



علمی | فرهنگی | اجتماعی
شماره ۷۰ | زمستان ۱۹۸ | قیمت: ۲۰ هزار تومان

آنچه در مورد کرونا باید بدانیم

بیماران خاص بیشتر احتیاط کنند

۴۴۴۴



جهان ختوی ریجا

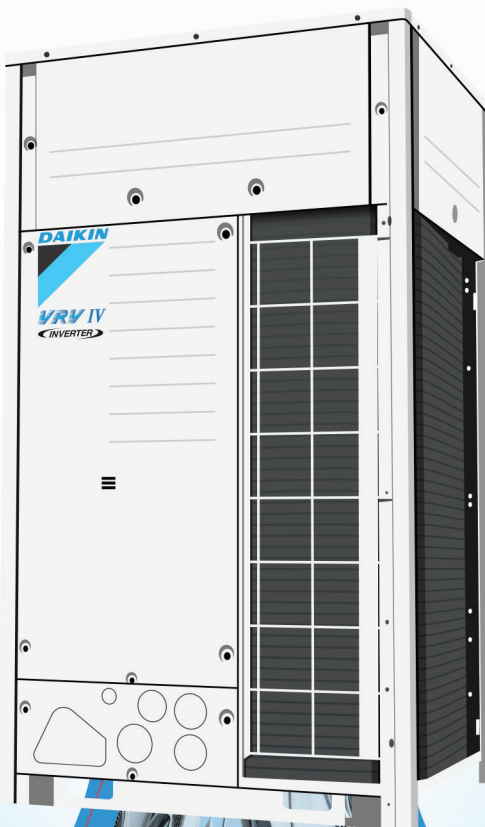
نماینده رسمی فروش و خدمات پس از فروش



سیستم پیشرفته اسپلیت مرکزی دایکین

یک یونیت خارجی مرکزی
با قابلیت تامین سرمایش
و گرمایش ۶۴ یونیت داخلی
و تا ۱۰۰۰ متر لوله کشی

VRV یکی جایگزین همه



دایکین

تولید کننده شماره ۱ جهان
در صنعت تهویه مطبوع



DAIKIN
COMFORT
PROMISE

راحتی بیشتر با عمر طولانی تر

ダイキン工業

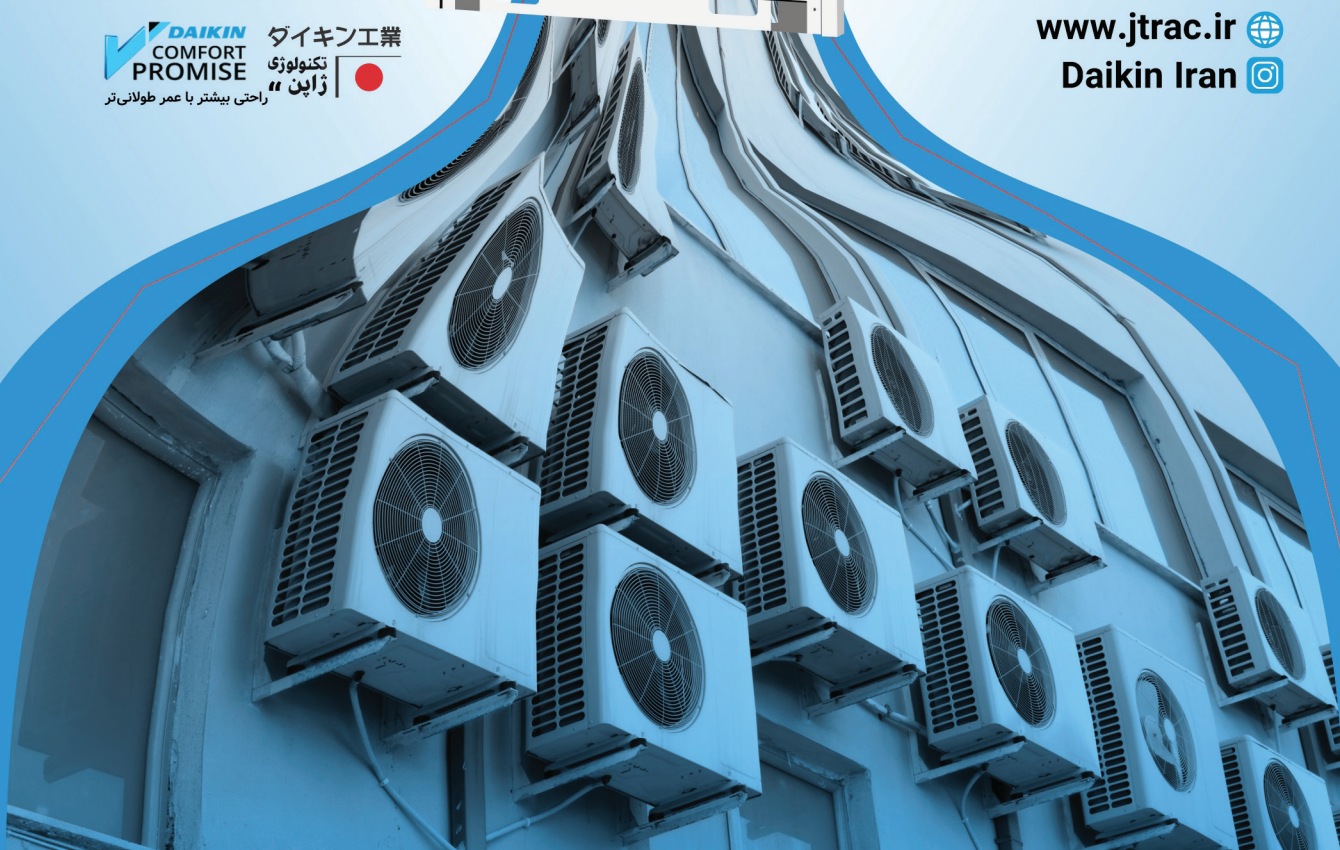
تکنولوژی
ژاپن



۷۲۳۱۵ (۰۲۱)

www.jtrac.ir

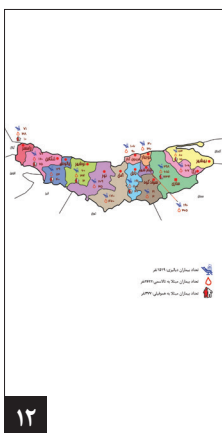
Daikin Iran





فهرست

- در شماره ۷۰ نشریه خاص می خوانیم:
- یادبود / بیماران خاص شرایط متفاوتی دارند
یادداشت سردبیر / ضرورت سیاستگذاری های آینده نگرانه
در نظام سلامت / دکتر باقر لاریجانی / ۴
گزارش تحلیل / آموزش های صحیح جنسی نقش بسزایی
در کاهش مشکلات دوران بلوغ نوجوانان مبتلا به اوتیسم
دارد / ۸
- گزارش اقدام / قطار امدادی بنیاد بیماری های خاص
با عبور از استان یزد به ایستگاه ساری رسید / ۱۲
مقاله / فرزندپروری مثبت نگر والدین مرهمی بر کاهش
مشکلات هیجانی کودکان مبتلا به بیماری های خاص / ۲۳
دانستنی ها / ۲۵
یادداشت / ایجاد امید و انگیزه برای بیماران دیابتی حیاتی
است / ۲۷
- وقتی تحریم های ظالمانه را شکستیم! / ۲۸
گزارش اقدام / یادمان باشد زندگی را هم می توان اهدا
کرد... / ۲۹
- اخبار ورزشی / ۳۰
اخبار بین الملل / ۳۲
مقاله / اهمیت ورزش و فیزیوتراپی در بهبود بیماران
هموفیلی / ۳۴
- پژوهش / تازه ترین پژوهش ها درباره اوتیسم در آمریکا / ۳۸
فرهنگی / «دایره مینا» شاهکاری که سازمان انتقال خون
ایران را تأسیس کرد / ۴۱
گزارش خبری / بیماران خاص بیشتر در معرض ابتلا به
کرونا هستند / ۴۲
- پژوهش / سونامی دیابت در راه است / ۴۶
اخبار کوتاه بنیاد / ۵۰
گفت و گو / متوسط سن بیماران تالاسمی در کشور ۱۰ سال
بیشتر شده است / ۵۲
مقاله / معادله قلب و کلیه / ۵۵
گزارش / با برنامه ملی اهداکنندگان
خون های نادر در ایران آشنا شویم / ۶۰
پژوهش / انواع جراحی در سرطان پستان / ۶۲
اویی که شیفته امیر کبیر بود / ۶۴



نشریه علمی | فرهنگی | اجتماعی

شماره ۷۰ - زمستان ۱۳۹۸

صاحب امتیاز: بنیاد امور بیماری های خاص
مدیر مسئول: دکتر فاطمه هاشمی
سردبیر: دکتر باقر لاریجانی

هیئت علمی:

دکتر حسن ابوالقاسمی، دکتر ناصر
پارسا، دکتر احمد رضا جمشیدی، دکتر
سید هاشم جنت پور، دکتر سید محسن
خوش نیت، دکتر رمضان علی شریفیان،
دکتر سید محمود طباطبایی، دکتر سید مؤید
علویان، دکتر ایرج فاضل، دکتر محمد
فرهادی لنگرودی، دکتر اردشیر قوام زاده،
دکتر باقر لاریجانی، دکتر رضا ملک زاده،
دکتر محمد جواد کیان.

دبیر تحریریه: حمید رضا مهدی زاده

هیئت تحریریه این شماره:

فروغ و کیلی، محمد ابراهیم رضایی، فاطمه
موحدی فر، نیما توکلی بینا، فاطمه فداکار،
سروش علی مددی، امیر حسین مهدی

طراح و مدیر هنری:

ماکان هداوند

لیتوگرافی، چاپ و صحافی:

مجلات هم شهری



بنیاد امور بیماری های خاص

پست الکترونیک

cffsdorg@gmail.com

نشانی نشریه

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

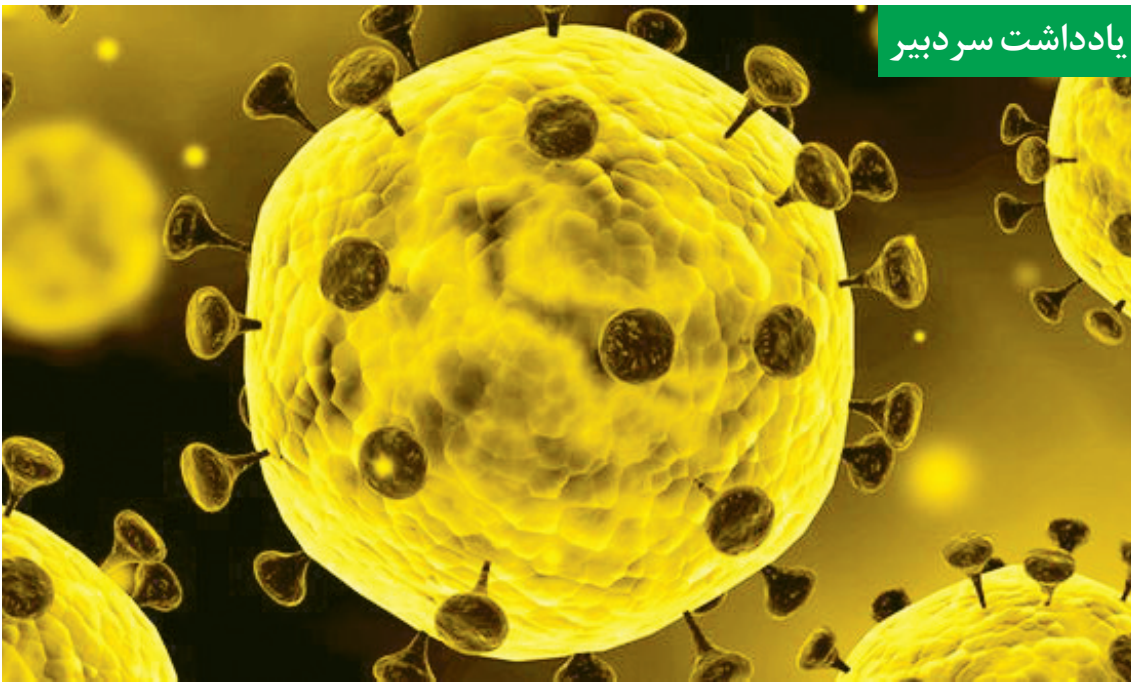
جنوبی، نبش کوچه سعید شرقی، پلاک ۲

شماره حساب: ۰۱۱۰۱۰۳۴۳۰۰۰ بانک ملی

صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/ ۴۸۸۳

سامانه پیام کوتاه: ۱۰۰۰۱۰۰۰۷۵

تلفن: ۲۲۷۸۴۶۵۰ - ۲۲۷۶۵۴۳۳



ضرورت سیاستگذاری‌های آینده‌نگرانه در نظام سلامت

کرد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، چهارده درصد موارد ابتلا به کرونا، شدید توصیف شده و میزان مرگ ناشی از این بیماری، به‌طور متوسط دو مرگ در هر ۱۰۰ فرد مبتلا است که البته با مراجعه به‌موقع هنگام بروز علائم می‌توان از آن پیشگیری کرد. لازم به ذکر است که این ویروس تا به امروز واکسن و درمان ثابت‌شده‌ای نداشته ولی از جمله اقدامات مهم، تشخیص به‌موقع، قرنطینه کردن بیمار و رعایت مسائل پیشگیرانه در افراد جامعه می‌باشد.

در میان همه اقشار جامعه، مبتلایان به بیماری‌های خاص از مهم‌ترین گروه‌های آسیب‌پذیر هستند که توجه ویژه‌ای را در هنگام بروز همه‌گیری‌هایی مانند کرونا می‌طلبند. مجموعه دست‌اندرکاران سلامت این بیماران، ضروری است ضمن به روز نگه‌داشتن اطلاعات خود در زمینه مدیریت این بیماری، تمام تلاش خود را به منظور اطلاع‌رسانی صحیح و رعایت اصول پیشگیری برای این عزیزان به کار بندند تا ان‌شاءالله بدون مشکل جدی، این دوره همه‌گیری فروکش نماید.

در شرایط جدید نظام سلامت کشور در حوزه بیماری‌های واگیر، لزوم سیاستگذاری‌های آینده‌نگرانه نظام سلامت بیش‌ازپیش به چشم می‌خورد. به نظر می‌رسد تجربه کشور در زمینه تدوین سند ملی بیماری‌های غیرواگیر و برنامه‌ریزی برای اجرای آن تجربه‌ای موفق است که می‌تواند در چنین مواردی نیز از آن بهره‌برداری گردد.

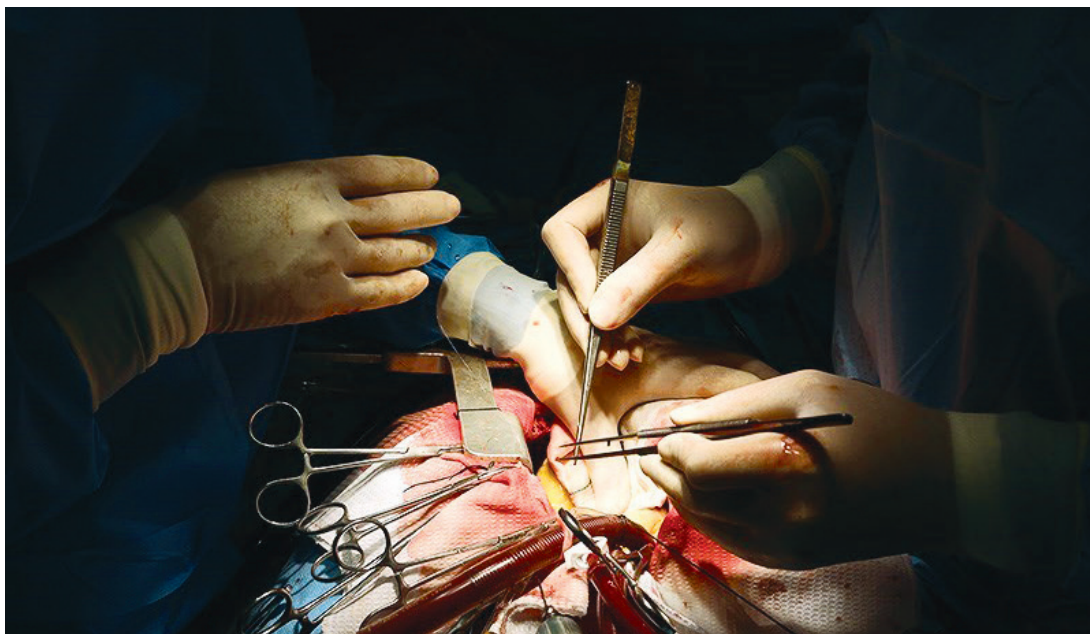
دکتر باقر لاریجانی

رئیس پژوهشگاه علوم غدد
و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران



باوجود این‌که بیماری‌های غیرواگیر در سطح جهان عامل درصد بسیار بالایی از مرگ‌ومیرها و ناتوانی‌ها می‌باشند، امروزه به دلیل بروز ناگهانی برخی بیماری‌های واگیر مانند بیماری ناشی از ویروس کرونا، پوششی در نظام سلامت برای پیشگیری و درمان این بیماری شکل گرفته است. این بیماری که برای اولین بار در چین به شکل پنومونی غیرمعمول مشاهده شده و سپس در جهان گسترش یافته است، در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن زمینه‌ای مانند پرفشاری خون، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت و سرطان احتمال ابتلای بالاتری دارد.

نتایج مطالعات انجام گرفته روی بیماران مبتلا در چین علائم این بیماری را به ترتیب فراوانی، تب، ضعف و خستگی، سرفه خشک و تنگی نفس گزارش کرده است. در ۱۰ درصد بیماران نیز علائم اولیه گوارشی شامل اسهال و حالت تهوع، دو روز قبل از تب و تنگی نفس بروز کرده است. فاصله میان بروز اولین علائم تا تنگی نفس به‌طور متوسط پنج روز و تا بستری شدن در بیمارستان هفت روز گزارش شده است. از جمله علائم آزمایشگاهی این بیماری می‌توان به لوکوپنی، لوکوسیتوز و لنفوپنی اشاره



معادله قلب و کلیه

قلب خون سرشار از اکسیژن را به همه اعضا بدن و از جمله کلیه‌ها می‌رساند؛ کلیه‌ها خون را تصفیه می‌کنند و آب و مواد زاید اضافی را برمی‌دارند. بدون کارکرد کلیه‌ها، سطح مواد زاید در خون بالا می‌رود. بدون عملکرد صحیح قلب، کلیه‌ها هم خون لازم برای انجام کارکرد خود را دریافت نمی‌کنند.

