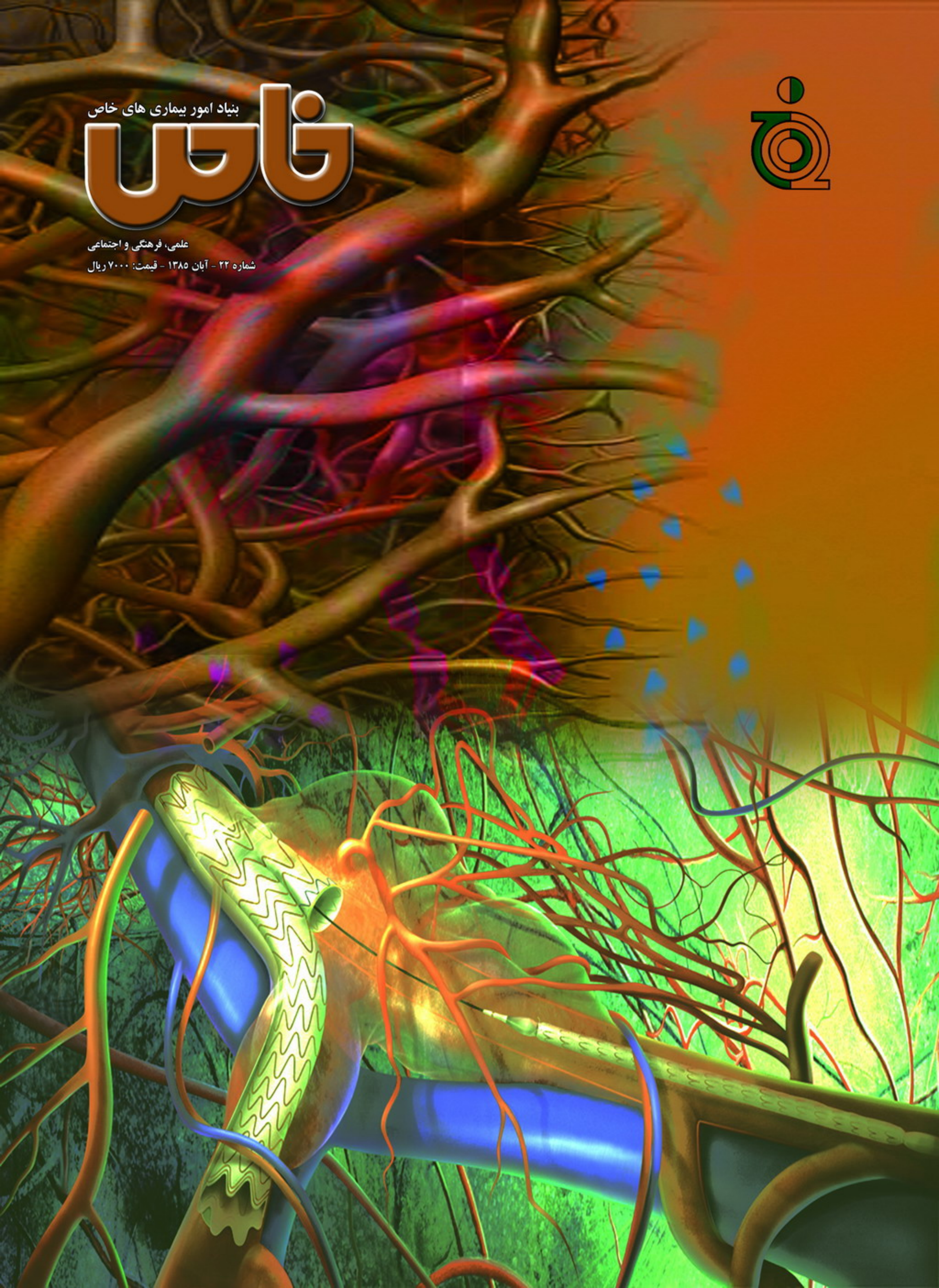


خاص

بنیاد امور بیماری های خاص

علمی، فرهنگی و اجتماعی

شماره ۲۲ - آبان ۱۳۸۵ - قیمت: ۷۰۰۰ ریال



بسم ا... الرحمن الرحيم

فهرست

صفحه	عنوان
۲	تحقیقات در زمینه بیماران خاص و نیاز حمایت ملی و مردمی - - - - -
۳	عینک نماد اندیشه است - - - - -
۴	در جست و جوی آرمان شهری پر جمعیت - - - - -
۶	زندگی شگفت انگیز و الهام بخش - - - - -
۸	طب ایران در زمینه پیوند اعضا شهرت جهانی دارد - - - - -
۹	مضرات دخانیات بر سلامتی - - - - -
۱۴	فدراسیون بین المللی تالاسمی (TIF) را بشناسیم - - - - -
۱۷	موسیقی رنگ است - - - - -
۲۰	روانشناسی بالینی بیماران خاص - - - - -
۲۴	بررسی درمان ترکیبی دسفرال و L1 در بیماران مبتلا به بتا تالاسمی - - - - -
۲۷	نارسایی کلیه و طب سنتی - - - - -
۲۹	استفاده از مگس ها در درمان زخم های عفونی با تأکید بر زخم های دیابتی - - - - -
۳۵	در اینترنت بستی شوید - - - - -
۳۶	بیماران تالاسمی و ورزش - - - - -
۳۸	همنفس؛ روایت تک افتادگی - - - - -
۳۹	باز یاران - - - - -
۳۹	نگاه به زندگی - - - - -
۴۰	نصیحت حضرت مولانا به مردمان ایران زمین - - - - -
۴۰	مناجات - - - - -
۴۱	گسترش همکاری های بنیاد امور بیمار یهای خاص با فدراسیون بین المللی کلیه - - - - -
۴۳	اخبار - - - - -
۵۳	یاوران بنیاد - - - - -



صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری های خاص
مدیر مسؤول: فاطمه هاشمی
سردبیر: دکتر باقر لاریجانی
مشاور مدیر مسؤول: دکتر حمید رضائی قلعه

هیأت علمی:

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

همکاران تحریریه:

محمدرضا گوش، امید بی نیاز، علی میلانی بناب، هاتف
جلیل زاده، نوشین توفیقی، سید مهدی حسینی (آورند)

همکاران اجرایی:

فریبا لاهوتی، فریبا آتھاج، مجید رویین تن، مریم اسدی،
زهرا رضاییان قرانی، احسان... خلج، نیلوفر رنجیر، آزاده
دریابی

طراح و صفحه آرا: ستار سبحان تعلقی

حروفچینی: سهیلا زمانی

پست الکترونیکی بنیاد امور بیماری های خاص:

Email: Info@ciffsd.org

Khas@ciffsd.org

نشانی نشریه: تهران، صندوق پستی ۱۵۸۱۵/۳۳۳۳

تلفن: ۸۸۷۱۱۳۲۹ - ۸۸۷۱۱۰۲۹

دورنگار: ۸۸۷۱۰۷۹۶

سرمقاله

تحقیقات در زمینه بیماران خاص و نیاز حمایت ملی و مردمی

دکتر محمد باقر لاریجانی

خوشبختانه در سالهای اخیر پیشرفت های چشمگیری در تحقیقات عالم پزشکی رخ داده است. ظهور بیشتر و بهتر محققین در صحنه های بین المللی و چاپ و انتشار بیشتر مقالات در بانک های معتبر و چاپ و انتشار بیشتر مجلات علمی داخلی گواه این پدیده میمون است. گاهگاه و هر از گاهی هم در تحقیقات، در زمینه های کاربردی خبری نو و خوشحال کننده رخ می نماید که باز هم باید به آن به عنوان یک علامت نویدبخش نگریست.

اما به نظر می رسد ظهور تحولات آتی و بزرگ در زمینه تحقیقات پزشکی و از جمله بیماری های خاص نیازمند تدابیری وسیع تر است. اگر چه فضل الهی و دانش لایزال او و حمایت او از روح بشری برای ارتقاء زندگی و سعادت و سلامت را نباید منکر بود اما تلاش و تحقیق برای یافتن راه حل مشکلات امر دیگری است و ظهور نتایج درخشان در آن سیر نیاز به بستر سازی جدید و توسعه یافته تری دارد.

گر چه همه تحقیقات از این گونه نمی باشد و ما هنوز در برخی زمینه ها محتاج تحقیقات کاربردی کوچک و کم هزینه برای اصلاح ساختارهای مرتبط با ارائه خدمات و از جمله بیماران خاص هستیم و جای نگرانی است که بعضاً حتی در مواردی اطلاعات منسجم و منظمی از اپیدمیولوژی و برخی داده های توصیفی بیماری های خاص مشخص نمی باشد که نیازمند تلاش افزونتری است. اما تحقیقات بنیادین تر بطور مثال یافتن راه های جدید درمانی در زمینه داروهای جدید نیازمند هزینه و بسترهای زیادی است.

برخی اطلاعات نشان می دهد از هر ۵۰۰۰ سنتز دارویی که محمول هزاران تحقیق است تنها یکی از آنها منجر به تولید دارو می شود. این تولید با ۵۰۰-۱۰۰ میلیون دلار هزینه ده سال وقت و تحقیق پایه و ۶ سال پس از آن برای شناخت عوارض و وضعیت بالینی آن داروست.

لذا به نظر می رسد انتظارات جدید برای رفع نیازمندی های بیماران خاص، بیماران دردمند سرطانی - تالاسمی - هموفیلی - دیابتی و ... باید متناسب با شرایط باشد.

برای ارتقاء خدمات و یافتن راههای نوین باید بستر سازی و حمایت های وسیع تری از این روند انجام گیرد. سازمان دهی نوین نیروهای محقق و علاقه مند به این بخش و حمایت از آنان و همچنین ایجاد Network تحقیقاتی بوسیله محققین و دیدن همه مسئله بجای تنها اجزایی پراکنده و بی هدف برای حل مسئله، کلید حل معضلات در این زمینه و هر زمینه دیگر است. امید است با حمایت ملی و حمایت مردم نیکوکار ارائه خدمت به این بیماران در نتیجه گسترش تحقیقات جدید و ارزشمند در این زمینه گسترش یابد.

عینک، نماد اندیشه است!

امید بی نیاز

هیچ به یک عینک فکر کرده‌اید؟ آیا عینک می‌تواند یک نماد باشد؟ نمادی که کاری، عملی یا یک واکنشی دوستانه را به ثبت برساند؟ شاید، اولین چیزی که با مطرح شدن این سؤال به ذهن خطور می‌کند، همان حرف فیلسوفانه و ارزشمند از دانشمند علم ارتباطات «مارشال مک لوهان» است، او می‌گوید که عینک یا دوربین عکاسی و فیلمبرداری، ادامه حواس بینایی انسان است، به راستی این حرف خیلی زیبا و جذاب است، اما زیبایی این حرف به چه چیزی ربط دارد، ما وقتی نگاه می‌کنیم، کاری را انجام می‌دهیم، وقتی کاری را انجام می‌دهیم، همیشه احساس خاصی داریم، چون عملی صورت گرفته و ما را از روزمرگی و بی‌کاری نجات داده است، ما وقتی با چشم‌هایمان به گلهای نگاه می‌کنیم، وقتی زیبایی‌های خداوند، نگاه ما را به خود می‌برد، حس خاصی به ما دست می‌دهد، چون حس بینایی ما حرکتی انجام داده است، بنابراین چون عینک، دوربین عکاسی و فیلمبرداری ادامه این حرکت انسانی هستند، می‌توانند همان حس خاص را برای ما تداعی کنند.

حالا همین عینک چه طوری می‌تواند در یک حرکت متفاوت نمادی برابری انسان دوستی و کمک قرار گیرد؟ جواب این سؤال در ابتکار یک صنف یا یک اتحادیه شغلی نهفته است. قصه خیلی ساده می‌نماید، به عنوان مثال فرض کنید که روز جهانی تالاسمی است، در این روز هر کسی می‌تواند، دوستی و برادری اش را به یک بیمار تالاسمی ثابت کند. شاید یک گلریش یا یک شاخه گل ساده و ارزان قیمت، لبخند را بر لبان این بیمار نشانند، نویسنده ای در روزنامه به یاد روز او یادداشتی بنویسد، عکاسی از او عکس بگیرد، یا فیلمسازی این بیمار را به فیلم دریاورد و با این کار خود حرکت دوستانه و انسانی را در قبال او انجام بدهد. صنف و تیپ اجتماعی فرقی

ندارد، بلکه این حرکت است که مهم و شرافتمندانه در ذهن جلوه گری می‌کند. بنابراین همه چیز در یک روز همیشگی به وقوع پیوست. زمانی که فرهنگسرای سلامت میزبان بیماران تالاسمی بود و در یک موسم گرم تابستانی روز جهانی آنان را جشن می‌گرفت، در این روز ۱۲۰ عدد کارت عینک نماد دوستی و شرافت‌های انسانی قرار گرفتند و به بیماران اهدا شدند، اما اهمیت این حرکت در یک نکته مهم نهفته است، این نکته هم چیزی جز یک حرکت صنفی نیست، معمولاً جامعه ما رو به سمت مدرنیته پیش می‌رود، یکی از خصوصیات این جوامع هم افزایش گروه، تشکل، تعاونی و اتحادیه‌های صنفی است، معمولاً این اتحادیه‌ها بیشتر به حق و حقوق داخلی خود، میزان دستمزدها، تعرفه‌ها و... می‌پردازند و برای انسجام صنف و تیپ اجتماعی خود تلاش می‌کنند. اما اتحادیه عینک سازان و عینک فروشان تهران با این حرکت خود نشان داد که جای کارهای تازه و متفاوت وجود دارد، حرکت همیشه مثبت است، معمولاً ما در طول روز عادت داریم که شعار بدهیم، گاهی برای ساده ترین کارهای روزانه تصمیم می‌گیریم و بعد هم تصمیم خود را عملی نمی‌کنیم، اما همیشه اصالت در حرکت و عمل است و اصالت عمل یگانه کار پسندیده انسان است، بیهوده نیست که «جان دیویی» فیلسوف بزرگ آمریکای شمالی مکتبی را به همین نام (اصالت عمل) بنیان نهاد و تمام زندگی خود را صرف نوشتن درباره اصالت عمل کرد. حتماً اسم «پراگماتیسم» را شنیده‌اید، پراگماتیسم به معنی عمل گرایی است، وقتی «جان دیویی» در سال ۱۸۵۹ به دنیا آمد، علم فلسفه در کل به تئوری و نظریه پردازی می‌پرداخت، پدر «دیویی» کشاورزی بی سواد بود اما گوئی، «جان» بزرگترین علم بشر یعنی تلاش و فعالیت را از او آموخت. «جان» در

خانواده ای به دنیا آمد، که نسل در نسل روی زمین کار و فعالیت کرده بودند. آنها کشاورز بودند و مثل پدران همگی ما از یک شغل یا تیپ اجتماعی ساده به شمار می‌رفتند. اما تنها پیامدی که برای جان دیویی از اجداد کشاورزش به جا ماند، فعالیت بود، بنابراین او فلسفه را مانند ابزاری عملی برای حل کردن مسائل اجتماعی انسان، قلمداد کرد. پس همه چیز عمل است، وقتی ما همان چیزی را که در دسترس داریم و آن را وسیله ای برای آرامش و آسودگی خاطر دیگران به کار می‌بریم، عمل و حرکت را اصالت قرار داده ایم، وگرنه پول، جایزه، هدیه، گل، عینک و... هر کدام اشیاایی هستند که خاطره عمل و کار ما را در ذهن تداعی می‌کنند. همان کاری که دوستان عینک ساز ما برای بیماران تالاسمی انجام دادند و خاطره کار خود را با عینک‌هایشان در ذهن یکی از پاک ترین و مظلوم ترین قشرهای اجتماعی کشورمان ماندگار کردند. آنها در یک روز تابستانی جمع شدند تا ساخته‌های دست خود را به بیماران تقدیم کنند، این ساخته‌ها هم چون محصول عمل، تلاش و اندیشه شخصی و زحمات فردی آنها بود، همیشه در خاطره و ذهن بیماران باقی خواهد ماند، بچه‌های عینک ساز، برای این کار خود ابتدا ۱۲۰ عدد کارت عینک تهیه کردند و در اختیار بیماران تالاسمی گذاشتند، بیماران هم با کارت‌های خود به نمایشگاه عینک تهران مراجعه کردند و عینک‌های خود را دریافت کردند، در این میان بعضی از بیماران دوربین یا نزدیک بین بودند که هر کدام عینک مخصوص به خود را از اتحادیه عینک تهران گرفتند، بیماران دیگری هم به هر دو عینک نیاز داشتند که هر دو را با هم دریافت کردند، پس از این اقدام شایسته، عینک سازان ساکت نشستند و طبق نشانی و شماره تلفنی که از بیماران تالاسمی داشتند، با آنها تماس برقرار کردند، عینک سازان از بیماران درباره کیفیت عینک‌ها و رضایت آنها سؤال پرسیدند و اکثریت بیماران تالاسمی هم از عینک‌های خود ابراز رضایت کردند، با این حال این روز دوستانه و این خاطره مشترک گذشت، اما یک حرکت و عمل اصیل را در یادها به جا گذاشت حرکتی که برای هر صنف و عمل نمادین او در برابر هر نوع بیماری خاص و یا غیر خاص مانند الگو و کاری متفاوت است.

در جست وجوی "آرمان شهری" پر جمعیت

شیما ابوالفضلی

سیمان و آهن و یا وسایلی که برای تجهیز بیمارستانها و درمانگاههایمان نیاز داریم و یا دستگاههایی که خرید آنها برای ما خیلی مشکل است. شاید بعضی از خیرها کمک بسیار ناچیزی به بنیاد داشته باشند اما همین کمکهای کوچک هم برای ما از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. چون این کمک ها همه از احساس آنها نشأت گرفته است، برای ما بسیار امیدوارکننده هستند و این امید را به ما می دهد که قلب های زیادی برای شاد کردن این کودکان می آیند.

تلاش برای رابطه ای دوسویه

بی شک بحث کمک به بیماران تنها با یک رابطه دو سویه فراهم می شود. در بنیاد امور بیماری های خاص به عنوان یک نهاد غیر دولتی و خیریه، عده ای از کارمندان شریف، اهل دل و زحمت کش کار می کنند که بخش عظیمی از وقت و فکر و ذکر خود را در اختیار کمک به بیماران، تماس با خیرین و تلاش برای بهبود وضعیت روحی و جسمی بیماران قرار داده اند، اما به راستی ارتباط و همکاری مردم و خیرین با بنیاد امور بیماری های خاص چگونه است؟ و اصولاً خیرینی که به بیماران کمک می کنند از کدام قشر و تیپ های اجتماعی به شمار می روند؟ شمیرانی درباره این همکاری و هماهنگی دوسویه بین بنیاد امور بیماری های خاص و مردم به مسائلی از قبیل روابط

می کنند بسیار چشمگیر هستند. این اولین جملاتی است که شمیرانی رئیس دفتر مشارکت های مردمی بنیاد امور بیماری های خاص در رابطه با بحث مشارکت های مردمی بر زبان می آورد. جملاتی که همواره نوعی امیدواری سرد را در ذهن تداعی می کنند. شاید اولین بار با شنیدن رقم هزار، لحظه ای مفرح و امیدوارکننده برای ما به وجود آید، اما این لحظه گویا چندان هم ممتد و طولانی نیست چرا که ما در کشوری زندگی می کنیم که نزدیک به ۷۰ میلیون جمعیت دارد و این جمعیت ۷۰ میلیونی هم دارای اعتقادات و باورهای خاص خود هستند.

از این رو واژه نوع دوستی و کمک همواره برای ما با تقدس خاصی همراه است و گویی انتظارات بیشتری از یک فرد مسلمان و ایرانی وجود دارد. چرا که اهمیت وضعیت بیماران خاص، جزویکی از بحث های شرافتی و وجدانی، جامعه ماست. با این حال نحوه کمک کردن نیز مهم است. آن چنانکه شمیرانی، از نحوه کمک کردن افراد یا امیدواری یاد می کند.

وی در این باره می گوید: کمک ها متنوع هستند و به دو صورت نقدی و غیر نقدی ارائه می شوند.

بعضی از شرکت ها ترجیح می دهند کمک های مالی به بنیاد کنند اما بعضی دیگر جنس مورد نیاز ما را در اختیارمان می گذارند. مثلاً

شاید اولین چیزی که در رابطه با کمک به بیماران خاص به ذهن خطور می کند، خاطره خیابان قدیمی ویلا است. خیابانی که در آن جا، ساختمان چند طبقه مرکز پزشکی خاص قرار دارد و همواره گروه زیادی از افراد را با پدیده بیماری های خاص درگیر کرده است. در طبقه همکف آن بیماران روی صندلی های سالن نشسته اند و با چهره ای متفکر، قیافه پزشکان، کارمندان و خیرینی را مرور می کنند که همواره به آنها کمک می کنند و گویی سمفونی امید به زندگی را در گوش های آنان طنین انداز کرده اند. شاید واژه یاری به بیماران خاص لحظاتی فکرا به سوی ساختمانی در تقاطع خیابان شهید بهشتی و ولیعصر (عج) هدایت کند. ساختمانی ساکت و آرام که پرونده بسیاری از بیماران خاص را در دل خود جای داده است و همواره فکر بنیانگذار این مکان (بنیاد امور بیماری های خاص) را به خود مشغول کرده است. با این حال خدمت رسانی به بیماران خاص در یک مکان و گروهی از آدم ها خلاصه نمی شود و گویی قلمروی وسیع به وسعت وجدان انسان را در بر می گیرد.

هزار نفر و هیچکس

«اقتشار جامعه به ما کمک می کنند. چه سازمانهای خصوصی، چه دولتی، همه کسانی که نیکوکارند به ما کمک می کنند، تعداد نیکوکارهایی که در حال حاضر به بنیاد کمک

عمومی فکور و نیرومند اشاره می‌کند و عوامل زیادی از جمله تبلیغات را در این همکاری دوسویه دخیل می‌داند.

وی در این باره می‌گوید: روابط عمومی بنیاد با شرکت‌ها و ادارات صحبت می‌کنند و کار ما را برای آنها توضیح می‌دهند و همین توضیحات و تبلیغات باعث می‌شود که آنها بیشتر به طرف بنیاد جذب شوند. تبلیغات اثر مهمی در کمک‌های مردم دارد حتی می‌توان گفت قشر متوسط جامعه با اینکه از وضع مالی چندان خوبی برخوردار نیستند بیشتر یاری‌دهندگان ما از این قشر هستند و ما تمام این‌ها را مدیون نحوه



تبلیغات می‌دانیم، البته هنوز هم بعضی از مردم حتی صندوق کمک‌های ما را نمی‌شناسند و از آن اطلاعی ندارند اما من فکر می‌کنم با کمک شما و تبلیغاتی که در این زمینه داریم بنیاد را به همه می‌شناسانیم. ما برای گسترش مراکز درمانی به بیماران در سراسر ایران صندوق‌هایی گذاشته‌ایم، این صندوق تنها خاص تهران نیست و در بسیاری از شهرستان‌های بزرگ از جمله قزوین، رشت، همدان، قم و... صندوق داریم که ۶۴۰ عدد هستند و اهالی این شهرستان‌ها هم کمک‌های خود را از طریق این صندوق‌ها به بیماران می‌رسانند.

محمودی درباره رابطه دوسویه خود و همکارانش با مردم و خیرین می‌گوید: دفتر

مشارکت‌های مردمی در سال ۱۳۸۳ تأسیس شد و یک‌سری صندوق تهیه و نصب شده‌اند. اما در رابطه با ارتباط با خیرین باید بگویم اغلب ما به آنها زنگ می‌زنیم، با شرکت‌ها و مؤسسات مختلف تماس می‌گیریم و نیازهایمان را برای آنها شرح می‌دهیم، بعضی‌ها از همان آغاز کمک می‌کنند و حتی از این کمک بسیار خوشحال می‌شوند و از اینکه این کار را انجام می‌دهند احساس رضایت می‌کنند.

به نظرم تبلیغات تلویزیونی بسیار در این

برای کمک به بیماران در سراسر ایران صندوق‌هایی گذاشته‌ایم، این صندوق تنها خاص تهران نیست و در بسیاری از شهرستان‌های بزرگ از جمله قزوین، رشت، همدان، قم و... صندوق داریم که ۶۴۰ عدد هستند و اهالی این شهرستان‌ها هم کمک‌های خود را از طریق این صندوق‌ها به بیماران می‌رسانند

امریه ما کمک می‌کند. البته جالب اینجاست که بیشتر کسانی که به ما کمک می‌کنند کسانی هستند که از تحصیلات بالایی برخوردارند. اما این چندان مهم به نظر نمی‌رسد چون احساسات رفیق انسان‌ها با تحصیلات کاملتر نمی‌شود این احساسات از قلب نشأت می‌گیرند قلب پاکی که در سینه انسان‌ها می‌تپد.»

خانم محمودی در ادامه می‌افزاید: «ما ۳ نفر هستیم که در دفتر مشارکت از سال ۸۳ کار می‌کنیم، ما با خیرین تماس می‌گیریم و نیازهایمان را به آنها می‌گوییم و آنها هم یاریمان می‌دهند. حتی بیشتر از آن چیزی که توقع

داریم.»

با این تفاسیر هنوز بارقه‌هایی از امیدواری وجود دارند و بسیاری از مردم که از خیرین جامعه ما هستند، در کسوتی پنهانی در راه کمک به بیماران خاص قدم برمی‌دارند.

در آرزوی اتوپیایی یا جمعیت بیشتر

وقتی با نام خیرین رو به رو می‌شویم، بی‌شک شهری آرمانی و اتوپیایی در ذهن نقش می‌بندد، شهری که اگرچه به تعبیر آقای شمیرانی جمعیتی بالغ بر صدها نفر دارد اما همواره ما را به آینده‌ای بهتر امیدوار می‌کند. با این حال کمک کردن و یاری دادن از سوی آنها، همیشه در گرو اتفاق است. یعنی همواره انسان با اتفاقی در ذهن متحول می‌شود، دچار تغییر روحی می‌گردد و در همان حال در مرز شرافت‌های انسانی ماندگار می‌شود.

شاید خالی از لطف نیست که پایان این بحث را با خاطره یکی از کارمندان خوب دفتر مشارکت‌های مردمی به پایان ببریم. شاید بعضی از اوقات در یک خاطره یا نقل قول، نکات انسانی فراوانی وجود دارد، که از هر تفسیری مصمم‌تر جلوه می‌کند. خانم محمودی درباره بهترین خاطره خود در رابطه با بیماران خاص می‌گوید: «یکی از خیرین ما در چاپخانه کار می‌کند و کارهای تبلیغاتی ما را انجام می‌دهد یک روز در خلال صحبت‌هایم به او گفتم بزرگترین آرزویم این است که یکی از خیرین خودش با ما تماس بگیرد که به چه چیزی نیاز داریم بعد از یک ماه یک نفر زنگ زد و گفت من می‌خواهم به شما کمک کنم شاید کمکی نیاز دارید و من بعد از پرسیدن کار او و فهمیدن اینکه او در چاپخانه کار می‌کند نیازمان را مطرح کردم در آن لحظه متوجه شدم که او همان فرد است و خوشحالی‌ام چند برابر شد.»

فرهنگی

زندگی شگفت انگیز و الهام بخش



در زندگی به سمت مستقیم و راست پیش

برو... همیشه و در هر راهی.

من نیک ژوویسک هستم، گواه خداوند آمدند.

هستم برای لمس هزاران قلب در دنیا! بدون هیچ دست و پایی متولد شدم در حالی که پزشکان هیچ تجربه پزشکی برای این «نقص مادرزادی» نداشتند، همان طور که تصور می‌کنید با مشکلات بسیاری رویه رو بوده‌ام.

«هر زمان با ناملایمات متعدد رو به رو می‌شوید، با مسرت رفتار کنید»

(آیه‌ای از انجیل)

در شمارش دردها و سختی‌هایم آیا جایی برای شادی و مسرت می‌ماند؟ زمانی که پدر و مادرم مسیحی بودند و پدرم کشیش کلیسایمان، آنها این‌آیه را خوب می‌شناختند. اگرچه، در یک روز صبح ۴ دسامبر ۱۹۸۲ در ملبورن استرالیا «پروردگارا تو را سپاس» تنها کلماتی بود که می‌شد از آنها شنید.

اولین فرزند پسر آنها بدون دست و پا متولد شد! هیچ هشداری که آمادگی آنها را در برداشته باشد وجود نداشت. پزشکان از این که هیچ پاسخی برای آن نداشتند در حیرت بودند. هنوز هیچ دلیل پزشکی دال بر چرایی این اتفاق وجود ندارد و من نیک، در حال حاضر برادر و خواهری دارم که مانند هر نوزاد معمولی دیگری به دنیا

تمام عالم مسیحیت از تولد من افسوس می‌خوردند و والدینم بسیار گیج و مبہوت بودند. هر کسی می‌پرسید: «اگر خداوند، خدای عشق است، پس چرا اجازه می‌دهد چنین اتفاق بدی نه برای هر کس دیگر، بلکه برای مسیحیان ایثارگر افتد؟» پدرم تصور می‌کرد من برای سالیان طولانی زنده نخواهم ماند، ولی آزمایش‌ها نشان می‌داد که من یک نوزاد کاملاً سالم هستم تنها با نقص عضو دست و پا.

همانطور که قابل فهم است، والدین من نگرانی عمیق و ترس آشکاری داشته‌اند، به ویژه از نوع زندگی‌ای که من به دنبال خواهم داشت. خداوند به آنها استقامت، دانش، و شجاعت عطا کرده بود. در سال‌های اول زندگی و

سال‌های بعد وقتی که آن قدر بزرگ شدم که بتوانم به مدرسه بروم، قانون استرالیا به دلیل معلولیت جسمانی، اجازه رفتن به مدرسه عمومی را نمی‌داد. خداوند معجزه‌ای کرد و قدرتی به مادرم داد تا در برابر آن قانون مبارزه کند و سرانجام آن را تغییر دهد. من یکی از اولین دانش‌آموزان معمولی‌ای بودم که در آن مدرسه به تحصیل پرداختم. رفتن به مدرسه را دوست داشتم و تمام تلاشم این بود که مانند هر فرد عادی زندگی کنم، ولی این مربوط به سال‌های اولیه مدرسه بود تا زمانی که به دلیل تفاوت فیزیکی با احساس طرد شدگی و غیر طبیعی بودن مواجه نشده بودم. عادت به آن شرایط بسیار برایم مشکل بود، ولی با حمایت والدینم، شروع به رشد نگرش‌ها و ارزش‌هایم کردم که برای رو به روشن شدن با موقعیت‌های چالش‌برانگیز بسیار مفید بود.

