



۴

کربلا از نگاهی دیگر



۱۲

گزارش کارگاه تالاسمی ۳



۱۴

گزارش سفر به استان آذربایجان شرقی



۲۹

نقش ورزش در مبتلایان به MS



۳۱

تدابیر دندانپزشکی در بیماران هموفیلی



۴۲

نورپاتی دیابتی



ضمن ابراز نگرانی از مشکلات پیش آمده در حوزه دارویی کشور

مشکل جدی تولید داروهای تزریقی بیماران تالاسمی به دلیل عدم تامین مواد پایه، واردات دارو و مسائل ارزی

در نامه بنیاد امور بیماری‌های خاص به وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مطرح شد.



The bridge to good health care

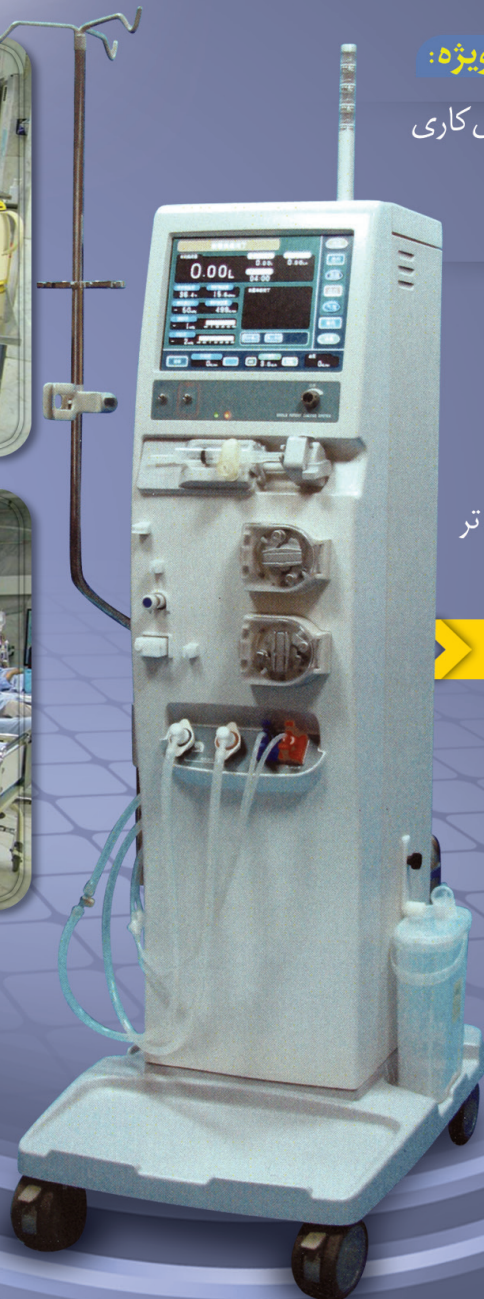
www.teda.ir



خصوصیات ویژه:

- ۰۱ سادگی روش های کاری
در جهت افزایش
کارایی دستگاه
- ۰۲ طراحی چشم گیر
برای اطمینان از:
• کارایی بالا
• ایمنی
• کاربری آسان
• سرویس راحت تر

ماشین همو دیالیز
مدل SDS-50



Designer: H. Mobinipour

جدید

ماشین دیالیز
با خدمات گسترده
پس از فروش



تهران، خیابان دکتر علی شریعتی، پائین تر از بهار شیراز، خیابان نیرو
شماره ۳، ساختمان تدا
کدپستی: ۱۶۱۳۹۵۹۳۱۱
تلفن: ۷۷۵۳۰۳۶۰، ۷۷۶۵۴۲۲۰-۲۱، فکس: ۷۷۵۲۷۱۳۷ (۰۲۱)



تدا (تدارکات درمان التیام)

کشفیات سلامت کشور ارتقای کیفیت حوانان متخصص با همیاری



بنیاد امور بیماریهای خاص

قابل توجه فارغ التحصیلان آماده خدمت سربازی

بنیاد امور بیماریهای خاص از میان پرسنل وظیفه فارغ التحصیل رشته‌های پزشکی، داروسازی، کامپیوتر، عمران، ارتباطات، حسابداری، مهندسی پزشکی و پرستاری تعدادی را جهت گذراندن خدمت مقدس سربازی در شهر تهران جذب می‌نماید.

علاقه‌مندان واجد شرایط در رشته‌های تحصیلی مذکور جهت حضور در جلسات مصاحبه و ارزیابی، لازم است مشخصات کامل خود را به همراه آدرس و شماره تلفن به آدرس اینترنتی info@cffsd.org یا آدرس پستی: تهران، بزرگراه صدر، خروجی قیطریه شمال، خیابان بهار جنوبی، نبش کوچه سعید شرقی، پلاک ۲ صندوق پستی: ۴۸۸۳-۱۹۳۹۵ ارسال نمایند.

ذکر عنوان (جهت گذراندن خدمت سربازی در بنیاد امور بیماریهای خاص) بر کلیه فایل‌های مشخصاتی ارسالی و یا مرسولات پستی الزامی است.

www.cffsd.org

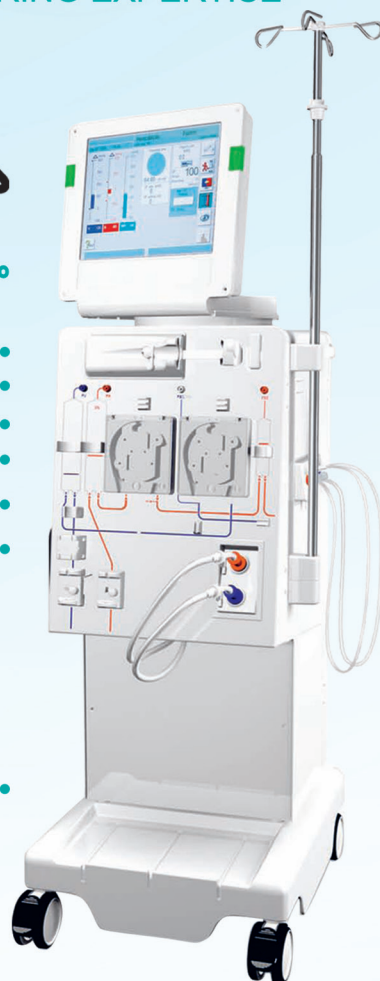
دستگاه دیالیز مدل Dialog⁺

مطابق با آخرین تکنولوژی روز دنیا

- دارای مانیتور ۱۵" به صورت لمسی (Touchscreen) با رزولوشن 4096x4096 و قابلیت چرخش ۲۲۵ درجه
- مجهز به باتری backup با ظرفیت کارکرد ۲۰ دقیقه الی یک ساعت
- دارای پیروژن فیلتر با طول عمر ۹۰۰ ساعت معادل ۱۵۰ درمان دیالیز
- دارای سنسور فشارخون ورودی فیلتر (PBE) جهت جلوگیری از لخته شدن و همولیز خون
- سازگار با انواع ست خون، فیلتر و کارتریج بی کربنات
- قابلیت تنظیم ۶ پروفایل:

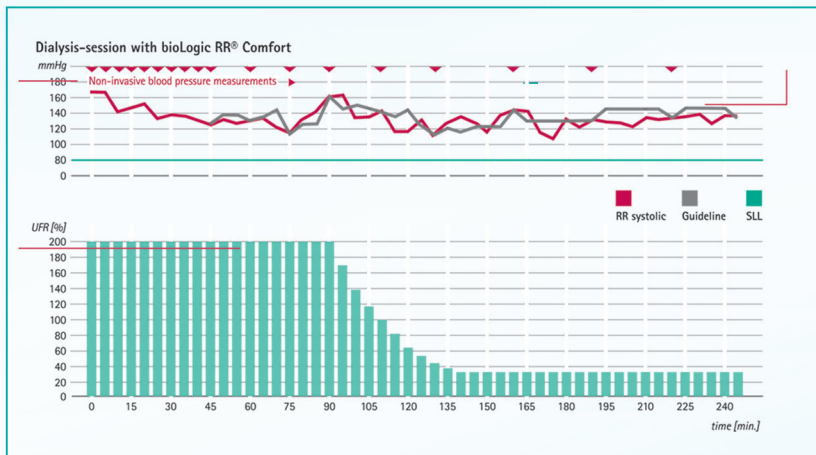
UF
بیکربنات
سدیم
دما
هپارین
جریان محلول (DF)

- مجهز به دستگاه کارت خوان بیمار



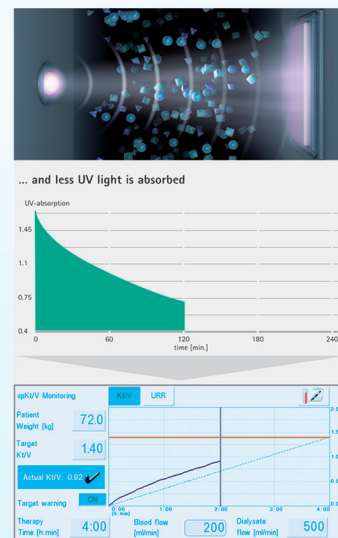
Biologic RR Comfort

- سیستم تثبیت فشارخون بیمار حین دیالیز
- به صورت اتوماتیک با استفاده از کنترل نرخ UF



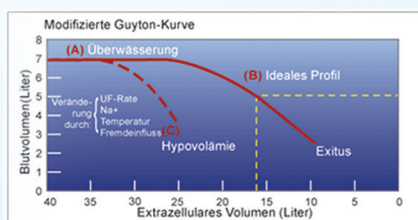
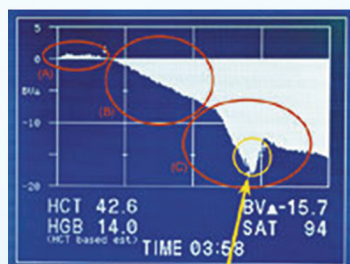
Adimea

- سیستم نمایش شاخص تصفیه خون (Kt/v) به صورت online



Crit-line

- قابلیت اندازه گیری مشخصات هماتوکریت HCT، درصد اشباع اکسیژن PO₂، وجود Recirculation، جریان شانت و Delta Bv% خون



نشریه علمی، فرهنگی و اجتماعی

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری های خاص

مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی

سر دبیر: دکتر باقر لاریجانی

مدیر اجرایی: هادی صالح

دبیر تحریریه: علی شاملو

فهرست

اجتماعی

کربلا از نگاهی دیگر

مشق زندگی

غرفه بنیاد امور بیماری های خاص

گفتگو با پادینا رهنما، بازیگر سینما، تئاتر و تلویزیون

از قطار زندگی جا نمونیم / نوشته ای از ثمره کمالیان

نیکوکار عکاس

گزارش کارگاه تالاسمی ۳

گزارش سفر استان آذربایجان شرقی

تازه چه خبر

یاری سبز یاوران بنیاد

ایثار زندگی یاری سبز روزگار

سلامت

آنچه بیماران دیابتی باید مصرف کنند

هیپاتیت C در بیماران دیالیزی

نقش ورزش در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس MS

دیابت در سالمندان

تدابیر دندانپزشکی در بیماران هموفیلی

دیابت و ورزش

سرطان پروستات در مردان

سلامت روانی و بیماری های مزمن کلیوی

عوارض و مشکلات درمان در بیماران تالاسمی

قدرت راه رفتن

دیابت و اختلالات روانی

نوروپاتی دیابتی

آیا میدانید؟

اخبار پزشکی

بین الملل

معرفی فدراسیون بین المللی تالاسمی TIF و جدیدترین فعالیت های آن

جدول کنفرانس های بین المللی ژانویه، فوریه و مارس ۲۰۱۳

فرهنگی

مصاحبه با هادی آفریده / کارگردان جوان سینما و تلویزیون

مصاحبه با احمد خراسانی / مدیر عامل انجمن بیماران خاص شهر قدس

خواندنی ها

سرگرمی

مقاله انگلیسی

فرم اشتراک

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 قانعی،

دکتر رضا ملک زاده

هیات تحریریه این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

نسرین آقاملا، مریم اسدی، ندا جلیلیان، افسانه حسنی، مهرانگیز

خسروی، هادی صالح، هانی صباغان، دکتر کاظم فاطمی، دکتر

علی فروزانفر، فریبا لاهوتی، دکتر عبدالرضا معادی، 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

pr@cffsd.org

نشانی نشریه

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

خیابان بهار جنوبی، نبش کوچه سعید شرقی، پلاک ۲

صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/۴۸۸۳

سامانه پیام کوتاه: ۱۰۰۰۱۰۰۰۷۵

دورنگار: ۲۲۷۶۵۴۲۳

تلفن: ۲۲۵۹۱۹۵۷

سرمقاله



یکی از مهم‌ترین راهبردهای نظام بهداشت و درمان کشور در گذار از برهه مشکلات امروز، توجه به تولید دانش، خدمات و محصولات بومی در حیطه سلامت است. خوشبختانه نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران گام‌های ارزشمندی را در راستای تولید ملی چه در حیطه محصولات و چه در حیطه خدمات برداشته است. برنامه پزشکی خانوده و نظام ارجاع که امروز مهم‌ترین تحول نظام سلامت در کشور است به منظور ارائه خدمات سلامت به مردم، بر مبنای دانش بومی تدوین و در حال اجرا است. در این برنامه تعداد زیادی از مراکز تحقیقاتی و دانشگاه‌های بزرگ کشور درگیر تدوین و انطباق راهنماهای بالینی بر اساس پژوهش‌های بومی هستند. تدوین راهنماهای بالینی، گامی اثربخش در میز خودکفایی عملی در حیطه بهداشت و درمان خواهد بود. همچنین از سوی دیگر تمرکز بر تولید بومی محصولات مانند دارو و تجهیزات پزشکی نیز یکی از اقدامات اساسی بوده است. تولید بیش از ۹۷ درصد از داروهای مورد نیاز کشور در داخل، دستیابی به فناوری تولید چندین داروی با بالاترین تکنولوژی‌های روز و ساخت تجهیزات دقیق و قابل اعتماد با تکیه بر فناوری‌های موجود در کشور گواه این مدعا است. بیماران خاص که به نوعی نیازمند به خدمات مستمر سلامت می‌باشند، گروهی از بیماران هستند که اتفاقاً بیش از سایر افراد از اقدامات متخصصان حیطه بهداشت و درمان در زمینه تولید ملی منتفع خواهد شد چرا که سیر مزمن این بیماری‌ها و هزینه‌های قابل توجهی که به بیماران محترم تحمیل می‌گردد ایجاب می‌کند که تا توجه ویژه‌ای به مشکلات و مسائل ایشان در سطوح مختلف نظام بهداشت و درمان صورت گیرد. قدر مسلم تولید داروهای مورد نیاز این گروه و همچنین تجهیزات لازم در داخل کشور به ارتقای بهره‌وری و صرفه‌جویی در منابع بسیار کمک خواهد نمود.

امید است که تلاش محققان و کارشناسان کشور در دستیابی به دانش و توان ملی بیش از گذشته به ثمر نشیند تا با تکیه بر این اصل شاهد به حداقل رسیدن مشکلات بیماران خاص در تامین دارو و تجهیزات پزشکی باشیم.

توفیق همگان را از خداوند متعال خواستارم.

دکتر باقر لاریجانی

اجتماعی



کربلا از نگاهی دیگر

حادثه کربلا پس از قرن‌ها باز هم نیاز به پژوهش، تحقیق و بررسی دارد. لذا لازم است تمامی اندیشمندان از هر دین و مسلک این حادثه را بدون تعصب از هر نگاهی بررسی و تحلیل نمایند.

مهدی کلهری

توجه است، این‌ها می‌توانستند با همکاری گروه بزرگی از تابعین و سران شهر، حاکم کوفه را مجبور کنند تا راه دیگری جز آنچه در پیش گرفت اختیار کند ولی چرا چنین نکردند!

حادثه عاشورا هنوز هم پس از قرن‌ها که از آن می‌گذرد همچنان نیاز به پژوهش و تحقیق، بررسی دارد، لذا لازم است تمامی اندیشمندان از هر دین و مسلکی این حادثه را بدون تعصب از زوایای مختلف بررسی و تحلیل نمایند.

منبع: کتاب قیام حسین (ع)
سید جعفر شهیدی

سراسر حجاز در آن حاضر بودند.

در این انجمن پیامبر اسلام به مردم گفت: "سخن مرا بشنوید زیرا نمی‌دانم سال دیگر شما را خواهیم دید یا نه. مردم! خون و مال شما بر یکدیگر حرام است تا روزی که پروردگار خود را ملاقات کنید."

بدون شک در سال شصت و یک هجری عده‌ای که شمار آنان اندک نبود در کوفه، بصره، مدینه، مکه و دمشق به سر می‌بردند که خود در آن انجمن حاضر و سخنان محمد (ص) را به گوش خود شنیده بودند. حسین و یاران او چه جرمی مرتکب شده بودند که فقه مسلمانی کیفر آن را قتل می‌دانست؟ اگر جرمی نداشتند چرا مسلمانان دست روی دست نهادند تا سپاهیان کوفه آنان را بکشند. در کوفه هنوز عده‌ای از صحابه پیغمبر می‌زیستند که شمار آنان درخور

کسی که چگونگی حادثه کربلا را به دقت می‌خواند و از کشتار دسته جمعی خاندان پیغمبر اسلام - آن هم با چنان وضع دلخراش - آگاه می‌گردد، و می‌بیند مردم به خاطر مسلمانان کوفه با فرزند پیغمبر خود و یاران او همان کردند که با کافران می‌کردند، اگر از احکام حقوقی و جزائی اسلام مطلع باشد برای او این سوال پیش می‌آید که: اگر یزید بر حفظ حکومت خود اصول مسلم اسلامی را نادیده گرفت، اگر عاملان یزید در شام و حجاز و عراق گوش به فرمان حاکم بودند، و به مسلمانی و آیین این دین اهمیتی نمی‌دادند، اگر کوشش حاکم کوفه منحصر بدین بود که دمشق را راضی نگاه دارد تا دو روزی بیشتر در پست خود باقی بماند، و یا گرفتار بازخواست نشود، اگر سپاهیان سه ایالت شام، حجاز و عراق تا آن درجه به حکومت وفادار بودند که دین خود را در پای او قربانی می‌کردند، همان دینی که آنچه داشتند از آن داشتند.

دینی که آنان را از کهنتری به مهتری بالا برده بود، چه شد که اجتماع مسلمان آن روز در مقابل این حادثه تا آن حد خونسردی و بی‌اعتنایی نشان دادند؟ چرا مردم این سرزمین‌های پهناور و پرجمعیت حالت تماشاگر صحنه به خود گرفتند؟ چه شد که پس از گذشت نیم قرن آن اندازه از فقه اسلام و احکام دین بی‌اطلاع ماندند که ندانستند چگونه منکری می‌کنند و چه ننگی دامن گیرشان می‌شود؟ منکری که به نص قرآن حرام است. چرا قتل نفس به ناحق در دیده آنان بی مقدار گردید؟ هنوز بیش از نیم قرن از انجمن کذابی حجة‌الوداع نمی‌گذشت، انجمنی که مردمان مختلف از



مشق زندگی

۲۵ ذیحجه در تقویم هجری قمری روز خانواده نام نهاده شده است. آنچه را که بنیان ساز است، خانواده است و آنچه که بنیان کن است، خانواده است. اگر خانواده درست، صحیح و اصولی بنا شود، بنیانی می‌سازد که خدای تبارک و تعالی راضی و خشنود می‌شود و اگر بر پایه دنیا و دنیا مداری و لذایذ و شهوات و غضب حیوانی بنا شود، چنان می‌شود که جای این آفریده الهی که خدای متعالی احسن الخالقینش خوانده است جز خلود در جهنم نیست. **علی شاملو**



هدف از تشکیل خانواده

دین هدف از تشکیل خانواده را افزون بر بقا نسل و سامان‌دهی اجتماعی و تامین تمایل و خواهش‌های نفسانی، ایجاد انس و الفت می‌داند. به گونه‌ای که در آینه وحی الهی آفرینش همسر را با این هدف مقدس عنوان می‌نماید:

«خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً» «از خود شما همسر آفرید تا با آن آرامش حاصل کنید و مودت و گذشت را موجب پایداری خانواده قراردادده است.» خدای سبحان همان گونه که یاد خود و نیز خواب را سبب آرامش قراردادده است، انس و آرامش با همسر را سبب زدودن و آسایش و خستگی ناشی

آتش جهنم، افراد مجردند.»

دین بر استحکام بنیان خانواده می‌اندیشد و آن را استوار می‌کند و خانواده را در مقابل سیل بنیان کن حوادث، مقاوم و استوار می‌نماید. دین مبین اسلام، بهترین پیوند را پیوند ازدواج و بدترین جدایی را جدایی مرد و زن از یکدیگر می‌داند چرا که حضرت در این باره فرمودند: «هیچ بنیانی عزیزتر از پیوند ازدواج در نزد خداوند نیست و همچنین منفورترین حلال‌ها، جدایی زن و مرد (طلاق) است، که بنیان خانواده را تخریب می‌کند.»

۲۵ ذیحجه در تقویم هجری قمری روز خانواده نام نهاده شده است. آنچه را که بنیان ساز است، خانواده است و آنچه که بنیان کن است، خانواده است. اگر خانواده درست، صحیح و اصولی بنا شود، بنیانی می‌سازد که خدای تبارک و تعالی راضی و خشنود می‌شود و اگر بر پایه دنیا و دنیا مداری و لذایذ و شهوات و غضب حیوانی بنا شود، چنان می‌شود که جای این آفریده الهی که خدای متعالی احسن الخالقینش خوانده است جز خلود در جهنم نیست. نه این که تصور کنید منظور، آخرت است، بلکه در این دنیای فعلی جهنمی برای خود می‌سازد که دیگران را نیز به کام آتش و لهیب آن می‌کشانند.

خانواده بنیان جامعه است. بنای اجتماع بر شالوده خانواده نهاده شده است. هر قدر این بنیان از استحکام و صلابت برخوردار باشد، بنای آن نیز مقاوم و مداوم خواهد بود و سستی در اساس این بنا تزلزل و اضطراب و در نهایت فرسودگی و انهدام بنا را در پی خواهد داشت. دین که زندگی و امید را برای جامعه به ارمغان آورده است، در اصل جامعه‌ای شاداب و با طراوت و پرتلاش را ترغیب می‌کند و اساس آن را هم خانواده عنوان می‌کند و برای باروری جامعه، بنای خانواده را مورد توجه قرار می‌دهد.

دین به خصوص اسلام همواره انسان‌ها را به تشکیل کانون خانواده ترغیب می‌کند و از زندگی فردی پرهیز می‌دهد. تشکیل خانواده را عامل آرامش و پاکی می‌داند همان‌گونه که دوری از این کانون را برای سعادت انسان خطرناک می‌داند. رسول گرامی اسلام(ص) در این مورد می‌فرماید: «أَكْثَرُ أَهْلِ النَّارِ الْعَذَابِ» «بیشترین گرفتاران

از نگرانی و اضطراب و تلاش‌های روزمره می‌داند.

ارکان خانواده

انس و الفت بنیان خانواده است و هر عاملی که این محور را تقویت کند، دین بر آن اصرار دارد. دین بر دو عامل بیشترین توجه را معطوف نموده است و آنها را ارکان خانواده می‌داند، محبت و گذشت.

این دو عامل در ایجاد الفت و پیوند بین طرفین و ایجاد تفاهم، نقش محوری دارند. محبت بین زن و شوهر نقش اول را در ایجاد الفت و انس به عهده دارد و چون انسان در زندگی اجتماعی همواره دارای لغزش‌هایی است، گذشت نیز در زدودن پیامد این لغزش‌ها نقش مهمی را ایفا می‌کند. زیرا اگر لغزش‌هایی که زندگی خانوادگی و اجتماعی ناگزیر از آن می‌باشد پیگیری شود، در نهایت به کدورت و دل سردی می‌پایند. اما اگر از لغزش صرف نظر شود انسان در صدد اصلاح آن برمی‌آید و از پی‌آمد ناهنجار آن جلوگیری شده است.

خدای سبحان به همین جهت این دو اصل را محور پیوند پایدار زناشویی یاد می‌کند. زن و شوهر باید به یکدیگر انس و الفت ابراز کرده، از لغزش‌های یکدیگر درگذرند. «و جعل بینکم موده و رحمه» «بین شما (همسران) دو چیز قرارداده است، یکی

محبت و انس، دیگری گذشت و رحمت.» پیامبر گرامی ما نیز سیره شان در تمام ابعاد زندگی الگو برای می‌باشد، در نهاد خانواده نیز برای دیگران الگو است. پیامبر (ص) به قدری به نظام خانواده اهمیت می‌دادند و به آن سفارش می‌فرمودند که گاهی باعث تعجب دیگران می‌شد چرا که حضرت (ص) می‌دانست نظام خانواده است که نظام جامعه را می‌سازد. بارها و بارها وقتی حضرت جوانان مساعد ولی فقیر را می‌دید که علت عدم ازدواج آنان فقر است، به آنها کمک می‌کرد تا ازدواج نمایند و زندگی را آغاز کنند.

رسول... (ص) محبت و عشق به همسر و خانواده را در کنار عشق به نماز می‌شمرد: «حب الی من دنیاکم ثلاث: الطیب و النساء و قره عینی فی الصوه» از دنیای شما سه چیز محبوب من است: عطر، همسر، اما آرامش و شادابی چشمان من در نماز است.» زیباترین جمله در مورد محبت دو همسر به یکدیگر به ویژه مرد به زن از رسول... (ص) ابراز شده است که از اعماق جان و فطرت خبر می‌دهد.

در پایان باید نتیجه گرفت که نهاد خانواده از ارکان مهم جامعه علی‌الخصوص جامعه اسلامی به شمار می‌رود. این نهاد سال‌ها در غرب مورد تهدید قرار گرفته است و از جمله مسائلی که مسلمانان به ویژه ایرانیان در مقابل غرب به آن افتخار می‌کردند نهاد

مستحکم خانواده در ایران بوده است که این مساله اخیراً مورد تهدید قرار گرفته و صرفاً با عوض کردن عناوین و ایجاد نمودن نهادهایی مثل مشاور خانواده نمی‌توان این نهاد را حفظ کرد. بلکه باید کار فرهنگی نمود که نهاد خانواده حفظ شود. سازگاری با همسر و خانواده، سنت رسول اکرم (ص) است و خواست خداوند و حل‌کننده مشکلات متعدد در زندگی انسان‌ها.

آن رسول اعظم (ص) امام ماست و ما امت او. آنچه بر امت لازم است، تبعیت و پیروی است، نه جلو افتادن و نه عقب ماندن از او، بلکه ملازم بودن و همراهی و تصدیق و تسلیم و طاعت براساس آنچه از سیر حضرت (ص) بیان شده می‌توان سرمشقی برای خود یافت و درس‌های ماندگار او را به کار بست. این سرمشق نورانی برای «مشق زندگی» چنین است:

با خانواده همدل باشیم، در کارهای خانه مشارکت فعال داشته باشیم، آداب همسررداری و وفای به عهد به شریک زندگی را بیاموزیم و به کار بندیم، مهمان را عزیز و گرمی بداریم، به واردین به خانه و مراجعین به محل کارمان احترام بگذاریم، با مردم همدردی و همراهی کنیم، برخوردی متواضعانه و از روی ادب داشته باشیم، ساده زیستی و زندگی مردمی را فراموش نکنیم، با چهره باز و خندان و گشاده رویی با دیگران برخورد کنیم، در راه رسیدن به هدف خویش صبور و بردبار باشیم، به جای کینه ورزی و خصومت، بگذریم و نادیده بگیریم، از دوستان و خویشان پرس و جو کنیم، و خود را در معرض نقد قرار دهیم، در کارگشایی از مشکلات مردم پیش قدم باشیم، منادی وحدت و الفت باشیم، نه بذرافشان تفرقه و جدایی، با کودکان مهربانی کنیم و جودشان را مورد احترام قرار دهیم، پیران و سالمندان را بالای سر خود جا دهیم. وقتی این جملات را می‌نویسیم به فکر افتادم ای کاش جامعه ما چنین جامعه‌ای بود.



غرفه بنیاد امور بیماری‌های خاص

نوزدهمین نمایشگاه بین‌المللی مطبوعات و خبرگزاری‌ها راس ساعت ۱۴ روز ۷ آبان ماه ۱۳۹۱ با پخش سرود جمهوری اسلامی و تلاوت قرآن مجید آغاز شد. مراسم افتتاحیه این نمایشگاه با حضور سید محمد حسینی، وزیر ارشاد اسلامی، محمد جعفر محمدزاده معاونت مطبوعاتی این وزارتخانه و جمعی از دست‌اندرکاران این رویداد بین‌المللی و همچنین جمعی از مهمانان خارجی دعوت شده به دومین اتحادیه مطبوعات جهان اسلام در سالن اجتماعات مصلى واقع در انتهای شبستان برگزار شد.

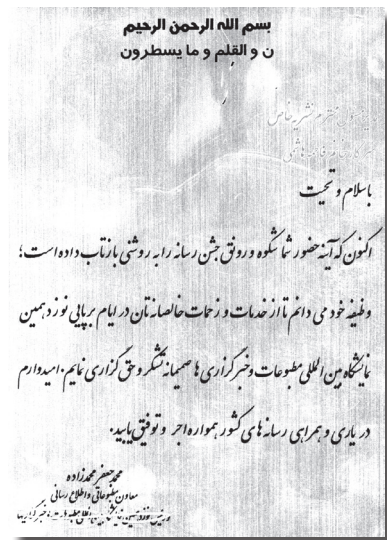
مریم اسدی

خبرگزاری‌ها اضافه کرد: این یک واقعیت است که اصحاب رسانه مهم هستند و این جایگاه را مردم به آنها عطا کرده‌اند.

وی با اشاره به شعار نمایشگاه امسال «رسانه؛ کلام صادقانه، نگاه منصفانه» گفت: این شعار تنها یک توصیه اخلاقی نیست، بلکه هویت ما در گرو تحقق این شعار است و باید بدانیم که بهره این شعار در درجه اول برای اصحاب رسانه و خود رسانه‌ها است.

در آئین اختتامیه نوزدهمین نمایشگاه بین‌المللی مطبوعات و خبرگزاری‌ها همچنین بیانیه پایانی ستاد برگزاری این نمایشگاه قرائت و برترین غرفه‌های این دوره از نمایشگاه را معرفی کرد.

گفتنی است ستاد اجرایی این نمایشگاه با اهدای لوح سپاسی از زحمات و حضور بنیاد در این نمایشگاه تقدیر کرد.



مسئولان در محل نمایشگاه برگزار شد.