وجود یک سیستم کاردیوواسکولار سالم برای حفظ عملکرد صحیح کلیه‌ها ضروری است. بیماری‌های قلبی و کلیوی درواقع ریسک فاکتورهای مشترک بسیاری دارند از جمله دیابت و فشار خون بالا.

چطور می‌توانیم قلب و کلیه‌هایمان را سالم نگه داریم؟

- فعالیت فیزیکی منظم داشته باشیم.
- با کاهش وزن.
- با خوردن چربی کمتر.
- با کنترل فشار خون، قند و چربی خون.
- ترک سیگار.
- کاهش دادن استرس‌ها.
- هر چیزی که به سلامت قلب کمک کند در تأمین سلامت کلیه‌ها هم مؤثر است.
- در رژیم غذایی خود بیشتر از میوه‌ها، سبزی‌های تازه و مواد لبنی کم چرب استفاده کنید بخصوص افراد دیابتی و دارای فشار خون بالا و نیز با بالا رفتن سن احتمال خطر بیماری‌های قلبی و کلیوی بالاتر است بنابراین ضروری است به‌ویژه این دسته‌ها، رژیم کم نمک را رعایت کنند و داروهای خود را دقیقاً مطابق تجویز پزشک مصرف نمایند و با مدیریت صحیح وزن و فشار خون و غذاهای مصرفی سلامت قلب و کلیه‌های خود را تضمین کنند.

دکتر سیدعلی جمالیان

اینترنشنال کاردیولوژیست

دکتر نوشین دلیلی / فوق تخصص کلیه و فشار خون

قلب و کلیه‌ها دو ارگان حیاتی در بدن به شمار می‌روند که با هم کار می‌کنند تا سلامت افراد تأمین شود. وقتی یکی از این دو ارگان بیمار باشد به دیگری هم منتقل می‌شود. به عبارت دیگر قلب شما می‌تواند بر سلامت کلیه‌هایتان تأثیرگذار باشد و کلیه‌ها نیز در عملکرد صحیح قلب دخیل هستند.

به گزارش خبرنگار خاص، قلب ماهیچه‌ای است که خون سرشار از اکسیژن را به سراسر بدن می‌رساند و با این کار تک‌تک سلول‌ها، ارگان‌ها و سیستم‌های بدن را زنده نگه می‌دارد. برای انتقال دادن خون به هر قسمت از بدن، قلب نیازمند وجود سیستم عروقی خونی سالم است. به قلب، عروق و سیستم مویرگی بدن ما روی هم دستگاه کاردیوواسکولار اطلاق می‌شود. درواقع این سیستم ارسال است که خون و مواد مغذی را در سراسر بدن پخش کرده و مواد زائد حاصل از متابولیسم بدن را از سراسر بدن جمع‌آوری می‌کند تا بتواند آن‌ها را دفع کند. کلیه‌ها دو ارگان لوبیایی شکل و در حدود مشت بسته هر فرد است که کمی پایین‌تر از قفسه سینه در سمت راست و چپ ستون مهره‌ها قرار می‌گیرد.

کلیه‌ها؛ کارخانه‌های شیمیایی قدرتمندی هستند که در امور زیر دخالت می‌کنند:

- خون را از مواد زاید و آب اضافی پاک می‌کنند.
- در تنظیم فشار خون دخالت دارند.
- باعث حفظ استحکام استخوان‌ها می‌شوند.
- در خون‌سازی کمک می‌کنند.
- در تعادل مواد معدنی بدن مانند سدیم، فسفر و پتاسیم کمک می‌کنند.



یادواره مردی که
به خاطر ایران بارها از خودش گذشت

آیت الله هاشمی رفسنجانی در دیدار هیات امنای بنیاد بیماری‌های خاص (۱۳۸۳):

بیماران خاص شرایط متفاوتی دارند باید ویژه به آن‌ها خدمت کنید

مداوای بیماران خاص پرهزینه و طولانی است
باید کارهای اساسی تری در بنیاد بیماری‌های خاص انجام شود
از حق ایران، اسلام و مردم هرگز نخواهم گذشت

همه جانبه دشمنان خارجی همچون مصیبت عظمی خود
نمایی کند. حضور میلیونی و باشکوه مردم ایران در مراسم
تشییع پیکر مردی که برای حفظ انقلاب بارها تا مرز
شهادت رفت نه تنها موجب حیرت جهانیان شد بلکه به

دبیر تحریریه خاص: مراسم سومین سال درگذشت
جانگداز ستون اصلی انقلاب و شاگرد برکشیده امام(ره)
در بیست و ششم دی ماه امسال نیز برگزار شد تا همچنان
فقدان هاشمی در این شرایط سخت تحریمی و هجوم



برای بنیاد هنوز باید کارهای اساسی تری انجام شود و ما هم کمک می‌کنیم.

در مورد مسائل ریاست جمهوری اگر تشخیص بدهم که منحصر به من است که می‌توانم این کار را بکنم، ذره‌ای تردید نمی‌کنم. چون دلم برای مملکت، ایران، اسلام و مردم کشوری سوزد.

چیزی نیست که بتوان از آن گذشت. حتما پای آن هستم و کوتاهی نمی‌کنم. ولی با تفکری که دارم، فکر می‌کنم اگر بتوانیم در زمان حیات خود این جریان را در مسیر درستی قرار دهیم و از آدم‌هایی که توان، وقت، انرژی و تخصص بیشتری دارند، وارد صحنه کنیم و آن‌ها کار را اداره کنند، طبعاً بهتر خواهد بود.

هیچ منطقی نمی‌گوید آن‌هایی که تجربه دارند تا آخر عمرشان کار کنند و بعد که رفتند، جایشان خالی باشد. این روال را کسی نمی‌پسندد.

لذا من حالت صبر و انتظار دارم. هیچ‌وقت نگفتم نمی‌آیم و آمادگی‌ام را حفظ کردم. گفتم اگر لازم بود و معلوم شد کسی نیامد و یا کسانی آمدند که مردم نپسندیدند و طبعاً من بقیه عمرم را این‌جا صرف می‌کنم. لذا شما خیلی نگران نباشید که کشور خالی می‌ماند. بالاخره یکی خواهد آمد. یا بهتر از ماست و یا من خواهم آمد. من هم فکر می‌کنم با امکاناتی که هست، می‌توان مملکت را به خوبی پیش برد.

آن موقع (اشاره به دفاع مقدس) ما خیلی فقیر بودیم. همه بازارهای ما خالی بود و ارز نداشتیم و درآمد هم کم بود، ماشین‌آلات و نیرو نداشتیم و کسر بودجه شکننده‌ای داشتیم. الان این موارد نیست و از جهاتی بهتر و از جهاتی بدتر است.

به هر حال کشور پیشرفت کرده است. امسال نزدیک ۳۵ میلیارد دلار واردات داشتیم که در آن موقع با هفت یا هشت میلیارد دلار می‌توانستیم این کار را بکنیم. اگر درست عمل نکنیم، کارها پیش نخواهد رفت و نیازمند تلاش زیادی هستیم.

بیکار زیاد داریم و بیکاران از نوع افراد تحصیل کرده داریم که باید روی کارهای کیفی برای آن‌ها فکر کنیم. البته مشکل است، ولی مشکلی که زیباست و می‌توان خیلی زود سر و سامان داد و تحرک بزرگی به‌وجود آورد.

نکته‌ای که شما در مورد آمریکا گفتید، دلم می‌خواهد با آمار و ارقام بیشتر بدانم. ایرانیان مقیم آمریکا این‌قدر درآمد دارند؟ می‌دانم آن‌هایی که در آمریکا هستند و بخواهند برای ایران کار کنند، برایشان سخت است. جزو مسائلی است که ما باید قدری فکر کنیم. بالاخره باید فکری کرد و به آسانی نمی‌توان از آن گذشت.

در مجموع از حسن ظن شما تشکر می‌کنم و از زحماتی که برای بنیاد می‌کشید، صمیمانه ممنون هستم. امیدوارم این خیرخواهی شما بی‌نتیجه نماند. نیاز شود که من باید بیایم، خواهم آمد. ولی هنوز زود است. شما را به خدا می‌سپارم.

والسّلام علیکم و رحمه الله و برکاته

خوبی موید این کلام گوهر بار شیخ اجل علیه الرحمه است که می‌فرماید: سعدیا مرد نکونام نمیرد هرگز.

به عنوان روزنامه‌نگار پیرو منش والای هاشمی وظیفه خود می‌دانم که از ظلم و جفاهای ناجوانمردانه در حق استوانه انقلاب اسلامی توسط افرادی بنویسم که نه یک روز در میدان مبارزه با نظام ستمشاهی بودند و نه در خط مقدم جهاد با کفر صدام علفی ولی اگر حضرت آیت‌الله بارها به حرمت حق ایران، به حرمت حق انقلاب، به حرمت حق اسلام و به حرمت حق مردم شریف سرزمین پدیری از حق شان گذشتند پس نگارنده نیز موظف است خار در چشم و استخوان در گلو سکوت کرده و عبور کند.

به گزارش خبرنگار خاص، مراسم گرامیداشت سومین سالگرد ارتحال آیت‌الله هاشمی رفسنجانی، صبح روز پنجشنبه (۲۶ دی) در سالن اجلاس سران تهران برگزار شد. در این مراسم شخصیت‌هایی همچون اسحاق جهانگیری معاون اول رئیس‌جمهور، حجت‌الاسلام و المسلمین سیدحسن خمینی، علی‌اکبر ناطق نوری، موسوی بجنوردی، علی مطهری و جمعی از اعضای خانواده مرحوم حضرت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی حضور داشتند.

اسحاق جهانگیری، معاون اول رئیس‌جمهور در این مراسم، آیت‌الله هاشمی را مبارزی توسعه‌گرا و آینده‌نگر توصیف کرد که در هر عرصه‌ای از خدمت که مجال می‌یافت، در عبور از بحران‌ها میراثی گرانقدر از خود به جای گذاشت.

وی با بیان این‌که این سالگرد امسال در شرایط خاصی برگزار می‌شود، چنین افزود: «در شرایط دشوار و غمباری هستیم و سخن بر زبان من هم مثل هر ایرانی دیگری به آسانی جاری نمی‌شود و اگر الزامی به حکم وظیفه، اخلاق و ادب در قبال یادبود دو شخصیت ممتاز ملی کشور؛ آیت‌الله هاشمی رفسنجانی و سردار سپهبد شهید حاج قاسم سلیمانی نبود، ترجیح می‌دادم در برابر حادثه‌ها و فاجعه‌هایی که طی دو هفته اخیر کام ملت ایران را تلخ کرده است، همچنان سکوت و تنها با خدای خود در خلوت صحبت کنم.»

به مناسبت فرا رسیدن سال نو وظیفه خود می‌دانیم که یادی کنیم از سخنان ارزشمند آیت‌الله هاشمی رفسنجانی در سال ۱۳۸۳ و در دیدار هیأت امنای بنیاد امور بیماران خاص که تقدیم خواهد شد.

بسم‌الله الرحمن الرحیم

الحمدالله و السلام علی رسول الله و آله

در مورد اصل مسئولیت شما در هیأت امنای باید خداوند را شکر کنید که توفیق پیدا کردید. هر مقدار که می‌توانید، در خدمت این جور آدم‌های نیازمند باشید.

هر بیماری قابل ترحم است، ولی بیماران خاص شرایط ویژه‌ای دارند. حالت استیصال است و باید به هرطریقی به آن‌ها کمک کرد که هم مداوای آن‌ها گران است و هم درد آن‌ها طولانی است.

برای بنیاد هنوز باید
کارهای اساسی تری
انجام شود و ما هم
کمک می‌کنیم
در مورد مسائل ریاست
جمهوری اگر تشخیص
بدهم که منحصر به
من است که می‌توانم
این کار را بکنم، ذره‌ای
تردید نمی‌کنم. چون
دلم برای مملکت،
ایران، اسلام و مردم
کشوری سوزد

آموزش‌های صحیح جنسی نقش بسزایی در کاهش مشکلات دوران بلوغ نوجوانان مبتلا به اتیسم دارد

فاطمه کاظمی

دکتری روان‌شناسی سلامت
کارشناس مرکز اتیسم

فرید مفیدی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی
کارشناس مرکز اتیسم

در این گزارش سعی خواهیم کرد تا نقش بارز آموزش‌های صحیح جنسی توسط والدین را در تربیت صحیح نوجوانان مبتلا به اتیسم، ترسیم کنیم. چراکه بدون شک مراقبت از نوجوانان مبتلا به اتیسم به‌ویژه در دوران بلوغ به مراتب متفاوت از نوجوانان عادی است و به تبع آن رفتاری‌های بسیار بیشتری را برای والدین در صورت برخوردار نبودن از آگاهی‌های لازم، ایجاد خواهد کرد.



واضح است که بنا به دلایلی چون تأثیرپذیری بلوغ روانی و اجتماعی در نوجوان دارای اختلال طیف اتیسم و عدم رشد مهارت‌های بیان احساسات و برقراری ارتباط با دیگران، این دسته افراد از هنجارها و قوانین اجتماعی درک صحیح و کاملی ندارند؛ به همین دلیل ظهور مجموعه‌ای از رفتارهای جنسی مانند نگاه به دیگران، علاقه به بدن عریان، بازی‌های جنسی، خودارضایی، عریان شدن در محیط‌های عمومی، لمس، بوسیدن، بغل کردن و علاقه‌مند شدن به افراد غریبه، قابل انتظار به حساب می‌آید

تجربه می‌شود. مهم‌ترین علامت بلوغ جسمی جهش رشد قندی و تغییرات فیزیولوژی است. در این مقطع از زندگی به علت فعال شدن محور مرکزی عصبی - هورمونی و ترشح هورمون‌های جنسی، هیجانات عاطفی قابل توجهی تجربه می‌شود و نوجوان از نظر روانی تکامل پیدامی‌کند.

پرواضح است که نوجوانان دارای اختلال اتیسم نیز مانند سایر هم‌سن‌وسالان‌شان وارد مرحله نوجوانی

قطعا نوجوانی مرحله گذار از دوران کودکی به بزرگسالی است. محدوده سنی این دوره از زندگی به‌طور معمول بین ده تا نوزده سالگی است و یکی از مهم‌ترین اتفاقاتی که در این مرحله از زندگی رخ می‌دهد بلوغ است. عواملی مانند شرایط محیطی، ژنتیک، عوامل جغرافیایی و تغذیه می‌تواند بر آن مؤثر باشد.

همچنین بلوغ دارای مراحل جسمی، روانی، جنسی و اجتماعی است که این مراحل با توجه به جنسیت نوجوان

و بلوغ می‌شوند و از تغییرات مختلفی که در این دوره وجود دارد، از جمله بروز صفات ثانویه جنسی و تمایلات جنسی برخوردار می‌شوند ولی با این تفاوت که در پذیرش این تغییرات و ارضای تمایلات جنسی با موانع بیشتری روبه‌رو هستند.

آموزش جنسی یا تربیت جنسی برای نوجوانان ایتیسم

آموزش جنسی به شرح جزئیات روابط و مراحل جنسی اشاره می‌شود، اما آنچه در تربیت جنسی مطرح می‌شود، ارائه مجموعه اطلاعات جسمانی، روانی، اجتماعی یا دینی درباره مسائل جنسی یا در اختیار گذاشتن اطلاعات لازم درباره مسائلی است که با غریزه جنسی کودک مرتبط است. بنابراین آموزش‌های جنسی از سال‌های اولیه زندگی کودک شروع می‌شود. در این سال‌ها مسائلی که کودک آموزش داده می‌شود که ممکن است ارتباط مستقیمی با آموزش جنسی نداشته باشد و هشدارها به شکل غیرمستقیم مطرح می‌شود اما در نوجوانی همین موارد در روابط و همگامی‌های جنسی به او کمک خواهد کرد.

البته لازم است کودکان دارای ایتیسم را قبل از این که وارد دوره حساس بلوغ شوند آموزش دهیم و طبیعتاً این آموزش‌ها باید از خانواده شروع شود. پدر خانواده یا برادر بزرگ‌تر باید این آموزش را به کودک دارای ایتیسم (پسر) بدهند به این صورت که سوالات جنسی را که احساس می‌کنند این کودکان دارند متناسب با سن آن‌ها و توانایی درک آن‌ها پاسخ داده حد و مرزهای جنسی و نحوه تعامل با جنس مخالف را آموزش دهند و این داده‌ها را با فرزندان‌شان مداوم تمرین کنند.

در مورد دختران نوجوان دارای ایتیسم نیز بسته به شدت اختلال باید نوشت که آن‌ها عمدتاً درک صحیحی از هنجارهای اجتماعی ندارند. همچنین به علت اختلال در برقراری تعامل قادر به ابراز نیازها و خواسته‌های خود به صورت کلامی نیستند؛ به همین دلیل بیشتر والدین ممکن است در زمان بلوغ این افراد با رفتارهایی از آن‌ها مواجه شوند که مقبولیت و پذیرش اجتماعی ندارد؛ در نتیجه این موضوع باعث ناراحتی و سرخوردگی برای والدین و فرزند می‌شود.

بنابراین درک، پذیرش و مدیریت این شرایط زمانی سخت‌تر می‌شود که نوجوان در مرحله بلوغ جنسی قرار می‌گیرد. والدین و اطرافیان ممکن است با بروز رفتارهای نابجای جنسی دختر نوجوان مواجه شوند.

یقیناً والدین نباید این تفکر را داشته باشند که چون فرزند آن‌ها اختلال دارد پس قدرت یادگیری ندارد. (لازم به ذکر است مراقبت‌ها و آموزش‌های مربوطه برای سطوح مختلف افراد دارای ایتیسم تا حدی متفاوت است.)

مشکلات کودکان دارای ایتیسم

یکی از بزرگ‌ترین مشکلاتی که نوجوانان دارای ایتیسم با آن روبه‌رو هستند، تحریک‌پذیری و حساسیت بالای آن‌هاست. در این دوران نیز از سویی نسبت به تغییرات عمیق و گسترده

جسمی که ناشی از افزایش سطح هورمون‌هاست و از سوی دیگر نسبت به تغییر در انتظارات و تقاضاهای محیطی، دچار حساسیت افراطی می‌شوند.

در بسیاری از مواقع حساسیت‌های افراطی، موجب تحریک‌پذیری و پرخاشگری‌های بیشتر از حد معمول در آن‌ها می‌شود.

