

خاص

علمی | فرهنگی | اجتماعی

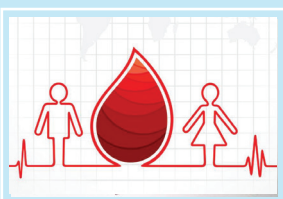
شماره ۸۵ - پائیز ۱۴۰۲



بازخوانی بخشی از سخنرانی
آیت الله هاشمی رفسنجانی



دیابت و پاهای مورد غفلت



کیفیت دارو بیماران تالاسمی با
حمایت از تولید داخل

پیشگیری از
دیابت با ترویج
شیوه زندگی سالم



بنیاد امور بیماران خاص
CHARITY FOUNDATION
FOR SPECIAL DISEASES

همه اکنون نیازمند یاری نذرنا هستیم!

آبان روز
جهانی دیابت ۲۳

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



بنیاد امور بیماریهای خاص

فهرست

نشریه علمی، فرهنگی، اجتماعی
شماره ۸۵ - پائیز ۱۴۰۲

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 سمیعی، 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

اعضای تحریریه: محمد محمودی، زهرا هاشمی، فرزانه وکیلی، دکتر امیر محمد علومی، فرنام جمالیان، امیرحسین توکلی بینا، دکتر محمود هادی پور دهشال، دکتر ویدا شفیع پور، دکتر لیلا یزدان پناه، دکتر جواد خلعتبری، دکتر کیمیا نوکار، دکتر عبد الرضا معادی

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: ۲۲۷۸۳۲۶۹
نمابر: ۲۲۷۶۵۴۲۳

info@cffsd.org
cffsd@yamil.com
www.cffsd.com

سخن سردبیر / ۱

معراج پیامبر اکرم (صلی الله علیه وآله) / ۲
تولید علوم انسانی اسلامی به سبک فارابی با ظرفیت های صدرايي / ۴

بنیاد

باز خوانی بخشی از سخنرانی آیت الله هاشمی رفسنجانی / ۷
اخبار بنیاد / ۱۱
وضعیت درمانی بیماران خاص، در استان خراسان جنوبی / ۱۶
یاوران سبز بنیاد امور بیماری های خاص / ۱۸
آرامش خاص می خواهید، اینجا است! / ۱۹

سلامت

کیفیت دارو بیماران تالاسمی یا حمایت از تولید داخل / ۲۱
بررسی تاثیر تمرینات ورزشی حین دیالیز و پیاده روی در منزل بر توانایی جسمانی و کفایت دیالیز بیماران همودیالیزی / ۲۲
دیابت و پاهای مورد غفلت / ۲۳
روز جهانی دیابت / ۲۵
خواب در کودکان مبتلا به طیف اتیسم / ۲۶
سفر برای بیماران هموفیلی / ۲۸
سرطان سلول سنگفرشی دهان / ۲۹
کاربرد هوش مصنوعی در حوزه سلامت / ۳۱
استرس چگونه بر قند خون تأثیر می گذارد؟ / ۳۲

اجتماعی، فرهنگی و ورزشی

الفقر المؤت الاکبر! / ۳۴
دوستان سبز دیابت! / ۳۵
تیزرپاتید پدیده درمان دیابت در سال ۲۰۲۳ / ۳۶
درمان قطعی سرطان با واکسن های شخصی؟ / ۳۷
کتابی برای هزار و یک درمان خانگی! / ۳۹
ماجرای مادری که بعد از بیماری فرزندش، نویسنده شد! / ۴۰
پایان زندگی یک سرطانی! / ۴۲
شعر خاص / ۴۴
فدراسیون ورزشی / ۴۷

بین الملل

چگونه فناوری های جدید درمان ام اس را تغییر می دهند؟ / ۴۹

سخن سردبیر

* دکتر باقر لاریجانی

سردبیر

روز جهانی دیابت (WDD) در سال ۱۹۹۱ توسط IDF و سازمان بهداشت جهانی در پاسخ به نگرانی‌های فزاینده در مورد تهدید فزاینده سلامت ناشی از دیابت ایجاد شد. روز جهانی دیابت در سال ۲۰۰۶ با تصویب قطعنامه ۲۲۵/۶۱ سازمان ملل به عنوان روز رسمی در سازمان ملل شناخته شد. هر سال در ۱۴ نوامبر مصادف با ۲۳ آبان، سالروز تولد سر فردریک بانتینگ، که به همراه چارلز بست در سال ۱۹۲۲ انسولین را کشف کردند، به عنوان روز جهانی دیابت گرامی داشته می‌شود. روز جهانی دیابت، بزرگترین کمپین اطلاع‌رسانی در مورد دیابت است که هر ساله با محوریت مشخص و با شعاری که فدراسیون بین‌المللی دیابت انتخاب می‌کند، در بیش از ۱۶۰ کشور دنیا برگزار می‌گردد. اهداف اصلی که این کمپین دنبال می‌کند عبارتند از: اطلاع‌رسانی گسترده به جوامع، سیاستمداران و ذینفعان در سراسر دنیا برای توجه ویژه به دیابت، اطلاع‌رسانی گسترده از فعالیت‌های فدراسیون بین‌المللی دیابت و نقشی که این نهاد در جهت ارتقای آگاهی دنیا ایفا می‌کند. موضوع روز جهانی دیابت از سال ۲۰۲۱ تا سال ۲۰۲۳ دسترسی به مراقبت‌های دیابت با شعار «دیابت: مراقبت برای همه» است.

در سال ۲۰۲۳، این کمپین با موضوع «دیابت و اختلالات کلیوی» بر اهمیت به خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ برای کمک به تأخیر یا جلوگیری از این بیماری و برجسته کردن تأثیر عوارض مرتبط با دیابت و اهمیت دسترسی به اطلاعات و مراقبت مناسب برای اطمینان از درمان به موقع تمرکز دارد. در حال حاضر بیش از ۵۷۰ میلیون نفر در سراسر دنیا یعنی در حدود یک نفر از هر ۱۰ نفر به دیابت مبتلا هستند و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ این تعداد به ۶۴۳ میلیون نفر و در سال ۲۰۴۵ به ۷۸۳ میلیون نفر برسد. نزدیک به ۴۴ درصد از مبتلایان به دیابت از بیماری خود آگاه نیستند و بیش از سه چهارم این افراد از نظر اقتصادی در وضعیت ضعیف یا متوسط قرار دارند. در ایران شیوع دیابت حدود ۱۴ درصد می‌باشد که حدود ۱۰ میلیون نفر ایرانی را درگیر میکند. دیابت حدود ۱٫۳ تریلیون دلار در سال هزینه بر سیستم سلامت دنیا دارد و این عدد حدود ۱۲ درصد از کل هزینه‌های سیستم‌های سلامت در سراسر جهان است. این آمار نشان‌دهنده اهمیت تشخیص و مراقبت مناسب در بیماران دیابتی و همچنین اهمیت تلاش در جهت جلوگیری یا به تأخیر انداختن این بیماری و برجسته کردن تأثیر عوارض مرتبط با دیابت و اهمیت دسترسی به اطلاعات و مراقبت مناسب برای اطمینان از درمان به موقع بوده و میبایست بر این موارد تمرکز صورت پذیرد.



معراج پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله)

به بنده خود وحی کرد... (سوره نجم آیات ۱۱-۶ روایات متعددی درباره معراج پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) وجود دارد که مجموعه آنها این مطلب را میرساند که زمان، مکان و تعداد دفعات معراج تفاوت داشته است. علامه محقق سید جعفر مرتضی‌العالمی در کتاب شریف الصحيح من سیره النبی الاعظم (صلی الله علیه و آله) زمان های متعددی را برای معراج بیان نموده و سپس قول ارجح را این میدانند که اسراء و معراج در اثنای مرحله دعوت سری پیامبر و پیش از هجرت رخ داده است. سیرت جاودانه ترجمه و تلخیص کتاب الصحيح من سیره النبی الاعظم (صلی الله علیه و آله) - محمد سپهری ج ۱ ص ۲۹۱

اعتقاد درست و عقیده اکثریت مسلمانان آن است که اسراء هم روحانی و هم جسمانی بوده است. علامه سید جعفر مرتضی‌العالمی در این باره می نویسد که اگر اسراء و معراج تنها رویای صادقه باشد، اعجازی نخواهد داشت و هر کسی می‌تواند در خواب و رویا هر جا که می‌خواهد برود. از طرفی حضرت ابوطالب عموی بزرگوار پیامبر اسلام در شب معراج پس از اطلاع از سفر پیامبر، تمام مکه را به دنبال پیامبر می‌گردد، ولی ایشان را نمی‌یابد. لذا برخی حرف‌هایی که درباره صرف روحانی بودن معراج مطرح می‌شود، در صدد تقلیل شأن

پاک و منزّه است خدایی که بنده اش را در یک شب از مسجدالحرام به مسجد الاقصی برد که گرداگردش را پر برکت ساختیم، تا نشانه های خود را به او نشان دهیم که خدا شنوای بیناست. (سوره اسراء- آیه یک)

معراج پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) طبق آنچه مشهور است در شب هفدهم ماه مبارک رمضان رخ داده است. داستان سیر شبانه نبی مکرم طبق نص صریح قرآن کریم از مکه مکرمه رخ داده است. علامه طباطبایی قدس سره در بیان مفهوم آیه اول سوره مبارکه اسراء که در بیان واقعه معراج است چنین فرموده است:

(اسراء به معنای آن است که سیری در شب رخ دهد. اسری ب معنایشی آن است که او را شبانه سیر داد. دلیل آوردن کلمه لیلا به عنوان مفعول فیه این معنا را افاده میکند که این سیر، هم رفتنش و هم برگشتنش در شب رخ داده است. مبدء معراج مسجد الحرام در مکه مکرمه و مقصد زمینی آن مسجد الاقصی در قدس شریف بوده است.) تفسیر المیزان ج ۱۲ ص ۵

مرحله دوم معراج در سوره نجم چنین توصیف شده است:

(سپس پیامبر در شب معراج نزدیک و نزدیکتر شد تا آنکه فاصله او با مقام قرب خاص الهی به اندازه طول دو کمان یا کمتر بود. در آنجا خداوند آنچه وحی کردنی بود

* منبع:

علی رادپور فلاحی،
عضو هیئت علمی
دانشگاه تهران

که برای پیامبر دلنشین ترین صداها بود. در آن قرب خدای متعال با صدای امیرالمومنین با عبد خود سخن ها گفت، ولایت امیرالمومنین را بار دیگر تاکید کرد، به وجوب نماز امر نمود و خواتیم سوره بقره را به پیامبرش تعلیم داد و پیامبر پس از مناجاتی عاشقانه با معبود خود به زمین برگشت.

جبرائیل امین در راه بازگشت از پیامبر خواست تا سلام خدا و سلام او را به خدیجه کبری برساند. پیامبر پس از بازگشت خواسته جبرائیل را انجام داد و سلام خدا و امین وحی را به امیرالمومنین ابلاغ نمود و خدیجه در پاسخ چنین فرمود: ان الله هو السلام و منه السلام و الیه السلام و علی جبرائیل السلام. مجلسی - بحار الانوار ج ۱۸ ص ۳۸۲

چون پیامبر به مکه مکرمه برگشت و داستان معراج را به کفار قریش عرضه کرد مثل همیشه از در تکذیب وارد شدند اما پیامبر ماجرای را برای آنها نقل کرد که در راه بازگشت به کاروان قبیله ای برخوردیم که شتری را گم کرده بودند و از آنها آبی طلب کردم و درجایی دیگر به کاروان دیگری برخوردیم که دست شتر رمیده شان شکسته بود. کفار قریش به استهزاء پیامبر پرداختند اما طولی نکشید که آن دو کاروان وارد مکه شدند و صدق گفتار پیامبر مشخص شد اما عنودان و سیه دلان این معجزه بزرگ پیامبر را به سحر تعبیر کردند. سبحانی - فروغ ابدیت ج ۱ ص ۳۷۹

بر طبق روایاتی که شیخ صدوق و دیگران نقل کرده‌اند، از جمله مکان‌هایی که پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) در هنگام سیر شبانه بر بالای زمین مشاهده کرد، سرزمین قم بوده است که به صورت تپه‌هایی می‌درخشید و چون از جبرئیل از نام آن نقطه سوال شد، گفت اینجا سرزمین قم است که بندگان مومن و شیعیان اهل‌البیت در آن گرد می‌آیند و انتظار فرج می‌کشند.

حدیث معراج، روایت و شرح این واقعه توسط پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) است که در آن از برترین کردار، شایستگان محبت خداوند، پارسا ترین مردمان، ویژگی و نیاز بندگان، ویژگی اهل آخرت، پاداش زاهدان و ... سخن گفته شده است. اهمیت این روایت به حدی است که علمای مسلمان شرح‌های متعددی بر آن نوشته‌اند. راهیان کوی دوست نوشته آیت الله مصباح یزدی از مشهورترین کتب معاصر است که به شرح حدیث معراج پرداخته است.

معراج پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) نشانه‌ای از قدرت خدای متعال و نمادی از ارتباط والای معبود با

نبی اکرم (صلی الله علیه و آله) و نشان از درک کوتاه و عقل کم است. سیرت جاودانه ترجمه و تلخیص کتاب الصحیح من سیره النبی الاعظم - محمد سپهری ج ۱ ص ۲۹۶

کیفیت معراج

عیاشی در تفسیر خود و مرحوم مجلسی در بحار الانوار شرح واقعه معراج را چنین نوشته‌اند که پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) در شب معراج در خانه امّ هانی خواهر امیرالمومنین در کنار مسجد الحرام مشغول عبادت بود که صدای امین وحی جبرائیل را شنید که او را به سفری طولانی فراخواند. پیامبر سوار بر مرکب براق شد و به سمت مسجدالاقصی سیر کرد. در مسجدالاقصی (طهره الله من دنس الیهود) پیشاپیش ارواح پیامبران به نماز ایستاد و سپس به بیت لحم زادگاه عیسی (علیه السلام) و دیگر خانه‌های پیامبران در سرزمین مقدس فلسطین رفت و در برخی مکانها به تحیت نماز گزارد. آنگاه به آسمان دنیا صعود کرد و آدم ابوالبشر و دسته دسته فرشتگان به پیشواز پیامبر آمدند. در آسمان اول پیامبر خازن دوزخ و ملک الموت را مشاهده کرد و گروهی از امت را که اموال یتیمان را خورده‌اند، از مردمان عیب جویی کرده‌اند، ربا می‌خورند و زنان بدکاره ای را مشاهده کرد که به عذابهای سخت و دردناک خود مبتلا بودند.

در آسمان دوم عیسی مسیح و یحیی بن زکریا به استقبال پیامبر آمدند و فرشتگان مشغول ذکر و تسبیح خدا بودند.

در آسمان سوم ماه چهره ای در میان ستارگان و همراه فرشتگان بسیاری به استقبال آمد. جبرائیل امین در پاسخ به سوال نبی مکرم آن مرد را معرفی کرد: این برادرت یوسف صدیق است.

ادریس نبی در آسمان چهارم به استقبال آمد و فرشتگان به دعا و آمزش برای امت مشغول بودند.

در آسمان پنجم پیر مردی که امتش گردگرد او بودند در هاله ای از فرشتگان به استقبال آمدند. پیامبر متقلب شد و بادی از جان خود، امیرالمومنین علی (علیه السلام) کرد، چراکه هارون به استقبال او آمده بود.

آسمان ششم موسی بن عمران خود را به پیامبر رساند و او را گرامی داشت و پیامبر از آنجا به آسمان هفتم عروج کرد. چون به حجابهای نور و سدره المنتهی رسید امین وحی ایستاد و پیامبر به تنهایی به قرب خاص الهی وارد شد و خدای متعال با پیامبرش صحبت کرد، صدایی

بر طبق روایاتی که شیخ صدوق و دیگران نقل کرده‌اند، از جمله مکان‌هایی که پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) در هنگام سیر شبانه بر بالای زمین مشاهده کرد، سرزمین قم بوده است که به صورت تپه‌هایی می‌درخشید و چون از جبرئیل از نام آن نقطه سوال شد، گفت اینجا سرزمین قم است که بندگان مومن و شیعیان اهل‌البیت در آن گرد می‌آیند و انتظار فرج می‌کشند. حدیث معراج، روایت و شرح این واقعه توسط پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) است که در آن از برترین کردار، شایستگان محبت خداوند، پارسا ترین مردمان، ویژگی و نیاز بندگان، ویژگی اهل آخرت، پاداش زاهدان و ... سخن گفته شده است.

تولید علوم انسانی اسلامی به سبک فارابی با ظرفیت‌های صدرایی

*منبع:

دکتر ابراهیم خانی، عضو هیئت علمی دانشگاه امام صادق (ع)

آسیب‌شناسی میراث فلسفه اجتماعی مابعد فارابی
این میراث فوق‌العاده ارزشمندی است که متأسفانه بعد از فارابی در میان فیلسوفان ما امتداد پیدا نکرده است. دلایل متعددی در این زمینه وجود دارد: یک مسئله این است که نیاز زمانه نیست و حکومت‌ها با مدینه فاضله فلاسفه فاصله زیادی دارند، لذا مسئله آن‌ها چیزی غیر از این است؛ مسئله آن‌ها قدرت و عصبیت‌های قومی و قبیله‌ای است و وقتی که حکومت در ارتباط با فیلسوفان نباشد و برای آن‌ها مسئله تولید نکند، به‌طور طبیعی، فیلسوف هم وظیفه‌ای برای پاسخگویی احساس نمی‌کند؛ یعنی جریان حکومت‌ها در جهان اسلام برای فیلسوفان مسئله جدیدی تولید نمی‌کنند.

وجه دوم قضیه این است که فارابی آن قدر در این حوزه زیبا سخن می‌گوید و پیشرو است و خلاقیت دارد که برای فلاسفه بعدی جایی برای ابراز خلاقیت در اندیشه اجتماعی، بر اساس مبانی مشایی، باقی نمانده است؛ گویا هر آنچه فلسفه مشایی در هستی‌شناسی و انسان‌شناسی برای رسیدن به اندیشه اجتماعی توان دارد، خطوط کلی آن خودش را در اندیشه فارابی نشان داده است. به همین دلیل، شاید ابن‌سینا و امثال او جایی برای بسط مفصل قضیه نمی‌بینند؛ هرچند هرکدام از این فلاسفه گاهی لطایف و ظرایفی به بحث اضافه کرده‌اند.

دلیل سوم هم آن است که فلاسفه بعدی بر مبانی هستی‌شناسی و انسان‌شناسی و تعمیق آن‌ها تمرکز کرده‌اند. اینک پس از گذشت هزار سال از زمان فارابی، ما می‌توانیم بگوییم که هستی‌شناسی و انسان‌شناسی فلسفی بسیار پیشرفته‌تر از زمان فارابی شده است. اگر فارابی با آن ظرفیت‌های هستی‌شناسی و انسان‌شناسی، چنین اندیشه اجتماعی را در امتداد فلسفه خویش تولید کرده است، ما امروز می‌توانیم انتظار داشته باشیم که با رشد کمی و کیفی بیش‌از حد مبانی هستی‌شناسی و انسان‌شناسی، به‌طور طبیعی، باید پیامدهای آن را در رشد کمی و کیفی اندیشه اجتماعی فلسفی شاهد باشیم. [البته] تاکنون این اتفاق به نحو مطلوب رخ نداده است؛ زیرا سبک فارابی در کرسی‌های آموزش فلسفه ما رایج نیست.

اهمیت تلفیق روش‌شناختی فلسفه فارابی و ملاصدرا

در روش فارابی، خط فاصل و مرزی میان اندیشه اجتماعی و مبانی هستی‌شناسی قرار نمی‌گیرد و از فلسفه جدا نمی‌شوند. هستی‌شناسی اجتماعی جزئی از فلسفه و اندیشه فلسفی فارابی بود، ولی امروز به این شکل نیست. امروزه در آثار فلسفی و در دوره‌های آموزش فلسفه، هیچ‌وقت دانشجوی فلسفه را با هستی‌شناسی اجتماعی و با پیامدهای هستی‌شناسی و انسان‌شناسی در اندیشه اجتماعی به‌طور مفصل آشنا نمی‌کنند؛ نه استاد این کار را می‌کند و نه دانشجو چنین مطالبه‌ای دارد. کتاب‌های فلسفی تنها الهیات من الاهم و من الآیات من الاخص است؛ درحالی‌که هردوی این مباحث در هستی‌شناسی اجتماعی پیامدهای بسیار زیادی دارد. [اما] ما امروز باید سبک فارابی را با ظرفیت صدرایی زنده کنیم؛ یعنی اینک که هستی‌شناسی و انسان‌شناسی در طول قرن‌ها

فارابی یکی از اولین فیلسوفان مسلمان است، ولی ویژگی‌های منحصر به فردی دارد که هنوز هم برای زمانه ما قابل توجه است. به همین دلیل، روز فلسفه در ایران، روز بزرگداشت فارابی انتخاب شده است که این انتخابی درست و دقیق است. یکی از ویژگی‌های فارابی که با بحث تولید علوم انسانی اسلامی پیوند بسیار وثیقی دارد و می‌تواند برای امروز ما نیز یک الگو و روش کارآمد باشد، این است که در آثار و اندیشه فارابی، فاصله یا شکافی میان مبانی هستی‌شناسی، انسان‌شناسی فلسفی و اندیشه اجتماعی او وجود ندارد؛ یعنی این‌گونه نیست که برخی از آثار او فلسفی محض باشد و برخی دیگر اجتماعی محض باشد و به‌گونه‌ای نیست که آدم بین آن‌ها پیوند شفاف و مشخصی را احساس نکند.

حرکت پیوستار فارابی از فلسفه به اندیشه اجتماعی

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های آثار فارابی که برای امروز ما درس‌آموز است، این است که فارابی در یک شیب ملایم و در یک پیوستار و حرکت بر روی طیف، مخاطب را از فلسفه وارد اندیشه اجتماعی می‌کند؛ به‌گونه‌ای که اگر ما بخواهیم نقطه‌ای را به‌عنوان مرز بین فلسفه و اندیشه اجتماعی او قرار بدهیم، کار دشواری خواهد بود. مثلاً وی در کتاب «آراء أهل المدینه الفاضله و مضاداتها»، حدود ۲۵ فصل درباره مباحث هستی‌شناسی سخن گفته است و سپس در یک منطق کاملاً دفاع‌پذیر، به‌صورت متصل وارد دانش اجتماعی می‌شود. این الگو برای زمانه ما برای تولید علوم انسانی اسلامی بسیار موردنیاز است. به همین دلیل در مورد این الگو و نحوه امتداد آن در زمان حاضر صحبت می‌کنم.

در کتاب «آراء أهل المدینه الفاضله و مضاداتها»، فارابی ابتداء از خدا و خداشناسی بحث می‌کند؛ سپس وارد بحث از نظام آفرینش می‌شود: عالم عقول، قوس نزول هستی، عالم مثال، افلاک و نفوس فلکی، عالم ماده و چپستی آن، چپستی ماده و صورت؛ سپس بحث از عناصر و مرکبات؛ سپس بحث از جمادات، نباتات و حیوانات؛ آنگاه به بحث انسان‌شناسی می‌رسد و بعد وارد بحث حیات اجتماعی می‌شود؛ خط اتصال وثیقی که کاملاً منطقی است؛ یعنی قوس نزول را از مبدأ آغاز می‌کند و به عالم ماده وارد می‌شود و به انتهای قوس نزول می‌رسد و در بحث از ماده، به جماد و نبات و حیوان و انسان می‌پردازد و در امتداد قوس صعود هستی، به حیات اجتماعی می‌رسد که اندیشه‌های اجتماعی خودش را بازگو می‌کند.

در این نگاه، هستی‌شناسی اجتماع، بخشی از اندیشه فلسفی فارابی است. فارابی در امتداد هستی‌شناسی، مبدأ شناسی، قوس نزول و قوس صعود به مسئله اجتماع راه پیدا می‌کند و تمام ظرفیت‌های هستی‌شناسی، انسان‌شناسی، معرفت‌شناسی و روش‌شناسی فلسفه منشأ را در اندیشه اجتماعی خود به کار می‌گیرد.



کار می‌کنند، حاصل تلاش شخصی خود این افراد است؛ یعنی این اتصال در نظام آموزش رسمی برقرار نیست.

ثمره توجه به فارابی و فلسفه او در علوم اجتماعی

مهم‌ترین آورده نگرستن به شخصیت فارابی این است که تلاش برای اتصال فلسفه به علوم اجتماعی داشته باشیم؛ به گونه‌ای که هم در دروس تخصصی اهالی فلسفه، هستی‌شناسی اجتماعی به‌عنوان یک جزء ضروری وارد شود و هم در نظام آموزشی و دروس تخصصی علوم اجتماعی، فلسفه اسلامی به‌عنوان یک ضرورت وارد شود. این مهم‌ترین درسی است که فارابی برای زمان ما دارد که ما در این مسیر گام‌هایی را برداشته‌ایم، ولی هنوز تا نقطه بلوغ فاصله داریم.

فارابی به ما می‌آموزد که اندیشه اجتماعی جدا از فلسفه نیست و فلسفه هم جدا از اندیشه اجتماعی نیست. ما باید این درس او را در نظم‌های رسمی آموزش فلسفه و علوم اجتماعی وارد کنیم. دانش‌جویان فلسفه باید غیر از [کتاب‌های] «بدایه الحکمه»، «تهایه الحکمه»، «منظومه» و «اسفار»، در متن فلسفه‌خوانی و هستی‌شناسی اجتماعی وارد شود؛ نه به‌عنوان یک امر طفیلی و عارضی و زائد. از سوی دیگر، دانش‌جویان علوم اجتماعی نیز باید در متن دروس تخصصی خود با ظرفیت هستی‌شناسی و انسان‌شناسی فلسفه و حکمت اسلامی و پیامدهای آن در اندیشه اجتماعی به‌طور تفصیلی آشنا گردند.

البته ما تولیدات فراوانی در این حوزه داشتیم که متأسفانه در کتابخانه‌ها خاک می‌خورند. این‌ها می‌توانند ده‌ها واحد درسی را تشکیل دهند. البته نیازمند تولیدات جدیدی هم در این زمینه هستیم. کسانی که در این زمینه‌ها وارد شده‌اند، دیده‌اند که ظرفیت‌های بسیار زیادی در اینجا وجود دارد. امیدواریم جریان‌هایی که در این حوزه‌ها به موضوع آگاه می‌شوند، بتوانند سبک فارابی را با ظرفیت‌های صدرایی به‌طور کاملاً رسمی و شکوفا شده در جامعه علمی به سرانجام برسانند.

فوق‌العاده پیشرفت کرده و ظرفیت‌های کلامی، فلسفی، عرفانی، قرآنی و روایی در اندیشه صدرایی به بلوغ قابل توجه و قابل قبولی رسیده است، می‌توانیم به سبک فارابی هستی‌شناسی اجتماعی خودمان را بازخوانی کنیم و ظرفیت‌های جدیدی تولید نماییم. امروز هر دو مسئله‌ای که در مورد فارابی گفتم، منتفی شده است؛ هم در فلسفه ظرفیت‌های جدیدی تولید شده است که می‌تواند در اندیشه اجتماعی دیده شود و هم انقلاب اسلامی - برخلاف حکومت‌هایی که نسبتی با مدینه فاضله و اندیشه‌های فضیلت محوری نداشتند- با این مباحث به‌شدت درگیر است. حتی اندیشه فارابی برای تحلیل مسائل روز جامعه کارآمد می‌باشد. حال اگر اندیشه‌های فارابی را با ظرفیت‌های صدرایی بازخوانی کنیم، کارآمدی این اندیشه صدچندان خواهد شد.

