



۴

راهبرد عاشورایی امام (ره)



۲۲

دیابت و بیماری کلیوی



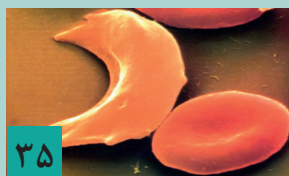
۲۵

تغذیه در بیماران کلیوی



۳۰

سرطان روده بزرگ



۳۵

بیماری سیکل سل



۴۰

مشکلات روانی ناشی از سرطان

اهتمام مضاعف به بیماران کلیوی-یک اولویت

در کشورهای در حال توسعه میزان شیوع بیماری‌های مزمن کلیوی به دلیل شرایط ویژه اقتصادی و اجتماعی از دامنه افزون‌تری برخوردار است. این کشورها بایستی در تأمین بسته‌های خدمات پیشگیرانه تشخیصی و درمانی و نیز توانمندسازی بیماران کلیوی اهتمام جدی و مضاعفی به عمل آورند.

صفحه ۲۰

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

نشریه علمی، فرهنگی و اجتماعی

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری‌های خاص

مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی

سردبیر: دکتر باقر لاریجانی

مدیر اجرایی: هادی صالح

دبیر تحریریه: علی شاملو

دبیر سرویس اجتماعی و فرهنگی: نسرين آقاملا

فهرست

اجتماعی

راهبرد عاشورایی امام خمینی(ره) در مبارزه با شاه

معرفی مرکز درمانی بیماران خاص کرمان

گزارش کارگاه تالاسمی ۴

گزارش سفر استان زنجان

تازه چه خبر

یاری سبز یاوران بنیاد

ایثار زندگی یاری سبز روزگار

سلامت

اهتمام مضاعف به بیماران کلیوی - یک اولویت

با موسیقی به آرامش می‌رسم

دیابت و بیماری کلیوی

تغذیه در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه

دیابت بی‌مزه

وضعیت اهداء عضو در ایران قبل و بعد از بیانیه ۲۰۰۸ استانبول

سرطان روده بزرگ، پیشگیری، علائم و درمان

سرطان و محیط زیست

بیماری سیکل سل

سیگار کشیدن و سلامت شما

مشکلات روانی ناشی از بیماری سرطان

چه رابطه‌ای بین مواد غذایی و پیشگیری از سرطان وجود دارد؟

از هموفیلی چه می‌دانیم؟

ارتباط عوامل آلوده کننده هوا با M.S و سایر اختلالات دستگاه عصبی

ارتباط با رسانه‌ها

بین‌الملل

انجمن مشاوره سرطان ویکتوریا

جدول کنفرانس‌های بین‌المللی آوریل، می و ژوئن ۲۰۱۳

فرهنگی

شیوه زندگی پیامبر الگویی برای جامعه بشریت

به مناسبت تولد حضرت زینب(س)

شفقت و مهربانی

می‌خواهم توشه‌ایی برای آخرت بردارم

برای آینده قسمتی از زندگی‌ام را وقف می‌کنم

خواندنی‌ها

سرگرمی

مقاله انگلیسی

فرم اشتراک

هیئت علمی

دکتر باقر لاریجانی، دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر علی اکبر

ولایتی، دکتر احمد رضا جمشیدی، دکتر سید هاشم جنت پور،

دکتر سید محسن خوش نیت، دکتر حمید رضائی قلعه، 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 رضا ملک زاده

هیات تحریریه این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

مریم اسدی، ندا جلیلیان، افسانه حسنی، مهرانگیز خسروی، هانی

صباغان، فریبا لاهوتی، کیانا معدنچی

امور فنی و هنری: بنیاد امور بیماری‌های خاص

طراح گرافیک و صفحه آرا: رضا شفقتی



بنیاد امور بیماری‌های 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

تلفن: ۲۲۵۹۱۹۵۷ دورنگار: ۲۲۷۶۵۴۲۳

سرمقاله



در دنیای امروز بیماری‌های غیر واگیر به عنوان یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در جوامع به یکی از دغدغه‌های نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف تبدیل شده‌اند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی از ۵۸ میلیون مرگ در سال ۲۰۰۵، حدوداً ۳۵ میلیون مورد مرگ (۶۰٪)، در اثر بیماری‌های مزمن غیر واگیر رخ داده است. حتی گزارش‌های اخیر در مورد این دسته از بیماری‌ها حاکی از آن هستند که امروزه در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه بیماری‌های غیر واگیر علت اصلی مرگ محسوب می‌شوند.

جهانی شدن و توسعه روابط تجاری و اقتصادی میان کشورها همگام با رشد سریع شهرنشینی و کوچک شدن جوامع موجب انتقال فرهنگ و الگوی زندگی کشورهای توسعه یافته به کشورهای در حال توسعه و در نتیجه گسترش عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در سطح جهان شده است. اگرچه عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در مقایسه با عوامل خطر بیماری‌های واگیر پیچیده‌تر هستند اما این عوامل عمدتاً شناخته شده و تا حد زیادی قابل تعدیل و کنترل هستند.

الگوی غذایی نامناسب (رژیم‌های غذایی اشباع از قند و چربی)، مصرف دخانیات و کم‌ تحرکی در کنار دیگر عواملی چون فشار خون بالا، کلسترول بالا، اضافه وزن و چاقی، آلودگی هوای شهری و آلودگی هوا در محیط‌های بسته به عنوان مهم‌ترین عوامل خطر ایجاد کننده بیماری‌های غیر واگیر در سطح جهان محسوب می‌شوند. از میان بیماری‌های غیر واگیر که بار اقتصادی زیادی را بر جامعه وارد می‌کنند می‌توان به سرطان‌ها اشاره کرد. سرطان در تمام دنیا و از جمله در ایران در حال افزایش است و یکی از دلایل عمده آن افزایش سن بقا است. سالانه ۷۵ هزار نفر در کشور به سرطان مبتلا می‌شوند این در حالی است که با بکارگیری روش‌های صحیح زندگی و تغذیه‌ای، ۳۰ درصد موارد ابتلا به سرطان قابل پیشگیری و در صورت تشخیص و درمان درست، ۴۰ درصد آن قابل درمان است.

همچنین بیماری‌های مزمن کلیوی یکی دیگر از بیماری‌های غیر واگیر است که سلامت جامعه را تهدید می‌کند. بر مبنای گزارش‌های منتشر شده این بیماری‌ها با شیوعی بالغ بر حدود ۲۵۰ نفر در هر یک میلیون نفر جمعیت و رشد سالیانه حدود ۸ درصد، یکی از نقاط قابل تمرکز نظام سلامت است.

خوشبختانه در سال‌های اخیر در راستای تسهیل دسترسی بیماران سرطانی و همچنین بیماران مبتلا به اختلالات مزمن کلیوی به درمان‌های موجود گام‌های مؤثری را برداشته است. اما علیرغم مشکلات که هنوز متأسفانه وجود دارد؛ به نظر می‌رسد همسویی با سیاست‌های جهانی و راهکارهای ملی برای پیشگیری و مقابله با این بیماری‌ها از جمله قرار دادن این بیماری‌ها در اولویت‌های ملی، ارتقای مداخلات کاهنده عوامل خطر، ارتقای پژوهش‌های کاربردی در این حیطه و گسترش مشارکت‌ها می‌تواند منجر به کنترل این اختلالات در سطح جامعه شود. امید است با عنایت پروردگار و همت متولیان نظام سلامت شاهد سیاست‌گذاری‌های مؤثر و اجرای بهینه آنها به منظور کاهش هزینه‌های مادی و معنوی این قبیل بیماری‌ها در کشور عزیزمان باشیم.

اجتماعی



راهبرد عاشورایی امام خمینی^(ره) در مبارزه با شاه

نقش اصلی عالمان و نخبگان در جامعه، اثرگذاری و هدایت است. تاریخ گواه روشنی بر این است که چگونه آگاهان متعهد و نخبگان دلسوز، مردم را متوجه تکالیف انقلابی کرده و پیشتاز تحول در میان آنان بوده‌اند.

حجت الاسلام علی عسکری



پایه‌گذاری حرکت‌های فراگیر، انقلاب آفرین و نویدبخش به دست نخبگان به انجام می‌رسد و تجدید حیات دینی مردم نیز در دست باکفایت عالمان دینی از جان گذشته است و کم نیستند فقیهان بزرگ و مجاهدان نستوه که در راه ترویج دین، معروف‌گستری و منکرزدایی با نظام‌های سلطه و طاغوتی به مقابله برخاسته و تا پای جان برای استقرار و استمرار ارزش‌ها، جان‌فشانی نموده‌اند.

از میان فقیهان و نخبگان شناخته‌شده و کارآمد در دوران معاصر، امام خمینی^(ره) بیش از همه در انجام رسالت خطیر یادشده، اثرگذار بوده و حق بزرگی بر گردن ما دارند. ایشان با مبارزه فکری، فرهنگی و سیاسی سبب گردید تا نظام سلطنتی شاه و رژیم طاغوت در ایران برچیده شود و مردم مظلوم کشورمان از دست نظام سلطه و کفر جهانی رهایی یابد. دگرگونی و انقلاب در میان ملت بر مبنای مکتب فکری و فقهاتی مورد نظر امام خمینی^(ره) شکل گرفت و با محور قرار گرفتن مقررات دین مبین اسلام، نظام جمهوری اسلامی تأسیس گردید.

همه می‌دانیم که افکار و اندیشه‌های امام خمینی^(ره) ریشه در بعثت پیامبر^(ص) و تفکر ناب امام علی^(ع) و فرزندان آن حضرت به‌ویژه امام حسین^(ع) داشته و با فطرت انسان‌های مظلوم و خداخواه همخوانی دارد. پیوند دینی و عاشورایی مردم از راه توجه به افکار و اندیشه‌های بلند رهبر دینی‌شان که در پیام‌ها و بیانه‌های آن یارسفر کرده ارائه می‌شد، تجمع و راهپیمایی آنان را سبب می‌شد و به‌طور خودجوش اعتراضات مردمی شکل فراگیر به‌خود می‌گرفت.

ایشان، اهداف مبارزاتی خود و رهبرشان را تشریح می‌کردند و افکار عمومی با درک دینی و سیاسی مطلوب هدایت شده و به پیش می‌رفت.

فراموش نمی‌کنیم که در آغاز و یا در پایان راهپیمایی‌ها و اعتراضات مردم مبارز و به‌پا خاسته ایران، روحانیون و روشنفکران مسلمان که یاران امام خمینی^(ره) محسوب می‌شدند با رجوع به سرفصل‌ها و پیام‌های

هستیم و با این گریه‌ها، سیل راه می‌اندازیم و دشمنان را خرد می‌کنیم)، این مطلب یک حقیقت غیرقابل انکار است که راهبرد مهم او در مقابله با شاه و دفع ظلم قدرت‌های استکباری بود. راهبردی عاشورایی به یادگار مانده از امام حسین^(ع)، راهبردی که خون را بر شمشیر و قدرت اهریمنی یزید پیروز ساخت. عامل اصلی قیام امام حسین^(ع) آنچنان که خود حضرت فرمود: **(معروف‌گستری و منکرزدایی)** بود. پایه اصلی کار امام خمینی^(ره) نیز بر همین اصل دینی اثرگذار استوار بود. به‌طوری‌که آن یار سفرکرده و واصل به حق، در روز ۲۴ آذر ماه سال ۱۳۵۷ مطابق با ۱۴ محرم‌الحرام سال ۱۳۹۹، در مصاحبه‌ای با خبرنگار خبرگزاری فلسطین (وفا) فرمود: (مبارزه با حکومت طاغوتی واجب است و این مبارزه از ابراز تنفر از ظالم که پایین‌ترین مرتبه نهی از منکر است آغاز و تا قتال و جنگ با دشمن ادامه دارد تا ظلم و ظالم از بین بروند و حکومت عدل اسلامی مستقر گردد زیرا مردم مسلمان حق ندارند که غیرمسلمانان را در امور خود دخالت دهند تا بر سرنوشت آنان مسلط شوند).

بنا بر آنچه گفته شد، شک نداریم که منویات مورد نظر امام خمینی^(ره) و اهداف مبارزاتی ایشان حتی در نوع روش و تاکتیک برگرفته از سنت و سیره عاشورایی امام حسین^(ع) بود، قیام ایشان به همراه روحانیت، مردم و اقشار مختلف جامعه، در راستای قیام سید و سالار شهیدان، حضرت امام حسین^(ع) و آهنگ واقعی مبارزات دین‌مدارانه در ایران، ضدیت با ظلم و مقابله با حاکم ستمگر را در پی داشت. چیزی که آزادی را برای مردم مسلمان ایران به ارمغان آورد و این موهبت الهی را با رهبری امام خمینی^(ره) برای ملت ایران محقق ساخت.

مصدق کل یوم عاشورا و کل ارض کربلا می‌شد در جای‌جای کشورمان به نظاره نشست. ده‌ها نفر از مردم تهران در تظاهرات میدان سرچشمه به شهادت رسیدند و طرح خبر شهادت یاران خیابانی و گمنام امام خمینی^(ره)، خون هر مسلمان را به جوش می‌آورد و در شهرهای بزرگ از جمله مشهد، اصفهان، تبریز، قم، اراک و آبادان، راهپیمایی و اعتراضات مردم علیه دستگاه ستم حاکم را به اوج خود می‌رساند. در تاسوعای سال ۱۳۵۷ فقط چند روز پس از ابلاغ پیام حسینی امام خمینی^(ره)، بزرگترین راهپیمایی بر ضد طاغوت با حضور میلیونی مردم و کفن‌پوشان آماده شهادت به انجام رسید. آن جمعیت حماسی و ستودنی، نماز ظهر را در میدان شهید که بعد از پیروزی انقلاب اسلامی به نام میدان آزادی شناخته شد، به امامت آیت‌الله طالقانی برگزار کردند.

حسن فردوست، یکی از نزدیکان شاه در این رابطه می‌گوید: (وقتی آن روز شاه حضور فراگیر و میلیونی مردم را با هلیکوپتر از آسمان به‌طور عینی مشاهده کرد، تصمیم به خروج از کشور گرفت). راهپیمایی عاشورا نیز حضور میلیون‌ها انسان عاشق و مطالبه‌گر دینی را در سرتاسر ایران به تصویر کشید و کمر رژیم طاغوت را درهم شکست. این حضور فراگیر و جدی مردم که بر علیه شاه شعار می‌دادند و عزاداری می‌کردند، در نگاه ناظران سیاسی دنیا و حتی اربابان شاه، سرنگونی حکومت دو هزار و پانصد ساله شاهنشاهی را قطعی ساخت. در این رابطه، جالب توجه این است که حضور مردم شیفته و عاشق چنان در درون ارتش شاهنشاهی اثرگذار بود که چند افسر جزء، در پادگان شاه در لویزان، با به رگبار بستن سالن غذاخوری افسران گارد شاهنشاهی، اقدام به اعدام انقلابی آنان کردند و کسانی را کشتند که از کادر ارتش شاه و از عوامل کشتار مردم در خیابان‌ها محسوب می‌شدند و به معنای واقعی کلمه، سرسپرده شاه و دربار بودند. نتیجه این‌که اگر روزی امام خمینی^(ره) فرمود: (ما ملت عاشوراییم، ما ملت گریه

رهبری امام خمینی^(ره) و کار تشکیلاتی سازمان روحانیت و حوزه‌های علمیه در مبارزات مردم و نخبگان در مبارزه با طاغوت نقش تعیین‌کننده‌ای داشت. در این رابطه به‌عنوان نمونه، می‌توان به پیام مهم امام خمینی^(ره) خطاب به ملت ایران به مناسبت فرا رسیدن ماه محرم سال ۱۳۵۷ توجه نمود و آن را بازنگری کرد. پیامی که در شبکه سنتی و فراگیر حوزه و روحانیت قرار گرفت و همه کشور را درنوردید و به سمع و نظر مردم رسید. در بخشی از این پیام، رهبر در تبعید ملت مسلمان ایران، فرمود: (همه و همه، هم‌صدا و پشت‌برپشت هم به‌سوی هدف مقدس اسلام یعنی برچیده‌شدن سلسله ستمگر پهلوی و هدف نابودی نظام منحط شاهنشاهی و برقراری جمهوری اسلامی مبتنی بر احکام مترقی اسلامی به پیش که پیروزی از آن ملت به‌پاخاسته است).

به‌خاطر دارم، در حالی‌که این پیام را در جیب خود داشتم و برای ادای وظیفه و تبلیغ از مشهد راهی شمال خراسان بودم، دیدم که بر سر درِ پلیس راه قوچان نوشته بود:

**شهنشاه مهر تو کیش و آئین ماست
پرستیدن نام تو دین ماست**

قدری به فکر فرو رفته و با خود اندیشه می‌کردم که ما چند نفر طلبه بی‌سرپناه با سلطه دژخیمانه شاه و ساواک چه می‌توانیم بکنیم؟ اما وقتی امکان قرائت و ابلاغ پیام حیات‌آفرین حضرت روح‌الله را بر علیه ظلم حاکم بر مردم پیدا کردم، به آسانی شاهد بودم که چگونه سخن امام خمینی^(ره)، روح تازه‌ای در کالبد جامعه مسلمان، عاشق و شیفته اهل بیت عصمت و طهارت (علیهم السلام) دمید و آنان حالت عاشورایی به خود گرفتند و یاریگر دین و روحانیت شدند.

آن روز حرکت انقلابی مردم چنان با انگیزه دینی توأم بود که حماسه عاشورا را به

معرفی مرکز درمانی بیماران خاص کرمان

این مرکز یادگاری ماندگار از حضور خیرین گرانقدر است که با کمک‌های مالی خود در ساخت بخش‌های این مجموعه مشارکت داشته و شایان به ذکر است که هر بخش بنام خیر نیکوکارش نامگذاری شده است.

ایمان شفاهی



- زنان - اعصاب - خون - کلیه - چشم
پزشکی - دندانپزشکی)
۹- دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)
۱۰- واحد MMT (سوء مصرف مواد مخدر)
۱۱- فیزیوتراپی (کاردرمانی - ماساژ درمانی)
۱۲- آزمایشگاه بالینی
۱۳- واحد بانک خون
۱۴- داروخانه
۱۵- کلینیک سلامت بانوان
۱۶- مرکز اتیسم
۱۷- واحد رادیولوژی و سونوگرافی
۱۸- آزمایشگاه ژنتیک (ملکولی و سلولی)
۱۹- واحد مشاوره و روانشناسی
۲۰- تیم سیار بیماران ضایعه نخاعی
۲۱- واحد تحقیقات زیست فن‌آوری (ژنتیک)
۲۲- واحد حاکمیت بالینی

واحدهای پشتیبانی اداری:

- ۱۲- مهمانسرا
۱۳- واحد اشتغال (کارگاه خیاطی)
۱۴- واحد نقلیه
۱۵- نمازخانه
۱۶- آمفی تئاتر
۱۷- سالن کنفرانس
۱۸- واحد مخابرات
۱۹- واحد سلف سرویس
۲۰- واحد تاسیسات
۲۱- واحد انبار و اموال
۲۲- واحد لنزری (رختشوی‌خانه)
۲۳- خوابگاه بیماران شهرستانی
۲۴- واحد حراست (نگهبانی)
۲۵- پذیرش و اطلاعات
۲۶- انجمن حمایت از بیماران کلیوی
۲۷- انجمن حمایت از بیماران تالاسمی
۲۸- انجمن حمایت از بیماران M.S

با همت خیرین، اعضای هیئت امنا، اعضای هیئت مدیره، پزشکان و پرسنل دلسوز این مرکز پروژه‌های عظیم و ماندگاری در زمینه خدمات درمانی، آموزشی، پیشگیری،

- ۱- معاونت امور مالی (صندوق - واحد درآمد - امور حسابداری)
۲- معاونت درمانی (مدیر مرکز درمانی - دفتر پرستاری)
۳- معاونت اداری (مدیر داخلی - دبیرخانه - کارگزینی - بایگانی)
۴- واحد اطلاعات و آمار
۵- واحد انفورماتیک و اینترنت
۶- روابط عمومی
۷- واحد تربیت بدنی (شامل سالن‌های ورزشی دارت - شطرنج - پینگ پنگ - یوگا و...)
۸- امور فرهنگی
۹- واحد جلب مشارکت‌های مردمی
۱۰- واحد حقوقی و املاک
۱۱- کتابخانه

در سال ۱۳۷۶ ساخت مجموعه‌ای بنام مجموعه درمانی بیماران خاص با کمک مردم خیر ديار کریمان شروع و در اسفند ۱۳۷۷ فازهای ۱ و ۲ در زیر بنائی به وسعت ۳۰۰۰ متر مربع افتتاح، راه‌اندازی و توسط بنیاد امور بیماری‌های خاص و دانشگاه علوم پزشکی تجهیز گردید. در تیرماه ۱۳۸۷ فاز سوم این مجموعه با زیربنای بالغ بر ۱۰۰۰۰ متر مربع و با امکانات مجهز و پیشرفته در فضائی منحصر به فرد و مطابق با بالاترین استانداردها راه‌اندازی شد و هم اکنون به بیش از ۱۰۰۰۰ بیمار خاص و صعب‌العلاج شامل بیماران (تالاسمی، همودیالیز، سرطان، پیوند کلیه، ام‌اس، دیابت و هپاتیت) ارائه خدمت می‌نماید.

موسسه خیریه ثامن الحجج^(ع) علاوه بر ساخت مرکز درمانی بیماران خاص کرمان، در شهرستان‌های کهنوج، جیرفت، بم، زرنند و سیرجان نیز دارای مراکز درمانی ویژه بیماران خاص می‌باشد که این بخش‌ها نیز با کمک خیرین هر شهرستان ساخته و با مشارکت بنیاد امور بیماری‌های خاص و دانشگاه علوم پزشکی تجهیز شده است.

بخش‌ها و واحدهای درمانی و حمایتی:

- ۱- بخش تالاسمی
۲- بخش همودیالیز
۳- واحد حمایت از بیماران M.S
۴- واحد حمایت از بیماران کلیوی جهت پیوند کلیه
۵- واحد حمایت از بیماران سرطان
۶- کلینیک هپاتیت
۷- کلینیک دیابت
۸- کلینیک‌های تخصصی (داخلی - عفونی -

۶- ساخت پروژه فرهنگی آموزشی درمانی (یاما) شهرستان بم با کمک پزشکان ایرانی مقیم آمریکا، با زیربنای ۱۵۰۰ متر مربع

۷- ساخت مرکز درمانی بیماران خاص و پایگاه انتقال خون در زمین اهدائی توسط خانواده شهیدان صادق زاده در شهرستان زرن

۸- ساخت و تجهیز مرکز درمانی بیماران خاص در شهرستان بافت با کمک و همیاری بنیاد

پروژه‌های در دست اقدام این مجموعه:

۱- ساخت دانشکده ژنتیک در جوار مرکز درمانی بیماری‌های خاص

۲- ساخت مجتمع ۱۰۰ واحدی جهت نگهداری بیماران ام.اس، آلزایمر، پارکینسون

۳- ساخت مجتمع هیدروترابی و استخر ویژه بیماران ام.اس و...

۴- ساخت مرکز تفریحی و فرهنگی جهت تقویت روحیه نشاط و شادابی بیماران خاص و صعب‌العلاج در یکی از مناطق خوش آب و هوای استان کرمان

مرکز استان، پروژه‌هایی نیز در شهرستان‌های استان کرمان با کمک خیرین ساخته، که برخی از آنها به شرح ذیل می‌باشند:

۱- ساخت و تجهیز ۳ مرکز درمانی بیماران خاص در شهرستان سیرجان با کمک و همیاری بنیاد

۲- ساخت و تجهیز مرکز درمانی بیماران خاص در شهرستان کهنوج با کمک و همیاری بنیاد

۳- ساخت و تجهیز ۳ مرکز درمانی بیماران خاص در شهرستان جیرفت با همیاری سفارت ژاپن با کمک و همیاری بنیاد

۴- پس از زلزله دلخراش سال ۱۳۸۲ شهرستان بم، مرکز درمانی بیماران خاص مجهزی با کمک دختر شیخ امارات و هلال احمر امارات، و بنیاد امور بیماری‌های خاص ساخته و تجهیز شده است.

۵- شیرخوارگاهی با کمک NGOهای بین‌المللی، و بنیاد امور بیماری‌های خاص، در شهرستان بم ساخته و در اختیار بچه‌های بی‌سرپرست قرار گرفته است.

فرهنگی و ورزشی ساخته و تجهیز شده است که برخی از آنها به شرح ذیل می‌باشند:

۱- ساخت و تجهیز فاز اول مرکز درمانی بیماران خاص در سال ۱۳۷۶ با کمک و همیاری بنیاد در زیر بنای ۲۵۰۰ متر مربع جهت بخش‌های بیماران همودیالیز، تالاسمی، هموفیلی و آزمایشگاه.

۲- ساخت و تجهیز فاز دوم مرکز درمانی بیماران خاص در سال ۱۳۷۷ با کمک و همیاری بنیاد در زیر بنای ۵۰۰ متر مربع جهت واحدهای داروخانه، خوابگاه بیماران شهرستانی و درمانگاه عمومی و تخصصی

۳- ساخت و تجهیز فاز سوم مرکز درمانی بیماران خاص در سال ۱۳۸۷ با کمک و همیاری بنیاد در زیر بنای ۱۰۰۰۰ متر مربع جهت واحدهای مجهز: دانسیتومتری، رادیولوژی، سونوگرافی، فیزیوتراپی، مشاوره و روانشناسی، حمایت از بیماران ام.اس، حمایت از بیماران سرطانی و کلینیک‌های دیابت، هپاتیت، سلامت بانوان و سالن‌های آفمی، تئاتر مجهز و شکیل، سالن پژوهش و تحقیقات، واحد اشتغال، تیم سیار بیماران ضایعات نخاعی، نمایشگاه آثار و صنایع دستی بیماران، سالن‌های ورزشی (یوگا، تنیس روی میز، دарт و شطرنج)

۴- ساخت و تجهیز مجموعه عظیم آزمایشگاه‌های ژنتیک پزشکی با کمک و همراهی دکتر بذرافشانی

۵- ساخت مرکز آب درمانی و هیدروترابی بی‌نظیر در زیر بنای ۳۰۰۰ متر مربع

۶- ساخت مجتمع فرهنگی ورزشی با ۸ سالن مجزا در زیر بنای ۸۰۰۰ متر مربع

۷- ساخت و تجهیز بخش پیشرفته ناباروری

۸- ساخت و تجهیز بخش سلول‌های بنیادی و نگهداری بند ناف

۹- ساخت مرکز بهداشتی، درمانی روستای الله‌آباد کرمان به مساحت ۱۰۰۰ متر مربع و زیر بنای ۲۵۰ متر مربع

۱۰- ساخت مرکز دندانپزشکی واقع در کرمان، خیابان مادر با زیر بنای ۵۰۰ متر مربع

علاوه بر ساخت پروژه‌های عنوان شده در





- ۵- ساخت بیمارستان مجهز جهت بیماران مبتلا به سرطان
- ۶- ساخت مرکزی جهت نگهداری سالمندان، بیماران مبتلا به آلزایمر، پارکینسون و گروه‌های مختلف معلولین، قطع نخاعی و... در ابعاد گسترده.
- ۷- ساخت خوابگاه جهت بیماران خاص در شهرستان‌های جیرفت و کهنوج
- ۸- ساخت یک دانشکده پزشکی در شهرستان زرنند
- ۹- ساخت بخش دیالیز در شهرستان راین
- ۱۰- ساخت بخش بیماران خاص در شهرستان راور
- ۱۱- ساخت خوابگاه جهت بیماران شهرستانی در کرمان

خلاصه خدمات ارائه شده به بیماران تحت پوشش:

- ۱- ارائه خدمات درمانی با استانداردهای بین‌المللی و کشوری به بیماران استان
- ۲- ارائه خدمات پزشکی، داروئی، آزمایشگاهی و پاراکلینیکی رایگان به بیماران خاص استان
- ۳- جمع‌آوری اطلاعات و آمار نسبتاً دقیق از بیماران خاص استان
- ۴- برگزاری کلاس‌های آموزشی جهت بیماران و خانواده آنان در مرکز و شهرستان‌های استان
- ۵- ایجاد نمایندگی در شهرستان‌های سطح

استان برای ارائه خدمات درمانی هرچه بهتر به بیماران سایر مناطق استان و حل مشکلات دارویی و تجهیزات پزشکی آنان

۶- ایجاد نمایندگی در شهرستان‌های سطح استان برای جذب کمک‌های مردمی مناطق و استفاده از این کمک‌ها به همراه کمک‌های مالی مؤسسه در جهت ساخت و تجهیز مراکز درمانی بیماران خاص در شهرستان‌های استان با همکاری دانشگاه علوم پزشکی و مسئولین استانی و محلی

۷- ایجاد نمایندگی در شهرستان‌های سطح استان برای ارائه خدمات حمایتی و پیگیری مسائل و مشکلات عزیزان ساکن در شهرستان‌های استان

۸- ارائه مشکلات و کمبودهای درمانی و

داروئی بیماران به مسئولین دانشگاه و تلاش در جهت رفع این مشکلات

۹- ارائه کمک‌های نقدی و جنسی به خانواده‌های نیازمند در استان در حد توان موجود

۱۰- ارائه بیمه به کلیه بیماران خاص با هماهنگی و کمک سازمان‌های بیمه‌گر

۱۱- برگزاری اردوهای (زیارتی- تفریحی) جهت بیماران و خانواده آنان که از سال ۱۳۷۸ هر ساله با شرکت ۴۵۰ تا ۵۰۰ نفر از بیماران خاص و صعب‌العلاج برگزار گردیده است.

۱۲- تلاش در جهت تشویق بیماران به ادامه تحصیل و کسب تجارب علمی و ارتقاء سطح علمی و ایجاد زمینه مناسب برای اشتغال

۱۳- ارائه خدمات تشخیصی ژنتیکی جهت جلوگیری از تولد بیماران مبتلا به بیماری تالاسمی ماژور و هموفیلی

۱۴- برگزاری سمینارهای علمی در جهت ارتقاء سطح آگاهی پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان

۱۵- بهبود وضعیت درمانی بیماران استان و کاهش اشغال تخت‌های بیمارستانی، کاهش بروز موارد جدید، کاهش تولد موارد جدید، کاهش کمبود تخت‌های همودیالیز در استان و کاهش آمار مرگ و میر.



گزارش کارگاه تالاسمی ۴

چهارمین کارگاه تالاسمی با عنوان مدیریت پرستاری و مراقبت‌های تالاسمی هفتم دی‌ماه ۱۳۹۱ در بنیاد امور بیماری‌های خاص با هدف بررسی مسائل مورد توجه در مقوله پرستاری از بیماران تالاسمی و مشکلات پرستاران در ارتباط با درمان بیماران تالاسمی برگزار شد.

افسانه حسینی

عنوان کارگاه شماره ۴: مدیریت پرستاری و مراقبت‌های تالاسمی

برگزار کننده: بنیاد امور بیماری‌های خاص - معاونت آموزش و پژوهش

زمان: ۷ دی‌ماه ۱۳۹۱

هدف از برگزاری کارگاه: بررسی مسائل مورد توجه در مقوله پرستاری از بیماران تالاسمی و مشکلات پرستاران در ارتباط با درمان بیماران تالاسمی است. محورهای کارگاه شامل موارد زیر است:

- پرستاری در مراکز درمانی
- مراقبت‌های پرستاری حین تزریق خون
- اورژانس‌های پرستاری
- خود مراقبتی پرستاری
- تغذیه

نتیجه برگزاری کارگاه: بررسی انتظارات، کمبودها و چالش‌های موجود، نیازهای آتی جامعه پرستاری و آموزش محورهای مورد بحث بود.

کارگاه مزبور با حضور مهمانانی از معاونت‌های درمان دانشگاه علوم پزشکی

کشور، دفاتر مدیر کل امور اجتماعی کشور، رؤسای بیمارستان‌های دارای مراکز تالاسمی در استان‌های کشور، پزشکان، متخصصان در امر درمان بیماری تالاسمی، سازمان نظام پرستاری ایران و ادارات پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی، برگزار شد. از استان‌هایی که در این کارگاه حضور فعال داشتند می‌توان به استان یزد، سیستان و بلوچستان، زنجان، خراسان رضوی، آذربایجان غربی، سمنان، قزوین، فارس، گیلان و همدان بودند.

کارگاه چهارم با سخنرانی آقای دکتر



طرز کار پمپ دسفرال

دکتر آریتا آذرکیوان، دکتر امینیان و دکتر علیرضا فلاح (هماتولوژیست، متخصص عفونی و پزشک عمومی): پنل پرسش و پاسخ مسائل مربوط به پرستاری تالاسمی

در پایان گواهینامه‌هایی به افراد شرکت کننده و سخنرانان اعطاء شد، همچنین بیانیه‌ای به شرح زیر با نظر دبیر کارگاه و اساتید حاضر در جلسه تهیه و برای مراجع ذی‌صلاح ارسال شد:

شرکت کنندگان حاضر در کارگاه مدیریت پرستاری و مراقبت‌های تالاسمی ضمن تقدیر از بنیاد امور بیماری‌های خاص در زمینه توجه به ارتقاء خدمات درمانی بیماران تالاسمی و تأکید بر موفقیت‌های کسب شده در طی سال‌های گذشته در زمینه پیشگیری و درمان بیماران تالاسمی بر موارد ذیل تأکید داشتند:

۱- با توجه به نقش پمپ دسفرال و اهمیت آن در درمان و در زمینه شرایط جسمی بیماران تالاسمی، بیمه‌ها نسبت به پرداخت هزینه آن هر ۳ سال یک‌بار اقدام نمایند، زیرا عمر مفید پمپ‌ها در برخی از موارد



مباحث سایکولوژیک در بیماران تالاسمی و نحوه ارتباط پرستار با بیماران

دکتر امینیان (متخصص عفونی و بیماری‌های تب دار): کنترل عفونت (هیپاتیت و ایدز) در بیماران تالاسمی

دکتر زهرا کروریان (پزشک عمومی، کارشناس پژوهشی): نحوه استفاده از داروی دسفوناک
کارشناسان شرکت فرافن: آموزش

عبدالرضا معادی دبیر کارگاه، آغاز و با سخنرانی افراد ذیل با موضوعات اشاره شده ادامه یافت:

دکتر احمد تمدنی (فوق تخصص خون): گزارشی از کارگاه و بیانیه‌های آن، مسائل کلی مربوط به تشخیص و درمان تالاسمی

دکتر فریده موسوی (متخصص اطفال، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی): مدیریت و مراقبت بیمار تالاسمی حین تزریق خون

دکتر الهام شاهقلی (متخصص خون و انکولوژی کودکان، عضو هیئت علمی دانشگاه تهران): عوارض قلبی در بیماران تالاسمی

دکتر مرتضی علیجانیپور (متخصص داخلی): عوارض اندوکربین در بیماران تالاسمی

کیانا معدنچی (کارشناس تغذیه): تغذیه در بیماران تالاسمی

دکتر شکوفه موسوی (روانپزشک):



تالاسمی و حتی‌المقدور از جابجایی پرسنل شاغل در بخش‌های تالاسمی به دلیل ارتباط عاطفی که بین بیمار و کادر درمان ایجاد می‌شود جلوگیری شود.

۱۱- نظارت مستقیم اساتید محترم (پزشکان) بر عملکرد پرستاری.

۱۲- برآورد نیروی انسانی مورد نیاز بر اساس حجم کار و تامین آن بر اساس شاخص‌های استاندارد.

در حاشیه این همایش، طی مصاحبه‌ای که با آقای دکتر احمد تمدنی، مدیر مرکز درمانی امیرکلا شهرستان بابل، از سخنرانان کارگاه به‌عمل آمد، ایشان برگزاری این کارگاه‌ها را جهت انتقال اطلاعات به سطوح مختلف، برای اجرایی کردن امور درمانی بسیار کمک کننده و مهم ارزیابی کردند. همچنین آقای دکتر محمد طاهر یآوری، مسئول کانون هموفیلی استان یزد از پرداخته‌شدن به مسائل متنوع در خصوص تالاسمی از زوایای مختلف ابراز خرسندی کرده و درخواست نمودند که زمان اختصاص یافته به کارگاه در آینده به هر مبحث افزایش یابد.



ارتباط عاطفی بین بیماران و پرستاران، راهنمایی‌های لازم بعد از آموزش پرستاران در زمینه تغذیه و مسایل روانشناختی به بیماران انجام گیرد.

۶- سیستم متمرکز الکترونیک به منظور دسترسی به آخرین دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های اجرایی و درمانی فراهم گردد.

۷- با توجه به اهمیت کنترل عفونت و میزان بالای ریسک فاکتورها، اقدامات لازم مراقبتی، کنترل عفونت، واکسیناسیون، آزمایشات دوره‌ای و آموزش لازم انجام پذیرد.

۸- ایجاد انگیزه (حق سختی کار) در بخش‌های بیماران خاص از جمله تالاسمی به شیوه مناسب

۹- برگزاری کلاس‌های بازآموزی برای کادر پرستاری درباره موضوعات تخصصی مانند عوارض داروها بررسی داروهای آهن زدا، تغذیه در بیماران تالاسمی، آموزش پمپ دسفرال، ارتباط روحی و روانی با بیماران.

۱۰- استفاده از کادر باتجربه در بخش

علیرغم اعلام ۵ سال حدود ۳ سال می‌باشد.

۲- روند جایگزینی دستگاه‌های خراب بیماران، توسط شرکت تولید کننده این دستگاه‌ها با سرعت بیشتری صورت پذیرفته و نظارت اجرایی از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی بر آن باشد.

