





علمی | فرهنگی | اجتماعی
شماره ۴۶ - زمستان ۹۲ - ۲۰۰۰۰ ریال

افتتاح مرکز درمانی خاص رفسنجان



مرگ مغزی



غربالگری نوزادان



ورزش و هموفیلی



پرستار و دیالیز



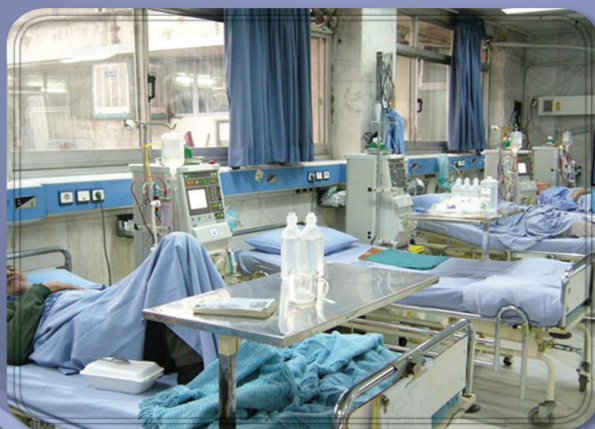
طول عمر بیشتر
با کلیه های سالم تر

روز جهانی کلیه
۲۴ اسفند ۹۲



The bridge to good health care

www.teda.ir



خصوصیات ویژه:

سادگی روش های کاری

در جهت افزایش
کارایی دستگاه

طراحی چشم گیر

برای اطمینان از:

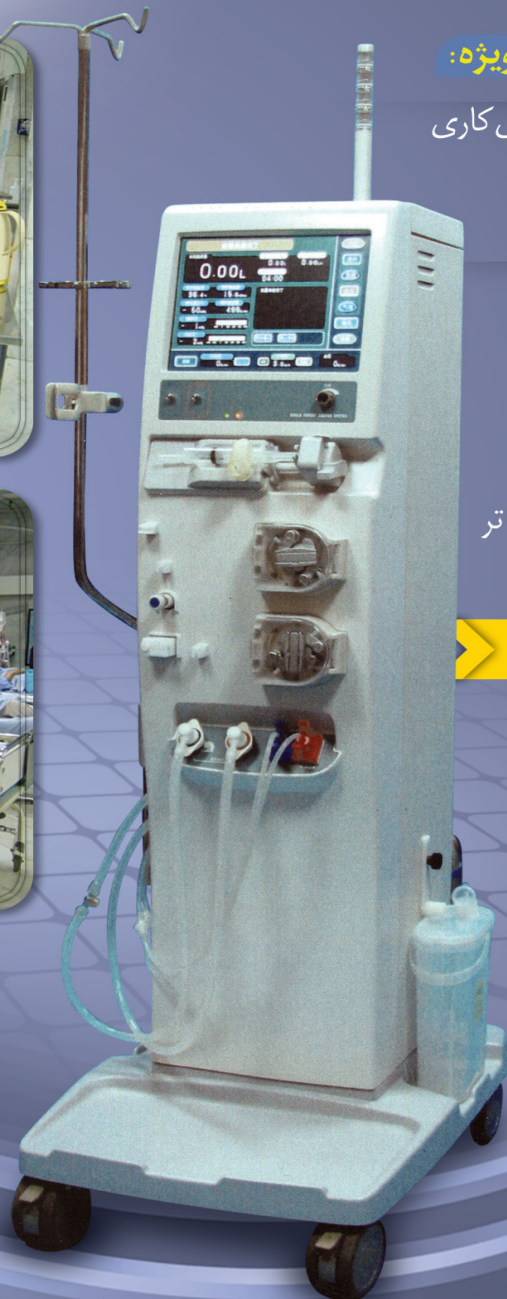
• کارایی بالا

• ایمنی

• کاربری آسان

• سرویس راحت تر

ماشین همو دیالیز
مدل SDS-50



جدید

ماشین دیالیز
با خدمات گسترده
پس از فروش

Designer: H. Mobinipour



ISO 9001 :2000

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



تدا (تدارکات درمان التیام)

هیئت علمی :

دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر ناصر پارسا،
دکتر احمد رضا جمشیدی، دکتر سید هاشم
جنتپور، دکتر سید محسن خوشنیت،
دکتر شمس شریعت تربقان، دکتر
رمضان علی شریفیان، دکتر سید محمود
طباطبایی، دکتر سید مؤید علویان، دکتر
ایرج فاضل، دکتر محمد فرهادی لنگرودی،
دکتر اردشیر قوامزاده، دکتر باقر
لاریجانی، دکتر رضا ملکزاده، دکتر سعید
نمکی، دکتر علی اکبر ولایتی

هیئت تحریریه این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

مریم اسدی، نسرين آقا ملا، ندا جلیلیان،
نیلوفر خورشیدی، احسان سیاح، فرزانه
شعبانی، هانی مبالغان، احمد مکرری، فریبا
وظیفه

طراح گرافیک و صفحه آرا: مصطفی رضایی قلعه

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: سازمان چاپ و انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی



بنیاد امور بیماریهای خاص

پست الکترونیک

cffsdorg@gmail.com

نشانی نشریه

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

خیابان بهار جنوبی، نبش کوچه سعید شرقی، پلاک ۲

صندوق پستی: ۴۸۸۳/ ۱۹۳۹۵

سامانه پیام کوتاه: ۱۰۰۰۱۰۰۷۵

تلفن: ۲۲۵۹۱۹۵۷ - ۲۲۷۶۵۴۲۳ - دورنگار: ۲۲۷۶۵۴۲۳

فهرست

۲	سرمقاله
۴	اجتماعی
۵	پیام تبریک
۶	حضور بنیاد در میان مردم
۷	تازه خبر
۱۰-۹-۸	افتتاح مرکز پزشکی خاص رفسنجان
۱۱	گزارش استان چهار محال بختیاری
۱۲	گزارش واحد انفورماتیک
۱۳	تشکیل کمیته حمایت از بیماران خاص استان مرکزی
۱۴-۱۵-۱۶	همایش موسسه آموزشی و تحقیقاتی جوانان تالاسمی استان مازندران
۱۷	مرکز دیابت و بیماری های متابولیک
۱۸-۱۹	مصاحبه با خانم عباسپور
۲۰	رشد ۵۰۰ تا ۸۰۰ درصدی هزینه های رادیولوژی
۲۱	مصاحبه با مدیر عامل انجمن ام . اس خراسان شمالی
۲۲	ایثار زندگی یاری سبز روزگار
۲۳	یاری سبز یاوران
۲۴	سلامت
۲۵	مرگ مغزی
۲۶-۲۷-۲۸	نقش عفونت ها در بیماری ام . اس
۲۹-۳۰-۳۱	استاندارد های مراقبت بالینی از کودکان و بزرگسالان مبتلا به تالاسمی
۳۲-۳۳	تغذیه و دیالیز
۳۴-۳۵	پرستار و دیالیز
۳۶-۳۷	ورزش و هموفیلی
۳۸-۳۹-۴۰-۴۱	غربالگری نوزادان
۴۲-۴۳	گفتگو با کودکان درباره سرطان
۴۴-۴۵	نارسایی کلیه
۴۶-۴۷	واکسن پیشگیری از عفونت ویروس HPV و سرطان گردن رحم
۴۸-۴۹-۵۰	ترک سیگار
۵۱	مراقبت های تسکینی
۵۲-۵۳	ربان های رنگی
۵۴	مشکلات روحی و روانی در بیماران دیالیزی
۵۵	اخبار سلامت
۵۶	بین الملل
۵۷	روز جهانی ام . اس
۵۸	جدول کنفرانس ها
۵۹	گزارشی از سفر سودان
۶۰	فرهنگی
۶۱	خدا صحبت است
۶۲	اخبار فرهنگی
۶۳	جدول و شعر
۶۴	مقاله انگلیسی

سرمقاله

کشور ما و مسائل بیماری های کلیوی

باوجود پیشرفتهای چشمگیر علوم پزشکی در دهه های اخیر و ریشه کنی بسیاری از بیماری های عفونی، سبک زندگی، فعالیت کم و یا بی تحرکی و دلایل دیگر منجر به گسترش بیماری های غیرواگیر شده است.

بیماری های کلیوی که ابتلا به آنها در کشور ما سیر صعودی داشته و آثار نامطلوبی بر سلامت جامعه دارند، بعضاً از آثار دراز مدت این گونه بیماری ها مانند دیابت و فشارخون هستند به طوریکه، حدود ۲۵ درصد نارسایی کلیه به دلیل بیماری دیابت رخ می دهد.

سرمایه گذاری های عظیمی برای مداوای این بیماران در کشور ما صورت گرفته که از آن جمله می توان حمایت های وسیع در ایجاد مراکز دیالیز و افزایش دستگاه ها در کل کشور را نام برد که نقش بنیاد بیماری های خاص در این زمینه بی نظیر بوده است. در همین راستا گسترش مراکز پیوند کلیه در کشور ما قابل توجه بوده است.

پروتکل های پیوند کلیه در ایران متفاوت از برخی نقاط دیگر دنیا است، به طوریکه تقریباً ۸۰ درصد پیوندها از دهنده زنده و ۲۰ درصد آنها از کاداور انجام می شود. گرچه این نحوه کار خالی از بحث نیست، لیکن توانسته صف پیوند را در کشور کاهش دهد یا از بین ببرد، نتیجه این امر باعث شده که میزان پیوند نسبت به جمعیت در کشور ما بالاترین رتبه را در میان کشورهای مختلف داراست.

در مجموع می توان گفت گرچه سرمایه گذاری وسیعی برای درمان بیماران کلیوی در کشور انجام می شود، اما به نظر می رسد باید تلاش بیشتری برای زندگی مناسب تر و افزایش طول عمر بیماران دیالیزی و پیوندی صورت پذیرد و به مسائل جنبی آنها از قبیل ورزش، روابط اجتماعی و ... توجه ویژه شود.

مسئله پیشگیری این بیماریها می تواند نقش کلیدی در کاهش روند آبخارگونه رشد آنها داشته باشد. امید است کشورمان بتواند با برنامه ریزی گسترده بر مشکلات این بخش غلبه کند و در نهایت شاهد ارتقای سطح سلامت در کشور عزیزمان ایران باشیم.

دکتر باقر لاریجانی



اجتماعی





یکی مرد عرب اما بیابانگرد و صحرائی
 قدم بگذاشت در «ام القرى» وین شعر را برخواند :
 کی یاران مگر دیشب بخواب مرگ پیوستید؟
 چه کس دید از شما آن روشن آسمانی را؟
 که دید از «مکیان» آن ماهتاب پرنیانی را؟
 زمین و آسمان «مکه» دیشب نورباران بود
 هوا آغشته با عطر شفابخش بهاران بود
 که اینک برفراز چرخ، یابی نام «احمد» را
 و در هر موج بینی اوج گلبانگ «محمد» را
 «محمد» زنده و جاوید خواهد ماند
 «محمد» تا ابد تابنده چون خورشید خواهد ماند
 که نامی همچو نام پاک «پیغمبر» مؤید نیست
 و مردی زیر این سبز آسمان همتای «احمد» نیست.

مهدی سهیلی

بنیاد امور بیماریهای خاص ولادت خاتم پیامبران محمد مصطفی (ص) آن یار که به مکتب نرفت و خط ننوشت و به غمزه مسئله آموز صد مدرس شد - و «هفته وحدت» و همچنین میلاد نورانی ششمین اختر تابناک ولایت و امامت امام جعفر صادق (ع) الگوی صداقت و معرفت و دانش را به امام عصر (عج) و تمام مسلمانان جهان تبریک عرض می کند و از خداوند سبحان برای جوامع بشری سعادت و سلامت و سربلندی دارد.

پیام تبریک



نمایشگاه های بنیاد امور بیماری های خاص یکی از ابزارهای معرفی و آرایه خدمات بنیاد است که فراخور مناسبت های مختلف از کنگره های علمی گرفته تا نمایشگاه های عمومی، برگزار می شود در این شماره نشریه، گزارش نمایشگاه های اخیر را می خوانیم.

دومین کنگره بین المللی نوروساینس پایه و بالینی

دومین کنگره بین المللی نوروساینس پایه و بالینی از تاریخ ۲۷/۹/۹۲ تا ۲۹/۹/۹۲ در سالن همایش های رازی تهران برگزار شد. بنیاد در این کنگره حضور سبزی داشت و بسیاری از شرکت کنندگان، فرم یاوران جهت خدمات رسانی رایگان به بیماران خاص را تکمیل کردند.

دومین همایش بین المللی امید

دومین همایش بین المللی امید ۱۹ دی ماه در سالن خورشید همایش های بین المللی صدا و سیما در تهران برگزار شد. این همایش که با حضور متخصصان خارجی و افراد موفق در زمینه افزایش امید به زندگی ویژه بیماران سرطانی برگزار شد بنیاد نیز برپایی غرفه ای در کنار سالن ورودی همایش، همه انتشارات خود با محوریت سرطان را جهت ارتقای آگاهی بیماران، بین شرکت کنندگان توزیع کرد.

هشتمین کنگره دندانپزشکی

هشتمین کنگره دندانپزشکی از تاریخ ۲۴/۱۰/۹۲ تا ۲۷/۱۰/۹۲ در هتل المپیک برگزار شد. غرفه ای نیز در بخش نمایشگاهی این کنگره به بنیاد اختصاص یافت تا به معرفی فعالیت های خود و جذب کمک های مردمی بپردازد. اکثر بازدیدکنندگان از غرفه بنیاد دندانپزشکان بودند که تمایل خود را جهت همکاری و یاری رساندن به بیماران خاص ابراز داشتند. ریاست محترم بنیاد نیز در این کنگره شرکت داشتند و دبیر علمی این کنگره نیز از غرفه بنیاد بازدید کردند.

کنگره آنکولوژی

کنگره آنکولوژی از ۲۳ تا ۲۵ بهمن در بیمارستان شهید محمدی در هرمزگان برگزار شد. سرکار خانم فاطمه هاشمی، ریاست محترم بنیاد امور بیماری های خاص، در کنگره آنکولوژی مربوط به بیماران تالاسمی در بندر عباس شرکت و سخنرانی کردند. لازم به ذکر است، ایشان از مرکز خاص ابوریحان نیز بازدید کردند. از نتایج دیگر این سفر امضای تفاهم نامه جهت ساخت مرکز خاص میناب بود.

حضور بنیاد در میان مردم

تهیه و تنظیم : نسرین آقاملا



در بهمن ماه امسال جهت حمایت از بیماران خاص شهرستان ورامین و حمایت بیماران خاص ۱۵ خرداد ورامین تفاهم نامه ای تنظیم شد که طبق آن درصدی از هزینه های دارویی بیماران توسط بنیاد و خیریه فوق پرداخت می شود .

در پی تلاش بنیاد برای تشکیل کمیته های استانی حمایت از بیماران خاص در استان ها توسط استانداری ها، طبق بخش نامه قائم مقام محترم وزیر کشور به استانداران سراسر کشور، مقرر گردید این جلسات به صورت دوره ای برگزار و مشکلات بیماران خاص استان ها در آن بررسی شود .

با پیگیری مداوم بنیاد امور بیماری های خاص، طبق مصوبه شورای عالی بیمه داروی «سوتنت» تحت پوشش بیمه قرار گرفت .

لیست دستگاه های دیالیز اهداتی ماه های آذر، دی و بهمن ۹۲

ماه	استان	نام مرکز	نوع دستگاه	تعداد
آذر	خوزستان	بیمارستان راه زینب بندر امام خمینی	دستگاه دیالیز فرزینیوس	۵
	کرمان	مرکز پزشکی خاص رفسنجان	دستگاه دیالیز فرزینیوس	۱۰
	لرستان	مرکز پزشکی خاص بروجرد	دستگاه دیالیز فرزینیوس	۸
جمع کل دستگاه های اهداتی آذر ماه				
۲۳				
ماه	استان	نام مرکز	نوع دستگاه	تعداد
دی	گلستان	بیمارستان امام خمینی بندر ترکمن	دستگاه دیالیز JMS-SDS-۵۰	۲
	خراسان شمالی	کلینیک تخصصی ایرانشهر بجنورد	دستگاه دیالیز فرزینیوس	۱
	خراسان رضوی	بیمارستان عدرس کاشمر	دستگاه دیالیز فرزینیوس	۲
	خراسان رضوی	کلینیک سبز درمان مشهد	دستگاه دیالیز فرزینیوس	۳
جمع کل دستگاه های اهداتی دی ماه				
۸				
ماه	استان	نام مرکز	نوع دستگاه	تعداد
بهمن	تهران	درمانگاه امام علی شهر قدس	دستگاه دیالیز JMS-SDS-۵۰	۲
	آبادان	بیمارستان ولیعصر خرس شهر	دستگاه دیالیز نیپرو	۱
	آبادان	بیمارستان شهید بهشتی آبادان	دستگاه دیالیز نیپرو	۱
	سیستان و بلوچستان	بیمارستان امام خمینی زابل	دستگاه دیالیز فرزینیوس	۲
	کردستان	بیمارستان صلاح الدین ایوبی پانه	دستگاه دیالیز فرزینیوس	۲
	کردستان	بیمارستان امام خمینی سنقر	دستگاه دیالیز فرزینیوس	۴
	کردستان	بیمارستان توحید سنندج	دستگاه دیالیز فرزینیوس	۲
	البرز	مرکز دیالیز دکتر علی زاهد	دستگاه دیالیز فرزینیوس	۵
	تهران	بیمارستان خیریه ولیعصر تهران	دستگاه دیالیز JMS-SDS-۵۰	۴
جمع کل دستگاه های اهداتی بهمن ماه				
۲۳				

تازه چه خبر ؟

سرپرست معاونت امور هماهنگی استان ها



آیت‌اله هاشمی رفسنجانی در مراسم افتتاح این پروژه با اشاره به مشکلات بیماران خاص و خانواده‌هایشان فرمودند:

بسیاری از این خانواده‌ها به دلیل هزینه بالای دارویی دچار فقر شده‌اند. وی با بیان اینکه خیرین در تاریخ ایران همیشه تأثیرگذار بودند افزود: خیرین در سراسر کشور نشان دادند که آماده‌اند تا با بخشش به زندگی مردم در خدمت نیازمندان باشند.

در این مراسم که دکتر زالی ریاست محترم سازمان نظام پزشکی کشور و جمعی از مسئولین کشوری و استانی نیز حضور داشتند، دکتر زالی در سخنرانی افتتاحیه مرکز با بیان اینکه ۱۷ سال از عمر بنیاد امور بیماری‌های خاص می‌گذرد این بنیاد را یک بنگاه پرتوان در امر رسیدگی و درمان بیماران خاص دانست.



با حضور حضرت آیت‌اله هاشمی رفسنجانی مرکز پزشکی خاص رفسنجان افتتاح شد.

مرکز درمانی پزشکی خاص رفسنجان با حضور ریاست محترم مجمع تشخیص مصلحت نظام، حضرت آیت‌اله هاشمی رفسنجانی افتتاح گردید



آیت‌اله هاشمی رفسنجانی پس از شرکت در پرده برداری از لوح یادبود بنا بازدید از قسمت‌های مختلف و عیادت از چند بیمار در حال دیالیز در یکی از سالن‌های مرکز، در مراسم افتتاح شرکت کردند.

در این مراسم پس از تلاوت آیاتی چند از کلام‌اله مجید جناب آقای مرعشی مدیر مرکز درمانی پزشکی خاص رفسنجان سخنرانی نمودند. از دیگر سخنرانان این مراسم دکتر اسماعیلی، رئیس دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و دکتر زالی رئیس سازمان نظام پزشکی ایران بودند.

سپس دکتر فاطمه هاشمی ریاست محترم بنیاد امور بیماری‌های خاص سخنرانی نمودند و یادآور شدند مرکز پزشکی خاص رفسنجان ششمین مرکز بنیاد است که افتتاح شده است.

ایشان از آقای هاشمی رفسنجانی خواستند که برای بیماران سرطانی اقدامات جدی‌تری داشته باشند. سالانه ۹۰ هزار نفر به بیماران سرطانی اضافه می‌شود ولی متأسفانه مدیریتی در درمان بیماران سرطانی نیست.

در ادامه مراسم چند نفر از خیرین و زحمتمشان لوح تقدیر خویش را از دست آیت‌اله هاشمی رفسنجانی دریافت نمودند.

افتتاح مرکز پزشکی خاص رفسنجان

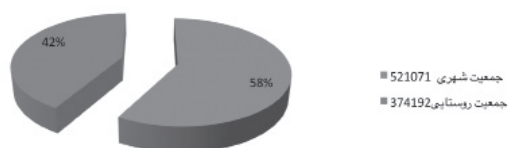
بنیاد امور بیماری‌های خاص



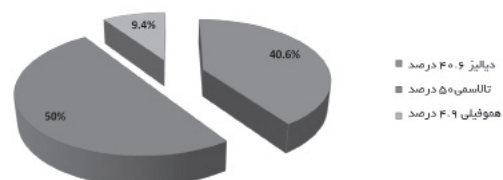
تعداد بیماران تالاسمی، هموفیلی و دیالیزی در استان چهارمحال و بختیاری



نمودار توزیع جمعیت در استان چهارمحال و بختیاری



نمودار گستره بیماریهای خاص در استان چهارمحال و بختیاری



الف - وضعیت کلی استان چهارمحال و بختیاری:
الف - ۱) موقعیت جغرافیایی استان و استان های همجوار: استان چهارمحال و بختیاری ۱۶۵۳۲ کیلومتر مربع وسعت دارد. این استان دربخش مرکزی کوههای زاگرس بین پیش کوههای داخل و استان اصفهان واقع شده است. از شمال و شرق به استان اصفهان، از غرب به استان خوزستان، از جنوب به کهکیلویه و بویراحمد و از شمال غرب به استان لرستان محدود است. این منطقه دارای یک درصد از کل وسعت ایران است.

الف - ۲) تقسیمات کشوری: این استان مشتمل بر ۷ شهرستان اردل، بروجن، شهرکرد، فارسان، کوهرنگ، کیار(ناغان) و لردگان است. استان دارای ۷ شهرستان، ۳۱ شهر، ۲۲ بخش و ۴۵ دهستان است.

الف - ۳) مختصات جمعیتی: این استان جمعیتی بالغ بر ۸۹۵۲۶۳ نفر دارد که عمده این جمعیت در شهرها ساکن اند، چنانچه در شکل زیر دیده می شود جمعیت شهری (۵۲۱۰۷۱ نفر) حدود ۵۸/۲ درصد جمعیت کل استان و جمعیت روستایی (۳۷۴۱۹۲ نفر) حدود ۴۱/۸ درصد جمعیت کل استان را تشکیل می دهد. تعداد ۲۴۳ بیمار دیالیزی (۲۷ نفر در هر صدهزار نفر جمعیت)، ۳۰۱ بیمار تالاسمی (۳۳ نفر در هر صدهزار نفر جمعیت) و ۵۷ بیمار هموفیلی (۶ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ساکن استان چهارمحال و بختیاری هستند.

الف-۴) وضعیت شهرستانهای استان از نظر مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص: چنانچه در جدول زیر نشان داده شده است، ۵ شهرستان استان مراکز درمانی دیالیز، تالاسمی و هموفیلی دارند. در شهرستان اردل فقط مرکز درمانی دیالیز و در شهرستان ناغان فقط مرکز تالاسمی وجود دارد در ۴ شهرستان استان نیز مرکز انتقال خون فعال است.

گزارش استان چهارمحال

احسان سیاح
کارشناس معاونت هماهنگی

شهرستان	مرکز دیالیز	مرکز تالاسمی	مرکز هموفیلی	انتقال خون
اردل	+	-	-	-
بروجن	+	+	+	+
شهرکرد	+	+	+	+
فارسان	+	+	+	+
کوهرنگ	-	-	-	-



خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش تالاسمی و هموفیلی:

این بخش دارای ۱ سالن است که در سال ۱۳۸۶ راه اندازی شده و دارای ۳ تخت فعال است. تعداد ۱۰ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.

ب - ۴) فارسان:

بیمارستان سیدالشهدا (ع):

این بیمارستان در سال ۱۳۷۶ با ۹۶ تخت مصوب و ۹۶ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۳ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی، هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می‌کند. بخش دیالیز:

این بخش در سال ۱۳۷۷ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۲۰۰ مترمربع وسعت دارد. در حال حاضر این بخش به ۹ دستگاه دیالیز فعال مجهز است که تعداد ۲۸ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی و ۳ پرستار تشکیل شده است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (بدون احتساب بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۳,۱۱ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی:

این بخش دارای ۱ سالن ۱۳۰ متری است که در سال ۱۳۷۷ راه‌اندازی شده و دارای ۹ تخت فعال می‌باشد. تعداد ۲۴ بیمار تالاسمی و ۷ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی از ۱ پرستار تشکیل شده است.

ب - ۵) کیار (ناغان):

بیمارستان امام جواد(ع):

این بیمارستان در سال ۱۳۸۶ با ۳۲ تخت مصوب و ۳۲ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش تالاسمی و هموفیلی:

این بخش دارای ۱ سالن است که در سال ۱۳۸۶ راه‌اندازی شده و دارای ۳ تخت فعال است. تعداد ۱۰ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.

بخش دیالیز:

این بخش در سال ۱۳۷۹ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز حدود ۲۰۰ مترمربع وسعت دارد. در حال حاضر این بخش به ۲۴ دستگاه دیالیز فعال مجهز است که تعداد ۱۱۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص نفرولوژیست، ۱۶ پرستار و ۲ بهیار تشکیل شده است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (بدون احتساب بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۴,۷۳ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی:

این بخش دارای ۲ اتاق است، در سال ۱۳۸۴ راه‌اندازی شده است و دارای ۹ تخت فعال است که تعداد ۷۶ بیمار تالاسمی و ۳۴ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.

ب - ۴) فارسان:

بیمارستان سیدالشهدا (ع):

این بیمارستان در سال ۱۳۷۶ با ۹۶ تخت مصوب و ۹۶ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۳ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی، هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می‌کند. بخش دیالیز:

این بخش در سال ۱۳۷۷ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۲۰۰ مترمربع وسعت دارد. در حال حاضر این بخش به ۹ دستگاه دیالیز فعال مجهز است که تعداد ۲۸ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی و ۳ پرستار تشکیل شده است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (بدون احتساب بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۳,۱۱ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی:

این بخش دارای ۱ سالن ۱۳۰ متری است که در سال ۱۳۷۷ راه‌اندازی شده و دارای ۹ تخت فعال است. تعداد ۲۴ بیمار تالاسمی و ۷ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش قرار دارند. کادر درمانی از ۱ پرستار تشکیل شده است.

ب - ۵) کیار (ناغان):

بیمارستان امام جواد(ع):

این بیمارستان در سال ۱۳۸۶ با ۳۲ تخت مصوب و ۳۲ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (تالاسمی)

ب) وضعیت شهرستان‌ها:

ب - ۱) اردل:

ب - ۱-۱) بیمارستان امام رضا(ع): این بیمارستان در سال ۱۳۸۵ با ۳۲ تخت مصوب و ۱۰ تخت فعال راه‌اندازی شده است. و به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌کند. بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۶ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی در طبقه همکف در حدود ۱۰۰ متر مربع وسعت دارد. در حال حاضر این بخش به ۵ دستگاه دیالیز فعال مجهز است که تعداد ۱۹ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی و ۴ پرستار تشکیل شده است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (بدون احتساب بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۴,۲۵ است.

ب - ۲) بروجن:

بیمارستان ولی عصر(ع):

این بیمارستان در سال ۱۳۴۰ با ۹۶ تخت فعال راه‌اندازی شده است و به ۳ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی، هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می‌کند. بخش دیالیز:

این بخش در سال ۱۳۷۰ راه‌اندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده‌اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز حدود ۳۰۰ مترمربع وسعت دارد. در حال حاضر این بخش به ۷ دستگاه دیالیز فعال مجهز است که تعداد ۳۳ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۳ پزشک متخصص داخلی، ۳ پرستار و ۳ بهیار تشکیل شده است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (بدون احتساب بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۴,۷ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی:

این بخش در سال ۱۳۸۰ راه‌اندازی شده است و دارای ۶ تخت فعال است که تعداد ۲۴ بیمار تالاسمی و ۳ بیمار هموفیلی را تحت پوشش قرار می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پرستار تشکیل شده است.

ب - ۳) شهرکرد:

بیمارستان هاجر:

بیمارستان هاجر در سال ۱۳۷۰ با ۳۳۲ تخت مصوب و ۳۴۳ تخت فعال راه‌اندازی شده است. این بیمارستان به ۳ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی، هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می‌کند.



بیمارستان های ولیعصر بروجن، هاجر شهرکرد، شهدا لردگان و سیدالشهداء فارسان دارای محدودیت در فضای فیزیکی هستند.

- مشکلات پرسنلی:

کمبود پرسنل در بیمارستان های ولیعصر بروجن و سیدالشهداء فارسان مشهود است.

مصوبات بنیاد جهت اهدا بعد از بازدید :

کمک های بنیاد:

بنیاد امور بیماریهای خاص تا ابتدای سال ۱۳۹۳ بالغ بر ۱۵ دستگاه دیالیز و ۱۷۷ دستگاه تجهیزات درمانی به استان چهارمحال و بختیاری کمک تجهیزاتی کرده است. همچنین بنیاد امور بیماریهای خاص بالغ بر ۱,۷۹۶,۵۹۸,۹۱۴ ریال به صورت نقدی و ۲۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به صورت هدیه ایثار به اهداکنندگان کلیه به استان چهارمحال و بختیاری کمک مالی نموده است.

مشکلات و کمبودهای بیماران خاص استان چهارمحال و بختیاری:

الف) بخش های دیالیز و بیماران :

۱ - شهرستانهای فاقد مرکز دیالیز:

شهرستان های کوهرنگ و کیار (ناغان) فاقد مراکز دیالیز میباشند.

۲ - مشکلات مربوط به فضای فیزیکی:

کمبود فضای فیزیکی در بیمارستان هاجر شهرکرد مشهود است.

۳- مشکلات پرسنلی:

کمبود پرستار در بیمارستان سیدالشهداء فارسان مشهود است.

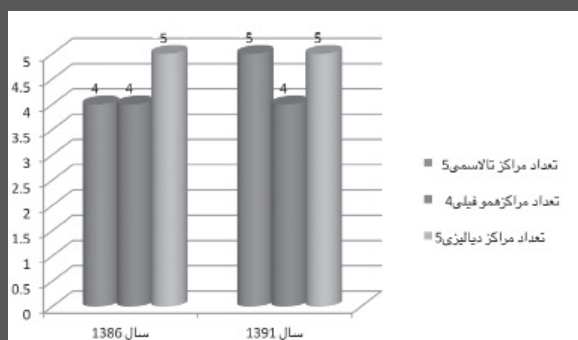
ب) بخش های تالاسمی و هموفیلی و بیماران:

۱ - شهرستانهای فاقد بخش تالاسمی:

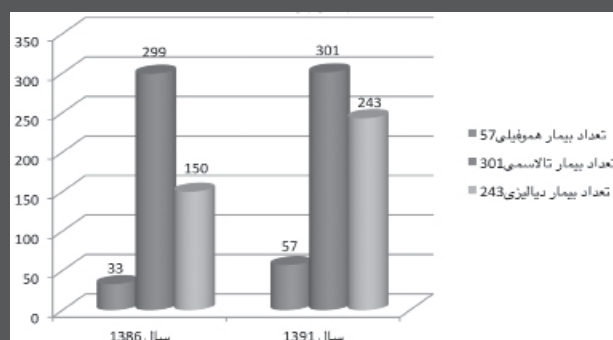
شهرستان های اردل و کوهرنگ فاقد مراکز تالاسمی میباشند.

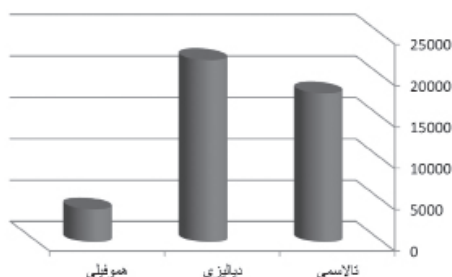
۲ - مشکلات فضای فیزیکی:

نمودار مراکز دیالیز - تالاسمی - هموفیلی



نمودار تعداد بیماران دیالیز - تالاسمی - هموفیلی





دفتر آمار و انفورماتیک جهت بهبود و توسعه خدمات نرم افزاری و سخت افزاری مراکز مربوط به بیماران خاص فعالیتهایی را انجام میدهد که در ابتدا ایجاد ارتباط و هماهنگی با مراکز مختلف آمار و اطلاعات بیماران خاص و تبادل نظر با آنها را در دستور کار خود قرار داده است. این هماهنگی ها شامل : شناسایی دریافت اطلاعات آماری از مراکز مختلف ، ارائه اطلاعات آماری مورد نیاز به مراکز مختلف ، تعاملات فناوری اطلاعات است .

از دیگر کارهای دفتر آمار و انفورماتیک پردازش و فناوری آمار و اطلاعات جهت استفاده دیگر بخش های بنیاد و تجزیه و تحلیل آماری و تهیه گزارش های آماری برای سازمان های مرتبط اعم از گزارش های مربوط به بیماران تالاسمی ، هموفیلی ، دیالیزی و ... است. در حال حاضر اطلاعات تعداد ۱۸۰۰۰ بیمار تالاسمی ۲۲۰۰۰ بیمار دیالیزی ۴۰۰۰ بیمار هموفیلی در سیستم نرم افزاری این دفتر ثبت شده است. همچنین کار صدور کارت و ارسال به مراکز درمانی مرتبط با آنان در کل کشور را نیز برای این بیماران انجام می دهد.

گزارش واحد انفورماتیک

مهندس امید طلوع

اهدا کننده کلیه



از دیگر وظایف دفتر آمار و انفورماتیک ثبت مشخصات مربوط به اهدا کنندگان کلیه به همراه استخراج آمارهای مختلف از آنان است که تاکنون با ثبت مشخصات فردی حدود ۲۴۰۰۰ نفر، برای این دسته از افراد کارت مخصوص اهدا کننده کلیه صادر شده است. همچنین در زمینه ثبت و صدور کارت مربوط به اهدای عضو ، تا کنون برای حدود ۳۰۰۰۰ نفر کارت اهدای عضو نیز صادر و ارسال شده است.

دفتر آمار و انفورماتیک اقدامات مربوط به حل مشکلات سخت افزاری و نرم افزاری مراکز بنیاد و کاربران مرتبط با آنها را نیز در دستور کار خود قرار داده و پشتیبانی از امور مربوط به انفورماتیک در سمینارها، میزگردها، اردوهای بیماران و غیره را نیز انجام می دهد. همچنین با بررسی نیازهای سخت افزاری و انفورماتیکی و ارائه طرح جهت برپایی سیستم های مکانیزه و تهیه طرح های جامع مورد نیاز دیگر بخش های بنیاد در صدد بوده مراکز درمانی بیماران خاص خود را در سطح کشور از منظر نرم افزاری-با همکاری دیگر واحدهای سازمان به صورت یکپارچه درآورد تا قدمی در حل مشکلات بیماران خاص کشور برداشته باشد.



با حضور ریاست محترم بنیاد امور بیماری های خاص

در پی حضور خانم هاشمی در استان، از بیمارستان آیت اله خوانساری اراک بازدید به عمل آمد که در این بازدید مقرر شد پس از تأمین ۵۰ درصد مبلغ یک دستگاه ماموگرافی، ۵۰ درصد مابقی توسط بنیاد اهداء شود و مدیریت بیمارستان نیز متعهد شود در زمینه غربالگری سرطان و عدم دریافت وجه از بیماران بی بضاعت اهتمام ورزد.

در این سفر رئیس بنیاد از ساختمان هتلینگ بیماران سرطانی با داشتن ۴۰ سوئیت جهت اسکان خانواده بیماران سرطانی که با کمک خیرین استان به زودی آماده ارائه خدمات است بازدید کردند.

با همت مدیرکل امور اجتماعی، نشست مشترکی با سازمان های مردم نهاد حوزه ریاست با رئیس بنیاد، سرپرست معاونت هماهنگی بنیاد و مدیریت مددکاری آن برگزار شد. در این طرح پس از طرح مسائل و مشکلات سازمان های مردم نهاد ریاست بنیاد ضمن تقدیر و تشکر از زحمات و عملکرد خیریه ها اظهار داشتند بنیاد به عنوان یک تشکل غیردولتی آمادگی هرگونه همکاری با نهادهای حوزه سلامت را دارد.

در پایان برنامه های این سفر، خانم دکتر هاشمی رفسنجانی با آقای مقیمی استاندار مرکزی دیدار کردند، در این نشست مقیمی ضمن تشکر از حضور خانم دکتر هاشمی رفسنجانی در استان مرکزی اظهارداشت: ماحصل این سفر به نفع بیماران خاص استان خواهد بود.