نمونه موفق از تلفیق روش صدرایی و فارابی در عصر حاضر

در دهه‌های اخیر کارهایی انجام شده است ولی تا نقطه بلوغ نرسیده است. شاید دو تن از اصلی‌ترین شخصیت‌های این جریان که تلاش کردند تا سبک فارابی را با ظرفیت‌های صدرایی در حوزه هستی‌شناسی اجتماعی وارد کنند و جبران مافات را داشته باشند، علامه طباطبائی و شهید مطهری باشند. ایشان هم سنت صدرایی را فهم کردند و هم امتداد آن را در هستی‌شناسی اجتماعی و فلسفه علم اجتماعی پیگیری نمودند. با این همه، هنوز چند مسئله وجود دارد؛ اگر ما در مباحث این دو بزرگوار متوقف شویم، هرچند که در آثار ایشان نکات آغازین فوق‌العاده‌ای وجود دارد، [لیکن] هنوز به نهایت تفصیل و شفافیت و بلوغ نرسیده است.

همچنین، هنوز در بدنه نظام آموزش فلسفه و نظام علوم اجتماعی ما، شکافی بین فلسفه و علوم اجتماعی وجود دارد؛ یعنی نه اهالی علوم اجتماعی فلسفه اسلامی می‌دانند و نه اهالی فلسفه اسلامی علوم اجتماعی می‌شناسند. حداقل در دروس اصلی هر دو رشته، نه خبری از دروس فلسفه در علوم اجتماعی هست و نه خبری از علوم اجتماعی در دروس فلسفه. اگر هم افرادی [در این زمینه]

بنیاد



سخنرانی حضرت آیت الله هاشمی رفسنجانی در دیدار با کارکنان بنیاد بیماریهای خاص

چه شما، کسانی که در خدمت نیازمندترین مردم کشور تلاش می‌کنید، چه کسانی که حمایت می‌کنند و چه کسانی که کار می‌کنید، یکی از میدان‌های بسیار روشن و مشعشع خدمت انسانی و اسلامی است. کار رسیدگی به بیمارانی که جزو سخت‌ترین بیمارهای دنیا هستند، به خاطر ارتباطاتی که در زمان مسئولیت در مجلس و بعد در ریاست جمهوری داشتم، مراجعاتی که به من می‌شد، کم کم در وجود شعله‌ای را باز کرده بود که این همه انسان با این مشکلات چگونه می‌توانند زندگیشان را باز یابند و مثل دیگران زندگی کنند! گاهی هم در بیمارستان‌ها شاهد اطاقک‌هایی بودم که بعضی از افرادی که دیالیز می‌شدند، در آنجا با شرایط سختی در حال دیالیز شدن بودند. احوال پرسی که می‌کردم، یکی می‌گفت که من از فلان روستا در فلان استان با دو روز توانستم خودم را به اینجا برسانم و دوباره دو روز هم باید وقت صرف کنم که به شهرم و روستایم برگردم و دوباره باید آماده شوم که به اینجا برگردم. انسان خیلی تکان می‌خورد از یک منظره محسوس و جسم تکیده‌ای که جلوی چشمش هست.

به هر حال جمعی از همکاران خوب ما که شخصیت‌های خوب پزشکی و اجتماعی کشور هستند، پیشنهاد بنیاد بیماران خاص را در یکی، دو سه سال آخر مسئولیت من دادند و من هم استقبال کردم و کار این بنیاد آن روز شروع شد که حالا هفده سال از آن زمان می‌گذرد. حالا که نگاه می‌کنم، با این وسعتی که جناب دکتر لاریجانی در اینجا هم بخش‌های خدمات، کارها و آمارها را توضیح دادند، می‌بینم باید از توفیقی که خداوند به این مجموعه داده، راضی باشیم و معمولاً هم گزارش‌ها را خیلی زود و زیاد از فاطمه، دختر خودم می‌شنوم که جزئیات را می‌داند و به من می‌گوید و اگر مشکلی هم داشته باشد، منعکس می‌کند. من همچنان برای خودم احساس وظیفه می‌کنم که هر وقت و هر جا باشم، از نیازمندان کشور حمایت می‌کنم. وظیفه ماست و منت بر کسی نیست. این بخشی از وظیفه‌هایی است که ما داریم. در این مدت کمک‌های مردمی و توجه مردم برای شخص من خیلی جاذبه داشت و جالب بود. مدتی صداوسیما هم همکاری می‌کرد و می‌گفت و مردم مطلع می‌شدند و حالا آنها هم این کار را نمی‌کنند، اما خود مردم هستند که به سراغ مسئولان این بخش می‌آیند و کمک‌هایشان را به هر جا که می‌توانند، می‌دهند و هیچ دریغ نمی‌شود و اگر ما بتوانیم جذب کنیم، کارهای بزرگتری را می‌توانیم انجام دهیم.

موانعی هم به وجود می‌آید. مثلاً همین مرکز سرطان که آقای دکتر لاریجانی گفتند، بایستی ده، پانزده سال قبل تکمیل می‌شد و اگر می‌شد، ما الان در کشور و در منطقه مرجع این دانش و این نیاز مردم بودیم.

ترکیه در آن موقع هنوز مرکز سرطان را شروع نکرده بود و از ما یاد گرفتند. من به آقای تورگوت اوزال گفتم که ما می‌خواهیم این کار را بکنیم، ایشان گفت: خوب است، ما هم شروع کنیم. الان آنها تعداد زیادی از این مراکز ساختند. مراکزی با آن دستگاه‌های خیلی پیشرفته و مهم که آوردند، خیلی کارها را انجام می‌دهند و الان از منطقه بیشتر به آنجا مراجعه می‌شود. به هر حال ما از این جهت نباید حسادت کنیم. اما غبطه می‌خوریم که چرا ما این کار را نکردیم؟ من در دولت خودم زمین خوبی را در عباس آباد گفتم که شهرداری به بنیاد داد که این مرکز را بسازند و بعد از اینکه دولت من تمام شد تا یکی، دو سال پیش کسی دنبالش را هم نمی‌گرفت و کمک نمی‌کردند و مانع‌تراشی می‌کردند، خاک‌برداری هم شد و نقشه‌اش هم

گرفت، آقای فرشچی، داستانی همین حالا یادم آمد که بگویم تا ببینید آیات قرآن چقدر تأثیر دارند!

سالها پیش پس از پیروزی انقلاب من در هیأت فرش فروش ها، هفتگی می‌رفتم و سخنرانی می‌کردم. یک روز یا یک شب که سخنرانی می‌کردم، آیات انفاق را خواندم. وقتی که سخنرانی تمام شد، حاج آقا حسین فرشچی (پدر ایشان که خداوند رحمتش کند) آمد و گفت: این آیه‌ای که شما خواندید، من حاضرم هر چیز دارم را بدهم و آنچه را که از خدا می‌گیرم، خیلی بیشتر از چیزی است که می‌دهم.

ما نمی‌خواستیم آن زندگی به هم بخورد و گفتیم که ما الان دنبال یک مدرسه دخترانه هستیم. پیش از انقلاب مهم بود که یک مدرسه دخترانه برای دختران عقیف داشته باشیم که می‌خواهند درس بخوانند و مدارس آن موقع برای دخترهای مسلمان مشکل داشت. ایشان پشت بهارستان نزدیک خیابان ایران یک خانه بزرگ سه هزار متری داشت که خانه‌ای قدیمی بود. آن را خرید و به مدرسه رفاه هدیه کرد. ما با آن هدیه مدرسه رفاه را تشکیل دادیم. هنوز بعد از حدود ۴۰ سال این مدرسه توسعه پیدا کرده و بچه‌های مردم را به خوبی تربیت می‌کند. این معلول یک آیه انفاق بود که من در یک جلسه هیأت برای آنها، آیه را تفسیر کردم.

انسان به قرآن که نگاه می‌کند، فکر می‌کند که آیه برای این نازل شد که انسان بتواند چیزی پیدا کند و انفاق کند و اگر هم ندارد، از وقتش انفاق کند و کمک کند و خدمت کند. این هم انفاق است. با زبان هم انسان می‌تواند انفاق کند.

به هر حال حقیقتاً خانواده‌ای که گرفتار بیماری خاص شده، به هر صورت و هر نحوی باید کمک شوند. هر چه که این گرانی‌ها و تورم‌ها و تحریم‌ها پیش می‌آید، تأمین نیازهای اینها مشکل می‌شود. خیلی چیزهای آن در داخل نیست و باید از خارج بیاید و کار بر آنها سخت‌تر می‌شود. انشاءالله کسانی که این خدمت‌ها را می‌کنند، به خاطر وجدانشان باشد و خداوند به آنان جزا بدهد. مثلاً یک جای خالی را برای همین نیازمندی‌ها می‌بینیم. یک عده هستند که زمین‌گیر شدند و دیگر نمی‌توانند در خانه‌های کوچک زندگی کنند، فکر کردیم در مناطقی از کشور، نقاهتگاه‌هایی ساخته شود که اینها را به آنجا ببریم که در آنجا فضای خوب و بازی داشته باشند و شرایط زیستی خوبی داشته باشند تا در آنجا بمانند. به صورت یک مجموعه باشد. بالاخره زندگی مشترکی دارند که این آخری زمینی را که علی آقا فرشچی در شمال دادند و در کرج هم زمین دیگری هست که آنجا هم داده شد که این کار را بکنند. ولی باید بیش از اینها باشد. حالا اینها در این مناطق است و باید در دیگر مناطق هم باشد. این نقاهتگاه‌ها بسیار مهم است، برای انسان‌هایی که دیگر در خانه جایی ندارند که بتوانند پذیرایی شوند. باید آنها را به شکلی نگاه داشت که آسان‌ترینش مجموعه‌هایی این‌گونه است.

به هر حال در شرایط حاضر، اینجا یک نهاد فعال و پرکاری است که به کمک افراد خیر و داوطلبانه و یک مقدار هم به کمک کسانی که کار می‌کنند و ناچار باید حقوقی بگیرند، دارد می‌گردد و روزبه‌روز هم در حال توسعه است. همین حالا در همین شرایط هر جا بیمارستانی به این بنیاد اعلام کند که ما می‌خواهیم یک مرکز برای بیماران خاص بسازیم، آنها فوری می‌آیند در همان زمین‌های بیمارستان شروع به ساختن می‌کنند. اگر بیمارستان خودش پولی داشت، می‌دهد. وگرنه خودشان پول می‌دهند و می‌سازند و آماده می‌کنند که در آن منطقه بتوانند بیماران خاص مراجعه کنند.

متأسفانه از بیماران خاص که می‌گذریم، به سراغ بقیه مردم و به خصوص قشر نیازمند کشور می‌رویم. انسان می‌ترسد همین شرایط

آماده شد و هزینه زیادی هم برای خاک برداری شد. بالاخره در این چند سال اخیر تلاش‌های زیادی شد که باز هم با تأخیرهای عجیب و غریب غیرقابل تحمل است. زمین را که ندادند هیچ، گفتند که زمین عوض می‌دهیم. بالاخره زمین عوض را که دادند، معلوم شد که یک زمین موقوفه‌ای را دادند که باید بنیاد سی میلیارد تومان بابت پذیرش بدهد و به علاوه اجاره هر سال زمین که به این صورت شد. از آن هم گذشتیم و عبور کردیم. در مقطعی ساختمان دچار کارهای حقیقتاً حقیرانه‌ای می‌شد که من شرم می‌آید که آنها را در جلسه بگویم که نظام ما به اینجا رسیده که به چه ادله‌ای این کارها را می‌کند.

در کنار آنها به فاصله کمی یک زمین مفصلی را قوه قضائیه در حال ساختن دارد. به آنجا هم اول اجازه نمی‌دادند، اما آنها چون قدرت دارند، چند نفر سرباز را آنجا گذاشتند و گفتند که کسی جرأت ندارد جلو بیاید و اگر بیاید، به اوین می‌بریم. هیچ کس مانعشان نشد. ولی اینجا را معطل کردند، با اینکه اول اجازه دادند که کار شروع شد و گودبرداری شد و طبقات پایین شروع شد که دوباره با یک دلایل عجیب و غریب جلوگیری کردند. حالا اجازه دادند که آن هم نیمی از آنچه را که می‌خواستیم که الان مشغول هستند و دارند می‌سازند و انشاءالله مانعی پیش نیاید. ولی ضرر عمده‌ای که زدند، هر متر ساختمانی که برای بیمارستان آن‌گونه مثلاً آن موقع اگر می‌ساختیم، متری ۵۰۰ هزار تومان تمام می‌شد، حالا باید یکی، دو میلیون هزینه شود و تجهیزاتش هم ارزی است. شاید علت عمده اش این است که نمی‌دانند چه بر سر بیماری‌های خاص در دنیا می‌آید. این را مسئولان ما توجه ندارند. تعریف بیماری خاص این است که مرض صعب‌العلاج باشد و دیرپا و یا غیرقابل علاج باشد و طرف تا زنده است، باید بیماری را همراه خودش داشته باشد.

یک تفکری در بعضی از آدم‌های کشور ما هست که این تفکر کاسب‌کارانه است و انسانی نیست و حتی در پزشکان هم این دیده می‌شود. می‌گویند مرض‌هایی که زنده ماندن مریض هزینه زیادی بر کشور تحمیل می‌کند، دلیلی ندارد این‌ها بمانند و زودتر راحت شوند و کشور را هم راحت کنند. این تفکر هست و در خیلی از کشورها هم هست و بعضی جاها قانون هم گذاشتند که چگونه هزینه‌های این افراد را کم و تمام کنند. در بعضی جاها هم این‌گونه نیست.

به هر حال ما نمی‌توانیم از لحاظ اسلامی این حرف را بپذیریم. از لحاظ انسانی هم نمی‌توانیم. فقط مریض نیست. خانواده‌اش هست، فرزند، پدر، مادر، برادر و خیلی چیزها دارند. این طور نیست که ما با خانواده‌ای به خاطر هزینه‌هایی که می‌شود، آن‌گونه برخورد کنیم. البته افراد کمی هستند که این‌گونه تفکر دارند و عامه این‌گونه نیستند. همین الان هم نسبتاً از بودجه دولتی کمک خوبی به بنیاد می‌شود. البته مجلس آن مبالغی را که آنها می‌دهند، بالا می‌برد که بد نیست و کمک می‌کنند. اما کمک‌های مردم خیلی مهم است. از دو جهت مهم است. هم مبلغی که کم یا زیاد می‌دهند، نشان‌دهنده توجه آنهاست و از جهت دوم اینکه باید نیاز را روی پای خودشان تأمین کنند.

ما یک اصل اسلامی داریم که بسیار جدی است. قرآن را یک بار با این دیدی که من عرض می‌کنم، بخوانید. اگر همه قرآن را نمی‌توانید، همین کتاب‌هایی را که من اخیراً چاپ و منتشر کردم، فرهنگ قرآن را نگاه کنید و در مورد بحث انفاق ببینید چقدر آیات در قرآن هست و چقدر ما را تشویق می‌کند که ما برای نیازمندان انفاق کنیم! واقعاً انسان وقتی که آن آیات را می‌بیند، متحیر می‌شود. به مناسبت یکی از کسانی که امروز اینجا جایزه



هم خیلی زیاد است. لایه‌های پایین‌تر از لایه‌هایی که الان نفت برمی‌داریم، خیلی فراوان است و هنوز قدرت حفاری ما به آنجاها نمی‌رسد. در همین پارس جنوبی که قطری‌ها کشورهای غربی را آوردند و دارند از آنجا برداشت می‌کنند، الان دو، سه لایه از آنچه که اول کشف کرده بودیم، اضافه شده است.

تصور ابتدایی پیدا شده که یک سفره عمیق نفت و گاز در منطقه خوزستان از مردم عراق تا نزدیک مسجد سلیمان در خوزستان به هم وصل وجود دارد. نمی‌دانم چقدر است، ولی چنین چیزهایی هست. کشوری با این ثروت‌های خدادادی، از لحاظ منابع طبیعی و معادن، ما کلکسیون معادن هستیم. گویا دو، سه کشور در دنیا هستند که به اندازه ما تنوع معدنی دارند. از لحاظ جغرافیایی چهار فصل داریم که در هر فصل می‌توانیم محصولات خاص آن را با توسعه تحویل مردم بدهیم و صادر کنیم. هم زمستان، هم تابستان، هم پاییز و هم بهار و از لحاظ جغرافیایی رفت و آمد در نقطه‌ای قرار گرفتیم که اگر خوب اداره می‌شدیم و با دنیا خوب رابطه داشتیم، از همین مسیر هوایی و زمینی برای حمل و نقل می‌توانیم کشور را اداره کنیم. هواپیماهایی که از شمال به جنوب یا از جنوب به شمال و از شرق به غرب و بالعکس رفت و آمد می‌کنند، لحظه به لحظه می‌توانند چند ردیف در آسمان‌های ما پرواز کنند و از هر کیلومتری که عبور می‌کنند، باید پول بدهند و می‌دهند، چون راهشان نزدیک‌تر می‌شود و از خدا می‌خواهند و استقبال می‌کنند. اگر از این ظرفیت‌های درست استفاده شود، اگر از نفت اصلاً هم استفاده نکنیم و فقط عاقلانه برای مصرف خودمان داشته باشیم، فکر می‌کنم کشور خیلی خوب می‌گردد. هزینه‌های بیماران خاص و این‌گونه بیمارها چیزی نیست. کل کشور را می‌توانیم با یک بیمه کامل اداره کنیم و از خود بیمه هم بیرون می‌آید. الان دولت‌ها در کشورهایی مثل اسکانندیایوی هزینه نمی‌کنند. یک قانون بیمه دارند. بچه‌ای که زائیده می‌شود، باید تا آخر برایش بیمه بپردازند و خیالشان راحت است. حتی بیمه شغل که اگر بیکار شد، حقوقی می‌دهند. ما هم می‌توانیم این کار را بکنیم.

من زمانی که رئیس‌جمهور بودم، محاسبه کردیم و دیدیم که می‌شود و یک لایحه ۶۰ صفحه‌ای را به مجلس فرستادم و هزینه‌اش

بیماران خاص بر سر همه مردم بیاید و همه در گرفتاری‌هایی که به سرعت دارد کشور را می‌گیرد، بیمار خاص شوند. واردات کشور، دارو و تجهیزات پزشکی این‌گونه شده و اعتبارات مسئولان پزشکی داده نمی‌شود و به جاهای دیگر می‌رود که نمی‌دانیم چگونه خرج می‌شود. آیا خرج تبلیغات یا چیزهای دیگر می‌شود؟ الان شرایط واقعا غیرقابل تحملی است. ما الان بحث سلامت را در مجمع داریم. در حاشیه آن بحث‌هایی این‌گونه هم مطرح می‌شود، اینکه الان خیلی به سلامت و بهداشت و زندگی مردم بی‌توجهی می‌شود. بیمه‌ها هم آن‌گونه نیست. کشورهایی که یک مقدار دنبال رضایت مردمشان بودند، بیمه‌های جدی تأسیس کردند. کسی که دنیا می‌آید تا از دنیا می‌رود، تحت بیمه‌هاست، چند بیمه مهم، بیمه بهداشت و درمان، بیمه غذا، بیمه مسکن و بیمه تحصیل را دارد. مشکلی آن‌گونه ندارند. نمی‌توانند مثل پولدارها زندگی مرفه داشته باشند، اما آن مقدار که می‌توانند، نیازهایشان را تأمین می‌کنند. ما الان در نیازهای درمان مشکل داریم. خیلی‌ها هستند از وقتی که پا به بیمارستان گذاشتند تا وقتی که بیرون می‌آیند، دیگر هیچ وقت نمی‌توانند بدهی‌هایشان را بدهند و همیشه باید تا آخر عمر در قرض زندگی کنند.

فکر می‌کنم تفکر یا سوءعملی که حاکم است که اگر تفکر هم درست باشد، مردم را بیخودی دارند رنج می‌دهند. ما نباید این‌گونه باشیم. ما امکانات زیادی در کشورمان داریم. ما ثروت بسیار زیادی داریم. کشورهایی هستند که نه گاز و نه نفت دارند، از همین مالیاتی که از ورود گاز و نفت می‌گیرند، کشورشان را به خوبی اداره می‌کنند. اما کشور ما این‌گونه شده و شاید باید بگوییم از بی‌عرضگی ماست یا اینکه مسئولیت نشناختن انسان‌هایی که می‌توانند و کار نمی‌کنند و کشور را به این روز می‌اندازند. واقعاً ایران استحقاق دارد و می‌تواند در منطقه و در دنیا به عنوان یک کشور مرفه مطرح باشد.

ما دومین منبع گاز دنیا را داریم. از لحاظ منابع نفت، دنیا الان روی مخازن نفت ما حساب کرده و جزو کشورهایی هستیم که دیرتر از همه نفت ما تمام می‌شود. یعنی ما از همین نفت‌های کشف شده تا صد سال دیگر هم نفت داریم و مناطق کشف نشده

می‌شود و من هم این را قبول دارم و دارد این اتفاق می‌افتد. ولی شما شرایط من را نمی‌دانید که در چه شرایطی هستم. دانشجویها من را محاکمه می‌کردند و می‌گفتند که در قیامت از تو می‌پرسیم، آنها همین دنیا می‌خواهند بپرسند که چرا نمی‌آیی؟ من یک کلمه گفتم که من که هنوز نگفتم که نمی‌آیم و دارم بررسی می‌کنم. همین یک جمله‌ای را که من گفتم، این آقایانی که دست در حکومت دارند، مثل اسفندی که روی آتش بریزیم، همه را به حرکت درآورده و دارند می‌سوزند. همین یک کلمه که نگفتم می‌آیم. گفتم نگفتم نمی‌آیم. چون عادت دارم به این چیزها، نگران هستم که من بیایم، همین‌ها کارشکنی کنند و وضع شما بدتر از این شود. شما به اندازه من اینها را نمی‌شناسید. در عین حال من به شما می‌گویم که من تا زنده‌ام و تا نفس دارم، برای مردم و کشورم و اسلام کار می‌کنم و کار دیگری هم ندارم. من الان به شما نه نمی‌گویم و همان حرف را تکرار می‌کنم و نمی‌گویم نمی‌آیم. هنوز دو روز وقت دارم که دارم بررسی می‌کنم. اگر ارزیابی‌ام به این نتیجه رسد که آمدن من مفید است، می‌آیم. چون من موانع را می‌دانم و به خاطر خودم می‌دانم چکار می‌توانم بکنم. اما اگر دیدم که مزاحم می‌شوم و دعوا زیاد می‌شود و دشمن‌های بیرون خوشحال می‌شوند که تفرقه جدیدی در کشور پیش آمده و شرارتشان را زیاد می‌کنند، آن وقت فکر می‌کنم، بهتر است مزاحم نشویم.

را هم تعیین کردم. البته یک عده از مردم نمی‌توانند از اول بیمه بدهند که این را دولت می‌پردازد. اما بقیه می‌توانند بدهند. فرض کنید مثل بیمه ماشین، بیمه عمر و بیمه‌هایی که می‌شوند، هزینه‌ای که نمی‌کنند، سود هم می‌برند. خود بیمه یک جریان اقتصادی است و یک جریان هزینه‌ای نیست. بیمه‌های درمانی هم همین‌طور است. ما ۷۵ میلیون نفر جمعیت داریم، ممکن است مثلاً هزینه ده یا پانزده میلیون نفر را بدهیم و بقیه خودشان می‌دهند و اضافه هم می‌آید. اما با این‌گونه تفکرات و یک مقدار با شعار زندگی کردن گرفتار این چیزها شدیم. شعارهای عجیب و غریبی می‌دهند. روابط خارجی ما را با همین شعارها خراب می‌کنند. کارهای زندگی ما را هم این‌گونه خراب می‌کنند و خیال می‌کنند که دارند عبادت می‌کنند. مشکل این است که اینها این را به حساب عبادت و جهاد می‌آورند.

به هر حال ما از بیماران خاص عبور کردیم و به بیماران دیگر افتادیم. خودمان افتادیم. به هر حال من از خدمات شما تشکر می‌کنم و امیدوارم خداوند توفیق شما را بیشتر کند.

• الان با توجه به اوضاع کشور و با توجه به گرانی‌ها، تورم‌ها و تحریم‌ها، خواهش همه این است که به نحوی اوضاع کشور را با حضورتان سروسامان بدهید و همه ما منتظر ورود حضرت‌عالی به صحنه انتخابات حداقل برای اینکه وضع کشور از این که هست، بدتر نشود، هستیم.

• به هر حال من حق را به شما می‌دهم و من هم مثل شما ناراضی و ناراحت هستم، از اینکه این‌گونه کشور دارد اداره می‌شود. کوتوله‌ها دارند کشور را بد اداره می‌کنند. شاید خودشان ذاتاً آدم‌های بدی نباشند، ولی بد اداره می‌کنند. به مردم دارد ظلم



مسئولیت را به وضع محدودیت های تقسیم هزینه برای انسولین در ۲۲ ایالت و دی سی و اولین سقف پرداختی فدرال هدایت کرده است.

ما مشوق می‌شویم که همه تولیدکنندگان بزرگ، اقداماتی را برای مقرون به صرفه‌تر کردن انسولین انجام داده‌اند، اما این مبارزه تمام نشده است. ما به حمایت از تلاش‌ها در کنگره و ایالت‌های سراسر کشور برای اطمینان از مقرون به صرفه بودن انسولین برای همه مبتلایان به دیابت که برای زنده ماندن به آن متکی هستند، ادامه خواهیم داد.»

خبر چهارم

گام مهم Eli Lilly در کاهش قیمت انسولین

انجمن دیابت آمریکا (ADA ، Eli Lilly) را به خاطر برداشتن گام مهم برای محدود کردن هزینه تولید انسولین را تحسین می‌کنیم و سایر تولیدکنندگان انسولین را نیز تشویق می‌کنیم که همین کار را انجام دهند.

ما توانسته‌ایم به پیشرفت قابل توجهی در زمینه مقرون به صرفه بودن انسولین کمک کنیم، از جمله سقف هزینه جدید Medicare برای انسولین، سقف پرداختی ایالتی، و پیشرفت‌های کمک به بیمار از سوی تولیدکنندگان انسولین از جمله پیشرفت‌های به دست آمده ماست.

با وجود این پیشرفت‌ها، می‌دانیم که کار ما انجام نشده است. پس تلاش خواهیم کرد تا اطمینان حاصل کنیم که برنامه کمک به بیمار الی لیلی همان طور که در نظر گرفته شده است به نفع بیماران است و به مبارزه ادامه می‌دهیم تا همه کسانی که به انسولین نیاز دارند دسترسی داشته باشند.

خبر پنجم:

کمبود داروی اوزمپیک و تلاش برای رفع آن

سمگلوتیدها، مانند اوزمپیک و سایر داروها برای درمان دیابت نوع ۲ همچنان در بسیاری از مناطق کشور کمبود دارند. این داروها ابزار مهمی برای افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ هستند، اما برای کاهش وزن نیز تجویز می‌شوند. آنها نه تنها گلوکز و وزن خون را کاهش می‌دهند، بلکه نشان داده شده است که عوارض قلبی عروقی را برای کسانی که مبتلا به دیابت هستند کاهش می‌دهند. سازندگان این داروها در تلاش برای رفع کمبود هستند و ADA نیز به نظارت خود بر وضعیت ادامه می‌دهد. در عین حال، اگر نمی‌توانید دارویی را که استفاده می‌کنید از داروخانه خود تهیه کنید، با یکی از اعضای تیم مراقبت پزشکی خود تماس بگیرید تا مشخص شود چه گزینه‌های دیگری برای شما مناسب است.

اخبار تسلیت

إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ

خبر ناگوار و تأثرانگیز درگذشت شادروان مرحوم عباسعلی ارسنجون موجب تأسف و تألم خاطر گردید. مرحوم ارسنجون، انسانی زحمتکش و مسئولیت پذیر بود که تا آخر عمر دست از تلاش و خدمت به جامعه و خانواده برنداشت. چه آن زمان که در لباس مقدس پلیس راهنمایی و رانندگی بود و چه بعد از دوران بازنشستگی که در راه امرار معاش خانواده، همچنان پر تلاش و خستگی ناپذیر کار و تلاش می‌کرد. این ضایعه تلخ و دلخراش را به خانواده محترم مرحوم ارسنجون، به ویژه همسر محترمه اقوام، آشنایان و همکاران محترم تسلیت می‌گوییم. از درگاه ایزد منان، برای آن مرحوم رحمت واسعه و برای بازماندگان صبر و اجر مسالت می‌کنیم. خداوند آن مرحوم را با اربابش امام حسین (ع) محشور گرداند.