من بر این مسأله واقف بودم که با دیگران تفاوت دارم ولیکن از سوی دیگر من شبیه هر فرد دیگری بودم. بارها اتفاق افتاد که من احساس حقارت داشتم به طوری که نمی‌توانستم به



پدرم تصور می‌کرد من برای سالیان طولانی زنده نخواهم ماند، ولی آزمایش‌ها نشان می‌داد که من یک نوزاد کاملاً سالم هستم تنها با نقص عضو دست و پا

مدرسه بروم، فقط به این دلیل که نمی توانستم با ابراز توجه های منفی آنها رو به روشم. با کمک والدینم تلاش می کردم آنها را نادیده تصور کنم و بتوانم برای خود دوستانی بیابم.

به محض این که دانش آموزان متوجه می شدند من هم دقیقاً مثل آنها هستم موهبت الهی شامل حال من می شد و با آنها دوست می شدم. بارها اتفاق افتاده است که من افسرده و عصبانی شدم، چرا که نمی توانستم راهی را که در آن قرار داشتم تغییر دهم یا هر کسی را به خاطر آن سرزنش کنم. من حتی یکشنبه ها یعنی

دردهایم و به زندگی ام درس جوانی پایان دهم. اما دوباره شکر گزار والدین و خانواده ام هستم که همیشه برای من کانون آرامش بوده اند و به من شجاعت داده اند.

خداوند شرح مصیبت های عیسی را در زندگی من نهاد تا از آن تجربیات برای ارشاد دیگران استفاده کنم برای آنکه بر مشکلات فائق آیند و همواره شکرگزار خدا باشند. نیروی خداوند الهام بخش زندگی شان باشد و اجازه ندهند هیچ مسأله ای بر سر راه آرزوها و رویاهایشان قرار گیرد.

«دلیل آنکه فرد نابینایی به دنیا می آید آن است که خداوند از طریق او قدرتش را آشکار می کند».

من به راستی اعتقاد دارم خداوند به من سلامتی خواهد بخشید، چه بسا که من بتوانم گواه عظیم او از قدرت بهت انگیزش باشم.

بعدها بنا بر درایت من متوجه شدم که اگر ما برای خواسته های خود به درگاه خداوند دعا کنیم، اگر او بخواهد اجابت خواهد شد و اگر او نخواهد که اجابت شود، مطمئناً امر بهتری در آن بوده است. می دانم شگرفی خدا در این است که مرا به کار گیرد فقط در این هیأت و نه در شکل دیگر.

در حال حاضر ۲۱ ساله هستم. کارشناس بازرگانی در رشته حسابداری و برنامه ریزی امور مالی. یک سخنور قابل هستم و امید آن دارم که به خارج بروم و داستانم را برای دیگران تعریف کنم. مباحثم را به سمت تشویق دانش آموزان و جوانان امروزی سوق دهم.

همچنین در گروه های جمعی سخنرانی می کنم. من شرح حال مصیبت های عیسی هستم برای جوانان، و خودم را برای مشیت الهی و آنچه که او می خواهد و آنچه که به او منجر می شود قرار داده ام.

رویاها و اهدافی را که در سر دارم، دنبال می کنم. می خواهم بهترین گواه عشق و امید خداوند باشم و یک سخنور الهام بخش در خدمت مسیحیان و غیرمسیحیان.

در صدد هستم که در سن ۲۵ سالگی به استقلال مالی برسم و با سرمایه گذاری های جدی به تولید ماشینی بپردازم که بتوانم با آن رانندگی کنم.

نوشتن چندین کتاب پرفروش از دیگر رویاهای من است و امیدوارم در پایان امسال اولین نوشته ام را با عنوان «بدون دست، بدون پا، بدون دلهره» به اتمام برسانم.



می دانم شگرفی خدا در این است که مرا به کار گیرد فقط در این هیأت و نه در شکل دیگر

روزهای تعطیل برای آموزش به مدرسه می رفتم.

آموختم که خدا ما را بسیار دوست دارد و مراقب ماست. فهمیدم که بچه ها را بسیار دوست دارد. ولی این را نفهمیدم که خدا اگر مرا دوست دارد چرا مرا این گونه آفرید؟ آیا دلیلش این بود که از من اشتباهی سرزده است؟

اندیشیدم که باید این گونه باشم زیرا در مدرسه، من تنها فرد غیرطبیعی بودم. سرباری بودم برای همه افرادی که در کنارشان بودم. سرانجام باید می رفتم. این بهترین کاری بود که باید انجام می دادم. می خواستم به همه

«و همه ما بر این امر واقفیم که خداوند بهترین ها را انجام می دهد برای کسانی که او را دوست دارند».

این آیه با قلب من صحبت می کند و مرا به این نقطه می رساند که من می دانم اتفاق های بد در برابر خوشبختی، شانس یا توافق هیچ است. من به نهایت آرامش رسیدم، همین که آگاه شدم خداوند اجازه نخواهد داد، در زندگی مان هیچ چیزی اتفاق افتد مگر این که او هدف خوبی در آن قرار داده باشد. در سن ۱۵ سالگی زندگیم را کاملاً وقف کلیسا کردم، بعد از این که در انجیل خواندم عیسی فرمود:

طب ایران در زمینه پیوند اعضا شهرت جهانی دارد

سنت ارزشمند و انسان شریف و متعالی هستند که هم نزد سایر انسانها محبوب هستند و مهم تر اینکه نزد حضرت ایزدی، یک بنده خوب به حساب می آیند. من شک ندارم که بهشت خداوندی، زندگی اخروی این انسان های پاک و با شرافت هست. من از فرصت استفاده می کنم و محضر شنوندگان عزیز این برنامه عرض می کنم که خوشبختانه موضوع پیوند اعضا هم از حیث شرعی و حقوقی و قانونی مورد قبول و حتی تأکید فقهاء و قانونگذار در کشور ما قرار گرفته و به شکر خداوندی، مراکز مجهری در سراسر کشور ما برای پیوند اعضای مختلف از قبیل کلیه، قلب، کبد، ریه، مغز استخوان، پانکراس و چشم، راه اندازی و فعال شده اند و بدون اغراق عرض بکنم که طب مملکت ما از نظر پیوند اعضا حتی در سطح دنیا شهرت جهانی دارد مثلاً مدل ایرانی پیوند کلیه زیانزدایی دنیاست. در پایان عرایضم، به نیابت از بنیاد امور بیماری های خاص که یک مرکز مردمی است و از داوطلبین اهدای عضو ثبت نام می کند، عرض بکنم که داوطلبان عزیز برای اهدای عضو میتوانند با مراجعه به این بنیاد، فرم مورد نظر را تکمیل بکنند و کارت اهدای عضو را دریافت کنند و اگر هم امکان مراجعه حضوری را ندارند از طریق دورنگار و یا پست الکترونیکی با روابط عمومی بنیاد امور بیماری های خاص تماس بگیرند و کارشان را دریافت کنند. عرض بکنم که شماره تماس تلفنی ۸۸۷۲۴۳۱۰ و ۸۸۷۱۳۱۳۷ پاسخگوی پرسش های شهروندان خوب ما در بنیاد امور بیماری های خاص است.



قرآنی داشته باشد و توفیق عمل به اوامر پروردگاری به ما عطا شود. خوب، این امر الهی وظیفه ما را تعیین می کند. اگر به هر وسیله ای بتوانیم جان یک انسان بیمار را نجات دهیم مثل این است که امتی و ملتی را نجات داده ایم. این دستور خداوندی، به اعتقاد من علاوه بر اینکه تکلیفی را برای مؤمنین واجب می کند، دریایی است از گوهرها و مرواریدهای کرامت انسان و نوع دوستی انسانها. من فکر می کنم آنهایی که به این کلام الهی مخلصانه عمل می کنند، نور خدایی قلب هایشان را صفا می دهد و روشن و گرم می کند. خوب، سنت اهدای عضو به این معنا که افراد در زمان حیاتشان بعضی از اعضای بدنشان را که در صورت اهداء به افراد دردمند، مشکلی برای سلامتشان بوجود نمی آورد، هدیه کنند و یا اینکه داوطلبانه بخواهند که اگر به دلیلی فوت شدند و بهتر بگویم اگر متأسفانه به دلایلی دچار مرگ مغزی شدند، عضو و یا اعضای از بدنشان را برای پیوند به بیماران نیازمند به پیوند عضو، اهداء کنند، نماد بارز یک

در ماه مبارک رمضان آثار مهمی از قبیل کاهش جرایم و افزایش ایثارگری مردم اتفاق می افتد. یکی از این آثار، افزایش هدیه عضو از سوی مردم به بیماران است. در این رابطه، برنامه جامعه ایران رادیو فرهنگ مصاحبه ای با آقای دکتر حمید رضائی قلعه مشاور علمی بنیاد امور بیماری های خاص انجام داده است. آنچه در ذیل می آید مشروح گفته های وی است.

خدمت شنوندگان عزیز برنامه «جامعه ایران» سلام می کنم و آرزوی توفیق و قبولی طاعات را در ماه مبارک رمضان دارم. گویا در این دقایق کوتاه بایستی درباره فرهنگ اهدای عضو اشاراتی داشته باشم. من ابتدای عرایضم را با آیتی از کلام ... مجید مستند می کنم. در قرآن کریم که شیرازه فرهنگ عمومی ما ایرانی هاست، آمده است که: اگر جان یک انسان را نجات دهی، گویی که همه انسانها را نجات داده ای. بنابراین، در این ماه مبارک که بهار قرآن خوانده می شود، از درگاه حضرت حق ملتسمانه می خواهیم که گفتار و کردار ما مبنای الهی و

مضرات دخانیات بر سلامتی

علی میلانی بناب

اشاره: با توجه به اینکه رابطه استعمال دخانیات با بسیاری از بیماری‌ها مانند انواع سرطان، فشار خون، بیماری‌های قلبی و عروقی و نارسایی‌های ریوی و کلیوی مشخص شده است، برآن شدیم که از دیدگاه‌های مختلف این مسئله را مورد بررسی قرار دهیم.

وقتی برای اولین بار مایاها که از کهن‌ترین و پر رمز و رازترین تمدن‌های آمریکای مرکزی به شمار می‌روند، در ۱۰۰۰ سال پیش از میلاد مسیح از برگ‌های تنباکو برای جویدن و استنشاق دود آن استفاده کردند، کسی باور نمی‌کرد که این ماده

به یکی از اعتیادزا ترین مواد در سراسر دنیا تبدیل شود. به نظر می‌رسد تنباکو از حدود ۶۰۰۰ سال پیش از میلاد مسیح در قاره آمریکا روییده باشد که تا ۵۰۰۰ هزار سال بعد از آن استفاده‌ای از آن گزارش نشده است. بشر از ابتدا از بسیاری از ترکیبات از جمله قارچ‌ها برای ایجاد حالت خلسه به ویژه در مراسم مذهبی

و سنتی خود بهره گرفته است. گمان می‌رود استفاده از توتون و تنباکو نیز برای اولین بار به همین منظور

بوده است. در ۱۴۹۳ پس از میلاد مسیح اولین استعمال سیگار توسط یکی از همراهان کریستوف کلمب به نام رودریگو د جرز

(Rodrigo de Jerez) در یک مکن عمومی در اروپا رخ داد که این عمل زندانی شدن وی برای مدت سه سال به دستور کلیسا را در پی داشت! در سال ۱۵۶۵ اولین محموله تنباکو به انگلستان وارد شد و در اوایل قرن هفدهم استعمال دخانیات در میان اروپاییان گسترش چشمگیری یافت. گفته می‌شود که در سال‌های ۱۵۹۶ تا ۱۶۴۵ در ترکیه،

ایران و هند برای کسانی که به این ماده اعتیاد داشتند، مجازات مرگ در نظر گرفته می‌شد. اولین

سیگار، که شباهت زیادی به آنچه امروزه مورد استعمال قرار می‌گیرد داشت، توسط سربازان مصری که در جنگ مصر و عثمانی شرکت داشتند تهیه و مصرف شد. به مرور افزایش مصرف این ماده به حدی رسید که در سال ۱۸۵۶ میلادی اولین کارخانه تولید سیگار در انگلستان راه‌اندازی شد. دو سال بعد اولین هشدار پزشکی در خصوص مضرات مصرف سیگار در یکی از معروف‌ترین مجلات پزشکی به نام «لانتت» به چاپ رسید و در سال ۱۹۵۰ ارتباط بین مصرف سیگار و سرطان ریه در یکی از مجلات علمی انگلستان درج شد. نگرانی‌ها و هشدارها در این خصوص به حدی رسید که در ۱۹۶۵ درج هشدار پزشکی در خصوص مصرف این ماده روی بسته بندی‌های سیگار الزامی شد و در ایالات متحده برای اولین بار در سال ۱۹۷۰ پخش تبلیغات تلویزیونی و رادیویی سیگار ممنوع اعلام شد. در سال



در حال حاضر به طور عمده ۵ کمپانی بین المللی کار هدایت تولید و توزیع سیگار در جهان را به عهده دارند که سه کمپانی از آنها آمریکایی هستند و سالانه ۶ هزار میلیارد نخ سیگار تولید می کنند که فقط مصرف ۳ درصد آن در داخل کشور امریکا بوده و ۹۷ درصد مابقی در سایر نقاط جهان صورت می گیرد



۱۹۷۳ نیز اولین محدودیت مکانی مصرف سیگار در فرودگاه ها و هواپیماها در پروازهای کمتر از دوساعت اعمال شد و به تدریج این محدودیت چه از لحاظ مکانی و چه از لحاظ زمانی گسترش یافت.

به مرور از سال ۲۰۰۰ میلادی به بعد دولت ها قوانین منع استعمال دخانیات را در مکان های عمومی وضع کردند. به عنوان مثال در سال ۲۰۰۳ میلادی دولت آمریکا، ۲۰۰۴ دولت ایرلند و از ابتدای سال ۲۰۰۶ دولت انگلیس و اسپانیا قوانینی در این خصوص را لازم الاجرا دانستند. بر اساس آمارهای موجود پس از تجارت تسلیحات نظامی، تجارت مواد مخدر و دخانیات دومین تجارت پرسود جهان به شمار می رود که شرکت ها و تولیدکنندگان محصولات دخانی سعی دارند با انتخاب نام هایی چون سیگار لایت، اولترا لایت، میوه ای و TAR FREE این بازار را نگه دارند و بدین ترتیب در قبال محدودیت های اعمال شده از طرف دولت ها مقاومت کنند. اگر قسمتی از تجارت دارو و تجهیزات

پزشکی که سومین بازار پررونق جهان را به خود اختصاص داده است را نیز مربوط به درمان بیماری ها و عوارض ناشی از مصرف دخانیات بدانیم، متوجه می شویم که رقم بسیار بالایی از حجم میادلات بین المللی مربوط به مصرف دخانیات است. در حال حاضر به طور عمده ۵ کمپانی بین المللی کار هدایت تولید و توزیع سیگار در جهان را به عهده دارند که سه کمپانی از آنها آمریکایی هستند و سالانه ۶ هزار میلیارد نخ سیگار تولید می کنند که فقط مصرف ۳ درصد آن در داخل کشور امریکا بوده و ۹۷ درصد مابقی در سایر نقاط جهان صورت می گیرد. شاید دستیابی به سود هنگفت دلیل این مسئله باشد که دولت ها به رغم آگاهی از تبعات جبران ناپذیر مصرف دخانیات اجازه تولید این محصولات را لغو نمی کنند. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی کشورهایی چون لهستان، یونان، مجارستان، ژاپن، سوئیس، هلند، یوگوسلاوی، استرالیا و ... در صدر لیست مصرف کنندگان دخانیات در دنیا به شمار می روند. در انتهای این

لیست گواآتمالا قرار دارد. در حال حاضر یک میلیارد و سیصد میلیون نفر در جهان سیگری هستند که ۸۵ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. به عنوان مثال در لهستان سرانه مصرف دخانیات چیزی در حدود ۳۶۲۰ نخ سیگار در سال است و در گواآتمالا این رقم به ۳۴۰ نخ در سال می رسد. روزانه ۲۰ میلیارد نخ سیگار در دنیا دود شده و بر این اساس سالانه ۲۰۰ میلیارد دلار از بین می رود. به علاوه در کشورهای در حال توسعه نیز که بیشتر اقشار کم درآمد مصرف کننده سیگار هستند، بین ۱۰ تا ۱۱ درصد هزینه کلی خانوار صرف خرید سیگار یا هر ماده دخانی دیگر می شود. همچنین هزینه پیشگیری از استعمال دخانیات حدود ۲۰ تا ۴۰ دلار در سال است و این در حالی است که تنها هزینه درمان فرد مبتلا به سرطان ریه که به عنوان یکی از عوارض مصرف سیگار به شمار می رود ۱۸ هزار دلار در سال است. یکی از نگرانی ها در سطح کشورهای مختلف این است که تقریباً از هر ۵ دانش آموز با متوسط سن ۱۳ تا ۱۵ سال در سراسر جهان یک تن به مصرف دخانیات روی می آورد که نرخ کلی مصرف سیگار و سایر انواع دخانیات در بین نوجوانان سراسر جهان بر اساس این بررسی ها به ترتیب ۸/۹ درصد و ۲/۲



۱۱ درصد است. همچنین در اروپا و آمریکا بالاترین آمار نوجوانان سیگاری دیده می‌شود که این رقم به طور متوسط به ۱۷/۷ درصد می‌رسد و از سوی دیگر در کشورهای جنوب شرق آسیا این آمار کمتر است و به ۴/۳ درصد می‌رسد.

در کشور ما دخانیات سالیانه ۲ تا ۳ هزار میلیارد تومان سرمایه بهداشت کشور را غارت می‌کند. بر اساس آمار منتشره از کمیته پیشگیری از مصرف دخانیات معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، هزینه مصرف دخانیات در ایران سالیانه یک هزار میلیارد تومان برآورد می‌شود که این مقدار هزینه برای ساخت ۱۰ دانشگاه تیپ یک علوم پزشکی در کشور کافی است! علاوه بر این تنها کاهش یک درصدی افراد سیگاری، می‌تواند هزینه ایجاد ۱۸۰۰۰ فرصت شغلی در کشور را تأمین کند. سالانه ۵۰ هزار نفر در کشور به علت ابتلا به بیماری‌های ناشی از استعمال دخانیات می‌میرند و به طور متوسط سالانه ۲ تا ۴ هزار میلیارد تومان در کشور صرف تهیه سیگار و درمان بیماری‌های ناشی از مصرف آن نظیر سرطان‌های ریه، لوله گوارش، دستگاه تناسلی، بیماری‌های قلبی و دهانی می‌شود. با این تفاسیر یک نفر در هر ۱۰ دقیقه به علت مصرف دخانیات در کشور می‌میرد و انتظاری می‌رود این رقم در ۱۰ سال آینده به هر ۲ و نیم دقیقه یک مرگ، به علت افزایش روزافزون مصرف دخانیات برسد و با توجه به این که اقدام به مصرف سیگار در سنین ۱۵ تا ۲۴ سالگی و در اوج سن نیروی کاری افراد است می‌توان این گونه ادعا کرد که تبعات آسیب‌رسانی مصرف دخانیات بیشتر از آنچه باشد که امروزه تصور می‌شود. آنچه موجب افزایش نگرانی است اعتیاد ۱۶ درصد دانشجویان به دخانیات است که این آمار در میان دانشجویان پزشکی و پزشکان که باید سردمدار و پیام‌آور سلامتی در سطح اجتماع باشند، در حال افزایش است. بر اساس این آمار ۷ درصد دانشجویان پزشکی و ۲۳ درصد کل پزشکان کل کشور سیگاری

هستند. در چند سال اخیر مصرف استعمال دخانیات در بین دانشجویان دختر ۳۱ برابر شده است. گفتنی است که متأسفانه دوسوم ایرانیان سیگاری، اولین سیگار خود را در سن ۱۳ سالگی کشیده‌اند. طبق آخرین آمار وزارت بهداشت حدود ۱۷ هزار و ۵۴۲ هکتار از اراضی کشور زیر کشت نوتون و تنباکوست که عمده کشت آن در استان‌های شمال و شمال شرقی کشور است که محصول آن معادل یک دوم الی یک سوم نیاز صنعت دخانیات را تأمین می‌کند و مابقی نیاز این صنعت با واردات نوتون جبران می‌شود. همچنین بر اساس این آمار میزان مصرف سالانه سیگار در ایران ۵۴

میلیارد نخ گزارش شده که از این مقدار رقم قابل توجهی یعنی چیزی در حدود ۸۰ درصد به صورت قاچاق وارد می‌شود و نیز به طور میانگین تعداد سیگار مصرفی در ایران ۳/۱۳ نخ در روز در بین افراد سیگاری برآورد شده است. هم‌اکنون ۱۱ میلیون فرد سیگاری در کشور وجود دارد که با توجه به اینکه بیش از سه چهارم مرگ‌های ناشی از سرطان ریه در کشور بر اثر استعمال دخانیات است دولت باید برای جلوگیری از گرایش مردم به دخانیات به ویژه سیگار اقدامات مؤثری انجام دهد.

همانطور که گفته شد رقم قابل توجهی از هزینه‌های درمانی صرف درمان بیماری‌ها و عوارض مصرف دخانیات می‌شود. با در نظر گرفتن تعداد روزهای غیبت از کار و کاهش بهره‌وری نیروی کار می‌توان ادعا کرد که سالانه هزینه هنگفتی از طریق مصرف دخانیات به هدر می‌رود. میزان مرگ و میر سالانه ناشی از مصرف سیگار از مجموع مرگ و میرهای ناشی از ایدز، مصرف الکل، تصادفات رانندگی، جنایت‌ها، خودکشی‌ها و آتش‌سوزی‌ها

بر اساس آمار منتشره از کمیته پیشگیری از مصرف دخانیات معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، هزینه مصرف دخانیات در ایران سالیانه یک هزار میلیارد تومان برآورد می‌شود که این مقدار هزینه برای ساخت ۱۰ دانشگاه تیپ یک علوم پزشکی در کشور کافی است



بیشتر است. این در حالی است که استعمال دخانیات از قابل پیشگیری‌ترین عوامل خطر ابتلا به بیماری‌هایی چون بیماری‌های قلبی و عروقی، آمفیزم، سرطان ریه، لوله گوارش، سرطان‌های دستگاه تولید مثل و ... است. بر اساس یافته‌های پزشکی نیکوتین و دیگر ترکیبات سمی موجود در سیگار قادرند روند سم‌زدایی ترکیبات سمی را به شدت مختل کرده و از این طریق با ایجاد آسیب‌های سلولی زمینه بروز بسیاری از بیماری‌های صعب‌العلاج مثل انواع سرطان‌ها را فراهم آورند. در حدود ۴۰۰۰ ترکیب مختلف در دود سیگار شناخته شده است که بیش از ۲۰۰ نوع آن از خواص سمی بسیار بالایی برخوردارند. از جمله این مواد سمی می‌توان به بنزن، فرمالدئید، منواکسید کربن، آمونیوم، پروپان و سیانید اشاره کرد که خواص سمی آنها به طور کامل به اثبات رسیده است. علاوه بر این در نتیجه مصرف دخانیات و افزایش سطح کلسترول خون، بروز بیماری‌ها و اختلالات قلبی و عروقی، اختلالات دستگاه

با توجه به اینکه ویتامین C یکی از آنتی اکسیدان های مهم به شمار می رود، تخلیه ذخایر بدن از این ماده مغذی می تواند خطر بروز سرطان را به شدت افزایش دهد. بنابراین افزایش نیاز به این ویتامین در میان افراد سیگاری و همچنین افرادی که در صدد ترک سیگار هستند مشاهده می شود



تنفسی و پوکی استخوان نیز ایجاد می شوند. استعمال دخانیات با تأثیرگذاری بر قابلیت جذب ویتامین ها و عناصر معدنی در روده و همچنین افزایش نیاز به برخی از ترکیبات مغذی دیگر، خطر بروز کمبودهای تغذیه ای را به دنبال دارد. عمده



ترین ماده مغذی که در این وضعیت به علت افزایش آسیب های سلولی تحت تأثیر قرار می گیرد ویتامین C است که هر چه شدت استعمال سیگار بیشتر باشد کمبود آن نیز بیشتر خواهد بود. با توجه به اینکه ویتامین C یکی از آنتی اکسیدان های مهم به شمار می رود، تخلیه ذخایر بدن از این ماده مغذی می تواند خطر بروز سرطان را به شدت افزایش دهد. بنابراین افزایش نیاز به این ویتامین در میان افراد سیگاری و همچنین افرادی که در صدد ترک سیگار هستند مشاهده می شود. با توجه به اینکه میزان این افزایش در حدی است که از طریق رژیم غذایی روزانه نمی توان آن را تأمین کرد، مکمل ویتامین C در این افراد ضروری است. این افزایش نیاز در افراد سیگاری بسته به شدت مصرف سیگار حتی می تواند به ۱۵ تا ۲۰ برابر میزان نیاز افراد عادی برسد. علاوه بر این با توجه به اینکه در افراد سیگاری به علت افزایش سطح کلسترول خون و افزایش اکسیداسیون کلسترول بد یا LDL در جداره عروق، عروق خونسازان از انعطاف پذیری کمتری برخوردارند و به این ترتیب خطر ابتلا به فشار خون بالا، سکتة های قلبی و مغزی و نارسایی کلیوی نیز در این افراد بالاتر است. بنابراین برای جلوگیری هر چه بیشتر از بروز



عوارض مصرف دخانیات در افراد سیگاری و همچنین افرادی که در صدد ترک آن هستند توصیه می شود که الگوی غذایی به نحوی تغییر یابد که میوه جات و سبزیجات بیشتری در برنامه غذایی این افراد قرار گیرد زیرا این گروه از مواد غذایی علاوه بر دارا بودن انواع ویتامین ها و املاح معدنی، حاوی رنگدانه هایی هستند که خاصیت انعطاف پذیری عروق خونی را افزایش می دهند و از این طریق با کاهش فشار خون و کاهش رسوب MDL و اکسیداسیون آن خطر ابتلا به بیماری های یاد شده را کاهش می دهند. این رنگدانه ها در مواد گیاهی چون گوجه فرنگی، هویج، زیتون و دیگر میوه جات و سبزیجات حاوی رنگدانه یافت می شود. از دیگر ریز مغذی هایی که به علت دارا بودن خواص آنتی اکسیدانی افراد سیگاری به آنها نیاز بیشتری دارند، ویتامین های چون A و E و همچنین سلنیوم، کلسیم و فیبرهای غذایی هستند که باید به طور عمده از طریق مصرف میوه جات، خشکبار و آجیل و سبزیجات تأمین شوند. با توجه به اینکه ریه ها بیشترین آسیب را در اثر مصرف سیگار می بینند، ویتامین A می تواند به عنوان یک عمل حفاظتی از برونش ها، تراشه و شش ها محافظت به عمل آورد و از این طریق خطر ابتلا به سرطان ریه را کاهش دهد. ویتامین E نیز به دلیل داشتن تأثیراتی مشابه می تواند از بروز سرطان در افراد سیگاری جلوگیری کند و مصرف مکمل آن برای بهبود عملکرد عروق در افراد سیگاری توصیه می شود. سلنیوم نیز که یکی از عناصر معدنی کمیاب به شمار می رود، دارای خواص ضد سرطانی است که در ترکیبات غذایی چون گوشت ها، آجیل، کلم بروکلی، قارچ و کلم یافت می شود و توصیه می شود افراد سیگاری از منابع این ماده معدنی بیشتر استفاده کنند. مشاهده شده است که مصرف کلسیم نیز در این افراد خطر ابتلا به سرطان کولون را کاهش می دهد و به علاوه از بروز پوکی استخوان نیز



پیشگیری می‌کند. ایوتیوسیانات و ایندول ها از ترکیباتی هستند که مصرف آنها به دلیل دارا بودن خواص سم‌زدایی به افراد سیگاری توصیه می‌شوند. این ترکیبات را می‌توان در سبزیجات برگ‌داری چون کلم بروکلی، گل کلم و کلم پافت. از این گذشته مصرف سیب، غلات کامل و سیوس دار، حبوبات، اسفناج و ... نیز برای تأمین فیبر غذایی مورد نیاز و پیشگیری از بروز سرطان های دستگاه گوارش و همچنین کاهش کلسترل خون به این افراد توصیه می‌شود. مصرف سیگار علاوه بر عوارض یاد شده، تأثیر نامناسبی بر متابولیسم ویتامین D در بدن دارد و کمبود این ویتامین در افراد سیگاری ۵۰ درصد بیشتر از افراد غیر سیگاری است. با این حال می‌توان به جرأت گفت که هیچ‌کدام از روش های تغذیه ای یاد شده قادر نیستند از بدن در برابر عوارض یاد شده به طور کامل حفاظت کنند و تنها راه مؤثر ترک سیگار است. یکی از عواملی که باعث می‌شود افراد سیگاری تمایل کمی به ترک سیگار داشته باشند، بروز یکسری عوامل فیزیکی و روانی به هنگام ترک سیگار است که در زیر آمده است.

علائم روانی

حساسیت پذیری، خستگی، اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، کاهش توانایی تحمل استرس ها، کاهش توانایی جنسی، کاهش سطح عملکردی، افزایش تمایل به مصرف سیگار

علائم فیزیکی

افزایش اشتها، افزایش تولید خلط، سرفه، تعریق، درد و کرامپ های عضلانی، یبوست یا اسهال، تهوع، سردرد، افزایش حساسیت به تحریکات فیزیکی، اختلال خواب، افزایش وزن. اما علائمی نیز وجود دارند که به هنگام ترک سیگار ظاهر می‌شوند. به عنوان مثال افزایش تهویه ریوی و بهبود عملکرد ششها، کاهش فشار خون و ضربان قلب و همچنین افزایش اکسیژن رسانی به بافت های بدن و احساس داشتن انرژی

بیشتر از مزایای ترک سیگار در روزهای اولیه به شمار می‌روند. به لحاظ روانی نیز افرادی که موفق به ترک سیگار می‌شوند، روحیه عملکردی بالاتری خواهند داشت که در نتیجه رضایتمندی از ترک سیگار است. با توجه به اینکه مصرف سیگار باعث کاهش اشتها می‌شود از طرفی نیز بروز کمبودهای تغذیه در سطح ریزمغذی ها در افراد سیگاری را به همراه دارد، باعث می‌شود که سطح آنزیم های دخیل در گوارش نیز کاهش یابند که این مسئله خود دلیل دیگری برای کاهش اشتها است. علاوه بر این مشاهده شده است که مصرف سیگار باعث می‌شود که تمایل به مصرف شیرینی جات در فرد سیگاری کاهش یابد که ترک سیگار افزایش این تمایل را به دنبال خواهد داشت. از این رو توصیه می‌شود افرادی که در حال ترک سیگار هستند، با شناختن این تغییرات الگوی غذایی

مناسبی را پیش گیرند و برای جلوگیری از افزایش وزن و افزایش چاقی، که در این افراد بیشتر در ناحیه شکمی دیده می‌شود و خطرناک ترین نوع چاقی نیز به شمار می‌رود، بیشتر به تمرینات ورزشی بپردازند. تجربه نشان می‌دهد که اعمال محدودیت ها نمی‌توانند آن طور که باید تمایل به مصرف سیگار را کاهش دهند. چیزی که در این میان می‌تواند بیشترین تأثیر را بر کاهش مصرف دخانیات داشته باشد، افزایش آگاهی افراد جامعه در خصوص تبعات مصرف سیگار است. در حقیقت آموزش ها باید به نحوی باشند که بیشتر گروه جوانان و جوانان ۱۳ تا ۲۵ ساله را مخاطب قرار دهند و به این ترتیب کاهش تقاضا برای مصرف سیگار در این سنین و سنین بالاتر نیز مشاهده شود.