در پایان این نشست تفاهم نامه ای در ۸ بند به امضای طرفین رسید.

دکتر فاطمه هاشمی در خلال بازدید از مراکز بیماران خاص استان مرکزی در جلسه کمیته حمایت از بیماران خاص استان که با حضور معاون سیاسی امنیتی استانداری، مدیرکل امور اجتماعی استانداری، ریاست دانشگاه علوم پزشکی اراک، سرپرست معاونت هماهنگی و امور استانهای بنیاد و سایر مسئولان استانی تشکیل شده شرکت کردند.

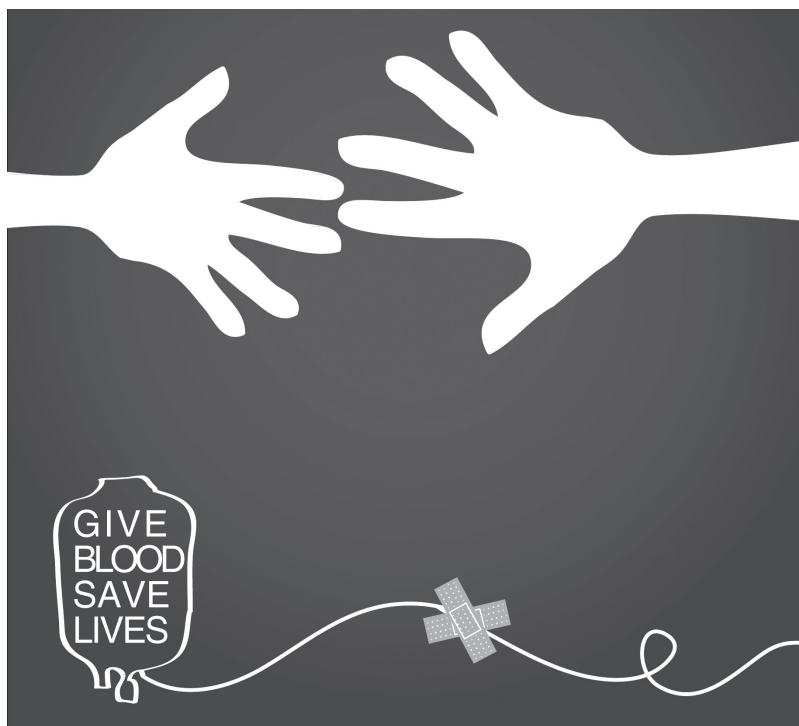
در این جلسه ضمن بررسی مشکلات بیماران خاص و صعب العلاج استان درخصوص فقدان بخش دیالیز در همه شبکه ها، بالابودن هزینه های دارو و درمان و کمبود فضای فیزیکی راهکارهای پیشنهادی نیز مطرح و مقرر شد تفاهم نامه ای مابین بنیاد امور بیماری های خاص و استانداری مرکزی در زمینه حل این مشکلات منعقد شود. ریاست بنیاد در ادامه سفر خود به استان مرکزی از بیمارستان ولی عصر (عج) اراک بازدید کردند. پس از بازدید دکتر فاطمه هاشمی از بخش دیالیز بیمارستان ولیعصر و گفتگوی ایشان با بیماران دیالیزی بیمارستان ولیعصر (ع) نشست مشترکی با مسئولان این بیمارستان و رئیس دانشگاه علوم پزشکی برگزار شد. در این نشست علاوه بر بیان مسائل و مشکلات بخش دیالیز مقرر شد پس از تأمین فضای فیزیکی لازم، بنیاد با همکاری خیرین دستگاه های دیالیز را جهت توسعه بخش اهدا کند.

همچنین مقرر شد ظرف مدت ۲ ماه در همه شبکه های بهداشت و درمان استان بخشی به درمان بیماران تالاسمی و هموفیلی اختصاص یابد و تجهیزات مورد نیاز از سوی بنیاد اهداء شود.

تشکیل کمیته حمایت از بیماران خاص استان مرکزی

بنیاد امور بیماری های خاص





همایش موسسه آموزشی و تحقیقاتی جوانان تالاسمی استان مازندران

کشور در زمینه داروهای شلالت کننده آهن - پیوند مغز و استخوان - سلول های بنیادی و سلول های بند ناف - ژن درمانی - شلالت کننده - خون و فرآورده های خونی و عوارض شایع در تالاسمی - هیپاتیت و درمان آن - رژیم غذایی)

۳. مباحث سلامت روانی (اعتماد به نفس، خود باوری و افسردگی - تمام فعالیت هایی که در این زمینه انجام شود)

۴. حوزه بیمه ای (چالش های موجود و نحوه رفع موانع در حوزه بیماری - یکسان سازی ارائه خدمات در بیمه ها - راهکارهای ارائه بیمه تکمیل درمان - جایگاه بیماران تالاسمی در طرح پزشک خانواده).

۵. مباحث مولکولی (PGD - PND - تعیین موتاسیون های شایع در تالاسمی - ژن درمانی در افراد تالاسمی).

۶. حوزه اجتماعی (- تالاسمی و کار آفرینی - بیکاری و پیامدهای آن در افراد تالاسمی - حقوق افراد مبتلا به تالاسمی در جامعه - حقوق برخورداری از اشتغال - زمینه ها و حوزه های اشتغال برای افراد تالاسمی - نقش دستگاه های حمایتی در اشتغال افراد تالاسمی - نقش خانواده و روابط خانوادگی بر موفقیت افراد تالاسمی - نقش دولت و نهاد های قانونگذار در اشتغال افراد تالاسمی - نگرش جامعه نسبت به تالاسمی و بیماری

موسسه آموزشی و تحقیقاتی جوانان تالاسمی استان مازندران با همکاری استانداری مازندران ، دانشگاه علوم پزشکی مازندران ، انجمن قلب ایران ، اداره کل ورزش و جوانان استان ، انجمن تالاسمی ایران ، مرکز تحقیقات کاربردی و سلامت همگانی و توسعه پایدار خراسان شمالی ، شرکت های دارویی و سایر دستگاه ها و نهادهای مرتبط در نظر دارد همایش ملی «تالاسمی: فرصت ها و چالش ها» را با هدف جلب مشارکت و ترغیب محققان و اندیشمندان در جهت تحقیق و پژوهش و کسب دستاوردهای علمی و عملی در زمینه بیماران تالاسمی، در استان مازندران، شهرستان ساری در تاریخ ۹۳/۳/۲۱ و ۹۳/۳/۲۲ برگزار کند . لازم به ذکر است

علاقه مندان می توانند مقالات خود را تا تاریخ ۹۳/۲/۲۰ به دبیر خانه همایش ارسال کنند.

محورهای همایش عبارتند از :

۱. بالینی (بیماری های قلبی، عفونی، غدد، گوارشی، کبدی، بلوغ و مشکلات آن، باروری و بارداری در افراد تالاسمی)
۲. درمان (تدوین دستور العمل درمانی بیماران تالاسمی ماژور ، سیکل و سل و سایر اختلالات هموگلوبین - تدوین نیاز دارویی



مشاوره پرستاری

واحد آموزش شامل دو بخش فردی و گروهی است. تمام بیماران دیابتی برای آشنایی با بیماری خود و کنترل آن و همچنین زندگی با دیابت، در واحد آموزش فردی حضور می یابند.

خدمات آموزشی:

برگزاری کلاس های گروهی
واحد سنجش تراکم استخوان

* حضور اساتید و ایراد سخنرانی در شهرداری مناطق و مدارس با تنظیم برنامه.

* برگزاری سمینار تخصصی پزشکان متخصص و فوق تخصص دو روزه به مناسبت روز جهانی دیابت، ۲۳ و ۲۴ آبان ماه.

۸ همایش آموزشی رایگان برای عموم افراد جامعه در یک سال گذشته در پنجشنبه های آخر هر ماه با موضوعات ذیل برگزار شده است: همایش آموزشی « کلیات دیابت » در فروردین ماه . در تیر ماه « دیابت و روزه داری » همایش آموزشی. همایش آموزشی «دیابت و عوارض آن» در شهریور ماه. همایش آموزشی «دیابت و عوارض آن» در مهر ماه. همایش آموزشی «تازه های دیابت در روز جهانی دیابت» در آبان ماه. همایش آموزشی «دیابت و بهداشت دهان و دندان» در آذر ماه. همایش آموزشی « دیابت و توانبخشی» در دی ماه. همایش آموزشی «پاسخ به بیماران دیابتی» در بهمن ماه

نمایشگاه دیابت

این بخش کلینیک به برپایی نمایشگاه دیابت نموده است که در آن اقدامات آموزشی که تاکنون در زمینه دیابت انجام پذیرفته، به نمایش گذاشته شده است.

واحد اطلاع رسانی و کتابخانه

این واحد جهت سهولت دسترسی به آخرین کتب و مقالات علمی برای پزشکان، متخصصان و سایر علاقه مندان و تبادلات علمی و پژوهشی به ویژه در زمینه بیماری های دیابتی با مراکز علمی- درمانی کتابخانه بخش (مجلات - بخش کتب) عمومی و تخصصی پزشکی داخل و خارج کشور ایجاد شده است.

مرکز دیابت و بیماری های متابولیک در خیابان کارگر شمالی تهران با زیربنای تقریبی ۱۳۳۰ متر مربع در آذر ۱۳۸۸ کار خود را آغاز کرده است. از آن زمان تاکنون افتخار این را دارد که به بیش از ۷۰۰۰ مراجعه کننده، خدمات درمانی ارائه کرده است. این مرکز همچنین با بیمه های تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و نیروهای مسلح قرارداد دارد.

خدماتی که در کلینیک تخصصی دیابت و بیماری های متابولیک ارائه می شود:

- ویزیت دیابت
- فوق تخصص غدد و متابولیسم
- فوق تخصص کلیه (نفرولوژی)
- فوق تخصص قلب و عروق
- فوق تخصص چشم
- کلینیک استئوپروز (پوکی استخوان)
- کلینیک جراحی عروق
- مشاوره روانپزشکی
- زخم پای دیابتی
- مشاوره
- طب فیزیکی و توانبخشی
- آزمایشگاه پاتوبیولوژی
- داروخانه
- مرکز تحقیقات دیابت
- مرکز تحقیقات اختلالات متابولیک
- مرکز تحقیقات بیماری های مزمن و صعب العلاج

کلینیک عمومی دیابت

در این واحد توسط پزشک عمومی دوره دیده شرح حال بیماری از بیماران دیابتی گرفته می شود و بیمار پس از معاینه و با نظر پزشک فوق تخصص غدد، شروع می شود.

واحد مشاوره تغذیه

از سال ۱۳۸۸ تا کنون تمام بیماران دیابتی از خدمات واحد تغذیه بهره می برند. این واحد به عنوان یک واحد مکمل درمانی اهمیت تغذیه در کنترل دیابت را به بیماران یادآوری می کند و نحوه صحیح مصرف غذا را به آنان آموزش می دهد و بیماران رژیم غذایی مناسب از این واحد دریافت می کنند.



مرکز دیابت و بیماری های متابولیک

تهیه و تنظیم : نسرين آقا ملا



از دیگر خدمات ارائه شده در کلینیک

- دبریدمان
- پانسمان
- تعیین دید چشم
- آنژیوگرافی چشم
- (BMD) سنجش تراکم استخوان
- ECG
- ETT
- ABI
- اندازه گیری قند خون با گلوکومتر
- انجام آزمایش های بیماران

درمانگاه قلب و عروق

خدمات ارائه شده در این درمانگاه شامل ویزیت، تست ورزش و نوار قلب است.

کلینیک چشم

این کلینیک مجهز به دستگاه های آنژیوگرافی چشم و دستگاه عکس برداری از شبکیه چشم است و تحت نظر پزشک متخصص و کارشناس پرستاری دوره دیده به بیماران خدمت رسانی می کند.

همچنین از ابتدای اردیبهشت ماه سال ۹۱ جهت رفاه حال بیماران گرامی داروخانه این مرکز راه اندازی شده است.

کلینیک تخصصی و فوق تخصصی دیابت ۲ به مساحت ۱۴۰۰ مترمربع و زیر بنای ۴۱۰۴ مترمربع در ۵ طبقه در بهمن ۱۳۹۰ فعالیت جدید خود را آغاز کرد.

این کلینیک که هم اکنون با بیمه های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی در حال تنظیم قرارداد است، خدماتی به شرح ذیل ارائه می کند:

- فوق تخصص غدد
- فوق تخصص قلب
- فوق تخصص چشم
- متخصص روانپزشکی
- پزشک عمومی دوره دیده دیابت
- مشاوره پرستاری
- مشاوره تغذیه
- دبرید و پانسمان پای دیابتی
- توانبخشی و طب فیزیکی

سیستم خدمات سلامت کشور تحمیل خواهد کرد که شناخت آنها مستلزم انجام پژوهش های دقیق علمی در زمینه فرآیند سالمندی و طب سالمندان خواهد بود.



خدمات:

- بخش کامپیوتر Internet - جستجوی مقالات علمی
- و تخصصی - تبادل اطلاعات علمی و پژوهشی با مراکز علمی سطح کشور و سایر نقاط جهان
- Medline جستجوی مقالات علمی و تخصصی - امکان دسترسی و چاپ اصل مقالات Full Text

مقالات نشریات الکترونیک

مجله دیابت و لیپید ایران نشریه پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران است که به صورت دو ماهنامه و به منظور انتشار تازه ترین یافته های علمی و پژوهشی درباره دیابت و بیماری های مربوط به لیپیدهای خون منتشر می شود. این مجله دفتر کاری خود را از شهریور ماه ۹۱ به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی دیابت و بیماری های متابولیک ساختمان شماره ۲ انتقال داده و در این مکان به انجام فعالیت می پردازد.

در سال جاری اقدام چهار شماره این مجله منتشر شده است که جهت استفاده رایگان در سایت مجله به نشانی <http://ijdlld.tums.ac.ir> در دسترس عموم قرار گرفته است.

مراکز تحقیقاتی:

مرکز تحقیقات سلامت سالمندان

در این واحد پژوهشگران با انجام تحقیقات گسترده در صدد افزایش دانش پایه و علوم در زمینه دوره های مختلف زندگی هستند، چرا که در ۱۰ سال آینده بیش از ۱۰ درصد افراد جامعه سنی بالاتر از ۶۰ سال خواهند داشت در پی افزایش تعداد سالمندان، نیاز بیشتری به درمان یا پیشگیری از پوکی استخوان را ایجاد می کند و در صورت لزوم، بیماران به درمانگاه استئوپوروز ارجاع داده می شوند.

واحد زخم پای دیابتی

خدمات ارائه شده در این واحد عبارتند از:

دبریدمان، پانسمان، مشاوره پای دیابتی، پدوگراف TBI و ABI



**کلینیک عمومی**

- * شروع فعالیت: ۹۱/۰۱/۰۱
- * خدمات: ویزیت پزشک عمومی و تشکیل پرونده دیابتی

کلینیک زخم پای دیابتی

- * تعداد مراجعه کنندگان: ۶۱۸ نفر
- * درصد موفقیت بهبود زخم پا ۷۵ تا ۸۵ درصد.
- * خدمات اتاق عمل سرپایی زخم پای دیابتی: ویزیت - مشاوره - دبرید و پانسمان

مشاوره پرستاری

- * شروع فعالیت: ۱۳۹۱/۰۱/۰۱
- * تعداد مراجعه کنندگان: ۱۱۴۵ نفر
- * خدمات: ویزیت بیماران دیابتی - ویزیت بیماران غدد - ویزیت بیماران پای دیابتی

مشاوره تغذیه

- * شروع فعالیت: ۹۱/۰۱/۰۱
- * تعداد مراجعه کنندگان: ۱۳۴۳ نفر
- * خدمات: ویزیت بیماران دیابتی - ویزیت بیماران غدد - ویزیت بیماران پای دیابتی

کلینیک توانبخشی

- * شروع فعالیت: ۹۱/۰۲/۱۳
- * تعداد مراجعه کنندگان: ۳۳۱ نفر

خدمات توانبخشی

- فیزیوتراپی: کلاس ورزش هوازی - کلاس آموزش ورزش - کلاس آموزش ماساژ درمانی - ماساژ درمانی - فیزیوتراپی - لیزر درمانی - هایتن تراپی - طب فیزیکی: نوار اعصاب - طب سوزنی - درمان های دستی - ویزیت تخصصی - ارتوپدی فنی

اقدامات آموزشی کلینیک

- از دیگر اهداف این کلینیک ارتقای سطح دانش جامعه برای پیشگیری و مقابله با عوارض بیماری دیابت است و اقدامات کلینیک در این راستا عبارت است از:
- * هماهنگی عقد تفاهم نامه با رادیو سلامت جهت سخنرانی علمی استادان پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم با عنوان «زنگ دیابت».
- * آموزش الگوی عملکرد جاری در کلینیک و برگزاری جلسات توجیهی و تورهای آموزشی با شهرستان های متقاضی مانند: تور دانشجویان اراک

مرکز تحقیقات بیماری های غیر واگیر

- مرکز تحقیقات بیماری های غیر واگیر که مقرر است به عنوان یکی از تأمین کنندگان شواهد علمی مداخلات مؤثر بر نظام سلامت در راستای سیاست های وزارت بهداشت در زمینه بیماری های غیر واگیر عمل کند با بهره گیری از محققان جوان و دانشجویان دوره دکتری (اعم از دانشجویان دکتری مبتنی بر تحقیق یا دانشجویان دکتری مبتنی بر واحد های آموزشی) در چهار حیطه بار بیماری های با ارزیابی عملکرد نظام سلامت، سلامت سنجی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اقدام به توسعه تحقیقات مداخله ای یا مشاهده ای اقدام می کند.

افق های آینده :

- توسعه آموزش تخصصی پرستاری و تغذیه بیماران دیابتی به صورت مستمر و ماهانه .
- ادامه همکاری با رادیو سلامت
- برگزاری سمینارهای تخصصی دیابت
- توسعه کتابچه های آموزشی
- برگزاری تورهای آموزشی در شهرستان
- توسعه کلینیک چشم
- ایجاد کلینیک نفرولوژی
- ایجاد کلینیک نورولوژی
- ایجاد کلینیک استتوپروز
- فعال کردن بخش رادیولوژی - سونوگرافی - ماموگرافی - سنجش تراکم استخوان
- آزمایشگاه پاتوبیولوژی
- اقدامات درمانی کلینیک

کلینیک فوق تخصصی غدد

- * شروع فعالیت: ۱۳۹۱/۲/۱
- * خدمات: ویزیت بیماران دیابتی - ویزیت بیماران غدد - ویزیت بیماران پای دیابتی

کلینیک فوق تخصصی قلب

- * شروع فعالیت: ۱۳۹۲/۰۷/۱
- * خدمات: ویزیت - نوار قلب - اکوکاردیوگرافی - تست ورزش - هولتر نوار قلب

کلینیک فوق تخصصی چشم

- * شروع فعالیت: ۹۱/۰۷/۰۱
- * خدمات: ویزیت فوق تخصصی شبکیه بیماران دیابتی - لیزر



مصاحبه با خانم عباسپور مدیر خیریه کوثر مشیز بم

نسرین آقاملا



س: خانم عباسپور لطفاً خودتان را به خوانندگان معرفی کنید.

من فعالیت خود را از سال ۱۳۷۲ بعد از اتمام تحصیلات دانشگاهی با سمت مدیر عامل موسسه خیریه کوثر مشیز در کرمان شروع کردم، با وجود این که استان کرمان سرزمینی غنی از منابع مادی و معنوی است، ولی به لحاظ موقعیت جغرافیایی جز استان های آسیب پذیر و جرم خیز است. بدین لحاظ با درک مسئولیت اجتماعی خود و همت جمعی از خیرین، با پشتوانه خرد و ایمان ویژه این موسسه بنیان گذاشته شد.

س: موسسه خیریه کوثر مشیز از چه سالی و با چه هدفی شروع به کار کرد؟
این موسسه از سال ۱۳۷۳ با هدف مشارکت در توسعه پایدار شروع به کار نمود. رویکرد ما در این عرصه پیشگیری از آسیب های اجتماعی است. لذا با تدوین و اجرای برنامه هایی از جمله: توانمندسازی و حمایت از کودکان بی سرپرست و بدسرپرست، حمایت از افراد بیمار، توانبخشی به گروه سنی توانخواهان بالای ۱۴ سال، آموزش و تربیت نیروی انسانی کارآمد در مراکز آموزشی تا به امروز فعالیت کرده ایم.

س: خیریه کوثر مشیز تاکنون چه گام هایی برداشته است؟

تا کنون در جهت تحقق اهداف اساسی خود در تمامی شهرهای استان کرمان از جمله شهرستان بم ۱۲ مرکز شبه خانواده، ۲ مرکز درمانی در شهر کرمان و ۱ مرکز درمانی در تهران، ۱ مرکز توانبخشی به توانخواهان در کرمان و ۱ مجتمع آموزشی در شهر کرمان ایجاد کرده و توانسته ایم با الگوسازی در این مراکز، خدمات موفق و قابل قبولی در راستای اهداف خود و این قبیل مشارکت های اجتماعی ارایه کنیم.

س: ۷: از اقداماتی که تا کنون در بم انجام داده اید برایمان بگوئید؟

یکی از فعالیتهای موثر که موسسه در بم انجام داده است راه اندازی مرکز شبه خانواده با ظرفیت ۴۰ نفر در سال ۱۳۷۵ است که تا کنون ۱۵۴ نفر در آن پذیرش و ۱۳۴ نفر از آن ترخیص شده و در زمان زلزله ۵ دیماه ۱۳۸۲، ۶۰ نفر از فرزندان زلزله زده را در مرکز شبه خانواده کرمان پذیرش کردیم که در آن شرایط بحرانی بسیار کارساز بود و ظرفیتی نزدیک به ۵۰۰ نفر را آماده پذیرش برای این گروه کردیم. اقدام متمرکزم دیگر موسسه در زمان زلزله بم اعزام گروه امداد و نجات در قالب اورژانس هوایی و زمینی در ساعات اولیه وقوع زلزله بود که توانست خدمات موثر به افراد زلزله زده ارائه کند.

س: ۸: شما در آینده چه برنامه هایی برای خیریه مشیز دارید؟

ما باور داریم که مهمترین سرمایه جامعه، رشد و توسعه منابع انسانی آن است. با توجه به هدف این موسسه که مشارکت در توسعه کشور است، حفظ و تربیت نیروی انسانی کارآمد بزرگترین وظیفه اجتماعی ما است. لذا برای پذیرش این مسئولیت باید با تدوین برنامه ها و اقدامات پیشگیرانه و سازنده بتوانیم کودکان و نوجوانان به ویژه گروه در معرض آسیب را که پایه اصلی جامعه فردا هستند را حفظ و با توانمندسازی، آنها را به فردایی روشن هدایت کنیم. پس کلیه تلاشهای ما در این زمینه خواهد بود.

س: در پایان چه صحبتی دارید؟
از فرصتی که شما و نشریه تان در اختیار من گذاشته اید سپاسگزارم و در پایان برخود لازم می دانم از خانم دکتر هاشمی و همکارانشان در بنیاد به لحاظ همکاری خیرخواهانه و بشر دوستانه ای که با خیریه کوثر مشیز دارند چه در مورد بیماران خاص و چه در مورد کودکان بی سرپرست که با واگذاری ساختمان تجهیز شده به مرکز شبه خانواده بم به این شهر کمک شایانی کردند، قدردانی و تشکر کنم و از خداوند توفیق روز افزون و سلامتی و سعادت ایشان را خواستارم.

س: ۴: افراد تحت پوششتان چند نفرند؟

در مراکز شبه خانواده که یکی از خدمات موثر و افتخارآمیز موسسه است و به صورت خانه ای امن برای بالندگی شخصیت انسانی و علمی فرزندان در ۱۲ مرکز راه اندازی شده و از ابتدا تا به امروز ۱۵۶۹ نفر تحت پوشش قرار گرفته اند که تعداد ۱۲۷۴ نفر ترخیص گردیده اند و تعداد ۲۹۲ نفر به آموزش عالی راه یافته اند و مدارج عالی را تا سطح دکتری ادامه داده اند.

- در مراکز درمانی روزانه قریب به ۱۰۰۰ نفر پذیرش می شوند و از آغاز تا به امروز ۵ میلیون نفر از خدمات این مراکز بهره مند شده اند.
- در مرکز توانبخشی توانخواهان نیز تا کنون ۲۷۰ نفر پذیرش شده اند.

س: ۵: چطور با بنیاد آشنا شده اید؟

با توجه به خدمات ارزنده بنیاد و مدیریت شایسته خانم دکتر هاشمی که در سطح کشور به بیماران خاص ارائه می شود، این بنیاد برای همه فعالان عرصه اجتماعی شناخته شده است و همچنین سابقه طولانی فعالیت آن در شهرهای استان کرمان و به ویژه هم راستائی اهداف و برنامه های بنیاد با موسسه خیریه مشیز در ارائه خدمت به بیماران موجب آشنایی بیشتر و همکاری مستمر شده است.

س: ۶: در چه زمینه هایی با بنیاد تعامل داشته اید؟

در بخش بیماران خاص، افراد بیمار به مراکز درمانی خیریه مراجعه می کنند و پس از شناسائی می شوند، به شعبه های بنیاد در سطح استان هدایت می شوند. در بخش خدمات عام المنفعه بعد از زلزله ۵ دی سال ۱۳۸۲ شهر بم بنیاد ساختمان مناسبی را تهیه و تجهیز کرد. این مرکز برای ساماندهی شیرخواران باقیمانده از زلزله که با لطف مسئولین بنیاد به ویژه خانم دکتر هاشمی در اختیار خیریه کوثر مشیز قرار داده شد. ما توانستیم ۴۰ نفر از کودکان بی سرپرست بم را که مرکز شبه خانواده آنها تخریب شده بود، به آنجا منتقل کنیم و به فعالیت خود ادامه دهیم، که لازم است من صمیمانه از ایشان تشکر و قدردانی کنم که در آن مقطع نیاز این کودکان را که یک مکان مناسب برای زندگی بود فراهم کردند.



افزود: اواخر سال ۸۳، انجام یک رادیوگرافی قفسه سینه ۶۰۰۰ تومان هزینه داشت که هم اکنون به ۱۳ هزار تومان رسیده است، یعنی بعد از هشت سال تقریباً دوبرابر شده است. صداقت تاکید کرد: اگر باتوجه به نرخ تورم در این سال ها و رشد قیمت ها خیلی خوشبینانه به این افزایش تعرفه ها نگاه کنیم، می توان ادعا کرد بین ۱۰ تا ۱۵ درصد زیان می بینیم.

سرانه سلامت ایرانیان در جایگاه ۱۴۰ دنیا
رئیس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی گفت: ایران از نظر سرانه سلامت در رتبه ۱۴۰ بین کشورهای دنیا قرار دارد.

عباس آقازاده مسرور در گفت و گو با فارس گفت: یکی دیگر از نتایج پایین بودن سرانه سلامت بی کیفیتی خدمات بخش دولتی در ارائه خدمات سلامت و در نتیجه افزایش پرداخت هزینه از جیب مردم است.

وی یادآور شد: سال ۹۱، حدود ۷۵ درصد هزینه سلامت را مردم از جیب پرداختند، در صورتی که ما سال هاست فریاد می زنیم پرداخت از جیب مردم باید کم شود، زیرا در کشورهای پیشرفته بیشترین سهم سلامت مردم را دولت با اتکا به درآمدهای عمومی مانند مالیات می پردازد.

آقازاده استفاده از ظرفیت نظریات جامعه پزشکی و مشارکت بیشتر سازمان نظام پزشکی در تصمیم گیری ها را یکی دیگر از نکاتی عنوان کرد که نمایندگان این سازمان با وزیر پیشنهادی بهداشت مطرح کرده اند.

تهران و شهرهای شمالی رکورددار استفاده از جوش شیرین

یک متخصص علوم تغذیه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: بیشترین مشکلات در زمینه استفاده از جوش شیرین در نان مربوط به تهران و شهرهای شمالی کشور است.

دکتر حامد پورآرام با اشاره به اجرای برنامه حذف جوش شیرین از نان از سال ها پیش در کشور افزود: گزارش ها حاکی از آن است که به طور متوسط میزان جوش شیرین مورد استفاده در نان (نان سفید) بیش از ۹۲ درصد است. وی ادامه داد: جوش شیرین، سرعت پخت نان را بالا می برد و نانوایان به دلیل داشتن فضای کوچک و تعداد زیاد مشتریان، از جوش شیرین در پخت نان استفاده می کنند.

رئیس انجمن رادیولوژی ایران به تشریح وضع هزینه های تصویربرداری پزشکی از سال ۸۳ تا ۹۲ پرداخت و گفت: درحالی که هزینه های رشته تصویربرداری پزشکی در این سال بین ۵۰۰ تا ۸۰۰ درصد افزایش داشته است، تعرفه های رادیولوژی فقط دو تا سه برابر رشد داشته اند. عبدالرسول صداقت درگفت و گو با مهر اظهار داشت: هزینه های رشته تصویربرداری پزشکی در سه بخش تعریف می شود که بخش اول مربوط به هزینه های ساختمانی است، به گونه ای که هزینه تهیه مطب از اواخر سال ۸۳ تا سال ۹۲، بین پنج تا هشت برابر افزایش داشته است.

عضو هیات مدیره انجمن رادیولوژی ایران با تاکید بر این که در رشته رادیولوژی برخلاف سایر رشته های پزشکی امکان استفاده از ساختمان استیجاری وجود ندارد، تصریح کرد: ساختمان مورد استفاده برای این نوع خدمات باید تغییراتی بکند که مالک هرگز اجازه نمی دهد در ساختمانش چنین تغییراتی انجام شود. بنابراین، معتقدم که صددرصد رادیولوژیست ها مالک مطب خود هستند.

صداقت به تجهیزات مصرفی و سرمایه ای در رشته تصویربرداری پزشکی اشاره کرد و گفت: بیش از ۹۰ درصد تجهیزات این بخش در خارج از کشور تولید و وارد کشور می شود، به طوری که رشته تصویربرداری پزشکی وابستگی نزدیک و صددرصدی به منابع ارزی دارد.

وی به تاثیر تحریم ها برافزایش هزینه های تجهیزات رادیولوژی اشاره کرد و افزود: تحریم ها اثر تصاعدی بر قیمت تجهیزات داشته است. به عنوان مثال در بخش مواد مصرفی قیمت گاز هلیوم که در ام آر آی مصرف زیادی دارد، از لیتری ۱۳ هزار تومان به ۱۸۵ هزار تومان افزایش یافته، یعنی قیمت آن نزدیک به ۱۵ برابر شده است.

رئیس انجمن رادیولوژی ایران گفت: در دیگر موارد مصرفی نیز قیمت ها بین سه تا چهار برابر افزایش یافته که عمده این افزایش ها بین سال های ۹۰ تا ۹۲ بوده است.

صداقت تاکید کرد: در زمینه تهیه فیلم رادیولوژی قیمت ها در پنج سال گذشته حدود شش تا هفت برابر شده که ۶۰۰ تا ۷۰۰ درصد تورم را نشان می دهد.

وی به افزایش تعرفه ها در این سال ها اشاره کرد و



رشد ۵۰۰ تا ۸۰۰ درصدی هزینه های رادیولوژی

نویسنده: دکتر فرهود



و سرپیشه ۳/۹ درصد، کنگان ۳/۸، بجنستان ۳/۶ درصد، خوشاب ۳، خور و بیابانک ۲/۷ درصد، خلیل آباد ۲/۵ درصد، سرایان ۲/۲ و ابوموسی ۱/۲ درصد است.

وضعیت بیکاری در مراکز استان ها

در میان شهرستان های کشور، نرخ بیکاری در برخی از مراکز استان ها نیز جالب توجه است. نرخ بیکاری در خرم آباد ۲۹ درصد، زاهدان ۲۵/۵ درصد، رشت ۱۶/۶، کرج ۱۷/۱ درصد، شیراز ۱۷/۹، بندرعباس ۱۵/۵، شهرکرد ۱۵/۴، تهران ۱۳/۵ و زنجان نیز ۱۳/۲ درصد است. برپایه این گزارش، نرخ بیکاری در قزوین ۱۳/۲ درصد، ساری ۱۲/۸، مشهد ۱۰/۸، کرمانشاه ۲۳/۸ درصد و در شهر اردبیل نیز ۱۴/۷ درصد اعلام شد.

فاصله نرخ بیکاری در شهرها ۴۸/۸ درصد

به صورت کلی، بررسی ها نشان می دهد درحال حاضر فاصله نرخ بیکاری در بیکارترین شهر کشور به میزان ۵۳/۲ درصد با ابوموسی با نرخ بیکاری ۱/۲ درصد به میزان ۴۸/۸ درصد است.

فاصله حدود ۴۹ درصدی نرخ بیکاری در شهرهای کشور نشان دهنده توزیع نامتوازن فرصت ها در کشور از سویی و توسعه نیافتگی مناطقی از کشور به لحاظ بهره مندی از صنعت، کارخانجات و تولید است.

۲۵ شهر زیر ۵ درصد

۲۸۱ شهر از مجموع ۲۹۷ شهر کشور دارای نرخ بیکاری دو رقمی و بالای ۱۰ درصد است و تعداد شهرهای با نرخ بیکاری تک رقمی ۱۱۶ شهر است. همچنین تعداد شهرهای دارای نرخ بیکاری زیر پنج درصد که نشان دهنده وضعیت مناسب آن شهرها به لحاظ وجود فرصت های شغلی برای کارجویان است تنها ۲۵ شهر کشور اعلام شد.

۲۰ شهر اول بیکار

مسجد سلیمان با ۴۳/۴ درصد، ایرانشهر ۴۳/۲، زابل ۴۳ درصد، سیب و سوران با ۳۸/۸ دصد، باوی با ۳۷/۷ درصد، هیرمند با ۳۷/۳، دشت آزادگان ۳۶، زهک با ۳۵/۹ درصد، شادگان با ۳۵/۹ درصد، اندیمشک با ۳۴/۲ درصد و خرامه با ۳۱/۸ درصد جزو ۲۰ شهر بیکار اول کشور محسوب می شوند. مریوان با ۳۰/۶ درصد، سرپل ذهاب ۳۰/۴، اندیکا ۳۰/۳، پاوه ۳۰/۲ درصد، خرمشهر با ۳۰/۲ و سرپاز با ۳۰ درصد درگروه ۲۰ شهر اول بیکار کشور قرار دارند.



۲۰ شهر دارای بهترین وضعیت بیکاری

در بین ۳۹۷ شهر کشور، نرخ بیکاری در ۳۰ شهر کشور کمترین میزان در بین تمام شهرهای کشور است. براساس آمار ارائه شده، نرخ بیکاری در م و لات ۴/۸ درصد، بستان آباد ۴/۸، ایجرود، شبستر و خنداب ۴/۷ درصد، بشرویه ۴/۶ درصد و تیران و کرون نیز ۴/۵ درصد است. همچنین نرخ بیکاری در شهر انار ۴/۵ درصد، خداآفرین ۳/۴ درصد، آران و بیدگل و ماهنشان ۴/۲ درصد، طارم ۴، جویین

پورآرام افزود: همچنین در مناطق گرم، استفاده از خمیر مایه برای پخت نان پاسخگو نیست و این مساله موجب بهره گیری نانویان از جوش شیرین می شود از سوی دیگر نانوهای نسبت به عوارض جوش شیرین آگاهی ندارند و این مساله مشکل ساز است.

به گفته وی، اگر هم نانویی از عوارض جوش شیرین اطلاع داشته باشد در شرایط خاص چاره ای جز استفاده از جوش شیرین ندارد، زیرا در غیر این صورت کار طبخ نان پیش نمی رود. متخصص علوم تغذیه وزارت بهداشت اظهار داشت برای حذف جوش شیرین از نان و تدوین دستورالعمل در این مورد باید همه جوانب را در نظر بگیریم از جمله این که نانویی ها فضای کافی داشته باشند و سیستم طبخ نان آنها نیز به روز شود.

پورآرام با بیان این که برای اعطای مجوز فعالیت به نانویی ها باید فضای آنان مورد توجه قرارگیرد تا آنها امکان تخمیر آرد را داشته باشند و سپس نان بپزند، یادآور شد: جوش شیرین موجب بروز عوارض مختلفی از جمله مشکلات گوارشی، سوء هاضمه، جذب نشدن فلزات سنگین مانند آهن، کم خونی و اختلالات کبدی می شود.