جدیدترین اخبار دیابت از ADA

*منبع:

diabetes.org/diabetes/breaking-news

خبر اول:

دیابت مقرون به صرفه با کوپن های خودکار آمازون!

چارلز «چاک» هندرسون، مدیر اجرایی انجمن دیابت آمریکا (ADA) اعلام کرد: دسترسی به داروها و فناوری دیابت مقرون به صرفه می‌تواند به افراد مبتلا به دیابت کمک کند تا سالم بمانند و از گسترش عوارض آن جلوگیری کنند.

وی در ادامه گفت: ما در انجمن دیابت آمریکا، داروخانه آمازون را به خاطر نوآوری در حمایت افراد مبتلا به دیابت و انجام اقدامات مهم برای اطمینان از دسترسی آسان آنها به درمان های مورد نیاز از طریق فرآیند خرید شفاف که با کوپن های خودکار هرگونه تخفیف واجد شرایط را اعمال می‌کند، تحسین می‌کنیم.

مدیر اجرایی انجمن دیابت آمریکا (ADA) در خاتمه اعلام کرد: همه می‌توانند برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد هزینه و مقرون به صرفه بودن انسولین و پیوستن به ADA در مبارزه برای انسولین مقرون به صرفه، به diabeti.org/insulinhelp مراجعه کنند.

خبر دوم:

تضمین کنگره آمریکا به ۸ میلیون دیابتی

انجمن دیابت آمریکا (ADA) معرفی قانون دوحزبی بهبود ایمنی مورد نیاز برای استفاده کنندگان از انسولین نجات جان (INSULIN) توسط سناتور جین شاهین (D-NH) و سوزان کالینز (R-ME) امروز را تحسین می‌کند.

ADA مدافع پیشرو برای محدود کردن تقسیم هزینه انسولین در هر دو سطح ایالتی و فدرال و افزایش دسترسی به انسولین مقرون به صرفه برای افراد بیمه شده و بیمه نشده مبتلا به دیابت بوده است.

از هر چهار نفری که از انسولین استفاده می‌کنند، یک نفر گزارش می‌دهد که این داروی نجات دهنده را جیره بندی کرده است و اولویت اول ما کاهش هزینه های بیماران است.

علاوه بر محدود کردن تقسیم هزینه انسولین به ۳۵ دلار در ماه برای افرادی که دارای طرح های بیمه تجاری هستند، قانون انسولین تضمین می‌کند که تخفیف ها باعث افزایش قیمت انسولین نمی‌شود، انسولین های بیوسنول می‌توانند سریع تر به بازار بیایند و بیمه گذاران این گزینه های مقرون به صرفه تر را در دسترس قرار دهند.

ADA قویاً از کنگره می‌خواهد که قانون انسولین دو حزبی را در اسرع وقت تصویب کند، تا تقریباً هشت میلیون آمریکایی که برای زنده ماندن به انسولین متکی هستند.

خبر سوم:

صدای پیشرو در مقرون به صرفه بودن انسولین

لیزا مرداک، مدیر ارشد انجمن دیابت آمریکا (ADA) گفت: ما صدای پیشرو برای مقرون به صرفه بودن انسولین هستیم و در تلاش هستیم تا اطمینان حاصل کنیم که همه افراد مبتلا به دیابت به مراقبت های مورد نیاز خود دسترسی دارند. ADA این

گفت‌وگوی هم‌میهن با فاطمه هاشمی درباره مشکلات بیماران خاص

*منبع:

روزنامه هم‌میهن

فاطمه هاشمی، رئیس بنیاد بیماری‌های خاص کشور به بررسی شرایط بیماران خاص در کشور، لیست بیماری‌های خاص، دسترسی به داروها و تجهیزات پزشکی پرداخته و مشکلات و موضوعات مختلف پیرامون بیماری‌های خاص را در گفت‌وگو با هم‌میهن مطرح کرد که از نظر تان می‌گذرد:

چه زمانی لیست بیماری‌های خاص برای حمایت از بیماران صعب‌العلاج مورد توجه قرار گرفت؟

در دولت سازندگی مصوب شد سه گروه دیالیز، تالاسمی و هموفیلی به‌عنوان بیمار خاص محسوب شده و درمان و داروهایشان رایگان باشد. ضمن آنکه پیشگیری از تالاسمی نیز رایگان شد. در حقیقت مصوب شد که همه باید قبل از ازدواج آزمایش تالاسمی که رایگان بود را انجام دهند. چون قبول نکردند که بقیه بیماران، جزو بیماران خاص باشند، درحالی‌که رئیس‌جمهور وقت اعتقاد داشت که اگر سالی یک بیماری به بیماری خاص اضافه شود، بعد از ۲۵-۲۰ سال مشکلات همه حل خواهد شد. دولت و مجلس باید قرار گرفتن نام بیماری‌ها در این لیست را مصوب کنند و برای آن بودجه در نظر بگیرند.

مجلس هم می‌تواند بیماری‌های دیگری را به این لیست اضافه کند تا حمایت از بیماران بیشتر شود؟

بله. مجلس هم می‌تواند بیماری دیگری را به لیست بیماران خاص اضافه کند. اما اشکالی که در مجلس وجود دارد این است که تاکنون چند بیماری را در ردیف بیماری‌های خاص برده اما برای این بیماری‌ها بودجه در نظر نگرفته است زیرا در پایان سال این بیماری‌ها در ردیف بیماری‌های خاص قرار می‌گیرد اما به دلیل نبود بودجه، مشکل آفرین می‌شود.

ورود رئیس‌جمهور دولت سیزدهم به موضوع دسترسی بیماران به داروهای بیمار خاص می‌تواند گشایشی در این‌باره به وجود آورد یا به دلیل کمبود دارو دستور رئیسی هم کارساز نخواهد بود؟

من مشکل را در کمبود دارو نمی‌دانم. مشکل این است که توزیع دارو مناسب نیست. از سوی دیگر داروها در زمان مناسب تهیه و وارد کشور نمی‌شود و مقطعی داروها کم می‌شود. سیاست‌ها مدام تغییر می‌کند. به‌طور مثال بیماران تالاسمی، بیمارانی هستند که از اول داروی خارجی مصرف می‌کردند و قرار بود داروها به‌صورت رایگان در اختیارشان قرار گیرد. با توجه به اینکه داروی آنها در ایران تولید شد، داروی خارجی برای بیماران هزینه دارد. در صورتی که خلاف قانون است و داروهای تالاسمی باید رایگان باشد. بیماران تالاسمی به دلایلی مجبورند از داروهای خارجی استفاده کنند. یا داروی ایرانی با بدن آنها سازگاری ندارد و مشکلاتی را برایشان به وجود می‌آورد، یا دارو کم است و مجبوریم داروی خارجی وارد کنیم. بنابراین، این یک مشکل اساسی در بیماران تالاسمی است. بیماران هموفیلی هم گهگاهی با کمبود

فاکتور - داروی هموفیلی - مواجه می‌شوند. بخشی از فاکتورها وارداتی است و بخش دیگر در داخل کشور تولید می‌شود. این موضوع نیز برای بیماران هموفیلی مشکلاتی را به وجود می‌آورد. فکر می‌کنم منظور رئیس‌جمهور در رابطه با بیماران SMA بوده که سال گذشته جلوگیری از گرفته بودند. این یک بیماری ژنتیکی است که روی سیستم عصبی مرکزی اثر می‌گذارد و باعث می‌شود ماهیچه‌ها ضعیف شده و حرکاتشان شل شود. به نظر صحبت‌های رئیسی در مورد این بیماران است که تا ۶ ماه پیش نیز نامه‌ای را به ما دادند که اقدامی برایشان انجام نشده است.

چرا این مشکلات حل نمی‌شود؟

برنامه‌ریزی درستی نمی‌کنند که چه میزان دارو باید وارد شود یا میزان داروی تولید داخل را مشخص نمی‌کنند تا کمبودها را با واردات دارو تامین کنند.

شرایط بیماران دیالیزی در کشور چگونه است؟ آنها هم با اینگونه مشکلات روبه‌رو هستند؟

در رابطه با دیالیزی‌ها شرایط بسیار خوبی در کشور به وجود آمده بود و مراکز دیالیز گسترش پیدا کرده بود و روز به روز بیشتر می‌شد. اما با تولید دستگاه دیالیز داخلی، اکثر مراکز دیالیز دولتی با ما - بنیاد بیماران خاص - تماس می‌گیرند و از دستگاه اظهار ناراضی می‌کنند. وقتی می‌خواهیم گزارش کتبی بدهند، می‌گویند ما نمی‌توانیم گزارش بدهیم چون اگر بگوییم دستگاه ایرانی خوب نیست با ما برخورد می‌شود. جلوی ورود دستگاه نو گرفته شده و دستگاه دست‌دوم با قیمت ۴۰۰-۳۰۰ میلیون تومان وارد کشور می‌شود. از سوی دیگر تا ۴ سال پیش ما دستگاه نو خارجی دیالیز را ۴۰ میلیون تومان می‌خریدیم اما قیمت آن ۸۰۰-۷۰۰ میلیون تومان شده و اجازه ورود دستگاه را هم به ما نمی‌دهند. برای واردات این دستگاه به مجوز وزارت بهداشت نیاز است. ضمناً دیگر آمار مرگ‌ومیر بیماران را به ما نمی‌دهند اما از بعضی جاها که توانستیم آمار بگیریم بیماران دیالیزی در بخش‌ها در حال کاهش است. این نشان‌دهنده آن است که شرایط بیماران دیالیزی هم خوب نیست.

بیماران سرطانی در چه شرایطی هستند؟

در بنیاد بیماری‌های خاص پیگیری کردیم تا داروهای بیماران سرطانی، ام‌اس و... تحت پوشش بیمه قرار گیرد. به دلیل آنکه تعداد بیماران EB کم بود، در دوران روحانی با پیگیری‌های ما در وزارت بهداشت درمان آنها رایگان شد و پانسمان و داروهایشان رایگان در اختیارشان قرار گرفت و مشکل خاصی نبود. اما گاهی بیماران ام‌اس با کمبود دارو روبه‌رو می‌شوند.

بنیاد بیماران خاص از کجا متوجه این کمبودها می‌شود؟ شرایط بیماران خاص را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

ما هر روز داروها را رصد می‌کنیم تا بدانیم چه داروهایی کم هستند و چه داروهایی در دسترس بیماران قرار نمی‌گیرند. در مجموع وضعیت بیماران خاص به سمت خوب پیش نمی‌رود. یعنی اگر توجه جدی به مسئله نشود، سال آینده وضعیت خوبی برای بیماران خاص نخواهیم داشت.

می‌باید. تا چند سال گذشته مراکز درمانی که بیماران به آنها مراجعه می‌کردند، به صورت مستمر گسترش می‌یافتند اما از وقتی که هزینه وسایل و تجهیزات افزایش یافت، سرعت گسترش کاهش پیدا کرد.

چرا داروی بیماران خاص محدود است؟ آیا در زمینه واردات یا تولید دارو با مشکل مواجه هستیم؟

نه محدودیت وجود ندارد. بخشی از داروها در ایران ساخته می‌شوند؛ به‌عنوان مثال تمام مواد مصرفی بیماران دیالیزی در داخل ساخته می‌شود. اما وقتی برای خرید همین مواد اقدام می‌کنیم می‌گویند «از این ماه این نوع صافی را نداریم» چراکه برخی مواد اولیه آن باید از خارج از کشور بیاید. گاهی هم کارخانه‌ها می‌گویند که «به ما پول ندادند و ما نتوانستیم آن را تولید کنیم». در گذشته خریدها را با چک مدت‌دار انجام می‌دادیم و تجهیزات را همان زمان دریافت می‌کردیم. اما امروزه خریدها با چک روز انجام می‌شود. با وجود مشکل در چرخ اقتصاد، تمام موضوعات نیز دچار مشکل می‌شود. از سوی دیگر برخی از داروها باید از خارج وارد شود. دارو تحریم نیست اما در انتقال ارز مشکل ایجاد می‌شود چراکه انتقال ارز از طریق بانک‌ها سخت است.

چرا برخی از پزشکان راغب نیستند به داروی تولید داخل و اعلام می‌کنند که این داروها کارآیی و اثرگذاری لازم را ندارند. داروهای تولید داخل مشکلی دارند؟

به نظر من تمام داروها اینطور نیستند. ممکن است درباره داروهای خاصی این مسئله صدق کند اما درباره داروهای معمولی این موضوع درست نیست و برخی از داروهای تولید داخل اثرگذاری بیشتری دارند اما دارو روی برخی از بیماران اثر می‌گذارد. یاد می‌آید که وقتی بیماران داروی تالاسمی ایرانی مصرف می‌کردند بدن‌شان کهیر می‌زد که ما این مسئله را پیگیری کردیم. ابتدای تولید داروهای ام‌اس نیز بیماران مشکلاتی داشتند و این مشکلات به تدریج رفع شد. اما موضوع بیماران خاص جداس است. آنها باید داروها را دائم مصرف کنند و اگر دارو عوارضی داشته باشد خود را نشان می‌دهد و بیمار اذیت می‌شود.

هنوز هم در برخی موارد بیماران خاص مجبورند برای درمان به خارج از کشور بروند، هزینه درمان آنها پرداخت می‌شود؟

اوایل انقلاب شورای پزشکی برای این بیماران وجود داشت که هزینه‌های آنها پرداخت می‌شد، اما حالا این هزینه‌ها پرداخت نمی‌شود. به نظر می‌رسد بیماران کلیوی در شرایط بهتری قرار دارند. پیوند کلیه در ایران وضعیت خوبی پیدا کرده بود و به جایی رسید که سالانه ۱۹۰۰ تا ۲۰۰۰ پیوند کلیه انجام می‌شد. اما پیوند کلیه نیز در کشور کاهش یافته است. یکی از دلایل کاهش پیوند کلیه هزینه‌های آن است. هزینه پیوند ۳۰۰-۲۰۰ میلیون تومان است و در برخی موارد نیز ۴۰۰ میلیون تومان تقاضا می‌شود. درحالی‌که دولت تنها ۴۰ میلیون تومان بابت پیوند کلیه پرداخت می‌کند و تمام افراد نمی‌توانند این هزینه را پرداخت کنند.

درست است بگوییم در حوزه بیماری‌های خاص نیز، مافیای دارو و تجهیزات پزشکی رخنه کرده است؟

همیشه بوده است. دستگاه دیالیز دست دوم چطور وارد کشور می‌شود؟ وقتی این دستگاه در یک مرکز استفاده می‌شود، مشخص نمی‌شود که دست دوم است؟ اگر اجازه می‌دهید دستگاه دست دوم وارد کشور شود، اجازه ورود دستگاه نو را صادر کنید. دستگاه نو که خیلی بهتر است. حتی دستگاه دست دوم را هم به صورت قاچاق وارد کشور می‌کنند.

یعنی به دلیل تحریم، این دستگاه‌ها به صورت قاچاق وارد کشور می‌شود؟

نه. به دلیل آن که ورود این دستگاه‌ها به ایران ممنوع است. می‌گویند دستگاه تولید داخل در کشور وجود دارد. دستگاه خارجی نباید وارد کشور باشد.

بیمه‌ها برای تامین دارو به بیماران خاص خدمات خوبی ارائه می‌کنند؟

سال گذشته مصوب شد که ۵ هزار میلیارد تومان برای حمایت از بیماران خاص در اختیار بیمه‌ها قرار گیرد. این مبلغ بزرگی بود و صندوقی را برای بیماران خاص ایجاد کردند اما هنوز بیماران دچار مشکل هستند. چون مجبورند فرانشیز داروها را بپردازند. وقتی این پول به دارو اختصاص پیدا کرد، حداقل کمک کنند که بیماران فرانشیز را پرداخت نکنند.

سوبسیدی به داروهای بیماری‌های خاص پرداخت می‌شود؟

بله. به‌عنوان مثال داروها به صورت رایگان در اختیار بیماران تالاسمی و دیالیزی قرار می‌گیرد. دیالیزی که در کشور انجام می‌شود برای بخش خصوصی حدود ۲ میلیون و ۳۰۰ هزار تومان، برای خیریه‌ها ۲ میلیون و ۲۰۰ هزار تومان، برای نهادهای غیردولتی یک میلیون و ۴۰۰ هزار تومان و برای دولتی‌ها یک میلیون و ۳۰۰ هزار تومان در نظر گرفته‌اند. ولی وجود این ۴ تعرفه دیالیز را در کشور دچار مشکل می‌کند. چون هزینه‌ها یکی است و قیمت ۳ صافی موردنیاز بیماران یکسان و تثبیت شده است. چرا باید ۴ تعرفه برای دیالیز داشته باشیم؟ در گذشته اینطور نبود و بیشتر به سمت گسترش مراکز دیالیز می‌رفتند ولی مراکز دیالیز برای گسترش نیز با مشکل روبه‌رو هستند چون نمی‌توانند دستگاه بخرند. در حال حاضر ۵ دستگاه در مرکز ما خراب است و قطعات یدکی آن موجود نیست. از سراسر کشور در رابطه با یک نوع دستگاه با ما تماس می‌گیرند و ۸۰ دستگاه خراب است و قطعات یدکی آن وارد نشده. با شرکت‌اش که تماس می‌گیریم می‌گویند هفته دیگر قطعات یدکی می‌آید اما شاید بیش از ۴ ماه از این وعده‌ها گذشته است. اگر اقدام جدی در این رابطه صورت نگیرد حتماً درباره بیماران دیالیزی هم دچار مشکل می‌شویم و بیماران دیالیزی فوت خواهند کرد.

دارو تنها مشکل بیماران خاص است؟

مشکل این بیماران تنها دارو نیست. بیماران خاص با مسئله دارو مواجهند اما مسئله پیشگیری نیز بسیار حائز اهمیت است و با حذف غربالگری‌ها مطمئنم تعداد بیماران تالاسمی ما افزایش

نامه فاطمه هاشمی به معاون اول رئیس جمهور: حضورتان در جمع بیماران اوتیسم، موجب امیدواری شد / دستور تصویب «سند ملی اوتیسم» را صادر کنید

مجلس ، عضو فراکسیون زنان مجلس ، عضو کمیسیون فرهنگی مجلس در خصوص مشکلات بیماران اوتیسم در کشور (۷) در جلسه ای با حضور نمایندگانی از سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور ، پژوهشگاه روان ، سازمان بهزیستی کشور پیش نویس سند ملی اوتیسم مورد بررسی قرار گرفت . با عنایت به موارد ذکر شده و پیگیری های صورت گرفته و با همکاری وزارت بهداشت و درمان ، وزارت آموزش و پرورش و سازمان بهزیستی کشور، نهایتاً منجر به تهیه پیش نویس سند ملی اوتیسم شده و تاکنون تصویب و اجرای آن صورت نگرفته است . بنیاد امور بیماری های خاص در این خصوص طی مکاتبات با ریاست محترم جمهور جناب آقای حاجت الاسلام رئیسی مورخ ۱۴۰۱/۰۶/۱۴ با موضوع درخواست توجه ویژه به بیماران طیف اوتیسم ، پیگیری اجرای سند ملی اوتیسم را انجام داده که تاکنون پاسخی در این زمینه دریافت نشده است. لذا خواهشمند است به دلیل این که برای حمایت از بیماران، چندین وزارت خانه و سازمان میبایست همکاری نمایند و طبق اعلام وزارت بهداشت سند ملی آماده شده و تا کنون اقدامی در راستای تصویب و اجرای آن صورت نگرفته ، دستور پیگیری ویژه حضرتعالی در خصوص اجرای این سند صادر شود، طبق آمار های جهانی تعداد بیماران اوتیسم در هر کشور حدود ۱ درصد از جمعیت آن را تشکیل میدهد و در کشور ایران این آمار حدود ۸۰۰ هزار نفر میباشد که با این حال انتظار می رود موارد ذیل مورد توجه و اقدام ویژه حضرتعالی در این زمینه قرار گیرد:

(۱) شناسایی به موقع ، پوشش کامل برنامه های غربالگری در دوران نوزادی و تشخیص بهنگام و ارجاع موارد غربالگری شده ، برنامه های آموزشی و توانبخشی ، برنامه های حمایتی.

(۲) امکان پذیرش مبتلایان سطح یک اختلال اوتیسم در راستای آیین نامه تلفیقی - فراگیر در مدارس عادی آموزش و پرورش ۳. ایجاد مراکز آموزشی و نگهداری استاندارد برای مبتلایان به اوتیسم سطح ۲ و ۳. حمایت از بخش خصوصی جهت ایجاد امکانات آموزشی پیش دبستانی و ... ، تفریحی ، نگهداری برای سطوح مختلف اوتیسم ۵. تمرکز بر حرفه آموزی و مهارت آموزی برای مبتلایان جهت کمک به اشتغال و کسب استقلال آنها و بازگشت به جامعه ۶. اشتغال مبتلایان که مهارت ها و حرفه های لازم را دارند در وزارت خانه ها و نهادها ۷. آموزش مربیان در خصوص نحوه برقراری ارتباط، چگونگی رفتار با افراد دارای اوتیسم . شناخت رفتاری این اشخاص در راستای خدمت رسانی تخصصی به بیماران اوتیسم ۸. اقدامات حمایتی از خانواده های دارای فرزند اوتیسم و تدوین مشوق های موثر اجتماعی برای خانواده های بیماران ۹. تخصیص بودجه مناسب به سازمان های بیمه به منظور حمایت های بیمه ای و یارانه ای برای خدمات درمانی و توانبخشی مانند گفتار درمانی ، کار درمانی، رفتار درمانی ، خانواده درمانی ، فیزیوتراپی ، دارو درمانی مبتلایان به طیف اوتیسم علیهذا ، با عنایت به موارد عنوان شده و نیز با توجه به آنکه حضرتعالی به عنوان یکی از عالی ترین مقامات دغدغه مند در حوزه بیماران اوتیسم هستید ، خواهشمند است دستورات لازم مبنی بر پیگیری عاجل موارد مذکور را مبذول فرمایید.

رئیس بنیاد امور بیماری های خاص با ارسال نامه ای به جناب آقای دکتر مخبر معاون اول محترم رئیس جمهور، حضور وی را در جمع بیماران اوتیسم موجب امیدواری در طیف وسیعی از این بیماران دانست و تاکید کرد: انتظار می رود دستور پیگیری ویژه حضرتعالی در خصوص تصویب و اجرای سند ملی اوتیسم صادر شود. به گزارش روابط عمومی بنیاد امور بیماری های خاص، متن کامل این نامه بدین شرح است: جناب آقای دکتر مخبر معاون اول محترم رئیس جمهور جمهوری اسلامی ایران موضوع : درخواست توجه ویژه به بیماران طیف اوتیسم سلام علیکم احتراماً در روز های اخیر فیلمی از حضور حضرتعالی در جمع برخی از بیماران اوتیسم و خانواده هایشان در رسانه های مختلف به صورت گسترده منتشر گردید که موجبات امیدواری را در بین طیف وسیع این بیماران فراهم نمود. علیهذا ، بنیاد امور بیماری های خاص به عنوان پیشرو در حوزه حمایت و مطالبه گری به این بیماران بخشی از اقدامات انجام شده در این خصوص را به استحضار میرساند:

(۱) جلسه با بیماران به همراه خانواده هایشان در خصوص بررسی مشکلات و معضلات بیماران و برگزاری چهار همایش ملی و بین المللی اوتیسم با موضوعات : «اوتیسم نیازمند رویکرد جامع و همه جانبه در سطح ملی » «اوتیسم نیازمند اقدام و عمل به مداخلات موثر از کودکی تا بزرگسالی» «شناخت کامل ، درک صحیح و درمان مناسب اوتیسم» «توانمند سازی نیروی انسانی و خانواده» با حضور متخصصین ، دانشمندان و صاحب نظران داخلی و خارجی و همچنین مسئولین ذیربط کشوری در جهت بررسی وضعیت موجود مشکلات مبتلایان و خانواده های ایشان و محدودیت های موجود پرداخته و با الگو قرار دادن کشور هایی که در این مسیر موفق بوده اند. و پیگیری اجرای قطعنامه این همایش ها با ارسال نامه هایی مورخ ، ۱۳۹۴/۰۸/۱۶ و ۱۳۹۴/۰۸/۱۹ و ۱۳۹۴/۱۰/۱۳

(۲) بازدید از روند سیستم آموزشی ، پژوهشی درمانی در حیطه اوتیسم از دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

(۳) برگزاری دو جلسه با معاونت خدمات مدیریت رئیس جمهور با حضور معاون هماهنگی ، پیگیری های ویژه و خدمات مدیریت دفتر رئیس جمهور ، معاون وزیر و رئیس سازمان آموزش و پرورش استثنایی ، مدیر کل امور حمایتی و توانمند سازی وزارت تعاون ، کار و رفاه اجتماعی ، مدیر کل توابعی سازمان بهزیستی ، نماینده انجمن اختلالات تکاملی اوتیسم ، نماینده دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ، رئیس امور پیگیری های ویژه دفتر رئیس جمهور ، مدیرعامل انجمن اوتیسم ایران

(۴) برگزاری جلسه کمیته اوتیسم با نماینده پژوهشکده علوم شناختی همکاری های علمی در زمینه بیماران اوتیسم

(۵) جلسه با حضور قائم مقام معاون پژوهشی وزارت بهداشت، رئیس مرکز تحقیقات روانپزشکی دانشگاه تهران ، معاون توانبخشی بهزیستی ، رئیس انجمن روانشناسی کودکان و نوجوانان ، معاون سازمان نظام روانشناسی و نمایندگان مرکز تحقیقات نورولوژی کودکان دانشگاه شهید بهشتی در خصوص همایش اوتیسم

(۶) جلسه با نمایندگان مجلس شورای اسلامی و خانواده های بیماران اوتیسم با حضور عضو کمیسیون آموزش و تحقیقات



۱۶ امین کنفرانس بین المللی تالاسمی

۱۶ امین کنفرانس بین المللی تالاسمی و سایر هموگلوبینوپاتی ها و هجدهمین کنفرانس بین المللی فدراسیون جهانی تالاسمی برای بیماران و والدین از تاریخ ۳ تا ۵ نوامبر در شهر کوالالمپور مالزی برگزار شد. افتتاحیه این مراسم با حضور وزیر بهداشت مالزی انجام شد. در این کنفرانس گروهی از پزشکان و بیماران ایرانی حضور داشتند. در این کنفرانس بیش از هزار نفر شرکت کننده از بیش از ۶۰ کشور جهان در برنامه های علمی ویژه پزشکان و کادر درمان و همچنین برنامه های ویژه بیماران و والدین شرکت کردند. همچنین انتخابات هیئت مدیره جدید فدراسیون جهانی تالاسمی نیز برگزار شد و از بین ۱۲ کاندیدا غیر بیمار چهار نفر جهت عضویت در هیئت مدیره TIF انتخاب شدند و سرکار خانم دکتر فاطمه هاشمی ریاست بنیاد امور بیماری های خاص به عنوان تنها ایرانی انتخاب شده به عنوان عضو هیئت مدیره فدراسیون جهانی تالاسمی برای چندمین بار با رای اعضا انتخاب شدند. همچنین خانم عمل داوود از کشور فلسطین نیز به عنوان عضو هیئت مدیره جدید انتخاب شدند.



بازدید سرکار خانم فاطمه هاشمی رئیس بنیاد امور بیماری های خاص به همراه کارشناسان بنیاد از بخش های درمانی بیماران خاص شهر های خرمشهر، آبادان، اروند و شادگان

به گزارش روابط عمومی بنیاد امور بیماری های خاص سرکار خانم فاطمه هاشمی به همراه کارشناسان بنیاد طی سفری دو روزه به شهر های آبادان، خرمشهر، اروند و شادگان ضمن بازدید از مراکز درمانی و بیمارستان های طالقانی و شهید بهشتی آبادان، ولیعصر خرمشهر، معرفی زاده شادگان و حضرت زینب (س) اروند، از نزدیک در جریان آخرین مشکلات بیماران خاص این شهر ها قرار گرفت. در این سفر جمعی از بیماران، پرستاران و پزشکان به طرح مشکلات بیماران خاص در زمینه های مختلف درمانی، دارویی و معیشتی پرداختند. بنا بر همین گزارش، رئیس بنیاد امور بیماری های خاص همچنین در جلسه ای با مسئولین منطقه به بررسی راهکارهای رفع مشکلات و بهبود شرایط بیماران خاص در این مناطق پرداختند.