محمدجعفر محمدزاده رئیس این نمایشگاه در سخنانی با مطرح کردن این سؤال که «همچنان جای این سؤال باقی است که ما که هستیم؟» گفت: ما مجموعه‌ای از کسانی هستیم که برای مردم حرف می‌زنیم و اتفاقات و رویدادها را به چشم و گوش مردم نزدیک می‌کنیم.

معاون امور مطبوعاتی وزیر ارشاد افزود: اهالی رسانه در این ملک متنعم که هزاران سال گفتگو و هم‌زیستی را در تاریخ خود ثبت کرده، حتماً اصحاب نخبه این کشور هستند؛ کسانی که چون برای مردم محترم و مهم هستند، حرف‌هایشان شنیدنی است و فقط شنیدنی نیست بلکه باور کردنی است. رئیس نمایشگاه نوزدهم مطبوعات و

در نوزدهمین نمایشگاه بین‌المللی مطبوعات و خبرگزاری‌ها ۲۳۸۰ نشریه و ۱۹ خبرگزاری شرکت داشتند. غرفه بنیاد امور بیماری‌های خاص نیز در این نمایشگاه با ارایه شمارگان مجله خاص، انتشارات بیماران خاص و معرفی فعالیت‌های خود حضور پر رنگی داشت.

نوزدهمین نمایشگاه بین‌المللی به مدت ۶ روز از ۷ تا ۱۳ آبان‌ماه برگزار گردید که غرفه بنیاد امور بیماری‌های خاص مورد استقبال شرکت‌کنندگان قرار گرفت. مراسم اختتامیه نوزدهمین بین‌المللی نمایشگاه مطبوعات و خبرگزاری‌ها با حضور وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی سید محمد حسینی، عبدالرضا عزیزی رئیس کمیسیون اجتماعی مجلس شورای اسلامی، محمدجعفر محمدزاده معاونت مطبوعاتی وزیر ارشاد و جمعی از

گفتگو با پادینا رهنما، بازیگر سینما، تئاتر و تلویزیون

پادینا رهنما بازیگر جوان و خوشنام سینما و تلویزیون شروع فعالیت‌های هنری خود را با فیلم سینمایی خانه پدری به کارگردانی کیانوش عیاری آغاز کرد او در فیلم گلبهار به کارگردانی محمد ابراهیم معیری در نقش دختری که ام اس دارد بازی نمود، وی در کلاس‌های کانون سینماگران جوان به سرپرستی امین تارخ شرکت داشته و در سریال روزهای بیادماندنی همایون شهناز و رازهای یک خانه حمید لبخنده نقش آفرینی نموده است، به مناسبت پخش فیلم گلبهار در جشنواره رمضان با وی به گفتگو نشستیم.

علی شاملو



***خانم رهنما می‌خواهیم سابقه هنری و سینمایی خود را برای خوانندگان توضیح دهید؟**

من تقریباً ۱۲ سال است که بازیگری می‌کنم ولی ابتدا با تئاتر شروع کردم و تا سال ۸۷ تئاتر کار می‌کردم.

دو دوره بازیگری در کانون سینماگران جوان و کارگاه آزاد بازیگری سینما به سرپرستی آقای امین تارخ دیدم و بعد جسته و گریخته تئاتر کار کردم البته پیش از آن دو کار تصویری هم انجام دادم ولی خیلی کوتاه بود. کار تصویری را از سال ۸۷ شروع کردم. اولین کار سینمایی که انجام دادم کار آقای کیانوش عیاری به نام خانه پدری بود که هنوز اکران نشده است.

فیلم شامل ۵ اپیزود بود که هر اپیزود یک نقش اول داشت که من نقش اول اپیزود چهارم بودم. از بین نقش اول‌هایی که کار کردم این اولین کاری است که دیده می‌شود.

کار با آقای عیاری افتخاری در رزومه من است. فکر می‌کنم که کار با آقای عیاری در انتخاب من برای نقش گلبهار بی‌تاثیر نبود. چون آقای معیری هم خودشان تاکید داشتند که من می‌خواهم این فیلم مثل زندگی باشد و در آن زندگی جریان داشته باشد. وقتی ایشان متوجه شد که من با آقای عیاری کار کردم خیلی تمایل‌شان برای کار با من بیشتر شد.

***چرا شما برای این نقش انتخاب شدید؟**

خانم درخشنده و آقای معیری لطف داشتند

کردم که از شبکه چهار سیما پخش شد. پیش از همکاری با آقای عیاری در یک سریال تاریخی به نام «قدرت» کار کرده بودم. البته رشته تحصیلی من در دانشگاه مهندسی برق بود.

***چطور شد از مهندسی برق به سینما**

و به من اعتماد کردند که برایم ارزشمند است. چند تله فیلم هم کار کرده‌ام که یکی از آنها در ماه اخیر از شبکه سه سیما پخش شد.

در چند اپیزود از سریال «رازهای خانه» به کارگردانی آقای حمید لبخنده هم بازی



آمدید؟

من اول تئاتر را شروع کردم و سپس ادامه تحصیل دادم.

* چرا همان را ادامه ندادی؟

به خاطر پدر و مادرم.

* چندمین بار است که در جشن رمضان شرکت می‌کنید و نظراتان در مورد این جشن چیست؟

من اولین بار است که در این جشن شرکت می‌کنم. نگاه من نسبت به بیماری‌های خاص با فیلم گلبهار خیلی تغییر کرد به همین دلیل فکر می‌کنم که اگر من دو یا سه سال پیش در چنین جشن یا همایشی شرکت می‌کردم درکم و برداشتم نسبت به این مسائل متفاوت بود. وقتی که قرار شد که من گلبهار را بازی کنم نقش خیلی کم‌رنگ‌تر از این بود که الان در فیلم هست.

اگرچه که اسم فیلم گلبهار است ولی کاراکتر اصلی فیلم اسد بود. تهیه‌کننده خانم درخشنده بودند. من در اطراف خودم بیماران مبتلا به MS رادیده بودم ولی اینقدر به آنها نزدیک نشده بودم شاید به خاطر این بود که این بیماران ابا داشتند که بیماری خود را مطرح کنند. الان به این بیماران حق می‌دهم زیرا نگرش مردم نسبت به این بیماری درست نیست.

* آیا رفتار مردم با این بیماران ترحم‌آمیز است؟

بله و فکر می‌کنم دیدگاهی که عموم مردم نسبت به این بیماری دارند صحت ندارد کما اینکه وقتی قرار شد که من این نقش را بازی کنم خدمت آقای دکتر سیدمسعود نبوی که متخصص است رفتم و وقتی با ایشان صحبت کردم نظرم نسبت به بیماری تغییر کرد. من قبل از اینکه وارد مطب ایشان شوم انتظار داشتم که افرادی را که با بیماران ناتوانی مواجه شوم اما وقتی وارد مطب شدم فهمیدم تصور اشتباه بوده است. بیشتر بیماران MS خانم‌ها هستند و این بیماری در آقایان خیلی نادر است.

MS بیماری عصبی است که روی سیستم عصبی بدن تاثیر می‌گذارد و در موارد نادر به فلجی می‌انجامد من در مدرسه‌ای درس می‌خواندم که مدیر آن مدرسه MS داشت ولی من نمی‌دانستم. من از دکتر پرسیدم که این مریضی چگونه است، و بیماران چه مقدار عمر می‌کنند. این مریضی مثل ایدز که مثلاً بیماران ۱۰ سال زندگی می‌کنند و بعد می‌میرند پایان این بیماری مرگ نیست و قابل کنترل است. این بیماران می‌توانند ازدواج کنند و مثل بقیه انسان‌ها زندگی کنند.

* آیا از شرکت در این جشن راضی هستید؟

بله. به خاطر اینکه با مشکل این بیماران زندگی کردم. همواره به این بیماران فکر کردم، در زمان بازی در فیلم با عشق بازی کردم. هرگز فکر نمی‌کردم که گلبهار از من جدا است. فکر می‌کردم که من باید حرف قشری از جامعه را بزنم و اصلاً سعی نکردم نقش بازی کنم؛ سعی کردم زندگی‌اش کنم. من سعی کردم بدن و بیانم که ممکن است در من شکل گرفته باشد را بشکنم و بدون خودخواهی به نقش نزدیک شوم. با آرزوی شادکامی برای بیماران خاص و امید همکاری بیشتر با بنیاد بیماری‌های خاص.



از قطار زندگی جا نمونیم نوشته‌ای از ثمره کمالیان نویسنده و شاعر حوزه بیماری‌های خاص

ثمره کمالیان، شاعر و نویسنده، دانش آموخته کارگردانی سینما و تئاتر می‌باشد. او که خود نیز از بیماران خاص است و درک بهتری از مشکلات این بیماران دارد، در بازگو کردن احساسات و عواطف بیماران خاص دارای توانایی خاصی است. در شماره‌های آینده گفتگوی خبرنگار ما را با این شاعر و نویسنده جوان خواهید خواند. متنی که در زیر می‌خوانید، قطعه‌ای احساسی است که وی برای ما ارسال کرده‌است.



بشینیم به فکر این باشیم که هر ثانیه داریم به خط صاف نزدیک‌تر می‌شیم... باید به این فکر باشیم با هر ثانیه چندتا لبخند رو به دیگران یادگاری می‌دیم... یادگاری نه هدیه... در آخر... دوست من! بیماری اونم از نوع خاصش نگاه غلط من و دوست نگاهی گذرا ولی ماندگار... اونم ماندگار نه فقط تو ذهن... تو دل... بیاین طرز فکرمونو درست کنیم تا از قطار زندگی جا نمونیم... قطاری که صبر کردنو بلد نیست! شیشه شکسته‌رو میشه عوض کرد... اگه وقت نبود... میشه با یه حفاظ جلوی خرابیه بیشتر رو گرفت... ولی یه دل شکسته‌رو اگه نتونستی عوض کنی... می‌تونی باهاش مدارا کنی... به همین سادگی فقط باید مدارا کردن رو بلد باشی... درس نیست که بری سر کلاس... این نوشته شده کتاب زندگیت... بیا با هم بخونیمش طوری که ملکه ذهنمون بشه تو با یه نگاه غلطت این فرصت... هر چند کوتاه رو از من بگیر من فقط همینو میخوام بذارین به یقین برسیم اسم این وضعیت بیماری نیست بیماری ایرادیه که از همدیگه می‌گیریم... غافل از اونکه خودمون غرق ایرادیمو خبر نداریم... دوست من فقط تو بدون مسیر این قطار طولانی... وقتی جا بمونیم دیگه...

غیر خاص بدیم اسم این وضعیت رو نه مشکل میذارن نه زندگی مساویه با مرگ اسمش یه مسئله‌ست... ولی مسئله ریاضی نیست که بی برو برگشت به یه جواب برسی! اونم منفی یا مثبت مسئله‌ای به رنگ علوم پزشکی با بویی به نام روحیه خوب اگه بو نداشته باشه یعنی از علوم پزشکی چیزی به جا نداشته... روحیه دست هر جا که من غلط گفتم تو بلد بودی درستش کن و بالعکس... هر جایی هم به مشکل برخوردیم... از سر رشته این کار می‌پرسیم... زندگی = مرگ... غلط... از ابتدا غلط زندگی یعنی بودن. با هم بودن. اون وقت من و تو بیایم با یه مسئله حالا بزرگ یا کوچیک... رنگ نبودن رو بهش بزنین؟! درست نیست... ما باید با هم این پازل رو کامل کنیم... من بی تو... تو بی من... من که جواب ندارم... وقتی به یقین رسیدم ما به هم نیاز داریم اشتباه نکن... به بودن هم... تا دیگه تنها نباشیم من نبودن رو نخواستیم یاد بگیرم آخه می‌شدم هم رنگ بعضی‌ها که بودنشونو فراموش کردن... از من نخواه بودنمو به فراموشی بسپارم... بین اول باید یاد بگیریم در مورد چی تامل کنیم آره... وقتی از کنار هم رد می‌شیم... به همین سادگی بودنم که نخواستیم فراموش بشه جای خالی رو تو دفتر زندگیم پر کرد... وقتی تصمیم گرفتم بودنو بخش کنم یه کلمه افتاد بیرون... نوشته شده بود احساس... که باید بهش احترام گذاشت... وقتی احترام بذاریم همه نبودن‌ها به رنگه بودن در میاد... تا وقتی که براش رقم خورده... رقمش دست منو تو نیست ببین... من نقاش خوبی نیستم... راحت کنم چندتا ورق و یه سری قلم دارم... تو که بلدی بیا با هم نقاشی کنیم... منم قول میدم وقتی غلط هامو میگی... گوش بدم... بیاین باور کنیم اگر آخر قضیه یه خط صاف... باشه نباید

یا حق... هیچ وقت زل زن به قیافم... آخه من فکر می‌کنم وضعیتم داره اذیتت می‌کنه باور کن دوست ندارم اذیت بشی حتی با یه پلک... چه برسه یک نگاه من احساس می‌کنم با هر تیکی که به اسم ثانیه بینمون رد و بدل میشه... تو داری یه... علامت سوال رو جلوی اسمم به‌عنوان فامیلم میذار... کاشکی باور داشتی اصلا دلم نمی‌خواست دیگران احساس کنن باهاشون یه فرقی دارم گلم... همین که خودم می‌دونستم برام کافی بود... دلم می‌خواست باور داشتی نیازی به تامل تو... ندارم. من ازت نه کمک خواستم نه یه ترمه... فقط ازت یه همدلی خواستم اشتباه نکن... نه اینکه تو باهام باشی و من تنها نباشم... نه هم‌فکری خواستم... که چطوروری با این وضعیت کنار بیام... نه بیشتر شاید جزء نفرات اول باشی که راه مدارا با این وضعیت رو جلوم میذار... اون وقت به یقین می‌رسیدی که کنار اومدن با این وضعیت رو با هر ثانیه بودنت کنارم... صحبتات... صحبتام... برام از شیرینم... شیرین‌تر می‌کنی با هر لبخندت... که از سر ترمه نیست... عاشقانه‌ست... فقط برای احترام به بودنم... تو دیدی با این وضعیت هی دارم کم رنگ‌تر از کم رنگ میشم... اومدی با نگاهی بهم گفتی حالا که با هم هستیم از اول بهش رنگ می‌دیم... نه کم رنگ نه پر رنگ... تازه می‌دونیم یکی هست که به کارمون نمره میده کامل نشد... مهم نیست. مهم اینکه همت کردیم و شروع به این کار کردیم بعد... خودت می‌بینی وجود تو و من بی حساب نبود ما با هم یه رنگی به همفکری دادیم... نه بی هم! دلم می‌خواست با هر نگاهم به تو فریاد می‌زد که زمان تنفس منو خالقم برام رقم زده... نه تصور غلط مردم! خوب... دوست من بیماری خاص نداریم که یه قسمتم به بیماری

نیکوکار عکاس کمک به بیماران را دوست دارم

امیر حسین بهرام علی عکاس و نیکوکار جوان کار هنری خود را با گرافیک آغاز و سپس با عکاسی به این کار ادامه داد با وی گفتگوی کوتاهی انجام داده‌ایم.

علی شاملو



هاشمی و همکاران‌شان تشکر و قدردانی می‌نمایم و از این‌که اجازه می‌دهند من نیز عضو کوچکی از خانواده بنیاد باشم متشکرم.

و در این زمینه فعالیت بسیار داشتم ولی چون انسانی ایده‌آلیست هستم و معتقدم تا زمانی‌که هنرم به استانداردهای لازم نرسیده است از نمایشگاه برگزار ننمایم.

نحوه آشنایی با بنیاد و علت همکاری خود را با این نهاد بفرمایید؟

صحبت از بنیاد همیشه در خانواده ما بوده است یادم می‌آید از زمان کودکی پدرم با بنیاد همکاری داشت من نیز با رفت و آمد به بنیاد و کمک و علاقه به افراد نیازمند و بیمار برای اینکه بتوانم گامی کوچک ولو اندک برای این قشر از جامعه بردارم با به تصویر کشیدن درد این بیماران و در رساندن پیام انسان‌دوستی به جهانیان هنر عکاسی خود را در اختیار این نهاد گذاشتم و در پایان از تمامی پرسنل بنیاد بویژه سرکار خانم دکتر

امیر حسین بهرام علی عکاس و نیکوکار جوان کار هنری خود را با گرافیک آغاز و سپس با عکاسی به این کار ادامه داد با وی گفتگوی کوتاهی انجام داده‌ایم.

آقای بهرام علی در ابتدا با تشکر از اینکه مصاحبه با نشریه مارا پذیرفتید شما چه سالی و کجا متولد شدید؟

در سال ۱۳۶۶ و در خانواده‌ای هنرمند متولد شدم.

میزان تحصیلات و رشته تحصیلی شما در دانشگاه چه بود؟

دانشجوی رشته مهندسی صنایع از دانشگاه آزاد هستم.

از چه زمانی به عکاسی پرداخته‌اید؟
از ۱۶ سالگی کار هنری خود را با گرافیک آغاز سپس به عکاسی نیز علاقمند شدم



گزارش کارگاه تالاسمی ۳

سومین کارگاه تالاسمی با عنوان مدیریت عوارض درمان در محل بنیاد امور بیماریهای خاص در تاریخ ۳۰ شهریور ماه سال جاری با هدف بررسی عوارض ناشی از درمان این بیماری برگزار شد.

افسانه حسینی

۱- هدف کلان

مجموعه کارگاه‌های ششگانه تالاسمی با هدف ارتقاء سلامت روحی، جسمی، اجتماعی و امید به زندگی و نیز کسب راه کارهای نوین در ارتقاء آگاهی و دانش بیماران تالاسمی و ارزیابی وضع موجود طراحی و تنظیم شده است. هدف کارگاه سوم، بررسی عوارض ناشی از درمان این بیماری است.

۲- اهداف خرد

۱-۲ بررسی مشکلات غددی در بیماران تالاسمی
۲-۲ بررسی مشکلات پوکی استخوان در بیماران تالاسمی
۳-۲ بررسی سلامت دهان و دندان در بیماران تالاسمی
۴-۲ بررسی عوارض قلبی-عروقی در بیماران تالاسمی
۵-۲ بررسی مشکلات شنوایی در بیماران تالاسمی
۶-۲ ارزیابی مدیریت پیشگیری از عوارض، در بیماران تالاسمی
۷-۲ بررسی حساسیت و آلرژی دارویی در بیماران تالاسمی

۳- هدف کاربردی

مطرح کردن چالش‌های موجود در خصوص عوارض درمان بیماری تالاسمی در زمینه‌های مختلف از جمله قلب، غدد، دهان و دندان، استخوان در افراد مبتلا به بیماری تالاسمی توسط متخصصین این رشته‌ها کارگاه مزبور با حضور مهمانانی از انجمن‌های مرتبط با موضوع محورهای کارگاه، معاونت درمان‌های دانشگاه علوم

تالاسمی

پزشکی سراسر کشور، دفاتر مدیر کل امور اجتماعی سراسر کشور، مسئولین فنی بخش تالاسمی در استان‌های مختلف و پزشکان و متخصصان در امر درمان بیماری تالاسمی برگزار شد. کارگاه سوم با سخنرانی آقای دکتر عبدالرضا معادی، دبیر کارگاه آغاز و با سخنرانی افراد ذیل با موضوعات اشاره شده ادامه یافت:

۱- دکتر محمد علی احسانی

هماتولوژیست، متخصص اطفال - مشکلات و معضلات در تشخیص عوارض بیماری

۲- دکتر آریتا آذرکیوان

هماتولوژیست - عوارض ناشی از رسوب آهن در بیماران تالاسمی

۳- دکتر علیجانپور

متخصص غدد - مشکلات غددی در بیماران تالاسمی

۴- دکتر بهزاد فراهانی

متخصص قلب - مشکلات قلبی در بیماران تالاسمی

۵- دکتر مریم کشوری

متخصص گوارش - مشکلات کبد در بیماران تالاسمی

۶- دکتر علیرضا سفیدچیان

روانپزشک - مشکلات روانی در بیماران تالاسمی

۷- دکتر زهره حمیدی

پزشک عمومی - استئوپروز در بیماران

۸- دکتر مهین بخشی

متخصص بیماریهای دهان و دندان عوارض دهان و دندان در بیماران تالاسمی

۹- دکتر مهتاب مرجانی

متخصص زنان و زایمان - باروری و ناباروری در بیماران تالاسمی

۱۰- دکتر مجید آراسته

پزشک عمومی - مشکلات و معضلات درمان عوارض تالاسمی و جمع بندی

بیانیه کارگاه تالاسمی سوم

افراد مبتلا به بیماری تالاسمی، در معرض دردها و رنج‌های طاقت‌فرسایی هستند که کیفیت زندگی آنها و خانواده‌شان را به طور گسترده و وسیع تحت تاثیر قرار می‌دهد. در کارگاه سوم تالاسمی پس از سخنرانی و بحث و تبادل نظر، استادان دانشگاه متخصص در حوزه تخصصی یاد شده نتایج حاصله به عنوان بیانیه کارگاه به شرح ذیل تدوین شد:

۱- از آنجائی که با تزریق خون در بیماران تالاسمی، امکان ابتلا به ویروس های HIV و هیپاتیت B وجود دارد، جهت بررسی HIV، تست PCR در تمام بیماران باید انجام شود.

۲- با توجه به این که با افزایش سن بیماران تالاسمی عوارض و آلوایمونیواسیون نیز بیشتر می‌شود، بنابراین در تمام مراکز قبل از نخستین تزریق خون بیمار تالاسمی، حتما آنتی‌ژن‌های سطح گلبول قرمز باید



سنجیده شود تا از بروز آلوایمیونیزاسیون حتی به مقدار کم جلوگیری شود.

۳- در هر بار مراجعه بیمار تالاسمی جهت خون‌گیری، شمارش کامل سلول‌های خونی (CBC) او باید پایش و کنترل شود.

۴- ایجاد آزمایشگاه‌های مرجع جهت اندازه‌گیری سطح فریتین.

۵- از آنجایی که بررسی قلب با روش MRI صورت می‌گیرد، پیشنهاد می‌شود که استانداردسازی دستگاه‌های MRI در مراکز مختلف صورت پذیرد.

۶- به منظور کاهش هزینه‌های درمان بیماران تالاسمی و همچنین صرفه‌جویی در وقت آنان، متمرکز شدن کلیه خدمات تشخیصی و درمانی در مراکز درمانی تالاسمی ضروری به نظر می‌رسد.

۷- به منظور کاهش هزینه‌های درمان بیماران تالاسمی و همچنین صرفه‌جویی در وقت آنان، و نیز روند بهتر درمان، در هر مرکز درمانی تالاسمی، یک گروه درمانی از پزشک عمومی آموزش دیده در حوزه بیماری تالاسمی، فوق تخصص خون اطفال و

بزرگسال، متخصص غدد اطفال و بزرگسال، متخصص قلب و عروق، متخصص زنان و زایمان، روان‌پزشک، دندانپزشک و داروساز تشکیل شود که به طور مرتب عوارض درمان را بر اساس پروتکل‌های درمانی تصویب شده در وزارت بهداشت کنترل و بررسی کنند.

۸- به منظور کاهش مشکلات در روند درمان، آموزش بیماران و خانواده‌های ایشان در زمینه بیماری و عوارض آن و انجام فعالیت‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد، بنابراین وجود یک مددکار و مشاور تعلیم دیده و ماهر در هر مرکز درمانی تالاسمی ضرورت دارد.

۹- وجود یک پزشک عمومی آموزش دیده در حیطه بیماری تالاسمی در مراکز درمانی تالاسمی، به عنوان "پزشک درمانگر تالاسمی" برای انجام هماهنگی‌های لازم و پیشگیری از بروز عوارض درمان و خون‌گیری و معاینه بیمار برای کنترل این عوارض در هر بار مراجعه ضروری می‌باشد.

۱۰- تاسیس پایگاه جامع ثبت اطلاعات پزشکی درمانی بیماران تالاسمی جهت

انجام کارهای تحقیقاتی؛

۱۱- ایجاد ارتباطات بین‌المللی با سایر مراکز تالاسمی و نهادهای مردم‌نهاد در خارج از کشور، برای اخذ کمک در زمینه تأمین داروها لازم و ضروری است.

۱۲- با توجه به این‌که بعضاً سازمان‌های بیمه‌گر میزان داروی شلاتور مورد نیاز ماهانه بیماران را محدود می‌نمایند، ضروری است محدودیت تعداد داروی شلاتور مورد نیاز بیماران در ماه برداشته شده و تعداد داروی مورد نیاز ماهانه بیمار بر اساس نظر تخصصی پزشکان تعیین شود و هر نوع داروی شلاتوری که به بیمار داده می‌شود، هزینه‌ای بابت آن گرفته نشود زیرا داروی بیماران تالاسمی باید به صورت رایگان در اختیار آنها قرارگیرد.

۱۳- پیشنهاد می‌شود که Cross match استاندارد در تمامی آزمایشگاه‌ها انجام شده و از روش‌های غیر استاندارد استفاده نشود.

گزارش سفر استان آذربایجان شرقی

از جمله رسالت‌های بنیاد امور بیماری‌های خاص رسیدگی به وضعیت بیماران خاص در شهرستان‌های کشور است. به این منظور معاونت امور هماهنگی بنیاد، بازدیدهای استانی را در دستور کار خود قرار داده است. گزارش ذیل مربوط به استان آذربایجان شرقی است که توسط کارشناسان معاونت امور هماهنگی مورد بازدید قرار گرفته است.

مهندس هانی صباغان

موقعیت جغرافیایی استان و استان‌های همجوار

استان آذربایجان شرقی با مساحت ۴۴۷۶۷ کیلومتر مربع و جمعیت حدود ۳۳۲۵۶۷۱ نفر در همسایگی استان‌های اردبیل، زنجان و آذربایجان غربی واقع شده است. در ۱۴ شهر این استان (آذرشهر، اسکو، اهر، بستان آباد، بناب، جلفا، تبریز، سراب، شبستر، عجب شیر، مراغه، مرند، میانه و هشتروند) مراکز درمانی بیماران خاص وجود داشته و تعداد ۱۱۰۸ بیمار دیالیزی، ۲۰۲ بیمار تالاسمی و ۳۹۶ بیمار هموفیلی را تحت پوشش دارند.

تقسیمات کشوری

این استان مشتمل بر شهرستان‌های آذرشهر، اسکو، اهر، بستان آباد، بناب، تبریز، جلفا، چاراویماق، سراب، شبستر، عجب شیر، کلیبر، مراغه، مرند، ملکان، میانه، ورزقان، هریس و هشتروند می‌باشد.

مختصات جمعیتی

این استان جمعیتی بالغ بر ۳۳۲۵۶۷۱ نفر دارد که عمده این جمعیت در شهرها ساکن می‌باشند، چنانچه در شکل زیر دیده می‌شود جمعیت روستایی (۱۳۳۰۲۶۸ نفر) حدود ۳۹٫۸٪ جمعیت کل استان و جمعیت شهری (۱۹۹۵۴۰۲ نفر) حدود ۶۰٫۲٪ جمعیت کل استان را تشکیل می‌دهد. تعداد ۱۱۰۸ بیمار دیالیزی (۲۵/۴ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت)، ۲۰۲ بیمار تالاسمی (۳/۶ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) و ۳۹۶ بیمار هموفیلی (۹/۸ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ساکنان استان آذربایجان شرقی می‌باشند.

تعداد بیماران تالاسمی، هموفیلی و دیالیزی در استان آذربایجان شرقی



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

شهرستان	مرکز دیالیز	مرکز تالاسمی	مرکز هموفیلی	انتقال خون
تبریز	+	+	+	+
آذرشهر	+			
اسکو	+			
اهر	+			
بستان اباد	+			
بناب	+			
سراب	+			
شبستر	+			
عجب شیر	+			
مراغه	+			
مرند	+			
میانه	+			
هادیشهر	+			
هشترود	+			
کلپیر	+			
ملکان	+			
هریس				
ورزقان				
چاراویماق				

وضعیت شهرستانها

تبریز: مراکز شهید مدنی، امیرالمومنین، سینا، کودکان، قاضی، ۲۹ بهمن و ۵۲۲ ارتش به عنوان مراکز درمانی بیماران خاص شهرستان تبریز تعداد ۵۳۴ دیالیزی، ۲۰۲ تالاسمی و ۳۹۶ هموفیلی را تحت پوشش دارد.

بیمارستان شهید مدنی

بیمارستان امام خمینی به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۶۰ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۲۰۰ مترمربع وسعت داشته دارای ۱۰ دستگاه دیالیز می باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۷۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۶ پزشک نفرولوژیست، ۱۰ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۷ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس) از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۷/۵ می باشد.

بیمارستان امیرالمومنین (خبریه)

بیمارستان امیرالمومنین به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۵ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۲۵۰ مترمربع وسعت داشته دارای ۲۴ دستگاه دیالیز می باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۱۳۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۹ پزشک متخصص داخلی، ۱۴ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۷ روز هفته به صورت ۳ شیفته و در روز جمعه شیفته فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس)

از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۵,۹ می باشد.

بیمارستان سینا

بیمارستان سینا به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می نماید. **بخش دیالیز:** این بخش در سال ۱۳۶۰ راه اندازی شده است و آخرین گسترش فیزیکی آن در سال ۱۳۸۴ بوده است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۳۰ مترمربع وسعت داشته دارای ۱۶ دستگاه دیالیز می باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۱۲۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۷ پزشک نفرولوژیست، ۱۲ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۷ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس) از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۷,۴ می باشد.

بیمارستان کودکان

بیمارستان کودکان به ۳ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی) خدمات درمانی را ارائه می نماید. **بخش دیالیز:** این بخش در سال ۱۳۷۹ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۰۰ مترمربع وسعت داشته دارای ۱۰ دستگاه دیالیز می باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۳۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۳ پزشک نفرولوژیست، ۴ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۳ روز هفته به صورت ۳ شیفته و در ۴ روز دیگر به



صورت ۲ شیفته فعال است.
نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۳ می باشد.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش نیز که در اتاق تقریباً ۹۰ متر مربعی می باشد، در سال ۱۳۴۹ راه اندازی شده است. در کل این بخش دارای ۱۱ تخت فعال شامل ۴ تخت ۱ شکن و ۷ تخت اطفال می باشد. تعداد ۱۱۱ بیمار تالاسمی و ۸۰ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش می باشند. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک هماتولوژیست اطفال، ۳ پرستار و ۱ کمک بهیار تشکیل شده است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۵/۶ می باشد.

با ۵،۳ می باشد.

بیمارستان ۵۲۲ ارتش

بیمارستان ۵۲۲ ارتش به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۶ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۷۰ مترمربع وسعت داشته دارای ۱۷ دستگاه دیالیز می باشد. در حال حاضر این تعداد ۹۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ نفرولوژیست، ۱۰ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال است.

