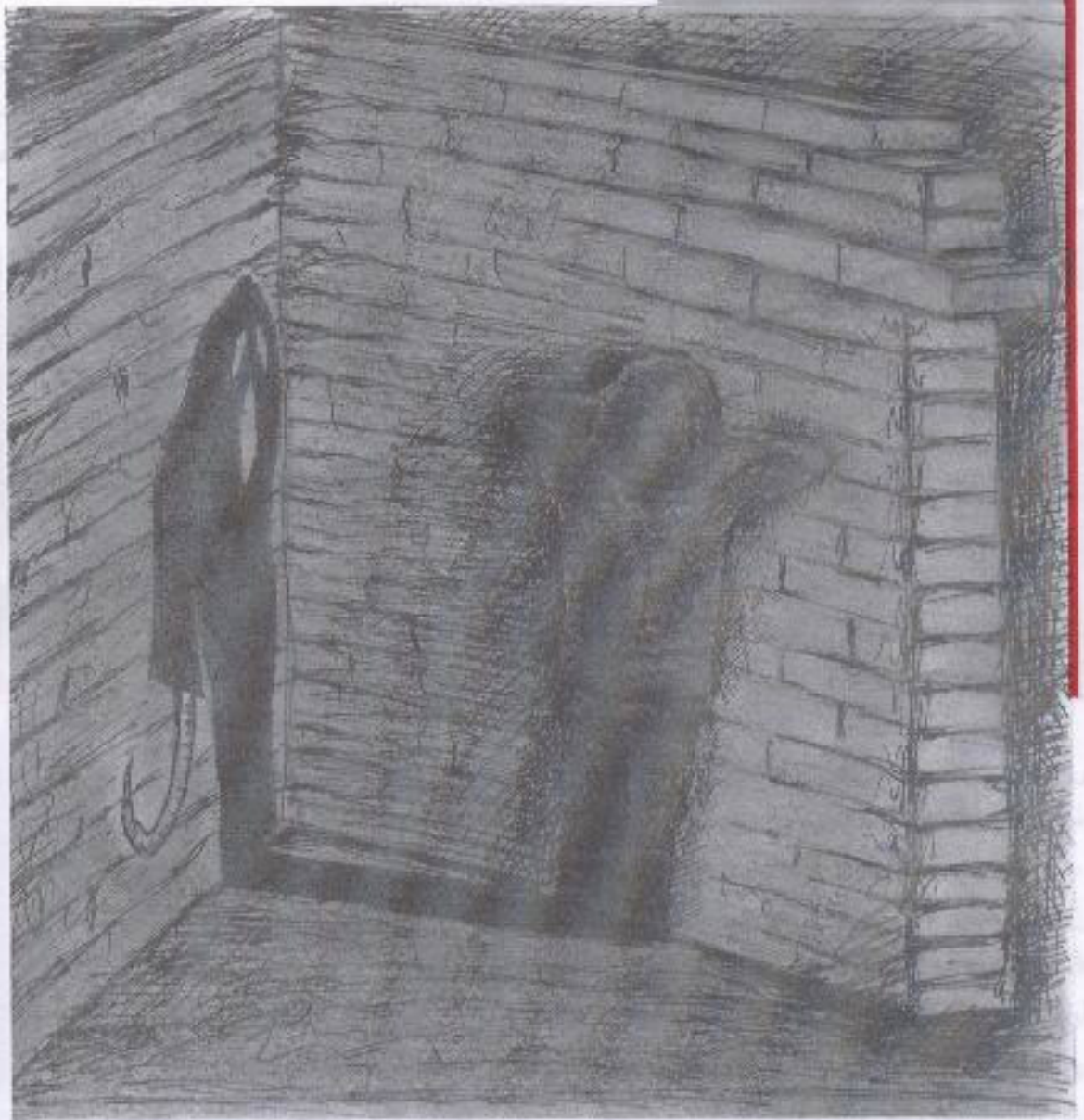
کرت هومان

((... نود و نه، صدا! حاضر باشی یا نه، من آمدم!))  
بدم می آید از ((آنها)) باشم، اما همیشه





پزشکان معتقدند اگر بیمار، بیماری اش را بپذیرد درمان او ساده تر است. کافیت ما هزار توی آینه دار خودمان را بپذیریم. آن وقت نجات از آن آسان تر خواهد بود



خالی کردن اساس داستان از زوائد و بیان لب کلام و فکر کردن درباره کلماتی که هر کدام باید جای خود را داشته باشد کار ظریفی است و (جو هابل) با این داستان جنبه های روانی و اجتماعی یک بیماری را در فشرده ترین حالت ممکن تصویر کرده است.

در قصه دوم ((کرت هومان)) مستقیماً بیماری را روایت نمی کند، ترس از مرگ، فرار از آن و مواجهه با آن در لحظه محتوم و موعود وجه مشخصه این داستان است.

جو هابل و کرت هومان چقدر یکدیگر را می شناسند نمی دانیم. اما به نظر می رسد ((قایم باشک)) روی دیگر سکه ((پیمان خون)) است، وقتی اسطوره ها و نمادها به قالب پیشین خود بازآمده اند. اتاق های تاریک، دالان های آینه دار و شل سیاه و داس، همگی نشانه هایی هستند که بی شک در ذهن امت و تامی شخصیت های داستان قبلی جریان داشته اند. پزشکان معتقدند اگر بیمار، بیماری اش را بپذیرد درمان او ساده تر است. کافیت ما هزار توی آینه دار خودمان را بپذیریم. آن وقت نجات از آن آسان تر خواهد بود.

چاقو، تیز و باریک اند. می توانند برشی از زندگی را چنان مقابل چشم ما بگذارند که انگار چاقویی، سببی کرم خورده را دو نیم کرده است. این داستان ها توفیق خود را مدیون عمق، دقت و نازک اندیشی هستند و انتخاب موضوع بیماری مثل ایدز حاصل همین ریزیابی و شناخت نقطه های بحرانی و در آستانه انفجار است.

اگر در گذشته ((پیمان خون)) سند معتبر برادر خواندگی بود امروزه آلت برادر کشی است. بنابراین می توان دریافت که در دنیای امروز دغدغه های حاصل از تهدیدات معنا و مفهوم، اسطوره ها را تغییر داده است. در این داستان مثل همه جای دنیا اظهار ابتلا به یک بیماری از نوع ایدز به اندازه فاش کردن یک راز نگو خطرناک است.

تامی همچنان که با برادرش پیمان خون آلوده می بندد با چه صمیمیت نابی راز خود را برای او فاش می کند: «آم... پسر، من ایدز گرفتم».

راحت تر پیدایشان می کنم. توی اتاق تاریک می آیم و می گویم: ((ساک ساک...))

دنیل من تا خانه می آیند، توی دالان های آینه داری که اغلب انعکاس شل سیاه و داس خودم را می بینم.

((استیوماس)) پایه گذار داستان های کوتاه ۵۵ کلمه ای معتقد است کوتاه ترین داستان دنیا را شنیده است:

((مردی به اینجا آمد، زندگی کرد، مرد و تمام.))

داستان پنجاه و پنج کلمه ای باید از مضمونی چندان قوی و قدرتمند برخوردار باشد که بتواند در ۵۵ کلمه منفجر شود، داستان های ۵۵ کلمه ای در کلمات آخر شوک وارد می کنند و عمده مضامین آنها دلهره های اخلاقی، جنایت و بیماری است.

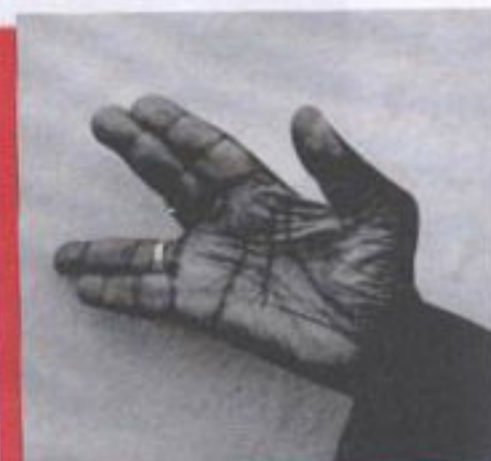
این داستان ها صریح هستند مثل لبه



## بررسی چند ضرب المثل فارسی باموضوع بیماری غرض اندر میان سلامت توست

مهدی اورند

**بی شک کنکاش در  
عمق فرهنگ عامه، ما را  
به سرچشمه عاطفه ای  
می رساند که می تواند  
به مدد شکستگی بیاید  
که به شکستگی خود خو  
گرفته اند چرا که جامعه،  
آنها را فراموش کرده  
است**



اشاره:

پیش از ورود به بحث اصلی، لازم می دانم از جناب آقای (دکتر حسن ذوالفقاری) که بزرگوارانه گنجینه منابع خود را بر من گشودند، تشکر کنم.

دکتر حسن ذوالفقاری سالهاست در سینه های مردم دورترین روستاهای این سرزمین به دنبال یک مثل فراموش شده می گردد. به او دست مریزاد می گویم.

امثال و حکم نتیجه تجارب و آرا و خلاصه افکار هزاران انسان دانا و آزموده در طول تاریخ زندگی مدنی بشر است. جملاتی برگزیده و روان و زبان زد، ریخته در قالبی سلیس، موجز، گویا، پالایش یافته و موزون که همواره به کار انسان می آید، انسانی که فرق و فاصله او با دیگر موجودات نطق است. از این رو مثل ها به مشخص ترین وجه فرهنگ عامه تبدیل شده است.

وجه غالب فرهنگ گذشته ما، شفاهی بودن آن است. یعنی مجموعه دانش ها، بینش ها، داستان ها، حکمت ها و... از دهانی به دهانی منتقل می شد که به اصطلاح مرسوم فارسی آن را ادبیات یا فرهنگ شفاهی می گویند. اگر فلاسفه یا زبان فلسفه و استدلال، جهان پیرامون خود را می شناختند و ماهیت آن را به بحث می گذاشتند، عوام الناس به مثل ها

می آویختند و به استناد ضرب المثل ها که (حکم وحی منزل) را پیدا می کرد به قضاوت جهان می نشستند.

این مثل ها که حاصل دنیا آزمودگی انسان بود چنان در جان رسوخ می کرد که جهت دید و نوع برداشت انسان را تحت تأثیر قرار می داد و به همین خاطر مثل هایی که با خرافه می آمیخت یا حاصل کج اندیشی بود می توانست به یک انحراف فرهنگی دامن بزنند اما مثل هایی که ذهن روشن و واقع بین انسان آن را پرداخته بود چه بسا به فشرده ترین عنصر حیات و پیشرفت تبدیل می شد و استفاده بجا از آن نیز خود هنری دیگر بوده است.

زندگی، بیماری و مرگ دغدغه تاریخی انسان است. گاه شیوع یک بیماری به ناپودی یک قوم منجر می شد، پزشکان پراج ترین آدمیان و محرم ترین آنها به خصوصی ترین دردها بوده اند. این مشغله های فکری توده نگرانی آنها و رمزآلود بودن بیماری یک فرهنگ خاص به وجود می آورد. فرهنگ خرافه اندیشی، قصه پردازی و افسانه سازی.

پژوهش در ضرب المثل های حاصل از آن نیز می تواند بسیار مفید باشد. در این پژوهش می توان دریافت که فرهنگ شفاهی ما چقدر آتیش از روش های درمانی دقیقی است که مردم به اعتبار مثل ها به کارشان می گرفتند، رنج بیماری و بیمار داری، بیماری های جسمی و اخلاقی و... چقدر زیبا و به جا در فرهنگ شفاهی جا گرفته اند و چقدر دید مردم نسبت به بیمار، حتی بیمارهای خاصی که مبتلا به بیماری های نوظهور عصر ما هستند ریشه در ضرب المثل های فارسی دارد. بسیاری از این ضرب المثل ها،

متضمن یک دید علمی هستند و بررسی تطبیقی آن می تواند به درک بیماری و درک حالت مردم در مواجهه با آن کمک کند.

در ادامه به بررسی چند ضرب المثل فارسی در حوزه بیماری می پردازیم و بعدها نگاه به بیماری های خاص را در فرهنگ عامیانه با بیرون کشیدن مصداق های آن از لایه لای خرافات، ضرب المثل ها و مثل ها، چیستان ها و حکایت ها و... بررسی خواهیم کرد.

### پیشگیری

بسیار پیش آمده است که از زبان پدر بزرگ ها و مادر بزرگ ها شنیده ایم: ((آدم که همیشه سالم نیست))، دانستن این نکته که بیماری در کمین است، بسیار اهمیت دارد. عاقبت نگری و پیشگیری تنها با شناختن مرزهای خطر معنا پیدا می کند، ((آدم که همیشه سالم نیست))، یعنی هر لحظه ممکن است بیماری رخ بنماید و جالب است که در برابر بروز بیماری ها و ناتوانی های جسمی حاصل از سالخوردگی نیز مثل: ((شصت، پنشت)) بسیار پخته به نظر می رسد. یعنی با رسیدن به سن شصت سلگی قوای جسمی انسان فرو می نشیند. سالخورده گان بسیاری را دیده که با حسرت و افسوس گفته اند: "شصت، پنشت"





## بیمارداری

"ز بیماری بتر، بیمارداری" بی جهت نیست که در فرهنگ ما و فرهنگ جهان، پرستار منزلت والایی دارد. لازمست مثل هایی که در زبان فارسی با موضوع کلی بیماری ساخته شده و متداول بوده است تفکیک شود و یک بخش به بیمارداری اختصاص یابد.

فرهنگ عمومی کم تر زاینده استثناهاست به همین خاطر نوادر همه گیر نمی شود. فرهنگ عمومی شاخص های زندگی را می بیند و به این نتیجه می رسد که اگرچه رنج بیمار به زبان در نمی آید اما بیماری آسان تر از بیمارداری است. بارها شنیده ایم که "بیمار را پرستار معالجه می کند نه پزشک" یا "آدم بیمار باشد بیماردار نباشد" و در بیانی موجزتر "بیماری، به که بیمارداری" اما در فرهنگ عامه بیماردار و پرستار به یک وجهت نیاز دارد. هرکسی را توان بیمارداری نیست و این مفهوم در مثل، بسیار موجز، خلاصه و در عین قاطعیت بیان می شود: "ز بیمار، بیمارداری نیاید" یعنی به صلاحیت پرستار توجه می کند.

بعضی از مثل ها در حوزه بیمارداری آمیخته به یک طنز ملایم است. شاید قصه این مثل ها به فیس و افاده ای برمی گردد که بعضی از حکیم باشی های قدیم به بیماران می فروختند مثلاً این ضرب المثل که "چون تندرستی بیمار دارد، پزشک ناخوانده می آید" یا "بیماری که بیمار دارد طبیبش ناخوانده می آید".

## پزشک

پزشک در فرهنگ عامه دارای جایگاه بلندی است که البته رفعت آن به جایگاه خداوند نمی رسد. اراده پزشک در طول اراده خداوند است حتی چنان که در ادامه به آن خواهیم پرداخت گاهی تقدیر فراتر از رای طبیب می ایستد. به هر حال از منابع فرهنگ عامه چنین

دانش کافی، امکانات و ... بیماری را به ناگزیرترین گرگ زندگی تبدیل می کرد و امروزه تغییر ماهیت بیماری ها و هزینه های سنگین درمان. اما در برابر این همه رنج روحی و فشار اقتصادی، لذت شفای بیمار کجا و لذت جبران هزینه ها کجا. پس قدیمی ها راست گفته اند که "تنت سلامت!" اما ارزش تندرستی به این محدود نمی شود. تن درست متضمن رأی و اندیشه درست است. "سخن در تندرستی، تندرست است" و اما بزرگ ترین ارزش تندرستی، توانایی دستگیری است. حافظ چه خوش می گوید: "درباب ضعیفان را در وقت توانایی" و سعدی که می گوید: "به روزگار سلامت شکستگان دریاب".

بی شک کنکاش در عمق فرهنگ عامه، ما را به سرچشمه عاطفه ای می رساند که می تواند به مدد شکستگانی بیاید که به شکستگی خود خو گرفته اند چرا که جامعه، آنها را فراموش کرده است.

## رنج بیماری

همام تبریزی می گوید: "خفته را کی خبر از حالت بیماران است" بیماری، درد دارد. رنجوری و تن آزرده ای است. تن بیمار روان را می فرساید و رنج بیماری عظیم تر از آن است که به دیده قابل درک باشد. "حال بیمار که داند به جز از بیماری،" ادبیات سبک هندی با آن لطافت و ریزنگری و با آن درک عمیقی که از حالت و روابط اشیا و زندگی و آدم ها دارد مصراع های پراحساسی دارد که ضرب المثل شده است. صائب تبریزی می گوید: "خواب تلخ است در آن خانه که بیماری هست" حالتی ترکمان می سراید: "راحتی نیست در آن خانه که بیماری هست" و ((ماجو هندوستانی)) نیز مصراع می دارد که ورد زبان مردمان است: "نیست آرام در آن خانه که بیماری هست".

شاید تمام این مصراع ها و مثل ها تلنگری است به ذهن خفته ما که خبری از حالت بیمارانش نیست.

از طرفی ضرب المثل های پرمغزی برای حفظ سلامت در روزگار عافیت داریم که یکی از آنهاست: "دارو در تندرستی خورید" البته واضح است که این دارو، نه آن داروهای شیمیایی با عوارض جانبی وحشتناک است که امروزه در بیماری هم کمتر تجویز می شود. داروهای روزگار حکیم باشی ها داروهای گیاهی بوده است که خوردن آنها همیشه حالت پیشگیرانه ایجاد می کرده است.

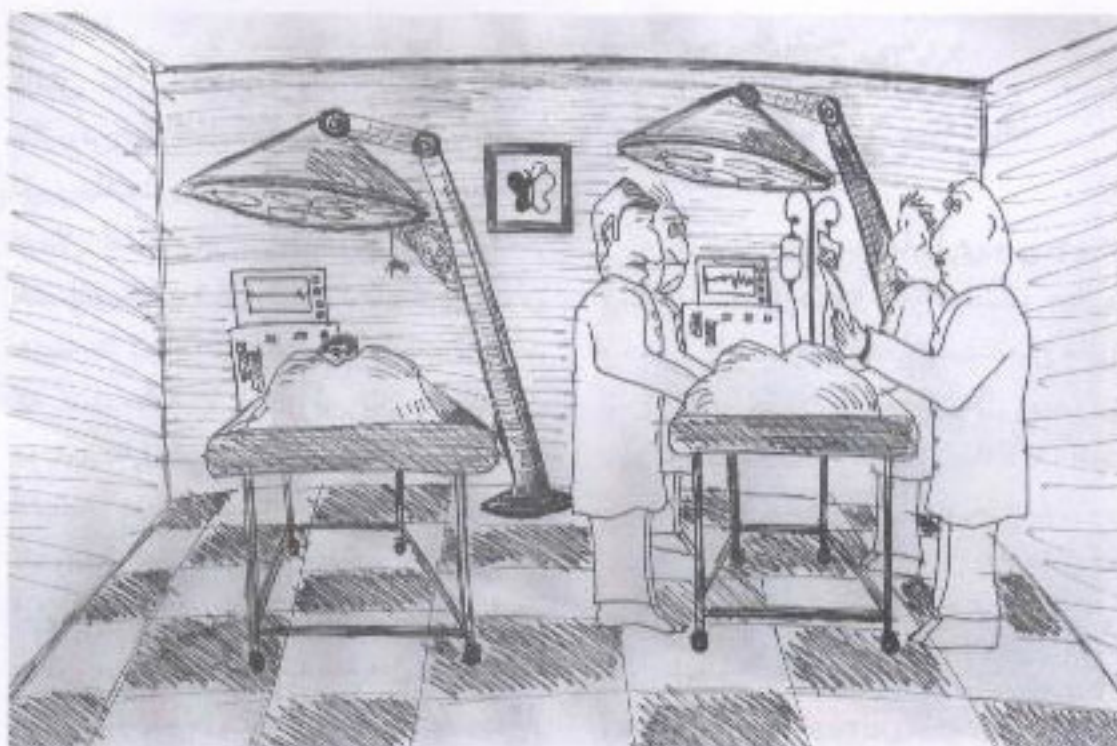
## ارزش تندرستی

گذشتگان ما به ارزش سلامتی آگاه بوده اند تا آنجا که "نعمتی، بهتر از سلامت نیست"، یک مثل متداول بوده است. ادیب صابر می گوید: "ز جمله نعمت دنیا چو تندرستی نیست" و گاهی هزار نعمت را هم با نعمت تندرستی برابر نمی دانستند: "هزار نعمت و یک تندرستی" و اگر مصیبتی بر کسی وارد می شد و گرفتاری مالی پیدا می کرد، در معامله ای متضرر می شنو... برای تسلائی خاطر لومی گفتند: "مالت رفته تنت سلامت!" یا "برو خدا را شکر کن که تنت سالم است" و این به خاطر بی حد و مرز بودن رنج بیماری است. در گذشته نبود





شاید تمام این  
مصراع ها و مثل ها  
تلنگری است به  
ذهن خفته ما که  
خبری از حالت  
بیمارانش نیست



## تقدیر

گفتیم که فرهنگ عامه گواهی می دهد که گاهی حتی تقدیر فوق اراده پزشک قرار می گیرد. شاید قصه های زیادی در این مورد شنیده باشید. حکیم نظامی گنجوی هم قصه های زیادی در این مورد شنیده است. چون می گوید: "بسا بیمار برگشت از لب گور"، توده مردم به شفای بیماری که مرگ او مقدر نیست اطمینان داشته اند، به همین خاطر این مثل متداول را که در مفاهیم مختلف به کار می رود پرداخته بودند که: "آجل گشته میرد نه بیمار سخت" این شاید تأثیر روانی خیلی خوبی داشته باشد. امروزه برای ما مسجل است که حفظ روحیه در درمان مؤثر است. درمان بیماری که به بهبود وضع خود امیدوار است امکان پذیرتر است تا آنکه اندک اندک با یأس خود، خود را می میراند. بیماری که اعتقاد داشته باشد آجل گشته میرد نه بیمار سخت، مطمئناً بیماری خود را به گونه ای دیگر می بیند. بیماری برای او یک دست انداز است نه سرانمایی مرگ.

سعدی چه زیبا این مطلب را عنوان می کند: "مردی همه شب بر سر بیمار گریست / چون صبح شد او بمرد و بیمار بزیست".

می طلبد.

در ضرب المثل ها آمده است "شفا دست خداست" یا "مرض را خدا می دهد، علاجش هم دست خداست". در دید مذهبی و توحیدی همه چیز در دست اختیار خداست، اما اختیار به طور کامل از وسایل سلب نمی شود. مثلاً ضرب المثل معروفی داریم که "نسخه بی بسم ... آفاقه نمی کند". اگرچه این توسل به خداوند را در معالجه هشدار می دهد اما در عین حال می گوید که نسخه ای هم هست و طبیبی و دوائی و مثالی دیگر: "طیب دوا، خدا دهد شفا". حتی به نظر می رسد خود پزشکان نیز این دید را تقویت می کرده اند مثلاً پس از معاینه بیمار و تجویز دارو این نکته را گوشزد می کرده اند که: "دوا دست ما، شفا دست خدا" و لابد آن حکیم باشی های رند هم اینگونه از خود سلب مسئولیت می کردند و خواست خدا را به جای تشخیص اشتباه خود قالب می کردند.

