



علمی | فرهنگی | اجتماعی
شماره ۵۰ - زمستان ۹۳ - ۲۰۰۰۰ ریال



دیدار جمعی از بیماران تالاسمی
با رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام



مرکز درمانی خیریه سوده



سرطان های شایع در زنان



شهر امید



Making Better Food



سلامتی کلیه برای همه

۲۱ اسفند | روز جهانی کلیه



The bridge to good health care

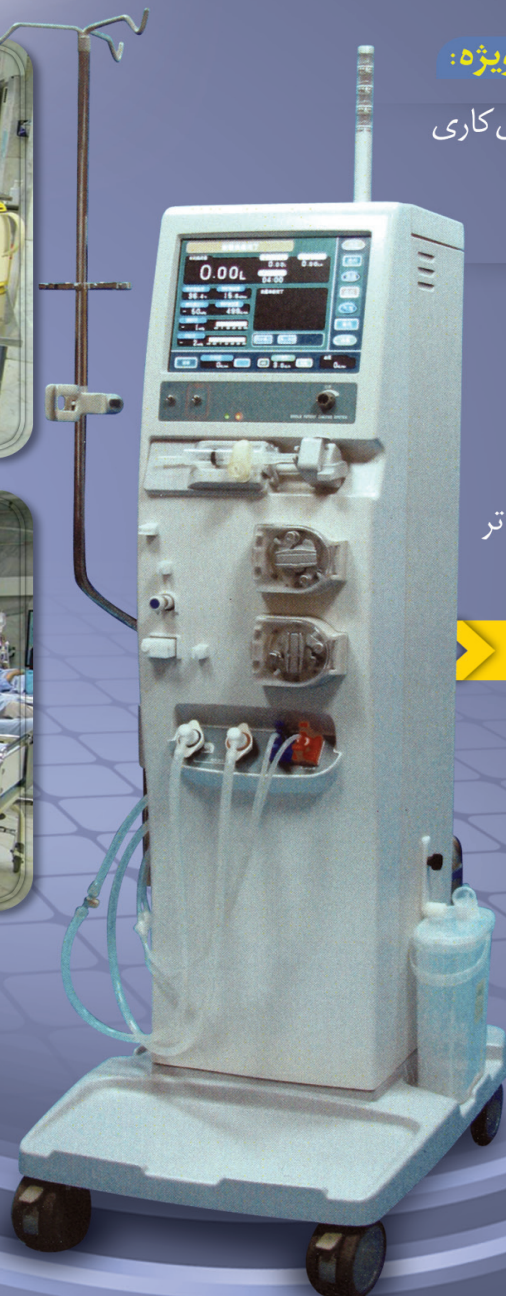
www.teda.ir



خصوصیات ویژه:

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

ماشین همو دیالیز
مدل SDS-50



جدید

ماشین دیالیز
با خدمات گسترده
پس از فروش

Designer: H. Mobinipour



ISO 9001 :2000

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



تدا (تدارکات درمان التیام)

فهرست

سخن سر دبیر	۱
اجتماعی	۲
پیامبر از نگاه دانشمندان	۳
حضور بنیاد در میان مردم	۴
گزارش بازدید از مراکز درمانی استان کرمانشاه	۵-۶-۷-۸-۹
معرفی بروشورها و کتابهای بنیاد امور بیماری های خاص	۱۰
تازه چه خبر!	۱۱
بنیاد و حمایت از بیماران پروانه ای	۱۲
لیست اقلام اهدایی بنیاد به مراکز درمانی سراسر کشور در سال ۹۳	۱۳-۱۴
دیدار جمعی از بیماران تالاسمی با رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام	۱۵
گزارش انفورماتیک	۱۶
مرکز درمانی تخصص خیریه سوده	۱۷-۱۸
حقوق و آرزوهای بیماران خاص	۱۹
همایش سرطان و پیشگیری در تهران آغاز به کار کرد	۲۰-۲۱
ایثار زندگی (یاری سبز یاوران)	۲۲
هدیه ایثار	۲۳
سلامت	۲۴
آزمایشات دوره ای در بیماران هموفیلی	۲۵-۲۶-۲۷
ام اس و اضطراب	۲۸-۲۹
تالاسمی ایترمدیا	۳۰-۳۱
چگونه انسولین را تزریق کنیم ؟	۳۲-۳۳-۳۴
سرطان های شایع زنان - علل و راه های پیشگیری از آن	۳۵-۳۶-۳۷-۳۸
ورزش و هموفیلی	۳۹-۴۰
درمان چربی خون بالا در بیماران دیابتی مبتلا به نارسایی مزمن کلیه	۴۱
بین المللی	۴۲
جدول کنفرانس های بین المللی	۴۳
شهر امید	۴۴-۴۵
فرهنگی	۴۶
گزارش بازارچه مهر پائیزی	۴۷
نقش درختان	۴۸
جدول و شعر	۴۹
مقاله انگلیسی	۵۰-۵۱

نشریه علمی | فرهنگی | اجتماعی

شماره ۵۰ - زمستان ۱۳۹۳
صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری های خاص
مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی
سر دبیر: دکتر باقر لاریجانی
مدیر اجرایی: زینب نجاری

هیات علمی :
دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر ناصر پارسا،
دکتر احمد رضا جمشیدی، دکتر سید هاشم
جنت پور، دکتر سید محسن خوش نیت، دکتر
شمس شریعت تر بقان، 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

هیات تحریریه این شماره:
مریم اسدی، نسرين آقا ملا، ندا جلیلیان،
محمد صالح چیت گران، دکتر زهرا خیر
خواه، فرزانه شعبانی، هانی مبالغان، امین
کوپایی، بهار محب، احمد مکرری، فریبا
وظیفه.

طراح گرافیک و صفحه آرا:
مصطفی رضایی قلعه
ویراستار: زهرا مظهري

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



بنیاد امور بیماری های 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: ۱۰۰۰۱۰۰۷۵

تلفن: ۲۲۵۹۱۹۵۷ - دورنگار: ۲۲۷۶۵۴۲۳



سخن سردبیر

سرطان یکی از عوامل اصلی بروز مرگ و میر در جهان امروز است. سرطان بعد از بیماری‌های قلبی عروقی دومین عامل شایع مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ در کشورهای کمتر توسعه یافته است و به تنهایی بیش از بیماری‌های سل، ایدز و مالاریا افراد را به کام مرگ می‌کشاند. به طوری که اگر اقدامات پیش‌گیرانه انجام نشود در ۱۰ سال آینده شاهد مرگ و میر بیش از ۸۵ میلیون نفر در جهان خواهیم بود. در حال حاضر سرطان عامل ۱۲ درصد مرگ و میرها در سراسر جهان است. پیش‌بینی‌ها نشانگر آن است که این نرخ در کل جهان تا ۴۵ درصد تا سال ۱۴۰۹ خورشیدی افزایش خواهد داشت. با افزایش جمعیت جهان و بالا رفتن متوسط سنی آن و افزایش امید به زندگی و بهبود وضعیت بهداشت و کنترل نسبی بیماری‌های واگیر و به ویژه کنترل عوامل خطر محیطی، با افزایش بروز سرطان‌ها روبرو خواهیم بود. با توجه به نرخ رشد فعلی بروز سرطان این‌گونه به نظر می‌رسد که تا سال ۱۴۰۹ خورشیدی سالیانه ۱۳ میلیون مرگ و میر ناشی از سرطان خواهیم داشت که حداقل ۹ میلیون مورد آن در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته خواهند بود و امکان ابتلا به سرطان برای هر فرد در سال ۱۴۲۹ خورشیدی بین ۵۰ تا ۶۰ درصد خواهد بود.

در ایران سرطان سومین عامل مرگ و میر است و سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر از مردم در اثر سرطان جان خود را از دست می‌دهند که با افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در جمعیت کشور، پیشرفت علم و فناوری پزشکی و دور شدن سبک زندگی از محیط پاک و بدون آلاینده‌های سرطان‌زای صنعتی انتظار می‌رود موارد بروز سرطان در دو دهه آینده به دو برابر افزایش یابد. بنابر پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی بروز سرطان در ایران در سال ۱۳۹۹ خورشیدی به حدود ۸۶۰۰۰ مورد در کل جمعیت و میزان

مرگ و میر ناشی از سرطان به حدود ۶۳۰۰۰ مورد خواهد رسید و ماحصل این آمارها و گزارش‌ها نشان می‌دهد که توجه ویژه‌ای باید به این موضوع مبذول داشت.

بنیاد امور بیماری‌های خاص با توجه به این مسأله و کشف این مشکل در گروه بیماران، فعالیت‌های خود را از سال ۱۳۷۵ آغاز نمود و اکنون شاهد به بار نشستن تلاش‌های خود پس از هجده سال است.

بیماران مزمن از قبیل مبتلایان به دیابت، تالاسمی، هموفیلی، سرطان و ... در طول این هجده سال از خدمات خیرین این بنیاد بهره جست‌ه‌اند و گروه بزرگی از آنها به همت افرادی دلسوز که در این مجموعه خیریه مشغول به فعالیت می‌باشند قادر به ادامه زندگی علیرغم مصائب بیماری خود هستند.

بنیاد امور بیماری‌های خاص این بیماران را هدف ارائه خدمت خود قرار داد و با مشارکت افراد خیر با رویکرد ایجاد بستر درمانی برای بیماران خاص مراکز متعددی را در سراسر کشور راه‌اندازی و تجهیز نمود. در این راه بنیاد امور بیماری‌های خاص به تاسیس موسسه تحقیقات، آموزش و پیش‌گیری سرطان با هدف پیش‌گیری، کمک به حفظ سلامتی و کاهش خطر ابتلا به سرطان و عوارض ناشی از آن، از طریق برنامه‌ریزی، تحقیق، آموزش و پیش‌گیری و ارائه خدمات اطلاع‌رسانی به مردم، با سرطان و عوارض آن در کشور مقابله می‌کند.

مسلماً شرط توفیق بنیاد، همراهی و همدلی گروه بزرگی از انسان‌های دلسوز و خیر خواه است که در هر زمان و هر مکان با کمک‌های خود زمینه را برای ارتقای کیفیت زندگی این گروه از بیماران فراهم نموده‌اند.

اینجانب ضمن تقدیر و تشکر از همه همراهان بنیاد امور بیماری‌های خاص در طول سال‌های حضور در این عرصه امیدوارم با عنایت خداوند متعال و همت همه مردم شاهد حضور گسترده‌تر بنیاد در حیطه ارائه خدمات به نیازمندان باشیم.

اجتماعی





پیامبر از نگاه دانشمندان

تهیه و تنظیم :
معاونت ارتباطات
و بین الملل

ظهور اسلام در پرتو مجاهدت‌های نبی اعظم(ص) نقطه عطف تاریخ بشری است، که دستاوردهای بی‌شمار، پیشرفت همه جانبه تمدن کنونی را فرا روی بشریت قرار داده است. کمترین دستاورد این شجره پاک آسمانی گسترش خواندن، نوشتن و عالم‌گیر شدن علوم در جهان اسلام و انتقال این علوم ابتدا به اسپانیا، ایتالیا، آلمان، انگلستان و... سایر ملل و دول اروپا و سپس همه جهانیان شد، به طوری که بدون این نقطه عطف آسمانی هرگز تمدن‌هایی چون روم، مصر و ایران باستان راهی به تمدن کنونی نداشتند. دلایل تاریخی این حقیقت غیر قابل انکار بشمار است: یکی از این دلایل اقرار مکرر دانشمندان اسلامی و خصوصاً غیر اسلامی و اروپایی به این حقیقت عظیم است که نمونه کوچکی از آن را می‌گوییم.

دانشمندان به نام این جوامع بر خلاف تلاش‌های مذبحخانه و توهین‌آمیز نه تنها پیامبر اسلام را از بزرگان طراز اول تمدن دینی می‌دانند، بلکه با صراحت تمام بر جهانی شدن دین اسلام به علت مزایای بی‌شمار آن اقرار نموده‌اند. و شاید توجه به این واقعیت‌ها توهین‌کنندگان را به درد آورده و آنها را به ورطه بی‌فرهنگی و توهین کشانده است.

کارل مارکس، فیلسوف، سیاستمدار و انقلابی آلمانی الاصل در قرن ۱۹ با درک عمیق از شخصیت پیامبر عظیم الشان اسلام چنین اظهار می‌دارد: محمد مردی بود که از میان مردمی بت‌پرست با اراده آهنین برخاست و آنان را به یگانه‌پرستی دعوت کرد و در دل‌های ایشان جاودانی روح و روان را بکاشت، بنابراین او را نه تنها باید در ردیف مردان بزرگ و برجسته تاریخ شمرد، بلکه سزاوار است که به پیامبری او اعتراف کنیم و از دل و جان بگوییم که او پیامبر خدا بوده است.

شریعتی که محمد آورد به منزله چشمه‌ای است که نیاز جویندگان را بر آورده می‌سازد و جامعه‌ای بنیان نهاد که هر کس برابر ضوابط سهمش را از بیت‌المال دریافت می‌کرد و آیین وی کمک بزرگی به انسانیت بود. من همیشه نسبت به دین محمد به واسطه خاصیت زنده بودن شگفت‌آورش نهایت احترام را داشته‌ام، به نظر من اسلام تنها دینی است که دارای آنچنان خاصیتی است که می‌تواند تغییرات گوناگون را به خود جذب کند و خود را با اشکال و صور هر عصر منطبق سازد. من درباره دین حضرت محمد(ص) چنین پیش‌بینی کرده‌ام که کیش او برای فردای اروپا قابل قبول خواهد بود. همان‌طوری که در اروپای امروز هم پذیرش آن آغاز شده است. من معتقدم که اگر مردی مانند پیامبر اسلام فرمانروایی مطلق جهان عصر جدید را احراز کند، طوری در حل مسایل و مشکلات جهان توفیق خواهد یافت که صلح و سعادت را که بشر به شدت احتیاج دارد برای او تأمین خواهد کرد.

تولستوی نویسنده وفیلسوف اخلاق گرای معروف روسیه : که آموزه‌هایش سر مشق رهبران بزرگ سیاسی در جهان بوده است در کتاب اسلام

و عرب دکتر گستاو لوبون صفحه ۱۵۴ و ۱۵۹ نظریه صائبی در مورد پیامبر اسلام بشرح زیر دارد که موضوع آن ماهیت و انگیزه پشت پرده کاریکاتورهای توهین آمیز غرب را بر ملا می‌سازد.

تولستوی که سر مشق افرادی همچون گاندی بوده چنین می‌گوید : شخص شخیص پیامبر اسلام سزاوار همه گونه احترام و اکرام می‌باشد. شریعت پیغمبر اسلام به علت توافق آن با عقل و حکمت در آینده عالم گیر خواهد شد .

محمد مردی بود که از میان مردمی بت پرست با اراده آهنین برخاست و آنان را به یگانه پرستی دعوت کرد و در دل‌های ایشان جاودانی روح و روان را بکاشت بنابر این او را نه تنها باید در ردیف مردان بزرگ و برجسته تاریخ شمرد بلکه سزاوار است که به پیامبری او اعتراف کنیم و از دل و جان بگوییم که او پیامبر خدا بوده است.

مهاتما گاندی در کتاب اسلام شناسی غرب صفحه ۳۶ می‌گوید: حیات شخص پیامبر اسلام به نوبه خود نشانه و سر مشق بارزی برای رد فلسفه عنف و اجبار در امر مذهب می‌باشد .

پیر سیمون لاپلاس ،منجم ، ریاضی دان بسیار معروف فرانسوی قرن ۱۸ و ۱۹ میلادی می‌باشد که نظریات او تحولات بزرگی در نجوم ایجاد کرده است یکی از محققین غربی است که در مورد دین مبین اسلام چنین اظهار نظر نموده است: (مجله مکتب اسلام اردیبهشت ۵۲ صفحه ۶۹) گر چه ما به ادیان آسمانی عقیده نداریم ولی آئین حضرت محمد(ص) و تعالیم او دو نمونه اجتماعی برای زندگی بشریت است. بنابراین اعتراف می‌کنیم که ظهور دین او و احکام خردمندانه‌اش بزرگ و با ارزش می‌باشد و به همین جهت از پذیرش تعالیم حضرت محمد بی نیاز نیستیم.

پرفسور ویل دورانت مورخ و نویسنده آمریکایی ۱۹۸۱ - ۱۸۸۵ که میلیون‌ها نفر در جهان آثار او را مطالعه می‌کنند در رابطه با شخصیت بزرگ پیامبر بزرگوار اسلام چنین اظهار نظر میکند:

اگر به میزان اثر این مرد بزرگ در مردم بسنجیم باید بگوییم که حضرت محمد(ص) از بزرگترین بزرگان تاریخ انسانی است. وی درصدد بود سطح معلومات و اخلاق قومی را که از فرط گرمای هوا و خشکی صحرا به تاریکی توحش افتاده بودند، اوج دهد، در این زمینه توفیقی یافت که از توفیقات تمام مصلحان جهان بیشتر بود. کمتر کسی را جز او می‌توان یافت که همه آرزوهای خود را در راه دین انجام داده باشد، زیرا به دین اعتقاد داشت. محمد(ص) از قبایل بت‌پرست و پراکنده در صحرا امتی واحد به وجود آورد. برتر و بالاتر از دین یهود و دین مسیح و دین قدیم عربستان آئینی ساده و دینی روشن و نیرومند با معنویاتی که اساس آن شجاعت قومی بود پدید آورد، که در طی یک نسل در یک صد معرکه نظامی پیروز شد و در مدت یک قرن یک امپراتوری عظیم و پهناور به وجود آورد و در روزگار ما نیروی مهمی است که بر یک نیمه جهان نفوذ دارد.



نمایشگاه‌های بنیاد امور بیماری‌های خاص یکی از ابزارهای معرفی و آرایه خدمات بنیاد است که فراخور مناسبت‌های مختلف از کنگره‌های علمی گرفته تا نمایشگاه‌های عمومی برگزار می‌شود و در این شماره از نشریه هم بنیاد در چندین نمایشگاه شرکت کرده که گزارش ادامه می‌خوانیم.

• بیست و دومین نمایشگاه لوستر، چراغ‌های روشنائی و تزئینی و چهارمین نمایشگاه بین‌المللی مبل‌ان اداری

در تاریخ ۲۴ تا ۲۷ دی ماه در محل دائمی نمایشگاه‌های بین‌المللی تهران برگزار شد. کارشناس امور نمایشگاه‌های بنیاد امور بیماری‌های خاص از تک تک غرفه‌ها بازدید و ضمن توزیع پکیج‌های معرفی بنیاد به جذب خیر پرداخت که اکثر شرکت‌کنندگان بنیاد را می‌شناختند و با فعالیت‌های آشنا بودند و اشتیاق شماره حساب را جهت واریز کمک‌های مردمی دریافت کردند.

• همایش سرطان و پیشگیری در تاریخ ۶ و ۷ بهمن ماه در سالن همایش‌های صدا و سیما برگزار شد. در این نمایشگاه بنیاد غرفه ای در سالن اصلی این همایش داشت که در آن به آرایه انتشارات و معرفی فعالیت‌ها پرداخت. بنیاد نیز در برپایی این همایش نقش به سزایی داشت و در پوستر این همایش نیز لوگو بنیاد درج شده است.



• بیست و پنجمین کنگره سالیانه انستیتو کانسر ایران

بیست و پنجمین کنگره سالیانه انستیتو کانسر ایران در تاریخ ۱۰ و ۱۱ دی‌ماه ۱۳۹۳ در تالار بیمارستان امام خمینی تهران برگزار شد. اکثریت شرکت‌کنندگان پزشکان عمومی و متخصصین زنان و مامایی بودند و با استقبال از غرفه بنیاد تمایل زیاد به همکاری و آرایه مقالات علمی در فصلنامه خاص بنیاد امور بیماری‌های خاص داشتند.

• چهاردهمین نمایشگاه بین‌المللی لوازم‌خانگی و پنجمین نمایشگاه میدکس

این دو نمایشگاه به طور همزمان از ۱۵ الی ۱۸ دی ماه ۱۳۹۳ در نمایشگاه بین‌المللی تهران برگزار شد. کارشناس امور نمایشگاهی بنیاد ضمن بازدید از تک تک غرفه‌ها به معرفی فعالیت‌های بنیاد و جذب خیر پرداخت که اکثریت شرکت‌کنندگان با دریافت شماره حساب بنیاد جهت انجام کمک به بیماران خاص گام‌های موثری برداشتند.

• اولین کنگره بین‌المللی روش‌های کم‌تهاجمی زنان و مامایی ایران و یازدهمین کنگره بین‌المللی زنان و مامایی ایران

این دو کنگره از تاریخ ۱۶ الی ۱۹ دی ماه در سالن همایش‌های رازی برگزار شد که پزشکان و متخصصین این حوزه ضمن دریافت انتشارات بنیاد آدرس ایمیل بنیاد را جهت ارسال مقالات جهت چاپ در مجله خاص بنیاد دریافت کردند.

حضور بنیاد در میان مردم



اجتماعی

کارشناسان بنیاد این بار به استان کرد نشین کرمانشاه سفر کرده اند تا از نزدیک در جریان وضعیت بیماران خاص و صعب العلاج این استان قرار گیرند.

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

تعداد بیماران تالاسمی - هموفیلی - دیالیزی در سطح استان



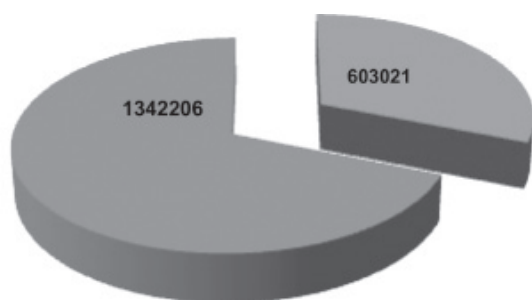
گزارش بازدید از مراکز درمانی استان کرمانشاه

موقعیت جغرافیایی استان و استان‌های همجوار: استان کرمانشاه در غرب ایران واقع شده است. جمعیت این استان ۱،۹۴۵،۲۲۷ نفر است. مرکز این استان شهر کرمانشاه است که دارای حدود ۱،۰۳۰،۹۷۸ نفر جمعیت بوده و ۱۴۱۰ متر از سطح دریا ارتفاع دارد. کرمانشاه را از دید گوناگونی آب و هوا و قوم و مذهب، هند ایران لقب داده‌اند چرا که از لحاظ آب و هوایی دارای چهار فصل در یک زمان است؛ برای نمونه قصر شیرین دارای آب و هوای گرم و سنقر و پاوه دارای آب و هوای سرد و کرمانشاه دارای آب و هوای معتدل است. در این استان قومیت‌های کرد، لر، فارس، ترک و عرب در کنار هم زندگی می‌کنند.

تقسیمات کشوری: این استان مشتمل بر شهرستان‌های اسلام آباد، پاوه، ثلاث، جوانرود، دالاهو، روانسر، سرپل ذهاب، سنقر، صحنه، قصر شیرین، کرمانشاه، کنگاور، گیلان غرب و هرسین می‌باشد. شهرستان کرمانشاه مرکز استان کرمانشاه است. این استان از ۱۴ شهرستان، ۴۸ شهر، ۶۵ بخش و ۸۳ دهستان تشکیل شده است.

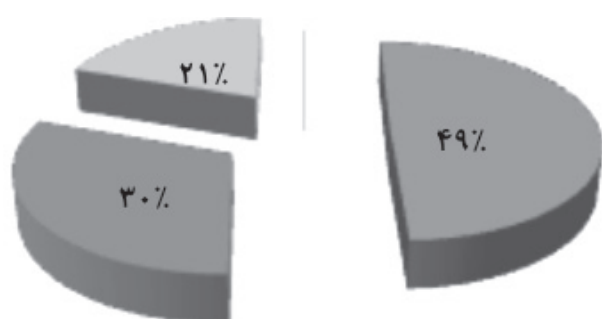
تهیه کننده : معاونت هماهنگی و امور استان‌ها

نمودار وضعیت جمعیت در استان کرمانشاه



جمعیت روستایی : ۶۰۳۰۲۱
جمعیت شهری : ۱۳۴۲۲۰۶

نمودار گستره‌ی بیماری‌های خاص در استان کرمانشاه



دیالیز : ۴۹ درصد
تالاسمی : ۳۰ درصد
هموفیلی : ۲۱ درصد

مختصات جمعیتی: این استان جمعیتی بالغ بر ۱,۰۳۰,۹۷۸ نفر دارد که بیش از نیمی از جمعیت در شهرها ساکن می باشند، چنانچه در شکل زیر دیده می شود جمعیت روستایی (۳۱۰,۵۱۸ نفر) حدود ۱/۴۷ درصد جمعیت کل استان و جمعیت شهری (۳۴۶,۶۲۶ نفر) حدود ۶/۵۲ درصد جمعیت و جمعیت غیر ساکن (۱۴۸,۵ نفر) حدود ۰,۲۳ درصد جمعیت کل استان را تشکیل می دهد. تعداد ۶۰۶ بیمار دیالیزی (۵۸ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت)، ۳۱۴ بیمار تالاسمی (۳۰ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت)، ۲۰۲ بیمار هموفیلی (۱۹ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت)، ۱۹۶ بیمار پیوند کلیه (۱۹ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت)، ۳۱۳ بیمار MS (۳۰ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) و ۹۶۰ بیمار سرطانی (۹۳ نفر در هر صد هزار نفر جمعیت) ساکن استان کرمانشاه می باشند.

لازم به توضیح است که این استان از نظر نسبت بیماران در هر صد هزار نفر جمعیت استان در بین بیماران دیالیزی و تالاسمی رتبه چهاردهم و در بین بیماران هموفیلی رتبه هفدهم را در استان‌های کشور دارا می باشد.

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

چنانچه در جدول زیر نشان داده شده است، تنها بخش تالاسمی و هموفیلی استان، در شهر کرمانشاه قرار دارد و شهرستان‌های اسلام‌آباد غرب، پاوه، جوانرود، سرپل ذهاب، سنقر، صحنه، قصر شیرین، کرمانشاه، کنگاور، گیلان غرب و هرسین دارای بخش دیالیز می باشند. لازم به ذکر است که پایگاه انتقال خون تنها در شهرستان‌های کرمانشاه و قصر شیرین مستقر می باشد.

شهرستان	مرکز دیالیز	مرکز تالاسمی	مرکز هموفیلی	انتقال خون
اسلام آباد غرب	+			
پاوه	+			
ثلاث باباجانی				
جوانرود	+			
دالاهو				
روانسر				
سر پل ذهاب	+			
سنقر	+			
صحنه	+			
قصر شیرین	+			+
کرمانشاه	+	+	+	+
کنگاور	+			
گیلان غرب	+			

وضعیت شهرستان‌ها

• اسلام آباد غرب:

بیمارستان امام خمینی(ره) تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان اسلام آباد می‌باشد که به یک گروه از بیماران خاص (دیالیزی) ارائه خدمات می‌نماید و در حال حاضر ۴۹ بیمار دیالیزی را تحت پوشش دارد.

بیمارستان امام خمینی(ره):

بیمارستان امام خمینی (ره) در سال ۱۳۶۶ راه اندازی شده است. دارای ۱۲۰ تخت مصوب و ۱۲۰ تخت فعال می‌باشد. **بخش دیالیز:** این بخش در سال ۱۳۶۶ راه‌اندازی شده است. سالن اصلی دیالیز در حدود ۱۲۰ مترمربع وسعت دارد و دارای ۱۰ دستگاه دیالیز فعال می‌باشد. کادر درمانی این بخش شامل پنج پرستار، یک بهیار و یک متخصص داخلی می‌باشد. تعداد بیماران ثابت و اورژانسی این مرکز ۶ نفر می‌باشند. این بخش ماهانه به طور متوسط ۵۵۰ جلسه دیالیز انجام می‌دهد. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش برابر با ۴,۹ می‌باشد.

• پاوه:

بیمارستان قدس در سال ۱۳۳۷ تأسیس شده است و به عنوان تنها مرکز درمانی بیماران خاص (دیالیزی) شهرستان پاوه تعداد ۱۰ بیمار دیالیزی را تحت پوشش دارد.

بیمارستان قدس:

بخش دیالیز: بخش دیالیز بیمارستان قدس در سال ۱۳۷۸ در سالنی به وسعت حدود ۵۰ متر مربع و در فضای فیزیکی جدیدی راه‌اندازی شده است. در حال حاضر تعداد ۶ دستگاه دیالیز موجود است. کادر درمانی این بخش شامل ۲ پرستار و یک متخصص داخلی می‌باشد. تعداد بیماران ثابت این مرکز ۱۰ نفر می‌باشد. تعداد جلسات دیالیز ثابت و اورژانس این بخش به ترتیب ۱۲۰ و ۱ می‌باشد. نسبت بیمار به دستگاه برابر با ۱,۶۶ است.

• جوانرود:

بیمارستان حضرت رسول به عنوان تنها مرکز درمانی بیماران خاص شهرستان جوانرود در سال ۱۳۷۹ تأسیس شده است و دارای ۹۶ تخت مصوب و ۸۴ تخت فعال بوده که تعداد ۲۵ بیمار دیالیزی را

تحت پوشش دارد.

بیمارستان حضرت رسول:

بخش دیالیز: بخش دیالیز بیمارستان حضرت رسول در سال ۱۳۸۳ افتتاح و در سال ۱۳۸۷ گسترش فیزیکی پیدا کرده است. این بخش در سالنی به وسعت ۸۰ مترمربع و با وضعیت فیزیکی مناسبی راه‌اندازی شده است. در حال حاضر تعداد ۴ دستگاه دیالیز در این بخش وجود دارد. کادر درمانی این بخش شامل ۵ پرستار و یک متخصص داخلی می‌باشد. تعداد بیماران این مرکز ۲۵ بیمار ثابت است. تعداد جلسات دیالیز ماهانه این بخش به ترتیب ۳۰۰ و ۵ می‌باشد. نسبت بیمار به دستگاه برابر با ۴,۱۶ می‌باشد.

• سرپل ذهاب:

بیمارستان شهدا که در سال ۱۳۸۶ با ۵۴ تخت مصوب و ۴۴ تخت فعال به عنوان تنها مرکز درمانی بیماران خاص این شهرستان تعداد ۲۶ بیمار دیالیزی را تحت پوشش دارد.