بیمارستان ۲۹ بهمن (تامین اجتماعی)
بیمارستان ۲۹ بهمن به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۶ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۲۵۰ مترمربع وسعت داشته دارای ۱۶ دستگاه دیالیز می باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۸۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ نفرولوژیست، ۱۱ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۷ روز هفته به صورت ۲ شیفته فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی ژن مثبت) برابر

بیمارستان قاضی

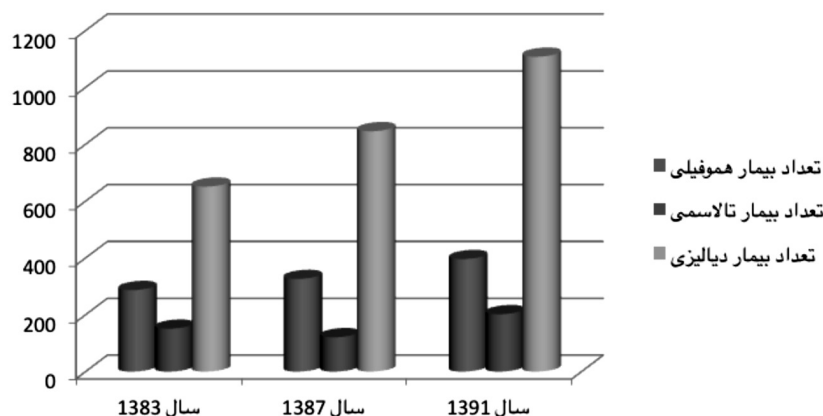
بیمارستان قاضی به ۲ گروه بیماران خاص (تالاسمی و هموفیلی) خدمات درمانی را ارائه می نماید.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش نیز که در اتاق تقریباً ۲۰ متر مربعی می باشد، در سال ۱۳۶۷ راه اندازی شده است. در کل این بخش دارای ۶ تخت فعال می باشد. تعداد ۹۱ بیمار تالاسمی و ۳۱۶ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش می باشند. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک عمومی، ۳ پرستار تشکیل شده است.

بیمارستان محلاتی (سپاه)

بخش دیالیز این بیمارستان به وسعت ۲۰۰ متر و با ظرفیت ۲۰ تخت و ۸ دستگاه در حال راه اندازی می باشد.

آذرشهر: بیمارستان شهید مدنی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان آذرشهر می باشد. در حال حاضر تعداد ۳۲ بیمار



بستان آباد: بیمارستان شهیار، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان بستان آباد می‌باشد، در حال حاضر تعداد ۲۱ بیمار دیالیزی، تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان شهیار

بیمارستان شهیار به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۶ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۵۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۶ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۲۱ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی، ۱ پزشک متخصص اطفال، و ۳ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفته فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی‌ژن مثبت) برابر با ۳،۵ می‌باشد.

بناب: بیمارستان امام خمینی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان بناب می‌باشد.

از حذف دستگاه و بیماران آنتی‌ژن مثبت) برابر با ۴/۵ می‌باشد.

اهر: بیمارستان باقر العلوم، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان اهر می‌باشد، در حال حاضر تعداد ۵۶ بیمار دیالیزی، تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان باقر العلوم

بیمارستان باقر العلوم به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۷ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۰۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۱۳ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۵۶ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی و ۸ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۷ روز هفته به صورت ۲ شیفته (سه‌شنبه ۳ شیفته) فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی‌ژن مثبت) برابر با ۴،۳ می‌باشد.

دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان شهید مدنی

بیمارستان شهید مدنی به ۱ گروه از بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۲ راه‌اندازی شده‌است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرار داده شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۶۶ متر مربع وسعت داشته و دارای ۷ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۳۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۵ پرستار تشکیل شده‌است. این بخش در ۷ روز هفته به صورت ۲ شیفته (جمعه ۱ شیفته) فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی‌ژن مثبت) برابر با ۴/۵ می‌باشد.

اسکو: بیمارستان امام خمینی تنها بیمارستان ارائه دهنده خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان اسکو می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۵ بیمار دیالیز تحت پوشش این مرکز می‌باشد.

بیمارستان امام خمینی

بیمارستان اسکو به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در اواخر سال ۱۳۸۶ راه‌اندازی شده‌است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۸۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۷ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۳۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۲ پرستار تشکیل شده‌است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفته فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس



در حال حاضر تعداد ۴۸ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان امام خمینی

بیمارستان امام خمینی به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۱ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرارداد شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۰۰ مترمربع وسعت داشته دارای ۹ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۴۸ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهند. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی، ۴ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده‌است. این بخش در ۳ روز هفته به صورت ۳ شیفته و ۴ روز هفته بصورت ۲ شیفته فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی‌ژن مثبت) برابر با ۵/۵ می‌باشد که در حد قابل قبولی می‌باشد.

سرآب: بیمارستان امام خمینی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان سراب می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۳۵ بیمار دیالیزی، تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان امام خمینی

بیمارستان امام خمینی به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۶ راه‌اندازی شده‌است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن مجزا قرارداد شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۳۸ مترمربع وسعت داشته دارای ۱۱ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۳۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۳ متخصص داخلی، ۲ پرستار و ۳ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۷ روز هفته به صورت ۲ شیفته

فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی‌ژن مثبت) برابر با ۳/۵ می‌باشد.

شبستور: بیمارستان خامنه، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان شبستور می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۳۴ بیمار دیالیزی، تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان خامنه

بیمارستان خامنه به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می‌نماید. **بخش دیالیز:** این بخش در سال ۱۳۷۹ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرارداد شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۰۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۶ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۳۴ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۳ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفته فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش برابر با ۵/۶ می‌باشد.

عجب شیر: بیمارستان امام خمینی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان عجب شیر می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۲۵ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان

می‌باشند.

بیمارستان امام خمینی

بیمارستان امام خمینی به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۵ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ اتاق مجزا قرارداد شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۰۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۷ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۲۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی و ۵ پرستار تشکیل شده‌است. این بخش در ۷ روز هفته به صورت ۲ شیفته فعال است.

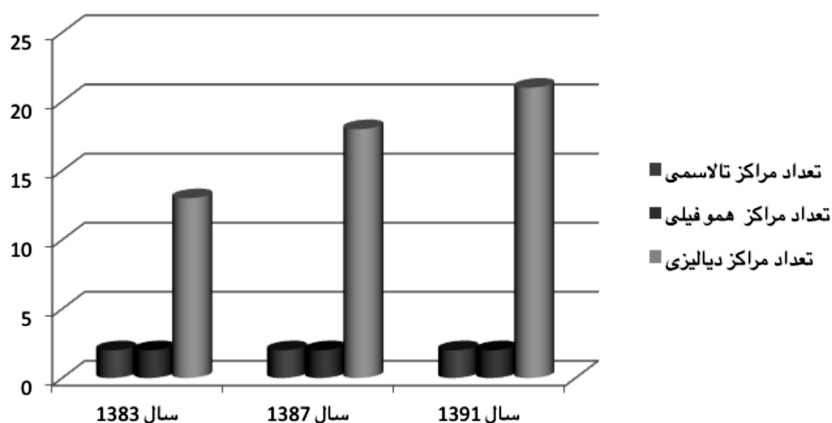
نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی‌ژن مثبت) برابر با ۳/۵ می‌باشد.

مراغه: بیمارستان بوعلی سینا، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان مراغه می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۹۰ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان بوعلی سینا

بیمارستان بوعلی سینا به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۳





راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۳ اتاق قرارداد شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۶۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۱۵ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۹۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۴ پزشک متخصص داخلی، ۹ پرستار تشکیل شده‌است. این بخش در ۳ روز هفته به صورت ۳ شیفته و در ۴ روز دیگر بصورت ۲ شیفته فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آن‌تی‌ژن مثبت) برابر با ۶/۱ می‌باشد.

مرند: بیمارستان رازی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان مرند می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۷۰ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان رازی

بیمارستان رازی به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می‌نماید. **بخش دیالیز:** این بخش در سال ۱۳۷۶ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ اتاق مجزا قرارداد شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۵۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۱۳ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۷۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی، ۷ پرستار و ۲ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۷ روز هفته به صورت ۴ شیفته فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش برابر با ۶ می‌باشد.

میانه: بیمارستان امام خمینی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان میانه می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۵۵ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

برابر با ۵/۸ می‌باشد.

هادی‌شهر: بیمارستان دکتر ساجدی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان جلفا می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۱۹ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان دکتر ساجدی

بیمارستان دکتر ساجدی به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۳ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ اتاق قرارداد شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۷۵ متر مربع وسعت داشته دارای ۶ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۱۹ بیمار دیالیزی

بیمارستان امام خمینی

بیمارستان امام خمینی به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۷ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ اتاق قرارداد شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۱۰۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۱۰ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۵۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۳ پزشک متخصص داخلی، ۴ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۲ روز هفته به صورت ۳ شیفته و ۵ روز ۲ شیفته فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آن‌تی‌ژن مثبت)

ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۲ پرستار تشکیل شده‌است. این بخش در ۳ روز هفته به صورت ۱ شیفت و ۳ روز ۲ شیفته فعال است.

هشترود: بیمارستان امام حسین، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان هشترود است. در حال حاضر تعداد ۱۷ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان امام حسین

بیمارستان امام حسین به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه می‌نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۸ راه‌اندازی شده‌است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ اتاق مجزا قرار داده شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۴۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۳ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۱۷ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی، ۲ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده‌است. این بخش در ۲ روز هفته به صورت ۳ شیفته و ۴ روز ۲ شیفته فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی‌ژن مثبت) برابر با ۵,۶ می‌باشد.

کلیبر: بیمارستان امام خمینی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان کلیبر است. در حال حاضر تعداد ۵ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان امام خمینی

بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۷۸ با ۹۶ تخت مصوب و ۲۶ تخت فعال راه‌اندازی شده‌است. این بیمارستان مقرر است به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۸ راه‌اندازی شده‌است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ اتاق مجزا قرار داده شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۶۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۳ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی، ۲ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده‌است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفته فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی‌ژن مثبت) برابر با ۱,۶ می‌باشد.

ملکان: بیمارستان فارابی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان است. در حال حاضر تعداد ۲۳ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان فارابی

بیمارستان فارابی در سال ۱۳۸۵ با ۹۶ تخت مصوب و ۲۶ تخت فعال راه‌اندازی شده‌است. این بیمارستان مقرر است به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی را ارائه نماید.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۸ راه‌اندازی شده‌است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ اتاق مجزا قرار داده شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۶۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۶ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش تعداد ۲۳ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی، ۴ پرستار تشکیل شده‌است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی‌ژن مثبت) برابر با ۳,۸ می‌باشد.

مشکلات و کمبودها

بخش‌های دیالیز و بیماران

۱- **شهرستان‌های فاقد مرکز دیالیز:** شهرستان‌های چارویماق، ورزقان فاقد مرکز دیالیز بوده بیماران چارویماق (۳ نفر) به شهرستان هشترود در فاصله ۵۰ کیلومتری آن مراجعه می‌نمایند، بیماران ورزقان که مجموعاً ۴ نفر می‌باشند به شهرستان اهر در فاصله ۴۰ کیلومتری آن مراجعه می‌کنند.

۲- **مشکلات معیشتی:** در اکثر شهرستان‌های استان مشکلات معیشتی مشاهده گردید.

۳- **مشکلات مربوط به دارو یا وسایل مصرفی:** اکثر بخش‌های دیالیز در این استان با کمبود پودر بی‌کربنات مواجه هستند.

کمک‌های انجام گرفته بعد از بازدید بنیاد:

اهدا ۱۵ دستگاه دیالیز به شهرستان‌های استان همچنین ۲۸ دستگاه تخت ۳ شکن و وسایل جانبی، ۵۰ عدد تجهیزات درمانی و رفاهی به استان آذربایجان شرقی اهدا نمود. همچنین برای مشکلات فوق‌الذکر نیز با سازمان‌های مربوطه جهت رفع مشکل مکاتبه گردید.

کمک‌های بنیاد

بنیاد امور بیماری‌های خاص تا ابتدای سال ۱۳۹۱ بالغ بر ۷۵ دستگاه تجهیزات درمانی و رفاهی و ۲۸ دستگاه دیالیز به استان آذربایجان شرقی کمک تجهیزاتی نموده‌است. همچنین بنیاد امور بیماری‌های خاص بالغ بر ۱,۶۰۴,۴۷۷,۱۳۲ ریال به صورت نقدی و ۹۳۲۰۰۰۰۰۰ ریال به صورت هدیه ایثار به اهدا کنندگان کلیه به استان آذربایجان شرقی کمک مالی نموده‌است.

تازه چه خبر

در پاییز سال ۹۱ پروردگار متعال، توفیق خدمت بی منت به کارکنان خدوم و زحمت کش بنیاد عطا نمود، با امید به ایزد یکتا و دعای خیر تمامی اعضا بنیاد اهم فعالیت‌های بنیاد را مرور می‌نماییم.

نسرین آقاملا

کنندگان بود. همچنین در این دو روز بچه‌ها و خانواده‌های آنان از فضای باز و ورزشی که توسط کارشناسان تربیت بدنی تدارک دیده شده بود، استفاده نمودند.

حضور بنیاد در اصفهان

دهمین نمایشگاه بین‌المللی صنایع و تجهیزات پزشکی دندانپزشکی، آزمایشگاهی صنایع دارویی و توانبخشی در تاریخ ۱۸ لغایت ۲۲ مهر ماه ۹۱ در نمایشگاه بین‌المللی اصفهان برگزار شد.

غرفه شماره ۲۴۳ در سالن میر داماد به بنیاد امور بیماری‌های خاص اختصاص یافت که کارشناسان روابط عمومی بنیاد امور بیماری‌های خاص ضمن معرفی فعالیت‌های بنیاد و انتشارات آن اطلاعات لازم را در اختیار بیماران و سایر شرکت کنندگان قرار دادند گفتنی است غرفه بنیاد مورد استقبال بازدید کنندگان بسیاری قرار گرفت و حضور پرشوری در این نمایشگاه داشت در مراسم اختتامیه نیز با اهدای لوح سپاسی به رسم یاد بود از حضور بنیاد امور بیماری‌های خاص تقدیر و تشکر به عمل آمد.

نوزدهمین نمایشگاه بین‌المللی مطبوعات و خبرگزاری‌ها

نوزدهمین نمایشگاه بین‌المللی مطبوعات به مدت ۶ روز از ۷ تا ۱۳ آبان ماه در مصلی تهران برگزار گردید بنیاد امور بیماری‌های خاص نیز طبق سنوات گذشته در این نمایشگاه شرکت داشت که به معرفی فعالیت‌های بنیاد و انتشارات آن پرداخت و مجله خاص نیز به افرادی که از غرفه بنیاد امور بیماری‌های خاص بازدید کردند اهدا شد.

کودکان بیماران خاص که با حضور مشاوران تغذیه به هنگام سرو صبحانه توسط خانم‌ها معدنچی و داوودی که از کارشناسان تغذیه بنیاد هستند ارائه شد. سپس خانم دکتر مجیدیان از پزشکان بنیاد درباره دیابت و نارسائی‌ها و مشکلات این بیماری برای خانواده‌های این کودکان صحبت نمودند، همچنین روز جمعه نیز خانم علوی هماتالوژیست و آقای دکتر فلاح درباره بیماری تالاسمی و مشکلات دارویی و درمانی این بیماری سخنانی ارائه نمودند. در این دو روز کارگاه‌های نقاشی، کاردستی برای کودکان در نظر گرفته شده بود، سپس هدایایی را که بنیاد جهت این کودکان تهیه کرده بود، به آنان اهدا نمود.

برنامه‌های جانبی این اردو، اندازه‌گیری قد و وزن کودکان و خانواده‌های آنان و تدارک صبحانه و نهار و پذیرایی میان وعده شرکت

نامه بنیاد به وزیر بهداشت و مجلس: مشکل تولید داروی بیماران تالاسمی جدی است

بنیاد امور بیماری‌های خاص طی نامه‌ای به وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ضمن ابراز نگرانی از مشکلات پیش آمده در حوزه دارویی بیماران تالاسمی کشور، نسبت به عواقب مشکلات ناشی از عدم رسیدگی فوری به این موضوع در آینده درمان بیماران تالاسمی هشدار داد.

اردوی کودکان دیابتی

اردوی علمی-آموزشی و تفریحی بنیاد بیماران خاص مخصوص بیماران دیابتی و تالاسمی در روزهای پنج‌شنبه و جمعه ۲۰ و ۲۱ مهرماه توسط بنیاد امروز بیماری‌های خاص برگزار شد. این برنامه‌ها در روزهای فوق ساعت ۸:۳۰ صبح با سرو صبحانه





گفتنی است بنیاد در این نمایشگاه حضور پر رنگی داشته و در مراسم اختتامیه نمایشگاه نیز لوح سپاسی به رسم یاد بود نوزدهمین نمایشگاه بین‌المللی مطبوعات و خبرگزاری‌ها به بنیاد اهدا گشت و از زحمات مدیر مسئول نشریه خاص تشکر و قدردانی به عمل آمد.

بازدید از مراکز درمانی ۴ استان کشور

کارشناسان بنیاد امور بیماری‌های خاص در پی بازدیدهای استانی ماه‌های گذشته از استان‌های زنجان، همدان، قزوین و خراسان رضوی بازدید به عمل آورده و در جریان این بازدیدها مشکلات و مصائب هر یک از این مراکز را مورد بررسی قرار داده و مکتوب نمودند.

روز جهانی دیابت در پارک قیطریه

به مناسبت روز جهانی دیابت ۲۳ آبان ماه برنامه‌ای مفرح و شاد با همکاری معاونت سلامت شهرداری منطقه یک تهران در پارک قیطریه برگزار شد که بنیاد امور بیماری‌های خاص در آن شرکت داشت که غرفه بنیاد بیشترین بازدید کننده و مورد استقبال شرکت کنندگان قرار گرفت در این برنامه آقای گل مکانی معاونت شهرداری تهران ضمن بازدید از غرفه بنیاد از حضور بنیاد در این برنامه تشکر و قدردانی کرد.

غربالگری دیابت برای زائران حرم عبدالعظیم

به مناسبت هفته دیابت برنامه‌ای با همکاری خانه بهداشت حرم عبدالعظیم در آستان مقدس آن حضرت برگزار که برنامه مورد استقبال شدید پرسنل و مردم حاضر در صحن حضرت قرار گرفت که در این غربالگری برنامه‌هایی چون تست قند خون، توزیع رایگان انتشارات بنیاد اجرا شد.

سخنرانی عضو انجمن سرطان شناسی

امریکا در واحد بروجرد

به دعوت دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد پورفسور ناصر پارسا عضو انجمن سرطان

شناسی امریکا در سالن اجتماعات دانشکده پیراپزشکی در جمع اساتید و دانشجویان این واحد به ایراد سخن پرداخت در این سخنرانی با موضوع "پزشکی مولکولی، از آزمایشگاه تا کلینیک" دکتر پارسا رشد علوم، به خصوص در زمینه صنعت و پزشکی را در یک صد سال گذشته شگفت انگیز توصیف کرد و افزود: شیوه درمان در پزشکی تا به حال تجویز و خوردن یک دارو برای همه بیماران مشابه بوده است. اما در دهه آینده درمان بیماران براساس تنوع ژنتیکی افراد خواهد بود و فرد داروی خاص خود را برای همان بیماری دریافت خواهد کرد و بر این اساس چون تشخیص بیماری سریع خواهد بود بنابراین زمان درمان و معالجه نیز



کوتاه خواهد بود.

وی با تاکید بر علوم کاربردی افزود: کارهای پژوهشی وقتی برای جامعه مفید هستند که کاربردی باشند. مثلاً تولید دارو ممکن است میلیاردها دلار برای دانشگاه یا یک بخش تحقیقاتی درآمد ایجاد کند که با پول آن می‌شود پروژه‌های دیگر را نیز حمایت مالی کرد.

در پایان نیز به تعدادی زیادی از سوالات کتبی حاضران توسط بروفسور پارسا پاسخ داده شد.

لازم به ذکر است ناصر پارسا متولد ۱۳۳۴ در شهرستان بروجرد و استاد و پژوهشگر ارشد در سرطان و ژنتیک مولکولی در موسسه ملی بهداشت آمریکا است و دارای بیش از ۱۵۰ کتاب و مقاله منتشر شده در مجلات معتبر بین‌المللی است وی همچنین عضو افتخاری انجمن تحقیقات سرطان شناسی و ژنتیک دانان امریکا به مدت ۶ سال شاگرد پروفیسور واتسون که برنده جایزه نوبل در کشف ساختمان ژن‌های انسانی بوده است. کمک رسانی دارویی و غذایی به زلزله زدگان و بیماران سرطانی و بچه‌های بی‌سرپرست و همچنین موسس و عضو هیات مدیره چندین درمانگاه اهدایی در بروجرد از خدمات انسانی این دانشمند برجسته به مردم کشورمان می‌باشد.

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

شهبازی	حجت شعبانی	مازیار فرخی	محمدرضا مرسلی
اصفهانی	منصوری	مرتضی ادیبان	مریم عباسی
بهمن آبادی	نصرتی	الناز زیدآبادی نژاد	مریم قلیچ خانی
جعفری	ملکی	بهروز بروجردی	مهدی احمدی
موج بافان		حسین برزگر کریمی	مهرشاد میرزاده
حاج قلمساز		جهرمی زاده	هومن حقانی حقیقی
رمضانی		فاطمه ابراهیمی	زهره معین
دلربایی		فرزانه امیرپور کورانی	عبداله مهرآبادی
تابان آذر آسیا		مصطفی نوبری	عزیزی
عسگری		احمد شفقته	هاله حسینی
خوش نژاد		آرش عالیقدر	رویا جعفری
صمدی		حسام عرب	ساناز روغنچی
حسین آزادی		رویا جعفری	علیرضا اقبالی
صمیمی		زهره اسدی	مرتضی ادیبان
حاج دهقان		سارا آهنی	مرتضی عمادی فر
زنگنه		سید امیر ابریشمی فر	مسلمانی
فراهانی		شهاب الدین مختاری	سلمان شمس
خانم علیزاده		عبداله مهرآبادی	اشرف بدایتی
حسین مرعشی		عرب پور	رضا سران چرخ
عسگری		کوروش پاشائی	عبداله مهرآبادی
سلیمانی		کیانا مکی	احسان نورالهی
حسین نژاد		محمد تواضعی	الناز زیدآبادی نژاد
شوشتریان		محمد مهدی عظیمی	ام البنین قلی پور سلوشی
کاظمی			آفتاب قدیمی
کیانی مقدم			بابک جلائی
هاشم شرقی			
سیمین علی احمدی			
زهره اعلایی			
خوش نژاد			
ملیحه رشیدی			
قریشی			
موسوی			
فهیمی			
درویش			
چلنگر			
	محمد رضا علی نژاد		
	وحید ملایی		
	فاطمه حبیبی		
	رضا سران چرخ		
	امیر مسعود مالک		
	برنا میراحمدیان		
	پدرام مستطاب		
	صاحب جمعی		
	فاطمه حبیبی		
	مسعود تیموری		
	مهناز مرشد		
	نیره آقازینلی		
	محمد مهدی و کیلی		
	پویان ناصر خاکی		
	عباس قیصری		
	فواد امیری		
	مصطفی بهرامی		
	مجتبی قاسمیان		
	ابوالقاسم نوری		
	احسان زیدآبادی نژاد		
	جواد طاهریان		
	حسن روحی		
	حسین مردانی		
	حسین رشیدی زاد		
	حسین نوروزی		
	رضا محمدی		
	عرب پور		
	علی میرعبداله		

کمکهای اینترنتی از طریق
آدرس help.cffsd.org

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

یلدا کاسبی، هانیه توسلی، خلیل ابوالقاسمی دیزج، اکرم بنا زاده راوندی، محمد میرشعبانی رحیم، مهری حبیب دستمرد، سمیرا پرمه، الناز وجودی مهربانی، رضا غلامی ارفقی، محدثه حسن علی، مینا شیرینی، محمود رستمی، کاظم رحمانی، پروانه سولی، کبری باقری نیا، محمدرضا سیفی، اشرف السادات موسویان، زهرا رحیمیان، فاطمه ایلان لو، عزت السادات طباطبایی نیا، سعید محمودی عزیز کندی، فرهادپاتیما، محمد صدوقی، محرم علی اسماعیلی، محمد رضا خروطی، فاطمه (پرستو) محمد پور، سارا علی نازی، معصومه تاجیک، مریم السادات حسین ترکی، اعظم نوایی، عباس ثقفی، مرتضی غلام پور، شعله سمینو، الهام امین الرعایا، هاله هدایتی، حسین زمانی، علی اکبر جعفری اصل، رقیه خیری ملاقاسم، مهشاد جهان دار، عارفه خطیبی، حمیده خطیبی، مجید میری، علی نادری، الهام لشگری، نینار رحمانی، مهناز خانلری، عارف احمدپور کیوان، کبری جعفری، بهنام یگانه، امید مرغزاری، سمیه عامری، فاطمه زهرا بهلولی، منیرالسادات توکلی، الهه تقدیری، رقیه حسن زاده، شادی وحیدی، علیرضا مافیان، علی اکبر محمدی، آزاده برومند، فاطمه پورفلاح، لیلا باقری، مریم سلیمی، سعید ولی قلی زاده، راحله شافع، رضی آل هاشمی، صدر فرخنده شهرکی، آزاده غضنفریان، خدیجه عباسیان، افسانه وظیفه‌دان، محمدرضا درویش‌زاده، راضیه محمدی، فاطمه محمدی، سمیرا وحدت تربتی، مریم سرگزی، اسفندیار نارویی مقدم، زهراشریفی جاوید، مریم مجریان، حلیمه نماشیری، خدیجه ارباب شستان، عبدالرضا میر محسن شهرکی، صادق صفورا نوروزانی، مجتبی باستان، حسن قاسمی، مهدی قاسمی، الهه قاسمی، جواد طاهری نسب، خدیجه ناطقیان، بهرام فلاحتی خروسانی، سارا جهان‌تیغ، محمد رضا خیاطی، نغمه قاسمی، ثریا قاسمی، حمیده امین، محمد خبازی چالشتری، نیره کریم زاده، مصطفی آبادی، داود تاجی، علی سلیمی، ایمان ادیبیان، نسیم ابراهیم پور قهفرخی، شیلا طاهری، گلنار مقدس قهفرخی، لیلیاکیانپور، کفایت حیدری، فاطمه قندهاری، مهدی قندهاری، فرخنده بنیادی، نگار بنی‌مهدی، مهدی اشراقی، مادیا عظیمی، سلمان محمدخانی، امیر احمدی، محسن فتاحی، محسن ترکی، عباس بابادی سلیمانی، سکینه صادقی، زهرا شعبانی، علیرضا صمیمی، کبری عبدلی بهنوی، مسلم محمودی مفید، پوران محمدی، فاطمه میرزائی، فریدون ایرج بخت، محسن بهشتی روزبهانی، معصومه عربی، ناصر ملا، حسین همتیان دهکردی، خدیجه همتیان دهکردی، زینب نادری، سمیه رضایی سورش‌حانی، صغری طیبی، فاطمه ترکی هرچگانی، فرزانه فروزنده، محبوبه آقابابایی، مهناز احمدی، نجمه یادگاری، هادی دهقانی، یوسف رضایی، رضا جهانی، ارسلان زرینی، اکرم شاهسوند بغدادی، پری حاجی زاده، حسن آهنی زاده، رامین کوثری، سید امیر محمود یحیوی، سید جلال حسینی، صادق زارعی کوشا، صفا ابراهیمی، فریدون رامک، محمدعلی آهنی زاده، مرجان قائد رحمتی، منصور رستمی، نسرین شاملوئی، نیلوفر جان نثار، لیلا موسوی کدرجی، اعظم لشگری، حبیب اله حافظی، حسین ارادتی، حسین عظیمی، خدیجه مری بندری، رسول موگوئی، رضا نوری، زهرا اسدی، سوسن برزگر کاسنی، صدیقه ثابتی، عبدالرضا توسلی، عزیز حیدری، علیرضا انصاری، فر، عیسی نفری قلعه، فاطمه شیوا، فاطمه فدائی اردستانی، کبری برزگر، محمدعلی امامی قواقی، مسعود رحمانی خاکی، معصومه مری، مهسا فدایی اردستانی، میلاد ملکی، یوسف کامرانی منصور، اقدس اسدی، رضا اصغری، زیبا نامداری فرد، سمیه فیض پور، سید حبیب طالبی، علی علوی نژاد، محمدرضا حسین پور، محمدرضا سبحانی، محمدعلی عزیززاده غنی آبادی، محمود مهرپور، مرضیه خزائی، منا آلبوغبیش، هانیه قاسمیان پور باوندی، وحید کبیری ارانی، احمد جعفری پور، اسداله علی نقی، اکرم آب نیکی، حمیدرضا هنرمندی‌ها، خدیجه آب نیکی، زهرا جابری، زهرا حسین نژاد، زهره حکمی کزازی، صمد فرقانی، فاطمه تاجیک مهر، محمد جنیدی، محمدرضا قاسمی، مریم رسولی، مهدیه قربانی، مینا حیدری، عباس نوروزی زنجانی، مرتضی باریکانی، مهدی کنی، مهدی منفرد، مهران اشراقی، ابراهیم حسن بیگی اله آباد، اشکان آریائی نژاد، اصغر قجاوند، اکبر اسدی عزیزلو، الیاس قربانی، بهرام خداوردی، بهنام محبوبی وند، پویان رنجبر، جمشید حقگو دریاسری، جواد جعفری، حسن شاد، سعید عظیمی، صادق حیدری، علی شهریار، کیان احدی زاده، مجید حسینی، محسن محمدی، محمد کریمی نیا، مرتضی شفیع زاده، مرصاد بیده، مهدی حاجی قاسم، مهدی قاسمی، مهدی محققیان یعقوبی، الهه غروری، روشنگ بصیری به سرشت

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

علاقه‌مندان 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



آنچه بیماران دیابتی باید مصرف کنند

بیماری دیابت شایع‌ترین و مهم‌ترین بیماری متابولیک در انسان است. افزایش سریع شیوع دیابت ملیتوس جدی‌ترین و چالش‌برانگیزترین مشکل سلامتی قرن ۲۱ در سطح جهان است. در سال ۲۰۰۷، ۲۴۶ میلیون نفر (۶٪) در سطح جهان مبتلا به دیابت بوده‌اند و انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۲۵ تعداد افراد مبتلا به دیابت در جهان به حدود ۳۸۰ میلیون نفر (۷/۳٪) برسد.