به هر حال گویی این مثل هم قصه ای دارد. پزشکی که گفته می شود پدر شجاع الدین شفا از ادیبان معاصر بوده است، مطبی در مقابل حرم حضرت معصومه در قم دایر می کند و سر در این مطب تابلویی نصب می کند که رویش نوشته بودند: "دوا اینجا، شفا حرم بنت مصطفی" و پس از آن این مثال باب می شود که "دوا این جا، شفا آن جا".

برمی آید که نظر پزشک و تشخیص او برای مردم مهم و قابل اعتنا بوده است. خصوصاً در مرحله تشخیص بیماری. حافظ در یکی از غزلیات عرفانی خود ضمن پرداخت موضوع مورد نظر خود از این اعتبار ذهنی مخاطب بهره می جوید و در یکی از ابیات غزل می سرايد: "چون نقش غم ز دور ببینی شراب خواه / تشخیص کرده ایم و مداوا مقرر است حافظ (طیب دل ها) در عین تجویز شراب ملاک درستی تجویز را تشخیص خود می داند و بر این اساس مداوا را قطعاً نوید می دهد.

همچنین ضرب المثل متداولی داریم یا همین مفهوم: "درد که معلوم شد درمان آسان است" که این نیز به تشخیص پزشک میسر است. فردوسی نیز در شاهنامه به این موضوع اشاره می کند که "پزشکی که علت به واجب شناخت / تواند سبک داروی درد ساخت".

اما گفتیم که پزشک در فرهنگ عامه در عین ارجمندی، از وسایل درمان است یعنی در تفکر عامه درمان از جانب خدا داده می شود و حتی وسایل معتبرتری از پزشک نیز در این میان قرار دارند. چنان که عموم مردم وقتی دست امید از پزشک می شویند دست در دامن پشتوانه های معنوی خود می زنند، به ائمه توسل می جویند، دعا می کنند و همین بحث دعا و شفا در فرهنگ عامه خود مجالی دیگر





حافظ شیراز برده ایم که تشخیص کرده است و مداوا مقرر است.

## یک بیماری ویژه

اما همه بیماری‌ها مثل هم نیستند بعضی از بیماری‌ها ویژه هستند مثل بیماری عشق. فرهنگ عامه برای این بیماری هم ضرب المثل دارد و چقدر پرسوز و گداز. شما هم حتماً با این ضرب المثل آشنا هستید که "بیمار عشق را به طبیب احتیاج نیست" این بیماری در عین حال که بسیار هم بیماری است اما کشنده نیست چرا که گفته اند "هرگز نمیرد آنکه دلش زنده شد به عشق" و اما یک بیت دیگر: "مریضی که از عشق تب می‌کند / علاجش دو عتاب لب می‌کند" بیمار عشق رنج می‌برد. اما این رنج را با هیچ گنجی عوض نمی‌کند. باز در بین مردم این بیت مشهور است که "گر طبیبانه بیایی به سر بالینم / به دو عالم ندهم لذت بیماری را" و بیماری عشق بیماری شناخت است و شیفتگی حاصل از این شناخت، یک شیفتگی عرفانی است. چه زیبا این مثل در میان مردم نفوذ کرده است و تا چه اندازه موجز که "لقای خلیل، شفای علیل".

## بیماری اخلاقی

در برابر این بیماری ویژه که روح بشر دیوانه وار آن را می‌جوید، یک بیماری دیگر وجود دارد که آدمی از آن می‌گریزد و آن بیماری اخلاقی است. "تن بیماری بهتر از کیسه بیماری است"، بیماری کیسه سخت درمان می‌شود و از آن زخم‌هایی است که به قول هدایت روح را در انزوا می‌خورد. شاید نام غیرعلمی بیماری کیسه را بتوان خساست گذاشت.

## جنبه های روانی

بخشی از مثل‌هایی که در حوزه بیماری ساخته و متداول شده اند به جنبه های روانی



**درمان بیماری که به بهبود وضع خود امیدوار است امکان پذیر است تا آن بیمار که اندک اندک با یأس خود را می‌میراند**

موقع باشد اساساً یا بیماری به وجود نمی‌آید یا درمان آن آسان تر است. و باز "بیمار با اشتها به صحت نزدیک تر از تندرست بی اشتها". گزارشی از تحقیقات پزشکی که نشان می‌دهد تا چه اندازه آب در درمان بیماری‌ها موثر است شاید بسیار حجیم باشد اما از قدیم گفته اند که "شربت بیمار آب است". ظاهراً گریز از داروهای بدمزه شاعران را هم به مدد طبیبان تهییج کرده بوده است. سعدی می‌گوید: "شفا بایست داروی تلخ نوش" و امیر خسرو هم در همین مضمون سروده بود: "آب حیات است داروی تلخ" البته به شرط آنکه "نوشداروی بعد از مرگ سهراب" نباشد. یعنی با تأکید بر علاج واقع قبل از وقوع کردن و درمان به موقع.

## شفا

بعد از همه اینها باید به شفای بیمار امید بست. چرا که "مرض سواره می‌آید و پیاده می‌رود"، "مرض کوه، کوه می‌آید و مو، مو می‌رود" و بالاخره "مرض خروار خروار می‌آید و متقال، متقال می‌رود".

بیمار باید صبور باشد، بیماری ناگهان هجوم می‌آورد، باید آن را به سر انگشت صبر ذره، ذره از خود دور کرد. به هر حال فالی به

اما تقدیر سکه ای است که همیشه دو رو دارد. وقتی مرگ مقدر باشد درمان قطعی بی نتیجه خواهد بود. "درمان چه سود، واقعه افتاد و کار بود"

## روش های درمانی

ضرب المثل‌ها مملو از نکات ارزشمند علمی هستند. یک بررسی تطبیقی می‌تواند مشخص کند که تا چه اندازه نکات عنوان شده در ضرب المثل‌های کوچه و بازار به عنوان یک روش دقیق درمانی معتبر است. اولین ضرب المثل را همه شنیده ایم، "بیمار، تیمار می‌خواهد" و قاعدتاً به آن معتقدیم. تکرار این ضرب المثل‌ها و وارد کردن آنها به ذهن بچه های امروز و یادآوری آن در متن جامعه یک حرکت گسترده و عظیم فرهنگی است که می‌تواند بسیاری از مشکلات قشر بیمار را حل کند.

ضرب المثل بعدی را مرور کنیم، این را که می‌دهی به طبیب بده به بیمار" در گذشته که رد و بدل کردن وجه نقد مرسوم نبود حق الزحمه طبیب را با شیر و ماست و گوشت و میوه و چندتا تخم مرغ و ... جبران می‌کردند. این ضرب المثل هم دقیقاً به تغذیه مناسب اشاره می‌کند. تغذیه ای که اگر مناسب و به





چاره این است که بمیری "پاک کردنش با شما! و مثل هایی هستند که تأثیر روانی بسیار ارزشمندی دارند و باید آنها را درشت بنویسیم: "سلام، سلامتی است".

حوزه مثل ها بسیار گسترده، متنوع و نافذ است و اگر در موضوع ضرب المثل ها خصوصاً در این حوزه که مختصر به آن پرداختیم بحث تحلیلی و تطبیقی شود و دوباره به صورت کاربردی وارد گفتمان توده شود از آنجا که برخاسته از متن توده است و مایه استدلال آنها و مورد استناد آنهاست می تواند بار فرهنگی



عظیمی را منتقل کند و این چیز کمی نیست.

**بعد از همه اینها باید  
به شفای بیمار امید  
بست. چرا که "مرض  
سواره می آید و پیاده  
می رود"، "مرض کوه،  
کوه می آید و مو، مو می رود"  
و بالاخره "مرض خروار  
خروار می آید و مثقال،  
مثقال می رود"**

بیماری توجه دارند. یکی از مهم ترین و قابل بحث ترین شاخصه های هر موضوعی عارضه های روانی آن است. تأثیری که ضرب المثل های حوزه بیماری بر روان جامعه باقی می گذارند بر نوع برخورد جامعه با بیماری و بیماران مؤثر است. در تحلیل مناسبات جامعه و بیماری و بیماران می توان تأثیرات مثبت و منفی ضرب المثل ها را بازشناخت و باز نمود.

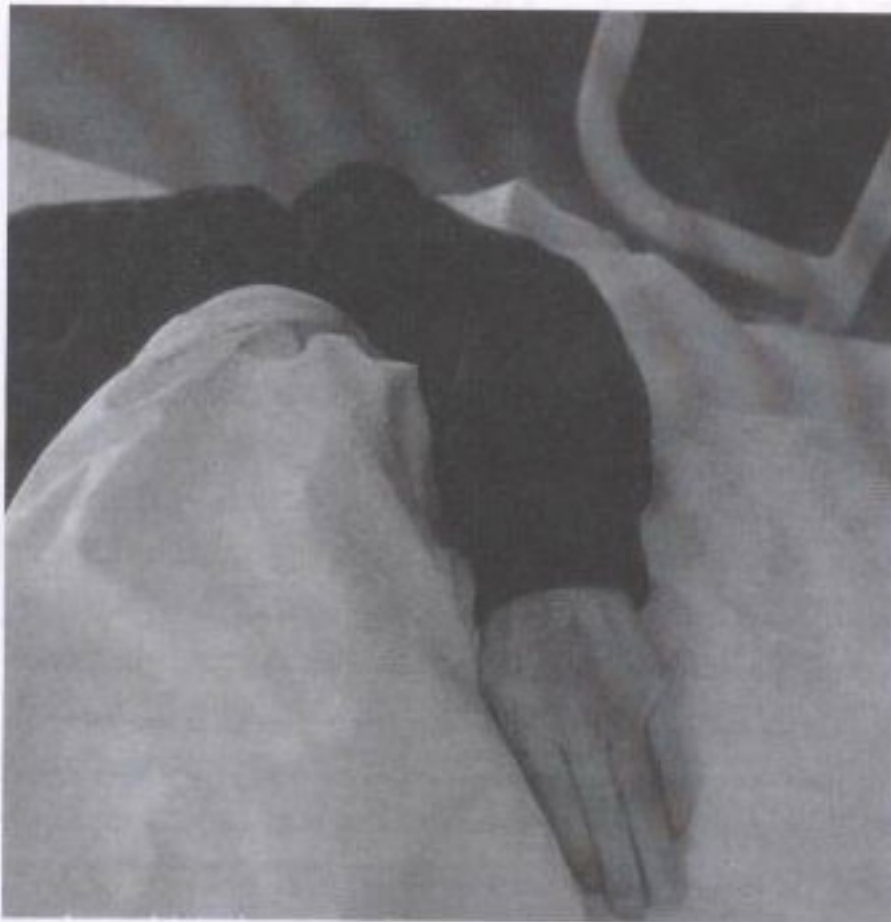
غالب ما وقتی می خواهیم انتقاد پرخاشجویانه خود را انتقال دهیم می گوئیم: "مگر مرض داری" و وقتی می خواهیم اشتباه دیگری را با لحن معترض خود توجیه کنیم از این مثل استفاده می کنیم که "بر بیمار خرجی نیست" چرا؟

پاسخ به این سؤال می تواند نگرش ما را به بیمار و بیماری عوض کند. البته بعضی از این مثل ها بسیار قابل بحث هستند مثلاً ما در مقابل "بود بیمار رای مرد بیمار" حدیثی داریم با این مضمون که "عقل سالم در بدن سالم است" که به طور ضمنی ضرب المثل فوق را تأیید می کند.

اما یک مثل طنز آلود متناقض است که حتماً به درد آدم هایی می خورد که همیشه در بستر بیماری به سر برده اند و اصلاً با بیماری مانوس شده اند یعنی کسانی که می گویند: اگر بیمار نشوم می میرم."

بعضی از مثل ها هستند که باید از حافظه توده پاک شوند چون ما در این روزگار به مثل هایی نیاز داریم که نشاط و امید را تزریق کنند اما برای پاک کردن آن اول باید آن را نوشت مثل این ضرب المثل که: "بیماری و پیری،

**بعضی از مثل ها  
هستند که باید از  
حافظه توده پاک  
شوند چون ما در این  
روزگار به مثل هایی  
نیاز داریم که نشاط و  
امید را تزریق کنند اما  
برای پاک کردن آن  
اول باید آن را نوشت  
مثل این ضرب المثل  
که: "بیماری و پیری،  
چاره این است که  
بمیری" پاک کردنش  
با شما!**





## نگاهی به فیلم خیلی دور، خیلی نزدیک بیماری خاص، موقعیتی برای نمایش بحران

احمد مراد

محدودیت هایی که کارگردان در زمینه کار خود دارد باعث می شود که مخاطب این بحث را ناچویده قورت دهد و چون نمی تواند بدون حضور فیلم و بدون یک منطق فیلمنامه ای آن را نشخوار کند، بنابراین در دسرساز خواهد شد



خیلی دور، خیلی نزدیک، ساخته مؤثر رضا میرکریمی، مراجعه به اصل آن چیزی است که هست. به همین خاطر خیلی دور، خیلی نزدیک است. یعنی مراجعه به تضادی که چون بخیه روی کار افتاده است اما همچنان انکار می شود. موضوع فیلم بیماری است. یک بیماری خاص. اما موضوع بیماری خاص تری در کنار این موضوع رشد می کند و تمام فضا را پر می کند، موضوعی که خیلی دور اما خیلی نزدیک است.





**وضعیت روانی حاکم بر شرایط دکتر عالم بسیار بحرانی است و برای ایجاد بحران در فیلم، میرکریمی از موضوعی استفاده کرده است که ظرفیت فوق العاده بالایی برای نمایش بحران دارد، یعنی بیماری خاص**

دیگر با اعتماد به ابزار راهپیمایی تازه می فهمد که جایی برای رفتن ندارد. اما محدودیت هایی که کارگردان در زمینه کار خود دارد باعث می شود که مخاطب این بحث را ناچوبیده قورت دهد و چون نمی تواند بدون حضور فیلم و بدون یک منطق فیلمنامه ای آن را نشخوار کند، بنابراین در دسرساز خواهد شد. بالاخره چه کسی مقصر است؟ و چرا بیمار باید سنگ تحمل دردی باشد که نمی داند از کجا و چرا به او تحمیل شده است؟ فیلمنامه نمی تواند پاسخی به این سوال بدهد چون هیچ بحثی به سرانجام خود نمی رسد و این با تأویل مخاطب

این جمله دقیقاً حس واقعی یک بیمار خاص یا نزدیک ترین فرد را به او در مواجهه با بیماری انتقال می دهد. اینکه، چه کسی مقصر است؟

کسی که فرصت امتحان از او گرفته شده است یا کسی که دیگری به جای او امتحان داده است؟ هیچ کدام در نتیجه حاصل مؤثر نبوده اند اما بار تمام تبعات آن را به دوش می کشند.

این بحث و مفهوم مهم که پس از این در قالب یک بحث اعتقادی تمام جان مایه فیلم خواهد شد، باز هم تکرار می شود. خصوصاً در گفت و گوی دکتر با روحانی در راه مانده ای که یک مزیت مهم دارد یعنی راه بلد است، هرچند در راه مانده است.

همچنین در گفت و گوی شبانه دکتر و بهیار روستای مصر که هر دو بحث می توانند بحثی میان دو حوزه مادی و الهی باشد و در آن اختلاف دیدگاه ها مشخص می شود، دیدگاهی که بر یکی علاوه بر پیشینه ها و وجوه مادی زندگی مدرن، درد بیماری و لاعلاجی آن تأثیر گذاشته است و بر دیگری زندگی در جامعه سنتی و حوادثی که معجزه آسا ختم به خیر می شود.

یک دیدگاه می پندارد که راه را می شناسد و سرگشته نیست هرچند امروز پیمودن این راه بدون ابزار زندگی مادی ممکن نیست و دیدگاه

شخصیت اصلی فیلم دکتري است با پنجه های طلایی که با اطمینان و قاطعیت حرف آخر را به مریض هایش می زند. به یکی "تو حتماً خوب می شوی" و به دیگری "هیچ راه امیدی نیست" می گوید. روی اسب ها شرط می بندد و هنوز آنقدر شرافت حرفه ای و انسانی برایش مانده است که نتواند با دلالتها، نوکیسه ها و خرده بورژواها کنار بیاید. در عین حال خودش نیز تلاش می کند در برابر وسوسه های ضد اخلاقی مقاومت کند. خودش را در برابر منشی مطب و منشی مطب را در برابر دیگران حفظ کند و از مصرف الکل بپرهیزد.

آنچه بیش از همه چیز در آغاز فیلم مورد تأکید قرار می گیرد، روابط انسانی در عصر ماست. سامان، پسر دکتر، مدت ها پشت تلفن انتظار می کشد و در همان زمان لپتاب کوچک دکتر او رابه مسابقات اسبدوانی در گوشه ای از دنیا وصل کرده است. اینجا هم خیلی دور، خیلی نزدیک.

فیلم، فیلم فاصله هاست. فاصله ای که زمان در عصر ثانیه های مهم ایجاد می کند. دکتر به بیماری بیمارانش خیلی نزدیک است. از بیماری پسرش دور و از بیماری خودش خیلی دور.

شاید نتوان این فیلم که شش سیمرغ بلورین بیست و سومین جشنواره فیلم فجر را به خود اختصاص داده است فیلمی درباره بیماری و بیماران خاص دانست اما بی شک اشاره ای دقیق و تلنگری جدی به موضوع بیماران خاص دارد.

جمله ای که دکتر عالم که نقش او را مسعود رایگان ایفا کرده است در بنو مواجهه با بیماری پسرش (تومور مغزی) بیان می کند، نشان می دهد که وضعیت روانی حاکم بر شرایط دکتر عالم بسیار بحرانی است و برای ایجاد بحران در فیلم، میرکریمی از موضوعی استفاده کرده است که ظرفیت فوق العاده بالایی برای نمایش بحران دارد. یعنی بیماری خاص!

دکتر عالم در پاسخ دوستش که وضعیت بحرانی او را دریافته است، می گوید: گنج شده ام. مثل آدمی که قبل از نوشتن ورقه امتحان را ازش گرفته باشند.







**اما دوربین و موسیقی چنان فضایی را خلق می کنند که مخاطب در زمینه آن می تواند به پرده نزدیک شود و از آن عبور کند**

حل نخواهد شد.

اما در زمینه فیلم چیزهای دیگری هم هست. همان طور که روحانی منطقه می گوید در روستایی کسی می میرد و در روستایی دیگر کودکی زاده می شود. در جای دیگر کسی ازدواج می کند و روحانی منطقه باید به همه آنها رسیدگی کند. کسی می میرد، کسی به دنیا می آید، یکی دور میشود، یکی نزدیک. و سحابی جبار هم هست. که اگر لحظه تحویل سال به آن نگاه کنی، آرزویت برآورده می شود. دکتر عالم که تمام آرزوها را در اتاق جراحی برآورده است اشک می ریزد و به سحابی جبار نگاه می کند و تازه احساس می کند که عالم از اتاق جراحی او بزرگتر است و راه دیگری هم وجود دارد.

هنجارشکنی فیلم در اینجا است که بیمار مرشد و راهنمای دکتر است، دکتري که دنیا را از پشت عینک خود می بیند، باید از شهری که پنجره های مطبش به گستره آن باز می شود، شهری که دکتر خود را حاکم جان آدمیانش می داند و اکنون پسرش با توموری در سر، پا از سیطره حاکمیت او بیرون گذاشته است، خارج شود و در میان دو صفحه نامتناهی آسمان و کویر، استخوان خرد کند.

چقدر مردم کویر صبورند، این لایتناهی هموار چقدر مردم کویر را آرام می کند. در کویر

اگر از ساربان بیبرسی تا آبادی چقدر راه است نمی گوید یک فرسنگ یا دو فرسنگ، یک ساعت یا یک روز، می گوید "روی تارسی" و دکتر عالم باید برود تا برسد. اما به کجا؟ و شاید مخاطب هم.

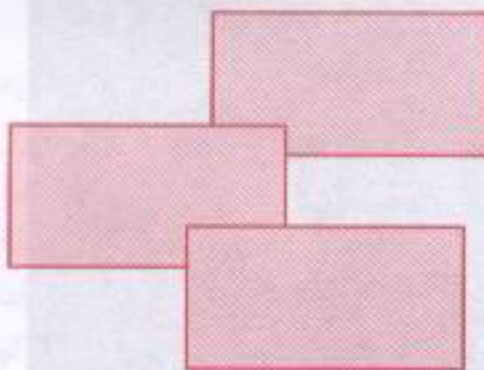
سامان (پسر دکتر) که عضو یک گروه ستاره شناسی است به کویر رفته است و دکتر را به دنبال خود می کشد. این خروج و سفر به سیر و سلوکی شبیه است که طی آن موقعیت و روابط آدمیان و اشیا تغییر می کند و چنانچه خواهیم گفت این تغییر در پایان با جابه جایی موقعیت بیمار و پزشک (پسر و پدر) به اوج خود می رسد.

اگر در تمام کویر به یاری چشم امید بیماران است که تجهیزات درخواست می کند و نمی فرستند با این همه طبیب جان بیماران خویش است. تصویر آنها را نقاشی می کند. مردم ابتدا نزدیکان او هستند، بعد بیمار او و هنگامی که از در وارد می شوند انسان بیماری هستند، نه بیماری که خب انسان هم هست. هرچند در آن دورافتادگی همین انسان ممکن است به خاطر مختصر جراحی جان خویش را بر زمین بگذارد.

در پایان فیلم دکتر عالم در طوفان شن گرفتار می شود. ابزاری که او امید رهپویی از آن داشت در راه می ماند.

در گیر و دار درماندگی زندگی با مدد دوربین فیلمبرداری کوچک دکتر مرور می شود اما آن هم پاسخی به مخاطب نمی دهد. و شاید درست در آخرین لحظه دستی برای نجات دکتر از پشت شن ها دراز می شود. دستی که دکتر به دستگیری آن آمده بود. این، داستان فیلم است. اما دوربین و موسیقی چنان فضایی را خلق می کنند که مخاطب در زمینه آن می تواند به پرده نزدیک شود و از آن عبور کند. چهره پردازیها در نهایت دقت انجام شده است و در پایان شسته رفتگی فرم، مخاطب را راضی می کند اما او را مجاب نمی کند.

**فیلم، فیلم فاصله هاست دکتر به بیماری بیمارانش خیلی نزدیک است. از بیماری پسرش دور و از بیماری خودش خیلی دور**





گفت و گو با پریچهر خلوتی (هنرمند خیر)

## برای بانیان مهربانی

لیلا ملک محمدی



اشاره:

گروه موسیقی "پیشاد" برای بیماران خاص نامی آشناست. این گروه در حمایت از بیماران خاص کنسرتهای باشکوهی برگزار کرده است. آخرین کنسرت این گروه در روزهای سی ام و سی و یکم شهریور سال ۱۳۸۴ به نفع کودکان سرطانی در بیمارستان محک برگزار شد.

