

بنیاد امور بیماری‌های خاص

پاپا



علمی، فرهنگی و اجتماعی

شماره ۲۳ • آذر ۱۳۸۵ • قیمت: ۷۰۰۰ ریال





فهرست

صفحه

عنوان

۲	به بهانه کنگره بیماری‌های خاص
۳	انجمن‌های غیردولتی، علاوه بر افزایش آگاهی جامعه، موجب اعتلای پیوند اجتماعی می‌شوند
۵	دیابت تهدید جدی کشورهای در حال توسعه است
۹	در خانه چراغی روشن کن
۱۲	مدیریت هزینه در بخش سلامت
۱۸	فرهنگ‌سازی به شیوه کنگره
۲۶	روان‌شناسی تالاسمی
۲۸	... و ترسیم از سرطان
۳۱	از خدا خواستم ...
۳۲	آموزش مراقبت از خود در بیماران تحت درمان با دیالیز صفاقی
۳۵	خواص درمانی گزنه
۳۸	سرطان کبد
۴۴	هپاتیت
۴۵	نقش اسیدهای چرب امگا-۳ در پیشگیری و درمان بیماری‌ها
۴۸	دایی هاشور
۵۱	همبیشه چیزی برای نوشتن داشته باشید
۵۲	ما به حضور تو در این کلاس افتخار می‌کنیم
۵۳	اینجا کتاب‌ها سخن می‌گویند
۵۵	خاطرات اردی زیارتی سیاحتی مشهد مقدس
۵۷	معرفی کتاب
۶۰	خبر
۶۴	یاوران بنیاد



نشریه علمی، فرهنگی و اجتماعی

صاحب امتیاز: بنیاد آمور بیماری‌های خاص

مدیر مسئول: فاطمه هاشمی

مردمیز: دکتر باقر لاریجانی

مشاور مدیر مسئول: دکتر حمید رضائی قلمه

هیأت علمی

دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر کامران باقری لکواری،
دکتر احمد رضا جمشیدی، دکتر سید هاشم جنتپور،
دکتر سید محسن خوشبخت، دکتر احمد رضا سروش،
دکتر شمس شریعت تریقان، دکتر رمضان علی
شریفیان، دکتر سید محمود طباطبائی، دکتر سید مرتضی
علیان، دکتر ایرج قاضی، دکتر محمد فرهادی
لنگرودی، دکتر ارشید قوامزاده، دکتر مصطفی قانعی،
دکتر باقر لاریجانی، دکتر علیرضا مرندی، دکتر رضا
ملکزاده، دکتر محمدعلی محققی، دکتر علی اکبر
ولایی

مکاران اجرایی

فریبا لاوهی، فریبا ابهاج، مجیده رویزن‌لن، مریم
اسدی، اهرا رضابیان قرانی، دکتر یاسر فروتن، علی
میلانی بند، احسان‌الله... خلیج، نیلوفر زنجیری، آزاده
دریانی

طراج و صفحه‌آرایی: ستار سیحان تعلقی
حرفوچی: سهیلا زمانی

پست الکترونیکی

Email: info@cffsd.org
khas@cffsd.org

نشانی نشریه

تهران، تماشی خیابان ولی‌عصر و خیابان شهید بهشتی،
خیابان شهید اکبری، خیابان ۱۷ آذر پلاز ۱۲

صندوق پستی ۱۵۸۱۵۷۳۳۳

تلفن: ۰۲۶۳۳۷۷۸

دورنگار: ۰۲۶۱۰۷۹۶

سر مقاله

به بهانه کنگره بیماری‌های خاص

دکتر باقر لاریجانی

ارتقاء ارائه خدمات به بیماران خاص نیازمند تلاش همه جانبی دست اندرکاران مرتبط با این بیماری و خود بیماران است.

همکاری بنياد امور بیماری‌های خاص با انجمن‌های علمی مرتبط جهت گسترش آموزش برای گروه پژوهشکی فدمی مثبت در این راه است. آموزش در رده‌های مختلف و به گونه‌های متفاوت جهت ارائه کنندگان خدمات امری ضروری است چه آنکه دانش مرتبط با این زمینه پژوهشکی مانند سایر قسمتها در حال تحول است. اطلاعات گذشته ما پژوهشکان باید روز آمد شود و این کار نیاز به گسترش سمینارهای مرتبط و کمک گرفتن از روش‌های گوناگون مانند آموزش‌های حول یک مورد مشکل، پائل‌های مرتبط با سوال و پاسخ‌های مشکلات بیماران و شیوه‌های نوبن مانند آموزش‌های از طریق IT دارد. امید آنست این کنگره قدم‌های ارزشمندی را در زمینه آموزش بردارد. آموزش‌های عمومی یکی دیگر از ارکان مرتبط با ارتقاء خدمات این گروه است. بیمارانی که سالیانی با یک بیماری دست به گردانند دانستن ابعاد مختلف مرتبط با آن و گسترش آموزش‌های مرتبط با آن بیماری کمک جدی به ارتقاء خدمات آنها خواهد نمود. خوشبختانه در این زمینه هم بنياد قدم‌های ارزشمندی گسترش تلفن‌های پاسخگو و انتشار صدابروشور آموزش عمومی در تیراژ‌های بسیار زیاد نموده است که به نظر من رسید به نوعی در خدمات مرتبط با این بیماریها تحول آفریده است گرچه تا نقطه مطلوب فاصله بسیار زیاد است. گسترش تحقیقات مرتبط با این بیماری‌ها نیز یکی از رسالت‌های ملی در این بخش است. دانشگاهها و مراکز تحقیقاتی در سالهای گذشته تلاش‌های فراوانی در این زمینه سامان داده‌اند اما همچنان باید به فکر ایجاد حمایت از تحقیقات تحول آفرین در ارائه خدمات به این بیماریها بود. گرچه در این زمینه بنياد امور بیماری‌های خاص اقدامات ارزشمندی انجام داده است اما راه طولانی در پیش است، ایجاد مراکز الگوی خدمات به علت گسترش واحدهای ارتقاء یافته خدمات به این بیماریها رسالت دیگری است که بنياد امور بیماری‌های خاص در صدد گسترش آن است و خوشبختانه تاکنون نمونه‌هایی از آن به بهره‌برداری رسیده است. خدمت به هزاران بیماران تالاسمی، هزاران بیمار دچار نارسایی کلیه و هزاران بیمار بیوند شده، میلیون‌ها دیابتی و بیمار سرطانی تلاش همه جانبی دانشمندان و دست اندرکاران بهداشت و درمان و مردم و بیماران را با هم لازم دارد.

این همکاری علاوه بر ارتقاء خدمات این گروه روح جمعی جامعه اسلامی ما را تاطیف و دلهای ما را به هم مرتبط تر و روح ما را آرامش می‌دهد.

فاطمه هاشمی، رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص:

انجمنهای غیردولتی، علاوه بر افزایش آگاهی جامعه، موجب اعتلای پیوند اجتماعی می‌شوند



اشارة: چندی پیش سوین کارگاه بین‌المللی تالاسمی در کشور قبرس که دارای تجارب ارزشمندی در درمان تالاسمی و کاهش شیوع این بیماری است، برگزار شد. از آنجایی که بنیاد امور بیماری‌های خاص در زمینه بهبود کمی و کیفی زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی در ایران، گام‌های مؤثر و سودمندی پرداخته است، فدراسیون بین‌المللی تالاسمی از ریاست این بنیاد برای حضور و سخنرانی در این کارگاه دعوت به عمل آورد. از این رو، نشریه خاص مناسب دید که مژوه سخنرانی فاطمه هاشمی رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص را برای خوانندگان این مجله منتشر نماید. با هم متن این سخنرانی را می‌خواهیم.

مشارکت جدی همگانی برای بهبود بیماران و ریشه کنی بیماری هاروشن می‌شود.

همکاران ارجمند به ویژه در بیماری‌های مانند تالاسمی که

دارای ابعاد اجتماعی و اقتصادی گسترده‌ای است و علاوه بر فرد مبتلا، خانواده، نزدیکان و کل جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بود برنامه ریزی جامع برای کنترل آن، دارای آثار زیباتری بر روند توسعه کشور خواهد بود. در اینجاست که نقش انجمن‌های ملی حمایت از بیماران تالاسمی روشن می‌شود. این انجمنهای علاوه بر افزایش آگاهی‌های

عمومی و ایجاد پیوند محبت و همدلی به منظور کاهش درد بیماران در کنار درمان آنها، به آموزش بیمار و خانواده‌اش نیز می‌پردازند. همچنین با گسترش شبکه ارتباطات مناسب اجتماعی که هدف از آن، تبدیل بیماران به نیروهای فعل در جامعه است حرکت به سوی سلامت ایجاد تجربیات و تقویت تلاش‌های مشترک این انجمن‌ها می‌تواند در جهت ایجاد همکاری‌های مشارکتی و جذب منابع لازم برای پرکردن خلاه ناکارآمدی بخشن عمومی

حرکت به سوی ساختن فردایی بهتر برای جهان می‌گذارد.

همکاران ارجمند

برخورداری از زندگی سالم، علاوه بر آن که یکی از حقوق بین‌المللی بشر است، پیش شرط تحقق توسعه پایدار در کشورهاست. همچنان که حق به توسعه نیز امروزه جزء حقوق همبستگی و یکی از ارزش‌های جهانی محسوب می‌شود که جامعه بین‌المللی و مخالف و نهادهای آن در پی تحقق این‌داد.

سلامت که از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، احساس رضایت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است، اتفاقاً دارد که همه امکانات لازم برای مبارزه با بیماریها و تأمین سلامت افراد در کلیه مراحل زندگی آنان بسیج شود، لذا با توجه به امکانات محدود و ناکارآمدی سازوکارهای دولتی از یک سو و تکیه نهادهای بهداشت و درمان در بخش خصوصی بر سود و عدم توجه آنها به ابعاد انسانی از سوی دیگر، اهمیت و ضرورت

جناب رئیس
حضور ارجمند

در آغاز حضمن ایاز خرسندي از تشکیل سوین کارگاه بین‌المللی انجمنهای ملی تالاسمی و شکر از کشور میزبان و فدراسیون بین‌المللی تالاسمی و جناب آقای انگلوزوس، به خاطر پذیرایی گرم و برنامه ریزی و مدیریت موقتی آمیز این کارگاه، از خداوند متعال برای همه شرکت‌کنندگان و همکاران ارجمند، توفیق رسیدگی به بیماران و در نتیجه خدمت به جهان بشریت را خواستارم.

بی‌گمان، برگزاری چنین کارگاه‌هایی که نشانگر همکاری ارزشمند جامعه جهانی و نهادهای دست اندرکار برای پیشگیری و درمان این بیماری و حرکت به سوی جامعه سالم جهانی است، می‌تواند گامی برای تبادل تجربیات و تقویت تلاش‌های مشترک منطقه‌ای و بین‌المللی باشد و مایه دلگرمی همه خبر خواهان برای ایجاد محیطی دلپذیرتر برای بیماران و خانواده‌های آنان و

* گسترش شبکه ارتباطات مناسب اجتماعی که هدف از آن، تبدیل بیماران به نیروهای فعال در جامعه است، حرکت به سوی سلامت اجتماعی را

تسريع می‌کند

ها که دارای قابلیت داولطبایه در کشورها
هستند، در زمینه اعلانات و کمک‌های مردمی
از مهم ترین مواردی است که باید در چنین
کارگاه‌هایی به بحث گذاشته شود.

تأمین منابع مالی در کشورهای مختلف،
از راه‌های گوناگون و با توجه به فرهنگ،
سنت‌ها و قوانین هر کشور صورت می‌گیرد.
تجربه مانشان می‌دهد که ایمان دینی و حسن
نوع دوستی که در انسان شرقی و ایرانی نماینده
ای از آن را شاهدیم و نیز گسترش اخلاق و
همبستگی اجتماعی که ناشی از شرایط

این انجمن‌ها زمانی موفق خواهند بود که:

- برنامه‌ای استراتژیک برای نهادهای
دولتی و خصوصی به انجام وظیفه خود در امر
پیشگیری و درمان بیماران داشته باشد.

- جلب اعتماد مردم و دستگاه‌های دولتی
را برای گسترش منابع خود به دست آورند تا
در تأمین اعتبار برای انجام مأموریت‌های
خود با مشکلی مواجه نشوند.

- توجه اعتبار دهنده‌گان را به برنامه‌های
جهانی و دستور العمل هایی که برای حل
بحران‌های بهداشتی بین‌المللی مانند ایدز
صادر شده است، جلب کنند، زیرا مشارکت
اعتبار دهنده‌گان در حل مشکلات جهانی و
بین‌المللی می‌تواند زمینه‌های ترغیب هر چه
بیشتر آنها را فراهم کند و زمینه همکاری‌های
گسترده در سطح ملی، منطقه‌ای و جهانی را
به وجود آورد.

- با ایجاد سیستم مناسب ارزیابی و
نظارت بر اجرای پروژه و افزایش پاسخگویی
انجمن و شفافیت در عملکرد آن، تداوم
مشارکت اعتبار دهنده‌گان را تضمین کنند. در
چنین روندی، نقش جمع‌آوری اعلانات در
ساماندهی مأموریت‌ها و تعهدات
انجمن‌های ملی نالاسمی، ضرورتی دو
چندان می‌باشد. تبادل تجربیات این انجمن

نماینده‌گان شرکت‌های خارجی.
- ارتباط با سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی
و افراد شاخص در سطح منطقه و جهان برای
جدب کمک آنان.

- تنصیب صندوق‌های جذب کمک‌های
مردمی در اماكن پر رفت و آمد مانند
ایستگاه‌های مترو، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها
و کلینیک‌ها، مراکز خرید، بازارها،
فروشگاه‌ها، مراکز مذهبی مثل مساجد، کلیسا
ها و نیز مراکز تغیریخی
- نهیمه صندوقهای کوچک خانگی و
توزیع آنها در میان خانوارهایها.

- برگزاری پاراچه‌های خبریه در فصول
 مختلف سال به منظور فروش اقلام اهدایی
 نیکوکاران به نفع بیماران.

- توزیع قلک بین گروه‌های کودک و
نوجوان در سطح وسیع و برگزاری جشنواره
برای جمع آوری آنها به نحوی که زمینه
آموزشی هم داشته باشد.

- برگزاری مراسم خاص در مناسبات‌های
 مختلف و شناسایی و دعوت از خیرین به
 منظور جذب کمک‌های آنان.

- معرفی قابلیت‌ها از طریق رسائمهای

عمومی دیداری و شنیداری و مطابعات و

سایر ابزارهای تبلیغی.

- برگزاری و مشارکت در برنامه‌های
 فرهنگی مانند مسابقات ورزشی، مسابقات
 علمی، کنسرت، شوی لیاس، جشنواره‌های
 صنایع دستی، غذا، فیلم و عکس و
 نمایشگاه‌های ملی و منطقه‌ای و... با هدف
 ارتقاء و افزایش آگاهی‌های عمومی و جذب
 کمک‌های مردمی

- برگزاری میهمانی به میزبانی یکی از افراد
 سروشانس کشور و فروش بلیط برای این
 میهمانی

در پایان امیدوارم که برگزاری چنین
 همایش‌ها و کارگاه‌های آموزشی در سطح
 منطقه‌ای تداوم یابد و مقدمه‌ای باشد، برای
 استمرار تلاش جمعی جهانی در مبارزه با
 بیماری و ایجاد جامعه‌ای سالم و تأمین
 فردی‌ی بستر برای فرزندان بشر.

یاشکر و به امید توفیق روز افرون همه
 حضار ارجمند.

روایت

دکتر حمید رضائی قلعه، معاون آموزش و پژوهش بنیاد امور بیماری‌های خاص:

دیابت تهدید جدی کشورهای در حال توسعه است



سمینار «روز جهانی دیابت» در روز سه شنبه ۲۳ آبان ماه ۱۳۸۵ مقارن با چهاردهم نوامبر ۲۰۰۶ میلادی، از سوی انجمن دیابت ایران و با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انجمن متخصصین غدد درون ریز و متابولیسم ایران و بنیاد امور بیماری‌های خاص در تالار علامه امینی دانشگاه تهران برگزار شد.

در مراسم افتتاحیه این سمینار که با استقبال خیل گسترده‌ای از پوشکان، پرستاران، متخصصین تغذیه، بیماران دیابتی و خانواده‌های آنها همراه بود، دکتر حمید رضائی قلعه معاون آموزش و پژوهش بنیاد امور بیماری‌های خاص، بیانات مبسوطی در زمینه «نقش آموزش در کاهش عوارض پزشکی، اجتماعی و اقتصادی دیابت» ایراد کرد. آنچه که در ذیل می‌آید، مشروح سخنرانی وی به مناسبت روز جهانی دیابت در تالار علامه امینی دانشگاه تهران می‌باشد.

تعداد این بیماران در سال ۱۹۹۵ میلادی کوتاه‌از وضعیت شیوع بیماری دیابت در دنیا و ایران صحبت کنم و بعد به بحث حدود ۱۳۵ میلیون نفر بوده است. بنابراین می‌بینیم که شیوع دیابت در دنیا روندی رو به تراز و فزونی دارد. این هم امری طبیعی است چون با توجه به اینکه شیوع دیابت در دنیا سالمندی پیشتر است و سن جمعیت در دنیا نیز بطور متوسط در حال افزایش است، بنابراین روند رو به افزایش شیوع دیابت در دنیا طبیعی بوده و کاملاً توجیه پیدامی کند. اما دلیل افزایش شیوع دیابت فقط بحث سن و سالمندی نیست، علاوه بر افزایش

بس... الرحمن الرحيم

محضر همه عزیزانی که در این سمینار حضور دارند، سلام ودادی احترام دارم، بخشی که به من محل شده و قرار است درباره آن صحبت کنم، «نقش آموزش در کاهش عوارض پزشکی، اجتماعی و اقتصادی دیابت» است، اما از آنجائیکه با استقبال وسیع عزیزان در این سمینار مواجه شده ام و چون در سخنرانی‌های قبلی، به سیمای بیماری دیابت یا Diabetes Mellitus اشاره‌ای نشده، لذا من سعی می‌کنم در ابتدا بصورت خیلی

۳ میلیون نفر بیمار مبتلا به دیابت داریم که با توجه به آمارهای منطقه و ممالک خاورمیانه تقریباً قابل پیش بینی و محاسبه است. در مصر ۹۷۳ درصد از افراد بالای ۲۰ سال به دیابت مبتلا هستند. در عربستان ۱۲۷/۳ درصد از افراد بالای ۱۵ سال دیابت دارند. در لبنان ۱۳۷/۴ درصد از افراد بالای ۳۰ سال، در اردن ۱۳۷/۶ درصد از افراد بالای ۲۵ سال، در تونس ۹/۲ درصد از افراد بالای ۳۰ سال، در عمان ۹/۸ درصد از افراد بالای ۲۰ سال مبتلا به دیابت هستند. در پاکستان این شیوع پایین تر است و ۳۷/۵ درصد از افراد بالای ۲۵ سال را شامل می شود که البته این عدم تشابه به نوع تغذیه و روش زندگی ما ایرانی ها با پاکستانی ها مریبott می شود. در کشور ما، استان پزد بالاترین میزان شیوع دیابت را دارد و این میزان در تهران، قم، مازندران و گلستان تقریباً نسبت به سایر مناطق کشور بالاتر است و در مناطقی نظیر کهگیلویه و بویراحمد، این میزان نسبت به سایر مناطق کشور پایین تر است.

خوب، با توضیحی که راجع به چگونگی وضعیت همه گیری شناسی بیماری دیابت داده شد، به بحث اصلی ام در زمینه نقش آموزش در کم کردن عوارض و پیامدهای پزشکی، اجتماعی و اقتصادی بیماری دیابت می پردازم.

اساساً هدف از آموزش در بیماری دیابت، بر حسب نوع مخاطبی که تحت آموزش قرار میگیرد، ایجاد تغییرات رفتاری در یاد گیرنده و به وجود آوردن رفتاری مناسب در مخاطب است که ما با آموزش در دیابت، به دنبال آن هستیم.

برای اینکه آموزش ما در دیابت، از اثربخشی و کارآیی مناسبی پرخوردار باشد، باید در سه سطح و گستره، آن را به انجام برسانیم. گستره اول دانش، گستره دوم نگرش و گستره سوم مهارت. ما در گستره دانش، به دنبال آن هستیم که دانستنی ها و اطلاعات و معلوماتی را به مخاطب منتقل کنیم و در گستره نگرش، می خواهیم نوع نگاه و دیدگاه آموزش بعضی پژوهش ها نشان می دهند که

* بالاتر رفتن سن، چاقی، کم تحرکی و مصرف غذاهای پرکالری و قنددار باعث افزایش شیوع دیابت می شود



مبتلایان به دیابت در کشورهای در حال توسعه به سر خواهند برد این در حالیست که در سال ۱۹۹۵ میلادی، ۶۲ درصد از مبتلایان به دیابت، در کشورهای در حال توسعه زندگی می کردند. الگوی توزیع سنی مبتلایان به دیابت، بدین صورت است که در کشورهای توسعه یافته، دامنه سنی این بیماران بالای سن ۶۵ سال است یعنی اینکه سالمندان عمدها به دیابت مبتلا هستند در حالی که دامنه سنی دیابت در کشورهای در حال توسعه یافته است و این هم یک امر طبیعی است چون بیشتر جمعیت دنیا

از کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. تخمین زده می شود که در سال ۲۰۱۰ میلادی، از ۲۳۹ میلیون نفر مبتلایان به دیابت در جهان، ۱۳۸ میلیون نفر در آسیا، ۲۸ میلیون نفر در اروپا، ۲۰ میلیون نفر در آمریکای لاتین، ۱۹ میلیون نفر در آمریکای شمالی، ۱۹ میلیون نفر در آفریقا، ۱۴ میلیون نفر در روسیه و کشورهای تازه استقلال یافته و متعدد شده از اتحاد جماهیر شوروی سابق و ۷۵ میلیون نفر در اقیانوسیه هستند. برآورد می شود که در سال ۲۰۲۵ میلادی نسبت به سال ۱۹۹۵

میلادی که جمعیت مبتلایان به دیابت از ۱۲۵ میلیون نفر به ۳۰۰ میلیون نفر خواهد رسید، ما شاهد رشد ۴۲ درصدی در کشورهای توسعه یافته و رشد ۱۷۰ درصدی در کشورهای در حال توسعه باشیم یعنی در سال ۲۰۲۵، ۲۰۲۸، ۲۰۲۵ میلیون نفر از گروهی از افرادی که دیابت را شاهد رشد ۴۲ درصدی در

کشورهای توسعه یافته و رشد ۱۷۰ درصدی در کشورهای در حال توسعه باشیم یعنی در سال ۲۰۲۵، ۲۰۲۸، ۲۰۲۵ میلیون نفر از گروهی امتحانی که دیابت را شاهد رشد ۴۲ درصدی در

سن، عوامل دیگری مانند افزایش شیوع چاقی، کم تحرکی و مصرف بیشتر غذاهای پرکالری و قنددار هم باعث افزایش شیوع دیابت می شود ضمن اینکه در برخی از جوامع به علت استعداد نژادی، رُنگی و ارثی در ابتلاء به دیابت، روند ابتلاء به این بیماری در حال افزایش است.

از طرف دیگر، شیوع دیابت در کشورهای در حال توسعه بیشتر از کشورهای توسعه یافته است و این هم یک امر طبیعی است چون بیشتر جمعیت دنیا در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. تخمین زده می شود که در سال ۲۰۱۰ میلادی، از ۲۳۹ میلیون نفر مبتلایان به دیابت در جهان، ۱۳۸ میلیون نفر در آسیا، ۲۸ میلیون نفر در اروپا، ۲۰ میلیون نفر در آمریکای لاتین، ۱۹ میلیون نفر در آمریکای شمالی، ۱۹ میلیون نفر در آفریقا، ۱۴ میلیون نفر در روسیه و کشورهای تازه استقلال یافته و متعدد شده از اتحاد جماهیر شوروی سابق و ۷۵ میلیون نفر در اقیانوسیه هستند. برآورد می شود که در سال ۲۰۲۵ میلادی نسبت به سال ۱۹۹۵ میلادی که جمعیت مبتلایان به دیابت از ۱۲۵ میلیون نفر به ۳۰۰ میلیون نفر خواهد رسید، ما شاهد رشد ۴۲ درصدی در کشورهای توسعه یافته و رشد ۱۷۰ درصدی در کشورهای در حال توسعه باشیم یعنی در سال ۲۰۲۵، ۲۰۲۸، ۲۰۲۵ میلیون نفر از گروهی امتحانی که دیابت را شاهد رشد ۴۲ درصدی در

گیرنده را تغییر بدھیم و نهایتاً در گستره مهارت، قصد داریم که توانایی هایی را به مخاطب یاد بدھیم و بیاموزیم. خوب، واقعاً مقوله آموزش در بیماری دیابت، به دنبال چه چیزی هست و چه می خواهد انجام دهد؟ آموزش در دیابت، به دنبال این است که از همه روش ها، طرفیت ها و امکانات برای پیشگیری از بروز دیابت، کنترل دیابت، درمان صحیح دیابت و اعاده سلامتی این بیماران استفاده کند. مهم تر از همه اینکه، آموزش یافعث القای حس مسؤولیت پذیری و مشارکت جمعی شهروندان در امر مبارزه با دیابت

دانشگاهیان و نهادهای مختلف غیر دولتی باید به موضوع آموزش در دیابت کمک کنند. از طرف دیگر، برای اینکه فرآیند آموزشی در دیابت، مؤثر و اثربخش باشد، باید در روش های آموزشی سنتی بازنگری عامل بعدی، محتوای آموزشی است، قطعاً اهمیت دارد که متن پیام آموزشی مناسب با سطح سواد و درجات علمی مخاطبان باشد، اطلاعاتی که در آموزش نیروی انسانی متخصص مثل جامعه پزشکی در محتوای آموزش گنجانده می شود حتماً با محتوای آموزشی مردم و بیماران مبتلا به دیابت فرق دارد. عامل مهم دیگر، گیرنده آموزش است، این مهم است که مخاطب ما در آموزش چه کسی است تا بر مبنای

**برای اینکه فرآیند
آموزشی در دیابت، مؤثر
و اثربخش باشد، باید
در روش های آموزشی
سنتی بازنگری شود و
ما باید حتماً از روش ها
و فناوری های نوین
آموزشی استفاده کنیم**

مخاطب شناسی صحیح، به درستی بتوانیم آموزش بدھیم و در نهایت عامل بازخورد Feedback پیام آموزشی و برسی میزان تأثیرگذاری پیام آموزشی در آموزش گیرنده گان است.

در بحث آموزش در دیابت، مسأله همکاری های بین بخشی، بسیار اهمیت دارد. صرفاً مراکزی که نام بهداشت و درمان آموزش دهنده است، بسیار مهم است که بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی، از پس آموزش در دیابت برنمی آیند، بلکه ضرورت دارد که همه دستگاهها و نهادهای دست اندکار در حوزه فرهنگی و تبلیغات، به این موضوع کمک کنند.

صدا و سیما به عنوان یک رسانه ملی، روزنامه ها و جراید، روحانیون، معلمین،

می شود. ضرورت دارد که آموزشی که می خواهیم در عرصه دیابت داشته باشیم، از لحاظ کمی و کیفی ارتقاء پیدا کند. برای اینکه فرآیند آموزش در دیابت، افزایش کیفی پیدا کند، حتماً باید به عوامل و متغیرهای اساسی در این زمینه توجه جدی داشته باشیم. یکی از این عوامل، آموزش دهنده است، بسیار مهم است که شخص آموزش دهنده از دانش و مهارت کافی برای ارائه آموزش برخوردار باشد تا کیفیت آموزش، ارتقاء پیدا کند. عامل بعدی، وسیله آموزشی است، بسیار حائز اهمیت است که پیام آموزشی را از چه طریقی به آموزش گیرنده، منتقل کنیم، طبعاً ممکن است در برخی از دوره های آموزشی، مناسب باشد که از کتاب و با

و مشاوره پزشکان، هزینه‌های فوریتی همچون کرایه آمبولانس و مراقبت‌های اورژانس، هزینه‌های دوران تفاہت، هزینه‌های درمان عوارض دیابت، هزینه‌های آموزش بیماران، هزینه‌های مربوط به تهیه دارو، سرنگ، آزمون‌های آزمایشگاهی و هزینه‌های تجهیزاتی که پک بیمار دیابتی برای کنترل روزانه قندخون خودش نیاز دارد و هزینه‌های خدمات بسترهای بیمارستانی که به بیمار دیابتی ارائه می‌شود، هست.

اما دیابت یکسری هزینه‌های غیر مستقیم نیز دارد، مثل حقوق روزهای مرخصی اجباری برای مراجعته بیماران به مراکز درمانی، کاهش توانایی و بازدهی و راندمان کاری و بازنشستگی زودرس و پیش از موعد بیماران دیابتی، حوادث کاری ناشی از کاهش تغذیه قند خون و نهایتاً مرگ زودرس این بیماران تازه علاوه بر این هزینه‌ها، هزینه‌های وجود دارد که واقع‌آچه کسی می‌تواند این هزینه‌ها را محاسبه کند؟ هزینه‌هایی که ناشی از ترس بیماران و کاهش و افت کیفیت زندگی آنها و خاتم‌ده شان هست که به سادگی قابل محاسبه نیستند.

و اگر در پایان بحث، بخواهم جمع بندی اجمالی از کارکرد آموزش در بیماری دیابت داشته باشم، باید بگوییم که آموزش می‌تواند از بروز دیابت پیشگیری کند، آموزش باعث تشخیص به موقع دیابت می‌شود، آموزش باعث درمان صحیح و مطلوب دیابت می‌شود، آموزش، عوارض پزشکی دیابت و هزینه‌های اقتصادی و زیان‌ها و خسaran‌های اجتماعی این بیماری را کاهش می‌دهد و درنهایت، با توجه به اینکه سنگ زیربنای توسعه پایدار در هر جامعه‌ای، انسان سالم است، بنابراین آموزش در دیابت در کنار و همراه با سایر آموزش‌هایی که برای سلامت انسانها ارائه می‌شود، به فرآیند توسعه پایدار کمک خواهد کرد.

از صبر و حوصله همه عزیزان تشکر می‌کنم.

دیابت است. واقعیت این است که عوارض متعدد دیابت نظیر مشکلات و عوارض قلبی و عروقی، کلیوی، چشمی و عوارض عصبی مثل نوروپاتی، به مراث از خود دیابت، پرهزینه تر هستند. من چندی پیش آماری را دیدم که در آمریکا محاسبه شده است که هزینه‌های مستقیم عارضه چشمی چیزی در حدود ۲۰۰۰ دلار در سال برای هر فرد مبتلا و نارسایی های کلیوی حدود ۴۵۰۰۰ دلار در سال برای هر فرد و افراد دیابتی که دچار قطع عضو یا Amputation می‌شوند حدود ۲۹۵۰۰ دلار در سال برای هر نفر مبتلا هزینه در بر دارد.

۱۰٪ بودجه

بهداشتی

کشورهای صنعتی

به هزینه‌های ناشی

از عوارض دیابت

اختصاص دارد



کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و فدراسیون بین المللی دیابت یا Diabetes International Federation براساس تحقیقاتی که انجام داده‌اند، نشان داده اند که ۱۰ درصد بودجه بهداشتی کشورهای صنعتی به هزینه‌های ناشی از عوارض دیابت اختصاص پیدا می‌کند. در ایران نیز تحقیقاتی نشان میدهد که چنانچه یک بیمار دیابتی، بهموقع بیماری اش تشخیص داده نشود و یا اینکه خوب و صحیح کنترل نشود، هزینه‌های درمانی اش ۱۰ برابر بیشتر می‌شود. از یک حیث دیگر، هزینه‌های دیابت را به دو نوع تقسیم بندی می‌کنند. هزینه‌های مستقیم که شامل حق ویزیت

همجنب برای اینکه، مقوله آموزش در دیابت، گستردگی نیز شود، باید از مراکز اطلاعات، آموزش و ارتباطات یا IEC استفاده کنیم تا در کنار سایر برنامه‌های آموزش سلامت، برای آموزش در دیابت هم اقدامات جدی انجام شود. در اینجا باید به ضرورت آموزش مداوم نیروی انسانی متخصص یعنی جامعه پزشکی از قبل پزشکان و پرستاران در زمینه مسائل تشخیصی و درمانی دیابت، توجه کنیم تا بدین ترتیب نوع برخورد و مواجهه ما با این بیماری، روزآمد و مؤثر باشد.

با توجه به اینکه، عوارض پزشکی بیماری دیابت طبق برنامه سمینار، در سایر سختهایی ها مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد، من در بخش پایانی عرایضم، به هزینه‌های اقتصادی بیماری دیابت و نقشی که آموزش در کاهش این هزینه‌ها دارد، اشاره می‌کنم.

در ارتباط با هزینه‌های اقتصادی دیابت، ما میتوانیم از یک منظر و نگاه، از هزینه‌های جاری و هزینه‌های عوارض و از منظری دیگر از هزینه‌های مستقیم و هزینه‌های غیر مستقیم دیابت صحبت کنیم.

بطور کلی هزینه‌های درمان دیابت بسیار گران است و ما برای اینکه متحمل و درگیر این هزینه‌های هنگفت و سنگین نشویم، باید در زمینه پیشگیری از دیابت و یا پیشگیری از بروز عوارض دیابت از طریق کنترل مداوم قندخون بیماران دیابتی و نگه داشتن آن در دامنه طبیعی سرمایه گذاری کنیم. البته آموزش جامعه و فعالیتهای فرهنگی و تبلیغی و یا اقدامات پیشگیرانه، هزینه‌های زیادی دارد اما این هزینه‌ها در مقایسه با هزینه‌های گران بیماری دیابت بسیار کم تر است.

خوب، هزینه‌های جاری شامل هزینه‌هایی است که برای تشخیص و درمان دیابت و کنترل مداوم قندخون بیماران دیابتی انجام می‌شود، اگرچه این هزینه‌های بالا است ولی هزینه‌های عوارض دیابت بسیار بیشتر از هزینه‌های جاری

گفت و گو با محمد سیدین، خیر و حامی بیماران خاص

در خانه چراغی روشن کن

احمد عواد



مرا نوری صدا می‌کردند و عقیده داشتند
که نام بچه‌های خود را باید در چهارچوبی‌سی
محبت آمیز به کار ببرند.
من در طبقه متوسط جامعه آنروز و
 محلات مرکزی تهران یعنی چهار راه
 اسکندری چشم به جهان گشودم. تفريح
 دوران کودکی پایه رزی شد و شکل
 گرفت، حالا با ۶۰ سال من تاثیر تربیتی و
 رفتاری والدین خود را در دوران کودکی ام
 به خوبی در اعمال روزمره ام می‌بینم. من
 در شناسنامه نامم سید محمد است ولی
 والدینم برای احترام به نام حضرت محمد
 می‌دیدم اگر مهمان نیازمندی بر سر سفره

اشارة:
محمد سیدین ۴۰ ساله است. بالیده
در کوچه‌های قدیمی تهران و آشنا به
 عمیق ترین و پنهانی ترین دردهای
 مردم. گفت و گو با او چقدر ساده و
 صمیمی بود. او چنین آموخته که همه
 چیز را سهیل کند و در رابطه با او همه
 چیز ساده است. صدایش از پشت
 گوشی تلفن زنده ترین صداست و
 چنان آشنا که تو هرگز بر این
 نمی‌اندیشی که او کجاست حتی وقتی
 می‌گوید «تهران نیست» باز معنی
 فاصله را نمی‌فهمی.

از طریق بنیاد امور بیماری‌های
 خاص با او تماس گرفتم. گفتم قصد
 داریم در هر شماره مجله خاص از
 یاوران بنیاد یاد کنیم. از کسانی که
 حضورشان باعث دلگرمی ما است.
 راضی به این نمی‌شد. گفتم این ذکر
 امید می‌پرورد و چراغی است تا راهی
 که شماها پیمودید روشن شود و
 دیگران از طی طریق در آن نهاراًند. او
 هم پذیرفت.

با او به گفت و گو نشستیم و تلاش
 کردیم به چیزی دست پیدا کنیم که
 بستر ساز هم‌دلی بوده است. به
 کوچه‌های قدیمی، سفره‌هایی برای
 مهمانان ناخوانده و آین تربیت
 پدرانمان سر زدیم. همه چیز از آنجا
 شروع می‌شود. برای روشن شدن
 فردایمان در خانه چراغی روشن کن.