تأیید روش درمان CRISPR برای کمک به افراد مبتلا به بتا-تالاسمی و بیماری کم خونی داسی شکل

منبع: نشریه ساینس ۲۴ نوامبر ۲۰۲۳
وزارت بهداشت انگلستان هفته گذشته برای نخستین بار در جهان، درمانی را که از CRISPR (ابزار ویرایش ژن برنده جایزه نوبل که در سال ۲۰۱۲ ابداع شده است) استفاده می کند، تأیید کردند. این درمان که برای کمک به افراد مبتلا به بتا-تالاسمی و بیماری کم خونی داسی شکل، که هر دو اختلالات خونی ارثی با نقص در پروتئین حمل کننده اکسیژن هموگلوبین هستند، توسعه داده شده است. در این روش از CRISPR برای حذف و در واقع اصلاح سلول های بنیادی از خون بیماران، استفاده می کنند. در این درمان که توسط شرکت های Vertex Pharmaceuticals و CRISPR Therapeutics توسعه یافته، تقریباً تمام افراد مبتلا به بیماری داسی شکل، دیگر دچار بحران های دردناک ناشی از بیماری نشده و اکثر بیماران مبتلا به بتا-تالاسمی دیگر نیازی به انتقال خون ندارند. با توجه به هزینه ۲ میلیون دلاری این درمان سوالاتی در مورد پوشش بیمه ای آن نیز ایجاد شده است. انتظار می رود FDA نیز این درمان برای بیماری داسی شکل را تا ۸ دسامبر و برای بتا تالاسمی تا ۳۰ مارس ۲۰۲۴ تأیید کند.



حضور بنیاد امور بیماری های خاص در جشنواره خیریه صنایع دستی، محصولات دانش بنیان، غذا و پوشاک

جشنواره خیریه صنایع دستی، محصولات دانش بنیان، غذا و پوشاک از تاریخ ۱۰ الی ۱۲ آبان در باشگاه دیپلماتیک وزارت امور خارجه برگزار گردید. این جشنواره با استقبال پرشور بازدیدکنندگان انجمن دیپلماتیک بانوان وزارت امور خارجه روبرو شد. غرفه بنیاد امور بیماری های خاص مورد توجه فراوان قرار گرفت. بازدید کنندگان زیادی از مقامات کشوری و مسئولان مختلف از این غرفه بازدید داشتند. از جمله خانم انیسه خزعلی معاون ریاست جمهوری امور زنان و خانواده در این جشنواره حضور پیدا کردند و خدمات غربالگری بصورت رایگان به بازدید کنندگان ارائه شد.

پیام تسلیت

خبر درگذشت سرکار خانم مهر انگیز خسروی، موجب تأثر و تألم خاطر گردید. مرحومه خسروی، از همکاران سابق، چندین سال در مسئولیت مشارکت های بنیاد امور بیماری های خاص، منشا خدمات زیادی برای رسیدگی و رفع مشکلات بیماران خاص و افراد نیازمند بود. ضایعه فقدان این انسان شریف و انسان دوست را به بستگان محترم، همکاران، آشنایان و بویژه خانواده محترمه ایشان، تسلیت گفته، از درگاه احدیت برای آن مرحوم رحمت واسعه، مسالت می نمایم.

کارشناسان بنیاد امور بیمار های خاص بررسی کردند:

وضعیت درمانی بیماران خاص، در استان خراسان جنوبی

شهرستان بیرجند

بیمارستان ولیعصر: بیمارستان ولیعصر در سال ۱۳۶۸ و بخش دیالیز آن در سال ۱۳۷۹ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۱۰۰ متر مربع وسعت دارد و به بیماران اورژانسی خدمت رسانی میکنند.

مرکز جامع بیماران خاص: مرکز جامع بیماران خاص بیرجند در سال ۱۳۹۳ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۱۸۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۱۴۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهند.

بیمارستان رازی: بیمارستان رازی در سال ۱۳۹۵ و بخش دیالیز در سال ۱۴۰۰ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۳۰ متر مربع وسعت دارد و به بیماران اورژانسی خدمات ارائه میکند.

بیمارستان ایرانمهر: بیمارستان ایرانمهر در سال ۱۳۹۵ و بخش تالاسمی و هموفیلی آن نیز در همان سال راه اندازی شده است. این بخش با ظرفیت ۳ تخت به ۴۴ بیمار تالاسمی خدمات ارائه میکند.

شهرستان حاجی آباد

بیمارستان کوثر: بیمارستان کوثر در سال ۱۳۹۷ و بخش دیالیز آن نیز در در همان سال راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ اتاق قرار دارند که حدود ۳۵ متر مربع وسعت دارد که تعداد ۱۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

شهرستان درمیان

بیمارستان خاتم الانبیا: بیمارستان خاتم الانبیا در سال ۱۳۹۷ و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۹۸ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ اتاق قرار دارند که حدود ۳۵ متر مربع

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 کمکیهای 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 به روز شده و امکان برنامه ریزی و کمک های دقیق تر را فراهم میکند.

در اردیبهشت ماه ۱۴۰۲ نیز دو تن از کارشناسان بنیاد امور بیماریهای خاص از مراکز درمانی استان خراسان جنوبی بازدید کردند که در ادامه شرح این بازدید به صورت مبسوط آمده است:

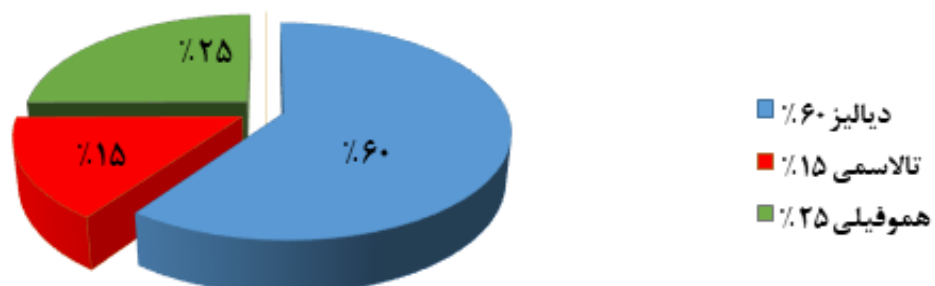
مراکز درمانی استان خراسان جنوبی

در استان خراسان جنوبی ۱۰ مرکز درمانی دیالیز و ۶ مرکز درمانی تالاسمی و هموفیلی وجود دارد. مراکز درمانی این استان تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی بیرجند هستند که شهرهای بشرویه، بیرجند، حاجی آباد، درمیان، سرایان، سرپیشه، فردوس، طبس، قاین و نهبندان را تحت پوشش خود دارند.

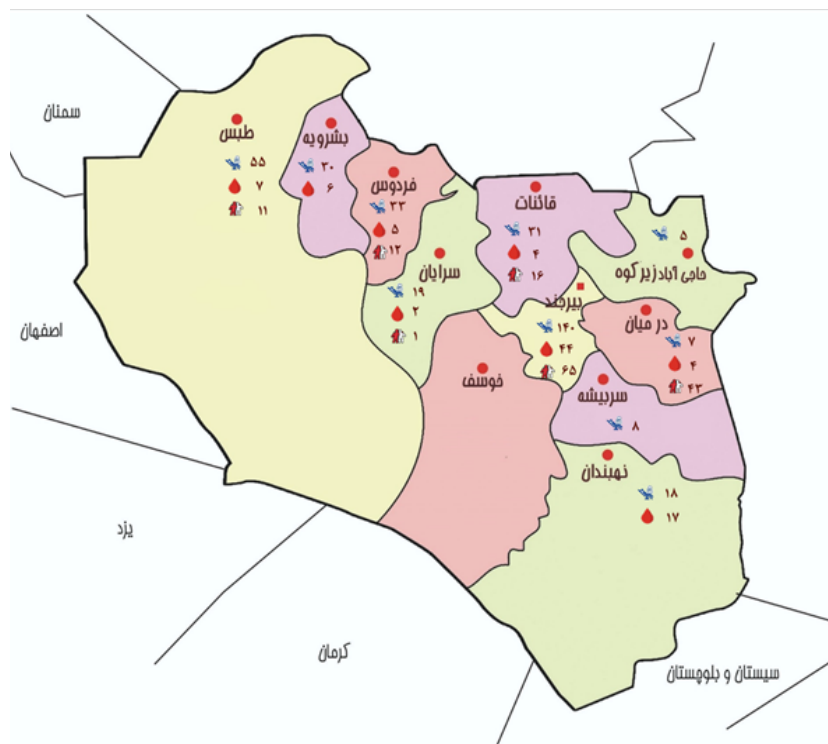
شهرستان بشرویه

بیمارستان شفا: بیمارستان شفا در سال ۱۳۷۱ راه اندازی و بخش دیالیز آن در سال ۱۳۸۸ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ اتاق قرار دارند که حدود ۹۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۳۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد و بخش تالاسمی آن نیز به صورت مشترک با بخش دیالیز، تعداد ۶ بیمار تالاسمی را تحت پوشش قرار می دهد.

نمودار درصد هر بیماری از کل جمعیت بیماران خاص استان خراسان جنوبی



تعداد بیماران دیالیزی - تالاسمی - هموفیلی در سطح استان



تعداد بیماران دیالیزی: ۳۵۳

تعداد بیماران تالاسمی: ۸۹

تعداد بیماران هموفیلی: ۱۴۸

شهرستان فردوس

بیمارستان چمران: بیمارستان چمران در سال ۱۳۴۷ و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۷۹ راه اندازی و در سال ۱۳۹۲ به بخش جدید منتقل شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۱۰۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۳۳ بیمار دیالیزی را پوشش می دهد و بخش تالاسمی و هموفیلی آن نیز به ۵ بیمار تالاسمی و ۱۲ بیمار هموفیلی خدمات ارائه میکنند.

شهرستان قائنات

بیمارستان شهید: بیمارستان شهید در سال ۱۳۷۸ و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۸۱ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۳۰۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۳۱ بیمار دیالیزی را پوشش می دهند و بخش تالاسمی و هموفیلی آن نیز به ۴ بیمار تالاسمی و ۱۶ بیمار هموفیلی خدمات ارائه میکنند.

شهرستان نهبندان

بیمارستان شهید آتشدهست: بیمارستان آتشدهست در سال ۱۳۸۳ و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۸۵ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۴۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۱۸ بیمار دیالیزی را پوشش می دهند و بخش تالاسمی و هموفیلی آن نیز به ۱۷ بیمار تالاسمی خدمات ارائه میکنند.

وسعت دارد و تعداد ۷ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد و همچنین بخش تالاسمی آن نیز به ۴ بیمار تالاسمی و ۴۳ بیمار هموفیلی خدمات ارائه میکنند.

شهرستان سرایان

بیمارستان امام علی: بیمارستان امام علی در سال ۱۳۹۴ و بخش دیالیز آن نیز در همان سال راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۷۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۱۹ بیمار دیالیزی ثابت و ۲ بیمار تالاسمی و ۱ بیمار هموفیلی را پوشش می دهد.

شهرستان سریشه

بیمارستان علی ابن ابیطالب: بیمارستان علی ابن ابیطالب در سال ۱۳۹۴ و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۹۷ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۵۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۸ بیمار دیالیزی را پوشش می دهد.

شهرستان طبس

بیمارستان مصطفی خمینی: بیمارستان شهید مصطفی خمینی در سال ۱۳۵۶ و بخش دیالیز آن نیز در سال ۱۳۸۶ راه اندازی شده است. دستگاههای دیالیز در ۱ سالن قرار دارند که حدود ۲۰۰ متر مربع وسعت دارد و تعداد ۵۵ بیمار دیالیزی را پوشش می دهد و بخش تالاسمی و هموفیلی آن نیز تعداد ۷ بیمار تالاسمی و ۱۱ بیمار هموفیلی را پوشش میدهد.

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:

محمدی، ابراهیم احمدی، نقاشیان، خجسته، میرزایی، میردهقانی، صادقی، خورشید،
امیر مسعود جعفری، بابایی، نظری فرد، مراتی، کوششی، ایوب شهبازی، حسینی ، رسول
زاده، دباغ همدانی، امام موسوی، حجتی، جعفری نطنزی، اشرفی، صفائی، شکرریز،
آقای محامدی، دکتر لسان، آقای گل محمدی، آقای اردشیر امیر خانی داریان، فروغ
میر محمد صادقی، زندی، مریم جان نثار، طاهر خو، محمدی نصرت هاشمی، شکوه
خردمند، پروانه آقا جانی پور، جعفری، رهنما، خانم زهره نوری، تولیدی آرکا، سبلان
پلاستیک، شرکت ابراهیم، فروشگاه متالیز، هواپیمایی ماهان، کرمان موتور، شرکت
پارس شهاب، خبرگزاری نمانامه، خبرگزاری جماران، خبرگزاری آفتاب، خبرگزاریخبر
فارسی، روزنامه مستقل، آرمان ملی، هم میهن، سایت خبر بان، سایت آل نیازمند،
بیمارستان علی بن ابی طالب





گفت و گو با نیکوکار

آرامش خاص می خواهید، اینجاست

روایت خانم خدیجه رهنما نیکوکار اراکی از تجربه همکاری با بنیاد امور بیماری های خاص:

عملکرد نودوستانه، مفید و موثری که در رابطه با بیماران خاص ایفا می کند، آرامش و خشنودی خاص را در زندگی فردی من، ایجاد کرده که امیدوارم دیگران هم بتوانند این احساس خاص را در اینجا تجربه کنند.

تجربه همراهی با بنیاد امور بیماری های خاص، درس بزرگی به من آموخت که ترویج و آموزش / می تواند حس ذاتی نیکوکاری یا بهتر بگوییم این موهبت الهی را در میان اقشار مختلف مردم تقویت کند.

(۵) به عنوان یک همراه قدیمی بنیاد امور بیماری های خاص چه توصیه ای درباره این سازمان مردم نهاد دارید؟

قبل از آن من همیشه تصور می کردم درست است که گفته اند یک دست صدا ندارد ولی مطمئن هستم همکاری در چنین امر انسان دوستانه ای حتی با کمترین امکانات هم می توان، مشارکت کرد و «صدای یاری بیماران خاص» را شنید. من این صدا را شنیدم و تلاش کردم به عنوان کوچکترین همراه، حداقل همکاری و مشارکت را با این سازمان مردم نهاد شناخت شده در داخل و مورد اعتماد در مجامع بین المللی داشته باشم. برای تمام ایرانیان سلامت و توفیق روز افزون از درگاه خدای متعال خواهانم و به شکرانه آن از همه ی شما عزیزان می خواهم که هم اکنون به یاری سبز بیماران خاص بشتابید.

(۱) با تشکر از فرصتی که برای مصاحبه به مجله خاص اختصاص دادید، لطفا خودتان را در ابتدا معرفی کنید؟
من خدیجه رهنما متولد شهر اراک فارغ التحصیل رشته علوم سیاسی در مقطع کارشناسی ارشد از تهران می باشم.

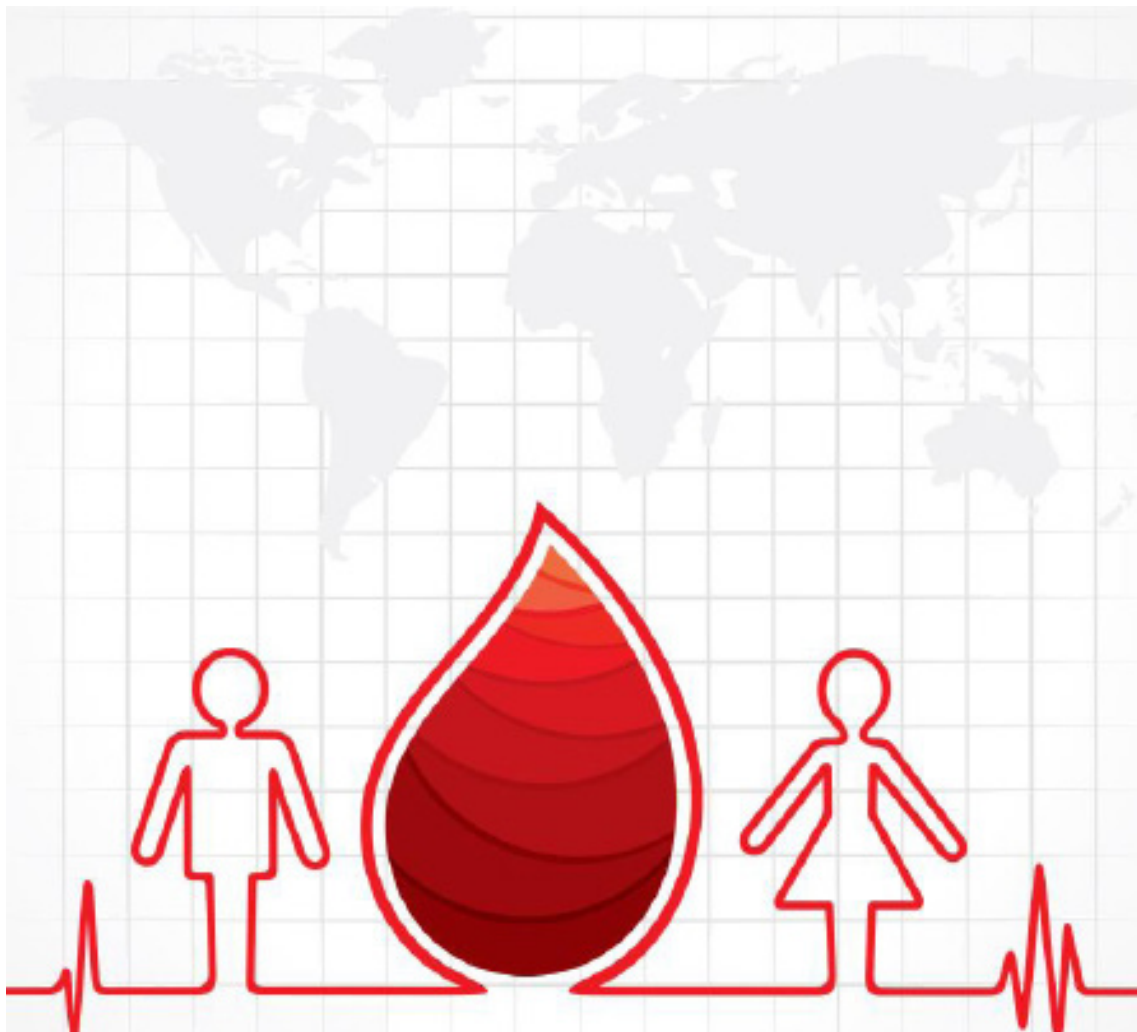
(۲) از خانواده و فرزندانان بیشتر بگویید؟
در خانواده ای سنتی و مذهبی، قانونمند و مردمی به دنیا آمده و کوچکترین عضو خانواده هستم.

(۳) تعریف شما از نیکوکاری چیست؟
نیکوکاری را از کودکی در خانواده خود شناخته و تجربه کردم. من قبل از اینکه موسسه های خیریه را بشناسم حس خوشایندی نسبت به کمک های مردمی مختلف و همکاری با دیگران داشتم و به همین جهت با چندین خیریه در حد امکان همکاری داشته و دارم.

(۴) با بنیاد امور بیماری های خاص چگونه آشنا شدید؟ این آشنایی چه نقشی در زندگی فردی و اجتماعی شما داشته و دارد؟

از آنجا که شناخت چنین موسساتی ملزم به اطمینان خاطر از کیفیت و عملکرد آن هاست، تلاش های مستمر و بی وقفه دست اندرکاران بنیاد امور بیماری های خاص و به ویژه «خانم هاشمی» به طور خاص، توجهم را جلب کرد. همراهی با بنیاد امور بیماری های خاص و مشارکت در

سلامت



کیفیت دارو بیماران تالاسمی یا حمایت از تولید داخل

* تألیف:

دکتر محمود هادی پور دهشال-داروساز

شرکت های تولید کننده دارو برخوردار هستند یا به عنوان مشاور علمی یا مسئول تحقیقات بالینی در خدمت شرکت های تولید کننده داخلی فعالیت می کنند، بر کیفیت تولید داخل تاکید دارند. از سوی دیگر بیماران تالاسمی اصرار دارند که با مصرف تولید داخل دچار عوارض ناخواسته ای می شوند که در مصرف داروی خارجی دیده نشده است. اگرچه بدلیل نقص در نحوه گزارش و عدم شفافیت در ارائه نتایج عوارض ناخواسته دارویی اثبات این موضوع میسر نیست، ولی با آزمایشات علمی می توان ثابت کرد که برخی از داروهای مورد تأیید پزشکان درمانگر واجد استاندارد لازم نبوده و قادر به تأمین نیازهای درمانی بیماران تالاسمی نمی باشند. راه رفع این تناقض تکیه بر دو عامل شفافیت و پیشگیری از تضاد منافع است. ارتباط شرکت های دارویی با پزشکان و به ویژه فعالان سازمان های مردم نهاد باید حساب شده و تابع قوانین مشخص باشد و همچنین سازمان غذا و دارو باید با تکیه بر وظیفه اصلی خود یعنی تأمین سلامت شهروندان، کیفیت مطلوب داروهای تولید داخل را تضمین نماید.

چند سالی است که مبتلایان به تالاسمی با مشکل عدم دسترسی به داروی با کیفیت دست و پنجه نرم می کنند. آمار بالای مرگ و میر عزیزان تالاسمی در سال های اخیر که توسط برخی افراد به تحریم ها نسبت داده شده است، موید شرایط دشوار درمان عزیزان تالاسمی است. با این وجود مدیران دارویی کشور بر حمایت از تولید داخل تاکید دارند و عدم دسترسی به داروهای خارجی را گاه به بدقولی شرکت وارد کننده و گاه به عدم نیاز به داروی گرانقیمت خارجی در شرایط داخل پیوند می زنند. چنین رویه ای موجب سردرگمی بیماران تالاسمی گشته چنان که در فاصله کوتاهی بیماران به تحصن علیه سیاست های نادرست سازمان غذا و دارو روی آوردند و سپس به تحریم ها لعنت می فرستند. پزشکان درمانگر به ویژه آن دسته که از حمایت های بیشتر

بررسی تاثیر تمرینات ورزشی حین دیالیز و پیاده روی در منزل بر توانایی جسمانی و کفایت دیالیز بیماران همودیالیزی

*تألیف: دکتر ویدا شفیع پور
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

بدنی برنامه‌ریزی شده سبب تقویت و بهبود دستگاههای بدن مانند قلب و تنفس و حس بهبودی در فرد می‌شود.

نظر می‌رسد ورزش در طی همودیالیز سبب افزایش گردش خون عضلات شده و سطح تبادل مویرگی جهت دفع هرچه بیش‌تر اوره را افزایش می‌دهد. با این وجود مدت زمان انجام ورزش، نوع برنامه ورزشی و شدت انجام ورزش می‌تواند بر تغییرات سطح کفایت بیماران دیالیزی موثر باشد.

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که تمرینات ورزشی تاثیر مثبتی بر عملکرد جسمانی و کفایت دیالیز بیماران همودیالیزی دارد.

طول مدت و نوع فعالیت در بیماران دیالیزی باید برحسب توانایی آنها تعیین شود. بیماران همودیالیزی باید با آمادگی جسمانی لازم وارد تمرینات ورزشی شوند، زیرا این بیماران به علت ماهیت مزمن بیماری و همودیالیز هفتگی دارای سبک زندگی کم‌تحرکی هستند و عدم ایجاد آمادگی جسمانی لازم جهت ورود به برنامه ورزشی ممکن است آسیب‌های جسمانی را به همراه داشته باشد؛ بنابراین باید قبل از ورود به تمرینات ورزشی با مشاوره طب ورزش آمادگی‌های جسمانی لازم در بیماران همودیالیزی ایجاد شود و سپس برنامه ورزشی مانند پیاده روی به طور منظم و مستمر در برنامه روزانه آنها گنجانده شود. زیرا برای افزایش فعالیت فیزیکی روزانه و کاهش وابستگی و افزایش استقلال بیماران همودیالیزی، ورزشهایی مانند پیاده روی می‌تواند به علت سهولت کاربرد، نداشتن عارضه، پایین بودن هزینه، قابل اجرا بودن در هر زمان و مکان و عدم نیاز به تجهیزات خاص، ورزش مناسبی برای این گروه از بیماران باشد. پیشنهاد می‌شود جهت یافتن موثرترین تمرینات ورزشی بر توانایی جسمی و کفایت دیالیز این بیماران، برنامه‌های ورزشی دیگری نیز طراحی و اجرا گردد تا مناسب‌ترین حرکات ورزشی جهت بهبود وضعیت جسمی بیماران دیالیزی مسجل شود و توسط کادر درمان به اجرا درآید.

اگرچه همودیالیز می‌تواند طول عمر بیماران مرحله نهایی بیماری کلیه را افزایش دهد، اما کنترل پیشرفت بیماری مشکل است، به‌طوری‌که عوارض و مشکلات ایجاد شده برای آنان به عنوان یک معضل جهانی مطرح است. این بیماری و عوارض ناشی از همودیالیز، سبب از کار افتادگی، وابستگی در انجام فعالیت‌های روزمره، از دست دادن شغل، افزایش خطر بستری شدن در بیمارستان و مرگ و میر آنها می‌شود.

تمرینات ورزشی در بیماران تحت همودیالیز سبب کاهش خستگی، کاهش میوپاتی، بهبود عملکرد قلبی، افزایش ظرفیت کارجسمانی، بازشدن مویرگهای سطحی، تسهیل دفع اوره از طریق دیالیز، کاهش فشار خون و انقباضات عضلانی می‌شود. همچنین سبب بهبود فعالیت‌های بدنی، افسردگی و کیفیت زندگی این بیماران می‌گردد. علی‌رغم تاثیرات قابل توجه ورزش در بیماران همودیالیزی، این بیماران به دلیل شرایط بیماریشان غیرفعالاند و فعالیت فیزیکی و عملکرد آنها کاهش یافته است.

عوارض ناشی از کم‌تحرکی در بیماران همودیالیزی بر ابعاد مختلف زندگی آنها تأثیرگذار است، بنابراین به دلیل روند طولانی مدت درمان با همودیالیز، این بیماران نیازمند تغییر در سبک زندگی جهت بهتر کنار آمدن و اداره نمودن بیماری خود هستند. پیش‌آگهی طولانی مدت بیماران همودیالیزی مزمن، تحت تاثیر کفایت درمان با دیالیز قرار دارد و بررسی آن در اداره بیماران همودیالیزی دارای اهمیت ویژه ای می‌باشد. در واقع اگر همودیالیز انجام شده از کفایت لازم برخوردار نباشد، سطح توکسین‌های خون و علائم بالینی بیمار به خوبی کنترل نشده و بنابراین میزان ناتوانی و مرگ و میر این بیماران افزایش می‌یابد. بررسی‌ها و مطالعات انجام شده نشان داد که ترکیبی از ورزش حین دیالیز و پیاده روی در منزل می‌تواند در ارتقای سطح توانایی جسمانی و کفایت بیماران همودیالیزی به شکل قابل توجهی موثر باشد. این تمرینات ورزشی سبب شد توانایی جسمانی بیماران همودیالیزی بعد از هشت هفته مداخله (دو هفته حین دیالیز و شش هفته در منزل) ارتقا یابد. اقدامات ورزشی با شدت کم می‌تواند به صورت موثر و ایمن در بیماران همودیالیزی انجام گردد؛ زیرا ورزش و فعالیت

دیابت و پاهای مورد غفلت

* تألیف:

دکتر لیلا یزدان پناه

پزشک و دکترای تخصصی دیابت (پای دیابتی)

MD-PhD

عضو ۱۱۰۰ مطب دیابتی کشور (بنیاد بیمارهای خاص)

دیابت همچنان یکی از معضلات مهم سلامت جوامع بشری و به نوعی یک پاندمی است. در حال حاضر حدود ۵۳۷ میلیون نفر دیابتی در سطح جهان داریم. در واقع از هر ۱۰ نفر یک فرد دیابتی می باشد. در اطلس فدراسیون جهانی دیابت (۲۰۲۱)، ۱۰.۵٪ از جمعیت ۲۰ تا ۷۹ ساله جهان مبتلا به دیابت بودند و واقعیت ناگوار این است که بیش از نیمی از این افراد از ابتلای خود به دیابت بی خبرند. پیش بینی شده است که تا سال ۲۰۴۵ با رشد ۴۵ درصدی، مبتلایان به دیابت به ۷۸۳ میلیون نفر خواهند رسید (یک نفر از هر ۸ نفر).