با "پریچهر خلوتی"، خواننده و سرپرست گروه گفت و گو کرده ایم که آن را با هم می خوانیم:

**خانم خلوتی لطفا خودتان را معرفی کنید؟**

پریچهر خلوتی هستم. در سال ۱۳۲۹ در خانواده ای مذهبی در تهران متولد شدم. تحصیلاتم را در مقطع فوق لیسانس ادبیات در دانشگاه تهران به اتمام رساندم. علاوه بر این، لیسانس تاریخ و جغرافی و مدرک دانشکده هنرهای زیبای دانشگاه تهران را نیز دارم. از سال ۵۶ شروع به فعالیت های هنری و ورزشی کردم. در رشته های طراحی لباس، پینگ پونگ و والیبال رتبه کسب کردم و در بین بانوان با لقب "ملکه هنر" معروف شدم. در اواخر دهه پنجاه برای نشریه اطلاعات بانوان مطلب می نوشتم و کار حرفه ای خوانندگی خود را با خانم ملیحه سعیدی که استاد ساز قانون هستند، در گروه "نیریز" آغاز کردم. در طول این مدت با استادان بزرگی نظیر (عباس خوشدل)، (محمد







آیا اگر به بیماری خاصی مبتلا بودید،  
باز هم به هنر می پرداختید؟

امیدوارم هرگز هیچ کس به هیچ نوع  
بیماری مبتلا نشود و تن همه سلامت باشد. اما  
در جواب سؤال شما باید بگویم اگر بیماری به  
گونه ای باشد که قدرت ساز در دست گرفتن و  
خواندن داشته باشم، بدون شک هم ساز خواهم  
نواخت و هم خواهم خواند.

و سخنی برای پایان:  
"مناجاتی برای کودکان محک"

دلَم می سوزد / دلَم برای کودکان می سوزد  
/ دلَم برای کودکان بیمار می سوزد / مادران چه  
پر قدرند / مادران چه می کشند / خدایا سوزش  
دلها را آرام کن / باران مهربانی ببار / مادر را  
آرام کن / سلامت به فرزند ببخش / خدایا با  
یاری یاوران / طعم عشق سلامت را به کودک  
بچشان / الاها / مهربانا / قدرت صبوری بده /  
یارا / یاورا / تنهایمان مگذار / دست یاریمان را  
بگیر / پای فرسوده را قدرت ببخش / به بانیان  
مهربانی نیرو ببخش / آمین

## بسازیم خانه ای از گل

هرکسی چند روزی نوبت اوست / پس  
بسازیم خانه ای از گل / که در آن عطر دوستی ها  
باشد / در حیاتش قفس قناری ها باز / همه  
شادمان از پریدن و پرواز / کنار پنجره ها گلشن  
های گل ناز / همه درها و پنجره هایش باز /  
دست ها پر کشیده به آسمان نیاز / غم ها همه  
برباد رفته و شادی آمده باز / پس ... / بسازیم  
خانه ای از گل / بسازیم خانه ای از گل

با چند تن از دوستانم جمع شده ایم و  
احتیاجات روحی و روانی خانواده های بیماران  
خاص و خود این بیماران را برطرف می کنیم.  
برخی از این بیماران پس از مداوا نیاز به  
روانشناسی دارند و من سعی می کنم به  
مشکلات روحی این بیماران رسیدگی کنم.

به نظر شما هنر چگونه می تواند در  
خدمت جامعه، به ویژه قشر بیمار قرار گیرد؟  
شرقی ها و به ویژه ایرانی ها عاشق هنر  
و موسیقی هستند و این عشق باعث می شود  
خیلی از دردهای خود را فراموش کنند. کسانی  
که موسیقی را دوست دارند، با شنیدن یک  
موزیک یا آوا به عوالم بالا صعود می کنند و  
گاهی یادشان می رود که مثلا مریض هستند.  
هنر آوازی و ترانه در روح انسان به ویژه در روح  
بیماران بسیار مؤثر است.

فکر می کنید هنرمندان چگونه می توانند  
برای بیماران خاص خدمتی انجام دهند؟  
اگر هنرمندان تن سالم و سر خلوت داشته  
باشند، می توانند جلساتی را با بیماران بگذارند  
و در این جلسات بدون چشم داشتی برای  
بیماران ساز بزنند و بخوانند. این کار نیازی به  
صحنه و سرمایه و ... ندارد. این کار کمک  
روحی بسیار خوبی به بیماران می کند. البته  
برای انجام این کار برنامه ریزی دقیق لازم  
است. کسی یا کسانی باید داوطلب شوند و از  
هنرمندان برای انجام این امر مهم، دعوت کنند.  
اگر همتی باشد من خودم از این کار به شدت  
استقبال می کنم.

حیدری)، (دلجو) و (خانم اخوان) کار کردم.  
دو فرزند پسر دارم که اولی مهندس و  
دومی دانشجویست. باتوجه به تمام کارهای  
هنری ای که انجام می دهم، آنچه را که خداوند  
امر کرده، اطاعت می کنم و خوشبختانه خوشبخت  
بوده ام.

خانم خلوتی، اولین کنسرت خود را در  
چه سالی برگزار کرده اید؟

اولین کنسرتم را در سال ۱۳۷۸ برگزار  
کردم، از همان کنسرت اول با خودم عهد بستم  
که سهم خودم را از اجرای این کنسرت ها به  
کودکان فقیر و بیمار اختصاص دهم. تا به  
حال بیش از ۱۰ کنسرت اجرا کرده ام که از  
این کنسرت ها حتی قرانی برای خودم  
برنداشته ام و این را ضرر مالی نمی دانم.  
بلکه بالا رفتن کیفیت کار خودم می دانم.  
برای ارمغان بهزیستی نیز چندین بار در دانشگاه  
شهید بهشتی کنسرت اجرا کردم. تا آخر امسال  
۳ کنسرت دیگر نیز برگزار خواهم کرد که درآمد  
این کنسرت ها به نفع کودکان سرطانی هزینه  
خواهد شد.

استقبال از کنسرت هایی که به نفع  
کودکان سرطانی برگزار می کنید، چگونه  
است؟

استقبال بی نظیر است.

به غیر از جنبه مالی، از چه جنبه های  
دیگری به بیماران خاص کمک می کنید؟



خوانندگان عزیز؛  
دوستان شما در هیئت تحریریه فصلنامه خاص منتظر دریافت نظروبرداشت شما از  
طرح فصل هستند.  
با نامه خود مشوق ما برای ارائه بهتر کارمان باشید.



طرح از: آیدین فصیحی





محمد رضا کوش

## معنی درمانی

اشاره:

مفاهیم تبیین شده در مکتب معنی درمانی، افق جدید لذت بخشی رادر زندگی به روی انسان ها می گشاید. آشنایی با این مکتب دست و پنجه نرم کردن با مشکلات را آسانتر کرده و نیروی مضاعف برای مبارزه با سختی ها به ویژه بیماری های مزمن رادر جسم و روح بیماران می دمد. این مقاله می تواند مابا کلیات مکتب معنی درمانی آشنا کند.

در سالهای نزدیک به جنگ جهانی دوم سه مکتب در حوزه روانشناسی و روان درمانی در انجمنها و محافل علمی آن زمان که معروف به حلقه های وین بود پا به عرصه جهان گذاشت. ۱- نخستین مکتب نظریه سایکو آنالیز یا روانکاوی بود که توسط زیگموند فروید مطرح شد که در این مکتب لیبیدو و اصل لذت جویی به عنوان نیروی قوی و محرک اصلی تشکیل دهنده شخصیت آدمی تلقی می شد و اینگونه

تبیین می شد که هدف انسان در زندگی گریز از درد و رنج و رسیدن به لذت و راحتی است و همین اصل باعث بقاء بشر می باشد. مثلاً کودک برای گریز از گرسنگی و رنج ناشی از آن با گریه کردن غذا را طلب می کند و هنگامی که شیر را دریافت می کند به لذت که همان هدف است می رسد.

۲- دومین مکتب، نظریه روانشناسی فردی آلفرد آدلر می باشد که در ابتدای تبیین نظریه خود به جنسیت و پرخاشگری به عنوان مهم ترین رویکرد انگیزه رفتار آدمی معتقد بود ولی بعد از پژوهشهای متعدد به اصلی به نام اصل قدرت طلبی در انسان دست یافت و معتقد بود که قدرت طلبی در آدمی مهمترین اصل لذت، نیرو و انگیزه رفتار می باشد. بعدها واژه برتری جویی را به جای قدرت طلبی به کار برد و در آنجا گفت که اصل ترین انگیزه زندگی فرد برتری جویی اوست که از احساس حقارت فرد ریشه می گیرد و همین انگیزه آدمی را از بدو تولد تا لحظه مرگ مرحله به مرحله به پیش می راند.

۳- سومین نظریه یا مکتب که منظور موردنظر من می باشد لوگو تراپی Logotherapy یا معنی درمانی است که توسط پروفیسور ویکتور فرانکل مطرح شد. لوگوس Logos یک واژه یونانی است که به معانی: کلمه، روح، خدا و معنی می باشد. ایشان بیشتر معنی آخر را در کانون توجه و نظریه خود قرار داده است و آن را بسط و گسترش می دهد. دکتر فرانکل می گوید قبل از آنکه در جنگ جهانی دوم به دست نازیها اسیر و به زندانهای مخوف آنها وارد بشوم معنی درمانی را سر کلاس درس به دانشجویان خود توضیح می دادم ولی با اینکه خودم آن را تبیین و پردازش کرده بودم معنی واقعی اش را نمی دانستم تا اینکه در سالهای زندان و ماجراهایی که بر من در زندان آشویتس و داخا واقع شد معنی درمانی را با تمام وجودم فهمیدم و آن را درک نمودم و به حقیقت معنی درمانی پی بردم.

نظریه های مکتب سوم روان درمانی وین همانطور که گفته شد تا حد زیادی بر پایه

تجربیات دکتر فرانکل در اردوگاههای مرگ نازی شکل گرفت و معنی واقعی خود را پیدا کرد. او که با مشاهده دقیق از لحظه ای که به عنوان اسیر از قطار مرگ با توهم رهایی در کنار اردوگاه آشویتس پایین آمدن به قول خود او بالولین گزینش که همان بودن یا نبودن، زیستن یا نابودی بود مواجه شد و متوجه این مطلب گردید که انسان خود تعیین کننده است که به زندگی خود پایان بخشد یا به آن معنا و مفهوم بدهد حتی در سخت ترین لحظات او در مواجهه با وضعیت روحی زندانیان که هویتشان و همه زندگیشان از آنها به یغما گرفته شده بود و تنها با شماره ای از یکدیگر شناخته می شدند، افرادی که از درون تهی و پوچ شده بودند و نمی توانستند و تصور این را نداشتند که به زندگی خود ادامه دهند به صحت گفته نیچه رسیده بود که می گفت: کسی که چرایی زندگی را یافته است با هر چگونه ای خواهد ساخت.

حال قبل از اینکه به بحث پیرامون نظریات معنی درمانی دکتر فرانکل بپردازیم بهتر است بیوگرافی مختصری از زندگی دکتر فرانکل بیان گردد که این خود بدون شک در درک نظریات ایشان کمک شایانی به ما خواهد کرد. ویکتور فرانکل در ۲۶ مارس سال ۱۹۰۵ در وین چشم به جهان هستی گشود. او پدری مصمم و منضبط داشت و مادری مهربان و مذهبی و به خداوند معتقد.

فرانکل کودکی با استعداد و توانا بود که او را از همان کودکی از سایرین متمایز می کرد او دارای روحی جستجوگر و نگاهی کنجکاو بود. او پس از گذراندن تحصیلات دوره عمومی در سال ۱۹۳۰ نائل به کسب درجه دکترای پزشکی در دانشگاه شد و در همان سالها بود که با فروید و آدلر و نظریات آنها آشنا شد.

در سپتامبر سال ۱۹۴۲ دکتر فرانکل به همراه همسر، مادر، پدر و برادرش در وین توسط ارتش آلمان دستگیر و به اردوگاه جنگی فرستاده شدند و تا سال ۱۹۴۵ در اسارت به کار اجباری در اردوگاهها مشغول بود. حوادثی که در طی این سالها با عنوان زندانی شماره ۱۱۹۱۰۴





## بشر موجودی است که می تواند به همه چیز عادت کند

که چرا خودکشی نمی کنند. او غالباً می توانست از پاسخی که بیماران به او می دادند خط اصلی روان درمانی و حل مسئله را پیدا کند. در زندگی هر فردی چیزی وجود دارد که به زندگی او معنی می بخشد، برای یک نفر عشق بهانه زندگی است که او را به فرزندانش پیوند می دهد. در زندگی دیگری استعداد و مهارتهایی که بتواند آن را به کار ببرد و در شخص دیگری خاطراتی که ارزش نگه داشتن دارد، او را به زندگی امیدوار می کند و اجازه خودکشی را به فرد نمی دهد، این رشته های ظریف در زندگی پر از درد و رنج به شکل یک باور استوار از معنا و مسئولیت و هدف، موضوع اصلی معنی درمانی است. معنی درمانی سعی دارد بیمار را راهنمایی کند تا با وضعی روبه رو شود که معنی زندگی خود را بیابد و به قول دکتر فرانکل هدف این است که ما با هسته مرکزی اگزیستانسیالیسم رویارو شویم که اگر زندگی کردن رنج بردن است برای زنده ماندن باید ناگزیر معنایی در رنج بردن یافت.

حال در اینجا به مفاهیم اساسی و بنیادی مکتب لوگوتراپی می پردازیم.

**معنی جویی<sup>۱</sup>:** تلاشی برای یافتن معنی در زندگی، نیروی اصیل و بنیادی است و نه توجیهی ثانویه از کنشهای غریزی انسان. آدمی قادر است و می تواند به خاطر ایده ها و ارزش هایش

بود. آنها بعضاً از خود مأموران اس. اس بی رحمتر و بی انصاف تر بودند و حاضر بودند به خاطر کاسه ای سوپ یا سیگار انسان دیگری را به کام مرگ بکشانند یعنی مقداری نان یا سوپ را به انسان بودن و انسان شدن ترجیح می دادند. دکتر فرانکل به همراه سایر زندانیان در کندن راه و نصب راه آهن مشغول به کار بود و با سرما، کمبود غذا و بیماری هایی مثل تیفوس و وبا دست و پنجه نرم می کرد. او می گوید: «صرف نظر از شوخ طبعی که پیدا کرده بودیم احساس دیگری در من پدیدار شده بود و آن حس کنجکاوی بود و علاقمند بودم بدانم رویدادهای بعدی چه و چگونه خواهد بود. مسائلی مانند نتیجه ایستادن ما در فضای باز، نداشتن کفش و پاهای آماس کرده و بیماریهای همه گیر در زندان مرا با این حقیقت داستایوفسکی آشنا کرد که: «بشر موجودی است که می تواند به همه چیز عادت کند.»

دکتر ویکتور فرانکل در سال ۱۹۴۸ در رشته فلسفه دکتری گرفت و رساله خود را به تحلیل و بررسی رابطه میان روانشناسی و دین اختصاص داد. در سال ۱۹۵۰ انجمن پزشکی روان درمانی را در اتریش بنیاد نهاد و خود سالها ریاست آن را برعهده داشت. دکتر فرانکل شهرت جهانی پیدا کرد و حتی نامزد دریافت جایزه صلح نوبل نیز شد. وی تا سال ۱۹۹۰ یعنی تا ۸۵ سالگی به تدریس در دانشگاه وین مشغول بود. او یک کوهنورد حرفه ای بود و مدرک خلبانی خود را در سن ۶۵ سالگی دریافت نمود. در سال ۱۹۹۲ خانواده و دوستان او مؤسسه ویکتور فرانکل را تأسیس کردند و در سال ۱۹۹۵ دکتر فرانکل سرگذشت زندگی خود را نوشت و در دوم سپتامبر سال ۱۹۹۷ در اثر سکته قلبی در گذشت. او دارای ۳۲ جلد کتاب منتشر شده به ۲۷ زبان دنیا می باشد که آخرین اثر او به نام «انسان در جستجوی معنی غایی» که بر پایه تجربیاتش می باشد منتشر شد.

دکتر فرانکل اغلب از بیماران خود که از اضطراب، دردهای کوچک و بزرگ مانند سرطان، بیماریهای خاص، اختلالات خانوادگی و روانی رنج می بردند و شکایت می کردند می پرسید

متحمل شد او را عمیقاً متوجه اهمیت نظریه معنی درمانی و معنی خواهی در زندگی بشری کرد. از خانواده او تنها خواهرش و خودش جان سالم به در بردند و مابقی خانواده او به کوره های آدم سوزی سپرده شدند. او در خاطرات خود از زندگی و مشاهدات دوران زندان که در کتابی با نام «انسان در جستجوی معنی» که به همین نام در ایران ترجمه شده است می نویسد: در ابتدا وقتی از قطار که به اردوگاه رسیده بود پیاده شدیم دو صف را می توانستی مشاهده کنی یکی سمت چپ و دیگری سمت راست بود، صف سمت چپ به سوی کوره های آدم سوزی می رفت که غالباً افراد کهنسال و ناتوان آن را تشکیل می دادند و سمت راست که به اردوگاه برای کار اجباری و ساخت راه آهن هدایت می شد. من برای آنکه توسط افسر اس. اس که افراد را با نگاه خود بازرسی و سپس مسیر راست یا چپ را برای او انتخاب می کرد به سمت راست هدایت شوم خود را با قامتی کشیده و توانمند نشان دادم، هنگامی که به او رسیدم دست خود را بر روی شانه هایم قرار داد و آن را فشرد و من درد را تحمل کردم و او با شک و تردید مرا به سمت راست چرخاند و هدایت کرد. بعد از آن من و سایرین را عریان کردند. و زیر آب بردند تا حمام کرده باشیم و لباس زندان را بر تن ما کردند در آنجا بود که من دست نوشته های مربوط به لوگوتراپی را که در آستر کتم پنهان کرده بودم از دست دادم و در آن هنگام با نگاه به خود و سایر اسیران دیدم که تنها چیزی که برای ما باقی مانده همین تن عریان می باشد و در این لحظه به معنی داشتن و شدن اندیشیدم، که انسان چه چیزی را می تواند داشته باشد، آیا داشتن لباسی فاخر، ماشینی مجلل و خانه ای عالی و ... که طبیعتاً همه را انسان روزی به هر طریقی از دست خواهد داد یا اینکه انسانی باشیم مسئولیت پذیر و انسان شدن و مسئول بودن نسبت به رفتار خود، در آن زندان افرادی از خود زندانیان که به خلق و خوی نازیها شباهت داشتند به عنوان زندانیان که به آنها کاپو گفته می شد انتخاب می شدند. وظیفه آنها نظارت بر کار سایر زندانیان در هنگام کار و استراحت





اگر در زندگی  
کردن رنج بردن است،  
برای زنده ماندن  
باید ناگزیر معنایی  
در رنج بردن یافت

کسی که چرایی زندگی را یافته است،  
بهر چگونگی آن خواهد ساخت

زندگی کند و در این راه جان خود را از دست بدهد. عده ای از صاحب نظران بر این اعتقادند که معنی و ارزشها چیزی نیستند مگر مکاتیسیم های دفاعی و واکنش های معکوس. در بررسی ارزشها باید مراقب این گرایش بود و از آن دوری کرد که ارزشها را صرفاً نمودی از خود تلقی کنیم. زیرا لوگوس یا معنی نه تنها چیزی است که از وجود نشأت می گیرد بلکه رو در روی آن نیز قرار می گیرد و اگر معنی که انسان درصدد تحقق بخشیدن به آن است تنها نمود خود و یا فرافکتی اندیشه های آرزومندانه او بود، دیگر خصلت مبارزه جویانه و زیاده خواهی نداشت و توان آن را نداشت که انسان را به سمت جلو حرکت بدهد.

**ناکامی وجودی<sup>۲</sup>:** معنی خواهی انسان ممکن است با ناکامی مواجه شود که در لوگوترایی آن را ناکامی وجودی می نامند. این ناکامی وجودی می تواند سبب ظهور نوروژها گردد که لوگوترایی اینگونه نوروژها را نئوژنیک یا اندیشه زاد معرفی می کند و به کار می برد که این از کلمه **NOOS** یونانی به معنی اندیشه ریشه گرفته است. این واژه به چیزی اطلاق می شود که با وجود روحانی فرد مربوط است و باید توجه داشت که در لوگوترایی کلمه روحانی به معنی اخص آن در مذهب نیست و بعد ویژه ای از انسان و ارزشهای او می باشد.

دکتر فرانکل معتقد است که علت ایجاد نوروژهای نئوژنیک تعارض و کشمکش بین سائقها و غرایز نیست بلکه حاصل برخورد ارزشهاست و حتی آشکارتر، مشکلات روحانی علت اصلی ایجاد این دسته از نوروژهاست که در این گونه موارد ناکامی وجودی نقش اصلی را ایفا می کند.

روشهای رایج روان درمانی در درمان نوروژهای نئوژنیک با شکست مواجهند و در اینجا باید به لوگوترایی روی آورد، روشی که به خود جرات داده است در ابعاد روحانی وجود انسانی نیز وارد شود. (لوگوس در زبان یونانی همانطور که گفته شد معنی روح نیز می دهد.) رویارویی با مسائلی که جنبه روحانی دارند مانند آرزوی داشتن زندگی پرمعنی یا ناکامی و سرخوردگی یا ناامیدی از بهبود بیماری مانند سرطان، تالاسمی و بیماریهای خاص که ابعاد روانی در آن حاکم است در حیطه لوگوترایی از بعد روحانی به مقابله با آن پرداخته می شود. لوگوترایی به جای اینکه به تعقیب عوامل و ریشه های ناکامی بپردازد و ناگاهانه با مسائل فرد در ارتباط با غرایز و سائقها روبرو شود، با مسایل روحانی فرد به طور صادقانه و خستگی ناپذیر برخورد می کند. این وظیفه لوگوترایی

است که بیمار را در یافتن معنا در زندگی، اندیشه های پنهانی وجود و معنای نهفته آن یاری دهد. دکتر فرانکل معتقد است لوگوترایی در این حد یک روش تحلیلی است و از این رو همانند روانکاوی عمل می کند گرچه لوگوترایی در تلاش خود برای آشکار ساختن محتوای ناخودآگاه، کمک خود را به حقایق غریزی محدود نمی کند، بلکه به حقایق روحانی از جمله معنی بالقوه وجودی انسان که می باید تحقق پذیرد و همچنین به معنی جویی انسان توجه کامل دارد. هر تحلیل و کنکاش حتی اگر به ابعاد روحانی و اندیشه زادی نیز توجهی داشته باشد، با این حال در روند درمانی خود می کوشد بیمار را از آرزوهای واقعی که در زرفای وجود اوست آگاه کند.

