



علمی | فرهنگی | اجتماعی
شماره ۴۸ - تابستان ۹۳ - ۲۰۰۰۰ ریال



جشن رمضان
بنیاد امور بیماری های خاص



مرکز جامع سرطان



چرا غذاهای کم چرب
می توانند شما را چاق کنند؟



آسایشگاه نمسته



اپیدمیولوژی هموفیلی



شهر رمضان الذي انزل فيه القرآن





The bridge to good health care

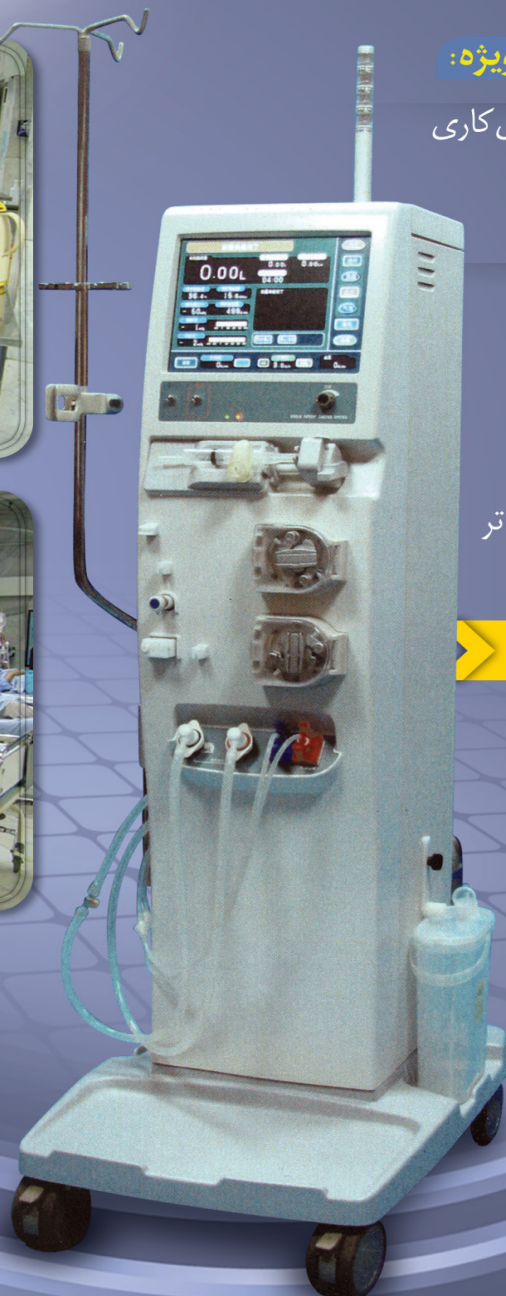
www.teda.ir



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



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)

فهرست

سرمقاله	۱
اجتماعی	
ضیافت حضور	۲
حضور بنیاد در میان مردم	۳
تازه چه خبر	۴ - ۵
جشن رمضان بنیاد امور بیماری های خاص	۶ - ۷
گزارش استان زنجان	۸ - ۹ - ۱۰ - ۱۱
معرفی معاونت هماهنگی و امور استانها	۱۲ - ۱۳ - ۱۴
معرفی بروشورها و کتابهای بنیاد امور بیماریهای خاص	۱۵
مرکز جامع سرطان	۱۶ - ۱۷
مصاحبه با خیرین خاص	۱۸
ایثار زندگی (یاری سبز یاوران)	۱۹
هدیه ایثار	۲۰
سلامت	۲۱
بیماری M.S و ورزش	۲۲ - ۲۳ - ۲۴
تاثیر امواج الکترو مغناطیس تلفن همراه بر سلامت انسان	۲۵ تا ۲۹
بیماریهای کلیه و سیگار	۳۰ - ۳۱ - ۳۲
ارتباط ویروسها و سرطانها	۳۳ - ۳۴ - ۳۵
اپیدمیولوژی هموفیلی	۳۶ - ۳۷
دفع پروتئین در ادرار کودکان	۳۸ - ۳۹
بروز همزمان دیابت و افسردگی	۴۰ - ۴۱
هموفیلی و ورزش	۴۲ - ۴۳
هموگلوبینوپاتی ها	۴۴ - ۴۵
چرا غذاهای کم چرب می توانند شما را چاق کنند؟	۴۶ - ۴۷
مولتیپل اسکلروزیس (M.S) و حافظه	۴۸ - ۴۹ - ۵۰
بین الملل	۵۱
آسایشگاه نَمَسْتَه	۵۲ - ۵۳
جدول کنفرانس های بین المللی پاییز ۲۰۱۴	۵۴
فرهنگی	۵۵
شب های قدر و اهمیت آن	۵۶
گزارش طرح غربالگری و سلامت جشن رمضان	۵۷
جدول و شعر	۵۸
مقاله انگلیسی ۱	۵۹ - ۶۰
مقاله انگلیسی ۲	۶۱
فرم اشتراک	۶۲

نشریه علمی - فرهنگی - اجتماعی

شماره ۴۸ - تابستان ۱۳۹۳

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماریهای خاص

مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی

سردبیر: دکتر باقر لاریجانی

مدیر اجرایی: زینب نجاری

هیأت علمی :

دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر ناصر پارسا،

دکتر احمد رضا جمشیدی، دکتر سید هاشم

جنت پور، دکتر سید محسن خوش نیت، 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

قوام زاده، دکتر باقر لاریجانی، دکتر رضا

ملک زاده. دکتر سعید نمکی، دکتر علی اکبر

ولایتی

هیأت تحریریه این شماره:

مریم اسدی، نسرين آقا ملا، ندا جلیلیان،

محمد صالح چیت گران، دکتر زهرا خیر

خواه، احسان سیاح، فرزانه شعبانی، هانی

صبغان، امین کوپایی، بهار محب، احمد

مکری، 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: ۱۹۳۹۵/ ۴۸۸۳

سامانه پیام کوتاه: ۱۰۰۱۰۰۷۵

تلفن: ۲۲۵۹۱۹۵۷ - دورنگار: ۲۲۷۶۵۴۲۳

سرمقاله

بسم الله الرحمن الرحيم

شاید حدود ۲۰۰ سال از اولین تلاش‌های بشر برای پیوند عضو از یک فرد به فرد دیگر در جهان می‌گذرد. در طول این سالها مقوله پیوند اعضا به عنوان یکی از دغدغه‌های اصلی انسان برای دادن عمری دوباره به بیماران در مراحل نهایی بیماری تبدیل گردید و کوشش‌های بسیاری در مجامع علمی برای تحقق این آرزو جریان داشت. تا آنجا که امروز شاهدیم عملیات پیوند عضو به عنوان یک اقدامی اساسی برای درمان قطعی بیماریهای مهمی در مراکز متعددی در جهان انجام می‌گردد.

در کشور ما نیز پیوند عضو عمری حدود ۵۰ ساله دارد. اساتید بزرگی در کشور برای این منظور و در راستای کمک به بیماران نیازمند تلاش‌های کم‌نشتری را به خرج دادند و تا آنجا پیش رفته‌اند که امروزه حدود ۸۰ مرکز پیوند عضو در کشور در حال فعالیت هستند.

اما در سال‌های اخیر به مدد پیشرفت علوم و فناوری، مفاهیم پیوند عضو از انتقال یک عضو کامل به انتقال بافت و حتی پیوند سلول تبدیل شده است و امروز خوشبختانه شاهدیم که در کشور ما دوشادوش مراکز پیشرفته بین‌المللی، بحث پیوند سلول‌های بنیادی و مهندسی بافت در دانشگاه‌ها تدریس و در مراکز خدماتی در حال اجراست. اما تا به انجام رسیدن کامل این پژوهش‌ها راه زیادی در پیش است. مسلماً در طی این مسیر، حمایت‌ها و پشتیبانی نهادها و مؤسسات خیریه و مردمی مانند بنیاد امور بیماری‌های خاص می‌تواند بسیار کمک‌کننده و اثربخش باشد.

امید است روزی برسد که بیماران نیازمند با صرف هزینه‌های بسیار جزئی با کمک مراکز همکار این نهادهای خیریه بتوانند خدمات پیوند عضو و پیوند سلول را دریافت نموده و مانند سایرین زندگی موفق و سرشار از سلامتی را تجربه نمایند.

دکتر باقر لاریجانی
سر دبیر

اجتماعی



از عرش خدا باران سپیده می بارید؛ هلهله فرشتگان شادی آسمانیان را هویدا می کرد؛ ماه با لبخند، بذر نقره می پاشید و ستارگان در بزم شادی عرشیان، آسمان شهر را با حضورشان چراغانی می کردند. ملائک، شادباش های خداوندی را در سریرهای نور به سرزمین مدینه می فرستادند. شهر غرق در شور، شکفتن گلی از گلستان اهل بیت پیامبر صلی الله علیه و آله وسلم را انتظار می کشید و خانه امام موسی بن جعفر علیه السلام خود را آماده ضیافت تولدی بزرگ می دید. به ناگاه، فضا از عطر حضور پر شد؛ انتظار به پایان رسید؛ خنده ها شکفت و نوزادی زیبا به ناز دیده باز گشود. پدر که لبخند را هدیه حضور کودک خود کرده بود، نام او را به یاد مادر خویش فاطمه نهاد.

بانوی آب و آینه

میلاد سراسر نور حضرت فاطمه معصومه علیها السلام، گل زیبای مهر محمدی، زینت شاخسار ولایت، نجمه آسمان امامت، کریمه اهل بیت، آسیه صداقت ها، مریم پاکی ها، خدیجه مهربانی ها و فاطمه خوبی ها، بانوی آب و آینه و آفتاب بر شیفتگان و رهروان راهش تهنیت باد.

بوی بهشت برین

در تنگنای گرمی هوا و در کمبود کیمیای آب، در گوشه ای از کویر بزرگ ایران، قرن هاست که شهری قامت آراسته است. در دامن این شهر، گنبدی طلایی با گلدسته هایی بلند چون نگینی زیبا بر انگشتری شهر خودنمایی می کند. در زیر این بارگاه نورانی، بانویی بزرگ آرمیده است که نامش «فاطمه» و مرقدش زیارتگاهی روح افزاست. مردمان که به پاکی اش ایمان دارند او را «معصومه» می خوانند و چون بارگاهش را سرچشمه کرامت و مهر می دانند «کریمه اهل بیت» اش گفته اند. قرن هاست که آنان بوی بهشت برین را از مرقد پاک او می بویند و جلوه دوباره زهرای اطهر را در حریم حرم او می جویند. بارگاه حضرت معصومه علیها السلام زینت شهر قم، پناهگاه پاکان و صالحان و نقطه امید دین باوران است.

حضرت معصومه علیها السلام در یک نگاه

مطابق بسیاری از مدارک تاریخی، حضرت فاطمه معصومه علیها السلام در روز اول ماه ذیقعده سال ۱۷۳ ق در شهر مدینه دیده به جهان گشود. پدر آن حضرت امام هفتم شیعیان، حضرت موسی بن جعفر علیه السلام، است که او را «ابوالحسن اول» نیز نامیده اند. برطبق شواهد تاریخی، مادر حضرت معصومه علیها السلام همان مادر حضرت رضا علیه السلام و زنی پاک و بالیمان بوده است. برای ایشان نام هایی چون خیزران، ام البنین و نجمه روایت شده است؛ اما پس از آن که امام رضا علیه السلام از ایشان متولد شد، او را «طاهره» نامیدند.

شکوه مندی شرافت

حضرت فاطمه معصومه علیها السلام در شرافت دودمان و طهارت نسل، مقامی به بلندای آسمان دارد. او حیات خود را وام دار پدری است که سرچشمه فیض الهی و استمرار سلسله نور پیامبری است. او از زلال محبت مادری پاک و بالیمان سیراب شده و در جوار شکوه عظمت روح برادری چون امام رضا علیه السلام بالیده و دامن پرمهرش مأمن محبت به فرزند برادری بوده که لیاقت مدال پرافتخار وصایت خداوندی را داشته است. و این شکوه مندی و شرافت چه زیبا در زیارتنامه اش تجلی یافته: «السلامُ عَلَیکَ یا بِنْتُ رسولِ الله... السلامُ عَلَیکَ یا بِنْتُ وَلِیِّ الله، السلامُ عَلَیکَ یا أُخْتُ وَلِیِّ الله، السلامُ عَلَیکَ یا عَمَّةُ وَلِیِّ الله

رتبه ای همانند معصومان

در تعالیم آسمانی، به ویژه در قرآن، از زنان بزرگ و کاملی سخن رفته که خداوند مقام بلندشان را ستوده است. در فرهنگ شکوهمند اسلام نیز از زنانی سخن به میان آمده است که با تعالی روح و کسب کمالات معنوی، این ظرفیت را یافتند که بیش از دیگران فروغ جاویدان و نور الهی ولایت را دریافت کنند. حضرت زینب و حضرت فاطمه معصومه علیها السلام، مصداق روشن این زنانند؛ زنانی که ستایش امامان معصوم را برانگیخته، گاه رتبه ای بلند، همسان و همانند معصومان یافته اند.

معصومه علیها السلام

شاخسار خوش بوی فاطمه معصومه علیها السلام در بیت رسالت و در خانه امامت روید و در جوار سراسر نور امامان معصومی چون حضرت موسی بن جعفر و علی بن موسی الرضا بالید. از رهنمودهای آن رهبران الهی خوشه ها برگرفت و در پرتو آن، جان خویش را از ناپاکی ها دور نگاه داشت. اوج تقوا و طهارت روح آن بانو چنان بود که او را معصومه نامیدند. این نشان افتخار از سوی حضرت رضا علیه السلام به ایشان عطا شد و بیانگر اوج قداست و طهارت نفس این بانوی آسمانی است.

ضیافت حضور

به مناسبت ولادت
حضرت معصومه (ص)

تهیه و تنظیم :
معاونت ارتباطات
و بین الملل



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

حضور بنیاد در میان مردم

هشتمین نمایشگاه بین المللی بورس، بانک و بیمه

هشتمین نمایشگاه بین المللی بورس، بانک و بیمه از تاریخ ۹۳/۳/۱۸ لغایت ۹۳/۳/۲۱ در نمایشگاه بین المللی تهران برگزار شد. در سالن ۶ نمایشگاه بین المللی غرفه ای به بنیاد امور بیماری های خاص جهت معرفی فعالیت ها و جذب خیرین اختصاص یافت که مثل همیشه مورد استقبال گرم بازدیدکنندگان قرار گرفت.

جشن رمضان سوهانک
جشن رمضان کمیته امداد امام خمینی به مدت ۳۰ شب در ایام ماه مبارک رمضان در سوهانک تهران برگزار شد در این جشن خیرین ، مددجویان کمیته امداد و عموم مردم شرکت داشتند .بنیاد نیز در سالن جانبی جشن رمضان غرفه ای را به خود اختصاص داد و در زمینه معرفی فعالیت های بنیاد ، توزیع انتشارات و جذب خیرین نیکوکار گام های موثری برداشت.

بیست و دومین نمایشگاه بین المللی کاشی، سرامیک و چینی بهداشتی

بیست و دومین نمایشگاه بین المللی کاشی ، سرامیک و چینی بهداشتی از تاریخ ۹۳/۴/۱ لغایت ۹۳/۴/۴ در نمایشگاه بین المللی تهران برگزار گردید. غرفه بنیاد در این نمایشگاه در سالن ۲۵ قرار داشت که در این نمایشگاه جدیدترین انتشارات در دسترس عموم مردم قرار گرفت و بازدید کنندگان بسیاری داشت.

جشن خاص
در روز ولادت امام حسن (ع) بنیاد امور بیماری های خاص طبق سنوات گذشته مراسم افطاری همراه با جشنی ویژه به مناسبت تولد امام حسن (ع) و تقویت روحیه بیماران در سالن همایش های صدا و سیما برگزار کرد در این جشن، کارکنان بنیاد امور بیماری های خاص به همراه خیرین حضور یافتند در پایان این مراسم نیز تعدادی سیب به نفع بیماران خاص توسط خیرین خریداری شد

نمایشگاه قرآن باغ موزه دفاع مقدس :

نمایشگاه قرآن سال ۱۳۹۳ نسبت به سال های گذشته چند تحول اساسی داشته است مکان نمایشگاه از مصلاهی تهران به باغ موزه دفاع مقدس انتقال یافته است این نمایشگاه بیشتر جنبه آموزشی داشت یعنی ۸۰ درصد فعالیت خود را در امر آموزش تلاوت، حفظ و روخوانی قرآن کریم و ۲۰ درصد آن شامل فعالیت های جانبی نمایشگاهی بود که غرفه های حاضر نیز فقط در حوزه قرآن کریم فعالیت داشتند.

بیست و سومین نمایشگاه بین المللی مبلمان منزل

نمایشگاه مبلمان منزل از تاریخ ۱۰ لغایت ۱۳ مرداد ماه در نمایشگاه بین المللی برگزار شد کارشناس امور نمایشگاه بنیاد امور بیماری های خاص از این نمایشگاه بازدید و جهت جذب مشارکت و کمک های مردمی رایزنی و بروشورهای معرفی بنیاد را بین عموم مردم توزیع کرد.

تهیه و تنظیم :
معاونت ارتباطات و بین الملل



بنیاد اموی بیماری های خاص از ابتدای سال ۱۳۹۳ تاکنون تجهیزات درمانی مطابق جدول را در اختیار مراکز قرار داده است.

تازه چه خبر !

دستگاه دیالیز و بیش از ۷۰ تخت یک شکن و سه شکن به همراه لوازم جانبی و اقلام رفاهی توزیع گردیده است. در راستای مذاکرات صورت گرفته مابین معاونت محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بنیاد امور بیماری های خاص مقرر گردیده است طی ماه های آینده با نیازسنجی و پیشنهادات کارشناسی بنیاد نیز از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیش از ۶۰ دستگاه دیالیز به مراکز درمانی سراسر کشور تخصیص یابد. لازم به توضیح است طی ماه های آینده نیز تعدادی دستگاه دیالیز توسط بنیاد امور بیماری های خاص به استانهای بازدید شده اهدا می گردد.

بنیاد امور بیماری های خاص در جهت بررسی مشکلات و مسائل بیماران خاص سراسر کشور هر ماهه اقدام به بازدید از مراکز درمانی ارائه دهنده خدمات به بیماران خاص و صعب العلاج می نماید. در ۶ ماهه ابتدای سال ۱۳۹۳ کارشناسان معاونت هماهنگی و امور استانها از ۸ استان (مرکزی، زنجان، لرستان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، چهارمحال و بختیاری، کرمان و خوزستان) و بیش از ۹۰ مرکز درمانی بازدید نموده اند. پیرو نیازسنجی صورت گرفته پس از بازدید های استانی تاکنون به استانهای اصفهان، خراسان جنوبی، مرکزی، گلستان، گیلان، خراسان رضوی، هرمزگان، زنجان، کرمانشاه، خوزستان و البرز ۸۳

تهیه و تنظیم :
واحد امور هماهنگی و امور استانها



لیست اقلام اهدایی بنیاد امور بیماری های خاص
به مراکز درمانی سراسر کشور در سال ۹۳

ردیف	استان	نام مرکز	تجهیزات اهدایی	تعداد
۱	اصفهان	بیمارستان انجمن خیریه بهداشتی درمانی حضرت حجت بن الحسن المکرمی (عج) اصفهان	دستگاه دیالیز jms-sds50	۴۰
۲	اصفهان	درمانگاه خیریه بیماران خاص گلپایگان	دستگاه دیالیز فرزینویس ۴۰۰AS	۳
۳	خراسان جنوبی	مرکز جدیدالتاسیس بیماران خاص بیرجند	تراپی اورژانس	۲
			دستگاه فشار خون	۱
			ترازوی قد و وزن	۲
			تراپی دارو	۱
			تخت یک شکن با لوازم جانبی	۱۰
۴	مرکزی	بیمارستان آسیابک زندیه	دستگاه دیالیز jms-sds50	۳
		بیمارستان امام خمینی اراک	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۴
		بیمارستان تامین اجتماعی شازند	دستگاه دیالیز jms-sds50	۵
		بیمارستان والفجر تفرش	دستگاه دیالیز فرزینویس ۴۰۰AS	۲
		بیمارستان امام خمینی خمین	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۴
		بیمارستان امام علی کمپجان	دستگاه دیالیز فرزینویس ۴۰۰AS	۱
		بیمارستان امیرکبیر اراک	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۳
		بیمارستان امیرکبیر اراک	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۴
		بیمارستان امیرکبیر اراک	تخت اطفال	۱
		بیمارستان پیامبر اعظم (ص) گنبد کاووس	دستگاه دیالیز jms-sds50	۴
۵	گلستان	بیمارستان پیامبر اعظم (ص) گنبد کاووس	دستگاه دیالیز jms-sds50	۴
۶	گیلان	بیمارستان شهید بهشتی بندر انزلی	دستگاه دیالیز فرزینویس ۴۰۰AS	۱
۷	خراسان رضوی	کلینیک سرور مشهد	تخت یک شکن با لوازم جانبی	۵
۸	هرمزگان	بیمارستان حضرت ابوالفضل میناب	تلویزیون	۱
۹	زنجان	بیمارستان ولیعصر زنجان	دستگاه دیالیز فرزینویس ۴۰۰AS	۲
		بیمارستان آیت الله موسوی زنجان	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۴
		بیمارستان شهدای طارم	تشک تخت یک شکن	۶
		بیمارستان رازی ماهنشان	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۳
		بیمارستان بوعلی سینا خرمدره	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۲
		بیمارستان امدادی ابهر	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۳
		بیمارستان امام خمینی اسلام آباد	دستگاه دیالیز فرزینویس ۴۰۰AS	۱
		بیمارستان قدس پاوه	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۲
۱۰	کرمانشاه	بیمارستان حضرت رسول جوانمرد	تشک تخت یک شکن	۲
		بیمارستان شهدا سرپل ذهاب	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۴
		بیمارستان امام خمینی کرمانشاه	تشک تخت سه شکن	۲
		بیمارستان امام رضا کرمانشاه	دستگاه دیالیز فرزینویس ۴۰۰AS	۴
		بیمارستان محمد کرمانشاهی	دستگاه دیالیز فرزینویس ۴۰۰AS	۶
		بیمارستان شهید چمران کنگاور	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۳
		بیمارستان شهید چمران کنگاور	پایه سرم	۱۰
		بیمارستان شهید چمران کنگاور	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۱
		بیمارستان شهید چمران کنگاور	تشک تخت سه شکن	۳
		بیمارستان شهید چمران کنگاور	تشک تخت سه شکن	۲
۱۱	آبادان	بیمارستان شهید بهشتی آبادان	دستگاه دیالیز فرزینویس ۴۰۰AS	۶
		بیمارستان راه زینب بندر امام خمینی	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۴
		بیمارستان شهید معرفي زاده شادگان	تخت یک شکن با لوازم جانبی	۲
		بیمارستان حاجیه ترگس ماهشهر	تخت یک شکن با لوازم جانبی	۱
		بیمارستان حاجیه ترگس ماهشهر	دستگاه دیالیز فرزینویس ۴۰۰AS	۳
		بیمارستان حاجیه ترگس ماهشهر	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۱
		بیمارستان حاجیه ترگس ماهشهر	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۳
		بیمارستان حاجیه ترگس ماهشهر	دستگاه دیالیز jms-sds50	۲
۱۲	البرز	مرکز دیالیز دکتر زاهد کرج	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۱
۱۳	دزفول	بیمارستان نظام مافی شوش	تشک تخت سه شکن	۲
		بیمارستان نظام مافی شوش	تخت یک شکن با لوازم جانبی	۲



اجتماعی



جشن رمضان بنیاد امور بیماری های خاص

تهیه کننده :
محمد صالح چیتگران

تالاسمی، دیالیزی، سرطان، EB، MS، با خواندن شعارهایی در مورد بیماری هایشان، جمعیت را تحت تاثیر قرار دادند، همچنین گروه ورزشی برایتونیک با اجرای حرکات ورزشی نام این بیماری ها را تکرار می کردند، در این مراسم کودکانی که قلک های خود را جهت کمک به بیماران پر نموده بودند شکاندند، در ادامه مراسم فیلم کوتاهی که به با همت بازیگران: پرویز پرستویی، حبیب رضایی، امین تارخ، اکبر عبدی، امیرحسین مدرس، کوروش تهامی، مهتاب کرامتی، فاطمه معتمد آریا، بهنوش بختیاری و چهره جاویدان سینما ایران استاد جمشید مشایخی و کارگردانی حسین دهباشی پخش گردید، در پایان مراسم پس از اجرای مراسم فروش سیب به خیرین گروه رقص و آواز سماع به اجرای نمایش پرداختند. این مراسم ساعت ۱۲ شب پایان یافت.

درکنار این جشنواره بازارچه خیریه به نفع بیماران خاص و همچنین کارگاه های آموزشی دیابت، تالاسمی و کلیه برگزار شد و همچنین غربالگری سرطان های شایع زنان، دیابت و فشار خون از بازدیدکنندگان به عمل آمد. و در طول مراسم به مدعوین مشاوره دندان پزشکی و روانشناسی داده می شد.

جشن رمضان بنیاد امور بیماری های خاص با حضور خیرین ، نیکوکاران و هنرمندان ، در سالن مرکز همایش های بین المللی صدا و سیما برگزار شد. همزمان با برگزاری جشن رمضان، فیلم های مستند و داستانی با موضوع بیماری های خاص در قالب جشنواره فیلم خاص نمایش داده شد.

مراسم جشن رمضان بنیاد بیماران خاص طبق سنوات سال های پیش ۲۱ تیر برابر با ۱۵ رمضان همزمان با ولادت با سعادت کریم اهل بیت امام حسن مجتبی (ع) با تلاوت آیاتی از قرآن مجید و پخش سرود مقدس جمهوری اسلامی ایران در سالن همایش های بین المللی صدا و سیما برگزار شد. قبل از افطار دو فیلم مستند کودکی رنگ پریده به کارگردانی هادی آفریده و فرشته روی شانه راست من به کارگردانی خانم بیزار گیتی اکران شد. بعد از آن مهمانان حاضر افطار را مهمان سفره کریم اهل بیت امام حسن مجتبی (ع) بودند، غذاها و خوراکی ها همگی توسط خیرین تدارک دیده شده بود. پس از افطار مراسم افتتاحیه با سخنرانی دکتر ناصر مهدوی محقق و پژوهشگر تاریخی و دینی درباره کمک و همراهی به نیازمندان آغاز و با خواندن اشعاری از حافظ سخنان خود را پایان برد. در این مراسم کودکان هموفیلی،

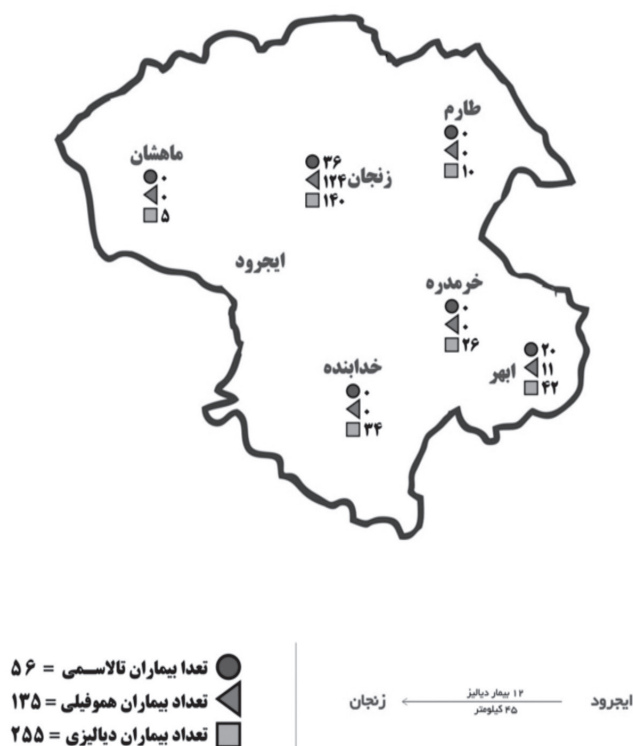




اجتماعی

گزارش وضعیت بیماران خاص و مراکز درمانی در استان زنجان (۱۳۹۳)

تعداد بیماران تالاسمی - هموفیلی - دیالیزی در سطح استان



گزارش استان زنجان

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

تقسیمات کشوری :

استان زنجان دارای ۷ شهرستان، ۷ شهر، ۱۴ بخش و ۴۶ دهستان است.

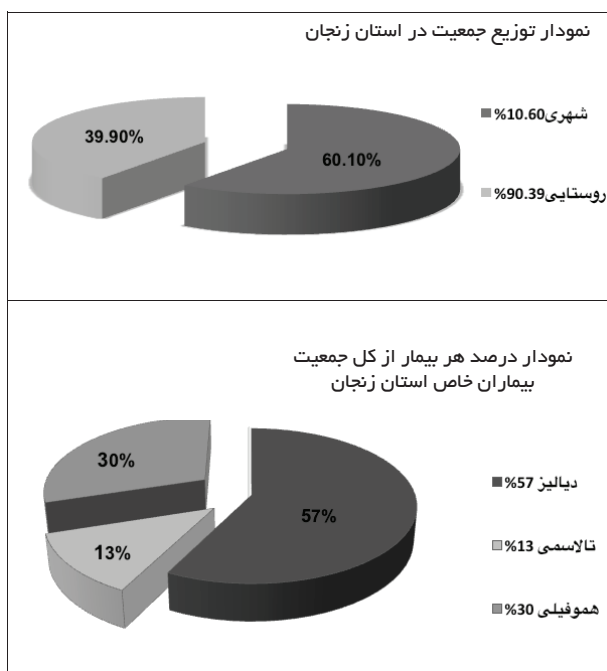
تهیه کننده :
احسان سیاح



اجتماعی

شهرستانها : ابهر، ایجرود، خداپنده، خرمدره، زنجان، طارم، ماهنشان جدول تقسیمات کشوری استان زنجان

شهرستان	جمعیت	مرد	زن	بخش	شهر	دهستان
ابهر	۱۶۹۱۷۶	۸۴۹۴۱	۸۴۲۳۵	۱	۱	۷
ایجرود	۳۸۴۱۶	۱۸۹۹۸	۱۹۴۱۸	۲	۱	۳
خداپنده	۱۶۹۵۵۳	۸۴۰۲۰	۸۵۵۳۳	۴	۱	۵
خرمدره	۶۵۱۶۶	۳۲۸۰۸	۳۲۳۵۸	۱	۱	۲
زنجان	۴۸۶۴۹۵	۲۴۴۷۹۸	۲۴۱۶۹۷	۳	۱	۲۰
طارم	۴۶۶۱۶	۲۳۶۸۴	۲۲۹۳۲	۲	۱	۵
ماهنشان	۴۰۳۱۲	۱۹۹۴۳	۲۰۳۶۹	۱	۱	۴



مختصات جمعیتی:
جمعیت استان بر اساس آخرین آمار ۱۰۱۵۷۳۴ نفر و معادل ۱,۷ درصد جمعیت کل کشور است که عمده این جمعیت در شهر ساکن می باشند، چنانچه در شکل زیر دیده می شود جمعیت روستایی (۴۰۵۲۶۱ نفر) حدود ۳۹,۹۰ درصد جمعیت کل استان و جمعیت شهری (۶۱۰۴۷۳ نفر) حدود ۶۰,۱۰ درصد جمعیت کل استان را تشکیل می دهد. تعداد ۲۵۵ بیمار دیالیزی (۲۵ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت)، ۵۶ بیمار تالاسمی (۵ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت)، ۱۳۵ بیمار هموفیلی (۱۳ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت)، ۹۰۰ بیمار سرطانی (۸۸ نفر در هر صد هزار نفر) و ۷۳۰ بیمار ام اس (۷۱ نفر در هر صد هزار نفر) ساکن استان زنجان می باشند.

وضعیت شهرهای استان از نظر مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص:
در ۶ شهرستان استان مراکز درمانی دیالیز و در ۲ شهرستان مراکز درمانی تالاسمی و هموفیلی وجود دارد. ضمناً پایگاه انتقال خون استان فقط در شهرستان زنجان مستقر می باشد.

شهرستان	مرکز دیالیز	مرکز تالاسمی	مرکز هموفیلی	انتقال خون
ابهر	+	+	+	-
ایجرود	-	-	-	-
خداپنده	+	-	-	-
خرمدره	+	-	-	-
زنجان	+	+	+	+
طارم	+	-	-	-

**وضعیت شهرستان ها:**

ایهر: بیمارستان امدادی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان ایهر می باشد.

بیمارستان امدادی (دانشگاهی)

این بیمارستان در سال ۱۳۵۱ با ۱۲۰ تخت مصوب راه اندازی شده است. این بیمارستان به ۳ گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می کند. در حال حاضر تعداد ۴۰ بیمار دیالیزی، ۲۰ بیمار تالاسمی و ۱۱ بیمار هموفیلی در این بیمارستان خدمات درمانی دریافت می نمایند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۳ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۸۰ متر مربع وسعت دارد و دارای ۸ دستگاه دیالیز است که ۴۰ بیمار دیالیزی را تحت پوشش دارد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۸ پرستار تشکیل شده است.

این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۵۵۰ و ۵ جلسه است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (بدون احتساب بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۵ است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش دارای ۱ اتاق می باشد و در سال ۱۳۷۵ راه اندازی شده است. این بخش دارای ۲ تخت فعال است که ۲ تخت ۱ شکن را شامل می شود. تعداد ۲۰ بیمار تالاسمی و ۱۱ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش قرار دارند.

خداپنده: بیمارستان امیر المومنین تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان خداپنده می باشد.

بیمارستان امیر المومنین دانشگاهی: این بیمارستان در سال ۱۳۶۴ با ۹۶ تخت مصوب راه اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می کند. در حال حاضر ۳۳ بیمار دیالیزی در این بیمارستان خدمات درمانی دریافت

می نمایند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۱ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۳۰ متر مربع وسعت دارد و دارای ۶ دستگاه دیالیز است که ۳۳ بیمار دیالیزی را تحت پوشش دارد.

کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی، ۴ پرستار و ۱ بهیار تشکیل شده است.

این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفت فعال است

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (بدون احتساب بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۵،۵۰ است.

خرم دره: بیمارستان بوعلی سینا، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان خرم دره می باشد.

بیمارستان بوعلی سینا (دانشگاهی) این بیمارستان در سال ۱۳۸۲ با ۱۰۱ تخت مصوب راه اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می کند. در حال حاضر تعداد ۲۴ بیمار دیالیزی در این بیمارستان خدمات درمانی دریافت می نمایند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۹ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۴۰ متر مربع وسعت دارد و دارای ۶ دستگاه دیالیز است که ۲۴ بیمار دیالیزی را تحت پوشش دارد.

کادر درمانی این بخش از ۲ پزشک متخصص داخلی و ۶ پرستار تشکیل شده است.

این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفت فعال است.

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

زنجان: بیمارستان حضرت ولی عصر و بیمارستان آیت ا. موسوی مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان زنجان می باشند.

بیمارستان ولیعصر (دانشگاهی)

این بیمارستان در سال ۱۳۷۶ با ۳۰۷

تخت مصوب راه اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می نماید. در حال حاضر تعداد ۱۳۸ بیمار دیالیزی، ۳۶ بیمار تالاسمی، ۱۲۴ بیمار هموفیلی در این بیمارستان خدمات درمانی دریافت می نمایند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۱ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۳۰۰ متر مربع وسعت دارد و دارای ۲۳ دستگاه دیالیز است که ۱۳۸ بیمار دیالیزی را تحت پوشش قرار میدهد.