۳- از آنجایی که بیماران تالاسمی در بیشتر بیمارستان‌های کشور در بخش‌های اورژانس تحت درمان می‌باشند، بخشی جداگانه به این بیماران اختصاص یابد و بخش‌های تالاسمی به عنوان یکی از ارکان بیمارستان‌هایی که خدمات مربوطه را ارائه می‌دهند شناخته شوند.

۴- آموزش مستمر پرستاران فعال در بخش‌های تالاسمی در زمینه آشنایی با روش‌های درمان و عوارض آن، و معرفی روش‌های جدید درمان مثل انجام پیوند مغز استخوان و آشنایی پرسنل درمانی تالاسمی با بخش‌های پیوند مغز استخوان جزئی از بازآموزی دوره‌ای باشد.

۵- ضمن تأکید بر نقش پرستاران در کیفیت درمان بیماران تالاسمی و ایجاد

استان زنجان

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 زنجان است که توسط کارشناسان معاونت امور هماهنگی مورد بازدید قرار گرفته است.

مهندس هانی صباغان

موقعیت جغرافیایی استان و استان‌های

همجوار: وسعت استان برابر ۲۲۱۶۴ کیلومتر مربع و ۱/۳ درصد کل کشور را شامل می‌شود. استان زنجان از شمال به استان‌های آذربایجان شرقی، اردبیل و گیلان، از شرق به استان‌های قزوین و گیلان، از جنوب به استان‌های همدان و قزوین و از غرب به استان‌های آذربایجان غربی و کردستان محدود می‌باشد.

تقسیمات کشوری: استان زنجان دارای ۶ شهرستان، ۱۶ بخش، ۴۶ دهستان و ۱۶ شهر است.

مرکز استان: زنجان

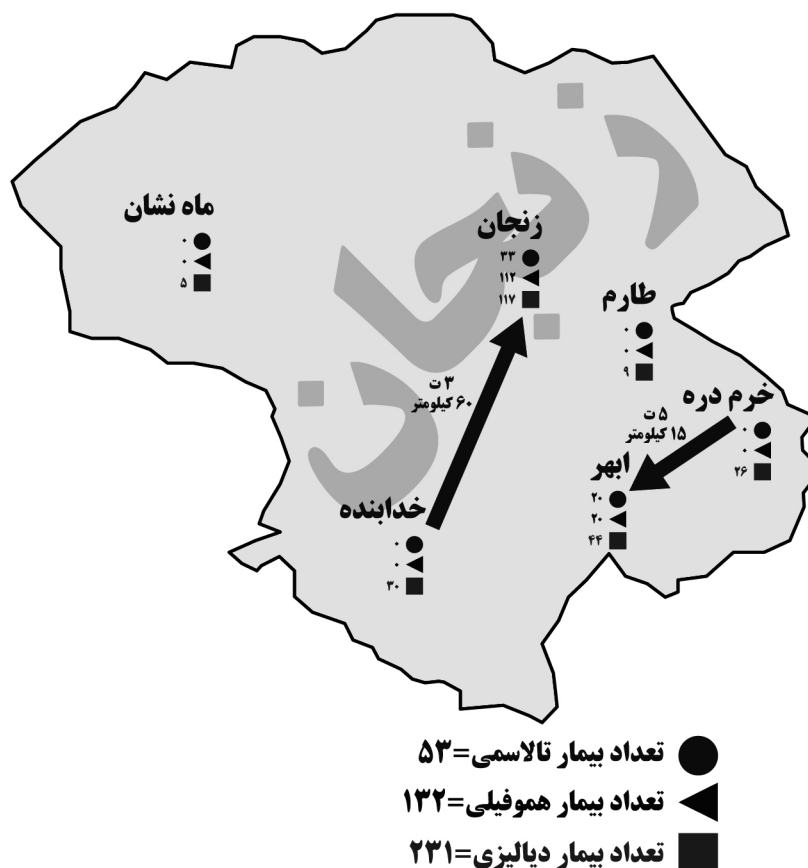
شهرستان‌ها: ابهر، خدابنده، خرمدره، زنجان، طارم، ماه‌نشان

مختصات جمعیتی: جمعیت استان بر اساس آخرین آمار ۹۶۴۶۰۱ نفر و معادل ۱/۵ درصد جمعیت کل کشور است که عمده این جمعیت در شهر ساکن می‌باشند، جمعیت روستایی (۴۰۵۲۶۱ نفر) حدود ۴۳٪ جمعیت کل استان و جمعیت شهری (۵۵۹۳۴۰ نفر) حدود ۵۷٪ جمعیت کل استان را تشکیل می‌دهد. تعداد ۲۳۱ بیمار دیالیزی (۱۰ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ۵۳ بیمار تالاسمی (۵ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) و ۱۳۲ بیمار هموفیلی (۱۶ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ساکن استان زنجان می‌باشند.

وضعیت شهرستان‌ها

ابهر: بیمارستان امدادی، تنها بیمارستان و مرکز ارایه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان ابهر می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۴۴ بیمار دیالیزی، ۲۰ بیمار تالاسمی و ۲۰ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند. همچنین تعداد ۱۹۰۰ نفر دیابتی‌اند که ۸۰۰ نفر از آنها مراجعه می‌کنند.

تعداد بیماران تالاسمی، هموفیلی و دیالیزی در استان زنجان





بیمارستان امدادی (دانشگاهی)

این بیمارستان در سال ۱۳۵۱ با ۱۲۰ تخت مصوب راهاندازی شده است. این بیمارستان به ۳ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۳

راهاندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۸۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۸ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش تعداد ۴۴ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۶ پرستار تشکیل شده است.

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 آنتی ژن مثبت) برابر با ۵/۵ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش

نیز که دارای ۲ اتاق می‌باشد، در سال ۱۳۷۵ راهاندازی شده است. این بخش دارای ۲ تخت فعال است که ۲ تخت ۱ شکن را شامل می‌شود. تعداد ۲۰ بیمار تالاسمی و ۲۰ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی این بخش از ۳ پزشک متخصص اطفال و ۱ پرستار تشکیل شده است.

خداپنده: بیمارستان امیرالمؤمنین تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان خداپنده می‌باشد. در حال حاضر ۳۰ بیمار دیالیزی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان امیرالمؤمنین (دانشگاهی)

این بیمارستان در سال ۱۳۶۴ با ۹۶ تخت مصوب راهاندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۱

راهاندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز

در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۳۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۶ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش تعداد ۳۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی و ۵ پرستار تشکیل شده است.

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 آنتی ژن مثبت) برابر با ۵/۸ است.

طارم: بیمارستان شهدای طارم، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان طارم می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۶ بیمار تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان شهدا (دانشگاهی)

بیمارستان شهدای طارم در سال ۱۳۷۵ با ۳۲ تخت مصوب راهاندازی شده است.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۴

راهاندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرارداده شده‌اند. سالن اصلی بخش دیالیز در این بیمارستان حدود

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

شهرستان	مرکز دیالیز	مرکز تالاسمی	مرکز هموفیلی	انتقال خون
ابهر	+	+	+	
خداپنده	+			
طارم	+			-
خرم دره	+			
زنجان	+	+	+	+
ماه‌نشان	+			

زنجان: بیمارستان حضرت ولی عصر (عج) و بیمارستان شهید بهشتی و بیمارستان آیت الله موسوی مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان زنجان می‌باشند. در حال حاضر تعداد ۱۱۷ بیمار دیالیزی، ۳۳ بیمار تالاسمی و ۱۱۲ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان ولیعصر (دانشگاهی)

این بیمارستان در سال ۱۳۷۶ با ۳۰۷ تخت مصوب راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۱

راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۸۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۱۲ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش تعداد ۶۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص نفرولوژیست و ۸ پرستار تشکیل شده است.

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 ۵ است.



راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۴۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۶ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش تعداد ۲۶ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی و ۵ پرستار تشکیل شده است.

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 ۴/۳۳ است.

۳۶ متر مربع وسعت داشته دارای ۳ دستگاه دیالیز می‌باشد. در حال حاضر این بخش با ۳ دستگاه دیالیز، تعداد ۹ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۳ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۴ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال در ۲ روز هفته به صورت ۲ شیفته فعال است.

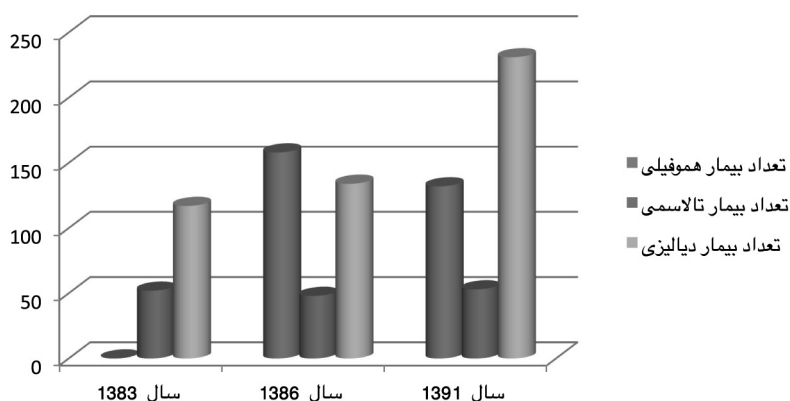
نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (پس از حذف دستگاه و بیماران آنتی‌ژن مثبت) برابر با ۳ است.

خرم‌دره: بیمارستان بوعلی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان خرم‌دره می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۲۶ بیمار تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان بوعلی سینا (دانشگاهی)

این بیمارستان در سال ۱۳۸۲ با ۱۰۱ تخت مصوب راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۹



مشکلات و کمبودها

۱- شهرستان‌های فاقد مرکز: شهرستان‌های ایجرود، خدابنده، خرمدره، طارم، ماهنشان فاقد مرکز مجزای تالاسمی و هموفیلی می‌باشند و به این بیماران در بخش اورژانس یا در شهرهای دیگر خدمات درمانی ارائه می‌نمایند. مراکز تالاسمی و هموفیلی این استان در شهرستان‌های ابهر و زنجان دایر می‌باشند. ۴ بیمار تالاسمی از شهر خدابنده به مرکز زنجان مراجعه می‌کنند. همچنین ۵ بیمار تالاسمی از شهر خرمدره به مرکز ابهر مراجعه می‌کنند.

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

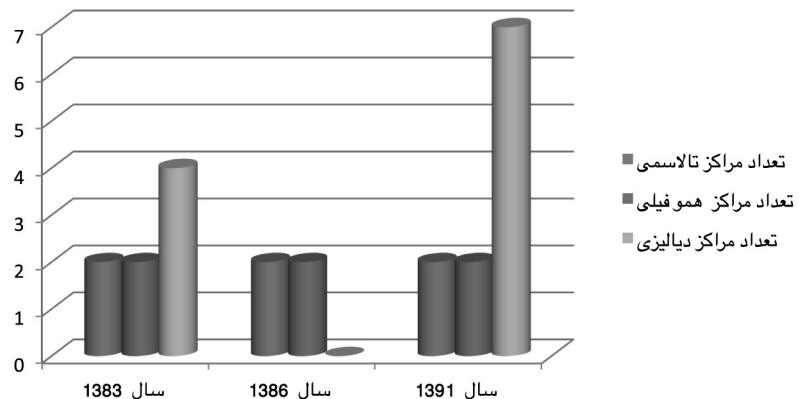
۳- مشکلات مربوط به دارو یا وسایل مصرفی: اکثر بخش‌های دیالیز در این استان با کمبود پودر بی‌کربنات متناسب با نوع دستگاه‌ها مواجه هستند.

کمک‌های انجام گرفته بعد از بازدید بنیاد:

اهدا ۲ دستگاه دیالیز همچنین ۸ دستگاه تخت ۱ و ۳ شکن به همراه وسایل جانبی، ۱۸ عدد تجهیزات درمانی و رفاهی به شهرستان‌های استان زنجان اهدا شد. 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 ۴۶ دستگاه تجهیزات درمانی به استان زنجان کمک تجهیزاتی نموده است. همچنین بنیاد امور بیماری‌های خاص بالغ بر ۱,۲۱۹,۸۸۹,۹۳۶ ریال به صورت نقدی و ۱,۶۷۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به صورت هدیه ایثار به اهدا کنندگان کلیه به استان زنجان کمک مالی نموده است.



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

ماهنشان: بیمارستان رازی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان ماهنشان می‌باشد. در حال حاضر تعداد ۵ بیمار تحت پوشش این بیمارستان می‌باشند.

بیمارستان بوعلی سینا (دانشگاهی): این بیمارستان در سال ۱۳۸۸ با ۳۲ تخت مصوب راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۸ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۴۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۲ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش تعداد ۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۲ پرستار تشکیل شده است.

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 آنتی ژن مثبت) برابر با ۲/۵ است.

بیمارستان آیت الله موسوی (دانشگاهی)

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش نیز که دارای ۳ اتاق می‌باشد، در سال ۱۳۸۰ راه‌اندازی شده است. این بخش دارای ۶ تخت فعال است که ۶ تخت ۱ شکن را شامل می‌شود. تعداد ۳۳ بیمار تالاسمی و ۱۱۲ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص هماتولوژیست اطفال و ۱ پرستار تشکیل شده است.

بیمارستان شهید بهشتی (دانشگاهی)

این بیمارستان شهید بهشتی در سال ۱۳۱۶ با ۲۷۶ تخت مصوب راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۶۸ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۸۰ متر مربع وسعت داشته دارای ۱۱ دستگاه دیالیز است. در حال حاضر این بخش تعداد ۵۷ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص نفرولوژیست، ۵ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفته فعال است.

تازه چه خبر

در فصل زیبای زمستان، کارکنان بنیاد توفیق خدمت پیدا نمودند. با امید به خداوند متعال و دعای خیر تمامی مردم ایران، اهم فعالیت‌های بنیاد در سه‌ماهه آخر سال را مرور می‌نماییم.

نسرین آقاملا



و همکاری بنیاد امور بیماری‌های خاص برگزار شد در این همایش پزشکان و کارشناسی از سازمان‌های مختلف شرکت نمودند. چهره‌های شاخصی که نیز در این همایش شرکت داشتند عبارت بودند از: محمد هاشمی، دکتر فاطمه هاشمی، دکتر معصومه ابتکار (عضو شورای شهر تهران).

هشتمین کنگره سرطان

هشتمین کنگره سرطان از تاریخ دوم تا چهارم اسفند ماه در دانشگاه شهید بهشتی برگزار شد نمایشگاهی نیز در کنار کنگره برپا گردید که بنیاد امور بیماری‌های خاص در این نمایشگاه شرکت کرد و کارشناسان روابط عمومی بنیاد ضمن معرفی فعالیت‌های بنیاد و انتشارات آن اطلاعات لازم را در اختیار شرکت کنندگان و بازدیدکنندگان قرار دادند.

دکتر هومن محمدی معاونت آموزش و پژوهش در خصوص ابتلای مردان به سرطان پروستات ایراد گردید همچنین مباحث روانشناسی سلامت مردان نیز توسط خانم دکتر شجاعی برای حضار ایراد گردید.

بازدید کارشناسان بنیاد امور خاص

کارشناسان امور بنیاد خاص در پی بازدیدهای استانی در فصل زمستان از استان ایلام و در شهر تهران نیز از بیمارستان‌های حضرت علی اصغر^(ع) لقمان حکیم و پیامبران بازدید به عمل آورده و در جریان این بازدیدها مشکلات و مصائب هر یک از مراکز را مورد بررسی قرار دادند.

همایش سرطان و پیشگیری

همایش سرطان و پیشگیری در تاریخ هفتم و هشتم بهمن ماه در سالن همایش‌های صدا و سیما توسط موسسه تحقیقات آموزش و پیشگیری سرطان

برگزاری چهارمین کارگاه تالاسمی با رویکرد مدیریت پرستاری و مراقبت‌های تالاسمی

در تاریخ هفتم دی ماه سال ۱۳۹۱ روز پنجشنبه برنامه چهارمین کارگاه تالاسمی آغاز شد و تا ساعت ۱۶ ادامه داشت در این کارگاه آقایان دکتر معادی، دکتر تمدنی، دکتر علیجان پور و خانم‌ها دکتر موسوی دکتر شاه‌قلی دکتر شکوفه موسوی، دکتر زهرا کروریان سخنرانی داشتند و در پایان پنل پرسش و پاسخ با حضور دکتر تمدنی، دکتر آذرکیوان، دکتر انصاری، دکتر جاریانی برگزار شد و کارگاه چهارم با قرائت بیانیه توسط دکتر معادی پایان یافت.



برگزاری روز جهانی سلامت مردان

به مناسبت روز جهانی سلامت مردان برنامه‌هایی در روزهای اول و دوم اسفندماه سال ۹۱ در مرکز پزشکی خاص شرق برگزار گردید در این برنامه از مراجعین اندازه‌گیری فشار خون، قد، و وزن و ثبت آزمایش PSA به عمل آمد و همچنین سخنرانی توسط آقای

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 اموری بیماری‌های خاص در این فصل عبارتند از:

نیکتا پژوهش‌فر

آقای رسول اسدنژاد	آقای احمد نظام‌زاده	فروشگاه هنر؛ آقای حسین بزاقی	کاشی و سرامیک الماس کویر
آقای حسین رضایی‌راد	آقای غلامرضا نوروزی کاخکی	پلی ران؛ آقای مهندس معصومی	رفسنجان؛ آقای مصطفی ترابی، آقای محسن ترابی، آقای حسین نژاد
آقای محمد بختیاری	آقای محمدرضا نوروزیان	پارس سلفون؛ آقای شفیع نیک بسپار یزد؛ آقای دکتر شهوازیان	کابل کرمان؛ آقای مهندس حاجی حسین لو
آقای مهرزاد زندیه	خانم گشتاسب‌پور	کره شکلی؛ آقای شکروی بام‌پاد؛ آقای مهندس شیخ‌الاسلام	پوکه صنعتی لیکا؛ احمد میر محمد صادقی
آقای پروین رسولی مقدم	آقای رضائیان	آقای حسین افتاده	شیرآلات اخوان ساز؛ آقای اخوان
آقای اصغر کرمی	آقای مراد اژدرپور	آقای حسین جمعگی	تعاونی فرهنگیان؛ آقای باباعلیان
آقای ابوالفضل حاتمی‌پور	آقای رمضان اژدرپور	آقای کلاته ملائی	پارس متال؛ آقای اسلامی
آقای مهدی داوری	خانم حبیبی	آقای محمدحسن حیدری کاخکی	شرکت استاندارد؛ خانم حق نیا
خانم زهره اسفندیاری	خانم جواهری	آقای محمدخیاط کاخکی	شرکت کسیم؛ آقای رضائیان
آقای محمود جهان‌تیغ	آقای محمد امینی	آقای علیرضا شکبیا	صنایع غذایی مهجوریان؛ آقای علی رضا مهجوریان
آقای محمد علی صلاحی	آقای نیک انجام	آقای محمدرضا صباغیان کاخکی	چینی مروارید؛ آقای میر دهقانی
آقای جلال رضائی‌فر	آقای علی پیکان	آقای هادی عطائی	زرین خراسان؛ آقای احسان شرکت
آقای علی جمالی	آقای قادر عطفی	آقای محمد فرهنگی	شجری زاده؛ آقای شجری زاده
آقای محمد جواد نعمه‌سنگ	آقای مومن‌زاده	آقای علیرضا قربانپور	ایزوگام دانا گام؛ آقای ابوالفضل هادوی
آقای محمد نعمتی	آقای محمدرضا ایزدی	آقای جلال کاظمیان کاخکی	
آقای احمد مدیری	خانم ملیحه قدرتی		
آقای محمدی	خانم سمیرا دهواری		
آقای محمد معالی	خانم سمن مهدوی		
خانم فروغ البرزی	آقای محمد بی‌نیاز		
آقای فاطمی	آقای برقی		
آقای لواسانی	خانم بتول جعفرپور		
خانم انسیه عسگری	آقای محسن دهقان		
آقای محمدعلی ضیایی			

یاوران عزیز:

لطفاً فیش کمک‌های 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 بیماری‌های خاص: ۴۸۸۳-۱۹۳۹۵

ژوبین پروتئین؛ آقای وزیری
فروشگاه سجده‌ای؛ آقای سجده‌ای
آکام‌شن؛ آقای مهندس پارسا
بنیاد علمی تحقیقاتی روزه؛
آقای مهدی میرعبداله پانی
ریگ ساز مرکز؛ آقای بختیاری
آپ؛ آقای مهندس تقوی
فروشگاه تیزچنگ؛ آقای تیزچنگ
بازرگانی پگاه؛ آقای ظروفی

ایثار زندگی یاری سبز روزگار

بوستان اهدای عضو در زمستان 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

اکبر افخمی خشت مسجدی، سبحان نقدیف، غلامرضا رحمانی، حمید طالبی، سمانه رجبی، کبری برزگر بفروئی، حسین، خلیلیان، عباس کرم‌دوست، حجت احمدی بی دریغ، طاهره مددیان پاک، رامین صاحب قلم، رامین شیخ زوز، هومن معین فر، مهدی زیاد، امیرهوشنگ حسن نیا، مجتبی ترابی، پرویز عبدی، موسی فرنوش، علی اکبر محمودی، حمیدقاسمی زاده، میثم رجبی موغاری، محمد قاسمی، محمدحسین صادقی، میثم اسمعیل زاده، مهدی سرشکی، فرهاد نجارزاده، غلامعباس نبوی، حمیدرضا عمارلوئی، حسین فریمانه، حسین بیوک، رسول فتحی، احمد عسگری، روح اله مجیدی، حسام مطلوبی، بختیار محمدیان و امین محمدپور، مریم نعیمی، مهدی میرزاحمدی، یاسمن شفیع ثابت، سیدنوروز میراسماعیلی، جواد رجبی، محسن شاکر، امیرشادمانی، اسماعیل شکوری، عبدالرضا جهانی، سادات محله، محمدخزائی، بهنام هودن، اقدس مردان، نسرین درویش ملائی، حسین بختیاری، سمانه مداحی، آزاده زارع، طاهره لوانی بختیاری، محمدعباسی، مهدی عباسی، فاطمه حفیظی، سمیرا تاجیک مهر، ربیعی حسنی، کتایون ترکمان پری، کتانه ترکمان، محمدامین غفوری، محمدرحمت پور، رضا عباس زاده، معصومه دیم، علی اصغر کریمی، شادی ترکمان، محمد رجبی نیا، اصغر شاکر، معصومه جمشیدی، غلامرضا مزدارانی، محمدیاری، سحر نجیبی مراد، محمدامیروائقی، طاهره حسنی، سیده زهرا الهی، ولی قربانی، معصومه فاطمی قشلاقی، فرحناز ظفرمنش، نادر قادری، فیروزه بابایی، یاسر ذوالفقارزاده، زهرا نوری، ثریا فیروزان، محمد جمشیدی خوش، مصطفی پوریزدان، محمدرضا اسفاری، رؤیا بیرانوند، افسر السادات سعادت، حسین قوس نشان، عباس قریشوندی، نعیمه یزدان پناهی اصل، رضامینی، معصومه ملکی، فاطمه جابری، اکرم آقاگلی، زهرا نصیری پی، فائزه جعفری پور، فاطمه پایست، نسرین فاتحی، محمد جعفری پور، معصومه زارعی، یوسف فیض الهی، فاطمه احمدی بیغش، اعظم علی اصغر، رقیه خمسه، فرزانه قنوازی، ساراجلالی، فضه سلیمیان، معصومه رضانی، طاهره صادقی، مینا دستواره، ندا نصرآبادی، فاطمه قادری، کبری همونه، سیده زهرا عابدین زاده، مریم مطلبی، زهرا امیری اندی، اقدس ولدی، سکینه محمدی، اکرم ولدی، لیلا بابالاری، ماه منیر بابالاری، علیرضا رنگساز، زهره جعفری، کاظم صفاپور، فهیمه صفاپور، مریم اکبری، فاطمه اسماعیلی، مهدی سهامی دولتیاری، سمیه تسلسل فرد، زهرا قنوازی، جواهر جفائی، حمیده حلم زاده، خدیجه کلوندی، سحر کلوندی، اعظم مقیسه، فاطمه نادریان، محمدجواد تاجیک، شیرین شرفی، اعظم نفر، رحیم قحطاریان، مهدی باقری، سمیرا خزائی، محمدرضافرج زاده جلالی، نرگس مرادی پیمانی، ابراهیم قربانی فریور، جمیله نوروزی، مهناز اکبری، خدیجه احمدی بیغش، منظر مهر علی، مینا قلی زاده آذری، زینب محمدی، سمیه صابری، فاطمه بی طاعت، بهرام حامدی نیا، اشرف شهیدی، لیلا هاشمی، زهرا هاشمی، رقیه سروری، زهرا افشار، محسن هنری، عاطفه قاسمی نسب، وحید قلی، اعظم منکلیان، حمیده بخشش، معصومه شریف اوغلی، نرجس شاهسون بغدادی، گلناز جعفری، میثم نصرآبادی

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



اهتمام مضاعف به بیماران کلیوی - یک اولویت

روز جهانی کلیه در کشورهای مختلف دنیا مجالی فراهم می‌نماید تا آحاد ارائه‌کنندگان خدمات در نظام سلامت عنایت مجدانه‌ای به بیماران مبتلا به امراض مزمن کلیوی نموده و برای حل مشکلات عدیده درمانی، دارویی، فناوری‌های تشخیصی، اجتماعی و اقتصادی در این قلمرو اقدامات مؤثری انجام دهند.

دکتر حمید رضایی قلعه



با استناد به گزارش‌های رسمی سازمان‌ها و مجامع بین‌المللی دست‌اندرکار در حوزه بهداشت و درمان بیماری‌های مزمن کلیوی یکی از مهم‌ترین معضلات و مخاطراتی است که بیش از پیش سلامت افراد را تهدید می‌کند. بر مبنای گزارش‌های مزبور میزان شیوع این بیماری‌ها ۲۴۲ نفر به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت محاسبه شده و سالیانه بطور متوسط رشدی نزدیک به ۸ درصد داشته است. بدیهی است میزان شیوع و بروز بیماری‌های مزمن کلیوی در جوامع مختلف متفاوت است به گونه‌ای که این میزان در هر یک میلیون جمعیت سیاه پوست آفریقایی تبار ۷۵۸ نفر و در هر یک میلیون نفر جمعیت سفید پوست قریب به ۱۸۰ نفر گزارش شده است.

امید می‌رود که امسال در قیاس با سنوات سابق به همت سازمان‌ها و دستگاه‌های دولتی سیاست‌گذار و مجری ساز و کارهای ارایه خدمات سلامت، سازمان‌های مردم نهاد، پزشکان و پیرپزشکان و سایر نهادهای ذی‌مدخل در حوزه سلامت و رفاه اجتماعی گام‌های تأثیرگذار و بلندی برای صیانت از تندرستی بیماران کلیوی در اقصی نقاط کشور برداشته شود.

خدمات در نظام سلامت عنایت مجدانه‌ای به بیماران مبتلا به امراض مزمن کلیوی نموده و برای حل مشکلات عدیده درمانی، دارویی، فناوری‌های تشخیصی، اجتماعی و اقتصادی در این قلمرو اقدامات مؤثری انجام دهند.

بنیاد امور بیماری‌های خاص نیز در راستای طراحی برنامه‌های گوناگون در نکوداشت روز جهانی کلیه در شماره زمستان فصلنامه خاص بر آن است که از باب تذکار و یادآوری روز جهانی کلیه در اسفند ماه سال جاری از مسئولان نظام سلامت کشور، جامعه شریف پزشکی و پیرپزشکی و همه کسانی که به نوعی در تأمین و ارایه خدمات پزشکی به بیماران کلیوی دخیل هستند بخواهد که بیش از گذشته اعاده سلامت به این بیماران را در زمره اولویت‌های عرصه سیاست‌گذاری، برنامه ریزی و تأمین خدمات قرار دهند.

گزارش‌های یاد شده بر این نکته نیز تأکید دارند که در ممالک در حال توسعه و یا توسعه نیافته میزان شیوع بیماری‌های مزمن کلیوی به دلیل شرایط ویژه اقتصادی و اجتماعی این جوامع باید از دامنه فزون‌تری برخوردار باشد بنابراین این کشورها بایستی در تأمین بسته‌های خدمات پیشگیرانه تشخیصی و درمانی این امراض مزمن و نیز توانمندسازی بیماران کلیوی اهتمام جدی و مضاعفی به عمل آورند.

شاید اقدام مشترک نهادهایی جهانی همچون انجمن علمی بین‌المللی نفرولوژی و فدراسیون بین‌المللی بنیادهای کلیه در برپایی فراگیر برنامه‌هایی خاص در یکی از روزهای ماه مارس هر سال تحت لوای روز جهانی کلیه در کشورهای مختلف دنیا مجالی فراهم نماید تا آحاد ارائه‌کنندگان

با موسیقی به آرامش می‌رسیم

موسیقی، به روش‌های مختلف، بر شرایط انسان تأثیر می‌گذارد و می‌تواند روی آرمیدگی نیز مؤثر واقع شود. درست است که قرن‌هاست که از این امر مطلعیم، اما در روزگار ما و به شکل علمی، خاصیت التیام بخشی موسیقی به اثبات رسیده است.

دکتر برایان لوک سی‌وارد ترجمه: مهدی قراچه داغی

و رضایت روح شده، اخلاقیات مردم را افزایش می‌دهد و بالاخره اعتقاد فیثاغورث این بود که موسیقی به انسان هماهنگی می‌دهد. به باور او، از دست رفتن هماهنگی در انسان، موجب مرض می‌شود.

پادشاهان قرون وسطی، برای رهایی از احساس تکدر خاطر و افسردگی و تب، در قصرهای خود موسیقی پخش می‌کردند. بعد از آن، بسیاری از موسیقی‌دانان کلاسیک و از جمله باخ، پاشل بل و موزارت، با کمک اشراف و سلاطین، به تصنیف آهنگ‌هایی بدین منظور تشویق شدند. اما تنها طبقات بالای جامعه نبودند که از موسیقی استفاده و از آن لذت می‌بردند. مدت‌ها قبل از آن که نوار ضبط و سی‌دی و رادیو و ویدیو وجود خارجی داشته باشند، دسته‌های مختلف مردم دور هم جمع می‌شدند تا به نوای موسیقی و آواز، گوش فرا دهند.

در بسیاری از آیین‌های قبیله‌ای در سرتاسر دنیا، از موسیقی استفاده کرده‌اند. آفریقاییان، قرن‌هاست که در برنامه‌های مختلف خود از موسیقی استفاده کرده‌اند.

در سال ۱۸۷۷، اختراع فنوگراف سبب شد تا مردم اقصى نقاط زمین، با موسیقی آشنا تر شوند. موسیقی، در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم برای اختلالات ذهنی وسیله‌ای درمانی گردید. اما تا قبل از سال ۱۹۲۶، موسیقی هم‌چون ابزاری علمی، برای درمان بسیاری از اختلالات بالینی مورد تأیید قرار نگرفت. با آن که ملل مختلف در گذشت سال‌های متمادی، از موسیقی برای رسیدن به آرامش استفاده کرده‌اند، اما تا سال ۱۹۴۶ طول کشید که در آمریکا آن را ابزاری التیام بخش به حساب آورده درباره آن بررسی‌های بیشتری کنند.

جسمانی در بیمار است. در مکتب دوم به تأثیرات آرامش بخش موسیقی اشاره می‌شود. بدین مفهوم، موسیقی درمانی را می‌توان توانایی تجربه کردن حالتی تغییر یافته از انگیزتگی جسمانی و روحی، به کمک نواها، ضرب آهنگ‌ها و لحن‌های ناشی از ادوات موسیقی تعریف نمود. در این مقاله، بیشتر به این جنبه از موسیقی درمانی اشاره کرده‌ایم.

امروزه، موسیقی درمانی روشی پرتطرف‌دار برای رسیدن به آرامش و آرمیدگی است. در جریان یک بررسی که در سال ۱۹۹۱ انجام شد، ۷۵ درصد کسانی که مورد پرسش قرار گرفتند، گوش دادن به موسیقی را اقدامی برای کاستن از استرس بیان کردند. در حالی که موسیقی درمانی، روشی مناسب برای افزایش آرامش و آرمیدگی محسوب می‌شود، از توانایی یک اقدام مقابله‌ای نیز برخوردار است. گوش دادن به برخی از انواع موسیقی، به قدرت پذیرندگی ذهن می‌افزاید. از آن گذشته، این گونه بیان می‌شود که موسیقی، بر خلاقیت اشخاص می‌افزاید و تصورات ذهنی را تقویت می‌کند.

سابقه تاریخی

قدما معتقد بودند که موسیقی، شیطان را فراری داده، سبب التیام می‌گردد. یونانیان باستان، و از جمله آن‌ها، افلاطون، ارسطو و فیثاغورث، به قدرت التیام بخش موسیقی معتقد بودند و اظهار می‌داشتند که اگر اشخاص، همه روزه به موسیقی گوش بدهند، به سلامتی خود کمک می‌کنند. ارسطو معتقد بود که نوای فلوت بر احساسات انسان تأثیر می‌گذارد. افلاطون نیز می‌گفت که موسیقی، موجب هماهنگی

از روزی که انسان به آواز آهنگین یک پرنده گوش داد، نقش موسیقی و تأثیر قابل ملاحظه آن به رسمیت شناخته شد. برای لحظه‌ای چشمانتان را ببندید و به ترانه مورد علاقه‌تان فکر کنید. بگذارید صدای موسیقی در ذهنتان طنین‌انداز شود. آگاهانه به آن توجه کنید و احساس کنید که بدن‌تان چگونه نسبت به آن واکنش نشان می‌دهد. بدون تردید، تحریک شنوایی ناشی از موسیقی، می‌تواند روی حالات جسمانی و احساسی ما تأثیر بگذارد. موسیقی، از توانایی انگیزه‌بخشی برخوردار است. قرن‌های متمادی از صدای موسیقی به شکل طبل و کوس و دُهل برای پیش بردن جنگ‌ها و پیروز شدن در آن‌ها استفاده شده است. اخیراً نیز در حوادث و مسابقات ورزشی، برای رسیدن به پیروزی، از موسیقی استفاده می‌شود. اما موسیقی به همین اندازه می‌تواند آرام‌بخش و مسکن نیز باشد. به یاد نواهای آهنگینی بیفتید که از آن‌ها برای خواباندن بچه‌ها استفاده می‌شود. از این رو می‌توان گفت که موسیقی، به روش‌های مختلف، بر شرایط انسان تأثیر می‌گذارد و می‌تواند روی آرمیدگی نیز مؤثر واقع شود. درست است که قرن‌هاست که از این امر مطلعیم، اما در روزگار ما و به شکل علمی، خاصیت التیام بخشی موسیقی به اثبات رسیده است. در زمینه موسیقی درمانی، دو مکتب فکری متفاوت وجود دارد. در مکتب فکری اول، صدای آواز یا صدای ادوات موسیقی می‌توانند تأثیرات التیام بخش داشته باشند. در این مکتب فکری، موسیقی درمانی کاربرد منظم و به قاعده موسیقی به وسیله موسیقی درمانگر، برای ایجاد تغییرات احساسی یا ایجاد التیام



در اواخر دهه ۱۹۷۰ و اوایل دهه ۱۹۸۰ که موضوع استرس برای مردم از اهمیتی خاص برخوردار شد، موسیقی جدیدی برای التیام استرس مورد استفاده قرار گرفت تا بر میزان آرامش و آگاهی‌های اشخاص بیفزاید.

از صدا به سر و صدا و موسیقی

صدا، نوعی از انرژی است که به گوش می‌رسد. صدا می‌تواند خوشایند و یا ناخوشایند، دلنشین و یا آزارنده باشد. صدای ناخوشایند و آزارنده را به اصطلاح سر و صدا می‌نامیم. امواج صوتی را با (هرتز)، اندازه می‌گیریم. شدت صدایی که گوش تحمل می‌کند ۲۰ تا ۲۰۰۰۰ هرتز است که این، البته، به کیفیت صدا بستگی دارد. بعضی از صداها را نیز از طریق پوست و استخوان جذب می‌کنیم.

در حالی که ارتعاشات به وسیله هرتز اندازه‌گیری می‌شوند، صداها با معیاری به نام (دسیبل) ارزیابی می‌گردند. گفته می‌شود که یک دسیبل، ملایم‌ترین صدایی است که گوش انسان آن را می‌شنود. جدول زیر فهرستی از صداها و محیطی را در مقیاس دسیبل نشان می‌دهد.

سطح صدای محیط به دسیبل

- یخچال ۴۵
- مسکونی‌های مرکز شهر ۸۰
- جنگل ۳۵
- باران ملایم ۵۰
- مته کمپرسی ۱۰۰
- چکه آب از شیر ۴۰
- جارو برقی ۷۵-۸۰

موتور سیکلت ۱۰۰
مناطق روستایی ۴۰
دستگاه تهویه هوا ۸۰
موسیقی راک زنده ۹۰-۱۳۰
موتور جت (به هنگام برخاستن هواپیما) ۱۲۰-۱۴۰

اثرات روانی موسیقی

موسیقی، سوای تأثیرات فیزیولوژیایی، روی روحیه نیز اثر می‌گذارد که از جمله می‌توان به هراس و افسردگی اشاره کرد. معمولاً بیشتر اشخاص به تأثیر موسیقی بر روی خود اشاره می‌کنند.

