

گفتگو با پوران
درخشنده
کارگردان نامی
سینما و تلویزیون

گزارش کارگاه
تالاسمی ۲

اهدای کلیه
توسط فرد زنده

ورزش و هموفیلی

کیفیت زندگی در
بیماران خاص

سرطان پوست

جشن رمضان بنیاد امور بیماریهای خاص در سالن همایشهای بین المللی صدا و سیما برگزار شد.



جشن رمضان بنیاد امور بیماریهای خاص با حضور خیرین، نیکوکاران و هنرمندان، در سالن همایشهای بین المللی صدا و سیما برگزار شد. همزمان با برگزاری جشن رمضان، فیلمهای مستند با موضوع بیماریهای خاص در قالب جشنواره خاص نمایش داده شد. همچنین از دست اندرکاران ساخت فیلمها، خیرین و نیکوکارانی که بنیاد امور بیماریهای خاص را یاری داده بودند تقدیر به عمل آمد.

نشریه علمی، فرهنگی و اجتماعی

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری های خاص

مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی

سر دبیر: دکتر باقر لاریجانی

دبیر تحریریه: علی شاملو

فهرست

هیات علمی

دکتر باقر لاریجانی، دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر علی اکبر ولایتی، دکتر کامران باقری لنکرانی، دکتر احمد رضا جمشیدی، دکتر سید هاشم جنت پور، دکتر سید محسن خوش نیت، دکتر حمید رضائی قلعه، دکتر احمد رضا سروش، دکتر شمس شریعت تربقان، دکتر رمضان علی شریفیان، دکتر سید محمود طباطبایی، دکتر سید مؤید علویان، دکتر ناصر پارسا، دکتر ایرج فاضل، دکتر محمد فرهادی، لنگرودی، دکتر اردشیر قوام زاده، دکتر مصطفی قانع، دکتر رضا ملک زاده

هیات تحریریه این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

نسرین آقاملا، مریم اسدی، المیرا امینی، ندا جلیلیان، مهرانگیز خسروی، هادی صالح، هانی صباغان، دکتر کاظم فاطمی، دکتر علی فروزان فر، فریبا لاهوتی، دکتر عبدالرضا معادی، دکتر سمیرا مجیدیان، کیانا معدنچی، کیان میرزا

امور فنی و هنری: بنیاد امور بیماری های خاص
طراح گرافیک و صفحه آرا: رضا شفقتی



بنیاد امور بیماری های خاص

پست الکترونیک

info@cffsd.org

نشانی نشریه

تهران، بزرگراه صدر (غرب به شرق)، خروجی بلوار کاوه (شمال)،

خیابان بهار، نبش کوچه سعید شرقی، پلاک ۲

صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/ ۴۸۸۳

سامانه پیام کوتاه: ۱۰۰۰۱۰۰۷۵

دورنگار: ۲۲۷۶۵۴۲۳

تلفن: ۲۲۵۹۱۹۵۷

۳

۴

۵

۶

۸

۱۱

۱۸

۱۹

۲۰

۲۱

۲۲

۲۴

۲۵

۲۶

۳۰

۳۱

۳۲

۳۵

۳۷

۳۸

۳۹

۴۰

۴۲

۴۴

۴۵

۴۷

۴۸

۴۹

۵۰

۵۳

۵۵

۵۶

اجتماعی

حلقه هشتم عصمت

جشن رمضان بنیاد امور بیماری های خاص در سالن همایش های صدا و سیما

گفتگو با پوران درخشنده کارگردان نامی سینما و تلویزیون

گزارش کارگاه تالاسمی ۲

گزارش سفر استان گیلان

تازه چه خبر؟

یاری سبز یاوران بنیاد

ایثار زندگی یاری سبز روزگار

سلامت

دیالیز خانگی: انتخابی برای درمان

معرفی بیماری آلفا تالاسمی

ارتباط بین آلزایمر و دیابت

اهدای کلیه توسط فرد زنده

نوروپاتی دیابتی

قدرت راه رفتن

سلامت دهان و دندان ویژه سالمندان

بیماری هموفیلی و مشکلات روانی اجتماعی در این بیماران

رژیم غذایی در بیماران مبتلا به هموفیلی

ورزش و هموفیلی

گیلاس بخورید و با دیابت مبارزه کنید

کیفیت زندگی در بیماران خاص

سرطان پوست

آیا میدانید

اخبار پزشکی

بین الملل

۱۰ سال غربالگری برای تالاسمی و کم خونی داسی شکل

فرهنگی

خواندنی ها

سرگرمی

مقاله انگلیسی

فرم اشتراک

سرمقاله



نامه رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص به دبیرکل سازمان ملل

جناب آقای بان کی مون
دبیرکل محترم سازمان ملل متحد

باسلام و آرزوی تحقق صلح، آرامش و امنیت جهانی
بنیاد امور بیماری‌های خاص سازمانی غیر دولتی و خیریه است که مأموریت آموزش، پژوهش، پیشگیری و کمک به درمان و توانمندسازی مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاج مانند تالاسمی، هموفیلی، بیماری‌های کلیوی، MS و سرطان و حمایت‌های اجتماعی از آنان را برعهده گرفته است و نه تنها در ایران که در بعضی کشورهای همسایه و نیازمند، مانند عراق، افغانستان و... نیز خدماتی ارائه کرده است و به دلیل عملکردش در حوزه‌های یاد شده و حضورش در عرصه‌های بین‌المللی برای تبادل و انتقال تجربیات، به عنوان یک سازمان موفق در منطقه و جهان شناخته می‌شود و دارای مقام مشورتی در سازمان ملل متحد است.

همانگونه که مستحضرید، در یک سال اخیر، تحریم‌های اقتصادی علیه کشور جمهوری اسلامی ایران تشدید شده و به ویژه تحریم‌های بانکی، در راه انجام معاملات با طرف‌های خارجی مشکلاتی ایجاد کرده است که آسیب‌های آن متوجه ملت ایران شده است، ملتی که به رغم همه فشارها از حقوق خود دست نخواهد کشید. لذا تحریم‌ها بیش از آن که یک اقدام حقوقی علیه حاکمیتی باشد که از دید بعضی قدرت‌های جهانی دچار نافرمانی شده است. برخوردی سیاسی با شهروندان عادی یک کشور و مایه نقض حقوق بنیادین بشر است.

اینجانب به عنوان رئیس بنیادی که با ۶ میلیون بیمار و به تبع آن، دست کم ۳۰ درصد از جامعه ایران در ارتباط است و آسیب‌های ناشی از تحریم‌ها را بر سرنوشت آنان با تمام وجود لمس می‌کند، تصمیم گرفتم که به دور از فضای سیاسی و مجادلات کشورم با ایالات متحده آمریکا و چند کشور اروپایی، این نامه را برای جناب‌عالی ارسال کنم.

عالیجناب دبیرکل

اگرچه دارو در لیست تحریم‌های اعمال شده قرار نگرفته، اما تبعات تحریم، عدم امکان انتقال وجوه از طریق سیستم بانکی و نیز فضای رعب‌آمیز ایجاد شده که باعث دشواری‌ها یا توقف جدی در مبادلات تجاری با ایران شده است، سایه سنگین خود را بر بخش بهداشت و درمان انداخته و در نتیجه، ورود داروهایی که در ایران تولید نمی‌شوند و نیز مواد اولیه دارو، دچار وقفه شده و می‌رود تا علاوه بر کمبود یا نایاب شدن تعدادی از اقلام دارویی، بعضی کارخانه‌های داروسازی را نیز تا یکی دو ماه آینده به تعطیل بکشاند. کمبود دارو و افزایش قیمت آن ناشی از کمبود افزایش نرخ برابری ارزهای خارجی و آثار تورمی آن است، مستقیماً بر جان و سلامت هزاران بیمار اثر می‌گذارد. شما احتمالاً می‌دانید که دولت جمهوری اسلامی ایران، برای برخی داروهای پرهزینه سوبسید می‌پردازد ولی در مورد داروهایی که مشمول حمایت دولتی نیست، این مشکل دو چندان می‌شود.

آقای دبیرکل

اینجانب به عنوان یک فعال انسانی، وجدان بشریت امروز را به این نکته معطوف می‌دارم که برخلاف ادعای تحریم‌کنندگان، فشار تحریم‌ها، آثار زیان‌بار خود را مستقیماً بر سلامت مردم بر جای می‌گذارد.

از جناب‌عالی به عنوان یک تقاضای بشر دوستانه می‌خواهم، از آن جا که تحریم‌ها ماهیت سیاسی دارد و آسیب‌های آن متوجه آحاد مردم و بیماران است، برای دفاع از حقوق بشر، تمام تلاش خود را برای رفع تحریم‌ها به کارگیرد. همچنین پیشنهاد می‌کنم، با توجه به ارتباط بانک کشاورزی با سازمان خواربار و کشاورزی جهانی (فاو) و عدم تحریم آن، با هماهنگی سازمان بهداشت جهانی، به این بانک اجازه داده شود که گشایش اعتبارات اسنادی مربوط به دارو و تجهیزات پزشکی را انجام دهد.

رجاء واثق دارم که جناب‌عالی نقش تاریخی خود را برای جلوگیری از آسیب به جان و سلامت و آرامش خانوادگی همه بیماران دردمند که نیاز به عنایت رهبران انسان‌دوست و خیراندیش جهان دارند، ایفا کنید.

با بهترین آرزوها برای سلامتی شما و همه انسان‌ها

فاطمه هاشمی رفسنجانی

رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص

اجتماعی



حلقه هشتم عصمت

گسترش پایگاههای مردمی در زمان امام رضا (ع) به اوج عظمت و گسترش رسید، در جهان اسلام بر ارزش مکتب امام علی (ع) افزوده شد و برنامه گروه شیعیان مبارز و نظریه آنان که بیان کننده و نمودار اسلام صحیح بود، در آن متمرکز گردید.

مهدی کلهری

کینه و دشمنی امام (ع) را در دل می داشت. وقتی مامون تصمیم گرفت مرکز خلافت را از مرو به بغداد منتقل سازد، امام (ع) را مسموم کرد و در حقیقت زان پس که امام (ع) همه کوشش خود و امکانات خویش را برای اسلام و اعتلای همه آن به کار برد، پاداش ایشان را داد.

روزی بر او وارد شد و دید مامون وضو می سازد و دید که غلامی آب بر دست او می ریزد تا او وضو بسازد امام به او فرمود: «در عبادت خدا برای خود شریک مگزین» امام (ع) با چنین صراحت و قدرت با مامون رفتار می کرد و از کردار او عیب می گرفت و آن را می سنجید. مامون نیز به پذیرفتن مواعظ و پندهای امام تظاهر می کرد، اما

زندگانی امام رضا (ع) حلقه ای از حلقه های مرحله سوم را در حیات پیشوایان از اهل بیت نمودار می سازد که در این مرحله گسترش پایگاه های مردمی بود که در زمان امام رضا (ع) به اوج عظمت و گسترش رسید، در جهان اسلام بر ارزش مکتب امام علی (ع) افزوده شد و برنامه گروه شیعیان مبارز و نظریه آنان که بیان کننده و نمودار اسلام صحیح بود، در آن متمرکز گردید.

بر این مطلب از نظر فکری و روانی و اجتماعی در عصر امام رضا (ع) و در برابر امت اسلامی دلائل فراوان وجود دارد در زمان امام رضا (ع) چندین شورش بوسیله شاگردان مکتب امام علی (ع) و پیروان نظریه های وی روی داد و جهان اسلام را از کوفه و بصره و مدینه و مکه، تا یمن فراگرفت. در مناطق مزبور، دستاوردهای مکتب امام (ع) را اعلام می کردند. و در آنجا به نام امام، حکومت می کردند. هرچند بغداد، تابع خلافت عباسیان بود، اما جنبش های انقلابی مزبور، بغداد را محاصره کرد و حکومت روز را مورد تهدید قرار داد.

امام (ع) در دوران مامون از تلخی غربت و محاصره، زجر فراوان می کشید و محاصره وی به نوعی خاص بود.

گرفتاری او، گرفتاری در سیاهچال یا زندان، آن سان که رشید بر امام کاظم (ع) روا می داشت نبود، بلکه در باشکوه ترین کاخ، همراه گروهی خدم و خشم گرفتار و محصور بود و آنان جاسوسان و خبرچینان مامون بودند و همه خبرها را مو به مو به اطلاع حکومت می رساندند و مانع آن می شدند که مردم و طرفداران امام (ع) با ایشان ملاقات کنند.

امام رضا (ع) با مامون بسیار سختگیر بود.



جشن رمضان بنیاد امور بیماری‌های خاص

جشن رمضان بنیاد امور بیماری‌های خاص با حضور خیرین، نیکوکاران و هنرمندان، در سالن همایش‌های بین‌المللی صدا و سیما برگزار شد. همزمان با برگزاری جشن رمضان، فیلم‌های مستند با موضوع بیماری‌های خاص در قالب جشنواره خاص نمایش داده شد. همچنین از دست‌اندرکاران ساخت فیلم‌ها، خیرین و نیکوکارانی که بنیاد امور بیماری‌های خاص را یاری داده بودند تقدیر به عمل آمد.

علی شاملو



همراهی به نیازمندان و نقل داستانی از مثنوی و خواندن اشعاری از حافظ سخنان خود را پایان برد مراسم با تقدیر و تشکر از خیرین و افراد عرصه هنر و سینما و اهدای لوح تقدیر به آنان توسط ریاست بنیاد، سرکارخانم دکتر هاشمی پایان یافت. حاشیه‌های مراسم: حضور علی شاطر تراب بازیگر فیلم کودک رنگ پریده که دارای تومور مغزی است و حدود ۱۴ سال سن دارد و در شب تولد خود در این مراسم حضور یافته بود. این مراسم ساعت ۱۲ شب پایان یافت.

خانم پوران درخشنده و با کارگردانی محمد ابراهیم معیری و با بازیگری خانم پادینا رهنما اکران شد بعد از آن مهمانان حاضر افطار را مهمان سفره کریم اهل بیت امام حسن مجتبی (ع) بودند افطار توسط خیرین تدارک و توسط کارمندان پذیرای شدند پس از افطار فیلم کوتاه **زنده باد بابک** که درباره زندگی بابک معصومی بازیکن فوتبال کشورمان است پخش شد کارگردان این فیلم مجید صباغ نام داشت پس از افطار مراسم با سخنرانی دکتر ناصر مهدوی محقق و پژوهشگر تاریخی و دینی درباره کمک و

مراسم جشن رمضان بنیاد بیماران خاص طبق سنوات سال‌های پیش شنبه شب گذشته ۱۴ مرداد برابر با ۱۵ رمضان همزمان با ولادت با سعادت کریم اهل بیت امام حسن مجتبی (ع) با تلاوت آیاتی از قرآن مجید و پخش سرود در سالن همایش‌های بین‌المللی صدا و سیما برگزار شد قبل از افطار دو فیلم **کودک رنگ پریده** به کارگردانی هادی آفریده و **فرشته روی شانه راست من** به کارگردانی خانم بیزار گیتی اکران شد پس از آن فیلم داستانی و بلند **گل بهار** به تهیه‌کنندگی

گفتگو با پوران درخشنده گارگردان، نویسنده و تهیه کننده سینما و تلویزیون

پوران درخشنده متولد ۱۳۳۰ کرمانشاه فارغ التحصیل سینما با گرایش کارگردانی از مدرسه عالی تلویزیون و سینما و دارای لوح افتخار درجه یک هنری معادل دکترا از وزارت ارشاد. وی تاکنون داوری چندین جشنواره داخلی و بین‌المللی را عهده دار بوده است و عضو انجمن فیلم‌سازان زن آمریکا عضو مرکز بین‌المللی کودکان و نوجوانان و کارگردانان مستقل است. با وی در حاشیه جشن رمضان سال ۱۳۹۱ در سالن همایش‌های صدا و سیما به گفتگو نشستیم.



پوران درخشنده کارگردان فیلم‌های متولد برج عقرب، رویای خیس، شمعی در باد، عشق بدون مرز، زمان از دست رفته، عبور از غبار، پرنده کوچک خوشبختی، رابطه و نویسنده فیلم‌های رویای خیس، شمعی در باد، عشق بدون مرز، زمان از دست رفته و عبور غبار و رابطه.

ایشان همچنین بازنویسی فیلم عبور از غبار را انجام داده است، خانم درخشنده تهیه کننده فیلم‌های رویای خیس، شمعی در باد، عشق بدون مرز، زمان از دست رفته و رابطه را به عهده داشته است. درخشنده یک بار تجربه بازیگری نیز در فیلم آقای حقدوست سال ۱۳۵۹ داشته است.

* لطفاً خودتان را برای خوانندگان ما معرفی کنید و در رابطه با سابقه همکاری خودتان با بنیاد، فیلم‌هایی که برای بنیاد کار کردید، ویژگی این فیلم‌ها توضیح دهید.

من از ۲۵ سال پیش وارد سینما شدم و شروع به کار کردم عمده آثار من هم در ارتباط است با آسیب‌های اجتماعی است که بر جایگاه خانواده تکیه دارد؛ کودکان، نوجوانان و خانواده موضوع این فیلم‌ها بوده است. سابقه همکاری من با بنیاد به علاقه‌مندی و تلاش من به فعالیت در ارتباط با بیماران خاص و کسانی که نیازمند دیده شدن هستند برمی‌گردد. وقتی خانم هاشمی از من خواستند که دبیری جشنواره را بپذیرم با کمال میل قبول کردم و

نگاهم این بود که در درجه اول باید خودمان تولید داشته باشیم و جشنواره‌های که فقط بخواهد برگزارکننده باشد هدفمند نیست این جشنواره باید هدفمند به جلو برود و در مورد بیماران خاص فیلم بسازد و مردم را هم با بیماری و هم با بیماران خاص آشنا کند به همین دلیل کار را شروع کردیم. در ابتدای کار فیلمنامه‌هایی به دست ما رسید که خواننده شد و در شورای سیاستگذاری به

برای برگزاری جشنواره تلاش کردیم که متأسفانه به این دلیل که این جشنواره به لحاظ مالی از حمایت‌های لازم برخوردار نبودیم، موفق به ادامه کار نشدیم؛ دقیقاً مثل بیماران خاص که حمایت کافی از آن‌ها نمی‌شود مگر کمک‌های مردمی و خیرین که می‌تواند زخم‌های این افراد را التیام بدهد. ما همچنان جلسات خود را با شورای سیاستگذاری برگزار می‌کنیم ولی



تصویب رسید و وارد گفتگو با صدا و سیما شدیم از طرف شبکه سوم سیما برای ساخته شدن این آثار قول همکاری داده شد و در نتیجه آن تعدادی فیلم مستند و یک فیلم بلند ساخته شد. قرار بر این بود که این فیلم‌ها در جشنواره خاص نمایش داده شود.

* این جشنواره برگزار شد؟

خیر، ولی امروز که جشن رمضان است و بنیاد برنامه ویژه‌ای داشت فرصتی فراهم شد که بخشی را به پخش فیلم‌ها اختصاص دهیم و این فیلم‌ها پخش شد.

* چند سال است که با بنیاد کار می‌کنید؟

حدود ۵ سال

* چندمین بار است که در جشنواره رمضان شرکت می‌کنید؟
اولین بار است. پیش از این جشنواره مستقل بیماری‌های خاص را داشتیم.

* این اولین دوره جشنواره است؟
خیر، دومین دوره است. اولین دوره‌اش سه

سال پیش در فرهنگسراها برگزار شد.

* نظرتان در مورد این مراسم‌ها چیست؟

به نظرم خیلی خوب است. خصوصاً که این ماه، ماه گرانقدری است و می‌دانید که اگر کمک‌های مردم و خیرین نباشد بسیاری از بیماران ما نمی‌توانند مخارج بیماری خود را تأمین کنند. کسانی هستند که توان مالی ندارند و از بیماری‌های خاص هم رنج می‌برند. از یک طرف امید و از طرف دیگر کمک خیرین است که این افراد را ننگه داشته است. خیرین تلاش و کمک می‌کنند تا بخشی از هزینه‌های درمان این افراد پرداخت شود.

* در مورد فیلم گلبهار توضیح می‌دهید؟

فیلم گلبهار راجع به بیماران MS است و این اولین نمایش آن است.

* زمان فیلم چند دقیقه است؟

حدود ۹۰ دقیقه

* فیلم داستانی است یا مستند؟
فیلم داستانی و در مورد بیماری MS و دختری جوانی که این بیماری را دارد است.

* بازیگران فیلم چه کسانی هستند؟
ارژنگ امیرفضلی، اسماعیل سلطانیان، محمود رجبی، محبوبه بیات در این فیلم حضور دارند و پادینا رهنما هم اولین بازی‌اش را در این فیلم انجام داده است. من تهیه‌کنندگی فیلم را برعهده دارم و کارگردان فیلم هم آقای ابراهیم معیری است.

* در پایان اگر صحبتی دارید بفرمایید.
من می‌خواهم به کسانی که نیازمند دیده شدن هستند، نیازمند کمک برای بیماری‌شان هستند کمک شود. من تنها می‌خواهم این افراد دیده شوند. اگر در این زمینه کاری از دست من بر می‌آید به هر شکلی که بتوانم امکاناتی به وجود بیاورم که کمکی برای این بیماران باشد در آن راه قدم برمی‌دارم.

گزارش کارگاه تالاسمی شماره ۲

به منظور ارتقاء سلامت روحی، جسمی، اجتماعی و امید به زندگی و نیز کسب راهکارهای نوین در ارتقاء آگاهی و دانش بیماران تالاسمی و ارزیابی وضع موجود که از شهریور سال ۱۳۹۰ در خصوص این بیماری صورت گرفت، مجموعه نشست‌هایی در قالب کارگاه‌های بررسی این بیماری توسط بنیاد امور بیماری‌های خاص برگزار گردید و هدف کلان دومین کارگاه برگزار شده با محوریت درمان بیماری تالاسمی، بررسی معضلات درمان و ساماندهی این امر می‌باشد.

خطر ترومبوآمبولی افزایش می‌یابد. عوارض سردرد و خونریزی از بینی به همراه دارد. ۱ واحد خون ۱،۵ تا ۲ گرم در دسی لیتر خون را بالایی برد. ۴ ساعت بعد تزریق یا روز بعد هموگلوبین را اندازه می‌گیریم. و فواصل تزریق را تنظیم می‌کنیم. میزان تزریق ۵-۷ سی‌سی به ازای هر کیلوگرم در ساعت است. اگر مشکل قلبی وجود دارد ۲ سی‌سی به ازای کیلوگرم در ساعت می‌رسد. خون تزریقی باید کم لکوسیت باشد. در حال حاضر دو نوع فیلتر مخصوص کم لکوسیتی وجود دارد اگر خون کم لکوسیت نباشد در موقع تزریق از فیلتر bed side استفاده می‌شود. تزریق خون نباید باعث افزایش بار آهن شود و نباید مقدار آن آنقدر کم باشد که باعث اختلال رشد و دفورمیتی گردد. بیماران عموماً در هفته ۱ گرم در دسی لیتر کاهش هموگلوبین دارند و چهار هفته بعد با هموگلوبین ۸ می‌آیند. اگر افت هموگلوبین بیشتر باشد باید دید آیا میزان تزریق خون مناسب بوده است یا نه. به صورت دوره‌ای براساس قد و وزن حجم خون باید تنظیم گردد. در مورد تزریق خون دقت در cross match و احتمال واکنش‌های خونی فرعی باید مورد توجه قرار گیرد.

بیانیه کارگاه تالاسمی دوم

عنوان اول: ساماندهی بخش‌های درمان بیماران تالاسمی
موضوع: در بازدیدهای به عمل آمده از مراکز تالاسمی سطح کشور مشاهده گردید که در برخی از مراکز درمان تالاسمی، تزریق خون بیماران در اورژانس و سایر بخش‌ها در کنار سایر بیماران صورت می‌گیرد و بیماران بخش جداگانه‌ای جهت تزریق ندارند.

قدرت انتخاب از وی صلب شده است. و باید درمان را بپذیرد و افرادی که تاثیرگذار در سلامت هستند باید شرایط درمان را برای بیماران بهبود دهند. تاکنون موفقیت‌هایی داشته‌ایم اما چالش‌هایی وجود دارد و درپچه‌هایی که باید حل شوند. در بحث درمان باید دانایی را به توانایی تبدیل کنیم. باید از خرد جمعی استفاده کنیم. با تدوین راهکارهای مناسب می‌توان تلاش کرد بیمار بهترین شرایط را پیدا کند. سال ۱۳۹۱ فرصت خوبی است برای به ثمر نشستن تلاش‌ها و مهم‌ترین فرصت بدست آمده تامین اعتبار و بودجه می‌باشد. ریاست محترم بنیاد بیماری‌های خاص مصر هستند که نتایج تلاش‌های صورت گرفته در حوزه‌های مختلف اثر بخش باشد. سپس دکتر آذر کیوان در مورد پروتکل درمان تالاسمی سخنرانی نمودند.