این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۳ شیفت فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (بدون احتساب بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۶ است.

بیمارستان آیت ا. موسوی (دانشگاهی): بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش دارای ۲ اتاق می باشد، در سال ۱۳۸۰ راه اندازی شده است و دارای ۶ تخت دوشکن فعال است. تعداد ۳۶ بیمار تالاسمی و ۱۲۴ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش قرار دارند.

طارم: بیمارستان شهدای طارم، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان طارم می باشد.

بیمارستان شهدا (دانشگاهی)

بیمارستان شهدای طارم در سال ۱۳۷۵ با ۳۲ تخت مصوب راه اندازی شده است. در حال حاضر تعداد ۱۰ بیمار دیالیزی در این بیمارستان خدمات درمانی دریافت می نمایند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۴ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده اند. سالن اصلی بخش دیالیز در این بیمارستان حدود ۳۶ مترمربع وسعت دارد و دارای ۳ دستگاه دیالیز می باشد که ۱۰ بیمار دیالیزی را تحت پوشش دارد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۲ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفت فعال است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (بدون احتساب بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۳،۳۳ است.



اجتماعی

مصوبات بنیاد بعد از بازدید جهت اهدا به استان:

بیمارستان ولیعصر زنجان (بخش دیالیز):
دستگاه دیالیز ۱۰ دستگاه - تخت سه شکن با لوازم جانبی ۴ عدد
بیمارستان آیت الله موسوی زنجان (تالاسمی و هموفیلی): تخت یک شکن ۶ عدد

بیمارستان شهدای طارم (بخش دیالیز): تخت سه شکن با لوازم جانبی ۳ عدد

بیمارستان رازی ماهنشان (بخش دیالیز): تخت سه شکن با لوازم جانبی ۲ عدد
بیمارستان بوعلی سینا خرمدره: تخت سه شکن با لوازم جانبی ۳ عدد
بیمارستان امدادی ابهر: دستگاه دیالیز ۱ عدد

کمک های بنیاد:

بنیاد امور بیماریهای خاص تا ابتدای سال ۱۳۹۳ بالغ بر ۶ دستگاه دیالیز و ۷۵ دستگاه تجهیزات درمانی به استان زنجان کمک تجهیزاتی کرده است. همچنین بنیاد امور بیماریهای خاص بالغ بر ۲۱۹,۸۸۹,۹۳۶ ریال به صورت نقدی و ۱,۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال به صورت هدیه ایثار به اهداکنندگان کلیه به استان زنجان کمک مالی نموده است.

مشکلات و کمبودها

۱ - شهرستانهای فاقد مرکز دیالیز: در تمامی شهرستان های استان به غیر از ایجرود مرکز دیالیز موجود می باشد که دانشگاه علوم پزشکی زنجان درصدد افتتاح بخش دیالیز در این شهرستان می باشد.

کمبود امکانات آموزشی:

هیچ کدام از مراکز بازدید شده به امکانات آموزشی مناسبی دسترسی نداشتند که بسته های آموزشی بنیاد در اختیار مسئولین بخش ها قرار گرفت.

شهرستانهای فاقد بخش تالاسمی و هموفیلی:

شهرستانهای ایجرود، خدابنده، خرمدره، طارم، ماهنشان فاقد مرکز مجزای تالاسمی و هموفیلی می باشند و به این بیماران در بخش اورژانس یا در شهر های دیگر خدمات درمانی ارائه می نمایند. مراکز تالاسمی و هموفیلی این استان در شهرستانهای ابهر و زنجان دایر می باشند. بیماران تالاسمی از شهر خدابنده به مرکز زنجان مراجعه می کنند. همچنین بیمار تالاسمی از شهر خرمدره به مرکز ابهر مراجعه می کنند. لازم به ذکر است از شهرستان طارم هم برای معالجه به دلیل نزدیکی به رشت (۱۰۰ کیلومتر) به مراکز شهر یاد شده مراجعه می نمایند.

ماهنشان: بیمارستان رازی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان ماهنشان می باشد. این مرکز به یک گروه از بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می نماید.

بیمارستان رازی (دانشگاهی):

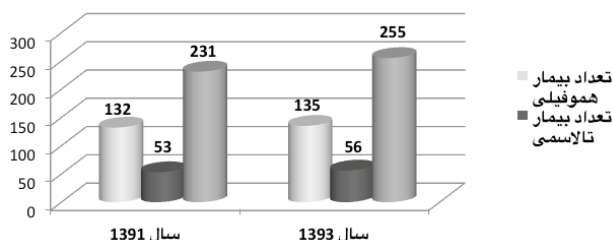
این بیمارستان در سال ۱۳۸۸ با ۳۲ تخت مصوب راه اندازی شده است. این بیمارستان به ۱ گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می کند. در حال حاضر تعداد ۵ بیمار دیالیزی در این بیمارستان خدمات درمانی دریافت می نمایند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۸

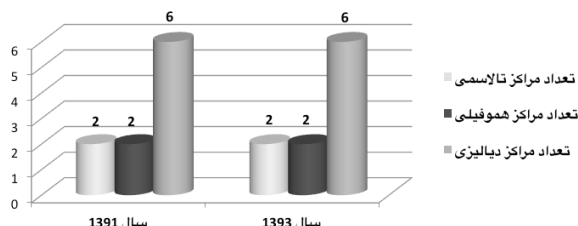
راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار داده شده اند. سالن اصلی در طبقه همکف بخش دیالیز در حدود ۴۰ متر مربع وسعت دارد و دارای ۲ دستگاه دیالیز است که ۵ بیمار دیالیزی را تحت پوشش دارد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک متخصص داخلی و ۱ پرستار تشکیل شده است.

این بخش در ۵ روز هفته به صورت ۲ شیفت فعال است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش (بدون احتساب بیماران آنتی ژن مثبت) برابر با ۳,۵ است.

نمودار تعداد بیماران هموفیلی - تالاسمی و دیالیز استان



نمودار مراکز هموفیلی - تالاسمی و دیالیز استان





اجتماعی



مقدمه:

بنیاد امور بیماریهای خاص نهادی غیردولتی است که فعالیت خود را در زمینههای درمانی، آموزشی و ترویجی در حوزه پیشگیری، کنترل و کاهش آسیبهای ناشی از بیماریهای خاص، از اردیبهشت ۱۳۷۵ آغاز کرده است. فعالیتهای بنیاد با هدف ایجاد عزم ملی در توجه به مسائل بیماران خاص، همکاری و مشاوره برای بهرهگیری بهینه از امکانات و اعتبارات، تجهیز و راهاندازی مراکز درمانی، ارتقای آگاهیها از گسترش برنامههای آموزشی و ترویج فرهنگ پیشگیری، همکاری با نهادهای علمی و اجرایی مردمی، دولتی و بینالمللی برای تبادل اطلاعات و تجربیات و گسترش خدمات پژوهشی، آموزشی، درمانی و اجتماعی برای بیماران ساماندهی شده است.

بنیاد در سه سطح (سیاستگذاری و نظارت)، (مشاوره، آموزش و پژوهش) و (اجرا) فعالیت میکند. بخشهای مختلفی که یاریدهنده بنیاد در پیشبرد اهداف موردنظر است عبارتند از:

معاونت آموزش و پژوهش، معاونت فنی مراکز وابسته، معاونت هماهنگی و امور استانها، معاونت اداری و مالی و معاونت ارتباطات و امور بین الملل.

از اهداف کلان بنیاد امور بیماریهای خاص میتوان به موارد ذیل اشاره کرد:

- جلب توجه مراجع دولتی و جوامع مختلف ملی به مسائل خاص درمانی و اجتماعی بیماریهای خاص
- همکاری و مشاوره با مسئولان جهت بهرهگیری بهینه از امکانات و اعتبارات موجود در امور بیماریهای خاص
- ارتقاء آگاهی علمی و اجتماعی بیماران و جامعه نسبت به امور بیماران خاص
- ایجاد ارتباط و همکاری با انجمنهای حمایتی، علمی و صنفی - جلب کمکهای دولتی و مردمی داخلی و خارجی
- همکاری در گسترش خدمات پژوهشی، آموزشی، تشخیصی، درمانی و اجتماعی در راستای اهداف بنیاد
- ارائه طرحهای قابل اجرا به نهادهای اجرایی کشور در جهت بهبود وضعیت درمانی و اجتماعی بیماریهای خاص
فعالیتهای بنیاد براساس اهداف تعیین شده خود به اشکال مختلف آغاز شد و هر سال نسبت به سال قبل این فعالیت ها گسترده تر گردید.

معرفی معاونت هماهنگی و امور استانها

تهیه کننده :

واحد هماهنگی و امور استانها



درمانی، مراقبت های ویژه قلبی، پیوند مغز استخوان، ید درمانی، سالن کنفرانس و کتابخانه خواهد بود.

ه) برگزاری اولین همایش سرطان و پیشگیری:

مرکز جامع سرطان در راستای مأموریت خود با محوریت پیشگیری به منظور تبادل اطلاعات و تجربیات و فراهم آوردن شرایط مناسب همکاری میان متخصصان، اولین همایش سرطان و پیشگیری را با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر مراکز دولتی و غیر دولتی ذیربط در بهمن ماه سال ۱۳۹۱ در مرکز همایش های بین المللی صدا و سیما برگزار کرد و این همایش خوشبختانه با استقبال خوب تمام عزیزان شرکت کننده مواجه شد. مقالات برگزیده در این همایش در دو روز به صورت سخنرانی توسط سخنرانان و ارائه کنندگان ارائه شد و هم چنین در کنار این همایش نیز شرکت های دارویی مرتبط با موضوع همایش نیز محصولات علمی خود را به معرض دید عموم شرکت کنندگان قرار دادند. از ویژگی های این همایش وجود کارشناسان مراکز دولتی و غیر دولتی ذیربط دولتی در این همایش بود و باز دیگر ویژگی این همایش ارائه یک بیانیه بوده که این بیانیه اولاً به عنوان یافته های علمی دو روز برگزاری سخنرانان مقاله بوده ثانیاً مورد تأیید حاضرین و شرکت کنندگان قرار گرفته و ثالثاً این بیانیه قرار است با مشارکت دستگاه های ذیربط عملیاتی هم شود.

ح) مشارکت عمومی:

قطعا تمامی فعالیت و برنامه هایی که در مرکز اجرا شده که از کارهای مشترک می باشد و یا قرار است اجرا شود بدون مشارکت آحاد جامعه به ویژه خیرین و نیکوکاران عزیز عملی نمی باشد، و این مهم در گرو همکاری و همفکری و مساعدت و یاری همکاری است. بنابراین واحد مشارکت های مردمی مرکز، از تمامی خیرین، نیکوکاران، مردم عزیز دعوت به عمل می آورد، به هر طریق و هر شکلی که می توانند مرکز را یاری نمایند. ما دست شما را می فشاریم و نیازمند کمک های مالی و غیر مالی عزیزان هستیم.

ج) راه اندازی پایگاه یا سامانه اطلاع رسانی:

سامانه اطلاع رسانی یا مطالعات اولیه طراحی و تأمین محتوای آن از سال ۱۳۸۹ با مروری بر پایگاه های معتبر بین المللی در زمینه سرطان آغاز شد و در این زمینه اطلاعات حدود ۱۵۰ پایگاه اینترنتی مرتبط از نظر محتوا و ساختار مورد بررسی قرار گرفت و در نهایت ساختار سامانه اطلاع رسانی بر اساس مدل و دسترسی به مطلب در محورهای اصلی: زندگی سالم، پیشگیری، غربالگری، تشخیص زودرس، آشنایی با سرطان های شایع، زندگی با سرطان، اخبار و تازه های سرطان و راهنمای مراقبین بیماران سرطانی طراحی گردید و بر همین اساس محتوا از معتبرترین منابع موجود انتخاب و مورد تأیید هیات علمی مرکز قرار گرفت، این سامانه به طور رسمی در مرداد ماه سال ۱۳۹۰ رونمایی شد و تاکنون نیز در حال فعالیت می باشد. در این سامانه بیش از ۴۰۰۰ صفحه محتوا علمی معتبر به عنوان جامع ترین سامانه اطلاع رسانی در زمینه سرطان در کشور مطرح می باشد. عناوین موجود و قابل ارائه در این سامانه اطلاع رسانی عبارتند از: اخبار، اسلاید ها، واژه نامه ها، سوالات متداول، داستان های امید بخش، رویدادها، نشانی و شماره تلفن مراکز مرتبط، آمار وضعیت سرطان، آموزش عمومی، خبرنامه الکترونیکی، لازم به ذکر است این سامانه با حضور در جشنواره رسانه های دیجیتال توانست رتبه سوم را کسب کند، و نیز در کنگره ملی برنامه جامع کنترل سرطان که در بهمن ماه سال ۱۳۹۲ در سالن همایش های صدا و سیما برگزار گردید موفق به دریافت جایزه در عرصه مبارزه با سرطان از راه آموزش و ارتقای فرهنگ عمومی گردید.

د) ایجاد و راه اندازی مرکز تشخیصی و درمانی:

ساخت بیمارستانی تحت عنوان مرکز درمانی تشخیصی فوق تخصصی با زیر بنایی حدود ۵۰۰۰ متر مربع که قابلیت توسعه تا ۶۰۰۰ متر مربع را دارد، در حال ساخت می باشد. این بیمارستان در دو بلوک ۱۲ طبقه که هر بلوک دارای سه طبقه زیر زمین و ۹ طبقه روی زمین، طبقات تخصصی بوده و شامل بخش های: طب هسته ای، پرتو درمانی، شتاب دهنده، جراحی، تصویر برداری، فیزیوتراپی، اورژانس، درمانگاه های تخصصی، آندوسکوپی، شیمی

• آموزش حضوری یا چهره به چهره
۱- برگزاری تعداد ۱۱۰ دوره آموزشی حضوری یا چهره به چهره در مراکز دولتی و غیر دولتی، نهاد های مردمی از جمله:
۲- بیش از ۹۰۰۰ نفر مخاطب را در دوره های آموزش حضوری تحت برده است.
۳- استفاده از پزشکان متخصص عضو هیات علمی مرکز و یا خارج از هیات علمی به عنوان مدرسان آموزش
۴- آموزش حضوری به صورت آزمایشی در شهرستان اهواز مرکز استان خوزستان
• آموزش غیر حضوری از طریق
• درج مقالات آموزشی در راستای پیشگیری در روزنامه های همشهری و اطلاعات و نشریات و مجلات
• درج پیام های آموزشی در مناسبت های مختلف در بلبوردهای سطح شهر تهران با هماهنگی شهرداری
• نصب و انتقال پیام های آموزشی در سطح ایستگاه های مترو
• آموزش عمومی مخاطبان از طریق سامانه اطلاع رسانی مرکز جامع سرطان تحت عنوان بخش «آموزش»
• آموزش مردم از طریق توزیع جزوات و بروشور های آموزشی در دوره ها
• ترویج فرهنگ پیشگیری از سرطان در کتابهای درسی با همکاری آموزش و پرورش و نهضت سوادآموزی
• ارسال پیام های آموزشی پیشگیرانه از طریق پیامک تلفن همراه
• تهیه و تدوین محتوا و پکیج آموزشی در قالب لوح فشرده برای مردم عادی با محوریت پیشگیری و برای بیماران سرطانی با محوریت زندگی با سرطان
• حضور فعال در شبکه های اجتماعی و استفاده از ظرفیت فضای مجازی
لازم به ذکر است که در دوره های آموزشی فوق الذکر به دلیل محدودیت منابع و امکانات در تهران اجرا گردیده که مورد استقبال حاضرین هم قرار گرفته است و محتوای دوره های آموزشی از منابع معتبر و مورد تأیید هیات علمی موسسه بوده که تاکنون توسط پزشکان متخصص به صورت رایگان ارائه گردیده است.

در حال حاضر محتوای عناوین آموزشی تأمین شده به شرح ذیل می باشد:

سرطان های شایع در مردان، سرطان های شایع در زنان، سرطان و تغذیه، سرطان و محیط زیست که اکثر این عناوین آموزشی در سامانه اطلاع رسانی مرکز جامع سرطان به نشانی www.ncii.ir قابل دسترسی می باشد.



- ایجاد تعامل مناسب و همکاری با نهاد های علمی، انجمن های خیریه بومی و خیرین فعال در حوزه بیماران خاص در سراسر کشور در راستای رفع مشکلات و بهبود وضعیت بیماران خاص و صعب العلاج و حمایت از موسسات خیریه نوپا - کمک به تأسیس و راه اندازی مرکز درمانی ارائه دهنده خدمات به بیماران خاص

- امضا تفاهم نامه با انجمنهای خیریه سراسر کشور به منظور پیگیری رفع مشکل و بهبود وضعیت بیماران خاص به منظور کمک به بیماران خاص در تمام کشور در خصوص تهیه داروهای مورد نیاز آنها و دریافت خدمات پاراکلینیکی

دستاوردهای بازدیدهای استانی:

هر ساله با هدف بررسی نارسائیها و مشکلات بیماران خاص، کمک به تأسیس و تجهیز مراکز درمانی بیماران خاص، مشخص نمودن نیازمندیها و مسائل مراکز درمانی بیماران خاص و برقرای تعامل موثر با انجمن های خیریه بومی و خیرین فعال در تمامی استانهای سراسر کشور کارشناسان معاونت هماهنگی و امور استانها از مراکز درمانی استانهای سراسر کشور بازدید می نمایند تا با آسیب شناسی کامل وضعیت بیماران و مراکز درمانی در جهت رفع مشکلات از تمامی توان خود استفاده نماید.

نیازمندیهای تجهیزاتی مراکز درمانی بیماران خاص توسط کارشناسان اعزامی بنیاد امور بیماریهای خاص مورد ارزیابی قرار گرفته و پس از آن تا حد امکان سعی میگردد به نیاز مراکز پاسخ مناسب داده شود و مشکلات و موارد مرتبط به وزارت خانه ها و سازمانها و نهادهای مربوطه به صورت مکتوب منعکس و تا حصول نتیجه مکاتبات پیگیری میگردد.

در سال ۱۳۹۲ از مراکز درمانی ۱۱ استان شهرستان های تابعه ی آنها مورد بازدید کارشناسان بنیاد قرار گرفته است. این استان ها عبارتند از: گلستان، فارس، خراسان جنوبی، اردبیل، سمنان، کردستان، مرکزی، آذربایجان غربی، البرز، بوشهر و قم. در پی بازدید کارشناسان معاونت هماهنگی و امور استانها از مراکز درمانی در سال ۱۳۹۲،

تعداد ۱۹۲ دستگاه دیالیز، بیش از ۲۰۰ قلم تجهیزات پزشکی به مراکز مختلف درمانی سراسر کشور ارسال گردیده است که معادل ریالی آن رقمی بالغ بر ۷۰ میلیارد ریال می باشد. در ۵ ماه ابتدائی سال ۱۳۹۳ کارشناسان معاونت هماهنگی و امور استانها از استانهای تهران، زنجان، خوزستان، کرمانشاه، کرمان، مرکزی، کهگیلویه و بویراحمد و لرستان که بیش از ۱۴۰ مرکز درمانی بوده است بازدید نموده است.

پیرو مصوبات شورای مدیران بنیاد از ابتدای سال ۱۳۹۳ تاکنون بیش از ۱۴۰ دستگاه دیالیز و ۹۵ تخت سه شکن و تخت یک شکن برای مراکز سراسر کشور در نظر گرفته شده است.

معاونت هماهنگی و امور استانهای بنیاد امور بیماریهای خاص از ابتدای تأسیس تاکنون بیش از ۱۷۰۰ دستگاه دیالیز، ۳۶۰۰ تخت و وسایل جانبی را به بیش از ۱۱۰۰ مرکز اهدا نموده است.

انعقاد تفاهمنامه:

به منظور کمک به بیماران خاص در تمام کشور در خصوص تهیه داروهای مورد نیاز، دریافت خدمات پاراکلینیکی و همچنین کمکهای مردمی به بیماران، بنیاد از طریق امضای تفاهم نامه با مراکز خیریه سراسر کشور در جهت گسترش و خود کفایی مراکز خیریه مردمی و هدفمند شدن کمکهای مردمی به بیماران نیازمند حمایتهای لازم را از بیماران به عمل می آورد. بنیاد امور بیماریهای خاص در سال ۱۳۹۲ با ۱۲ موسسه خیریه تفاهمنامه منعقد کرده است.

اقدامات حمایتی واحد مددکاری:

با توجه به مشکلاتی که بیماران خاص و صعب العلاج در خصوص تهیه و پرداخت هزینه دارو و خدمات پاراکلینیکی خود داشتند واحد مددکاری معاونت هماهنگی و امور استانها از ابتدای تأسیس بنیاد شکل گرفت و در تمامی این سالها وظیفه بررسی مشکلات مسائل و مشکلات داروئی بیماران، پرداخت کمک هزینه درمان را به عهده دارد. واحد مددکاری در سال ۹۲ به

بیش از ۴۳ هزار نفر مبلغی بالغ بر ۴۳ میلیارد ریال را جهت کمک هزینه دارو به بیماران خاص و صعب العلاج پرداخت نموده است.

از ابتدای تأسیس واحد تاکنون به بیش از ۳۱۰ هزار نفر مبلغی حدود ۲۰۹ میلیارد ریال را پرداخت نموده است.

هدیه ایثار:

واحد مددکاری بنیاد به منظور کمک به بیماران کلیوی که نیاز به پیوند کلیه دارند و ترویج پیوند کلیه به جای دیالیز شدن، بنیاد امور بیماری های خاص در راستای اجر نهادن به افرادی که اقدام به اهدا کلیه خود به بیماران می نمایند مبلغی را به عنوان هدیه ایثار به اهداکننده کلیه اهدا می نمایند.

بنیاد در سال ۹۲، به ۱۳۷۳ نفر اهداءکننده ی کلیه، هدیه ی ایثار اعطا کرده است که در مجموع مبلغی معادل ۱۳,۷۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

بنیاد بیماریهای خاص از ابتدای تأسیس پایان سال ۹۲ به بیش از ۲۱ هزار نفر هدیه ایثار اهدا نموده است.

**عنوان کتاب: گفت و گو با کودکان درمورد سرطان**

ترجمه: نداجلیلیان/ علی اکبر زینلی

سال چاپ: ۹۱

چکیده: مخاطب این کتاب بزرگسالان می باشند . در این کتاب توصیه های مفیدی راجع به اینکه چگونه باید مفهوم سرطان را برای کودکان توضیح داد ذکر شده است. اینکه اصولا بچه ها چه برداشتی از سرطان دارند و در هرسنی به چه شکل باید با آنها صحبت کرد، از جمله نکاتی هستند که در این کتاب به آنها اشاره شده است.

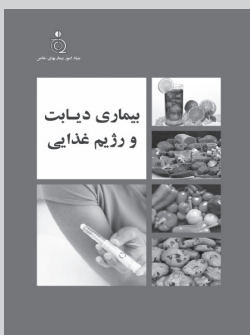
**عنوان کتاب: رژیم غذایی مبتلایان به فشار خون بالا/ توصیه های تغذیه ای**

تألیف: یاسمن فراهانی/ متخصص تغذیه بالینی و درمانی

سال چاپ: ۹۲

چکیده: این کتابچه از جدید ترین انتشارات بنیاد امور بیماری های خاص بوده و در بردارنده نکات مفیدی در مورد چگونگی کنترل فشار خون با کمک تغذیه ی صحیح و فعالیت بدنی می باشد. نکاتی نظیر توصیه های تغذیه ای، معرفی رژیم های غذایی، تعریف فشار خون و... در این کتابچه ذکر شده است.

معرفی بروشورها و کتابهای بنیاد امور بیماریها ی خاص

**عنوان کتاب: بیماری دیابت و رژیم غذایی**

تألیف: کیانا معدنچی(کارشناس تغذیه)/

دکتر عبدالرضا معادی

سال چاپ: ۹۰

چکیده: کتابچه مذکور شامل جداول متعدد به منظور بیان کالری غذاها و نیز رژیم های غذایی برای کنترل قند خون می باشد. این کتابچه اطلاعاتی را در خصوص چگونگی استفاده از غذاها با کالری مشخص و تاثیر آن بر قند خون در اختیار مخاطب قرار می دهد.



مرکز جامع سرطان (موسسه تحقیقات آموزش و درمان سرطان)

تهیه کننده :
سعیده سعیدی

تاریخچه سرطان

بشر از روزگاران کهن با سرطان آشنایی داشته است لیکن در جهان بعد از انقلاب صنعتی بیماری سرطان به یک معضل جهانی تبدیل شده است و پیش بینی می شود که در دهه های آینده به طور فزاینده ای افزایش یابد تا جایی که آن را سونامی سرطان نامگذاری کرده اند. این بیماری بعد از بیماریهای قلبی و عروقی دومین عامل مرگ و میر در کشور های توسعه یافته و سومین عامل مرگ و میر در کشور های در حال توسعه است. سرطان باعث ۱۳ درصد مرگ و میرهاست. از این رو تحقیقات در مورد علل پیدایش سرطان و راه های پیشگیری از ابتلا به آن را آموزش داد و باید بدانند که بهترین راه مقابله با سرطان پیشگیری است و بهترین راه پیشگیری، آموزش می باشد. نزدیک به یک سوم موارد ابتلاء به سرطان می تواند از طریق پیشگیری کاهش یابد. با توجه به اینکه تخمین زده می شود که در سال ۲۰۲۰ حدود ۱۷ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به بیماری سرطان خواهند شد. بنابراین نقش پیشگیری بیش از پیش آشکار خواهد شد زیرا با پیشگیری می توان نزدیک به شش میلیون نفر از تعداد مبتلایان به بیماری سرطان در سال ۲۰۲۰ را در سطح جهان کاست.

۱- تاریخچه مرکز جامع سرطان:

مرکز جامع سرطان (موسسه تحقیقات ، آموزش و درمان سرطان) در سال ۱۳۷۷ در تهران تأسیس و به شماره ۱۰۳۱۰ ثبت شده است گذشته از موضوع درمان بیماران سرطانی توجه خود را بر روی تحقیقات و آموزش و پیشگیری معطوف ساخته است. مرکز به طور رسمی فعالیت خود را از سال ۱۳۸۶ آغاز نمود. نوع فعالیت مرکز عام المنفعه و غیر تجاری می باشد. ارکان مرکز عبارتند از : هیأت امناء، هیأت مدیره، مدیرعامل و اعضاء هیأت علمی بوده و در راس مرکز هیأت علمی با ترکیب افراد متخصص و صاحب نظر در زمینه های پزشکی، آموزشی و تحقیقاتی به شرح ذیل امور موسسه را هدایت و راهبری می نمایند و در کنار این هیأت نیز سه کمیته شامل : کمیته تحقیق، آموزش و پایگاه اطلاع رسانی با عضویت اعضاء هیأت علمی و کارکنان به عنوان بازوان مشورتی هیأت علمی همکاری دارند.



شناختی و عوامل سرطان زای صنعتی می پردازد.

بنابراین کمیته ای در مرکز تحت عنوان «کمیته تحقیق» با ریاست جناب آقای دکتر فرهاد سمیعی تشکیل گردیده و قرار است این کمیته به فعالیت های فوق الذکر بپردازد.

ب) آموزش عمومی به مردم

آموزش و اطلاع رسانی به موقع یکی از راه های مهم پیشگیری است، امروزه آموزش پایه مهمی برای کنترل سرطان در تمامی جوامع به شمار میرود و خوشبختانه با اجرای برنامه های پیشگیری می توان میزان بروز بیماری سرطان را در جامعه کاهش داد.

آموزش در انتخاب سبک زندگی سالم، روش های کشف زود هنگام سرطان و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان نیز نقشی اساسی دارد و این نوع آموزش ها باید برای همه به خصوص افراد کم درآمد، کم سواد با توزیع مناسب در نقاط جغرافیایی پراکنده با شرایط گوناگون به ویژه مناطق محروم از امکانات بهداشتی فراهم گردد.

در محاسبات هزینه های ناشی از بروز سرطان علاوه بر هزینه های مستقیم درمانی می بایستی هزینه های ناشی از ارزش اقتصادی تولیدی از دست رفته افراد در این بیماری و هم چنین مرگ های زودرس را نیز محاسبه نمود بنابراین می توان به ارزش سرمایه گذاری برای افزایش آگاهی های عمومی و اجرای دقیق برنامه های پیشگیری و بالا بردن کیفیت درمان از طریق آموزش پی برد. پیشگیری ساده تر و کم هزینه تر از درمان است پس باید نسبت به ترویج فرهنگ پیشگیری در جامعه به طریق مشارکت اهتمام ورزید.

به همین استناد واحد آموزش و پیشگیری مرکز، آموزش های خود را سال ۱۳۹۰ به صورت رسمی آغاز نمود که تا به حال توانسته است دستاوردهای زیر را به همراه داشته باشد.

عوامل بروز سرطان در مناطق جغرافیایی و ارائه راهکارها یا توصیه های علمی از طریق درج در نشریات علمی، آموزشی و تحقیقاتی

د) برگزاری کنفرانس های علمی، آموزش عمومی و تخصصی در زمینه سرطان با مشارکت حوزه های ذیربط

ه) جمع آوری اطلاعات و آمار در مورد وضعیت سرطان در مناطق جغرافیایی کشور و جهان

ز) ایجاد و راه اندازی یک مرکز آموزشی، تشخیصی و درمانی برای بیماران سرطانی

۶- دستاوردهای مرکز از بدو شروع فعالیت ۱۳۸۶ تاکنون:

الف) تحقیق

سرطان اگر چه تبدیل به یک معضل جهانی شده است و پزشکان و متخصصان در سراسر جهان درگیر تحقیقات دامنه دار برای بهبود روش های پیشگیری، درمان آن هستند. تشخیص این بیماری در هر ناحیه جغرافیایی، تحت تاثیر آب و هوا، شرایط و نحوه زندگی، تغذیه و عوامل بومی و اجتماعی و ویژگی های خاص دارد و همین ویژگی ها ایجاب می کند تا محققان یک سلسله تحقیقاتی را در ارتباط با جامعه خود به عمل آورند تا بدانند چه نوع سرطان هایی در نواحی جغرافیایی بیشتر رایج است و چه عواملی در ایجاد آنها نقش اساسی دارند.

بدون انجام چنین تحقیقاتی امکان برنامه ریزی و مدیریت کار آموزش و آگاهی بخشیدن به مردم و درمان بیماران وجود نخواهد داشت. بنابراین مرکز جامع سرطان (موسسه تحقیقات، آموزش و درمان سرطان) نیز این مهم را نادیده نگرفته و انجام تحقیقات میدانی، موردی و درمان را در دستور کار خود قرار داده است و اکنون که مرکز درمانی، تشخیصی در دست احداث می باشد طبعاً بیشترین تحقیقات هم در ارتباط با رفع نیازهای واحد های مشغول فعالیت در مرکز و هم چنین بررسی وضعیت سرطان در نواحی مختلف استان های کشور در ارتباط با شرایط اقلیمی، نحوه زندگی، رژیم غذایی، عوامل جمعیت

۲- اهداف مرکز:

- آشنا کردن مردم با بیماری سرطان و انواع آن و عوامل خطر زا و غربالگری - آشنا کردن بیماران سرطانی با درجه بندی و درمان بیماری آنها و تصمیم گیری برای درمان و کنار آمدن با عوارض ناشی از آن

- آشنا کردن وابستگان بیماران سرطانی با مسائل روحی و روانی و رفتاری و مشکلات جسمی بیماران و نحوه مراقبت از آنان

- تشویق مردم به دانستن شیوه زندگی سالم به منظور پیشگیری از ابتلاء به سرطان

- مشارکت در تشخیص زودرس و درمان بیماران سرطانی و مراقبت از آنها در حد وسیع و امکانات

- آموزش داوطلبان

- تشکیل یک جبهه از درمان شدگان برای حضور فعال در فعالیت های مربوط به مقابله با بیماری سرطان

۳- چشم انداز:

کاهش تلفات سرمایه انسانی با محوریت پیشگیری و افزایش ظرفیت امید به زندگی در بیماران سرطانی از طریق آموزش های صحیح و برخورد با آن

۴- مأموریت:

برنامه ریزی و اجرای برنامه های پیشگیری و کاهش درد و رنج ناشی از بروز سرطان از طریق تحقیق، آموزش برای پیشگیری، تشخیص زودرس، درمان و مراقبت پس از درمان با مشارکت دستگاه های متولی و نهادهای دولتی و غیردولتی

۵- مهمترین برنامه ها:

الف) برنامه ریزی و اجرای دوره های آموزش عمومی به مردم به صورت حضوری و غیر حضوری با محوریت پیشگیری

ب) اطلاع رسانی و آگاهی بخشی به مردم در راستای سرطان

ج) پژوهش و تحقیق در زمینه علل و



اجتماعی



که در آفرینش ز یک گوهرند
دگر عضو ها را نماند قرار

بنی آدم اعضای یک پیکرند
چو عضوی به درد آورد روزگار



مصاحبه با خیرین خاص

- چرا در بین تمام موسسات و نهادهای خیریه با بنیاد امور بیماری های خاص همکاری می کنید؟

چون همان طور که از نامش پیدا است خاص است مختص بیمارانی است که بیماری سخت و خاص دارند و نیازمند حمایت و توجه دولت و بخش های خصوصی هستند.

- چه پیامی برای افرادی که علی رغم داشتن امکانات و اموال در راه خیر هزینه نمی کنند دارید؟

می خواهیم به این افراد بگوییم که کمک به بیماران و قدم برداشتن در راه خیر راه دوری نمی رود و خداوند به روزی کسانی که در راه خیر قدم برمی دارند برکت می دهد.

- نحوه تبلیغات و اطلاع رسانی بنیاد را چگونه ارزیابی می کنید؟

پیشنهاد می کنم کمی اطلاع رسانی در حوزه رسانه ملی از جمله تلویزیون و رادیو بیشتر شود در اطراف ما بخش های صنعتی بسیاری هستند که دوست دارند به بیماران نیازمند کمک کنند ولی هنوز بنیاد را نمی شناسند.

در پایان از وقتی که در اختیار مجله خاص برای انجام مصاحبه قرار دادید سپاسگزارم.

در این شماره از مجله خاص با یکی از افراد نیک روزگار جناب آقای محمد تقی زاده که زمینه کمک به بیماران خاص گام های خیر بسیاری برداشته اند به گفتگو نشستیم:

- لطفا خودتان را برای خوانندگان مجله خاص معرفی بفرمایید؟

محمد تقی زاده هستم در حوزه راه سازی در زمینه تولید آسفالت و بتن در شرکت دنیای حفاری فعالیت می کنم.

- نحوه آشنایی شما با بنیاد از کی و چگونه بوده است؟

از طریق تماس کارشناس مشارکت های مردمی بنیاد سرکار خانم خسروی با بنیاد امور بیماری های خاص به مدت ۲ سال است که آشنا شدم.

- انگیزه شما از کمک به بنیاد امور بیماری های خاص چیست؟

از انجام عمل خدایسندانه و کمک به قشری که بیمار هستند و نیازمند احساس آرامش می کنم.

- تا چه زمانی کمک خواهید کرد؟
تا زمانی که زنده باشم و سعادت داشته باشم که به بیماران کمک برسانم.