گلبن سهراب دانشجوی دکتری علوم تغذیه دانشگاه شهید بهشتی

مطالعات نشان داده‌اند که شیوع این بیماری در ایران نیز رو به افزایش است و بیش از ۴ درصد افراد جامعه به آن مبتلا هستند. ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، نارسایی کلیه، نابینایی، و آمپوتاسیون (قطع عضو) اندام‌های تحتانی از عوارض مهم دیابت می‌باشند. در حال حاضر جهت کنترل دیابت از داروهای خوراکی کاهنده گلوکز خون و انسولین استفاده می‌شود، اما با این وجود هنوز شیوع عوارض ناشی از دیابت بالا می‌باشد. در طی سالیان گذشته مطالعات متعددی برای یافتن راه‌کار درمانی مناسب، که بتواند علاوه بر کاهش قند خون مانع از بروز یا باعث کاهش عوارض دیابت شود، صورت گرفته است، که در بسیاری از این مطالعات رژیم غذای مناسب افراد دیابتی مورد توجه قرار گرفته است. کنترل بهینه قند خون بیماران دیابتی بدون پیروی از یک رژیم غذایی متعادل امکان‌پذیر نیست. در صورتی که بیماران هرآنچه می‌خواهند بدون پیروی از یک برنامه غذایی مشخص مصرف کنند، برای کنترل قند خون ایشان پزشک معالج مجبور خواهد بود مرتب دوز داروهای کاهنده قند خون را افزایش دهد و در نهایت این داروها هم نمی‌توانند قند خون را کنترل کنند و به اجبار باید دوزهای پیش‌رونده انسولین برای بیمار شروع کرد. همچنین عدم کنترل مناسب قند خون باعث ایجاد عوارض غیر قابل برگشت در بدن این بیماران می‌شود.

تغذیه درمانی بخش مهم و زیر بنایی در برنامه درمانی دیابتی‌هاست که اهداف آن شامل:

- رساندن سطح گلوکز خون به حدود طبیعی آن
- فشار خون طبیعی

- رساندن سطح لیپیدهای خون به حد طبیعی
 - وزن مناسب بدنی
 - ارتقاء سلامت کلی بدن
- جهت دریافت برنامه غذایی مناسب بهتر است هر بیمار دیابتی شخصا به یک متخصص تغذیه یا رژیم‌شناس مراجعه نماید تا با توجه به معیارهایی مانند قد، وزن، سن، میزان داروی کاهنده قند خون و یا انسولین و عادات غذایی و شرایط فرهنگی، اجتماعی و مالی هر بیمار رژیم اختصاصی برای فرد مورد نظر تنظیم گردد و آموزش‌های لازم در زمینه مصرف مواد غذایی به آنها داده شود. به طور کلی بیماران دیابتی اعم از این که مبتلا به نوع ۱ یا ۲ باشند باید به یک سری نکات در زمینه مصرف مواد غذایی و شیوه زندگی توجه کنند که در زیر به آنها پرداخته خواهد شد.

۱- کنترل وزن

سلول‌های چربی مقاوم به انسولین هستند و به همین دلیل حفظ وزن در محدوده طبیعی به کنترل بهتر قندخون و با حداقل دوز دارو و یا انسولین کمک می‌کند. همچنین چاقی موجب افزایش فشار و چربی‌های خون می‌شود و باعث تشدید عوارض ناشی از دیابت می‌گردد. برخورداری از وزن مناسب با کاهش غذای مصرفی، تغییر عادات غذایی و ورزش امکان‌پذیر است. بهترین راه برای رسیدن به وزن مناسب مراجعه به یک متخصص تغذیه است تا ضمن تعیین وزن مناسب برای قد و سن شما برنامه غذایی مناسب برای شرایط شما را تنظیم نماید. در عین حال مانع بروز کمبود ویتامین‌ها و مواد معدنی که در اثر پیروی از رژیم‌های غیر

اصولی ایجاد می‌شوند، گردد. بهتر است در ابتدا هدف کاهش ۱۰ تا ۵ درصد وزن فعلی بیمار باشد و برای رسیدن به وزن ایده‌آل به بیماران فشار آورده نشود.

۲- افزایش فعالیت بدنی

ورزش منظم به تنظیم بهتر قند خون به خصوص در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ کمک می‌کند. افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مقاوم به انسولین هستند و ورزش باعث افزایش حساسیت به انسولین می‌گردد در نتیجه قند بهتر وارد عضلات و کبد می‌شود. برای رسیدن به نتیجه بهتر حداقل سه بار در هفته ورزش‌های هوازی مانند پیاده روی را انجام دهید. افزایش دفعات ورزش از شدت آن مهم‌تر است.

۳- پیروی از یک برنامه غذایی منظم

با توجه به این که بیماران دیابتی در برداشت قند به وسیله سلول‌ها مشکل دارند، پیروی از یک برنامه غذایی منظم در کنترل قند خون آنها بسیار اهمیت دارد. بهتر است میزان کل کربوهیدرات مورد نیاز هر فرد توسط متخصص تغذیه محاسبه و بین وعده‌ها و میان وعده‌ها توزیع گردد. همچنین رعایت فاصله زمانی بین وعده‌ها هم از اهمیت زیادی برخوردار است. مصرف مقدار زیاد کربوهیدرات در یک وعده و عدم مصرف در وعده دیگر باعث افزایش و کاهش‌های شدید قندخون می‌شود که هردو بر بدن بیمار اثر سوء دارند و در دراز مدت عوارض دیابت بر بدن بیمار را افزایش خواهند داد.

۴- نمک

بررسی‌های علمی نشان داده است که میزان



۹- دریافت فیبر

فیبر جزء غیر قابل هضم میوه‌ها و سبزی‌ها است که همراه مدفوع دفع می‌گردد. مصرف منابع غذایی حاوی فیبر به کنترل بهتر قندخون کمک می‌کند، چون باعث می‌شوند جذب قندها با سرعت کمتری صورت گیرد و از افزایش ناگهانی قندخون بعد از وعده‌های غذایی جلوگیری می‌کند. توصیه می‌شود هر فرد روزانه ۲۵-۳۰ گرم فیبر از طریق مواد غذایی دریافت کند. به خصوص مصرف فیبرهای محلول که یکی از منابع مهم آنها حبوبات هستند بسیار مفید خواهد بود.

۱۰- گوشت‌ها

۲۰-۱۵٪ انرژی دریافتی می‌تواند از پروتئین‌ها تامین شود. بهتر است مصرف گوشت‌های قرمز به دلیل محتوای زیاد کلسترول و چربی‌های اشباع محدود گردد و بیشتر سهم پروتئین از انواع گوشت‌های سفید مانند گوشت مرغ و به خصوص ماهی تامین گردد. ماهی حاوی امگا ۳ می‌باشد و توصیه می‌شود حداقل ۲ بار در هفته از ماهی استفاده گردد. همچنین حبوبات جایگزین بسیار مناسبی برای پروتئین‌ها هستند چراکه علاوه بر این که بسیار کم چرب هستند، حاوی فیبر محلول هم می‌باشند.

واحد لبنیات (یک لیوان شیر یا سه چهارم لیوان ماست) حاوی ۱۲ گرم کربوهیدرات است که در محاسبه کربوهیدرات بیماران باید در نظر گرفته شود و دوم این که چربی لبنیات عموماً از انواع چربی‌های اشباع است که خطر بیماری‌های قلبی-عروقی را افزایش می‌دهند. بیماران دیابتی باید حتماً از انواع لبنیات کم چرب استفاده نمایند.

۸- نان و غلات

۴۵-۵۵٪ انرژی مورد نیاز می‌تواند از کربوهیدرات تامین گردد. کربوهیدرات دریافتی بهتر است از غلات کامل (حاوی سبوس)، میوه‌ها، سبزی‌ها و لبنیات کم چرب تامین شود. مقدار کل کربوهیدرات مصرفی و توزیع مناسب آن بین وعده‌ها و میان وعده‌ها از نوع کربوهیدرات مصرفی مهم‌تر است. برخلاف آنچه اکثر بیماران فقط از خوردن قندهای ساده مانند قند، شکر و شیرینی‌ها واهمه دارند، عامل مهم‌تر، مقدار کل کربوهیدرات مصرفی است که بیشتر از نیاز نباشد و همچنین توزیع آن در وعده‌ها و میان وعده‌ها مناسب باشد. معمولاً مقدار کل کربوهیدرات به نسبت زیر بین وعده‌ها تقسیم می‌شود.

نمک (سدیم) در بالا بردن فشارخون به ویژه در افرادی که از نظر ارثی مستعد هستند موثر است. از آنجاکه افراد دیابتی مستعد ابتلا به پرفشاری خون هستند و این عامل به میزان زیادی باعث شدت عوارض دیابت می‌شود، کاهش نمک مصرفی حائز اهمیت است.

۵- چربی‌ها

چربی‌ها باید در حد اعتدال مصرف شوند. ۳۰٪ کل کالری دریافتی می‌تواند از چربی‌ها تامین شود. نوع چربی مصرفی از اهمیت به سزایی برخوردار است. بهتر است مصرف چربی‌های اشباع (> ۷٪) و روغن‌های حاوی اسیدهای چرب ترانس محدود شود. این چربی‌ها در روغن‌های جامد و همین طور گوشت‌های قرمز، کره، خامه و همین طور لبنیات پرچرب وجود دارند. توصیه می‌شود بیشتر روغن دریافتی از انواع روغن‌های مایع حاوی یک (مانند: روغن زیتون و کانولا) و یا چند پیوند دوگانه (مانند: آفتابگردان و ذرت) باشد.

۶- میوه‌ها و سبزی‌ها

میوه‌ها و سبزی‌های تازه علاوه بر این که حاوی فیبر زیادی هستند که به کنترل بهتر قند خون کمک می‌کند، ظرفیت آنتی‌اکسیدانی بالایی دارند که مانع اکسیداسیون LDL-C می‌شوند و به این ترتیب و با افزایش ظرفیت آنتی‌اکسیدانی سرم بیماران باعث کاهش خطر بروز بیماری‌های قلبی-عروقی و سایر عوارض دراز مدت دیابت می‌شوند. ولی به خصوص در مورد میوه‌ها که قند نسبتاً بالایی دارند باید تعداد مجاز میوه مصرفی برای هر بیمار حتماً توسط رژیم شناس محاسبه گردد.

۷- شیر و لبنیات

گروه شیر و لبنیات منبع بسیار خوب پروتئین و کلسیم و همچنین ویتامین‌های گروه B هستند و مصرف آنها به همه افراد توصیه می‌شود. اما در مورد بیماران دیابتی دو نکته قابل توجه وجود دارد: اول این که هر

هیپاتیت C در بیماران دیالیزی

ویروس هیپاتیت C یک RNA ویروس است که در سال ۱۹۸۹ شناخته شده است و از علل مهم بیماری‌های کبدی در بیماران تحت همودیالیز می‌باشد. غربالگری خون‌های اهدائی از نظر این ویروس در کشور ایران از شهریور ۱۳۷۵ آغاز شد و به همین دلیل بیماران قدیمی تحت همودیالیز و با سابقه پیوند کلیه و مصرف بیشتر از خون و فرآورده‌های آن در معرض ابتلای بیشتری به این بیماری قرار دارند.

دکتر سید مؤید علویان فوق تخصص گوارش و کبد/ مؤسس و رئیس مراکز بیماری‌های کبدی خاورمیانه



خوشبختانه با مصرف بیشتر اریتروپویتین نوترکیب، نیاز به مصرف خون در بیماران همودیالیز کمتر شده است ولی مطالعات متعددی نقش انتقال ویروس هیپاتیت C از بیمار به بیمار و یا از طریق عدم رعایت استانداردهای بهداشتی در کارکنان مراکز همودیالیز گزارش شده است. در اکثر مطالعات احتمال انتقال از طریق استفاده مشترک از یک دستگاه همودیالیز را منتفی دانسته‌اند. هنوز واکسنی برای این بیماری کشف نشده‌است و بهترین راه حل پیشگیری است.

رعایت احتیاط‌های استاندارد در بخش‌های همودیالیز جهت پیشگیری از انتقال، نقش مهمی دارد. کارکنان بیمارستانی و مراکز همودیالیز هنگام ارائه خدمات به بیمار همودیالیزی مبتلا به هیپاتیت C باید از دستکش و تعویض به موقع آن در زمان مقتضی و رعایت استانداردها در استریل کردن وسایل و استفاده بیشتر از وسایل یکبار مصرف، دقت نمایند. با توجه به این‌که ابتلا به هیپاتیت C در اکثر افراد مبتلا، بدون علامت می‌باشد، به همین دلیل تنها از غربالگری دوره‌ای باید استفاده کرد. انجام آزمایش آنتی‌بادی ضد HCV (Anti-HCV) و آنزیم‌های کبدی هر ۳ ماه یکبار در تمام بیماران همودیالیز ضروری است.

در مواردی که آنتی‌بادی ضد HCV مثبت باشد باید از روش‌های بررسی مولکولی یعنی آزمایش کمی و کیفی پی سی آر (PCR) در تشخیص وجود و یا عدم وجود ویروس RNA در خود افراد، استفاده کرد. امروزه بررسی کمی میزان ویروس RNA

بیماران همودیالیزی با مصرف اینترفرون معمولی ۳ بار در هفته و پس از هر بار همودیالیز و یا داروی پگ اینترفرون هفتگی است. مصرف قرص ریباورین در بیماران همودیالیز ممنوع است. پس از شروع درمان بررسی دوره‌ای آزمایشات کبدی و مولکولی وضعیت ویروس RNA در خون ضروری است. باید توجه داشت که مصرف اینترفرون با عوارضی از قبیل تب و لرز، افسردگی، کم‌خونی، اختلالات تیروئیدی و ریزش مو همراه است. مدت درمان با داروی اینترفرون از ۶ ماه تا یک سال و با توجه به نوع ویروس (ژنوتیپ) و شدت بیماری کبدی تعیین می‌شود. درمان هیپاتیت C باید قبل از پیوند کلیه صورت گیرد و مصرف این داروها پس از پیوند کلیه سبب پس‌زدن کلیه پیوندی خواهد شد.

در خون می‌تواند راهنمای میزان پاسخ بیماران به داروهای ضد ویروسی باشد در قدیم جهت بررسی میزان آسیب کبدی از روش‌های نمونه‌برداری کبد استفاده می‌شده است. امروزه می‌توان از روش‌های جدید و غیرتهاجمی مثلاً فیبرو اسکن استفاده کرد. باید توجه داشت که نمونه‌برداری کبدی با خطر خون‌ریزی همراه بوده و از طرفی دیگر، در موارد همراهی با نارسائی قلب، جواب فیبرو اسکن غیرقابل اعتماد خواهد بود.

در مواجهه با افراد همودیالیز مبتلا به هیپاتیت C باید آموزش‌های لازم به آنها داده شود تا از استفاده مشترک از مسواک (به صورت سهوی) و لوازم اصلاح صورت اجتناب نموده و از زخم‌های خون‌ریزی دهنده مراقبت نمایند. خطر انتقال جنسی هیپاتیت C به همسران افراد مبتلا پائین است. هیپاتیت C درمان دارد. هدف درمان ریشه‌کنی عفونت و جلوگیری از بروز عوارض کبد است. درمان

نقش ورزش در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس MS

بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری سیستم اعصاب مرکزی است که می‌تواند باعث علائم متنوع گردد. داروهای معمول این بیماری همچون اینترفرون‌ها می‌توانند تا اندازه‌ای از پیشرفت بیماری جلوگیری کنند ولی تاثیری بر عوارض پیش آمده و علائم باقی مانده ندارند. لذا درمان‌های جانبی نقش بسیار مهمی در برطرف کردن علائم بیماران ایفا می‌نمایند.

عبدالرضا ناصر مقدسی متخصص مغز و اعصاب مرکز تحقیقات ام.اس. بیمارستان سینا



هر زمان که احساس بیماری یا خستگی کردید ورزش را متوقف نمایید.

از ورزش‌هایی استفاده کنید که در ضمن سبب لذت و تفریح شما شوند همچون شنا و یوگا. از گرمای بیش از اندازه اجتناب کنید.

سعی کنید در صبح یا عصر ورزش کنید. مایعات فراوان مصرف کنید و هر بار اگر احساس کردید که در طی ورزش دچار علامت جدیدی شدید به آرامی به ورزش خود خاتمه بدهید.

مشخص شده است که بعضی از فعالیت‌های خاص مثل یوگا اثر درمانی مناسبی روی بیماران دارند. یوگا اگر چه ریشه‌هایش در هند باستان است ولی به صورت گسترده در تمام جهان انجام می‌شود. یوگا با روش‌های خاص تمرکز و تنفس موجب بهبود سلامت جسمانی و افزایش کیفی زندگی می‌گردد.

در پایان باید گفت که فعالیت‌های ورزشی اگر به صورت درست و در شرایط مناسب انجام شود می‌تواند موجب ارتقای سلامتی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس گردد.

متعددی همچون افزایش بیماری‌های قلبی عروقی، پوکی استخوان و افزایش شانس شکستگی و تنفس‌های غیر موثر می‌گردد. قابل ذکر است که هیچ‌گونه شواهدی دال بر تاثیر منفی ورزش در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس مشاهده نشده و همچنین سبب ایجاد حمله در این بیماران نمی‌گردد اگرچه اکیدا توصیه می‌گردد که فعالیت‌های ورزشی باید در زمان حمله قطع گردیده و پس از بهبود شرایط و اتمام درمان با استروئید ادامه یابد.

فعالیت‌های ورزشی مختلفی وجود دارد ولی یک ورزش خاص که بتوان از آن به عنوان ورزش مربوط به بیماران مبتلا به ام.اس. ذکر کرد در تحقیقات، نام برده نشده است. باید توجه داشت که ورزش مناسب بسته به فرد و شرایط آن فرق می‌کند و باید منطبق بر میزان توانایی‌های فرد باشد. این ورزش‌ها می‌تواند شامل ورزش‌های کششی، ورزش‌های آیروبیک، حرکات منظم مفصل‌ها باشد. توجه شود که در شرایط و زمان‌هایی که محیط گرم می‌باشد باید از انجام ورزش اجتناب کرد. در ضمن بیماران در انجام فعالیت‌های ورزشی باید به نکات زیر توجه کنند:

شدت فعالیت‌های ورزشی باید به آهستگی افزایش یابد. همچنین در انتهای فعالیت‌های ورزشی باید به آرامی از شدت آن کاست. ورزش باید در محیطی امن و آرام با نور مناسب و فارغ از وسایلی که احتمال آسیب رساندن به فرد را دارند انجام گیرد.

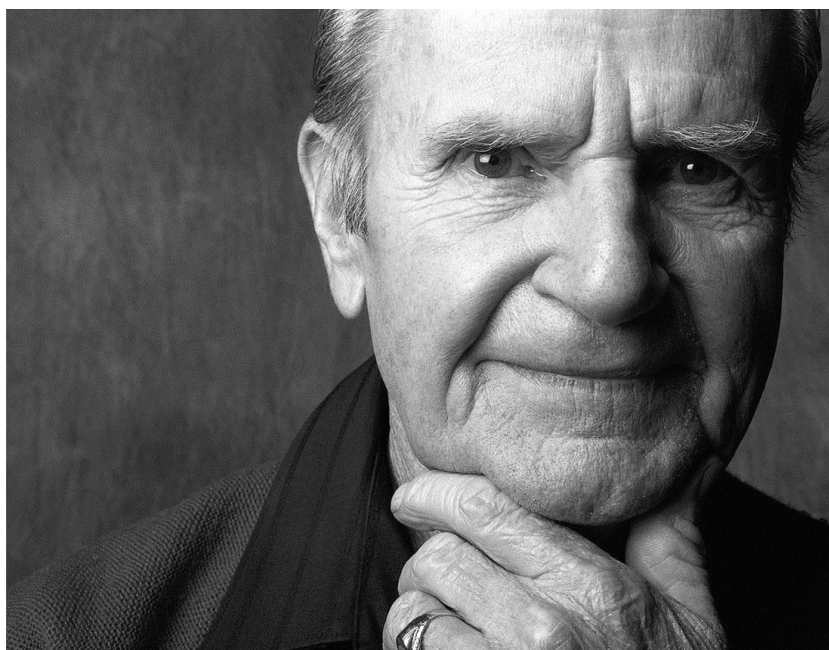
اگر در حفظ تعادل خود مشکل دارید باید در محیطی ورزش کنید که به راحتی امکان گرفتن یک دستگیره یا تکیه گاه وجود داشته باشد.

این درمان‌های جانبی خود به دو دسته درمان‌های دارویی و درمان‌های غیر دارویی تقسیم می‌شوند. از جمله درمان‌های غیر دارویی بیماری مولتیپل اسکلروزیس، ورزش است. امروزه بر نقش ورزش در بهبود شرایط بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بسیار تاکید می‌گردد که علاوه بر حفظ و بهبود مشکلات جسمانی بیماران، در ارتقای وضعیت ذهنی و روحی آنان نیز موثر است. باید توجه داشت که بیماری مولتیپل اسکلروزیس می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی یک فرد را تحت‌الشعاع خود قرار دهد. از سوی دیگر ورزش نیز با حفظ تعادل درونی و برقراری تناسب صحیح با محیط خارج می‌تواند تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر روی زندگی بیماران داشته باشد. ورزش منظم باعث حفظ شرایط جسمانی در بهترین حالت ممکن برای آن فرد می‌گردد همچنین جنبه‌های مثبت روحی و لذت بخشی نیز برای فرد دارد. طبق مطالعات انجام شده ورزش تاثیر کلی بر سلامت مبتلایان به فرم‌های خفیف ام.اس. دارد ولی می‌تواند در فرم‌هایی با عوارض شدید نیز به حفظ حرکت و فعالیت این بیماران یاری برساند. همچنین می‌تواند سبب کاهش ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی گردد. در ضمن باعث بهبود نیروی عضلانی و حفظ موقعیت عضلات می‌گردد. طبق مطالعه‌ای که در دانشگاه اوتا انجام شد ورزش در بیماران مبتلا به ام.اس. می‌تواند باعث بهبود عملکرد روده و مثانه، کاهش افسردگی و خستگی، افزایش نگرش مثبت به زندگی و افزایش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌گردد. باید توجه داشت که عدم فعالیت در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس منجر به عوارض

دیابت در سالمندان

اهداف اصلی برای بیماران ۶۵ ساله یا بیشتر مبتلا به دیابت شبیه به بیماران جوان مبتلا به دیابت است (جلوگیری از عدم جبران متابولیک و کاهش مرگ و میر)، در واقع تمایل به کاهش شدید و به نرمال رساندن قند خون به همراه کنترل HTN و لیپید است.

دکتر علیرضا فلاح مسئول فنی مرکز پزشکی خاص شرق



کیفیت زندگی با این وجود یک اصل اولیه برای بیماران مسن دیابتی است کسانی که در واقع درمان شدید غیر قابل توجه باشد. به عبارت دیگر خیلی از بیماران مسن قوی بوده و می‌توان پروتکل درمانی بیماران جوان را برای آنها به کار برد.

درمان و مراقبت دیابت در بیماران مسن کمتر از مطلوب بوده به طور مثال در یک مطالعه سلامتی قلبی cardiovascular Health Study فقط ۱۲٪ بیشتر از ۶۵ سال مبتلا به FBS، DM (قند ناشتا) توصیه شده در حد رنج پذیرفته شده توسط انجمن دیابت است.

در این مطالعه فقط ۵۰٪ بیماران مسن دیابتی همراه با مشکلات عروقی بوده و ۳۳٪ کل بیماران از آسپرین استفاده کرده بودند بعلاوه ۱/۲ بیماران که مبتلا به HTN، فشار خونی، بیشتر از ۱۴۰/۹۰ داشتند. و فقط ۸٪ این بیماران LDL زیر ۱۰۰ داشته و ۱/۳ دیگر این افراد LDL زیر ۱۳۰٪ داشتند.

امروز خیلی از راهنمایی‌ها برای مراقبت از بیماران نوع I و II تهیه شده است. با این وجود خیلی از تلاش‌ها در دیابت شامل افراد



مسن نمی‌شود.

در واقع یکی از این مراقبت‌ها برای بیماران پیر مبتلا به DM شامل:

- آموزش مراقبت توسط بیمار
- مراقبت و نظارت شدید و درمان فاکتورهای مساعد برای بیماری‌های قلب و عروق
- کنترل قند در مواقع استرس یک پایه مهم برای جلوگیری از عوارض میکروسکولار می‌باشد.

- پیگیری بیماری‌های همراه با پیری که در بیماران دیابتیک شایع‌تر است شامل افسردگی، اختلالات شناختی، بی‌اختیاری ادراری و سقوط و عدم مصرف صحیح و مرتب دارو.

اهداف درمانی دیگر شامل:

- پیگیری درمان این بیماران توسط بیمار و پزشک با حداقل هزینه.

- هدف کاهش HbA/c به کمتر از ۷٪

- چک و معاینه چشم بیماران هر ۲ سال یک بار و سالیانه اگر مشکلات چشم وجود داشته باشد (HTN و عدم کنترل قند).

- قطع کامل کشیدن سیگار

بطور خلاصه اهداف فوق‌الذکر بر اساس شواهد آماری و کلینیکی تهیه شده است، بهبودی کیفیت زندگی یکی از اهداف آینده نگر می‌باشد. در واقع افراد پیر با وضعیت جسمانی مناسب بایستی مثل جوان‌ها درمان و هدایت شوند (با اولویت کاهش عوارض قلبی و عروقی).

افزایش کیفیت زندگی برای تمام بیماران مسن به دیابت در اولویت است که این مهم به همراه مراقبت‌های منحصر بفرد به همراه درمان مدیکال کلید و راه‌گشای این بیماران می‌باشد.

تدابیر دندانپزشکی در بیماران هموفیلی

بیماری هموفیلی انواع مختلفی از اختلالات خون‌ریزی دهنده را نشان می‌دهد که مرتبط با کمبود ژنتیکی یکی از فاکتورهای انعقاد خون هستند. در هموفیلی A، کمبود فاکتور VIII انعقادی و در هموفیلی B، کمبود فاکتور IX انعقادی دیده می‌شود. هموفیلی در بعضی خانواده‌های سلطنتی اروپایی شایع بود، زیرا تعداد زیادی از آنها حاصل کمبود وراثتی وابسته به X فاکتور VIII یا فاکتور IX بودند. بنابراین نسبت قابل توجهی از مردان این خانواده‌ها به دلیل ازدواج فامیلی به هموفیلی مبتلا می‌شدند. **دکتر نفیسه شاملو** استادیار دانشگاه شهید بهشتی



قبل از انتقال خون و درمان جایگزینی فاکتور انعقادی، بسیاری از این بیماران مستقیماً در اثر خون‌ریزی غیر قابل کنترل یا عوارض ناشی از آن جان می‌سپردند. هموفیلی A مهم‌ترین و شناخته شده‌ترین نوع هموفیلی است.

هموفیلی B عمومیت بسیار کمتری از هموفیلی A دارد ولی تظاهر آن نیز مشابه هموفیلی A بوده و از طریق توارث وابسته به X منتقل می‌شود.

علائم کلینیکی

شدت اختلال خون‌ریزی دهنده به میزان کمبود فاکتور انعقادی بستگی دارد. در هیچ یک از بیماران فقدان کامل یک فاکتور انعقادی خاص مشخص نمی‌شود بلکه ممکن است کمبود در درصدی از حجم فاکتور انعقادی فرد بیمار باشد.

در شیرخواران، پارگی‌های دهانی و خون مردگی‌هایی که لب‌ها و زبان را درگیر می‌کنند حوادثی شایع هستند. در صورت عدم درمان مناسب، ممکن است در بیمارانی با درگیری شدیدتر، چنین زخم‌هایی باعث خون‌ریزی قابل توجه شوند. گاهی اوقات خون‌ریزی عمیق در طی فعالیت طبیعی رخ می‌دهد و عضلات، بافت‌های نرم و مفاصل تحمل کننده وزن، بخصوص زانو‌ها را درگیر می‌کند.

تاخیر در انعقاد خون ویژگی شاخص این گروه از بیماری‌ها است. خون‌ریزی غیرقابل کنترل در حین جراحی و کشیدن دندان‌ها ممکن است دیده شود.

درمان دندانپزشکی در بیماران هموفیلی

در مورد این بیماران، شناسایی و ارجاع آنها به هماتولوژیست لازم است. درمان کمبودهای فاکتور انعقادی ضرورتاً شامل درمان جایگزینی با فاکتور انعقادی مناسب است و این که درمان بر چه اساسی باشد به شدت کمبود فاکتور انعقادی بستگی دارد. بیمارانی که دارای بیش از ۲۵٪ حجم فاکتور VIII هستند، ممکن است دارای عملکرد طبیعی باشند.

در بیماران مبتلا به هموفیلی خفیف (۵ تا ۵۰٪ سطح طبیعی فاکتور VIII) برای انجام فعالیت‌های طبیعی به هیچ درمان خاصی نیاز ندارند اما در صورت انجام جراحی، می‌توان درمان جایگزینی فاکتور انعقادی را تجویز کرد.

در هموفیلی شدید (کمتر از ۱٪ سطح طبیعی فاکتور VIII) باید به محض ایجاد پدیده خون‌ریزی دهنده، تزریق فاکتور انعقادی صورت گیرد. حتی در این موارد باید قبل از تزریق بی‌حسی موضعی درمان‌های جایگزینی انجام شود.

مراقبت‌های دندانپزشکی در حد مطلوب در مورد این بیماران به شدت توصیه می‌شود تا بدین وسیله از بروز مشکلات دهانی که ممکن است نیاز به جراحی داشته باشند،

پیشگیری گردد در صورت نیاز به جراحی دهان یا پریودنتال مشورت با پزشک فرد بیمار ضروری است. معمولاً با تجویز فاکتور انعقادی درست قبل از جراحی، بیمار برای اعمال جراحی آماده می‌شود. در ارتباط با یک عمل جراحی وسیع، ممکن است متعاقباً دوزهای اضافی فاکتور انعقادی لازم باشد به علاوه Epsilon- Aminocaproic acid (EACA) که یک عامل آنتی‌فیبرینولیتیک است و از تجزیه لخته خون ممانعت می‌کند باید ۱ روز قبل از جراحی به بیمار داده شود و به مدت ۷-۱۰ روز بعد از جراحی، مصرف آن ادامه یابد. همچنین در این بیماران به منظور جلوگیری از عفونت‌های بعد از جراحی، آنتی‌بیوتیک پیشگیری کننده تجویز می‌شود.

استفاده از آسپرین به دلیل اثرات نامطلوب آن بر فانکشن پلاکتی اکیداً منع تجویز دارد. در صورت استفاده از داروهای حاوی آسپرین ممکن است این بیماران دچار خون‌ریزی شدید شوند.

لذا با رعایت موارد مذکور می‌توان درمان دندانپزشکی بیماران هموفیلی را مشابه سایر افراد جامعه انجام داد.

دیابت و ورزش

امروزه پژوهش‌گران دریافته‌اند که استراحت برای درمان بیماران دیابتی، کار نادرستی است، مطالعات نشان داده که استراحت در تخت برای مدت حداقل ۷ روز باعث اختلال در قند خون می‌شود.