قطعاً سطح دانش در مورد مسائل جنسی، در افراد مبتلا به کم‌توان ذهنی یا ایتیسم نسبت به افراد عادی پایین‌تر است. این افراد اطلاعات مبهم، و جزئی یا اشتباه و نامناسب در مورد حاملگی، بیماری‌های مقاربتی همچون سوزش و انحرافات جنسی دیگر دارند. دلیل محدودبودن این دانش در آن‌ها، بهره‌های پایین، ضعیف بودن مهارت‌های اجتماعی و زبانی این کودکان است. آن‌ها نمی‌توانند برای آشنایی با مسائل جنسی از افراد دیگر، اطلاعات لازم را به دست آورند، توانایی خواندن کتاب و مجلات در این زمینه به عنوان منابع اطلاعاتی و درک مطالب آن را نیز ندارند. در مدارس و مؤسسات آموزشی معمولاً برنامه ویژه‌ای برای آموزش این‌گونه مسائل وجود ندارد.

متأسفانه نوجوانان دارای ایتیسم، خیلی خوب یاد نمی‌گیرند که چگونه تمایلات جنسی خود را کنترل کرده و بر مبنای قانونمندی‌های انسانی بروز دهند.

تمایلات جنسی آن‌ها عادی است اما رشد اخلاقی، شناختی و اجتماعی‌شان نارس مانده است.

نوجوانان معمولی در روند بلوغ می‌آموزند که چگونه تمایلات جنسی خود را در هر جا و هر وقت ابراز کنند اما نوجوانان مبتلا به کم‌توانی ذهنی و ایتیسم به تناسب کم‌توانی خود در فراگیری این قوانین و قراردادهای اجتماعی ناتوان بوده و به اصطلاح ناپخته عمل می‌کنند و این عامل خود زمینه جرایم و سوءاستفاده‌های جنسی از آن‌ها را ایجاد می‌کند.

مشکلات و دغدغه‌های والدین

از جمله مشکلاتی که خانواده‌های کودکان مبتلا به ایتیسم با آن دست به گریبان هستند می‌توان به رفتارهایی چون خیره‌شدن به دیگران، برهنه‌شدن در جمع، عورت‌نمایی، کتمان نکردن تمایلات جنسی در ملاعام، ابراز تمایل به

آموزش جنسی به شرح جزئیات روابط و مراحل جنسی اشاره می‌شود، اما آنچه در تربیت جنسی مطرح می‌شود، ارائه مجموعه اطلاعات جسمانی، روانی، اجتماعی یا دینی درباره مسائل جنسی یا در اختیار گذاشتن اطلاعات لازم درباره مسائلی است که با غریزه جنسی کودک مرتبط است



دست بزنیم.

■ بتدریج اندام‌های جنسی را به کودک نشان داده و در گفت‌وگوی با او تبیین کنیم که هیچ فردی اجازه دست‌زدن به اندام جنسی‌اش را ندارد.

■ به او آموزش دهید که اگر کسی خواست به اندام خصوصی تو دست بزند، می‌توانی اعتراض کنی و به بزرگ‌ترها سریع خبر دهی.

■ به او بگویند که خودش هم نباید زیاد با اندام خصوصی خود ور برد.

۳. **مراقبت‌های اجتماعی:** در این گروه از مراقبت‌ها قطعاً باید صحنه‌های تحریک‌کننده، شامل فیلم‌ها، فضای مجازی یا حتی پوشش اطرافیان در مقابل چشمان کودکان مبتلا به اטיسم به نمایش درنیامده و حتی‌المقدور حذف شوند.

■ زمینه‌های پرورش خویشتن‌داری جنسی از طریق روش داستان‌های اجتماعی یا تئوری ذهن برای کودکانی که در سطوح بالاتر هوشی یا زبانی قرار دارند، فراهم شود. ■ آموزش رفتار اجتماعی متناسب با هر موقعیت اعم از داستان‌های اجتماعی، تیج یا سازماندهی محیط و همچنین تمرین عملی یعنی حضور در اماکن عمومی، ضروری است.

■ تخلیه انرژی با افزایش تحرک سرگرمی، فعالیت‌های روزمره و مدیریت اوقات فراغت در اولویت قرار گیرد.

■ استفاده از برنامه منظم روزانه و ایجاد یک «ریتیم منظم زندگی» برگرفته از روش ژاپنی به نام هیگاشی که برای آموزش نوجوانان مبتلا به اטיسم و جهت پیشگیری از مشکلات رفتاری به کار می‌رود، لازم الاجراست.

■ مصرف داروهای مورد استفاده در روان‌پزشکی مانند فنوتیازین‌ها (کلرپرومازین) و ضدافسردگی‌ها (فلوکستین، سرتراپین، پاروکستین، کلومیپرامین، ایمی پرامین و ترازودون) مطابق تجویز و توصیه پزشک صورت گیرد.

■ کمک‌گرفتن از مراکز آموزشی، حرفه‌آموزی و اقامتی موقت یا دائم برای نظم‌بخشی به فعالیت‌های روزمره و سرگرمی کودک و نوجوان در یادگیری تعاملات اجتماعی، نقش بسزایی ایفا می‌کند.

در پایان ذکر این نکته بسیار حایز اهمیت است که در نوجوانان مبتلا به اטיسم تظاهرات عریان جنسی به دلیل ضعیف بودن مهارت‌های، شناختی، اجتماعی، زبانی و محدودبودن آگاهی آن‌ها در زمینه مسائل جنسی، به مراتب بیشتر از نوجوانان سالم در مسیر بلوغ دیده می‌شود پس والدین چنین کودکانی باید بپذیرند که منشأ آن شکل نیافتگی ابعاد اخلاقی و اجتماعی حاکم بر جامعه در ذهن اوست که موجب تظاهر این گونه رفتارها شده است بنابراین بدون کوچک‌ترین مقایسه رفتاری میان فرزندان‌شان با سایر کودکان باید با فراگیری آموزش‌های ذکرشده و انتقال صحیح‌شان به فرزندان در کنار حمایت‌های اجتماعی جامعه علاوه بر تأثیرگذاری مثبت در کاهش مشکلات تربیتی کمک شایانی به عبور کم‌خطرتر از مرحله بلوغ جنسی را فراهم آورند.



ارتباط با سایرین حتی با نزدیکان، عدم رعایت فاصله فیزیکی با اطرافیان و خودارضایی که در زمان نامناسب و مکان‌های عمومی به شکل طولانی و به دفعات زیاد انجام می‌شود اشاره کرد.

این گونه رفتارها به لحاظ مغایرت با هنجارهای جامعه و در صورت آگاه نبودن والدین از روش‌های نوین آموزشی می‌تواند منجر به کاهش روابط اجتماعی والدین، احساس شرم، خجالت، خشم و افسردگی‌شان شود.

◀ مشکلات دوران بلوغ و سوءاستفاده جنسی

رعایت نکته‌های زیر به منظور پیشگیری از مشکلات و سوءاستفاده‌های جنسی قبل از بلوغ یا ضمن این دوره برای والدین به شدت ضروری است.

۱. **حمایت و مراقبت‌های جنسی:** در این بخش باید به این واقعیت اشاره کرد که لازم است همواره والدین یک نظارت و مراقبت مستمر نسبت به مکان‌هایی که کودک می‌رود، دوستان‌شان حتی افراد آشنا و فامیل، زن یا مرد، دختر یا پسر را داشته باشند و همچنین در سنین بالاتر وقتی کودک به شبکه‌های تلویزیونی یا مجازی دسترسی پیدا می‌کند کنترل و نظارت بر آن‌ها نیز لازم است.

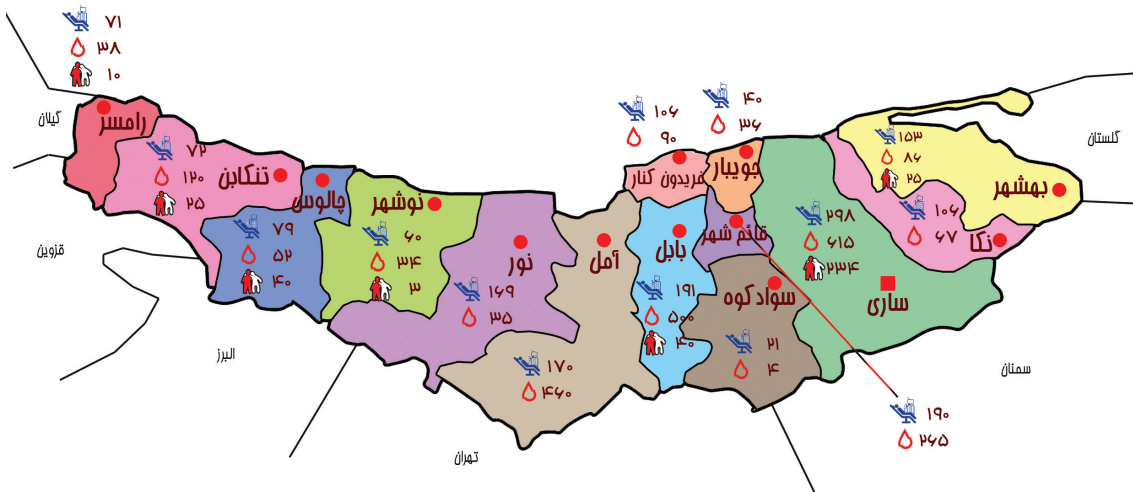
۲. **آموزش‌های خودمراقبتی:** والدین باید تصاویری از اقوام را در سنین مختلف، مانند تصویر پدر، مادر، پدر بزرگ و مادر بزرگ و دوستان به فرزندان نشان دهند و نیز در مورد تغییراتی که آن‌ها طی زمان کرده‌اند، صحبت شود.

■ تصاویری از خود نوجوان، از کودکی تا دوره‌ای که در آن بسر می‌برد، یا فیلم‌هایی را که بیانگر تغییرات رشدی اوست به او نشان داده شود.

■ لازم است ابتدا اندام‌های بدن را مثلاً روی عروسک به نوجوان نشان داده و در مورد این که هر کدام چه وظیفه‌ای دارند مثلاً این دست باباست با آن غذا می‌خوریم و این پا، این چشم و... سپس اندام‌های بدن خودش را به او نشان دهند.

■ مفهوم خصوصی بودن لوازم شخصی همچنین حریم شخصی را به نوجوان آموزش داده شود مثلاً این کیف مامانه... این کمد مامانه و آیین که ما اجازه نداریم به آن

نوجوانان معمولی در روند بلوغ می‌آموزند که چگونه تمایلات جنسی خود را در هر جا و هر وقت ابراز کنند اما نوجوانان مبتلا به کم توانی ذهنی و اטיسم به تناسب کم توانی خود در فراگیری این قوانین و قراردادهای اجتماعی ناتوان بوده و به اصطلاح ناپخته عمل می‌کنند و این عامل خود زمینه جرایم و سوءاستفاده‌های جنسی از آن‌ها را ایجاد می‌کند



تعداد بیماران دیالیزی: ۱۵۱۹ نفر



تعداد بیماران مبتلا به تالاسمی: ۲۴۲۲ نفر



تعداد بیماران مبتلا به هموفیلی: ۳۷۷ نفر



قطار امدادی بنیاد بیماری‌های خاص با عبور از استان یزد به ایستگاه ساری رسید

یکی از مهم‌ترین رسالت‌های بنیاد امور بیماری‌های خاص رسیدگی به وضعیت بیماران خاص در سراسر کشور است. بدین منظور کارشناسان بنیاد پس از انجام اقدامات چشمگیر در استان یزد که به صورت مفصل در شماره پاییزی نشریه به آن پرداخته شد؛ این بار به مازندران سفر کرده‌اند تا از نزدیک در جریان وضعیت بیماران خاص و صعب‌العلاج این استان قرار گیرند. گزارش ذیل حکایت از اقدامات وسیع بنیاد امور بیماری‌های خاص برای تجهیز یا راه‌اندازی مراکز درمانی مرتبط با بیماران خاص در استان سرسبز مازندران با مردمانی خونگرم و دلاور دارد که تقدیم مخاطبان ارجمند می‌شود.

این استان یکی از پُرجمعیت‌ترین مناطق ایران از لحاظ تراکم جمعیتی است. استان مازندران دارای ۲۲ شهرستان است. بزرگ‌ترین و پُرجمعیت‌ترین شهر استان مازندران شهر ساری است و پُرجمعیت‌ترین شهرستان استان

به گزارش خبرنگار خاص، استان مازندران به مرکزیت شهر ساری در شمال ایران و در کرانه‌های جنوبی دریای مازندران است و هم‌مرز با استان‌های گلستان، سمنان، تهران، البرز، قزوین و گیلان است.



گزارش اقدام

به قالی بافی، گلیم بافی، جاجیمچه بافی، بافت گلپچه، چوقا، شمد و ملحفه، سوزن دوزی، رنگریزی و چاپ سنتی سفالگری و سرامیک سازی، فراورده های پوست و چرم، هنرهای مرتبط با فلز، هنرهای مرتبط با چوب، حصیر بافی، طراحی سنتی و نگارگری، صحافی و جلد سازی سنتی، صنایع دستی دریایی عروسک سازی اشاره کرد. قالی بافی و گلیم بافی از رشته های اصلی و اساسی مازندران نیست ولی در استان بافته می شود.

◀ سوغات

آغوزنون، کماج، نصیری، بهار دونه، پشتریک، پیسه گنده، آب دندون، کوهی نون، عسل کوهی، رشته به رشته، شکر قهوه ای یا شکر سرخ، شربت بهار نارنج، مربای بهار نارنج، آلبالو، آلوچه، انار، انار جنگلی، زالک (ترشی بادمجان)، سیر ترشی، هفت بیجار، ترشی یارمسی، مربای پرتقال، گردو و سیب، صنایع چوبی، حصیر، گلیم، جاجیم، جوراب بافی، موج بافی، پارچه (چوغا، باشلق، وازشمد)، نمد، سفال، برنج، ماهی، ازگیل، کینس (ازگیل کوهی)، گل کاسنی، کلوچه، برنج و انواع مرکبات از ره آوردهای بنام این خطه هستند.

◀ جاذبه های گردشگری

باغ عباس آباد، مشهد میر بزرگ، گوهر تپه، خانه کلبادی (ساری)، پل محمد حسن خان بابل، پل معلق بابلسر، کندلوس، لرگان، آرامگاه میر حیدر آملی، دخمه سنگی کافر کلی، پل دوازده چشمه، برج رسکت، سد شیاده، غار اسپهبد خورشید، برج دیدبانی کاخ بابل، مجموعه تاریخی فرح آباد، حمام فرح آباد، تپه قلایا قلعه کتی، خانه شهر یاری، خانه نیما یوشیج، حمام وزیری، پل چشمه کیله، برج لاجیم، سه گنبدان، کاخ شاپور، بازار قدیم آمل، گورستان سفیدچاه، آتشکده کوسان،

مازندران شهرستان بابل است. قله دماوند مرتفع ترین کوه ایران و بلندترین آتشفشان آسیا و خاورمیانه در مازندران و در شهرستان آمل قرار دارد. مازندران از وسعتی معادل ۱،۴۶ درصد ایران برخوردار است؛ قرار گرفتن آن در ساحل جنوبی بزرگ ترین دریاچه جهان به نام دریای مازندران (خزر) و همجواری با چهار کشور ساحلی این دریا یعنی ترکمنستان، قزاقستان، روسیه و جمهوری آذربایجان از یک سو و واقع شدن در شمال کلان شهر تهران از سوی دیگر است. آب و هوای مازندران با توجه به وجود دریا، کوه و جنگل به دو نوع

معتدل مرطوب و کوهستانی تقسیم می شود. مازندران به خاطر جغرافیای گوناگون آن که شامل جلگه ها، علفزارها، بیشه ها و جنگل های هیرکانی با صدها گونه گیاهی منحصربه فرد در جهان است و آب و هوای گوناگون آن از سواحل شنی با پست ترین نقطه، تا کوهستان های ناهموار و همیشه پوشیده از برف البرز و با داشتن یکی از هفت آتشفشان معروف دنیا، کوه دماوند، بسیار شناخته شده است.

در استان مازندران جانورانی چون ببر (منقرض شده)، پلنگ، خرس، گرگ، گربه وحشی، روباه، خوک وحشی، خرگوش، آهو، بزکوهی، میش و گربه ایرانی یافت می شوند و پرندگان استان شامل قرقاول، شاهین، اردک، قو، کبک، تیهو، قمری، جغد، قوش، کرکس، حواصیل و کلاغند و از خزندگان می توان به انواع مار و لاک پشت اشاره کرد. در کناره های ساحلی انواع پرندگان مهاجر از جمله اردک، غاز، پرلا، پلیکان و چنگر در فصل های سرد سال دیده می شوند. در آبگیرها و رودهای استان نیز انواع ماهی فراوان است.