تهیه و تنظیم : نسرين آقاملا



اجتماعی

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

مقامی - آقای روح الله رضائی -
آقای نیلی - آقای خردمند - آقای
حسین امیری - آقای عباس محمدی
- آقای امید عرب - آقای حسن علی
عباسی - آقای رنجبر کبوترخانی - آقای
مجید حسینی - آقای حسین محمدی
- آقای محمدجمالی - آقای محمد
رضا زالی - آقای علی حسینی - آقای
رمضانعلی شریفیان - خانم دکتر
فاطمه قائم مقامی - آقای عزت الله
عبدی - آقای احد قدس - آقای امیر
احمد نصیری - مهرنوش کوثریان -
آقای عبدالفتاح صراف نژاد - آقای
عبدالرضا معادی - آقای علی نوبخت
حقیقی - آقای میرداوود عمرانی -
آقای محمد فرهادی - آقای پروین
مهدی پور - آقای مسعود هوشمند
- آقای پویا سوادکوهی - آقای فرامرز
همایون مهر - آقای محمدهاشم قمی
زاده - آقای قهرمانی - آقای روشن
مهر - خانم نیلوفر سعیدی - آقای
اسکندری - آقای مهندس یوسفی
- آقای مهندس ناصری - آقای
مهندس پارسا - آقای حیدری - آقای
طاهرپور - آقای صمدی - آقای محمد
علی صالحی - آقای کمیزی - آقای
بابامحمدی - آقای حبیب نژاد - آقای
مهدوی - آقای بدای - آقای سید
محمد یزدانی - آقای اکبری - آقای
شفیعی - آقای کریمی - آقای غنی
زاده - آقای ترابی - آقای پسندیده
- آقای ابوالفضل حاج محمدی - آقای
عباس محمدی - آقای محمودی - آقای
امین صرافی - آقای جواد امجدی فر
- آقای احمد رضا اوحدی - آقای مجید
باقری - آقای مهدی اسماعیلی - آقای
محسن علی نژاد - آقای محمد زمانی
- آقای اتاق اصناف - آقای حمید
میزانی - آقای حسین حسینی

آقای زنگنه - آقای حاج قربانی - آقای
ربیعی - آقای کریم زاده - آقای رضا
طالبی آقای قیاسی - آقای جهانی - آقای
مجید صادقی - آقای دلربایی - آقای
منصوری - آقای دلربایی - آقای رسول
زاده - آقای تقی زاده - آقای حسینی
- آقای مهندس متین - آقای مهندس
جعفری - آقای دکتر سبحانی - آقای
علی صادقی مقدم - آقای محمودی -
آقای مهندس لطفی - آقای مهندس
هاشمی - آقای مهدی زاده - آقای
رضایی - آقای کرلو - آقای دکتر مدلل
- آقای مهندس مقامی - خانم ونکی
- آقای دکتر بهجستانی - خانم دکتر
آذرکیوان - آقای دکتر پیمان عشقی -
آقای دکتر شمسی - آقای سهیل کرمی
- آقای کشاورز - آقای کرمانشاهی -
آقای بیگدلی - آقای محمد هاشم قمی
زاده - شهرابادی - آقای اصغری -
آقای علی فتحی - آقای عباس محمدی
- چاپ مسعود - آقای حسینی - آقای
افروز - آقای لطفی - آقای میرزایی
- آقای رضای - آقای حسینی - آقای
محمدی - آقای ملاشفیعی - آقای
موسوی - آقای اسماعیلی - آقای
قمی زاده - آقای محمود صابری -
آقای باقری - آقای صفریان - خانم
فاطمه نظری - جوادونونا نظری - آقای
جعفری - آقای میر دهقانی - آقای
ربیعی - آقای مهندس پارسا - آقای
امیر حسین اخوان - آقای امینزاده
- آقای محمود عسگری - آقای کریم
زاده - آقای جعفری - حاج آقا دهقان
- آقای صادقی مقدم - آقای علیرضا
کریمی - حاج آقای رضا دهقان - آقای
فهیمی - آقای امامی - آقای خالقی
نژاد - آقای کیانی - آقای جعفری -
آقای مازندرانی - آقای حقانی - آقای
رجبی - آقای سیدجلالی - آقای عرب
نژاد - آقای حدادی - آقای مهندس

ایثار زندگی یاری سبز یاوران

تهیه کننده :

واحد معاونت هماهنگی و امور استانها



اجتماعی

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

احمدی، مرتضی شیر محمدی، حسین قائد، علی حسن زاده، حسین ظریفی پاک، علی احمدی نیاز، اصغر مشهدی، علیرضا پاچین زن، محمد رضا ائمه دوست، حسن محمدی، عباس حسن زاده حاجی، قادر نوروزی، مهدی طاهری، محمد رضا شیر محمدی، حسین نقیبی فرد، شاهین قهرمانی، رحیم نظری، رحمت الله نظام زاده، علی کنانی، بهزاد برومند خواه، حسین غلامی، عباس نقدی جکتاجی، حسین انوشه، پریسا هرمزی نژاد، مهدی خواجویی، مروت قلی زاده، جواد جعفر نژاد ایرانی، چیاکو فاتحی، یونس بوک، عبدالله میرزا دوستی، رضا چادریان، حمید بیاطی، وحید موسی زاده، مصطفی احمدی، مهرانگیز دوستیار، فرزاد دقتی، میثم جبرائیلی، یوسف ظهیری، عبدالرسول شاطریان، وحید کیبیری، محمود ولایتی صلوات آباد، سعید عسگری، الهام حمشاک، علی بنی مسنی، یوسف قائمی، محسن هوشیار، داود نجفی، خدیجه کهربائی، ایرج سربازی جانی، ایمان قاسم پور ارجمند، اسدالله عبدالشاهی، مهدی سیاوشی، حسین مرادی، خیرالله فتاحی، عرفان دانشگر، سید مجیدهاشمی امرائی، بیژن صادقی، حسن نظری عارفی، محمد جعفرتوفیقی، رضا معین الدینی، علی سوادکوهی، علی رحیمی، آرزو محمودیان، بایرام صادقی، وحید محمد زاده، بنیامین صالحی، محمد رضا زاهدی، نوید معصومی خلجی، وحید فاضلی بورستان، سید محمد رضا موسوی فر، داریوش سلیمانی منش، رامین حاجی، رضا رامشکی، مهران خندان تکمه داش، صادق پولادری، محمود عیدی، محمد فاتحی کدجو، یاسر شهرکی، اسماعیل کیخا، منظر افروز، عباس خسرو پناه، وحید قاسمی، ناصر مرادی، مسلم امیر سالاری، محسن گردندهی، ایمان محمودی، علی شکر، مسعود محمدیان، سجاد محمد سلیمانی، مجید کریمی ستوده نیا، آرمان فتاحی وصالو، عباس آقایی، مرتضی زارع حقیقی کسمانی، مهرداد احمدزاده، سید رضا موسوی، میثم نصیر الاسلامی، جواد زند لشنی، یوسف داداش پور، حسن غریب پور چافی.

فرزاد ایران منش، نعمت الله پوره، میر قاسم میر حسینی، جواد عزیزی محسن آبادی، رباب کر بلاوی، احمدامیر تیموری، بنیامین اکبرزاده، یوسف هاشمی، مهدی رضائی، مریم شاه محمد زاده کرکره، مهدی دولتی پیش حصاری، الیاس موسی پور، حسن مرادی، پرستوالماسی، حیدریاس لاری، سید رضا حسینی، مهدی ناصری نهر، حسن اعظمی، عمران دوانی، مهدی مظفری نیا، روشن فلاح زیدی، امیر عباسی، محمد جواد دهقانی، الهامه اسماعیلی اروجعلی لو، مهرداد مرادی، محمد رضا احمدزاده کناری، مسعود سیفی، محمد دریازی ذریک، علی فارسی، مهدی صفوی وردین، محسن علی پور، اسفندیار رضانی سولگانی، سعید تمری تازه کند، علی صبری، امید عابدینی، غلامرضا همتی، قنبر اکرمیان منش، یونس نجفی، جمال محبوبی عباس آباد، مهدی نظری پور، حمید رضا دارابی، حسین خسروی، بهنام خرم آبادی کوهی، سلمان مطلبی، میلاد راشدی، امیرکلوندی، طالب خلیلی، لعیا باقری، پیام حسن پور، مهدی جنگروی، زهرا بهمن، علی اکبرامینی ورکی، مامند لال، محمد رضا بهمنی، رمضان دهنوی، رامین علی پور، فردین زرین، معصومه نوری مقدم، مجید تصدیقی، اصغر جواد، فاطمه نودهی، یاسرافلاکی، مصطفی شاه سنایی، علی زارعی، زهرا موسوی تنگ ریک، بهروز چهاردولی، الهام بک جانی، علی حیدری منش، محمد عابدی فر، محسن محمود آبادی، عادل جعفر پور، ایوب تقی زاده، جواد محسنی حسین آبادی، ذبیح الله رمضان زاده، پیمان ابراهیمی، سعید دانه‌دانه ثانی، مهدی امیری اصیل، علی اصغر سروسستانی، ابوذر شמושکی، بهروز غلامی، ملیحه دارابی، عادل لیراوی، امجد امجدیان، سعید صغری، علی اصغر خانی، یاسرحیدری، جواد مسعودی، صابره خرم، ناهید برجلی پور، فرشاد تیمورزاده، بهزاد آذر آئین، رامین جعفر پور، آرش رزاقی هس بستانی، نور محمد رحیم پور، مصطفی پور بچاری، امرالله بابائیان، نرگس مرادی، فرهاد احمدی، اسماعیل بندری، سعید رستمی، خبات فتاحی، سید حامد نجباء

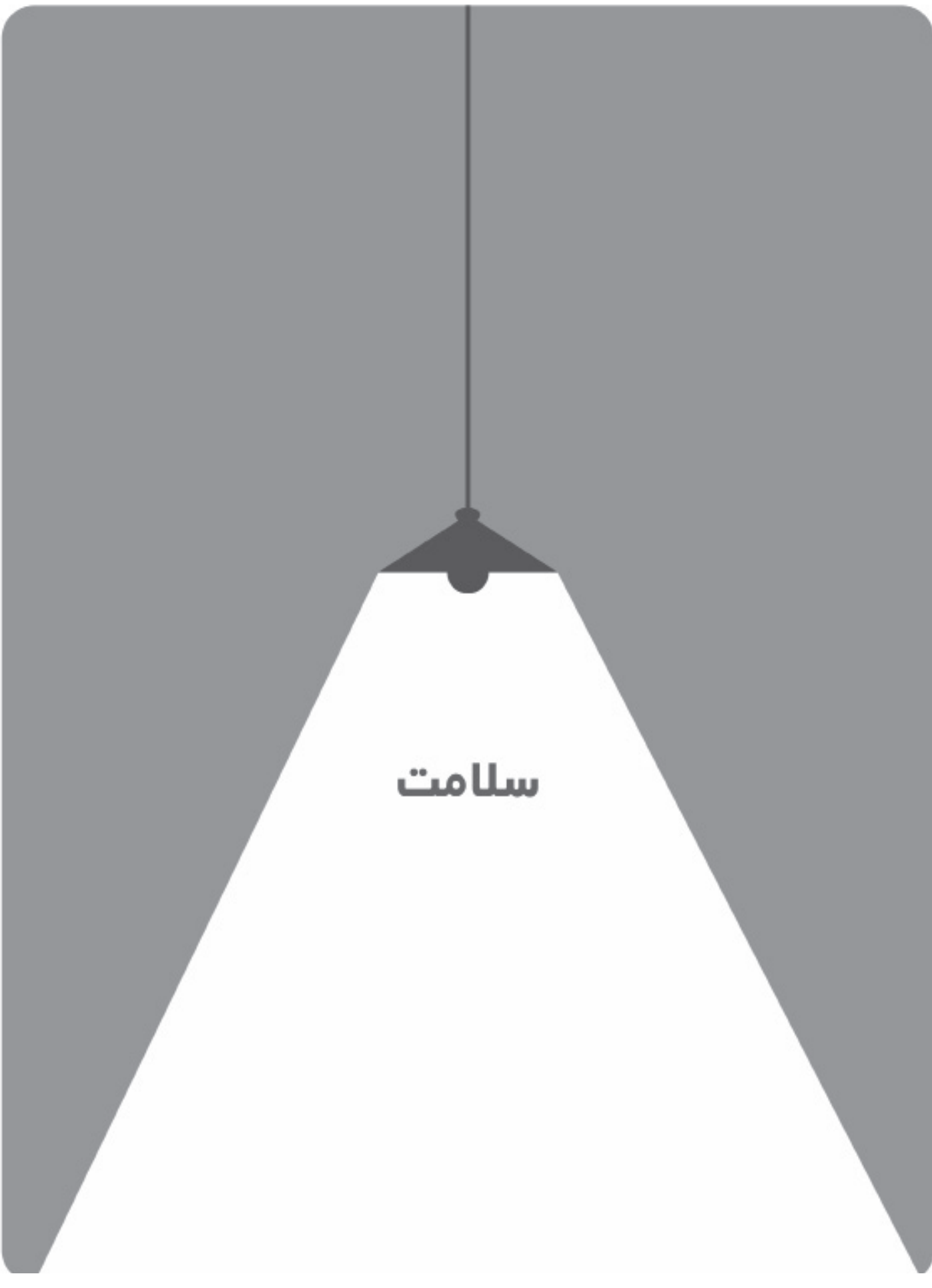


هدیه ایثار

با اهدای عضو بعد از مرگ، حیاتی تازه به هم‌نوع خود ببخشید.
آدرس اینترنتی جهت تکمیل فرم برای علاقه‌مندان
cffsd.org/forms/ozv

جهت کسب اطلاعات بیشتر با این شماره تماس حاصل فرمایید :
۴۱۱ / ۲۲۵۹۱۹۵۷

تهیه کننده :
فریبا وظیفه



سلامت



و سلامتی اش مخدوش می شود. در ایران آمار دقیقی در خصوص تعداد مبتلایان به این بیماری وجود ندارد ، ولی انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران تعداد مبتلایان کشور را حدود ۷۰ هزار نفر اعلام کرده است. این بیماری با وجود درمان های متعدد، هم چنان یکی از ناتوان کننده ترین بیماری ها است که بر جنبه های مختلف زندگی فرد تأثیر گذاشته و به ویژه کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار داده و آن را کاهش می دهد.

روش های دارویی زیادی جهت بهبود و درمان این بیماری استفاده میشود که هر کدام دارای عوارض خاص خود می باشند، بنابراین استفاده از روش های غیر دارویی که بتواند به عنوان مکمل درمان استفاده شود ، می تواند کمک بالقوه ای به این بیماران باشد. یوگا و ورزش های آئروبیک از روش های پیشنهادی غیر دارویی هستند که قابل بررسی می باشند.

یوگا و ام اس :

حدود ۵۰۰۰ سال است که ورزش یوگا در جامعه غرب انجام می شود اگرچه این ورزش به عنوان یک فلسفه روحانی در طول تاریخ مطرح بوده است، اما به عنوان درمان و مداخلات بالینی نیز به کار گرفته شد و در سه دهه اخیر، استفاده از آن افزایش روزافزونی داشته است. یوگا یکی از ورزش های جسمی است که برای هرکس و در هر جایی قابل انجام است. بررسی ها نشان داده اند که یوگا تأثیرات مثبتی بر کارکرد شناختی و عاطفی دارد. این تمرین ها باعث کاهش فعالیت سامانه عصبی مرکزی و خودکار در طی تمامی وضعیتهای پراسترس می شود به نظر می رسد تمرین های یوگا ، توانایی کاهش پلاسمایی سطح کاتکولامین ها را نیز دارند و به طور چشمگیری فعالیت سامانه عصبی سمپاتیک را کاهش می دهند.

مولتیپل اسکلروزیس، یکی از بیماری های مزمن و ناتوان کننده ای است که سبب ناتوانی های زیادی در افراد جوان و میانسال می شود. این بیماری به طور شایع در بالغین جوان دیده می شود و با علایم پاتولوژیکی متعدد در سیستم اعصاب مرکزی بروز می نماید. این بیماری سومین عامل ناتوانی های عصبی محسوب می شود. در این بیماری، دستگاه ایمنی بدن فرد مبتلا بر علیه بافت عصبی خود واکنش التهابی نشان داده و موجب میلین زدایی بافت می شود . متأسفانه این بیماری بیشتر زنان و مردان را در سنین جوانی که سنین اشتغال آنها می باشد، تحت تأثیر قرار داده و منجر به ناتوانیهای حرکتی، شناختی، روانی و غیره می شود. از نقطه نظر پاتولوژیک مولتیپل اسکلروزیس با نواحی متعددی از التهاب ماده سفید ، دمیلیزاسیون و اسکارگلیال در سیستم عصبی مرکزی مشخص می شود. سیر بالینی بیماری از نوع خوش خیم و بدون علامت تا نوع سریع پیش رونده و ناتوان کننده متغیر است.

در سال های اخیر شیوع مولتیپل اسکلروزیس در تمام جهان افزایش داشته است. علت اصلی این بیماری شناخته نشده است، ولی برخی منابع معتقدند که علت آن، نقش مشترک ژنتیک و سیستم ایمنی با حضور عوامل عفونی می باشد، هر چند که هنوز دلایل قطعی جهت اثبات این فرضیه وجود ندارد. بیماری مولتیپل اسکلروزیس، هزینه های اقتصادی زیادی را به جامعه و خانواده تحمیل می کند، به طوری که مؤسسه ملی بیماریهای اعصاب آمریکا اظهار می دارد، هزینه سالانه ای بیماری در آمریکا ۲ بلیون دلار است. از طرفی این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت در فعالیت های خانواده و جامعه تهدید می کند و آنها را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خودسوق می دهد و اطمینان فرد از بدن

بیماری M.S و ورزش

گردآوری : معاونت آموزش و پژوهش



خواهد کرد.

از جمله فعالیت های آبی می توان به ورزش در آب اشاره کرد. ورزش در آب رشته ای ورزشی است که در آن شخص به انجام تمرینات بدنی، آمادگی جسمانی و آیروبیک در دو بخش عمیق و کم عمق استخر می پردازد. این تمرینات بر طبق برنامه های آموزشی خاص و علم تمرین و بر اساس ویژگیهای فردی و ورزشی طراحی و تنظیم می شود.

تاکنون چندین تحقیق در مورد اثرات فعالیت های آبی بر بیماران مبتلا به MS انجام شده است، اما تعداد آن ها بسیار محدود می باشد، به طوری که درک محدودی از حداقل مدت زمان مورد نیاز جهت تاثیرگذار بودن فعالیت های آبی بر جنبه های مختلف بیماران MS وجود دارد.

نتایج این تحقیقات حاکی از آن است که بین میانگین حیطه های مختلف کیفیت زندگی و مقیاس خستگی در گروه های آزمون و شاهد در طول دوره های ورزش در آب اختلاف معنی داری مشاهده شد. به طور کلی کیفیت زندگی آزمودنی های گروه آزمون در طول ۸ هفته ورزش در آب بهبود یافت. به نظر میرسد علت بهبود کیفیت زندگی بیماران در طول دوره ی تمرینی ورزش در آب به دلایل زیر باشد: ۱- بیرون آمدن از خانه و وارد شدن به یک محیط شاد که موجب شده بود مبتلایان برای مدتی از حس بیمار بودن خود جدا باشند.

۲- ارتباط بیشتر با دیگران که موجب بهبود عملکرد اجتماعی آنها شده بود (انجام فعالیت گروهی).

۳- به علت ویژگیهای آب که عامل آرام بخش می باشد (ماساژ آب بر بدن نیز به گونه ای دیگر آرامش روانی و جسمانی را ایجاد می کند).

۴- یادگیری ورزش در آب و توانایی شناوری در قسمت عمیق استخر موجب افزایش اعتماد به نفس و ایجاد حس توانستن در بیماران می گردد

۵- افزایش استقامت، بهبود عملکرد و توانایی انجام فعالیت بیشتر (به گفته ی خود آزمودنی ها).

۶- کاهش خستگی ممکن است در بهبود کیفیت زندگی آزمودنی ها موثر بوده باشد.

و افزایش پایداری جسمی و مقاومت بدن و تعدیل سیستم ایمنی می تواند بر احساس سلامت عمومی بدن تأثیرگذار باشد. در مجموع این مطالعه نشان داد که به هر حال با توجه به افزایش روزافزون تعداد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در ایران و هم چنین افزایش هزینه های ناشی از درمان، استفاده از روش های غیردارویی و غیرتهاجمی، با توجه به مزایای آن از جمله نداشتن هیچ گونه عارضه جانبی و هزینه مالی، سهولت اجرا، در دسترس بودن، غیر تهاجمی بودن و قابل اجرا بودن به وسیله بیمار بسیار با ارزش خواهد بود.

درمان های مکمل در کنار درمان های معمول می تواند کمک مؤثری بر ای بهبود وضعیت بیماران مبتلا به بیماری های مزمن و به خصوص مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس باشد که این مهم از وظایف پزشکان و پرستاران است. از آنجایی که تمرین های یوگا به راحتی قابل آموزش بوده و به صورتی است که بیمار در منزل و بدون نیاز به امکانات خاص نیز قادر به انجام آنها می باشد، می تواند تا حدود زیادی به کاهش علائم بیماری کمک نماید و احساس نشاط را در بیمار ایجاد نماید، بنابر این لازم است که انجام تکنیک های یوگا به مراقبین بهداشتی آموزش داده شود تا آنها نیز بتوانند آموزش های لازم را به بیماران ارایه نمایند و یا انجام این تکنیک ها را به بیماران توصیه نمایند.

آب درمانی و ام اس:

روش های تمرینی مختلفی برای بیماران MS پیشنهاد شده که یکی از این راهکارهای تمرینی پیشنهاد شده، برنامه ی تمرینی آبی است. نیروی بالابرنده و چسبندگی آب می تواند به حرکت کمک کرده و موجب افزایش نیروی عضلانی شود (نیروی بالابرنده، نیروی متضاد جاذبه ی زمین است که می تواند به فرد در تولید حرکت در دامنه ی کامل، حتی در اندام های ضعیف که در حالت طبیعی توانایی حرکت ندارند، کمک کند.

افزایش دمای بدن نیز یکی از مشکلات اصلی بیماران مبتلا به MS در حین فعالیت می باشد و اعتقاد بر این است که آب تا حدودی می تواند مانع از افزایش دمای بدن شده و لذا بیمار بهتر فعالیت

تمرین های یوگا اگر به وسیله افراد مجرب و با در نظر گرفتن شرایط بیماران انجام شوند، عارضه خاصی نیز به همراه ندارد، لذا مطالعه ای به منظور بررسی تأثیر یوگا بر سلامت عمومی و احساس به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد. این مطالعه به منظور بررسی، وضعیت سلامت عمومی و احساس بیماران درباره زندگی در مبتلایان به ام اس بعد از انجام تمرینات یوگا انجام شد و نتایج آن نشان داد که بین وضعیت سلامت عمومی و احساس به زندگی در بیماران گروه مورد با گروه شاهد بعد از مداخله تفاوت معنی داری مشاهده شد و نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین احساس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس درباره زندگی در گروه مورد بعد از یوگا درمانی بهبود قابل توجهی داشته است.

مطالعه ها نشان دادند که تکنیک های یوگا می تواند هورمون های همراه با استرس و اضطراب را کاهش داده و بر فعالیت های مغز تأثیر بگذارند. از آنجایی که استرس زیاد می تواند تأثیر مخرب بر احساس افراد داشته باشد، لذا می توان گفت که مهم ترین تأثیر تکنیک های یوگا در این افراد ایجاد ریلکسیشن، وایجاد آرامش بوده و با کاهش استرس بیمار باعث بهتر شدن احساس بیماران درباره زندگی شده است.

استرس یکی از عوامل بسیار مؤثر در بروز یا تشدید علائم بیماری مولتیپل اسکلروزیس می باشد به طوری که نتایج نشان دادند که ۸۵ درصد موارد تشدید علائم بیماری با وقایع پر استرس در زندگی بیماران همراه بود. از طرفی انجام تکنیک های یوگا کیفیت خواب بیماران را بهبود می بخشد از آنجایی که خواب از فاکتورهای بسیار مهم در زندگی روزمره فرد بوده و سبب کاهش استرس، اضطراب و فشارهای عصبی می شود و به شخص در بازیافت انرژی مجدد برای تمرکز بهتر حواس، سازگاری و لذت بردن از فعالیت های روزانه کمک می کند بنابراین نتیجه آن می تواند بهتر شدن احساس بیمار درباره زندگی باشد.

تمرین های یوگا با افزایش توان سازگاری دستگاه های روانی، عصبی، ایمنی، شناختی و تعدیل سیستم عصبی خودکار



سلامت

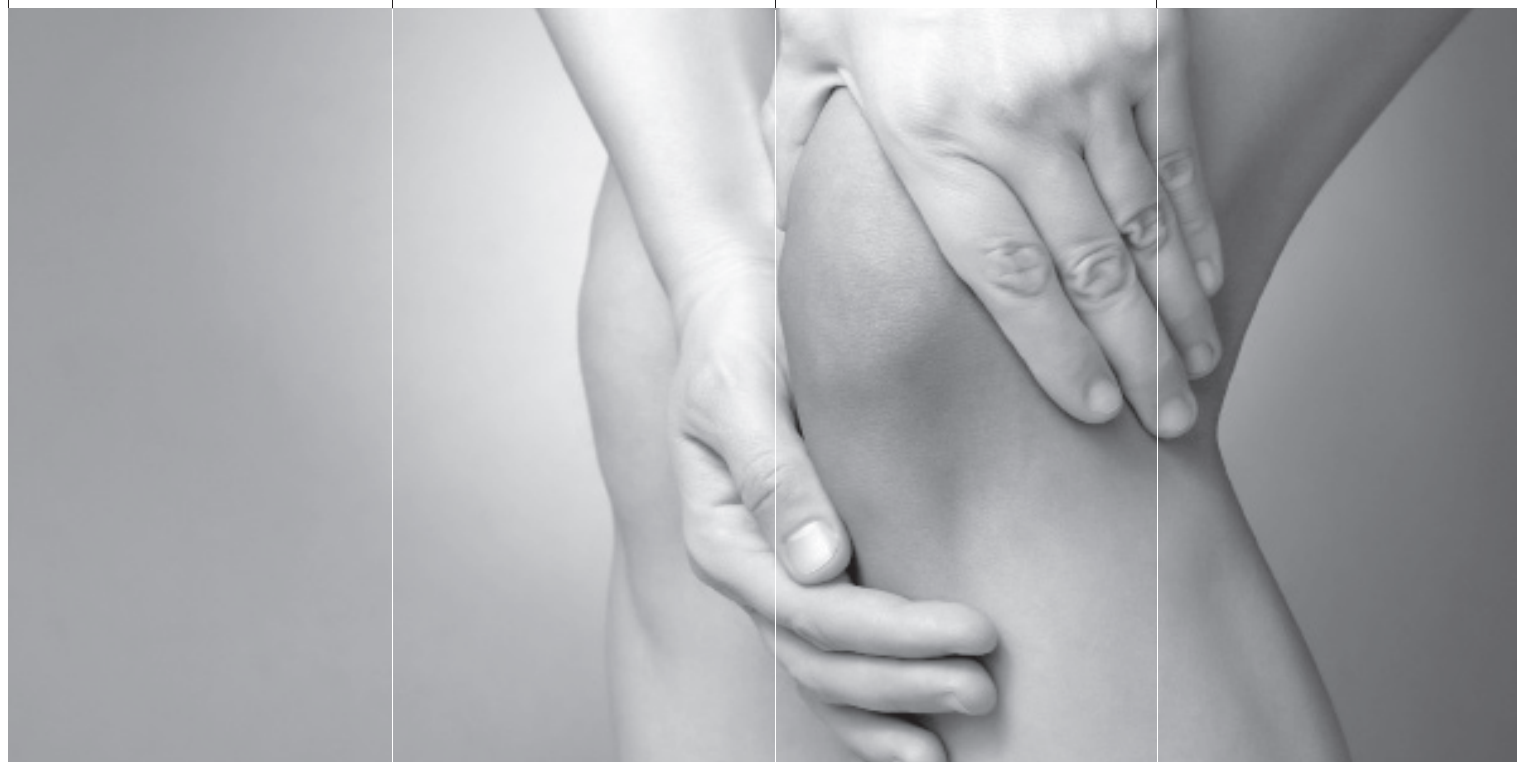
از لحاظ نوع تمرین، به نظر می‌رسد که فعالیت‌های آبی نسبت به دیگر فعالیت‌ها برتری داشته و موجب کاهش خستگی میشوند، اگرچه تعداد مطالعات فعالیت‌های آبی بسیار محدود می‌باشند، اما در همه‌ی آن‌ها میزان خستگی کاهش یافته است، در حالی که در تحقیقاتی که از فعالیت‌های غیر آبی استفاده کرده‌اند اکثراً خستگی بدون تغییر باقی مانده است. از نظر مدت دوره‌ی تمرینی، به نظر می‌رسد که در فعالیت‌های آبی با افزایش مدت تمرین میزان کاهش خستگی افزایش یافته، در حالی که در فعالیت‌های غیر آبی احتمال کاهش خستگی با افزایش مدت تمرین بیشتر می‌شود.

خستگی در بین بیماران MS مختلف بوده و بیماران حالت خستگی خود را

به شکلهای مختلفی بیان میکنند (بی‌حالی غیرقابل تحمل، خستگی، تمایل به خستگی زودرس و فقدان انرژی). به طور کلی علت ایجاد خستگی در بیماران MS مشخص نیست و در منابع مختلف علت آن را به شکل‌های مختلفی همچون مکانیسم‌های ایمنی، عصبی-عضلانی، متابولیسم مغزی و یا مجموع چند عامل از قبیل اثرات بی‌حرکی، افزایش بیش از حد تون عضلانی، حساسیت گرمایی، ضعف عضلات تنفسی و افزایش هزینه‌ی عضلات تنفسی بیان نموده‌اند. با توجه به حالت‌های مختلف بروز خستگی در بیماران MS و دلایل متفاوت بروز بیماری، بررسی‌چگونگی بهبود خستگی در اثر انجام فعالیت‌های تمرینی ورزش در آب مشکل‌می‌باشد؛ به نظر می‌رسد ورزش در آب با تأثیر بر یک یا چند مورد

از عوامل ذکر شده (به ویژه مکانیسم‌های عصبی-عضلانی، اثرات بی‌حرکی، افزایش بیش از حد تون عضلانی، حساسیت گرمایی، ضعف عضلات تنفسی و افزایش هزینه‌ی عضلات تنفسی) موجب کاهش خستگی شده است. با توجه به این که بیان شده افزایش دمای بدن موجب افزایش خستگی می‌شود احتمالاً ورزش در آب با جلوگیری از افزایش دمای بدن موجب کاهش خستگی شده است.

در نهایت این پژوهش آشکار می‌سازد که کیفیت زندگی و خستگی بیماران MS در طول دوره‌ی ورزش در آب بهبود می‌یابد. لذا پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌ی ورزش در آب به عنوان بخشی از برنامه‌ی بازتوانی توسط پزشک به بیماران MS تجویز شود.

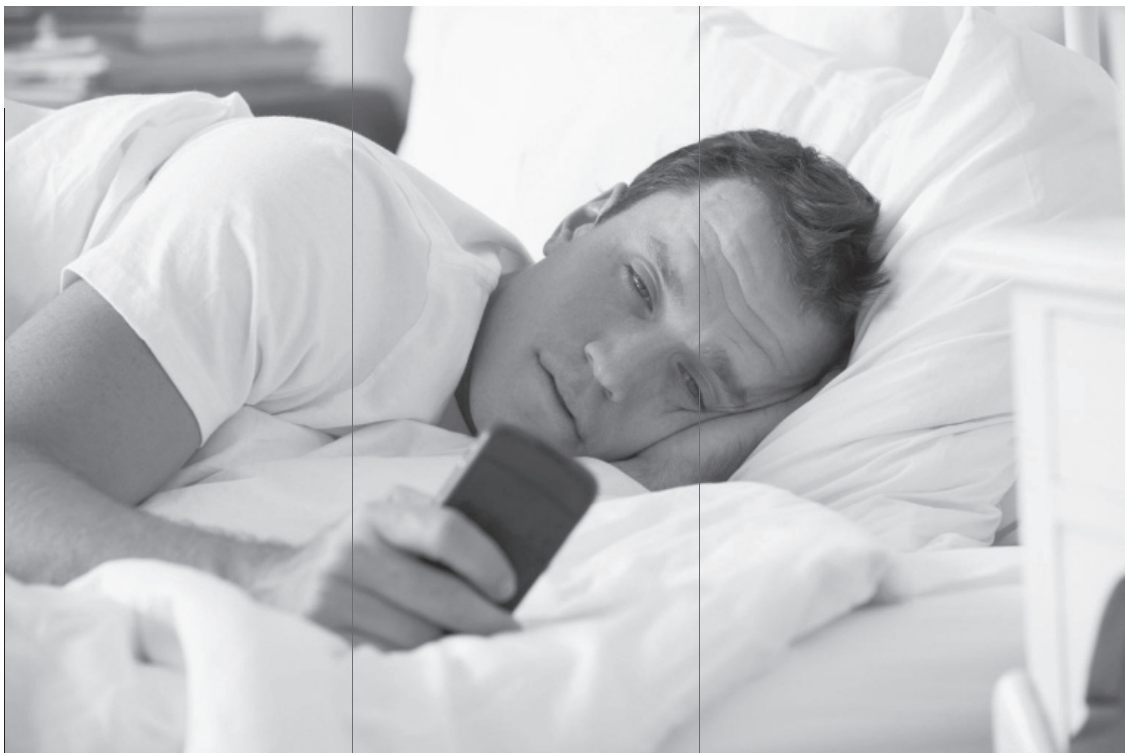


منابع :

- شهلا نجفی دولت آباد و همکاران، تأثیر یوگا بر سلامت عمومی و احساس به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، مجله ارمان دانش، مرداد و شهریور ۱۳۹۰، شماره ۶۳
- مهدی کارگرفرد، تغییرات در کیفیت زندگی و خستگی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پس از ۸ هفته ورزش در آب، مجله اصول بهداشت روانی، پاییز ۱۳۸۹، شماره ۴۷، صفحه ۷۳-۵۶۲



سلامت



تاثیر امواج الکترو مغناطیس تلفن همراه بر سلامت انسان

تلفن همراه و سایتهای (BTS Base Transceiver Station در فرکانس های ۳ کیلوهرتز تا ۳۰۰۰ گیگاهرتز در زمره امواج فرکانس رادیویی است که این امواج غیر یونیزه کننده بوده و اثر تخریبی چندانی روی بافتهای زنده نداشته و فقط منجر به افزایش دمای ناحیه های از بدن میشوند که در معرض تابش قرار گرفته است . نقش تخریبی ناشی از اثر سوء میدانهای الکترومغناطیسی به ویژه میدان تلفن همراه بر روی بافتهای سلولها و ماکرومولکولهای حیاتی مانند DNA، پروتئینها و آنزیمهای بدن می باشد. در حال حاضر سیستمهای تلفن همراه دارای فرکانس ۹۴۰ مگاهرتز است که به بیشتر بافتهای بدن از جمله مغز و حتی گوشت و ماهیچهها آسیب میزند و نباید به تلفن همراه به عنوان وسیلهای بیخطر نگاه کرد و هر کس هر اندازه که تمایل داشت از آن استفاده کند؛ بلکه کاربرد تلفن همراه باید همانند مصرف دارو، محدود و کنترل شده و به زبانی دارای دوز مشخص باشد؛ به طوری که یک فرد تنها ساعتی از روز را میتواند از موبایل استفاده کند و پس از آن، استفاده دوباره مضر خواهد بود. استفاده از تلفن همراه برای مبتلایان به بیماریهای گوناگون متفاوت است.