فدراسیون بین المللی تالاسمی (TIF) را بشناسیم



فدراسیون بین المللی تالاسمی در سال ۱۹۸۶ توسط گروه کوچکی از والدین بیماران تالاسمی و از کشورهای قبرس، یونان، ایتالیا، بریتانیا و ایالات متحده آمریکا تأسیس شد. این بیماری از سال ۱۹۶۰ در کشورهای مزبور شناسایی و بر روی آن بررسی های لازم صورت گرفته بود.

سازمان های تالاسمی در این کشورها شامل بیماران و والدین آنها نقش بسیار ارزنده ای در جلوگیری از پیشرفت بیشتر این بیماری داشته اند. در آن زمان دانش و اطلاعات مردم درخصوص این بیماری بسیار محدود بود و می بردند و بسیاری از آنها در سنین جوانی از دار دنیا می رفتند.

در سال های اولیه، انجمن های ملی تالاسمی تلاش گسترده ای را آغاز کردند تا مقامات دولتی و مؤسسات علمی را متقاعد کنند تا دست به تحقیق گسترده ای درباره این بیماری بزنند و دانش خود و والدین و بیماران را بالا ببرند. در این دوره سعی شد هم جلوی پیشرفت بیماری گرفته شود و هم تلاش بیشتری صورت گیرد تا از پیدایش بیماری خصوصاً در امر ازدواج جلوگیری شود. در حقیقت سعی شد بین جلوگیری از پیشرفت بیماری و درمان بیماران موجود حلقه وصلی ایجاد کنند، اما اگرچه تلاش گسترده ای صورت گرفت متأسفانه در امر جلوگیری از ابتلاء کودکان به تالاسمی موفقیت چندانی نصیب آنان نشد.

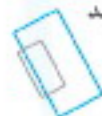
در اواخر دهه ۱۹۷۰ میلادی تلاش های

آکادمیکی صورت گرفت و اطلاعات بیماری به خارج از محدوده مدیریتانه نیز رسید، چرا که ابتدا تصور بر آن بود که این بیماری وسایر بیماری های مرتبط خونی صرفاً محدود به این منطقه بوده است.

به هر حال چه در آن دوران و چه در حال حاضر متأسفانه اطلاعات دقیق و گسترده ای از بیماری تالاسمی و بیماران در مناطق مختلف جهان وجود ندارد. اما به هر حال سازمان بهداشت جهانی رفته رفته به این واقعیت تلخ دست یافت که این بیماری نه تنها در منطقه مدیریتانه که در بسیاری از نقاط جهان تلفات سنگین دارد. در اکثر این کشورها این بیماری و بیماری های خونی دیگر نه تنها در اولویت قرار ندارد که بیماران نوعاً با کمبود امکانات و بودجه و درمان ضعیف رو به رو هستند.

سازمان بهداشت جهانی رفته رفته به این واقعیت تلخ دست یافت که بیماری تالاسمی نه تنها در منطقه مدیریتانه که در بسیاری از نقاط جهان تلفات سنگین دارد

در بسیاری از کشورهای پیشرفته بهبود روش های معالجه در اولویت اول قرار گرفت و در این راه آنها از تجربیات ارزنده دانشمندان و محققان منطقه مدیترانه بهره مند شدند. به منظور بهره مند شدن بیماران از آخرین روش های معالجه مقرر شد انجمن های تالاسمی کشورهای یونان، قبرس، ایتالیا و ایالات متحده گرد هم آیند و از آنجا بود که فدراسیون بین المللی تالاسمی عملاً متولد شد.



کشورهای منطقه مدیترانه تا پایان دهه ۱۹۸۰ میلادی توانستند اطلاعات جامع و کاملی از بیماران خود فراهم آورند. پیشگیری مداوم باعث شد تا رشد جمعیت این بیماران به حداقل خود برسد، از جانب دیگر با بهبود روش های معالجه، متوسط عمر بیماران به سطح بهتر و مطلوب تر رسید. هدف اصلی نزدیک کردن عمر بیماران تالاسمی به عمر متوسط مردم عادی بود.

در بسیاری از کشورهای پیشرفته بهبود روش های معالجه در اولویت اول قرار گرفت و در این راه آنها از تجربیات ارزنده دانشمندان و محققان منطقه مدیترانه بهره مند شدند. به منظور بهره مند شدن بیماران از آخرین روش های معالجه مقرر شد انجمن های تالاسمی کشورهای یونان، قبرس، ایتالیا و ایالات متحده گرد هم آیند و از آنجا بود که فدراسیون بین المللی تالاسمی عملاً متولد شد.

فدراسیون بین المللی تالاسمی دو هدف عمده دارد:

★ کنترل تالاسمی مازور خصوصاً در کشورهای هدف

★ حمایت از انجمن های تالاسمی خصوصاً در امر پیشگیری در کشورهای جهان

برای رسیدن به دو هدف مزبور فعالیت های زیادی صورت گرفت. از فعالیت های این فدراسیون می توان از موارد زیر نام برد:

الف) تأسیس و توسعه انجمن های ملی تالاسمی در سراسر جهان، خصوصاً در کشورهایی که کوچک ترین اطلاعاتی از این بیماری نداشتند. انجمن های ملی قبرس، یونان، ایتالیا و بریتانیا، ایالات متحده آمریکا می تواند مثال های خوبی برای شروع کار باشد.

فدراسیون بین المللی تالاسمی تاکنون بیش از ۲۶۴ انجمن نوظهور در ۸۰ کشور جهان را

تأسیس و یا کمک کرده است، یکی از مهم ترین انجمن های تأسیس شده توسط TIF همان انجمن والدین و بیماران تالاسمی است.

ب) یکی دیگر از فعالیت های TIF برنامه های آموزشی است که شامل مردم و سازمان های مسؤول می شود و این فعالیت ها از طریق زیرانجام می گیرد:

– تشکیل کارگاه های آموزشی، سمینارها، کنفرانس های محلی، ملی، منطقه ای و بین المللی

– تشکیل دوره های آموزشی برای جلوگیری از پیشرفت بیماری

– سفرهای منطقه ای خصوصاً به مناطقی که اطلاعات کمتری نسبت به بیماری دارند.

– انتشار کتب، جزوات، بروشورهای لازم به زبان های مختلف برای آشنایی هر چه بیشتر والدین، مسؤولان و بیماران



یکی از منابع غنی اطلاعات TIF، تحقیقات گسترده دانشمندان و پزشکان منطقه مدیترانه و ایالات متحده آمریکا و انگلستان است گفتنی است که بیماری تالاسمی از طریق مهاجرت مردم مدیترانه به کشورهای اروپایی و آمریکایی معرفی شد. به همین دلیل مطالعات کلینیکی و تحقیقاتی فراوانی برای شناسایی بیشتر بیماری و راه های جلوگیری از آن در این مناطق رفته رفته شکل گرفت.

فدراسیون بین المللی تالاسمی چهار هدف عمده را در کشورهای غربی دنبال می کرد.

۱- بالا بردن علاقه محققان به تحقیق درخصوص این بیماری

۲- تحریک کردن مراکز مطالعاتی و کلینیکی به امر تحقیق بیشتر بر روی بیماری و پیشگیری از آن

۳- ترغیب کشورهای غربی به توجه بیشتر و بهتر به این بیماری که عملاً از بیماری هایی است که توسط مهاجران به این کشورها وارد شده است.

۴- شناسایی آزمایشگاه های مختلف تالاسمی در سراسر جهان

در خلال سال های گذشته TIF دست آوردهای خوبی به شرح ذیل داشته است:

- تشکیل کارگاه های آموزشی و سمینارهای مختلف با حضور ۷۰۰۰ نفر از ۲۵ کشور جهان، تشکیل ۱۱ کنفرانس بین المللی با حضور ۵۱۵۰ نفر از ۶۲ کشور جهان، برپایی سفرهای منطقه ای برای شناسایی بیشتر حداقل به ۴۲ کشور جهان، انتشار بیش از ۷۰۰۰۰ کتاب و توزیع آن در ۱۰۶ کشور جهان، آموزش پزشکان و دانشمندان در کشورهای قبرس، یونان، بریتانیا و آمریکا، همکاری با انجمن های ۵۰ کشور جهان در زمینه تالاسمی، تأسیس شبکه اطلاع رسانی رایانه ای با سراسر جهان،

همکاری نزدیک و صمیمانه با اکثر مراکز تحقیقاتی و علمی جهان مانند:

- مقامات بهداشت جهانی
- سازمان بهداشت جهانی
- سازمان جهانی انتقال خون
- همکاری و هماهنگی با سازمان بهداشت خون
- همکاری با تعداد زیادی از کمپانیهای دارویی معتبر

● همکاری نزدیک با مراکز تحقیقاتی و دانشگاه های معتبر اروپا و آمریکا، ترغیب سازمان های دولتی مانند NTA و NHA برای کنترل و پیشگیری بیشتر، ترغیب و تشویق محققان و دانشمندان به مطالعه بیشتر و بهتر در خصوص بیماری تالاسمی

فدراسیون بین المللی تالاسمی تاکنون توانسته است حمایت اتحادیه اروپا را برای کارهای خود جلب کند.

یکی از کارهای مهم TIF، ایجاد مرکز مطالعاتی و تحقیقاتی بین المللی است که توسط دکتر دوسانتوس اداره می شود. این مرکز تحقیقات گسترده ای در سراسر جهان کرده است.

پرسشنامه کاملی توسط وی در بین کشورهای مختلف در اولین کارگاه آموزشی نوامبر سال ۲۰۰۲ توزیع شد که توانست اطلاعات دقیق و مفیدی برای ما فراهم آورد. اطلاعات به دست آمده توانست ما را در اهداف خود برای پیشگیری بیشتر مصمم تر کند. در این رابطه تحقیقات وسیعی به عمل آمد و توانست به صورت گسترده ای از پیشرفت زیادی و آثار کبدی آن مانند هیپاتیت C و B جلوگیری کند. یکی از عوارض شناخته شده hypocalcemia است. در مجموع این امیدواری وجود دارد که بیماری های جانبی

بیماری تالاسمی از طریق مهاجرت مردم مدیترانه به کشورهای اروپایی و آمریکایی معرفی شد. به همین دلیل مطالعات کلینیکی و تحقیقاتی فراوانی برای شناسایی بیشتر بیماری و راه های جلوگیری از آن در این مناطق رفته رفته شکل گرفت



تالاسمی مانند هیپاتیت C و B و همچنین تولید آهن اضافی در خون با روش های مطالعاتی و تحقیقاتی روز به روز به حداقل ممکن رسانده شود.

ترغیب و تشویق سازمان های ملی، منطقه ای تالاسمی و انجمن های سلامت برای کنترل بیشتر بیماری و از همه مهمتر جلوگیری از پیدایش آن و...، تشویق و ترغیب پزشکان و محققان به امر تالاسمی و امراض جانبی آن، کنترل دقیق بیماری و درمان آن به منظور جلوگیری از مرگ و میر فراوان این بیماری خصوصاً در سنین پایین، کنترل دقیق بیماری و جلوگیری از پیدایش بیماران جدید با تالاسمی مازور خصوصاً در امر ازدواج از دیگر دستاوردهای تشکیل TIF است.





موسیقی

رنگ است

سیامک صیامی

موسیقی به همان اندازه که اثر مثبت دارد، در سوی مقابل و در سبکهای دیگر از موسیقی، روح و روان را می‌آزارد و تأثیرات نامطلوب از خود بر جای می‌نهد.

از دیدگاه روانشناسی برتر که با سطوح روانی انسان سرو کار دارد، موسیقی ابزار مطلوبی است که هزینه‌ای نه چندان زیاد می‌طلبد و در ساختار ناپذیری بیماری‌ها تأثیر شگرفی از خود نشان می‌دهد که این خود نشانه تأییدی بر هارمونی درونی انسان و موسیقی طبیعت است.

با توجه به اهمیت موسیقی درمانی که قبلاً اشاره شد، استفاده از موزیک جهت تسکین درد یکی از عام‌ترین و ساده‌ترین روش‌های انحرافی افکار است که بیشتر افراد به آن پناه برده‌اند،

که با اعماق انسان هاسرو کار دارد، آفریده است، در حقیقت معنایی که انسان از درون خویش و با هم‌نوایی موسیقایی از بستر پنهان به عرصه وجود خویش عیان می‌کند، آنی است که در نهانی بدان در آویخته و عوارض جسمانی از آن روان‌پریشی حاصل آمده که موسیقی سعی در گشایش آن گره دارد.

موسیقی درمانی امروزه چنان مورد توجه قرار گرفته است که در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی جهان در طول مدت مداود درمان و در بحران‌های حاصل‌آمده از بیماری‌ها، در موارد اضطرابی قلبی و مغزی مورد استفاده قرار می‌گیرد تا تنش و اضطراب چنین بیماری‌های طاق‌فرسا و کاهنده را تخفیف دهند!

موسیقی رنگ است و روح افزاست! شادی نهفته در زیر و بمی دارد که گاه روح به نغمه آن به وجد می‌آید و گاه دیگر، رنج را می‌چشد و نهانی بدان گریستن آغاز می‌کند.

امروزه روانشناسان، این راز را درک کرده و بدین ابزار سعی در علاج جسم و روان بیماران گرفته‌اند. بیمار با شنیدن اصوات موسیقی درمانگر بر دامان امواج آن سوار می‌شود و ذره ذره وجود خویش را با آن هماهنگ می‌سازد تا گره از بیماری نهفته در اعماق وجودش باز شده و بیماری به تدریج از ضمیر وی ناپدید شود!

این محو گشتن با ریتم درونی ای حاصل می‌شود که آهنگساز آن را بر اساس روابط علم موسیقی و تلفیق آن با زوایای روانشناسی پیشرفته



موسیقی زبان آرزوها، انتظارها و
عواطف بشری است و هر قوم و
ملتی بر حسب ویژگی های
عاطفی و فرهنگی خود،
موسیقی خاصی دارد.
با درک موسیقی، عواطف زیبا،
همدردی و تفاهم بیشتر قلبی
میسر خواهد شد

در بیشتر قبایل ابتدایی مراسم و آیین های مختلف
موسیقایی که وسیله ای برای ابراز همبستگی
جمعی و از بین بردن ترس ها و غم ها و ایجاد
آرامش و شادی و اراده در بین افراد قبیله بوده برگزار
می شده است.

موسیقی زبان آرزوها، انتظارها و عواطف
بشری است و هر قوم و ملتی بر حسب ویژگی های
عاطفی و فرهنگی خود، موسیقی خاصی دارد. با
درک موسیقی، عواطف زیبا، همدردی و تفاهم
بیشتر قلبی میسر خواهد شد.

پژوهشگران توصیه می کنند که والدین روزانه
یک ساعت برای فرزندان کوچک خود موسیقی
پخش کنند. این عمل موجب بهتر شدن وضعیت
تغذیه، خواب و افزایش وزن آنها می شود.

موسیقی و درمان

از ابتدای تاریخ، بشر از موسیقی برای شفای
بیماران استفاده می کرده است. برای مثال؛ ریتم
طبل ها در مراسم شفا بخش جادوگران و
درمان گران نقش مهمی داشته است.

ارسطو می گوید: از موسیقی می توان در
بسیاری از شئون زندگی، تربیت، سرگرمی،
درمان، خوشگذرانی و تعدیل احساسات و عواطف
استفاده کرد.

فارابی موسیقی را با سه خاصیت مطرح
می ساخت: احساس انگیز، نشاط انگیز، خیال
انگیز و یا تحت شرایطی هر سه خصوصیت را دارا
است.

نغمه های موسیقی بر حسب ترکیب فواصل و
ریتم دارای ارتعاشات خاصی هستند که با تحریک
ارتعاشات سلول های عصبی احساس و انگیزه ای
را تقویت، تضعیف و یا منتقل می سازند. اگرچه
فوائد درمان با موسیقی از دوران های قبل مطرح
بوده است، اما تا قبل از اینکه در قرن اخیر به
عنوان یک رشته تخصصی شناخته شود خوب
معرفی نشده بود.

در واقع هر کس به فراخور طبع خود از آن بهره
عملی خواهد برد.

کاربرد موسیقی برای درک زیبایی و سلامت
زندگی اجتناب ناپذیر است.

از بدو خلقت انسان، نیازهای متنوعی (اعم از
جسمی و روانی) با او همراه بوده که برای برآورده
ساختن این نیازها و سازگاری با محیطش به
ابزارهایی نیاز داشته است.

هنر به عنوان یکی از وسایل اولیه سازگاری بشر
در خدمت نیازهای کمال جویی و زیباطلبی و از
طرف دیگر، آرام بخش ناراحتی ها و سختی های
زندگی او بوده است. موسیقی شکلی از هنر است
که احساس، عاطفه، ادراک و شناخت انسان را
بدون نیاز به تکلم و زبان منتقل می کند.

استفاده بشر از موسیقی، امری آسان و قابل
دسترس بوده است، چون ریتم و ملودی، به
عنوان دورکن اساسی موسیقی، در سرشت انسان
وجود داشته و از طرفی آواگری ها و حرکات
ریتمیک نیز نیازی به تکلم نداشته است، از این رو

تحقیقات مختلف اثرات موزیک های متنوع
(شاد، مهیج، غمناک و...) را بر درد سنجیده اند
و به نتایج متفاوتی دست یافته اند اما آنچه در
استفاده از موسیقی مطرح است انتخاب مناسب
نوع موزیک با توجه به روحیه فرد است. موزیک
علاوه بر تحریک مستقیم اعصاب شنوایی که خود
عامل منحرف کننده فرد از فرد است، حالت
آرام کنندگی و شل کنندگی را اغلب پس از شنیدن
موزیک به افراد دست می دهد. بیشترین تأثیر را
در موسیقی هایی می توان دید که برای فرد
مفهومی داشته باشد و با وضعیت روحی فرد
همخوانی داشته باشد.

یکی از زیباترین، دلنشین ترین، جذاب ترین
و طبیعی ترین موسیقی روح افزا ناشی از تلاوت
قرآن کریم است و یکی از جوامعی که عمیقاً متأثر
از ارزش های اسلامی هستند کشور ایران است.
گرچه قرآن با همگان سر و کار دارد و زیبایی آن
مختص گروه خاصی نیست اما آنان که با آن انس
بیشتری دارند قطعاً از آن بیشتر لذت خواهند برد و

امروزه از تأثیر و فواید موسیقی در مراحل مختلف رشد و زندگی انسان (از دوره جنینی تا سالمندی)، گیاهان و جانوران سخن به میان می‌آید، و از تغییرات آن بر روی سیستم‌های حسی حرکتی، هیجانی-عاطفی، ترشح غدد، هوشیاری و آگاهی و شناخت فرد بحث می‌شود. به گفته پژوهشگران مرکز پزشکی نیویورک، شنیدن موسیقی‌های کلاسیک و حتی موسیقی جاز موجب کاهش اضطراب و افزایش تحمل درد بیماران می‌شود.

مقدمه ای بر موسیقی درمانی

شاید تاکنون مطالبی در روزنامه‌ها، مجلات، محل کارتان یا در بین مردم درباره «موسیقی درمانی» خوانده یا شنیده باشید. موسیقی درمانی یک رشته جدید است و فقط به مدت پنجاه سال است که به عنوان یک تخصص کلاسیک و حرفه‌ای توسعه پیدا کرده است.

بر طبق تعریفی که «انجمن ملی موسیقی درمانی» (NAMT) ارائه داده است، موسیقی درمانی عبارت است از: «کاربرد موسیقی در تأمین، حفظ و بهبود سلامت جسمانی و روانی. در واقع موسیقی درمانی کاربرد منظم موسیقی است، به طوری که موسیقی درمانگر، مستقیماً در یک محیط درمانی، تغییرات دلخواه را در عواطف و رفتار درمانجو ایجاد می‌کند».

به طور خلاصه در موسیقی درمانی با استفاده از موسیقی، که یک رسانه هنری خلاق است، به افرادی که دارای مشکلات گوناگون هستند، به منظور دستیابی به بهداشت روانی و جسمی کمک می‌شود.

موسیقی درمانی در درمان افرادی که ناتوانی‌های مختلفی از جمله عقب ماندگی ذهنی، تأخیر یافتگی رشدی، معلولیت جسمی، بیماری روانی و... داشته‌اند، به طور موفقیت آمیزی جواب داده است. موسیقی درمانگر، اهداف و مقاصد را

بر اساس نیازهای خاص درمانجو دنبال می‌کند. فنون مختلفی برای پیشبرد این اهداف استفاده می‌شود. برای مثال، آواز خواندن می‌تواند به افراد مبتلا به بیماری آلزایمر کمک کند تا حافظه دراز مدتشان را به کار اندازند، نواختن آلات موسیقی با همسالان یا درمانگر می‌تواند مهارت‌های میان فردی را افزایش دهد و کارکردهای اجتماعی را بهبود بخشد. از همه مهمتر اینکه افراد احساساتشان را در روشی مطمئن و لذت بخش به وسیله نواختن موسیقی، گوش کردن به موسیقی و رقصیدن به همراه موسیقی بیان می‌کنند.

البته موسیقی درمانی فقط در خدمت افرادی که دارای انواع مختلف ناتوانی‌ها هستند به کار برده نمی‌شود، بلکه در شرایط مختلف پزشکی نیز سودمند است. از جمله کاهش فشار روانی یا درد، زایمان، توانبخشی بیماران سکته ای و مبتلایان به بیماری پایانه (بیماری‌هایی که علاج ناپذیر و مرگبار هستند، مثل ایدز). مسأله عمده که در اینجا برای درمانگر مطرح است کاهش درد و تحمل آن در شیوه درمان است و یا کمک به بیمار برای دستیابی به کارکردهای بهینه.

موسیقی درمانی فقط در خدمت افرادی که دارای انواع مختلف ناتوانی‌ها هستند به کار برده نمی‌شود، بلکه در شرایط مختلف پزشکی نیز سودمند است. از جمله کاهش فشار روانی یا درد، زایمان، توانبخشی بیماران سکته ای و مبتلایان به بیماری پایانه (بیماری‌هایی که علاج ناپذیر و مرگبار هستند، مثل ایدز)

موسیقی درمانی رشد فزاینده‌ای در کشورهای مختلف جهان و در عرض سال‌های اخیر داشته است و کارهای درمانی متعددی توسط موسیقی درمانگران صورت پذیرفته است و این امر تأکید شده که اساساً موسیقی در درمان اشخاص مبتلا به وضعیت‌های مختلف پزشکی کارایی بسیاری دارد. موسیقی سنتی ما با اصالت و ریشه‌های عمیق فرهنگی قابلیت بسیاری برای گسترش و تدوین‌های تازه‌ای از جانب استادان موسیقی دارد. دکتر داریوش صفوت موسیقیدان برجسته معاصر نقل می‌کرد که مرحوم عبدالحسین شهبازی بیست دقیقه در کنار بستر بیماری که پزشکان از اوقع امید کرده بودند سه تار نواخته و پس از ۲۰ دقیقه حال بیمار بهبود یافته و خطر رفع شده است. (همشهری ۱۳۷۹/۸/۱۰)

اگر شما به این رشته علاقه مندید، می‌توانید برای گرفتن اطلاعات بیشتر در این باره با سازمان‌های حرفه‌ای به رایزنی بپردازید، یا می‌توانید با هر بیمارستان یا مدارس آموزش ویژه که خدمات یا برنامه‌های موسیقی درمانی را تدارک می‌بینند مشورت کنید.



علمی

به عنوان مقدمه در گذشته عقیده فلاسفه و اندیشمندان این بود که انسان از دو بخش تشکیل شده است: ذهن و بدن. این موضوع، موجب بسیاری مناقشات بین آنها گشته بود. برخی بر این عقیده بودند که موجودیت انسان، صرفاً همان است که می‌بینیم و جسم و بدن تمامی آن چیزی است که ما داریم. عده‌ای به وجود نفس و روح و یا همان ذهن نیز معتقد بودند و در نهایت دانشمندان به این اتفاق نظر رسیدند که انسان موجودی است که هم از ذهن و هم از جسم تشکیل شده است. سپس مشکلی دیگر نمودار گشت، دیدند که نمی‌توان انسان را خارج از جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند در نظر گرفت و تحقیق در مورد بشریت، بدون شناخت و بررسی محیط و جامعه او امری غیر ممکن است. بنابراین انسان را موجودی bio-psycho-social (زیستی-روانی-اجتماعی) نامیدند. ولی موضوع به همین جا ختم نشد. در این تعریف هنوز یک بعد اساسی در نظر

در گذشته برخی بر این عقیده بودند که موجودیت انسان، صرفاً همان است که می‌بینیم و جسم و بدن تمامی آن چیزی است که ما داریم. عده‌ای به وجود نفس و روح و یا همان ذهن نیز معتقد بودند و در نهایت دانشمندان به این اتفاق نظر رسیدند که انسان موجودی است که هم از ذهن و هم از جسم تشکیل شده است

بیماران خاص

روانشناسی بالینی



سیاوش لاجوردی

گرفته نشده بود. امروزه در تمامی جوامع علمی، انسان را موجودی bio-psycho-socio-spiritual می‌شناسند. یعنی علاوه بر سه عنصر یاد شده، مباحث معنوی و مافوق بشری را نیز در ساختار وجود انسان، قائل می‌شوند.

نزدیک به شش قرن قبل از میلاد مسیح، در سرزمین هند، فرزند پادشاه دیپا ساکیاتسف سیدار تا گوتاما، پا بر هستی گذاشت. سیدار تا گوتاما به لطف پدر، دوران جوانی خویش را در آسایش و آرامش تمام گذراند و در محیط پر جلال و باشکوه قصر از رنج و ملال و فصل خزان زندگی دور ماند. پدر تلاش نموده بود تا وی سالخورگی، بیماری و مرگ را نبیند، رنج موجود در طبیعت را حس نکند، در مورد معنویات صحبتی به میان نمی‌آمد، زیبایی و سلامت سیدار تا را احاطه کرده بود. پدر، سه قصر بزرگ و سرسبز، با توجه به فصول حاکم بر سرزمین هندوستان برای فرزندش ساخته بود تا او در ناز و نعمت، چهره واقعی و خشن زندگی را احساس نکند.

از دید او زندگی جز صفا و عیش و نوش، چیز

دیگری نبود. با این همه این داستان چندان به درازا نکشید. با تمام تلاشی که پدر داشت تا سیدار تا گوتاما چهره دردمند و ضعیف آدمی را نبیند، روزی وی توانست با اصرار پای از کاخ بیرون نهد و چهره پر از نیاز و گرفتار آدمی را هم مشاهده کند.

در تماس های روزانه اش به مردمی برخورد کرد که گرفتار طاعون بودند، پیر مردی را دید که بر پیشانی‌اش چروک افتاده و پشتش خم گشته و لنگان لنگان راه می‌رفت، تابوتی را دید که توسط عده‌ای به سرای ابدی شایعت می‌شد. مسائلی که در گذشته با آن مواجه نبود و همه اینها برای او تلنگری بودند. او حیرت زده از همراهش در مورد چیزهایی که تا به حال ندیده بود سؤال کرد و او سیدار تا را با حقیقتی آشنا کرد. «تمامی ما، پیر می‌شویم، بیمار می‌شویم و سرانجام می‌میریم»

سیدار تا به مرتاضی برخورد کرد، اشخاصی که از تمامی لذات دنیوی چشم پوشی می‌کنند. مدتی طولانی به چهره مصمم او خیره گشت و مرتاض نیز

او را نگرست سپس گفت:

زمانی که ناآگاهان با پیری برخورد می‌کنند، خود را بیزار و هراسناک نشان می‌دهند، غافل از اینکه روزی آنها نیز پیر خواهند شد. با خودم فکر کردم، هیچگاه مانند ناآگاهان نباشم. پس از آن دیگر گرفتار سرمستی ناشی از جوانی نشدم.

زمانی که ناآگاهان با بیماری برخورد می‌کنند، خود را بیزار و هراسناک نشان می‌دهند، غافل از اینکه روزی آنها نیز بیمار خواهند شد. با خودم فکر کردم، هیچگاه مانند ناآگاهان نباشم. از آن پس گرفتار سرمستی ناشی از سلامت نشدم.

زمانی که ناآگاهان با مرده‌ای برخورد می‌کنند، خود را بیزار و هراسناک نشان می‌دهند، غافل از اینکه روزی آنها نیز خواهند مرد. با خودم فکر کردم، هیچگاه مانند ناآگاهان نباشم. از آن پس گرفتار سرمستی ناشی از زندگی نشدم.

در آن لحظه این سؤال اساسی در ذهنش شکل گرفت که حقیقت زندگی چیست؟ کاخ و قیل و قال حاکم بر آن را ترک گفت و لباس راهبان بر تن نمود و در جستجوی حقیقت، سفری معنوی را آغاز کرد. در واقع برای رسیدن به نیازی برتر، از جا و مقام خویش گذشت و پا در راهی نهاد که مقصدش کمال و خودیابی بود. به همین دلیل بعدها به سبب آنکه بیدارکننده چشم حقیقت آدمی شد، نامش را «بودا» نهادند.

پس از گذراندن مدتی با مرتاضان در جنگل‌ها،

اولین اصلی که بودا بدان دست یافت، آن بود که گریزی از محنت و رنج نیست و انسان همواره با مرگ، پیری، درد و رنج همخانه خواهد بود. هستی رنج است. زایش رنج است. پیری رنج است. بیماری رنج است. غم و اندوه، ماتم و ناامیدی رنج است

راه آن‌ان را، راه راستین حقیقت یابی ندانست و راهی میانه در پیش گرفت. بودا در پی کسب حقیقت به محضر اساتید بزرگی پای گذاشت، نخست به محضر درس آلا کالا ماوسپس اودا گرفت و هرچه آنها در چنته داشتند به وی آموختند، اما بودا هنوز پاسخ سوالات خود را پیدا نکرده بود، او هنوز نمی‌دانست چرا مردم می‌میرند؟ چرا بیمار می‌شوند؟ چرا انسان نمی‌تواند بر طاعون غلبه کند؟ انسان چرا پیر می‌شود؟ و هزاران سؤال بی‌پایان دیگر.

بنابراین بودا عزم ریاضت کرد و خواست خود پاسخ این پرسش‌ها را دریابد. نتیجه این کناره‌گیری، رسیدن به پاسخ‌هایی بود که بودا آن پاسخ‌ها را اصول فلسفه خود نام نهاد.