عوارض مرتبط با دیابت نیز با افزایش شیوع دیابت در سراسر جهان افزایش می یابند. دیابت همچنان شایع ترین عامل اساسی برای قطع عضو اندام تحتانی در ایالات متحده و اروپا است. زخم پای دیابتی (DFU) دارای عوامل خطر زیادی به عنوان محرک است، از جمله ایسکمی محیطی، نوروپاتی، دفورمیتی پا و غیره. بهبود زخم فرآیندی زمان بر است و حتی ممکن است منجر به قطع عضو شود به طوری که یک سوم زخم ها هرگز بهبود نمی یابند. یک چهارم بیماران دیابتی احتمال دارد به DFU مبتلا شوند. متأسفانه در سطح جهان هر ۲۰ ثانیه یک قطع عضو مرتبط با دیابت اتفاق می افتد. قطع عضو از طرفی میزان مرگ و میر ناشی از دیابت رانیز افزایش می دهد. میزان بقای ۵ ساله در بیماران که DFU را تجربه می کنند ۷۰٪ است، اما پس از یک قطع عضو شدید، به ۴۳٪ کاهش می یابد. مرگ و میر ۵ ساله در افراد مبتلا به DFU ۲.۵ بیشتر از بیماران دیابتی بدون DFU است.

بار اقتصادی تحمیل شده بر سیستم های مراقبت بهداشتی، از جمله هزینه های مستقیم و غیرمستقیم، بسیار زیاد است. DFU به طور قابل توجهی افزایش ناتوانی در سراسر جهان منجر می شود و کیفیت زندگی بیماران را کاهش می دهد.

علاوه بر این، درمان زخم پای دیابتی هم زمان بر است. خبرخوب اینجاست که بروز زخم پا قابل پیشگیری است. مطالعات قبلی بیان کرده اند که تشخیص زودهنگام بیماران در معرض خطر زخم پا و مدیریت عوامل خطر می تواند از قطع عضو و زخم پا جلوگیری کند. بنابراین، پیش بینی عوامل خطر در بیماران مبتلا به DFU مدیریت بیماری را برای پزشکان تسهیل می کند تا بهترین استراتژی مدیریت بیمار را انتخاب کنند. متأسفانه، مطالعات کوهورت مهم کمی در مورد بروز DFU وجود دارد. مطالعه کوهورت پای دیابتی اهواز (ADFC) اولین مطالعه آینده نگر در ایران بود که میزان بروز پای دیابتی و عوامل خطر آن را ارزیابی کرد. این پژوهش به صورت مطالعه ای ۲۰ ساله طراحی شده که فاز اول آن از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۵ و فاز دوم آن از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ تاکنون اجرا شده و نتایج آن در ژورنالهای بین المللی معتبر به چاپ رسیده است.

پس از تکمیل چک لیست، تمامی شرکت کنندگان در مطالعه که افراد دیابتی فاقد زخم پا بودند، معاینه شدند. معاینه شامل: پوست و ناخن، نوع بدشکلی پا، ارزیابی عصبی پا، و معاینات عروقی پا بود. از کل ۹۹۰ شرکت کننده که در فاز دوم این مطالعه وارد شدند، ۹۰۱ نفر واجد شرایط بودند و به مدت دو سال پیگیری شدند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۵۳/۲۴±۴۶/۱۱ سال بود. از کل موارد، ۵۲۵ نفر (۵۸.۵۳٪) زن بودند. میانگین مدت دیابت ۸/۶±۴/۹ سال بود. همه بیماران برای بررسی ایجاد زخم پای دیابتی به عنوان یک نتیجه پیگیری شدند. بروز تجمعی دو ساله DFU معادل ۸٪ بود. درحالی که بروز زخم در سال اول مطالعه ۱.۸٪ بود. نتایج بعد از اینکه با نتایج به دست آمده در فاز اول مقایسه شد موارد قابل تاملی داشت.

بروز زخم پا در فاز اول ۶/۵٪ به دست آمده بود که در سال اول فاز دوم روند کاهشی داشت (۸/۱٪). ما پس از فاز یک و مشاهده آمار به دست آمده، برای اولین بار در جنوب غرب کشور، در بیمارستان گلستان اهواز که مرکز ارجاع دیابتی های استان است اقدام به تأسیس کلینیک پای دیابتی به صورت مجزا در کلینیک دیابت نمودیم. هدف این بود به بیمار و همراهانش وحتى پرستاران مجموعه آموزش متمرکزتری

درمورد پای دیابتی صورت گیرد. با توجه به این واقعیت که حدود ۸۵ درصد قطع عضوها در دیابت قابل پیشگیری هستند، با آموزش حضوری و چهره به چهره، توزیع پمفلت، برگزاری کلاس آموزشی، وبینار و... در این راستا فعالیت کردیم. احتمال دادیم علت کاهش بروز در سال اول فاز دوم شاید این مورد بوده است.

ولی متأسفانه بروز تجمعی دوساله در فاز دوم مطالعه، بالاتر از فاز اول بود (۸٪ در مقابل ۶/۵٪). با توجه به اینکه سال دوم فاز دوم مطالعه با شروع پاندمی کووید همزمان بوده است، به نظر می رسد که با شیوع پاندمی، به علت قرنطینه های طولانی و عدم دسترسی به موقع بیماران به مراقبتهای لازم، عدم آشنایی بیماران میانسال با فضای ویزیت آنلاین، عدم تحرک کافی که قاعدتا به افزایش قند خون و بالا رفتن احتمال ایجاد عوارض منجر می شود و مواردی از این قبیل، می توان همزمانی با پاندمی را از علل این افزایش بروز دانست.

پس از آنالیز آماری، عوامل خطر ساز اصلی بروز زخم پای دیابتی به دست آمده در این مطالعه شامل این موارد بودند: سابقه قبلی زخم پایا قطع عضو، کفش نامناسب، مصرف سیگار، عدم انجام مراقبت های پیشگیرانه از پا توسط بیمار و کاهش فعالیت بدنی سابقه قبلی زخم یا قطع عضو، شانس DFU را ۷۶.۵ برابر در مقایسه با بیمارانی که DFU را

تجربه نکردند (بالاترین خطر) افزایش داد. شانس DFU در مواردی که از کفش های نامناسب استفاده می کردند، ۱۰.۳۸ برابر بیشتر از بیمارانی بود که از کفش های مناسب استفاده می کردند. شانس DFU در افراد سیگاری ۳.۸۷ برابر بیشتر از افراد غیر سیگاری بود. DFU در بیمارانی که مراقبت های پیشگیرانه ناکافی از پا داشتند در مقایسه با بیمارانی که متعهد به مراقبت شخصی مناسب و کافی از پا بودند، ۲.۹۱ برابر بیشتر مورد انتظار بود. احتمال ابتلا به DFU در بیماران با فعالیت بدنی نامنظم و ناکافی در مقایسه با بیمارانی که ورزش کافی داشتند، ۲.۲۵ برابر بیشتر بود.

این مطالعه اولین کوهورت آینده نگر مبتنی بر جمعیت در پای دیابتی در این منطقه با شرکت کنندگانی بود که حدود هفت سال از مرحله اول مطالعه پیگیری شدند با توجه به بروز DFU بسیار بالا پس از همه گیری در این مطالعه، ارزیابی نقش پزشکی از راه دور در این موضوع در مطالعات آینده توصیه می شود.

امیدواریم نتایج این پژوهش برای سیاست گذاران کشور دید کلی در مورد وضعیت موجود جهت سیاست گذاریهای واقع بینانه ایجاد نماید تا بر اساس نتایج به دست آمده، تصمیم های عملی و مؤثری جهت کاهش هرچه بیشتر این عارضه مورد غفلت واقع شده دیابت ترتیب دهند.





خواب در کودکان مبتلا به اختلالات طیف اتیسم

* تألیف:

دکتر جواد خلعتبری
دانشیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی

روزانه، اغلب سبب بروز بی‌توجهی و پرخاشگری می‌شود. مشکلات خواب شناخته شده در کودکان با نیازهای خاص، معلولین و افراد دارای شرایط خاص پزشکی شیوع بیشتری دارد. شکایات خواب در جمعیت عادی بسیار شایع است و حدود ۳۷ درصد از افراد از مشکلات خواب رنج می‌برند، مشکلات خواب یکی از مشکلات همراه در بیماران طیف اتیسم است. با توجه به اینکه خواب و اتیسم از لحاظ نوروبیولوژیکی همپوشانی دارند، کودکان مبتلا به اتیسم نیز مستعد اختلال خواب هستند. اختلال خواب و خواب آلودگی روزانه ممکن است علائم و رفتارهای کودک مبتلا به اتیسم را تشدید کند. میزان خواب کافی تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله سن، ژنتیک و برخی فاکتورهای دیگر است. بنیاد ملی خواب آمریکا خواب کافی برای کودکان یک تا دو ماهه را ۵ تا ۱۰ تا ۱۸ ساعت و برای کودکان ۳ تا ۱۱ ماهه، ۹ تا ۱۲ ساعت خواب شبانه و نیم تا ۲ ساعت چرت روزانه و برای کودکان یک تا سه سال، ۱۲ تا ۱۴ ساعت و برای کودکان ۳ تا ۵ سال، ۱۱ تا ۱۲ ساعت برای کودکان ۵ تا ۱۲ سال، ۱۰ تا ۱۱ ساعت توصیه می‌کند.

مشکلات خواب به زمان کوتاه خواب، بازده خواب پایین، سخت بیدار شدن از خواب اطلاق می‌شود و در کودکان عادی حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد تخمین زده می‌شود و در کودکان مبتلا به اتیسم حدود ۴۴ تا ۸۳ درصد است. مشکلات خواب در کودکان اتیسم دلایل زیادی دارد و اغلب چند عاملی

خواب یک دوره استراحت طبیعی مغز و بدن است که معمولاً در این حالت چشم‌ها بسته و هوشیاری به‌طور جزئی یا کامل از بین می‌رود، بنابراین حرکات بدن و پاسخ به محرکهای محیطی کاهش می‌یابد. در طی این فرآیند مغز انسان و سایر پستانداران یک چرخه از امواج مغزی را طی می‌کند. حدود یک سوم زندگی انسانها در خواب می‌گذرد. خواب کافی یک نقش حیاتی در رشد حرکتی ذهنی و شناختی کودکان و بزرگسالان دارد. کمبود خواب می‌تواند اثرات سوئی بر عملکرد غدد درونریز بدن عملکرد شناختی سوخت و ساز بدن و همچنین پاسخهای التهابی داشته باشد. از طرفی دیگر خواب زیاد نیز می‌تواند بر عملکرد فرد در مدرسه، سلامت روان، رفتارهای بی‌پروا، استفاده از مواد مخدر، افزایش وزن و همچنین بر عملکرد آکادمیک تأثیرگذار باشد. کودکان با مشکلات خواب، مسائل شناختی و احساسی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال شناختی، ناتوانی در یادگیری، ناتوانی در رشد ذهنی را تجربه می‌کنند. حدود یک سوم از کودکان به‌طور معمول دچار مشکلات خواب هستند. مشکلات خواب و پس از آن خواب آلودگی

درمان اختلالات خواب در کودکان طیف اوتیسم

با توجه به شیوع بالای مشکلات خواب در کودکان مبتلا به اوتیسم درمان موثر در این کودکان ضروری است. همچنین خواب به هم ریخته ممکن است سبب تشدید علائم اوتیسم شود. بسیاری از رفتارهایی که کودک مبتلا به اوتیسم دارد مثل حساسیت بیش از حد به محرکهای محیطی، رفتارهای تکراری، مشکل در درک اجتماعی و غیره به احتمال زیاد به بروز اختلال خواب در کودکان کمک می‌کند؛ بنابراین آموزش خواب و استراتژیهای رفتاری، باید خط اول درمان مشکلات خواب در کودکان مبتلا به اوتیسم باشد.

درمان رفتاری

رویکردهای رفتاری سبب بهبود در شروع خواب می‌شود. این رویکرد رفتاری شامل رفتارهایی است که سبب آسانتر به خواب رفتن و در خواب ماندن می‌شود. از جمله این رفتارها می‌توان به دمای مناسب محیط، محیط آرام و تاریک، عدم مصرف مواد کافئین‌دار اشاره کرد. این رویکرد سبب آرام شدن بدن قبل از خواب می‌شود و کودک راحت‌تر به خواب می‌رود.

خواب و عملکرد روزانه کودکان اوتیسم

میزان فعالیت فیزیکی با کیفیت خواب در ارتباط است. هر چه میزان فعالیت فیزیکی بیشتر باشد، کیفیت خواب بالاتر است. اضطراب با مقاومت در به خواب رفتن، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب و راه رفتن شبانه ارتباط مستقیم دارد. همچنین با بهبود توانایی‌های اجتماعی مشکلات خواب کاهش پیدا می‌کند. نوجوانان مبتلا به اوتیسم سه برابر بیشتر احتمال دارد که یک مشکل خواب را گزارش کنند و همچنین کیفیت خواب پایین‌تر و خستگی بیشتری دارند. ضمناً تأخیر شروع خواب و طول مدت خواب با علائم اوتیسم و شدت علائم رابطه مستقیم و مثبت دارد. تأخیر شروع خواب قویترین پیشگویی کننده نقص ارتباط، رفتارهای کلیشه‌ای و شدت اوتیسم است. آسیب روانی، اضطراب، مشکلات خاص رفتاری، می‌تواند سبب بروز اختلالات خواب شود و از طرفی دیگر الگوی مناسب خواب و فعالیت‌های فیزیکی می‌تواند سبب بهبود اختلالات خواب شود.

هستند، از جمله دلایل شایع مشکلات خواب می‌توان به علل نوروبیولوژیکی، علل پزشکی (روانپزشکی و داروها) و علل رفتاری اشاره کرد. یک همپوشانی بین علل ایجاد مشکلات خواب (نوروبیولوژیکی، علل پزشکی (روانپزشکی و داروها) و علل رفتاری) وجود دارد. دلایل نوروبیولوژیکی شامل مواردی است که مربوط به ژنتیک و اختلالات نوروترنسمیتری است (مثل اختلال در مسیر ملاتونین)؛ دلایل پزشکی شامل شرایط متفاوت شایع در اوتیسم، مانند صرع و اختلالات دستگاه گوارش است؛ شرایط روانپزشکی شامل افسردگی، اضطراب، اختلال نقص توجه بیش‌فعالی در کودکان مبتلا به اوتیسم هستند که همگی به دلایل نوروبیولوژیکی ایجاد می‌شوند؛ برخی از داروها مانند فلوکستین تمایل به تحریک و ایجاد اختلال در خواب دارند. مشکلات خواب به انواع بی‌خوابی، اختلال تنفسی خواب، اختلال حرکتی خواب ناهنجاریهای خواب تقسیم می‌شوند، بی‌خوابی به عنوان مشکلی در به خواب رفتن یا در خواب ماندن اطلاق می‌شود و شایع‌ترین مشکل خواب است، اختلال تنفسی خواب و اختلال حرکتی خواب از انواع بی‌خوابی هستند. بدخوابی وقایع ناخواسته‌ای است که در خواب اتفاق می‌افتد و روند خواب را دچار مشکل می‌کند، مانند راه رفتن در خواب، وحشت در خواب، گیجی در خواب، کابوس و دندان قروچه. اختلال تنفسی خواب نیز به دلایل نامشخص در این کودکان بیشتر است. اختلال حرکتی خواب شامل حرکات موزون، سندرم پای بی‌قرار و حرکات ریتمیک است، اختلال حرکات ریتمیک، حرکات تکراری است که توسط اندامها، تنه یا سر در مرحله به خواب رفتن اتفاق می‌افتد.

انتقال دهنده‌های عصبی مرتبط با خواب و اوتیسم

انتقال دهنده‌های عصبی مختلف از جمله سروتونین، دوپامین، نور اپی نفرین، گاما، در تنظیم خواب و دخیل در علت اوتیسم است. سیستم گابا نقش مهمی در اوتیسم و بی‌خوابی دارد، سیستم گابا در توسعه قشر مغز نیز نقش مهمی دارد، نقص تکاملی مشاهده شده در اوتیسم ممکن است تا حد زیادی به سیستم گابا مربوط باشد. سروتونین انتقال دهنده عصبی دیگری است که در خواب و اوتیسم نیز نقش دارد. شواهد از یک درگیری در سیستم سروتونین در بروز اوتیسم حمایت می‌کند این شواهد شامل افزایش سطح سروتونین کل خون، تغییر در سنتز ژن ناقل سروتونین، تغییر در ژن آنزیم مونوآمین اکسیداز مسئول تخریب سروتونین است، و اخیراً یک ارتباط بین تنوع ژنتیکی در ژن ناقل سروتونین و بی‌خوابی مشخص شده است. سروتونین همچنین یک پیش ماده برای ملاتونین است، ملاتونین در غده پینه آل سنتز و ترشح می‌شود که اثر آن آرامبخش است و منجر به خواب می‌شود. ملاتونین در بسیاری از فرآیندهای عملکردی از جمله تکامل سیستم عصبی و تنظیم چرخه خواب و بیداری در انسان نقش دارد، اختلال در مسیر سنتز ملاتونین در مبتلایان به اوتیسم مشاهده شده است.



سفر برای بیماران هموفیلی

* گردآوری:
دکتر کیمیا نوکار

اقدام خود را همراه خود خواهید داشت. اگر اقلامی وجود دارد که نباید در معرض اشعه ایکس قرار گیرند، درخواست کنید تا توسط مسئول امنیت حمل و نقل بازرسی فیزیکی صورت گیرد. ممکن است در حین سفر با تاخیرهای پیش بینی نشده مواجه شوید. برای جلوگیری از بروز مشکلاتی در این زمینه مقادیر اضافی دارو و لوازم را به همراه داشته باشید. از رفتن به سفرهایی که نیازمند رانندگیهای طولانی هستند بپرهیزید و یا هر ۲ ساعت توقف کرده و ۱۰ دقیقه پیاده روی و استراحت کنید. همچنین در صورت استفاده از اتوبوس بدلیل این که فواصل مدت زمان زیادی تحت فشار هستند ممکن است در مقصد نیاز به تزریق دارو باشد. پیش از سفر در رابطه با چگونگی فرایند ها و مراکز درمانی مقصد اطلاعات کسب کنید تا در صورت لزوم در مقصد بتوانید از این امکانات استفاده کنید. در صورت مراجعه به طبیعت از کفشهای بسته استفاده کنید تا از بریدگی پیشگیری شود و از ورود به رودخانه یا سایر مکان ها با پای برهنه بپرهیزد. همراه داشتن کیسه یخ در مسیر سفر نیز میتواند در صورت بروز خونریزی کمک کننده باشد.

چه برای مقاصد کاری یا برای تعطیلات خانوادگی، این روزها بخش بزرگی از زندگی بسیاری از مردم است. برای بیماران هموفیلی پیش از سفر بهتر است در مورد برنامه های سفر خود با پزشک خود صحبت کنند تا مطمئن شوند که در شرایط سالم برای سفر هستند. با برنامه ریزی صحیح و اقدامات پیشگیرانه در این زمینه می توان سفری بدون خطر و با آرامش را پیش بینی کرد. پیش از سفر از پزشک خود در رابطه با واکسن های توصیه شده بر اساس برنامه سفر سوال کنید. واکسیناسیون، برای مثال واکسن های هپاتیت A و B، برای افراد مبتلا به اختلالات خونریزی بسیار توصیه می شود. از پزشک خود یک نامه بخواهید که در آن اختلال خونریزی دهنده شما و دارویی که مصرف می کنید را توضیح دهد. نامه شما به مقامات امنیتی حمل و نقل اجازه می دهد تا مطمئن شوند که دارو و لوازم پزشکی شما در هنگام سفر مجاز است. اگر به خارج از کشور سفر می کنید، یک کپی اضافی از نامه را به زبان کشور مقصد به همراه داشته باشید. تمام داروها و لوازم پزشکی را برچسب بزنید و آنها را به طور جداگانه در یک کیف دستی بسته بندی کنید. اگر این اقدام در کیف دستی قرار داده شوند، می توانید در هر زمانی از اقدام خود استفاده کنید و در صورت تاخیر یا گم شدن چمدان تحویل شده،

سرطان سلول سنگفرشی دهان

*تألیف:

امیر محمد علومی

تنباکو می‌تواند به سلول‌های دهان آسیب بزنند و احتمال ابتلا به سرطان را افزایش دهند. همه اشکال تدخینی و غیر تدخینی تنباکو دارای پتانسیل سرطان زایی هستند. شواهد مربوط به تنباکوی غیر تدخینی که باعث سرطان دهان و حلق می‌شود مورد ارزیابی و تایید قرار گرفت. تنباکو می‌تواند باعث سرطان کام، اوروفارنکس و حنجره شود.

۲. مصرف الکل: مصرف افزایشی مشروبات الکلی نیز عامل مهمی در افزایش خطر سرطان دهان محسوب می‌شود. ترکیب مصرف الکل با تنباکو می‌تواند خطر ابتلا به OSCC را افزایش دهد.

۳. عفونت‌های ویروسی: عفونت با برخی ویروس‌ها مانند ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) می‌تواند به پیشرفت سرطان دهان کمک کند. رفتارهای جنسی ایمن و واکسیناسیون برای HPV می‌تواند این خطر را کاهش دهد.

۴. تغذیه ناسالم: رژیم غذایی ناسالم که به اندازه کافی میوه و سبزیجات، که دارای آنتی‌اکسیدان‌ها و ویتامین‌های مفید هستند، نداشته باشد، می‌تواند خطر OSCC را افزایش دهد. داشتن یک رژیم غذایی متنوع و تغذیه‌ی مناسب می‌تواند در مقابله با سرطان دهان مفید باشد.

۵. تماس زیاد با نور خورشید: بودن طولانی مدت در معرض نور خورشید می‌تواند خطر ابتلا به سرطان لب را افزایش دهد. استفاده از بالم محافظ با فیلتر UV و استفاده از کلاه با لبه گرد می‌تواند از این مورد پیشگیری کند.

۶. بهداشت نامناسب دهان و آسیب‌های تروماتیک با منشاء دندانی: بهداشت ضعیف دهان اغلب با عفونت‌های لثه-پریودنتال همراه است که تعداد کلنی‌های باکتریایی را افزایش می‌دهد و منجر به پاسخ التهابی ثابت می‌شود. این موضوع به همراه آسیب تروماتیک دندان می‌تواند منجر به یک اثر سرطان‌زا شود.

سرطان سلول‌های سنگفرشی دهانی یا به اختصار (OSCC Oral Squamous Cell Carcinoma) یک نوع سرطان شایع در دهان و مناطق اطراف آن است. این نوع سرطان از سلول‌های سنگفرشی دهان، که بافت‌های دهان را پوشانده، شکل می‌گیرد. در این مقاله، به معرفی OSCC، علائم آن، عوامل خطر مرتبط و روش‌های درمان پرداخته خواهد شد. علائم OSCC ممکن است به طور متنوعی ظاهر شوند و شامل موارد زیر باشند:

زخم‌ها و آفت‌های دهانی که به مرور زمان بزرگ‌تر می‌شوند و به طور طبیعی بهبود نمی‌یابند.
خونریزی ناشی از دهان یا لثه.
درد و تورم در دهان، گردن و گونه‌ها.
مشکل در بلعیدن و یا هضم غذا.
تغییرات در رنگ و بافت داخل دهان.

کارسینوم دهان که معمولاً به عنوان کارسینوم سلول سنگفرشی دهان (OSCC) نامیده می‌شود به عنوان یک ضایعه اولسروپرولیفراتیو مخاط دهان رخ می‌دهد که هر ناحیه از لب‌ها تا اوروفارنکس را می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد. شایع‌ترین محل‌ها شیار لثه فک پایین، زبان و کف دهان است. عادت جویدن تنباکو (تنباکوی غیر تدخینی) و پان ماسالا، یعنی مخلوطی از تنباکو، فوفل و مواد شیمیایی ناشناخته‌ای که برای رنگ و طعم استفاده می‌شود، از شایع‌ترین علل ایجاد آن است.

عوامل خطر در سرطان سلول‌های سنگفرشی دهان:

۱. مصرف تنباکو: سیگار کشیدن و استفاده از محصولات تنباکویی دیگر از مهم‌ترین عوامل خطر در سرطان دهان محسوب می‌شوند. مواد شیمیایی آسیب‌زننده موجود در



تشخیص و درمان:

تشخیص زودهنگام برای درمان موفق OSCC بسیار مهم است. زمانی که فرد علائم یا نشانه‌های سرطان دهان دارد، دندانپزشک ممکن است با بررسی دقیقی اقدام به تشخیص کند، که می‌تواند شامل انجام آزمایش و نمونه برداری از بافت برای تأیید تشخیص باشد. اقدامات دیگری مانند CT اسکن و MRI می‌توانند مرحله بیماری را تعیین کنند. گزینه‌های درمان OSCC می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

۱. **جراحی:** برداشت تومور به روش جراحی می‌تواند شامل برداشت قسمتی از منطقه تحت تأثیر یا در موارد پیشرفته‌تر، برش گسترده‌تری باشد.

۲. **پرتودرمانی:** این درمان با هدف استفاده از پرتوهای با انرژی بالا برای هدف گذاشتن و از بین بردن سلول‌های سرطانی انجام می‌شود. ممکن است به صورت ترکیبی با جراحی یا به عنوان درمان اصلی مورد استفاده قرار گیرد.

۳. **شیمی‌درمانی:** شیمی‌درمانی ممکن است وقتی که سرطان به سایر اعضای بدن گسترش یافته باشد مورد استفاده قرار گیرد. از داروها برای از بین بردن سلول‌های سرطانی استفاده می‌شود.

۴. **درمان هدفمند (تارگت تراپی):** این یک رویکرد جدیدتر است که به طور خاص بر روی مولکول‌های خاصی در سلول‌های سرطانی تمرکز دارد. این روش ممکن است در برخی موارد OSCC مورد استفاده قرار گیرد.

پیشگیری:

پیشگیری از OSCC شامل اجتناب یا کاهش عوامل خطر می‌شود:

۱. **تنباکو و الکل:** ترک یا کاهش مصرف تنباکو و مشروبات الکلی می‌تواند خطر را به طور قابل توجهی کاهش دهد.

۲. **رژیم غذایی:** مصرف یک رژیم غذایی متنوع و غنی از میوه و سبزیجات می‌تواند به عنوان یک منبع غنی از آنتی‌اکسیدان‌ها و ویتامین‌های محافظتی عمل کند.

۳. **مراقبت دندانانی:** مراجعه منظم به دندانپزشک می‌تواند به تشخیص و رفع مسائل سلامت دهانی در مراحل ابتدایی کمک کند.

۴. **حفاظت در برابر نور خورشید:** استفاده از بالم محافظ با فیلتر UV و اجتناب از تعریض بیش از حد به نور خورشید می‌تواند در پیشگیری از سرطان لب موثر باشد.