دستگاه مغز و به خصوص هیپوتالاموس، جایگاه نرون‌هایی است که وقتی از ناحیه حس شنوایی تحریک شدند، می‌توانند روحیه و احساسات شخص را تغییر بدهند. در حالی که اشخاص، معمولاً در سطح ذهن هشیار به تأثیر موسیقی روی روحیه پی می‌برند، محرک شنوایی می‌تواند بر ذهن ناهشیار نیز نفوذ کرده به سهم خود، روی روحیه اشخاص تأثیر گذارد. برای اندازه‌گیری تأثیر موسیقی پس‌زمینه روی کسانی که در سوپرمارکت‌ها خرید می‌کنند، مشخص گردید که خریداران، وقتی موسیقی ملایمی پخش می‌شود، بیشتر در راهروهای بین قفسه‌های اقلام فروشگاه وقت صرف می‌کنند و در نتیجه میزان فروش افزایش می‌یابد. در ضمن، ثابت شده که پخش موسیقی ملایم در مطب پزشکان و دندان‌پزشکان تأثیرات آرام‌کننده فراوان دارد. موسیقی می‌تواند احساسات توأم با استرس را تخفیف بدهد. در زمانی که سینما هنوز صامت بود، در سالن‌های سینما برای بالا بردن احساسات تماشاچیان، در صحنه‌های عاشقانه، از نوازندگان پیانو استفاده می‌کردند. به این شکل که وقتی تصویر یک صحنه عاشقانه روی پرده نمایش داده می‌شد، یک نوازنده پیانو آهنگ خوشایندی را در لحظه می‌نواخت. بعد از آن و با صدا دار شدن فیلم‌های سینمایی، از موسیقی به میزان وسیعی در فیلم‌ها

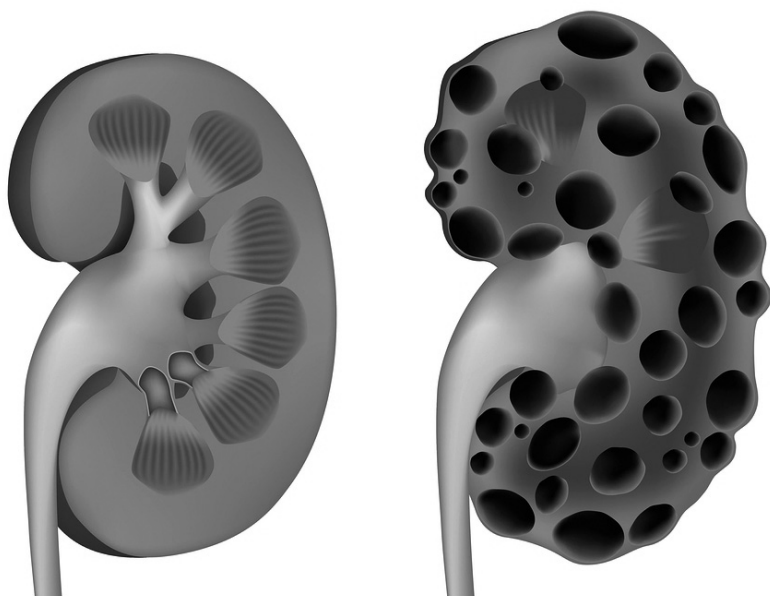
استفاده شد. در حالی که امروزه، پخش موسیقی در فروشگاه‌ها و آسانسورها بسیار رایج است، در اتاق‌های عمل نیز موسیقی پخش می‌شود تا بر سرعت التیام بیفزاید. برای اندازه‌گیری تأثیر موسیقی روی بیماران مشوش بیمارستان‌ها، دکتر (هلن بونی)، موسیقی درمانگر، نوارهایی از موسیقی تهیه کرد تا در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان جفرسون در پورت تاون سند ایالت واشنگتن و بیمارستان دیگری در بالتیمور پخش شوند. معلوم شد که پخش موسیقی، روی فشار خون، ضربان قلب، تنفس و تنش‌های عضلانی تأثیر آرام‌بخش دارد. پخش موسیقی، به افزایش خواب بیماران کمک می‌کرد و از شدت اضطراب و افسردگی آن‌ها می‌کاست.

موسیقی، روی احساس و اندیشه انسان تأثیراتی بر جای می‌گذارد که از عهده زبان و کلام ساخته نیست. موسیقی می‌تواند دفاع‌های قدرت‌مند احساس را درهم فرو ریخته و ابراز احساسات را میسر سازد. به همین دلیل، روان‌شناسان و روان‌پزشکان برای تخلیه بسیاری از هیجانات پنهان هم چون خشم، از موسیقی استفاده می‌کنند. تردیدی نیست که موسیقی، روی احساسات در سطح هشیار و ناهشیار تأثیر فراوان دارد. انواع مختلف موسیقی، می‌تواند روی برافروختگی و نیز آرامش انسان تأثیر گذارد. در جریان یک بررسی و به منظور ارزیابی رابطه میان انواع موسیقی، انتخاب موسیقی و لذت و شادی و حالات آرمیدگی، والری استراتون و آنتونی زالانوسکی (۱۹۸۴) به این نتیجه رسیدند که یک موسیقی خاص روی همه اشخاص تولید آرمیدگی نمی‌کند، بلکه میزان علاقه اشخاص به موسیقی انتخاب شده، در ایجاد آرمیدگی مؤثر است. در جریان یک بررسی دیگر، ویلیام دیویس و میشل توت (۱۹۸۹) بر آن شدند که ببینند در نظر اشخاص مختلف کدام موسیقی آرامش‌بخش ارزیابی می‌شود. در این بررسی مشخص گردید که نواهای مختلف، روی اشخاص مختلف، اثرات متفاوت بر جای می‌گذارد.

دیابت و بیماری کلیوی

بیماری قند یا دیابت، بیماری با عوارض متعدد در بدن می‌باشد، حدود ۷٪ افراد جامعه مبتلا به دیابت می‌باشند که این میزان بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO) به خصوص در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش می‌باشد. از علل مهم افزایش شیوع دیابت کم تحرکی، افزایش وزن و چاقی و رژیم غذایی نامناسب می‌باشد.

دکتر امیرحسین میلادی پور



دیابت عوارض مختلفی دارد که شامل عوارض قلبی، سکته‌های مغزی، عروق محیطی، عوارض کلیوی، عوارض چشمی و نیز سیستم عصبی می‌باشد. دیابت شایع‌ترین علت نارسایی مزمن کلیه (۴۴٪) می‌باشد و دومین علت نارسایی مزمن کلیه بعد از دیابت فشار خون بالا می‌باشد (۲۷٪).

عوارض کلیوی دیابت

دیابت و قند خون بالا پس از سال‌ها با اثر روی بافت‌های مختلف بدن از جمله کلیه‌ها باعث تغییرات ساختمانی و عملکردی کلیه‌ها می‌شود. این اثر در ابتدا به صورت افزایش دفع آلبومین (پروتئین) در ادرار در حد کم با میکروآلبومینوری (۳۰-۳۰۰ میلی گرم در روز) و سپس با پیشرفت بیماری به صورت افزایش دفع آلبومین در ادرار در حد بالا با میکروآلبومینوری (بیشتر از ۳۰۰ میلی گرم در روز) و سپس اختلال در عملکرد کلیه‌ها ظاهر می‌نماید.

در گذشته حدود ۴۵-۲۵ درصد بیماران دیابتی دچار دفع پروتئین بالا شده که عمده آنها دچار نارسایی پیشرفته کلیه می‌شدند. در حال حاضر با توجه به آموزش و مراقبت بهتر حدود ۳۰-۲۰ درصد افراد دیابتی دچار دفع پروتئین با مقادیر کم (میکرو آلبومینوری) می‌شوند که تنها نیمی از آنها دچار بیماری پیشرفته کلیه می‌شوند که البته با مراقبت و درمان مناسب و به موقع این میزان قابل کاهش می‌باشد.

افراد دیابتی با خطر بیشتر بیماری کلیوی ناشی از دیابت
افراد با استعداد ژنتیکی شامل افراد دیابتی

تورم پاها، صورت و اطراف پلک‌ها، کاهش نیاز به انسولین و یا قرص جهت کنترل قند خون، افزایش اوره و کراتینین خون، ضعف، رنگ پریدگی و کم‌خونی، بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ صبحگاهی و تنگی نفس و خارش. با توجه به این‌که آسیب کلیوی ناشی از دیابت باعث درد نمی‌شود و در مرحله اولیه آسیب کلیوی بدون علامت می‌باشد، بررسی بیماران دیابتی در مراحل اولیه جهت تشخیص و درمان در این مرحله اهمیت ویژه‌ای دارد.

مراقبت و تشخیص بیماری کلیوی در مرحله اولیه

برای این منظور همه بیماران دیابتی باید تحت بررسی و مراقبت به صورت سالیانه قرار گیرند. (بیماران دیابتی نوع یک ۵ سال پس از تشخیص و نوع دو پس از تشخیص

که در برادر، خواهر و یا والدین آنها بیماری دیابت همراه با نارسایی کلیه وجود دارد، که این افراد استعداد بیشتری برای ابتلا به بیماری کلیوی دارند، افراد با فشار خون بالا، افرادی که دیابت خود را کنترل نکرده‌اند، افراد چاق، افراد سیگاری و برخی از نژادها (مانند سیاه‌پوستان) که در خطر بیشتر ابتلا به بیماری کلیوی ناشی از دیابت می‌باشند.

علائم و نشانه‌های بیماری کلیوی

در ابتدای بیماری کلیوی علائم واضحی وجود ندارد و تنها در بررسی آزمایشگاهی ممکن است اختلالات دیده شود (مانند دفع آلبومین در ادرار).

این علائم شامل: وجود آلبومین در ادرار (علامت زود رس)، افزایش فشار خون، افزایش دفعات ادرار بخصوص در شب‌ها،

دیابت).



در اولین بررسی لازم است آزمایش ادرار و اوره و کراتینین خون انجام شود و در صورت طبیعی بودن عملکرد کلیه‌ها و آزمایش ادرار لازم است، بررسی نمونه ادرار از جهت وجود آلبومین در اولین بررسی و سپس سالیانه انجام شود تا وجود دفع آلبومین به مقدار کم (میکرو آلبومینوری) در مراحل اولیه تشخیص داده شده و تحت درمان قرار گیرد که در صورت مراقبت و درمان‌های مناسب می‌توان مانع بیماری کلیوی و یا پیشرفت آن شد.

بنابراین بهترین بررسی جهت تشخیص اولیه بیماری کلیوی آزمایش ادرار از جهت وجود آلبومین در ادرار می‌باشد که نسبت آلبومین به کراتینین در نمونه ادرار بیشتر از ۳۰ میلی گرم به ازای هر گرم کراتینین غیر طبیعی تلقی می‌گردد.

پیشگیری از بیماری کلیوی

جهت پیشگیری از بیماری کلیوی لازم است اقدامات زیر انجام شود:

۱- کنترل مناسب قند خون با انسولین و یا داروهای خوراکی: میزان قند خون مناسب ناشتا در حدود ۸۰-۱۳۰ میلی گرم درصد و ۲ ساعت بعد از غذا کمتر از ۱۸۰ میلی گرم

درصد و میزان هموگلوبین A1C کمتر از ۷٪ توصیه می‌گردد. با پیشرفت بیماری کلیوی نیاز به انسولین و یا قرص کاهش می‌یابد و این افراد با ادامه داروهای قبلی کاهنده قند خون دچار افت قند خون می‌شوند، برخی از داروهای کنترل کننده قند خون از جمله متفورمین باید قطع شود (در صورت کراتینین برابر یا بیشتر از ۱/۵ میلی گرم درصد). سایر داروها مانند گلیبن کلامید، گلیکوزید، و آکاربوز در مرحله نارسایی متوسط و یا پیشرفته کلیه باید قطع گردد.

۲- کنترل مناسب فشار خون بخصوص با داروهای ACEI و یا ARBS مانند انالاپریل، کاپتوپریل، لیزینوپریل، لوزارتان و والسارتان و غیره، فشار خون مناسب در حد ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه می‌باشند.



۳- درمان به موقع و مناسب بیمارانی که دچار افزایش دفع آلبومین شده‌اند.

۴- رعایت رژیم غذایی بخصوص محدودیت مصرف نمک و چربی و مصرف در حد مناسب پروتئین.

۵- کنترل چربی خون: کلسترول LDL کمتر از ۱۰۰ میلی گرم درصد (در افراد با بیماری قلبی عروقی کمتر از ۷۰ میلی گرم درصد) HDL در حد بیش از ۵۰ در خانم‌ها و بیشتر از ۴۰ در آقایان، تریگلیسرید به کمتر از ۱۵۰ میلی گرم درصد.

۶- پرهیز از مصرف سیگار و الکل

۷- ورزش مناسب و منظم: حداقل ۳ بار در هفته یا بیشتر هر بار ۳۰-۴۵ دقیقه به صورت پیاده‌روی، آهسته دویدن، دوچرخه سواری و شنا.

۸- پرهیز از مصرف داروهای مضر: از جمله داروهای مسکن (مانند بروفن، دیکلوفناک، ایندومتاسین، سلکسیب و...) و برخی از آنتی‌بیوتیک‌ها مانند آمینوگلیکوزیدها و... این بیماران لازم است جهت مصرف داروهای مختلف با پزشک مشورت نمایند.

در صورت نارسایی کلیه‌ها درمان تحت نظر پزشک ادامه یافته و در صورت نارسایی پیشرفته کلیه‌ها که کار کلیه به کمتر از ۱۵-۱۰ درصد رسیده و علائم بالینی به صورت بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، و تنگی نفس ممکن است دیده شود درمان جایگزینی شامل دیالیز و یا پیوند کلیه ضروری می‌باشد.

تغذیه در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه

زمانی که فرد دچار نارسایی مزمن کلیه می‌شود، پیروی از یک رژیم غذایی صحیح می‌تواند در روند آسیب نفرون‌ها و در نتیجه کاهش پیشرفت بیماری بسیار مؤثر باشد.

پونه انگورانی کارشناس ارشد تغذیه و رژیم درمانی



بیماری یا نارسایی مزمن کلیه در اثر تخریب پیش‌رونده و برگشت ناپذیر تعداد و عملکرد نفرون‌ها ایجاد می‌شود. نفرون‌ها واحدهای سازنده کلیه‌ها هستند که تصفیه خون را به عهده دارند که به آن تصفیه گلومرولی (GRF) اطلاق می‌شود.

بر حسب میزان آسیب نفرون‌ها، بیماری مزمن کلیه به ۵ مرحله تقسیم می‌شود. در مرحله ۱ کلیه‌ها آسیب دیده‌اند و نشانه‌های آسیب از جمله دفع آلبومین در ادرار وجود دارد ولی تصفیه گلومرولی طبیعی است. در مرحله ۲ آسیب نفرون‌ها بیشتر از مرحله قبل می‌باشد و تصفیه گلومرولی به ۷۴٪-۵۰٪ مقدار طبیعی می‌رسد. در این مرحله نیز بیماری فاقد علامت است و اوره و کراتینین سرم در حد طبیعی یا کمی بالا است. در مرحله ۳ تصفیه گلومرولی به ۴۹٪-۲۵٪ مقدار طبیعی می‌رسد و غلظت اوره و کراتینین سرم از محدوده طبیعی بالاتر می‌رود. در مرحله ۴ تصفیه گلومرولی به ۲۴٪-۱۲٪ مقدار طبیعی می‌رسد و علاوه بر غلظت اوره و کراتینین سرم، غلظت سدیم، پتاسیم، فسفر و یون هیدروژن خون هم بالا می‌رود. در مرحله ۵ که مرحله انتهایی نارسایی کلیه نام دارد، تصفیه گلومرولی به کمتر از ۱۲٪ مقدار طبیعی می‌رسد و ادامه زندگی بیمار بدون درمان‌های جایگزینی کلیه یعنی دیالیز یا پیوند کلیه، امکان‌پذیر نمی‌باشد.

زمانی که فرد دچار نارسایی مزمن کلیه می‌شود، پیروی از یک رژیم غذایی صحیح می‌تواند در روند آسیب نفرون‌ها و در نتیجه کاهش پیشرفت بیماری بسیار مؤثر باشد. به طوری که فرد را از رسیدن به مرحله ۵ بیماری یا دیالیزی شدن نجات دهد.

رژیم نارسایی کلیه در مرحله قبل از دیالیز، دربرگیرنده نکاتی است که در زیر به شرح آنها می‌پردازیم:

۱- انرژی: انرژی روزانه مورد نیاز بیمار اگر فرد در دامنه وزنی مناسب باشد یعنی BMI او بین ۲۰ تا ۲۵ باشد، حدود ۳۰



میلی لیتر + حجم ادرار دفع شده + اتلاف غیر طبیعی آب از مسیره‌های غیر از کلیه مثل اسهال و استفراغ و تعریق

۷- کلسیم: چون در این بیماران لبنیات که غنی‌ترین منبع کلسیم است به علت دارا بودن پروتئین و فسفر بالا در رژیم محدود می‌شود، کلسیم مورد نیاز فرد باید به صورت مکمل ۱۰۰۰ تا ۱۴۰۰ میلی‌گرم در روز تجویز شود. ویتامین D نیز به صورت فرم فعال آن یعنی کلس‌تریول برای این بیماران تجویز می‌شود. در صورتی که فسفات خون بالا باشد مکمل کلسیم و ویتامین D تجویز نمی‌شود چون باعث رسوب فسفات کلسیم در بافت‌های نرم بدن می‌شود.

* سایر ویتامین‌ها را می‌توان برحسب لزوم برای این بیماران به صورت مکمل تجویز کرد چرا که احتمال کمبود برخی ویتامین‌های گروه B، ویتامین C و E در آنها زیاد است.

نمی‌باشد اما دریافت پتاسیم نباید بیشتر ۳۰۰۰ میلی‌گرم در روز باشد. در مواردی که تصفیه گلومرولی خیلی کاهش می‌یابد و یا افرادی که به علت فشار خون داروهای احتباس کننده پتاسیم استفاده می‌کنند حتماً باید میزان پتاسیم رژیم دقیقاً کنترل شود. میوه‌ها و سبزی‌ها، لبنیات، گوشت‌ها و سبوس و جوانه غلات میزان پتاسیم بالای دارند که باید در رژیم غذایی مورد توجه قرار گیرد.

۵- فسفر: هنگامی که تصفیه گلومرولی به کمتر از ۲۵٪ حد طبیعی می‌رسد میزان فسفات در خون بالا می‌رود. بنابر این در این موارد باید فسفر رژیم را به ۸ تا ۱۲ میلی‌گرم به ازاء کیلوگرم وزنی که انرژی برای آن محاسبه شده است، محدود کرد. لبنیات، غلات سبوس‌دار، حبوبات، مغزها، نوشابه‌ها، دل و قلوه و جگر فسفر زیادی دارد که باید در رژیم غذایی مورد توجه قرار گیرد.

۶- مایعات: در این بیماران در صورتی که تعادل سدیم در بدن به‌طور مناسب حفظ شود مکانیسم تشنگی تعادل آب در بدن آنها را تنظیم می‌کند. ولی زمانی که تصفیه گلومرولی کاهش زیادی پیدا کند و تجمع مایعات در بدن افزایش یابد، باید میزان دریافت مایعات کنترل شود. در این موارد حجم مایعات دریافتی = ۵۰۰ تا ۶۰۰

تا ۳۵ کیلوکالری به ازاء کیلوگرم وزن بدن می‌باشد. در صورتی که فرد دارای اضافه وزن باشد، انرژی مورد نیاز او بر اساس وزن ایده‌آل تطبیق یافته، تعیین می‌شود و در صورتی که بیمار کمبود وزن داشته باشد، حد اقل ۳۵ کیلوکالری به ازاء کیلوگرم وزن فعلی فرد محاسبه می‌شود. در این بیماران چون میزان دریافت پروتئین باید محدود شود لذا باید انرژی کافی دریافت کنند تا پروتئین دریافتی آنها به مصرف تولید انرژی نرسد.

۲- پروتئین: از آنجا که دفع متابولیت‌های حاصل از پروتئین از طریق کلیه صورت می‌گیرد بنابراین یکی از نکات مهم در رژیم نارسایی کلیه از همان مراحل ابتدایی شروع بیماری، محدودیت میزان پروتئین دریافتی است. پروتئین دریافتی باید ۰/۷۵-۰/۶ گرم به ازاء کیلوگرم وزنی که انرژی برای آن محاسبه شده است، در نظر گرفته شود. حداقل ۵۰٪ این میزان پروتئین باید از منابع پروتئینی با ارزش بیولوژیکی بالا مثل انواع گوشت‌ها و سفیده تخم مرغ باشد.

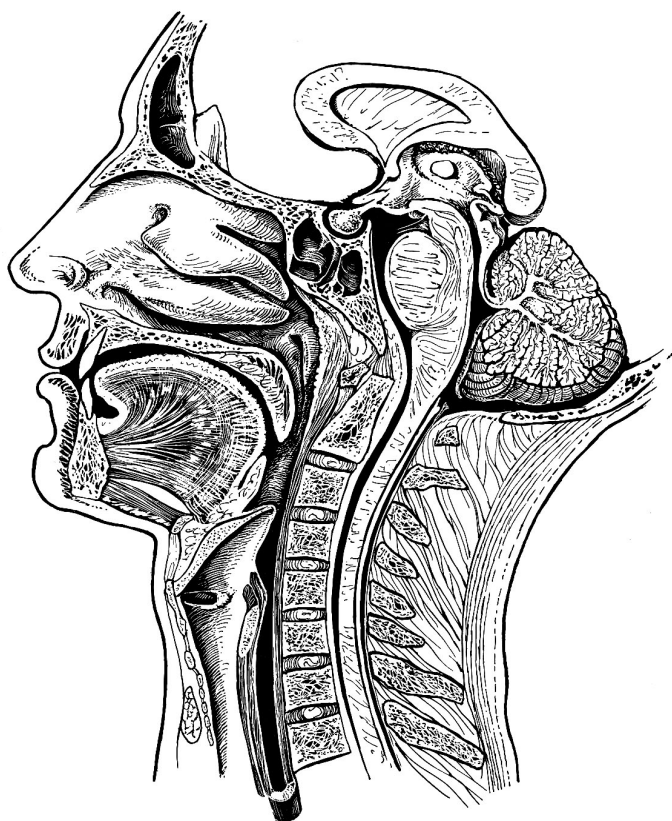
۳- سدیم: سدیم هم مانند پروتئین از همان ابتدای نارسایی باید محدود شود هر چند تا زمانی که تصفیه گلومرولی هنوز زیاد کاهش پیدا نکرده کلیه‌ها می‌توانند سدیم را به میزان کافی دفع کنند ولی زمانی که تصفیه گلومرولی به کمتر از ۱۰ میلی‌گرم در دقیقه برسد کلیه‌ها ممکن است نتوانند سدیم مصرفی را به میزان کافی دفع کنند در این حالت تجمع سدیم در بدن باعث ادم، فشار خون و نارسایی احتقانی قلب می‌شود. میزان سدیم در نارسایی کلیه در مرحله قبل از دیالیز ۱۰۰۰ تا ۳۰۰۰ میلی‌گرم در روز توصیه می‌شود. در صورتی که فشار خون یا ادم ایجاد شود تا ۱۰۰۰ میلی‌گرم در روز محدود می‌شود.

۴- پتاسیم: معمولاً در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه که میزان دفع ادراری آنها کافی باشد محدودیت پتاسیم لازم

دیابت بی مزه

غده هیپوفیز خلفی هورمون ADH (آنتی دیورتیک هورمون) را ترشح می کند. این هورمون در هیپوتالاموس و در داخل جسم سلولی نرون هایی ساخته می شود که از هیپوتالاموس به هیپوفیز خلفی کشیده شده اند. ADH به گیرنده های واقع در توبول کلیوی متصل می شود تا نفوذپذیری آب در غشای لومن اپیتلیوم مجاری جمع کننده را افزایش دهد. بدین ترتیب به باز جذب آب و تغلیظ ادرار کمک می کند.

دکتر آرزو باجوری پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم



حداکثر توانایی ADH منجر به ایجاد حجم کمی از ادرار تغلیظ شده می شود. کاهش ترشح یا عملکرد ADH معمولاً به صورت دیابت بی مزه تظاهر می یابد که شامل سندرمی با ویژگی تولید مقادیر بیش از ۵۰ میلی لیتر برای هر کیلوگرم وزن بدن است و اسمولالیت به زیر mosmol/kg ۳۰۰ می رسد. پلیاوری، نشانه های تکرر ادرار، انورزی، و یا ناکچوری را ایجاد می کند، که ممکن است موجب اختلال خواب شده، خستگی حین روز یا خواب آلودگی خفیفی ایجاد نماید. همچنین این اختلال با تشنگی و افزایش متناسب دریافت مایع همراه است. ترشح ناقص ADH می تواند به صورت اکتسابی یا ژنتیکی باشد که فرم ژنتیکی به صورت اتوزوم غالب، اتوزوم مغلوب و وابسته به X وجود دارد. علل اکتسابی به دنبال تروماها، نئوپلاسم ها (اولیه، متاستاتیک)، گرانولوم ها، عفونت ها و علل عروقی اتفاق می افتد. (دیابت بی مزه مرکزی)

و در مورد نقص عملکرد ADH (دیابت بی مزه نفروتیک) نیز علل اکتسابی و ژنتیکی وجود دارد که در بیان علل اکتسابی، داروها، اختلال متابولیک، نئوپلاسم ها، می توانند باعث دیابت بی مزه کلیوی شوند.

دیابت بی مزه (مرکزی یا کلیوی) را باید از پرنوشی اولیه افتراق داد که یک اختلال وسواسی با علامت تشنگی است و بیماران در روز بیش از ۵ تا ۱۰ لیتر آب می نوشند و به دنبال آن ترشح ADH کاهش می یابد و به دنبال آن دیورز ایجاد می شود.

در مورد دیابت بی مزه مرکزی در تحقیقات بسیاری گفته شده است که سرطان ریه و پستان و همچنین سرطان دستگاه گوارش و کلیه و لوسمی ها می توانند جزء علل

دیابت بی مزه که نوع دیابت بی مزه مشخص شد، دیابت بی مزه مرکزی که سطح ADH در سرم پایین است، از آنالوگ صناعی ADH استفاده می شود که از راه داخل بینی یا خوراکی مورد استفاده قرار می گیرد. و در مورد دیابت بی مزه کلیوی تا حد ممکن باید بیماری زمینه ای به حالت طبیعی بازگردانده شود. هدف از درمان، حفظ حالت کاهش خفیف سدیم با کاستن از بار مواد محلول بر کلیه ها است که در نتیجه بازجذب توبول پروگزیمال افزایش پیدا می کند و برای رسیدن به این هدف می توان از دیورتیک ها و محدودیت نمک رژیم غذایی بهره گرفت.

متاستاز به هیپوفیز و ایجاد دیابت بی مزه مرکزی باشند.

از بین داروهایی که دیابت بی مزه کلیوی ایجاد می کنند داروی شایع مورد استفاده لیتیم است. در مقاله ای ذکر شده است که اگر لیتیم همراه با ریسپریدون استفاده شود با احتمال بالاتری باعث دیابت بی مزه کلیوی می شود و بیماران بایپولاری که لیتیم و ریسپریدون با هم استفاده کرده اند دچار دیابت بی مزه کلیوی شده اند و سطح لیتیم اندازه گیری شده کمتر از سطح لیتیم است که وقتی به تنهایی استفاده می شود و می تواند دیابت بی مزه کلیوی ایجاد کند. بعد از انجام تست های مربوط به تشخیص

وضعیت اهداء عضو در ایران قبل و بعد از بیانیه ۲۰۰۸ استانبول

سابقه پیوند کلیه در ایران به سال ۱۹۶۷ بر می‌گردد، زمانی که اولین پیوند کلیه توسط دکتر محمد سندی زاده در دانشگاه شیراز صورت گرفت. در طی ۱۲ سال بعد از آن، یعنی دوره قبل از پیروزی انقلاب اسلامی، موارد متفرقه پیوند کلیه صورت گرفت، ولی با وجود مخارج بالا و موانع زبانی و فرهنگی ۱۱۴ پیوند کلیه در خارج از کشور، به ویژه انگلستان انجام شد.

دکتر علی نوبخت حقیقی



در ایران یک برنامه استقرار یافته پیوند عضو وجود نداشت، و موارد پیوند انجام شده براساس رقابت و یا بکارگیری اعضا وارداتی از شبکه پیوند عضو اروپا، با پرداخت هزینه‌های بالا و بدون کنترل کیفی قابل قبول صورت می‌گرفت. دو سال پس از پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۹۷۹ فعالیت‌های محدود پیوند کلیه کاملاً متوقف شدند و جراحان حاذق پیوند عضو از کشور رفتند. ایران در معرض شرایط اجتماعی متشنج و مصائب حاصل از جنگ تحمیلی بود. با توجه به صرف تمامی منابع محدود موجود در بخش جنگ و تأمین تخت‌های بیمارستانی و پرسنل پزشکی، به دلیل کمبود تهدیدآمیز تجهیزات و مراکز همودیالیز، گزارشات موارد مرگ ناشی از نارسائی پیشرفته کلیه (ESRD) به شکل روزانه تبدیل شد.

در چنین شرایطی، پیشنهاد ایجاد یک برنامه کشوری پیوند کلیه، حتی توسط اعضاء جامعه پزشکی، امری لوکس و بی‌موقع تلقی می‌گردید.

اما با این وجود، پیوند کلیه امید بخش‌ترین راه‌حل برای مقابله با عوارض مرگ‌آور بیماران (ESRD) و به عنوان بهترین درمان در دسترس مورد قبول بود. با وجود شرایط مبهم، اولین پیوند کلیه در سال ۱۹۸۴، با بکارگیری حداقل امکانات و پشتیبانی با نتایج عالی در تهران صورت گرفت. عضو اهدائی از برادری به خواهرش تقدیم شده بود. پنجاه مورد مشابه پیوند، همگی اهدائی از اعضا زنده خانواده، در بسترهای خیریه، آموزشی و خصوصی انجام

مقبولیت شرعی و قانونی داشت. در سال ۱۹۸۹، بنا به خواست بنیانگذار برنامه پیوند کلیه پس از انقلاب ایران، حضرت امام خمینی^(ع) طی فتاوی‌ای مقبولیت مرگ مغزی را از نقطه نظر شرعی مجاز دانستند. این گام بزرگ شرعی پس از دوبار رد در مجلس نهایتاً در سال ۲۰۰۰ به لحاظ قانونی پذیرفته شد. و از آن پس، نگهداری و پیوند عضو از جسد برای جامعه پزشکی امری مقبول و امن شده‌است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قانون تأیید مرگ مغزی توسط تیم متخصصان چندگانه را به دقت اجرا نمود و یک برنامه آماده‌سازی و آموزش عمومی برای قبول پیوند از جسد آغاز گردید.

در نتیجه، شمار اهداءکنندگان پس از مرگ، به صورت مستمر با سرعت رو به رشد در سال ادامه دارد، سال ۲۰۰۹، ۴۰۱ کلیه از

شد تا پیامدهای گوناگون مورد بررسی قرار گیرد. این امر نهایتاً به ایجاد برنامه کشوری پیوند کلیه منجر شد، که رسماً در بیمارستانی مخصوص بیماران کلیوی اجرا شد. بیمارستان مذکور دانشگاهی بود و یک گروه چند منظوره و ناهمگن مسئول اداره و مدیریت برنامه شدند.

میزان بالای موفقیت، هزینه‌های پایین و نتایج عملی چشمگیر، هر بیمار را تشویق به قرار گرفتن در لیست انتظار برنامه می‌نمود، به زودی شمار رو به افزایشی از بیماران دارای اهدا کننده مناسب از خانواده، وجود داشتند. در آن زمان عضو گرفته شده از جسد در دسترس نبود و پذیرش عمومی آن نیاز به دوره‌های طولانی از آماده‌سازی و آموزش داشت.

به علاوه، پذیرش بحث مرگ مغزی نیاز به

خاص و پیوند عضو وزارت بهداشت تنها در سال ۲۰۰۹ در ایران ۲۱۴۱ پیوند کلیه (۱۷۴۰ اهداء زنده و ۴۰۱ جسد) ۲۱۰ پیوند کبد (۳۴ اهداء زنده و ۱۷۶ جسد) ۴۶ پیوند قلب، ۱۶ لوزالمعده، دو مورد پیوند روده کوچک (توسط دکتر ایرج فاضل در بیمارستان آموزشی طالقانی در تهران) و یک مورد پیوند cluster توسط تیم پیوند عضو در شیراز انجام شد. به علاوه امروزه پیوند مغز استخوان و قریه، به صورت روتین و معمول در بیمارستان‌های متعددی در سطح ایران انجام می‌گیرد، انتظار می‌رود با گسترش پیوند عضو بیمار شمار پیوند اعضا در ایران در آینده بیش از پیش افزایش یابد. موضوع مهم دیگر در ایران، توجه به سرنوشت اهداء کنندگان زنده و وضعیت سلامتی آنان بود در جهت راه‌اندازی یک شبکه حمایت کننده پزشکی، یک پروژه تحقیقاتی با هدایت دکتر ایرج فاضل با نظارت فرهنگستان علوم پزشکی، بنیاد بیماری‌های خاص و شرکت سایر انجمن‌های فعال در پیوند عضو، آغاز شد. این پروژه در سال ۲۰۰۵ آغاز و یافته‌های آن در سال ۲۰۰۸ چاپ شد. این پروژه همچنان فعال و نتایج آن به صورت دوره‌ای در مجلات پزشکی انتشار خواهد یافت.

در جهت احترام به بیانیه استانبول در سال ۲۰۱۰، مجمع عمومی انجمن پیوند اعضا ایران، بر ممنوعیت انجام پیوند عضو برای اتباع خارجی که از دهنده زنده غیرفامیل عضو می‌گیرند رای داد.

در نهایت، برنامه پیوند عضو در ایران مطابق نیازها و امکانات در دسترس در هر زمان سازماندهی و پیشرفت نمود، ما با اهداء کنندگان زنده خویشاوند آغاز کردیم، با احساس نیاز اهداء کنندگان زنده غیرفامیل نیز پذیرفته شدند، و نهایتاً ایران موفق به بهره‌گیری از برنامه اهداء عضو از متوفیان شد. برای پشتیبانی از بیانیه استانبول در مبارزه با تورسم عضو پیوندی و تجارت آن برنامه‌هایی از سوی انجمن پیوند اعضا ایران تنظیم و به بخش‌های ذی‌ربط ابلاغ شد.

پزشکی، کمیته اخلاق پزشکی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، انجام اهداء عضو از داوطلبان فامیل یا غیرفامیل را عموماً می‌پذیرد، و ارائه پاداشی به عنوان تشکر یا هدیه جهت جبران این اهداء غیراخلاقی نیست و نباید مانع آن باشیم در صورتی که:

- ۱- اهداء کننده در شرایط مقبول فکری و به دور از انحراف تصمیم به اهداء داشته باشد.
- ۲- اهداء کننده مورد معاینات کامل پزشکی درمانی قرار گرفته برای این روند مناسب تشخیص داده شود.
- ۳- موارد ممنوعیت برای این جراحی نباید وجود داشته باشد.
- ۴- بتوان برای اهداء کننده مراقبت‌های پزشکی دراز مدت فراهم نمود.
- ۵- تیم پزشکی هیچ مداخله‌ای در روند اهداء نداشته باشد.
- ۶- اهداء کننده و دریافت کننده پیوند از یک ملیت باشند (پیوند عضو توریست ممنوع است).
- ۷- هیچ شخصی با سن پایین ۱۸ یا بالای ۴۵ سال نباید برای اهداء عضو پذیرفته شود.
- ۸- کمیته‌هایی متشکل از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری انجمن پیوند اعضا ایران می‌بایست بر مراکز پیوند عضو سطح کشور نظارت داشته باشند. زمانی که انجام پیوند کلیه به سطح مطلوب رسید، گام بعدی انجام پیوند سایر اعضا بود. اولین پیوند کبد در ایران در May سال ۱۹۹۲ در شیراز توسط دکتر ملک حسینی انجام شد. انجام پیوند کبد در شیراز گسترش یافت و سرعت رشد آن با تصویب قانون پذیرش مرگ مغزی افزایش یافت و تنها در سال ۲۰۰۹ به ۲۱۰ مورد پیوند کبد رسید. تعداد جراحان آموزش دیده برای انجام پیوند در شیراز و تهران افزایش یافت و مراکز جدید انجام پیوند عضو در سایر شهرهای بزرگ نظیر مشهد، اصفهان، ارومیه، و کرمان و بعداً حتی در شهرهای کوچک‌تر راه‌اندازی شد. طبق آمار ارائه شده توسط دفتر بیماری‌های

جسد، در شش ماهه اول ۲۰۱۰، ۳۰۰ مورد و انتظار می‌رود طی ۱۲ ماه آینده این رقم به ۶۲۰ برسد.

برای جلوگیری از قاچاق عضو، در سال ۱۹۹۲، کمیسیون عالی پیوند عضو وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، ممنوعیت انجام پیوند عضو روی اتباع خارجی را اعلام نموده مگر در شرایطی که اهداء کننده زنده از اتباع کشور خود داشته باشند. در سال ۲۰۱۰، در احترام به بیانیه استانبول، انجام پیوند کلیه برای اتباع بیگانه که دهنده زنده فامیل نداشته باشند از برنامه پیوند عضو ایران حذف گردید.

با وجود اقدامات خستگی‌ناپذیر و تشویق و افزایش اهداء عضو از جسد، هنوز فاصله زیادی میان میزان اعضا مورد نیاز و عضو اهدایی وجود دارد. برای رفع این مشکل، بحث اهداء کننده غیرفامیل مطرح شد و برای داوطلبان اهداء عضو پس از پیوند پاداشی در نظر گرفته شد، گرچه در ابتدا این پاداش چشمگیر بود، با گذشت سال‌ها و تورم، کار به جایی رسید که تفاضل مبلغ می‌بایست همان‌گونه که تا اکنون انجام می‌شود توسط گیرنده پیوند یا نهاد و فرد خیر پرداخت شود.