اولین اصلی که بودا بدان دست یافت، آن بود که گریزی از محنت و رنج نیست و انسان همواره با مرگ، پیری، درد و رنج همخانه خواهد بود. هستی رنج است. زایش رنج است. پیری رنج است. بیماری رنج است. غم و اندوه، ماتم و ناامیدی رنج است. پیوند با آنچه نادرخواه است رنج است. دوری از آنچه دلخواه است رنج است.

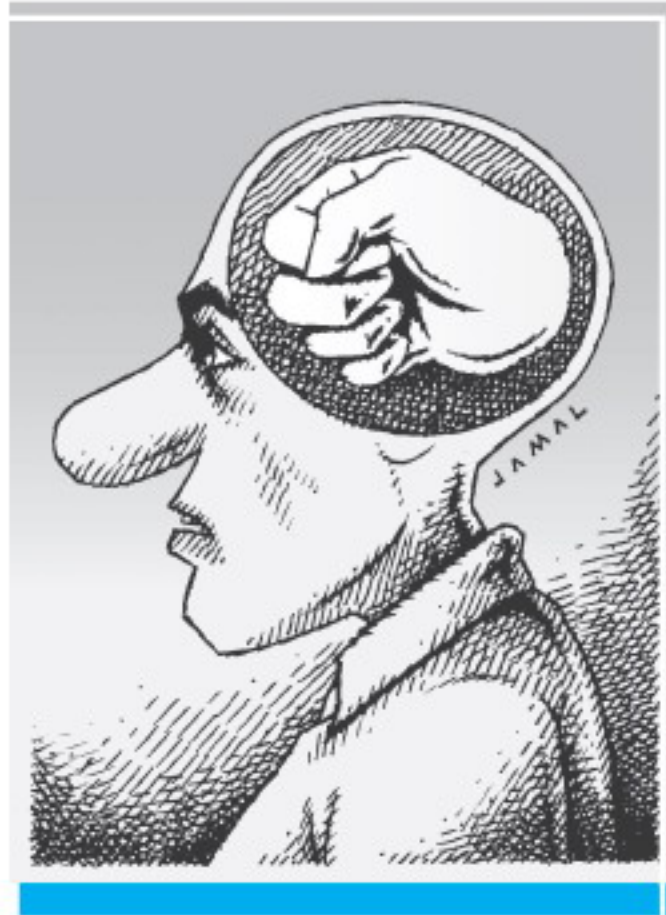
دومین اصل بودا آن بود که همه دردها و رنج‌ها برخاسته از هوای نفسانی است. لذا بر پایه اصل سوم انسان می‌تواند بر رنج‌ها و محنت‌های خویش سیطره یابد و باپستی

خویش را از قید نیازها و تمایلات نفسانی رهایی دهد. و در نهایت در اصل چهارم، بودا، راه‌های غلبه بر محنت و رنج را با تکیه بر نکات زیر روشن می‌سازد: درک و فهم درست، پندار کامل، گفتار کامل، کردار کامل، معاش کامل، تلاش کامل، آگاهی کامل و تمرکز کامل.

بر اساس فلسفه بودا که نمونه‌ای از اندیشه‌های معنوی در غلبه بر نیازها، رنج‌ها و بیماری‌های بشر است، انسان‌ها، صرف نظر از سن، جنسیت، مسائل و مشکلاتی که با آن دست به گریبانند، در برابر بیماری‌ها و ناامایمات زندگی می‌توانند به مرحله خودیابی برسند و اشخاصی که به این مرتبه برسند، بسیار شاد و نادرند. اما از دیدگاه روان‌شناسی معاصر، خودیابی به مرحله خودشکوفایی، تعبیر شده که بالاترین طبقه در سلسله مراتب نیازهای مازلو است.

آبراهام مازلو (۱۹۷۰-۱۹۰۸) که بنیانگذار رهبر معنوی جنبش روان‌شناسی انسان‌گرا در نظر گرفته می‌شود، در کودکی پلور داشت که با دیگران فرق دارد، او که از هیكل لاغر و استخوانی و بینی





منظور حفظ حیات صورت می‌پذیرند، بنیادی‌ترین این نیازها موروثی و فطری است که طی ده‌ها هزار سال تکامل یافته‌اند. آبراهام مازلو معتقد بود که انسان‌ها باید نخست نیازهای بنیادین خود را ارضا و برآورده کنند تا انگیزه برای تکامل به نیازهای بالاتر در وجودشان شکل گرفته و به آنها علاقه مند شوند. اگر تا به حال در حالی که زیرآب بودهای برای هوا تقلا کرده باشید یا مدت زیادی گرسنگی کشیده باشید، حتماً متوجه شده‌اید که وقتی یک کمبود فیزیولوژیکی ارضا نشده است، نیازهای عشق و احترام یا هر چیز دیگر، چقدر می‌تواند پیش پا افتاده باشد. فرد گرسنه درباره غذا فکر می‌کند، خواب‌آن را می‌بیند و فقط آرزوی غذا را دارد. اما هنگامی که این نیاز برآورده شد، از آن پس شخص، دیگر توسط آن برانگیخته نمی‌شود و حتی از آن آگاه نیست. اهمیت این نیاز از بین رفته و دیگر رفتار را کنترل یا هدایت نمی‌کند. سلامت و بیماری نیز همین وضعیت را دارند. تا زمانی که فرد در سلامتی کامل قرار دارد به بیماری فکر نمی‌کند و کوچک‌ترین برانگیختگی و کمبودی در قبال آن احساس نمی‌کند ولی زمانی که کوچک‌ترین اختلالی در وضعیت سلامتی وی به وجود آمد، به ناگاه تمامی ارگانیسم به تکاپو افتاده و تا برطرف نشدن مشکل، بدن در وضعیت آماده‌باش کامل قرار می‌گیرد.

با هر طرف شدن نیازهای فیزیولوژیک، وارد دومین مرحله می‌شویم. به محض سیر شدن شکم

۲- نیازهای ایمنی: ایمنی در برابر عوامل طبیعی (زلزله، طوفان)، امنیت (امنیت اجتماعی، مالی، شغلی) و ...

۳- نیازهای تعلق پذیری و عشق: عشق ورزیدن، دوست داشتن و دوست نگه داشتن، مورد محبت قرار گرفتن و نیز داشتن رابطه صمیمانه با افراد دیگر نظیر دوست، همسر، فرزند و ...

۴- نیازهای احترام: ارزش قائل شدن برای خود و انتظار احترام به اشکال مختلف نظیر مقام، شهرت یا موقعیت اجتماعی

۵- نیاز به خود شکوفایی: پی بردن به استعدادهای نهانی و بالقوه، تکامل فرد، عدالت خواهی، شناخت ماهیت خویش، انگیزه برای دستیابی به اوج قابلیت‌های خویش.

انسان در زندگی بر اساس این سلسله مراتب انگیزه و تحریک می‌گردد که عمده‌ترین آنها به

بزرگ خود خجالت می‌کشید، سال‌های نوجوانی خود را به این صورت به یاد می‌آورد «یک عقده حقارت بزرگ... من سعی داشتم آنچه را که احساس می‌کردم نقص جسمانی بزرگی است، با واداشتن خودم در جهت دستاوردهای ورزشی جبران کنم»، ولی هنگامی که تلاش‌های مازلو برای جبران برای کوشش در رسیدن به شهرت، پذیرش و احترام در ورزش به نتیجه نرسید، برای مصاحبت به کتاب روی آورد و سرانجام یکی از بزرگ‌ترین روان‌شناسان دوران خودش، مازلو سلسله مراتبی از پنج نیاز فطری را معرفی کرد که رفتار انسان را برانگیخته و هدایت می‌کنند.

این نیازها به قرار زیر هستند:

۱- نیازهای زیستی و فیزیولوژیکی: نیاز به اکسیژن، غذا، آب، سرپناه (مسکن)، گرما، خواب و پوشاک و ...



بیمارانی که با داشتن یک بیماری صعب العلاج و با عزم و اراده ای مثال زدنی تمامی سلسله مراتب نیازها را نادیده گرفته، در هم نوردیده و به خودشکوفایی می‌رسند نمونه هایی از استثنائات هستند



و رفع نیازهای جسمانی، نیاز ایمنی مطرح می‌شود. این نیاز از ابتدای خلقت با انسان بوده است. ارضای نیازهای ایمنی مستلزم پایداری، امنیت و رهایی از ترس و اضطراب است. در نوباوگان و کودکان، نیازهای ایمنی را به روشنی می‌توان دید، زیرا بچه‌ها آشکارا و فوراً به ترس‌ها و تهدیدها واکنش نشان می‌دهند. بزرگ سالان یاد گرفته‌اند که تا اندازه ای، واکنش‌های خود را به شرایط خطرناک، بازداري کنند.

دو نیاز «جسمانی» و «ایمنی» را نیازهای اولیه می‌گویند. چرا که بودن و نبودن آنها موجب بودن یا نبودن آدمی می‌شود. زمانی که نیازهای فیزیولوژیکی و ایمنی، به طور مناسب برآورده شده باشند، نیازهای تعلق پذیری و عشق را پرورش می‌دهیم. نیاز به عشق ورزیدن و به دست آوردن آن را، می‌توان در یک رابطه صمیمی با فرد دیگری ارضا کرد. اگر احساس کنیم که دوستان دارند و حس تعلق نیز داریم، پس از آن نیاز به احترام را پرورش می‌دهیم. ما به شکل ارزش قائل شدن برای خود، احترام را از خودمان می‌خواهیم و به شکل مقام، شهرت، تحصیلات یا موقعیت اجتماعی، آن را از دیگران می‌خواهیم.

و اما بالاترین نیاز به سلسله مراتب مازلو، خودشکوفایی است. و آن به معنای حداکثر تحقق و رضایت خاطر از استعدادها، امکانات و توانایی‌هایمان است. این نیاز انسان را و می‌دارد تا به حداکثر آنچه لیاقتش را دارد تبدیل شود. حتی اگر تمام نیازهای دیگر ما ارضا شده باشد، چنانچه خود

را شکوفا نکنیم، بیکرار، ناکام و ناخوشنود خواهیم بود. موسیقیدان باید موسیقی بسازد. نقاش باید نقاشی کند، شاعر باید شعر بسراید تا سرانجام در آرامش باشد. فرآیند خودشکوفایی می‌تواند اشکال گوناگون به خود بگیرد، اما هر یک از ما صرفنظر از شغل و تمایلاتمان، توانایی تحقق بخشیدن به استعدادمان و رسیدن به این اوج رشد شخصیت را داریم. مازلو خاطر نشان می‌کند که خودشکوفایی به موسیقیدانان، نقاشان و شاعران محدود نمی‌شود. آنچه اهمیت دارد تحقق بخشیدن به خود در بالاترین سطح است. یک سوپ درجه یک، خلاق تر از یک نقاشی درجه دو است. برای خودشکوفایی



چند شرط لازم است. اول می‌بایست از قید و بندهایی که به خود تحمیل کرده ایم رها شویم. دوم نباید توسط نیازهای پایین تراشته شویم، یعنی به وسیله نگرانی برای غنا یا ایمنی، سوم باید از خود انگاره‌مان و همچنین تصویری که از دیگران داریم مطمئن باشیم. ما باید دوست بداریم و متقابلاً دوستان بدارند و چهارم ما باید از نیرومندی‌ها و ضعف‌ها، خوبی‌ها و بدی‌هایمان شناخت واقع بینانه‌ای داشته باشیم.

حال این سؤال مطرح می‌شود که با توجه به اینکه بیماران خاص در عبور از نخستین مرحله سلسله مراتب نیازهایشان با توجه به شرایط ویژه‌ای که دارند با مشکل مواجه‌اند و این نیاز بنیادی در آنها برآورده نشده است چگونه امکان رسیدن به مرحله خودشکوفایی را خواهند داشت و بیان این مسائل چه ارتباطی با اینگونه بیماران پیدا می‌کند؟

جواب این سؤال در این واقعیت مستتر است که به عقیده مازلو سلسله مراتب نیازها در مورد اغلب انسان‌ها صدق می‌کند ولی استثنائاتی هم دیده می‌شود. به عنوان مثال برخی افراد که به یک آرمان بسیار متعهد هستند، ممکن است با طیب خاطر، همه چیز از جمله، زندگی خود را فدای آرمان خود کنند. کسانی که به خاطر اعتقادشان تا سر حد مرگ روزه می‌گیرند، نیازهای فیزیولوژیکی و ایمنی خود را نادیده می‌گیرند. شخصیت‌های مذهبی که تمام اموال خویش را صرف فقرا می‌کنند، ممکن است در حالی که نیازهای سطح پایین‌تر را ناکام می‌سازند، نیاز خود شکوفایی را برآورده کنند و هنرمندی که ممکن است به خاطر اثر هنری خود، سلامتی‌اش را به خطر اندازد و بیماری که با داشتن یک بیماری صعب العلاج و با عزم و اراده ای مثال زدنی تمامی سلسله مراتب نیازها را نادیده گرفته، در هم نوردیده و به خودشکوفایی می‌رسد نمونه‌هایی از این استثنائات هستند. به همین دلیل در مورد بیماران خاص، (در کنار تمامی مسائل و مشکلاتی که با آن دست‌به‌گریبانند و نیز، کنش‌ها و واکنش‌های روان‌شناختی خاص هر یک از آنها) می‌بایست به این نکته توجه خاصی داشت که مسائل اعتقادی و معنویات، نه تنها به میزان قابل توجهی می‌تواند بسان مسکنی برآلام، دردها و رنج‌های اینگونه بیماران عمل کند بلکه در بسیاری موارد، نقش درمانی به‌سزایی نیز داشته باشد. همانگونه که در شرح حال بسیاری از بیماران بهبود یافته می‌توان موارد بی‌شماری را یافت.

علمی

بررسی درمان ترکیبی

دسفرال و L1

در

بیماران مبتلا به بتا تالاسمی



مترجم: دکتر ندا ناصر

بودند). این مطالعه تأیید می‌کند ترکیب دو

داروی دسفرال و L1 در بیماران مبتلا به

بتا تالاسمی ماژور که تحت انتقال خون هستند

اثر بخشی بسیار خوبی را نشان می‌دهد.

نتیجه‌ای که از این مطالعه می‌توان گرفت به

شرح زیر است:

۱- افزایش قابل توجه عملکرد قلب بیماران

مبتلا به بتا تالاسمی ماژور که تحت درمان

ترکیبی قرار می‌گیرند در مقایسه با سایر بیماران

۲- افت شدید فریتین سرم

۳- مشخص شدن اثر بخشی درمان ترکیبی

طی ۶ ماه پس از درمان

مقدمه:

درمان اصلی بیماران مبتلا به بتا تالاسمی

ماژور انتقال خون منظم همراه با دریافت

شلاتورهای آهن جهت جلوگیری از افزایش

سطح آهن سرم است و باید ذکر کرد بهترین

درمان جهت کاهش سطح فریتین سرم بیماران،

Desferrioxamine B DFX است و جهت دریافت

بیشترین اثر بخشی این دارو باید طی ۸-۱۰

ساعت تجویز شود و عوارض این دارو در اکثر

مدت ۱۰-۸ ساعت در روز در ۵-۴ روز در هفته

بودند. این بیماران تحت درمان با شلاتور

خوراکی آهن L1 با دوز ۷۵mg/kg/day به

صورت ۳ دوز منقسم بودند. از این بیمار، ۶

تن دچار علائم شدید معده و روده‌ای شدند، ۲

تن دچار آگرانولوسیتوز و ۲ تن دچار مرگ ناشی

از عفونت شدند، ۲ نفر دیگر هم تحت پیوند مغز

استخوان قرار گرفتند. این بیماران از برنامه

تحقیق خارج شدند و از ۷۶ بیمار باقی مانده ۲۱

بیمار هیچگونه عارضه‌ای نداشتند (این تعداد

بیمار دسفرال را به طور منظم دریافت نکرده ولی

L1 را به طور منظم دریافت کرده بودند). در

نتیجه در ۵۵ بیمار باقی مانده که به طور منظم

تحت درمان با L1 و دسفرال بودند سطح فریتین

سرم به طور معجزه‌آسایی از ۳/۰۸۸ng/ml به

۲/۰۵۱ng/ml افت کرده بود. نکته قابل توجه در

این بیماران افزایش عملکرد قلب به صورت

افزایش fraction ejection قلب بود. (بیمارانی

که حداقل یک سال تحت درمان با این دو دارو

چکیده:

افزایش سطح آهن سرم علت اصلی مرگ در

بیماران مبتلا به بتا تالاسمی ماژور است در

نتیجه، استفاده از شلاتورهای آهن جهت حفظ

سطح آهن بسیار ضروری است. دسفرال

(Deferrioxamine) به عنوان شلاتور آهن در

بیماران تحت درمان انتقال خون مبتلا به

تالاسمی ماژور مورد استفاده قرار می‌گیرد.

شلاتور خوراکی (Deferioron B L1) از سال

۱۹۸۷ مورد استفاده قرار گرفته ولی زمانی که این

دارو به صورت تنها مصرف می‌شود نسبت به

دسفرال نتیجه کمتری بر جای می‌گذارد. به این

منظور مطالعه ای روی ۹۱ بیمار مبتلا به بتا

تالاسمی ماژور که بین سنین ۳۰-۲۰ سال بودند

صورت گرفت. این بیماران جهت حفظ

هموگلوبین خون بالاتر از ۹g/dl هر ۴-۳ هفته

Packed Red Cell دریافت می‌کردند و

همچنین تحت درمان با DFX (دسفرال) با دوز

۴۰mg/kg/day به صورت تزریق زیر پوستی به

بیماران بسیار کم است ولی باید اضافه کرد اکثریت قریب به اتفاق بیماران استطاعت مالی ندارند که این دارو را به طور مرتب دریافت کنند (بخصوص در کشورهای در حال پیشرفت).

به دلیل در دسترس تر بودن L1، خوراکی بودن و همچنین ارزان تر بودن آن باعث شده بیماران تمایل بیشتری به مصرف L1 نسبت به دسفرال داشته باشند اما زمانی که L1 به صورت تنها مصرف می شود اثربخشی کمتری نسبت به دسفرال دارد و زمانی که در دوز بالا تجویز

دقیق ترین راه برای بررسی سطح آهن سرم، گرفتن بیوپسی از کبد است البته امروزه MRI به این منظور انجام می شود ولی به عنوان استاندارد طلایی شناخته نشده است.

در این مطالعه تعدادی از بیماران مبتلا به بتاتالاسمی ماژور که تحت درمان با دسفرال بودند بررسی شدند. این بیماران تحت انتقال خون مرتب بودند با این وجود سطح فریتین خونشان رضایت بخش نبود به همین علت داروی L1 نیز به دسفرال اضافه شد.

شدید معده و روده شدند، ۱ بیمار دچار افزایش شدید آنزیم های کبدی شد، ۲ بیمار دچار اگرانولوسیتوز (تعداد نوتروفیل کمتر از 0.5×10^9) شده و این بیماران از مطالعه خارج شدند، ۲ بیمار دچار علائم مفصلی شدند البته این دو بیمار با کاهش دوز L1 از مطالعه خارج نشدند. از بین ۵۵ بیمار که به مدت ۲ سال تحت درمان منظم با دسفرال و L1 بودند مشخص شد، سطح فریتین خون قبل از شروع مطالعه، $3/088$ بوده و پس از تحت درمان قرار گرفتن این تعداد بیمار با



در دسترس تر بودن L1، خوراکی بودن و همچنین ارزان تر بودن آن باعث شده بیماران تمایل بیشتری به مصرف L1 نسبت به دسفرال داشته باشند اما زمانی که L1 به صورت تنها مصرف می شود اثربخشی کمتری نسبت به دسفرال دارد



می شود مسمومیت زایی بیشتری دارد ولی زمانی که با دوز 75mg/kg/day تجویز می شود مطمئن خواهد بود.

آهن اضافی که در سرم وجود دارد به شکل فریتین در ارگان های حیاتی بدن؛ کبد، طحال، قلب و غدد درون ریز رسوب می کند. جدا از بیماری های عفونی، درگیری های قلبی شایع ترین علت مرگ در بیماران مبتلا به بتاتالاسمی ماژور است. اندازه گیری فریتین سرم، روند کلی بررسی سطح آهن خون است عوامل دیگری مثل التهاب، عفونت، همولیز، اریتروپوئزی اثر و کمبود اسید اسکوربیک باعث افزایش سطح آهن خون این بیماران می شود،

روش کار:

تعداد ۹۱ بیمار عمانی بین ۳۰-۲۰ سال که جهت انتقال خون به بخش hematology بیمارستان SQUH مراجعه کردند در این مطالعه قرار گرفتند. این بیماران ۴-۲ هفته جهت بالا بردن Hb بیشتر از 9g/dl ، Packed Cell دریافت کردند و برای حفظ سطح فریتین خون، دسفرال 40mg/kg/day به مدت ۱۰-۸ ساعت به صورت زیر جلدی دریافت کردند، در این مطالعه برای بررسی درمان ترکیبی، داروی L1 نیز به درمان آنها اضافه شد (75mg/kg/day).

نتیجه:

از ۹۱ بیمار بررسی شده، ۶ بیمار دچار علائم

دسفرال L1+، افت شدید سطح فریتین خون بیماران مشاهده شد به طوری که پس از ۲ سال سطح فریتین از $3/088$ به $2/051$ افت کرده است. نکته دیگری که از این مطالعه به دست آمده این بود که میزان افت فریتین با مدت درمان رابطه مستقیم دارد؛ هر چه بیمار مدت بیشتری تحت درمان با این دارو باشد میزان فریتین بیشتر کاهش یافته است.

تعداد ۲۱ بیمار از ۹۱ بیمار انتخاب شده تحت درمان با L1 بودند.

این تعداد بیمار سطح فریتین خون بالایی داشتند ($5/769$). در ضمن مطالعه اکوگرافی قلبی که از این بیماران به عمل آمد، مشخص شد

این ۲۱ بیمار هیچگونه بهبودی در عملکرد قلبشان به وجود نیامده در حالی که در ۵۵ بیماری که تحت درمان ترکیبی L1+ دسفرال بوده اند عملکرد قلب به طور قابل توجهی افزایش یافت.

بحث و بررسی نتایج:

نتیجه این مطالعه اثربخشی بیشتر درمان ترکیبی (دسفرال + L1) در بیماران مبتلا به بتا تالاسمی ماژور را تأیید می کند.

به طور کلی این مطالعه به خوبی در بیماران تحمل شده و تنها ۳۰٪ از بیماران دچار عوارض ناشی از L1 شده اند اگرانولوسیتوز مهمترین عارضه دسفرال است، ۲/۲٪ بیماران به علت بروز این عارضه از مطالعه خارج شدند، این عارضه در مصرف L1 نیز دیده می شود و باید تمام بیمارانی که تحت درمان با L1 هستند در هر ویزیت BNC آنها چک شود به خصوص به بیمارانی که ابتدا تحت درمان با دسفرال بوده و سپس L1 به درمان آنها اضافه شده، باید اضافه شود. چنانچه اگرانولوسیتوز در بیماران دیده شود، دوز L1 باید به تدریج کم شود همان طور که در این مطالعه انجام شده، ۶/۶٪ بیماران به علت عوارض معده و روده ای ناشی از L1 از مطالعه خارج شده، (عوارض معده ای - روده ای از عوارض شایع L1 است که در این صورت دوز دارو باید تقسیم شود و بعد از غذا مصرف شود)، مشکلات مفصلی در ۲/۲ درصد بیماران مشاهده شد و منجر به کاهش دوز L1 در این تعداد شدند.

اثربخشی درمان ترکیبی با اندازه گیری ۲ ماه یک بار سطح فریتین خون مشخص شد، به طوری که سطح فریتین خون بیمارانی که تحت درمان با L1+ دسفرال با دوز دقیق و به طور منظم بودند در ماه ششم ۲/۵۳۰، در ماه دوازدهم ۲/۴۹۵، در ماه هجدهم ۱/۴۳۳، در ماه بیست

و چهارم ۲/۱۶۵ و در ماه سی و ششم ۱/۶۸۶ گزارش شده در حالی که سطح فریتین خون بیمارانی که تحت درمان با L1 با دوز ۷۵mg/kg/day به طور منظم و دسفرال به طور نامنظم بوده به طور متوسط ۵/۷۶۸ گزارش شده

که نشان دهنده تفاوت چشم گیر این دو گروه است.

همانطور که می دانیم افزایش سطح آهن مهم ترین عامل مرگ و میر و از کارافتادگی ارگان های حیاتی در این بیماران است و مصرف دسفرال طی سال های اخیر باعث کاهش سطح آهن خون این بیماران و نهایتاً کاهش عوارض ناشی از آن شده با این وجود بیمارانی که به طور منظم از دسفرال استفاده می کنند سطح فریتین در حد طبیعی

نمی ماند و این مطالعه نشان داده مصرف ترکیبی L1 + دسفرال اثربخشی بیشتری در کاهش فریتین داشته است.

راه دیگر بررسی اثربخشی درمان ترکیبی و مقایسه این نوع درمان با درمان با دسفرال تنها، اکوگرافی قلبی است، به طوری که عملکرد قلب بیمارانی که تحت درمان با دسفرال بوده با ۶۹،۰۴۷۵ Ejection Fraction مشخص

شده در حالی که عملکرد قلبی بیماران تحت درمان با L1 + دسفرال بسیار بهبود یافته است (۷۹،۹۹۷۳ Ejection Fraction). لازم به ذکر است آن دسته از بیمارانی که (۲۱ عدد) تحت

درمان با L1 بوده و دسفرال را به طور نامنظم دریافت کرده هیچگونه بهبودی در عملکرد قلبشان مشاهده نشده است. از این مطالعه نتیجه گرفته می شود بیماران مبتلا به



همانطور که می دانیم افزایش سطح آهن مهم ترین عامل مرگ و میر و از کارافتادگی ارگان های حیاتی در این بیماران است و مصرف دسفرال طی سال های اخیر باعث کاهش سطح آهن خون این بیماران و نهایتاً کاهش عوارض ناشی از آن شده است

بتا تالاسمی ماژور به درمان ترکیبی با دسفرال + L1 نتیجه بسیار بهتری می دهد زیرا سطح فریتین خون افت شدیدتری دارد و از همه مهمتر عملکرد قلب به طور چشم گیر بهبود می یابد.

نارسایی کلیه و طب سنتی

سیروس گنجی



کلیه ها دو عضو لوبیایی شکل، مجموعاً به وزن ۳۰۰ گرم هستند که در خلف صفاق و در مجاورت جدار خلفی شکم قرار گرفته اند و توسط مهره ها از هم فاصله دارند. ناف کلیه محل عبور عروق، اعصاب کلیه و میزراه است. ساختمان کلیه از خارج به داخل شامل یک کپسول لیفی که سطح خارجی کلیه و کف سینوس را می پوشاند و پارانشیم یا بافت اصلی کلیه حاوی یک بخش محیطی کم رنگ به نام کورتکس یا قشر کلیه و یک بخش مرکزی تیره به نام مدولا یا بخش مرکزی کلیه می باشد. قشر کلیه دانه دانه است و ضخامت آن

اسید اوریک و غیره می باشد، نقش اصلی کلیه در تنظیم و هموستاز بدن است. تنظیم و هموستاز بدن توسط اعمال جذب دوباره و ترشح اعمال می شود. و مثلاً مقدار جذب دوباره فسفات بوسیله غلظت کلسیم پلاسما و اثر هورمون پارا تیروئید بر سلولهای لوله های ادراری تنظیم می شود. تنظیم غلظت ادرار در قسمت بالا رونده هنله با مکانیزم شیب اسمزی کورتیکومدولاری برای عمل لوکوسیتها و فعالیت آنها لازم است. لوله دور عملا منطقه فعالی از نفرون است که برای تنظیم الکترولیت های پلاسما و سطح اسید و باز پلاسما اهمیت دارد. در این قسمت یون پتاسیم ترشح می شود و یونهای سدیم با تیروژن تعویض می گردد. آلدسترون تنظیم کننده قوی جذب دوباره سدیم است. تولید آلدسترون از قشر فوق کلیه به وسیله سیستم رنین - آنژیوتانسین و غلظت زیاد پتاسیم پلاسما تحریک می شود. اعمال آندوکرینی کلیه:

۱. سنتز یا ساخت هورمونها
۲. فعال نمودن هورمونهای سایر اعضا می باشد، عمل اولیه آندوکرینی کلیه شامل تولید رنین، پروستاگلاندین ها و لریتر و پوئیتین

قطر کوچکتر خون را تخلیه می کند. جدار کپسول بومن آندوتلیوم نوع غریالی با منافذ به قطر ۱۰۰ نانومتر دارد. از نظر عملی غشاء گلومرولی عبور آزاد مواد خنثی تا قطر ۴ نانومتر را ممکن می سازد و تا حد زیادی از عبور مواد با قطر بیشتر از ۸ نانومتر جلوگیری می کند. لوله پیچیده نزدیک (پروکسیمال) به قطعه نازک شاخه نزولی قوس هنله ختم می گردد و قطعه نازک به قطعه ضخیم شاخه بالا رونده قوس هنله منتهی و حدود ۱۲ میلیمتر طول دارد، سلولهای این قسمت مکعبی بوده و دارای میتوکندری فراوان است. قسمتهای قاعده ای غشاء آنها دارای فرورفتگی های بسیار و وسیع هستند. در مجاورت بخش بالا رونده ضخیم قوس هنله سلولهای کنار گلومرولی ترشح کننده رنین قرار دارند که با تغییر شکل ای تیوم لوله ای کانون متراکم یا ماکولادنسا تشکیل می شود. سلولهای کنار گلومرولی، ماکولادنسا و تعدادی سلول گرانولر بین آنها روی هم دستگاه کنار گلومرولی نامیده می شود. کار کلیه را می توان در سه قسمت دفع، تنظیم و هموستاز و آندوکرینی خلاصه کرد. مواد زائد دفعی حاصل از متابولیسم مثل ترکیبات ازتی غیر پروتئینی، اوره، کراتنن،

۱۸ میلی متر است. در داخل بخش مرکزی تعداد ۸ الی ۱۲ هرم دیده می شود که قاعده آنها متوجه خارج و رأس آنها متوجه سینوس است که ایجاد پلی کلیوی می کند، در رأس هر یک از آنها تعدادی سوراخهای ریز ذره بینی دیده می شود. کلیه در زیر میکروسکوپ از تعداد زیادی واحدهای لوله ای به نام نفرون تشکیل شده است. جدار این لوله ها فقط از یک طبقه سلول ساخته شده و در مجاورت مستقیم مویرگهای خونی است. هر نفرون شامل:

۱. گلومرول
 ۲. کپسول گلومرولی (بومن)
 ۳. اولین لوله پیچیده یا نزدیک (پروگزیمال)
 ۴. قوس هنله
 ۵. دومین لوله پیچیده یا دور (دیستال)
 ۶. لوله های جمع آوری کننده ادرار
- می باشد. تعداد نفرون ها از یک تا چهار میلیون بوده و گلومرول که حدود ۲۰۰ میکرون قطر دارد از فرورفتن کلافه ای از مویرگها به داخل انتهای فنجانی شکل کپسول بومن تشکیل می شود. مویرگها از طریق یک شریانچه آوران خون دریافت کرده و از طریق یک شریانچه و ابران با

است که این آخری بر مغز استخوان تأثیر و سبب تکثیر و بلوغ گلوبولهای سرخ می‌شود.