◀ صنایع دستی مازندران

از صنایع دستی موجود در استان مازندران می توان

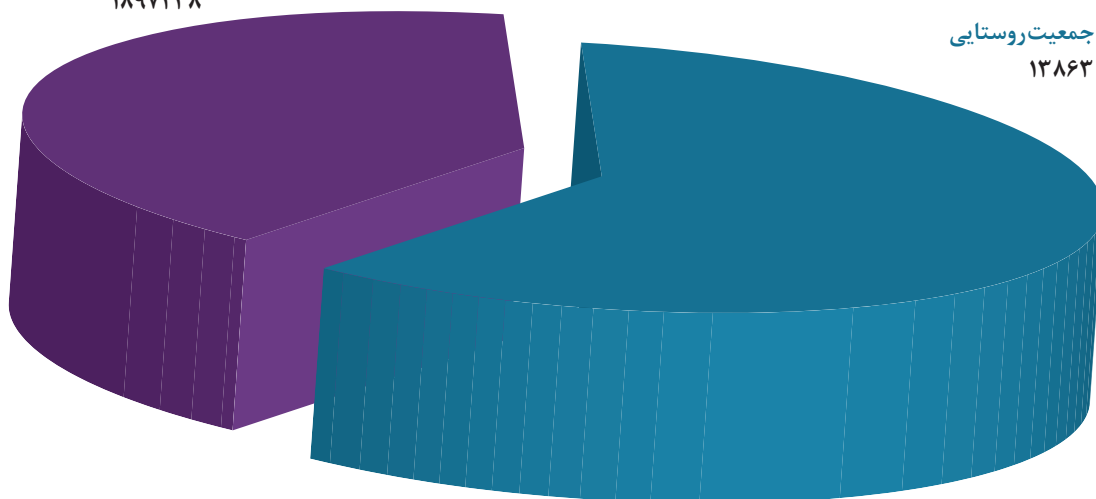
نمودار توزیع جمعیتی در استان مازندران

جمعیت شهری

۱۸۹۷۲۳۸

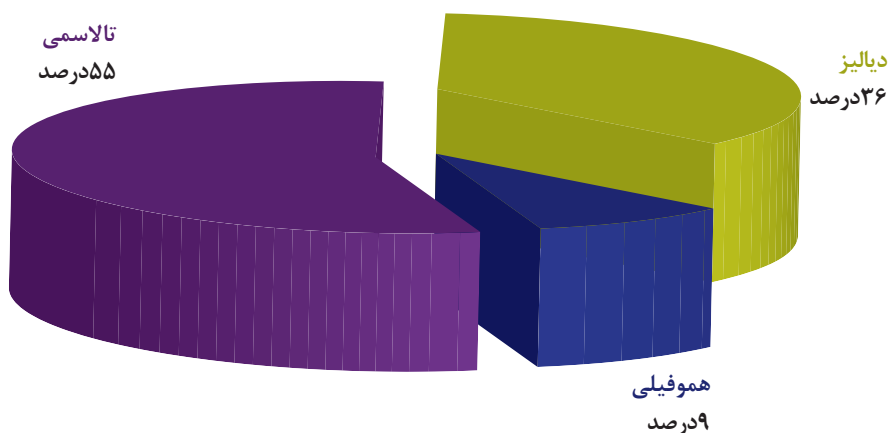
جمعیت روستایی

۱۳۸۶۳



از صنایع دستی موجود در استان مازندران می توان به قالی بافی، گلیم بافی، جاجیمچه بافی، بافت گلپچه، چوقا، شمد و ملحفه، سوزن دوزی، رنگریزی و چاپ سنتی سفالگری و سرامیک سازی، فراورده های پوست و چرم، هنرهای مرتبط با فلز، هنرهای مرتبط با چوب، حصیر بافی، طراحی سنتی و نگارگری، صحافی و جلد سازی سنتی، صنایع دستی دریایی عروسک سازی اشاره کرد

نمودار درصد هر بیماری از کل جمعیت بیماران خاص استان مازندران



شروین باوند، کلیسای سرخ‌آباد، محوطه و گورستان جیر لپه دشت، حمام قدیم میرزایوسف، آب‌انبار میرزامهدی، تپه تیموری، کاخ جهان‌نما، بنای سنگی کوره سر، پل دو دهانه خشت نو.

پل ورسک، غارهای رستم کلا، پل شاپور، تپه شورکا، باغ چهلستون بهشهر، عمارت شهرداری تنکابن، قلعه سفید، نقش برجسته شکل شاه، قلعه کنگلو، چشمه عمارت، بانک ملی ساری، خانه رمدانی، مسجد امیراسعد، برج دیده‌بانی

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

شهرستان	مرکز دیالیز	مرکز تالاسمی	مرکز هموفیلی	انتقال خون
آمل	+	+	-	+
بابل	+	+	+	+
بابلسر	-	-	-	-
بهشهر	+	+	+	+
تنکابن	+	+	+	+
جویبار	+	+	-	-
چالوس	+	+	+	+
رامسر	+	+	+	-
ساری	+	+	+	+
سوادکوه	+	+	-	-
سوادکوه شمالی	-	-	-	-
سیمرغ	-	-	-	-
عباس‌آباد	-	-	-	-
فریدونکنار	+	+	-	-
قائم‌شهر	+	+	-	-
کلاردشت	+	-	-	-
گلوگاه	+	-	-	-
محمودآباد	-	-	-	-
میاندورود	-	-	-	-
نکا	+	+	-	-
نور	+	+	-	-
نوشهر	+	+	+	-

ردیف	شهرستان	جمعیت	مرد	زن	بخش	شهر	دهستان
۱	آمل	۴۰۱۶۳۹	۲۰۲۵۰۲	۱۹۹۱۳۷	۳	۳	۸
۲	بابل	۵۳۱۹۳۰	۲۶۷۷۷۷	۲۶۴۱۵۳	۶	۶	۱۳
۳	بابلسر	۱۳۵۱۹۱	۶۷۴۴۳	۶۷۷۴۸	۴	۴	۸
۴	بهشهر	۱۶۸۷۶۹	۸۵۳۱۹	۸۳۴۵۰	۳	۳	۶
۵	تنکابن	۱۶۶۱۳۲	۸۳۲۱۳	۸۲۹۱۹	۴	۶	۹
۶	جویبار	۷۷۵۷۶	۳۹۳۹۰	۳۸۱۸۶	۲	۳	۵
۷	چالوس	۱۱۶۵۴۲	۵۹۰۹۷	۵۷۴۴۵	۲	۱	۵
۸	رامسر	۷۴۱۴۹	۳۷۲۲۰	۳۶۹۵۹	۱	۲	۴
۹	ساری	۵۰۴۲۹۸	۲۵۳۴۵۱	۲۵۰۸۴۷	۵	۳	۱۶
۱۰	سوادکوه	۴۳۹۱۳	۲۲۱۹۷	۲۱۷۱۶	۲	۴	۶
۱۱	سوادکوه شمالی	۲۴۸۳۴	۱۲۴۷۵	۱۲۳۵۹	۲	۵	۱۲
۱۲	سیمرغ	۱۹۳۷۶	۹۷۵۱	۹۶۲۵	۲	۴	۸
۱۳	عباس آباد	۵۲۸۳۲	۲۶۸۶۵	۲۵۹۶۷	۲	۱	۵
۱۴	فریدونکنار	۶۰۰۳۱	۳۰۵۳۱	۲۹۵۰۰	۲	۱	۱۵
۱۵	قائم شهر	۳۰۹۱۹۹	۱۵۵۲۴۷	۱۵۳۹۵۲	۲	۲	۷
۱۶	کلاردشت	۲۳۶۴۸	۱۱۹۸۱	۱۱۶۶۷	۱	۱	۳
۱۷	گلوگاه	۴۰۰۷۸	۲۰۲۴۹	۱۹۸۲۹	۱	۲	۳
۱۸	محمودآباد	۹۸۴۰۷	۵۰۰۴۶	۴۸۳۶۱	۲	۲	۵
۱۹	میاندو رود	۵۵۰۵۳	۲۷۶۴۷	۲۷۴۰۶	۳	۱	۴
۲۰	نکا	۱۱۹۵۱۱	۶۰۰۹۴	۵۹۴۱۷	۲	۱	۵
۲۱	نور	۱۲۱۵۳۱	۶۱۲۲۸	۶۰۳۰۳	۳	۴	۹
۲۲	نوشهر	۱۳۸۹۱۳	۷۰۲۷۵	۶۸۶۳۸	۲	۱	۶

امام علی (ع) آمل، مراکز ارائه دهنده خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان آمل است. در حال حاضر تعداد ۱۷۰ بیمار دیالیزی و ۴۶۰ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان اند.

بیمارستان امام رضا (ع) (دانشگاهی)

بیمارستان امام رضا (ع) در سال ۱۳۱۳ با ۲۰۵ تخت مصوب و ۲۰۵ تخت فعال راه اندازی شده است. این بیمارستان به دو گروه بیماران خاص (دیالیزی و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۷ راه اندازی شده است. دستگاه های دیالیز در دو سالن در مجموع به وسعت ۲۰۰ مترمربع قرار داده شده اند. این مرکز دارای ۲۳ دستگاه دیالیز فعال است که تعداد ۱۲۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

کادر درمانی این بخش از سه پزشک متخصص داخلی و ۱۹ پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه نوبت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۱۸۰۰ و ۲۰ جلسه است. **بخش تالاسمی و هموفیلی:** این بخش در سال ۱۳۹۶ راه اندازی شده است. مساحت این بخش حدود ۸۰ متر مربع و دارای ۱۴ تخت یک شکن است. تعداد

موزه تاریخ و مردم شناسی شهر بابل، موزه تاریخ شهر ساری، موزه تاریخ آمل، موزه کندلوس نوشهر، کاخ مرمر رامسر، غار آب اسک تپه گیان، برج دیدبانی بابل، قلعه گردن، پل معلق آمل، آتشکده آمل، شیر سنگی، قلعه ملک بهمن، کیجا پل، برج هشتل، قلعه پولاد، مقابر سلاطین استندار، کاخ مرمر رامسر، ساختمان فرمانداری رامسر، هتل قدیم رامسر، تنگه بند بریده، ملک جوی، قلعه کتی ابوالحسن کلا، تپه قلعه کش، قلعه گردن، قلعه دختر، قلعه سنگی، تپه عیسی کتی، هتل بنیاد پهلوی، کاخ چای خوران، تپه کلار، پل سنگی، ساختمان دارایی، حمام لمراسک، گورستان نیالا، قلعه کهرود، پلور، تپه یوزباشی، مجموعه بناهای افغان نژاد، خانه منوچهری، خانه اربابی، بقعه شمس آل رسول، برج سی شاهان دشت، پل آجری خرما کلا، محوطه پیر درویش، تپه سنگر (شاه نشین)، گردنه گدوک، تونل گدوک، کاروانسرای گدوک، مجموعه بناهای نجفی، قلعه ملک کیومرث.

وضعیت شهرستان های استان از نظر مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص: چنانچه در جدول زیر نشان داده شده است، در ضمن پایگاه انتقال خون استان فقط در شهرستان های آمل، بابل، نور، تنکابن، چالوس، ساری و بهشهر مستقرند.

وضعیت شهرستان ها

۱. شهرستان آمل: بیمارستان های امام رضا (ع) و



راهاندازی شد. این بخش در سالنی به وسعت ۴۰۰ متر مربع و دارای سه اتاق دایر است. درکل این بخش دارای ۲۳ تخت فعال است. تعداد ۵۰۰ بیمار تالاسمی و ۴۰ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بخش‌اند. کادر درمانی این بخش از دو متخصص هماتولوژی، چهار پرستار و یک بهیار تشکیل شده است.

بیمارستان شهید بهشتی (دانشگاهی)

بیمارستان شهید بهشتی در سال ۱۳۶۴ با ۲۱۷ تخت مصوب و ۱۹۰ تخت فعال راهاندازی شده است. این بیمارستان به یک گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۱ راهاندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن به وسعت ۲۵۰ مترمربع قرار داده شده و دارای ۲۱ دستگاه دیالیز فعال است که تعداد ۱۹۱ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از یک پزشک متخصص نفرولوژی و ۲۷ پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت چهار شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۲۳۶۹ و ۱۲۸ جلسه است.

۳. شهرستان بهشهر: بیمارستان امام خمینی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان بهشهر است. در حال حاضر ۱۴۳ بیمار دیالیزی، ۸۶ بیمار تالاسمی و ۲۵ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان‌اند.

بیمارستان امام خمینی (دانشگاهی)

بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۱۸ با ۱۵۱ تخت مصوب و ۱۵۱ تخت فعال راهاندازی شد. این بیمارستان

۴۶۰ بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش‌اند. کادر درمانی این بخش از یک متخصص اطفال و دو پرستار تشکیل شده است.

بیمارستان امام علی (ع): (دانشگاهی)

بیمارستان امام علی (ع) در سال ۱۳۸۰ با ۹۶ تخت مصوب و ۹۶ تخت فعال راهاندازی شده است. این بیمارستان به یک گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌کند. **بخش دیالیز:** این بخش در سال ۱۳۹۴ راهاندازی شده است. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن اصلی بخش دیالیز در حدود ۶۰ متر مربع وسعت دارد و این مرکز دارای هشت دستگاه دیالیز فعال است که ۴۸ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از هشت پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت دو شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام‌شده در این بخش به ترتیب حدود ۵۷۵ و پنج جلسه است.

۲. شهرستان بابل: بیمارستان کودکان امیر کلا

(شفیع‌زاده) و بیمارستان شهید بهشتی مرکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان بابل است. در حال حاضر ۱۹۱ بیمار دیالیزی، ۵۲۱ بیمار تالاسمی و ۴۰ بیمار هموفیلی تحت پوشش این مرکزند.

بیمارستان کودکان امیر کلا (دانشگاهی)

بیمارستان کودکان امیر کلا (شفیع‌زاده) در سال ۱۳۴۱ با ۱۴۴ تخت مصوب و ۱۴۴ تخت فعال راهاندازی شده است. این بیمارستان به دو گروه بیماران خاص (تالاسمی و هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۱۳۷۶

بخش تالاسمی و هموفیلی بیمارستان امیرکلا در سال ۱۳۷۶
راهاندازی شد. این بخش در سالنی به وسعت ۴۰۰ متر مربع و دارای سه اتاق بوده و درکل این بخش دارای ۲۳ تخت فعال است



فعال و هفت دستگاه دیالیز رزروند که تعداد ۷۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از یک نفر متخصص نفرولوژی، سه پزشک متخصص داخلی و ۱۳ پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۹۸۰ و ۳۰ جلسه است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۱۳۷۰ راه اندازی شد. این بخش در سالنی به وسعت ۶۰ مترمربع و دارای یک اتاق دایر است. در کل این بخش ۱۰ تخت فعال دارد.

۱۲۰ بیمار تالاسمی و ۲۵ بیمار هموفیلی تحت پوشش این مرکزند. کادر درمانی این بخش از سه متخصص داخلی و یک پرستار تشکیل شده است.

۵. شهرستان جویبار: بیمارستان حاجی عزیزی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان جویبار است.

◀ بیمارستان حاجی عزیزی (دانشگاهی)

بیمارستان حاجی عزیزی در سال ۱۳۷۶ راه اندازی شد. این بیمارستان به دو گروه بیماران خاص (دیالیز و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۹۴ راه اندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن به وسعت ۱۰۰ مترمربع قرار داده شده‌اند و دارای شش دستگاه دیالیز است که ۴۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از چهار پزشک متخصص داخلی و پنج پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۴۰۰ و ۵ جلسه است.

به سه گروه از بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۳ راه اندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن به وسعت ۲۰۰ مترمربع قرار داده شده‌اند و دارای ۲۲ دستگاه دیالیز فعال است که ۱۴۳ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از دو پزشک متخصص داخلی و ۱۵ پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز انجام شده در این بخش حدود ۱۶۱۰ جلسه است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش، در سال ۱۳۷۰ راه اندازی و در سال ۱۳۹۴ گسترش پیدا کرد. در کل این بخش دارای ۲ اتاق و ۱۲ تخت فعال است که شامل ۱۱ تخت یک‌شکن و یک تخت اطفال است. ۸۶ بیمار تالاسمی و ۲۵ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بخش‌اند. کادر درمانی این بخش از پنج پزشک متخصص اطفال و دو پرستار تشکیل شده است.

۴. شهرستان تنکابن: بیمارستان شهید رجایی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان تنکابن است. در حال حاضر ۷۲ بیمار دیالیزی، ۱۲۰ بیمار تالاسمی و ۲۵ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان‌اند.

◀ بیمارستان شهید رجایی (دانشگاهی)

بیمارستان رجایی، در سال ۱۳۶۵ با ۵۰ تخت مصوب و ۴۲ تخت فعال راه اندازی شد. این بیمارستان به سه گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می‌کند.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۱ راه اندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن به وسعت ۱۰۰ مترمربع قرار داده شده‌اند و دارای ۱۲ دستگاه دیالیز



بخش دیالیز بیمارستان امام خمینی^(۵) بهشهر در سال ۱۳۷۳ راه اندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن به وسعت ۲۰۰ مترمربع قرار داده شده‌اند و دارای ۲۲ دستگاه دیالیز فعال است که ۱۴۳ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد

بخش تالاسمی: این بخش در سال ۱۳۸۵ راهاندازی شد. این بخش در سالنی به وسعت ۹۰ مترمربع دایر است. در کل این بخش پنج تخت فعال دارد. ۳۶ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بخش هستند. کادر درمانی این بخش از سه متخصص داخلی و یک پرستار تشکیل شده است. ۶. **شهرستان چالوس:** بیمارستان طالقانی، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان چالوس است. در حال حاضر ۵۷ بیمار دیالیزی، ۵۲ بیمار تالاسمی و ۴۰ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان اند.

◀ بیمارستان طالقانی (دانشگاهی)

بیمارستان طالقانی در سال ۱۳۴۰ با ۲۰۰ تخت مصوب و ۱۳۸ تخت فعال راهاندازی شد. این بیمارستان به سه گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی، هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد. در حال حاضر ۵۷ بیمار دیالیزی، ۵۲ بیمار تالاسمی و ۴۰ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان هستند. **بخش دیالیز:** این بخش در سال ۱۳۵۹ راهاندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن به وسعت ۸۰ مترمربع قرار داده شده‌اند و دارای ۱۰ دستگاه دیالیز فعال اند که ۵۷ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از پنج پزشک متخصص داخلی و ۱۱ پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام‌شده در این بخش به ترتیب حدود ۶۵۰ و ۱۰۰ جلسه است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۱۳۷۲ راهاندازی و در سال ۱۳۸۱ گسترش یافته است. در کل این بخش دارای شش تخت فعال است که ۵۲ بیمار تالاسمی و ۴۰ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش اند. کادر درمانی این بخش از یک متخصص اطفال و یک پرستار تشکیل شده است.

۷. **شهرستان رامسر:** بیمارستان امام سجاده (ع)، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان رامسر است. در حال حاضر ۷۱ بیمار دیالیزی، ۳۸ بیمار تالاسمی و ۱۰ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان هستند.

◀ بیمارستان امام سجاده (ع) (دانشگاهی)

بیمارستان امام سجاده (ع)، در سال ۱۳۵۲ با ۷۶ تخت مصوب و ۶۰ تخت فعال راهاندازی شد. این بیمارستان به سه گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۷ راهاندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن به وسعت ۱۵۰ مترمربع قرار داده شده‌اند و این مرکز دارای ۱۲ دستگاه دیالیز فعال و یک دستگاه دیالیز رزروست که ۷۱ بیمار دیالیزی ثابت را

پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از سه پزشک متخصص داخلی و ۱۰ پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام‌شده در این بخش به ترتیب حدود ۸۵۰ و ۲۵ جلسه است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش نیز که در یک اتاق تقریباً ۳۰ مترمربعی است، در سال ۱۳۶۶ راهاندازی شد. در کل این بخش چهار تخت فعال دارد که ۳۸ بیمار تالاسمی و ۱۰ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش هستند. کادر درمانی این بخش از یک متخصص اطفال و یک پرستار تشکیل شده است.