در حال حاضر استفاده از تلفن همراه در جامعه کنونی اجتنابناپذیر است و البته نگرانیها درباره اثرات امواج تلفن همراه بر گوشیهای تلفن همراه خود را نیز همراه با خود به بستر میبرند که این کار از نظر بهداشتی و حفظ سلامت زیانبار است. بر اساس نظر اغلب کارشناسان، با توجه به ماهیت و تاثیرات شناخته شده امواج الکترومغناطیسی در طول موجهای مختلف بر سیستمهای زیستی نمیتوان خطرات تلفن همراه و تجهیزات مربوط به آن را انکار کرد. پرتوهای الکترومغناطیسی دارای استفادههای مثبت و منفی هستند تلفنهای همراه به عنوان یکی از پرمصرفترین تجهیزات دارای امواج الکترومغناطیس است و نقش منفی میدانهای الکترومغناطیسی و اثرات سوء آن بر سیستمهای زیستی به دلیل نبود دستورالعمل معین، آموزش صحیح بهره برداری و استفاده بهینه از سیستمهای ارتباطی و مخابراتی به ویژه عدم آشنایی کاربران از تداخل و تراحمهای استفاده همزمان تلفن همراه با وسایل دیگر مانند رایانه، مایکروویو، تلویزیون است. محدوده مربوط به امواج ناشی از

گردآوری: دکتر خیرخواه
(متخصص امراض داخلی)



میزان استفاده از تلفن همراه در افراد دیابتی که در برابر امواج آسپیذیرتر از افراد سالم هستند باید محدود باشد. در تحقیقات جدید میزان استفاده از تلفن همراه را برای هر بیماری مشخص شده است. تحقیقات اخیر در زمینه «اثرات میدان الکترومغناطیسی تلفن همراه روی هموگلوبین خون» نشان میدهد که این امواج موجب تغییرات ساختاری در آن و کاهش پیوند اکسیژن با هموگلوبین می‌شود. همچنین اختلال در عملکرد هموگلوبین، موجب آزادسازی اکسیژن بیشتر در بافت و در نهایت بروز ناهماهنگی در واکنشهای بدن میشود. اثرات تخریبی امواج تلفن همراه نه تنها به آزادسازی بیش از حد اکسیژن در بافت منجر می‌شود، بلکه بر سایر وظائف هموگلوبین هم تاثیر گذار است. همین پدیده در بررسی اثرات امواج بر روی هموگلوبین در بیماران تالاسمی نیز ثابت شده است به طوری که منجر به تغییر در ساختار هموگلوبین می‌گردد.

خطر استفاده همزمان از تلفن همراه با مایکروویو یا رایانه

اثرات تداخل استفاده از تلفن همراه و وسایل دیگر مانند مایکروویو، رایانه و همچنین مصرف داروهای مختلف بسیار حائز اهمیت است. تداخل استفاده از تلفن همراه و وسایل یاد شده اثرات سوء امواج تلفن همراه را تشدید میکند. بطوریکه بدترین شکل تداخل در استفاده همزمان از تلفن همراه و مایکروویو است. از سوی دیگر شرایط محیطی استفاده از تلفن همراه در ایجاد عوارض نا مطلوب آن تاثیر گذار است. به عنوان مثال استفاده از تلفن همراه در مکانهای مسقف و شهرهای آلوده محدودیت بیشتری را طلب میکند.

اثرات مستقیم و غیرمستقیم

تشعشعات رادیویی بر بدن انسان
عوارض شناخته شده تشعشعات رادیویی بر بدن انسان ناشی از اثر مستقیم، غیر مستقیم بر انسان و اثر بر روی اشیاء موجود در محیط است که میتوان به اثرات حرارتی، غیر حرارتی، شوک و سوختگی به عنوان اثر مستقیم تشعشعات رادیویی اشاره کرد. طبق تحقیقات به عمل آمده

اثرات حرارتی اصلیتین اثر ملموس فرکانسهای بالاتر از ۱۰۰ کیلوهرتز روی بدن انسان است که ناشی از انتقال انرژی الکترومغناطیسی به بدن است. به عبارتی اثر حرارتی ناشی از گرم شدن بدن انسان ناشی از جذب انرژی امواج رادیویی خواهد بود. اما اثرات غیرحرارتی میدان الکترومغناطیسی به طور مستقیم بافتهای بیولوژیک بدن را تحت تاثیر قرار میدهد بدون آنکه گرمای قابل توجهی ایجاد کند. تماس با اشیاء هادی مانند قطعات فلزی واقع شده در میدانهای الکترومغناطیسی می تواند منجر به شوک و سوختگی گردد. به همین دلیل توصیه می‌شود که در میدانهای الکترومغناطیسی و در فرکانس های تا ۱۰۰ کیلوهرتز از تماس با اشیاء هادی و قطعات فلزی جلوگیری شود. در مورد اثرات غیرمستقیم بر انسان نیز باید گفت که این نوع عوارض معمولا ناشی از اثر بر قطعات و یا تجهیزات کاشتنی مانند دستگاه های تنظیم کننده ضربان قلب، پمپهای انسولین و دیگر سختافزارهایی که در بدن انسان تعبیه می شوند، می باشند.

از جمله اثرات تشعشعات بر روی اشیاء موجود در محیط نیز میتوان به سوخت بخارهای قابل اشتعال و تجهیزات انفجاری الکترونیکی اشاره کرد که این خطرات میتوانند متوجه افرادی باشد که در کنار مواد قابل اشتعال یا انفجاری کار می‌کنند. در همین حال تداخل الکترومغناطیسی در سیستمهای ناوبری هواپیما و تداخل با این چنین تجهیزاتی نیز از دیگر اثرات ناشی از تشعشعات بر روی اشیاء موجود در محیط است.

تاثیر بر روی غشاهای سلولی انسان

بعضی از اثرات امواج فرکانس رادیویی بر پروتئینهای غشاء و حرکت یونها در میان غشاهای هنگامی در سلول ظاهر میشود که شدت این امواج باعث تولید حرارت قابل توجهی شود در صورتیکه درجه حرارت بدن به بیش از حد نرمال (۳۷ درجه سانتیگراد) افزایش یابد. برخی شواهد نشان میدهد که تشعشعات فرکانس رادیویی در سطوحی که توسط تلفن همراه تولید می شود روی کانال های یونی و پروتئین های غشاء نوروں ها در مغز تحت شرایط نرمال نیز تاثیر

گذار است. این تاثیرات ممکن است باعث تغییرات ظریفی در عملکرد سلول شود اما میزان اهمیت این تاثیرات در سلامت انسان هنوز مبهم است.

تاثیر بر روی سیستم شنوایی انسان

فرکانس رادیویی با شدت بالا ممکن است واکنشهای شنیداری را در پی داشته باشد که ناشی از افزایش موقت درجه حرارت بدن است. به طریکه در حین افزایش دما لرزش صوتی ناشی از فرکانس رادیویی شنیده می شود.

تاثیر بر یادگیری و حافظه

استفاده از تلفن همراه ممکن است اثرات زیانآوری روی عملکردهای ادراکی انسان مانند حافظه و تمرکز ایجاد کند اما با این وجود مطالعاتی که تشعشعات امواج فرکانس رادیویی با سطح پایین یعنی محدوده فرکانس موبایل ۸۰۰ مگاهرتز تا ۲ گیگاهرتز را بر روی حیوانات بررسی کرده اند، تاثیری در عملکردهای ادراکی گزارش نشده است.

تاثیر بر روی ملانوتین

بر اساس مطالعات، هیچ تاثیری را از تشعشعات فرکانس رادیویی بر روی ترشح ملانوتین گزارش نکرده اند. با توجه به محل قرارگیری هیپوتالاموس و غده صنوبری در قسمت های عمیق تر سر انسان نسبت به حیوانات مورد آزمایش، در صورت تغییر در ترشح ملانوتین این تغییر در انسان ها نسبت به حیوانات بسیار کمتر خواهد بود.

آسیب DNA، جهش یا انحراف کروموزومی

درجه حرارت نرمال، میدانهای فرکانس رادیویی، روی سلول های جسمی و بنیادی اثری نمی گذارند. مطالعات روی باکتری ها، سلولهای حیوانی کشت شده تحت تشعشعات در محیط مصنوعی شواهد مشخصی را روی آسیب DNA حتی در شدت های بالا نشان نداده است. فقط با تحت تشعشعات قرار دادن موش ها در محیط طبیعی با فرکانس های رادیویی پالسی، اختلالاتی در DNA سلول های مغز دیده شده است.



سلامت

موبایل است. بدن جنین هنوز بافت خوب و کاملی را به خود نگرفته و بسیار حساس است. امواج موبایل منجر به کاهش عکسالعمل مولکولی در بدن جنین میشود. این مسأله باعث ضعیف شدن سیستمهای مختلف بدن میشود که شاید هنگامی که فرزند به دنیا آمد در آن دیده نشود ولی پس از سالها بیماریهای مختلفی خود را نشان می دهند.

اثرات بیولوژیک میدانهای الکترومغناطیس

تأثیرات میدانهای الکترومغناطیسی بر روی حیوانات و تقسیم سلولی باعث ایجاد تأثیرات بیولوژیکی شامل تغییراتی در اعمال سلول ها و بافت ها و تغییراتی در فعالیت مغز استخوان انسان و ضربان قلب می شود.

طول موج، میزان تماس با امواج، فاصله از امواج در تکثیر سلولی و جزئیات تکثیر، مورد بررسی قرار گرفته است و باعث اختلال در تکثیر سلولی در مرحله DNA سازی و نیز باعث افزایش بروز نقص مادرزادی و اختلال باروری و موتاسیون های مختلف می شود و این اختلال با مدت مجاورت با میدان الکترومغناطیسی و نوع موج متناسب بوده است. همچنین کارتهای اعتباری یکی از وسایل مولد انرژی هستند که میدانهای مغناطیسی در اطراف خود ایجاد می کنند بنابراین برای به خطر نیفتادن سلامت، باید نکاتی را در استفاده از این نوع کارت ها مورد توجه قرار داد.

سازمان جهانی بهداشت اعلام می کند که تاکنون هیچ نشانه محکمی برای عوارض موبایل در سلامتی یافت نشده است و تنها مورد ثابت شده، افزایش میزان سوانح رانندگی به دنبال استفاده از موبایل است (که طبعاً ربطی به امواج الکترومغناطیس ندارد) البته با توجه به اینکه بیشتر سرطان ها و تومورها روندی تدریجی دارند و گاه تا علامت دار و قابل تشخیص شدن آن ها ده ها سال طول می کشد و از رواج تلفن همراه نیز کمتر از دو دهه می گذرد، نمی توان به صراحت نقش امواج موبایل در شکل گیری چنین تومورهایی را رد یا تایید کرد و باید منتظر تحقیقاتی که در سال های آینده انجام خواهند شد، بود

به فرکانس های محدوده ۲۰۰ مگاهرتز تا ۳ گیگاهرتز پاسخ میدهد. انرژی فرکانس رادیویی باعث انبساط بافتهای مغز می شود که ناشی از تغییرات حرارت کوچک اما سریع بافتها است. این امر باعث ایجاد امواج فشاری می شود که از طریق جمجمه به گوش درونی فرستاده می شود. جایی که گیرندهای حساس صوتی در آنجا قرار دارند. اما افزایش دمایی که باعث ایجاد امواج فشاری می شود کمتر از ۵-۱۰ درجه سانتیگراد است.

تأثیر بر دستگاه قلبی عروقی انسان

با استفاده عادی از تلفن همراه، وقتی تلفن در کنار گوش قرار داده شود، تأثیر مستقیم آن روی قلب انسان خیلی بعید به نظر می رسد اما تأثیر روی گیرنده های وابسته به شریان بدن محتمل است و محققان نتیجه گرفته اند که تأثیرات روی فشار خون به دلیل انقباض زیاد عروق یا شاید به خاطر افزایش در فعالیت سمپاتیک در ساقه مغز باشد که نیاز به مطالعات بیشتری دارد. اثرات ناشی از سطوح بالای فرکانسی نیز مربوط به تأثیرات حرارتی روی قلب و عروق است.

تأثیر بر عملکرد مغز انسان یافته های علمی نشان میدهد که تلفن همراه در کوتاه مدت بر عملکرد مغز اثری ندارد. ولی نتایج اخیر در ارتباط با بی خطر بودن تلفن های همراه در طولانی مدت نشان میدهد که استفاده از موبایل باعث افت حافظه، تغییرات در حواس و نوسان فشار خون می شود. همچنین نواحی از مغز که به گوش نزدیکترند، بیشتر تحت تشعشع قرار میگیرند.

موبایل، مهمترین عامل بیشفعالی کودکان

استفاده از تلفن همراه در دوران بارداری یکی از مهمترین دلایل اختلالات رفتاری فرزندان است. قرار گرفتن در معرض تشعشع تلفن همراه در دوران بارداری تأثیر مستقیمی بر رشد مغز نوزاد دارد و به بیش فعالی او منجر میشود. تشعشعات حاصل از تلفن همراه نورونهای واقع در قسمت جلوی کورتکس را تحریک میکند و اختلالات بیشفعالی نیز دقیقاً مربوط به نورونهای همین ناحیه است. یکی از مهمترین عوارض برای جنینی که در شکم مادر است، امواج الکترومغناطیسی

تأثیر بر سیستم ایمنی و طول عمر انسان

سیستم ایمنی در مقابل میکروارگانیسم ها، ویروس ها و بعضی از سلول های سرطانی از بدن محافظت میکند، هرگونه تأثیر فرکانس رادیویی روی سیستم ایمنی اثرات مهمی روی سلامتی می گذارد. فرکانس ۱۰ گیگاهرتز در سطوح خیلی پایین سیستم ایمنی بدن را تحریک میکند اما در کل، مطالعات هیچ تأثیری در رابطه با تشعشع فرکانس رادیویی روی طول عمر را نشان نمیدهد.

تأثیرات در پیشرفت و جابجایی تومور

یافته های علمی اثر امواج فرکانس رادیویی در سطوح ارتباطات همراه (حداکثر ۲/۴۵ گیگاهرتز) را در ایجاد و دوره نهفتگی و پیشرفت تومورها تایید نکرده اند که این نشان میدهد که تشعشع فرکانس رادیویی باعث پیدایش تومور نمی شود. اگرچه میدانهای فرکانسی رادیویی مربوط به تلفن همراه ممکن است باعث افزایش جزئی در فعالیت آنزیم های کلیدی (کینازهای پروتئینی) شود اما بنا به یافته های علمی بسیار بعید به نظر می رسد که این تغییرات در رشد تومور تأثیر داشته باشند.

تأثیرات بر چشم انسان

تشعشعات سطح بالا به مدت حداقل یک ساعت باعث تشکیل آب مروارید می شود. فرکانس مربوط به این تشعشعات بین ۱ تا ۱۰ گیگاهرتز است. در این محدوده انرژی بالایی به میزان ۱۰۰ SAR توسط بدن انسان جذب می شود که در این وضعیت درجه حرارت داخل چشم بسیار بالا و در حدود ۴۳ درجه سانتیگراد است. البته شدت فرکانس رادیویی مورد استفاده در این تحقیق بالاتر از محدوده فرکانس مورد استفاده در تلفن همراه است و به همین ترتیب تأثیر تخریبی گوشی موبایل بر سلامتی چشم انسان منتفی است.

اثر بر گوش انسان

آزمایشات نشان میدهد که گوش انسان



سلامت

فرکانس هایی که کل بدن امواج را به یک میزان جذب می کنند ایجاد می شود.

اثرات سرطانزایی

مطالعات نسبتاً قابل توجهی در مورد اثرات سرطان زایی این دسته امواج صورت گرفته است این مطالعات شامل مطالعات اپیدمیولوژیک در مورد رابطه استفاده تلفنهای موبایل ، اجاق های میکروویو خانگی و غیره با انواع سرطان ها و نیز بررسی شیوع انواع سرطان ها (به خصوص تومور مغزی و سرطان خون) ، در پرسنل نظامی در معرض اشعه MW و رادیویی یا پرسنل مراکز مخابراتی و اپراتورهای رادارها و فرستنده های رادیویی و تلویزیونی بوده است . دستهای از مطالعات خاصیت سرطان زایی این اشعه ها را رد کرده اند ولی دسته دیگر رابطه بین سرطان و این امواج را نشان داده اند..

سایر اثرات:

در بسیاری از مطالعات ، ارتباطی بین این امواج با اختلالات هورمونی (تغییر در تولید هورمونها و به هم ریختن نظم هورمونی بدن ،) اختلالات رفتاری (خشونت، حرکات اضطرابی و . . .)، اختلالات خواب ، اختلالات بیوشیمیایی بدن (اختلال در تنظیم قند ، چربی و الکترولیت های خون)، عوارض نا مطلوب حاملگی (سقط، زایمان زودرس، انواع اختلالات مادرزادی در جنین) اختلالات خلقی مانند افسردگی و افزایش میل به خودکشی، اختلالات قلب و عروق و افزایش ریسک حمله های قلبی و انواع اختلالات عصبی، نشان داده شده است ولی نتایج فوق با سایر مطالعات تأیید نشدهاند. بنابراین احتمال ایجاد چنین اثراتی وجود دارد اگر چه وجود آن ها را به صورت قطعی نمیتوان تأیید کرد.

اثرات بر چشم و آسیب قرینه قرینه عضوی است که رگ های خونسران در آن وجود ندارند . بنابراین از دست دادن گرما از آن به سختی صورت می گیرد و به همین جهت به گرما حساس است ، امواج رادیویی به خصوص امواج میکروویو میتوانند جذب قرینه شده و آن را آسیب زده و حتی تا حد کدورت قرینه پیش روند.

اثرات بر ملتحمه چشم

آسیب زدن به غدد مترشحه ملتحمه چشم میتواند باعث خشکی چشم و احساس وجود جسم خارجی در چشم شود. اگر آسیب به ملتحمه آنقدر باشد که آسیب دائمی به غدد مرطوب کننده چشم واقع در ملتحمه بزند ، میتواند باعث کوری در اثر خشکی بیش از حد چشم شود.

آب مروارید

آب مروارید یا کاتاراکت از دیگر آسیب های چشمی ناشی از امواج رادیویی و میکروویو است . حرارت ناشی از جذب آن ها در عدسی چشم میتواند باعث کدورت عدسی و ایجاد آب مروارید شود.

آسیب های پوستی

بسیاری از قسمت های طیف امواج رادیویی و مایکروویو قدرت نفوذ کمی به بدن دارند، بنابراین در سطح پوست بدن باقی مانده و جذب میشوند در این موارد احتمال بالا رفتن حرارت در پوست در نتیجه درجات مختلفی از سوختگی پوستی قابل انتظار است.

عقیمی

یکی از اعضای حساس به حرارت، بیضه ها هستند. سلول های ژرمینال تولید کننده اسپرم در درجه حرارت خاصی که معمولاً کمتر از درجه حرارت معمولی بدن است میتوانند کار کنند و در درجه حرارت های بالاتر صدمه خواهند دید. جذب انرژی ناشی از امواج میکروویو یا رادیویی در بیضه ها میتواند باعث عقیمی موقت شود که اگر جذب انرژی کافی باشد میتواند عقیمی دائم را ایجاد کند.

تب

بالا رفتن کلی دمای بدن و خستگی و بی حالی ناشی از قرار گرفتن در معرض

اما در حال حاضر یکی از قدرتمندترین بحثها در مورد تلفنهای همراه این است که فوتون ریز امواج این تلفننها به اندازه های قدرتمند نیستند تا بتوانند پیوندهای شیمیایی درون بدن انسان را بشکنند و در صورتی که قدرت چنین گسستی وجود نداشته باشد این فوتونها قادر به آسیب رساندن به نسوج زیستی بدن نیستند. مگر اینکه تراکم این فوتونها در فضایی برابر یک « طول موج مکعب » بیشتر از یک باشد، در این صورت آن ها میتوانند به راحتی در نسوج بدن نفوذ کرده و اختلال به وجود آورند، به بیانی دیگر این تاثیر موبایلی میتواند با نسوج بدن انسان با قدرتی بیشتر از آنچه تصور میشد ترکیب شده و تعامل ایجاد کند.

مکانیسم آثار بیولوژیک امواج رادیویی و میکروویو

همانطور که امواج الکترومغناطیسی در فرکانس های مختلف، خواص مختلفی از خود نشان میدهد، در روی بافتهای زنده نیز اثرات متفاوت با مکانیسم های متفاوت دارند. اعضای بدن انسان در مقابل فرکانس های گوناگون، حساسیت های مختلفی از خود نشان می دهند. به طور کلی بافت های زنده با حداقل دو مکانیسم از امواج الکترومغناطیس تأثیر میپذیرند . مهمترین علت تأثیرگذاری بر بافت زنده توسط فرکانس های رادیویی جذب انرژی توسط بافت زنده و ایجاد گرمای ناشی از آن در بافت است. این جذب انرژی میتواند از یک تحریک سلولی تا گرم شدن بافت ، و از یک اختلال در عملکرد دوران سلولی تا حتی سوختگی سطحی یا عمقی متفاوت باشد. دومین تأثیر مستقیم این پرتوها القاء جریانالکتریکی - مغناطیسی درون بافت زنده است . این جریان القا شده در بدن به نوبه خود بر جریانهای داخلی بدن مانند جریان های موجود در سیستم عصبی مرکزی و قلب تأثیر بسیار سونی خواهد داشت . سایر مکانیسم ها ، تاکنون ناشناخته مانده اند و بسیاری از اثرات مثل سرطان زایی به این مکانیسم منتسب هستند . این اثرات بیولوژیک امواج بر سیستم های مختلف بدن شامل:



دمای بدن از جمله تاثیرات این امواج است. تحقیقات زیادی در جهان انجام شده که اثرات خطرناک امواج مختلف رادیویی یا راداری و الکترومغناطیس بر سلامت انسان را اثبات میکند. امواج منتشر شده در فضا به دو دسته الکترومغناطیس و مایکروویو یا امواج راداری تقسیم میشوند. در این میان امواج مغناطیس، میدان الکتریکی ایجاد میکند که گاهی تا شعاع ۱۰۰ متری آن هم نمیتوان زندگی کرد و تاثیرات مخربی بر گلبول های قرمز و رگ های خونی دارد و به اثرات منفی خونی و متابولیک شدید در دراز مدت منجر می شود. حریم ایمن امواج مغناطیس مثل سیم های فشار قوی برق باید رعایت شود و کسانی که در نزدیکی این امواج زندگی می کنند و حریم ایمنی را رعایت نمی کنند دچار اختلالات خونی شدید میشوند. اصولاً آنتن های تلفن همراه و دکل های مخابراتی و نیز تشعشعات ناشی از دکل های برق فشار قوی هر یک به نوبه خود اثرگذاری خفیف تا شدیدی روی افراد دارند. به عنوان نمونه در مورد دکل های برق فشار قوی طیف های مختلف امواج الکترومغناطیسی، میدان های مغناطیسی ایجاد می کنند و افرادی که در حوزه این میدانها قرار میگیرند تحت تأثیر آثار سوء این امواج واقع میشوند. تأثیر این امواج روی کودکان میتواند باعث بروز برخی از انواع سرطان ها شود. در افراد بالغ نیز موضوع در مواردی باعث بروز مخاطرات و بیماری ها در سیستم های عصبی، قلب و عروق و دستگاه گوارش می شود و در مواردی نیز باعث ایجاد سرطان خون در این افراد شده است. این دکل ها باید تا شعاع های معینی دورتر از مناطق مسکونی نصب شوند و چنانچه این آنتن ها یا دکل ها در مناطق مسکونی نصب شده اند حتماً باید جابه جا شوند زیرا زندگی طولانی مدت افراد به خصوص کودکان در مجاورت این دکل ها بسیار خطرناک است.

کرده و به توصیه های ایمنی در این زمینه (مثل عدم استفاده از تلفن موبایل در بیمارستان به دلیل اثر آن بر روی دستگاه های حساسی که جان انسان دیگری وابسته به آن است)، عمل کرد. اکیدا توصیه می شود افراد دارای دستگاه ضربان ساز قلبی (Pacemaker) به هیچ وجه تلفن همراه خود را در فاصله کمتر از ۱۵ سانتی متری از قلب خود نگه ندارند.

امواج الکترومغناطیس، تضعیف سیستم ایمنی بدن

استفاده مداوم و طولانی مدت یا قرار دادن موبایل در کنار قفسه سینه یا جیب پیراهن موجب مشکلات قلبی می شود و طبق تحقیقات دانشمندان، قرار گرفتن موبایل در فاصله ۵ تا ۱۰ سانتی متری قلب باعث تأثیر امواج الکترومغناطیسی موبایل بر پالس های الکتریکی تولید شده توسط سلول های ضربان ساز قلب می شود و ضربان قلب نامنظم می شود. از طرفی اثر امواج الکترومغناطیسی روی بسیاری از قسمت های بدن از جمله چشم ناراحتی آب مروارید را به دنبال دارد. در عین حال، تأثیر زیاد امواج روی غشای سلول های وابسته به دستگاه گردش خون و سیستم عصبی موجب آسیب رسیدن به آنها می شود و این سلول ها نمیتوانند فعالیت طبیعی خود را انجام دهند. تضعیف شدن سیستم دفاعی بدن نیز از جمله تاثیرات مخرب امواج موبایل است زیرا سلول های بدن در گستره ۱۰ تا ۱۰۰۰ هرتز با یکدیگر ارتباط برقرار می کنند اما اکثر موبایل ها در گستره ۲۷۰ تا ۱۸۰۰ هرتز ارتباط برقرار می کنند و گستره امواج الکترو مغناطیسی موبایل با سیستم ارتباط بین سلولی همپوشانی دارد و این موضوع موجب ایجاد اختلال و ضعف در سیستم دفاعی بدن به علت از بین رفتن یا به هم خوردن گلبول های قرمز خون می شود. حتی به اعتقاد بسیاری از محققان، ایجاد تومورهای مغزی و افزایش فشار خون و اختلال در کارکرد غده تیروئید و افزایش

اثرات غیر مستقیم

این اثرات به القاء جریان در بدن و تأثیر بر وسایل پزشکی کار گذاشته شده داخل بدن مربوط میشوند مثل اختلال در کارکرد سمعک یا دستگاه ضربان ساز قلب یا اختلال در کارکرد دستگاه های حساس پزشکی در بیمارستان که جان بیماران به آن وابسته است. فرستنده های مخابراتی، سیستم های رادار و فرستنده های رادیویی و تلویزیونی، اجاقهای میکروویو، تلفن های همراه و بیسیم، انواع گیرنده های امواج ماهواره و رادیو تلویزیون، از وسایلی هستند که امروزه کاربرد زیادی دارند و انسان را در معرض اشعه های الکترومغناطیسی با فرکانس بالا (امواج رادیویی و میکروویو) قرار می دهند. به عنوان مثال اجاق های میکروویو معمولاً با توان ۶۰۰-۱۰۰۰ وات در فرکانس های ۲۴۵۰-۹۱۵ مگاهرتز کار می کنند، این پرتوها در صورت نشت به بیرون بسیار زیانبار هستند. تلفن های همراه (موبایل) نیز امواج در فرکانس ۹۰۰ مگاهرتز تا بیش از ۱ هزار مگاهرتز (یک گیگا هرتز) را ارسال و دریافت می کنند. این امواج توسط بدن جذب میشوند و اگر آهنگ جذب انرژی بیش از ۴ وات بر متر مربع باشد میتواند باعث اثرات گرمایی دائمی در بدن انسان و احتمالاً اثرات غیر گرمایی شود. اگر چه اثرات سرطان زایی و اثرات غیر گرمایی امواج رادیویی و میکروویو احتمالی هستند و وجود این اثرات به قطعیت نرسیده ولی به هر حال رد هم نشده اند و به عنوان عوامل خطر احتمالی و یا زمینه ساز همیشه باید مد نظر قرار گیرند. از این جهت اکیدا توصیه می شود، از وسایل و لوازم فوق تنها در شرایط استاندارد استفاده شود. مثلاً هرگونه نشستی از اجاق میکروویو خانگی کنترل شود. استفاده نادرست، ضربه دیدن، خرابی درب دستگاه میتواند خطرناک باشد. همیشه باید از سالم بودن وسایل فوق و استاندارد بودن آن ها اطمینان حاصل کرد و تنها در شرایط استاندارد از آن ها استفاده



منبع :

سایت مهندسی بهداشت محیط envi.ir



سلامت

بیماریهای کلیه و سیگار

تهیه و تنظیم: دکتر زهرا خیر خواه
متخصص داخلی نفرو لوژیست



بیماریهای کلیوی مزمن مسئله روبه رشدی در سرتاسر جهان محسوب می شود و تعداد بیماران با نارسائی کلیوی مرحله نهایی یا ESRD در دهه های گذشته افزایش چشمگیری داشته است این افزایش همزمان با رشد صعودی تمایل به سیگار کشیدن و سایر فاکتورهای خطر بیماریهای قلبی عروقی می باشد.

همچنانکه دیابت و فشارخون از فاکتورهای خطر شناخته شده صدمات کلیوی هستند اطلاعات فزاینده ای مبنی بر ارتباط سیگار کشیدن با بیماری کلیوی موجود است در واقع می توان گفت که سیگار کشیدن فاکتور خطرری جهت پیشرفت بیماری کلیوی مزمن و مرگ ومیر ناشی از بیماری قلبی عروقی در مبتلایان به نارسائی کلیه می باشد بطوری که افراد سیگاری ۳ برابر افراد غیرسیگاری دچار پیشرفت بیماری کلیوی می شوند و افرادی که روزانه یک پاکت یا بیشتر مصرف می کنند ۵۱ درصد بیشتر خطر ابتلا به نارسائی کلیوی را پیدا می کنند یک ارتباط تنگاتنگی بین نارسائی مزمن کلیه و بیماری قلبی عروقی وجود دارد پیامدهای سیگار کشیدن برای مبتلایان به نارسائی مزمن کلیه بسیار شدید بوده بطوری که هم منجر به پیشرفت بیماری کلیوی مزمن و هم باعث بروز بیماری قلبی عروقی در آنان می شود همچنین میزان وقایع قلبی عروقی در سیگاری های تحت پیوند کلیه دوبرابر افراد عادی است.

خطرات کلیوی ناشی از سیگار کشیدن :

در مطالعات انجام شده روی اثرات سیگار بر کلیه که در مجله CJASN نیز به ثبت رسیده است سیگار کشیدن از قویترین عوامل کاهش عملکرد کلیوی محسوب می گردد بطوری که از طرفی بیشترین همراهی را با بروز نفرواسکلروز یا تنگی عروق کلیوی دارد از طرفی گزارشاتی مبنی بر بروز التهاب کلیوی و گلو مرنفریت ناشی از آن نیز درج گردیده است. همچنین سیگار باعث افزایش دفع پروتئین از ادرار می شود که این اثر به ویژه در مبتلایان به دیابت و فشارخون بالا مشهود تر است. مطالعات نشان داده است که سیگار پیشرفت تمامی

مراحل درگیری کلیوی ناشی از دیابت یا نفروپاتی دیابتی را در مبتلایان به دیابت نوع ۱ و ۲ هردو افزایش می دهد و سبب افزایش پیشرفت دفع پروتئین از ادرار از مرحله میکروآلبومینوری به سمت مرحله ماکرو آلبومینوری و تشدید پیشرفت بیماری کلیوی از مراحل ابتدایی نفروپاتی دیابتی به سمت ESRD یا بیماری کلیوی مرحله نهایی می شود در مطالعات انجام شده در مرکز پزشکی جان ها پکینز یک ارتباط مثبت قوی مابین Cotinine (بیومارکر تماس با سیگار) و میزان پروتئین ادراری مشهود است از طرفی در بررسی بعمل آمده روی بیماران پیوند کلیوی بر طبق یافته های تأیید شده سیگار کشیدن یک فاکتور خطر جهت کاهش تدریجی عملکرد کلیه پیوندی است بطوری که سیگار کشیدن قبل از پیوند منجر به کاهش حیات عضو پیوندی در گیرندگان پیوند می شود و در بروز اپی زودهای رد پیوند حاد می تواند مؤثر باشد و از طرفی با ترک سیگار قبل از پیوند، حیات عضو پیوندی افزایش می یابد. این یافته اهمیت عمده ای برای درمان بیماران با نارسائی مزمن کلیه که کاندید پیوند هستند دارد. همچنین در مطالعات دیگری به اثبات رسیده که سابقه سیگار کشیدن در دهنده کلیه نیز ریسک فاکتوری جهت کاهش حیات عضو پیوندی است.

از طرفی میزان بی اختیاری ادراری در زنان سیگاری ۳ برابر افراد غیرسیگاری است که علت دقیق آن هنوز مشخص نشده است و با ترک سیگار کنترل مثانه بهتر می شود همچنین براساس مطالعات انجام شده در مرکز سرطان Siteman استنشاق سیگار باعث عبور مواد شیمیایی مضر به داخل ادرار می شود که این مواد سرطانزا هستند و در بروز سرطان کلیوی مؤثر می باشند بطوری که ایتل بنزن موجود در سیگار منجر به افزایش خطر تومور در سلول های لوله کلیوی می شوند. همچنین در مطالعات دیگری ارتباط بین سیگار و سرطان مثانه ثابت گردیده است بطوری سیگاریها ۴-۲ برابر بیشتر از افراد غیرسیگاری دچار کانسر مثانه می شوند و نیمی از علل کانسر مثانه در زنان بعلت سیگار است و با قطع سیگار این ریسک کاهش می یابد.



سلامت

نکته قابل توجه اینکه تماس با سایر آلوده کننده های محیطی و شغلی نیز در روند صدمه کلیوی ناشی از سیگار مهم است. سیگاری هایی که با مقادیر قابل ملاحظه ای کادمیون (cd) و سرب (pb) در تماس هستند این مواد سمی در بافت کلیه آنها بیش از هر ارگان دیگری رسوب کرده و حتی در دوزهای خیلی کم توکسیک می باشند.

براساس نتایج مطالعات انجام شده سیگار اثرات سمی روی سلول های توبول کلیوی دارد که قابل مقایسه با اثرات سمی سرب، جیوه و سلیکون می باشد. آرسنیک موجود در سیگار نیز منجر به صدمه سیستم به لوله های کلیوی شده و در بروز نارسائی حاد کلیه می تواند مؤثر باشد.

۲- مکانیسم های همودینامیک :

سیگار باعث تحریک سیستم عصبی سمپاتیک بواسطه افزایش در آزادسازی آدرنالین و نورآدرنالین می شود که این عوامل منجر به افزایش در ضربان قلب شده و در بروز فشارخون بالا مؤثر هستند زیرا که افزایش در فشارخون بعلت افزایش در برون ده قلبی و مقاومت عروق محیطی توتال بدن است لازم به ذکر است که افزایش فشارخون ناشی از سیگار می تواند غیر از افزایش کاته کول آمین در گردش بعلت اثرات سیگار روی مقاومت عروقی خصوصاً بعلت نفرواسکلروز یا تنگی در عروق کلیوی باشد بعلاوه، سیگار بعلت تغییر در همودینامیک سیستمیک، همودینامیک داخل کلیوی را تغییر داده و گزارشاتی وجود دارد مبنی بر این هیپوتز که افزایش فشارگلومرولی ناشی از سیگار در نتیجه اختلال در خودتنظیمی کلیوی می باشد و سیگار تاثیر مهمی در تولید واسطه های این خودتنظیمی در کلیه نظیر رنین و آنژیوتانسین II دارد.