بنا بر این در بی کفایتی کلیه علامت مهم آنمی (کم خونی) است که شدت آن با از بین رفتن کار کلیه رابطه مستقیم دارد. رنین و پروستاگلاندین هابریسیستم عروقی کلیه اثر می‌گذارند. سیستم رنین آنژیوتنسن تنظیم کننده مهم فشار خون می‌باشد که در ارتباط با غلظتهای سدیم و پتاسیم پلاسما عمل می‌کند. آلدوسترون تعویض یونهای سدیم و پتاسیم در لوله دیستال را تنظیم می‌کند و بالاخره کالیکرین در قشر کلیه تولید می‌شود و مولد و ازودیلاتور قوی با اثرات ناتریوتیک بوده به وسیله مقدار آلدوسترون، مصرف سدیم، فشار شریانی و آنژیوتنسن ۲ دفعه اداری آن تنظیم می‌شود. نقش سیستم کالیکرین در ارتباط با دفع سدیم و تنظیم موضعی خون کلیه است.

پروستاگلاندین های EA ، AY و $F2$ در مرکز کلیه سنتز و برشراین اثر وازودیلاتور دارند. کلیه محل مهم تشکیل 1 و 25 دی هیدروکسی کوله کالسیفرول (فعالترین شکل ویتامین D) می‌باشد. میزان جریان خون در هر دو کلیه 1200 میلی لیتر در دقیقه و میزان جریان پلاسما در هر دو کلیه 650 میلی لیتر در دقیقه است و 65 درصد تمام روندهای جذب مجدد و ترشح در توبولهای ابتدایی انجام میشود. یکی از مهمترین شاخصهای عملکرد کلیه ها میزان فیلتراسیون گلومرولی می‌باشد (از اینولین و مانیتول سود می‌برند).

اینولین در کلیه نه جذب مجدد و نه ترشح می‌شود. اپیتلیوم بخش آخر شاخه صعودی قوس هنله نفوذ پذیری بسیار کمی به آب داشته و نسبت به اوره غیر قابل نفوذ است. بخش قشری توبولهای جمع کننده که عامل اداری بسیار غلیظ، بسیار رقیق، اسیدی و قلیائی می‌باشد، نسبت به اوره تقریباً غیر قابل نفوذ است ولی بخش مرکزی توبولهای جمع کننده نسبت به اوره نفوذ پذیری متوسطی دارد و

مقادیر زیادی اوره بطور طبیعی از توبولهای جمع کننده مرکزی جذب مجدد می‌شود. غلظت اوره در توبول جمع کننده فوق العاده زیاد است و از آنجا به داخل مایع سلولی قسمت مرکزی کلیه انتشار یافته و مجدداً جذب قوس هنله شده و همراه مایع توبولی در شاخه صعودی قوس هنله و توبولهای انتهایی جاری می‌شود و مجدداً به توبولهای جمع کننده می‌رسد و در طی تکرار این عمل، غلظت اوره، در مایع بین سلولی مرکزی کلیه بالا می‌رود. غلظت اوره بطور طبیعی در پلاسما تقریباً 26 میلی گرم در صد میلی لیتر است. ولی در افراد مبتلا به نارسائی کلیه غالباً تا 200 میلی گرم در صد میلی لیتر بالا می‌رود. باز اوره ای که وارد توبولهای ابتدائی کلیه می‌شود مساوی است با غلظت اوره پلاسما ضرب در میزان فیلتراسیون گلومرولی.

در بیماران نارسائی کلیه باید میزان فیلتراسیون گلومرولی در مقادیر زیاد حفظ گردد زیرا با کاهش میزان تصفیه گلومرول، غلظت اوره خون به همان نسبت بالا خواهد رفت. حال با توجه به اصول طب سنتی که اتساع را بر اساس طبایع و مزاجهای چهار گانه درمان می‌کند و حکمای برجسته عامل به این طب مثل حکیم جرجانی، حکیم بوعلی سینا، حکیم ابن بطوطه، حکیم مومن تنکابنی و سایر بزرگان درمان بیماران از جمله نارسائیهای کلیه را بر اساس شناخت طبیعت، بویژه گیاهان و فراورده های آنها انجام میدادند؛ گروه پزشکان کلینیک امام علی (ع) بر همان روال بیماران کلیوی را با گیاهان درمان می‌کند. لازم به ذکر است که گیاهان زیادی مثل خارشتر با اثرات مستقیم در کلیه ها و گیاهان دیگری مثل، چای مکه و نیز با اثرات غیر مستقیم در کلیه ها به درمان اختلالات کلیوی و بی کفایتی آن کمک می‌کنند.

گیاهان گروه اول جزو انواع مدر محسوب می‌شوند که دافع اخلاط از طریق اداری بوده به نظر می‌رسد مستقیماً بر فیلتراسیون گلومرولی و

سلولهای ای - ثیال توبولهای ابتدائی و جمع کننده تأثیر می‌گذارند و به واسطه PH خاص خود بر PH اداری نیز اثر کرده، محیط را برای دفع املاح و رسوبات ناخواسته سیستم اداری تناسلی فراهم می‌آورند، در این میان اثر باز کنندگی انسدادهای فیلتراسیون کلیه توسط برخی از گیاهان و اثر شویندگی برخی دیگر برجسته تر است، برخی گیاهان تأثیر عمیق خود را بر گلومرولهای ژوکوستامدولاری گذاشته و سیستم رنین - آنژیوتنسن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یکی از داروهای اساسی در درمان نارسائی کلیه و هیپوپلازیهای آن است. از طرفی چای مکه نیز بنظر می‌رسد به علت تأثیر مستقیم بر سیستم رنین - آنژیوتنسن و کاهش تون جدار عروقی همراه با اثر مدر بودنش باعث افت فشار خون و شستشوی کلیه ها می‌شود. در کلینیک امام علی (ع) گروه پزشکان همکار موفق شده اند بسیاری از اختلالات کلیوی از جمله نارسائی کلیه را پس از مراحل آماده سازی (پخت اخلاط ناخواسته) با داروهای گیاهی درمان کرده و معیارهای سوق دهنده بیماران قبل از دیالیز و دیالیزی را که به مراحل نهایی نارسائی و پیوند کلیه نزدیک شده بودند بوسیله همین داروها متوقف و به مراحل بهبودی برسانند موارد ابتدایی تر مثل پروتئینوری و عفونتهای راجعه اداری - تناسلی از دیگر موارد درمانی بوده است، برای نمونه چند مورد case از درمان بیمارانمان را نشان داده می‌شود.

منابع مورد استفاده:

- ذخیره خوارزمشاهی (سید اسماعیل جرجانی)
- آزمایشات اداری در شناخت بیماریهای کلیه (دکتر منصور هاشمی راد و دکتر مهدی صادقی شش پلی)
- فیزیوپاتولوژی بیماریهای کلیه (پروفسور آذران، دکتر منصور هاشمی راد)
- تحفه حکیم مومن تنکابنی (تألیف محمد مؤمن حسینی)

استفاده از مگس ها در درمان زخم های عفونی با تأکید بر زخم های دیابتی

گزارشی از یک طرح پژوهشی

نویسندگان: عباس میراب زاده و مینا آزما

غذایی است که از آن تغذیه می کند، یعنی مواد
گندیده یا در حال فساد، به عبارت دیگر مواد مملو
از میکرب و سموم میکربی!

توجه داریم که گنجایش دستگاه گوارش
حشرات از نظر حدود تحمل میکربی بین ۱۰ تا
حداکثر یک میلیون میکرب است. حدود تحمل
میکربی دستگاه گوارش حشرات بسته به نوع
حشره، سن حشره، مواد غذایی که حشره از آن
تغذیه می کند تغییر می کند ولی همانطور که گفته
شد حداکثر حدود تحمل میکربی دستگاه گوارش
حشرات حدود یک میلیون میکرب است.

پس قطعاً، یقیناً و حتماً دستگاه گوارش مگس
خانگی باید دارای آنتی بیوتیک های قوی باشد که
قدرت مقابله با میکرب هایی که وارد دستگاه
گوارش مگس خانگی می شوند را داشته باشد و
این مکانیسم می تواند مورد استفاده پزشکی قرار
گیرد. مگس خانگی از نظر مواد غذایی محدودیت
ندارد و این موضوع سبب می شود که جمعیت این
موجود به شدت افزایش یابد و در جمعیت های بالا
است که قدرت انتخاب (Selection) وجود دارد.
در سال ۱۹۴۰ خاصیت حشره کشی D.D.T
کشف شد. در سال ۱۹۴۷ گزارش هایی همزمان از
ایتالیا و سوئد مبنی بر مقاومت مگس خانگی به
D.D.T گزارش شد. مگس های مقاوم
(Dichloro Diphenyl Threechloroethan)
D.D.T را به D.D.E (Dichloro Diethyl Ethan)
تبدیل می کنند. این عمل با استفاده از آنزیم



(Inter Specific Competition) نمی شود.
نکته سوم که بسیار مهم است انرژی بالایی
است که از این مواد غذایی که مصرف می کند به
دست می آورد. بسیار چست، چالاک، چابک و
زبرک است. به هر نقطه ای سر می زند و با حرکات
مداوم خستگی نپذیر و بی وقفه که از صبح تا شام،
از طلوع تا غروب آفتاب ادامه دارد رسالت اصلی
خویش که پخش و انتقال میکرب هاست را انجام
می دهد.

مگس خانگی در عین اینکه میکرب های مضر
را منتقل می کند، میکرب های مفید را هم انتقال
می دهد. با توجه به اینکه در خلقت تنوع میکرب
ها مفید به مراتب بیشتر از میکرب های مضر است
به یقین می توانیم بگوییم که نقش مثبت مگس
خانگی به مراتب بیشتر از نقش منفی آن است.
در یک جمله مگس خانگی هم مرگ و هم
حیات را برای تمامی موجودات عالم به ارمغان
می آورد.

آنچه در زندگی مگس خانگی اهمیت دارد،

اولین بار در سال ۱۸۹۵ Herbert spencer
صول تعادل محیطی (Homeostasis)، پایداری
سیستم های پیچیده (Heterogene) و ناپایداری
سیستم های ساده (Homogene) را بیان کرد.
تمایل سیستم های زنده برای ثبات و پایداری از
طریق تنظیم هایی که دارند Homeostasis
نامیده می شود و این موضوع بخصوص در
حشرات اجتماعی دیده می شود، در واقع تکامل
به سمت Homeostasis پیش می رود. مفهوم
Homeostasis فرد، جمعیت، جامعه و
اکوسیستم را دربر می گیرد. از افراد پایدار
جمعیت های پایدار و از جمعیت های پایدار،
جوامع و اکوسیستم های پایدار به وجود می آیند.
سخن در مورد موجودی است که Homeostasis
بسیار خوب، برجسته و بالایی دارد. خیلی خوب با
میکروارگانیسم ها مقابله می کند، به طیف وسیعی از
مواد غذایی به راحتی دسترسی دارد و در استفاده از
مواد غذایی هرگز دچار رقابت های داخل گونه ای
(Intra Specfic Competition) و بین گونه ای



استفاده از روش
لارودرمانی به طور
معجزه آسا سبب
درمان زخم های
عقونی می شود.
ایران

بیست و یکمین
کشوری است که

روش لارودرمانی را
شروع کرده است

D.D.T Dihydrochlorinaza صورت می گیرد و مگس های خانگی با خارج کردن یک ملکول اسید کلریدریک، D.D.T را به D.D.E تبدیل می کنند. در رابطه با سموم سیکلودین اختلاف سطح حساسیت عصبی سبب مقاومت مگس خانگی می شود. در مورد سموم فسفره در رابطه با حشره کش مالاتیون با استفاده از آنزیم کربوکسی استراز مالاتیون را به مالاکسون تبدیل می کند. مالاکسون ترکیب خطرناکی برای انسان ولی ترکیب بی خطری برای حشرات است. برای سایر سموم فسفره مگس های مقاوم با استفاده از آنزیم فسفاتاز ملکول سموم فسفره را تجزیه می کنند.

برای سموم کاربامات متابولیزم سم سبب مقاومت مگس خانگی می شود. از نقاط مختلف دنیا مقاومت جنبی (Cross Resistance) برای مگس خانگی گزارش شده که حشره در یک زمان به تمام سموم شیمیایی مقاومت نشان می دهد.

مکانیسم مقاومت مگس خانگی به سموم میکربی چگونه است؟ آیا مگس خانگی Receptor های لازم را ندارد که قفسیه منتفی است ولی اگر Receptor ها را داشته باشد حتما آنزیم های تجزیه شده سموم میکربی را دارا می باشد که

این موضوع از نظر استفاده در بهداشت انسان و دام اهمیت زیادی دارد. در گوشت فاسد در اثر فعالیت باکتری Clostridium botulinum سم botulinum که سم بسیار خطرناکی است ایجاد می شود. ۲۵ گرم از این سم برای کشتن تمام پستانداران روی کره زمین کافی است. اگر مگس خانگی آنزیم تجزیه کننده این سم و سایر سموم میکربی را داشته باشد برای بهداشت و سلامت انسان و دام فوق العاده مغتنم است. فعالیت میکربی در اکثریت قریب به اتفاق موارد با تولید سموم میکربی همراه است. مطالعه مکانیسم مقاومت مگس خانگی در مقابل سموم میکربی اهمیتش کمتر از مکانیسم مقاومت مگس خانگی به سموم شیمیایی نیست.

اساساً یکی از دلایلی که سبب قدرت بقا و دوام حشرات شده است قدرت مقابله خوب آنها در



مقابل سموم میکربی و میکرب هاست و حشرات یک منبع بسیار خوب تولید انواع آنتی بیوتیک ها هستند.

تاکنون صد نوع آنتی بیوتیک از حشرات جدا شده است و کارخانجات داروسازی به حشرات به عنوان منابع غنی و متنوع آنتی بیوتیک می نگرند. خلقت در آفرینش مگس خانگی خیلی دقیق عمل کرده است. مگس ها به حالت تجمعی استراحت می کنند. هر ۳ الی ۴ ثانیه یک بار این حالت به هم می خورد و با تکان های شدیدی که ایجاد می کنند و جابجایی، میکرب ها را به هم منتقل می کنند. در حال حاضر مرسوم نیست که

برای نمونه برداری میکربی از مگس خانگی استفاده نمایند. برای نمونه برداری میکربی از آب، خاک یا موارد دیگر استفاده می کنیم. به دلیل پرمو بودن بدن به علت انرژی بالای که مگس خانگی دارد و به محل های مختلفی آمد و شد دارد و در حالت استراحت مگس ها حالت تجمعی دارند و این تجمع هر ۳ الی ۴ ثانیه به هم می خورد می توانیم از مگس برای نمونه برداری میکربی به عنوان الگویی از فون و فلور میکربی منطقه استفاده کنیم. در انتخاب میزبان (Host Location) یکی از فاکتورهای اساسی در رابطه با انتخاب میزبان بوی بد است و مگس خانگی برای تخم ریزی به محل های بد بو جلب می شود. به راحتی در هر بار تخم ریزی ۱۰۰ تا ۱۵۰ تخم می گذارد و تا ۶۰۰ تخم و حداکثر ۹۰۰ عدد تخم می گذارد. مرحله پیش شفیرگی و شفیرگی مرحله بسیار حساسی در زندگی مگس خانگی است و کمبود رطوبت باعث مرگ و میر شفیره می شود. نکته دیگری که در رابطه با مگس خانگی اهمیت دارد چشم های مرکب بزرگ است که به حشره امکان دیدن کلیه اطراف حشره را می دهد و به مگس این امکان را می دهد که از جنگ دشمنان طبیعی به راحتی فرار کند. جمله معروف Peter Price می گوید تم اصلی اکولوژی عبارت است از خوردن و خورده نشدن به مقدار زیادی در مورد مگس خانگی صدق می کند. بحث مگس خانگی را در همین جا خاتمه می دهیم و به موضوع اصلی بحث یعنی مگس درمانی می پردازیم:

استفاده از لارو مگس ها در درمان زخم ها سابقه طولانی دارد. قرن ها قبل اقوامی در استرالیا، برمه و قوم مایاها (Mayan) در آمریکای مرکزی از مگس درمانی استفاده می کرده اند. از قرن ۱۶ میلادی به بعد پزشکان مختلف در جبهه های جنگ تأثیر لارو مگس ها در درمان زخم ها را در سال های ۱۵۵۶، ۱۸۲۷، ۱۸۶۰ و ۱۹۲۰

گزارش کردند.

اولین بار در سال ۱۵۵۶ Ambroise Pare پزشک اختصاصی Henry سوم در فرانسه اهمیت اعجاز لارو مگس ها در درمان بیماری ها را گزارش کرد. در سال ۱۸۲۷ Barron Larey سرپرست تیم پزشکی ارتش ناپلئون اهمیت لارو مگس ها در درمان زخم ها را گزارش کرد. در سال ۱۸۶۰ در جریان جنگ های داخلی آمریکا دو تن از پزشکانی که به مداوای مجروحان جنگی می پرداختند یعنی Josef Jones و Zacharias این موضوع را گزارش کردند. دکتر Zacharias اولین پزشکی است که خود شخصاً اقدام به لارو درمانی می کند و بالاخره در سال ۱۹۲۰ در جریان جنگ اول جهانی در کنارنج و درد و محرومیت و معلولیت و مرگ میلیون ها انسان بی گناه زمزمه نجات هزاران نفر به مشام William Baer رسید، افسر پزشک ارتش آمریکا که برای مداوای زخمی های جنگ به جبهه های فرانسه اعزام شد و زخم های دو سرباز نظرش را جلب کرد. دکتر Baer در زخم های این سربازان تعداد زیادی لارو مگس مشاهده کرد و ناباورانه ملاحظه کرد که در بدن آنها تب وجود ندارد، زخم ها عفونت نکرده و در بهبودی زخم ها تسریع قابل توجهی حاصل شده است. دکتر Baer شروع به استفاده عملی از این یافته علمی نمود و ۶۰ بیمار را با این روش از جمله ۵ کودک مبتلا به عفونت استخوان (Osteomyelitis) را معالجه کرد، افسوس که اجل امانش نداد و در سال ۱۹۳۱ فوت کرد. یک سال بعد از فوتش همکارانش نتایج کارهای او را منتشر کردند و به دنبال آن موج مگس درمانی محافل پزشکی، درمانی سراسر آمریکا را فرا گرفت. بیش از ۹۰۰ پزشک و جراح در ۳۰۰ بیمارستان و مرکز درمانی این روش را برای ۷۵۰۰ بیمار به کار بردند. افسوس که در سال ۱۹۴۰ با ورود آنتی بیوتیک ها به بازار یک وقفه نسبتاً طولانی

در کاربرد این روش درمانی ایجاد شد. در سال ۱۹۴۰ اولین دسته آنتی بیوتیک ها یعنی سولفونامیدها و سپس پنی سیلین وارد بازار شد.

در سال های اخیر با توجه به مقاومت میکروب ها به آنتی بیوتیک ها مجدداً رجعت خوبی به این عمل پیدا شده است. در سال ۱۹۸۹ Sherman Ronald این روش درمانی را مجدداً در آمریکا بنیان گذاشت. در سال ۱۹۹۵ علم مگس درمانی در انگلستان توسط دکتر Steeve Thomas و دکتر John Church شروع شد و در سال ۱۹۹۷ توسط دکتر Mumcuoglu در فلسطین اشغالی آغاز شد. شروع علم مگس درمانی در فلسطین اشغالی سرگذشت جالبی دارد. در سال ۱۹۹۷ پیرمرد ۷۵ ساله ای که یک پای او به علت زخم دیابتی قطع شده است در حالی به بیمارستان Hadassa در شهر



قدس مراجعه می کند که در پای باقی مانده اش زخم عفونی بزرگی در اثر دیابت به وجود آمده است. پزشکان بعد از معاینه زخم تصمیم به قطع پای باقی مانده بیمار می گیرند اما این پیرمرد رنجور به دکتر Mumcuoglu مراجعه کرد. نامبرده تکه کوچکی از جگر گندیده گوسفند را در فضای آزاد قرار داد. انبوهی از مگس ها به سمت این جگر جلب شدند، ایشان مگس های سبزرنگ با جلالی فلزی را صید کرد و از هر مگس ۲۰۰ تا ۳۰۰ تخم به دست آورد و در هر دوره درمان ۱۰۰۰ لارو مگس استریل را در پای عفونی این بیمار قرارداد، عفونت پا در مدت بسیار کوتاهی درمان شد. این بیمار رنجور بسیار افسوس می خورد که اگر از علم مگس

درمانی استفاده کرده بود اکنون از نعمت داشتن هر دو پا بهره مند بود. در افراد دیابتی در اثر حادثه های خیلی کوچک مثلاً پوشیدن کفش تنگ، یا محل گزش یک پشه یا حشره دیگر زخم ایجاد می شود که منجر به زخم های عفونی و بزرگ می شود. در این افراد به علت گردش خون ضعیف در پا و سیستم ایمنی ضعیف بدن این زخم ها گاهی تا ۳ الی ۴ سال به درمان با روش های معمول پزشکی جواب نمی دهند و در موارد متعددی به علت عفونت شدید پزشکان ناچار به قطع پا شوند.

سالانه در کشور آمریکا ۸۰ هزار مورد قطع پا به

نیمی از بیماران دیابتی که در ایران بستری می شوند، به دلیل زخم پای دیابتی است

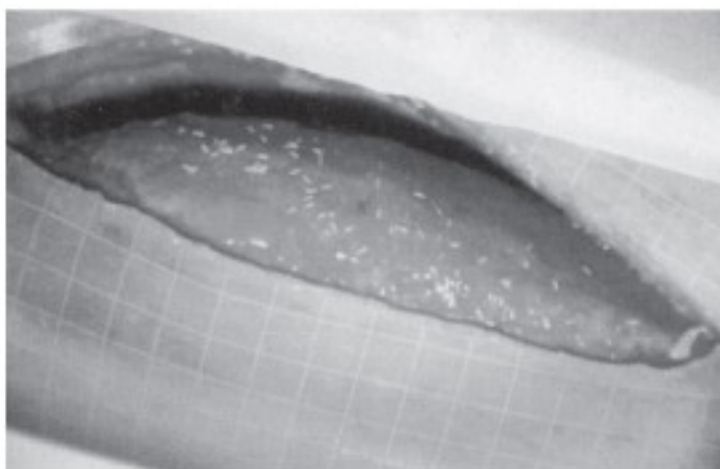


علت زخم دیابتی صورت می گیرد. این رقم در کشور آلمان ۲۸ هزار مورد است. آمار دقیقی از قطع پا در ایران به علت زخم های دیابتی نداریم اما طبق گفته آقای دکتر اسد... رجب رئیس انجمن دیابت ایران بیش از نیمی از بیماران دیابتی که در بیمارستان ها بستری می شوند به علت زخم پای دیابتی است. اکنون پزشکانی که با لارو درمانی آشنا هستند تأکید می کنند که اگر از این علم در رابطه با عفونت زخم پا در بیماران دیابتی استفاده کنیم می توانیم به مقدار زیادی از قطع پا در

بیماران دیابتی جلوگیری کنیم.

مورد دیگر استفاده از مگس درمانی معالجه زخم بستر (Bed Sores) یا (Pressure Ulcer) است. توضیح اینکه در افرادی که سکت کرده اند و دائماً در بستر به سر می برند یا در افراد فلج زخم های عفونی بزرگی ایجاد می شود. در کشور آلمان سالانه در حدود ۱/۲۰۰/۰۰۰ نفر به زخم بستر مبتلا می شوند. در این کشور از ۱۰/۰۰۰ مرگ و میر ۳ الی ۴ مورد به خاطر زخم بستر است. لارو مگس ها خیلی سریع و معجزه آسا انواع زخم های بستر را معالجه می کنند.

به غیر از دو مورد فوق از علم مگس درمانی برای مقابله با آبسه، Carbuncle، زخم های



پوستی، زخم های سرطانی، عفونت استخوان، زخم های حاصل از سوختگی، قانقرایا استفاده می شود.

در مگس درمانی از لارو مگس هایی که ایجاد میاز اختیاری می کنند استفاده می شود و مطلقاً مجاز به استفاده از گونه هایی که ایجاد میاز حقیقی Obligated Myiasis می کنند نیستیم. سه خانواده Oestridae، Sarcophagidae، Calliphoridae سبب میاز می شوند. از خانواده Oestridae ۱۵۰ گونه مورد مطالعه قرار گرفته اند که تمام آنها سبب میاز حقیقی می شوند و بنابراین جایگاهی در مگس درمانی ندارند. از خانواده

جدول ۱- گونه های مگس که در مگس درمانی مورد استفاده قرار گرفته اند

منبع	گونه	خانواده
Teich 1986	Calliphora vicina	Calliphoridae
Baer 1931	Chrysomya rufifacies	
Fine&Alexander 1934	Lucilia caesar	
Leclercq 1990	Lucilia cuprina	
Baer 1931	Lucilia sericata	
Baer 1931	Phormia regina	
Hom et al 1976	Protophormia terraenovae	Sarcophagidae
Robinson 1933	Wohlfahrtia nuba	
Reames 1988	Musca domestica	
Leclercq 1990		Muscidae
Grantham-Hill 1933		

Sarcophagidae ۲۰۰۰ گونه و از خانواده Calliphoridae ۱۰۰۰ گونه مورد مطالعه قرار

گرفته اند. از مجموع ۲۰۰۰ گونه در خانواده Sarcophagidae و ۱۰۰۰ گونه در خانواده

پرورش هستند. تاکنون ۱۰ گونه لارو در مگس درمانی مورد استفاده قرار گرفته اند (جنول ۱). گونه W.Nuba به طور موفق برای درمان زخم توسط Grantham-Hill در سال ۱۹۳۳ در سودان استفاده شده است. هر چند او مشاهده کرد که W.Nuba در صورت عدم وجود بافت نکروزه از بافت های سالم در حاشیه های زخم تغذیه خواهد کرد. Sarcophaga Bullata به طور موفق در آمریکا استفاده شده است ولی جزئیات مربوط به وجود ریسک های احتمالی و سودمندی ها مطالعه نشده اند. گونه Sarcophaga Crassipalpis دیده شده که به طور طبیعی بیمار مسن مبتلا به زخم بستر را در ایتالیا آلوده کرده است و گونه Peregrina Boettcherisca را به طور طبیعی زخم سرطانی را آلوده کرده اند ممکن است نمونه های خوبی برای استفاده در مگس درمانی باشند.

قابل توجه است که در زخم هایی که به طور طبیعی به لارو مگس آلوده می شوند بهتر است که سریعاً لاروها را خارج نماییم چرا که ممکن است که میاز حقیقی باشند و در حالت اخیر بسیار خطرناک هستند و می توانند به اندام های داخلی حمله کنند و سبب بروز مشکلات فراوانی برای بیمار شوند. گونه ای که بیشترین استفاده را در مگس درمانی دارد گونه Lucilia Sericata است. صفتی که سبب شناسایی نسبتاً راحت آن می شود در آن بودن رنگ سبز متالیک است. سیکل زندگی

Calliphoridae ۸۰ گونه سبب میاز می شوند. در خانواده Calliphoridae گونه های Cochliomyia hominivorax و Bezziana و در خانواده Chrysomya و Sarcophagidae گونه های Wohlfahrtia magnifica و W.vigil بسیار خطرناک هستند. خانواده Sarcophagidae لارو ها هستند و با توجه به اینکه ضد عفونی کردن لارو ها امکان پذیر نیست بنابراین در حال حاضر نمی توان از لارو های این خانواده استفاده کرد. خانواده Calliphoridae تخم گذار هستند و می توانیم تخم ها را به راحتی ضد عفونی کنیم. این تخم ها در محیط آزمایشگاهی به راحتی قابل

مگس بسیار کوتاه است و در ۷ روز کامل می شود. مگس دارای سه مرحله لاروی است. به صورت لاروسن آخر، شفیره و حشره کامل زمستان گذرانی می کند. این مگس به هیچ وجه وارد خانه ها، شکاف کوه ها و غارها نمی شود. بنابراین هرگز آن را در داخل منازل ندیده ایم. برای ضدفونی تخم مگس نخست آن را در هیپوکلریت سدیم کاملاً رقیق شده و سپس در فرمالدئید رقیق شده قرار می دهیم و سپس با آب مقطر استریل شستشو می دهیم.

در زخم هایی که در آن ها حالت نکروزه و عفونت ایجاد شده، از جمله روش های متداول که در مراکز پزشکی و بیمارستانی معمول است، انجام جراحی و خارج کردن عفونت و بافت نکروزه است که جراح هر قدر هم که تلاش کند همراه با برداشتن بافت نکروزه قسمتی از بافت سالم را هم برمی دارد. یعنی به جای اینکه زخم کوچک شود زخم بزرگ تر می شود. اما این لاروها فقط به بافت های مرده حمله می کنند و هرگز به بافت های سالم حمله نمی کنند. این لاروها با ترشح آنزیم Proteolytic بافت های مرده را به حالت نیمه مایع یا سوپی شکل درآورده و سپس آن را می مکند. از بزاق آنها آنتی بیوتیک Allantoin استخراج شده است. اگر بزاق لارو قادر نباشد که میکرب ها را از بین ببرد در دستگاه گوارش حشره میکرب ها از بین رفته و نابود می شوند. این لاروها ترشحات آمونیاکی دارند و PH زخم را به حدود ۸ الی ۸/۵ می رسانند که در این PH کلونیزه شدن باکتری ها دچار مشکل می شود. به علاوه در PH فوق بهیود زخم سریعتر است. این لاروها نه تنها آنتی بیوتیک ترشح می کنند و نه فقط از کلیه بافت های مرده تغذیه می کنند. بلکه ترشحاتی دارند که سبب تسریع در بهیود زخم و به وجود آوردن فیبروبلاست ها می شوند. ترشحاتی دارند که شبیه Interlukin6 است.

بسته با اندازه زخم، عمق زخم، تعداد لارو مورد نیاز متغیر است. برای زخم های اسانتی متری ۵ تا ۱۰ عدد و برای زخم های بزرگ ۵۰۰ الی ۶۰۰ عدد و در موارد استثنایی ۱۰۰۰ عدد لارو در محل زخم گذاشته می شود. در این روش نیاز به بیهوشی و بستری شدن بیمار وجود ندارد. احتیاج به جراحی نیز وجود ندارد. علاوه بر این، به رغم ارزانتر بودن این روش از روش های معمول پزشکی، تأثیر آن به مراتب از روش های پزشکی شامل جراحی و آنتی بیوتیک تراپی مهم تر است.