جزئیات نرخ بیکاری در ۳۹۷ شهر

نرخ بیکاری و وضعیت ۳۸۷ شهرستان کشور که براساس آخرین سرشماری کشور در سال ۹۰ از سوی مرکز آمار ایران انجام شده است، از سوی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی پس از آمارهای جنجال برانگیز عملکرد ۸ ساله دولت ارائه شد. بررسی آمارهای مربوط به ۳۹۷ شهرستان کشور نشان می دهد که نرخ بیکاری در شهرستان بشاگرد به میزان ۵۳/۲ درصد و بالاترین نرخ بیکاری کشور است. همچنین شهر جوانرود با ۴۶/۹ درصد و سراوان در استان سیستان و بلوچستان با ۴۴/۸ درصد به ترتیب دومین و سومین شهر با نرخ بیکاری بالا در کشور است.



مصاحبه با مدیرعامل انجمن ام اس خراسان شمالی

بنیاد امور بیماریهای خاص

به نام خدای مهربانی ها

و یاری رسانی به بیماران خاص تاسیس و با عنایت پروردگار متعال و با کمک از محضر آقا امام رضا(ع) تا به امروز این توفیق را داشته است که بیش از ۲۴۰ نفر از این عزیزان را تحت پوشش قرار دهد. که در سال ۱۳۹۲ انجمن ام اس خراسان شمالی انجمن نمونه کشوری شناخته شده است.

- با بنیاد امور بیماریهای خاص چگونه آشنا شدید؟

در زمان تاسیس انجمن ام اس با سرکار خانم هاشمی آشنا شدم هم صحبتی با ایشان بر من بسیار تاثیر گذار بود و بنیاد در جهت ارتقاء این انجمن حمایت های فروانی کرد.

- این انجمن فقط به بیماران ام اس خدمت رسانی می کند؟

ما در کنار بیماران ام اس کودکان زیر ۱۴ سال سرطانی را نیز حمایت می کنیم لبخند این بچه ها برای من یک دنیا امید و مهربانی را به ارمغان می آورد یکی از آنها روحیه بسیار خوبی دارد و می خواهد پزشک شود .

- از هدف های آتی خودتان بگویید؟

اگر خدا بخواهد با حمایت بنیاد امور بیماری های خاص بتوانیم کلینیک درمانی بیماران خاص را در بجنورد تاسیس و افتتاح نماییم.

- بهترین فرد و همراه شما در زندگی کیست؟

همسرم بهترین همراه من در زندگی بوده است و همیشه حمایت کرده است.
سرکار خانم پیدا از وقتی که در اختیار تحریریه مجله خاص گذاشتید سپاسگزارم .

خدا در مکان های دور از انتظار، به دست افرادی دور از انتظار و در مواقعی تصور ناپذیر، معجزات خود را به انجام می رساند برای آن مهربان توانا غیر ممکن وجود ندارد یادمان باشد همیشه و همیشه امیدی هست.
در این شماره از مجله خاص با مدیر عامل انجمن ام اس خراسان شمالی سرکار خانم سهیلا پیدا به گفتگو نشستیم که ایشان در شرایط خاص نگاه متفاوتی به زندگی داشته اند و یکی از بانوان موفق این مرزو بوم هستند .

- لطفا خودتان برای خوانندگان مجله خاص معرفی کنید.

سهیلا پیدا هستم مدیر عامل انجمن ام اس خراسان شمالی و رئیس هیئت ورزش های بیماران خاص و پیوند اعضا که خداوند را شاکرم که توفیقی به من عنایت کرد تا در مجموعه ای از انسان های نیک سرشت و خداجوی جهت خدمت به بیماران دردمند و پاکدل دعوت شوم.

- چگونه متوجه شدید که به ام اس مبتلا هستید؟

در مهر ماه ۱۳۸۵ با توجه به خستگی های شدید و مکرر به پزشک مراجعه کردم جناب آقای دکتر نوربان تشخیص ام اس را دادند. در لحظه ای که به من گفته شد به ام اس مبتلا گردیده ام من و همسرم به شدت بهم ریخته بودیم و تنها خواسته من از همسرم این بود که مرا به حرم امام رضا ببرد. ایشان مرا به حرم امام رضا بردند و در آنجا با آرامشی که بدست آوردم با خود عهد کردم که بعد از اینکه توانستم روی پاهای خودم بایستم تمام زندگی من وقف بیماران ام اس باشد.

- از آن نگاه متفاوت خود و آن نذر برایمان بگویید؟

ام اس زندگی من را عوض کرد سیری دشوار اما بس شیرین ، با کمک خداوند و همدلی و همکاری خانواده و دوستانم توانستم با این مشکلات کنار بیایم یک طبقه از منزل خود را وقف بیماران و انجمن ام اس را تاسیس نمایم.

- انجمن بیماریهای ام اس خراسان شمالی از چه سالی شروع به فعالیت کرد؟

انجمن بیماری های ام اس از سال ۱۳۸۵ با هدف کمک

زندگی باید کرد گاه با یک گل سرخ
گاه با یک دل تنگ
گاه باید روئید در پس این باران
گاه باید خندید بر غمی بی پایان
زندگی باور می خواهد، آن هم از جنس امید
که اگر سختی راه به تو یک سیلی زد
یک امید قلبی به تو گوید که خدا هست هنوز



جوهری ، علیرضا روح پرور ، محمد چمانی ، مقصود ابراهیمی ، طاهره ابراهیم نژاد درزی ، زمان قدیری ، حامد رئیسی ، الهام صباغان ، رضا بهدانی ، افشین وکیل زاده خانسان ، یزدان ممتاز همگینی ، نیما نجفیان . علی قیاسی ، عباس نوروز بیکی ، محمد رضا عباس قشمی ، مهدی شاطری ، هیوا بختیاری ، رضا حقی شنبه بازار ، علی حمیدی سه ده ، محمد رضا صالح خیر ، عباس رنجبر ، مجید قربانی ، راضیه سلحشور اسبق ، مسلم حیدری ، معین ظهیری نژاد ، مسلم رضایی ، طاهره غلامی ، روح اله ولی پور ، فریده عرب ، علی اکبر ابوعلی ، وحید خانی ترکداری ، شعیب محمدی آلمانی ، مرتضی داودی لیمونی ، فاطمه خیابانی ، مسلم مراد شیر ولی ، حسین قادری مطهر ، مصطفی جلال پور بهرام پناهی ، مهدی قادری ، فریرز قره داغی میانچی ، اسلام اسلامی ، فیروز نعمتی آقچه کهل ، یوسف دشتی زاده ، حسین بیابانی ، محمد رضا فلکی منعم ، فاطمه حشمتی ، ایمان امیری ، احمد عطانی قزلو ، محسن قیطانی فر ، مریم قربانی محمود آباد ، علی بابانی اسکندر کلانی ، علیرضا نگاه داری ، آرمان صلواتی ، نوید منزلی زاده اصفهانی اصل . محمد همت امندانی ، محمد شهریاری عظیم ، رمضانعلی صفری پورکار طلب ، یداله تژوه ، علی صفوی وردین ، مهدیه صادقی ، رضا امیری نژاد ، بهمن مقدم مهر ، حمید نصیر زاده ، مسعود مظفری ، جعفر کشاورز قره موسوی ، ایوب پیراولاد ، ناصر تقی زاده گلوبندی ، مهدی میرشکار ، سید محمد موسوی نیا ، محمد رضا احمدی ، مهدی رضانی زاده جلگه ، امامعلی نازداری ، مهدی ماستری فراهانی ، نادر داستانی ، ثریا کریمی سید محمدلو ، مرضیه صفری تحریری ، اصغر اسمخانی ، محسن جهانگیری ، الیاس رفعت سمسی ، سید هادی پازهر ، مریم رضانی ، محمود ندی ، کسری نظری ، بایرامعلی دلانی میلان ، محمد نورالدین ، میثم صالحی ، محسن شیخ زاده ، حسین اصغری ، تورج احتشام فر ، ایمان خبازی نژاد ، محمد شجاعی ، مریم لاجی ، مختار نظری ، رضا کدخدا فتح آبادی ، محمد امین شیروش ، معصومه رضانی ، تورج مهری ، فاطمه یار احمدی ، علی مالکی ، حامد پروین ، محسن مردانی ، احمد رضا صادقی ، مصیب زارع ، بهنام قره قانی ، حمیدرضا رودی ، پویا سفید رو ، مهدی کاو تراش ، جمیله ولد خانی ، محمد نصیری پور ، سامان ورناصری محمدی ، حمید رضا سیل سپور ، محمد سلطانی نژاد ، جواد راست گردانی ، رسول جبارت ، جواد قادری ، وحید زنگنه ، سجاد زارع قشلاقی ، عرفان ایوانی ، حمید داوودی ، حسین زکی پور کینچی ، رامین رمضان پور مفرد ، محمد رضا دهستانی تفتی ، علیرضا طاهر نژاد ، غفار محرمی ، سعید اسماعیل پور باباجان ، مصطفی فیوج شجاعی یزدی ، میثم یوسف زاده ، وحید رزمان ، سعید صادقی ، خالد حسن نیا ،

اسماعیل ملک محمدی ، رسول گل سرخی ، فرزاد شاه حسینی ، فرهاد خاک ور ، مسعود کریمی وظیفه خواه ، مهرداد نوروزی شیخلو ، هادی فیروزی قشلاقی ، وحید پویان سیرجانی ، مریم محمد زاده ، ربابه محمدنیا ، عظیم شیرین زاد ، وحید محمودی ، مرتضی مینانی ، ماه گل شهپرانی شمی ، نازنین سعیدی . بهروز کایدانی ، علی آقا بزرگی ، امیر صحرانی فر ، امیر حسین گران پایه واقعی ، مجتبی غیائی ، معین نبوی نژاد ، محمد رضا قره داغی کوچولو ، حمید شیری ، علی گودرزی ، عارف دهنادی ، سید قاسم موسوی ، ابراهیم مسن ساران ، فرح جنادله ، سیروس صفری ، مهدی سلمانی ، محمد رجانی نیا ، علیرضا شبان زاده نجم آبادی ، سعید مولایی ، احسان سلیمانی فر ، محمود برزگر . شهاب کردی منفرد ، احمد شریفی ، مصطفی جهان تیغ نسب ، رجبعلی سهیلی نژاد ، عبدالکریم حاج حیدری ، علیرضا فری نژاد داوودی ، محسن نیک فرجام ، عمار فرشته بلسی ، سجاد محمدی ، حاتم زید بانی ، امیر امیری کرجانی ، ساسان فتاحی ، سارا کارگر مقدم ، مهدی گودرزی ، شهاب توبی ، امین خدا مرادی ، رامین قاسمی کسبی ، بابک کارگر ، محمد حسین اله وردی بمی ، رسول صادق زاده ، علیرضا امینی ، مجید گل محمد زاده دیزجی ، احمد پیر پیران ، فرشاد بهادر ، محمد سلطانی کله مسلمانی ، ناصر علیزاده احمد آبادی ، زهرا نادر پور ، انور نظمی ، زمان شهبازی ، سعید فرهادیان ، رضا پرهیزکار خاجانی ، سید کامجو صفی نیا ، سمیه کریمی مریم حسین زاده ، سید میلاد هاشمی نژاد ، هادی رضی ، عقیل محمدیان چوکانلو ، ایمان ترک فلک ، مجید سروری ، سعید رنجور ملاشاهی ، محسن شهنوازی دوربان ، فرخنده دانش فر ، مختار عمرانی پور ، محمد ریحانی ، امید خادم ، امیر اشکبوس ، مرضیه ظهراپی ، مجتبی برجی ، مهدی کمالی ، مهدی آرزومندی ، روح الله کریمی ، سعید باقر زادگان ، مبین قانونی مقدم ، محمد صادق شیری ، ابراهیم پیروزان ، علی اصغر سلیمانی راد ، افشین فارسی نژاد محمدی ، محسن اشک تلخ ، محمد بابانژاد ، هادی مهدی بیگی ، اصغر فراوانی باشیز ، اصغر رسولی مدنی لنگرودی ، مسعود کرمی نصر ، شهرام بهرامی ، فتح اله فتاحی ، احمد جلالی عزیزان ، محسن بکدلی ، سارا مهران راد ، بهروز طهماسبی ، شاهین زهرانی مقدم ، مرتضی ابراهیمی ، رحیم مهری ، مجتبی احمدی ، کاظم شهبازی ، محمد مهدی گلستان فر ، لقمان بهمنی ، شیدا عزیزی ، محمد صادق رحمانی ، شهاب الدین مرادی ، حسن رضانی ، رسول کاوه وند ، حسن صفری حسن آبادی ، جمال مولوی ، رضا جودکی سلطان آبادی ، رحیم کنشلو ، زیبا سحری ، مجتبی معرفاوی ، مرتضی قاسم زاده ، محمد حیدر جو ، حامد حیدری ، محمد عطانی ، محسن خنجری ، علی صحرانی ، علی سنجابی ، نیما نیک پور ، محسن

بوستان اهدای عضو در سال ۷۵ به ثمر نشست است و هم اکنون دهها نفر از هموطنان به یاری هموعان خود شتافته‌اند تا با هدیه کردن بخشی از وجود خود، دوباره نعمت زندگی را در وجود دیگری جاری سازند .

ایثار زندگی یاری سبز روزگار

نیلوفر خورشیدی

با اهدای عضو بعد از مرگ،
حیاطی تازه به هموع خود
بخشید.
آدرس اینترنتی جهت تکمیل
فرم برای علاقمندان
cfsd.org/forms/ozv

جهت کسب اطلاعات بیشتر
با این شماره تماس حاصل
فرمایید :

۴۱۱ / ۲۲۵۹۱۹۵۷

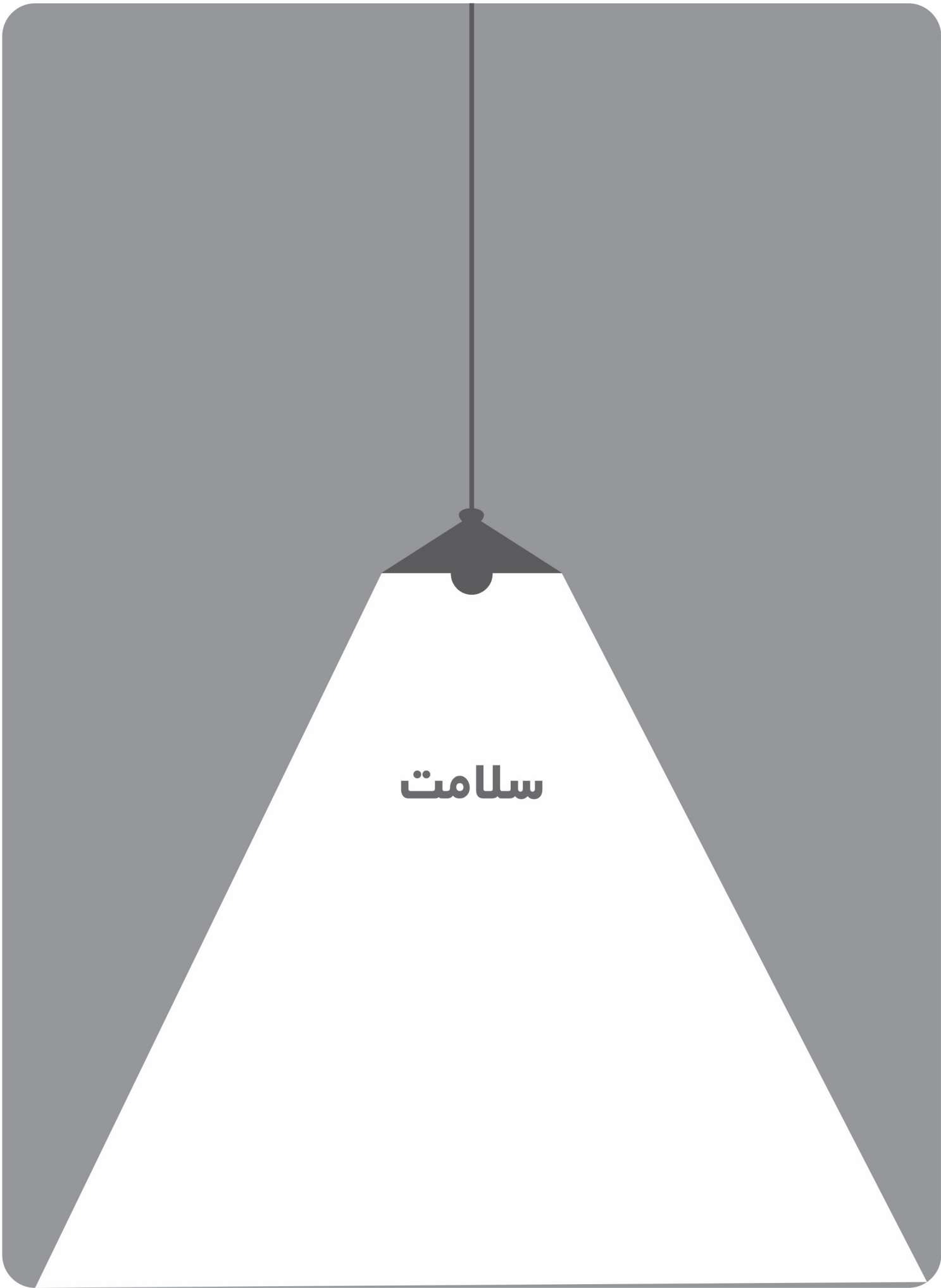


یاری سبز یاوران

خانم امیری این بار هم یاری سبز شما هموطنان به کمک بیماران خاص کشور آمد تا بار دیگر افتخار کنیم که هم‌میهنانی چون شما داریم .

یاوران بنیاد امور بیماری‌های خاص در این فصل عبارتند از :

امید پورآذر ، دانش یار ، سهیلی ، آزمایشگاه سبز ، توانگر ، بوش وش یوسف ، الناز ، تبریزیان ، محمد اسماعیل ، ابراهیم ، جیلی ، رشیدی ، بریانی ، مصلح ، محمدی ، حسام ، سلیمانی ، داودآبادی ، عبدالحی ، حکیمه ، آلهویی ، عسگری ، محمد روان ، سالاروند ، جعفرزاده ، یوسف زاده ، طالبی پناه ، لاله کاظمی ، عابدینی ، رضا دیوان ، رحمانی ، آق مهدی ، شکرانه ، شهمرادی ، پاشا ، وسائلی ، یونس ، نیک بخت ، رحمانی ، آبشاهی ، شجاعی ، محمود ، هدی ، پارسا ، شهرانلو ، چگینی ، شعبانی ، سراج زاده ، مواجی ، محترم بهاری ، خورشیدی ، مولوی ، اجابتی ، خدایاری ، اختر ، سلطانی ، جلوانی ، سیدمهدی ، میرقرب ، فرنگیز پریور ، حجازی ، شاهمرادی ، احمدی ، جوستان ، اردبیلیان ، شهیرزادی ، علی قرنی ، نخعی ، کاتبی ، شاکرین ، قلیزاده ، ساجدین ، پروین پاشایی ، محمودیان ، پیمانی ، عالی نژاد ، فرنی ، فراهانی ، احمدی ، فدایی ، الهام موحد ، محمود مقدم ، عمرانی ، قربانی ، دماوندی ، ایران خرم ، کمانی ، پورمند ، یازی ، نوری ، بابک متصورین ، عسگری ، مهمانپرست ، علی واشقانی ، مولوی ، توفیقی ، تقی رضایی ، محمد ترک ، حسن جعفری ، بلوی ، صفاری ، شهرام پورزنکی ، طهماسبی ، ایران فرم ، علی اصغری ، خیال ، فاطمه عزتی ، عقیل عزیزی ، محمدیان ، اردبیلیان ، معینی ، محسن کاشی بسط ، امیرحسین نخعی ، سکینه شریفی ، پوران فداکی ، آذر پالیزگرد ، منیر عالم ، آبری ، نوری منش ، نخعی ، صادقیان ، فروشگاه جواد ، امیررضا یلیمیا ، شمس الساد حسینی ، سمیعی ، وحید لطافت ، یوسف زاده ، زهرا علیزاده ، سید پورافسر ، دانشیار ، سهیلی ، آزمایشگاه سبز ، توانگر ، یوسف ، الناز ، تبریزیان ، محمد اسماعیل ، ابراهیم ، حسینی ، رشیدی ، بریانی ، مصلح ، محمدی ، حسام ، سلیمانی ، داودآبادی ، عبدالحی ، حکیمه ، آلهویی ، عسگری ، محمد روان ، سالاروند ، جعفرزاده ، یوسف زاده ، طالبی پناه ، لاله کاظمی ، عابدینی ، رضا دیوان ، رحمانی ، آق مهدی ، شکرانه ، شهنواری ، پاشا ، وسائلی ، یونس ، نیک بخت ، رحمانی ، آبشاهی ، شجاعی ، محمود ، هوری ، پارسا ، شهرانلو ، چگینی ، شعبانی ، سراج زاده ، مواجی ، محترم بهاری ، خورشیدی ، مولوی ، اجابتی ، خدایاری ، اختر ، سلطانی ، جلوانی ، سیدمهدی ، میرقرب ، فرنگیز پریور ، حجازی ف شاهمرادی ، احمدی ، جوستان ، اردبیلیان ، شیرزادی ، علی قرنی ، نخعی ، کاتبی ، شاکرین ، قلیزاده ، ساجدین ، پروین پاشایی ، محمودیان ، پیمانی ، عالی نژاد ، فرنی ، فراهانی ، احمدی ، آقای جعفری ، آقای اردهالی ، آقای جعفری ، آقای موحدی ، آقای کرلو ، آقای نصرتی ، آقای قاسمی ، آقای خانجانی ، آقای آزادی ، آقای کاوه ، آقای شیرازیان ، آقای خوشنژاد ، آقای محمودی ، آقای عرب نژاد ، آقای مهندس تقی زاده ، آقای دلربای ، آقای رزاقیان ، آقای ابراهیمیان ، آقای مهندس نیک طبع ، آقای شاهسون ، آقای امیدحاج فتحعلی ، آقای فرامرز همایون مهر ، آقای مهندسکشوریاصل ، آقای محمد فردقاسمی ، خانم آذر سعید ، آقای حقانی ، آقای نصرتی ، آقای آسیم ، آقای شجاعی ، آقای رضا پیمان پناهی ، آقای نوایی ، آقای حامد مقصودی ، آقای سید امین حسینی ، آقای صمدی ، آقای سید احمد حسینی ، آقای مهندس قانع ، آقای ابوالفضل دهقان ، آقای فخرآور ، آقای خانم دکتر موسوی ، آقای عسگری ، آقای دکتر طاهری ، آقای مهندس منصوریان ، آقای احمدی ، آقای ارجمندی ، آقای فرشاد ، آقای مسعودی ، آریا ، آقای رضانی ، آقای عباسی ، آقای رستمی صفا ، آقای پرورش ، آقای جوشقانی ، آقای افقهی ، آقای مهندس بهجت ، آقای اسکندری ، آقای غفاری ، آقای مهدی زاده ، آقای ساکی ، آقای مجید صادقی ، آقای علی غیاسی ، آقای مهندس شریفی ، آقای حبیب جهانی ، آقای فریبرز ، آقای فرشاد ملکی ، آقای موسوی ، آقای شمیرانی ، آقای موج بافان ، آقای عسگری ، آقای حمزه غفوری ، آقای مددی ، آقای لسان ، دکتر عقیلی ، آقای سرنجی ، حاج آقای ظروفی ، آقای احمدی ، خانم فضلی ،



سلامت



مرگ مغزی

بنیاد امور بیماریهای خاص

دلایل مرگ مغزی

تصادفات رانندگی، وارد آمدن ضربه شدید به سر، سقوط از ارتفاع، خونریزیهای داخلی مغز، سکته مغزی و مسمومیت‌های شدید از علل مهم مرگ مغزی به شمار می‌روند.

تفاوت‌های مرگ مغزی با کما

در حالت کما شانس بهبود برای برخی بیماران وجود دارد، در صورتی که در مرگ مغزی بهبود بیمار غیرممکن و مرگ وی ظرف چند روز حتمی است. کما یک نوع اختلال در کارکرد مغز است که در آن شخص - مشابه مرگ مغزی به دلیل کمبود خون و اکسیژن رسانی به مغز - دچار کاهش شدید سطح هوشیاری می‌شود و به هیچ یک از تحریکات پیرامونش پاسخ نمی‌دهد، می‌گوید: در حالت کما شخص ممکن است برای مدت طولانی زنده بماند و زندگی نباتی پیدا کند و حتی افرادی که به کما رفته‌اند در صورت سالم بودن ساقه مغز، در اغلب موارد به تنفس غیرارادی خود ادامه داده و ضربان قلب منظمی نیز دارند. هوشیاری بیماران در حالت کما بسته به میزان پاسخ آنها به محرک‌های گوناگون درجه‌بندی می‌شود. در جریان مرگ مغزی اعضای دیگر بدن مانند قلب، کلیه‌ها یا کبد تا مدتی زنده و قابل پیوند هستند و این ارگانها در صورت اقدام به‌موقع می‌توانند در بدن شخص دیگری به وسیله پیوند اعضا استفاده شوند.

با این حال، تخریب اعضای بدن به فاصله کمی پس از مرگ مغزی شروع می‌شود و به همین علت است که فرایند پیوند اعضا باید هرچه زودتر انجام شود.

معیارهای مرگ مغزی

معیارهای فعلی برای تعیین مرگ مغزی عبارتند از:

۱. عدم پاسخ دهی به تحریکات (تخریب منتشر کورتکس مغز)

بیمار باید به تحریکات حسی شامل درد و کلام پاسخی نشان ندهد.

۲. از بین رفتن رفلکسهای ساقه ی مغز (تخریب ساقه مغز)

رفلکسهای مردمک، قرنیه و حلقی دهانی باید از بین رفته باشند. رفلکس اکولوسفالیک و رفلکس اکولووستیبولار سبب حرکت چشمها نمی‌شوند.

۳. آپنه (تخریب تنه مغزی)

فعالیت تنفسی وجود ندارد. که با رسیدن فشار دیاکسید کربن بیمار به ۶۰ میلیمتر جیوه مشخص می‌شود به‌طوریکه با تجویز اکسیژن ۱۰۰ درصد نیز فعالیت تنفسی وجود نداشته باشد.

۴. نتایج الکتروانسفالوگرام

درالکتروانسفالوگرافی امواج الکتروانسفالوگرام مغزی صاف است. تداوم اختلال عمل مغز معیارهای مرگ مغزی باید به مدت کافی ادامه یابند معمولاً با گذشت ۶ تا ۲۴ ساعت تشخیص، انجام می‌شود. برگشت پذیری اختلال عمل مغز و علت اغما باید مشخص شود، تابلوی بالینی را توجیه کند و غیر قابل بازگشت باشد.

کننده آسیب میلین در مغز همراهی دارند. علاوه بر آن عفونت‌های ویروسی می‌توانند در نمونه‌های حیوانی سبب میلین زدایی شوند. یکی از ویروس‌های مورد توجه، ویروس انسانی هرپس است. ویروس دیگری که بیشتر مورد توجه بوده است ویروس اپیشتاین بار است و ابتلا به این بیماری در سنین بزرگسالی شانس ابتلا به ام‌اس را افزایش می‌دهد. از ویروس‌های دیگری که از آنها با عنوان عوامل برای ایجاد ام‌اس نام برده شده است می‌توان به سرخک، سرخجه و ویروس اوریون اشاره کرد.

علاوه بر نقش عفونت‌ها در ایجاد بیماری ام‌اس مشخص شده است که عفونت‌ها می‌توانند سبب تشدید این بیماری شده و عاملی جهت ایجاد حمله در این بیماران محسوب شوند. مشخص شده است که ابتلا به عفونت در یک هفته گذشته ریسک حمله را چیزی تا حدود ۲٫۸ برابر افزایش می‌دهد. این عفونت‌ها می‌تواند شامل عفونت‌های دستگاه تنفسی، عفونت‌های ادراری و همچنین عفونت‌های سیستم گوارشی باشد. احتمالاً این پاتوژن‌ها با تحریک ترشح سیتوکین‌هایی از قبیل گاما اینترفرون سبب ایجاد حمله می‌شوند.

گذشته از نقش عفونت‌ها در ایجاد و نیز تشدید حملات ام‌اس، بیماران مبتلا به ام‌اس می‌توانند به دلیل بعضی از عوارض بیماری و همچنین داروهای مصرفی در معرض ابتلا به تعدادی از عفونت‌ها باشند. شایع‌ترین عفونتی که بیماران ام‌اس بدان مبتلا می‌شوند عفونت‌های ادراری است. علائم ادراری از شکایت‌های شایع مبتلایان به ام‌اس بوده و می‌تواند به صورت بی‌اختیاری ادراری، تکرر ادراری و یا احتباس ادراری باشد. این اختلالات ادراری می‌تواند فرد بیمار را مستعد به عفونت نماید و همین عفونت‌ها می‌توانند ضمن تشدید اختلال ادراری مزبور عاملی برای حمله مجدد گردد.

از سوی دیگر استفاده از داروهای سیتوتوکسیک که منجر به کاهش سطح ایمنی فرد می‌شود نیز از عواملی است که می‌تواند فرد را مستعد به بیماری‌های عفونی کند گرچه شدت ریسک این ابتلا چندان بالا نیست.

از مجموع شواهد فوق می‌توان این گونه نتیجه گیری کرد که عفونت‌ها نه تنها در ایجاد بیماری ام‌اس نقش دارند بلکه از علل تشدید حملات آن نیز محسوب می‌شوند. همچنین این بیماران ممکن است به دلیل داروهای مصرفی نیز در معرض ابتلا به بیماری‌های عفونی باشند.



نقش عفونت‌ها در بیماری ام‌اس

عبدالرضا ناصر مقدسی

مرکز تحقیقات ام‌اس
بیمارستان سینا

بیماری ام‌اس یک بیماری سیستم اتوایمونی است که می‌تواند با درگیری سیستم اعصاب مرکزی منجر به علائم مختلف عصبی شود. این درگیری علائم بالینی متفاوتی را برای شخص ایجاد می‌کند.

از لحاظ اتیولوژی بیماری ام‌اس یک بیماری مولتی فاکتوریال محسوب می‌شود و محققان علل مختلفی را برای آن ذکر کرده‌اند. از جمله این علل می‌توان به نقش عفونت‌ها اشاره کرد.

عفونت‌ها به عنوان عاملی احتمالی در ایجاد و تشدید بیماری ام‌اس از دیر باز مورد توجه بوده‌اند. میکروب‌های مختلفی به عنوان عامل ایجاد ام‌اس ذکر شده‌اند اما هیچ یک مورد تایید قرار نگرفته‌اند. شاید نقش ویروس‌ها بیشتر مورد توجه بوده است. از علل این توجه می‌توان به وجود الیگوکلونال باند در مایع مغزی نخاعی اکثر بیماران اشاره کرد. همچنین بسیاری از بیماری‌ها با مکانیسم‌های ایجاد



استانداردهای مراقبت بالینی از کودکان و بزرگسالان مبتلا به تالاسمی در انگلستان

بنیاد امور بیماریهای خاص

درمان ابتدایی در شیرخوارانی که بیماری آنها به تازگی تشخیص داده شده است.

اهداف

تشخیص صحیح و به موقع بیماری شیرخوار و نیز شروع برنامه ریزی درمانی مناسب از اهداف این بخش است.

هدف دیگر اطمینان پدیدار کردن از ایجاد سطح آگاهی کافی در خانواده بیماران به منظور به حداقل رساندن تنش ها با تبادل اطلاعات و توصیه های مناسب با سطح فرهنگ و زبان آنهاست.

استانداردها

- تشخیص بیماری شدید تالاسمی یک کودک باید به موقع و دقیق و در نخستین فرصت پس از تولد انجام شود و تعیین ژنوتیپ لازم است.

- کودک باید از نزدیک تحت نظر باشد تا روش درمانی مناسب وی تعیین شود.

- خانواده بیمار باید به طور کامل از ابتدا توسط متخصصان با تجربه و در صورت لزوم وکیل مسائل درمانی آنها در جریان امور قرار بگیرد. فرصت انجام بحث و گفتگو به آنها داده شود. اطلاعات نوشتاری مناسب نیز باید در اختیار آنها قرار داده شود.

- یک روش درمانی مناسب برای کودک بیمار باید مورد توافق قرار گرفته و اجرا شود.

اصول و پایه ها

مطلع شدن والدین از بیماری خونی جدید فرزندشان برای ایشان غافلگیرکننده خواهد بود. انتظار می رسد بیشتر والدین از میزان احتمال تولد شیرخوار مبتلا، طی مشاوره های زمان بارداری آگاهی یابند. این مشاوره ها باید شامل اطلاعاتی درباره وراثت، انتخاب روش های تشخیصی قبل از تولد و نیز اثرات تالاسمی و روش درمان آن بر روی کودک و خانواده باشد. اطلاعات تکمیلی کتبی نیز باید ارائه شود.

در جنینی که والدین پرخطری دارد، باید نمونه گیری از خون بندناف با خون بدن جنین قبل از تولد انجام شده و در صورت وجود شک به نتایج حاصل، آزمایش تشخیص DNA نیز باید انجام شود.

اگر در برنامه تشخیصی قبل از تولد، والدین پرخطر تشخیص داده نشوند و فرزند ایشان تحت آزمایش های ویژه زمان تولد قرار نگیرد، برنامه ملی غربالگری نوزادان تشخیص تأخیری بیشتر نوزادان مبتلا به بتاتالاسمی هموزیگوت (متجانس) را عملی می کند. با این روش تشخیص بیماری در سه ماهه اول زندگی

، قبل از ایجاد کم خونی شدید، امکانپذیر است. تشخیص بیماری بعضی از کودکان به دلیل عدم تشخیص هنگام تولد در خارج از انگلستان، در مرحله تأخیری صورت می گیرد. هر زمان که تشخیص بیماری مسجل می شود، نحوه مطرح کردن بیماری با والدین و نیز شروع گفتگو با متخصصان درباره بیماری، سطح انتظارات و روش برخورد آنها با بیماری را تعیین می کند. بنابراین نخستین مکالمه با والدین باید دقیق، باحوصله، متفکرانه و تأثیرگذار باشد. والدین کودک بیمار نیاز دارند که درباره عدم امکان پیش بینی شدت بیماری، نیاز به تزریق خون و درمان آهن زدا از ابتدای تشخیص، توجیه شوند. باید نیاز به پایش دقیق کودک از نظر علائم رشد ناکافی، عوارض کم خونی و افزایش حجم مغز استخوان ها که لزوم تزریق خون را به دنبال دارد، برای والدین توضیح داده شود. آزمایش های ژنتیک غالباً و نه همیشه، می تواند فنوتیپ بالینی بیمار را پیش بینی کند. بنابراین بررسی DNA بیمار باید شامل بررسی ژنوتیپ بتاگلوبین، ژنوتیپ آلفاگلوبین و مشخص کردن تولید پایدار هموگلوبین جنینی (پلی مورفیسم C-T Xmn) باشد.

مداخلات کلیدی

اقدامات تشخیصی باید قبل از غربالگری پیش از تولد، به وسیله روش های تشخیصی قبل از تولد یا آزمایش های بدو تولد صورت گیرد. اگر بیماری در این مرحله تشخیص داده نشود، نوزاد بیمار با برنامه غربالگری نوزادان، مشخص خواهد شد. به همین دلیل والدین و فرزندشان باید در نخستین فرصت، ظرف دوهفته اول تولد، ویزیت شوند. حتی اگر کودک از نظر بالینی علامت دار نباشد، نباید در ارجاع وی تعلل کرد. با ارجاع بیمار و ارسال اطلاعات لازم، بحث و بررسی های ضروری انجام می پذیرد. اگر در این مرحله بیماری تشخیص داده نشود، اما علامت بالینی ایجاد شده باشد، باید ارزیابی مودی بیمار ظرف حداکثر ۲ روز انجام شود.

برای کودکانی که با برنامه غربالگری بیماریشان تشخیص داده می شود، ویزیت اولیه باید در منزل صورت گیرد.

هرجاکه والدین هنوز ارتباط خود را با پرستار متخصص از زمان قبل از تولد حفظ کرده اند، بهترین فرد برای انجام این ویزیت اولیه همان پرستار است. در ابتدای تشخیص بیماری، تأکید بر غیرقابل پیش بینی بودن سیر بالینی بیماری و نیازهای هر بیمار حائز اهمیت است. بعد از آن پرستار می تواند، در نخستین مشاوره بیمارستانی، خانواده بیمار را همراهی کند.

درک وضعیت جدید فرزندشان و عوارض آن باشد. مشاوره ژنتیک بامحوریت بارداری در آینده نیز می تواند در این جلسه مطرح شود اما بهتر است که در این باره در جلسات بعدی بحث شود، اما این موضوع نباید توسط کادر درمانی نادیده گرفته شود. در این جلسه باید احتمال وضعیت ناقل بیماری بودن در خواهر و برادر و سایر اعضای خانواده مورد بحث قرار گیرد و آزمایش های لازم درخواست شود.