در پایان، سرطان سلول‌های سنگفرشی دهانی یک بیماری جدی، اما قابل درمان است. شناخت عوامل خطر، مراجعه به پزشک در صورت داشتن علائم، و اتخاذ سبک زندگی سالم اقدامات ضروری در پیشگیری و مدیریت OSCC هستند. برنامه‌های معاینات منظم و انجام آزمایشات می‌توانند نقش مهمی در تشخیص این بیماری در مراحل ابتدایی داشته باشند که در این مراحل درمان موثرتر خواهد بود.

کاربرد هوش مصنوعی در حوزه سلامت

*گرد آوری:
دکتر عبد الرضا معادی

سایر کاربردها

AI همچنین در حال استفاده در زمینه های دیگر سلامت مانند:

مراقبت از بیمار: AI می تواند برای کمک به ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در مدیریت پرونده های بیمار، برنامه ریزی قرار ملاقات و ردیابی وضعیت بیماران استفاده شود. آموزش پزشکی: AI می تواند برای کمک به دانشجویان پزشکی در یادگیری و تمرین مهارت های پزشکی استفاده شود.

تحقیقات پزشکی: AI می تواند برای تسريع تحقیقات پزشکی و توسعه درمان های جدید استفاده شود.

چالش ها

با این حال، AI هنوز در مراحل اولیه توسعه خود در سلامت است. برخی از چالش هایی که باید بر آنها غلبه شود عبارتند از:

دقت: AI هنوز به طور کامل قابل اعتماد نیست. گاهی اوقات می تواند اشتباه کند، که می تواند منجر به تشخیص یا درمان نادرست شود.

قابلیت استفاده: AI باید برای استفاده توسط ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و بیماران قابل استفاده باشد.

حفاظت از حریم خصوصی: AI باید به گونه ای طراحی شود که از حریم خصوصی بیماران محافظت کند.

آینده

هوش مصنوعی پتانسیل تغییر چشمگیر نحوه ارائه مراقبت های بهداشتی را دارد. با ادامه پیشرفت AI، انتظار می رود کاربردهای آن در سلامت گسترش یابد.

هوش مصنوعی (AI) در حال حاضر در حال تغییر نحوه ارائه مراقبت های بهداشتی است. این فناوری در حال استفاده برای بهبود تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری ها است.

تشخیص

یکی از کاربردهای اصلی هوش مصنوعی در سلامت، تشخیص بیماری ها است. AI می تواند برای تجزیه و تحلیل داده های پزشکی، مانند تصاویر پزشکی، سوابق بیمار و آزمایشات آزمایشگاهی، برای شناسایی الگوها و نشانه های بیماری استفاده شود.

به عنوان مثال، AI می تواند برای کمک به رادیولوژیست ها در تشخیص سرطان استفاده شود. AI می تواند برای تجزیه و تحلیل تصاویر پزشکی، مانند سی تی اسکن و MRI، برای شناسایی علائم سرطان استفاده شود.

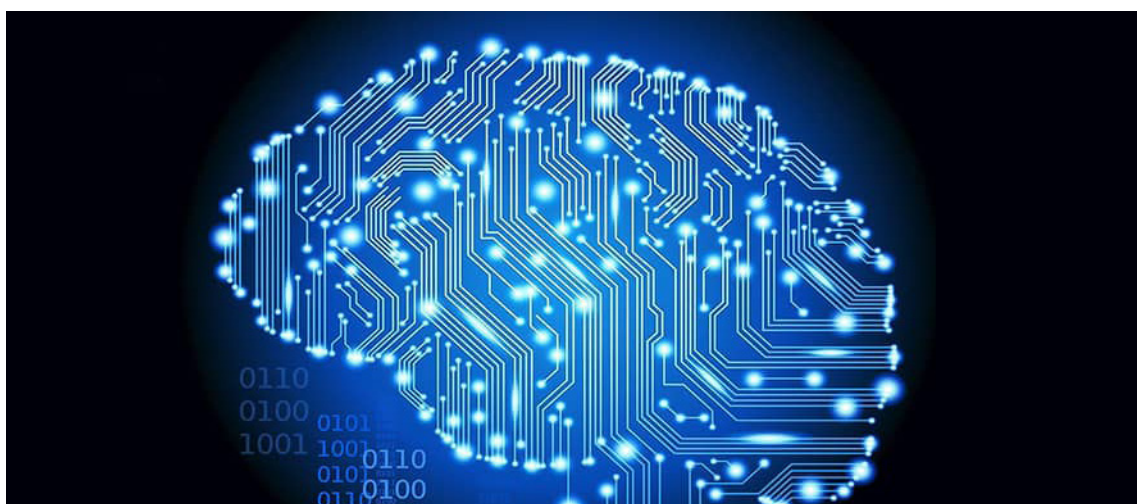
درمان

AI همچنین در حال استفاده برای بهبود درمان بیماری ها است. AI می تواند برای شخصی سازی درمان ها برای هر بیمار استفاده شود. به عنوان مثال، AI می تواند برای کمک به پزشکان در انتخاب داروها برای بیماران استفاده شود. AI می تواند برای تجزیه و تحلیل اطلاعات پزشکی بیمار، مانند سابقه پزشکی، علائم و آزمایشات آزمایشگاهی، برای شناسایی داروهای مناسب استفاده شود.

پیشگیری

AI همچنین در حال استفاده برای پیشگیری از بیماری ها است. AI می تواند برای شناسایی افراد در معرض خطر بیماری استفاده شود.

به عنوان مثال، AI می تواند برای کمک به پزشکان در شناسایی افراد در معرض خطر ابتلا به بیماری قلبی استفاده شود. AI می تواند برای تجزیه و تحلیل اطلاعات پزشکی بیمار، مانند سابقه پزشکی، علائم و آزمایشات آزمایشگاهی، برای شناسایی عوامل خطر بیماری قلبی استفاده شود.





استرس چگونه بر قند خون تأثیر می گذارد؟

*گردآوری:

دکتر عبد الرضا معادی

راه های مدیریت استرس در افراد مبتلا به دیابت در اینجا چند راه برای مدیریت استرس در افراد مبتلا به دیابت آورده شده است:

* به اندازه کافی بخوابید. خواب کافی به بدن شما کمک می کند تا استرس را مدیریت کند.

* غذای سالم بخورید. غذای سالم به شما کمک می کند تا سطح قند خون خود را ثابت نگه دارید و احساس بهتری داشته باشید.

* ورزش کنید. ورزش منظم به شما کمک می کند تا استرس را کاهش دهید و قند خون خود را کنترل کنید.

* مراقبه یا مدیتیشن را امتحان کنید. مراقبه و مدیتیشن می تواند به شما کمک کند تا استرس و اضطراب خود را کاهش دهید.

* از کمک حرفه ای استفاده کنید. اگر استرس شما شدید است یا بر زندگی شما تأثیر می گذارد، ممکن است لازم باشد از کمک حرفه ای استفاده کنید.

اگر مبتلا به دیابت هستید، مهم است که با پزشک خود در مورد نحوه مدیریت استرس صحبت کنید. پزشک شما می تواند به شما کمک کند تا برنامه ای برای مدیریت استرس خود ایجاد کنید.

استرس می تواند تأثیر قابل توجهی بر سلامت جسمی و روانی شما داشته باشد. در افراد مبتلا به دیابت، استرس می تواند قند خون را افزایش دهد و خطر عوارض دیابت را افزایش دهد.

استرس چگونه بر قند خون تأثیر می گذارد؟

وقتی تحت استرس قرار می گیرید، بدن شما هورمون هایی مانند کورتیزول و آدرنالین تولید می کند. این هورمون ها می توانند قند خون را افزایش دهند. کورتیزول باعث می شود که کبد قند بیشتری را از ذخایر خود آزاد کند. آدرنالین باعث می شود که سلول ها به انسولین کمتری پاسخ دهند.

افزایش قند خون در اثر استرس می تواند منجر به عوارض زیر شود:

* خستگی

* تاری دید

* خشکی دهان

* تکرر ادرار

* گرسنگی

* افزایش وزن

اگر مبتلا به دیابت هستید، مهم است که راه هایی برای مدیریت استرس خود پیدا کنید.

فرهنگی ورزشی اجتماعی

الْفَقْرُ الْمَوْتُ الْأَكْبَرُ

نگاهی به تاثیر خاص فقر بر بیماران خاص...

* نوشته: محمد محمودی

(مشاور رسانه ای رئیس بنیاد امور بیماری های خاص)

جهان بدون فقر، قدیمی ترین رویای آدمی است. هر کسی این رویا را جدی بگیرد، ناگزیر باید به چند سوال سخت، پاسخ دهد. سوالاتی نظیر اینکه، چرا سلامتی در میان فقرا، کمتر است؟ یا چرا آنها بیشتر مواد مخدر مصرف می کنند؟ و در نهایت، چرا افراد فقیر، بیشترین تصمیم های بد را می گیرند؟! شاید در نگاه اول این سوالات، کمی بی رحمانه به نظر برسد، ولی آمارها تصدیق می کند که: فقرا بیشتر قرض می کنند و کمتر پس انداز؛ بیشتر سیگار می کشند و کمتر ورزش می کنند؛ رژیم غذایی شان ناسالم تر است و اگر آموزشی ارائه شود، افراد فقیر آخرین کسانی هستند که ممکن است برای آن ثبت نام کنند!

از سوی دیگر اغلب افراد فقیر، بدترین تقاضا نامه ها را می نویسند و برای مصاحبه های کاری، نامناسب ترین لباس را می پوشند و همه اینها دست به دست هم می دهد تا در نهایت فقر بیشتر، به سلامتی کمتر در جامعه منتهی شود! ما اگر در شناخت خود از فقر تجدید نظر نکنیم، مطمئناً به لبه پرتگاه سقوط کامل اجتماعی می رسیم. باور کنید این حرفها، سیاه نمایی نیست! تکرار حرف امیر مومنان (ع) است! امام (ع) درباره آثار زیانبار «فقر» می فرماید: «فقر، انسان هوشمند را از بیان دلیل و حجت، خود گنگ می سازد».

به اعتقاد امام (ع)، فقر سبب نقصان دین، مشوش شدن عقل و جلب کینه می گردد. امام علی (ع) حتی از این هم فراتر رفته و در حکمت ۱۶۳ نهج البلاغه از آثار زیانبار فقر و تهی دستی با تعبیر شگرف «فقر» مرگ بزرگ تر است، یاد می کنند: الْفَقْرُ الْمَوْتُ الْأَكْبَرُ! آیا این تعبیر موید این ادعا نیست که فقر بیشتر یعنی کاهش امید به زندگی و سلامت کمتر در جامعه! در کتاب شریف «کافی» حدیث معروفی از رسول اکرم (صلی الله علیه وآله) نقل شده که می فرماید: «كَادَ الْفَقْرُ أَنْ يَكُونَ كُفْرًا»؛ (نزدیک است که فقر، انسان را به مرحله کفر برساند). زیرا فقر زمینه انواع انحرافات عقیدتی و اخلاقی را فراهم می سازد. بسیار دیده شده که افراد فقیر کلمات کفرآمیز بر زبان جاری می کنند و هنگامی که زن و فرزند خود را گرسنه یا بیمار می بینند، دست به هر کاری می زنند، قوانین اجتماعی را می شکنند، آداب و اخلاق انسانی را به فراموشی می سپارند و برای رفع فقر خود و تسکین آلام و بیماری خود یا عزیزانشان، هر کاری را مجاز می شمارند و اگر واقعاً کافر نشود، حداقل رضایت به قضای الهی را از دست می دهد. اشاره به تعبیر عظیم الْمَوْتُ الْأَكْبَرُ برای تعریف فقر از سوی امیر مومنان (ع) اشاره به همین است که انسان به هنگام

مرگ حداقل از مشکلات این جهان آسوده می شود در حالی که گویی انسان فقیر، پیوسته در حال جان دادن است! جالب است مارگارت تاچر، نخست وزیر اسطوره ای بریتانیا هم به فقر لقب «ضعف شخصیتی» داده بود که تمام زندگی فرد را تحت تاثیر خود می دهد، بالاخص درباره حفظ شاخص های سلامتی خود! تمام این مثال ها از صدر اسلام تا امروز، ثابت می کند که در زندگی بشری، یک ایده تثبیت شده و قطعی وجود دارد که: فقر و سلامتی جامعه، لازم و ملزوم یکدیگرند!

امروزه یکی از ساده ترین مقیاس ها برای سنجش فقر در کل دنیا، نگاه کردن به وضعیت سلامت و امید به زندگی در بین جوامع است. جای تعجب نیست که هر کجای دنیا، جوامع فقیرترند، سلامت انسان ها هم کمتر مورد توجه قرار دارد و فقر مالی شخصی با محرومیت اجتماعی، هم افزایی می کند و نقطه ی ماکزیمم «کاهش سلامت جسمی و روحی» را در جامعه رقم می زنند. بی جهت با الفاظ نباید بازی کرد. فقر چه جسمی باشد و چه روحی، نتیجه نهایی یکسان است. فقرا به طور متوسط، زندگی کوتاه تر و سلامت کمتری دارند!

امام علی (ع) درباره فقر دعای عجیبی دارد. دعایی که درونش یک نفرین هم پنهان است! امام علی (ع) هر چند این دعا را بظاهر در حق خود کرده، ولی گویی وصیتی است در حق تمام شیعیانش. امام علی (ع) می فرماید: (خداوندنا آبرویم را با بی نیازی محفوظ دار و شخصیتم را بر اثر فقر ضایع مکن!)؛ «اللَّهُمَّ صُنْ وَجْهِي بِالتَّيَّسَارِ، وَلَا تَبْذُلْ جَاهِي بِالْاِقْتَارِ». منظور از «تیسار» (بی نیازی) غنا و توانگری به آن معنا که در عرف است، نیست، بلکه منظور بی نیازی از دیگران و داشتن زندگی توأم با عفاف و کفاف و سلامت است. جمله «وَلَا تَبْذُلْ جَاهِي بِالْاِقْتَارِ» با توجه به اینکه «وَلَا تَبْذُلْ» از ریشه «بذل» است و «بذل» دو معنا دارد: یکی بخشیدن و از دست دادن و دیگری کهنه کردن و ضایع ساختن، دو تفسیر متفاوت دارد: نخست اینکه «خداوندنا شخصیت مرا با فقر از من بگیر» و دیگر اینکه «شخصیت مرا با فقر به ابتذال، مکشان!».

دعای امام علی (ع) درباره فقر، نفرینی هم در خود پنهان دارد. نفرین علی (ع) مشمول تمام کسانی می شود که در هر جایگاهی که هستند «فقر روزافزون مردم» را می بینند و چشم بر تاثیر خاص تهی دستی بر سلامت و درمان بیماران خاص می بندند! این ها یقیناً از مرام علی (ع) و سیره علوی دورند و چه بدانند و چه ندانند ماموران اجرایی الْفَقْرُ الْمَوْتُ الْأَكْبَرُ شده اند! مامور ظلمی بزرگ و نابخشودنی. چرا که هرگونه وقفه درمانی ناشی از فقر در بیماران هاض، مساوی است با بی اثر شدن درمانهای قبلی و گسترش درد و زجر بیماران. از نفرین علی (ع) و آه بیماران خاص باید ترسید!

دعای امام علی (ع) درباره فقر، نفرینی هم در خود پنهان دارد. نفرین علی (ع) مشمول تمام کسانی می شود که در هر جایگاهی که هستند «فقر روزافزون مردم» را می بینند و چشم بر تاثیر خاص تهی دستی بر سلامت و درمان بیماران خاص می بندند! این ها یقیناً از مرام علی (ع) و سیره علوی دورند و چه بدانند و چه ندانند ماموران اجرایی الْفَقْرُ الْمَوْتُ الْأَكْبَرُ شده اند! مامور ظلمی بزرگ و نابخشودنی. چرا که هرگونه وقفه درمانی ناشی از فقر در بیماران هاض، مساوی است با بی اثر شدن درمانهای قبلی و گسترش درد و زجر بیماران. از نفرین علی (ع) و آه بیماران خاص باید ترسید!



دوستانِ سبزِ دیابت

* منبع:

www.eatingwell.com/article/8073628/
best-low-carb-vegetables

افراد مبتلا به شرایط خاص مانند دیابت باید مراقب مصرف کربوهیدرات خود باشند. واضح است که این افراد نباید به طور کامل از کربوهیدرات ها اجتناب کنند (مگر با دستور پزشک) ولی قطعاً باید بر میزان و کیفیت مصرف کربوهیدرات ها دقت کافی داشته باشند. سبزیجات کم کربوهیدرات، دوستان سبز دیابتی هستند که باید آنها را بیشتر مورد استفاده قرار دهند.

* کدو سبز

کدو سبز یکی از بهترین دوستان سبز دیابتی هاست که منبع بسیار خوبی از ویتامین C، پتاسیم و فولات است که با کالری کم و فیبر زیادی که دارد، می تواند به هضم غذا کمک کند. علاوه بر این، از آنجایی که کربوهیدرات کمتری دارد، قند خون شما را افزایش نمی دهد. یک فنجان کدو سبز پخته کمتر از ۵ گرم کربوهیدرات دارد.

طبق گزارش انجمن دیابت آمریکا، بار گلیسمی کدو سبز فقط یک است که بهترین گزینه برای افراد دیابتی است. بار گلیسمی (GL) معیاری است که هم شاخص گلیسمی (GI) یک غذا و هم مقدار کربوهیدرات موجود در یک وعده معمولی را در نظر می گیرد و یک تصویر دقیق تر از نحوه یک غذای خاص ارائه می دهد.

* اسفناج

اسفناج سرشار از آهن، کلسیم، منیزیم، پتاسیم و چندین ویتامین و همچنین منبع خوبی از فولات، فیبر و آنتی اکسیدان می باشد. یک مطالعه در سال ۲۰۲۳ که در Molecules منتشر شد نشان داد که یک آنتی اکسیدان موجود در اسفناج به نام اسید آلفا لیپوئیک علائم بیماری های مرتبط با متابولیسم و نوروپاتی دیابتی را کاهش می دهد. از اسفناج در املت، سوپ و سالاد استفاده کنید یا آن را به آرامی با سیر و روغن زیتون تفت دهید تا یک غذای خوشمزه و گرم داشته باشید. محتوای فیبر اسفناج به کاهش سرعت جذب قند، در جریان خون کمک می کند و از افزایش سریع سطح قند خون جلوگیری می کند. یک فنجان اسفناج خام در مقیاس USDA فقط یک گرم کربوهیدرات دارد.

* کنگر فرنگی

اینجا دیگر نباید فقط روی مقدار کربوهیدرات تمرکز کنید، بلکه میزان بالای فیبر را هم باید در نظر داشته باشید. در این بخش کنگر فرنگی اولین انتخاب شماست چرا که به گفته USDA، کنگر فرنگی بیش از ۸ گرم فیبر در هر فنجان دارد. محتوای فیبر بالای موجود در این سبزی، تأثیر کمتری بر قند خون می گذارد. فراموش نکنید فیبر، هضم را کند می کند و جریان ثابت تری از انرژی را در جریان خون ایجاد می کند.

* کلم بروکلی

این دوست سبز دیابتی ها سرشار از ویتامین های C و K، فیبر، فولات و پتاسیم است که ۶ گرم کربوهیدرات در هر فنجان (خام و خرد شده)، با معیار USDA دارد. علاوه بر این، کلم بروکلی عضوی از خانواده brassica است که به دلیل فواید سلامت قابل توجه آن شناخته شده است. یک مقاله در سال ۲۰۲۳ منتشر شده در Frontiers in Nutrition نشان می دهد که بروکلی سرشار از سلنیوم است و از طریق کاهش التهاب در بدن، اثرات ضد دیابتی دارد.

* کلم برگ

کلم برگ مملو از بسیاری از ویتامین ها و منبعی غنی از سلنیوم است، یک ماده معدنی ضروری که به بدن شما در ساخت آنزیم های آنتی اکسیدانی کمک می کند. MedlinePlus، اعلام کرده که آنزیم های آنتی اکسیدانی به جلوگیری از آسیب سلولی کمک می کنند. سبزیجات برگ دار مانند کلم برگ، یک مکمل عالی برای افراد مبتلا به دیابت می باشند. سبزی های برگ دار، کربوهیدرات کمی دارند و بر قند خون تأثیر کمتری می گذارند و که آن را به یک غذای اصلی فوق العاده در یک رژیم غذایی مناسب دیابت تبدیل می کند. یک فنجان کلم برگ کمتر از یک گرم کربوهیدرات دارد.

* گل کلم

گل کلم هم یکی از بهترین دوستان سبز دیابتی هاست. دوستی سرشار از مواد مغذی مانند فولات، پتاسیم، فیبر و ویتامین های C و K. مطالعه ای که در سال ۲۰۲۳ در Frontiers in Nutrition منتشر شد، نشان داد که گل کلم سرشار از آنتی اکسیدان زیستی به نام پروتوکاتچونیک اسید (PCA) است که از التهاب در بیماری دیابت محافظت می کند. این مطالعات همچنین به این نتیجه رسید که افراد مبتلا به دیابت باید روزانه از غذاهای حاوی PCA مانند گل کلم استفاده کنند تا از مزایای آن برای سلامت قلب بهره مند شوند. یک فنجان گل کلم خرد شده کمی بیش از پنج گرم کربوهیدرات دارد.

* کلم بروکسل

فیبر موجود در کلم بروکسل می تواند به حفظ کلسترول سالم، کاهش خطر سرطان و افزایش وزن سالم کمک کند. کلم بروکسل کربوهیدرات کمتری هم دارد اما سرشار از فیبر است. یک فنجان کلم بروکسل خام کمتر از ۸ گرم کربوهیدرات و تقریباً چهار گرم فیبر با معیار USDA دارد. کلم بروکسل یک متعادل کننده فیبر و کربوهیدرات هست که موجب حذف ماده مغذی ضروری نمی شود و کربوهیدرات حداقلی را در کنار فیبر حداکثری در یک رژیم غذایی سالم و متعادل تامین می کند!

* مارچوبه

مارچوبه یکی دیگر از سبزیجات دوست دیابتی هاست که امتیاز پایین یک در بار گلیسمی دارد و یکی از سبزیجات پر فیبر با کمترین کربوهیدرات ممکن است. سبزیجاتی که کربوهیدرات خالص کمی دارند، تأثیر کمتری بر سطح قند خون خواهند داشت. مثلاً به طور تقریبی نیمی از کربوهیدرات های موجود در مارچوبه به دلیل فیبر آن است. طبق گزارش USDA، چهار عدد چوب مارچوبه کمتر از سه گرم کربوهیدرات دارد که ۱.۲ گرم آن فیبر است.

تیرزپاتید پدیده درمان دیابت در سال ۲۰۲۳

* منبع:

<https://www.europeanpharmaceutical-review.com/news/186485/nice-recom-mends-new-type-2-diabetes-treatment>

گزارشگر: کاترین اکفورد (بررسی دارویی اروپا) ۸ سپتامبر ۲۰۲۳

مترجم: نگین شیدوش
ویرایش فارسی: محمدمحمودی

ارقام به طور قابل توجهی بیشتر از هر یک از مقایسه های قبلی است. هلن نایت، مدیر ارزیابی داروها در NICE هم توضیح داد تیرزپاتید جدید، برای بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع ۲ که به اندازه کافی کنترل نشده است، مجوز مصرف دارد. دکتر مارتین وایت، دانشیار پزشکی متابولیک، نیز در تایید استفاده از داروی تیرزپاتید اظهار داشت: این دارو مناسب یک رژیم دوز مناسب در هفته است و خطرات بسیار کمتری را در زمینه هیپوگلیسمی را به همراه دارد و به همین جهت، انتخاب ایمن تری برای بیماران در مدیریت دیابت نوع ۲ است. گفتنی است دستورالعمل نهایی قرار است در ۱۱ اکتبر ۲۰۲۳ منتشر شده و بلافاصله پس از انتشار، tirzepatide ظرف ۹۰ روز در NHS در دسترس عموم خواهد بود، سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) نیز برای اولین بار تیرزپاتید را برای دیابت نوع ۲ در می ۲۰۲۲ تأیید کرد. در آن زمان، این اولین آگونیست گیرنده GLP-۱ و GIP بود که برای این نشانه مجاز بود. کمیسیون اروپا درمان تزریقی آن را در سپتامبر ۲۰۲۲ تأیید کرد و در ماه گذشته، Eli Lilly اعلام کرد که خرید Sigilon Therapeutics را برای پیشبرد توسعه سلول درمانی دیابت نوع ۱ هم تکمیل کرده است و همین خبر باعث شد که Eli Lilly شاهد بزرگترین رشد سرمایه خود در سه ماهه دوم سال ۲۰۲۳ بوده و به جایگاه اول رتبه بندی بالاتر از جانسون و جانسون صعود کرد. این شرکت در ماه گذشته اعلام کرد که در سه ماهه دوم سال جاری، راه را برای ایجاد درآمد یک میلیارد دلاری خود هموار کرده است.

مؤسسه ملی بهداشت و مراقبت عالی (NICE) گزینه درمانی جدید را برای درمان دیابت نوع ۲ اعلام کرد. کاترین اکفورد (عضو برجسته سازمان بررسی دارویی اروپا) تأیید کرد داروی Eli Lilly's Mounjaro (tirzepatide)، برای درمان دیابت نوع ۲ در بزرگسالان در کنار رژیم غذایی و ورزش توصیه شده است. وی تهیه پیش نویس راهنمای نهایی موسسه ملی بهداشت و مراقبت عالی (NICE) را درباره تیرزپاتید به عنوان نشانه تأیید نهایی برای استفاده از یک گزینه درمانی جدید درباره دیابت نوع ۲ عنوان کرد. کاترین اکفورد در مقام مقایسه با سماگلوتاید، انسولین درمانی یا دارونما عنوان کرد؛ استفاده از تیرزپاتید نشان داده است که ۸۱ تا ۹۷ درصد افراد در آزمایشات بالینی به کنترل بهتری از گلوکز دست پیدا کرده در عین آنکه ۵۴ تا ۸۸ درصد از همین بیمارانی بودند که به کاهش پنج درصدی یا بیشتر در زمینه وزن بدن خود رسیدند. با توجه به داده های کارآزمایی بالینی، این





درمان قطعی سرطان با واکسن های شخصی؟

* منبع:

<https://www.nytimes.com/2023/12/05/special-series/artificial-intelligence-cancer-vaccine-biontech.html>

Dr. Sahin and Dr. Türeci are the scientific founders of BioNTech. Dec. 5, 2023

مترجم: نگین شیدوش
ویرایش فارسی: محمدمحمودی

پاسخ این سوال در ماهیت خود سرطان نهفته است. سرطان از تغییرات ژنتیکی تصادفی تحت عنوان «جهش در سلول های سالم در طول زمان» ایجاد می شود. این جهش ها می توانند با انتخاب سبک زندگی، استعداد های خانوادگی، شرایط سلامتی درازمدت یا حتی قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی خطرناک ایجاد شوند. و با تجمع سلول های جهش یافته، ماهیت موجودات سرطانی شکل می گیرد. البته دو مفهوم از این جهش تصادفی قابل دریافت است. اولاً، هر سرطانی به اندازه فردی که به آن مبتلا می شود منحصر به فرد است، به این معنی که حتی کسانی که با همان نوع سرطان تشخیص داده می شوند، تنها کسری از جهش های مشترک دارند. دوم، هر تومور ملبله ای پیچیده از میلیاردها سلول متمایز است که دائماً یاد می گیرند خود را تطبیق دهند، از سیستم ایمنی فرار کنند و در برابر استراتژی های درمانی که ما در مقابل آن قرار می دهیم مقاومت کنند. پس برای غلبه بر این دشمنان مقاوم، راهی جز استفاده از قدرت درونی، کاملاً شخصی و دائماً یادگیرنده به نام؛ واکسن های شخصی سازی شده سرطان!