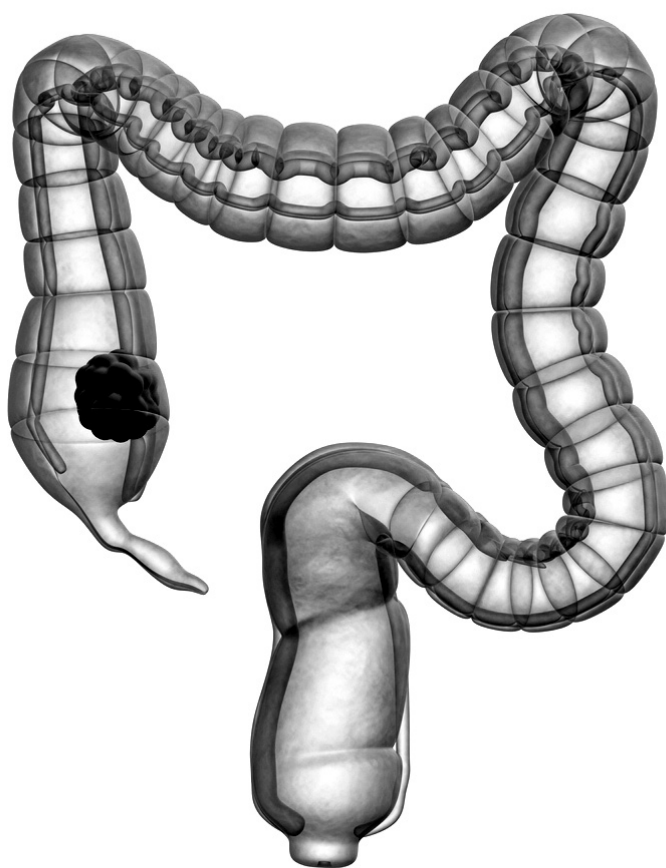
در جهت تعادل بخشی به این مشکل و جلوگیری از قاچاق عضو و تجارت، با توجه به اهمیت بحث اجتماعی و اخلاقی این موضوع، انجمن پیوند اعضا ایران موضوع را به کمیته اخلاق پزشکی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی، با عضویت چند حقوقدان، متخصصین پزشکی، فلاسفه، و جامعه‌شناسان و روحانیون جهت بررسی ارائه داد، که نهایتاً در فوریه ۲۰۰۸، متن ذیل ارائه گردید:

نظر به اهمیت حفاظت از جان افراد، به عنوان یک اصل پایه اخلاقی، و با در نظرگیری فرهنگ‌ها و شرایط اجتماعی مختلف، در جهت پاسخ‌دهی به نیازهای به روز، و بررسی ارائه بهترین خدمات پیشرفته

سرطان روده بزرگ، پیشگیری، علائم و درمان

روده بزرگ کجاست و سرطان آن به چه معناست؟ روده بزرگ آخرین قسمت از دستگاه گوارش است که در جذب مواد غذایی و دفع مواد زاید نقش دارد و بیش از آنکه روده بزرگ به معنای طولانی مد نظر باشد در برابر روده باریک، اسم روده گشاد، اصطلاح بهتری است!

دکتر فرشید اربابی متخصص رادیوتراپی و انکولوژی



سرطان تکثیر لجام گسیخته سلول‌های بافت پوششی روده است که اگر به موقع شناسایی و درمان مناسب نشود، باعث مرگ بیمار خواهد شد.

سرطان روده بزرگ بیماری شایعی است. افزایش ابتلا به آن بر اثر عوامل ژنتیکی و محیطی اتفاق می‌افتد. به علت عادات و رژیم‌های غذایی متفاوت در برخی از کشورها، شیوع آن ۱۰ برابر بیشتر از جاهای با شیوع کم است. لذا مفید خواهد بود اگر علائم هشدار دهنده این بیماری را بشناسیم و با تغییر در عادات غذایی باعث کاهش خطر ابتلا به این بیماری شویم.

فاکتورهای مؤثر بر افزایش شیوع را می‌توانیم به دو دسته تقسیم کنیم: عواملی که نمی‌توانیم آنها را تغییر دهیم و عواملی که می‌شود آنها را تغییر داد. افزایش سن، به خصوص در بالاتر از ۵۰ سال با افزایش خطر همراه است و نیز عوامل ژنتیکی را نمی‌توانیم تغییر بدهیم ولی دانستن آنها ما را در مورد غربالگری و کشف بیماری و نیز علائم اولیه آن هوشیارتر خواهد کرد. در مورد عواملی که قابل تغییر هستند، در ادامه توضیح خواهیم داد.

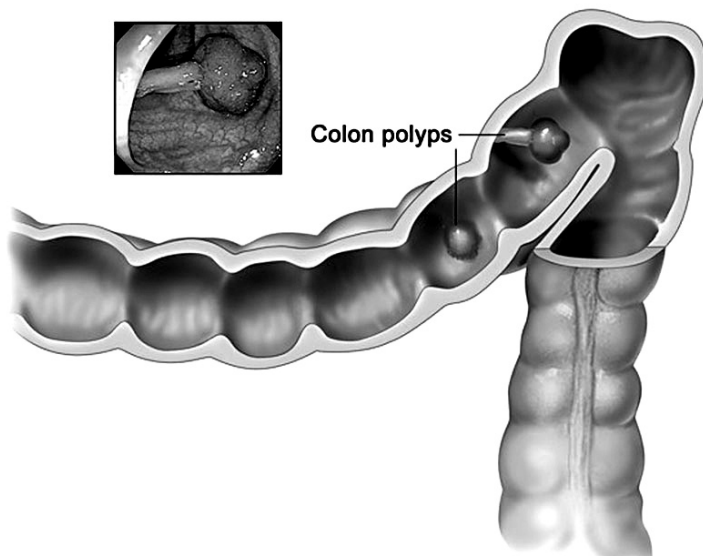
هرچه که ارث و ژنتیک در سرطان‌های روده بزرگ آن نقش دارد اما اغلب بدون سابقه فAMILIAL اتفاق می‌افتد. کسانی که در روده بزرگ خود پولیپ خوش خیم دارند و یا بیماری التهابی روده دارند در طول زمان در خطر افزایش ریسک هستند.

آیا می‌توان از ابتلا به سرطان روده

باشد، نیز با کاهش خطر ابتلا همراه هستند. استفاده از مواد غذایی حاوی کلسیم و نیز مکمل کلسیم با کاهش خطر ابتلا همراه است. مصرف ماهی به علت دارا بودن امگا ۳ باعث کاهش خطر ایجاد پولیپ و در نهایت سرطان در روده بزرگ می‌شود.

علائم سرطان روده بزرگ کدام است؟ وقتی که این سرطان ایجاد می‌شود هیچ علامتی ندارد. شروع سرطان از یک گده خوش خیم است که در طی سال‌ها رشد

بزرگ پیشگیری کرد؟ بله، خوشبختانه دلایل علمی زیادی وجود دارد که می‌توان خطر ابتلا را کاهش داد. هر چند که علت اصلی آن هنوز نا معلوم است اما به طور قطع ثابت شده است که فعالیت فیزیکی و ورزش کردن اگر به صورت مستمر باشد هم در آقایان و هم در خانم‌ها باعث کاهش خطر ابتلا می‌شود. استفاده از میوه و سبزیجات هر روزه هم از عوامل مؤثر در کاهش ابتلا به این سرطان هستند. رژیم‌های غذایی که در آنها گوشت قرمز و نیز چربی حیوانی کم



صورت، سالم بودن جدار روده بزرگ، این آزمایش ده سال بعد تکرار خواهد شد. اگر سرطانی با یکی از این روش‌ها شناسایی شود، تقریباً شانس شفای بیمار ۱۰۰ درصد است. اما وقتی که این بیماری با یکی از علامت‌هایی که ذکر شده شناسایی شود، شانس شفا کمتر خواهد شد.

درمان‌های سرطان روده بزرگ کدام

است؟ اولین روش جراحی است که در آن قسمت سرطانی با حاشیه کافی از بدن بیمار خارج می‌شود. در صورتی که تومور محدود به جدار روده باشد و به غده‌های لنفاوی اطراف دست‌اندازی نکرده باشد، تحت شرایط خاصی تنها جراحی برای بیمار کافی بوده و نیاز به هیچ اقدام دیگری نیست. اما اگر شرایط ذکر شده را نداشته باشد، یعنی سرطان رفتار مهاجمی دارد و ممکن است که به صورت سلول‌های خیلی کوچک در بدن پراکنده شده باشد که برای از بین بردن این سلول‌ها لازم است که شیمی‌درمانی انجام شود. استفاده از اشعه برای این بیماران کاربرد محدودی دارد مگر این‌که بیماری در مراحل پیشرفته مراجعه کرده باشد. البته درمان‌های قسمت انتهایی روده بزرگ یا راست روده متفاوت است و استفاده از اشعه درمانی حتی در مراحل اولیه این بیماری انجام می‌شود.

بخواید که آزمایش بررسی خون در مدفوع را برای شما درخواست کند، این آزمایش را رعایت رژیم غذایی در روزهای آزمایش، سه روز تکرار شده و جواب قابل قبولی به پزشک شما خواهد داد، لازم است که این آزمایش در صورت سالم بودن، هر ساله تکرار شود. هر چند که این روش دقیق‌ترین روش نیست اما ثابت شده که این روش باعث کاهش مرگ به علت سرطان شده است. اما دقیق روش بررسی کولونوسکوپی است که در این روش تمام جدار روده بزرگ توسط متخصصان مربوطه به دقت دیده می‌شود و از ضایعات مشکوک احتمالی نمونه برداری می‌شود، به علت دقت بالای این روش در

کرده و به یک سرطان مهاجم تبدیل می‌شود. این زمان تقریباً ۱۰ سال است. بنابراین وقتی که سرطان علامت‌دار شده است به معنای آن است که رشد زیادی کرده است بنابراین یکی از اهداف اصلی در این بیماری کشف بیماری است که علی‌رغم داشتن سرطان در روده بزرگ، هیچ علامتی ندارند که خوشبختانه به کمک روش‌های آزمایشگاهی بدون خطر این کار قابل انجام است. علایم عمده سرطان روده بزرگ خیلی غیراختصاصی هستند و ممکن است در بسیاری از بیماری‌های خوش خیم دیگر هم اتفاق بیفتند. این علامت‌ها عبارتند از تغییر در عادات دفع روده‌ای، مثلاً ایجاد یبوست یا اسهال یا به تناوب داشتن هر دوی این حالت‌ها. درد شکم، دفع خون روشن یا تیره در مدفوع، کم خونی، ضعف و کاهش وزن. آیا می‌توان قبل از این‌که سرطانی علامت‌دار شود، آن را شناسایی کرد؟ توضیح دادیم که منشأ یک سرطان بدخیم در روده از یک پولیپ خوش خیم است. اغلب پولیپ‌ها به داخل حفره خالی رشد می‌کنند و با حرکت مواد غذایی این پولیپ‌ها زخمی می‌شوند و خون ناشی از زخمی شدن آنها در مدفوع قابل شناسایی است. از طرفی می‌توان به روش کولونوسکوپی داخل جدار روده بزرگ را به دقت بررسی کرد و بیماری را در مراحل اولیه ریشه کن کرد. بنابراین اگر ۵۰ سال یا بیشتر دارید به مراجعه به پزشک از او



سرطان و محیط زیست

چه موادی در محیط زیست وجود دارد که می‌دانیم، یا احتمال می‌دهیم، باعث ایجاد سرطان در انسان شوند؟ این مواد در چه جاهایی یافت می‌شوند؟

مؤسسه تحقیقات، آموزش و پیشگیری سرطان

www.ncii.ir

بیشتر می‌شود.

تابش فرابنفش: تابش فرابنفش خورشید، لامپ آفتابی (برای برنزه کردن بدن)، یا تخت برنزه کردن بدن باعث پیری زودرس پوست و آسیب دیدن DNA می‌شود که امکان دارد به ملانوما و دیگر شکل‌های سرطان پوست منتهی شود.

ویروس و باکتری: عوامل ایجاد عفونت، مانند ویروس و باکتری، به روشنی در ایجاد چند نوع سرطان نقش دارند. یکی از ویروس‌هایی که از راه تماس جنسی منتقل می‌شود، و آن را ویروس پاپیلوم انسانی (HPV) می‌نامند، علت اصلی بروز سرطان دهانه رحم و مقعد است.

عفونت‌های ویروسی هپاتیت B (HBV) و هپاتیت C (HCV) علل اصلی ایجاد سرطان کبد می‌باشند. ابتلا به هپاتیت B معمولاً در دوران کودکی صورت می‌گیرد و با بالا بودن خطر ابتلا به سرطان کبد همراه است. عوامل خطر مربوط به هپاتیت B شامل تماس شغلی با فرآورده‌های خونی،

مدت زمان و تعداد دفعات قرار گرفتن در معرض ماده‌ای خاص و همچنین قرار گرفتن در معرض عوامل دیگر مانند عوامل ژنتیکی، رژیم غذایی، سبک زندگی، سلامتی، سن، و جنسیت بستگی دارد.

چه موادی در محیط زیست وجود دارد که می‌دانیم، یا احتمال می‌دهیم، باعث ایجاد سرطان در انسان شوند؟ این مواد در چه جاهایی یافت می‌شوند؟

توتون، کشیدن سیگار، پیپ، جویدن توتون و قرار گرفتن در معرض دود توتون موجود در محیط (دود سیگار غیر مستقیم) همگی با افزایش خطر سرطان‌های ریه، دهان، مثانه، روده بزرگ، کلیه، گلو، حفره بینی، حنجره، مری، لب، معده، دهانه رحم، کبد، لوزالمعده و خون مرتبط هستند. جویدن توتون بدون دود با سرطان‌های دهان مرتبط است؛ و دود سیگار موجود در محیط در ایجاد سرطان ریه نقش دارد. دود سیگار حاوی بیش از ۱۰۰ ماده سرطان‌زا است. خطر سرطان در افرادی که سیگار می‌کشند و مشروبات الکلی نیز مصرف می‌کنند بسیار

سرطان در طی چند سال ایجاد می‌شود و در اثر علل متعددی مانند عوامل ژنتیکی و زیست محیطی رخ می‌دهد.

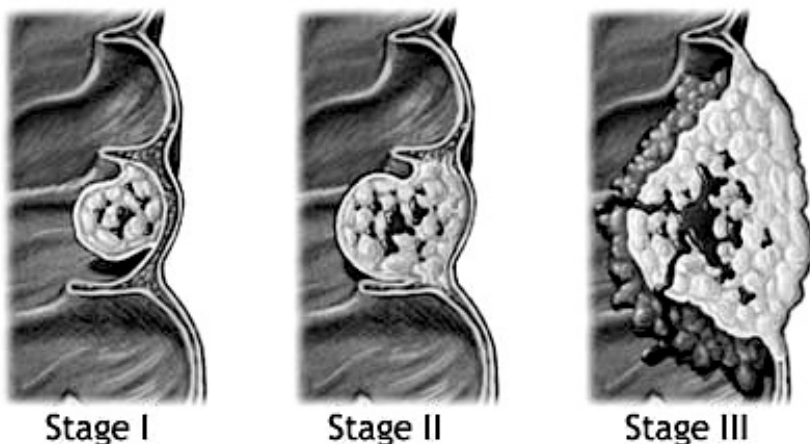
عوامل زیست محیطی عبارتند از: قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی خاصی که در محیط زیست (هوا، آب، خاک) و یا در غذا و محل کار وجود دارند. داروهای پزشکی، هورمون‌ها، تابش‌ها، ویروس‌ها و باکتری‌ها، و سبک زندگی (کشیدن سیگار و قرار گرفتن به مقدار بسیار زیاد در معرض نور خورشید).

انواع مختلف قرار گیری در معرض عوامل زیست محیطی با ایجاد انواع خاصی از سرطان مرتبط است. به عنوان مثال، قرار گرفتن در معرض پنبه نسوز (آزبست) عمدتاً با سرطان ریه، قرار گرفتن در معرض (بنزیدین)، ماده‌ای که در رنگ‌های خاصی وجود دارد، با ایجاد سرطان مثانه، و سیگار کشیدن با سرطان‌های ریه، مثانه، دهان، روده بزرگ، کلیه، گلو، حنجره، مری، لب، معده، گردن رحم، کبد، و لوزالمعده ارتباط دارد.

کنش متقابل عوامل زیست محیطی و ژن‌ها

عوامل زیست محیطی مانند ویروس‌ها، نور خورشید، و مواد شیمیایی در طول عمر بر سلول‌های بدن اثر می‌گذارند. این عوامل، به مرور زمان باعث ایجاد تغییراتی در ژن‌ها می‌شود، گرچه بسیاری از این تغییرات هیچ تأثیری بر سلامت انسان ندارد، ولی ممکن است تغییرات دائمی در ژن‌های خاص به ایجاد سرطان منتهی شود.

احتمال ایجاد سرطان در یک فرد در واکنش به عوامل زیست محیطی ویژه به:



فلز	سرطان	موجود در	آیا سرطان‌زا است؟	کارگرانی که در معرض آن قرار دارند
آرسنیک	پوست، ریه، مثانه، کلیه، کبد	مواد نگهدارنده یا محافظ چوب	بله	شاغل در تصفیه سنگ معدن حاوی آرسنیک
برلیم	ریه	بمب اتمی، سوخت موشک، سرامیک، شیشه، پلاستیک، فرآورده‌های فیبر نوری	بله	راکتورهای اتمی، کارگران تجهیزات الکتریکی و الکترونیکی و جواهرسازان
کادمیم	ریه	پوشش فلزات، فرآورده‌های پلاستیکی، باتری، فارچ کش‌ها	بله	تصفیه سنگ معدن روی و سرب از طریق گداختن آنها، در تولید و فرآوری و کار با پودر کادمیم، در جوشکاری یا کار با لخمهای حاوی کادمیم
کروم	ریه	قطعات خود پشیران، کف پوش، کاغذ، سیمان، بام آسفالتی، آبکاری فلزات	بله	تولید فولاد ضد زنگ و جوشکاری، در تولید کرومات، در آبکاری با کروم، در تولید آلیاژهای فروکروما
سرب	کلیه، مغز	رنگ‌هایی که برای رنگ کردن پنبه استفاده میشود، پوشش فلزات، خشک کننده رنگ، وارنیش (جلا یا رنگ روغن)، و جوهرهای رنگ دانه ای، در پلاستیک‌های خاص، و در شیشه‌های ویژه	احتمالاً	ساخت و سازی که جوشکاری، برش، لخم کاری با آلیاژی از مس و روی یا جوش برنج، یا شن سایی (سند بلاست) سطوح پوشیده با رنگ سربی را در بر می‌گیرد، اکثر کارگران تصفیه کردن سنگ معدن از طریق گداختن آن، از جمله تصفیه کردن سرب با گداختن، که در این فرآیند سرب از باتری بازیافت می‌شود؛ در محل‌های تعمیر رادیاتور
نیکل	حفره بینی، ریه	فولاد، مواد پرکننده دندان (آمالگام)، مس و فلز برنج، آهن ریاهای دائمی، باتری، پوشش شفاف (لعاب یا جلا) فلز و ترکیبات نیکل	احتمالاً	سازندگان باتری، سازندگان سرامیک، آبکاران فلزات، لعاب (مینا) کارها، شیشه ترها، جواهر سازان، فلز کارها، کارگران معادن نیکل، کارگران تصفیه خانه‌ها و تصفیه سنگ معدن از طریق گداختن آن، کارگران شاغل در کارهای مرتبط با رنگ و جوشکارها

تزریق مواد دارویی، و رفتار جنسی پرخطر است. برای پیشگیری از آلوده شدن به هپاتیت B می‌توان از واکسن استفاده نمود. مهم‌ترین عامل خطر ابتلا به هپاتیت C تزریق مواد دارویی است، اما امکان انتقال از راه آمیزش جنسی هم وجود دارد. در حال حاضر واکسنی برای هپاتیت C وجود ندارد. (هلیکوباکترپیلوری) علت اصلی ایجاد زخم معده و التهاب معده مزمن است و در ایجاد سرطان معده نقش دارد. این باکتری در سطح گسترده‌ای وجود دارد اما اکثر عفونت‌های ناشی از هلیکوباکترپیلوری به سرطان منجر نمی‌شود.

تابش یونیزه کننده: تابش یونیزه کننده تابشی غیر قابل رؤیت است و ممکن است به DNA یا ژن‌های موجود در داخل بدن صدمه بزند. ما همه در معرض میزان بسیار پایینی از پرتوهای کیهانی (پرتوهایی که از فضای خارج از جو وارد اتمسفر کره زمین می‌شوند) قرار داریم. امکان دارد پرتوهای این منبع درصد بسیار اندکی (تقریباً یک درصد) از کل خطر ایجاد سرطان در انسان را تشکیل دهد.

یکی دیگر از منابع تابش یونیزه کننده مواد رادیواکتیوی است که توسط بمب‌های اتمی رها می‌شود و به افزایش خطر سرطان خون و سرطان‌های پستان، تیروئید، ریه، معده، و اندام‌های دیگر منجر می‌شود.

برخی از روش‌های تشخیص و درمان بیماری، افراد را در معرض تابش یونیزه کننده قرار می‌دهند. امکان دارد برخی از بیمارانی که برای معالجه سرطان یا بیماری‌های دیگر تحت پرتو درمانی قرار می‌گیرند با افزایش خطر سرطان ثانویه مواجه شوند. به عنوان مثال پرتو درمانی در بیماری‌های سر و گردن، خطر سرطان تیروئید و پرتو درمانی ناحیه قفسه سینه در بیماری سل، خطر سرطان پستان را افزایش می‌دهد.

آفت کش‌ها: قرار گرفتن در معرض آفت کش‌ها با افزایش بروز سرطان‌های خون و

نقل شاغل می‌باشند، در معرض بنزن قرار می‌گیرند. استنشاق هوای آلوده راه عمده تماس افراد با بنزن است. بنزن در دود سیگار هم وجود دارد.

دی‌اکسین‌ها: دی‌اکسین‌ها فرآورده‌های جانبی و ناخواسته فرآیندهای شیمیایی هستند و عمدتاً در صنایع بوجود می‌آیند. دی‌اکسین‌ها در رنگ‌بری کاغذ و خمیر کاغذ؛ با سوزاندن زباله یا مواد زائد شهری، سمی، و بیمارستانی؛ در اثر آتش گرفتن وسایل و تجهیزات الکتریکی خاص؛ و در کارخانه‌های تصفیه سنگ معدن با گداختن (کارخانه‌هایی که در آنها فلزات را از سنگ معدن استخراج می‌کنند) تولید می‌شوند. دی‌اکسین‌ها موادی هستند که به طور گسترده محیط زیست را آلوده می‌سازند، در چربی‌ها تجمع می‌یابند، و به کندی تجزیه می‌شوند.

هیدروکربورهای معطر چند حلقه‌ای: افرادی که در معرض مخلوطی از

دستگاه لنفاوی، سرطان‌های لب، معده، ریه، مغز، و پروستات، و همچنین ملانوم و دیگر سرطان‌های پوست همراه است. بیش‌ترین مواجهه با این مواد در کشاورزان، کارگران و خلبانان سمپاش، تولیدکنندگان مواد آفت کش وجود دارد.

حلال‌ها: برخی از حلال‌ها که در تینرهای رنگ، پاک کننده‌های رنگ و گریس، و در صنعت خشک‌شویی لباس استفاده می‌شوند سرطان‌زا هستند. این حلال‌ها شامل بنزن، کربن تتراکلرید، کلروفرم، دیکلرومتان (متیلن کلراید)، تتراکلرواتیلن، و تریکلرواتیلن می‌باشند. بنزن باعث ایجاد سرطان خون در انسان می‌شود. بنزن به طور گسترده‌ای به عنوان حلال در صنایع شیمیایی و دارویی و به صورت یکی از اجزای سازنده بنزین مصرف می‌شود. کارگرانی که در صنایع پتروشیمی، داروسازی، تولید فرآورده‌های چرمی، و لاستیک سازی، در جایگاه‌های بنزین، و در صنعت حمل و

بنزیدین یا رنگ‌های دارای پایه بنزیدین باعث ایجاد سرطان می‌شود.

داروهای پزشکی

برخی از داروهایی که برای درمان سرطان استفاده می‌شود (به عنوان مثال، سیکلوفسفامید، کلروآمبوسیل، مفلان)، بروز سرطان‌های ثانویه از جمله سرطان خون را افزایش می‌دهند. داروهای دیگری که به عنوان سرکوب کننده سیستم ایمنی استفاده می‌شوند، مانند سیکلوسپورین و آزاتیوپرین که از آنها در مورد بیماری‌هایی که تحت عمل پیوند اندام قرار گرفته‌اند استفاده می‌شود نیز با افزایش خطر سرطان خون مرتبط هستند. برخی از داروها را با کاهش خطر سرطان مرتبط دانسته‌اند. به عنوان مثال در برخی از مطالعات مشخص شده است در افرادی که به‌طور منظم آسپیرین یا دیگر داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی مصرف می‌کنند، خطر سرطان روده بزرگ کاهش می‌یابد.

الیاف، ذرات ریز، و گرد و غبار: افراد شاغل در محیط‌های صنعتی در معرض الیاف، ذرات ریز، و گرد و غبار قرار دارند که این امر با افزایش خطر سرطان ارتباط دارد. بیشترین درصد سرطان‌های شغلی به علت قرار گرفتن در معرض پنبه نسوز (آزبست) ایجاد می‌شود. بیشترین میزان خطر در کارگرانی است که سیگار می‌کشند. الیاف آزبست در فرآورده‌های عایق سازی بام و عایق‌های حرارتی و الکتریکی؛ لوله‌ها، پلاستیک؛ و فرآورده‌های نساجی و کاغذ استفاده می‌شوند. گرد و غبار سیلیس با افزایش خطر سرطان ریه در انسان مرتبط است و در محیط‌های صنعتی و حرفه‌ای مانند معادن زغال سنگ، معادن گرانیت و فرآوری آن، در صنعت خرده سنگ و صنایع مرتبط با آن، و در عملیات ماسه‌سای پی‌دا می‌شود. گرد و غبار چوب که در کارخانجات مبل سازی وجود دارد با سرطان‌های حفره‌های بینی و سینوس‌ها ارتباط دارد.



(آفلاتوکسین‌ها): مواد سرطان‌زایی هستند که توسط برخی قارچ‌ها که بر روی مواد غذایی رشد می‌کنند، تولید می‌شوند. غلات و بادام زمینی رایج‌ترین مواد غذایی هستند که این قارچ‌ها بر روی آنها رشد می‌نمایند. مصرف گوشت، تخم مرغ، و شیر حاصل از حیواناتی که غذای آلوده به این قارچ‌ها را می‌خورند، انسان را در معرض آفلاتوکسین‌ها قرار می‌دهد. قرار گرفتن در معرض سطوح بالای آفلاتوکسین‌ها خطر سرطان کبد را افزایش می‌دهد.

وینیل کلراید: گاز وینیل کلراید با سرطان ریه، کبد و مغز مرتبط است. از این ماده تقریباً تنها در صنعت پلاستیک در تولید بسیاری از کالاهای مصرفی، از جمله ظروف، عایق‌های لوازم برقی، لوله‌های آب و مواد کف پوش استفاده می‌شود. کارگرانی که در صنعت پلاستیک کار می‌کنند ممکن است در معرض این ماده قرار داشته باشند. افرادی که در نزدیکی کارخانه پلاستیک‌سازی زندگی می‌کنند از طریق استنشاق هوای آلوده در معرض این ماده قرار گیرند.

بنزیدین: بنزیدین در تولید رنگ در فرآورده‌های نساجی، کاغذ، و چرم استفاده می‌کنند. قرار گرفتن انسان در معرض

هیدروکربورهای معطر چند حلقه‌ای (PAHs) قرار می‌گیرند، موارد بروز سرطان‌های (ریه، پوست، و دستگاه اداری) افزایش می‌یابد. این مواد در اثر سوزاندن چوب و مواد سوختی در خانه‌ها وارد هوا می‌شوند، و در دود آگوز موتورها، بنزینی و گازوئیلی، در دوده، زغال کُک، دود سیگار، و در مواد غذایی که با زغال کباب می‌شوند هم وجود دارند. علاوه بر آن، PAHs فرآورده‌های جانبی آتش‌های روباز، کوره‌های سوزاندن زباله و گاززایی زغال سنگ می‌باشند. مواد غذایی حاوی مقادیر اندکی PAHs شامل غذاهایی دودی، کباب‌شده، یا با زغال کباب شده، قهوه بوداده و سوسیس و کالباس است.

ذرات موجود در دود آگوز موتورها: گازوئیلی: نرخ سرطان ریه در گروه‌هایی که در معرض دود آگوز موتورها، گازوئیلی قرار دارند، مانند کارگران راه آهن و کارگران معادن و کارگران شاغل در گاراژ اتوبوس‌ها و کارگران شرکت‌های حمل کالا با کامیون و مکانیک‌های اتوموبیل و افرادی که در مجاورت ژنراتورهای گازوئیلی کار می‌کنند، به دلیل ذرات موجود در دود آگوز بالا است.

توکسین‌های موجود در قارچ

بیماری سیکل سل

بیماری سلول داسی شکل (سیکل سل) یکی از مشکلات درمانی در استان‌های جنوبی کشور ما محسوب می‌شود. این بیماری، یک کم خونی ارثی است.

دکتر آزیتا آذرکیوان فوق تخصص هماتولوژی انکولوژی
دانشیار و عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سازمان انتقال خون ایران

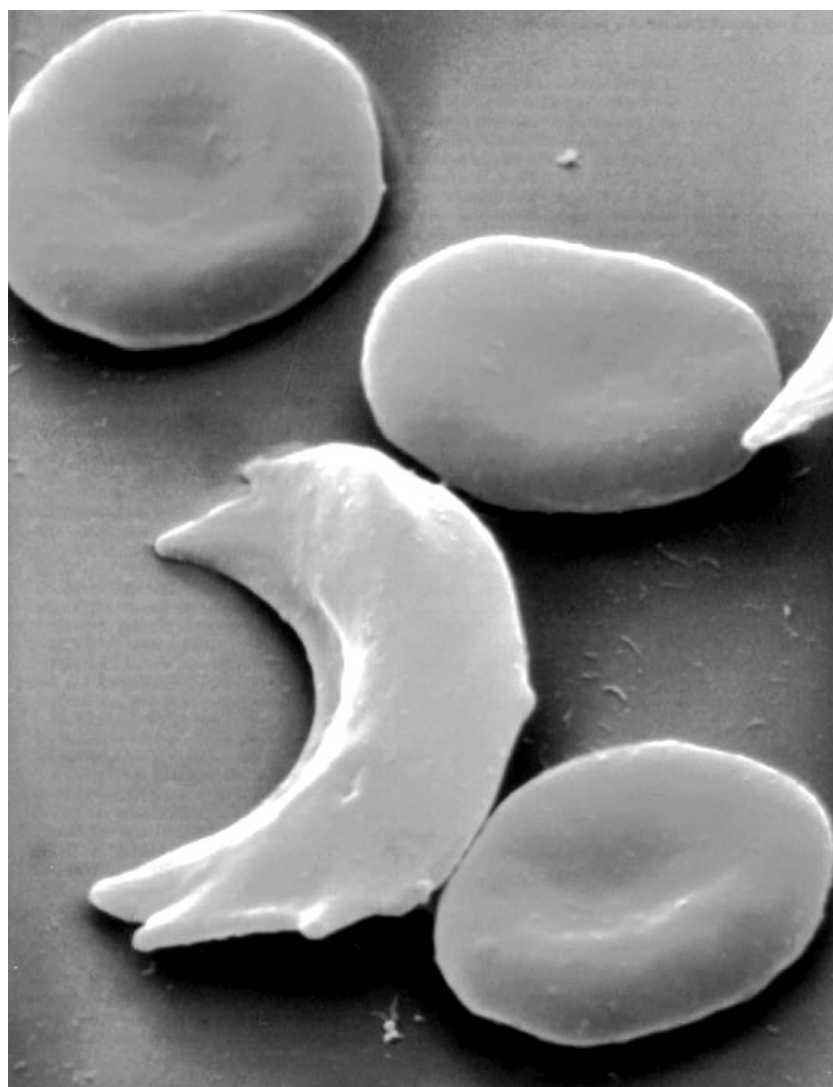
پیشگیری از عوارض بیماری بسیار مهم است.

سیکل سل انگل مالاریا بخشی از چرخه زندگی پیچیده خود را در گلبول‌های قرمز می‌گذرانند. در افراد ناقل بیماری، انگل مالاریا در داخل گلبول‌های قرمز (که حاوی هموگلوبین معیوب هستند)، باعث پارگی زودرس سلول شده و بدین ترتیب، انگل پلاسمودیوم قادر به تولید مثل و ادامه حیات در این افراد نمی‌باشد و این امر مانع گسترش بیماری در فرد ناقل می‌شود. بنابراین، در مناطقی که مالاریا اندمیک بوده، افرادی که ناقل ژن سلول داسی شکل بودند، شانس زنده ماندن بیشتری داشته، لذا در آن مناطق بقا یافته و تکثیر کرده و در آن مناطق شیوع بیماری سلول داسی شکل بیشتر شد. در ایران، این بیماری در استان‌های جنوبی کشور به‌خصوص خوزستان شیوع بیشتری دارد. بر طبق آخرین آمار حدود ۳۵۰ بیمار سلول داسی ثبت شده در این استان وجود دارد که ۹۹٪ این افراد از نژاد عرب منطقه هستند.

در بیماری سیکل سل شایع‌ترین علائم و نشانه‌ها مربوط به کم خونی و درد است. علت کم خونی، همولیز مزمن است عمر گلبول‌های قرمز با هموگلوبین طبیعی ۱۲۰ روز بوده در حالی که گلبول‌های قرمز حاوی هموگلوبین S بعد از ۱۰-۲۰ روز از بین می‌روند. این روند طی زمان منجر به بروز کم خونی مزمن می‌گردد. علائم مربوط به کم خونی در این بیماران مشابه با این علائم در همه افراد کم خون است که شامل خستگی (احساس خستگی و ضعف)،

تبدیل شده و منجر به انسداد موضعی عروقی شده و همین باعث بروز علائم بیماری در این گروه از بیماران می‌شود. عوارض ناشی از انسداد جریان خون، گاهی به قدری وسیع و یا خطرناک است که می‌تواند زندگی فرد را مختل کرده و یا مرگ‌آور باشد. لذا توجه دقیق به تشخیص و درمان به موقع برای

در واقع سیکل سل یک هموگلوبینوپاتی کیفی است که میزان تولید هموگلوبین طبیعی است اما در ساختمان آن، به علت جابجایی یک اسید آمینه در زنجیره‌های گلوبینی (زنجیره بتا) باعث می‌شود که، گلبول‌های قرمز حاصله در جریان خون در زمان کمبود اکسیژن به حالت داسی شکل



Red Blood Cells



سرگیجه، تپش قلب، تنگی نفس حین فعالیت، سردرد، رنگ پریدگی، سردی دست و پا، و درد قفسه سینه می‌باشد.

عامل درد، هم مربوط به اختلال در ساختمان گلبول قرمز است، در واقع در سیکل سل، یک موتاسیون نقطه‌ای در ژن بتا باعث جابجائی یک اسیدنوکلئیک می‌شود. این موتاسیون در حالت عادی و در زمانی که فشار اکسیژن طبیعی است، هیچ اثری روی ساختمان هموگلوبین ندارد، اما در زمان کمبود اکسیژن هموگلوبین S به صورت میله‌های سفت و سخت و غیرقابل انعطاف در می‌آید و همین باعث می‌شود که گلبول قرمز حاصله هم که در حالت عادی بسیار انعطاف‌پذیر بوده و حتی در حین عبور از عروق باریک روی هم تا می‌شود، در زمان هیپوکسی به علت تغییر شکل هموگلوبین S، سفت و سخت و غیرقابل انعطاف شده و به حالت داسی شکل تبدیل شده و در عروق کوچک سبب انسداد موضعی در عروق می‌شود. هیپوکسی مزمن در اندام‌ها باعث درد عضلانی و استخوانی شدید می‌شود. درد که یکی از علائم مهم در هیپوکسی بافتی است در بیماران مبتلا به سیکل سل رایج است. با هر حمله‌ای (بحران یا کریز) که باعث داسی شدن گلبول قرمز شده و رگی مسدود شود، درد اندام مربوطه متعاقب آن عارض می‌شود. اگر این عروق در ارگان‌های حساسی مثل قلب، مغز و ریه باشد، این انسداد منجر به توقف جریان خون حمل کننده اکسیژن می‌گردند، در نهایت، نرسیدن خون و اکسیژن به بافت مذکور می‌تواند مرگ بافتی (سکته قلبی، سکته مغزی...) را ایجاد نماید که این صدمات گاهی جبران‌ناپذیر هستند. داسی شدن گلبول‌های قرمز می‌تواند به دنبال عفونت‌ها، کمبود اکسیژن در بافت‌های بدن، اسیدوز، ورزش جسمی، انقباضات عروقی به علت سرما و همچنین دهیدراتاسیون رخ دهد.

کریزهای سیکلینگ و داسی شدن گلبول‌ها در مویرگ‌ها و عروق کوچک در استخوان‌های دست یا پا می‌تواند سبب انسداد جریان خون شده و منجر به درد، تورم و تب در

اندام مربوطه شود؛ این حالت به نام سندرم دست و پا نامیده می‌شود.