در زخم های کوچک حداکثر تا یک هفته و در زخم های بزرگ تا حداکثر ۶ هفته درمان کامل می شود. ضروری است هر سه روز یک بار لاروها را تعویض کنیم.

جمله جالبی از دکتر Zachrias در سال ۱۸۶۰ به یادگار مانده است: من در تعجبم که حتی در یک شبانه روز می توانیم اعجاز و اهمیت لاروها در درمان زخم ها را ببینیم. لاروسن مگس در حدود ۱ میلیتر است و بعد از سه روز وزنش به ۱۰ برابر و اندازه اش به حدود ۱ سانتی متر می رسد. از نکات مهم دیگر در مورد این لارو وجود موهای کوچک نوک تیز در سر لارو است که به طور فیزیکی سبب نابودی و از بین رفتن میکرب ها شود. همچنین این لاروها موقع حرکت در زخم ماساژ خفیفی به موضع زخم می دهند و خون رسانی در بافت را تسریع می کنند. دکتر Mumcuoglu آزمایش جالبی در ۱۹۹۹ انجام داد. بدین ترتیب که باکتری E.coli مهندسی ژنتیک شده که دارای تالو نور فلورسنت سبز است را به لارو Lucilia Sericata خوارند و ملاحظه کرد که هر چه به سمت انتهایی دستگاه گوارش می رویم از تعداد باکتری کاسته می شود به طوری که در آخرین قسمت دستگاه گوارش لارو اساساً باکتری وجود نداشت و این موضوع ثابت می کند که آن دسته از میکرب ها که توسط بزاق لارو از بین نرود در دستگاه گوارش لارو

کاملاً لیز شده و از بین خواهند رفت. ماده شیمیایی که برای پائسمان زخم به کار می رود عبارت است از سدیم کریوکسی متیل سلولز به علاوه ژلاتین. با این مواد فقط اطراف زخم را می پوشانند. همچنین پوست موجود در ۲ سانتی متری اطراف زخم هم با این ماده شیمیایی پوشانیده می شود تا آنزیم Proteolytic لارو باعث صدمه دیدن پوست اطراف زخم نشود. سپس روی زخم با نایلون مخصوص که دارای سوراخ های ریزی است پوشانده می شود. اگر زخم را با نایلون نپوشانیم سبب فرار لاروها می شود. اگر نایلون دارای سوراخ های ریز نباشد تهویه لاروها صورت نگرفته و

در گذشته نام مگس با مرگ و نابودی و نیستی همراه بود. چرا که سلامت و بهداشت جوامع انسانی را تهدید و تحقیر می کنند. اکنون در پیچه های جدیدی پروی ما گشوده شده است. می توانیم از پیچیدگی که خلقت در آفرینش آنها به کار برده است استفاده کنیم و از روش هایی که این موجودات برای مقابله با میکرب ها و سموم میکربی استفاده می کنند بهره مند شویم

لاروها خفه خواهند شد. در اوایل کار (۱۹۴۰-۱۹۳۳) پزشکان که محل زخم را کاملاً می پوشانند، مشاهده کردند که به علت عدم تهویه لاروها تلف می شدند. نکته جالب تر اینکه محققینی که روی این لاروها کار کرده اند اظهار می دارند که حداقل تا ۲ سال زخم بر نمی گردد در صورتی که در روش های معمول پزشکی زخم بعد از مدت معمولاً ۶ ماه بر می گردد. پرورش Sericata Lucilia بسیار راحت است و می توان آن را با سهولت در آزمایشگاه پرورش داد. دکتر Ronald Sherman ۱۰۰۰ تخم استریل

L. sericata را به قیمت ۵۲/۵۰ دلار و ۱۰۰۰ تخم غیراستریل را به قیمت ۳/۵۰ دلار عرضه می‌کند. تا سال ۲۰۰۰ نامبرده شخصاً ۱۰۰۰ بیمار را با این روش معالجه کرده است. ایشان از فرمولاسیون غذایی مخصوصی در محفظه های استریل همراه با تخم این مگس استفاده می‌کند که این فرمولاسیون به نحوی است که فقط لارو را پس از تفریخ از گرسنگی نجات دهد ولی سبب رشد لارو نمی‌شود. به مجرد اینکه لارو را در موضع زخم گذاشتیم لارو شروع به تغذیه از چرک، خونابه و بافت نکروزه کرده و عمل خود را در درمان انجام می‌دهد.

دکتر Baer درمان دو مورد کزاز و دو مورد عفونت عمومی را در اثر استفاده از این لاروها گزارش کرد و تأکید داشت که ضروری است حتماً از لاروهای استریل استفاده کنیم.

نظر به اینکه زخم هایی که با روش مگس درمانی مداوا می‌شوند زخم های مزمن هستند و بیمار چند سال از این زخم ها رنج برده است و احتمالاً بقایای آنتی بیوتیک در زخم وجود دارد لذا برای بررسی حساسیت لارو *L. Sericata* به آنتی بیوتیک در سال ۱۹۵۵، Ronald Sherman و همکاران، آزمایشی به شرح ذیل انجام دادند:

تأثیر ۷ آنتی بیوتیک Ampicillin, Clindamycin, Cefazolin, Cefazolin, Cefazolin, Cefazolin, Cefazolin در غلظتهای ۱، ۱۰، ۱۰۰، ۱۰۰۰ برابر حداقل Dose لازم برای باکتری کشی (Bactericidal) روی لارو *L. Sericata* آزمایش شد و مشخص شد که ۵ آنتی بیوتیک در چهار Dose فوق الذکر کوچکترین تأثیر سویی روی لارو ندارد. ولی Cefazolin زمانی که با Dose ۱۰۰ برابر و آنتی بیوتیک Glentamicin زمانی که با Dose ۱۰۰۰ برابر مورد استفاده قرار گرفت سبب جلوگیری از رشد و نمو لارو *L. Sericata* شد.

به این ترتیب این نتیجه حاصل شد که

باقیمانده آنتی بیوتیک موجود در زخم و همچنین مصرف آنتی بیوتیک توسط بیمار هیچگونه تأثیر سویی روی لارو مگس *L. Sericata* ندارد. کاربرد اشعه X هم کوچکترین تأثیری روی لارو ندارد، ولی نظریه اینکه ممکن است قبلاً زخم با پانسان های مختلف بخصوص پانسمان های مرطوب کننده مورد درمان قرار گرفته باشند بهتر است در حالی که زخم خشک است از لارو درمانی استفاده شود و ضروری است مرطوبت اضافی را از زخم خارج کنیم زیرا وجود مرطوبت بالا در زخم سبب می‌شود که مواد غذایی مورد نیاز لاروها تأمین نشود. با توجه به اینکه علم مگس درمانی ۶ سال در انگلستان دیرتر از آمریکا شروع شد، ولی تعداد بیمارانی که در این سال های محدود یعنی از ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۰ با این روش معالجه شده اند ۱۰ برابر کشور آمریکا است، علت این است که دکتر Thomas Steev که تقریباً سرپرستی این کار را در انگلستان به عهده دارد ضمن کار لارو درمانی این علم را در کشورش با انجام مصاحبه با وسایل ارتباط جمعی و ارائه سخنرانی های مختلف ترویج و تفهیم می‌کند. از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴ میلادی این رقم به ۴۰/۰۰۰ مورد افزایش یافته است. در حال حاضر مگس درمانی در ۱۳۰۰ بیمارستان و مرکز درمانی انگلستان در حال اجرا است.

در خرداد ماه سال ۱۳۸۲ کشور همسایه ترکیه به جمع کشورهایی که از این روش درمانی استفاده می‌کنند پیوست و این روش با تیمی مشکل از ۵ پزشک در یک بیمارستان نظامی شروع شد. در سال ۲۰۰۳ میلادی کشور غنا دوفرازا کادر پزشکی وزارت بهداشت خود را برای آموزش مگس درمانی و سپس شروع این روش در غنا به خارج اعزام کرد. دکتر Ronald Sherman در حال حاضر محیط پرورش لاروها را کاملاً استریل کرده و عمل پرورش را در محیط کاملاً استریل انجام می‌دهد که این موضوع این نوید را می‌دهد که می‌توانیم

از لاروها خانواده Sarcophagidae نیز استفاده کنیم. دکتر Ronald Sherman مشاهده کرده که برای باز سوم و چهارم که لارو را در موضع زخم می‌گذاریم، لاروها تلف می‌شوند که پیش بینی نامبرده این است که ترشحات بدن انسان سبب نابودی لاروها گشته و توصیه می‌کند که ضروری است از لاروهای گونه های دیگر نیز استفاده کنیم. از سال ۱۹۹۶ در بسیاری از فرهنگ های لغت پزشکی به این علم اشاره شده است، همچنین وسایل ارتباط جمعی کشور آمریکا و بعضی از کشورهای اروپایی گزارش های مبسوطی از این روش درمانی ارایه کرده اند. در سال ۱۹۹۹ سازمان بهداشت جهانی این علم را تأیید کرده و آن را جزو سیاست های درمانی خود قرار داده است.

در سال ۱۹۹۶ میلادی انجمن بین المللی Biotherapy توسط دانشمندان کشورهای مختلف تأسیس شد، یکی از محورهای اصلی این انجمن موضوع مگس درمانی است.

از آن سال تا کنون سالانه سمینارهای بین المللی در کشورهای مختلف از جمله آلمان، کانادا، انگلستان، آمریکا و چند کشور دیگر برگزار شده است.

آخرین سمینار بین المللی در سال ۲۰۰۳ میلادی در کشور ترکیه برگزار شد. در گذشته نام مگس با مرگ و نابودی و نیستی همراه بود، چرا که سلامت و بهداشت جوامع انسانی را تهدید و تحقیر می‌کنند.

اکنون در چهره های جذبی بروی ما گشوده شده است، می‌توانیم از پیچیدگی که خلقت در آفرینش آنها به کار برده است استفاده کنیم و از روش هایی که این موجودات برای مقابله با میکروب ها و سموم میکربی استفاده می‌کنند بهره مند شویم. به امید آن روزی که میهن عزیزمان ایران به جمع کشورهایی که در این زمینه تحقیق و بررسی می‌کنند بپیوندند.

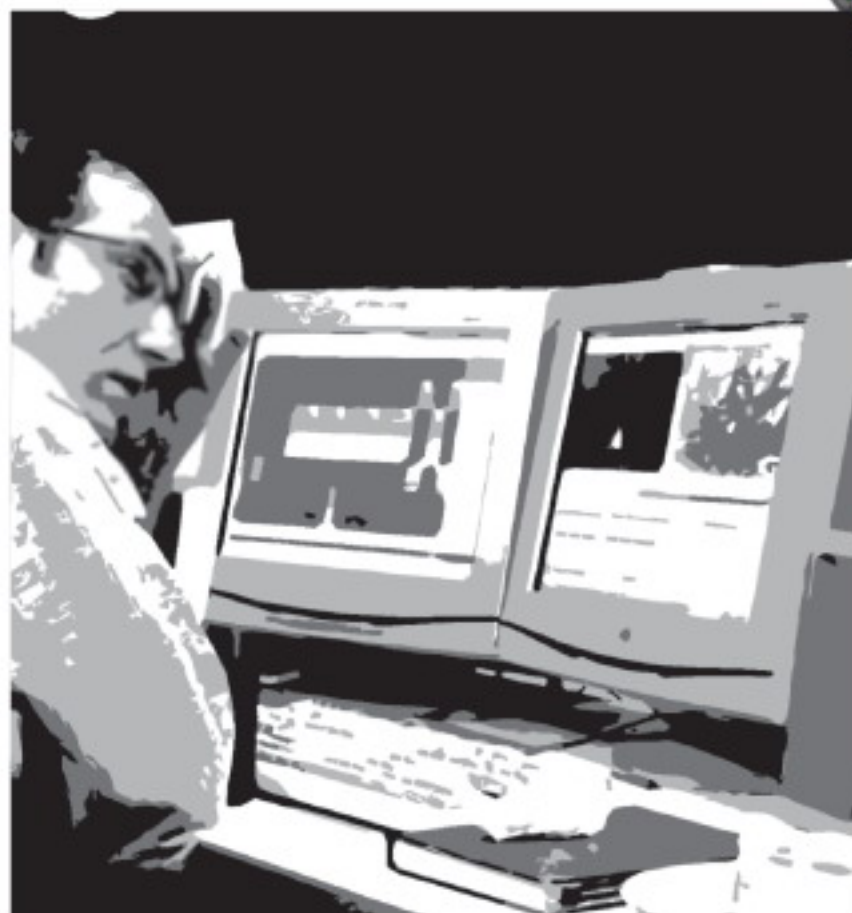


در اینترنت بستری شوید

م - الف

تقریباً دو سال پیش شبکه تلویزیونی اتریش اعلام کرد: انجمن سردرد در این کشور یک سرویس خدمات رایگان اینترنتی را به منظور کمک به مبتلایان میگرن راه اندازی کرده است. از آن به بعد مشتریان این پایگاه بیشتر افراد مبتلا به میگرن هستند که درخصوص بیماری شان، اطلاعات مختصر و محدودی دارند. آنها می توانند با مراجعه به پایگاه اینترنتی و انجام تست های مربوط به تشخیص میگرن از سردرد معمولی، پاسخ سوالات خود را بگیرند. هر چند شکل گیری بیمارستان های مجازی به پیش از این تاریخ برمی گردد اما انتشار این خبر موجی از توجه را در میان محافل اجتماعی و علمی کشور ما ایجاد کرد؛ اینکه اینترنت به عنوان یک دانش نو می تواند آن گونه به خدمت انسان درآید که هنوز دانش های کهن در حالتی از تکیه انتزاعی رخت می کشند.

امروزه بیمارستان های مجازی به عنوان نمادی از این پدیده در حال ظهور هستند و در برخی از کشورهای پیشرفته به طور کامل مورد استفاده بیمارانی قرار گرفته اند که به استفاده از خدمات تخصصی بیمارستان نیاز دارند ولی وضعیت آنها طوری است که در منزل نیز می توانند بستری و تحت نظر باشند. اگر مجبور به خوابیدن روی تخت بیمارستان بودم



برایم لذت بخش بود همین که احساس کنم تختم روی بسته های نورانی، روی امواج بی بعد و بدون صدا روان است و خود به خود اسطوره تخت سلیمان برایم تجلی پیدا می کرد. عجب روزگاری است. آدم پیش می رود و احساس می کند این تنها فرو رفتن در عمق تاریخ است.» برگردیم به تخت خودمان.

گفته می شود بیش از هشتاد درصد از پزشکان آمریکایی از پست الکترونیکی به صورت روزانه برای ارتباط با بیمارانشان استفاده می کنند.

گذشته از امنیت روانی حاصل از دسترسی بودن یک مشاور متخصص، کاهش عفونت ها و خطرات ناشی از بستری شدن در بیمارستان از نتایج مثبت شکل گیری بیمارستان های مجازی است. همچنین امکان دسترسی به بیمار و کنترل وضعیت وی از بیمارستان، خانه یا هر

جای دیگر، امکان دسترسی الکترونیکی به مدارک پزشکی بیماران و اطلاعات پزشکی (بالینی) از این طریق ممکن می شود. دانش جدید اگر دستخوش سیاست های جدید نشود می رود تا مرزهای طبقاتی را بردارد. بیماری که در بیمارستان های مجازی بستری می شود- در هر کجای دنیا و در هر زمان که همین حذف موانع مکانی و زمانی خود از خصوصیات منحصر به فرد فضا های مجازی- است، می تواند از دانش بهترین متخصصان بهره بگیرد. بیمارستان های مجازی تحقق ایده آل های جامعه شناسی پزشکی را میسر کرده است. بنابراین دور از انتظار نیست وقتی می شنویم بر اساس تحقیقات انجام شده توسط محققان دانشگاه TEMPLE در فیلادلفیا، بیماران سرطانی ای که از سایت های اینترنتی ادامه در صفحه بعد

بیماران تالاسمی و ورزش

هانیز باید مورد معاینه قرار گیرند تا از عدم وجود پوکی شدید در آنها مطمئن شوید. در کسانی که با پوکی استخوان مواجهند ورزش و تبعات عادی آن می تواند خطر شکستگی ایجاد کند. در صورتی که فرد دچار دیابت باشد مشاوره های ارائه شده توسط گروه معالج دیابت می تواند برای انجام ورزش های مناسب راهگشا باشد و البته زمان انجام تمرینات ورزشی نیز باید کاملاً پیش بینی شده باشد به ویژه پیش از هر گونه تزریق خون یعنی زمانی که طاقت و تحمل فرد پایین تر از مواقع دیگر است باید از ورزش های سنگین احتراز کرد. نوع تمرینات و ورزش ها نیز باید ادامه در صفحه بعد

و در صورتی که با تمرین های وزنه زدن همراه باشد خطر پوکی استخوان را کاهش می دهد، بسیار ارزشمند است. دکتر e Christine wright پزشک مشاور هماتولوژیست در بیمارستان مرکزی برمی نگام با بیان مطلب فوق می افزاید: همچنین ورزش برای پیشگیری از بیماری های قلبی و چاقی بسیار با اهمیت تلقی می شود.

اما بدیهی است که پیش از انجام فعالیت های سنگین، موارد زیر باید مورد بررسی جدی قرار گیرد؛ نخست آنکه وضعیت قلب، استخوان ها و دیابت فرد معاینه شود زیرا ممکن است بیماری قلبی در اثر فشارهای بدنی غیر ضروری تشدید شود. استخوان

اشاره: بنیاد امور بیماری های خاص از طریق جورج کستانتینو از فعالان انجمن تالاسمی بریتانیا با الاین مایل (Elaine Mille) مسئول روابط عمومی انجمن تالاسمی بریتانیا تماس گرفت و نظر هماتولوژیست های معروف بریتانیا را که در زمینه تالاسمی فعالیت دارند درباره ورزش تالاسمی ها جویا شد. آنچه در پی می آید مجموعه ای مدون شده از نظرات معروف ترین متخصصان بریتانیا است که در پاسخ به درخواست بنیاد ارائه شده است.

ورزش برای همه مفید است و باید همگی آن را انجام دهیم. مزایای خاص ورزش برای بیماران تالاسمی از آن رو که استخوان ها را محافظت می کند

در اینترنت بستری شوید

ادامه از صفحه قبل

بهره مند شوند و فرایند مراقبت های بهداشتی و درمانی خود را به نحو مناسب تری اداره کنند. اگر در گذشته بیهوش شدن یک شهروند که برای پزشکان ناشناخته است فرایند درمان وی را تا زمان به هوش آمدن و ارائه اطلاعاتی از سوابق بیماری ها و حساسیت هایش به تاخیر می انداخت امروز یک شهروند شهر الکترونیکی کدی در اختیار دارد که پزشکان معالج در هر زمان و هر مکانی می توانند با مراجعه به اطلاعات و مدارک و سوابق پزشکی وی در اینترنت نحوه درست درمان را آغاز کنند به علاوه که این نوع از زندگی به سبب وجود تجهیزات مخابراتی و شبکه های فعال ماهواره ای بسیار کم هزینه و سهل الوصول است. در کشور ما «پایگاه الکترونیکی خدمات پزشکی ایران» این امکان را به کلیه مراجعان می دهد که بتوانند به آسانی به انواع اطلاعات و خدمات بهداشتی مورد نیازشان دسترسی پیدا کنند. این اطلاعات

برای جمع آوری اطلاعات راجع به بیماری خود استفاده می کنند، تمایل بیشتری برای انجام روش های مختلف درمانی نشان می دهند و در کل، دوره درمان بهتر و موفق تری دارند.

پژوهشگران معتقدند استفاده بیماران از اینترنت باعث اعتماد بیشتر آنان به پزشکان خود می شود و در نهایت رابطه بهتر بین بیمار و پزشک به درمان بهتر می انجامد.

تلاش گسترده روان شناسان و جامعه شناسان به منظور تحقق مشارکت بیمار در فرایند درمان که عامل مهمی در تسریع و قطعیت درمان محسوب می شود به واسطه حضور اینترنت به بار نشسته است. امروزه افراد جامعه قادر خواهند بود از دسترسی یکسان به خدمات بهداشتی و پزشکی الکترونیکی به منظور حفظ سلامت خویش

و خدمات مستقیماً از طریق شبکه اینترنت در اختیار مراجعان پایگاه قرار می گیرد. بیماران و نیازمندان اطلاعات و خدمات پزشکی می توانند در این پایگاه علاوه بر دسترسی به آخرین اطلاعات و اخبار پزشکی به صورت رایگان و از طریق گفت و گوی صوتی مستقیماً با پزشکان پایگاه به مشاوره بپردازند و از نظرات و توصیه های پزشکی آنها استفاده کنند، در نهایت و در صورت لزوم به پزشکان متخصص عضو پایگاه معرفی شوند. این خدمات در حال حاضر شامل دسترسی به آخرین اطلاعات و اخبار تخصصی و کتب و مقالات پزشکی، داشتن صفحه شخصی اختصاصی بر روی شبکه اینترنت و معرفی شدن به مراجعان پایگاه در هنگام مشاوره ها است. در بیمارستان های مجازی هرگز با کمبود تخت، غیبت پزشکان و بیمار شدن به خاطر بستری شدن مواجه نمی شوید.

بیماران تالاسمی و ورزش

ادامه از صفحه قبل

مطالعه شود، ورزش های ملایمی مثل شنا و فعالیت های دومی دانی تقریباً همیشه خوب است اما در بازی های تیمی مثل فوتبال و والیبال باید وضعیت بیمار ملاحظه شود، با این همه بیماران باید در مورد هر اقدامی از پیش با پزشک معالج خود مشورت کنند. دکتر Anne Yardvmain پزشک مشاور هماتولوژیست در بیمارستان worth Middlesex لندن بیماری داشت که اخیراً در مسابقه دو ماراتون لندن شرکت کرده است. این پزشک مشاور نیز نکات اساسی دیگری را مطرح می کند که در ادامه می خوانید:

- وضع جسمانی، به ویژه در رابطه با سلامت قلب بیمار باید همیشه کنترل شود.

- میزان هموگلوبین فرد در تعیین سطح فعالیت های ورزشی مؤثر است. ورزش با هموگلوبین در سطح پایین توصیه نمی شود و میزان سنگینی فعالیت بدنی مورد نظر باید با آن مطابق باشد.

- حتی با عدم وجود مشکلات قلبی بالینی، انجام ورزش های جدی توسط بیماری که آهن خون بالایی دارد و یا فردی که آزمایش MRI نشان داده میزان آهن عضلات قلبی وی بالا است صحیح نیست.

- از دیگر مسائل مهم توجه به وضعیت غدد درون ترأ است. به طور مثال فردی که دچار کمبود فعالیت غده تیروئید است نباید زیاد ورزش کند و گرنه دچار نارسایی قلبی می شود. افرادی که پوکی استخوان دارند نباید ورزش های سنگین از جمله بلند کردن وزنه که ممکن است موجب شکستگی استخوان های شکننده آن شود انجام دهند.

- افرادی که به طور منظم تزریق خون انجام می دهند و مشکل قلبی مشهودی نیز ندارند می توانند ورزش های ملایم و منظم که موجب بهتر

شدن وضعیت قلبی - عروقی و تقویت استخوان های آنان خواهد شد، دنبال کنند. همیشه باید با ورزش ملایم آغاز کرد و به تدریج سطح آن را افزایش داد.

وی می افزاید: انسان معمولاً محدودیت های خود را تشخیص می دهد و باید قبل از آن که بیش از حد خود را خسته کند فعالیت بدنی را قطع کند. در صورتی که فردی در صدد انجام ورزش جدی و مهمی باشد، مثل بیمار جوانی که دوندۀ ماراتن بود، ابتدا باید تزریق خون و نرمال شدن سطح HB را انجام دهد و معاینات قلبی وی نیز حاکی از وضعیت عادی باشد.

دکتر Philip J Darbyshn پزشک مشاور هماتولوژیست اطفال در بیمارستان کودکان بیرمنگام نیز همواره سعی کرده است تا کودکان را به زندگی عادی، از جمله مشارکت کامل در مدرسه و ورزش تشویق کند. وی در این زمینه می گوید: دو مسأله عمده که باید به آن توجه داشت مسأله بیماری های قلبی و نیز پوکی استخوان است. گروه اول باید از فعالیتهای سنگین از جمله در ورزش پرهیز کنند. گروه دوم می باید برای تقویت استخوان ها، تشویق به انجام ورزش شوند ولی از ورزش هایی که ممکن است خطر شکستن استخوان ها را در برداشته باشند پرهیز کنند. ورزش های مناسب، شنا و دوچرخه سواری هستند. با این حال در هر دو مورد می باید با پزشک معالج مشاوری شود.

دکتر Paul Telfer مشاور هماتولوژیست بیمارستان رویال لندن هم معتقد است:

برای افراد تالاسمیک که مرتب تزریق خون داشته اند، آهن زدایی شده و مشکل قلبی و پوکی استخوان ندارند ورزش بسیار خوب است زیرا موجب تقویت قلب، گردش خون، وضعیت روانی

بهبتر و پیشگیری از پوکی استخوان می شود.

انجام ورزش های سنگین مثل راگبی، فوتبال آمریکایی و ... را توصیه نمی کنیم. در مورد هر فرد باید دستور خاص داده شود و فردی که مسئول بیمار است از آن آگاه باشد. به ویژه این مسأله باید در مدرسه که گاهی اوقات کودکان را وادار به ورزش هایی می کنند که خارج از توان آنان است مورد توجه قرار بگیرد. پروفسور John B Porter مشاور هماتولوژیست بیمارستان دانشگاه لندن نیز این بحث را تکمیل می کند او در پاسخ به سؤال ما می نویسد: مناسب بودن ورزش بستگی به نوع ورزش و شخص بیمار دارد. در صورتی که بیمار مبتلا به تالاسمی متوسط و کم خونی قابل توجهی است، ورزش های سنگین برای وی توصیه نمی شود. همچنین ورزش های قهرمانی، غواصی و کوه نوردی نیز مناسب وی نیست.

بیماری که تالاسمی ماژور یا متوسط دارد و مایل به انجام ورزش فوتبال است می باید از عدم داشتن پوکی استخوان از طریق DEXA DCAN اطمینان حاصل کند. در هر صورت فردی که مبتلا به تالاسمی است، بیش از هر فرد عادی هم سن خود در معرض خطر شکستگی استخوان قرار دارد. یک بیمار تالاسمی ماژور می باید از تحت کنترل بودن آهن خون به ویژه عدم آهن در قلب، قبل از شروع هر گونه ورزشی که می تواند به سیستم قلب و عروق یا متابولیسم Anderobic لطامات قابل توجه وارد کند اطمینان یابد.

آنچه از مجموعه این نظرات قابل اقتباس است آن است که ورزش با بیماری منافاتی ندارد و همه باید در هر شرایطی که هستند زندگی شاد و عادی خود را سپری کنند اما سطح فعالیت های ورزشی باید متناسب با وضعیت افراد باشد و این چیزی است که پزشک مشاور شما تشخیص خواهد داد.

روایت اسکیزوفرنیا با دوربین فخم زاده

همنفس؛

روایت تک افتادگی

محمدرضا پیر ریش



اسکیزوفرنیا یعنی زندگی در دو جهان واقعیت و رویا. اسکیزوفرنیا یعنی رویا و کابوس در بیداری و واقعیت، اسکیزوفرنیا یعنی مسئله‌ای که شخصیت‌های فیلم «همنفس» با آن دست و پنجه نرم می‌کنند.

فخم زاده که اصولاً روی سوژه‌های خاص مخصوصاً انواع معلولیت روحی و جسمی کار می‌کند این دفعه با دوربینش به سراغ بیماران اسکیزوفرنیا رفته است. فیلم فخیم زاده از این شعار دفاع می‌کند: «فرد مبتلا به اسکیزوفرنی یک شهروند است، این حق اوست که از حقوق و رفاه اجتماعی برخوردار شود».

او در فیلمش به برخورد ناسالم جامعه و دامن زدن جامعه به بیماری این افراد می‌پردازد و از این جهت است که فیلمش نظر مخاطبان فرهیخته را به خود جلب می‌کند. به گفته فخیم زاده این فیلم را مخاطبان حرفه‌ای سینما پسندیده‌اند، او که سوژه «بیماران» را از دوران جوانی، از دورانی که به عنوان پزشک یار در آسایشگاه روانی‌ای در تبریز سربازی اش را می‌گذرانده، تاکنون همراه خود دارد، چند سال پیش در ملاقات با یکی از دوستان دور و دیرینه دانشکده پزشکی اش با این مسئله مواجه می‌شود که اکثر مردم از مبتلا بودن به

اسکیزوفرنی شرم دارند و آن را مثل لکه‌تنگ پنهان می‌کنند. فخیم زاده در ریشه‌یابی این مسئله به نکات کوری می‌رسد که در فرهنگ برخورد با بیماری ریشه دوانده و این امر او را ترغیب می‌کند تا فیلمنامه‌ای بنویسد و آن را در اختیار «مرتضی شایسته» قرار دهد. این فیلمنامه مدت سه سال دست مرتضی شایسته بود تا با اصرار او به رغم دانستن این مسئله که ممکن است این فیلم بازده تجاری نداشته باشد، فخیم زاده ساختن فیلم را آغاز می‌کند.

فخم زاده درباره این فیلم می‌گوید: «این فیلم برای مردم ساخته شده و برای متخصصان روان نیست» و علت اصلی ساخت این فیلم دید و نگاه سالم و با «چشم‌شسته» به بیماری روانی است.

بسیاری افراد معلولیت را ابزار تفریح می‌کنند و حتی این مسئله گریبان رسانه‌ها را گرفته است. «داستایوفسکی» می‌گوید: «عده‌ای به خاطر این که عدم سلامت عقل خود را پنهان کنند به دیگران انگ بیماری می‌زنند» این فیلم که به بیماری و مشکل داشتن افراد به ظاهر سالم می‌پردازد، در واقع تلنگری است به روان خسته جامعه‌ای که از محکمه وجدان می‌گریزد.

«همنفس» فخیم زاده تعاملی است بین

هنرمندان و متخصصین که به همراهی با بیماران خاص متجر می‌شود.

مسئولیت هنرمندان در به تصویر کشیدن زوایای تلخ و سیاه بیماران روانی بسیار حساس است. اینکه فیلمساز بدون آموزش و آگاهی نسبت به بیمار با او برخورد کند سبب بروز مشکلات بغرنجی می‌شود که به بیمار و اطرافیان او آسیب فراوان می‌زند.

برای آموزش و کسب تجربه و نیز توجه هنرمندان سینما به این موضوع چه خوب می‌شد اگر در جستواره فیلم فجر قسمت ویژه‌ای به این موضوع اختصاص می‌یافت.



خاص

نقشه پنهان امور بیماری خاص



باز باران !