خصوصیات هستیوپاتولوژیک ناشی از صدمه کلیوی سیگار

برطبق بررسی هایی که در بیوپسی کلیه افراد سیگاری انجام گردیده دیده شده که غشاء پایه گلومرولی در کلیه آنان ضخامت بیشتری دارد.

همچنین در مطالعاتی هایپرپلازی و تکثیر شدیدی در لایه انیتما یا داخلی مویرگچه های داخل کلیوی و ضخیم شدگی انیتما اثبات گردیده است. این یافته ها ثابت می کند که بخش عمده ای از نارسائی مزمن کلیوی در سیگاری ها ناشی از نفرو اسککلروز است. استعداد افراد به گسترش اسککلروز عروق کلیوی شاید تحت تأثیر موتاسیون های ژنی باشد بهر حال سیگار کشیدن یک ریسک فاکتور عمده در بروز نفروپاتی ایسکمیک در کلیه است که یکی از علل شایع بیماری کلیه مرحله نهایی یا ESRD در بیماران مسن می باشد محسوب می گردد.

مکانیسم های صدمه کلیوی ناشی از سیگار کشیدن:

بیش از ۴۰۰۰ ماده شیمیایی به شکل پارتیکل و یا گاز در دود سیگار یافت می شوند که می توانند مسئول اثرات نفروتوکسیک و صدمه زنده به کلیه ناشی از سیگار بواسطه ایجاد اسککلروز و تنگی در عروق کلیوی و بروز التهاب و گلومرنفریت، صدمات توبولی کلیه و بروز کانسر در کلیه و سیستم مجاری ادرار باشند. همچنین استعداد ژنتیکی کلیه فرد نیز فاکتور مهمی در تأثیر این اثرات نفروتوکیک سیگار دارد خلاصه ای از مکانیسم های مختل کننده عملکرد کلیوی در افراد سیگاری در نمودار زیر ارائه شده است.

مکانیسم های مسئول صدمات کلیوی ناشی از سیگار به دو گروه عمده تقسیم می شوند:

۱- مکانیسم های غیر همودینامیک :

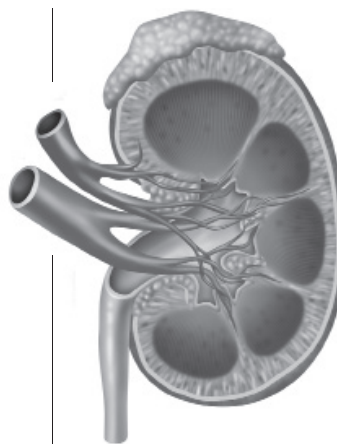
اختلال در عملکرد سلول های آندو تللیال عروق کلیوی، فعال شدن فاکتورهای رشد (نظیر آنژیوتاسین II، آندوتین ۱ و TGF- β 1)، اثرات توکسیک روی توبول های کلیوی، بروز استرس اکسیداتیو و افزایش تولید رادیکالهای آزاد اکسیژن، افزایش تولید تربوکسان و پلاکتها، اختلال در متابولیسم لیپوپروتئین ها و کاهش میزان HDL یا نوع مفید کلسترول، اختلال در گلیکوز آمینو گلیکانها، اختلال در تعدیل مکانیسم های ایمنی، افزایش اثرات ضد ادراری ناشی از وازوپرسین و افزایش مقاومت به انسولین همگی از عوامل مضر ناشی از تماس با سیگار روی کلیه می باشند. همچنین ثابت گردیده است که نیکوتین سبب تکثیر سلولی مزانژیال در بافت کلیه و افزایش میزان فیبرونکتین به میزان ۵۰ درصد می شود که هر دو سبب پیشرفت بیماری کلیوی می گردند بطوری که این اثر بواسطه وجود رستپورهای استیل کولینی نیکوتینی در روی سلول های مزانژیال کلیه انسان است که واسطه تکثیر سلولی می باشند.

تماس این سلولها با دودسیگار سبب افزایش تولید TGF- β 1 می شود که نقش مهمی در تولید فیبروز کلیوی دارد و با قطع سیگار میزان دفع TGF- β 1 کاهش می یابد از طرفی دودسیگار سبب تولید پروستات گلاندین epi PGF α -8 می شود که مارکر پراکسیداسیون لیپیدی است.

همچنین سیگار با اثر روی هورمونی که منجر به کاهش سطح استروژن می شود در تشدید بیماریهای قلبی عروقی در زنان مؤثر است گرچه ارتباط مابین سیگار و کاهش عملکرد کلیوی در مردان وضوح بیشتری دارد که شاید بدلیل الگوی سیگار کشیدن در مردان ناشی از تعداد بیشتر و استنشاق عمیق تر سیگار باشد.



سلامت



سیگار کشیدن و بیماری قلبی عروقی و خطر مرگ و میر در بیماران کلیوی :

خطر بروز بیماریهای قلبی عروقی به موازات افزایش اختلال عملکرد کلیوی افزایش می یابد. همچنین بیماری عروقی محیطی یا (PAD) یکی از تظاهرات مهم آترواسکلروز است که در بیماران نارسائی مزمن کلیه شیوع بالایی دارد و همراه با افزایش خطر مرگ و میر در این بیماران می باشد. سیگار کشیدن در واقع مهم ترین ریسک فاکتور بروز PAD یا بیماری عروق محیطی محسوب می شود همچنین سیگار کشیدن همراه با خطر بالای عوارض قلبی عروقی به ویژه در بیماران دیالیزی است زیرا یک فاکتور خطر مهم در بروز کلسیفیکاسیون شریانی محسوب می شود در واقع می توان گفت سیگار باعث افزایش مرگ و میر در بیماران همودیالیزی می شود. در بیماران پیوندی نیز خطر سالیانه وقایع قلبی عروقی درگیرندگان پیوند ۵-۳ درصد است (۵۰ برابر جمعیت عمومی) از آنجا که ۳۷ درصد سندرم های کرونری حاد زودرس در مبتلایان نارسائی مزمن کلیه قبل از عمل پیوند و مابقی در عرض ۳ ماه بعد از پیوند روی می دهد ثابت می کند که آنژیوگرافی کرونری زودرس درگیرندگان پیوند با سابقه سیگار تا چه حد ارزشمند است.

همچنین شیوع نارسائی احتقانی قلب در بیماران گیرنده پیوند که پروگنوز ضعیفی دارد در سیگاری ها بیشتر می باشد لذا در guideline درمانی و دستورات پیوند کلیه توصیه به ترک سیگار بعنوان یکی از مهمترین عوامل مؤثر در مراقبت طولانی مدت گیرندگان پیوند شده است .

منافع ترک سیگار در بیماران کلیوی :

اکثریت صدمات کلیوی ناشی از سیگار با ترک آن از بین می رود و ترک سیگار سرعت کاهش عملکرد کلیوی را آهسته می کند. در بررسی های بعمل آمده روی بیماران دیابتی و فشارخون که دچار نفروپاتی شده اند ثابت گردیده که ترک سیگار بطور قابل توجهی دفع آلبومین ادراری را کاهش می دهد. کاهش در دفع TGF- β ۱ ادراری بعنوان یک مارکر صدمه کلیوی بعد از ترک سیگار مورد تحقیق و بررسی قرار گرفته است همچنین درگیرندگان پیوند کلیه ترک سیگار باعث افزایش طول عمر در مقایسه با افرادی که بعد از پیوند سیگار را ادامه داده اند می شود.

استراتژی های ترک سیگار در بیماران کلیوی :

توصیه های مکرری به ترک سیگار در بیماران کلیوی می شود ولی بایستی به این نکته توجه داشت که بهترین توصیه عدم شروع سیگار کشیدن است زیرا هیچ درمان خاصی برای بازگشت اثر نفروپاتی ناشی از سیگار وجود ندارد با این وجود ۵ سال بعد از قطع سیگار اثرات Smoking تا حد قابل ملاحظه ای از بین می رود. یکی از بهترین اقدامات جهت ترک سیگار انجام فعالیت های ورزشی است بطوری که این افراد با سرعت بیشتری قادر به ترک سیگار بوده حتی با حداقل ۲۰ دقیقه پیاده روی

روزانه ترک سیگار با سهولت بیشتری انجام می شود مشاوری روانپزشکی و رفتاری نیز اهمیت بسزایی دارد. ابتدا بایستی از بیماران در مورد تمایلشان به سیگار کشیدن سؤال شود. آنهایی که سیگاری هستند بایستی درمورد اثرات جانبی سیگار نظیر اثرات کلیوی سیگار کشیدن مشاوری بشوند. در قدم بعدی افرادی که تمایل به ترک سیگار پیدا می کنند بایستی از احتمال وجود داروهای حمایت کننده در ترک سیگار مطلع شوند که بدون شک میزان موفقیت در ترک سیگار را دوبرابر می کنند.

بعنوان اولین خط درمانی درمان جایگزینی نیکوتین (NRT) نظیر اسپری بینی ، چسب یا Patch و آدامس به تنهایی یا همراه با داروهای غیرنیکوتینی مثل bupropion تجویز می شود. ثابت گردیده که ترکیب NRT و bupropion تأثیر بیشتری از استفاده دارو به تنهایی دارد.

خط دوم درمانی شامل داروی کلونیدین است استفاده از داروهای نظیر نورترپتیلین و MAO inhibitors یا SSRI در بیماران کلیوی توصیه نمی شود.

درمورد فارماکوتراپی در بیماران اختلال با فانکشن کلیوی بایستی دانست که نیکوتین در نارسائی کلیه تجمع می یابد لذا کاهش در دوزاژ NRT جزء مهمی در اقدام درمانی ترک سیگار در بیماران با اختلال فانکشن کلیوی است.

درمورد درمان با bupropion کاهش دوزاژ آن در مبتلایان به ESRD نیز ضروری است زیرا دوتا از متابولیت های فعال عمده آن در نارسائی کلیه در بدن تجمع می یابند لذا دوزاژ ۱۵۰mg خوراکی هر ۳ روز یک بار در بیماران دیالیزی مناسب بنظر می رسد.

کلونیدین همچنین به علت اثرات ضدفشارخونی آن انتخاب خوبی در بیماران کلیوی است.

CLINICAL JOURNAL OF AMERICAN SOCIETY OF NEPHROLOGY ۲۰۰۷
CLINICAL PHARMACOLOGY AND THERAPEUTIC EFFECT OF TABACCO AND NON-TABACCO CIGARETTE SMOKING ON ENDOTHELIUM AND PLATELETS
HEALTH COMMUNITIES ATN OVERVIEW
JAMA ONLINE AUGUST ۲۰۱۱ ASSOCIATION BETWEEN SMOKING AND RESK OF BLADDER CANCER
JEAN MICHEL /ALBERT MIMRAN OXFORD JOURNAL
APS AMERICAN PHYSICAL SOCIETY*
YOUR KIDNEY.COM BY DEVITA

منبع :



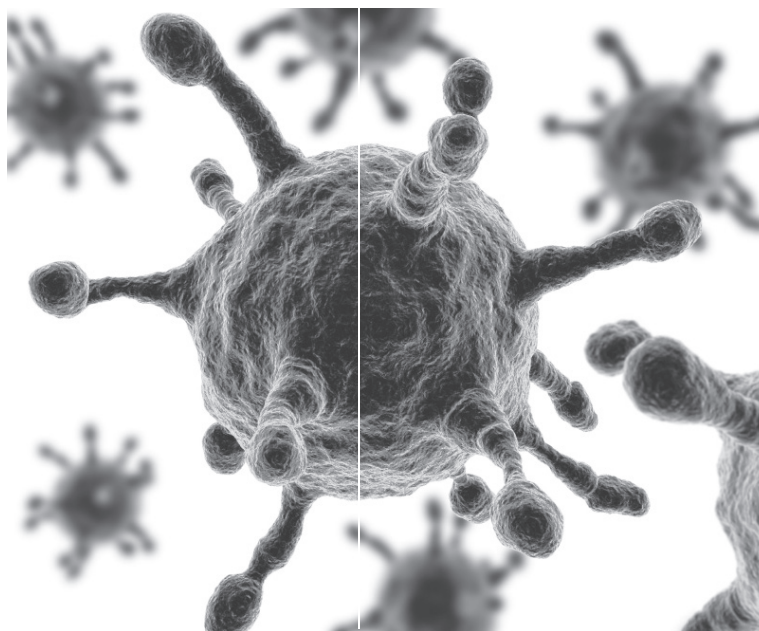
سلامت

در انسان است و از سرطان مری نیز جدا شده است، ویروس هیپاتیت C عامل کارسینوم هیپاتوسلولار در انسان می باشد. هرپس ویروس نیز مرتبط با سارکوم کاپوزی می باشد. در نهایت پاپیلوما ویروس انسانی که عامل سرطان های متعددی در انسان می باشد.

پاپیلوما ویروس و سرطان:

درست‌تر جهان سرطان سرویکس ۱ درصد تمامی سرطان ها و سومین نئوپلاسم تشخیص داده شده است. عفونت با ویروس HPV می تواند خود به خود بهبود یابد یا به سمت عفونت بالینی آشکار پیشرفت کند و بیشتر بصورت دیسپلازی سرویکس تظاهراتی کند که می تواند به سمت سرطان و بیشتر به سمت عفونت های زگیلی ناحیه تناسلی پیشرفت نماید.

سرطان عارضه ای است که در اثر تکثیر بی رویه سلول ها ناشی می شود. برای ایجاد سرطان ، یک سیگنال اولیه لازم است که طی آن سلول متحمل تغییرات ژنتیکی می شود. در سلول های سرطانی موتاژن های متنوع، ویروس های انکوژن و خطاهای همانندسازی، تنظیم چرخه سلولی را بر هم زده اند. تغییرات ژنتیکی و تغییر در متیلاسیون DNA، ممکن است ژن های گوناگونی از جمله ژن های پروتوانکوژن و تومورسوپرسور ژن ها را تحت تأثیر قرار دهد. چرخه سلولی به خودی خود توسط فاکتورهای رشد تنظیم می شود و این فاکتورهای رشد باعث هماهنگی بودن تقسیم هر سلول می شوند . زمانی که کنترل تنظیم سلولی مهار شود، سلول های سرطانی رشد کرده و تکثیر خواهند شد و نهایتاً می توانند در سراسر بدن پخش شوند و در عملکرد بافت ها و ارگان ها مداخله کنند . طی ایجاد سرطان ، ژن های تنظیم کننده آسیب می بینند و منجر به تولید سلول های بیش تری می شوند و یا باعث کاهش نسبت مرگ طبیعی سلول ها شوند. سرطان نتیجه تغییرات عمده در ژن های تنظیم کننده ای می باشد که تکثیر و تمایز و بقای سلولی را کنترل می کنند می باشد، عقیده بر این است که توسعه سرطان ، شامل یک سری تداخلات پیچیده بین چندین فاکتور محیطی و فاکتور ژنتیکی می باشد.



ویروس ها عامل بسیاری از سرطان ها می باشند به طوری که با ۲۰-۱۵ درصد سرطان های انسان در ارتباط بوده و ۸۰ درصد سرطان های ویروسی مربوط به سرطان سرویکس و کبد می باشند. ویروس ها چندین استراتژی را برای ترانسفورم کردن سلول میزبان به کار می برند. اولین مسیر معمولاً تغییر بیان ژن های سلولی توسط وارد کردن ژنوم ویروسی به داخل DNA سلولی می باشد. همچنین ویروس ها با بیان انکوژنهای خود در تنظیم تقسیم سلولی اختلال ایجاد کرده و به پیشرفت بدخیمی کمک می کنند. ویروس های سرطان زا که عامل سرطان در انسان می باشند به دو گروه تقسیم می شوند : گروه اول ویروس هایی که دارای ژنوم DNA می باشند و گروه دوم ویروس هایی هستند که دارای ژنوم RNA ویروس هایی مثل ویروس هیپاتیت C، HTLV ویروس های RNA دار می باشند. ویروس هیپاتیت C باعث ایجاد کارسینومای هیپاتوسلولار در انسان می شود. و ویروس HTLV-۱ که یک رتروویروس است با لوسمی T-cell در بزرگسالان و لنفوم در ارتباط است. ویروس هایی مانند هرپس ویروس، ویروس هیپاتیت B و پاپیلوما ویروس اپشتین بار ویروس (EBV) ، ویروس های DNA دار می باشند. در این بین EBV عامل سرطان هایی از جمله لنفوم بورکیت، لنفوم هوچکین و کارسینومای نازوفارنکس

ارتباط ویروس ها و سرطانها

گردآوری: معاونت آموزش و پژوهش



فاکتورهای محیطی که فاکتورهای خارجی نامیده می شوند، شامل عوامل فیزیکی یا تشعشعات (مثل اشعه UV و اشعه X، عوامل شیمیایی) مثل موتازن ها و کارسینوژن ها) و عوامل عفونی (مثل باکتری ها و ویروس ها) می باشند. شواهد بسیاری نشان می دهد که آلودگی با گروه های پر خطر ویروس پاپیلومای انسانی نظیر انواع HPV۱۶ و HPV۱۸، باعث سرطان دهانه رحم می شود و سرطان دهانه رحم دومین بدخیمی شایع در جهان و سومین علت مرگ ناشی از سرطان در بین زنان می باشد.

پاپیلوماویروس ها:

شایع ترین ریسک فاکتور کانسر دهانه رحم ویروس پاپیلوما است. پاپیلوما ویروسها (HPV)، ویروس هایی هستند دارای ژنوم DNA دو رشته ای حلقوی، با حدود ۸۰۰۰ نوکلئوتید و به شکل ۲۰ وجهی است، که در خانواده پاپیلوما ویریده طبقه بندی می شوند. این ویروس انواع مختلفی دارد که قادر به عفونت محدوده ی عظیمی از حیوانات) پرنده، خرگوش، سگ، گوسفند، گاو (و چندین گونه از پرمات ها از جمله انسان می باشد. ۱۵۰ نوع HPV شناخته شده که سلول ها را از طریق تماس پوستی آلوده می کند و سلول های دستگاه تناسلی و دهان و گلو تحت خطر آلودگی هستند ولی خون و ارگان های دیگر نظیر قلب و ریه فاقد این خطر می باشند. HPV می تواند از یک شخص به شخص دیگر بواسطه تماس پوستی منفصل شده و تعدادی از انواع شایع زگیل ها در دست ها و پا، لب ها و گلو و اعضای تناسلی را ایجاد کند. زگیل های تناسلی تحت عنوان کوندیلوما کومینوتا است که ویروس های HPV از انواع ۲ و ۶ و ۱۱ سبب زگیل تناسلی می شوند این انواع کم خطر ویروس HPV هستند زیرا ندرتاً به سرطان دهانه رحم منجر می گردند انواع دیگر HPV که انواع پرخطر نامیده می شوند شدیداً سرطان زا هستند و منجر به سرطان های دهانه رحم، دستگاه تناسلی خارجی و واژن و مقعد و دهان می گردند این انواع پرخطر شامل HPV نوع ۳۳ و ۳۱ و ۱۸ و ۱۶ و ۴۵ هستند و ممکن است هیچ علامتی از بروز عفونت با HPV تا قبل از بروز

سرطان در بیمار مبتلا دیده شود. دو سوم سرطان های دهانه رحم در اثر ویروس های ۱۸ و ۱۶ HPV می باشند. تست پاپ اسمیر تغییرات ایجاد شده بواسطه عفونت HPV را در سلول های دهانه رحم نشان می دهد. تست های دیگر یافتن ژن های DNA ویروس HPV در سلول ها است لذا در بعضی موارد تست ژنتیک HPV همراه با تست پاپ اسمیر جزء روش های غربالگری محسوب می گردند همچنین نتایج تست HPV در بیماران با تست پاپ اسمیر مشکوک ارزشمند است بطوری که اگر ویروس پرخطر HPV یافت شود نیاز به ارزیابی های تکمیلی با کولپسکوپی را توجیه می کند.

سرطانهای شایع که در اثر آلودگی به HPV ایجاد می شود:

با این که برخی از پاپیلوماویروس ها پتانسیل سرطان زایی ندارند، اما مجموعه ای از آن ها در توسعه بدخیمی در انسان و حیوانات دخالت دارند. بدخیمی در انسان، شامل چندین سرطان اپی تلیال مخاطی است و سرطان دهانه رحم مهم ترین سرطان از نظر سلامت است عمومی می باشد. همچنین HPV می تواند در سرطان های ناحیه تناسلی مثل anal cancer، vulvar cancer، penile cancer و سرطان های دهان و حنجره نقش داشته باشد. (اگرچه می توان تقریباً همه موارد سرطان دهانه رحم را به عفونت HPV نسبت داد، اما این ویروس تنها بخشی از سرطان های دیگر به شمار می رود). در جمعیت هایی که در معرض خطر بالا قرار دارند ممکن است عفونت HPV به طورهمانگ در مکان های مختلف مخاطی وجود داشته باشد.

سرطان دهانه رحم:

سرطان دهانه رحم متداول ترین عامل مرگ به علت سرطان در بین زنان در دنیا می باشد. شیوع و مرگ و میر سرطان دهانه رحم بعد از سرطان پستان، دومین جایگاه را در کشورهای در حال توسعه به خود اختصاص داده است. در سن باروری، سرطان دهانه رحم مهم ترین عامل مرگ در زنان می باشد. عموماً HPVهایی که دستگاه تناسلی را آلوده می کنند قادر به آلوده

کردن دیگر مکان های تناسلی (از قبیل اپی تلیوم سنگفرشی) می باشند. خطری که در ارتباط با عفونت در این مکان ها وجود دارد، مشابه خطر عفونت دهانه رحم می باشد.

سرطان پستان:

سرطان پستان در خانم ها جزء سرطان های پیشرونده بوده و سومین علت شایع مرگ ناشی از سرطان در سراسر جهان می باشد. بسیاری از مطالعات رابطه ای احتمالی بین وجود عفونت ویروسی و پاتوژن سرطان پستان را نشان داده اند که از جمله ی این ویروس ها، می توان به پاپیلوماویروس ها اشاره کرد. تعداد قابل توجهی از مطالعات اخیر گزارش کرده اند که حدود ۲۹ درصد از سرطان های پستان در انسان مربوط به انواع پرخطر پاپیلوماویروس به ویژه انواع ۱۶ و ۱۸ و ۳۳ بوده است. در مقابل، تحقیقات دیگر هیچ رابطه ای بین وجود پاپیلوماویروس و سرطان پستان گزارش نکرده اند.

تشخیص عفونت HPV:

تشخیص عفونت HPV می تواند شامل اهداف خاصی باشد، از جمله می توان به تشخیص حضور یا عدم حضور HPV، فعال بودن عفونت، تشخیص نوع ویروسی مرتبط با عفونت و درجه تغییرات سلولی در عفونت حاضر اشاره کرد. برای این منظور روش های مولکولی حساس، و قدرتمندی برای شناسایی HPV DNA و RNA از سواب های سرویکس و نمونه های بیوپسی وجود دارد. این روش ها شامل PCR.Real Time PCR و میکرواری می باشند.

یکی از روش های شناسایی اولیه برای جلوگیری از سرطان گردن رحم، پاپ اسمیر می باشد که از سال ۱۹۵۰، غربالگری به این روش، منجر به کاهش چشمگیری در شیوع سرطان های گردن رحم شده است. به طور کلی اگر آزمایشات مبتنی بر تشخیص HPV ارزان و در دسترس باشند، می توان با یک یا دوبار غربالگری در طول زندگی، کاهش قابل توجه ای در شیوع سرطان دهانه رحم به وجود آورد.



سلامت

موضوع که در مناطق جغرافیایی مختلف ، انواع متفاوت HPV در ایجاد سرطان های مختلف نقش داشته اند، بنابراین بررسی رابطه بین حضور پاپیلوماویروس و سرطان های نام برده در منطقه ضروری به نظر می رسد، همچنین واکسنی که امروزه برای مصونیت افراد استفاده می شود علیه انواع HPV کارایی دارد ولی در مطالعات اخیر ثابت شده است که انواع دیگر ویروس ها از جمله HPV-۳۹ و HPV-۴۵ به میزان قابل توجهی در توسعه سرطان دهانه رحم نقش داشته اند، بنابراین شناخت انواع پاپیلوما ویروس عامل سرطان و شیوع آن می تواند در طراحی واکسن کمک کرده تا با استفاده از واکسن مناسب بت وان پوشش ایمنی بالاتری در جامعه ایجاد کرد.

بوده و یک پاسخ آنتی بادی قوی را القاء می کنند. واکسن Gardasil می تواند علیه انواع HPV ها از جمله HPV-۱۱، HPV-۶، HPV-۱۸ و HPV-۱۶ موثر باشد.

به نظر می رسد این واکسن ها تأثیرات پیشگیرانه بسیار م وثری دارند ، به طوری که نشان داده شده است واکسن در پاک سازی عفونت استقرار یافته نقشی نداشته بنابراین اثر درمانی ندارند. در نتیجه اثر بخشی واکسن در زنانی که هیچ گونه رابطه جن سی نداشته اند بسیار بیش تر خواهد بود. در پایان می توان نتیجه گیری کرد که به دلیل شیوع HPV، در سرطان دهانه رحم، سرطان های ناحیه تناسلی سرطان سروگردن، حنجره، مری، دهان و پستان و با توجه به این

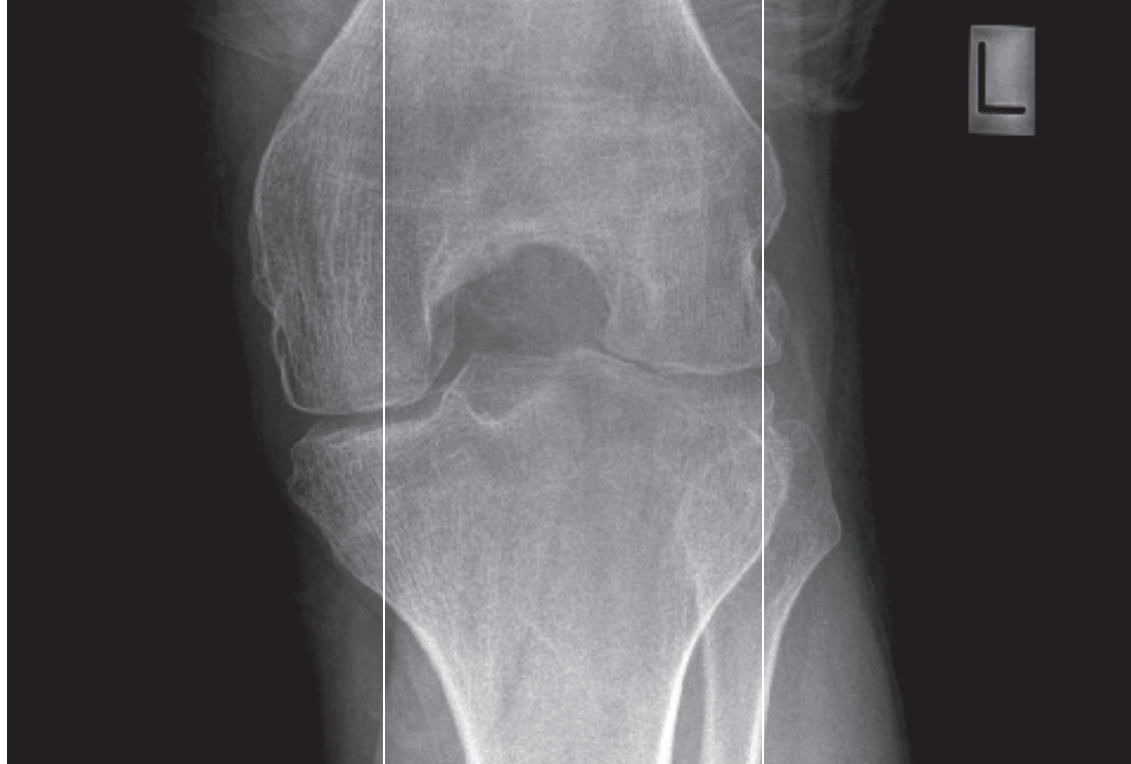
واکسیناسیون:

غریبالگری دهانه رحم افراد ، منجر به کاهش چشمگیری در بروز سرطان دهانه رحم در کشورهای توسعه یافته شده است . با این حال در این کشورها سالانه تقریباً ۲۷۰۰ زن مبتلا به سرطان دهانه رحم وجود دارد که از این تعداد، مرگ و میری در حدود بیش از ۱۰۰۰ مورد در هر سال رخ می دهد. شناخت رابطه بین انواع پرخطر HPV و سرطان دهانه رحم در سراسر دنیا، منجر به تولید و توسعه واکسن های مؤثری شده است که قادر به جلوگیری از عفون ت های HPV می باشند. واکسن های مجاز رایج شامل Gardasil و Cervarix هستند که حاوی ذرات شبه ویروس (VLP) می باشند و از نظر ایمنولوژیکی شبیه ویروس واقعی



منبع :

AMERICAN CANCER SOCIETY; CANCER FACTS AND FIGURES, 2014, ATLANTA
CERVICAL CANCER SCREENING AND UPDATED PUP GUIDELINE, 2009
Lengauer C, Kinzler KW, Vogelstein B.
Genetic instabilities in human cancers.
Nature 649-643 : (6712)396 ;1998



سلامت

آنها به صورت یک بیماری مزمن در آورد. در خون انسان ۱۳ فاکتور انعقادی وجود دارد که فقدان هر یک از آنها موجب اختلال و تداوم خونریزی است. بیماری هموفیلی، مشکل ناشی از فاکتورهای انعقادی است؛ به بیان ساده‌تر هموفیلی نوعی بیماری اختلال خونی است که باعث عدم انعقاد خون به طور طبیعی می‌شود. کمبود هر یک از فاکتورها باعث بروز نوعی از این بیماری می‌شود. بیماری هموفیلی به دو صورت هموفیلی A و هموفیلی B ایجاد می‌شود که هموفیلی A نقص فاکتور انعقادی ۸ و هموفیلی B نقص فاکتور ۹ است.

علائم هموفیلی بر حسب مقدار فاکتورهای انعقادی خون و بر حسب نوع آسیب متفاوت هستند بر حسب مقدار فاکتورهای انعقادی در خون، هموفیلی به ۳ دسته تقسیم می‌شود

- بین ۵-۵۰ درصد: هموفیلی خفیف (۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران در این گروه قرار می‌گیرند)

- ۱-۵ درصد: هموفیلی میانه (۲۵ تا ۳۰ درصد به این نوع بیماری مبتلا می‌شوند)

- کمتر از ۱ درصد: هموفیلی شدید (۶ تا ۳۰ درصد بیماران این گروه را تشکیل می‌دهد)

علائم هموفیلی متوسط تا شدید معمولاً در دوران نوزادی یا کودکی ایجاد می‌شود ولی علائم هموفیلی خفیف گاهی دیرتر خود را نشان می‌دهد.

بیماری‌های خون‌ریزی دهنده ارثی به دلیل تغییرات کمی و کیفی پلاکت‌ها یا پروتئین‌های پلاسما که در انعقاد و فیبرینه کردن نقش دارند ایجاد می‌شود هموفیلی شایع‌ترین اختلال خون‌ریزی دهنده ارثی است در حالی که بیماری فون ویلبراند و بیماری نقص عملکرد پلاکت، دلایل بعدی اختلالات خون‌ریزی هستند که شیوع کمتری دارند. هموفیلی شدیدترین نوع اختلال خون‌ریزی دهنده ارثی نیز می‌باشد و به نظر می‌رسد که مردم تمامی مناطق جغرافیایی را به میزانی یکسان مبتلا می‌کند.

هموفیلی یک بیماری بسیار قدیمی است که ۲ هزار سال پیش نیز از آن نام برده شده است. با وجود این که در مقایسه با سایر بیماری‌ها، این بیماری نادر است، ولی نمونه بارزی از تجلی مبارزه بشر با بیماری و پیروزی بر مشکلات آن در هر دوره محسوب می‌شود. در دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ تغییرات وسیعی در پیش‌آگهی بیماری ایجاد شد، که این تغییرات به علت شناسایی بیماری زائی و اختلالات انعقادی بود. از آن زمان استفاده از عوامل انعقادی و پلاسما هر سال آسانتر و بهتر شده است. در دهه ۱۹۷۰ این درمان‌ها موجب افزایش طول عمر بیماران شد. در دهه ۱۹۸۰ بیماری ایدز کشتار بیسابقه‌ای از هموفیلی‌های بیگانه به راه انداخت، ولی نتیجه‌ی آن بهتر شدن فرآورده‌های انعقادی و سالم شدن خون برای مردم و یافتن درمان ایدز بود که

اپیدمیولوژی هموفیلی

گردآورنده و مترجم: امین کوپایی



سلامت

در واقع بررسی های انجام شده یک روند واضح رو به افزایش شیوع را در طول زمان در کشورها نشان داد برای مثال آمریکا از ۱۰/۲ در سال ۱۹۸۹ به ۱۴/۲ در سال ۲۰۰۸ در طول ۳۰ سال گذشته افزایش در شیوع هموفیلی دیده می شود. بریتانیا از ۹/۳ در ۱۰۰ هزار نفر در ۱۹۷۴ که افزایش ۲۱/۶ در ۱۰۰ هزار در سال ۲۰۰۶ داشته است. روند افزایشی شدیدی که در میزان شیوع در طول زمان دیده می شود می تواند ناشی از افزایش میزان بقا بیماران، بهبود روش های تشخیصی، بهبود نظام ثبت ملی بیماران در کشورها و تاثیر مهاجرت نیز باشد. قابل ذکر است که این روند صعودی افزایش شیوع در ایران نیز مشاهده می شود (میزان شیوع هموفیلی در ایران نیز در حدود ۶۵۰۰ نفر برآورد شده است) در ادامه داده های گزارش شده توسط فدراسیون جهانی هموفیلی در این رابطه در جدول ذکر می شود.

سال میلادی	میزان شیوع
۱۹۹۸	۸/۶
۱۹۹۹	۹/۱
۲۰۰۰	۸/۵
۲۰۰۱	۸/۵
۲۰۰۲	-
۲۰۰۳	۸/۳
۲۰۰۴	۹/۷
۲۰۰۵	۱۱/۱
۲۰۰۶	۱۱/۲
میانگین	۹/۴

تغییرات میزان شیوع هموفیلی A در جمهوری اسلامی ایران به ازای ۱۰۰ هزار مرد از سال ۱۹۹۸ تا سال ۲۰۰۶

طبق پژوهش انجام شده توسط فدراسیون جهانی هموفیلی (WFH) میزان شیوع هموفیلی در طبقه بندی های مختلف اقتصادی متفاوت است میزان گزارش شده شیوع هموفیلی A در کشور های کم درآمد به طور مشخصی کمتر از کشورهای با درآمد بالا است. قابل ذکر است که انجام پژوهش های اپیدمیولوژیک و توسعه سیستم ثبت بیماری با هدف تعیین میزان بیماری و پراکندگی آن، تعیین گروه های در معرض خطر و ارزیابی فعالیت های پیشگیری می تواند بسیار مفید باشد.