۸. **شهرستان ساری:** بیمارستان امام خمینی (ره)، فاطمه الزهرا (س)، شفا و بوعلی سینا ساری، مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان ساری است. در حال حاضر ۲۹۸ بیمار دیالیزی، ۶۱۵ بیمار تالاسمی و ۲۳۴ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان اند.

◀ بیمارستان حضرت فاطمه (س) (دانشگاهی)

بیمارستان حضرت فاطمه (س) در سال ۱۳۱۸ با ۱۵۰ تخت مصوب و ۱۵۰ تخت فعال راهاندازی شد. این بیمارستان به یک گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌نماید.

◀ بخش دیالیز: این بخش

در سال ۱۳۷۰ راهاندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در یک

سالن مجزا قرار دارند. سالن اصلی

بخش دیالیز این بیمارستان در حدود ۱۰۰

مترمربع وسعت دارد و دارای ۹ دستگاه دیالیز فعال و سه دستگاه رزروست که ۳۶ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد. کادر درمانی این بخش از یک متخصص نفرولوژی و ۱۰ پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعال است.

متوسط ماهانه کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام‌شده در این بخش به ترتیب حدود ۵۰۰ و ۵۰ جلسه است

◀ بیمارستان شفا: (خصوصی)

بیمارستان شفا در سال ۱۳۶۶ با ۱۵۰ تخت مصوب و ۱۵۰



بخش تالاسمی و هموفیلی بیمارستان طالقانی چالوس در سال ۱۳۷۲ راهاندازی و در سال ۱۳۸۱ گسترش یافته است. در کل این بخش دارای شش تخت فعال است که ۵۲ بیمار تالاسمی و ۴۰ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش اند



هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش هستند. کادر درمانی این بخش از دو متخصص هماتولوژی و یک متخصص غدد و شش پرستار تشکیل شده است. امکانات رفاهی این بخش عبارتند از: تلویزیون، ویدئو، یخچال، کولرگازی و آبسردکن.

۹. شهرستان سوادکوه (زیر آب)

بیمارستان شهدا، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهر زیر آب است. در حال حاضر ۲۱ بیمار دیالیزی و چهار بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان اند.

بیمارستان شهدا (دانشگاهی)

بیمارستان شهدا، در سال ۱۳۶۵ با ۵۰ تخت مصوب و ۵۰ تخت فعال راهاندازی شد. این بیمارستان به دو گروه بیماران خاص (دیالیزی و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۳ راهاندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن به وسعت ۳۰ مترمربع قرار داده شده‌اند و پنج دستگاه دیالیز دارد که ۲۱ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از دو متخصص داخلی و پنج پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعال است. متوسط ماهانه جلسات دیالیز ثابت و اورژانس انجام‌شده در این بخش به ترتیب حدود ۲۳۴ و ۱۰ جلسه است.

بخش تالاسمی: این بخش نیز که در یک اتاق تقریباً ۲۰ مترمربعی است، در سال ۱۳۷۳ راهاندازی شد. این بخش چهار تخت فعال دارد و چهار بیمار تالاسمی ثابت تحت پوشش این بخش‌اند. کادر درمانی این بخش از یک متخصص اطفال و دو پرستار تشکیل شده است.

۱۰. **شهرستان فریدونکنار:** بیمارستان امام خمینی (ره)، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهر فریدونکنار است. در حال حاضر ۱۰۶ بیمار دیالیزی و ۹۰ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان‌اند.

بیمارستان امام خمینی (دانشگاهی)

بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۶۵ با ۵۰ تخت مصوب و ۳۰ تخت فعال راهاندازی شد. این بیمارستان به دو گروه بیماران خاص (دیالیزی و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۳ راهاندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در دو سالن به وسعت ۲۰۰ مترمربع

تخت فعال راهاندازی شد. این بیمارستان به یک گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد. **بخش دیالیز:** این بخش در سال ۱۳۸۷ راهاندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن به وسعت ۳۰ مترمربع قرار داده شده‌اند و سه دستگاه دیالیز فعال دارد که ۱۴ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از دو متخصص نفرولوژی و پنج پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعال است. متوسط ماهانه جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام‌شده در این بخش حدود ۱۷۰ و ۲۰ جلسه است.

مرکز دیالیز شهروند: (دانشگاهی)

مرکز دیالیز شهروند در سال ۱۳۹۵ با ۴۷ تخت مصوب و ۴۷ تخت فعال راهاندازی شد. این مرکز به یک گروه بیماران خاص (دیالیزی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۹۵ راهاندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در چهار سالن به وسعت ۱۵۰ مترمربع در دو طبقه قرار دارند و دارای ۴۶ دستگاه دیالیز فعال است که ۲۴۸ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از پنج متخصص نفرولوژی، چهار متخصص داخلی و ۳۶ پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت روزهای زوج سه شیفت و روزهای فرد دو شیفت فعال است. متوسط ماهانه جلسات دیالیز انجام‌شده در این بخش حدود ۲۶۸۵ جلسه است.

بیمارستان بوعلی سینا (دانشگاهی)

بیمارستان بوعلی سینا در سال ۱۳۵۰ با ۲۵۰ تخت مصوب و ۲۳۰ تخت فعال راهاندازی شد. این بیمارستان به دو گروه بیماران خاص (تالاسمی و هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش دارای دو اتاق است و در سال ۱۳۷۳ راهاندازی شد. در کل این بخش ۲۲ تخت فعال دارد. ۶۱۵ بیمار تالاسمی و ۲۳۴ بیمار



بخش تالاسمی و هموفیلی بیمارستان بوعلی سینا ساری دارای دو اتاق است و در سال ۱۳۷۳ راهاندازی شد. در کل این بخش ۲۲ تخت فعال دارد. ۶۱۵ بیمار تالاسمی و ۲۳۴ بیمار هموفیلی ثابت تحت پوشش این بخش هستند. کادر درمانی این بخش از دو متخصص هماتولوژی و یک متخصص غدد و شش پرستار تشکیل شده است

قرار داده شده‌اند و دارای ۲۰ دستگاه دیالیزند که ۱۰۶ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از یک پزشک متخصص نفرولوژی و متخصص داخلی چهار نفر و ۱۶ پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعال است. متوسط ماهانه تعداد کل جلسات دیالیز و دیالیز اورژانس انجام شده در این بخش به ترتیب حدود ۱۱۰۰ و چهار جلسه است.

بخش تالاسمی: این بخش در سال ۱۳۷۳ راهاندازی شد. این بخش در سالنی به وسعت ۶۰ مترمربع یک اتاق دایر دارد. در کل این بخش هفت تخت فعال شامل هفت تخت یک شکن است. ۹۰ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بخش‌اند. کادر درمانی این بخش از یک متخصص اطفال و یک پرستار تشکیل شده است. **۱۱. شهرستان قائم‌شهر:** بیمارستان رازی و ولیعصر (عج) بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان قائم‌شهر است. در حال حاضر ۱۹۰ بیمار دیالیزی و ۲۶۵ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان‌اند.

بیمارستان رازی (دانشگاهی)

بیمارستان رازی در سال ۱۳۶۸ با ۶۴ تخت مصوب و ۵۲ تخت فعال راهاندازی شد. این بیمارستان به دو گروه بیماران خاص (دیالیز و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۷ راهاندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن به وسعت ۷۰ مترمربع قرار داده شده‌اند و ۱۳ دستگاه دیالیز فعال دارد که ۹۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از دو پزشک متخصص نفرولوژی و ۱۲ پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعالیت دارد.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۱۳۷۳

راهاندازی شد و در سال ۱۳۸۲ گسترش یافت. این بخش در سالنی به وسعت ۱۸۰ مترمربع و سه اتاق دایر است. در کل دارای ۱۰ تخت فعال است.

۲۰۰ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بخش‌اند. کادر درمانی این بخش از دو متخصص اطفال و چهار پرستار تشکیل شده است.

بیمارستان ولیعصر (عج) (تأمین اجتماعی)

بیمارستان ولیعصر (عج) در سال ۱۳۶۸ با ۶۴ تخت مصوب و ۵۲ تخت فعال راهاندازی شد. این بیمارستان به دو گروه بیماران خاص (دیالیز و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۳ راهاندازی شد. دستگاه‌های دیالیز در یک سالن به وسعت ۱۵۰ مترمربع قرار داده شده‌اند و ۱۳ دستگاه دیالیز فعال و دو دستگاه دیالیز رزرو دارد که ۹۱ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می‌دهد.

کادر درمانی این بخش از یک نفر متخصص نفرولوژی، دو پزشک متخصص داخلی و ۱۵ پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعال است.

متوسط ماهانه جلسات دیالیز ثابت و اورژانسی انجام شده در این بخش حدود ۱۲۰۰ و ۱۵ جلسه است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۱۳۷۳ راهاندازی شد و در سال ۱۳۸۲ گسترش یافت. این بخش در سالنی به وسعت ۷۰ مترمربع و یک اتاق دایر دارد. در کل این بخش دارای چهار تخت فعال است.

۶۵ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بخش‌اند. کادر درمانی این بخش از یک متخصص اطفال و سه پرستار تشکیل شده است.

۱۲. شهرستان کلاردشت: بیمارستان حضرت قائم تنها مرکز ارائه خدمات به بیماران خاص در شهرستان کلاردشت است.



بخش تالاسمی و هموفیلی بیمارستان رازی قائم‌شهر در سال ۱۳۷۳ راهاندازی شد و در سال ۱۳۸۲ گسترش یافت. این بخش در سالنی به وسعت ۱۸۰ مترمربع و سه اتاق دایر است. در کل دارای ۱۰ تخت فعال است. ۲۰۰ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بخش‌اند. کادر درمانی این بخش از دو متخصص اطفال و چهار پرستار تشکیل شده است.



اتاق دایر دارد. در کل این بخش دارای ۱۴ تخت فعال است که شامل ۱۴ تخت یک شکن است.

۶۷ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بخش اند. کادر درمانی این بخش از یک متخصص اطفال و دو پرستار تشکیل شده است.

۱۵. شهرستان نور: بیمارستان امام خمینی (ره)، تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان نور است. در حال حاضر ۶۸ بیمار دیالیزی و ۵۵ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان اند.

بیمارستان امام خمینی^(د) (دانشگاهی)

بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۶۰ با ۶۴ تخت مصوب و ۵۲ تخت فعال راه اندازی شد. این بیمارستان به دو گروه بیماران خاص (دیالیزی و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۹۳ راه اندازی شد. دستگاه های دیالیز در یک سالن به وسعت ۱۰۰ مترمربع قرار داده شده اند و دارای ۱۴ دستگاه دیالیز فعال است که ۶۸ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از سه پزشک متخصص داخلی و ۱۰ پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعال است. متوسط ماهانه جلسات دیالیز ثابت و اورژانسی انجام شده در این بخش حدود ۸۰۰ و ۳۰ جلسه است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۱۳۸۸ راه اندازی شد. این بخش در سالنی به وسعت ۴۰ مترمربع و دارای یک اتاق دایر است. در کل این بخش شش تخت فعال دارد که شامل شش تخت یک شکن است.

۵۵ تالاسمی تحت پوشش این بخش اند. کادر درمانی این بخش از چهار متخصص اطفال و یک پرستار تشکیل شده است.

۱۶. شهرستان نوشهر: بیمارستان شهید بهشتی تنها بیمارستان و مرکز ارائه خدمات درمانی به بیماران خاص در شهرستان نوشهر است. در حال حاضر ۶۰ بیمار دیالیزی، ۳۴ بیمار تالاسمی و سه بیمار هموفیلی تحت پوشش این بیمارستان هستند.

بیمارستان شهید بهشتی^(د) (دانشگاهی)

بیمارستان شهید بهشتی در سال ۱۳۶۰ با ۶۴ تخت مصوب و ۵۲ تخت فعال راه اندازی شد. این بیمارستان به سه گروه بیماران خاص (دیالیزی، تالاسمی و هموفیلی) خدمات درمانی ارائه می دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۷۹ راه اندازی شد. دستگاه های دیالیز در یک سالن به وسعت ۱۰۰ مترمربع قرار داده شده اند و ۸ دستگاه دیالیز فعال و یک دستگاه دیالیز رزرو دارد که ۶۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از سه پزشک متخصص داخلی، هفت پرستار و یک بهیار تشکیل شده است. این بخش

بیمارستان حضرت قائم^(ع) (دانشگاهی)

بیمارستان حضرت قائم در سال ۱۳۸۷ راه اندازی شد. این بیمارستان به یک گروه بیماران خاص دیالیز خدمات درمانی ارائه می دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۹۲ راه اندازی شد. دستگاه های دیالیز در یک سالن به وسعت ۴۰ مترمربع قرار دارند و دارای پنج دستگاه دیالیز فعال اند که ۲۲ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

کادر درمانی این بخش از یک پزشک متخصص داخلی و پنج پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت چهارشنبه ها سه شیفت و مابقی روزها دو شیفت فعال است.

۱۳. شهرستان گلوگاه: بیمارستان ثامن الائمه تنها مرکز ارائه خدمات به بیماران خاص در شهرستان گلوگاه است.

بیمارستان ثامن الائمه^(ع) (دانشگاهی)

بیمارستان ثامن الائمه در سال ۱۳۹۵ راه اندازی شد. این بیمارستان به یک گروه بیماران خاص دیالیز خدمات درمانی ارائه می دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۹۵ راه اندازی شد. دستگاه های دیالیز در یک سالن به وسعت ۶۰ مترمربع قرار دارند و دارای پنج دستگاه دیالیز فعال است که ۱۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

کادر درمانی این بخش از یک پزشک متخصص داخلی و سه پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت یک شیفت فعال است.

متوسط ماهانه جلسات دیالیز ثابت و اورژانسی انجام شده در این بخش حدود ۲۵۰ و ۵ جلسه است.

۱۴. شهرستان نکا: بیمارستان امام حسین (ع) تنها مرکز ارائه خدمات به بیماران خاص در شهرستان نوشهر است. در حال حاضر ۵۳ بیمار دیالیزی و ۶۷ بیمار تالاسمی تحت پوشش این بیمارستان اند.

بیمارستان امام حسین^(ع) (دانشگاهی)

بیمارستان امام حسین (ع) در سال ۱۳۸۹ با ۶۴ تخت مصوب و ۵۲ تخت فعال راه اندازی شد. این بیمارستان به دو گروه بیماران خاص (دیالیزی و تالاسمی) خدمات درمانی ارائه می دهد.

بخش دیالیز: این بخش در سال ۱۳۹۳ راه اندازی شد. دستگاه های دیالیز در یک سالن به وسعت ۱۷۰ مترمربع قرار داده شده اند و ۱۱ دستگاه دیالیز فعال و ۲ دستگاه دیالیز رزرو دارد که ۵۳ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد.

کادر درمانی این بخش از دو پزشک متخصص داخلی و شش پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت دو شیفت فعال است. متوسط ماهانه جلسات دیالیز ثابت و اورژانسی انجام شده در این بخش حدود ۶۰۰ و ۲۰ جلسه است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۱۳۹۳ راه اندازی شد. این بخش سالنی به وسعت ۶۰ مترمربع و ۲

بخش دیالیز بیمارستان ثامن الائمه کلاردشت در سال ۱۳۹۵ راه اندازی شد. دستگاه های دیالیز در یک سالن به وسعت ۶۰ مترمربع قرار دارند و دارای پنج دستگاه دیالیز فعال است که ۱۰ بیمار دیالیزی ثابت را پوشش می دهد. کادر درمانی این بخش از یک پزشک متخصص داخلی و سه پرستار تشکیل شده است. این بخش در شش روز هفته به صورت یک شیفت فعال است



در شش روز هفته به صورت سه شیفت فعال است. متوسط ماهانه جلسات دیالیز ثابت و اورژانسی انجام شده در این بخش حدود ۵۵۰ و ۱۰ جلسه است.

بخش تالاسمی و هموفیلی: این بخش در سال ۱۳۸۰ راهاندازی شد. این بخش در سالنی به وسعت ۳۰ مترمربع و یک اتاق دایر دارد. در کل این بخش دارای چهار تخت فعال است. ۴۲ بیمار تالاسمی و ۱۶ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بخش اند. کادر درمانی این بخش از یک متخصص اطفال و یک پرستار تشکیل شده است.

مشکلات و کمبودها

مشکلات مربوط به فضای فیزیکی بخش های دیالیز و بیماران شامل موارد ذیل است:

بیمارستان امام رضا^(ع) آمل: فضای فیزیکی برای افزایش دستگاه مناسب نیست.

بیمارستان امام علی^(ع) آمل: فاصله تخت ها استاندارد نیست.

بیمارستان شهید رجائی تنکابن: فضای فیزیکی برای افزایش دستگاه ندارد. قرار است بخش تالاسمی به محل دیگری منتقل شده و دو اتاق تالاسمی به این بخش اضافه شوند.

بیمارستان طالقانی چالوس: فضای فیزیکی برای افزایش دستگاه مناسب نیست.

بیمارستان امام سجاد رامسر: در حال حاضر امکان افزایش دستگاه ندارد.

بیمارستان شفا ساری: امکان افزایش تخت ندارد.

بیمارستان شهدا سوادکوه: تهویه مناسب ندارند.

بیمارستان رازی قائم شهر: فضای فیزیکی برای افزایش دستگاه مناسب نیست.

بیمارستان حضرت قائم^(عج) کلاردشت: قرار است فضا را گسترش بدهند.

بیمارستان ثامن الائمه گلوگاه: سرمایه این مرکز مشکل دارد. امکان افزایش تخت ندارد.

بیمارستان نور امام خمینی: تهویه مناسب ندارد.

بیمارستان شهید بهشتی نوشهر: تهویه مناسب ندارد.

مسائل دارویی و وسایل مصرفی دیالیز

بیمارستان امام رضا آمل: هزینه بالای داروی رناژل.

بیمارستان امام علی آمل: هزینه بالای داروی اپرکس.

بیمارستان امام خمینی بهشهر: هزینه فرانشیز بالای داروی رناژل.

بیمارستان امام سجاد رامسر: هزینه ترولاک و رناژل بالاست.

بیمارستان فاطمه الزهرا ساری: بیماران با کمبود داروی رناژل مواجه هستند.

بیمارستان شهدا سوادکوه: برای تهیه رناژل باید به قائم شهر مراجعه کنند.