ساده ما می‌نشست، پدر و مادرم او را با آغوشی باز و به گرمی پذیرا می‌شدند و ما یاد گرفته بودیم که همیشه هر چیزی را که داریم باید با فقر و نیازمندان سهیم باشیم. در خانواده ما پدرم همیشه مخالف تبیه بدنی بچه‌ها بود و عقیده داشت که تبیه مشکلات اجتماعی دست و پنجه نرم می‌کشند. من در همان دوران وظیفه خود می‌دانستم که باید با این مسائل و مشکلات مقابله کنم. یکی از دلایلی که ما را منظورم بچه‌های زمان ما را افرادی مسئول بار می‌آورد همان احساس امنیت و تشریک مساعی موجود در بین همسایه‌ها بود. من در محله خودمان هنگامی که از مدرسه بریم گشتم اگر تشنگ و گرسنه بودیم تمامی درهای کوچه به موقع سعی می‌کرد با تشویق مناسب به کودکان کمک کند تا راه خوب و بد را تشخیص دهند. عشق و محبت بی قید و شرط آنها کانون گرم خانوادگی را چنان مهیا کرده بود که همه در فکر محبت به دیگران و عشق به همنوع بودند.

پدرم کارمند دولت و مادرم خانه دار بود. پدرم فردی کاملاً خوشنود و با اعتماد به نفس بود ولی مادرم گاهی اوقات زود از کوره در می‌رفت. سرنوشت ما در همین دوران کودکی رقم خورده و چون یاد گرفته بودیم که در خانه قابل احترام و دارای ارزش هستیم و با همه کمبودهای مالی زندگی گرم و پرمحبتی را سپری می‌کنیم بالطبع اینک نیز همان گونه رفتار می‌کنیم.

تحصیلات خود را در کجا سپری کردید و نقش محیط اجتماعی را در تقویت احساسات مهرآمیز و انسان دوستانه چگونه ارزیابی می‌کنید؟

من در دستان دولتش جلوه در خیابان اسکندری که خیلی از بچه‌های آن مدرسه در حال حاضر بسیاری از پست‌های مهم دولتی را مدیریت می‌کشند، درس خواندم. نیازی به بردن نام آنها نیست ولی خوب یادم هست که چه معلمین و مدیران شایسته و مهربانی بودند. در هر صورت مگر می‌شود با چنین مدیران و مستولینی و با داشتن خانواده‌ای با محبت حال افرادی مثل من غیر از این باشد؟

من در همان زمان نوجوانی، بچه‌هایی را هم که مشکل و ناهنجاری داشتند دقیقاً

باید به بیماران کمک کرد تا فعالیت‌های عادی و خانوادگی و بالآخره کارهای روزمره خود را آن طور که توانایی دارند انجام دهند و از خوده گیری و انتقاد آنها پرهیز کرد

شخصا در جدایی پدر و مادرشان یافته بودم ولی بعدها متوجه شدم که بسیاری از آنها نیز به دلیل هم نشینی با افراد مشکل دار خود نیز دچار مشکل شده‌اند. در اینجا جا دارد که از محبت‌ها و آموزش خانواده شفیعی که یکی از همسایگان ما بود یادی کنم زیرا یادم می‌آید که اوئین مدرسه‌ای را که خانواده شفیعی در خیابان بابایان تأسیس کرده‌اند صرفاً جهت افراد کم درآمد و بی بضاعت بود و این نیز یکی دیگر از آموزش‌های نیکوکارانه‌ای بود که من آموختم.

چگونه با بنیادهای خیریه و مددوسانی به بیماران خاص آشنا شدید؟

من دوران جوانی را همراه با تنشی‌های اجتماعی و سیاسی عصر سلطنت به سال ۱۳۵۵ و ۱۳۵۶ سپری کردم. در آن سال‌ها همه باور داشتند که دخالت در امور اجتماعی جامعه وظیفه همگانی و مسئولیت اخلاقی آحاد مردم است و آسیب‌های اجتماعی جزو مواردی بود که شدیدا نیازمند مشارکت‌های مردمی بود. بعد از انقلاب شاید اولین بار از طریق ارتباط با آقای دکتر معصومی و خانواده حکاک‌ها با بنیاد خیریه که هریزک آشنا شدم البته آنها حرفة‌ای به مسائل نیکوکاری و سالم‌مندان که هریزک توجه داشتند و تغیریا توانسته بودند که با دوستان و آشنایان خود حلقة محکمتری برای حمایت از سالم‌مندان ایجاد کنند. انقلاب ۱۳۵۷ که اوج حضور و دخالت‌های مردمی در امور اجتماعی و فرهنگی و سیاسی کشور بود که پای ما را هم به که هریزک باز کرد و دقیقاً آنچا بود که من اولین بار به طور جدی با آسیب‌های اجتماعی آشنا شدم و به مرور طی سال‌های بعد با سازمان بهزیستی کشور که مسئولیت امر کمک رسانی به آسیب‌های اجتماعی را به عهده داشتند آشنا شدم. من شخصا حاج محمد آقا حکاک را به عنوان راهنمای خود در امور خیریه ستایش می‌کنم. ایشان و پدر محترم‌شان با توجه به

رویمان باز بود. همسایه‌ها با هم دوست و صمیمی بودند و همه مادرها مادر دیگر بچه‌های کوچک نیز بودند. همه در محله خود احساس امنیت می‌کردیم در همان زمان نیز افرادی بودند که به جای بازی‌های کودکانه و یاقیری‌های دوستانه که معمولاً رسم نوجوانان است به دلیل ناهنجاری‌ها و اضطراب‌های روانی افسرده و در خود فرو رفته و یا پرخاشگر و... بودند. این افراد معمولاً کسانی بودند که مشکلاتشان را من

حساسیت‌هایی که داشتند نه تنها بندۀ را بلکه دیگران را هم به این امور تشویق می‌کردند. هم اکنون نیز کلیه کسانی که در امور خبریه کشور، مسؤولیت‌هایی را به عهده دارند به خوبی تأثیر این خانواده را در حمایت از سالم‌مندان و نیازمندان قبول دارند.

سال‌های بعد ضمن همکاری نزدیک با صدا و سیما ازدواج کرد و خوشبختانه نقش همسر من در تکمیل عقاید و

مراکزی در همین اطراف تهران خودمان وجود دارد که رفتن و سرزدن به امور آنها انسان را چنان سرشار از شف و شادمانی می‌نماید که هیچ تایید و تشویقی زیباتر از آن نیست

مشارکت‌های من در امور خبریه قابل توجه بود. ایشان ضمن تایید امر نیکوکاری و ارایه طرح‌ها و پیشنهادات خودشان در این زمینه مرا یاری فراوان نمودند. در همین

آموزه‌های دوران کودکی را که عشق و مهربانی و خدمت بود در صحنه بلایای طبیعی از نزدیک به کار بردم. ما فرزند دورانی هستیم که همه آسیب‌های شناخته شده فرن پیست را لمس کردیم و از اینکه به سهم اندک خود باری از دوش سنگین مشکلات اجتماعی برمی‌داریم احساس آرامش و خوشبختی می‌کنیم. ما وایسته به جامعه خودمان هستیم. زبان مشترک فرهنگ مشترک و آداب و عقاید مشترک ما را به هم پیوند می‌دهد و پیام استاد سخن سعدی را که گفت:

«بنی آدم اعضای یکدیگرند، همواره سرلوحه خود قرار دهیم.»

بندۀ در طول ۱۷ سال خدمتش توانست در مراکز زیادی همکاری کنم، از جمله: مرکز توانبخشی نمونه که به همت بندۀ مردانی اداره می‌شد که بنیاد خیریه قائم را تاسیس کردند، انجمن صرع ایران تشکلی که هر عاشق و شیفته‌ای را به خود جذب می‌کند. جمعیت قطع نخاعی‌های ایران، خانم دکتر خلوق بادقتی کوچک و محقر در تهران، مجتمع خدمات بهزیستی و غیره، مجتمع خدمات بهزیستی کودکان و نوجوانان و بنیاد حمایت از بیماری‌های خاص، مراکزی در همین اطراف تهران خودمان که رفتن و سرزدن به امور آنها انسان را چنان سرشار از شف و شادمانی می‌نماید که هیچ تایید و تشویقی زیباتر از آن نیست.

و سخن آخر برای خوانندگان مجله خاص؟

وقتی به مراکز توانبخشی و حمایتی و بلاپروری بهزیستی ایران سر می‌زند تازه متوجه سلامتی خود و خانواده خود می‌شوید؛ این قدم اول است اما وقتی جلوتر می‌روید و می‌تواند مشکلات تحت حمایت این مراکز را به سهم ناچیز خود بروطف کنید لذتی می‌برید که قابل بیان نیست فقط آنها که از این چشمۀ آب نوشیده‌اند مزه این لذت را زیر زبان خود حس می‌کنند.



مدیریت هزینه در بخش سلامت

(استراتژی‌های کاهش هزینه بیماری‌های خاص)



مقدمه

سلامت حقی است همگانی و در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران این اصل به عنوان یکی از اصول اساسی نظام تعیین شده است. در واقع انتظار مردم از دولت‌ها و نکلیف دولتها نسبت به مودم دغدغه بسیاری از دولت در دوران معاصر بوده و می‌باشد. دیدگاههای جدید بوجود آمده در جامعه اندیشمندان مبتنی بر توجه به انسان به عنوان سرمایه‌های انسانی مقوله حفظ سلامت را هم از بعد قابل توجه در بخش سلامت شده است. در این میان نوع و چگونگی توزیع منابع در بخش سلامت از موضوعات بسیار بحث‌انگیز دوران معاصر است. گروهی سلامت را حق طبیعی احادیج جامعه می‌دانند و دولتها را مکلف به تأمین هزینه‌های سلامت می‌دانند، گروهی با محور قراردادن هزینه‌ها اثر بخشی و هزینه- منفعت تقسیم و تسهیم منابع در بخش سلامت را مورد توجه قرار داده‌اند. گروهی از افراد وظیفه دولت را تنها کمک به اقتدار آسیب‌پذیر دانسته و گروهی بدون توجه به درآمد، مقوله ملیت را محور بحث قرار داده‌اند.

در این مقاله در پی آن هستیم تا ضمن بررسی روش‌های تأمین منابع مالی در بخش سلامت، سهم مصرف کنندگان خدمت (مخارج مصرف کنندگان) را در مخارج بخش سلامت و جهت گیری‌های انجام شده برای کنترل سقف هزینه‌ها را بیان کنیم. آنچه که این مقاله دنبال می‌کند بازتعريف بیماری‌های خاص از منظر هزینه‌ای است. این مقاله با محور قرار دادن پرداخت از جیب بیماران بدنبال ارایه تعریف کمی از بیماری‌های خاص می‌گردد. برای تثبیت این نظریه مقاله رویکرد طب پیشگیری را که برگرفته از رویکرد پانک جهانی در بخش سلامت است، محور قرار می‌دهد و سپس بکارگیری رویکرد مراقبتهاي مدیریت شده از منظر سازمانی را گامی در چهت مدیریت هزینه‌ها با ارتقای کیفیت خدمات می‌داند.



دکتر حسین زارع
دکترای تخصصی مدیریت
خدمات پیداشتنی و درمانی

نگرهای موجود در ارایه خدمات سلامتی گذر طبیعی عمر مستهلاک می‌شود، است که نرخ استهلاک غیرطبیعی در بیماری باعث استهلاک غیرطبیعی ذخیره سلامت را که به تبع بیماری بروز می‌گردد. سرمایه‌گذاری در سلامتی می‌کند کاهش داده و یا از بین می‌برد و توری سرمایه انسانی، سلامتی افراد یک (بهداشت و درمان) این استهلاک را جبران می‌کند. از این دیدگاه درمان، فرآیندی غیرطبیعی نرخ استهلاک ذخیره سلامت) «ذخیره سرمایه» است که به مرور زمان با

را کاهش داده و یا از بین می برد.

دیدگاه مسلمانهای بهداشت جهانی و بالنک جهانی: یا عنایت به تعریف ذکر شده دیدگاه سازمان بهداشت جهانی پیشتر معطوف بر درمان و دیدگاه بالنک جهانی بیشتر معطوف به پیشگیری و یا به عبارتی دیدگاه حفظ سلامت است.

حفظ سلامت از دیدگاههای نوین سلامتی پس از جنگ دوم جهانی است. وقتی بشر بر درد ناشی از آبدمی‌ها و بیماریهای گوناگون دست یافت و

صلح نسبتاً پایدار اجراه داد اندیشمندان جوامع مختلف در کنار هم تعامل نمایند، به این نگرش دست یافتند که حفظ سلامتی با ارزش تر، ارزان تر و موفق تر از درمان بیماریها است. لذا در اکثر جوامع رویکرد اساسی به سمت حفظ و

ارتقاء سلامتی بوده و در اغلب برنامه‌ها این رویکرد مدنظر مدیران و برنامه ریزان است، نگرش بیماری‌گرا تمام هم و غم و سرمایه ملی را در راستای درمان مبتلایان به بیماری‌های مختلف صرف

می کند و در هر حالت موضع انفعانی خود را حفظ می نماید. همواره هزینه‌های سرسام آور درمان و دارو بر بودجه‌های بهداشتی درمانی فشار می اورد و اجازه اندیشیدن به اساس سلامتی و ارتقاء سطح سلامت جامعه را نمی دهد.

در کشور ماهر چند امروزه نگرش حفظ سلامتی بصورتی آرام و پیشرونده جای خود را در ذهنیت سیاستگذاران باز می نماید، لیکن همچنان محور اساسی سیاست‌گذاران بر هزینه‌بر بودن ارائه

کمرشکن مواجه کند و چالش‌های را بوجود می آورد و جهت مقابله با این چالشها توجه به شاخص‌های از جمله سهم دولت و مردم به عنوان دو شاخص تعیین کننده حائز اهمیت است.

شاخص سهم مردم از هزینه سلامت آن بخش از هزینه‌های خدمات درمانی (Expenditure) غیر از سهم دولت و بخش خصوصی است که از طرف مردم در قالب «پرداخت از جیب (of pocket)» پرداخت می شود. این هزینه‌ها شامل پرداخت‌های مستقیم افراد به صورت رسمی در قالب مواردی چون فرانتیز، حق بیمه (پرداخت‌هایی که در سیستم ثبت می شود) و پرداخت‌های غیر مستقیم افراد در قالب مواردی چون پرداخت‌های زیرزمی (under the table)، پرداخت‌های پیش از تعریف مصوب و غیره می باشد (که در سیستم ثبت نمی شود).

شاخص «سهم منابع عمومی دولت» عبارت است از: سهم پرداخت شده از منابع عمومی دولت به کل هزینه‌های بخش سلامت، توضیح آنکه در صورتی که این هزینه برای کالاهای اقلام سرمایه‌ای و بلند مدت (هزینه) صرف شود، سهم هزینه در سال مبنای محاسبه است.

هزینه‌های کمرشکن یا غیر قابل تحمل: در صورتی که هزینه‌های صرف شده در سلامت بیش از ۲۰ درصد کل مخارج خانوار باشد به آن هزینه‌های کمرشکن گویند و در صورتی که این میزان در بخشی از هزینه‌های خانوار از جمله هزینه‌های غیر خوارکی باشد در آن صورت مشمول هزینه‌های کمرشکن نیست.

در تعریف دیگری آمده است در صورتی که سهم بالایی از هزینه‌های بخش سلامت از محل خانوارها و در قالب پرداخت از جیب تأمین شود و این میزان بالاتر از ۲۵ درصد باشد اثر تحمل ناپذیری هزینه‌ها (Catastrophic) بوجود می آید.

در تعریف سازمان بهداشت جهانی

خدمات بهداشتی درمانی و پرداخت هزینه‌های درمان مبتلایان استوار است. این نگرش در جای جای برنامه‌های کشور اعم از دستورالعمل‌های سازمان‌های بیمه‌ای و تخصیص‌های بودجه‌ای، آثار خود را عیان می سازد.

دیدگاه هر چه که باشد این‌گاه نقش دولت وابسته به عناصر کلیدی تأثیر گذار در فرآیند دریافت خدمات است. عدالت در دسترسی به خدمات اولیه، خدمات با قیمت مناسب و ارایه خدمات با کیفیت از مهمترین گزینه هایی است که در این مقوله مطرح است. توجه به این گزینه‌های مخصوص است که مداخله دولت را محقق می کند. در این میان نقش هزینه‌ها و توزیع مشارکت افراد و هزینه‌های بخش سلامت نوع حرکت را در پوشش دهنده خدمات مشخص می کند.

سهم مردم و دولتها در تأمین مالی بخش سلامت در حال حاضر بر اساس آمار موجود، سهم هزینه‌های بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP) برابر با 15% است که در مقایسه با کشورهای پیشرفته پانیز تر از میانگین بوده ولی در مقایسه با کشورهای همسایه از نظر میزان از وضعیت نسبتاً مطلوبی برخوردار است اما با توجه به اینکه سهم مشارکت مردم بیش از ۵۰ درصد است، وضعیت نامطلوبی را در رضایت افراد ایجاد کرده است. آنچه در این میان حائز اهمیت است تمهیم این منابع در بین مردم و دولتهاست که در صورت تسهیم نادرست می تواند خانوارها را با هزینه‌های

در کشور ماهر چند امروزه نگرش حفظ سلامتی بصورتی آرام و پیشرونده جای خود را در ذهنیت سیاستگذاران باز می نماید، لیکن همچنان محور اساسی سیاست‌گذاران بر هزینه‌بر بودن ارائه



شهرسازی، وزارت امور اقتصادی و دارایی، وزارت تعاون و وزارت جهاد کشاورزی است. حال سؤال این است که چرا این حالت بوجود آمده است؟ برای پاسخ به این سؤال باید چالش‌های مربوط به تدارک خدمات را در بخش سلامت مرور کنیم.

چالش‌های تدارک خدمات سلامتی
عمده ترین این چالش‌ها عبارتند از:
الف: تعدد وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجب ناکارآمدی آن شده است.
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر مبنای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی به عنوان سیاستگذار، ارائه دهنده خدمات، تعیین کننده منابع مالی مورد نیاز، ناظر و مجری سیاست‌های

پزشکی، رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور (و با توجه به اصول مربوط و شکاف موجود بین برنامه‌های بیمه‌ای و حمایتهاي اجتماعي و اصول توريك ذكر شده) اعتباری را بآورده نماید. تاز آن طریق (و سایر منابع از جمله تمهدات اتخاذ شده در حسندوق بیماران خاص) هزینه درمان افراد با خانوارهایی که مجموع هزینه درمان آنها از سقف توقف ضرر بالاتر رود، تأمین گردد.

مکانیسم اجرایی این کار از طرف وزارت رفاه و تأمین اجتماعي به این صورت می‌تواند در نظر گرفته شود که این وزارت‌خانه موظف است است بانک اطلاعاتی افراد زیر خط فقر مطلق را تهیه و سهم بیمه شده از حق سرانه درمان (در صورت داشتن یا نداشتن بیمه درمان) را

آمده است: از منظر WHO هنگامی هزینه‌های سلامتی کمرشکن است که بیش از ۴۰ درصد از درآمد خانوار بعد از کسر هزینه‌های مربوط به نیازهای اساسی را به خود اختصاص دهد. با عنایت به موارد ذکر شده شاخص «میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل بخش سلامت» عبارت است از درصد خانوارهایی که نسبت پرداخت مستقیم هزینه‌های سلامت آنان بیش از ۳۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار باشد. این موضوع نقش بسیار مهمی را در تخصیص منابع به بیماری‌های پر هزینه ایجاد می‌کند و از طرفی به عنوان اصول مشارکت (Guidelines) برای تعیین نرخ مشارکت دولتها در بخش حمایتهاي اجتماعي عبارتی این نرخ می‌تواند شکاف موجود بین بیمه‌های اجتماعي و حمایتهاي اجتماعي را مشخص کند.

برای جبران هزینه‌های کمرشکن در سیستم‌های بیمه‌ای پیشنهاد می‌شود فرانشیز خدمات تشخیصی و با توجه به اصل توقف ضرر (stop loss) به گونه‌ای تغییر کند که سهم مشارکت هر خانوار بیش از سقف مشارکت تعیین شده در اصل توقف ضرر، افزایش پیدا نکند.

سقف مشارکت تعیین شده به صورت درصدی از درآمد مشمول مالیات خانوار یا فرد (Income Cap) است که هر ساله بوسیله سازمانهای مربوط در کشور (در وضعیت فعلی با پیشنهاد وزارت رفاه و تأمین اجتماعي و تصویب هیئت وزیران) تعیین می‌شود.

علاوه بر این با عنایت به ماده ۹۰ و ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه کشور پیشنهاد می‌شود به منظور جلوگیری از هزینه‌های تحمل ناپذیر درمان (catastrophic) برای بیماری‌ها بوجه بیماری‌های خاص و صعب العلاج و به منظور اعمال دیدگاه توقف ضرر (stop loss) دولت موظف شود همه ساله در قانون بودجه بر اساس برآورده که وزارتین بهداشت، درمان و آموزش

تضاد ذاتی موجود در وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نقش سیاستگذاری این وزارت‌خانه را به گونه‌ای دچار مشکل ساخته است که علناً تدارک خدمات سلامتی در وضعیت بسیار نامناسبی صورت می‌گیرد

سلامتی در کشور است. تضاد ذاتی وظائف ذکر شده در حقیقت نقش سیاستگذاری این وزارت‌خانه را به گونه‌ای دچار مشکل ساخته است که علناً تدارک خدمات سلامتی در وضعیت بسیار نامناسبی صورت می‌گیرد. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعي تیز تا کتون نتوانسته است در این مورد مؤثر عمل کند.

ب: ناهمانگی ملموس بین وزارت خانه‌های دخیل در بخش سلامت مشکلات متعددی را ایجاد کرده است. ناهمانگی ملموس بین وزارت خانه‌ای دخیل در بخش سلامت از جمله وزارت کار و امور اجتماعي، وزارت رفاه

برآورده کند و جهت تأمین اعتبار آن در لایحه بودجه سال بعد، مراتب رابه سازمان مدیریت و برنامه ریزی معکوس نماید. علاوه بر این وزارت رفاه و تأمین اجتماعي موظف است با توجه به بیمه‌دهی جامعه، بار مالی ناشی از حذف فرانشیز به بیمه شدگانی که زیر خط فقر مطلق قرار دارند را محاسبه و قبل از تدوین لایحه بودجه هر سال به سازمان مدیریت و برنامه ریزی اعلام نماید. اجرای این برنامه‌ها نیازمند تعامل وزارت‌خانه‌ها و سازمانهای درگیر از جمله وزارت رفاه و تأمین اجتماعي، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و سایر سازمانها از جمله وزارت مسکن و

و تأمین اجتماعی، وزارت جهاد کشاورزی، وزارت صنایع و معادن، وزارت مسکن و شهرسازی موجب شده است که رویکرد حفظ سلامت (Health Maintenance) به رویکرد بازگرداندن سلامت (Health Recovery) در بدانه کلان دولت تبدیل شود.

ج: عدم تعریف استانداردهای مناسب در بخش های تولیدی در نهایت به ضرر مصرف کننده خدمت می انجامد.

عدم تعریف استانداردهای مناسب در بخش های تولیدی موجب استهلاک زودرس نیروی انسانی و تولیدات گردیده

از تعهد بیمه همگانی خارج شده است. این در حالی است که بسته های غیر جامع بیمه ای در گروههای مختلف جمعیت مقاومت تعریف شده است، به طوری که تعهدات بیمه خدمات درمانی برای روسانیان، از جامعیت لازم برخوردار نیست و محدود به خدمات بستری در بخش دولتی است، هر چند که این موضوع در حال اصلاح است اما بدون گسترش نظام شبکه این امر نمی تواند تحقق یابد.

ه- عدم اصلاح نگرش ارایه خدمت در بخش سلامت نگرش حاکم در بخش سلامت مبتنی بر درمان و جبران غرامت است که لازم است با دیدگاه پیشگیری و حفظ سلامت جایگزین شود، این موضوع از نظر قانونی در برنامه چهارم توسعه کشور (ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه کشور) تأکید می تواند بیماری خاص باشد، به راحتی

نگرش حاکم در بخش سلامت مبتنی بر درمان و جبران غرامت است که لازم است با دیدگاه پیشگیری و حفظ سلامت جایگزین شود

کمی نمی شود و درنهایت این که بسته به شرایط بیمار می توان طبق وسیعی از بیماری ها را بیماری خاص تعریف کرد، برای رفع این مشکل موارد زیر توصیه شده است:

- ۱- استفاده از مقیاسهای کمی و کیفی قابل اندازه گیری
- ۲- حرکت به سمت رویکرد مراقبتهای مدیریت شده با هدف ارتقای کیفیت خدمات و کنترل هزینه اما سوال این است که این کار از چه طریقی ممکن است؟ در پاسخ به این سوال دیدگاههای زیر پیشنهاد شده است:
 - ۱- بکارگیری رویکرد مراقبتهای مدیریت شده از منظر بالینی

شده است اما در هر حال نگرش موجود نگرش سلامت نگر نیست.

ایا بیماری های خاص حیطه جدیدی را می طبلد؟ ممکن است این سوال مطرح شود که موضوعات ذکر شده چگونه با مقوله بیماری های خاص ارتباط پیدا می کنند؟ همانطور که می دانیم:

در حال حاضر بیماریهای هموفیلی، تالاسمی و نارسایی کلیوی (دیالیزی) را به عنوان بیماری خاص تعریف کرده اند، در صورتی که بخواهیم این بیماری ها را از نظر بالینی تعریف کنیم در این صورت

است که این موضوع به طور مستقیم بر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی تأثیر می گذارد (بی توجهی به تئوری سرمایه انسانی).

د: عدم تعریف بسته های مزایای پایه و مکمل

این موضوع موجب به همراهیگی ساختار ارایه خدمات سلامتی و بیمه ای شده است به طوری که خدمات درمانی پایه (أساسی) و خدمات درمانی تکمیلی، به طور مشخص تعریف نشده اند و حتی در آین نامه ها برخی از خدمات ضروری



بسته های خدمتی ذکر شده در این ماده به صورت منطقه ای تعیین و پس از تصویب مراجع دیصلاح (به عنوان پیشنهاد شورای عالی بیمه خدمات درمانی) قابلیت اجرائی پیدا می کند. در تعریف بسته های خدمتی توجه به اصول بیمه های درمان اجتماعی، وجود حداقل بسته های ضروری (benefit Package) لازم است مورد توجه قرار گیرد.

بسته های خدمتی برای گروههای در معرض ریسک (به عنوان مثال مشاغل در ارتباط با صنایع مضر و آسیب رسان و یا افراد در منطقه جغرافیائی در معرض عوامل زیان رسان خارجی (Externality) باید به گونه ای تعریف شود که رویکرد «طب پیشگیری» را به نحو مناسب و کامل ارائه کند. بدینهی است در این موقع هزینه های مربوط به خدمات خاص تعریف شده در بسته خدمتی از محل درآمد های وصولی تحت عنوان مالیات (Social Welfare Tax) رفاه اجتماعی (Care Managed Organization) سازمانی حفظ سلامت (Health Maintenance

از تولید کنندگان عوامل زیان رسان (Negative Externality) تأمین می شود. سازمان مراقبت های مدیریت شده موظف است تأمین منابع مالی ناشی از طرح توقف ضرر را از اعتبارات دولتی پیگیری کند.

به موجب طرح توقف ضرر بیمه شده نباید بیش از درصد درآمدی توافق شده بوسیله شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی در هزینه ها مشارکت داشته باشد.

د: تدارک خدمات با تأکید بر پژوهش خانواده تدارک خدمات درمانی یا محوریت پژوهش خانواده و یا در قالب شبکه ارائه دهنده کان خدمت و یا نظام ارجاع و با در نظر گرفتن موارد زیر صورت می پذیرد:

- ۱- سازمان بیمه اجتماعی درمان الزاماً ارائه دهنده خدمات سلامتی نیست، بلکه تدارک خدمات را از طریق عقد قرارداد و یا هر نوع مداخله دیگر برای افراد تحت پوشش به عهده دارد.

در بخش سلامت به شرح زیر پیشنهاد می شود:

الف. سلامان و مدیریت با هدف رعایت اصول اساسی، بیمه های اجتماعی درمان، پیشنهاد می شود رویکرد سازمانهای بیمه ای موجود در کشور به بیمه های اجتماعی درمان تبدیل و به منظور حفظ و ارتقای سلامت افراد بیمه شده رویکرد سازمانهای بیمه گر موجود در کشور به سمت بیمه های سلامت با محوریت بیمه های سلامت نگر و طب پیشگیری تغییر باید، در این نظام سازمانهای بیمه درمان اجتماعی در اجراء سیستم مراقبتها مدیریت شده (Care Managed Organization) را در قالب سازمانهای حفظ سلامت و ارایه دهنده کان ارجح را دنبال می کند با هدف ارتقای کیفیت خدمات و از نظر نویسنده مقاله این رویکرد با عنایت به غیر سیستمیک بودن پاسخگوی مشکلات موجود نیست.

۲- استفاده از رویکرد نظام مراقبتها مدیریت شده از نظر سیستمیک این رویکرد که در قالب سازمانی مراقبتها مدیریت شده سازمانهای حفظ سلامت و ارایه دهنده کان ارجح را دنبال می کند با هدف ارتقای کیفیت خدمات و کاهش هزینه ها موارد زیر را مورد توجه قرار می دهد:

پژوهشگان عمومی را به عنوان دروازه بان سیستم در نظر می گیرند.

محدودیت بسته ها (محدودیت لیست داروها) را مورد توجه قرار می دهد.

سیستم پرداخت به کار گرفته شده در این نظام به گونه ای است که انگیزه درمانهای اضافی را از سوی ارایه دهنده کان خدمات کم می کند (بکارگیری نظام حقوق پیگیری یا سرانه به جای کارانه)

این نظام که در ابتدا در سیستم سلامت امریکا گسترش پیدا کرده است و در حال حاضر در آسیای جنوب شرقی نیز با تغییرات کمی بکار گرفته می شود بیشتر در قالب ۲ طرح اصلی سازمانهای حفظ سلامت و سازمانهای ارایه دهنده ارجح نمود پیدا کرده است. به نظر می رسد در صورتی که این دیدگاه با توجه به شرایط داخلی کشور اجرا شد بتواند به کمتر شدن چالش های موجود در نظام سلامت کشور بیانجامد. لذا در ادامه مقاله پیشنهادات بکارگیری رویکرد «نظام مراقبتها مدیریت شده» با با عنایت به مقاد مواد ۹۱۹۰ و ۹۵ قانون برنامه چهارم توسعه کشور و با توجه به دکمه های کنترل

ج: تعهدات خدمتی و هزینه ای رویکرد مورد استفاده در بیمه سلامت نگر رویکرد طب پیشگیری (Preventive Medicine) است، این سازمان های به گونه ای طراحی می شوند که برای کلیه اعضای تحت پوشش بدون هیچ گونه محدودیت از دیدگاه هزینه ای، زمانی و سطح بهداشتی فرد در قالب بسته های خدمتی، تعریف شده و با تبعیت از اصول بیمه های اجتماعی درمان فراهم باشد.

۲- سازمانهای حفظ سلامت به عنوان ابزار در اختیار سازمان بیمه سلامت، لازم است خدمات و حق انتخاب را برای کارکنان یک کارفرمای واحد شرایط درنظر بگیرد.

۳- شبکه ارائه دهنده خدمات شامل پزشکان، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و سایر افراد دارای مجوز ارائه خدمات درمانی هستند که در قالب نظام شبکه ارائه دهنده خدمات فعالیت می‌کنند.

نظام پرداخت رایج برای

پزشکان خانواده نظام

پرداخت سرانه کشور

است که با توجه به

ویژگی‌هایی از جمله

منطقه جغرافیایی،

ویژگی‌های جمعیتی،

وضعیت سلامت منطقه،

وضعیت درآمدی موجود

در منطقه و صندوق بیمه

منطقه‌ای صورت می‌پذیرد



کارفرما و بیمه شده صورت می‌گیرد.

و پوشش جمیعت
مبانی پوشش جمیعت، مبنای اقامت
است، این رویکرد ناقص رویکرد شغلی
در تقسیم بندی‌های داخلی سازمانهای
بیمه اجتماعی درمان (سازمان تأمین
اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی
نیروهای مسلح، سازمان بیمه خدمات
درمانی و سایر سازمانهای) نیست، جمیعت
تحت پوشش هر صندوق با مبنای
جغرافیائی محل سکونت تعیین می‌شود.
ذ- قوانین و مقررات

صندوقهای بیمه ای در قالب شرکت با
ضوابط اداری و مالی بستگاههای اقتصادی
با استفاده از روش‌های نوین مدیریتی، و با
در نظر گرفتن شاخصهای عملکردی مورد
قبول است.

برای خدمت سطح دوم بسته به تصمیم
مدیریت شبکه ارائه دهنده خدمات و با
رعایت سقف مشارکت اعلام شده از
طرف صندوق منطقه‌ای و پس از تأیید
مراجع ذی صلاح در هزینه خدمات،
مشارکت خواهد کرد.
بدیهی است سقف مشارکت هزینه ای
افراد بسته به میزان درآمد، تعیین خواهد
شد و در صورتی که افرادی سقف
مشارکت هزینه را انجام داده باشند، از
پرداخت ادامه هزینه درمان معاف بوده و
هزینه آنان از محل اعتبارات شبکه ارائه
دهنده خدمات پرداخت می‌شود.

ه- تأمین مالی
جایگاه سازمان بیمه سلامت به عنوان
نهاد تأمین کننده مالی بخش سلامت و
سازمان واسطه بین ارائه‌دهنده و مصرف

۴- پزشک خانواده در قالب سازمان
حفظ سلامت و یا شبکه ارائه دهنده
خدمت و با توجه به اصول و ضوابط
منطقه‌ای سازمان‌های مراقبتهای مدیریت
شده فعالیت می‌کنند.

۵- در انتخاب پزشک خانواده اولویت بر
دسترسی جغرافیائی به پزشک است اما
انتخاب پزشک خانواده از سوی افراد
اختیاری است، تنها عامل محدود کننده پر
شدن ظرفیت پزشک خانواده است.

۶- نظام پرداخت رایج برای پزشکان
خانواده نظام پرداخت سرانه است که با
توجه به ویژگیهای از جمله منطقه
جغرافیائی، ویژگیهای جمعیتی، وضعیت
سلامت منطقه، وضعیت درآمدی موجود
در منطقه و صندوق بیمه منطقه‌ای صورت

گزارش ویژه

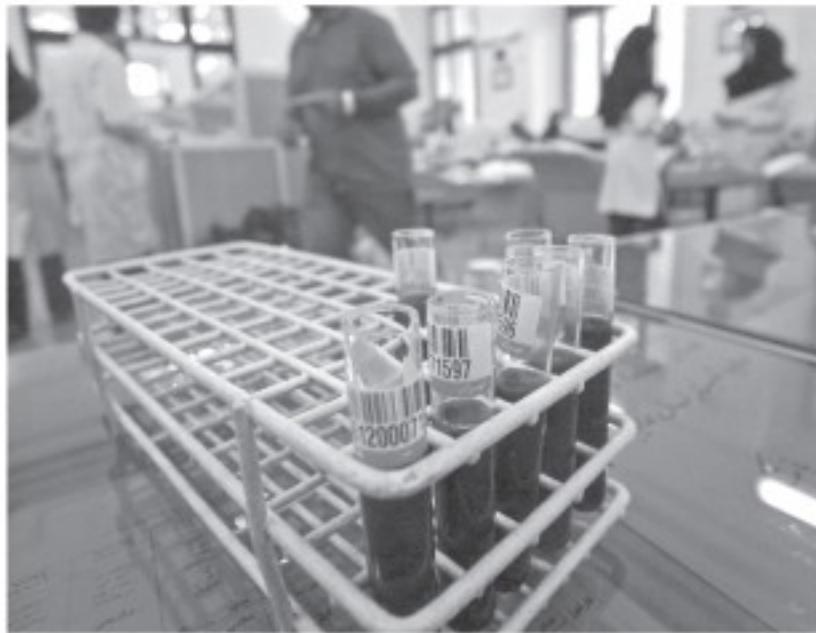
گزارشی تحلیلی از کنگره یافته‌های نوین علمی در تشخیص و درمان بیماری‌های خاص

فرهنگ‌سازی به شیوه کنگره

امید بی‌نیاز

سلامتی و زنده بودن انسان در آنها حرف اول را بزند. بنابراین اهمیت کنگره‌های پژوهشکی که با حیاتی تربیت مسئله انسان‌ها یعنی مرگ و زندگی گره می‌خورد، نه تنها در سطح کنگره می‌روند. این حوزه‌ها بیشتر از هر چیزی جنبه بازتاب دهنده‌گی دارند و بلکه در سطح کلان فرهنگی باعث اطلاع‌رسانی عمومی هستند. این وظیفه بر عهده رسانه‌های گروهی است و گاهی هم بازتاب پیدا می‌کند.