بیمارستان شهدا:

بخش دیالیز: بخش دیالیز این بیمارستان در سال ۱۳۸۶ در سالنی به وسعت ۸۰ متر مربع راه اندازی شده است. در حال حاضر تعداد ۵ دستگاه دیالیز در این بخش فعال است. کادر درمانی این بخش شامل ۲ پرستار و یک پزشک عمومی می‌باشد.

تعداد بیماران این مرکز ۲۶ بیمار ثابت است. تعداد جلسات متوسط ماهانه این بخش به ترتیب ۳۵۰ و ۱ جلسه می‌باشد. نسبت بیمار به دستگاه ۴,۳۳ می‌باشد.

• سنقر:

بیمارستان امام خمینی(ره) که در سال ۱۳۵۵ با ۶۵ تخت مصوب و ۷۲ تخت فعال تأسیس شده است، مرکز ارائه خدمات درمانی به یک گروه از بیماران خاص (دیالیزی) در شهرستان سنقر می‌باشد. این شهرستان در حال حاضر به ۲۰ بیمار دیالیزی خدمات درمانی ارائه می‌نماید.

بیمارستان امام خمینی(ره)

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۹ راه‌اندازی شده است. سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۳۰ متر مربع وسعت دارد و دارای ۶ دستگاه دیالیز می‌باشد. تعداد ۲۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از ۱ پزشک

متخصص داخلی و ۲ پرستار تشکیل شده است. این بخش در ۶ روز هفته به صورت ۲ شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۲۴۰ و ۲ جلسه است.

نسبت بیمار به دستگاه در این بخش برابر با ۳,۳۳ می‌باشد.

• صحنه:

بیمارستان دکتر معاون در سال ۱۳۸۶ با ۲۵ تخت مصوب و ۳۹ تخت فعال تأسیس شده است، این بیمارستان به عنوان تنها مرکز درمانی بیماران خاص این شهرستان می‌باشد که به یک گروه از بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌نماید و ۱۱ بیمار دیالیزی را تحت پوشش دارد.

بیمارستان دکتر معاون:

بخش دیالیز: بخش دیالیز این بیمارستان در آبان ماه ۱۳۸۶ در سالنی به وسعت ۲۵ مترمربع راه‌اندازی شده است. در حال حاضر تعداد ۳ دستگاه دیالیز در این بخش فعال می‌باشد. کادر درمانی این بخش شامل ۲ پرستار و یک متخصص داخلی است.

تعداد بیماران این مرکز ۱۱ بیمار ثابت می‌باشد. تعداد جلسات دیالیز ثابت و اورژانس ماهانه این بخش به طور متوسط ۱۲۵ و ۱ جلسه است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش ۳,۶۶ می‌باشد.

• کرمانشاه:

این شهرستان مرکز استان کرمانشاه می‌باشد. بیمارستان‌های امام خمینی(ره)، امام رضا(ع) و محمد کرمانشاهی مراکز درمانی ارائه خدمات به بیماران خاص کرمانشاه بوده و به سه گروه از بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی، هموفیلی، سرطان و ام اس) خدمات درمانی ارائه می‌نماید و تعداد ۳۱۸ بیمار دیالیزی، ۳۱۴ بیمار تالاسمی و ۲۰۲ بیمار هموفیلی را تحت پوشش دارند.

بیمارستان امام خمینی(ره):

این بیمارستان در سال ۱۳۵۸ با ۲۲۰ تخت مصوب و ۲۵۰ تخت فعال تأسیس شده است و دارای ۴۸ بیمار دیالیزی می‌باشد.



اجتماعی

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۶۹ راهاندازی شده است. سالن قرارگیری دستگاه‌های دیالیز حدود ۵۰ متر مربع وسعت دارد. در حال حاضر تعداد ۸ دستگاه دیالیز این بخش در حال فعالیت می‌باشند. کادر درمانی این بخش شامل ۵ پرستار، دو متخصص نفرولوژیست و یک کارشناس تغذیه است. تعداد بیماران ثابت این مرکز ۴۸ نفر می‌باشد. تعداد جلسات ماهانه دیالیز ثابت و اوژانس این بخش به ترتیب ۵۴۰ و ۴۰ است. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش برابر ۶ می‌باشد.

بیمارستان امام رضا(ع):

در سال ۱۳۸۴ با ۴۰۰ تخت مصوب و ۵۳۰ تخت فعال تاسیس شده است و به ۲۷۰ بیمار دیالیزی ارائه خدمات می‌نماید.

بخش دیالیز:

این بخش در سال ۱۳۸۶ راه اندازی شده است و دارای سالنی به وسعت ۶۰۰ متر مربع به همراه ۴۶ دستگاه دیالیز می‌باشد. این بخش را می‌توان یکی از بزرگترین مراکز دیالیز غرب کشور دانست که با توجه به وسعت و تعداد دستگاه‌ها پاسخگوی نیاز تعداد بسیار زیادی از بیماران استان و نیز مسافران (راه کربلا) بوده و به علاوه بار بیماران ناشی از مشکلات سایر مراکز دیالیز استان نیز بر عهده این مرکز است. این بخش ۴۶ دستگاه دیالیز فعال دارد. کادر درمانی این بخش شامل ۲۶ پرستار، ۲ بهیار، ۳ متخصص نفرولوژی و ۳ کارشناس تغذیه می‌باشد. تعداد بیماران این مرکز ۲۷۰ بیمار ثابت و ۷۰ مهمان می‌باشد. تعداد جلسات دیالیز ثابت ماهانه این بخش ۳۱۵۰ است. نسبت بیمار به دستگاه پس از حذف بیماران آنتی ژن مثبت ۵,۸۸ می‌باشد.

بیمارستان محمد کرمانشاهی:

این بیمارستان با تعداد ۹۶ تخت مصوب یک بیمارستان جدیدالتاسیس می‌باشد که یک بیمارستان فوق تخصصی کودکان می‌باشد و به بیماران تالاسمی و هموفیلی خدمات درمانی و بهداشتی ارائه می‌نماید.

بخش تالاسمی: این بخش در سالنی در حدود ۲۰۰ متر مربع واقع گردیده است که به وسیله پارتیشن به دو بخش بانوان و آقایان تقسیم گردیده است. در حال حاضر تعداد ۱۴ تخت و ۲ تخت معاینه در این بخش فعال می‌باشد. این مرکز به ۳۱۴

بیمار تالاسمی و ۲۰۲ بیمار هموفیلی ارائه خدمات می‌کند. این مرکز تنها مرکزی در استان می‌باشد که به بیماران تالاسمی خدمات درمانی ارائه می‌نماید و از تمام استان بیماران جهت تزریق خون و دیگر اعمال درمانی به این مرکز مراجعه می‌نمایند. به گفته مسئول بخش ماهانه تعداد حدود ۸۰۰ تزریق انجام می‌پذیرد. کادر درمانی این بخش متشکل از متخصص هماتولوژیست ۲ نفر، متخصص اطفال ۲ نفر، ۳ پرستار و ۱ بهیار می‌باشد.

• کنگاور:

بیمارستان شهید دکتر چمران:

این بیمارستان در سال ۱۳۴۷ با ۷۰ تخت مصوب و ۹۵ تخت فعال تاسیس شده است.

بخش دیالیز:

این بخش در سال ۱۳۷۹ راهاندازی شده است. سالن قرارگیری دستگاه‌های دیالیز حدود ۵۰ متر مربع وسعت دارد. تعداد ۷ دستگاه دیالیز در این بخش فعال است. کادر درمانی این مرکز شامل ۳ پرستار، ۱ بهیار و یک متخصص داخلی می‌باشد. تعداد بیماران این مرکز ۱۵ بیمار ثابت می‌باشد. نسبت بیمار به دستگاه پس از حذف بیماران آنتی ژن مثبت ۲,۱۴ می‌باشد.

• گیلان غرب:

بیمارستان الزهرا: این بیمارستان در سال ۱۳۸۵ با ۶۰ تخت مصوب تاسیس شده است و در حال حاضر دارای ۹ بیمار دیالیزی می‌باشد.

بخش دیالیز:

فضای فیزیکی بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۶۰ متر مربع بوده و دارای ۴ دستگاه دیالیز است. کادر درمانی این مرکز شامل سه پرستار و یک متخصص داخلی می‌باشد.

تعداد بیماران این مرکز ۹ بیمار ثابت می‌باشد. تعداد جلسات دیالیز ثابت و اوژانس ماهانه این بخش به ترتیب ۱۱۰ و ۱ مورد می‌باشد. نسبت بیمار به دستگاه پس از حذف بیماران آنتی ژن مثبت ۲,۲۵ می‌باشد.

• هرسین:

بیمارستان شهید:

بیمارستان در سال ۱۳۸۲ با ۹۰ تخت مصوب تاسیس گردیده است که در حال

حاضر تعداد ۲۰ بیمار دیالیزی را دارا می‌باشد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۸۳ راهاندازی شده است. سالن قرارگیری دستگاه‌های دیالیز حدود ۳۰ مترمربع وسعت دارد. تعداد ۴ دستگاه دیالیز در این بخش در حال فعالیت می‌باشند. کادر درمانی این مرکز شامل سه پرستار، یک متخصص داخلی و یک کارشناس تغذیه می‌باشد.

تعداد بیماران ثابت این مرکز ۲۰ نفر می‌باشد. تعداد جلسات دیالیز ثابت و اوژانس ماهانه این بخش به ترتیب ۲۴۰ و ۳ می‌باشد. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش پس از حذف بیماران آنتی ژن مثبت برابر ۵ می‌باشد.

• قصر شیرین:

بیمارستان حضرت ابوالفضل:

این بیمارستان با ۵۴ تخت مصوب یک بیمارستان جدید التاسیس می‌باشد.

بخش دیالیز:

بخش دیالیز این بیمارستان در سال ۱۳۹۲ در سالنی به وسعت ۲۵ مترمربع راهاندازی شده است. در حال حاضر تعداد ۲ دستگاه دیالیز فعال می‌باشد. کادر درمانی این بخش شامل ۲ پرستار و یک متخصص داخلی می‌باشد.

تعداد بیماران این مرکز ۴ بیمار ثابت می‌باشد. تعداد جلسات دیالیز ثابت و اوژانس ماهانه این بخش به ترتیب ۴۰ و ۱ می‌باشد. نسبت بیمار به دستگاه در این بخش برابر با ۲ می‌باشد.

• **مصوبات بنیاد جهت اهدا به استان کرمانشاه بعد از بازدید:**

کمک های بنیاد:

بنیاد امور بیماری‌های خاص تا ابتدای سال ۱۳۹۴ بالغ بر ۴۰ دستگاه دیالیز و ۱۰۲ دستگاه تجهیزات درمانی به استان کرمانشاه کمک تجهیزاتی کرده است.

همچنین بنیاد امور بیماری‌های خاص بالغ بر ۱/۲۴۱/۴۰۸/۸۶۴ ریال به صورت نقدی و ۸/۶۸۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال به صورت هدیه ایثار به اهداکنندگان کلیه به استان کرمانشاه کمک مالی نموده است.



• عنوان کتاب: موهبت آرامش

• سال چاپ: ۱۳۹۳

• تیراژ: ۳۰۰۰ نسخه

• مترجم: ندا جلیلیان

• چکیده: این کتابچه که در سایز A۶ تهیه و چاپ شده است در بردارنده جملات کوتاه و پند آموزی است که برای کمک به کسب آرامش در دنیای پرتلاطم و پر استرس امروز بسیار سودمند هستند. مخاطب این کتابچه عموم مردم هستند.

معرفی بروشورها و کتابهای بنیاد امور بیماری های خاص

• عنوان کتاب: پیوند اعضا

• سال چاپ: ۱۳۹۳

• تیراژ: ۳۰۰۰ نسخه

• مؤلفین: امین کوپایی، بهار محب، فریبا وظیفه
زیر نظر دکتر زهرا خیر خواه و دکتر سعید نمکی
• چکیده: در این کتاب ضمن تعریف پیوند اعضا، مطالبی درباره انواع پیوند، اعضای پیوندی، ابعاد فقهی و حقوقی پیوند و دیگر مطالب مرتبط با این موضوع آورده شده است.



• عنوان کتاب: مراقبت از یک فرد مبتلا به سرطان

• سال چاپ: ۱۳۹۳

• تیراژ: ۳۰۰۰ نسخه

• مترجم: ندا جلیلیان

• چکیده: این کتابچه برای خانواده و دوستان فرد مبتلا به سرطان نوشته شده است. اینکه چنین فردی از نظر روحی و جسمی چه نیاز هایی دارد، چگونه باید این نیاز ها را برطرف نمود و اینکه دیگران چه نقشی در گذر فرد از بیماری اش ایفا می کنند، از جمله نکاتی است که در این کتاب به آنها اشاره شده است.





اجتماعی



تازه چه خبر !

افزایش ۲۲ درصدی بیماران خاص در خوزستان

۱۳۹۳ با برپایی جلسات متعدد در جهت کاهش مشکلات بیماران این استان کوشیده است. این کمیته موظف است ضمن بررسی وضعیت و نظارت بر امور بیماران خاص در سطح استان رسیدگی نماید و همچنین پیگیری امور بیماران خاص و ارائه طرح‌های اجرایی برای بهبود بیماران خاص از وظایف این کمیته می‌باشد. در زمینه مشکلات غیرقابل حل، طرح‌های پیشنهادی از طریق کمیته به بنیاد امور بیماری‌های خاص جهت پی‌گیری از طریق مراجع ذی‌ربط ارسال می‌گردد.

برخی از موضوعات مطروحه در جلسه کمیته بیماران خاص یزد اشاره می‌گردد.

- مقرر گردید معاونت‌های درمان و غذا و دارو در خصوص تحویل رایگان داروهای اپرکس و ونوفر بیماران همودایلیز در کلیه بخش‌های دیالیز استان اقدام لازم را معمول نمایند.

- مقرر گردید معاونت‌های درمان و غذا و دارو موضوع افزایش سهمیه داروهای دسفرال خارجی و فاکتور ۷ بیماران تالاسمی و هموفیلی را از وزارتخانه متبوع پیگیری نمایند.

- مقرر گردید مدیریت درمان تأمین اجتماعی در خصوص سه شیفت شدن بخش دیالیز بیمارستان شهدای کارگر اقدام لازم را معمول نمایند.

در حالی که دستگاه‌ها و سازمان‌ها در پی کاهش شاخص‌های بیماران در سطح کشور می‌باشند، مدیر درمان اداره کل تأمین اجتماعی خوزستان از افزایش بیماران خاص در این استان خبر داد. داریوش پناهی‌زاده در این خصوص گفت: «در حال حاضر جمعیت به سمت سالمندی در حال پیشروی است و در صورت عدم اصلاح الگوی سبک زندگی روند رشد بیماری افزایش خواهد یافت. در گذشته بیشتر با بیماری‌های عفونی مواجه بودیم اما در حال حاضر علاوه بر بیماری‌های عفونی با بیماری‌های مزمن همچون فشار خون، دیابت، چاقی مفرط و سرطان‌ها روبرو شده‌ایم و آمارها در این زمینه در حال افزایش است.»

با در نظر گرفتن اهمیت موضوع، لازم است مسئولان و دستگاه‌های مربوطه بیش از گذشته در خصوص سلامت مردم در کشور دقت نظر داشته باشند.

• تشکیل کمیته استانی استان یزد به پیشنهاد بنیاد امور بیماری‌های خاص در سال ۱۳۷۶ و تصویب هیأت دولت وقت کمیته بیماری‌های خاص در استان‌ها شروع به فعالیت نمود. متأسفانه در سال‌های اخیر این کمیته از سوی مسئولان استان‌ها با بی‌مهری روبرو بوده است. در این میان استان یزد با فعالیت چشمگیر در سال

تهیه و تنظیم :
واحد امور هماهنگی
و امور استان‌ها



اجتماعی

گوارشی و دست و پا مورد نیاز است که خارج از شمول بیمه است.

مجددا مشکلات و عدم پاسخگویی لازم از طرف وزارت بهداشت برای ریاست محترم جمهور ارسال گردید که با پیگیری های مکرر، وزارت بهداشت توپ را به زمین وزارت رفاه انداخت. با مساعدت های آقای دکتر محسنی بندپی ریاست سازمان بیمه سلامت مقرر گردید درخواست بنیاد برای بیماران ای بی در شورای عالی بیمه مطرح گردد که همچنان منتظر نظر شورا هستیم. گامی دیگری که بنیاد به صورت موازی با پیگیری از دولت انجام داده است این بوده که به کلیه بیمارانی EB که شناسایی شده و اطلاعات خود را در سیستم مددکاری بنیاد ثبت نموده اند کمک هزینه ی ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریالی ماهانه برای تهیه پانسمان ها و داروهای موردنیازشان را اهدا نمود که در حال حاضر این مبلغ به ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال افزایش یافته است

و بنیاد در تلاش است تا در سال آینده نیز این مبلغ را افزایش دهد. در این خلال چندین جلسه گردهمایی با خیرین و متخصصان و پزشکان در بنیاد برگزار گردیده است و هماهنگی هایی برای انجام عمل های جراحی موردنیاز بیماران با همکاری بیمارستان سوختگی ، موسسه رویان و مددکاری بنیاد بعمل آمد.

در آخرین اقدام که در حال انجام است تعدادی از بیماران EB به بنیاد مستضعفان مراجعه نموده بودند و پس از طرح مشکلات با جناب آقای مهندس سعیدی کیا تنها حامی خود را بنیاد امور بیماری های خاص اعلام نمودند لذا با ارجاع موضوع از طرف ایشان به بنیاد علوی مسئولین بنیاد علوی با ما تماس گرفتند و خواستار و همکاری متقابل دو بنیاد در کمک به بیماران ای بی شد. در این خصوص جلسه ای بین آقای مهندس سعیدی کیا و خانم دکتر فاطمه هاشمی، پزشکان و نمایندگان دانشگاه علوم پزشکی ایران و معاونین طرفین برگزار گردید.

در اولین فاز این همکاری ساختمانی از طرف بنیاد علوی در اختیار بنیاد خاص قرار گرفت تا پس از آماده سازی مکان این محل به عنوان خانه سلامت EB راه اندازی گردد همچنین مقرر گردید با مساعدت بنیاد علوی بسته های حمایتی پانسمان و تجهیزات اهدایی به بیماران به حدود ۳ برابر مبلغ افزایش پیدا کند.

همچنین مقرر گردید پیگیری لازم جهت تولید محصولات موردنیاز در داخل کشور با حمایت معاونت فناوری ریاست جمهوری در قابل طرح دانش بنیان صورت گیرد .

به امید روزی که بتوانیم برای بیماران پروانه ای شرايطی گلستانی فراهم نماییم.

اسم پروانه را که می شنوید حشره ای زیبا در ذهنتان مجسم می شود. اما وقتی پروانه اسم یک بیماری می شود حس و حال آدم دگرگون می شود.

بیماری ای بی یا پروانه ای نوعی بیماری ژنتیکی نادر پوستی است که با ایجاد زخم و تاول در بدن بیمار مشخص می شود علت بیماری فقدان یا نقص در تولید پروتئین های موجود در لایه های پوست و زیرپوست است. شیوع بیماری براساس آمار جهانی ۱ در ۵۰,۰۰۰ نفر تخمین زده شده است اما در ایران به علت مرسوم بودن ازدواج های فامیلی این آمار بیشتر به نظر می رسد و حدود ۱۵۰۰ بیمار تخمین زده شده است ولی تاکنون حدود ۴۰۰ نفر از این بیماران شناسایی شده اند و اطلاعات آنان در بانک اطلاعاتی بنیاد امور بیماری های خاص وجود دارد.

بنیاد امور بیماری های خاص از اواسط سال گذشته که با این بیماران آشنا شد و در جریان مشکلات و معضلات آنان قرار گرفت طبق نظر خانم دکتر هاشمی پیگیری مساعدت به امور بیماران ای بی در دستور کار بنیاد قرار گرفت. در اولین اقدام مقدماتی گروه حمایتی تشکیل شد، اقلام مورد نیاز جهت ساماندهی کارهای اداری در اختیار آنان قرار گرفت، برنامه ریزی در جهت برگزاری همایشی در مرکز همایش های بین المللی صدا و سیما شروع گردید و این همایش با حضور خیرین و یاوران برگزار گردید، در این همایش بیماران از مشکلات و دغدغه های خود گفتند و جمعیت رت تحت تاثیر قرار دادند و آن همایش مقدمه برای تشکیل گروه های مختلف خیرین در جهت کمک به این بیماران شد.

پس از بررسی های کارشناسانه مشخص گردید مهمترین عامل در بهبود زندگی و درمان این افراد پانسمان های ویژه ای است که متاسفانه تولید داخلی آن وجود ندارد و مبالغ کثیری برای تهیه آن ها باید پرداخت نمایند که جزء تعهدات سازمان های بیمه گر نیز وجود ندارند .

در همین راستا در آبان ماه سال ۱۳۹۲ گزارشی از وضعیت بیماران ای بی به همراه درخواست قرار گرفتن لوازم و داروهای موردنیاز این بیماران در لیست بیمه های درمانی برای ریاست محترم جمهوری جناب آقای دکتر روحانی ارسال گردید. پس از ارجاع مورد به وزارت بهداشت جوابیه ای از طرف سازمان غذا و دارو برای این بنیاد و ریاست جمهوری ارسال شد با این مضمون که آنتی بیوتیک های موضعی این بیماران تحت پوشش بیمه می باشد. در صورتی که مشکلات اصلی این گروه پانسمان های ویژه ، بانداژهای نچسب و عمل های جراحی



بنیاد و حمایت از بیماران پروانه ای

تهیه و تنظیم :
واحد امور هماهنگی
و امور استانها



اجتماعی



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

بنیاد امور بیماری خاص در سال
۱۳۹۳ تعداد ۱۵۰ دستگاه دیالیز، ۷۴
عدد تخت سه شکن ،
۳۷ عدد تخت یک شکن ،
۵۴۵ عدد تجهیزات درمانی و
بیمارستانی،
۱ دستگاه RO با کلیه لوازم جانبی
به ۱۹ استان و ۶۸ مرکز در سطح
کشور به صورت رایگان اهدا نموده
است که به شرح ذیل می باشد:

• استان اصفهان:

۱. مرکز حجت ابن‌الحسن عسگری:
۴۰ دستگاه دیالیز.
۲. درمانگاه خیریه بیماران خاص
گلپایگان: ۳ دستگاه دیالیز.

• استان خراسان جنوبی:

۱. مرکز جدید تاسیس بیماران خاص
بیرجند : ۶ عدد تجهیزات درمانی
و بیمارستانی، ۱۰ عدد تخت یک
شکن.

• استان مرکزی:

۱. بیمارستان آسیابک: ۳ دستگاه
دیالیز، ۴ عدد تخت سه شکن.

• استان گلستان:

۱. بیمارستان پیامبر اعظم: ۴ دستگاه
دیالیز.

• استان گیلان :

۱. بیمارستان شهید بهشتی بندر
انزلی:

۲. ۱ دستگاه دیالیز.
۳. بیمارستان رازی رشت: ۱ دستگاه
دیالیز.

• استان مرکزی:

۱. بیمارستان امام خمینی اراک: ۵
دستگاه دیالیز.
۲. بیمارستان تامین اجتماعی شازند:
۲ دستگاه دیالیز فرزیونیوس، ۴ عدد
تخت سه شکن.
۳. بیمارستان والفجر تفرش: ۱ دستگاه
دیالیز.
۴. بیمارستان امام خمینی(ره) خمین:
۳ عدد تخت سه شکن.
۵. بیمارستان امام علی (ع) کميجان:
۴ عدد تخت سه شکن.
۶. بیمارستان امیرکبیر اراک: ۱ عدد
تخت اطفال.

• استان خوزستان:

۱. بیمارستان شهید بهشتی آبادان: ۶
دستگاه دیالیز، ۴ عدد تخت سه
شکن، ۲ عدد تخت یک شکن
۲. بیمارستان راه زینب بندر امام
خمینی: ۱ عدد تخت یک شکن
۳. بیمارستان شهید معرفي زاده
شادگان: ۳ دستگاه دیالیز، ۱ عدد
تخت یک شکن
۴. بیمارستان حاجیه نرگس ماهشهر:
۳ عدد تخت سه شکن.
۵. درمانگاه امام حسن مجتبی
خرمشهر: ۳۲ عدد تجهیزات درمانی
و بیمارستانی.

تهیه و تنظیم :

واحد امور هماهنگی و امور استانیها



- تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۲. بیمارستان نبی اکرم اشنویه: ۲ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
 ۳. بیمارستان دکتر قلی پور اجتماعی بوکان: ۲ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
 ۴. بیمارستان امام خمینی پلدشت: ۲ عدد تخت سه شکن.
 ۵. بیمارستان شهدا تکاب: ۴ عدد تخت سه شکن.
 ۶. بیمارستان شهید مدنی خوی: ۳ دستگاه دیالیز ، ۴ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
 ۷. بیمارستان خاتم الانبیا سلماس: ۲ عدد تخت سه شکن، ۳ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
 ۸. بیمارستان امام خمینی سردشت: ۱ دستگاه دیالیز، ۳ عدد تخت سه شکن، ۱ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
 ۹. بیمارستان امام خمینی مهاباد: ۲ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
 ۱۰. بیمارستان عباسی میاندوآب: ۲ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
 ۱۱. بیمارستان فجر ماکو: ۲ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.

استان قم:

۱. بیمارستان کامکاران عرب نیا: ۴ دستگاه دیالیز.

استان کهگیلویه و بویر احمد:

۱. بیمارستان امام خمینی دهدشت: ۲ دستگاه دیالیز ، ۴ عدد تخت سه شکن، ۹ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی
۲. بیمارستان شهید رجایی گچساران: ۲ دستگاه دیالیز ، ۳ عدد تخت سه شکن، ۳ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۳. بیمارستان شهید بهشتی یاسوج: ۲ دستگاه دیالیز.

استان سمنان:

۱. بیمارستان کوثر سمنان: ۲ دستگاه دیالیز.

استان اردبیل:

۱. مرکز بهداشتی درمانی کوثر: ۲ دستگاه دیالیز.

ارستانی:

۲. بیمارستان ۱۷ شهریور برازجان: ۳ دستگاه دیالیز، ۴ عدد تخت سه شکن، ۵ عدد تخت یک شکن.
۳. بیمارستان زینبیه خورموج: ۱ دستگاه دیالیز، ۳ عدد تخت یک شکن، ۳ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۴. بیمارستان بقیه الله دیلم: ۳ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۵. بیمارستان امام خمینی کنگان: ۳ عدد تخت سه شکن، ۴ عدد تخت یک شکن، ۱ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.

استان تهران:

۱. درمانگاه خیریه امام علی شهر قدس: ۲ دستگاه دیالیز.

استان کرمان:

۱. مرکز درمانی ریگان: ۳ دستگاه دیالیز ، ۳ عدد تخت سه شکن ، ۱۲ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی ، ۱ دستگاه RO با کلیه لوازم جانبی.
۲. مرکز درمانی فهرج: ۳ دستگاه دیالیز، ۳ عدد تخت سه شکن ، ۱۲ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۳. بیمارستان پاستور بم: ۲ عدد تخت یک شکن، ۴ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.

استان چهارمحال و بختیاری:

۱. بیمارستان امام رضا اردل: ۴ عدد تخت سه شکن.
۲. بیمارستان ولیعصر بروجن: ۱ دستگاه دیالیز، ۳ عدد تخت سه شکن، ۲ عدد تخت یک شکن، ۵ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۳. بیمارستان هاجر شهرکرد: ۲ دستگاه دیالیز، ۶ عدد تخت سه شکن ، ۳ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی ، ۳ عدد تخت یک شکن.
۴. بیمارستان شهدا لردگان: ۱ دستگاه دیالیز ، ۵ عدد تخت سه شکن، ۳ عدد تخت یک شکن، ۱ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۵. بیمارستان امام جواد ناغان: ۲ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.

استان آذربایجان غربی:

۱. بیمارستان طالقانی ارومیه: ۵ دستگاه دیالیز، ۷ عدد تخت سه شکن، ۴ عدد

استان کرمانشاه:

۱. بیمارستان امام خمینی اسلام آباد: ۲ عدد تخت سه شکن.
۲. بیمارستان قدس پاوه: ۲ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۳. بیمارستان حضرت رسول جوانمرد: ۴ عدد تخت سه شکن.
۴. بیمارستان شهدا سرپل ذهاب: ۲ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۵. بیمارستان امام خمینی(ره) کرمانشاه: ۴ دستگاه دیالیز.
۶. بیمارستان امام رضا(ع) کرمانشاه: ۶ دستگاه دیالیز، ۳ عدد تخت سه شکن.
۷. بیمارستان محمد کرمانشاهی کرمانشاه: ۱۰ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۸. بیمارستان شهید چمران کنگاور: ۱ عدد تخت سه شکن، ۳ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۹. بیمارستان الزهراء گیلانغرب: ۲ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۱۰. بیمارستان شهداء هرسین: ۲ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.

استان زنجان:

۱. بیمارستان ولیعصر زنجان: ۲ دستگاه دیالیز، ۴ عدد تخت سه شکن.
۲. بیمارستان آیت الله موسوی زنجان: ۶ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی.
۳. بیمارستان شهدای طارم: ۳ عدد تخت سه شکن.
۴. بیمارستان رازی ماهنشان: ۲ عدد تخت سه شکن.
۵. بیمارستان بوعلی سینا خرمدره: ۳ عدد تخت سه شکن.
۶. بیمارستان امدادی ابهر: ۱ دستگاه دیالیز.
۷. بیمارستان ایثار ایجرود: ۳ دستگاه دیالیز.

استان البرز:

۱. مرکز دیالیز دکتر زاهد: ۵ دستگاه دیالیز.
۲. بیمارستان شریعتی کرج: ۴ دستگاه دیالیز.

استان بوشهر:

۱. بیمارستان فاطمه الزهرا بوشهر: ۵ عدد تخت سه شکن، ۳ عدد تخت یک شکن، ۳ عدد تجهیزات درمانی و بیم



دیدار جمعی از بیماران تالاسمی با رییس مجمع تشخیص مصلحت نظام

اقدام به تدوین دستورالعمل‌های غیرقابل اجرا برای نظام دارویی کردند و از سوی دیگر نظام دارویی کشور تمام سرمایه خود را خرج تولیدکنندگانی کرده که در روزهای بحرانی به پاشنه آشیل تبدیل می‌شوند. باوجود هشدارهای دلسوزان نسبت به واقعیت‌های دارویی کشور تاکنون تدوین‌کنندگان بسته‌های درمانی - دارویی بیماران تالاسمی حتی حاضر به برگزاری جلسه‌ای فراتر از جلسات محدود و پشت درهای بسته خود نشده‌اند. علاوه بر این مدیران دارویی کشور هنوز باور نکرده‌اند که تولیدکننده‌های دارو لازم است، خود از وابستگی به ماده اولیه خارجی یا مواد لازم تولید دارو رها شوند. در این میان شرکت‌هایی که تولیدکننده واقعی هستند به دلیل عدم ارتباط موثر با پزشکان تصمیم‌ساز و عدم آشنایی با راهروهای وزارت بهداشت خیلی به چشم نمی‌آیند. همچنین خانم رضوان قادری از بیماران تالاسمی استان فارس به بیان پاره‌ای از مشکلات دارویی، معیشتی و استخدامی بیماران تالاسمی پرداخت.