درمان تالاسمی: پیوند مغز استخوان و درمان نگهدارنده با تشخیص تالاسمی ابتدا باید دید دهنده وجود دارد یا نه اگر دهنده وجود داشته باشد درمان قطعی که همان پیوند است انجام می‌شود. اگر دهنده وجود نداشته باشد درمان نگهدارنده یا همان تزریق خون صورت می‌گیرد. وقتی گلبول قرمز می‌دهیم بیمار زندگی طبیعی دارد. ۲۵ درصد خون سازمان انتقال خون برای بیمار تالاسمی استفاده می‌شود. از خون کامل که ۴۵۰ سی‌سی است ۲۵۰ سی‌سی آن گلبول قرمز است. میزان خون تزریقی ۱۰-۱۵ سی‌سی به ازای هر کیلوگرم است. میزان هموگلوبین قبل تزریق باید ۸،۵-۹ باشد و تزریق باید در حدی باشد که هموگلوبین پس از تزریق بالاتر از ۱۵ نرود. زیرا باعث افزایش ویسکوزیته خون می‌شود و

پروژه برگزاری دومین کارگاه تالاسمی در خردادماه شکل گرفت. با توجه به اینکه این برنامه یک رویداد و تجربه موفق در عرصه مدیریت بیماری‌ها در کشور می‌باشد و اطلاع رسانی به مراکز ذی‌صلاح یکی از مراحل پراهمیت برگزاری کارگاه می‌باشد؛ کارکنان واجد مسئولیت در این بخش به دنبال جلسات پی‌درپی فهرستی از مدعوین و چیدمان سخنرانی‌های این کارگاه را تهیه کردند. لازم به ذکر است که فهرست مدعوین کارگاه که شامل افراد حقیقی و افراد حقوقی و سخنران‌ها می‌باشند با توجه به محورهای همایش و صلاحدید متخصصین این حوزه تعیین و نامه‌هایی جهت دعوت این افراد تهیه شد.

اجرای طرح: طرح در تاریخ ۱۳۹۱/۴/۷

بنیاد امور بیماری‌های خاص برگزار گردید. کارگاه با سخنرانی جناب آقای دکتر معادی معاونت فنی بنیاد برگزار گردید. ایشان سخنان خود را این‌گونه آغاز نمودند. وضعیت بیماری در حال حاضر بدین صورت است که نگاه چند وجهی به بیماری می‌شود. خصوصاً بیماری‌های خاص به علت طولانی بودن بیماری اثرات اجتماعی، اقتصادی و روانی بر بیمار خواهد داشت. شامل شش محور پیشگیری و شناخت بیماری، مدیریت درمان، مدیریت عوارض بیماری، مدیریت اقتصاد درمان، مدیریت قانونی، اجتماعی و روحی، مدیریت پرستاری و مراقبت‌های ویژه است. کالای درمان بدون جایگزین است. از نظر اقتصادی، سلامت بدون جایگزین است. درمان گران است و درمان عملی فوری است و بلافاصله درمان باید انجام گیرد. درمان امری است که بیمار ملزم است آن را بپذیرد و



مصوبه:

۱. جداسازی بخش تالاسمی از سایر بخش‌های بیمارستانی و اختصاص واحد جداگانه جهت انجام درمان و تزریق لازم به ذکر است که تا اجرای نهایی این مصوبه بخش‌های تالاسمی کماکان به خدمت خود ادامه دهند.

۲. فضاهای موجود متناسب با روحیه بیمار، اصول روانشناختی و کنترل عفونت بهینه گردد.

۳. زمان ارائه خدمات به بیماران تالاسمی محدود به ساعت کاری بیمارستان نبوده و در عصر و روزهای تعطیل خدمت ارائه گردد.

۴. بهره‌گیری از مشاور و یا روانشناس به منظور ایجاد مشاوره درمان، موفقیت‌های شغلی و مشاوره ازدواج.

عنوان دوم: بهره‌گیری از پرسنل آموزش دیده

موضوع: از آنجا که بیماری تالاسمی بیماری خاص محسوب می‌گردد، لازم است

کادر درمانی مجرب و با تجربه در این زمینه فعالیت نمایند، لذا حضور پرستاران و پرسنل دوره دیده الزامی است. بعضاً مشاهده می‌شود بسیاری از پرسنل بخش‌های تالاسمی کشور تجربه کافی در این زمینه ندارند.

مصوبه:

۱. آموزش اختصاصی پرستاران و بهیاران جهت کار در بخش تالاسمی و استفاده از پرسنل دوره دیده در این بخش‌ها

۲. برگزاری بازآموزی مرتبط به منظور به‌روز رسانی دانش تیم درمانی و مراقبتی.

عنوان سوم: کاهش هزینه داروهای شلاتور و اختصاص تعهد بیمه

موضوع: گزارش شده است در حال حاضر داروی دسفرال با مبالغ متفاوتی در کشور در اختیار بیماران قرار می‌گیرد و بیمه به طور مثال از تعداد مورد نیاز بیمار که به طور متوسط ۱۲۰ عدد دسفرال می‌باشد، تنها ۳۰ عدد آن را ماهانه تقبل می‌نماید.

پمپ دسفرال نیز به طور کامل توسط بیمه پرداخت نمی‌گردد و از کیفیت پایینی نیز برخوردار است، و بیماران را دچار مشکلاتی نموده است. داروی exjade نیز که عوارض کمی دارد، هزینه بر است و بیمه‌ها تعهد آن را قبول نمی‌کنند.

مصوبه:

۱. اختصاص تمام هزینه پمپ توسط بیمه‌ها

۲. بالا بردن کیفیت پمپ دسفرال

۳. اختصاص سهمیه بیشتر و رایگان نمودن هزینه داروها

۴. بالا بردن کیفی داروهای تولید داخل به منظور ایجاد رقابت سالم جهت بهره‌گیری بهتر درمان.

۵. بازنگری در سهمیه دارویی تعیین شده از سوی سازمان‌های بیمه‌گر.

عنوان چهارم: فراهم نمودن امکانات تشخیصی در مراکز تالاسمی و اختصاص

سهمیه جهت درمان‌های مکمل بیماران
موضوع: از آن جا که بیماران تالاسمی

دچار عوارضی مانند اختلال رشد، مشکلات قلبی، عوارض استخوانی، و عوارض دارویی مانند اختلالات شنوایی می‌گردند، در بسیاری از مراکز تالاسمی امکانات تشخیصی مانند MRI و سونوگرافی، سنجش تراکم استخوان و اکوی قلبی وجود ندارد. ضمناً بسیاری از بیماران تالاسمی دچار عوارضی مانند مشکلات شنوایی، دیابت و پوکی استخوان می‌گردند که نیاز به مکمل‌های دارویی دارند که در حال حاضر هزینه آن را خود بیمار پرداخت می‌نماید.

مصوبه:

۱. تجهیز مراکز تشخیصی درمانی تالاسمی مانند اختصاص MRI، سونوگرافی، سنجش تراکم استخوان حتی به صورت منطقه‌ای
۲. اختصاص بودجه جهت تامین هزینه مکمل‌های دارویی در بیماران تالاسمی
عنوان پنجم: فراهم نمودن برنامه‌های آموزشی برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها به منظور اثر بخشی درمان
موضوع: تاثیر توانایی‌های مراقبتی بیماران و خانواده‌ها در اثر بخشی درمان انکار ناپذیر است، لذا آموزش مناسب جهت بیماران و خانواده‌های آنها برای مراقبت بهتر و پیشگیری از عوارض گام موثری در کنترل عوارض بیماری می باشد.

مصوبه:

۱. برگزاری برنامه‌های آموزشی در مراکز

درمان تالاسمی

۲. آموزش بیماران و خانواده آنها از طریق بروشور، صدا و سیما، نشریات و مجلات و آموزش مجازی با حمایت شرکت‌های تولیدی و توزیعی دارو، لوازم مصرفی و پمپ.

عنوان ششم: پیوند مغز استخوان درمان

قطعی بیماری تالاسمی

موضوع: یکی از روش‌های قطعی درمان تالاسمی پیوند مغز استخوان است. میزان پیوند در کشور چشمگیر است ولی میزان اثر بخشی و موفقیت در پرده‌ای از ابهام است و آمار دقیقی از یک سال، دو سال و پنج سال پس از پیوند وجود ندارد. مراقبت پس از درمان نیز در میزان اثر بخشی پیوند موثر می باشد.

مصوبه:

۱. انجام طرح‌های تحقیقاتی در زمینه اثر بخشی درمان
۲. آموزش بیماران و خانواده‌ها در زمینه مراقبت از بیمار پیوندی
۳. اطلاع رسانی به واحدهای تالاسمی در مورد شرایط بیماران کاندید پیوند و نحوه انجام آن.
۴. فراهم آوردن حمایت‌های مالی به منظور انجام رایگان پیوند از طریق دستگاه‌های مربوطه.
عنوان هفتم: شروع زود هنگام درمان تزریق خون

موضوع: شروع زود هنگام تزریق خون در بیماران تالاسمی در کاهش عوارض جسمی و روحی بیماران تالاسمی تاثیر چشمگیری دارد، لذا تشخیص زود هنگام و پروتکل درمانی مناسب در کاهش عوارض موثر می باشد.

مصوبه:

۱. استفاده از تیم پزشکی ماهر در زمینه تالاسمی در مناطق محروم و تالاسمی خیز در نظام شبکه.

۲. استانداردسازی پروتکل درمان بیماران تالاسمی.

عنوان هشتم: کیفیت دارو و لوازم مصرفی
موضوع: با توجه به این که بسیاری از بیماران از اثر بخشی برخی داروها ناراضی هستند و با توجه به توضیحات تولید کنندگان و وارد کنندگان دارو و پمپ ناشی از کیفیت نامناسب برخی از لوازم مصرفی است.

مصوبه:

۱. نظارت کیفی از سوی دستگاه‌های نظارتی و بیمه‌ها به منظور ارتقاء کیفی لوازم انجام پذیرد.

عنوان نهم: راه‌اندازی مراکز درمانی بزرگسالان

موضوع: در حال حاضر بزرگسالان تالاسمیک در مراکز اطفال بستری می‌شوند ولی اجازه بستری ندارند و بیمه، هزینه بستری را تقبل نمی‌کند. حال آنکه باید مراکز فوق تخصصی بزرگسالان وجود داشته باشد.

مصوبه:

۱. تاسیس مراکز فوق تخصصی جهت بزرگسالان تالاسمی.

عنوان دهم: هزینه های عوارض تزریق خون

موضوع: در حال حاضر تنها هزینه تزریق خون و داروها بر عهده بیمه است و اگر بیمار به خاطر تزریق خون دچار هیپاتیت و یا ایدز و سایر عوارض آن بستری گردد، هزینه بستری را بیمه تقبل نمی‌کند.

مصوبه:

کلیه هزینه‌های بستری



گزارش سفر استان گیلان

از جمله رسالت های بنیاد امور بیماری های خاص رسیدگی به وضعیت بیماران خاص در شهرستان های کشور است. به این منظور معاونت امور هماهنگی بنیاد، بازدید های استانی را در دستور کار خود قرار داده است. گزارش ذیل مربوط به استان گیلان است که توسط کارشناسان معاونت امور هماهنگی مورد بازدید قرار گرفته است.

مهندس هانی صباغان

موقعیت جغرافیایی استان و استان های همجوار

استان گیلان یکی از استان های شمالی ایران به مرکزیت شهر رشت، و با مساحت ۱۴۷۱۱ کیلومتر مربع می باشد. این استان در ۳۶ درجه و ۳۴ دقیقه تا ۳۸ درجه و ۲۷ دقیقه عرض شمالی و ۴۸ درجه و ۵۳ دقیقه تا ۵۰ درجه و ۳۴ دقیقه طول شرقی از نصف النهار قرار گرفته است. این استان، از شمال به دریای خزر و کشورهای مستقل آسیای میانه، از غرب به استان اردبیل، از جنوب به استان زنجان و قزوین و از شرق به استان مازندران محدود می شود.

تقسیمات کشوری

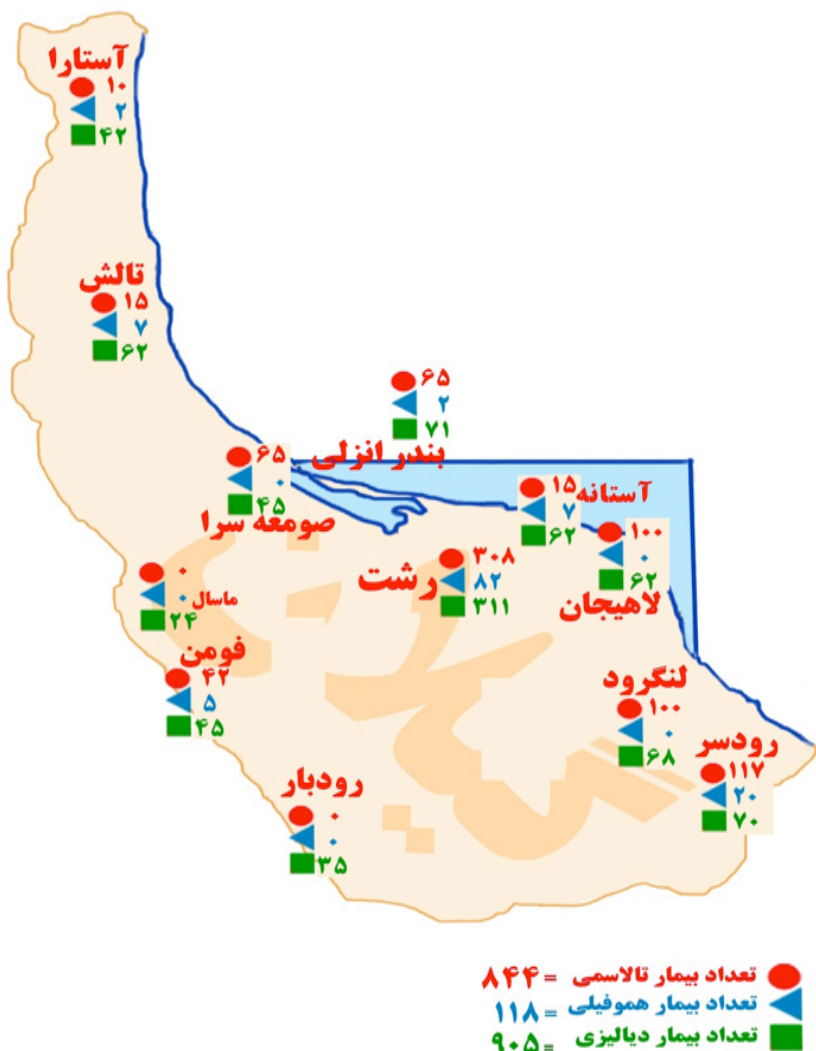
این استان مشتمل بر شهرستان های آستارا، آستانه اشرفیه، بندر انزلی، املش، رشت، رضوانشهر، رودبار، رودسر، سیاهکل، شفت، صومعه سرا، تالش، فومن، لاهیجان، لنگرود و ماسال است.

استان گیلان ۱۶ شهرستان، ۴۸ شهر و ۴۳ بخش، ۱۰۹ دهستان دارد.

مختصات جمعیتی

این استان جمعیتی بالغ بر ۲/۳۸۰/۰۰۰ نفر دارد که عمده این جمعیت در روستاها می باشند، چنانچه در شکل زیر دیده می شود جمعیت روستایی ۱/۲۶۶/۱۶۰ نفر حدود ۵۳/۲٪ جمعیت کل استان و جمعیت شهری ۱/۱۱۳/۸۴۰ نفر حدود ۴۶/۸٪ جمعیت کل استان را تشکیل می دهد. تعداد ۶۰۳ بیمار دیالیزی ۲۵ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت ۹۸۴ بیمار تالاسمی ۴۲ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت و ۲۳۰ بیمار هموفیلی ۹ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت ساکن استان گیلان می باشند.

تعداد بیماران تالاسمی - هموفیلی - دیالیزی در سطح استان



جدول وضعیت شهرستانهای استان از نظر مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص

شهرستان	جمعیت	مرکز دیالیز	مرکز تالاسمی	مرکز هموفیلی	انتقال خون
استارا	63254	+	+	+	+
آستانه اشرفیه	124483	+	+	+	-
بندر انزلی	122827	+	+	+	+
املش	52716	-	-	-	-
رشت	780097	+	+	+	+
رضوانشهر	60693	-	-	-	-
رودبار	116083	+	+	+	+
رودسر	155044	+	+	+	+
سیاهکل	52675	-	-	-	-
شفش	72292	-	-	-	-
صومعه سرا	139710	+	+	+	+
تالش	155367	+	+	+	+
قومن	105190	+	+	+	+
لاهیجان	155627	+	+	+	+
لنگرود	138602	+	+	+	+
ماسال	49929	+	+	+	-

وضعیت شهرستانها

آستارا: بیمارستان دکتر شریعتی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان آستارا می باشد. در حال حاضر تعداد ۴۲ بیمار دیالیزی و ۱۰ بیمار تالاسمی و ۲ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.

بیمارستان دکتر شریعتی (دولتی)

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۹ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در یک سالن قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۴۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۵ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش تعداد ۴۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی، ۸ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است. این بخش، در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات

دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۴۵۰ و ۱۰ جلسه است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش، پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۸/۴ است.

بخش تالاسمی: این بخش نیز که در یک اتاق تقریباً ۳۰ متر مربعی است، در سال ۷۶ به صورت یک اتاق از بخش اطفال راه اندازی شده است. در کل این بخش دارای ۱ تخت است. تعداد ۱۰ بیمار تالاسمی ثابت و ۲ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.

شایان ذکر است در پروژه ساخت بیمارستان جدید که به گفته مسئولین تا پایان شهریور ماه به پایان می رسد یک اتاق به صورت مجزا جهت بخش هموفیلی و تالاسمی در نظر گرفته شده است.

آستانه اشرفیه: بیمارستان کوثر تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان آستانه اشرفیه است. در حال حاضر ۷۰ بیمار دیالیزی و ۲۲ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.

بیمارستان کوثر (دولتی)

بیمارستان کوثر در سال ۱۳۶۶ با ۷۰ تخت مصوب و ۱۰۰ تخت فعال راه اندازی شده است. این بیمارستان به ۳ گروه بیماران خاص دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی خدمات درمانی ارائه می کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۵ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در ۲ سالن قرار داده شده اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۸۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۱۶ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش تعداد ۷۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۴ پزشک متخصص داخلی و ۱۱ پرستار تشکیل شده است.

این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفته فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۸۷۰ و ۵ جلسه است نسبت بیمار به دستگاه در این بخش، پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۴/۳۷۵ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش نیز که دارای ۲ اتاق می باشد، در سال ۸۵ راه اندازی شده است. این بخش دارای ۶ تخت فعال است که ۲ تخت اطفال و ۴ تخت ۱ شکن را شامل می شود. تعداد ۲۲ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.

بندر انزلی: بیمارستان شهید بهشتی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان بندر انزلی می باشد در حال حاضر تعداد ۷۱ بیمار دیالیزی، ۶۵ بیمار تالاسمی و ۲ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.

۱ شکن است. تعداد ۱۸۴ بیمار تالاسمی و ۶۵ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش می باشند. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.

بیمارستان ۱۷ شهریور (دولتی)

بیمارستان ۱۷ شهریور در سال ۱۳۵۹ با ۱۷۰ تخت مصوب و ۱۶۰ تخت فعال راه اندازی شده است. این بیمارستان به ۴ گروه بیماران خاص دیالیز، تالاسمی، هموفیلی و شیمی درمانی خدمات درمانی ارایه می نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۵ راه اندازی شده و دستگاه های دیالیز در ۱ سالن قرارداد داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۲۵ مترمربع وسعت داشته دارای ۱ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش، ۱ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد کادر درمانی این بخش از ۲ نفرولوژیست، ۱ پرستار و ۲ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۱ شیفته فعال است. متوسط ماهانه تعداد جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۲۵ و ۲ جلسه است. میزان هفتگی مراجعات بیماران دیالیزی این بخش در شکل زیر نمایش داده شده است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۱ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش نیز که در یک اتاق ۵۰ متر مربعی دایر می باشد در سال ۱۳۶۰ راه اندازی شده و در سال ۱۳۸۴ گسترش است. درکل این بخش دارای ۸ تخت فعال می باشد که شامل ۶ تخت اطفال و ۱ تخت معاینه و ۱ صندلی تخت شو است. تعداد ۱۲۴ بیمار تالاسمی و ۱۷ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش می باشند کادر درمانی این بخش از ۳ پرستار تشکیل شده است.

رودبار: بیمارستان ولیعصر، تنها مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان رودبار می باشد. درحال حاضر تعداد ۳۵ بیمار دیالیزی تحت پوشش این

بیمارستان رازی (دولتی)

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۵۶ راه اندازی شده و در سال ۱۳۸۸ به ساختمان جدید و نوسازی که در ساخت آن بنیاد شرکت داشته منتقل شده است. این ساختمان جدید در دو طبقه احداث شده است که در حال حاضر در طبقه همکف بخش دیالیز راه اندازی شده و طبقه اول نیز قرار است به بخش دیالیز اختصاص داده شود. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۶۰۰ مترمربع وسعت داشته دارای ۴۰ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش، ۳۱۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۳ نفرولوژیست، ۱ نفر پزشک عمومی و ۳۹ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۷ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال است. متوسط ماهانه تعداد جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۳۵۰۰ و ۱۲۰ جلسه است. میزان هفتگی مراجعات بیماران دیالیزی این بخش در شکل زیر نمایش داده شده است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۷/۷۵ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش نیز که در یک اتاق ۴۰ متر مربعی دایر می باشد در سال ۱۳۷۸ راه اندازی شده و در سال ۱۳۸۲ گسترش داده شده است. این بخش دارای ۶ تخت فعال دارد که شامل ۶ تخت

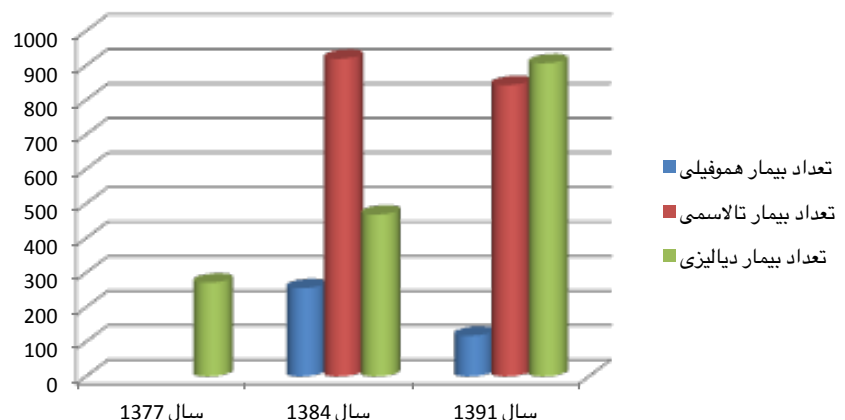
بیمارستان شهید بهشتی (دولتی):

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۸ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن قرارداد داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز در این بیمارستان حدود ۱۲۰ مترمربع وسعت داشته دارای ۱۶ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش، تعداد ۷۱ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهند. کادر درمانی این بخش از ۳ پزشک داخلی و ۱۰ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفته فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۷۲۶ و ۲۰ جلسه است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش، پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۴/۷۳ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش که در ساختمان جدید بیمارستان واقع شده دو اتاق تقریباً ۱۲ و ۲۵ متر مربعی است. درکل این بخش ۸ تخت فعال دارد. تعداد ۶۵ بیمار تالاسمی و ۲ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.

رشت: بیمارستان رازی، بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان رشت است. در حال حاضر تعداد ۳۱۰ بیمار دیالیزی و ۱۸۴ بیمار تالاسمی و ۶۵ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.



بیمارستان قرار دارند.

بیمارستان ولی عصر (دولتی): بیمارستان ولی عصر در سال ۱۳۶۹ با ۶۴ تخت مصوب و ۵۰ تخت فعال راه اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص دیالیزی خدمات درمانی ارائه می نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۷۶ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۶۰ مترمربع وسعت دارد و دارای ۷ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش تعداد ۳۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۲ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۵ روز هفته به صورت ۲ شیفت و ۱ روز به صورت سه شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۳۲۰ و ۱۵ جلسه است. میزان هفتگی مراجعات بیماران دیالیزی این بخش در شکل زیر نمایش داده شده است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۵ است.

رودسر: بیمارستان شهید انصاری، در حال حاضر تعداد ۷۰ بیمار دیالیزی، ۱۱۷ بیمار تالاسمی و ۲۰ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.

بیمارستان شهید انصاری (دولتی)

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۳ راه اندازی شده و در سال ۱۳۷۷ گسترش یافته است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۸۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۱۱ دستگاه دیالیز می باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۷۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی و ۶ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات

دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۸۲۰ و ۲۰ جلسه است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۶/۳۶ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش نیز که در یک اتاق تقریباً ۴۵ متر مربعی می باشد، در سال ۷۱ راه اندازی شده و در سال ۷۵ گسترش یافته است. در کل این بخش دارای ۸ تخت فعال است که شامل ۸ تخت معاینه فرسوده می باشد. تعداد ۱۱۵ بیمار تالاسمی و ۱۷ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش می باشند. کادر درمانی این بخش از ۱ متخصص اطفال، ۱ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است. امکانات رفاهی این بخش عبارت است از: ۱ دستگاه تلویزیون، ۱ دستگاه ویدئو، ۱ عدد یخچال، ۱ آب سردکن و ۱ کولر گازی.

صومعه سرا: بیمارستان امام خمینی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان صومعه سرا می باشد. در حال حاضر تعداد ۴۵ بیمار دیالیزی، ۶۵ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان می باشند.

بیمارستان امام خمینی (دولتی)

بیمارستان امام خمینی، در سال ۱۳۶۵ با ۹۶ تخت مصوب و ۸۲ تخت فعال راه اندازی شده است. این بیمارستان به ۳ گروه بیماران خاص دیالیزی، تالاسمی، هموفیلی خدمات

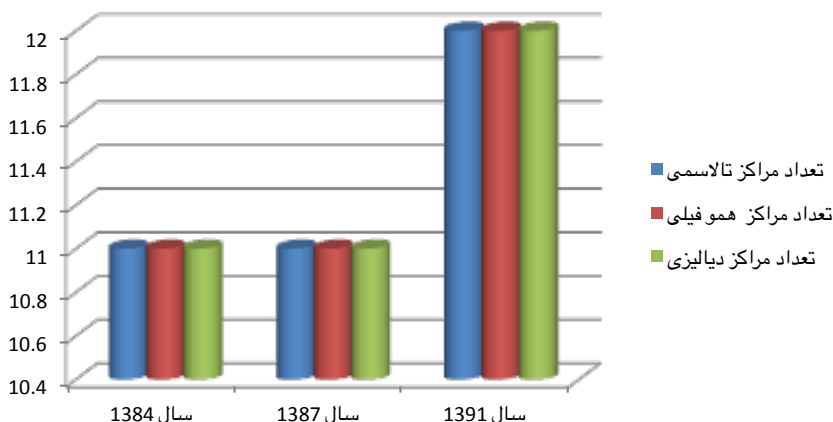
درمانی ارائه می کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۷ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در یک سالن قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۶۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۱۱ دستگاه دیالیز می باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۴۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۴ پزشک متخصص داخلی، ۴ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۴ روز هفته به صورت ۲ شیفت و ۲ روز در هفته به صورت ۱ شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۴۹۰ و ۵ جلسه است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۴/۱ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش نیز که در یک اتاق تقریباً ۶۰ متر مربعی می باشد، در سال ۷۸ راه اندازی شده است. در کل این بخش دارای ۷ تخت فعال است که شامل ۷ تخت معاینه می باشد. تعداد ۶۵ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش می باشند. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.