لایه‌ها و سطوح‌های دیگری هم در جامعه وجود دارند که به دلیل پدیده مهم خبری که همواره بعد تازگی را در خود نهفته دارد، به تاریخ پژوهشکی معاصر پا می‌گذارد که همواره اهداف و دورنمایهای متعدد و رفیع را برای خود هدف قرار می‌دهد. بی‌شک هر کنگره‌ای آن هم در حوزه علمی به یک پیامد مهم و بی‌سابقه می‌انجامد. این پیامد مهم نوگرایی و به تعبیری رونمایی از اطلاعات، داده‌ها، آمار، ارقام، پیشرفت‌های فنی و دانشی و ... است. از این رو، وجود کنگره‌ها در چند سطح قابل بررسی است. اول این که پژوهشکان، متخصصان و دانشمندان علوم، در چنین کنگره‌هایی جمع می‌شوند و ضمن دیدار با هم‌دیگر هر کدام آخرین داده‌های حوزه کاری خود را ارایه می‌دهند و به این وسیله آخرین یافته‌های علمی رونمایی می‌شود. این در حالی است که خود این افراد متخصص و دانشمند همواره در زیرساخت و زیربنای در یک علم و یا حوزه خاص فعالیت دارند و اگرچه شاخه تخصصی آنها با یکدیگر متفاوت است، اما همواره تبادل و آگاهی از داده‌های همدیگر در بررسی و مقایسه شاخه تخصصی خود قابل تأمیل است. از سوی دیگر این داده‌ها و یافته‌های جدید مکتوب می‌شوند و در یک سطح فرهنگی دیگر وارد حوزه‌های دیگر می‌شود. برای نمونه یکی از حوزه‌های قابل ذکر، دانشگاه و محافل آکادمیک است. بی‌شک داده‌هایی که در کنگره‌های علمی ارایه می‌شود، بهترین منبع برای دانشجویان و دانش‌آموختگان علوم است و این داده‌ها در تغذیه منابع درسی، جزووهای، تحقیقات دانشجویی، تأثیر خواهد گذاشت. اما



نخستین ویشهای فکری کنگره
کنگره یافته‌های نوین علمی در تشخیص و درمان بیماری‌های خاص، برای اولین بار تولد خود را اعلام می‌کند؛ در راهنمایی این کنگره، بنیاد امور بیماری‌های خاص نقش اصلی و بنیادی استفاده در کنگره به صورت اخبار رسانه‌ای تنظیم می‌شوند و این اخبار در ارتفاع سطح الفکار عمومی جامعه مؤثر است؛ به ویژه این کنگره‌ها، کنگره‌های پژوهشکی باشند و مهمترین اصل یعنی

صرف‌آجنبه خبری کنگره مورد نظر نیست و استفاده از چند داده تازه که همواره یک خبر تازه به شمار می‌رود، طبیعت و بازتاب ملی دارد. به تعبیری گاهی اطلاعات مورد استفاده در کنگره به صورت اخبار رسانه‌ای تنظیم می‌شوند و این اخبار در ارتفاع سطح الفکار عمومی جامعه مؤثر است؛ به ویژه این کنگره‌ها، کنگره‌های پژوهشکی باشند و مهمترین اصل یعنی

فکری راهاندازی کنگره به کجا برمی‌گردد و سابقه تولید این فکر از کجامی آید. دکتر حمید رضانی قلعه از نویسندهای طرح مدون برنامه سال ۸۵ بنیاد امور بیماری‌های خاص است.

وی در سمت مشاور مدیر مسؤول مجله پزشکی خاص فعالیت می‌کند. دکتر حمید رضانی قلعه درباره شکل‌گیری

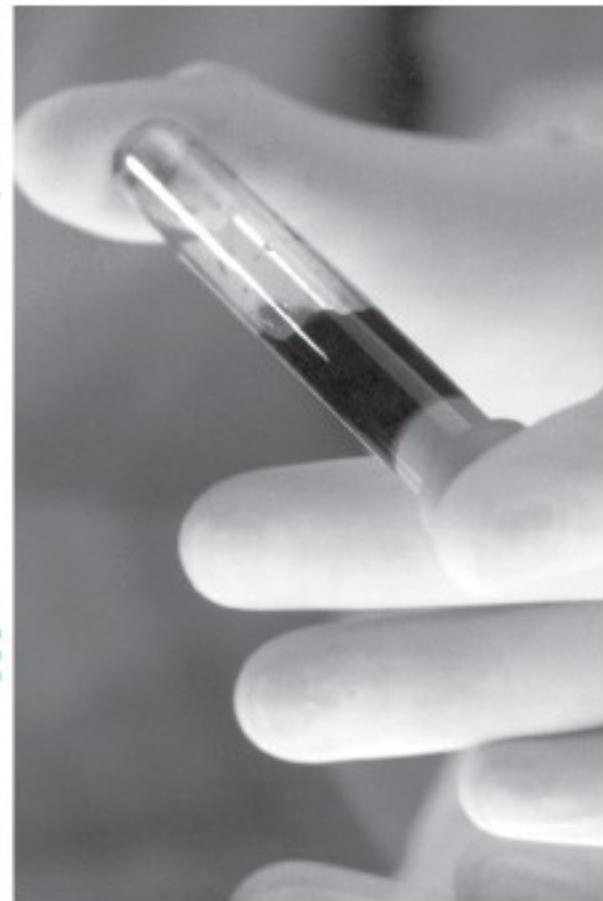
پیشبرد برنامه‌ای که برای جامعه متغیر شد، برگزاری یک کنگره علمی بود. از ابتدا تصمیم گرفتیم که این کنگره تحت عنوان یافته‌های توین علمی در تشخیص و درمان بیماری‌های خاص باشد. یکی از راهکارها و استراتژی‌هایی که ما در بنیاد امور بیماری‌های خاص برای برنامه‌ریزی خود در سال ۸۵ داشتیم، این بود که بتوانیم بنیاد را در تعامل و مشارکت با نهادهای علمی قرار دهیم. این نهادها انجمن‌های فوق‌تخصصی داخلی ایران صحبت کردیم و این جامعه به بنیاد امور بیماری‌های خاص کمک کرد تا جزو برگزارکنندگان



دکتر حمید رضانی قلعه:

یکی از اقداماتی که ما انجام دادیم ۱۲ امتیاز بازآموزی مدون را از اداره کل آموزش مدام اینجمن‌های تخصصی پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای پزشکان عمومی و متخصص کسب کردیم.

بنابراین تخصیص این ۱۲ امتیاز بازآموزی و همجنین اختصاص ۱۰ امتیاز بازآموزی برای سخنرانان این کنگره توانستیم بخشی از اکتشاف‌های حضور جامعه پزشکی را در این کنگره تقویت کنیم.



کنگره باشد. انجمن علمی نفرولوژی ایران، انجمن علمی هماتولوژی و آنکولوژی ایران، انجمن علمی هماتولوژی و آنکولوژی اطفال ایران، انجمن علمی علمی متخصصین گوارش و کبد ایران، انجمن علمی متخصصین بیماری‌های عفونی و گرمیسری ایران، انجمن علمی پیوند اعضاء ایران، انجمن علمی متخصصین مغز و اعصاب ایران، انجمن علمی علمی روان‌پزشکان ایران، انجمن علمی متخصصین ریه ایران، انجمن علمی اقتصاد بهداشت ایران، انجمن علمی اداره امور بیمارستان‌های ایران و همچنین مرکز تحقیقات بیماری‌های عکد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، در برگزاری این کنگره به ما

می‌نا تصمیم گرفتیم که این کنگره علمی را به لحاظ بخش محتوایی به خود انجمن‌های علمی واگذار کنیم. بنابراین با رؤسای هیات مدیره انجمن‌های مختلف صحبت کردیم، در این راه هم با استقبال پرشور و محبت‌آمیز مستولان این انجمن‌هارو بهرو شدیم و با کمک آنها برنامه علمی سه روزه کنگره را تدوین کردیم و این کنگره از تاریخ ییست و دوم آذرماه، در محل سالن همایش‌های مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام برگزار می‌شود.

در این راه، همه سعی کردند که بنیاد امور بیماری‌های خاص را در جهت

کنگره می‌گویید: «براساس شرایط خاصی که در بنیاد امور بیماری‌های خاص سعی کردم در سمت معاونت آموزش و پژوهش به این بنیاد کمک کنم، در اواخر سال ۱۳۸۴ که مجموعه بنیاد و معاونت‌های مختلف بنیاد تصمیم گرفتند که برنامه سال ۸۵ را مدون کنند، بنده برنامه معاونت آموزش و پژوهش را نوشتم، این برنامه بندهای مختلفی دارد که همه این بندها در شورای مدیران بنیاد امور بیماری‌های خاص به تصویب رسید. یکی از برنامه‌هایی که مادر نظر گرفتیم



کمک کردند. در کنار این‌ها مرکز پژوهشی خاص هم که از مرکز وابسته و تابعه بنیاد امور بیماری‌های خاص است، به توبه خود در امور دیرخانه‌ای کنگره، ما را مساعدت و یاری کرد.

در نهایت این کنگره با مشارکت و همیاری شعاعی از نهادها و انجمن‌ها و مرکز علمی و تحقیقاتی برگزار می‌شود. دکتر حمید رضائی قلعه در ادامه به امتیازات خاص این کنگره اشاره کرد و نکات مثبت و پیامدهای آن را برای خود پژوهشکان شرکت‌کننده در کنگره بزرگ‌نمایی کند. او می‌گوید: «یکی از اقداماتی که مانجام دادیم ۱۲ امتیاز بازآموزی مددون را از اداره کل آموزش مددون جامعه پژوهشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پژوهشکی برای پژوهشکان عمومی و پژوهشکان متخصص در رشته‌های بیماری‌های داخلی، بیماری‌های کودکان، بیماری‌های عفوی و گرمیبری، بیماری‌های مغز و اعصاب، بیماری‌های روان‌پژوهشکی و جراحی‌های عمومی کسب کردیم. بنابراین تخصیص این ۱۲ امتیاز بازآموزی و همچنین اختصاص ۱۰ امتیاز بازآموزی برای سخنرانان این کنگره توأم‌سازی بخشی از انگیزه‌های حضور جامعه پژوهشکی را در این کنگره تقویت کنیم. از سوی دیگر حضور موثر و فعالانه انجمن‌های علمی می‌تواند به اعتبار علمی کنگره کمک کند. در این کنگره ما حول چندین محور سخنرانی‌ها را مقرر کردیم. در این کنگره قرار است که ۴۷ سخنرانی برگزار شود. محورهایی که مورد بحث در نشست‌های تخصصی این کنگره است، عبارتند از نارسایی‌های کلیوی و بحث دیالیز، بحث بیماری تالاسمی، هموفیلی، هپاتیت و هپاتیت C، بحث سرطان‌های خون، سرطان‌های دستگاه گوارش از جمله مری، معده و روده، بحث دیابت و عوارض آن، بیماری ایدز، بیماری MS، اهداء عضو و پیوند اعضاء، بحث چندهای روانی و اجتماعی بیماری‌های خاص و توانمندسازی بیماران خاص،

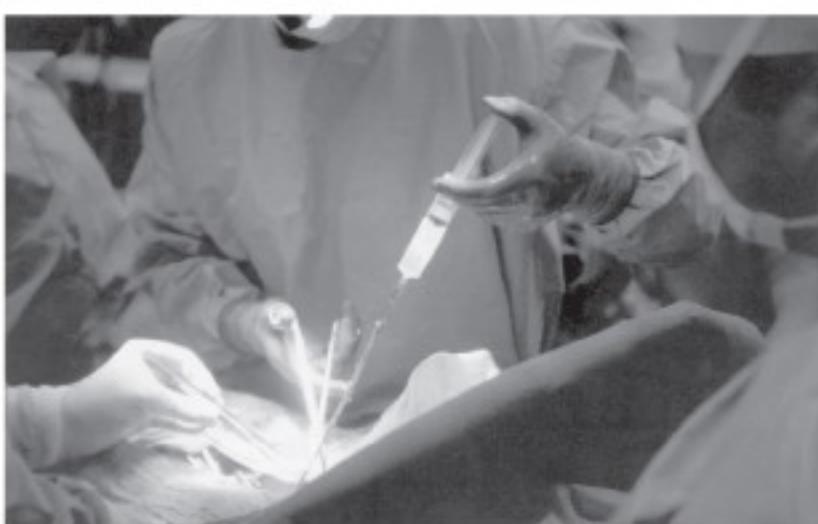
بیماری‌های خاص در گذشته هم چندین کنگره علمی را برگزار کرده است که واحد امتیاز بازآموزی هم بودند، اما در این مقیاس گستردگی، که مشارکت انجمن‌های علمی تخصصی با بنیاد امور بیماری‌های خاص صورت گیرد، این کنگره بسیارهای است. وجه تمایز این کنگره با کنگره‌های دیگر، مشارکت گسترده انجمن‌های تخصصی و علمی گروه پژوهشکی ایران است. این نشان می‌دهد که بنیاد امور بیماری‌های خاص در جلب اعتماد

دکتر عزت... عبدی: در زمینه دیالیز در میان کشورهایی که درمان جایگزین دارند و جزء توسعه یافته‌ها به شمار می‌روند، ما در وضعیت متوسط قرار داریم، کشورهایی مثل چین، هندوستان، سوئیس و ... سرویس‌های خوبی دارند. اما با توجه به جمعیت ۷۰ میلیونی ما و مقایسه خودمان با کشورهای اطراف از جمله ترکیه، کویت، افغانستان و ... وضعیت خوبی داریم

دکتر حمید رضائی قلعه در ادامه بحث خود، به پیشنهاد چنین کنگره‌هایی اشاره می‌کند و وجود آنها را یکی از سیاست‌های گذشته بنیاد امور بیماری‌های خاص بر می‌شمارد. او اعتقاد دارد که چنین کنگره‌هایی را باید وسعت و گسترش داد و شاید کنگره‌های قابل پیش‌زمینهای برای این کنگره جدید بوده‌اند. دکتر رضائی قلعه در این باره می‌گوید: «بنیاد امور

بیماری‌های خاص در گذشته هم چندین کنگره علمی را برگزار کرده است که واحد امتیاز بازآموزی هم بودند، اما در این مقیاس گستردگی، که مشارکت انجمن‌های علمی تخصصی با بنیاد امور بیماری‌های خاص صورت گیرد، این کنگره بسیارهای است. وجه تمایز این کنگره با کنگره‌های دیگر، مشارکت گسترده انجمن‌های تخصصی و علمی گروه پژوهشکی ایران است. این نشان می‌دهد که بنیاد امور

دکتر عزت... عبدی: در زمینه دیالیز در میان کشورهایی که درمان جایگزین دارند و جزء توسعه یافته‌ها به شمار می‌روند، ما در وضعیت متوسط قرار داریم، کشورهایی مثل چین، هندوستان، سوئیس و ... سرویس‌های خوبی دارند. اما با توجه به جمعیت ۷۰ میلیونی ما و مقایسه خودمان با کشورهای اطراف از جمله ترکیه، کویت، افغانستان و ... وضعیت خوبی داریم



جامعه پزشکی سپار موفق بوده است، یعنی خود را به عنوان یک سازمان «مردم‌نهاد» نشان داده و به عنوان یک نهاد غیردولتی در ارایه خدمات پزشکی به بیماران خاص مستقیم از مردم کمکی نگرفته است. موقعاً عمل کرده است. البته ما به صورت پزشکانی که در این کنگره شرکت می‌کنند، یک وجهی را پرداخت می‌کنند که بعد هم از امتیاز بازآموزی برخودار می‌شوند. این جزو یکی از منابع مالی کنگره بود. ضمن این که یک سری از شرکت‌های تبلیغاتی آگهی‌های خود را برای چاپ در کتابچه کنگره و برنامه کنگره به مادادند و در عین حال یک حرکت انسان دوستانه هم داشتند. خود بنیاد از منبع همین کمک‌ها و هدایا مخارج کنگره را تأمین کرد.

حضور نخبگان پزشکی در کنگره یکی از ویژگی‌های کنگره یافته‌های نوین علمی در تشخیص و درمان بیماری‌های خاص، حضور پزشکان اخیرین داده‌های درمانی را ارایه می‌دهند. اما در چنین کنفرانسی باید همه حضور داشته باشند. یعنی خود جامعه پزشکی اعم از پرستاران و ... تا پرسد به بیماران و مردم. این مستلزم این است که ما مهمناتان مختلف داشته باشیم. به عنوان مثال در کنگره بین‌المللی سرطان که در پاریس برگزار شد، این کار صورت گرفت، یعنی علاوه بر پزشکان متخصص، از بیماران و مردم هم دعوت گردند

علمی متخصصین بیماری‌های غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران نیز به شمار می‌رود. دکتر لاریجانی در این کنگره نقش دیری علمی کنگره را بر عهده دارد و هدایت و سکان ۵ سخنرانی مهم علمی را به عهده گرفته است.

دکتر فرهاد سمیعی نیز متخصص تحقیقات بیماری‌های گوارشی و کبدی دانشگاه علوم پزشکی تهران، رئیس مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارشی و کبدی دانشگاه علوم پزشکی تهران و معاون پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران است.

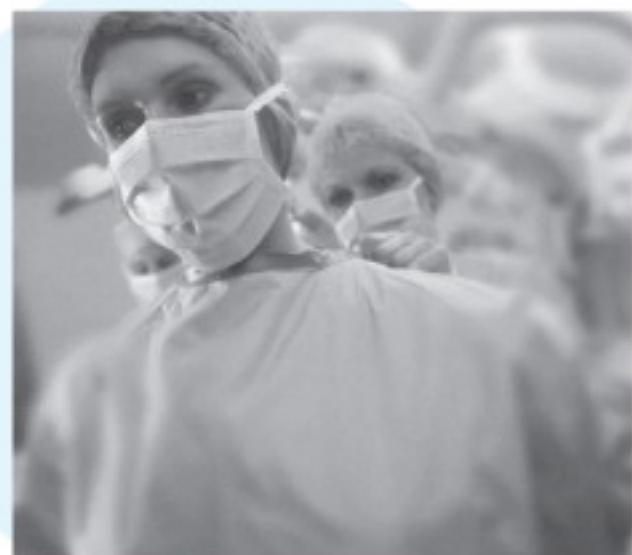
دکتر ملکزاده که در کایله نخست آیت‌الله هاشمی رفسنجانی، سکان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی را در دست داشته است، دیری انجمن علمی متخصصین گوارش و کبد ایران و رئیس جامعه انجمن‌های تخصصی و فوق تخصصی داخلی ایران به شمار می‌رود. درخواست مجوز بازآموزی با نامه دکتر ملکزاده، به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شکل نهادنیه به خود گرفت و از این رو گوشی از شکل گیری کنگره با اراده این پزشک پرجسته می‌شد. وی مدیریت علمی دومن نشست کنگره را که حول محورهای هپاتیت و سرطان‌های دستگاه گوارشی است عهده‌دار شده است.

دکتر حسن ابوالقاسمی هم فوق تخصص بیماری‌های خون و سرطان اطفال، رئیس سازمان انتقال خون ایران و رئیس هیات مدیره انجمن علمی هماتولوژی و آنکولوژی اطفال ایران است. دکتر ابوالقاسمی سومین نشست علمی و تخصصی کنگره راهدایت می‌کند و آخرین یافته‌های بیماری‌های تالاسمی و هموفیلی و موارد مرتبط با آن را به همراه همکاران خود برای کنگره ارایه می‌دهد. اما مدیریت نشست تخصصی در زمینه انواع سرطان‌های خون بر عهده دکتر اردشیر قوام‌زاده است. وی رئیس هیات مدیره انجمن علمی نفرولوژی ایران و فوق تخصص بیماری‌های کلیوی و مجاري ادراری است. دکتر عبدالهی مدیریت اولین نشست تخصصی بعد از افتتاحیه کنگره بازآموزی کنگره ایفا کرد. وی که سایقه مدیرکل آموزش مدام جامعه پزشکی رادر وزارت بهداشت در کارنامه خود دارد، از وزنه‌های علمی کنگره به شمار می‌رود. اما دکتر عزت‌الله عبدالی رئیس هیات مدیره انجمن علمی نفرولوژی ایران و فوق تخصص بیماری‌های کلیوی و مجاري ادراری است. دکتر عبدالهی مدیریت اولین نشست تخصصی بعد از افتتاحیه کنگره

دکتر فرهاد سمیعی: وقتی ما کنفرانسی را درباره سرطان برگزار می‌کنیم، پزشکان و متخصصان اخیرین داده‌های درمانی را ارایه می‌دهند. اما در چنین کنفرانسی باید همه حضور داشته باشند. یعنی خود جامعه پزشکی اعم از پرستاران و ... تا پرسد به بیماران و مردم. این مستلزم این است که ما مهمناتان مختلف داشته باشیم. به عنوان مثال در کنگره بین‌المللی سرطان که در پاریس برگزار شد، این کار صورت گرفت، یعنی علاوه بر پزشکان متخصص، از بیماران و مردم هم دعوت گردند

بازآموزی کنگره ایفا کرد. وی که سایقه مدیرکل آموزش مدام جامعه پزشکی رادر وزارت بهداشت در کارنامه خود دارد، از وزنه‌های علمی کنگره به شمار می‌رود. اما دکتر عزت‌الله عبدالی رئیس هیات مدیره انجمن علمی نفرولوژی ایران و فوق تخصص بیماری‌های کلیوی و مجاري ادراری است. دکتر عبدالهی مدیریت اولین نشست تخصصی بعد از افتتاحیه کنگره

غدد درون‌ریز و متابولیسم، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران و رئیس مرکز تحقیقات بیماری‌های غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران است. وی به عنوان دیرکل بتداد امور بیماری‌های خاص در سال‌های گذشته نقش اساسی را ایفا کرده است. لاریجانی دیری هیات مدیره انجمن



دکتر رضایی عدل فوق تخصص
بیماری‌های ریوی و ریس هیات مدیره
انجمن علمی متخصصین ریه ایران است.
اما یکی از بحث‌های بسیار مهم کنگره
که جنبه زیرساختی و مهمی دارد، بحث
اقتصاد است.

بنابراین نشست «اقتصاد درمان» به
عنوان یک مقوله ابتکاری و بسیار مهم از
بحث‌های بنیادی کنگره به شمار می‌رود،
مدیریت این نشست بر عهده دکتر محمود
کاظمیان، دکترای اقتصاد بهداشت، ریس
هیات مدیره انجمن علمی اقتصاد
بهداشت ایران و عضو هیات علمی
دانشکده پزشکی شاهد است، البته دکتر
محمد عرب دکترای مدیریت خدمات

بهداشتی و درمانی و دبیر انجمن علمی
بهداشتی و درمانی و دبیر انجمن علمی
اداره امور بیمارستان‌های ایران به دکتر
کاظمیان در مدیریت این نشست کمک
می‌کند. همچنین این کنگره از وجود
پزشکان و متخصصان بر جسته دیگری از
جمله دکتر محمد پژوهی، دکتر بهروز
بروند، دکتر علی حسن‌زاده و ... مستفید
خواهد شد.

توانمندی‌ای این بیماران بر عهده می‌گیرد.
وی ریس هیات مدیره انجمن علمی
روان‌پزشکان ایران است.
یکی از بیماری‌های مردموز رایج در
ایران، بیماری MS است و همواره برای
بخشی از جامعه پزشکی و مردم ناشناخته
مانده است. مدیریت نشست تخصصی و

را نیز در این دانشگاه بر عهده دارد.
دکتر مینو محرز نیز، نشست تخصصی
حول محور ایدز را هدایت و رهبری
می‌کند. وی استاد دانشگاه علوم پزشکی
تهران، دبیر هیات مدیره انجمن علمی
متخصصین بیماری‌های عقوی و
گرم‌سیری ایران و عضو پوسته فرهنگستان
علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
است.

یکی از مقوله‌های مورد بحث و مهم
دیگر در کنگره، بحث پیوند اعضاء است و
مسائل از قبیل وضعیت پیوند اعضاء در
کشور، مقایسه آن با خارج از کشور و
آخرین یافته‌های علمی در این زمینه از

دغدغه‌های جامعه پزشکی ایران است.
مدیریت و هدایت این نشست تخصصی
بر عهده دکتر علی نوبخت حقیقی است.
دکتر نوبخت حقیقی استاد دانشگاه علوم
پزشکی شهید بهشتی، فوق تخصص
بیماری‌های کلیوی و مجاری ادراری،
عضو پوسته و دبیر فرهنگستان علوم
پزشکی جمهوری اسلامی ایران و دبیر
هیات مدیره انجمن علمی پیوند اعضاء
ایران است.
اما دکتر سیداحمد جلیلی، روان‌پزشک
بر جسته، مدیریت نشستی را حول محور
بعاد روانی بیماری‌های خاص و

دکتر محمود کاظمیان: بحث تازه‌ای که ما در کنگره به آن اشاره می‌کنیم،
ساماندهی هزینه‌های بیماران خاص است که مورد علاقه مجلس نیز بوده و
گامی در جهت تجارت جهانی است. چون به هر حال باید مشکلات بیماران
خاص مناسب با تباذهای کشور فراهم شود. شاید یکی از پیامدهای این
کنگره هم همین بحث‌های ریشه‌ای اقتصادی است. بنابراین امید است که
بحث‌های این کنگره سراغ از بروای حرکت ارگان‌ها، دولت و ... در جهت ارایه
خدمات به بیماران باشد

کنگره و محتوای آن به روایت
پزشکان
این قسمت از گزارش، در صدد
گفت و گویی با خود پزشکان شرکت‌کننده
در کنگره است، یعنی مسایلی از قبیل
آخرین وضعیت بیماران در حوزه
تخصصی آنها، تعامل انجمن‌های علمی
و تخصصی با بنیاد امور بیماری‌های
خاص، راهکارها و چشم‌اندازهای کنگره

علمی MS در کنگره بر عهده دکتر حسین
پاکدامن است.
وی متخصص بیماری‌های مغز و
اعصاب و ریس هیات مدیره انجمن
علمی متخصصین مغز و اعصاب ایران
است. دکتر رضوان رضایی عدل نیز در این
کنگره سکانداری و مدیریت بحث‌هایی
در زمینه بیماری‌های ریوی، سرطان ریه و
آخرین وضعیت موجود در رابطه با این
بیماری را بر عهده دارد.

و ... از اهداف این بحث بود. البته گفتنی است که امکان ارتباط با همه پزشکان ارجمند میسر نبود و این هم اگرچه تا حدودی به ناتوانی نگارنده این متن برمی‌گردد اما مسایلی از جمله در دسترس نبودن پزشکان، خاموش بودن تلفن‌های همراه، حضور پزشکان در جلسه و یا بالین بیماران و ... از دلایل دیگری است که امکان آراء و نظریات همگی آنان را میسر نکرد.

با این حال، فلسفه برپایی کنگره،



کنگره پزشکی محورهای مختلفی داریم که در زمینه بیماری‌های خاص دنبال می‌شوند و مورد بحث و بررسی قرار خواهدند گرفت. همانکنون در ایران سه مورد به صورت رسمی جزو بیماری‌های خاص تلقی می‌شوند.

این سه مورد تالاسمی، هموقبیلی و بیماران دیالیزی است. ما اعتقاد داریم که با توجه به تعریفی که از بیماری‌های خاص ارایه می‌کنیم، بیماری‌های صعب‌العلاج، مرزن، پرهزینه، (مثل سلطانها، دیابت، هپاتیت و ...) هم جزو این مقوله قرار می‌گیرند.

بنابراین ما سعی کردیم فراتر از بیماری‌هایی که در کشور ما به عنوان بیماری‌های خاص رسیدت پیدا کرده، به

قضیه نگاه کنیم. یعنی بنیاد در رابطه با دیگر بیماری‌های صعب‌العلاج هم وارد عمل شود و به نوبه خود در جهت انتلالی داشت پزشکی و به روز شدن آن گامی مؤثر بودارد.

این در راستای سیاست‌های کلان بنیاد کند.

اما یکی از کارهایی که در رابطه با دهنده‌گان کالیه وجود دارد، پرداخت ۱ میلیون تومان به آنان است. در حالی که ۸ سال پیش هم همین مبلغ مقرر شده بود و این مبلغ با توجه به وضعیت تورم و مسائل اجتماعی و اقتصادی کنوی برای اهداء کنندگان زیاد نیست.

دکتر عبدالی در نهایت به پیامدهای کنگره اشاره می‌کند و می‌گوید: «کنگره به لحاظ دستاوردهای علمی جدید حائز اهمیت است و در مجموع در ارایه آمارها، پیشگیری نسبی و همچنین استفاده قشر دانشگاهی از مباحث علمی سودمند خواهد بود.

ضرورت‌های راهکارهای موجود و چشم‌اندازهای آئی کنگره در ایجاد پیش‌سازی و پیامدآفرینی علمی، بحثی مهم و ارزشمند است. به راستی اگر از اساس و بنیان شروع کنیم، فلسفه برگزاری چنین کنگره‌ای چیست؟ و هدف از برگزاری آن به چه زوایای فکری و علمی برمی‌گردد و نکته دیگر این که برگزاری کنگره چه دورنمایی را برای خود هدف قرار می‌دهد؟

دکتر حمید رضائی قلعه از تویستندگان طرح مدون کنگره در این باره می‌گوید: «این یک کنگره پزشکی است، در این



امادکتر فرهاد سمیعی از زاویه دیگری به کنگره اشاره می‌کند وی که در پک گفت و گوی تلقنی با ما صحبت می‌کند از ۱۰ نشست و کنفرانس علمی در صورت موافق و همکاری بنیاد امور بیماری‌های خاص در آینده تزدیک خبر می‌دهد.

دکتر سمیعی در عین حال راهکاری را برای پیشبرد اهداف کنگره یا کنگره‌های آنی مذکور می‌شود و در این باره می‌گوید: «وقتی ما کنگره برگزار می‌کنیم، باید اطلاع‌رسانی به جامعه پژوهشکی را هدف قرار دهیم. از این رو، تمام گروه‌های پژوهشکی را دعوت کنیم. بنابراین هدف کنگره فعالیت‌هایی است که به جامعه نظر دارد. برای نمونه وقتی ما کنفرانسی را در باره سرطان برگزار می‌کنیم، پژوهشکان و متخصصان اخیرین داده‌های درمانی را رایه می‌دهند. اما در چنین کنفرانسی باید همه حضور داشته باشند. یعنی خود جامعه پژوهشکی اعم از پرستاران و ... تا پرسنل به بیماران و مردم. این مستلزم این است که ما مهمنان مختلفی داشته باشیم. به عنوان مثال در کنگره بین‌المللی سرطان که در پاریس برگزار شد، این کار صورت گرفت، یعنی علاوه بر پژوهشکان متخصص، از بیماران و مردم هم دعوت کردند و در این کنگره به سوالات بیماران جواب دادند یا این که مطالعات در حین درمان در رابطه با شیوه زندگی آنها مورد بررسی قرار می‌گرفت. در این کنگره مردم، بیماران، پرسنل و ... حضور داشتند. من در باره چنین ابعادی با خانم هاشمی صحبت خواهم کرد. چون ایشان و بنیاد راهنمای مردم هستند و همکاری آنها با ما به عنوان نیروی متخصص ترکیب خوبی را به وجود می‌آورد. از این رو طراحی ۱۰ برنامه استانی را هم که تنظیم کرده‌ام، با ایشان مطرح خواهم کرد. چون به نظر من حرکت‌های مردمی خیلی مؤثر است، شما به معضلي مانند ترافیک دقت کنید، این معضل فقط به کمک دولت حل خواهد شد. بنابراین حرکت NGO‌ها راهگشای بسیاری از مسائل و مشکلات کنوی است و بنیاد

امور بیماری‌های خاص با کمک متخصصین پژوهشکی می‌تواند در این راه قدم‌های خوبی بردارد.^{۱۰} اما دکتر رضا ملک‌زاده درباره کنگره می‌گوید: «عموماً برگزاری نشست‌های علمی و سخنرانی یکی از اهداف انجمن ما است، وقتی که بنیاد امور بیماری‌های خاص بحث کنگره را مطرح کرد ما هم استقبال کردیم».

وی در ادامه به آخرین وضعیت‌های هبایت می‌پردازد و در این باره می‌افزاید: «هباتیت B روز به روز کمتر می‌شود، چون واکسیناسیون آن را برای تو زادان تجویز کرده‌ایم و قرار است که برای تو جوانان هم انجام شود. اما هباتیت C در حال افزایش است و در آینده هم بیشتر خواهد شد و در واقع این نوع بیماری شایع شده است. به همین دلیل باید برنامه‌های ویژه‌ای داشته باشیم. این برنامه‌ها مستلزم حمایت دولت است».

دکتر ملک‌زاده برای بهبود شرایط بیماران و راهکارهای پیشنهادی در زمینه تشخیص و درمان بیماران خاص نیز می‌گوید: «بیماری‌های خاص عموماً مادام‌العمر هستند، ولی بیماران باید سرکار پرونده، شغل داشته باشند و زندگی کنند. اما هزینه‌های درمان چنین بیماری‌هایی بالاست و حتی اگر شاغل هم باشند نمی‌توانند آن را پردازند، بنابراین حمایت اجتماعی لازمه این گره است. یعنی دولت باید هزینه‌هایی را که در توان این‌ها نیست، پردازد. این‌ها را واقعاً باید با یک سیستم بیمه‌ای که کارایی داشته باشد و تعریفهای تعریف‌های صحیح دارد، تنظیم کرد

همچنین نظام بیمه‌ای و کیفیت ارایه خدمات آنها به بیماران عادی و بیماران خاص یکی از تفاوت‌های قابل بحث است، چون هزینه، تشخیص، درمان و جراحی بیماری‌های خاص، بسیار هزینه‌بردارتر است و تدبیر و چاره‌اندیشی نظام بیمه‌ای و رویارویی آن با بیماران در این زمینه مهم جلوه می‌کند. به عنوان مثال اگر قرار باشد این تفاوت زیاد شود، نرخ حق بیمه بالا خواهد رفت و مشکلات فراوانی را به وجود می‌آورد. اصولاً

اما دکتر محمود کاظمیان به بحث‌های

بیماری‌های خاص، بیماری‌های اندک که ممانعت از اشتغال و کسب درآمد را به وجود می‌آورند و هزینه‌های درمانی و جراحی شخصی بالا می‌رود که این مستلزم نه تنها کمک‌های مردمی و بنیادهای مردمی است بلکه مستلزم حمایت همه جانبه دولت است. بحث تازه‌ای که ما در کنگره به آن اشاره می‌کنیم، ساماندهی هزینه‌های بیماران خاص است که مورد علاقه مجلس نیز بوده و گامی در جهت تجارت جهانی است. چون به هر حال باید مشکلات بیماران خاص مناسب با تیازهای کشور فراهم شود. شاید یکی از پیامدهای این کنگره هم همین بحث‌های ریشه‌ای اقتصادی است. بنابراین امید است که بحث‌های این کنگره سرآغازی برای حرکت ارگان‌ها، دولت و ... در جهت ارایه خدمات به بیماران باشد.

اما دکتر محمد عرب نیز به بحث مدیریت اشاره می‌کند و در این باره افزاید: «مجموعه نظام سلامت و گروه‌های متفاوتی که این نظام را شکل می‌دهند، نیاز به مدیریت دارند. چون بیماران، علاوه بر تشخیص و درمان نیاز به مراقبت دارند و این مراقبت مستلزم مدیریت صحیح است؛ مدیریتی که به نحو احسن از امکانات استفاده کند بنابراین گفتمان کفرانس و بحث مدیریت در کنگره مطرح کردن این مقوله‌ها در جامعه پزشکی است. یعنی هم خود جامعه پزشکی به نحو احسن از آن اطلاع پیدا کند و هم این بحث را به دیگران هم اطلاع بدهیم. همچنین این بحث می‌تواند مشکلات بیماران را به گوش مسؤولان و ارایه‌کنندگان خدمات برساند و در جهت بهبود شرایط گامی برداشته شود.