جمعی از نمایندگان بیماران تالاسمی روز چهارشنبه سوم دی ماه ۱۳۹۳ با رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام حضرت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی دیدار و گفت‌وگو کردند. حضرت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی؛ رئیس مجمع تشخیص مصلحت ضمن ابراز تأسف از مشکلات موجود در حمایت از عزیزان تالاسمی خواهان هم‌فکری همه افراد جامعه برای رفع موانع شد. ایشان همچنین به وظیفه دولت در حمایت از عزیزانی که به بیماری‌های دیر درمان مبتلا هستند، تأکید کرد. در این دیدار دکتر محمود هادی‌پور دهشال؛ عضو هیأت مدیره انجمن تالاسمی ایران مشکلات جامعه تالاسمی را در زمینه مشکلات دارویی بیماران تالاسمی، پیش‌گیری و درمان مطرح کردند و ادامه دادند که در چند سال اخیر با ورود داروهای جدید به عرصه درمان تالاسمی، نظام توزیع و برنامه‌ریزی دارویی کشور دچار نوعی روزمرگی و سردرگمی شده است. از یک سو پزشکان مشاور معاونت سلامت وزارت بهداشت بدون آگاهی از اقتصاد و دارو و نحوه تولید و عرضه داروهای تالاسمی

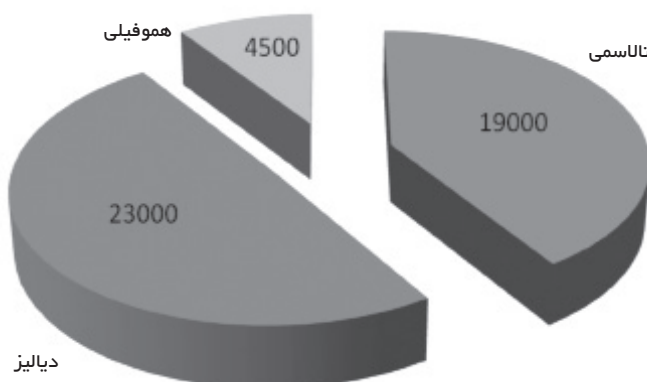




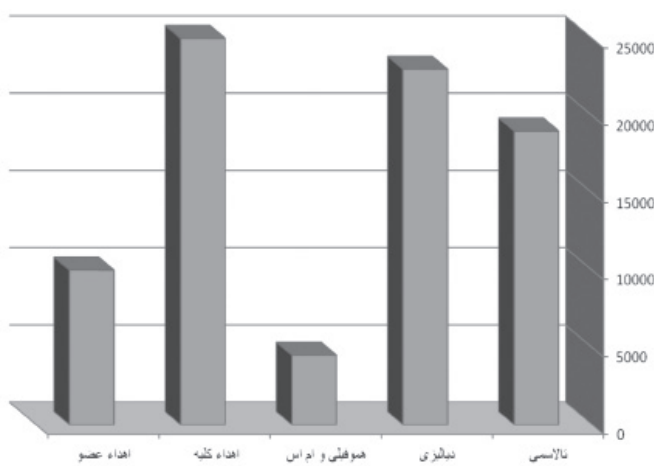
از کارهای دفتر آمار و انفورماتیک پردازش و فراوری آمار و ثبت آنها در بانک اطلاعاتی و گزارشات مربوط به بیماران تالاسمی، هموفیلی، دیالیزی و... می باشد. و در حال حاضر اطلاعات تعداد ۱۹۰۰۰ بیمار تالاسمی، ۲۳۰۰۰ بیمار دیالیزی، ۴۵۰۰ بیمار هموفیلی را در بانک نرم افزاری خود ثبت نموده است. همچنین در سال ۹۳ کار صدور و تمدید کارت حدود ۳۰۰۰ بیمار تالاسمی، ۵۰۰۰ بیمار دیالیزی و ۱۰۰۰ عدد بیمار هموفیلی و ام اس نموده است. همچنین صدور کارت اهدای عضو به تعداد ۱۵۰۰ نفر و صدور و تمدید کارت اهدای کلیه به تعداد ۲۰۰۰ نفر نموده است.

گزارش واحد انفورماتیک

نمودار صدور کارت بیماران خاص کلی :



نمودار کلی صدور و تمدید انواع کارت های بیماران خاص، اهداء کلیه و اهدای عضو :





مرکز درمانی تخصصی خیریه سوده

تهیه کننده :
بنیاد امور بیماریهای خاص

• بخش تالاسمی و هموفیلی :

بخش تالاسمی و هموفیلی همزمان با اولین سالگرد تأسیس بنیاد امور بیماریهای خاص در اردیبهشت سال ۱۳۷۶ شروع به کار نمود و در حال حاضر حدود ۶۰ بیمار تالاسمی و هموفیلی در این بخش تحت درمان می‌باشند. بیماران تالاسمی هر سه هفته یکبار جهت دریافت خون و احیانا دسفرال به این بخش مراجعه و خدمات مربوط را دریافت می‌دارند. بیماران هموفیلی نیز ابتدا توسط پزشک کشیک معاینه و سپس فرآورده مورد نیاز بیمار اعم از فاکتور ۸، فاکتور ۹، کرایو و پلاسما در این بخش به بیماران ارائه می‌گردد. ضمناً انجام آزمایش کنترل هموگلوبین و کراس مچ در روزهای مراجعه انجام شده و در همان روز تزریق خون صورت می‌گیرد. خون‌ها عمدتاً به صورت کاملاً به روز و از سازمان انتقال خون تأمین می‌شود.

• کلینیک دیابت :

در دی ماه سال ۱۳۷۸ کلینیک دیابت با هدف پیش‌گیری از بیماری دیابت و آگاهی دادن به بیماران جهت کنترل بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن به بخش‌های فعال این مرکز افزوده شده است. در این کلینیک پس از پذیرش بیمار و تفکیک بیماران دیابتیک نوع یک و دو و تشکیل پرونده، بیمار توسط پزشک ویزیت و شرح حال کاملی از ایشان اخذ و پس از آزمایشات کنترل قند خون فرم مربوطه تنظیم می‌گردد. علاوه بر آموزش مراقبت‌های پرستاری و آموزش تزریق انسولین توسط پرستار و ارائه مشاوره تغذیه توسط کارشناس تغذیه، بیمار دیابتی با توجه به وضعیت و مشکلات به صورت دوره ای تحت معاینه و بررسی قرار گرفته و جهت جلوگیری از نفروپاتی و رتینوپاتی بصورت دوره ای آزمایش داده و سیر درمان ادامه می‌یابد و در صورت نیاز به سایر متخصصین نیز ارجاع می‌گردد. همچنین در زمینه مراقبت از پای دیابتی و تعویض پانسمان‌های مکرر تا بهبودی کامل در این درمانگاه خدمات قابل ملاحظه‌ای ارائه می‌شود. در حال حاضر بیش از ۷۰۰ بیمار تحت درمان می‌باشند و جذب بیماران منطقه از طریق طرح‌های رایگان غربالگری و سنجش فشارخون و تست قند خون ادامه دارد. همچنین در آذرماه طرح غربالگری یک‌ماهه فشارخون و دیابت و نیز در دیماه سال ۹۳ سمینار آموزش مراقبت از زخم‌های دیابتی ویژه پرستاران با امتیاز بازآموزی برگزار گردید.

مرکز درمانی تخصصی خیریه سوده واقع در جنوب غربی تهران، شهرک واوان می‌باشد. عملیات ساختمانی این مرکز در پاییز سال ۱۳۷۲ پس از تأمین زمین مورد نیاز آغاز و در تاریخ ۱۴ اسفند ۱۳۷۴ به دست ریاست محترم جمهور وقت حضرت آیت الله هاشمی رفسنجانی افتتاح گردید. همزمان با تأسیس مرکز درمانی، مجتمع مسکونی سوده نیز با ۲۰۲ واحد ۱،۲ و ۳ خوابه احداث و واحدهای این مجتمع به بیماران نیازمند واگذار شد. این مرکز یکی از مراکزی است که به حمایت سرکار خانم فاطمه هاشمی و حمایت‌های دولت و افراد خیر تأسیس و تاکنون توانسته است به عنوان یکی از مهمترین و بهترین مراکز درمانی ویژه بیماران خاص نقش مهمی در درمان بیماری و التیام آلام مبتلایان به بیماری‌های خاص منطقه داشته باشد. این مرکز که هدف اولیه از ساخت و راه‌اندازی آن خدمت به بیماران دیابتی منطقه بوده و به همین دلیل با عنوان «مرکز دیابت سوده» فعالیت خود را آغاز نموده، هم اکنون به‌عنوان یک موسسه درمانی خیریه در حال ارائه خدمات درمانی به «بیماران خاص» می‌باشد و با دارا بودن واحدهای مختلف و افزایش بخش‌های جدید به این عزیزان خدمت‌رسانی می‌نماید. امید است که در سایه عنایت حق تعالی و با حمایت‌های بی‌دریغ هم‌وطنان خیراندیش و نوع دوست و سایر مسئولان ذربط کشور و با بهره‌گیری از پرسنل متخصص و مجرب و استفاده از تکنولوژی پیشرفته بتوانیم خدمات مطلوب و مطمئنی به بیماران منطقه ارائه نمائیم.

• بخش همودیالیز :

بخش همودیالیز به عنوان اصلی ترین بخش مرکز در سال نخست فعالیت خود را با ۳۴ دستگاه همودیالیز آغاز نموده و تا پایان سال ۹۲ دارای ۸ سالن، ۴۷ تخت بوده و در سال ۹۳ افزایش ظرفیت به ۱۰ سالن و ۶۰ تخت و ماشینهای دیالیز فعال داشته است و بیش از ۳۱۰ نفر بیمار ثابت مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در سه شیفت صبح، عصر و شب به صورت یک روز در میان تحت درمان همودیالیز قرار می‌گیرند.



اجتماعی

عدم بازگشت آنان به عرصه کار شده است. هر چند مشکلات بیماران به واسطه تعداد زیاد آنها وضعیت اقتصادی ساکنین منطقه فراوان و بعضاً لاینحل به نظر می‌رسد. اما تاکنون به لطف الهی و کمک‌های افراد خیر کارهای شایسته‌ای انجام پذیرفته است. در این راستا و در جهت جلب کمک‌های مردمی، گروه نیکوکاری بانوان مرکز درمانی سوده با همکاری بانوان خیر و نیکوکار محلی تشکیل و به صورت حرکتی خودجوش و مردمی در خدمت بیماران نیازمند مبتلا به بیماری‌های خاص می‌باشد.

کمک‌های بلاعوض مردمی در قالب اشخاص حقیقی و حقوقی شامل نهادهای سازمانها و شرکت‌های خصوصی و دولتی، مراکز خیریه، مردم و اشخاص جذب شده است. واحد مددکاری علاوه بر کمک‌های مذکور در ایام خاص مانند ماه مبارک رمضان، عید نوروز و بازگشایی مدارس، بیماران تحت پوشش خود را حمایت نقدی و غیرنقدی می‌نماید.

• واحد مشاوره تغذیه :

فعالیت این واحد همزمان با شروع به کار کلینیک دیابت زیر نظر کارشناس تغذیه آغاز گردید و در بخش‌های مختلف از جمله همودیالیز، تالاسمی و هموفیلی و درمانگاه جهت بیماران دیابتی و آزاد مورد استقبال واقع شد.

کارشناس مربوطه علاوه بر تشکیل پرونده‌های تغذیه‌ای برای بیماران همودیالیزی و ارائه رژیم‌های غذایی مناسب با بیماران، پس از کنترل آزمایشات ماهیانه بخش، مشاوره‌های مختلفی به بیماران دیابتی نوع یک و دو، بیماران پیوندی، مراجعین آزاد به درمانگاه و حتی پرسنل با ارائه الگوهای غذایی متناسب، این عزیزان را راهنمایی می‌نماید.

همچنین با تنظیم برنامه هفتگی ویژه بیماران همودیالیزی جهت طبخ غذا در آشپزخانه مرکز و پی‌گیری برخی مشکلات مربوط به آن به منظور بهبود در کیفیت تهیه غذاها و ظروف مورد استفاده، تهیه بروشورهای آموزشی بیماری‌های مختلف بسته به نوع مراجعات، شرکت در کنگره‌ها در خصوص بهبود سطح کیفیت رژیم‌های غذایی فعالیت می‌نماید.

سریع و درمان به موقع اختلالات روانی ایجاد شده ضروری می‌نمود. لذا به همین منظور واحد مشاوره روانشناسی با همکاری انستیتو روانپزشکی ایران در این مرکز ایجاد گردید که کارشناسان مربوطه با تکمیل فرم‌های مخصوص و انجام مصاحبه‌های روانپزشکی نسبت به شناسایی و درمان اختلالات موجود اقدام و در صورت لزوم بررسی بیشتر و درمان‌های تخصصی لازم به انستیتو روانپزشکی ارجاع می‌گردند.

• آموزش، پژوهش و بهداشت :

با توجه به اهمیت آموزش و نقش به سزای آن در ارتقاء کیفیت ارائه خدمات درمانی، واحد آموزش پرستاری علاوه بر وظیفه خطیر آموزش پرسنل پرستاری در زمینه‌های مختلف تخصصی احیاء بیمار امر آموزش بیماران را نیز در سرلوحه کار خویش قرار داده آموزش‌های مربوطه در مقاطع مختلف و به صورت چهره به چهره و توزیع بروشور و کتابچه انجام می‌شود. خدمات آموزشی این مرکز به صورت عمومی و تخصصی ارائه می‌شود. آموزش عمومی به دلیل افزایش آگاهی بیماران و همراهان نسبت به بیماری‌های مبتلا و درمان صحیح بیماری آنها و چگونگی روش تغذیه برای پیشگیری و بهبود بیماری انجام می‌پذیرد.

• مددکاری :

این واحد از آبان ۱۳۷۹ با هدف رسیدگی به مشکلات بیماران و در راستای رفع برخی مشکلات اقتصادی و پیگیری امور اجتماعی و معیشتی بیماران که علاوه بر رنج و درد بیماری از مشقت و محرومیت زندگی نیز رنج می‌برند فعالیت خود را آغاز نموده و با انجام خدماتی از قبیل پرداخت هزینه ایاب‌وذهاب، اجاره مسکن، خرید منزل، کمک هزینه دارو، تهیه جهیزیه برای فرزندان بیماران با جلب کمک‌های مردمی و گروه‌های نیکوکار و ارتباط دادن با مراکز و ارگان‌ها جهت تخفیف هزینه‌های درمان و بستری بیماران نیازمند و معرفی جهت مشاوره به صورت رایگان در خدمت بیماران نیازمند می‌باشد. با توجه به وضعیت اقتصادی اجتماعی مردم منطقه، اغلب بیماران از جهت درآمد و سطح سواد در شرایط مناسبی قرار ندارند که همین امر اغلب موجب اختلال در درمان و

• درمانگاه عمومی (پلی کلینیک) سوده :

این پلی کلینیک از سال ۱۳۷۸ فعالیت خود را با کلینیک دیابت آغاز نموده ولی بعدها بخش‌های دیگری به آن اضافه گردید. این بخش با دارا بودن واحدهای پزشک عمومی، مامایی، متخصص زنان و زایمان، متخصص اطفال و فوق تخصص عفونی اطفال و متخصص کلیه و فشارخون، فوق تخصص نفرولوژی، متخصص اورولوژی، سونوگرافی، دندانپزشکی، تزریقات، روانشناسی، تغذیه، پایگاه مشارکتی بهداشت روزانه جواب‌گوی بیش از ۱۰۰ نفر مراجعه می‌باشند.

• پایگاه بهداشتی :

در سال ۱۳۸۴ پایگاه مشارکتی بهداشتی با هدف ارائه و خدماتی شامل: واکسیناسیون و تنظیم خانواده، کنترل قد و وزن نوزادان و پایش رشد کودکان، مشاوره ازدواج، بارداری، تست‌های پاپ‌اسمیر، مراقبت از سالمندان، آموزش بهداشت در مدارس از نظر بیماری‌های قلبی و تیروئید در این مرکز احداث گردیده و ۳۴۰۴ خانوار با جمعیت ۱۳،۴۵۴ نفر را در محدوده اطراف مرکز تحت پوشش دارد.

• آزمایشگاه پاتوبیولوژی :

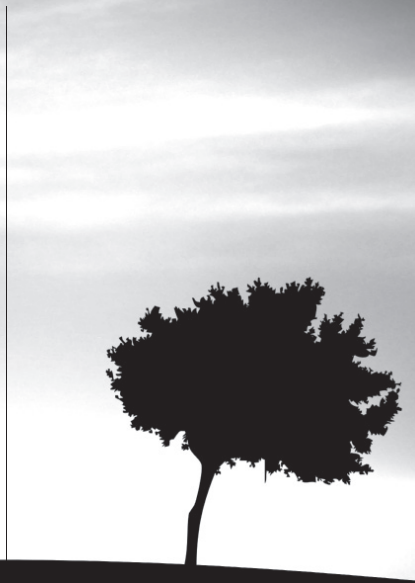
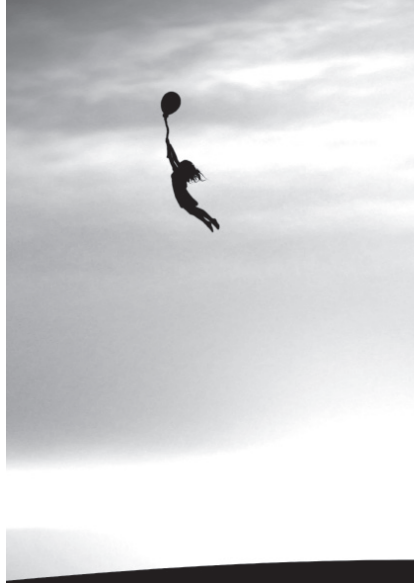
آزمایشگاه مرکز درمانی تخصصی سوده از ابتدای تیرماه ۱۳۷۶ با توجه به نیاز منطقه و توان ارائه خدمات آزمایشگاهی خاص به بیماران مرکز و عموم مراجعین فعالیت مستمر داشته است و با انعقاد قرارداد با کلیه سازمانهای بیمه در این زمینه توانسته است گامی در جهت رفع نیاز مردم منطقه بردارد. قابل ذکر است کلیه آزمایشات مربوط به بیماران تحت پوشش اعم از همودیالیزی و تالاسمی به صورت کاملاً رایگان انجام می‌پذیرد. آزمایشگاه مرکز مجهز به بخش‌های بیوشیمی، سرولوژی و هورمون‌شناسی، میکروب‌شناسی، سیتولوژی، هماتولوژی و بانک خون با استفاده از دستگاه‌های پیشرفته قادر به انجام کلیه آزمایشات عمومی و تخصصی می‌باشد.

• واحد مشاوره روانشناسی :

با توجه به مزمن بودن و سیر طولانی مدت بیماری مبتلایان به بیماری‌های خاص و تأثیرات روانی این موضوع بر زندگی و درمان صحیح ایشان، شناخت



اجتماعی



حقوق و آرزوهای بیماران خاص (بیماران تالاسمی)

گردآورنده :
روابط عمومی بنیاد امور
بیماریهای خاص

دارند، راهکارهایی را در جهت کاهش مشکلات مطرح نمودند که در ذیل به آن اشاره می‌گردد:

- تصویب پودمان استاندارد و نوین درمانی بیماران تالاسمی با توجه به نیاز آن‌ها به تزریق خون و استفاده از داروهای آهن زدای کافی و کیفیت مناسب و دسترسی به درمان‌های مرتبط با عوارض جانبی بیماری تالاسمی و نیز توزیع یکنواخت کادر پزشکی متخصص در استان‌ها و شهرستان‌ها.

- حمایت ویژه دولت و مجلس در جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران تالاسمی از جمله مشکل اشتغال افراد مبتلا به تالاسمی که از استخدام آنان توسط سازمان‌ها و ارگان‌ها سرباز زده می‌شود و سازمان بهزیستی نیز علیرغم سهمیه استخدام نیروهای انسانی برای معلولان، تمهیدات خاصی برای مبتلایان تالاسمی لحاظ نگردیده است و با توجه به وارد شدن نسل جدید مبتلایان جوان به بازار کار، این امر امروزه بیش از گذشته احساس می‌گردد و اکنون مسئولین مربوطه می‌بایست توجه ویژه‌ای به این موضوع نمایند.

- عده کثیری از بیماران مبتلا به تالاسمی شاغل در واحدهای درمانی و اداری از مزایای کاری مانند بازنشستگی پیش از موعد بی‌بهره هستند. انتظار می‌رود همانند مقرراتی که برای جانبازان و معلولین اعمال می‌گردد، برای مبتلایان تالاسمی نیز این مهم اعمال گردد.

- بهره‌گیری از بیماران مبتلا به تالاسمی در کمیته‌های مشورتی و سیاست‌گذاری، از اهم درخواست این بیماران می‌باشد.

امید است با تدبیر دولت محترم و نمایندگان دلسوز مجلس شورای اسلامی، شرایط بیماران خاص بهبود یابد و بخصوص مشکلات مبتلایان به بیماری تالاسمی به نحوی شایسته برطرف گردد.

مسئله حقوق بیماران از دیرباز، تاکنون در حوزه‌های مختلف پزشکی مورد توجه بوده است. جمله معروف «اول، آسیب نرسانید» از پدر علم پزشکی (بقراط) به عنوان توصیه ایشان به دانشجویهای پزشکی اش از بارزترین نکات رعایت حقوق بیماران می‌توان برشمرد. قوانین مربوط به حقوق بیماران از سوی سازمان‌های جهانی از سال ۱۹۴۰ مطرح و توسط متخصصین امر در سازمان بهداشت جهانی دنبال شده است.

بیانیه معروف سازمان بهداشت جهانی در خصوص «برخوردارگی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت، یکی از حقوق اساسی هر انسان بدون تمایز از نظر نژاد، مذهب، اعتقادات سیاسی، شرایط اقتصادی و اجتماعی» بیانگر ارزش و درجه اهمیت رعایت حقوق بیماران بر اساس حقوق انسانی آن‌ها می‌باشد.

از آغاز دهه ۶۰ میلادی تلاش‌های بسیاری جهت توجه به رعایت قوانین حقوق بیماران شکل گرفت تا سرانجام در سال ۲۰۰۲ میلادی در اروپا، منشور رعایت حقوق بیماران بر پایه ۱۴ رکن منتشر گردید. منشوری استوار بر حق پزشکی پیشگیرانه، حق دسترسی، حق آگاهی، حق رضایت، حق انتخاب آزادانه، حق حفظ حریم شخصی و محرمانه ماندن اطلاعات، حق احترام به زمان بیمار، حق رعایت استانداردهای کیفی، حق ایمنی، حق دسترسی به سرویس‌های نوین، حق پرهیز از درد و رنج غیر ضروری، حق دسترسی به درمان شخصی، حق شکایت، حق دسترسی به جبران.

با توجه به محدودیت‌های موجود در جامعه، همواره مسئولان و دستگاه‌های ذی ربط تلاش‌هایی را در جهت بهبود شرایط درمانی و زندگی بیماران تالاسمی اتخاذ نموده‌اند. اما این تلاش‌های دلسوزانه همچنان پاسخگوی مکفی برای مشکلات و نیازهای بیماران تالاسمی نبوده است.

جمعی از بیماران تالاسمی کشور که روزگار بسیاری را با این بیماری سپری نموده‌اند و شناخت و آگاهی کاملی از مشکلات بیماران



اجتماعی



انجمن سرطان ایران
Iran Cancer Association

مؤسسه تحقیقات، آموزش و درمان سرطان و انجمن سرطان ایران
برگزار مینماید:

همایش سرطان و پیشگیری

۶ و ۷ بهمن ۱۳۹۳، تهران، مرکز همایش‌های بین‌المللی صدا و سیما

محورهای همایش
۱. سرطان و آلاینده‌های محیط زیست: آلاینده‌های آب، هوا و خاک، ترکیبات شیمیایی، امواج و پرتوهای مضر، عفونت‌ها، آلاینده‌های صنعتی و شعلی، ... ۲. سرطان و شیوه زندگی: دخانیات، ورزش و فعالیت بدنی، وزن مناسب، ... ۳. سرطان و تغذیه: رژیم‌های غذایی مناسب، پخت و پز و تهیه غذای سالم، محصولات کشاورزی سالم، ... ۴. باورهای نادرست عمومی و ترویج فرهنگ پیشگیری: بهبود باورهای اجتماعی و فرهنگی، آموزش عمومی، تأثیر رسانه‌های عمومی، حقایق علمی و آمارهای ملی و بین‌المللی، ... ۵. نقش دارو و واکسن‌ها در پیشگیری سرطان: غربالگری و تشخیص زودرس: تکنیک پیشگیری در گروه‌های پرخطر، ...

سماواته ثبت نام و ارسال مقالات: www.hamayesh.ncii.ir

پست الکترونیکی: cnf@ncii.ir تلفن و دورنگار: ۰۲۱-۲۲۰۲۵۱۲۶

ادرس دبیرخانه: تهران، بلوار سنبل، نبش بزرگراه شهید چمران

همایش سرطان و پیشگیری در تهران آغاز به کار می‌کند

مسائل مربوط به سرطان و پیشگیری و در سالن دوم مسائل بالینی سرطان و تازه‌های تشخیصی و درمانی سرطان‌های مختلف بدن ارایه می‌شود.

دبیر علمی همایش سرطان و پیشگیری یادآور شد:

با توجه به دیدگاه سازمان جهانی بهداشت در تاکید امر پیشگیری و اینکه وظیفه پیشگیری به عنوان یک وظیفه ملی بر عهده کلیه سازمان‌های مسئول اعم از دولتی و غیردولتی است، افزایش آگاهی متخصصان و مسئولان عرصه سلامت به منظور پیش‌برد راه‌کارهای علمی پیش‌گیری سرطان و نیز اطلاع رسانی مفاهیم نوین تشخیص و درمانی سرطان به متخصصان و علاقه‌مندان از اهداف کلی برگزار کنندگان این همایش دو روزه است.

همایش سرطان و پیشگیری ۶ و ۷ بهمن ماه امسال با حضور متخصصان و صاحب نظران این رشته در مرکز همایش‌های بین‌المللی صدا و سیما برگزار می‌شود.

دکتر فرهاد سمیعی دبیر علمی این همایش با اعلام خبر فوق گفت: با توجه به اعلام سازمان جهانی بهداشت که پیشگیری را به صرفه‌ترین عامل کاهش سرطان در تمام کشورها می‌داند، قرار است در این همایش مباحث مربوط به پیشگیری شامل رابطه سرطان با آلاینده‌های زیست محیطی؛ شیوه زندگی؛ تغذیه؛ باورهای نادرست عمومی و ترویج فرهنگ پیشگیری نقش دارو و واکسن در پیشگیری و غربالگری و نیز تشخیص زودرس مطرح شود.

وی تصریح کرد: این همایش در دو سالن به طور همزمان برگزار شده که در یکی



گردآورنده :
روابط عمومی بنیاد امور
بیماریهای خاص



وی با تاکید بر اینکه یکی از محورهای این همایش، سرطان و آلاینده های زیست محیطی است، تصریح کرد: از آنجا که تمام سازمان ها و ارگان ها از قبیل وزارت نفت، نیرو، جهاد کشاورزی، آموزش و پرورش، علوم، شهرداری، سازمان محیط زیست و ... در این امر دخیل هستند، انتظار می رود در این همایش که قرار است در آن موضوعاتی از قبیل آلاینده های آب، هوا، خاک، ترکیبات شیمیایی، امواج و پرتوهای مضر، عفونت ها، آلاینده های صنعتی و شغلی و ... مطرح شوند، مشارکت داشته باشند.

دکتر سمیعی گفت: یافته های پژوهش های انجام شده، بیانگر آن است که امروزه سرطان و شیوه زندگی رابطه مستقیمی دارند و پرهیز از استفاده از دخانیات، روی آوردن به ورزش و فعالیت بدنی، نگه داشتن وزن بدن در وضعیت مناسب و ... در کاهش خطر ابتلا به سرطان ها بسیار موثر است که به مباحث فوق نیز در این زمینه پرداخته خواهد شد.

وی افزود: همچنین با توجه به نقش تغذیه صحیح در جلوگیری از ابتلا به سرطان می بایست، علاوه بر اطلاع رسانی و آموزش به هموطنان در زمینه پخت و پز و تهیه غذای سالم، ارگان های درگیر با تهیه غذای

سالم به ویژه محصولات کشاورزی سالم بیشتر احساس مسئولیت کنند.

دبیر علمی همایش سرطان و پیش گیری با اشاره به اینکه باورهای نادرست عمومی و ترویج فرهنگ پیش گیری، امروزه به عنوان یکی از ارکان مهم در امر پیش گیری از سرطان شناخته شده است بر بهبود باورهای اجتماعی و فرهنگی، آموزش عمومی و تاثیر رسانه های عمومی تاکید کرد.

وی ادامه داد: در این همایش همچنین روش های جدید تشخیص و درمان های موثر با توجه به مفاهیم هزینه اثربخشی و رعایت اصول عدالت در سلامت و اولویت های درمانی در مباحث درمان های سرطان ارائه خواهد شد.

دکتر سمیعی با اشاره به اینکه این همایش از سوی موسسه تحقیقات، آموزش و درمان سرطان (مرکز جامع سرطان ایران) و انجمن علمی سرطان ایران برگزار می شود، تصریح کرد: با توجه به رسالت موسسه تحقیقات، آموزش و درمان سرطان که همانا اطلاع رسانی و آموزش در زمینه راه های پیش گیری از ابتلا به سرطان است، مباحث مربوط به پیش گیری از ابتلا به بیماری سرطان در این همایش از سوی این موسسه دنبال می شود.