وابسته به کوروموزوم X است، این اختلال اغلب در مردان روی می دهد و زنان معمولاً حامل بدون علامت بیماری هستند اگرچه تحقیقات جدید این گونه نشان داده است که هموفیلی خفیف ممکن است در حاملین شایعتر از آنچه که قبلاً تصور می شد باشد یک مطالعه نشان داد که ۵ نفر از ۵۵ بیمار مبتلا به هموفیلی خفیف (فاکتور انعقادی بین ۵-۵۰ درصد) دختر بوده اند. مطالعه انجام شده روی ۱۰۶ کشور طی بررسی سالیانه فدراسیون جهانی هموفیلی نتایج قابل توجهی را نشان داد (قابل ذکر است که بررسی جهانی سالیانه فدراسیون جهانی هموفیلی بهترین منبع اطلاعاتی است، اگرچه اطلاعات فراهم شده توسط کشورها برای WFH نیز کیفیت متفاوتی دارد و تشخیص نوع کیفیت داده ها نیز از مشکلات پیش روی تحلیل داده ها می باشد).

شیوع بیماری

گزارشات فدراسیون جهانی هموفیلی نشان داده که میزان شیوع هموفیلی در طول زمان ثابت نیست بلکه می تواند تغییر کند. برای مثال در اوایل دهه ۱۹۷۰ شیوع هموفیلی A در بریتانیا در حدود ۱۰ به ازای ۱۰۰ هزار تولد نوزاد پسر بود در حالی که آمریکا رقمی در حدود ۲۰ به ازای ۱۰۰ هزار تولد نوزاد پسر را گزارش داده است اما سه دهه بعد داده های گزارش شده یک روند برعکس را نشان داده به این صورت که در سال ۲۰۰۶ در ایالات متحده میزان ۸ به ازای ۱۰۰ هزار تولد را گزارش می دهد و بریتانیا ۲۰،۷ را گزارش می کند.

مشکلات و شکایات این بیماری از قبیل مشکلات مفصلی و بیماری های عفونی منتقله از خون نیاز وسیعی را برای دسترسی به خدمات مراقبتی پزشکی ایجاد می کند. بر طبق امار فدراسیون جهانی هموفیلی ۸۰ درصد از اشخاص مبتلا به هموفیلی در جهان حداقل درمان را دریافت می کنند یا اصلاً هیچ درمانی دریافت نمی کنند. با این وجود میزان مرگ و میر بین مبتلایان به این بیماری به دلیل افزایش دسترسی به فاکتور های انعقادی و گسترش مراکز درمانی کاهش داشته است. البته داده ها در بعضی کشور ها کامل و صحیح نیست به طوری که در بعضی از این کشورها بیماران ثبت شده بسیار کمتر از تعداد مورد انتظار بیماری است. دلایل احتمالی زیادی برای گزارش کم تر از واقع هموفیلی از قبیل نبود ظرفیت های تشخیصی، عدم دسترسی به خدمات مراقبتی، مشکلات اقتصادی و ... وجود دارد.

نگاهی بر شاخص های اپیدمیولوژی هموفیلی:

بروز بیماری: هموفیلی یا نقص فاکتور ۸ با میزان ۱ در ۱۰ هزار تولد مذکر ایجاد می شود در حالی که هموفیلی B نقص فاکتور ۹ با شیوع ۱ در ۳۰ هزار تولد رخ می دهد، بدیهی است که هموفیلی A بسیار شایع تر از هموفیلی B می باشد. قابل ذکر است که بروز هموفیلی A و B در همه اجتماعات یکسان و مشابه است.

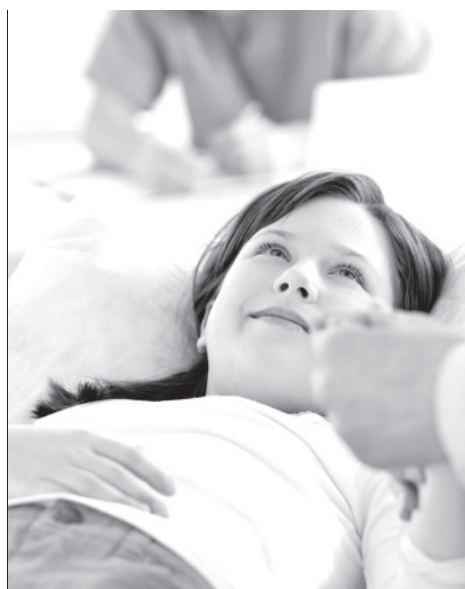
توزیع جنسیتی: از آنجایی که هموفیلی بیماری مغلوب

References :

- Descriptive Epidemiology of Hemophilia Mansoura, Egypt: Retrospective Youssef Al Tonbary^۱, Rasha ElAshry^۱ and Maysaa El Sayed Zaki T^۱ Pediatric Medicine, ^۲Clinical pathology, faculty of medicine, Mansoura University, Egypt
- Occurrence of Hemophilia in the United States J. Michael Soucie,^{*} Bruce Evatt, Debra Jackson, and the Hemophilia Surveillance System Project Investigators National Center for Infectious Diseases, Hematologic Diseases Branch, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia
- A study of variations in the reported hemophilia A prevalence around the world, world federation of hemophilia, December 2010. NO8



سلامت



دفع پروتئین در ادرار کودکان

وجود پروتئین در ادرار یافته شایعی در تست های آزمایشگاهی کودکان است گرچه معمولاً این حالت خوش خیم و گذرا است ولی در عین حال می تواند علامتی از بیماری های مهم و خطرناک کلیوی و سیستمیک باشد، خصوصاً اگر همراه با پروتئین ، خون نیز در ادرار یافت شود احتمال بیماری کلیوی بیشتر است دفع پروتئین در ادرار ۱۰ درصد بچه های سنین مدرسه پروتئین گزارش می شود و میزان شیوع دفع پروتئین در ادرار با افزایش سن بیشتر می شود همچنین در دخترها شایعتر است.

در بچه ها میزان پروتئین دفعی ادرار برحسب سن و سایز بدن متفاوت است بطوری که میزان نرمال دفع پروتئین در اطفال معمولاً کمتر از ۱۰۰ میلی گرم به ازای هر مترمربع سطح بدن در روز می باشد که اگر از این میزان بیشتر شود تحت عنوان نفروز کلیوی می باشد که حاکی از صدمه به سلول های کلیوی می باشد.

علت پاتولوژیک افزایش دفع ادراری پروتئین در اطفال به دو گروه عمده تقسیم می شود:

۱- سندرم نفروتیک که شامل دفع بیشتر از ۳/۵ گرم روزانه همراه با کمبود آلبومین خون (کمتر از ۲۵ گرم در لیتر) و افزایش چربی خون و ادم یا تورم بدن می باشد. در این بیماران افزایش استعداد به عفونت بعلت ازدست دادن ایموگلوبولین های دفاعی دیده می شود شایع ترین سندرم نفروتیک در کودکان نوع Minimal change است که بدلیل از دست دادن آلبومین ایجاد می شود غالباً در بچه های ۶-۲ سال و اکثراً در پسرها بروز می کند علت دقیق آن مشخص نیست ولی در اثر عفونت اخیر یا تحریک سیستم ایمنی و یا همراهی با لنفوم دیده می شود.

۲- سندرم نفروتیک که علاوه بر دفع پروتئین ادرار (کمتر از ۳/۵ گرم در روز) دچار کمبود حجم ادرار، فشارخون بالا و وجود خون و گلبول های سفید و قرمز و کست های سلولی در ادرار است که بدلیل

التهاب کلیوی ایجاد می شود. شایع ترین شکل آن APSGN است که ۲-۳ هفته بعد از عفونت استرپتوکوک همولیتیک گلو و یا پوست ایجاد می شود که ندرتاً به نارسایی کلیوی منجر می شود. همچنین بیماری برگری یا Iga نفروپاتی که حملات بروز خون در ادرار بدنال عفونت های سیستم تنفسی فوقانی و یا گوارشی می باشد که شروع آن از بچگی است و شایعترین نفروپاتی در سرتا سر دنیا است و ممکن است در درازمدت به نارسایی کلیوی منجر شود.

انواع دفع پروتئین در ادرار :

۱- پروتئین اوری گذرا یا موقت که در بچه ها بدنال ست ، ورزش ، استرس یا تماس با سرما ایجاد می شود این حالت کاملاً خوش خیم بوده و نیازی به درمان ندارد.

۲- پروتئین اوری ارتوستاتیک که تشخیص آن براساس میزان نرمال دفع پروتئین در نمونه اول صبحگاهی ادرار بعد از اینکه کودک تمام شب را در وضعیت خوابیده به سربرده و افزایش دفع پروتئین حداقل ۴-۶ ساعت بعد، زمانی که کودک در وضعیت ایستاده بوده است علت آن دقیقاً مشخص نمی باشد و این حالت نیز نیازی به درمان خاصی ندارد. بچه های بدون علامت معمولاً پروتئین های گذرا یا ارتوستاتیک دارند که اگر در یک نمونه ادراری دفع پروتئین خفیف باشد تست بایستی با نمونه اوری اول صبحگاهی تکرار شود و اگر تست مجدد نیز منفی یا خفیف (+Trace) بود توصیه به تکرار آن یکسال بعد می شود.

۳- پروتئین اوری مداوم که یا اولیه (بدلیل بیماری کلیوی) یا ثانویه (بعلت بیماریهای سیستمیک) است خصوصاً زمانی که پروتئین اوری همراه با دفع خون در ادرار ، فشارخون بالا و نارسایی کلیوی باشد. این نوع پروتئین اوری بسیار حائز اهمیت بوده و تشخیص و درمان به موقع آن می تواند صدمات جبران ناپذیر کلیوی را تا حد زیادی کاهش دهد.



سلامت

ACE/ARB استفاده می شود. در این کودکان ممکن است پاسخ به درمان در مدت کوتاهی حاصل شود و علائم بالینی در برخی کودکان بعد از یک هفته درمان کاملاً برطرف می شود اما ضرورت دارد که والدین بدانند در این حالت نباید دارو را قطع کنند و باید همچنان زیر نظر پزشک باقی بمانند.

ممکن است به رغم پاسخ کامل به درمان تا یک ماه مصرف دارو با دوز بالا در این افراد ادامه پیدا کند. با قطع مصرف دارو زودتر از معمول، احتمال عود خیلی بالا می رود و احتمال شکست درمانی بیشتر می شود.

عود بیماری :

۲۵ درصد این افراد یک بار دچار عود مجدد می شوند ولی بیشتر کودکان عودهای مکرر را تجربه می کنند به طوری که در حدود ۵۰ درصد موارد امکان عود بالایی را دارد و حدود یک چهارم کودکان دچار عودهای مکرری شوند. باید به محض ابتلای این کودکان به هر نوع عفونتی آنان را به بیمارستان انتقال داد تا در این مرحله از پیشرفت عفونت جلوگیری کرد. اگر در مراحل اولیه عفونت، درمان لازم انجام شود، احتمال دارد با مصرف آنتی بیوتیک به تنهایی و بدون شروع کورتون بتوان از عود این بیماری جلوگیری کرد.

عوارض کوتاهی در درمان به موقع :

یکی از عوارض این کوتاهی، دفع پروتئین زیاد از طریق ادرار خواهد بود. دفع مداوم پروتئین از ادرار، به کلیه آسیب وارد می کند و می تواند موجب اختلال در عملکرد کلیه شود. از علائم بیماری در زمان عود می توان به افزایش چربی های خون اشاره کرد. در این مرحله بدن با افزایش چربی خون مواجه است. البته چربی های خون در کودکانی که به موقع درمان شوند کاهش پیدا می کند. از سویی کودکانی که به مدت طولانی در معرض چربی خون بالا قرار گیرند، همانند بالغین می توانند در معرض خطر بیماری های قلبی و عروقی باشند.

مطالعات تصویربرداری نظیر سونوگرافی سیستم ادراری جهت بررسی اختلالات آناتومیک و مادرزادی و اسکن کلیوی جهت بررسی اسکارهای کلیوی و صدمات مشکوک کلیوی در بیماران با نارسائی کلیوی اهمیت بسزایی دارد.

نمونه برداری از کلیه بطور روتین در بررسی وجود پروتئین در ادرار کودکان بکار نمی رود مگر اینکه همراه با نارسائی کلیوی، فشارخون بالا، وجود خون در ادرار، کمبود کپلمان سرم که بیشتر از ۳ ماه پایدار مانده باشد و همچنین در بیماران مبتلا به سندرم نفروتیک در سنین بالاتر و یا در افرادی که به درمان پاسخ مناسب را ندهد باشند انجام می شود.

درمان :

در مورد اشکال ژنتیکی درحاضر درمان شناخته شده ای وجود ندارد و فقط از درمان های نگهدارنده استفاده می شود. در این روش سعی می شود دریافت کالری و پروتئین در کودکان به دقت زیر نظر باشد و ویتامین های لازم به اندازه کافی در اختیار کودک قرار گیرد.

درمورد کودکان بزرگ تر یکی از موارد مهم درمان، محدودیت مصرف نمک است. اولین اقدام محدود کردن میزان مصرف نمک خوراکی است. مصرف مایعات نیز فقط در حد رفع تشنگی مجاز است. این بیماران بعد از اولین تشخیص بالینی باید در بیمارستان بستری شوند که در این صورت ممکن است به داروهای خوراکی و حتی گاهی اوقات داروهای وریدی احتیاج داشته باشند. برای کاهش مقدار دفع پروتئین، درمان اصلی بیماری را شروع می کنیم که معمولاً با داروهای کورتیکواستروئیدی مثل پردنیزولون که برای مدت ۶-۴ هفته شروع و در صورت عدم پاسخ از داروهای جایگزین مهارکننده سیستم ایمنی مثل سیکلوفسفامید استفاده می شود و اگر بیمار دچار اختلال عملکرد کلیوی شود جهت آهسته کردن پیشرفت بیماری کلیوی از داروهای مهارکننده آنژیوتانسین

علائم دفع پروتئین در ادرار :

درمراحل اولیه دفع پروتئین ادراری علائم خفیف است به تدریج با افزایش دفع پروتئین، حجم ادرار کاهش یافته و کودک دچار ورم می شود این ورم ابتدا در پلک فوقانی چشم و سپس در مچ پاها و اندام ها و اعضای تناسلی و شکم گسترش می یابد از طرفی ادرار این افراد کف آلود یا foamy به نظر می رسد.

تشخیص :

اولین راه تشخیص این بیماری گرفتن یک شرح حال دقیق است باید مشخص شود که آیا سابقه عفونت های اخیر، ناراحتی کلیوی ارثی یا مادرزادی، ادم، فشارخون و مصرف داروهای خاص اختلال رشد راش و علائم مفصلی در بیمار وجود دارد یا نه.

درماینه بالینی بایستی به تورم اطراف چشم ها و پلک، ادم ها، شکم و فشارخون بیمار توجه کرد.

از نظر تست های آزمایشگاهی باید ادرار بیمار جهت بررسی میزان پروتئین دفعی آزمایش شود لذا بایستی ادرار ۲۴ ساعته جمع آوری و میزان آن اندازه گیری شود. امروزه متد آسانتری جهت ارزیابی میزان دفع پروتئین بدون جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته وجود دارد که در واقع بررسی میزان پروتئین به کراتین Pr/Cr برحسب میلیگرم از یک نمونه ادرار صبحگاهی می باشد که میزان نرمال آن کمتر از ۰/۲ می باشد که با محاسبه حاصل ضرب این میزان در ۰/۶۳ می توان میزان دفع پروتئین ادرار روزانه را برحسب گرم به ازای هر مترمربع سطح بدن بدست آورد که اگر این میزان بیشتر از ۳ باشد در محدوده سندرم نفروتیک محسوب می گردد.

همچنین ادرار بایستی از لحاظ وجود خون، سلول های خونی و کست های سلولی بررسی شود. بررسی میزان کراتینین و اوره خون و الکترولیت های خونی و پروتئین، تیترا، ASO، آلبومین و چربی و کپلمان های خون نقش ویژه ای در بیماران مبتلا به اختلال عملکرد کلیوی دارد.

منبع :

- Alexander K.C leung , MBBS and Alex H.C wong, MD, Universtuy of Calgary faculty of medicine , Calgary, Alberta, canada 2010 sep
- Proteinuria in children family Doctor. Org health information for the whole family
- Johns Hopkins children center
- Proteinuria in children pubmed



بروز همزمان دیابت و افسردگی

معاونت آموزش و پژوهش

مقدمه

دیابت یکی از شایع ترین بیماری های متابولیک مزمن و پیشرونده ای است که بر توانایی پانکراس جهت تولید انسولین و استفاده موثر از آن اثر مخربی دارد. این بیماری از علل عمده بیماری زایی، مرگ و میر و هزینه های اقتصادی در سرتاسر جهان به شمار می آید. بیش از ۲۲۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از بیماری دیابت رنج می برند. هم چنین تخمین زده شده که تا سال ۲۰۵۰، جمعیت دیابتی ها در دنیا نسبت به سال ۲۰۰۰ تا ۱۶/۵ درصد افزایش خواهد یافت. که بیش از سه چهارم این بیماران در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند.

در ایالات متحده آمریکا نیز سالانه ۷/۸ درصد مردم به این بیماری مبتلا می شوند که معادل ۲۳/۶ میلیون نفر جمعیت می باشد. نکته قابل توجه دیگر این که در کشورهای در حال توسعه، اکثریت بالغین مبتلا به دیابت، بین سنین ۴۵ و ۶۵ سالگی هستند، در حالی که در کشورهای پیشرفته، اکثریت بالغین مبتلا به دیابت را جمعیت ۶۵ سال به بالا تشکیل می دهند. طبق آخرین آمار موجود در ایران نیز تا سال ۱۳۸۶، از هر ۲۰ ایرانی، یک نفر به دیابت مبتلا بوده و انتظار می رود ۱۸ سال بعد یعنی در سال ۱۴۰۴ از هر ۷ ایرانی یک نفر به دیابت مبتلا گردد.

به طور کلی بیماری دیابت عامل ۹ درصد کل مرگ های جهان است، به عبارت دیگر در هر دقیقه ۶ نفر در اثر ابتلا به دیابت جان خود را از دست می دهند و از سوی دیگر در هر دقیقه ۱۲ نفر دیگر به دیابت مبتلا می گردند. بیماری دیابت، احتمال وقوع افسردگی را تا دو برابر افزایش می دهد. تخمین زده شده که ۳۳ درصد بیماران دیابتی از افسردگی رنج می برند. قابل ذکر

است که در دو سوم بیماران دیابتی، افسردگی تشخیص داده نشده و تحت درمان قرار نمی گیرند. در این بیماری درد، اضطراب و افسردگی و ... از جمله مواردی هستند که از کیفیت زندگی مبتلایان می کاهد که بخشی از این مشکلات با خود پایشی و درمان و تزریق انسولین مرتبط است. همچنین شیوع افسردگی در مبتلایان به دیابت تحت تاثیر نوع بیماری (نوع یک و دو) و نوع ملل اعم از پیشرفته و در حال توسعه قرار می گیرد. افسردگی در بیماران دیابتی معمولاً به صورت مزمن بوده و و شانس ابتلا به سایر اختلالات طبی را افزایش می دهد. مطالعات نشان می دهد که در این بیماران ضعف در خود مراقبتی، تبعیت دارویی، تنظیم قند خون، پیش بینی مرگ زود هنگام از سوی بیماران و عوارض حاصل از بیماری شامل بیماری های عروق بزرگ و عروق کوچک با ابتلا به افسردگی مرتبط هستند. در حال حاضر، دو فرضیه وجود دارد که رابطه بین بیماری دیابت و افسردگی را تعیین می کنند. یک فرضیه مطرح می کند که افسردگی، خطر دیابت را افزایش می دهد. متأسفانه مکانیسم زیر بنایی این رابطه به وضوح بیان نشده است. در یک تئوری، افزایش خطر ابتلا به دیابت نوع دوم در افراد مبتلا به افسردگی از تغییر در انتقال گلوکز به سلول و افزایش فعالیت التهابی منتج می شود. اعتقاد بر این است که این تغییرات فیزیولوژیک، در نهایت با ایجاد مقاومت به انسولین زمینه ساز بروز دیابت نوع دوم می گردد. فرضیه دیگر بیان می دارد که افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو از استرسورهای روانی اجتماعی مزمن حاصل از ابتلا به یک وضعیت طبی مزمن ناشی می شود.



سلامت

موفقیت فرد را در مراقبت از خویش کاهش می دهند:

- داشتن افکار سنتی غلط که با درمان در تعارض باشند
- اعتقاد به اینکه رژیم درمانی بیش از حد دشوار است.
- اعتقاد به اینکه بعید است درمان افسردگی بر دیابت و عوارض آن اثری داشته باشد
- فقدان حمایت اجتماعی مؤثر
- وجود مشکلات روانپزشکی
- عدم ارتباط قوی با گروه درمانی پزشکی
- انتظار ریشه کن شدن بیماری (معالجه قطعی)

در برخی موارد، ابتلا به دیابت نوعی برچسب تشخیصی به همراه دارد؛ در این گونه موارد فرد احساس می کند که نباید در مورد بیماری خود با دیگران صحبت کند. بیماران بیشتر احساس شرمندگی، گناه، ترس و آشفتگی را تجربه می کنند.

درمان

تحقیقات نشان داده اند که افسردگی موجب عملکرد ضعیف حرکتی و ذهنی در فرد مبتلا می شود، لذا بیماران کمتر از رژیم غذایی و برنامه دارویی پیروی می کنند. درمان افسردگی با داروهای ضدافسردگی، روان درمانی یا ترکیب هر دو روش می تواند وضعیت بیمار را بهبود بخشیده و توان بیشتری برای مدیریت دیابت به او بدهد. بهبودی افسردگی نیاز به گذشت زمان دارد. معمولاً زمان شروع اثر درمانی داروهای ضدافسردگی، چند هفته بعد از شروع مصرف دارو و طول درمان اغلب حدود چند ماه خواهد بود.

افسردگی و تغییر روند درمان دیابت افسردگی باعث تغییر الگوهای مصرف درمان های پایین آورنده قند خون خوراکی در بیمارانی است که اخیراً بیماری دیابت نوع دوم در آن ها تشخیص داده شده و گاهی با قطع درمان های دارویی همراه است. بیماران مبتلا به افسردگی ۱/۷۲ برابر بیش تر نوع درمان خود را تغییر دادند و یا از درمان های مکمل استفاده کرده اند.

در آخر باید متذکر شد که درمان افسردگی اثرات مثبتی بر کنترل خلق و کاهش قند خون بیماران مبتلا به دیابت دارد.

را کاهش می دهد علاوه بر این، مشاهده شده که بین افسردگی در افراد دیابتی و ابتلا به بیماری های اندوتلیال، بیماری های قلبی، اختلال نعوظ، چاقی، قطع عضو، افت عملکرد شناختی و کاهش توجه و تمرکز رابطه معنی داری وجود دارد، لازم به ذکر است که عارضه قطع عضو تنها با افت عملکرد شناختی و کاهش توجه و تمرکز رابطه معناداری وجود دارد، لازم به ذکر است که عارضه قطع عضو تنها با افسردگی شدید رابطه معنی دار نشان داد.

تغییرات مغزی در بیماران مبتلا به دیابت و افسردگی:

مطالعات نشان می دهند که در بیماران دیابتی، تغییرات ساختاری و عملکردی (شناختی) مغز رخ می دهد. تغییرات ساختار مغزی هر دو بخش ماده سفید و خاکستری مغز شامل هیپوکامپ، آمیگدال را در بر می گیرد. چنین تغییراتی در مبتلایان به دیابت زمینه ابتلا به اختلالات شناختی نظیر بیماری زوال عقل را فراهم می کند. در چنین مواردی، حافظه کلامی و سرعت پردازش اطلاعات با افت محسوسی مواجه می شوند. قابل ذکر است که مدت بیماری، سن، وجود سایر بیماری های زمینه ای نظیر فشار خون بالا نیز در وسعت و شدت افت عملکرد شناختی تاثیر بسزایی دارند. همچنین عواقب متابولیکی دیابت می تواند خطر بروز افسردگی را افزایش دهد و تغییرات محور هیپوتالاموس-هیپوفیز می تواند نقش مهمی در این مسئله داشته باشد.

آثار روانی-اجتماعی دیابت:

اعضای خانواده، همسر، دوستان و همکاران فرد مبتلا به دیابت نیز از دیابت تأثیر می پذیرند. ترس از بیماری، عوارض آن و مرگ، احساس درماندگی، ابهام در مورد آینده، اضطراب، غمگینی، خشم، واکنش سوگ، نگرانیهای اقتصادی و تنش روانی در روابط بین فردی، ازجمله تنش های روانی اجتماعی ناشی از بیماری دیابت هستند.

موانع روانشناختی در مراقبت موفق از خود:

عوامل زیر از جمله موانعی هستند که

افسردگی چیست؟

اگر پنج علامت از علائم زیر را به مدت بیشتر از دو هفته تجربه یا علائم مذکور مانع فعالیت های روزمره شود فرد مبتلا به افسردگی است. در این موارد توصیه می شود که برای ارزیابی به متخصصین سلامت روان مراجعه شود. این علائم عبارتند از:

- احساس درماندگی، ناامیدی، گناه یا بی ارزشی
- منفی نگری شدید نسبت به آینده
- عدم علاقه به انجام فعالیت های لذت بخش و سرگرمی ها
- عدم علاقه به داشتن روابط جنسی
- کاهش انرژی، خواب آلودگی و خستگی
- مشکل در تصمیم گیری، تمرکز و به خاطر سپردن مطالب
- اختلال خواب به ویژه زود بیدار شدن صبحگاهی یا پرخوابی
- بیقراری، تحریک پذیری، تغییرات خلقی
- تغییر در اشتها

افسردگی چگونه می تواند بر دیابت تأثیر بگذارد؟

آثار منفی افسردگی بر دیابت عبارتند از:

- کاهش عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی بیمار
- کاهش فعالیت های حرکتی و افزایش احتمال چاقی
- کاهش پایبندی به رژیم درمانی
- بروز بیشتر رفتارهای ناسالم مانند مصرف سیگار و الکل
- کنترل ضعیف قند
- افزایش احتمال بروز عوارض دیابت به سبب کنترل نامناسب قند خون

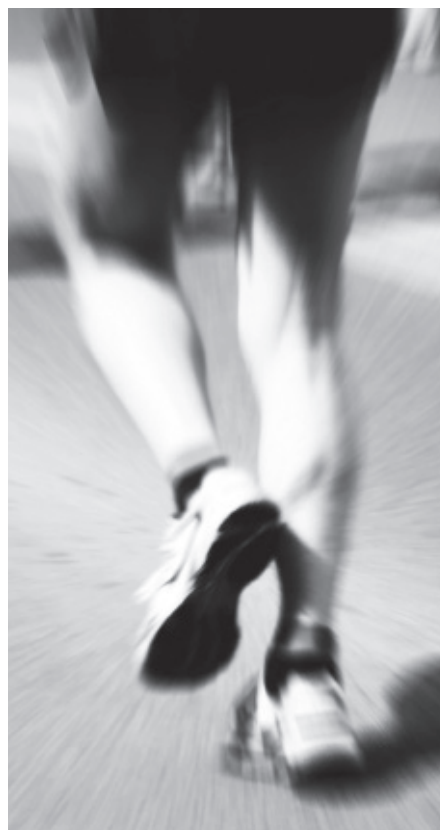
عوارض افسردگی همراه با دیابت:

بروز افسردگی همراه با دیابت باعث کاهش کنترل متابولیکی، تبعیت دارویی، عدم پیروی از رژیم های غذایی مناسب، کاهش کیفیت زندگی، افزایش هزینه های مراقبت بهداشتی، نا توانی بالا، خطر مرگ زیاد، افزایش میزان مصرف انسولین و عوارض بالای دیابت می گردد. کنترل متابولیکی ضعیف، افسردگی را تشدید و پاسخ به داروهای ضد افسردگی را کاهش می دهد. ابتلا به افسردگی شدید و خفیف در افراد دیابتی هر دو خود مراقبتی کیفیت مراقبت

منبع:

گروه سلامت روان پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران





هموفیلی و ورزش

ترجمه: معاونت آموزش و پژوهش

فعالیت فیزیکی علاوه بر اثرات عمومی بر سیستم قلبی عروقی و متابولیک، می تواند به بهبود خاص بیماران هموفیلی، به ویژه در راستای تقویت ماهیچه ها منجر شود که ممکن است به دلیل بهبود وضعیت مفاصل موجب کاهش عوارض خون ریزی دهنده شود. فعالیت های ورزشی نه تنها دربرگیرنده جنبه های فیزیکی و عملکردی است، بلکه بر اعتماد به نفس و تعامل اجتماعی فرد نیز تأثیر می گذارد؛ بنابراین نقشی مهم در کیفیت زندگی این بیماران ایفا می نماید. تا دهه ۱۹۷۱ به افراد مبتلا به هموفیلی توصیه می شد به علت خطر خون ریزی از شرکت در هرگونه فعالیت ورزشی پرهیز کنند اما امروزه، نگرش ها در خصوص ورزش برای بیماران مبتلا به هموفیلی تغییر یافته است.

تحقیقات قبلی که در زمینه ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هموفیلی انجام شده است، بیانگر این مطلب بوده است که به طور کلی بیماران هموفیلی نسبت به افراد سالم کیفیت زندگی پایین تری دارند. تقریباً اکثر بیماران هموفیلی از آسیب های مفصلی که در این بیماران هموآرتروزیس نامیده می شود، رنج می برند. وجود آسیب مفصلی که بر اثر خون ریزی های مکرر درون مفصلی به وجود می آید، منجر به کاهش عمل کرد روزانه ی فرد و همین طور وجود درد مزمن و کاهش تحرک در این بیماران می شود بیماران هموفیلی همیشه نگران بروز خون ریزی و وخیم تر شدن وضعیت سلامتی خود هستند. تغییر شکل مفاصل نیز که منجر به تغییر در شکل ظاهری اندام فرد می شود نیز از دیگر نگرانی ها و دل مشغولی های بیماران هموفیلی به

حساب می آید. هر یک از این موارد به تنهایی یا درکنار هم می توانند ابعاد مختلف زندگی فرد را دچار مشکل نمایند. بنابراین فرد مستعد بروز اختلال در کیفیت زندگی و سایر فاکتورهای روان شناختی از قبیل اضطراب و افسردگی خواهد بود. تاکنون تحقیقات متعددی در مورد تأثیرات ورزش و فعالیت بدنی بر بیماران هموفیلی صورت پذیرفته است. بیش تر تحقیقات انجام شده بر روی جنبه های جسمانی این بیماران بر روی قدرت عضلانی تمرکز داشته اند و کم تر به ابعاد روانی بیماران هموفیلی توجه شده است. یکی از مهم ترین مزایای غیر بدنی ورزش و فعالیت بدنی، بعد اجتماعی آن است. فرد در حین انجام ورزش، به ناچار در تعامل با افراد دیگر قرار می گیرد که ممکن است دارای جنبه های مشترک

زیادی با آن ها باشد. از این طریق فرد احساس می کند که با دوستان خود درون یک گروه قرار دارد و در کنار آن ها مشغول انجام فعالیتی مفید است و کم تر احساس تنهایی خواهد کرد. به این فرایند، اجتماعی شدن می گویند که یکی از ابعاد متغیر چند بعدی کیفیت زندگی می باشد. یکی دیگر از مزایای روانی ورزش، بهبود عزت نفس و اعتماد به نفس است. یعنی این که فرد به دنبال حضور در فعالیت های ورزشی، احساس می کند به اندازه ی افراد دیگر توانایی دارد. از این طریق فرد احساس اعتماد به نفس بیش تری خواهد کرد. داشتن تصویری بهتر از وضعیت بدنی و توانایی برخورد مناسب تر با مشکلات مربوط به سلامت بدنی نیز از جمله مواردی است که بر اثر فعالیت بدنی و تعاملات ورزشی در فرد بهبود می یابد.



سلامت

معرفی کرده است

نکات ورزشی برای بیماران هموفیلی :
توصیه های مهم برای بیماران مبتلا به هموفیلی که مایلند ورزش کنند.

- به پزشک خود مراجعه کنید تا مراقبت ها و معاینات معمول انجام شود.
- چنانچه تصمیم گرفتید که برای افزایش مقاومت عضلات و مفاصلتان ورزش کنید از پزشک خود درباره ورزش ها و فعالیت های که متناسب با شرایط شماست مشاوره بگیرید.
- با پزشک خود درباره نیاز به دریافت فاکتور انعقادی قبل از ورزش سوال کنید.
- بایستی توجه داشت که پیاده روی از بهترین و بی خطر ترین ورزشها جهت این بیماران محسوب میگرددولی در رابطه با سایر ورزشها بایستی به نکات ایمنی توجه خاص مبذول داشت از ان جمله:

در مفاصل و درد آن جلوگیری می کند. به علاه برای داشتن مفاصل قوی زانو، عضلاتی که این مفاصل را احاطه می کنند نیز باید قوی باشند عضلات ضعیف از مفاصل خوب حمایت نمی کنند و احتمال خونریزی را بیشتر می سازند. فعالیت های فیزیکی و ورزش به افزایش استحکام عضلات منجر می شوند ، که خود نیز منجر به افزایش مقاومت عضلات می شود. ورزش در تعادل و هماهنگی عضلات نقش مهمی دارد.

فدراسیون جهانی هموفیلی با تاکید بر اهمیت ورزش ونرمش در حفظ سلامتی بیماران هموفیلی توجه بیماران، کارشناسان و فعالان انجمن ها را به این موضوع مهم جلب و تاکید کرده است فیزیوتراپی و بازتوانی از کلیدی ترین خدمات حفظ سلامت بیماران هموفیلی محسوب می شود. این فدراسیون فیزیوتراپیست را از مهم ترین افراد تیم درمان بیماران هموفیلی

ورزش و فعالیت بدنی منظم یکی از مهم ترین عوامل کنترل بیماری هموفیلی به حساب می آید بیماران مبتلا به هموفیلی که به طور منظم به ورزش می پردازند، معمولاً کم تر دچار خون ریزی می شوند و قدرت و توانایی انجام کارهای روزانه ی خود را تقریباً به اندازه ی هم سالان سالم و غیر هموفیلی خود دارند.