باز باران، عاشقانه!
 با تمنای فراوان،
 می‌زند بر قلب انسان!
 یادم آمد یاد یاران،
 گردش آن روز شیرین،
 با دو پای عاشقانه،
 توی جنگلهای ایمان!
 کودکی چند ساله بودم!
 در میان یک هیاهو،
 همچو احساس!
 می‌دویدم از پی او،
 همچو آهو؛
 می‌پریدم تا به آبی،
 بیکران تا آسمانها.
 یادم آمد، بند عشقم!
 در زمینم!
 جسم خاکی، روح آبی!
 بند زنجیرم گسستم
 زیر باران،
 شرشر آب فراوان
 جسم خاکی، روح آبی!
 یادم آمد نم‌نم احساس و باران
 در فضای روشن ذهن خدایی
 یک نفر با روح باران
 پشت در، مانده است و
 بر در می‌زند....

اکبر بیگلریان

در بیمارستانی، دو بیمار در یک اتاق بستری بودند.
 یکی از بیماران اجازه داشت هر روز بعد از ظهر یک ساعت روی تختش که کنار پنجره بود، بنشیند ولی بیمار دیگر مجبور بود هیچ تکانی نخورد و همیشه پشت به هم اتاقیش روی تخت بخوابد.
 آنها ساعتها با هم صحبت می‌کردند، از دوستان، خانواده، تجربه‌ها، خانه و ... با هم حرف می‌زدند و بیماری که تختش کنار پنجره بود، می‌نشست و تمام چیزهایی که بیرون از پنجره می‌دید، برای هم اتاقیش توصیف می‌کرد.
 پنجره روبه یک پارک با دریاچه‌ای زیبا بود و درختان کهن اطراف پارک را پوشانده بود، تصویری زیبا و رؤیایی که به انسان روح تازه و نشاط می‌بخشید. همانطور که مرد کنار پنجره جزئیات را توصیف می‌کرد، هم اتاقیش چشمانش را می‌بست و این منظره را در ذهن خود مجسم می‌کرد و روحی تازه می‌گرفت.
 روزها و هفته‌ها سپری شد. تا اینکه روزی مرد کنار پنجره از دنیا رفت. جسد پیرمرد از اتاق بیرون برده شد، مرد دیگر که بسیار ناراحت بود تقاضا کرد که تختش را به کنار پنجره منتقل کنند. پرستار این کار را با رضایت انجام داد.
 مرد به آرامی و با درد بسیار خود را به سمت پنجره کشاند تا اولین نگاهش را به دنیای بیرون از پنجره بیاندازد، با کمال تعجب با یک دیوار بلند مواجه شد. مرد، متعجب به پرستار گفت که هم اتاقیش همیشه مناظر دل‌انگیزی را از پشت پنجره برای او توصیف می‌کرده. پرستار پاسخ داد: ولی آن مرد نابینا بود ...

نصیحت حضرت مولانا به مردمان ایران زمین

- گشاده دست باش، جاری باش، کمک کن (مثل رود)
- باشفقت و مهربان باش (مثل خورشید)
- اگر کسی اشتباه کرد آن را بپوشان (مثل شب)
- وقتی عصبانی شدی خاموش باش (مثل مرگ)
- متواضع باش و کبر نداشته باش (مثل خاک)
- بخشش و عفو داشته باش (مثل دریا)
- اگر می خواهی دیگران خوب باشند خودت خوب باش (مثل آینه)

مناجات

می شناسمت

چشمهای تو

میزبان آفتاب صبح سبز باغهاست

می شناسمت

واژه های تو

کلید قفل های ماست

می شناسمت

آفریدگار و یار روشنی

دستهای تو

پلی به رؤیت خداست

(شفیعی کدکنی)

بهترین بخش را در هر فرد جست و جو کن،

و این را به او بگو.

همه ما به چنین محرکی نیاز داریم

هر بار که از کار من ستایش می شود،

فروتن تر می شوم،

چون احساس نادیده گرفته شدن یا

ناخوشایند بودن نمیکنم.

تمام مردم جهان چیزی دارند که بخاطر آن

سزاوار ستایش باشند.

ستایشها نشانگر ادراک هستند.

در خلوت خویش انسانهای عالی هستیم،

و هیچکس از دیگری بهتر نیست،

نگریستن به همسایه ات را بیاموز،

و عظمت خود را نیز بنگر.

(جبران خلیل جبران)



خاص

نشریه پژوهش‌های آموزشی و پژوهشی

گسترش همکاری های بنیاد امور بیماری های خاص با فدراسیون بین المللی کلیه

هدف های ارتقا و پیشبرد روش پیوند مغز استخوان در ژن درمانی و استفاده پزشکی از سلول های بنیادین انجام می شود. دیدگاه های خاص معالجه بر روی شبکه، حمایت پزشکی شایان توجهی را از توسعه تحقیقات علمی تضمین می کند، ضمن اینکه بهره برداری از نتایج تحقیقاتی منجر به منابع مالی بیشتر برای پروژه خواهد شد.

در جلسه این هیأت با پروفسور لوکارلی، روش کاری MIH این گونه تشریح شد که در مرحله اول، توافق های نهادین میان وزارت امور خارجه ایتالیا یا وزارت بهداشت با دولت یک کشور همکار منعقد می شود و در مرحله دوم انعقاد توافق اجرایی میان MIH و یک مؤسسه بهداشتی محلی یا بیمارستان شخصی توسط مقامات محلی را در بر می گیرد. مرحله سوم نیز شامل اجرای برنامه ها از قبیل معالجه کودکان منتخب از کشورهای همکار در مراکز ایتالیایی است که بودجه آن توسط MIH تأمین می شود. آموزش ویژه کارکنان متخصص مراقبت های بهداشتی و دارویی به طور موازی نیز صورت می گیرد.

در نتیجه انتقال مؤثر روش های درمانی خاص و تکنولوژی های مرتبط با آن به کشورهای عضو که رسماً بخشی از شبکه بین المللی MIH

رئیس بنیاد امور بیماری های خاص و هیأت همراه به منظور شرکت در کنفرانس بین المللی کلیه که در بخش ناکسوس شهر کاتینای ایتالیا برگزار می شد عازم رم شدند تا پس از بازدید از یک مرکز پیوند استخوان در حومه شهر رم، در کنفرانس مذکور شرکت کنند.

در بازدید از مؤسسه مدیترانه ای خون شناسی (IME) طی ملاقاتی با پروفسور لوکارلی خون شناس و از پزشکان با سابقه در درمان بیماران تالاسمی، فعالیت های مرکز پیوند مغز استخوان مؤسسه مدیترانه ای خون شناسی تشریح شد.

بر اساس برنامه استراتژیک این مؤسسه، شبکه ملی هماتولوژی اولویت خود را به معالجه بیماری های آنکو هماتولوژیکال می دهد. این شبکه ملی (GIMEMA) با اهداف مهمی مانند تشخیص، معالجه و تحقیق همچنین حمایت زیربنایی در زمینه اطلاعات، موافقت ها، روش ها، ارزیابی نتایج و پروژه های تحقیقاتی کار می کند.

پروژه بین المللی تالاسمی توسط مؤسسه IME طراحی و راه اندازی شده است و مدیریت آن با پروفسور لوکارلی است.

تحقیقات علمی در این پروژه بین المللی با

شده اند، میسر خواهد شد. پروفسور لوکارلی و همکاران در این جلسه ضمن استماع فعالیت های بنیاد امور بیماری های خاص در ایران برای بیماران تالاسمی از انعقاد تفاهم نامه با این بنیاد برای درمان بیماران تالاسمی ایرانی استقبال کردند.

در این برنامه کاری، همچنین از قسمتهای مختلف بخش پیوند مغز استخوان بازدید به عمل آمد. هیأت اعزامی با چند تن از بیماران خردسال و نوجوان مصری، عراقی و لبنانی پس از عمل پیوند مغز استخوان ملاقات کرد که در اتاق های تک نفره با حضور یکی از اعضای خانواده خود تحت درمان بودند. این بیماران در واقع جزو بیمارانی بودند که از طریق انعقاد تفاهم نامه با این مؤسسه تحت پوشش درمانی قرار می گرفتند.

پس از این بازدید، پروفسور لوکارلی فیلمی را در مورد استفاده از سلول های بنیادی برای درمان بیماری تالاسمی برای هیأت ایرانی به نمایش گذاشت.

در این فیلم با تشریح اینکه بتا تالاسمی یک نوع اختلال ژنتیک است که منجر به فقدان یا تولید کم گلوبول های قرمز خون می شود، آخرین روش های درمان این بیماری مورد بررسی قرار

گرفت. طبق آمار ارائه شده تقریباً ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار کودک هر ساله با اشکال بسیار وخیم نارسایی های خونی متولد می شوند. در حال حاضر تنها راه مؤثر معالجه تالاسمی، پیوند مغز استخوان است که اختلال ژنتیک را در سیستم خون سازی از میان می برد. گفتنی است بیماران مبتلا به تالاسمی از نظر خطر پیوند مغز استخوان به ۳ دسته تقسیم می شوند که بیشترین خطر برای دسته سوم آنها با دهندگان دارای HLA وجود دارد. مهم ترین مشکل در این گروه برگشت بیماری است.

این فیلم مؤید این است که امروزه مشهورترین روش درمان پیوند مغز استخوان به وسیله سلول های بنیادی است که برای معالجه بیماری سرطان خون و دیگر انواع سرطان ها، همین طور نارسایی های خونی به کار گرفته می شود. در یک عمل پیوند مغز استخوان سلول های بنیادی مغز استخوان بیمار یا سلول های بنیادین فرد دهنده سالم جایگزین می شود. بعد از انجام مراحل لازم

همراه در روزهای ۷ و ۸ ژوئن ۲۰۰۶ در هفتمین کنفرانس بین المللی کلیه شرکت کردند. در این کنفرانس شخصیت های علمی از کشورهای ایران، ایتالیا، کانادا، استرالیا، هند، پاکستان، چین، آمریکا، ترکیه، هلند، انگلستان، مجارستان، مکزیک، اسپانیا و ... حضور داشتند که به ایراد سخنرانی و ارائه تجربیات علمی و تحقیقاتی پرداختند.

کارگاه آموزشی توسعه بنیادهای خیریه

در کنار بحث های مختلف علمی که نوعاً جدید و قابل بهره برداری برای شرکت کنندگان بود، کارگاه های آموزشی نیز در نظر گرفته شده بود. هیأت ایرانی با توجه به برنامه کنفرانس و اهداف مورد نظر در کارگاه آموزشی توسعه بنیادهای خیریه و روش های تحقق اهداف این بنیادها که پروفیسوریل میرکن مسئولیت آن را بر عهده داشت، شرکت کرد. در این کارگاه شش گام مهم برای طراحی برنامه مالی و اقتصادی بنیادهای خیریه ارائه و به بحث گذاشته شد. بر اساس متن ارائه شده در کارگاه این شش گام مهم عبارتند از:

- تهیه بیانیه مأموریت
- تعیین اهداف اصلی
- برنامه فعالیت
- پیش بینی بودجه
- برنامه ریزی برای تأمین بودجه
- تهیه برنامه ارتباطی و برنامه ریزی

روابط عمومی برای جلب حمایت در این کارگاه آموزشی با تعدادی از بنیادهای کلیوی در کشورهای مختلف که در جلسه حضور داشتند تبادل نظر صورت گرفت. در حاشیه کنفرانس با شخصیت های علمی و

اگر عمل پیوند با موفقیت انجام شود، سلول های بنیادی در داخل مغز استخوان بیمار جایگزین سلول های معیوب می شوند.

هفتمین کنفرانس بین المللی کلیه در ایتالیا

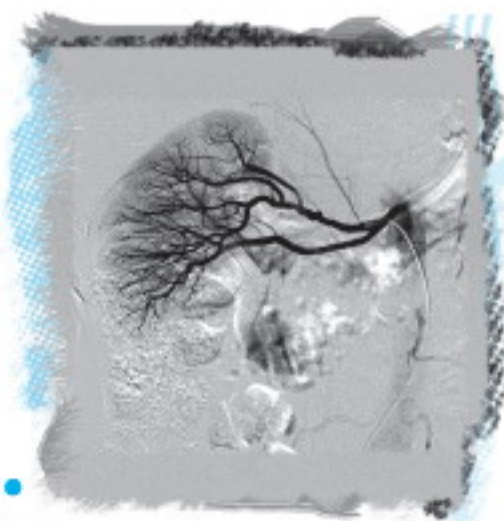
ریاست بنیاد امور بیماری های خاص و هیأت

طبق آمار ارائه شده تقریباً ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار کودک هر ساله با اشکال بسیار وخیم نارسایی های خونی متولد می شوند. در حال حاضر تنها راه مؤثر معالجه تالاسمی، پیوند مغز استخوان است که اختلال ژنتیک را در سیستم خون سازی از میان می برد



اجرایی و اعضای باسابقه IFKF ملاقات و در مورد بیماران کلیوی گفتگو و تبادل نظریه عمل آمد. در جلسه ای که با دکتر سودهیر شاه رئیس جدید فدراسیون بین المللی کلیه برگزار شد سابقه فعالیت های بنیاد امور بیماری های خاص در حوزه پیشگیری درمان بیماری های کلیوی توسط هیأت اعزامی ارائه شد و راههای گسترش همکاری ها مورد بررسی قرار گرفت. قرار شد گزارش اقدامات بنیاد امور بیماری های خاص در زمینه کلیه و دیالیز برای ریاست جدید به صورت مبسوط ارسال شود. همچنین در این جلسه از موضوع برنامه آتی این بنیاد در مورد راه اندازی واحدهای سیار دیالیز در مناطق روستایی استقبال شد.

همچنین در جلسه ای با حضور پروفیسور کوپل، وی از تلاش های ایران برای برگزاری روز جهانی کلیه تقدیر کرد و خواستار ادامه فعالیت ها و همکاری ها شد. کوپل از ریاست بنیاد امور بیماری های خاص خواست تا با رایزنی های لازم با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی روز جهانی کلیه مطابق با ۹ مارس به طور رسمی اعلام شود تا با برگزاری بین المللی این روز، حرکتی جهانی به نفع بیماران کلیوی صورت گیرد.





برگزاری اردوی تابستانی بیماران خاص

از جمله برنامه های اجرا شده برای بیماران با توجه به هدف آموزش غیرمستقیم در زمینه نوع تغذیه صبحانه، میان وعده ها و ناهار رژیمی و نیز پخش فیلم با موضوع تغذیه به صورت همزمان بود و همچنین آموزش حرکات ورزشی در محوطه آزاد و به صورت دسته جمعی و انجام جلسات پرسش و پاسخ با متخصصین و مشاوران مربوطه انجام گرفت که با حضور خانم دکتر محسنی فوق تخصص غدد درون ریز و متابولیسم، دکتر حامد سرشت مشاور دیابت مرکز پزشکی خاص و خانم دکتر آذر کیوان فوق تخصص خون و انکولوژی در محل برگزاری اردو همراه بود.

از دیگر برنامه های اردو، آموزش تزریق انسولین به صورت عملی بود که بر روی ماکت و نیز یک بیمار ۵۳ ساله دیابتی که مدت ۴۰ سال مبتلا به این بیماری بود، انجام گرفت و حاضران در اردو در این زمینه بسیار کوشا و موفق عمل کردند و در مورد نحوه مقابله با استرس خود سخنان مفیدی را برای بیماران و خانواده هایشان بیان کردند.

طبق روال هر ساله بنیاد امور بیماری های خاص، تابستان امسال نیز ۳ اردوی آموزشی-تفریحی برای بیماران خاص برگزار شد. ۳۰ نفر از کودکان دیابتی مرکز پزشکی خاص، همچنین بزرگسالان دیابتی مرکز پزشکی خاص و ۳۰ نفر از کودکان تالاسمی مرکز طبی کودکان، برای شرکت در این اردو دعوت شدند.





هدایای نیکوکاران برای کودکان

اصغر، مفید و مرکز طبی کودکان حاضر شدند و هدایایی را به آنها تقدیم کردند. این هدایا که از سوی خیرین و نیکوکاران در اختیار بنیاد قرار گرفته بود سبب شادی کودکان و نوجوانان بیمار و خانواده‌های آنان شد و برای لحظاتی آنان را از رنج بیماری و کسالت دور کرد. بر اساس هماهنگی‌های به عمل آمده با مسئولین بخش‌های مربوطه در سه بیمارستان مذکور، مجموعاً تعداد ۵۰۰ هدیه بسته بندی شده در میان کودکان



کارکنان بنیاد امور بیماری‌های خاص، در کنار کودکان بستری در بیمارستانهای علی

توزیع شد و اهداکنندگان بی‌نام و نشان آنها را در شادی دل‌های پاک کودکان بیمار سهیم ساختند.

تجلیل از بنیاد در جشن نفس



«جشن نفس» امسال برای سومین بار از سوی بیمارستان مسیح دانشوری در محل باشگاه ورزشی انقلاب برگزار شد. این جشن که با موضوع بیماران پیوندی برپا می‌شود، شامل فعالیت‌هایی چون گردهمایی اهداکنندگان عضو و خانواده‌های گیرندگان عضو، حضور هنرمندان صدا و سیما برای حمایت از این حرکت و توزیع کارت اهدای عضو است و در کنار خود نمایشگاهی دارد که نهادها و سازمان‌های مرتبط با موضوع به آرایه تلاش‌های خود در زمینه پیوند اعضا می‌پردازند. از آنجا که بنیاد امور بیماری‌های خاص در اعتلای فرهنگ ایثار و اهدای اعضا پس از مرگ مغزی با «جشن نفس» دارای هدف مشترک است، در غرفه‌ای به آرایه فعالیت‌های خود پرداخته و تلاش‌های مرتبط در این زمینه مانند صدور کارت اهدای عضو

برای داوطلبین را معرفی کرد. گفتنی است در مراسم اختتامیه جشن نفس از بنیاد و ریاست آن به خاطر اقدامات مؤثر در پیشبرد اهداف مورد نظر تجلیل شد.

برپایی غرفه‌های بنیاد امور بیماری‌های خاص



بیماری‌های خاص نیز برپا بود که حضور نمایندگان روابط عمومی بنیاد در محل غرفه سبب شد تا اطلاعات خوبی در زمینه فعالیت‌های بنیاد، سال تأسیس آن، اهداف مورد نظر، نوع خدمات و میزان کمک‌های تجهیزاتی به مراکز درمانی استانها، در اختیار حاضران قرار گیرد. همچنین حضور کارشناسان بخش انفورماتیک و روابط عمومی بنیاد در نمایشگاه کامپیوتر (الکامپ) که در محل دائمی نمایشگاه‌های بین‌المللی برگزار شد، از دیگر فعالیت‌های بنیاد بود که با توجه به تخصصی بودن این نمایشگاه، حضور و علاقه عموم مردم به پیشگیری و آموزش در مورد بیماری‌های خاص و اطلاع یافتن از آنها، استقبال از غرفه بنیاد شایان توجه بود.



به مناسبت گرامی داشت میلاد حضرت فاطمه (س) مراسم بزرگداشتی از سوی شبکه جهانی جام جم و با حضور تعدادی از ایرانیان مقیم خارج از کشور که با شبکه جام جم ارتباط دارند، برگزار شد. در طول این مراسم، غرفه بنیاد امور



در کنار پرستاران بخش‌های دیالیز

روابط عمومی بنیاد امور بیماری‌های خاص در همایش پرستاران دیالیز کشور که در تالار بیمارستان امام خمینی برگزار شد، حضور یافت و در غرفه‌ای به ارائه جزوات آموزشی و معرفی فعالیت‌های این بنیاد پرداخت. در این همایش که پرستاران بخش‌های دیالیز مراکز درمانی سراسر کشور حضور داشتند، غرفه بنیاد امور بیماری‌های خاص مورد استقبال قرار گرفته و اطلاع‌رسانی لازم به منظور ارتباط و تبادل اطلاعات میان شرکت‌کنندگان و این بنیاد که می‌تواند نتایج مطلوبی به نفع بیماران داشته باشد صورت گرفت.

هشتمین دوره مسابقات قهرمانی کشور ورزشکاران پیوند اعضا



هشتمین دوره مسابقات قهرمانی کشور ورزشکاران پیوند اعضا سراسر کشور در شهر همدان برگزار شد.

در این دوره از مسابقات ۱۴۰ نفر ورزشکار و مربی از استان های تهران، اصفهان، کردستان، کرمان و خوزستان با یکدیگر به رقابت پرداختند. در پایان این دوره از مسابقات در مجموع تیمی استان تهران با کسب ۱۱۳ امتیاز مقام اول - استان همدان با کسب ۱۱۰ امتیاز مقام دوم و استان کردستان با کسب ۱۰۷ امتیاز مقام سوم راکسب کرده و مفتخر به دریافت حکم قهرمانی و مدال شدند.



همچنین در این دوره از مسابقات، علی گودینی از استان همدان در رده سنی ۱۵ تا ۱۷ سال و

این مسابقات زیر نظر هیأت های ورزش های بیماران خاص استان همدان و با مشارکت اداره کل تربیت بدنی این استان در ۵ رده سنی ۱۱ تا ۱۴، ۱۵ تا ۱۷، ۱۸ تا ۲۹، ۳۰ تا ۳۹ و ۴۰ تا ۴۹ سال در رشته های دو و میدانی ۱۰۰ متر - ۲۰۰ متر - ۴۰۰ متر - ۸۰۰ متر - ۱۵۰۰ متر و پرتاب وزنه، شنا در مواد ۲۵ متر - ۵۰ متر - ۱۰۰ متر کرال

سینه و کرال پشت و قورباغه، تنیس، پینگ پنگ، بدمینتون و دو چرخه سواری ۵ کیلومتر جاده برگزار شد.

همدان، فارس، اردبیل، خراسان رضوی، مازندران، گلستان، قم، مرکزی، زنجان، قزوین، سیستان و بلوچستان، یزد، کرمانشاه،

دوره آموزشی ارتقای دانش بیماران خاص



دوره آموزشی ارتقای دانش بیماران خاص و خانواده های آنان در محل سالن اجتماعات سازمان بهزیستی استان گیلان با حضور استادان و دانش پژوهان طی ۵ روز برگزار شد. در این مراسم مهندس سنبل مجیدیان رئیس هیئت مدیره انجمن بانوان امدادگر گیلان پیرامون برگزاری این همایش و همایش های بعدی در طول سال، توضیحاتی را بیان کرد و از عموم شرکت کنندگان به ویژه پرستاران حاضر خواست تا با ارائه نقطه نظرات و پیشنهادات خود، این انجمن را جهت ارتقاء سطح کیفی همایش ها یاری رسانند. در ادامه دکتر نخستین در حیطه ی تالاسمی، خون و اجزاء آن، OBC ها هموگلوبین، نقش DNA در کد کردن پروتئین گلوبولین، مشکلات و علائم تالاسمی، درمان های آهن زدایی، مشکلات همراه با انباشتگی

آهن، مشکلات کیدی-قلبی و غدد درون ریز تالاسمی، تالاسمی اینترمدیا و دیگر انواع تالاسمی مطالبی را بیان کرد. سپس دکتر بوستانی مطالبی با عنوان تعریف دیابت، چگونگی تشخیص دیابت، علائم دیابت و عوارض آن، انواع دیابت، علل بروز دیابت و اهمیت پرداختن به دیابت در کشورها را تشریح کرد. در طول همایش به مبحث تالاسمی شامل درمان های تالاسمی، درصد تشخیص تالاسمی، ژنتیک و پیشگیری از تالاسمی، روان شناسی و در تالاسمی و تغذیه در تالاسمی پرداخته شد و مبحثی نیز تحت عنوان «بیماری خاص و هوش هیجانی» مطرح شد. همچنین در مبحث دیابت کلیاتی در ارتباط با بیماری دیابت و وضعیت آن در استان گیلان و ارتباط آن با سایر بیماری ها مانند کلیه بیان شد و پیرامون بیماری کلیه و نیز در ارتباط با آناتومی کلیه و

مجاری ادرار، نارسایی کلیه، علل نارسایی کلیه، انواع نارسایی کلیه، علائم بیماری های کلیوی، کلیه مصنوعی (دیالیز)، چگونگی انجام دیالیز، مشکلات دیالیز، تغذیه در بیماران کلیوی، پیوند کلیه مطالبی مطرح شد. در ادامه همایش پیرامون فاکتور فون ویل براند (سیستم انعقاد طبیعی)، انواع هموفیلی و شدت آن، ژنتیک در هموفیلی و ... بیانانی ایراد شد. همچنین خانم دکتر دیلمی به ارائه مباحثی پیرامون مسائل و مشکلات اقتصادی بیماران خاص پرداخت. در ادامه وی به بیان چکیده ای از مطالب پیرامون انواع سرطان ها به شرح زیر پرداخت: علت شناسی، آسیب شناسی، پیش آگهی و Treatment، سرطان های مغز، دهان، خون، روده و دستگاه گوارش، کبد و پانکراس و انواع سرطان های ریوی.

تشکیل کمیته مسکن بیماران خاص در استان قم

جلسه کمیته بیماران خاص استان قم با حضور محتاج استاندار، حاجی زاده معاون سیاسی، امنیتی و اعضای این کمیته در سالن استانداری قم برگزار شد. در این جلسه پس از سخنرانی کوتاه حاجی زاده مسئولین انجمن های بیماران خاص کلیوی، تالاسمی، هموفیلی، دیابت و مؤسسه حمایت از بیماران خاص، هریک به تشریح وظایف و اقدامات انجام شده پرداختند و مشکلات انجمن ها را مطرح کردند.

هزینه سنگین درمان و مشکل معیشتی بیماران، معضل مسکن، بیکاری و وضعیت روحی خاص آنها، عدم وجود مرکز مجهز و تخصصی درمانی به صورت شبانه روزی، عدم وجود پزشک متخصص خون در استان و کمبود اعتبار برای هزینه های جاری، از جمله مشکلات کمیته بیماران خاص بود که مطرح شد. دکتر هراتیان مسئول بیماران خاص دانشگاه علوم پزشکی نیز مشکل عمده فعلی را کمبود دستگاه های دیالیز اعلام کرد و تقاضای مساعدت برای خرید ده دستگاه دیالیز را بیان نمود. در پایان محتاج استاندار قم طی سخنانی گفت: در فرهنگ اسلامی ایران ما، رسیدگی به افراد نیازمند و بیماران سابقه طولانی دارد و به نظر می رسد باید بیماران خاص از طرف استانداری و دانشگاه علوم پزشکی و انجمن ها مورد حمایت جدی قرار گیرند و مسئولین بهداشت و درمان باید پاسخگو باشند. وضعیت فعلی درمان نگران کننده است و من فکر می کنم بخش بهداشت و درمان استان باید فعالیت و دقیق تر با موضوع برخورد و از ظرفیت های استان برای سرویس دهی به بیماران استفاده کند و درمورد پیشگیری از بیماری ها و اطلاع رسانی و آموزش و پژوهش به طور جدی اقدام نماید. همچنین در این جلسه مقرر شد برای کمک به حل مشکل مسکن بیماران خاص کمیته ای با حضور نمایندگان انجمن های بیماری های خاص به ریاست معاونت امور عمرانی استانداری قم تشکیل شود.

با استعانت از الطاف الهی و همزمان با دوازدهم مهر ماه، دومین سالگرد

تأسیس مرکز پزشکی خاص، آزمایشگاه ژنتیک و مشاوره ژنتیک در مرکز

پزشکی خاص افتتاح شد و مورد بهره برداری قرار گرفت.

در این آزمایشگاه انواع آزمایشات ژنتیک، مشاوره های ژنتیکی قبل از

ازدواج، قبل و حین بارداری زیر نظر کادر مجرب و متخصص انجام می پذیرد.

همچنین این آزمایشگاه به عنوان مرکزی جهت انجام تحقیقات و پژوهشهای

ژنتیکی فعالیت دارد.

تعداد بیماران خاص در استان مرکزی چشمگیر است

جلسه کمیته بیماری های خاص استان مرکزی با حضور اعضا، در محل سالن جلسات استانداری تشکیل شد.

در این جلسه فتح آبادی مدیر کل دفتر امور اجتماعی و انتخابات استانداری مرکزی به ذکر آمار بیماران در این استان پرداخت و اعلام کرد به علل مختلف از جمله عدم دسترسی به بیماران امکان استحصال آمار واقعی از بیماران تاکنون میسر نشده ولی با بررسی های انجام شده حدود ۸۵۲ بیمار خاص در استان وجود دارد که با اضافه نمودن ۱۹۷ بیمار مبتلا به MS این تعداد به ۱۰۴۹ بیمار بالغ می گردد، با در نظر گرفتن آمار ۳۳ هزار بیمار خاص در کل کشور تعداد بیماران موجود در استان ۳٪ از بیماران خاص کل کشور را تشکیل می دهد. با در نظر گرفتن این که ۱/۸ کل جمعیت کشور در استان زندگی می کنند، رقم فوق چشم گیر است. وی همچنین به پتانسیل های استان مرکزی در بخش شکل های «مردم نهاده» اشاره و با اعلام وجود ۱۰ تشکل «مردم نهاده» که در زمینه حمایت از بیماران خاص در استان فعالیت می کنند، موقعیت استان را در این خصوص مثبت ارزیابی کرد. وی با توجه به اهداف تشکیل کمیته بیماری های خاص به عنوان هماهنگ کننده ارگان ها و نهادهای دولتی با سازمان های مرتبط با امور بیماری های خاص و تشکل ها، جهت بهره گیری بهینه از امکانات موجود برای بهبود امور بیماران خاص از کلیه سازمان ها درخواست نمود در این زمینه همکاری لازم را معمول دارند. همچنین نماینده اداره کل بیمه خدمات درمانی استان مرکزی در مورد روند صدور کارت هوشمند، توضیحاتی را ارائه کرد. دکتر یزدی

معاون اداره کل بیمه خدمات درمانی استان مرکزی در تشریح روند صدور کارت هوشمند شروع برنامه را از ابتدای سال ۸۴ اعلام و عمده فعالیت های اداره کل بیمه خدمات درمانی در این رابطه را اعلام فراخوان عمومی در جراید محلی، تشکیل جلسات هماهنگی با سایر سازمان های بیمه گر و تشکیل جلسات

جمعیت استان مرکزی ۱/۸ درصد جمعیت کل کشور است، این در حالی است که ۳٪ از بیماران خاص کشور در این استان زندگی می کنند

هماهنگی با انجمن ها عنوان و اظهار داشت: به دنبال پیگیری های به عمل آمده مدارک ۹۹۰ نفر از بیماران جمع آوری و به تهران ارسال شده که تاکنون ۴۷۸ کارت صادر و توزیع گردیده است. وی در ادامه به اقدامات مثبت سازمان بیمه خدمات درمانی در سال جدید از جمله رایگان شدن خدمات بستری شدن برای بیماران و کاهش فرانشیز داروها و اضافه شدن ۳۰ قلم از انواع داروهای مصرفی جهت حذف فرانشیز در هنگام بستری اشاره و اعلام داشت مقدمات بهره مندی از کارت هوشمند در سطح استان نیز

با تجهیز برخی داروخانه ها و آموزش مسئولین آنها فراهم شده که پس از نهایی شدن مراحل کار اسامی داروخانه ها، متعاقباً اعلام خواهد شد. در ادامه فتح آبادی درخصوص بررسی اعتبارات بیماران خاص در استان از نمایندگان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان درخواست کرد که توضیحات لازم را ارائه کنند. در این رابطه دکتر ملیوبی و قیاض اظهار داشتند: دانشگاه در ۲ قالب بهسازی بخش های دیالیز و تخفیف در فرانشیز بیماران بستری اعتبار دریافت می دارد که این اعتبارات بسیار ناچیز است و با توجه به هزینه های بیماران بسیاری از اعتبارات صرف این موضوع می گردد. همچنین دانشگاه علوم پزشکی اراک جزء دانشگاه هایی است که جهت تأمین داروهای بیماران حین دیالیز حدوداً ماهیانه سه میلیون ریال هزینه پرداخت می کند که در بسیاری از نقاط کشور این هزینه را بیماران می پردازند.