دکتر سید احمد جلیلی نیز بحث روانپزشکی بیماران خاص را مطرح می‌کند و در این باره می‌گوید: «مسئله مهمی که در رابطه با بیماران خاص وجود دارد، جنبه روانی است و ما خوشحالیم که در این کنگره به کل مسئله بیماران و تمام مسائل انسان نگاه شده است. چون بحث

روان یکی از بحث‌های مهم زیستی و اجتماعی انسان است. وی درادامه صحبت‌هایش به مشکلات بیماران خاص و پیامدهای کنگره اشاره می‌کند و می‌گوید: «در بحث روانپزشکی بیماران خاص مشکلاتی از جمله تنومنه جمعیتی وجود دارد که در ارتباط با نمونه جمعیتی کل کشور است. چون این بیماران بیشتر از افراد دیگر کشور به بیماری‌های رایج از جمله افسردگی، یا اختلالات شدید دچار می‌شوند، بنابراین آمار افسردگی این بیماران خوبی پیشتر از افراد سالم بیماران غیر خاص است.

امیدواریم که این کنگره پیامدهای خوبی داشته باشد و باعث ارایه تحقیقات مشترکی شود و مادر سال‌های آینده آمار و اعداد دقیق‌تری در زمینه روانپزشکی بیماران خاص داشته باشیم و در نهایت در راه بهبود این بیماران قدم‌های موثرتری برداریم.»

در موقعیت‌های مختلف، خونسردی خودشان را حفظ می‌کرند، عصبانی نمی‌شوند، این به دلیل تجربه بسیار زیاد ایشان بود. ایشان در برنامه‌های انسان‌دوستانه و همکاری‌های خود با بنیادهای خیریه بسیار هماهنگ بودند و همیشه برای حرکت‌های علمی و انسان دوستانه آمادگی داشتند. امروز کنگره بزرگ آخرين یافته‌های نوین علمی در تشخیص و درمان بیماری‌های خاص برگزار شده است و اگرچه دکتر ابراهیم صدقیانی در میان ما نیست اما همواره نام و یادش در کنگره طبیان انداز است. نگارنده این مقاله به عنوان عضو کوچکی از بنیاد امور بیماری‌های خاص و به نمایندگی از تمام اعضای بنیاد امور بیماری‌های خاص درگذشت شخصیت عالیقدر و داشتمند حوزه علم پژوهشی، دکتر ابراهیم صدقیانی، رایه خانواده محترم ایشان، جامعه پزشکی، شاگردان و دانشجویان آن مرحوم مغفور تسلیت می‌گوید و از خداوند متosal در درجات عالیه را برای ایشان مستلت دارد.

روانشناسی تالاسمی



اعضای خانواده نداشته باشند و ترجیح بدنهای همچون یک راز باقی بماند و این احساسات و مشکلات رفتاری حداقل تا زمانی که آنها به خود یقینانند که با این بیماری زندگی کنند و یا آن کنار آیند وجود داشته و نیاز به حمایت دارند.

حمایت تا زمانی که احساسات منفی تخفیف یابد و درنهایت زندگی با بیماری و مراقبت‌های لازم، جزیی از زندگی هر روزه آن هاشود بسیار ارزشمند است و این حمایت بادادن اطلاعات مفید می‌سر است. والدینی که اطلاعات کافی درباره این بیماری و نوع درمان و پیشگیری آن کسب می‌کنند به بهترین نحو می‌توانند از فرزند مبتلای خویش حمایت کرده و از به دنیا آوردن فرزند مبتلای دیگر جلوگیری نمایند. والدینی که کودک مبتلای تالاسمی دارند از منابعی همچون کتابخانه‌ها، اینترنت و یا از طریق اطلاعات سایر والدینی که کودک مبتلای تالاسمی دارند استفاده می‌کنند که در این رابطه انجمن تالاسمی و فدراسیون بین‌المللی تالاسمی نقش کلیدی در اطلاع رسائی به خانواده‌ها ایقا می‌نمایند.

پزشکان و پرستاران نقش مهمی در اطلاع رسائی، مشاوره و راهنمایی دارند. با توجه به زمان اغلب دراز و منظمی که پرستار با بیمار صرف می‌کند، تقریباً تهاکسی است

از والدین خود را مستول شرایط سلامتی فرزندان خود می‌دانند و در برخی موارد شاید احساس گناه نیز می‌کنند. بسیاری از آن‌ها وقتی بیماری فرزندشان تشخیص داده می‌شود شوکه می‌شوند. در کشورهایی که در مورد این بیماری و درمانش آگاهی کافی وجود ندارد والدین هیچگونه آمادگی برای مراقبت‌های ویژه که باید در طولانی مدت از فرزندشان به عمل آورند ندارند و تشخیص تالاسمی بعض‌ا فشار زیادی بر زندگی زناشویی آن‌ها وارد آورده که گاهی اوقات منجر به جدایی و طلاق می‌گردد. از سوی دیگر شاید این بیماری، والدین را به یکدیگر نزدیک تر و آن‌ها را مصمم به نگهداری و مراقبت از فرزندشان نمایند. به همان سان نیز ممکن است والدین مراقبت و توجه زیادی را به فرزند تالاسمی خود مبذول دارند به طوری که به سایر اعضای خانواده به ویژه بقیه فرزندان توجه کافی نکنند. مشکلات رفتاری که برای بیماران و والدین آن‌ها ایجاد می‌شود معمول واقعیت دردناک یک دوره طولانی درمان که فراتر از تزریق خون و دفع آهن می‌باشد و به علت پذیری اجتماعی که متأسفانه با بیماری تالاسمی پیوند خورده ممکن است بسیاری از والدین تعاملی به در میان گذاشتن این تشخیص با دیگران حتی نزدیک ترین

پاس و نامیدی، حسرت، کینه و خشونت، افسردگی، اضطراب، ترس از مرگ، عدم اعتماد به نفس، طردشگی، خشم، درماندگی، احساس اینکه کسی آنها را دوست ندارد، عدم اعتماد، احساس اینکه بیش از حد از آنها مراقبت می‌شود، عدم عزت نفس و ...، اینها گوشه‌ای از احساساتی است که بیماران دچار تالاسمی ممکن است در زمان‌های گوناگون زندگی تجربه کنند. همچون هر بیماری مزمن دیگر بیماران تالاسمی مازور با مشکلات و فراز و نشیب‌های زیادی رویه رو می‌شوند. احتیاجات فیزیکی این بیماران به علاوه کمبود آگاهی عمومی در بسیاری از کشورهای میتلان، بدان معنی است که هم بیمار و هم والدین برای کنار آمدن با تالاسمی با بسیاری از مشکلات عاطفی دست به گیریانند.

از سوی دیگر، بیماران احساسات و عواطف مثبت همچون شجاعت و حس مبارزه و شکنیابی را نیز تجربه می‌کنند که باعث می‌شود هر چه سریع تر بالغ و در نتیجه خلاق، شجاع، شکنیاب و خوش بین شوند.

در مورد والدین نیز قضیه دو سویه است و آن‌ها نیز ممکن است عواطف مثبت و منفی مشابهی را تجربه کنند. چرا که گروهی

علیه رفتار متعارف به صورت سریعی از درمان دفع آهن باشد، بنابراین برای به وجود آوردن حس اعتماد به نفس و پذیرش درمان و همچنین یادآوری خطرات ناشی از عمل نکردن به توصیه های پزشک، از وظایف والدین، خواهران، برادران و گروه پزشکی محسوب می شود.

بزرگسالی: در دوره بزرگسالی بیمار با یک سری مشکلات مواجه است، البته در سن بزرگسالی، بیمار آن حس اعتماد به نفس را پیدا کرده و همچون والدین و خانواده، خود بیمار عاقل تر و منطقی تر شده و خودش به بیماران کم سن و سال تر روحیه می دهد. با این همه در این مقطع، بیمار به یک مرحله طولانی ایجاد روابط کاری یا ادامه تحصیلات عالی، استخدام، ازدواج و امکان ایجاد خانواده پای می گذارد و در این جاست که احتیاج به درمان بسیار عذاب آور دارد، بنابراین در این مرحله بیمار باید دایمًا تشویق به درمان شوند، نگرانی از مرگ از عوامل اصلی استرس در این دوره است، به ویژه آن که احتمالاً مرگ را در بین دوستان خویش تجربه کرده اند. هر کدام از این مشکلات که در هر دوره بروز می کند به حمایت خانواده، دوستان و گروه پزشکی احتیاج دارد. گرچه باید بیمار بسیار بالغ و مطمئن باز باید تا درک کند که هر گونه مبارزه با بیماری بدون شرکت جدی و تلاش خود او میسر نیست و با حمایت های کافی است که او می تواند تا حد زیادی با جنبه های منفی بیماری و سایر عقوبات های مزمن مبارزه کرده، کنار آید تا به تمامی آرزوها و امیدهای خود جامه عمل پوشاند. یکی از اهداف مهم فدراسیون بین المللی تالاسمی (TIF)، ارتقای سطح فعالیت های انجمن های ملی تالاسمی و تداوم آن در کشورهای گرفتار می باشد تا این مشکلات را بهتر درک کرده و به تأثیرات جدی آن بر سلامت عمومی کشور آگاه شوند، به ویژه اگر بیماری به درستی کنترل شود.

منبع: از سری تأثیرات کارشناسان معاونت آموزش و پژوهش بنیاد امور بیماری های خاص

درست در این زمان است که او در می باید در آنچه او توانایی انجام آن را دارد محدودیت هایی داشته و یا صریح تر این که باید برشی از آنچه سایر بجهه های هم سن و سال او می تواند انجام دهد، انجام دهد. در شروع سن مدرسه شرایط دشوارتر شده و کودک به علاوه درد و ناراحتی های مرتبط با عوارض درمان، آگاهی به متفاوت بودن از سایر هم شاگردی ها (به ویژه از لحظه چهره که آن هم به درمان نامناسب و در نتیجه تغییرات استخوان یا رشد کم بازمی گردد) می تواند تأثیر نامطلوبی در روحیه کودک داشته باشد و در این مرحله والدین و پزشکان نقش مهمی در توجیه بیماری و از زعم بیماران و والدین، مشکل ترین جنبه درمان پزشکی در تالاسمی مازور شروع درمان دفع آهن است، پزشکان و پرستاران می توانند بیمار را به تزریق خون ماهیانه عادت داده و به طرز قابل توجهی این انتقال را آسان سازند و برنامه درمانی موفق تر و راحت تری را برای بیمار فراهم کنند. مادر بررسی روانشناسی بیماران تالاسمی آن ها



همه مهم تر ایجاد حس اعتماد به نفس در بیمار دارند، البته هدف آن است که با محافظت دائم از بیمار، او در تمام مراحل زندگی خود این حس اعتماد به نفس را داشته باشد.

نوجوان: نوجوانی مشکل ترین زمان است، مرحله ای که جوانان بسیار حساس و شکننده اند. چرا که یک انتقال مشکل از کودکی به بزرگسالی را تجربه می کنند. طفیلان علیه رفتار متعارف در نوجوانان مبتلا به تالاسمی به همان اندازه سایر نوجوانان است، ولی اغلب در این زمان است که دورنمای یک عمر دست و پنجه نرم کردن با بیماری تلخ جلوه می کند، اما از طرفی نیز در این زمان است که بیمار درمی باید که باید از این پس خود کیفیت زندگی خود را بر عهده گیرد، نکته مهم در این بین، این است که در بیماران تالاسمی ممکن است طفیان

را به سه گروه کودک، نوجوان و بزرگسال تقسیم کرده و در مورد هر گروه نکاتی را متنظر می شویم:

کودک: در سال های اولیه، کودک از درمان تالاسمی مازور احساس درد و ناراحتی خواهد داشت، اگرچه که نمی داند این درد و ناراحتی از برای چیست و چه دارد برایش اتفاق می افتد. این دوره همان زمانی است که کودک به هر کسی که از او مراقبت می کند احساس اطمینان و اعتماد پیدامی کند. بنابراین بسیار مهم است که والدین هر چه سریع تر شرایط را درک کرده و آن را پذیرفته و محیط و روابط بسیار سالم و محکمی برای کمک به فرزندشان ایجاد نمایند. مشکلات هنگامی نمود عینی تری پیدا می کنند که کودک شروع به راه رفتن نموده، قدرت پیشتری برای خود جستجو کرده و شروع به انجام کارها به تنهایی می نماید.

فرهنگی

همراه با یک بانوی سینماگر و درگیر با ثانیه‌های شیمی درمانی

... و نتیجه از سلطان

کوروش قامداری



که می‌گوید: «اتفاق نشنه تهایی است» او تها نبود، سوزه‌هایش، دوربینش، فیلم تازه‌اش، مردم، شهر همه و همه بودند و زندگی می‌کردند. یادش افتاد که در زندگی «سبب هست» و «ایمان هست». حالا شیمی درمانی را هم یکی دوبار تجربه کرده بود. یاد دوستش «فریاده لاشایی» افتاد که ۱۲ سال کامل در لحظه‌های شیمی درمانی به زندگی می‌اندیشید؛ تقاض چیره دستی که دنیا را به همان رنگ‌ها و حجم زیبای شاعرانه می‌بیند و هیچ وقت رنگ خاکستری ثالثه‌های سرد شیمی درمانی روی رنگ‌های گرم او تأثیر نخواهد گذاشت. از تیپ اجتماعی او خیلی‌های دیگر هم بودند. خیلی‌های دیگر که زندگی را بدرود گفته بودند یا این که بالتری و عشقی خیره کننده، هر روز و هر روز به سپیده دمان زندگی سلامی دویاره می‌دادند. یاد علی حاتمی کارگردان نامدار ایرانی افتاد.

یا همینطور مرتضی ممیز که زمین و آسمان را بر کاغذ و پارچه به تصویر می‌کشید. آنها هر دورقه بودند. اما کسان دیگری هم بودند. یاد اع افتاد که باشوری عجیب و انکار ناشدنی هر روز به نالار پیر و کهنسال «سنگلچ» می‌رود و برای مردم تاثر برآی می‌کند. دیگر چیزی او را به هراس نمی‌انداخت. به فیلم تازه‌اش فکر می‌کرد. فیلمی با عنوان ^{۱۰+۴} که در آن زنی

راحت تر از هر کسی حفره عظیم تهایی را با سرانگشتنی که هنوز بور نگاتیو و دوربین باران زده را می‌دادند، به سوی دیگر براند. دیگر از چیزی که در سلوون های او ریشه دومنه بود، واهمه نداشت. یادش آمد اولین باری که از وجود او در خود آگاهی یافته بود، روزهای زیادی می‌گذرد. اولین بار حس کرد که ازدهای خوفناک در وجودش، حلول کرده و آرام آرام روح و روانش را می‌خورد. گویی در آن لحظه به دو انسان تبدیل شد. به دو چیز، به دو حجم و دو معادله متفاوت که همیشه در تضاد با هم دیگر هستند. حس کرد که نیمه ای از او مرگ و نیمه دیگر ش زندگی است. ابتدامی خواست اول رادر درون خود تکه تکه کند، اما گویی مثل فیلم های هالیوود دویاره روی مونتاژ می‌شدند و

خودش را جای شهر گذاشت پایتختی با خانه‌های کوچک کلنتی جنوب شهر و آسمان خراش‌های شمال که فقط در ظاهر با هم تفاوت داشتند. مهم این بود که زندگی چه در نیمروزی مردم جنوب شهر و چه در پیترای اهالی شمال در جریان است.

کوچک کلنتی جنوب شهر و آسمان خراش‌های شمال که فقط در ظاهر با هم تفاوت داشتند. مهم این بود که زندگی چه در نیمروزی مردم جنوب شهر و چه در پیترای اهالی شمال در جریان است. حالا که بعد از مدتی به در آپارتمان خود رسیده بود، انتظار نداشت که محیط خانه برای لو دلتگی بیاورد. در آپارتمانش را گشود. خانه سرد و بر از کابوس. همه جارا خاک گرفته بود. سه ماه با فیلم هایش سفرهایی پشت سر هم داشت، در آپارتمان، شیرهای توالی زنگ زده بودند و آب زرد از لوله ها بیرون می‌آمد. سریع و ایکس را برداشت و اصرار داشت که همان ثانیه توالی را تمیز کند، کایست ها را برق بیندازد و خودش را باور کند و خیلی

در تصویری واحد مفهوم مرگ و زندگی را تجلی می‌دادند. از مدتی پیش سنازیوهایی با موضوع مرگ می‌نوشت و حالا فکر می‌کرد که خیلی به این سوزه ذهنی نزدیک شده است. اصلاح خود این سوزه برایش عینی شده بود. بار دیگر به وسعت اشیا داخل اتاق نیم نگاهی انداخت. دیوارها، تابلوها، اشیا و ظروف، فنجان‌ها و همه و همه رنگ و روحی ساده‌ای داشتند. دیگر یاد آن شعری نیقتاد

مبتلا به سرطان با یک هستی نامکنوف و نامحسوس رویه رو می شود و به روی احساس های بکر و دست نایافتنی انسان پنجه‌ای دیگر را می گشاید. شاید به خودش می گفت که نقش را به خوبی بازی خواهم کرد، اما این بار هم باید بازی می کرد و هم کارگردانی و هم با سرطان زندگی می کرد گویی او این روزها حتی جنسیت را هم به فراموشی سپرده بود.

ایام زیادی نبود که شیرینی از درون او با شبح سرطان پنجه در پنجه افکنده بود. اما سرطان، حالا برایش نه شبح و نه ازدها بود؛ گویند سرطان به سادگی کودکی بود که کنارش بنشیند، با او چای بخورد و به قول خود او، دستش را گیرد و با خود به مبارزه مهمنانی ببرد؛

آنگار برای لحظاتی به یاد شعر آن شاعر بزرگ مشرقی افتاد: «های سرطان شریف عربت / تمام تن من از ارزانی تو باد». سپهری تصویر تلمانی از یک فیلم استادش را به ذهنش می آورد. فیلمی با عنوان «خانه دوست کجاست» که در آن تصویر دیگری از اندیشه شاعر مشرقی در دنیای نگاتیو ثبت شده بود. با این حال، اولین بار در قیلم ۱۰ استاد بازی کرده بود و بعد از آن فیلمساز بزرگ ایرانی به خیل فیلمسازان جهانی پیوسته بود.

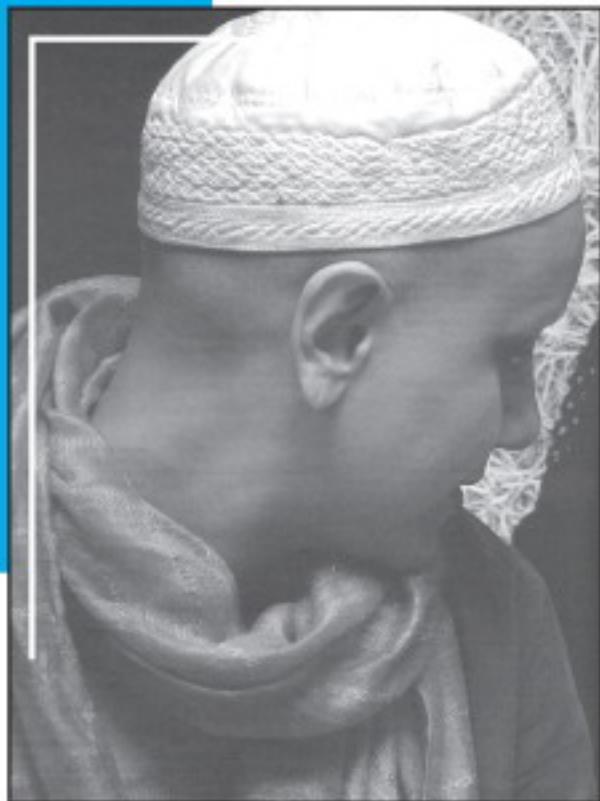
یعنی فیلم ساخته و جایزه جهانی برده بود. همه چیز برای فراتی نواز زندگی فراهم شده بود که سرطان به او نیم نگاهی انداخت، اما با سمت و سوی دیگری می رود. سمت و سوی که گاهی برای یک بیمار مبتلا به سرطان نوعی آرامش و تسکین را در برداشت و کرد و اورام مثل بجه ای بازیگوش رام کرد. چون باید فیلم بسازد، زندگی کند، به انسان عشق

تیپ اجتماعی خود به یک باره اوج گرفت. او در صحنه کوتاهی از فیلم مهوش شیخ‌الاسلامی بازی کرد و هنگامی که عباس کیارستمی این فیلم را دید، استعداد فوق العاده هیچ گونه گم شدن در گستره خیال و رویاهای انسان‌ها، گویند آن قدر واقعی بود که سرطان به تخیل و خیال مبدل شده بود. چهره واقعی خودش را مرور کرد. یادش افتاد که او «مانیا اکبری» است و ...

مانیا اکبری با وجود من و مال کم برای

حرفه فیلمسازی در سطح حرفه‌ای به موقعت‌های چشمگیری دست یافت و چند جایزه معتبر جهانی را به فیلم‌های خود اختصاص داد. او در نظر خانواده، فامیل و دوستان به جایگاهی بدون تصور دست یافت و از این روهنگامی که به سرطان مبتلا شد، وضعیت دیگری برای او پیش آمد؛ وضعیتی که شاید به نوع رفتار خانوادگی لو با پسر، پدر، مادر و دیگر اعضای فامیل ربط دارد. به تعبیری در چنین شرایطی، وایستگان و زنده‌کان بیشتر از بیمار مراقبت و نگهداری می‌دهند. اما گویند قضیه مانیا جور دیگری است او در باره برخورد خانواده بایماری خود می‌گوید: «باید بگویید که برخورد من با آنها چطوری بوده است. بیشتر من دارم از آنها مراقبت می‌کنم. در بیشتر اوقات نمی‌کارم که نخوابیدن ها و درد کشیدن مرادر دل شب ها بفهمند. به خاطر مرضی و تهابی ام مجبور شدم که پیش پدر و مادر بایام و با آنها زندگی کنم. من همیشه این نمایش قدرت را داشته‌ام و نگذاشته‌ام آنها متوجه درد من بشوند. من طاقت ناراحتی آنها را ندارم. با این که مرض هستم، اما سعی می‌کنم که بسیار سرحال و باروچیه باشم و این امر دو برابر از من ارزی می‌گیرد. دوست ندارم رو به روی پسرم، مادرم، پدرم و کلاه‌م، با بیماری سلطنت کنم و توجه دیگران را به خودم جلب نمایم».

زنگی؛ امید و دیگر هیچ گاهی یک بحران آدم را متلاشی می‌کند، در سراسر روح ریشه می‌دوند و تمام تار و پود انسان را زیبین می‌برد. اما این مستله برای



«کجا» هستم.

این اولین جملاتی است که مانیا اکبری در اولین رویارویی با سرطان بر زبان می‌آورد. با این حال او از این رویارویی نخستین به بود که سرطان به او نیم نگاهی انداخت، اما با سمت و سوی دیگری می‌رود. سمت و سوی که گاهی برای یک بیمار مبتلا به سرطان نوعی آرامش و تسکین را در برداشت و کرد و اورام مثل بجه ای بازیگوش رام کرد. چون در نوع خود آموزنده است. مانیا اکبری در

زندگی مانیا اکبری به زندگی شاعره بزرگ معاصر فروغ قرخزاد پسیار شیوه است. مانیا نیز در سن پایینی ازدواج کرد و درست در ۱۸ سالگی صاحب یک پسر شد. او در این زندگی زناشویی تجربه موفقی نداشت فقط مادر بودن را تجربه کرد. او در ازدواج دوم خود نامادری بودن را هم تجربه کرد، اما برای بار دوم هم طلاق را تجربه کرد و سهم او از زندگی خانوادگی، بودن در کنار تها پسر ۲۴ ساله اش در آثارهای از این پایتخت پنهان اور است. او حالا ۳۲ سال دارد و همواره با میماری

پخوری، ولی فرداقوار است دوستی رامی بینی و کلی حتی حرف‌های خوب و تجریه‌های جالب در میان است. خیلی ساده شده‌ام، خیلی درگیر روزمرگی شده‌ام.

زنی در کشاکش رنج

مانی که اولین بار خبر بیماری سلطان «مانیا اکبری» به گوش عباس کیارستمی فیلم‌ساز صاحب سیک ایران و برنده جایزه مهمترین فستیوال سینمای جهان (نخل



آدم‌ها در هر صورت به فیزیک شان وابسته‌اند و از دست دادن این فیزیک و قیافه خودش یک بحران است. من این بحران را صادقانه پنود بلکه واقعی بود

سلطان دست و پنجه نرم می‌کند. شاید این همه رنج در زندگی، سزاوار یک بانوی سینماگر و هنرمند شایسته نیست. اکبری حتی در دنیای هنر هم رنج‌ها را به جان می‌خرید. مانی که فیلم او در فستیوال جهانی سریزد، چرا که هیچ‌کس به غیر از خود اکبری نمی‌تواند این فیلم را کارگردانی کند و همچنین در آن نقش یک زن مبتلا به سلطان را ایفا کند و این شاید قصه سرنوشت زنی است که همواره در زندگی رنج‌های زیادی را تحمل کرده است.

بعضی‌ها جور دیگری با بحران رو به رو می‌شوند. مخصوصاً مانی که یک بیماری به نام سلطان در تار و پودانسان ریشه می‌داند، به برداشت تلاه‌ای از زندگی می‌رسند. مانیا در این باره اعتقاد دارد: «واقعیت، واقعیت است. تفاوت آدم‌ها در برخورد با واقعیت است. خود من، وقتی موهایم شروع به ریختن کرد، خیلی سریع با نفع سرم را تراشیدم تا ریزش موها را تبیش، واقعیت را پذیرفتم و جلوی آینه یک مانیای جدید را دیدم. آدم‌ها در هر صورت به فیزیک شان وابسته‌اند و از دست دادن این فیزیک و قیافه خودش یک بحران است. من این بحران را صادقانه پذیرفتم، چون ذهنی نبود بلکه واقعی بود. بنابراین دو راه بیشتر نداشت و من از آن دو راه، هنرمند را منتخب کردم. آدمی رامی شناسم که زنش شیعی درمانی می‌کرد و دکترها جوانش کردند. همان شوهر در دستشویی بیمارستان سکه مغزی کرد و مرد، شاید او فکر می‌کرد که زنش زودتر از خودش می‌رود. اما هیچکس پایان زندگی رانمی‌داند. شاید چنین جملاتی، تا حدودی متفاوت هستند، به تعبیری کمتر کسی با مشکلی مانند سلطان، این طور رویه رو می‌شود. این تایید همان گفته مشهوری است که می‌گوید: جور دیگر باید دید و این جور دیگر دیدن غذای روح را به وجود آدمی می‌رساند. او را صاحب روحی قدرتمندی کندو به او عزت نفس و تعالی انسانی می‌بخشد. همه چیز را در نظرش ساده جلوه می‌دهد و آنچه که او در زندگی می‌بیند، با دیدن دیگران خیلی تفاوت خواهد داشت. خیلی چیزها، جزو دلخوشی‌های زندگی قرار می‌گیرند. خیلی چیزهای ساده، معمولی و دوست داشتنی که دیگران به راحتی از کنارش می‌گذرند؛ در حالی برای آنها یک لحظه روحنویار خواهد بود.

اکبری در این باره می‌گوید: «از رُزی زیادی برای دادن این تصویر (روحیه سالم) به آدم ها صرف کردم و هنوز هم صرف می‌کنم. خوشحالم از این که زندگی هست. به خود می‌گویم؛ مانیا! درست است که دیشب ناصبح نخواهدی و مجبور شدی ۱۰ تا فرق

از خدا خواستم ...

شیواف

از خدا خواستم تا دردهایم را از من
پسگیرد،

خدا گفت: نه!

رها کردن کار توست، تو باید از آنها
دست پشکی.

از خدا خواستم تاشکیایی ام بخشد،
خدا گفت: نه!

شکیایی زاده رنج و سختی است.
شکیایی بخشیدنی نیست، به دست
آوردنی است.

از خدا خواستم تا خوشی و سعادتم
بخشد،

خدا گفت: نه!

من به تو نعمت و برکت دادم، حال با
توست که سعادت را فراچنگ آوری.
از خدا خواستم تا از رنج هایم بکاهد،
خدا گفت: نه!

رنج و سختی، تو را از دنیا دورتر و
دورتر، و به من نزدیکتر و نزدیکتر
می کند،

از خدا خواستم تا روحمن را تعالی
بخشد،

خدا گفت: نه!

بایسته آن است که تو خود
سربرآوری و بیالی امامن تو را هرس
خواهم کرد تا سودمند و پیشمر شوی.
من هر چیزی را که به گمانم در
زندگی لذت می آفریند از خدا
خواستم و باز گفت: نه.

من به تو زندگی خواهم داد، تا تو خود
از هر چیزی لذت به کف آری.

از خدا خواستم باری ام دهد تا
دیگران را دوست بدارم، همانگونه که
آنها مرادوست دارند.

و خدا گفت: آه، سرانجام چیزی
خواستی تامن اجابت کنم!

بیش از ۵ ماه از شیمی درماتی سوم او می
گذرد. او در این باره می گوید: «دیدم که
می توانم دو کار انجام بدهم. یعنی هم شیمی
درماتی کنم و هم سینمادرمانی را شروع کنم.
با خودم گفتم که حالا وقت آن است که از
هر بر علوان ابرار کنم پسگیرم. یعنی سینما به
من معنی اضافه کند و من هم به سینما معنی
اضافه کنم. حالا که به عقب پر می گردم و
دقت می کنم، تعجب می کنم که چطور
تواستم، این کار را انجام بدهم. ابتدا در
تصویر نمی گذید که جلوی دوربین بروم.
انگیزهای هم نبود تمام لرزی ام به سمت
مراقبت از خودم و ... رفته بود، اما از آن جایی
که قرص و دارو برایم جذاب نیست به
سمت دوربین رفتم».

این هالحظاتی از زندگی زنی بود که همواره
برای بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان،
آموختنده و جالب توجه است.
مانیا اکبری، انسانی که در زندگی چیزی
کم نداشت، بارنج، درد و سرطان، هم زد شد.
سی و دو سال پیش وقتی به دنیا آمد، پدرش
اسم او را مانیا گذاشت، چون مانیا اسم دوران
به چیزی «اما زی کوری» داشتمند بزرگ
فرانسوی بود. پدر دوست داشت که مانیا مثل
ماری کوری یک فیزیکدان بزرگ شود.
بنابراین در پنج سالگی تمام وسائل
آزمایشگاهی را برای او تهیه کرد. با این حال،
مانیا همیشه در ریاضی صفر می گرفت و در
این درس تجدید می شد و هر سال را با
زحمت به سال دیگر می رساند.

لود در همان دوران، به هنر علاقه مند شد و

فهمید که هنر سختی و خشنگی ریاضی و

منطق دو تو، چهار تایی را تا حدودی

معنده می کند.

او بعد از درخشش در فیلم ۱۰ ساخته
عباس کیارستمی آثاری از جمله «بیست
انگشت» را ساخت که همواره اکبری را
همراهی کشودمان در دنیا معرفی کرد. با این
جهانی کشودمان در دنیا معرفی کرد. با این
حال شاید بزرگترین هنر او، زندگی کردن و
کشف بعضی چیزهای زندگی است که

گوئی ما قادر به دیدن آنها نیستیم.

بود که احتمالاً فیلم روی این شخص تأثیر
گذاشته است. اگر این تأثیر را نمی گذاشت،
شخص در مقابل این فیلم واکنش خشنی
داشت. چنین نگاههایی به یک پدیده از دید
متفاوت یک انسان خبر می دهد. همچنانکه
اکبری با دید متفاوتی به زندگی می نگرد. او
بیند، وسعت زندگی را بهتر درک می کند. او
بسیار زیبا و مینیاتوری به تفاوت های مرگ و
زندگی اشاره می کند: «در زندگی می توانی
کشف کنی، درد بکشی، تجریه کنی، بمیری،
متولد شوی، تماشا کنی، بخندی، گریه کنی،
زندگی جامعیت عجیب دارد، فکر می کنم که
مرگ این جامعیت را ندارد».

سینما درماتی در مرزهای شیمی درماتی
شاید، بسیاری از بیماران با شنیدن نام
سرطان، از همان ابتدا روحیه خود را زدست
می دهند، پدر و مادر و بسیاری از فamil و
دوستان و ایستگان را به لحاظ روحی و روانی
با بیماری خود درگیر می کنند و بعد هم هر
لحظه برای خود فاتحهای می خوانند و زندگی
را تمام شده می بینند. اما آیا این رسم
خواشیدنی است؟ چرا که فقط خداوند
متعال قادر به حکم دادن درباره زندگی یا مرگ
کسی است. در بسیاری از موارد، نه تنها
سرطان، بلکه هر بیماری لاعلاجی، به شفا
و سلامت منجر شده است. متنهای این امر
ایمان می خواهد. و ایمان یگانه عامل زندگی
هر فردی است.
فرد با نیت پاک و ایمان قلبی به آستانه
اما مزاده روستای خود می رود و بعد هم
بیماری لاعلاج او شفا پیدا می کند. چنین
مواردی را بارها و بارها دیده ایم و از همگان
هم شنیده ایم. بنابراین یگانه عامل مبارزه با
سرطان ایمان است. از این رو می توان با
ایمان، زندگی را تعطیل نکرد. مایه رنج نزدیکان
نشده و دوباره به تلاش و کار مضاعف
دست زد. کاری که مانیا اکبری انجام داد و
خیلی ساده دوربین خود را برداشت تا زندگی
کنونی خود را به فیلم دریابرد.
او هم اکنون آخرین مراحل تهیه و تدوین
فیلم خود را پشت سر می گذارد در حالی که

آموزش مراقبت از خود در بیماران تحت درمان با دیالیز صفاقی



آذر ماه ۱۳۹۸ - شماره ۳۲

شکم را می پوشاند. وجود دارد؛ دیالیز خونی و دیالیز صفاقی. در دیالیز صفاقی، مایع دیالیز که عاری از هرگونه میکروب و مواد تراوی می باشد و همچنین حرارتی معادل حرارت بدن دارد. از طریق یک بریدگی کوچک و توسط یک لوله باریک به نام کاتتر وارد حفره صفاق می شود.

حفره راهیابی به حفره صفاق صفاق به عنوان غشای دیالیزکننده عمل کرده و مایع دیالیز پس از مدتی که برای تبادل مواد در حفره صفاق باقی می ماند، تخلیه می گردد.

طریقه راهیابی به حفره صفاق در مواردی که بیمار بد حال است یا دیالیز صفاقی به صورت گه گاه انجام می شود، راهیابی به حفره صفاق از طریق یک کاتتر استریل میسر می گردد که پس از انجام دیالیز خارج می گردد اما در بیمارانی که برای مدت طولانی تری تحت دیالیز صفاقی قرار می گیرند، یک کاتتر مخصوص در فضای صفاقی جایگزین شده و تا زمانی که از کار بیافتاد یا شیوه درمانی دیگری برای بیمار اتخاذ گردد، در همان موضع باقی می ماند. تخلیه کامل مثانه جهت کاهش احتمالی پارگی مثانه

هر دوی این روش های توائند به طور موقت تا برگشت عملکرد کلیه و یا جایگزینی روش درمانی متفاوت برای بیمار و یا به شکل دائمی انجام شوند. هدف از انجام دیالیز

۱- برداشت فرآورده های نهایی سوخت بروتین از خون (مانند اوره و کراتینین) ۲- حفظ غلظت املاح خون در محدوده طبیعی ۳- تنظیم اسیدیته خون و جایگزینی سیستم بافri بیکریتات

۴- برداشت مایع زیادی از خون موارد کاربرد دیالیز ۱- نارسانی حاد و مزمن کلیه ۲- بیماری کلیه در مراحل سیار پیشرفته ۳- سمومیت های حاد با آسپرین، متانول و فنوباربیتان ۴- اگمای کبدی (اغما یا کمای ناشی از اختلالات شدید کبدی)

۵- پاتاسیم بسیار بالای خون ۶- افزایش شدید اسیدیته خون دیالیز صفاقی صفاق یا پریتوژن غشایی است که حفره

مقدمه دیالیز از نظر لغوی به معنی تجزیه و جدا کردن است و در مفهوم طبی آن به عنوان عملی جهت جایگزینی عملکرد دفعی کلیه و برای جدا کردن مواد ناخواسته و خارج کردن آنها از بدن می باشد.