امکانات رفاهی این بخش عبارت است از: ۱ دستگاه تلویزیون، ۱ دستگاه ویدئو، ۱ عدد یخچال و ۱ کولر گازی.



همچنین امکانات درمانی شامل: ترالی اورژانس، ترازو قد و وزن، ساکشن و EKI می‌باشد.

تالش: بیمارستان شهید نورانی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهر تالش می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۶۰ بیمار دیالیزی، ۲۵ بیمار تالاسمی و ۹ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.

بیمارستان شهید نورانی (دولتی)
بیمارستان شهید نورانی، در سال ۱۳۵۴ با ۱۰۸ تخت مصوب و ۱۰۵ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۳ گروه بیماران خاص دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۶۹ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرارداد شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۸۰ متر مربع وسعت داشته و ۱۰ دستگاه دیالیز دارد. در حال حاضر این بخش تعداد ۶۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۳ پزشک متخصص داخلی، ۴ پرستار و ۳ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۶۵۵ و ۵ جلسه است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۵/۶۳ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش اتاقی تقریباً ۳۰ متر مربعی است که در سال ۸۰ راه‌اندازی شده است. در کل این بخش دارای ۴ تخت فعال است که شامل ۲ تخت اطفال و ۲ تخت معاینه می‌باشد. تعداد ۱۵ بیمار تالاسمی و ۷ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش می‌باشند. کادر درمانی این بخش از ۱ بهیار تشکیل شده است.

امکانات رفاهی این بخش عبارتست از: ۱ دستگاه تلویزیون، ۱ دستگاه ویدئو CD

و ۱ کولر گازی و امکانات مشترک با بخش اطفال.

فومن: بیمارستان امام حسن مجتبی (ع)، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان فومن می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۳۱ بیمار دیالیزی، ۴۲ بیمار تالاسمی و ۵ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.

بیمارستان امام حسن مجتبی (ع) (دولتی)

بیمارستان امام حسن مجتبی (ع)، در سال ۱۳۷۸ با ۹۶ تخت مصوب و ۷۲ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۳ گروه بیماران خاص دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۷۷ راه‌اندازی شده و در سال ۷۹ گسترش یافته است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرارداد شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۹۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۱۰ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش تعداد ۴۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش قرار می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی، ۶ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۵۰۰ و ۲ جلسه است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۴/۵ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۷۶ راه‌اندازی شده و در سال ۷۸ گسترش یافته است. این بخش در سالنی به وسعت ۴۰ متر مربع دایر می‌باشد. در کل این بخش دارای ۴ تخت فعال است که شامل ۴ تخت ۱ شکن می‌باشد.

تعداد ۴۰ بیمار تالاسمی و ۴ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بخش می‌باشند. کادر درمانی این بخش مشترک با بخش اطفال

می‌باشد.

امکانات رفاهی این بخش عبارتند از: ۱ دستگاه تلویزیون.

لاهیجان: بیمارستان سید الشهداء، بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران دیالیزی در شهر لاهیجان می‌باشد. در حال حاضر ۶۲ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان هستند.

بیمارستان ۲۲ آبان مرکز ارائه خدمات به بیماران تالاسمی و هموفیلی بوده و ۱۱۰ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.

بیمارستان سیدالشهدا (دولتی)

بیمارستان سیدالشهدا در سال ۱۳۴۲ با ۵۹ تخت مصوب و ۶۰ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۱ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرارداد شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۷۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۱۴ دستگاه دیالیز که ۱۲ دستگاه فعال و ۲ دستگاه رزرو می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۶۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۴ پزشک متخصص داخلی، ۱۰ پرستار و ۲ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت روزهای زوج ۳ شیفته و روزهای فرد ۲ شیفته فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۷۵۰ و ۳ جلسه است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۴/۴ است.

بیمارستان ۲۲ آبان (دولتی)

بیمارستان ۲۲ آبان در سال ۱۳۵۰ با ۱۶۰ تخت مصوب و ۱۵۸ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۲ گروه بیماران خاص تالاسمی، هموفیلی خدمات درمانی ارائه می‌نماید.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش

در سال ۸۵ راه اندازی شده و در سال ۸۳ گسترش یافته است. این بخش در سالنی به وسعت ۴۰ متر مربع و دارای دو اتاق دایر می باشد. در کل این بخش دارای ۱۴ تخت فعال که شامل ۲ تخت اطفال و ۱۲ تخت معاینه می باشد.

تعداد ۱۱۰ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بخش می باشند. کادر درمانی این بخش از ۴ متخصص اطفال و ۲ پرستار تشکیل شده است.

امکانات رفاهی این بخش عبارتند از:

۲ دستگاه تلویزیون، ۱ دستگاه ویدئو، ۱ یخچال، ۲ عدد ترالی دارو و ۲ کولر گازی.

لنگرود: بیمارستان امینی، تنها بیمارستان

و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان لنگرود می باشد. در حال حاضر تعداد ۶۸ بیمار دیالیزی و ۱۰۰

بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان می باشند.

بیمارستان امینی (دولتی)

بیمارستان امینی در سال ۱۳۴۴ با ۱۰۳ تخت مصوب ۱۱۳ تخت فعال راه اندازی شده است. این بیمارستان به ۲ گروه بیماران خاص (دیالیزی و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۹

راه اندازی و در سال ۱۳۸۸ به بخش جدیدی در فضایی بزرگ تر منتقل شده است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۱۵۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۱۴ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش تعداد ۶۸ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. اتاق ایزوله به صورت مشخص وجود ندارد و تنها دستگاه دیالیز مخصوص بیماران آنتی ژن

مثبت در خارج از سالن اصلی بخش دیالیز و در محوطه ورودی بخش قرار دارد. کادر درمانی این بخش از ۴ پزشک متخصص داخلی، ۸ پرستار و ۲ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۷۷۰ و ۲۵ جلسه است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۳/۷۱ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در

سال ۸۲ راه اندازی شده است. این بخش در سالنی به وسعت ۱۵۰ متر مربع و دارای ۳ اتاق دایر می باشد. در کل این بخش دارای ۸ تخت فعال است.

تعداد ۱۰۰ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بخش می باشند. کادر درمانی این بخش از ۲



یافته است که موجب ناراضایتی بیماران شده است.

فضای فیزیکی بخش تالاسمی بیمارستان ۱۷ شهریور رشت بسیار نامطلوب است قرار است بخش جدید بیمارستان ۱۷ شهریور ساخته شود که متأسفانه سالیان است که نیمه کاره باقی مانده است.

مشکلات مربوط به دارو یا وسایل مصرفی:

مشکل عمده این بیمارستانها کمبود دسفرال می باشد

مشکلات معیشتی: در تمام شهرستانهای استان گیلان وجود دارد که به وضعیت اقتصادی بیماران مربوط می باشد.

کمک های انجام گرفته بعد از بازدید بنیاد:

اهدا ۹ دستگاه دیالیز به شهرستانهای رشت، آستارا و رودسر همچنین ۱۲ دستگاه تخت دیالیز و وسایل جانبی، ۱۲ عدد تخت ۱ شکن و وسایل جانبی و ۱۵ عدد تجهیزات رفاهی به استان گیلان اهدا نمود.

کمک های بنیاد

بنیاد امور بیماری های خاص تا ابتدای سال ۱۳۹۱ بالغ بر ۲۷۰ دستگاه تجهیزات درمانی و رفاهی و ۲۷ دستگاه دیالیز به استان گیلان کمک تجهیزاتی نموده است. همچنین بنیاد امور بیماری های خاص بالغ بر ۳,۶۶۵,۸۶۹,۵۸۷ ریال به صورت نقدی و ۵,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به صورت هدیه ایثار به اهدا کنندگان کلیه به استان گیلان کمک مالی نموده است.

مشکلات و کمبودها

بخش های دیالیز و بیماران شهرستانهای فاقد مرکز دیالیز: تمامی شهرستانهای استان گیلان به استثناء شهرستانهای رضوانشهر، شفت، منجیل، سیاهکل و املش دارای مرکز دیالیز مستقل هستند و بیماران شهرستانهای فوق نیز بدلیل نزدیک بودن شهرها به یکدیگر به مراکز شهر مجاور مراجعه می کنند.

مشکلات مربوط به فضای فیزیکی:

- بخش جدیدی در بیمارستان شهید بهشتی آستارا در حال ساخت است که در مرحله نصب دستگاه تصفیه آب قرار دارد با ظرفیت ۱۶ دستگاه که یکی از آنها برای دستگاه ایزوله در نظر گرفته شده است.
- در بیمارستان کوثر آستانه قرار است بخش دیگری به سالن دیالیز اضافه شود که توسط خیر در حال ساخت که ۶ تخت به سالن اضافه گردد.
- در بیمارستان رازی رشت بخشی به ظرفیت ۳۰ دستگاه در طبقه دوم دیالیز ساخته شده است که دستگاه تصفیه آب آن نیز خریداری شده و موجود می باشد.
- بیمارستان امام خمینی صومعه سرا دچار کمبود فضای فیزیکی می باشد.
- بیمارستان لاهیجان در بخش دیالیز دچار کمبود فضا می باشد که زمینی در داخل بیمارستان در نظر گرفته شده و قرار است برای دیالیز ساخته شود.

شهرستانهای فاقد بخش تالاسمی و هموفیلی:

تمامی شهرستانهای استان گیلان به استثناء شهرستانهای رضوانشهر، شفت، دارای مرکز تالاسمی و هموفیلی می باشند و بیماران شهرستانهای فوق نیز بدلیل نزدیک بودن شهرها به یکدیگر به مراکز شهر مجاور مراجعه می نمایند.

مشکلات فضای فیزیکی:

بیمارستان آستانه در بخش اطفال قرار دارد که ۲ اتاق از این بخش به تالاسمی اختصاص

پرستار تشکیل شده است.

امکانات رفاهی این بخش عبارتند از: ۲ دستگاه تلویزیون، ۲ دستگاه ویدئو و ۳ دستگاه یخچال. همچنین امکانات درمانی شامل: دستگاه ساکشن، اکسیژن، ترالی اورژانس و ترالی دارو می باشد.

ماسال: بیمارستان رسالت، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان ماسال است. این بیمارستان ۳۲ تختخوابی در حال حاضر تعداد ۲۴ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان قرار دارند.

بیمارستان رسالت (دولتی): شهرستان ماسال تنها بیمارستان و تنها مرکز ارائه کننده خدمات به بیماران خاص این شهرستان است که بخش دیالیز آن به تازگی تاسیس (سال ۸۹) شده است.

بخش دیالیز: بخش دیالیز این بیمارستان تازه تاسیس بوده و مشکلات بیماران دیالیزی این شهرستان را در مورد ایاب و ذهاب به مراکز دیالیز شهرستانهای دیگر را مرتفع ساخته است. دستگاههای دیالیز آن در یک سالن اصلی قرار داده شده است. این سالن دارای مساحت حدود ۷۰ متر مربع است که در حال حاضر ۶ دستگاه دیالیز در آن جا گرفته اند. دستگاههای دیالیز این مرکز همگی بیبران بوده و سال نصب همه آنها ۸۹ است. در این بخش ۲۶ بیمار دیالیز در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفت دیالیز می شوند. از این تعداد بیمار ۶ بیمار دو بار در هفته و ۲۰ بیمار ۳ بار در هفته دیالیز می شوند. کادر درمانی این بخش را ۱ پزشک متخصص داخلی، ۲ پرستار و ۱ بهیار تشکیل می دهند. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۲۸۰ و ۴ جلسه است نسبت بیمار به دستگاه در این بخش پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت برابر با ۴/۳ است.

تازه چه خبر

در تابستان سال ۱۳۹۱ پروردگار متعال، توفیق خدمت بی منت به کارکنان خدوم و زحمت کش بنیاد عطا نمود، با امید به ایزد یکتا و دعای خیر تمامی اعضای بنیاد اهم فعالیت‌های بنیاد در فصل زیبا را مرور می‌نماییم.

علی شاملو



بازدید از مراکز درمان ۴ استان کشور
در پی سفرهای استانی کارشناسان بنیاد امور بیماری‌های خاص از استانهای آذربایجان شرقی، اصفهان، چهارمحال و بختیاری و گیلان بازدید بعمل آوردند در جریان این بازدیدها کارشناسان بنیاد مشکلات و مصائب هر یک از مراکز را مورد بررسی قرار داده و مکتوب نمودند و همچنین بسته ای از انتشارات بنیاد را در اختیار این مراکز قرار دادند.

حضور بنیاد در نمایشگاه قرآن
بنیاد بیماری‌های خاص ماه مبارک رمضان امسال هم طبق سالهای گذشته در نمایشگاه قرآن شرکت نمود و به ارائه و معرفی کتب آموزشی و بروشورهای خود اقدام کرد. بازدید کنندگان در نمایشگاه قرآن فرم های همیاری بنیاد را تکمیل نمودند.

در جشن رمضان کمیته امداد امام خمینی هم بنیاد بیماری‌های خاص طبق سالهای گذشته شرکت و به ارائه و معرفی فعالیتها و اقدامات خود اقدام کرد.

همچنین برنامه های رادیویی با مشارکت و همکاری بنیاد بیماری‌های خاص و شبکه رادیویی ورزش اجرا شد .

برنامه گل ریزان به نفع بیماران خاص در زورخانه باشگاه شهید اژدری در جماران در ساعت ۱۲ الی ۲ بامداد روز شنبه ۱۴ مرداد همزمان با تولد امام حسن ۱۵ رمضان برگزار شد. در این برنامه اشخاص خیر و نیکوکار و اشخاص فعال در عرصه ورزش حضور فعال داشتند، در این برنامه دکتر حسن غفوری

اقداماتی بسیار برای تجهیز مراکز درمانی خود انجام داده است. به طور مثال ۱۴۰۰ دستگاه دیالیز به مراکز درمانی انجام داد. که این موارد بدون حضور و حمایت مادی و معنوی خیرین و نیکوکاران قابل انجام و پیگیری نیست.

فرد نماینده سابق مجلس و رئیس سابق سازمان تربیت بدنی حضور داشت و سخنان کوتاهی ارائه نمود، غفوری فرد در سخنان خود تأکید نمود که بحث گل ریزان باید در کشور اشاعه پیدا کند تا افراد بیمار و نیازمند بتوانند از این برنامه استفاده مطلوب نمایند. در این برنامه آقای سالم معاونت ارتباطات و بین الملل بنیاد هم حضور داشت و طی گفتگویی با رادیو ورزش به بیان خدمات و اقدامات بنیاد طی سالهای اخیر پرداخت. سالم تأکید کرد بنیاد در طی این سالها

یاری سبز یاوران بنیاد

این بار هم یاری سبز شما هموطنان به کمک بیماران خاص کشور آمد تا بار دیگر افتخار کنیم که هم میهنانی چون شما داریم. یاوران بنیاد امور بیماری های خاص در این فصل عبارتند از:

نیکتا پژوهش فر

آقای علیرضا قاسمی
خانم معصومه معتمدی
آقای مجتبی قاسمیان
آقای محمد صادق زمانی
آقای اسماعیل احمدپور
خانم رقیه اصغری
آقای مازیار فرخی
آقای بهروز بروجردی
خانم فاطمه ابراهیمی
آقای مصطفی نوبری
خانم آنتیا شریف
خانم پریسا توکل
آقای حسام عرب
خانم رویا جعفری
خانم سارا آهنی
آقای محمدرضا مرسلی
آقای مسعود باقری
آقای رامین رهنجات
خانم مرضیه خضریان
آقای داود عصاره
خانم فهیمه شهنساری
آقای قاسم کاهه
آقای سلمان شمسی
آقای حمید فاضلی سبزواری
خانم ساناز روغنجی و...

خانم لیلا صفریان
خانم لیلا جعفری
خانم مریم بهرامپور
خانم فاطمه بهرامپور
خانم زهرا مرعشی
خانم فاطمه شریفی
شرکت کامپوره خزر
شرکت آویستنا
شرکت نیپرو
شرکت رشد
شرکت بی برانت
شرکت نوارتیس
بانک پاسارگاد

کمک‌های اینترنتی از طریق آدرس
help.cffsd.org

خانم رقیه اصغری
خانم منصوره قبدیان
آقای محمد احمدی نژاد
خانم فاطمه سپهر
آقای فواد فولادی
خانم نیره آقازینلی

آقای محمد شجاعی - بازار پارچه فروشان
آقای جباری - بازار پارچه فروشان
خانم معظمی
خانم اعظم السادات حسینی
خانم منهاج
آقای دکتر شهاب
خانم مریم صفریان
آقای محی‌الدین
خانم شکوه خردمند
آقای امیرحسین بهرامعلی
آقای دکتر منصور
آقای رجبی
خانم شمعانی
خانم بدری سالاری
خانم مهین سالاری
خانم شراره زندگی
خانم واعظی
رستوران اقدسیه
رستوران البیک
تهیه غذای قریشی
خانم نوری
خانم طلا اصفهانی
خانم فیروزی
خانم ارزانی
خانم سیادت
خانم شادی عمید حضور
خانم فائزه هاشمیان
خانم رویا هاشمیان
خانم ابریشمی
خانم فهیمه حسینی
خانم سرور فخمی
خانم احمدی
خانم مرضیه محقق
خانم سیده کبری طباطبایی
خانم نادیا دریایی

یاوران عزیز:

لطفاً فیش کمک های واریزی به همراه آدرس خود را برای بنیاد ارسال فرمایید تا ضمن درج نامتان در این صفحه لوح تقدیر برایتان ارسال گردد.

صندوق پستی بنیاد امور بیماری های خاص: ۴۸۸۳-۱۹۳۹۵

ایثار زندگی یاری سبز روزگار

بوستان اهدای عضو در تابستان ۹۱ به بار نشست و بار دیگر ده‌ها نفر از هموطنان مان به یاری هموطنان بیمار خود شتافتند تا با هدیه کردن بخشی از وجود خود، دوباره نعمت زندگی را در وجود دیگری جاری سازند.

مهندس کیان میرزا

سعید باغ سان، شهروز عزیزی گنجگاه، بهرام شریفان، محمود میر شکار، سید جواد طباطبائی، محمد رضا ابراهیمی مرنگلو، محمد حسن آنائی، مهدی مکتوبیان، حجت فاضلی، طالب نوری، ظهیر محمدی، ناصر توکلی زاده، حسن آذریان، عبدالواحد کمالی زهی، بهروز دانایی، محمد رضایی، جواد جمهوری، جاوید الله وردی زاده تازه کندی، رضا ابراهیمیان، مهدیه عطائی چترودی، محمود خالقی، سید حسن حسینی مصیر، بهنام برجیس، سعید رستخیز لله مرزی، مسعود گزایی، اشرف پنبه بر، حیدرعلی رحمانی، محمد ایمانی، سعید محمدی فر، فرشته جمشیدی فر، قادر فرجی، یوسف روحی، فرزاد آئین جمشید، ابوالفضل عبدالوند، علیرضا پاپهن زاده، لیلا نورمحمدی، احمد اروج نژاد، محسن عیوض خانی، مرتضی بهار راسخ، فرنوش حضرتی، مهدی غلامی دازمیری، مجید خوش خلق، معصومه منصوری، امید گنجعلی، عطاء الله منصوری، اقبال شارع، علی سعادت، فرهاد غیبی، میثم خیاطزاده، مجید شکیبافر، بهناز لطفی سیرت، کامبیز مصیبی رضائیه، حسن نادری، هژار محمد شریف زاده، مهدی رحیمی، محمد رضا توکلی ابرندآبادی، علی اصغر غلامیان کیسمی، ناهید گلزیان، آرش مشایخی، وحید تبریزی کنعانی، ناهید عباسی، فهیمه آشکاران، امیر شهدادیان، سید مجتبی حسینی، نوبر پاشائی، صادق حاجیان، حمیدرضا خنجری، حمید اسدالهی، یزدان اغتنائی، امیر حسین سمار، توحید مامدی قزل کندی، پروانه سادات حسینی، مجید غنی زاده، هاوری قادری، محمد نصرت بیات، پیمان شریفی حسینی، احمد علی حسن پور، غفار عباسی، یوسف کهریزی، علیرضا همتی، آزاد رسولی فرد، محسن کاویانپور، سعید نوروز تهرانی، حسین میردورقی، احمد رضا اکبری، رسول ملکی، شکر الله اسدی شیخ رباط، راضیه میرشکار جفاکند، امیر صاحبی، ابراهیم اصفهانی شیلگانی، فاطمه بهداروند، نادر خدائی شیخ احمد، حسن نجفی حاجی ور، محمد حسین صفری نژاد، صفر تاج مهماندوست، رحیم رئیسی، اصغر قادری نسب، امین یزدان پناه، حسنعلی رضاوندی جمالونی، حسین دالوند، جواد پورمحمدحسین کاری، اصغر لطفعلی زاده، بهزاد صمدپور یگانه، مسعود خبیری، مجید هوشیاری، زرگار محمدی، شفیقه غزنوی، کبری زارع داویجانی، رحمان جاهد ارمغان، الهام پور چنگیز، حمید پور عبدالله، حمیدرضا محمودی کیا، حسین صالحی جمال، محمد رنجبر، اصغر ولیزاده کلفی، حافظ زویدات علوانی، حمید رضا صبور، محمد علی معماری، امین شقاقی، مهران جویا، ولید زاده آبشاری، علی پور خالقی، نیره جعفری زرنیدینی، بهنام کاری، عیسی صالح آبادی، محمد کرمی، حسن الکالیان، غلامرضا امیری پور، شهلا آدینه پور، مهدی بک زرد، هادی خالدار، سعیده حیاتی جوزانی، سید اکبر پاشائی حسینی، حسن روحانی، شعبانعلی علی نژاد، سکینه اکبر شاهی، الهام روحی قادیکلاکی، امیر فیضی، محمود سالار پور، صدیق مرادی اقدام، همایون فرهادی میانرودی، ماشاله نظری، رضا احمدی سجادی، حسن عزتی پیره ماشان، سعید ابراهیمی فیروز آبادی، شهاب بهاری مستعلی، مهدی صادقی، حمید لعل گون، یزدان افراسیابی، علی رضا ناگزاده کرمانی، جعفر باقری صدر، ابراهیم مهتابی بازکیانی، مهدی قاسمی، مرزبان صفری تمر، فایق سهایی، منیژه چابک رو، حمید رضا حقیقت، رضا حاتمی، احمد محمدی مقدم، پیمان واحدی یگانه، لیلا سیلاخوری، عبدالله جنتی، میثم دوستی میر قائد، علیرضا مولوی وردنجانی، سمیه پور محمدی، معصومه سهرابی نودهی، مهدی ملکشاهی، اسماعیل بختیاری، امیر مسیبی درچه، محمد صادق کلکی فرد، حسن ابی زاده، مرتضی حاصلی جویباری، محمد بیجانی، مهدی نجفی، محمد رضا رحیمی فرد، محمد رضا رحیمی فرد، جواد دوستوندی، امیر مرادی، امیر بشیر، حمیدرضا شاکر اردکانی، حمید عابدی درچه، علی قائد رحمتی، نبی افجه، حمید صداقت‌یار، میثم دوستی میر فائد، عبدالله جنتی، سعید کاظمی کسبی، ابراهیم شعبان نتاج سرحمامی، میثم کریمی گوغری، پیام ترابخانی مونقی، عباس قربانی، علی پور رزاز، نرگس اکبری، حسین رفعتی، نوراله نجفیان، ولی‌اله طهماسبی پور، ابوذر شورودی ریگی، زهرا نبی لو، رضا عبادپور، غلامرضا ابراهیم زاده، شهاب الدین پیر خضری کرد، فریبا ابراهیم آبادی تکابی، مهرداد آهو قلندری، جعفر ایمانی طالشمکائیل، حسین گلستان، فاخر تاراسی، ابوالفضل ترکی، سهراب سوری، رضا رضائی خانقاه، فریدون ساکی، مرتضی بنی احمد، صادق سلیمانی، یحیی قدکچی اصل، حسن همتی، روح اله قائم آبادی، مرتضی خلیلی بوالحسنی، علی سوسی گنجی، بهروز زارعی اللوی کوچک، غلامرضا احمدی پور لسکوکلایه، شیرین کاکه رشی، ایمان شیرنگ زاده، مجید زارع بیدکی، حسین اکبری، محسن مهدویان، وحید عباسی، نادر طالبی، محمد کهنساری، مهدی خدری، مسلم مرشدی و...

با اهدای عضو بعد از مرگ، حیاتی تازه به هم‌نوع خود ببخشید

علاقمندان جهت تکمیل فرم اهدای عضو می‌توانند به آدرس اینترنتی: <http://cffsd.org/forms/ozv> مراجعه، و فرم اهدای عضو را با خط خوانا تکمیل و به شماره ۲۲۷۶۵۴۲۳ فکس یا جهت کسب اطلاعات بیشتر با آقای میرزا به شماره ۲۲۵۹۱۹۵۷ داخلی ۴۱۱ تماس حاصل نمایند.