وی یادآور شد: انجمن علمی سرطان ایران نیز که جامع ترین انجمن علمی و تخصصی سرطان در کشور به شمار می رود و اعضای آن شامل متخصصان رشته های مختلف پایه و بالینی مرتبط با سرطان از جمله جراحان، گروه های داخلی، هماتولوژی- آنکولوژی، رادیوتراپی- آنکولوژی، تغذیه، ژنتیک، روانشناسی و... هستند، نیز وظیفه خود می داند در تمام عرصه های مربوط به کنترل سرطان از پیش گیری و بیماریابی زودرس گرفته تا تشخیص و درمان های علمی و جدید سرطان و نیز درمان های تسکینی برای بیماران پیشرفته فعالیت کند.

دبیر علمی همایش سرطان و پیش گیری گفت: توجه به بروز رسانی اطلاعات جامعه پزشکی کشور از جمله دلایل دیگری است که انجمن علمی سرطان ایران مباحث مختلف پیش گیری، تشخیص و درمان را قرار است در این همایش با کمک استادان رشته های مختلف ارائه کند.

علاقه مندان به کسب اطلاعات بیشتر در مورد این همایش می توانند به پایگاه اینترنتی:

www.hamayesh.ncii.ir

مراجعه کنند.



- عابدینی - رضا دیوان - رحمانی
 - آق مهدی - شکرانه - شهمرادی -
 - پاشا - وسائلی - یونس - نیکبخت
 - رحمانی - آبشاهی - شجاعی -
 محمود - هدا - پارسا - شهرانلو اجتماعی
 - چگینی - شعبانی - سراج زاده
 - مواجی - محترم بهاری - خورشیدی -
 مولوی - اجابتی - خدایاری - اختر - سلطانی
 - جلوانی - سید مهدی - نیر قرب - فرنگیز
 - پریور - حجازی - شاهمرادی - احمدی -
 جویستان - اردبیلیان - شهپرزادی - علی
 قرنی - نخعی - کاتبی - شاکرین - قلیزاده
 - ساجدین - پروین پاشایی - محمودیان
 - پیمانی - عالی‌نژاد - فرنی - فراهانی -
 احمدی - فدایی - الهام موحد - محمود
 مقدم - عمرانی - قربانی - دماوندی - ایران
 خرم - کمائی - پورمند - یازی - نورمند
 - بابک منصورین - عسگری - مهمانپرست
 - علی واشقانی - مولوی - توفیقی - تقی
 رضایی - محمد ترک - حسن جعفری - بلوی
 - صفاری - شهرام پورزنگی - طهماسبی -
 ایران فرم - علی اصغری - خیال - فاطمه
 عزتی - عقیل عزیزی - محمدیان - اردبیلیان
 - معینی - محسن کاشی بسط - امیر حسین
 نخعی - سکینه شریفی - پوران فداکی - آذر
 پالیزگرد - منیر عالم - ابری - نوری منش
 - نخعی - صادقیان - فروشگاه جواد - امیر
 رضا یلیما - شمس ساد حسینی - سمعی
 - وحید لطافت - یوسف زاده - زهرا علی‌زاده
 - نجاتیان - غلامی - شهرام - محمد علی
 - یاسینی - جانجانی - غفار پور - موسوی
 - محمدی - صالح کمایی - نسرین شمس
 - خجسته - تقوایی - سید جواد محمدی
 - فاطمه ریاضی - حمصی - فرهاد جزی -
 بهاده مولوی - پارسا شکوه - عباس اسفندیار
 - سعید لو - مرادی - غلامی - فداییان -
 قاضوی - اصلانی - مریم امیری - شهامت
 دوست - دربندی - عباس نجفی - زهرا
 ملک محمدی - افشاری - یکتا فرد - تقوی
 - خدیوی - مریم دهقانی - زلفی - جعفر
 شقاقی - معراجی - افسانه مرادیان - سمیرا
 بزرگی - زارع خیابانی - آزاد نسب - سلطانی
 - زهرا علیزاده - شرکت پیشگامان صنعت -
 مقصودی - نعمت زاده - یوسف زاده - معینی
 - محسن کاشی بسط - معصومه توکلی -
 شقائی مقدم - آخوندی - حسن رفعت - علی
 رضا هادوی - عبدی - معتمدی - یوسف
 وفایی - ابری - ابراهیم پور - مینو پورمند -
 حسن جعفری - مارینا فذلئی - پریسا اخلاقی
 - فرجی - رسولی - معصومه مالکی - رول
 یزدانی - نخعی - خلیل بهمنش - حسینی
 - یحیائیان - سهرابی -
 آرش مرتضی نیا - فرید کسائی

افسانه شریفی سده - محمداسماعیل و ابراهیم
 - تبریزیان - راه نو - علیرضا - سرهنگ پور -
 مسعودی - پروین مولوی - نعمتی - وحیدیان
 - دولت‌مرادی - کرمانشاهی - رحمانی -
 عبدالرحمن بار - مرضیه نوروزی - حسین
 حسینی - مدرسه کوثر - نصرآبادی - عارف
 سنایی - شرکت پودینه - محمدرضا دشتی
 - صدیقه ربابی - سهیلا - حسن صادقیان -
 باسطی - ائنی عشری - تامین اجتماعی - مانیا
 شفاهی - فرخ لقا نوریا - مرادی - هاشمی
 - چیت چیان - آجیلچی - سیده ناهید
 حبیبی - نیلوفر سعیدی - موسی پور، جاوید
 - احمدی - فاطمه - موسوی - مینا توسعه
 عبدالرحیم پروندی - جواد آقا محمدی -
 مدنی - ادریسی - معدن کن - عزیز عالی نژاد
 - ادریس آبادی - شاهرخ - شاهین احمدبیگی
 - همنیان، قتادی - همایون زاده - کریمی
 - حسن فلاح - ربیع نوروزی - رضاسخنور
 - موسوی - بذرافشان - اخوان بی‌نیاز - پویا
 سوادکوهی - آرمین احمدی - افشار - حاجی
 آخوندی - هاشمی، ایزدی - ثریا خصوصی -
 شهرانلو - حسینی - صدری - وحید لطافت
 - مصباح - مرادی - کمال فضلی - همتی -
 نوریه - مدبرخاز - منصوری - افسانه جمشاد -
 فاطمی - معرفت - رشیدی - مودی - مجتبی
 شجاعی - اتحادیه کشاورزی (آقای طبیبی)،
 فرنگیس تبریزی - حسین نظری - روشن
 ضمیر - سعید ابراهیمی - صفوی - رحیمه
 شهبازی - علی لطفی - پروانه قیماسی - هوراد
 کاظمی - احمد هدایتی نیک‌فر - چیتی زاده -
 مالکی - آقای معبودی - خانم افشار - موسوی
 - احمد هدایتی - نیک فر - باقر دریایی -
 اصغری - علیپور - افسانه مرادیا - طبیب نژاد
 - شهرام پور زنگی - طهماسبی - ایران فرم
 - علی اصغری - عاطفه توانگر - عاطفه تقی
 زاده ثانی - محمودی - محمد نیا - عبدالله
 صادقی - طاهره غفوری - جمالی - محمد
 حیدری - ربابه کفیل - مدیری نژاد - سروی
 - جاویدان - فرنی - حاجی خانی - باباکردی
 - مرتضی نیا - حسینی - غفارپور - موسوی
 - محمدی - صالح کمایی - سلیمی - پرنون
 - ربابه جمشیدی - ناصر خاکی - حیدری -
 شکوه سبزه‌ای - محمد جواد کرمی - بهرامی
 فر - حدادی - شفیع سروستان - اصغری
 - شکوفه دولتی - مهدی شلتوکی - الهام
 مرحد - ایران خرم - فرمانده بحری - امیر
 پور آذر - دانشیار - سهیلی - آزمایشگاه سبز
 - توانگر - الناز - تبریزیان - محمد اسماعیل
 - ابراهیم - جبلی - رشیدی - بریانی
 - مصلح - محمدی - حسام - سلیمانی -
 داوود آبادی - عبدالمی - حکیمه - الهویی
 - عسگری - محمد روان - سالاروند - جعفر
 زاده - یوسف زاده - طالبی پناه لاله کاظمی



ایثار زندگی یاری سبز یاوران

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

یاوران عزیز :

لطفا فیش کمک‌های واریزی به همراه آدرس خود را برای بنیاد ارسال فرمائید تا ضمن درج نامتان در این صفحه لوح تقدیر برایتان ارسال گردد.

صندوق پستی بنیاد امور بیماری‌های خاص :

۳۳۳۳ - ۱۵۸۱۵

تهیه کننده :

دفتر مشارکت‌های مردمی



اجتماعی



هدیه ایثار

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

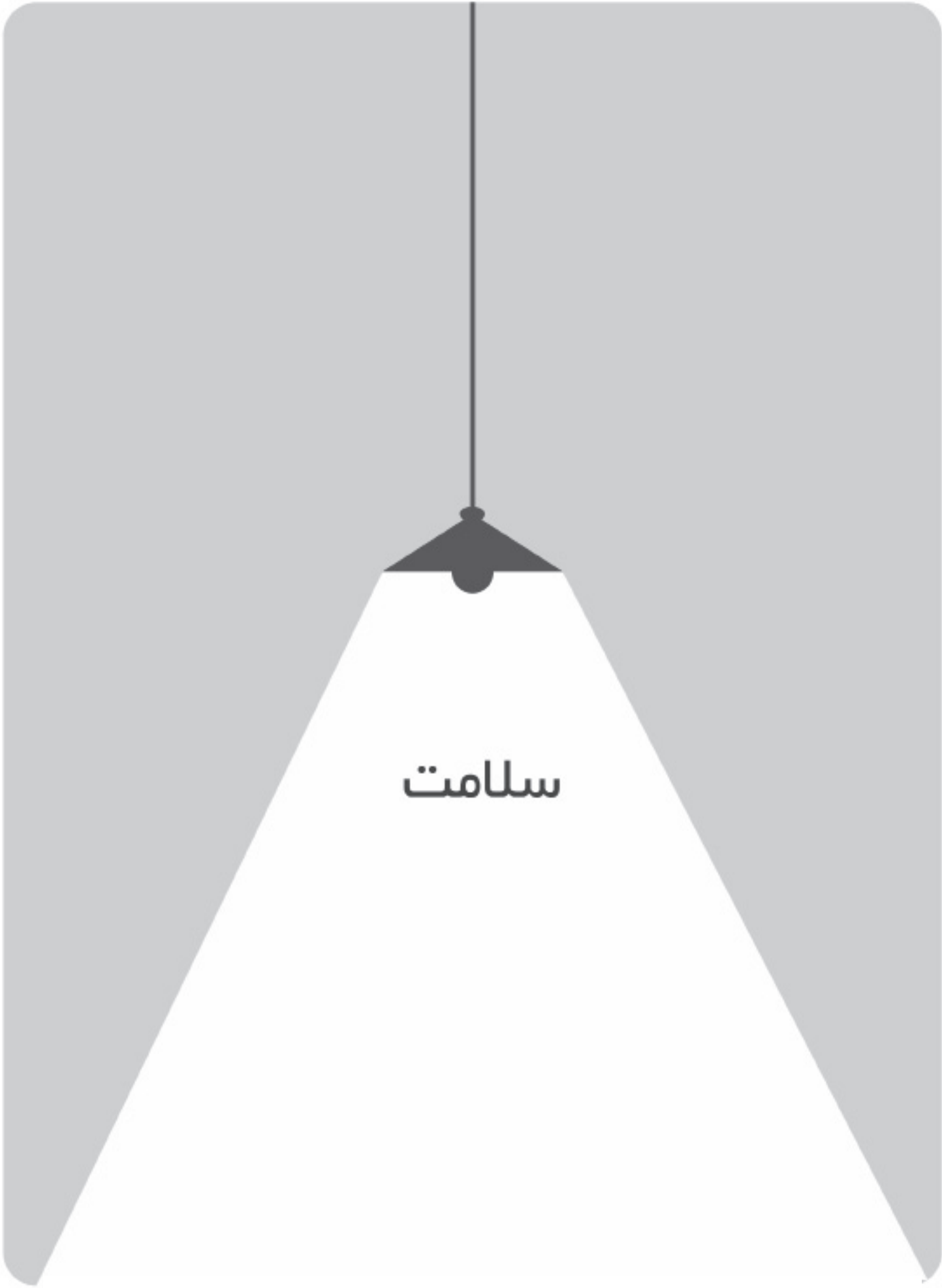
جهت کسب اطلاعات بیشتر با این شماره تماس حاصل فرمایید :
۴۱۱ / ۲۲۵۹۱۹۵۷

تهیه کننده :
معاونت هماهنگی و امور استانه‌ها

بوستان اهدای عضو در سال ۷۵ به ثمر نشسته 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 .

زاده- نرگس تاجیک- جواد اختیاری- مهدی نعیمی- کیهان ناو خاصی- مهدی باغچقی- عباس مقتدایی نژاد- میترا رشید زرینی- مصطفی پناهی- محمد حسن جلالی شیرازی- سمیه بلوکی- رامین نعمت الهی ملکی- ادریس ابوالقاسمی- سید عباس میر معصومی کرمی- آیت الله اسکندری- محمد رضا افضلی- مرتضی مظفری- احمد اسلامی شیراز- اسماعیل دشتی- صابر فولادی- امیر میرزائی- محمدجعفرزاده- ابراهیم غلامرضائی دارسرا- الهه محمدیان- محمد علی حسونی- سید نسیم رستم پور- کیوان ایران پور قاضیانی- جعفرقاسمی قلجه- محمد رضا قاسمی- سید محسن حسینی- امیر خوش نیت- کیوان رنجبر کاشی- ادریس رنجبری- مهدی سیاسه- محمد حسین خسروی- دانیال جوانمرد- محسن عزیزیان- احمد سیاوشی- بهادر مافی- احسان بخشنده- حسین عرب خانی- مصطفی بوداغان- بهروز بلندی قیه باشی- فرشاد تقی پور بازرگانی- شهرام باقر زاده- رستم طریفی- ایرج کیانی- علی محبی ده جانی- سعید حیدری هدایت- روح الله کرمی بورکی- احداثخار عین الدین- خسرو حسینی مسگره- رضا نوری زاده- محمد سهامانی- رسول صفدری گلوشرجری- کیهان نوری- مجتبی کمالی خراسانی- مصطفی حیدری- بهناز محمد حسینی- سید جواد علوی- رضا مزرعه لی- علی مردان مایوان- حمید بنکدار- رقیه خزائی- منوچهر دشتی قوجه- معصومه ابراهیمی نسب شهر بابکی- ابراهیم حضباوی- قدرت الله عزیزی- جلال سمر- رضا طرفی- جواد کریمی- فرشاد سرداری عبدالملکی- حسینعلی عباسی- جواد ابراهیمی مینق- شهرام انهاری قوجه- سجاد کرمی- اسماعیل بخشی احمد آبادی- اکبر آروین- سهراب کد خدا- نادر پاشائی حسین آباد- شاهین شیخ زادگان- ولی زارعی- سمیه کشتکار- حسن عسکری وزیری- حسین کریم پور- جبرئیلعلی زاده اسپاهی- محمد زمان بیگی- حسین صندوقساز- مریم نقدی عزیز آبادی- مصطفی قلندری کر- علیرضا عباسی- کیامرث محمدی اصل- مهدی اسدی- امین سلطانی کله مسلمانی- محمد حسین پور آقائی- داریوش موسوی- صفیه حدادی- یونس بابادی بنوتی- مدینه همت جو- فرامرز احسانی- مریم هاشم پور- محمد حزباوی- امیر شیرخانی نگین آباد- مرتضی اکبری- حامد رسالت- عباس غفاری- اکبر چگینی- رسول اصغری- فریده قادر غازانی- حمید بابا محمدی- میثم پرویزی- امید اجاقی سندنای- محمد باقر کرمی موفق- اصغر خورزند- قربان بخشی پور وسطی- علی صفدری تبار- ساناز وطن پور دانا دارابی- منصور شهبازی- رضا اسکندری- اکرم بابایی رایینی- علی اکبر زارعی- حمید ذبیحی راد- هادی محبی- مطلب محمدی لاطران- غلام امیری- کامبیز بانه- تاج گل نظری کاریزی- فریده اسکندری- سید محمدمیر شفیعی

حامد عباسی خراجو- احد کریمی هومونلو- زینب عزیزی- حمزه امامی- پیمان کرمی- بهنام الله یاری- حسن رحیمی- ناهید ناظمی- علی حسین پور- حمیده لاهی چینی- سعید رنجکش- ام لیلا پناهی- ادریس بمپوری- رحمت علیمردی- امیرعیسی پوری- میلاد علی نژاد- عماد صفری- علیرضا احیائی- هیمن عبدالله پور- مهران الله میری- شیرکوه نوائی- امیر یآوری- محمد محمدی- زهرا بتوان- علیرضا بشکار- میلاد شاه علی- زینب احمدی- سعید سلیم زاده- عسگر شاه حسینی- محمد الهامی نژاد- هادی هاشمی مطلق- مرتضی حیدری- رضا پیران- ناصر معصومی- علی کرمانشاهی- سید جمال رضوی طوسی- حسین محمدی- یعقوب طبیحی خازن- محمد حسامی گلزار- امیر صابری هارونی- عمار پور فتحی- مجتبی حسن نژاد- زهرا بشیری- زهرا اقبالی تذرجی- محمد کریمیان- کامران عبدالهی- محمود حاجی لقا- منوچهرلطفی اقدام- حامد سیدی- رضا استوار- علیرضا قوی پنجه- امید ژولیده- مرتضی نودهی- نادر مصطفی زاد اوزانی- محسن قیصری- مهدی اخوان آریج- سجاد خزایی- اکبر کریمی- مسعود احمدی- حسین توسلی نسب- بابک علی پور- زیبا پناهی صلوات- عابد نصیری- مقصود بازرگان- دانیال قدمی سر خکلائی- محمد دوستی شروانی- مقصود خالقی هیق- اکرم طاهری قهریزجانی- حسین پاپی- ایوب خورسند- محمدرضا میرزایی- فاطمه علیزاده مقدم- مهدی سعیدی صفر قلی کندی- کریم دهقانی- معصومه روشن ضمیرمدری- وحید اسماعیلی- وحید رحمتی عربشاه خان- بابک ملک محمدی- حسین یوسفی- مهدی سرتیپی- میثم قلعه خانی- فرهاد سلطانی- علی بهداروند- رضا امیری برازجانی- وحید پور فرزانه- حسن بابا احمدی رضائی- علی صفری- محسنعلی ویردی زاده- مرتضی اسمعیلیان- منوچهر لطیفی اقدام- مصطفی قاسم زاده- حسن شیدائیان- داریوش طهماسبی- کامبیز حسینی- سعید نعمتی- محمد آقابابا پور- فیروز رضائی- رزاق یحیی کارونی- علی یاقوت میانداوب- سودابه شکری سوپاشی- فرزانه کدخدا حسین آبادی- امین دولتی رایینی- رحمان تاشک- امیر طاهرپور کوپچ- مجید ترج- انعام الله جعفری- محمد خواجه سلیمی- علیرضا حافظی خوجین- حجت رشیدی کهنوجی- سید حمید رضا موذن زاده- فرامرز قاسمی فرد- نسرین کاید خورده- علی طوفانی- میر مجید صدیق امین سگوند هیق- محمد رضا رهبانی سیاهمرد- همیشه گل کریمی- مجید موسوی- اصغر بلفکه- فردین صیفی- حسن حیدری- وحید دریغ قراملکی- امین سگوند- توفیق روحی- مهدی هاشمی شمیلی- حسن لرستانی- مهری کریمی رونقی- سعید محمد نژاد پامچی- جمال ترابی- میثم بهمن- شیما کریمیان- محمود موزونی- الهام محمدیان- وریا حبیبی- رضا طاهری- علی قلخان باز- بهزاد کاوه شلیل وند- فرهاد ملک



سلامت



آزمایشات دوره‌ای در بیمار ان هموفیلی

گرد آورنده و تنظیم کننده : بهار محب

۲۵

تشخیص هموفیلی
در صورتی که مشکوک به هموفیلی هستید و یا به نظر می‌رسد که مشکل خونریزی دارید، پزشک اقدام به اخذ تاریخچه شخصی و خانوادگی نموده و معاینه بدنی و آزمایشات خونی انجام می‌دهد.

آزمایشات خونی برای تعیین موارد زیر به کار می‌روند:
• تعیین این که چقدر طول می‌کشد تا خون شما لخته گردد.

- تعیین این که خون شما مقادیر پایین کدامیک از فاکتورهای انعقادی را داراست.
- تعیین این که یکی از فاکتورها بصورت کامل درخون شما وجود ندارد.

نتایج آزمایشات وجود هموفیلی، نوع و شدت هموفیلی را نشان خواهد داد. هموفیلی A و B تحت عنوان خفیف، متوسط و شدید طبقه بندی می‌شوند که بستگی به مقدار فاکتورهای انعقادی ۸ یا ۹ در خون دارد.

هموفیلی خفیف	۳۰ - ۵ درصد فاکتور طبیعی
هموفیلی متوسط	۵ - ۱ درصد فاکتور طبیعی
هموفیلی شدید	کمتر از ۱ درصد فاکتور طبیعی

هموفیلی شدید موجب بروز مشکلات خونریزی شدید در بچه‌ها می‌گردد. بنابراین کودکان مبتلا به هموفیلی شدید، در طی سال‌های اول زندگی تشخیص داده می‌شوند. کودکان مبتلا به اشکال خفیف تر هموفیلی، اغلب تا زمان بلوغ تشخیص داده نمی‌شوند. مشکلات ناشی از خونریزی هموفیلی A و B همانند هم می‌باشد. این دو نوع هموفیلی، تنها از طریق آزمایشات اختصاصی خون قابل افتراق هستند. به دلیل متفاوت بودن نوع درمان، افتراق هموفیلی A از نوع B خیلی مهم است.

درمان هموفیلی :

درمان عمده هموفیلی، درمان جایگزینی (دادن یا جایگزین نمودن فاکتور انعقادی که مقدار آن خیلی پایین است و یا وجود ندارد) بصورت تجویز فاکتور انعقادی تغلیظ شده، از طریق تزریق داخل وریدی داده می‌شود.

فاکتورهای اختصاصی مورد استفاده برای درمان هموفیلی عبارت است از:

- فاکتور ۸ برای هموفیلی A
 - فاکتور ۹ برای هموفیلی B
- درمان جایگزینی برای موارد زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد:
- برای پیشگیری از خونریزی (درمان پیشگیری کننده)
 - برای متوقف نمودن خونریزی در صورت وقوع خونریزی برای رسیدن به سطح پایه فاکتور انعقادی
- نوع درمانی که شما دریافت می‌کنید بستگی به عوامل متعددی از قبیل نوع هموفیلی (شدید، متوسط، خفیف) دارد.

هموفیلی خفیف :

- معمولاً برای هموفیلی خفیف درمان

جایگزینی مورد نیاز نمی‌باشد. گاهی اوقات، دارویی به نام دسموپرسین (DDAVP) برای افزایش سطح فاکتور ۸ بدن داده می‌شود. چون اثر این دارو با مصرف درازمدت از بین می‌رود، لذا تنها در موقعیت‌های خاص

(همانند قبل از اعمال دندان پزشکی یا انجام فعالیت‌های ورزشی) برای پیشگیری یا کاهش خونریزی به کار می‌رود. دسموپرسین در هموفیلی B به کار نمی‌رود.

هموفیلی متوسط :

تنها در صورت وجود خونریزی، ممکن است نیاز به درمان داشته باشید. شما نیاز دارید تا شناسایی علایم و نشانه‌های خونریزی را برای شروع درمان هرچه سریع‌تر درمان، فرابگیرید. ممکن است برای پیشگیری از بروز خونریزی‌هایی که در طی انجام برخی فعالیت‌ها رخ می‌دهند، درمان دریافت نمایید.

هموفیلی شدید :

معمولاً برای پیشگیری از خونریزی‌هایی که صدمه دائمی مفاصل، عضلات یا سایر قسمت‌های بدن را موجب می‌شوند، نیاز به درمان‌های طولانی مدت و کوتاه مدت پیشگیری کننده دارید. ولی برخلاف انتظار، اغلب افراد هموفیلی شدید، تنها در صورت بروز خونریزی، درمان دریافت می‌کنند.

در صورت بروز خونریزی، شروع هرچه زودتر درمان، مهم می‌باشد. تاخیر در شروع درمان، منجر به بروز عوارض می‌گردد. شناسایی علایم و نشانه‌های بروز خونریزی را فرا بگیرید و مطمئن شوید که خونریزی هرچه سریع‌تر، درمان می‌گردد.



مهار کننده‌های فاکتورهای انعقادی در حدود ۲۰ درصد افراد مبتلا به هموفیلی A شدید و در ۱ درصد بیماران هموفیل B پدید می‌آیند. در صورت بروز آنتی‌بادی‌ها، پزشکان مقادیر بالاتر فاکتورهای انعقادی را استفاده می‌کنند. گاهی اوقات، آنتی‌بادی‌ها نابود می‌شوند. محققین در حال مطالعه روش‌هایی برای مقابله با آنتی‌بادی‌های ایجاد شده بر علیه فاکتورهای انعقادی می‌باشند.

ویروس‌های منتقل شده از طریق تزریق فاکتورها (تهیه شده از خون انسان). ویروس‌هایی که موجب بروز ایدز و هپاتیت می‌شوند می‌توانند از راه تزریق فاکتورهای انعقادی منتقل شوند.

انتقال ویروس‌ها به روش‌های زیر پیشگیری می‌گردد:

- غربال‌گری دقیق اهدا کنندگان خون.
- انجام آزمایشات بر روی فرآورده‌های خونی اهدا شده.
- فرآورده‌های خونی اهدایی که برای تهیه فاکتورهای خونی مورد استفاده قرار می‌گیرند، گرمادهی شده و ویروس زدایی می‌شوند.
- محققین در حال بررسی راه‌هایی هستند تا فرآورده‌های خونی سالم‌تری پیدا نمایند.

صدمات ناشی از تاخیر در درمان
هنگامی که تاخیر در درمان صورت می‌پذیرد، صدمه به نواحی متأثر (از قبیل مفاصل) رخ می‌دهد. مهم است که افراد هموفیلی (هرچه زودتر) شناسایی علائم و نشانه‌های بیماری را بعد از شروع خونریزی را یاد گرفته و هرچه سریع‌تر درمان را شروع نمایند.

سایر درمان‌ها

دسموپرسین (DDAVP):

یک هورمون صناعی است که در درمان افراد هموفیل A خفیف و متوسط به‌کار می‌رود.

دسموپرسین در هموفیلی B و هموفیلی شدید اثری ندارد. دسموپرسین، آزاد شدن فاکتور ۸ و فاکتور ون ویلبراند ذخیره شده در عروق خونی را تحریک نموده و سطح این پروتئین‌ها را در خون، افزایش می‌دهد. فاکتور ون ویلبراند، برای فعالیت فاکتور ۸ ضروری می‌باشد. دسموپرسین معمولاً به صورت وریدی یا داخل بینی (از طریق اسپری) تجویز می‌شود.

درمان جایگزینی در صورت نیاز، برای متوقف نمودن هرچه زودتر خونریزی، بعد از شروع خونریزی داده می‌شود. هدف درمان، پیشگیری از آسیب مفاصل، عضلات یا سایر قسمت‌های بدن در اثر خونریزی می‌باشد. این درمان بیشتر در افراد هموفیلی خفیف یا متوسط به‌کار می‌رود.

مقدار فاکتور انعقادی داده شده به موارد زیر بستگی دارد:

- نوع هموفیلی
- محل خونریزی و شدت خونریزی
- وزن شخص
- این که آیا فرد آنتی‌بادی (پادتن) تولید می‌کند که فعالیت فاکتور انعقادی تزریق شده را خنثی کند یا نه.
- درمانی که بر اساس نیاز داده می‌شود، دارای شدت کمتر و هزینه پایین‌تری نسبت به درمان پیشگیرانه منظم می‌باشد. برخلاف انتظار، این خطر وجود دارد که قبل از شروع درمان، خونریزی موجب ایجاد صدمه و آسیب گردد.
- افرادی که از این نوع درمان استفاده می‌کنند، بایستی شناسایی علائم خونریزی را قبل از بروز خونریزی، یاد بگیرند. درمان باید بطریقی صحیح برای محدود نمودن صدمات داده شود.
- اعضای خانواده بیماران نیز بایستی علائم و نشانه‌های بروز خونریزی را در کودک، یاد بگیرند. گاهی اوقات کودکان علائم خونریزی را به علت اجتناب از درد و ناراحتی ناشی از درمان، نادیده می‌انگارند.

عوارض درمان جایگزینی

این عوارض عبارت است از:

- تولید آنتی‌بادی، پروتئین‌هایی که فعالیت فاکتورهای انعقادی را تخریب می‌کنند
- آسیب مفاصل، عضلات یا سایر قسمت‌های بدن که ناشی از تاخیر در درمان می‌باشد.

آنتی‌بادی بر علیه فاکتور انعقادی

آنتی‌بادی‌ها قبل از این که فاکتورهای انعقادی شانس برای فعالیت داشته باشند، آنها را تخریب می‌کنند. این یک مشکل خیلی جدی می‌باشد، بدلیل اینکه درمان اصلی برای افراد هموفیلی (که جایگزینی فاکتورهای انعقادی می‌باشد) در دراز مدت، موثر نمی‌باشد.

منابع فاکتورهای انعقادی

فاکتورهای انعقادی تغلیظ شده که در درمان جایگزینی مورد استفاده قرار می‌گیرند از دو منبع تهیه می‌شوند:

- خون دهنندگان انسانی
 - فاکتورهای انعقادی تهیه شده در آزمایشگاه، این فاکتورها «نو ترکیب» نامیده شده و از منابع انسانی تهیه نمی‌شوند.
- از آنجایی که نیمه عمر فعالیت فاکتور ۸، ۱۲-۸ ساعت و فاکتور ۹، ۲۴-۱۲ ساعت می‌باشد، تزریق داخل وریدی فاکتورهای انعقادی بصورت روزانه یکبار و یا دفعات بیشتر، در صورت شروع درمان داده می‌شود.