دکتر کسری احتجاب

فواید برنامه منظم ورزشی برای افراد دیابتی

۱- کنترل بیماری دیابت

در ورزش‌های دراز مدت مشاهده شده است که حساسیت سلول‌ها به انسولین افزایش می‌یابد و این امر در بهبود وضعیت دیابت به خصوص در افراد با دیابت نوع ۲ بسیار با اهمیت است.

۲- کنترل وزن

یک برنامه صحیح کنترل قند خون به کاهش وزن در افراد دیابتی غیر وابسته به انسولین کمک می‌کند کاهش وزن ناشی از ورزش، باعث کاهش بافت چربی می‌شود، بنابراین مقاومت به انسولین در سلول‌ها کاهش می‌یابد و به این ترتیب مصرف داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون کم می‌شود، با انجام ورزش‌های برنامه‌ریزی شده، بافت چربی بدن کاهش یافته و توده عضلانی افزایش می‌یابد.

۳- آمادگی عضلانی

ورزش مناسب توده عضلانی را افزایش می‌دهد تحقیقات نشان داده است که انقباضات عضلانی و عمل انسولین هر دو با هم مصرف گلوکز در طول ورزش را زیاد می‌کنند.

۴- کاهش نیاز به داروهای خوراکی انسولین همراه با کنترل مطلوب قند خون و انجام تمرین‌های ورزشی مرتب، مصرف قرص‌های خوراکی در برخی افراد دیابتی غیر وابسته به انسولین کم می‌شود، در بیماران دیابتی دریافت کننده انسولین نیز به علت وضعیت مطلوب، نیاز به انسولین کاهش می‌یابد مطالعات نشان داده است که در ماه‌های اولیه شروع برنامه‌های ورزشی، انسولین تزریقی گاهی تا ۲۰ درصد یا حتی بیشتر

کاهش می‌یابد.

۵- اعتماد به نفس بیشتر

به نظر می‌رسد احساسات افراد دیابتی تا حدی نیز به حفظ قند خون در سطح طبیعی وابسته باشد بیشتر. افراد دیابتی ناراحتی و از دست دادن کنترل احساسات را همزمان با سطح قند خون بسیار بالا یا بسیار پایین تجربه کرده‌اند هنگامی که غلظت قند خون در حد طبیعی است، این افراد تا حد زیادی احساس بهبود می‌کنند. احساس اعتماد به نفس بیشتر با فعالیت‌های ورزشی مداوم در زندگی افراد پدید خواهد آمد.

۶- تحمل تنش‌های عصبی

ورزش وسیله موثری برای مبارزه با تنش‌های عصبی است، هنگام ورزش موادی به نام آندروفین در خون ترشح می‌گردد که موجب تسکین درد و آرامش روانی می‌گردد. آثار ورزش در افراد دیابتی وابسته به انسولین ورزش‌های منظم برای افراد دیابتی وابسته به انسولین بسیار سودمند است. پژوهشگران کانادایی طی ۱۲-۱۶ هفته ورزش دادن به بیماران دیابتی وابسته به انسولین، بهبود مطلوبی را در غلظت قندخون ناشتا و هموگلوبین گلیکوزیله آنها مشاهده نمودند. در افراد دیابتی وابسته به انسولین، تغییرات غلظت قند خون در طول ورزش بستگی زیادی به سطح انسولین خون دارد، سطح انسولین خون نیز به میزان انسولین تجویز شده و مقدار جذب انسولین وابسته می‌باشد. بهترین زمان پیشنهاد شده برای ورزش در دیابتی‌های وابسته به انسولین، بعد از مصرف میان وعده بعد از ظهر و قبل از شام است.

نکات مهم در مورد ورزش افراد دیابتی وابسته به انسولین

- ۱- کنترل قند خون قبل، حین و بعد از ورزش
- ۲- جلوگیری از افت شدید قند خون در طول ورزش با اجرای توصیه‌های زیر:
 - * شروع ورزش ۱ تا ۲ ساعت بعد از صرف غذا
 - * مصرف ۲۰ تا ۴۰ گرم کربوهیدرات اضافی پیش از ورزش و هر یک ساعت در طول ورزش
 - * پرهیز از ورزش‌های سنگین در هنگامی که انسولین تزریق شده بیشترین اثر خود را اعمال می‌کند.
 - * حرکت دادن قسمت‌هایی از بدن که انسولین در آنها تزریق نگردیده است.
 - * کاهش میزان انسولین تزریقی به میزان ۳۰ تا ۵۰ درصد در صورت کوهنوردی و ورزش‌های طولانی
 - ۳- بعد از ورزش‌های طولانی قند خون کنترل گردد و مواد قندی اضافی مصرف شود، این عمل از افت قند خون که ممکن است به صورت تاخیری پدید آید جلوگیری می‌کند.

آثار ورزش در افراد دیابتی غیر وابسته به انسولین

در افراد غیر وابسته به انسولین، ورزش عامل اصلی کنترل قند خون است، عامل بعدی مصرف صحیح مواد غذایی است مطالعات اخیر نشان داده است که اجرای برنامه ورزشی منظم، ارزش بالایی در کنترل غلظت قند خون دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افزایش فعالیت بدنی، در پیشگیری از پیدایش دیابت نوع ۲ غیر وابسته به انسولین نیز موثر می‌باشد

باید به تدریج به مدت زمان و میزان حرکات ورزشی افزوده شود، تا نتایج مطلوب از ورزش حاصل گردد.

۵- انتخاب فعالیت‌های جسمی مناسب
با توجه به جثه و خصوصیات افراد می‌توان ورزش مناسب آنان را انتخاب نمود.

ورزش‌های مناسب برای افراد دیابتی
همان‌طور که بیان گردید تمرینات هوا رسان به فعالیت‌هایی گفته می‌شوند که با مصرف زیاد اکسیژن همراه باشند، تمرین‌های هوا رسان شامل دویدن در مسافت‌های طولانی و با آهنگ آرام است.

تغییرات مثبت بدنی که در پی ورزش‌های هوا رسان پدید می‌آید عبارتند از:

الف- حجم خون افزایش پیدا می‌کند، در نتیجه انتقال اکسیژن به سلول‌ها بیشتر و در نهایت استقامت در فعالیت‌های طولانی بیشتر می‌شود.

ب- ظرفیت شش‌ها افزایش می‌یابد. بطور کلی ورزش‌های هوا رسان بیشترین اثر را بر آمادگی قلبی-عروقی دارند. هر نوع فعالیت یا تمرینی را که انتخاب می‌کنید باید به آن علاقه داشته باشید تا بتوانید سال‌ها آن را انجام دهید، تحقیقات نشان داده‌اند که فعالیت‌هایی مانند اسکی استقامت، شنا، دویدن آرام، دوچرخه سواری و پیاده‌روی بهترین شرایط هوا رسان را ایجاد می‌کنند.

نکاتی درباره معمول‌ترین روش‌های پیاده‌روی

شاید مزیت پیاده‌روی آن باشد که انجامش برای هرکس بدون توجه به سن و جنس و در همه‌جا و همه‌وقت میسر باشد اما نقطه ضعف پیاده‌روی آن است که برای کسب فایده‌ای معادل دویدن باید سه برابر وقت صرف شود.

چندین بررسی نشان داده است که پیاده‌روی آثار بهداشتی قابل توجهی در تمام گروه‌های سنی دارد کاهش وزن، کمتر شدن بافت چربی، پایین آمدن فشار خون و بهبود وضعیت چربی‌های خون از جمله آثار بهداشتی هستند.

- بیش از ۳ ساعت از صرف غذا گذشته باشد.

قند خون بدون تغییر می‌ماند اگر:

- مدت زمان ورزش کوتاه باشد.
- میزان انسولین پلاسما طبیعی باشد.
- میان وعده مناسب قبل از ورزش و در طول فعالیت ورزشی مصرف شود.

قند خون افزایش می‌یابد اگر:

- ورزش کردن در زمان پایان اثر انسولین تزریقی در بدن باشد.
- ورزش‌های سنگین انجام شود.
- قبل یا در طول انجام فعالیت بدنی، بیش از حد از مواد قندی استفاده می‌شود.

قواعد ورزش کردن

۱- مشورت با پزشک

مشاوره با پزشک برای افراد دیابتی، به دلیل اثر ورزش بر قند خون بسیار مهم است، مواردی چون تعیین دفعات تزریق روزانه انسولین، مقدار داروهای خوراکی، زمان مناسب برای انجام ورزش و مصرف مواد قندی قبل و بعد از ورزش را باید با پزشک یا فرد آموزش دهنده در میان گذاشت. افراد دیابتی با سابقه اعتیاد به سیگار، چربی خون بالا، پیشینه خانوادگی، سکت قلبی و سن ۴۰ سال به بالا باید قبل از شروع به ورزش از نظر قلبی-عروقی مورد ارزیابی دقیق قرار بگیرند.

۲- شیوع تدریجی ورزش

برنامه‌های ورزشی باید به آهستگی شروع شوند و تدریجاً به زمان و شدت آن افزوده گردد.

۳- گرم و سرد کردن بدن

افراد دیابتی باید پیش از جلسه ورزش، بدن خود را گرم کنند و پس از انجام فعالیت‌های ورزشی نیز آن را سرد نمایند، این کار باعث ایجاد جریان خون مناسب و خروج اسید لاکتیک از ماهیچه‌ها می‌گردد و از این طریق مشکلات عضلانی کاهش می‌یابد.

۴- تداوم

این موضوع به ویژه در افرادی که بیشتر در معرض خطر ابتلا به دیابت هستند اهمیت بسیاری دارد. این افراد شامل افراد چاق، فرزندان افراد مبتلا به دیابت و افراد با فشار خون بالا می‌باشند.

ورزش در مبتلایان به دیابت نوع ۲ باعث افزایش حساسیت سلول‌ها نسبت به انسولین می‌شود، اما برای رسیدن به پاسخ درمانی مناسب، باید با رعایت رژیم غذایی صحیح همراه گردد، کاهش وزن و رساندن وزن بدن به حد طبیعی را می‌توان مهم‌ترین قسمت درمان در این افراد دانست.

نکته مهم این است که اگر کاهش وزن در افراد دیابتی فقط با رژیم غذایی انجام گیرد، بیش از ۲۵ درصد وزن از دست رفته، از توده عضلانی خواهد بود در حالی که هدف از کاهش وزن، کاهش بافت چربی است نه از بین رفتن پروتئین‌های بدن، بنابراین کاهش وزن با ورزش، بهتر از کاهش به وسیله رژیم غذایی تنهاست، به نظر می‌رسد برای رسیدن به هدف باید ترکیب این دو روش به کار رود:

رژیم غذایی + ورزش = کاهش وزن مطلوب

نکات مهم درباره ورزش افراد دیابتی غیر وابسته به انسولین

* در این افراد افت قند خون در طول ورزش کمتر رخ می‌دهد، بنابر این مصرف کربوهیدرات اضافی معمولاً لازم نیست.
* انجام ورزش همراه با رعایت رژیم غذایی، سبب تسریع در رسیدن به اهداف درمانی مورد نظر می‌شود.
* ورزش باید جزییی از زندگی روزانه افراد مبتلا به این نوع دیابت باشد.

عوامل موثر در پاسخ قند خون به ورزش ناگهانی در افراد دیابتی

قند خون کاهش می‌یابد اگر:

- غلظت انسولین خون در طول ورزش بالا باشد.
- ورزش در مدت زمان طولانی انجام شود.

سرطان پروستات در مردان

غده پروستات غده‌ای است که تنها در مردان یافت می‌شود. این غده در زیر مثانه قرار دارد و مایعی به داخل منی ترشح می‌کند که برای محافظت و نگهداری و تغذیه اسپرم‌ها ضروری است. سرطان پروستات نوعی بیماری است که در آن سلول‌های بدخیم از بافت‌های پروستات نشأت می‌گیرند و به‌طور نامنظم و فزاینده‌ای تکثیر و منجر به افزایش حجم در هر یک از اجزای سلولی غده پروستات می‌شود.

دکتر فتوحی فوق تخصص خون و انکولوژی

در بیمارانی که سن آن‌ها بالای ۷۰ تا ۷۵ سال بوده و تومور اندازه کوچک داشته و محدود به عضو باشد اغلب نیاز به درمان نبوده تنها مراقبت و پیگیری کافی خواهد بود.

و بالاخره در صورتی که هنگام تشخیص، سرطان به سایر اندام‌ها انتشار یافته باشد، از آنجا که حیات سلول‌های بدخیم پروستات وابسته به هورمون‌های مردانه است ممکن است در صورت تمایل بیمار، پزشک برداشتن بیضه‌ها و یا تجویز داروهای هورمونی خاص را توصیه نماید.

توصیه‌های عمومی لازم برای کاهش ابتلا به سرطان پروستات شامل کاهش مصرف چربی در رژیم غذایی، استفاده بیشتر از سبزیجات، کلم بروکسل، گوجه فرنگی، سویا، سیر، پیاز، موسیر، چای سبز، انار، آنتی اکسیدان‌ها، در حد امکان پرهیز از تماس با مواد شیمیایی بخصوص کادمیوم، فعالیت فیزیکی و ورزش مداوم و مستمر می‌باشد.

امروزه خوشبختانه با استفاده از روش‌های فوق و غربالگری و نیز پیشرفت‌های شگرف در روش‌های درمانی سرطان پروستات به بیماری قابل درمانی تبدیل شده و با توجه به ابتلا در سنین بالا اغلب بیماران دارای طول عمر طبیعی خواهند بود.

علائم هشدار دهنده سرطان پروستات عبارتند از: تکرر ادرار، جاری شدن ضعیف ادرار، عدم توانایی در ادرار، بی اختیاری ادراری، جریان منقطع و ضعیف ادرار، وجود خون در ادرار، خروج منی همراه با درد، درد مداوم قسمت پائین کمر، دردهای استخوانی و ناتوانی جنسی

خوشبختانه سرطان پروستات در کنار سه سرطان دیگر (پستان، روده بزرگ و گردن رحم) جزو سرطان‌هایی است که ارزش غربالگری و تشخیص زود رس در کاهش مرگ و میر بیماران مبتلا به آن به اثبات رسیده است.

تمام مردان بالای ۵۰ سال بی علامت و سالم بایستی بطور سالیانه تحت معاینه پزشک انجام دهند PSA و آزمایش قرار گیرند (معاینه با انگشت پروستات از طریق مقعد) در صورت وجود سابقه فامیلی قوی (ابتلا موارد متعدد از خویشاوندان نزدیک یا ابتلا در سن زیر ۵۰ سالگی) غربالگری بایستی از ۴۰ سالگی آغاز گردد. و در صورت مشکوک شدن به احتمال وجود سرطان پروستات بررسی‌های تکمیلی با سونوگرافی و در صورت لزوم نمونه‌برداری از پروستات لازم خواهد بود. MRI CT با در نظر گرفتن شرایط بیمار و مرحله بیماری ممکن است یک یا ترکیبی از این الگوها تجویز شود: تحت نظر گرفتن بیمار بدون انجام درمان، جراحی و برداشتن پروستات پرتودرمانی، هورمون درمانی و شیمی درمانی اگر تومور محدود به پروستات بوده و به سایر نقاط انتشار نداشته باشد ممکن است پزشک جراحی و برداشتن کامل پروستات و یا اشعه درمانی خارج اندامی و درون اندامی را به بیمار پیشنهاد نماید.

سرطان پروستات دومین سرطان شایع بعد از سرطان ریه در میان مردان است و در افراد سالمند دیده می‌شود و افراد زیر ۵۰ سال به ندرت به آن مبتلا می‌شوند. مردان بالای ۶۰ سال بیشتر در معرض خطر ابتلاء به سرطان پروستات هستند و باید بیشتر متوجه علائم هشدار دهنده این بیماری باشند.

علت آن دقیقاً مشخص نیست. اما زمینه ژنتیکی، عوامل هورمونی، رژیم غذایی (مصرف زیاد چربی با ایجاد تغییر در متابولیسم کلسترول و استروئید، شانس بروز سرطان را افزایش می‌دهد. مصرف سبزیجات یا رنگدانه‌های سبز و زرد یک اثر حفاظتی از بروز سرطان پروستات دارد)، عوامل شیمیایی سرطان‌زا (تماس با عوامل شغلی و محیطی شانس بروز سرطان را بیشتر می‌کند، شغل‌هایی که شانس بروز سرطان را بیشتر می‌کنند شامل کارگرانی که با کودها، بافتنی‌ها و لاستیک سر و کار دارند، تماس با باتری‌های حاوی کادمیوم و ویروس‌ها را در بروز سرطان پروستات موثر می‌دانند.

بیماران مبتلا ممکن است علامت خاصی نداشته باشند. علائم انسدادی معمولاً زودتر بروز می‌کند و شامل تکرر ادرار، احتباس ادرار، کاهش قطر و فشار جریان ادرار و قطره قطره شدن انتهای ادرار می‌باشد اما در صورت پیشرفت موضعی بیماری یا درگیری ارگان‌های دیگر علائم دیگر بسته به محل درگیری هم ممکن است مشاهده شوند. سرطان پروستات علاقه خاصی به درگیری استخوان‌ها دارد و گاهی اوقات بیماری با درد استخوانی موضعی یا منتشر تشخیص داده می‌شود.

سلامت روانی و بیماری‌های مزمن کلیوی

بیماری‌های مزمن کلیوی می‌توانند هر بخشی از زندگی را تحت تاثیر قرار دهند. روابط خانوادگی، شغل، اعتقادات معنوی و روابط اجتماعی نیز می‌توانند تحت تاثیر قرار بگیرند. این موارد سلامت روانی ما را تشکیل می‌دهند. بسیاری از مردم در مواقعی که با شرایط سخت پیش آمده مقابله می‌کنند، ممکن است دچار اضطراب یا افسردگی شوند.

ترجمه: دکتر بابک وثوقی راهنمای سلامت روانی برای بیماران کلیوی

افرادی که دچار بیماری مزمن کلیوی هستند و نیز کسانی که مراقبت از آنها را بر عهده دارند، می‌توانند طیفی از واکنش‌های احساسی مثل: شوک، غمگینی، سوگ، ترس، عصبانیت، احساس ناکامی، اندوه، تنش یا تنهایی و بعضی اوقات چند مورد از این واکنش‌ها را از خود نشان دهند. بعضی از بیماران ممکن است اختلالات

لذا قادر به انجام کاری نیستیم.

-احساس تنهایی و جدایی از خانواده و دوستان می‌کنیم. بعضی اوقات صحبت کردن راجع به بیماری با اطرافیان برای ما مشکل است چون نمی‌خواهیم باعث ناراحتی آنها شویم.

مشکلات سلامت روانی به دلایل زیر ممکن است به وجود بیاید:

-کنار آمدن و پذیرش بیماری مزمن کلیوی برای بیمار و خانواده او تنش‌زا می‌باشد.

-ممکن است فکر کنیم که چون بدن و شرایط عمومی ما از کنترل خارج شده است،



غیر واضحی همانند محدود ساختن روابط اجتماعی و یا انتقال مسئولیت‌های خانه به همسر، پیدا کنند. این اختلالات مهم بوده و می‌تواند نشانه‌ای از تغییر در روابط بیمار و وابستگی بیشتر او باشد. خیلی از بیماران حسرت سلامتی، توانایی‌ها و زندگی قبل از بروز بیماری را می‌خورند.

مراقبت از خود

یکی از مهم‌ترین افرادی که می‌تواند از فرد بیمار مراقبت کند، خود آن شخص است. نخستین قدم در درمان و حمایت این است که باید دانست وضعیت سلامت روانی، چگونگی تفکر و احساس درباره مسایل، نیازمند توجه و شناخت است.

از دیگران کمک خواسته شود

مهم‌ترین نکته در شروع برخورد با اضطراب یا افسردگی، اعتراف کردن برای خود و سایرین درباره احساسات خود و نیز درخواست کمک از ایشان است. باید با پزشک مشورت شود تا تشخیص بیماری مشخص شده و برنامه درمانی مناسب تعیین شود. درمان مورد استفاده برای این شرایط مطمئن و سودمند است.

نباید خود را گوشه نشین کرد

افسردگی و اضطراب اغلب باعث می‌شود ما

تمایلی برای ارتباط با مردم نداشته باشیم. ممکن است این حس به وجود ما راه پیدا کند که درون دنیای خود قرار داریم و بقیه مردم خارج از دنیای ما و در آن طرف دیوار قرار گرفته‌اند. احتمال دارد از اینکه مورد قضاوت سایرین قرار بگیریم واهمه داشته باشیم. عدم ارتباط با دیگران وضع را بدتر می‌کند و صد البته احساس تنهایی بیشتری خواهیم کرد.

باید به این مساله توجه کرد و سعی نمود که با حفظ ارتباطات اجتماعی به هر طریقی مثل تلاش برای در کنار خانواده و دوستان ماندن، وارد بحث شدن با اطرافیان، با آن مقابله کرد. طبیعی است که در ابتدا این کار مشکل به نظر برسد اما پس از گذشت زمان کافی احساس بهتری پیدا خواهد شد.

حفظ ارتباط با خانواده

بیماری کلیه، افسردگی و اضطراب همگی می‌توانند فشار روحی و روانی زیادی به فرد و خانواده او وارد نمایند. شاید مقررات خانواده تغییر کند، کارهای روزمره خانه دچار مشکل شوند و یا نقش اعضای خانواده تغییر کند. درک این موضوع که ارتباطات بیمار تحت فشارهای روحی و روانی (استرس) است بخشی از روند تطبیق با بیماری است. حفظ این ارتباطات با خانواده و دوستان بسیار مهم است هر

چند ممکن است که بیمار احساس خیلی خوبی نداشته باشد. در ابتدا ممکن است که بیمار حس کند از خانواده دورتر شده است، چون خستگی جسمی و روحی باعث می‌شود که او وقت و انرژی کمتری برای آنها داشته باشد. این طور به نظر می‌رسد که آنها دنبال کار و زندگی خود هستند و کاری به مشکلاتی که او دارد، ندارند. این مسایل باعث می‌شود بیمار نسبت به افرادی که باید به آنها علاقمند باشد، احساس خشم کند. یکی از مفیدترین کارهایی که می‌توان انجام داد حرف زدن با افراد خانواده درباره حسی است که فرد بیمار دارد. باید به یاد داشت که حتی نزدیک‌ترین فرد به بیمار هم نمی‌تواند فکر او را بخواند.

باید فعالیت‌های خود را طبقه‌بندی کرد

باید وظایف خود را به مراحل یا اجزای قابل کنترل تقسیم نمود و در هر زمان با یکی از آنها دست و پنجه نرم کرد. می‌توان از کارهای آسان‌تر شروع کرد و کم‌کم به سمت کارهای سخت پیش‌روی نمود. این کار باعث می‌شود تا فرد اعتماد به نفس خود را باز یابد. باید واقع‌گرا بود و به خود برای انجام کارهای کمتر وقت بیشتری داد. باید به خود اجازه داد تا از نتایج کار لذت برد و به خود جایزه نیز داد.

آرامش داشتن را یاد بگیریم

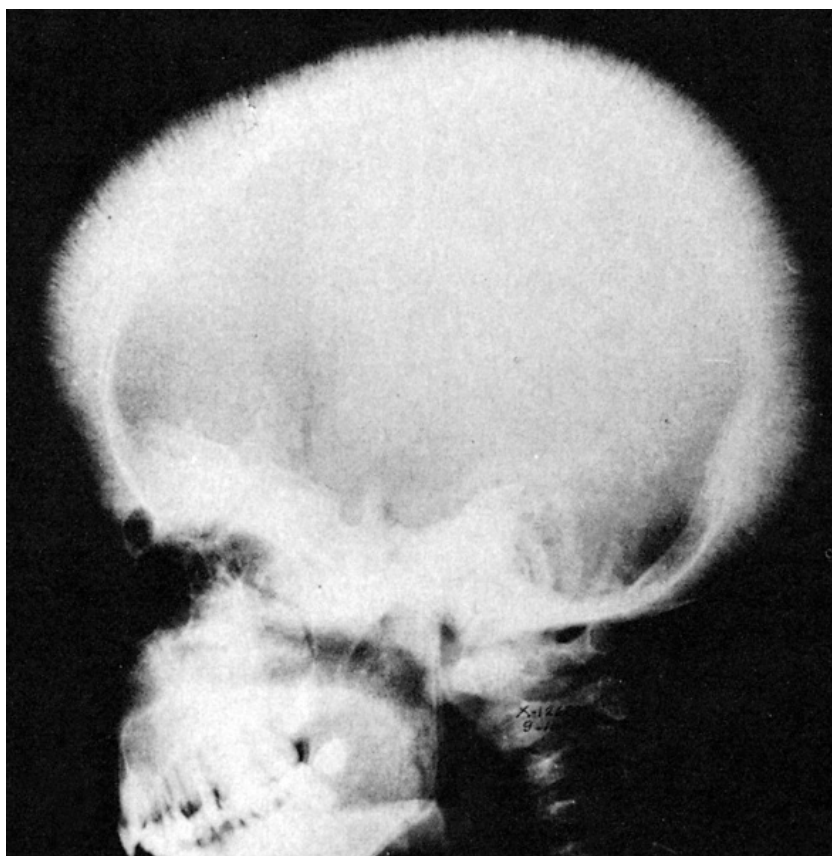
همه ما زمانی که در آرامش هستیم بهتر با تنش‌ها مقابله می‌کنیم. اگر مشکلات را دور از خود مشاهده کنیم راحت‌تر با آنها مواجه می‌شویم. خوابیدن به مقدار کافی و طبیعی برای همه ما ضروری است. پیاده‌روی، ماساژ، گوش دادن به موسیقی آرام یا تفکر درباره کتاب و فیلم نیز می‌توانند آرام‌بخش باشند. ابتدا درباره چیزهایی که می‌تواند به فرد برای پیدا کردن آرامش و راحتی کمک کنند، باید فکر کرد، سپس درباره روشی که بتوان آنها را به صورت عملی اجرا نمود، فکر کرد.



عوارض و مشکلات درمان در بیماران تالاسمی

دغدغه اصلی بیماران تالاسمی در بحث درمان و عوارضی که ناشی از درمان بیماری‌شان است، دارو و تهیه آن می‌باشد، در حالی که دغدغه اصلی می‌بایست بحث پیوند و ژن‌تراپی باشد. در حال حاضر بزرگ‌ترین مشکل بیماران تالاسمی در کشور ما تهیه دارویی است که باید به عنوان شلاتور آهن (آهن‌زدا) استفاده شود.

دکتر مجید آراسته رئیس انجمن تالاسمی ایران



فرد تالاسمی در صورتی می‌تواند باردار شود که از آهن‌زدای مناسب استفاده کند، که بتواند مکانیسم‌های بلوغ خود را طی کند. امروزه بیماری که مثلاً در ماه باید ۱۰۰ تا ۱۲۰ داروی دسفرال استفاده کند، در ماه ۲۰ تا ۳۰ دارو به دست می‌آورد و این یکی از بزرگ‌ترین چالش‌هایی است که با آن روبرو هستیم، که به شدت تمام درمان‌ها و زحماتی که در طی چندین سال توسط تیم‌های درمانگر کشیده شده است را به هدر می‌دهد. دو بحث مهم در بیماری تالاسمی یکی خون‌گیری است و دیگری آهن‌زدایی. اگر بیمار تالاسمی به اندازه کافی خون دریافت کرده و آهن اضافی را هم به موقع دفع کند، خیلی از عوارض بیماری تالاسمی در او کنترل خواهد شد. ولی در بیمار تالاسمی که به طور دائم خون می‌گیرد و از طرفی به علت کمبود داروهای آهن‌زدا، آهن‌زدایی به طور مناسب صورت نمی‌گیرد، مشکل ایجاد خواهد شد. اثرات منفی آهن، هیپوکسی، کم‌خونی و کم‌بودن مواد آنتی‌اکسیدان می‌تواند مشکلات عدیده‌ای را در این بیماران ایجاد کند.

شرایط لازم جهت درمان مناسب برای بیماران تالاسمی چیست؟

- ۱- تیم درمانگر
- ۲- آزمایشگاه و تست‌های تشخیصی
- ۳- مرکز درمانی
- ۴- دارو و تجهیزات پزشکی

تیم درمانگر مسئولیت فرد بیمار یا گروه بیماران را قبول می‌کند. یک پزشک فوق تخصص خون اطفال و بزرگسال باید در این تیم به عنوان مسئول درمان و شخصی

درمان باید حتما پزشک ثابتی داشته باشیم که دوره کاملی در درمان تالاسمی گذرانده و بتواند درمان کند، تصمیم‌گیری کند، مشاوره بدهد، مشاوره بگیرد و هماهنگی‌ها را انجام دهد.

پرستاران به عنوان کلیدی‌ترین اعضای تیم درمانگر تالاسمی هستند که باید با بیماران، و خانواده آنان ارتباط برقرار کنند و بتوانند این اطمینان خاطر را به آنها بدهند که درمان با شرایط موجود می‌تواند بسیار کارساز باشد.

کارشناسان آزمایشگاه از اعضای دیگر تیم درمان، باید دوره لازم را در زمینه بیماری

که برنامه درمان را مشخص می‌کند، حضور داشته باشد. متأسفانه فوق تخصص خون بزرگسال تمایلی به درمان افراد تالاسمی بزرگسال ندارند.

پزشک درمانگر تالاسمی که در دنیا به عنوان تالاسمیولوژیست می‌شناسند و متأسفانه در کشور ما به این مسئله کمتر توجهی شده است نیز باید در این تیم حضور داشته باشد. یک فوق تخصص خون در سال ۳ تا ۴ بار بیمار تالاسمی را ویزیت می‌کند ولی پزشک درمانگر تالاسمی (تالاسمیولوژیست) باید در هر مراجعه بیمار تالاسمی را ویزیت نماید و روند درمانی فرد را ثبت کند. در هر مجموعه

به خریداری وسیله، دستگاه و تجهیزات جهت استفاده بیماران می‌کنند، در حالی که توجه چندانی به آنها و نقش مهم‌شان نمی‌شود.

در بحث درمان بیماران تالاسمی، از بزرگترین مشکلات، آزمایشگاه‌ها و تست‌های تشخیصی می‌باشند. متأسفانه کیت‌های موجود در کشور ما در بسیاری از موارد استاندارد نیستند. کالیبریزاسیون دستگاه‌ها در خیلی از موارد صورت نمی‌گیرد و یا ثبت نمی‌شود. استانداردسازی آزمایشگاه‌ها نه تنها برای بیماران تالاسمی بلکه برای تمام افراد جامعه باید صورت‌پذیرد.