برای درک بهتر این موضوع، مثالهای عینی وجود دارد، مثلاً واکسن های شخصی ساز شده سرطان لوزالمعده در نیمی از بیماران تحت درمان در یک کارآزمایی کوچک، پاسخ ایمنی لازم را نشان داد که کارشناسان آن را بسیار امیدوارکننده توصیف کرده و این مطالعه بالینی را نقطه عطفی در جنبش ساخت واکسن های سرطانی متناسب با تومورهای بیماران می دانند. پس مجدداً مورد تأکید قرار می دهیم که هر سرطانی به اندازه فردی که به آن مبتلا می شود منحصر به فرد است، به این معنی که حتی کسانی که با همان نوع سرطان تشخیص داده می شوند، تنها در بخش های کوچکی مشترک هستند و هر تومور سرطانی در هر شخص،

سالها قبل، به عنوان پزشکان تازه کار در بخش سرطان یک بیمارستان دانشگاهی آلمان، اغلب مجبور بودیم پیامی تلخ و دلخراش را به بیماران خود بدهیم که: «هیچ درمانی برای سرطان شما باقی نمانده است!».

در آن روزها، مهم ترین سلاح ما علیه سرطان پیشرفته، شیمی درمانی و پرتودرمانی بود. که در هر چند در مواقعی موثر بودند، ولی در اکثر موارد درمانی که بسیاری از امیدواری ها را ناامید می کرد.

در جهان امروز، چشم انداز درمان سرطان به شدت تغییر کرده و ما شاهد ظهور داروهای جدیدی هستیم که رشد تومور را با دقت بالا هدف قرار داده و برخی از سرطان هایی که قبلاً قابل درمان نبودند را حتی در مراحل پیشرفته، قابل کنترل کرده اند.

با این حال، برای اکثر بیماران مبتلا به سرطان متاستاتیک، وعده های دست نیافتنی درمان بسیار مؤثر، همچنان دور از دسترس باقی مانده است و با وجود میلیاردها دلار سرمایه گذاری سالانه در تحقیقات سرطان، همچنان این سوال پابرجاست که چرا درمان بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته هنوز یک استثنا تلقی می شود تا یک شاخص درمانی دست یافتنی؟

محاسباتی جدید و به طور گسترده در دسترس به ما کمک می کند تا حجم عظیمی از داده هایی را که این توالی ایجاد می کند پردازش کنیم. ما محاسبات پیشرفته را اعمال می کنیم و A.I. الگوریتم ها به شناسایی جهش هایی کمک می کنند که ما بیشترین ارتباط را ارزیابی می کنیم. سپس آنها مبنایی برای پوستر "Wanted" می شوند که از طریق RNA پیام رسان (mRNA) در واکسن به سلول ها ارسال می شود. RNA، پلت فرم واکسن ترجیحی ما، اولیه ترین پیام رسان طبیعت است. می توان آن را به سرعت در عرض چند هفته طراحی، سفارشی و تولید کرد. به هر حال، زمان برای بیماران سرطانی ضروری است.

نامزدهای شخصی سازی شده واکسن سرطان در حال حاضر تحت آزمایش های دقیق هستند و دسترسی به آنها محدود به آزمایشات بالینی کنترل شده است. این کار آزمایی ها امکان پذیری یک رویکرد شخصی سازی شده را در تعداد کمتری از بیماران با فعال کردن و گسترش سلول های T که قادر به تشخیص سلول های تومور بر اساس جهش های انتخابی هستند، نشان داده اند - یک پیش نیاز مهم برای سیستم ایمنی برای مبارزه با سرطان. آزمایش های بالینی اخیر در ملانوما و سرطان پانکراس، کاربرد بالقوه واکسن های mRNA شخصی سازی شده را در کاهش خطر عود متاستاتیک پس از جراحی نشان داده اند. محققان همچنین در حال حاضر در حال انجام آزمایش های بالینی بزرگتری بر روی برخی از انواع سرطان هستند تا این واکسن های شخصی سازی شده را با استانداردهای درمانی فعلی مقایسه کنند. داده های حاصل از این آزمایش ها در سال های آینده، ایمنی و اثربخشی واکسن های شخصی سازی شده سرطان در دست توسعه را نشان می دهد.

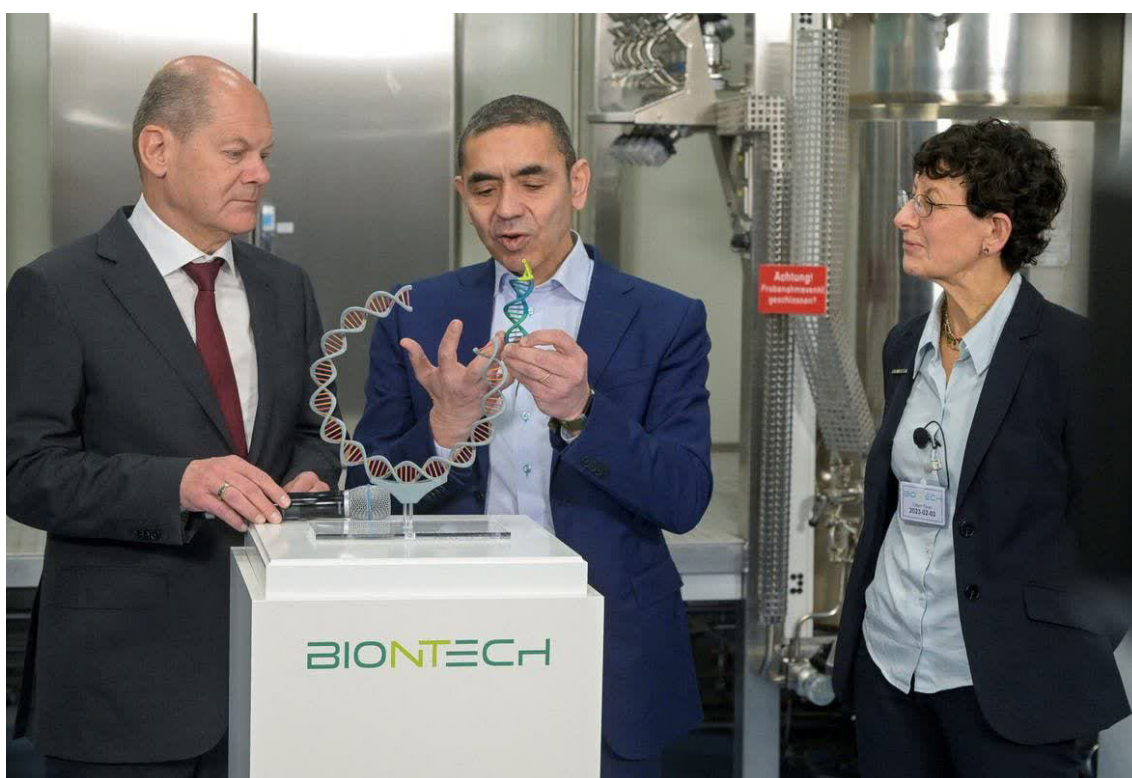
ملیله ای پیچیده از میلیاردها سلول متمایز است که دائماً یاد می گیرند تا خود را با شرایط درمانی تطبیق داده و از مقابل سیستم ایمنی بدن شما، فرار کنند و نهایتاً با مقاومت فراوان، استراتژی های درمانی را به شکست بکشانند. این در شرایطی است که مکانیسم دفاعی بدن متشکل از میلیاردها سلول با قابلیت های خیره کننده است. در میان آنها، سلول های T به عنوان نگهبانان هوشیار طبیعت برجسته می شوند که بی وقفه در بدن ما گشت می زنند. سیستم ایمنی ما به طور تکاملی برای مقابله با تهدیدات خارجی، مانند ویروس ها و باکتری ها، برنامه ریزی شده تا جهش های درونی مثل سرطان. در نتیجه، تنها بخش کوچکی از جهش ها توجه دفاع ایمنی ما را به خود جلب می کنند.

با تمام این توصیفات، همچنان می توانید آینده ای را تصور کنید که در آن واکسن های شخصی سازی شده سرطان بر اساس تقاضا در دسترس هستند. آنها برای انتقال جهش های سرطانی منحصر به فرد هر بیمار با دقت طراحی می شوند و مانند پوستر «تحت تعقیب» برای سلول های ایمنی عمل می کنند و به آنها دستور می دهند تا حملات چندوجهی را به تومور انجام دهند.

چیزی که سه دهه پیش زمانی فقط یک چشم انداز بود، در حالی که ما در کنار بالین بیماران خود ایستاده بودیم، اکنون کانون آزمایشات بالینی گسترده ما و دیگران است.

پیشرفت های مرکب در علم و فناوری در مناطق مختلف باعث ایجاد بادهای دمی شده است.

رمزگشایی ساختار ژنتیکی سرطان هر بیمار از یک بیوپسی کوچک با وضوح بالا و ظرف چند ساعت با خواندن DNA با فناوری های توالی یابی نسل بعدی امکان پذیر شده است. قدرت



کتابی برای هزار و یک درمان خانگی

※ منبع: کتاب ۱۰۰۱ درمان خانگی

نویسنده: از می فلوید

است؛ از کمک های اولیه و کسالت های رایج گرفته تا مشکلات آرتروز، گوارش و پوست همه و همه، با کمک این کتاب قابل معالجه هستند و گاهی به سادگی با مصرف چند ماده خوراکی بی ضرر بهبود می یابند. از می فلوید تلاش کرده تا شما را تا حد بسیار زیادی از سایر داروها و درمان های پیچیده بی نیاز گرداند.

این کتاب به همه کسانی که برای مراقبت از خود و اطرافیانشان به منبعی معتبر نیاز دارند، راهکارهای مفیدی ارائه می دهد. وجود کتاب ۱۰۰۱ درمان خانگی در هر خانه ای لازم و ضروری خواهد بود. در بخشی از کتاب ۱۰۰۱ درمان خانگی می خوانیم:

۶۱۷ کمپرس پیاز

تکه ای پیاز را به مدت ۴ ساعت در سرکه بخوابانید و سپس آن را روی میخچه بگذارید و با چسب زخم یا نوار زخم بندی باندپیچی کنید و روی آن جوراب بپوشید و بخوابید و تا صبح آن را باز نکنید.

۶۱۸ درمان با میوه

برای درمان و کاهش درد میخچه بخش داخلی پوست لیمو یا آناناس را روی میخچه گذاشته و ببندید، بگذارید تا صبح ثابت بماند. آنزیم های موجود در پوست تازه ای این میوه ها و پوست خربزه ای درختی در درمان میخچه مفید هستند.

۶۱۹ تفاله ی دم نوش

هر بار که دم نوش دم می کنید یا از چای کیسه ای استفاده می کنید تفاله ی آن را روی میخچه بگذارید و اجازه دهید ۲۰ دقیقه بماند. انجام این کار چند بار در روز از شدت درد آن می کاهد.

۶۲۰ استفاده از پودر مخمر

یک قاشق پودر مخمر (مایه خمیر) را با چند قطره آب لیمو ترکیب کنید و خمیر به دست آمده را روی میخچه بگذارید و آن را باندپیچی کنید. هر صبح و شب آن را عوض کنید تا درد میخچه کاهش یابد.

اگر به خرید این کتاب در دو نسخه کاغذی و صوتی علاقه مند هستید می توانید به پلتفرم کتابراه www.ketabrah.ir مراجعه کنید.

مجله خاص در هر شماره خود، کتابی را هم معرفی می کند که خواننده را در فضایی متفاوت، با کمک های درمانی آشنا سازد. در این شماره به معرفی کتاب ۱۰۰۱ درمان خانگی می پردازیم. کتابی که سال ۹۳ از نویسنده ای به نام از می فلوید و با ترجمه علی هداوند از سوی انتشارات آسمان نیلگون منتشر شد.

به گزارش مجله خاص در متن معرفی کتاب ۱۰۰۱ درمان خانگی آمده است: با توجه به خاصیت گیاهان دارویی، میوه ها و دمنوش های طبیعی، هزار و یک راهکار خانگی برای درمان بیماری ها و مشکلات شایع جسمی و روحی را آموزش می دهد. به وسیله این کتاب با دنیای گسترده گیاهان و خواص خوراکی های سالمی آشنا می شوید که شما را از درد و رنج بیماری نجات می بخشند. حتما برای شما هم پیش آمده است که در حین انجام کارهای روزمره به مشکلاتی مثل زخم شدن دست، سوختگی، دلیپچه های ناگهانی یا بی خوابی شبانه و مسائلی از این دست برخورد داشته باشید. در گذشته این مشکلات با استفاده طب سنتی و به دست مادر یا مادربزرگی که از خواص خوراکی ها آگاهی داشت برطرف می شد و با بهره گیری از تجربه ای چندین ساله درد شما تسکین پیدا می کرد. شرایط زندگی امروز و پیشرفت دانش پزشکی ما را از این امکان دور نگه داشته است و در بسیاری از اوقات ما برای درمان کوچک ترین مشکلات باید به دکتر مراجعه کنیم و اغلب هزینه زیادی نیز بپردازیم. اما شاید برای شما هم جالب باشد که با چه روشی یک خمیر دندان ساده می تواند به درمان آکنه کمک کند یا سردردهای شما چطور با نوشیدن چند دمنوش آرام می شوند. از می فلوید (Esme Floyd) با تکیه بر سنت تجویز خانگی، کتابی را تحت عنوان ۱۰۰۱ درمان خانگی (Home Remedies & ۱۰۰۱ Natural Cures) منتشر کرده که در آن از خاصیت التیام بخش مواد و لوازم پیرامون ما سخن می گوید. این کتاب علاوه بر نحوه استفاده صحیح از هر نوع روغن، گیاه و مواد غذایی دستور تهیه مرهم و پماد های خانگی را نیز بیان کرده و روش های آسان و سریع برای تسکین عارضه های مزمن و مشکلات فیزیکی را به شما می آموزد. همچنین سلامت نوزادان و برطرف کردن مسائل روحی از دیگر مطالب مفیدی است که در این اثر به آن ها توجه شده است. کتاب حاضر به درمان انواع بیماری ها پرداخته





ماجرای مادری که بعد از بیماری فرزندش، نویسنده شد

دخترم، کلاف ذهنی مرا باز کرد

گزارشگر: نجمه شمس

منبع:

www.ibna.ir/vdcb5abfwrhb5sp.uiur.html

مرضیه اعتمادی، نویسنده کتاب «شخصت» داستان بلندی درباره بیماری دخترش در مصاحبه ای از چگونگی باز شدن کلاف ذهنی خود در روزهای سخت بیماری صعب العلاج دخترش گفت که موجب شد تا با آرامشی بیشتر روند درمان زینبش را دنبال کند. به گزارش روابط عمومی بنیاد امور بیماری های خاص به نقل از ایبنا، متن این مصاحبه بدین شرح است:

چه شد که بین این همه گرفتاری درمان دخترتان، دست به قلم بردید؟

بیماری امر مبارکی نیست، سخت است. تحمل درد، تحمل فضای بی رنگ و بوی بیمارستان، نگرانی از دریافت جواب آزمایشات، دلشوره ته مانده حساب بانکی، همه سخت است؛ اما برای من از همه اینها سخت تر حرف زدن در مورد بیماری بود. فکر می کنم خیلی از آدم ها وقتی درگیر بیماری می شوند (منظورم بیماری های سخت و صعب العلاج است) تا مدت ها انگار وارد حباب جدا افتاده ای می شوند، یعنی از دنیای بقیه آدم ها دور می افتند، حرف ها و دغدغه های دیگران را نمی فهمند. همه آنچه دیگران، سخت می پندارند به نظرشان شوخی می آید. نه حرف های بقیه برای شان جذابیتی دارد و نه خودشان دوست دارند از تجربه جدیدشان حرف بزنند، چون احساس می کنند هیچ کس حرف آنها را نمی فهمد، چون مدام این جمله های تکراری را دریافت می کنند که «خدا صبرتون بده»، «حل می شه نگران نباش»، «خدا روشکر از این بدتر نشد»، «فلانی از شما خیلی بدتره شرایطش» و «ناشکری نکن».

پس به نوعی خواستید از این حباب جدا افتاده بیرون بیایید؟

بله بیماری سخت، به فرد بیمار و اطرافیانش درک جدیدی از زندگی می دهد و پنجره تازه ای را به سمتش باز می کند. ولی آیا قرار است او این تجربه و درک جدید را برای خودش نگه دارد؟ قرار است فقط در خلوت خودش و در ذهن خودش این دریافت جدید را مرور کند؟ بهتر نیست، فرد بیمار یا نزدیکانش، از این تجربه ناب حرف بزنند؟ جزییات احساسات و دریافت شان از روزهای جنگ با بیماری را برای باقی افراد خارج از حباب مرضی هم شرح دهند؟ حرف زدن از دغدغه های فرد بیمار، از چالش هایی که با فضای بیمارستان، با پزشک و پرستار و با خود بیماری دارد، به حل مشکلات دنیای پزشکی کمک نمی کند؟ از همه مهم تر، حرف زدن بدون ترس و شعار از بیماری، حال بیمار و نزدیکانش را بهتر نمی کند؟ کیفیت زندگی آنها را بهبود نمی دهد؟

آیا به عنوان یک مادر حرف زدن از بیماری دخترتان سخت نبود؟

حرف زدن از مرضی دخترم تا مدت ها برای من سخت بود. دختر من گرفتار بیماری های مغزی پیچیده شده بود؛ مننژیت، هیدروسفالی و تشنج. من اما نمی توانستم حتی به نزدیک ترین آدم های زندگیم توضیح کاملی از بیماری اش بدهم. می ترسیدم، فکر می کردم اگر بقیه شرح کامل بیماری اش را بفهمند همه چیز واقعی می شود. بیماری حقیقت پیدا می کند. دختر من یک فرد مریض و من شاید بزرگ ترین مقصر هستم. بیماری در پس ذهن من یک جرم و ذهنیتی بود که برخورد پرسنل بیمارستان تقویش کرده بود. کم کم اما به این درک رسیدم که با نوشتن قصه بیماری دخترم، البته آن موقع فقط و فقط برای خودم، کلاف ذهنی ام را باز کنم. در انبار ذهن من، دیده ها و شنیده های تلخ و شیرین جدیدی تلنبار شده بود که باید مرتیشان می کردم، نظم شان می دادم، توی قفسه های مرتب می چیدمشان و بعد می نشستم و تماشایشان

کمی به مطالب کتاب بپردازیم.

شصت، ۱۱۱ صفحه است. با تولد زینب شروع می‌شود و با پذیرش و تولد دوباره من که به لطف خدا مادر زینبم تمام می‌شود. این کتاب روایت کاملاً مستند و به دور از ذره‌ای اغراق، از مبارزه با بیماری‌های سخت است و امیدوارم خوانندگان در پس رنج کلمات این کتاب، نور امید به زندگی و تلاش برای زیستن بهتر را ببینند. کتاب پنج فصل را با نام‌های «ترک خوردن»، «شکستن»، «خرود شدن»، «ازهم پاشیدن» و «بندزدن» شامل می‌شود.

چرا نام «شصت» را برای کتاب‌تان انتخاب کردید؟

شصت، سرواژه شکر و صبر و تلاش و اسم رمزی است که با همسرم برای روزهای سخت انتخاب کرده بودیم.

در پایان لطفاً درباره بازخوردهای کتاب هم توضیح دهید.

کتاب تا حالا به چاپ دوم رسیده و بازخوردها هم خوب بوده است. خوشبختانه این کتاب توانسته به دل خوانندگان بنشیند؛ به‌ویژه خانواده‌هایی که فرزند معلول دارند از این کتاب استقبال کرده‌اند.

بخشی از متن کتاب

«دکتر زن خوبی بود. مهربان و دلسوز. پزشک بی‌نظیر و کاربلدی بود. اما مادر نبود. نمی‌دانست از همان وقتی که از مادر شدنم باخبر می‌شوی، آن هم برای بار اول، هزار جور رویا و خیال توی سرت جوانه می‌زند. نمی‌دانست از روزی که می‌فهمی موجود توی شکمت شبیه خودت دختر است، همه دنیا را صورتی می‌بینی و مادر همه دخترهای توی کوچه و خیابان می‌شوی. دکتر نمی‌دانست جعبه پر از گل‌سر توی کمد زینب را من با چه ذوق و اشتیاقی خریده بودم تا گل‌ها را بزند به موهای مشک‌اش و دلم را ببرد و من از خنده‌ها و ادا و اطوارهایش عکس بگیرم. من داشتم با واقعیت می‌جنگیدم. تارهای باقی‌مانده موهای روی سر زینب، آخرین تلاش‌های من برای از دست ندادن تمام رویاها و آرزوهایی بود که برای دخترک توی ذهنم داشتم. دختری که در هفت ماه بارداری برای خودم ساخته بودم، کچل نبود، گوشه سرش جای بخیه نداشت، توی سرش شنت نبود.»

می‌کردم. این طور می‌توانستم به خودم و همسرم، دخترم زینب و همین طور پسر کوچکم رضا برای ادامه بهتر زندگی کمک کنم. همین کار را کردم. ماجرای دو سال اول زندگی دخترم را نوشتم. از به دنیا آمدنش، از زیست یک ساله من و همسر و دخترم در بیمارستان، از روشنایی‌ها و تاریکی‌های بیمارستان و آدم‌هایش، از روزی که بعد از یک سال به همراه دخترم زینب، به خانه برگشتیم، با یک شانت مغزی و تشنج‌های پیوسته و مکرر و برجسب فلج مغزی عمیق که روی پیشانی کوچکش خورده بود. از مآجرهای بعد از بستری نوشتیم. از درمان تشنجش، از به دنیا آمدن برادرش رضا و نهایتاً از پذیرش خودم. از اینکه دخترم را همان طور که هست باید دوست می‌داشتم و از زندگی‌ام لذت می‌بردم. زندگی همراه با معلولیت شدید که محدودیت‌ها و گشایش‌های خاص خودش را دارد.

مهمترین بهره شما از این کتاب چه بود؟

بعد از نوشتن فهمیدم می‌توانم با تیشه کلمات، دیوار بین خودم و جامعه را بشکنم، دیواری که تک‌تک آجرهایش با روزهای سخت دست و پنجه نرم کردن با مریضی روی هم گذاشته شده بود، با نفس کشیدن در فضای بیمارستان، لایه‌لای بوی الکل و ضدعفونی. فهمیدم حرف زدن از بیماری، آن را کوچک و حقیر می‌کند و با حرف زدن می‌توانم، رفتارهای غلطی که از سمت جامعه و نظام درمان کشور در مواجهه با فرد بیمار و بیماری هست را اصلاح کنم. با سکوت من هیچ اتفاق روشنی نمی‌افتاد. من با سکوت به تاریکی که ارمغان بیماری بود ضریب می‌دادم.

مشوق شما در چاپ این کتاب چه کسی بود؟

با تشویق و توصیه همسر و یکی از نویسندگان مورد علاقه‌ام، خانم غفاردادی، تصمیم به چاپ قصه زینب گرفتم. آنها معتقد بودند این روایت می‌تواند برای خیلی‌ها راهگشا باشد که یک روز در زندگی سر از چاه تاریک و ناشناخته بیماری خودشان، فرزندان، اطرافیان‌شان، همسایه و همکار و هم محله‌ای‌شان درمی‌آورند. این شد که متن کتاب شصت را برای انتشارات امیرکبیر ارسال کردم و در نهایت خرداد امسال، کتاب زندگی دخترم از تنور چاپ بیرون آمد.





پایانِ زندگی یک سرطانی

منبع: موسسه تحقیقات، آموزش و درمان سرطان

کاهش فشار عصبی بیمار و خانواده‌اش می‌شود. بحث و بررسی برنامه‌های مربوط به پایانِ زندگی می‌تواند باعث کاهش استرس در بیماران و خانواده‌هایشان شود. اطلاع از خواسته‌های بیمار در این دوره دشوار، می‌تواند به خانواده بیمار کمک مؤثری کند. بهتر است برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد پایانِ زندگی، درست پس از تشخیص بیماری شروع شود و در طول بیماری ادامه یابد. نوشتن این تصمیم‌ها موجب روشن شدن خواسته‌های بیمار برای خانواده و گروه پزشکی می‌شود. در برنامه‌ریزی مربوط به پایانِ زندگی معمولاً در موارد زیر تصمیم‌گیری می‌شود:

هدف‌های مراقبت (برای مثال لزوم استفاده از برخی داروها در روزهای آخر زندگی). جایی که بیمار می‌خواهد روزهای آخرش را در آن بگذراند.

مراقبت‌هایی که بیمار در پایانِ حیات خواستار آن است. مراقبت‌های تسکینی و آسایشگاهی که بیمار تمایل به دریافت آنها دارد. مراقبت تسکینی موجب التیام علائم بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیمار و خانواده او می‌شود. هدف از مراقبت تسکینی ارتقاء کیفیت زندگی بیمار و

این ماجرای یک پایان است! پایانِ زندگی یک سرطانی! تعجب نکنید. حیات و ممات بیماران خاص و صعب‌العلاج، سخت است. ولی باید از آن گفت. این رسالت یک رسانه است. پس می‌پردازیم به روایت به انتها رسیدن زندگی یک بیمار سرطانی. برنامه‌ریزی در مورد پایانِ حیات، برای بیماران مربوط به سرطان و خانواده‌هایشان دشوار است. هر کس دارای نیازهای خاص خویش است و روش‌های مختلفی برای کنار آمدن با شرایط دارد. البته صحبت کردن شفاف در مورد برنامه‌های پایانِ حیات، بسیار مفید است. این دوره می‌تواند فرصتی برای رشد بیمار و خانواده او به‌شمار رود.

معمولاً در چنین شرایطی افراد به شناخت بیشتری از خود دست پیدا می‌کنند و آنچه حقیقتاً برایشان مهم است را می‌شناسند.

در این مقاله مراقبت در روزها و ساعات آخر زندگی و علائم متداول و سؤال‌های اخلاقی که ممکن است پیش بیاید، مطرح شده است. این جزوه می‌تواند کمک مؤثری به بیماران و خانواده‌هایشان در تصمیم‌گیری‌های مختلف در این دوره باشد. برنامه‌ریزی برای پایانِ زندگی باعث

آشنایی خانواده بیمار با آنچه در ساعات و روزهای پایانی ممکن است رخ دهد، می‌تواند مفید باشد. بیماران معمولاً در روزها یا ساعات پایانی، تمایلی به خوردن یا نوشیدن ندارند. بیماران در حال مرگ شاید نسبت به دیگران واکنشی نشان ندهند. بروز برخی تغییرات فیزیکی در بیمار در حال مرگ، متداول است. بیمار و خانواده او ممکن است باورهای مذهبی و فرهنگی یا سنتی داشته باشند که در لحظه مرگ برایشان مهم است.

آشنا شدن خانواده بیمار با آنچه در ساعات یا روزهای پایانی ممکن است رخ دهد می‌تواند مفید باشد.

بیمار و خانواده او ممکن است باورهای مذهبی و فرهنگی یا سنتی داشته باشند که در لحظه مرگ برایشان مهم است.

آشنا شدن خانواده بیمار با آنچه در ساعات یا روزهای پایانی ممکن است رخ دهد می تواند مفید باشد.

بیشتر افراد با نشانه های نزدیک شدن مرگ آشنایی ندارند، آنها با شناخت وضعیتی که معمولاً پیش می آید برای مرگ عزیز خود آماده می شوند و این زمان را با استرس کمتری طی می کنند.

ارائه کنندگان خدمات درمانی می توانند اطلاعاتی در مورد تغییراتی که شاید در بیمار در ساعات پایانی رخ دهد و نحوه کمک به بیمار در اختیار خانواده او قرار دهند.

بیماران معمولاً در روزها و ساعات پایانی، تمایلی به خوردن و نوشیدن ندارند.

بیمار معمولاً در روزها و ساعات پایانی زندگی خود اشتیاق خود را به غذا و مایعات از دست می دهد و از خوردن و نوشیدن سرباز می زند. خانواده بیمار باید به وسیله تکه های یخ یا سواب مخصوص، لب و دهان او را مرطوب نگه دارند. به زور خوردن غذا و مایعات به بیمار تنها او را ناراحت می کند و ممکن است باعث پریدن غذا در گلو یا شود. اعضای خانواده می توانند به روشی دیگر مثل ماساژ، علاقه خود را به بیمار ابراز کنند.