تحقیقات انجام گرفته در رابطه با هموفیلی نشان از این دارند که فعالیت های فیزیکی منظم هنگامی که به درستی و به طور ایمن انجام شود برای سلامتی و کیفیت زندگی مهم است. تحقیقات در این رابطه نشان داده اند که :

- ورزش برای ساخت استخوان ها و افزایش مقاومت عضلات که عضلات را حمایت می کنند بسیار مهم است.
- انجام فعالیت فیزیکی منظم از خونریزی مفاصل و آسیب به آن پیشگیری می کند.
- عضلات قوی از تکرر و تشدید خونریزی

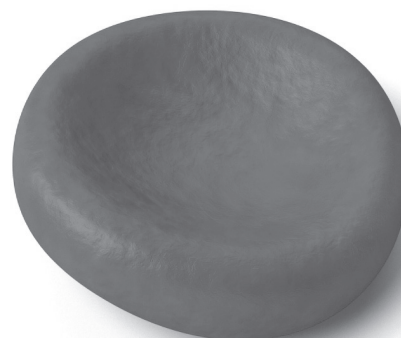
نوع ورزش	نکاتی برای ایمنی بیشتر	موارد خطرزا
شنا کردن	شنا کردن استفاده از لبه های استخر، استفاده از تخته شنا ،انجام ورزش های آبی،استفاده از لوله های تنفس آبی	استخر،ضربات سنگین به هنگام مسابقه ،پرش شدید از تخته شیرجه (هیچ گاه در دریاچه ها ،یا استخر های کم عمق شیرجه نزنید)
فوتبال	استفاده از کلاه ایمنی و محافظ زانو و آرنج	سر زدن ،دروازه بانی،تکل زدن
دوچرخه سواری	در خیابان های خلوت برانید و از کلاه ایمنی و زانو بند و آرنج بند استفاده نمایید	در خیابان های شلوغ، عدم استفاده از کلاه ایمنی

منبع:

- ۱ . فعالیت های فیزیکی و ورزشی در نوجوانان مبتلا به هموفیلی در ایران :لیلا ولی زاده ، فهیمه السادات حسینی شماره ۱۳ ،، بهار و تابستان ۱۳۹۲ ،، صص۷۳-۹۰
- ۲ . تأثیر یک دوره ورزش درمانی در آب بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به هموفیلی، احمد حیدری ،مهدی دهقانی مهدی کارگر فرد
- ۳ .کومش- جلد ۱۲ ، شماره ۴ پیاپی ۴۰ ، تابستان ۱۳۹۰
- ۴ . All About Hemophilia A Guide for Families
- ۵ . Bayer HealthCare,joint points,an everyday guide to living with hemophilia A ,JOINT POINTS



سلامت



هموگلوبینوپاتی ها

ترجمه: معاونت آموزش و پژوهش

هموگلوبینوپاتیها، گروهی از اختلالات وراثتی هتروژن هستند که در آن ها جهش باعث کاهش و یا نقص در ساخت یکی از زنجیره های هموگلوبین شده و یا این که توالی طبیعی اسیدهای آمینه، زنجیره های گلوبین را تغییر می دهد. شایع ترین اختلالات هموگلوبین، تالاسمی و آنمی داسی شکل است.

بیماران مبتلا به این اختلالات اغلب نیاز به دریافت مداوم خون دارند. با این حال این روش درمانی ممکن است باعث انباشته شدن آهن و متعاقب آن تخریب بافت ها و احتمال ابتلا به عفونت های ویروسی گردد. به طور کلی ناهنجاری های مربوط به هموگلوبین به دو دسته تقسیم می شوند:

تولید هموگلوبین غیرطبیعی که منجر به بیمار یها یی هم چون کم خونی داسی شکل میشود. کاهش میزان تولید هموگلوبین که مهم ترین بیمار ی در این ناهنجاری، انواع تالاسمی است.

کم خونی داسی شکل:

کم خونی داسی شکل یک اختلال خونی است که با هموگلوبین معیوب (Hbss) شناخته می شود. هموگلوبین طبیعی صاف و گرد است و به سلول اجازه عبور آسان از مویرگهای خونی را می دهد. سلولهای هموگلوبین سلول داسی سفت و به شکل داس می باشند. این ملکولهای هموگلوبین به شکل خوشه ای و در کنار یکدیگر قرار می گیرند، بنابراین به راحتی از مویرگهای خونی عبور نمی کنند. این خوشه ها منجر به توقف جریان خون حمل کننده اکسیژن می گردند.

طبق جدید ترین اطلاعات جمعیت شناختی حدود ۷ درصد جمعیت جهان برخوردار از ژن هموگلوبین معیوبند و سالانه ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار نوزاد مبتلا به دنیا می آیند که بیش از ۸۰ درصد این افراد در کشورهای در حال توسعه متولد شده و زندگی می کنند و حدود ۷۰ درصد مبتلا به بیماری سلولهای داسی شکل و مابقی از سندروم های تالاسمی رنج می برند. این بیماری در ماه های اول زندگی خود را نشان داده باعث عوارض فراوانی

برای بیمار می گردد این بیماران به کمبود آب بدن - کمبود اکسیژن و هر عامل دیگری که اکسیژن رسانی گلبول ها را مختل کند حساس هستند و دچار حمله های شدید می شوند که علائم آن بسته به محل در گیری (کلیه - طحال - کبد - مغز - اندامها و شکم و ...) می تواند از درد های شدید تا عوارض تهدید کننده حیات متفاوت باشد. آنمی، شایعترین علامت بیماری سلول داسی شکل است. در این بیماری سلول های قرمزخون بصورت سلول داسی شکل تولید می شوند، اما به علت بدشکل بودن توانایی حمل اکسیژن را از دست می دهند. در نتیجه بدن آب را از دست داده و دچار تب میشود. شکل داسی باعث سفتی سلولها و دام افتادن آنها در عروق می گردد. در نتیجه سلولها در طحال تخریب می شوند و یا به علت عملکرد غیر طبیعی از بین می روند و کاهش در سلولهای قرمز خونی منجر به کم خونی می شود.

کم خونی شدید فرد را خسته و رنگ پریده می نماید، همچنین توانایی حمل اکسیژن به بافت ها را با مشکل رو به رو خواهد کرد. کودکانی که دچار کمخونی سلولهای داسی شکل هستند، ممکن است احساس درد در قفسه سینه، معده یا استخوانهایشان داشته باشند. درد ممکن است از چند دقیقه تا چند روز طول بکشد و شدید یا خفیف باشد. وقتی این اتفاق می افتد، به آن بحران سلولهای داسی شکل میگویند. بعضی شرایط خاص میتوانند به بحران سلولهای داسی شکل منجر شوند. مثلا اگر کودک در سرمای شدیدی باشد، یا به بیماری خاصی مبتلا شود یا به اندازه کافی مایعات ننوشد ممکن است در معرض خطر این بحران قرار بگیرد. پزشکان با تجویز داروهای قویو مایع درمانی تا حد زیادی به تسکین درد بیماران کمک میکنند.

چون کودکان مبتلا به کم خونی سلولهای داسی شکل تعداد کافی از سلولهای قرمز خون طبیعی ندارند، خیلی زودتر از بچه های دیگر خسته میشوند. همچنین آنها به راحتی به عفونتهای مختلف دچار میشوند و ممکن است به اندازه دوستانشان سریع رشد نکنند.



سلامت

است که این عارضه نیز به نوبه خود منجر به آسیب اندامهای حیاتی بیمار مانند قلب، کبد و ... میشود. استفاده از این روش درما نی در مبتلایان به تالاسمی ماژور، نیازمند تجویز داروهای حذف کننده آهن مانند دفروکسامین است.

علی رغم پیشرفت های کنونی، بیماران مبتلا به تالاسمی و کم خونی داسی شکل هم چنان متحمل رنج ناشی از مبارزه دایم با این اختلالات مزمن می باشند. این مساله می تواند تا پایان عمر بیمار ادامه یابد، زیرا هیچ یک از موارد درمانی اشاره شده نمیتواند موجب بهبودی قطعی و کامل بیمار گردد و تنها از عوارض آن میکاهد. با توجه به نکات ذکر شده و بررسی های صورت گرفته توسط دانشمندان، میتوان پیوند سلول های بنیادی (HSCT) را تنها راه درمانی مؤثر در هموگلوبینوپاتیها دانست. امروزه درمان هموگلوبینوپاتیها از جمله تالاسمی و آنمی داسی شکل توسط HSCT پیشرفت های زیادی داشته و، مرهون روش های جدیدی است علاوه بر این داروهای جدیدی که در سرکوب سیستم ایمنی پس از پیوند جهت جلوگیری از پس زدن آن به کار میروند، همچنین تسهیل بازسازی سیستم ایمنی و درمانهای حمایتی برای جلوگیری از عفوتهای فرصت طلب، استراتژیهای کاهش سمیت و ازدیاد منابع در دسترس جهت تخلیص سلولهای بنیادی، از دیگر عواملی هستند که در تبدیل پیوند مغز استخوان به یک گزینه درمانی مطمئن در هموگلوبینوپاتیها نقش دارند.

عدم وجود اهداکننده مناسب یکی از محدودیت های عمده در پیوند مغز استخوان است، در استفاده از سایر منابع سلولی نیز، صرف نظر از محدودیت منابع، مشکل اساسی احتمال رد پیوند میباشد. به همین دلیل در کنار توسعه و تعدیل روش های موجود، روش های دیگر نیز جهت درمان اختلالات هموگلوبین مورد بررسی قرار گرفته اند که از جمله آن ها استفاده از سلولهای بنیادی پرتوان القا شده است.

ندارند، مگر آن که آزمایش خون جهت آن ها انجام شود. اگر یکی از والدین حامل ژن تالاسمی باشد، در هر بارداری احتمال دارد ۵۰ درصد فرزندان ناقل باشند ولی هیچ یک از فرزندان آن ها تالاسمی ماژور نخواهند داشت. نکته ی مهم برای این افراد این است که بدانند در صورت ازدواج با فرد مشابه خود (ناقل سالم) یعنی اگر پدر و مادر مینور باشند، در هر بارداری ۲۵ درصد احتمال دارد که فرزند آن ها به تالاسمی ماژور مبتلا شود.

تالاسمی ماژور:

اگر فردی دو ژن ناسالم را از والدین خود به ارث ببرد به بتا تالاسمی ماژور مبتلا می شود. تظاهرات بالینی بتا تالاسمی ماژور بدنبال آنمی همولیتیک مزمن ناشی از عدم تعادل بین تولید زنجیره α و غیر α در گلبول های سرخ و کاهش تولید هموگلوبین است. کم خونی معمولاً شدید است و باعث اختلال رشد و نارسایی قلبی می شود. تالاسمی ماژور یک بیماری جدی است و بیماران نیازمند تزریق خون و سایر درمان های طبی خواهند بود.

عوارض بالینی تالاسمی ناشی از کم خونی شدید است. هم چنین بزرگی طحال و کبد به دلیل تخریب بسیار زیاد اریتروسیتها و همو لیز آن ها خارج از مغز استخوان، از دیگر عوارضی است که خود موجب افزایش بار آهن در این اندامها میشود. ایران بر روی کمربند تالاسمی قرار دارد و شیوع این بیماری توسط WHO ۵ درصد گزارش شده است.

درمان

درمان قطعی در این بیماران پیوند مغز استخوان است که مشکلات خاص خود را دارد درمانهای دیگری نیز برای کنترل عوارض وجود دارد که هیچ کدام درمان قطعی نیستند و اصل بیماری را از بین نمی برند اما در کنترل آن موثرند از جمله تزریق مکرر خون جهت اصلاح کم خونی در تالاسمی ماژور است که با طبع عوارضی را بدنبال دارد از مهم ترین عوارض تزریق منظم خون، افزایش ذخیره آهن در بدن

تالاسمی:

تالاسمی شایعترین بیماری ژنتیک ایران است و نسبت به سایر هموگلوبینوپاتیها مانند کم خونی داسی شکل، با داشتن بیش از ۲۰۰ جهش ژنی مختلف از ژنتیک نسبتاً پیچیده تری برخوردار است. این بیماری با خودنمایی های بالینی متفاوتی از حالت کاملاً بدون علامت تا وضعیتی بسیار شدید و وخیم بروز می کند. ژن معیوب به صورت مغلوب و غیر وابسته به جنس از نسلی به نسل دیگر منتقل می شود. در هر منطقه جغرافیایی تمامی انواع جهش ها با فراوانی یکسان دیده نمی شود و در هر حوزه، بطور عمده بین ۵ تا ۱۰ جهش شایع تر است که با استفاده از این اطلاعات می توان مبدا اصلی ژن معیوب را شناسایی کرد. هر بیمار تالاسمی ماژور در طول زندگی متحمل مسایل اقتصادی، اجتماعی و روانی ناشی از نیاز به تزریق خون مداوم و مراقبت های پزشکی ویژه ای می شود. ضمن این که بار این بیماری به سیستم بهداشتی درمانی کشور نیز وارد میشود. این در حالی است که این بیماری قابل کنترل و پیشگیری است. مشکل اصلی بیماران مبتلا به تالاسمی اشکال در تولید زنجیره های هموگلوبین است و بر حسب این که نقص یادشده در تولید کدام یک از انواع زنجیرها باشد، به اسامی مختلف آلفا، بتا، گاما، دلتا و ... نام گذاری و طبقه بندی می شوند. از انواع مذکور، تالاسمی آلفا و بتا به دلیل شیوع بیشتر اهمیت بیشتری دارند. تالاسمی بتا برحسب این که میزان نقص در تولید زنجیره بتا چه اندازه باشد به انواع متفاوت تقسیم بندی می شوند.

تالاسمی مینور:

اگر فردی یک ژن سالم را از یک والد و یک ژن معیوب را از والد دیگر برای ساختن زنجیره ی بتا به ارث ببرد، ناقل سالم مینور است، این فرد بیمار محسوب نمی شود، زیرا دارای یک ژن سالم برای سنتز زنجیره ی بتا است. افراد ناقل سالم زندگی عادی دارند و می توانند فعالیت های معمول زندگی را به طور طبیعی انجام دهند. این افراد از وضعیت خود آگاهی

– سهیلا رهگذر، منصوره السادات انتظار قائم، مرجان عابدی، فاطمه منتظری، کاربرد سلول های بنیادی در درمان هموگلوبینوپاتی ها، فصلنامه پژوهشی خون، دوره ۹ شماره ۳ مکر پاییز
– دستور العمل کشوری اصول پیشگیری و مراقبت بیماری های غیر واگیر،
– سعیده حاجی زمانی، محمد علی جلالی فر، کاوه جاسب، نجم الدین ساکی، مروری بر هموگلوبینوپاتی های نادر گزارش شده در ایران، ژنتیک در هزاره سوم. سال یازدهم / شماره ۳

منبع:



چرا غذاهای کم چرب می توانند شما را چاق کنند؟

امروزه با وجود برچسب های غذایی بسیاری شامل کلمات: قند پایین، کم چرب، کم نمک، بعید است که نتوانید مقداری از محصولات غذایی کم چرب یا بدون چربی را در آشپزخانه ی خود بیابید.

در حقیقت بسیاری از این محصولات کم چربی نامیده می شوند، ممکن است بیشتر مضر باشند تا سودمند و در نهایت به جای آنکه وزن شما را کم کنند، آن را افزایش می دهند.

از آنجایی که همه ی ما تلاش می کنیم تا لاغرتر شویم و بهتر به نظر برسیم ، بسیاری از ما به سس سالادهای کم چرب ، شیرینی های کم چرب و شیر کم چرب روی می آوریم و حتی از مارگارین و شیرین کننده های مصنوعی استفاده می کنیم تا اضافه وزنمان را کم کنیم، به طوری که تقاضا برای غذاهای کم چرب به طرز چشم گیری در سال های اخیر افزایش یافته است چرا که مردم نسبت به سلامتشان جدی تر شده اند.

ولی با این حال ، تناقضی وجود دارد و آن این است که ، علی رغم تمایل و دسترسی زیاد به این نوع غذاها و آشامیدنیها ، هنوز میزان چاقی و خطر بروز بیماری ها کاهش چندانی نداشته است.

عناصر اصلی سازنده این نوع غذاها

دلیل واقعی اینکه این غذاها از نظر چربی پایین در نظر گرفته می شوند چیست؟ صنایع غذایی به منظور کاهش درصد چربی برخی خوراکی ها مجبورند خوراکی ها را به وسیله افزودنی های مصنوعی بهبود بخشند تا مانع از بین رفتن مزه محصول «پرچرب» اصلی شوند و آن خوراکی را برای مصرف کننده لذیذ و دلچسب نمایند. اغلب این افزودنی ها شامل ، فیبرها، پروتئین ها، امولوسیون کننده ها، و بهبود دهنده های طعم می باشند، با اضافه کردن این افزودنی ها همان لذتی که از خوردن غذاهای پرچرب می بریم را تجربه خواهیم کرد.

برچسب

به منظور اینکه دقیقاً روشن شود چه چیزی می خوریم، خواندن برچسب خوراکی بسیار مهم است. چنانچه برچسب ماده غذایی را به عنوان کم

چرب بخوانیم ممکن است تنها به چربی یا مواد مغذی ادعا شده در آن نگاه کنیم . این ماده بدون چربی، دارای کم تر از ۰/۵ گرم چربی در هر وعده ی آن است و یا دارای درصد بدون چربی است که برپایه ی هر ۱۰۰ گرم محاسبه شده . وقتی یک محصول به عنوان کم چرب و یا صددرصد بدون چربی معرفی می شود، می تواند نشان دهد که محصول بدون چربی است و چربی اضافه ای ندارد.

هم چنین محصولی کم چرب تلقی می شود که در حدود ۳ گرم چربی و یا کم تر در هر وعده خوراکی دارد. در نهایت واژه چربی کاهش یافته (reduced fat) وجود دارد که تا ۲۵ درصد چربی می باشد و یا نسبت به محصولات معمول کم چرب تر است.

استدلال:

در مطالعات اخیر که توسط موسسه food and brand lab انجام گرفته است، نشان داده شده که درج برچسب کم چرب برروی مواد غذایی ، مردم را تشویق می کند این محصولات را تا ۵۰ درصد بیش تر از مواد غذایی که برچسب آنها بدون ادعای کم چرب است، مصرف کنند. اساساً در این تحقیق ، تنها دیدن کلمه ی (کم چرب) واقعاً مردم را تشویق کرده بود که به سادگی ۸۴ کالری اضافه مصرف کنند.(تنها به خاطر برچسب کم چرب روی یک محصول که باعث شده بود، افراد به اشتباه فکر کنند آن محصول کالری کم تری دارد).

پس چرا زدن برچسب کم چرب باعث پُر خوری افراد می شود؟

در مطالعه ای ثبت گردیده است که دادن غذای دارای برچسب کم چرب به افراد ، صرف نظر از اینکه آنها در وزن عادی باشند یا دارای اضافه وزن ، باعث می شود که دریافت غذایی شان را تا ۲۵/۱ درصد بیش تر از میزان مناسب برای آن وعده افزایش دهند.

به طوری که افراد تحت بررسی، باور داشتند خوراکی هایی که تحت عنوان (کم چرب) برچسب خورده اند حدود ۲۶۰ کالری (کم تر از مقداری که واقعاً دارند) دارا هستند و همه ی آنان اظهار داشتند که از خوردن غذاهای کم چرب احساس گناه کم تری می کردند.

جمع آوری و ترجمه: ندا جلیلیان



سلامت

شکر باشند، حتی در صورتی که به تازگی آبیگری شده باشند، هم چنین یک میوه کامل از نظر ویتامین ها و نیز فیبر، غنی تر است.

هنگامی که ما یک میوه ی کامل را می خوریم، فیبر یک لایه ی محافظتی را تشکیل می دهد که به عنوان یک سد در مقابل جذب روده ای عمل می کند. به طوریکه این عمل، جذب قند را کاهش می دهد.

درنوشابه ها ی گازدار، آب میوه ها و نوشیدنی های تصفیه شده، این سد از بین رفته است که منجر به انباشته شدن قند اضافه در کبد می شود.

مخلوط غلات ترکیب شده نظیر گرانولا بار

برخی از ما از مشتقات غلات به عنوان عصرانه استفاده می کنیم و فکر می کنیم که این یک گزینه ی سالم تر است، اما باید دانست که بسیاری از این مشتقات غلات حاوی مقدار انبوهی از قند هستند. لذا توصیه می شود که، خودمان در خانه این خوراکی را تهیه کنیم و به جای شکر از عسل و شیرین کننده های طبیعی استفاده کنیم.

در صورتی که مجبورید آن را از بیرون از منزل تهیه کنید، به دنبال محصولی باشید که از دانه های کامل تهیه شده و اگر گرانولا بارهایی را که پرفیبر و فاقد شکر اضافی هستند را تهیه کنید به احتمال زیاد این دانه ها شما را برای مدت طولانی تری سیر نگه خواهد داشت و مخلوط غلات پر نمک خود را با مخلوط های خانگی جایگزین کنید، یک مخلوط خانگی خوب، می تواند شامل مقداری میوه خشک شده با آجیل مخلوط خام و بدون نمک برای یک میان وعده سالم و قابل حمل باشد.

میان وعده های بدون گلوتن

به نظر می رسد، امروزه، در ذهن همه صرف نظر از اینکه آیا واقعاً حساسیت به مصرف گلوتن یا عدم تحمل گلوتن دارند یا خیر یک تمایل شدید به مواد غذایی فاقد گلوتن وجود دارد که شامل نان ها و شیرین های بدون گلوتن تا حتی پیتزای بدون گلوتن می باشد.

بایستی توجه داشت که هیچ ارتباطی بین «بدون گلوتن» بودن و «بدون چربی» بودن یک محصول وجود ندارد.

گلوتن تنها یک پروتئین است که در گندم، نان و جو وجود دارد و تنها زمانی باید از آن پرهیز کنیم که حساسیت به گلوتن یا عدم تحمل گلوتن داشته باشیم.

با قند معمولی خطر دیابت را افزایش می دهند. در مطالعه ای که توسط محققین دانشگاه THSC صورت گرفت و در نشست اخیر انجمن دیابت آمریکا، مطرح گردید که مصرف نوشابه های رژیمی در افراد برای مدت حدود ۱۰ سال، منجر به افزایش دورکمر آنان به میزان ۷۰ درصد بیش از دورکمر افراد مصرف کننده نوشابه های غیررژیمی است. به علاوه افرادی که در روز دو نوشابه رژیمی یا بیشتر می نوشند، بیشتر افزایش دور کمر داشتند. هم چنین تحقیقات اخیر، مصرف نوشابه های رژیمی را با نرخ بالاتر سکنه، حمله های قلبی و سایر مشکلات مهلک قلبی عروقی و سندروم متابولیک مرتبط دانسته اند. لذا توصیه می شود که کلاً به جای مصرف نوشابه ها، تمامی آنها را با آب معدنی های گازدار که دارای یک چاشنی لیمو یا نعنا هستند، جایگزین کنیم.

ماست کم چرب

ما بایستی تنها براساس مقدار کالری موردنیازمان از انواع ماست ساده و غیر شیرین انتخاب کنیم، چرا که این کار تضمین می کند که پروبیوتیک های داخل ماست به همان صورت که درنظر گرفته شده، داخل بدن فعالیت خواهند نمود.

شیرین کننده های مصنوعی

ترکیباتی مانند آسپارتام، ممکن است بدون کالری باشند اما بدن شما فریب نمی خورد. بدنتان همیشه هنگامی که مزه شیرین شده را دریافت می کند، به دنبال آن انتظار کالری دارد و هنگامی که چنین اتفاقی رخ ندهد می تواند منجر به تغییرات بیوشیمیایی در مغز شود که در نهایت ممکن است منجر به افزایش وزن شود. ما مصرف شیرین کننده های مصنوعی را توصیه نمی کنیم چرا که، سوء مصرف آن می تواند سرطان را باشد در عوض پیشنهاد می شود که از قندهای تصفیه نشده، (شکر قهوه ای) عسل و ملاس اما در مقادیر بسیار کم استفاده شود.

آب میوه ها

بسیاری از ما فکر می کنیم، کودکان تحت درمان به جای نوشابه های گازدار فقط می توانند، از آب میوه ها استفاده کنند. با این حال، بسیاری از متخصصین معتقدند که نوشیدنی های شیرین شده در هر شکلی، باعث افزایش دورکمرمان می شوند. ما به جای آب میوه توصیه به مصرف میوه کامل می کنیم، چرا که آب میوه ها ممکن است حاوی مقدار زیادی

هم چنین به خاطر اینکه غذا های فاقد چربی لذیذ شوند، تولیدکنندگان باید موادی را به آن ها بیفزایند به همین علت است که وقتی شما از افزودن به غذا دوری می کنید، به نظر می رسد غذا بی مزه است.

مهمترین نکته ثبت شده، شکر اضافی است که به گفته کارشناسان، علت واقعی چاق شدن ما است و در نهایت در سلول های چربی مان ذخیره می شود. شکر ما را برای بیشتر خوردن ترغیب می کند و در نهایت جلو کاهش وزنمان را می گیرد.

غذاهای رژیمی و جایگزین های سالم، شیرینی ها و آبنبات های بدون قند:

بایستی توجه داشته باشیم که غذای (بدون شکر) معادل (بدون چربی) نمی باشد. وقتی خوراکی بدون قند است، بدین معنی است که حاوی شیرین کننده های مصنوعی مثل ساکارالوز و آسپارتام می باشد که در صورت مصرف بیش از حد می تواند به صورت بالقوه سرطان زا باشد. لذا بهتر است که در عوض خودمان شیرینی های خانگی را با کمترین مقدار شکر و چربی تهیه کنیم. پوره سیب می تواند به عنوان جایگزین های چرب استفاده شود درحالی که میوه های خشک شده می توانند جهت دادن طعم شیرین به وعده غذایی اضافه گردند.

غلات صبحانه

غلات صبحانه یکی از گزینه های بسیار سالم هستند، اما همیشه توصیه به انتخاب گزینه هایی نظیر: ساده، بدون قند و تهیه شده از دانه های کامل (سیوس دار) می شود.

سس های سالاد کم چرب

اگرچه هنوز هم سس های لذیذ سالاد را دلبذیرتر می کنند، توصیه می شود به جای استفاده از سس، از چاشنی هایی مثل خردل، سرکه بالزامیک، گیاهان و مقدار اندکی روغن زیتون سالم، استفاده کنیم.

هم چنین ماست، پنیرفتا، و حتی یک پره لیمو ترش هم می توانیم به سالادمان بیفزاییم زیرا سس های سالاد مقدار بالایی چربی و افزودنی دارند.

نوشابه های رژیمی

اخیراً بحث هایی پیرامون سالم بودن و خطرات مصرف نوشابه های رژیمی به وجود آمده است. بایستی توجه داشت که نوشابه های رژیمی بیشتر از نوشابه های



مغز و نخاع حمله می‌کند. هنگامی که این اتفاق رخ می‌دهد، آن در عملکرد مناسب عصبی (هم عملکرد فیزیکی و هم ذهنی) تداخل ایجاد می‌کند.

عوامل دیگری که ممکن است مشکلات حافظه را تشدید کنند عبارتند از: استرس، خستگی، اضطراب و کمبود خواب، یعنی تمام عناصری که بطور مشترک با MS باعث آزار بیماران می‌شود.

تشخیص علائم مشکلات حافظه در MS

علائم شناختی MS می‌تواند در مراحل اولیه این بیماری ظاهر شوند و ممکن است این علائم در ابتدا خفیف باشند. بنابراین علائم ممکن است نادیده گرفته شوند و یا تحت الشعاع شروع علائم فیزیکی MS قرار گیرند.

علاوه بر از دست دادن حافظه کوتاه مدت، نشانه‌های دیگری که می‌تواند اختلالات شناختی و ذهنی مربوط به MS را نشان دهند، عبارتند از:

- اشکال در حل مسئله و انجام تکالیف و وظایف چندگانه
- کند ذهنی
- اشکال در بازنمایی بصری و روابط فضایی (مثل خواندن یک نقشه)
- تغییرات شخصیتی
- اشکالات گفتاری
- اشکال در عملکرد شغلی

برای بسیاری از افراد، علائم شایع MS شامل آسیب و اختلال در بعضی از عملکردهای ذهنی است. حدود نیمی از افراد مبتلا به MS با مشکلاتی در حافظه، دقت و تمرکز و همچنین پردازش اطلاعات درگیرند.

علائم رایج مشکلات شناختی و حافظه

مشکلاتی در حافظه کوتاه مدت، مانند به یادآوردن نام یک شخص و یا شماره تلفن، در بیشتر افراد مبتلا به MS مشاهده می‌شود. نمونه‌های دیگر از اختلال در حافظه کوتاه مدت می‌تواند فراموش کردن ارسال یک نامه، رفتن به اتاق و فراموش کردن آنچه که به دنبال آن هستید، باشد. همچنین ممکن است شما مشکلاتی در تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی رویدادها و تنظیم یک برنامه جالب و سورپرایز داشته باشید. شناخت این نشانه‌ها اولین گام در شروع یک برنامه مدیریت بیماری است.

چرا و چگونه MS بر عملکرد شناختی تأثیر دارد؟

اشکال در حافظه کوتاه مدت، حل مسئله و دیگر تکالیف ذهنی از علائم رایج در MS است. در حقیقت، این علائم می‌توانند قبل از هر گونه ناتوانی جسمی ظاهر شوند. حال ببینیم چگونه اتفاق می‌افتد؟

MS زمانی رخ می‌دهد که سیستم ایمنی بدن به غلاف میلین اعصاب

مولتیپل اسکلروزیس (M.S) و حافظه

گردآوری و تنظیم:
معاونت آموزش و پژوهش



سایر چالش‌های احساسی در بیماری ام اس

بخشی از مغز مسوول کنترل احساسات بوده و سلسله‌ی اعصاب، پیغام‌رسانی برای ابراز احساسات را به عهده دارد. زمانی که این نواحی مغز به علت بیماری ام اس آسیب می‌بیند، شخص دچار تغییرات احساس غیرقابل پیش‌بینی می‌شود که ممکن است مربوط به ام اس باشد و یا شاید هم مربوط به مسائل احساسی باشد که برای شخص بیمار پیش آمده است و ربطی به بیماری ام اس نداشته باشد.

نوسان خلق و خو

نوسان خلق و خو در حقیقت به معنی تغییرات آنی و سریع در خلق و خوی شخص می‌باشد که معمولاً گاهی با سرخوشی و گاهی با افسردگی بروز پیدا می‌کند. درحالی‌که انسان‌ها هر یک به نوعی درکل زندگی خود گاهی تغییرات ناگهانی خلق و خو و دمدمی مزاجی را تجربه کرده‌اند اما بیماران ام اس، بیشتر در معرض چنین مشکلاتی هستند.

از آنجایی که تغییرات خلق و خوی می‌تواند در خانواده و جامعه مشکلاتی را برای شخص ایجاد کند، بسیار اهمیت دارد که شخص بیمار درخصوص این موضوع با اطرافیانش صحبت کند و این مساله را به اطلاع آنها برساند تا اینکه از برخی سوءتفاهمات پیشگیری شود. برخی از بیماران از داروهای تثبیت خلق و خو و یا ضد افسردگی استفاده می‌کنند.

برخی نیز از مشاوره‌های روانشناسی استفاده می‌کنند. هدف دراین موضوع تنها یافتن راهی برای مدیریت کردن احساسات و خلق و خو در فرد است و فرقی ندارد کدام راه را برمی‌گزینند تا این مسائل را مدیریت نماید. گاهی ترکیبی از تمامی این راه‌ها مفید واقع می‌شود.

احساس بازدارندگی

احساس بازدارندگی در بیماری ام اس، به معنی ازدست دادن کنترل برانگیز رفتارهای شخص می‌باشد که باعث می‌شود رفتار نامناسبی از شخص بیمار سر بزند. این مشکلی است که مدیریت کردن آن بسیار سخت است و می‌تواند بسیارمخاطره‌انگیز باشد به ویژه در میان اعضای خانواده شخص بیمار. زبان خشن و گاهی رفتارهای نامناسب می‌تواند توسط دارو کنترل شود.

نیز ممکن است به مغز شما جهت رشد راهکارهای جدید تقویت حافظه کمک کند.

• برخی افراد از یوگا و مدیتیشن نیز جهت تقویت حافظه استفاده می‌کنند. نکته مهم اینست که خود و ذهنتان را تا آنجاییکه امکان دارد مشغول نگه دارید.

حفظ روابط و سازماندهی ذهنی

وقتی قرار است با علائم MS مقابله شود، خانواده، دوستان و جامعه MS حمایت‌های ارزشمندی را ارائه می‌دهند. به عنوان مثال، فعالیت‌های صوتی (گفتگو با دیگران درباره علائم و مشکلات) همانند مربیان در دسترسی برای گوش دادن به تجربیات شما و به اشتراک گذاشتن تجارب خود در زمینه تلاش برای مدیریت بعضی از علائم فیزیکی و شناختی MS می‌باشند.

به خاطر داشته باشید، حفظ یک چشم انداز و دور نمای مثبت می‌تواند یکی از راهبردهای موثر بر MS در همه افراد باشد.

تاثیر تغییرات شناختی

تغییرات شناختی شدیداً بر تواناییهای فرد بیمار در انجام کار و مسوولیتها تاثیر می‌گذارد.

اعضای خانواده شخص معمولاً از تاثیر بیماری ام اس بر مسائل شناختی و ایجاد مشکلات شناختی بی‌اطلاع هستند و این بی‌اطلاعی باعث عصبانیت و یا سردرگمی اعضای خانواده می‌شود. بیماری ام اس آنقدر عوارض متعدد و گسترده ای دارد که می‌توان آنرا بیماری هزار چهره نامید. از آن لحظه‌ای که اولین علائم بیماری ظاهر می‌شود، فرد با چالش‌های عاطفی و احساسی شدیدی مواجه می‌شود که اولین آن چالشها، احساس بلاتکلیفی است.

دانش ما در مورد علل ایجاد این بیماری و اینکه دقیقاً چه چیزی باعث عود بیماری ام اس میشود درحال حاضر بسیار ناقص است.

بسیاری از افراد به محض اینکه متوجه می‌شوند به بیماری ام اس دچار گشته‌اند، فکرمی‌کنند که زندگی آنها تباہ گشته است و دچار یک شوک بزرگ می‌شوند. بسیاری از خود می‌پرسند:

چرا من؟ چرا من باید مبتلا به ام اس شوم، چه اتفاقی برای من افتاده است؟ با یک بیماری همانند ام اس، پاسخ به این سوالات، مشکل است.

تشخیص زود هنگام

گام اول در تشخیص، ارزیابی عملکرد ذهنی و شناختی است. این ارزیابی معمولاً توسط روانشناس یا متخصص مغز و اعصاب (نورولوژیست) انجام می‌شود و ممکن است چند ساعت طول بکشد. آزمون‌های زیادی جهت تشخیص و تعیین شدت علائم شناختی MS وجود دارد. این آزمون‌ها می‌توانند حافظه، توجه، سرعت پردازش اطلاعات، عملکرد اجرایی (مثل برنامه ریزی و تصمیم‌گیری)، مهارت‌های حرکتی و همچنین عملکرد دیداری فضایی و کلامی فرد را ارزیابی کنند.

آزمون‌های تشخیصی می‌توانند اطلاعاتی درباره این نوع مشکلات و همچنین به عنوان اقدامی جهت بررسی سیر بیماری استفاده شوند. هرچند، آزمون‌هایی را روانشناس یا متخصص مغز و اعصاب به عنوان یک اقدام اولیه به شما توصیه می‌کند، اما قبل از انجام این اقدامات، این علائم می‌تواند کار یا زندگی شما را مختل سازد.

با تشخیص زودهنگام، شما و پزشکتان می‌توانید یک راهکار درمانی بهتر را برای خودتان طراحی کنید.

مدیریت حافظه و MS

حدود ۵۰ درصد افراد مبتلا به MS درجاتی از اختلال در عملکردهای شناختی دارند. اما فقط ۱۰ - ۵ درصد این افراد مشکلاتشان بدی شدید است که فعالیت‌های روزمره آنان را مختل سازد. گرچه تجربه بعضی از سطوح آسیب حافظه یا دیگر آسیب‌های شناختی در MS رایج است.