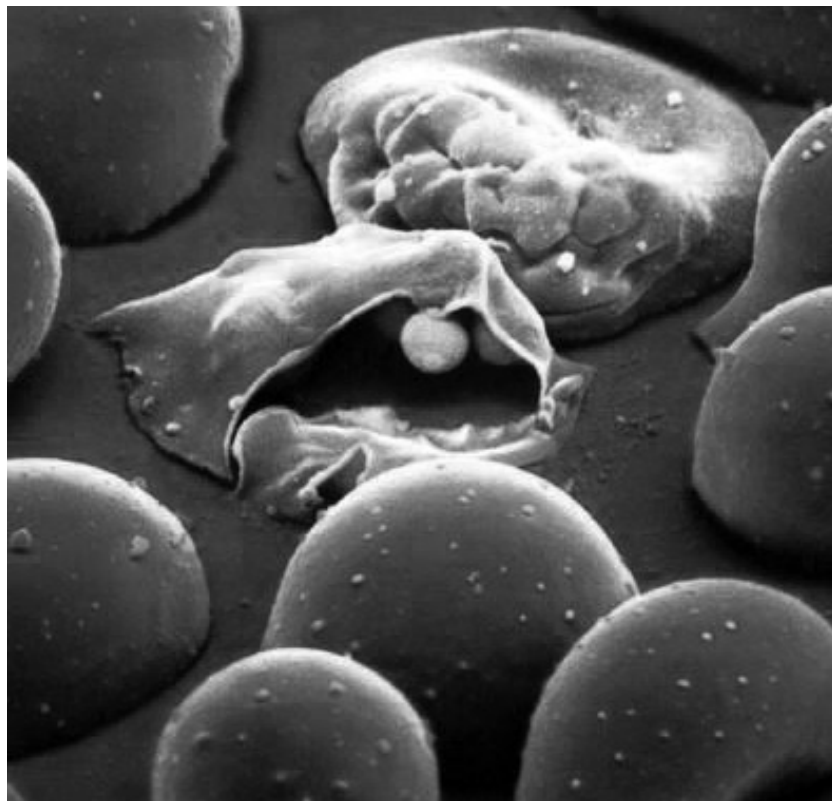
در مورد مراکز درمانی تالاسمی، حتماً باید بخش تزریق خون و بستری موجود باشد. تا آنجا که ممکن است خدمات پاراکلینیکی و آزمایشگاهی باید در این مراکز متمرکز باشد، به عبارت دیگر به منظور صرفه‌جویی در وقت و انرژی بیماران و همچنین کاهش هزینه‌های درمان آنان متمرکز گردیدن کلیه خدمات تشخیصی و درمانی در مراکز درمانی تالاسمی ضروری است.

بحث آموزش و مشاوره بیمار و خانواده او از موارد بسیار مهمی است که لزوم وجود یک مرکز مشاوره را در مرکز درمانی قطعی می‌نماید. بحث اعتیاد نیز یکی از معضلاتی است که شاید بهتر باشد مراکز ترک اعتیاد را در مراکز درمانی داشته باشیم.

در قسمت تجهیزات پزشکی، به علت اینکه رقابت کمی بین شرکت‌های تولیدکننده دستگاه‌های مورد نیاز بیماران وجود دارد، بسیاری از دستگاه‌ها کیفیت نداشته، زود از بین رفته و یا کارآیی لازم ندارند.

در آنالیزهای صورت گرفته، مشخص شده به علت نوسانات دارویی ایجاد شده در یکی دو سال اخیر، هزینه‌های بستری بیمارستان‌ها در بحث تالاسمی بیش از ۵ تا ۶ برابر شده است.

دغدغه اصلی بیماران تالاسمی حل مشکلات، رفع چالش‌های دارویی، و توجه به درمان‌شان در مراکز درمانی متناسب با شأن آنها می‌باشد.



بیماران تالاسمی استفاده‌های نمی‌شود، در صورتی که باید مشکلات آنها پرسیده شود، چراکه خیلی وقتها می‌توانند راهکارهایی ارائه بدهند که هزینه‌های درمان به حداقل رسانده شود.

خود بیمار یکی از ارکان اساسی تیم درمانگر است. باید با بیمار صحبت شود، آموزش داده شود، و دریابد که جایگاه او در تیم درمانگر چیست. به بیان دیگر اساسی‌ترین عضو تیم درمانگر بیمار است.

در تیم درمانگر، نهادهای دولتی مانند وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر نیز وجود دارند که در حل مشکلات بیماران در بسیاری از مواقع آن را خارج از تعهدات خود دیده و آن را بر عهده قانون می‌گذارند. در حال حاضر بسیاری از بیمارانی که برای شروع درمان خون‌گیری خود، به دنبال مهر بیماران خاص هستند مراحل سختی را باید طی کنند.

نهادهای غیر دولتی مثل انجمن‌های تالاسمی، NGO ها و خیریه‌ها هم از اعضای تیم درمانگر هستند. در بسیاری از استان‌ها خیرین اعضا بسیار مهمی هستند که کمک

تالاسمی دیده باشند و مهارت کافی در این زمینه داشته باشند. یک کارشناس خبره آزمایشگاه می‌تواند جلوی خیلی از عوارض ناشی از تزریق خون را بگیرد.

در بیشتر مواقع، جای خالی یک روانشناس در مجموعه‌های درمانی تالاسمی کشور حس می‌شود، به خصوص در مورد بچه‌هایی که بار اول می‌خواهند خون بگیرند، که باید با او و خانواده‌اش صحبت شود. این بیمار یک عمر می‌خواهد خون دریافت کند، پس باید آموزش ببیند و در مورد مشکلات روانی با او صحبت گردد. خیلی از والدین کودکان تالاسمی دچار افسردگی هستند که باید مشاوره شوند.

در تیم درمانگر، خانواده جایگاه مهمی دارد. اگر خانواده به بچه آموزش ندهد و او را به مرکز درمانی نبرد، درمان کودک به خوبی صورت نمی‌گیرد. دفورمیتی‌هایی که دیده می‌شود از زدن خون در کودکان تالاسمی است که خوشبختانه این موارد امروزه بسیار کمتر دیده می‌شود. متأسفانه در تصمیم‌گیری‌هایی که در سطح وزارتخانه گرفته می‌شود، از نظرات خانواده‌های

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.

ترجمه: دکتر سمیرا مجیدیان

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 خیابان‌ها و پیاده‌روها می‌باشد و اگر ممکن نیست، اطراف خانه در اتاق‌ها راه بروید و زمانی که تلویزیون تماشا می‌کنید یا به موزیک 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 پیاده روی کنید.
- از یک قدم شمار می‌توانید برای شمردن قدم‌هایتان استفاده کنید.

شروع کنید. ابتدا ۵ تا ۱۰ دقیقه در روز برای ورزش زمان 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.

براساس آمار، جمعیت زیادی از بالغین حتی ۳۰ دقیقه فعالیت فیزیکی در روز ندارند و بقیه افراد هیچگونه فعالیت‌تی 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 بیشتری و استرس کمتر دست پیدا می‌کنید.

قدم‌ها را به تدریج زیاد کنید.

اگر فعالیت زیادی ندارید از همین امروز



دیابت و اختلالات روانی

دیابت شایع‌ترین بیماری غدد درون‌ریز به شمار می‌رود. در این بیماری سوخت و ساز گلوکز در بدن دچار اختلال می‌شود و این اختلال به صورت افزایش سطح قند خون بروز می‌یابد. دیابت دارای دو نوع اصلی است.

دکتر حمید یوسفی، دکتر شهربانو قهاری کلینیک تخصصی و فوق تخصصی دیابت

باشد. دیابت هم در تشخیص و هم درمان خود بیماری و پیگیری عوارض متعدد بر سیستم‌های مختلف نیازمند تلاش و پشتکار بسیار است. ماهیت بیماری نیز محدودیت‌های فراوان در زندگی فردی و اجتماعی شخص ایجاد می‌کند. اختلالات روانی چندی ممکن است در بیماران دیابتی به طور شایع دیده شوند و از سوی دیگر اختلالات روان پزشکی و درمان‌های مرتبط با آنها می‌تواند منجر به تغییرات متابولیک از جمله بیماری دیابت در بیماران گردد.

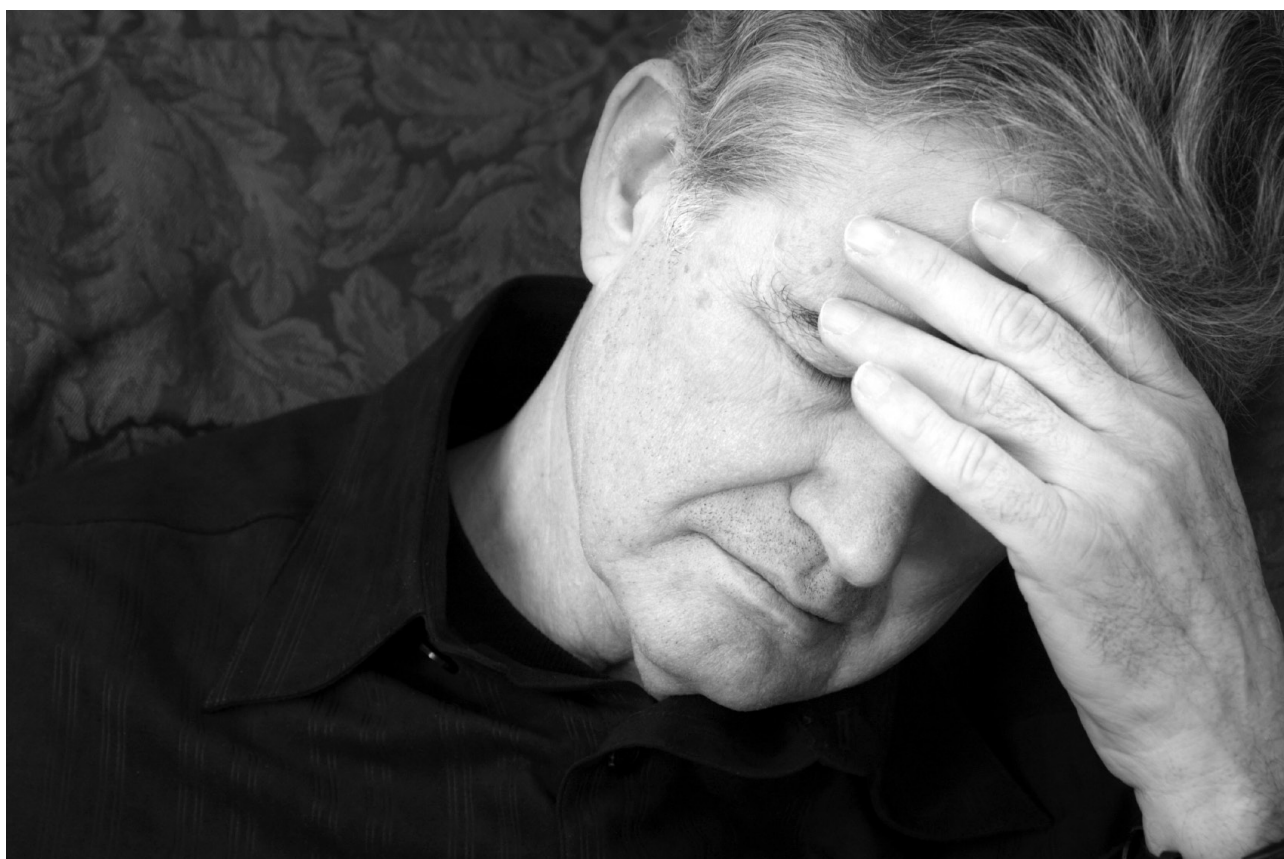
اساسی در مقاومت سلول‌های بدن به اثرات انسولین است. به عبارت دیگر هورمون انسولین در خون وجود دارد ولی قادر به اثرگذاری بر سلول‌های بدن نیست.

دیابت با علایم معروف خود یعنی پر نوشی مایعات و پر ادراری شناخته می‌شود (لغت دیابت در اصل به معنای پر ادراری است).

دیابت یک بیماری مزمن است و مانند هر وضعیت مزمن و توان‌فرسایی می‌تواند به همراه عوارض متعدد جسمی- روانی

دیابت نوع اول یا دیابت تیپ یک به علت نقص در ترشح هورمون انسولین در بدن رخ می‌دهد. انسولین مهم‌ترین هورمون کنترل‌کننده متابولیسم گلوکز است. با کمبود ترشح انسولین میزان گلوکز خون افزایش می‌یابد.

در دیابت نوع دوم یا دیابت تیپ دو که شایع‌ترین نوع دیابت نیز است، نقص در ترشح انسولین وجود ندارد بلکه اشکال



از اختلال عدم تحمل گلوکز در بیماران دمانس است.

باید به یاد داشت که کاهش حافظه جزو روند طبیعی افزایش سن نیست و لازم است در کلیه بیماران دیابتی هرگونه شکایت از نظر فراموشی را مورد ارزیابی قرار داد.

منابع

1.Ciechanowski PS,et al :Depression and diabetes .Impact of depressive symptoms on adherence, function and costs .Arch Intern Med 2000;160.2101-2107

2.Anderson RJ,et al: The prevalence of co morbid depression in adults with diabetes. Diabetes Care 2001;24.1069-1078

3.Kruse J,et al:On the association between diabetes and mental disorders in a community sample. . Diabetes Care 2003;26.1841-1846

4.Gardner DM, et al: Modern antipsychotic drugs. A critical overview .CMAJ .2005;172.1703-1711

5.Hermanns N,et al:Affective and anxiety disorders in German sample:prevalence,co morbidity and risk factors.Diabetes Medicine:2005;22.293-300



اسکیزوفرنیا

مشخص نیست آیا اسکیزوفرنیا خود ریسک فاکتور مستقل برای بروز دیابت است یا خیر. برخی مطالعات حاکی از شیوع بالاتر هایپرگلیسمی و عدم تحمل گلوکز در بیماران اسکیزوفرنیا است. این بیماران معمولاً از نوعی زندگی کم تحرک و با عادات نامناسب غذایی رنج می‌برند که می‌تواند باعث افزایش وزن و چاقی آنها و در نتیجه احتمال بیشتر بروز دیابت در ایشان گردد. مطالعات دیگر حاکی از آن است که شیوع دیابت و چاقی در بیماران اسکیزوفرنیا دو تا چهار برابر شایع‌تر از جمعیت عادی است.

برخی مطالعات شیوع کلی دیابت در این بیماران را ۱۶ تا ۲۵ درصد برآورد کرده‌اند. همچنین داروهای آنتی سایکوتیک به ویژه انواع جدید این داروها می‌توانند باعث افزایش سطح قند و بروز دیابت گردند.

دمانس

شیوع دیابت تیپ دو به مانند دمانس با افزایش سن بیشتر می‌شود. برخی یافته‌ها نشان داده است که بروز دمانس همراه با افزایش میزان چاقی و بروز دیابت در سنین بالاست. یکی از تئوری‌های پاتوژنز بیماری آلزایمر مدعی وجود مقاومت سلولی عصبی در برابر انسولین است. برخی شواهد حاکی

افسردگی

افسردگی شایع‌ترین اختلال روان پزشکی در بیماران دیابتی است. دیابت نوعی فقدان loss در توان جسمی و فردی شخص محسوب می‌شود و مانند هر فقدان می‌تواند باعث بروز علایم افسردگی شامل خلق گرفته و افسرده، نومیدی، احساس بی‌ارزشی و ناتوانی در تمرکز و انجام امور روزانه به همراه مشکلات خواب و افکار مرگ و خودکشی گردد. به علاوه افسردگی ممکن است در کنترل و درمان دیابت و عوارض آن موجب اختلال شود. هم چنین به اثبات رسیده که با درمان افسردگی در بیماران دیابتی، کنترل و درمان دیابت نیز بهبود می‌یابد. در بیماران مبتلا به دیابت، افسردگی ریسک فاکتوری مستقل برای ایجاد بیماری عروق کرونر محسوب می‌گردد و درمان افسردگی در کنار بهبود کنترل دیابت ریسک مشکلات قلبی را نیز کاهش می‌دهد.

اختلالات اضطرابی

تشخیص دیابت باعث افزایش سطح اضطراب، علائم مشابه اختلالات اضطراب فراگیر و فوبیاهای خاص از جمله اضطراب اجتماعی و گذر هراسی می‌گردد. بروز برخی عوارض درمانی مانند هیپوگلیسمی متعاقب درمان‌های دارویی می‌تواند برخی اختلالات اضطرابی را تقلید نماید.

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

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.

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 پاها 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 یادآوری 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.

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 در حالی که بعضی دیگر به 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

نوروپاتی دیابتی به معنی اختلال در کارکرد اعصاب محیطی بدن است. انتقال دوطرفه 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 یا 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





باعث ایجاد سرطان دهانه رحم و ویروس هیپاتیت B باعث سرطان کبد می‌شود. همچنین متخصصان دریافته‌اند اگر با استفاده از آنتی‌بیوتیک عفونت باکتری هلیکو باکتر پیلوری از شکم دفع شود، می‌توان از ایجاد سرطان معده جلوگیری کرد.

منبع: هفته نامه عصر پزشکی
شماره ۱۹۶

هدف از رژیم غذایی در دوران بارداری تامین نیاز مادر، جنین و کنترل سطح قند خون در این دوره است.

یک عضو تیم تخصصی مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری و سقط مکرر ابن سینا با اشاره به اهمیت تغذیه در دوران بارداری گفت: هدف از رژیم غذایی در دوران بارداری، تأمین نیاز مادر، جنین و کنترل سطح قند خون در این دوره است. دکتر لادن گیاهی با اشاره به این که پایه و اساس تمام توصیه‌های تغذیه‌ای رعایت تعادل، تنوع و اندازه در استفاده از تمام گروه‌های غذایی برای تأمین انرژی و سلامت مادر و رشد و تکامل جنین است، گفت: در تمام طول بارداری مادر و جنین در هر آنچه می‌خورند، می‌نوشند و تنفس می‌کنند با یکدیگر مشترک هستند و به همین علت دوران بارداری و شیردهی از دوره‌های آسیب‌پذیر زندگی به شمار می‌آید.

وی با بیان این که توجه به دریافت پروتئین

B و C است.

این گونه عفونت‌ها مسئول ایجاد ۱/۹ میلیون مورد از سرطان‌های گردن رحم، روده و کبد هستند. بیشترین موارد این نوع سرطان‌ها در کشورهای در حال توسعه دیده می‌شود.

اعضای موسسه بین‌المللی تحقیقات سرطان در فرانسه می‌گویند باید تلاش‌های بیشتری برای از میان بردن این سرطان‌های قابل پیشگیری انجام شود. آنها همچنین می‌گویند مردم باید بدانند سرطان از طریق انتقال این ویروس‌ها در فرد به وجود می‌آید.

سرطان‌هایی که از راه عفونت به وجود می‌آیند، در کشورهای در حال توسعه سه برابر بیشتر از کشورهای توسعه یافته دیده می‌شود. به عنوان مثال در ناحیه شرق آسیا میزان این نوع سرطان‌ها ۲۲/۹ درصد است در حالی که در انگلیس این میزان ۷/۴ درصد است. بیش از نیمی از این نوع سرطان افراد کمتر از ۵۰ سال را مبتلا می‌کنند.

بالاترین میزان سرطان از طریق بیماری‌های عفونی در میان زنان، سرطان دهانه رحم و میان مردان ۸۰ درصد سرطان کبد و روده است.

عفونت از طریق ویروس، باکتری و انگل‌ها بیشترین و قابل پیشگیری‌ترین دلایل ایجاد سرطان در دنیا هستند.

اجرای کردن روش‌های بهداشت عمومی موجود برای مقابله با عفونت مانند واکسیناسیون، روش‌های ایمن‌تر تزریق و یا درمان‌های آنتی‌بیوتیکی، باعث کاهش مشکلات آتی در زمینه سرطان در دنیا خواهد شد.

در حال حاضر واکسن‌هایی که برای پیشگیری از عفونت‌های سرطان‌زا وجود دارند، شامل واکسن ویروس پاپیلوم انسانی و هیپاتیت B هستند. ویروس پاپیلوم انسانی

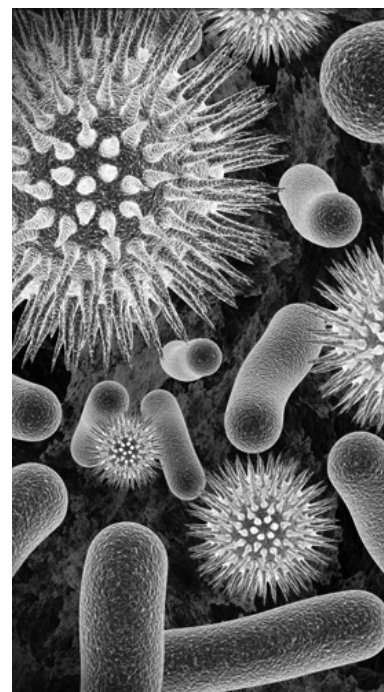
آیا می‌دانید

عفونت و سرطان

تحقیقات جدید نشان می‌دهد از هر ۶ مورد سرطان، یک مورد به علت عفونت‌هایی که قابل پیشگیری و درمان بوده‌اند، به وجود می‌آید.

شمار سرطان‌های ناشی از عفونت در سطح جهان ۲ میلیون مورد در سال برآورد می‌شود. علت ۲۷ نوع سرطان در ۱۸۴ کشور مورد بررسی قرار گرفته است.

بر اساس نتایج به دست آمده، چهار نوع بیماری عفونی اصلی، منشأ بسیاری از سرطان‌ها شناخته شده‌است که این عفونت‌ها ناشی از ویروس پاپیلوم انسانی، هلیکو باکتر پیلوری، و ویروس‌های هیپاتیت





کافی در دوران بارداری ضروری است، افزود: در صورت عدم دریافت پروتئین کافی از اندوخته پروتئینی در ماهیچه بدن مادر جهت رشد جنین استفاده خواهد شد.

دکتر گیاهی با اشاره به وزن‌گیری مطلوب در دوره بارداری گفت: ویژگی‌های ژنتیکی، وضعیت سلامت مادر، فعالیت فیزیکی او، باورهای فرهنگی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی از عواملی هستند که با افزایش وزن بارداری ارتباط مستقیم دارد.

وی با بیان این‌که آگاهی از وضعیت وزن قبل از بارداری اولین گام برای تعیین روند وزن‌گیری بهینه است، عنوان کرد: زنانی که اولین بارداری را تجربه می‌کنند، زنان کمتر از ۲۵ سال سن و زنان دارای سطح تحصیلات ابتدایی، معمولاً بیش از حد طبیعی وزن می‌گیرند.

این متخصص تغذیه با اشاره به عوارض افزایش بیش از حد وزن در زنان باردار گفت: در این زنان احتمال ابتلا به دیابت بارداری و تولد نوزاد با وزن بالای ۴ کیلوگرم بیشتر می‌شود همچنین احتمال زایمان طبیعی کاهش یافته و موفقیت در شیردهی کامل در این مادران پایین‌تر است.

وی با اشاره به این‌که خطر زایمان زودرس و تولد نوزاد زیر وزن طبیعی از عوارض زنان بارداری است که وزن آنها به اندازه کافی اضافه نشده است، افزود:

احتمال ایجاد اختلالات فیزیکی و ساختی و مرگ و میر در نوزادان این مادران بیشتر از سایرین بوده و همچنین احتمال ابتلا به بیماری‌های مزمن نیز در آینده فرزند آنها در بزرگسالی افزایش می‌یابد.

دکتر گیاهی با اشاره به روند افزایش وزن در سه ماهه اول بارداری گفت: افزایش وزن بین ۱ تا ۲ و حداکثر تا ۳ کیلوگرم در این دوره توصیه می‌شود و همچنین افزایش وزن در سه ماهه دوم و سوم حدود ۳۵۰ تا ۴۵۰ گرم در هفته است.

وی در ادامه با اشاره به مهم‌ترین نکات در پرهیز غذایی در دوره بارداری گفت: در این دوره تغییرات هورمونی باعث ضعیف‌تر شدن عملکرد سیستم ایمنی بدن می‌شوند و این امر مبارزه با میکروب‌ها را که ممکن است از طریق غذا وارد شوند دشوارتر می‌کند، بنابراین محافظت در برابر



مسمومیت غذایی در دوره بارداری بسیار مهم است.

این متخصص تغذیه با تأکید بر اینکه می‌بایست مواد غذایی یخ زده در یخچال یا مایکروویو، یخ‌زدایی شوند، افزود: در این دوره غذاهای دریایی نیمه خام و نیمه پخته را مصرف نکنند و همچنین از مصرف تخم مرغ و گوشت نیمه پخته و خوراکی‌ها و سس‌هایی که از تخم مرغ خام یا نیمه پخته استفاده می‌کنند پرهیز شود.

دکتر گیاهی همچنین با اشاره به توصیه‌های کاربردی جهت اصلاح الگوی غذایی در دوران بارداری گفت: زنان باردار بهتر است از سرخ کردن غذاها خودداری کرده و در حد امکان آنها را به شکل آب‌پز، بخارپز و کبابی مصرف کنند. همچنین می‌بایست مصرف کیک‌های خامه‌ای و دسرهای چرب به یک یا دو بار در ماه و آن هم حجم کم محدود شود.

وی جهت دریافت مواد قندی و نشاسته‌ای بدن نیز توصیه کرد: به جای مصرف قند و شکر به همراه چای از میوه خشک استفاده شود و مصرف دوغ و آب میوه‌های طبیعی به جای نوشابه‌های گازدار از دیگر الزامات است.

اخبار پزشکی



دیابتی‌ها بیشتر مراقب سلامت دهان خود باشند.

یافته‌های محققان نشان می‌دهد افرادی که مبتلا به بیماری دیابت هستند باید با کنترل سطح گلوکز خون خود به حفظ سلامت دهان و دندان کمک کنند. محققان معتقدند افرادی که از بیماری دیابت رنج می‌برند بیشتر در معرض ابتلا به بیماری‌های دهان و لثه هستند.

محققان هندی این مطالعه معتقدند عدم کنترل سطح گلوکز خون به این معنی است که بدن قابلیت مبارزه با باکتری‌های مخرب سلامت دندان را ندارد و باعث بروز عفونت و تخریب دندان‌ها می‌شود.

یافته‌های این محققان نشان می‌دهد افرادی که مبتلا به بیماری دیابت هستند باید با کنترل سطح گلوکز خون خود به حفظ سلامت دهان و دندان کمک کنند.

همچنین این محققان دریافتند ارتباط میان بیماری‌های لثه و دیابت همچون خیابانی دو طرفه است. به این معنی که نه تنها افراد دیابتی مستعد ابتلا به بیماری‌های لثه هستند بلکه بیماری‌های شدید لثه می‌تواند بر کنترل گلوکز خون تاثیر مخرب داشته باشد.

منبع: ایسنا

چگونه هورمون درمانی می‌تواند به

سرطان پستان بینجامد

سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در میان زنان است و در اروپا، انگلستان و آمریکا از هر هشت نفر یکی به آن دچار شده است. بررسی‌های تازه نشان داده‌اند که هورمون‌های جنسی ساختگی به نام پروژستین‌ها که در هورمون درمانی جایگزینی (HRT) و در قرص‌ها ضدبارداری به کار می‌روند می‌توانند خطر سرطان پستان را افزایش دهند.

اکنون پژوهش‌گران اتریشی ساز و کاری را شناسایی کرده‌اند که این هورمون‌ها می‌توانند بر سلول‌های پستان اثر بگذارند. پیش از این روشن شده بود که پروتئینی به نام RANKL نقش کلیدی در سلامت استخوان‌ها دارد. این پروتئین سلول‌های تجزیه‌کننده مواد استخوان را فعال می‌کند. این فرآیند برای بازسازی استخوان و فرستادن کلسیم مورد نیاز به درون خون ضروری است. اما افزایش بیش از اندازه مقدار این پروتئین به پوکی استخوان در میلیون‌ها نفر در سراسر جهان انجامیده است. شناسایی همین پروتئین در سلول‌های پستان سرخی

شد برای دانشمندان تا ارتباط هورمون‌های جنسی و سرطان پستان را پیدا کنند. در مقاله‌ای که پژوهش‌گران در مجله نیچر Nature به چاپ رساندند گزارش شده است که یک هورمون به کار رفته در هورمون درمانی جایگزینی و قرص‌های ضدبارداری می‌تواند پروتئین RANKL را در سلول‌ها پستان موش فعال کند. در نتیجه سلول‌های پستان تقسیم می‌شوند و شمار آنها افزایش می‌یابد و آنگاه که باید بمیرند نمی‌میرند. افزون بر این، سلول‌های بنیادی در پستان خودشان را نوسازی می‌کنند که سرانجام به سرطان پستان می‌انجامد. در مقاله دیگری در مجله نیچر پژوهش‌گران گزارش کرده‌اند که مهار کردن RANKL در برخی موش‌ها از سرعت پیدایش تومور پستان می‌کاهد و به کاهش آمار سرطان پستان در موش‌ها می‌انجامد. در موش‌های دیگر مهار RANKL نه تنها به کاهش تومور پستان بلکه به کاهش متاستاز سلول‌های سرطانی در شش‌ها انجامیده است.

منبع: NATURE

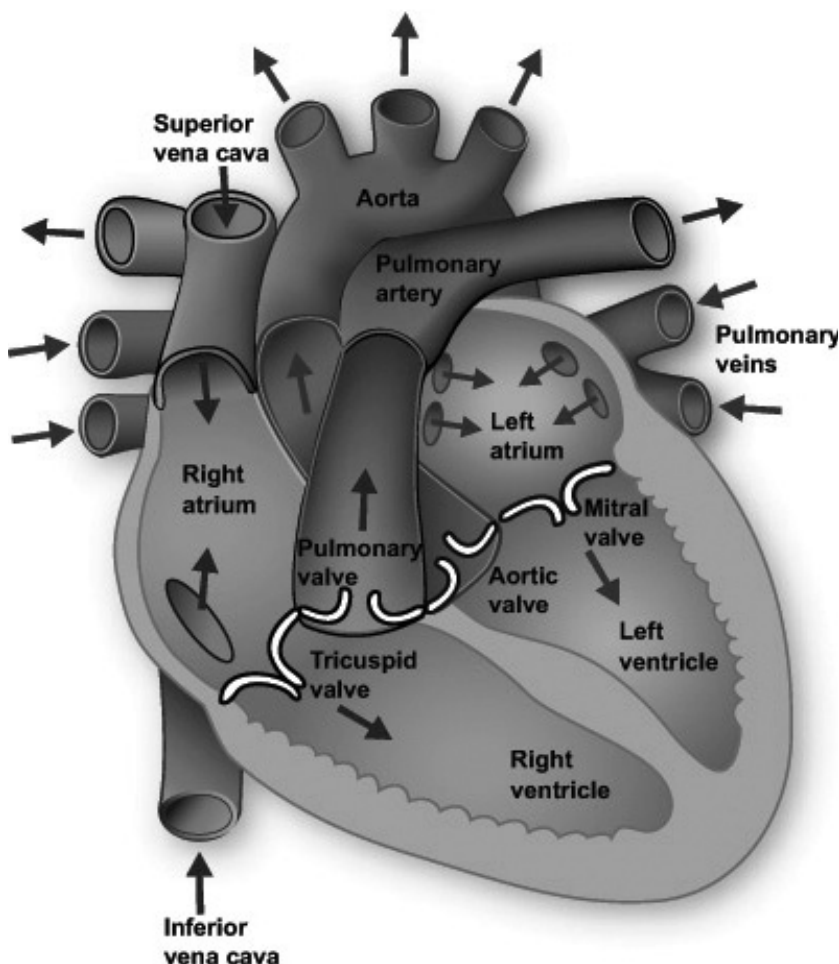
بیماران دارای سابقه بیماری‌های قلبی عروقی، نارسایی احتقانی قلبی و فیبریلاسیون سرخرگی از این تحقیق حذف شدند. میانگین مدت زمان ابتلا بین ۸ تا ۱۰ سال و مدت زمان پیگیری بیماران بیش از ۵ سال بود.