سلامت



دیالیز خانگی: انتخابی برای درمان

دیالیز باعث دفع مواد زائد و مایعات اضافه از خون می‌شود. دیالیز یا پیوند کلیه در صورت نارسایی کلیه حتما باید انجام شوند. دیالیز به دو شکل همودیالیز و دیالیز صفاقی یا پریتونئال صورت می‌پذیرد.

منبع: **Kidney Health Australia** ویرایش: دکتر سمیرا مجیدیان

ناموفق بود، دیالیز دوباره از سر گرفته می‌شود. مگر این‌که فرد خود نخواهد که تحت درمان قرار گیرد که این داستان دیگری دارد.

مزایای دیالیز خانگی

آنهايي که در خانه دیالیز می‌شوند راحت‌ترند، چون:

- می‌توانند زمان دیالیز را تعیین کرده و طوری آن را تنظیم کنند که با کار و برنامه‌های دیگرشان تداخل نداشته باشد. پزشک مربوطه هم مشخص می‌کند که چند بار و تا چه زمانی باید دیالیز انجام شود.
- می‌توانند در وقت و هزینه صرفه‌جویی کنند چون نیازی ندارند که از خانه خارج شوند. خستگی آن هم کمتر است خصوصا اگر برای دیالیز مجبور شوند که مسیر زیادی را طی کنند.
- می‌توانند در کنار خانواده یا دوستان خود دیالیز شوند.
- بهتر می‌توانند مشکلات ناشی از دیالیز را کنترل کرده و از آن جلوگیری کنند. برای مثال فشار خون آنها به ندرت افت می‌کند چون در خانه به دقت آن را زیر نظر دارند.
- احساس بهتری دارند و از نظر پرهیز غذایی و مصرف مایعات کمتر با محدودیت روبرو خواهند بود.
- همیشه در خانه یک نفر مسئول دیالیز است و بنابراین فیستول یا گرافت، کمتر برای فرد مشکل ایجاد می‌کند.

چرا افراد رغبت زیادی به همودیالیز خانگی نشان نمی‌دهند؟

برخی دلایل به شرح ذیل است:

- بعضی‌ها احساس می‌کنند وضعیت عمومی

می‌شود و معمولا برای افرادی است که بیماری‌های دیگری هم دارند و باید تحت درمان باشند.

نوع دیگر دیالیز، همودیالیز شبانه است که شب‌ها انجام می‌شود: شش شب در هفته هر شب ۸ ساعت.

در صورت نارسایی کلیه، تا زمانی که پیوند کلیه انجام گیرد باید دیالیز کرد. اگر پیوند

در همودیالیز، دستگاهی که کار کلیه مصنوعی را انجام می‌دهد، خون را تصفیه می‌کند. دیالیز صفاقی باعث می‌شود که مواد زائد خون از بین برود.

می‌توان همودیالیز را در خانه هم انجام داد. غیر از خانه، می‌توان به واحدهای کلیوی مستقر در خارج از بیمارستان‌ها مراجعه کرد. دیالیز در خود بیمارستان‌ها هم انجام



به حضور پرستار است؟

واقعیت این است که نیازی به وجود پرستار نیست مگر این که وضعیت سلامت بیمار طوری باشد که احساس شود بهتر است از پرستار استفاده شود.

بالین وجود می‌توان پرستاری استخدام کرد که در صورت بروز مشکلات به بیمار کمک کند. این فرد می‌تواند فشار خون بیمار را کنترل کند و طی دیالیز آنچه بیمار نیاز دارد، برایش فراهم نماید. در راه اندازی و تمیز کردن دستگاه هم، پرستاری می‌تواند به بیمار کمک کند.

اگر پرستار نیاز به مرخصی داشت، چه باید کرد؟

در صورتیکه پرستار به مرخصی رفت، بیمار باید به بیمارستان جهت دیالیز مراجعه کنید. برخی مراکز وجود دارند که برای پرستار، جایگزین معرفی می‌کنند. این پرستار جایگزین در کشورهایی مانند استرالیا دارای کد نظام پرستاری و با تجربه در زمینه دیالیز است.

این مراکز هم به صورت اورژانسی و فوریتهای و هم به صورت عادی قادر به انجام این کار هستند. البته این جایگزینی در مناطق کم جمعیت سخت تر است.

دیالیز خانگی چه تاثیری بر جو خانواده بیمار دارد؟

خانواده‌ها معمولاً به راحتی با آن کنار می‌آیند و دیالیز بخشی از زندگی خانوادگی آنها می‌شود. همین که نیازی نیست که بیمار برای دیالیز از خانه خارج شود و زمان زیادی را بیرون از خانه سپری کند، خودش امتیازی برای خانواده بیمار است.

- نحوه سفارش اقلام مورد نیاز دیالیز و نگهداری آنها

- ثبت سوابق مربوط به دیالیزهای انجام شده

- اختصاص جای مناسب در خانه به دیالیز - مراقبت از دستگاه دیالیز و تمیز کردن آن

هزینه دیالیز خانگی

در خانه باید جایی را برای صندلی و دستگاه دیالیز اختصاص داد و در نزدیک آن هم جایی را برای نگهداری وسایل مربوطه در نظر گرفت.

لوله کشی خاصی باید در منزل پیش بینی شود و کیفیت آب ورودی به دستگاه آزمایش شود.

کارشناسان مربوطه از منزل بازدید به عمل آورده و بهترین راهکارها را ارائه می‌دهند. در برخی از کشورها، سیستم بهداشتی درمانی هزینه خرید دستگاه دیالیز و هزینه‌های مستمر آن را پوشش می‌دهند. بعضی بیمارستان‌ها علاوه بر این، هزینه لوله کشی جدید را هم می‌پردازند. البته پرداخت برخی هزینه‌های دیگر مانند صندلی دیالیز به عهده خود بیماران است.

اگر بیمار در خانه اجاره‌ای اقامت دارد، باید قبل از هر گونه تغییرات در خانه با بنگاه یا صاحب خانه صحبت شود. باید تأییدیه آنها را گرفته و تعیین شود که چه کسی مسئول پرداخت هزینه‌ها است.

در کشوری همچون استرالیا در برخی از ایالات آن، افرادی که در خانه همودیالیز می‌شوند می‌توانند از طریق شورای شهر خود برای هزینه آب مصرفی تخفیف بگیرند. برخی ایالات حتی در قیمت برق این نوع مشترکین تخفیف قائل می‌شوند. در زمینه نحوه درخواست برای گرفتن تخفیف در قیمت آب و برق هم راهنمایی‌های لازم داده می‌شود.

افرادی که مسئولیت مراقبت و پرستاری از افراد دیالیزی دارای نقص عضو را برعهده دارند هم از حمایت مالی برخوردار می‌شوند.

آیا برای انجام همودیالیز خانگی نیازی

خوبی ندارند که در خانه دیالیز شوند.

- همه از وجود چنین امکانی آگاه نیستند.
- همه بیمارستان‌ها برنامه همودیالیز خانگی ندارند.

- بعضی‌ها اضطراب دارند که این کار را در خانه انجام دهند.

- بعضی‌ها نگران کار با دستگاه دیالیز و رفع و رجوع عیب و ایراد آن هستند.

قبل از دوره آموزشی دیالیز خانگی، همه نگرانند اما بعد از آن اکثر آنها مثل افراد ماهر بخش دیالیز، خودشان کار خودشان را انجام می‌دهند و سوزن وصل می‌کنند و دستگاه را راه می‌اندازند. در عین حال آنها می‌توانند با یک تلفن با پرستار با تجربه در کار دیالیز صحبت کنند و سئوالات و مشکلات خود را مطرح کنند.

آیا همودیالیز خانگی خطر دارد؟

قبل از انجام دیالیز خانگی، آموزش‌های لازم از جمله کنترل فشار خون و مایعات ارائه می‌شود. مثل همه انواع دیالیز، در دیالیز خانگی هم باید هر بار این کار را با دقت انجام داد تا کمترین عوارض را داشته باشد.

آموزش‌های لازم قبل از انجام دیالیز خانگی پرستاران ماهر در جلسات آموزشی در کنار بیماران خواهند بود تا نحوه کارکرد با دستگاه دیالیز در خانه را به آنها آموزش دهند. اگر فردی هم به عنوان پرستار در خانه کار می‌کند، او هم در کنار بیمار آموزش می‌بیند.

آنچه در جلسات آموزش داده می‌شود، عبارتند از:

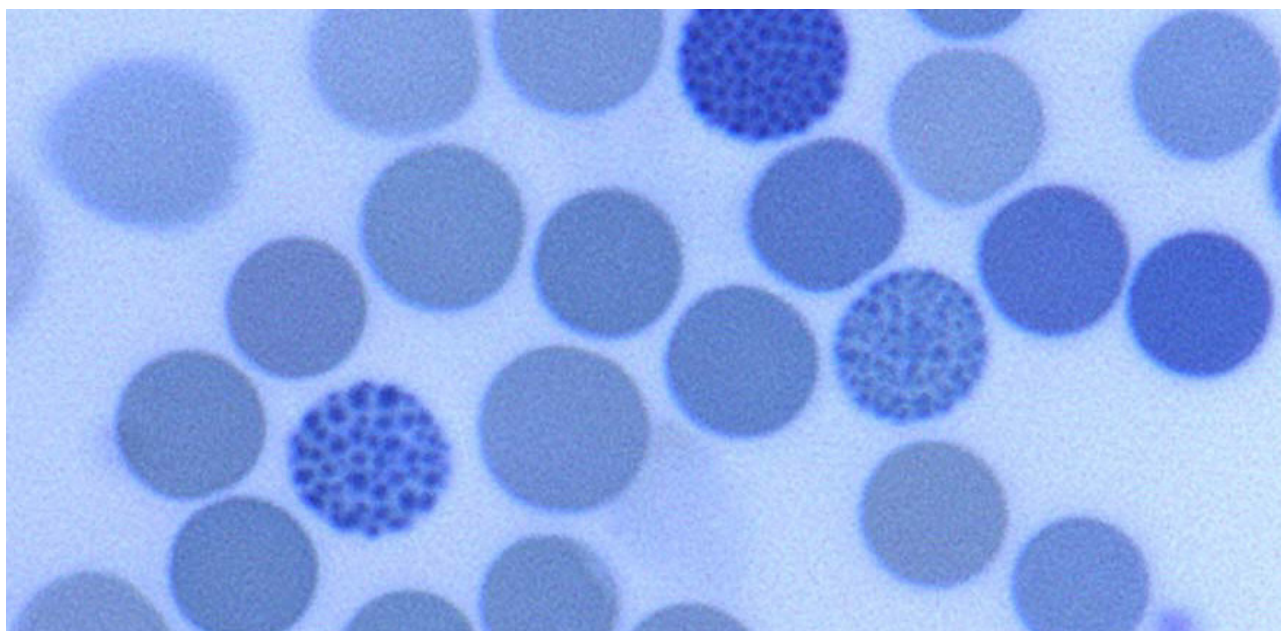
- کنترل فشار خون و نبض
- کنترل رژیم غذایی و مصرف مایعات
- مراقبت از فیس‌تول محل دیالیز
- راه اندازی دستگاه دیالیز و آماده‌سازی جایی که دیالیز در آن صورت می‌گیرد.
- مشکلات احتمالی طی انجام دیالیز مانند افت فشار خون

- این که در پایان دیالیز چه باید کرد؟

معرفی بیماری آلفا تالاسمی

آلفا تالاسمی‌ها اختلالاتی ارثی هستند که با کاهش یا توقف تولید زنجیره‌های گلوبین آلفا شناخته می‌شوند. ژن‌های زنجیره گلوبین آلفای انسانی در انتهای تلومر یک بازوی کوتاه کروموزوم ۱۶ به صورت دو نسخه‌ای قرار دارند (یعنی ۴ ژن).

منبع: راهنمای مدیریت بالینی تالاسمی دکتر حسن ابوالقاسمی



هموگلوبین Constant Spring هستند که با سنتز غیر موثر زنجیره گلوبین آلفا که ناشی از نقص ژن مربوط به تولید شدن این گلوبین است، مشخص می‌گردد.

این جهش به طور عمده در آسیا وجود دارد و همراه با حذف دو ژن آلفا است که منجر به شکل شدید بیماری HbH می‌شود.

هیدروپس جنینی همراه با Hb نوع بارت (Bart Hb) که شدیدترین تظاهر بالینی آلفا تالاسمی است، در غیاب چهار ژن زنجیره گلوبین آلفا روی می‌دهد و باعث مرگ جنین در رحم می‌شود. نبود ژن زنجیره گلوبین آلفا در موقعیت "Cis" روی همان کروموزوم آلفا تالاسمی در آسیای جنوب شرقی شایع است، در حالی که در حوزه دریای مدیترانه نادر و حتی در آفریقا بسیار نادرتر است.

حذف یک ژن زنجیره گلوبین آلفا باعث به وجود آمدن ناقل خاموش در سراسر دنیا شده است.

مبتلایان به صفت تالاسمی آلفا، فقط دو ژن آلفای فعال داشته و هیچ‌گونه علامت و یا یافته آزمایشگاهی و یا بالینی ندارند.

آنمی خفیف و میکروسیتوز:

در بیماری هموگلوبین H(HbH Disease) تنها یک ژن زنجیره گلوبین آلفا وجود دارد و سه ژن دیگر حذف شده‌اند یا اختلال دارند که به طور معمول با کم خونی همولیتیک متوسط، بزرگی طحال و نیز حمله حاد همولیز در پاسخ به داروهای اکسیدان و یا عفونت‌ها شناخته می‌شوند.

ساختارهای غیر طبیعی دیگر شامل

آلفا تالاسمی‌ها اغلب حاصل حذف‌های وسیع ژنی می‌باشند که در یک یا هر دو ژن زنجیره گلوبین آلفا اتفاق می‌افتند.

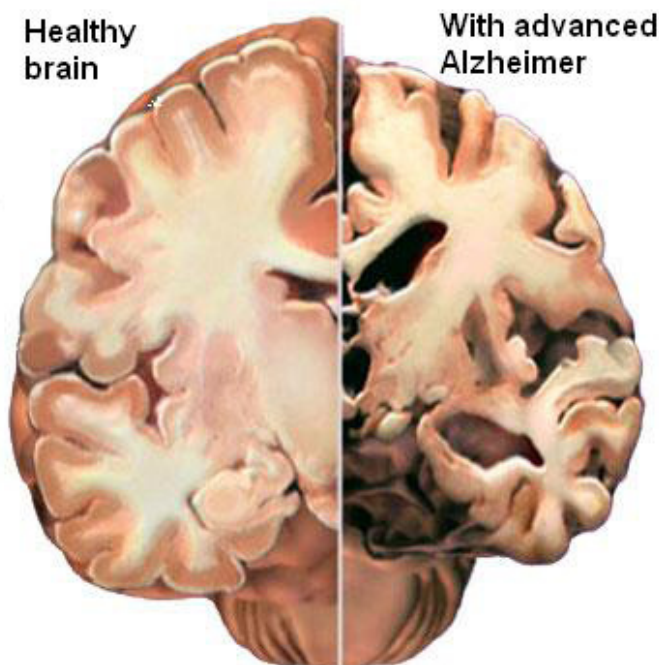
ناقل خاموش (Silent Carrier):



ارتباط بین آلزایمر و دیابت

مطالعات آزمایشی جدیدی که به وسیله‌ی محققین انجام گرفته، نشان داده که درمان به وسیله‌ی انسولین استنشاقی، حافظه، مهارت تفکر و توانایی عملکرد را در بیماران مبتلا به بیماری آلزایمر یا افراد پیش آلزایمری که آسیب خفیف در آنها تشخیص داده شده و بهبود بخشیده است.

ترجمه: ندا جلیلیان مرجع: www.dana.org



در حال حاضر هیچ درمان مفید و تاثیرگذاری برای به تاخیر انداختن و یا پیش‌گیری از آلزایمر وجود ندارد. دکتر Suzanne craft و همکارانش در مرکز تحقیقات مربوط به سالمندان، انجام این آزمایشات را هدایت نموده‌اند. داده‌های حاصل از تحقیقات ایشان در ۱۲ سپتامبر در قسمت neurology آرشیو شده است.

این مطالعه بر اساس تحقیقات قبلی انجام گرفته، توسط گروه دکتر گرفت و همکارانش بوده است که سطح انسولین پایین در مغز را با آلزایمر مرتبط دانسته. انسولین کمک می‌کند تا قند موجود در جریان خون به انرژی برای مصرف سلول‌های مغزی تبدیل شود.

در دیابت نوع ۱، پانکراس به مقدار کافی انسولین نمی‌سازد و در دیابت نوع ۲ که حدوداً، در ۱ نفر از هر ۵ بیمار دیابتی تشخیص داده شده، بدن به اثر هورمون انسولین مقاومت نشان می‌دهد. البته نقش انسولین در بدن، فراتر از متابولیسم قند خون و دیابت است، این هورمون به صورت کلی یک نقش کلیدی را در افزایش طول عمر سلول‌های مغز و نیز در چندین بیماری مزمن دیگر بازی می‌کند، بنا براین ارتباط این موضوع با آلزایمر چندان عجیب نیست. این گروه به تازگی در یک آزمایش بالینی، دریافت انسولین را از طریق وسایل استنشاقی که در اطراف سوراخ‌های بینی، قرار می‌گیرد و فقط انسولین را در که در سینوس بالایی پخش می‌کند آزمایش نموده است.

در این آزمایشات نشان داده شد که هیچ خطری در افزایش سطح انسولین در کل

یادآوردن یک خاطره بعد از گذشت زمان طولانی را بهبود بخشیده بود.

هر دو مقدار دوز انسولین مهارت کلی فکرکردن و توانایی عملکرد را ایجاد کرده بودند.

به طور کلی خانواده‌هایی که بیمارانشان انسولین استنشاقی دریافت کرده بودند، اذعان نموده بودند که، عملکرد بیمارانشان بسیار بهتر شده بود، افزایشی در حدود ۲۰ درصد.

بدن وجود ندارد که بتواند سطح قند خون را به مقدار خطرناکی پایین بیاورد.

۱۰۴ نفر بزرگسال شرکت کننده در این مطالعه، ۲۰ واحد بین المللی IU از انسولین/۴۰ IU انسولین/ و یا محلول سالین دارو نما را به صورت روزانه برای ۴ مدت ماه از طریق وسایل استنشاقی دریافت کرده بودند.

در این مطالعات درمان به وسیله‌ی ۲۰ واحد انسولین حافظه به خصوص توانایی به

اهدای کلیه توسط فرد زنده

اهدای کلیه توسط فرد زنده، پیوند کلیه فرد زنده یا نفرکتومی اهداکننده عباراتی است که در این رابطه به کار می‌رود. اهداکننده فردی است دهنده کلیه و دریافت کننده فردی است گیرنده آن. بسیاری از بیماران مایلند از افراد زنده کلیه دریافت کنند چون در این صورت یا نیازی به دیالیز نخواهند داشت و یا اگر نیاز هم داشته باشند برای مدت زمان کوتاهی خواهد بود.

پلاسما فرز یا تعویض پلاسما قبل و بعد از پیوند قرار می‌گیرد تا آنتی بادی‌های مضر از خون دفع شود. آنتی بادی‌ها بخشی از سیستم ایمنی بدن هستند. آنتی بادی‌ها پروتئین‌هایی هستند که در گلبول‌های سفید جهت مقابله با عفونت تولید می‌شوند. این نوع اهدای کلیه توسط فرد زنده به صورت محدود در برخی بیمارستان‌های تخصصی انجام می‌شود.

چه آزمایش‌هایی برای یافتن اهداکننده مناسب انجام می‌شود؟

قبل از این که فردی بخواهد اهداکننده کلیه باشد، باید اول با پزشک خود مشورت نماید. پزشک می‌تواند عملکرد کلیوی را بررسی کرده و اثر اهدای کلیه بر سلامت عمومی را مشخص کند.

مواردی است که در صورت ابتلا، فرد نمی‌تواند کلیه خود را اهدا کند:

سرطان، دیابت، ایدز، هپاتیت، مشکل حاد قلبی، مشکلات تنفسی و فشار خون بالا.

اگر پزشک فرد متقاضی اهدای کلیه نظرش این بود که وی می‌تواند اهداکننده کلیه باشد، آنگاه جلساتی میان او و تیم پیوند

اخیرا نوع جدیدی از اهدای کلیه توسط فرد زنده بنام اهدای غیرمستقیم مطرح شده است. در این نوع اهدا، تعداد کمی از مردم هستند که کلیه خود را به افرادی که در فهرست انتظار دریافت پیوند از اهداکنندگان فوت شده قرار دارند اهدا می‌کنند. در چنین شرایطی، اهداکننده کاری ندارد که چه کسی کلیه را دریافت می‌کند.

چرا باید گروه خون اهداکننده و دریافت کننده یکی باشد؟

اهدای کلیه شبیه اهدای خون است. یعنی از کسی که خون می‌توانید بگیری کلیه هم می‌توانید بگیرید.

اگر گروه خون اهداکننده و دریافت کننده کاملاً با هم نخواند آنگاه پیوند موفق نخواهد بود. جدول گروه‌های خونی و هم خوانی از نظر اهداء کلیه در ذیل آمده است.

اگر گروه خونی اهداکننده با دریافت کننده هم خوانی نداشته باشد، آنگاه چه باید کرد؟ گاهی اگر گروه خون اهداکننده‌ای با دریافت کننده همخوانی نداشته باشد می‌توان یک کار ویژه‌ای روی خون کرد که کلیه اهداکننده قابل اهدا باشد. جهت جلوگیری از پس زدن فوری کلیه، دریافت کننده تحت

در برخی از کشورها همچون استرالیا زمان انتظار برای پیوند کلیه از اهداکننده مرده حدود ۳ تا ۴ سال است.

می‌توان برای اهدای کلیه توسط فرد زنده از قبل برنامه‌ریزی کرد. این باعث می‌شود که فاصله زمانی بین گرفتن کلیه و پیوند آن کاهش یافته و میزان موفقیت پیوند افزایش یابد. پذیرش در بیمارستان و وقت جراحی را هم می‌توان از قبل تعیین کرد و بدین ترتیب هم اهداکننده و هم دریافت کننده وقت کافی دارند که برای جراحی و دوره نقاهت بعد از عمل خود را آماده کنند.

شرایط فرد زنده‌ای که قصد اهدای کلیه دارد

کلیه اهداکننده زنده باید سالم بوده و دارای عملکرد طبیعی باشد. گروه خون و نوع بافت اهداکننده هم باید با دریافت کننده بخواند. اهداکننده زنده اغلب با دریافت کننده قرابت خانوادگی دارد یا یکی از والدین اوست و یا خواهر و برادر و یا یکی از فرزندان بزرگسال او.

گاهی اوقات افرادی که رابطه خونی هم با دریافت کننده ندارند می‌توانند جزو اهداکنندگان باشند مانند همسر، شوهر یا دوست.

گروه خونی	می‌تواند از گروه‌های خونی زیر کلیه بگیرد	می‌تواند به گروه‌های خونی زیر کلیه اهدا کند
O	O	O, A, B, AB
A	O, A	A, AB
B	B, O	B, AB
AB	O, A, B, AB	AB



می‌شود. اگر از نظر بافتی اهداکننده و دریافت کننده چندان با هم هم خوانی نداشته باشند آنگاه آنتی‌بادی‌های دریافت کننده کلیه جدید را به عنوان جسم خارجی در نظر گرفته و آن را از بین می‌برند. حتی در صورتی که اهداکننده و دریافت کننده از این نظر مشکلی هم نداشته باشند، باز هم امکان پس زدن کلیه وجود دارد. البته درجه پس زدن کلیه متفاوت است و می‌تواند حاد یا مزمن باشد. پس زدن حاد کلیه در چند هفته یا ماه اول بعد از پیوند رخ می‌دهد. اگر پس زدن حاد در سال اول رخ ندهد دیگر بعد از آن اتفاق نخواهد افتاد مگر آنکه بیمار داروها را مصرف نکند. پس زدن مزمن کلیه معمولاً یک سال بعد از پیوند رخ می‌دهد و خیلی آرام پیش می‌رود. اگر خفیف باشد چندان مشکلی ندارد، اما اگر شدید باشد به نارسایی کلیه می‌انجامد.

خطرات اهدای کلیه برای فرد اهداکننده

به مانند دیگر انواع جراحی، اهدای کلیه هم ممکن است عوارض جدی و مرگ در پی داشته باشد.

البته آمارها نشان می‌دهد که خطر مرگ

صورت حمایت لازم از وی به عمل آمده و به متخصصین مربوطه ارجاع می‌شود. معاینه روانشناسی بخشی از روند آزمایش است تا معلوم شود که شخص متقاضی اهداء کلیه با اطمینان کامل کلیه خود را اهدا کرده و از روی آگاهی این اقدام را انجام می‌دهد. این معاینه یا بطور غیر رسمی صورت می‌گیرد و یا بصورت مصاحبه‌ای رسمی با حضور مددکار اجتماعی، روانشناس یا پزشک. هر زمانی تا قبل از عمل جراحی او می‌تواند نظر خود را عوض کرده و از اهدا منصرف شود.

پس زدن کلیه چیست؟

آزمایش بافت شناسی، ساختار ژنتیک را نشان می‌دهد. بدن ما از شش نوع بافت متمایز تشکیل شده است. هر چه خصوصیات اهداء کننده و دریافت کننده به هم نزدیک‌تر باشد شانس موفقیت پیوند بیشتر است. از طرفی آنچه در بدترین شکل آن بعد از پیوند ممکن است رخ دهد پس زدن کلیه است. سیستم ایمنی بدن از طریق تولید آنتی بادی علیه هرگونه جسم خارجی واکنش نشان می‌دهد. آنتی بادی‌ها توسط گلبول‌های سفید تولید

برگزار می‌شود. این تیم به متقاضی کمک می‌کند که خطرات و مزایای اهدا را ارزیابی کرده و با مراحل پزشکی کار آشنا شود تا از روی آگاهی رضایت به اهدای کلیه خود دهد. با انجام این نوع مشاوره‌ها همچنین اطمینان حاصل می‌شود که فرد، اهدای کلیه را با تمام وجود پذیرفته و مجبور به این کار نشده و به جهت کسب منفعتی به این کار اقدام نکرده است.