عمل دیالیز از ورای یک غشای نیمه تراوا صورت می گیرد. منافذ این غشا برای عبور برخی از اجزایه حد کافی بزرگ و به نسبت اجزای بزرگتر به حد مقتضی کوچک است. همین خاصیت سبب می شود عبور الکترولیت ها، اوره و دیگر مواد زاید را میسر ساخته ولي برای عبور سلول های خونی و سایر مولکول های بروتینی کوچک باشد.

زمانی که دو محلول توسط چنین غشای نیمه تراوی از هم جدا می شوند، اجزای محلول به سمتی با غلظت کمتر حرکت می کنند و به طور همزمان آب به طرف محلول غلظت تر جریان می یابد. این غشا در دیالیز صفاقی غشای پریتوژن و در همو دیالیز (دیالیز خونی) پرده ای مصنوعی است. در حال حاضر دو روش برای دیالیز

نیازی به ماشین دیالیز ندارد.
هر ۴-۶ ساعت حفره صفاقی تخلیه شده و مایع دیالیز تعویض می گردد.

دیالیز صفاقی چرخشی ممتد: ترکیبی از دو نوع قابلی است. در این روش در مرحله ۸ ساعت خواب چندین نوبت عمل دیالیز انجام شده و هر بار ۲ لیتر مایع وارد حفره پریتوئن می گردد. در ۱۶ ساعت باقیمانده نیز یک لیتر مایع داخل حفره صفاق شده و تبادلات به ارامی صورت می گیرد. این نوع دیالیز توسط دستگاه تحويل دهنده چرخشی مایع دیالیز انجام می شود. **دیالیز صفاقی در چه مواقعی نباید انجام شود؟**

۱- وقتی میزان سوخت و ساز بدن (متاپولیسم) بالاست، دیالیز صفاقی قادر نیست به میزان کافی سوموم اورمیک را تخلیه کند.

۲- زمانی که به هر دلیلی وضعیت غشای صفاقی نامطلوب باشد مانند چسبندگی به دنبال جراحی شکم.

موارد منع نسبی انجام دیالیز صفاقی عبارتند از: چاقی، سابقه پارگی احتشای شکمی، بیماری عروقی جدی، حملات مکرر پریتوئنیت، بیماری شکمی، درد کمر و قفسه سینه، جراحی وسیع شکم و بیماری شدید تنفسی.

در بیمارانی که داروهای سرکویگر اینست دریافت می کنند، به علت تأخیر در بهبود بریدگی محل جایگزین کردن کاتر و احتمال بالای عفونت بهتر است دیالیز صفاقی انجام نشود.

عوارض دیالیز صفاقی
پریتوئنیت: شایع ترین عارضه دیالیز صفاقی، پریتوئنیت (عفونت و التهاب غشای صفاق) است.

عفونت کاتر: جهت درمانی حتماً لازم است کاتر خارج شود. سوء تغذیه: به دلیل از دست دادن پرتوئن در حین انجام دیالیز صفاقی و جذب ناکافی پرتوئن ها.

جایه جایی، پیچ خوردگی و مسدود

به دستگاه خاصی و در هر وضعیت به تنهایی انجام دهد.

۴- بیمار کترل بیشتری بر زندگی روزمره خود دارد.

۵- در بیماران قلبی - عروقی بخصوص کسانی که با تغیرات سریع تر حجم مایع بدن، اوره، قند و املاح مشکلاتشان بدلتر می شود، می توان از دیالیز صفاقی استفاده کرد.

۶- برخی برای بیماران دیابتی دیالیز صفاقی را توصیه می کنند زیرا علاوه بر کاهش خونریزی شبکیه که در همودیالیز به دنبال استفاده از هبارین رخ می دهد، می توان با افزودن انسولین به مایع دیالیز، قند بیمار را نیز کنترل کرد.

۷- به علت عدم تداخل دیالیز صفاقی با رشد کودکان، دیالیز صفاقی در کودکان نسبت به دیالیز خونی ارجح است.

۸- عدم نیاز به هبارین و همچنین جراحی عروق، توجه داشته باشید با توجه به سرعت کم دیالیز صفاقی نسبت به دیالیز خونی، روش چندان مناسب و مکلف در موارد سطح سرمی بالای داروها و سوموم نمی باشد.

معایب دیالیز صفاقی
خصوصیت نامطلوب دیالیز صفاقی، طولانی بودن زمان دیالیز به همراه درگیری مداوم بیمار است.

روش های انجام دیالیز صفاقی
دیالیز صفاقی متابو: طی جلسه ای ۸-۱۲ ساعته و ۲-۳ مرتبه در هفته انجام می شود که ممکن است به صورت دستی یا توسط ماشین چرخشی انجام شود. به این صورت که بیمار بر روی تخت خوابیده و یا بر روی صندلی نشته و عمل دیالیز صورت می گیرد.

دیالیز صفاقی مداوم سریالی: این روش ارزان ترین روش دیالیز است که در آن مایع دیالیز به داخل حفره صفاق وارد شده و کاتر بسته می شود.

بیمار فعالیت های روزمره اش را انجام می دهد و احتیاج به بستری شدن ندارد و

در حین وارد کردن کاتر بسیار اهمیت دارد.

برای وارد کردن کاتر، پس از تمیز کردن شکم و بی حسی موضعی در ناحیه ای به قطر ۵ سانتی متر، در خط وسط شکم و در زیر ناف یک برش کوچک داده شده و کاتر وارد حفره صفاقی می گردد و نواحی اطراف پاسخمن می شود.

این کاترهای یک کانال بالقوه برای ورود عوامل میکروبی به داخل حفره صفاق می باشند. از این رو رعایت نکات استریل در جاگذاری کاتر و مراقبت های بعدی آن، جهت پیشگیری از بروز عفونت پریتوئن و آشتایی با علاجیم و نشانه های عفونت موضعی و پریتوئیت (عفونت صفاق) ضروری می باشد.

نحوه انجام دیالیز صفاقی

حدود ۲ لیتر مایع دیالیز استریل از طریق کاتر با حداقل سرعت ممکن وارد حفره پریتوئن می شود که این زمان اغلب حدود ۱۰ دقیقه طول می کشد سپس لوله ای که مایع دیالیز را منتقل می کند، بسته می شود و پس از مدتی زمانی که جهت تبادل و انتشار ذرات به داخل مایع دیالیز (برحسب روش مورد استفاده) فرست داده می شود، مسیر لوله منتقل کننده مایع دیالیز مجدد باز شده و به مایع داخل شکم اجزاء داده می شود تا تحت تأثیر نیروی جاذبه تخلیه شود.

ممکن است در اولین نوبت دیالیز صفاقی پس از جایگزین کردن کاتر، مایع تخلیه شده رنگ مایل به صورتی داشته باشد که در اثر جراحت مختصر وارد در هنگام جایگزینی کاتر است، اما باید توجه داشت که در دفعات بعدی مایع تخلیه شده باید شفاف باشد.

مزیت های دیالیز صفاقی

۱- روشی ساده و آسان که امکان انجام آن در تسهیلات مراقبت های بهداشتی اولیه بدون نیاز به امکانات ویژه وجود دارد.

۲- فراهم کردن یک سطح ثابت برای بیوشیمه خون.

۳- بیمار می تواند این عمل را بدون نیاز

- توزین روزانه با استفاده از ترازوی مشابه، لباس و زمان معین و ثبت آن.
- ۶. آشناشی با محدودیت انجام فعالیت
 - ۱. از بلند کردن اشیای سنگین پرهیز کرد.
 - ۲. از شرکت در فعالیت های ورزشی شدید و غیرمعمول خودداری کرد.
 - ۳. از شرکت در ورزش های پر تماس اجتناب کرد.
 - ۴. در بین فعالیت ها، دوره های استراحت متناسب و متناسب داشت.
 - پخصوص پس از هر بار دیالیز استراحت لازم است.
 - ۷. تغذیه
- همواره یک رژیم منظم غذایی را که توسط پزشک با توجه به بیماری زمینه ای توصیه می شود، رعایت کرد.
- در موقع لزوم که توسط پزشک معالج توصیه می شود، به یک متخصص تغذیه پزشکی دریافت اطلاعات کافی در زمینه محدودیت های تغذیه مراجعه کرد.
- محدودیت مایعات دریافتی را براساس توصیه پزشک معالج رعایت کرد.
- ۸. پیگیری

- مراجعه مکرر و منظم به پزشک معالج، جهت پیگیری درمان لازم است.
- جهت انجام آزمایش های لازم در زمان مقرر مراجعه کرد.
- در صورت امکان کارت شناسایی مربوط به بیماری خود را که حاوی اطلاعات مربوط به تشخیص بیماری و درمان های دریافتی می باشد، از مرکز مربوطه دریافت کرده و همیشه همراه خود داشت.
- جهت دریافت خدمات ارایه شده از طرف سازمان های مرتبط با مددکاری و سرویس های اجتماعی با این مرکز آشناشی کافی داشت.
- منبع:
- انتشارات داخلی بنیاد امور بیماری های خاص



- کردن آن به آرامی
- استفاده از ماسک جراحی و دستکش استریل
- آماده کردن کلیه وسایل لازم جهت دیالیز
- تمیز کردن رابط ها
- در صورت تمایل مایع دیالیز را به آرامی گرم کنند.
- ۴. نکات زیر را در مراقبت از کاتر باید رعایت کرد:
- تعویض پانسمان اطراف کاتر به طور

- شدن کاتر توسط لخته خون و فیرین افزایش یا کاهش قند خون
- چسبندگی روده ها
- اشکال در تنفس به صورت تنفس کوتاه نشت مایع دیالیز
- آموزش مراقبت از خود، در بیمارانی که دیالیز صفاتی می شوند:
- موارد ذیل را باید به بیمار آموزش داد:
- ۱- نام و شماره تلفن پزشک معالج، پرستار مربوطه و بخش دیالیز را جهت تماس در موقع ضروری و طرح سؤالاتی که در طول انجام دیالیز صفاتی برایش پیش می آید، به خاطر داشته باشد.
- ۲- در صورت بروز هر یک از علائم و نشانه های زیر، پزشک یا پرستار یا بخش دیالیز را در جریان بگذارد.
- علایم عفونت موضع ورود کاتر صفاتی: قرمی، تورم، گرمی، حساسیت در لمس، ترشح چرکی، نفخ، افزایش قطر شکم و درد شکم.
- علایم پریتوئیت: درد شدید شکم که با کوچکترین حرکت یا تنفس شدت آن افزایش می باید، فقدان حرکات روده ای، عدم توانایی برای خروج گازهای روده ای، تنفس کوتاه.

سایر علایم:

- تنفس کوتاه یا دشوار
- نشت از اطراف کاتر
- جریان کند یا توقف مایع دیالیز در هنگام تخلیه
- خروج مایعی بابوی نامطبوع، رنگ تیره مدفعوعی یا مایع خونی
- وجود فیرین در مایعی که خارج می شود.
- ۳- قبل از انجام دیالیز صفاتی، به کارگیری موارد زیر ضروری است:
- ادرار کردن قبل از دیالیز.
- کنترل تمیز بودن محلول کیسه ای که مایع درون آن تخلیه می شود.
- تمیز کردن موضع کاتر با آب اکسیژنه یا محلول های تجویز شده دیگر و خشک

خواص درمانی گزنه

۴۰

بشر از ابتدای برای تأمین نیازهای خود دست به دامان طبیعت بوده و تمام عناصر طبیعی را برای برطرف کردن نیازهای مختلف خود از روش آزمون و خطای به کار گرفته است. با گسترش جوامع و پیدایش علوم تجربی، دامنه دانش‌هایی که از این طریق ایجاد می‌شود روز به روز در حال گسترش است. طب و طبایت جزو علوم است که از دیرباز پیش رو دیگر علوم تجربی محسوب شده و همواره اطلاعات اشخاصی که اطلاعات ویژه‌ای در این خصوص داشتند، از منزلت اجتماعی خاصی برخوردار بودند. اسامی و پایه درمان‌ها از ابتدای برگاهان دارویی استوار بود، هم اکنون نیز در بیشتر داروهای شیمیایی که تولید می‌شود از ترکیبات مؤثر استخراج شده از گیاهان دارویی استفاده می‌شود.

در حقیقت عوارض جانبی که داروهای شیمیایی به همراه دارند باعث شده است که روز به روز بر تعامل بیماران به مصرف داروهای گیاهی افزوده شود. علی رغم اینکه در اکثر موارد به خصوص در بیماری‌هایی که چندان پیشرفت نکرده‌اند و تا حدودی خفیف محسوب می‌شوند، استفاده از داروهای گیاهی به مراتب کمتر از داروهای شیمیایی است. از این روز در شرایط خاص، این داروهای شیمیایی هستند که بیمار را از خطرات بالقوه نجات می‌دهند، در هر صورت آنچه انکارناپذیر است، نقش داروهای گیاهی به عنوان یک



گزنه یکی از داروهای گیاهی است که از دیرباز در کشورهای آسیایی، اروپایی و آمریکایی از گزنه خاصیت ضد حساسیت فصلی دارد. تب یونجه (Hay fever) که با علائمی چون احتقان بینی، عطسه، خارش و اشک ریختن همراه است، در نتیجه واکنش سیستم ایمنی و عوامل آنرژن موجود در هوای مانند گرده‌ها و رگ وید (Ragweed) ایجاد می‌شود. برگ‌های گزنه از طریق مهار ترشح هیستامین و عوامل ضد التهابی که در پی این واکنش ایمنی آزاد می‌شوند، علاجیم ایجاد شده را بهبود می‌بخشنند.

برگ‌های این گیاه در برخورد با پوست می‌توانند باعث بروز واکنش‌های حساسیتی و افزایش جریان خون در سطح پوست و تجمع خون در موضع شوند. از این ویژگی می‌توان در درمان اگزما به ویژه قادرند از تولید متابولیت‌های اسید آرآشیدونیک در بدن موجودات زنده جلوگیری کنند. در حقیقت ID22 از طریق واکنش‌های مرتبط با سیکلو اکسیزناز چنین تأثیری را بر جای می‌گذارد و علاوه بر این مصرف داروهای ضد التهابی غیر استرتوئیدی (NSAIDs) به همراه این داروی گیاهی باعث افزایش تأثیر داروهای شیمیایی در درمان آرتربیت می‌شود. به طوری که با همراه کردن مصرف این داروی گیاهی با داروی دیکلوفنac (Diclofenac) پس از مدتی می‌توان از دور این داروی شیمیایی کاست.

از این گذشته گزنه می‌تواند باعث خشی شدن اسید اوریک شده و با جلوگیری از کریستاله شدن این ترکیب به دفع آن کمک کند. دیورتیک بودن این گیاه نیز به دفع هرچه سریع‌تر اسید اوریک

از پار میکروبی دستگاه کاسته شود. علاوه بر این خاصیت‌های ضد التهابی و تقویت کنندگی سیستم ایمنی نیز در بهبود شرایط بسیار مؤثرند. ترکیبات موجود در ریشه گیاه گزنه قادرند از طریق مهار اتصال گلوبولین متصل به



کمک می‌کند. از این‌رو از این گیاه برای درمان نقرس نیز استفاده می‌شود. خاصیت تقلیل دهنده‌گی فند خون گزنه در نوشته‌های دانشمندانی چون ایوعلی مینا آمده است. مطالعات اخیر نیز این مطلب را تأیید می‌کنند. عصاره گزنه با تحریک تولید هورمون انسولین از جزایر لانگرهانس چنین تأثیر را به همراه دارد. ترکیبی به نام اورتیسین (Urticin) عامل اصلی این خاصیت گزنه است. از دیگر تأثیرات و خواص گزنه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

هم اکنون

در بیشتر داروهای شیمیایی
که تولید می‌شود،
از ترکیبات مؤثر
استخراج شده از
گیاهان دارویی
استفاده می‌شود



خوردن گیاه قبل از خشک شدن با دم کردن نیز می‌تواند باعث بروز واکنش‌های حساسیت در سطح برخورد شود.

می‌شود. دو قاشق چایخوری برگ خشک شده گزنه را در لیوان ریخته و روی آن آب داغ بریزید و پس از پنج دقیقه، آن را بنوشید.

برای درمان آثرهای ۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی گرم دم کرده برگ خشک شده گزنه سه بار در روز لازم است.

برای درمان ناراحتی‌های پرستات ۲۵۰ تا ۳۰۰ میلی گرم عصاره ریشه گزنه دو بار در روز مصرف شود.

افزایش سطح عملکرد تیروئید پاکسازی دستگاه گوارش و برطرف کردن اختلالات گوارشی برطرف کردن خستگی روانی بهبود عملکرد کلیوی جلوگیری از تشکیل سنگ کلیه برطرف کردن دردهای مفصلی برطرف کردن دردهای ناشی از رگ به رگ شدن و کشیدگی ماهیچه برطرف کردن حساسیت‌های بوستی ناشی از گزش حشرات ضدسرفه

خواص ضد ویروسی عوارض جانبی

گزنه در مقادیری که به طور معمول مصرف می‌شود، عوارض جانبی ندارد. با این وجود گاهی اوقات دیده می‌شود که مصرف ریشه این گیاه منجر به سوء‌هضمی خفیف، اسهال یا دیگر ناراحتی‌های گوارشی می‌شود. برای پیشگیری از این مشکلات بهتر است این داروی گیاهی همراه غذا مصرف شود. برخورد برگ‌های این گیاه به پوست یا

ملاحظات دارویی

برای درمان عفونت‌های ادراری چندین فنجان دم کرده برگ گزنه در روز توصیه

مقاله مروری

آذار ماه ۱۳۹۸ - شماره ۳۳



سرطان کبد

تفصیل شدن، سلول هایی شبیه به خود را به وجود می آورند. وقتی سلول های پیر می شوند، می میرند و سلول های جوان جای آن ها را می گیرند.

گاهی اوقات این روند طبیعی دچار مشکل می شود. یعنی سلول های جدیدی تولید می شوند که بدن به تولید آنها احتیاجی ندارد؟

یا سلول هایی که پیر شده اند و باید بمیرند همچنان فعال باقی می مانند. وجود چنین حالتی موجب ایجاد توده ای از سلول هایی شود که به آن تومور می گویند. تومورها ممکن است خوش خیم و یا بد خیم باشند. تومورهای خوش خیم جزو سرطان های نیستند و عموماً پزشکان می توانند در صورت لزوم آنها را از بدن خارج سازند.

در اکثر موارد تومورهای خوش خیم بعد از برداشته شدن عود نمی کنند.

سلول های یک تومور خوش خیم در بافت های مجاور یا سایر قسمت های بدن پخش نمی شوند.

از همه مهم تر، تومورهای خوش خیم به ندرت حیات بیمار را به مخاطره می اندازند. تومورهای بد خیم همان سرطان های هستند. این تومورها اغلب بد خیم تر و خطرناک تر از انواع خوش خیم هستند. سلول های سرطانی بد خیم قادرند به بافت های مجاور یا اعضای دیگر گسترش یابند. همچنین سلول های سرطانی می توانند با رساندن خود به خون پاکش در بدن پخش شوند.

در واقع این همان راهی است که تومور مبدأ (تومور اولیه) خود را به سایر اعضای بدن رسانده و در آنجا تومور دیگری (تومور ثانویه) را ایجاد می نماید.

این پخش شدن سلول های سرطانی را متاستاز می گویند. سرطان های گوناگون به نواحی مختلفی از بدن متاستاز می دهند. متاستاز اکثر سرطان های اولیه کبد از هپاتوسیت ها (سلول های کبدی) شروع

کبد این کار را باشکستن و تخریب این مواد به اجزایی که قابل دفع در مدفوع یا ادرار باشند انجام می دهد.

کبد همچنین مسئول تجزیه مواد غذایی حاوی کربوهیدرات (قند) و چربی ها به فطعات کوچکتر است تا بدن بتواند از اثری از آنها استفاده کند.

کبد موادی مانند قند و ویتامین ها را ذخیره می کند تا در موقع لزوم بدن از آنها استفاده کند.

کبد همچنین محل تولید صفراء است. صفراء چربی های را می شکند تا روده بتواند آنها را جذب کند.

سرطان چیست؟

تمام سرطان ها از سلول شروع می شوند. سلول کوچکترین واحد زنده بدن است. مجموعه ای از سلول های یک بافت را تشکیل می دهد و مجموع چندین بافت نیز یک عضو را به وجود می آورند. در حالت طبیعی سلول ها رشد کرده و با

کبد بزرگترین عضو بدن است. کبد در قسمت بالا و راست شکم و در پشت دندنه ها قرار دارد.

این عضوازد و قسمت عمده به نام های لوب راست و چپ تشکیل شده که لوب راست از لوب چپ بزرگتر است. خونرسانی به کبد از طریق دورگ بزرگ به نام های ورید پورت و شریان کبدی صورت می گیرد.

کبد عضوی مهم و دارای عملکردهای متنوع است. یکی از این فعالیت ها تولید گروهی پروتئین های موجود در خون است. بعضی از این پروتئین ها باعث لخته شدن خون هنگام خونریزی شده و بدینوسیله از خونریزی جلوگیری می کنند. گروهی دیگر نیز موجب حفظ تعادل مایعات در بدن می شوند. کبد محلی برای تخریب مواد زیان آور مانند الکل و مواد زاید بدن نیز می باشد.

سلول‌ها را بافت جوشگاهی (بافت اسکار) می‌گیرد.

سیروز به دلایل مختلف از جمله مصرف زیاد الکل، مصرف بربخی از داروها، تماس با گروهی از مواد شیمیایی و آلوگن با برخی از ویروس‌های انگل‌های خاص ایجاد می‌شود. تقریباً ۵ درصد بیماران مبتلا به سیروز مبتلا به سرطان کبد می‌شوند.

آفلاتوکسین: گاهی سرطان کبد به واسطه تماس با آفلاتوکسین ایجاد می‌شود.

آفلاتوکسین ماده مضری است که از کچک زدن مواد غذایی حاصل می‌شود. آفلاتوکسین می‌تواند بر روی آجیل و حبوبات تشکیل شود.

جنس مذکور: مردان دو برابر زنان به سرطان کبد مبتلا می‌شوند.

سابقه خانوادگی: احتمال ابتلا به بیماری در کسانی که در اقواشان فردی مبتلا به سرطان کبد بوده است، بیشتر است.

سن: سرطان کبد در افراد مسن بیشتر از جوانان دیده می‌شود.

هر چه تعداد عوامل خطر در فردی بیشتر باشد احتمال ابتلا در وی بیشتر است، ولی این بدان معنی نیست که حتماً این فرد به سرطان کبد مبتلا می‌شود.

نشانه‌ها

در مراحل اولیه آن هیچ علامتی ایجاد نمی‌شود. اما با رشد سرطان علائم زیر ایجاد می‌شود:

درد در قسمت بالا و راست شکم: این درد می‌تواند به پشت یا شانه هم تیر بکشد.

کاهش وزن

آب آوردن شکم (آسیت)

کاهش اشتها و احساس پرسی در شکم

ضعف و خستگی مفروط

تهوع و استقراغ

زرد شدن پوست و چشم و تیرگی ادرار

(زردی)

تب

این علایم صرفانشانه‌ای از سرطان کبد

در حال حاضر هیچ کس به درستی تمام واقعیت‌های سرطان کبد را نمی‌داند.

به هر حال، دانشمندان دریافته‌اند که عده‌ای از مردم که در معرض عوامل خطر خاصی قرار دارند، بیش از دیگران به سرطان کبد مبتلا می‌شوند.

عامل خطر هر عاملی است که شناس ابتلای فرد را به یک بیماری افزایش می‌دهد.

مطالعات تاکنون این فاکتورهای خطر را برای سرطان کبد نشان داده‌اند.

عفونت مزمن کبد (هپاتیت): ویروس‌های خاصی می‌توانند کبد را گرفتار کنند. در صورت برطرف نشدن عفونت و باقی ماندن آن در بدن به آن هپاتیت مزمن گفته می‌شود.

از شایع ترین عوامل عفونت مزمن که عامل خطر ابتلا به سرطان هستند، می‌تواند هپاتیت B و هپاتیت C را نام برد. این ویروس‌ها از طریق خون (به طور مثال از طریق سرنگ آلووده) یا تماس جنسی از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود.

همچنین این ویروس‌ها از مادر مبتلا به جنین وی انتقال می‌یابد. پس از سالیان متعدد آلوودگی یا این ویروس احتمال بروز سرطان کبد بیشتر می‌شود.

سیروز: سیروز به حالتی گفته می‌شود که سلول‌های کبد از بین رفته و جای این

می‌شوند. این نوع سرطان را کارسینوم هپاتوسولولار یا هپاتوم بدینیم می‌نامند.

بچه‌ها هم می‌توانند به کارسینوم هپاتوسولولار مبتلا شوند. از جمله مناطقی که سرطان کبد می‌تواند در آن پخش شود (متاستاز بدهد) غدد لنفا استخوان و ریه است. در صورتی که این اتفاق رخ دهد،

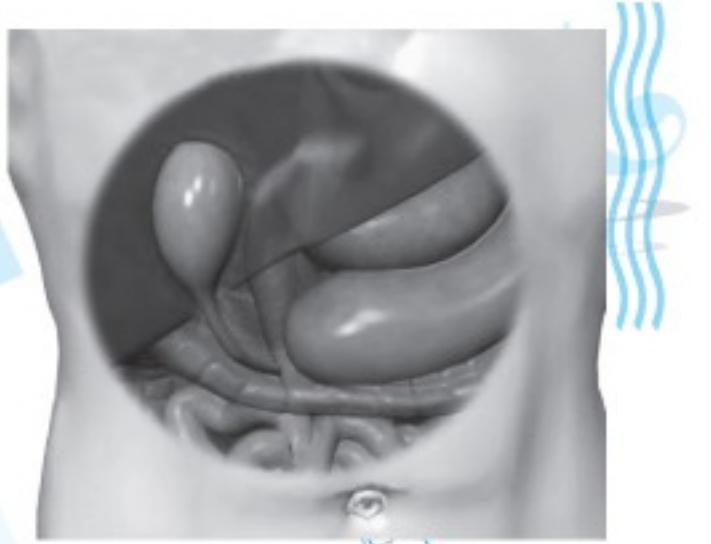
سلول‌های موجود در این اعضا، مشخصات تومور اولیه (کبد) را دارا می‌باشند.

در این صورت بیماری همان سرطان منتشر شده کبد و نه سرطان استخوان، می‌باشد.

به طریق مشابه اگر سرطانی از جای دیگری از بدن به کبد انتقال یابد این سرطان را سرطان ثانویه کبد می‌نامیم که متفاوت از سرطان اولیه خواهد بود.

سلول‌های منطقه اولیه خواهد بود. زمانی که سلول‌های سرطانی کبد از سایر اعضا مانند روده بزرگ به کبد آمده باشند، به این تومور، تومور ثانویه کبد می‌گویند. در ایران تومورهای ثانویه کبد بسیار شایعتر از تومورهای اولیه کبد است.

چه کسی در معرض ابتلا است؟
محققین سراسر جهان در حال تحقیق و بررسی در مورد علل ایجاد سرطان کبد هستند.



نبوده و سایر بیماری‌های کبدی و غیرکبدی هم می‌توانند این نشانه‌ها را ایجاد کنند. اما فردی با این نشانه‌ها باید به پزشک مراجعه کند تا وی مشکل را تشخیص داده و در صورت لزوم آن را درمان کند.

تشخیص

اگر بیمار نشانه‌هایی به نفع سرطان کبد داشته باشد پزشک باید بر حسب نیاز یکی از بیشتر از اقدامات زیر را انجام دهد:

معاینه بالینی:

پزشک بالمس شکم جهت معاینه کبد، طحال و سایر اعضای مجاور به وجود توده یا تغییراتی در اندازه یا شکل اعضا پس از برداشتن از آن را انجام دهد. پزشک همچنین وجود آسیت (تجمع مایع در شکم) را نیز بررسی کرده و با معاینه پوست و چشم به دنبال علایم زردی در بیمار می‌گردد.

آزمایش خون:

آزمایش‌های متعددی جهت پی بردن به مشکلات کبدی وجود دارد. آزمایش خون می‌تواند میزان آلفافیتوبروتین (AFP) را نشان دهد. میزان بالای آلفافیتوبروتین می‌تواند نشانگر سرطان کبد باشد. سایر آزمایشات کبدی می‌توانند کارکرده کبد را نشان دهند.

سی‌تی اسکن:

یک دستگاه مجهر به اشعه که به یک دستگاه رایانه وصل باشد، می‌تواند عکس‌های متوالی از کبد، سایر اعضای داخل شکم و عروق تهیه کند. ممکن است برای نمایش دقیق کبد ماده حاجب نیز به بیمار داده شود. به کمک سی‌تی اسکن، پزشک می‌تواند تومور کبد یا سایر اعضا را مشاهده کند.

اولترا سونوگرافی:

دستگاه اولتراسوند از اصواتی استفاده می‌کند که توسط انسان شنیده نمی‌شوند. این موج‌ها هنگام برخورد با اعضا داخلی بر حسب نوع عضو مقداری از صوت را بازگشت می‌دهند. این بازگشت صوت پس از تبدیل، تصاویری از کبد و سایر اعضای شکمی ایجاد می‌کند.

تومورها موجب بازگشت هایی متفاوت با آنچه که توسط بافت سالم ایجاد می‌شود، می‌گردند.

ام. او. ای (MRI):

از یک میدان مغناطیسی قوی متصل به رایانه جهت ایجاد تصاویر دقیق از بدن استفاده می‌شود.

این تصاویر در تلویزیون و یا به صورت کلیشه رادیوگرافی مشاهده می‌شود.

آنژیوگرافی:

برای انجام آنژیوگرافی بیمار ممکن است در بیمارستان بستری شده و یا تحت بیهوشی فرار گیرد.

پزشک ماده حاجب را به داخل عروق تزریق می‌کند تا در حين تصویربرداری، عروق کبدی نمایان گردند. بدین ترتیب آنژیوگرام، تومور کبد را نشان می‌دهد.

سیروز به دلایل مختلف از جمله مصرف زیاد الکل، صرف برخی از داروها، تماس با گروهی از مواد شیمیایی و الودگی با برخی از ویروس‌ها یا انگل‌های خاص ایجاد می‌شود

آزمایش‌ها شامل روش‌های تصویربرداری سی‌تی اسکن، ام ار آئی، آنژیوگرافی و یا اولتراسوند می‌باشد. این روش‌ها به پزشک در تشخیص گسترش بیماری کمک خواهد کرد. پزشک ممکن است از لپاروسکوپی جهت مشاهده مستقیم کبد و اعضا مجاور استفاده نماید.

درمان

اغلب بیماران خواهان آنند که در تعیین نوع درمانشان به کمک پزشک به طور آگاهانه نقش داشته باشند. اگر چه اختصار و استرس ابتلا به سرطان ممکن است توانایی فکر کردن به تمام جواب بیماری را از بیماران سلب کند آنان علاقه مندند همه اطلاعات را در

پزشک ممکن است از یک قسمت از بافت نمونه برداری کند.

پاتولوژیست به کمک میکروسکوپ به دنبال سلول سرطانی در بافت تهیه شده می‌گردد.

پزشک ممکن است از روش‌های گوناگونی جهت تهیه بافت استفاده کند. یک روش، استفاده از سوزن ظرفی برای تهیه نمونه می‌باشد، که به این روش آسپیراسیون توسط سوزن ظرفی یا FNA گفته می‌شود. در این روش پزشک ممکن است از اولتراسوند یا سی‌تی اسکن برای کمک به نمونه برداری استفاده کند. گاهی نمونه برداری توسط سوزن ضخیم و یا توسط لپاروسکوپی انجام می‌گیرد. یک راه دیگر، تهیه نمونه در طی عمل جراحی

دستگاه اولتراسوند از اصواتی استفاده می‌کند که توسط انسان شنیده نمی‌شوند. این موج‌ها هنگام برخورد با اعضا داخلی بر حسب نوع عضو مقداری از صوت را بازگشت می‌دهند. این بازگشت صوت پس از تبدیل، تصاویری از کبد و سایر اعضای شکمی ایجاد می‌کند.

مورد بیماری و نوع درمانشان بدانند. پرخی از بیماران پیش از مراجعته به پزشک فهرستی از پرسش های خود را تهیه می کنند. بعضی دیگر نیز برای اینکه صحبت های پزشک را فراموش نکنند، در زمان مراجعته به پزشک یادداشت برهمی دارند پا صحبت های او را ضبط می کنند. بعضی دیگر از بیماران نیز ترجیح می دهند با یکی از دوستان و یا اقوامشان به پزشک مراجعته کنند تا او نیز با وی در مورد بیماری آنها صحبت کند. در حال حاضر سرطان کبد به شرطی علاج قطعی دارد که در مراحل اولیه (پیش از گسترش بیماری) تشخیص داده شده و بیمار از سلامت جسمانی کافی برای انجام عمل جراحی بربخوردار باشد. با این حال درمان های غیرجراحی نیز می توانند موجب کنترل بیماری و طول عمر بیشتر و احساس سلامتی در بیماران شوند. وقتی امکان درمان قطعی بیماری یا کنترل آن وجود ندارد، بیمار و پزشک درمان تسکینی را انتخاب می نمایند.

این درمان ها موجب بهبود کیفیت زندگی بیمار و کاهش درد و سایر عوارض بیماری می شوند. پزشکانی که به درمان سرطان کبد می پردازند عبارتند از جراحان، جراحان متخصص پیوند اعضاء، متخصصین گوارش، سرطان و پرتو درمانی. روش های درمانی پزشک معمولاً روش های درمانی موجود و نتایج آن ها را بای بیمار در میان می گذارد. پزشک و بیمار می توانند با مشارکت در تصمیم گیری در مورد روش درمانی مناسب که با وضعیت و نیازهای بیمار مطابقت بیشتری دارد به یکدیگر کمک کنند. کنترل سرطان کبد با روش های درمانی موجود بسیار مشکل است. به همین جهت بسیاری از پزشکان بیمارانشان را تشویق می کنند تا در کارآزمایی های بالینی شرکت نمایند. کارآزمایی های بالینی تحقیقاتی هستند که بر روی روش های درمانی جدید انجام می شوند.

این روش های درمانی انتخاب مهمنی برای بیماران در تمامی مراحل سرطان کبد هستند. انتخاب روش درمانی بستگی به وضعیت کبد (تعداد، اندازه و محل تومورها) و گسترش سرطان به خارج از کبد دارد.

سایر عوامل مهم در انتخاب نوع درمان عبارتند از: سن بیمار، وضعیت کلی سلامتی بیمار، نگرانی های بیمار در مورد درمان و عوارض جانبی احتمالی و ارزش های شخصی بیمار معمولاً مهم ترین عامل در انتخاب نوع درمان مرحله بیماری است.

مرحله بیماری به اندازه تومور، وضعیت کبد و گسترش بیماری به خارج از کبد بستگی دارد.



در قسمت های بعدی در مورد مراحل مختلف بیماری و درمان مناسب برای هر مرحله توضیح داده می شود.

سرطان موضعی و قابل برداشت
سرطان کبد موضعی و قابل برداشت مرحله ای از بیماری است که در آن می توان تومور را با عامل جراحی خارج نمود. در این مرحله هنوز بیماری به غدد لنفاوی اطراف یا سایر قسمت های بدن گسترش نیافته است. همچنین عملکرد کبد در این مرحله طبیعی است، به نوعی از جراحی که در طی آن قسمتی از یافت کبد برداشته می گشود هپاتکتومی نسی گفته می شود. وسعت این عمل جراحی به اندازه، تعداد، موقعیت تومورها و همچنین عملکرد کبد بستگی دارد. ممکن است که پزشک تها بخش کوچکی از کبد، یک لوب کامل و یا حتی قسمت بزرگتری از کبد را خارج کند. در هپاتکتومی نسی پزشک قسمتی از یافت سالم کبد را در بدن باقی می گذارد. این قسمت به تدریج عملکرد یافت از دست رفته را بر عهده می گیرد.

در مورد بعضی از بیماران ممکن است پیوند کبد مفید باشد. در این عمل، جراح کبد بیمار را به کلی از بدن خارج کرده و کبد فرد دهنده را جایگزین آن می نماید. پیوند کبد فقط در مواردی مفید است که بیماری به سایر نقاط بدن گسترش نیافته و یک دهنده مناسب نیز موجود باشد.

سرطان موضعی غیرقابل برداشت
سرطان موضعی غیرقابل برداشت، سرطانی است که حتی اگر به سایر نقاط نیز گسترش نیافته باشد، جراح نمی تواند توده سرطانی را از بدن خارج سازد. این امر دلایل گوناگونی دارد که از جمله می توان به سیروز یا سایر شرایطی که کارایی کبد را کاهش می دهد، محل نامناسب تومور در کبد و نیز سایر شرایط خاص جسمانی بیمار اشاره نمود. در این موارد از روش های درمانی دیگری برای کنترل بیماری و افزایش طول عمر بیمار استفاده می شود.



