



گفتگو روزنامه هم میهن با فاطمه هاشمی
رئیس بنیاد امور بیماری های خاص



نشست روسای هیات های استانی در رامسر



وضعیت درمانی بیماران خاص در استان کرمانشاه



حقایق کلیدی در زمینه سلامت قلب



مرحوم آیت الله هاشمی رفسنجانی

**عدل خداوند ایجاب می کند که
رنج انسان ها در سیستم آفرینش
به نحوی جبران شود**



بنیاد امور بیماریهای خاص

نشریه علمی، فرهنگی، اجتماعی
شماره ۸۱ - پاییز ۱۴۰۱

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماریهای خاص
مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی
سر دبیر: دکتر باقر لاریجانی

هیات علمی:

دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر ناصر پارسا، دکتر احمد رضا جمشیدی، دکتر فرهاد سمعی، دکتر رمضان شریفیان، دکتر سید محمود طباطبایی، دکتر سید موید علویان، دکتر ایرج فاضل، دکتر محمد فرهادی لنگرودی، دکتر اردشیر قوام زاده، دکتر باقر لاریجانی، دکتر رضا ملک زاده، دکتر محمد جواد کیان

اعضای تحریریه: مریم تیموری، نیکتا پژوهش فر، دکتر وحید سبحانی، محمد محمودی، دکتر مرتضی بهرامی راد، سارا آشیانه، فاطمه فداکار، فرنام جمالیان، امیرحسین توکلی بینا، دکتر امیر محمد علومی
طراح گرافیک و صفحه آرا: زهرا هاشمی

تماس با ما

تهران بزرگراه صدر (غرب به شرق)، خروجی
بلوار کاوه (شمال)، خیابان بهار جنوبی، نبش
کوچه سعید شرقی، پلاک ۲
شماره حساب: ۰۱۱۰۱۰۳۴۳۴۰۰۰ بانک ملی
تلفن های تماس: ۲۲۷۵۳۴۶۷-۲۲۷۸۳۴۶۵
نمابر: ۲۲۷۶۵۴۲۳
info@cffsd.org
cffsd@yamil.com
www.cffsd.com

فهرست

- ۱ سخن سردبیر
۲ ولادت حضرت محمد مصطفی (ص) و امام جعفر صادق (ع)

بنیاد

- ۵ باز خوانی بخشی از سخنرانی آیت الله هاشمی رفسنجانی
۶ بخش دوم گفتگو روزنامه هم میهن با فاطمه هاشمی
۸ وضعیت درمانی بیماران خاص، در استان کرمانشاه
۱۰ اخبار بنیاد
۱۱ پدری که بذل جان کرد
۱۲ یاوران سبز بنیاد امور بیماری های خاص
۱۳ هدیه ایثار

اجتماعی، فرهنگی و ورزشی

- ۱۵ چگونه با بنیاد امور بیماری های خاص آشنا شده اید؟
۱۶ پیشگیری تهاجمی فوری برای مقابله با بحران ۶۰۰ میلیارد دلاری
۱۸ چرا باید درمان های آنلاین را ادامه دهیم؟
۲۰ گزارش سمینار هفته دیابت
۱۸ بایدها و نبایدهای اخلاقی در مراقبتهای تسکینی از بیماران صعب العلاج
۲۵ زندگی نامه نظامی گنجوی
۲۷ معرفی انتشارات
۲۸ گزارش مرکز درمانی سوده
۳۰ فدراسیون ورزشی
۳۱ چهره تیمها و نفرات برتر رقابت های تالاسمی قهرمانی کشور مشخص شد
۳۲ دلنوشته ای از یک پرستار بخش شیمی درمانی

سلامت

- ۳۵ سرطان دهان
۳۶ وضعیت خود را بدانید
۳۷ ورزش در بیماران دیابتی
عوامل خطر ساز مرتبط در بیماران دیابتی و شانس درگیری بیماریهای قلبی
۳۸ عروقی
۴۱ تزریق فاکتور انعقادی در بیماران هموفیلی
۴۲ توصیه هایی در زمینه سلامت قلب
۴۴ بهداشت و سلامت روان
۴۶ شعار روز جهانی دیابت در سال ۲۰۲۲
۴۸ نارسایی مزمن کلیه و مشکلات روانی و اجتماعی بیماری
۴۹ هفته ملی سلامت بانوان

بین الملل

- ۵۲ فدراسیون بین المللی دیابت

سخن سردبیر

دسترسی به مراقبت از دیابت

* دکتر باقرلاریجانی

سردبیر

شیوع بیماری دیابت در سالهای اخیر چه در ایران و چه در جهان پیوسته در حال افزایش بوده است به گونه ای که حدود ۴۲۲ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به دیابت هستند که اکثریت آنها در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می کنند و سالانه ۱,۵ میلیون مرگ مستقیماً به دیابت نسبت داده می شود. هم تعداد موارد و هم شیوع دیابت در چند دهه گذشته به طور پیوسته در حال افزایش بوده است.

براساس آمار در حال حاضر دیابت از هر ده نفر در سراسر جهان یک نفر را تحت تاثیر قرار می دهد و افزایش تعداد افراد مبتلا به دیابت فشار بیشتری را بر سیستم های مراقبت های بهداشتی وارد می کند.

در مقابل، احتمال مرگ ناشی از هر یک از چهار بیماری اصلی غیرواگیر (بیماری های قلبی عروقی، سرطان، بیماری های مزمن تنفسی یا دیابت) در سنین ۳۰ تا ۷۰ سال بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ در سطح جهان ۲۲ درصد کاهش یافته است.

بنابراین به جهت درک شرایط و تمرکز بر شعار روز جهانی دیابت در سال ۲۰۲۲ (۱۴ نوامبر و ۲۳ آبان) اولین قدم برای مدیریت و پیشگیری از آن ، ایجاد زمینه مناسب جهت دسترسی به مراقبت از دیابت است.

میلیون ها نفر از افراد مبتلا به دیابت در سراسر جهان برای مدیریت وضعیت خود و اجتناب از عوارض نیاز به مراقبت و حمایت مداوم دارند و این در حالی است که به مراقبت از دیابت دسترسی ندارند. متخصصان مراقبت های بهداشتی باید بدانند که چگونه بیماری را زود تشخیص داده و بهترین مراقبت ممکن را ارائه دهند. همچنین افراد مبتلا به دیابت نیز نیاز به دسترسی به آموزش مداوم برای درک وضعیت خود و انجام مراقبت ضروری روزانه برای سالم ماندن و اجتناب از عوارض را دارند.

دیابت عامل اصلی نابینایی، نارسایی کلیه، حملات قلبی، سکته مغزی و قطع اندام تحتانی است. اما همین بیماری را می توان با رژیم غذایی، فعالیت بدنی، دارو و غربالگری منظم و درمان عوارض درمان کرد و از عواقب آن جلوگیری کرد یا به تأخیر انداخت. بنابراین فعالیت ها در زمینه کنترل دیابت با تاکید بر نیاز به دسترسی بهتر به آموزش با کیفیت دیابت برای متخصصان بهداشت و افراد مبتلا به دیابت متمرکز خواهد بود.



ولادت حضرت محمد مصطفیٰ (ص) و امام جعفر صادق (ع)

*منبع: دانشگاه علم و صنعت ایران

ميلاد نور مبارک ولادت حضرت پیامبر اکرم (ص) و ولادت حضرت امام جعفر صادق (ع) را بر تمام مسلمین جهان تبریک عرض

می نمائیم

ماه فرو ماند از جمال محمد

سرو نباشد به اعتدال محمد

قدر فلک را کمال و منزلتی نیست

در نظر قدر با کمال محمد

ميلاد مسعود پیامبر اکرم صلی الله عليه و آله - اول عام الفیل / ۱۷ ربیع الاول

آخرین پیامبر الهی در ۱۷ ربیع الاول از پدری به نام "عبدالله بن عبدالمطلب" و مادری به نام "آمنه بنت وهب" دیده به جهان گشود و با انوار رخسار و جمال منورش، جهان تیره و تاریک، به ویژه عربستان را روشن گردانید. پدرش عبدالله بن عبدالمطلب، پیش از تولد فرزندش محمد(ص)، در حالی که همسرش آمنه، به چنین فرزندی، حامله بود، به همراه سایر بازرگانان قریش، جهت سفر تجاری عازم شام گردید و در بازگشت از شام، در یثرب(مدینه منوره) بیمار شد و در همان جا درگذشت و توفیق دیدار نوزاد خویش را نیافت. وفات عبدالله، دو ماه و به روایتی هفت ماه پیش از تولد فرزندش حضرت محمد(ص) بود. اما آمنه، مادر گرامی رسول خدا(ص)، که به تقوا، عفت و پاکیزگی در میان بانوان قریش معروف بود، پس از تولد نور دیده‌اش حضرت محمد(ص)، چندان در این دنیای فانی زندگی نکرد. وی، دو سال و چهار ماه و به روایتی شش سال، پس از میلاد رسول خدا(ص)، در بازگشت از یثرب، در مکانی به نام "ابوا" بدورد حیات گفت و در همان مکان مدفون شد. رسول خدا(ص) پس از تولد، در کفالت جدش عبدالمطلب، بزرگ و سید قریش مکه، قرار گرفت. عبدالمطلب جهت شیر دادن نور دیده‌اش محمد(ص)، در آغاز وی را به "نویه"، آزاد شده ابولهب سپرد ولی پس از مدتی وی را به "حلیمه دختر عبدالله بن حارث سعدیه" واگذار کرد. حلیمه، در ظاهر اگر چه دایه وی بود، ولی در حقیقت به مدت پنج سال از او مراقبت و مادری کرد. پیامبر اسلام(ص) از دوران کودکی دارای

دو نام بود. یکی "محمد" که جد بزرگوارش عبدالمطلب، برای وی برگزید و دیگری "احمد" که مادر ارجمندش آمنه، آن را انتخاب کرده بود. از امام صادق(ع) روایت شد که ابلیس، پس از رانده شدن از رحمت الهی، می‌توانست به هفت آسمان رفت و آمد کند و خبرهای آسمانی را گوش دهد، تا این که حضرت عیسی (ع) دیده به جهان گشود، از آن پس، ابلیس از سه آسمان فوقانی ممنوع شد و تنها در چهار آسمان پایین‌تر، رفت و آمد می‌کرد. ولی چون حضرت محمد(ص) به دنیا آمد، ابلیس از تمام آسمان‌ها رانده شد و رفت و آمدش ممنوع گردید و غیر از او، تمامی شیاطین نیز با تیرهای شهاب از آسمان رانده شدند. هم چنین روایت شده است که هنگام ولادت فرخنده حضرت محمد(ص)، ایوان کسری شکاف برداشت و چند کنگره آن فرو ریخت و آتش آتشکده بزرگ فارس خاموش شد؛ دریاچه ساوه خشک گردید؛ بت‌های مکه سرنگون شدند؛ نوری از وجود آن حضرت به سوی آسمان بلند شد که شعاع آن فرسنگ‌ها را روشن کرد؛ انوشیروان، پادشاه ساسانی ایران و مؤبدان بزرگ دربار وی، خواب‌های وحشتناکی دیدند؛ پس از استقرار در زمین، گفت: الله أَكْبَرُ وَالْحَمْدُ لِلَّهِ كَثِيرًا، سُبْحَانَ اللَّهِ بُكْرَةً وَأَصِيلًا. گفتنی است که تاریخ نگاران و سیره نویسان شیعه و اهل سنت، با این که در سال و ماه تولد آن حضرت، اتفاق نظر داشته و می‌گویند که آن حضرت در اوّل عام الفیل، برابر با سال ۵۷۰ میلادی و در ماه ربیع الاول دیده به جهان گشود، ولی درباره روز تولد وی، اختلاف نظر دارند. شیعیان، معتقدند که رسول خدا(ص) در روز جمعه، مصادف با ۱۷ ربیع الاول، به دنیا آمد و اهل سنت می‌گویند که تولد وی، روز دوشنبه دوازدهم ربیع الاول بوده است. اما از این که سال تولد پیامبر(ص) را "عام الفیل" می‌نامند، بدین جهت است که دو ماه و هفده روز پیش از تولد پیامبر(ص)، یعنی در نخستین روز محرم سال ۵۷۰ میلادی، فیل سواران "ابرهه" به مکه هجوم آورده و قصد نابودی کعبه و مسجدالحرام را نمودند ولی با معجزه شگفت الهی سرکوب شدند.

17 ربیع الاول - زادروز فرخنده امام جعفر صادق (ع) - سال 83 هجری قمری

امام جعفر صادق (ع) در روز جمعه، به هنگام طلوع فجر و به روایتی در روز دوشنبه، هفدهم ربیع‌الاول سال ۸۳ قمری دیده به جهان گشود و عالم انسانی را با انوار طیبه خویش تابناک نمود. پدرش امام محمد باقر (ع) وی را به نام عموی نیاکانش جعفر طیار (ع)، «جعفر» نام نهاد. حضرت جعفر بن محمد (ع) دارای یک کنیه معروف به نام «ابوعبدالله» و دو کنیه غیر معروف به نام‌های «ابواسماعیل» و «ابوموسی» بود. هم چنین، دارای القابی چند بود که معروف‌ترین آن‌ها عبارت است از: صادق، صابر، طاهر و فاضل.

شیعیان و محبان اهل بیت (ع) وی را به «صادق آل محمد (ص)» می‌شناسند. زیرا آن حضرت، هرگز سخنی جز راست و درست، چیزی نفرمود. پدر ارجمندش، امام محمد باقر (ع) است که نسب وی با دو واسطه به امیر مؤمنان حضرت علی (ع) و با سه واسطه به پیامبر اکرم (ص) منتهی می‌گردد.

مادر گرامی امام جعفر صادق (ع)، فاطمه، معروف به «آم فروه» از زنان نیکو سرشت، نیکوکار و نیکو رفتار عصر خویش بود. این بانوی باتقوا و متدین، از جهت فضیلت و منقبت، سرآمد زنان روزگار خود به شمار می‌آمد و امام صادق (ع) در شأن و مقام وی فرمود: مادر من از زنانی بود که ایمان داشت، تقوا پیشه کرده و نیکوکاری می‌نمود و خدا، نیکوکاران را دوست دارد.

امام جعفر صادق (ع) به مدت دوازده سال، حیات با برکت جدّ گرامی‌اش امام زین العابدین (ع) را درک کرد و از مکتب تربیتی و علمی وی بهره وافر یافت. هم چنین، آن حضرت به مدت ۳۲ سال از وجود شریف پدرش امام محمد باقر (ع) برخوردار بود و در تمام رویدادهای مهم در کنار پدر ارجمندش قرار داشت. مدت امامت امام جعفر صادق (ع)، ۳۳ سال و ده ماه (از ذی حجه سال ۱۱۴ تا ۲۵ شوال سال ۱۴۸ قمری) بود و در ایام زندگی با برکت خویش با خلافت غاصبانه چند تن از خلفای اموی و دو تن از خلفای عباسی به شرح ذیل معاصر بود:

- ۱- عبدالملک بن مروان (۶۵ - ۸۶ ق)
 - ۲- ولید بن عبدالملک (۸۶ - ۹۶ ق)
 - ۳- سلیمان بن عبدالملک (۹۶ - ۹۹ ق)
 - ۴- عمر بن عبدالعزیز (۹۹ - ۱۰۱ ق)
 - ۵- یزید بن عبدالملک (۱۰۱ - ۱۰۵ ق)
 - ۶- هشام بن عبدالملک (۱۰۵ - ۱۲۵ ق)
 - ۷- ولید بن یزید (۱۲۵ - ۱۲۶ ق)
 - ۸- یزید بن ولید (۱۲۶ - ۱۲۶ ق)
 - ۹- مروان بن محمد (۱۲۶ - ۱۳۲ ق)
 - ۱۰- ابوالعباس سفاح (۱۳۲ - ۱۳۶ ق)
 - ۱۱- منصور دوانقی (۱۳۶ - ۱۵۸ ق)
- گفتنی است که نه نفر اول از طایفه بنی امیه و دو نفر آخر از خاندان بنی عباس بودند و آن حضرت از هر دو طایفه، سختی‌ها و بی‌مهری‌های فراوانی دید؛ اما چون آن امام بزرگوار در انتهای دوران خلافت ستم کارانه امویان و در آغاز خلافت فریب‌کارانه عباسیان می‌زیست، فرصت مناسبی به دست آورد تا در زمان انتقال خلافت از یک طایفه غاصب، به طایفه غاصب دیگر و سرگرم شدن آنان به یکدیگر، مکتب اهل بیت (ع) را به مسلمانان بشناساند و زمینه ترویج و تبلیغ این مکتب را مهیا سازد و از این راه، بیشترین بهره را نصیب اسلام و مسلمانان نماید.
- آن حضرت با تشکیل حوزه علمیه و تعلیم شاگردانی میرز، چون هشام، زراره و محمد بن مسلم، تحول شگرفی در جهان اسلام و مذهب شیعه پدید آورد و جهانیان را با اسلام ناب محمدی (ص) و مکتب حیات بخش اهل بیت (ع) آشنا ساخت. به همین جهت، وی را پایه گذار مذهب «امامیه» دانسته و شیعیان امامی اثناعشری را «شیعه جعفری» می‌گویند. سرانجام این امام همام، در ۶۵ سالگی به وسیله زهری که منصور دوانقی، به واسطه عوامل و مزدوران خود در مدینه، به آن حضرت خوراند، مسموم شد و به خاطر شدت زهر، به شهادت رسید. تاریخ شهادت وی، ۲۵ شوال سال ۱۴۸ قمری می‌باشد. امام موسی کاظم (ع) به همراه سایر فرزندان امام جعفر صادق (ع)، بدن مطهر پدر را پس از غسل، کفن و نماز، در جوار قبر پدر و جدش و عموی پدرش در قبرستان بقیع به خاک سپردند.

امام جعفر صادق (ع) به مدت دوازده سال، حیات با برکت جدّ گرامی‌اش امام زین العابدین (ع) را درک کرد و از مکتب تربیتی و علمی وی بهره وافر یافت. هم چنین، آن حضرت به مدت ۳۲ سال از وجود شریف پدرش امام محمد باقر (ع) برخوردار بود و در تمام رویدادهای مهم در کنار پدر ارجمندش قرار داشت.

بنیاد

باز خوانی بخشی از سخنرانی آیت الله هاشمی رفسنجانی در دیدار با امنا و مسئولین بنیاد امور بیماری‌های خاص



بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله و السلام على رسول الله و آله

یکشنبه ۲۰ اردیبهشت ۱۳۸۳ هجری شمسی - در میان همه گرفتاری‌هایی که مردم در امراض و مشکلات فقر و حوادث دارند، بدترین‌هایشان بیماران خاصی هستند که حقیقتاً مصیبت‌زده هستند. انسانی که مشکل کلیه، سرطان، تالاسمی، هموفیلی و دیابتی حاد دارد، شبانه‌روز در رنج است. زنده است که با ناراحتی مبارزه کند. چنین انسان‌هایی نوعاً بی‌تقصیر هستند، کمتر کسانی هستند که به دست خودشان این‌گونه باشند، یا ارثی است یا شرایط دیگری دارند که شما بهتر می‌دانید. به هر حال گرفتارند.

البته خزانه رحمت خداوند برای اینها باز است. این رنج‌ها به حساب می‌آید و وارد پرونده‌های اینها می‌شود و به اینها عوض می‌دهند و شاید بیشترین عوض آن در آخرت باشد. ثواب‌هایی برای اینها تهیه شده که نمی‌دانیم چگونه است. عدل خداوند ایجاب می‌کند که رنج انسان‌ها در سیستم آفرینش به نحوی جبران شود. نمی‌توانیم فکر کنیم عدالت خداوند اجازه دهد که اینها این‌گونه بمیرند و بعداً به حساب نیاید. مطمئنیم که از خداوند می‌گیرند، ولی ما هم وظیفه داریم. نمی‌توانیم صبر کنیم که آنها از خدا بگیرند. باید کار کنیم. از لحاظ قرآن و به صورت کلی عرض می‌کنم که وقتی انسان فکر می‌کند که چکار کند تا خدا و خلق خدا را راضی و جان خود را از این همه بلای جامعه راحت کند، گاهی احساس می‌کند می‌خواهد منفجر شود و نمی‌تواند کار درستی

کند. خداوند برای این‌گونه انسان‌ها ستایش بالایی دارد. «و یوثرن علی انفسهم و لوکان بهم خصاصة» انسان‌ها به خودشان فشار می‌آورند. قدری بیشتر کار می‌کنند و دل می‌سوزانند. بالاتر از وظیفه رسمی خود وارد میدان می‌شوند. از تخصص، آبرو و امکانات مادی و علمی خود سرمایه‌گذاری می‌کنند تا رنج کسی را کم کنند و با خدمتی که کردند، احساس آرامش می‌کنند. خداوند از این‌گونه انسان‌ها ستایش بالایی کرده است. اینها از راه میان‌بر به خدا نزدیک می‌شوند و دستشان به دامان کبریایی خداوند می‌رسد. هم بهره انسانی می‌برند و اگر لازم داشته باشند، در بین مردم هم بهره اجتماعی می‌برند. حداقل مریض‌ها دعاگوی آنها می‌شوند.

به هر حال به شما تبریک می‌گویم که موفق شدید در این کار قدم‌هایی بردارید. خداوند توفیقات همه خیرین و انسان‌هایی را که در این مدت با شما همکاری کردند و بازهم خواهند کرد، زیاد کند. ولی دولت، مجلس و همه باید بیشتر کار کنند. هنوز بیماران خاص مشکلات بسیار جدی دارند. البته الان بیمه درستی در کشور نیست و خیلی از بیماران مشکل دارند. ولی مشکلات بیماران خاص بیشتر است. امیدواریم خداوند ما را موفق بدارد که به وظایفی که وجدان و شرع بر عهده ما گذاشته است، به خوبی عمل و با نیت خیر در راه خداوند خدمت کنیم.

والسلام علیکم و رحمه الله

بخش دوم گفتگو با فاطمه هاشمی رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص با روزنامه هم میهن

” به گزارش روابط عمومی بنیاد امور بیماریهای خاص ” به نقل از روزنامه هم میهن در گفتگویی که با دکتر فاطمه هاشمی رئیس بنیاد امور بیماریهای خاص آورده شده است، مشروح آن گفتگو به این شرح است:



بهترین خدمات بنیاد برای کدام بیماران بوده؟

بخاطر دارم از سال ۷۴ که من کارم را برای تاسیس بنیاد شروع کردم، سه هزار بیمار دیالیزی داشتیم و مراکز اصلا مراکز خوبی نبود. چون من از استان‌ها بازدید می کردم و بدترین جا را به دیالیزی‌ها اختصاص می دادند اما ما خیلی پیگیری کردیم و الان بهترین مراکز، مراکز دیالیزی‌ها است و امکانات خوبی در دیالیز آمده؛ یکی از سیاست‌های بنیاد، این بود که مراکز درمانی بیماران خاص در استان‌ها گسترش پیدا کند. مثلا آن موقع در مجموع، بیماران تالاسمی، هموفیلی و دیالیز، ۱۸۲ مرکز داشتند که ۱۲۰ مرکز متعلق به دیالیز بود و دستگاه‌های زیادی هم نداشتند (۳-۴ دستگاه داشتند) و بقیه مربوط به هموفیلی و تالاسمی بود. اما الان فقط بالای ۴۵۰ مرکز دیالیز در کشور داریم. در سال اولی که کارمان را راه انداختیم، ۱۱۰۰ پیوند شکل گرفت ولی سال بعد ۱۵۰۰ پیوند داشتیم. همچنین در حالی که بیماران ما باید کم می شدند، افزایش پیدا کردند چون مراکز تازه راه افتاده بودند و بیماران شناخته می شدند. هر سال، چند بیمار سرطانی به مبتلایان اضافه می شوند؟ طبق آماری که وزارت بهداشت می دهد مثلا چند سال پیش، ۹۰ هزار نفر بودند، بعد ۱۰۰ و ۱۱۰ هزار نفر شدند و فکر می کنم سال گذشته ۱۲۰ یا ۱۳۰ هزار نفر بودند.

خانم هاشمی، قانون جوانی جمعیت که از پارسال اجرایی شده، همچنان منتقدان زیادی دارد. یکی از این انتقادات ادامه دار، مربوط به مفاد مربوط به غربالگری جنین در این قانون است. شما در زمینه بیماران خاص کار می کنید و حتما اطلاعاتی درباره غربالگری جنین دارید که از چند سال پیش صورت گرفته و اینکه چقدر می تواند از تولد بیماران خاص و افراد دارای معلولیت پیشگیری کند. نظر شما در مورد این قانون و سیاست گذاری‌هایی که در این زمینه صورت گرفته چیست؟

بحث غربالگری در بنیاد بیماری‌های خاص، از سال ۷۵ و روی بیماران تالاسمی آغاز شد. من برای بازدید به یکی-دو کشور رفته بودم (قبرس و ایتالیا) چون این کشورها، بیماران تالاسمی زیادی داشتند و پیشگیری از آن را در کشورشان شروع کرده بودند و حتی آمار مبتلایان این بیماری در قبرس به صفر رسیده بود. ما جلسات زیادی در وزارت بهداشت داشتیم و دیدیم باید برای بحث پیشگیری، افرادی که می خواهند ازدواج

کنند، باید قبل از انتخاب همسر آزمایش دهند. اصرار بنیاد این بود که قبل از انتخاب همسر، یعنی در دوره نوجوانی، مدارس اینکار را انجام دهند، اما وزارت بهداشت با آن مخالف بود (در دوران فعالیت پدرم یکی دو کارشناس مخالفت می کردند) و می گفتند روی افراد انگ می خورد. ما در اصفهان این طرح را اجرا کردیم و ۱۰۰٪ موفق بودیم. ولی می گفتند این غلط است که بگویید ۱۰۰٪ موفق بودید چون امکان ندارد و این طرح بیشتر از ۵۰-۴۰ درصد موفق نخواهد بود. می گفتیم که وزارت بهداشت باید مکان‌هایی برای مشاوره ایجاد کند که افراد را راهنمایی کنند و به آنها در این باره آگاهی دهند. باید به افراد گفته شود که مواظبت کنید که نهایتا ممکن است بچه‌تان به تالاسمی مبتلا شود و نیاز به سقط جنین است. آقای دکتر مرندي در این باره، نامه‌ای به رهبری نوشتند و رهبری مجوز دادند که اگر زیر ۳ ماه آزمایش انجام بگیرد، افراد می توانند سقط جنین را انجام دهند. خلاصه اینکه، مجوز داده و پیشگیری از تالاسمی در کشور شروع شد و خوب هم جلو رفت؛ طرح ما در سه استان به عنوان پایلوت (آزمایشی) انجام گرفت و بعد در همه کشور گسترش پیدا کرد. بعد از شروع فعالیت ما، وزارت بهداشت می گفت هزار تولد مبتلا به تالاسمی در سال، به ۲۵۰ تولد در سال رسید. بیشتر نوزادانی هم که با تالاسمی به دنیا می آمدند، از پدر و مادر اهل سنت بودند که این پیشگیری‌ها را انجام نمی دادند. بخاطر دارم مولانا عبدالحمید از سیستان به منزل ما آمده بودند (بخاطر فوت پدرم) و من به ایشان گفتم چنین مشکلی وجود دارد و ما از شما می خواهیم شما هم در این زمینه صحبتی را برای اهل تسنن داشته باشید. خوشبختانه ایشان رفتند و در یکی از نماز جمعه‌ها صحبت مفصلی کردند و در فضای مجازی هم پخش شد. حالا با اجرایی شدن قانون جوانی جمعیت، ما باید شاهد این افزایش دوباره بیماران تالاسمی باشیم که یکی از مشکلات اساسی ما در آینده، با بیماران تالاسمی خواهد بود.

در این چند ماه که از اجرایی شدن این قانون گذشته، بیماران تالاسمی افزایش داشته اند؟

من هنوز آمار ندارم ولی با این اتفاقی که افتاده ما باید شاهد افزایش بیماران تالاسمی باشیم. چون وقتی شما آزمایش غربالگری ندهید، مشاوره نباشد که شما را راهنمایی کند،

خودتان کم خونی مینور داشته باشید و با یک مینور دیگر ازدواج کنید و بعد حامله شوید، بچه مبتلا به تالاسمی به دنیا می آید. بالاخره ما در کشور افراد مینور کم نداریم.

شما می دانید در سالهای گذشته و قبل از اجرایی شدن این قانون جدید، چند سقط جنین در زمینه با تالاسمی داشتیم؟ خیر، این آمارها به صورت رسمی اعلام نمی شود. ولی در کل، قبل از اجرایی شدن این قانون، کل سقط جنین در کشور برای همه بیماری‌ها به ۱۰ هزار نفر نمی رسید؛ یعنی رقم خیلی بزرگی نیست.

منظورتان کل سقط های جنین از جمله سقط ها زیر زمینی، درمانی و .. است؟

خیر؛ گزارش سقط های درمانی که برای انواع بیماری‌ها بود (نه فقط تالاسمی). در این باره یک گزارش آماری حدود ۲ سال پیش ارائه شد.