بیمارستان امام خمینی فریدونکنار: کمبود داروی اپرکس.

بیمارستان حضرت قائم کلاردشت: کمبود داروی رناژل.

بیمارستان ثامن الائمه گلوگاه: بیماران برای انجام آزمایش به بهشهر مراجعه می کنند.

بیمارستان امام حسین نکاء: بیماران برای تهیه اپرکس نیاز به گرفتن تأییدیه از قائم شهر دارند. گرانی داروی رناژل.

در انتها ذکر دو نکته اجتناب ناپذیر است که تقدیم مخاطبان ارجمند به شرح ذیل خواهد شد:

اول - آنچه در گزارش فوق ارائه شد صرفاً مربوط به اقدامات وسیع بنیاد امور بیماری های خاص در مراکز درمانی استان مازندران بوده که فقط بخش کوچکی از آن در نمودار پایانی اقلام اهدا شده مصوب شورای مدیران بنیاد آمده است.

و دوم، بخش دیگری از کمبودها و مشکلات مربوط به مراکز درمانی مربوط به بیماران خاص در استان مازندران در نامه ریاست بنیاد امور بیماری های خاص دکتر فاطمه هاشمی به وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز کمیته استانی زیر نظر استاندار با درج اولویت ها ارسال شده است که برای انجام اقدامات لازم در دستور کار دستگاه های مربوطه قرار گیرد.

جدول تجهیزات اهدایی بنیاد امور بیماری های خاص مصوب شده در شورای مدیران

مرکز	بخش	اقلام اهدایی	تعداد
بیمارستان حاجی عزیزی شهر جویبار	دیالیز	دستگاه دیالیز	۱ عدد
		ترازوی قد و وزن	۱ عدد
بیمارستان شفا شهر ساری	دیالیز	برانکارد	۱ عدد
بیمارستان رازی شهر قائم شهر	دیالیز	دستگاه دیالیز	۱ عدد
		تخت سه شکن با لوازم جانبی	۱ عدد
بیمارستان امام رضا شهر آمل	تالاسمی	تخت یک شکن	۲ عدد
بیمارستان کودکان شهر امیر کلا	تالاسمی	ترازوی قد و وزن	۱ عدد
		تخت یک شکن با لوازم جانبی	۵ عدد
		ویلچر	۱ عدد
بیمارستان رازی شهر قائم شهر	تالاسمی	تخت یک شکن با لوازم جانبی	۲ عدد
بیمارستان شهید بهشتی شهر نوشهر	تالاسمی	تخت یک شکن با لوازم جانبی	۱ عدد

بخش تالاسمی و هموفیلی شهرستان نوشهر در سال ۱۳۸۰ راهاندازی شد. این بخش در سالنی به وسعت ۳۰ مترمربع و یک اتاق دایر دارد. در کل این بخش دارای چهار تخت فعال است. ۴۲ بیمار تالاسمی و ۱۶ بیمار هموفیلی تحت پوشش این بخش اند. کادر درمانی این بخش از یک متخصص اطفال و یک پرستار تشکیل شده است

فرزندپروری مثبت نگر والدین

مرهمی بر کاهش مشکلات هیجانی کودکان مبتلا به بیماری های خاص

دکتر مهناز علی اکبری دهکردی

عضو انجمن بین المللی روانشناسی کاربردی

در آموزش والدین مدل های مختلفی وجود دارد که یکی از آن ها برنامه فرزندپروری مثبت است. این برنامه توسط دکتر ساندرز استاد تمام دانشگاه کوئیزلند و همکارانش به وجود آمده و در قلمرو درمانگری های خانوادگی رفتاری بر اساس اصل یادگیری اجتماعی قرار می گیرد. درواقع فرزندپروری مثبت نگر یک مداخله چند سطحی است و تلاش می کند تا عوامل محافظتی کودکان مبتلا به «بیماری های خاص» را غنا بخشد تا عوامل خطر سازی که با مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان در ارتباط است کاهش یابند. هدف این برنامه پیشگیری از مشکلات شدید رفتاری، هیجانی و تکاملی کودکان از طریق افزایش آگاهی، مهارت و تعهد و اطمینان والدین است.

درواقع فرزندپروری مثبت نگر به والدین راهبردهای عملی و مؤثر مهارت های اجتماعی، خودتنظیمی هیجانی، استقلال و قابلیت حل مسئله را آموزش می دهد. دستیابی به این مهارت ها سبب ارتقای سطح هماهنگی خانواده، کاهش تعارض های والدین و کودک و توسعه روابط موفقیت آمیز با همسالان می شود. احساسات منفی و واکنش هایی که در کودکان مبتلا به بیماری های خاص وجود دارد موقعیت های چالش برانگیز و تهدید کننده برایشان ایجاد می کند.

در تبیین اثربخشی آموزش فرزندپروری مثبت بر استرس ادراک شده و بهزیستی روان شناختی مادران به نظر می رسد مداخلات روان شناختی تأثیر بسزایی در افزایش مهارت های اجتماعی و بهبود روابط بین فردی مادران داشته باشد.

به طور کلی می توان استدلال کرد که کسب آگاهی و اطلاع

از بیماری های خاص و نیز دستیابی به

مهارت هایی برای مراقبت کودک،

باعث شده تا مادران ویژگی های

کودک را کمتر استرس آور

بدانند، یعنی ادراک مادران از چگونگی پیامد یک کیفیت خلقی خاص در فرزندانش تغییر پیدا خواهد کرد.

آموزش والدین، آن ها را در چگونگی کمک به سازماندهی فرزند در خصوص وضعیت محیطی، توسعه مهارت های حل مسئله و غلبه بر ناامیدی کمک شایانی می کند و به آن ها می آموزد که واکنش مطلوب به رفتارهای تلاشگرانه کودک نشان دهند و از روش های منظم و آرام سازی استفاده کنند. همچنین مداخله آموزشی موجب شده آن دسته از ویژگی های مادران که بر توانایی والدگری شایسته آن ها در مورد فرزندانشان مؤثر است، تغییر کرده و قابلیت والدین را برای تصمیم گیری بهبود بخشد. افزایش اعتماد به نفس، اصلاح کوفهمی ها درباره این بیماری ها، تغییر اسنادهای منفی آن درباره بیماری های کودک و کمک به والدین در ایجاد قالب های جدیدی که تجربه های خود را در آن مدیریت کنند، تأثیر قطعی آموزش فرزندپروری مثبت نگر والدین است. زیرا آموزش در دستیابی راه های بهتر برای اداره و تغییر رفتارهای مخرب مؤثر است و والدین با انجام تمرین هایی تحمل خود را در برابر ناکامی ها و برخورد آرام تر با کودک افزایش می دهند؛ در نتیجه از میزان احساس عدم صلاحیت و عدم کفایت در نقش والدگری آن ها کاسته شده و با اعتماد به نفس بیشتری مسئولیت های نقش والدی خود را در قبال فرزندانشان از سر می گیرند. از سویی دیگر بالابردن آگاهی مادران و استفاده آن ها از نظام پاداش به منظور تشویق و رسیدن کودک به احساس موفقیت موجب کاهش مشکلات و در نتیجه از میزان استرس یا تنیدگی مادر نیز کاسته می شود. از طرفی موفقیت درمانی در برنامه های آموزشی والدین به موارد زیادی بستگی دارد، از جمله میزان مشارکت و همکاری والدین با درمانگر و نیز خلاقیت و فعال بودن والدین. همچنین انگیزه والدین نیز در نتیجه گیری از برنامه های بسیار مهم است. در پایان باید نوشت که انگیزه والدین می تواند عامل تعیین کننده در نتیجه درمان کودکان مبتلا به بیماری های خاص باشد. همچنین نحوه اسناد والدین نیز عامل تعیین کننده ای در موفقیت درمانی است. در حقیقت نحوه اسناد والدین تعیین می کند که آن ها با چه جدیتی از فنون آموخته شده برای کاهش مشکلات کودکان شان استفاده می کنند.



فرزندپروری مثبت نگر

به والدین راهبردهای

عملی و مؤثر مهارت های

اجتماعی، خودتنظیمی

هیجانی، استقلال و

قابلیت حل مسئله

را آموزش می دهد.

دستیابی به این مهارت ها

سبب ارتقای سطح

هماهنگی خانواده،

کاهش تعارض های

والدین و کودک و توسعه

روابط موفقیت آمیز با

همسالان می شود

تترا لوژی فالوت (Tetralogy of fallot)

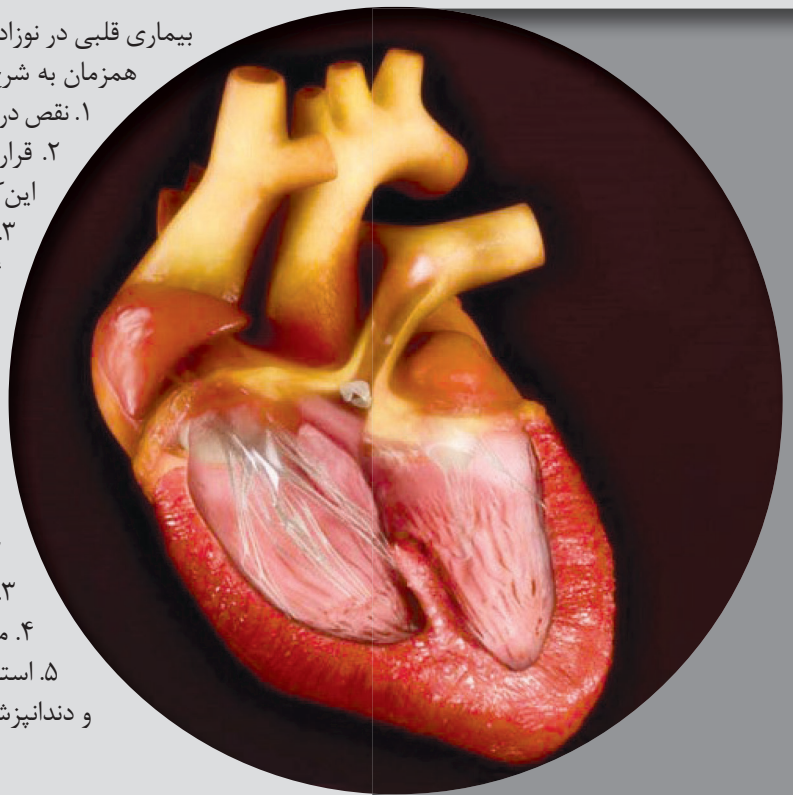
بیماری قلبی در نوزادان که به صورت مادرزادی ایجاد می‌شود و شامل چهار نقص قلب همزمان به شرح زیر است:

۱. نقص در دیواره دو بطن (قسمت بزرگی از دیواره دو بطن تشکیل نشده است).
 ۲. قرار گرفتن ریشه شریان آئورت روی دیواره بین دو بطن (به جای این که در قسمت خروجی بطن چپ باشد).
 ۳. تنگ بودن دریچه ریوی که در قسمت خروجی بطن راست قرار دارد.
 ۴. یک بطن راست بزرگ و عضلانی.
- عمل جراحی تترالوژی فالوت: در مرحله اول دیواره بین دو بطن که تشکیل نشده است نیاز به ترمیم دارد که از یک وصله ساختگی مثل Dacron برای ترمیم آن استفاده می‌شود. با این کار مخلوط شدن خون بطن چپ و راست صورت نمی‌گیرد.

مراقبت‌های بعد از عمل

۱. پرهیز از ورزش زیاد که منجر به خستگی شدید می‌شود.
۲. مصرف مقدار کافی آب.
۳. پیشگیری از ابتلا به سرماخوردگی یا سایر بیماری‌ها.
۴. معاینه مکرر ماهانه توسط پزشک قلب اطفال.
۵. استفاده از آنتی‌بیوتیک زیر نظر پزشک قبل از اعمال جراحی سرپایی و دندانپزشکی.

انتشارات بنیاد امور بیماری‌های خاص



سرطان پستان

سرطان پستان یک بیماری خطرناک است که عمدتاً زنان را شامل می‌شود و فقط در یک درصد مردان ظهور می‌کند.

عوامل افزایش احتمال ابتلا به سرطان پستان

۱. هرچه سن زنان بالاتر می‌رود بدون در نظر گرفتن سایر عوامل، خطر ابتلا به سرطان پستان افزایش پیدا می‌کند.
۲. افزایش عمر زنان به نود سالگی، یک هشتم آن‌ها را در معرض سرطان پستان قرار می‌دهد.
۳. احتمال ابتلای هر زن به سرطان پستان در طول عمر حدود یک هشتم است.

عوامل خطر ساز سرطان پستان: مهم‌ترین عامل افزایش سن

است و هرچه سن زنان بالاتر می‌رود خطر ابتلا بیشتر می‌شود و در مراحل بعدی شامل مصرف مشروبات الکلی، استعمال دخانیات، شروع زودرس عادت ماهانه، درمان هورمونی در زمان یائسگی و نیز زنانی که دارای فرزند نیستند. بهترین روش مقابله با سرطان پستان: ۱. ماموگرافی؛ ۲. معاینه پستان توسط خود فرد؛ ۳. معاینه بالینی پستان

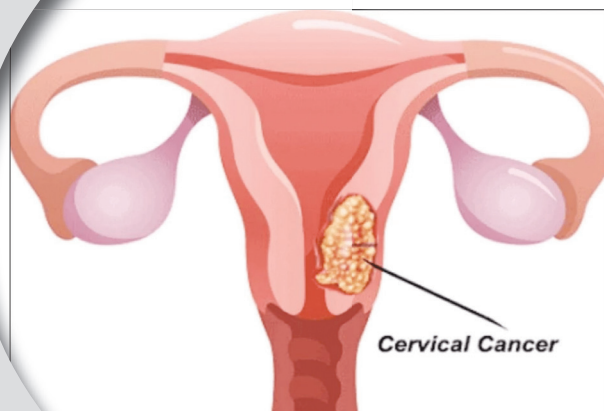
انتشارات بنیاد امور بیماری‌های خاص



گردن رحم قسمت باریک پایین رحم است. رحم اندامی توخالی و گلابی شکل بوده که در قسمت پایین شکم زنان، بین مثانه و راست روده واقع شده است. گردن رحم کانالی را تشکیل می‌دهد که به مهبل باز شده که آن نیز به خارج از بدن ادامه پیدا می‌کند.

تشخیص به موقع: اگر همه زنان به‌طور منظم معاینات لگنی و آزمایش پاپ اسمیر را انجام دهند، بیشتر ضایعات پیش سرطانی پیش از آن‌که تبدیل به سرطان شوند قابل شناسایی و معالجه هستند. پزشک در معاینه لگنی رحم، مهبل، تخمدان‌ها، لوله‌های فالوپ، مثانه و راست روده را بررسی کرده و این اندام‌ها را برای کشف هرگونه غیرعادی بودن شکل یا اندازه، معاینه می‌کند. پژوهش‌ها در جوامع غربی نشان داده زنانی که پیش از هجده سالگی مقاربت را آغاز کرده‌اند یا زنانی که با افراد زیادی رابطه جنسی داشته‌اند بیشتر در معرض سرطان دهانه رحم هستند. محققان دقیقاً نمی‌دانند چرا فعالیت‌های جنسی همسران بر خطر رشد سرطان دهانه رحم تأثیر می‌گذارد ولی بیشتر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برخی ویروس‌های منتقل شده از راه جنسی می‌تواند سلول‌های گردن رحم را به نحوی دستکاری کند که به مرور زمان به سرطانی شدن می‌انجامد.

انتشارات بنیاد امور بیماری‌های خاص



اتیسم

اتیسم: اختلال عصبی رشدی است که در اوایل کودکی آشکار می‌شود و مشخصه اصلی آن کیفیت غیرمعمول در برقراری روابط اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی غیرطبیعی و فعالیت‌ها، علایق و رفتارهای تکراری و محدود است. نشانه‌ها و علائمی که از نظر رفتاری و تکاملی احتمال وجود اتیسم را مطرح می‌کنند:

- پسرفت تکاملی؛
- عدم وجود ایما و اشاره به صورت فعالانه؛
- واکنش غیرطبیعی به محرک‌های محیطی؛
- تعامل اجتماعی غیرطبیعی؛
- لبخند نزدن در پاسخ به خوش و بش کردن والدین و سایر نزدیکان؛
- استعداد به عفونت‌ها و بیماری‌های تبادار؛
- عدم وجود بازی‌های نمادین و خیالی؛
- رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری.

علت اتیسم: صدها نظریه درباره علل اتیسم وجود دارد، اما هیچ‌یک از آن‌ها قطعیت پیدا نکرده است.

تحقیقات اخیر روی علت‌شناسی اختلالات طیف اتیسم بیانگر آن است که بروز این اختلالات علاوه بر ژنتیک بسته به محیط زندگی افراد دارد. ازجمله عوامل محیطی احتمالی دخیل در بروز اتیسم، محرومیت‌های اجتماعی شدید است.

انتشارات بنیاد امور بیماری‌های خاص



انواع بیماری‌های چشم ناشی از دیابت

دیابت می‌تواند دو نوع عارضه اصلی چشمی در مبتلایان ایجاد کند که در صورت معالجه‌نشدن سریع آسیب‌های بسیار جدی مانند کوری را به دنبال خواهد داشت.

۱. **آب مروارید:** در چنین حالتی عدسی چشم کدر می‌شود. عمل عدسی متمرکز کردن نور روی شبکیه است که بر اثر آن هر چیزی به نظر تار می‌آید. برای درمان آب مروارید نیاز به جراحی است تا عدسی را از چشم درآورند با این روش عدسی از چشم خارج شده و به جای آن یک عدسی پلاستیکی در چشم گذاشته می‌شود.

۲. **آب سیاه:** وقتی ایجاد می‌شود که فشار چشم بالا باشد اغلب افزایش فشار چشم سبب آسیب به عصب‌های می شود. در صدمات ابتدایی معمولاً فرد قدرت بینایی از طریق چشم را از دست می‌دهد و اگر درمان سریع صورت نگیرد نابینا خواهد شد.