انجام آزمایش‌های تشخیص طبی بدین علت است که اطمینان حاصل آید که اهدا کلیه باعث کم شدن عمر یا پایین آمدن کیفیت زندگی نمی‌شود. تیم پیوند هم با کمک این آزمایش‌ها درمی‌یابد که آیا از نظر فیزیکی، فرد متقاضی اهدای کلیه آمادگی جراحی را دارد و یا آیا کلیه وی مناسب اهدا است یا خیر؟ آزمایش‌هایی که انجام می‌شود عبارتند از: آزمایش خون مثل تعیین نوع بافت، کراس مچ سرم، رادیولوژی، تست عملکرد کلیه، آزمایش ویروسی و تست‌های قلبی و عروقی.

در این آزمایش‌ها حتی ممکن است برخی از بیماری‌هایی که فرد متقاضی اهدای کلیه از آن بی‌خبر بوده است، مشخص شود. در آن

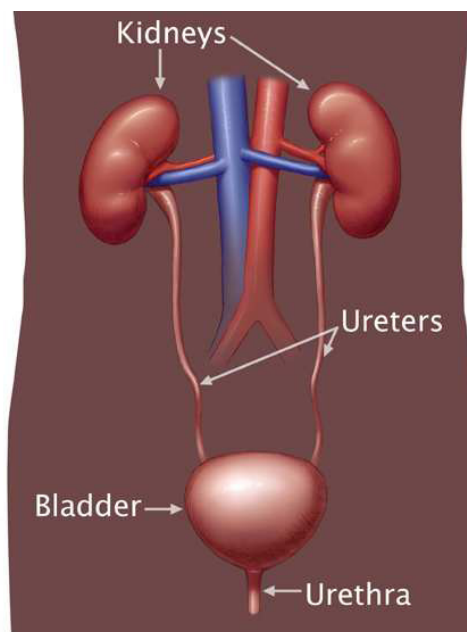
معهده، روده کوچک، کبد، کلیه و مثانه است. جراح وسایل خاصی را از طریق شکاف وارد شکم می‌کند. یکی از آن‌ها لوله‌ای نازک متصل به دوربین ویدئویی است بنام لاپاروسکوپ که به کمک آن جراح می‌تواند داخل بدن و محل عمل را مشاهده کند.

کلیه را به دو روش بیرون می‌کشند:

۱- **آندوکیچ:** در این روش، با کیسه خاصی کلیه از شکافی با عمق ۷ سانتیمتر بیرون کشیده می‌شود.

۲- **هندپورت:** در این روش، جراح با دست خود کلیه را بیرون می‌آورد.

بعد از بیرون آوردن کلیه، اول آن را چک کرده و سپس در ظرف یخ ذخیره می‌کنند تا موقع پیوند فرا رسد.



جراحی باز و برداشتن کلیه

در این روش جراح شکافی در کنار یا جلوی شکم ایجاد می‌کند. این شکاف در طول قسمت انتهایی دنده پایینی درست کمی بالاتر از راستای ناف ایجاد می‌شود. این که این شکاف در سمت چپ بدن باشد یا راست بستگی به آن دارد که کدام کلیه قرار است اهدا شود. لوله‌هایی که کلیه را به گردش خون بدن و مثانه متصل می‌کند قطع شده و سر آنها بسته می‌شود. آنگاه کلیه جدا شده و جهت پیوند آماده می‌شود. این عمل حداکثر حدود ۳ ساعت طول می‌کشد.

آنچه بعد از جراحی رخ می‌دهد

بعد از جراحی، شخص اهداء کننده در اتاق ریکاوری به هوش می‌آید در حالی که احساس ضعف و ناخوشی دارد. یک ماسک اکسیژن به صورت داشته و لوله‌ای به نام کاتتر که ادرار را از مثانه به کیسه ادرار انتقال می‌دهد، به وی وصل است. کاتتر به تیم پزشکی کمک می‌کند تا اطمینان حاصل کنند که ادرار از کلیه‌ها دفع می‌شود. کاتتر حداقل یک روز باید به فرد وصل باشد. همچنین ممکن است لوله‌ای جهت خارج کردن ترشحات وصل شود. آوی وی لاین همچنان در بازو باقی می‌ماند

را بطور عادی ادامه داده و نباید مجبور باشد بیمه عمر بیشتری بپردازد.

آنچه طی جراحی رخ می‌دهد

طی هفته قبل از جراحی، اهداکننده و دریافت کننده دوباره تحت آزمایش قرار می‌گیرند تا اطمینان حاصل آید که از نظر فیزیکی و روانی همه چیز آماده است. آزمایش سرم خون دوباره انجام می‌شود تا از درست بودن آزمایش اول اطمینان حاصل شود.

روز قبل از جراحی، اهداکننده و دریافت کننده به بیمارستان می‌روند. دریافت کننده ممکن است در آن روز دیالیز هم بشود. مثل هر نوع جراحی، باید در مصرف برخی غذاها و مایعات پرهیز کرد. دارو قبل از رفتن به اتاق عمل داده شده و آوی وی لاین به بازو وصل می‌شود تا داروهای لازم طی عمل قابل تزریق باشد. جراحی حدوداً ۲ تا ۳ ساعت طول می‌کشد.

برداشتن کلیه از طریق لاپاروسکوپ یا جراحی میکروسکوپ

گاز دی‌اکسیدکربن از طریق لوله‌ای وارد شکم می‌شود. شکم حاوی اعضای مانند

و میر در میان اهداء کنندگان کلیه بسیار پایین است به گونه‌ای که در برخی از کشورها همچون استرالیا طی چهل سال اخیر هیچ مرگ و میری در میان اهداء کنندگان کلیه گزارش نشده است.

این نوع عوارض عبارتند از:

- پارگی ریه
- عفونت ریه
- آسیب به اعصاب
- لخته شدن خون
- پارگی مثانه

برداشتن یک کلیه باعث می‌شود کلیه دیگر بزرگتر شود تا بتواند کار آن کلیه را هم انجام دهد. اهدای کلیه امید به زندگی را کم نمی‌کند و باعث افزایش احتمال نارسایی کلیه نیز نشده و یا باعث بیماری دیگری در اهداء کننده نمی‌شود. البته اگر کلیه باقیمانده آسیب ببیند یا این که شخص اهدا کننده دچار بیماری شود آنگاه وی در معرض خطر بیشتری خواهد بود. با افزایش سن ممکن است فشار خون بالا رود و دفع پروتئین از طریق ادرار بیشتر شود. اهداء کننده کلیه باید بتواند زندگی خود

چند سؤال خطاب به اهداکنندگان

کلیه

سئوالات ذیل می‌تواند برای افرادی که دوست دارند اهداکننده کلیه باشند مفید واقع شود:

- بطور کلی، چه احساسی نسبت به اهدای عضو دارند؟

- چرا می‌خواهند کلیه خود را اهدا کنند؟

- دین یا اعتقادات مذهبی آنها چه دیدگاهی درباره اهدای عضو دارد؟

- آیا اهدای کلیه بر ارتباط آنها با دریافت کننده، خانواده‌شان یا دوستان‌شان تاثیر خواهد گذاشت؟

- آیا خانواده و دوستان آنها در صورتی که تصمیم به اهدای کلیه گرفته‌اند، از ایشان حمایت می‌کنند؟

- آیا شغل‌شان طوری است که بتوانند آزاد باشند تا آزمایش و جراحی را انجام داده و دوره نقاهت را بگذرانند؟

- اگر پیوند کلیه موفق نباشد چه احساسی به ایشان دست خواهد داد؟

- اگر آزمایش‌ها نشان داد که نمی‌توانند کلیه اهدا کنند آنگاه چه احساسی خواهند داشت؟

- آیا افرادی به غیر از آنها هم هستند که می‌توانند اهداکننده کلیه باشند؟ در این صورت به نظر ایشان بهترین راه برای انتخاب اهدا کننده مناسب کدام بود؟

- آیا از نظر سلامتی در وضعیتی هستند که کلیه اهدا کنند؟ آیا دلایل دیگری هم وجود دارد که مانع اهدای کلیه توسط ایشان شود؟

- آیا آمادگی آن را دارند که درد کشیده و یا حتی با مرگ مواجه شوند؟

- آیا فکر می‌کنند بتوانند از روی فکر و آگاهی تصمیم گرفته و اهداکننده کلیه شوند؟

- آیا به اطلاعات بیشتری نیاز نداشته و آیا نمی‌خواهند بیشتر فکر کنند؟

- آیا می‌خواهند با فردی که قبلاً اهداکننده کلیه بوده صحبت کنند؟

نگرانی‌های اهداکنندگان کلیه

این تصمیم که کسی بخواهد اهداکننده کلیه باشد بسیار مهم و در عین حال شخصی است. بعضی از مردم رغبتی به اهدای کلیه ندارند و از اینکه نمی‌توانند این کار را انجام دهند، احساس خوبی ندارند. برای بعضی هم تصمیم گرفتن در رابطه با اهدای کلیه بسیار راحت است و اگر احیاناً نتوانند کلیه اهداکنند بسیار هم غمگین می‌شوند.

اهداکنندگان باید این را بدانند که احتمال دارد کلیه پس بزنند و دریافت کننده دوباره متوسل به دیالیز شود. البته درصد موفقیت پیوند کلیه عمدتاً بالاست. نباید فراموش کرد که اگر فرد دیالیزی درگیر مریضی‌های دیگری نباشد می‌تواند بهترین زندگی را داشته باشد. او می‌تواند کار کند، مطالعه کند، به خانواده خود برسد، ورزش کند و با بقیه معاشرت داشته و از زندگی لذت ببرد.

بنابر این اگر فردی در نظر دارد که اهداکننده کلیه باشد باید توجه کند که یک عمل جراحی بزرگ در پیش دارد که گاهی اوقات همراه با عوارضی مانند بیماری‌های سخت و مرگ است. البته درصد موفقیت پیوند کلیه بسیار بالاست و برای اهداکنندگان سالم خطرات بسیار کمی در پی دارد. وی قبل از تصمیم‌گیری باید خطرات و مزایای اهدا را خوب در نظر بگیرد. او نباید اصلاً با عجله تصمیم بگیرد و هرچقدر می‌تواند، باید اطلاعات کسب کند.

تا از طریق آن مواد مغذی و مایعات وارد بدن شود. در صورت درد هم مسکن تزریق می‌شود.

قبل از ترخیص از بیمارستان، به اهداء کننده کمک می‌کنند تا از تخت خارج شده و تا حد امکان راه برود. اولش خیلی سخت است اما این عادی است و وی نباید نگران باشد. قبل از ترخیص از بیمارستان، جراح و متخصص کلیه، وی را ویزیت کرده تا وضعیت بهبودی او را بررسی کنند.

بسته به نوع جراحی و بهبودی بعد از عمل، مدت بستری شدن در بیمارستان متغیر است اما معمولاً بین ۳ تا ۸ روز طول می‌کشد. اگر فرد تحت جراحی میکروسکوپی قرار گرفته باشد، معمولاً مدت زمانی که در بیمارستان بستری خواهد بود کمتر است. در اهدای کلیه توسط فرد زنده، مدت زمان ریکاوری باید مد نظر قرار داشته باشد.

بعد از بازگشت به خانه، فرد اهداء کننده کلیه نباید به خود فشار بیاورد. وی در ۶ تا ۸ هفته اول چیز سنگین نباید بلند کند. او بیشتر احساس خستگی کرده و نیاز به خواب بیشتری دارد. او نباید خود را خسته کند، باید به بدنش استراحت داده و اصرار نداشته باشد که هر چه زودتر دوره نقاهت بعد از عمل تمام شود.

او باید خیلی به بهداشت خود اهمیت دهد و حواسش به محل زخم از نظر ترشحات چرکین، قرمزی یا سوزش باشد.



نوروپاتی دیابتی

بیماری دیابت بر اثر ناتوانی بدن در تولید انسولین یا کاهش یا عدم اثر انسولین در سوخت و ساز موادی پدید می‌آید. امروزه دیابت یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی و اقتصادی محسوب می‌شود. یکی از عوارض دیابت درگیری اعصاب محیطی است که در زیر به شرح آن می‌پردازیم.

منبع: کتابچه نوروپاتی دیابتی مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه تهران



نوروپاتی دیابتی به معنی اختلال در کارکرد اعصاب محیطی بدن است. انتقال دو طرفه پیام‌های عصبی بین مغز یا نخاع و اندام‌های مختلف بدن از راه اعصاب محیطی صورت می‌گیرد. آسیب عصبی ناشی از دیابت، می‌تواند سبب پیدایش مشکلاتی در دستگاه گوارش، قلب و کارکرد جنسی شود و موجب سوءهاضمه، اسهال با یبوست، عفونت مثانه، کاهش قدرت جنسی و تعریق بیش از حد گردد. در برخی افراد ممکن است ضعف و تحلیل عضلات نیز مشاهده گردد.

افراد مبتلا به دیابت ممکن است در هر زمانی به نوروپاتی دچار شوند. اما علامت‌های آشکار نوروپاتی معمولاً در طول ۱۰ سال پس از تشخیص دیابت پدید می‌آیند. حدود ۶۰ درصد مبتلایان به دیابت به نوروپاتی مبتلا هستند اما علامتی ندارند. تقریباً در ۳۰-۴۰ درصد بیماران دیابتی علامت‌های نوروپاتی پدیدار می‌شوند. نوروپاتی دیابتی به طور معمول در افراد سیگاری، بالای ۴۰ سال و کسانی که در کنترل قند خون خود دچار مشکل بوده‌اند، رخ می‌دهد.

عوامل مختلفی در ایجاد نوروپاتی دیابتی موثرند که می‌توان از قند خون و فشار خون بالا در افراد دیابتی نام برد. فشار خون بالا ممکن است سبب از بین رفتن رگ‌های خونی که اکسیژن و مواد غذایی را به عصب حمل می‌کنند، شود. فشار خون بالا سبب تخریب اعصاب نیز می‌گردد. همچنین قند خون بالا روی بعضی فعالیت‌های شیمیایی اعصاب اثر می‌گذارد.

علامت‌های نوروپاتی دیابتی گوناگون است. بی‌حسی و کرختی در پاها اغلب نخستین علامت می‌باشد. گاهی افراد هیچ‌گونه علامتی ندارند درحالی‌که بعضی دیگر به

لازم است افراد دیابتی مراقبت‌های ویژه‌ای از پاهای خود انجام دهند. مشکلات عروقی و عصبی در دیابت می‌تواند سبب ایجاد زخم پا شود. مهم‌ترین عامل در پیشگیری از مشکلات پا کنترل صحیح قند خون و رعایت نکات بهداشتی در مراقبت از پاها است. بیمار دیابتی باید مرتب پاهای خود را بشوید و خشک نماید. کفش‌های مناسب و اندازه بپوشد. درجه حرارت آب را پیش از قرار دادن پاها در آب بررسی کند و ناخن‌ها را به صورت عرضی کوتاه نماید.

باید یاد آوری نماییم که گرچه نوروپاتی در بیماران دیابتی یک مشکل شایع است، اغلب بیماران نسبت به آن آگاه نیستند. مساله مهمی که باید به خاطر سپرد این است که در افرادی که از کاهش حس پای خود اطلاعی ندارند، باید مراقبت کافی از پاها به عمل آورد. در پایان باید گفت که کنترل خوب دیابت پیشرفت آسیب عصبی را کاهش می‌دهد.

علت علامت‌های نوروپاتی به شدت ناتوان می‌شوند. نوروپاتی ممکن است در عده‌ای موجب پیدایش درد و در گروهی دیگر سبب بی‌دردی گردد.

تشخیص نوروپاتی بر پایه علامت‌ها و معاینات بالینی است که توسط پزشک انجام می‌گیرد. البته روش‌های تشخیصی دیگر مانند نوار عصب نیز وجود دارد.

هدف از درمان دیابت رهایی از مشکلات ایجاد شده و همچنین پیشگیری از تخریب بیشتر اعصاب است. نخستین گام کنترل قند خون است زیرا کنترل خوب قند خون از پیدایش مشکلات جدید و بدتر شدن عوارض قبلی پیشگیری می‌کند. برای کاهش و رفع مشکلاتی که افراد مبتلا به نوروپاتی دیابتی دارند، روش‌های مختلفی وجود دارد.

اولین اقدام نحوه کنترل قند خون است. مسکن‌های ساده به طور منظم استفاده می‌شوند. استفاده از پمادهای موضعی بر روی پاها نیز گاهی کمک کننده است.

قدرت راه رفتن

فعالیت ورزشی در پیشگیری از بسیاری از بیماری‌ها تاثیر بسزایی دارد. با راه رفتن شما می‌توانید از دیابت نوع ۲ جلوگیری کنید و بیماری قلبی عروقی و استئوپروز، فشار خون و سایر بیماری‌ها را کاهش دهید و به وزن متعادل دست یابید.

منبع: Diabetes Positive Living ترجمه: دکتر سمیرا مجیدیان

خیابان‌ها و پیاده‌روها می‌باشد و اگر ممکن نیست، اطراف خانه در اتاق‌ها راه بروید و زمانی که تلویزیون تماشا می‌کنید یا به موسیقی گوش می‌دهید راه بروید و زمانی که حین تماشای تلویزیون راه می‌روید، تلویزیون یادآور خوبی برای شما باشد.

برنامه پیاده روی در حین خرید

- برخی مراکز خرید برنامه‌های پیاده‌روی دارند. برخی زود شروع به کار می‌کنند.
- زمانی که شروع می‌کنید باید در خود انگیزه ایجاد کنید یک روش، قدم زدن با یک دوست یا یک گروه که با هم پیاده‌روی کنید.
- از یک قدم شمار می‌توانید برای شمردن قدم‌هایتان استفاده کنید.

بگذارید. این زمان می‌تواند قبل از حمام روزانه، در حین ساعت استراحت، بعد از ناهار و یا زمان تماشای اخبار تلویزیون باشد. آیا می‌توانید به جای آسانسور از پله‌ها بالا بروید؟ آیا می‌توانید ماشین‌تان را در جای دورتری پارک کنید و مسیر را پیاده بروید؟ ابتدا با قدم‌های کم شروع کنید و سپس تعداد آن را افزایش دهید.

می‌توانید چند نوبت کوتاه در روز راه بروید که جمع آن ۳۰ دقیقه باشد و وقتی شروع به فعالیت می‌کنید هدف تعداد قدم‌هایتان باشد. هدف واقعی ۲۰۰۰ قدم روزانه است. خیلی سخت نیست. در واقع توانایی این را دارید که قدم‌های بیشتری بردارید. هدف بلند مدت شما باید ۱۰۰۰۰ قدم در روز باشد.

ارزان‌ترین و راحت‌ترین مکان برای پیاده‌روی

براساس آمار، جمعیت زیادی از بالغین حتی ۳۰ دقیقه فعالیت فیزیکی در روز ندارند و بقیه افراد هیچگونه فعالیتی ندارند. برای رسیدن به موفقیت اولین قدم را بردارید. تحقیقات نشان می‌دهد، فعالیت بیش از ۲۰۰۰ قدم در روز معادل ۱ مایل راه رفتن، وزن اضافی را کاهش می‌دهد و پاسخ بدن شما به انسولین را بهبود می‌بخشد. فشار خون‌تان کاهش می‌یابد، قند خون پایین می‌آید، چربی‌های خون‌تان بهبود می‌یابد و به انرژی بیشتر و استرس کمتر دست پیدا می‌کنید.

قدم‌ها را به تدریج زیاد کنید

اگر فعالیت زیادی ندارید از همین امروز شروع کند. ابتدا ۵ تا ۱۰ دقیقه در روز برای ورزش زمان



سلامت دهان و دندان ویژه سالمندان

اولین قدم برای سلامت دندان‌ها، پیشگیری از بروز بیماری و درمان آن در مراحل اولیه است. دومین قدم مراقبت صحیح، تغذیه صحیح، استفاده از مشق‌های فلوراید (بصورت ژل، دهان‌شویه و خمیر دندان) است. سومین قدم مراجعات منظم به دندانپزشک برای معاینه و انجام خدمات پیشگیری است.

منبع: www.dentii.info | تألیف: دکتر عبدالرضا معادی

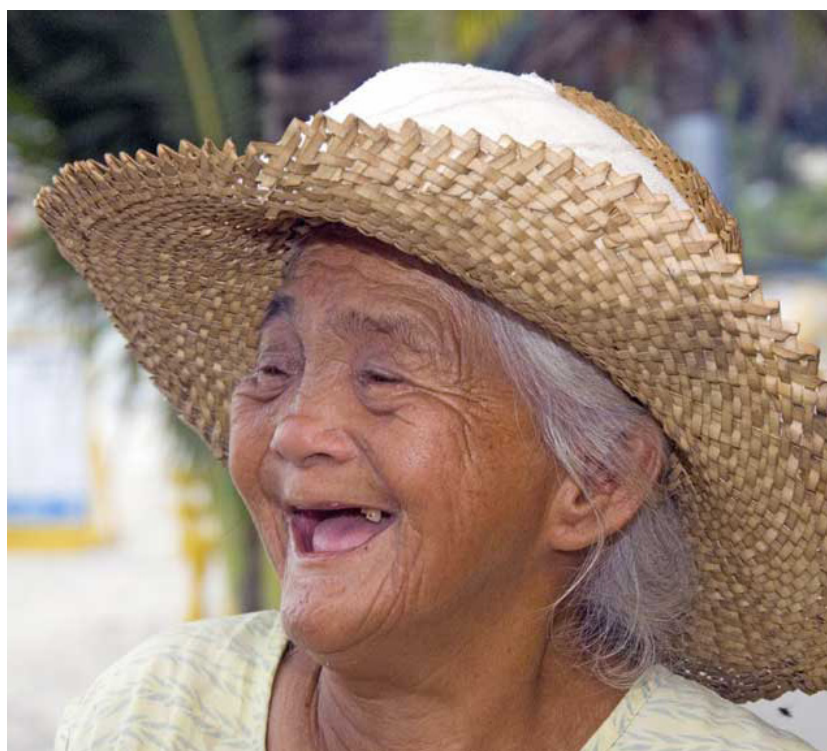
می‌کند. حدود ۳۰ تا ۴۰ سانت (بسته به اندازه دست) از نخ را برداشته و دو انتهای آن را گره می‌زنیم. ابتدا نخ را بطور محکم بین انگشت شست و سیاه دو دست قرار داده و سپس آن را به آرامی وارد ناحیه تماس بین دندان‌ها نموده و سطوح دو دندان مجاور را با حرکتی لغزشی از زیر لبه لثه به طرف سطح جونده دندان محکم حرکت داده و سپس این حرکت را روی سطح دندان مجاور قرار داده و با حرکتی مشابه، سطوح دندان‌ها را تمیز می‌کنیم تا کلیه دندان‌ها تمیز شوند. استفاده از نخ دندان به همراه مسواک از ملزومات کنترل پلاک دندان‌ها است. پلاک میکروبی لایه‌ای است نازک که به سطح دندان چسبیده و شامل میکروب‌ها، ذرات مواد غذایی و مواد دیگری با منشأ بزاقی می‌باشد. قسمت اعظم پلاک را میکروب‌ها تشکیل می‌دهند. این پلاک با استفاده از آب قابل شستشو نیست و بایستی با روش‌های مکانیکی مثل مسواک زدن تمیز شود. با سخت شدن تدریجی پلاک میکروبی لایه‌ای به نام جرم تشکیل می‌گردد که وجود آن باعث تجمع بیشتر میکروب‌ها در مجاورت لثه و دندان می‌گردد. از عوارض بسیار مهم پلاک دندان پوسیدگی دندان و التهاب لثه (ژنژویت) یا پیوره (پریودونتیت) که با تخریب استخوان اطراف دندان نیز همراه است را می‌توان نام برد. از مهم‌ترین علائم بیماری‌های لثه خونریزی، تغییر رنگ، بوی بد دهان، درد گنگ در فک‌ها، احساس درد بین دندان‌ها، تمایل به فرو بردن خلال دندان در بین دندان‌ها، آبسه، ترشح چرک، لقی دندان‌ها، افزایش حجم لثه را می‌توان نام برد.

عمق فرو رفتگی لثه، شل شدن دندان‌ها و در نهایت افتادن دندان منجر می‌شود. برخی از افراد سالمند به علت بهداشت نامناسب دندان و پوسیدگی لثه، مستعد جدا شدن نسج پریودنتال و افتادگی دندان هستند. پریودنتیت اغلب با بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت قندی با تنظیم نامناسب، التیام نامطلوب زخم و پنومونی ناشی از آسپیراسیون در بیماران سالمند توأم می‌باشد.

نخ دندان وسیله‌ای است بسیار مناسب که با الیاف نایلونی ساخته شده و برای برداشتن پلاک دندان از ناحیه سطوح بین‌دندانی توصیه می‌شود. استفاده از این وسیله بین ۱۵ تا ۲۰ درصد تمیزی دندان‌ها را تأمین

پوسیدگی دندان می‌تواند در هر سنی رخ دهد. با این حال به علت پوسیدگی لثه و التهاب آن (پریودنتیت)، افراد سالمند در معرض خطر بیشتری جهت پیدایش پوسیدگی ریشه دندان هستند. میزان بروز پوسیدگی در افراد بالای ۶۰ سال دو برابر بیشتر از افراد ۳۰ است. بر اساس گزارشات موجود بین ۲۹ تا ۵۷ درصد سالمندان دچار خشکی دهان می‌باشند. استفاده از آدامس، لیمو ترش در حد مزه کردن با زبان، تغییر برخی از داروهای مصرفی و استفاده مکرر از آب طبیعی مفید است.