آیا درباره قانون جوانی جمعیت، با دولت آقای روحانی یا آقای ریسی وارد مذاکره هم شدید؟

بله ما نامه‌ای در این باره به آقای روحانی نوشتیم و خواستیم که در مجلس از این طرح جلوگیری کنند. دولت قبل موافق این طرح نبود ولی بالاخره مجبور شد می کردند که این کار را انجام دهد. من زمانی تعجب می کردم که می دیدم مثلاً فردی مخالف این طرح است اما در تلویزیون از آن تعریف می کند! برایم سؤال پیش می آمد چگونه می توانی آنقدر راحت عقیده‌ات را عوض کنی و تا این حد، راحت دروغ بگویی؟!

موافقان این قانون می گویند پنجره جمعیتی کشور در حال بسته شدن است و به همین خاطر، این قانون باید فوری اجرایی شود. نظرتان در این باره چیست؟

بله، ما باید جمعیت جوان در کشور داشته باشیم. ولی به شرطی که همه امکانات زندگی برای مردم فراهم باشد، آنها راحت بتوانند بچه‌شان را به مدرسه بفرستند و هزینه آموزش و پرورش و بهداشت و درمان برایشان رایگان باشد (طبق قانون اساسی). اگر مردم یک زندگی راحت داشته باشند قطعاً خودشان بچه دار می شوند. الان چون مشکلات جامعه زیاد است، طرف می گوید من باید شیرخشک، لباس و وسایل نظافت برای بچه‌ام تهیه کنم اما از کجا بیاورم این ها را تهیه کنم؟

خانه های بهداشت که در مناطق محروم، مرجع اصلی مراجعه مردم هستند، دیگر نمی توانند وسایل رایگان پیشگیری از بارداری را در اختیار مردم قرار دهند. بسیاری از آموزش ها ممنوع شده و در صورت تخلف، با ماماها و بهورزها برخورد می شود. این اقدامات می تواند به افزایش جمعیت کمک کند؟

آنهایی که امکانات داشته باشند می توانند بروند و کارشان را انجام دهند. من موارد زیادی دیدم که نه فقط در مورد بیماری‌های خاص که در موارد دیگر هم زنان می روند و سقط جنین را غیر قانونی انجام می دهند. بالاخره هرکسی یک دکتر آشنا پیدا می کند و این کار را انجام می دهد. در مورد خانواده‌های بی بضاعت که این امکان برایشان وجود ندارد، یا این کارها را جای دیگری با هزینه کمتری انجام می دهند که هزار بیماری برایشان به دنبال خواهد داشت و یا اصلاً این کار را انجام نمی دهند و بچه‌هایشان به دنیا خواهند آمد. اگر این بچه‌ها مریض و معلول باشند که کلی مشکلات برای آن خانواده ایجاد خواهد شد. اگر هم بچه سالم باشد در هزینه‌های زندگی‌شان مشکلاتی

خواهند داشت. می خواهم بگویم در این قضیه هم قشر آسیب پذیر جامعه، آسیب جدی و اصلی را خواهند دید. البته در این قانون اعطای امکانات مالی مثل: وام، خانه و زمین هم در نظر گرفته شده است

اگر می توانند چنین چیزهایی بدهند چرا قبلاً نمی دادند که مردم به این فقر نرسند؟

با قانون جوانی جمعیت و محدودیت در غربالگری جنین، به غیر از تالاسمی کدام بیماری‌ها ممکن است افزایش پیدا کند؟ بیماری سندروم داون، بیماری‌های ژنتیکی و بچه‌هایی که ناقص به دنیا می آیند، حتماً افزایش پیدا می کنند. ما بیماری‌های زیادی داریم که بچه‌ها نقص عضو دارند و از طریق همین آزمایش‌ها می شد این نقص عضوها را تشخیص داد. چند روز پیش یکی از مدیران بهزیستی، مصاحبه کرده بود که در کشور افراد دارای معلولیت، زیاد داریم و توان اینکه از آنها حمایت کنیم را نداریم. او از خیرین و مردم کمک خواسته بود. وقتی اجازه شرعی برای سقط درمانی داریم، چرا باید جلوی غربالگری را بگیریم؟ با این قانون جدید، تا کارهای سقط جنین انجام شود، ۴ ماهگی جنین تمام می شود و دیگر کار از کار می گذرد. ما حدوداً دو یا سه سال پیش گزارشی داشتیم مبنی بر اینکه در سال، ۱۰ هزار نفر نیاز به سقط جنین درمانی داشتند و حالا شما فکر کنید با این قانون، این ۱۰ هزار نوزاد بیمار به دنیا خواهند آمد.

ما از بیمارستان تازه تاسیس شما در مسگرآباد بازدید داشتیم. چرا هنوز راه نیفتاده است؟

این مرکز، تقریباً نزدیک به یک سال است که آماده بهره برداری است و معمولاً کارشناسان وزارت بهداشت، ایرادهایی می گیرند که برای من جالب است. آمدند و گزارشی تهیه کردند و رفتند. بعد گفتند این ایرادات را رفع کنید تا ما به شما مجوز بدهیم و یک مجوز موقت شش ماهه هم به ما دادند. ولی گفتند نمی توانید کسی را بستری کنید و این اتفاقات در دوران آقای روحانی افتاد. بالاخره ما تمام اشکالات را رفع کردیم و نامه دادیم که برای بازدید بیایند. شاید ۴ ماه طول کشید تا برای بازدید اورژانس بیایند و ما گفتیم مرحله به مرحله جلو برویم تا دوباره ایراد نگیرند. ما فقط ۱ ماه دنبال این بودیم که گزارش کارشناس برای ما بیاید. من دیگر به آقای دکتر زالی رئیس دانشگاه زنگ زدم که کارشناس شما به من گزارش کتبی نمی دهد تا من بفهمم ایراد چیست و من باید بدانم که اشکال چیست تا آن را رفع کنم. حالا ما اشکال را رفع کردیم ولی کسی برای بازدید نمی آید، یک روز می گویند کارشناس نیست، یک روز می گویند ساعت ۱ و نیم رفته‌اند، یک روز می گویند کرونا آمده و هر روز به یک بهانه‌ای نمی آیند!

و این در درمان بیمارانتان، اختلال ایجاد کرده است؟

بله، الان بیمارستان ما بیمارستانی است که با تعرفه دولتی به مردم خدمت می دهد و به بیماران خاص هم سوبسید می دهیم و از آنها پول نمی گیریم.



کارشناسان بنیاد امور بیمار های خاص بررسی کردند: وضعیت درمانی بیماران خاص، در استان کرمانشاه

سالن قرار دارند که حدود ۷۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۱۴ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

شهرستان جوانرود

بیمارستان حضرت رسول : این بیمارستان در سال ۱۳۷۹ با ۹۶ تخت مصوب و ۸۴ تخت فعال و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۸۳ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۶۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۳۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهند

شهرستان روانسر

شبکه بهداشت روانسر: شبکه بهداشت روانسر در سال ۱۳۸۴ و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۹۵ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۷۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۴ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد

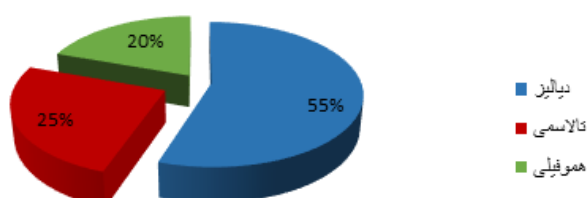
شهرستان سرپل ذهاب

بیمارستان شهدا : این بیمارستان در سال ۱۳۸۶ با ۵۴ تخت مصوب و ۴۴ تخت فعال و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۹۷ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۱۰۰ متر مربع وسعت دارد که تعداد ۴۱ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

شهرستان سنقر

بیمارستان امام خمینی(ره) : این بیمارستان در سال ۱۳۵۷ و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۷۹ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۱۲۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۲۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

نمودار درصد هر بیماری از کل جمعیت بیماران خاص استان کرمانشاه



از جمله رسالتهای بنیاد امور بیماریهای خاص تهیه گزارش هایی از وضعیت بیماران خاص در سراسر کشور است. این گزارشها نه تنها به دولت برای برنامه ریزی بهتر کمک میکند که مسیر و اولویت کمکهای بنیاد امور بیماریهای خاص برای بهبود وضعیت درمانی بیماران خاص را هم مشخص میکند. به همین منظور هرساله کارشناسان این بنیاد از مراکز درمانی بیماران خاص نیمی از استانهای کشور به صورت کامل بازدید و گزارشهایی از امکانات و کمبودهای آنها تهیه میکنند. اینگونه است که گزارش هر استان، دو سال یکبار بروز شده و امکان برنامه ریزی و کمک های دقیق تر را فراهم میکند. تیر ماه سال ۱۴۰۱ نیز دو تن از کارشناسان بنیاد امور بیماریهای خاص از مراکز درمانی استان کرمانشاه بازدید کردند که در ادامه شرح این بازدید به صورت مبسوط آمده است:

مراکز درمانی استان کرمانشاه

در استان کرمانشاه ۱۴ مرکز درمانی دیالیز و ۱ مرکز درمانی تالاسمی و هموفیلی وجود دارد . پایگاه انتقال خون استان در شهرستان کرمانشاه مستقر است. ۱۵ درمانی این استان تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه قرار دارد که در شهرستانهای اسلام آباد، پاره ، جوانرود، روانسر، سرپل ذهاب، سنقر، صحنه، قصرشیرین، کرمانشاه، کنگاور، گیلانغرب، هرسین به بیماران خدمت رسانی می نمایند .

شهرستان اسلام آباد غرب

بیمارستان امام خمینی(ره) : این بیمارستان در سال ۱۳۶۶ با ۱۲۰ تخت مصوب و ۱۲۰ تخت فعال و بخش دیالیز آن در سال ۱۳۷۶ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ اتاق قرار دارند که حدود ۱۲۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۷۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

شهرستان پاوه

بیمارستان قدس : این بیمارستان در سال ۱۳۳۷ و بخش دیالیز آن در سال ۱۳۷۹ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱

شهرستان صحنه

بیمارستان دکتر معاون: این بیمارستان که در سال ۱۳۸۶ با ۲۵ تخت مصوب و ۳۹ تخت فعال و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۸۵ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۳۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۲۶ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

شهرستان قصر شیرین

بیمارستان حضرت ابوالفضل: بخش دیالیز این بیمارستان در سال ۱۳۹۲ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۲۵ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۱۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

شهرستان کرمانشاه

این شهرستان مرکز استان کرمانشاه می باشد. بیمارستانهای امام خمینی (ره)، امام رضا (ع)، نوبهار و مرکز جامع بیماری های خاص مراکز درمانی کرمانشاه هستند که به بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می نماید و تعداد ۳۶۸ بیمار دیالیزی، ۳۰۱ بیمار تالاسمی و ۲۳۳ بیمار هموفیلی در این مراکز خدمات درمانی دریافت می کنند.

بیمارستان امام خمینی: این بیمارستان در سال ۱۳۵۸ با ۲۲۰ تخت مصوب و ۲۵۰ تخت فعال و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۶۹ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۱۵۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۱۰۸ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

بیمارستان امام رضا: این بیمارستان در سال ۱۳۸۴ با ۴۰۰ تخت مصوب و ۵۳۰ تخت فعال و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۸۶ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۳۰۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۲۱۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

مرکز دیالیز نوبهار: این مرکز در سال ۱۴۰۰ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۵۰۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۴۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

کلینیک مرکز جامع بیماری های خاص: این کلینیک در سال ۱۳۹۷ و در متراژ ۴۰۰ متر و در قالب ۱۴ اتاق با ۱۶ تخت فعال افتتاح شده است که تعداد ۳۰۱ بیمار تالاسمی و ۲۳۳ بیمار هموفیلی را پوشش می دهد.

شهرستان کنگاور

بیمارستان شهید دکتر چمران: این بیمارستان در سال ۱۳۴۷ با ۷۰ تخت مصوب و ۹۵ تخت فعال تاسیس شده و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۷۹ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۸۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۳۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

شهرستان گیلانغرب

بیمارستان الزهرا: این بیمارستان در سال ۱۳۸۵ با ۶۰ تخت مصوب و تاسیس شده و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۸۸ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۶۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۱۵ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

شهرستان هرسین

بیمارستان شهدا: این بیمارستان در سال ۱۳۸۲ با ۹۰ تخت مصوب و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۸۳ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۱۵۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۲۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.





نشست روسای هیأت های استانی در رامسر

موسوی: انسجام تیمی و خرد جمعی، اولویت اصلی برنامه های فدراسیون ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا خواهد بود. دبیر فدراسیون ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا با اشاره به اینکه با خرد جمعی و کار گروهی می توان به اهداف عالیه این فدراسیون و ورزش دست یافت، گفت: همدلی، اتحاد و انسجام تیمی مثال زدنی که در این فدراسیون و هیأت های استانی وجود دارد ما را به آینده و روزهای خوشی که در پیش است، بیش از پیش امیدوار می کند.

به گزارش روابط عمومی بیماران خاص، در نشست روسای هیأت های استانی این فدراسیون که در رامسر برگزار شد، سیدمحسن موسوی گزارشی از فعالیت های ۶ ماهه و اقدامات و برنامه های پیش روی این فدراسیون را ارائه کرد.

وی همچنین در خصوص اردوها، مسابقات گروه های تحت پوشش، برنامه های آتی و کلاس های آموزشی نکاتی را به اطلاع روسای هیأت های استانی رساند. در ادامه این نشست در خصوص وضعیت صورت های مالی، هزینه کرد استان ها، قوانین جدید برگزاری مجمع (کمیسون های ورزشکاران، مربیان، داوران، نحوه پرداختی و ...) توضیحاتی ارائه شد. بخش بیشتر این نشست به بیان نقطه نظرات روسای هیأت های استانی اختصاص داشت. روسای هیأت های استانی از جمله خوزستان، زنجان، گلستان، اصفهان، کرمان، همدان، مازندران، سیستان و بلوچستان،

ایلام، کهگیلویه و بویراحمد، البرز، هرمزگان و آذربایجان شرقی در این نشست به بیان مسایل روز ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا پرداخته و عملکرد هیأت های استانی خود را ارائه کردند.

کمبود برخی داروهای بیماران خاص همچنان پابرجاست

واحد مددکاری بنیاد امور بیماریهای خاص از کمبود برخی داروهای بیماران مبتلا به بیماری تالاسمی و سرطان خبر داد. به گزارش روابط عمومی بنیاد امور بیماریهای خاص، بر اساس اعلام واحد مددکاری آمپول دسفرال خارجی، نانو جید، جید نیو همچنان برای بیماران تالاسمی دچار کمبود است. طبق این گزارش آمپول آی وی آی جی، فلوراسیل، کلسیم فولینات آلومین و اندوکسان نیز در بیماران سرطانی دچار کمبود بوده و البته قابل ذکر می باشد این کمبودها موقتی می باشد.

لغو پنجمین همایش اتیسم

به گزارش روابط عمومی بنیاد امور بیماریهای خاص، پنجمین همایش اتیسم که قرار بود در تاریخ ۱۵ و ۱۶ آبان ماه برگزار شود، لغو گردید. گفتنی است زمان و مکان برگزاری مجدد این همایش متعاقبا اعلام خواهد شد.

پدري که بذل جان کرد



احمد آهی کشید و به سقف خیره شد و اشک در چشمانش حلقه زد و زیر لب ذکرش شد زهره؛ زهره؛ زهره و من آیینه وار خیره به او شدم و سکوتی که بین ما حکم فرما شد.

عصر غم انگیز ۲۱ مهرماه، زهره بدون هیچ سابقه بیماری و نشانه ای از عارضه جسمی ناگهان دچار سرگیجه شد. با شروع سرگیجه فقط فرصت داشت چند قدم در حال خانه راه برود که ناگهان نقش بر زمین شد. تمام علائم حیاتی نشان از سلامتی می‌دهد اما زهره، دچار مرگ مغزی می‌شود.

سخت ترین لحظه برای تصمیم گیری پدر شکل می‌گیرد. زمانی برای اشک و آه نیست لحظه انتخاب است تا دخترش جان چند نفر را نجات دهد.

فقیر احمد با اینکه سالهاست که از فقدان کلیه رنج می‌برد و گروه خونی دخترش با او یکسان است ولی احساساتش به او اجازه نمی‌دهد که از این فرصت استفاده کند. برایش غیرقابل تحمل هست که زهره نباشد و او زنده و سالم شود. به همین خاطر اعضای پاره تنش را به چند بیمار اهدا می‌کند تا دیگر مثل او گرفتار چرخ دستگاه دیالیز نباشند. علت را از او پرسیدم، گفت: «عشق من به زهره به قدری زیاد بود که اگر کلیه او به من پیوند می‌شد، دچار عذاب وجدان می‌شدم. او نباشد و من سالم؟ این دختر در این ۱۶ سال زندگیش هیچگاه آزارش به کسی نرسید حتی مرگش هم بدون آزار بود و دریغا که ما ندانستیم قدرش را»

لازم به ذکر است در مراسمی دکتر کیان، رئیس مرکز درمانی تخصصی خیریه سوده به همراه معاون واحد اداری-مالی و روابط عمومی برای تقدیر از خودگذشتی و ایثار بذل جان، بر بالین این عزیز داغدار حاضر شدند و ضمن عرض تسلیت و با اهدای نشان خیرین مرکز درمانی تخصصی خیریه سوده از ایشان دلجویی کردند.

اهل هرات هست؛ فقیر احمد جمشیدی، ۲۵ سال قبل برای کار به ایران آمد. در یک کارگاه جوشکاری مشغول به کار شد و ازدواج کرد. پدر سه فرزند است و گرمای محبت فرزندانش، عاشقانه او را به زندگی امیدوار ساخت.

روزگار هرکس در این گدازه آتشفشان حکایتی دارد: او را هنگام دیالیز دیدم؛ غرق تکرار ملال آور بیماری؛ با چشمانی به سرخی آتش.

۱۸ سال است که سه روز در هفته و هربار ۴ ساعت دیالیز می‌شود تا دستگاه دیالیز کار کلیه های نداشته اش را جبران کند. دستانش زیر سرش بود و به سقف خیره شده بود؛ نمیدانم در عالم افکارش چه می‌گذشت ولی در چهره گندمگونش، غم دلتنگی سنگینی نهفته بود.

فقیر احمد، قصه اش را اینگونه آغاز کرد: «اوضاع خوب بود تا اینکه ۱۸ سال پیش، کلیه هایم دچار مشکل شد و به ناچار دیالیزی شدم. دیگر کار کردن برایم سخت شده بود، برای همین خانم با کار کردن در شهرک های صنعتی و در کارگاه ساخت قفل های درب، خرج خانه ام را تامین می‌کرد؛ حقوقش خیلی نبود ولی ما به بازی تقدیر راضی بودیم.»

دخترم زهره، ۲ سال بعد از اینکه دیالیزی شدم به دنیا آمد. هر روز شادتر و خوشحال تر می‌شد. دخترم از زندگی رضایت داشت. خودش تا کلاس نهم درس خوانده بود اما به خواهر کوچکترش در درسها کمک می‌کرد. همه می‌گفتند: زهره روز به روز بالنده تر میشود. موهای بلند داشت و همیشه خندان بود. همراه مادرش در کارگاه قفل سازی مشغول به کار شد و از آن روز به بعد این مادر و دختر، دوست و همکار و رفیق یکدیگر شدند. تمام طول روز را در یک اتاق، مشغول کار با هم می‌گفتند و می‌خندیدند. «فقیر

یاوران سبز بنیاد امور بیماری های خاص

اسامی نیکوکاران ،

این بار هم یاری سبز شما هموطنان به کمک بیماران خاص کشور آمد تا بار دیگر افتخار کنیم که هم میهنانی چون شما داریم.
یاوران بنیاد امور بیماری های خاص در این فصل عبارتند از:

آقای رسول زاده، آقای امیر نوری، آقای محسن میر محمد صادقی، آقای میر دهقانی، آقای ابوالفضل احمدی،
دکتر تهرانی، دکتر لسان ، دکتر طاهر نژاد، آقای نیک نفس ، دکتر نظری فرد ، دکتر مهدی مظفری نژاد، دکتر
مدرسی، دکتر عشقی، آقای علی تادی، آقای جعفری نطنزی، آقای ایوب شهبازی، آقای راجی نیا، آقای
اسکویی، آقای وطن پرست، آقای نیلفروشان، آقای حقانی، آقای نوری، سید حسین پیروی، آقای کوششی،
آقای دباغ همدانی، آقای امید قاسمی جندابه، شاهرودی، آقای زحمتکش، آقای علی مس فروش، رویا مدیر
زاده تهرانی، خانم رفیعی پور، خانم محمدی، زهره احمدی، خانم اشرف سعادت، خانم نیکو مهاجرانی، خانم
نصرت هاشمی، خانم معماری، خانم معصومی ، خانم پور مهانی، شرکت التیام بخش، فروشگاه عرفان، عسل
پلاستیک، سبلان پلاستیک، رویا پلاستیک، هواپیمایی ماهان، سورپرایز، چاپخانه قوانین، بیمارستان علی بن
ابی طالب، خانم وحاجی، مهندس شکرریز، سید ابوالقاسم موسوی، آقای بیرانوند، آقای سرابی ، شرکت نوین
پیوست پاسارگارد



هدیه ایثار

سالانه حدود ۱۲۰۰ نفر با اهدای کلیه خود، به افرادی که شاید حتی آنها را هم نمی شناسند جانی دوباره می دهند؛ افرادی که ادامه حیاتشان منوط به استفاده از دستگاه های عظیم الجثه دیالیزی است که کار کلیه نداشته آنها را انجام می دهد. این افراد در هفته باید ساعت های زیادی از عمر خود را در مراکز درمانی، برای دیالیز سپری کنند. اما آنها همیشه یک امید در دلشان زنده است و آن، اهدای کلیه است. این کاری است عده ای از افراد همین جامعه با بخشیدن تکه ای از وجودشان نثار این شهروندان بیمار می کنند و به آنها جانی دوباره، امید به زندگی طبیعی و رهایی از مشقت استفاده از دستگاه های دیالیزی می بخشند.

بنیاد امور بیماری های خاص به منظور تجلیل از کسانی که با اهدای کلیه، جان هم نوعان خود را نجات می دهند مبلغ یک میلیون تومان به عنوان هدیه ایثار به این افراد پرداخت می کند.

محمد شتاب، ایمان پهلوانی، فاطمه یوسفی کیا، سیداحمد ماجدی، حسین مسعودی قلات پایینی، حمیدرضا تابزن، عادل علی اخباری، سینا مهران فر، محمدعلی گودرزی، سجاد خلج، محمد رضائی خاندانقلی، بلال نوروزی امیری کچی، جواد عباس زاده، منوچهر رضانی نور، مهدی سالاری اصل، سعید یوسفوند، مریم حسینی سیانکی، اکبرعلیزاده، فرزانه فشی، پوریا خان زاده، سیدهاشم حسینی، علی پوررحیمی، حامد زمانیان، محمود شجاعی، هایده کردامیر، علی محمدی سرائلانی، آرزو مرادی، عزیز خضولو، قادر امین زاده، رامین لطیفی، سعید راستین منش، مرتضی بهرام فر، ساسان مصطفی زاده، محسن قاسمی، محمدعلی حسن زاده جشاری، مهدی فریدونی، جواد جعفری، نوال عیدان، محسن مه آبادی، سامان احمدخانی، فاطمه محمدامینی، محمد باقر دلیر، پریسا رستمی، شیرزاد ساعدی، میثم عبدی نظرعلی بلاغی، مسعود مهربان، سعید ملا مجیدی هرگلان، حیدر حنیفی مزرعه شادی، مهدیه کرمی، زانیار فرجی، مهری بولاغ، افسانه سارانی، اصغر موقتی مقدم، محمدرضا فضلی، یحیی علی کلاری، مجتبی داراپور، علیاکبر سالاری، محمود صادقی، رامین فرجی، سعید صالح پور، ایمان محمدزکی، نارام احمدی، محمد دهقانی ناژوانی، امید لطفی کهل نو، علی براهویی، هما مختاری متهور، عباد نصیری، حامد ناظر، امیرقلعه بیگی، محمد گل محمدی، سینا روزبهانی، آروین امین نژاد، رحیم چعبی، هانیه دیده بان، مجید فکوری رودپشتی، حمید لشگری، محمدعلی عدلی انزاب، محسن مدرسی، پوریا شهبازی، سعید جعفری، مهدی صیوری، سیدعقیل آقایی، شهاب حاجی آقازاده، علی جعفری، قمری محمدی، امیررضا رجایی لک، شایان ممبئی پور، یزدان رستمی، محمد علیزاده پور، فرهاد غنی فتحی، میلاد گمار، علیرضا دانش فر، رامین حیدر پور، سیدقاسم محمدی موسوی، جواد بهره مند قلعه سرخ، نصیر حاجی زاده، محمدرضایوسفی کهنوج، محمد عرفانی راد، منصور مردی، اشکان ملکشاهی، میلاد قباخلو، کریم رزمی سفیدان، سیدسلیمان حسینی دارانی، سیدولی سیدعباسی، مجید ابراهیمی، مهدی فداپور محمدیان، رامین کریمی صفا، معین تکاورابلق، کیوان مصطفائی، اشکان بهروز خوش قلب، بتول الله ویسی، محمد نیک مرادمریم سارانی، محمدرضا طباح، میثم زنگی، شاهین پوره، حجت الله ایسره، رضا پایون، جواد عینی، سهیل فره زاده، حسین رضایی، رضا جوانمردی، فریبرز داوری، بهزاد فاضلی، محمد علیزاده اقدم، محمدرضا رضائی کندی، محمد زمانی، عباس شیر، مریم شاهوردی، حسن روستایی مهدی خانی، پریسا رستمی، محمد مهدی بزرگ زاده مقدم طوسی، زینب جابری، محمدحسین کاظمی نژاد، مهدی دامک، بهزاد حسینی، اصغر محمدی، بهار برادران، محمد مهدی درویشی، مصطفی حسن پور سورجانی، ساسان ساعدی، فطیه شریفی، محمد لکزی پور، امیر پردلی فتح آبادی، افشین اسداللهی، امین سهیلی نیا، ایوب حقور، علیرضا راستان، مهرداد باقری، شاهین شریفی، ارسلان صالحی، مجید حکیمی اصل

فرهنگ ورزش اجتماع

چگونه با بنیاد امور بیماری های خاص آشنا شده اید ؟

آشپزی درخانه و در مراسم ها به بنیاد کمک کردم و دیگران را تشویق به این کار کردم.

۴) به نظر شما نیکو کاری آموختنی است؟
با توجه به اینکه یکی از اهداف مهم انسان ها می باشد و بر اساس یادگیری اگر کسی به این موضوع بپردازد دیگران به صورت مشاهده ای یاد میگیرند و این کار نیک را می آموزند و به همین منظور نیکو کاری چه به خود فرد و چه به دیگران یک روند آموختنی و ارزشمند است.

۵) شما بعنوان یک نیکوکار با بنیاد امور بیماریهای خاص همکاری داشته اید . چه توصیه ای به دیگران دارید؟

بنیاد امور بیماریهای خاص همانطور که از نامش پیداست هدفش ارتقاء سلامت بیماران می باشد و در حال حاضر هم از نظر درمانی و هم ساخت مراکز درمانی کمک های شایانی به این بیماران نموده است که همه مردم توانند برای گره گشایی از مشکلات این بیماران، کمک های خود را به بنیاد اختصاص دهند تا بیماران دغدغه هزینه ها را نداشته باشند و از خداوند متعال موفقیت روز افزون برای دست اندر کاران این مجموعه خواهانم .

۱) خودتان را در ابتدا معرفی کنید؟
بتول میرزاده ، معلم بازنشسته ، متولد ۱۳۳۱/۹/۱۰

۲) از خانواده، محل تولد، تعداد فرزندان، شرایط حاکم بر خانواده و ... لطفا شرح کامل بدهید؟

سه پسر و یک دختر دارم. سه پسرم دکتری و دخترم فوق لیسانس میباشد که متأسفانه کسانی که اجازه ورود واکسن را ندادند باعث از دست رفتن جان پسر بزرگم شدند و او از میان ما رفت. امیدوارم خدا جزای آنها را دهد و همسرم دکتر میرزاده استاد دانشگاه امیر کبیر هستند.

۳) چه شد که با بنیاد امور بیماری های خاص آشنا شدید؟ این آشنایی از کجا شروع شد و چه نقشی در زندگی فردی و اجتماعی شما داشته و دارد؟

من در دوران دبیرستان همیشه کارهای اجتماعی و کمک به دیگران را دوست داشتم. در سالهای ۶۰ الی ۶۴ همسایه فریده مرعشی بودم که با خانواده خانم فاطمه هاشمی آشنا شدم. از آنجا چون نمیتوانستم کمک های مالی زیادی را به این مجموعه داشته باشم، از کمک هایی جزئی مثل



پیش بینی وضعیت دیابت در سال ۲۰۲۳

پیشگیری تهاجمی فوری برای مقابله با بحران ۶۰۰ میلیارد دلاری

برگرفته از مقاله:

Diabetes ۲۰۳۰: Insights from Yesterday, Today, and Future Trends

نوشته:

William R. Rowley, MD, Clement Bezold, PhD, [...], and Shannon Krohe, MPH
www.ncbi.nlm.nih

برای حمایت از تلاش‌های موثر در مقابله با اپیدمی دیابت، متخصصان سلامت و سیاست‌گذاران تیم تحقیقاتی «پیش‌بینی‌های مربوط به سال ۲۰۳۰» برای ایالات متحده، اطلاعات جمع‌آوری شده از ۵۰ ایالت و بسیاری از مناطق شهری این کشور را به‌روزرسانی کرده و آنها را به‌صورت رایگان به صورت آنلاین در دسترس عموم قرار داده است.