اغلب تجمع بیش از حد سلول‌های داسی شکل سبب انسداد عروق و از بین رفتن بافت طحال (انفارکتوس طحال) می‌شود. صدمه طحال یا همان اتواسپلنکتومی که اغلب در دوران کودکی رخ می‌دهد، چون طحال ارگانی است برای دفاع بدن علیه میکروب‌ها و لذا صدمه به آن می‌تواند سبب آسیب‌پذیری در مقابل عفونت‌ها باشد. لذا بیماران مبتلا به سیکل سل در معرض عفونت‌های زیادی هستند؛ پنومونی (عفونت ریه) شایع‌ترین علت مرگ در کودکان مبتلا است. از طرفی عفونت استخوان یا استئومیلیت با میکروب سالمونلا (که یک میکروب کپسول‌دار است) از عفونت‌های شایع در بیماران سیکل سل است که گاهی می‌تواند عوارض وخیمی داشته باشد. سندرم قفسه سینه حاد؛ بیماری شدید و

تهدیدکننده حیات است که در این بیماران رخ می‌دهد. کریز سیکلینگ و انسداد عروق ریه توسط سلول‌های داسی شکل است که باعث نکرز بافت‌های موضعی در ریه‌ها شده و علائم ایجاد می‌کند.

کریز سیکلینگ می‌تواند سبب انسداد عروق ریز در مغز شده و سکته مغزی و حتی آسیب مغزی پایدار، از کار افتادگی، فلج (ناتوانی در حرکت)، و یا مرگ شود.

در مورد درمان این بیماران، در واقع کلید اصلی برای مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری سیکل سل این است که از بروز حملات سیکلینگ جلوگیری شود، لذا شاید اولین و مهم‌ترین اقدام آموزش بیمار و والدین بیمار باشد. آگاهی در مورد بیماری، عوارض بیماری و این‌که مراقب باشند که فرد دچار حملات هیپوکسی و سیکلینگ نشود. پیشگیری از دهیدراتاسیون، اقدامات

بیماری‌های همولیتیک نیاز به مکمل درمانی قرص اسید فولیک دارند. چون مغز استخوان این بیماران فعال‌تر از افراد عادی است لذا به مرور زمان می‌تواند که دچار کمبود المنت‌های ضروری برای خون‌سازی از جمله اسید فولیک شوند و برای همین دادن این مکمل برای این گروه از بیماران ضروری است اغلب توصیه می‌شود که روزی یک عدد قرص یک میلی گرمی اسید فولیک مصرف شود.

در بیماران سیکل سل به دلیل فعالیت بیشتر مغز استخوان نسبت به افراد عادی و استعداد به پوکی استخوان توصیه به مصرف روزانه و مداوم قرص کلسیم- د می‌شود. استفاده از ویتامین‌های گروه ب به خصوص در بیمارانی که تزریق خون ندارند توصیه می‌شود. چون این بیماران مغز استخوان بسیار فعالی دارند لذا کمبود ویتامین‌های گروه ب مخصوصاً ویتامین B۱۲ می‌تواند بروز نماید که به‌صورت افزایش MCV و ماکروسیتوز دیده شود.

استفاده از کپسول سولفات روی یا ترکیبات ویتامین E و یا سایر داروهای کمکی برحسب علائم بیمار و صلاحدید پزشک تجویز می‌شود.

برای مراقبت از سلامت بیمار، حفظ روند یک زندگی سالم و پیگیری برنامه غذایی سالم است. مصرف حداقل ۸ لیوان آب در روز، به‌خصوص در آب و هوای گرم که با این کار کمک به پیشگیری از کم آبی (دهیدراتاسیون) است که بیمار را مستعد به هیپوکسی و حملات سیکلینگ می‌کند. بیمار باید خواب و استراحت به اندازه کافی داشته باشد. از طرفی فعالیت بدنی منظم به سالم ماندن و حفظ جریان خون مناسب کمک می‌کند. اما باید ورزش طوری باشد که بیمار را خسته نکند. در زمان ورزش مقدار زیادی مایعات نوشیده شود. نوع ورزش بنا بر صلاحدید پزشک، بر حسب سن بیمار و سلامت ارگان‌ها در مورد مقدار و نوع فعالیت بدنی، ممکن است از یک بیمار تا بیمار دیگر، متفاوت باشد.

است. در عفونت‌ها، کم‌خونی‌هایی که بیمار هموگلوبین کمتر از ۷ gr/dl دارد، حملات سیکلینگ با درد شدید که بیمار به مایع‌درمانی و اکسیژن‌تراپی جواب نمی‌دهد تزریق خون موردی می‌تواند مؤثر باشد.

هیدروکسی‌یوریا یکی از درمان‌های جانبی در درمان بیماری سیکل سل است. این دارو با القای افزایش سطح هموگلوبین جنینی باعث افزایش حجم متوسط گلبول قرمز و کاهش سلول‌های داسی در جریان خون می‌شود و می‌تواند که از پراسه سیکلینگ و حملات دردناک پیشگیری می‌شود. موارد مصرف هیدروکسی‌کسی شامل: سن بالای ۱۸ سال (استفاده از هیدروکسی‌یوریا برای بچه‌ها توصیه نمی‌شود) و کریزهای مکرر دردناک است (منظور از مکرر یعنی تعداد حملات دردناک سه یا بیشتر در سال بوده و درحدی باشد که نیاز به بستری داشته باشد). هیدروکسی‌یوریا درمان الزامی برای همه بیماران با سیکل سل نیست و به‌خصوص اگر بیمار حملات دردناک زیادی ندارد بهتر است دارو را استفاده نکند. موارد منع مصرف دارو شامل: حاملگی، آلرژی به دارو و ترومبوسیتوپنی یا نوتروپنی است که البته این مورد آخر منع مصرف مطلق نیست.

آنچه که امروزه به‌عنوان پروتکل درمانی توصیه می‌شود شروع دارو با دوز ۱۰ میلی گرم در کیلوگرم وزن بدن است و سپس با آزمایشات دوره‌ای شمارش سلولی (CBC) دو بار در ماه و کنترل اثرات و عوارض درمان بررسی شده و در صورت نیاز (داشتن حملات دردناک و یا عدم افزایش هموگلوبین) دوز دارو تا ۲۰ میلی گرم در کیلوگرم وزن بدن (ماکزیمم یک گرم در روز یا ۱۴ کپسول در هفته) می‌تواند که افزایش یابد. اگر بیمار پاسخ درمانی داشت و یا عارضه خاصی نداشت کنترل CBC ماهانه کافی است.

سایر درمان‌های کمکی در سیکل سل
بیماران با سیکل سل مشابه با سایر

سریع در مواردی که باعث می‌شود بیمار در معرض دهیدراتاسیون قرارگیرد مثل گرم‌زدگی، اسهال، کم‌آبی در فعالیت‌های ورزشی، و امثال آنها، همگی در پیشگیری از وقوع حملات مؤثر است.

از آنجایی‌که عفونت یکی از علل منجر به فوت در بیماری سیکل سل می‌باشد. لذا با بیماران سیکل سل همانند بیمارانی که طحال را برداشته‌اند، رفتار می‌شود. یعنی برنامه واکسیناسیون و آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی حتی بدون برداشت طحال برای بیماران اجرا می‌شود. پیشگیری از عفونت‌ها به‌صورت جلوگیری از تماس بیمار با افراد با بیماری‌های واگیر یا ارجاع سریع بیمار با اولین نشانگان عفونت نکته‌ای است که بیمار و والین آن‌ها باید اطلاع داشته باشند.

مسئله دیگر آموزش به والدین در درمان در زمان بروز حملات حاد است. بیمار از درد شاکی است که به‌دنبال انسدادهای موضعی در عروق پیش می‌آید؛ والدین سریع به مرکز درمانی مراجعه کنند. در این جا نقش مراکز درمانی سرپائی و درمانگاه‌ها بسیار مهم است. آگاهی پزشک و پرسنل درمانگاه به بیماری و عوارض آن و درمان به موقع با استفاده از اکسیژن (به‌منظور پیشگیری از هیپوکسی بیشتر)، شروع مایع درمانی با سرم و دادن مسکن نجات‌بخش است و می‌تواند بیمار را از عوارض بیماری و بستری طولانی در بیمارستان رها سازد. البته دردهای خفیف را بیمار می‌تواند خودش در منزل کنترل کند. مصرف مسکن خوراکی، استراحت، مصرف مایعات سبب بهبودی بیمار می‌شود. کمپرس گرم موضع هم کمک‌کننده است.

چون عامل درد در بیماری سیکل سل حملات یا کریزهای سیکلینگ است لذا تزریق خون با هدف افزایش سطح اکسیژن بافتی با ورود گلبول‌های قرمز سالم به بدن می‌تواند کریز سیکلینگ را متوقف و درد را کاهش دهد. لذا یکی دیگر از راه‌های کنترل درد در مواقع شدید، تزریق خون

سیگار کشیدن و سلامت شما (اطلاعاتی برای زنان)

هنگامی که سیگار می‌کشید، سموم موجود در دود تنباکو بر ریه‌ها و جریان خون شما تحمیل می‌شوند، این سموم در بدن به گردش در می‌آیند و در عملکرد طبیعی آن دخالت می‌کنند.

ترجمه: ندا جلیلیان

منبع: www.quite.com

تصور می‌شود که این موضوع به خاطر تأثیر نیکوتین باشد که احساس گرسنگی را سرکوب می‌کند و سوخت و ساز بدن را سرعت می‌بخشد، هم چنین تغییر وزن به عواملی مانند ورزش کردن و عادات غذا خوردن نیز بستگی دارد.

بنابر این بهتر است، مصرف دامن‌های از میان وعده‌های غذایی سالم را برای خود برنامه‌ریزی کنید، اما به صورت واقع‌گرایانه! به خودتان اجازه استفاده از خوراکی‌های لذت‌بخش را هم بدهید، همچنین به انجام کمی نرمش هم فکر کنید، مثلاً رفت و آمد از پله‌ها به جای استفاده از آسانسور و یا قدم‌زدن اطراف فروشگاه یا ساختمان به عنوان پیاده‌روی، این کار حتی ممکن است به ترک سیگار تان هم کمک کند.

اگر نگران این موضوع هستید که ترک سیگار مانع کاهش وزن شما می‌شود، با نگرانی تان مقابله کنید.

با پزشک و یا متخصص تغذیه خود مشورت کنید و یک برنامه خورد و خوراک منطقی را برای خودتان در نظر بگیرید.

به یاد داشته باشید که، بسیاری از زنانی که نگران عدم کاهش وزن خود بودند، بعد از ترک سیگار دریافتند، این موضوع آن قدرها هم که فکر می‌کردند، مشکل نبوده است.

حاملگی

اگر هنگامی که باردار هستید سیگار هم بکشید، ترکیب کربن‌مونواکسید و نیکوتین موجود در سیگار دریافت اکسیژن و مواد غذایی را که کودک نیاز دارد برای او دشوار می‌کند. سیگار کشیدن بر روی قلب نوزادان فشار وارد می‌کند و رشد شش‌های او را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

قرص‌های جلوگیری از بارداری

مصرف قرص برای جلوگیری از بارداری بسیار مؤثر است و یک روش بسیار متداول برای پیشگیری به شمار می‌رود.

اگر چه سیگار کشیدن به خودی خود خطرناک است، اما اگر سیگار بکشید و قرص هم مصرف کنید، حتی بیشتر احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی را در خود افزایش می‌دهید، برای مثال احتمال بسیار بیشتری برای در معرض خطر سکته و یا حمله قلبی بودن دارید، به خصوص که سن تان هم افزایش می‌یابد.

اگر می‌خواهید از همه مزایای این قرص‌ها بهره‌مند شوید، نباید سیگار بکشید.

باروری

شاید فکر کنید که با وجود مصرف سیگار، باردارشدن برای تان دشوار است، چنانچه سیگار کشیدن تان را متوقف کنید، این کار برای تان ساده‌تر خواهد شد.

مردهایی که سیگار می‌کشند نیز ممکن است به خاطر تأثیر منفی سیگار بر دستگاه تناسلی‌شان، اسپرم‌های سالم کم‌تری داشته باشند.

ترک سیگار می‌تواند به جلوگیری از این مشکلات کمک نماید.

اضافه کردن وزن

اکثر افراد هنگامی که ترک می‌کنند، مقداری وزن نیز اضافه می‌کنند، اما تحقیقات نشان داده‌اند که در طولانی مدت، میانگین وزن زنانی که قبلاً سیگار می‌کشیدند، شبیه وزن زنانی بوده که هرگز سیگاری نبوده‌اند. به طور میانگین، وزن سیگاری‌ها مقداری کم‌تر از وزن افراد غیر سیگاری است.

هر پُکی که به سیگار می‌زنید، مقدار کربن‌مونواکسید در خون را افزایش می‌دهد که جایگزین اکسیژن خون تان می‌شود. نیکوتین موجود در دود سیگار سریعاً ضربان قلب و فشار خون تان را افزایش می‌دهد، عاملی که منجر به باریک شدن عروق خونی شما می‌شود.

ترکیب این دو عامل، منجر به تحمیل فشار زیادی بر بدن شما به خصوص بر قلب تان می‌شود.

با گذشت زمان، سیگار تأثیر بد خود را بیشتر نشان می‌دهد، سیستم ایمنی تان را سرکوب می‌کند، در عملکرد پاک‌سازی ریه‌ها تان دخالت می‌کند، جریان خون در دست‌ها و پاها را کاهش می‌دهد و عروق تان را سخت می‌کند.

سیگار کشیدن منجر به چه بیماری‌هایی می‌شود؟

سیگار کشیدن منجر به سرطان ریه، بیماری‌های قلبی، سکته، آمفیوزم ریوی و برونشیت مزمن می‌شود، همچنین منجر به سرطان در دهان، بینی، سینوس‌های بینی، گلو، حنجره، مری، پانکراس، معده، کلیه، رحم، دهانه رحم، مغز، استخوان و سرطان خون (لوسمی میلوئید) نیز می‌شود.

سیگار کشیدن منجر به نابینایی، کاهش تراکم استخوان، شکستگی مفاصل زانو، بیماری‌های لثه، زخم معده و بیماری عروق محیطی نیز می‌شود. مشکلات ناشی از سیگار کشیدن، می‌توانند دردناک، فلج‌کننده و طولانی مدت باشند.

به هر حال به محض ترک سیگار، خطر بیماری‌های جدی و مرگ و میر زود هنگام را در خود کاهش می‌دهید.



از ترک سیگار، موفق می‌شوید.

- همه سیگارها-فندک‌ها و زیر سیگاری‌های خانه و اتومبیل خود را دور بریزید.
- اگر همسر شما سیگار می‌کشد، به او پیشنهاد دهید که او نیز سیگار را ترک کند یا فقط بیرون از خانه سیگار بکشد، چرا که اگر هر کسی در خانه شما سیگار بکشد، کودکان‌تان تحت تأثیر قرار می‌گیرند.
- برنامه‌ریزی کنید که چگونه، مکان‌ها و وقایعی را که می‌دانید باعث می‌شوند شما بخواهید سیگار بکشید را، مدیریت کنید.
- با خانواده و دوستان‌تان درباره این که چگونه می‌توانند شما را برای ترک سیگار، تشویق یا کمک کنند، صحبت کنید.
- با فکر کردن به پولی که صرفه‌جویی می‌کنید، خود را کنترل کنید، تلاش شما شایسته پاداش است!
- تنها برای چند دقیقه همه آرزوهای خود را به یاد بیاورید.

چهار توصیه را رعایت کنید:

۱. به تأخیر انداختن کشیدن سیگار
۲. نفس عمیق
۳. نوشیدن آب
۴. انجام دادن یک کار دیگر

به یاد داشته باشید که اگر هنوز هم سیگار همراه‌تان دارید این بدین معنی است که موفق به ترک نشده‌اید.

بهترین راه محافظت از کودکان در مقابل دود تنباکو سیگار نکشیدن داخل خانه است. بچه‌ها از شما یاد می‌گیرند و هر آنچه را که می‌بینند تقلید می‌کنند.

پس اگر فرزندی دارید و دوست ندارید که آنها سیگاری شوند، باید بدانید که ترک سیگار می‌تواند احتمال سیگاری شدن آنها را کاهش دهد.

اگر هنوز برای ترک سیگار آمادگی لازم را ندارید، حداقل بگذارید بچه‌ها بدانند که شما ترجیح می‌دهید آنها سیگاری نباشند.

یائسگی

زنانی که سیگار می‌کشند، یک یا دو سال زودتر از زنان غیر سیگاری به سن یائسگی می‌رسند، این موضوع ممکن است به علت تأثیر سمی مواد موجود در سیگار بر تخمدان‌های آنها و همچنین تأثیر نیکوتین بر هورمون‌های جنسی‌شان باشد.

زنان سیگاری ممکن است حتی علائم یائسگی بیشتری هم داشته باشند. ترک سیگار منجر می‌شود که یائسگی دیرتر شروع شود.

همچنین سیگار کشیدن باعث کاهش تراکم استخوان در زنان پیرتر و افزایش خطر شکستگی مفصل زانو نیز می‌شود.

ترک سیگار در اولین فرصت ممکن این خطرات را کاهش خواهد داد.

توصیه‌های مهم برای ترک سیگار

تصمیم بگیرید که سیگار کشیدن را ترک کنید، مطمئن باشید که با برنامه‌ریزی قبل

افراد باردار سیگاری خطر بسیار بیشتری برای سقط جنین، عوارض حاملگی و به دنیا آوردن نوزاد نارس دارند، همچنین سیگار کشیدن خطر به دنیا آوردن نوزاد کم وزن را هم افزایش می‌دهد، که این نوزاد در مقابل عفونت و سایر مشکلات بهداشتی بسیار آسیب‌پذیر است.

نوزادان افراد سیگاری احتمال بسیار بیشتری را برای مرگ هنگام تولد یا مدت کوتاهی پس از تولد دارند.

اگر قبل از حامله شدن یا در چند ماه اول بارداری سیگار کشیدن را ترک کنید، وزن هنگام تولد نوزادتان مانند این خواهد بود که هرگز سیگار نکشیده باشید.

همچنین شما با این کار، خطر زایمان زودرس و سایر عوارض بارداری را نیز در خود کاهش داده‌اید.

نقش شما به عنوان سرپرست

هر بار که سیگار می‌کشید و در کنار بچه‌هایتان هستید، آنها هم مانند شما سیگار می‌کشند.

وقتی که دود سیگار در محیط وجود داشته باشد، کودکان و نوزادان احتمال بسیار زیادی برای ابتلا به بیماری‌هایی نظیر خروسک، برونشیت، برونشولیت، ذات‌الریه و مرگ بر اثر سندرم (مرگ ناگهانی نوزادان) دارند.

بچه‌های افراد سیگاری در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به بیماری آسم، بیماری مننژوکوک و عفونت گوش که می‌تواند منجر به از دست دادن شنوایی شود، هستند.

مشکلات روانی ناشی از بیماری سرطان

بیمارانی که قبل از اقدام به شیمی‌درمانی با مشاور یا روانشناس گفتگو کرده‌اند و از لحاظ روانی خود را آماده نموده‌اند در درمان خود موفقیت بیشتری را نسبت به سایرین کسب کرده‌اند.

محمد رضا کوشش

منبع: بهداشت روانی در بیماران خاص

دارند دچار فلج روانی می‌شوند. بعضی از بیماران که تعداد آن‌ها کم نیست، درمان سرطان (شیمی‌درمانی، پرتونگاری) را از خود بیماری سرطان دردناک‌تر و غیرقابل تحمل‌تر می‌دانند و از آن نفرت دارند. همان‌طور که پذیرفتن بیماری از سوی فرد بیمار در درمان بیماری نقش مهمی دارد در این نوع بیماری نیز پذیرش سرطان از طرف فرد در نتایج درمان و بهبود فرد نقش به‌سزایی دارد، زیرا در افرادی که به شدت به استرس دچار هستند و با مسأله سازگاری پیدا نمی‌کنند، فعالیت دستگاه‌های ایمنی بدن را کاسته و تحقیقات نشان می‌دهد که حتی آن‌را مختل می‌کند و این باعث پیشرفت سریع بیماری در فرد بیمار

شدن در مقابل مسایل و مشکلات موجود زندگی، ترس و اضطراب، بی‌قراری، و بعضاً پرخاشگری، انکار واقعیت و... می‌شود.

از آنجا که اولین فردی که با مسأله و بیماری به‌گونه مستقیم در ارتباط است خود فرد بیمار می‌باشد و هیجانات و مشکلات فراروی بیمار از اولویت و اهمیت خاصی برخوردار است، به این معنی که اطرافیان بیمار باید سعی در درک وضعیت و موقعیت پیش‌آمده داشته و با آن کنار آمده و آن را درک نمایند. حتی در میان بیمارانی که بهبود می‌یابند ترس از برگشت بیماری وجود دارد و اگر بیماری دوباره بازگردد تعداد زیادی از این افراد به دلیل ترس و اضطرابی که

در مورد مسایل و مشکلات بیماران سرطانی باید گفت که این بیماری نیز مانند سایر بیماری‌ها آثار روانی کلی را در بر دارد، ولی به دلیل این که بیماری غالباً صعب‌العلاج بوده و مسایل و مشکلات خاص فیزیولوژیک و متابولیک را برای فرد در طول درمان برجای می‌گذارد از این‌رو مسایل و مشکلات روانی و اجتماعی شدیدتر و خاص‌تری را به دنبال دارد مانند پایین آمدن شدید اعتماد به نفس، افسردگی، ناامید شدن به ادامه حیات، تفکر خودکشی و رهایی از بیماری، اشتغال و روابط اجتماعی فرد با دیگران و... از سوی دیگر این بیماری بر روی خانواده بیمار نیز آثار روانی مانند از دست دادن امید، افسردگی، احساساتی شدن و کم صبر





می‌گردد.

بیمارانی که قبل از اقدام به شیمی‌درمانی با مشاور یا روانشناس گفتگو کرده‌اند و از لحاظ روانی خود را آماده نموده‌اند در درمان خود موفقیت بیشتری را نسبت به سایرین کسب کرده‌اند. بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان در طول دوره شیمی‌درمانی احساس بی‌اشتهایی می‌کنند که به کاهش وزن شدید در این بیماران می‌انجامد که این می‌تواند در درمان و زندگی روزمره آنها اختلال ایجاد نماید و از طرفی اطرافیان بیمار را نسبت به مسأله حساس کرده و ممکن است غذا خوردن به یک جدال همیشگی در خانه تبدیل شده و بیمار احساس کند که طی یک فشار و اجبار مجبور به غذا خوردن می‌باشد. این مسأله بی‌اشتهایی شاید به دلیل شیمی‌درمانی و به دنبال آن تهوع و استفراغ ایجاد شده در بیمار، و در نتیجه یک نوع احساس بیزاری آموخته شده نسبت به غذا و خوردن آن پیدا می‌شود و بیمار ترجیح می‌دهد که از سرم برای ادامه حیات استفاده کند.

همان‌طور که گفته شد خیلی از بیماران سرطانی دچار مشکلات روانی ناشی از بیماری سرطان می‌شوند که باعث تغییر رفتار در روابط اجتماعی، خانوادگی و سازگاری با محیط در آنها می‌شود. در بعضی از مواقع ممکن است بیمار از روابط اجتماعی دوری کند چرا که به دلیل بیماری احساس ناخوشایند تغییرات و فرق داشتن با سایرین را داشته باشد به خصوص اگر شکل فیزیکی آنها تغییر بکند. عوامل دیگری در این وضعیت دخالت دارند مثل شرایط جسمی و درمان بیمار که ممکن است مانع از ملاقات با دیگران گردد و یا این که امکان دارد مردم از فرد دوری کنند حتی اگر این وضعیت معلول ترس و نا آگاهی فرد یا دیگران باشد. حال برای کمک کردن به چنین بیمارانی و ایجاد سازگاری فرد با بیماری باید از همان لحظه ابتدای ابتلا دست به کار شد. اساساً سازگاری مثبت با بیماری

افراد مذکور عملکرد ایمنی بهتر و قوی‌تر بوده و آنان رفتارهای سازگاری بهتر از خود نشان داده و انزوا، افسردگی و ناامیدی کمتری را تجربه کرده‌اند و موارد فوت این افراد بسیار کاهش یافته است.

در این موارد حتی پیشنهاد می‌شود گروه‌درمانی و بحث‌های گروهی به‌صورت خانواده‌درمانی انجام پذیرد تا خانواده نیز از نحوه رفتار خود با بیمار و نگاه و انتظار بیمار آگاهی به‌دست آورند. این سؤال مطرح است که آیا بیمار می‌تواند با اراده خود سرطان را از بین ببرد؟ باید گفت که تفکر ابزاری قوی است و نگرش و طرز تفکر انسان بر روی سلامت انسان بسیار اهمیت دارد.

در فرد زمانی افزایش خواهد یافت که در این رابطه با خانواده و همسر فرد گفتگو شود و آنها حاضر باشند در طول دوره بیماری همکاری کنند، به فرد اجازه داده شود که احساسات خود را بروز دهد و نظر خود را حتی در طول درمان و شیوه‌های درمانی ابراز نماید. یکی از روش‌های مؤثر برای بیماران مبتلا به سرطان، آموزش آرامش و حساسیت‌زدایی منظم می‌باشد به گونه‌ای که فرد قبل از شیمی‌درمانی یا در طول تحمل درد و مسایل مربوط به بیماری، با رها کردن عضلات و شل کردن ماهیچه‌های خود و هم‌زمان با تخیل و تصور صحنه‌های مربوط به خاطرات خوب که احساس لذت در فرد ایجاد می‌کند به خود آرامش دهد. روش‌های روانی اجتماعی بر سازگاری افراد افزوده و می‌تواند طول مدت زندگی و امید به زندگی در بیماران را افزایش دهد. در یک تحقیق که بر روی بیماران سرطانی انجام شد به گونه‌ای که بیماران در یک دوره شش هفته‌ای در هر هفته به صورت گروهی به مدت یک ساعت و نیم با یکدیگر ملاقات می‌کردند تا در مورد نگرانی‌ها و مشکلات‌شان بحث کنند و روش‌های ارتقای سلامت، سازگاری مثبت و شیوه‌های کاهش استرس را بیاموزند، نتیجه نشان داد که در

چه رابطه‌ای بین مواد غذایی و پیشگیری از سرطان وجود دارد؟

هزاران ماده شیمیایی در یک رژیم غذایی متعارف وجود دارد که با توجه به ترکیب رژیم غذایی، روش آماده کردن و نگهداری غذا می‌تواند حاوی هر دو نوع مواد مضر کننده و تقویت کننده روند ایجاد سرطان باشد.

موسسه تحقیقات، آموزش و پیشگیری سرطان

از بین این مواد، گوشت قرمز و گوشت فرآوری شده از عوامل خطرزای مربوط به سرطان هستند. مصرف زیاد گوشت قرمز (بیش از ۴۵۰ گرم در هفته) خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ را افزایش می‌دهد.

۵- لبنیات: لبنیات منبع غنی کلسیم هستند. کلسیم ماده‌ای معدنی است که باعث پیشگیری از پولیپ‌ها و سرطان روده بزرگ می‌شود. لبنیات غنی شده با ویتامین D ممکن است به افزایش میزان جذب کلسیم توسط بدن و کاهش خطر سرطان‌های روده بزرگ، پستان، و پروستات کمک کند.

۶- رژیم غذایی متعادل و متنوع: رژیم غذایی متعادل و متنوع داشته باشید و از مکمل‌ها استفاده نکنید. برخی مکمل‌ها (مانند ویتامین D) در شرایط خاص توسط پزشک تجویز می‌شوند. در وعده‌های غذایی از روغن زیتون، ماهی، سبزیجات، و غلات سبوس‌نگرفته استفاده کنید. دریافت مواد مغذی ضد سرطان از رژیم غذایی متعادل و متنوع بسیار مؤثرتر از دریافت آن‌ها از طریق مکمل‌ها است.

۷- انتخاب غذاهای طبیعی: تا حد امکان از غذاهایی که عاری از مواد شیمیایی کشاورزی مثل علف‌کش‌ها و آفت‌کش‌ها و هورمون‌های رشد و آنتی‌بیوتیک‌ها هستند استفاده کنید.

۸- آنتی اکسیدان‌ها: غذاهایی که سرشار از آنتی اکسیدان هستند به مبارزه با رادیکال‌های آزاد (مواد شیمیایی که در

منابع حیوانی باشد. گیاهان حاوی ترکیبات شیمیایی (فیتوکمیکال‌ها) و آنتی اکسیدان‌ها هستند که سیستم دفاعی بدن را تقویت می‌کنند و از ایجاد سرطان پیشگیری می‌کنند.

۲- چربی موجود در غذا: رژیم غذایی پرچرب، حاوی مقدار زیادی چربی‌های اشباع شده (جامد)، یکی از عوامل خطر سرطان پستان و سرطان روده بزرگ است. روغن جامد، کره، خامه، سس‌ها، شیرینی، شکلات و گوشت قرمز از منابع چربی‌های اشباع شده هستند. استفاده از رژیم غذایی کم چربی و چربی‌های اشباع نشده (مایع) مانند روغن زیتون، روغن آفتاب گردان و روغن کنجد می‌تواند خطر ابتلا به سرطان را کاهش دهد.

۳- فیبر موجود در مواد غذایی: فیبر، در لایه بیرونی غلات کامل (سبوس‌نگرفته)، میوه‌ها (گلابی، سیب، موز، تمشک)، میوه‌های خشک (آلو خشک، انجیر، خرما، کشمش، یا زردآلوی خشک)، سبزیجات، حبوبات (عدس، نخود، لوبیا)، خشکبار و دانه‌ها وجود دارد. رژیم غذایی با فیبر زیاد می‌تواند خطر ابتلا به سرطان را کاهش دهد. مصرف غلات کامل، می‌تواند خطر سرطان‌هایی خاص، دیابت نوع ۲، و بیماری قلبی را کاهش دهد. نان تهیه شده از غلات کامل مصرف کنید، در سوپ خود جو بریزید و آرد جو دو سر (بلغور جو) را به گوشت چرخ کرده اضافه کنید.

۴- پروتئین: گوشت، ماهی و تخم مرغ منابع اصلی تأمین پروتئین حیوانی هستند.

مضر کننده‌های تغذیه‌ای مواد سرطان‌زا عبارتند از آنتی اکسیدان‌ها (مانند ویتامین C، ویتامین A، و کارتنوئیدها، ویتامین E، سلنیوم، روی) و فیتوکمیکال‌ها. تقویت کننده‌های روند ایجاد سرطان ممکن است مربوط به چربی موجود در گوشت قرمز یا هیدروکربن‌های معطر چند حلقه‌ای (PAHs) باشد که در اثر طبخ گوشت در درجه حرارت بالا به وجود می‌آید یا سمومی که توسط کپک‌ها در غذا تولید می‌شوند (مانند آفلاتوکسین).

رژیم غذایی بر میزان خطر ابتلا به بسیاری از سرطان‌ها تأثیر می‌گذارد. خطر ابتلا به سرطان‌های معده، مری، روده، دهان و پستان را می‌توان با داشتن یک رژیم غذایی سالم و متعادل کاهش داد. چنین رژیمی غنی از فیبر، میوه و سبزی است و میزان نمک و گوشت قرمز و فرآوری شده آن پایین است. توجه داشته باشید که هیچ غذا و ماده خاصی جایگزین یک رژیم غذایی سالم و متعادل در پیشگیری از سرطان نیست. در این مقاله سعی شده است برخی نمونه‌های مطرح شده در مورد خواص بالقوه تغذیه در پیشگیری از سرطان گردآوری شود. مطالعات بیش‌تری در بسیاری از زمینه‌های تغذیه و سرطان مورد نیاز است.

۱- ترکیب مناسب مواد غذایی: هیچ غذایی به تنهایی خطر سرطان را کاهش نمی‌دهد بلکه ترکیب مناسب مواد غذایی می‌تواند نقش مهمی در مبارزه با سرطان داشته باشد. گام اول در پیشگیری از سرطان به وسیله رژیم غذایی، مصرف بیشتر مواد غذایی گیاهی است. سعی کنید دو سوم غذای شما از منابع گیاهی و یک سوم از



غذایی تازه باشد.

آفتاب گردان و سبزیجات برگ‌دار به رنگ سبز تیره مانند اسفناج و کاهو از دیگر منابع غذایی فولات هستند.

۱۲- مصرف گوجه فرنگی و هندوانه:
خاصیت ضدسرطانی گوجه فرنگی و هندوانه ممکن است مربوط به (لیکوپن) (ماده‌ای که باعث رنگ قرمز می‌شود) باشد. برخی مطالعات مصرف گوجه فرنگی را با کاهش خطر بروز برخی از سرطان‌ها مانند سرطان پروستات همراه می‌دانند. مصرف آب گوجه فرنگی، رب یا سس گوجه فرنگی نیز پتانسیل مبارزه با سرطان را افزایش می‌دهند.

۱۳- پتانسیل ضد سرطانی چای:
به‌ویژه چای سبز ممکن است یک ماده ضد سرطانی باشد. در برخی مطالعات آزمایشگاهی چای سبز رشد سرطان را در روده بزرگ، کبد، پستان و سلول‌های پروستات کند کرده و یا مانع رشد سرطان شده است. البته باید توجه داشته باشید

۱۰- محدود کردن مصرف شکر و غذاهای پرکالری: نوشیدنی‌های حاوی قند (انواع کولاها و آب میوه‌های صنعتی) و غذاهای فرآوری‌شده با قند و چربی بالا و فیبر کم (انواع پیتزا و غذاهای کنسروی) را محدود کنید. مصرف شکر به دلیل کالری بالا می‌تواند باعث افزایش وزن و چاقی شود. اضافه وزن یکی از عوامل خطرزای سرطان است.

۱۱- منابع غذایی غنی از فولات: فولات یک نوع ویتامین B مهم است که می‌تواند از بدن در برابر سرطان‌های روده بزرگ، راست روده و پستان محافظت کند. بهترین راه دریافت فولات، جذب آن از طریق میوه، سبزیجات و غلات غنی شده است و نه استفاده از قرص.

غلات غنی شده، آرد کامل، آب پرتقال، خربزه، توت فرنگی و تخم مرغ از منابع غنی فولات هستند. جگر مرغ، انواع لوبیاهای، دانه

فرآیند پیرشدن نقش دارند) کمک می‌کنند. بتاکاروتن، لیکوپن، ویتامین‌های C، E، و A نمونه‌هایی از آنتی‌اکسیدان‌ها هستند که در سبزیجات و میوه‌های رنگی مانند انواع توت، شلغم، و گوجه فرنگی یافت می‌شوند. به منظور کاهش خطر ابتلا به سرطان و بیماری قلبی، رژیم غذایی روزانه باید شامل حداقل ۵ سهم میوه و سبزیجات باشد.

۹- پرهیز از غذاهای آماده، فرآوری‌شده و نمک‌سود شده: غذاهای آماده (مانند سس، سوپ آماده) و فرآوری‌شده (مانند مانند گوشت‌های دودی شده، نمک‌سود شده، سوسیس و کالباس) حاوی مواد افزودنی، مواد نگهدارنده مانند نیتریت، نمک، رنگ‌های خوراکی، هورمون‌ها و دیگر مواد شیمیایی هستند که می‌توانند موجب تضعیف سیستم ایمنی شوند. از نمک (سدیم) به عنوان ماده نگهدارنده غذا استفاده می‌شود. مصرف بیش‌تر از ۲۴۰۰ میلی‌گرم در روز با بروز سرطان معده ارتباط دارد. بهترین انتخاب می‌تواند مصرف مواد

مطالعات آزمایشگاهی نشان داده است که این ماده می‌تواند تغییر شکل، تکثیر و تهاجم سلول‌های سرطانی را در انواع سرطان‌ها سرکوب کند.

۲۱- توت‌ها: توت فرنگی دارای فیتوکمیکالی به نام اسید الازیک است. این ماده آنتی‌اکسیدان قوی است که می‌تواند برخی مواد خاص سرطان‌زا را غیرفعال کرده و رشد سلول‌های سرطانی را کند نماید. توت‌ها از منابع عالی آنتی‌اکسیدان‌ها هستند. تعدادی از توت‌ها سرشار از (پلی فنل) هستند. پلی فنل‌ها موادی هستند که می‌توانند در مبارزه با سرطان‌ها و بیماری‌های تحلیل برنده مغز مفید واقع شوند.

۲۲- انار: خوردن انار یا نوشیدن آب انار ممکن است به پیشگیری یا کاهش رشد برخی از انواع سرطان پستان و سرطان پروستات کمک کند. فیتوکمیکال‌های موجود در انار (اسید الازیک) رشد سرطان پستان وابسته به هورمون را مهار می‌کند.

۲۴- اهمیت روش طبخ غذا: روش پخت گوشت در میزان خطر سرطان‌زایی آن اثر دارد. سرخ کردن و کباب کردن گوشت در دمای خیلی بالا می‌تواند باعث تشکیل مواد شیمیایی شود که سرطان‌زا هستند. در سایر روش‌های پخت گوشت مانند بخارپز کردن این مواد به میزان بسیار کم‌تری تولید می‌شوند. به یاد داشته باشید هنگام پخت گوشت مقداری سبزیجات سالم به آن اضافه کنید.

۲۵- تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر به مدت ۶ ماه: شیردهی می‌تواند به پیشگیری از سرطان پستان کمک کند و باعث جلوگیری از چاقی دوره نوزادی و چاقی در سنین بالاتر شود. افراد بالغی که اضافه وزن زیادی دارند، بیشتر در معرض ابتلا به سرطان هستند.