پیوره (پریودنتیت) هنگامی رخ می‌دهد که التهاب لثه سبب جدا شدن لیگامان دور دندان از دندان که موجب افزایش





بهترین روش برای پیشگیری از بیماری‌های لثه رعایت دقیق بهداشت فردی و انجام جرم‌گیری حد اقل یکبار در سال توصیه می‌شود. حتماً بایستی با روش صحیح مسواک زد تا کاملاً موثر باشد. در ملاقات سالانه با دندانپزشک در خصوص نحوه انتخاب مسواک مناسب، نحوه استفاده صحیح از مسواک، نخ دندان، دهان‌شویه و سایر موارد مورد نظر سوال بفرمایید.

آیا جرم‌گیری به دندان‌ها صدمه می‌زند؟ مینای دندان با داشتن بیش از ۹۶ درصد مواد معدنی یکی از سخت‌ترین مواد موجود در جهان است که تنها الماس آن‌را تراش می‌دهد. ابزارهای جرم‌گیری از آلیاژهایی ساخته شده‌اند که به سختی الماس نیست و نمی‌توانند مینای دندان را برداشته و یا صدمه بزنند. در عین حال هنگام جرم‌گیری نوک قلم با جرم روی دندان در تماس است و با رعایت اصول صحیح جرم‌گیری، هیچ خطری دندان و مینای آن را تهدید نمی‌کند.

آب نمک بهترین ضد عفونی کننده دهان و دندان

آب نمک و جوش شیرین بهترین ضد عفونی کننده دهان و دندان تلقی می‌شوند. محیط دهان همواره با انبوهی از میکروب‌ها و آلودگی‌ها به صورت طبیعی همراه است. این آلودگی‌ها به دلیل مقاومت طبیعی بدن قادر به بیماری‌زایی نبوده و به صورت انگل در دهان باقی می‌مانند. جهت پیشگیری از فعال شدن این میکروب‌ها و پایین آوردن تعداد آن‌ها ضد عفونی دهان با استفاده از آب نمک یا جوش شیرین (کربنات سدیم) برای همه افراد ضروری است. استفاده از این مواد باعث قلیایی شدن محیط دهان و جلوگیری از فعالیت میکروب‌ها می‌گردد.

تاثیر آدامس در حفظ سلامت دهان و دندان

آدامس بدون قند تاثیرات مثبت فراوانی در حفظ سلامت دندان‌ها دارد، بدین معنی که در هنگام جویدن میزان ترشحات بزاقی را بالا برده و اسیدهای تشکیل شده از پلاک‌های دندانی را شسته و از بروز

پوسیدگی دندان‌ها جلوگیری می‌کند. بنابر شواهد بالینی نه تنها آدامس بدون قند عامل پوسیدگی دندان‌ها نیست بلکه استفاده از آن پس از هر وعده غذا یا بعد از میان وعده‌های غذایی نظیر شکلات و بیسکویت، اسید ایجاد شده را کاهش می‌دهد. آب دهان یکی از مهم‌ترین ابزارهای دفاعی طبیعی دهان به شمار می‌رود. این مایع اسیدهای ایجاد شدن را خنثی و مراحل بازسازی (ریمینرالیزاسیون) و محکم شدن مینای دندان را تسریع می‌کند. در هنگام خشکی دهان اسید تولید شده از تخمیر باکتری‌ها می‌توانند باعث بروز پوسیدگی‌های وسیعی در دهان شوند. مصرف آدامس برای سالمندانی که دچار خشکی دهان هستند می‌تواند روش مؤثری در تحریک غدد بزاقی برای ترشح بیشتر بزاق در دهان باشد. آدامس بصورت مکانیکی در کاهش پلاک دندانی مؤثر است. از جوین ممتد آدامس باید خودداری نمود زیرا ممکن است موجب اختلال در مفصل گیجگاهی فکی، حساسیت و گرفتگی عضلات فک، سایش دندان‌ها و سایر موارد گردد. زمان مؤثر مصرف

آدامس ۲۰ دقیقه می‌باشد.

برای خوشبو شدن بوی دهان

بوی بد دهان نشانه بیماری است برای درمان آن با دندانپزشک خود مشورت کنید. ضمناً جوشانده ساقه جوان جعفری خرد شده در دو لیوان آب معمولی، پس از سرد شدن می‌تواند به عنوان دهان شویه برای برطرف کردن بوی دهان استفاده شود. چای تهیه شده از تخم شنبلیله نیز در بر طرف کردن بوی دهان و بدن موثر است. دارچین نیز معطر کننده بوی دهان می‌باشد.

برای از بین بردن زخم‌های داخل دهانی که بیش از دو هفته بهبود نیافته حتماً به دندانپزشک مراجعه نمایید. برای از بین بردن میکروب‌های داخل دهان و کمک به بهبود زخم‌های داخل دهانی می‌توانید ساقه ریحان را بجوید که این کار تنفس را هم معطر می‌کند.

بهداشت دهان و دندان‌های مصنوعی متحرک

پس از هر وعده غذا بایستی دندان‌های مصنوعی را از دهان خارج نموده و با آب ولرم شستشو داد. همچنین با استفاده از آب ولرم محتوی مقدار کمی نمک دهان نیز باید شسته شود. از مسواک نرم هم برای تمیز



شود. دندان‌های لق ممکن است باعث زخم و ضایعات مختلف گردد.

سیگار و سرطان دهان

مصرف سیگار از مهم‌ترین عوامل بروز سرطان دهان و حنجره می‌باشد. حدود ۹۰٪ افرادی که دچار این مشکلات می‌شوند سیگاری هستند. دود سیگار محتوی بیش از ۴۰۰۰ نوع سموم مختلف است که هر یک می‌تواند زبان‌های جبران‌ناپذیری را در فرد سیگاری، افرادی که در معرض دود سیگار قرار می‌گیرند و حتی جنین در حال رشد نیز از طریق تنفس مادر صدمه ببینند. با توجه به متفاوت بودن میزان مقاومت یا مستعد بودن افراد این صدمات ممکن است در فرد سیگاری و اطرافین او و یا در صورت تاثیر روی ژن والدین جوان فرزندان آن‌ها را دچار نواقص مادرزادی و یا بیماری‌های سیستمیک متعددی بنماید. ضایعات سرطانی ناحیه دهان و فک و حنجره کاملاً بدون درد بوده و زمانی که علائم ظاهر شود ضایعه با درجات مختلفی گسترش یافته و درمان را پیچیده می‌کند. در حالی که تشخیص و درمان زود هنگام می‌تواند با موفقیت قابل توجهی همراه باشد. افرادی که موفق به ترک سیگار می‌شوند بازسازی نسوج تخریب شده در نقاط مختلف بدن مخصوصاً در ریه‌ها آغاز می‌گردد به نحوی که فرد با گذشت یک سال تغییرات محسوسی را در ارتباط با سلامتی خود احساس می‌کند.

کردن دهان می‌توان استفاده نمود. هنگام شب دندان‌های مصنوعی را از دهان خارج و در یک ظرف درب‌دار محتوی آب قرار دهید. برای جلوگیری از جمع شدن زنگ یا جرم روی دندان مصنوعی به اندازه یک قاشق مربا خوری وایتکس در ظرف فوق بریزید و صبح آن را بخوبی بشویید (دقت شود که این توصیه شامل پلاک‌های دندان‌های قسمتی از آن با فلز ساخته شده باشد نمی‌شود). دندان‌های مصنوعی و دهان افرادی که از آن استفاده می‌کنند بایستی حداقل سالی یک‌بار توسط دندانپزشک مورد معاینه قرار گرفته و در صورت لزوم اصلاحات لازم انجام و در صورت لزوم نسبت به تعویض آن اقدام



بیماری هموفیلی و مشکلات روانی اجتماعی در این بیماران

هموفیلی نوعی بیماری ارثی است که سیستم انعقاد خونی دچار اختلال می‌گردد. در حالت طبیعی بدن به کمک مواد مختلفی که در خون دارد از جمله فاکتورهای انعقادی، در مواقع خونریزی، فاکتور انعقادی با انعقاد خون مانع از ادامه خونریزی در فرد می‌گردد. همچنین این فاکتورها باعث جلوگیری از خونریزی در مفاصل و عضلات در طی فعالیت‌های روزمره می‌شود. حال بیماری هموفیلی به علت کمبود فاکتورهای هشتم و نهم موجود در خون فرد به وجود می‌آید.

منبع: بهداشت روانی در بیماران خاص تالیف و گردآوری: محمد رضا کوشش



به همین خاطر هموفیلی دارای دو نوع A و B می‌باشد. نوع A آن شایع‌ترین نوع هموفیلی است. بنابراین در این بیماران چنانچه خونریزی اتفاق بیافتد انعقاد خون صورت نمی‌گیرد و انعقاد خون تحت تاثیر فاکتورهای اختصاصی خون صورت می‌پذیرد و بدن بیمار چون قادر به ساختن این فاکتورهای انعقادی نمی‌باشد در نتیجه بر اثر ضربه‌ای خفیف رگ‌ها دچار خونریزی می‌شوند که با کبودی، تورم و درد زیادی همراه است و اگر فرد تحت درمان فوری قرار نگیرد دچار معلولیت و ناهنجاری‌های مفصلی و احیاناً قطع عضو خواهد شد و حتی می‌تواند زندگی فرد را با خطر مواجه سازد. بیماری بیماری هموفیلی در پسران دیده می‌شود و در دختران به صورت نهفته می‌باشد، یعنی خانمی که ناقل هموفیلی می‌باشد در هر مرتبه بارداری اگر جنین او مذکر باشد ۵۰٪ احتمال دارد فرزند پسر به هموفیلی مبتلا باشد و ۵۰٪ احتمال دارد



بیماری خونریزی دهنده در کل دنیا است که با میزان شیوع آن در دنیا یک نفر در هر ۱۰ هزار نفر جمعیت گزارش می‌شود. امروزه در کشور ما طبق اعلام گزارش کانون بهبود و پرورش هموفیلیای ایران چیزی در حدود ۷۰۰۰ نفر که بیشتر از نوع A می‌باشند را گزارش می‌کند. امروزه با روش‌های بررسی مستقیم کروموزومی و همچنین در آزمایشگاه‌های تخصصی در صورت اندازه‌گیری سطح فاکتور انعقادی و کمبود آن و نیز بررسی سوابق شخصی و خانوادگی فرد تا حدود ۸۵٪ افراد ناقل را می‌توان شناسایی کرد. بیماران و کودکان هموفیلی مانند هر بیمار دیگری با مسایل و مشکلات جسمی و روانی خاص روبرو می‌باشند که در این بیماران می‌توان به:

پسرش سالم به دنیا آید. علائم هموفیلی در افراد بیشتر پس از راه افتادن کودک در سال اول بروز می‌کند، در این موارد به دنبال زمین خوردن کودک، خون‌مردگی در پوست یا خونریزی از لب یا زبان، هموفیلی خود را نمایان می‌سازد. از سن دو یا سه سالگی ممکن است خونریزی‌های عضلانی و یا مفصلی و به دنبال آن بی‌حرکتی در اندام کودک بروز کند و یا تزریق‌های داخل عضلانی نیز در این سن می‌تواند باعث خونریزی شود. به طور کلی بیماران هموفیلی به هنگام خونریزی نیاز فوری به فرآورده‌های خونی از قبیل پلاسما، کرایو، فاکتورهای انعقادی و مراقبت ویژه بیمارستانی دارند که سرعت انتقال موارد خواسته شده به بیمار حائز اهمیت است. هموفیلی شایع‌ترین



۱- محدودیت‌های حرکتی و رفتاری که به دلیل نوع آسیب و خونریزی درونی که هر لحظه به دلیل ضربه یا آسیبی در فرد به وجود می‌آید.

۲- محرومیت از کارهای سنگین و خطرناک و حتی بعضی از ورزش‌ها

۳- تغییر شکل و ناهنجاری‌های مفصلی به دلیل خونریزی‌هایی که در آنها به وجود می‌آید.

۴- خطرات و عواقب ناشی از تزریق مرتب فرآورده‌های خونی که می‌تواند آنها را در معرض بیماری‌های دیگری چون ایدز و هپاتیت قرار دهد.

۵- نگرانی و اضطراب از دسترس نبودن فاکتورهای انعقادی به هنگام ضرورت و نیاز
۶- خستگی و کم‌طاقتی به دلیل درمان و مراقبت‌های ویژه

۷- استرس و نگرانی از خونریزی و قطع عضو و به طور کلی عدم کنترل به موقع بیماری

۸- پایین بودن اعتماد به نفس و خود پنداره از خویش

۹- عدم تمایل شرکت در برنامه های گروهی و ارتباطات اجتماعی

۱۰- ایجاد حالت‌های انزواء و گوشه‌گیری به دلیل وجود بیماری

۱۱- فشار اقتصادی بر خانواده و

حساسیت‌های خانواده نسبت به بیمار و ... اشاره کرد.

دانش آموزان هموفیلی به دلیل محدودیت حرکتی که دارند غالباً در فعالیتهای جمعی در مدرسه کمتر شرکت می‌کنند و همین



امر باعث خاص شدن این افراد در نزد سایر کودکان و به طبع آن گوشه‌گیری در این افراد می‌شود، این خود باعث می‌گردد فرد در دوران نوجوانی و جوانی نقش‌های اجتماعی و فعالیت کمتری را قبول کرده و اعتماد به نفس پایین نسبت به پذیرش مسئولیتی اجتماعی داشته باشد. در سنین بزرگسالی این افراد به دلیل نوع بیماری به راحتی قادر به انتخاب شغل و همسر نمی‌باشند و غالباً ضربه‌های روحی در آنان چه به لحاظ پیدا کردن شغل و چه به لحاظ همسریابی مشاهده می‌گردد. در این موارد پیشنهاد می‌شود که با مراجعه به مشاور و یا مراکز خاص مانند کانون یا انجمن‌های حمایتی بیماران خاص، فرد خود را در موقعیت تصمیم‌گیری بهتری قرار داده و از توانمندی‌ها و ویژگی‌هایی که در خود دارد به نحو احسن بهره ببرد.

رژیم غذایی در بیماران مبتلا به هموفیلی

هموفیلی بیماری مزمنی است که با خونریزی فراوان و مشکل در انعقاد خون مشخص می‌گردد. این بیماری حدود ۲۰۰۰۰ نفر را در ایالات متحده آمریکا درگیر خود نموده است. هموفیلی یک اختلال ارثی است و به علت سطوح ناکافی پروتئینی که به انعقاد خون کمک می‌کند به وجود می‌آید. هر چند تغذیه باعث درمان هموفیلی نمی‌شود، اما رژیم‌های به خصوصی ممکن است به بهبود انعقاد خون و کاهش خطرات خونریزی کمک نمایند. البته قبل از اجرای هرگونه رژیم با پزشک خود مشورت کنید.

منبع: www.livestrong.com ترجمه: کیانا معدنچی



ویتامین K

یک رژیم غذایی حاوی مقادیر طبیعی ویتامین K، ممکن است کمک به کاهش اثرات بیماری هموفیلی کند. ویتامین K کمک به تولید یک ماده شیمیایی به نام پروترومبین می‌کند، که در انعقاد خون موثر است. همچنین به بدن شما در تولید گلیکوژن کمک می‌نماید، ماده‌ای که ممکن است به بهبود عملکرد کبد، که موجب بهبود انعقاد خون می‌شود، کمک می‌کند. دریافت ویتامین K خود را با استفاده از یک رژیم غذایی غنی از اسفناج، براكلی، جو دوسر، یونجه، دانه سویا، و نان‌های حاوی آرد کامل افزایش دهید.

ویتامین C

ویتامین C همیشه به عنوان تقویت کننده سیستم ایمنی بدن شناخته شده است که به بهبود بیماری‌های سرماخوردگی و آنفلوانزا

کمک می‌کند، اما ممکن است انعقاد خون را نیز بهبود ببخشد. این ویتامین همچنین تولید کلاژن را در بدن شما تحریک می‌کند، که می‌تواند شدت اثرات کوفتگی و کبودی ناشی از بیماری هموفیلی را کاهش دهد. یک رژیم غذایی حاوی ویتامین C شامل کیوی، پرتقال و سایر مرکبات، توت فرنگی، آناناس، زغال اخته، اسفناج، کلم بروکسل، و... می‌باشد.

کلسیم

کلسیم به عنوان بهترین ماده معدنی که سلامت استخوان‌ها و دندان‌ها را تامین می‌کند شناخته می‌شود. هرچند این ماده معدنی تشکیل پلاکت‌ها و انعقاد خون را نیز تقویت می‌کند. یک رژیم غذایی غنی از کلسیم می‌تواند از خونریزی فراوان از زخم‌ها که در بین افراد هموفیلی شایع است جلوگیری کند. برای افزایش کلسیم دریافتی

در رژیم غذایی خود، محصولات لبنی، شیر سویا، توفو، انجیر، براكلی، کلم پیچ و... مصرف کنید. به طور کلی رژیم غذایی خاصی برای بیماران هموفیلی توصیه نمی‌شود، اما رعایت یک رژیم غذایی صحیح و مناسب که شامل مصرف همه گروه‌های غذایی در حد اعتدال می‌باشد و نیز فعالیت بدنی مناسب، به منظور جلوگیری از اضافه وزن و وارد آمدن استرس بر مفاصل‌شان، توصیه می‌گردد.

و در انتها، بیماران مبتلا به هموفیلی باید از خوردن مواد غذایی سفت و شکستن آجیل‌های در بسته (مانند پسته، بادام و...) با دندان پرهیز کنند، همچنین از خوردن ماهی‌هایی با تیغ‌های کوچک و فراوان به دلیل احتمال آسیب به گلو و خونریزی خودداری کنند.

ورزش و هموفیلی

ورزش کردن در بیماران هموفیلی خصوصا کودکان هموفیلی یکی از دغدغه‌های اصلی برای آنان و والدین‌شان می‌باشد. در چند دهه گذشته، به دلیل نبود روش موثر درمانی، افراد هموفیلی از هرگونه فعالیت بدنی و ورزشی و حتی مسواک زدن منع می‌شدند، اما امروزه با توجه به روش‌های درمانی موثر موجود در پیشگیری از خونریزی‌ها، دلیلی برای اعمال محدودیت شدید بر بیماران هموفیلی وجود ندارد.



هموفیلی یک اختلال خونریزی دهنده ارثی است، فرد مبتلا به این بیماری به علت سطح پایین یا عدم وجود پروتئین‌هایی به نام فاکتورهای انعقادی، قادر به متوقف کردن روند خونریزی نیست. هموفیلی در حقیقت یک نوع بیماری است که از لخته شدن خون جلوگیری می‌کند، به همین دلیل خونریزی در افرادی که به این بیماری مبتلا هستند، دیرتر از افراد سالم بند می‌آید. ورزش برای بیماران هموفیلی نقش اساسی در سلامت جسم و روح او دارد. البته باید در این راستا ورزش‌های ایمن را به بیماران هموفیلی شناسانده و از هر نوع ورزش و فعالیت جسمانی با ریسک بالا (فوتبال، بوکس، دوچرخه سواری در مسابقه سرعت و...) نیز او را برحذر داشت. انجام فعالیت‌های بدنی مناسب در این بیماران همراه با اعمال روش‌های درمانی مناسب، ضمن این که استرس چندانی بر سیستم انعقادی و مفاصل این افراد ایجاد نمی‌کند، موجب برآورده شدن نیازهای جسمی و روحی بیمار هموفیلی شده و در او ایجاد سلامت و نشاط می‌نماید. حتی می‌توان گفت اجازه به کودک مبتلا به هموفیلی جهت پرداختن به ورزش‌ها و تفریحات مورد علاقه‌اش، علاقه و تمایل وی را به همکاری در درمان بیماری بیشتر می‌کند.

شنا، بهترین ورزش برای بیماران هموفیلی است. ورزش شنا با تقویت عضلات بدن، استحکام رگ‌ها و تحمیل نکردن فشار بر عضلات، مناسب‌ترین فعالیت بدنی برای این دسته از بیماران است. به غیر از شنا، فعالیت‌های کم برخورد مثل پیاده روی، تنیس روی میز، بدمینتون، نرمش‌های

کششی، شطرنج نیز توصیه می‌شود. در واقع ورزش‌های مناسب برای مبتلایان به هموفیلی، ورزش‌های ایروبیک (هوازی) است که به مفاصل کمتر فشار می‌آورد. تمرینات هوازی تمریناتی هستند که با شدت و فشار کمتر و در مدت زمان طولانی‌تری قابل اجرا هستند و معمولا زمان آنها بیشتر از ۵ دقیقه است. مانند شخصی که پیاده‌روی می‌کند، می‌دود، دوچرخه سواری می‌کند و یا به شنا کردن می‌پردازد که معمولا زمان آن طولانی است.

ورزش‌های سنگین مانند وزنه برداری و ورزش‌های شدید، ورزش‌های رقابتی، ورزش‌های رزمی، کشتی، فوتبال، بسکتبال، سنگ نوردی و کوه پیمایی‌های دشوار از جمله ورزش‌هایی است که بیماران هموفیلی باید از انجام آن‌ها پرهیز کنند.

توصیه می‌شود بیماران هموفیلی، در اولین

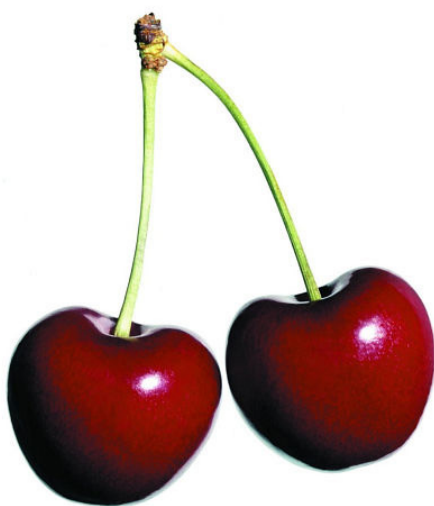
ساعات صبح پس از تزریق داروی خود به ورزش بپردازند و دست کم ۳ روز در هفته به طور منظم و مستمر ورزش کنند و مدت زمان انجام ورزش ۲۰ دقیقه در هر بار باشد. در بیماران هموفیلی شدید (گروه سوم و چهارم) که میزان کاهش فاکتور انعقادی ۸ در آنها بیشتر از ۸۰ درصد است حتی انجام ورزش‌های ایروبیک باید با احتیاط کامل صورت گیرد و توصیه می‌شود که این افراد پیاده‌روی آرام انجام دهند.

به طور کلی ورزش‌های ایروبیک برای بیماران هموفیلی برای جلوگیری از زوال عضلات مفید می‌باشد.

گیلاس بخورید و با دیابت مبارزه کنید!

کنترل دیابت به معنی کنترل هر آنچه که می‌خورید است. میوه‌ها، غنی از ویتامین C، A، به علاوه فولات و سایر مواد مغذی ضروری است که می‌توانند به کنترل فشار خون، کنترل کلسترول، جلوگیری از بیماری‌های قلبی عروقی، و بعضی از انواع سرطان، و نیز محافظت از بینایی چشمان کمک کنند.

منبع: Diabetes Positive Living



می‌رسد این میوه بهترین منبع از نظر دارا بودن این ترکیبات شیمیایی در یک واحد می‌باشد.

البته تحقیقات این هشدار را نیز می‌دهد که گیلای قند بالایی دارد، بنابراین، افراد مبتلا به دیابت و یا مستعد به ابتلا به آن، به این منظور که سطح قند خون خود را پایین بیاورند نباید شروع به مصرف یک کاسه پر گیلای برای دسر کنند. در اینجا، مرجع تنها کیفیت این نوع ترکیبات شیمیایی موجود در میوه گیلای است. در نهایت، می‌توان این ترکیب شیمیایی را از قند میوه جدا کرد، به طوری که افراد مبتلا به دیابت، تنها بتوانند عصاره استخراج شده را مصرف کنند. دیگر فوایدی که میوه گیلای می‌تواند داشته باشد فراتر از بیماری دیابت است. مطالعات قلبی که توسط محققین صورت گرفته نشان داده است، بعضی از آنتوسیانین‌هایی که از گیلای جدا شده‌اند، خواص ضد التهابی دارند و ممکن است در مقابله با بیماری ورم مفاصل (آرتریتیس) مفید باشند. گیلای می‌تواند فواید دیگری مانند تسکین دهنده قوی درد در افراد بالغ فعال، از جمله ورزشکاران داشته باشد. در مطالعه‌ای، دوندهایی که مدت ۷ روز از قبل و در روز مسابقه دو امدادی در مسیر طولانی، به مقدار دو بار در روز، آب گیلای نوشیده بودند، به میزان قابل توجهی درد عضلانی کمتری در طول مسابقه داشته‌اند تا آن دسته از ورزشکارانی که آب سایر میوه‌ها را مصرف کرده بودند. محققین بر این باورند که فوایدی که گیلای در این زمینه دارد احتمالاً به خاطر خواص ضد التهابی طبیعی این میوه می‌باشد، که به ترکیبات آنتی اکسیدانی که آنتوسیانین‌ها نام دارند مربوط

این اعتقاد وجود دارد که گیلای‌های قرمز رنگ می‌توانند روزی در درمان بیماری دیابت نقش داشته باشند. انواع شیرین و ملس این میوه حاوی مواد شیمیایی است که موجب ترشح انسولین می‌شوند که به کنترل سطح قند خون کمک می‌کنند. این مواد شیمیایی آنتوسیانین نام دارند که رنگ قرمز روشن گیلای به واسطه وجود این ماده است. آنتوسیانین‌ها مسئول رنگ سایر میوه‌ها، سبزی‌ها و گل‌های قرمز روشن، آبی و یا ارغوانی نیز می‌باشند. ثابت شده میوه‌هایی که حاوی این مواد شیمیایی هستند احتمال خطر بیماری‌های قلبی عروقی را کاهش می‌دهند.