اما فرق لوگوترایی با روانکاوی در این است که لوگوترایی انسان را موجودی می داند که توجه ویژه ای به یافتن معنی در زندگی و شکوفایی ارزشها دارد و صرفاً به دنبال ارضای سائقها و غرایز فطری، تعارضات بین نهاد، من و فرامن و ایجاد هماهنگی بین آنها نیست.

**پویایی اندیشه<sup>۳</sup>:** دکتر فرانکل معتقد است که تلاش انسان در راه یافتن معنی و ارزش وجود در زندگی همیشه موجب تعادل نمی شود و ممکن است تنش را نیز باشد اما





## با روش های معنی درمانی می توان در بعد روانی به مقابله بایماری های خاص پرداخت

نخست مرتکب شده بودی. (لوگوتراپی سعی دارد که بیمار را کاملاً از وظیفه مسئولیت پذیری خود آگاه سازد از این رو این وظیفه را بر عهده بیمار می گذارد که خود او انتخاب کند، انتخاب اینکه در برابر چه کسی و چه چیزی تا چه حد مسئول است. در اینجا لوگوتراپیست کمتر از هر روان درمانگر دیگری معیارها و ارزشهای خود را به بیمار تحمیل می کند و هرگز زیر بار این خواسته بیمار نخواهد رفت که به جای او داوری کند، این بر عهده بیمار است که تصمیم بگیرد که در برابر وظیفه ای که زندگی بر عهده او گذاشته پاسخگوی کیست؟ آیا پاسخگوی جامعه خویش است یا پاسخگوی وجدان خویش؟ و این مسئله کمی نیست. به اعتقاد دکتر فرانکل کار لوگوتراپیست نه تدریس است و نه موعظه و به همان اندازه که از استدلالات منطقی دوری می کند از پندهای اخلاقی نیز اجتناب می کند.

دکتر فرانکل می گوید: اگر بخواهیم مقایسه ای درباره لوگوتراپی با روان درمانی یا سایر روشهای درمانی داشته باشیم باید گفت که کار لوگوتراپیست بیش از آنکه شبیه یک نقاش باشد شبیه به کار یک چشم پزشک است، زیرا هر نقاشی سعی دارد تصویر جهانی را که می بیند به ما منتقل کند در حالی که چشم پزشک می کوشد به ما امکان بیشتری دهد تا جهان را آن گونه که هست ببینیم. نقش

و سنتی نمی گوید که چگونه باید رفتار کرد. در عوض فرد یا در آرزوی انجام کاری است که دیگران می کنند، که موجب پیروی و هماهنگی با جماعت می گردد و یا کاری را می کند که دیگران از او می خواهند و مطالبه می کنند که این نیز خود تن دادن به دیکتاتوری و تبعیت صرف می باشد.

**معنای زندگی ۵:** دکتر فرانکل می گوید حال اگر بیماری که از بیماری خاصی مانند سرطان رنج می برد و هر لحظه با مرگ دست و پنجه نرم می کند از ما بپرسد معنی زندگی چیست چه می توان به او در جواب گفت؟ دکتر فرانکل در جواب می گوید تردید دارم که پزشکی بتواند پاسخی کلی به این پرسش بدهد زیرا معنای زندگی از فردی به فردی، روز به روز و ساعت به ساعت فرق می کند و به این خاطر آنچه مهم است معنای زندگی به طور اعم نیست بلکه هر فردی می بایست معنی و هدف زندگی خود را در لحظات دیگر دریابد.

هیچ معنای انتزاعی که انسان عمری را صرف یافتنش نماید وجود ندارد بلکه هریک از ما دارای وظیفه و رسالتی ویژه در زندگی هستیم که باید به آن جامه عمل بپوشانیم. فرد در انجام این وظیفه جانشینی ندارد و زندگی قابل برگشت نیست. مسئولیت فرد بی بدیل و منحصر به فرد و فرصتی که برای انجام دادن آن دارد نیز بی همتاست. هر موقعیت در زندگی فرصتی طلایی است که به انسان امکان دست و پنجه نرم کردن را می دهد و گره ای است که به دستش می دهد تا شانس گشودن آن را داشته باشد. بنابراین خود فرد پاسخگوی زندگی خویش است و هم اوست و تنها او که می تواند به پرسش زندگی پاسخ گوید، زندگی ای که او خود وظیفه دارد و مسؤول آن است. به نظر دکتر فرانکل یکی از اصول و جوهر وجودی انسان پذیرفتن همین مسئولیت است.

**جوهر وجود ۶:** پذیرفتن مسئولیت امری ضروری است که لوگوتراپی قاطعانه بر روی آن تکیه دارد. روش درمان در لوگوتراپی در این جهت گام برمی دارد که "چنان زندگی کن که گویی بار دومی است که به دنیا آمده ای و اینک در حال جبران خطاهایی هستی که در زندگی

این تنش لازمه و جزو لاینفک بهداشت روانی فرد است و در دنیا چیزی وجود ندارد که به انسان بیشتر از یافتن "معنی" وجودی خود در زندگی چیزی یاد دهد. دکتر فرانکل معتقد است که در این گفته نیچه که می گوید: کسی که چرایی زندگی را یافته است، با هر چگونه ای خواهد ساخت، حکمتی عظیم نهفته است که باید در روان درمانی به کار برده شود. او می گوید: در اردوگاه کار اجباری نازیها، این نکته به خوبی به اثبات رسید که همه کسانی که تصور می کردند کار و وظیفه ای در انتظارشان است، شانس بیشتری برای زنده ماندن داشتند.

به طور کلی در لوگوتراپی بهداشت روانی مستلزم اندازه ای از تنش است. تنش بین آنچه که بدان دست یافته و آنچه که باید بدان تحقق بخشید. تلاش در پر کردن شکاف آنچه که هست و آنچه که باید باشد. این تنش لازمه زندگی انسانی است پس نباید از دست و پنجه نرم کردن انسان در یافتن معنی بالقوه زندگی خود نگران بود. آنچه بشر نیاز دارد تعادل حیاتی نیست بلکه چیزی است که دکتر فرانکل آن را پویایی اندیشه نام نهاده است. نیروی محرکه ای روحانی میان میدانی از تنش که در یک قطب آن معنی و در قطب دیگر آن فردی که باید بدان معنی تحقق بخشد وجود دارد.

**خلاء وجودی ۴:** به اعتقاد فرانکل خلاء وجودی یک پدیده بسیار گسترده و شناخته شده قرن بیستم است. این مسئله قابل درک است و حاصل دو عاملی است که انسان در گذر تاریخی خود برای رسیدن به معنای انسانیت از آن چشم پوشیده است، اول آنکه بشر پس از تکامل و جدایی از حیوانات پست تر، سائقها و غرایزی که رفتار حیوانی او را جهت می دهد از دست داده است که این گونه امنیت و آسایش چون بهشت برای ابد بر او تحریم گردید و انسان مجبور شد که فعالانه به انتخاب آنچه که انجام می دهد بپردازد. دوم اینکه در تحولات اخیر، انسان متحمل ضایعه ای دیگر شد که آداب و سنن و ارزشهای قالبی رفتار او را هدایت نمی کند و هر چه تأثیر دین یا قراردادهای اجتماعی کاهش یابد انسان مسؤول تر و تنها تر می شود. دیگر گزینه ای به او نمی گوید که چه باید کرد





## چنان زندگی کن که گویی باردومی است که به دنیا آمده ای و اینک در حال جبران خطاهایی هستی که در زندگی نخست مرتکب شده ای

لوگوتراپیست وسعت بخشیدن به میدان دید بیمارست تا آنجا که معنی و ارزشها در میدان دید و حیطه خودآگاه بیمار قرار گیرد.

**معنای عشق ۷:** به اعتقاد دیگر فرانکل، عشق تنها شیوه ای است که با آن می توان به اعماق وجود انسان دیگر دست پیدا کرد و هیچکس توان آن را ندارد جز از راه عشق به جوهر وجود انسان دیگر آگاهی کامل یابد. در لوگوتراپی عشق عامل پدیده زاد نیست که از سائق یا غریزه جنسی مشتق شده باشد، بلکه عشق خود مانند میل جنسی پدیده ای اصلی و بنیادی است. دکتر فرانکل معتقد است نجات انسانی از طریق عشق و در عشق است، انسانی که هیچ چیزی در این جهان از خود به جا نگذاشته باز ممکن است حتی برای لحظه ای هم که شده در یاد و خاطر معشوق خویش سعادت و شادمانی را تجربه کند، همچنان که خود دکتر فرانکل در زمان فشار کار زندان اجباری تنها چیزی که در او رضایت خاطر ایجاد می کرد و در او انرژی جدیدی را ایجاد می کرد یاد و فکر همسرش و عزیزانش بود و این عشق او را هر لحظه به زندگی و ادامه آن امیدوارتر می نمود.

**معنای رنج ۸:** درد و رنج بهترین جلوه گاه ارزش وجودی انسان است، فرانکل معتقد است انسان وقتی با وضعی اجتناب ناپذیر مواجه

می گردد و یا با سرنوشتی تغییر ناپذیر روبه روست مانند بیماری های درمان پذیر و یا بدون علاج، این فرصت را یافته است که به عالی ترین ارزشها و ژرفترین معنای زندگی یعنی رنج کشیدن دست یابد و آنچه که اهمیت دارد شیوه و نگرش فرد نسبت به رنج است و طریقه ای که این رنج را به دوش می کشد.

یکی از اصول اساسی لوگوتراپی اینست که توجه انسانها را به این مسأله جلب می کند، که انگیزه اصلی و هدف زندگی گریز از درد و لذت بردن نیست، بلکه معنی جویی در زندگی است که به زندگی مفهوم واقعی می بخشد. به همین دلیل انسانها درد و رنجی را که معنی و هدفی دارد با میل تحمل می کنند.

روان درمانی سنتی، ترمیم و تجدید قوای بیمار را برای کار و لذت بردن از زندگی به عنوان هدف و سرلوحه اقدامات خویش قرار داده است اما در لوگوتراپی علاوه بر این هدف، سعی بر آن است که بیمار را کمک کند تا با درک معنای رنجی که می کشد در تحمل آن استوارتر باشد. گاهی در زندگی وضعی پیش می آید که انسان از انجام کاری محروم می شود و یا کامیاب نمی گردد، ولی چیزی که اجتناب ناپذیر و مخو ناشدنی است رنج است به همین دلیل اگر رنج را شجاعانه بپذیریم تا واپسین لحظه، زندگی معنی خواهد داشت. پس به این ترتیب می توان گفت معنای زندگی امری مشروط نیست زیرا معنای زندگی می تواند حتی معنی بالقوه درد و رنج را نیز دربرگیرد.

فرانکل می گوید: "رنج وقتی معنی یافت معنایی چون گذشت و فداکاری، دیگر آزردهنده نیست." لوگوتراپی به طور کلی روشی است که کمتر به گذشته توجه دارد و به درون نگری هم ارج چندانی نمی دهد، در ازاء توجه بیشتری به آینده، وظیفه، مسئولیت، معنی و هدفی دارد که فرد باید زندگی اتی خود را صرف

آن نماید. نقش لوگوتراپیست در یک کلام وسعت بخشیدن به میدان دید بیمار است تا آن جایی که معنی و ارزشها در میدان دید و حیطه خودآگاه بیمار قرار گیرد.

دکتر فرانکل معتقد است که آنچه در زندگی حقیقتاً گذران است امکانات آن است، وقتی امکانات وجود یافتند و جان گرفتند در زمره حقایق و هستی محسوب می شوند آن وقت از قید امکان رها شده و به گذشته جاودان تعلق می گیرند زیرا در گذشته چیزی کم نمی شود و همه چیز جاودانه محفوظ است.

پس گذران بودن زندگی از معنای آن نمی کاهد بلکه مسئولیت ما را نشان می دهد زیرا همه چیز مربوط به آن است که این امکانات گذران را چگونه درخواهیم یافت. انسان دائم از میان امکانات موجود انتخابی به عمل می آورد. کدام یک از امکانات به نیستی خواهد گرایید و کدام یک وجود خواهد یافت؟ کدام امکان واقعیت خواهد یافت، واقعیتی جاودانه به سان ردیابی در ریگزار زمانه.

اینجاست که انسان در هر لحظه باید تصمیمی بگیرد، باید تصمیم بگیرد که ماندگار این دم او در روزگار چه خواهد بود؟ چه بسا که خوشه های وامانده فرصتهای گذران را می نگرد ولی به خرمن انباشته گذشته که در آن همه کردارها و خوبیها و رنجهای او نهفته است توجهی نمی کند. چیزی را که شده است نمی شود ناشده کرد و چیزی را که بوده و هست نمی توان







**معنی درمانی تلاش  
می کند که به  
بیمار کمک کند  
تا بارک معنای  
رنجی که  
می کشد در تحمل آن  
استوار تر باشد**

کس را جز خود او یارای آن نیست که این حق را از او بازگیرد.))

زندگی سخت و کار مشقت بار زندان، دکتر فرانکل را بر این باور داشت که آنچه انسانها را از پای درمی آورد رنجها و سرنوشت نامطلوبشان نیست بلکه بی معنا شدن زندگی است که مصیبت بار است و معنا تنها در لذت و شادمانی نیست بلکه در رنج، بیماری، فقر و مرگ هم می توان معنایی یافت معنایی برای زیستن و شدن. وی درباره همبندان خود در زندان می نویسد:

بیچاره آن کس که می پنداشت زندگی دیگر برایش معنایی ندارد، نه هدفی داشت و نه انگیزه و مقصودی، چیزی او را به زندگی گره نمی زد و چون به اینجا می رسید دیگر کارش ساخته بود. دکتر فرانکل معتقد است پزشکی که هنوز نقش خود را نقش یک تکنسین می داند باید اذعان کند بیمارانش را چیزی نمی بیند مگر یک ماشین، در حالی که بیمار او انسان است. در پشت پرده بیماری انسان موجودی است در نهایت خودمختار و برگزیننده، در قالب محدودیت های موهبتی و محیطی، آنچه که او شده چیزی است که خود ساخته. در اردوگاه کار اجباری در این آزمایشگاه انسانی و در آن جایی که انسانیت به محک و بوته آزمایش کشیده می شود ما شاهد و ناظر زندگی دوستانی بودیم که بعضی از آنها چون درندگان و پاره ای دیگر چون قدیسان رفتار می کردند. انسان هر

کارهای انجام داده بلکه عشق و محبت های ورزیده شده و دردها و رنج هایی است که شجاعانه از عهده آنها برآمده ام، رنج هایی که تحمل کرده ام غرور آمیزتر از هر چیزی است و این گذشته نمی تواند اتهام بخش غبطه ها و رشک ها باشد. آشویتس و سپس داخا بوته آزمایش و محل تجربیات ارزنده ولی به شدت دردناک روانپزشکی بود که حرفه خود را با گرایش به روانکاوی آغاز کرد در عین حالی که اگزستانسیالیسم (هستی گرایی) هم جدا نبود. وی تحت تاثیر افکار فروید، آدلر، جاسپر، شیلرو هایدگر بود اما آنچه که به ابهامات ذهنی او وضوح و درخشش بخشید عبور از گذرگاهی بس مخوف بود که چه بسیار انسان ها در نیمه راهش جان باختند. تجربیات تلخ اردوگاه کار اجباری و شرایط طاقت فرسای آن، بعد واقعی میدان تجربی مفاهیم لوگوتراپی را معنا بخشید و فرانکل با معرفتی که زائیده تجربیات دست اول او بود از اردوگاه مرگ بازگشت. به نظر دکتر فرانکل زندان بانان و مسئولین سفاک اردوگاه های کار اجباری در خلال رفتار وحشیانه خود با هزینه ای سنگین این حقیقت ارزنده را در تاریخ بشر به ثبت رسانیدند که:

«انسان موجودی است آزاد که همیشه حق انتخاب دارد. انسان واکنش خود را در برابر رنج ها و سختی های ناخواسته ولی پیش آمده و شرایط محیطی خود انتخاب می کند و هیچ

نیست کرد چون بود و بودن مطمئن ترین نوع هستی است.

لوگوتراپی با در نظر گرفتن گذرایی هستی و وجود انسانی به جای بدبینی و انزواء، انسان را به تلاش و فعالیت فرا می خواند. دکتر فرانکل می گوید: بدبین کسی است که هر روز با ترس و اندوه به تقویم خود چشم دوخته و برگی از آن جدا می کند و با جدا کردن هر برگ، کاهش تدریجی تقویم را نظاره می کند اما فردی که به زندگی فعالانه می نگرد و به حوادث آن هجوم می برد برگ های کنده شده تقویم زندگی را دور نمی ریزد و بر پشت هریک از آنها یادداشت مهمی می نگارد و هر برگ را با نظم و ترتیب بر روی برگ های کنده شده پیشین می گذارد. تقویم زندگی او به تدریج از ناشده ها و ناکرده ها به کرده ها و شده ها تبدیل می شود و او با غرور و مسرت به غنای این برگها و یادداشتها و زندگی سرشار از فعالیت خود می نگرد، چه اهمیتی دارد که او هر روز پیرتر می شود، چه دلیلی دارد که به جوانی غبطه بخورد و به جوانان رشک بورزد، او نقش خود را در زندگی فعالانه ایفا کرده و از این شکل زندگی شادمان است و به جوانان به خاطر امکاناتی که در انتظارشان هست حسد نمی ورزد که او خود این امکانات را به واقعیت تبدیل کرده است زیرا او معتقد است که من به جای امکانات، واقعیت در اختیار دارم واقعیتی که محتوای آن نه تنها







معنی درمانی  
بادر نظر گرفتن  
گذرایی هستی  
و وجود انسانی به  
جای بدبینی  
وانزو انسان را به  
تلاش و فعالیت فرا  
می خواند

دو استعداد و توان را در درون خود دارد و این که کدما یک شکوفا شود و تحقق پذیرد بیشتر بستگی به تصمیم فرد دارد تا شرایط و اوضاع و احوالی که در آن قرار گرفته است.

انسان از یکسو همان موجودی است که اتاق گاز و کوره آدمسوزی آشویتس را ساخته و از دیگر سو همان موجودی است که با جرأت و شهامت به کوره آدم سوزی پا نهاده است.

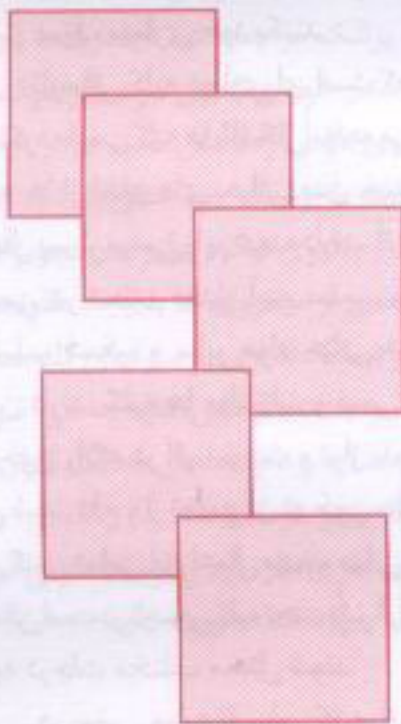
دکتر فرانکل می گوید: نسل مانسلی واقع بین است. ما کم کم به جایی رسیده ایم که انسان را آن گونه که واقعاً هست ببینیم و بشناسیم.

در آخر اینکه این جمله پروفیسور ویکتور فرانکل را به خاطر بسپاریم که گفت: "بدون شک هر کس باید معنای زندگی خود را جستجو کند و مسئولیت آن را پذیرا باشد زیرا زیر ضربه های چکش سرنوشت و آتش گداخته رنج، زندگی شکل می گیرد."

پی نوشت ها:

1. The will to Meaning
2. Existential
3. Noo-Dynamics
4. Existential vacuum
5. The Meaning of Life
6. The Essence of Existence
7. The Meaning of Love
8. The Meaning of suffering

آنچه انسان ها را از پای درمی آورد رنج ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست بلکه بی معنی شدن زندگی است که مصیبت بار است





## نارسایی مزمن کلیوی

دکتر پژمان جمیلی

سلامت و بیمار نبودن برای غالب افراد بشر موضوع بسیار مهمی است. توانایی شخص برای برقراری یک زندگی موثر و کارا وابسته به یک بدن تندرست است و به همین دلیل بیماری روی بسیاری از جنبه های زندگی انسان تأثیر می گذارد. اما در مورد بیماری های مزمن، شرایط بسیار سخت تر است؛ این بیماران باید نقش خود را از یک انسان سالم به یک انسان نیازمند تبدیل کنند و همواره بایستی تحت نظر متخصصان باشند و هزینه زیادی را نیز صرف بیماری خود بکنند.

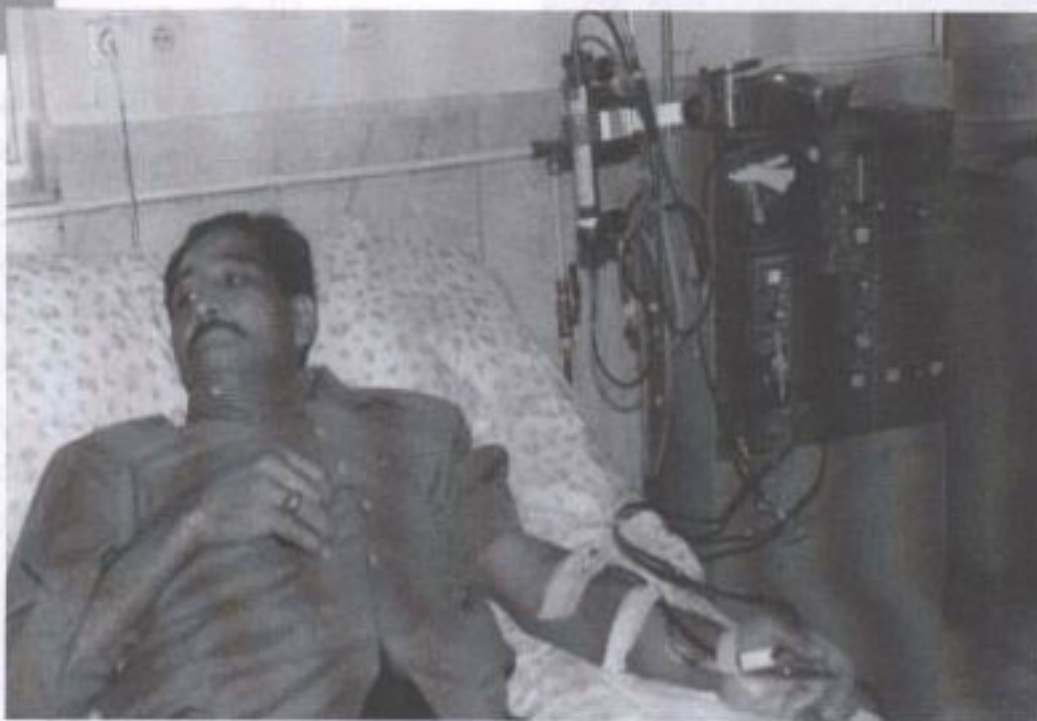
نارسایی کلیه بیماری ای است که در آن عملکرد طبیعی کلیه ها با اشکال مواجه می شود. کلیه ها از اندام های حیاتی بدن هستند که اعمال بسیار مهمی را بر عهده دارند. آنها نقش مهمی در تنظیم مقدار آب، سدیم، پتاسیم، کلسیم، فسفر، و سایر مواد حیاتی دیگر در خون دارند. کلیه ها مواد زاید و سمی موجود در خون را که در اثر سوخت و ساز بدن تولید می شوند دفع و از تجمع آن در خون جلوگیری می کنند. تمامی این اعمال مهم و حیاتی کلیه ها ممکن است در نارسایی کلیه تحت تأثیر قرار گرفته و به درجات مختلف مختل شوند.