بیماران در حال مرگ شاید نسبت به دیگران واکنشی نشان ندهند. ممکن است بیمار کناره گیری کند و بیش تر بخوابد. شاید به سؤال ها به آرامی پاسخ دهد یا اصلاً پاسخ ندهد، گنج به نظر برسد و تمایل زیادی به محیط اطراف نشان ندهد. اکثر بیماران حتی اگر نتوانند حرف بزنند، می توانند بشنوند. شاید اگر اعضای خانواده، حتی زمانی که بیمار واکنشی نشان نمی دهد، با او حرف بزنند و او را لمس کنند، بیمار احساس آرامش کند. بروز برخی تغییرات فیزیکی در بیمار در حال مرگ، متداول است. برخی از تغییراتی که در زیر می آید ممکن است در بیمار در حال مرگ مشاهده شود: ممکن است بیمار احساس خستگی یا ضعف کند. میزان ادرار کاهش می یابد، یا ادرار تیره می شود. دست ها و پاها بیمار ممکن است سرد، کبود یا لک شود. مراقبت کنندگان می توانند با پتو بیمار را گرم نگه دارند. از پتوی برقی یا پدهای گرم کننده نباید استفاده کرد. ممکن است ضربان قلب بالا و پایین رود و نامنظم شود. فشار خون معمولاً کاهش می یابد. ممکن است تنفس نامنظم شود به طوری که تنفسی بسیار سطحی صورت گیرد، کمی فاصله بیفتد و سپس تنفسی عمیق و سریع صورت گیرد. بیمار و خانواده او ممکن است باورهای مذهبی و فرهنگی یا سنتی داشته باشند که در لحظه مرگ برایشان مهم است.

پس از مرگ بیمار شاید افراد خانواده از مراقبت کنندگان بیمار بخواهند مدتی در کنار متوفی بمانند. گاهی انجام برخی سنن و آیین برای بیمار و خانواده اش در این لحظه، مهم است.

این مراسم ممکن است شامل آیین هایی برای سازگاری با مرگ، رسیدگی به بدن متوفی، انجام کارهای نهایی بر بدن متوفی و مراسم احترام به او باشد. بیمار و خانواده او باید گروه پزشکی را در جریان مراسمی که می خواهند پس از مرگ اجرا شود قرار دهند.

خانواده اش از طریق کاهش رنج یا پیشگیری از آن است. این نوع مراقبت شامل تسکین علائم فیزیکی مثل درد و رسیدگی به مشکلات عاطفی، اجتماعی و معنوی است.

در ارائه درمان تسکینی باید خواسته های بیمار کاملاً مورد توجه قرار گیرد.

در برنامه های آسایشگاهی، خدمات مراقبتی مرتبط با پایان زندگی توسط متخصصین ارائه می شود.

مراقبت آسایشگاهی برنامه ای است که طی آن از بیماران مشرف به مرگ که دیگر امیدی به بهبودی آنها نیست حمایت به عمل آید. این نوع مراقبت معمولاً مخصوص بیمارانی است که انتظار می رود حداکثر ۶ ماه بیش تر زنده نباشند. در مراقبت آسایشگاهی به جای طول حیات به کیفیت آن توجه می شود و هدف این است که از طریق فراهم کردن آسایش بیمار، زندگی روزانه او بهبود یابد. این برنامه می تواند شامل مراقبت تسکینی برای کنترل درد و دیگر علائم و در نتیجه حفظ هشیاری و راحتی بیمار تا حد امکان باشد. خدماتی برای کمک و حمایت عاطفی، اجتماعی و معنوی از بیمار و خانواده اش نیز بخش مهمی از مراقبت آسایشگاهی است. برنامه های آسایشگاهی به گونه ای سازمان دهی شده است که بیمار در خانه و در کنار خانواده و دوستانش باشد. ولی این خدمات در آسایشگاه های پزشکی و بیمارستان ها نیز ارائه می شود. تیم آسایشگاهی شامل پزشک، پرستار، مشاور امور معنوی، مددکار اجتماعی، متخصص تغذیه و داوطلبان است.

کوچک هوا در ریه ها، یا داروهای استروئید (رفع کننده تورم و التهاب) می تواند در رفع این اسپاسم ها مؤثر باشد.

سرفه مزمن در پایان زندگی از دیگر ناراحتی های بیمار به شمار می آید. سرفه مکرر می تواند باعث درد، کم خوابی، خستگی و تشدید تنگی نفس شود. در پایان حیات معمولاً به جای کشف علت سرفه و درمان آن، علائم درمان می شوند. داروهای زیر در ایجاد آرامش برای بیمار مؤثر است. کورتیکواستروئید (Corticosteroid) برای کوچک کردن رگ های لنفاوی ورم کرده.

آنتی بیوتیک برای رفع عفونت

متسع کننده های برونشی برای کاهش سرفه و خس خس ناشی از بیماری انسدادی مزمن ریوی مدرها (داروهای ادرار آور) برای کاهش سرفه ناشی از بیماری های احتقانی قلب است. پزشک داروهای مورد استفاده بیمار را مجدداً بررسی کند زیرا برخی داروها مثل مهارکننده ACE (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors) که برای فشار خون بالا و نارسایی قلبی مصرف می شود باعث سرفه می شود.

نکات کلیدی این بخش

آشنایی خانواده بیمار با آنچه در ساعات و روزهای پایانی ممکن است رخ دهد، می تواند مفید باشد. بیماران معمولاً در روزها یا ساعات پایانی، تمایلی به خوردن یا نوشیدن ندارند. بیماران در حال مرگ شاید نسبت به دیگران واکنشی نشان ندهند. بروز برخی تغییرات فیزیکی در بیمار در حال مرگ، متداول است.

شعر خاص

خاص یعنی...

فاطمه رامسری

خاص یعنی، خاصِ بیماران درد
 خاص یعنی مرهمی بر دردِ سرد
 خاص یعنی جملگی همت کنیم
 دست اندر دست هم صحبت کنیم
 خاص یعنی، عشق یعنی زندگی
 در مدد کردن به خود بالندگی
 خاص یعنی خاص من، خاص شما
 مرهمی بر این دل رنجور ما
 زندگی دادن به جان نا امید
 کردن ماتمکده بهرش چو عید
 حرف (خ) خون شما خون من است
 خون عشق و زندگی در این تن است
 آن (الف) باشد همان امید آن
 ایمنی، آسایش اندر دید آن
 (صاد) آن صبر و صبوری پیشگی
 صدق و صادق بودن همیشگی
 خاص یعنی در تمام زندگی
 ایستادن، صبر و هم پایدگی
 دل به دریا بردن و دریا شدن
 از برای یکدگر معنا شدن
 در کویر زندگی گل کاشتن
 دوستی عشق و وفا را داشتن
 از برای دیگری جان باختن
 جان خود را در خطر انداختن
 با تمام دل مدد کردن به دوست

یعنی از جان و تمام خون و پوست
 قطره آبی رساندن بر کویر
 تشنه ای را از محبت کرده سیر
 در زمستان دل بهاری کردن است
 این همان باغ بهار و گلشن است
 من چه گویم جملگی اوصاف او
 کارها و آن عمل های نکو
 چشم می بیند خود این اعمال را
 جانفشانی کردن و ایثار را
 با دلی آکنده از عشق خدا
 یکصدا گوییم با هم این دعا
 ای خدا این وصل را کن پایدار
 جملگی امجاد آن سالم بدار
 خاص ما، ما جملگی یارا کنیم
 تا که نامت را جهان آرا کنیم

«بیماری که سرطان نداشت»

یاسمین مزروق از اصفهان

دیروز مردی دیدم

کسی برای کمک نداشت

جایی برای رفتن نداشت

و حتی خودش را نمی شناخت

دیروز پسرکی دیدم

قدم هایش از تنگی کفش هایش حکایت می کرد

مادری دیدم در جستجوی فرزندش بود

و انگار سالها او را گم کرده بود

گدایی دیدم عشق طلب می کرد

وسکه ی تنها بهانه اش بود

گیاهی دیدم که با نگاهش می گفت

!!ای کاش در دل طبیعت جان می سپردم

دیروز کودکی دیدم

اقتصاد می دانست

و نقاشی دیدم نقش ساعتی را

با سرد تیغی بر دستش

ماهرانه نقاشی کرده بود

و مدام چون دیوانگان می گفت

زمان برای من متوقف شده

...زمان برای من متوقف شده

برگی دیدم با فشار دستی از درخت رها شد

و در حالی که جان می سپرد گفت

باز هم در بهارم اما تنها

دیروز فرزندی دیدم محصول فقر

وجودی دیدم منقلب

دردهایی دیدم بی درمان

دیروز به مهمانی

کلبه های انتظار رفتم

و چه مغلوب برگشتم

و شبهایی دیدم خالی از نان

و اما مملو از نور و شعور

دیروز، اثری از بوی نسیم نبود

بوی گل نبود بوی گندم نبود

و تنها بوی اجساد پوسیده

در فضا پراکنده بود

دیروز بیماری در تب توانسوز دردش می سوخت

سرطان نداشت

طاعون نداشت

جزام نداشت

ضعف قلب داشت

ضعف یار داشت

ضعف آغوش

و نوازش داشت

ضعف آغوش و نوازش می دانید؟

«بیمارِ تنها»

سیاوش آصف

من امشب سخت بیمارم
 من امشب سخت بیدارم
 من از درمان درمانگر
 من از داروی خواب اور
 تو میدانی که بی زارم
 تو ای یاری که رسم یاری یاران نمیدانسی
 چه میدانی
 که بیماری و بیداری
 درین شب های ظلمانی
 چه شیر افکن بلائی ست
 تو میدانی
 که بیماری و تنهایی
 میان این همه غوغا
 میان این همه بلوا
 چه پیل افکن چه مرد افکن بلائی ست
 تو میدانی که در پشت نگاه من
 چه طوفانی نهفته ست
 راه می جوید به بیرون و نمی یابد
 تو میدانی که در پشت سکوت من
 چه فریادی شکسته در گلو
 اما، راه می جوید به بیرون و نمی یابد
 نمی دانم تحمل تا به کی آرم
 نمی دانم چرا باید ببندم راه فریادم
 نمی دانم ، نمی دانم
 تو ای همراه دیروزم

تو ای همراه امروزم
 بیا تا ما
 به روی گوش نامحرم
 ببندیم راه نجوا را
 بیا تا در دل شب ها
 ببندیم عهد فردا را
 برای آنکه میدانم
 برای آنکه میدانی
 که فردا می رود از دست
 که فردا می رود از دست

فدراسیون ورزشی



شرکت در مسابقات آسیایی پتانک در تایلند

براساس دعوت کتبی فدراسیون ورزش پیوند اعضا کشور تایلند از فدراسیون های آسیایی جهت شرکت در اولین دوره مسابقات آسیایی پتانک و براساس موافقت هیات رئیسه فدراسیون ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا، مقرر گردید ۲ ورزشکار زن و ۲ ورزشکار مرد به همراه یک مربی و یک نفر سرپرست در مسابقات آسیایی تایلند شرکت نمایند.

مسابقات از تاریخ ۲۹ شهریور لغایت ۵ مهر ماه سال جاری در شهر بانکوک برگزار گردید. برای آمادگی هر چه بیشتر ورزشکاران ۲ اردوی تمرینی در تهران و گرگان برگزار گردید. مسابقات آسیایی پتانک در سه ماده انفرادی، دوبل و شوتینگ برگزار گردید. ورزشکاران ایرانی در مجموع امتیازات با کسب ۷ مدال طلا و ۲ مدال برنز در میان ۱۵۰ شرکت کننده از بین کشورهای آسیایی، بعد از کشور تایلند، موفق به کسب مقام دوم شدند.

کلاس داوری درجه ۳ دو و میدانی

کمیته آموزش فدراسیون بیماران خاص و پیوند اعضا جهت تربیت داوران رشته ورزشی دو و میدانی از تاریخ ۱۸ لغایت ۲۱ مهر ماه سال جاری اقدام به برگزاری یک دوره آموزشی داوری درجه ۳ دو و میدانی در تهران نمود و با دعوت کتبی از نفرات برتر استان ها، تعداد ۱۵ نفر از زنان و ۱۵ نفر از مردان علاقمند به حضور در کلاس داوری ثبت نام نمودند و در دوره آموزشی داوری شرکت کردند. در این دوره آموزشی که با هماهنگی فدراسیون دو و میدانی برگزار گردید، مدرس دوره، طی ۵ روز به آموزش داوری برای ماده های مختلف ورزش دو و میدانی پرداخت و در نهایت طی آزمونی نفرات برتر منتخب به عنوان داور رشته دو و میدانی قضاوت مسابقات را برعهده خواهند داشت.



سومین دوره مسابقات استعدادیابی ورزشی (دختران و پسران)

فدراسیون ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا با هدف شناسایی و جذب افراد نوجوان و جوان با بیماری های خاص و افراد پیوند اعضا و حضور در فعالیت های ورزشی جهت کسب سلامتی و حفظ آرامش خانواده ها همه ساله، اقدام به برگزاری مسابقات استعدادیابی ورزشی می نماید. سومین دوره مسابقات استعدادیابی ورزشی با حضور ۵۰ نفر از دختران و ۷۵ نفر از پسران زیر ۱۸ سال در تاریخ ۲۵ لغایت ۲۸ مهر ماه سال جاری در ۶ رشته ورزشی دارت، پتانک، شطرنج، بدمینتون، تنیس روی میز و دو و میدانی در مجموعه ورزشی شهید چمران رامسر برگزار گردید. نوجوانان و جوانان استان های مختلف جهت حضور در مسابقات و تلاش برای انتخاب شدن و فعالیت در سطح بالاتر رشته های ورزشی طی ۲ روز به رقابت پرداختند. به نفرات برتر هریک از رشته های ورزشی مدال و حکم قهرمانی اهداء گردید.

پنجمین دوره مسابقات قهرمانی کشور ام اس (زنان و مردان)

پنجمین دوره مسابقات قهرمانی کشور گروه بیماران خاص ام اس در دو بخش زنان و مردان و در دو گروه سنی زیر ۳۵ سال و بالای ۳۵ سال در مجتمع شهید چمران رامسر در تاریخ ۲۲ لغایت ۲۶ مهر ماه برگزار گردید. در این دوره از مسابقات که در سه رشته دارت، شطرنج و پتانک برگزار گردید، تعداد ۲۰۰ نفر از ورزشکاران به رقابت پرداختند. تعداد ۱۱۲ نفر از مردان و ۸۸ نفر از ورزشکاران زن در این دوره از مسابقات از ۲۲ استان کشور شرکت داشتند. این مسابقات توسط یک گروه ۱۵ نفره از داوران رشته های ورزشی مورد قضاوت قرار گرفت.

در پایان مسابقات به نفرات اول تا سوم هر رشته ورزشی مدال و حکم قهرمانی اهداء گردید. در پایان کاپ قهرمانی در بخش خانم ها به استان یزد، مرکزی و اردبیل اهداء گردید.

بين الملل

چگونه فناوری های جدید درمان ام اس را تغییر می دهند؟

* منبع:

Becky Upham یکی آپهام

<https://www.everydayhealth.com/multiple-sclerosis/how-new-technologies-are-changing-the-future-of-ms-treatments>

داروهای ام اس با اهداف جدید

محققان در حال بررسی داروها یا درمان هایی هستند که به طور خاص ویروس اپشتین بار (EBV) را هدف قرار می دهند. این ویروس پیش نیازی برای ابتلا به ام اس است.

اسپری بینی برای ام اس

دکتر هاوارد واینر (Howard Weiner, MD)، استاد نورولوژی در دانشکده پزشکی هاروارد و مدیر مرکز مالتیپل اسکلروزیس در بیمارستان زنان و بریگهام در بوستون (Brigham and Women's Hospital in Boston)، در مورد تحقیقات در حال انجام خود برای تولید اسپری بینی ام اس گفتند: «این یک آنتی بادی مونوکلونال است که ما آن را در بینی اسپری می کنیم و متوجه شدیم که در مدل های حیوانی از ام اس پیشرونده جلوگیری می کند».

طی چند سال گذشته، اسپری بینی در شش بیمار ام اس مورد مطالعه قرار گرفته است و طبق گفته دکتر واینر برخی از آنها احساس بهتری داشتند و ما تغییراتی در PET اسکن مغز مشاهده کردیم.

داروهای در حال توسعه برای ترویج ترمیم میلین

در بیماری ام اس، غشای میلین آسیب می بیند و منجر به پیشرفت ام اس و ناتوانی می شود - این موضوع می تواند سرنخی برای یافتن درمان های بهتر باشد.

به عنوان مثال، چطور برخی از افراد مبتلا به ام اس که اکثراً روی ویلچر نشسته اند روزهایی را دارند که می توانند بلند شوند و در آشپزخانه خود قدم بزنند؟ این سوال توسط دکتر پیتیر کالابرسی، مدیر بخش عصبی ایمونولوژی و استاد نورولوژی دانشگاه جان هاپکینز در بالتیمور مطرح شد.

در آسیب نخاعی این اتفاق نمی افتد. بنابراین اعصابی [در ام اس] وجود دارند که احتمالاً هنوز به اندازه کافی دست نخورده هستند تا تکانه ها را در آنجا هدایت کنند. ... هدف تحقیق در حال حاضر این است که بفهمیم چگونه می توانم این کار را - نه فقط یک بار - برای همه به شیوه ای سازگارتر انجام دهم.

او گفت که شواهدی مبنی بر ترمیم میلین در بافت های برخی از افراد وجود دارد که در حین زندگی با ام اس عملکرد بسیار خوبی دارند و تحقیقات جدید در حال بررسی این موضوع است که چگونه داروها می توانند این امر را تسهیل کنند.

یافتن اهداف جدید در مغز برای ترمیم میلین

دکتر کالابرسی (Calabresi) توضیح می دهد که داروهای فعلی ام اس عمدتاً نوعی التهاب در سلول های ایمنی را که در خون گردش می کند و به طحال و غدد لنفاوی می آیند، هدف قرار می دهند.

اکنون می دانیم که نوع متفاوتی از التهاب در برخی از سلول های مغز، به نام سلول های گلیال وجود دارد، ما فکر می کردیم که آنها سلول های "چسبنده ای" هستند که فقط اعصاب را به هم نگه می دارند، اما در واقع می توانند به عنوان نوعی سلول ایمنی فعالیت کنند.

کالابرسی می گوید "این سلول ها بخشی از چرخه عود شدید بیماری ام اس هستند و داروهای کنونی ام اس مانند بالگردهایی هستند که وارد می شوند و به کمک آنتی بادی های مونوکلونال آتش

در سال ۱۹۹۳، اینترفرون بتا 1b - به عنوان اولین دارویی برای مولتیپل اسکلروزیس (MS) مورد تایید قرار گرفت و تاریخ ساز شد. در همان سال نانسی دیویس موسسه Race to Erase MS را تأسیس کرد، سازمانی که به تأمین مالی تحقیقات پیشرفته و امیدوارکننده جهت درمان ام اس اختصاص دارد. در ۳ ژوئن ۲۰۲۳، این سازمان محققان برتر ام اس را از سراسر ایالات متحده جهت اکسیو در لس آنجلس گرد هم آورد تا در مورد آخرین پیشرفت ها در درمان بحث کنند. در اینجا برخی از نکات برجسته از این رویداد را با هم مرور می کنیم.

درمان های تعدیل کننده بیماری (DMT) درمان ام اس را متحول کرده اند اما هنوز مسیر طولانی برای پیشرفت وجود دارد. امانوئل واوبانت، پروفیسور نورولوژی و محقق MS در دانشگاه کالیفرنیا در سانفرانسیسکو، در مورد درمان های اصلاح کننده (DMTs) بیماری ام اس با عنوان "تحولی چشمگیر" که با بیش از ۲۵ دارو اکنون برای درمان پیشرفت بیماری در دسترس هستند نام برد و در این خصوص توضیحات جامعی داد.

دکتر Waubant خاطرنشان کرد: "کلاس ها یا خانواده های مختلفی از درمان های DMT وجود دارد که برخی از آنها شامل گزینه های متعددی می شوند، در حال حاضر بسیاری از شرکت های دارویی برای بهبود تحمل پذیری این داروها و ارائه ویژگی های جدید به بازار تلاش می کنند." پزشکان در حال حاضر DMT ها را برای جلوگیری از پیشرفت بیماری و توقف لکه های جدید در اسکن های MRI، و کاهش یا جلوگیری از پیشرفت ناتوانی ها در ام اس تجویز می کنند.

با این حال، چالشی که اکنون پیش رو است یافتن داروهایی است که در واقع می توانند از ناتوانی پس از شروع به بیماری و پیشرفت موزیانه آن جلوگیری کنند.

چشم انداز درمان های بالقوه ام اس

مهار کننده های پروتن تیروزین کیناز (BTK)

این داروها در مقایسه با داروهای موجود به روشی منحصربه فرد با التهاب مبارزه می کنند و در حال حاضر جزو امیدوارکننده ترین داروهای در دسته درمان های پیشرفته هستند. مهارکننده های BTK هم در ام اس عودکننده و هم پیشرونده آزمایش می شوند تا اثربخشی آنها مشخص شود. تأیید سازمان غذا و داروی ایالات متحده پس از پایان کارآزمایی های بالینی مشخص می شود.

مهارکننده های لیگاند CD40

این کلاس دارویی برای مبارزه با التهاب در ام اس عودکننده و پیشرونده طراحی شده است. هدف جلوگیری از التهاب و اثرات مرتبط با آن است.

ان - استیل سیستئین

این مکمل یک اسید آمینه است که Waubant برای افراد مبتلا به ام اس پیشرونده که در مرحله مطالعه آزمایشگاهی می باشد.



هورمون ها برای مداخله وجود دارد. هورمون استروژن به دلیل اثرات محافظت کننده عصبی شان شناخته می شوند و تستوسترون که در مغز به استروژن تبدیل می شود، برای عملکرد بهینه مغز ضروری هستند. مشخص شده است که زنان یائسه مبتلا به ام اس ناتوانی و آتروفی مغزی بدتری را نسبت به دیگران تجربه می کنند که اهمیت تعادل هورمون ها در پیشرفت بیماری ام اس را برجسته می کند.

نتایج این تحقیقات تا کنون امیدوارکننده بوده است، Voskuhl و تیم او در حال انجام یک آزمایش بزرگ برای بررسی بیشتر تأثیر سن و جنسیت بر پیشرفت ام اس با کمک مالی ۷.۲ میلیون دلاری از مؤسسه ملی بهداشت هستند.

او می گوید: «ما زنان یائسه را با «استروژن طراحی شده» متفاوت از مواردی که معمولاً استفاده می شود، درمان خواهیم کرد تا از آتروفی مغز و زوال شناختی که می تواند با یائسگی رخ دهد جلوگیری کنیم».

نشانه های زیستی خون در ام اس

دکتر واینر (Weiner) در سخنرانی خود در مورد نشانه های زیستی خون در ام اس می گوید: بکارگیری نشانه های زیستی جدید برای کمک به پزشکان و محققان در درک آنچه در مغز افراد مبتلا به ام اس اتفاق می افتد، بسیار نویدبخش هستند.

یکی از نشانه های زیستی جدیدی که در حال توسعه است NFL نام دارد، مخفف «رشته عصبی نوری» است و زمانی که سلول های عصبی آسیب می بینند آزاد می شود. واینر می گوید: این ماده ای است که اکنون می توان آن را اندازه گیری کرد.

ما اکنون شروع به استفاده از بیومارکر دیگری به نام GFAP، پروتئین اسیدی فیبریلاری گلیال که از آستروسیت های مغز می آید و در بیمارانی که در حال پیشرفت هستند برجسته تر عمل می کند، در مطالعه خود کرده ایم».

واینر گفت: محققان اکنون می توانند از هوش مصنوعی برای بررسی الگوهای بسیار پیچیده از جمله برخی از تفاوت های بین بیماری عود کننده و بیماری پیش رونده استفاده کنند.

او گفت، برای مثال، وقتی بیماری افراد پیش رونده می شوند و شما نمی توانید چیزی را در MRI ببینید، پزشکان می توانند نشانه هایی در خون پیدا کنند تا بفهمند چه اتفاقاتی در حال وقوع است.

توالی یابی RNA تک سلولی اکنون به محققین امکان تجزیه و تحلیل حجم عظیمی از داده ها را می دهد. دکتر واینر می گوید: «اکنون ما می توانیم ۱۰۰۰۰ سلول بگیریم و در هر سلول، شما به ۳۰۰۰ ژن نگاه کنید».

واینر گفت: با جمع آوری داده های بیشتر در مورد این الگوهای ژنی، در نهایت می توان آن را در یک برنامه قرار داد و برای تشخیص، ارزیابی و درمان استفاده های شگفت انگیزی از آن کرد.

را خاموش می کنند، اما آتش سوزان و التهابی را که هنوز در سلول های گلیال وجود دارد، نمی توانند خاموش کنند».

کالابرسی معتقد است که شناسایی اهداف جدید بر روی سلول های آستروسیت و میکروگلیا، (انواع خاصی از سلول های گلیال)، می تواند کلید ترمیم میلین باشد. او گفت: «خبر خوب این است که چند فناوری شگفت انگیز وجود دارد که به ما امکان می دهد این اهداف را شناسایی کنیم».

بعنوان مثال فناوری به نام تعیین توالی تک سلولی RNA-seq وجود دارد که به دانشمندان اجازه می دهد تا به درون هر سلول نگاه کنند تا ببینند آیا هنوز به درستی کار می کنند یا عملکردشان مختل شده است.

کالابرسی گفت که بسیاری از اهداف جدید در ۲۰ سال گذشته شناسایی شده اند. ما اکنون در حال تولید داروهایی هستیم که وارد مغز می شوند و این فرضیه ها را آزمایش کنند تا مطمئن شوند کار می کند. من واقعا فکر می کنم که ما در آستانه کشفیاتی هستیم که بتواند آسیب ها را ترمیم کند».

هدف قرار دادن آتروفی مغز میانسالی و تغییرات در ام اس

دکتر روندا وسکوهل، (Rhonda Voskuhl, MD)، پروفیسور نورولوژی و مدیر برنامه ام اس در UCLA Health، در سخنرانی خود گفت: پیش از این تصور می شد که انتقال از ام اس عود کننده- فروکش کننده به ام اس پیش رونده ثانویه در درجه اول تحت تأثیر طول مدت بیماری است، ولی تحلیل بیشتر این داده ها توسط بسیاری از گروه ها نشان داد که در واقع مدت زمان طولانی بیماری نیست که منجر به انتقال به این مرحله ناتوانی پیش رونده می شود، بلکه پیری است. به طور خاص، زمانی که یک فرد در دهه پنجم زندگی اش باشد برای بیماری ام اس دوران بدی است. این تغییر به دلیل پیری و کاهش تدریجی عملکرد سیستم ایمنی است که با افزایش سن به وجود می آید. می دانیم که افراد مسن بیشتر در معرض ابتلا به عفونت و سرطان هستند. اما چه اتفاقی برای مغز می افتد؟ مغز دچار تحلیل عصبی می شود، و حتی در زمان سلامتی نیز آتروفی مغز وجود دارد و افراد دچار زوال شناختی می شوند. دکتر وسکوهل (Voskuhl) در این باره می گوید: با توجه به این موضوع، منطقی است که یک فرد مبتلا به ام اس که علائم عصبی بیماری را دارد، با افزایش سن بدتر می شود.

او همچنین اشاره کرد که انتقال از ام اس عود کننده- فروکش کننده به ام اس پیش رونده ثانویه با افزایش ناگهانی ضایعات یا عودهای تشدید کننده همراه نیست. در مقابل، این بیماران عود کمتری را تجربه می کنند، اما افزایش ناتوانی بوجود می آید که عمدتاً با آتروفی مغز به ویژه در مناطقی که تحت تأثیر پیری قرار دارند مرتبط است.

در این زمینه راه های بالقوه ای از جمله بررسی نقش



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)

کارشناسی‌ارشد (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 ایتارگران، فرزندان یا برادر شهید، جاویدالاثرو، 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.



علمی | فرهنگی | اجتماعی

شماره ۸۵ - پائیز ۱۴۰۲