باید با والدین کودک بیمار ملاقات صورت گیرد و اطلاعات لازم جهت برقراری تماس با آنها رد و بدل شود.

در نخستین فرصت (حداکثر ظرف ۶ هفته) و قبل از شروع تزریق خون (به جز موارد ضروری) برای ویزیت کودک و والدین او در مناسب ترین مرکز تخصصی، باید برنامه ریزی شود. بعد از جلسه باید خلاصه ای از بحث های انجام شده و پیگیری های برنامه ریزی شده به درمانگاه محلی و مرکز تخصصی ارائه و رونوشتی از آن نیز برای پزشک خانواده و خانواده بیمار ارسال شود.

تصمیم گیری برای آغاز تزریق خون

اهداف

تفکیک دقیق شیرخواران مبتلا به تالاسمی نیازمند به تزریق خون (تالاسمی ماژور)، از آن دسته از بیماری هایی که می توانند بدون دریافت خون، سلامتی و رشد قابل قبولی داشته باشند، با استفاده از ارزیابی های بالینی و ژنتیک شروع تزریق خون در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور قبل از آن که کودک / شیرخوار دچار عوارض ناشی از کم خونی و افزایش حجم مغز استخوان شود.

جلوگیری از تزریق خون غیرضروری در مبتلایان به تالاسمی اینترمدیا استانداردها

شیرخواران مبتلا به بتاتالاسمی به دقت از نظر علائم بالینی نشان دهنده نیاز به تزریق خون تحت نظر قرار می گیرند. تزریق خون به محض آن که شواهد بالینی کافی کم خونی شدید، نارسایی رشد و یا تغییر شکل استخوان ها به دست بیاید، باید انجام شود. شیرخواران و کودکان دارای فنوتیپ تالاسمی اینترمدیا به صورت بالینی تشخیص داده می شوند و نیازی به انجام تزریق خون های نامناسب ندارند.

بررسی های خونی و DNA باید به محض امکانپذیر شدن، به صورت زیر انجام شود:

- شمارش کامل سلول های خونی و تهیه لام خون محیطی
- الکتروفورز هموگلوبین و کروماتوگرافی مایع با کارایی بالا (HPLC)
- بررسی ژنتیک از نظر جهش های بتاتالاسمی، ژنوتیپ آلفا تالاسمی و پلی مورفیسم Xmm\ C-T
- بررسی خانواده بیماران نیز می تواند اطلاعات ارزشمندی در اختیار قرار دهند. در صورتی که نتایج بررسی های قبلی موجود نباشد، والدین نیز باید مورد ارزیابی قرار گیرند.

ویزیت اولیه بیمار باید در جایی صورت گیرد که بتواند اکثر خدمات لازم را بتواند ارائه کند؛ همانند درمانگاه های محلی. کارکنان گروه درمانی ممکن است قبل از ملاقات با خانواده بیمار درباره جزئیات بیماری بامرکز تخصصی مشاوره کنند و نیز زمانی را برای ملاقات خانواده بیمار با متخصصان مرکز تعیین کنند. براین موضوع باید تأکید شود که فنوتیپ بالینی بیمار را در مراحل اولیه نمی توان دقیق پیش بینی کرد؛ به همین دلیل کودک را باید به دقت از نظر علائم بالینی نشان دهنده نیاز به آغاز تزریق خون، تحت نظارت قرار داد. نحوه درمان نیز باید به طور کامل در مرکز تخصصی، در صورت کوتاه بودن فاصله، یا در درمانگاه محلی، مورد بحث و گفتگو قرار گیرد. برنامه ای منظم نیز برای بازبینی نحوه درمان - حداقل سالیانه - در مرکز تخصصی و ملاقات های ضروری تعیین شود. باید فرصت کافی به والدین داده شود تا بتوانند سوالات خود را بپرسند و مشکلات خود را به صورت شفاف مطرح کنند. در این فرصتی که به خانواده داده می شود. حضور یک مترجم مسلط در صورتی که خانواده به زبان رسمی کشور صحبت نکند، لازم است. اگر تنها یکی از والدین در قید حیات باشد، لازم است یکی از دوستان یا بستگان وی نیز در جلسه حاضر باشند تا بعد از جلسه، نکات و صحبت های انجام شده را یادآوری کند. برای این که هم پدر و هم مادر در جریان درمان کودکشان وارد شوند، باید همه تلاش خود را انجام داد، زمانی که این امر محقق شد، باید هر کدام از آنها این فرصت را داشته باشند که سوالات خود را بپرسند و مشکلات خویش را مطرح کنند.

اطلاعات مناسب و کافی درباره بیماری باید به صورت مکتوب در دسترس خانواده ها باشد. علاوه بر این باید امکان برقراری تماس با انجمن تالاسمی انگلستان یا هر سازمان حمایتی دیگر وجود داشته باشد.

باید نخستین جلسه با خانواده ها در باره نیاز آنها به



یک نوبت انجام میشود و پس از ارزیابی مجدد شرایط بیمار، درباره ادامه تزریق خون تصمیم گیری خواهد شد. اگر دوباره میزان هموگلوبین افت کرد، تزریق طولانی مدت خون را باید در نظر گرفت و برای انجام تزریق های منظم خون تصمیم گیری کرد. تاجایی که امکان دارد باید تزریق های خون قبل از سومین سال زندگی کودک آغاز شود؛ چون در غیر این صورت میزان پادتن های ضد گلبول های قرمز افزایش یافته و پیداکردن خون مناسب برای تزریق مشکل می شود.

هر موقع که تزریق خون به دلیل افت سرعت افزایش قد یا تغییرات استخوانی (اغلب در نوع اینترمدیا) انجام شود، لزومی بر تزریق خون در تمام طول زندگی بیمار نیست. بعد از آن که بیمار به حداکثر رشد قدی رسید و استخوان ها کاملاً سخت شدند، در بعضی از بیماران می توان تزریق خون را کاملاً قطع کرد؛ اما باید بیمار را از نظر سایر عوارض به دقت تحت کنترل قرار داد.

مداخلات کلیدی

بعد از تشخیص شیرخواران به طور منظم در درمانگاه محلی یا مرکز تخصصی تحت نظر قرار می گیرند. از ۴ ماهگی به بعد این ملاقات ها باید ماهیانه انجام شود تا زمانی که فنوتیپ بالینی بیمار مشخص شود.

این نظارت باید شامل بررسی سابقه مشکلات تغذیه ای، عفونت ها، بیماری ها و تاخیر رشد باشد. معاینات باید شامل بررسی افزایش حجم استخوان ها (اندازه گیری دورسر)، منحنی رشد و اختلالات هموگلوبین باشد. میزان هموگلوبین باید حداقل ماهی یک بار اندازه گیری شود.

تصمیم گیری برای شروع تزریق خون باید توسط پزشک مسئول در مرکز تخصصی یا با مشاوره وی انجام گیرد.

قبل از انجام نخستین تزریق خون باید بررسی های آمده در جدول ۲ صورت گیرد. در این مرحله فرض بر این است که آزمایش های DNA از پیش انجام شده است.

قبل از انجام نخستین تزریق خون، واکسیناسیون هپاتیت B باید آغاز شده و در صورت امکان تکمیل شود.

اصول و پایه ها

هیچ نوع دستورالعملی نمی تواند جایگزین قضاوت بالینی برای شروع تزریق خون به یک بیمار شود. لوکوپلوس، کنفرانس فدراسیون بین المللی تالاسمی یا کرمو: اکتبر ۲۰۰۳

تصمیم گیری برای شروع تزریق گلبول قرمز به کودک دچار بتاتالاسمی هموزیگوس (متجانس) کاری ظریف و مهم است. گرچه مواردی از ضرورت تزریق خون براساس شدت بیماری ونیز ژنوتیپ بتاگلوبین وابسته به تزریق خون وجود دارد اما در نهایت تصمیم گیری به صورت بالینی خواهد بود.

تفاوت بین تالاسمی ماژور و اینترمدیا مشخص و قابل پیش بینی نیست. در سطح معینی از میزان هموگلوبین خون در کودکانی که خون دریافت نکرده اند، برخی از آنها رشد و نموی بدون مشکلات بالینی داشته اند، در حالی که برخی دیگر به وضوح دچار تأخیر رشد شده اند. تصمیم گیری برای نحوه درمان نمی تواند تنها برپایه سطح هموگلوبین خون استوار باشد. در گذشته، بعضی از کودکان تا رسیدن به مرز مسمومیت با آهن تحت تزریق خون قرار می گرفتند، در حالی که بدون انجام تزریق خون احتمالاً وضعیت بهتری داشتند. تصمیم گیری برای شروع تزریق خون باید همواره توسط پزشکی که در این زمینه تجربه دارد و پس از انجام ارزیابی های دقیق صورت گیرد.

تزریق خون باید زمانی آغاز شود که کم خونی (معمولاً هموگلوبین کمتر از ۷ گرم دردسی لیتر) به همراه خستگی غیر قابل توجه، تغذیه ناکافی، تأخیر یا پسرقت نمو، مختل شدن رشد یا هر علامت و نشانه ای از نارسایی قلبی وجود داشته باشد. باید از عدم وجود مشکلات قابل حلی مثل کمبود آهن، عفونت یا عوامل مداخله گری چون کمبود G6PD اطمینان حاصل شود. به علاوه باید سایر عوامل موثر همانند سن بروز نخستین نشانه های بیماری، بزرگ شدن طحال، افزایش حجم استخوان ها یا تغییر شکل استخوان های صورت نیز در نظر گرفته شوند. بعضی اوقات ممکن است به دنبال عفونت ویروسی در کودکی که بدون نیاز به تزریق خون، میزان هموگلوبین قابل قبولی دارد، کم خونی حاد روی دهد. در چنین حالتی تزریق خون برای

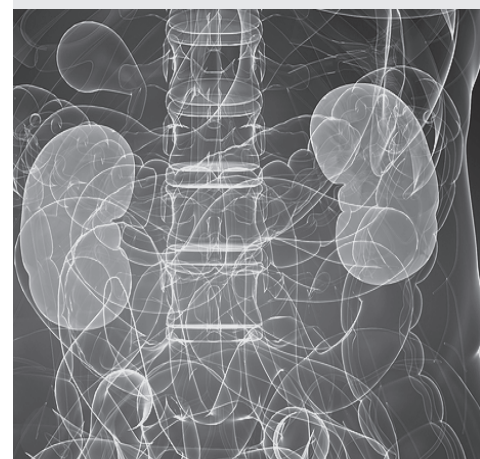


جدول ۲ بررسی های لازم قبل از انجام نخستین تزریق خون

تخصص	بررسی های لازم
هماتولوژی	اندازه گیری سربابی هموگلوبین، غربالگری G6PD و انجام آزمایش های تکمیلی لازم
تزریق خون	فنوتیپ کامل گلبول قرمز (Lewis, MNS, Kpb, Fyb, Fya, gkb, Jka, k, k, e, E, D, C, C)
بیوشیمی	LFT و اندازه گیری فریتین
میکروب شناسی	آنتی ژن سطحی هپاتیت B، آنتی بادی هپاتیت C، آنتی بادی HIV

تغذیه بیماران دیالیزی

مینا کاویانی
کارشناس ارشد تغذیه



بخش نخست: کلیاتی درباره کلیه و بیماریهای آن

مقدمه

همانطور که می دانیم مهمترین عملکرد دو کلیه ما که در طرفین ستون مهره ها قرار دارد، برقراری و حفظ تعادل فشار و ترکیبات خون است. کلیه ها این کار را از طریق حفظ تعادل مایعات، الکترولیتها (مانند یونهای سدیم و پتاسیم) و محلولهای آلی انجام می دهند یعنی با تصفیه مداوم خون و گردش مایعات و به عبارتی ترشح و بازجذب آنها. تقریباً ۲۰ درصد خون خارج شده از قلب به کلیه ها می رسد و آنها روزانه ۱۶۰۰ لیتر خون را تصفیه می کنند که در نهایت حدود ۱/۵ لیتر ادرار حاوی مواد زائد از بدن دفع می شود.

عمده ترین مواد زائد دفع شده در ادرار، مواد نیتروژنی (مواد اُزت دار) هستند که از سوخت و ساز پروتئینها در بدن ایجاد می شوند. اصلی ترین این مواد شامل اوره است که مقدار آن در ادرار بستگی به نوع و مقدار پروتئین مصرفی در رژیم غذایی دارد. اسید اوریک، کراتی نین و آمونیاک نیز از جمله سایر مواد زائد نیتروژن دار هستند که به مقدار کمی در ادرار وجود دارند. بنابر این هرگونه اختلالی در عملکرد کلیه ها که منجر به تخلیه نامناسب ادرار شود، بالطبع باعث افزایش این مواد در خون خواهد شد که اصطلاحاً به آن «اُزِتمی» گفته می شود.

از دیگر کارهای کلیه می توان نقش آن در کنترل فشار خون، تولید گلبولهای قرمز، حفظ تعادل بین کلسیم و فسفر و تولید شکل فعال ویتامین D در بدن را نام برد.

اختلالات کلیه

همانطور که مشاهده می شود کلیه نقش بسیار مهمی در بدن ایفا می کند بنابر این چنانچه به هر دلیلی در عملکرد آن اختلالی ایجاد شود، می تواند مشکلات متعددی را در بخش های مختلف بدن ایجاد کند. ناراحتی های کلیه انواع متفاوتی مانند تشکیل سنگهای کلیوی، نارسائی حاد، نارسائی مزمن و همچنین نارسائی کلیوی در مرحله آخر دارد.

به طور کلی در اختلالات کلیوی عملکرد کلیه به تدریج کاهش پیدا کرده و بعضی از بیماری های کلیه به سمت نارسایی کلیه پیش می روند. نارسایی سریع کلیه در بعضی از بیماران به سرعت اتفاق می افتد که البته علت این مسأله روشن نیست ولی دیده شده که در بعضی از بیماران پیشرفت بیماری ماه ها و حتی سال ها طول می کشد. این در حالی است که در بعضی از بیماران به سرعت آخرین مرحله نارسایی کلیه بروز می کند.

آیا نحوه تغذیه در بیماری های کلیه موثر است؟

شایان ذکر است مهمترین علامت بیماریهای کلیه، اثر مستقیم آنها بر روی سیستم ادراری است و از آنجا که مقدار و ترکیب ادرار با رژیم غذایی انسان در ارتباط مستقیم است، در بیماریهای کلیه توجه به نوع و مقدار ترکیب غذایی و مایعات دریافتی از اهمیت خاصی برخوردار است. چرا که در اغلب بیماریهای کلیوی حدود نصف تا دو سوم عملکرد کلیه مختل می شود. حتی در بیماری هایی که علت اصلی آنها کاملاً رفع شده مانند نقرز کورتکس کلیه در حاملگی و یا سوء مصرف داروهای ضد درد مخدر، عملکرد کلیه کاهش می یابد. یافته های تحقیقات علمی نشان داده است محدودیت پروتئین رژیم غذایی، پیشرفت نارسائی کلیه را در مراحل پیش از استفاده از درمان هایی مانند دیالیز، به تأخیر می اندازد. زیرا پروتئین رژیم غذایی باعث افزایش فشار گلو مریول ها (کلاف های مویرگی درون نفرون ها یا همان واحدهای سازنده کلیه ها) می شود که منجر به تشدید نارسائی کلیه خواهد شد. مطالعات نشان داده است که در نارسائی متوسط کلیوی، کاهش پروتئین رژیم غذایی، می تواند در کاهش سرعت تخریب کلیه نقش موثری داشته باشد.

همچنین سایر عوامل خطر از جمله پرفشاری خون نیز برای جلوگیری از پیشرفت نارسائی کلیه باید کنترل شود. شایان ذکر است کنترل قند خون در بیماران کلیوی دیابتی حتی مهمتر از محدودیت پروتئین است. بنابراین کنترل این عوامل با نحوه تغذیه بیمار ارتباط تنگاتنگ دارد.

چه کسانی معمولاً به مرحله آخر نارسائی کلیه می رسند؟

با پیشرفت نارسائی کلیه، بیمار وارد مرحله آخر نارسائی خواهد شد و معمولاً ۹۰ درصد بیماران مبتلا به نوع مزمن بیماریهای دیابت، گلو مریولونفریت و پرفشاری خون، به این مرحله می رسند. در این حالت دفع مواد زائد از بدن دچار مشکل شده و بنابراین حفظ و نگهداری مایعات و تعادل الکترولیت ها همچنین تولید هورمون های مترشح از کلیه مختل می شود. در این شرایط علائم «اورمی» (افزایش اوره خون) که یک سندرم بالینی و ناشی از تجمع اوره و مواد زائد حاصل از سوخت و ساز پروتئینها در خون است، به وجود می آید. این علائم شامل خستگی، ضعف، تهوع و استفراغ، تحلیل عضلات و خارش است. درمان در این مرحله از بیماری شامل دیالیز یا پیوند کلیه است.

دهد. کلیه های سالم، مقدار مناسب پتاسیم را در خون حفظ کنند تا ضربان قلب را در حد سرعت مناسب و ثابت حفظ نمایند. سطح پتاسیم خون می تواند بین دو نوبت دیالیز افزایش یافته و ضربان قلب شما را تحت تأثیر قرار دهد. خوردن پتاسیم زیادی می تواند بسیار خطرناک باشد و حتی ممکن است سبب مرگ شود.

برای کنترل سطح پتاسیم خونتان، از مصرف مواد غذایی مانند موز، کیوی و میوه های خشک که سرشار از پتاسیم هستند، پرهیز کنید. برای مثال سهم های کوچکتری از مواد غذایی پُرتاسیم بخورید مثل خوردن نصف یک گلابی به جای یک عدد از آن. یادتان باشد تنها تکه های بسیار کوچکی از پرتقال و انواع خربزه بخورید.

یک راهکار برای کاهش مقدار پتاسیم سیب زمینی، پوست گرفتن و بریدن آن به قطعات کوچک، خیساندن در آب به مدت ۸ ساعت و جوشاندنش در آب است که با این روش مقداری از پتاسیم موجود در آن خارج می شود و گرنه سیب زمینی مقدار زیادی پتاسیم دارد.

با رژیم شناس خود درباره منابع غذایی پتاسیم مشورت کنید

رژیم شناس شما می تواند اطلاعات تخصصی تری راجع به مقدار پتاسیم مواد غذایی مختلف به شما بدهد. همچنین شما می توانید با او درباره مواد غذایی کم پتاسیم که جایگزین مواد غذایی غنی از پتاسیم هستند و همچنین برنامه ریزی که برای کاهش مقدار پتاسیم در رژیم غذایی تان، مشورت کنید.

بیمار دیالیزی لازم است چه چیزی درباره فسفر بداند؟

فسفر ماده معدنی است که در بسیاری از مواد غذایی یافت می شود. اگر شما فسفر زیادی در خون خود داشته باشید، برای برقراری تعادل، کلسیم را از استخوان هایتان بیرون می کشد. از دست دادن کلسیم در درازمدت، استخوان های شما را ضعیف و مستعد شکستگی می کند. همچنین فسفر زیادی ممکن است شما را دچار خارش کند.

به یاد داشته باشید وزن خشک یا وزن حقیقی شما، وزنی است که بلافاصله بعد از انجام یک نوبت دیالیز وقتی که همه مایع اضافی از بدن شما خارج شده است، اندازه گیری می شود. وزن خشک شما ممکن است در یک دوره ۳ تا ۶ هفته ای تغییر کند. به طور منظم با پزشک معالج خود درباره اینکه مقدار وزن خشک شما باید چقدر باشد، مشورت کنید. زیرا مقدار سدیم و مایعات دریافتی باید طوری تنظیم شود که مقدار افزایش وزن بین نوبتهای دیالیز، بیش از ۲ تا ۳ کیلوگرم نباشد.

تشنگی خود را کنترل کنید

بهترین راه کاهش دریافت مایعات، کاهش حس تشنگی با کاهش مقدار نمکی است که می خورید. از مصرف غذاهای نمکی و شور مثل انواع چیپس و چوب شور بپرهیزید. محصولات غذایی کم سدیم را انتخاب کنید. شما می توانید با نوشیدن از فنجان ها و لیوان های کوچکتر، سطح مایعات دریافتی خود را پائین نگهدارید. آبمیوه را در یک قالب یخ منجمد کنید و آن را مثل یک بستنی چوبی بخورید. یادتان باشد این بستنی چوبی ها را هم جزء مایعات مجاز خود حساب کنید و جدا از آنها در نظر نگیرید. رژیم شناس می تواند سایر روش های کنترل تشنگی را به شما آموزش دهد.

با رژیم شناس خود درباره مقدار مجاز مایعات مصرفی تان مشورت کنید

زمانی که شما تحت درمان با همودیالیز هستید، ممکن است کلیه های شما هنوز قادر به دفع مقداری مایع باشد یا اینکه اصلاً قادر به دفع هیچ مایعی نباشد. این امر دلیل این است که هر بیمار به طور خاص روزانه اجازه دریافت مقدار مایعی متفاوت از دیگر بیماران دارد.

دریافتی را بین وعده های غذایی اصلی و میان وعده های خود تقسیم و آن را برنامه ریزی و یادداشت کنید.

بیمار دیالیزی لازم است چه چیزی درباره پتاسیم بداند؟ پتاسیم یک ماده معدنی است که در مواد غذایی زیادی بخصوص شیر، میوه ها و سبزی ها یافت می شود. پتاسیم ضربان پیوسته قلب شما را تحت تأثیر قرار می



از کالری هستند ولی موجب انسداد رگ های شما می شوند. بنابراین آنها را کمتر و با احتیاط مصرف کنید و اگر نیاز به افزایش وزن دارید، استفاده از روغن های گیاهی مایع راه مناسب تر و ایمن تری است. اگر شما حین دیالیز نیاز به افزایش وزن از طریق افزایش انرژی ای دریافتی دارید، آب نباتهای سفت، شکر، عسل و مربا تأمین کننده انرژی هستند که بدون ایجاد انسداد در رگ های شما و نیز بدون افزودن مواد دیگر که بدن شما به آن نیاز ندارد، این کار را می کنند.

توجه!

اگر شما دیابتی هستید، خیلی مراقب خوردن این شیرینی ها باشید. راهنمایی و توصیه های رژیم شناس برای افراد دیابتی خیلی مهم است.

آیا بیمار دیالیزی باید مکمل ویتامین و مواد معدنی دریافت کند؟

به دلیل اینکه شما از خوردن بسیاری مواد غذایی پرهیز می کنید، ممکن است ویتامینها و مواد معدنی کافی از طریق رژیم غذایی به بدن شما نرسد. به همین دلیل امکان دارد پزشک معالجتان مکمل ویتامین و ماده معدنی برای شما تجویز کند.

توجه!

فقط ویتامین هایی که پزشکتان تجویز کرده است، مصرف کنید و از مصرف مکمل هایی که نیازی به نسخه ندارند و به راحتی قابل خریداری اند، جداً خودداری کنید. زیرا امکان دارد حاوی ویتامین ها یا مواد معدنی خاصی باشند که برای شما مضر است.

نتیجه گیری

یافته های پژوهش های علمی نشان می دهد تغذیه نقش بسیار مهمی در بیماری های کلیوی ایفا می کند. از اینرو برنامه ریزی غذایی فردی برای هر بیمار مطابق با مرحله بیماری و روش درمان او توسط متخصص تغذیه به ویژه رژیم شناس با گرایش مراقبت از کلیه حائز اهمیت است. از نکات بسیار مهم در برنامه ریزی غذایی بیماران کلیوی که تحت درمان با همودیالیز قرار می گیرند، توجه به انرژی مورد نیاز، مقدار و نوع پروتئین مصرفی، توجه به مواد معدنی مختلف از قبیل سدیم، پتاسیم و فسفر و محاسبه دقیق مقدار دریافتی آنها از منابع غذایی و همچنین توجه به مقدار مایعات دریافتی آنها می باشد. امید است بیماران کلیوی تحت درمان با روش دیالیز با به کارگیری روش های تغذیه صحیح، بهره مندی کامل از درمان خود داشته باشند و به سلامت کامل دست یابند. انشاا...!

توجه!

شیر کم چربی منبع خوبی از پروتئین است ولی شیر غنی از فسفر و پتاسیم هم هست. ضمناً مقدار آن به مقدار مایعات دریافتی شما اضافه می شود. بنابراین لازم است از رژیم شناس خود بپرسند که آیا شیر برای برنامه غذایی شما مناسب است یا خیر و اگر بله به چه مقدار.

بیمار دیالیزی لازم است چه چیزی درباره سدیم بداند؟

سدیم از اجزای اصلی نمک طعام است و در سایر مواد غذایی هم یافت می شود. بیشتر غذاهای کنسروی و غذاهای نیمه آماده منجمد، مقدار زیادی سدیم دارند. همچنین مواد غذایی مانند سوسیس و کالباس، خیارشور، ماهی دودی و تنقلاتی مثل پفک، چیپس و انواع کراکرها هم از جمله مواد غذایی غیرمجاز برای بیماران دیالیزی هستند. دریافت سدیم اضافی، شما را تشنه می کند. بنابراین چنانچه شما در پی مصرف مقدار زیادی آن، مایعات اضافی بنوشید، می تواند موجب ایجاد فشارخون بالا و نارسایی احتقانی قلبتان بشود.

سعی کنید مواد غذایی تازه ای که به طور طبیعی کم سدیم هستند، بخورید. بین فرآورده های غذایی به دنبال برچسب کم سدیم یا کم نمک بگردید. ضمناً از جانشین های نمک طعام استفاده نکنید چون آنها حاوی پتاسیم هستند.

با رژیم شناس خود درباره مزه دارکردن غذا مشورت کنید.

رژیم شناس خود راجع به چاشنی هایی که برای طعم دارکردن غذایتان می توانید استفاده کنید، صحبت کنید. رژیم شناس به شما برای یافتن چاشنی های بدون سدیم یا بدون پتاسیم، کمک می کند.

بیمار دیالیزی لازم است چه چیزی درباره کالری بداند؟

کالری واحد اندازه گیری انرژی است و منظور از کالری هر غذا، مقدار انرژی ای است که در بدن تولید می کند. به توصیه پزشک معالجتان اگر لازمست، مقدار کالری دریافتی خود را کاهش دهید. رژیم شناس می تواند به شما در یافتن بهترین روش های ممکن برای کاهش کالری مصرفی، کمک کند.

اما برعکس لازم است بعضی افراد دیالیزی وزن اضافه کنند. ممکن است شما نیاز داشته باشید روش هایی برای افزایش کالری مصرفی خود، پیدا کنید. روغن های گیاهی مایع مثل روغن زیتون و کانولا منابع خوبی برای افزایش کالری غذا هستند. از آنها در ترکیب غذاهای خود استفاده کنید.

توجه!

روغن های نباتی جامد، کره و انواع مارگارین ها سرشار

مواد غذایی مانند شیر، ماست و پنیر، لوبیاهای خشک، انواع نخود، نوشابه های کولا، انواع مغزها (پسته، بادام، فندق و ...) و کره بادام زمینی غنی از فسفر هستند. معمولاً مقدار دریافتی شیر برای افراد تحت درمان با دیالیز به نصف فنجان در روز (منظور فنجان با حجم ۲۴۰ میلی لیتر است) محدود می شود.

رژیم شناس شما اطلاعات تخصصی تری درباره فسفر به شما می دهد. شما احتمالاً برای کنترل میزان فسفر خونتان بین نوبت های دیالیز نیاز به داروهای باندشونده با فسفر خواهید داشت. این داروها مانند اسفنجی برای جذب کردن یا باندشدن با فسفری که وارد معده شما می شود، عمل می کنند. در این صورت چون فسفر به آنها متصل می شود، نمی تواند به جریان خون برود و به جای آن از طریق مدفوع، به خارج از بدن دفع می شود.

بیمار دیالیزی لازم است چه چیزی درباره پروتئین بداند؟

قبل از اینکه شما تحت درمان با دیالیز قرار بگیرید، پزشک معالج احتمالاً به شما گفته است که از یک رژیم غذایی کم پروتئین پیروی کنید. قرارگرفتن تحت درمان با دیالیز این مسئله را تغییر می دهد. بیشتر افراد دیالیزی به خوردن پروتئین با کیفیت بالا تا حدی که می توانند تحمل کنند، تشویق می شوند. پروتئین به شما کمک می کند ماهیچه های خود را حفظ کنید و ترمیم بافتی داشته باشید. هر قدر شما بهتر تغذیه شوید، به همان میزان هم سالم تر خواهید بود. همچنین مقاومت بیشتری در برابر عفونت خواهید داشت.

بدن شما پروتئین را پس از تجزیه و به کارگیری به ماده زائده به نام اوره، تجزیه می کند. اگر میزان اوره در خون شما بالا برود، نشانه این است که شما شدیداً بیمار هستید. خوردن پروتئین های با کیفیت بالا مهم است زیرا آنها نسبت به سایر انواع پروتئین ها (مانند پروتئین های ناکاملی که در غلات و حبوبات وجود دارد)، اوره کمتری تولید می کنند. پروتئین های با کیفیت بالا از انواع گوشت، ماهی، مرغ و تخم مرغ به ویژه سفیده تخم مرغ به دست می آیند.

با رژیم شناس خود درباره منابع غذایی پروتئینی مشورت کنید.

گوشت، ماهی و جوجه منابع خوب پروتئین هستند. درباره نوع و مقدار سهم گوشت هایی که می خورید با رژیم شناس خود مشورت کنید. یک سهم عادی گوشت حدود ۹۰ گرم است.

سعی کنید گوشت های لخم (بدون چربی) را که فسفر کمتری هم دارند، انتخاب کنید. اگر شما گیاه خوار هستید، درباره سایر روش های دریافت پروتئین مورد نیازتان، سوال کنید.



پرستار و دیالیز

خانم آقا نژاد

بیمار دیالیزی به دلیل تداوم بیماری و درمان با دیالیز و همچنین تغییر الگوی زندگی مانند مشکلات مالی؛ عدم اشتغال، محدودیت در مصرف مایعات و مواد غذایی، تغییر در وظایف و نقش های خانوادگی و کاهش توانایی در انجام اهداف طولانی مدت زندگی، نقش یک بیمار دائمی را ایفا می کند. از این رو مراقبت از این بیماران به مهارت و توانایی در زمینه های مختلف تخصصی نیاز دارد و کار گروهی وسیع و همه جانبه ای را می طلبد. افراد شاخص در این تیم عبارتند از نفرولوژیست، پرستار نفرولوژی، متخصص تغذیه، مددکار اجتماعی، تکنسین دیالیز، روانکاو و از همه مهمتر خود بیمار.

پرستار نفرولوژی با داشتن دانش کافی و تخصص لازم و کسب تجربه می تواند وظایف مهمی را در تیم مراقبتی و بخش همودیالیز به عهده بگیرد از میان این وظایف می توان دیالیز کردن بیمار، ارزیابی ماشین دیالیز، ثبت وضعیت فیزیولوژیکی بیمار با پارامترهای ماشین، آموزش بیمار، هماهنگی وظایف سایر اعضای تیم و ... اشاره کرد. اقدامات اولیه پرستاری با بررسی دستورات کتبی پزشک در رابطه با بیمار و نحوه دیالیز شروع می شود و با جمع آوری اطلاعات در دو گروه کلی یعنی اطلاعات مربوط به بیمار و اطلاعات مربوط به ماشین، ادامه می یابد. اطلاعات مربوط به بیمار شامل علت دیالیز، هدف درمان، نوع دسترسی عروقی بیمار، میزان اضافه حجم موجود در بدن (وزن)، علائم حیاتی، برنامه دیالیز بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی، دستورات دارویی و غیره است. اطلاعات مربوط به ماشین دیالیز نیز شامل نوع صافی، کارایی اجزای ماشین (پمپ خون، مانیتورها و...)، میزان TMP نوع و شرایط محلول و غیره است. بر اساس اطلاعات جمع آوری شده، همودیالیز بیمار شروع، کنترل، ارزیابی و خاتمه می یابد به نحوی که دیالیز راحت و بدون خطری را برای بیمار فراهم کنیم و عوارضی نداشته یا عوارض ناچیزی داشته باشیم. بدین منظور اقدامات پرستاری در فرآیند دیالیز را به اقدامات مربوط به بیمار و اقدامات مربوط به ماشین طبقه بندی می کنند. اقدامات مربوط به بیمار شامل: کنترل علائم حیاتی (فشار خون، نبض، تنفس، درجه حرارت) اضافه وزن، کنترل محل دسترسی عروقی و بررسی مقادیر آزمایشگاهی است. اقدامات در ارتباط با ماشین دیالیز نیز شامل نوع صافی، پرایم، انتخاب محلول دیالیز، طول مدت دیالیز، میزان جریان خون و جریان مایع دیالیز و تعیین میزان اولترا فیلتراسیون است.

اقدامات مربوط به بیمار

۱- کنترل علائم حیاتی

فشار خون: یکی از پارامترهای ارزشمند جهت اندازه گیری حجم مایعات بدن است. افزایش فشار خون نشانه اضافه حجم و کاهش آن حاکی از کاهش حجم خون و کم آبی است. در بسیاری از بیماران افزایش فشار خون در رابطه با رنین و یا عوامل ناشناخته دیگر ایجاد می شود و با وجود از دست دادن مایعات در طول دیالیز افزایش می یابد. کنترل فشار خون معمولاً هر ۱۵ دقیقه در بیماران حاد و هر نیم تا یک ساعت در بیماران مزمن اندازه گیری می شود. فشار خون نباید از دستی که محل دسترسی عروقی است گرفته شود. در شرایطی که مجبور به اندازه گیری از طریق پا باشیم، کاف را معمولاً بالای مچ بسته و نبض دور سال پدیس را چک می کنند و یا کاف را روی ران بسته و نبض پوپلیته را چک می کنند. در صورت اندازه گیری فشار خون از پا باید توجه داشت که میزان ۲۰ تا ۴۰ میلی متر جیوه بیش از فشاری است که از طریق بازو اندازه گیری می شود که باید در گزارش ثبت شود. افت فشار خون شایع ترین عارضه حین دیالیز می باشد (۳۰ درصد تا ۲۰ درصد) که مهمترین علل آن کاهش سریع حجم خون، فقدان انقباض عروقی و عوامل قلبی است. هر گونه علامتی در رابطه با افت فشار خون باید بلافاصله کنترل و بررسی شود با توجه به این که گاهی اوقات علائم افت فشار خون می تواند خاموش باشد و حتی تا زمانی که به نحو خطرناکی پایین بیاید، می تواند بدون علامت باشد. به منظور پیشگیری از افت فشار خون میتوان اقدامات زیر را به کار برد:

- اجتناب از بالا رفتن وزن در فاصله جلسات دیالیز و اجتناب از کاهش زمان دیالیز
- اجتناب از اولترا فیلتراسیون بیش از حد، زیر مقدار وزن خشک بیمار
- حفظ و تنظیم سطح سدیم محلول دیالیز در حد سدیم پلاسما یا بالاتر از آن
- پایین آوردن درجه حرارت محلول دیالیز (۳۴-۳۶ درجه سانتیگراد)
- خودداری کردن از خوردن غذا در حین دیالیز در بیماران مستعد افت فشار خون.
- سطح هماتوکریت بیمار کمتر از ۲۵ درصد و بیش از ۳۰ درصد حفظ شود.
- در صورت بالا بودن میزان جریان خون با استفاده از صافی های با کیفیت بالا، از محلول بی کربنات استفاده شود.
- داروهای ضد فشار خون بعد از دیالیز مصرف شود.
- افزایش غلظت کلسیم در مایع دیالیز که منجر به افزایش انقباض قلبی و بهبود کار قلب می شود.

اضافه وزن مجاز بیمار حداکثر نیم تا یک کیلوگرم در بین جلسات دیالیز است. پرستار باید آگاهی لازم در ارتباط با علائم کاهش یا افزایش حجم مایع بدن داشته باشد تا بتواند جهت اصلاح آن تصمیم‌گیری مناسب انجام دهد.

۴- بررسی در اولین جلسه همودیالیز :

اولین جلسه همودیالیز برای بیمار کلیوی حائز اهمیت است اولین جلسه معمولاً در بیمارانی است که از نظر جسمی و روحی وضعیت بی‌ثباتی دارند و معمولاً دچار اختلال هوشیاری هستند و از طرفی به دلیل ترس از ناشناخته‌ها قادر به درک فرایندی که برای آنها انجام می‌شود نخواهند بود، در نتیجه جهت کاهش ترس و اضطراب بیمار و اطرافیان باید آموزشهای لازم به آنها ارائه شود و ضمناً اولین دیالیز بیمار تا حد امکان آرام و بدون مشکل انجام شود. بعد از بررسی بیمار توسط پزشک و انتخاب صافی مناسب و مایع دیالیز، آشنایی با محیط و ساختمان بخش دیالیز صورت گرفته و بررسی‌های عمومی انجام می‌شود. علائم حیاتی کنترل و اضافه وزن بیمار تعیین می‌شود. صافی مناسب، دور پمپ، میزان هپارین و ... با توجه به شرایط و تحمل بیمار تعیین می‌شوند.