در بعضی موارد نارسایی کلیه، این عضو نمی تواند به خوبی آب اضافی و سایر مواد زاید را از خون جذب و از طریق ادرار دفع کند؛ بنابراین آب اضافی ممکن است در بافت های مختلف بدن تجمع پیدا کرده و باعث ایجاد ورم در اندام ها و پف کردگی صورت و اطراف چشم ها به خصوص در صبح ها شود. جمع شدن آب در ریه ها و اطراف آنها می تواند منجر به تنگی نفس شود. بعضی دیگر از موارد نارسایی کلیه نیز وجود دارند که در آنها کلیه ها توانایی دفع آب را دارند اما نمی توانند مواد

سمی و زاید موجود در خون را دفع کنند. در این مورد بیماران ادرار کافی دارند و بنابراین ممکن است به غلط این طور گمان کنند که مبتلا به نارسایی کلیه نیستند.

املاحی چون پتاسیم نیز ممکن است در کم کاری کلیه ها در خون افزایش یابد و باعث ایجاد مشکلات فراوان برای بیماران شود. پتاسیم در بعضی از میوه ها به مقدار فراوان وجود دارد. تجمع مواد زایدی مانند اوره می تواند باعث بروز علایمی چون تهوع، استفراغ و بروز برخی علائم عصبی شود.

نارسایی مزمن کلیوی از دسته بیماری



کلی تغییر در الگوی زندگی از این دسته هستند.

فرد مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی به شکل یک فرد آسیب پذیر، وابسته و نزدیک به مرگ می آید و بعد از آن که درمان جایگزین دیالیز برای وی شروع می شود، مشکلات وی برجسته و معلوم می شود.

درمان با دیالیز در واقع اقدام به جایگزینی با کلیه است و هرچند عمر بیماران را زیاد می کند، ولی تأثیری بر بیماری زمینه ای ندارد. بیماران علاوه بر این که به دلیل تحت دیالیز بودن از صدمات شدید روانی، فیزیکی و اجتماعی رنج می برند، تمام الگوها و شیوه های زندگی شخصی و خانوادگی آنها نیز دستخوش

هایی است که فرد به دلیل تداوم آن نقش یک بیمار مزمن را باید ایفا کند. در این بیماری تنها درمان پایدار پیوند کلیه است که آن نیز به دلیل هزینه بالا و مهمتر از پیدا کردن فرد دهنده و سازگار به راحتی و برای همه بیماران امکان پذیر نیست. به همین دلیل بسیاری از آنان مجبورند تا فراهم شدن شرایط پیوند از دیالیز استفاده کنند. علاوه بر زمانی که صرف این فرآیند می شود (سه تا ۵ بار در هفته و هر بار ۴ تا ۵ ساعت) مشکلات دیگری نیز گریبانگیر این افراد می شود: محدودیت در مصرف مواد غذایی و نوشیدنی ها، گرفتاری سایر ارگانهای بدن، مشکلات مالی به دلیل عدم امکان اشتغال، تغییر در وظایف خانوادگی و به طور





تغییرات شدید و نامناسب می شود.

## آمار

تعداد افراد مبتلا به نارسایی مزمن کلیه را می توان از تعداد بیمارانی که نیازمند دیالیز یا پیوند هستند تخمین زد. در انگلستان میزان شیوع بیماران مبتلا به بیماری های کلیوی در مراحل انتهایی یا **ESRD** در طی دهه گذشته دو برابر شده است و به ۱۰۰ بیمار جدید در هر میلیون جمعیت رسیده است. میزان رشد این بیماران سالانه ۵ تا ۸ درصد می باشد.

دو علت در رشد این ارقام مؤثر است: بالا رفتن جمعیت با سن بالا؛ چرا که شیوع این بیماری در افراد مسن بیشتر است (شیوع سالانه آن در افراد بالای ۶۵ سال در ایالات متحده ۱۲۰۰ در میلیون بوده است) و دیگری همه گیر شدن دیابت شیرین. پیش بینی می شود که تعداد افراد دیابتی در جهان که در سال ۱۹۹۸، ۱۵۴ میلیون نفر بوده است، ظرف ۲۰ سال آینده دو برابر شود. این افزایش جمعیت در بیشتر کشورهای در حال توسعه دیده می شود، که تعداد این بیماران از ۹۸ میلیون، به ۲۸۶ میلیون در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید.

از طرف دیگر تعداد بیماران مبتلا به **ESRD** تخمین مناسبی از کل بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه نیست. بدین ترتیب که

جزئی ناشی از تزریق انسولین بسیار کمتر از درد سوزن دستگاه دیالیز است.

فشار خون بالا به عروق کلیه آسیب وارد می کند و به مرور زمان باعث نارسایی آن می شود. بنابراین اگر مبتلا به افزایش فشار خون هستید حتماً به پزشک مراجعه کنید تا با دریافت داروی مناسب فشار خونتان کنترل شود. اگر نتوانستید یک داروی خاص را تحمل کنید درمان را رها نکنید بلکه با پزشک خود مشورت کنید تا در صورت لزوم داروی دیگری را برایتان تجویز کند. بعضی از میکروب ها با ایجاد عفونت در کلیه ها و دستگاه ادراری به سلولهای کلیه آسیب می زنند و باعث نارسایی کلیه ها می شوند. بنابراین سنگها و عفونت های دستگاه ادراری را جدی بگیرید و در صورت بروز علایمی چون سوزش یا تکرر ادرار، درد پهلوها یا خونی شدن ادرار حتماً با پزشک مشورت کنید.

## تشخیص

مهم ترین نکته ای که باید در نظر داشته باشید این است که نارسایی مزمن کلیه، در اغلب موارد کاملاً بی سروصدا ایجاد می شود و پیشرفت می کند و بیمار هنگامی دچار علایم آن می شود که دیگر کار از کار گذشته و عمل کرد کلیه ها به مقدار زیادی مختل شده است. بنابراین بهترین اقدام برای مبارزه با این بیماری، پیش گیری از آن و مراجعه منظم به پزشک است. بیماران مبتلا به دیابت یا افزایش فشار

تخمین زده می شود که تعداد بیماران در مراحل اولیه حدود ۵۰ برابر بیمارانی هستند که به مرحله انتهایی رسیده اند. مطالعات نشان می دهد که حدود ۱۱ درصد از جمعیت بزرگسال ایالات متحده مبتلا به درجاتی از نارسایی مزمن کلیه هستند.

## علت

گروهی از بیماری ها باعث ایجاد ورم و التهاب در کلیه ها می شوند. یکی از این بیماری ها درگیری کلیه ها بعد از ابتلا به گلودرد چرکی می باشد که در کشور ما نیز یکی از مهم ترین و شایع ترین علل نارسایی کلیه ها محسوب می شود. نادیده گرفتن و عدم توجه به درمان کامل یک گلو درد چرکی ساده در کودکان علاوه بر ایجاد خطر ابتلا به روماتیسم قلبی می تواند با التهاب و درگیری کلیه ها به نارسایی کلیه در کودکی بیانجامد.

یکی دیگر از علل مهم نارسا شدن کلیه ها ابتلا به دیابت و افزایش فشار خون است. عدم توجه به کنترل مناسب قند خون در افراد دیابتی بعد از مدتی به آسیب کلیه ها و نارسایی آنها منجر می شود. بنابراین کنترل قند خون در افراد دیابتی و در صورت نیاز مصرف انسولین طبق دستور پزشک، مهم ترین اقدام برای پیش گیری از ابتلا به نارسایی کلیه است. اگر به تازگی پزشک برایتان مصرف انسولین را تجویز کرده است همواره به یادداشته باشید که درد





## سه روش درمان نارسایی کلیه عبارتند از: همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه

**بیماران مبتلا به  
نارسایی مزمن کلیه  
بیش از افراد سالم در  
معرض خطر افزایش  
فشار خون، افزایش  
چربی خون و حملات  
قلبی قرار دارند**

فیستول شریانی - وریدی برقرار می شود.

عفونت، سپتی سمی، افسردگی، کاهش فشار خون در حین دیالیز، بالا رفتن ریسک عفونت با ویروس هپاتیت C و سیتومگال از جمله عوارض این روش درمانی می باشد.

### دیالیز صفاقی

در این روش مایع دیالیز از طریق یک کاتتر به داخل حفره صفاقی تزریق می شود و بیمار به زندگی روزمره خود ادامه می دهد، ولی هر ۴-۶ ساعت یک بار مایع دیالیز را از حفره صفاقی خود خارج می کند و این مایع را تعویض می کند. این روش در هر جایی قابل انجام است. ترکیب مایع دیالیز را نیز می توان بر حسب نیاز فرد تغییر داد. از عوارض این روش می توان به این موارد اشاره کرد: عفونی شدن محل قرارگیری کاتتر و پریتونیت، از دست دادن پروتئین (در حد خفیف)، بالا رفتن تری گلیسیرید و کلسترول خون، چاقی و فتق اینگوینال.

### پیوند کلیه

درمان نهایی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در حال حاضر پیوند کلیه است. پیوند کلیه، کاشتن یا جایگزین کردن کلیه سالم از یک دهنده سازگار به جای یک کلیه از کار افتاده و بیمار است و بدین ترتیب در صورت موفقیت پیوند، فرد به یک زندگی نسبتاً عادی برخواهد گشت.

تاکنون دهها هزار عمل پیوند کلیه در دنیا انجام شده است و بسیاری نیز با موفقیت همراه بوده اند. در این روش کلیه پیوندی از جسد یا داوطلبان زنده که خون آنها با گیرنده پیوند

خون، حتی اگر هیچ گونه علایمی نداشته باشند، باید حتماً به صورت دوره ای به پزشک متخصص مراجعه کنند. پزشک شما می تواند با انجام آزمایش های لازم بروز این بیماری را در مراحل اولیه تشخیص دهد و از پیشرفت آن جلوگیری کند.

### درمان

در مراحل اولیه نارسایی کلیه، ممکن است به روش های مصنوعی تصفیه خون مانند دیالیز نیازی نباشد. ولی بیماران باید همواره رژیم مایعات و رژیم غذایی خود را تحت نظر پزشک و متخصص تغذیه رعایت کنند. مصرف مایعات و نمک و مواد غذایی حاوی پتاسیم یا قفسر زیاد باید محدود شود زیرا کلیه های کم کار نمی توانند این مواد را از بدن دفع کنند. از طرف دیگر بیماران مبتلا به نارسایی کلیه نیاز به مصرف مکمل های غذایی حاوی کلسیم، آهن و ویتامین ها دارند تا به عوارضی مانند کم خونی یا پوکی استخوان مبتلا نشوند. در بعضی از بیماران پزشک داروهای مدر را تجویز می کند تا به دفع آب اضافی از بدن کمک کند.

اما در مراحل پیشرفته کلیه ها دیگر نمی توانند عمل تصفیه را به خوبی انجام دهند و بیمار به روشهای مصنوعی تصفیه خون مانند انواع دیالیز و یا پیوند کلیه نیاز خواهد داشت.

به طور کلی تاکنون درمان نارسایی مزمن کلیه به سه روش بوده است: همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه.

### همودیالیز

همودیالیز امکان آن را فراهم می کند که با واسطه غشاء نیمه تراوا، مواد زائد از خون خارج شوند و مواد مطلوب به خون اضافه گردند. در روشهای دیالیز امروزی، اکثر بیماران ۹-۱۲ ساعت دیالیز در طول هفته دارند که این مدت به جلسات مساوی تقسیم می شود. برای شروع دیالیز نیاز به دسترسی عروقی داریم که چند هفته قبل از شروع دیالیز با کمک یک

سازگار است دریافت می شود و به بدن فرد گیرنده پیوند زده می شود. در حال حاضر مشکل اصلی در پیوند کلیه، دسترسی به عضو پیوندی و مدت زمانی است که بیمار باید تحت دیالیز قرار گیرد.

عوارض معمول این روش عبارت اند از: حوادث قلبی - عروقی، فشار خون بالا، بدخیمی ها، بیماری های استخوانی و عفونت ها. و در انتها...

به هر حال، چه در بیمارانی که به دیالیز نیاز پیدا می کنند و چه در آنهایی که به دیالیز نیاز ندارند، رعایت اصول تغذیه صحیح تحت نظر یک متخصص تغذیه و عمل کردن به دستورات و توصیه های پزشک از مهم ترین ارکان یک زندگی بهتر همراه با این بیماری است.

اگر به نارسایی مزمن کلیه مبتلا هستید، در حد توان خود ورزش کنید. از انجام ورزش های بسیار سنگین و خارج از حد توان خودداری کنید. با ترک سیگار طول عمر خود را افزایش دهید. به یاد داشته باشید که بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه بیش از افراد سالم در معرض خطر افزایش فشار خون، افزایش چربی های خون و حملات قلبی قرار دارند. در صورت بروز علایمی مانند تنگی نفس، تهوع، استفراغ و درد قفسه سینه با پزشک خود تماس بگیرید.



## پرسش های رایج در مورد دیابت

**عدم درمان دیابت  
بارداری ممکن است به  
مادر و جنین آسیب  
جدی وارد کند**

- \* تشنگی زیاد
- \* کاهش وزن بدون علت مشخص
- \* گرسنگی زیاد
- \* تغییرات ناگهانی در دید
- \* احساس گزگز یا بیحسی در دست یا پا
- \* احساس خستگی
- \* پوست خشک
- \* زخمهایی که دیر ترمیم می یابند
- \* عفونت های زیادتر از حد معمول
- تهوع، استفراغ و یا درد شکم نیز می توانند با این علائم همراه باشند.

خاص و نیز در کسانی که سابقه خانوادگی این نوع دیابت را دارند دیده می شود. چاقی نیز احتمال ابتلا به این نوع از دیابت را بالا می برد. زنانی که به دیابت بارداری مبتلا شده باشند، در مقایسه با جمعیت عادی احتمال بیشتری دارد که به دیابت نوع ۲ مبتلا شوند. در بعضی مطالعات نشان داده شده است که در حدود ۴۰ درصد از این زنان در سالهای بعدی زندگی به دیابت نوع ۲ مبتلا شده اند.

### درمان دیابت چیست؟

تغذیه سالم، فعالیت بدنی و تزریق مرتب و صحیح انسولین درمان اصلی دیابت نوع ۱ است. میزان انسولین تزریق شده باید با میزان فعالیت بدنی و غذای خورده شده متناسب باشد. قند خون نیز باید به صورت مرتب کنترل شود.

تغذیه سالم، فعالیت بدنی و کنترل مرتب قند خون اصول اولیه در درمان دیابت نوع ۲ محسوب می شوند. علاوه بر این بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ برای درمان، نیازمند به استفاده از داروهای خوراکی یا انسولین و یا ترکیبی از هر دو هستند.

بیماران دیابتی باید خود مسئول مراقبت مداوم و روزانه از بدن خود باشند و از بالا رفتن و یا پایین آمدن قند خون خود جلوگیری کنند. بیماران دیابتی باید به صورت مرتب با پزشک، پرستار و یا کادر درمانی مسئول دیابت خود در تماس باشند تا در زمینه نحوه صحیح کنترل دیابت از آنان مشورت بگیرند. علاوه بر این بیماران دیابتی باید در فواصل منظم و تعیین شده با متخصص غدد داخلی برای کنترل دیابت، متخصص چشم برای معاینات چشمی، متخصص پا برای مراقبتهای لازم از

### انواع دیابت چیست؟

دیابت نوع یک که قبلاً دیابت وابسته به انسولین نامیده می شد در ۵ تا ۱۰ درصد افراد دیابتی دیده می شود. دیابت نوع ۲ نیز که قبلاً دیابت غیروابسته به انسولین نامیده می شد نیز در ۹۰ تا ۹۵ درصد از بیماران دیابتی دیده می شود. دیابت بارداری نیز تنها در زنان باردار دیده می شود که اگر درمان نشود ممکن است به مادر و فرزند آسیب برساند. انواع دیگری از دیابت نیز وجود دارد که در عده بسیار کمی از مبتلایان (حدود ۱ تا ۲ درصد) دیده می شود.

### عوامل مؤثر در ابتلا به دیابت چیست؟

سن بالا، چاقی، سابقه خانوادگی دیابت، سابقه قبلی دیابت بارداری، اختلال در جذب گلوکز و تحرک نداشتن از عوامل مؤثر در ابتلا به دیابت نوع ۲ هستند.

در مورد دیابت نوع ۱ عوامل مؤثر کمتر شناخته شده اند اما می توان بعضی از بیماری های ایمنی، وراثت و عوامل محیطی را در ابتلا به این نوع دیابت مؤثر دانست. دیابت بارداری بیشتر در بعضی نژادهای

دیابت بیماری ای است که در آن سطح قند در خون بالاتر از میزان طبیعی است. قسمت بیشتر غذایی که ما مصرف می کنیم به گلوکز یا قند تبدیل می شود تا بدن ما از آن به عنوان انرژی استفاده کند. لوزالمعده یا پانکراس، غده ای که در سطح تحتانی معده قرار گرفته است، هورمونی به نام انسولین می سازد. این هورمون به جذب گلوکز توسط سلولهای بدن کمک می کند. اگر مبتلا به دیابت باشید، بدن شما یا قادر نیست که به اندازه کافی انسولین تولید کند و یا نمی تواند از انسولین تولیدشده به صورت صحیح استفاده کند، به این ترتیب میزان قند خون بالا می رود.

دیابت می تواند مشکلات زیادی برای سلامت بدن ایجاد کند: بیماری های قلبی، مشکلات بینایی، نقص در کارکرد کلیه و ...

### علائم دیابت چیست؟

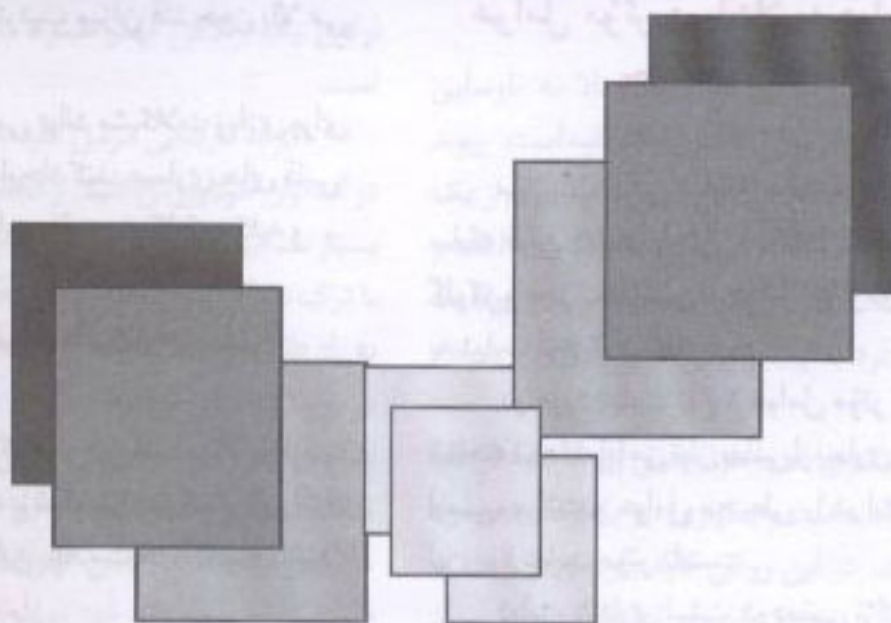
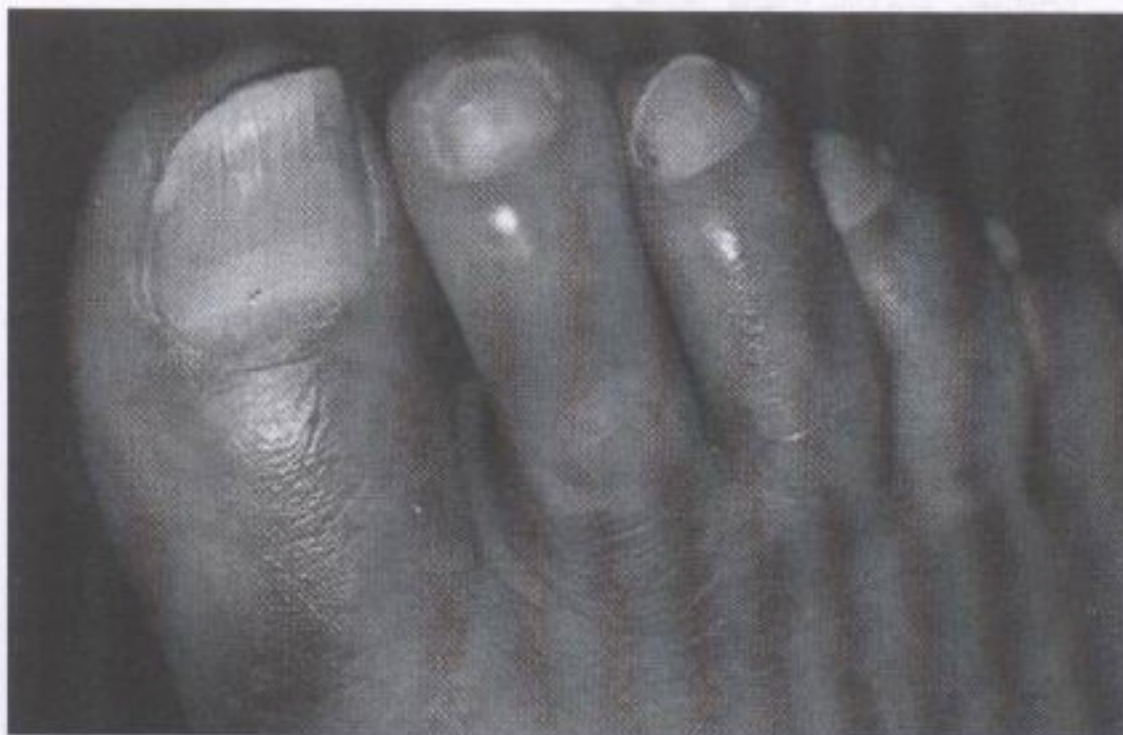
افرادی که فکر می کنند مبتلا به دیابت هستند باید به پزشک مراجعه کنند. این افراد ممکن است این علائم ها را داشته باشند:

\* تکرر ادرار





**بیماران دیابتی باید  
خودمسئول مراقبت  
مداوم و روزانه از بدن  
خود باشند و از بالا رفتن  
و پایین آمدن قند خون  
جلوگیری کنند**



دارد:

- \* پیوند لوزالمعده
- \* پیوند سلولهای جزیره ای در لوزالمعده
- که انسولین تولید می کنند.
- \* درمان ژنتیک (مثلاً می توان سلولهای ماهیچه ای را تحریک به تولید انسولین کرد و آنها را به بدن فرد مبتلا به دیابت نوع ۱ تزریق کرد).
- البته روشهای ذکر شده هنوز به مراحل عملی نرسیده اند و هنوز بحثهای زیادی در مورد استفاده از آنها و نحوه درمان وجود دارد.