انتشارات بنیاد امور بیماری‌های خاص



تالاسمی

تالاسمی مینور: اگر فردی ژن سالم را از یک والد و ژن ناسالم را از والد دیگر برای ساختن زنجیره ارث ببرد در اصطلاح مینور است. در این حالت شخص فقط ناقل ژن تالاسمی بوده و می‌تواند آن را به نسل‌های بعد انتقال دهد. این افراد دچار کم خونی نیستند اما در صورت ازدواج با فرد ناقل دیگر احتمال دارد که فرزندان‌شان مبتلا به تالاسمی ماژور شوند. **تالاسمی ماژور:** یک بیماری جدی است که فرزند مبتلا، دو ژن معیوب از پدر و مادر ناقل ژن تالاسمی به ارث برده است. در این نوع تالاسمی اختلال خونی شدید است به طوری که کودکان مبتلا، قادر به ساختن هموگلوبین به میزان کافی نیستند، بنابراین نیازمند تزریق خون و سایر درمان‌های طبی هستند. **درمان:** درمان اصلی تالاسمی در پیوند مغز استخوان تعریف شده اما این کار خیلی هم آسان نیست. یکی از اصلی‌ترین مشکلات یافتن یک دهنده پیوند مناسب به حساب می‌آید و نیز پژوهش‌های گسترده اخیر نشان داده که انجام این عمل هنگامی با موفقیت همراه خواهد بود که در مراحل اولیه بیماری انجام شود. هدف‌های پیشگیری از تولد موارد جدید تالاسمی

- کاهش میزان بروز تالاسمی؛
- کاهش میزان مرگ‌ومیر و معلولیت‌های ناشی از تالاسمی؛
- کاهش هزینه‌های دارو و درمان؛
- کاهش عوارض روحی، روانی و اقتصادی ناشی از بیماری در خانواده و جامعه.

انتشارات بنیاد امور بیماری‌های خاص



راه‌های تشخیص آسیب رسیدن به شبکیه چشم از طریق دیابت

و فشار خون بالا در مدت زمان طولانی به آسانی صدمه می‌بینند.

راه‌های جلوگیری از صدمات چشمی ناشی از دیابت

- قند و فشار خون تا حد ممکن در حالت طبیعی نگهداری شوند؛

- سالی یک بار برای معاینه چشم به متخصص چشم پزشک مراجعه شود حتی اگر افراد از نظر بینایی مشکل خاصی هم نداشته باشند.

انتشارات بنیاد امور بیماری‌های خاص

- تاری دید یا دوبینی؛
- هاله نور یا نقاط تاریک؛
- تاریکی یا نقاط شناور از جلوی چشم؛
- به سختی دیدن چیزهایی که خارج از قرنیه است.

نحوه آسیب رساندن دیابت به شبکیه چشم: صدمه به شبکیه آرام صورت می‌گیرد. شبکیه دارای عروق بسیار کوچکی است که بر اثر بالا بودن قند



ایجاد امید و انگیزه برای بیماران دیالیزی حیاتی است

زینب تقی زاده

کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

واحدهای همودیالیز جزئی از تشکیلات درمانی طبی پیچیده امروزی هستند و بیماران این مراکز با یک بیماری مزمن، ناتوان کننده و محدود سازنده زندگی سروکار دارند که وابستگی آن‌ها را به گروهی از مراقبان در دستیابی به دستگاہی ایجاب می‌کند که دوام زندگی آن‌ها را در پی خواهد داشت. دیالیز هفته‌ای سه بار به مدت چهارتا شش ساعت انجام می‌شود و طبعاً روال زندگی عادی بیمار را درهم می‌گسلد.

واکنش بیماران دیالیزی

بیماران با بیماری خود کشمکش دارند و اغلب مجبورند با درجانی از وابستگی به دیگران - نوعی وابستگی که از کودکی به بعد تجربه نکرده‌اند - مدارا کنند. بیمارانی که وارد واحد دیالیز می‌شوند معمولاً تلاش می‌کنند که استقلال خود را حفظ کنند، به حالت‌های کودکی عقب‌نشینی می‌کنند، با کنش‌نمایی (Acting Out) در مقابل دستورهای پزشک و انکار بیماری خود را با نادیده گرفتن رژیم غذایی و غیبت از جلسات درمان نشان می‌دهند. نسبت به کارکنان اظهار خشم می‌کنند، چانه می‌زنند و چالپوسی می‌کنند یا به التماس و رفتار کودکانه دست می‌زنند. گروهی از بیماران هم شجاعت و پذیرش نشان می‌دهند.

نوع واکنش بیماران در ورود به بخش دیالیز، با زمینه‌های شخصیتی قبلی آن‌ها و تجربه‌هایشان با بیماری کلیه یا بیماری‌های مزمن دیگر در ارتباط است. بیمارانی که فرصت کافی برای واکنش و انطباق با نارسایی مزمن کلیوی داشته‌اند، کمتر از کسانی که نارسایی کلیه و وابستگی به دستگاه برای آن‌ها تازه است دچار علائم روان‌شناختی تطابق می‌شوند.

تأثیر عوامل فرهنگی - اجتماعی نیز در واکنش به دیالیز و ترتیبات واحد دیالیز حائز اهمیت است. واحدهایی که مدیریت قوی دارند و در مدارا با بیماران ثابت نشان می‌دهند برای نارسایی‌های رفتاری روش برخورد صریحی دارند و همچنین کارکنان آن‌ها از حمایت روانی لازم برخوردارند، بهترین کارایی درمانی را نیز خواهند داشت. دیالیز ممکن است منجر به اختلال روانی (افسردگی و اقدام به خودکشی)، اختلالات جنسی (با علت عصبی، روانی یا اختلال در هورمون‌های

جنسی و آترومی بیضه‌ها) و اختلالات خانوادگی (پیدایش بیماری مزمن در یک عضو خانواده)، نظام خانواده را نیز تحت فشار قرار می‌دهد و انطباق مجدد خانواده را ایجاب می‌کند. یک اختلال زودتر از موعد مورد انتظار یک عضو سالم خانواده را مبتلا می‌کند و تعادل اقتصادی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درحالی‌که برای بهبود حال وی نمی‌توان کاری کرد، خانواده را هم در هم می‌کوبد. (بهداشت روانی در بیماران دیالیزی، دکتر رضا رستمی و پروانه حدادی).

بیشتر بیماری‌ها بخصوص انواع مزمن و ناتوان کننده پیامدهای روان‌پزشکی متعددی دارند. به همین دلیل بروز اختلال روان‌پزشکی به دنبال ایجاد بیماری‌های جسمی شایع است. دیالیز و نارسایی کلیه از جمله علل جسمی محسوب می‌شوند. دیالیز به عنوان راه‌حل در درمان نارسایی کلیه، تنش زاست و فشارهای روحی - روانی مزمن این قبیل بیماران، با بروز مشکلات روانی - اجتماعی متعددی همراه است. اگرچه درمان با کمک دستگاه‌های همودیالیز توانسته بر طول عمر بیماران بیفزاید، ولی در عین حال برای بسیاری از آن‌ها دشواری‌هایی را هم ایجاد و ادامه زندگی را برایشان مشکل کرده است. به عبارتی برای افراد دیالیزی نه تنها بیماری و درمان آن مسئله‌ساز است بلکه در روابط آن‌ها با محیط نیز اختلال‌هایی به وجود می‌آید. (بررسی فراوانی مشکلات روانی بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان خاتم / علی نویدیان). یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی در سراسر جهان بیماری مزمن کلیه است. نارسایی مزمن کلیه یک بیماری با اختلال شدید و غیرقابل برگشت در عملکرد کلیه‌هاست که نتیجه آن ناتوانی بدن در حفظ تعادل مایعات، الکترولیت‌ها و متابولیسم مواد است. درمان با همودیالیز یکی از روش‌های بهبود بیماران با نارسایی مزمن کلیوی است.

علل عدم تبعیت درمان در بیماران دیالیزی

امروزه شواهدی مبنی بر رابطه تبعیت از درمان در بیماران دیالیزی و کاهش عامل بستری شدن این بیماران در بیمارستان وجود دارد، بیش از نیمی از بیماران دیالیزی معتقدند که از رژیم درمانی خود تبعیت نمی‌کنند و این عدم تبعیت شامل کوتاه کردن مدت دیالیز، عدم استفاده صحیح از داروها و رعایت رژیم غذایی و محدودیت مایعات است. تبعیت ضعیف درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه اغلب منجر به آزمایش‌های اضافی، تغییر در طرح درمان، تغییر یا تعدیل مقدار داروی تجویز شده و بستری شدن در بیمارستان و در نهایت موجب افزایش هزینه مراقبت پزشکی می‌شود.

دیالیز و نارسایی کلیه

از جمله علل جسمی

محسوب می‌شوند.

دیالیز به عنوان راه‌حل

در درمان نارسایی کلیه،

تنش زاست و فشارهای

روحی - روانی مزمن این

قبیل بیماران، با بروز

مشکلات روانی اجتماعی

متعددی همراه است

فهرست اقلام اهدایی بنیاد امور بیماری‌های خاص به مراکز درمانی کشور از ابتدای سال ۱۳۹۸ تاکنون

وقتی تحریم‌های ظالمانه را شکستیم!

تحریریه خاص: سال ۱۳۹۸ را در شرایطی به پایان می‌بریم که کشور عزیزمان ایران شاهد اعمال بی‌سابقه‌ترین تحریم‌های غیرقانونی ولی فراگیر دولت ایالات متحده آمریکا بوده است.

مرکز	بخش	اقلام اهدایی	تعداد
بیمارستان سینا تهران	دیالیز	دستگاه دیالیز JMS-sds50	۱ عدد
بیمارستان علی‌ابن‌ابی‌طالب زاهدان	دیالیز	دستگاه دیالیز JMS-sds50	۲ عدد
بیمارستان حاجی عزیزی جویبار	دیالیز	دستگاه دیالیز بی بران	۱ عدد
		تخت سه شکن با لوازم جانبی	۱ عدد
بیمارستان رازی قائم‌شهر	دیالیز	دستگاه دیالیز بی بران	۱ عدد
		تخت سه شکن با لوازم جانبی	۱ عدد
	تالاسمی	تخت یک شکن با لوازم جانبی	۲ عدد
بیمارستان امام رضا آمل	تالاسمی	تخت یک شکن با لوازم جانبی	۲ عدد
بیمارستان شهید بهشتی نوشهر	تالاسمی	تخت یک شکن با لوازم جانبی	۱ عدد
بیمارستان شهید نورانی تالش	دیالیز	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۲ عدد
	تالاسمی	تخت یک شکن با لوازم جانبی	۳ عدد
بیمارستان رازی رشت	دیالیز	ترالی دارو	۱ عدد
		ترالی اورژانس	۱ عدد
بیمارستان انصاری رودسر	دیالیز	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۲ عدد
بیمارستان امینی لنگرود	دیالیز	ترالی اورژانس	۱ عدد
بیمارستان ۱۷ شهریور رشت	تالاسمی	ترالی اورژانس	۱ عدد
بیمارستان امام خمینی صومعه‌سرا	تالاسمی	تخت یک شکن با لوازم جانبی	۲ عدد
بیمارستان رسالت ماسال	تالاسمی	تخت یک شکن با لوازم جانبی	۳ عدد
بیمارستان سیدالشهدا لاهیجان	دیالیز	تخت سه شکن با لوازم جانبی	۴ عدد
	تالاسمی	پمپ دسفرال	۵ عدد
	شیمی درمانی	ترالی دارو	۱ عدد
		ترالی اورژانس	۱ عدد
		ترالی دو طبقه	۱ عدد
مرکز دیالیز سلامت نیشابور	دیالیز	دستگاه دیالیز JMS-sds50	۲ عدد
بیمارستان ولیعصر فسا	دیالیز	دستگاه دیالیز JMS-sds50	۱ عدد
بیمارستان امام حسین	دیالیز	دستگاه دیالیز JMS-sds50	۱ عدد

هرچند که به ادعای سردمداران کاخ سفید مراکز اقتصادی ایران عمدتاً هدف تحریم‌های ظالمانه کاخ سفید قرار داشته‌اند ولی بر هیچ‌یک از مردم شریف سرزمین پدری و همچنین کارشناسان سازمان بهداشت جهانی پوشیده نیست که بخش بهداشت و درمان به‌ویژه در حوزه مربوط به بیماری‌های خاص با ممانعت همه جانبه دولت فعلی آمریکا در راستای عدم ورود دارو و تجهیزات پزشکی در نوک پیکان تحریم قرار داشته است! قطعاً عزم و اراده مسئولان بنیاد بیماری‌های خاص برای رساندن به‌موقع اقلام مدنظر مراکز نگهداری از بیماران خاص در سراسر کشور معنایی ندارد جز شکسته شدن تحریم‌های غیرانسانی دولت آمریکا و رسیدن به باور رشک‌برانگیز ما می‌توانیم! باوری که از نخستین روزهای تأسیس بنیاد از سوی بنیانگذارش، مرحوم حضرت آیت‌الله هاشمی رفسنجانی همچون اراده‌ای پولادین شکل گرفت و تا امروز نیز به توفیق الهی دنبال شده است.

به گزارش خبرنگار خاص، بر اساس بازدیدهای دوره‌ای کارشناسان بنیاد از مراکز درمانی سطح کشور و نیز درخواست مراکز درمانی بنیاد امور بیماری‌های خاص از ابتدای سال ۱۳۹۸ تاکنون، ۵۰ عدد دستگاه دیالیز، ۷۲ عدد تخت سه شکن با لوازم جانبی، ۴۲ عدد تخت یک شکن با لوازم جانبی، ۳ عدد تخت ریکآوری، ۱۵ عدد تخت اطفال، ۲ عدد هود شیمی درمانی، ۵۰ عدد پتو، ۳۰ عدد تجهیزات درمانی و بیمارستانی به ۷۰ مرکز درمانی در سطح کشور به شرح جدول ذیل اهدا شده است.



بنیاد امور بیماری‌های خاص

هم اکنون نیازمندی‌های سبزتان هستیم

راه‌های کمک به بیماران خاص:

سایت: <http://www.cffsd.org/pages/donate>

شماره گیری کد ussd:

*۷۴۱۳۳*۴۹۵۲۵۰۶# یا *۷۳۷۳۴۳۴۰#

نصب اپلیکیشن آب: انتخاب گزینه نیکوکاری و کلیک روی نام موسسه درمان و سرطان

نصب اپلیکیشن ایوا و سکه: انتخاب گزینه مهربانی و کلیک روی نام بنیاد امور بیماری‌های خاص

شماره کارت بنیاد امور بیماری‌های خاص: ۶۰۳۷۹۹۱۱۹۹۵۰۵۵۲۴

شماره حساب سیبیا بانک ملی: ۰۱۱۰۱۰۳۴۴۰۰۰

دیابت # هموفیلی # دیالیزی # تالاسمی # ای‌بی

ام اس # نارسایی کلیوی # پیوند عضو # سرطان # اتیسم



بنیاد امور بیماری‌های خاص

یادمان باشد زندگی را هم می‌توان اهدا کرد...

فاطمه موحدی‌فر

کارشناس امور هماهنگی و ارتباطات

بعضی وقت‌ها هدیه‌ها می‌توانند خیلی خاص باشند، مانند بخشیدن یکی از اعضای بدن یا قسمتی از وجود آدمی! هدیه‌ای که حتماً جان یک هموطن یا انسان دیگری را نجات خواهد داد.

این هدیه می‌تواند زندگی سخت و عذاب‌آور یک فرد بیمار از وابستگی به دستگاهی مانند دیالیز کلیه را پایان بخشد. در همین راستا بنیاد امور بیماری‌های خاص مفتخر است تا به منظور تجلیل از کسانی که با اهدای کلیه جان هموعان خود را نجات می‌دهند به عنوان پاداشی کوچک برای اقدام آسمانی آن عزیزان مبلغ یک میلیون تومان به عنوان هدیه ایثار پرداخت کند که سالانه شامل حدود ۱۲۰۰ نفر اهداکننده می‌شود.

به گزارش خبرنگار خاص، اسامی هدیه‌دهندگان ایثار در فصل پاییز امسال به شرح ذیل اعلام می‌شود:

امید حسن‌پور، محسن آزادی خشکه رودی، سکینه جوزی احمدآبادی، بهنام قدرتی، لیلا شعبانی گنجی، طاهره رنجبرمبارکه، مختار امامی آذر خانقشلاقی، صادق اکبری، رویا فاتحی فندسقین سرا، احمد غفاری، مهدی کریمی، امیر بایزدی، احمد علیرضائی، نعمت صالح‌پور، محمدرضا عظیم‌پور، احسان جباری، علی حسین قنبری، محسن برومند جنکانلو، نسترن فتح‌اللهی شورابه، مجید وحیدی، بهروز پومنی، طاهره قندی، مهدی دریکوندی، علی عارفی منش، علیرضا هارون‌الرشیدی، رامین عزیزاده، رضا رمضانی، رضا جلیلیان، لیلا نجف‌زاده، رحمان سهرابی باوانی، جاوید صدیق دره‌چی، حسین رضایی کلاته، رضا فرجی کیوی، سیدمحمد موسوی‌فرد، شهرام حاجی میرزائی، عسگری میرزاوند، صغری سیفی، حسین جعفری پیره گلین، حسین اخلاقی، فرهاد حسینی‌کیا، امیرحسین هراتیان، افشین رحمانی، رامین الهامی کلوجه، سعید رجبی‌زاده، بهروز عزیزاده، سهیل ملک‌شاهی، ناصر خدائی، سعید قزلقاش، اقبال علیخانی، مهرداد گنجی‌فر، محمد خلجی پیربلوطی، جواد میری، گل جمال چشمه‌نور، احسان بابایی، رضا آگاهی، فاطمه جلالی علی‌آبادی، رامین طریقت، محمد روزه‌دار، صاحب‌افضلی، مهدی

امیریان، محبوبه نوده‌ی، فرزانه میرشکاری برائی، مجید زنگی زهی قلعه بیدی، نیما فریدی، محمدرضا مرادی قوام‌پور، بهمن یگانه جولانی، علیرضا حصاری، محمود شهبازی، مهدی نصیری، اسمعیل اسکندری‌زاده، محسن چنانی، یعقوب بابائی، سیدایمان میرکاظمی، شهرام قره‌پور، عبدالله دهمرده‌نیا، وحید جعفری، میترا فرهادروش، مجید یاوری، مسعود رضائی سرتیشنی‌زی، فائق مدحی قلدره، محمد بیات، علی کریمی، محمد دره قایدی، ناهید نجفی، اکبر حیدرنژاد، سیدهاوری فتحی، رضا خسروی، پیمان حمیدی، علی سرابی قلعه‌زو، حمیدرضا موسی‌پور، مهناز ضیائی شندرشامی، مرتضی داودی اصل، ابوالفضل چاقری، کاوه خسروی، سعید پناهی پیرالقر، علیرضا پناهی‌پور، عبدالله محمودی، گلپهار کرمی، اسماعیل ابراهیمی، کاوه ناصری، محمد رحیمی تمندگان، روح‌الله حیدری، حسین ساعتی قره موسی، نظام سرباز آبی بگلو، سیدمیلاد علی‌پور، علیرضا آقاپور اصلی‌کش، حسین قاسمی، مریم نورعلیئی سرابی، مهرداد اسفندیاری خوشینانی، فرشاد مامدی قزل کند، حامد جلالی ریگی، صلاح رحیمی، علیرضا عسگری، کامیار علیمردادی، مسعود اعرابی، فرشید صادقی‌نیا، جابر جلالی ره، بهنام رجبیانی، علیرضا طایفه رمضانلو، مرتضی منصوری بروجنی، احسان عاشوری، محمدعلی شاه‌پسندی، محمدنقدی نادینلوئی، پریناز جزء میرفخرائی، اسماعیل امینی، پیام محمدی سامانی، خیرالله رضائی، شاهین احمدی، حامد بختیاری، سیروس خزائی، مجتبی ملکانی، محمدرضا گرگی، بهمن بارانی، سکینه لیراوی، شهرام اسلامی بهادر، حسین صارمی‌فر، رضا اکبری، مجتبی صفری کهریزی، مجید نورمحمدی، زهرا ولدی، مجید بندانی، مهدی صبوری کنارسری، نریمان عزیزاده‌فر، امید حسن‌پور، کامران رضایی ممتاز، محسن آزادی خشکه رودی، ابراهیم محمدی دستجائی، رضا کوشیشیان‌پور، امیر عباسی هریس، سکینه جوزی احمدآبادی، بهنام قدرتی، لیلا شعبانی گنجی، طاهره رنجبر مبارکه، مختار امامی آذر خانقشلاقی، مجید پهلوان، ابراهیم محمدی خوانسارکی، صادق اکبری، رویا فاتحی فندسقین‌سرا، علی جباری، احمد غفاری، محمد عطائی‌نژاد، حشمت‌الله عبدلی راضی، جعفر جوان دولتسرا، اسماعیل جدی تقی دیزج، مهدی کریمی، مرتضی حسینی، احمد صائبی، امید سعادت، امیر بایزدی، اکبر عظمی قشلاقی، احمد علیرضائی، حافظ فرشید مستعلی بگلو، نعمت صالح‌پور.