تیم تحقیقاتی «پیش‌بینی‌های مربوط به سال ۲۰۳۰» در ایالات متحده پس از گردآوری و بررسی اطلاعات لازم از سراسر این کشور متوجه شد که علیرغم پیشرفت‌های چشمگیر پزشکی و تلاش‌های مهم در جهت پیشگیری، دیابت یک بحران بهداشتی بزرگ از نظر شیوع، عوارض و هزینه‌های بیماری در سراسر ایالات متحده ایجاد کرده و این بحران در ۱۵ سال آینده به‌طور قابل‌توجهی بدتر خواهد شد.

تیم تحقیقاتی «پیش‌بینی‌های مربوط به سال ۲۰۳۰» در ایالات متحده همچنین اعلام کرده است: تقویت غربالگری، آموزش و حمایت از تلاش‌های پیشگیرانه در سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی برای غربالگری مناسب دیابت و پیش دیابت، بسیار مهم است.

تیم تحقیقاتی «پیش‌بینی‌های مربوط به سال ۲۰۳۰» در ایالات متحده، راز موفقیت مدیریت مؤثر برای همه افراد مبتلا به دیابت را علاوه بر برنامه‌های مذکور، مستلزم اتخاذ تلاش‌های تهاجمی برای شناسایی بزرگسالان مبتلا به پیش دیابت و مداخله برای کمک به آنها برای جلوگیری یا به تأخیر انداختن پیشرفت دیابت نوع ۲ در اولویت اول است.

خلاصه آمارهای اطلاعاتی تیم تحقیقاتی «پیش‌بینی‌های مربوط به سال ۲۰۳۰» در ایالات متحده برای پیش‌بینی روندهای آینده شیوع دیابت (دیابت نوع ۲ و دیابت نوع ۱) اینگونه اعلام شده که در بین سالهای ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ با ۵۴ درصد افزایش به بیش از ۵۴.۹ میلیون آمریکایی خواهد رسید. مرگ و میر سالانه منتسب

به دیابت با ۳۸ درصد افزایش به ۳۸۵۸۰۰ خواهد رسید و مجموع هزینه‌های پزشکی و اجتماعی سالانه مرتبط با دیابت تا سال ۲۰۳۰ با ۵۳ درصد افزایش به بیش از «۶۲۲ میلیارد دلار» افزایش خواهد یافت!

تیم تحقیقاتی «پیش‌بینی‌های مربوط به سال ۲۰۳۰» در ایالات متحده بر اساس آمار سراسری جمع‌آوری شده در این کشور پیش‌بینی کرده در بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ برابر مدل دیابت IAF تعداد کل افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ و نوع ۱ با ۱۹۶۲۹۰۰۰ نفر به ۵۴۹۱۳۰۰۰ نفر افزایش می‌یابد که افزایش ۵۴ درصدی را نشان می‌دهد. هزینه‌های دیابت نیز در سال ۲۰۱۵ با افزایش ۵۳ درصدی به ۶۲۲ میلیارد دلار افزایش خواهد یافت.

واضح است که تفاوت زیادی در میزان شیوع بین ایالت‌های مختلف ایالات متحده در آینده وجود دارد. افزایش شیوع دیابت بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ برای آلاسکا، کلرادو و یوتا کمتر از ۳ درصد بود، در حالی که در آلاباما، فلوریدا، می‌سی‌سی‌پی و ویرجینیای غربی بیش از ۵ درصد پیش‌بینی شده است. این در حالی است که در سال ۲۰۳۰ پیش‌بینی می‌شود که دیابت ۱۰.۲٪ از کل جمعیت ایالت یوتا و بیش از ۱۸٪ در آلاباما، فلوریدا و می‌سی‌سی‌پی را تحت تأثیر قرار دهد که این رقم به ۲۰.۵ درصد در ویرجینیای غربی خواهد رسید. مقایسه نتایج مدل جدید دیابت ۲۰۳۰ با مدل قبلی دیابت ۲۰۲۵ IAF نشان می‌دهد که ۱,۹۶۶,۷۰۰ یا ۴.۵ درصد افراد مبتلا به دیابت در سال ۲۰۳۰ کمتر خواهند بود. نود و پنج درصد کاهش ناشی از کاهش ۲۰۳۰ اداره سرشماری است. پیش‌بینی جمعیت ۱۵ میلیون نفر در گزارش سرشماری ۲۰۱۰ در مقایسه با پیش‌بینی سال ۲۰۰۰ آن. علاوه بر این، در مدل جدید ۱۵۱۹۸۰۰ یا ۱۰.۳ درصد افراد کمتر مبتلا به دیابت تشخیص داده نشده به دلیل شیوع کمتر دیابت تشخیص داده نشده وجود خواهد داشت. بنابراین، کل دیابت با استفاده از مدل دیابت ۲۰۳۰، ۳,۴۲۶,۵۰۰ یا ۵.۸ درصد کمتر پیش‌بینی می‌شود. با این حال، شیوع پیش دیابت در این مدل بیشتر است، به طوری که در سال ۲۰۳۰ با افزایش ۱۳۰ درصدی به رقم ۱۲,۵۸۱,۹۰۰ مبتلا به پیش دیابت خواهد رسید. فرآیند کاوش در روندهای داده‌های گذشته و حال برای اندیشیدن در مورد پیامدهای آنها برای



دیابت تشخیص داده شده نیز بین سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲ ۴۱ درصد افزایش یافته است، اما در مقابل هزینه‌های فردی مراقبت از دیابت تنها ۱۹ درصد و هزینه‌های مراقبت بهداشتی در سطح ملی ۲۴ درصد افزایش یافته است و بنابراین، افزایش شیوع، نه افزایش هزینه به ازای هر بیمار، باعث افزایش بار اقتصادی دیابت در آینده می‌شود.

همچنین، بین سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲ هزینه پیش‌دیابت در ایالات متحده با افزایش ۷۴ درصدی به ۴۴ میلیارد دلار رسید، بنابراین افزایش شیوع دیابت و پیش‌دیابت که نیروی محرکه آن است. پشت افزایش چشمگیر بار اقتصادی دیابت در آینده این کشور است.

تیم تحقیقاتی «پیش‌بینی‌های مربوط به سال ۲۰۳۰» در ایالات متحده برابر اطلاعات جمع‌آوری شده خود اعلام کرده که در فاصله سال‌های ۱۹۸۷ و ۲۰۱۱ داروهای نسخه‌ای ۵۵ درصد از افزایش سرانه هزینه‌های پزشکی دیابت را به خود اختصاص دادند. قیمت داروهای نسخه‌ای در سال ۲۰۱۴، ۱۰۹ درصد که این رقم مجدداً بیش از ۱۰ درصد در سال ۲۰۱۵ افزایش یافت. در سال ۲۰۱۴، برای چهارمین سال متوالی، هزینه‌های مصرفی افراد برای داروهای دیابت بیشتر از هر گروه دیگر از داروهای سنتی بود و کمتر از نیمی از نسخه‌های دیابت برای داروهای ژنریک بود. با چنین روندی قطعاً هزینه‌های دیابت در سال ۲۰۳۰ به طور قابل توجهی بیشتر از پیش‌بینی‌های مطالعه حاضر خواهد بود.

چالش نهایی بزرگ دیگر از نگاه تیم تحقیقاتی «پیش‌بینی‌های مربوط به سال ۲۰۳۰» در ایالات متحده، تغییر هنجارهای فرهنگی و رفتار و ساختارهای اجتماعی به منظور حمایت از «زندگی سالم» است و از همین رو به تمام کشورها با صراحت اعلام کرده است اگر می‌خواهند تا سال ۲۰۳۰ اپیدمی دیابت را به میزان قابل توجهی در کشورهای خود کاهش دهند- همچون ایالات متحده- به اتخاذ تلاش‌های تهاجمی فوری علیه بحران دیابت نیاز دارند.

*تلیخیص و تنظیم فارسی: محمد محمودی

آینده به بینش‌های متعددی در مورد سیر آینده دیابت نیاز دارد چرا که در کنار بهبودهای مدیریتی و کاهش برخی آمارها، شیوع دیابت کامل، عوارض عمده مرتبط و مرگ و میر، همگی در حال افزایش است.

با وجود تثبیت‌کننده ظاهری بروز دیابت، پیش‌بینی می‌شود که شیوع دیابت کل از ۳۵۶۴۴۰۰۰ به ۵۴۹۱۳۰۰۰ بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ افزایش یابد. همچنین در این بازه زمانی، تعداد سالانه افراد مبتلا به دیابت با بیماری کلیوی جدید در مرحله پایانی ۲۷۳۷۰ نفر افزایش می‌یابد و تعداد قطع عضوهای جدید ۱۳۳۳۰ نفر افزایش می‌یابد. تعداد سالانه مرگ و میر ناشی از دیابت ۱۰۶۶۳۰ نفر افزایش خواهد یافت. رشد جمعیت یک عامل است، اما همه این اعداد سریعتر از جمعیت در حال رشد هستند. به نظر می‌رسد چندین عامل دیگر نیز عامل این امر باشند:

الف- جمعیت سالخورده‌ای که در مجموع عمر طولانی‌تری دارند، منجر به ابتلای افراد بیشتری به دیابت می‌شود، زیرا بروز آن در سنین بعدی به طور چشمگیری افزایش می‌یابد.

ب- کاهش قابل توجه در بروز مرگ و میر ناشی از دیابت به این معنی است که افراد مبتلا به دیابت عمر طولانی‌تری خواهند داشت و زندگی بسیاری از آنها با بیماری‌های مزمن قابل توجه همراه هستند.

ج- در نهایت، افزایش چشمگیر دیابت نوع ۲ در کودکان و نوجوانان، که از ۳ درصد موارد جدید دیابت در کودکان قبل از دهه ۱۹۹۰ به ۴۵ درصد موارد جدید در سال ۲۰۰۵ افزایش یافته است، به این معنی است که زندگی تعداد بیشتری از بزرگسالان جوان و میانسال زندگی با دیابت خواهند بود.

تیم تحقیقاتی «پیش‌بینی‌های مربوط به سال ۲۰۳۰» در نهایت اعلام کرده است که با وجود شرایط پیش‌آمده، هزینه‌های درمان دیابت نیز به طور چشمگیری در حال افزایش است.

آنها برای چندمین بار هشدار داده‌اند که انتظار می‌رود بین سال‌های ۲۰۱۵ و ۲۰۳۰ کل هزینه‌های دیابت در ایالات متحده به ۶۲۲ میلیارد دلار افزایش یابد ضمن آنکه هزینه



چرا باید درمان های آنلاین را ادامه دهیم؟

برگرفته از : Benefits of Online Therapy

در: www.top10.com

ارتباطات برای شما مناسبتر است: پیام های متنی، پیام های صوتی، یا تماس های صوتی یا تصویری. بیشتر برنامه های تله ترابی شامل پیام رسانی نامحدود است، بنابراین می توانید افکار و احساسات خود را در هر زمانی با دیگران در میان بگذارید، که به خودی خود می تواند، روش مناسب کمک درمانی باشد.

د- انتخاب درمانگر

ابتدا نیازها و انتظارات خود را ارزیابی کنید. به این فکر کنید که الان کجا هستید و از نظر سلامت روانی می خواهید در کجا باشید. یادداشت هایی از جمله مسائل جاری و اهداف آینده را بنویسید تا با درمانگر خود ارتباط برقرار کنید.

در مرحله بعد، از یک پلت فرم آنلاین برای محدود کردن جستجوی خود استفاده کنید. فهرست راهنمای آنلاین مانند Online-Therapy.com به شما امکان می دهد درمانگران را بر اساس تمرکز (مانند افسردگی، اضطراب)، زبان، منطقه، جنسیت و تمایلات جنسی، ایمان، حرفه، گروه سنی، رویکرد درمانی و موارد دیگر فیلتر کنید.

خدمات تطبیقی، مانند Betterhelp.com، بر اساس اطلاعاتی که از طریق پرسشنامه ارائه می کنید، شما را با یک درمانگر مجاز مرتبط می کند.

درمانگر جدید خود را بشناسید. آشکارا و صادقانه به این مشارکت نزدیک شوید. شما حق دارید که درمانگر خود را ارزیابی کنید، سؤال پرسید و امیدها و انتظارات خود را روشن کنید. یک درمانگر خوب شما را به انجام این کار تشویق می کند.

در نهایت، اگر بعد از چند جلسه درمانی آنلاین همه چیز

با وجود عبور نسبی از دوران پاندمی کووید ۱۹، درمان آنلاین به عنوان میراثی از دوران قرنطینه بشری در عصر فرا ارتباطات همچنان مزایایی قابل توجه، غیر قابل رقابت و در حال گسترشی دارد که می تواند در زندگی امروز و فردای ما نقش بیشتری ایفا نماید.

_ مزایای درمان های آنلاین عبارتند از:

الف - سهولت و راحتی

شما در درمان آنلاین به جای رفتن به مطب یک درمانگر، می توانید پیام های متنی یا صوتی ارسال کنید یا از طریق تماس های صوتی یا تصویری به صورت بلادرنگ از خانه خود و در زمانی که مناسب شما باشد، صحبت کنید. برای افراد خانه نشین، کم تحرک یا کسانی که در مناطق روستایی زندگی می کنند، مشاوره و درمان آنلاین یک موهبت واقعی است.

ب- گسترش حق انتخاب درمانگر

انتخاب شما برای درمانگر حضوری معمولاً با جغرافیای زندگی شما محدود می شود. ولی با استفاده از درمان آنلاین، شما می توانید صدها درمانگر واجد شرایط را انتخاب و یا به طور هوشمندانه با آنها هماهنگ شوید، درمانگرانی که هر کدام تخصص، رویکرد درمانی، سبک ارتباطی و برنامه زمانی خاص خود را دارند و گزینه های بیشتری را برای یافتن درمان مناسب در اختیار شما قرار می دهند.

ج- انتخاب نوع ارتباط

شما در درمان آنلاین می توانید انتخاب کنید که چه شکلی از

یک متخصص بهداشت باید اطلاعات شما را همیشه محرمانه و محرمانه نگه دارد.

چه مسائل بهداشت روانی برای خدمات آنلاین درمانی مناسب است؟

برای پاسخ به این سوال مهم، ذکر مسائل مربوط به سلامت روان که برای خدمات آنلاین مناسب نیستند، آسانتر است. اینها شامل اختلالات روانی شدید، به ویژه آنهایی است که بیماران بسیار ناکارآمد هستند یا تهدیدی برای خود یا دیگران هستند، مانند افسردگی شدید، اسکیزوفرنی، و سایر بیماری‌هایی که با توهم، هذیان‌های قوی، یا رفتارهای خشونت‌آمیز یا ضد اجتماعی مشخص می‌شوند. اگر شما یا شخصی که می‌شناسید در خطر آسیب رساندن به خود یا شخص دیگری است، فوراً با خدمات اضطراری تماس بگیرید.

در غیر این صورت، درمان الکترونیکی می‌تواند در طیف گسترده‌ای از سناریوها، از جمله موارد زیر مفید باشد. شرایط بالینی: افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت، اختلالات خوردن، اختلال وسواس فکری اجباری (OCD)، تروما و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، فوبیا و اعتیاد. موضوعات زندگی: فرزندپروری، هویت جنسی، روابط و صمیمیت، پذیرش بدن، بحران‌ها و گذارهای زندگی، استرس و فرسودگی شغلی، و عزت نفس.

رویکردهای خاص: درمان شناختی رفتاری (CBT)، درمان روان‌پویشی، حساسیت زدایی و پردازش مجدد حرکات چشم (EMDR)، روانکاوی و غیره.

چقدر می‌توانید با درمان آنلاین صرفه جویی کنید؟ همانطور که قبلاً ذکر شد، برنامه‌های درمانی آنلاین از ۶۰ تا ۸۰ دلار در هفته / جلسه در ایالات متحده متغیر است، این در حالی است که درمان حضوری معمولاً بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ دلار در هر جلسه هزینه دارد.

بنابراین، با انتخاب از راه دور درمانی، می‌توانید از ۲۰ تا ۱۴۰ دلار در هر جلسه «صرفه جویی اقتصادی» کنید.

هنگام مقایسه، حتماً پوشش بیمه، در دسترس بودن کمک‌های مالی یا قیمت گذاری "مقیاس کشویی" و هزینه‌های اضافی مانند حمل و نقل (حضور) را در نظر بگیرید.

از مسیر این درمانگر حل نشد، از جستجوی یک درمانگر جدید نترسید. بلندمدت فکر کنید و روی یافتن کسی که با او راحت هستید تمرکز کنید. اگر از یک سرویس منطبق استفاده می‌کنید، به سادگی با پلتفرم تماس بگیرید و یک مسابقه جدید بخواهید. همه پلتفرم‌های آنلاین به شما این امکان را می‌دهند که این کار را به صورت رایگان انجام دهید.

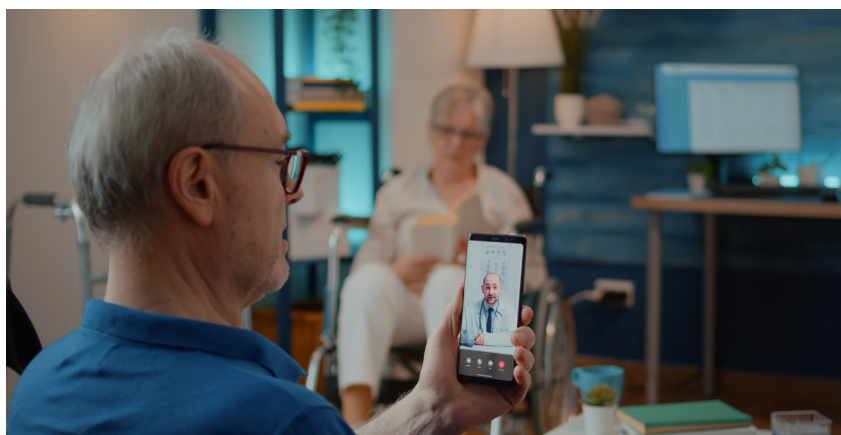
قبل از ثبت نام برای درمان آنلاین، سوالات زیر را از خود پرسید:

- * این درمانگر چقدر صلاحیت و چند سال سابقه دارد؟
- * این درمانگر در چه مواردی تخصص دارد و آیا تخصص‌های وی با نیازهای من مطابقت دارند؟
- * این درمانگر از چه روشی برای درمان استفاده می‌کند؟
- * آیا این درمانگر توافق نامه رضایت آگاهانه‌ای برای امضا دارد؟
- * آیا امکان بررسی‌ها و راستی‌آزمایی‌های لازم در مورد این پلت فرم درمانی آنلاین وجود دارد؟
- * آیا این درمانگر معمولاً با بیمارانش در مدتی طولانی همراهی کرده است؟ ما تا کی با هم کار خواهیم کرد؟
- * آیا تکالیف درمانی با تخصص این درمانگر تعیین می‌شود؟
- * آیا این پلت فرم درمانی آنلاین، اقدامات محرمانه‌ای دارد؟
- * نحوه پرداخت با این سرویس آنلاین درمانی، چگونه خواهد بود؟

درمان آنلاین یکی از جدیدترین حوزه‌های سلامت است و مقررات آن همچنان در حال تغییر است. چند سطح از مقررات در ایالات متحده وجود دارد: فدرال، ایالتی، و اخلاقی. در سطح فدرال، سازمان غذا و دارو (FDA) و کمیسیون تجارت فدرال (FTC) سعی می‌کنند برنامه‌های درمانی آنلاین را تنظیم کنند، اگرچه هنوز قوانین و قوانین زیادی را تدوین می‌کنند.

در سطح ایالت، متخصصان بهداشت روان باید الزامات مجوز دولتی را رعایت کنند. این اغلب شامل انجام بررسی‌های پیشینه، داشتن تحصیلات مرتبط برای این عمل، و قبولی در آزمون مشاور دولتی است.

فراتر از مقررات فدرال و ایالتی، خدمات آنلاین سلامت روان باید از قانون تعیین شده توسط HIPAA (قانون قابل حمل و پاسخگویی بیمه سلامت) پیروی کنند. به این معنی که





گزارش سمینار هفته دیابت

* تدوین: فاطمه فداکار

به مناسبت هفته جهانی دیابت سمیناری با موضوع تازه های دیابت در آمفی تئاتر دانشگاه علوم پزشکی تهران روز پنج شنبه از ساعت ۸ الی ۱۳ با همکاری بنیاد امور بیماری های خاص و ۲۲۰ نفر از پزشکان ۱۱۰۰ مطب دیابتی برگزار گردید.

در ابتدای این سمینار آقای دکتر استوار، دیابت را یکی از شایع ترین بیماری های متابولیک خواندند. دیابت نوع یک که عمدتاً در سنین پائین رخ می دهد، دیابت نوع ۲ و دیابت بارداری از مهم ترین انواع دیابت محسوب می شوند. بیش از ۴۵۰ میلیون نفر در دنیا به دیابت مبتلا هستند و پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۴۵ این تعداد به ۷۰۰ میلیون نفر برسد و بار اقتصادی دیابت در دنیا در سال ۲۰۳۰ به حدود ۲/۲ تریلیون دلار افزایش یابد. علاوه بر این حدود ۴٪ علل مرگ در دنیا به دیابت اختصاص دارد.

بر اساس یافته های پیمایش ملی خطر بیماری های غیر واگیر (استپس) در ایران، حدوداً ۱۴ درصد بزرگسالان ۲۵ ساله و بالاتر به دیابت نوع ۲ مبتلا هستند. از میان افراد مبتلا به دیابت، حدود یک چهارم افراد از بیماری خود مطلع نیستند و بیماری تنها در کمتر از یک سوم این افراد تحت کنترل می باشد.

با توجه به شیوع زیاد و بار بسیار بالای دیابت در جهان، ثابت نگه داشتن شیوع دیابت به عنوان یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت در برنامه عملیاتی جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در سال ۲۰۱۳، تعیین گردید. علیرغم این هدف گذاری، تقریباً هیچ کشوری در جهان موفق به دستیابی به این هدف از اهداف ۱۳ گانه سازمان جهانی بهداشت نشده است. از مهمترین دلایل دستیابی به این هدف، پایین بودن سطح آگاهی عمومی در مورد دیابت و عوامل خطر زمینه ساز آن و سرمایه گذاری ناکافی برای پیاده سازی برنامه های پیشگیری و کنترل دیابت می باشد. روز جهانی دیابت امسال با شعار "با آموزش از آینده خود محافظت کنیم" در سراسر دنیا با هدف افزایش آگاهی عمومی و ایجاد حساسیت در مورد اهمیت آموزش در کاهش بار دیابت و دستیابی به اهداف تعیین شده در برنامه اقدام سازمانی جهانی بهداشت برای پیشگیری و

کنترل بیماری های غیرواگیر برگزار می شود. در این میان افزایش آگاهی و به روز رسانی دانش ارائه دهندگان خدمات پیشگیری و کنترل دیابت به خصوص پزشکان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. پژوهشگاه علوم و غدد متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان قطب علمی آموزش علوم غدد در کشور و نیز در راستای مأموریت پژوهشگاه به عنوان همکار سازمان جهانی بهداشت در حیطه آموزش و پژوهش دیابت اقدامات ارزنده ای در زمینه آموزش دیابت، اداره کلینیک های آموزشی-پژوهشی دیابت، اجرای پژوهش ۱۱۰۰ مطب دیابتی و تولید شواهد علمی برای سیاست گذاری در حوزه دیابت در همکاری با شبکه تحقیقات دیابت در کشور و بسیاری از پروژه های آموزشی دیگر نام برد.

دکتر اعتماد در خصوص تاریخچه برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت و خلاصه عملکرد طی سال های ۱۴۰۰-۱۳۹۸ توضیحاتی بیان نمودند که افزایش سرسام آور و شیوع بیماری دیابت طی چهار دهه گذشته در جهان این بیماری را به بزرگترین اپیدمی تاریخ تبدیل کرده است. ۵۳۷ میلیون نفر در جهان مبتلا به این بیماری هستند و پیش بینی میشود تا سال ۲۰۴۵ تعداد مبتلایان از مرز ۷۸۴ میلیون فراتر رود. رشد صعودی شیوع دیابت، باعث شده است که این بیماری جزء اولویت های سلامت برنامه های کشورهای مختلف باشد. با توجه به مطالب فوق و بر اساس تحقیقات انجام گرفته در مراکز تحقیقاتی کشور، از سال ۱۳۷۱ اقداماتی در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری دیابت در مرکز مدیریت بیماری ها آغاز شد. طی سالهای ۱۳۷۵-۱۳۷۶ طرحی آزمایشی برای پیشگیری و کنترل دیابت تهیه و در تعدادی از دانشگاه های علوم پزشکی کشور اجرا شد. متعاقب اجرای طرح طی سال های ۱۳۷۷ لغایت ۱۳۸۰ نقاط ضعف طرح برطرف و در سال های ۱۳۸۲-۱۳۸۱ ارزشیابی طرح انجام شد. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت پس از طراحی، اجرای آزمایشی و بازنگری از سال ۱۳۸۳ با هدف کلی پیشگیری و کنترل بیماری دیابت و عوارض ناشی از آن و اهداف و بازده نهایی ارتقاء سلامت و کاستن از بار بیماری، در نظام

کنترل مناسب قندخون مهمترین فاکتور در پیشگیری از ایجاد و پیشرفت عوارض دیابت به شمار می آید. با یادگیری مهارت های چهارگانه، میتوان به سادگی دیابت را کنترل کرده و از عوارض آن پیشگیری نمود. شناسایی مشکلات فردی در اتخاذ رفتارهای خود مدیریتی می تواند نقش به سزایی داشته باشد تا در مراحل بعدی مداخلات هدف گیری مناسب انجام گیرد. آموزش، بیمار را توانمند می سازد تا با استفاده از مهارت هایی که آموخته عادت های نادرست را در زندگی خود اصلاح کند. آموزش استاندارد دیابت، آموزشی است که دارای محتوای متناسب با شرایط اجتماعی فرهنگی جوامع بوده و منجر به تغییر رفتار در افراد دیابتی شود و فرد دیابتی را به داشتن سبک زندگی سالم تشویق نماید. آموزشی استاندارد می باشد که اصول زیر را پاسخ دهد: ساختار یافته و هدفمند که پله پله کنترل قندخون را به بیمار بیاموزد.

در کنار بیمار مهارت های علمی کنترل قندخون را تمرین کند.

برای تمامی نیازهای آموزشی وی برنامه ای داشته باشد. باعث شرکت فعالانه بیمار در امر مراقبت از خود و افزایش مسئولیت پذیری در کنترل علائم و عوارض گردد. کمک نماید فرد بتواند تا حد زیادی استقلال خود را حفظ کرده و باعث افزایش کارایی وی گردد.

بهبود مهارت های بین فردی و حمایت همسالان از طریق حیطه تعامل با افراد حرفه ای و سایر افراد تاثیرگذار در رفتارهای خودمدیریتی، موجب بهبود شاخص های رفتاری، کاهش استرس و افزایش حمایت اجتماعی میشود که این عوامل اتخاذ رفتارهای خود مدیریتی دیابت را ارتقاء می بخشد. در این میان دسترسی به منابع معتبر علمی و رسانه های اجتماعی (معتبر، به زبان ساده و قابل فهم و به گونه ای ساده که نیازهای افراد به ویژه سالمندان که تجربه کمی از کار با اینترنت دارند) بسیار تاثیرگذار خواهند بود. این سمینار با هدف آگاهی و فرهنگ سازی در راستای ارتقای سلامت تلاش می کند تا مراقبت، پیشگیری از عوارض و درمان صحیح در دیابت را در کانون توجهات ارائه دهندگان خدمت، جوامع و سیاست گذران بهداشتی-درمانی قرار دهد. آگاهی بخشی از اهداف برگزاری برنامه های هفته ملی دیابت می باشد.

آقای دکتر شرقی در رابطه با مروری بر داروهای خوراکی دیابت بیان داشتند که دیابت نوع ۲ چهره های بسیار گوناگونی دارد و از نظر سن شروع بیماری، وزن بیمار، میزان مقاومت به انسولین و احتمال بروز عوارض تفاوت های زیادی در بین بیماران دیده می شود. لذا درمان دیابت محور با لحاظ جنبه های فردی (از جمله گزینش های بیمار) و بهای درمان در مدیریت این بیماری بسیار مهم است. نقش افزایش قندخون در ایجاد عوارض میکروواسکولار و ماکروواسکولار

سلامت ادغام شد. از سال ۱۳۹۴ و همزمان با تدوین سند پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر، برنامه ایران (برگرفته از پروتکل پن سازمان جهانی بهداشت) طراحی شد و به اجرا در آمد. همچنین چارچوب ارائه خدمات دیابت نیز بر اساس سند غیرواگیر در سال ۱۳۹۶ تدوین گردید. بخش قلبی و عروقی این برنامه با تمرکز بر ادغام مراقبت دیابت و فشارخون اجرا شد. از آن پس غربالگری و بیماریابی دیابت و فشارخون در قالب بسته پیشگیری از سکت های قلبی و مغزی از مسیر تعیین خطر ده ساله سکت های قلبی انجام میشود. در حال حاضر بیش از ۲.۲ میلیون بیمار در سامانه های بهداشت ثبت شده اند و تحت مراقبت سلامت و پزشکان هستند. طی سالهای ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ پاندمی کووید تاثیر چشمگیری بر ارائه خدمات بیماری های غیرواگیر داشت. خلاصه عملکرد سه سال گذشته حاکی از بازگشت ارائه خدمات به شرایط قبل از پاندمی کووید می باشد.