فاکتورهای انعقادی مورد استفاده در درمان جایگزینی دارای خصوصیات زیر هستند:

- خیلی قوی هستند - برای کنترل خونریزی تنها میزان کمتری مورد نیاز می‌باشد.
- از نظر استفاده در منزل، مخلوط کردن و نگهداری آسان می‌باشند. تهیه و دریافت فاکتور انعقادی، تنها ۱۵ دقیقه وقت می‌گیرد.

درمان جایگزینی فاکتور انعقادی برای پیشگیری از خونریزی

درمان جایگزینی بر اساس پایه‌ای منظم، برای پیشگیری از خونریزی داده می‌شود. هدف نگهداری مقادیر فاکتور انعقادی در خون به میزان بالا، برای پیشگیری از وقوع خونریزی می‌باشد. این درمان بیشتر در افراد هموفیل شدید بکار می‌رود ولی اغلب در کودکان نیز برای پیشگیری از صدمه مفاصل به دنبال خونریزی، بکار می‌رود.

درمان جایگزینی پیشگیری کننده در موارد زیر بکار می‌رود:

- در پایه‌ای طولانی مدت، معمولاً دو یا سه بار در هفته داده می‌شود.
- در پایه‌ای کوتاه مدت‌تر، برای مثال بیش از چند ماه
- در پایه‌ای کوتاه مدت، قبل از انجام هرگونه فعالیتی که موجب بروز خونریزی می‌گردد.

این درمان بسیار قوی و گران می‌باشد. درمان پیشگیری کننده اغلب در منزل داده می‌شود.

درمان جایگزینی فاکتورهای انعقادی برای متوقف نمودن خونریزی در صورت خونریزی.



سلامت

داروهای آنتی فیبرینولیتیک (ضد فیبرینولیز)

این داروها (شامل اسید ترانس اگزامیک و اسید آمینوکاپروئیک) داروهایی هستند که با درمان فاکتورهای انعقادی مورد استفاده قرار گرفته و سرعت تخریب لخته خونی را کاهش می‌دهند. معمولاً بصورت قرص برای کمک به از هم‌گسیختگی لخته و پایداری آن، به کار می‌روند.

معمولاً قبل از موارد زیر مورد استفاده قرار می‌گیرند:

- قبل از اعمال دندان پزشکی.
- برای درمان خونریزی‌های دهان یا بینی.
- برای خونریزی‌های گوارشی خفیف.

زندگی با هموفیلی

اگر شما هموفیلی هستید، بایستی مرحله‌ای را برای برقراری سلامت خود در پیش گرفته و از بیماری و مشکلات خونریزی پیشگیری نمایید. اگر کودک هموفیلی دارید، بایستی اقدامات زیادی را برای کمک به وی و داشتن زندگی سالم، انجام دهید.

مراکز درمان هموفیلی

این مراکز خدمات درمانی، آموزشی و حمایتی مناسبی را برای افراد هموفیلی و اعضای خانواده آنها ارائه می‌دهند. گروه‌های هموفیلی متشکل از افراد زیر می‌باشند:

- پرستار هماهنگ کننده.
- هماتولوژیست بزرگسالان و کودکان (پزشکانی که در بیماری‌های خونی متخصص هستند).
- مددکاران اجتماعی (کسانی که می‌توانند کمک‌های مالی، نقل و انتقال، بهداشت روانی و سایر حالات را ارائه نمایند).

- فیزیوتراپیست‌ها.
- متخصصین اطفال.
- ارتوپدист‌ها (پزشکانی که در بیماری‌های استخوان و مفاصل متخصص هستند).
- دندان پزشکان.

این افراد می‌توانند به شما و کودکان برای برآورده شدن نیازهای شما کمک نمایند. نتایج تحقیقات نشان داده است که دریافت مراقبت در این مراکز، منجر به بروز عوارض و اقامت‌های بیمارستانی کمتری می‌شود. همچنین کیفیت زندگی بیماران هموفیلی، بهتر می‌شود.

نیازهای مراقبت پزشکی

برای اجتناب از بروز عوارض، مهم است که افراد هموفیلی موارد زیر را مدنظر قرار دهند:

- هرگونه درمان تجویزی برای هموفیلی را ادامه دهند.
- کنترل‌های منظم دوره‌ای و برنامه‌های ایمن‌سازی پیشنهادی را انجام دهند. کودکان هموفیلی، برنامه‌های ایمن‌سازی و واکسیناسیون همانند سایر کودکان دارند اما تزریق عضلانی انجام نمی‌گیرد. واکسن هپاتیت A و B برای افرادی که تحت درمان با فرآورده‌های خونی هستند، توصیه می‌شود. هنوز واکسنی برای هپاتیت C وجود ندارد.
- مراقبت دهانی منظم را انجام دهید. در صورت مراجعه به دندانپزشک، ابتلای خود و یا فرزندان به هموفیلی را، اطلاع دهید. در این صورت درمان‌هایی دریافت خواهید نمود که خونریزی را قبل از اعمال دندان پزشکی، کاهش می‌دهد.

- از علائم و نشانه‌های خونریزی مفاصل و سایر قسمت‌های بدن و اینکه چه زمانی به پزشک و یا واحدهای اورژانس مراجعه نمایید، با اطلاع شوید.

- در صورت بروز هرکدام از موارد زیر به پزشک و یا بخش اورژانس مراجعه نمایید:
- خونریزی به مقدار زیاد که متوقف نمی‌شود یا زخمی که از آن خون تراوش می‌کند.
- هرگونه نشانه‌های خونریزی داخل مغزی.
- محدودیت حرکات، درد یا تورم در هر مفصل.

ایده خوبی است که هرگونه درمان‌های قبلی دریافت شده، یادداشت گردد. بایستی این اطلاعات را با خودتان به هنگام مراجعه به مراکز پزشکی، به همراه داشته باشید.

احتیاطات دارویی

برخی از داروها خون شما را رقیق نموده و احتمال خونریزی را افزایش می‌دهند. شما بایستی از مصرف داروهای زیر اجتناب نمایید:

- آسپرین و سایر داروهایی که حاوی سالیسیلات هستند: هرگز به کودک مبتلا به هموفیلی دارویی که حاوی آسپرین می‌باشد، داده نشود.
- ایبوپروفن
- سایر داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدیاز قبیل ناپروکسن

منبع:

مرکز تحقیقات هماتولوژی انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Disease/hemophilia/hemophilia_all.html





از پروسه بارداری و زایمان در زنان مبتلا در اختیار جامعه و البته بیماران قرار نمی‌گیرد. افراد مبتلا اطلاع دقیقی از روند پیشرفت علایم و نیز امکان در کنترل گرفتن آن ندارند. بیمار مبتلا و نیز پزشک نمی‌تواند تعیین کند که ضعف عضلات در اندام حرکتی به فلج کامل خواهد رسید یا نه و یا اگر قرار است چنین اتفاقی رخ دهد چه زمانی این واقعه رخ خواهد داد. همه این‌ها می‌تواند برای فرد مبتلا ایجاد احساس عدم اطمینان از آینده ایجاد کند. پس تا می‌توانید درباره بیماری و محدودیت‌ها و توانمندی‌هایتان با پزشک خود مشورت کنید. بیشتر از آن چیزی که بیماری به شما تحمیل کرده به خود محدودیتی تحمیل نکنید.

به علاوه برخی مطالعات نشان می‌دهد که افرادی دارای شخصیت تیپ A که غالباً مصمم، جدی، حساس و بلندپرواز هستند بیشتر دچار ام اس می‌شوند. البته این یافته به معنای این نیست که الزاماً این ویژگی‌های شخصیتی دلیل بروز بیماری باشد. با این حال جمیع چالش‌های محیطی که بیماران با آن روبه‌رو هستند و نیز ویژگی‌های شخصیتی این افراد می‌تواند زمینه ساز عمده بروز تنش و اضطراب در بیماران باشد. پس شاید بهتر باشد زیر نظر یک مشاور برخی ویژگی‌های شخصیتی‌مان را تعدیل کرده و راه‌کارهای مناسبی برای روبرویی با چالش‌های محیطی بیابیم.

انجمن ام اس ایران معتقد است عموماً صرف وجود بیماری ام اس منعی برای ازدواج ایجاد نمی‌کند. این نظر مورد تایید پزشکان نیز هست. هرچند این ازدواج نیازمند مراعات کردن نکاتی از جانب هر دو طرف است؛ که البته از طریق مشورت با پزشک این نگرانی‌ها قابل رفع است. به علاوه طبق اصول صداقت باید هر یک از زوجین از وجود بیماری و احتمال بروز مشکلات و نیز هزینه‌های درمان مطلع باشند. باید در نظر داشت که بسیاری از مبتلایان که به واسطه مصرف دارو توانسته‌اند علایم بیماری را کنترل کنند می‌توانند به طور طبیعی زندگی کنند و صاحب فرزند شوند. لازم است برای رفع تنش‌های مرتبط با ازدواج و بچه داری، افراد مبتلا و اعضای خانواده اطلاعات کامل از پزشک خود دریافت کنند. پس این تصور شایع میان مبتلایان که یا نباید ازدواج کنند و محکوم به تنهایی‌اند و یا ملزم به ازدواج با فرد دیگری هستند که مبتلا باشد منتفی است. شناسایی راه‌کارهای کنترل بیماری و داشتن اطلاع دقیق از مسایل مرتبط با ازدواج به افراد مبتلا کمک می‌کند تا این تنش‌ها را مدیریت کنند.

ام اس یا فلج چندگانه نوعی بیماری التهابی است که در آن غلاف میلین سلول‌های اعصاب مرکزی، مغز و نخاع، مورد هجوم سلول‌های ایمنی بدن قرار می‌گیرد و به این دلیل در رده بیماران اتوایمن یا خود ایمن طبقه بندی می‌شود. دلیل اصلی بروز بیماری و هجوم سلول‌های ایمنی به سیستم عصبی مرکزی به روشنی مشخص نیست اما به احتمال زیاد دو مکانیسم در این امر دخیل است: تخریب میلین توسط سیستم ایمنی بدن و یا اختلال در عملکرد سلول‌های میلین ساز دستگاه عصبی مرکزی. عوامل ژنتیکی، محیطی و هورمونی می‌توانند در بروز بیماری دخیل باشند؛ هرچند هیچ‌کدام آنها دلیل اصلی بروز بیماری تلقی نمی‌شوند.

ام اس با علایم مختلفی بروز می‌کند. علایم مرتبط با بینایی و فلج تدریجی اندام حرکتی از شایع‌ترین این علائم هستند. علائم می‌تواند یک بار بروز کند و یا در دوره‌های متوالی عود کند. علاوه بر علایم فیزیکی، نشانه‌های روانشناختی و الگوهای شخصیتی مشترکی نیز بین بیماران مبتلا مشهود است. اضطراب، افسردگی، شناختهای آسیب دیده، مصرف الکل و از همه بیشتر خستگی و فرسودگی در بین مبتلایان بسیار شایع است. ۸۰ درصد بیماران درگیر خستگی هستند که البته به نظر می‌رسد ناشی از تغییر سبک زندگی و برخی ناتوانی‌های حرکتی است. ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران مبتلا به افسردگی هستند. بروز افسردگی با نوع و شدت علایم و نیز محل وجود پلاک‌ها ارتباطی ندارد با این حال اوضاع روحی نامناسب می‌تواند در شدت یافتن علایم بیماری دخیل باشد. ۲۰ تا ۴۰ درصد بیماران مبتلا دچار تغییرات شخصیتی نظیر افزایش زودرنجی و نیز کاهش حس همدردی با دیگران می‌شوند. خودخوری و اضطراب، چه پیش از بروز علایم و چه پس از آن نیز در بیماران مبتلا به ام اس بسیار شایع است. مطالعات آماری نشان می‌دهد حدود ۴۰ درصد بیماران دچار اضطراب هستند. گرچه هنوز ثابت نشده که تغییرات مغزی به واسطه بروز ام اس نقشی در ایجاد اضطراب داشته باشد، اما علایم و نگرانی از آینده بیماری برای بسیاری از مبتلایان تنش زاست.

متأسفانه، نظیر بسیاری بیماری‌های مزمن و به رغم ارتقا دانش عمومی بعضی افراد هنوز دیدگاه مناسبی نسبت به بیماران ندارند. گروهی از مبتلایان به شدت نگران روابط بین فردی شان با دیگران و علی‌الخصوص روابط نزدیکی نظیر ازدواج هستند. اطلاعات دقیقی

ام اس و اضطراب

گرد آورنده و تنظیم کننده :
یلدا طبیبی، کارشناس ارشد
روانشناسی



از دیگر امور تنش‌زای عمده در میان مبتلایان نگرانی از آینده است. تا چه حد دچار معلولیت خواهیم شد؟ مراقبین امروز من تا کی می‌توانند از من نگهداری کنند؟ تا کی می‌توانم زندگی خود را اداره کنم؟ این قبیل سوالات ذهن بسیاری از مبتلایان را به خود درگیر می‌کند. متأسفانه روند پیشرفت بیماری کاملاً مشخص نیست. نمی‌توان گفت بیماری تا کجا پیش خواهد رفت و چه زمان به بدترین حالت خود خواهد رسید. اما آنچه مسلم است وجود تنش و اضطراب‌های پیرامونی می‌تواند سبب شدت گرفتن علائم شود. پس بهتر است به جای نگرانی و تحمیل تنش اضافی راه‌کارهای کاهش تنش را به کار بندیم. برای کاهش تنش بهتر است تکنیک‌های آرامش‌بخشی را مرور کنیم تا با یادگیری و به کاربندی آنها از اثرات مخرب افزایش تنش ممانعت کنیم. «تنفس عمیق» اولین گام برای مهار اضطراب است. وقتی نگرانی‌های مختلف به ما هجوم می‌آورند علائم اضطراب بروز می‌کنند. ضربان قلب بالا می‌رود، تعریق افزایش می‌یابد، تنفس سطحی‌تر و تندتر می‌شود و علائم دیگری بروز می‌کند. تنفس عمیق ضربان قلب را کاهش داده و تنفس را عمیق‌تر می‌کند. از طرفی اکسیژن بیشتری به عضلات می‌رساند و تنش عضلانی را کاهش می‌دهد و از طرفی سبب می‌شود با کاهش ضربان قلب تنش عمومی بدن کم شود. از دیگر سو توجه ما را بیشتر جلب تنفس و از منبع تنش منحرف می‌کند. باید به خاطر داشت از آنجا که ما عموماً به تنفس شکمی و عمیق عادت نداریم ممکن است در نخستین دفعات این تجربه دچار سرگیجه و یا حتی تنش بیشتر شویم. با تمرین بیشتر و تلاش برای حفظ آرامش می‌توانیم نتایج بهتری از تمرین به دست آوریم.

راه‌کار دیگر برای کاهش نگرانی از آینده استفاده از تکنیک‌های توقف فکر است. باید توجه داشت گرچه برنامه‌ریزی و اندیشیدن به آینده برای تامین آتیه‌ای مطلوب ضروری است اما نگرانی بیش از حد می‌تواند سد محکمی در برابر قدرت تفکر ما باشد. نگرانی‌های مداوم همچنین

می‌تواند با کاستن انرژی روانی و توان عملیاتی، ما را از رسیدن به اهدافمان باز دارد. برای توقف این نگرانی‌ها می‌توانیم زمان‌های از پیش تعیین شده‌ای را صرف فکر کردن به نگرانی‌هایمان کنیم؛ ۵ دقیقه صبح و ۵ دقیقه بعد از ظهر، نه یک ثانیه کمتر و نه بیشتر. از این که در دیگر زمان‌های روز درگیر نگرانی شدید ناراحت نباشید. بسیار طبیعی است که ذهن نگران ما همواره در افکار منفی غرق باشد. ترک این عادت چندان آسان نیست. چنانچه با این شرایط روبه‌رو شدید تنها کافی است نفس عمیق بکشید و به خود یادآور شوید نگرانی سودی ندارد. سپس نگرانی خود را یادداشت کنید و منتظر نوبت بعدی باشید که از قبل برای نگران بودن برنامه‌ریزی کردید. در ۵ دقیقه پیش رو فرصت دارید تا می‌توانید نگران باشید. حالا برای کارهای دیگر باید زمان بگذارید.

تکنیک دیگر توقف فکر صدور فرمان «ایست» است. برای همه ملاحظات پیش می‌آید که به ناگهان در می‌یابیم مدت‌هاست درگیر یک فکر منفی و آزارنده شده‌ایم. چنان در «وای اگر چنین شود...» و «اگر چنین شود من...» و آنقدر در افکارمان گیر می‌افتیم که حتی متوجه گذر زمان نمی‌شویم. در این لحظات است که باید قاطعانه به خود فرمان ایست بدهیم. یک علامت موثر بازدارنده مثل دست زدن، نیشگون گرفتن، یا تکان شدید سر و یا هر علامت دیگری را در نظر بگیرید که باعث منحرف شدن فکر شما می‌شود. این چند لحظه فرصت خوبی است تا به موضوع دیگری بیندیشید. یادتان باشد اگر ذهن شما خالی بماند بنا به عادت پیشین دوباره به کنکاش در نگرانی‌ها می‌پردازد. لذا از قبل فکر آرامش‌بخش جایگزین را در نظر داشته باشید. این فکر آرامش بخش می‌تواند یادآوری یک خاطره خوب از یک مهمانی یا سفر با دوستان باشد. تصورات آرامش بخش را در ذهن خود و یا با صدای بلند تکرار کنید تا سطح اضطرابتان پایین بیاید.

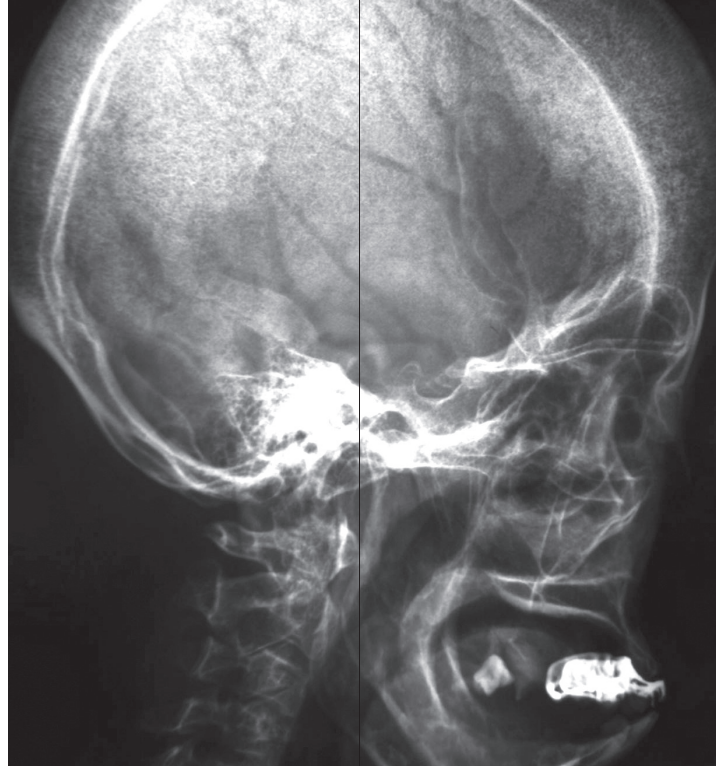
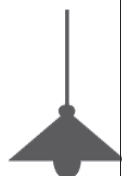
برخی از نگرانی‌های ما مربوط به عدم توانمندی‌مان در مدیریت زندگی است.

از آنجا که بیماری ام‌اس می‌تواند بر سیستم حرکتی ما اثر بگذارد بیشتر ما را نگران از کار افتادگی خواهد کرد. نباید از خاطر برد علاوه بر محدودیت‌های فیزیکی، آنچه ذهن و باورها درباره ام‌اس به ما تحمیل می‌کند خود می‌تواند محدودیت‌زا باشد. برای مثال بسیاری از بیماران معتقدند نباید ورزش کنند. اما این باور در برخی موارد مغایر با یافته‌های پزشکی است. گرچه فرد مبتلا بسته به نوع و شدت علائم و روند بیماری ملزم به رعایت اصولی در ورزش کردن است اما نباید از فعالیت‌های روزمره و ورزش، البته زیر نظر و طبق تشخیص پزشک، رویگردان باشد. این خانه‌نشینی و دوری از فعالیت‌ها می‌تواند به میزان اضطراب و افسردگی مبتلایان دامن بزند. لذا به خاطر داشته باشید با پزشکتان درباره حدود توانمندی‌هایتان مشورت کنید و با اجازه و زیر نظر وی به برخی فعالیت‌های

مورد علاقه تان مشغول باشید. و بالاخره آنکه این راه‌کارها می‌تواند به شما کمک کند تا حدودی سطح اضطرابتان را پایین بیاورید اما این به آن معنا نیست که همه اینها و در همه زمان‌ها برای شما چاره‌ساز خواهد بود. نگرانی‌ها هرگز تمامی ندارند، بهتر است زیاد با آنها گلاویز نشویم. فقط کافی است به آنها بی‌محلی کنیم و یا سعی کنیم جایگزین مناسبی برای آنها پیدا کنیم. چنانچه ذهن ما میزبان خوبی برای نگرانی‌ها نباشد، افکار منفی کم‌کم رنگ خواهند باخت. یادمان باشد ام‌اس و تنش هم‌آیندی بالایی دارند، ما تنها کسانی نیستیم که با تنش دست به گریبانیم. جلوه قدرت ما آن است که به این افکار بها ندهیم تا فرصت جولان و کنترل امور زندگی ما را نداشته باشند. چنانچه با وجود راهکارهای مختلف نتوانستید سطح اضطراب را مدیریت کنید حتماً با پزشک خود مشورت کنید تا روش‌های دیگری را به شما پیشنهاد کند.

به خاطر داشته باشید نگرانی‌ها تنها در ذهن ما وجود دارند. نمود آنها در دنیای بیرون منوط به اجازه خود ماست.





تالاسمی ایترمدیا

قسمت اول : تعریف بیماری و راه‌های تشخیص

بیماری تالاسمی یکی از مشکلات جامعه امروزی ما و بسیاری از کشورهای جهان است. بیماری تالاسمی یک کم خونی ارثی است که در آن به علت اختلال در میزان تولید زنجیره‌های گلوبینی در ساختمان هموگلوبین، گلبول‌های قرمز حاصله در جریان خون عمر طبیعی نداشته و به سرعت از بین می‌روند. این بیماری را باید سندرم تالاسمی نامید چون انواع مختلفی دارد و برحسب اینکه کدام زنجیره در ساختمان هموگلوبین دچار مشکل باشد. نوع تالاسمی فرق می‌کند و نیز هر یک از انواع تالاسمی از نظر شدت علائم بالینی دارای طیف وسیعی از تظاهرات بالینی می‌باشند. نام‌گذاری این بیماری براساس همان زنجیره گرفتار صورت می‌گیرد (انواع آلفا، بتا، دلتا بتا ...). بیشترین فورم‌های تالاسمی؛ آلفا و بتا تالاسمی است. شایع‌ترین فورم تالاسمی در کشورهای اطراف در مدیترانه و کشور ما ایران؛ بتا تالاسمی است. این بیماری بر حسب شدت بیماری به سه فرم تعریف می‌شود، فرم شدید بیماری یا بتا تالاسمی ماژور، فرم متوسط بیماری یا تالاسمی اینترمدیا و فرم خفیف یا تالاسمی مینور که در واقع فرم ناقل بیماری محسوب می‌شود و در حیطه بیماری‌های فوق قرار نمی‌گیرد اما از نظر انتقال ژن؛ در تولد بیماری تالاسمی ماژور اهمیت دارد.

در بیماری تالاسمی بتا موتاسیون یا جهش ژنتیکی در ژن بتا باعث می‌شود که زنجیره بتا یا اصلاً ساخته نشود یا به میزان خیلی کم ساخته شود. در ساختمان هموگلوبین زنجیره آلفا و بتا به میزان مساوی بوده و در یک تعادل ساختمانی هستند ولی در بیماری تالاسمی ماژور به علت کمبود یا فقدان شدید زنجیره بتا؛ زنجیره آلفا ی زیادی (که می‌بایستی با زنجیره بتا باند شده و تشکیل ساختمان هموگلوبین را دهد) در داخل سلول تجمع می‌یابد. اساس پاتوژنر بیماری تالاسمی همین زیادی آلفا است هرچه موتاسیون ژن بتا مخرب‌تر باشد یعنی اصلاً سنتر زنجیره بتا نداشته باشیم تجمع زنجیره آلفا بیشتر بوده و شدت بیماری بیشتر است. این زنجیره‌های آلفای زیادی؛ در داخل گلبول قرمز تجمع یافته و باعث عدم ثبات سلول شده و به راحتی تخریب می‌شود که به عبارتی همان همولیز رخ می‌دهد. در واقع همین همولیز زود هنگام گلبول‌های قرمز باعث کوتاهی عمر سلول و کم‌خونی شدید در بیمار می‌شود. آنمی همولیتیک و در نتیجه افزایش فعالیت مغز استخوان برای خون‌سازی است که باعث اتساع مغز استخوان و تغییرات خاص و دفورمیتی در شکل جمجمه صورت می‌شود از طرفی باعث نازک شدن کورتکس و شکستگی‌های پاتولوژیک استخوان‌های بلند می‌شود. کم خونی شدید هم باعث بروز عوارض شدید، منجمله ضعف و بی‌حالی شدید؛ اختلال رشد؛ و بزرگی کبد و طحال می‌شود.

هیپوکرومی، گلبول قرمز هسته دار و تارگت سل را دارند.

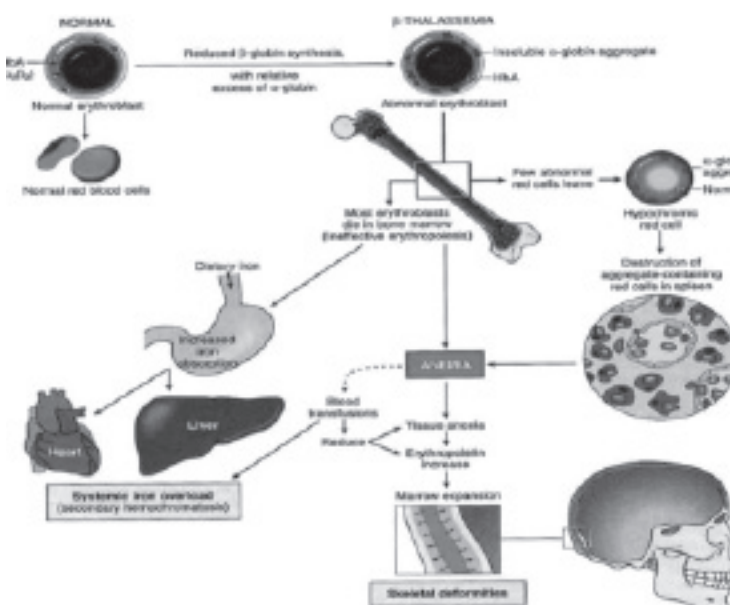
گام تشخیصی مهم در تالاسمی اینترمدیا آزمایش الکتروفورز هموگلوبین است، اما باید به یاد داشت که قبل از انجام این آزمایش حتماً از بیمار شرح حال تزریق خون را پرسید؛ اگر بیمار در سه ماه گذشته تزریق خون داشته باشد نتایج آزمایش الکتروفورز هموگلوبین قابل تفسیر یا تعیین کننده نیست.

در آزمایش الکتروفورز هموگلوبین در یک بیمار تالاسمی اینترمدیا؛ میزان هموگلوبین F می‌تواند بین ۶۰-۸۰ درصد متغیر باشد و نیز مقدار هموگلوبین A نیز بین ۱۰-۳۰ درصد می‌باشد که البته همین مقدار اندک باعث خفیف‌تر شدن علائم بالینی کم‌خونی می‌شود. در فرم تالاسمی اینترمدیا در بررسی زنجیره‌ها سنتز زنجیره بتا بین ۵ تا ۳۰ درصد میزان طبیعی متغیر است.

آنمی مزمن باعث افزایش جذب آهن از دستگاه گوارش می‌شود در حالی‌که انباشتگی آهن با سرعت کمتر از آنچه که در بیماران تالاسمی ماژور دیده می‌شود اتفاق می‌افتد. بیمارانی که دچار تالاسمی اینترمدیا هستند اغلب با وجودی که نیاز به تزریق خون مداوم ندارند اما دچار عوارض ناشی از انباشتگی آهن مثل بیماری قلبی، اختلالات اندوکراین، مشکل کبدی و غیره می‌شوند.

بنابراین یک بیمار تالاسمی اینترمدیا می‌تواند حتی بدون شرح حال از تزریق خون مداوم با افزایش فریتین یا بار آهن مراجعه نماید و یا با عوارض رسوب آهن در ارگان‌های متفاوت مثل دیابت، مشکل قلبی، سیروز کبدی، یا هیپوگنادیسم به پزشک مراجعه نماید. علاوه بر این بیماران دچار تالاسمی اینترمدیا، از عوارضی رنج می‌برند که در بیماران تالاسمی ماژور که به خوبی تزریق خون داشته‌اند شایع نیست مثل کمبود اسید فولیک، زخم مزمن پا، سنگ کیسه صفرا و ترومبوز خطر لخته شدن خون.

بنابراین در تالاسمی اینترمدیا بیمار می‌تواند با علائم متفاوت به پزشکان با تخصص‌های متفاوت مراجعه نماید و یا حتی درمان‌های غلط یا نامتناسبی را هم قبل از رجوع به هماتولوژیست دریافت داشته باشد.



شکل ۱ به صورت ساده این علل و عوامل را نشان می‌دهد. پاتوژنز بیماری تالاسمی

برخی بیماران در دوران کودکی (مثلاً در دوران دبستان یا متوسطه) نیاز به تزریق خون (دائم یا متناوب) پیدا می‌کنند و برخی حتی تا دوران بعد از بلوغ هم نیاز به تزریق پیدا نمی‌کنند و فقط در زمان سرماخوردگی یا بیماری کم‌خونی شدید پیدا می‌کنند. برخی خانم‌ها شرح حال تزریق خون فقط در زمان بارداری یا زایمان را دارند. برخی هم به طور مداوم نیاز به تزریق خون دارند اما بعد از برداشتن طحال دیگر نیاز به تزریق خون ندارند. به هر حال این بیماران کم‌خونی مزمنی دارند که می‌توانند بدون دریافت خون فعالیت‌های معمولی خود را داشته باشند اما گاه این عوارض کم‌خونی شدید؛ دامن‌گیر این بیماران شده و برحای از دوران زندگی نیاز به بستری یا اقدامات تشخیصی و درمانی بیشتر پیدا می‌کنند. طیف بروز عوارض کم‌خونی هم در بیماران تالاسمی اینترمدیا متفاوت است؛ بیماران با کم‌خونی همراه با کم‌مرددهای شدید؛ حتی گاهی هم با بی‌حسی یا فلج اندام؛ گاهی با کم‌خونی و زخم‌های پوستی شدید در ناحیه مچ یا ساق پا؛ و گاهی با سرفه‌های مزمن مراجعه پزشکی دارند و برحسب علائم ممکن است به پزشکان با تخصص‌های متفاوت مراجعه می‌نمایند و پس از انجام آزمایش‌های مربوطه و تعیین نوع کم‌خونی به هماتولوژیست ارجاع می‌شوند.