با و نیز متخصص تغذیه برای رژیم غذایی مناسب مشورت کنند.

## چه عواملی باعث ایجاد دیابت نوع ۱ می شود؟

با وجود این که هنوز مکانیسم ابتلا به دیابت نوع ۱ کاملاً مشخص نشده است، عوامل ابتلا به این نوع از دیابت کاملاً متفاوت از عوامل مؤثر در دیابت نوع ۲ است. دیابت نوع ۱ معمولاً به دنبال تماس با یک عامل شروع کننده محیطی (مانند یک ویروس ناشناس) است که باعث تحریک سیستم ایمنی و حمله این سیستم به سلولهای بتا در لوزالمعده (که تولیدکننده انسولین هستند) در حضور یک زمینه وراثتی مستعد در فرد شروع می شود.

## آیا می توان از دیابت جلوگیری کرد؟

مطالعات متعددی نشان داده اند که فعالیت مرتب بدنی می تواند تا حد زیادی از بروز دیابت نوع ۲ جلوگیری کند. به نظر می رسد این نوع دیابت با چاقی نیز ارتباط داشته باشد. دانشمندان در تعیین عوامل مؤثر در ایجاد دیابت نوع ۱ به پیشرفت هایی رسیده اند، اما هنوز یا قاطعیت نمی توان در مورد جلوگیری از این نوع دیابت حرفی زد.

## آیا درمانی برای دیابت وجود دارد؟

در پاسخ به رشد فزاینده دیابت و باری که این بیماری بر دوش جامعه تحمیل می کند، سیستم درمانی هر کشوری سه انتخاب می تواند داشته باشد: جلوگیری از دیابت، درمان دیابت و ارتقای سطح خدمات به بیماران دیابتی به منظور جلوگیری از عوارض خطرناک آن. برای درمان دیابت، این رویکردها وجود



## دیالیز باعث خارج شدن محصولات زاید ناشی از تصفیه خون می شود

## فاکتور ۸ جدید برای بیماران هموفیلی با کارایی بهتر

پژوهشگران دانشگاه روچستر در نیویورک روش جدیدی برای تولید فاکتور ۸ کشف کرده اند که باعث می شود این فاکتور مراحل انعقاد خون را به صورت موثرتری انجام دهد. دکتر فی استاد دپارتمان بیوشیمی و بیوفیزیک و دکتر واکابایاشی، استادیار این دانشگاه این روش را به وجود آورده اند و اکنون در انتظار تأیید این روش برای استفاده رسمی وسیعتر می باشند.

با تغییراتی که در ساختار این پروتئین که برای انعقاد خون ضروری است به وجود آمده است، کارایی این ماده دو برابر شده است. دکتر فی معتقد است که این پروتئین تغییر ساختار یافته، چون قدرت زیادی در انعقاد خون در مقایسه با نوع طبیعی خود دارد، در افراد سالم ممکن است باعث ایجاد مشکلاتی شود ولی در بیماران مبتلا به هموفیلی، این اثر مطلوب است.

ویژگی بیماری هموفیلی A کمبود یا نقصان فاکتور ۸ در پلاسما است. باوجود این که در این کمبود، درجات مختلفی می تواند وجود داشته باشد، اغلب بیماران به نوع شدید آن مبتلا هستند. در صورتی که روش ایجاد

شده موثر باشد، این بیماران دیگر نیازی به تزریق فاکتور ۸ با فواصل کم نخواهند داشت.

دکتر فی معتقد است که استفاده از فاکتور جدید می تواند با دوزهای کمتر همان اثر را داشته باشد، ضمن آن که قیمت آن برای بیماران و نیز واکنشهای ایمنی بدن به این فاکتور کمتر خواهد بود.

پژوهشگران دانشگاه روچستر به مدت ۲۰ سال است که روی ساختمان پروتئین فاکتور ۸ تحقیق می کنند. در تحقیقات اولیه تیم دکتر فی یک اسید آمینه را کشف کردند که می توانست کارایی کل فاکتور را افزایش دهد. با جایگزین کردن این اسید آمینه با اسید دیگری در ساختار فاکتور ۸، توانایی این فاکتور برای ترکیب با فاکتور ۹ برای آغاز فرایند انعقاد خون دو برابر می شد. تحقیقات بعدی در نهایت منجر به تولید فاکتور ۸ تغییر یافته شد.

## اضافه شدن فاکتور ۸ و ۹ به فهرست داروهای ضروری سازمان جهانی بهداشت

کمیته تخصصی انتخاب و استفاده از داروهای ضروری در سازمان جهانی بهداشت فاکتورهای ۸ و ۹ را به فهرست داروهای ضروری اضافه کرده است. این تصمیم به دنبال ۱۵ ماه بررسی و مشورت با پزشکان، سازمان های پزشکی، انجمن های حمایت از بیماران و نماینده های شرکتهای دارویی بوده است.

فهرست داروهای ضروری از این نظر مهم هستند که اغلب دولت ها برای تعیین بودجه بهداشتی خود به توصیه های سازمان جهانی بهداشت و از جمله این فهرست توجه دارند. این فهرست، راهنمای WHO در زمینه داروهایی است که سیستم های بهداشتی باید در اختیار داشته باشند.

## دریافت یک بودجه ۱۰ میلیون دلاری از انستیتوی ملی بهداشت توسط دانشگاه نبراسکا برای

## تحقیق در مورد درمان جدید بیماری هموفیلی B

دانشگاه نبراسکا موفق به دریافت یک بودجه ۱۰ میلیون دلاری از انستیتوی ملی بهداشت ایالات متحده برای تحقیق در مورد درمان هموفیلی B با استفاده از فاکتور ۹ تهیه شده از شیر خوک شده است.

یکی از فواید استفاده از این فاکتور از خوک آن است که شباهت شیمیایی مناسبی با انسان دارد. دانشمندان امیدوارند که با استفاده از این دارو که از شیر خوک گرفته و تلخیص می شود، به صورت خوراکی شاید بتوان از عمل سیستم مهارکننده ایمنی بدن جلوگیری کرد. در حال حاضر این شکل دارویی این فاکتور به صورت تزریقی استفاده می شود که ممکن است سیستم ایمنی بدن، مواد تزریق شده را به عنوان یک ماده خارجی بشناسد و از عمل آن جلوگیری کند. با ایجاد شکل خوراکی دارو، با وجود این که نیاز به مقادیر بالاتری از آن برای اثر کافی داریم، ولی در نهایت به این دلیل که استفاده از آن آسانتر است و قیمت کمتری نیز خواهد داشت، معقول تر به نظر می رسد.

برای تولید این دارو از خوکهایی استفاده شده است که به صورت ژنتیکی دستکاری شده اند. به این ترتیب که یک ژن خارجی به DNA آنها اضافه شده است تا میزان بالاتری از فاکتور ۹ را تولید کنند.

## ترمیم صدمات قلبی به کمک سلول های تمایز نیافته

افرادی که پس از حمله قلبی زنده می مانند به ندرت سلامت کامل خود را مجدداً به دست می آورند و اکثر آنها دچار آسیب دائمی می شوند. طی ایست قلبی، پمپاژ خون از قلب متوقف می شود که این امر باعث مرگ سلول های عضلانی قلب محروم شده از اکسیژن می شود. به این ترتیب قلب ضعیف شده و آسیب می بیند. از این پس سایر سلول های عضله قلب باید





## فهرست داروهای ضروری نقش تعیین کننده ای در بودجه های بهداشت و درمان کشورها دارد

عکس العمل بدن در تجزیه کریستال شوند و این موجب می شود تا سطح پایداری کریستال در سیستم گردش خون طولانی تر و بیشتر شود. استعمال کریستال با استفاده از پیپ یا به شکل سیگار موجب سوزاندن و بریدن لبها می شود که احتمال سرایت انواع ویروسها از جمله هپاتیت C را افزایش می دهد. فضای استعمال کریستال تزریقی نیز در احتمال آلودگی به هپاتیت C و ایدز مؤثر است، به خصوص اگر سوزن، سرنگ و دیگر تجهیزات تزریقی (قاشق، صافی، شریان بند) مشترکاً استفاده شود. دکتر محسن وزیریان رئیس اداره پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر وزارت بهداشت می گوید: مصرف قرص های اکستازی به علت ایجاد صمیمیت کاذب موجب برقراری رابطه جنسی غیرمتعارف می شود. از سوی دیگر، آمار بروز رفتارهای جنسی محافظت نشده و مکرر را به دنبال خواهد داشت. در نتیجه ارتباط نزدیکی میان مصرف اکستازی و ابتلا به ایدز یافت شده است. همچنین بیماری های مقاربتی در مصرف کنندگان اکستازی شیوع بیشتری دارد.

## پیش گیری از سرطان ریه با سویا

تاکنون فواید زیادی برای دانه سویا توسط دانشمندان کشف شده بود ولی، آنچه در آخرین

جای آنکه آن را مستقیماً به قلب تزریق کنند، به طور داخل رگی به جریان خون بیماران وارد می کنند. امید آن است که این درمان بالاخره در هر مرکز فوریت های پزشکی به کار رود. این مطالعه دربردارنده ۴۸ بیمار است که اولین حمله قلبی را طی ۱۰ روز گذشته تجربه کرده اند. ۳۶ بیمار دوزهای متفاوتی از سلول تمایز نیافته را دریافت می کنند و مابقی به عنوان گروه کنترل باقی می ماند. بیماران بلافاصله پس از حمله قلبی ثبت نام می شوند زیرا محققان می گویند سلول های تازه صدمه دیده عضله قلب مواد شیمیایی به نام سایتوکاینها را رها می سازند که مانند یک راهنما برای سلولهای تمایز نیافته به کار می رود. به گفته یکی از محققان، این مانند یک وسیله داخلی است که سلول های موجود در جریان خون را جذب قلب می کند. عملکرد قلب بیماران در ابتدا و پایان آزمایشات به وسیله ام. آر. آی مورد سنجش قرار می گیرد و افراد شرکت کننده به مدت دو سال پس از درمان تحت کنترل قرار می گیرند. نتایج تست تا چند سال در دسترس قرار نخواهد گرفت اما برنامه هایی طراحی شده که آزمایشات کلینیکی گسترده در این زمینه انجام گیرد.

## اکس دریچه ای به سوی ایدز

استفاده از کریستال یا قرصهای اکستازی و نیز داروهای متنوعی که با عنوان محرک و تقویت کننده در بازار وجود دارند، می تواند نیاز و فعالیت جنسی فرد را به طور غیرعادی افزایش دهد. این به همراه دیگر تأثیرات استعمال این ماده ممکن است فرد را به قدری بی توجه و از خود بی خود کند که استفاده از وسایل حفاظتی پیشگیری را فراموش کند؛ همچنین شخص را وادار به افراط در فعالیت جنسی می کند که قطعاً آسیب های غیرقابل جبرانی را به همراه دارد و امکان ابتلا به ویروس و دیگر بیماری های مقاربتی را افزایش می دهد. از سوی دیگر بعضی از داروهای ضد ایدز می توانند مانع

شدیدتر کار کنند و پمپاژ خون را انجام دهند تا این نقص در عمل کرد سلول های صدمه دیده را جبران کنند و این مسئله اغلب سبب حالت کشته ای به نام نارسایی تراکمی قلب می شود. در حال حاضر هیچ راهی برای ترمیم بافت صدمه دیده قلب وجود ندارد اما به کمک روشهای آزمایشگاهی با استفاده از سلول های تمایز نیافته بزرگسال ممکن است روزی بتوان جوانی را به قلبهای آسیب دیده بازگرداند و هزاران زندگی را نجات بخشید. دکتر راب مک لیلان که در زمینه سلول های تمایز نیافته تحقیق می کند، می گوید: این موضوع یکی از مباحث مهم حوزه تحقیقات کاردیولوژی است و می تواند روش درمان بیماران مبتلا به سکته قلبی را متحول سازد اما در حال حاضر ناشناخته های زیادی در این مورد وجود دارد. دانشمندان امیدوارند سلول های تمایز نیافته بزرگسال (غیرجنینی) بتوانند با تولید دوباره عضلات و عروق صدمه دیده قلب این پیش بینی ناموفق را تغییر دهند.

گرچه سلول های تمایز نیافته بزرگسال کاملاً قابلیت های سلول های تمایز نیافته جنینی را ندارند اما باز هم می توان آنها را به تنوعی از سلول های مورد نیاز برای اندام یا بافت خاص تبدیل کرد. به گفته دکتر مک لیلان آزمایشات بر روی حیوانات موفقیت آمیز بوده اما مشخص نیست که در انسان چه نتیجه ای خواهد داشت. یک قسمت از تحقیق مستلزم استفاده از نوعی سلول تمایز نیافته موجب تحریک پاسخ ایمنی مزانشیم است که از مغز استخوان به دست می آید. به دلیل آنکه این نوع سلول تمایز نیافته موجب تحریک پاسخ ایمنی نمی شود، بیماران می توانند آن را از دهنده دیگری دریافت کنند بدون آنکه نیاز به داروهای ضد بازپس داشته باشند. اکنون دانشمندان در دانشگاه جان هاپکینز و پنج مرکز تحقیقاتی دیگر اقدام به تست این درمان در انسان کرده اند. این دانشمندان از سلول های تمایز نیافته مزانشیم به دست آمده از یک دهنده انسانی استفاده نموده و به





## مصرف قرص های اکستازی به علت ایجاد صمیمیت کاذب و برقراری روابط غیر متعارف پیش زمینه گسترش ایلز محسوب می شود

شماره مجله جامعه پزشکی امریکا (JAMA) به عنوان فایده جدید سویا در نظر گرفته شده است. جالب و عجیب است. براساس تحقیقی که نتیجه اش در این مجله پزشکی منتشر شده است، مصرف غذاهای حاوی حبوبات و به خصوص سویا، خطر ابتلا به سرطان ریه را کاهش می دهد.

دانشمندان مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه تگزاس اندرسون از مدتها قبل می دانستند که آسیایی هایی که به طرز واضحی مقادیر زیادی حبوبات و سویا مصرف می کنند، کمتر از سایرین دچار سرطان ریه می شوند به همین دلیل تحقیقی ترتیب دادند که در آن ۱۶۷۴ بیمار مبتلا به سرطان ریه و ۱۷۳۵ فرد سالم را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که بیماران دارای سرطان ریه بسیار کمتر از افراد سالم غذاهای حاوی فیتواستروژن مصرف می کنند. براساس این تحقیق فیتواستروژنها ۲۰ درصد در مردان و ۴۵ درصد در زنان، خطر ابتلا به سرطان ریه را کم می کنند.

هورمون های زنانه گیاهی فیتواستروژنها یا ایزوفلاوون ها موادی شبیه استروژن هستند. استروژن درواقع نوعی هورمون زنانه است که بدن انسان آن را به طور طبیعی تولید می کند. دانشمندان معتقدند که فیتواستروژنها روی گیرنده های سلولی اثر می گذارند و رشد سلولهای سرطانی را کنترل می کنند.

فیتواستروژنها در مواد غذایی مثل سویا، حبوبات و سبزیجات وجود دارند. البته پیش از این ثابت شده بود که سویا باعث کاهش خطر ابتلا به سرطانهای پستان، روده بزرگ، پروستات، رحم و تخمدان می شود. ولی این تحقیق نقطه عطف دیگری است که ثابت کرد، مواد غذایی حاوی فیتواستروژنها به خصوص سویا، می توانند خطر ابتلا به سرطان ریه را کم کنند.

دانشمندان دانشگاه تگزاس اندرسون در این باره می گویند: نتایج این تحقیق تأیید جدیدی بر شواهد موجود قبلی است که نشان می دادند، استروژن و فیتواستروژنها با کاهش خطر ابتلا به سرطان ریه همراه هستند.

آنچه مسلم است، شیوه زندگی فرد در ابتلای وی به سرطان ریه بسیار اهمیت دارد، چه مصرف مواد غذایی دارای فیتواستروژن که از ابتلا به سرطان ریه پیش گیری می کند و چه سیگار که مصرف آن باعث ابتلا به سرطان ریه می شود. دکتر کت آرنی از مرکز تحقیقات سرطان انگلستان در این باره می گوید: این تحقیق اهمیت یک رژیم غذایی سالم را در پیش گیری از ابتلا به سرطان ریه نشان می دهد و نقش شیوه زندگی فرد را در ابتلای وی به بیماری ها بارزتر می کند. با تمام این تفاسیر نباید فراموش کنیم که از هر ۱۰ نفری که به سرطان ریه مبتلا هستند، ۹ نفر به دلیل مصرف سیگار بیمار شده اند و نیز یک چهارم کل مرگهای ناشی از سرطان در اثر مصرف سیگار رخ می دهد.

### کشف واکسنی برای سرطان گردن رحم

همیشه ساختن واکسن برای پیش گیری از ابتلا به سرطان از آرزوهای انسان بوده است. این آرزو تاکنون به حدی دست نیافتنی بوده که ساختن واکسن سرطان حکم رویایی بسیار شیرین را پیدا کرده است. با تلاش دانشمندان اما این رویا به حقیقت پیوسته و به تازگی برای نوع خاصی از سرطان، واکسن کاملاً موثری کشف شده است. چندی پیش این واکسن برای دومین بار در آزمایشات انسانی با موفقیت روبرو شد. واکسن سرطان گردن رحم که گارداسیل نام دارد بر علیه علت اصلی این سرطان

یعنی ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)، تهیه شده است. این واکسن به تازگی در تحقیقی که از سوی شرکت مرک ترتیب داده شده بود بر روی ۱۲ هزار و ۱۶۷ زن از ۱۳ کشور جهان که بین ۱۶ تا ۲۳ سال سن داشتند، مورد آزمایش قرار گرفت. البته از آن جایی که این تحقیق دومین مطالعه ای است که برای آزمایش انسانی این واکسن انجام می شود، به تحقیق آینده ۲ معروف شده است. تحقیق اول قبلاً بر روی ۲۷ زن آزمایش شده بود. براساس نتایج مطالعه آینده ۲، گارداسیل، ۱۰۰ درصد در پیش گیری از بروز سرطان گردن رحمی که در اثر ویروس پاپیلومای انسانی ایجاد شود، مؤثر است. همچنین دانشمندان در این تحقیق دریافتند که اگر این واکسن در سنین پیش از بلوغ به دخترها و بین ۱۰ تا ۱۳ سالگی، تزریق شود، بسیار مفیدتر خواهد بود. براساس این تحقیق، گارداسیل در پیش گیری از انواع خاص ویروس پاپیلومای انسانی که یکی از عوامل ایجادکننده زگیل ناحیه تناسلی می باشد نیز مؤثر است.

سرطان گردن رحم یکی از سرطانهای کشنده و متأسفانه شایع زنان است که در حال حاضر، سالانه جان ۲۷۴ هزار زن را در دنیا می گیرد. مهم ترین علت ابتلا به این سرطان نوعی ویروس به نام ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) است که علت ۷۰ درصد سرطان های گردن رحم، به دلیل آلودگی به آن ایجاد می شوند. پیش از کشف این واکسن، بهترین روش پیشگیری از بروز مراحل پیشرفته و غیرقابل علاج این سرطان، تشخیص سریع مراحل اولیه آن بود. دکتر جولیتا پاتیکه سرپرست برنامه های تشخیص زودرس سرطان در وزارت بهداشت انگلستان، در این باره می گوید: قبل از این، تشخیص زودرس سرطان گردن رحم، بهترین روش پیشگیری از این سرطان بود. برای این غربالگری، تمام زنان بالای ۲۵ سال تا ۴۹ سالگی هر ۳ سال یک بار مورد آزمایش قرار گرفته و زنان ۵۰ تا ۶۴ ساله نیز هر ۵ سال یک بار مورد بررسی قرار می گیرند.

در عالم پزشکی نتیجه و اطمینان ۱۰۰ درصد خیلی به ندرت دیده می شود که این یکی





## دیالیز خانگی باعث بهبود حال اطفال می شود!

تحقیقات نشان می دهند که مصرف حبوبات به ویژه سویا خطر ابتلا به سرطان ریه را کاهش می دهد

برای کودکانی که از نارسایی کلیوی رنج می برند، انجام دیالیز در طول شب باعث احساس بهبودی در کودکان می شود. دیالیز یک روند درمانی است که در آن محصولات تلف شده از جریان خون خارج می شوند و زمانی که کلیه ها توانایی انجام این کار را ندارند بیماران دیالیزی می بایست به مدت متناوب در طول هفته با مراجعه به کلینیک دیالیز نمایند که هر دفعه ۵ ساعت نیز طول می کشد. استفاده از دیالیز خانگی از سال ۱۹۹۴ در مورد بالغان رایج شده که باعث بهبودی روند درمان و همچنین باعث کاهش هزینه درمان خواهد شد. در ماه سپتامبر یک گروه کانادایی روی ۴ نوجوان دیالیزی، دیالیز خانگی به مدت ۷-۸ ساعت و ۶-۷ بار در هفته را با موفقیت آزمایش کردند. هزینه سالانه دیالیز خانگی برای هر بیمار ۶۴۰۰۰ دلار می باشد.

در این روش در مقایسه با همودیالیز در کلینیک های درمانی ۲۷ درصد کاهش هزینه را خواهیم داشت.

## بهره مندی بیماران خط پایانی نارسایی کلیوی به همراه uremic/ dilated /cardiomyopathy از مزایای پیوند کلیه

با وجود اینکه تظاهرات عدم کفایت قلبی احتقانی یک کنتراندیکاسیون جهت پیوند بیماران خط پایانی نارسایی کلیوی محسوب می شود، اما در مطالعات اخیر نشان داده شده است که بیماران غیرایسکمیک که از عدم کفایت قلبی رنج می برند از مزایای پیوند به خوبی بهره مند خواهند شد. با وجود ریسک های فراوانی که قبل از عمل در این بیماران وجود داشت اما بعد از پیوند بهبود قابل ملاحظه ای در این بیماران پدید آمد که این بهبودی پایدار بود.