جراحی با کمک امواج رادیویی
در این روش جراحان چاقوهای ویژه‌ای را به کار می‌برند که با کمک الکترودهای موجود در آنها و گرمایی که ایجاد می‌کنند سلول‌های سرطانی از بین می‌رود. گاهی می‌توان از سطح پوست یا از طریق یک شکاف کوچک، با کمک این چاقوهای جراحی مخصوص، این عمل را روی توده سرطانی انجام داد.

تزریق اقانول از طریق پوست:
در این روش جراح الكل (اقانول) را به طور مستقیم از طریق یک سوزن در داخل تومور تزریق می‌کنند تا سلول‌های سرطانی از بین بروند.

کراپوس‌جری:
در این روش بعد از شکافش سطح پوست، پزشک یک فلز مخصوص را درون تومور قرار می‌دهد تا با سرمای ایجاد شده در این فلز سلول‌های سرطانی را از بین ببرد.

تزریق از طریق سرخرگ کبدی:
در این روش پزشک از طریق یک دستگاه مخصوص مواد ضد سرطانی را به صورت مداوم از راه سرخرگ کبدی به داخل کبد وارد می‌کند.
برداشتن کامل کبد و پیوند کبد: اگر سرطان کبد به دلیل ضایعات سنگینی که برای کبد ایجاد کرده، غیرقابل برداشت باشد، در مورد بعضی از بیماران می‌توان از پیوند کبد استفاده کرد.

سرطان پیشرفته
در این نوع سرطان، سلول‌های سرطانی در تمام قسمت‌های کبد متشرشده و به سایر نقاط بدن نیز گسترش یافته‌اند.
اگرچه سرطان پیشرفته غیرقابل درمان است، بعضی پزشکان از داروهایی استفاده می‌کنند تا سیر پیشرفت سرطان را کند.
بعضی نیز استفاده از این داروها را به دلیل عوارض بسیار آنها مفید نمی‌دانند.
در هر حال در این بیماران از داروهای ضد درد برای کاهش درد و رفع استفاده می‌شود.

درمان سرطان پیشرفته از طریق شیمی درمانی یا پرتو درمانی و یا هر دوی آنها صورت می‌گیرد:
شیمی درمانی:
در این روش از داروهای خاصی برای از بین بردن سلول‌های سرطانی استفاده می‌شود.
گاهی پزشک از درمان سیستمیک نیز استفاده می‌کند؛ به این معنی که داروها به طور مستقیم به داخل رگ بیمار تزریق می‌شود.
معمولًاً شیمی درمانی به صورت یک درمان سریالی در کلینیک‌ها یا مطب پزشکان انجام می‌شود.
گاهی نیز ممکن است بیمار در مراحل

مرحله‌بندی یک سرطان، اندازه تومور، گسترش آن و درگیری اعضای دیگر را

نشان می‌دهد.

مرحله‌بندی دقیق می‌تواند
نشان دهد که تومور توسط
جراحی قابل برداشت
خواهد بود یا خیر؟ این
مسئله بسیار مهم است،
چون اکثر تومورهای کبد
قابل جراحی نیستند

اویه نیاز به بستری در بیمارستان داشته باشد.

پوچو درمانی:

در این روش از پرتوهای پرانرژی برای از بین بردن سلول‌های سرطانی استفاده می‌شود، این روش یک درمان موضعی است، به این معنی که تنها سلول‌ها را در محل تابش اشعه تحت تأثیر قرار می‌دهد.
سرطان عود کننده
سرطان عود کننده سرطانی است که پس

آزمایش‌های رانیز به دنبال داشته باشد.
برای مثال در مورد بیمارانی که پیوند کبد
شده‌اند، پژوهش از طریق معایینات دوره‌ای
نحوه عملکرد کبد پیوند شده را ارزیابی
می‌کند.

در مورد بیمارانی که در مراحل پیشرفت
بیماری قرار دارند، تیم مراقبتی تلاش
می‌کند تا جایی که امکان داشته باشد
بیمار را آسوده نگه دارند.

**حمایت از بیمارانی که دچار سرطان
کبد هستند**

کنار آمدن بیمار مبتلا با بیماری
خطرناکی مانند سرطان کبد آسان نیست.
امکان دارد برخی از بیماران برای کنار آمدن
با جنبه‌های مختلف این بیماری نیاز به
کمک داشته باشند.

گروه‌های حمایتی ممکن است بتوانند
در این زمینه کمک کنند. در این گروه‌ها،
بیماران و یا خاتواده‌های آنان گرد هم
می‌آینند تا در مورد بیماری و جنبه‌های
 مختلف آن با یکدیگر گفتگو کرده و از
یکدیگر آموزش بگیرند.

اعضای این گروه‌ها می‌توانند به صورت
حضوری، با تلفن یا اینترنت با یکدیگر
ارتباط داشته باشند. در این گروه‌ها می‌توان
از مشورت و همکاری اعضاً تیم‌های
پژوهشی نیز استفاده کرد.

پژوهش
دانشمندان در آزمایشگاه‌ها در مورد
سلول‌های کبدی و نحوه فعالیت آن‌ها
مشغول تحقیق هستند تا شاید بتوانند
روش‌های مؤثرتری را در درمان سرطان کبد
بیابند. پژوهشکاران در بیمارستان‌ها و
کلینیک‌ها در حال انجام مطالعات
 مختلفی هستند که در آن‌ها روش‌های
 مختلفی را که در آزمایشگاه برای درمان
سرطان کبد پیشنهاد شده است، آزمایش
نمایند. تاکنون این مطالعات توانسته است
کمک شایانی به درمان سرطان کبد و انواع
دیگر سرطان‌ها بخواهد. اما هنوز تا کنترل
کامل سرطان راه زیادی باقی است.

منبع:

انتشارات داخلی بنیاد امور بیماری‌های خاص

رانیز کم می‌کنند.

پلوک عصبی:

پروشک می‌تواند با تزریق التل در نواحی
خاص، از انتقال حس درد توسط این
اعصاب جلوگیری کند.
تیم پژوهشکی می‌تواند روش‌های دیگری
را نیز برای کاهش درد پیشنهاد دهد که
ماساژ و طب سوزنی از این دسته هستند.
بیماران خود نیز می‌توانند با استفاده از
تکنیک‌های خاص برای کاهش درد اقدام
کنند.

تغذیه

بیمارانی که مبتلا به سرطان کبد هستند،
چه به دلیل خستگی و چه به دلیل
احساس بیماری، ممکن است اشتهاي
زیادی برای صرف غذا نداشته باشند.
عواراض درمان نیز می‌تواند خوردن غذا
را برای بیمار مشکل کند.

مزه یا بوی طبیعی غذا ممکن است برای
بیمار مقاومت پاشد. با این وجود بیماران
باید انرژی کافی دریافت کنند تا دچار
کاهش وزن نشده و روند بهبودشان تسريع
گردد. غذا خوردن از طرف دیگر باعث
می‌شود که بیماران احساس خوبی داشته
باشند.

برنامه ریزی غذایی نیز بسیار مهم است.
درمان سرطان کبد ممکن است تغذیه را
برای بیماران مشکل کند و به همین دلیل
این بیماران باید به صورت مداوم از نظر
وزن و وضعیت سلامت توسط پژوهش
کنترل شوند.

مراقبت مداوم

مراقبت مداوم از بیمار بستگی به
مرحله‌ای از سرطان دارد که وی دچار آن
است. بی‌گیری، نقش مهمی را در درمان
ایفا می‌کند به این دلیل که ممکن است
سرطان در نقطه دیگری از بدن خود را
نشان دهد.
به همین دلیل بیمارانی که یک دوره
تحت درمان و یا جراحی قرار گرفته‌اند باید
به صورت مرتب با پژوهشک خود مشورت
کنند.

این مشورت ممکن است انجام

بیمار به راحتی دچار خون‌ریزی شود.
سلول‌های ریشه مو و جداره دستگاه
گوارش نیز از جمله سلول‌هایی هستند که
به دنبال شیمی درمانی آسیب می‌ینند و
فرد دچار ریزش مو، تهوع، استفراغ و یا
اسهال می‌شود. این عوارض عموماً بعد
از انعام دوره درمان به تدریج از بین
می‌روند.

پرتو درمانی

عوارض این روش درمانی به میزان اشعه
تابیله شده و ناجیه‌ای که تحت تابش قرار
گرفته است بستگی دارد. بیماران در حین
این درمان به خصوص در انتهای دوره،
احساس خستگی زیادی می‌کنند.
استراحت در این دوره بسیار مهم است،
اما پژوهشکان به بیماران سفارش می‌کنند که
فعالیت‌های خود را به همان روال قبلی
ادame دهند.

**پرتو درمانی در ناجیه سینه یا شکم،
معمولًا تهوع، استفراغ و اسهال را به دنبال
خواهد داشت.**

پرتو درمانی می‌تواند باعث کاهش
سلول‌های سفید خون که حفاظت از بدن
را بر عهده دارند شود که به این ترتیب
مقاومت بدن در مقابل بیماری‌ها کاهش
می‌یابد.

کنترل درد

یکی از عوارض معمول بیمارانی که به
سرطان کبد مبتلا هستند درد است.

تومور خود به تنهایی به دلیل فشاری که
بر روی کبد و سایر ارگان‌ها وارد می‌کند،
می‌تواند باعث درد شود. کادر پژوهشکی
می‌تواند با استفاده از روش‌های مختلف
به بیمار کمک کند.

دارو:

از داروها می‌توان برای کاهش درد
استفاده کرد. این داروها ممکن است
بیماران را دچار خواب آلودگی یا بیوست
کند که در این صورت می‌توان از داروهای
سهیل استفاده کرد.

پرتو درمانی:

پرتوهایی با انرژی بالا به دلیل آن که
می‌توانند حجم تومور را کاهش دهند، درد

علمی

هپاتیت

Liver Int, 2006, Dec 26
دکتر یاسر فروتن

در مورد کسانی که از مادر متلاطه هپاتیت B این ویروس را گرفته اند (در زمان تولد) احتمال مردن شدن بیشتر است و در نوجوانان و جوانان، هپاتیت B ۱۹۵ بهبودی دارد و فقط در حدود ۳-۵ درصد موارد مردن می شود که اگر در این مرحله تشخیص داده شود، امروزه با درمان طبی نیمه از این افراد نیز معالجه می شوند و یا حداقل از سیر بیماری جلوگیری می شود. اما در صورت عدم درمان، به بروز منجر می شود و علائم آن شامل بزرگی سطح شکم، ادم اندام های تحاتانی، خونریزی گوارشی است که بسیار خطرناک می باشد و ممکن است به سطح کمای کبدی نیز بکشد. خوشبختانه از سال ۱۹۸۲ واکسن فعال بیماری وجود دارد که طی سه دوره (صفر - ماه اول - ماه ششم) تزریق می شود و افراد در معرض خطر که قبل اذکر شد باید تزریق کنند و واکسن ۱۹۹۵ مخصوصیت ایجاد می کند.

همچنین خوشبختانه در کشور مابه جنین مادران دارای هپاتیت B در بدو تولد این واکسن به اضافه ایمونوگلوبولین اختصاصی هپاتیت B زده می شود.

توصیه مهم این است که حداقل از سرینگ یک بار مصرف برای معتقدان تزریقی استفاده شود، آرایشگاه ها از تیغ یک بار مصرف استفاده کنند، در مورد خون های اهدایی نیز خوشبختانه سازمان انتقال خون امروزه از نظر این بیماری ها، خون ها را کنترل می کند و نگرانی مهمی وجود ندارد. همچنین افرادی که می خواهند ازدواج کنند حتماً واکسن هپاتیت B را بزنند. امروزه داروهای کند کننده ویروس وجود دارند یعنی حداقل چهار بیماری و با توجه به دوره طولانی درمان هزینه های گراف آن مسأله پشکیزی مطرح می شود که بهتر از درمان است.

هپاتیت به معنی ورم و التهاب کبد می باشد، کبد عضوی در بدن است که ۷۵kg سمت راست شکم قرار دارد و در ربع فوقانی است. این عضو می تواند توسط ویروس های مختلف درگیر شود از جمله ویروس های آلفاپاتیک A,B,C,D,E که در انسانها ایجاد بیماری می کنند و همچنین ویروس های G,TT که در انسان ثابت نشده که ایجاد بیماری نیست و ممکن است فردی دارای هپاتیت باشد ولی زردی نداشته باشد و این یکی از مشکلات پیش روی پزشکان است و تشخیص را دشوار می کند. در بین این ویروس ها همچنان ویروس هپاتیت B شایعترین ویروس در کشور ماست ولی در سایر کشورها هپاتیت C شایعتر است. هپاتیت A نیز مزمن نمی شود و عارضه زیادی بر جای نمی گذارد، برخلاف هپاتیت های C,B که نهایتاً در صورت عدم درمان به هپاتیت مرعن، سیرور یا سرطان کبد یا HCC منجر می شود. هپاتیت D نیز همراه با هپاتیت B رخ می دهد و در مورد هپاتیت E شیوه هپاتیت A است و بیشتر در جرجان سیل و آلوگی های آب می تواند وجود داشته باشد و حتی می تواند با مرگ و میر فراوان همراه باشد. آنچه که مهم است هپاتیت B است که در کشور ما شایع تر است و نزدیک به ۳۵۰ میلیون نفر حامل در دنیا دارد یعنی حدود هزارصد کل جمعیت جهان. همچنین از هفت میلیارد جمعیت دنیا، یک میلیارد نفر به یک نوع از هپاتیت های A,B,C,D,E متلاشده اند که این نشان دهنده میزان شیوع بالای این بیماری است. میزان هپاتیت در کشورهای مختلف فرق می کند، چنانچه در آفریقا این میزان بالا و در کشورهای اسکاندیناوی کم است. کشور ما در رده میانی قرار دارد و به طور متوسط ۳ تا ۴ درصد اجتماعی عامل هپاتیت B است. علائم بیماری برای کلیه هپاتیت های کبدی بالا می روند و پس از آن بهبودی حاصل می شود.

نقش اسیدهای چرب امگا-۳ در پیشگیری و درمان بیماری‌ها

علی میلانی باب

خاصیت مانند W (امگانی یونانی) (امگا) استفاده می‌شود. بدین ترتیب که موقعیت بان مضاعف در زنجیره کربنی از سمت گروه متیل مشخص می‌شود. بنابراین اسیدهای چرب W3، W6، W9 با خواص بیولوژیک مختلف وجود دارند. اسیدهای چرب Omega-3 و Omega-6 جزو اسیدهای چرب ضروری برای بدن محسوب می‌شوند و باید از طریق رژیم غذایی در اختیار بدن قرار گیرند و از آنجایی که بدن قادر نیست این دو نوع اسید چرب را به یکدیگر تبدیل کند مصرف مواد غذایی حاوی این دونوع ماده لازم و ضروری است.

اسید آلفالینولنیک، اسید ایکوزاپنتانوئیک و اسید دوکوزاگنزانوئیک از اسیدهای چرب Omega-3 محسوب می‌شوند که به وفور در ماهی و مواد غذایی دریایی یافت می‌شوند. هر روز علم پژوهشی به یافته‌های جدیدی در خصوص اثرات درمانی و تأثیر این ماده روی سلامتی دست می‌یابد. تا به امروز تأثیرات مثبت اسید چرب Omega-3 در درمان و پیشگیری بیماری‌های چون: بیماری‌های قلبی، سرطان، افسردگی، آنژیوتیزیت، روماتوئید، دیابت، کولیت اولوسانیو، درماتیت، اگزما و ... مشخص شده است. مغز انسان و سیستم عصبی مرکزی و همچنین غشای سلولی سلول‌های بدن،



امروزه در مجتمع علمی و پژوهشی بحث‌های زیادی درخصوص اسیدهای چرب-3 Omega و کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، آنژیوتیزیت روماتوئید، دیابت و پسوریازیس بود. بدین ترتیب که آنها با مطالعه روی رژیم غذایی اسکیموها دریافتند قسمت عمده رژیم غذایی این افراد را چربی‌های تشکیل می‌دهد که از منبع حیوانات دریایی مانند نهنگ، فک و ماهی سالمون تأمین می‌شود. بررسی نوع چربی‌های موجود در این مواد نشان داد که اسید چرب-3 Omega-3 یکی از عمده ترین چربی‌های موجود در میان این مواد است که اثرات مختلف اسیدهای چرب Omega-3 روی سلامتی مورد بحث قرار گیرد. برای اولین بار در اوایل دهه هفتاد، دانشمندان با مطالعه روی اسکیموها در گرینلند به شواهدی دست یافتند که

**در بیماران دیابتی
توصیه می‌شود با
صرف اسیدهای
چرب امگا-۳، خطر
ابتلا به عوارض قلبی
و عروقی را کاهش
دهند**

شاید به این دلیل باشد که این مواد قادرند از بروز التهاب در بدن جلوگیری کنند. اسید ایکوپاتنوتیک و اسید دوکوزاهگزانوتیک متصفاتی ایجاد نخن های خونی و سکته کرده و از ایجاد لخته های خونی و سکته جلوگیری کنند. همچنین مطالعات دیگر نشان می‌دهند روغن ماهی که غنی از این نوع اسید چرب است، از تصلب شرایین، آنژین قفسه صدری، حملات قلبی، نارسایی احتقانی قلب و ... جلوگیری می‌کند. به طوری که دیده شده است مصرف کنند. به طوری که دیده شده است مصرف ماهی حداقل یک بار در هفته، می‌تواند تا حدود صد از احتمال بروز سکته قلبی بکاهد. علاوه بر این توصیه می‌شود در بیمارانی که تحت عمل جراحی بای پس و آنزیوپیلاتستی قرار گرفته‌اند، روزانه حداقل ۱ گرم روغن ماهی دریافت شود.

همچنین در بیماران دیابتی غیر واسته به انسولین، به نظر می‌رسد مصرف مداوم Omega-3 بتواند حساسیت سلول‌ها نسبت به انسولین را افزایش دهد. از این گذشته توصیه می‌شود که در بیماران دیابتی برای کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی مصرف این اسیدهای چرب بالارود رژیم غذایی غنی از اسیدهای چرب Omega-3 در بهبود وضعیت بیماران مبتلا به بیماری‌های خود اینمی و همچنین پیشگیری از بروز این گونه بیماری‌ها نقش به سزایی دارد و این مصرف این مواد می‌تواند در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و همچنین افراد مبتلا به دردهای شدید هنگام قاعدگی مفید واقع شوند. به طوری که این بیماران قادر خواهند بود از میزان دوز مصرفی داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی خود بکاهند. میزان چربی در بافت مغز بالا است.

در حقیقت،^{۲۰} عذر صد این عضو بدن از چربی تشکیل شده است و اسیدهای چرب Omega-3 برای عملکرد صحیح آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. امروزه تحقیقات نشان می‌دهند که بین اختلالات رفتاری و پایین بودن سطح ۳- Omega در بدن ارتباط وجود دارد. این اسیدهای چرب قادرند تا توانایی سلول‌های مغزی در دریافت سیگنال‌های

همگی برای عملکرد مناسب و صحیح به اسیدهای چرب Omega-3، به ویژه اسید ایکوپاتنوتیک و اسید دوکوزاهگزانوتیک نیاز واقع دارند. در صورت عدم کفايت اسیدهای چرب غیراشایع با چند باند دوگانه Omega-3. بدن از اسیدهای چرب اشایع برای ساخت غشای سلولی بهره خواهد گرفت که دیواره سلولی حاصله از انعطاف پذیری کمتری برخوردار خواهد بود. این وضعیت تأثیر منفی بر قلب خواهد داشت. زیرا در این حالت قلب به راحتی نمی‌تواند به حالت استراحت بازگردد. در این میان اسیدهای چرب Omega-3 بلند زنجیره، از آنجا که در شکل گیری سیستم عصبی مرکزی و نورون‌ها نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند.

اسیدهای چرب Omega-3 با حفظ سطح کلسترول خون در حد پایین، جلوگیری از آریتمی قلبی و کاهش سطح فشار خون می‌تواند باعث افزایش سلامت قلبی شود. محققان بر این باورند که اسید آلفاپلتوتیک می‌تواند تأثیر به سزایی در سلامت قلب و عروق و همچنین کاهش اسیدهای چرب بالارود رژیم غذایی غنی از اسیدهای چرب Omega-3 در بهبود وضعیت بیماران مبتلا به بیماری‌های خود باشد. این نوع اسید چرب به وفور در روغن کانولا، روغن سویا و روغن بزرگ (پنهان دانه) یافت می‌شود. همچنین



عصی مرتبط با خلق و خوی را از نورون‌های مجاور افزایش دهنده، به بیان دیگر، این چربی‌ها قادرند کلیه ارتباطات عصبی مربوط به تفکر، واکنش‌ها و پاسخ‌های عصبی را بهبود بخشند. نتایج حاصل از مطالعات نشان می‌دهند که بهره‌گیری از این اسیدهای چرب، به عنوان یک درمان ضمیمه‌ای، به همراه لیتم می‌تواند در درمان اسکیزوفرنی و دوگانگی شخصیت مقید واقع شود. دامشنдан معتقدند که ایدمی افسردگی و بیماری‌های روانی در سطح جوامع، عموماً به همراه افزایش آمار مبتلایان به بیماری‌های قلبی و عروقی دیده می‌شود که به نظر می‌رسد همراه شدن این دو بیماری، ناشی از کاهش مصرف غذاهای حاوی اسیدهای چرب Omega-3 باشد.

نتایج تحقیقات مقدماتی در دانشگاه UCLA^{۱۰} نشان می‌دهد که اسیدهای چرب Omega-3 در حفظ و نگهداری بافت‌های سالم پستان کمک کرده و از بروز سرطان پستان جلوگیری می‌کنند. علاوه بر این مطالعات اخیر نشان می‌دهند استفاده از مکمل‌های روغن ماهی می‌تواند از میزان تولید مواد سرطان‌زا در روده کاسته و از این طریق خطر بروز سرطان کلون را نیز کاهش دهنده. مطالعات هنوز در این رابطه ادامه دارد.

کفايت این اسیدهای چرب در دوران قبل از بارداری، بارداری و زمان شیردهی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. طی این دوران مادر تأمین‌کننده این نوع اسیدهای چرب برای جنین و نوزاد است. در سه ماهه سوم دوران بارداری میزان تیاز به این اسیدهای چرب بسیار بالا است. اسید دوکوزاهگزانوئیک در ساخت ۱۵ تا ۲۰ درصد کرتکس مغز و ۳ تا ۶ درصد شبکیه در جنین و نوزاد نقش دارد. بنابراین برای رشد و تکامل نوزاد ماده‌ای حیاتی محسوب می‌شود، برخی شواهد حاکی از این هستند که دریافت کم منابع حاوی

اسیدهای چرب Omega-3 خطر به دنیا آمدن نوزاد نارس و همچنین کم وزن را افزایش می‌دهد به علاوه این کمبود در نوزادان می‌تواند زمینه ساز بروز بیش فعالی در دوران کودکی و همچنین تعامل به جرم و جنایت و گرایش به خودکشی در دوران بزرگسالی شود. تخلیه ذخایر اسیدهای چرب Omega-3 در مادر توسط جنین و نوزاد می‌تواند باعث بروز پری‌اکلامپسی (اعسومیت دوران بارداری که با فشار خون بالا همراه است) و افسردگی‌های پس از زایمان شود. بنابراین رقیق کننده خون مانند وارفارین و هپارین، پیش از شروع به مصرف این مکمل‌ها (به توصیه می‌شود مادران باردار و شیرده روزانه حداقل ۵۰۰ تا ۶۰۰ میلی گرم اسید دوکوزاهگزانوئیک به بدن خود برسانند که هستند) یا پرشک معالج خود مشورت کنید. علاوه بر این، تاکنون عارضه جانبی خاصی مرتبط با مصرف این مکمل‌ها گزارش نشده است.

ولی نکته قابل توجه این که باید حتی الامکان از منابع دریابی استفاده کرد که میزان جیوه در آنها کم باشد. اداره غذا و داروی ایالات متحده (FDA) درخصوص مصرف زیاد ماهی‌هایی چون: کوسه ماهی، شمشیر ماهی، تایل فیش و شاه ماکرو به زنان باردار هشدار داده است. نکته دیگری که از اهمیت ویژه‌ای در این میان پرخوردار است این است که نسبت مصرف اسیدهای چرب Omega-۳ و Omega-۶ مطالعات انجام شده نشان می‌دهند در کودکانی که به طور مرتبت از ماهی‌های تازه و روغنی استفاده می‌کنند، خطر ابتلا به آسم چهار بار کمتر از دیگر کودکان همسن و سال آنها است. علاوه بر این اسید ایکوزاپیتانوئیک موجود در روغن ماهی می‌تواند از طریق کاهش پاسخ‌های التهابی در مجاری تنفسی از شدت این بیماری در بیماران مبتلا به آسم یکاهد. همچنین اثرات سودمند روغن ماهی در درمان آمقيزیم و سیستیک فیبروزیس نیز دیده شده است.

به همین دلیل است که میزان بروز آسم در کودکان در این کشور به حدود ۷/۰ درصد است که بسیار کمتر از متوسط جهانی یعنی ۷درصد است. از منابع غنی حاوی اسید چرب Omega-۶ می‌توان به روغن ذرت و آفتابگردان اشاره کرد.

صرف روزانه مکمل روغن ماهی می‌تواند تضمین کننده این مقدار دریافت باشد. مطالعات انجام شده نشان می‌دهند در کودکانی که به طور مرتبت از ماهی‌های تازه و روغنی استفاده می‌کنند، خطر ابتلا به آسم چهار بار کمتر از دیگر کودکان همسن و سال آنها است. علاوه بر این اسید ایکوزاپیتانوئیک موجود در روغن ماهی می‌تواند از طریق کاهش پاسخ‌های التهابی در مجاری تنفسی از شدت این بیماری در بیماران مبتلا به آسم یکاهد. همچنین اثرات سودمند روغن ماهی در درمان آمقيزیم و سیستیک فیبروزیس نیز دیده شده است.

ادبیات داستانی

تاریخی خاص خاص

اش را کسی نمی دانست، اما آثار زخمی بسیار عمیق روی پیشانی اش فرورفتگی و چین خورده‌گی ناهنجاری درست کرده بود که اهل محل به اتفاق حرکات نه چندان طبیعی دایی را به آن زخم که احتمالاً اثر یک تصادف یا ضربه ای قدیمی بود، مربوط می دانستند و وقتی خودش نبود و حرفی از او در بین بود اول یک نج می گفتند و بعد اضافه می کردند بیچاره معلوم نیست چی به روزش آمده و گزنه معلوم که آدم حسابی بود... و بود. دایی واقعاً به نظر من و البته همه دوستانم آدم حسابی بود به خصوص وقتی در حل مسئله‌های سخت هندسی به ما کمک می کرد و بسیار بهتر از دیگر ریاضی‌مان ما را چیز فهم می کرد آنقدر بهتر که گاهی من فکر می کردم دایی خودش را به بی خیالی و این حالت پریشانی زده...

اما اینکه چرا به او دایی هاشور می گوییم جریان باریطی دارد، دایی وقتی به فکر فرو می رود یا اینکه با خودش خلوت می کند با چوب دستی باریکش هر جا که گلهای خاک پیدا کند شروع به کشیدن اشکال هندسی کرده و بعد بخش‌هایی از آن شکل را هاشور می زند و این کار را آنقدر خوب انجام می دهد که گویی خط کش به دست داشته و فاصله خطوط و ضخامت آنها را عیناً تکرار کرده... او بیش از هر چیز به ترسیم دایره و هرم و منشور و استوانه علاقه مند است و هرم و منشور را آنچنان خوب می کشد که گویی استاد معماری اهرام ثالثه بوده اما هیچ کس نمی داند دایی هاشور چه باری به این اشکال دارد و چگونه می تواند به بجهه‌های دیبرستانی و راهنمایی محله در ریاضی و جبر و هندسه اینقدر خوب کمک کند...

البته بزرگ ترها قبول ندارند که او به درسن بجهه‌ها کمک می کند بلکه این کار او را نویعی بازی و سرگرمی و همدلی با بجهه‌ها می پندازند. او جزیی غیرقابل صرف نظر از اهالی محله ما بود اما با همه اینکه هیچ کدام از ما موجودیتش را نادیده نمی گرفتیم بلکه به شکلی عادت گونه حضورش را

دایی هاشور بی خانمان محیوب محل است، او همه برویچه‌های محل را از دختر و پسر می شناسد، برای دخترهای محل اگر لازم باشد غیرتی می شود و برای پسرهای محل مامنی در زمان درد دل، او هیچ وجه تشبیه با آدم‌های دیوانه و لکردن ندارد اما همه ما به نوعی او را غیرطبیعی می شناسیم شاید علت این باشد که خانه و مکان درست و حسابی یا خانواده ای ندارد شاید علت دیگر این باشد که با یک بارانی بلند که سراسر قامت لاغر و باریک و بلندش را می پوشاند تند تند در کوچه‌های محل راه می رود و چوب بلندی در دست دارد که فقط برای آنکه دستش خالی نباشد آن را می گیرد، و گاه موجودات احتمالاً خیالی را از سر راهش کنار می زند از وقتی که برای اولین بار او را در محل دیدم و چیزی حدود هشت سال داشتم تاکنون که شانزده هفده سال دارم هرگز ندیدم بجهه‌های محل به دنبالش بیافتد و یا با حرکتی آزاردهنده دلش را یا جایی از بدنش را مجروح کرده باشند... دایی با همه بجهه‌ها و پدر و مادرهای محله خیلی خیلی دوست و رفیق است و اگر هر کدام از ماساکنین محله یک روز او را نبینیم قطعاً برایش نگران خواهیم شد و از خودمان خواهیم پرسید، نکند بلایی سر دایی آمده؟

نمی دانم چرا به او دایی می گوییم ولی می دانم اگر خواهرازهای می داشت بی شک قابلیت‌ها و تعریف یک دایی ایده آل از او بر می آمد و روی هم رفته دایی مهریانی می بود اما با همه اینها، با همه اینکه او دیوانه نبود، بی عقل نبود اما یک چیزی یا شاید هم چیزهایی کم داشت. او اسم نداشت و پیشنه و سابقه

دایی هاشور

نوشین توفیقی



می خواست دایی هاشور را پیدا کند به کوچه مامی آمد و صبر می کرد تا از خانه آقای معلم تازه وارد خارج شود اغلب هم برای آنکه سوال پیچش کنند متوجه او می شدند. دایی اگرچه هیچ وقت ادم زنده و کثیف نبود چرا که همواره و هر وقت که می خواست از حمام نمره محل استفاده می کرد و لباس هایش را هم آتوشویی محل برایش می شست و اتو می کشید اما حالا بزرگ شده بود اگر هنوز کسی می خواهد لطفی کند در حق این بندۀ خدا (دایی هاشور) انجام دهد و بعد به دایی هاشور نگاه کرد ولی گویی بقیه حرف هایش را از یاد برد به دیوار تکیه کرد... گویی نفس سخت در می آمد... دستش به سوی دایی دراز شد و بازویش را گرفت و او را بانرمی خاصی به داخل خانه اش برد...

همه ما برویجه های بیکار محل که جواب خواهند رسید این سوال هم بی

خانه آقای دیر تازه به محل آمده استاد و با نفس های عمیقی سینی های حاوی خوراکی های گوناگون را بدرقه می کرد... پنجمین سینی غذا که روانه خانه دیر شد آقای دیر را به بیرون کشاند و از یکی دو نفر آخر خواهش کرد که دیگر غذای ای اورند چرا که هنوز پیچجال را به برق نزدۀ و ممکن است غذاها خراب شوند و اسراف شود و بعد خواست تا اگر هنوز کسی می خواهد لطفی کند در حق این بندۀ خدا (دایی هاشور) انجام دهد و بعد به دایی هاشور نگاه کرد ولی گویی بقیه حرف هایش را از یاد برد به دیوار تکیه کرد... گویی نفس سخت در می آمد... دستش به سوی دایی دراز شد و بازویش را گرفت و او را بانرمی خاصی به داخل خانه اش برد...

همه ما برویجه های بیکار محل که

می طلبیم، با این همه عضوی مهم و اساسی محسوب نمی شد و این بدینه بود چون دایی هاشور با چیزهایی که نداشت و چیزهایی که داشت نمی توانست عضوی مهم و اساسی باشد. او تندا راه می رفت و اعضای مهم یک جامعه معمولاً کند راه می روند او چوب دستی اش را گاهی کنارش و گاهی دور خودش می چرخاند و افراد اساسی اگر چوب دستی داشته باشند از آن به عنوان پیش قدم و عصای دست خود و به نوعی حفاظت از خود در برداشتن قدمها استفاده می کنند. دایی هاشور اگر هم روزی دیوانه به حساب می آمد بی شک در استفاده از چوب دستی اش برای حفاظت از خود نرمی و ملاحظت را لحاظ نمی کرد و همه اینها یعنی چیزهایی که وجود دایی را تشکیل داده بودند باعث می شدند در محله ما فقط در جای خودش به عنوان بی خانمان محله، به عنوان کسی که باید به او ترحم کرد و شاید گاه به عنوان نمک محله مطرح باشد ولی آدم های بی اهمیت گاه باعث بروز اتفاقاتی می شوند که برای ابد به افرادی مانند گار در اذهان مبدل می گردند و دست روزگار یا دایی هاشور همین کار را کرد...

اتفاق تازه ای در محل افتاد. همسایه جدیدی به محل و به کوچه مانقل مکان کرد. او دیر سرشناس یکی از دیربرستان های معروف در رشته جبر و هندسه بود... یک روزه آوازه اقامتش در محل، پیچید همان روز اول آمدنش بسیاری از پدر و مادرهایی که بچه کنکوری داشتند به سراغش آمدند و بیچاره را در حالی که مشغول اسباب کشی بود به تدریس بچه هایشان دعوت کردند و یکی دو ساعت بیشتر از تخلیه کامیون حامل اسباب هایش نگذشته بود که سیل غذاهای رنگ به رنگ برای خوش آمد گویی به آقای دیر و خانواده اش به خانه آنها صرف و ردیف شد... و نمی دانم بوي غذا بود با آوازه نقل مکان دیر که دایی هاشور را نیز به کوچه کشید درست جلوی در

ادبیات داستانی

در فضایی ساده و بی پیرایه،

قصه درد و رنج زندگی مردم را روایت می کند

جواب نماند...

ایام ماه رمضان بود و مهمانی اقطاری در منزل یکی از همسایگان برپا شده بود... ما هم دعوت داشتیم. برای سومین سال بود که روزه می گرفتم، آقای دیر تازه وارد هم به اتفاق فرزندش که او نیز تقریباً هم سن و سال من بود در جمع میهمانان بودند اول برضی از مهمانان سراغ دایی هاشور را از آقای دیر تازه وارد گرفت و دست آخر همین سراغ گرفتن بهانه ای شد برای آنکه اصل مطلب را از آقای دیر تازه وارد پرسند...

آقای دیر هیچ تلاشی برای دست به سر کردن جمع کنچکاران نکرد بلکه باحالی از افسوس همه آنچه را که درباره دایی می دانست و اتفاقاً کم هم نبود تعریف کرد... او گفت دایی هاشور، دایی واقعی اش است او کسی بوده که آقای دیر

اغلب بعد از ظهرهایمان را به سر کوچه ایستادن و دم در ایستادن و سرخیابان ایستادن می گذرانیم بر و بر به هم و به خانه آقای دیر تازه وارد نگاه کردیم یعنی چه؟ عجب آقای دیر مهریانی... نکند فکر کرده همه مادر حق آن بندۀ خدا (دایی هاشور) ظلم و بی معرفتی می کنیم... نه نه حتماً لازم است بفهمد دایی همواره شریک سفره های ما بوده و هر وقت دلش خواسته برای شام یا ناهار یا حتی صحابه و ایام ماه رمضان برای اقطار و شام و سحر، زنگ هر خانه ای را که خواسته به صدا در آورده... و هیچ کدام از ما هرگز به او به چشم مراحم یا گذاشته نکرده ایم... اصلاً نکند او را شناخته... در این حین باید منتظر شد و دید از دایی هاشور چه می داند؟ اوضاع محله عوض شده بود هر کس



می‌زد کمی خونی شده بود اما کارت اهدای اعضایش چون جلد پرسی داشت ترو تمیز مونده بود، این حرف‌ها را بایام زد، همین طوری هم زد، با گریه زد... همین شب دایی را عمل کرده بودند... نه برای اینکه زنده اش کن برای اینکه اعضای اهدایی بدنش توی یک کالبد بی جان فاسد نشے...