معمولاً جهت پیشگیری از سندروم عدم تعادل اولین دیالیز کمتر از ۲ ساعت با دور پمپ آهسته، صافی با KUF پایین و حداکثر تخلیه مایع ۲ لیتر از بدن و غلظت محلول بالا صورت می‌گیرد. این اقدامات از افت فشار خون در بیمار و تعادل اسمولاریتی جلوگیری می‌کند. تحمل بیمار نسبت به صافی و ترکیب محلول دیالیز، سندروم اولین مصرف و عوارض حساسیتی مکرراً در بیمار ارزیابی می‌شود و علائم حیاتی و عوارضی مانند افت فشار خون، تهوع و استفراغ، تشنج و عدم تحمل مورد بررسی و مشاهده قرار می‌گیرد.

۵- بررسی مقادیر آزمایشگاهی:

۱ لکتر و لیتها (سدیم، پتاسیم، کلسیم، فسفر و...) BUN, CRATININE, CBC، آهن هموگلوبین و هماتوکریت و تستهای کبدی در بیماران به فواصل معین ارزیابی و بررسی می‌شود. کنترل این پارامترها، مشکلات و نیازهای دارویی بیمار را مشخص می‌کند. یا افرادی که دیژیتال می‌گیرند به ۵ تا ۳ افزایش یابد، در بیمارانی که پتاسیم بالاتر از ۷ دارند؛ برخی متخصصین سطح پتاسیم محلول دیالیز را زیر ۲ میلی‌اکن‌والن در لیتر توصیه می‌کنند. اما سطح پتاسیم پلاسما ساعتی بررسی می‌شود زیرا در صورت کاهش سریع و بیش از حد پتاسیم پلاسما آریتمی ایجاد می‌شود. در دیالیز مزمن، پتاسیم محلول دیالیز بطور معمول ۲ میلی‌اکن‌والن در لیتر در نظر گرفته می‌شود مگر اینکه پتاسیم قبل از دیالیز بیمار کمتر از ۴،۵-۵ باشد و یا بیمار دیژیتال بگیرد که در این صورت باید محلول ۳ میلی‌اکن‌والن در لیتر استفاده شود.

کلسیم: در دیالیز حاد سطح طبیعی ۳،۵ میلی‌اکن‌والن در لیتر محلولهای دیالیزی که کلسیم آن کمتر از ۳ میلی‌اکن‌والن در لیتر باشد در طول دیالیز ایجاد افت فشار خون می‌کند. در بیمارانی که قبل از دیالیز هائپوکلسمی دارند، تصحیح اسیدوز میتواند منجر به پایین آمدن بیشتر سطح کلسیم یونیزه پلاسما و احتمال تشنج شود. مگر اینکه محلول دیالیز با غلظت بالای کلسیم استفاده شود. در دیالیز مزمن سطح کلسیم محلول دیالیز باید به طور طبیعی ۲،۵ تا ۳،۵ باشد.

مراقبت‌های پرستاری از بیماری که دچار افت فشار خون شده است عبارتند از:

- تجویز ۲۰۰-۳۰۰ میلی لیتر نرمال سالین ۰/۹ درصد در صورت مشکل قلبی در بیمار، آلبومین و سایر هپراتونیک و محلول قندی نیز می‌توان استفاده کرد.

- کاهش دور پمپ

- مصرف صافی کوچکتر

- کنترل بیمار از نظر خونریزی و آریتمی

- در صورت دستور پزشک می‌توان از داروهای افزایش دهنده فشار خون استفاده کرد.

- در نهایت اگر درمان‌ها موثر واقع نشد با دستور پزشک، دیالیز بیمار قطع می‌شود.

کنترل نبض، تنفس و درجه حرارت:

افزایش درجه حرارت می‌تواند ناشی از عفونت محل دسترسی عروقی واکنش‌های آنافیلاکتیک یا افزایش درجه حرارت محلول دیالیز باشد. در صورت افزایش درجه حرارت قبل از دیالیز نیز به عنوان یافته مهم توسط پزشک بررسی دقیق صورت می‌گیرد. نبض بالا ناشی از افزایش حجم مایعات و یا کم خونی است. در صورت اولترا فیلتراسیون بالا در حین دیالیز، حجم خون به مقدار زیاد کاهش و ضربان قلب افزایش می‌یابد. تنفس سریع نیز میتواند نشانه تجمع مایع بیش از حد و تنگی نفس باشد.

۲- کنترل و ارزیابی وزن:

بیماران قبل و بعد از هر بار دیالیز وزن می‌شوند و وزن قبل از دیالیز با وزن بعد از دیالیز جلسه قبلی و وزن خشک ایده آل بیمار مقایسه می‌شود. وزن قبل از دیالیز نشان می‌دهد بیمار نیاز به چه میزان اولترا فیلتراسیون در حین دیالیز دارد و وزن بعد از دیالیز نشان دهنده میزان اولترا فیلتراسیون انجام شده در طول دیالیز است. وزن خشک نیز وزن ایده آل بیمار بعد از دیالیز بدون هیچگونه کاهش یا افزایش مایع در بدن است. اگر وزن بیمار بیشتر از وزن خشک باقی بماند؛ در پایان دیالیز علائم افزایش بار مایع را نشان می‌دهد و ممکن است مایعات مصرف شده در فواصل دیالیزهای وی سبب بروز ادم سراسری بدن و التهاب و ادم ریه گردد.

همچنین اگر وزن بیمار دیالیزی به کمتر از وزن خشک وی برسد، بیمار از افت فشار خون مکرر رنج می‌برد و علائمی مانند احساس بیقراری، کرامپ، سبکی و احساس تحلیل رفتن بعد از دیالیز را نشان خواهد داد



عضلات بدن و آمادگی قلبی عروقی شود. به عبارت ساده تر افزایش توانایی انجام فعالیت های ساده یا فعالیت های خاص ورزشی.

تجویز ورزش در یک فرد مبتلا به هموفیلی بستگی به عوامل زیادی دارد:

- ۱- هدف از تجویز یک برنامه ورزشی چیست؟ مثلاً افزایش آمادگی قلبی عروقی بهبود قدرت و ...
- ۲- آیا اخیراً خونریزی وجود داشته است؟
- ۳- آیا تغییر شکل یا تخریب مفصل در حال حاضر وجود دارد؟
- ۴- آیا کار کردن روی مفصل خاصی در نظر است؟
- ۵- آیا درد در حین استراحت وجود دارد؟
- ۶- آیا با حرکت درد یا صدای مفصلی وجود دارد؟
- ۷- آیا فعالیتهای خاصی وجود دارد که انجام آن سخت یا دردناک باشد مثل بالا رفتن از پله چمباتمه زدن یا زانو زدن؟
- ۸- آیا این فرد از قبل ورزش می کرده یا در حال حاضر اولین بار است که ورزش میکند؟
- ۹- آیا خود فرد می خواهد ورزش کند یا نظر شخص دیگری است؟
- ۱۰- آیا فرد قادر به درک و پیگیری دستورات داده شده است؟
- ۱۱- آیا فاکتور برای پیشگیری و یا در مواقع ایجاد آسیب در دسترس است؟

در بسیاری از مواقع بیماران هموفیلی از کتاب ها، سی دی ها و..... برای ورزش استفاده میکنند یا فردی بدون تخصص در این زمینه برای آنها ورزش تجویز می کنند باید بدانید که این موارد در بهترین شرایط هم میتواند شکست بخورد. باید بدانید یک سناریوی غلط آسیب زیادی وارد میکند.

یک برنامه ورزشی نمی تواند تمام نیازهای افراد هموفیلی را برآورده کند، با این حال ورزشی که غلط یا نادرست انجام شود در یک زمان نامناسب (مثلاً دوره نقاهت از خونریزی) انجام شود یا شدت نامناسب داشته باشد، می تواند باعث آسیب بیشتر شود.

شاید بارها این سوال را از خود پرسیده باشید
من مبتلا به هموفیلی هستم، چه ورزش هایی باید انجام دهم؟ یا!!!!
چه ورزش هایی را یک بیمار هموفیلی می تواند انجام دهد؟

بیشتر افراد شاغل در گروه پزشکی که درگیر درمان و مدیریت بیماران مبتلا به هموفیلی هستند باور دارند که ورزش برای این دسته افراد مفید است و به میزان زیادی افراد مبتلا را تشویق به ورزش و فعالیت بدنی می کنند.

هدف از این مقاله افزایش دانش شما در زمینه ورزشهای بیماران با نیازهای خاصشان است. بر پایه شواهد علمی موجود در منابع پزشکی بسیاری از افراد هموفیلی به ویژه آنها که از پروفیلاکسی طولانی مدت استفاده میکنند و یا تظاهر خونریزی دهنده در حد خفیف تا متوسط. این افراد همان فوایدی را از ورزش دریافت می کنند که افراد سالم دریافت می کنند. از نظر فیزیکی سالم تر هستند و از کیفیت زندگی بالاتر لذت می برند، که این می تواند به واسطه مشارکت اجتماعی بیشتر و افزایش اعتماد به نفس آنها باشد.

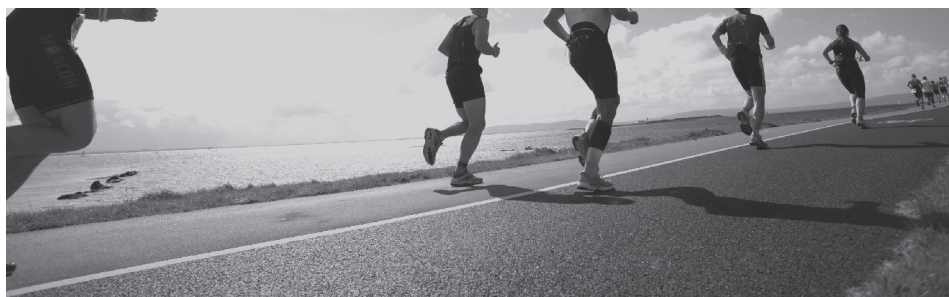
با این حال ورزش برای این بیماران، با چالش های خاصی است مانند خطر آسیب فشار بار بیش از حد و خطر بالقوه خونریزی.

فیزیوتراپی، فعالیت بدنی و ورزش می تواند جزئی از مجموعه رژیم درمانی در این بیماران باشد. البته باید بدانیم همانگونه که هر فردی سیستم بدنی منحصر به خودش را دارد میتواند ورزشهای مختلفی را با توجه به بدنش و برای رسیدن به اهداف خاص انجام دهد. ورزش هم مانند دارو وقتی بهترین کارایی را دارد، که در ابتدا یک ارزیابی کامل و دقیق توسط افراد حرفه ای در این زمینه بر روی بیمار انجام شود و سپس با توجه به شرایط بدنی فرد ورزش خاص آن فرد طراحی می شود.

هدف کلی این است که ورزش ها در افراد مبتلا به هموفیلی باعث بهبود تحرک، قدرت، هماهنگی

ورزش و هموفیلی

دکتر مریم ابوالحسنی
متخصص پزشکی ورزشی
دانشگاه علوم پزشکی تهران



می شود. از تکنیک RICE (استراحت - یخ - کامپرسن یا باند کشی و بالا بردن اندام آسیب دیده) برای کاهش درد و تورم استفاده می شود. - برای افراد با اختلال عملکرد بارز اسکلتی عضلانی - فعالیت های متحمل وزن که باعث بهبود و ارتقای دانستید؟ استخوان و همچنین سلامت بهتر مفاصل می شود تجویز شود. - فعالیت های انتخابی باید بر اساس ترجیح فرد - علایق، توانایی ها - شرایط بدنی - ایمنی محیط و منابع در دسترس باشد. - فعالیت های غیر برخورداردی مانند شنا - پیاده روی - گلف - بدمینتون - تیر اندازی - دوچرخه سواری - قایقرانی و تنیس روی میز باید ترویج شوند. - فعالیت های برخورداردی مانند فوتبال - هاکی - راگبی - بوکس و کشتی - همچنین فعالیت

حوالی سن بلوغ) منجر به ایجاد و حفظ تراکم استخوانی طبیعی میشود.

توصیه ها:

- بیماران هموفیلی باید تشویق به شرکت منظم در فعالیت بدنی و ورزش (با توجه به شرایط خاص خودشان) شوند. - فعالیت بدنی باید از همان سنین پایین شروع شود تا منجر به اثرات مثبت و همچنین تقویت انگیزه شرکت در فعالیت بدنی و ورزشی در طول عمر شود. - قبل از شروع فعالیت بدنی، این بیماران باید مشاوره با مرکز تخصصی هموفیلی و همین طور پزشک متخصص در زمینه امور ورزشی داشته باشند. - درمان با فاکتور باید توسط مرکز تخصصی هموفیلی تنظیم شود.

فعالیت بدنی منظم حقیقتاً می تواند از خونریزی و آسیب مفصلی پیشگیری کند. ورزش بر سلامتی استخوان ها و تقویت عضلات احاطه کننده مفصل تاثیر به سزایی دارد. یک برنامه ورزش ایده آل برای افراد هموفیلی باید توسط یک فرد ماهر و آشنا با این بیماری و در پی یک ارزیابی بدنی دقیق تجویز شود. برنامه ورزشی باید تحت نظارت پیگیری شود و در طول زمان زیر نظر همان فرد گسترش پیدا کند. به طور کلی هدف، شرکت ایمن این افراد در فعالیتهای ورزشی است.

فواید فیزیکی ورزش در هموفیلی:

طراحی برنامه ورزشی مناسب و شرکت در آن فواید زیادی برای بیماران هموفیلی دارد و می تواند منجر به بهبود قدرت عضلانی، پایداری مفصل و هماهنگی های بهتر عضلانی شود.



هایی با سرعت بالا مثل موتور کراس و اسکی بهتر است اجتناب شود. زیرا باعث آسیب های بالقوه تهدید کننده حیات می شود. مگر اینکه شخص پروفیلاکسی یا پیشگیری خوبی داشته باشد تا این فعالیت ها را پوشش دهد. - باید بیماران تشویق به فعالیت های ورزشی ساختارمند شوند تا از تجهیزات حفاظتی و نظارت افراد متخصص بهره مند باشند. - بیماران باید قبل از شرکت در فعالیت بدنی با یک متخصص در زمینه اسکلتی عضلانی مشاوره کنند تا درباره پوشش های حفاظتی - پروفیلاکسی - ورزش مناسب و مهارتهای بدنی قبل از شروع فعالیت بحث کنند. این موضوع مهم است به خصوص اگر بیمار هر گونه مشکل یا مفصل درگیر دارد. مفاصل دارای مشکل، باید با بریس یا آتل های محافظ در طی فعالیت حمایت شوند - به خصوص اگر پوشش فاکتور ندارند. - پس از وقوع خونریزی فعالیت ها باید به تدریج شروع شوند تا شانس خونریزی مجدد کاهش یابد.

- در شرایط کمبود یا عدم دسترسی به فاکتور هم شرکت در ورزش و فعالیت بدنی (مناسب با شرایط فرد) توصیه می شود. - هنگامی که فرد در یک فعالیت ورزشی ساختارمند شرکت می کند به دلیل آمادگی های مناسب مانند شرایط محیطی ایمن انتخاب ورزش ایمن مرحله گرم کردن قبل از ورزش و سرد کردن بعد از ورزش احتمال آسیب کاهش می یابد. به هر حال یک برنامه ورزشی باید اجزای مختلفی را در برگیرد. - آسیب یا خونریزی به دلیل فعالیت بدنی یا ورزش نیاز به مدیریت شخص به شخص دارد. - فعالیت بدنی و ورزش باید برای افراد سالمند مبتلا به هموفیلی نیز تجویز شود. - آموزش بیمار جهت تشخیص و درمان خونریزی های ناشی از ورزش مهم است. بیماران باید از پزشکشان یا مرکز درمانی هموفیلی یاد بگیرند که چه باز خوردی در هنگام وقوع خونریزی داشته باشند. در ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از خونریزی از فاکتور برای متوقف کردن خونریزی و تشکیل لخته استفاده

همچنین می تواند باعث کاهش یا پیشگیری از خونریزی های اسکلتی عضلانی شود.

فواید روانی ورزش در هموفیلی:

بهبود کارایی جسمانی می تواند منجر به افزایش ورود به اجتماع و متعاقب آن اعتماد به نفس بالاتر و تطابق با شرایط جامعه شود، به علاوه کاهش تواتر خونریزی با تقویت عضلات و متعاقب آن کاهش فشار وارده به مفاصل می تواند منجر به کاهش استفاده از فاکتور و بهبود روانی از نظر احساس خوب بودن و احساس وابستگی کمتر به دارو شود.

برای بیماران هموفیلی مهم است که فعالیتهای بدنی و ورزش را در سنین کودکی شروع کنند به این دلیل که علایم بدنی ناشی از بی تحرکی در بعضی پسران کم سن و سال مبتلا دیده شده است. همچنین تغییرات زودرس عملکردی در وضعیت راه رفتن و چمباتمه زدن می تواند قبل از اینکه تغییرات ساختاری پایداری به وجود آورد قابل شناسایی و پیشگیری باشد. توجه داشته باشید که فعالیت فیزیکی (متحمل وزن) به میزان کافی در نوجوانان (به ویژه



از ۱۹۶۰ تمام ایالات آمریکا، غربالگری اجباری کودکان را به عنوان یک قانون اجرایی کردند (waisbren, ۲۰۰۶). این برنامه به عنوان نتیجه اثرات تحقیقات گوتریه در رابطه با جلوگیری از باکتری ها پیشرفت زیادی کرد در این شیوه لکه های خون مورد آزمایش قرار می گیرند. این غربالگری ساده، حساس و گران به عنوان پایه ای برای غربالگری پایه ای جمعیت نوزادان شناسایی شد. هموگلوبندپاتی، اختلالات آندورینی، اختلالات متابولیکی و اختلالات عفونی از طریق این نوع غربالگری به طور مؤثری قابل تشخیص هستند.

در سال ۱۹۹۰ اسپکترومتری پشت سرهم در BS رواج یافت و درحال حاضر در کل آمریکا استفاده می شود (Therrell, ۲۰۰۶). در این تکنولوژی چندین اختلال توسط یک لکه خون خشک قابل تشخیص هستند. تعدادی از اختلالات توسط ایالات به طور وسیعی مورد غربالگری قرار می گیرند و بعضی از اختلالات توسط افراد برای اطلاعات بیشتر مورد درخواست قرار می گیرند.

همچنین برنامه های پیشگیری این اختلالات در بعضی ایالات نسبت به سایر ایالات متفاوت است. برنامه های موفقیت آمیز زود هنگام NBS شامل غربالگری برای هیپوتیروئیدسم مادرزادی، فنیل کتونوری، هیپرپلازی مادرزادی غده آدرنال، گالاکتوزمی، بیماری های کم خونی دائمی شکل و بیماری درخت شربت افرا است. واحد سلامت کودکان و مادران سازمان بهداشت و درمان آمریکا از کالج ژنتیک پزشکی آمریکا گزارشی خواست که در این پانل تخصصی ۲۹ مورد از شرایطی که باید نوزادان غربالگری شوند و ۲۵ مورد از شرایط ثانویه که به صورت تصادفی کشف می شوند مشخص شده است. ACMG مجموعه ای از برگه های ارزیابی عملکرد و محاسبات تأییدی را برای اختلالاتی که توسط غربالگری NBS کشف می شوند را طراحی کرد.

در برگه های ACT گام هایی را که متخصصان سلامت باید همراه با خانواده طی کنند (ACT) و حتی تصمیم برای پیگیری و مراقبت بعد از آن هم تعریف شده است.

غربالگری نوزادان

مترجم : امیر عباس نژاد
نیره اسمعیل کابلی

گروه های دیگر از جمله سازمانی جهانی بهداشت March of Dimes و کمیته مشورتی غربالگری نوزادان ماساچوست هم پیشنهاداتی را ایراد کرده اند. شخصی که از طرف NBS برای مراقبت و پیگیری افراد خانواده و بیماران شناسایی می شود باید از سیستم ایالتی خود بخصوص مواردی که در نتایج تأثیر می گذارند آشنا باشد. جوامع مختلفی از جمله خانواده، اشخاصی که مراقبت های اولیه را فراهم می کنند و کلینیک ها در درمان و تشخیص زودهنگام اختلالات بسیار مهم هستند. ادامه دادن درمان شامل رجوع دادن بیمار به یک متخصص مناسب است که برای تمام خانواده هایی که نسبت NBS داده اند مهم تلقی می شود. بررسی NBS شامل : ۱. غربالگری نوزادان، ۲. ادامه دادن غربالگری خصوصاً در افراد غیرنرمال که باعث تسهیل مدیریت درمان و انجام بموقع تشخیص در زمان مناسب می شود. ۳. غربالگری تشخیصی، ۴. مدیریت بیماری که شامل همکاری بین درمان پزشکی و توصیه های ژنتیکی است و ۵. ارزیابی مداوم و بهبود مداوم سیستم NBS.

فنیل کتونوری :

فنیل کتونوری (PKU) شایع ترین نوع هایپر فنیل آلانینمی است. در این اختلال فنیل آلانین به دلیل کمبود یا غیرفعال شدن فنیل آلانین هیدروکسیلاز، به تیروزین متابولیزه و تبدیل نمی شود. از اختلالات اسید آمینه، PKU یک طرح قابل قبول برای بحث جزئیات ارائه می دهد؛ زیرا : (۱) به طور نسبتاً مکرر رخ می دهد و اغلب نوزادان برای آن غربالگری می شوند. (۲) دارای برنامه درمان MNT موفقیت آمیز است، و (۳) دارای مکانیسم قابل پیش بینی بر مبنای اسناد طبیعی و مداخله ای است.

درمان تغذیه ای شامل محدودیت فنیل آلانین (phe) و مکمل یاری با تیروزین (Tyr) است (به الگوریتم پاتوفیزیولوژی و مدیریت درمان : فنیل کتونوری مراجعه شود). اغلب نوزادان مبتلا، کمبود فنیل کتونوری هیدروکسیلاز رانشان می دهند. سایرین (کمتر از ۳ درصد دارای نقص در مسیرهای مربوطه هستند. تغذیه درمانی با رژیم کم فنیل آلانین از تخریب عصبی در این اختلالات جلوگیری نمی کند).



PKU مادرزادی :

زن بارداری با غلظت فنیل آلانین خون بالا می تواند جنین خود را به علت انتقال وسیع اسیدهای آمینه از طریق جفت در معرض خطر قرار دهد. جنین یک زن باردار مبتلا به PKU تقریباً دوبرابر کودکان عادی در معرض ابتلا به PKU است. غلظت بالای Phe در خون جنین سبب وقوع بیماری های نقص قلبی، تأخیر در رشد، میکروسفالی و ناتوانی ذهنی می شود. جنین حتی با افزایش بسیار اندک میزان Phe خون قبل از بارداری و در طول دوران حاملگی، بهترین شانس را برای رشد طبیعی جنین فراهم می سازد. مدیریت تغذیه ای برای خانم های باردار با Phe خون بالا بسیار دشوار است.

تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری و نیازهای غذایی حساسی که در بارداری وجود دارد به همراه پایین نگه داشتن میزان Phe خون بسیار دشوار است.

حتی با مراقبت های دقیق میزان دریافت و غلظت خونی Phe و نیازهای غذایی دوران بارداری تضمینی برای تولد نوزادان نرمال وجود ندارد. خطر رشد غیرطبیعی نوزادان در خانم های جوان مبتلا به PKU حتی با برنامه های رژیم درمانی و حفظ غلظت Phe خون در میزان ۱ تا ۵ mg/dl امکان پذیر است.

مدیریت و کنترل غذایی در طول دوران بارداری حتی برای خانم هایی که رژیم غذایی Phe پایین را از دوران کودکی دنبال می کنند کاری دشوار است. خانم هایی که رژیم درمانی را متوقف می کنند، درمی یابند که شروع دوباره کنترل غذایی و محدودیت قائل شدن برای برنامه های غذایی می تواند کاری بسیار دشوار و طاقت فرسا باشد.

تغذیه نامناسب در مادران ممکن است باعث کاهش رشد جنینی شود و باید از این کار اجتناب شود. تبعیت از یک برنامه درمانی غذایی در طول دوران بارداری حتی در مادران با انگیزه قوی نیاز به حمایت تخصصی و حمایت از سوی خانواده و همچنین کنترل بیوشیمیایی در دوران بارداری دارد.

بزرگسالان دارای PKU :

بسیاری از بزرگسالان مبتلا به PKU شانس تشخیص سریع بیماری و درمان آن را دارند و بسیار کم دچار تخریب عصبی می شوند ولی بیمارانی که علائم ناتوانی ذهنی، بیش فعالی و بدرفتاری را دارند از لحاظ تغذیه ای در خطر هستند. تمام بیماران به درمان هایی که برای بهبود عملکرد مغزی و رفتاری خود بسیار دیر شروع می شوند پاسخ نمی دهند.

برای بیمارانی که مراقبت و کنترل آنها بسیار سخت است یک نمونه رژیم غذایی با Phe پایین داده می شود. اگر موفقیت آمیز بود، تداوم محدودیت Phe رژیم غذایی می تواند در کنترل رفتار بیمار موثر باشد.

شروع دوباره برنامه غذایی با Phe کم برای آنهایی که برای مدتی غذاهای عادی مصرف کرده اند، بسیار دشوار می باشد. در حالی که توسط بسیاری از کلینیک ها پیشنهاد شده است که برای کنترل Phe خون باید در تمام طول عمر این برنامه های غذایی رعایت شوند. این پیشنهادها براساس گزارشهایی که از کاهش توانایی های ذهنی و براساس تغییراتی که در ذهن بعد از افزایش قابل توجه و طولانی مدت غلظت Phe ایجاد می شود، ارائه شده است.

تأثیر تداوم درمان در تمام طول میانسالی که باعث کاهش Phe خون می شود توسط گزارشاتی از عملکرد ذهنی و توانایی حل مسائل به تایید رسیده است. کنترل رژیمی PKU در طول زندگی شبیه به دیگر بیماری های مزمن و نتایج سنجیده شده MNT (medical nutrition therapy) در یک زندگی نرمال است.

بیمار شربت درخت افرا (MSUD) :

بیماری شربت درخت افرا یا کتواسیدآوری اسید آمینه های شاخه دار یک نارسایی آنزیمی است که در کمپلکس آنزیمی کتواسید دهیدروژناز رخ می دهد.

این بیماری یک بیماری اتوزومال نهفته می باشد. نوزادان در ابتدا نرمال به نظر می آیند اما در ۴ یا ۵ روز اول تولد علائم بی اشتها، تهوع، سستی و بی حالی و هایپرتونیا در آنها مشاهده می شود. خصوصیت بوی شیرین که ازادرار و تعرق به مشام می رسد در اواخر هفته اول تولد قابل توجه و چشمگیر است.

پاتوفیزیولوژی :

نقص در دکربوکسیلاسیون در بیماران MSUD، متابولیسم اسیدآمینه های شاخه دار مثل لو سین، ایزولوسین و والین را دچار اختلال می کند. به نظر می رسد لو سین از اهمیت بیشتری نسبت به بقیه برخوردار باشد مکانیسم دقیق فعالیت آنزیم های دکربوکسیلاسیون و اثر آن بر تخریب عصبی تاکنون شناخته نشده است. همچنین علت اینکه چرا متابولیسم لو سین به شکل قابل ملاحظه ای نسبت به دو گروه دیگر BCAA در ایجاد MSUD مؤثرتر است مشخص نشده است.



تصویر روشن تری از آنچه طی درمان رخ می دهد داشته باشند. آنان می توانند مکانی را که بیمار در آن قرار می گیرد تجسم کنند. بچه های دبستانی اغلب بسیار علاقمند هستند بدانند چگونه درمان و فناوری به کار می آیند.

بازدید از بیمارستان و مرکز درمانی

درمان سرطان ممکن است با ویزیت های کوتاه اما مکرر در بیمارستان، به صورت سرپایی (درمان روزانه) یا بستری (شبهانه روزی) صورت گیرد. شاید نگران اضطراب بچه ها - وقتی که شخص مبتلا به سرطان را در بیمارستان یا تحت درمان می بینند - باشید. برای والدین مبتلا به سرطان، بدترین وضعیت این است که بچه ها از آنها جدا شوند و نتوانند مکان نگهداری آنها تجسم کنند.

از بچه ها پرسید آیا دوست دارند به بیمارستان یا مرکز درمانی بروند. اگر جواب منفی بود، آنان را وادار به این کار نکنید. اگر تمایل به بازدید از بیمارستان دارند، برنامه ای ترتیب دهید که بتوان بازدید را به راحتی انجام داد.

- پیش از آنکه وارد اتاق شوند، به آنها بگویید به چه نکاتی توجه داشته باشند: تجهیزات، بوها و سرو صداها، مختلف مثل صدای زنگ اخبار یا بوق و غیره. همچنین تفاوت هایی که بیماران در ظاهر با یکدیگر دارند، مثل لوله ها یا تیوبها، پانسمانها، سرم ها و غیره.

- بگذارید تصمیم بگیرند چقدر می خواهند در آنجا بمانند.

- یکی از دوستان یا بستگان را همراه داشته باشید. وقتبچه ها احساس خستگی و ناراحتی کردند، آنان می توانند بچه ها را بیرون از اتاق برده و وقتی آماده رفتن شدند، آنها را به خانه بازگردانند.

- اگر فرزندان نسبت به رفتن به بیمارستان بی میل بودند اولین نقطه بازدید آنان را اتاق استراحت بیمارستان قرار دهید.

- ابزارهای هنری و فکری با خود داشته باشید. یک کتاب یا اسباب بازی آنان را مشغول نگه خواهد داشت.

- پس از بازدید بیمارستان از آنان پرسید چه حسی دارند.

ابتکار در توضیح درمان و راههای آن

از منابع استفاده کنید در مورد بچه های کوچک تر، کتاب ها و مطالب شاد و خنده دار ابزار بسیار خوبی برای توضیح مقدمات درمان خواهند بود. داستان سازی و بازی با بچه ها - با استفاده از داستانها و عروسک ها یا بازی با بچه ها، سعی کنید درمان سرطان را توضیح دهید. می توانید در مورد نبرد بین سلول های خوب و بد و با استفاده از عمل جراحی، پرتودرمانی، شیمی درمانی و دیگر درمان ها به عنوان سلاح، داستانی بسازید.

وارد داستان هایی شوید که بچه ها دوست دارند - در مورد نیروهای خوب و بد داستانها با کودکانان صحبت کنید. می توانید نوعی بازی با لوگو ابداع کنید و نشان دهید چگونه در نبرد با سلول های بد و برای شکست آنها، برخی سلول های خوب نیز آسیب می بینند (عوارض جانبی درمان). بچه هایی که بازی های پلی استیشن را دوست دارند به سرعت ایده شما در مورد شیمی درمانی را درک می کنند و به سلول های بد حمله می برند. وقتی بچه ها را با این ایده ها به راه انداختید، آنان با تصور خود بقیه مسیر را ادامه می دهند.

از هنر و موسیقی استفاده کنید - هنر راهی بدون تهدید برای صحبت از درمان سرطان محسوب می شود. خیلی ساده از فرزندان خود بخواهید آنگونه که به سرطان فکر می کنند یا چگونگی درمان های متفاوت را برای شما ترسیم کنند. با این کار می توان آنچه را که درک می کنند، نشان داد. گوش دادن به انواع مختلف موسیقی در کنار هم یا وادار ساختن بچه ها در ساخت یک موسیقی با درک درمان های متفاوت کمک کننده است؛ مثل استفاده از ضرب و دنبک برای نشان دادن نابودسازی سلول های سرطانی، یا گوش دادن به لالایی برای به خواب رفتن پیش از عمل جراحی.

یک تور برای بچه ها بگذارید - پیش از شروع درمان می توان فرزندان را برای بازدید از یک مرکز درمانی یا یکی از بخشهای بیمارستان به یک تور برد. با کارکنان بررسی کنید که آیا ترتیب چنین چیزی امکان پذیر است یا خیر. منظور این است که فرزندان

گفتگو با کودکان در مورد سرطان

نویسنده : Jenny Mothoneos

مترجم : علی اکبر زینعلی



دارم بهتر می شوم.»

وضعیت خانواده در طول درمان ایجاد تعادل

به سختی می توان پیش بینی کرد که انسان طی درمان سرطان چه احساسی خواهد داشت. اما مهم آن است که کودکان سعی می کنند تا حد امکان همان وضعیت معمول خانه و سنت خانوادگی را برای خود حفظ کنند.

گاهی اوقات انسان مجبور می شود بین فعالیت های روزمره و مقابله با اثرات ناشی از سرطان تعادل برقرار کند. اگر شما یا همسران قادر به رساندن فرزند خود به کلاسهای خارج از مدرسه نیستید، شاید یک دوست یا یکی از بستگان بتواند در این امر کمک کند. اگر این کار ممکن نباشد، مجبورید کلاس را مدتی متوقف کنید اما در هر حال فرزندان را در جریان تصمیم خود بگذارید.

کلاس های فوق برنامه و بودن بچه ها در کنار دوستانشان برای برخورد فرزندان با مشکلات بسیار سودمند است. تشویق کودک در اولویت دادن به برنامه های دلخواه زندگی را برای او لذتبخش می کند. وقتی دنیا برای یک کودک وارونه است، جریان پایداری روزمره امور زندگی موجب می شود او کمتر احساس اضطراب کند.

آیا موها دوباره رشد می کنند و بر می گردند؟

ریزش مو برای شما و فرزندان ناراحت کننده است. بنابراین بهتر است خانواده بدانند چه چیزی مورد انتظار است و باید با آن چه کرد.

«دکتر می گوید ممکن است موهایم به خاطر درمان بریزد. البته به زودی موهایم سر جای شان برمی گردند و رشد می کنند ولی ممکن است کمی با موهای قبلی به خصوص در ابتدای درآمدن فرق داشته باشد. می توانم تا درآمدن و رشد موهایم از کلاه گیس، روسری یا کلاه استفاده کنم.»

آیا پرتو درمانی موجب تشعشع رادیواکتیو بر شما می شود؟

شایع است که پس از پرتو درمانی بیمار، کودکان ممکن است به واسطه تماس با او تحت تاثیر رادیواکتیو قرار گیرند. این موضوع، غیرممکن است. «پرتو درمانی چیزی شبیه به اشعه ایکس است. آسیبی نمی رساند و تماس با من هم خطری ندارد.»

چرا دوران استراحت باید تا این حد طولانی باشد؟

بچه ها اغلب قادر به درک احساس خستگی شما پس از درمان نیستند. ممکن است آنان از این وضعیت شما منزعز شوند.

آگاه سازید که اگر هیچ عارضه جانبی وجود نداشته باشد، به معنای آن نیست که درمان جواب نداده است.

پاسخ به پرسش های کلیدی سوال. آیا سرطان موجب آزار و اذیت می شود؟

بعضی بچه ها و بزرگسالان به این دلیل از سرطان می ترسند که فکر می کنند دردناک است. سرطان همیشه با درد همراه نیست اما اگر دردی هم باشد، می توان آن را از بین برد یا از شدت آن کاست.

«سرطان همیشه موجب آزار و اذیت فرد نمی شود، اما اگر دردی به همراه داشته باشد، پزشکان با دارو آن را از بدن دور می سازند.»

چرا وقتی دکترها شروع به مداوا می کنند، ظاهر شما

بیشتر مریض به نظر میرسد؟ اغلب افرادی که به سرطان مبتلا هستند هنگام تشخیص سرطان ظاهری کاملاً سالم دارند. ولی با شروع درمان عوارض جانبی پدیدار می شوند و ظاهراً مریض به نظر می آیند.

«دکترها از داروهای قوی برای از بین بردن سرطان استفاده می کنند. ولی دارو بر سلول های سالم، همانند سلول های سرطانی تاثیر می گذارد. چند روزی احساس ناتوانی و ظاهری بیمار داشتم. اما این به معنای آن نبود که سرطان رو به وخامت گذاشته است. بعد از اینکه درمان پایان گرفت حس کردم

چگونگی توضیح عوارض جانبی

آماده ساختن کودکان نسبت به عوارض جانبی درمان، مثل تغییرات جسمانی پس از عمل جراحی، تغییر در وزن بدن، خستگی و ریزش مو بسیار حائز اهمیت است. هنگام صحبت از عوارض جانبی، دو نکته وجود دارد که نقل آنها مهم است:

- همه افراد دچار همه عوارض جانبی نمی شوند - آنان که مبتلا به نوعی سرطان مشابه هستند و یک نوع درمان مشابه دریافت می کنند، لزوماً یک نوع عوارض جانبی نخواهند داشت. دکترها می دانند در اکثر افرادی که درمانی خاص دریافت می کنند چه اتفاقی می افتد. اما از اینکه برای هر یک از افراد چه اتفاقی رخ می دهد، مطمئن نیستند. اگر دچار سرطان هستید، براساس آنچه دکتر به شما گفته به فرزندان بگویید که منتظر چه نوع عوارض جانبی هستید و به محض پدیدار شدن عوارض، آنان را مطلع خواهید ساخت.