دکتر اولیایی منش در خصوص اهمیت خود مدیریتی و توانمند سازی بیماران دیابتی بیان نمودند که دیابت به عنوان یکی از شایع ترین بیماری های مزمن در جهان و در کشور ما به طور اساسی در گسترش آسیب ها، مرگ و میر و هزینه های سلامتی سهیم است. از ابزارهای مفید در راستای حمایت همه جانبه از بیماران دیابتی، "ارتقاء رفتارهای خود مدیریتی" است. خود مدیریتی و خود مراقبتی فرایندی فعال و عملی است و توجه به منحصر به فرد بودن هر بیمار و طرح مراقبتی او در بستر جامعه ضروری می باشد. این فرایند شامل مجموعه ای از رفتارها تعریف شده است که بیماران مبتلا به دیابت به طور روزانه برای دستیابی به اهداف مدیریت و کنترل مطلوب بیماری خود انجام می دهند. خود مدیریتی تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار دارد، با شناسایی عواملی که در موفقیت یا شکست این فرایند سهیم هستند، تیم درمان می تواند مداخلاتی برای کمک به بیمار یا خانواده وی برای پذیرش و به کارگیری برنامه خاص درمانی تدوین نماید. هر بیمار به طور معمول ۴ ساعت در سال برای مراقبت و پیگیری درمان با تیم درمانی خود در تماس مستقیم است. این در حالی است که ۸۷۵۶ ساعت دیگر مراقبت از بیماری خود را بر عهده دارد (۹۵٪) مراقبت توسط خود بیمار مدیریت خواهد شد.

کنترل دیابت بر خلاف بسیاری از بیماری ها تنها با مصرف دارو امکان پذیر نیست، بلکه کنترل دیابت نیازمند کسب مهارت های چهارگانه مدیریت شخصی دیابت شامل تغذیه صحیح، فعالیت بدنی مناسب، استفاده صحیح از داروهای کنترل قند خون و پایش فردی قندخون است. خطر عوارض ناشی از دیابت در بین افراد دیابتی که قند خون خود را کنترل میکنند، بسیار کم تر است و

به صورت تزریق هفتگی با تاثیر قابل توجه بر روی وزن به بازار آمده اند.

اخیرا FDA داروی مونجارو را که با تزریق هفتگی است تایید کرده است که بیش از همه در کاهش وزن موثر است. سمیگلو تاید خوراکی هم از این گروه مورد تایید قرار گرفته است. انسولین های آنالوگ با پروفایل تاثیر فیزیولوژیک تر بر روی قند خون در بیمارانی که با قرص های خوراکی به هدف کنترل قند نمی رسند یا در حالت کاتابولیک شدید قرار دارند قندهای بعد غذا را راحت تر و بهتر کنترل می کنند و با احتمال هیپوگلیسمی کمتری همراه هستند، لهذا نوسانات قندخون را کمتر می کنند. امروزه علاوه بر اینکه تاکید دانشمندان بر کاهش نوسانات قند خون در کنار بهبود HbA1c و کنترل مناسب تر قندهای بعد غذاست به عارضه کبد چرب یا NAFLD بیشتر معطوف شده است که در حدود ۴۰ درصد بیماران دیابتی را درگیر کرده است. برای بهبود این عارضه علاوه بر کاهش وزن، کنترل بهتر دیابت لازم است که GLP۱ آنالوگ ها در اینجا جایگاه اول را پیدا کرده اند.

دکتر مهاجری تهرانی در رابطه با روش های نوین در زخم پای دیابتی بیان نمودند این روزها یکی از بیماری های شایع غیرواگیر که اکثر جوامع را درگیر کرده، دیابت است. به طوری که بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، تعداد مبتلایان به دیابت در سال ۲۰۰۰، ۱۷۱ میلیون نفر بوده است که در صورت عدم به کارگیری راهبردهای مناسب تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۲۵، ۳۸۰ میلیون نفر به این بیماری مبتلا شوند. شواهد حاکی از تاثیر این بیماری و عوارض آن بر زندگی افراد بیمار و سیستم بهداشتی درمانی جامعه است. طبیعت مزمن دیابت و درمان های نوین این بیماری که باعث افزایش طول عمر بیماران دیابتی می شود، احتمال ابتلا به عوارض مزمن آن نظیر زخم یا عفونت پاها را در طول حیات بیماران دیابتی افزایش می دهد. بر اساس مطالعات انجام شده ۱۵ درصد بیماران دیابتی دچار زخم پای دیابتی می شوند. زخم پای دیابتی شایع ترین علت بستری شدن بیماران دیابتی در بیمارستان است. از طرف دیگر بدون ارائه مراقبت های لازم، این زخم ها منجر به عفونت، گانگرن، آمپوتاسیون و حتی مرگ می شوند. روشهای مختلفی برای تسریع بهبود زخم پیشنهاد شده است. درمان اصلی عارضه زخم پای دیابتی عبارتند از آنتی بیوتیک درمانی، دبریدمان (Debridement)، انتخاب و استفاده از پانسمان مناسب (dressing)، آفلودینگ (offloading)، برقراری خونرسانی (revascularization) و آموزش به بیمار و خانواده وی. در کنار این رویکردهای اصلی درمان های نوین دیگری نیز مطرح هستند که استفاده به هنگام از هر یک، روند بهبود زخم را تسریع می بخشد. درمان های نوین زخم پای دیابتی

دیابت با مطالعات متعددی ثابت شده و در مطالعات بزرگی مانند UKPDS تاثیر کاهش دادن قندخون در پیشگیری از بروز عوارض میکروواسکولار به خوبی نشان داده شده است. با این وجود تا چند سال پیش هیچ یک از داروهای خوراکی پابین آورنده قندخون اثر قابل اثبات و چشمگیری در کاهش عوارض ماکروواسکولر و افزایش طول عمر بیماران از خود نشان نداده بودند. از سال ۲۰۱۵ با اولین مطالعه ی چند مرکزی بزرگ روی داروهای مهارکننده کانال های سدیم-پتاسیم ۲ و متعاقب آن در سال ۲۰۱۶ با مطالعه ی مشابهی روی داروهای آگونیست گیرنده GLP۱ و مشاهده اثرات بسیار قابل ملاحظه این دو دسته دارو در کاهش عوارض کرونری، نارسایی قلبی و عوارض کلیوی بیماران دیابتی، تغییرات عمده ای در دستورالعمل های مجامع علمی معتبر در ارتباط با شروع و ادامه درمان بیماران دیابتی نوع ۲ و گزینش دارو از بین سید بسیار متنوع داروهای خوراکی ایجاد شد. به طوری که در حال حاضر گزینش دارو به طور مشخص بر پایه مهار بروز عوارض یاد شده در هر بیمار خاص مبتنی است. ملاحظه می شود که با توجه به وجود یا غیاب عوارض مذکور و همچنین وجود یا غیاب اضافه وزن بیمار و ملاحظات اجتماعی-اقتصادی، داروهای انتخابی برای هر بیمار خاص با بیماران دیگر متفاوت خواهد بود. تاثیر دو دسته دارویی مذکور بر کاهش وزن بیماران نکته بسیار مهم دیگری است که بر تکوین دستورالعمل های درمانی اثر گذار بوده و بر انتخاب داروی هر بیمار خاص سایه افکنده است. با این وجود، قیمت بالای داروهای یاد شده و بعضا عدم پوشش بیمه، پزشک را در گزینش داروی موثر با اشکالات مواجه می کنند. ادامه مطالعات بر روی داروهای جدید همچنان موید تاثیر قابل ملاحظه آن ها بر عوارض عمده دیابت هستند و بر این اساس تکوین و ارائه داروهای موثر از دسته داروهای یاد شده در دست اقدام هستند. با گسترش روز افزون داروهای موثر بر عوارض قلبی-عروقی، کلیوی دیابت و تعمیق شواهد مبتنی بر تاثیرگذاری آن ها شاهد تاکید روزافزون بر استفاده از آن ها حتی به عنوان اولین داروی انتخابی در بیماران مبتلا به عوارض یاد شده یا در معرض خطر ابتلا به آن ها هستیم. به نظر می رسد که با فراگیر شدن تولید و کاربرد این داروها و احتمالاً کاهش بهای آنها در آینده نه چندان دور و اقناع سازمان های بیمه گر برای پوشش مالی، به زودی شاهد تغییرات مثبت قابل توجهی در طول عمر بیماران دیابتی باشیم.

دکتر خوش نیت در رابطه با مروری بر درمان های تزریقی دیابت توضیح دادند که درمان های تزریقی دیابت شامل GLP۱ آنالوگ ها و انسولین می باشد. داروهای دسته اول در گایدلاین جدید جایگاه مهمتری پیدا کرده اند. علاوه براین که در نارسایی قلبی و بیماری آترواسکلروتیک قلبی جایگاه برجسته ای دارند برای کاهش وزن در بیماران دیابتی با اضافه وزن نقش اول را دارند. امروزه این داروها

گرفتن شرایط هر فرد پروتکل درمانی انتخاب شود تا یک زندگی با کیفیت و بدون عارضه برای آن بیمار فراهم گردد. دکتر نمازی در مورد نقش رژیم های غذایی در کنترل دیابت بیان نمودند که یکی از عوامل کلیدی در کنترل قند خون و سایر فاکتورهای متابولیک در بیماران مبتلا به دیابت، نوع رژیم و عادات غذایی فرد است. بر اساس مطالعات انجام شده، تاکید بر داشتن یک الگوی غذایی سالم در کنترل دیابت و پیشگیری از عوارض ناشی از آن، موثرتر از تاکید بر مصرف یک یا چند ماده غذایی یا ماده مغذی خاص می تواند باشد. در این سخنرانی، اثرات رژیم های غذایی مختلف مطرح در کنترل دیابت، ارائه می گردد. بر اساس آخرین شواهد علمی، رژیم های غذایی خیلی کم کربوهیدرات و کتوژنیک می تواند در افراد مبتلا به دیابت و چاق، حداکثر تا ۶ ماه بر کنترل گلیسمی موثر باشند و سبب کاهش وزن شوند. اما اثرات مثبت آن بر سطح تری گلیسیرید و HDL-C تا ۱۲ ماه ادامه می یابد. رژیم های غذایی سرشار از غذاهای فراسودمند از جمله رژیم مدیترانه ای و رژیم DASH، از جمله رژیم های غذایی مناسبی هستند که می توانند برای پیشگیری و کنترل دیابت موثر باشند. یکی از مکانیسم های احتمالی این دست از رژیم ها که اخیراً مورد توجه قرار گرفته است، تغییر در میکروبیوم روده است. شواهد حاکی از این است که روزه داری متناوب هم می تواند اثرات مثبت بر وضعیت متابولیک داشته باشد. اما نوع و میزان اثرات، بسته به شرایط پایه فرد متفاوت است. در افراد چاق با مقاومت به انسولین نیز، رژیم های گیاهخواری می توانند بر کاهش مقاومت موثر بوده و سبب بهبود الگوی لیپیدی شوند. بر اساس مطالعات اخیر، الگوی پروتئین نیز در ابتلا به دیابت بارداری می تواند موثر باشد. رژیم بر پایه پروتئین های حیوانی در مقایسه با گیاهی، خطر دیابت بارداری را افزایش می دهد. به طور کلی، یک نوع رژیم غذایی مشخص نمیتواند برای تمامی افراد مناسب باشد و در نظر گرفتن شرایط فرد از جوانب مختلف حائز اهمیت است.

دکتر طباطبایی ملاذی در مورد مداخلات درمانی های جایگزین در مراقبت از دیابت بیان نمودند که امروزه، شیوع فزاینده و رو به رشد دیابت یکی از چالش های مهم سلامتی در دنیا محسوب می شود. کنترل نامطلوب دیابت نه تنها سبب بروز عوارض ناخوشایند بلکه در مواردی منجر به آسیب جدی و کشنده در ارگان های حیاتی مانند قلب و مغز می گردد. لذا مدیریت صحیح و اصولی دیابت امری بسیار مهم می باشد. در کنار مصرف صحیح و به موقع داروهای تجویزی پزشک، خود ارزیابی بیماران نیز نقش بسیار مهمی در مدیریت صحیح دیابت دارد. با توجه به محدودیت منابع بهداشتی، هزینه های بالای داروهای مورد استفاده و عوارض جانبی ناخوشایند این داروها به خصوص هیپوگلیسمی، اغلب بیماران گرایش به استفاده از درمان

عبارتند از: ماگوت تراپی، استفاده از لیزر، اوزون تراپی، پلاسما پزشکی، لیزر درمانی، اکسیژن هایپر بار، سلول های بنیادی، بیوایمپلنت و پی آر پی. لازم به ذکر است که هیچ یک از روش های درمان نمی تواند برتر از سایر روش ها باشد.

آقای دکتر آقای میبدی با بررسی بحث موردی، بیان کردند دیابت بیماری مزمنی است که مدیریت آن نیازمند ترکیبی از درمان فارماکولوژیک و تغییر شیوه زندگی برای پیشگیری یا به تاخیر انداختن عوارض آن و فراهم نمودن یک زندگی با کیفیت است. این کار مشتمل بر کنترل مناسب قندخون، وزن، کنترل ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی، بیماری های همراه و عوارض مزمن دیابت است. این خود نیازمند ایجاد نظام مراقبت ساختارمند بر اساس مدل مراقبتی بیماری های مزمن مشتمل بر مراقبت های بیمار محور و درگیر نمودن بیمار در فعالیت های خود مراقبتی است. یکی از مهم ترین پایه های این امر ایجاد ارتباط مناسب بین بیمار و تیم بهداشتی-درمانی است، به گونه ای که این ارتباط عاری از برجسب زدن به بیمار بوده و تقویت کننده جنبه های مثبت عملکرد بیمار باشد. از طرف دیگر با توجه به این که دیابت مجموعه ای از بیماری های مختلف با شروع سنی و سیر پیشرفت متفاوت است، علاوه بر فراهم نمودن اقدامات حمایتی و آموزش خود مراقبتی، اقدامات درمانی باید فرد محور بوده و بهترین اقدامات درمانی برای هر فرد، بسته به شرایط آن بیمار انتخاب شود. هدف اولیه و پیگیری کنترل قند خون با هموگلوبین گلیکوزیله انجام می شود. با توجه به پیشرفت هایی که در زمینه تکنولوژی اندازه گیری قند خون صورت گرفته، امروزه معیارهای نیز در راهنماهای بالینی مد نظر می باشد. در انتخاب درمان دارویی برای کاهش قند خون توصیه میشود که ریسک فاکتورهای قلبی-عروقی، میزان درگیری کلیوی دیابت، وزن، احتمال افت قند خون و هزینه های درمان در نظر گرفته شود. از سوی دیگر مدیریت درمان دیابت فقط کنترل قند خون به تنهایی نبوده و کنترل فشار و چربی های خون حتی اهمیت بیشتری در پیشگیری از عوارض مزمن دیابت دارند. تقریباً تمامی بیماران با دیابت نوع ۲ نیازمند درمان با استاتین هستند. برای کنترل فشارخون بیمار دیابتی، توصیه به استفاده از مهارکننده های سیستم رنین آنژیوتانسین در خط اول درمان است. در حال حاضر استفاده از آسپرین برای پیشگیری اولیه از بیماری های قلبی-عروقی به صورت روتین برای همه افراد دیابتی توصیه نمی شود و بسته به شرایط هر بیمار ممکن است تجویز گردد. به طور خلاصه مدیریت درمان دیابت نیازمند همکاری متقابل تیم درمانی و بیمار در طولانی مدت بوده و با در نظر

دیابت است. بهترین شکل ورزش که برای افراد دیابتی توصیه میشود، ورزش های هوازی است. ورزش باعث افزایش حساسیت به انسولین، پایین آوردن فشارخون، بهبود سطوح کلسترول و کاهش چربی بدن می شود. تشخیص دیابت یک وضعیت پر استرس در زندگی افراد دیابتی و مدیریت مناسب درمان آن ها است. مراقبت های روانی-اجتماعی برای تمام بیماران مبتلا به دیابت با هدف بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی بایستی فراهم شود.

دکتر ابراهیم پور در مورد مدیریت دیابت در سالمندان توضیح دادند که سالمندان، گروه مهم و متمایز و در عین حال ناهمگنی از افراد مبتلا به دیابت هستند. ساختار فیزیولوژیکی منحصر به فرد، نیازهای زیست پزشکی و چالش های روانی-اجتماعی سالمندان نیاز به رویکردی فردی برای مدیریت آن ها دارد. نیاز های آن ها با نیاز های جوانان متفاوت است. این امر به این معنی است که در هنگام ارزیابی و برنامه ریزی پزشکی و مدیریت آن ها باید مراقبت ویژه ای صورت گیرد. مدیریت دیابت در سالمندان باید بر پیشگیری و محدود کردن سندرم های سالمندی (شرایط پزشکی که در افراد مسن با آن موجه می شوند)، هیپوگلیسمی (گلوکز خون پایین) و اختلال عملکرد عصبی شناختی (اختلال در عملکرد سیستم عصبی و مغز) تمرکز کند. این مبحث یک رویکرد علمی به ارزیابی، مراقبت های شناختی و درمان پزشکی دیابت در سالمندان دارد، چالش های عمده را برجسته می کند و راه حل هایی را برای این مشکلات بالینی که معمولاً با آن مواجه می شوند، پیشنهاد میکند. همچنین به دنبال آگاه کردن مخاطبان برای برخورد مناسب با افراد مسن است. با رشد همه گیر دیابت و با افزایش عمر افراد مبتلا به دیابت، شیوع دیابت در افراد مسن در حال افزایش است. سالمندان بخش قابل توجهی از همه افراد مبتلا به دیابت را تشکیل میدهند. در حقیقت رویکرد عملی برای مدیریت دیابت در سالمندانی که با مسائل بهداشتی، پزشکی و روانی اجتماعی مرتبط با سن زندگی می کنند، ضروری است.

در پایان این همایش خانم دکتر اسدی در رابطه با موضوع تشخیص و درمان دیابت بارداری توضیحاتی ارائه نمودند: دیابت بارداری (GDM) در دوران بارداری ایجاد میشود و معمولاً در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری بر اساس افزایش سطح گلوکز پلازما در آزمایش تحمل گلوکز تشخیص داده میشود. هدف از درمان، دستیابی به سطوح گلوکز مادر تا حد امکان نزدیک به حد طبیعی است تا از ماکروزومی و عوارض جنینی جلوگیری شود. درمان اولیه برای GDM معمولاً اصلاح رژیم غذایی است. انسولین زمانی شروع می شود که سطح گلوکز قابل قبول را نتوان تنها با رژیم غذایی حفظ کرد. آزمایش مادر پس از زایمان برای دیابت یا اختلال تحمل گلوکز در ۴ تا ۶ هفته پس از زایمان انجام میشود. خطر عود GDM در حاملگی های بعدی با پیشرفت به دیابت نوع ۲ زیاد است.

های جایگزین دارند. این درمان ها که برخی منشا گیاهی دارند مانند فرآورده های طبیعی موجود در بازار دارویی هر کشور و برخی منشا غیر گیاهی دارند مانند طب سوزنی، هومیوپاتی، یوگا و حجامت، آثار مختلفی به هنگام مصرف همزمان با داروهای کنترل کننده قند خون نشان میدهند. به عبارتی برخی درمان های جایگزین اثر کمکی در کاهش قند خون و برخی اثر متضاد در کاهش قند خون دارند. بر این اساس، از آنجایی که قدم اول در ارزیابی بیمار دیابتی، گرفتن شرح حال و انجام معاینه می باشد، ضروریست که در خصوص "مصرف/عدم مصرف درمان های جایگزین، نوع درمان مورد استفاده، میزان و مدت استفاده" از بیمار و در صورت لزوم از همراهان وی پرس وجو شود. مطالعات و شواهد علمی بیانگر این مطلب هستند که اغلب پزشکان و کادر درمانی افراد دیابتی، به دلایل مختلفی خصوصاً عدم آگاهی و دانش در زمینه تاثیر مصرف همزمان درمان های جایگزین و داروهای هیپوگلیسمیک بر وضعیت قند خون بیماران، از این سوال مهم غافل مانده و در نهایت مدیریت دیابت به نحو مطلوب و صحیحی انجام نمی شود.

دکتر طالع در خصوص مدیریت دیابت در کودکان بیان داشتند که دیابت یک بیماری شایع است که درمان آن شامل درمان های دارویی و غیر دارویی است. همچنان که مدیریت دارویی مهم است، نیاز به منافع درمان های غیر دارویی نیز باید مورد توجه قرار بگیرد. این درمان ها شامل درمان تغذیه ای، فعالیت فیزیکی، قطع سیگار در نوجوانان، کنترل فشارخون و چربی خون بالا، علائم قلبی-عروقی، کنترل وزن و آموزش دیابت است. برای کنترل مناسب، بیماران دیابتی بایستی سطوح قندخون خود را پایش کنند. تغییرات سبک زندگی اساس مدیریت دیابت است و شامل تجویز یک رژیم غذایی مناسب، ورزش منظم و مدیریت استرس می باشد. اهداف اصلی برای درمان بیماران دیابتی نوع یک شامل نگه داشتن گلوکز در سطح نزدیک به طبیعی، در صورت امکان جلوگیری از عوارض حاد و پیشگیری از عوارض دراز مدت است. علاوه بر این، کمک به روند رشد و تکامل طبیعی دارای اهمیت است. هدف از مدیریت تغذیه رسیدن به وزن ایده آل، گلوکز طبیعی، پروفایل لیپید مطلوب، پیشگیری از عوارض وابسته به دیابت و فراهم آوردن رشد مناسب است. توصیه های تغذیه ای بایستی بر اساس فرهنگ و زمینه فامیلی، اولویت های شخصی، حالت های ناخوشی همراه و منحصر به فرد باشد. هدف، تنظیم تجویز انسولین است که با تغذیه بیمار مبتلا به دیابت نوع یک در تعادل باشد. شمارش کربوهیدرات بهترین راه برای کنترل شدید قند خون است. درمان تغذیه ای یک جزء مهم درمان دیابت نوع یک است، اگرچه بهبود بالینی بهتر را تنها زمانی که درمان تغذیه ای هماهنگ با درمان انسولین و ورزش باشد می توان انتظار داشت. فعالیت فیزیکی منظم یک جزء ضروری مدیریت درمان مبتلا به



زندگینامه نظامی گنجوی

داد، تغییر زیادی پیدا کرد و در نهایت، آرامگاه بازسازی شده نظامی را به شکل کنونی و مطابق با تصویر در شهر گنجه کشور آذربایجان شاهد هستیم.

• آرامگاه نظامی تاریخچه جذابی دارد و دانستن آن، خالی از لطف نیست. نخستین بنای آرامگاه نظامی به قرن سیزدهم میلادی باز می‌شود و پس از تخریب، مجدداً در سال ۱۹۴۷ میلادی بازسازی شد. این پایان ماجرا نبود و بنای کنونی آرامگاه که به شکل استوانه است هم در سال ۱۹۹۱ میلادی احداث شد. آرامگاه نظامی شاهد جنگ میان روسیه و ایران هم بود و ترکش‌های آن، چهارده سال بعد موجب فروپاشی آرامگاه شد و در نهایت، این میرزا آدیگوزل (خان منطقه قره باغ) بود که مجدداً بنای آرامگاه را بازسازی کرد. در نهایت بنای فعلی آرامگاه که یک برج با ارتفاع ۲۰ متر است، در فضایی سرسبز ساخته شد.

بخش‌های مهمی که برای بازدید در آرامگاه نظامی قرار دارد را می‌توان مجسمه‌ها و سیمبل‌های اشعار او دانست. بهترین زمان برای بازدید از آرامگاه نظامی در شهر گنجه آذربایجان، قبل از غروب آفتاب است تا بتوانید از زیبایی‌های اطراف هم لذت ببرید. البته مدت زمان بازدید از آرامگاه نظامی، به نیم تا یک ساعت محدود می‌شود که باید در نظر داشته باشید.

یکی دیگر از بخش‌های مهم کنار آرامگاه، موزه نظامی گنجوی بوده که دقیقاً روبه‌روی آن واقع شده و دارای جاذبه‌های مهمی است. دسترسی به آرامگاه نظامی گنجوی در جمهوری آذربایجان با تاکسی یا سواری، امکان‌پذیر است. بیشتر مسافران و گردشگران، نسبت به در دسترس بودن وسایل نقلیه، نگرانی‌هایی دارند؛ اما در بازدید از آرامگاه نظامی، جایی برای نگرانی وجود ندارد.

جالب است بدانید که مسئولان آرامگاه، شرایط را برای ورود

***منبع : کتاب دیوان قصاید و غزلیات نظامی گنجوی با شرح احوال و آثار سعید نفیسی**

نظامی یکی از شاعران بزرگ ایران زمین است که شهرت جهانی دارد. افراد زیادی نظامی گنجوی را با اثر لیلی و مجنون آن می‌شناسند.

یکی از شاعران و داستان‌سرایان نامدار و مشهور ایرانی که در قرن ششم هجری زندگی می‌کرد، جمال‌الدین ابومحمد الیاس بن یوسف بن زکی بن موید یا همان نظامی نام داشت. نظامی نه تنها روش و سبک جداگانه‌ای را در زمینه شعر و داستان‌سرایی به کار بست، بلکه تاثیر ادبیات و شیوه او را می‌توان در سبک شاعران و داستان‌سرایان پس از او هم به وضوح، مشاهده کرد.

شاعر بزرگ ایرانی، حکیم نظامی در قرن ششم هجری زندگی می‌کرد و در همان دوران، موفق شد سبکی را از خود در شعر و داستان‌سرایی به جای بگذارد که در آثار شاعران پس از او در سده‌های مختلف هم کاملاً نمایان است. نظامی به حدی مشهور است که از هر شخصی بخواهید نام یک شاعر را بگویید، قطعاً نظامی یکی از نام‌هایی است که خواهید شنید و این نشان از شهرت بالای او دارد.

البته نظامی را نمی‌توان فقط یک شاعر یا داستان‌سرا معرفی کرد؛ چراکه فعالیت و دانش او در علوم ادبی، نجوم، فلسفه، علوم انسانی، فقه، کلام و ادبیات عرب نیز زبانزد خاص و عام بود؛ اثر تمام این علوم و تسلط نظامی را می‌توان در شعرهای فوق‌العاده‌ای که سروده است، کاملاً احساس کرد.

آرامگاه نظامی کجاست؟

نظامی در فاصله میان سال‌های ۶۰۲ تا ۶۰۸ هجری قمری و در سن هفتاد سالگی، چشم از جهان فرو بست و آرامگاه او هم در کشور آذربایجان و شهر گنجه قرار دارد. البته این آرامگاه به دلیل تحولات زیادی که در طول تاریخ و در شهر گنجه رخ

ازدواج کرد که از بخت بد روزگار، هر دو همسر دیگر او هم پس از مدت کوتاهی از دنیا رفتند. بر اساس اطلاعاتی که می‌توان از آثار نظامی متوجه شد، او علاقه زیادی به همسران و علی‌الخصوص، همسر اول خود داشت؛ خسرو و شیرین سرشار از احساسات لطیف و مضامین دقیق پیرامون عشق بوده که این مطلب را تصدیق می‌کند.

نظامی شخصیت بسیار خاصی داشت و شاید این موضوع سبب افزایش و ماندگاری شهرت او و آثارش در طول تاریخ شده است. نظامی، بیشتر عمر خود را در شهر گنجه زندگی کرد و به‌ندرت سفر می‌کرد. جالب است بدانید که او تعدادی از آثار خود را به شاهان دوران خود تقدیم کرده است، اما این کار از روی ادب بوده و به همین علت هم نتوانست محبوبیت او را خدشه‌دار کند. در تاریخ آمده که یکی از معدود سفرهای نظامی به دعوت سلطان قزل ارسلان بوده که آن هم فقط ۳۰ فرسنگ از نظامی فاصله داشت. بدون تردید، زندگی پر از فراز و نشیب، اما سرشار از احساس نظامی، باعث شد تا یادگاری‌های زیادی از او برای علاقه‌مندان به شعر و ادب فارسی، باقی بماند.

آثار نظامی

خاص بودن نظامی در سبک شعرهایش نیز مثال‌زدنی است. کارشناسان ادبیات، او را متخصص انتخاب الفاظ و کلمات مناسب به‌منظور ایجاد ترکیبات خاص تازه معرفی می‌کنند. البته نظامی توانایی زیادی در به تصویر کشیدن جزئیات، آن هم با نیروی تخیل خود داشت که همین موضوع هم خاص بودن سبک او را بیش از پیش نمایان می‌کند. البته شعرهای نظامی به‌دلایل مختلف همانند استفاده از اصطلاحات علمی، فلسفی و ترکیبات عربی، پیچیدگی‌های خاص خود را دارد. گاهی وقت‌ها این مسئله باعث سختی کار اساتید و علاقه‌مندان به ادبیات می‌شود؛ اما مزیت‌های کلام نظامی به حدی بالا بوده که سختی‌ها را از ذهن، پاک خواهد کرد.