فیتوکمیکال‌های موجود در میوه‌ها و سبزیجات که نقش حفاظتی در برابر سرطان دارند		
سبزیجات و میوه‌ها	فیتوکمیکال	رنگ
گوجه فرنگی و محصولات آن، گریپ‌فروت صورتی، هندوانه	لیکوپن	قرمز
انواع توت، انگور، آلو	آنتوسیانین، پلی فنل	قرمز و ارغوانی
هویج، انبه، کدو تنبل	کاروتن α و β	نارنجی
طالبی، هلو، پرتقال، شلیل	β - cryptoxanthin, flavonoids	نارنجی و زرد
اسفناج، برگ سلغم	Lutein, Zeaxanthin	زرد و سبز
کلم پیچ، کلم بروکلی، کلم بروکسل، گل کلم	Sulforaphanes, indoles	سبز
تره فرنگی، پیاز، سیر، موسیر	Allyl Sulphides	سفید و سبز

داخلی مthane کمک می‌کند.

۱۷- مصرف لوبیا: لوبیا حاوی فیتوکمیکال‌های قوی متعددی است که می‌تواند از سلول‌های بدن در برابر آسیب‌هایی که می‌تواند منجر به بروز سرطان شود محافظت کند. در محیط آزمایشگاه، این مواد رشد تومور را کند می‌کنند و از ترشح موادی که توسط تومور تولید می‌شوند و باعث آسیب سلول‌های مجاور می‌شوند جلوگیری می‌کنند.

۱۸- خانواده کلم بر علیه سرطان: انواع کلم‌ها شامل بروکلی، گل کلم، کلم پیچ و کلم بروکسل می‌تواند در تهیه سالاد مورد استفاده قرار بگیرد. ترکیباتی که در این سبزیجات وجود دارند می‌تواند به دفاع بدن در برابر سرطان‌های روده بزرگ، پستان، ریه و دهانه رحم کمک کنند.

۱۹- سبزیجات برگ‌دار به رنگ سبز تیره: مانند سبزی خردل، کاهو، کلم پیچ، کاسنی، اسفناج، و برگ چغندر حاوی مقادیر فراوانی از فیبر، فولات و کاروتنوئیدها هستند. این مواد مغذی به محافظت در برابر سرطان‌های دهان، حنجره، لوزالمعده، ریه، پوست و معده کمک می‌کنند.

۲۰- مصرف ادویه: کورکومین ماده اصلی ادویه هندی زردچوبه است که پتانسیل ضدسرطانی دارد.

مصرف چای داغ با افزایش خطر سرطان مری همراه است و زیاده‌روی در مصرف چای ممکن است موجب کندی حرکات روده شود.

۱۴- انگور و سرطان: انگور و آب انگور به‌خصوص نوع ارغوانی و قرمز رنگ آن، حاوی ماده‌ای به نام (رزوراترول) هستند. رزوراترول خاصیت آنتی‌اکسیدانی و ضد التهابی قوی دارد. این ماده در مطالعات آزمایشگاهی از نوعی از تخریب که می‌تواند باعث روند سرطان در سلول‌ها شود جلوگیری می‌کند.

۱۵- پرهیز از مصرف مشروبات الکلی: سرطان‌های دهان، گلو، حنجره، مری، کبد و پستان همگی با نوشیدن الکل ارتباط دارند. مصرف الکل همچنین می‌تواند خطر سرطان‌های روده بزرگ و راست روده را افزایش دهد. مصرف الکل در زنان با افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان همراه است.

۱۶- آب و سایر مایعات که نقش حفاظتی دارند: آب نه تنها عطش را فرو می‌نشاند، می‌تواند از سرطان مthane نیز پیشگیری کند. آب می‌تواند غلظت موادی را که در مthane وجود دارند و به‌طور بالقوه سرطان‌زا هستند را کاهش بدهد. مصرف بیش‌تر مایعات موجب افزایش دفع ادرار می‌شود که این امر به کوتاه‌تر شدن تماس این مواد با پوشش

از هموفیلی چه می‌دانیم؟

شایع‌ترین بیماری خون‌ریزی دهنده ارثی هموفیلی A و B می‌باشد. هموفیلی A یک بیماری ارثی مغلوب وابسته به کروموزوم X می‌باشد که سطح فاکتور ۸ انعقادی پلاسما به نام فاکتور آنتی هموفیلی کاهش می‌یابد.

دکتر احمد تمدنی فوق تخصص خون و سرطان کودکان
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بابل



هموفیلی B نیز از طریق ژن مغلوب قرار گرفته در کروموزوم X منتقل می‌شود و در این بیماری سطح فاکتور ۹ انعقادی پلاسما به نام فاکتور کریسمس کاهش می‌یابد.

شیوع هموفیلی در حدود ۱ در ۶۰۰۰ نفر جمعیت مذکر می‌باشد که حدود ۸۵-۸۰ درصد آن را نوع A و ۲۰-۱۵ درصد از نوع B می‌باشد.

هموفیلی از نظر بروز علائم کلینیکی انواع مختلفی دارند:

۱. ناقلین بیماری که هیچ علائمی از بیماری را ندارند.
۲. هموفیلی خفیف که سطح فاکتور ۲۵-۵ درصد است.
۳. هموفیلی نوع متوسط که سطح فاکتور ۵-۱ درصد است.
۴. هموفیلی شدید که سطح فاکتور کم‌تر از ۱ درصد است.

تظاهرات بالینی

هنگامی که خون‌ریزی بدون علت و یا بیش از حد معمول در فردی اتفاق می‌افتد باید به فکر هموفیلی باشیم. تظاهرات بالینی نوع A و B شبیه می‌باشد و شدت خون‌ریزی در بیماری هموفیلی با سطح فاکتور پلاسمایی در ارتباط است به طوری که در انواع کمبود شدید پلاسمایی فاکتور ۸ و ۹ خون‌ریزی خودبه‌خودی و شدید اتفاق می‌افتد و در نوع متوسط با ضربه‌های خفیف تا متوسط خون‌ریزی اتفاق می‌افتد و در انواع خفیف معمولاً خون‌ریزی در حین ضربه‌های متوسط تا شدید و اعمال جراحی ممکن است اتفاق بیفتد.

تشخیص افتراقی داد.

در موارد نادر نوع هموفیلی اکتسابی ممکن است اتفاق بیفتد که باید آن از نوع ارثی هموفیلی تشخیص افتراقی داد.

تشخیص

شک به بیماری هموفیلی بر اساس شرح حال، معاینه کلینیکی و افزایش زمان تست انعقادی PTT داده می‌شود و با سنجش مقدار سطح فاکتور ۸ و ۹ انعقاد داخل پلاسما تشخیص قطعی بیماری داده می‌شود.

درمان

سال‌ها قبل از تولید فاکتور ۸ و ۹ بیماران هموفیلی با تزریق پلاسما و کرایو درمان می‌شدند ولی امروزه اساس درمان تجویز فاکتورهای کنسانتره ۸ و ۹ می‌باشد. باید

سن متوسط تشخیص حدود ۱۰ ماهگی است ولی علائم ممکن است با خون‌ریزی بند ناف در نوزادان و یا پس از ختنه کردن خود را نشان بدهد و ممکن است علائم در سنین بالاتری خود را نشان بدهند.

شایع‌ترین محل خون‌ریزی در بیماران هموفیلی مفاصل، عضلات، مخاطات دهان، زبان و بینی، دستگاه ادراری، دستگاه گوارش و خون‌ریزی در سیستم عصبی مرکزی می‌باشند.

خون‌ریزی در مفاصل ممکن است سبب عوارض مفصلی و جمود مفصلی و معلولیت شود و خون‌ریزی در سر و گردن و سیستم مرکزی تهدید کننده و بسیار خطرناک است.

تشخیص افتراقی

هموفیلی را باید از نوع شدید بیماری ون ویلبراند (Type III VWb disease) و

سبب معلولیت خواهد شد و خوشبختانه با درمان به موقع و مناسب، از شیوع آن کاسته می‌شود. خون‌ریزی در مراکز حیاتی مثل مغز ممکن است خطر مرگ داشته باشد و یا معلولیت‌های ناشی از آن را ایجاد نماید. یکی از مسائلی که حین درمان بیماران هموفیلی ممکن است اتفاق بیفتد وجود مهارکننده علیه فاکتور ۸ می‌باشد که سبب می‌شود تجویز فاکتور ۸ نتواند به سطح مناسبی در پلاسما رسیده و جلوگیری از خون‌ریزی نماید، در این‌گونه موارد باید روش‌های خاصی را براساس ارزیابی مقدار تیترا مهارکننده انجام داد.

در مواردی که تیترا مهارکننده کمتر از ۵ واحد بتسدا باشد با افزایش فاکتور ۸ درمان خون‌ریزی انجام خواهد شد و در مواردی که تیترا مهارکننده بیشتر از ۵ واحد بتسدا باشد باید از فاکتور VII نوترکیب و یا FEIBA استفاده نمود.

امروزه برای ایجاد کیفیت زندگی بهتر در بیماران هموفیلی شدید روش پیشگیری از بروز خون‌ریزی به شکل تزریق فاکتور ۸ کنسانتره، ۲-۳ بار در هفته را انجام می‌گیرد و با جلوگیری از بروز خون‌ریزی از عوارض بیماری به شکل چشمگیری کاسته شده و در بهبود کیفیت زندگی در بیماران هموفیلی بسیار مؤثر است.

پیشگیری

امروزه با شناسایی ژن بیماری هموفیلی A و B می‌توان با نمونه‌گیری از ویلوس کوریون جنین مذکر در هفته ۱۰-۱۲ حاملگی و یا با روش نمونه‌گیری از خون بند ناف جنین و یا آمنیوسنتز در هفته‌های بعد، تشخیص قبل از تولد داده شود.

در مواقعی که نوع ژن هموفیلی قابل تشخیص نباشد از طریق بررسی DNA Polymorphisms یکی از مذکرهای مبتلا در خانواده و افراد خانواده در دسترس استفاده کرد و تشخیص بیماری را قبل از تولد با دانستن این اطلاعات انجام داد.



از داروهایی که می‌توان در هنگام خون‌ریزی و یا پیشگیری از خون‌ریزی در هنگام کشیدن دندان و یا اعمال جراحی کوچک در انواع خفیف هموفیلی استفاده کرد ترکیبات جلوگیری کننده سیستم فیبرینولیز مثل ترانس آمین می‌باشد که به شکل خوراکی و یا تزریقی قابل استفاده است. از کورتیکواستروئیدها به مدت ۴۸ ساعت به شکل خوراکی در خون‌ریزی از مفاصل، برای پیشگیری از عوارض مفصلی می‌توان استفاده کرد.

عوارض

شایع‌ترین عارضه بیماری هموفیلی، عوارض مفصلی ناشی از آنکیلوزیس مفاصل است که

بدانیم که هر واحد کنسانتره فاکتور ۸، دو واحد فاکتور ۸ را افزایش می‌دهد. تزریق مقدار فاکتور ۸ و ۹ به محل خون‌ریزی بستگی دارد به طوری که در خون‌ریزی‌های گوارشی سطح فاکتور را باید به ۱۰۰ درصد رساند و در خون‌ریزی‌های مغزی سطح فاکتور به بیش از ۱۰۰ درصد و در خون‌ریزی‌های مفصل به ۷۰ درصد و در خون‌ریزی‌های خفیف بینی و لثه و زبان به ۴۰-۵۰ درصد رساند.

در انواع خفیف هموفیلی می‌توان از تزریق و یا استنشاق داروی DDAVP (د-آمینو-دی-آرژنین وازوپرسین) استفاده کرد که با افزایش فاکتور ۸ به ۲/۵ تا ۶ برابر سبب قطع خون‌ریزی خواهد شد.

ارتباط عوامل آلوده هوا با M.S و سایر اختلالات دستگاه عصبی

به دلیل بحران آلودگی هوا طی فصل زمستان، بر آن شدیم از دیدگاه جدیدی عواقب خطرزای آلودگی هوا را نگاه کنیم. نقش آلاینده‌های هوا در ایجاد بیماری‌های تنفسی، قلبی عروقی و سرطان‌ها بارها تذکر داده شده است. در این جا مروری بر مطالعاتی که اثر این آلاینده‌ها را در ایجاد بیماری‌ها و اختلالات دستگاه عصبی و بالاخص M.S داشته‌اند، خواهیم نمود.

دکتر هومن محمدی



آلودگی هوا با اثر گذاشتن روی عروق بدن، زمینه‌ساز سکته مغزی و قلبی می‌باشد، آلاینده‌های موجود در هوا باعث آسیب سلول‌های بخش سفید مغز می‌گردند، و نهایتاً ساختمان مغز و تعادل شیمیایی مغز را به هم زده، عواقب دائمی بر جا می‌گذارند. مطالعه‌ای در شهر مکزیکو که بعد از تهران رتبه بعدی آلودگی هوا را دارا است، روی کودکان مقیم این شهر در قیاس با نواحی با آلودگی پایین نشان داد سطح ضرب هوشی کودکان مناطق آلوده به میزان قابل توجهی پایین‌تر بوده و حتی MRI مغز این کودکان در برخی نواحی صدماتی را نشان می‌دهد. به این ترتیب به نظر می‌رسد زندگی در

مرتبط می‌باشد.

مطالعه دیگری که نقش آلودگی هوا را روی میزان اشعه ماوراءبنفش مفید یعنی نوع B (که پس از جذب توسط پوست، باعث ساخت ویتامین D در پوست می‌شود) در ۲۰۰ زن ۲۰ تا ۵۵ ساله در شهرهای تهران و قزوین مقایسه‌ای انجام داد، نتایج نشان می‌دهد سطح ویتامین D در خون زنان منطقه با هوای پاک (قزوین) به میزان قابل توجهی بیش از منطقه آلوده (تهران) بوده است. ویتامین D از عوامل مهم سلامت کارکرد سیستم‌های عصبی بوده و کمبود آن زمینه‌ساز مشکلات عصبی خواهد بود.

مطالعه واحد کنترل آلاینده‌های هوا در کشور فنلاند نشان داده ویروس‌های عفونت‌زا و باکتری‌ها می‌توانند سبب عود حملات M.S شوند. تجمع عوامل آلاینده در فصول سرما، زمینه‌ساز ایجاد عوامل عفونت‌زا می‌شود، بدین شکل واکنش‌های التهابی که باعث تشدید علائم M.S می‌گردد را بیشتر می‌کند، در زمانی که ذرات معلق ریز که قابل جذب از راه مجاری تنفسی هستند، در هوا افزایش یابند، (فصول سرد و راکد بودن جریان هوا) احتمال خطر عود حملات بیماری M.S تا چهار برابر بیشتر می‌شود. این افزایش فصلی میزان عود حملات M.S با افزایش زمینه عفونت‌های مسری نیز



مناطق با تراکم بالای آلاینده‌های هوا، روی شکل‌گیری و تکامل مغز، اثر گذاشته باعث اُفت ضریب هوشی و عملکرد عصبی مغز می‌شود و زمینه‌ساز M.S. و سایر اختلالات عصبی خواهد بود، همچنین درخصوص بزرگسالان نیز مشخص شده بیماری‌های ناشی از تحلیل سلول‌های مغز مثل آلزایمر، در مناطق آلوده در سنین پائین‌تری رخ می‌دهند. سال‌ها است مشخص شده که فعالیت بدنی منظم و مداوم نقش مهمی روی تکامل عصبی و قدرت شناختی مغز افراد دارد، که از طریق ماده‌ای به نام BDNF (عامل نوروتروپیک با منشأ مغزی) صورت می‌گیرد. یعنی ورزش منظم باعث افزایش تولید این ماده، و این ماده خود باعث افزایش تکامل اعصاب مغز می‌شود. مطالعات نشان داده دوندگانی که در مناطق

آلوده میزان مشخصی از فعالیت ورزشی انجام می‌دهند، فاقد تکامل مغزی و تغییرات عصبی مثبتی بودند که دوندگان مناطق پاک حومه شهر با همان مقدار ورزش به آن دست یافته بودند. و این اثر مهم آلودگی هوا را در پیشگیری از تکامل مغزی که خود زمینه‌ساز M.S. و بسیار معضلات دیگر است، را نشان می‌دهد.

از بین عوامل موجود در هوای آلوده، منواکسیدکربن، ازن، دی‌اکسیدسولفور، دی‌اکسیدنیتروژن و ذرات معلق در هوا، میزان بروز انواع تشنج‌های عصبی و صرع را به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهند، و روشن شده است ایجاد صرع توسط این مواد، بالا رفتن خطر التهاب مغز می‌باشد.

مطالعات جدیدتر در کشورهای اروپایی از جمله فرانسه نشان داده، عامل مهم مؤثر روی بروز M.S. در کودکان، قرارگرفتن در معرض دود حاصل از استعمال دخانیات در منزل می‌باشد. مطالعه‌ای روی کودکان زیر ۱۶ سال مبتلا به M.S. در فرانسه مشخص نمود که خطر نسبی بروز اولین حمله M.S. در کودکانی که در منزل در معرض دود سیگار هستند، در مقیاس با کودکانی که منزل با هوای پاک‌تری دارند، ۲/۲ برابر می‌باشد، هم چنین مشخص شد خطر بروز M.S. در کودکان، هرچقدر در طول زمان بیشتری در معرض دود سیگار باشند، بالاتر خواهد رفت.

سپس در کل مروری اجمالی بر مطالعات نشان می‌دهد زندگی و رشد در مناطق با هوای آلوده خطر ایجاد مشکلات عصبی زیر را بالا خواهد برد:

کاهش ضریب هوشی، کاهش روند تکامل مغز و کاهش مواد مؤثر روی این تکامل، صرع و تشنج، بیماری Autism، مسمومیت مغزی با سرب و جیوه، بروز M.S. در سنین پایین‌تر و با موارد حملات بیشتر. بروز پارکینسون و سایر مشکلات مرتبط با بالا رفتن سرعت تحلیل سلول‌های مغزی یعنی آلزایمر و پیری زودرس مغزی.



است. در گفت و گوی اولیه، از زنان سؤال شد که چای می‌نوشند یا خیر. نوع چای و مقدار آن نیز سؤال شد.

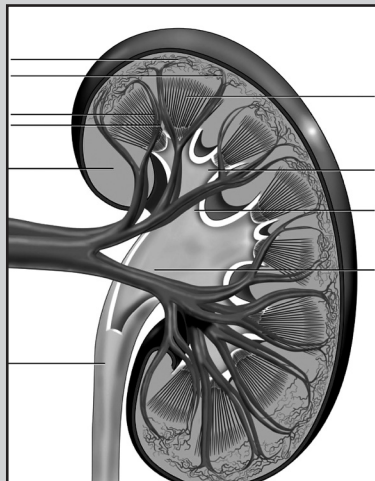
محققان دریافتند که نوشیدن منظم چای (حداقل ۳ بار در هفته برای مدت بیش از ۶ ماه) با ۱۷ درصد کاهش خطر در انواع سرطان‌های دستگاه گوارش همراه است.

منبع: Time

*** دکتر هوشنگ پوربابایی: درایران حقوق بشر، درباره بیماران رعایت نمی‌شود.** پنجمین کارگاه تالاسمی با عنوان تغییر نگرش در خصوص بیماران تالاسمی با سخنان دکتر هومن محمدی معاونت آموزش و پژوهش بنیاد امور بیماری‌های خاص روز پنج شنبه ۱۰ اسفندماه در سالن همایش‌های بنیاد برگزار شد. ابتدا دکتر غلامعلی افروز روانشناس، سخنان خود را در ارتباط با روانشناسی ازدواج در افراد تالاسمی مآزور بیان کرد. بعد از سخنان دکتر افروز، دکتر پوربابایی درباره حقوق بیماران و وظایف دستگاه‌های دولتی و درمانی سخنانی ایراد فرمودند ایشان در این سخنان تأکید داشتند در ایران حقوق بشر در مورد بیماران رعایت نمی‌شود. سخنرانان بعدی پنجمین کارگاه تالاسمی عبارت بودند از دکتر حبیب‌الله مسعودی، دکتر محمود هادی‌پور (که خود از افراد مبتلا به تالاسمی می‌باشد) و خانم الهام شاه‌حسینی که درباره مسائل و مشکلات اجتماعی بیماران تالاسمی و ارتباط آن‌ها با پزشکان و پرستاران سخنانی ایراد نمودند و کارگاه پنجم با قرائت بیانیه توسط دکتر محمدی به کار خود پایان داد.

۹۱/۱۲/۱۰

*** افزایش چشمگیر شیوع دیابت و عوارض آن:** دکتر باقر لاریجانی رئیس پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران در مراسم افتتاحیه همایش دیابت و عوارض آن که در تاریخ ۲۳ تا ۲۴ آبان‌ماه ۱۳۹۱ در تالار امام خمینی^(ره) مجتمع بیمارستانی امام خمینی^(ره) برگزار



است که البته نمی‌توان این مبلغ را به مبلغ اصلی فروش کلیه دانست، قاسمی تصریح کرد: استاندارد استفاده مفید از هر دستگاه برای بیماران دیالیزی بین ۵ تا ۷ سال می‌باشد. اما در ایران دستگاه‌ها ۲۰ تا ۲۵ سال هم مورد استفاده قرار می‌گیرند.

بهار ۹۱/۱۱/۲۵

*** چای سبز در جدال با سرطان‌های دستگاه گوارش:** نتایج مطالعه‌ای که به تازگی منتشر شده حاکی از آن است که زنان مصرف کننده چای سبز می‌توانند خطر پیشرفت بعضی از سرطان‌های دستگاه گوارش را در خود کاهش دهند، به خصوص سرطان‌های معده، مری و کولورکتوم. بدین منظور پژوهشگران چینی زنانی را از مطالعه سلامت زنان شانگهای وارد کردند که در برگزیده حدود ۷۵ هزار زن میانسال و مسن



ارتباط با رسانه‌ها

*** فریبا لاهوتی، قائم مقام بنیاد امور بیماری‌های خاص در همایش پیشگیری از سرطان: دیوان محاسبات کشوری هر ساله از عملکرد بنیاد گزارش می‌گیرد و ارتباط مستقیم با بنیاد دارد بنابراین تمام هزینه‌ها و مستندات آن وجود دارد.**

اعتماد ۱۲ بهمن ۹۱

*** سازمان بهداشت جهانی در گزارش جدید خود مدعی شد: سرطان یکی از عوامل مهم مرگ و میر در جهان بوده و پیش‌بینی می‌گردد در سال ۲۰۳۰،**



World Health Organization

۱۳ میلیون قربانی می‌گیرد و از میان سرطان‌های مختلف، سرطان ریه، معده، کبد، روده بزرگ و سینه کشنده‌ترین انواع سرطان می‌باشند.

آرمان به نقل از خبرگزاری ایسنا

۹۱/۱۱/۱۸

*** کلیه گران می‌شود:** با توجه به بالا رفتن هزینه‌های بهداشت و درمان، هزینه پیوند عمل کلیه بالا می‌رود، بنابراین در آینده قیمت کلیه نیز بیشتر می‌شود. هاشمی قاسمی، مدیر عامل انجمن خیریه بیماران کلیوی با اعلام خبر بالا رفتن قیمت فروش کلیه هشدار می‌دهد که بیماران کلیوی مبنی بر افزایش هزینه درمان آن‌ها، قیمت فروش کلیه در ایران بین پنج تا ۱۰ میلیون تومان



کلیه در بیماران سپسیس حاد است.
منبع: هفته نامه سپید شماره ۳۰۴

*** مردم به پزشک عمومی اعتماد ندارند:** دکتر شهریار خاقتانی عضو انجمن پزشکان عمومی وزارت بهداشت و دبیر انجمن دانش آموختگان پزشکی عمومی مدعی شد وقتی مردم اعتمادی به پزشک عمومی ندارند چگونه برای درمان به آن‌ها مراجعه کنند؟

آرمان این خبر را به نقل از خبر آنلاین
۹۱/۱۱/۱۸

*** کاهش چشمگیر بروز بیماری تالاسمی در استان فارس:** مدیر بیمارستان شهید آیت‌الله دستغیب شیراز در مصاحبه با خبرنگاران گفت: با تلاش‌های صورت گرفته آمار بروز موارد جدید بیماری



تالاسمی در استان فارس از سال ۱۳۷۰ که ۱۴۰ مورد در سال بود به‌طور چشمگیری کاهش یافته و به تعداد انگشتان یک دست محدود شده‌است. وی افزود در بیمارستان شهید آیت‌الله دستغیب شیراز علاوه بر مرکز تشخیص قبل از تولد تالاسمی، مرکز تالاسمی نیز مستقر است و به بیماران خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بهار ۹۱/۱۱/۲۵

*** ناتوانی جنسی یکی از پنج عامل طلاق در ایران:** در نشست روز ملی سلامت مردان آمارهای مهمی از ناباروری در ایران و وضعیت سلامت مردان ارائه کردند. سخنان



گردید گفت: جمعیت بیماران مبتلا به دیابت در جهان رو به افزایش است به‌طوری که طبق آمارهای جهانی پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ حدود ۳۸۰ میلیون بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ و ۴۱۸ میلیون نفر با آزمون گلوکز ناشتای مختل وجود داشته باشد.

منبع: سایت مرکز تحقیقات دیابت پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** پیش‌بینی نارسایی کلیه با پروتئین اضافی:** محققان بیمارستان هنری فورد در ایالات متحده دریافته‌اند که وجود پروتئین زیادی در یک تست ادرار معمول یک نشانگر مؤثر و پیش‌بینی‌کننده برای نارسایی حاد



بين الملل



انجمن مشاوره سرطان ویکتوریا

سازمان مبارزه با سرطان ویکتوریا یک نهاد ثبت شده با فعالیت پارلمانی می‌باشد. اولین نشست این سازمان در سال ۱۹۳۷ توسط Lord Mayor برگزار شد.

تنظیم و ترجمه: ندا جلیلیان



در حالی که وضعیت اقتصادی استرالیا هنوز در حال بهبودی پس از یک افت شدید به سر می‌برد، اولین درخواست عمومی این سازمان در حدود ۶۶۰۰ دلار بود که معادل میلیون‌ها دلار امروز است! در هر صورت این سازمان تأسیس شد و تا به امروز به فعالیت‌های خود در زمینه تحقیق و پژوهش در مورد سرطان، پیش‌گیری از سرطان، آموزش از طریق سایت و انتشارات و... ادامه می‌دهد. این سازمان دارای بخش‌هایی نظیر مشاوره سرطان، گروه حمایت از بیماران سرطانی، انتشارات و غیره می‌باشد. در ذیل به مأموریت و اهداف این نهاد غیر انتفاعی اشاره می‌گردد.

سرطان، و حمایت از بیماران سرطانی کسب کرده است.

به عنوان یک نهاد غیروابسته غیرانتفاعی این سازمان نقشی پیش رو را در کاهش فشار ناشی از عوارض سرطان بر روی همه مردم، ایفا می‌کند.

مأموریت Mission

کاهش فشار ناشی از عوارض همه سرطان‌ها بر زندگی ویکتوریایی‌ها

ارزش‌های سازمان Values

برتری، کمال، خیرخواهی و غم‌خواری

زمینه تأسیس

هر ساله تقریباً حدود ۳۰۰۰۰ نفر از ویکتوریایی‌ها مبتلا به سرطان می‌شوند و در حدود ۱۱۰۰۰ نفر از آن‌ها بر اثر سرطان فوت می‌کنند. در حالی که جمعیت رشد می‌کند و افراد آن پیرتر می‌شوند، تعداد مبتلایان به سرطان نیز افزایش می‌یابد. اگر سازمان‌های مربوطه در تشخیص اولیه سرطان و درمان آن بهتر عمل کنند، وضعیت افراد نجات یافته از سرطان نیز بهتر می‌شود.

از زمان تأسیس این سازمان در ۱۹۳۷ انجمن سرطان ویکتوریا شهرت و آوازه‌ای بین‌المللی را برای فعالیت نوآورانه خود در زمینه تحقیقات سرطان، پیش‌گیری از

چالش‌های پیش روی سازمان

۱. تنها حدود ۳۰-۴۰ درصد از سرطان‌ها قابل پیش‌گیری‌اند.

۲. برای این‌که ارتقاء وضعیت بیماران تثبیت شود، باید تحقیقات ادامه پیدا کند.

۳. از آنجایی که ویکتوریایی‌ها مدت زیادی با سرطان زندگی می‌کنند، نیاز به حمایت از آنها افزایش می‌یابد.

۴. ویکتوریایی‌های مبتلا به سرطان‌های درمان ناپذیر نیازمند مراقبت‌های تسکینی جهت بهبود کیفیت زندگیشان می‌باشند. گروه حمایت از بیماران سرطانی شامل چه

Cancer Council Victoria

Cancer information and support

Sharing information and experiences

Information and support

Cancer Council Helpline
13 11 20
www.cancervic.org.au

افرادی است؟

بعد از بهبود سرطان‌شان لذت ببرند.

اینترنت و گروه‌های مشاوره تلفنی نیز برای افرادی که امکان مسافرت به ویکتوریا را ندارند، وجود دارد. این گروه‌ها کمی متفاوت با گروه نخست است و توسط کارکنان شورای سرطان اداره می‌شود.

این گروه‌ها اغلب بر روی افراد خاصی تمرکز دارند: (افراد جوان‌تر، زن یا مرد، افراد نجات یافته از سرطان، افراد مبتلا به سرطان پیشرفته)

گروه حمایتی اغلب در بیمارستان‌ها یا سایر محل‌های کنفرانس با یکدیگر ملاقات می‌کنند. بعضی گروه‌ها بر روی سرطان خاصی تمرکز دارند، برای مثال سرطان پستان، سرطان پروستات و... در حالی که سایر گروه‌ها ممکن است برای هر شخصی با هر نوع سرطانی قابل استفاده باشد.

بیش از ۱۷۰ گروه در ویکتوریا وجود دارد و هر گروه نیز با گروه دیگر متفاوت است، بنابراین فرصت مناسبی برای گفت و گو با سایر گروه‌ها در مورد این که چه انتظاراتی از این گروه دارند، قبل از پیوستن به گروه وجود دارد.

الگوی فعالیت

گروه حمایت از بیماران سرطانی از یک مدل خود یاری رسان پیروی می‌کند و توسط افراد داوطلب اداره می‌شود. همچنین

این گروه شامل افراد مبتلا به سرطان و گاهی اوقات خانواده و دوستان آنها می‌باشد که به‌طور مرتب برای گفت و گو در مورد مسائل مربوط به سرطان‌شان با هم ملاقات می‌کنند.

این گروه می‌تواند

۱. به افراد کمک کند تا با سایر افرادی که سرطان مشابه دارند رابطه داشته باشند.
۲. محفلی را برای بحث در مورد تشخیص سرطان و درمان آن فراهم می‌کند.
۳. دانش افراد را در مورد سرطان افزایش می‌دهد.
۴. به افراد کمک می‌کند تا نحوه زندگی با سرطان را بیاموزند.
۵. به افراد کمک می‌کند تا از زندگی کردن

جدول کنفرانس‌های بین‌المللی آوریل، می و ژوئن ۲۰۱۳

ترجمه: ندا جلیلیان منبع: www.conferencealerts.com

محور کنفرانس	عنوان کنفرانس / موضوع سمینار	محل برگزاری (شهر/کشور)	زمان
آنکولوژی (خون شناسی)	کنفرانس سالانه ASLMS	ماساچوست - آمریکا	۳-۸ آوریل ۲۰۱۳
روانپزشکی	کنفرانس سالانه ADAA	کالیفرنیا - آمریکا	۴-۷ آوریل ۲۰۱۳
بی هوشی	سی و پنجمین نشست سالانه SCA به همراه کارگاه	فلوریدا - آمریکا	۶-۱۰ آوریل
طب کودکان و جراحی‌های ارتوپدی	نشست سالانه ۲۰۱۳	کانادا	۴-۱ می ۲۰۱۳
HIV	به روز رسانی HIV: مسائل جدید مدیریت	بوستون - آمریکا	۳۰ می - ۱ ژوئن ۲۰۱۳
بیماری‌های عروقی	نشست سالانه بیماری‌های عروقی	کالیفرنیا - آمریکا	۳۰ می - ۱ ژوئن ۲۰۱۳
بی هوشی	بررسی موضوعات جاری در علم بی هوشی	ایتالیا	۲۷ می - ۶ ژوئن ۲۰۱۳
طب اطفال	مروری بر طب اطفال برای مراقبت‌های اولیه	کینگستون - آمریکا	۲۷ - ۲۹ ژوئن ۲۰۱۳
تغذیه	هفدهمین کنگره عملی تغذیه و هشتمین کنگره بین‌المللی تغذیه و رژیم‌های غذایی	مادرید - اسپانیا	۱۷ - ۱۹ آوریل ۲۰۱۳
پزشکی	سی و دومین نشست سالانه EPOS	آتن - یونان	۱۷ - ۲۰ آوریل ۲۰۱۳
باروری	سومین کنگره پزشکی باروری مالزیایی	کوالالامپور - مالزی	۱۷ - ۱۹ آوریل ۲۰۱۳
بیماری‌های کلیوی	بیماری‌های کلیوی زنان و سمپوزیوم اورگینکو لوژی FUUS	لاس وگاس - آمریکا	۱۸ - ۲۰ آوریل ۲۰۱۳

فرهنگی



شیوه زندگی پیامبر الگویی برای جامعه بشریت

همه می‌دانیم رفتار و کردار و سخن و سنن پیامبر مجموعه‌ای از اعمال واجب و مستحب است که عموم فقه اسلامی از آن تشکیل شده است. بی‌شک خوگرفتن با آداب پیامبر و آراستگی به اخلاق و سنن ظاهری و باطنی ایشان، کمال نهائی و آخرین هدف زندگی است که سعادت دنیا و آخرت را به همراه دارد.

محمدرضا نوری شاهرودی دیپلمات سابق وزارت امور خارجه و رئیس دفتر سابق رئیس مجلس خبرگان رهبری

بشر در زندگی خود همواره به یک سلسله آداب و رسوم پایبند بوده و شیوه‌ای را برای خویش برگزیده و زندگی را براساس همان آداب و رسومی که خود به‌دست آورده و یا از دیگران سرمشق گرفته تنظیم نموده است. هر انسان مسلمانی مایل است بداند بهترین برنامه برای روح و جسم او که خداوند آن را مقرر نموده باشد چیست؟ قرآن مجید که کلام وحی الهی و منشور فطری برای کمال و تعالی هر انسانی می‌باشد. در سوره احزاب آیه ۲۱ راه و روش پیامبران و اوصیاء، که کامل‌ترین آن زندگانی پیامبر گرامی اسلامی است را معرفی می‌نماید و می‌فرماید بهترین الگو و سرمشق برای یک حیات جاودانه زندگی پیامبر است البته برای هرکس که به خدا و روز قیامت ایمان دارد. همه می‌خواهند بدانند آداب شخصی پیامبر از قبیل خوردن، آشامیدن، خوابیدن و بیدار شدن، نشست و برخاست، نظافت و سفر، لباس و مسکن، نماز و روزه، حج و صدقه و قرآن و دعا چگونه بوده در آداب خانوادگی از ازدواج و تربیت فرزندان و همسرمداری و معاشرت با دوستان و کار و تلاش، و درآمد و سرمایه، چه سننی را آن بزرگوار رعایت می‌کرده است.

همه می‌دانیم رفتار و کردار و سخن و سنن پیامبر مجموعه‌ای از اعمال واجب و مستحب است که عموم فقه اسلامی از آن تشکیل شده است.

صفات ظاهری

او در دیدگان همه بسیار بزرگ و گرانبه بود. چهره‌اش هم مانند ماه شب چهارده می‌درخشید، چهره سفید مایل به سرخی داشت، نه چاق بود که انگشت‌نما شود

و نه لاغر که در چشمان کوچک آید. چهره‌ای سپید و نورانی و چشمانی درشت و قامتی معتدل و میانه داشت، پیشانی مبارکش بلند، ابروانی پیوسته و مژه‌ها بلند و محاسنش پُرپشت بود موهای سفید چندی که در سر و رویش پیدا شده بود به واسطه خضاب (رنگ) سبز به نظر می‌رسید، دندان‌ها کاملاً سپید و شکم با سینه برابر بود. هنگام شادی چهره‌اش چون آینه‌ای رنگارنگ درخشان و جذاب بود. کشیده گام برمی‌داشت و آرام و با وقار راه می‌رفت. مهر نبوت در میان شانه‌هایش نمایان بود بلندی موی سر آن حضرت به قدری بود که به دوش‌ها می‌رسید. سایه‌ای بر زمین نداشت. آنگاه که قرآن تلاوت می‌کرد بعضی از مردم از صدای زیبا و صوت دل‌ربایش بیهوش می‌شدند. به کسی در نگاه خیره نمی‌شد بلکه کوتاه نظر می‌کرد و در سلام کردن پیشی می‌گرفت. هر نعمتی در نظرش بزرگ بود گرچه اندک باشد. هرگز از نعمتی مذمت نمی‌کرد و از هیچ غذایی بد نمی‌گفت. دنیا و سختی‌هایش او را به خشم نمی‌آورد ولی هنگامی که پای حق در میان بود از شدت خشم کسی را نمی‌شناخت.