از آن موارد نادر است. نتایج مطالعه آینده ۲ آنقدر تکان دهنده بوده که بسیاری از دانشمندان جهان را شوکه کرده است. دکتر مارگارت استلی، استاد دانشگاه کمبریج، در این باره می گوید: نتایج مطالعه آینده ۲ بسیار مهیج است. چرا که هم تعداد افراد مورد بررسی در این تحقیق زیاد است و هم نتیجه ۱۰۰ درصد اثربخشی واکسن سرطان رحم. دکتر پیتر ریگبای، استاد و رئیس مؤسسه تحقیقات سرطان انگلستان، در حالی که بسیار هیجان زده بود، می گوید: سالانه هزاران نفر در دنیا بر اثر ابتلا به سرطان گردن رحم می میرند. و این خیلی خوشحال کننده است که می شنویم این امکان وجود دارد که از تعداد این قربانیان در آینده کاسته شود. شرکت مرک برای اینکه بتواند گارداسیل را وارد بازار کند راه درازی در پیش دارد و ابتدا باید آن را به تأیید اداره بین المللی غذا و داروی آمریکا (FDA) برساند.

البته گارداسیل شرکت مرک رقیبی دارد به نام سرواریکس که مسلماً کار را برای شرکت مرک سخت تر خواهد کرد.

## دیالیز و نارسایی کلیه

ترکیب همزمان مصرف آسپرین و بتابلوکر در کاهش خطر مرگ و میر بعد از سکته قلبی، ۸۰ درصد تأثیر دارد.

بیماران نارسایی پیشرفته کلیوی بیشترین خطر مرگ و میر را در میان بیمارانی که از سکته قلبی رنج می برند دارند. در بررسیهای انجام شده در بیماران مبتلا به نارسایی پیشرفته کلیه و سکته قلبی دریافتند که کسانی که آسپرین و بتابلوکر بعد از سکته قلبی دریافت ننموده اند، ریسک مرگ و میر ۲۱/۶ درصد بوده و در مقابل کسانی که آسپرین و بتابلوکر دریافت کرده اند این ریسک ۳/۷ درصد بوده است. این مطلب نشان می دهد که مصرف همزمان این دو دارو باعث کاهش مرگ و میر بیمارستانی به میزان ۵۰ درصد می شود.

سرطان گردن رحم در حال حاضر، سالانه جان ۲۷۴ هزار زن را در دنیا می گیرد





## آیت... هاشمی رفسنجانی : مردم نگذارند انسان های دردمند، زیاد رنج ببرند

اشاره :

آیت... اکبر هاشمی رفسنجانی رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام در خطبه دوم نماز جمعه تهران در تاریخ ۴ آذر ماه سال جاری، به مناسبت هفته حمایت از بیماران کلیوی، بیاناتی را ایراد کردند که خلاصه آن در ذیل می آید.

یکی از مناسبت های مادر این هفته، هفته حمایت از بیماران کلیوی است. من عرض بکنم یکی از سخت ترین نوع زندگی در جامعه ما مال بیماران کلیوی است. چه آنهایی که دیالیزی هستند و چه آنهایی که حتی پیوند کلیه می کنند و بعد باید خودشان را با داروها حفظ کنند هم کار دشوار است و هم دردهای آن خیلی ناراحت کننده است. زندگی تلخ است و خانواده ای که در آن یک بیمار کلیوی باشد دیگر آرامش و آسایش ندارد. ما باید کمک بکنیم واقعاً به این بیماران که می توانیم هم کمک کنیم. یکی از راه های آن همین پیوند کلیه است، ما یک تصمیمی در دوران مسئولیت اجرایی خودمان گرفتیم و من همیشه هر وقت یاد می آید خدا را شکر می کنم. تصمیم گرفتیم هر کس یک کلیه هدیه می کند ۱ میلیون تومان دولت به او کمک کند. البته آن موقع بعضی از آقایان پزشکان مخالف بودند

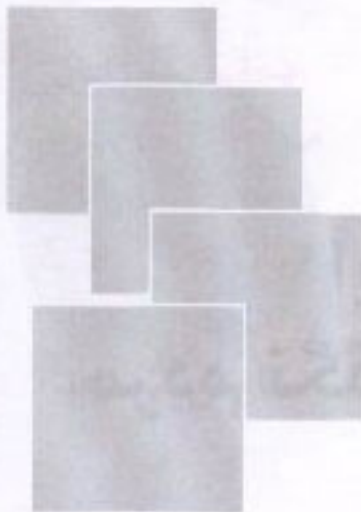
و می گفتند این باعث می شود کلیه تجارتی شود. بگذارید مردم با اخلاص کلیه هایشان را اهداء کنند، ولی خب کم بود، خیلی کم می دادند، آنهایی هم که می دادند خیلی ها از فقرا بودند، خب فقری که حاضر می شد کلیه بفروشد و زندگی کند ماباید چقدر به این اهمیت بدهیم.

این واقعاً شریف ترین انسان است خب یک هدیه ای که دولت به چنین انسان هایی بدهد از چه کسی کم می شود؟ چه عیبی دارد؟ از آن به بعد سرعت پیوند کلیه بالا رفت. سالی ۱۴۰۰ کلیه پیوند می شود. امروز که من عرض می کنم ۱۱ هزار دیالیزی داریم خداوند پیش نیاورد برای هیچ کس که گرفتار این مرض شود.

دیالیزی که باید گاهی از محل خودش راههای زیادی هم برود تا خودش را به دیالیز برساند. هم دستگاه دیالیز کم است و هم مشکلات هست.

به هر حال باید سعی کنیم، هم دولت و هم مردم و افراد خیر. بیمارانی مثل تالاسمی و بعضی بیماران خاص سرطانی و بعضی چیزهای دیگر، همه مشکل دارند حالا چون این هفته کلیوی است، من از بیماران کلیوی نام بردم. ان شاء... مردم ما نگذارند انسانهای دردمند زیاد رنج ببرند.





**فاطمه هاشمی :**  
**مرکز پزشکی خاص پایلوت**  
**مناسبی برای برنامه های**  
**سازمان بهداشت جهانی در امور**  
**بیماری های خاص است**

پیشگیری و آموزش، غربالگری، و برنامه تنظیم خانواده به خصوص در خانواده ها تالاسمیک، برنامه ملی تالاسمی در کشور را موفق خواند.

دکتر بولی چنکو نیز برنامه پیشگیری از تالاسمی و اجرای آن را در ایران موفق خوانده و تلاش های بنیاد امور بیماری های خاص را در این زمینه ستود.

وی همچنین با ابراز خرسندی از اقدامات آموزشی بنیاد امور بیماری های خاص، مهمترین و تأثیرگذارترین فعالیت ها برای کنترل بیماری های ژنتیک مانند تالاسمی را ارتقاء آگاهی های مردم و آموزش آن ها دانست. در پایان این جلسه دکتر چنکو از بخش ها و کلینیک های مختلف مرکز پزشکی خاص از جمله کلینیک ژنتیک بازدید کرده و از وجود چنین مرکزی در منطقه ابراز امیدواری کرد.

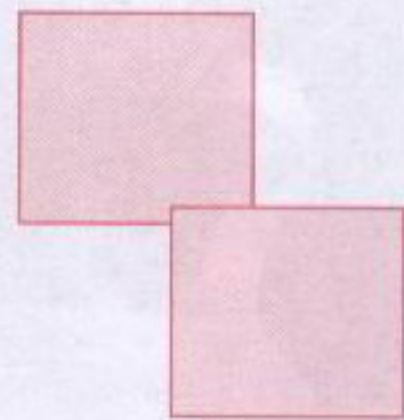
کرده و گفت:

در این طرح که حاوی پیشنهاد اجباری شدن پیشگیری تالاسمی در کشور بود از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواسته شده غربالگری تالاسمی را هم زمان در کلاس اول دبستان برای خردسالان، و از زمان ازدواج برای بزرگسالان و نیز در زمان ورود و خروج دانشجویان به دوره تحصیلات عالی اجرا و برای آن اعتبارات لازم را پیش بینی کند.

فاطمه هاشمی افزود: پیش بینی می شد در صورت اجرای این طرح طی ۱۰ سال تولد فرزند مبتلا به تالاسمی به صفر برسد. اما آن هنگام وزارت بهداشت فقط با بخش غربالگری در زمان ازدواج موافقت کرد. سپس آن وزارتخانه اجرای طرح را برعهده گرفته و بنیاد امور بیماری های خاص ابعاد تبلیغاتی، آموزشی و فرهنگ سازی آن را دنبال کرده است. رئیس بنیاد امور بیماری های خاص با اشاره به تلاش های این بنیاد برای کسب مجوز سقط جنین تالاسمی گفت:

این اقدام در سال ۱۳۷۸ از طریق آیت ا... هاشمی رفسنجانی با رهبر معظم انقلاب در میان گذاشته شد و اجازه این کار گرفته شد. پس از آن نیز ۳ مرکز تالاسمی راکه از سوی وزارت بهداشت تعیین شده بود در انجام جراحی بیماران برای سقط جنین یاری کرده و از برپایی جلسات مشاوره پزشکی قبل از ازدواج یا طی حاملگی پشتیبانی کردیم. فاطمه هاشمی همچنین با تأکید بر جنبه های آموزشی اقدامات بنیاد امور بیماری های خاص مانند برپایی کارگاه های آموزشی، اردوها، چاپ کتاب و بروشور و تولید تیزر و فیلم به تاسیس مرکز پزشکی خاص به عنوان یک مرکز مجهز با ظرفیت بالای پیشگیری و درمان امراض خاص اشاره و پیشنهاد کرد مرکز پزشکی خاص به عنوان پایلوت برای سازمان بهداشت جهانی در زمینه بیماری های خاص عمل نماید.

در این جلسه دکتر سماوات رئیس بخش ژنتیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز با اشاره به سه استراتژی مهم



**رئیس دفتر ژنتیک سازمان بهداشت جهانی :**

## **سازمان بهداشت جهانی به دنبال برنامه واحد جهانی برای تالاسمی است**

با هدف بررسی برنامه ملی تالاسمی جمهوری اسلامی ایران، دکتر بولی چنکو (Bouly jenkou) رئیس دفتر ژنتیک سازمان بهداشت جهانی که به این منظور به ایران سفر کرده بود، با فاطمه هاشمی رئیس بنیاد امور بیماری های خاص دیدار و گفت و گو کرد.

سازمان بهداشت جهانی در نظر دارد با بررسی برنامه های ملی کشورهای مختلف اقدام به تهیه و تدوین برنامه واحد جهانی برای تالاسمی کرده و آن را به اجرا بگذارد.

در این نشست پس از نمایش فیلم معرفی فعالیت های بنیاد امور بیماری های خاص و مرکز پزشکی خاص، فاطمه هاشمی به تشریح فعالیت های این بنیاد به ویژه در مورد تالاسمی پرداخت.

وی با تأکید بر اولین اقدام بنیاد امور بیماری های خاص که طرح و پیگیری موضوع پیشگیری از تالاسمی بود، به ارائه طرحی به رئیس جمهور وقت حضرت آیت ا... هاشمی رفسنجانی اشاره





در مراسم سالگرد تأسیس  
مرکز پزشکی خاص  
بنیاد امور بیماری های خاص  
عنوان شد:

## مسئولان باید سرطان و MS را در گروه بیماریهای خاص، جای دهند

رئیس مرکز پزشکی خاص بنیاد امور بیماری های خاص گفت: با توجه به این که بیشترین مراجعه کنندگان به مرکز پزشکی خاص، بیماران سرطانی هستند و اکثر این بیماران، وضع مالی ضعیفی دارند، لازم است سرطان جزو بیماری های خاص شناخته شود.

دکتر "محمد جواد کیان" در مراسم سالگرد تأسیس مرکز پزشکی خاص، ضمن تشریح اهداف این مرکز، با بیان مطلب فوق افزود: مرکز پزشکی خاص پیشنهاد قرار گرفتن بیماری سرطان را در گروه بیماری های خاص، به دولت داده است اما متأسفانه به دلیل نداشتن اعتبار، بیماری سرطان و MS جزو این گروه از بیماری ها شناخته نمی شوند.

وی در ادامه اظهار کرد: در هر جامعه ای، تعداد افرادی مبتلا به بیماری های صعب العلاج هستند و این بیماری ها تا پایان عمر همراه بیمار است بنابراین ضرورت دارد جامعه این افراد را به طور مستقیم تحت درمان قرار دهد چرا که هزینه درمان این بیماری ها معمولاً بسیار گران است و اغلب خانواده ها با درآمد متوسط در تأمین هزینه های درمانی، مستأصل هستند. دکتر "کیان" بیماری های "تالاسمی"، "هموفیلی"، "تارسایی مزمن کلیه"، "سرطان" و "دیابت" را منطبقاً جزو بیماری های خاص دانست و تصریح کرد: در حال حاضر حدود ۱۷ هزار بیمار تالاسمی، ۱۱ هزار بیمار دیالیزی، ۶ هزار بیمار هموفیلی، ۹ هزار بیمار با کلیه پیوندی و تعداد زیادی بیمار مبتلا به انواع سرطان و دیابت در کشور وجود دارند.

وی همچنین عمده فعالیت های بنیاد امور بیماری های خاص را (تشکیل گروه های کارشناسی و تخصصی، راه اندازی مرکز درمانی سوده، افزایش بودجه بیماری های خاص در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اجرای طرح پیشگیری تالاسمی، تدوین و اجرای پروتکل های درمانی مختص هر بیمار، پیگیری وضعیت بیماران پیوندی و تشکیل بانک اطلاعات پیوند کلیه) عنوان کرد. دکتر "محمد جواد کیان" درباره امکانات مرکز پزشکی خاص، گفت: مرکز پزشکی خاص با بخش های مختلفی نظیر آزمایشگاه پاتوبیولوژی، پاتولوژی، داروخانه، رادیوگرافی، بخش تراکم استخوان، سونوگرافی، کلینیک های دیابت، ارتوپدی، ارولوژی، پوست، تالاسمی، چشم، کلیه کودکان و گوارش و ماموگرافی حدود ۳۷

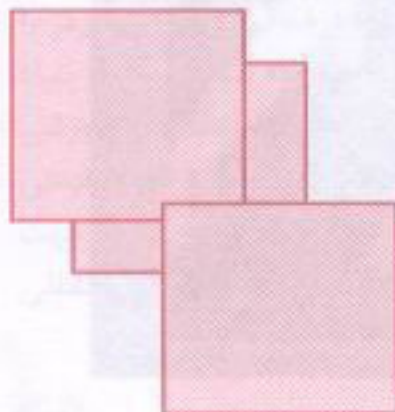
هزار بیمار را مورد پذیرش قرار داده است. وی در ادامه افزود: از این میان، آزمایشگاه پاتوبیولوژی با پذیرش ۴۵۵۸ بیمار، بیشترین پذیرش را داشته و داروخانه این مرکز نیز داروهای مورد نیاز را در اختیار بیش از ۲۰ هزار بیمار قرار داده است.

بنابراگفته این مقام مسؤول، واحد مددکاری مرکز پزشکی خاص طی یک سال گذشته پذیرای ۲۶۲۰ بیمار سرطانی، ۷۴۳ بیمار پیوند کلیه ای، ۸۵ بیمار دیالیزی، ۱۸۰ بیمار تالاسمی و ۱۹۲ بیمار دیابتی بوده و در حال حاضر حدود ۴۵۰۰ بیمار، تحت پوشش واحد مددکاری هستند که به طور ماهانه از خدمات پاراکلینیکی این مرکز و نیز کمک هزینه های دارویی بهره مند می شوند.

در مراسم سالگرد تأسیس مرکز پزشکی خاص، علاوه بر رئیس این مرکز، دو تن از بیماران کلیوی و تالاسمی به بیان مشکلات خود و نحوه خدمات ارائه شده از سوی بنیاد امور بیماری های خاص پرداختند.

انتهای این مراسم نیز به بررسی اثرات مثبت ورزش برای بیماران خاص و ضرورت ایجاد امکانات در این زمینه، اختصاص داده شد.

مراسم سالگرد تأسیس مرکز پزشکی خاص با حضور تنی چند از اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، مسئولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعدادی از خیرین، نمایندگان رسانه ها، جمعی از کارکنان بنیاد امور بیماری های خاص و تعدادی از بیماران خاص در محل مرکز پزشکی خاص برگزار شد.







## به کوشش بنیاد امور بیماری های خاص جشن «رنگین کمان» برگزار شد

برنامه های این غرفه در روز جشن بود.

بنابراین گزارش، تعداد ۴۰۰ عدد بلیط جشن «رنگین کمان» که ممهور به آرم بنیاد بود چند روز قبل از اجرای مراسم جهت استفاده کودکان بیمار در بیمارستان های مفید، امام خمینی، انجمن تالاسمی، مرکز پزشکی خاص و محک، توزیع شده بود.

بودند که این مبلغ به شماره حساب ۳۴۳۴ واریز شد. علاوه بر این در این مراسم مقرر شد تا مقداری از هزینه فروش بلیط های برنامه و همچنین کمک های نقدی نماینده شرکت LG به شماره حساب بنیاد امور بیماری های خاص واریز شود.

بنابراین گزارش، یکی از برنامه های بنیاد امور بیماری های خاص در جشن رنگین کمان، برپایی غرفه ای به متراژ ۳۰ مترمربع بود. این غرفه روبه روی درب اصلی سالن تنیس باشگاه انقلاب قرار داشت و از طریق توزیع پادبزن های بنیاد، جمعیت چشمگیری را به سمت خود کشانده بود.

فروش بروشورها و کتابچه های بنیاد و همچنین کتاب های داستان کودکان نیز از دیگر

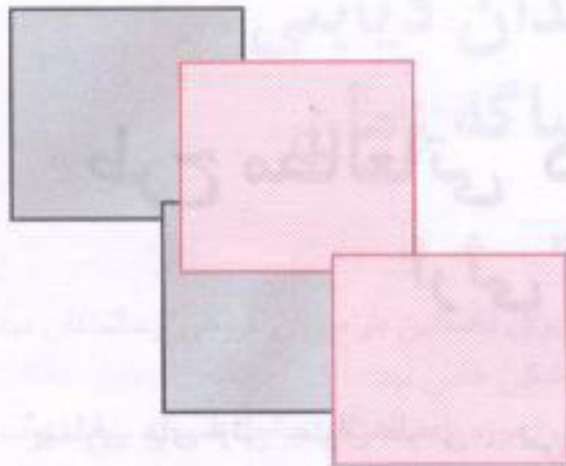
جشن «رنگین کمان» به کوشش بنیاد امور بیماری های خاص و با همکاری شرکت ترانه در باشگاه انقلاب برگزار شد.

در ابتدای این مراسم، شخصیت عروسی محبوب کودکان - چرا - شعری را با موضوع بیماران خاص خواند و سپس «سیدجواد یحیوی» مجری برنامه، مدیرعامل نمایندگی شرکت LG را جهت ایراد سخنانش درباره بیماران خاص، به جایگاه دعوت کرد.

گفتنی است، شرکت LG هدایای این برنامه را متقبل شده بود. شرکت کنندگان در این مراسم مبلغ ۶۷۸۷۰۰ ریال را راهی صندوق های بنیاد کرده







## حضور فعال بنیاد امور بیماری های خاص در نمایشگاه قرآن

بنیاد امور بیماری های خاص، در بخش مؤسسات خیریه سیزدهمین نمایشگاه بین المللی قرآن کریم شرکت کرد.

غرفه بنیاد امور بیماری های خاص در این نمایشگاه اطلاعاتی را درباره انواع بیماری های خاص در اختیار مراجعه کنندگان به این غرفه، قرار می داد.

از دیگر اقدامات این غرفه در طول برگزاری سیزدهمین نمایشگاه قرآن می توان به "مشاوره پزشکی"، توزیع بروشورهای مربوط به بیماری های خاص و "اهدای کتاب های داستان به کودکان" اشاره کرد.

یکی از اهداف عمده برپایی غرفه بیماری های خاص در این نمایشگاه، جذب کمک های مردمی برای کمک به بیماران خاص بود.

گفتنی است، سیزدهمین نمایشگاه بین المللی قرآن کریم پذیرای خیل بازدیدکنندگان در مصلی امام خمینی (ره) تهران بود.

## حضور چشمگیر بنیاد امور بیماری های خاص در نمایشگاه دبی

غرفه بنیاد امور بیماری های خاص در نمایشگاه "DIHAD" دبی، حضور چشمگیری داشت. بنیاد امور بیماری های خاص تنها مؤسسه شرکت کننده از کشور ایران در این نمایشگاه بود.

از اقدامات قابل توجه این بنیاد در طول برگزاری نمایشگاه فریبور می توان به پخش الواح فشرده و بروشور معرفی بنیاد، اشاره کرد.

همچنین مسؤولان غرفه بنیاد اطلاعات کاملی را راجع به عملکرد و فعالیت این مؤسسه به صورت شفاهی در اختیار مراجعه کنندگان و سایر غرفه داران، قرار می دادند.

بنیاد امور بیماری های خاص، در نمایشگاه دبی توانست نحوه فعالیت های ایران را در زمینه بیماری های خاص به مردم نقاط مختلف دنیا نشان دهد و تجربه های ارزنده ای جهت شرکت در نمایشگاه های آینده کسب کند.

همچنین شرکت بنیاد در این نمایشگاه نقاط ضعف و قوت این مرکز را نمایان کرد، از جمله نقاط ضعف بنیاد رami توان فقدان بروشورهای آموزشی لاتین و عربی، کمبود پوسترهای تبلیغاتی لاتین و نداشتن امکانات اولیه تبلیغی جهت شرکت در نمایشگاه های بین المللی دانست.





با استفاده از کتاب های بنیاد امور بیماری های خاص

## طرح مطالعاتی دانش آموزی "بیماری های ارثی" به پایان رسید

امی (Emia) به معنی خون گرفته شده است و به آن آنمی مدیترانه ای یا آنمی کولی و در فارسی کم خونی می گویند. طرح مطالعاتی "بیماری های ارثی" راسه دانش آموز یاد شده با راهنمایی معلم خود - علوی - انجام داده اند.

"بیماری های ارثی" عنوان طرحی تحقیقاتی است که توسط سه تن از دانش آموزان دبیرستان غیرانتفاعی دخترانه "ربانی" با نام های "شقایق نوروزی"، "روژین سرهی" و "ساقی حبیبیان" و با استفاده از کتاب های موجود در بنیاد امور بیماری های خاص، تألیف و تدوین شده است.

این طرح شامل یک مقدمه و دو فصل می باشد که مقدمه به تاریخچه بیماریهای وراثتی، فصل اول به کروموزوم و ژن و فصل دوم به تالاسمی و مشکلات خونی، پرداخته است.

در مقدمه می خوانیم: "در بیست سال اخیر نزدیک به ۲۴۰۰ بیماری ارثی شناخته شده است، متأسفانه با وجود آنکه به طور روزمره با مبتلایان به بیماری های گوناگون مواجه هستیم، روشهای درمانی در این زمینه به پیشرفت های آنچنانی نایل نیامده است. می توان با به کار گرفتن یک عده از قوانین مدون و قطعی علم وراثت تا حد امکان از پیدایش افراد مبتلا به بیماری های ارثی و یا کسانی که مادام العمر از نقایص ژنتیکی خودرنج می برند، بکاهیم."