در رابطه با برنامه تاپستانی برای بیماران و خانواده آنها فتح آبادی با ذکر پاره ای از اقدامات صورت گرفته در سال های قبل، از جمله تهیه بلیط شهرسازی برای بیماران، بهره مندی آنان از کلاس های آموزش فنی و حرفه ای و کتابخانه های عمومی، بهره مندی بیماران و خانواده هایشان از کلاس های ورزشی، درخواست کرد تا مسئولین دستگاه های حاضر در جلسه نسبت به اعلام امکانات موجود برای بهره مندی بیماران اقدام نمایند که در این رابطه نماینده اداره کل تربیت بدنی با معرفی دکتر ابراهیمی به عنوان یکی از اعضا هیأت مدیره این انجمن گفت: آماده همکاری جهت بهره مندی بیماران از امکانات موجود هستیم.

به بهانه مراسم افطاری در حمایت از بیماران سرطانی

زنان بنیاد، مردان میدان

نوشین توفیقی

می‌کند، رمضان مبارک را خدایی آفریده که خود می‌فرماید:

یا ایها الذین آمنوا، اتقوا ربکم الذی خلقکم من نفس واحدہ ... (سوره نساء آیه ۱)

خداوند چنین کلام بزرگی را در سوره زنان (نساء) متذکر می‌شود.

و در این شب بزرگ از شبهای خدایی رمضان، من به چشم دیدم که اعضای این تن انسانی گرد آمدند تا مردانه و مبارک و جانانه و رضائی، به زخم خوردگان بر اعضای دیگرشان بگویند، زکات سلامت و انسانیت ما را، خداوند تلاشی مقرر فرموده تا برای شما و مرحمی بر درد شما باشد، هرچه باشد، هر جا و در هر زمانی که دست بدهد و اگر هم بهانه‌ای برای دست دادنش بخواهد این ما هستیم که دست به دست هم داده و جایگاهی که باید برای آن پدیدار خواهیم کرد.

آن شب شب تولد حسن (ع) بی آنکه بهانه‌ای بخواهد، فرصتی دست داده و سبقت گیرندگان در کار خیر به این بهانه‌ی زیبا دست آویختند و مسابقه‌ای دیگر برای کسب رضایت الهی برپا داشتند.

در این شب سه جشن بزرگ برپا بود، جشن مبارک یک تولد، جشن مبارک قدمهای خیری که برای حمایت از بیماران خاص برداشته شد، جشن مبارک یک افطار در یک شب رضائی. در آنجا و آن شب همه کارها را زبانی کرده بودند که هرگز کسی از خستگی شان چیزی نشنید همان زبانی که بنیاد بیماران خاص را در اولین روزهای تولد مبارکش، مراقبت و مادری کرده بودند تا امروز دهها هزار نفر از بیماران

اما عرصه‌های حضور میدان‌های رو در روی تنها چاله‌های خونین جنگ و نبردهای تن به تن نیستند، عرصه‌های حضور آنجا که حضور ضروری تر و حرکت مردانه تر است همان میدانهای امتحان الهی است که در آن شرافت انسانی آدمیزاد به محک گذاشته شده و افراد پاره‌ی تن یکدیگر و تبدیل به عضو واحدی می‌شوند که سعدی از آن یاد نموده است.

بنی آدم اعضای یکدیگرند (یک پیکرند) که در آفرینش ز یک گوهرند

مرد را در عبارات به عنوان جنس مذکر به کار می‌گیرند، اما مراد از مرد در متون ادبی بخصوص آنجا که بیشتر طعم حماسی می‌یابند، به موجودی که به صفات و هیأت انسانی مزین است وصف میکنند، بی آنکه به جنس او اشاره‌ای شود.

مرد آن است که در کشاکش دهر سنگ زیرین آسیا باشد و یا:

بگذار بوزد بر من و تو باد مهرگان آنکه شود پدید که نامرد و مرد کیست



و شبی آمد از شبهای مبارک رمضان، رمضان مردی است که اعضای انسانیت را یک پارچه و خالص صدا میکند و بی آنکه هر کدام سازی و نوایی بنوازند، آنها را در یک پیکر دست نخورده در شکل انسانی آن بر صفت شایسته آن فرا می‌خواند. رمضان مبارک است چون مبارک نیز مردی دیگر از جنس رمضان است او نیز بر نکویی انسانها اصرار

مردان باید به خود ببالند که در جنس مذکر به مرد موصوف شده‌اند و این بدان علت است که در طول تاریخ در عرصه‌ی خونین نبردها و جنگها، آنها با تکیه بر غیرت و غروری که شایسته نام انسان است، در میدان حاضر شده و وظیفه انسانی خود را مردانه انجام داده‌اند و بدین رو صفت مرد بر ایشان متجلی و شایسته شد.

مانده در پشت درهای بسته ی سلامتی را به نوید حمایت خود دل شاد کنند. در این شب نمایشگاهی از ذوق و سلیقه و هنر در کنار مسابقه ای برای بدست آوردن جام رضایت الهی برپا شده بود، در این شب لبخندها از جان و دل بر صورتها جلوه نورانی روضائی را دوچندان میکرد، در این شب هیچ صورتی را در این سالن وسیع ماسیده و خسته نمی دیدم همه به محض رسیدن افطار کرده و مسرور بودند ...

و ساعت افطار ساعت سرور مؤمن است که در آن آپرومندان از خدا طلب رضایتش را میکند و چه افطاری با شکوه تر از اینکه هنوز لب به آب و غذا نرسیده، به خوش آمد گویی خیرینی باز شود که برای برداشتن قدمهای خداپسندانه لحظه ای تردید به خود راه نمی دهند.

اینجا میزهایی را دیدم که برآن برکت الهی گسترده شده بود اینجا حاصل سلیقه زنهای روزه دار و همراهی مردان روزه دار در برگزاری آن سینی ها و بشقاب ها را هم به حرف درآورده بود و من این را پنهان میگویم که صدایشان را شنیدم که در فراخوان خیرین به خود آنها هم سبقتی راه انداخته بودند و در هر جنس و اندازه ای به خود می بالیدند که بر پهنه ی این سفره برکت چیده شده اند.

اینجا کسی با عنوانش با درجه و مقام و طبقه اش شناخته نمی شود، اینجا هرکس هرچه هست هر تفکر و درجه ای را که دارد بیرون در جا گذاشته و خدمه و میهمان یکی شده اند تا نیت پاک خود را به عرصه تقدیم به درگاه الهی با هدف حمایت از بیماران خاص در طبق اخلاص بگیرد.

اینجا فارغ از محاسبه های دنیوی لحظه به لحظه طرحی و پیشنهادی برای بهبود اوضاع رسیدگی به بیماران خاص بین حاضرین رد و بدل می شود.

و بالاخره اینجا حتی کوچکترین لقمه های نان نیز به نفع بیماران سرطانی و سایر بیماران خاص فروخته شد و همه کسانی که خود در تهیه این سفره رنگین نقش داشتند در خرید آن از خودشان، عجله به راه انداخته بودند، اینجا همه در پی بهانه برای خرج کردن آخرین ریالهای کیف پولشان، به نفع بیماران خاص هستند بی آنکه کلامی چانه بزنند.

و شاید خداوند که فرشته اش را بر نگارش عمل و نیت آدمی مامور کرده، نیز بهانه ای بیابد و بنده خود را شامل رحمت کند... اینجا حسن و احسان و محسن نه در اسم که در صفت متجلی شده اند در همه ی زنهای همه مردها حتی در اشیاء. اینجا این انسانها هستند که در نبردی

مردانه با شیطان و سوسه و جاه طلبی چنگ و دندان بندگی را نشان میدهند. اینجا هنرمندان هم برای همین کار آمده اند جنگ با شیطان با ابزار هنر اینجا را و همه ی اینها را زنان بنیاد ساخته اند و فرشتگان برکت در آن خیر و رحمت دمیده اند.

خدایم داند برکت این سفره تا کجا که برود و سپس در برگشتی پژواک گونه، هزار برابر بازگردد تا نهصد و نود و نه برابرش برای حمایت از بیماران و یک بارش برای تداوم و ثبوت قدم خیر خیرین باشد، تا بار دیگر در مکانی دیگر و جشنی دیگر به حمایتی دیگر گردانیده و بی قرار و خستگی ناپذیر و تعجیل کننده در کار نیک، فارغ از حساب های دنیوی سخن به نظم درآمده ی شیخ شیراز را متجلی کنند و از بار محنت دیگران سهمی در بردارند و باری سبک کنند شاید که رحمت خدا شامل حالشان شود و بر این سخن که:

چو عضوی به درد آورد روزگار

دگر عضوها را نماند قرار

مهر تأیید زند.

و اینجا مکان انعکاس این وصف است ... تا هر کس که از این دایره بیرون افتاده به خود بیاید و این ندا را بشنود که:

تو کز محنت دیگران بی غمی

نشاید که نامت نهند آدمی

هزینه بالای پیوند، مشکل اصلی بیماران کلیوی خراسان شمالی

هزینه پیوند این بیماران را تأمین کنند. وی اظهار داشت: در استان خراسان شمالی حدود ۹۰ بیمار کلیوی وجود دارند که هفت نفر درخواست تأمین هزینه برای پیوند کلیه داشته اند. بخشی از درمان پیوند این بیماران از طریق کمیته امداد امام خمینی (ره) و مابقی از طریق بنیاد امور بیماران خاص تأمین می شود.

وی مشکل این بیماران به خصوص بیماران کلیوی را "هزینه پیوند" دانست و اضافه کرد: این افراد برای تأمین هزینه پیوند کلیه با مشکل مواجه بوده و نیازمند کمک هستند. بهشتی افزود: بر اساس قانون باید دستگاههای حمایتی از قبیل کمیته امداد امام خمینی (ره)، هلال احمر و بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی

معاون سیاسی امنیتی استانداری خراسان شمالی گفت: ۲۰۰ بیمار خاص در استان خراسان شمالی سکونت دارند. "غلامحسین بهشتی" که در کارگروه بنیاد امور بیماران خاص این استان سخن می گفت، افزود: در حال حاضر تمام این بیماران برای انجام درمان تحت پوشش بیمه قرار دارند.

جشنواره بزرگ ورزشی بیماران خاص

پیوند اعضا تیرماه سال ۲۰۰۷، در بانکوک برگزار می‌شود و تیم ملی با اقتدار در این دوره از رقابتها حضور خواهد یافت. امسال همچنین مسابقات ورزشی پیوند اعضا مردان در همدان، تالاسمی مردان در اردبیل و مسابقات هموفیلی خانمها نیز در شیراز برگزار شد و مابقی مسابقات در سطح کشور برگزار می‌شود.

در حال حاضر بیش از شش هزار بیمار هموفیلی در سطح کشور وجود دارد، که جمعیت قابل توجهی از این تعداد هم در بخش مردان و خانمها در امر ورزش فعال هستند.

خاص در بخش خانمها و آقایان انجام خواهد شد.

امسال همچنین کلاسهای دوره مربیگری بیماران خاص در سطح کشور برگزار می‌شود و مربیان ورزشهای بیماران خاص از بین خود بیماران انتخاب و گزینش می‌شوند. فاطمی نسب افزود: برگزاری اردوهای آماده‌سازی تیم ملی پیوند اعضا در تهران برگزار شده و ورزشکاران تیم‌های ملی پیوند اعضا ایران در هشت رشته به مسابقات جهانی تایلند اعزام خواهند شد.

نایب رییس فدراسیون ورزشی بیماران خاص یادآور شد: مسابقات جهانی بیماران

نایب رییس فدراسیون ورزشی بیماری‌های خاص جمهوری اسلامی ایران، از برگزاری جشنواره بزرگ ورزشی بیماران خاص کشور در بهمن ماه امسال خبر داد.

به گفته "سید باقر فاطمی نسب" این جشنواره در جزیره "کیش" به مناسبت ایام مبارک دهه فجر در رشته‌های مختلف و در بین بیماران خاص در بخش خانمها و آقایان به صورت ویژه برگزار خواهد شد. نایب رییس فدراسیون ورزشی بیماران خاص کشور گفت: با تدوین یک تقویم ورزشی مطلوب تا پایان سال جاری ۱۰ دوره مسابقه بزرگ قهرمان کشوری در بین بیماران مختلف رشته‌های

تقدیر از سه بانوی فعال

در حوزه پیشگیری و درمان تالاسمی در جهان

دیابت نیز فعالیت می‌کند. در متن خبری که درباره این موضوع منتشر شده است، از خانم فاطمه هاشمی به عنوان عضو هیئت مدیره فدراسیون بین المللی تالاسمی و رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص در ایران یاد و تقدیر شده که با تأسیس این بنیاد در سال ۱۳۷۵ برای حمایت، درمان و پیشگیری از بیماری‌های خاص فعالیت کرده است. پیشنهاد اجباری شدن آزمایش تالاسمی پیش از ازدواج و درمان رایگان بیماران تالاسمی و تصویب آنها از سوی دولت و کمک به تأسیس و راه‌اندازی مراکز درمانی تالاسمی در مجموعه اقدامات وی مورد تأکید قرار گرفته است.

از همه تحت تأثیر آثار مخرب بیماری تالاسمی هستند- نقش بسیار مهمی داشته‌اند. شبها تولی یک بانوی هندی است که مدیریت فدراسیون انجمن‌های تالاسمی در هند را به عهده دارد. وی طی سال‌های طولانی نقش بسیار مهمی در پیشگیری و بهبود روش‌های معالجه بیماری تالاسمی در هند- که با یک میلیارد جمعیت از حوزه‌های پرخطر ابتلا به بیماری تالاسمی است- داشته است. مونا هراوی نیز از پایه‌گذاران انجمن تالاسمی در لبنان است که با وجود اوضاع ناآرام سیاسی، اجتماعی آن کشور تلاش بی‌وقفه‌ای برای ارتقای آگاهی‌های عمومی بیماران تالاسمی به عمل آورده است. وی در زمینه بیماری

رئیس هیئت مدیره فدراسیون بین المللی تالاسمی به مناسبت بیستمین سالگرد تأسیس این فدراسیون از ۳ بانوی فعال در حوزه پیشگیری و درمان بیماری تالاسمی تقدیر کرد. سونا هراوی، شبها تولی و فاطمه هاشمی افرادی هستند که مورد تقدیر فدراسیون بین المللی تالاسمی قرار گرفته‌اند.

آقای پانوس انگلوزوس، طی سخنانی در محل فدراسیون بین المللی تالاسمی در کشور قبرس گفت: لازم می‌دانم اعلام کنم که هر کدام از این بانوان در تقویت فدراسیون و گسترش فعالیت‌های آن در سراسر دنیا- به ویژه در کشورهایی که بیش

یاوران بنیاد

اشاره: دفتر مشارکت های مردمی بنیاد امور بیماری های خاص، در تماس با مجله خاص، اسامی نیکوکاران و خیرینی که با کمک ها و هدایای خود در ماه های اخیر، باعث شادی دل بیماران خاص شده اند، را اعلام کرد. ما نیز به منظور قدردانی از لطف این عزیزان اسامی آنها را اعلام می کنیم، ضمن آنکه از خیرین معزز تقاضا می کنیم که چنانچه کمک های مالی شان را از طریق حساب بانکی به بنیاد امور بیماری های خاص اهداء کرده اند، اصل و یا تصویر فیش بانکی را به دفتر مشارکت های مردمی بنیاد ارسال نمایند.

فرشید پروانه، سید جمال الدین بهشتی از کتاب اول، آقای لک زاده از فروشگاه لک زاده، آقای ابراهیمی از فروشگاه ابراهیمی، آقای لک زاده از فروشگاه اخوان، آقای محرم کدخدایی از فروشگاه رایانه صنعت، آقای حاج منصور حاجی آخوندیان از اتحادیه کاغذ و مقوا، آقای بیژن عیوق از بازرگانی عیوق، آقای فرشاد ملکی، آقای لباف از گروه والاد بزرگ، آقای کرمی، آقای کمال خانی از سفیر، آقای حشمت نیا از فرش باستان یزد، آقای حسین فتاحی باقی از کاشی زرین خراسان، آقای تقی پور از تولیدی فرات، آقای کلانتری از بازرگانی کلانتری، آقای رحیم منفرد از تلاش، آقای مهندس موج بافان از پارس کرپ، تولیدی کاغذی حریر، مهندس حکیم نژاد از آبسال، مهندس برخورداری از سامسونگ، مهندس عراقی از بوتان، آقای میرلوحی از پتوی گلغام، آقای بهروز زاده از پارس موتور، آقای ابراهیم تهرانی از کاشی ستاره، آقای لندرنی از موزاییک مرغوب، مهندس خانی از بافت کار - چیت سازی، آقای بارنامه از آجر سفید، مهندس ظهیر از می ماس، روزنامه صبح و اقتصاد، آقای بختیاری از روزنامه دنیای اقتصاد، آقای عبدوس از روزنامه فرهنگ و آشتی، آقای صفی زاده از روزنامه ابرار، آقای معمار از گنج سمنان، آقای کاشانی از فروشگاه سودا، آقای درودیان از فروشگاه شاهد، آقای اصفهانی از الکترو اصفهانی، آقای قباتیان از

تکنو آجر، مهندس کربلایی از پشم شیشه ایران، آقای جعفری از راول، آقای احمدی از آجر یگانه، آقای کشمیری از آجر مرغوب، آقای حسینی از مصالح فروشی حسینی، مهندس قنبری از تله ناک، مهندس کیانی از شیمیایی زیبان، آقای فشارکی از فروشگاه توحید، آقای صابری پور از فروشگاه توپولی، آقای مسعود نیا از آجر ثبات، حاج آقای کریمی از نوبنیاد کریمی، ساسان الوندی، آقای آزادی، آقای ارفعیان از شرکت نار ایران، آقای پور رضا از آجر تهران، آقای تروند از آجر پارک نو، آقای رسولی از کاشی گیلا، آقای حسینی، آقای حسینی فخار از کاشی فخار، آقای مهندس ستنجی از شرکت سپیدار گچ، آقای صبری از شن و ماسه تیغ آب، آقای سلطانی از تولیدی مهران، آقای مطلق از آجر صدف، آقای احمدی از شرکت زمرد، آقای زارع از فروشگاه یزدی، آقای بنویدی از گچ خمیر، آقای موحدی از گچ مهتاب، شرکت آجر وحدت، آقای وطن پرست از نماکاران یزد، آقای کیمیایی از فروشگاه کیمیا، آقای ذکریایی از آبان نو، آقای منظرزاده از آجر کوره، آقای گنجی از فروشگاه میبیس، آقای دلربایی، آقای خادمی، آقای روحانی، آقای جبین شناس از رادسیستم، خانم دکتر تدین، آقای بایندریان از تعاونی ناشران، آقای میر عبد الحی از شرکت درب ایران، مهندس زمانی از شرکت سراپوش، مهندس رضاییان از سازمان بهشت زهرا، آقای

قوامی از واحد کامپیوتر، آقای پشنگ از صنایع چرم پشنگ، حاج آقا رستمی از کارخانه پروفیل ساوه، آقای جابریان از چاپ اورامان، حاج آقای صلاحی از چاپ صلاحی، آقای حمید صلاحی از چاپ صلاحی، آقای حدیدی از چاپ آزاده، آقای رحیم زاده از چاپ میثکران، آقای قاسملو از چاپ نگارستان، آقای زعیم از گل و گیاه زعیم، آقای سیدین، خانم علاقه بند از زیراکس، مهندس امامی از شیمی قهرمان، آقای قاضی از فروشگاه کارلو، آقای عباسی از صنایع برق عباسی، مهندس قاضی مرکز ارتباطات، مهندس بهادرزاده از گل ایران، آقای عرب از لیتوگرافی هنر گرافیک، آقای مجید اقبال از چاپ اقبال، آقای حسینی از شرکت واژه، مهندس حکیم نژاد از آبسال، مهندس تارانی، خانم سعادت از الکترو آما، آقای صیرفی از فروشگاه ایران اسپلنت، آقای مهندس بازرگان از شرکت صافیاد، آقای علی شادکمالی، آقای هاشمی نیاز از سیمان درود، آقای دشتی، آقای خیرخواه، آقای سیفی پور، آقای جمالی نسب از نفت پاسارگاد، آقای آذری از بیسکویت سارا، آقای سلطانیان از فردان نوش، مهندس بهرامی از روزنامه حیات نو، مهندس پارسا از آکام شن، خانم میترا سهیل از مجله راه زندگی، آقای دکتر جاسبی از روزنامه آفرینش، آقای ربانی از هفته نامه ندای ایران، آقای جندقی از هفته نامه ندای ایران، ادامه در صفحه بعد

یاوران بنیاد

ادامه از صفحه قبل

آقای دلربایی، مهندس یزدانیان از خلیج مرکز، آقای نادر خدایی از هواکش خزر، آقای مجرد از بهرنک، توکلی زاده از عالیا گلستان، آقای کاظمیان، آقای امیر زادگان، آقای رسول عزیززاده حیدری، آقای مهدوی از چای زنبق، آقای محمد خانی از مواد شوینده بانو،



روزنامه عصر ارتباط، آقای صمدی مقدم از ماهنامه فرهنگ و سینما، آقای محمدی از فرمهای پیوسته ایران، آقای عبادتی از روزنامه کار و کارگر، آقای حسن همی از پارس شهاب، آقای الهامی از مجله آهنگ زندگی، آقای حافظی از مجله آهنگ زندگی، آقای قدس از روزنامه شرق، آقای مرعشی از تک الکترونیک، آقای قاسمی از فایل سازان، آقای نصراللهی، آقای همدانیان، آقای میدانی از سپند زونکن، آقای یوسفی از تارا نیلون، آقای وثوقی از صنایع چوب بادوام، آقای احمد مهربد، آقای کربلایی از سینا اسپرت، آقای مازوچی از سندپکای تولید سرنگ، آقای محمودی از تولیدی فرشته، آقای مهندس نوری از آپاک آرات، آقای جمفری از ایران گلاب، شرکت جهان سرنگ، آقای قوتی، آقای میرحیدری از سیلان پلاستیک، آقای معصومی از تلاونگ،

آقای دریانی از چای دنیا، آقای حلت از مجله موفقیت، مهندس بدلی از سپهر الکترونیک، آقای حیدری، مهندس ذوالفقاری سنگر کار، مهندس کدیری از حریر گستر پرنیان، آقای احمد خانجانی، آقای طالبی، آقای بارانی از صفا بست ساز، آقای هرنندی از شرکت سوزن دوخت ایران، آقای نادری از عسلریزان سراب، آقای جمفری از تولیدی ماد، آقای شادمان از کاغذ گوئترگ، آقای گرامی از چای گلستان، آقای رشتاک از نساجی ممتاز، آقای بیگلری از

آقای سبزواری از ماهنامه جدول، آقای گودرزی از روزنامه ایران، آقای رمضانپور، آقای حاج سید جوادی از شرکت پرستو، خانم زمانی از شرکت پرستو، آقای فتوت از پارس پلاستیک، آقای دکتر شیرالی از ناما، آقای کریمی از گلها، آقای سردادور از فراددیس نگار، آقای ندیمی از نئون اختر، آقای خداوردی از نیلوفر دریایی، آقای فراهانی از مجمع امور صنفی، آقای شرفی از پایا نیک، آقای قاسمی از طراح پایگان، آقای طاهرخانی از ماهنامه دختران، آقای تابش از ماهنامه فیلم نگار، آقای فرهنگ از طب ابزار، آقای حسین چاپچی از موسسه آتشنشان، آقای حاج محمد، آقای کاوه از فروشگاه کاوه، آقای زمانیان از ناز اصفهان، آقای سیاحتگر از پارت آلومینیوم، آقای آصفی از عالیا گلستان، آقای گودرزی از چسب سینا، آقای فلاحی از ماد ایران، آقای الفت، آقای مهندس بلاغی از پارس تل، آقای مهدیزاده از بهسرما، آقای مهندس توفیقی از کاوه، روزنامه سپاس، آقای شهرپاری، آقای کهلرزاده، آقای بهنام از پلاستیک بهنام، آقای ذوالفقاری، آقای پارسا از میلان اداری خاورمیانه، آقای اسکویی از تیوا، آقای ابراهیمی از زعفران به آفرین، آقای گلستانه از پارس گلاب، آقای از مرهم، آقای نوری از پاکت کاخ، آقای مهندس بهرامپور از تالیا، آقای صادقیان از ستاره کویر یزد، آقای ملکی از اکترورم، آقای آزمندیان از پدیده فکر، آقای عبداللهی از فرآوردههای غذایی سمیه، آقای حاجی زاده از سویا سبحان، آقای کریمی از رطب عقاب هم، آقای حسینی از برادران حسینی، انجمن اسلامی بانک ملی، آقای باباجانی، آقای ابراهیمی، آقای دولتزاده از تجهیزات مدارس ایران، آقای احمدیفر

بنام آن که جان را فکرت آموخت

در راستای اعتلای دانش پزشکی در عرصه ارائه خدمات پیشگیرانه، تشخیصی و درمانی بیماری های خاص و نیز توانمندسازی جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی بیماران خاص در کشور ما ایران، بنیاد امور بیماری های خاص در تداوم و توالی برنامه های آموزشی و پژوهشی خویش، این بار نیز از برخی از انجمن های علمی - تخصصی گروه پزشکی و مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی کشور یاری و مددجسته و به لطف ایزد متعال، مصمم شده است تا ضمن بهره گیری از ظرفیت ها و امکانات علمی انجمن ها و مراکز مزبور، کنگره «یافته های نوین علمی در تشخیص و درمان بیماری های خاص» را در ۲۳ و ۲۴ آذرماه ۱۳۸۵ برگزار نماید.

لذا با عنایت به ضرورت مشارکت فراگیر نخبگان و برجستگان علوم پزشکی مملکت در بهینه سازی کمی و کیفی خدمات تأمین کننده سلامتی و تندرستی بیماران خاص، بدین وسیله از پزشکان عمومی و متخصص در رشته های مختلف بیماری های داخلی، بیماری های کودکان، بیماری های عفونی و گرمسیری، بیماری های مغز و اعصاب، روانپزشکی و جراحی عمومی دعوت به عمل می آید تا با حضور ارزشمند و سبز خود در این کنگره، موجبات غنای علمی آن را فراهم نمایند.

دکتر حمید رضائی قلعه
دبیر اجرایی کنگره

دکتر محمد باقر لاریجانی
دبیر علمی کنگره

نمون برگ ثبت نام متقاضیان

در

کنگروه «یافته های نوین علمی در تشخیص و درمان بیماری های خاص»

نام خانوادگی:	نام:
جنس: ☐ زن ☐ مرد	شماره شناسنامه: *
	شماره نظام پزشکی:
پزشک متخصص ☐	پزشک عمومی ☐
	رشته تخصصی برای پزشکان متخصص ذکر شود:
دورنگار:	شماره تلفن ثابت:
پست الکترونیکی:	شماره تلفن همراه:
نشانی دقیق پستی به همراه کدپستی:	

هزینه ثبت نام و شرکت در کنگره برای متقاضیان ۱۲۰/۰۰۰ ریال می باشد.

گفتنی است مجوز ۱۲ امتیاز بازآموزی مدون برای پزشکان عمومی و متخصصین بیماری های داخلی، بیماری های کودکان، بیماری های مغز و اعصاب، روانپزشکی، بیماری های عفونی و گرمسیری و جراحی عمومی که در این کنگره شرکت می نمایند، از سوی اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صادر شده است.

از کلیه متقاضیان ثبت نام و شرکت در کنگره درخواست می شود هزینه ثبت نام را در وجه بانک رفاه کارگران شعبه بلوار کشاورز کد ۱۰۷ شماره حساب ۶۰۳۰۳۸۷ به نام بنیاد امور بیماری های خاص (قابل پرداخت در کلیه شعب بانک رفاه کارگران) واریز و اصل فیش بانکی را همراه با نمون برگ تکمیل شده ثبت نام حداکثر تا تاریخ ۱۰ آذر ماه ۱۳۸۵ به دبیرخانه کنگره به نشانی: تهران - خیابان استاد نجات الهی جنوبی - پلاک ۱۰ - مرکز پزشکی خاص - طبقه پنجم - اتاق ۵۰۸ ارسال نمایند.



به منظور پاسخگویی به نیازهای مبرم تشخیصی و درمانی بیماران خاص و آحاد مردم، مرکز پزشکی خاص با برخورداری از کادر تخصصی و فوق تخصصی مجرب و تجهیزات پزشکی پیشرفته آماده ارائه خدمت به مراجعین در رشته های ذیل می باشد:

غدد درون ریز و متابولیسم، نفرولوژی و پیوند کلیه اطفال و بزرگسالان، انکولوژی اطفال و بزرگسالان، چشم پزشکی، قلب، اعصاب، پوست، زنان، ارتوپدی، تغذیه، داروخانه تخصصی

خدمات شامل:

سنجش تراکم استخوان، ماموگرافی، سونوگرافی، رادیولوژی، آزمایشگاه ژنتیک، آزمایشگاه پاتوبیولوژی، فیزیوتراپی، بخش های تالاسمی، شیمی درمانی، دیابت، مشاوره تغذیه، IVIG - بخش پای دیابتی

در ضمن این مرکز طرف قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، کمیته امداد امام (ره)، شهرداری تهران، بانک تجارت، هواپیمایی جمهوری اسلامی ایران، بیمه آسیا، بیمه البرز، بیمه دانا و شرکت برق منطقه ای تهران است.

تهران خیابان انقلاب، خیابان استاد نجات الاهی، شماره ۱۰

تلفن: ۸۸۸۰۸۰۰۵-۹ دورنگار: ۸۸۸۰۳۰۳۹

Enghelab st: Ostad Nejat Allahi Ave.No 1

Tel: 88808005-9 Fax: 8804039

e-mail: smc@ cffsd.org