با تمام دست اشاره می‌فرمود، نه با انگشت. به هنگام تعجب دست را پشت و رو می‌کرد، زمانی که سخن می‌گفت دست‌ها را به هم می‌چسباند چون خشمناک می‌شد روی خود را برمی‌گرداند. بیشتر خنده‌اش تبسم بود چون می‌خندید دندان‌هایش همانند دانه‌های تگرگ سفید نمایان می‌شد. چون به منزل می‌رفت اوقات خویش را سه قسمت می‌کرد، قسمتی برای عبادت خداوند، قسمتی برای خانواده و برهه‌ای برای خود و قسمت خودش را میان خود و

مردم تقسیم می‌نمود، به اهل فضل عنایت ویژه‌ای داشت. هرکس را به مقدار فضیلتی که در دین داشت احترام می‌کرد. از کار و بارشان می‌پرسید و آنچه را لازم بود به یاران تعلیم می‌فرمود از کارهای نیک را تحسین و تقویت می‌فرمود و هر کار زشتی را تقبیح می‌نمود. در کارها میانه‌رو بود و از افراط و تفریط برحذر می‌داشت. درباره حق نه کوتاهی داشت و نه از آن تجاوز می‌کرد برترین اطرافیان آن حضرت کسانی بودند که نسبت به هم نوعان و مسلمانان خیرخواه و دل‌سوزتر بودند هرکس نسبت به برادران دینی هم‌دردی و همکاری داشت در چشم آن حضرت بزرگ بود.

آغاز کارها حتی در نشستن و برخاستن با یاد خدا بود. جای خاصی را برای خود انتخاب نمی‌کرد و در هر جای خالی بود می‌نشست و به دیگران چنین امر می‌فرمود. مجلس آن حضرت توأم با حلم و حیا و صداقت و امانت بود و در آن عرض و آبروی کسی ریخته نمی‌شد. اهل مجلس عادلانه و براساس تقوا رفاقت داشتند نیازمندان را بر خود مقدم و از غریبان نگهداری می‌کردند. پیامبر همیشه خوش‌رو، خوش‌اخلاق، نرم‌خو بود. در او خشونت، درشت‌خوئی و عیب‌جوئی دیده نمی‌شد. خود از جدال و کشمکش و پُر حرفی و ذکر مطالب بی‌فایده پرهیز می‌نمود و نسبت به مردم از سرزنش و نکوهش و عیب‌جوئی و مچ‌گیری و لغزش فاصله می‌گرفت چون حاجتمندی را می‌دید او را کمک می‌کرد مدح و ثنای کسی را نمی‌پذیرفت. مگر کسی که بخواهد تشکر کند. سخن کسی را نمی‌برد.

سکوتش چهار پایه داشت. حلم، حذر، تقدیر، تفکر

به مناسبت تولد حضرت زینب^(س) (روز پرستار)

مرادعلی توانا در سال ۱۳۳۳ متولد شد وی دارای مدرک کارشناسی حقوق و کارشناسی ارشد فقه و مبانی حقوق اسلامی و دکتری در فلسفه سیاسی و تحصیلات حوزوی خارج و فقه اصول استاد دانشگاه و صاحب تألیفاتی در زمینه مسائل تاریخی و حقوقی می‌باشد و مقالات علمی و اجتماعی تاریخی و حقوقی بسیاری از ایشان در مطبوعات به رشته تحریر درآمده است، مطلب ذیل به مناسبت تولد حضرت زینت^(س) برای ما ارسال نموده‌اند که از نظر خوانندگان می‌گذرد.

السلام علیک ایته‌ها الفاضله الرشیده! السلام
علیک ایته‌ها الکامله العالمه! السلام علیک
ایته‌ها الکریمه النبیله!

۲۷ اسفندماه ۱۳۹۱ هجری شمسی برابر
۵ جمادی الاول ۱۴۳۴ هجری قمری
به مناسبت روز تولد حضرت زینب^(س)، روز
پرستار می‌باشد. با توجه به این که مجموع
روزهای سال قمری از روزهای سال شمسی
کمتر است، ۹ فروردین ۱۳۹۱ نیز برابر با ۵
جمادی الاول ۱۴۳۳ بوده و در نتیجه هم
۹ فروردین و هم ۲۷ اسفند امسال با میلاد
خجسته زینب کبری^(س) مصادف می‌باشد،
لذا این روز را به همه زنان و مردان آزاده
به ویژه پرستارانی که زینب‌وار با تحمل رنج
و زحمت آسایش و آرامش دیگران را فراهم
می‌کنند نه یک‌بار، دو بار تبریک عرض
می‌کنیم.

آن حضرت در ۵ جمادی الاول سال ۵
هجری در مدینه به دنیا آمد. پس از تولدش
مادر گرانقدرش، فاطمه زهرا^(س) از پدرش،
علی امیرالمؤمنین^(ع)، خواست تا نامی برای
وی انتخاب کند اما پدر فرمود: از رسول
خدا سبقت نمی‌گیرم منتظر ماندن تا رسول
خدا از سفر آمدن، ایشان نام زینب را که به
معنی درخت نیکو و خوش منظر می‌باشد،
برای نوزاد، برگزیدند. کنیه زینب^(س)،
ام‌کلثوم و القابش عارفه، محدثه، عالمه،
کامله، عابده، عقيله بنی‌هاشم و... بود. همسر
او، پسر عمویش عبدالله بن جعفر بن ابیطالب
شخصی کریم و مورد احترام زمان خود
بود. فرزندان‌شان محمد، عون، علی، عباس و
ام‌کلثوم بودند که محمد و عون در کربلا به
شهادت رسیدند. بر زینب کبری از نوجوانی
رنج‌ها و مصیبت‌های زیادی وارد شد. رحلت
جد بزرگوارش رسول خدا^(ص)، مرگ غم‌انگیز
مادرش فاطمه زهرا^(س)، شهادت جانگداز

پدرش علی مرتضی^(ع) و شهادت مظلومانه
برادرش حسن مجتبی^(ع) و در نهایت شهادت
خون‌بار و دلخراش سیدالشهدا^(ع) به همراه
اولاد و اصحابش در بیابان تفتیده کربلا از
مصیبت‌های طاقت‌فرسایی بود که جسم و
جان آن بانوی بزرگ را فرسوده و ناتوان
کرد. در کمتر از د روز، دو فرزند، شش
برادر، شش برادرزاده، پنج عموزاده و بیش از
پنجاه نفر از بهترین یاران برادرش در مقابل
چشمانش به وضع فجیع و بی‌رحمانه‌ای
به شهادت رسیدند. نه تنها کسی نبود تا
تسلی‌اش دهد، بلکه او می‌بایست کودکان
خردسال و زنان مصیبت‌زده و حتی امام
تبار را پرستاری کند، غم خود را فراموش
کرده و آن‌ها را آرامش دهد.

علاوه بر صبر او در مقابل این همه مصیبت،
شجاعت او در مقابل دشمن ستودنی است.
در حالی که او را با سایر اسرا به بند کشیده
و نزد ابن زیاد حاکم جبار کوفه بردند. آن
ظالم گفت: شکر خدا را که شما را کشت و
رسوا کرد و دین ساخته شما را تکذیب کرد!
و او با شجاعت تمام فرمود: سپاس خدا را
که ما را به نبوت محمد^(ص) گرمی داشت و
پلیدی را از خاندان ما برداشت و کمال پاکی
را به ما عطا فرمود. خداوند فاسق را رسوا و
بدکار را تکذیب می‌کند و او غیر از ماست.
وقتی اسرا را در میان مردم و بازار کوفه عبور
می‌دادند خطاب به کوفیان فرمود: سیاه باد
روی شما که به جای باری پسر پیغمبر او را
کشتید و اموالش را به تاراج بردید و عیالش
را اسیر کردید! آیا دانستید چه دره‌هایی از
عذاب به سوی خود گشودید و چه بار بزرگی
از گناه بر پشت خود نهادید؟ فهمیدید چه
خون پاکی را ریختید و چه اهل بیتی را اسیر
کردید؟ بهترین مردان پس از پیامبر خدا را
کشتید؟ و آن‌گاه که در شام برابر یزید قرار
گرفت با شهامت و شجاعت بیشتری او را

خطاب قرار داد و فرمود: سپاس و ستایش
پروردگار عالمیان را و درود او بر رسولش و
همه خاندان رسول او. خداوند راست گفت
که عاقبت بدکاران بد است، آنها آیات خدا را
تکذیب کردند و آن را به مسخره گرفتند. ای
یزید! گمان کرده‌ای درهای آسمان و زمین
را به روی ما بسته‌ای؟ ما را چون اسیران
به بند کشیده‌ای و خیال می‌کنی خدا ما
را خوار کرده و تو را گرمی داشته؟ سخن
خدا را فراموش کرده‌ای که فرموده است:
آنها که کافر شده‌اند گمان نکنند اگر بدان‌ها
مهلت می‌دهیم، برایشان خیر است، آن‌ها
را مهلت می‌دهیم تا گناه‌شان زیاد شود،
بر آنان عذاب خوار کننده‌ای خواهد بود. در
ادامه حضرت به یزید فرمود: ای فرزند آزاد
شده‌ها! (این اشاره به فرمایش پیامبر^(ص)
بود که در روز فتح مکه به ابوسفیان - جدّ
یزید - فرمود: بروید که شما از آزادشدگان
هستید و بدین ترتیب از خون او درگذشت و
دشمنی‌های او را نادیده گرفت) زینب کبری
نیز با این عنوان یزید را خطاب قرار داد و
فرمود: آیا عدالت است که زنان و کنیزان
خود را پوشیده بداري و دختران رسول خدا
را بدون پوشش در شهرها بگردانی؟ از تو
بیش از این امیدي نیست زیرا مادر بزرگت
جگر پاکان به دهان گرفت - (اشاره به
این که پس از شهادت حضرت حمزه عموی
پیامبر^(ص) در جنگ احد که به فرماندهی
ابوسفیان صورت گرفت، هند مادر بزرگ
یزید دستور داد جگر حمزه را درآوردند و
او آن را در دهان جوید) - و گوشت بدن
تو از مکیدن خون شهدا رشد کرده است و
سپس فرمود: خدا! حق ما را بستان و انتقام
ما را از ظالمان بگیر و بر آنها که خون ما و
حامیان ما را ریختند، غضب را نازل کن.
صبر، شجاعت و درایت او، وجدان‌های خفته
را بیدار و حماسه کربلا را جاودانه ساخت.

شفقت و مهربانی

دکتر ناصر مهدوی از استادان دانشگاه و پژوهش‌گر علوم دینی و قرآنی است، وی کلاس‌های متعددی در حسینیه ارشاد دارد که مورد استقبال همگان علی‌الخصوص جوانان واقع شده است به مناسبت ۱۴ اسفند سال ۱۳۹۱ روز احسان و نیکوکاری مطلبی از ایشان در این شماره به چاپ می‌رسد.



در میان فضیلت‌های بزرگی چون فروتنی، صداقت، شجاعت، که نقش بسیار مهمی در تربیت نفس و رشد شخصیت آدمی دارد، برقراری نسبتی محبت‌آمیز با آدمیان و نیز احسان و نیکوکاری بر مردمان از امتیاز ویژه‌ای هم در جهت سلامت روان و آرامش روح و هم در جهت بهبود روابط انسانی و سالم‌سازی اجتماعی دارد.

در قرآن کریم شاید هیچ صفتی پس از پرستش خداوند، مهم‌تر از شفقت بر خلق و بذل محبت و دوستی بین انسان‌ها نباشد. یعنی آدمیان در نزد خداوند محبوب‌ترین بندگان هستند که به هم‌نوعان خود مهر بورزند و با دست‌های گرم خود، دل‌های شکسته انسان‌های غم‌زده را نوازش بدهند. گسیل لشکر نورانی پیامبران به سوی انسان‌ها فقط برای ابلاغ محبت به آنان و همدلی و همراهی با ایشان است جهت لذت‌بردن از زندگی و کاهش طعم تلخ درد و رنج زندگانی است.

و کمک برای تجربه شادمانی برای آدمیان است.

راز انتخاب رسولان، کاستن از اندوه انسان‌ها و کمک برای پشتیبانی به یک زندگی نیکو و صمیمانه است. یعنی به هر میزان که انسان‌ها با دل‌های مهربان و دلسوز نسبت به سایر انسان‌ها چشم بگشایند، به همان میزان محبوبیت بیشتر نزد خداوند داشته و در پیروی از پیامبران از همه صادق‌ترند. خداوند در سوره بلد می‌فرماید: و ما ادراک ما العتبه فک رقبه و اطعام فی یوم ذی مغبد * یعنی نمی‌توان از راه‌های ناهموار زندگی عبور کرد و به درجات عالی انسانی رسید و از نعمت رحمت خداوند برخوردار شد مگر این‌که آدمیان نیکو در پی آزادی آدمیان در بند غم و اندوه باشند و حتی در دوران گرسنگی و تهیدستی خویش در اندیشه کمک به مردمان نیازمند و تهیدست باشند. روح‌های باشکوه، روح‌هایی هستند که می‌کوشند با نگاهی انسانی، سایر انسان‌هایی

در قرآن کریم خداوند فرموده:

قد حاکمک رسول من انفسکم عزیز عمید طاعتم * پیامبر به نزد شما مردم آمد زیرا طاقت نداشت تا شاهد رنج و درد مردم باشد. یعنی رسالت اصلی حضور پیامبران در نزد انسان‌ها فقط برای ابراز شفقت و مهربانی



بگو بسوز که بر من به برگ کاهی نیست
مباش در پی آزار و هرچه خواهی کن
که در شریعت ما غیر از این گناهی نیست

ممکن است خداوند بسیاری از گناهان فردی آدمی را ببخشد ولی بی‌تردید کسانی که جفاپیشه بوده‌اند و نسبت به رنج و درد آدمیان دیگر یا بی‌اعتنا بوده‌اند و یا اسباب رنج دیگران را فراهم آورده‌اند از لطف و رحمت خداوند بی‌بهره بوده، ضمن آن‌که زندگی چنین آدمیانی در دوره حضور در زمین خاکی چندان لذت‌بخش نبوده، در قیامت نیز سخت گرفتار خواهند بود.

مولوی می‌گوید:

بندگان حق رحیم و بردبار
خوی حق دارند در اصلاح کار
مهربان بی‌رشوتان یاری‌گران
در مقام سخت و در روز گران

بندگانی که از شایستگی اخلاقی و رشد روحی برخوردارند نسبت به رنج دیگران بی‌اعتنا نیستند، چه بماند بر این‌که خود سبب افزایش رنج دیگران باشند!

از نگاه مولوی، بندگان محترم خداوند آنهایی هستند که احساس مسئولیت نسبت به سایر آدمیان دارند و با شیوه درمندی و همدلی و رأفت می‌کوشند از غم و درد دیگران بکاهند و امکان زندگی مطلوب را برای آنان فراهم سازند.

در جایی دیگر می‌فرماید:

شیرمردانند در عالم مدد
آن زمان افغان محکومان رسد
بانگ محکومان ز هر جا بشنوند
آن طرف چون رحمت حق می‌دوند
آن ستون‌های خلل‌های جهان
آن طبیبان مرض‌های نهان
محض مهر و داوری و رحمتند
همچو حق بی‌علت و بی‌رشوتند

محبت و شفقت بر خلق رمز دست‌یابی به یک زندگی باشکوه فردی و اجتماعی است.

به دیگران ضرر رسانده و موجب آزار آن‌ها شده‌اند.

در غروب غمناک شب عاشورا امام حسین^(ع) از یاران خود می‌خواهد که مجدداً تصمیم بگیرند و با آزادی و رغبت، سرنوشت خود را انتخاب نمایند زیرا به شخصیت، سلیقه و اندیشه آنها احترام می‌نهد و هنگامی که افراد گرد او حمایت مجدد خود را از امام ابراز می‌دارند، امام به آنها می‌فرماید: من عهد و پیمان بزرگ شما را می‌پذیریم و کرامت نفس شما را تحسین می‌کنم ولی اگر در میان شما فردی هست که دینی و یا قرضی از کسی برعهده دارد از این گروه جدا شود زیرا انجام دین به انسان‌ها و ترمیم دل شکسته‌ای که آدمی از سر غفلت نسبت به مردم تحمیل کرده حتی از جهاد در راه خدا آن‌هم کنار امام حسین^(ع) واجب‌تر است. دستی که، دست بینوا را نوازش می‌کند و دلی که برای شادی و سلامت دیگران بی‌قراری می‌کند، بی‌آنکه شاید خود بداند محل تجلی خداوند است. برای همین بخشندگی و نیکو صفتی توفیقی است که خداوند رفیق آدمیان می‌گرداند.

حافظ عزیز می‌گوید:

جز آستان توام در جهان پناهی نیست
مرا به‌جز این در حواله گاهی نیست
زمانه گر بزند آتشم به خرمن عمر

که در دام ناامیدی و اندوه گرفتار شده‌اند، یعنی یا درگیری بیماری و یا مشکلات اقتصادی هستند، را به سطحی درآورند که آنها به زندگی چشم امید بورزند و مانند سایر انسان‌ها طعم خوشبختی را حس نمایند.

دل‌هایی که نگران دیگران هستند و با دوستی و محبت بر پیرامون خود می‌نگرند، نباید تردیدکنند که خداوند جان آن‌ها را ربوده و حضور خود را در قلب‌های دلسوز و با شفقت اعلام داشته است. ممکن نیست کسی از روی کره خاکی به چشمان مهربان و دست‌های بخشنده، تجربه زندگی باشکوهی را پشت سر اندازد و باز ممکن نیست کسی بدون تجربه صمیمیت و همدلی با سایر انسان‌ها از تپه‌های سعادت اخروی بالا برود. بهترین پنجره ورود به بهشت و نیز تهذیب و تربیت دل احسان و نیک‌خواهی درباره آدمیان است.

در کلام حضرت امیر^(ع) و در نهج البلاغه آمده است که امام می‌فرماید: حاضر است روزها به روی پشته‌هایی از خارهای جان‌خراش به این سو و آن سو کشانده شود ولی حاضر نیست، به اندازه بال شیشه‌ای به بندگان خداوند ظلم و جور بورزد. زیرا امام نیک دریافته است که محبوب‌ترین آدمیان در قیامت، مردمان خیر رسان به دیگران و منفورترین آدمیان همه آن‌هایی هستند که



می‌خواهم توشه‌ایی برای آخرت بردارم مصاحبه با خانم زهرا عظیمی

خانم زهرا عظیمی فوق‌لیسانس فیزیولوژی ورزشی، عضو شورای اسلامی شهر قرچک در دوره‌های اول و از سال ۷۹ مؤسسه خیریه حمایت از بیماران خاص قرچک را تأسیس نمود و در حال حاضر مدیر عامل این مؤسسه می‌باشد. گفتگویی کوتاه با ایشان در زمینه فعالیت‌هایشان و خدمات خیریه به بیماران، ظرفیت‌ها و در نهایت چشم‌اندازشان نسبت به آینده انجام داده‌ایم.

علی شاملو

می‌کردم حتی در بین جوانانی که می‌آمدند در مجموعه‌های ورزشی منتها وقتی که وارد به شورا شدم مراجعاتی که از جانب مردم به شورا می‌شد از مواردی که خیلی مردم را رنج می‌داد بحث اقتصادی در قشرهای ضعیف بود چون این منطقه، منطقه ضعیفی از لحاظ اقتصادی است و مراکز زیادی برای اشتغال وجود ندارد و مردم بیشتر مجبور هستند از این‌جا به جاهای دیگر عزیمت کنند، ضمن این‌که مشکلات مالی بیشترین مراجعاتی است که مردم به شورا می‌کردند.

س: نحوه آشنایی‌تان با بنیاد را توضیح دهید و بفرومائید حمایت بنیاد امور بیماری‌های خاص از مؤسسه شما به چه گونه‌ای بوده است؟ ابتدا سال ۷۹-۷۸ که استارت این مجموعه خورد من شروع کردم به تحقیق در مورد این‌که اصلاً چه کارهایی در زمینه بیماران انجام شده، دیدم که بنیاد بیماری‌های خاص طی یک نامه‌ایی از دولت خواسته بود که تکلیفی

سطح کشور ارائه می‌شود و واقعاً این رقم‌ها برایش بی‌مقدار است، هیئت مدیره‌اش به ما اعلام کرد که ماهیانه بیست هزار تومان به ما کمک می‌کند به مدت یک سال و نیم این کمک انجام می‌شد بعد از یک سال و نیم به ما گفتند که دیگر نمی‌توانند این کمک را به ما بکنند در صورتی که بیست هزار تومان برایشان خیلی ناچیز بود، به همین خاطر ما خیلی دنبال این قضیه نرفتیم. یک حساسیت‌هایی هم در مورد نصب صندوق‌ها و پخش فلک‌های جمع‌آوری کمک‌های مردمی وجود داشت که به دلیل همین حساسیت‌ها دنبال این موضوع هم نرفتیم. سعی شد از محل کمک خیرینی که با ما در ارتباط هستند و از مجموعه و فعالیت‌هایمان شناخت کافی داشتند اینجا را اداره کنیم. من از سال ۷۸ که اولین دوره شوراها شروع به کار کرد با ورود به این شورا، کار در انجمن‌های خیریه برای من خیلی ملموس‌تر شد، من آن موقع که مسئول ورزش بانوان قرچک بودم مشکلات موجود را احساس

س: سرکار خانم عظیمی ضمن تشکر از وقتی که در اختیار اینجانب قرار دادید لطفاً خودتان را به‌طور کامل برای خوانندگان معرفی فرمایید. من زهرا عظیمی فارغ‌التحصیل رشته فیزیولوژی ورزشی در مقطع کارشناسی ارشد هستم، بنده با توجه به علاقه‌ای که به فعالیت‌های اجتماعی دارم در این حوزه فعالیت‌های زیادی را انجام داده‌ام من بعد از تحصیلات دبیرستانی و با ورود به دانشگاه در رشته تربیت بدنی که تحصیل می‌کردم مسئول ورزش بانوان شهر قرچک نیز بودم، یعنی اولین کار اداری که شروع کردم با مسئولیت ورزش بانوان شهر قرچک بود و حدود نه سال این مسئولیت را به عهده داشتم و هم‌زمان با آن در اولین دوره انتخابات شوراهای اسلامی شهر کاندیدا شده و عضو شورای اسلامی شهر قرچک شدم که و در دوره‌های اول و دوم به مدت هشت سال نمایندگی مردم در شورای اسلامی شهر قرچک را به عهده داشتم، در این اثنا هم‌زمان با تحصیل در دانشگاه و تدریس در آن به کارهای پژوهشی و تحقیقاتی نیز می‌پرداختم اکنون هم مشغول به کارهای علمی و پژوهشی هستم و فعالیت مؤسسه را هم به عنوان یک فعالیت مستمر و کاری که هرگز حاضر نیستم آن را با هیچ کار دیگری عوض نمایم شروع کردم. در ابتدا با جمعی از خیرین، مؤسسه را راه‌اندازی و از منابع مالی آن را اداره کردیم.

س: منابع مالی مؤسسه برای ارائه خدمات به بیماران از چه محلی تأمین می‌گردد؟ ابتدا که مؤسسه را راه‌اندازی کردیم یک شرکتی که محصولاتش در



خیلی از خیرین هم می‌روند کمک‌هایشان را در جاهای دیگر انجام می‌دهند و اصلاً به سازمان‌ها و مؤسسات هم مراجعه نمی‌کنند و خودشان می‌روند و کمک می‌کنند. کمک‌هایی که می‌شود به آنها انجام داد اگر با سازماندهی بیشتری انجام شود این‌طوری نمی‌شود که یک خانواده‌ای خیلی کمک دریافت بکند و یک خانواده‌ای از همه کمک‌ها محروم شود الان شاید یک بخشی از مسائل این‌طوری باشد. لذا پیشنهادم برای این موضوع سازماندهی بیماران خاص و بانک اطلاعات است که برایشان تهیه شود و نیازمندی‌هایشان ثبت شود و از همه مهم‌تر یک موضوعی که خیلی کم به آن توجه می‌شود و همه بیماران این جوری فکر می‌کنند که همه مراکزی که وجود دارند فقط بحث مالی دارند در صورتی که این‌طوری نیست این خانواده‌ها خیلی وقت‌ها مشکل روحی و روانی دارند، ما الان در این منطقه یک مرکز مشاوره و روانشناسی برایشان راه‌اندازی کردیم که به صورت رایگان به بیماران خدمات می‌دهد خیلی استقبال شد و خیلی تأثیر گذاشته، خیلی وقت‌ها یک بیمار تالاسمی به خاطر این‌که ظاهرش تغییر می‌کند خیلی سخت می‌شود او را در جامعه آورد ولی ما با این هماهنگی‌هایی که می‌گذاریم مثلاً برایشان اتاق فکر می‌گذاریم، اتاق بحث آزاد می‌گذاریم جمع می‌شوند دورهم و با هم صحبت می‌کنند آنقدر که این مسائل روی روحیاتشان تأثیر می‌گذارد و برایشان کارکردی است که شاید کمک مالی به‌این اندازه به فریادشان نرسد. در بخش‌های دیگر که شاید به شما هم مربوط باشد روابط عمومی با ارتباط این افراد به جامعه، این‌که چگونه این افراد در جامعه حضور داشته باشند و آنقدر احساس سرخوردگی نداشته باشند خیلی بیشتر کمک‌شان می‌کند. در مورد فعالیت‌های ورزشی هم که برای بیماران باید انجام شود به نظرم سامان‌دهی خوبی انجام نمی‌شود مثلاً یک‌دفعه به ما اعلام می‌کنند بیماران تالاسمی که فعالیت ورزشی می‌کنند را تا یک هفته دیگه به ما معرفی کنید، بیشتر

رسیدگی به بیماران دارد و چه اقداماتی در خصوص حمایت از بیماران انجام می‌شود؟ از ابتدا ما از همان دستورالعمل کلی که برای بیماران خاص تعریف شده بود پیروی کردیم و محدوده فعالیت‌مان را هم روی شهر قرچک و روستاهای اطرافش گذاشتیم چون همه خیرینی هم که در مجموعه ما هستند برای همین منطقه هستند. در اولین آماری که گرفتیم حدود ۲۰۰ خانواده از بیماری‌های مختلف را تحت پوشش خودمان گرفتیم و برای این‌ها خدمات مختلفی انجام می‌شد. یک‌سری بیماری‌ها مثل دیالیز و تالاسمی هزینه مالی برای درمان نداشتند ولی هزینه ایاب و ذهاب‌شان به تهران به دلیل این‌که افراد ناتوانی بودند و این‌جا هم آن اوایل مرکز دیالیز نبود پرداخت می‌شد که ما تصمیم گرفتیم در چند قالب مختلف به این‌ها خدمات بدهیم ۱- ارائه تسهیلات قرض الحسنه بدون سود برای هزینه درمان‌شان ۲- کمک هزینه خرید دارو ۳- دادن ارزاق مثل گوشت و مرغ و روغن و برنج و مواد دیگر در مناسبت‌های مختلف مثل ماه مبارک رمضان، عید نوروز و شرایط خاصی که پیش می‌آمد همه این‌ها بستگی به بضاعت‌مان داشت.

س: برای بهبود وضعیت بیماران خاص نه فقط در مرکز خودتان در سطح کل کشور به نظر شما چه باید کرد؟ به اعتقاد من ایجاد یک بانک اطلاعاتی برای بیماران و شناسایی نقاط ضعف‌شان چون خانواده بیماران یک مشکلاتی دارند که کمی با مشکلات بقیه مردم متفاوت باشد به دلیل همان مسئله‌ای که در خانواده است شناسایی آن و این‌که یک بانک اطلاعاتی قوی داشته باشیم که بتوانیم آن را ارزیابی کنیم و برایش راهکار پیدا کنیم، چون مثلاً بیماران یک نیازمندی‌هایی دارند که شاید خیلی از خیرین بتوانند به این نیازمندی‌ها پاسخ بدهند و آمادگی انجامش را داشته باشند ولی چون این دو گروه با هم لینک نشدند و با هم ارتباط ندارند شاید خیلی از محرومیت‌ها این طرف اتفاق می‌افتد و

را برای استانداری‌ها و زیرمجموعه‌هایشان فرمانداری‌ها و بخش‌داری‌ها مشخص کند به عنوان تشکیل کمیته بیماران خاص یا انجمن بیماران خاص یعنی کمیته بیماران خاص در فرمانداری‌ها تشکیل شود و در زیر مجموعه آنها انجمن‌ها سامان‌دهی شود، من اساسنامه و دستورالعمل آن را که از فرمانداری گرفتم و خواندم دیدم که بنیاد چنین درخواستی کرده و دولت هم پذیرفته و این را فرستاده و بعد از آن وقتی که خودمان مؤسسه را تشکیل دادیم با حضور خانم هاشمی که از قبل ایشان را می‌شناختم با فعالیت‌های بنیاد آشنا شدیم و شروع به رفت و آمد به آنجا کردیم و اطلاعات‌مان را بردیم و آشنایی بیشتر از آن مقطع اتفاق افتاد. حمایت‌های بنیاد از مؤسسات خیریه و بیماران خاص مناطق مختلف بصورت قراردادی مابین بنیاد و مؤسسه خیریه تنظیم شده و مقرر است هزینه بیماران براساس دستورالعمل بنیاد پرداخت گردد. دستورالعمل کمک‌های بنیاد به مؤسسات خیریه بصورتی است که در دوره سه ساله اول ۷۵٪ کمک به بیماران و در دوره سه ساله دوم ۵۰٪ و در دوره سه ساله سوم ۲۵٪ کمک به بیماران، و در موارد استثنایی برای خیریه‌هایی که باز هم برای اداره امور مشکل دارند و بر اساس ضوابطی خاص یک دوره اضافه (چهارم) با تقبل ۱۰٪ هزینه‌های درمانی بیماران به مؤسسات کمک می‌کند. مسئولین منطقه نیز حمایت‌های لازم را از بیماران و مؤسسه انجام می‌دادند، حمایت فرماندار وقت خیلی چشمگیر بود ایشان نگاه ویژه‌ای به شهر قرچک داشتند در همه مسائل در حوزه ورزش، درمورد جوانان، تشکیل تشکلهای خیلی کمک می‌کردند، در این قضیه هم واقعاً مردانه پای کار ایستادند و علی‌رغم همه فشارها و مشکلات که بود حتی آن موقع که ما به صورت رسمی هم ثبت نشده بودیم برای بیماران ارزاق می‌فرستادند و ما توزیع می‌کردیم. کمک‌های مالی برایشان انجام می‌شد.

س: این مرکز چه ظرفیتی برای

انجمن تالاسمی اعلام می‌کند و تایمی هم که برایش می‌گذارند یک هفته است در این فرصت کم نمی‌شود برای آن‌ها برنامه‌ریزی انجام داد و الان فضای مناسبی برای فعالیت این‌ها نیست و بحث فعالیت‌های ورزشی هم یکی از نیازمندی‌های جدی بیماران است که اتفاقاً خیلی هم به بهبود شرایطشان کمک می‌کند.

س: برای آینده چه برنامه‌هایی دارید؟

ارزیابی من از این سال‌هایی که گذشته از نیاز بیماران همین مطالبی است که گفتم ما اگر بتوانیم برای اشتغال این‌ها کاری انجام بدهیم چون یک‌سری محدودیت‌هایی برای انجام کار دارند مثلاً در محیط‌هایی که بوی چسب و تینر و... می‌آید نمی‌توانند کار کنند، کارهای سنگین نمی‌توانند انجام بدهند یک‌سری محدودیت‌هایی دارند، بحث اشتغال برایش‌شان خیلی جدی است چون بالاخره هر چه سن‌شان بالاتر می‌رود نیاز به ازدواج پیدا می‌کنند، نیاز به تشکیل خانواده پیدا می‌کنند ما الان چند خانواده را داریم که همین مسئله را دارند به خاطر این که نمی‌تواند ازدواج کند به خاطر داستان درآمدی، به خاطر مسکن، ما داریم یک برنامه‌ریزی‌هایی انجام می‌دهیم که انشاءالله اگر بتوانیم بحث اشتغال را حل نماییم.

یا برایش‌شان کار ایجاد کنیم یا این که زمینه‌های معرفی‌شان به فضاهای مختلف را فراهم کنیم که بتوانند مشغول به کار شوند. همین که این مرکز مشاوره‌ای که عرض کردم، این مرکز مشاوره به صورت برنامه مشخص و سازماندهی شده برایش فعالیت بکند و همین فعالیت‌هایی که دارد انجام می‌شود در واقع همه زمینه‌ها را پوشش می‌دهد یعنی بحث ورزش، بحث مسائل روحی روانی، بحث اشتغال و بحث مسکن این‌ها همه مسائلی است که نیاز به حمایت مسئولین دارد نیاز به حمایت بنیاد دارد که می‌تواند خیلی کمک کند، البته من می‌دانم بنیاد هم محدودیت‌هایی دارد من در چند تا از سمینارهایی که برگزار کردند حضور داشتم خودم هم احساس می‌کردم

که آنها هم خیلی محدودیت دارند خیلی مشکلات دارند ولی خب علی‌رغم این‌ها شاید دست‌شان به خصوص در بحث اشتغال و مسکن این‌ها بازتر باشد و بتوانند یک فعالیتی بکنند. اگر که حمایت و کمک مسئولین باشد در این قضایا بتوانیم ورود کنیم برای بیماران یک شرایط مطلوب‌تری ایجاد می‌شود یعنی می‌توانند شرایط روتین اجتماعی داشته باشند و خیلی از مسائلی که الان مبتلا به آن هستند حل می‌شود.

س: هیچ‌وقت از کاری که می‌کنید و در مقابل آن درآمدی کسب نمی‌کنید و از خودتان هم سرمایه‌گذاری می‌کنید، خسته می‌شوید؟ نه هیچ وقت نشده

که خسته بشوم الان که شما گفتید فکر کردم در موردش به این خاطر است که یک مطلبی به خاطر آمد که من اصلاً به آن اشاره نکردم، من در دوره تحصیل وقتی که کارشناسی ارشد تمام شد دوست داشتم پشت سرش برای دکترا اقدام کنم و الان هم دارم این کار را انجام می‌دهم منتهی در یک مقطعی خیلی مسائل مؤسسه پیچیده شده بود و برنامه‌ریزی برای کارهایم خیلی کار سختی شده بود من در دو-سه سال خیلی گرفتار کار اجرایی این‌جا شدم و وقتی که نگاه می‌کنم می‌بینم من می‌توانستم بروم و برای دکترا اقدام کنم ولی واقعاً پشیمان نیستم و هیچ وقت احساس پشیمانی نکردم که کاش می‌رفتم دنبال زندگی خودم، نگاهم اصلاً این جوری نیست یعنی احساس می‌کنم که ما چقدر می‌خواهیم در این دنیا زندگی کنیم بالاخره یک روز باید برویم و بهتر است برای جایی که می‌خواهیم برویم توشه‌ای برداریم و این که در این دنیا شرایط سخت می‌گذرد یا آسان مهم این است که بالاخره می‌گذرد و هرطور که بخواهیم حساب بکنیم بالاخره شرایط ما خیلی بهتر از این خانواده‌ها است و به نظر من این کارها زکات سلامتی است که داریم که هر روز با تن سالم رفت و آمد می‌کنیم، مادرم می‌گوید تو هر روز راه به این طولانی را رفت و آمد می‌کنی، رانندگی می‌کنی و سالمی

و هیچ اتفاقی برایت نمی‌افتد این به خاطر دعا‌هایی است که مردم برایت می‌کنند و واقعاً هم همین طوری است دعای خیر افرادی که این‌جا هستند را من در همه لحظات زندگی‌ام احساس می‌کنم و هیچ وقت حاضر نیستم این لحظات را با هیچ چیز دیگری عوض بکنم.

س: اگر در پایان صحبتی با خوانندگان

نشریه، مردم و کسانی که مصاحبه شما

را می‌خوانند دارید بفرمائید؟ از مردم درخواست کمک دارم و می‌خواهم از این طریق صدای من به گوش خیرین برسد، یک‌سری مراکزی هستند مثل محک مثل خود بنیاد این‌ها مراکزی هستند که در کشور شناخته شده‌اند و خیرین این مراکز را به‌طور مشخص می‌شناسند و کمک‌هایی را به آنها انجام می‌دهند ولی ما در این مناطق محروم یک افرادی را داریم که واقعاً گرفتار یک‌سری مسائلی هستند که واقعاً از دست ما هم کاری بر نمی‌آید چون بالاخره ما هم یک توان محدودی داریم مثلاً در آن بحث قرض‌الحسنه ما نمی‌توانیم بیشتر از ۴۰۰-۵۰۰ هزار تومان وام بدهیم ولی این‌ها یک وقت گیر دو میلیون تومان هستند نمی‌دانم از این طریق به گوش خیرین می‌رسد یا نه ولی اگر این امکان باشد که حتی با برنامه‌ریزی و حضور خودشان در مراکزی که محرومیت بیشتر است حضور پیدا کنند و واقعاً به داد این خانواده‌ها برسند آدم احساس می‌کند با این گران شدن داروها و این اتفاقات جدیدی که افتاده صدای خرد شدن یک‌سری افراد را زیر بار این هزینه‌ها می‌شنود و کاری هم از دست ما بر نمی‌آید ما خیلی وقت‌ها بیمارانی داریم که داروهایشان را قطع می‌کنند به‌خاطر این که نمی‌تواند آن داروها را با صد تومان دویست تومانی که ما و بنیاد می‌دهیم تهیه کند من این‌جا خیلی از درگیری‌هایم با خانواده‌ها سر این است. اگر بشود که یک برنامه‌ریزی در این قضیه بشود، کمک‌های بیشتری بشود آن وقت می‌توان با خوش‌بینی به وضعیت اسفناک بیماران خاص سامانی داد.