بیماران تقریباً بطور مساوی به دو گروه تقسیم شدند یک گروه افرادی که مقدار هموگلوبین A1C آنها به میزان ۰٫۱ درصد یا بیشتر کاهش یافته است (مقدار اولیه ۷٫۸ درصد و مقدار نهایی به ۷ درصد رسیده است) و دسته دوم کسانی که مقدار هموگلوبین A1C در آنها یا ثابت مانده است و یا افزایش یافته است (میانگین مقدار اولیه آنها ۷٫۷ درصد و مقدار نهایی به ۳٫۸ درصد رسیده است).

علاوه بر کاهش میزان کل مرگ و میر، محققین دریافتند که کنترل گلیسمیک بطور قابل توجهی سبب کاهش خطر وقایع قلبی مربوط به عروق کرونر به میزان ۳۹ درصد و کاهش میزان بیماری‌های قلبی عروقی غیرکشنده به میزان ۳۷ درصد می‌گردد.

به گفته محققین خطر مطلق اولین واقعه کشنده یا غیر کشنده که به دلیل بیماری عروق کرونر اتفاق می‌افتد، ۱۰٫۳ مورد در هر هزار نفر در سال برای افرادی است که کنترل بهتری بر روی مقدار قند خون خود دارند. در حالیکه این خطر در افرادی که کنترل خوبی بروی مقدار قندخون خود ندارند به میزان ۱۷٫۹ در هر هزار نفر در سال است. این اعداد برای اولین وقایع قلبی عروقی به ترتیب ۱۵٫۱ و ۲۶٫۱ در هر هزار نفر در سال است.

بیمارانی که تحت مراقبت‌های منظم هستند و میزان هموگلوبین A1C آنها به ۷ درصد (عدد هدف) رسیده است میزان خطر وقایع قلبی عروقی در آنها بشدت کاهش می‌یابد.



به دلیل خطرات قلبی عروقی به ۱۷٫۸ مورد در هر هزار نفر در سال افزایش می‌یابد. نتایج فوق بعد از تطابق متغیرهایی نظیر سن، مدت ابتلا به دیابت، جنسیت، فشار خون و درمان فشار خون، وضعیت چربی و درمان آن، مقدار هموگلوبین A1C، مقدار آلبومین موجود در ادرار و نمایه توده بدنی و همچنین تغییرات این عوامل و درمان‌ها در طی زمان بدست آمده است. دانشمندان با آنالیز اطلاعات بدست آمده از ۱۸۰۳۵ بیمار که دارای مقدار هموگلوبین A1C بین ۷ تا ۸٫۷ درصد بودند و در محدوده سنی ۳۰ تا ۷۵ سال قرار داشتند و نمایه توده بدنی آنها بیش از ۱۸ کیلوگرم بر مترمربع بود و مقدار کراتینین سرمی آنها کمتر یا مساوی با ۱٫۷ میلی گرم در دسی‌لیتر بود، به نتایج فوق دست یافتند.

کنترل گلیسمیک و کاهش خطر بیماری‌های قلبی عروقی

در بیماران مبتلا به دیابت که به درمان‌های پایین آورنده قندخون جواب می‌دهند، خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی کاهش می‌یابد. بیمارانی که با درمان‌های کنترلی دیابت میزان هموگلوبین A1C خود را به میزان یک درصد کاهش داده‌اند - از میانگین ۷٫۸ درصد به ۷ درصد - میزان خطر مرگ بر اثر خطرات قلبی عروقی، ۴۵ درصد کاهش می‌یابد.

خطر مرگ تنها به دلیل خطرات قلبی عروقی ۹٫۹ واقعه در بین هر هزار نفر در سال در بین بیمارانی است که مقدار هموگلوبین A1C خود را کاهش داده‌اند اما در بیمارانی که هموگلوبین A1C آنها افزایش یافته یا ثابت است میزان وقوع مرگ

بين الملل



معرفی فدراسیون بین‌المللی تالاسمی TIF و جدیدترین فعالیت‌های آن

همان‌طور که مستحضردید، فدراسیون بین‌المللی تالاسمی (تیف) یک نهاد غیر دولتی است که در جهت بهبود شرایط زندگی برای بیماران مبتلا به تالاسمی فعالیت می‌کند. متن زیر گزارشی از مهم‌ترین فعالیت‌های انجام شده، توسط این فدراسیون در بازه زمانی نوامبر ۲۰۱۱ تا می ۲۰۱۲ می‌باشد.

ترجمه و تنظیم: ندا جلیلیان

به روز رسانی و بازسازی ۲ مورد از انتشارات تیف/ کتاب پیشگیری از تالاسمی جلد ۱ و ۲ نیز در حال انجام است و به عنوان ۴ مورد از انتشارات جدید تیف در این سازمان وجود دارد تا در انتهای سال ۲۰۱۲ نهایی گردد. - در رابطه با ابزارهای ارتباطی تیف و توسعه آن‌ها برای دسترسی راحت‌تر بیماران، باید متذکر گشت که، تیف به این خاطر تحت یک فاز چالشی قرار دارد.

این فاز اساساً به خاطر بازسازی دفتر پایگاه اطلاع رسانی، وب سایت و مجله تیف می‌باشد، در حالی که خبرنامه الکترونیکی آن نیز در راه است.

کلیه این فعالیت‌های درونی برای بهبود امکانات و توسعه ظرفیت اطلاعاتی برای همه اعضا و سهام‌داران و تاثیرگذاری بیشتر مقر تیف در کار روزانه‌اش بوده است.

- پراهمیت‌ترین و سنگ بنایی‌ترین مورد برای ارتقاء فعالیت‌ها در منطقه، بر پایه همکاری نزدیک تیف با رهبر منطقه، شیخ ابن شیخ صیف آل نهیان و رئیس سازمان (بنیاد بشر دوستی و توسعه علمی شیخ سلطان ابن خلیفه آل نهیان) بوده است.

با در نظر گرفتن جایزه بین‌المللی تالاسمی پیشرفت قابل توجهی حاصل گشته که ضوابط و معیارها و روندهای انتخابی کمیته‌های علمی برجسته برحسب این جایزه پایه‌گذاری شده است.

این موضوع برای تیف یک مزیت چشم‌گیر به شمار خواهد آمد، چراکه با آغاز کار این فدراسیون ارتقاء دانش و آموزش متخصصین ادامه می‌یابد تا به مرکز فعالیت‌ها تبدیل گردد. همکاری‌های بیشتری نیز بین تیف و بنیاد سلطان ابن خلیفه و انجمن تالاسمی

عظیم همراه بود، چراکه برای اولین بار بیش از ۳۰۰ شرکت کننده شامل مقامات WHO / نمایندگان متخصصین سلامت سازمان بهداشت جهانی/ متخصصین و بیماران و سرپرستان بیماران از ۲۰ کشور آسیای جنوب شرقی و منطقه پسینیک غربی، در این برنامه شرکت نمودند و همکاری فعالانه‌ای برای تهیه قطعنامه نهایی و توصیه‌نامه برای کنترل اختلالات هموگلوبین در هر دمنطقه داشته‌اند.

- تلاش‌های مهم و قابل توجهی صورت گرفت و این تلاش‌ها در جهت به چالش کشیدن سومین کنفرانس پان اروپایی با موضوع هموگلوبینوپاتی و کم خونی‌های نادر - اکتبر گذشته- در لیماسول قبرس بوده است.

اگر چه هنوز کنفرانس‌های منطقه‌ای در قلب بحران‌های اقتصادی جهان و در متن قبرس با فرض ریاست هیئت اروپایی، سازمان‌دهی می‌گردند.

- ترجمه و انتشار محصولات آموزشی تیف، یکی از خدمات در حال پیشرفت این فدراسیون است که به همراه کتب منتشره تیف، در دسترس صدها نفر از بیماران و سرپرستان آنها و متخصصین سلامت در سراسر جهان قرار دارد.

تمرکز تیف در این بازه زمانی می‌تواند به صورت ذیل خلاصه گردد:

- ملاقات با هیئت نمایندگان کشورهای مختلف، خواه این نمایندگان، نمایندگان افتخاری باشند، مثل روسیه و خواه نمایندگان کشورهای نظیر: چین، عربستان سعودی، بلغارستان، فلسطین اشغالی، بنگلادش و اندونزی که به صورت جدی برای حمایت نمودن بیماران، بر پایه همکاری و مشارکت و هماهنگی و مرتبط نمودن برنامه‌ها با سهام‌داران ذی‌نفع و ارتقاء بهداشت و سایر سیاست‌های موجود برای این بیماری‌ها هم‌کاری داشته‌اند.

- شرکت نمودن در جلسات گوناگون و ملاقات با مقامات عالی‌رتبه نظیر کمیسیونر بهداشت اروپا و مشارکت نمودن در نشست‌های سازمان بهداشت جهانی WHO و همکاری با این سازمان، و همچنین مقامات بهداشتی در سطح ملی نظیر مقامات قبرس، با این فرض که انجام این کار راه را به سمت حصول بهترین نتیجه و باقی ماندن (سیاست رسیدگی به اختلالات هموگلوبین) در راس سیاست‌های اروپا هموار می‌کند.

- برگزاری اولین کنفرانس پان آسیایی در باره هموگلوبینوپاتی، با یک موفقیت



TIF President
Panos Englezos

"... This year is dedicated to the fight against health inequalities and the promotion of equal access to healthcare"

زیاد و نرخ بالای حاملگی) پیشرفت قابل توجهی را ایجاد نموده‌اند.

- هم چنین بیان این نکته که، داروهای (کلاشن - آهن) مشمول دریافت حق بیمه در هر دوی این کشورها گشته است و حالا بیماران می‌توانند، هزینه‌های تحمیلی ناشی از درمان بیماری خود را به طور کامل جبران نمایند، بسیار مسرت بخش است.

ولو اینکه همچنان فعالیت بسیار عظیمی در هر دو منطقه برای مدیریت نمودن و پیشگیری از تالاسمی نیاز است.

هم زمان با این موضوع، باید در نظر داشت که بیماران در کشورهای دیگر نظیر اسپانیا و یونان که سیاست‌های آنها برای مدت زمان طولانی ثابت بوده است نیز، اخیراً با مشکلات مهمی مواجه بوده‌اند. (این موضوع به عنوان یک نتیجه از بحران اقتصادی آشکار در جبران هزینه‌های درمانی تلقی می‌گردد).

شبکه‌هایی از همکاری و سیاست‌های مختلف به صورت منطقه‌ای در دو منطقه آسیا و خاورمیانه و در اروپا با موضوع (سیاست‌های رویارویی با بیماری‌های نادر) ایجاد شده است.

خوشبختانه انجمن اروپایی هماتولوژی ارزش وجود گروه‌های حمایتی بیماران/سرپرستان بیماران را به خوبی درک نموده است و برای اولین بار در تاریخ آن، یک گروه سازمان یافته ایجاد کرده.

در میان فعالیت‌های تی‌ف، اپیدمیولوژی و مدیریت مورد نیاز تالاسمی اینترمدییت و تالاسمی غیر وابسته به انتقال خون جایگاه ویژه‌ای را در تاریخچه اختلالات هموگلوبین به خود اختصاص داده است.

انتظار می‌رود که این موضوع منجر به پیشرفت قابل توجهی در مراقبت از بیماران مبتلا به این فرم از تالاسمی گردد.

تی‌ف موقعیت خود را در مورد موضوعات اساسی مربوط به امنیت جامعه جهانی بیماران، بیان و شفاف‌سازی نموده است، این موضوع در بردارنده: حقوق بیماران، تولید داروهای تقلبی می‌باشد.

این موضوع در آینده بیشتر توسعه خواهد



THALASSAEMIA
INTERNATIONAL
FEDERATION

TIF MAGAZINE

APRIL
- 2011

issue_59

Published by the Thalassaemia International Federation_www.thalassaemia.org.cy

8th May - World Thalassaemia Day
"Equal Chance to Life"

Come join us
International
Conference
in Antalya -
Turkey

11-14 May 2011
Congress Venue Antalya, Turkey WOV Topkapı &
Kremlin Palace

12th International Conference
on Thalassaemia and the Hemoglobinopathies

11th TIF International Conference
for Patients and Parents

KNOWLEDGE IS OUR POWER

UNITY IS OUR STRENGTH

ایشان و مقامات دولتی قبرس صورت گرفت، انعکاس مشخصی از شروع ماموریت جدید تی‌ف در منطقه بوده است.

- همچنین، یکی دیگر از دستاوردهای فدراسیون تالاسمی ایتالیا، برجسته نمودن اهمیت تی‌ف است.

- ایتالیا در زمره کشورهای عضو تی‌ف بوده و بعد از چندین سال غیبت، شریک اصلی فعالیت‌های تی‌ف محسوب می‌گردد.

- تی‌ف در این مرحله (مرحله ۲) می‌تواند شروع به اندازه‌گیری و تشخیص بار کار و فعالیت‌هایش در بسیاری از کشورها مثل مصر و اندونزی نماید، که علی‌رغم ناپایداری سیاسی‌شان و مشکلات فراوان‌شان (جمعیت

شکل گرفته است.

جهت فراهم آمدن حمایت قابل توجه‌تر برای بیماران و خانواده‌های آنها، شکل گرفتن همکاری بیشتری بین تی‌ف و بنیاد سلطان ابن خلیفه و انجمن تالاسمی UAE انتظار می‌رود و برای جامعه پزشکی UAE و اساساً منطقه EMRO بالا بردن اختلالات هموگلوبین در فهرست اولویت‌بندی آژانس ملی بهداشت، نیاز است.

- اهدای ۱۵ میلیون یورو به تی‌ف - که در یک جلسه رسمی که در دسامبر ۲۰۱۱ در قبرس برگزار گشت - در حضور شیخ سلطان ابن خلیفه آل نهیان و شیخ ابن صیف آل نهیان به همراه سایر اعضای محترم خانواده



"beloved friends and valued collaborators of a lifetime in our fight to ensure quality healthcare"

TIF Board of Directors

In this issue of TIF Magazine, we present to you another four esteemed members of our Board of Directors – beloved friends and valued collaborators of a lifetime in our fight to ensure quality healthcare for every patient with thalassaemia across the world: Anton Skafi, Robert Ficarra, Ramli Mohd Yunus, and Michael Michael.



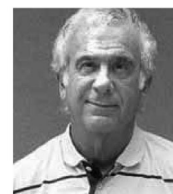
Anton Skafi
Assistant Secretary

Anton Skafi, a patient with thalassaemia himself, studied nursing at St. John Ophthalmic Hospital in Jerusalem, where he worked for 17 years, after which he held the position of operating room nurse in a private hospital. Currently, he works in a private ophthalmology clinic.

Anton joined the fight against Thalassaemia in 1995 as the leader of the Thalassaemia self-help group in eastern Jerusalem. In 1996, he was invited by the Thalassaemia Patients Friends Society in Palestine to join its first Board. A year later, he was officially elected on the Board and served as a deputy chairman. He became involved in TIF's work in 2000, attending the Board meetings as an observer. Later on, he joined the Board as a delegate. In 2006, he was elected officially on the Board of TIF at the position of assistant secretary, a post he holds to this day.

against the condition, both at the national and international levels, draws directly on his personal knowledge and experience. In this capacity, he is actively involved in the educational programme of his association and TIF, giving numerous presentations at conferences and workshops as an expert patient.

Anton firmly believes that thalassaemia patients can be empowered through knowledge and that they should be actively involved in relevant health policy developments at the local, national and regional levels. Only by doing so can they ensure for themselves a better quality of life. We are very lucky to have Anton as a Board member and collaborator. His untiring and dedicated efforts have made a great difference in the life of thalassaemia patients.



Robert Ficarra
Member

یافت.
فعالیت‌های قابل توجهی در دست انجام است که شامل: ارائه پروژه به اروپا و سایر سازمان‌ها و... می‌باشد. سایر فعالیت‌ها شامل ارائه پروژه به اتحادیه اروپا و سایر سازمان‌ها، پیشبرد پروژه‌های مربوط به اندازه‌گیری آهن و بیماری‌های کبد و بی‌نیاز شدن از حمایت‌های دفتری برای جامعه افراد بیمار و خانواده‌های آنها می‌باشد.

فعالیت‌های انجام گرفته در (۸ می) امسال بسیار فراتر از هر انتظاری بود، این فعالیت‌ها که در بیش از ۵۰ کشور انجام گرفته، بر آگاهی و مشارکت بسیاری از جوامع امروز (برخلاف گذشته) برای شرکت نمودن و هم کاری کردن در تلاش‌های ملی منطقه‌ای و جهانی به سمت ایجاد آینده بهتر برای آنها و خانواده‌هایشان، تاثیر داشته است.
در نهایت تیف فعالیت‌ها و اقداماتش را هم راستا با موارد زیر نموده است:

- سیاست‌های سازمان بهداشت جهانی و اتحادیه اروپا
- اهداف و راهبردهای NCD در خصوص بیماری‌های نادر ژنتیکی
- قادر سازی کشورها به ارتقاء خدمات برای اختلالات هموگلوبین و تابع کردن آنها با سیاست‌های مربوط به NCD

جدول کنفرانس‌های بین‌المللی ژانویه، فوریه و مارس ۲۰۱۳

ترجمه: ندا جلیلیان منبع: www.conferencealerts.com

ردیف	محور کنفرانس	عنوان کنفرانس/موضوع سمینار	تاریخ برگزاری	محل برگزاری (شهر/کشور)
1	ایمنی شناسی و الرژی	یازدهمین کنفرانس سیتوکین ها و التهابات	کالیفرنیا	3 ژانویه تا 1 فوریه 14 دی تا 13 بهمن
2	اورولوژی	چهل و پنجمین نشست سالانه اختلالات ادراری	فلوریدا	24 تا 27 ژانویه 5 بهمن تا 8 بهمن
3	پزشکی	بررسی بالینی اب مروارید در پزشکی	سنگاپور	20 ژانویه تا 3 فوریه 1 بهمن تا 15 بهمن
4	مراقبت های پزشکی	چهل و دومین کنگره مراقبت های ویژه	پورتوریکو	19 تا 23 ژانویه 30 دی تا 4 بهمن
5	پزشکی	کنفرانس با محوریت پزشکی (دراماتولوژی، مدیریت درد، پزشکی داخلی، پزشکی اورژانس و...)	استرالیا	16 تا 28 ژانویه 27 دی تا 9 بهمن

فرهنگی



مصاحبه با هادی آفریده کارگردان جوان سینما و تلویزیون

هادی آفریده کارگردان فیلم **کودک رنگ پریده** است. این فیلم که درباره کودکان مبتلا به سرطان است در جشن رمضان سال ۹۱ در سالن همایش‌های صدا و سیما به نمایش درآمد. با وی درباره این فیلم و کارنامه هنری‌اش به گفت و گو نشستیم.

نسرین آقاملا



***آقای هادی آفریده لطفاً در ابتدا خودتان را برای خواننده‌گان نشریه معرفی بفرمائید؟**

هادی آفریده هستم کار هنری‌ام را از سال ۱۳۷۷ با تئاتر حرف‌های شروع و از سال ۱۳۸۰ فیلم مستند و کوتاه داستانی هم کار کردم. این سال‌ها بیشتر به عنوان فیلم‌ساز فیلم مستند در ایران و خارج از کشور شناخته شده‌ام و موضوع فیلم‌های من بیشتر خانوادگی، فرهنگی و اجتماعی است. حدود ۱۵ فیلم مستند مستقل کار کرده‌ام، که در جشنواره‌های داخلی فیلم‌ها نمایش داده شده است عضو انجمن مستندسازان سینمای ایران و انجمن فیلم کوتاه ایران هم هستم.

***در مورد آثار سینمایی و تلویزیونی خود برای خواننده‌گان توضیحاتی بفرمائید؟**

گرایش من به سینما مستند است. اولین فیلم مستند من فرزندان باغچه‌بان است که در مورد کودکان ناشنوا می‌باشد. مراسم صبحگاهی چون فیلم دیگر من است که در مورد اجرای مراسم صبحگاهی در شهر تهران است مستند نقل گردآفرید که روایتی از اولین زن نقال و شاهنامه‌خوان ایران است از کارهای مستند من می‌باشد. خاطره نیاوران، زیر درختان کاج، درخت فراموش شده و موسیقی مقامی ایران از دیگر کارهای مستند من می‌باشد که آخرین آن در جشنواره فیلم فجر و جشنواره سینما حقیقت نمایش داده شده است.

***چگونه با بنیاد امور بیماری‌های خاص آشنا شدید؟**

ارتباط من هم با بنیاد امور بیماری‌های خاص از فیلم کودکی رنگ پریده شروع

یک چیزی حدود شش ماه در سال ۸۹ طول کشید و تاکنون هم نمایش‌هایی نوشته‌ام و در داخل و خارج از کشور اجرا داشته‌ام.

***فیلم کودکی رنگ پریده به غیر از بنیاد امور بیماری‌های خاص در جایی دیگر به نمایش درآمده است؟**

بله در شبکه مستند صدا و سیما و در جشن تصویر سال ۱۳۸۹ و در جشن تصویر خانه هنرمندان به نمایش درآمده که در آنجا جزو مستندهای منتخب تصویر سال ایران در سال ۱۳۸۹ انتخاب و در مجله سالانه‌شان معرفی شد. بیوگرافی و فیلم‌گرافی و اطلاعات فیلم در نشریه موجود است. و نمایش‌های متعددی هم داشته است.

***آیا شما کارهای تلویزیونی و سینمایی بلند هم انجام داده‌اید؟**

نه من کار بلند انجام ندادم. علاقه‌مند نبودم.

***کار تلویزیونی هم انجام دادید؟**

کار من در تلویزیون متعدد پخش شده. همین کودکی رنگ پریده، نقل گردآفرید،

می‌شود، زمانی که آقای ندایی تهیه‌کننده سینمای مستند به من پیشنهاد دادند که ایشان دارند برای بنیاد امور بیماری‌های خاص مجموعه مستندی تولید می‌کنند گفتم علاقه‌مند هستم من در این مجموعه فعالیت کنم و من موضوع و فیلمنامه را دادم و طرحم پذیرفته شد و این فیلم مستند را ساختم و علت هم که این فیلم را ساختم ارتباطی بود که من با کودکان مبتلا به سرطان داشتم و کارهای فرهنگی من بیشتر با موسسه محک بود و فضای کودکان مبتلا به سرطان را خوب می‌شناختم نیازهای این بچه‌ها را میدانستم، مشکلات‌شان را می‌دانستم، شرایط اجتماعی و فرهنگی‌شان و در واقع حمایت‌ها و عدم حمایت‌هایی که از این افراد در ایران شکل می‌گیرد یا نمی‌گیرد را تقریباً آشنا بودم و فیلم را به این دلیل پذیرفتم و ساختم. می‌شود گفت که تولید این فیلم از زمانی که من تصمیم گرفتم ساخته شود و قرارداد را بستیم و آماده شد

درستی است نه حالا به خاطر این که یک فیلم من ساختن و تعریف نمی‌کنم به دلیل این که این فیلم‌ها می‌ماند. اخبار، کارهای ژورنالیستی و همایش‌ها و جشنواره‌ها زود از حافظه و خاطره بصری مردم پاک می‌شود یک فیلم مستند. وقتی می‌ماند به بهانه‌های مختلف در تلویزیون و همایش‌ها و شکل‌های مختلف‌اند و اینترنت و جاهای مختلف اکران می‌شود و دیده می‌شود و باعث می‌شود حرف و پیام این مجموعه بین مردم تکرار شود. این که یک فیلم ساخته شود خیلی هوشمندانه‌تر است تا به نظر من یک جشنی گرفته شود و برای بیماران خاص فاش فشه هوا بکنند ولی به‌طور کلی فعالیت‌های این‌چنینی روی بخشی از جامعه که حالا بیمار نیست درگیری این بیماری نیست تاثیر مثبت می‌گذارد. تاثیر مثبت این است که ما مثلاً برخورد کردیم در حین ساختن این فیلم با کودکی که مبتلا به سرطان است می‌گفت ما را در مدرسه بچه‌ها اذیت می‌کنند بچه‌ها فکر می‌کنند ما موهایمان به خاطر شیمی‌درمانی ریخته واگیردار هست و کسی با ما حرف نمی‌زند. و می‌گفت وقتی این فیلم را دوستانش در تلویزیون دیدند از آن به بعد برخورد اجتماعی مردم نسبت به سوژه فیلم ما که موهایش ریخته بود تغییر کرده و خیلی از مردم نمی‌دانند بیماری‌های خاص اصلاً واگیردار نیست و این آدم‌ها را تنها می‌گذارند و ناامیدی که به وجود می‌آید برای آدم‌ها استارت زوال زندگی این‌ها و استارت خاموش شدن زندگی این‌ها شروع می‌شود فیلم‌هایی نظیر این می‌تواند روشننگری کرده، به جامعه و مردم و امید بدهد.

* آیا باز هم فیلم‌هایی با موضوع

بیماری‌های خاص تهیه می‌کنید؟

بله کارهای دیگر که نام بردم مستندهایی بوده با موضوع‌های اجتماعی زنان و بچه‌ها و موضوع‌های فرهنگی. ولی این موضوع موضوعی است که به دلیل فقر فرهنگی در جامعه هرچه به آن پرداخته شود باز لازم و مفید است.

به زندگی بگیرند. همین که این کودکان می‌بینند آدم‌هایی هستند و صدای این‌ها را به آدم‌های دیگر می‌رسانند به این‌ها امید می‌دهد روحیه می‌دهد چون می‌گویم ما در شرایط فعلی هستیم ولی وقتی چنین برنامه‌ای برگزار می‌شود در انسان‌ها حس همدلی و همکاری را به وجود می‌آورد.

* شما در پایان اگر صحبتی با

خواننده‌گان دارید بفرمایید؟

فیلمی که از من پخش شد کودک رنگ پریده با حمایت بنیاد امور بیماری‌های خاص بود. من متأسفانه ارتباطی قبلاً با این مجموعه نداشتم این در واقع شروعی بود که امیدوارم منجر شود به فعالیت‌های دیگر. من دستمزدی که برای ساخت این فیلم اینجا گرفتم برای کل فیلم به اندازه دستمزدی بود که خودم بخواهم کارگردان باشم ولی فیلم را ساختم ولی این کار را کردم به خاطر نیت این مجموعه به خاطر این که این کار را دوست داشتم و من آدم ثروتمند و پولداری نیستم و دوست دارم به این آدم‌هایی که در واقع گرفتار این ماجرا هستند کمک کنم و تنها کمکی که می‌توانم بکنم ساخت فیلم و فعالیت‌های فرهنگی است و کار خیلی خوبی است و حالا بنیاد امور بیماری‌های خاص یک هوشمندی خاصی را داشته و یک تعداد فیلم با موضوع بیماری خاص ساخته و این فکر هوشمندانه و متریقی است و این ایده در هر جا در این سازمان شکل گرفته واقعاً ایده

مراسم صبحگاهی، درخت فراموش شده اینها مستندهایی است که از شبکه‌های دو و سه و شبکه مستند پخش شده.

* چندمین بار است که در جشن رمضان

شرکت می‌کنید؟

اولین بار است.

* نظر تان راجع به جشن رمضان چه

است؟

در هر صورت هر حرکت NGO خوب است به آدم‌هایی که نیازمند هستند و نیاز مالی دارند کمک شود، در کشور ما اولویت اول است برای این دسته از بیماران به غیر از آن نیاز مالی یک نیاز دیگری هم هست این که در اجتماع باشند. همراه آدم‌های دیگر باشند و معاشرت کنند. بیماری‌های خاص مثل، سرطان، اچ.آی.وی و... این‌طور بیماری‌ها به دلیل بحران‌های روحی که برای بیمار و خانواده به وجود می‌آورد تجربیاتی که ما در آدم‌های مختلف دیدیم این نشان می‌دهد که این‌ها را خیلی خانه‌نشین و دور از اجتماع می‌کند و وقتی این‌ها دور از اجتماع بشوند افسرده می‌شوند ناامید می‌شوند به خودشان و زندگی‌شان و این دشمن درجه یک بیمارشان است و امیدشان را از دست می‌دهند و حتی در پروسه و درمانی‌شان هم تاثیر می‌گذارد این‌طور برنامه‌ها قطعاً به آدم‌ها کمک می‌کند. حالا این آدم‌ها می‌توانند مردم کوچه و بازار باشند. و تلاش کنند تا ارتباط این بچه‌ها قوی بشود و امید



مصاحبه با احمد خراسانی مدیر عامل انجمن بیماران خاص شهر قدس

احمد خراسانی مدیر عامل بیماران خاص شهرستان قدس می‌باشند این شهرستان بیش از ۴۵۰ هزار نفر جمعیت دارد. ایشان همچنین به عنوان مدیر عامل مؤسسه خیریه امام علی شهرستان قدس نیز فعالیت می‌نمایند. با وی گفتگویی کوتاه در زمینه فعالیت‌های انجمن خیریه امام علی انجام داده‌ایم.

افسانه حسنی



*** آقای خراسانی خودتان را برای خوانندگان معرفی فرمائید.**

اینجانب احمد خراسانی متولد ۱۳۴۱ دارای مدرک لیسانس قرآن و حدیث و دارای مدرک فوق لیسانس زبان‌های خارجی می‌باشم. از مدیران سابق حج و زیارت و رئیس اداره مخابرات شهرستان قدس بوده‌ام. که در سال ۱۳۹۰ بازنشسته شدم.

*** ما اطلاع پیدا کردیم شما از رزمندگان هشت سال دفاع مقدس بوده‌اید. برای خوانندگان توضیحات بیشتری در این زمینه ارائه فرمائید.**

من به همراه دیگر هم‌زمان در سال ۱۳۶۰ از اصفهان عازم جبهه‌ها شدیم و بعد از قریب یکسال در سال ۱۳۶۱ و بعد از عملیات والفجر مقدماتی و در مرحله سوم آن زخمی و به اسارت دشمنان اسلام و حزب بعث

۵۵٪ را نیز به اینجانب عطا فرمود.