از لحاظ آزمایشگاهی؛ در تالاسمی اینترمدیا اغلب هموگلوبین پایین است؛ بین ۷-۱۰ gr/dl و شمارش ریتیکولوسیت‌ها بین ۱۰-۳٪ متغیر است. در لام خون محیطی گلبول‌های قرمز این بیماران تغییرات مورفولوژی سلولی نظیر آنیزوسیتوز؛

در تالاسمی ماژور، بیماران از همان سال اول تولد کم‌خون شده و نیاز به تزریق خون پیدا می‌کنند. در واقع تزریق خون برای بیماران حیاتی بوده و این درمان تزریق خون باید تا آخر عمر تداوم داشته باشد. اما در مورد تالاسمی اینترمدیا؛ این فرم از تالاسمی از تالاسمی ماژور خفیف‌تر است؛ بیماران در سال‌های بالاتر علائم کم‌خونی را نشان می‌دهند. به عبارتی موتاسیون یا جهش ژنتیکی در ژن بتا در تالاسمی اینترمدیا حاوی فرم‌های ملایم‌تری از جهش ژنی است که باعث می‌شود به هر حال مقدار کمی زنجیره بتا ساخته شود و همین مقدار کم زنجیره بتا با زنجیره آلفا باند شده و از شدت بیماری بکاهد. در واقع در تالاسمی اینترمدیا شدت کم‌خونی در حدی است که برای بیمار قابل تحمل بوده و می‌تواند بدون تزریق خون مداوم؛ ادامه حیات دهد. معمولاً در تالاسمی اینترمدیا رشد و تکامل بلوغ طبیعی است. علائم بالینی این بیماران شامل رنگ پریدگی، زردی خفیف، بزرگی کبد و طحال (هپاتواسپلنومگالی) و گاهی دفورم شدن اسکلتی می‌باشد. اغلب بیماران بدنبال بزرگی طحال، هیپراسپلینزم نیاز به تزریق خون پیدا می‌کنند. طیف علائم بیماری در تالاسمی اینترمدیا بسیار متفاوت است؛



سلامت



چگونه انسولین را تزریق کنیم.

بیماران مبتلا به دیابت قندی که برایشان انسولین تجویز می‌شود، باید بدانند که اگرچه تزریق انسولین از خوردن قرص سخت‌تر است ولی برای کنترل دیابت بهترین درمان می‌باشد. انسولین هورمون طبیعی کنترل کننده قند خون است و کسانی که انسولین را به درستی استفاده می‌کنند به عوارض کمتری دچار می‌شوند. انسولین‌ها، در حال حاضر همه تزریقی هستند. این انسولین‌ها نوع انسانی هستند اما از انسان گرفته نشده راه ساخت آن‌ها به نام روش نو ترکیب است که از موجودات زنده تک سلولی تولید و تخلیص می‌شود بنابراین خطر آلودگی ویروسی ندارند.

برای یاد گرفتن تزریق اول باید سرنگ‌ها را بشناسیم. اما قبل از آن تاکید می‌کنم که قبل از هر کاری باید دست‌ها را با آب گرم و صابون مایع خوب بشوییم. بعد روی قسمت لاستیکی ویال انسولین را با پنبه الکلی ضد عفونی کنیم و کمی صبر کنیم تا الکل تبخیر شود.

سرنگ انسولین

در بازار ما چند نوع سرنگ برای تزریق انسولین وجود دارد (تصاویر ۱ تا ۳). در همه این سرنگ‌ها یک میلی‌لیتر (سی سی) مایع جا می‌گیرد. یک سیسی انسولین معادل ۱۰۰ واحد است. برای این که تشخیص ما راحت‌تر باشد روی سرنگ خطوط سیاه مشخصی کشیده‌اند و با اعداد ۱۰-۲۰-۳۰..... تا ۱۰۰ مشخص نموده‌اند. اگر تا خط ۱۰ انسولین بکشیم یعنی ۱۰ واحد انسولین در سرنگ هست. حالا دقت کنید که ۱۰ واحد انسولین به ۵ خط نازک‌تر تقسیم‌بندی شده پس هر خط نازک ۲ واحد انسولین است. مثلاً اگر بخواهیم ۱۲ واحد انسولین بکشیم باید تا یک خط نازک بعد از عدد ۱۰ انسولین بکشیم. یک مثال دیگر اگر بخواهیم ۱۸ واحد انسولین داشته باشیم باید یک خط نازک به عدد ۲۰

مانده انسولین بکشیم. تمام سرنگ‌ها برای تزریق ۱ نوع انسولین مناسب هستند اما اگر قرار است مخلوط ۲ نوع انسولین در یک سرنگ بکشیم باید از سرنگ خاصی استفاده کنیم. یکی نوعی که سوزن به پیستون چسبیده (تصویر ۱). یکی نوعی که یک زائده پلاستیکی سیاه در پیستون وجود دارد تا از ایجاد فضای مرده جلوگیری کند.

اما سرنگ شکل ۴ که سوزن آن جدا می‌شود ولی زائده سیاه را هم ندارد برای مخلوط ۲ نوع انسولین مناسب نیست. این سرنگ برای رقیق کردن داروها از جمله انسولین مناسب نیست. علت آن وجود یک فضای مرده است که باعث اشتباه در مقدار دارو می‌گردد.

برای بیماران خیلی کم‌وزن سرنگ انسولینی وجود دارد که فقط ۵۰ واحد در آن انسولین جا می‌گیرد و هر خط نازک ۱ واحد انسولین را نشان می‌دهد.

حالا فرض کنید پزشک دستور داده مخلوط ۴ واحد انسولین رگولار با ۱۲ واحد انسولین شیری در یک سرنگ کشیده و تزریق شود. این را هم تاکید کنم که یک فرد می‌تواند بارها از یک سرنگ استفاده نماید و لازم نیست هر بار سرنگ جدیدی استفاده کنید. فقط مواظب باشید سوزن به چیز دیگری غیر از دارو و پوست شما تماس نداشته باشد. اگر درست عمل کنید خطر عفونت وجود ندارد. پس از استفاده درپوش سوزن را در جایش بگذارید و پهلوی انسولین در جعبه ای قرار دهید و داخل طبقه‌های درب یخچال قرار دهید. زمانی که احساس کردید نوک سوزن کند شده از سرنگ جدید استفاده کنید. هر وقت تصمیم گرفتید سرنگ را دور بیندازید آن را داخل زباله آشپزخانه نیندازید. سرنگ‌ها را جمع کنید و با خود به بیمارستان ببرید و داخل جعبه جمع آوری اشیاء تیز که در تمام بخش‌ها هست بریزید.

تهیه و تنظیم: معاونت فنی
معاونت آموزش و پژوهش



سلامت

دستورالعمل برای فرد راست‌دست به شرح زیر است:

اول ویال انسولین رگولار را که سرش را ضد عفونی کرده اید با دست چپ بردارید و عمودی به طوری که سر آن (قسمت لاستیک‌دار) پایین باشد نگه دارید و با دست راست سرنگ را بردارید.

می‌توانید کمی هوا داخل سرنگ بکشید بعد سرنگ را داخل ویال کنید و هوا را به داخل انسولین وارد کنید با این کار در ویال حالت خلاء ایجاد نمی‌شود و کشیدن دارو راحت‌تر است. حالا مقداری انسولین رگولار بکشید. مهم نیست چقدر چون بعداً مقدار را کمتر می‌کنید. چون معمولاً چند حباب هوا در سرنگ دیده می‌شود. همان طور که ویال و سرنگ در حالت عمودی هستند چند تلنگر کوچک به سرنگ بزنید حباب‌های کوچک از بدنه سرنگ جدا می‌شود و به بالا می‌رود بعد زیادی انسولین و حباب‌ها را وارد ویال می‌کنیم. وقتی مطمئن شدیم فقط ۲ خط نازک انسولین در سرنگ هست آن را از ویال خارج می‌کنیم.

بعد ویال انسولین شیری را با دست چپ بر می‌داریم و به طور عمودی طوری که سر آن پایین باشد نگه می‌داریم. حالا سرنگ را وارد ویال می‌کنیم و خیلی به آهستگی پیستون سرنگ را به عقب می‌کشیم تا انسولین شیری وارد سرنگ شود. اینجا دیگر نباید حباب وارد شود و یا زیاده‌تر بکشیم چون نمی‌توانیم انسولین مخلوط را وارد ویال انسولین شیری کنیم. پس حواسمان را جمع می‌کنیم دقیقاً همان مقدار دستور از انسولین شیری بکشیم. یادتان هست که قرار بود ۱۲ واحد انسولین شیری بکشیم. بهترین روش این است که حساب کنیم مجموع انسولین رگولار و شیری چقدر می‌شود؟ در این مثال $12 + 4 = 16$. پس در آخر کار باید ۱۶ واحد انسولین در سرنگ باشد. خوب ۱۶ واحد یعنی ۴ واحد مانده به ۲۰. به عبارت دیگر ۲ خط نازک مانده به علامت ۲۰. پس حالا انسولین شیری را تا ۲ خط مانده به ۲۰ می‌کشیم و سرنگ را خارج می‌کنیم.

اگر متوجه شدیم که زیادی پیستون را کشیده‌ایم و بیش از ۱۶ واحد انسولین وارد شده چه بکنیم؟ جواب ساده است باید سرنگ را بیرون مثلاً بالای سینک آشپزخانه خالی کنیم و مجدداً تمام کارها را از اول این پاراگراف که علامت تکرار کنیم.

انسولین را روی فرش نریزید چون

فرمالین موجود در آن خیلی بد بو است.

انواع مختلفی از انسولین وجود دارد که پزشک شما بسته به شرایط بدنی یک یا ۲ نوع آن‌ها را برای شما تجویز می‌کند. به دستورهای پزشک خوب دقت کنید تا بیشترین سود را در کنترل بیماریتان به دست آورید.

انواع انسولین در بازار ایران:

• انسولین رگولار یا کریستال:

ظاهر این انسولین شفاف و مثل آب است. تنها انسولینی است که در بیمارستان به صورت سرم وریدی تجویز می‌شود. اغلب به طور مخلوط با یک انسولین دیگر یعنی انسولین شیری یا «ان پی اچ» تزریق می‌شود. این انسولین نیم‌ساعت پس از تزریق شروع به اثر می‌کند. به همین دلیل پزشک به شما می‌گوید که انسولین را تزریق کنید و ۳۰ دقیقه بعد غذایتان را (معمولاً صبحانه و یا شام) میل کنید. بیشترین اثرش یعنی کاهش دادن قند خون را ۲ تا ۴ ساعت بعد از تزریق ایجاد می‌کند و حداکثر تا ۶ ساعت در بدن می‌ماند. یعنی اگر ساعت ۶ صبح این انسولین تزریق شود باید ساعت شش و نیم صبحانه بخورید. بین ساعت ۸ تا ۱۰ صبح مواظب حالت افت قند خون باشید و بعد از ساعت ۱۲ دیگر چیزی از آن در بدن شما نمانده. یک ویال انسولین رگولار ۱۰ سیسی حجم دارد و ۱۰۰۰ واحد است. این انسولین را با سرنگ انسولین تزریق می‌کنند.

• انسولین شیری یا کدر یا «ان پی اچ»:

زمان اثرش با انسولین رگولار متفاوت است. به این معنی که ۳ تا ۴ ساعت بعد از تزریق شروع به اثر می‌کند. حداکثر اثر در ۱۴ تا ۱۶ ساعت بعد ایجاد می‌شود و در کل تا ۲۴ ساعت در بدن اثر دارد. این انسولین هم باید در یخچال نگهداری شود. پس از خارج نمودن باید به آرامی مخلوط شود چون در مدتی که بی‌حرکت مانده رسوبی در آن ایجاد می‌شود. از تکان دادن شدید ویال پرهیز کنید. معمولاً این انسولین به شکل مخلوط با انسولین رگولار تزریق می‌شود. اگر چه ممکن است به تنهایی هم تزریق گردد. برای تهیه انسولین مخلوط ابتدا مقدار لازم انسولین رگولار را در سرنگ می‌کشیم و بعد همان سرنگ را وارد ویال انسولین شیری می‌کنیم و مقدار لازم از آن را وارد سوزن می‌کنیم.

این دو انسولین از زمان تولید تا ۲ سال قابل مصرف است. این انسولین باید در یخچال نگهداری شود اما نباید یخ بزند. در یخچال تا ۱ ماه قابل استفاده است. اگر دمای اتاق از ۲۵ درجه بیشتر نشود تا ۱ هفته قابل استفاده است. اما در حرارت‌های بالا مثلاً در اتومبیلی که در تابستان در زیر افتاب پارک شده پس از نیم‌ساعت خراب می‌شود. پس در تابستان اگر انسولین را جا بجا می‌کنید باید کنار یخ باشد.

بعضی از شرکت‌های دارویی وسیله‌ای را به عنوان قلم تزریق ساخته‌اند.

داخل قلم ویال انسولین مخصوص همان قلم گذاشته می‌شود. معمولاً ۳۰۰ واحد انسولین در ویال هست. با چرخاندن قلم از قسمت میانی دو تکه می‌شود و دهان‌های باز می‌گردد تا ویال را بتوانید داخل قلم بگذارید و دوباره دو قسمت قلم را با چرخاندن به هم فیکس کنید.

قبل از تزریق قلم باید شارژ شود. با چرخاندن قسمت انتهایی قلم شارژ می‌شود. وقتی مقدار لازم انسولین شارژ شد. سوزن را وارد پوست می‌کنید و انتهای قلم را فشار می‌دهید تا دارو وارد پوست شود. کم‌کم که انسولین مصرف می‌شود در قسمت شفاف می‌بینید که پیستون جلو می‌آید تا به انتهای قلم می‌رسد. وقتی ویال خالی شد به همان ترتیب قلم را باز می‌کنیم ویال خالی را در می‌آوریم و ویال نو جایش می‌گذاریم و قلم را می‌بندیم.

روش شارژ کردن قلم:

قلم‌ها معمولاً ۳۰۰ واحد انسولین دارند. هر بار قبل از تزریق باید قلم شارژ شود یعنی تعیین کنید که چقدر انسولین می‌خواهید تزریق کنید. برای شارژ کردن قسمت انتها یا تنه قلم را باید بپیچانید تا روی درجه بندی ببینید چه مقدار انسولین شارژ شده مثلاً اگر عدد ۲۰ در مقابل خط شارژ باشد یعنی اگر تزریق کنید ۲۰ واحد انسولین وارد بدن می‌شود. کم‌کم که قلم از انسولین خالی می‌شود در قسمت شفاف ته پیستون را می‌بینید و وقتی قلم خالی شد دیگر نمی‌توانید شارژش کنید و باید یا ویال جدید داخلش بگذارید و یا اگر دور انداختنی است آن را دور بیندازید.



انسولین را در چه محل‌هایی می‌توانیم تزریق کنیم؟

تقریباً همه‌جا انسولین را می‌توانید تزریق کنید. فقط از ناحیه زیر بغل و داخل بازو ها و کشاله ران پرهیز کنید چون اعصاب و رگ‌های زیادی دارد. پوست باید تمیز باشد. اگر هر روز به حمام می‌روید حتی لازم نیست پوستتان را با پنبه و الکل تمیز کنید. اگر خواستید باید از پنبه تمیز و الکل ۷۰ درجه استفاده کنید. صبر کنید الکل از روی پوست تبخیر شود چون وارد کردن سوزن در پوستی که از الکل خیس است خیلی دردناک است.

اگر با سرنگ می‌خواهید تزریق کنید این راهنما مجدداً برای راست دست هاست. اگر در پوست شکم تزریق می‌کنید اول پوست را با دست چپ به حالت نیشگون بگیرید. سوزن را به طور عمودی یا مایل وارد پوست کنید. پیستون را به جلو فشار دهید تا انسولین وارد ناحیه زیر پوستی شود. حالت نیشگون را رها کنید و بعد سرنگ را خارج کنید. نیازی به ماساژ نیست و پانسمان هم لازم نیست. سعی کنید در هر بار تزریق جای تازه‌ای را انتخاب کنید. کسانی که دائم در نقطه خاصی تزریق می‌کنند باعث برآمدگی در آن ناحیه می‌شوند. چون انسولین باعث رشد بافت چربی در ناحیه تزریق می‌شود. پس بهتر است جای تزریق را دائم عوض کنید. اگر شنیدید که پرستاران می‌گویند برای تزریق زیر پوستی باید سوزن را در زاویه ۴۵ درجه وارد پوست کرد به آن‌ها توضیح دهید که چون سوزن سرنگ انسولین و همینطور سوزن قلم‌های انسولین کوتاه هستند باید عمودی وارد شوند. اگر از سرنگ ۲ سیسی برای تزریق بعضی داروها استفاده کردید سوزن این سرنگ‌ها بیش از ۳ سانت طول دارند. پس باید زاویه ۴۵ درجه بدهید تا مسیر بیشتری از نسج بدن داشته باشید و نوک سوزن به استخوان نخورد چون خیلی دردناک است.

روش تزریق انسولین با قلم هم به همین شکل است. پس از شارژ نمودن مقدار انسولین در پوش سوزن را برمی‌داریم و در محل دلخواه تزریق می‌کنیم. روی بازو نیازی به گرفتن پوست به شکل نیشگون نیست. با فشردن انتهای قلم دارو وارد پوست می‌شود.

ساخته شده و میتوان با سرنگ تزریق شود ولی در ایران فقط به شکل قلم وارد شده. پس از تمام شدن ۳۰۰ واحد کل قلم دور انداخته می‌شود. این انسولین نباید در یخچال قرار گیرد اما در درجه حرارت بالای ۲۵ هم باید کنار یخ جابه‌جا شود. این انسولین‌ها بعد از ۱ ساعت کارشان را شروع می‌کنند و تا ۲۴ ساعت اثر ثابتی دارند. یعنی برخلاف انسولین رگولار و شیرینی که باید به ساعت حداکثر اثرشان توجه کنیم این‌ها در تمام مدت اثر یکسانی دارند. معمولاً یک‌بار در شبانه روز تزریق می‌شوند که زیاد مهم نیست در چه زمانی تزریق شوند. برای کنترل مقدار اثرشان قند ناشتا را اندازه می‌گیریم. این انسولین‌ها قادر به پایین آوردن قند ۲ ساعت پس از غذا نیستند بنابراین معمولاً به یک نوع انسولین دیگر مصرف می‌شوند که به نام انسولین زود اثر معروف است و در ایران چند نوع آن عرضه می‌شود.

انسولین تند اثر یا سریع را بعد از اتمام وعده غذایی اصلی تزریق می‌کنند و برای کنترل اثرش قند خون ۲ تا ۳ ساعت بعد از غذا را اندازه‌گیری می‌کنند.

انسولین راپید یا تند اثر در قلم‌های ۳۰۰ واحدی عرضه می‌شود و با تمام شدن کلا دور انداخته می‌شود. روش سوزن گذاری و شارژ مثل همان است که توضیح داده شد. حسن آن این است که اثرش بعد از ۵ دقیقه از تزریق شروع می‌شود. این انسولین هم به تدریج اثرش زیاده‌تر می‌گردد و ۲ ساعت پس از تزریق بیشترین اثر را دارد و ۶ ساعت هم در بدن می‌ماند از این نظر مثل رگولار است. به دلیل شوع اثر سریع بلافاصله بعد از خوردن غذا تزریق می‌گردد و در اصل برای بچه‌ها ساخته شده.

چون یکی از مشکلات کنترل قند خون در بچه‌ها این بود که انسولین رگولار را تزریق می‌کردیم اولاً بچه باید نیم‌ساعت صبر میکرد تا غذایی را بخورد و این زمان خیلی طولانی و ناراحت کننده است. از طرف دیگر اگر بچه از خوردن غذا امتناع می‌کرد خطر کاهش قند خون زیاد بود. با وجود انسولین راپید هر وقت کودک گرسنه بود غذایی را می‌خورد و بسته به مقدار کربوهیدراتی که مصرف کرده انسولین راپید دریافت می‌کند. آموزش مادر برای محاسبه مقدار کربوهیدرات لازم است.

سوزن مخصوص در انتهای قلم نصب می‌گردد.

سوزن را باید جداگانه بخرید. سوزن داخل یک پوشش پلاستیکی است و روی آن با کاغذ بسته شده. کاغذ را پاره کنید قسمت انتهای قلم را روی سوزن بگذارید و فشار دهید تا سوزن وارد یک قسمت لاستیکی شود. بعد قلم را بپیچانید تا سوزن درست در جای خودش محکم شود. حالا در پوش پلاستیکی را بیرون بکشید و دور بیندازید. سوزن یک پوشش دیگر دارد که سفید رنگ است. برای تزریق این پوشش را بر می‌دارید و پس از تزریق دوباره و با احتیاط سر جایش می‌گذارید. از یک سوزن بارها استفاده کنید. اگر کج شد و یا موقع گذاشتن پوشش آلوده شد آن را با پیچاندن از قلم جدا کنید و دور بیندازید.

برای تزریق سوزن را به طور عمودی وارد پوست می‌کنند و انتهای قلم را فشار می‌دهند و انسولین وارد بدن می‌شود. پس از تمام شدن تزریق سوزن را فوراً از پوست خارج نکنید ۱۰ ثانیه صبر کنید و سوزن را بیرون بکشید.

یک نوع قلم تزریق دیگر هم هست که ۳۰۰ واحد انسولین دارد و پس از تمام شدن دور انداخته می‌شود. قلم مخصوص انسولین رگولار و ان‌پی‌اچ در بازار نیست اما قلم برای مخلوط انسولین رگولار و شیرینی وجود دارد.

مخلوط طوری ساخته شده که یک سومش رگولار و دوسوم شیرینی است. مثلاً اگر ۱۰ واحد انسولین شارژ کنیم ۳ واحدش رگولار و ۷ واحدش شیرینی است. بسته به دستور پزشک این انسولین ۱ یا دو بار در روز تزریق می‌گردد. برای بچه‌های کوچک مناسب نیست. یکی از محاسن قلم‌ها دقت در تعیین مقدار انسولین است. با این روش می‌توانید حتی یک واحد مقدار انسولین را زیاد یا کم کنید در حالی که با سرنگ‌های ۱۰۰ واحدی حداقل زیاد کردن یا کاهش مقدار انسولین ۲ واحد است. روش گذاشتن سوزن و شارژ کردن مثل همان است که توضیح داده شد اما در این جا ما ویال را داخل قلم نمی‌گذاریم بلکه دارو داخل خود قلم است و پس از خالی شدن کلا دور انداخته می‌شود.

اما نوع جدیدتر انسولین‌هایی که در ایران موجود است. به نام آنالوگ انسولین معروف هستند. مثل گلارجین یا لانتوس. این‌ها هم به صورت ویال



سلامت



سرطان‌های شایع زنان، علل و راه‌های پیشگیری از آن

منبع:

فهیمة رمضانی تهرانی - مهناز بحری
حامی
مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولید
مثل - پژوهشکده علوم غدد درون
ریز و متابولیسم- دانشگاه علوم
پزشکی شهید بهشتی

۳۵

هوچکین اما شایع‌ترین انواع سرطان‌ها در زنان ایرانی سرطان سینه، سرطان مری، سرطان معده، سرطان کولورکتال و سرطان دهانه رحم گزارش شده است. در این مقاله با انواع سرطان‌های شایع در زنان ایرانی آشنا می‌شویم.

سرطان سینه

یک بدخیمی نشأت گرفته از غدد سینه‌ای است که هر دو جنس مرد و زن را درگیر می‌کند؛ اما شیوع آن در زنان ۱۰۰ برابر بیشتر از مردان است. سرطان سینه دومین سرطان شایع در جهان و شایع‌ترین سرطان در میان زنان همه نژادها و زنان نژاد اسپانیایی است. بیشترین شیوع این سرطان در ایالات متحده آمریکا و کمترین آن در کشورهای آسیایی است؛ با این وجود مطالعات نشان داده‌اند که در سال‌های اخیر شیوع میزان مرگ و میر ناشی از آن در کشورهای آسیایی رو به افزایش بوده است. بر اساس آمار انجمن سرطان آمریکا شانس ابتلای یک زن به این سرطان در آمریکا ۱ به ۸ و احتمال مرگ به دنبال ابتلا به آن ۱ به ۳۶ است؛ میزان بروز این سرطان در ایران ۲۲/۰۹ در ۱۰۰۰۰۰ زن و پس از استانداردسازی سن، ۲۸/۲۵ در ۱۰۰۰۰۰ زن گزارش شده است. منحنی سنی بروز سرطان سینه نشان دهنده افزایش ناگهانی بروز آن بعد از ۴۰ سالگی است.

عوامل خطر سرطان سینه، شایع‌ترین سرطان در میان زنان، شامل:

- سن: دو زن از هر سه زن مبتلا به سرطان مهاجم سینه ۵۵ ساله یا بزرگتر هستند. نشان داده شده که سن بروز سرطان در زنان ایرانی تقریباً ۱۰ سال پایین‌تر از کشورهای غربی است.

بدن زنان دائماً در حال تغییر است. گاهی این تغییرات که نرمال به نظر می‌آیند، می‌توانند علامتی از سرطان باشند.

نکته کلیدی این است که به بدن خود توجه داشته باشید، تا متوجه هر گونه تفاوت در این تغییرات بشوید. علایم جدید می‌توانند نشان دهنده این باشند که چیزی در بدن شما تغییر کرده است و شما باید مفهوم آن را بدانید.

انواع سرطان‌ها زمانی در بدن آغاز می‌شوند که تغییراتی در یک سلول آن را قادر به رشد غیر قابل کنترل می‌کند. مکانیسم‌های طبیعی بدن در اصلاح روند رشد این سلول‌ها شکست می‌خورند و مجموعه‌ای از سلول‌های بدخیم ایجاد می‌شوند که می‌توانند به بافت‌های طبیعی بدن یورش برده و در سرتاسر بدن پراکنده شوند. سرطان‌ها احتمالاً در اثر گروهی از خطاهای ژنتیکی در سلول ایجاد می‌شوند و تنها یک عامل، به تنهایی، مسئول ایجاد آن نیست. سرطان معمولاً با تاریخچه پزشکی خانواده شما، سبک زندگی انتخابی و محیط اطراف شما در ارتباط است. شما نمی‌توانید تاریخچه پزشکی خانواده‌تان را تغییر دهید و تنها قدرت کنترل بعضی از جنبه‌های محیط اطراف خود را دارید؛ اما انتخاب سبک زندگی مانند رژیم غذایی، وزن، سطح فعالیت بدنی و سیگار کاملاً تحت مدیریت شما هستند.

بر اساس آمارهای انجمن سرطان آمریکا، به طور کلی دو سوم از زنان هرگز مبتلا به سرطان نخواهند شد، در سال ۲۰۰۸، ۷۰۰۰۰۰ زن مبتلا به تشخیص سرطان شناسایی شدند که بیشتر آنها موارد زیر بودند: سرطان سینه، سرطان ریه، سرطان های کولورکتال، سرطان رحم و لنفوم غیر



و رشد غیرقابل کنترل آن آغاز می‌شود که توده‌ای از سلول به نام تومور را ایجاد می‌کند. تومورها می‌توانند سرطانی یا خوش خیم باشند. تومور سرطانی بدخیم است یعنی می‌تواند به بخش‌های دیگر بدن منتشر شود اما تومور خوش‌خیم منتشر نمی‌شود. تومورهای خوش‌خیم رحم شامل فیبروم (میوم) - تومور در عضله رحم، اندومتریوزیس - وضعیتی که در آن بافت طبیعی لایه داخلی رحم که در حالت طبیعی دیواره داخلی آن را می‌پوشاند، در مناطق خارج از رحم رشد می‌کند - و هیپرپلازی اندومتر - افزایش تعداد سلول‌های لایه داخلی رحم که می‌تواند خوش‌خیم هم باشد، می‌باشند. سرطان رحم بیشتر در لایه داخلی رحم - اندومتر - و با شیوع کمتر در عضله رحم - میومتر - دیده می‌شود. شکل دیگری از سرطان رحم هم وجود دارد که در قسمت پایینی رحم که دهانه رحم یا سرویکس نام دارد، رخ می‌دهد.

تغییرات هورمونی به ویژه تغییرات مرتبط با استروژن، نقش قابل توجهی در افزایش خطر سرطان رحم در شما دارد که سرطان اندومتر هم نامیده می‌شود.

عوامل خطر سرطان اندومتر عبارتند از:

- نژاد: زنان سفید پوست بیشتر از زنان سیاه پوست احتمال دارد که به سرطان اندومتر مبتلا شوند.
- تعداد متوسط عادات ماهانه بیشتر از حد نرمال.
- باردار نشدن.
- استروژن درمانی.
- چاقی و داشتن رژیم غذایی پرچرب
- درمان قبلی یا فعلی با تاموکسیفن برای سرطان سینه.
- برخی انواع تومورهای تخمدانی.
- سندروم تخمدان پلی کیستیک.
- سن - بیشتر موارد سرطان رحم در زنان ۵۵ سال به بالا دیده می‌شود
- دیابت.
- سابقه خانوادگی سرطان کولون.
- سابقه سرطان سینه یا تخمدان در فرد.
- برخی موارد افزایش سلول‌های اندومتر، افزایش ضخامت لایه داخلی رحم.
- استفاده از قرص‌های ضدبارداری در طول زمان، اما در نهایت داشتن چند بارداری می‌تواند به کاهش خطر در شما کمک کند.

در حالت نرمال چه شکلی دارند و هر گونه تغییری را که احساس کردند به متخصص گزارش کنند. معاینه سینه توسط خود فرد نیز باید از سن ۲۰ سالگی آغاز شود. زنان برای آشنایی با چگونگی، مزایا و محدودیت‌های این معاینه باید با یک پزشک یا ماما مشورت کنند.