برای آینده قسمتی از زندگی‌ام را وقف می‌کنم مصاحبه با محمدباقر خدادوست

محمد باقر خدادوست از فعالین سیاسی قبل از انقلاب است که به دلیل داشتن سابقه سیاسی اجازه ورود به دانشگاه را به او ندادند و او به ناچار شغل مرحوم پدرش را پیشه کرد و از سال ۵۴ به بازار میوه و تره‌بار وارد و شرکت بازرگانی خدادوست را تأسیس کرده و به خرید و فروش میوه و صادرات و واردات آن می‌پردازد. با ایشان که یکی از خیرین بنیاد امور بیماری‌های خاص هستند به گفتگو نشستیم.

نسرین آقاملا

دفتر مشارکت‌های مردمی بنیاد شخصی به نام خانم خسروی مرا دعوت به همکاری با بنیاد نمود. الان تقریباً دو سال که با این بنیاد همکاری می‌کنم.

س: شما در این دو سال کمک‌های فراوانی به بنیاد کردید انگیزه شما از این کمک‌های انسان دوستانه و بی‌شائبه به نفع بیماران خاص چیست؟

با توجه به مسائلی که الان کشور ما دارد بعضی می‌گویند ما خیلی زرنک باشیم گلیم خودمان را از آب بیرون بکشیم شاید هم حق دارند، ولی به نظر من نباید این‌طوری باشد چون به هر حال در ایران علاوه بر این که دین اسلام حاکم بوده است، توصیه پیامبر (ص) و امامان معصوم (ع) در زمینه کمک نیازمندان سرلوحه ایرانیان بوده است. ما ایرانی‌ها همیشه حتی قبل از اسلام در آیین زرتشت و... همیشه کمک به هم نوع یک امر پهلوانی به شمار می‌رفته‌است، شاید در بعضی از کشورها اگر یکی زمین افتاده باشد، دیگران کمک که نمی‌کنند هیچ، ممکن از رویش هم رد شوند، اما در ایران این‌طوری نبوده الان داریم کمی به این صورت می‌شویم، ایرانی دارد این طور می‌شود که مردم می‌گویند آقا ولش کن، قبلاً اگر دو نفر دعوایشان می‌شد مردم آن‌ها را از هم جدا می‌کردند ولی الان دیگر مثل سابق نیست و ممکن طرف در دعوا هم کشته شود ولی کسی جلو نمی‌رود. نباید این‌طوری باشد.

اولاً خداوند می‌فرماید مالی را بخشش کردید مطمئن باشید که چند برابر آن مال بر می‌گردد، درست است ما به‌عنوان یک مسلمان و یک شیعه خمس و زکات

(واردات و صادرات میوه) شدید.

به خاطر مرحوم پدرم مجبور شدم این شغل را پیشه کنم و از سال ۵۴ به بازار میوه آمدم بعد از انقلاب حدود سه سال در سپاه بودم ولی چون تنها برادرم که نوجوان ۱۶ ساله و بسیجی بود و در فتح خرمشهر شهید شد و پدر پیرم به تنهایی به این کار می‌پرداخت من فکر کردم پدرم را دریابم بهتر است. لذا به شغل خانوادگی خود بازگشتم. از طرف دیگر به دلایل سیاسی هم نگذاشته بودند که قبل از انقلاب وارد دانشگاه شوم از این رو این شغل را ادامه دادم.

س: شما با بنیاد امور بیماری‌های خاص چطور آشنا شدید؟

یک روز حاج آقا محسنی از دوستان خوب ما زنگ زد و ما را دعوت کرد به یک مهمانی که توسط بنیاد بیماری‌های خاص برگزار شده بود که متأسفانه من نتوانستم حضور پیدا کنم، بعد چند باری هم از طرف

س: ابتدا از شما به خاطر این که مصاحبه با نشریه ما را پذیرفتید تشکر می‌نمایم و برای آغاز مصاحبه خودتان را به خوانندگان معرفی نمایید.

بنده محمدباقر خدادوست هستم متولد ۱۳۳۵، در زمینه خرید و فروش و صادرات و واردات میوه، فعال می‌باشم.

س: شنیده‌ایم شما به واسطه فعالیت‌های سیاسی که داشته‌اید در قبل از انقلاب زندان نیز بوده‌اید لطفاً از خاطرات آن زمان برای خوانندگان بگویید.

من قبل از انقلاب فعالیت‌های سیاسی گوناگونی داشتم که به خاطر این فعالیت‌ها به زندان رفتم و در زندان افتخار آن را داشتم که با شهید رجایی هم بند باشم و به‌خاطر فعالیت‌های سیاسی مانع ورود من به دانشگاه شدند.

س: چطور شد شما وارد این شغل



می‌دهیم ولی این نباید به همان خمس و زکات محدود شود ما باید هر کدام در حد توانمان کمک کنیم و اعتقادمان هم بر این است که خداوند چندین برابرش را برایمان برمی‌گرداند، این اعتقاد قلبی‌مان است، این در بین ما ایرانی‌ها بوده و انشاءالله که باز هم هست ولی هنوز هم یک عده نیت‌شان بر این است که کار خیر انجام دهند مثلاً می‌بینیم که هنوز هم مراسم عزاداری برپا می‌شود خب کسی که آن فرد را بازخواست نمی‌کند که چرا تو مراسمی برگزار نمی‌کنی این اعتقاد آن فرد است که برای آقا سیدالشهدا^(ع) مراسم عزاداری بگیرد، یا کمک به یک صندوق قرض‌الحسنه برای مستمندان و کسانی که نیاز دارند لذا این قضیه در مکتب شیعه به واسطه ائمه و در احادیث همه‌جا ذکر شده و به ما توصیه شده که در کارهای خیر شرکت کنیم. الحمدلله مردم ما هم شرکت می‌کنند حالا در بعضی قشرها کمتر در بعضی قشرها بیشتر است.

– این اعتقاد قلبی من است، این پولی که می‌دهم ضمن این که یک ذخیره‌ای برای آخرتم است چندین برابرش برمی‌گردد این اعتقاد قلبی من است من این را بعد از هر بار کمک کردن به عینه دیدم و حس کردم که کمکی که کردیم چندین برابرش را خدا رسانده، من تنها به بنیاد کمک نمی‌کنم به جاهای دیگه هم کمک می‌کنم. مثلاً پارسال به یکی از مراکز درمانی خیریه یک تخت دیالیز کمک کردم. من خودم هزینه این تخت را که بیست و دو میلیون تومان بود تقبل کردم، برای مستمندانی که می‌آیند آنجا جهت دیالیز. الان به جهت این که ساختمان آن‌جا را نوسازی می‌کنیم حدود شش ماهی است که آن ساختمان خراب شده ولی در آینده حتماً یک ارتباط می‌دهیم بین بنیاد بیماری‌های خاص. این درمانگاه مربوط به بیماری‌های کلیوی است، تنها درمانگاه خصوصی و خیریه‌ای هم هست که بخش دیالیز دارد با بیست تخت. همه مبالغ را هم خیرین می‌دهند ما هم با عشق و میل و رغبت ماهیانه، سالیانه و یا در مواقع

اضطرار کمک می‌کنیم کسی هم اجباری نمی‌کند. ضمن این که ما که نباید همه را برای وراثت بگذاریم هر چه کمک کنم برای آخرتم ذخیره کرده‌ام. نیت من این است که انشاءالله برای آینده یک قسمتی از زندگی‌ام را وقف کنم، وقف در مسیر درست که بدانم واقعاً به دست نیازمند می‌رسد، خیلی از دوستانم هم همین نیت را دارند.

س: به نظر شما چکار کنیم مردم بیشتر به کار خیر ترغیب شوند؟

به کمک فرهنگ‌سازی و در این مورد مسئولیت شما عزیزان بیشتر است، به‌وسیله مطبوعات و در رسانه ملی مردم را بیشتر ترغیب بکنید که مردم بیشتر در این کارها مشارکت داشته باشند.

س: شما دوستان، فامیل، برادر و خواهر را هم تشویق به کارهای خیر می‌کنید؟

– بله دوستان و نزدیکان و حتی خانواده خیلی نزدیکم به امر خیر تشویق می‌کنم. البته به لطف خدا خانم همیشه مشوق من بوده و اگر حتی همه زندگی‌ام را هم ببخشم نمی‌گویم چرا. الان یک خیریه‌ای هست برای ایتام من نیت من این است که یک جایی که دارم را ببخشم به آن خیریه وقتی در خانه صحبت کردم گفتند مال خودت است هر کاری هم که صلاح میدانی بکن و ما هم جلوی کار شما را نمی‌گیریم.

س: حاج آقا شما چه توصیه‌ایی به مردم دارید؟

به جهت این که ما تابع مکتبی هستیم که بزرگان‌مان، ائمه اطهار، در احادیث در قرآن کریم ذکر شده که به مستمندان کمک کنید، حالا زندگی مولا علی را آدم می‌خواند که خودشان چطور هر شب به ایتام رسیدگی می‌کردند الحمدلله این در مکتب‌مان وجود دارد و ما این‌جا خیلی آسان‌تر می‌توانیم این کارها را انجام دهیم تا یک کشوری که در آن مذهب وجود ندارد حالا آنها هم جاهای خاص خودشان را دارند ولی در مکتب ما قضیه خیلی روشن‌تر عنوان شده. مردم را

باید تشویق کنیم. من یک مثال بزنم در خیریه حضرت قائم آل محمد^(ع) الان دیگه کسی نمی‌گوید که بیایید پول بدهید خود مردم از قبل بودجه خواسته شده را تامین می‌کنند چون مردم اطمینان دارند می‌دانند کسانی که دست اندرکار این خیریه هستند خودشان آدم‌های توانا و آدم‌های خیری هستند و مردم هم تمام و کمال آنها را قبول دارند و با عشق کمک می‌کنند این را باید گسترش بدهیم.

س: حاج آقا در پایان اگر صحبتی برای مردم و یا سایر کسانی که می‌توانند به نیازمندان علی‌الخصوص بیماران خاص کمک نمایند بفرمایید.

– توصیه می‌کنم مردم عزیزمان هر اندازه‌ای که در توان‌شان است در کارهای خیر شرکت کنند. همه ما اعتقاد داریم که فانی هستیم و هر کس اینجا برای خودش کاری انجام دهد برای دنیا و آخرت خود خیرات و مبراتی باقیات و صالحاتی گذاشته است چون ما اعتقاد داریم این دنیا تمام شدنی نیست و بعد از مرگ هم دنیای دیگری برای ما شروع می‌شود، برای آن دنیایشان کارهایی داشته باشند که پشیمان نشوند و فقط برای وراثت نگذارند و برای خودشان هم کاری بکنند.

خواندنی‌ها

ابتلا به حصه در گذشت و در قم به خاک سپرده شد.

تقویم عمر ماست جهان، هر چه می‌کنیم
بیرون ز دفتر کهن سال و ماه نیست
سختی کشی ز دهر، چو سختی دهی بخلق
در کیفر فلک، غلط و اشتباه نیست

۲۹ اسفندماه ۱۳۲۹ صنعت نفت ایران ملی شد. مجلس سنا در این تاریخ مصوبه مجلس شورای ملی را مبنی بر ملی شدن صنعت نفت ایران تأیید کرد و بدین ترتیب دست



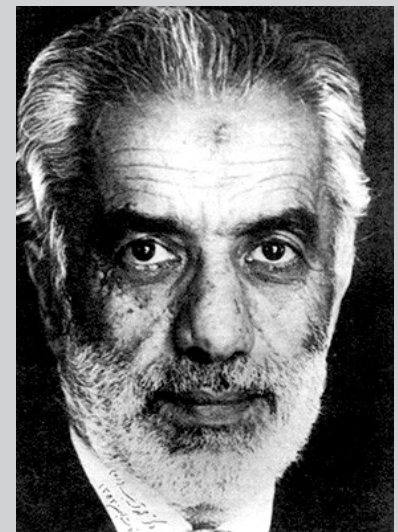
استعمار از منابع نفتی ایران کوتاه شد و دو ماه بعد در ۹ اردیبهشت‌ماه ۱۳۳۰ دکتر محمد مصدق نخست وزیر ایران شد تا راه اجرای این قانون را هموارتر نماید.

ادامه فعالیت در ایجاد مرکز پرداخت. استاد پایه‌گذار (انجمن پزشکان کودکان ایران) و عضو هیئت رئیسه (انجمن بین‌المللی پزشکان کودکان) بود. از جمله تألیفات ایشان کتاب‌های (بیماری‌های اطفال) و (مشکلات طب کودکان) است.

دکتر محمد قریب به خاطر پیش‌کسوتی در طب اطفال، داشتن صلاحیت علمی و اخلاقی بنیان‌گذار و پدر طب اطفال ایران نام گرفت. او در اول بهمن ۱۳۵۳ ه. ش. در سن ۶۵ سالگی به سرای باقی شتافت.

رخشنده اعتصامی معروف به پروین اعتصامی در ۲۵ اسفند ۱۲۸۵ خورشیدی در شهر تبریز به دنیا آمد. پدرش یوسف اعتصامی آشتیانی (اعتصام الملک) از رجال نامی و نویسندگان و مترجمان مشهور اواخر دوره قاجار بود. در کودکی با خانواده به تهران آمد. پایان‌نامه تحصیلی خود را از مدرسه آمریکایی تهران گرفت و در همان‌جا شروع به تدریس کرد. پیوند زناشویی وی با پسر عمویش بیش از دو ماه و نیم دوام نداشت. وی پس از جدایی از همسر، مدتی کتابدار کتابخانه دانشسرای عالی بود.

دیوان اشعار وی بالغ بر ۲۵۰۰ بیت است. وی در ۱۵ فروردین ۱۳۲۰ شمسی به علت



دکتر محمد قریب در سال ۱۲۸۸ ه. ش. در تهران به دنیا آمد. پدرش مرحوم علی اصغر خان قریب، اهل گرگان بود.

تحصیلات ابتدایی را در دبستان سیروس و متوسطه را در دارالفنون پشت سر گذاشت و در سال ۱۳۰۶ همراه اولین گروه از دانشجویان ایرانی برای ادامه تحصیل رهسپار فرانسه شد. وی نخستین ایرانی بود که موفق به گذراندن کنکور انترنای پاریس شد و در رشته‌های اطفال و پوست به ادامه تحصیل پرداخت.

استاد مدتی بعد از بازگشت به ایران از سال ۱۳۱۹ در دانشکده پزشکی دانشگاه تهران به تدریس پرداخت و در بیمارستان‌های رازی و هزار تختخوابی (امام خمینی^(ره) فعلی) در بخش کودکان مشغول فعالیت شد. در سال ۱۳۴۷ بعد از پایان ساختمان مرکز طبی کودکان که توسط ایشان و مرحوم دکتر حسن اهری پایه‌گذاری و بنا شده بود به

جدول سودوکو

ساده

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

پیشرفته

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

نوروز

سپیده دم نسیمی روح پرور وزید و کردگیتی را مغنبر
تو پنداری ز فروردین و خرداد به باغ و راغ بد پیغام آور
به رخسار و به تن مشاطه کردار عروسان چمن را بست زیور
گرفت از پای بند سرو شمشاد سترده از چهره گردید و عرعر
ز کوهر ریزی ابر بهاری بسط خاک شد پر لؤلؤ تر
مبارک باد گویان در کنند درختان را به تارک سبز چادر
نماند اندر چمن یک شاخ کان را نوشتند رنگین حله دبر
ز بس بشکفت کونا کون شکوفه هوا گردید مشکین و معطر
بسی شد بر فراز شاخساران زمره بهسیر یاقوت احمر
به تن پوشید گل استبرق سرخ به سر بهناد نکس افسر زر
بهاری لعبان آراسته چهر به کردار پر رویان کشر
چمن با سوسن و ریحان متش زمین چون صحف انگلیون مصور
دراج آسمان خورشید رخشان گهی پیدا و دیگر که مضمر
فلک از پست رایانی هامبرا جهان ز آلوده کاری هامطر

پروین اعصامی

lymph node. Cancer has not spread to distant lymph nodes or other organs.

- Stage 4 (any type of T, N2, M0)- the principal tumor is of any size and may be outside the kidney. The cancer has spread to 2 or more nearby lymph nodes, but has not spread to distant lymph nodes or other organs.

- Stage 4 (any type of T, Any type of N, M1)- the principal tumor may be of any size and can be outside the kidney. It may have spread to nearby lymph nodes, or it may have not. It has spread to distant lymph nodes; it may have spread to other organs.

What are the treatment options for kidney cancer?

Treatment options depend on several factors, including the patient's general health, the type of kidney cancer, and whether it has spread- plus the patient's own preferences.

Surgery- most kidney cancers have surgery as the initial treatment:

- Nephrectomy (removing a kidney)- a radical nephrectomy means removing the kidney and the adrenal gland that is just above it, a border of healthy tissue and the adjacent lymph nodes. The adjacent lymph nodes will be checked in order to make sure the cancer has not spread beyond the kidney. The surgery can be done laparoscopically- small incisions are made in the abdomen into which a video camera and surgical tools go in. The surgeon watches a video monitor. A robotic nephrectomy is also possible.

If the tumor is less than 1.5 inches (4cm) in diameter the surgeon may only have to remove part of the kidney (partial nephrectomy).

It is possible to live a normal life with just one kidney- the other kidney will make up for the loss.

Some patients, especially those who are unwell or frail, may not be able to undergo surgery.

Even if the cancer has spread outside the kidney the patient may still benefit from having the kidney removed. Removing the kidney may ease pain, and make other types of non-surgical treatments more effective.

- Nephron-sparing surgery- the tumor is surgically removed, but not the kidney. This may be an option during the early stage of kidney cancer, or if the patient has only one kidney.

When surgery is not possible- for patients who cannot undergo surgery because the risks are too high, the following treatment options are possible (some of these treatments may also form part of a treatment program that includes surgery):

- Embolization- the aim here is to block the flow of blood to the tumor. The surgeon inserts a catheter, a small tube, into the groin. X-ray images guide the catheter into the blood supply for the kidney. A special material passes through the catheter into the blood vessel that blocks the blood supply to the kidney, and thus starving the tumor of oxygen and nutrients, causing it

to shrink.

- Cryoablation- one or more cryoprobe (special needles) are inserted through small incisions into the tumor. A gas in the needles freezes the cells around the tip of each needle. The needles are guided with a CT scan. The doctor freezes the cancer cells. Another gas warms the tissue up again (thawing them), and then the cells are refrozen. This freeze-thaw cycle kills the cancer cells. Patients may experience some pain after the procedure, and on very rare occasions some bleeding, infection and damage to tissue close to the tumor.

Advanced or recurrent kidney cancer treatment- treatments for kidney cancer that comes back, or kidney cancer that has spread out of the kidney include:

- Surgery- the aim here is to surgically remove as much of the tumor as possible.

- Biological therapy (immunotherapy)- this involves drugs that use the body's own immune system to fight cancer. Examples are interferon and interleukin-2 (aldesleukin)- both synthetic versions of chemicals our bodies make. Side effects include nausea, vomiting, chills, elevated body temperature and loss of appetite.

tional tests

- **Excretory urogram-** this is an X-ray of the patient's urinary system which may show signs of cancer. A dye is injected into a vein in the patient's arm. This dye is processed by the kidneys and urinary system and shows up on the X-ray.

- **Cystoscopy-** the doctor uses a cystoscope, a long narrow tube with a special lens and light at the end, to see inside the patient's bladder. The device is inserted via the urethra. If necessary the doctor can also take a biopsy (small tissue sample) during this procedure.

Kidney cancer stages

- **American Joint Committee on Cancer TNM staging system**

T- this indicates the size of the primary (main) tumor and whether or not it has spread into nearby areas.

N- this indicates the extent of the spread to regional (nearby) lymph nodes.

M- this indicates whether the cancer has metastasized to other organs elsewhere in the body, e.g. the lungs, bones, liver, and distant lymph nodes.

The letters T, N, and M are followed by numbers; these numbers, from 0 to 4 give more details regarding severity. If the T, N or M is followed by the letter X it means it "cannot be assessed because the information is not available". Below are the letters with their numbers or X and what they mean:

TX- the main (primary) tumor cannot be assessed as no information is available.

T0- there is no evidence of a primary tumor.

T1a- the tumor is approximately 1.5 inches (4cm) across. It is limited to the kidney.

T1b- the tumor is greater than 1.5 inches (4cm) across, but not greater than 2.75 inches (7cm) across. It is limited to the kidney.

T2- the tumor is greater than 2.75 inches (7cm) across. It is limited to the kidney.

T3a- the tumor has spread into the adrenal gland, or into fatty tissue that surrounds the kidney. It has not spread beyond the Gerota's fascia (a fibrous envelope of tissue that surrounds the kidney) and nearby fatty tissue.

T3b- the tumor has spread into the renal vein and part of the vena cava in the abdomen.

T3c- the tumor has spread to the vena cava within the chest, or has invaded the wall of the vena cava.

T4- the tumor has spread further than the Gerota's fascia.

NX- nearby lymph nodes cannot be assessed as no information is available.

N0- there is no spread to nearby lymph nodes.

N1- the tumor has spread to one nearby lymph node.

N2- the tumor has spread to at least 2 nearby lymph nodes.

MX- extent or presence of metastasis cannot be assessed as no information is available.

M0- the cancer has not spread to distant lymph nodes or other organs.

M1- the cancer has metastasized; it has spread to distant lymph nodes or/and other or-

gans, such as the brain, lungs or bones.

- **Four stage system for kidney cancer**

Stages 1, 2, 3 or 4 are combined with the T, N, and M categories: **Stage 1 (T1a-T1b, N0, M0)-** the tumor is under 2.8 inches (7cm) in diameter and is limited to the kidney.

Stage 2 (T2, N0, M0)- the tumor is greater than 2.8 inches (7cm) in diameter, and is still limited to the kidney.

Stage 3- the cancer has spread outside the kidney and may possibly have reached the adrenal gland, nearby blood vessels, a lymph node, or the fat that surrounds the kidney.

- **Stage 3 (T3a-T3c, N0, M0)-** the primary tumor has reached the adrenal gland, fatty tissue surrounding the kidney, the renal vein, or/and the vena cava. Tumor has not spread further than Gerota's fascia. Cancer has not spread to lymph nodes or distant organs.

- **Stage 3 (T1a-T3c, N1, M0)-** the primary tumor has not spread further than Gerota's fascia but can be of any size and may be outside the kidney. The cancer has spread to 1 nearby lymph node, but not to distant lymph nodes or other organs.

Stage 4- the cancer has spread to at least one lymph node, or has spread to other organs.

- **Stage 4 (T4, N0-N1, M0)-** the primary tumor has spread further than the Gerota's fascia and has spread to only one nearby

• If the cancer metastasized the following symptoms may also emerge:

- Constant fever
- Tiredness (fatigue)
- Weight loss
- Bone pain
- Night sweats

What are the causes of kidney cancer?

Cancer starts when the structure of the DNA (deoxyribonucleic acid) alters- a genetic mutation. DNA provides the cells with a basic set of instructions, much like a computer program for life. The instructions tell cells when to grow, reproduce, and die, among other things. When there is a genetic mutation cells grow in an uncontrollable manner, eventually producing a lump (tumor).

If the cancer is left untreated it grows and eventually spreads to other parts of the body, usually through the lymphatic system- a series of nodes (glands) that exist throughout the body. The lymph glands produce many of the cells of our immune system. As soon as the cancer reaches the lymphatic system it can spread anywhere in the body and invade bones, blood and organs. The cancer cells continue reproducing uncontrollably, gradually occupying more and more space.

Our kidneys are part of our urinary system which gets rid of waste and excess fluid and electrolytes from the blood. The kidneys also control the production of red blood cells and regulate your blood pressure.

There are over 1 million nephrons in each kidney. Nephrons are the tiny filtering units in the kidneys- they filter out waste products as well as minerals and water the body needs expel. The liquid waste is called urine. Urine flows through the ureters; two narrow tubes that connect the kidneys to the bladder. Urine is stored in the bladder. When we urinate (pee) urine travels down another tube, called the urethra, and out of the body.

• Renal cell carcinoma- this type of cancer typically starts in the cells that line the tiny tubes in each nephron. Generally, renal cell tumors grow as one, single mass. However, it is possible for more than one tumor to grow in one kidney, and sometimes in both kidneys.

• Transitional cell carcinoma- cancer develops in the tissue that forms the tubes that connect the kidneys to the bladder. This type of cancer can begin in the ureters and also in the bladder itself.

• Wilms' tumor- a childhood kidney cancer caused by the loss or inactivation of a tumor suppressor gene called QT1 on chromosome 11. Tumor suppressor genes generally suppress tumor growth and control cell growth. How is kidney cancer diagnosed?

• Blood and urine tests- these will be done to rule out any other possible causes of symptoms, such as kidney stones or an infection.

• Ultrasound scan- sound waves

are used to create an image of the target area. This scan can help the doctor identify any change in the shape of the kidney which could be caused by a tumor.

• A CT (computerized tomography (CT) scan- this is a medical imaging method that employs tomography. Tomography is the process of generating a two-dimensional image of a slice or section through a 3-dimensional object (a tomogram). Put simply, many pictures are taken and then put together as a 3-D image. Most patients will be given a dye to drink which shows up on the scan.

• A biopsy- if the doctor suspects the patient has kidney cancer an image-guided biopsy will be performed. A needle is guided through the skin into the kidney- the guidance system is either ultrasound or CT. A small sample of kidney tissue is removed and examined under a microscope to check for the presence of cancer cells.

A biopsy procedure increases the risk of infection and bleeding. There is also a rare chance that a biopsy could help the cancer spread to the area where the needle is inserted. Some doctors may not do a biopsy if they are fairly sure cancer is present, and proceed straight to surgery, thus avoiding the additional risks of a biopsy. Kidney biopsies are more commonly done on patients who are not thought to have cancer, or those who cannot be operated on.

Transitional cell cancer- addi-

the USA there are over 50,000 newly diagnosed cases of kidney cancer each year, causing over 13,000 deaths annually. World-wide, approximately 208,000 cases of kidney cancer are diagnosed annually, accounting for nearly 2% of all cancers. Regions in Asia and Africa have the lowest rates of kidney cancer worldwide, while North America has the highest rate.

In the UK kidney cancer is the eighth most common form of cancer in adult men and the fourteenth most common in adult women.

Adults aged between 50 and 80 years are more likely to develop kidney cancer compared to other people. This type of cancer affects men more than women.

The incidence of kidney cancer in the developed world has been steadily increasing over the last three decades. Some experts believe there is a close link between this increase and a parallel rise in rates of adult obesity. Most of the rest of this article is about renal cell carcinoma.

What are the risk factors for kidney cancer?

A risk factor is something that increases the risk of developing a disease or condition. For example, regular daily smoking increases the risk of developing lung cancer; therefore smoking is a risk factor for lung cancer.

- Risk factors for renal cell carcinoma (90% of all kidney cancers)

- Age- the older you are the higher the risk. There is a significant increase in risk for people

aged 60 or more.

- Sex- the ratio between men and women is 1.5 to 1. In other words, for every woman diagnosed 1.5 men are diagnosed with renal cell carcinoma.

- Obesity*- an obese person has a significantly higher risk of developing the disease compared to a person of normal weight for his/her height and age.

- Smoking*- regular tobacco smokers have a much higher risk. This risk starts to drop as soon as the person quits.

- Hypertension* (high blood pressure)- nobody is sure why there is an increased risk. Some say it is the hypertension itself, while others blame anti-hypertensive medications.

- Experts estimate that smoking, obesity and hypertension account for approximately 50% of all renal cell carcinomas.

- Chemicals at work- workers who are exposed to specific chemicals, such as asbestos, trichloroethylene and cadmium are more likely to develop renal cell carcinoma than other people. Asbestos, a mineral, was widely used in construction. Cadmium, a metal, is used in the manufacture of batteries. Trichloroethylene, an industrial solvent, is used to strip paint from metals.

- Kidney failure treatment- patients on long-term dialysis for chronic kidney failure treatment are more likely to develop renal cell carcinoma.

- Kidney transplant recipients- patients who have received a kidney transplant and have to take immunosuppressant medications have a higher risk of developing renal cell carcinoma.

- Von Hippel-Lindau disease- a genetic disease which raises the patient's risk of developing several kinds of tumors, including renal cell carcinoma.

- Hereditary papillary renal cell carcinoma- characterized by the development of multiple papillary tumors in both kidneys (a papillary tumor is shaped like a small mushroom with its stem attached to the inner lining of an organ).

- Risk factors for transitional cell carcinoma

- Smoking

- Workplace chemicals

- Phenacetin- an OTC (over-the-counter) pain relieving medication which was taken off the market during the 1980s. The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) withdrew phenacetin from the UK market in 1980. The Food and Drug Administration (FDA) in the USA withdrew phenacetin in November 1983.

What are the symptoms of kidney cancer?

Early stages of kidney cancer do not usually show any symptoms.

- During the advanced stages, the following signs and symptoms may appear:

- Blood in the urine

- A continuous pain below the ribs

- A lump in the abdomen

What Is Kidney Cancer? What Causes Kidney Cancer?

Kidney cancer, or cancer of the kidney, is any type of cancer that has arisen from the kidney. Kidney cancer does not usually include a cancer that arose outside the kidney and metastasized to include metastatic cancer of the kidney.

Medical News Today

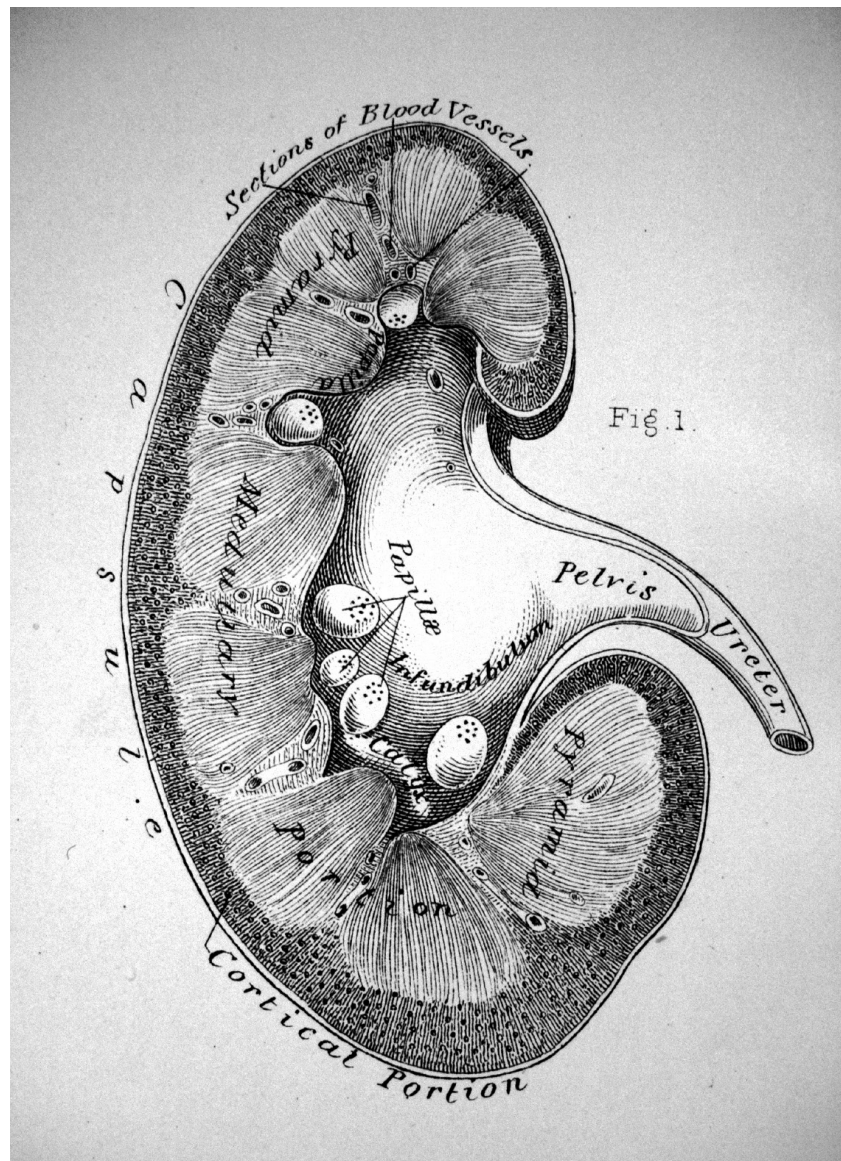
The most common types of kidney cancer include renal cell carcinoma and urothelial cell carcinoma of the renal pelvis. Renal cell carcinoma accounts for approximately 90% of all kidney cancers. Urothelial cell carcinoma is a type of cancer that occurs in the urinary system, specifically the kidney, urinary bladder, ureter, urethra and urachus.

The following are also types of kidney cancers:

- Squamous cell carcinoma
- Juxtaglomerular cell tumor (reninoma)
- Angiomyolipoma
- Renal oncocytoma
- Bellini duct carcinoma
- Clear-cell sarcoma of the kidney
- Mesoblastic nephroma
- Wilms' tumor (usually diagnosed in children under 5)
- Mixed epithelial stromal tumor

On very rare occasions these cancers and potentially cancerous tumors that usually originate in other parts of the body, can start off in the kidneys: clear cell adenocarcinoma, transitional cell carcinoma, inverted papilloma, renal lymphoma, teratoma, carcinosarcoma, carcinoid tumor of the renal pelvis.

Kidney cancers originate mainly in two parts of the kidney- the renal tubule and the renal pelvis.



Most that originate in the renal tubule are renal cell carcinoma and clear cell adenocarcinoma. Most cancers that originate in the renal pelvis are transitional cell carcinoma.

3% of all adult cancers in the Western Europe are kidney cancers. There were 5,745 diagnosed cases of kidney cancer in England and Wales in 2004. In

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 ۰۱۱۰۱۰۳۴۳۴۰۰ (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

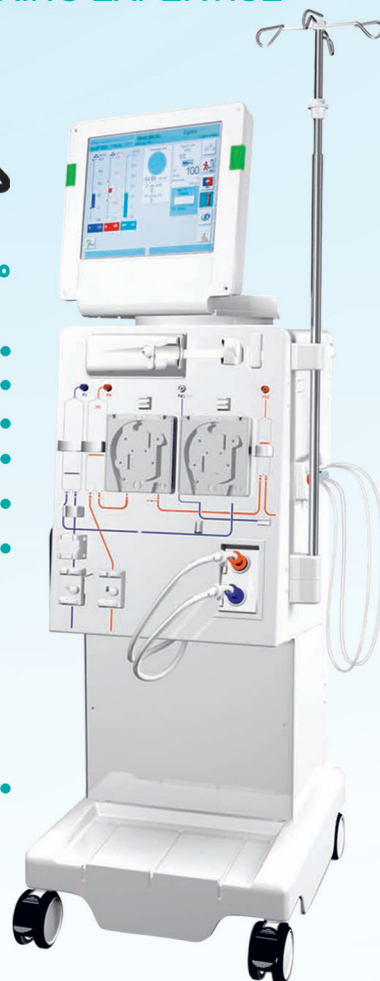
دستگاه دیالیز مدل Dialog⁺

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:

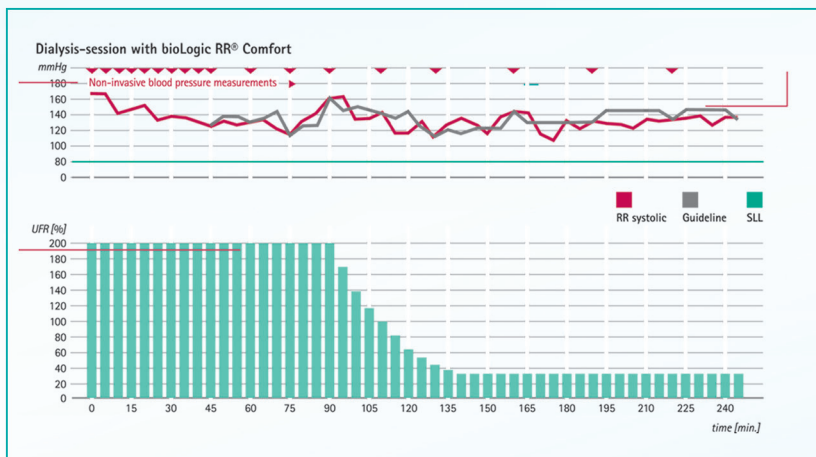
UF
بیکربنات
سدیم
دما
هپارین
جریان محلول (DF)

- مجهز به دستگاه کارت خوان بیمار



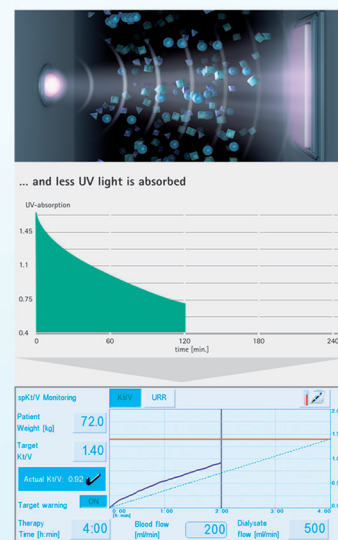
Biologic RR Comfort

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



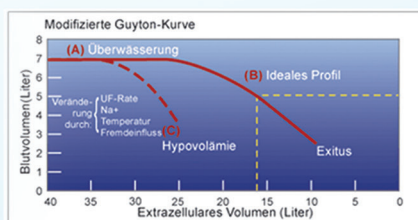
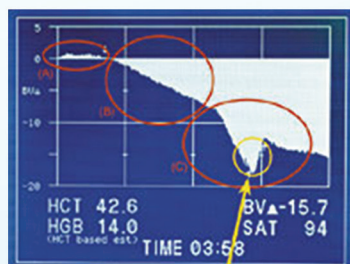
Adimea

- 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



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.