حالا همه اون اعضا توی بدن آدم‌های دیگری هستند که ممکن است دیر باشند، دایی باشند، به هاشور کشیدن و رسم منشور و هرم علاقه داشته باشند یا نداشته باشند، چه فرقی می‌کند به چی علاقه داشته باشند مهم اینه که زنده هستند، که ادامه زندگی داییه، مهم اینه که سایه شون بالای سر خونواه شونه، مهم اینه که بالآخره بعد از عمری رنج بیماری طعم یه سلامتی نسبی رو می‌چش، مهم اینه...

امروز داشتم از کنار پارکی که دایی همیشه یک گوشه خاکی آن می‌نشست و با چوب دستی اش هاشور می‌کشید رد می‌شدم احساس کردم سایه او را با آن بارانی می‌بینم، باران هم داشت نم نم می‌بارید هرای پاییز چقدر قشنگ است، روزی هم که دایی گم شده بود یک روز پاییزی بود که آسمان می‌بارید آن روز که دایی به یک مرکز خاص رفته بود تایک کار خاص کن کاری مثل رزمیدن شدن در جبهه، کاری مثل سکوتش در حین آن دردهای جانکاه، حالا هم پاییز است و من حالا هم به یاد احوالپرسی‌ها و حرف زدن‌های خاص دایی می‌افتم همیشه وقتی این نیمکت را می‌بینم به یادش می‌افتم به خصوص امروز به خصوص حالا که انگار صدایش راهم می‌شونم... چطهری دایی؟ سردت نشده دایی... سبب زمینی می‌خوری دایی؟ امتحان چی داری دایی؟ او همیشه این طور حرف می‌زد، سؤال می‌کرد بی آنکه در انتظار پاسخش باشد... و این نیمکت همیشه جای او را در این گوشه خاکی پارک خالی نگه خواهد داشت اینجا جای خاص دایی هاشور است...

هیج کس متوجه نشده... اگر کسی می‌خواندش لااقل می‌توانست به خانواده‌اش خبر بدهد. همه اظهاری اطلاعی کردن حالا دیگر دایی هاشور آدم مهم و اساسی به نظر می‌آمد حتی هم مهم بود که مردی مثل آقای دیر با این دلستگی ازش حرف می‌زد... شاید اگر هر کدام از ماجای آقای دیر بودیم هر گونه نسبت را بادایی هاشور منکر می‌شدیم....

آن روز عصر حتی تا شب خیری از دایی نشد آقای دیر نگران و مضطرب صد بار تا سر خیابان رفت و برگشت، شب احیا بود گفتیم دایی می‌دونه امشب همه

ماجرای زندگی بیماران خاص می‌تواند دستمایه رهان نویسنده‌گانی باشد که از نزدیک با رنج این بیماران آشنا بوده و رمز امید را نیز در آنها دریابند



بیداریم شاید دیر وقت بیاد شاید هم... یعنی شاید چی یعنی باز هم دچار یه فراموشی دیگه شده یعنی بیشتر از این میشه یه نفر همه چیز رو فراموش کنه؟ یعنی یه فراموشی مفاسعف؟ حالا که آخر قصه داره خوب میشه؟ آخه پس یعنی چی؟ اما این سوال هم به زودی جواب داده شد دایی تصادف کرده بود، آقای دیر با چند نفر از اهل محل به بیمارستان رفتد امیدی نبود دایی مشغول فراموش کردن دنیا بود. ورقه‌ای که آقای دیر از آن حرف بزنگشت تا حالا که نزدیک هشت سال می‌گذرد دایی همه چیز حتی اسمش را فراموش کرده. تنها چیزی که از گذشته کنارش مانده همین ورقه و کارت اهدا اعضا بعد از مرگ است... چطور تا حالا

پدرش در جبهه شهید شده بود سرپرستی کرده و عامل مهم اینکه او هم مثل دایی رشته ریاضی را دنبال کند دایی هاشور بوده اینکه او قبل از آنکه گذشته اش را به باد فراموشی ناخواسته‌ای که حاصل ترکش‌های داخل جمجمه‌اش است، بسپارد، مقالات فراوانی در عرصه بین العلل درباره مباحث شخصی ریاضی به نام خودش ثبت کرده... او گفت دایی سال‌ها در جبهه چنگیده و درس داده تا اینکه یک سال قبل از پایان چنگ مجرح می‌شود و به تهران بر می‌گردد، ترکش‌ها در جمجمه‌هایش جا خوش کردن آنچنان که قابل دستکاری و عمل نبودند. پزشکان احتمال می‌دادند که حرکت ترکش‌ها ممکن است باعث از بین رفتن حافظه و اختلال در شخصیت دایی شود، احتمال می‌دادند که حتی به درجات بسیار شدید جنون مبتلا شود ولی چند سالی گذشت دایی خوب بود و مشغول کارهایش ... خودش می‌دانست وضع درستی ندارد برای همین ازدواج نمی‌کرد... تا اینکه یک گروه جراح خارجی به ایران آمدند و او لین عمل را روی پیشانی دایی انجام دادند که ای کاش نمی‌دادند همین کار باعث حرکت ترکش‌های دیگر شد این اثر زخم روی پیشانی هم مربوط به همان جراحی است... چند وقت بعد از عمل دایی سر دردهای شدیدی می‌گرفت... ولی صدایش در نمی‌آمد دکترش می‌گفت چطور این درد وحشتناک رو تحمل می‌کنی... چند وقت بعد که دایی می‌خواست عمل دومش رو انجام بده همین هشت سال پیش، رفت و داوطلبانه همه اعضای قابل پیوند بدنش رو به عنوان اهدا بعد از مرگ، به مرکز بیماری‌های خاص هدیه کرد. اون روز دایی به خونه بزنگشت تا حالا که نزدیک هشت سال می‌گذرد دایی همه چیز حتی اسمش را فراموش کرده. تنها چیزی که از گذشته کنارش مانده همین ورقه و کارت اهدا اعضا بعد از مرگ است... چطور تا حالا

همیشه چیزی برای نوشتن داشته باشید

احمد مواد

روحی شان روی آورده‌اند. پزشکان بسیاری نیز هستند که اطلاعات نادر و دست نیافتنی‌ای را در مورد حرفه خود از این طریق و با مطالعه یک نمونه آماری نامحدود که همه کاربران اینترنت هستند به دست آورده‌اند حال آنکه این اطلاعات به ندرت در دانشگاه‌ها، مراکز علمی و تجربه‌های شخصی و خصوصی افراد یافت می‌شود.

بیماری به شما پیغام شده است و این شما هستید که بر او حکم می‌زنید مراکز بسیاری در سراسر دنیا هستند که حمایت‌های مادی و معنوی فراوانی از بیماران خاص به عمل می‌آورند اما اگر احساس انزوا و تنهایی به شما دست می‌دهد می‌توانید به قسمت یادداشت و بیلاگ خود سری بزنید و با کسانی حرف بزنید که ممکن است از این لحظه تا لحظه‌های ناب در زمانی نامشخص مخاطب شما باشند. مخاطبانی که از نوع خودمان هستند و بی‌ظاهر به درک عمیق وضعیت شما نایل می‌شوند.

اگر تابه حال به این فکر نکرده بودید حالا می‌توانید امتحان کنید. هر وقت از نتیجه کار راضی نبودید با کلیک روی یک مستعملین بی خطر همه چیز را پاک کنید. اما اگر موفق بودید همیشه این فرصت را خواهید داشت تا فعالیت خود را گسترش دهید و بیلاگ خود را به پایگاهی برای جلب حمایت‌های عمومی از همدردان خود تبدیل کنید. با این همه فراموش نکنید که قبل از آنکه تجربه‌های دیگران را که از طریق یادداشت‌هایی روی وبلاگ شما منعکس می‌شود به کار بندید با پزشک معالج خود مشورت کنید.

وقتی سال‌ها پیش برای عبادت از خویشاوندی بیمار بایست سر ساعتی مشخص پشت درهای ورودی بیمارستان انتظار می‌کشیدم و در ساعتی مشخص از فضایی تگ و سنگین اتفاق خارج می‌شدم هرگز حتی به ذهنم خطور نمی‌کرد که روزی بتوانم در فضایی نامحدود و کاملاً ایزوله و در زمانی به اندازه حوصله خودم بی‌آنکه مزاحمتی برای دوست خوابیده روی تخت بیمارستانم ایجاد کنم با او حرف بزنم و حرف هایش را بشنوم و سهم اش را از رفع سلطان با هم قسمت کیم.

من هر وقت دلم برای او تنگ می‌شود به وبلاگش همان اتفاقی که برای ملاقات همراهان با هزار دوست شناخته و ناشناخته ساخته است سر می‌زنم حرف هایش را که بی‌پرده و بی‌ملحفله دوچشم با سایه سنگین اندوهشان روی صفحه شخصی اش در اینترنت نوشته می‌خوانم و بی‌آنکه از همدردی با او معدذب باشم برایش پیغام می‌گذارم. او هم پیغام هایم را می‌خواند و می‌دانم که هر روز ده‌ها دوست دیده و ندیده ام برای او پیام می‌نویسد و به این ترتیب هر کدام قسمی از دردهای او را لوح‌داده می‌کنند. پدیده وبلاگ نویسی که امروزه به یک استقلال شخصی در بستر رسانه‌های تو تبدیل شده است به فرد امکان می‌دهد تا مسائل و مشکلات خود را با کسانی که دوست دارد و حتی آنها را نمی‌شناسد به راحتی در میان پگذار و از تفکر و نظر آنها استفاده کند.

وبلاگ نویسی راهی است برای ارائه احساسات روزمره و توجه بیشتر به حالت درونی خود و عرضه آن روی لوح

کودکان دیابتی چگونه آموزش می بینند

ما به حضور تو در این کلاس افتخار می کنیم

لیلا ملک محمدی

دیابت ایران در مهرماه سال جاری منتشر کرده

است حتی حاضر به تئاتر نام افراد دیابتی نیستند و در مقابل بیماران و والدین ایشان به نوعی پنهان کاری دست می زندند و اطلاعات مربوط به وضعیت جسمی بیمار را به مدرسه ارائه نمی دهند که این مسئله می تواند به یک وضعیت بحرانی برای فرد بیمار دامن زده و در صد خطر آفرینی را تا حد قابل توجهی تقویت کند.

بیماران دیابتی گاه مجبورند روزهای زیادی از سال تحصیلی را در مراکز درمانی سپری کنند و از محیط درس و مدرسه دور بمانند در حالی که برای جبران عقب ماندگی تحصیلی ایشان برنامه های پیش یعنی شده وجود ندارد و چنانکه می بینیم همه این عوامل می تواند فعالیت آموزشی را برای فرد بیمار مختل سازد. اگرچه در نظام آموزش و پرورش خصوصاً در دوره های راهنمایی تحصیلی و مقطع متوسطه مشاوره به عنوان یک مبحث مهم مورد تأکید قرار گرفته است اما عموماً می بینیم که مشاوران یا بهتر است گفته شود افرادی که به عنوان مشاور در این چایگاه قرار می گیرند از تخصص کافی برخوردار نیستند و به ویژه در زمینه بهداشتی و پزشکی متخصص نیستند. مدرسه خاص برای تحصیل این افراد وجود ندارد و مدیران، معلمین و مسئولین مدارس نیز آموزش های لازم را برای برخورد با بیماران کسب نکرده اند. بنابراین توجه جدی به موضوع حضور کودکان و نوجوانان بیمار در مراکز آموزشی بسیار مهم جلوه می کند که غفلت از آن می تواند خدایان خردسال زمین را از مشارکت در آبادانی این سرزین محروم کند. برای عبور این آینه های زلال از سنتگزار زندگی بر ماست که نگهبان حریم شان باشیم تارویزی بتواند اتفاق را بر آیندگان بتبلاند.



به دنبال خواهد داشت و مشارکت آن یک نفر در فعالیت های ورزشی نیز می تواند او را با تهدیدها و آسیب های جبران ناپذیری مواجه کند. همین کار گذاشته شدن روحیه و نشاط را از کودک دیابتی سلب می کند و او در نظر دیگران ضعیف و ناتوان جلوه می دهد و عارضه طرد شدن از گروه همسالان را برای این کودکان تشید می کند.

حضور این کودکان در اردوها و گردش های تفریحی و علمی و آموزشی به سبب نیازمندی آنها به مرافقی های ویژه و در دسترس بودن امکانات خاص عملاً امکان پذیر نیست و بسیاری از مدارس و به ویژه مهد کودک ها و بر اساس اطلاعیه ای که انجمن

«کودکان خداوندان خردسال زمین اند که جز تکلم عاطقه آواز دیگری نمی شوند به یاد آورید رحمت بی ریا، برکت باران است و عشق آبادانی تمام است و آزردگی عبور آینه از سنتگزار زندگی است»

کورش، پادشاه خردمند هخامنشی در منشور پوشایا کودکان را خداوندان خردسال زمین می نامند کودکان، از هیاهوی سیاست ها و دغل هایزی نمی شوند، گوش جان آنها تنها تزم عاطقه را می شوند صدای فطرت آدمی است و کودکان به فطرت آدمی نزدیک ترند تا به عادت ها و ستم های او.

اما بسیاری با کودکان به رسم عادت های خود رفتار می کنند نه به رسم فطرت، قلب بزرگ کودکان برای دردمندی بسیار کوچک است. آن قادر کوچک که غالباً به نظر نمی رسد غمی بزرگ در آن جای گرفته است. کودکانی هستند که امروز حق مطلوب خود، آموختن، را با رنجی مضاعف به چنگ می آورند. کودکانی که بیش از یک ماه از سال تحصیلی را پشت سر گذاشته اند و بیماری خود را همچون کیف و کتابشان هر روز به مدرسه می بینند، با آن پشت یک نیمکت می نشینند و بدون آنکه با تحولی اساسی در نحوه تعامل مدرسه با خود، تحولی که بر اساس الگوهای رفتاری با کودکان مبتلا به بیماری های خاص شکل گرفته باشد، رو به رو شوند به خانه بر می گردند و بیماری را چون باری بزرگ به دوش می کشند. کودکان مبتلا به دیابت ناچار هستند در کلاس های به دیابت ناچار هستند در کلاس های ۹۰

نگاهی به عملکردهای جدید کتابخانه مرکز پژوهشی خاص

اینجا کتاب‌ها سخن می‌گویند

امیدی نیاز

هیچ به کتاب فکر کردایم. به راستی چرا کتاب تهای هایمان را پر می‌کند و در کتاب دنیای همیشگی، جهان دیگری را برای ما می‌سازد. اهمیت چاپ و گردآوری کتاب با مقاومیتی مانند جاودانگی گره خورده است. اما ضرورت کتاب خوانی از کجا و چگونه می‌اید. شاید از زمانی که ابوالقرج اصفهانی (۲۴۸-۳۵۶ هجری قمری) اولین کتاب خود را در ۲۰ نسخه چاپ کرد، اهمیت نگهداری کتاب در اذهان ایرانیان جای گرفت. همچنین در اذهان این مردم، محیطی برای نگهداری کتاب، ایجاد شده و نوستالژی کتابخانه، آرام، آرام جای قصه‌های شفاهی یا مجالس وعظ را گرفت. از آن تاریخ به بعد پامدهای زیادی در حوزه کتاب و کتابخانه به وجود آمد. بنابراین از مکتب خانه ساده استادی که صرف و نحو، کلام و علوم عقلی و نقلی را تدریس می‌کرد تا منزل قدما و اهل فرهنگ شهرهای گوشتهایی به کتابخانه اختصاص داده شد و قرن‌های از پی قرن‌ها آمدند و محیطی به این کتابخانه به شکل تکمیلی امروز رسید. در این میان نگهداری کتب در میان اهل طب و پژوهشکاران از همان دوران قدیم در حافظه‌ها وجود داشت.

افرادی از جمله شیخ الرئیس بوعلی سینا، بسیاری از بازارها و مراکز فروش را با دقت می‌گشت تا کتاب بخرد. او در حالی که پک کتاب را بیش از ۳۰ بار مطالعه می‌کرد و جمله به جمله و کلمه به کلمه آن را حفظ می‌شد، طرفت‌های یک محیط فرهنگی را فراهم کند. کتابخانه مرکز پژوهشکی خاص یک سری پژوهشگرانی دارد که از نوعی تنوع و غنی شدن در آینده خبر می‌دهد.

مرکز و نیز پرسنل و کادر غیرپژوهشکی مرکز و استقبال فرداون این افراد از کتاب‌های غیر پژوهشکی، کتاب‌های غیرپژوهشکی هم افزایش داده شد.

به گزارش خبرنگار ما به نقل از مرکز پژوهشکی خاص، جمع کثیری از کودکان و نوجوانان که برای خون‌گیری به بخش تالاسمی مرکز مراجعه می‌کردند، جذب کتابخانه‌شدن و کتاب‌های علمی، مذهبی، رمان و حتی کتاب‌های شعر در کتابخانه مورد استقبال شدید این گروه قرار گرفت. همچنین والدین این کودکان که باید ساعت‌های طولانی در انتظار خون‌گیری فرزندانشان بمانند، وقت خود را با مطالعه پر می‌کنند. روند شکل‌گیری، عضوگیری و راهکارهای کتابخانه مرکز پژوهشکی خاص از زوایایی قابل توجه است. اول این که کتابخانه علاوه بر پژوهشکی خاص به عنوان یک کتابخانه تخصصی پژوهشکی آغاز به کار کرد. بیشتر عناوین کتاب‌ها نیز عنوانی مذهبی، رمان و شعر را نیز دارد و این امر در

عضوگیری و حرکت‌های اولیه کتابخانه مرکز پژوهشکی خاص به عنوان یک کتابخانه تخصصی پژوهشکی آغاز به کار کرد. بیشتر عنوانین کتاب‌ها نیز عنوانی

حاضر به فروش دویاره کتاب نمی‌شد. بلکه آن را در منزل و کتابخانه شخصی اش نگاه می‌داشت. ذرا فکر می‌کرد که شاید از یک جمله یا تعبیر می‌توان برداشت درست و روشن تری پیدا کرد. شاید این پژوهش و



فلسفه نوع

ضرورت وجود هر کتابی و فلسفه بودن آن در کتابخانه امر ضروری است، بنابراین کاملاً واضح است که وجود هر دو دسته از

تجسم و ایجاد یک محیط فرهنگی در جهت ارایه نیازهای افراد کتابخانه مؤثر است و همواره اصل نوع سلیقه‌ها را بیان می‌کند. بیشک هر کدام از تیپهای اجتماعی، علاوه بر مطالعه حرفه‌ای و کاری، نیازهای دیگری دارند و این نیازها همواره با مقوله‌هایی از جمله مطالعات علمی، مذهبی و ادبی پر خواهد شد. از سوی دیگر جنبه سرگرمی و پر کردن اوقات زاید را باید در نظر داشت. مثل زمانی که والدین قرار است روی حسنه انتظار بنشینند، اما به جای این انتظار و تلف شدن وقت، به کتابخوانی می‌پردازند و این امر خود نکته‌ای ابتکاری و جالب است. از سوی دیگر کتابخانه می‌تواند برای خود پرسنل و کارمندان مرکز پژوهشی خاص نیز آموزنده و مفید باشد و در ارتقای سطح علمی، فکری و کاری آنان و همچنین افزایش معلومات عمومی آنها، سهم به سزاوی را می‌کند.

به گزارش خبرنگار ما پرسنل مرکز اعم از پژوهشکان و کادر اداری نیز از کتابهای غیر پژوهشکی کتابخانه به خصوص کتب مذهبی و نیز ادبی و رمان برای پر کردن اوقات فراغت خود استفاده می‌کنند. این کتابها بیشتر به صورت طولانی مدت (۱۰-۱۴ روز) به امامت برده می‌شود اما درخصوص کتابهای پژوهشکی که هدف عمله ایجاد کتابخانه مرکز پژوهشکی خاص بوده است، در این کتابخانه کتابهاییش بیشتر توسط پژوهشکان و متخصصان مرکز و همچنین دانشجویان که از دانشگاه‌های مختلف معرفی می‌شوند، همچنین نرمافزار مورد استفاده در کتابخانه نرمافزار پارس آذرخش است، این برنامه علاوه بر امکان ثبت و تصحیح اطلاعات کتاب‌ها، اطلاعات مربوط به اعضا و نیز کتاب مورد امامت و... را دارد و امکان جستجوی پیشرفته را نیز برای مراجعه‌کنندگان فراهم می‌کند طوری که یک مراجعه‌کننده می‌تواند کتاب مورد نظر خود را درباره یک موضوع خاص، یک نویسنده خاص، عنوان خاصی یا ترکیبی از آنها پیدا کند.

تعداد دقیق اعضا و افراد

به گزارش خبرنگار ما به نقل از مرکز پژوهشکی خاص، تعداد اعضا کتابخانه در حال حاضر ۱۱۵ نفر است که از این تعداد در حدود ۶۹۵ درصد اعضا جزو پرسنل پژوهشکی و اداری خود مرکز هستند. این موضوع نشان می‌دهد که کتابخانه هنوز قدرت جذب تعداد بیشتر مراجعه‌کنندگان را دارد. همچنین نرمافزار مورد استفاده در کتابخانه نرمافزار پارس آذرخش است، این برنامه علاوه بر امکان ثبت و تصحیح اطلاعات کتاب‌ها، اطلاعات مربوط به اعضا و نیز کتاب مورد امامت و... را دارد و امکان جستجوی پیشرفته را نیز برای مراجعه‌کنندگان فراهم می‌کند طوری که یک مراجعه‌کننده می‌تواند کتاب مورد نظر خود را درباره یک موضوع خاص، یک نویسنده خاص، عنوان خاصی یا ترکیبی از آنها پیدا کند.

بخش‌های تزئینی کتابخانه

اصولاً هر کتابخانه‌ای علاوه بر کتاب،

کتاب‌ها چه پژوهشکی و چه غیرپژوهشکی در کتابخانه لازم و ضروری است؟ کتاب‌های غیر پژوهشکی به خاطر حجم وسیع مخاطبان و کتاب‌های پژوهشکی به خاطر اهمیت در دسترس بودن وسیع، همه جایه اطلاعات برای پژوهشکان باید در کتابخانه وجود داشته باشند.

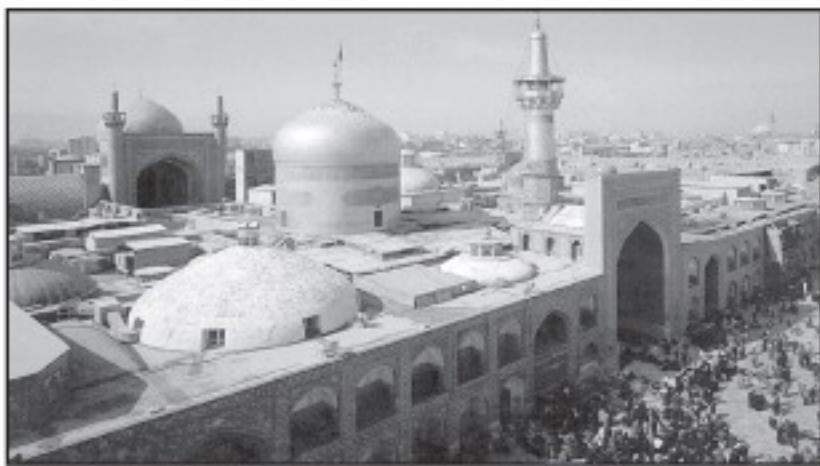
امانکه مهمی که در رابطه با کتابهای پژوهشکی حائز اهمیت به نظر می‌رسد، تلازگی است. چون مطالعه کتاب‌های پژوهشکی به سرعت کهنه می‌شوند و باید نسخه جدید آنها تهیه شود که این موضوع هزینه زیادی را می‌طلبد. البته اگرچه از نظر مقایسه‌ای تعداد مراجعان کتاب‌های غیرپژوهشکی بسیار بیشتر از مراجعان کتاب‌های پژوهشکی است، اما اهمیت کار مراجعان کتاب‌های پژوهشکی بیشتر است و مخاطبان از جمله افراد متخصص و دانشگاهیان را در برمی‌گیرد.

در حال حاضر مخزن کتابخانه مرکز پژوهشکی خاص دارای ۲۸۴۵ نسخه کتاب فارسی و ۳۴۷ نسخه کتاب انگلیسی است.

کلام آخر

کتابخانه مرکز پژوهشکی خاص در حالی تولد خود را اعلام می‌کند که همواره برای غنی شدن و تنویر بیشتر به زمان نیاز دارد و این زمان همواره با هزینه پر خواهد شد. آخرین خرید این کتابخانه در اردیبهشت ماه امسال از نمایشگاه بین‌المللی کتاب بود. با این کار گامی در جهت پرشدن تنوع و تکثیر کتابخانه برداشته شد. اما با این تفاویر کتابخانه پژوهشکی خاص به عنوان یک حرکت فرهنگی که ریشه در حرکت‌های خود جوش و مردمی دارد، به همت و تلاش جامعه پژوهشکی، و افراد اهل کتاب و فرهنگ جامعه نیازمند است. افرادی که هر کدام با اهداف کتاب می‌توانند برگی از یک حرکت فرهنگی را به نفع بیماران کتاب بزند.

خاطرات اردوی زیارتی سیاحتی مشهد مقدس



بی شمار و تنگاتنگ گردد هم آمده بودند تا
ندای... اکبر و یگانگی خدا را با هم سر
دهند و عید فطر را با هم آغاز کنند. بعد از
نمای عید فطر، زیارت آقا امام رضا(ع) واقعاً
لذت بخش بود چه بگوییم از صفاتی
صحن انقلاب و شکوه آن. پنجه فولادی
که بارها و بارها گواهی داده که چه بیمارانی
شفا گرفته اند و سقاخانه‌ای که همیشه در
حال فوران و دارای آب خنک و گوارانی
است. بارگاه با عضمت ثامن‌الائمه آنقدر
بزرگ است که قابل توصیف نیست.

روز چهارشنبه طبق برنامه‌ریزی خانم
امیرپور، ساعت ۱۰ صبح افراد گروه جلوی
هتل جمع شدند تا گردشی دسته‌جمعی
اطراف شهر مقدس مشهد داشته باشند.
با اتوبوس به سمت طوس حرکت کردیم،
طوس شهری است در اطراف مشهد که
آرامگاه ادیب و شاعر سراینده شاهنامه
حکیم ابوالقاسم فردوسی در آنجا واقع
است. ساعت ۱۱ به آرامگاه فردوسی
رسیدیم مکانی است تاریخی و زیبا. در
ابتدا ورود به محوطه، ساختمان سفید
رنگی به چشم می‌خورد که روی آن اشعار
فردوسی با خطی زیبا نگاشته شده است.
داخل ساختمان و بر دیوارهای آن

**شور و شوق بچه‌ها صفاتی
خاصی به قطار واگن‌ها داده
بود. بچه‌ها همه از اینکه در
کنار هم سفری دسته‌جمعی
را تجربه می‌کنند خوشحال
بودند. گرچه افراد به گروه‌های عنفری در**

**گروه‌های عنفری در کوپیدها
نقسیم شده بودند ولی به
دلیل محبت و علاقه افراد به
یکدیگر گاه کویه‌ای را خالی
می‌کردند چرا که در موقع جمع بودن
شادی‌هایشان پر رنگ‌تر می‌شد. ساعت ۲**
**الی ۳ با مدداد بود که کم کم سکوت فضای
کویه‌های قطار را پر کرد و هر کدام به
خواب رفتند، با این آرزو که شروع سفر
خوشی را در پیش داشته باشند.**

**صبح روز دوشنبه تقریباً ساعت ۱۱ صبح
قطار از حرکت ایستاد و نویاد این را داد که
به مقصد رسیده‌ایم. دو دستگاه اتوبوس از
طرف پدر بزرگوار دو بیمار تالاسمی حاج
آقای عبدالرضا آذیر به راه آهن آمده بود تا
زائران گروه امام رضا(ع) را به هتل ببرند.
ساعت ۱۲ به هتل آپارتمان سید جلال
رسیدیم. در هتل پارچه خوش آمدگویی
برای گروه‌آذین شده بود. این مهمان‌نوازی
از جانب انجمن تالاسمی استان صورت
گرفته بود. ساعت ۲ بعد از ظهر بود که
همراهان بر اساس برنامه‌ریزی قبلی
دسته‌بندی شده و به اطاق‌هایشان
راهنمایی شدند. بعد از صرف ناهار از
آنچایی که محل اقامتمان تا حرم تزدیک بود
و فاصله چندانی نداشت هر کس در هر
زمانی که اراده می‌کرد و دلش هوای حرم**

سفر، روز یکشنبه می‌ام مهرماه ۱۳۸۵
با حضور ۱۱۵ نفر، بوسیله قطار آغاز شد.
زائران گروه تالاسمی از بیمارستان مرکزی
طبی کودکان بسیج شده بودند تا با کاروان
حله راهی دیار دوست، شهر ثامن‌الرضا
گردند. افراد کاروان در واگن‌های ۷ و ۸ در
کویه‌های خود مستقر شدند، شور و شوق
بچه‌ها صفاتی خاصی به قطار واگن‌ها داده
بود. بچه‌ها همه از اینکه در کنار هم سفری
دسته‌جمعی را تجربه می‌کنند خوشحال
بودند. گرچه افراد به گروه‌های عنفری در
کویه‌ها تقسیم شده بودند ولی به دلیل
محبت و علاقه افراد به یکدیگر گاه
کویه‌ای را خالی می‌کردند و کویه‌ای دیگر
را پر می‌کردند چرا که در موقع جمع بودن
شادی‌هایشان پر رنگ‌تر می‌شد. ساعت ۲
الی ۳ با مدداد بود که کم کم سکوت فضای
کویه‌های قطار را پر کرد و هر کدام به
خواب رفتند، با این آرزو که شروع سفر
خوشی را در پیش داشته باشند.

**صبح روز دوشنبه تقریباً ساعت ۱۱ صبح
قطار از حرکت ایستاد و نویاد این را داد که
به مقصد رسیده‌ایم. دو دستگاه اتوبوس از
طرف پدر بزرگوار دو بیمار تالاسمی حاج
آقای عبدالرضا آذیر به راه آهن آمده بود تا
زائران گروه امام رضا(ع) را به هتل ببرند.
ساعت ۱۲ به هتل آپارتمان سید جلال
رسیدیم. در هتل پارچه خوش آمدگویی
برای گروه‌آذین شده بود. این مهمان‌نوازی
از جانب انجمن تالاسمی استان صورت
گرفته بود. ساعت ۲ بعد از ظهر بود که
همراهان بر اساس برنامه‌ریزی قبلی
دسته‌بندی شده و به اطاق‌هایشان
راهنمایی شدند. بعد از صرف ناهار از
آنچایی که محل اقامتمان تا حرم تزدیک بود
و فاصله چندانی نداشت هر کس در هر
زمانی که اراده می‌کرد و دلش هوای حرم**

نمادهایی از داستان‌های شاهنامه همچون داستان ضحاک مار بدوش، کاوه آهنگر، رستم و اسفندیار و ... دیده می‌شد. مردم گردانگرد مقبره فردوسی که همچون ستاره‌ای می‌درخشید جمع شده بودند و فاتحهای نثار روح بلندش می‌فرستادند. در خارج از ساختمان آرامگاه در ضلع غربی محوطه موزه‌ای واقع است که دارای آثار تاریخی تابلوهایی از نقاشی با موضوع اسطوره‌های فردوسی به چشم می‌خورد. بعد از بازدید کامل از آرامگاه فردوسی به سمت طرقه به راه ادامه دادیم. طرقه مکانی دارای محیط سرسبز و کوهستانی است. در آنجایی کی از باغ‌های آنجا برای صرف ناهار و چای دعوت شدیم، البته ناگفته نماند که صدا و سیما هم در آنجا حضور پیدا کرد و از بچه‌ها گزارشی تهیه کرد. تعدادی دوست نداشتند که جلوی دوربین ظاهر شوند و عده‌ای هم جلو دوربین رفتند. بعد از

اینکه کار گزارش به پایان رسید، ناهار دیری سنگی، آن هم در منطقه کوهستانی و خوش آب و هوا صرف شد که جای خیلی‌ها خالی بود. بعد از صرف ناهار در

قسمتی از محوطه



ساعت ۸ شب سوار اتوبوس شدیم و به سمت راه‌آهن مشهد حرکت کردیم. با شنیدن اینکه مسافرین ساعت ۱۰/۱۰ به مقصد تهران هر چه سریعتر به واحد کنترل بلیط مراجعاً کنند باورمن شد که سفر تمام شد

مقدس بودیم، همه ناراحت از اینکه چقدر لحظات خوش و دوست‌داشتنی زود به پایان رسید و کم کم باید با آقا امام رضا (ع) وداع می‌گفتیم.

افراد گروه همه با خانم امیرپور در صحنه ایوان طلای آقا امام رضا (ع) جمع شدیم و این بار همگی دعای کمیل، زیارت عاشورا، دعای توسل، دعای فرج و... را رسیدیم و تا پاسی از شب را در حرم بودیم.

جمعه روز آخر سفر بود. در سالن غذاخوری و در کنار حرم و ساخانه عکس دسته‌جمعی با عده‌ای از بچه‌ها و والدین آنها به یادگار گرفته شد. عده‌ای در بازار مشغول خرید سوغاتی و عده‌ای با آقا امام رضا (ع) خلوت کرده بودند. قبل از حرکت به تهران هتل را به قصد بازار بین‌المللی مشهد و مرکز تجاری العاس شرق ترک کردیم.

علت رفتن ما به این بازارها دلیل داشت اول دیدن بازارهای جالب و جذاب و پر زرق و

برق بود و دومین علت این بود که دویاره شام مهمان رستوران بوف در طبقه چهارم العاس شرق بودیم. خیلی جالب و دیدنی بود. بعد از صرف شام خانم امیرپور و خانم

اعلانی هدیه‌ای به رسم یادبود از مشهد مقدس به همه تالاسمی‌ها دادند که بسیار زیبا و با ارزش و دوست‌داشتنی بود. گردانندی که آیه «وان یکاده در آن حکی شده بود همه خوشحال شدند و به گردنهایشان آویختند. ساعت ۸ شب سوار اتوبوس شدیم و به سمت راه‌آهن مشهد حرکت کردیم. با شنیدن اینکه مسافرین ساعت ۱۰/۱۰ به مقصد تهران هر چه سریعتر خدمت می‌کردند، برکت سفرهایش بی‌کران بود. شب آخری بود که در مشهد

امروز ناهار مهمان آقا امام رضا (ع) هستیم. همه تالاسمی‌ها با والدین خود آرزوی خوردن چنین غذایی را داشتند. گویی که بهترین هدیه خود را از آقا امام رضا (ع) گرفته‌اند. بعد از زیارت حرم امام رضا (ع) شده بود همه خوشحال شدند و به سریعتر به واحد کنترل بلیط مراجعاً کنند باورمن شد که سفر تمام شد.

یک نفر از افراد گروه، آتش با چوب‌های خشک بربا کرد و بچه‌ها و بزرگترها گردانگرد آن جمع شدند تا خود را گرم کنند. پقدار شادی می‌کردند و خوشحال بودند. ساعت حدود ۵ بعد از ظهر بود که اتوبوس شدیم مسیر برگشت را طی می‌کردیم که آقای راننده در مکانی برای اقامه نماز مغرب و عشا توقف کرد. پس از نماز به سمت هتل حرکت کردیم. بعد از اینکه به هتل رسیدیم کمی استراحت کردیم قرار بر این شد بعد از صرف شام به

کتاب

دانستنی‌های تالاسمی

و... را دربر می‌گیرد. به گزارش خبرنگار ما، کتاب مذکور به لحاظ ویژگی‌های نویسنده‌گی از تئری جذاب و خواندنی برخوردار است و نه تنها برای دانشجویان علوم پزشکی و مرتبط با آن بلکه برای بسیاری از افراد، معلومات سودمندی را در خود نهفته است. شیوه نگارش کتاب از شری ژورنالیستی و راحت بهره‌مند است. شیوه نگارش کتاب از شری ژورنالیستی و راحت بهره‌مند است. شیوه نگارش کتاب از شری ژورنالیستی و راحت بهره‌مند است. شیوه نگارش کتاب از شری ژورنالیستی و راحت بهره‌مند است. شیوه نگارش کتاب از شری ژورنالیستی و راحت بهره‌مند است. شیوه نگارش کتاب از شری ژورنالیستی و راحت بهره‌مند است. شیوه نگارش کتاب از شری ژورنالیستی و راحت بهره‌مند است. شیوه نگارش کتاب از شری ژورنالیستی و راحت بهره‌مند است. شیوه نگارش کتاب از شری ژورنالیستی و راحت بهره‌مند است. شیوه نگارش کتاب از شری ژورنالیستی و راحت بهره‌مند است. شیوه نگارش کتاب از شری ژورنالیستی و راحت بهره‌مند است.