زنانی که دارای یکی از عوامل خطر ذکر شده هستند، ممکن است بنا بر نظر پزشک نیاز به بررسی‌های بیشتر، مثلاً ام-آر-آی علاوه بر ماموگرافی، داشته باشند. افزایش آگاهی از اهمیت غربالگری سرطان سینه می‌تواند منجر به تشخیص زودرس آن، در مرحله قابل درمان شود. شایان ذکر است که حدود ۷۵ درصد از زنان مبتلا به سرطان سینه دارای هیچ یک از علایم خطر شناخته شده برای ابتلا به سرطان نیستند.

شایع‌ترین علایم سرطان سینه شامل توده در سینه و یا در زیر بغل که سفت، دارای شکل نامنظم و معمولاً بدون درد است، ترشح از نوک سینه و یا قرمز شدن یا برگشتن نوک سینه به سمت داخل، تغییر در پوست سینه (مانند فرو رفتگی و یا نمای پوست پرتقالی)، تغییر در سایز و شکل سینه یا ورم کردن قسمتی از سینه، و درد در سینه (معمولاً یک علامت دیررس است) می‌باشند. سرطان سینه در مراحل اولیه ممکن است هیچ علامتی ایجاد نکند. در حقیقت علایم سرطان سینه ممکن است تا گسترش قابل توجه آن به بافت‌های دیگر نمایان نشوند و به همین دلیل ارزیابی با ماموگرافی ضروری دانسته می‌شود.

سرطان سینه تمایل زیادی برای گسترش به سیستم لنفاوی از طریق گره‌های لنفی دارد. گره‌های لنفی زیر بغل و اطراف ترقوه ممکن است درگیر شوند و ورم در ناحیه زیر بغل ایجاد کنند. ورم در این ناحیه ممکن است حتی قبل از اینکه توده در سینه قابل لمس باشد، ایجاد شود. سرطان سینه در حالت پیشرفته سبب کاهش وزن، درد استخوان، ورم ناحیه زیر بغل و زخم شدن پوست می‌شود.

سرطان رحم

شایع‌ترین سرطان سیستم تولید مثلی زنانه است. مسئول ۶ درصد همه موارد ابتلا به سرطان و ۳ درصد همه مرگ و میرهاست. شانس یک زن برای ابتلا به این سرطان ۱ به ۴۱ است. در ایران میزان بروز این بیماری ۱/۷ درصد گزارش شده است. سرطان رحم با تغییر یک سلول نرمال

• **سابقه خانوادگی:** اگر مادر، خواهر یا دختر شما مبتلا به سرطان سینه شده باشند، خطر شما برای ابتلا ۲ برابر است.

• **نژاد:** زنان سفیدپوست نسبت به زنان آفریقایی - آمریکایی آسیب پذیرترند؛ اما زنان آفریقایی - آمریکایی بیشتر احتمال دارد که از سرطان سینه فوت کنند شاید به این دلیل که تومورهایشان سرعت رشد بالاتری دارند.

• **بافت سینه متراکم.**

• **پرتو درمانی قبلی در ناحیه قفسه:** تعداد عادت‌های ماهانه بیشتر از حد نرمال (شروع عادت ماهانه قبل از ۱۲ سالگی و یائسگی بعد از ۵۵ سالگی)

• باردار نشدن یا باردار شدن برای اولین بار بعد از سن ۳۰ سالگی.

• **مصرف قرص‌های ضدبارداری:** میزان خطر ۱۰ سال بعد از قطع مصرف قرص، به حد نرمال برمی‌گردد.

• **درمان قبلی با داروی دی اتیل استیل بسترول (DES):** زمانی برای پیشگیری از سقط استفاده می‌شد.

• **هورمون درمانی بعد از یائسگی:** اجتناب از این درمان خطر سرطان سینه را در شما می‌کاهد.

• عدم شیردهی از سینه.

• چاق بودن یا رژیم غذایی پرچرب داشتن

• ورزش نکردن

• مصرف زیاد مشروبات الکلی - محققین دانشگاه آکسفورد ۱،۳ میلیون زن را در طول ۷ ساله مورد مطالعه قرار دادند و دریافتند که نوشیدن الکل به میزان متوسط، ۱ تا ۳ بار در هفته - زنان را در معرض خطر بالاتری برای سرطان سینه قرار می‌دهد.

پس از ابتلا به سرطان سینه، بهترین راه دفاع، تشخیص زودرس آن - وقتی بسیار کوچک است، منتشر نشده و درمان آسان تری دارد - است.

انجمن سرطان آمریکا توصیه می‌کند که اقدامات زیر برای تشخیص زودرس مورد توجه قرار گیرند:

• زنان ۴۰ سال به بالا باید سالی یکبار ماموگرافی انجام دهند و این کار را طبق توصیه پزشک تا مدت طولانی ادامه دهند.

• زنان ۲۰-۴۰ سال باید معاینه منظم سینه توسط یک متخصص، ترجیحاً هر ۳ سال یکبار داشته باشند.

• زنان باید بدانند که سینه‌های آنها



سلامت

راه‌های پیشگیری از سرطان اندومتر عبارتند از:

- کوتاه کردن مدت زمان استفاده از قرص‌های ضدبارداری.
- توجه به میزان خطر احتمالی هورمون درمانی به ویژه مصرف استروژن به تنهایی، قبل از آغاز درمان.
- حفظ وزن در محدوده طبیعی.
- در صورت ابتلا به دیابت، کنترل بیماری با بررسی منظم قندخون.

شایع‌ترین علائم سرطان اندومتر عبارتند از:

- لکه بینی، خونریزی و یا ترشح نامعمول از واژن، در زنان واقع در سنین پیش از یائسگی خونریزی بیش از حد و یا خونریزی غیرطبیعی از واژن، مشکل یا درد در هنگام دفع ادرار، درد در هنگام نزدیکی جنسی، درد در لگن.
- در درمان سرطان رحم ممکن است جراحی، پرتودرمانی، شیمی درمانی و یا هورمون درمانی به صورت منفرد یا همزمان مورد استفاده قرار گیرد.

سرطان دهانه رحم (سرویکس):

دهانه رحم بخش پایینی رحم است که در دوران بارداری نقش نگه داشتن جنین در داخل رحم را به عهده دارد و در واقع دهانه رحم بخش ارتباط دهنده رحم با واژن است. تغییرات سلولی در دهانه رحم نیز ممکن است روی بدهند که در ابتدا به صورت بدشکلی در سلول تعبیر می‌شوند. این تغییرات در برخی موارد بدون هیچ درمانی، به حالت طبیعی بر می‌گردند؛ اما گاهی نیز به این تغییرات به اصطلاح پیش‌سرطانی اطلاق می‌شوند. تغییرات پیش‌سرطانی نیاز به درمان دارند. گاهی درمان فقط برداشتن سلول‌های سرطانی در منطقه است و گاهی ممکن است نیاز به برداشتن کامل رحم، جهت پیشگیری از ابتلای آینده به سرطان باشد. انتخاب این درمان به اندازه منطقه درگیر و نوع تغییرات سلولی، تمایل داشتن یا نداشتن زن به بارداری در آینده، سن زن، وضعیت سلامت عمومی و نظر زن و پزشک معالج بستگی دارد. گفته می‌شود که حدود ۷ درصد از زنان ممکن است با تشخیص سرطان دهانه رحم در طول عمر خود مواجه شوند. شیوع این بیماری در کشورهای در حال توسعه ۶/۸ درصد و در ایران پس از استانداردسازی از نظر سن ۵/۴ در ۱۰۰۰۰ گزارش شده است. سرطان دهانه رحم غالباً در میان سالی اتفاق می‌افتد و بیشتر زنان مبتلا زیر ۵۰ سال هستند؛ این بیماری به ندرت در زنان

کمتر از ۲۰ سال دیده می‌شود. عوامل خطر سرطان دهانه رحم عبارتند از:

- عفونت با ویروس پاپیلومای انسانی: مهمترین عامل ابتلا به سرطان دهانه رحم این عفونت است. این ویروس از طریق رابطه جنسی از فرد آلوده به فرد دیگر منتقل می‌شود.
 - نقص سیستم ایمنی: زنان مبتلا به نقص ایمنی به علت مصرف کورتون‌ها، پیوند عضو، درمان برای سایر سرطان‌ها و ایدز بیشتر از دیگر زنان در معرض ابتلا به سرطان دهانه رحم قرار دارند.
 - ابتلا به ویروس تبخال تناسلی.
 - سیگار کشیدن: زنان سیگاری ۲ برابر غیر سیگاری‌ها به سرطان دهانه رحم مبتلا می‌گردند.
 - سن: از ۳۰ سالگی به بعد خطر ابتلا به این بیماری در زنان افزایش می‌یابد.
 - نژاد: این سرطان در زنان سیاه پوست، هیسپانیک و هندی - آمریکایی شایع‌تر است.
 - مصرف قرص‌های ضدبارداری: برخی مطالعات ارتباطی میان مصرف قرص‌های ضدبارداری و سرطان دهانه رحم یافته اند؛ اما این مسئله هنوز به اثبات نرسیده و نیاز به بررسی بیشتر دارد.
 - مواجهه با دی اتیل استیل بسترول: این دارو در گذشته برای پیشگیری از سقط در دوران بارداری استفاده می‌شده است. زنانی که مادران آنها در دوران بارداری از این دارو استفاده کرده‌اند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان دهانه رحم قرار دارند.
- ## راه‌های پیشگیری از سرطان دهانه رحم عبارتند از:
- به تأخیر انداختن سن اولین رابطه جنسی به بعد از دوران نوجوانی یا حتی دیرتر.
 - محدود کردن تعداد شرکای جنسی.
 - اجتناب از برقراری رابطه جنسی با افرادی که با افراد زیادی رابطه جنسی داشته‌اند.
 - اجتناب از برقراری رابطه جنسی با افرادی که دارای زخم یا ضایعه مشخصی در ناحیه تناسلی هستند.
 - استفاده از کاندوم.
 - ترک سیگار.
 - آزمایش پاپ‌اسمیر رایج‌ترین روش

تشخیص تغییرات سلولی است که می‌تواند در آینده تبدیل به سرطان در ناحیه دهانه رحم شوند. محققان در یافته‌اند که استفاده از آزمایش پاپ‌اسمیر به اضافه آزمایش تشخیص ویروس پاپیلومای انسانی با هم نتایج دقیقی را به دست می‌دهند. بر اساس نظر انجمن زنان و مامایی آمریکا زنان باید از ۲۱ سالگی و با آغاز فعالیت جنسی، هر سه سال یکبار آزمایش پاپ‌اسمیر را انجام دهند. در صورت نرمال بودن نتیجه همه این آزمایشات تا سن ۳۰ سالگی، زنان می‌توانند بسته به نظر پزشک، در فواصل طولانی‌تری این آزمایش را انجام دهند؛ زنانی که دارای یکی از عوامل خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم قرار دارند، باید در فواصل کوتاه‌تری این آزمایش را تکرار کنند. زنان ۶۵ سال و بالاتری که در آزمایشات پاپ‌اسمیر و ویروس پاپیلومای انسانی ۱۰ سال آخر متوالی خود هیچ یافته غیر طبیعی‌ای نداشتند، می‌توانند این برنامه را قطع کنند. با این وجود اگر این زنان هنوز از نظر جنسی فعال هستند، یا بیش از یک شریک جنسی دارند و یا سابقه‌ای از آزمایش پاپ‌اسمیر غیرطبیعی داشته‌اند، لازم است که بر طبق برنامه عمل کنند. در زنانی که رحم آنها برداشته شده است، نیاز به انجام پاپ‌اسمیر نیست مگر در صورتی که جراحی برداشتن رحم به علت تغییرات پیش‌سرطانی یا سرطانی بوده باشد.

علائم احتمالی سرطان دهانه رحم عبارتند از:

لکه‌بینی یا خونریزی در دوران عادت ماهیانه یا بین آن، عادت ماهیانه‌ای که طولانی‌تر یا بیشتر از حد معمول است، خونریزی بعد از رابطه جنسی، دوش واژینال و یا معاینه واژینال، درد در هنگام برقراری رابطه جنسی، خونریزی بعد از یائسگی، افزایش ترشحات از واژن. در صورت مشاهده هر یک از این علائم، به پزشک مراجعه کنید. به خاطر داشته باشید که تشخیص بیماری در مراحل اولیه، نتایج درمانی بهتری را به دنبال دارد.

تشخیص این بیماری ممکن است توسط هر یک از ارزیابی‌های پاپ‌اسمیر، معاینه لگن، آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی، مشاهده مستقیم بافت، نمونه‌برداری، رادیوگرافی، سی‌تی‌اسکن و یا جراحی انجام می‌شود.

جراحی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی گزینه‌های درمانی موجود برای این سرطان می‌باشند.



سلامت

سرطان تخمدان را می‌کاهد.

- شیردهی به فرزندان.
- بارداری.

علائم سرطان تخمدان شامل نفخ شکم، درد شکم و لگن، مشکل در خوردن و احساس سیری کامل و علایم ادراری (تکرر یا اضطراب در دفع ادرار) می‌باشد.

بهترین راه دفاع از خود در مقابل سرطان:

تشخیص زودرس، قبل از انتشار، بیشترین شانس را به شما می‌دهد تا قادر باشید در مقابل سرطان کار مفیدی انجام دهید. داشتن اطلاعات در مورد انواع سرطان‌ها و اینکه شما چه کارهایی می‌توانید برای پیشگیری از آنها انجام دهید، می‌تواند زندگی شما را نجات دهد.

مراقب سلامت خود باشید و خطر انواع سرطان را کاهش دهید:

- از مصرف توتون و تنباکو دور باشید.
- وزن خود را در محدوده متناسب نگه دارید.
- به طور منظم ورزش کنید.
- غذاهای سالم مملو از میوه و سبزی بخورید.
- مصرف الکل را کم کنید.
- از پوست خود محافظت کنید.
- خود را بشناسید، سابقه خانوادگی و احتمال خطر خود را بدانید.
- به طور منظم چکاپ و آزمایشات غربالگری سرطان را انجام دهید.

ابتلا به سرطان سینه.

نژاد- زنان آمریکایی، شمال اروپا و یهودی اشکنازی بیشتر مبتلا به این سرطان می‌شوند.

تاریخچهٔ باروری: زنانی که هرگز فرزندی نداشته‌اند و یا ناباروری با علت نامشخص داشته‌اند، آنهایی که قرص‌های ضدبارداری نخورده‌اند و یا زنانی که بعد از ۳۰ سالگی اولین فرزند خود را به دنیا آورده‌اند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان تخمدان هستند.

هورمون‌ها: زنانی که هورمون درمانی با استروژن شده‌اند، خطر بالاتری برای ابتلا دارند.

چاقی: یک مطالعهٔ جدید نشان داده است که زنان چاق ۵۰ درصد بیشتر از سایر زنان ممکن است به این سرطان دچار شوند.

عوامل اجتماعی و رفتاری: زنان همجنس‌گرا، احتمالاً به علت عدم مصرف قرص‌های ضدبارداری و بچه دار نشدن، در خطر بالایی برای ابتلا به این سرطان هستند.

اندومتریوز: این بیماری شامل رشد بافت اندومتر، دیوارهٔ پوشانندهٔ داخل رحم، در محلی خارج از دیوارهٔ داخلی رحم است.

راه‌های پیشگیری از سرطان تخمدان عبارتند از:

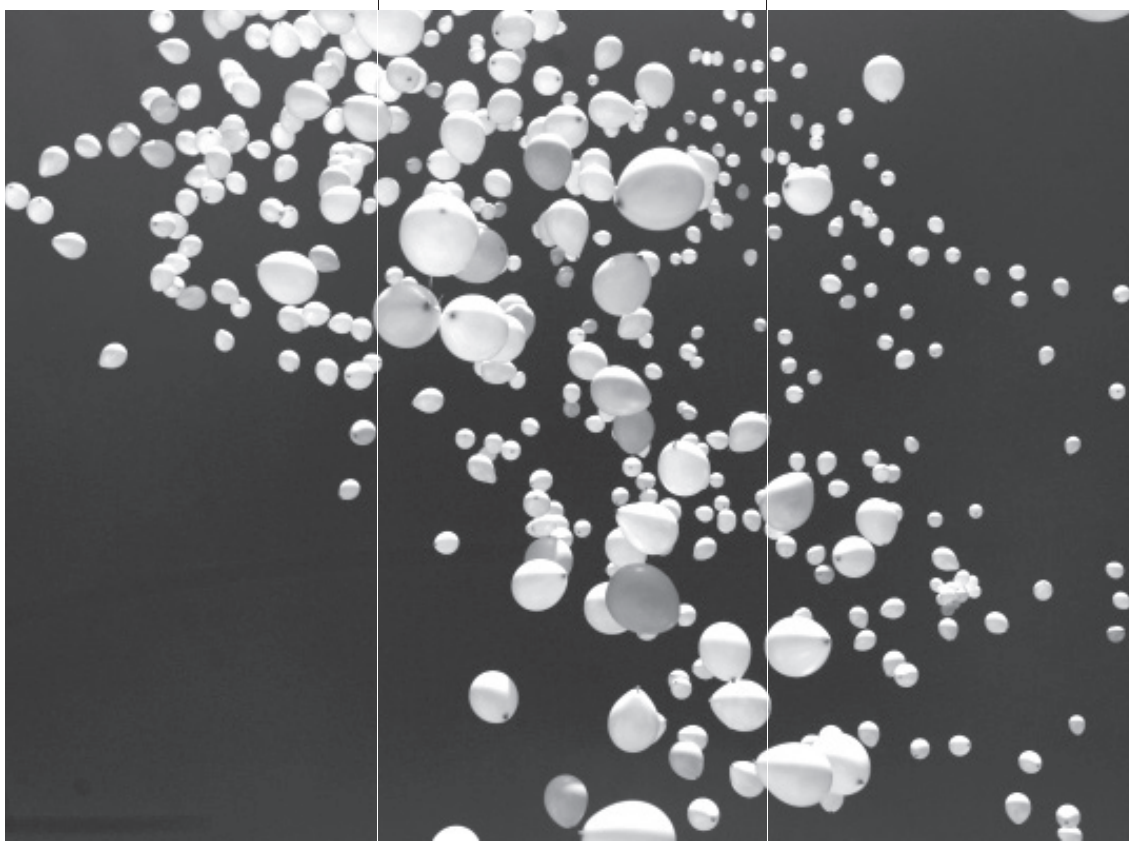
- مصرف قرص‌های ضدبارداری: ۳-۵ سال مصرف قرص‌های ضدبارداری به میزان ۳۰-۵۰ درصد خطر

سرطان تخمدان:

تخمندان‌ها بخشی از اندام‌های جنسی یک زن هستند که در برگیرندهٔ سلول‌های جنسی یا (تخمک) هستند. همچنین دو تخمدان در بدن هر زن مسئول ترشح هورمون‌های جنسی استروژن و پروژسترون هستند. این هورمون‌ها بر رشد سینه‌ها، شکل بدن، موهای بدن، عادات ماهیانه و بارداری تأثیرگذارند. بعد از یائسگی، تخمدان‌ها تخمک‌گذاری و ترشح هورمون ندارند و اما تومورهای تخمدانی هم مانند هر عضو دیگر ممکن است خوش‌خیم و یا بدخیم باشند. این بیماری ۴ درصد از کل سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و میزان بروز آن در ایران ۳/۱ درصد است.

عوامل خطر سرطان تخمدان عبارتند از:

- سن: شانس ابتلا به سرطان تخمدان با افزایش سن، بالا می‌رود. زنان در همهٔ سنین در معرض ابتلا به این بیماری قرار دارند اما پس از ۵۰ سالگی این خطر به شدت افزایش می‌یابد.
- تاریخچهٔ خانوادگی: زنانی که مادر، خواهر یا دخترشان مبتلا به سرطان تخمدان شده‌اند، ۳ برابر بیشتر در معرض ابتلا قرار دارند.
- ژنتیک: حدود ۱۵-۱۰ درصد سرطان‌های تخمدان به دنبال یک تغییر ژنتیکی که در خانواده وجود دارد، اتفاق می‌افتند.





سلامت



ورزش و هموفیلی

عمل می‌شوند، این دسته از عضلات از فیبرهای عضلانی تشکیل شده‌اند که سریع دچار خستگی شده و تنها در مدت زمان‌های کوتاهی می‌توانند فعالیت کنند.

بیماران هموفیلی که خون‌ریزی زیادی دارند، اغلب تمایل به حالت بدنی خاصی پیدا می‌کنند از جمله حالت خمیدگی در آرنج، زانو، ران، ایجاد خمیدگی در پشت (لوردوز) نامتقارن بودن لگن به دلیل تغییر در طول پاها و تفاوت در مقدار تحلیل عضلانی، خمیدگی در مچ دست و انگشتان. مچ دست خم شده و انگشتان خم شده ناشی از خون‌ریزی عمیق بازو کم تر رایج هستند اما مشکلات زیادی را ایجاد می‌کنند.

برحسب محل مفصل و عضلات که دچار خون‌ریزی می‌شوند، حالت بدنی مشخصی در الگوی قابل پیش‌بینی ایجاد می‌شود. علی‌رغم تلاش‌های پایدار جهت بازیابی کامل دامنه حرکتی مفصل و بهبود انعطاف و استقامت عضلات، این بدشکلی‌ها ممکن است برای بیمار به طور معمولی و عادی ایجاد شود و عضلات دچار تضعیف و یا سختی گردند.

هدف از انجام برنامه تمرین ورزش چیست؟ ورزش‌های مختلف بسته به نیاز به بهبود حرکتی، استقامتی، هماهنگی عضلات مورد نظر و تناسب، قلبی عروقی و توانایی انجام فعالیت‌های معمول یا ورزش‌های ساده انتخاب می‌شوند.

سوالی که همواره در ارتباط با بیماران هموفیلی وجود دارد این است که چه ورزش‌هایی برای مبتلایان به این بیماری مجاز و قابل توصیه است، که البته پاسخ این سوال بستگی به شرایط هر بیمار دارد.

ورزش‌های مختلف هرکدام تحت اهداف متفاوتی انجام می‌گیرند و بستگی به شرایط هر فرد دارند. ورزش‌های با اهداف درمانی زمانی بهترین نتایج را خواهند داشت که ارزیابی کاملی در فرد بیمار توسط فردی تعلیم دیده انجام شده و سپس ورزش متناسب با توانایی فرد در جهت اهداف درمانی انجام شود.

زانوها، قوزک پاها و آرنج‌ها نسبت به سایر مفاصل بدن، بیش‌تر تحت تأثیر عوارض ناشی از هموفیلی قرار می‌گیرد. ماهیچه‌های مختلف در پاسخ به آسیب‌ها مختلف عمل می‌کنند ماهیچه‌ها هم به عنوان ثابت نگاه دارنده و هم به عنوان حرکت‌دهنده عمل می‌کنند ماهیچه‌های ثابت نگاه دارنده موجب حالت ایستایی بدن و اندام‌ها می‌شوند. آنها دائماً کار می‌کنند تا بدن را نسبت به جاذبه ایستاده نگاه دارند یا تعادل بدن را هنگام قرارگرفتن در حرکت حفظ کند. این عضلات عمدتاً از فیبرهای عضلانی ساخته شده‌اند که سریع دچار خستگی نمی‌شوند عضلات حرکت دهنده موجب حرکت می‌شوند و تنها هنگامی که مورد نیاز باشد تا وظیفه خاصی را انجام دهند وارد

تهیه و تنظیم و مترجم : امین کوپایی



• اصولی که در ورزش باید رعایت شود:

آهسته و پیوسته :

نوجوانان هنگامی که ورزش جدیدی را می آموزند، اغلب می خواهند به همه نشان دهند که چه قدر توانایی زیادی دارند و ممکن است زیاده روی کرده و بدون اینکه متوجه شوند به خود آسیب بزنند، شروع فعالیت آرام و تدریجی بسیار با اهمیت است.

• اگر احساس درد می کنید، آن تمرین را ادامه ندهید.

درد معمولاً نشانه آن است که روند فعالیتی اشتباه است، بیماران هموفیلی باید یاد بگیرند که به بدنشان توجه کنند. اگر در طول انجام تمرین، درد جدیدی را تجربه کردند، بسیار اهمیت دارد که احساس درد به درستی بررسی شود. آیا ناشی از کوفتگی عضله است یا نشانه خونریزی است؟ آیا ورزش فشار زیادی را بر مفصل آسیب دیده وارد می کند.

گاهی دیده می شود که فیزیوتراپیست ها، بیمار را ترغیب می کنند که « چند تمرین بیش تر انجام دهد» خیلی از بیماران هموفیلی عنوان می کنند که فیزیوتراپ موجب خونریزی من شده است. توصیه می شود که اگر بیمار می گوید به اندازه کافی تمرین کرده است به حرف او توجه کنیم.

• هر شرایطی منحصر به فرد است:

تعداد تمارین و تکرار آنها بستگی به ویژگی های هر شخص دارد، اگر خونریزی به تازگی رخ داده باشد، ۲ یا ۳ بار تکرار هر تمرین کافی است. اگر خونریزی

متوقف شده باشد و هدفمان بازبایی دامنه حرکتی باشد، ممکن است نیاز باشد تا تکرار بیشتری انجام شود هم خود بیمار و هم خود درمان گر باید به علائم بدن توجه کنند، خستگی و ناراحتی می تواند نشانه ای از این باشد که برای این جلسه کافی است. تعداد تکرار هر تمرین همچنین بستگی به نوع عضله ای که ورزش داده می شود دارد. عضلات ثابت نگاه دارنده نیاز دارند که مکرراً و برای مدت طولانی کار کنند. این دسته از عضلات باید با شدت کم ولی به تعداد زیاد تحت تمرین قرار گیرند.

• به دیگر مفاصل تان توجه کنید :

بعضی ورزش ها به طور خاص برای کمک به یک مفصل طراحی شده اند، که ممکن است روی دیگر مفاصل فشار زیادی را وارد کنند. برای مثال انجام تمرین تحمل وزن برای افزایش مقاومت زانو ممکن است روی مچ همان پا که آسیب دیده است فشار وارد نماید.

• احتیاجات عملکردی شخص را مد نظر داشته باشید:

عملکردهای مختلفی را که هر شخص نیاز به انجام آن دارد را مد نظر داشته باشید. تمارین ورزشی فردی که در نشستن و برخاستن از صندلی مشکل دارد با بیماری که در دویدن مشکل دارد از هم متفاوت هستند. به علاوه باعث افزایش پذیرش ورزش توسط بیمار می شود.

• میزان معمول حرکت و طول عضله :

هدف اغلب تمرین های ورزشی تداوم تمارین تا آنجایی است که دامنه حرکتی

و قدرت عضله معادل اندام سالم مقابل باشد. این مسئله تنها زمانی کاربرد دارد که قسمت مقابل استقامت و دامنه حرکتی معمول داشته باشد و ۴ مفصل یا عضله آسیب دیده دارند و دامنه حرکتی کاملی را برای شروع داشته باشد. بعضی از افراد دارای اختلالات حرکتی مزمن خاصی هستند و انجام دامنه حرکتی کامل برای آنان مقدور نیست، در این گونه موارد اهداف تمرینات پیشگیری از افزایش آسیب عملکرد و بازگرداندن مفصل یا عضله به موقعیت معمول آن در سریع ترین زمان بعد از خونریزی است.

• فعالیت های روزانه نیز اهمیت دارند:

ورزش برای مقابله با اثرات دراز مدت خونریزی بر عضلات و مفاصل بسیار با اهمیت است. بسیاری از بیماران پیروی از یک برنامه ورزش خاص را بسیار دشوار می دانند، بسیار اهمیت دارد که بدانیم بسیاری از فعالیت های روزانه مانند راه رفتن، دوچرخه سواری، بالا رفتن از پله یا حتی برف پارو کردن می تواند اثرات مثبتی نیز داشته باشند.



درمان چربی خون بالا در بیماران دیابتی مبتلا به نارسایی مزمن کلیه

مترجم: دکتر زهرا خیر خواه
متخصص بیماریهای داخلی- کلیه

بروز چربی خون بالا در مبتلایان به نارسایی کلیوی در زمینه دیابت شایع می باشد و غالب بیماران با دیابت و نارسایی کلیوی دیس لیپید می دارند (سطوح بالای کلسترول LDL-C و سطوح پایین کلسترول HDL-C, سطوح بالای تری گلیسیرید).

دیابت به عنوان یک فاکتور خطر مهم در بروز مرگ و میر زودرس مبتلایان محسوب می شود.

اکثر عوارض دیابت ناشی از درگیری عروقی میکروواسکولر و ماکروواسکولر می باشند.

عوارض ماکروواسکولر شایع بوده و تا ۸۰ درصد مبتلایان به دیابت نوع دو دچار مرگ ناشی از درگیری عروقی (کرونی) می شوند. کنترل چربی خون بالا شامل تغذیه مناسب و مبادرت به ورزش و فعالیت های فیزیکی و استفاده از داروهای کاهنده قند خون می باشد. از آنجا که حوادث قلبی عروقی علت عمده مرگ و میر این گروه از بیماران است لذا پایین آوردن سطح کلسترول نوع LDL که در بروز اترواسکلروز عروقی موثر است. اهمیت ویژه ای دارد و باعث کاهش مرگ و میر مبتلایان ناشی از حوادث قلبی عروقی می گردد.

مطابق دستورالعمل درمان در مبتلایان نارسایی کلیوی NKF KDOQI بیماران با دیابت و نارسایی مزمن کلیه با یستی طبق دستور العمل گروه بیماران پرخطر درمان گردند. (میزان LDL-C هدف در بیماران با نارسایی مزمن کلیه در stage ۱-۴ (مراحل قبل از شروع دیالیز) و دیابت بایستی کمتر از ۱۰۰ mg/dl و ترجیحا کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد)

بیماران با دیابت و نارسایی مزمن کلیه در stage ۱-۴ و LDL بالای ۱۰۰ بایستی با استاتین درمان گردند. لذا استفاده از گروه

دارویی استاتین ها در بیماران دیابتی و نارسایی مزمن کلیوی خفیف تا متوسط توصیه می گردد ولی شاید بیماران دیالیزی جز موارد استثنا باشند. درمان با استاتین نبایستی در بیماران دیابتی نوع دو که تحت همودیالیز هستند و هیچ گونه اندیکاسیون قلبی عروقی خاصی نداشته باشند شروع شود ولی در بیمارانی که در مراحل زودرس تر نارسایی کلیوی (قبل از شروع دیالیز) استاتین را از قبل مصرف می کرده اند ممکن است ادامه یابد.