نظامی گنجوی در طول عمر خود، توانست آثار قابل توجهی از خود به یادگار بگذارد. سبک شعرها و داستان‌سرایی نظامی به‌قدری جذاب بوده که هنوز هم با گذشت سال‌های زیاد، شاهد الگوپردازی شاعران زیادی از سبک او هستیم. آثار نظامی شامل مخزن الاسرار، خسرو و شیرین، لیلی و مجنون، هفت پیکر، اسکندرنامه و دیوان قصاید و غزلیات بوده که هرکدام، دریایی از احساس و تخیلات ستودنی نظامی را شامل می‌شوند. مخزن الاسرار، خسرو و شیرین، لیلی و مجنون، هفت پیکر، اسکندرنامه

معلولین با ویلچر هم فراهم کرده‌اند و وجود پارکینگ اختصاصی هم از دیگر مزایایی بوده که برای گردشگران، فراهم شده است. البته کمبودهایی همانند بوفه و رستوران هم در نزدیکی آرامگاه نظامی، احساس می‌شود.

زندگی‌نامه نظامی

جمال‌الدین ابومحمد در سال‌های ۵۳۵ هجری قمری و در گنجه متولد شد. او نتوانست مدت زمان زیادی مهر پدر و مادری را تجربه کند؛ حکیم نظامی از بخت بد روزگار، پدر و مادر خود را در دوران کودکی از دست داد و طعم یتیمی را چشید. شواهد تاریخی نشان می‌دهد که نظامی در سنین جوانی، هیچگاه از شهر گنجه خارج نشد. او در جوانی موفق شد علوم مختلف را بیاموزد و به زبان‌های آذری، عربی، فارسی و پهلوی، مسلط شود.

نظامی در شعرهای خود، همواره اطلاعات شخصی زیادی را در قالب نظم بیان کرده که همین مسئله سبب شده تا بتوان اطلاعات زیادی را درباره زندگی شخصی او، متوجه شد. به‌عنوان مثال، برخی از شعرهای او به‌خوبی نشان می‌دهند نظامی از شاعرانی که شرافت خود را با پول، معاوضه می‌کردند، بیزار بود یا نام اجداد او هم از میان شعرهای او مشخص شده است.

نظامی در شعرهایش، بسیار کم به رویدادهای زمان خود اشاره کرده و همواره تلاش می‌کرد تا هرآنچه در ذهن و ایده‌هایش می‌گذرد را در قالب شعر و داستان بر زبان آورد و نگارش کند. این مسئله سبب شد تا بتوان اطلاعات شخصی زیادی را از او به دست آورد.

نظامی گنجوی در زمینه زندگی شخصی خود، حقیقتاً رنج زیادی را تحمل کرده است. به گواه تاریخ و بر اساس اشعار او، مشخص شده است که نظامی در طول حیات خود، سه بار ازدواج کرده و هر سه زن در زمان حیات نظامی از دنیا رفته‌اند. عشق، تلاش و صبر را می‌توان از مهم‌ترین ویژگی‌های شخصیتی نظامی دانست.

محمد، نام تنها فرزند نظامی بوده که از زن نخست او است؛ زن اول نظامی، یک کنیز بود و نظامی در اشعارش، علاقه بسیار زیاد خود را به او نشان داده است. شانس با محمد هم یار نبود و مادر خود را در سن هفت سالگی از دست داد و همانند پدر خود، نتوانست طعم شیرین و احساس مادری را به‌خوبی تجربه کند. زمان مرگ همسر نخست نظامی را باید پس از سرودن و به اتمام رساندن خسرو و شیرین عنوان کرد.

پس از مرگ همسر نخست نظامی، او دو بار دیگر





بنیاد امور بیماریهای خاص به منظور ارتقا آگاهی و آموزش عمومی بیماران، اعضای خانواده آنها و عموم مردم در خصوص پیشگیری، درمان و نیز مواجهه با بیماری، اقدام به انتشار بروشور و کتابچه با موضوعات مختلف بیماری می نماید. در این شماره به کتابچه "ژن درمانی در بتا تالاسمی و سایر اختلالات هموگلوبین" می پردازیم.

تحولات اخیر در ژن درمانی برای بتا تالاسمی این امید را ایجاد کرده است که بیماران بتا تالاسمی نیازمند به تزریق خون مکرر، در آینده ای بسیار نزدیک، شانس یک درمان نهایی و زندگی بدون نیاز به درمان را داشته باشند. از چند سال پیش تاکنون، ژن درمانی برای علاج چندین بیماری جدی و به ویژه برای اختلالات ژنتیکی وراثتی مانند نقص سیستم ایمنی اولیه استفاده شده و به عنوان درمانی نجات بخش و زندگی بخش منجر به ارتقا چشمگیری در کیفیت زندگی بیماران شده است. بیماریهای ارثی شبکیه، آتروفی عضلانی-نخاعی و هموفیلی نمونه های دیگری از اختلالات ژنتیکی هستند و ژن درمانی امید زیادی را برای درمان بسیاری از بیماریهای ژنتیکی ایجاد کرده است.

کتابچه «ژن درمانی در بتا تالاسمی و سایر اختلالات هموگلوبین» یک منبع علمی و حاوی اطلاعاتی ارزشمند برای بیماران تالاسمی یا خانواده های این بیماران است که به توضیح مفاهیم این روش درمانی می پردازد. این مجموعه نکات مهم و رؤس اطلاعات علمی درباره ژن درمانی، تاریخچه پیدایش و شرایط و روش مناسب برای انجام آن را بیان می کند. در این جزوه، اطلاعات پزشکی کوتاه درباره زمینه ژنتیکی بیماریها، انواع پیوندها، کارآزمایی های بالینی و نتایج موجود درباره موفقیت های آن، دغدغه ها و نظرات بیمار آمده است. البته مطالب مندرج در این نوشتار در حدود مقدماتی توصیف شده و کسب هر گونه اطلاعات تخصصی تر و تصمیم برحسب شرایط خاص هر بیمار، به پزشک متخصص خون بیماران ارجاع می شود.



گفتگوی اختصاصی با دکتر محمدجواد کیان، مدیریت مرکز درمانی تخصصی خیریه سوده

شد تا ساکنین شهرهای حاشیه ای مسافت کمتری تا مرکز درمانی داشته باشند و همه این اقدامات باقیات صالحاتی برای بانیان این عمل خدایسندانه گردید که منافع آن تا نسل بعد، بر جای مانده. از آن زمان تاکنون بیش از یک میلیون جلسه دیالیز در مرکز درمانی تخصصی خیریه سوده انجام شده و هزاران نفر از خدمات این مرکز درمانی بهره برده اند.

هم اکنون ظرفیت پذیرش بیماران در مرکز درمانی تخصصی خیریه سوده، چه تعداد است؟ با گذشت زمان و به دنبال افزایش تعداد بیماران، توانایی ظرفیت پذیرش بیماران در مرکز درمانی تخصصی خیریه سوده نیز توسعه یافت و تعداد دستگاه ها به ۷۴ تخت دیالیز رسید و بیماران در سه شیفت صبح، ظهر و شب از شهرهای اطراف مانند اسلامشهر، رباط کریم، چهاردانه، شهریار، بهارستان، پرنده، سلطان آباد، احمدآباد، میان آباد، وجیه آباد و ... به این مرکز مراجعه میکنند و با این ترتیب مرکز درمانی تخصصی خیریه سوده تبدیل به پرجمعیت ترین مرکز دیالیز در سطح کشور شد.

چه خدماتی در مرکز درمانی تخصصی به بیماران ارائه می شود و شامل چه واحدهایی هست؟

در حال حاضر افزون بر بخش های تخصصی دیالیز و تالاسمی واحدهای مختلف از قبیل درمانگاه سرپایی، آزمایشگاه پاتولوژی، روانشناسی، تغذیه، بهداشت و مددکاری در این مرکز فعالیت دارند تا در پی مراجعه مستمر بیماران در طی سالهای متوالی آرامشی همانند خانه و خانواده برای آنان در این مرکز درمانی شکل گیرد.

لطفا مرکز درمانی تخصصی خیریه سوده را معرفی بفرمائید و توضیح دهید در کجا واقع شده و چه خدماتی ارائه می دهد؟

ماجرای افتتاح مرکز درمانی تخصصی سوده به ۲۶ سال قبل بر می گردد. در اسفند سال ۱۳۷۴ سرکار خانم فاطمه هاشمی ریاست بنیاد امور بیماریهای خاص بنا به ضرورت و نیاز بیماران خاص جنوب استان تهران با حمایت آیت ... هاشمی رفسنجانی، رئیس جمهور وقت جمهوری اسلامی ایران، اقدام به تأسیس و راه اندازی یک مرکز درمانی تخصصی برای بیماران خاص تالاسمی و دیالیزی در منطقه جنوب غربی استان تهران در شهرک واوان شهرستان اسلامشهر کردند.

چرا شهرک واوان برای احداث مرکز درمانی تخصصی انتخاب شد؟

چون در جنوب استان، مرکز دیالیزی وجود نداشت و بیماران مجبور بودند ۳ روز در هفته مسافت زیادی را طی کنند و با مشقت فراوان خودشان را به مرکز دیالیز در شهر تهران برسانند. بنابراین مرکز درمانی سوده، تنها مرکز دیالیز در جنوب استان شد که در آغاز کار ۳۳ تخت دیالیز داشت. حتی در کنار مرکز درمانی، منازل مسکونی نیز برای بیماران در شهرک واوان تدارک دیده



نیکوکاران در این پروژه مهم و حیات بخش تعداد دستگاه های دیالیز به ۱۲۰ تخت دیالیز ارتقاء یابد و بخش های تشخیصی و درمان سرطان شامل: شیمی درمانی، رادیوتراپی، براکی تراپی در منطقه جنوب استان تهران ایجاد گردد.

در مرکز جامع تخصصی بیماران خاص کلینیک های تخصصی و فوق تخصصی رادیولوژی و سونوگرافی (آندوسکوپی، سیستوسکوپی و کلونوسکوپی) پیش بینی شده است و کلینیک ام اس با تجهیزات طب فیزیکی و فیزیوتراپی می تواند زندگی راحتی را برای مبتلایان به این بیماری به ارمغان آورد.

آزمایشگاه تخصصی، کلینیک دندانپزشکی مخصوص بیماران خاص و داروخانه تخصصی از دیگر بخش های این مجموعه است که برای مجتمع درمانی خاص طراحی شده است.

در پایان گفتگو احساس خودتان را به عنوان مدیر یک مرکز درمانی بیماران خاص، بفرمایید.

آسایش اکنون بیماران دیالیزی مرهون اقدام خردمندانه بانیان این مجموعه درمانی در گذشته بوده است. هم اکنون وظیفه ما است تا نیاز بیماران نسل آینده در منطقه جنوب استان تهران را بشناسیم و در جهت رفع احتیاجات درمانی، یاری گر آنان باشیم.

به امید آنکه با مشارکت و حمایت های مردمی، شاهد احداث و افتتاح مرکز جامع تخصصی بیماران خاص در جنوب استان تهران و استفاده آسان بیماران از امکانات و بهره مندی آنان باشیم.

ارتباط صمیمانه و عاطفی پرستاران مجرب و با اخلاق مرکز درمانی تخصصی خیریه سوده با بیماران مراجعه کننده به گونه ای است که کادر درمان با مراقبت از بیماران حکم فرزندان آنان را پیدا کرده اند.

همچنین حمایت های بی دریغ واحد مددکاری به مددجویان از طریق حمایت های خیرین در قالب کمک هزینه های آمد و رفت به مرکز درمانی و تهیه نسخه های دارو و درمان آنان و پرداخت کمک هزینه های معیشتی و اهدای سبد کالا، پیگیری امور اجتماعی و رسیدگی به امور معیشتی باعث می شود تا از بار غم بیماران کاسته شود.

آیا مرکز درمانی برنامه توسعه ای برای ارائه خدمات خود دارد؟

از آنجائیکه در جنوب غرب استان تهران، فضای درمانی اختصاصی برای بیماری های خاص خصوصا برای تشخیص و درمان بیماری سرطان وجود ندارد و با توجه به اینکه آمار ابتلا به سرطان، نشان می دهد که متأسفانه سالیانه ۱۲۰ هزار نفر به جمعیت بیماران مبتلا به سرطان کشور افزوده می شود، مرکز درمانی تخصصی خیریه سوده در صدد افزایش ظرفیت و توسعه خدمات خود به بیماران خاص جنوب استان تهران و به خصوص بیماران مبتلا به سرطان است تا یادگاری برای آیندگان فراهم سازد.

احداث مرکز جامع درمانی بیماران خاص، در چه مرحله ای است و چه خدماتی به بیماران پیش بینی شده؟

عملیات احداث کامل ترین مجتمع درمانی بیماری های خاص کشور، در شهرک واوان آغاز شده تا با کمک



فدراسیون ورزشی

مجمع عمومی برگزار شده

به منظور ارائه گزارش عملکرد یکساله و بررسی هزینه های مالی هیات های استانی، مجمع عمومی هیات ها همه ساله تشکیل و رئیس هیات گزارش عملکرد خود را به اعضا ارائه می نماید. از آنجا که نماینده فدراسیون در مجامع استانی نیز حضور دارند، بررسی لازم نسبت به چگونگی فعالیت های استانی انجام می پذیرد. در ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۱ تعداد ۱۶ مجمع استانی برگزار گردیده است. همچنین فدراسیون ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا نیز مجمع عمومی سالیانه خود را در خرداد ماه سال جاری با حضور معاون ورزش قهرمانی و روسای هیات های استان و نمایندگان و ورزشکاران، مربیان، ارگان ها و نهاد ها برگزار نمود و به گزارش فعالیت های خود در سال گذشته پرداخت و حسابرس مستقل نیز گزارش فعالیت های مالی فدراسیون را ارائه نمود. مصوبات مورد نیاز فدراسیون و هیات های ورزشی در این مجمع به تصویب اعضا می رسد.

جشنواره ورزشی استعدادیابی نونهالان و نوجوانان

دومین دوره جشنواره ورزشی استعدادیابی نونهالان و نوجوانان کشور در همه گروه های تحت پوشش فدراسیون طی روزهای ۲۰ لغایت ۲۳ مهر ماه در مجتمع شهید چمران رامسر برگزار گردید. این جشنواره در دو بخش دختران و پسران و در ۶ رشته ورزشی با هدف جذب نوجوانان بیماران خاص و پیوند اعضا به ورزش برگزار گردید. ۱۱۰ نفر از ورزشکاران نوجوان از استان های کشور در رشته های تنیس روی میز، پتانک، دارت، شطرنج، شنا و دو و میدانی به رقابت پرداختند. به نفرت برتر هریک از رشته های ورزشی مدال و حکم قهرمانی تعلق گرفت و به استان های برتر کاپ قهرمانی ارائه گردید. علاوه بر توجه مسئولین فدراسیون به موضوع رقابت ورزشی، انجام فعالیت هایی چون بازدید گروهی نوجوانان از امکانات تفریحی مجتمع شهید چمران و شهر رامسر و بازدید های گروهی از ساحل دریا، شهربازی و در برنامه فرهنگی منظور شده بود.

فصل نامه سفیر زندگی

فصل نامه سفیر زندگی، از انتشارات فدراسیون ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا می باشد که با هدف فرهنگ سازی ورزش برای این قشر جامعه، گزارش عملکرد هیئت های استانی و فدراسیون و آموزش های لازم منتشر می گردد. در ۶ ماهه اول سال جاری دو نشریه در بهار و تابستان منتشر گردیده است و به صورت الکترونیک مورد استفاده ورزشکاران و هیئت های استانی قرار گرفته است.

پنجمین اردوی تمرینی (متمرکز)

پنجمین اردوی تمرینی ورزشکاران پیوند اعضا با حضور بیش از ۷۰ نفر از ورزشکاران به شکل متمرکز در آبان ماه سال جاری در تهران برگزار گردید. در این اردو، ورزشکاران منتخب با حریفان تمرینی خود در رشته های بدمینتون، تنیس روی میز، پتانک، دارت، دو و میدانی و اسکواش به تمرین پرداختند. از آنجا که مقرر است مسابقات جهانی پیوند اعضا در فروردین سال ۱۴۰۲ در شهر پرت استرالیا برگزار گردد، فدراسیون ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا نیز جهت حضور قوی تر نسبت به برگزاری اردوهای تمرینی ورزشکاران برتر پیوند اعضا در ۱۱ رشته ورزشی اقدام می نماید. لازم به یادآوریست که برخی از ورزشکاران در رشته هایی چون دوچرخه سواری، تنیس، بولینگ و بولز فعالیت دارند که از طریق هماهنگی با فدراسیون های مربوطه در تمرینات استانی فعالیت دارند.

مسابقات قهرمانی کشور ورزشکاران تالاسمی

فدراسیون ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا همه ساله نسبت به انجام مسابقات قهرمانی کشور برای ۵ گروه بیماران خاص و یک گروه پیوند اعضا اقدام می نماید. مسابقات قهرمانی کشور در دو بخش زنان و مردان انجام می پذیرد. اولین دوره مسابقات قهرمانی کشور پس از دوران کرونا، برگزاری مسابقات ویژه ورزشکاران تالاسمی در ۷ رشته ورزشی، تنیس روی میز، شنا، تیراندازی، دارت، پتانک، شطرنج و بدمینتون در دو بخش زنان و مردان بوده است و در مهر ماه سال جاری ورزشکاران گروه تالاسمی در دو مقطع زمانی و به تفکیک زنان و مردان در دو تاریخ ۱۶ لغایت ۲۵ مهر ماه (ویژه بانوان) و ۲۳ لغایت ۲۷ مهر ماه (ویژه آقایان) در مجتمع شهید چمران رامسر برگزار گردید. در مجموع تعداد ۴۵۴ نفر از ورزشکاران در این دوره از مسابقات شرکت داشتند. ورزشکاران برتر به دریافت مدال و حکم قهرمانی و در مجموع امتیازات به دست آمده استان های برتر به دریافت کتاب قهرمانی نائل شدند. در طول برگزاری مسابقات، ورزشکاران از برنامه های متنوع فرهنگی و بازدید از اماکن دیدنی و تفریحی رامسر استفاده نمودند.





چهره تیم‌ها و نفرات برتر رقابت‌های تالاسمی قهرمانی کشور مشخص شد

در رشته دارت کمتر از ۳۰ سال، زهرا دهقان از فارس به مقام نخست دست یافت، هستی جوهری از همدان دوم شد و لیلا حیدری از چهارمحال و بختیاری به مقام سومی بسنده کرد. در بالاتر از ۳۰ سال نیز شکوفه کرمی از کرمانشاه، هاجر راستگو از کرمان و عاطفه عبدالمهی از سیستان و بلوچستان مقام‌های اول تا سوم را کسب کردند.

در شطرنج کمتر از ۳۰ سال، شیوا داودی از هرمزگان و مریم داوری از ایلام رده‌های اول و دوم را به خود اختصاص دادند و مریم داوری از کهگیلویه و بویراحمد به همراه مهرداد درزی از مازندران به مقام سومی مشترک دست یافتند. در بالاتر از ۳۰ سال نیز این عناوین به نعمیه زارع کمالی از یزد، شبنم عبدی از اردبیل و زهرا محمدی باغملایی از بوشهر رسید.

در شنا و در ماده ۵۰ متر کرال سینه، فاطمه اربابی از سیستان و بلوچستان و فاطمه نظامات از خوزستان اول و دوم شدند، در همین ماده و در رده سنی بالای ۳۰ سال نیز ستاره کاظمی از البرز، فاطمه رعیت‌پیشه از فارس و شیرین محمدیان از بوشهر به عناوین برتر دست یافتند.

در ۵۰ متر قورباغه کمتر از ۳۰ سال، فاطمه اربابی از سیستان و بلوچستان و فاطمه نظامات از خوزستان به مقام‌های اول و دوم رسیدند، در بالای ۳۰ سال نیز فاطمه رعیت‌پیشه از فارس، شیرین محمدیان از بوشهر و مهتاب اسدی از گیلان بر سکوی قهرمانی تکیه زدند.

پرونده رقابت‌های تالاسمی بانوان با این نتایج بسته شد و مسابقات آقایان نیز از ۲۴ تا ۲۷ مهرماه در رامسر آغاز می‌شود. همچنین برای همه گروه‌های تحت پوشش این فدراسیون و در رشته‌های مختلف، طرح استعدادیابی از ۲۰ تا ۲۳ مهرماه برگزار می‌شود که ورزشکاران نوجوان کشورمان مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت.

با پایان مسابقات تالاسمی بانوان، تیم‌ها و نفرات برتر این دوره از مسابقات مشخص و معرفی شدند.

به گزارش روابط عمومی بنیاد امور بیماری‌های خاص، در این دوره از مسابقات که در ۷ رشته و از ۱۶ مهرماه در رامسر آغاز شده بود تیم‌های فارس، سیستان و بلوچستان و خوزستان عناوین برتر را از آن خود کردند.

در رشته بدمینتون کمتر از ۳۰ سال، مرضیه سلیمانی از هرمزگان، فاطمه احدی از آذربایجان غربی و فاطمه مظفری از یزد عناوین برتر را از آن خود کردند. در بالای ۳۰ سال نیز راحله حسینی از خوزستان، ماندانا شکیب‌زاده از اصفهان و مریم شکری از فارس حائز رتبه‌های برتر شدند.

در تیراندازی کمتر از ۳۰ سال، ام‌البنین رستمی از چهارمحال و بختیاری، عاطفه نقش‌بندی از سیستان و بلوچستان و فاطمه کرمانی از قم رتبه‌های اول تا سوم را به خود اختصاص دادند. در بالای ۳۰ سال نیز این عناوین به مریم کیانی از چهارمحال و بختیاری، سمانه علیزاده از خراسان رضوی و زهره افضلی از کرمان رسید.

در تنیس‌روی‌میز کمتر از ۳۰ سال، فاطمه تیموری از گلستان اول شد، شهرزاد نجاتی از کرمان به مقام دوم رسید و محدثه قزوین‌زاده از اصفهان بر سکوی سوم تکیه زد. در بالای ۳۰ سال سمیه زهویان از خراسان رضوی، فاطمه جلالی از گلستان و نرگس غلامی از فارس سکوی‌های برتر را به خود اختصاص دادند.

در رشته پتانک کمتر از ۳۰ سال، فرزانه یوسفی از زنجان بالاتر از سایر رقبا بر سکوی قهرمانی تکیه زد، عاطفه نذری از یزد دوم شد و لیلا رفیعی از آذربایجان شرقی به عنوان سومی دست یافت. در بالاتر از ۳۰ سال نیز مرضیه خرم از فارس، سهیلا یزدانی از اصفهان و رویا رادپور از کرمان عناوین برتر را از آن خود کردند.



دنبوشته ای از یک پرستار بخش شیمی درمانی

تحمیل می کردند، مشکلات مالی و گرانی داروهای آنها نیز فکر مرا به خود مشغول می کرد.

بیماری که تنها هم و غمش باید تلاش برای به دست آوردن دوباره سلامتی اش باشد نمیتواند دارو تهیه کند. حتی گاهی اوقات اگر پول هم داشته باشد داروهایش کمیاب است و پیدا نمیشود. از این داروخانه به آن داروخانه رفتن و پرداختن هزینه های گزاف خیلی متاثرم می کرد. همراهان و اطرافیان بیمار نیز نوعی دیگر بیمار بودند. برخی حتی با فروختن مسکن، ماشین، اسباب و وسایل خانه و برخی روستاییان حتی با فروختن گاو و گوسفند و زمین های زراعی شان درصدد تهیه داروها بودند که واقعا درد آور است البته بنیاد امور بیماری های خاص اقدامات ارزشمندی در زمینه تهیه داروها انجام داده که جای بسی تقدیر و تشکر است.

موضوع بعدی که در بین بیماران بخش دقت می کردم نوع سرطان بود که طبق آماری که به صورت بالینی و در بخش خودمان دیدم سرطان پستان در خانم ها و سرطان های معده و روده در آقایان بیشترین آمار را به خود اختصاص می داد که آمار جهانی نیز تقریبا همین گونه است. البته سرطان پروستات در آقایان بیشترین آمار را دارد که در مورد علل به وجود آورنده ی سرطان عوامل متعددی از جمله خوردن غذاهای فست فود، سرخ کردنی ها، غذاهای دودی شده مثل ماهی دودی، خوردن چای داغ، خوردن داروهای هورمونی، گاهی ابزار و وسایل زیبایی که امواج متساعد می کنند، کسانی که منزلشان در کنار دکل های برق فشار قوی می باشند و خیلی عوامل دیگر دخیل هستند. اما نکته مهمی که لااقل برای خود من ثابت شده و شاید سالها بعد، از نظر علمی نیز ثابت شود عامل استرس می باشد.

پای درد دل خیلی از بیماران که می نشینم می بینم یک استرس و تشویق بزرگ مثل مرگ یکی از عزیزان، طلاق، مشکلات مالی و خانوادگی، اعتیاد، فقر و... به مدت طولانی باعث این بیماری شده است.

***ارائه شده توسط: فاطمه عارف صدر، پرستار بخش شیمی درمانی مرکز پزشکی خاص**

تدوین: فاطمه فداکار

بزرگترین لطمه حیات مرگ نیست بزرگترین لطمه آن چیزی است که در عین حیات درون ما می میرد.
”نورمن کورنیس“

روزهای اولی که به عنوان پرستار بخش شیمی درمانی وارد این بخش شدم بسیار منقلب بودم. زنان و مردان و حتی کودکانی که به این بیماری صعب العلاج مبتلا شده و با استرس و نگرانی فراوان چشم در چشم پرسنل بخش دوخته اند تا کلماتی هر چند تسکین دهنده بشنوند. برخی از آنها، حتی از اسم سرطان و شیمی درمانی چنان وحشتی وجودشان را می گرفت که آرام کردن آنها کار آسانی نبود. باید برای خود بیمار و اطرافیانش توضیح میدادم که دقیقا چه کاری قرار است انجام شود. تزریق سرم و ریختن داروها در آن، تنها ظاهر قضیه بود. کم کم متوجه شدم که باید اطلاعات فراوانی در مورد این بیماری از جمله انواع آنها، نوع و عوارض داروها، اقدامات موثر در مواقع اورژانس، آموزش و مشاوره بیماران جهت رعایت بهداشت و تغذیه صحیح و حمایت روحی و روانی آن ها بدانم. برخی بسیار ساکت و برخی بسیار پر حرف بودند و مرتب سوال می کردند. برخی پرخاشگر و عصبی بوده و خیلی ها هم مرتب استرس داشته و گریه می کردند. با نیروی عجیبی که در خود احساس می کردم، با لبخندی بر بالین آن ها می رفتم و سعی می کردم با کلماتی ساده و امید بخش آنها را آرام کنم: اینکه این بیماری هم قابل درمان است منتها صبوری می خواهد، ایمان میخواهد، روحیه و عزم جدی میخواهد و خلاصه مطلب اینکه شما باید به سرطان غلبه کنید نه سرطان به شما.

گذشته از مشکلات جسمی و درد ناشی از عمل های جراحی، شیمی درمانی، اشعه تراپی، رفت و آمد و عوارض داروها که مهمترین آن ها ریزش مو، تهوع و استفراغ، عوارض پوستی، اسهال و یبوست های شدید، درد و بی اشتها ی فراوان، بی قراری بیماران و عوارض استرسی دیگر که بیماران سرطانی

با فهمیدن بیماری همسرشان بلافاصله آنها را ترک کرده اند و چه بسیار همسرانی که تا پای جان با او خندیدند، با او گریستند و با او درد کشیدند.

یادم نمی رود همسر یکی از بیمارانی که سرطان داشت می گفت: ”بی غیرته هر مردی که تا فهمید زنش مریضه ترکش کنه. اون مادر بچه هامونه. مریض که به خونه من نیومد. تو خونه من مریض شد. مادر بچه هامه یا پدر بچه هامه و چگونه پس از سالها زندگی مثل پروانه دور بیمارشان می چرخند.“ خلاصه اینکه خیلی از بیماران این بخش نیز شفای کامل گرفته اند. یادم نمیره رضا نظری پس از اتمام شیمی درمانی اش به دنیا آمدن پسرش را جشن گرفت و به دیدن ما آمد و با گل و شیرینی از ما تشکر کرد و یا آقای زرنندی که پس از اتمام شیمی درمانی ازدواج کرد و بسیار خوشحال و پر روحیه به زندگی عادی برگشت.

ولی در تمام اوقاتی که این بیماران در مراحل درمان بیماری هستند خیلی با حالت های عادی فرق می کند. به قول یکی از پزشکان مرکز، ای کاش زندگی همه ی ما سرطانی بود تا بیشتر قدر با هم بودن، قدر زندگی و لحظه لحظه آن را می دانستیم و بیشتر به همدیگر محبت می کردیم. ای کاش آدم ها وقتی زنده هستند و سلامتند قدر هم را می دانستند. این همه تلف کردن اوقات، این همه نامهربانی ها، این همه استرس ها و حرص و جوشهای بی مورد. ای کاش بیشتر همدیگر را درک کرده و ای کاش برخی این قدر دل به دنیا نمی بستند، گویی قرار نیست بمیرند. گویی ابدی اند. فکر می کنند مرگ فقط برای دیگران است. ای کاش بیشتر همدیگر را درک می کردند. یکی مشکل جسمی دارد، یکی مشکل روحی، یکی مشکل خانوادگی و یکی مشکل مالی.

ای کاش، ای کاش، ای کاش.....