به گزارش خبرنگار ما این کتاب توسط فدراسیون بین‌المللی تالاسمی (Talassemia International Federation)، مبتلا به تالاسمی تنظیم، نوشته و توسط بنیاد امور بیماری‌های خاص به فارسی برگردانده شده است و در نگارش کتاب سعی شده تابعه بیماری، خصوصیات بالینی، جدیدترین روش‌های پیشگیری و آخرین یافته‌ها و رویکردهای علمی و درمانی تالاسمی به سادگی شرح داده شود. کتاب «دانستنی‌های تالاسمی» ۱۱ فصل دارد. این فصول مواردی از جمله مشکلات پزشکی تالاسمی، عقولت در بیماران تالاسمی، روانشناسی تالاسمی، ایدمیولوزی و پیشگیری

خاص؛ کتاب دانستنی‌های تالاسمی با ترجمه داود ابریشمی و به همت بنیاد امور بیماری‌های خاص و از سوی مؤسسه انتشارات نزهت چاپ و منتشر شده است.

به گزارش خبرنگار ما این کتاب توسط فدراسیون بین‌المللی تالاسمی (Talassemia International Federation)، مبتلا به تالاسمی تنظیم، نوشته و توسط بنیاد امور بیماری‌های خاص به فارسی برگردانده شده است و در نگارش کتاب سعی شده تابعه بیماری، خصوصیات بالینی، جدیدترین روش‌های پیشگیری و آخرین یافته‌ها و رویکردهای علمی و درمانی تالاسمی به سادگی شرح داده شود. کتاب «دانستنی‌های تالاسمی» ۱۱ فصل دارد. این فصول مواردی از جمله مشکلات پزشکی تالاسمی، عقولت در بیماران تالاسمی، روانشناسی تالاسمی، ایدمیولوزی و پیشگیری



اصول تنظیم برنامه‌های غذایی

غذایی می‌پردازد و شیوه استاندارد، برچسب گذاری را شرح می‌دهد. همچنین یکی از موارد قابل ذکر در این کتاب استفاده از جدول‌ها و شیوه‌های آماری است که مقدار غذا، درصد ویتامین‌ها و پروتئین‌ها و اطلاعات سودمند دیگری در آن آمده است.

پروفین میرمیران در کتاب خود تلاش دارد که بین محصولات غذایی و موارد کاربرد آنها در ارتباط با بیماری خاص ارتباط ایجاد کند. وی در جایی از این کتاب در رابطه با آموزش مصرف‌کننده می‌گوید: «اصحراف کنندگانی که می‌دانند، چگونه برچسب‌های غذایی را بخوانند، چگونه برچسب‌های غذایی را بخوانند، قادر خواهند بود که اطلاعات کسب شده در به کارگیری تغذیه سالم به کار ببرند». کتاب «اصول تنظیم برنامه‌های غذایی» در ۱۱۲ صفحه با تیراز ۲ هزار نسخه و بهای ۷۰۰ تومان در دسترس دانشجویان و علاقه‌مندان حوزه‌های پزشکی قرار دارد.

اصول تنظیم برنامه‌های غذایی



را در بعضی از غذاها رایج کرد. برچسب غذایی طوری باید تنظیم و نوشته شوند که یک رژیم شناسی نتواند هنرمندانه در طراحی یک رژیم از آن استفاده کند. آموزش تغذیه و عمل برچسب گذاری سال ۱۹۹۰ تغییرات عمده‌ای را در اطلاعات موجود در یک برچسب ایجاد کرد. «اصول تنظیم برنامه‌های غذایی» به بحث گذاشته شده است. تویسته در جایی می‌گوید: در سال ۱۹۷۳ FDA (کمک به مصرف کنندگان که بتوانند نیازهای غذایی خود را با انتخاب عاقلانه غذای سالم تأمین کنند، سیستم برچسب

خاص؛ کتاب اصول تنظیم برنامه‌های غذایی، تألیف پروین میرمیران است و به کوشش بنیاد امور بیماری‌های خاص و از سوی مؤسسه اطلاعات وارد بازار نشر شده است. به گزارش خبرنگار ما این

کتاب در برگیرنده اطلاعاتی کامل درباره تنظیم برنامه‌های غذایی است که نحوه استفاده از خوراکی‌های رایج شیوه‌ای علمی و جامع شرح و بررسی کرده است. در این کتاب شیوه‌های رایج جانشینی غذاها و خوراکی‌ها از جمله روش جانشینی فهرست نشاسته، روش جانشینی

فهرست میوه، گوشت، سبزی، چربی، غذاهای آزاد و... شرح داده شده است. همچنان مسائل جالبی از جمله برچسب گذاری تغذیه‌ای در کتاب «اصول تنظیم برنامه‌های غذایی» به بحث گذاشته شده است. تویسته در جایی می‌گوید: در سال ۱۹۷۳ FDA (کمک به مصرف کنندگان که بتوانند نیازهای غذایی خود را با انتخاب عاقلانه غذای سالم تأمین کنند، سیستم برچسب



راهنمای درمان مولتیپل اسکلروز (ام اس)

هرمون ACTH، استروئیدهای خوراکی، استروئیدهای اینترکال در رابطه با بیماری (ام اس) شرح و توضیح داده شده است. فصل سوم این کتاب به درمان‌هایی می‌پردازد که بر روند طولانی مدت بیماری اثر دارند.

فصل چهارم و پنجم نیز به ترتیب به عواملی از جمله درمان‌های علامتی و نوانبخشی و درمان‌های جایگزین که توسط بیماران ام اس استفاده می‌شود، می‌پردازند.

این کتاب اگرچه علت بیماری (ام اس) را ناشناخته می‌داند، اما فاکتورهای محیطی (عفوتوس‌های ویروسی و ...) را از علت‌های این بیماری معرفی می‌کند؛ این عامل یک روند اینمی‌را در فردی که استعداد مشخص ژنتیکی دارد تحریک می‌کند و فاکتورهای ژنتیکی نیز که احتمالاً در بروز این بیماری دخیل هستند، چند زن تداخل کننده را در بر می‌گیرند.

دکتر جمشید لطفی، ریس هیئت مدیره انجمن (ام اس) ایران در توضیح این بیماری و کتاب مذکور می‌گوید: «بیماری

خاص؛ کتاب راهنمای مولتیپل اسکلروز (ام اس) آثر کریس پولمن، جک موری، آلن تامسن و یان مک دونالد از سوی بنیاد امور بیماری‌های خاص منتشر شده است.

به گزارش خبرنگار ما ترجمه این کتاب، را دکتر جواد عاملی، دکتر سید مسعود نبوی و دکتر مریم نوروزیان بر عهده داشته‌اند و دکتر جمشید لطفی استاد دانشگاه و ریس هیئت مدیره انجمن ام اس ایران نیز مقدمه کتاب را نوشته است.

این کتاب از بیماری «ام اس»، مشخصات و علائم آن، تعاریفی را ارایه داده است و در واقع آخرین داده‌های فدراسیون جهانی «ام اس»، را در اختیار جامعه پزشکی قرار داده است.

این کتاب در ۵ فصل به نگارش درآمده و در فصل اول مقدمه‌ای درباره وضعیت بیماری «ام اس» تکنیک‌ها و شواهد کارانی و انتخاب روش درمان، و ... نوشته شده است.

در فصل دوم نیز که با عنوان درمان مشخص شده مطالبی از جمله عوامل اختصاصی، متیل پرد نیزولون و ریدی،

وضعیت ایدز در کشورهای مختلف

ویروس ایدز مطالعه همه گیری‌ها، نقش رفتارهای فردی در همه گیری، ردیابی مؤثر همه گیری، برنامه پیشگیری از ابتلا، پیشگیری از وقوع HIV در جوانان، تزریق مواد مخدر و ارتباط آن با ایدز و ... طبق جدول‌های آماری و نمودارهای دقیق و تخصصی برای مخاطبان به نگارش درآمده است.

به گزارش خبرنگار ما دکتر نعمت‌الخوانساری در این کتاب می‌گوید: «آنکه گویی به ویروس ایدز (HIV) همچنان در تمام جهان در حال گسترش است و به تدریج در جوامعی که قبلاً کمتر ادامه در صفحه بعد



خاص؛ کتاب وضعیت ایدز در کشورهای مختلف به قلم دکتر نعمت‌الخوانساری، استاد گروه ایمنولوژی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران و با حمایت بنیاد امور بیماری‌های خاص و از سوی مؤسسه فرهنگی هنری ریحانه نی (ص) وارد بازار نشر شده است.

به گزارش خبرنگار ما در این کتاب آخرین وضعیت‌های بیماری ایدز در قاره آسیا، اروپا، آفریقا و خاورمیانه با استفاده از داده‌های دقیق و آماری ارایه شده است.

اصل انتقال خون

اصول انتقال خون



شرح و تعریف شده است. به گزارش خبرنگار ما به نقل از این کتاب میزان نیاز به واحدهای خونی در دهه‌های آینده به دلیل جراحی‌های بزرگ حدود ۲۵۰ تا ۴۰۰ درصد افزایش خواهد داشت.

در یک بررسی آماری در سال‌های گذشته برای زمانی که جمیعت ایران برابر با ۴۰ میلیون نفر بوده، میزان نیاز به فرآورده‌های خونی یک میلیون و ۲۰۰ هزار تا یک میلیون و ۶۰۰ هزار واحد خون در سال برآورد شده است. همچنین به ازای هر بیمارستان ۱۱ الی ۱۵ واحد فرآورده‌های پلاسمایی مورد نیاز است. دکتر داوود منادی‌زاده، استاد همایتوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در این کتاب نکته جالبی درباره تجویز خون اشاره می‌کند.

وی می‌گوید: «تجویز خون بدون فکر و منطق همانند بازی با رولت روسی است که به جای هفت تیر از شیشه خون استفاده می‌شود، تزریق اگرچه به نفع پزشک تجویز کننده است که گمان می‌کند مشکلی پیش نخواهد آمد ولی خطر آنها نهایتاً متوجه بیمار می‌شود». کتاب اصول انتقال خون در ۱۵۵ صفحه، شمارگان هزار و پانصد نسخه و قیمت هزار و صد تومان در کتابفروشی‌ها قرار دارد.

در مقدمه کتاب، تاریخچه انتقال خون، اهمیت انتقال خون در پزشکی، اهداف آینده سرویس‌ها و تکنیک‌های عمده مورد استفاده در انتقال خون شرح داده شده است. در بخش‌های بعدی کتاب نیز مطالبی درباره دهنده خون، آزمایش قبل از تزریق، تعیین گروه‌های خونی، غربال‌گری، آنتی‌بادی‌ها، تزریق گلbul‌های سرخ، شیوه تزریق فرآورده‌های گلbul سرخ و مشکلات ناشی از آن و ... به چاپ رسیده است. اما در فصل بعدی کتاب مقاهم و مباحث مهمتری از جمله تزریق خون از یک فرد به خود او، روش‌های حفظ و نگهداری گلbul‌های قرمز، تعیین گروه خونی و غربال‌گری آنتی‌بادی خانم‌های حامله، تزریق خون به جنبین و نوزاد، تعویض خون، انتقال حجمی خون و ...

خاص: کتاب «اصول انتقال خون» از سوی بنیاد امور بیماری‌های خاص چاپ و به جامعه پزشکی ایران ارایه شده است.

به گزارش خبرنگار ما این کتاب یک تألیف گروهی است و در نگارش آن، پژوهشکاری از جمله دکتر حسین نوری، دکتر منیزه حسن‌زاده و دکتر سید علی مرعشی سهم داشته‌اند.

همچنین ویرایش این اثر زیر نظر دکتر ناصر صادقیان، دانشیار و فوق تخصص جراحی اطفال است و مقدمه کتاب رانیز دکتر منادی‌زاده فوق تخصص همایتوژی و استاد دانشگاه به تحریر درآورده است.

این کتاب در ۱۵ فصل به نگارش درآمده و مطالبی جامع و مانع را درباره انتقال خون در برمی‌گیرد.

وضعیت ایدز در کشورهای مختلف

۳ میلیون نفر نیز به افراد مبتلا به ایدز اضافه شده و موجب دو برابر شدن جمیعت افراد مبتلا به ایدز در جهان شده است.

کتاب «وضعیت ایدز در کشورهای مختلف» در ۵۰ صفحه و شمار ثبت ۷۵۸۳ در کتاب خانه ملی ایران و تیراز ۵۰۰۰ نسخه در اختیار جامعه پژوهشکی قرار دارد.

علی‌رغم این که روش‌های تشخیص روز به روز بهتر می‌شود و روش‌های پیشگیری آموخته می‌شود، امروزه یک نفر از ۱۰۰ نفر بالغ در سن فعالیت جنسی (۱۵ تا ۴۹ ساله) مبتلا به ویروس ایدز هستند و از این جمیعت کثیر، تعداد کمی از آنها از عفونت خود اطلاع دارند.

در سال ۲۰۰۱ حدود ۳ میلیون نفر در اثر ابتلا به بیماری ایدز جان باختند و

ادامه از صفحه قبل دچار همه گیری آن بودند با سرعت بیشتری گسترش می‌یابد.

در نقاطی که ایدز علت اصلی مرگ جمیعت ۱۵ تا ۴۹ سال بوده نیز افزایش موارد مشاهده می‌شود.

دکتر خوانساری در ادامه می‌افزاید: « فقط در طی سال ۲۰۰۱ نزدیک به ۵ میلیون مورد جدید عقوبت ایدز شناخته شده است.

سکوت در برابر ایدز

به معنای مرگ است

۲۰۱۰ در مجموع بودجه مورد نیاز برای واکنش موثر در برابر ایدز به ۲۰ میلیارد دلار در سال افزایش خواهد یافت.

دیر کل سازمان ملل در پیام خود ادامه داد: ما نمی توانیم خطر کنیم و اجله دهیم پیشرفت هایی که به دست آمده از بین بروز چالش فعلی این است که تمام تعهداتی که در انتقال روشی بود تا جهان به کمک آن در مقابل ایدز بایست و پنج سال قبل تمام کشورهای عضو سازمان ملل با پذیرفتن بیانیه تعهد شامل اهداف ویژه پلند مدت در چارچوب زمانی برای مقابله با همه گیری این بیماری، به نقطه عطف تأثیری دست پیدا کردن.

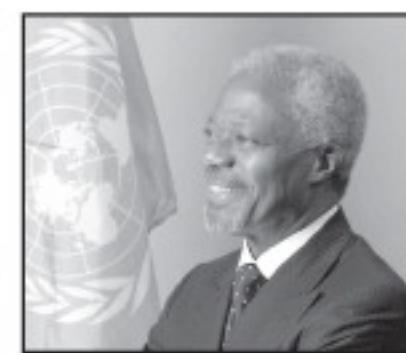
وی تأکید کرد: «مسئولیت» - که عنوان موضوع روز جهانی ایدز در سال ۲۰۰۶ بیماری، به نقطه عطف تأثیری دست پیدا کردن.

ریس جمهور، نخست وزیر و یا هر فرد پارلمانی و سیاسی تصمیم بگیرد و اعلام کند که ایدز باید توسط من متوقف شود. نیازمند این است که این افراد حفاظت از تمام گروههای مستعد را - شامل افراد حامل ویروس ایدز، جوانان و معتمدان - تقویت کنند. نیازمند این است که دست به دست هم با گروههای جامعه مدنی که برای این مبارزه بسیار حیاتی هستند، همکاری کنند و نیازمند این است که برای تغییر واقعی و مثبت در روابط بین زنان و مردان در تمام سطوح جامعه تلاش کنند.

عنان همچنین اظهار داشت اما مسئولیت فقط برای افرادی که سمتی دارند به کار نمی رود. بلکه مربوط به همه ما است. این صندوق جهانی مقابله با ایدز، سل و مalaria هست که تقریباً سه میلیارد دلار به برنامه های تجاری در مراکز شغلی و در جوامع گستردگتر برای پیشگیری از ایدز تلاش کنند و از کارکنان آنده به این ویروس و خانواده های آنها را بگیرند. نیازمند این است که کارکنان بهداشتی، رهبران جوامع و گروههای با ایمان ادامه در صفحه بعد

و اراده سیاسی که قبلاً هرگز وجود نداشته، نیاز داریم.

عنان اضافه کرد: تأسیس دفتر برنامه ایدز سازمان ملل (UNAIDS) در یک دهه پیش که نیروها و منابع را از بسیاری از بخش های خانواده سازمان ملل گردیده اند، نقطه عطفی در انتقال روشی بود تا جهان به کمک آن در مقابل ایدز بایست و پنج سال قبل تمام کشورهای عضو سازمان ملل با پذیرفتن بیانیه تعهد شامل اهداف ویژه پلند مدت در چارچوب زمانی برای مقابله با همه گیری این بیماری، به نقطه عطف تأثیری دست پیدا کردد.



دیر کل سازمان ملل در پیام خود به مناسبت روز جهانی ایدز اعلام کرد که از زمان اوین مورد گزارش ایدز در طول ۲۵ سال گذشته، این بیماری جهان را تغییر داده است. به گزارش سرویس ابهدشت و درمان خبرگزاری دانشجویان ایران، کوئی عنان خاطر نداشته باشد در پیامی به مناسبت روز جهانی ایدز ضمن بیان مطلب فوق خاطر نشان کرد: این بیماری جان ۲۵ میلیون تن را گرفته و ۴۰ میلیون نفر دیگر را آلوه کرده است. ایدز به عامل مهم مرگ و میر در جهان در بین زنان و مردان بین ۱۵ تا ۵۹ سال تبدیل شده است. این بیماری بزرگترین بد اقبالی را در تاریخ پیشرفت بشر متوجه انسان کرده است و به عبارت دیگر به بزرگترین چالش نسل متابدل شده است.

وی در ادامه افزواد: مدت های طولانی

جهان این بیماری را منکر شد و نهیزیفت اما طی ۱۰ سال گذشته دیدگامها تغییر کرده است. هم اکنون جهان مقابله با این بیماری را به عنوان یک عامل مخرب جدی آغاز کرده است. منابع مالی در این زمینه تعهداتی دادند که هرگز در گذشته این تعهدات را نداده بودند. مردم به درمان های ضد ویروسی دسترسی پیدا کردند که در گذشته هرگز این امکان وجود نداشت، و چندین کشور مبارزه با شیوع این بیماری را مدیریت کردند که هرگز قبلاً این مبارزه را انجام نداده بودند.

هم اکنون که شمار مبتلایان به این عفونت فروکش کردندی نیست مایه تحریک خواست



وی همچنین متنکر شد: در همان سال ها از آنجا که من مسأله ایدز را در اولویت کارهایم یعنوان دیر کل سازمان ملل فرار دادم، خواستار تعبیین بودجه اضافی از هفت میلیارد دلار آمریکا به ۱۰ میلیارد دلار در سال شدم، امروز من عمیقاً افتخار می کنم که طرفدار صندوق جهانی مقابله با ایدز، سل و مalaria هستم که تقریباً سه میلیارد دلار به برنامه های تجاری در مراکز شغلی و در جوامع گستردگر برای پیشگیری از ایدز تلاش کنند و از سراسر جهان منتقل کرده است. اخیراً ما شاهد بودجه های اضافی مهمی از اهدا کنندگان دو جانبه، گنجینه های ملی، جامعه مدنی و سایر منابع بوده ایم اما باز هم بودجه بیشتری مورد نیاز است به طوری که تا سال

آمار بیماران دیالیزی در حال افزایش است



عنوان کرد و گفت: منابع حمایتی دولت در زمینه بیماران خاص خوب و مناسب است و مسئله در هماهنگی ها و مدیریت منابع است که راهگشای برخی چالش هاست. هاشمی افزود: طی ۱۰ سال گذشته با همکاری استانداری ها و دانشگاه های علوم پزشکی و خبرنی، مراکز بیماری های خاص از ۱۸۰ مرکز به ۹۰۰ مرکز افزایش یافته است.

رئیس بنیاد امور بیماری های خاص از راه اندازی مرکز مستقل بیماران خاص در به طی ماه آینده خبر داد و گفت: برنامه این بنیاد را گسترش حمایت از بیماران خاص و امکانات مورد نیاز آنان را ماندگاری می شود.

شناسایی شد که یکی از مهم ترین مشکلات آنان هزینه های بالای این بیماری است که باید به شکلی از سوی دولت یا سازمان های ذیر بسط حمایت شوند.

فاطمه هاشمی، تعداد بیماران دیالیز کشور را ۲ میلیون نفر خواند و در ادامه تصریح کرد: تعداد بیماران ام اس ۱۲ هزار نفر است که ۹۰ درصد هزینه های دارویی این بیماران از سوی سازمان های بیمه گر تأمین می شود.

رئیس بنیاد امور بیماری های خاص برنامه این بنیاد را گسترش حمایت از بیماران خاص و امکانات مورد نیاز آنان

بیماری تالاسمی در کشور مهار شده اما آمار بیماران دیالیزی در حال افزایش است، به طوری که سالانه ۳ هزار نفر به تعداد دیالیزی ها افزوده می شود.

به گزارش خبرنگار مهر در ارایک، رئیس بنیاد امور بیماری های خاص در حاشیه بازدید از بیمارستان ولی عصر (عج) ارایک ضمن بیان این مطلب به خبرنگاران افزود: از دلایل افزایش بیماران دیالیزی، گسترش امکانات دیالیز و شناسایی این بیماران است.

فاطمه هاشمی در ادامه با اشاره به اینکه کنترل بیماری هایی که منجر به بروز دیالیز می شود، ضروری است، اضافه کرد: در کشور ۱۲ هزار بیماری دیالیز شناسایی شده اند که با روند موجود رو به افزایش است.

وی تعداد بیماران تالاسمی را ۱۶ هزار نفو و هموفیلی را ۵ هزار نفر خواند و گفت: طی ۱۰ سال اخیر تعداد بیماران تالاسمی در سال از یک هزار نفر به ۲۵۰ نفر کاهش یافته است.

رئیس بنیاد امور بیماری های خاص با اشاره به اینکه بیماران سرطانی نیازمند حمایت جدی و قرار گرفتن در بین بیماران خاص هستند، گفت: بیماران سرطانی کشور نیز در حال افزایش است به طوری که سال گذشته ۷۰ هزار نفر بیمار سرطانی

سکوت در برابر ایدز به معنای مرگ است

به زودی از سمت دبیر کلی سازمان ملل کنار خواهم رفت اما تا جایی که قدرت دارم این پیام را گسترش خواهم داد. به همین دلیل است که روز جهانی ایدز همیشه برای من روز خاصی خواهد بود. در روز جهانی ایدز باید و این پیام را گسترش دهیم که سکوت در برابر این بیماری به معنای مرگ است. کوچی عنان در پایان خاطر نشان کرد: من ایدز، معهد بمانیم.

ادame از صفحه قبل بدون قضاوت کردن گوش فرادهند و توجه کنند. نیازمند این است که پدران، شوهران، پسرها و برادران ماز حقوق زنان حمایت کرده و این حقوق را پذیرند. نیازمند این است که معلمان از رؤیاها و آیمان های دختران حمایت کنند. نیازمند این است که مردان کمک کنند که مردان دیگر همواره

یک سوم افراد مبتلا به ایدز، به هپاتیت C ابتلا دارند

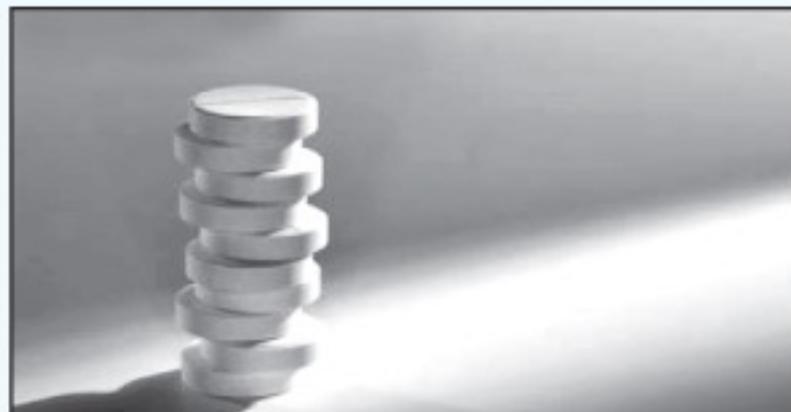
بر روی HIV مشکلی ندارد. افراد HIV مبتت را که از طریق تزریق آلووده شده‌اند، درگیر کرده است. وی تصریح کرد: بیماری ایدز و هپاتیت رابطه مستقیمی با یکدیگر دارند و تقریباً به صورت همزمان در افراد بروز می‌کند. وی یادآور شد: بر اساس آمارهای جهانی هپاتیت C همراه بیماران ایدزی است و یک سوم بیماران مبتلا به ایدز، به هپاتیت C نیز مبتلا هستند.

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اعلام کرد: یک سوم افراد آلووده به ایدز در سراسر دنیا از هپاتیت C رنج می‌برند.

دکتر معصومه عالی مقام، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، در گفت و گو با خبرنگار ایننا، گفت: هپاتیت C می‌من بیش از ۷۰ درصد

مدیرعامل شرکت سرمایه‌گذاری دارویی تأمین:

توزیع داروی بیماران خاص در منازل ۲۰۰ میلیارد ریال صرفه‌جویی دارد



مربوط به داروهای بیماران خاص در اختیار وزارت بهداشت است؛ بدین معنی که این وزارتخانه نقش خریدار، فروشنده و ناظر بر این نوع داروهای راتوماً بر عهده دارد. حال آن که قبلاً این اختیار به وزارت رفاه واگذار شده بود ولی متأسفانه مجدداً این اختیار به وزارت بهداشت بازگردانده شده است. در سایر کشورها نیز وزارت بهداشت تنها نقش ناظر بر نوع و کیفیت دارو را بر عهده دارد و پیشنهاد ما این است که این نقش هرچه سریعتر به وزارت رفاه باز گردانده شود. وی بایان این که مصرف سرانه داروهای خاص در کشور نسبت به سایر کشورها

از حد استاندارد بالاتر است، گفت: از جمله دلایل مصرف بیش از حد این دارو را می‌توان قاچاق آن به کشورهای حاشیه‌ای ذکر کرد که بر این اساس به منظور مبارزه با این پدیده، پیشنهادی حدود هفت ماه پیش به وزارت بهداشت ارائه شده است که بر مبنای آن دارو به طور مستقیم در درب منازل بیماران خاص توزیع شود.

به گفته دکتر محمدزاده، مدیر این طرح می‌تواند ضمن کاهش قاچاق داروهای خاص و ایجاد تسهیلات مناسب تر برای این دسته از بیماران، توزیع عادلانه داروهای خاص و حدود ۲۰۰ میلیارد ریال صرفه‌جویی به همراه داشته باشد؛ اما متأسفانه با مخالفت روپرور شد.

گفت: هر چند که شرکت تی پی کو مراتب مخالفت خود با این طرح را به مسؤولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسانده، ولی باید توجه داشت که دارو جزو اقلامی است که با جان مردم سرو کار دارد، بنابراین نیازمند مکان مناسب برای نگهداری، تجهیز و فروش است؛ از این‌رویه منظور جلوگیری از بروز مشکلات جبران ناپذیر در آینده به عنوان یک کارشناس از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌خواهم به ساختار سیاست گذاری و اجرایی دارویی وزارتخانه توجه جدی شود.

مدیر عامل شرکت سرمایه‌گذاری دارویی تأمین با اشاره به آنچه که نواقص موجود در مدیریت دارویی کثور و نیازمندی آن به مهندسی مجدد خواند، گفت: متأسفانه برخورد بی‌تدبیرانه با پدیده قاچاق دارو در کشورمان موجب شده که این موضوع به یک بحران تبدیل شود، به گونه‌ای که اگر در گذشته داروهای قاچاق در اماکن مشخص به فروش می‌رسید، امروز به شکل زیر زمینی به دست مصرف‌کننده می‌رسد که این امر برای سلامت افراد جامعه تهدیدی جدی تلقی می‌شود.

به گزارش گروه اجتماعی ایسنا دکتر محمدزاده، به برخی از طرح‌ها نظری «تأسیس فروشگاه‌های سلامت» جهت ارائه دارویه مصرف‌کنندگان اشاره کرد و

چهارمین دوره همایش آموزشی ارتقا دانش بیماران خاص و خانواده‌های آنان

گوارش، پروستات، عالیم بروز سرطان و انواع درمان‌های آن نیز مطالبی عنوان کرد. در این همایش خانم دکتر دیلمی نیز پیرامون سیستم اتفاقات طبیعی، انواع هموفیلی و شدت آن، عالیم هموفیلی، ژنتیک در هموفیلی، درمان هموفیلی، رعایت نکات مهم توسط بیماران هموفیلی و ... نکاتی را مطرح کرد. وی در روز آخر همایش هم در مورد تالاسمی و انواع آن، عالیم تالاسمی، مشکلات بیماران تالاسمی و درمان آن مطالبی را عنوان کرد.

در ادامه از آنجاکه حاضرین خواستار این بودند که در ارتباط با چگونگی بیمه شدن و تحت پوشش قرار گرفتن و ... مباحثی مطرح شود، با شرکت بیمه آئیه سازان هماهنگی به عمل آمد و از یکی از کارشناسان آنها (دکتر وکیل زاده) دعوت شد تا در جلسه شرکت نماید. وی نیز در ارتباط با وضعیت بیمه در کشور، انواع بیمه، بیمه پایه، بیمه مکمل یا تکمیلی، چگونگی فعلیت بیمه آئیه سازان و ... سخنرانی را ایجاد کرد.



اهمیت پرداختن به ورزش و ... مطالبی عنوان کرد. در ادامه همایش دکتر نخستین در مورد بیماری‌های کلیوی از جمله، وظایف کلیه؛ علل نارسایی کلیه؛ عالیم بیماری کلیوی؛ ارتباط بیماری دیابت با بیماری کلیه؛ دیالیز چگونگی انجام دیالیز و ... سخنرانی کرد.

دکتر نخستین در جلسات روزهای بعد نیز پیرامون انواع سرطان‌های شایع در استان گیلان نظری سرطان روده و دستگاه

چهارمین دوره همایش آموزشی ارتقا دانش بیماران خاص و خانواده‌های آنان با حضور اعضای انجمن حمایت از بیماران دیابتی و سایر علاقومندان آغاز شد. در طول برگزاری همایش، بیوستانی طی روزهای اول و دوم، پیرامون تعریف دیابت؛ چگونگی تشخیص دیابت؛ عوارض آن؛ نوع دیابت؛ علل ایجاد دیابت؛ آزمایش‌های تشخیصی، رعایت نکات لازم در تزریق انسولین؛ مشکلات بیماران دیابتی؛ عمل عمده ابتلاء به بیماری‌هادر دیابتی‌ها؛

دیدار جمعی از معلولان با هاشمی رفسنجانی

جمعیت معلولان با تأکید بر گسترش روز افرون سازمان‌های غیردولتی در جامعه افروز؛ معلولان نیز می‌توانند با تشکیل چنین تشکل‌هایی و حتی تشکیل گروهی حقوق‌داران برای احقيق حقوق این فشرگام بردارند.

هاشمی رفسنجانی نبود اطلاع رسانی کارآمد را ضعف دیگر جامعه در امر معلولان دانست و گفت: می‌توان با رسانه‌ها به خصوص صدا و سیما طرح‌های متعددی برای این فشرگام کرد. وی توجه به رفاه معلولان به خصوص رفت و آمد را مامهم خواند و گفت: تشهیل در رفت و آمد، زیربنایی ترین کار برای رسیدگی به امور معلولان است.



رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام به گزارش روزنامه هموطن سلام، گفت: کشف استعدادهای قراون نهفته آیت‌الله هاشمی رفسنجانی در دیدار جمعی از اعضای مؤسسه حمایت سیز پارسیان و پیشرفت کشور و تحولات گسترده در

اسامی نیکوکاران و خیرین بنیاد امور بیماری های خاص

دفتر مشارکت های مردمی

اشارة

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 ماههای اخیر، باعث شادی دل بیماران خاص شده اند، را اعلام کرد. 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 مالیشان را از طریق حساب بانکی به بنیاد امور بیماری های خاص اهدا کرده اند، اصل و یا تصویر فیش بانکی را به دفتر مشارکت های مردمی بنیاد ارسال نمایند.

رهتاب چی از فروشگاه بین، آقای بخت آور، آقای یزدانی از فروشگاه ویرا کیش، آقای شجری زاده از فروشگاه شجری زاده، آقای سهیل از فروشگاه سهیل، آقای از در پور از فروشگاه میلان، آقای مهندس صدریزاده از نرگس شیراز، آقای قاسمی، آقای وهنایان از دنارمغان، آقای مهندس قرانی از هود کن، آقای مهندس خاتمی از گل گونه کتان، آقای دارابی، آقای بهمن دهش پور از شرکت گل پسند، آقای مدرس نیا از پارس پاپروس، آقای کیانی از تولیدی روزین، آقای پورشاهی، آقای حسین زاده از فروشگاه هور گستر، آقای شاهمیری، آقای یوسف پور از روزنامه سیاست روز، آقای افضل، آقای کاظمی، آقای آزادی، آقای علی صداقتی، آقای دکتر حکمت از روزنامه جام جم، آقای هاشم پور از فروشگاه قشم اسپرت، آقای محمدزاده از رکورد اسپرت، آقای نظری، آقای ادھمیان از گرم آوران، آقای نیل فروشان از فورتکس، آقای قمیشی از پیشرو گستر

معماریان از بن ساله، آقای اسکوبی، آقای رعیت از بام گستر، آقای نصرتی، آقای داوطلب، آقای میر باقری، آقای حیدری از ایزویان، آقای یاقوتی از تاج، آقای عظیمیان از ایران تافته، شرکت آونگ، آقای نعایری از ایزوگام تهران، آقای محمدی از ایران برک، آقای خاتمی از زونکن تهران، آقای قمی از برد گل، آقای اسلامیار از نیک

آقای شتابی از پاکیزه سیم، آقای یزدانی از باطربی نور، آقای شایسته منش از چسب کار، آقای عباسی، آقای قاتنی از ایران براق، آقای یاقوت زاده از شیرگاه، آقای ختایی از صنایع استیل ایران، آقای جاهد از شهر از ایزوگام، آقای اسماعیلی، آقای CD، آقای بلوری، آقای ابراهیمی، آقای ابراهیمی، آقای بیطرافان، آقای جولا بی از اخوان جم، آقای رضا حاجی بابا، آقای فرامرز بزرگی از مازنده پارس، آقای فروغی، آقای درودیان از فروشگاه شاهد، آقای صدیقی، حاج آقا ابراهیمی، آقای سندجی از گچ سپیداران، آقای ایزدنهان از صنایع استیل البرز، آقای انوشه از شیمیابی تحقیقاتی آب شیرین کن، آقای رحیم زاده از کارا تلفن، آقای پسندیده از صنایع چوب المهدی، آقای نفیسی از پاکت عالی، آقای انصاری زاده از چاپ و نشر انصاری زاده، آقای حصارکی از چاپ آزادی، آقای علی محمدی از مجله جاده های سبز، آقای سبزواری از ماهنامه کتبیه، آقای دکتر رجب از پیام دیابت، آقای شفیعی از ماهنامه موعود، آقای دکتر فرهود از بهداشت جهان،



خانم حسینی از مجله زن روز، مهندس پویان نژاد از ماهنامه مهندسی پژوهشکی، مهندس قربان خان از جنرال یام، مهندس حاجی فناحی از ایزو فام، آقای یورگن کیلا جنوب، آقای سلیمانی از آرتا، آقای حاتمی از دانیال، آقای اکبری از کفش شیما، آقای یدوی از فروشگاه قائم، آقای اذرمهر از فروشگاه نیک براق، آقای بیطرافان از دستمال کاغذی پرمیس، آقای عمرانی از جو رواب نو، آقای قند ریز از پالان، آقای مهندس اتابکی از سیمان تهران، آقای کاظم زاده از محصولات غذایی جم، قای