همچنین در فصل اول راجع به تقسیم میوز، آمده است: "تقسیم میوز، تقسیمی است دو مرحله ای که در آن در تقسیم اول کروموزوم های مشابه و در تقسیم متوالی دوم کروموزوم های خواهر، از هم جدا می گردند و نتیجه آن ایجاد سلولهای تناسلی "گامت" ها می باشد). در فصل دوم نیز در تعریف تالاسمی، می خوانیم: "تالاسمی یک واژه یونانی است که از دو کلمه تالاسا (talassa) به معنی دریا و







## بازدید سالمندان دیابتی از موزه تماشاگاه زمان

موزه تماشاگاه زمان دوشنبه ۲۱ آذرماه برای نخستین بار میزبان گروهی از سالمندان مبتلا به دیابت تحت درمان کلینیک دیابت مرکز پزشکی خاص بود. این گروه ۳۰ نفره که از سوی مسئولین موزه با هماهنگی روابط عمومی بنیاد دعوت شده بودند از دوسالن اصلی بازدید کردند. در این موزه انواع زمان سنج ها و ساعت های دیدنی مانند ساعت های آفتابی و سفری متعلق به ناصرالدین شاه یا ساعت جیبی متعلق به احمد شاه موجود است. این موزه همچنین روایتگر تاریخ مهم زمان سنجی است که قدمتی چهارهزارساله دارد. بازدید از موزه تماشاگاه زمان در واقع با هدف تدارک برنامه های تفریحی و آموزشی برای بیماران به ویژه سالمندان اجرا شده و در تداوم اردوهای تفریحی بنیاد امور بیماریهای خاص برای کودکان و دانش آموزان مبتلا به بیماریهای خاص است.







# اقدامات بنیاد امور بیماری های خاص به مناسبت روز جهانی دیابت و هفته حمایت از بیماران کلیوی

اشاره:

روابط عمومی بنیاد امور بیماری های خاص طی گزارشی، اقدامات این بنیاد را به مناسبت روز جهانی دیابت و هفته حمایت از بیماران کلیوی در ۱۲ بند تشریح کرد که مشروح آن تقدیم خوانندگان می شود.

۱- برپایی یک روزه ۴ چادر در میدان های اصلی شهر تهران شامل ونک، ولیعصر، آزادی و رسالت

این اقدام نتایج زیر را در برداشت:

\* تست قندخون بیش از ۱۵۰۰۰ نفر که بطور رایگان و داوطلبانه به چادرها مراجعه کردند.

\* مشاوره پزشکی مراجعین درباره بیماری دیابت

\* تکمیل ۳۲۰ پرسشنامه طرح آموزشی پیشگیری از دیابت توسط کارشناسان مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه تهران

\* اطلاع رسانی از طریق پخش بروشور

۲- برگزاری کارگاه آموزشی دیابت برای عموم مردم بالاخص بیماران در مرکز پزشکی خاص.

در این گردهمایی کارشناسان و پزشکان مرکز تحقیقات غدد دانشگاه تهران آخرین اطلاعات و یافته های علمی در مورد دیابت را برای حاضرین تشریح کردند. عناوین سخنرانی های ارائه شده عبارت بودند از:

- وضعیت دیابت در ایران
- پیشگیری از دیابت
- تغذیه سالم
- آنچه باید در مورد انسولین بدانید
- مراقبت از پا

در این کارگاه آموزشی همچنین تعداد ۷۰ پرسشنامه برای طرح آموزشی پیشگیری از دیابت تکمیل شد. پذیرایی مدعوین نیز با در نظر گرفتن بهترین رژیم غذایی برای افراد به ویژه بیماران دیابتی صورت گرفت.

۳- برگزاری اردوی آموزشی و تفریحی برای کودکان دیابتی در روز تعطیل هفته اردویی برای کودکان و نوجوانان دیابتی تا ۱۴ سال برگزار شد تا آنها و والدینشان بتوانند در کنار هم از مطالب آرایه شده استفاده کنند.

برنامه های این اردو شامل دو جلسه آموزش سخنرانی و پرسش و پاسخ با حضور دکتر محمد زاده کارشناس مرکز تحقیقات غدد و دکتر دیبا عضو انجمن دیابت بود.

رویکرد دکتر محمدزاده در جلسه بیشتر پاسخگویی به سوالات حاضرین بوده که اکثر ایشان را والدین بچه ها تشکیل می دادند و به طوری که حدود ۲ ساعت موضوع دیابت و راهکارهای مقابله و درمان آن مورد بحث قرار گرفت. عموم سوالات نیز در باره درمان های جدید دیابت، جایگزین های انسولین و تغذیه مناسب بیماران دیابتی بود. اما دکتر دیبا به ارائه اطلاعاتی از آخرین ابزارها و روش های بهبود وضعیت بیماران دیابتی پرداخت و خاطرنشان کرد: در دنیای امروز کنترل و کنار آمدن با دیابت هر روز آسان تر و امیدوار کننده تر می شود. دکتر دیبا انواع وسایل تزریق انسولین را که کاربردی بسیار بهتر و آسان تر از وسایل معمول دارد معرفی کرد.

صبحانه، ناهار و پذیرایی رژیمی مناسب بیماران به علاوه ورزش و آموزش بازی دارت توسط گروهی از ورزشکاران انجمن دارت ایران، فضای آموزشی و تفریحی اردو را تکمیل کرده و انجام کاردستی و ساخت کیف مقوایی برای هدایایی که به عنوان حضور در مسابقه و بازی به کودکان اعطا شد این فضا را شادتر کرد. والدین از برگزاری اردو ابراز مسرت و رضایت

می کردند، لیکن اغلب تقاضا داشتند که حداقل در این اردوها یا با چنین بهانه هایی تعدادی نوار تست قندخون در اختیار ایشان قرار گیرد.

۴- بازدید خبرنگاران از مرکز پزشکی خاص و مرکز دیالیز سوده:

طی دعوتی از خبرنگاران و نمایندگان رسانه های ارتباط جمعی، بازدید از دومرکز پزشکی خاص و مرکز دیالیز سوده صورت گرفت. در این بازدید نمایندگان ۴ رسانه مادر شامل ایرنا، ایسنا، شبکه خبر و واحد مرکزی خبر حضور داشته و از روزنامه های خبر، صاحب قلم، کارو کارگر و نیز باشگاه خبرنگاران جوان نمایندگان در این بازدید شرکت کردند و خبرنگاران از بخش های مختلف مرکز پزشکی خاص از مددکاری گرفته تا کلینیک های تخصصی و آزمایشگاهها دیدن کردند و در مرکز سوده ضمن بازدید با بیماران به گفتگو پرداختند.

مهم ترین انعکاس خبری این بازدید، بهره مندی بیماران مرکز پزشکی خاص از درمان رایگان در این مرکز بود. دکتر کیان رییس این مرکز اعلام کرد از اول آذرماه بیماران خاصی که در این مرکز پرونده داشته و امور درمانی آنها در اینجا متمرکز است از خدمات رایگان بهره مند خواهند شد و فرانشیز مختصری که قبلاً توسط آنها پرداخت می شد نیز برعهده مرکز خواهد بود.

۶- طی هفته آخر آبان ماه بنیاد امور





تلویزیونی با محتوای گفتگو با کارشناسان  
بیماری‌های خاص به ویژه دیابت  
۱۱- اقدام به تداوم پاسخگویی تلفنی و مشاوره  
پزشکی در مورد دیابت با راه اندازی خط  
سراسری و کشوری رایگان  
۱۲- چاپ مطالب تبلیغاتی و آموزشی در  
روزنامه‌های کثیرالانتشار

\*اهداف کنترل قند  
\*بستری کردن بیماران دیابتی  
\*درمان دیس لیپیدمی در دیابت  
\*رتینوپاتی دیابتی  
\*نفروپاتی دیابتی  
\*نوروپاتی دیابتی  
\*پای دیابتی  
\*ورزش در دیابت  
\*روش‌های درمانی دیابت  
۸- چاپ ۲ مورد پوستر برای مراقبت از پا در  
مبتلایان به دیابت  
۹- تهیه و پخش برنامه‌های مختلف



بیماری‌های خاص در دو مراسم مختلف به  
اطلاع‌رسانی پرداخت. درهمایش مراقبت از پا  
و جشنواره سلامت در روزهای ۲۳ آبان و ۲۷  
آبان این بنیاد غرفه‌هایی را به منظور  
اطلاع‌رسانی، آموزش و جلب مشارکت مردمی  
برپا کرد.

۷- چاپ آخرین اطلاعات مربوط به  
پیشگیری و درمان دیابت به شرح زیر و  
باشمارگان بالا برای ارسال به مراکز درمانی از  
جمله فعالیت‌های بنیاد به مناسبت روز جهانی  
دیابت بود.

\*دیابت نوع ۱

\*دیابت نوع ۲

\*اصول آموزشی دیابت بارداری

\*اصول آموزشی نحوه برخورد با

کلسترول بالا در دیابت

\*اصول آموزشی تغذیه در دیابت

\*ورزش و دیابت

\*خطر درکمین پای شماست

\*\*مجموعه ۱۳ جلدی راهنمای عملی

شامل:

\*دیابت نوع ۱

\*دیابت نوع ۲

\*دیابت بارداری

\*درمان فشارخون در دیابت







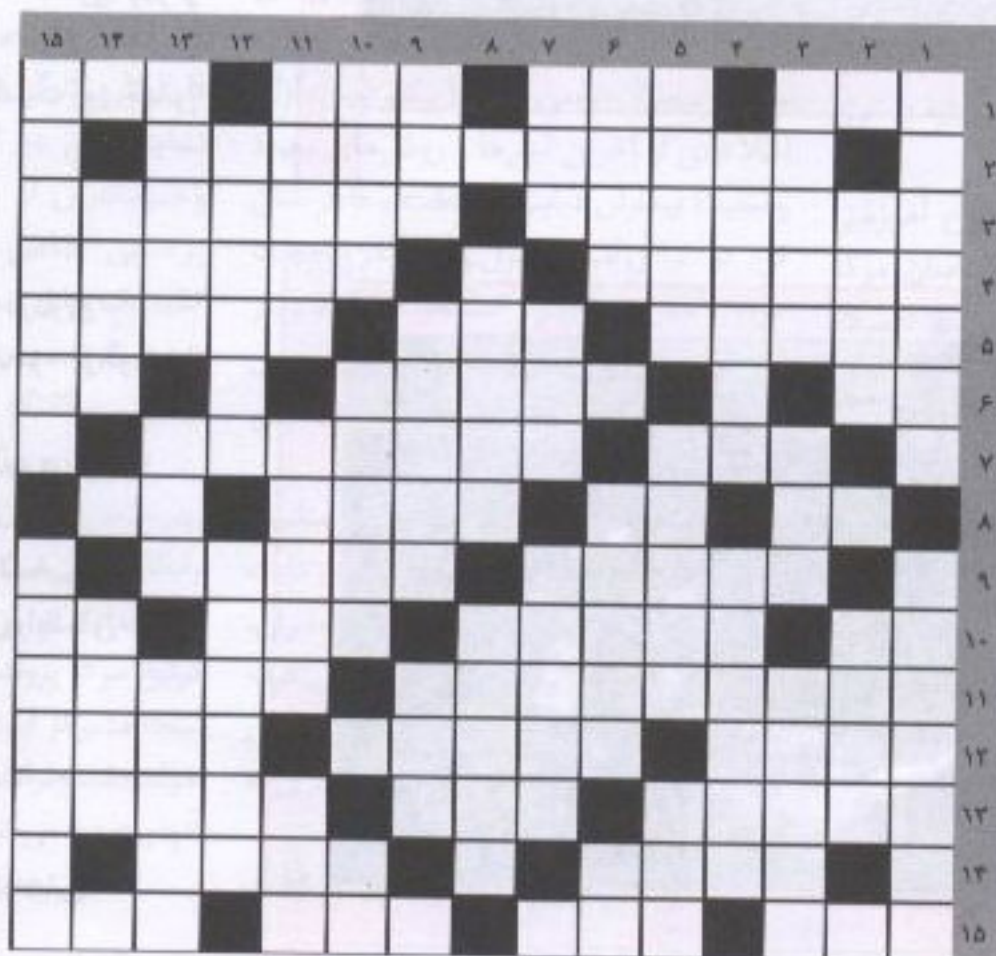
## عمودی

۱- در دیابت نوع یک تولید این ماده در بدن متوقف می شود - کشوری اروپایی ۲- طراح آن را وارونه در جام ریخته است - فریاد شادی ۳- از شخصیت های داستانی کودکان - دره ای حاصل خیز در غرب پاکستان - گهواره پیش از تولد ۴- اثری از صادق هدایت - سالک یا طی آن به هدایت می رسد ۵- سازمان تیم فوتبال - خانه ها - آن از نو و روزی از نو ۶- بیماری ای که می تواند همه گیر شود - کتابی از ابراهیم گلستان - حرف اضافه نافی دیوار ۷- یاران رفته با قلم پا نوشته اند - همراه واقعی - وعده گاه ۸- آلودگی - همنشین و سازده ها ۹- تظاهر - دفتر ایام - شاعر می گوید برتر از گوهر آمد پدید اما زمانه چیز دیگری می گوید ۱۰- در آیین زردشت آنکه عمل نیکش با عمل بدش برابری کند - خواب دانی - آزاده ۱۱- بخش خبری جمله در دستور زبان فارسی - عامل انتقال چند بیماری خاص - بخشش و هدیه ۱۲- نام اثری از مولانا - گونه ای مرض عصبی یا اختلال در قوای عضلانی و دماغی ۱۳- حریص سروته - رنگ

## افقی

۱- ابوالبشر - فرمان - دردانه وارونه - یکی صدا ندارد. ۲- عارضه عمومی قلب و کلیه ۳- فسیل گیاهان و جانوران - اسطوره شناس نامدار معاصر ۴- هوو - صاف و هموار ۵- پاک باخته و صادق - اسلحه کمربند از اخترکان آسمان ۶- دریای عرب - دوستی - پایتخت فراری ۷- قسمت و بخش - در تابستان سال جاری بازار سبزی و تره بار را از رونق انداخت ۸- رود رمانی - اثر آب - از عطرها معروف - از گر آن باید ترسید ۹- پیوسته و پشت سر هم - شهری در ایران و ایالتی در امریکا ۱۰- عدد برنزی - شهری قدیمی با نام باستانی کاسپین - سرود اندوه بر از دست رفتگان - پیشوند ناداری ۱۱- از انواع سرطان که غدد لنفاوی را تهدید می کند - مصرف مواد مخدر ۱۲- درهم و ... - یقیناً و مطمئناً - نام دخترانه ۱۳- اجبار کردن - پشت و رو - سردار فاتح مغول و مؤسس سلسله ایلخانی ۱۴- مداد نقشه کشی - موج سوار بی اعتبار ۱۵- سرزمینی خوش آب و هوا در جنوب عربستان - رنگ نازایی - رحمت مزدایی - آهن چرخ تندرو

آرامش - از انواع بیماری های خاص که بیش از دو میلیون نفر در کشور ما به آن مبتلا هستند ۱۴- حرف بی ربط - تحبیب درخت مجنون ۱۵- از بیماری های خونی - لقب سهراب در شاهنامه.







## یاوران بنیاد در ماههای اخیر

بنیاد امور بیماری های خاص از همه شخصیت های حقوقی و حقیقی که با همت خود، به تحقق اهداف این بنیاد و خدمت رسانی به بیماران مبتلا به بیماری های خاص یاری کرده اند، کمال سپاس و امتنان را دارد.

جنرال بام - ایزوناام - صنایع چوب المهدی - هنکل پاکوش - ارتباط صنعت -  
کشت و صنعت کارون - عمران تهویه - نارایران - ایزوبان - ایزوگام تهران -  
مجله موفقیت - شرکت ایران برک

هفته نامه ندای ایران - شرکت می ماس - کیمیا فام - شرکت دانیال  
ودیان - شرکت آرتا - شرکت بلور کاوه - شرکت آونگ - تک ماکارون -  
شرکت کفش شیم - شرکت نیک - شرکت نیک کالا - انتشارات محمد

شرکت مادایران - شرکت نرگس شیراز - پشم شیشه ایران - گروه  
بهمن - شرکت دنا ارمغان - شرکت پارس گلاب - شرکت گلپسند -  
شرکت پارس پاپیروس - گنج خمیر - روزنامه شرق - شرکت ویرا -  
بیسکویت ایران



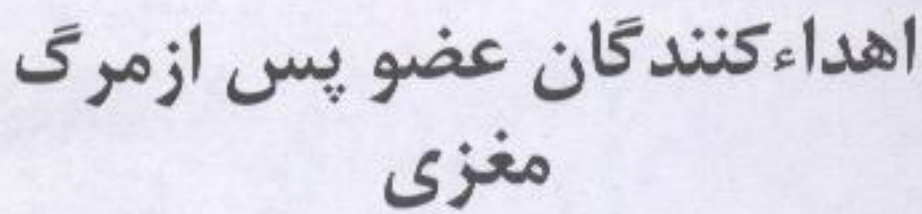


شرکت سگال شرق - پیشرو گستر جنوب - لاستیک دنا - شرکت بسمان  
شرکت شیمافیلیم - شرکت پارثوآ - شرکت پلان - شرکت بهسرما -  
شرکت رادسرما - شرکت الکترواستیل - چاپ آزادی

شرکت خاورمیانه - ستاره کویریزد - شرکت گرم اوران - شرکت گچ سپیدار -  
شرکت تک الکترونیک - حریر گستر پرنیان - مواد شوینده بانو - شرکت روژین  
شرکت پارس کرپ - شرکت عالیا گلستان - شرکت تلاونگ

شرکت آریانیک - شرکت کاراتلفن - شرکت کاوه - شرکت تحقیقاتی آب -  
استیل ایران - شرکت تالیا - گچ سمنان - تجهیزات مدارس ایران - شرکت  
جهان بایگان - مجله آهنگ زندگی - سیمان درود





اسامی ذیل، نام آن انسان های فرشته سیرتی است که بااهدای یک عضو از بدن خویش به بیماری که ادامه زندگی اش به پیوند این عضو بستگی داشت، جایگاه والایی در بهشت برین برای خود ذخیره کرده اند.

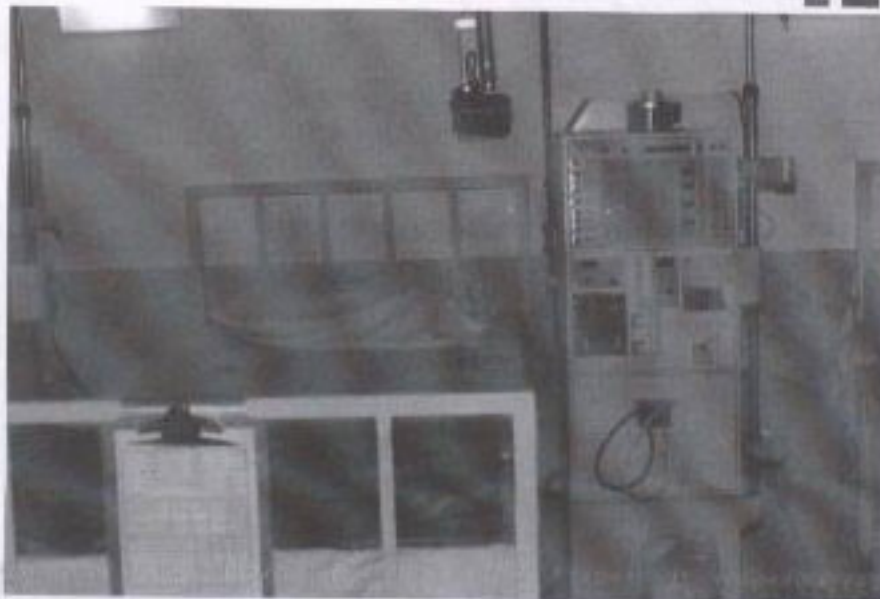
১৭

نادیا ایزدی از تهران - پرویزملکی از اسلام شهر - مجتبی نصرتی از کرمانشاه - مهوش بهزادی پور از کرج - معصومه حلمی از تهران - مریم حسین مردی از تهران - احمد اسماعیل زاده از اردبیل - ایمان پور تقی کیا از مازندران - فرامرز اولاد مجید از تهران - راشین افتخاری از تهران - فاطمه فضل الهی از تهران - زهرا بابامرادی از تهران - عباس باقری از اراک - محبوبه شجاعی سعیدی از کن - مهرداد جعفری مهر از تهران - بروز نور از تهران - زاده اقتصاد از تهران - شیرین خلیفه آقا از تهران - سیده ساره خراسانی از تهران - سعید عسگری از تهران





سید علی قاضی دزفولی از تهران - اسماعیل  
صداقت از تهران - حمید فراستی از تهران -  
علیرضا مهر اندیش از تهران - مهدی رحیمی از  
آذربایجان غربی - فرشید ملکی پور از کرمان -  
فاطمه پایور از کرمان - محمد رضا لاهوتی از  
تهران - داود نعیمی از اراک - علیرضا فغانی پور  
از اراک - ابوالفضل صفری از اراک - علی نظامی  
فراز اراک - مرضیه غیاث آبادی از اراک - فاطمه  
نجف زاده از امل - نادره امینی از تهران - ایران  
جاه بین از تهران - حسین قطبی راوندی از  
کرمان - مژگان عدالت از تهران - حسین لطفی  
از تهران - مرضیه اشرفی از تهران - سمیرا  
فرجی از تهران - رحمت زمانی از تهران



نساءرجبی از تهران - مرتضی تقیان نسب از  
همدان - مهدی مروی از تهران - طاهره پارسا از  
تهران - علیرضا نو بخت از کرج - ندا ماندنی از  
کرج - طاهره اکرمی از مشهد - فاطمه حسن پور  
از تهران - وجیهه شبانی از تهران - علی  
دهکردی از تهران - مهدیه چگینی از تهران -  
نرگس طاهر خانی از تهران - ناهید شیخ  
محمدی از اراک - آئینا شبانی از تهران - زهرا  
بخت یاری از تهران - اشرف غلامی از اراک -  
شهریار جعفری از اراک - حمید بهرام بیگی از  
اراک - راضیه حسین پور از تهران - نرگس  
جابرزاده از تهران - ژاله صدیقی از تهران  
سپیده صدیقی از تهران - محسن عرب از  
تهران - فرود کبیری از اصفهان





## معلومات عن الثلاسيميا

د. أندرو لا إيفثيريو

about aboutthalassaemia  
about thalassaemia  
about thalassaemia



www.tifad.org



ISBN 9863-823-40-9

THALASSAEMIA INTERNATIONAL FEDERATION

بنیاد امور بیماری های خاص منتشر کرد