در پایان از کتاب ” شما عظیم تر از آن هستید که می اندیشید “ دو جمله به نظرم بسیار پر معنا و جالب آمد که دلم می خواهد در اینجا بنویسم:

”به خدا گفتم چه چیزی شما را در مورد انسان ها متعجب می کند؟

گفت: این که از کودک بودن خسته می شوند و عجله دارند بزرگ شوند و سالیان دراز در حسرت کودکی اند، این که سلامتی شان را برای بدست آوردن پول از دست می دهند و بعد پولشان را خرج می کنند تا دوباره سلامتی شان را به دست آورند.“

البته از نظر پزشکی ثابت شده که استرس و نگرانی، تعداد گلبول های سفید خون را کاهش داده و ایمنی بدن را کم می کند و بدن را مستعد انواع بیماری ها از جمله دیابت، افسردگی های شدید، میگرن، مشکلات گوارشی و انواع سرطان می کند. این مورد آخر را به شخصه از همه مهم تر و ملموس تر حس کردم.

در این مدتی که در این بخش بودم میان بیمارانی که روحیه بهتری داشتند زودتر آثار بهبودی نمایان می شد. ایمان بالا و روحیه خوب باعث میشد تا خیلی از آن ها سالها زندگی کنند و بیمارانی هم بودند که پس از شنیدن و اطلاع یافتن از اینکه این بیماری را دارند اگرچه خیلی بدخیم و ناجور نبوده ولی زود از بین رفته اند. یادش به خیر، یکی از بیماران به نام فائزه نوری که حدود ۴۰ جلسه شیمی درمانی شده بود. دختر جوان و تازه عروسی که چقدر با روحیه بالا و امید فراوان با این بیماری کنار آمد. بعد از اتمام شیمی درمانی، دکتر بخش پیشنهاد استخدام او را در بخش شیمی درمانی به عنوان منشی داد که با تلاش و همت و علاقه وافرش شروع به کار کرد. او پس از درمان، کار و زندگی خود را با هدف کمک به همدردانش شروع کرد و چقدر با شور و علاقه امید می داد. روحیه می داد و راهنمایی می کرد: برای تهیه دارو و تایید بیمه، کمک مددکاری، کمیته امداد، آدرس داروخانه ها، سونوگرافی ها، سی تی اسکن ها، شاد کردن و همدردی با آنها و هزاران هزار مشاوره و راهنمایی دیگر به کسانی که مثل خودش بیمار بودند و دوست داشتند شفا بگیرند. فائزه حتی با تزریق دو مورفین در روز به سرکار می آمد و با جان و دل کار می کرد. هیچ وقت افسردگی و رخوت و سستی به خود راه نداد. همیشه می گفت: یک خوبی می مونه و یک بدی. آن قدر به مادرش عشق ورزید و آن قدر رابطه آن ها صمیمی و دوستانه بود که همیشه می گفت اگه برای من اتفاقی افتاد مواظب مادرم باشید.

شبنم احمدزاده دختر ۲۸ ساله ای که به سرطان بدخیم روده مبتلا بود، همسرش لحظه به لحظه در کنارش بود و علی رغم ممانعت شدید خانواده دختر و پسر جهت منصرف شدن از این ازدواج و با وجود آنکه وضعیت بهبودی شبنم اصلا مشخص نبود اما نامزدش با عشق و علاقه راستین می گفت: ”حتی اگر یک هفته من با شبنم زندگی کنم این کار را می کنم و آن یک هفته ارزش هزاران سال و یک عمر زندگی را برای من دارد. شبنم خوب میشه، مگه انسان هایی که سالم هستند معلومه تا فردا هستند یا نه؟ من میخوام با او زندگی کنم.“ او یک لحظه چشم از چشم شبنم بر نمی داشت.

پیرزن شمالی که با چشمانی اشک آلود به من خیره شده بود گفت: ”دخترم قدر جوونیتو بدون. امان از شوهر بد که یک عمر جوونی، سلامتی، پنج بچه و ۴۵ سال زندگی ام را با او بودم ولی دریغ از یک محبت و یک احترام خشک و خالی. بعدش به محض این که فهمید بیمار شدم حتی یک قدم هم از نظر مالی یا همراهی برایم برنداشت و دخترم کارهایم را با تمام مشکلاتش انجام می دهد.“ چه بسیار مردانی که



سلامت

*دکتر امیر محمد علومی، دندانپزشک

تشخیص زودهنگام سرطان دهان، مدیریت دندان های بیمار مبتلا به سرطان دهان، قبل و بعد از درمان قطعی، نظارت بر تومورهای اولیه عود کننده یا جدید با همکاری متخصصین، درمان و بازسازی دندان های از دست رفته با همکاری جراح فک و صورت و متخصص پروتزهای دندانی تنها بخشی از نقش دندانپزشکان در برابر سرطان دهان است. اصلی ترین عوامل خطر موثر در ایجاد سرطان دهان مصرف سیگار یا قلیان، مصرف دخانیات غیر تدخینی، مصرف نوشیدنی های الکلی، قرار گرفتن بیش از حد لب ها در معرض نور خورشید، مصرف نوشیدنی های داغ، رفلکس معده، ویروس پاپیلوما انسانی و همچنین سیستم ایمنی ضعیف هستند. شیوع سرطان های دهان در مردان ۲ برابر زنان است. بر اساس آخرین آمار موسسه بین المللی GLOBOCAN سالانه بیش از ۱۰۰۰ نفر مبتلا به سرطان های ناحیه دهان در ایران شناسایی می شوند و سالانه بیش از ۴۰۰ مورد فوت ناشی از سرطان دهان گزارش می شود. سرطان دهان می تواند در هر سنی رخ دهد. اما اکثر موارد سرطان دهان در افراد مسن که بین ۵۰ الی ۷۴ سال سن دارند رخ می دهند.

نشانه های سرطان دهان

سرطان های ناحیه دهان می توانند علائم و نشانه های زیادی به همراه داشته باشند. این علائم اغلب با سرماخوردگی که از بین نمی رود یا زخم مداوم در دهان اشتباه گرفته می شود. سایر علائم سرطان دهان ممکن است شامل موارد زیر باشد:

درد مداوم در ناحیه زبان و یا فک
احساس وجود یک توده یا ضخیم شدگی در داخل دهان
مشکل در بلع یا جویدن
وجود لکه سفید یا قرمز روی لثه، زبان، لوزه یا مخاط دهان
مشکل در حرکت فک یا زبان
زخم لب یا دهان که خوب نمی شود
احساس درد در ناحیه دهان یا فک
لق شدن بی دلیل دندان ها محل زخم پس از کشیدن که بهبود نمی یابند

بی حسی غیر قابل توضیح، مداوم یا احساس عجیب در لب یا زبان

چه زمانی باید به پزشک مراجعه کنیم؟

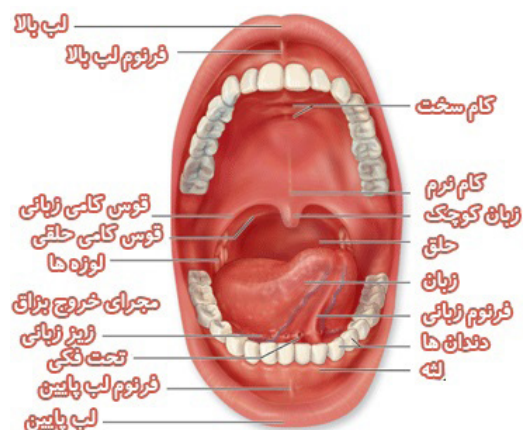
اگر علائم سرطان دهان را دارید، دندانپزشک معیانتی را انجام می دهد و در مورد علائم شما سوال می کند. تشخیص زودهنگام می تواند شانس زنده ماندن را از ۵۰٪ به ۹۰٪ افزایش دهد. به همین دلیل است که اگر علائم بعد از ۳ هفته بهبود نیافتند، باید به دندانپزشک یا پزشک خود اطلاع دهید. دندانپزشک پس از انجام معاینات لازم در صورت مواجهه با ناحیه مشکوک، نمونه برداری (بیوپسی) انجام می دهد و این نمونه در آزمایشگاه مورد بررسی قرار می گیرد.

درمان سرطان های دهان

به طور کلی پزشک با توجه به مواردی نظیر نوع سرطان، منتشر شدن یا نشدن سرطان به سایر قسمت های بدن، سن بیمار، وضعیت کلی سلامت بیمار و ... روش درمانی مناسب را برای بیمار انتخاب می کند. این روش های درمانی می توانند شامل درمان هایی نظیر اقدامات جراحی، رادیوتراپی، شیمی درمانی، تارگت تراپی دارویی و ... باشند. در کنار درمان های اصلی اقداماتی نظیر رژیم غذایی مناسب و ورزش ملایم (۳۰ دقیقه در روز) با مشورت پزشک می تواند در مسیر درمانی کمک کننده باشند.

سرطان های ناحیه دهان از ۱۰ سرطان شایع در جهان هستند. این سرطان ها با توجه به شیوع و همچنین دلیل تشخیص بالینی دیر هنگام، پیش آگهی ضعیف، بدون نشانگرهای زیستی خاص برای بیماری و جایگزین های درمانی گران قیمت از اهمیت ویژه ای برخوردارند. این سرطان ها می توانند قسمت های مختلفی از ناحیه دهان از جمله لب ها، لثه، زبان، کام، کف دهان و پوشش داخلی گونه را درگیر کنند. بیش از ۹۰ درصد سرطان هایی که در ناحیه دهان ایجاد می شود از نوع کارسینوم سلول سنگ فرشی (Squamous cell carcinoma) هستند. به طور معمول، گلو و دهان با سلول های به اصطلاح سنگفرشی پوشانده شده اند که صاف بوده و در سطح میکروسکوپی شبیه فلس های ماهی هستند. کارسینوم سلول سنگفرشی زمانی ایجاد می شود که برخی از سلول های سنگفرشی جهش یافته و غیر طبیعی می شوند. حدود ۵ درصد از تمام تومورهای حفره دهان کارسینوم وروکوس است، نوعی سرطان با رشد بسیار آهسته که از سلول های سنگفرشی تشکیل شده است. این نوع سرطان دهان به ندرت به سایر قسمت های بدن گسترش می یابد، اما ممکن است به بافت مجاور سرایت کند. سرطان های دهانی که در بافت لنفاوی که بخشی از سیستم ایمنی است ایجاد می شوند، به عنوان لنفوم شناخته می شوند. لوزه ها و بیس زبان هر دو دارای بافت لنفاوی هستند. نوع دیگر سرطان های این ناحیه ملانوما است. ملانوما در سلول هایی که رنگدانه تولید می کنند ایجاد می شود و می تواند در هر نقطه ای از پوست ایجاد شود. به صورت تورم های بسیار تیره و خالدار ظاهر می شوند که اغلب خونریزی می کنند انواع دیگری از سرطان های ناحیه دهان با شیوع کمتر نیز وجود دارند. آدنوکارسینوم، سرطان هایی است که در داخل غدد بزاقی ایجاد می شود و سارکوم، از ناهنجاری های استخوان، غضروف، ماهیچه یا سایر بافت ها رشد می کند.

مدیریت سرطان های حفره دهان به دلیل اهمیت عملکردی و زیبایی درمان تومورها در این ناحیه از اهمیت و پیچیدگی خاصی برخوردار است. تنفس، گفتار، تغذیه، بینایی، بویایی، چشایی، جویدن و عملکرد فک، تنها چند مورد از عملکردهای مهم سر و گردن هستند که می توانند به طور موقت یا دائم بدلیل تومور یا درمان آن مختل شوند. علاوه بر این، زیبایی صورت و دندان ها در نحوه درک دیگران از بیمار مهم است. اعتماد به نفس بیمار ممکن است به شدت تحت تاثیر خود تومور و یا درمان آن قرار گیرد. دندانپزشکان نقش مهمی در مدیریت سرطان دهان ایفا می کنند، تشخیص ضایعات پیش بدخیم،



وضعیت خود را بدانید



*منابع: فدراسیون بین المللی تالاسمی ۲۰۲۲
بررسی جهانی تالاسمی، انتشارات ۲۰۲۲ (TIF)
مترجم: مریم تیموری

ویژگی تالاسمی چیست؟

تالاسمی که به عنوان کم خونی مدیترانه ای نیز شناخته می شود، به گروهی از اختلالات خونی ارثی گفته می شود که موجب کاهش تولید هموگلوبین، پروتئینی که اکسیژن را در گلبول های قرمز خون حمل می کند، می شود.

دو نوع مختلف تالاسمی به نام تالاسمی آلفا (α) و بتا (β) وجود دارد. دو شکل اصلی تالاسمی بر اساس شدت به عنوان تالاسمی مینور و تالاسمی ماژور وجود دارد.

افراد با تالاسمی مینور که به عنوان افراد دارای صفت تالاسمی یا ناقلان تالاسمی نیز شناخته می شوند، عموماً سالم هستند و نیازی به درمان پزشکی ندارند. گاهی اوقات ممکن است کم خونی خفیفی را تجربه کنند. برعکس، افراد مبتلا به بتا تالاسمی ماژور که از کم خونی شدید و تهدید کننده زندگی رنج می برند، معمولاً در صورت عدم درمان در معرض رشد کمتر، مشکلات جدی سلامتی و طول عمر کوتاه تر قرار دارند.

چگونه می توانید بفهمید که ناقل تالاسمی هستید؟

ارزیابی وضعیت تالاسمی شما آسان است!

در اولین قدم، می توانید با آزمایش های ساده خون مانند: شمارش کامل گلبولهای خون (CBC)، که میزان و اندازه گلبول های قرمز خون را بررسی می کند، شروع کنید. پس از آن، ممکن است به آزمایش های اختصاصی تر، مانند: کروماتوگرافی مایع (HPLC) که روشی دقیق و قابل اعتماد برای تشخیص ویژگی تالاسمی است، الکتروفورز هموگلوبین که انواع مختلف هموگلوبین خون را اندازه گیری می کند، یا آزمایش های ژنتیکی که DNA شما را بررسی می کند نیاز داشته باشید. همه این آزمایشات با یک خون گیری ساده انجام می شود! یک متخصص مراقبت های بهداشتی آموزش دیده باید نتایج را ارزیابی کند و در مورد وضعیت و گزینه های نتایج شما، به شما راهنمایی درستی بدهد. همین امروز آزمایش دهید تا متوجه شوید.

دانستن وضعیت تالاسمی برای شما حیاتی است

سلامت شما: داشتن صفت تالاسمی به این معنی است که به احتمال زیاد هیچ مشکلی برای سلامتی ندارید، به جز یک کم خونی خفیف؛ با این حال، این ممکن است با کم خونی فقر آهن اشتباه گرفته شود. دانستن وضعیت شما می تواند تضمین کند که تشخیص یا درمان اشتباهی دریافت نمی کنید.

خانواده شما: اگر شما دارای صفت تالاسمی هستید، به این معنی است که تالاسمی در خانواده شما وجود دارد، بنابراین والدین و بستگان شما نیز باید آزمایش شوند.

فرزندان شما: اگر هم شما و هم همسرتان دارای صفت تالاسمی هستید، خطر ۲۵ درصد (در هر بارداری) وجود دارد که فرزندان شما با تالاسمی ماژور، شدیدترین شکل این اختلال، متولد شوند.

چرا مهم است که درباره ی وضعیت صفت تالاسمی بدانید؟

تالاسمی یک بیماری ارثی است. این بدان معنی است که از والدینی که هر دو ناقل ویژگی تالاسمی هستند، به فرزندانشان منتقل می شود. ناقلین به اصطلاح «صفت تالاسمی» معمولاً در طول زندگی خود نیازی به درمان یا مداخله درمانی ندارند.

در واقع از هر ۱۰ نفری که دارای صفت تالاسمی هستند، ۸ نفر آنها نمی دانند و حتی مشکوک هم نمی شوند، مگر اینکه نوع خاصی آزمایش خون انجام دهند.

هنگامی که هر دو والدین دارای صفت بتا تالاسمی هستند، در هر بارداری احتمال ۲۵ درصد وجود دارد که فرزندانشان این صفت را از هر دو به ارث ببرند و به بتا تالاسمی ماژور، که شدید ترین نوع این بیماری است، مبتلا شود.

صفت تالاسمی بیماری نیست.

اگر صفت تالاسمی دارید، به این معنی است که شما یکی از ژن های معیوب که باعث اختلال می شود را دارید، اما خودتان به تالاسمی مبتلا نیستید.

آیا شما یک ناقل تالاسمی هستید؟

آیا در مورد تالاسمی چیزی شنیده اید؟ اگر نه، ممکن است تعجب کنید که بدانید بسیار رایج تر از آن چیزی است که فکرش را می کنید.

آیا می دانستید که تخمین زده می شود بیش از ۱٫۵ درصد از جمعیت جهان، ناقل صفت تالاسمی هستند؟

در برخی از مناطق جهان، بسیاری از افراد دارای صفت تالاسمی هستند، در حالی که در مناطق دیگر درصد ناقلان می تواند در حد ۲۰٪ جمعیت منطقه باشد. مهمتر از همه، بسیاری از ناقلان از کشورهای اطراف دریای مدیترانه، از جمله قبرس، یونان، ایتالیا، لبنان، سوریه، مصر و سایر کشورهای شمال آفریقا، خاورمیانه، حاشیه خلیج همیشگی فارس، ایران، عراق، افغانستان، آسیای جنوب شرقی مانند تایلند، بنگلادش، مالدیو و غرب اقیانوس آرام از جمله چین، مالزی، فیلیپین و غیره هستند.

***منبع: گروه تحقیقاتی پای دیابتی مرکز تحقیقات دیابت**

شیوع دیابت در دنیا در حال افزایش است و این در حالی است که حدود ۸۰ درصد از افراد مبتلا در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد. مشکلات پا در بیماران مبتلا به دیابت جزء جدی ترین عوارض دیابت است و این اختلالات سبب درد و رنج فراوان و تحمیل هزینه های گزاف به بیماران شده و در کل بار مالی زیادی برای جامعه و نظام سلامت به همراه دارد. پیشگیری از این زخم ها اهمیت زیادی در کاهش هزینه های بیمار دارد. آموزش به بیمار، خانواده و تیم مراقبتی در سطوح مختلف به شیوه ساختارمند، سازماندهی شده و مداوم با هدف افزایش سطح آگاهی و عملکرد از رویکردهای مهمی است که می تواند بروز زخم را کاهش دهد. سرمایه گذاری برای تدوین دوره های آموزشی مراقبت از پا و زخم پا در بیماران دیابتی یکی از مقرون به صرفه ترین روش های هزینه کرد در سیستم مراقبتی و ارائه خدمات است که با توصیه های هدف محور به خوبی کاربرد دارد.

ورزش و پای دیابتی

در نوروپاتی دیابتی اعصاب به دلیل افزایش طولانی مدت قندخون از بین می رود، معمولا این عارضه با نشانه های بی حسی در پاها، گزگز، مور مور شدن و درد در پاها و دست ها همراه است اما می تواند روی سیستم گوارش و رگ های خونی نیز تاثیر بگذارد. مطالعات اخیر نشان داده که ورزش یکی از راه های کنترل دیابت است به همین دلیل توصیه می شود افراد دیابتی ورزش را جزء برنامه های روزانه خود قرار دهند. توصیه می شود هر فرد دیابتی روزانه نیم تا یک ساعت پیاده روی کند. ورزش منظم و عدم مصرف سیگار و مواد مخدر کمک موثری در پیشگیری از بروز دیابت می کند. یکی از فواید کلیدی انجام ورزش، بهبود گردش خون است. افزایش گردش خون موجب افزایش جریان اکسیژن و به دنبال آن تقویت بافت عصبی می شود. افراد مبتلا به نوروپاتی تحت نظر پزشک می توانند به ورزش بپردازند. ورزش از آتروفی عضلانی در این افراد جلوگیری میکند. همچنین سبب کنترل وزن، کنترل بهتر قند و چربی، کاهش نیاز به داروها، انسولین و کاهش ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی می شود. با توجه به این که افراد دیابتی معمولا دچار درجه ای از نوروپاتی (از دست دادن بعضی از حس ها) و کاهش جریان خون در اندام تحتانی و پاها هستند برای افزایش جریان خون در پاها لازم است علاوه بر داشتن برنامه غذایی مناسب، داشتن روحیه شاد، کنترل قند و ورزش های متناسب و پیوسته نیز که باعث افزایش گردش خون در پا می شود را انجام دهند. شایان ذکر است که بیمار مبتلا به دیابت باید قبل از انجام ورزش پاهای خود را بررسی نموده و در صورت نداشتن زخم در پا به منظور افزایش گردش خون حرکات ورزشی در نظر گرفته شده را انجام دهد.

به منظور افزایش جریان خون پاهایتان تمرینات زیر را انجام دهید. هر روز ۲-۳ نوبت و هر بار ۱۰ مرتبه ورزش های زیر را انجام دهید. ورزش ها را به نوبت برای هر دو پا انجام دهید. ابتدا روی صندلی بنشینید (به پشت صندلی تکیه ندهید)

۱- جمع کردن و باز کردن انگشتان پا: انگشتان هر دو پا را جمع کنید و دوباره به حالت اول برگردانید.

۲- بلند کردن پنجه و پاشنه پا: پنجه (جلوی پا) را بلند کنید طوری که پاشنه روی زمین بماند. پنجه را بر زمین بگذارید، پاشنه پا را بلند کنید.

۳- چرخش پنجه پا به طرفین: پنجه (جلوی پا) را بلند کنید. پا را از مچ به طرف بیرون بچرخانید و روی زمین بگذارید، دوباره پا را به حالت اول برگردانید. پنجه را بلند کنید و از وسط به طرف داخل بچرخانید و روی زمین بگذارید.

۴- چرخش پاشنه پا به طرفین: پاشنه پا را بلند کنید. پاشنه پا را به طرف بیرون بچرخانید و روی زمین بگذارید. پاشنه پا را بلند کنید و از وسط به طرف داخل بچرخانید و روی زمین بگذارید.

۵- کشش پنجه: پاها را از زانو بلند کنید (ران و ساق پا در امتداد هم قرار بگیرند). پنجه پا را به سوی خود و بعد به سمت مقابل بکشید و سپس دوباره پا را به حالت اول برگردانید.

۶- چرخاندن مچ پا در حالی که پا را دراز کرده اید: پا را دراز کرده، بالا نگه دارید. مچ پا را در مسیر عقربه های ساعت بچرخانید. مچ پا را در مسیر برعکس عقربه های ساعت بچرخانید.

۷- حرکت انگشتان و پنجه پا: روزنامه ای را روی زمین پهن کنید. با پاهای برهنه روزنامه را محاله کنید تا گلوله شود. گلوله را باز کنید تا به حالت اول برگردد. با پاهای خود روزنامه را پاره کنید.

۸- یک وسیله استوانه ای یا مدور، وردنه، بطری آب یا نوشابه (در زیر کف پا قرار دهید. با حرکت آن به عقب و جلو گردش خون را در پاهایتان افزایش دهید.

۹- سعی کنید با کمک انگشتان اجسام ریز و بی خطر را جابجا کنید. ۱۰- روی زمین بنشینید و پاهایتان را به دیوار مماس کنید. یک بالش بین کف پا و دیوار قرار دهید. با پنجه، انگشتان و پاشنه به بالش فشار آورید.

۱۱- زیر پاهایتان بالش قرار دهید و با کناره مچ پا و انگشتان به آن فشار وارد آورید.

۱۲- یک حوله لوله شده را از دو انتها بگیرید و قسمت وسط آن را در کف پا قرار دهید و سپس در حالی که زانوهایتان را کاملا صاف کرده اید دو انتهای حوله را با دستانتان به مدت ۱۵ الی ۲۰ ثانیه به سمت خود بکشید و این کار را ۴ بار در روز تکرار کنید.

۱۳- با انگشتان پای خود املای کلمه ای را بنویسید.

۱۴- یک حلقه لاستیکی ضخیم را اطراف انگشت بزرگ هر دو پا قرار داده و سعی کنید آن ها را از هم دور کنید.

۱۵- یک حلقه لاستیکی را در اطراف انگشتان پا قرار داده سعی کنید انگشتان را از هم دور کنید.

۱۶- به پشت روی زمین دراز بکشید و زانو ها را خم کرده، به طوری که کف پاها روی زمین قرار گیرد یک پا را صاف کرده و به اندازه ی ۳۰ درجه بالا آورید. ۵ ثانیه بالا نگه دارید و پایین آورید. تمرین را برای پای دیگر تکرار کنید. این تمرین را برای هر دو پا مجموعا ۱۰ بار انجام دهید.

۱۷- در حالت نشسته و یا وقتی دراز کشیده اید پاهایتان را به جلو دراز کنید. مچ پا را به صورت جلو و عقب، داخل و خارج و به صورت چرخشی در آورید. فقط مچ پا را حرکت دهید و پاها ثابت باشد. در هر جهت پا را بکشید. تمرین را برای هر دو پا مجموعا ۱۰ بار انجام دهید.

عوامل خطر ساز مرتبط در بیماران دیابتی و شانس درگیری بیماریهای قلبی عروقی

می گردند. چاقی و افزایش وزن در بیماران دیابتی با سازو کارهای متعددی آنها را مستعد افزایش بیشتر حوادث قلبی عروقی می کند. از سوی دیگر فشار خون بالا در بیماران دیابتی از عوامل شایع و مهم درگیری های قلبی عروقی محسوب می شوند.

کنترل بد دیابت، افزایش قند خون ناشتا و هموگلوبین گلیکوزیله نیز از عوامل شناخته شده درگیری های قلبی عروقی در بین بیماران دیابتی است. وجود درگیری های کلیوی به درجه های مختلف از مراحل میکروآلبومینوری تا ایجاد نفروپاتی واضح بیماران دیابتی را در معرض حوادث قلبی عروقی قرار می دهد. در نهایت وجود سندروم متابولیک در بیماران دیابتی از عوامل عمده ی افزایش بیماری های قلبی عروقی در این بیماران است. با در نظر گرفتن اهمیت شناخت این عوامل خطر ساز جهت طرح برنامه های پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی در بیماران دیابتی و لزوم کنترل صحیح آنها این مطالعه با هدف شناسایی این عوامل در بیماران شناخته شده ی دیابتی انجام گرفت.

دیابت یکی از عوامل اصلی خطر در ابتلا به آترواسکلروز می باشد و منجر به سکتة قلبی می شود. همچنین دیگر تظاهرات بیماری ماکرووواسکلوز، از جمله سکتة مغزی و ایسکمی قلبی می باشد. مطالعات گذشته نشان می دهد که میزان افزایش خطر آترواسکلروز و (CAD disease artery Coronary) دو تا چهار برابر افزایش یافته است. دیابت عاملی است که افراد را در معرض بالاترین خطر ابتلا به CAD قرار می دهد. هنگامی که CAD در بیماران دیابتی رخ می دهد، روند بیماری تهاجمی تر و با نتایج بدتری نسبت به افراد غیر دیابتی همراه

*مهرنوش صدیقی، مصطفی چراغی، پژمان هاشم زاده

مرکز تحقیقات قلب و عروق بیمارستان شهید رحیمی و گروه زیست فناوری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

امروزه باوجود این که آگاهی مردم در مورد کنترل بیماریهای دیابت و قلبی عروقی افزایش یافته است، ولی هنوز از عوامل عمده ی بیماری و مرگ و میر در جامعه هستند. برای درمان و کنترل دیابت و بیماریهای قلبی می توان از روش های دارویی و غیر دارویی کمک گرفت. هدف از انجام این مطالعه ی مروری معرفی عوامل خطر ساز متعددی در بیماران دیابتی که باعث افزایش شانس درگیری های قلبی عروقی می شود است.

دیابت بیماری مزمن (طولانی مدت) ریوی و کلیوی، فشار خون، زخم ها و قلبی عروقی است و سبب تحلیل سیستم ایمنی میگردد. دیابت و بیماریهای قلبی عروقی به سرعت در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است. در ایران شیوع دیابت در جمعیت بالای سن ۳۰ سال ۶/۱۰٪ تخمین زده شده است. بیماران دیابتی بسیار مستعد درگیریهای قلبی عروقی هستند و بیماریهای قلبی عروقی به عنوان مهم ترین علل مرگ و میر محسوب می شوند. عوامل خطر ساز متعددی در بیماران دیابتی باعث افزایش شانس درگیری های قلبی عروقی می شود. از شایع ترین این عوامل می توان به همزمانی اختلال های لیپیدی در بیماران دیابتی اشاره کرد. افزایش سطح تری گلیسرید کاهش میزان کلسترول HDL، افزایش سطح LDL از شایع ترین اختلال های لیپیدی همراه با بیماری دیابت هستند که باعث افزایش شیوع درگیری های قلبی عروقی نیز در این بیماران

در ایران شیوع دیابت در جمعیت بالای سن ۳۰ سال ۶/۱۰٪ تخمین زده شده است. بیماران دیابتی بسیار مستعد درگیریهای قلبی عروقی هستند و بیماریهای قلبی عروقی به عنوان مهم ترین علل مرگ و میر محسوب می شوند. عوامل خطر ساز متعددی در بیماران دیابتی باعث افزایش شانس درگیری های قلبی عروقی می شود. از شایع ترین این عوامل می توان به همزمانی اختلال های لیپیدی در بیماران دیابتی اشاره کرد.