اما شما روزانه با انجام کارهایی ساده می‌توانید حافظه‌تان را تقویت کنید و به آن نظم بخشید:

- حل جدول کلمات متقاطع و بازی با پازل و کارت‌های بازی به شما کمک می‌کند تا توجه و تمرکز و سازمان‌دراکی خود را بهبود بخشید در حالیکه این فعالیت‌ها سرگرم‌کننده نیز هستند.
- خواندن کتاب، مجله و روزنامه
- نوشتن هر مطلبی که دوست دارید و همچنین تهیه لیست کارهایی که باید انجام دهید.
- استفاده راهنماهای دیجیتال شخصی (ضبط صوتهای کوچک) برای سازماندهی اطلاعات مهم
- بازی نقش و یادگیری کارهای جدید



آسیب شناسی خنده و گریه درام اس

خنده و گریه پاتولوژیک، از علائم بیماری است که در آن شخص بیمار گاهی خنده و گریه ای را تجربه می کند که هیچ ربطی به حالت احساسی آن لحظه شخص ندارد. مثلاً خنده اغراق آمیز و قهقهه زدن شخص بیمار که غیر قابل کنترل باشد و غیر قابل پیش بینی می تواند به علت از بین رفتن میلین نورونها در ناحیه ای از مغز باشد که خنده را کنترل می کند. باید شخص بیمار و اطرافیانش نسبت به این عوارض بیماری آگاهی کامل داشته باشند چرا که در غیر این صورت به راحتی ممکن است باعث سوء تفاهات پیچیده ای شود. متأسفانه در حال حاضر درمان مشخصی برای این عارضه در بیماری ام اس وجود ندارد.

درک تغییرات شناختی در بیماری ام اس

عملکرد شناختی شامل موارد ذیل میگردد: - تمرکز، توجه و یا کانالیزه کردن توجه به سمت چند چیز مختلف - یادگیری و به خاطر آوردن اطلاعات. - برنامه ریزی، انجام وظایف و کنترل فعالیت های شخص - تفکر و اندیشه کردن، دلیل آوردن و استرس مسائل و حل کردن مشکلات - فهم زبان و استفاده کردن از آن - تشخیص اشیاء، نصب کردن اشیاء و برآورد فواصل توانایی های فوق در افراد معمولی که بیمار نیستند نیز بسیار با هم فرق می کند و برخی انسانها در مسائل فوق قوی تر و برخی ضعیف تر می باشند. بیماران ام اس که پروسه تخریب میلین سلولهای عصبی را در مغز و اعصاب مرکزی دارند اغلب بیشتر از بیمارانی که تخریب میلین سلولها یا عصاب آنها در ناحیه بصل النخاع و نخاع و مخچه اتفاق افتاده است، دچار مشکلات شناختی می شوند. شناخته شده ترین نوع مشکلات شناختی در بین بیماران ام اس مشکلات حافظه است که در آن بیمار آخرین اتفاقات را سخت به خاطر می آورد و یا کارهایی را که برای آن برنامه ریزی کرده است را از یاد می برد و یا جای اشیاء را به خاطر نمی آورد. برای برخی افراد بیمار ام اس تمرکز برای مدت طولانی سخت است مثلاً قدرت انجام دادن همزمان دو کار را با هم ندارند مثلاً اینکه هم بتوانند تلویزیون ببینند، هم صحبت کنند و هم رادیو روشن باشد و آن را بشنوند. برخی از بیماران ام اس احساس می کنند که بعد

از ابتلا به بیماری ام اس، به آن سرعت و توانمندی پیش از بیماری قادر به انجام بسیاری فعالیت ها نیستند. آیا فعالیت های ذهنی می توانند مانع بروز مشکلات مربوط به حافظه در بیماران ام اس گردند؟ آن دسته از سبکهای زندگی که با فعالیتهای روحی همراه هستند، می توانند مانع بروز مشکلات مربوط به یادگیری و حافظه در بیماران ام اس گردند. بسیاری از بیماران مبتلا به ام اس با مشکلات حافظه و یادگیری روبه رو هستند. این مطالعه نشان می دهد که داشتن فعالیتهای ذهنی در زندگی روزمره، می تواند تا حد زیادی، باعث کاهش میزان اثرات مضر حاصل از آسیب های مغزی گردد. این گفته به این معنی است که توانایی حافظه و یادگیری در کسانی که فعالیت های ذهنی بالا دارند، حتی با وجود آسیب های زیاد مغزی (آتروفی مغز در اسکن مغز) می تواند در سطح عالی باقی بماند. در مقابل، بیماران با فعالیت ذهنی کمتر، بیشتر در معرض مشکلات حافظه و یادگیری قرار می گیرند حتی اگر میزان صدمات مغزی حاصل از بیماری در آنها در سطح بسیار کم باشد. مطالعه نشان داد آنهایی که در زندگی روزمره شان دارای فعالیتهای ذهنی هستند در امتحانهای یادگیری و حافظه نمرات بهتری را کسب میکنند، حتی با وجود داشتن صدمات مغزی زیاد. برای مثال در آزمون شفاهی یادگیری و حافظه، تعداد پانزده آزمون از شرکت کنندگان به عمل آمد؛ بدین ترتیب که از آنها خواسته شد یک لیست حاوی ده لغت را بخاطر بسپارند و بعد از سی دقیقه آنها را از حفظ بگویند. در میان کسانی که از زندگی ذهنی فعالی برخوردار بودند، میزان یادگیری و یادآوری کلمات در هر دو گروه (دارای صدمات مغزی کم و زیاد) یکسان بوده است. در مقابل، افرادی که در زندگی روزمره شان از فعالیتهای ذهنی کمتری برخوردار بودند، نه تنها یادگیری شان به کندی انجام میشد بلکه تعداد لغاتی را که میتوانستند بعد از سی دقیقه به یاد بیاورند هم کم بود و البته میزان یادگیری و بخاطر آوری لغات در میان کسانی که صدمات ذهنی بیشتری داشتند نسبت به آنها که صدمات ذهنی کمتری داشتند، ضعیفتر بوده است. بروز مشکلات شناختی در بیماران ام اس امری بسیار معمول است. البته قبل از هر گونه توصیه موکد، بایستی تحقیقات گسترده و کاملتری در این خصوص انجام گیرد. البته

اینکه بیماران ام اس را تشویق نمائیم تا در آن دسته از فعالیت هایی که می تواند باعث بهبود «ذخیره شناختی» شان شود، مشارکت داشته باشند، امری بسیار منطقی به نظر میرسد. پاره ای از این فعالیتهای عبارتند از: جدول کلمات متقاطع، پازل ها، بازی کلمات، ورزشهای منظم و برقراری روابط اجتماعی.

مطالعات در این خصوص نشان داده است که مشارکت در فعالیتهای شناختی اوقات فراغت، مثل مطالعه کتاب و بازی های فکری، همچنین می توانند از اثرات مخرب بیماری آلزایمر جلوگیری نمایند. البته برای اثبات ارتباط فعالیتهای ذهنی اوقات فراغت با «ذخیره شناختی» در بیماران ام اس، نیازمند انجام تحقیقات بیشتری می باشیم. محققان با بررسی بیماران ام اس دریافتند که انجام ورزشهای هوازی از کمبود حافظه آنها می کاهد و حجم هیپوکامپوس مغز را افزایش میدهد.

تحقیقات نشان داده است که ورزشهای هوازی تأثیرات مثبتی بر مغز و حافظه افراد مبتلا به ام اس دارند. عنوان این تحقیقات به شرح زیر است:

ورزشهای هوازی حجم هیپوکامپوس را افزایش میدهد و حافظه را بهبود میبخشد. ضعف در هیپوکامپوس مغز در بیماران ام اس باعث کاهش حافظه میشود، این اتفاق در ۵۰ درصد بیماران ام اس میافتد. هنوز درمان قطعی و موثری برای این مشکل پیدا نشده است.

ورزشهای هوازی میتوانند اولین درمان موثر برای بیماران ام اس با مشکلات حافظه باشند. به علاوه ورزشهای هوازی قابل انجام، کم هزینه و بدون عوارض هستند. ورزشهای غیر هوازی در این زمینه تأثیر خاصی نداشتند. تأثیرات ورزشهای هوازی بر حافظه بسیار منحصر به فرد بودند، اما ورزشهای هوازی بر کارایی شناختی و سرعت پردازش مغز تأثیری نداشتند.

ورزش هوازی باعث افزایش ۱۶٫۵ درصدی حجم هیپوکامپوس و افزایش ۵۳٫۷ درصدی حافظه شد.

ورزشهای غیر هوازی تأثیر چندانی بر هیپوکامپوس نداشتند و تغییری در حافظه ایجاد نکردند.

محققان معتقدند که این یافتهها به درمان مشکلات حافظه در بیماران ام اس کمک می کند.

اطلاعات راجع به حافظه این افراد با MRI، FMRI و پردازش حافظه جمع آوری شد.

بين الملل





ما از دیدگاه شما حمایت می کنیم :

حتی زمانی که با بیماری های فاز پایانی رو به رو می شوید هم ،می توانید به رویاها و آرزوهایتان برسید.آسایشگاه نمسته تمایل به پاسخ مثبت به تمام خواسته های شما دارد که باعث می شود آرزوها و رویاهايتان به حقيقت بپیوندند.

در باره ما:

ما یک آسایشگاه ارائه دهنده خدمات مراقبتی پزشکی و درمانی هستیم. از زمان تاسیس ما در ۱۲ سال قبل تمرکز ما روی ارائه خدمات به مردم منطقه دنور بوده و خواهد بود.

همه پرسنل ما دارای مدارک عالی هستند، دوره های زیادی دیده اند و در مراقبت های آسایشگاهی و مراقبت های مربوط به مرحله پایان زندگی، حرفه ای هستند.

کلمه نمسته یک عبارت برای سلام و درود (با نگاهی معنوی) در زبان سانسکریت است که معنای احترام متقابل را می رساند.هنگامی که از لغت نمسته (Namaste) برای احوالپرسی استفاده می کنیم در واقع می گوئیم (روح معنویت در من روح معنویت را در تو بر می انگیزد).

آنچه ما انجام می دهیم:

ما مراقبت های با کیفیت آسایشگاهی را با علاقه و تمرکز بر موارد زیر ارائه می کنیم:

• مراقبت های اختصاصی برای هر بیمار جهت رفع نیازها و خواسته های شخصی هر بیمار

• فراهم کردن آسایش ،عزت و بهبود کیفیت زندگی بیمارانتان بر اساس شرایط خودشان

• نمسته ، از طریق انجام انواع برنامه ها، بیمارانی را که محدودیت های بالقوه ای در زندگی دارند یا بیمارند ، حمایت و پشتیبانی می کند و آنان را تعلیم می دهد.

ما آنان را توانمند می سازیم تا تعیین کنیم کیفیت زندگی از نگاه آنان چه معنایی دارد و آنان را یاری می رسانیم تا به آن برسند.

روش ما برای انجام این کار

ما به عنوان افراد متخصص، بیمار و خانواده اش را درک می کنیم و تیمی را برای کمک جهت درک و رفع خواسته ها و نیاز های آنان فراهم می کنیم.

تیم آسایشگاه:

ما با یک تیم تعلیم دیده و حرفه ای متشکل از افراد زیر از بیماران مراقبت می کنیم:

- پرستار دوره دیده
- دستیار پرستاری (بهیار) دارای گواهی فعالیت
- مددکار اجتماعی
- کشیش
- مدیر پزشکی (پزشک دوره دیده)
- گروه داوطلبین برگزیده شده و دوره دیده
- هماهنگ کننده ها جهت مراسم ترحیم

آسایشگاه نمسته



فراهم سازی آسایش ، عزت و کیفیت زندگی ،با توجه به شرایط شما

انتخابی دلپذیر

برای افرادی که با بیماری های فاز پایانی مواجه اند:
(بیماری هایی که فرد مبتلا به آنها نهایتاً ۶ ماه زنده خواهد ماند)

ترجمه: واحد امور بین الملل



بین المللی

خانواده از مراقبت به مدت ۵ روز متوالی در دسترس است. خدمات مراقبتی با ارائه امکانات پرستاری حرفه ای فراهم شده است.

بخش عمومی بستری آسایشگاه :

مراقبت های کوتاه مدت بستری ممکن است در صورت نیاز فوری بیمار و خانواده اش مورد نیاز باشد. در این مرحله از مراقبت اغلب در مواقع کنترل درد و یا وقتی نیاز به کنترل نشانه های حاد هست انجام می شود و مراقبت های لازم تنها می توانند با ارائه خدمات پرستاری حرفه ای یا در بیمارستان ارائه شوند. زمانی که علائم بیماری به خوبی کنترل شدند، بیمار به مراقبت های معمول و جاری قبلی خود باز می گردد.

چگونه یک بیمار را ارجاع دهیم ؟

ما اینجاییم تا در ۲۴ ساعت شبانه روز و در ۷ روز هفته در ۳۶۵ روز سال به شما خدمت رسانی کنیم. تنها کاری که شما باید انجام دهید، تنها یک تماس تلفنی با شماره زیر است:

۳۰۳-۸۶۰-۹۹۱۵

آگاهی از طریق ایمیل :

Namaste@namastehospice.com

- هماهنگ کننده های مراقبت های بیمار در ۲۴ ساعت شبانه روز و ۷ روز هفته آماده خدمت رسانی هستند.

مراحل پذیرش:

روند پذیرش با یک تلفن به آسایشگاه از طرف یک عضو خانواده، دوست، پزشک یا دیگر پرسنل بهداشتی آغاز می شود. هماهنگ کننده آسایشگاه از شما اطلاعات کلی از جمله اجازه برای تماس با پزشک شخصی بیمار جهت اطمینان از واجد شرایط بودن وی برای دریافت خدمات آسایشگاهی، را درخواست می کند. زمان لازم برای ملاقات پرسنل آسایشگاه با بیمار و خانواده اش تعیین می شود و توضیحاتی راجع به خدمات مورد نیاز بیمار داده می شود. تیم آسایشگاه شما، بقیه مراقبت های لازم را انجام خواهد داد.

خانه ، امکانات آسان ساز زندگی، در خانه سالمندان، در مراقبت های محل اقامت بیمار و یا هر جایی که محل سکونت بیمار باشد

• فراهم سازی مراقبت های پرستاری و حمایتی، استحمام، کمک کردن در لباس پوشیدن ، مراقبت های روزانه لازم و فعالیت های مربوط به خانه

• ارائه پشتیبانی و حمایت های احساسی و معنوی برای بیمار و خانواده هایشان

• فراهم کردن خدمات اضافی که ممکن است با توجه به نیاز های بیمار احتیاج باشد

• انجام مراقبت (برای زمان محدود) وقتی که اعضای خانواده بیمار یا مراقبین وی ، در دسترس نباشند.

مراقبت های معمول:

تیم متخصص ما در کنار بیماران و خانواده شان تلاش می کند تا یک برنامه مراقبتی مناسب و مختص به هر شخص را ارائه کند. تیم آسایشگاه بر اساس یک برنامه زمانی آماده خدمت است و به طور ۲۴ ساعت برای مشاوره و مراقبت در دسترس می باشد.

• پرستاران تعلیم دیده ما شرایط بیمار را ارزیابی می کنند و در کنترل درد و دیگر علائم ، بیماران را یاری می کنند.

• دستیاران تعلیم دیده در حمام کردن، بهداشت فردی و فعالیت های ساده خانه داری بیماران را کمک می کنند.

• کشیش ها حمایت های معنوی لازم را برای فرد و خانواده شان انجام می دهند.

• مددکاران اجتماعی در تشخیص و حل مشکلات، کمک در مسائل مالی و مشاوره های بیمه و کمک برای برنامه ریزی مراسم ترحیم خدمت رسانی می کنند

• یک گروه از داوطلبین در کمک رسانی به بیماران در تامین نیازهای شخصی درمانی و فعالیت های تفریحی کمک می کنند.

مراقبت های کوتاه مدت:

برنامه های مراقبتی کوتاه مدت نیز برای بیماران در منزل جهت راحتی اعضا

نمسته ۱۲ سال قبل در منطقه دنور با هدف فراهم سازی مراقبت های دلسوزانه برای مردم دنور که با بیماری های محدود کننده مواجه اند ، تاسیس شد.

جهت اطمینان از انجام مراقبت های بالاترین کیفیت، ما اقدامات زیر را انجام می دهیم :

۱- پایین نگه داشتن نسبت پرسنل به بیمار

۲- تلاش جهت شناختن بیماران و خانواده هایشان

۳- تمایل به دادن پاسخ مثبت به درخواست ها

۴- توانمندسازی بیماران برای زندگی و اینکه قادر باشند همانگونه می خواهند دنیا را ترک کنند.

۵- ارائه خدمات منحصر به اهالی دنور

۶- ما به عنوان عضوی از گروه دنور که جامعه دنور را از طرق گوناگون یاری می رساند (صندوق آسایش نمسته، کافه و مراسم های مذهبی و خیریه) فعالیت می کنیم

خدمات آسایشگاهی چیست؟

خدمات آسایشگاهی نوع خاصی از مراقبت است که جهت فراهم سازی آسایش و پشتیبانی از اشخاص ، و خانواده هایی که با بیماری های محدود کننده در زندگی مواجه اند، انجام می شود.

تمرکز خدمات آسایشگاهی، روی مراقبت و راحتی بیمار به جای درمان آن است. هر کسی که به بیماری پیشرفته یا شرایط رو به خامتی که دیگر اقدامات در مانی موثر نیستند، مبتلا باشد ، می تواند مشمول مراقبت های آسایشگاهی شود.

آسایشگاه نمسته چه خدماتی را ارائه می کند ؟

• تهیه و پرداخت داروهای مربوط به بیمارانی که در فاز پایانی بیماری هستند.

• فراهم سازی تجهیزات پزشکی و پشتیبانی لازم در صورت نیاز

• فراهم سازی مراقبت برای بیماران در





جدول کنفرانس های بین المللی پاییز ۲۰۱۴

ردیف	زمان	عنوان	مکان برگزاری
۱.	۶ اکتبر ۲۰۱۴	درمان اختلالات چشمی	ایالات متحده آمریکا
۲.	۶ اکتبر ۲۰۱۴	ششمین کنفرانس بین المللی (علوم در جامعه)	ونکوور، کانادا
۳.	۱۵ اکتبر ۲۰۱۴	اکوکاردیوگرافی در بیماری های قلبی مادرزادی کودکان و بزرگسالان	ایالات متحده آمریکا
۴.	۳۰ اکتبر ۲۰۱۴	کنگره جهانی مباحثه ای برای ترمبوزیس و هماستوزیس	آلمان، برلین
۵.	۱ نوامبر ۲۰۱۴	کنفرانس آموزشی mater GP	استرالیا
۶.	۵ نوامبر ۲۰۱۴	پیش رفت های ایجاد شده در تشخیص های ملکولی قبل از تولد (پیش زادی)	بوستن ایالات متحده
۷.	۷ نوامبر ۲۰۱۴	پیری و (تأثیر آن بر) جامعه	منچستر
۸.	۲۰ نوامبر ۲۰۱۴	هفتمین کنگره بین المللی تازه های پرستاری	استرالیا
۹.	۲۹ نوامبر ۲۰۱۴	کنفرانس مهندسی شیمی و نرم افزار (JCCEA)	موریس
۱۰.	۳ دسامبر ۲۰۱۴	دومین کنفرانس بین المللی سلامت IIUM	کواتتان مالزی
۱۱.	۴ دسامبر ۲۰۱۴	بیستمین کنگره جهانی مباحثه ای مامایی، زنان و نازایی (COGI)	پاریس - فرانسه
۱۲.	۱۸ دسامبر ۲۰۱۴	کنفرانس بین المللی بهداشت روان عمومی و علوم اعصاب (ICPMN)	بنگلور - هند

ترجمه و تنظیم: ندا جلیلیان

منبع: <http://www.conferencealerts.com>

فرهنگی





فرهنگی



شب های قدر و اهمیت آن

انا انزلناه فی لیلہ قدر و ما ادرئک ما لیلہ القدر
ما قرآن عظیم الشان را شب قدر نازل کردیم و یا به
تعبیر حافظ رحمت الله علیه

آن شب قدری که گویند اهل خلوت امشب است
یارب این تاثیر دولت بر کدامین کوکب است.

رہایی یابند و بندگی محض به درگاه
باری تعالی نمایند و به آرامش واقعی
دست پیدا کنند و فخر و مباهات ورزند
به عظمت و قدرت یکتایی معبود و غیر
او به کس دل نبندند و به دنبال نروند.
اگر بخواهیم از معجزات و کرامات
شب قدر سخن بگوییم به راستی هیچ
اندیشه ای توان و قدرت پرداخت به
آن را ندارد تنها اشاره ای که می توان
به شب پر رمز و راز و شگفتی و غم
داشته باشیم این که شب قدر پناه
درمان درماندگان است.
رحمت و شفاعت و عظمت و عصمت
و عزت برای خوبان است، عفو و چشم
پوشی خالق نسبت به توبه کنندگان
است چرا که ماه میهمانی خداست و
قدر متعلق بر عزیزترین بنده خداست
پس از این رو تمایز و تفاوت این شبها
در وجود نازنین و پرمعنا و پراسرار
مولایمان علی است.

قدر، روز و شبی از ایام خداست با
این تفاوت که بسیار گران سنگ تر و
گرانقدرتر است ماه میهمانی خداست و
ویژه بودن رمضان و اهمیت جلال آن
در سایه شبهای قدر است.
شبهای قدر همان شب هایی است که
مرد خدا، دست خدا، دوست خدا،
معصوم خدا، جلوه یزدان، مظهر ایمان،
منطق انبیاء، طریق اولیاء، حقیقت
عالم، عزت آدم، شرف انسانیت،
پادشاه خوبان و در یک کلام؛ لافتی
الا علی در شأن اوست، شتابان و آرام
به سوی معبودشان دنیا را ترک کرد و
ماموریت و رسالت دشوار حق تعالی را
به فرزندانش سپرد.
به همین مناسبت، یکتای متعال
خداوند سبحان این شب را شب خلوت
، راز و نیاز، بخشش، گل نرگس
بوئیدن، بیامهدی گفتن، شب آرزوها
و حاجات و تقدیر را رقم زد تا بندگان
بتوانند از بند دیو و خواهش نفس

نویسنده: احمد مکرری



فرهنگی



موضوع: گزارش غربالگری جشن رمضان
مکان: مرکز همایش های بین المللی صدا و سیما
زمان: ۲۱ تیر ماه ۱۳۹۳

گزارش طرح غربالگری و سلامت جشن رمضان

مقدمه:

طرح غربالگری و سلامت جشن رمضان بنیاد امور بیماری های خاص هر ساله به عنوان بخشی از برنامه جشن رمضان برگزار می شود. این طرح امسال از بخش های ویزیت دندانپزشکی، غربالگری پروستات، مشاوره فردی و گروهی، معاینه/غربالگری سرطان های شایع زنان، اندازه گیری قند خون (دیابت) اتوبوس دیابت، اندازه گیری قد و وزن و فشار خون تشکیل شده بود که در طول مراسم برگزار شد.

اهداف این طرح ارتقا سلامت میهمانان و استفاده از درآمد ناشی از آن جهت اهداف خیر خواهانه بنیاد بود. بعلاوه با توجه به اهمیت تشخیص زودرس در پیشگیری از بیماری ها اجرای این گونه طرح ها می تواند موجب ارتقا سلامت شود.

همچنین توصیه ها و مشاوره های سلامتی در زمینه بیماریهای مختلف برای بیماران انجام شد.

مراحل اجرای برگزاری:

به طور کلی برنامه غربالگری شامل ۶ قسمت بود که در ۲ سالن محل همایش های بین المللی صدا و سیما برگزار شد. برنامه ها بدین شرح بودند:

- ویزیت دندانپزشکان :
- غربالگری پروستات (PSA) :
- نتایج نمونه های گرفته شده از شرکت کنندگان پس از طی مراحل در

آزمایشگاه مرکز خاص شرق به اطلاع شرکت کنندگان رسید.

مشاوره فردی و گروهی:

آموزش ها و مشاوره های سلامت به شرکت کنندگان داده می شود، مشاوره ها شامل قسمت های زیر بود:

- روانشناسی، دیابت، فشارخون و بیماری های کلیوی - تغذیه- زنان

معاینه/غربالگری سرطان های شایع زنان :

هزینه این طرح ۲۰ هزار تومان بود. در این قسمت غربالگری پستان از طریق معاینه پزشک و غربالگری سرطان دهانه رحم از طریق تست پاپ اسمیر انجام می شد

اندازه گیری قند خون (دیابت) :

اتوبوس دیابت در محل ورود میهمانان (سالن خورشید) مستقر شده بود و غربالگری دیابت را انجام می داد. (این طرح رایگان برگزار شد)

اندازه گیری قد و وزن و فشار خون

که برای میهمانان انجام شد.

در طول اجرای طرح ، فیلم های آموزشی شامل توضیح طرح و نکات سلامتی توسط متخصصین و گروه فیلم برداری تهیه شد.

ترجمه: واحد آموزش و پژوهش



فرهنگی

به روز مرگ چو تابوت من روان باشد
گمان مبر که مرا درد این جهان باشد

برای من مگری و مگو دریغ دریغ
به دوغ دیو درافتی دریغ آن باشد

جنازهام چو ببینی مگو فراق فراق
مرا وصال و ملاقات آن زمان باشد

مرا به گور سپاری مگو وداع وداع
که گور پرده جمعیت جنان باشد

فروشدن چو بدیدی برآمدن بنگر
غروب شمس و قمر را چرا زبان باشد

تو را غروب نماید ولی شروق بود
لحد چو حبس نماید خلاص جان باشد

کدام دانه فرورفت در زمین که نرست
چرا به دانه انسانیت این گمان باشد

کدام دلو فرورفت و پر برون نامد
ز چاه یوسف جان را چرا فغان باشد

دهان چو بستی از این سوی آن طرف بگشا
که های هوی تو در جو لامکان باشد

مولوی



جدول و شعر

8			4		6			7
						4		
	1					6	5	
5		9		3		7	8	
				7				
	4	8		2		1		3
	5	2					9	
		1						
3			9		2			5



The Anti-Cancer Diet

Cancer Nutrition Tips and Cancer-Fighting Foods

Whether you have a history of cancer in your family, or are currently battling the disease, lifestyle factors, including your diet, can make a huge difference in helping you fight off cancer. Some foods actually increase your risk of cancer, while others support your body and strengthen your immune system. By making smart food choices, you can protect your health, feel better, and boost your ability fight off cancer and other disease

What you need to know about cancer and diet

Not all health problems are avoidable, but you have more control over your health than you may think. Research shows that a large percentage of cancer-related deaths—maybe even the majority—are directly linked to lifestyle choices such as smoking, drinking, a lack of exercise, and an unhealthy diet. Avoiding cigarettes, limiting alcohol, and getting regular exercise are a great start to an anti-cancer lifestyle. But to best support your health, you also need to look at your eating habits.

What you eat—and don't eat—has a powerful effect on your health, including your risk of cancer. Without knowing it, you may be eating many foods that fuel cancer, while neglecting the powerful foods and nutrients that can protect you. If you change your diet and behaviors, you can minimize your risk of disease and possibly even stop cancer in its tracks.

Simple tips for getting more plant-based foods in your diet

- Breakfast: Add fruit and a few seeds or nuts to your whole grain breakfast cereal (such as oatmeal).
- Lunch: Eat a big salad filled with your favorite beans and peas or other combo of veggies. Always order lettuce and tomato (plus any other veggies you can) on your sandwiches. Order whole grain bread for your sandwiches. Have a side of veggies like cut up carrots, sauerkraut, or a piece of fruit.
- Snacks: Fresh fruit and vegetables. Grab an apple or banana on your way out the door. Raw veggies such as carrots, celery, cucumbers, jicama, peppers, etc. are great with a low-fat dip such as hummus. Keep trail mix made with nuts, seeds, and a little dried fruit on hand.
- Dinner: Add fresh or frozen veggies to your favorite pasta sauce or rice dish. Top a baked potato with broccoli and yogurt, sautéed veggies, or with salsa. Replace creamy pasta sauces, with sautéed vegetables or tomato sauce made with healthy olive oil.
- Dessert: Choose fruit instead of a richer dessert. Or a single square of dark chocolate.

Buy organic or local produce, if possible

Some pesticides found in commercially-grown produce are also suspected carcinogens. Organic foods are free of these pesticides, and locally grown produce is less likely to have been treated with chemicals to prevent spoilage.

Cancer prevention diet tip #2: Bulk up on fiber

Another benefit of eating plant-based foods is that it will also increase your fiber intake. Fiber, also called roughage or bulk, is the part of plants (grains, fruits, and vegetables) that your body can't digest. Fiber plays a key role in keeping your digestive system clean and healthy. It helps keep food moving through your digestive tract, and it also moves cancer-causing compounds out before they can create harm.

Fiber is found in fruits, vegetables, and whole grains. In general, the more natural and unprocessed the food, the higher it is in fiber. There is no fiber in meat, dairy, sugar, or "white" foods like white bread, white rice, and pastries.

Cancer prevention diet tip #1: Focus on plant-based foods

Why plant-based foods are cancer-fighting powerhouses

It comes down to this: Plants have less fat, more fiber, and more cancer-fighting nutrients. These three elements work together to support your immune system and help your body fight off cancer.

The best diet for preventing or fighting cancer is a predominantly plant-based diet that includes a variety of vegetables, fruits, and whole grains. A plant-based diet means eating mostly foods that come from plants: vegetables, fruits, nuts, grains, and beans.

The less processed these foods are—the less they've been cooked, peeled, mixed with other ingredients, stripped of their nutrients, or otherwise altered from the way they came out of the ground—the better.

There are many ways to add plant-based foods to your diet. A nice visual reminder is to aim for a plate of food that is filled at least two-thirds with whole grains, vegetables, beans, or fruit. Dairy products, fish, and meat should take up no more than a third of the plate. Keep in mind that you don't need to go completely vegetarian. Instead, focus on adding "whole" foods, which are foods close to their original form. Just as important, try to minimize or reduce the amount of processed foods you eat. Eat an apple instead of drinking a glass of apple juice, for example. Or enjoy a bowl of oatmeal with raisins instead of an oatmeal raisin cookie.



CULTURAL



Scanning electron micrograph of HIV-1 budding (in green) from cultured lymphocyte. Credit: Centers for Disease Control and Prevention

A new device uses magnetism to rid the bloodstream of pathogens that are the source of deadly infections.

Bioengineers at Harvard's Wyss Institute have developed a blood filter that quickly grabs toxins, such as E.coli or Ebola, from the bloodstream using protein-coated nanobeads and magnets. In early tests, the biomechanical treatment removed more than 90 percent of toxins from infected human blood within a few hours.

Cleansing the Blood

When our immune system fights an infection, the dying virus releases toxins into the bloodstream that can cause sepsis, a life-threatening immune response. Doctors can't always pinpoint the specific pathogen that causes sepsis, so they use antibiotics to carpet-bomb the bloodstream, a strategy that's not always effective and can lead to drug-resistance.

The new device, dubbed an "artificial spleen," instead mechanically clears pathogens from the bloodstream, thereby reducing reliance on heavy doses of antibiotics. Its trick lies in magnetic nanobeads coated with a modified human protein. This protein binds to sugar molecules on the surfaces of more than 90 different bacteria, viruses and fungi, as well as to the toxins released by dead bacteria. When those nanobeads are mixed with infected blood they adhere to pathogens, and then, as the blood passes through channels inside the device, magnets pull out the beads with pathogens attached. Clean blood is routed back into the patient.

Researchers' blood-cleansing machine. (Wyss Institute)

Putting it to the Test

Scientists tested their device by infecting rats with lethal doses of either *Escherichia coli* or *Staphylococcus aureus* and then cleaning their blood. The device removed more than 90 percent of the bacteria from the rats' bloodstream within the first hour of treatment. After five hours, 89 percent of the rats with filtered blood survived, but only 14 percent of the untreated rats lived. Researchers then tested their device by cleaning 5 liters of human blood spiked with a variety of pathogens. The device cleared blood at a rate of 1 liter per hour, and again removed over 90 percent of the pathogens. Several devices could be linked together to speed up the rate of filtration in humans. The team published their findings Sunday in the journal *Nature Medicine*.

Fighting Fatal Viruses

The next step for researchers is to test their device in pigs, after which human trials could begin within a couple years, *Nature* reports.

Researchers say that the blood filter could someday play a role in treating HIV and Ebola by lowering the level of the virus in the blood to manageable levels. The device could also help scientists harvest viruses from the blood to study better ways to treat them.

In an era of increasing antibiotic resistance, we'll take all the ingenuity we can get.

CATEGORIZED UNDER: Health & Medicine, Technology

MORE ABOUT: biotechnology, medical technology

فرم اشتراک فصلنامه خاص

الف: اشخاص حقیقی

نام: نام خانوادگی:
میزان تحصیلات: رشته تحصیلی:
آدرس کامل پستی جهت ارسال فصلنامه: تاریخ شروع اشتراک:
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.

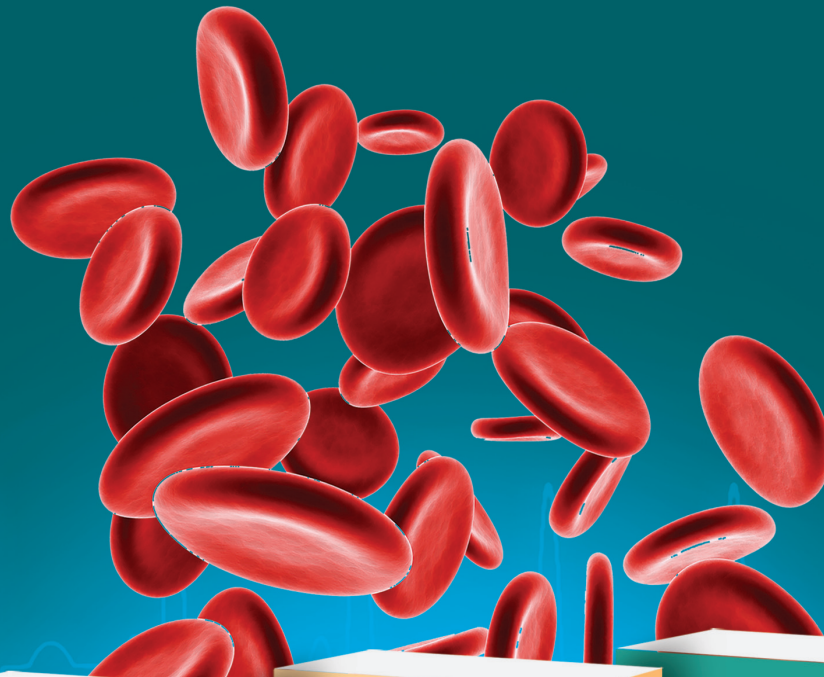
فاکس: ۲۲۷۶۵۴۲۳

شماره پیگیری: ۲۲۵۹۱۹۵۷ داخلی: ۴۰۹

ایمیل روابط عمومی:

Avicenna

Avicenna Pharmaceutical Laboratories®



دفراسیروکس
Deferasirox
Dispersible Tablets



**Avicenna
Laboratories Inc.**
www.avicenna.ir
☎ 021-88003760



قابل توجه فارغ التحصیلان آماده خدمت سربازی

بنیاد امور بیماریهای خاص از میان پرسنل وظیفه فارغ التحصیل رشته های پزشکی، داروسازی، مهندسی پزشکی، ارتباطات، حقوق، علوم اجتماعی، حسابداری تعدادی را جهت گذراندن خدمت مقدس سربازی در شهر تهران جذب می نماید.

علاقتمندان واجد شرایط در رشته های تحصیلی مذکور جهت حضور در جلسات مصاحبه و ارزیابی، لازم است مشخصات کامل خود را به همراه آدرس و شماره تماس به آدرس اینترنتی cffsdorg@gmail.com یا آدرس پستی: تهران، بزرگراه صدر (غرب به شرق)، خروجی کاوه شمال (خیابان بهار جنوبی)، کوچه سعید شرقی، پلاک ۲ ارسال نمایند. شماره تماس: ۲۲۷۸۳۴۵۹

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