درآمدم. در سال ۱۳۶۹ و بعد از ۸ سال اسارت و هم‌زمان با آزادی اسرا به میهن عزیزمان بازگشتم. خداوند توفیق جانبازی

*** چطور تصمیم گرفتید که مرکز درمانی خاص امام علی را در شهرستان قدس تأسیس نمائید.**

بر حسب نیاز شهرستان و با پیگیری افراد دلسوز و خدمتگذار این حرکت خداپسندانه با کمترین امکانات شهرستانی شروع شد.

ابتدای کار بیشتر توجه ما به بعضی از امورات بیماران خاص محدود می‌شد. ولی با گذشت ماه‌ها و حمایت‌های بعضی از مسئولین این مهم به صورت گسترده‌تر آغاز به فعالیت نمود. و با حمایت بنیاد امور بیماری‌های خاص تمام شاخه‌های بیماری‌های خاص را





شهرستان قدس به صورت رایگان در اختیار این مجموعه قرار گرفته و مشغول به فعالیت می‌باشد.

ریاست بنیاد و کلیه همکاران و معاونت‌های بنیاد تقدیر و تشکر نمایم.

* در حال حاضر این مرکز چه ظرفیتی برای رسیدگی به بیماران را دارد؟

هم اکنون این انجمن ظرفیت ارائه خدمات به بیش از ۵۰۰ بیمار را دارد. در این مرکز با وجود بهترین پزشکان بیماران دیالیزی به صورت رایگان دیالیز و مورد درمان قرار می‌گیرد.

لازم به ذکر است که این مکان از طرف شهردار محترم و با حسن نیت اعضای شورای اسلامی و فرماندار و امام جمعه

تحت پوشش گرفته و در حد توان مشکل آنها را در خود شهرستان حل می‌نمود.

بعد از تغییر بخش قدس به شهرستان قدس و حضور فرماندار در این منطقه و سامان‌دهی این انجمن و تغییر هیأت مدیره جدید این حقیر هم در جمع اعضای اصلی هیئت مدیره با اکثریت رأی مؤسسين انجمن فعالیت خود را شروع نمودم و بر حسب نیاز اینجانب مسئولیت مدیر عاملی را پذیرفتم. و از ابتدای کار مورد عنایت و لطف کلیه دلسوزان و معتمدین شهرستان شدم و در کمترین زمان با جلساتی که با ریاست محترم بنیاد داشتیم با تخصیص چند دستگاه دیالیز به صورت هبه که در اختیار انجمن شهرستان قرار گرفت آغاز به کار نمود. چند دستگاه دیالیز دیگر هم با کمک و با حسن نیت ریاست بنیاد توسط خیرین شهرستان تقدیم انجمن شد و هم اکنون شاهد بهترین سرویس‌دهی به بیماران هستیم و در کنار بیماران دیالیزی که به صورت صد درصد رایگان دیالیز می‌شوند.

دیگر بیماران نیز از قبیل مبتلایان به MS، کلیوی، هموفیلی سرطانی و دیابت به صورت پرداخت درصدی از هزینه دارو مورد توجه جدی قرار می‌گیرد. که جا دارد در اینجا از

* در پایان اگر صحبتی با خوانندگان دارید بفرمائید.

ضمن تقدیر و تشکر از همه آنهایی که در راستای مشکلات بندگان خدا قدم بر می‌دارند و امید تازه‌ای را به خانواده‌های آنها می‌بخشند از خداوند برای آنها اجر وافر و برای خودم و سایر همکاران آرزوی توفیق خدمت‌گذاری صادقانه را دارم.



خواندنی‌ها

مرکز درمانی تخصصی سوده

مرکز درمانی تخصصی سوده در جنوب غربی تهران در شهرک واوان، بلوار گل‌ها، خیابان نرگس به شماره تلفن: ۵۶۱۷۳۳۲۳ و کدپستی: ۳۳۱۷۷۱۸۱۱۴ واقع گردیده است. این مرکز در اسفندماه سال ۱۳۷۴ با هدف خدمت‌رسانی به بیماران دیالیزی و با عنوان مرکز دیالیز سوده فعالیت خود را آغاز نموده و درحال حاضر دارای واحدهای مختلف جهت ارائه خدمت به بیماران خاص و مردم منطقه می‌باشد که عبارتند از:

بخش همودیالیز: این بخش در حال

حاضر دارای ۸ سالن، ۴۷ تخت و ماشین‌های دیالیز فعال می‌باشد و بیش از ۲۹۰ نفر بیمار دیالیزی تحت درمان قرار می‌گیرند که درآینده‌ای نزدیک ۱ سالن با ظرفیت ۱۲ تخت و ماشین دیالیز به ظرفیت کنونی اضافه خواهد شد.

بخش تالاسمی و هموفیلی: درحال حاضر بیش از ۶۳ بیمار تالاسمیک و بیش از ۱۰ بیمار هموفیلیک دراین بخش تحت درمان می‌باشند.

کلینیک دیابت: دراین بخش پس از پذیرش بیمار و تشکیل پرونده، توسط پزشک ویزیت و شرح حال کاملی از ایشان اخذ می‌گردد. علاوه برآموزش مراقبت‌های پرستاری و مشاوره تغذیه تحت درمان‌های دوره‌ای قرار گرفته و درصورت نیاز به سایر متخصصین نیز ارجاع می‌گردد. درحال حاضر بیش از ۷۰۰ بیمار تحت درمان می‌باشند.

درمانگاه عمومی (پلی کلینیک): این بخش با دارا بودن واحدهای مامایی،

پزشک عمومی، دندان‌پزشکی، تزریقات، روانشناسی، تغذیه، سونوگرافی و متخصص زنان و زایمان و پایگاه مشارکتی بهداشت روزانه جواب‌گوی بیش از ۱۰۰ نفر مراجع می‌باشند.

آزمایشگاه پاتوبیولوژی: مجهز به بخش‌های بیوشیمی، سرولوژی و هورمون‌شناسی، میکروب شناسی، میتولوژی، هماتولوژی و بانک خون با استفاده از دستگاه‌های پیشرفته روزانه تا بیش از ۵۶۰ نفر مراجعه کننده قادر به انجام کلیه آزمایشات عمومی و تخصصی می‌باشد.

واحد مددکاری: این واحد در راستای رفع برخی مشکلات اقتصادی و پیگیری امور اجتماعی و معیشتی بیماران از قبیل پرداخت هزینه مسکن، درمان و ایاب و ذهاب فعالیت داشته با جلب کمک‌های مردمی و گروه‌های نیکوکاری در خدمت بیماران نیازمند می‌باشد.





اخبار مرکز پزشکی خاص شرق

۱. مجموعاً ۷۰۰۰ بار خدمت دیالیز به حدود ۹۰ بیمار دائم و موقت ارائه گردیده است.

۲. مجموعاً ۱۴۰۰ تزریق شیمی درمانی جهت بیماران سرطانی به صورت رایگان انجام پذیرفته است.

۳. مجموعاً ۳۵۰ تزریق جهت بیماران تالاسمی صورت گرفته است.

۴. جمعاً ۹۰۰ بار خدمت پاراکلینیکی (آزمایشگاه) به صورت رایگان به بیماران خاص ارائه گردیده است.

۵. جمعاً ۲۵۰۰ بار ویزیت رایگان به بیماران خاص و سرطانی ارائه گردیده است.

۶. جمعاً ۴ نوبت برنامه غربالگری سرطان‌های شایع زنان با مراجعه ۱۹۶ نفر صورت گرفته و مراجعین آموزش‌های لازم جهت پیشگیری از سرطان پستان و دهانه را دریافت نموده و توسط پزشک متخصص معاینه گردیدند.

۷. از اول اردیبهشت‌ماه شیفت سوم دیالیز در شب‌های زوج دایر گردیده که هر هفته ۴۲ خدمت ارائه می‌کند.

۸. کمک‌های مردمی در بخش تجهیزات و دارو ۵۵ میلیون ریال و در بخش خدمات رفاهی و غذای بیماران ۶۰ میلیون ریال بوده است.

۹. مجموعاً در بخش کلینیک دیابت و غدد ۳۵۰ نفر ویزیت شده و با همکاری شرکت نوونوردیسک تحت آموزش‌های لازم قرار گرفته‌اند.

۱۰. برنامه مشترک با همکاری مرکز شرق و خانه سلامت شهرداری محل با موضوعات نظم و اراده، تغذیه و ورزش، بزرگداشت روز زن، بزرگداشت روز پزشک و بزرگداشت روز جهانی کودک در طی این مدت برگزار گردیده است.

موسسه خیریه ثامن الحجج (ع) کرمان

موسسه خیریه ثامن الحجج (ع) هم اکنون به بیش از ۸۵۰۰ بیمار خاص و صعب‌العلاج شامل بیماران (تالاسمی - همودیالیز -

تثاثر به بهترین نحو برگزار شد و تجلیل از بیماران نمونه استان که در زمینه‌های تحصیلی، درمانی موفق بودند.

۳. دیدار استاندار و جمعی از مسئولین از این مرکز و ملاقات با بیماران و دادن هدایایی به این عزیزان

۴. دیدار مسئولین کمیته امداد از این مجموعه و مساعدت به بیماران دانشجو، بی‌بضاعت و بیمارانی که ازدواج نموده‌اند.

۵. دیدار معاونین استاندار از این مجموعه و ملاقات با بیماران.

۶. دیدار نمایندگان مردم از این مجموعه

۷. بازدید جمعی از خیرین کشوری از این مجموعه

سرطان - پیوند کلیه - ام.اس - دیابت و هپاتیت) ارائه خدمت می‌نماید.

از اقدامات اخیر این مجموعه در زمینه امور فرهنگی بیماران:

۱. برگزاری جشن به مناسبت روز جهانی تالاسمی، که با حضور جمعی از مسئولین و هنرمندان استان در محل سالن آمفی‌تئاتر به بهترین نحو برگزار شد و تجلیل از بیماران نمونه استان که در زمینه‌های تحصیلی، درمانی موفق بودند.

۲. برگزاری جشن به مناسبت روز جهانی ام.اس، که با حضور جمعی از مسئولین و هنرمندان استان در محل سالن آمفی



۸. بازدید مسئولین استانی و آقای شمسی نیا از منزل بیماران نیازمند
۹. پرداخت کارت هدیه به پرسنل
۱۰. اهدا سبد کالا به تعدادی از بیماران نیازمند
۱۱. هماهنگی با هلال احمر جهت پرداخت کمک هزینه خرید داروی بیماران خاص
۱۲. برگزاری اردوی یک روزه با حضور ۴۰۰ نفر از بیماران و خانواده آنها در منطقه کوهپایه کرمان
۱۳. اعزام تعدادی از بیماران از شهرستان های بم و جیرفت و کهنوج به مشهد مقدس
۱۴. مهیا شدن جهت اعزام بیماران کرمان و خانواده آنها به مشهد مقدس

خواهد بود که در مرحله ساخت می باشد و انشاءالله در پایان سال ۱۳۹۱ به بهره برداری کامل خواهد رسید.

در زمینه دستاوردهای جدید در عرصه پیشگیری و درمان بیماران خاص

۳. دریافت مجوز ساخت استخر و فضاهای آب درمانی و ورزشی جهت بیماران مبتلا به ام اس به در بلوار حسن آباد کرمان که عملیات تحویل زمین در حال بررسی می باشد.

۱. ادامه ساخت مجتمع فرهنگی - ورزشی ثامن الحجج (ع) که با کمک خیرین استان در زیربنای ۶۰۰۰ متر مربع که دارای ۸ سالن ورزشی می باشد و جهت تقویت روحیه و نشاط بیماران خاص و صعب العلاج که انشاءالله در پایان سال ۱۳۹۱ به بهره برداری خواهد رسید.

۴. در زمینه نگهداری سلول های بنیادی که تجهیزات آن خریداری و نصب گردیده و بزودی به بهره برداری می رسد.

۲. ادامه ساخت پروژه عظیم آب درمانی که بزرگ ترین پروژه در جنوب شرق ایران

۵. در زمینه درمان ناباروری که تجهیزات این بخش نیز با همکاری بنیاد امور بیماری های خاص کشور خریداری و نصب گردیده و بزودی به بهره برداری می رسد.

۶. ارائه تجهیزات مورد نیاز به مرکز بیماری های خاص شهرستان جیرفت، کهنوج، بم، بافت، شهراباک و بردسیر (شامل تخت همودیالیز و وسایل جانبی)

۷. ارائه تجهیزات مورد نیاز شهرستان سیرجان توسط بنیاد بیماری های خاص کشور.

۸. ادامه ساخت مرکز همودیالیز شهرستان بافت با کمک خیرین کشور با زیربنای ۵۰۰ مترمربع که در محل بیمارستان آن شهرستان در حال ساخت می باشد که انشاءالله در سال ۱۳۹۱ به بهره برداری خواهد رسید.

۹. راه اندازی کلینیک هپاتیت جهت درمان بیماران مبتلا به هپاتیت.

۱۰. آماده سازی محلی جهت نصب دستگاه ماموگرافی.





اقدامات انجام شده در زمینه ورزش بیماران خاص

• هماهنگی با استخرهای شنا جهت پذیرش رایگان بیماران

• برگزاری دوره‌های آموزشی در رشته‌های شطرنج، دارت، تنیس روی میز و تیراندازی

• هماهنگی با باشگاه بدن‌سازی جهت پذیرش رایگان بیماران.

• اعزام تیم آقایان بیماران تالاسمی به لنگرود جهت شرکت در مسابقات کشوری در رشته شطرنج که در رده تیمی موفق به کسب مقام سوم گردیدند.

• برگزاری مسابقات در رشته‌های دارت، شطرنج، تیر اندازی و تنیس روی میز.

عزیزانی که تمایل دارند جهت درمان و حمایت بیماران خاص و صعب‌العلاج قدمی بردارند می‌توانند با کمک‌های نقدی، غیرنقدی، موقوفات، نذورات و... ما را در امر درمان و حمایت از ۸۵۰۰ بیمار خاص و صعب‌العلاج یاری نمایند.

• برگزاری جلسات هفتگی جهت آموزش دیابت جهت بیماران دیابت در کلینیک دیابت مرکز درمانی بیماری‌های خاص.

• برگزاری نشست معن‌ادان گمنام N.A در محل سالن آمفی تئاتر مرکز بیماری‌های خاص.

• برگزاری هفتگی کلاس‌های آموزشی ترک سیگار به روش‌های غیر داروئی در سالن آمفی تئاتر مرکز بیماری‌های خاص.

• برگزاری دوره‌های آموزشی ویژه حجاج در سالن آمفی تئاتر.



۱۱. ادامه ساخت مرکز بیماری‌های خاص شهرستان جیرفت که با مساعدت سفارت ژاپن و خیرین گرانقدر و مشارکت بنیاد امور بیماری‌های خاص در زیربنای ۳۰۰ مترمربع در حال ساخت می‌باشد که انشاءالله در پایان سال ۱۳۹۱ به بهره‌برداری خواهد رسید.

۱۲. راه‌اندازی مجهزترین آزمایشگاه ژنتیک جنوب شرق ایران با ۸ آزمایشگاه

۱۳. شروع به ساخت مرکز درمانی بیماران خاص شهرستان زرنند در زمین اهدایی خانواده شهیدان صادق زاده

در زمینه برگزاری کارگاه‌ها و همایش‌های آموزشی

• شرکت در همایش یک‌روزه هیپاتیت ویژه بیماران تالاسمی که با حضور جمعی از بیماران و سخنرانی آقای دکتر خالقی نیا (متخصص بیماری‌های عفونی) در سالن آمفی تئاتر این مجموعه برگزار شد.

• برگزاری جلسات ماهانه جهت بررسی راه‌کارهای کنترل بیماری و شناخت بیشتر از بیماری ام.اس که با دعوت سرکار خانم علایی از تهران در محل سالن آمفی تئاتر این مرکز برگزار می‌گردد.



سجده کننده در برابر پروردگار

امام سجاد(ع) با آغاز اوج انحرافی معاصر بود که پس از وفات رسول اکرم(ص) روی داد. امام(ع) با همه محنت‌ها و بلاها که در روزگار جد بزرگوارش امیرالمؤمنین(ع) روی داد همزمان بود. او سه سال پیش از شهادت جدش امام علی(ع) متولد گردید. وقتی به جهان دیده گشود، جدش امیرالمؤمنین(ع) در خط جهاد جنگ جمل غرق گرفتاری بود و زان پس با امام حسن(ع) در محنت و گرفتاری‌های فراوان او می‌زیست. زمانی که امام سجاد در آن می‌زیست دشوارترین و بدترین زمانی را باید تصور کرد که بر آن امام بزرگوار(ع) گذشته است. آغاز آن روزگار، اوج انحراف را در زمانی مجسم می‌کند و امام(ع) در آن هنگام بیش از دیگر پیشوایان(ع) مورد آزمایش قرار گرفت. قیام پدر بزرگوار آن امام(ع) و پایان فاجعه آمیز آن در کربلا توجه مردم را به گناه کاری شان جلب کرد و کینه و نفرت آنان را نسبت به بنی امیه برانگیخت. دریغا که نزد بعضی از مورخان این تصویر خطا، شایع است که: پیشوایان شیعه امامی از فرزندان حسین(ع) پس از کشتاری که در کربلا روی داد، از سیاست کناره گرفتند و به ارشاد و عبادت و انقطاع از دنیا پرداختند. آری، امت غالباً رهبری را رایگان به دست کسی نمی‌سپارد و هیچ فردی رهبری امتی را به رایگان به دست نیاورده است و بی آنکه دست کرم بگشاید بر قلوب امت دست نیافته است و امت در زمینه‌های گوناگون این معنی را درک می‌کند و در حل مشکلات و نگاهداری مکتب، مورد استفاده امت قرار می‌گیرد. می‌بینیم فرزندی در این زمینه درباره علی بن حسین(ع) قصیده‌ای تنظیم کرد که مطلع آن چنین است: هوالذی تعرف البطاحا و طاته و البیت يعرفه و الحل و الحرم اینک آن کس که سرزمین‌های مکه گام‌های او را می‌شناسد و خانه خدا نیز حل و حرم به حال او آگاهند.

زندگی تحلیلی پیشوایان ما

تالیف استاد عادل ادیب

ترجمه مرحوم دکتر اسدا... میشری

حامد شاملو

درباره سعدی

شیخ سعدی نه تنها یکی از ارجمندترین ایرانیان است، بلکه یکی از بزرگ‌ترین سخن‌سرایان جهان است. در میان پارسی‌زبانان یکی دو تن بیش نیستند که بتوانند با او برابری کنند. از سخن‌گویان ملل دیگر هم از قدیم و جدید و کسانی که با سعدی همسری کنند، بسیار معدودند. در ایران از نظر شهرت کم‌نظیر است و خاص و عام او را می‌شناسند و در بیرون از ایران هم عوام اگر ندانند، خواص البته به بزرگی او پی‌برده‌اند. با این همه از احوال و شرح زندگانی او چندین معلوماتی در دست نیست زیرا بدبختانه ایرانیان در ثبت احوال ابناء خود بی‌نهایت مسامحه و سهل‌انگاری ورزیده‌اند چنانکه کمتر کسی از بزرگان ما جزئیات زندگانی‌اش معلوم است و درباره شیخ سعدی مسامحه به جایی رسیده که حتی نام او هم به درستی ضبط نشده است. سعدی متدین و مذهبی بلکه متعصب است. اما تعصب و تدین را هیچ‌گاه دست‌آویز آزار مخالفان دین و مذهب خود نمی‌سازد و جفاکاری با ایشان را روا نمی‌داند. سرا پا مهر و محبت است و خویش و بیگانه و دوست و دشمن را مورد رأفت و انصاف و مروت می‌دارد. به راستی انسان دوست و انسانیت پرست است. حس همدردی او با ابناء نوع

بی‌نهایت است جز به مردم آزار و ظالم. با همه کس مهربان است، تا آنجا که سزای بدی را هم نیکی می‌خواهد. رقت قلب و دلسوزی او جانوران را نیز شامل است. با کمال تقیدی که به حفظ اصول و فروع دین و مذهب دارد به زهد خشک و آراستگی صورت ظاهر، اهمیت نمی‌دهد، معنی حقیقت را می‌خواهد، صورت هرچه باشد.

آخرین اندرزی که درباره سخنان شیخ شیراز به برادران خود می‌دهیم این است که سعدی را سرمشق سخن‌گویی باید دانست اما تقلید کردنی نیست. هر کسی هم خواسته است به میدان تقلید سعدی برود، شکست خورده است. سخن را البته باید از سعدی آموخته اما هر نویسنده باید به روش خود برود و داستان زاغ و کبک را تجدید نکند.

منابع و مأخذ: کلیات سعدی

براساس فلسفه محمد علی فروغی

مریم بسته‌نگار

جدول سودوکو

ساده

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

پیشرفته

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

دو کس دشمن ملک و دین اند
پادشاه بی حلم و زاهد بی علم
بر سر ملک مباد آن ملک فرمانده
که خدا را نبود بنده فرمان بردار

شیطان با مخلصان بر نمی آید و
سلطان با مفلان

سه کس را شنیدم که غیبت رواست
وزیرین در گذشتی چهارم خطاست
یکی پادشاهی ملامت پسند
کنو بر در خلق بینی گذرند

حلال است از تو نقل کردن خبر
مگر خلق باشند از تو بر حذر

روم پرده بر بی حیایی متن
که خود می در پرده خویشتن
ز حوضش مدار ای برادر نگاه
که او می در افتد به گردان به چاه
سوم کثر تراوی نراست خوی
ز فعل بدش هر چه دانی بگوی

شیخ اجل سعدی شیرازی

of parts, symptoms or conditions. You're a whole person...so they treat you like one.

Family physicians practice today's medicine...

Family physicians know the most up-to-date treatments and technologies. Only family physicians train for three years in real practice settings, treating patients in the office, the hospital, and at home. And they re-certify more than any other medical specialty. Continuing Medical Education means that family physicians are experts at applying the latest medical breakthroughs to the everyday care of their patients.

...and help you stay well.

Family physicians are specially trained in preventive medicine. They believe that preventing a health problem is better than having to overcome one. They help you make the right health choices...to keep you and your family healthy.



Most of all, family physicians listen.

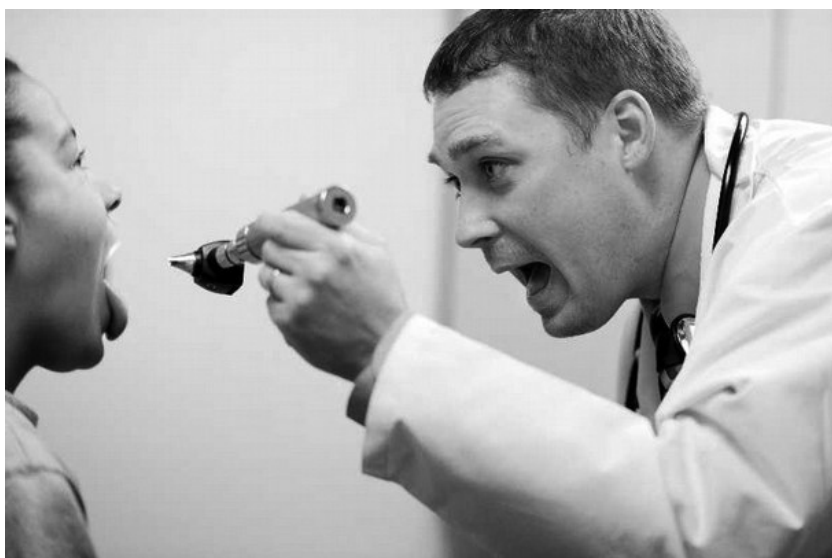
Family physicians know that no one knows you... like you. That's why they take time with you, listen to your concerns, answer your questions, and respect your priorities. They know there is a lot of health and medical information out there. Family physicians help you make the right choices for you and your family. For a healthier life.

Choose today's family physician.

Because nothing is more important than your health. And today's family physician specializes in all of you.

Founded in 1947, the American Academy of Family Physicians represents more than 100,300 family physicians, family practice residents and medical students nationwide.

Americans make more than 200 million office visits to family physicians annually, more than any other medical specialty.



Today's Family Physicians: Specializing in All of You

Today's family physicians are specialists in family medicine. Some doctors don't have to look at a chart to know your name or how you're feeling. The specialty of family medicine is centered on lasting, caring relationships with patients and their families. Family physicians really know their patients, they listen to them and take time with them, and help them make the right health care decisions.

<http://www.naturalnews.com>

Family physicians treat your whole health...

...and treat the whole person.

Family physicians are highly trained in the most up-to-date treatments and technologies. But family physicians know that patients want more than a medical diagnosis--they want the comprehensive, personalized care that a family physician offers.

Family physicians specialize in caring for the physical, mental, and emotional well-being of their patients and their families. They know how your family's health history and situation can affect your health. And they are trained to care for you through all the stages of your life.

Family physicians are trained in all major medical areas. They diagnose and treat the full range of problems people bring to their doctors. They know when to treat you, and when to bring in another specialist you can trust. Family physicians know that you're not just a collection



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

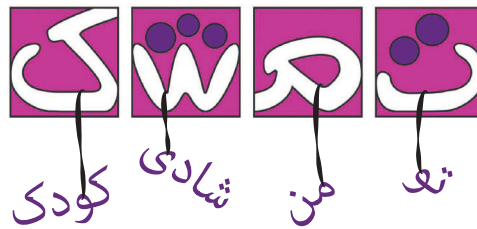


شانگهای

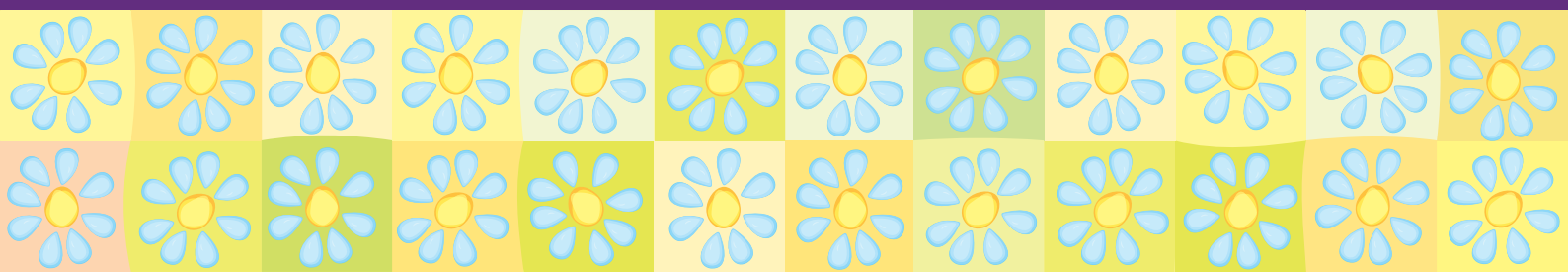
برقراری پرواز مستقیم به پایتخت تجاری چین

روزهای دوشنبه و جمعه هر هفته از تاریخ ۱۱ شهریور ۹۰



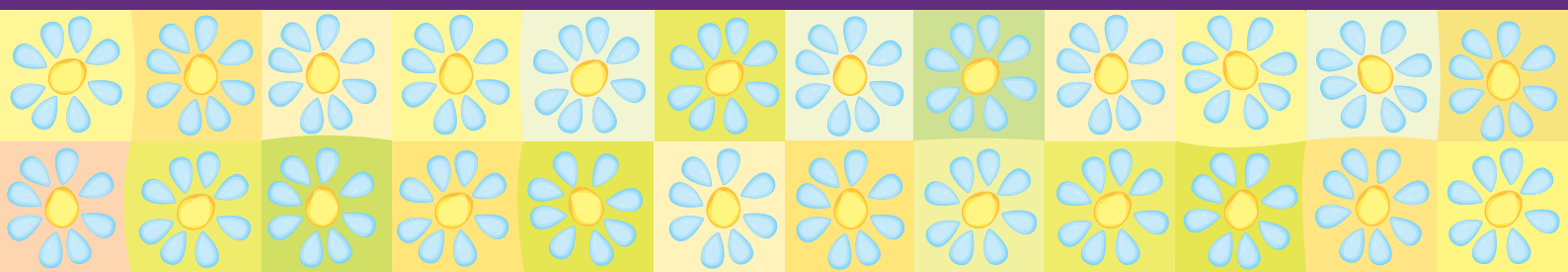


کلوپ تخصصی کودک و مادر کودک تمشک پس از ماه‌ها تلاش برای خدمت رسانی به قشر خاصی از جامعه که به واسطه هدیه آسمانی‌شان از دیگر خانواده‌ها متمایز شده‌اند تاسیس گردید. این کلوپ سعی دارد با توجه به اهمیت و حساسیت این طیف دوست داشتنی جامعه و نگرانی و اضطراب همیشگی خانواده‌ها برای آنها، این بار را تا حدی از روی دوش پدر و مادرها بردارد.





www.tameshkclub.ir



تازه‌ترین اخبار و مقالات مرتبط با بیماری‌های خاص در پایگاه اطلاع‌رسانی بنیاد امور بیماری‌های خاص www.cffsd.org

دریافت کمک‌های نیکوکاران بدون نیاز به مراجعه حضوری به بانک از این پس نیکوکاران گرامی می‌توانند با هر کارت بانکی متصل به سیستم شتاب از طریق اینترنت به میزان دلخواه کمک‌های اهدایی خود را برای بیماران واریز نمایند.



راهنمای پرداخت:

- به آدرس help.cffsd.org مراجعه کنید.
- مشخصات خواسته شده و مبلغ کمک خود را در فرم وارد کرده و سپس بر روی دکمه پرداخت کلیک نمایید.
- منتظر بمانید تا به دروازه پرداخت آنلاین بانک متصل شوید.
- در صفحه دروازه پرداخت می‌بایست:
 ۱. شماره ۱۶ رقمی درج شده بر روی کارت بانکی خود را وارد نمایید.
 ۲. رمز اینترنتی (رمز دوم) خود را وارد نمایید. (در صورتی که رمز اینترنتی ندارید با مراجعه به یکی از دستگاه‌های خودپرداز کارت خود نسبت به ایجاد رمز دوم از طریق گزینه عملیات رمز و تغییر رمز دوم اقدام نمایید).
 ۳. کد ۳ یا ۴ رقمی cvv۲: درج شده در پشت کارت
 ۴. تاریخ انقضاء: بروی کارت درج شده است.
 ۵. کد امنیتی را در این قسمت وارد کنید.
 ۶. پس از پرداخت به سایت بنیاد منتقل می‌شوید تا پیام موفقیت‌آمیز بودن عملیات پرداخت را مشاهده نمایید.