- بروز عوارض جانبی به منزله بدتر شدن فرد نیست - در میان کودکان رایج است در روزهای شیمی درمانی، وقتی که عوارض حاصل از داروهای خستگی یا تهوع را می بینند ناراحت و غمگین می شوند. شاید نگران آن هستند که سرطان پیشرفت کرده باشد. به ایشان توضیح دهید که عوارض جانبی چیزی جدا از علائم و نشانه های سرطان هستند. همچنین آنان را

زمانی را به عنوان «وقت بدون سرطان» در نظر بگیرید که در آن اصلاً به بیماری خود فکر نکنید. کاری کنید که شاد باشید، بخندید و تمدد اعصاب داشته باشید.

بگذارید بچه ها کمک کنند

طی دوران درمان، بچه ها دوست دارند در امور خانه



کمک کنند. اگر به آنها این اجازه بدهید، اطمینان و اعتماد به نفس آنان افزایش می یابد. چراکه این کار نشان می دهد شما برای آنها ارزش قائلید و به وجود آنها نیاز دارید. حتی بچه های کوچک تر هم می توانند کمک کنند. در مورد کودکان سه ساله، کمی طول می کشد تا کاری که به آنها محول کردید به طور کامل انجام دهند، اما اگر کار مربوطه در توان آنها باشد، از انجام آن و شرکت داشتن در این وظایف بسیار خوشحال می شوند. البته اگر به بچه ای که بسیار مشتاق کمک است، کاری دهید که توان انجام آن را نداشته باشد، تایید معکوس بر وی خواهد داشت و مانع پیشرفت او می شود. چراکه در انجام آن شکست خورده و باعث تضعیف روحیه و پریشانی او می شود.

در مورد بچه های بزرگ تر و نوجوانان بهتر است بخواهیم بیشتر در امور خانه کمک کنند، اما قبلاً در این مورد با آنها صحبت کنید. بسیار مهم است با نوجوانان درباره کارهایی که می خواهید به آنها بدهید، صحبت کنید و تا حد امکان عدالت را میان آنها رعایت کنید. کارهایی که برای شما بدیهی هستند، لزوماً برای آنها بدیهی نیستند. بنابراین زمانی را اختصاص دهید که به آنها بگویید چه کارهایی باید انجام دهند و چگونه این کارها را می توان تقسیم کرد.

نهایت تلاش

بعضی پدر و مادرها دوست دارند در حالی که خود با مشکلات سرطان دست و پنجه نرم می کنند زندگی را برای بچه های خود تا حد امکان طبیعی و پایدار نگه دارند. اما بسیار مشکل می توان به طبیعی بودن این وضعیت ادامه داد و در عین حال با تغییرات ناشی از سرطان برخورد کرد. وقتی می بینید قادر به انجام کارهای معمول برای بچه ها نیستید، ممکن است احساس گناه کنید و بعضی روزها هم حس کنید هیچ کاری از دستتان بر نمی آید.

پاسخ به این مسائل آسان نیست، اما می توانید با فراموش کردن کارهای عادی و روزمره خانه و شوخی کردن با اعضای خانواده روزهای خوبی از زندگی را رقم زنید. وقتی زیاد سر حال نیستید و نمی توانید در بازی بچه ها مشارکت کنید، می توانید کنار بنشینید و با هلهله و فریاد خود برای آنها شادی بیافرینید. روزهایی که اصلاً توان رویارویی با بچه ها را ندارید به جای آنکه واقعیت وضعیت خود را از آنها مخفی نگه دارید، بگذارید بدانند در چه وضعیتی هستید.

استفاده از وقت برای خانواده

طی دوران درمان، وقتی شیرازه زندگی از هم گسسته و از حالت معمول خود خارج می شود، مهم این است که زمانی را برای جمع شدن خانواده در کنار یکدیگر سازماندهی کنید.

نکات زیر در این امر به شما کمک می کند:

- تعداد بازدید کنندگان را محدود و تلفن راهنگام غذا خوردن خاموش کنید.
- از دوستان خود بخواهید به جای زنگ زدن، ایمیل بفرستند. اگر می خواهند تماس بگیرند، از آنها بخواهید زمانی زنگ بزنند که بچه ها در مدرسه هستند یا از ساعت خواب آنها گذشته است.
- زمانی را برای بچه ها کنار بگذارید تا موفقیت های هفتگی خود را به شما نشان دهند.
- وقتی احساس می کنید پرانرژی هستید برنامه های خاصی را تنظیم کنید.

از یکی از دوستان نزدیک یا بستگان بخواهید هماهنگی همه پیشنهادات دوستان و اعضای خانواده برای کمک به امور روزمره خانه را بر عهده گیرد. با این کار وقت بیشتری را در کنار خانواده خواهید داشت.

گفتگو با کودکان در مورد سرطان

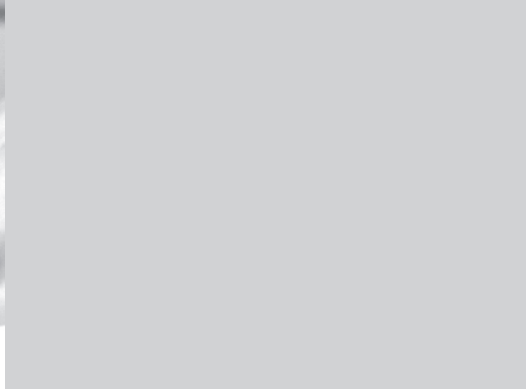
• برای برقراری تماس، در صورت امکان از اینترنت استفاده کنید.

واکنش بچه ها

پاسخ بچه ها در طول درمان با توجه به تفاوت هایشان، متفاوت است. عصبانیت، بغض و گریه از جمله واکنش هایی هستند که امکان آنها وجود دارد و طبیعی هستند. وقتی که بچه ها نمی دانند چگونه می توانند با مسائل برخورد کنند، ترس آنان به عصبانیت بدل می شود. انفجار عصبانیت در آنان البته یک شانس است که می توان فهمید در درون آنان چه می گذرد. سعی کنید با

رعایت محدودیت ها

موضوع انضباط معمولاً میان خانواده هایی که با سرطان دست به گریبان اند، شایع است. رعایت محدودیتها و انضباط در خانواده موجب افزایش حس امنیت در کودکان و بالا رفتن توانایی برخورد آنان با مسائل خواهد شد. گاهی اوقات والدین می گویند در طول درمان سرطان مشکل می توانند انضباط را در خانه به صورت معمول و طبیعی رعایت کنند. وقتی انسان سالم و سرحال است، رعایت قوانین خانواده به اندازه کافی سخت است، چه رسد به وقتی که با اثرات احساسی و جسمانی ناشی از درمان



کنترل خود و عدم عصبانیت این پاسخ را در آنها خاموش نسازید. اگر فکر می کنید واکنش فرزندان به نظر طبیعی نیست یا بیش از حد است، درباره «استفاده از توصیه های کارشناسان» فکر کنید.

سروکار دارید. بنابراین بدانید گاهی می توانید از قوانین خانه بگریزید، اما سعی کنید مرزهای خانوادگی را حفظ و تا آنجا که می توانید آنها را رعایت کنید.

در تماس باشید

اگر در کشوری زندگی می کنید که برای درمان لازم است سفر کنید، یا اگر زمان اقامت شما در بیمارستان اضافه شده است، به ناچار باید مدتی طولانی از خانواده دور باشید. برای تماس با خانواده، موارد زیر را امتحان کنید. حتی وقتی نیازی نیست خانه را ترک کنید هم این موارد مفید هستند. البته برای برقراری ارتباط با بچه ها به راههای دیگری نیز نیازمندیم.

نکات کلیدی

- درمان سرطان را برای فرزندان خود تا حد امکان به طور ساده توضیح دهید.
- در توضیح سرطان و درمان آن، نترسید که مبدا چیزی اضافه بگویید یا از شوخی استفاده کنید.
- بگذارید کودکان بدانند درمان چگونه صورت می گیرد و چگونه موجب تغییر شخصیت فرد مبتلا به سرطان می شود.
- بچه ها را تشویق کنید سوال کنند و در صورت هر گونه ترس یا نگرانی نسبت به درمان، آن را ابراز کنند.
- تلاش کنید زندگی خانوادگی پایداری برای بچه ها برقرار کنید. حتی اگر چیزی متفاوت با قبل باشد، سعی کنید بچه ها به برنامه های روزمره خود ادامه دهند.
- بگذارید همه بچه ها در کارهای خانه کمک کنند. این کار نه تنها برای شما مفید است، بلکه به آنها احساسی توأم با ارزشمندی در زندگی و مفید بودن، می دهد.
- برای پایداری فرزندان و نفع خودتان، محدودیتها را

- از فرزندان خود بخواهید عکسی بکشند، از آن عکس بگیرند و برایتان ارسال کنند.
- وقتی در خانه نیستید، هر شب در وقتی معین به خانه زنگ بزنید و از پشت گوشی داستان جالبی را برایشان بخوانید یا تعریف کنید.
- به رسم قدیم برایشان نامه بنویسید یا پیام بفرستید. بچه ها عاشق آنند که در صندوق پستی خود نامه ای با نشانی خودشان پیدا کنند.
- در ظرف ناهار بچه ها یادداشتی بگذارید تا بچه ها با پیدا کردن آن شگفت زده شوند.



کاهش می‌یابد.

(اولیگوری یا دفع کمتر از ۴۰۰ میلی لیتر ادرار در طول شبانه روز) یا کاملاً قطع می‌شود و بدلیل اختلال در دفع مایعات و املاح از بدن عوارض حادی ایجاد می‌شوند. نارسایی حاد کلیه به دلایل «پیش کلیوی»، «کلیوی»، یا «بعد از کلیوی» ایجاد می‌شود. نکته بسیار مهم و اساسی در مواجهه با نارسایی حاد کلیه، شناسایی و درمان هرچه سریع‌تر علت بیماری جهت توقف و جلوگیری از پیشرفت بیماری و در صورت لزوم استفاده به موقع از دیالیز است.

نارسایی مزمن کلیه‌ها

نارسایی مزمن کلیه به از دست رفتن آهسته و تدریجی توانایی کلیه‌ها در دفع مواد زائد و مایعات از بدن اطلاق می‌شود. این روند معمولاً در طی چندین ماه تا چندین سال رخ می‌دهد. به همین دلیل در ابتدا علائم بالینی بسیار خفیف است، نارسایی مزمن کلیه‌ها ممکن است نتیجه نارسایی حاد و درمان نشده کلیه‌ها باشد که منجر به آسیب غیرقابل برگشت کلیه‌ها شده و یا اینکه ممکن است جزئی از یک بیماری زمینه‌ای مانند دیابت یا افزایش فشار خون باشد.

اپیدمیولوژی

نارسایی کلیه یک مشکل بسیار مهم بهداشتی در تمام جوامع محسوب می‌شود، براساس آمارهای رسمی موجود به‌نظر می‌رسد که هر سال در کشور ما بین ۴۰۰۰ الی ۴۵۰۰ نفر به جمع بیماران دچار نارسایی مزمن کلیوی اضافه می‌شود، به همین تعداد نیز به جمع بیماران نیازمند دیالیز یا پیوند کلیه افزوده خواهد شد. براساس مطالعات انجام شده در ایران، در صورتی که اقدامات پیشگیرانه مناسبی صورت نگیرد تعداد بیماران نیازمند به دیالیز در طول ۱۰ سال آینده حدود سه برابر خواهد شد.

اما درباره نارسایی حاد کلیه که یک حالت وخیم محسوب می‌شود و عمدتاً در بیماران بستری قابل تشخیص می‌باشد، ارقام دقیقی موجود نیست. به‌نظر می‌رسد حدود ۵ درصد از بیماران بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستانی نیازمند دیالیز (به‌دلیل نارسایی حاد کلیه‌ها) هستند.

نارسایی کلیه یک حالت بالینی است که در جریان آن کلیه‌ها توانایی دفع کامل مواد زائد از بدن را از دست می‌دهند. نارسایی کلیه به طور کلی به دو صورت در بدن ظاهر می‌شود، آسیب حاد کلیه (نارسایی حاد کلیه) - که با درمان مناسب عمدتاً قابل برگشت می‌باشد - و نارسایی مزمن کلیه (بیماری مزمن کلیه) - که حالتی غیرقابل بازگشت است.

نارسایی کلیه در بیشتر موارد با کاهش میزان فیلتراسیون گلومرولی همراه است، به این معنی که سرعت فیلتراسیون شدن خون از گلومرول‌های کلیه‌ها کم می‌شود. در این حالت ممکن است جریان ادرار کاهش یافته و حتی کاملاً قطع شود، یا اینکه مواد زائدی در خون تجمع یابند. متناسب با علت زمینه‌ای که باعث نارسایی کلیه‌ها شده، ممکن است بیماران دچار دفع خون یا پروتئین در ادرار شوند.

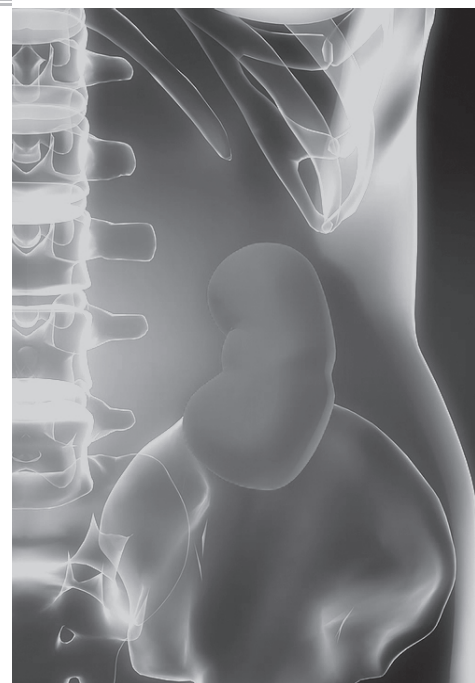
در نارسایی کلیه، ممکن است به دلیل عدم دفع کافی آب و مایعات از بدن، بیمار دچار ادم یا تورم شود، به همین ترتیب (بدلیل عدم دفع کافی املاح و مواد زائد از بدن) ممکن است میزان اسیدها، فسفات‌ها یا پتاسیم در خون افزایش یافته، در موارد شدیدتر بیماران دچار کم‌خونی شوند. استخوانها نیز دچار آسیب‌های جدی شده. طولانی شدن زمان نارسایی کلیه باعث افزایش ریسک بیماری‌های قلبی عروقی خواهد شد.

تقسیم‌بندی

همانگونه که ذکر شد، نارسایی کلیه‌ها به دو دسته کلی حاد و مزمن تقسیم می‌شوند. یکی از عوامل تعیین‌کننده در این زمینه، سرعت افزایش اوره یا کراتنین است. اوره و کراتنین نمایانگر مواد زائد نیتروژنی در بدن هستند، که باید از طریق کلیه‌ها دفع شوند و بالا بودن مقادیر این دو در خون نشانگر نارسایی کلیه‌ها است.

آسیب حاد کلیه‌ها

آسیب یا نارسایی حاد کلیه عبارت است از کاهش سریع و پیشرونده فعالیت کلیه‌ها، که در پی آن جریان ادرار



نارسایی کلیه

دکتر نصیری
(متخصص نفرولوژیست)

متر می رسد (به جز در نارسایی مزمن ناشی از دیابت یا کلیه ای پلی کیستیک). نکته مهم دیگر سرعت افزایش اوره و کراتینین در سرم می باشد به نحوی که در نارسایی حاد کلیه، میزان اوره و کراتینین به سرعت در چند روز تا چند هفته افزایش می یابد. حال آنکه در جریان نارسایی مزمن، سرعت افزایش این عوامل بسیار آهسته است و در عرض چند ماه تا چندین سال رخ می دهد. در موارد خاص می توان از روشهای خاص پزشکی هسته ای نیز استفاده کرد.

درمان

۱- درمان نارسایی حاد کلیه بستگی به تعیین و شناسایی عامل زمینه ای و درمان و کنترل آن دارد. اما علاوه بر درمان عامل زمینه ای، باید اثرات ناشی از مواد زائد تجمع یافته در بدن را نیز کنترل کرد. در مواردی که شواهدی دال بر تجمع و افزایش مایع وجود ندارد، می توان به کمک تزریق مایعات داخلی وریدی، جریان خون کلیه ها را بهبود بخشید. در همین زمینه می توان از ترکیباتی که باعث افزایش عملکرد قلب می شود نیز سود جست. استفاده متناسب از ترکیبات دیورتیک (مُدر) نیز جهت کنترل حجم افزایش یافته بدن کمک کننده است. بالاخره در موارد بسیار شدید و پیشرفته درمانهای جایگزین برای بیماران کلیوی مانند همودیالیز یا دیالیز صفاقی باعث نجات بیماران می شوند.

۲- نارسایی مزمن کلیه: باعث افزایش قابل توجه ریسک بیماری های قلبی عروقی می شود و از سوی دیگر بیماران دچار این عارضه، سایر عوامل خطر ساز بیماری های قلبی مانند افزایش چربی خون رانیز دارا هستند و بنابراین شایع ترین علت مرگ و میر در بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه، بیماری های قلبی عروقی است و نه نارسایی کلیه. علاوه بر کنترل و درمان عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی، هدف از درمان نارسایی مزمن کلیه، کاهش سرعت پیشروی این عارضه (به سوی نارسایی انتهایی و کامل کلیه) است و در این راستا کنترل فشارخون شریانی و در صورت امکان بیماری زمینه ای حائز اهمیت فراوان است. جایگزینی هورمون ارتیروپروئتین و مکی تریول در اکثر بیماران لازم و استفاده از ترکیباتی که مانع از جذب مشتقات می شوند (مانند کرینات کلسیم) شایع است. درمان نهایی موارد انتهایی و بسیار پیشرفته نارسایی مزمن کلیه نیز دیالیز یا پیوند کلیه

علل نارسایی کلیه ها

۱- نارسایی حاد کلیه، عمدتاً هنگامی روی می دهد که جریان خون کلیه ها ناگهان کاهش یابد یا زمانی که مقادیر بالای از سموم وارد کلیه ها شوند. از جمله علل نارسایی حاد کلیه ها می توان از تصادفات یا اعمال جراحی نام برد که در جریان آنها کلیه ها ممکن است به مدت طولانی دچار کم خونی شوند. مصرف بیش از حد برخی از داروها یا ترکیبات شیمیایی (مانند آنتی بیوتیک ها، مسکن یا داروهای شیمی درمانی) نیز باعث نارسایی حاد کلیه ها می شوند. برخلاف نارسایی مزمن، در جریان نارسایی حاد کلیه امکان بازگشت کامل عملکرد کلیه ها وجود دارد و بیمار می تواند به زندگی طبیعی خود بازگردد. ۲- نارسایی مزمن کلیه، علل فراوانی دارد. در حال حاضر بنظر می رسد که شایع ترین علت نارسایی مزمن کلیه درجهان، بیماری دیابت و فشارخون بالای شریانی است، از دیگر علل می توان به کلیه های پلی کیستیک اشاره کرد که نوعی بیماری ارثی است که بیمار به دلیل وجود کیست های متعدد در کلیه ها، به مرور دچار نارسایی مزمن کلیه می شود. بیماری های گلوبروولی (گلوبروولونفریت ها) نیز از جمله علل بسیار مهم نارسایی مزمن کلیه ها هستند. مصرف طولانی مدت و بی رویه ترکیباتی چون آسپرین، ایبوپروفن و استامینوفن نیز باعث آسیب غیرقابل برگشت کلیه ها می شود.

تشخیص نارسایی کلیه

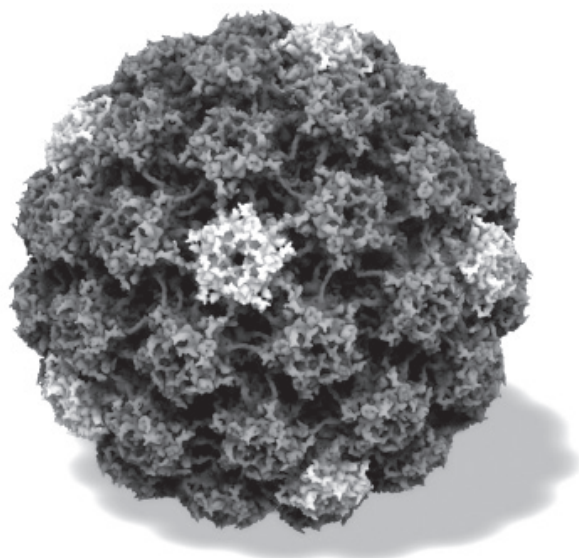
یکی از نشانه های کاهش عملکرد کلیه ها، کاهش میزان برون ده ادراری است. اما در بیشتر موارد، نارسایی کلیه ها براساس اندازه گیری موادی در خون انجام می شود، موادی که بطور طبیعی توسط کلیه ها دفع می شوند، از جمله اوره و کراتینین. اما باید به خاطر داشت که افزایش اوره و کراتینین ممکن است تا چند روز به تاخیر افتد، یعنی در واقع تشخیص نارسایی کلیه براساس تستهای روتین اوره و کراتینین ممکن تأخیر است. به این منظور تستهای تشخیصی دیگری نیز مطرح شده اند که هنوز مورد استفاده عمومی قرار نگرفته.

اما مسئله مهم تفکیک بین نارسایی حاد از یک نارسایی مزمن است، چرا که نارسایی حاد کلیه یک پروسه بالقوه برگشت پذیر است. در جریان نارسایی مزمن کلیه ها، سائز کلیه کوچکتر می شود و غالباً به کمتر از ۹ سانتی

علائم بالینی

علائم بالینی نارسایی کلیه بسیار غیراختصاصی بوده و در یک بیمار با بیمار دیگر متغیر است. در مراحل اولیه و ابتدایی نارسایی کلیه، متأسفانه بیمار هیچگونه علائم خاصی ندارد. با پیشروی نارسایی کلیه ها و تجمع مایعات و مواد زائد در بدن حالتی به نام «آزوتمی» (به معنی تجمع مواد نیتروژن دار یا «آزوت») ایجاد می شود که با افزایش اوره و یا کراتینین در خون مشخص می شود. در موارد اولیه و خفیف آزوتمی (بالا رفتن اوره در خون) نیز علائم و تظاهرات بالینی بسیار اندک و غیراختصاصی هستند، اما همزمان با پیشروی بیماری بر شدت علائم نیز افزوده می شود. هنگامی که نارسایی کلیه با علائم بالینی قابل توجهی همراه شود اصطلاحاً بیمار دچار اورمی (تجمع اوره در خون) خواهد شد.

از جمله علائم مربوط به تجمع مقادیر بالای اوره در خون می توان به علائمی چون تهوع، استفراغ، اسهال، کاهش وزن، شب ادراری، دفع مقادیر زیاد ادرار کم رنگ یا دفع مقادیر اندک ادرار تیره و پُررنگ، وجود خون در ادرار یا اختلال در تخلیه مثانه اشاره کرد و همانگونه که مشخص است این علائم بسیار غیراختصاصی هستند و ممکن است در جریان بسیاری از بیماری های دیگر نیز مشاهده شوند. بدلیل تجمع فسفر در خون، بیمار دچار خارش پوست، آسیب های استخوانی و گرفتگی عضلانی می شود. عدم دفع کافی املاح حاوی پتاسیم نیز منجر به اختلال در ریتم قلب و ضعف عضلانی می شود، به دلیل دفع ناکافی آب و مایعات از بدن نیز بیماران دچار تورم ساق پا، مچ پا، صورت، دستها و یا تنگی نفس می شوند (افزایش تجمع مایع در ریه ها، کلیه های سالم هورمونی به نام اریتروپویتین می سازند که با اثر برمغز استخوان باعث تولید گلبولهای قرمز (خون سازی) می شود. همزمان با کاهش عملکرد کلیه ها، تولید این هورمون نیز به تدریج کاهش می یابد و بیماران به دلیل کم خونی دچار علائمی چون ضعف و خستگی، اختلال حافظه، گیجی و نوسانات فشارخون می شوند. از دیگر علائم ناشی از نارسایی کلیه ها می توان کاهش اشتها، احساس مزه بد در دهان، اختلالات خواب و خستگی پوست را نام برد.



واکسن پیشگیری از عفونت ویروس HPV و سرطان گردن رحم

دکتر فاطمه قائم مقامی
استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
فوق تخصص سرطان‌های زنان

ایجاد پاپیلوم حنجره در نوزاد نیز وجود دارد. بیش از ۱۵۰ نوع ویروس HPV وجود دارد ولی فقط ۴۰ نوع آن در دستگاه تناسلی ایجاد عفونت مینماید که ۱۵-۱۰ مورد آن کم خطر است و ایجاد زگیل تناسلی می‌کند و ۲۰-۱۵ نوع آن پرخطر بوده و در ایجاد سرطان گردن رحم و انواع دیگر سرطان سیستم تحتانی دستگاه تناسلی نقش دارد.

حدود ۷۰ درصد سرطان گردن رحم در اثر عفونت HPV نوع ۱۶ و ۱۸ به وجود می‌آیند و انواع دیگر موثر در ایجاد سرطان گردن رحم نوع ۳۱، ۳۳، ۳۵، ۳۹، ۴۵، ۵۶ و انواع دیگر است.

در اثر یک خراش تناسلی این عفونت وارد مخاط می‌شود و در صورت تداوم تغییرات پیش سرطانی درجه ۱ به وجود می‌آید. در صورتی که در این مرحله تغییرات پیش سرطانی تشخیص داده نشود به درجات بالاتر یعنی ۲ و ۳ تبدیل می‌شود.

معمولاً انواع کم خطر که ایجاد زگیل تناسلی می‌کنند انواع ۶ و ۱۱ عفونت HPV هستند که یا بطور خودبخود بهبود می‌یابند و یا در عرض ۶ ماه ایجاد زگیل تناسلی و یا ضایعات پیش سرطانی می‌کنند. بیشتر خطر این عفونت در افراد ۲۰ تا ۳۰ سال است که فعالیت جنسی بیشتری دارند. ۲/۳ افراد مبتلا به زگیل تناسلی در خلال سه ماه باعث آلودگی افراد مورد آمیزش خود میشوند دوره کمون این بیماری ۳-۴ ماه (بین ۶ هفته تا دو سال) است.

۲/۳ بیماران با ضایعات زگیل خارج تناسلی دچار ضایعات داخلی نیز است، درمان استاندارد برای این ضایعات وجود ندارد و ۲۵ درصد بیماران در خلال ۳ ماه پس از درمان بیماری مجدداً عود می‌نمایند.

در خلال سه دهه گذشته واکسناسیون علیه بسیاری از بیماریهای عفونی باعث کاهش مرگ و میر مبتلایان حدود ۹۹ تا ۱۰۰ درصد شده است. یکی از عفونتهایی که امروزه بر علیه آن واکسن تهیه شده است، عفونت ویروس HPV می‌باشد.

عفونت HPV شایع ترین بیماری آمیزشی است که بیشتر افراد از ابتلا به آن آگاه نیستند و به این ترتیب باعث انتقال عفونت به افراد مورد آمیزش خود می‌شوند.

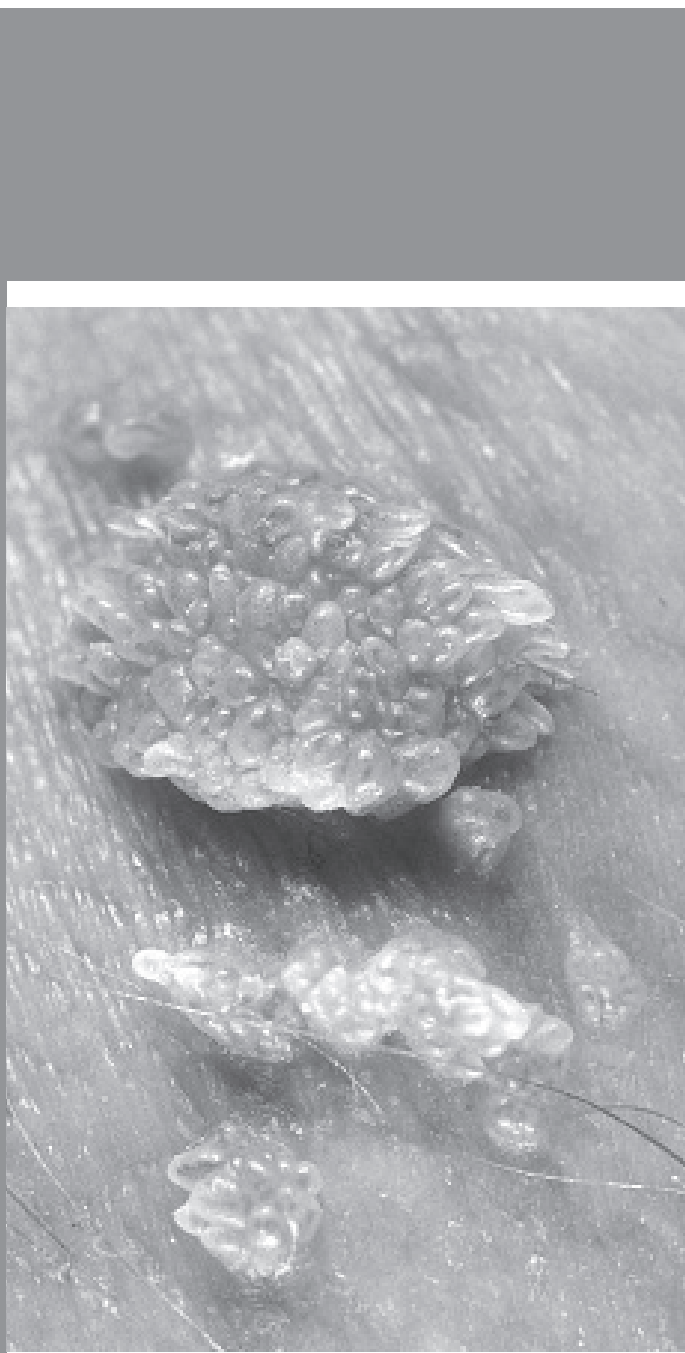
این عفونت آمیزشی عمدتاً باعث ایجاد سرطان گردن رحم، سرطان واژن، ولو و زگیل تناسلی در زنان می‌شود. در مردان نیز باعث زگیل تناسلی و سرطان پنیس (دستگاه تناسلی آقایان) و سرطان مقعد نیز میشود.

قبل از سن ۵۰ سالگی حداقل ۸۰ درصد زنان دچار عفونت HPV در دستگاه تناسلی می‌شوند و در بیشتر موارد بدون آگاهی از این عفونت این بیماری از بین می‌رود. شیوع این عفونت در زنان و مردان بین ۲۸ درصد تا ۵۷ درصد است.

این عفونت عمدتاً در اثر مقاربت جنسی و در موارد کمتری تماس پوست دستگاه تناسلی با پوست دستگاه تناسلی فرد مبتلا، تماس مخاط با دستگاه تناسلی فرد مبتلا ایجاد می‌شود. مهمترین مورد خطر در ابتلا به این عفونت تعداد افراد مورد آمیزش در طول زندگی می‌باشد. به این ترتیب در افرادی که چند همسر داشته‌اند و یا همسر آنها چند همسر داشته‌است شیوع عفونت بیشتر است. احتمال ابتلا به عفونت در اثر استفاده از لباس زیر آلوده یا دستکش جراحی آلوده و یا وسایل جراحی، خیلی کم و به صورت تئوری ذکر شده است.

احتمال انتقال عفونت از مادر به جنین در هنگام تولد و

برنامه معمول انجام شود .
به نظر می رسد پیشگیری اولیه بوسیله واکسیناسیون علیه سرطان گردن رحم در کشورهای در حال توسعه از روش پیشگیری ثانویه یعنی غربالگری توسط تست پاپ اسمیر چندان موفق نبوده است و ۷۰ درصد مرگ و میر ناشی از سرطان گردن رحم در این کشورها است، ارزشمندتر باشد .



این ضایعات وجود ندارد و ۲۵ درصد بیماران در خلال ۳ ماه پس از درمان بیماری مجدداً عود می کند .

اگر تغییرات پیش سرطانی درجه ۱ کشف نشود در مدت ۴ تا ۵ سال به درجات ۲ و ۳ تبدیل می شود و بالاخره در خلال ۹ تا ۱۵ سال عفونت باعث ایجاد سرطان گردن رحم می شود .

تبدیل این ضایعات پیش سرطانی به سرطان، به عوامل محیطی و سرشتی فرد ارتباط دارد . مثلاً تعدد زایمان و حاملگی یا اعتیاد به سیگار یا در معرض دود سیگار بودن و عمدتاً تعدد افراد مورد آمیزش در طول زندگی بسیاری باعث سرعت بخشیدن به این مسئله می شود .

سرطان گردن رحم دومین علت مرگ زنان بعد از سرطان پستان در سنین ۴۴-۱۵ سالگی در جهان تشکیل می دهد و حتی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه شایعترین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است . سالیانه نیم میلیون مورد سرطان گردن رحم در دنیا تشخیص داده میشود و قریب به ۲۵۰/۰۰۰ مرگ ناشی از آن حادث می شود .

قبل از شناخت عامل ایجاد سرطان گردن رحم (ویروس HPV)، پیشگیری از سرطان گردن رحم با انجام تست پاپ اسمیر امکان پذیر بوده که در حقیقت پیشگیری ثانویه با تشخیص مراحل اولیه بیماری و ریشه کن کردن ضایعات قبل از سرطانی است .

بعدها ایمونولوژیست ها برای پیشگیری اولیه سرطان گردن رحم در جهت تهیه واکسن HPV برآمدند، در سال ۱۹۹۰ از ذرات بدون بیماری ویروس که نقش عفونی یا سرطانی ندارد توانستند واکسن HPV را تهیه کنند، این واکسن سطح آنتی بادی قابل توجهی بر علیه ویروس HPV ایجاد می نماید.

حدس زده میشود اگر اقدامی در جهت پیشگیری اولیه از سرطان گردن رحم انجام نشود تا سال ۲۰۲۰ خطر سرطان گردن رحم در دنیا ۴۲ درصد افزایش یابد که این بیشتر مربوط به کشورهای در حال توسعه است، آمارها رقم افزایش ۵۶ درصد در کشورهای در حال توسعه در مقابل ۱۱ درصد در کشورهای توسعه یافته آمار نشان میدهد .

واکسن های ضد سرطان گردن رحم شامل نوع چهارگانه است که بر علیه ویروس شماره ۱۶ و ۱۸ و ۶ و ۱۱ ساخته شده و نه تنها پیشگیری از سرطان گردن رحم بلکه پیشگیری از زگیل های تناسلی نیز می نماید و دیگری واکسن دوگانه است که تنها بر علیه ویروس HPV شماره ۱۶ و ۱۸ ساخته شده است. واکسن ضد سرطان گردن رحم توصیه میشود که در سنین قبل از ازدواج یعنی ۹-۲۶ سالگی تزریق شود. در کشورهای توسعه یافته حتی برای پسران نیز این واکسن در این سنین تزریق می شود تا از بروز زگیل تناسلی و سرطان تناسلی و مقعد در مردان پیشگیری نماید، به ویژه چون مردان باعث اشاعه عفونت می شوند این روش پیشگیری می تواند به صورت ثانویه از بروز بیماریهای وابسته به عفونت HPV در زنان نیز پیشگیری کند. واکسن معمولاً شامل سه تزریق است که در مورد واکسن چهارگانه دومین تزریق در فاصله دو ماه بعد از تزریق اول و سومی ۶ ماه بعد از تزریق اول انجام میشود .

این واکسن کاملاً بدون خطر است و ایجاد بیماری و یا سرطان نمی کند و هیچگونه عارضه جدی و مرگ بعد از تزریق واکسن گزارش نشده است، عوارض خفیف مثل قرمزی و تورم محل تزریق و تب مختصر گزارش شده است . تزریق واکسن در بارداری توصیه نمی شود اگرچه هیچگونه عارضه ای در اثر تزریق آن در خلال بارداری که نیاز به ختم بارداری داشته باشد گزارش نشده است، تزریق واکسن در دوران شیردهی بلامانع است .