در مطالعه‌ای، محققین دانشگاه ایالت میشیگان، آنتوسیانین‌های مختلفی از گیلای جدا کرده تا آنها را بر روی سلول‌های پانکراس تولید کننده انسولین موش آزمایش کنند. این سلول‌ها، وقتی در مواجهه با آنتوسیانین‌ها قرار گرفتند تولید انسولین خود را تا ۵۰ درصد افزایش دادند. محققان در کمال تعجب دیدند، در یک مورد، وقتی سلول‌ها در معرض فعال‌ترین آنتوسیانین قرار گرفتند، تولید انسولین تقریباً دو برابر شد. آنتوسیانین موجود در گیلای، نوید پیشگیری از دیابت نوع ۲ و کمک به کنترل سطح گلوکز در افراد مبتلا به دیابت را می‌دهد. این ترکیبات هم در گونه‌های شیرین و هم در گونه‌های ترش و شیرین (ملس) آن یافت می‌شود. این مواد شیمیایی همین طور در انگور قرمز، توت فرنگی، تمشک و زغال اخته نیز وجود دارند. هر چند تحقیقات نشان می‌دهد که ظاهراً بیشترین تاثیر بر روی تولید انسولین مربوط به گیلای است، از آن جایی که به نظر

می‌باشند.

رژیم غذایی که در آن از گیلای استفاده شده باشد، ممکن است به کاهش چربی‌های بدن، وزن کلی بدن، التهابات و کلسترول که همه مهم‌ترین عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی هستند، کمک کند.

همین طور مواد موجود در گیلای آنتی اکسیدان‌هایی هستند که به نظر می‌رسد دارای فوایدی برای سلامتی می‌باشند، شامل محافظت در برابر سرطان. سعی کنید مقادیر کمی از میوه گیلای را برای کمک به بدن‌تان برای افزایش تولید انسولین و کنترل سطح قند خون خود، در رژیم غذایی‌تان قرار دهید.

کیفیت زندگی در بیماران خاص

مطالعه کیفیت زندگی حتی اگر نقشی در تصمیم‌گیری درمانی ایفا نکند ولی می‌تواند در ارزیابی روش‌های درمانی متفاوت به کار برده شود و راهنمای پیشرفت‌های درمانی به منظور دستیابی به روش‌های اطمینان بخش‌تر و قابل قبول‌تر باشد و از سویی در رشد و ارتقاء مراقبت‌های حمایتی و اقدام‌های توان‌بخشی نیز مفید باشد و از سویی دیگر زمینه فراهم آوردن اطلاعاتی در باره کیفیت زندگی، فرصت درک و فهم بهتر اثرات درمانی را به بیماران می‌دهد و بالاخره در تصمیم‌گیری‌های درمانی، رعایت جوانب اقتصادی و سودمند بودن درمان را تسهیل خواهد نمود.

منبع: بهداشت روانی در بیماران خاص | تالیف: محمد رضا کوشش

بسیاری از پژوهشگران رابطه بین صفات فردی و کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داده و عوامل را شناسایی کرده‌اند این عوامل شامل، میزان شناخت فرد از خود، تنش‌های متحمل شده، دستیابی به اهداف زندگی، روش‌های مقابله و میزان سازگاری از آن جمله می‌باشد.

بدون شک تلقی و شناخت فرد بیمار از خود که شامل عواملی مانند مفید بودن، مولد بودن، تصویر ذهنی از خود، ذوق و اشتیاق، نگرش نسبت به زندگی، درمان و آینده‌نگری می‌تواند تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی داشته باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که متغیرهای روحی و روانی مانند افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس و خوش‌بینی می‌تواند به عنوان واسطه‌ای بر متغیرهای فردی، ویژگی‌های بیماری و کیفیت زندگی اثر بگذارد. ارتباط بین عوامل موثر بر زندگی خانوادگی با کیفیت زندگی کاملاً روشن و واضح است. تحقیقات نشان می‌دهد زنانی که شوهرانشان تحت درمان با دیالیز بوده‌اند دارای سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی می‌باشند.

وضعیت خانوادگی، یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها در تعیین کیفیت زندگی است. حمایت اجتماعی یکی از مهم‌ترین متغیرها می‌باشد که دارای تاثیر مستقیم بر کیفیت زندگی فرد می‌باشد. فرض افرادی که با اقوام و دوستان خود در تماس بوده، و رفت و آمد می‌کنند از احساس رضایت و سلامت روانی و اجتماعی بیشتری برخوردارند. یکی دیگر از عوامل مهم که در حفظ کیفیت زندگی افراد در هنگام بیماری موثر می‌باشد مساله اقتصادی می‌باشد. در این زمینه از عوامل خاص و مرتبط با کیفیت زندگی می‌توان



که به نحوی زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و شغل و تحصیل که فرد را مجبور می‌کند که با تنش‌های ناشی از بیماری و عواقب آن خود را همگام نماید. تحقیقات نشان داده است که پی‌بردن به وجود یک بیماری مزمن موجب بحران عمده‌ای در زندگی می‌شود و تاثیر قابل توجهی در تمام حیطه‌های زندگی فرد دارد به طوری که این تاثیر بر روی عملکرد روانی بیماران به میزان ۶۹ درصد، عملکرد فیزیکی ۵۴/۷ درصد و عملکرد اجتماعی آنها ۴۸ درصد می‌باشد. بدین ترتیب بیماری‌های مزمن می‌توانند عمده‌ترین تاثیر را بر روی کیفیت زندگی انسان‌ها داشته و سبب مختل شدن رفاه در فرد شوند و به عبارت دیگر کیفیت زندگی انسان‌ها را پایین آورند. به همین دلیل مهم‌ترین جنبه مراقبت از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و خاص، توجه به کیفیت زندگی آنان است زیرا با پایین آمدن سطح کیفیت زندگی، توانایی‌ها و عملکرد و همچنین وضعیت اقتصادی و اجتماعی فرد بیمار دچار نقصان می‌شود.

کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در بیماران خاص یک جنبه مهم استفاده از کیفیت زندگی، تخمین زدن میزان رضایت از زندگی است. در حالیکه تفاوت‌های مفهومی واضحی بین آزمون سنجش میزان رضایت از زندگی و نتیجه‌ای که از آزمون سنجش کیفیت زندگی انجام شده است وجود دارد اما باز هم می‌توان مقداری وجه اشتراک میان آن پیدا کرد. واقعیت این است که هر چه کیفیت زندگی بالاتر باشد رضایت فرد از زندگی بالاتر است و برعکس. این که فرد با وجود بیماری خاص و مسایل و مشکلات پدیدآمده، نگرشی مثبت به زندگی و استفاده از توانایی‌های خود داشته باشد و امیدوار و فعال بودن برای سازندگی و ارتقاء کیفیت زندگی را مد نظر قرار دهد، بدون شک وضعیت رضایت‌بخشی را برای ادامه زندگی رقم خواهد زد و بهداشت روانی خود و خانواده و به طور کلی کیفیت زندگی را افزایش خواهد داد.

بر کیفیت زندگی بیماران می‌توان پرداخت. بدین صورت افراد و متخصصین تیم درمانی قادر خواهند بود تا تاثیرات اقدامات پزشکی و درمانی را بر جنبه‌هایی از زندگی بیمار که برای وی بیشترین اهمیت را دارد ارزیابی نمایند و این ارزیابی، اطلاعات و آگاهی کافی به منظور کمک به بیماران جهت ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی آنها را در اختیار افراد حرفه‌ای قرار می‌دهد زیرا بدون این شناخت اقدامات موثر واقع نخواهد شد.

بعلاوه کیفیت زندگی به عنوان یکی از معیارهای ارزشیابی اثر بخشی خدمات درمانی در مطالعات متعددی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

کیفیت زندگی در بیماران مزمن و خاص اهمیت خاص خود را دارد. زیرا بیماری‌های مزمن و خاص به دلیل طولانی بودن و حتی مادام‌العمر بودن آن از زوایای مختلف زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهند که در نهایت در ابعاد مختلف اثرات منفی بر جنبه‌های مختلف زندگی بر جای می‌گذارد. بیماری‌های مزمن و خاص یک تجربه چند بعدی است که بیمار ناچار است خود را با موقعیت‌ها و افراد مختلف تطبیق دهد. این موارد شامل کنار آمدن با افراد خانواده و بیماری، فعالیت‌های روزمره

هزینه درمان، میزان درآمد و وضعیت اشتغال را ذکر کرد.

فردی به نام فرل فاکتورهای موثر بر کیفیت زندگی را از دیدگاه بیماران خاص مورد مطالعه قرار داد. بیماران اظهار می‌کردند که عواملی که موجب بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود عبارت هستند از وضعیت جسمی و روحی مطلوب، داشتن خانواده و دوستان و ارتباط صمیمانه با آن‌ها، وجود نگرش مثبت به زندگی، شغل و شرایط اقتصادی مناسب و هدفمند بودن زندگی در نزد آن‌ها. در همین مطالعه عواملی که باعث ضعف و افت کیفیت زندگی می‌شود را این‌گونه بیان کردند: تجربه ناراحتی‌های جسمانی، از دست دادن ارتباط‌های اجتماعی، اهداف دست نیافتنی و مشکلات اقتصادی و هزینه‌های زیاد درمانی. ارزیابی کیفیت زندگی نیاز به تفکر و تلاش مستمر دارد و اثرات این تلاش می‌تواند بسیار با اهمیت باشد. بنابراین هدف کلی ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران به طور عمومی و در بیماران مزمن و خاص به صورت اخص زمینه را برای ارزیابی و مطالعات صحیح و تصمیم‌گیری درست از رفاه و بهزیستی افراد یا گروه‌های بیماران و فوائد و مضرات منتج از درمان می‌باشد و حتی به قضاوت درباره شیوه درمان و تاثیرات آن با نگرش



سرطان پوست

سرطان پوست رایج‌ترین نوع سرطان در ایران است. در سال ۱۳۸۶، آمار مبتلایان به سرطان پوست بیش از ۹۰۰۰ مورد بوده است. پوست گسترده‌ترین ارگان بدن است که بدن را در مقابل گرما، نور و عفونت محافظت کرده، به کنترل دمای آن کمک و چربی و آب ذخیره می‌کند. پوست همچنین ویتامین D می‌سازد.

منبع: بروشور سرطان پوست انتشارات بنیاد



تشخیص زود رس سرطان پوست

انجمن سرطان توصیه می‌کند که افراد پوست‌شان را به طور منظم هر ۳ ماه یک‌بار معاینه و بررسی کنند.

سرطان پوست غالباً در مراحل اولیه قابل تشخیص است. اگر خال جدید یا تغییر در رنگ، سایز و یا ظاهر نقاط داشته باشید، به پزشک مراجعه کنید. بیشتر سرطان‌های پوست قابل درمان هستند.

سرطان پوست چیست؟

سرطان پوست زمانی اتفاق می‌افتد که پوست توسط اشعه‌هایی که به آن نفوذ کرده آسیب دیده باشد. سه نوع مهم سرطان پوست وجود دارد.

کارسینوم سلول بازال

- متداول‌ترین و کم خطرترین نوع سرطان پوست است.
- به صورت یک توده فلس مانند ظاهر می‌یابد.

- ممکن است همانطور که رشد می‌کند زخم ایجاد کند.

کارسینوم سلول اسکواموس

- خیلی شایع نیست ولی خطرناک‌تر از نوع قبلی است.

- به اندازه ملانوم بدخیم نیست.
- مانند یک نقطه قرمز رنگ است که به تدریج ضخیم می‌شود و ممکن است به راحتی خونریزی پیدا کند یا زخمی گردد.
- ممکن است در لمس دردناک شود.
- در طی هفته‌ها و ماه‌ها رشد می‌کند و اگر درمان نگردد ممکن است به سایر نقاط منتشر شود.
- در نقاطی که مواجهه با نور خورشید وجود دارد پدید می‌آید.

ملانوم

- خطرناک‌ترین فرم سرطان است و

می‌یابد.
- قرمز یا رنگ پریده به نظر می‌رسد.
- به آهستگی رشد می‌کند. بیشتر بر روی سر و گردن، البته در سایر نقاط نیز ممکن است پدیدار گردد.



پزشک عمومی می‌تواند شما را به متخصص ارجاع دهد.

سؤالاتی که هرکس باید از پزشک خود بپرسد

- ۱- من چه نوع سرطان پوستی دارم؟
- ۲- چه قدر وسیع یا پیشرفته است؟
- ۳- آیا درمان سریع نیاز دارم؟
- ۴- انواع درمان‌های قابل استفاده در مورد من چیست؟
- ۵- چه نوع ضد آفتابی مورد نیاز می‌باشد؟ یا چه محافظانی در برابر آفتاب نیاز دارم؟
- ۶- چه پیگیری‌هایی باید صورت گیرد؟
- ۷- هزینه درمان چه قدر است؟

پیشگیری

بیشتر سرطان‌های پوست قابل پیشگیری هستند.

-لباس‌هایی بپوشید که تا آنجا که ممکن است بتواند شما را در برابر نور آفتاب محافظت کند.

- ضد آفتابی استفاده کنید که SPF آن حداقل ۳۰ باشد و ضد آب باشد. ۲۰ دقیقه قبل از بیرون رفتن ضد آفتاب بزنید و هر ۲ ساعت آن را تکرار کنید.

- کلاهی استفاده کنید که سر، گردن، گوش‌های شما را بپوشاند و از صورت شما محافظت کند.

- بیشتر در سایه باشید.

- عینک آفتابی بزنید.

- از ساعت ۱۰ صبح الی ۲ بعد از ظهر بیشترین زمان سطح بالای اشعه UV است، لذا در این زمان محافظت بهتری باید صورت گیرد.



C رنگ: رنگ آن یکسان نیست و یا شامل هاله‌ای قهوه ای یا سیاه، قرمز، سفید یا آبی است.

D قطر آن بیش از ۶ میلی متر است یا در حال بزرگ شدن است.

E در حال تغییر شکل است. خال در حال بزرگ شدن است یا در حال برجسته شدن است.

در ضمن باید در ارتباط با کک و مک و لک به این نکات توجه نمود:

-تغییر در طول چند ماه

-تغییر در اندازه

-افزایش اندازه

-لکه‌دار بودن از لحاظ رنگ

-خارش دائمی

عکس گرفتن از هر منطقه مشکوک برای شناخت تغییرات آن مفید خواهد بود.

چه کسی می‌تواند سرطان پوست را تشخیص دهد و یا آن را درمان کند؟

همه پزشکان می‌توانند احتمال سرطانی بودن پوست را تشخیص دهند. البته خال‌های مشکوک باید به طور مناسب درمان شوند و خال‌هایی که تغییر خاصی ندارند، نباید بی‌دلیل برداشته شوند. پزشک عمومی می‌تواند پوست شما را معاینه کند و به شما توصیه نماید که درمان مناسب داشته باشید.

اگر خال غیرعادی روی پوست‌تان دارید،

نادرترین آنها

- به صورت یک خال جدید یا خال یا لکی که تغییر رنگ، سایز و شکل پیدا می‌کند تظاهر می‌یابد.

- معمولاً ظاهر نامنظم دارد و چندین رنگ دارد.

- اگر درمان نگردد، سلول‌های سرطانی ممکن است به سایر نقاط بدن منتشر گردند.

معاینه فردی

همه بالغین باید پوست‌شان را از جهت تغییرات حداقل هر ۳ ماه یک‌بار چک کنند. برخلاف سایر سرطان‌ها سرطان پوست قابل رویت است و آسان‌تر تشخیص داده می‌شود. کشف اولیه آن حیاتی است چون باید درمان گردد. از یک آینه برای دیدن پشت‌تان استفاده کنید. ناحیه گردن و شیار دست‌ها و پاها و گوش و مژه‌ها، دست‌ها، پاها را فراموش نکنید. از یک شانه برای کنار زدن موها استفاده کنید.

موارد زیر را در بررسی هر خال در نظر بگیرید

ABCD

A غیر قرینگی: نیمی از خال معادل نیمی دیگر نیست.

B حاشیه خال: خال حاشیه نامنظم دارد. زبر است، فرورفته یا نامشخص است.

آیا می دانید

یک پایگاه دولتی در آمریکا طی اظهارنظری رسمی اعلام کرد زنان یائسه نباید از دوزهای کم مکمل های ویتامین D و کلسیم استفاده کنند، به این امید که از شکستگی استخوان در آنها جلوگیری می شود، زیرا فایده خاصی ندارد.

کارگروه خدمات پیشگیرانه ایالات متحده در این توصیه به آخرین تحقیقات انجام شده در این زمینه استناد کرده که مدعی

هستند مصرف روزانه ۴۰۰ واحد بین المللی ویتامین D و هزار میلی گرم کلسیم تاثیر اندکی در کاهش خطر شکستگی استخوان در زنان یائسه سالم دارد، اما همین مقدار مکمل به زنانی که در خانه سالمندان زندگی می کنند یا برای راه رفتن به امکانات کمکی نیاز دارند، برای پیشگیری از شکستگی استخوانشان کمک می کند. این شواهد همچنین پیشنهاد می کنند مکمل های با دوز کم خطر سنگ های کلیوی را کمی افزایش می دهند، بنابراین در کل منافع خالصی برای پیشگیری از شکستگی ها ندارند. این کارگروه می افزاید هنوز شواهدی مبنی بر مزایای دوزهای بیشتر ویتامین D و کلسیم روزانه در دست نیست تا به زنان توصیه شود مصرف کنند. همچنین شواهد در زمینه تاثیر این مکمل ها بر خطر سرطان در مصرف کنندگان ناکافی است. البته این تحقیقات به این معنا نیست که

ویتامین D و کلسیم برای سلامت عمومی مناسب نیستند. توصیه های جدید تنها مربوط به زنان یائسه ای است که از دوز کم این مکمل ها استفاده می کنند تا از خطر شکستگی دور بمانند.

براساس دستورالعمل موسسه پزشکی آمریکا، افراد باید روزانه ۶۰۰ تا ۸۰۰ واحد بین المللی ویتامین D و ۷۰۰ تا ۱۳۰۰ میلی گرم کلسیم دریافت کنند که البته این مقدار براساس سن و جنس متغیر است. اکثر مردم از طریق رژیم غذایی شان این مقدار کافی را دریافت می کنند.

رویترز در این زمینه با نتیجه گیری کارگروه فوق موافق بوده و معتقد است حالا دیگر مشخص است که این مقدار توصیه شده برای زنان یائسه بسیار کم است و باید دوز بیشتری را دریافت کنند. دیگر متخصصان در این مورد معتقدند زنان باید با پزشکشان در مورد میزان مورد نیاز خود صحبت کنند زیرا توصیه کارگروه بسیار عمومی است و هر فردی بر اساس نژاد و جغرافیای محل زندگی خود به مقادیر متفاوتی از کلسیم و ویتامین D نیاز دارد.

USA Today در این زمینه می گوید: این مطالعه محدودیت های بسیاری دارد زیرا در این نتیجه گیری به نیازهای تغذیه ای متفاوت افراد و این که کجا زندگی می کنند، توجهی نشده است. هر چند این پانل در نهایت به این نتیجه رسیدند که دوز کم مکمل ها اثرات محافظتی زیادی ندارند، متخصصان اشاره می کنند زنان یائسه ای که در معرض خطر شکستگی قرار دارند می توانند از دیگر تغییرات موثر روش زندگی بهره ببرند؛ رژیم غذایی خود را ارتقا دهند و به ورزش های تحمل کننده وزن بپردازند.

منبع: Time

ترجمه: دکتر شادی کلاهدوزان





اخبار پزشکی

عدالت بیشتری میان پزشکان برقرار می شود

از امتیازات مثبتی که می توان به طرح پزشک خانواده داد برقراری عدالت و توزیع عادلانه نیروهای پزشکی و گروه های پزشکی است. این طرح کمک می کند تمام پزشکان عمومی بتوانند در یک سطح به جامعه خدمت رسانی داشته باشد.

مستندات از سازمان های مربوط به جمعیت کلی پزشک عمومی نشانگر این واقعیت است که هیچ پزشکی با اجرای طرح پزشک خانواده بیکار نخواهد شد، اما باید به این نکته نیز توجه داشت که اشتغال زایی پزشکان به همت خود آنها نیز بستگی دارد. گروهی از پزشکان باید از مناطق و استان های خوش آب و هوا با امکانات کامل رفاهی به سمت استان های محروم نقل مکان کنند. هرچند مدعی این مساله هستیم که با اجرای طرح پزشک خانواده هیچ پزشکی بیکار نخواهد ماند، اما اثبات این ادعا به عوامل مهمی بستگی دارد که تامین نیاز مالی یکی از آن عوامل است و این طرح زمانی به درستی اجرا می شود که اعتبارات لازم از سوی دولت پرداخت شود. مساله ای که در آینده می تواند این طرح را با مشکل روبرو کند محدودیت های مالی آن است. متأسفانه طرح پزشک خانواده در حال حاضر دارای محدودیت های مالی است و با توجه به همین مساله، بررسی ها انجام و بر اجرای درست این برنامه تاکید شد.

اجرای طرح پزشک خانواده یک اقدام بزرگ

و نقطه تحول نظام سلامت کشور به شمار می آید از این رو دستگاه های دولتی به ویژه مجلس و دولت باید با همدلی، زمینه را برای اجرای این طرح بزرگ فراهم کنند.

دکتر سیامک مره صدق

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی

درخواست مجلس از دولت برای مهار ریزگردها/ سلامت ایرانیان در خطر است

چند سالی است پدیده نامیمون و خانمانسوز به نام ریزگردها، جغرافیای ایران را در نوردیده است و موجب خسارات فراوان انسانی، اقتصادی و زیست محیطی شده است.

در حال حاضر ۲۳ استان کشور درگیر پدیده گرد و غبار بوده و سلامت جمعیت کثیری از مردم ایران به طور جدی در معرض خطر واقع شده است.

در سال های گذشته مسئله ریزگردها شرایطی ناسالم برای اکثر استان های کشور بوجود آورده و در خیلی از موارد غلظت آلاینده های هوا به بیش از حد مجاز رسیده و نگرانی زیادی را در جامعه بوجود آورده و دولت را مجبور به تعطیلی رسمی کرده است.

آسیب ها و زیان های بالایی که هجوم ریزگردها به لحاظ انسانی، اقتصاد، زیست محیطی در مناطق مختلف کشورمان طی سال های گذشته وارد کرده بر کسی پوشیده نیست و علیرغم اینکه مهار و مقابله با ریزگردها مطالبات به حق مردم بویژه استان های غربی، جنوبی و مرکزی تبدیل شده است ولی متأسفانه مورد بی توجهی برخی دولتمردان واقع شده و اراده جدی برای مهار این پدیده در کشور ایجاد نشده است.

ما نمایندگان مجلس بر اساس سوگندی که یاد کرده ایم وظیفه خود می دانیم از حقوق ملت و مطالبات آنها دفاع و از مسئولان ذیربط می خواهیم به جای توصیه و توجیه های همیشگی اقدامات اساسی و ریشه ای به عمل آورند و مردمان ۲۳ استان کشور را از نگرانی و دغدغه سلامت شان نجات دهند.

منبع: مهر



۳۰ تا ۴۰ درصد منابع حوزه سلامت هدر

می‌رود

محمد فتحی رئیس مرکز توسعه و تحول اداری وزارت بهداشت گفت: پرت یا میزان هدر رفت منابع در حوزه سلامت بین ۳۰ تا ۴۰ درصد است که در تلاشیم این میزان را با اجرای برنامه پزشک خانواده، اجرای مدل تعالی سازمانی، حاکمیت بالینی و اعتبار بخشی به ۱۰ درصد کاهش دهیم.

منبع: فارس

اظهار داشت: باید پیش از آزمایش بالینی این شیوه بر روی انسان، تحقیقات بیشتری صورت گیرد.

کفر افزود: این بررسی‌ها بر روی موش‌های مبتلا به دیابت انجام شد که از سیستم ایمنی با عملکرد مناسب بی‌بهره بودند، این در حالی است که اگر سیستم ایمنی این جوندگان وضعیت مطلوبی داشت ممکن بود سلول‌های بنیادی انسانی را پس بزنند.

وی ادامه داد: اکنون باید شیوه مناسبی برای حفاظت از سلول‌های بنیادی در برابر حمله سیستم ایمنی یافت تا پیوند این سلول‌ها هیچ‌گونه واکنش ایمنی در بر نداشته باشد.

منبع: همشهری آنلاین

نوینی برای دیابت هموار سازد. در این شیوه محققان مشاهده کردند پس از پیوند سلول‌های بنیادی، موش‌های مبتلا به دیابت شروع به تولید انسولین کردند.

سه تا چهار ماه بعد، این موش‌ها حتی زمانی که میزان زیادی قند به آن‌ها داده شد توانستند میزان قند خون را حفظ کنند. دکتر تیموتی کفر یکی از ۱۳ محقق این پروژه با ابراز شگفتی از نتایج به دست آمده

درمان دیابت با سلول‌های بنیادی

محققان با انجام تحقیقاتی بر روی موش‌ها، برای نخستین بار نشان دادند، پیوند سلول‌های بنیادی انسان می‌تواند به طور موفقیت آمیزی تولید انسولین را در بدن احیا و دیابت را در این جانوران درمان کند به گزارش ایرنا، این مطالعه که توسط دانشمندان دانشگاه بریتیش کلمبیا و واحد تحقیق و توسعه جانسن در نیوجرسی انجام شده است می‌تواند راه را برای ارائه درمان



بين الملل



۱۰ سال غربالگری برای تالاسمی و کم‌خونی داسی شکل

مجمع گروه‌های پارلمانی، APPG برای بیماری‌های تالاسمی و کم‌خونی داسی شکل یک نشست رسمی را در پورتیکلوس هوس شکل برگزار کردند.

ترجمه: ندا جلیلیان منبع: Matters Thalassaemia Society



هم مربوط می‌کند.