عوارض مزمن دیابت دخیل هستند. این مسیرها باعث افزایش تولید گونه های فعال اکسیژن (ROS) می شوند و سوبستراهای آنزیم های انتی اکسیدانی را از بین می برد. علاوه بر این، افزایش گلوکز داخل سلولی منجر به تشکیل محصولات نهایی گلیکاسیون پیشرفته (AGES) و فعال شدن پروتئین کیناز (C- PKC) می شوند.

استرس اکسیداتیو در نتیجه عدم تعادل بین تولید ROS و دفاع آنتی اکسیدانی ایجاد می شود (۳۷). (به طور مداوم توسط ارگانیسم های هواری تولید می شوند و در تولید واسطه های التهابی نقش دارند. آنها از آنزیم هایی تولید می شوند که از اکسیژن به عنوان پذیرنده الکترون استفاده می کنند. که شامل (NADPH) و (NOS) زنجیره ی انتقال الکترون، لیپوکسیژناز، سیکلواکسیژناز و سیتوکروم P450 که

منابع اصلی ROS در دیواره ی عروق هستند. آنزیم NADPH می تواند به عنوان حسگر غلظت اکسیژن در عروق تعدیل کننده تون عروق (درجه انقباض) عمل کند. اجزای NADPH اکسیداز در سلولهای عروقی و کلیوی در حیوانات و انسانها نشان داده شد. ROS های تولید شده در دیواره عروق در حوادث مختلف سلولی مانند میتوز، آپوپتوز، مهاجرت، هیپرتروفی و اصلاح ماتریس خارج سلول و تغییر در رونویسی ژن و سنتز پروتئین درگیر هستند. در شرایط نرمال وجود ROS ها باعث تولید آنزیمهای انتی اکسیدان می شود، ولی در شرایط دیابت این عمل وجود ندارند. به عنوان مثال، در فیبروبلاست از بیماران دیابتی نفروپاتی، قرار گرفتن در معرض قند خون منجر به افزایش پراکسیداسیون لیپید بدون جبران افزایش سطح آنزیم آنتی اکسیدان سوپراکسید دیسموتاز، کاتالاز و گلوکاتایون پراکسیداز می شود. چنین بیمارانی که مدت کوتاهی دیابت دارند حاوی آنتی اکسیدان کمی در پلاسما و سطح بالایی استرس اکسیداتیو می باشند. آنتی اکسیدان های خارج سلولی غیر آنزیمی شامل آلفا-توکوفرول، ویتامین A، بتا-کاروتن، اسید اسکوربیک، آلبومین

است. در بیماران دیابتی، به دنبال اولین سکته قلبی، خطر سکته قلبی بعدی، نارسایی قلبی و مرگ زودرس و دیررس بالاتر از افراد غیر دیابتی است. علی رغم بهبود رویکردهای معاصر در مدیریت دیابت نوع ۱ و ۲ و پیشرفت در درمان CAD، افزایش خطرات ناشی از دیابت امروزه نیز ادامه دارد. مستقل از میزان اختلال عملکرد قلب، پیش آگهی دیابتی ها به دنبال میوکارد حاد، انفارکتوس بدترین دوره post-infarction و آنژین و نارسایی قلب به شمار میرود. به طور کلی، در میان مرگ ناشی از دیابت در افراد ۶۵ سال به بالا، ۶۸٪ مبتلا به بیماری قلبی هستند. براساس تحقیقات صورت گرفته جهت جستجوی مقالات، از پایگاه های اطلاعات ISI، Pubmed و Scopus طی سال های ۱۹۷۹ تا ۲۰۲۰ استفاده شد و یافته های زیر بدست آمد:

فاکتورهای موثر بر دیابت که باعث بیماریهای قلبی و عروقی نیز می گردند شامل:

فشار خون

وجود فشار خون و دیابت باعث افزایش خطر ابتلا به عوارض ماکروواسکولار، میوکارد، انفارکتوس، سکته مغزی و همچنین عوارض ریز عروقی (نفروپاتی و رتینوپاتی) می شود. زمان شروع فشار خون در انواع مختلف دیابت متفاوت است. در بیماران مبتلا به دیابت سالها دچار بیماری فشار خون هستند که می تواند منعکس کننده نفروپاتی دیابتی باشد. ارتباط بین فشار خون بالا و دیابت کاملاً ثابت شده و منجر به افزایش نرخ بیماری قلب و عروق می شود. میزان مرگ و میر در بیماران با فشار خون بالا در بیماران دیابتی و قلبی عروقی بسیار بالاست و هدف بیشتر کاهش فشار خون در این بیماران می باشد.

استرس اکسیداتیو

افزایش غلظت گلوکز داخل سلولی منجر به فعال سازی دیگر مسیرهای متابولیسم مانند مسیرهای هگزوزامین و آلدوز ردوکتاز، می شود، هر دو عامل در پاتوفیزیولوژی

هستند در برابر پراکسیداسیون لیپید محافظت می کنند.

چاقی

شیوع چاقی در سراسر جهان در حال افزایش است و با بیماریهای قلبی عروقی، سکته و فشار خون در ارتباط است. عوامل اصلی تعیین کننده برای شروع دیابت می تواند عوامل ژنتیکی، چاقی و کم تحرکی باشد. چندین مطالعه کاهش دیابت را نشان داده است توسط درمان های غیر دارویی، تغییر سبک زندگی و کاهش وزن بدن ایجاد میگردد. در افراد دیابتی تغییر سبک زندگی باعث کاهش ۵۸٪ کاهش دیابت می شود. کاهش ۵۸٪ در تغییر سبک زندگی در مقایسه با افرادی است که کاهش ۳۴٪ با استفاده از دارو داشتند. بنابراین باید چالش با چاقی و تلاش برای تشویق سبک زندگی باید وجود داشته باشد. در پاتوژنز بیماری دیابت رسوب چربی در افراد چاق داخل عروق و التهاب عروق نقش دارد که با افزایش سکته و افزایش بیماری قلبی عروقی (CVD) همراه است.

دیس لیپیدمی

در بسیاری از مطالعات مداخله ای، کاهش LDL کلسترول و تری گلیسیرید و افزایش HDL ثابت شده است که در بهبود عملکرد عروق بزرگ موثر هستند. بیماری و مرگ و میر در بیماران مبتلا به دیابت به خصوص در کسانی که CVD قبلی دارند شایع است. ثابت شده است که افراد دیابتی متعلق به افراد پر خطر هستند و به دنبال درمان با کاهش LDL هستند. افراد مبتلا به بیماری چربی خون با درمان استاتین ها نتایج مطلوبی در برابر بیماریهای CVD دارند. کاهش LDL سبب کاهش دیابت و بیماریهای قلبی عروقی میگردد و اگر درمان دیس لیپیدمی شروع نشود نمی تواند نقش موثری در جلوگیری از تصلب شرایین داشته باشد و در بیماران دیابتی نیز با درمان، کاهش قابل توجهی در بیماری قلبی عروقی در مقایسه با افراد دارونما نشان دادند. استاتین ها و فیبرات در این بیماران می توانند عوارض قلبی عروقی را کاهش دهند. در مطالعه ای بر ۹۷۹۵ بیمار مبتلا به دیابت نشان داده شد فنوفیبرات به طور قابل توجهی خطر اولیه حوادث کرونر را کاهش می دهد و همچنین تعداد حوادث قلبی عروقی را در افراد کاهش می دهد. در این مطالعه نشان داده شد که فیبرات باعث محافظت از رگ عروقی می شوند، و نیاز به درمان لیزر برای رتینوپاتی دیابتی را کاهش می دهد.

عملکرد اندوتلیال

اختلال در گشاد شدن عروق اندوتلیال و واکنش عروقی در دیابت شناخته شده است که از مراحل اولیه آن دچار اختلال می شوند. استرس اکسیداتیو، التهاب و اختلال عملکرد اندوتلیال در دیابت ارتباط نزدیکی با هم دارند، زیرا این عوامل نفوذپذیری اندوتلیال عروقی را افزایش می دهند و تولید چسبندگی لکوسیت ها را ایجاد می کنند، که همراه با اختلال در انتقال سیگنال اندوتلیال

و عوامل رونویسی مجدد است. عوامل بسیاری می تواند اختلال عملکرد اندوتلیال را در دیابت توضیح دهند که از جمله چربی خون مقاومت به انسولین هایپرگلیسمی فشار خون بالا و هایپرهوموسیستئینمی (Hyper-homocysteinemia) و هایپرامیلینمی را می توان نام برد. عملکرد اندوتلیال معمولاً از طریق پاسخ گشاد کننده عروق ارزیابی می شود. در بیماران دیابتی پاسخ به گشادکننده های عروقی مختل می شود مثلاً پاسخ اندوتلیال به استیل کولین با طول مدت دیابت، کنترل قند خون، تری گلیسیرید و سن ارتباط دارد. اختلال عملکرد اندوتلیال در بیماران دیابتی بدون توجه به وجود یا عدم وجود عوارض، تعیین کننده مهم فعالیت التهابی است و می توان آن را یک نشانگر اولیه برای CVD دانست. مختل شدن گشاد کننده های عروقی در افراد دیابتی سبب افزایش ضخامت شریان کاروتید شده است بنابراین، اختلال عملکرد اندوتلیال در بیماران دیابتی خطر بالایی را نشان می دهد. البته عوامل ژنتیکی و محیطی نیز در این عمل ممکن است دخیل باشند

عوامل التهابی

دیابت، چاقی و مقاومت به انسولین با التهاب تحت بالینی در ارتباطند. طوفان سیتوکین های تولید شده توسط بافت چربی، ماکروفاژهای فعال شده، عوامل التهابی و سلولهای دیگر مشخص می شود. این سیتوکین ها در روند التهابی مزمن دیواره عروق نقش دارند و باعث تجمع چربی در نتیجه ایجاد آترواسکلروز و CVD می شوند. تصلب شرایین یک بیماری چند عاملی پیچیده است و تسریع تصلب شرایین در دیابت را می توان با چندین بیماری از جمله افزایش قند خون، افزایش استرس اکسیداتیو، محصولات نهایی پیشرفته گلیکاسیون (AGE) دیس لیپیدمی، عدم تعادل خودمختار، هایپرانسولینمی، بیش از حد نشانگرهای التهابی و متغیرهای ژنتیکی توضیح داد. فرض بر این است که بافت چربی التهاب ناشی از چاقی را ایجاد می کند و منجر به جذب سلول های ایمنی بدن می شود که به حفظ پاسخ التهابی کمک کنند. مقاومت به انسولین باعث افزایش مزمن غلظت پلازما در FFA می شود که منجر به افزایش ذخیره تری گلیسیرید در عضله، کاهش جذب گلوکز عضله و کبد و افزایش تولید گلوکز کبدی می شود، که نشان داده شده است عملکرد انسولین را مختل می کند و باعث افزایش هایپرانسولینمی می شود. بنابراین، شواهد نشان می دهد التهاب، عامل مشترک بین دیابت، مقاومت به انسولین، چاقی و CVD است.

بحث و نتیجه گیری:

دیابت عامل اصلی ابتلا به بیماری های قلبی عروقی می باشد. همچنین بیماری های قلبی عروقی شایع ترین علت مرگ و میر را در بیماران دیابتی تشکیل می دهند.



تزریق فاکتور انعقادی در بیماران هموفیلی

*برگرفته از مصاحبه دکتر حمید هورفر

هموفیلی یک بیماری ارثی ناشی از اختلال در جریان انعقاد خون (لخته شدن خون) می باشد. اکثر مبتلایان این بیماری را مردان تشکیل می دهند. اگرچه این بیماری ارثی است اما گاهی در میان خانواده های بدون سابقه بیماری نیز بروز می کند. درجه و شدت بیماری بر اساس درصد فعالیت فاکتور انعقادی در بدن تعیین می شود. به عبارت دیگر، شدت بیماری هموفیلی بستگی به شدت نقص فاکتورها دارد.

قبل از هر چیز باید بدانیم که یکی از اصول درمان در افراد مبتلا به هموفیلی، انجام درمان در منزل، توسط فرد بیمار و خانواده ی او می باشد. منظور از درمان در منزل، انجام اقدامات اولیه لازم جهت کنترل خونریزی قبل از رسیدن به درمانگاه است. این امر باعث کنترل سریع خونریزی و جلوگیری از آسیب رسیدن به مفاصل می شود. همچنین ضمن کاهش مصرف فاکتور، باعث افزایش حس استقلال در فرد هموفیلی نیز می گردد.

باید بدانیم به محض اینکه فرد مبتلا به هموفیلی در یکی از مفاصل خود، احساس سوزش و خارش کرد، تزریق باید صورت گیرد. از طرف دیگر، در صورت وارد آمدن هرگونه ضربه به عضوی از بدن، دوز اولیه تزریق را در منزل انجام داده و سپس بیمار را سریعاً به بیمارستان منتقل می کنیم. سایر اقدامات اولیه لازم جهت جلوگیری از خونریزی، عبارتند از:

اعمال فشار بر روی محل خونریزی

کمپرس سرد

بالا نگه داشتن عضو در حال خونریزی

و در نهایت تزریق فاکتور انعقادی

هنگام تزریق در منزل، رعایت این نکات بسیار ضروری است:

- (۱) در صورت امکان، خودداری از انجام تزریق به تنهایی
- (۲) انجام تمامی مراحل تزریق به صورت استریل
- (۳) توجه به احتمال وجود حساسیت های ممکن در فرد
- (۴) خودداری از پخش قطرات خون و فرآورده های خونی به اطراف

مراحل تزریق:

- (۱) آماده سازی محل تزریق و شرایط آن
- (۲) آماده سازی فاکتور انعقادی و مخلوط کردن آن با آب مقطر
- (۳) رگ یابی
- (۴) پایان تزریق و تمیز کردن محل آن

احتیاط های لازم جهت پیشگیری از ایجاد خونریزی:

- * استفاده از ریش تراش برقی
- * اجتناب از یبوست (در صورت لزوم از داروهای ملین استفاده شود)
- * استفاده از مسواک نرم و رعایت بهداشت کامل دهان و دندان
- * مراجعه منظم به دندانپزشک جهت معاینه ی دهان و دندان
- * آگاه کردن پزشک و دندانپزشک در مورد ابتلا به هموفیلی
- * اطلاع دادن سریع به پزشک در مواقع آسیب به سر و شکم به منظور ارزیابی خونریزی داخلی
- * اجتناب از بروز چاقی (وزن بیش از حد باعث فشار زیاد به مفاصل به خصوص مفاصل اندام تحتانی می شود)
- * بررسی مکرر حرکت مفصل به منظور تشخیص سریع و درمان به موقع التهاب مفاصل (آرتریت)
- * اجتناب از انجام تزریقات عضلانی
- * استفاده از سرسوزن های ظریف (شماره ی ۲۶ و ۲۷) در هنگام تزریق وریدی
- * اجتناب از کارهایی که احتمال بروز صدمه به اندام را دارد
- * اجتناب از زور زدن هنگام پاک کردن ترشحات بینی، سرفه های محکم و فشار آوردن در هنگام اجابت مزاج
- * اجتناب از مصرف آسپرین و داروهای ترکیبی حاوی آسپرین
- * مراجعه به پزشک و انجام مطالعات آزمایشگاهی
- * پرهیز از هرگونه نگرانی، اضطراب و عصبانیت

توصیه هایی در زمینه سلامت قلب

۱) حقایق کلیدی در زمینه سلامت قلب

بیماری قلبی اولین عامل مرگ و میر در جهان است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سالانه بیش از ۱۷ میلیون نفر بر اثر بیماری قلبی جان خود را از دست می دهند. حدود ۸۵ درصد از این مرگ و میرها به دلیل حمله قلبی و سکته مغزی است. به منظور برنامه ریزی برای پیشگیری از بروز بیماری های قلبی، اطلاع رسانی مناسب به افراد جامعه و مبارزه همه جانبه با عوامل خطر ساز بیماری های قلبی، فدراسیون جهانی قلب، روز جهانی قلب را بنیانگذاری کرد. هر ساله روز جهانی قلب در ۲۹ سپتامبر مصادف با ۷ مهر، تلاش می کند تا آگاهی را در مورد بیماری های قلبی عروقی از جمله نحوه پیشگیری از آن افزایش دهد. روز جهانی قلب یک کمپین جهانی است که طی آن افراد، خانواده ها، جوامع و دولت ها در سراسر جهان در فعالیتهایی شرکت می کنند تا مسئولیت سلامت قلب خود و دیگران را بر عهده بگیرند.



۲) بیمار های قلبی و عروقی و مرگ و میر

- بیماری های قلبی عروقی (CVDs) عامل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است.
- در سال ۲۰۱۹ حدود ۱۷.۹ میلیون نفر بر اثر بیماری های قلبی عروقی جان خود را از دست دادند که ۳۲ درصد از کل مرگ و میرهای جهانی را شامل می شود. ۸۵ درصد از این مرگ ها به دلیل حمله قلبی و سکته مغزی بوده است.
- بیش از سه چهارم مرگ و میرهای CVD در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق می افتد.
- از ۱۷ میلیون مرگ زودرس (زیر ۷۰ سال) به دلیل بیماری های غیرواگیر در سال ۲۰۱۹، ۳۸ درصد ناشی از بیماری های قلبی عروقی بوده است.
- با توجه به عوامل خطر رفتاری مانند مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم و چاقی، کم تحرکی و مصرف الکل می توان از اکثر بیماری های قلبی عروقی پیشگیری کرد.
- تشخیص بیماری قلبی عروقی در اسرع وقت بسیار مهم است.



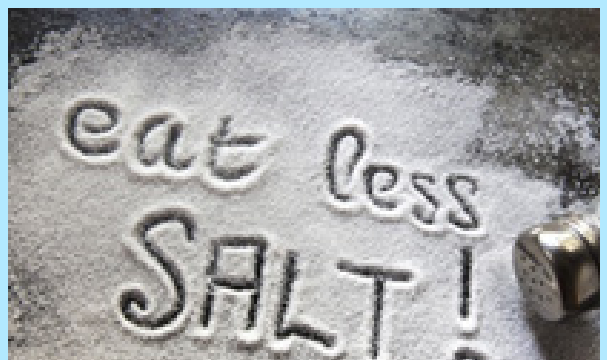
۳) مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی در کشورهای کم درآمد و متوسط

حداقل سه چهارم مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی در کشورهای کم درآمد و متوسط رخ می دهد. افراد در کشورهای با درآمد کم و متوسط که از بیماری های قلبی عروقی رنج می برند، دسترسی کمتری به خدمات مراقبت های بهداشتی موثر و عادلانه دارند. در نتیجه، برای بسیاری از افراد در این کشورها، تشخیص بیماری اغلب دیر هنگام است و افراد در سنین پایین تر به دلیل بیماری های قلبی عروقی می میرند.



۴) پیشگیری از حملات قلبی

قطع مصرف دخانیات، کاهش نمک در رژیم غذایی، مصرف بیشتر میوه و سبزیجات، فعالیت بدنی منظم و پرهیز از مصرف الکل خطر ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی را کاهش می دهد. علاوه بر این، درمان دارویی فشار خون، دیابت و چربی خون بالا برای کاهش خطر قلبی عروقی و پیشگیری از حملات قلبی و سکته در افراد مبتلا به این بیماری ها ضروری است.





۵) عوامل خطر بیماری های قلبی

عوامل خطر بیماری های قلبی را می توان به دو دسته عمده تقسیم بندی کرد:

۱ - عوامل غیر قابل اصلاح و تعدیل : عواملی هستند که فرد در تعیین آنها نقشی ندارد و امکان تغییر آن نیز وجود ندارد. از جمله این عوامل می توان به سن، جنس و سابقه خانوادگی بیماری های قلبی و عروقی در افراد درجه یک اشاره نمود.

۲ - عوامل قابل اصلاح و تعدیل: عواملی هستند که فرد با انتخاب شیوه درست زندگی و تغذیه و اصلاح سبک زندگی قادر به تغییر و تعدیل آنان می باشد. از جمله آن عوامل می توان به : کلسترول بالا، فشارخون بالا، دیابت، تغذیه، کم تحرکی، عوامل استرسی و اسفردگی، دخانیات و الکل اشاره کرد.

۶) خوشبختانه کارهای زیادی وجود دارد که می توانید برای کاهش احتمال ابتلا به بیماری های قلبی انجام دهید:

۱. پرخوری نکنید.

۲. ورزش منظم داشته باشید. قلب شما یک ماهیچه است و مانند هر ماهیچه ای، ورزش چیزی است که آن را تقویت می کند.

هر روز فعالیت بدنی داشته باشید. تحقیقات نشان داده است که حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته فعالیت بدنی با شدت متوسط می تواند به کاهش فشار خون، کاهش کلسترول و حفظ وزن در سطح سالم کمک کند. اگر اکنون غیر فعال هستید، آهسته شروع کنید.

۳. فشار خون خود را کنترل کنید. فشار خون بالا عامل خطر اصلی بیماری قلبی است. مهم است که فشار خون خود را به طور منظم چک کنید.

۴. سطح کلسترول و تری گلیسیرید خود را تحت کنترل نگه دارید. سطوح بالای کلسترول می تواند شریان های شما را مسدود کند و خطر ابتلا به بیماری عروق کرونر و حمله قلبی را افزایش دهد.

۵. در وزن سالم بمانید. اضافه وزن یا چاقی می تواند خطر ابتلا به بیماری قلبی را افزایش دهد. این بیشتر به این دلیل است که آنها با سایر عوامل خطر بیماری قلبی از جمله سطح کلسترول و تری گلیسیرید خون بالا، فشار خون بالا و دیابت مرتبط هستند. کنترل وزن می تواند این خطرات را کاهش دهد.

۶. رژیم غذایی سالم داشته باشید. سعی کنید چربی های اشباع شده، غذاهای حاوی سدیم بالا و قندهای اضافه شده را محدود کنید. مقدار زیادی میوه، سبزیجات و غلات کامل بخورید. مصرف نوشابه ها و آبمیوه های شیرین را کاهش دهید، بجای آن آب یا آبمیوه های طبیعی را انتخاب کنید. مصرف غذاهای فرآوری شده و بسته بندی شده حاوی نمک، شکر و چربی زیاد را محدود کنید.

۷. الکل مصرف نکنید.

۸. سیگار نکشید. سیگار کشیدن فشار خون شما را بالا می برد و شما را در معرض خطر حمله قلبی و سکته قرار می دهد. اگر سیگار می کشید، آن را ترک کنید. اگر فردی در خانواده شما سیگار می کشد، او را تشویق کنید که سیگار را ترک کند.

۹. استرس را مدیریت کنید. استرس از بسیاری جهات با بیماری قلبی مرتبط است. می تواند فشار خون شما را افزایش دهد. استرس شدید می تواند محرکی برای حمله قلبی باشد. همچنین، برخی از راه های متداول مقابله با استرس، مانند پرخوری، نوشیدن زیاد الکل و سیگار کشیدن برای قلب مضر هستند. برخی از راه های کمک به مدیریت استرس عبارتند از: ورزش، گوش دادن به موسیقی، تمرکز بر چیزی آرام یا مدیتیشن.

۱۰. دیابت را مدیریت کنید. ابتلا به دیابت خطر ابتلا به بیماری قلبی دیابتی را دو برابر می کند. این به این دلیل است که با گذشت زمان، قند خون بالا ناشی از دیابت می تواند به رگ های خونی و اعصاب کنترل کننده قلب و عروق خونی آسیب برساند. بنابراین، مهم است که آزمایش دیابت بدهید و در صورت داشتن آن، آن را تحت کنترل نگه دارید.

۱۱. مطمئن شوید که خواب کافی دارید. اگر به اندازه کافی نخوابید، خطر ابتلا به فشار خون بالا، چاقی و دیابت را افزایش می دهید. این سه مورد می توانند خطر ابتلا به بیماری قلبی را افزایش دهند. بیشتر بزرگسالان به ۷ تا ۹ ساعت خواب در شبانه روز نیاز دارند. مطمئن شوید که عادات خواب خوبی دارید.





چند توصیه برای مراقبت از سلامت روان:

- * خواب کافی داشته باشید
- * درباره احساسات خود صحبت کنید
- * در مواقع نیاز از دیگران کمک بخواهید
- * ورزش منظم داشته باشید
- * مثبت باشید



کرونا و سلامت روان

همه‌گیری کووید-۱۹ یک بحران جهانی برای سلامت روان ایجاد کرده است، استرس‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت را دامن زده و سلامت روان میلیون‌ها نفر را تضعیف کرده است. به گزارش سازمان جهانی بهداشت، برآوردها افزایش اختلالات اضطرابی و افسردگی را در سال اول همه‌گیری بیش از ۲۵ درصد نشان می‌دهد. در عین حال، خدمات بهداشت روان به شدت مختل شده و شکاف درمانی برای مسائل بهداشت روانی افزایش یافته است.



روز جهانی بهداشت و سلامت روان

۱۰ اکتبر از طرف سازمان جهانی بهداشت روان (WFMH) به عنوان "روز جهانی بهداشت روان" نامگذاری شده است. این روز در سال ۱۹۹۲ توسط سازمان بهداشت جهانی به جهت توجه بیشتر به اختلالات روانی، تأثیرات منفی آنها بر جوامع و پیشگیری از آنها و تغییر و اصلاح نگرش مردم نسبت به مسائل بهداشت روان برگزیده شده است. این سازمان برای این روز در هر سال، یک شعار خاص را انتخاب می‌کند. شعار امسال روز جهانی سلامت روان "سلامت روان و تندرستی برای همه را در اولویت جهانی قرار دهید" می‌باشد.

نشانه‌های هشدار دهنده در خصوص سلامت روان

سلامت روان شامل رفاه عاطفی، روانی و اجتماعی می‌شود که بر نحوه تفکر، احساس و عمل ما تأثیر می‌گذارد. همچنین به مدیریت استرس، ارتباط با دیگران و انتخاب‌های ما کمک می‌کند. سلامت روان در هر مرحله از زندگی، از کودکی و نوجوانی تا بزرگسالی مهم است. تجربه یک یا چند مورد از احساسات یا رفتارهای زیر می‌تواند نشانه‌ای هشداردهنده از یک مشکل باشد:

- * خوردن یا خوابیدن بیش از حد یا بسیار کم
- * دوری از افراد و فعالیت‌های معمولی
- * کم بودن انرژی یا نداشتن آن
- * احساس ناامیدی
- * سیگار کشیدن یا مصرف داروها بیش از حد معمول
- * احساس سردرگمی غیرمعمول، فراموشکاری، عصبانیت، ناراحتی، نگرانی یا ترس
- * فریاد زدن یا دعوا با خانواده و دوستان
- * تجربه نوسانات خلقی شدید که باعث ایجاد مشکلات در روابط می‌شود
- * داشتن افکار و خاطراتی که نمی‌توان از ذهن خارج ساخت
- * ناتوانی در انجام وظایف روزانه مانند مراقبت از فرزندان یا رفتن به محل کار یا مدرسه





* با دوستان یا بستگانی که نیاز به حمایت یا همراهی دارند، وقت بگذرانید.

۵- به زمان حال توجه کنید

توجه بیشتر به زمان حال می تواند سلامت روانی شما را بهبود بخشد. این شامل افکار و احساسات، بدن و دنیای اطراف شما می شود. این موضوع می تواند به شما کمک کند از زندگی بیشتر لذت برده و به طور مثبت احساس شما را در مورد زندگی و نحوه برخورد با چالش ها تغییر دهد.



رسانه های اجتماعی و سلامت روان

بسیاری از مردم در دنیای امروز با تلفن های هوشمند خود به عنوان همراهان مجازی زندگی می کنند. این دستگاه ها از شبکه های رسانه های اجتماعی استفاده می کنند که کاربران را از به روزرسانی های دوستان، افراد مشهور مورد علاقه و رویدادهای جهانی آگاه می کنند. در واقع، رسانه های اجتماعی در زندگی روزمره بسیاری از مردم ادغام شده اند. استفاده از رسانه های اجتماعی می تواند منجر به خواب کم کیفیت شده و بر سلامت روان تأثیر منفی بگذارد. این موضوع با افسردگی، اضطراب و اعتماد به نفس پایین ارتباط دارد.

رسانه های اجتماعی یک ابزار ارتباطی قدرتمند هستند که نحوه تعامل افراد با یکدیگر را تغییر داده و نحوه تبادل و به اشتراک گذاری اطلاعات، افکار و ایده های افراد را از طریق شبکه های مجازی سرعت می بخشند. با این حال، رسانه های اجتماعی دارای اشکالاتی هستند. برخی شواهد نشان می دهد که استفاده از آنها - به ویژه استفاده بیش از حد از آنها - می تواند به طرق مختلف بر سلامت روان تأثیر منفی بگذارد. رعایت موارد زیر می تواند کمک کننده باشد:

- * اتصال داده تلفن همراه را در ساعات خاصی از روز، مانند هنگام رانندگی، محل کار یا در جلسات خاموش کنید.
- * هنگام گذراندن وقت با دوستان و خانواده، اتصال داده را خاموش کنید.
- * هنگام خواب، گوشی هوشمند را از دسترس خارج کنید.
- * اعلان ها را خاموش کنید تا راحت تر در برابر بوق ها یا لرزش های مزاحم مقاومت کنید.
- * استفاده از رسانه های اجتماعی را به رایانه (به جای گوشی هوشمند) محدود کنید.