صلاح است که بعد از تزریق واکسن پیشگیری ثانویه با روش پاپ اسمیر مطابق



شما از مربی خود چه می خواهید:
لطفا سوالات صفحه بعد را مطالعه و
گزینه مناسب را علامت بگذارید. در
جدول شماره یک پاسخ خود را در
مورد انتخاب بهترین مربی خواهید
یافت.

سطح حمایت:

اگر تنها به دنبال یک مطالعه ساده
در جهت بالا بردن سطح آگاهی‌تان
هستید، یک سطح حمایتی پایین تر
نیز برای شما کفایت می‌کند، با توجه
به این موضوع توقع خود را از سطح
حمایتی تعیین کنید:

○ زیاد

○ متوسط

○ کم

هزینه:

معمولا هزینه انتخاب مربی نباید
خیلی گران باشد، لطفا نظر خود را
درباره هزینه انتخاب مربی انتخاب
کنید.

○ هزینه مهم نیست

○ کم هزینه

○ رایگان

دسترسی:

آیا تمایل دارید حمایت کافی در همه
زمان‌ها برای شما در دسترس باشد؟ و
یا ترجیح می‌دهید زمان تنظیم شده
مشخصی را برای دریافت حمایت در
نظر بگیرید؟

○ ثابت

○ روزانه

○ زمان تنظیم شده

سبک شخصی:

آیا تمایل دارید از یک تلفن یا کامپیوتر
به عنوان مربی استفاده کنید یا ملاقات
حضوری را ترجیح می‌دهید؟
ترجیح می‌دهید به تنهایی یاد بگیرید
یا در یک گروه؟

○ شخصی

○ اینترنت

○ تلفن

ترک سیگار بخش دوم

مترجم: ندا جلیلیان

زیر نظر:

دکتر آرزو ابن احمدی

دکتر حیدری

دکتر عبدالرضا معادی

منبع: Quit Victori

سایت: www.quit.org.au

جدول شماره یک

نکاتی برای نایل شدن به بهترین نتیجه	سبک شخصی	امکان دسترسی	هزینه	سطح حمایت	نیاز به ابزار/شخص کمک کننده	روش
قبل از اینکه ترک کنید با یک خط تلفن مشاور صحبت نمایید. شانس ترک موفقیت آمیز شما در صورتی که چندین بار با یک متخصص مشورت نمایید بیشتر خواهد شد. قبل از اینکه اقدام به ترک نمایید، برای در یافت راهنمایی تماس بگیرید	افرادی که تمایل دارند با تلفن صحبت کنند، مانند تماسی یک به یک و خواستن یک حمایت محکم	در دسترس توسط تلفن در اغلب روزها	هزینه یک تماس محلی	شما می‌توانید سطح حمایت کم، متوسط و یا بالا را انتخاب کنید	بله	خط تلفن مشاور
تازمانی که در حال ترک هستید چندین بار از یک مربی ترک سیگار استفاده نمایید	افرادی که تمایل دارند از یک کامپیوتر استفاده کنند	ثابت	هزینه دسترسی به اینترنت	متوسط	بله	Quit coach Quit coach.org.au
تمرین‌ها و فعالیت‌های پیشنهاد شده را انجام دهید. نه اینکه فقط آنها را مطالعه کنید!	افرادی که تمایل دارند به تنهایی بخوانند و یادگیرند و افرادی که تمایل دارند از یک کامپیوتر استفاده کنند و به حمایت فوق العاده‌ای نیاز ندارند	ثابت	متفاوت اغلب رایگان	پایین	برای اطمینان از چک لیست صفحه ۱۳ استفاده کنید	کتاب خود آموز/روشن و سایت های اینترنتی
هرچه تعداد جلساتی که شما خواهید داشت، بیشتر باشد، شانس ترک سیگار شما بیشتر خواهد شد. بنابراین در همه‌ی دوره‌ها شرکت نمایید. شما باید قبل و بعد از ترک سیگار، تان چندین جلسه مشاوره داشته باشید.	افرادی که شرکت کردن در گروه‌ها را دوست دارند و به یک حمایت سطح بالا نیاز دارند	زمان‌ها و مکان‌ها را تنظیم کنید	هزینه‌ی یک دوره‌ی fresh start	بالا	برای اطمینان از چک لیست صفحه ۱۳ استفاده کنید این دوره بایدمدارکی از نرخ موفقیت براساس تمام شرکت کنندگان حد اقل ۶ ماه بعد از پایان دوره را ارائه دهد	دوره‌های گروهی ترک سیگار
توصیه‌هایی که در حل مسئله به شما کمک می‌کنند و مهارت‌های یادگیری نظیر تشخیص محرک‌های سیگار و برنامه‌ریزی برای کنترل موقعیت‌ها و زمان‌های تحریک کننده را بررسی نمایند	افرادی که یک ملاقات رو در رو را ترجیح می دهند و تمایل دارند در زمان‌های برنامه‌ریزی شده با یک مشاور صحبت کنند	معمولا زمان و مکان At set	متفاوت	بالا	برای اطمینان از چک لیست صفحه ۱۳ استفاده کنید پایک متخصص سلامت آموزش دیده در زمینه کمک به ترک سیگار افراد مشورت نمایند	مربی‌گری رودر رو / چهره به چهره



درمان دارویی برای افراد وابسته به نیکوتین، به خصوص سیگاری هایی که قبلاً هم سعی به ترک نموده اند، بسیار کمک کننده خواهد بود.

اگر شما وابستگی به نیکوتین داشته باشید و درمان دارویی مناسب خود را به کار برید، در این صورت می توانید شانس موفقیت آمیز بودن ترک سیگارتان را دو برابر کنید.

درچه صورتی درمان دارویی ترک سیگار به شما کمک خواهد نمود؟

- آیا در سی دقیقه اول بعد از بیدارشدنتان سیگار می کشید؟
- آیا بیش از ۱۰ سیگار در هر روز می کشید؟
- آیا زمانی که سعی به ترک می کنید، علائم بازدارنده را در خود احساس می کنید؟

اگر پاسخ سوالات یاد شده در بالا بله باشد، در این صورت درمان دارویی ترک سیگار می تواند کمک کننده باشد.

چه نوع درمان دارویی می تواند کمک کننده باشد؟

کاربرد درمان دارویی علائم بازدارنده نظیر موارد زیر را کاهش می دهد:

- ولع کشیدن سیگار
- تمایلات شدید
- حالت سر گیجه و ناراحتی
- اضطراب
- عصبانیت
- کم شدن تمرکز

قابل ذکر است که این نوع درمان ها معمولاً روی هم رفته علائم بازدارنده را متوقف نمی کنند.

سیگار کشیدن اغلب مردم به حالات روحی آنها وابسته است، ولی مشاور می تواند به شما کمک کند که این شرایط را مدیریت نمایید و زندگی خود را بدون سیگار متعادل کنید.

از چه نوع درمان دارویی برای ترک سیگار باید استفاده شود؟

دو نوع درمان دارویی وجود دارد:

۱. محصولات جانشین نیکوتین (برچسب ، آدامس ، قرص لوزی ، قرص مکیدنی ، وسایل استنشاقی) که به طور گسترده در دسترس هستند. در باره ی این موارد با دارو شناس خود مشورت نمایید.
۲. تجویز دارو هایی نظیر Trazodon، Bupropion و ... شما باید در این باره نیز با پزشک یا دندانپزشک خود مشورت کنید.

انتخاب مربی با یک کیفیت شناخته شده:

اگر شما یکی از موارد زیر را انتخاب نموده اید، این به آن معنی است که شما مربی را انتخاب نموده اید که در کار خود تثبیت شده است.

- تماس با شماره تلفن
- تماس با مربی آن لاین
- انتخاب مربی با کیفیت ناشناخته
- اگر یکی از موارد زیر را انتخاب کرده اید:
- سایر کتب خود آموز بروشور ویا سایت های اینترنتی
- یک دوره ی ترک سیگار
- یک مربی «رو در رو» یا «چهره به چهره»

در این صورت قبل از اینکه کار خود را شروع کنید چند سوال بپرسید:

شهرت / سابقه:

آیا این مربی توسط یک سازمان شناخته شده مورد تایید قرار گرفته است؟ چنانچه جواب شما مثبت است وارد مراحل بعد شوید.

• نوع آموزش:

آیا مربی آموزش خاصی برای ترک سیگار دیده است یا خیر؟ آیا در دوره ی خاصی شرکت نموده است؟

• آمار و ارقام موفقیت:

آیا این مربی ارقام واقع بینانه از موفقیت را به شما ارائه داده است؟

از او بپرسید چه تعداد از افراد برای ترک سیگار از وی راهنمایی دریافت نموده اند و چه تعدادی حد اقل برای ۶ ماه در این کار موفق شده اند؟ اگر او ادعا کرد که بیش از نیمی از افراد در این کار موفق شده اند، اینجاست که باید احتیاط نمایید و بررسی بیشتری انجام دهید.

• نقطه نظرات :

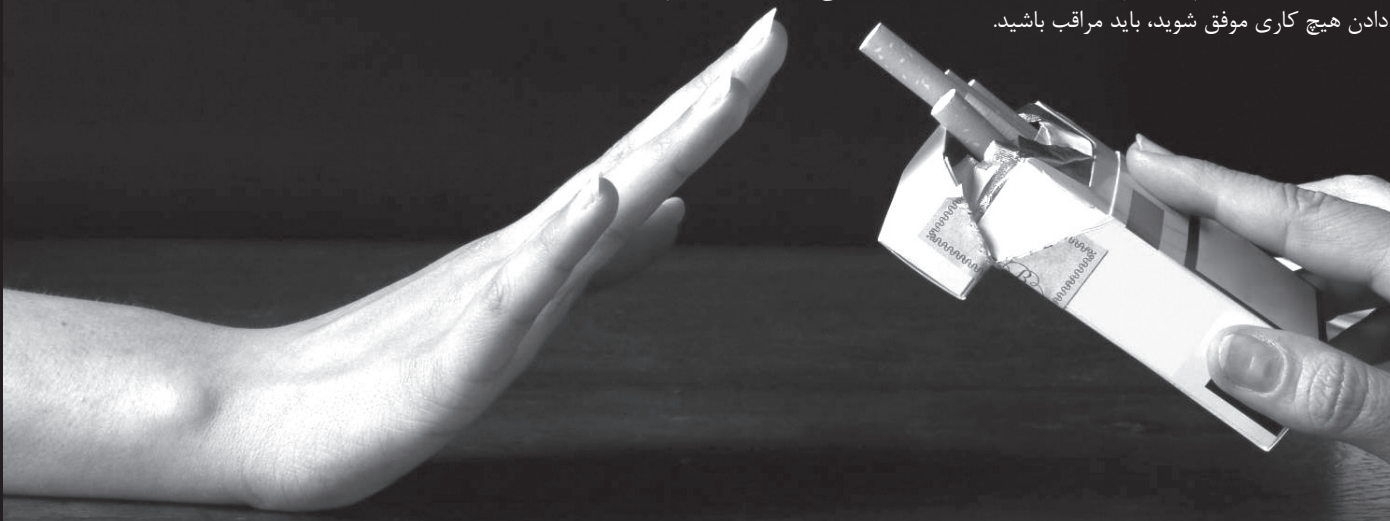
آیا شما توجیه شده اید که دقیقاً چه کاری باید انجام دهید؟ مربی گری تنها در صورتی کارآمد خواهد بود که شما دقیقاً بدانید باید چه کاری انجام دهید، پس حتماً در مورد افرادی که نظرات بسیار پیچیده را بیان می کنند که شما نمی توانید به آسانی آنها را درک کنید، مراقب باشید.

• طول دوره :

تعداد جلسات بسیار زیاد یا بسیار کم مورد نظر شماست؟ اگر تعداد این جلسات کم تر از ۴ جلسه هستند، شما به احتمال زیاد نیاز به حمایت بیشتر از طرف مشاورین دیگر دارید. همچنین شما معمولاً به بیش از ۱۰ جلسه نیاز نخواهید داشت.

• فشار کار :

آیا شما کاری انجام خواهید داد؟ یک مشاور خوب از شما انتظار خواهد داشت که سهم خود را از این کار انجام دهید، پس اگر آنها ادعا کردند که، شما می توانید بدون انجام دادن هیچ کاری موفق شوید، باید مراقب باشید.



مقدمه:

این خبر که شما دچار بیماری‌ای هستید که زندگیتان را تهدید می‌کند، موجب بروز عکس العمل‌های متفاوتی می‌شود. برای مثال: شوک، ترس، ناراحتی، خشم و عصبانیت، اضطراب و نگرانی، و حس درماندگی شدیدی از این که چرا من؟ ممکن است بسیار گریه کنید و احساس ناامیدی و افسردگی شدید بر شما غلبه کند. بعضی از افراد نوعی راحتی حس می‌کنند و بر این باورند که از یک جنگ طولانی در زندگی خلاص شده‌اند یا اینکه تمام آن ترس‌های پنهانی که در درون خود داشته‌اند را اکنون می‌توانند آشکارا و به راحتی با دیگران مورد بحث قرار دهند. بیشتر افراد از اینکه احساسات خود را، با دیگران به اشتراک بگذارند و به آنان اجازه کمک به خود را دهند احساس راحتی می‌کنند و با این کار به دیگران فرصت می‌دهند، تا به آنان کمک کنند.

ممکن است درک این مسئله، که قرار است چه اتفاقی برای شما بیفتد خیلی مشکل باشد. شاید سؤالاتی داشته باشید، که بخواهید آنها را بپرسید اما برای پرسیدن آنها لغات مناسبی پیدا نکنید. از اینکه از پزشک عمومی خود، یا از پزشک متخصص، این سؤالات را بپرسید هراسی نداشته باشید. آنها به شما کمک خواهند کرد، تا در مورد نیازتان به خدمات مراقبت‌های تسکینی، و زمان مناسب آن تصمیم‌گیری کنید. شاید بهتر باشد هنگامی که نزد دکتر می‌روید، کسی را هم به همراه خود ببرید، یا اینکه می‌توانید در فاصله‌ای که تا ملاقات بعدی با پزشک دارید، پرسش‌هایی را که برایتان پیش می‌آید یادداشت کنید.

مراکز مراقبت‌های تسکینی، اطلاعاتی را برای کمک به افرادی که بیماری خطرناکی زندگی آنان را تهدید می‌کند و نیز خانواده‌های آنها، تهیه می‌کنند و در اختیارشان قرار می‌دهد. هدف، بهینه ساختن کیفیت زندگی بیماران و توانا ساختن آنها در دوباره به دست گرفتن کنترل زندگی‌شان از طریق بالا بردن سطح دانش و آگاهی است. مراکز مراقبت‌های تسکینی هم چنین از اعضای سازمانی و کارمندان خود در ارائه خدمات مراقبت‌های تسکینی با بهترین و بالاترین کیفیت حمایت می‌کنند.

مراقبت‌های تسکینی چیست؟

با مراقبت‌های تسکینی می‌توان نیازها و احتیاجات خاص فردی را که زندگی او در اثر یک بیماری تهدید می‌شود، مشخص کرد. هدف معالجه و درمان افراد نیست، بلکه رفتار کردن به نوعی است که علائم بیماری را قابل تحمل‌تر کند، درد را کنترل کند و به بیماران کمک کند تا تغییراتی را ایجاد کنند تا زندگی برایشان آسان‌تر شود. هدف مراقبت‌های تسکینی وادار ساختن فرد به در کنترل گرفتن درمان و کیفیت زندگی‌اش است. مراقبت‌های تسکینی خانواده و دوستان فرد را نیز درگیر می‌کند، با در نظر گرفتن این امر که این افراد نیز در مقابله با بیماری فردی که دوستش دارند، به کمک احتیاج دارند. مراقبت‌های تسکینی، برای کمک و حمایت در طی مراحل عزاداری نیز می‌تواند کمک‌کننده باشد.

مراقبت‌های تسکینی می‌تواند در منزل خود افراد ارائه شود، یا در بخش‌های بیمارستانی و یا در دیگر مکان‌های درمانی، سلامتی این امر بستگی به این دارد که فرد در کجا زندگی می‌کند و یا کجا را برای مرگ انتخاب می‌کند. مراقبت‌های تسکینی، محدوده درمان‌ها و خدمات پزشکی را که قبلاً برای بیمار انجام می‌گرفته، کامل می‌کند.

چگونه یک برنامه مراقبت‌های تسکینی می‌تواند به من کمک کند؟ هر یک از این خدمات، برنامه خدماتی خاص خود را به فرد یا خانواده او ارائه می‌کند. این برنامه‌ها می‌تواند شامل پرستاری، مشاوره پزشکی با پزشک عمومی فرد، مراقبت‌های روزانه، مشاوره، توصیه‌های تغذیه‌ای، ارائه وام و امانت دادن تجهیزات، فیزیوتراپی، کار درمانی، خدمات مددکار اجتماعی، حمایت‌های مربوط به عزاداری و حس هم‌دردی، حمایت‌های روحی و روانی و طیف وسیعی از حمایت‌ها و خدماتی از داوطلبان آموزش دیده باشد.



مراقبت‌های تسکینی

بنیاد امور بیماری‌های خاص

یک آسایشگاه چه مکانی است؟

یک آسایشگاه یا بخش خدمات مراقبت های تسکینی در یک بیمارستان، مکانی است که در آن کارکنان آموزش دیده این مهارت، از افرادی که بیماری خطرناکی، زندگی آنها را تهدید می کند، در محیطی مثل خانه اما با امکانات و تجهیزات بیمارستانی، مراقبت می کنند. برخی از این مراکز مراقبت های درمانی که خانگی می باشند، در نام خود واژه آسایشگاه را دارند، اما مردم معمولاً می دانند که آسایشگاه یک مکان است و مراقبت های تسکینی، خدماتی است که در این مکان ارائه می شود.

ممکن است به خاطر اینکه نشانه های خطرناک بیماری شما تحت کنترل در آید و کیفیت زندگی تان بهبود یابد، به آسایشگاه بروید. همه چیز در این راستا انجام می شود که شما تا آنجایی که می شود در آسایش باشید. پیش از این که در این مراکز پذیرفته شوید، لازم است معرفی نامه ای از یک پزشک داشته باشید.

اگر به یک آسایشگاه بروم، آیا میتوانم از آنجا خارج شوم؟
بله. مردم اغلب وقتی درد علائم و نشانه های بیماری شان تحت کنترل درآمد، به خانه خود باز می گردند. می توانید مدت کوتاهی به آسایشگاه بروید تا به مراقبین خود فرصت استراحت کوتاهی بدهید.

انتخاب برای ترک آسایشگاه با خودتان است. بسیاری از افراد ترجیح می دهند در منزل خود از دنیا بروند. شاید دوست داشته باشید در کنار دوستان قدیمی و خانواده خود باشید یا ثروت خود را تقسیم کنید یا شاید بخواهید در کنار باغ یا حیوانات خانگی خود باشید.

اگر درد داشته باشم آیا این درد تسکین می یابد؟
بله تقریباً در بیشتر موارد می توان بر درد غلبه پیدا کرد یا آن را قابل تحمل ساخت. در تمام موارد این درد تا درجاتی تسکین می یابد. باید متوجه بود که اگر چه درد در بسیاری از بیماری های خطرناک برای زندگی وجود دارد، اما هر کسی آن را تجربه نخواهد کرد. مهم این نکته است که شما بتوانید آزادانه درباره درد و ناراحتی خود صحبت کنید و از پزشک یا پرستار خود هر سوالی را که در ذهن دارید بپرسید.
در زیر نکاتی است که ممکن است شما بخواهید در باره کنترل درد بدانید.

مخدر ها دسته ای از دارو ها هستند که برای تسکین درد و سایر علائم مثل تنگی نفس به کار می روند. مورفین یکی از معروفترین و پر استفاده ترین مخدر ها است. کدئین نیز یکی از مخدر هایی است که خیلی استفاده می شود. از مورفین و استفاده های آن سخن بسیار گفته شده است. ترس بی دلیل و غیر معقول درباره استفاده از مورفین افراد را به این امر سوق می دهد که درد خودشان را پنهان یا از مصرف دارو خودداری کنند. این امر سبب تحمل درد و رنج غیر ضروری هم برای بیمار و هم برای خانواده های آنها می شود.

در این جا حقایقی در رابطه با مورفین ارائه می شود:
-مورفین و سایر مخدر ها در صورتی که برای کاهش درد به طور مناسب و صحیح تجویز شوند، از لحاظ روانشناسی اعتیاد آور محسوب نمی شوند.

چگونه به یک مرکز ارائه خدمات مراقبت های تسکینی مراجعه کنم؟

در صورت موافقت شما، توسط هر کسی که از شما مراقبت و نگهداری می کند می توانید به این مراکز مراجعه کنید. این می تواند شامل متخصصان درمان و سلامتی یا خانواده و دوستانتان باشد.

آیا مراقبت های تسکینی فقط برای افراد مبتلا به سرطان است؟

خیر. مراقبت های تسکینی برای تمام افرادی است که بیماری زندگی آنها را تهدید می کند.

آیا مراقبت های تسکینی برای همه افراد قابل دسترس است؟

خدمات درمان های تسکینی متعهد به حمایت از همه افراد صرف نظر از نژاد، فرهنگ، پیشینه، مذهب یا باورهای اعتقادی است.

آیا باید بابت آن هزینه ای بپردازم؟

قوانین و شروط مراقبت های تسکینی متکی بر رفاه عمومی و سرمایه های دولتی است. خدمات مراقبت های تسکینی عموماً رایگان هستند. هر چند، بیشتر مراکز خدمات مراقبت های تسکینی در سطح جامعه، سازمان های خیریه ای هستند که متکی به کمک های اهدایی و گرد آوری کمک ها و پشتیبان هایی که از دولت می گیرند می باشند. بیمارستان ها یا آسایشگاه ها ممکن است از بیمار هزینه ای دریافت کنند. این هزینه ها عموماً تحت بیمه های درمانی یا خصوصی پوشش داده می شوند. ممکن است خدمات مراقبت های تسکینی، برای کرایه بعضی از وسایل و تجهیزات پول دریافت کند. شما برای دریافت اطلاعات و جزئیات بیشتر باید با بیمارستان یا مرکز در مانی مربوطه خود صحبت کنید. دارو ها و تجهیزات دیگر مطابق معمول خریداری می شود.

کجا می توانم به خدمات مراقبت های تسکینی دسترسی داشته باشم؟

مراقبت های تسکینی در جاهای مختلفی انجام می پذیرد. ممکن است شما این خدمات را در خانه خودتان دریافت کنید، یا از خدمات مراقبت های تسکینی در سطح جامعه یا یک پرستار اجتماعی بر خوردار شوید. می توانید به یک مرکز درمانی یا آسایشگاه بروید یا بیمار یک بیمارستان باشید. این خدمات می تواند از طریق پزشک عمومی یا پزشک متخصص محل نیز در اختیار تان گذاشته شود. مراقبت های تسکینی در بسیاری از خانه های سالمندان و مراکز نگهداری از سالمندان نیز وجود دارد.

خدمات مشاوره ای منطقه ای، در بسیاری از مناطق وجود دارد که تعدادی از متخصصین مراقبت های تسکینی در آن حضور دارند که می توانند توصیه ها و کمک هایی به شما و خانواده شما ارائه دهند.



هر گونه فعالیتی که در منحرف کردن حواس فرد از درد نقش داشته باشد موجب کاهش حس درد می شود. ماساژ، تمرکز، فعالیت های تمدد اعصاب، روان در مانی و گروه های حمایتی در کنار دیگر درمان های مکمل، کمک به کنترل درد کمک می کنند.

پزشک یا پرستاران به شما کمک می کنند مسکنی را بیابید که برای شما مناسب است.

مراقبت های تسکینی مشخص می کند که نه تنها درد فیزیکی و جسمانی وجود دارد، بلکه درد احساسی و یا روحی نیز می تواند وجود داشته باشد. در مراکز خدمات مراقبت های تسکینی کارکنان و داوطلبانی هستند که علاقه خاصی به موضوعات روحی دارند و می توانند هم به شما و هم به خانواده تان کمک کنند.

آیا می توانم درمان را نپذیرم؟

بله. هر فرد بالغی می تواند درمان را نپذیرد، به جز مراقبت های تسکینی، که مسکن منطقی درد است، و تهیه آب و غذا که از طریق دهان در اختیار فرد قرار می گیرد. تصمیم گیری در باره درمان معمولاً مبتنی بر یک ارتباط خوب بین بیمار و پزشک معالج او انجام می گیرد. هر چند، ممکن است شما در مان را نپذیرید و دلایل جامعی در مورد مراقبت های تسکینی خود با اسناد حقوقی ارائه دهید. عقیده خوبی به نظر می رسد که وکالتی دائمی (جهت درمان پزشکی) تعیین کنید تا از جانب شما بتواند از درمان خودداری کند، چرا که شاید شما آن را نتوانید انجام دهید.

چگونه می توانم به خانواده ام کمک کنم؟

جدا شدن از آن هایی که دوستشان داریم غم انگیز ترین چیزی است که بیشتر ما با آن مواجه خواهیم شد. اما حتی یک زمان کوتاه نیز می تواند به اندازه کافی برای انجام دادن آن چه که باید انجام شود مفید باشد.

- وصیت نامه خود را تنظیم کنید.

- از جزئیات شخصی خود، همسر، والدین و فرزندان، پرونده ای آماده کنید. این مدارک، برای شخصی که مراسم تدفین را ترتیب می دهد مورد نیاز است. - در مورد نوع و کیفیت مراسم تدفینی که می خواهد برگزار شود تصمیم بگیرید و این که چه کسانی باید دعوت شوند.

- مشخص کنید که رفتار خانواده شما بعد از فوت شما چگونه باشد.

- بگذارید مردم بدانند که خانواده شما چه حسی در قبال شما دارند.

مشخص کنید چه چیزهایی برای شما بیشترین اهمیت را دارند و ابتدا آنها را انجام دهید. هر چه بیشتر در مورد آن چه که بیشترین اهمیت را در ذهن و قلب شما دارد سخن بگویید، راحت تر می توانید با مشکلاتی که به نظر بزرگ می رسند و بعد آشکار میشوند دست و پنجه نرم کنید.

نزدیک بودن و در تماس بودن با افرادی که دوستشان دارید برای شما و برای آنها مهم است.

این بهترین زمانی است برای افرادی که به یکدیگر نزدیک هستند تا بتوانند بیشترین حمایت خود را با ابراز عشق و احساسات به طور آشکارا، انجام داده و خداحافظی کنند.

اگر سوالات دیگری داشته باشم از چه کسی بپرسم؟

احتمالاً به عنوان یک فرد مستقل سوالات بسیار دیگری دارید که دوست دارید پاسخ داده شوند.

بعضی از مردم دوست دارند طول عمر خود را بدانند، برای مثال چند هفته یا چند ماه، و برخی دیگر می خواهند بدانند که در صورت پیشرفت بیماری شان چه اتفاقی برای آنها و بدنشان می افتد. پاسخ به این گونه سوالات بسیار شخصی و خصوصی است. کارکنان مراکز خدمات مراقبت های تسکینی به شما در رابطه با این سوالات یا هر سوال دیگری که داشته باشید کمک خواهند کرد.

- مورفین اغلب در همان دوره اولیه بیماری برای کنترل درد تجویز می شود. این نشانه آن نیست که مرگ نزدیک است. افرادی که برای کنترل درد خود مورفین مصرف می کنند، قادرند زندگی طبیعی خود را داشته باشند و همچنان به زندگی عادی خود ادامه دهند. استفاده از مورفین برای کنترل درد این مفهوم را در بر دارد که فرد می تواند به کار خود ادامه دهد، رانندگی کند، به تعطیلات برود، معاشرت های خانوادگی خود را داشته باشد و از زندگی خود لذت ببرد بدون آنکه دردی حس کند.

- مورفین در صورتی که به طور مناسب تجویز شود، به مرگ شتاب نمی دهد، حتی قادر خواهد بود کیفیت زندگی را بهبود بخشد و طول مدت عمر را افزایش دهد.

- هیچ دو نفری شبیه هم نیستند. میزان مورد نیاز مورفین در افراد مختلف متفاوت است. ممکن است شخصی فقط ۵ میلی گرم مورفین برای کنترل دردش نیاز داشته باشد و دیگری ۵۰ میلی گرم یا بیشتر. تنها خود فرد است که می تواند بگوید چه وقت دردش تسکین پیدا کرده است.

- مورفین در اشکال مختلفی تجویز می شود، مثل مخلوط های خوراکی، چسب های پوستی، قرص یا تزریقی.

- مخدر هادارای عوارض جانبی هستند. بیوست از موارد مورد انتظار است. البته می توان آن را با رژیم غذایی و مصرف داروهای مسهل کنترل کرد. ظرف چند روز اغلب خواب آلودگی و تهوع نیز بروز می نماید. می توان این موارد را با مصرف یک سری دارو برطرف کرد، یا می توان آن ها را با تغییر میزان یا فرمول ماده مخدر مربوطه کنترل نمود. سایر عوارض جانبی نادر هستند.

- گاهی مردم نگران این هستند که اگر برای کنترل درد در مراحل اولیه بیماری شان از مورفین استفاده کنند، در صورتی که این درد در مراحل بعدی بیشتر شود، دیگر راهی برای کنترل آن وجود نخواهد داشت. این امر درست نیست. تقریباً در تمامی موارد، میزان مناسبی از این دارو در طول دوره بیماری، برای کنترل درد به کار می رود.

درباره مسکن های درد چه می توان گفت؟

هر فردی با دیگری متفاوت است. پزشک یا پرستار خود را از هر گونه دردی که تجربه می کنید، کاملاً آگاه سازید در این صورت آنان می توانند:

- داروی صحیحی را برای شما انتخاب کنند، از پاراستامول گرفته تا مورفین. - مسکن های درد را در زمان مناسبی آغاز کنند و همین طور که درد افزایش پیدا می کند، میزان دارو را افزایش دهند یا داروی قوی تری جایگزین نمایند.

- میزان مناسبی از دارو را برای شما تجویز می کنند تا درد تسکین پیدا کند. بهتر است مسکن های درد را به طور منظم برای جلوگیری از درد مصرف کنیم. این که اجازه دهیم درد بر گردد و سپس آن را تسکین دهیم.

از طریق صحبت با پزشک یا پرستاران در مورد تجویز داروهای خود، کمک به کنترل درد خود می کنید، نه این که درد شما را کنترل کند.

در برخی موارد، داروهای دیگری مثل داروهای ضد التهاب مفاصل، شل کننده های عضلانی و داروهای ضد افسردگی نیز به تسکین درد کمک می کنند.

درد سرطان نیز از طریق رادیو تراپی (اشعه درمانی)، جراحی یا شیمی درمانی (درمان دارویی با قرص یا تزریق) می تواند تسکین یابد. هدف این نوع از درمان ها، تسکین درد از طریق نابود کردن سلول های سرطانی و یا متوقف ساختن رشد تومور های سرطانی است. با آنکه دارو اولویت اول را در کنترل درد دارد، بسیاری روش های دیگر نیز در این میان وجود دارند. اقدامات پرستاری مثل کیسه های گرم و سرد و روش های توانبخشی شامل وضعیت گیری، ورزش و تقویت ناحیه ای که درد دارد، به تسکین درد کمک می کند.



روبان شبیه پازل: نشانه اوتیسم

روبان با نمای ابر: نشانه فتق مادرزادی دیافراگم

روبان آبی: نشانه میلیت عرضی، کودک آزاری، توپروز اسکروز، سندرم استیونس جانسون، سرطان روده بزرگ، سندرم خستگی مزمن، ترک اعتیاد، بیماری استخوان شکننده

روبان آبی روشن: نشانه انتقال خون بین دوقلوها (نوعی مشکل خطرناک در بارداری های دوقلو) و سرطان پروستات

روبان سبز یشمی: نشانه هپاتیت ب، سرطان کبد

روبان بنفش: نشانه انواع سرطان به طور عمومی، کرون و کولیت، مسمومیت با مواد مخدر، سارکوفیدوز، لوپوس، سندرم شوگرن، سکنه مغزی، فیبروز کیست (Cystic Fibrosis)، بیماری آلزایمر، سرطان پانکراس

روبان با رنگ اسطوخودوس: نشانه صرع

روبان بنفش روشن: نشانه اختلالات خوردن (بی اشتها، عصبی و پر خوری عصبی)، سرطان معده، سرطان مری، پرفشاری خون ریوی

روبان صورتی و آبی: نشانه سرطان سینه در مردان، سرطان التهابی سینه، ناباروری

روبان خاکستری: نشانه اختلال شخصیت مرزی، دیابت، سرطان مغز، آسم

روبانهای رنگی، بیماری ها را تحت عنوان روبان های هشدار دهنده یا یاد آور کننده می نامند، زیرا ما با دیدن آنها یاد یک بیماری خاص می افتیم. رایجترین کاربرد این روبانهای رنگی «آگاهی دادن درباره سلامت عمومی» است.

روبان های رنگی در واقع سمبل نگرانی های بشر یا آگاهی دهنده و یادآوری کننده موضوع یا بیماری خاصی هستند. این بیماری ها اغلب به عنوان بیماری های مهم و تاثیرگذار بر جوامع انسانی در نظر گرفته می شوند. شناخته شده ترین این روبان ها به رنگ های مشکی و قرمز هستند که ممکن است بارها آن ها را در مناسبت ها و شرایط مختلف دیده باشید. روبان مشکی علامت سوگواری است و روبان قرمز، نشانه بیماری ایدز است. هر کدام از روبان ها به رنگ های مختلف مطرح کننده یک یا چند بیماری هستند و برخی هم ممکن است شرایط متعددی را مطرح کنند.

برخی از مهم ترین این رنگ ها به شرح زیر است:

روبان سفید شفاف مرواریدی: نشانه سرطان ریه

روبان سفید: نشانه آگزوستوز متعدد ارثی اتحاد روبان سفید برای مادران ایمن: برای اطمینان از بارداری و زایمان ایمن برای همه زنان و نوزادان متولد شده در هر کشور در سراسر جهان روبان سفید به منظور بالا بردن سطح آگاهی درباره بیماری های نقص ایمنی شدید ترکیبی (SCID) استفاده می شود.

روبان با نمای شبیه گورخر: نشانه بیماری های نادر (در اثر عوامل ژنتیکی و غیر ژنتیکی)، تومورهای سرطانی و عصبی - غدد، بیماری اهلرز دانلوس

روبان زرد: نشانه سرطان استخوان، پیشگیری از خودکشی، اندومتریوز

آیا می دانید روبان های رنگی هر کدام نماد چه بیماری هایی است ؟

مترجم : واحد آموزش و پژوهش



واحدهای دیالیز جزئی از تشکیلات درمان طبی پیچیده امروزی هستند و بیماران این مراکز با یک بیماری مزمن، ناتوان کننده و محدود سازنده زندگی سروکار دارند که وابستگی آن ها را به گروهی از مراقبان در دستیابی به دستگاهی که دوام زندگی آن ها را در پی خواهد داشت ایجاب می کند. دیالیز هفته ای سه بار به مدت حداقل ۴ ساعت انجام می شود و طبعاً روال زندگی عادی بیمار را در هم می شکند.

بیماران با بیماری خود کشمکش دارند و اغلب مجبورند با درجاتی از وابستگی به دیگران با نوعی از وابستگی که از کودکی به بعد تجربه نکرده اند مدارا کنند. بیمارانی که وارد واحد دیالیز می شوند معمولاً تلاش می کنند که استقلال خود را حفظ کنند، به حالت های کودکی عقب نشینی کنند، کنش نمایی (Acting out) در مقابل دستورات پزشک و انکار بیماری خود را با نادیده گرفتن رژیم غذایی و غیبت در جلسات درمان نشان می دهند، نسبت به کارکنان اظهار خشم می کنند، چانه می زنند و چاپلوسی می کنند یا به التماس و رفتار کودکانه دست می زنند. گروهی از بیماران نیز شجاعت و پذیرش نشان می دهند.

عوامل تعیین کننده واکنش بیمار در هنگام ورود به بخش دیالیز عبارتند از: روحیه شخصیتی بیمار و تجارب قبلی او از بیماری نارسایی کلیه یا بیماری مزمن دیگر. بیمارانی که فرصت کافی برای واکنش و انطباق با نارسایی مزمن کلیوی داشته اند، کم تر از کسانی که به تازگی دچار نارسایی کلیوی و وابستگی به دستگاه شده اند، دچار آثار روانشناختی تطابق می شوند.