این برنامه غربالگری‌های پیش از تولد را برای تمام زنان باردار در انگلستان ارائه می‌دهد و همچنین دربردارنده‌ی غربالگری برای تمام نوزادان تازه متولد شده نیز هست.

طبق گفته‌ی خانم Anne Milltone وزیر بهداشت عمومی، باید به گرداننده‌ی این برنامه، دکتر Alison Streetly Obe برای دیدگاه‌ها و رهبری شایسته و برنامه‌ی قابل ملاحظه‌اش تبریک گفت، چرا که نه تنها نقش بزرگی در تشخیص زودرس بیماری‌های نیازمند درمان پیشرفته داشته است، بلکه به کاهش بدبینی نسبت به بیماران که اغلب با این نوع بیماری‌ها همراه است نیز کمک نموده است.

خانم Dianne Abbott عضو کرسی

مجمع گروه‌های پارلمانی، APPG برای بیماری‌های تالاسمی و کم‌خونی داسی شکل یک نشست رسمی را در پورتیکلوس هوس در تاریخ ۲۱ ژوئن ۲۰۱۱، به منظور مورد توجه قرار دادن دهمین نشست سالانه‌ی برنامه‌ی غربالگری NHS برای بیماری‌های تالاسمی و کم‌خونی داسی شکل برگزار کردند.

این نشست، به همراه بزرگداشت روز جهانی کم‌خونی داسی شکل در ۱۹ ژوئن با حمایت‌های شایسته و قابل تقدیر دکتر John Sentamu برگزار گشت.

برنامه‌ی غربالگری تالاسمی و کم‌خونی داسی شکل که در سال ۲۰۰۱ آغاز شد، اولین برنامه‌ی غربالگری ژنتیک در NHS و نیز اولین در جهان است که غربالگری‌های پیش از تولد و غربالگری‌های نوزادان را به

APPG افزود:

در ۱۰ سال گذشته کم‌خونی داسی شکل و تالاسمی به شکل موفقیت‌آمیزی از حاشیه‌ی فعالیت‌های NHS عبور کرده و به جریان اصلی فعالیت آن تبدیل شده است.

امروزه بیماری کم‌خونی داسی شکل شایع‌ترین بیماری ارثی جدی در انگلستان است و این موضوع بسیار حیاتی است که ما سرمایه‌گذاری خود را در زمینه‌ی افزایش کیفیت زایمان‌ها و غربالگری قابل قبول ادامه دهیم.



فرهنگی



خواندنی‌ها

پزشکی تعهد یا کسب درآمد

اول شهریورماه هر سال برابر با ۲۲ آگوست مصادف با روز بزرگداشت حکیم ابوعلی سینا که در جمهوری اسلامی روز پزشک نامیده شده است.

بجاست خانواده پزشکان ما اعم از دندانپزشک، روانپزشک، پزشک و غیره به سلوک و مشرب ابوعلی سینا بنگرند و ببینند که ایشان در مواجهه با بیماران چگونه برخورد می نمودند و آیا اکنون پزشکان ما نیز راه بوعلی سینا را می پیمایند و به قسم نامه خود پایبند هستند و یا به حرفه پزشکی به عنوان کسب درآمد می نگرند و لاغیر و اگر این چنین است فاجعه است که متأسفانه در اکثر پزشکان ایرانی این چنین است امید است روز پزشک به مانند روز کارگر، معلم و غیره یک نماد نباشد و پزشکان به عملکرد سالیانه خود بنگرند و کاستی‌ها و نواقص خود را جبران نمایند.

دولت دهم و بیماران خاص

سومین ماه تابستان که فرا می رسد آغاز هفته دولت نام گرفته است. هفته دولت بهانه‌ای که دولت دهم که در آخرین سال فعالیت خود قرار گرفته است عملکرد هفت ساله خود را ارزیابی نماید و در فرصت باقی مانده کاستی‌های خود را جبران، تا دولت آینده با مشکلات و نارسائی‌های کمتری مواجه باشد. بنیاد بیماری‌های خاص امیدوار است



دولت دهم همانطور که در این ۷ ساله از حمایت‌های ایشان بی نصیب نبوده است. در این فرصت باقی مانده نیز بتواند کمک حال بنیاد و بیماران خاص آنان که جز خدا یاور و پشتیبانی ندارند باشد.

علی شاملو

سیاست‌های خود که کمک به آسیب دیدگان است. کمک‌های اهدایی خود را که شامل ۵ دستگاه دیالیز، ۵ دستگاه تخت سه شکن دیالیز، ۵ تشک تخت بیمارستانی و پله‌ای، تخت، کمد کنار تخت و میز غذاخوری بیمار تحویل معاونت درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز گردید.

دستاوردهای ایران در مقابله با هپاتیت

ما از سال ۱۹۹۳ یعنی از حدود ۱۹ سال پیش واکسن هپاتیت B را به نوزادان مان تزریق می کنیم. تمام مطالعه‌های کشور نشان می دهد که شیوع هپاتیت B در نوجوانان کاهش جدی و بارزی داشته

کمک‌های بنیاد به زلزله زدگان استان آذربایجان شرقی

زلزله اخیر در استان آذربایجان شرقی و در شهرهای اهر، ورزقان و هریس باعث بوجود آمدن خسارت مادی و جانی به هموطنان مان گردید بنیاد طبق روال همیشه و در راستای

حامد شاملو

منبع: هفته نامه سلامت

چه کسانی باید واکسن هپاتیت بزنند؟

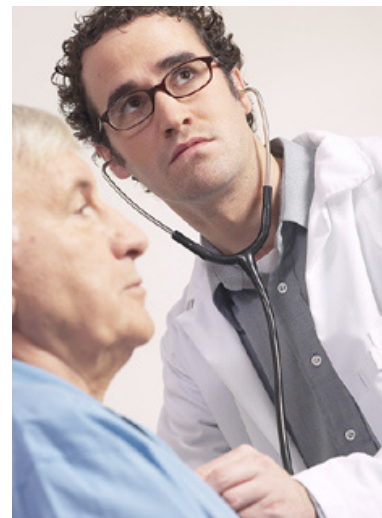
افرادی که واکسن هپاتیت B دریافت می‌کنند به دلیل پادتنی که در بدنشان ساخته می‌شود در برابر ویروس هپاتیت B مقاوم هستند و به آن مبتلا نمی‌شوند، البته به شرطی که واکسن را قبل از آلوده شدن دریافت کرده باشند.

مصونیت با واکسن بین ۹۰ تا ۹۵ درصد است اما افراد چاق، سیگاری و افرادی که سیستم ایمنی ضعیفی دارند مانند دیالیزی‌ها یا بیمارانی که داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی بدن مصرف می‌کنند، مصونیت کمتری حتی با تزریق واکسن دریافت می‌کنند. مهم‌ترین گروه‌هایی که باید حتماً واکسن را دریافت کنند عبارتند از:

۱. افرادی که دچار هپاتیت مزمن هستند و به دلایلی غیر از هپاتیت دچار سیروز کبدی شده‌اند.
۲. کسانی که جزو کادر پزشکی محسوب می‌شوند یا در مراکز درمانی مشغول به کارند.
۳. افرادی که در مراکز نگهداری کودکان عقب مانده یا خانه سالمندان مشغول به کارند.
۴. کسانی که کارشان کشف جرم است یا محل کارشان زندان‌ها است.
۵. افرادی که مبتلا به نارسایی مزمن کلیه هستند و همودیالیز می‌شوند.
۶. آتش‌نشان‌ها و امدادگران و...
۷. افرادی که رفتارهای پرخطر جنسی دارند.
۸. خانواده فرد مبتلا به هپاتیت. البته این افراد باید قبل از تزریق واکسن آزمایش بدهند تا مشخص شود آیا به ویروس آلوده شده‌اند یا خیر.
۹. معتادان تزریقی
۱۰. بیماران مبتلا به هموفیلی

اخیر توانسته به‌طور جدی هپاتیت C را در جمعیت‌های مختلف کاهش دهد. طبق مطالعه‌های جدید ۵۰ درصد از بار بیماری هپاتیت C در کشور کاهش یافته است.

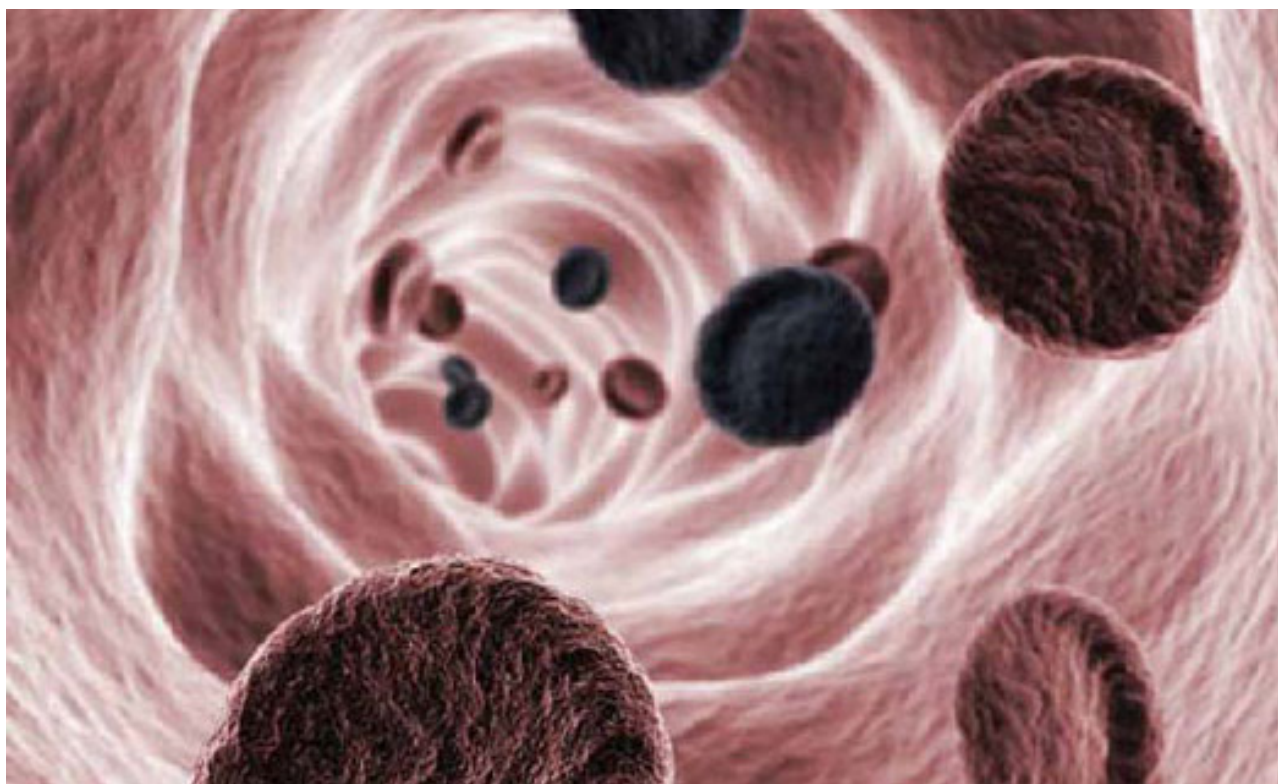
امروزه روش کنترل هپاتیت C ما درمورد بیماران هموفیلی و تالاسمی به عنوان یک مدل جهانی مورد قبول است. طی ۴ سال گذشته، بیش از ۲۶۰۰ بیمار هموفیلی و تالاسمی که به بیماری هپاتیت C مبتلا بوده‌اند در ۱۳ مرکز دانشگاهی به صورت رایگان معالجه و بیش از ۶۰ درصد آنها درمان شده‌اند، یعنی بین ۵۰ تا ۶۰ درصد از بار هپاتیت بین گروه‌های خاص کاهش یافته است. میزان مطالعه‌ها و مقاله‌هایی که در زمینه هپاتیت از ایران به چاپ می‌رسد، ۳ برابر بیشتر از تمام مقالات منتشر شده در منطقه یعنی ۲۶ کشور عضو EMRO کشورهای حوزه مدیترانه شرقی است. خوشبختانه ما قادریم داروهای ضد ویروس هپاتیت B، واکسن هپاتیت B و داروهای ضد هپاتیت C را در کشور تولید کنیم. ما در شیراز قوی‌ترین مرکز پیوند کبد خاورمیانه را داریم که میزان بقا و زنده ماندن بیماران آن پس از ۵ سال عددی است که با بسیاری از مراکز دنیا رقابت می‌کند. این اتفاقی واقعی و حاصل کار و تلاش گروهی است. البته دنیا در حال پیشرفت است و ما باید سعی کنیم خود را به آنها برسانیم.



و درصد شیوع بیماری در کل جامعه کم شده است. به همین دلیل ما از نقطه شیوع متوسط هپاتیت به سمت شیوع کم در حال حرکت هستیم. این یک موفقیت بزرگ است که نمی‌توان منکر آن شد.

علاوه بر هپاتیت B ما مشکل هپاتیت C را هم داریم که قبل از سال ۱۳۷۵ از راه خون و بعد از آن از راه اعتیاد تزریقی شیوع پیدا کرد. به همین دلیل بیماران هموفیلی، دیالیزی، تالاسمی، معتادان تزریقی و تمام کسانی که قبل از سال ۷۵ سابقه تزریق خون داشته‌اند در معرض خطر بیشتری هستند. در حالی که طی ۱۰ سال گذشته، غربالگری بیماری‌ها و درمان آن‌ها در این گروه‌های خاص و اجرای برنامه کاهش آسیب در معتادان تزریقی در سال‌های





راه‌های پیشگیری را بشناسید

- از مسواک، تیغ مشترک و حتی وسایل آرایشی یکدیگر استفاده نکنید. چه بسا دوست، همسر یا همکار شما ناقل هپاتیت B باشد و خودش خبر نداشته باشد و شما با استفاده از وسایل او آلوده شوید.
- به زندگی زناشویی خود پایبند باشید و از روابط جنسی خارج از چارچوب بپرهیزید.
- برای کارهای دندانپزشکی خود به مراکز و مطب‌های دندانپزشکی مجهز مراجعه کنید و از مراجعه به افرادی که به‌طور تجربی این کار را می‌کنند و فاقد دستگاه‌های ضدعفونی‌کننده هستند خودداری کنید.
- از سرنگ یکبار مصرف استفاده کنید و آن را پس از گذاشتن درپوشش دور بیندازید.

دکتر ناصر ابراهیمی دریانی

فوق تخصص گوارش و کبد استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
به نقل از هفته نامه سلامت
مریم بسته نگار

تایید داروی جدیدی برای یک نوع سرطان خون

سازمان غذا و داروی آمریکا داروی کپپرولیس ساخت شرکت داروسازی اونیکس را برای درمان افراد دچار «مالتیپل میلوما» یک نوع سرطان خون که به سایر درمان‌ها پاسخ نداده‌اند، تایید کرد...
به گزارش روتیز این سازمان استفاده از این داروی داخل وریدی را برای درمان مبتلایان به مالتیپل میلوما که به درمان‌های دیگر، داروی ضد سرطان بورتومیب و داروهای تنظیم‌کننده ایمنی، مانند تالیدامید یا رولیمید پاسخ نداده‌اند، مورد تایید قرار داد.
مالتیپل میلوما نوعی از سرطان خون است که سلول‌های پلاسمایی تولیدکننده پادتن در مغز استخوان را گرفتار می‌کند. رشد بیش از حد این سلول‌ها که به صورت تومورهای استخوانی بروز می‌کند، مغز استخوان را که تولیدکننده سلول‌های خونی است از کار می‌اندازد و فرد دچار کمبود سلول‌های سالم خونی و پلاکت می‌شود؛ نتیجه این عارضه کم؟ خونی و مستعد شدن به عفونت‌ها است.

این بیماری نسبتاً نادر که معمولاً در سنین بالا بروز می‌کند، در اغلب موارد مرگبار است و شیمی درمانی، پرتو درمانی و پیوند مغز استخوان درمان می‌شود.

شایع‌ترین اثرات جانبی که در آزمایش بالینی این داروی جدید مشاهده شده است شامل خستگی، کاهش سلول‌های قرمز خون، کاهش پلاکت‌های خون، اسهال و تب است. عوارض جانبی وخیم‌تر اما نادرتر شامل نارسایی قلبی و تنگی نفس می‌شود.
آزمایش بالینی این دارو بر روی ۲۶۶ بیمار نشان داد که در ۲۳ درصد از بیماران با میانگین زمانی ۸ ماه تومورها یا از بین می‌روند یا کاهش اندازه پیدا می‌کنند.
بر اساس تخمین جامعه سرطان آمریکا هر سال ۲۱ هزار نفر در این کشور مبتلا به مالتیپل میلوما تشخیص داده می‌شوند و حدود ۱۰ هزار و هفتصد نفر به علت این بیماری می‌میرند.

جدول سودوکو

ساده

	۳			۱	۲			
		۱				۷	۴	۸
۶	۵				۴			۲
		۲		۴	۳	۵	۸	
	۱		۶		۸		۷	
	۶	۳	۵	۹		۴		
۲			۷				۶	۹
۳	۷	۹				۱		
			۴	۵			۳	

پیشرفته

		۳	۴		۶			
۸						۹		۵
							۳	۲
	۱			۷				
		۴	۳		۲	۸		
				۱			۷	
۵	۷							
۲		۹						۴
			۵		۱	۳		

من به هر پرده‌ی گل نقش خدا می‌نگرم
 آشکار است که او را همه جا می‌نگرم
 آفرینش همه جا جلوه‌گه شاهد ماست
 عکس آن ماه در این آینه‌ها می‌نگرم
 بلبل از باغ کند نغمه‌ی توحید بلند
 شاخه‌ها را همه چون دست دعا می‌نگرم
 زهره و شمس و قمر آینه گردان تواند
 من در این آینه‌ها روی تو را می‌نگرم
 قصه صد رنگ خلک چشم مرا حیران کرد
 که به هر پرده‌ی آن نقش خدا می‌نگرم
 شوق پرواز به گلزار تو دارم که مدام
 حسرت آلوده به مرغان هوا می‌نگرم
 دست تدبیر بر آرم به تمنا وصال
 لیک پیوسته به تقدیر فضا می‌نگرم
 ای نگویند که گلزار خدا آمده‌اید
 باغبان را به گل روی شما می‌نگرم
 اشک در آبی چشمت چو بینم گویی
 که به دریاچه‌ی فیروزه نما می‌نگرم
 ابرغم گر به دلم خیمه زند بهر ناط
 تا دل شب به سحیل و به سها می‌نگرم

مهدی سحیلی

cipal affiliation is Rhode Island Hospital, a member hospital of the Lifespan health system in Rhode Island. She also has an academic appointment at The Warren Alpert Medical School of Brown University. Their research is fully supported by Rhode Island Hospital and the Lifespan health system.

NaturalNews) Currently, an estimated 24 million people worldwide are living with Alzheimer's disease or some other type of the mind and personality-robbing affliction known as dementia. And the numbers keep climbing. But why? Mainstream medicine puts the blame on the fact people are living longer and genetics offers little hope to stop dementia unless Big Pharma comes up with some miracle pill - an approach that so far has failed miserably.

However, now there's evidence much dementia could be triggered by another disease that is often preventable and even reversible with natural health strategies.

A new study just published in *Neurology*, the medical journal of the American Academy of Neurology, reveals diabetes significantly increases the risk of developing dementia. And type 2 diabetes, the most common form of the disease which has reached epidemic proportions, is due primarily to obesity and inactivity. That suggests that by taking control of your health with good nutrition and exercise, you may be able to not only prevent diabetes but also dementia.

"Our findings emphasize the need to consider diabetes as a potential risk factor for dementia," said study author Yutaka Kiyohara, MD, PhD, of Kyushu University in Fukuoka, Japan, in a media statement. "Diabetes is a common disorder, and the number of people with it has been growing in recent years all over the world. Controlling diabetes is now more important than ever."

The research found people with diabetes were more likely to develop both Alzheimer's disease and other types of dementia, such as vascular dementia. Vascular dementia results when blood vessels become damaged and interrupt oxygen-rich blood flow to the brain.

In all, the scientists studied 1,017 people age 60 and older who were given a glucose (sugar) tolerance test after fasting overnight in order to test for diabetes. Then, over the course of about 11 years, the research subjects were followed and tested for dementia. During this time, 232 people developed the memory destroying disease. People with diabetes had double the risk for dementia when compared to those with normal blood sugar levels.

These findings remained consistent even after the researchers accounted for other factors such as hypertension, high cholesterol and smoking. The risk of dementia was also higher in people who did not have diabetes, but had impaired glucose tolerance. This "pre-diabetes"

condition is also part of a cluster of symptoms (including being overweight, having high cholesterol, high blood pressure and high blood glucose levels) known as metabolic syndrome which has become widespread and is already known to raise the risk for heart disease as well as diabetes - and now dementia can be added to this list.

The new study findings are actually positive because, as NaturalNews as previously covered, there are numerous ways to reduce and sometimes even reverse type 2 diabetes -- by keeping weight under control, exercise and adding specific foods to a healthy diet.

For example, last summer Harvard School of Public Health investigators discovered eating two or more servings of brown rice per week slashed the risk of type 2 diabetes (http://www.naturalnews.com/029143_brown_rice_diabetes.html).

In addition, a study published in the Archives of Internal Medicine found that adding a daily serving of mixed nuts to the traditional Mediterranean diet (which consists of whole grain cereals, vegetables, fruits and olive oil, a moderate intake of fish and alcohol and a low intake of dairy, meats and sweets) is a delicious, natural and effective way to treat metabolic syndrome

Finds Link Between Brain Insulin Resistance and Neuronal Stress in Worsening Alzheimer's Disease

Rhode Island Hospital researcher Suzanne de la Monte, M.D., has found a link between brain insulin resistance (diabetes) and two other key mediators of neuronal injury that help Alzheimer's disease (AD) to propagate. The research found that once AD is established, therapeutic efforts must also work to reduce toxin production in the brain. The study, *Dysfunctional Pro-Ceramide, ER Stress, and Insulin/IGF Signaling Networks with Progression of Alzheimer's Disease*, is published in the June 22, 2012, supplement of the *Journal of Alzheimer's Disease*. <http://www.naturalnews.com>

Alzheimer's disease is one of the most common degenerative dementias, and more than 115 million new cases are projected worldwide in the next 40 years. There is clinical and experimental evidence that treatment with insulin or insulin sensitizer agents can enhance cognitive function and in some circumstances help slow the rate of cognitive decline in AD. Alzheimer's and other neurodegenerative diseases destroy the brain until the patients finally succumb. In order to effectively halt the process of neurodegeneration, the forces that advance and perpetuate the disease, particularly with regard to the progressive worsening of brain insulin/IGF resistance, must be understood.

"Brain insulin resistance (diabetes) is very much like regular diabetes," de la Monte said. "Since the underlying problems continue to be just about the same, we believe that the development of new therapies would be applicable for all types of diabetes, including Alzheimer's disease, which we refer to as Type III diabetes."

She continued, "This study points out that once AD is established, therapeutic efforts should target several different pathways — not just one. The reason is that a positive feed-



back loop gets going, making AD progress. We have to break the vicious cycle. Restoring insulin responsiveness and insulin depletion will help, but we need to reduce brain stress and repair the metabolic problems that cause the brain to produce toxins."

Ultimately, these findings will help to expand ways to both detect and treat AD.

Growing evidence supports the concept that AD is fundamentally a metabolic syndrome that leads to abnormalities linked to brain insulin and insulin-like growth factor (IGF) resistance. In AD, brain insulin and IGF resistance and deficiencies begin early and worsen with severity of the disease. The rationale behind the progression of the disease is that insulin-resistance dysregulates lipid metabolism

and promotes ceramide accumulation, thereby increasing inflammation and lipid metabolism, causing toxic ceramides to accumulate in the brain. The end result is increased stress that threatens the survival and function of neurons in the brain.

The present study was designed to gain a better understanding of how brain insulin resistance becomes progressive and contributes to the neurodegeneration in AD, focusing on the roles of ceramides and stress. The researchers studied the same brain samples used previously to demonstrate progressive impairments in brain insulin/IGF signaling with increasing severity of AD.

The National Institutes of Health funded the study (grant #R01 AA11431, AA12908, AA16126). De la Monte's prin-

فرم اشتراک فصلنامه خاص

الف : اشخاص حقیقی

نام : نام خانوادگی:

میزان تحصیلات: رشته تحصیلی:

آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه :

کد پستی ده رقمی :

تلفن ثابت : تلفن همراه:

پست الکترونیک : تاریخ شروع اشتراک:

ب: اشخاص حقوقی

نام مرکز / مؤسسه :

آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه :

کد پستی ده رقمی :

تلفن ثابت : پست الکترونیک :

حق اشتراک سالانه:

هزینه اشتراک سالیانه (۴ شماره) به انضمام هزینه پستی ۵۰,۰۰۰ ریال می باشد خواهشمند است مبلغ فوق را به حساب ملی - سیبا ۰۱۱۰۱۰۳۴۳۴۰۰۰ (قابل واریز در تمام شعب به نام بنیاد امور بیماری های خاص) واریز و اصل فیش بانکی را به همراه فرم اشتراک تکمیل شده با پست سفارشی به نشانی تهران، صندوق پستی ۴۸۸۳-۱۹۳۹۵ فصلنامه خاص ارسال فرمایید.

- یاوران بنیاد و دانشجویان می توانند با ارسال کپی کارت شناسایی از ۵۰ درصد تخفیف بهره مند شوند.

- بیماران خاص با ارسال کپی کارت شناسایی صادره از این بنیاد و تکمیل فرم اشتراک می توانند به صورت رایگان فصلنامه را دریافت نمایند.

فاکس: ۲۲۷۶۵۴۲۳

شماره پیگیری: ۲۲۵۹۱۹۵۷ داخلی: ۴۰۹

ایمیل روابط عمومی : pr@cffsd.org