نکاتی برای بهبود سلامت روانی

در اینجا نکاتی وجود دارد که می تواند سلامت روانی را بهبود بخشیده و به شما کمک کند احساس مثبت تری داشته باشید و بتوانید بیشترین بهره را از زندگی ببرید.

۱- با دیگران ارتباط برقرار کنید

روابط خوب برای داشتن سلامت روان مهم است و به شما کمک می کنند تا حس تعلق و عزت نفس را در خود پرورش داده و فرصتی برای به اشتراک گذاشتن تجربیات مثبت به شما می دهند. برای کمک به ایجاد روابط قوی تر می توانید:

- * هر روز زمانی را به حضور در کنار خانواده اختصاص دهید.
- * یک روز را برای بیرون رفتن با دوستانی که مدتی است ندیده اید برنامه ریزی کنید.
- * سعی کنید تلویزیون را خاموش کنید تا با فرزندان، دوستان یا خانواده خود صحبت یا بازی کنید.
- * با یک همکار ناهار بخورید.
- * با یکی از دوستان یا اعضای خانواده که نیاز به حمایت یا همراهی دارد، ملاقات کنید.
- * از فناوری حداکثر استفاده را ببرید تا با دوستان و خانواده در ارتباط باشید.
- * برای ایجاد روابط تنها به فناوری یا رسانه های اجتماعی متکی نباشید. به راحتی می توانید عادت کنید که فقط به افراد پیامک ارسال کنید، پیام بفرستید یا ایمیل بزنید.

۲- فعالیت بدنی داشته باشید

فعالیت بدنی برای سلامت جسمی و تناسب اندام شما عالی است، همچنین شواهد نشان می دهد که می تواند سلامت روانی شما را با بالا بردن عزت نفس و ایجاد تغییرات شیمیایی در مغز بهبود بخشد. تصور نکنید که باید ساعت ها را در باشگاه بگذرانید.

۳- یک مهارت جدید بیاموزید

تحقیقات نشان می دهد که یادگیری مهارت های جدید می تواند سلامت روانی شما را از طریق ایجاد اعتماد به نفس و افزایش عزت نفس بهبود دهد. بهتر است فعالیت هایی را پیدا کنید که از آنها لذت می برید و آنها را به بخشی از زندگی خود تبدیل کنید. شما می توانید:

- * با نکات تغذیه سالم و آشپزی آشنا شوید.
- * مسئولیت جدیدی را در محل کار به عهده بگیرید، مانند راهنمایی یک کارمند جوان یا بهبود مهارت های خود.
- * یادگیری یک زبان جدید یا یک مهارت عملی مانند لوله کشی را امتحان کنید.
- * سرگرمی های جدیدی را امتحان کنید که شما را به چالش می کشد، مانند نوشتن یک وبلاگ، شروع یک ورزش جدید یا یادگیری نقاشی

۴- بخشنده باشید

تحقیقات نشان می دهد که بخشش و مهربانی می تواند به بهبود سلامت روانی شما کمک کرده و به شما احساس همدردی و ارزشمندی دهد. این موضوع می تواند شامل مهربانی های کوچک نسبت به افراد دیگر یا کارهای بزرگتر باشد.

چند نمونه از کارهایی که می توانید امتحان کنید عبارتند از:

- * از کسی برای کاری که برای شما انجام داده است تشکر کنید.

شعار روز جهانی دیابت در سال ۲۰۲۲: دسترسی آسان به مراقبت از دیابت

(۱) شناخت دیابت اولین قدم برای مدیریت و پیشگیری از آن است.
اگر مبتلا به دیابت هستید یا از کسی مراقبت می کنید که دیابت دارد، اطلاعات خود را در این زمینه افزایش دهید.



(۲) بیش از ۹۰ درصد از مراقبت های دیابت به صورت خودمراقبتی است.
آیا برای تصمیم گیری آگاهانه، دانش و اطلاعاتی دارید؟
مراقبت از دیابت خود را بر عهده بگیرید.



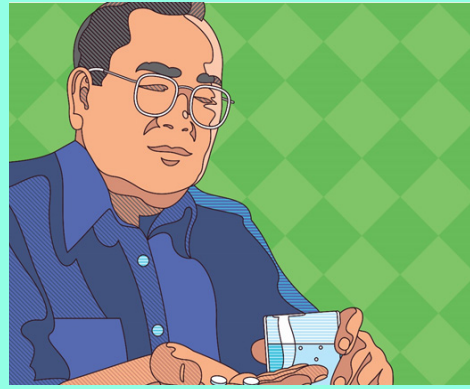
(۳) ارقام جدید از ویرایش دهم اطلس دیابت IDF نشان می دهد که ۵۳۷ میلیون بزرگسال در سراسر جهان با دیابت زندگی می کنند. در حال حاضر از هر ۱۰ بزرگسال در سراسر جهان، یک نفر با دیابت زندگی می کند که این تعداد حدود ۵۳۷ میلیون نفر تخمین زده می شود. تقریباً نیمی از آنها نمی دانند که مبتلا به دیابت هستند و این موضوع، فشار مضاعفی بر سیستم های مراقبت های بهداشتی وارد می کند.



(۴) متخصصان مراقبت های بهداشتی باید بدانند که چگونه دیابت را به موقع تشخیص داده و از زمان محدودی که در اختیار دارند حداکثر استفاده را ببرند تا بهترین توصیه ها و مراقبت های ممکن را برای افراد مبتلا به دیابت ارائه دهند.



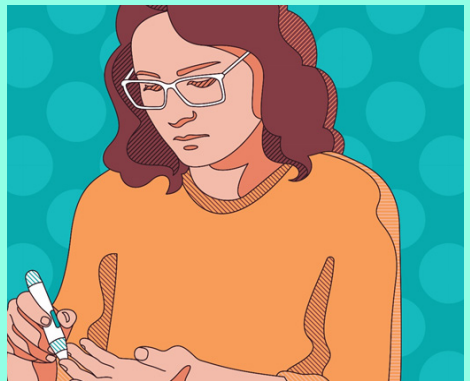
(۵) از هر ۴ نفر مبتلا به دیابت ۳ نفر در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط زندگی می کنند. بسیاری از افراد مبتلا به دیابت برای مدیریت بیماری خود به داروهای خوراکی نیاز دارند که این داروها برای افراد در کشورهای با درآمد متوسط یا کم درآمد، غیر قابل دسترس یا بسیار گران است.



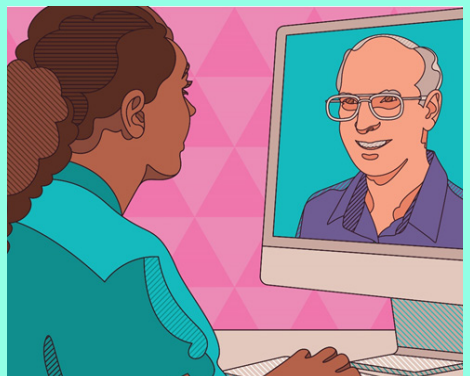
(۶) ۱۰۰ سال پس از کشف انسولین، همچنان میلیون ها نفر از افراد مبتلا به دیابت، به انسولین مورد نیاز خود دسترسی ندارند.



(۷) پایش سطح گلوکز خون جزء اساسی مراقبت از دیابت است. بسیاری از افراد مبتلا به دیابت به تجهیزات و لوازم مورد نیاز خود دسترسی ندارند.



(۸) از هر ۲ نفر مبتلا به دیابت، یک نفر به برنامه های آموزشی دسترسی ندارد. افراد مبتلا به دیابت، به آموزش مداوم برای مدیریت شرایط خود نیاز دارند. بسیاری از آنها به آموزش دسترسی ندارند.



(۹) بیش از نیمی از دیابت نوع ۲، قابل پیشگیری است. افرادی که با دیابت یا در معرض خطر ابتلا به دیابت زندگی می کنند، نیاز به دسترسی به غذای سالم و مکانی برای ورزش دارند که هر دو مورد، جزء اساسی مراقبت و پیشگیری از دیابت هستند.



نارسایی مزمن کلیه و مشکلات روانی و اجتماعی بیماری

* محمدرضا کوشش، روانشناس

در هنگام ابتلای فرد به نارسایی کلیوی، وجود روشی برای کمک به عملکرد کلیه ها برای ادامه حیات ضرورت پیدا می کند که در صورت عدم وجود آن، زندگی فرد به مخاطره می افتد. این روش کمک کننده دیالیز می باشد که فرد در حالت وخامت شدید نارسایی مزمن کلیه به آن نیاز پیدا می کند. استفاده از این شیوه آثار جانبی را برای فرد به همراه خواهد داشت و زندگی شخصی، خانوادگی، شغلی و ارتباط اجتماعی فرد را دچار اختلال و مشکلاتی می نماید که به آنها خواهیم پرداخت.

از لحاظ روحی-روانی و مسائل اجتماعی، این افراد دچار مشکلات خاص خود می باشند. به خصوص که انجام دیالیز بر مسائل و مشکلات جسمی (قلبی، عروقی و خونی) و روانی و اجتماعی آنان دامن می زند. اولین مشکل روانی که برای این افراد پیش خواهد آمد این است که از دست دادن یکی از اعضا حیاتی خود را به راحتی نپذیرفته، واکنش های عصبی و رفتاری خاصی را از خود نشان داده و از وضعیت به وجود آمده بسیار ناراحت می شوند. وضعیت بعدی حاصل از بیماری، ناراحتی و ایجاد زحمت و مشکلاتی است که به خاطر استفاده از دستگاه دیالیز و ارتباط با سیستم مراقبتی و بیمارستانی به وجود می آید که طبعاً شرایط مطلوبی نیست، به دلیل آنکه در هفته چند مرتبه و هر بار چند ساعت باید در چنین فضا و شرایطی قرار بگیرند. مورد بعدی، ناراحتی از رژیم های سخت غذایی می باشد که تمام این مسائل می تواند عامل ایجاد کننده استرس، اضطراب، پرخاشگری و اختلالات خلقی در فرد باشد. فردی که سال ها سالم و مانند افراد جامعه خود زندگی کرده با ابتلا به این بیماری، ناچار به تغییر شیوه زندگی و عملکرد در نحوه ارتباطات و شغل خود خواهد شد که این تغییرات فرد را به چالش های بزرگ روانی و عاطفی خواهد کشاند و در ابتدا بحران هایی

مانند عدم پذیرش درمان، عدم پذیرش رژیم غذایی و یا حتی عدم پذیرش ابتلا به این بیماری، عدم رعایت جلسات دیالیز را ایجاد می کند و در ادامه بیمار دچار اختلافات خانوادگی، شغلی و تغییر نوع ارتباط با سایرین گشته و اعتماد به نفس فرد نسبت به محیط زندگی با کاهش قابل توجهی مواجه می شود. حضور این بیماران به صورت مداوم و طی جلسات متعدد در مراکز درمانی، می تواند مسائل خاص خود را از لحاظ روانی به دنبال داشته باشد. اگر بیمار نوجوان یا جوان باشد، به دنبال توجه پرستار و متخصص می تواند یک نوع بازگشت به دوران کودکی داشته و حالت حمایت شده ای را به خود بگیرد که این امر می تواند برای کار و زندگی مستقل فرد مضر باشد و یا گاهی اوقات با ایجاد تنش و اختلاف با پرستار یا متخصص، بخشی را به تنش کشیده و مشکلات درمان را برای خود و سایرین فراهم سازد. در چنین وضعیتی روانشناسان می توانند با آماده کردن شرایط ذهنی و تسهیل امر درمان، شرایط را برای پذیرا شدن بیمار جهت استفاده از دیالیز فراهم ساخته و یک نوع امنیت روانی را در فرد برای طول درمان و مراجعات بعدی به وجود آورند. بنابراین خانواده و پذیرش بیماری یکی از اعضای خانواده توسط کل خانواده، می تواند بهداشت روانی بیمار را در خانه فراهم نموده و روانشناس یا مددکار بیمارستان می تواند در بهبود وضعیت بیمار موثر و مفید باشد. لازم به ذکر است که روانشناسان با دادن مشاوره و کمک فردی به خانواده بیمار نیز می توانند در فراهم سازی بستر آرام در خانواده و اعضای آن نقش موثری داشته باشند.

به لحاظ شغلی، این افراد چون به دلیل بیماری نمی توانند کار سخت و مداوم انجام دهند غالباً به صورت نیمه وقت باید به کار بپردازند و کار باید با وضعیت جسمی و بیماری آنان مطابقت داشته باشد و فرد از تمام مزایای اجتماعی و زندگی خود برخوردار گردد و همچنین برای کودکان مبتلا در طول دوران تحصیل، مشکلات تحصیلی مانند عقب ماندن در تحصیل ایجاد می گردد که برای جلوگیری از چنین مواردی همکاری صمیمانه خانواده و مربیان مدرسه الزامی است. از لحاظ روحی حمایت های روانی به منظور جلوگیری از کاهش اعتماد به نفس و افسردگی در کودکان از سوی هر دو نهاد (خانواده و مدرسه) ضروری به نظر می رسد.

در مورد پیوند کلیه، در بیماران کلیه نیز مسائل و مشکلات جسمی و روانی به وجود خواهد آمد که با رعایت اصول و مواردی که متخصصین به هنگام پیوند کلیه به بیمار و خانواده ایشان ارائه می دهند، می تواند در تسهیل مشکلات و بهبودی بیمار موثر واقع گردد.

از آنجا که انگیزه های مختلفی در افراد اهدا کننده کلیه وجود دارد به نظر می رسد این امر با روانشناس یا مددکار بیمارستان و نظارت آنان انجام بپذیرد تا تبعات منفی روانی، اجتماعی و اقتصادی از یک سو کاهش و از دیگر سو، جنبه های انسان دوستانه و خیرخواهانه مساله را افزایش دهد. بدون شک حمایت های مادی و معنوی به افراد مبتلا می تواند در پذیرش و تحمل بیماری و حفظ بهداشت روانی ایشان که در درجه اول از سوی خانواده و سپس از سوی دوستان، همکاران و جامعه به فرد ارائه می گردد، موثر باشد.





هفته ملی سلامت بانوان

* گرد آوری و ترجمه : سارا آشیانه

همه ساله هفته ملی "سلامت بانوان ایران" در هفته پایانی مهرماه با هدف اطلاع رسانی و حساس سازی گروه های مختلف جامعه در خصوص اولویت های سلامت زنان، برگزار می شود. این مناسبت فرصتی برای جلب حمایت و توجه بیشتر مردم و مسئولین به سلامت بانوان و تاثیر آن بر سلامت خانواده و جامعه می باشد. شعار هفته ملی سلامت بانوان در سال ۱۴۰۱ « سلامت زنان، بنیان خانواده سالم و جامعه جوان » اعلام شده است. روزشمار هفته مذکور و محورهای آن در سال ۱۴۰۱ به شرح زیر می باشد:

- * یکشنبه ۲۴ مهر: زنان امنیت غذایی خانواده
- * دوشنبه ۲۵ مهر: سلامت زنان و سلامت روانی خانواده
- * سه شنبه ۲۶ مهر: سلامت زنان و سبک زندگی
- * چهارشنبه ۲۷ مهر: سلامت زنان ، سلامت خانواده، جوانی جمعیت
- * پنجشنبه ۲۸ مهر: زنان و بیماری های شایع
- * جمعه ۲۹ مهر: زنان و تعلیم و تربیت نسل آینده
- * شنبه ۳۰ مهر: زنان و آسیب های شغلی

جلوگیری از پوکی استخوان

پوکی استخوان یکی از شایع ترین بیماری ها و اختلالات اسکلتی است که بیشتر در دوران سالمندی بروز می کند و عوارض متعددی از خود به جای می گذارد که شایع ترین آن شکستگی ها می باشد. عوامل متعددی در ایجاد و یا تسهیل بروز آن دخیل هستند که از آن جمله سن، جنس، نژاد و عادات غذایی را می توان نام برد. پوکی استخوان به "بیماری خاموش" معروف است چون بدون علامت و نشانه پیشرفت می کند و زمانی ظاهر می شود که فرد با کوچکترین ضربه یا افتادن های معمولی استخوان دچار شکستگی می شود. اهمیت این بیماری به قدری است که سازمان جهانی بهداشت (WHO) با هدف ارتقای سطح آگاهی و دانش مردم و همچنین جلب توجه آن ها به این موضوع، یک روز را به آن اختصاص داده است.

خوشبختانه بیماری پوکی استخوان از جمله اختلالاتی است که با اصلاح شیوه زندگی، ورزش کردن منظم و تغذیه مناسب میتوان از آن پیشگیری کرد. ساده ترین راه مقابله با پوکی استخوان،

آموزش رفتارهای پیشگیری کننده به ویژه رفتارهای تغذیه ای در سنین نوجوانی است. برای پیشگیری از ابتلا به پوکی استخوان حتما توصیه های زیر را رعایت کنید:

- (۱) مصرف شیر و مواد لبنی مورد توجه قرار بگیرد و تلاش شود که کودکان و نوجوانانی که در حال رشد هستند به میزان کافی شیر و لبنیات مصرف کنند.
- (۲) از محصولات غذایی و میوه جات مانند انجیر و سبزیجات تازه مانند کلم پیچ، کلم بروکلی و اسفناج استفاده کنید.
- (۳) مقدار نمک را در طبخ غذاهای خود به حداقل برسانید؛ زیرا افزایش مصرف نمک موجب افزایش دفع کلسیم از ادرار شده و همین مسئله در تراکم استخوان تاثیر دارد.
- (۴) از کشیدن سیگار یا مصرف الکل اجتناب کنید.
- (۵) در معرض نور خورشید قرار بگیرید. توجه داشته باشید که اقدامات لازم برای آفتاب گرفتن و پیشگیری از سرطان پوست را نیز انجام دهید.
- (۶) مصرف نوشابه های گازدار، قهوه، روغن ها و چربی های غیراشباع را به حداقل برسانید زیرا این مواد موجب دفع کلسیم از بدن می شوند.
- (۷) در مصرف شکر زیاده روی نکنید مخصوصا اگر علاقه زیادی به طعم های شیرین دارید.
- (۸) مصرف ویتامین A که در کاهو، کدو، هویج، موز، خرما، ماهی، جگر، زرده تخم مرغ و ... یافت می شود و ویتامین C که در لیمو و سایر مرکبات، توت فرنگی، کیوی، کلم، اسفناج و ... وجود دارد را در رژیم غذایی خود افزایش دهید.
- (۹) سوپا را به رژیم غذایی تان اضافه کنید زیرا کلسیم و استروژن خوبی دارد و نقش بسیار مؤثری در پیشگیری از پوکی استخوان دارد.
- (۱۰) برنامه ورزشی منظمی داشته باشید.

حقایق و آمار

- سلامت زنان و دختران تحت تاثیر تفاوت های بیولوژیکی مربوط به جنسیت و سایر عوامل تعیین کننده اجتماعی است.
- زنان بیشتر از مردان عمر می کنند. در سال ۲۰۱۶، امید به



زندگی جهانی برای زنان ۷۴.۲ سال و برای مردان ۶۹.۸ سال بود. با این حال، زنان عوارض بیشتری را تجربه می کنند و بیشتر از مردان از خدمات مراقبت های بهداشتی به ویژه برای نیازهای بهداشت باروری خود استفاده می کنند.

- بیماری های غیرواگیر همچنان با ۱۸.۹ میلیون مرگ در سال ۲۰۱۵ بزرگترین عامل مرگ و میر زنان در سراسر جهان هستند.
- بیماری های قلبی عروقی عامل اصلی مرگ و میر در میان زنان است. در بین سرطان ها سرطان دهانه رحم و سینه شایع ترین و سرطان ریه کشنده ترین است.

- افسردگی در زنان شایع تر از مردان است (۱/۵ درصد در مقابل ۶/۳ درصد) شیوع افسردگی تک قطبی در زنان دو برابر است.
- به گزارش سازمان جهانی بهداشت، خودآزاری، از جمله خودکشی، دومین عامل مرگ و میر در بین زنان ۱۵ تا ۲۹ ساله در جهان در سال ۲۰۱۵ بود.

- از هر سه زن، یک زن در سراسر جهان در طول زندگی اش، احتمالاً خشونت فیزیکی و یا جنسی را تجربه می کند.

- هر روز تقریباً ۸۳۰ زن به دلایل قابل پیشگیری مرتبط با بارداری و زایمان جان خود را از دست می دهند.

- زنان، به ویژه زنان جوان بین ۱۵ تا ۲۴ سال، اکثریت افراد مبتلا به HIV را تشکیل می دهند.

- در خانواده ها و جوامع، زنان مراقب اولیه هستند.

- زنان و دخترانی که در مناطق درگیری زندگی می کنند یا مجبور به جابه جایی هستند، به دلیل اختلال در عملکرد سیستم های بهداشتی، افزایش موانع برای دسترسی به مراقبت های بهداشتی، تجاوز جنسی و سایر اشکال خشونت بیشتر رنج می برند.

- زنان ۷۰ درصد از مددکاران بهداشتی و اجتماعی جهان را تشکیل می دهند، با این حال نیمی از سهم زنان در سلامت جهانی به شکل کمک های بدون پرداخت است که بالغ بر ۳ میلیارد دلار در سال است.

زنان بیشتر از مردان عمر می کنند. در سال ۲۰۱۶، امید به زندگی جهانی برای زنان ۷۴.۲ سال و برای مردان ۶۹.۸ سال بود.

با این حال، زنان عوارض بیشتری را تجربه می کنند و بیشتر از مردان از خدمات مراقبت های بهداشتی به ویژه برای نیازهای بهداشت باروری خود استفاده می کنند.

- بیماری های غیرواگیر همچنان با ۱۸.۹ میلیون مرگ در سال ۲۰۱۵ بزرگترین عامل مرگ و میر زنان در سراسر جهان هستند.
- بیماری های قلبی عروقی عامل اصلی مرگ و میر در میان زنان است. در بین سرطان ها سرطان دهانه رحم و سینه شایع ترین و سرطان ریه کشنده ترین است.

- افسردگی در زنان شایع تر از مردان است (۱/۵ درصد در مقابل ۶/۳ درصد). شیوع افسردگی تک قطبی در زنان دو برابر است.

- به گزارش سازمان جهانی بهداشت، خودآزاری، از جمله خودکشی، دومین عامل مرگ و میر در بین زنان ۱۵ تا ۲۹ ساله در جهان در سال ۲۰۱۵ بود.

- از هر سه زن، یک زن در سراسر جهان در طول زندگی اش، احتمالاً خشونت فیزیکی و یا جنسی را تجربه می کند.

- هر روز تقریباً ۸۳۰ زن به دلایل قابل پیشگیری مرتبط با

بارداری و زایمان جان خود را از دست می دهند.

- زنان، به ویژه زنان جوان بین ۱۵ تا ۲۴ سال، اکثریت افراد مبتلا به HIV را تشکیل می دهند.

- در خانواده ها و جوامع، زنان مراقب اولیه هستند.

- زنان و دخترانی که در مناطق درگیری زندگی می کنند یا مجبور به جابه جایی هستند، به دلیل اختلال در عملکرد سیستم های بهداشتی، افزایش موانع برای دسترسی به مراقبت های بهداشتی، تجاوز جنسی و سایر اشکال خشونت بیشتر رنج می برند.

- زنان ۷۰ درصد از مددکاران بهداشتی و اجتماعی جهان را تشکیل می دهند، با این حال نیمی از سهم زنان در سلامت جهانی به شکل کمک های بدون پرداخت است که بالغ بر ۳ میلیارد دلار در سال است.

راهکارهایی برای شروع فعالیت بدنی

متأسفانه امروزه بسیاری از افراد شغل های بی تحرک داشته و زمان های آزاد خود را در مقابل تلویزیون، کامپیوتر یا رسانه های اجتماعی می گذرانند. تغییر این وضعیت، به تدریج و قدم به قدم ممکن خواهد بود. شواهد و مطالعات پزشکی حاکی از آن است که فعالیت های فیزیکی و ورزش در پیشگیری از انواع سرطان ها در زنان، نقش به سزایی دارند. در این مطلب راهکارهایی مفید برای شروع فعالیت بدنی توصیه شده است:

- فعالیت هایی را انتخاب کنید که از آنها لذت می برید: مانند دوچرخه سواری، باغبانی یا پیاده روی.

- به آرامی و به تدریج، سطح فعالیت خود را افزایش داده و در ابتدا خود را زیاد خسته نکنید.

- چنانچه از وسایل نقلیه عمومی استفاده می کنید کمی قبل از مقصد از آن پیاده شده و بقیه مسیر را پیاده طی کنید.

- اگر اتومبیل شخصی دارید، قبل از رسیدن به مقصد پارک کرده و بقیه مسیر را پیاده روی کنید.

- فعالیت هایی مانند پیاده روی، دویدن نرم، طناب زدن یا نرمش را انتخاب کنید که نیاز به وسایل و تجهیزات خاصی نداشته باشد.

- عادت های کم تحرکی مانند تماشای تلویزیون را محدود کنید.

- تعداد قدم های روزانه خود را افزایش دهید.

- هنگام صحبت کردن با تلفن همراه راه بروید.

- تعطیلات فعالی را برای خود برنامه ریزی کنید.

- تا حد امکان برای رسیدن به مقصد، به جای رانندگی، قدم بزنید یا دوچرخه سواری کنید.

- اگر برایتان امکان پذیر است چند حرکت کششی کوتاه یا یک پیاده روی سریع کوتاه در محل کار انجام دهید.

بين الملل



International Diabetes Federation

فدراسیون بین المللی دیابت (IDF)

فدراسیون بین المللی دیابت (IDF) یک نهاد غیر انتفاعی و متشکل از بیش از ۲۴۰ انجمن ملی دیابت در ۱۶۰ کشور جهان است که در سال ۱۹۵۰ میلادی با هدف بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به دیابت در کشور بلژیک تاسیس گردید. این نهاد با هدف تقویت فعالیت انجمن های ملی دیابت و افزایش همکاری بین آنها به هفت منطقه آفریقا، آمریکای شمالی و کارائیب، آمریکای میانه و جنوبی، اروپا، خاورمیانه و شمال آفریقا، آسیای شرقی و اقیانوسیه غربی تقسیم و رهنمود های استاندارد دیابت را با توجه به فرهنگ و ویژگی های هر یک از کشورهای این مناطق، تدوین و منتشر نموده است. مأموریت IDF ترویج مراقبت، پیشگیری و درمان دیابت در سراسر جهان و چشم انداز آن، زندگی در دنیای بدون دیابت است.

فعالیت های فدراسیون با هدف تأثیرگذاری بر سیاست ها، افزایش آگاهی عمومی، ترویج تبادل اطلاعات با کیفیت بالا در مورد دیابت و ارائه آموزش برای افراد مبتلا به دیابت و مراقبان آنها انجام می شود. این فدراسیون، همواره بر توسعه منابع آموزشی در دسترس و مبتنی بر شواهد برای متخصصان مراقبت های بهداشتی، افراد مبتلا به دیابت و مراقبین تأکید داشته است.

روز ۱۴ نوامبر (۲۳ آبان) به ابتکار فدراسیون بین المللی دیابت و سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۱ به عنوان روز جهانی دیابت به رسمیت شناخته شد تا توجه دنیا را به معضل جدی دیابت و تهدید این بیماری برای جوامع بشری جلب نماید. همزمان با روز جهانی دیابت، انجمن های دیابت در ایران نیز اقدام به برگزاری رویدادهای علمی، آموزشی و اطلاع رسانی گسترده در سطح کشور می نمایند.



بنیاد امور بیماریهای خاص

هم اکنون نیازمند یاری نذرنا هستیم!

شماره حساب سیبا ۰۱۱۰۱۰۳۴۳۴۰۰۰
بانک ملی برای واریز کمک های مردمی



ارتقای کیفیت سلامت در کشور با همیاری جوانان متخصص قابل توجه فارغ التحصیلان آماده به خدمت سربازی

مشمولان نظام وظیفه در صورت دارا بودن شرایط لازم می‌توانند خدمت سربازی خود را بصورت امریه در بنیاد امور بیماریهای خاص بگذرانند. متقاضیان دریافت امریه بنیاد، باید فارغ التحصیل یکی از رشته‌های زیر باشند:

دکترا (پزشکی)

کارشناسی ارشد (روابط عمومی و مهندسی پزشکی)

همچنین برای دریافت امریه بنیاد علاوه بر دارا بودن یکی از مدارک تحصیلی رشته‌های ذکر شده، متقاضیان باید واجد یکی از شرایط زیر نیز باشند:

(۱) خانواده ایثارگران، فرزندی یا برادر شهید، جاویدالآثر، جانباز یا فرزند رزمنده با حداقل ۶ ماه سابقه در جبهه

(۲) ایتمام

(۳) متاهل و معاف از رزم

(۴) افراد تحت پوشش کمیته امداد و سازمان بهزیستی

(۵) نخبگان استعدادهای برتر، حافظان قرآن و قاریان برتر

(۶) عضویت حداقل ۶ ماه سابقه در پایگاه مقاومت بسیج

متقاضیان می‌توانند در صورت دارا بودن شرایط مربوط به جذب و انتخاب مشمولان اعلام شده از سوی ستاد کل نیروهای مسلح، تقاضانامه و رزومه فعالیت خود را به آدرس الکترونیکی cffsdorg@gmail.com ارسال کنند و برای پیگیری با شماره تلفن ۲۲۷۸۳۴۶۵ (۰۲۱) تماس بگیرند.

خاص

علمی | فرهنگی | اجتماعی

شماره ۸۱ - پاییز ۱۴۰۱