از طرفی دوزهای بالا داروهای کاهنده چربی خون در بیماران با کاهش عملکرد کلیوی با افزایش خطر میوپاتی و ضعف عضلانی همراه است. لذا تنظیم دوز داروهای استاتین و مشتقات فیبریک اسید در بیماران نارسایی کلیوی ضروری است و بایستی میزان مصرف داروهای کاهش دهنده چربی در مبتلایان نارسایی کلیوی کاهش یابد (مطابق جدول). لذا می توان جهت کاهش دوز داروی استاتینی از درمان ترکیبی نظیر استفاده هم زمان از دوز پایین استاتین و یک داروی مهارکننده جذب کلسترول به طور مثال ezetimibe ۱۰ mg روزانه جهت کاهش سطح LDL استفاده نمود. Ezetimibe به عنوان یک درمان الحاقی جهت بدست آوردن LDL-C هدف به ویژه در موارد محدودیت دوز مصرفی استاتین ها بکار رفته است).

توصیه می شود اندازه گیری پروفیل چربی شامل سطوح کلسترول HDL, LDL و تری گلیسیرید TG در بیماران دیابتی و نارسایی کلیوی به طور مرتب (حداقل هر ۶ ماه یکبار) انجام شود و بعد از شروع درمان هر ۲-۳ ماه یکبار جهت تنظیم دوز دارو اندازه گیری گردند.

Medication Class and Agents	No CKD or stages 1-2	CKD stage 3	CKD stages 4-5	Kidney transplant
Statins (mg/day)				
Atorvastatin	10-80	10-80	10-80	10-80
Fluvastatin	20-80	20-80	10-80	10-80
Lovastatin	10-80	10-80	10-40	10-40
Pravastatin	10-40	10-40	10-20	10-20
Rosuvastatin	5-40	5-20	5-10	5
Simvastatin	5-40	5-40	5-20	5-20
Bile acid sequestrants (g/day)				
Cholestipol	5-30	5-30	5-30	5-30
Cholestyramine	4-16	4-16	4-16	4-16
Colestevam	2.6-3.8	2.6-3.8	2.6-3.8	2.6-3.8
Fibric acid derivatives (mg/day)				
Bezafibrate*	400-800	200	Avoid	Avoid
Ci fibrate	1600-2600	500	500	Avoid
Ciprofibrate*	200	Unknown	Avoid	Unknown
Fenofibrate	96	48	Avoid	Avoid
Gemfibrozil	1200	1200	600	600
Other (mg/day)				
Ezetimibe	10	10	10	Unknown
Niasin	2000	2000	1000	Unknown

بين الملل



جدول کنفرانس های بین المللی آوریل ، می ، ژوئن ۲۰۱۵

ردیف	عنوان کنفرانس/سمینار	تاریخ برگزاری	محل برگزاری
۱.	هفدهمین کنگره اروپایی اندوکرینولوژی (غدد)	۱۶-۲۰ می ۲۰۱۵	دوبلین / ایرلند
۲.	سمپوزیوم شرقی مجاری ادراری و تناسلی	۱-۲ می ۲۰۱۵	ورمونت
۳.	کنفرانس مراقبت های اولیه و بهداشت زنان: به روزرسانی و نقد و بررسی	۸-۴ می ۲۰۱۵	ایالات متحده آمریکا
۴.	اجلاس سران داروسازی اروپایی	۸-۵ می ۲۰۱۵	برلین / آلمان
۵.	سبک کنونی در جایگزینی مفصل	۱۷-۲۰ می ۲۰۱۵	نوادا
۶.	روان پزشکی کودک در مراقبت های اولیه	۱۵ می	ورمونت
۷.	به روز رسانی پزشکی اورژانس	۱۱-۴ آوریل ۲۰۱۵	فلوریدا
۸.	به روز رسانی نورولوژی برای مراقبت های اولیه	۲۷ آوریل تا ۱ می ۲۰۱۵	ایالات متحده آمریکا
۹.	هشتمین سمپوزیوم بین المللی DIP برای دیابت فشارخون، سندروم های متابولیک و بارداری	۱۵-۱۸ آوریل	آلمان
۱۰.	دوره نقد و بررسی پزشک خانواده	۵-۲ ژوئن	ورمونت
۱۱.	چالش های پزشکی و دندانپزشکی	۲۵-۱۳ ژوئن	آلاسکا
۱۲.	دوره تصویربرداری رادیولوژی	۲۵-۲۷ ژوئن	ایالات متحده آمریکا

ترجمه و تنظیم: ندا جلیلیان
منبع: www.coge.ir



شهر امید

همراهان این مجموعه، فعالیت‌هایی نظیر تحقیقات زیست پزشکی درمان بیماران و آموزش متخصصان پزشکی، را انجام می‌دهند. در نتیجه این مرکز پزشکی به عنوان یک بیمارستان آموزشی عمل می‌کند.

شهر امید توسط یک کمیسیون مشترک اعتباردهی شده است، یک بخش خصوصی که بیش از ۱۷۰۰۰ مرکز مراقبت‌های بهداشتی و برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی را در ایالت متحده اعتباردهی می‌کند.

• انسولین انسانی مصنوعی :

در ۱۹۷۸ که محققان شهر امید (آرتور ریچ) و (کیچی ایتاکورا) با (هربرت بویر) از سان فرانسیسکو شرکت (bcg) کار می‌کردند به اولین دانشمندانی تبدیل شدند که انسولین انسانی مصنوعی را تولید کرده بودند.

• پیوند سلول‌های بنیادی(خونساز) :

در ۱۳ ژانویه ۲۰۱۱ شهر امید ده هزارمین پیوند سلول‌های بنیاد خون‌ساز خود را انجام داد که شامل پیوند مغز استخوان، سلول‌های بنیادی Peripheral blood جمع‌آوری شده توسط apheresis و نیز سلول‌های بنیاد بندناف بوده است.

• شبکه جامع ملی سرطان:

شهرامید یکی از اعضای مؤسس شبکه‌ی جامع ملی سرطان که یک متفق غیرانتفاعی از ۲۱ مرکز سرطان آمریکا می‌باشد، است.

شهر امید یک مرکز تحقیقاتی، بیمارستان و نیز مدرسه پزشکی خصوصی غیردولتی است که در Duarte، کالیفرنیا، ایالات متحده واقع شده است. پردیس اصلی این مرکز در یک زمین ۱۱۰ هکتاری و در زمین‌های مجاور به مرزهای Duarte و آبروینول، کالیفرنیا واقع شده و دارای دفاتر ماهواره‌ای در مونروویا و دفاتر جمع‌آوری اعانه در مرکز شهر لس‌آنجلس و نیز دفاتر منطقه‌ای در سراسر کشور می‌باشد.

شهر امید به عنوان شناخته‌شده‌ترین مرکز برای درمان سرطان در نظر گرفته شده است. این مرکز توسط انیستیتوی ملی سرطان که شاخه‌ای از سازمان ملی بهداشت ایالات متحده است، به عنوان یک مرکز جامع سرطان تعیین شده است و در توسعه انسولین انسانی در سال ۱۹۷۸ نقش داشته. این مرکز ۱۲۰۰۰ پیوند سلول بنیادی خون ساز با نتایج مثبت روی بیماران انجام داده که منجر به افزایش میانگین ملی شده است. شایان ذکر است این مرکز، یکی از اعضای مؤسس شبکه ملی جامع سرطان است.

• تحقیق و درمان :

اهداف سازمانی شهر امید پیشگیری و درمان سرطان و نیز سایر بیماری‌های تهدیدکننده حیات از جمله دیابت و ایدز است. به این ترتیب برنامه‌های شهر امید در زمینه‌های مغز، پستان، دستگاه گوارش، زنان و زایمان، قفسه سینه و اورولوژیک هم چنین لنفوم، سرطان خون و دیابت می‌باشد.

این موسسه بستری در کنار دانشگاه است. اعضای هیئت علمی، رزیدنت‌ها و دیگر

ترجمه و تنظیم: ندا جلیلیان
منبع: www.cityofhope.org



• امکانات مراقبت از بیمار :

پردیس اصلی شهر امید در Duarte، دارای امکانات درمانی مختلفی برای بیماران بستری و مراقبت‌های سرپایی می‌باشد. از جمله : بیمارستان تحقیقات بالینی Helford، مرکز پزشکی Michael Amini Transfusion مرکز بهداشت زنان (ریتا کوپی) و (جی ویلیام) و مرکز درمانگاهی (سرپایی) گری و ریچارد براورمن.

• انیستیتوی تحقیقاتی بکمن شهر امید :

انیستیتو تحقیقاتی بکمن متعلق به شهر امید، یکی از شش امکانات پژوهشی ایجاد شده توسط کمک‌های مالی بنیاد (آرنولد) و (میل) بکمن می‌باشد.

• مرکزی برای Biomedicine و ژنتیک:

مرکز شهر امید برای Biomedicine و ژنتیک یک مرکز تولیدی است که درجهت تولید مواد pharmaceutical-grade

تخصیص شده است. این مرکز هم چنین محققان بالینی را با انتقال تحقیقات و آزمایشات بالینی یاری می‌کند.

• دانشکده علوم زیست Irell و Manela متعلق به شهر امید :

این دانشکده توسط مؤسسه تحقیقاتی بکمن حمایت شده است. اسکان بیمار (Patient housing) : شهر امید، دارای ۴۰ واحد موقتی اسکان واقع در همان محل به همراه آسایشگاه و مراقبت تسکینی می‌باشد.

• جمع آوری کمک :

بودجه‌ی مالی شهر امید از آمیزه‌ای از منابع تامین می‌شود، از جمله اهدای خصوصی (Privatedonations) و گرنت‌های پژوهشی (Federal research grants)

• توابع (مراکز وابسته) :

- جامعه انجمن مراکز سرطان.
- مؤسسه ملی سرطان.

- شبکه ملی جامع سرطان (عضو مؤسس)
- شبکه تحقیقاتی ملی پیوند مغز استخوان (عضو مؤسس).

- آزمایشگاه ملی Geme vector.

- (Sc-IS).

- مرکز پیوند Islet-cell.

- مرکز تحقیقات دیابت نوجوانان.

• موارد به رسمیت شناخته شده:

- شهر امید در سال ۲۰۱۰ توسط UN news و word report به عنوان یکی از بهترین بیمارستان‌های آمریکا در زمینه سرطان و اورولوژی درجه‌بندی شد.

- در سال ۲۰۰۹ در شماره may/Jun مجله AARP در میان ۸ بیمارستان ترجیح داده شده برای سرطان قرار گرفت.
- در فوریه ۲۰۱۱، ۳۸ نفر از پزشکان شهر امید به عنوان TOP doctors (پزشکان برتر) شناخته شدند.

- در دسامبر ۲۰۱۱ مؤسسه تحقیقاتی بکمن شهر امید درجه A موسسات خیریه را دریافت نمود.



فرهنگی





فرهنگی



گزارش بازارچه مهر پائیزی

برای کمک به بیماران استفاده کنند و همچنین نباید راههای دروغ را به افراد یاد بدهند و راه درست را نادیده بگیرند، صحبت کردند.

این بازارچه توسط خیرین به نفع بیماران خاص و برای یاری رساندن به ایشان برگزار و با استقبال زیاد هموطنان نیکوکار روبرو گشت. همچنین در این بازارچه کالاهای دستساز، صنایع دستی و کارهای هنری بیماران تالاسمی و ام.اس. نیز برای فروش عرضه شد.

در کنار بازارچه دو اردوی آموزشی در مورد بیماری دیابت توسط متخصص بیماری دیابت، برای مدارس پسرانه ابتدایی سما و محمود افشار برگزار شد. این همراهی با یاری خیرین خاص به پایان رسید.

بازارچه خیریه مهر پاییزی در تاریخ ۹ آذر ماه ۱۳۹۳ در محل بنیاد از ساعت ۹ صبح تا ۸ شب برگزار شد.

در این بازارچه غرفه‌های متعددی اجناس خود را جهت کمک به بیماران خاص از جمله روسری، لباس، لوازم آشپزخانه، عروسک، لوازم منزل، وسایل دکوری و تزئینی و غرفه مطبوعات، ام.اس. و تالاسمی به فروش گذاشتند.

همچنین غرفه‌های مواد غذایی، شیرینی‌های خانگی، ترشیدجات و غذای گرم که توسط خیرین پخته و آماده شده بود، برقرار بود.

در این روز باشکوه آقای دکتر مهدوی سخنرانی ایراد فرمودند. ایشان در این سخنرانی، درباره کسانی که به قدرت می‌رسند و بایستی از قدرتشان



فرهنگی

کارخانجات تولید اکسیژن می‌ماند. در همین راستا در کشور عزیزمان ایران ۱۵ اسفند هر سال به درخت و درختکاری اختصاص یافته و آن را روز درختکاری نام نهاده‌اند. به این ترتیب همه ساله در روز ۱۵ اسفندماه که آخرین ماه فصل زمستان است در حالی که همه ایرانیان خود را برای استقبال از روزهای پُر طراوت بهاری آماده می‌کنند، نهال‌های جوان به دست خاک مهربان و صبور ایران سپرده می‌شود تا به درختانی نیرومند و سرسبز بدل گردند و به این ترتیب گامی در آبادانی کشور عزیزمان برداشته می‌شود. با کاشت درختان سازگار با وضعیت جوی ایران و با در نظر گرفتن شرایط آب و هوایی خشک و کم باران اغلب مناطق کشور، می‌توان محیط زیست را لطیف و با طراوت کرد. طبیعت و فضای سبز وسیله‌ای برای بقای بشری و حفظ زیبایی شهر است و به عنوان میراثی ارزشمند به همه انسان‌ها تعلق دارد.

درختکاری در ایران دارای پشتوانه‌ای از علایق ملی و سنت تاریخی است، تاریخ نشان می‌دهد که ایرانیان باستان، جشن‌های خاصی داشتند و در این جشن‌ها به درختکاری پرداخته و به خاک و زراعت احترام می‌گذاشتند، علاوه بر این درختکاری با اعتقادات مذهبی مردم نیز پیوند دارد، تا حدی که کاشت درخت نوعی عبادت محسوب می‌شود.

در اهمیت درخت و درختکاری همین بس که در روایتی معتبر از یکی معصومین (ع) منقول است که: "حتی اگر دیدید قیامت بر پا شد و شما مشغول کاشتن درختی بودید، از این عمل نیک خود دست برندارید". و این نشانگر تاکید و توصیه اولیای اسلام به حفظ و حراست از درختان و اهمیت درختکاری است.

مطالب یاد شده به روشنی، وظیفه تک تک ما را در حفظ و حراست از منابع طبیعی موجود، خصوصاً جنگل‌ها و مراتع و همچنین توسعه پایدار و گسترش این نعمت الهی، به عنوان یک وظیفه دینی و ملی، مشخص می‌کند.

به طور خلاصه روز درختکاری بهانه‌ای است برای این که ما به محیط زیست احترام گذشته و آن را احیاء کنیم و یا حداقل آن را با دقت بیشتری نگهداری کنیم.

امید است که با تلاش در این جهت، حتی با کاشتن یک نهال کوچک، کشوری زیبا و آباد را برای خویش مهیا کنیم که یقیناً کاری پسندیده است.

درختان همواره در زندگی بشر موثر بوده‌اند. قرن‌هاست که آدمی در سایه‌شان از شدت گرما و تابش خورشید در امان مانده و از میوه‌های رنگارنگ و شیرین‌شان بهره‌مند گشته است. آوای پرندگان که در لابلای شاخسارشان مأوا گزیده اند، روح و جان‌ش را صفا بخشیده و قلب وی را مملو از خوشی و شادابی نموده است. در دل زمستان سرد نیز بار دیگر به مدد هیمنه‌ای که از تنه درختان فراهم آورده و آتشی که از آن افروخته سرما و یخبندان را تاب آورده و با آن‌ها دست و پنجه نرم کرده است و بار دیگر این شکوفه‌های زیبای درختان هستند که به او نوید فرا رسیدن بهاری دل‌انگیز را می‌دهند. به این ترتیب بهره‌مندی‌هایی که از درختان عاید بشر می‌گردد بی‌شمار است و اگر درختان را نعمات الهی بدانیم، سخنی به گزاف نگفته‌ایم. شاید به همین دلیل است که انسان‌هایی فرهیخته نظیر شعرا و بزرگان و اساتید در زمینه ادبیات و نیز پیشوایان و بزرگان دینی همواره آن را مد نظر قرار داده و بدان توجه نموده‌اند. درخت مظهر زیبایی و حیات و یکی از زیباترین و پُرثمرترین نعمت‌های بیکران خداوند است که بخش مهمی از نیازهای انسان را برآورده می‌سازد. امروزه با صنعتی شدن جوامع بشری درختان نقش مهم‌تری در زندگی بشر ایفا می‌کنند؛ از سویی مقدمات پیشرفت بیشتر صنعت و فناوری را موجب می‌شوند و منابع تامین‌کننده محصولات نظیر وسایل چوبی، میلمان، لوازم التحریر (کاغذ، انواع مدادهای مختلف) الوار و هزاران محصول دیگر محسوب می‌شوند.

و از سوی دیگر به منزله ریه‌های یک شهر تلقی شده و نقش مهمی را در تامین سلامت اعضای جامعه ایفا می‌کنند که این مورد اخیر از موارد قبل مهم‌تر است؛ چرا که به دلیل فعالیت کارخانجات صنعتی و نیز ازدیاد وسایل نقلیه عمومی و فعالیت روزانه آن‌ها در سطح شهرهای بزرگ از جمله تهران، آلاینده‌ها و گازهای مهلک و خطرناکی نظیر دی‌اکسید کربن در هوای شهرها فزونی یافته و سلامت افراد را تهدید می‌کند و افزایش هر چه بیشتر این مواد آلاینده کاهش میزان اکسیژن در هوا را سبب می‌شود و این وضع نامساعد، گروه‌های آسیب پذیر نظیر بیماران ریوی و قلبی، سالخوردگان و کودکان را بیشتر تهدید می‌کند.

در چنین شرایطی مساله درخت و درختکاری راه حلی مناسب برای مبارزه با آلودگی‌های مذکور به شمار می‌آید.

ایجاد جنگل‌های مصنوعی و فضای سبز در اطراف شهرهای بزرگ به تاسیس



نقش درختان



فرهنگی

س.ر.ط.ا.ن.

به روز و شب در این دنیای فانی
توانی تو در این محفل نمایی یا بمانی

تمام دردها و مشکلاتت
به پایان می رسد آن، یک زمانی

گزینش با تو است انسان فاتح
که می خواهی در این دنیا نمایی یا بمانی

تو هم مثل من و ما زنده هستی
توانی گر بخواهی همچنان اینجا بمانی

درون این وجود پر ز قدرت
امید است که به تو گوید بمانی

سفارش می کنم مخلوق برتر
شکیبا باش به آن که، می توانی

سخن کوتاه گویم ای توانگر
توکل کن به نور آسمانی

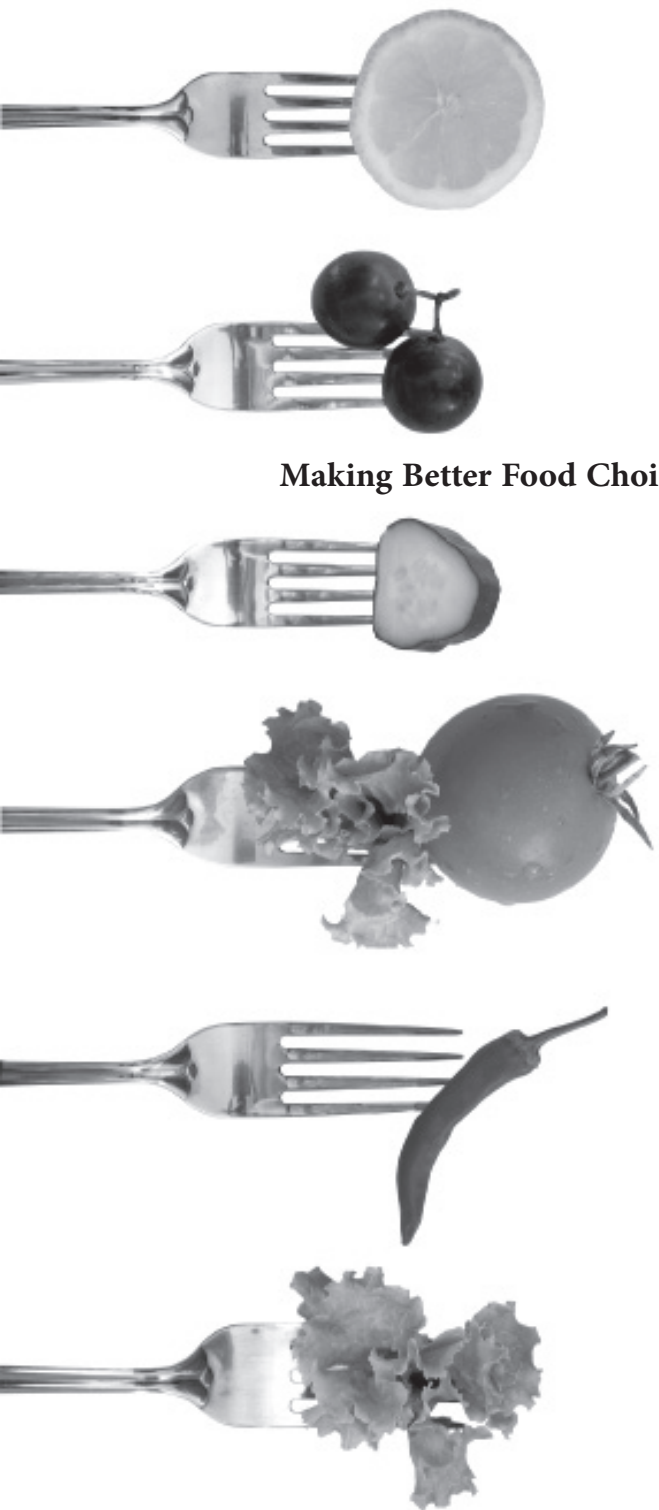
وحید هادیانی

دردی که مرا هست به مرهم نفروشم
ور عافیتش صرف دهی هم نفروشم
بگذاخت مرا مرهم و بنواخت مرا درد
من درد نوازنده به مرهم نفروشم
ای خواجه من و تو چه فروشیم به بازار
شادی بفروشی تو و من غم نفروشم
رازی که چونای از لب یاران ستمد من
از راه زبان بر دل همدم نفروشم
آری منم آن نای زبان گم شده کاسرار
الا ز ره چشم به محرم نفروشم
چون نای شدم سر چو زبان گم شده خواهم
تا پیش زکس دم نخرم دم نفروشم
من نیست شدم نیست شدن مایه هستی است
این نیست به هستی اید کم نفروشم
کو تیغ که مفتاح نجات است سرم را
کان تیغ به صد تاج سر جم نفروشم
لب خنده زنان زهر سر تیغ کنم نوش
زهری که به صد مهره ارقم نفروشم
دستار به سرپوش زنان دادم و حقا
کنرا بهین حله آدم نفروشم
زان مقنعه کان شاه به بهرام فرستاد
یک تار به صد مغفر رستم نفروشم
زین خام که دارد جگر پخته تریش
پری به هزار اطلس معلم نفروشم
این یک شبه خلوت که به هر هفته مرا هست
حقا که به شش روز مسلم نفروشم
گفتی نکنی خدمت سلطان، نکنم نی
یک لحظه فراغت به دو عالم نفروشم
گویند که خاقانی ندهد به خسان دل
دل کو سگ کهف است به بلعم نفروشم
بر کور دلان سوزن عیسی نسپارم
بر پرده دران رشته مریم نفروشم



جدول و شعر

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



Making Better Food Choices

Eating healthy is easier said than done, especially for people who are managing a chronic condition like a bleeding disorder. The stress of trying to keep up with a busy schedule can often lead to overeating, eating on the run and/or poor food choices.

In our hurry-up lifestyle, zip-ping to a fast-food restaurant is often more convenient and less expensive than preparing a home-cooked meal. But when we eat out for lunch or dinner we have a tendency to consume larger portions and foods with more calories than we would normally eat.

[Steps for Living: Nutrition and Weight Management]

So how do these choices affect your health if you have hemophilia? Increased weight strains your joints and muscles, and can lead to further complications, including increased bleeds in susceptible joints. And during times of bleeds you are often more sedentary and not able to participate in appropriate exercise to burn those excess calories.

If you have a tendency to increase food consumption when you are inactive, this can add to the dilemma if you are already overweight or obese.

The Centers for Disease Control and Prevention report teens and children with hemophilia are almost twice as likely to become overweight as the general population.

This means it's more important than ever for patients with hemophilia to be eating a balanced diet and controlling portion size.

In addition, of particular concern is the predisposition of osteoarthritis (arthritis where there is loss of cartilage) in people with hemophilia after repeated episodes of bleeding into a joint.

Obesity causes and complicates osteoarthritis by increasing the mechanical stress on the cartilage within the joint. In fact, next to aging, obesity is the most powerful risk factor for osteoarthritis of the knees.

Gentle exercise usually does not aggravate osteoarthritis when it's done at a level that does not cause joint pain.

And if those problems aren't enough for people with bleeding disorders, the complications associated with obesity alone are serious.

According to the World Health Organization, there are 300 million obese adults worldwide and 18 million children are classified as overweight.

Obesity causes more than 300,000 potentially avoidable deaths each year. It contributes to heart disease, osteoarthritis, diabetes, stroke, hypertension, cancer and sleep apnea.

So what can you do to ensure that you are as healthy as you can be?

Exercise and proper nutrition must be incorporated into a healthy lifestyle plan in order for you to maintain a healthy weight.

Improving your nutrition and physical exercise program should begin with a visit to your physician to make sure you are able to endure physical activity with no health risks. Appropriate exercise should then be performed. Thirty minutes of exercise daily is recommended to maintain weight; 60 minutes per day to lose weight.

References.

Nutrition advice for people with bleeding disorders

By Jennifer LaFranco RN, BSN, and Diane Delorm, RD |

12.29.2010

Originally Published January 2007

Gradual changes in eating habits, such as the ones mentioned here, are most likely to yield long-term results:

Be aware of portion sizes, read labels and avoid snack foods. Steer clear of foods that are high in fat and calories and offer little in the way of nutritional value. Be mindful of “hidden” or overlooked sources of excess calories, such as large glasses of juice and soft drinks.

Increase your consumption of fruits and vegetables. Dark, leafy greens and orange fruits and vegetables are excellent sources of vitamins and minerals. They are also a rich source of fiber, which helps you to “fill up” and maintain intestinal health.

Try to eat at least half of your grains from whole grain products. Try oats, barley, whole wheat, flax seed, bran, brown rice and pasta. Whole grains help to satiate the appetite, lower cholesterol and stabilize blood glucose levels to avoid an afternoon “slump.” Eat baked snack items instead of fried.

Use low-fat dairy sources such as 1% or skim milk and low-fat cheeses. These contain plenty of vitamins and minerals without the fats that have been linked to heart disease. (If you cannot consume milk, look for other sources of calcium, such as calcium-fortified orange juice.)

Bake, broil or grill lean meats, poultry and fish. Avoid heavy gravies, sauces and toppings that are often full of calories from fat. Include some meatless meals during the week by incorporating dried beans, nuts and seeds into your menus. Dried beans provide an excellent source of protein, and are high in fiber and low in fat,

(Cholesterol is found only in animal-derived food sources, such as meats, eggs and milk.)

Reduce fat intake and increase the use of “good fats.” These include olive and canola oils. Limit the use of butter, stick margarine, shortening and lard.

A few other nutritional suggestions are especially important for people with hemophilia.

In addition to maintaining healthy weight, people with bleeding disorders need to maintain normal blood volume and blood cell production. There are several nutrients involved in blood cell production, such as: iron, protein, copper, vitamin C, vitamin B12, vitamin B⁶, vitamin E and folic acid.

But it would be wise for patients to avoid vitamin E supplements since they may increase the risk of bleeding. A diet that incorporates all of the food groups should provide nutrients adequately.

During a bleed, it is estimated that a miniscule amount of iron—roughly .75 micrograms—is lost with each tablespoon (1^o ml) of blood. Maintain your iron levels by eating naturally iron-rich foods such as liver, lean red meat and poultry, all of which provide the best and most readily absorbed iron sources.

Other excellent sources of iron are leafy green vegetables, broccoli, dried beans, grains and raisins. Combining iron-rich foods with good sources of vitamin C (such as orange juice) can enhance iron absorption

Being realistic, you know that you’re not going to make perfect choices at every meal, but it is important to make the effort to try to improve your diet.

It’s OK to indulge in a piece of cake at a birthday party, but don’t forget to eat lots of fresh vegetables at the next meal.

In other words, “Spend your calories as wisely as you would your money.”

Sources: Jennifer LaFranco is director of clinical programs at The Mary M. Gooley Hemophilia Center in Rochester, New York. Diane Delorm is the consulting clinical dietitian at the center.



CULTURAL





کنسرسیوم دیالیز ایران

دفتر مرکزی: تهران، خیابان سعادت آباد، شماره ۴۴
(پایین تر از میدان کاج، نبش کوچه میرزایی)، طبقه ۵

کدپستی: ۱۹۹۸۸۹۸۶۳۹

تلفن: ۰۲۱ - ۲۲۰۷۴۰۰۱

نمابر: ۰۲۱ - ۲۲۰۷۳۱۰۱



Meditechsys

تولید انواع صافی‌های دیالیز

PHARMED
Medical Industries

- تولید محصولات مصرفی دیالیز:
پودر بیکربنات، لوله رابط دیالیز، سوزن فیستولا
محلول همودیالیز، کتتر دیالیز
- تولید کیسه خون

smart

- طراحی و ساخت مراکز دیالیز
- راه‌اندازی، تجهیز و استانداردسازی بخش‌های دیالیز

**Med
TAT
way**
Teb Pouyan

تأمین و توزیع بهنگام محصولات دارویی و
تجهیزات پزشکی مبتنی بر سیستم‌های
مدیریت زنجیره تأمین



Novatis
Teb

- تولید ماشین دیالیز
- تولید سیستم تصفیه آب
- طراحی و پیاده‌سازی سیستم محلول دیالیز مرکزی

NIXAMED

تأمین داروهای تخصصی بیماران کلیوی

در سال نو، با پیشگیری و کنترل
زندگی رنگی تری داشته باشیم
نوروز باستانی مبارک

۱ ۳ ۹ ۴