هر چند درباره عوامل اجتماعی کمتر مطلب نوشته شده است، تأثیر عوامل فرهنگی در واکنش به دیالیز و مراقبت واحد دیالیز حائز اهمیت است. واحدهایی که دارای مدیریت قوی هستند، در برخورد با بیماران حالتی باثبات دارند، احتمال ناکامی های رفتاری بیماران را به طور صریح مطرح می کنند و حمایت روانی کافی از کارکنان به عمل می آورند، بهترین نتایج را به بار خواهند آورد. عوارض درمان دیالیز ممکن است شامل مشکلات روانشناختی از قبیل افسردگی باشد و خودکشی نیز نادر نیست. مشکلات جنسی نیز ممکن است ریشه عصبی یا روانی داشته باشد و یا مربوط به آتروفی بیضه ای و بدکاری گنادها باشد. دمانس دیالیزی اختلال نادری است که با نقصان حافظه، اختلاف جهت یابی یا disorientation، دیستونی و تشنج تظاهر می کند. این اختلال در بیمارانی بروز می کند که سال ها تحت درمان دیالیز قرار داشته اند و علت آن دقیقاً مشخص نیست.

مشکلات روحی روانی در بیماران دیالیز

فرشته سادات شجاعی
کارشناس ارشد روانشناسی

درمان روانی بیماران دیالیزی در دو حوزه انجام می شود:

۱- آماده سازی دقیق قبل از دیالیز و از جمله کار در زمینه انطباق با بیماری مزمن به ویژه در برخورد با انکار و توقعات غیر واقع گرایانه اهمیت دارد. تمام بیماران پیش از دیالیز باید مورد ارزیابی روانشناختی قرار گیرند.

۲- ضمن انجام برنامه دیالیز باید به گونه ای که سبب تشویق وابستگی یا نقش بیمار نشود به صورت دوره ای درباره انطباق وی پرس و جو شود. کارکنان واحد باید نسبت به احتمال افسردگی و مشکلات جنسی حساس باشند. جلسات گروهی یا Group therapy از لحاظ حمایتی مفیدند و گروه های خودیار (self help) بیماران سبب برقراری یک شبکه اجتماعی مفید، بازگشت عزت نفس و تسلط بر خویشتن می شود. در صورت نیاز می توان در بیماران دیالیزی با تجویز پزشک متخصص، از داروهای سه حلقه ای یا فنوتیازین ها استفاده کرد. مراقبت روانپزشکی در صورتی که کوتاه و معطوف به مشکل باشد موثرتر است. استفاده از واحدهای دیالیز خانگی وضعیت درمان را بهبود بخشیده است. بیمارانی که از این نوع دیالیز استفاده می کنند، بهتر می توانند درمان را در زندگی روزمره خود ادغام کنند، بیشتر احساس خود مختاری و استقلال می کنند و از نظر مراقبت طبی کمتر از بیمارانی که در بیمارستان درمان می شوند به دیگران وابسته اند. برنامه های پیوند عضو طی دهه گذشته، گسترش زیادی پیدا کرده اند و کارکنان رابط نقش مهمی در یاری رساندن به بیماران و خانواده های آنان بازی می کنند تا آنها بتوانند با مسائل روانی اجتماعی پیچیده و فراوانی که پیش رو دارند مقابله کنند، از جمله :

- ۱- کدام یک از بیماران در لیست انتظار قرار دارند و چه زمانی پیوند را دریافت خواهند کرد.
- ۲- اضطراب مربوط به عمل جراحی پیوند عضو به چه میزان است.
- ۳- ترس از مرگ
- ۴- ترس از رد شدن عضو پیوندی
- ۵- انطباق با زندگی پس از پیوند موفقیت آمیز

بیمارانی که تحت عمل پیوند عضو قرار گرفته اند به مراقبت های پیچیده ای نیاز دارند و پیروی این بیماران از درمان های طبی ممکن است بدون روان درمانی حمایتی، مشکل باشد. این مسئله به ویژه درباره بیمارانی که به علت رفتارهای جنسی بی بند و بار و یا اعتیاد دارویی و استفاده از سوزن های آلوده به هیپاتیت C مبتلا شده اند صدق می کند. گروه درمانی با بیمارانی که تحت عمل پیوند عضو مشابهی قرار گرفته اند به اعضا کمک می کند تا از یکدیگر حمایت کنند و در احساسات و اطلاعات مربوط به عوامل استرس زای خاص مرتبط با بیماریشان شریک شوند. روانشناس می تواند این گروه ها را هدایت کرده یا بر آن ها نظارت کند و باید توجه خاصی به عوارض روانپزشکی نشان دهد. ظرف یک سال پس از پیوند عضو، تقریباً ۲۰ درصد از بیماران دچار یک حمله افسردگی عمده و یا اختلال سازگاری همراه با خلق افسرده می شوند. در چنین مواردی ارزیابی افکار و خطر خودکشی اهمیت زیادی دارد. علاوه بر افسردگی ۱۰ درصد دیگر از بیماران نشانه های اختلال استرس پس آسیمی (post traumatic stress disorder) را همراه با کابوس و حملات اضطرابی مرتبط با عمل پیوند عضو تجربه می کنند. موضوع دیگر نگرانی از این مسئله است که آیا عضو پیوند شده از جسد گرفته شده یا از یک اهداکننده زنده یا این اهداکننده با بیمار خویشاوند بوده است یا خیر. جلسات مشاوره قبل از پیوند با اهداکنندگان احتمالی عضو به آن ها کمک می کند تا با ترس های مربوط به جراحی و نگرانی از این که چه کسی عضو اهدایی را دریافت خواهد کرد، کنار آمده و مقابله کنند. گاهی اوقات دریافت کننده عضو همراه با اهداکننده آن مورد مشاوره قرار می گیرند، مثل مواردی که در آن یک خواهر کلیه اش را به برادر یا خواهرش اهدا می کند.

میزان بروز سایکوز پس از پیوند کلیه ۷/۵ در هزار نفر در هر سال است. این میزان در بیماران دیالیزی مزمن ۷/۲ در هزار نفر در سال و در بیماران دیالیزی ۶۵ ساله یا کمتر ۹/۶ در هزار نفر در سال گزارش شده است.

بسیاری از مبتلایان به بیماری کلیوی مزمن که تحت درمان دیالیز قرار دارند از اختلالات خواب رنج می برند. از این اختلالات میتوان به بی خوابی، خواب روزانه افراطی، اختلالات تنفسی خواب و اختلالات حرکتی در طول خواب اشاره کرد. بررسی ها میزان بروز حداقل یک اختلال خواب را در این بیماران، ۸۰ درصد برآورد کرده اند. پس از بی خوابی سندرم پاهای بیقرار (RLS) از رایج ترین اختلالات خواب در این بیماران است. شیوع سندرم پاهای بی قرار از ۶/۶ درصد یا ۸۳ درصد در موارد مختلف گزارش شده است. شیوع این اختلال در جمعیت عمومی در حدود ۵/۵ درصد است که این میزان در زنان و افراد مسن بالاتر است. شیوع سندرم پاهای بی قرار در بیماران کلیوی بیشتر از جمعیت عمومی است. از فاکتورهای خطر غیر وابسته برای اختلالات خواب در این بیماران می توان سن بالا، مصرف افراطی الکل، سیگار کشیدن، پلی نورپاتی و نوبت دیالیز در صبح را ذکر کرد.

افسردگی رایج ترین تشخیص در بیماران کلیوی:

افسردگی رایج ترین مشکل روانشناختی در بیماران تحت درمان با دیالیز است. با آن که میزان شیوع افسردگی در این بیماران بالاست، اما کمتر تشخیص داده می شود. هم پوشی بین علائم بیماری طبی مزمن و افسردگی، یک تشخیص چالش برانگیز در این بیماران است. میزان بروز افسردگی در بیماران دیالیزی بسیار متفاوت گزارش شده است که بخشی از این امر به ملاک های متفاوت برای تشخیص افسردگی وابسته است. بررسی های اخیر نشان داده است که افسردگی در پیامد های درمانی بیماران دیالیزی تأثیر به سزایی دارد. شاید این تعجب آور نباشد که افسردگی میزان مرگ و میر را در انواعی از موقعیت های پزشکی تحت تأثیر قرار می دهد.

درد: از دیگر مسائلی که حدود ۵۰ درصد بیماران دیالیزی با آن مواجه هستند درد است. درد یک پدیده چند بعدی با مولفه های جسمی، روانشناختی و اجتماعی است. عدم موفقیت در کاهش دادن میزان درد می تواند باعث آشفتگی در بسیاری از جنبه های زندگی شود. میزان شیوع افسردگی در بیمارانی که دردهای مزمن شدید یا متوسط دارند بالاتر است. زودرنجی شدید، اضطراب و ناتوانی برای مقابله با فشار روانی در بیمارانی که دچار درد های مزمن هستند شایع تر از افرادی است که درد ندارند و نیز بیماران مبتلا به درد متوسط یا شدید، بیشتر از سایرین از مشکلات مربوط به خواب و بی خوابی رنج می برند. از این رو می توان گفت درد مزمن در بیماران دیالیزی می تواند رابطه نزدیکی با افسردگی و بی خوابی داشته باشد و از این طریق زمینه مساعدی را مهیا سازد تا این بیماران به صرف نظر کردن از دیالیز بیندیشند.

در مطالعه ای که در مجله نیو انگلند به چاپ رسید ذکر شده است که عوارض دارویی سالانه تقریباً صد هزار مورد بستری بیمارستانی را تشکیل می دهند. که دو سوم آنها داروی ضد انعقاد و داروهای درمان دیابت هستند. چهار دارو از جمله وارفارین، داروی ضد پلاکت خوراکی، انسولین و داروهای کاهنده قند خون خوراکی بیشترین آمار را در بالغین ۶۵ سال و بالا تر تشکیل می دهند چیزی حدود ۶۷ درصد.

درمان های بیماران دیابتی نیاز به اندازه گیری دقیق قند خون و تنظیم دوز دارو دارند که شاید در بیماران دیابتی کمتر اتفاق می افتد.

با بررسی مراجعه بیماران به ۵۸ بیمارستان طی سالهای ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۹ در امریکا، دو سوم افراد که بر اثر عوارض دارویی بستری شده بودند افراد ۸۰ ساله و بالاتر بودند.

پزشکان و بیماران باید بدانند که هنگام استفاده از این داروها سلامتی و ایمنی بیماران را نیز در نظر گیرند.

چند نکته از عوارض ترشی در کنار غذا

- استفاده از ترشی در کنار وعده های غذایی می تواند چاشنی مناسبی برای افراد باشد، اما مصرف بی رویه آن می تواند موجب آسیب های جدی در بدن شود.

- مصرف بی رویه ترشی و شور می تواند خطر ابتلا به «سرطان معده» را افزایش دهد.

- ترشی به علت داشتن نمک زیاد می تواند میل به غذا را کاهش دهد

- ترشی می تواند آسیب های جدی به سیستم گوارش وارد کند و همچنین امکان تشدید کم خونی را افزایش می دهد.

- خوردن ترشی ناتوانی همراه با کاهش وزن را در پی دارد به همین دلیل توصیه میشود در هر وعده غذایی ترشی مصرف نشود

چند نکته درباره زمان خوردن میوه ها

- میوه ها را نباید بعد از خوردن غذا مصرف کرد، زیرا ممکن است باعث مسموم کردن سیستم بدن شود

- میوه ها باید زمانی خورده شوند که معده خالی باشد و یا قبل از خوردن غذا مصرف شود

- خوردن میوه در زمانی که معده خالی است باعث میشود که سفیدی مو، تاس شدن و عصبانیت در فرد اتفاق نیفتد

- توصیه میشود زمانی که نیاز به نوشیدن آب میوه دارید، فقط آب میوه تازه بنوشید و حتی آب میوه هایی که غلیظ هستند را ننوشید.

- میوه را نباید بعد از خوردن غذا مصرف کرد، زیرا باعث اختلال در بدن فرد می شود.

آیا می دانید دو

سوم موارد بستری

بیمارستانی بدلیل

عوارض دارویی را

داروهای ضد انعقاد

خون و داروهای درمان

دیابت تشکیل می

دهند؟

اخبار سلامت

بنیاد امور بیماری های خاص

بين الملل





تاریخچه روز جهانی ام اس

به نقل از:
<http://www.iranms.ir/fa/news>

بنیاد امور بیماریهای خاص

خانم سیلویا لوری آمریکایی پس از آنکه از ابتلای برادر خود به بیماری ام اس آگاه شد نخستین گامها را در راه جدال با این بیماری برداشت و تا پایان عمر یعنی زمانی که به دلیل بیماری تنفسی در بیمارستان بستری بود، آنرا ادامه داد.

تلاشهای او برای رسیدن به «دنیای عاری از ام اس» از یک فراخوان عمومی در روزنامه، برای کمک به برادرش شروع شد و در نهایت به تاسیس «انجمن علمی ام اس آمریکا» در سال ۱۹۴۶ و فدراسیون بین المللی ام اس در سال ۱۹۶۷ منتهی شد.



امروز فدراسیون بین المللی ام اس مستقر در لندن، با داشتن ۴۳ عضو از انجمنهای ام اس سراسر جهان، اهداف ذیل را دنبال می کنند:



- هدایت جهانی حرکتها برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران ام اس
- حمایت از تلاشهایی که منجر به درک بهتر و درمان این بیماری شود
- تسهیل همکاریهای بین المللی بین انجمنهای ام اس سراسر جهان
- حمایت از تحقیقات بین المللی در زمینه ام اس
- کمک به ایجاد انجمنهای ام اس جدید و رشد انجمنهای موجود
- تبادل جهانی اطلاعات

طبق تصویب فدراسیون بین المللی ام اس برای اولین بار، در سال ۲۰۰۹ (آخرین چهارشنبه ماه می) روز ۲۷ می، روز جهانی ام اس اعلام شد. هدف از این کار، ارتقای سطح آگاهی درباره این بیماری و اهدای کمکهای مالی برای حمایت از تحقیقات ام اس بود.

در آن سال، ۴۷ سازمان فعال در زمینه ام اس این روز را در سراسر جهان جشن گرفتند. در این روز کشورهای گوناگون، با برنامههای مختلف برای ارتقای سطح آگاهی عموم و جذب کمکهای مالی برای انجمن ام اس خود تلاش می کنند.

کشور ما در سال ۱۳۸۱ به عضویت «فدراسیون بین المللی ام اس» در آمد و با کمال افتخار و مسرت اعلام میداریم که تا کنون ۴ تن از هموطنان ما، پس از ارائه پروپوزال پژوهشی خود، موفق به دریافت کمکهای مالی فدراسیون شده اند.

انجمن ام اس ایران ضمن آرزوی موفقیت برای بیماران ام اس و کلیه پژوهشگران کشورمان، همگام با سایر کشورها، روز جهانی ام اس را گرامی میدارد و امیدوار است با برگزاری برنامههای تدارک دیده شده، نقش کوچکی در پیشبرد کاروان ملی ام اس کشورمان ایفا کند.



جدول کنفرانس‌های فصل بهار (آوریل، می، ژوئن-۲۰۱۴)

عنوان کنفرانس / سمینار	زمینه	تاریخ	مکان برگزاری
کنفرانس انجمن بین‌المللی نوزادان (INAC)	پزشکی	۳-۵ آوریل	اسپانیا
کنفرانس به روزرسانی بی‌هوشی (AU)	پزشکی	۲-۵ آوریل	فلوریدا
چهاردهمین سمپوزیوم سالانه جراحی پستان	پزشکی	۳ آوریل	کانادا
کنفرانس حنجره شناسی و احیای صدا	پزشکی	۴-۵ آوریل	آریزون
چهارمین سمپوزیوم سامانه جراحی پلاستیک زیبایی	پزشکی-زیبایی	۴-۵ آوریل	کانادا
هشتمین کنفرانس سالانه مراقبت‌های اولیه (بخش دوم)	پزشکی	۱۴-۱۸ آوریل	فلوریدا
کنفرانس سلامت زنان	پزشکی-زنان	۱۰-۱۷ می	واشنگتن
کنفرانس مروری بر بیماری‌های عفونی	پزشکی	۱۱-۲۳ می	دانمارک
کنفرانس کاردیولوژی (قلب و عروق)	پزشکی	۱۱-۱۸ می	فلوریدا
نشست سالانه بیماری‌های عروقی ۲۰۱۴	پزشکی	۵-۷ ژوئن	ماساچوست
هشتمین نقد و بررسی سالانه بی‌هوشی اطفال	پزشکی	۱۲-۱۵ ژوئن	فلوریدا



بازدید به عمل آوردند و گزارشی از وضعیت بیماران توسط پروفیسور متوالی در اختیار آنها قرار گرفت، ایشان اظهار داشتند که متأسفانه از ۱۷ استان سودان فقط تعداد اندکی آمار بیماران تالاسمی را در اختیار دارند و هر سال نیز تعدادی بیمار جدید به بیمارانشان افزوده می شود

در خلال این بازدید، خانم دکتر هاشمی بیان داشتند:

«امیدواریم با کمک مقامات مسئول شما بتوانیم مشکل را حل کنیم در مان بیماران مستمر است و نیاز به دارو و درمان دارد و کمک TIF به تنهایی مشکل شما را حل نخواهد کرد. قطعاً باید نشستی را با وزیر بهداشت شما داشته باشیم و از آنها بخواهیم در این خصوص کمک کنند. براساس گزارش پروفیسور متوالی حسین، مشکلات زیادی وجود دارد که باید حل شوند. با یک برنامه ریزی درست از طرف TIF و کمک مسئولین شما پیشنهاد شد این کار انجام شود، همانطور که در ایران انجام دادیم. در ایران ۲۰/۰۰۰ بیمار داریم و هزینه ها از طرف دولت پرداخت می شود. خون رایگان، داروها و تجهیزات مجانی به آنها داده می شود.»

جناب آقای دکتر نمکی، معاون واحد آموزش و پژوهش بنیاد که جزء هیئت بازدید کننده بودند هم اظهار داشتند:

«بهترین روش، اجرای برنامه های پیشگیری است. تلاشها و کوشش ما بر روی برنامه های پیشگیری متمرکز است. ما آماده ارائه کمک به شما در زمینه برنامه های پیشگیری هستیم و نیاز به کمک دولت شما داریم.»

در پایان این سفر از سوی مسئولان بهداشتی سودان بسیار مثبت ارزیابی شد و ایشان ابراز امیدواری کردند که این سفر نقطه عطفی برای بهبود وضعیت بیماران تالاسمی در این کشور و جلب توجه مقامات بهداشتی جهانی به کشور سودان باشد، چراکه مقرر شد گزارش این بازدید در جلسه بعدی TIF مطرح گردد.

مقدمه:

متنی که ملاحظه خواهید نمود گزارشی از بازدید بنیاد امور بیمار های خاص از مراکز درمانی مربوط به تالاسمی در کشور سودان است.

خانم دکتر هاشمی، ریاست محترم بنیاد امور بیماری های خاص و هیئت همراه ایشان به نمایندگی از فدراسیون بین المللی تالاسمی TIF به این کشور سفر کرده بودند. لازم به ذکر است که پیش از این بازدید، دبیر TIF در جلسه هیئت مدیره این سازمان که در ابوظبی برگزار شده بود، گزارشی از مشکلات بیماران مبتلا به تالاسمی در کشور سودان را ارائه داده بودند و پس از آن خانم دکتر هاشمی داوطلب حضور در سودان به عنوان نماینده TIF شدند.

TIF از سال ۱۹۸۶ فعالیت خود را شروع کرده و محور اصلی فعالیت هایش، کنترل و پیشگیری از بیماری تالاسمی بوده است. طبق قانون این سازمان باید بیش از ۵۰ درصد اعضاء آن بیماران و یا خانواده ایشان باشند.

این سازمان تاکنون ۱۵ کنفرانس بین المللی برای بیماران و خانواده آنها و ۱۱ کنفرانس پزشکی بین المللی برگزار کرده و ۴۲ سفر به کشورهای مختلف برای بررسی مشکلات بیماران داشته است. انتشارات زیادی به زبانهای مختلف برای پزشکان، بیماران و خانواده های آنها منتشر کرده تا بتوانند سهمی در پیشگیری از این بیماری داشته باشد.

بازدید از سودان:

روز سه شنبه ۲۵ ژانویه (۵ بهمن ۱۳۹۲) بازدید هیئت نمایندگان بنیاد امور بیماری های خاص از سودان آغاز شد. این گروه در ابتدا با پروفیسور متوالی حسین (یکی از مسئولان ارشد بهداشتی سودان) نشستی را برگزار کردند که طی آن یک سری اطلاعات کلی در خصوص وضعیت بیماران و مراکز درمانی در سودان کسب کردند.

این گروه از چندین بخش و مرکز درمانی از جمله بخش هماتولوژی بیمارستان جعفر اف در این کشور

گزارشی از سفر به سودان

بنیاد امور بیماریهای خاص

فرهنگی





خدا صحبت است

احمد مکرری



بر سر کوی محبت به صفا باید رفت
باشد آن جا به مقامی به صفائی برسی
می و میخانه آب و هوایی دگر است
خوش بود گر به چنین آب و هوایی برسی

بیشتر آنها نمی دانند.
این آیه مفهومی این است که :
تا گشایش هست یادی از خدا در ذهن نیست

در گرفتاری تفأل را به قرآن می زنیم.

امروزه از هر فاجعه و جنایتی دردناک تر، مرگ اخلاق است، که متأسفانه گریبان گیر جامعه انسانی در تمام دنیا شده است. اتفاقاتی که در شأن آدمی نبوده و نیست. علاج درمان این درد مزمن و بسیار خطرناکتر از سرطان و دیگر بیماریهای ناشناخته، کاری بس دشوار است و همت و جهادی همگانی می طلبد. در جوامعی که حرمت ها و عزت های انسانی نابود می شود، در نتیجه باید شاهد بیماریهای خاص و عجیب و غریب باشیم، که طبیبان و دانشمندان در تشخیص و شناسایی آن عاجز و ناتوانند.

پس اگر بخواهیم به درستی و حقیقت مشکلات را واکاوی کنیم بهتر آن است که رویکرد ما به بازسازی انسانی و اخلاقی جامعه باشد تا شاهد شکوفایی و نشاط و دست یابی به سعادت و عزت، برایمان آسان شود.

آخر مگر نه اینکه ما انسانها امانت الهی هستیم و بزرگترین سرمایه و پراز و رمزترین خلقت خدائیم! در پایان یاد داشتیم، دلها را با چند بیت شعر از مرحوم مهدی سهیلی صفا داده و همه شما عزیزان را به خدای متعال می سپارم.

دردمندان را هوایی نیست در میخانه ها
ساده دل آنکس که پیمان بست با پیمانها

هست توحید هم نه مست باده اندیشه سوز
سرخوشی ها را بجویم از در میخانه ها

داستان اهل دنیا را به دنیا دارگوی
گوش من آزرده شد از جور این افسانه ها

سر به پای بینوایان منم تا زنده ام
چون خدا را دیده ام در کج محنت خانه ها

« از مال خود با سخاوتمندی به دیگران ببخش، چون بخشش تو بدون عوض نمی ماند.

در تعریف شعر آمده است که : شعر سمفونی است با چندین ساز، ساز احساس و اندیشه، ساز کلام، ریتم، بافت و تلفیق کلمات، اگر این ساز ناکوک باشد، این سمفونی شنیدنی نیست.

آری، سخن این است، در دنیایی که محبت در این زمانه بیش از گذشته غریب گشته و ما تشنه آن شده ایم. بنیاد امور بیماریهای خاص با تدبیر و درایت و توکل و توسل به خدای یکتا، بدون چشم داشتی و توجهی به عنوان و نشان و درجه آدمها، و بی اعتنا به تحقیرها و انگها، تنها و تنها به عشق خدا و خدمت به هم نوعان می کوشد تا در حدبضاعت و رعایت مقررات، باری از دوش دولتمردان بردارد و دل ناشاد دردمندان را شاد کند.

بنیاد، همان سمفونی است که روز و شب تلاشش برای کوک کردن انسانهای ناکوک است، و به این خدمت می نازد و می بالد، چراکه؛ عبادت به جز خدمت خلق نیست - به تسبیح و سجاده و دلق نیست. باشد، که ما نیز به سهم خود از معرفتی که در چنین مکانهایی لبریز است استفاده نموده و درک کنیم.

« فَأَذِمْسِ الْإِنْسَانَ ضُرْدَ دَعَائِهِمْ إِذْ أَنْجَوْ لَنَا نِعْمَةً قَالَ أَنَّمَا أَوْتَيْتُهُ عَلَى عِلْمٍ بَلَى هِيَ فِتْنَةٌ وَلَكِنْ أَكْثَرُهُمْ لَا يَعْلَمُونَ. »

« و چون به انسان بلایی رسد، ما را دعا بخواند، سپس چون از جانب خود به او نعمتی ارزانی داریم،

گوید همانا به خاطر علم (ی که داشته ام) آن را به من داده اند؛ حق این است که آن آزمونی است، ولی



سمینار روز جهانی کلیه برگزار شد.

روز پنجشنبه مورخ ۹۲/۱۲/۲۲ سمینار روز جهانی کلیه به همت بنیاد امور بیماری های خاص در ساختمان اصلی بنیاد، برگزار شد. این سمینار که با حضور جمعی از پزشکان، پرستاران و کارشناسان نمونه، اساتید متخصص وزارت بهداشت، در این زمینه تشکیل شد، شامل سخنرانی هایی تخصصی در خصوص پیشگیری از این بیماری و ارائه راه حل های کاربردی برای بهبود درمان آن بود.

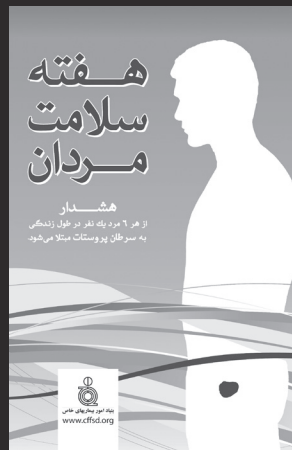
در کنار این سمینار از پزشکان، پرستاران و کارشناسانی که در سالهای اخیر خدمات ارزنده ای در رابطه با بیماران کلیوی انجام داده اند تقدیر و قدر دانی به عمل آمد. و نیز انتشارات بنیاد امور بیماری های خاص در خصوص بیماران کلیوی و سایر بیماری های مرتبط، در اختیار علاقه مندان قرار گرفت.

شایان ذکر است در روز شنبه ۲۴ اسفندماه نیز در برخی فرهنگسراهای سطح شهر تهران غربالگری به منظور جلوگیری از بروز بیماری های کلیوی انجام شد، که شامل بررسی فشارخون و توزیع انتشارات در میان مراجعین بود.



کارگاه آموزشی و غربالگری سرطان شایع زنان برگزار شد.

به مناسبت روز جهانی سرطان واحد آموزش و پژوهش بنیاد امور بیماری های خاص در روز یکشنبه مورخ ۹۲/۱۱/۲۰ کارگاه آموزشی و غربالگری سرطان شایع زنان برگزار کرد. در تعدادی از دبیرستان های دخترانه، سطح شهر تهران کارگاه آموزشی برگزار شد و در ساختمان بنیاد بیماری های خاص، کارگاه آموزشی به همراه غربالگری سرطان شایع زنان برگزار گردید. برنامه کارگاه آموزشی به صورت کلاس آموزشی معاینه پستان انجام گرفت و غربالگری دهانه رحم با آزمایش تست پاپ اسمیر و توزیع بوروشور انجام شد. این برنامه که با حضور جمعی از پزشکان، خیرین و افراد داوطلب تشکیل شد، شامل سخنرانی توسط خانم دکتر عابدینی (متخصص زنان)، معاینه و تست پاپ اسمیر توسط خانم دکتر قاسمی (متخصص زنان) انجام شد و در خصوص پیشگیری از این سرطان و ارائه راه حل های کاربردی برای بهبود درمان آن بود. در کنار این برنامه، انتشارات بنیاد امور بیماری های خاص در خصوص سرطان پستان و سایر سرطان های شایع زنان در اختیار علاقه مندان قرار گرفت.



غربالگری سرطان پروستات به مناسبت هفته سلامت مردان برگزار شد

به مناسبت هفته جهانی سلامت مردان واحد آموزش و پژوهش بنیاد امور بیماری های خاص غربالگری سرطان پروستات برگزار کرد.

روز چهارشنبه مورخ ۹۲/۱۱/۳۰ غربالگری در آسایشگاه کهریزک تهران و در تاریخ ۹۲/۱۲/۴ در شهرداری منطقه ۲۲ تهران برگزار شد.

این برنامه که با حضور جمعی از پزشکان و افراد داوطلب تشکیل شد، شامل سخنرانی توسط آقای دکتر فلاح، در خصوص پیشگیری از این سرطان و ارائه راه حل های کاربردی برای بهبود درمان آن بود. غربالگری با تکمیل فرم BMI، قد، وزن، فشار خون و در آخر گرفتن نمونه خون انجام شد. در کنار این برنامه، انتشارات بنیاد امور بیماری های خاص در خصوص سرطان پروستات و سایر سرطان های شایع در اختیار علاقه مندان قرار گرفت.

اخبار فرهنگی

بنیاد امور بیماری های خاص

جدول و شعر

[illegible]



Compatibility Mode

Neda Jalilian

Where you live: The risk of developing prostate cancer for men who live in rural China is %2 and for men in the United States %17. When Chinese men move to the western culture, their risk increases substantially; men who live north of 40 degrees latitude (north of Philadelphia, Columbus, Ohio, and Provo, Utah) have the highest risk for dying from prostate cancer of any men in the United States – this effect appears to be mediated by inadequate sunlight during three months of the year which reduces vitamin D levels.

Given the facts above, which are difficult to change, there are many things that men can do, however, to reduce or delay their risk of developing prostate cancer. Why is prostate cancer so common in the Western culture and much less so in Asia, and why when Asian men migrate to western countries the risk of prostate cancer increases over time? We believe the major risk factor is diet – foods that produce oxidative damage to DNA. What can you do about it to prevent or delay the onset of the disease?

1. Eat fewer calories or exercise more so that you maintain a healthy weight.
2. Try to keep the amount of fat you get from red meat and dairy products to a minimum.
3. Watch your calcium intake. Do not take supplemental doses far above the recommended daily allowance. Some calcium is OK, but avoid taking more than 1,500 mg of calcium a day.
4. Eat more fish – evidence from several studies suggest that fish can help protect against prostate cancer because they have «good fat» particularly omega3- fatty acids. Avoid trans fatty acids (found in margarine).
5. Try to incorporate cooked tomatoes that are cooked with olive oil, which has also been shown to be beneficial, and cruciferous vegetables (like broccoli and cauliflower) into many of your weekly meals. Soy and green tea are also potential dietary components that may be helpful.
6. Avoid smoking for many reasons. Alcohol in moderation, if at all.
7. Seek medical treatment for stress, high blood pressure, high cholesterol, and depression. Treating these conditions may save your life and will improve your survivorship with prostate cancer
8. What about supplements? Avoid over-supplementation with megavitamins. Too many vitamins, especially folate, may “fuel the cancer”, and while a multivitamin is not likely to be harmful, if you follow a healthy diet with lots of fruits, vegetables, whole grains, fish, and healthy oils you likely do not even need a multivitamin.
9. Relax and enjoy life. Reducing stress in the workplace and home will improve your survivorship and lead to a longer, happier life.
10. Finally, eating all the broccoli in the world, though it may make a difference in the long run, does not take away your risk of having prostate cancer right now. If you are age 50 or over, if you are age 40 or over and African-American or have a family history of prostate cancer, you need more than a good diet can guarantee. You should consider a yearly rectal examination and PSA test.

REFERENCE: PUB MED

فرم اشتراک فصلنامه خاص

الف: اشخاص حقیقی

نام: نام خانوادگی:

میزان تحصیلات: رشته تحصیلی:

تاریخ شروع اشتراک:

آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه:

کد پستی ده رقمی:

تلفن ثابت: تلفن همراه:

پست الکترونیک:

ب: اشخاص حقوقی

نام مرکز/ مؤسسه:

تاریخ شروع اشتراک:

آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه:

کد پستی ده رقمی:

تلفن ثابت: پست الکترونیک:

حق اشتراک سالانه:

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

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

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

فاکس: ۲۲۷۶۵۴۲۳

شماره پیگیری: ۲۲۵۹۱۹۵۷ داخلی: ۴۰۹

ایمیل روابط عمومی:

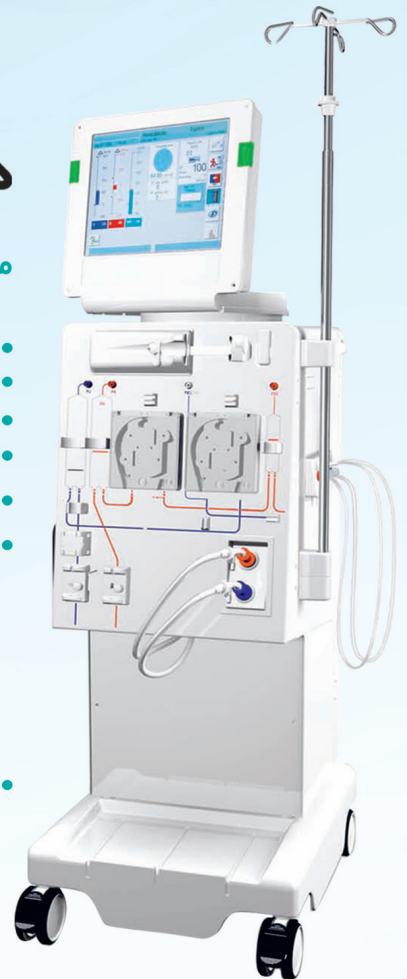
دستگاه دیالیز مدل Dialog⁺

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:

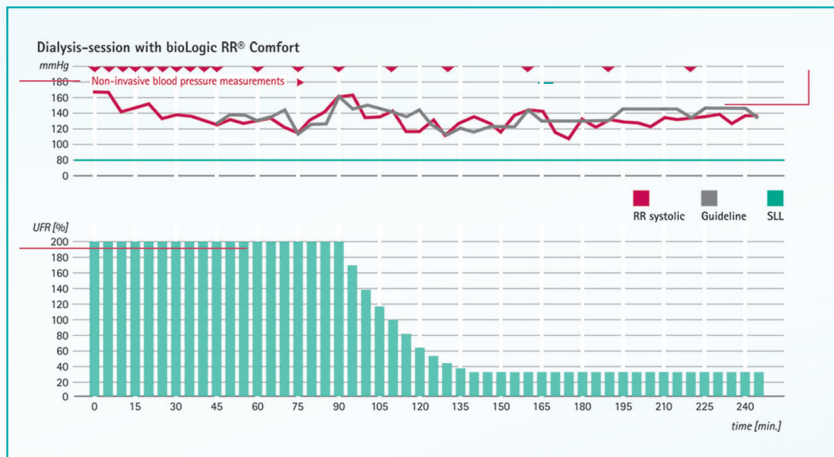
UF
بیکربنات
سدیم
دما
هیپارین
جریان محلول (DF)

- مجهز به دستگاه کارت خوان بیمار



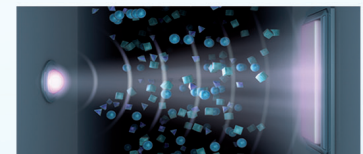
Biologic RR Comfort

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

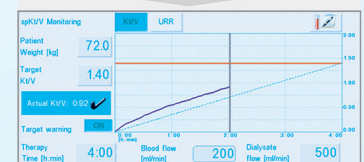
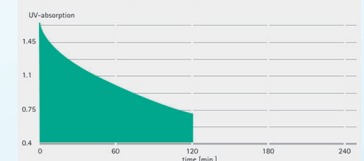


Adimea

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

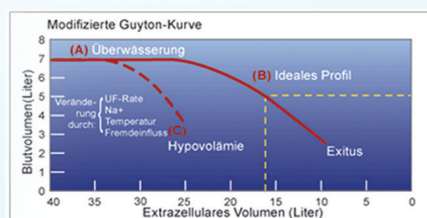
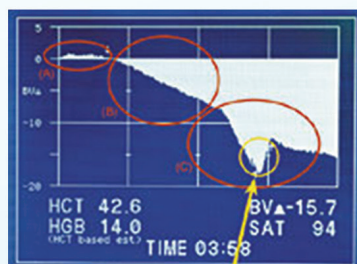


... and less UV light is absorbed



Crit-line

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



شرکت مدیریت تجهیزات پزشکی ایران سهامی خاص تهران، خیابان میرزای شیرازی شمالی، بالاتر از خیابان مطهری، خیابان ناهید، پلاک ۲۳، کدپستی ۱۵۹۶۹۵۶۸۱۱

تلفن: ۰۲۱-۸۸۷۲۷۲۱۵-۸۸۷۲۳۴۳۶-۸۸۵۵۴۹۷۴-۸۸۷۱۱۳۱۰ فکس: ۸۸۷۲۱۸۷۲

شرکت دیالیز تجهیزات (با مسئولیت محدود)