با اهدای عضو بعد از مرگ، حیاتی تازه به هم‌نوع خود ببخشید.

برای کسب اطلاعات بیشتر با شماره تماس ۲۲۷۸۳۴۶۵/داخلی ۴۰۷ حاصل فرمایید.

نتایج چهارمین دوره مسابقات قهرمانی کشور ورزشکاران هموفیلی و همودیالیز قم



چهارمین دوره مسابقات قهرمانی کشور ورزشکاران هموفیلی و همودیالیزی در شهر قم برگزار شد. این دوره از مسابقات با حضور ۲۰۰ نفر ورزشکار، مربی، سرپرست و کادر اجرایی در قالب ۲۱ استان در رشته‌های دارت، شطرنج و پتانک به مناسبت دهه مبارک فجر و سالگرد پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی ایران برگزار شد.

به گزارش خبرنگار خاص، این رقابت‌ها در دو رده سنی امید و بزرگسالان و در دو گروه بانوان و آقایان و رشته‌های دارت، شطرنج و پتانک برگزار شد. دکتر فرهادی زاد، معاونت بانوان وزارت ورزش در مراسم اختتامیه این مسابقات حضور یافتند و از زحمات هیأت ورزش بیماران خاص استان قم و همکاری شایان اداره کل استان و جناب آقای منعم مدیر کل اداره ورزش استان قم تقدیر کردند.

تجدید میثاق ورزشکاران و مسئولان فدراسیون
بیماری‌های خاص با آرمان‌های امام راحل

ورزشکاران، کارمندان و مسئولان فدراسیون ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا در راه‌پیمایی ۲۲ بهمن حاضر شدند.

به گزارش خبرنگار خاص، ورزشکاران، کارمندان و مسئولان فدراسیون با حضور در راه‌پیمایی سالروز پیروزی انقلاب اسلامی ایران، با آرمان‌های انقلاب و امام تجدید میثاق کردند. همزمان با فرارسیدن جشن گرامیداشت چهل‌ویکمین سالگرد پیروزی انقلاب اسلامی، ورزشکاران، کارمندان و مسئولان فدراسیون ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا، دوشادوش سایر مردم شریف ایران در راستای بیعت با آرمان‌های رفیع بنیانگذار انقلاب اسلامی در راه‌پیمایی ۲۲ بهمن شرکت کردند.



برگزاری جشنواره بزرگ ورزشی هیأت ورزش بیماران خاص استان فارس

شاهی و موسی خلیفه به ثمر رساندند، این مسابقات در راستای وحدت و همدلی بیشتر بین بازیکنان و کادر فنی دو تیم انجام شد که مقرر شد تمرین‌ها به صورت مشترک زیر نظر مربی فنی آقای سلطانی انجام گیرد.

در دومین روز از این جشنواره ۱۶ بهمن ماه ساعت ۹ صبح نیز در باغ جنت رقابت‌های پتانک بانوان و آقایان و ورزشکاران بیماران خاص استان فارس و پیوند اعضا استان فارس به مسابقه و رقابت دوستانه با یکدیگر پرداختند. در پایان در بخش آقایان مقام اول امین صفایی (پیوند اعضا)، مقام دوم مهدی رجبی (تالاسمی) و مقام سوم محمدرضا استوار (تالاسمی) و در بخش بانوان مقام اول فاطمه رضائی‌زاده (پیوند اعضا)، مقام دوم مینا

به مناسبت دههٔ پرفروغ فجر اولین دوره مسابقات ورزشی جشنواره و مسابقات دهه فجر توسط هیأت ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا استان فارس برگزار شد.

به گزارش خبرنگار خاص، در اولین روز از این جشنواره، ۱۳ بهمن اولین مسابقه دوستانه بین تیم فوتسال خاص فارس و ستارگان پیوند اعضا در سالن پهلوان نصیری با حضور ریاست هیأت استان فارس، نتیجه این بازی برد شش بر پنج تیم خاص فارس بر تیم ستارگان پیوند اعضا بود. گل‌های این بازی از تیم خاص فارس را حسین روستا، حسین آجری، حسین شریفی و محمدرضا استوار و از تیم ستارگان فارس را مرتضی فنایی، علی حسن

درخشش جهانی کاروان ورزشی ایران در مسابقات جهانی پیوند اعضا

دوومیدانی کاران ۵۰ مدال کسب کردند



گرفت و برنز دوچهارصدمتر و پرش طول را نیز بر گردن آویخت. علی حیدری با طلای پرتاب توپ، نقره پرتاب نیزه و پرتاب وزنه و برنز پرتاب دیسک چهار مدال کسب کرد. سعید منتظر پرچی در دو امدادی چهارصدمتر نقره را بر گردن آویخت و دو برنز در دو صدمتر و پرش طول کسب کرد. صادق محمدی نقره پرتاب دیسک، برنز پرتاب توپ و پرتاب وزنه را از آن خود کرد. موسی خلیفه در پیاده‌روی ۵۰۰۰ متر مدال نقره را به دست آورد و در دوچهارصدمتر برنز گرفت. میثم همتی نیز در رده سنی خود، نقره پیاده‌روی ۵۰۰۰ متر، نقره دو امدادی چهارصدمتر و نقره چهارصد متر را به دست آورد. انعام رهبر سه مدال نقره در مواد دو صدمتر، دوچهارصدمتر، دو امدادی و یک برنز در پرش طول را از آن خود کرد. سجاد فتح‌اللهی به دو برنز پرتاب توپ و پرتاب وزنه رسید. سعید بهزادی نقره پرتاب توپ را گرفت و مرتضی فنایی یک طلا در پیاده‌روی ۵۰۰۰ متر و سه مدال برنز در پیاده‌روی جاده، دو ۱۵۰۰ متر و ۸۰۰ متر را بر گردن آویخت. مردان با کسب پنج مدال طلا، شانزده مدال نقره و چهارده برنز به افتخارهای کاروان ایران افزودند.

در روز پایانی بازی‌های جهانی پیوند اعضا ورزشکاران دوومیدانی کار به میدان رفتند و با کسب هشت مدال طلا، ۲۳ نقره و ۱۹ برنز در مجموع ۵۰ مدال را به جمع مدال‌های کاروان ایران افزودند.

به گزارش خبرنگار خاص، در بخش بانوان، پانید محمودی در پرتاب وزنه طلا گرفت و در نیزه، دیسک و توپ هر کدام یک مدال نقره را از آن خود کرد. مریم شریفی در پرتاب نیزه و پرتاب دیسک طلایی شد و همچنین در پرتاب توپ نقره گرفت. کلثوم ابراهیمی توانست در پرتاب توپ نقره و در پرتاب نیزه و وزنه دو برنز را به دست آورد. معصومه رضایی در دو صدمتر، دوپست‌متر و چهارصدمتر مدال برنز را بر گردن آویخت. فتانه تبرته فراهانی نیز توانست نقره دوچهارصدمتر را از آن خود کند. سحر مهدوی پور مدال نقره دوهشتصدمتر را از آن خود کرد تا بانوان دوومیدانی کار با کسب سه مدال طلا، هفت نقره و پنج برنز به تعداد مدال‌های کاروان ایران اضافه کردند.

یازده مرد دوومیدانی کار کشورمان همگی مدال گرفتند، علی جعفری با سه طلا در مواد پرتاب توپ، وزنه و دیسک و یک نقره در پرتاب نیزه شاهکار کرد. علی موسوی نور سه نقره در پرتاب توپ، پرش ارتفاع و دوی امدادی ۴۰۰ متر



ساعت ۱۶:۳۰ در فرهنگسرای رسانه رقابت‌های شطرنج بانوان و آقایان ورزشکاران بیمارستان خاص و پیوند اعضا استان فارس آغاز شد.

در پایان در بخش آقایان مقام اول حیدری فرد (دیابت)، مقام دوم فراز (تالاسمی) و مقام سوم حیدرپناه (ام‌اس) و در بخش بانوان مقام اول مویدی (ام‌اس)، مقام دوم فرخی (ام‌اس) و مقام سوم زارع (ام‌اس) جزو برترین‌های این مسابقه دوستانه قرار گرفتند.

ارس به مناسبت دهه مبارک فجر

دهقانی (تالاسمی) و مقام سوم نیلوفر نصیری (ام‌اس) جزو برترین‌های این مسابقه دوستانه قرار گرفتند. در عصر همان روز، ساعت ۱۵:۳۰ در سالن دارت شیرعلی سلطانی، بانوان و آقایان ورزشکاران بیمارستان خاص استان فارس و پیوند اعضا استان فارس به مسابقه و رقابت دوستانه با یکدیگر پرداختند.

در پایان در بخش آقایان مقام اول محمد بی‌طرف نوبندگانی (پیوند اعضا)، مقام دوم پژمان بادپا (تالاسمی) و مقام سوم محمد رضا استوار (تالاسمی) و در بخش بانوان مقام اول رها رضایی (پیوند اعضا)، مقام دوم فاطمه. ر (ام‌اس) و مقام سوم زهرا دهقان (تالاسمی) جزو برترین‌های این مسابقه دوستانه قرار گرفتند.

همزمان در دومین روز از این جشنواره ۱۶ بهمن‌ماه



رئیس هیأت ورزش بیماران خاص خوزستان:

ورزش همگانی اولویتی برای بیماران خاص استان است



توانست سه مدال نقره و دو مدال برنز کسب کند که از ایشان تجلیل شد، اینک انتظار داریم برای مسابقات آتی این یک نفر مدال آور در سطح جهانی به پنج نفر افزایش پیدا کند.»

رئیس هیأت ورزش بیماران خاص و پیوند اعضای استان خوزستان با تأکید بر این که رؤسا و دبیران هیأتها باید بر مسئله پیوند اعضا کار کنند و فعالیت جدی داشته باشند، گفت: «ورزش همگانی اولویت ما برای بیماران خاص است و با توجه به شرایط آب و هوایی مساعد اکنون انتظار داریم مسئولان در این راستا که هزینه زیادی نیز ندارد بهتر اقدام کنند و با رؤسای تربیت بدنی و ورزش و جوانان شهرستانها و همچنین فرمانداران برای این امر هماهنگ کنند و یک همایش پیاده روی خانوادگی برای بیماران خاص استان بخصوص بیماران مبتلا به دیابت برگزار کنند و در دو هفته آینده شاهد یک حرکت جهشی در بحث پیاده رویهای خانوادگی باشیم. حاجی زاده عنوان کرد: «اگر فرماندار یا اداره ورزش و جوانان شهرستانی در این زمینه همکاری نمی کند اطلاع داده شود که برای رفع مشکل اقدام کنیم تا بحث توسعه ورزش همگانی جدی گرفته شود زیرا هدف ما از تشکیل فدراسیون و هیأت های ورزش بیماران خاص ایجاد نشاط، بالابردن روحیه و امید به زندگی در بین هفت گروه بیماران خاص بوده است.» او با اشاره به این که برنامه دو شهرستانی که مقرر است المپیادهای ورزشی در آن برگزار شود هرچه سریع تر جهت هماهنگی با فرمانداران آن شهرستان برای امکانات لازمه مانند سالن و خوابگاه مشخص شود، اضافه کرد: «در دو شهرستان خوزستان از جمله رامهرمز در کنار هیأت ورزش بیماران خاص کار ایجاد مؤسسه شروع شده است. همچنین در این شهرستان شش بیمار مبتلا به تالاسمی با هزینه خیرین پیوند مغز و استخوان شدند.»

رئیس هیأت ورزش بیماران خاص استان تشریح کرد: «انتظار داریم در قطب انرژی و اقتصادی خوزستان یعنی ماهشهر باتوجه به محرومیتها و مشکلاتی که در این شهرستان وجود دارد مؤسسه بیماران خاص راهاندازی شود.»

کیومرث حاجی زاده در جلسه ورزش بیماران خاص و پیوند اعضا خوزستان که با حضور رؤسا و دبیران هیأت شهرستانهای استان در ماهشهر برگزار شد، اظهار کرد: «انتظار داریم راهی را که شروع کرده ایم و در آستانه چهارساله دوم است با جدیت ادامه داده شود؛ البته مشکلات اقتصادی نیز بر جامعه حاکم شده است و خانواده ها و خیرین دچار مشکل هستند، اما این نباید منجر به دلسردی شود بلکه باید به سمتی برویم که همچنان این وضعیت و رتبه برتر را مستحکم تر از گذشته پیش ببریم.» به گزارش خبرنگار خاص، حاجی زاده اضافه کرد: «باید مسئولان در هیأت های استان فعال تر عمل کنند گرچه اعزام های ورزشکاران و برنامه های فرهنگی به طور مداوم انجام می شود اما در شهرستانها فعالیتها کمتر شده که دلیل آن داشتن وظایف دیگر مانند فرمانداری و بخشداری برخی مسئولان این عرصه است.»

او تأکید کرد: «انتظار داریم به جز همکاری که در سطح عالی شهرستانها مسئولیت دارند و فرصت نمی کنند سایر افراد ذی ربط در حوزه بیماران خاص در جلسات شرکت کنند و اگر هم حضور پیدا نمی کنند حداقل برنامه ها را در شهرستانها انجام دهند.»

رئیس هیأت ورزش بیماران خاص استان با اشاره به این که بارها گوشزد شده اگر کسی نمی تواند در این راه خیر قدم بردارد به صورت کتبی عنوان کند تا فردی را که برای این کار مشتاق است جایگزین کنیم، یادآور شد: «مؤسسه بیماران خاص خوزستان بعد از چندین سال پیگیری برای تصویب اساسنامه آن و اخذ مجوز از استانداری در منطقه امانیه اهواز راهاندازی شد و به وسیله ساختمانی که از طریق استانداری در اختیار آن قرار گرفت از حدود یک هفته پیش شروع به کار کرده است.» او ضمن عنوان این که گزارش ارائه شده از سوی دبیر هیأت ورزش بیماران خاص کاهش فعالیت هیأتها را نشان می دهد و لذا انتظار داریم مسئولان این هیأتها در چند ماه باقی مانده از سال جهشی را در فعالیت های خود داشته باشند، بیان کرد: «طی امروز اعتباری برای اجرایی شدن حداکثر دو برنامه به هیأت هر شهرستان واریز می شود. همچنین اجرای دو المپیاد برای همدلی و همگرایی بین هیأتها ضروری است. در سال جاری تاکنون دو المپیاد برگزار شده است که نسبت به سال گذشته با چهار المپیاد برگزار شده دو المپیاد عقب هستیم که باید در بهمن و اسفندماه برگزار شوند.»

رئیس هیأت ورزش بیماران خاص استان خوزستان با اشاره به لزوم جدیت در پیگیری انجام تمرین های مسابقات استانی و کشوری در مرکز و شهرستانها تصریح کرد: «برای اولین بار خوزستان در بخش پیوند اعضا در مسابقات بین المللی شرکت کرد که نتیجه خوبی هم داشت و ورزشکار رامهریزی ما



فدراسیون جهانی تالاسمی (TIF):

داروی Reblozyl راهی بازار می شود

انتقال خون مادام‌العمر بود که با گذشت زمان بدن را به سمت اضافه بار آهن همراه با عواقب نهفته در زندگی تهدید می‌کند. گفتنی است، درمان جدید در آزمایش‌های نهایی بالینی تعداد قابل توجهی از بیماران نشان داده است که حداقل ۳۳ درصد از تعداد انتقال خون مورد نیاز در بیش از سه ماه کاهش پیدا کرده است. با گذشت زمان، کاهش در گروه‌های بیماران خاص حتی از ۵۰ درصد نیز فراتر رفته است و در نتیجه، بهبود کیفیت زندگی بیماران نیز بسیار محسوس بوده است. با توجه به این که به زودی انتظار می‌رود که داروی Reblozyl در اروپا توسط آژانس داروهای اروپایی (EMA) مجوز بگیرد، فدراسیون جهانی تالاسمی (Tif) قصد دارد در اسرع وقت نشستی برای اطلاع‌رسانی به پزشکان سرشناس و نمایندگان سازمان بیماران و وزارت بهداشت قبرس با هدف آغاز گفت‌وگوی زود هنگام در مورد بازاریابی، هزینه‌ها و دسترسی بیماران به این درمان جدید برپا کند.

سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) اجازه توزیع جهانی داروی Reblozyl در راستای بهبود هرچه بیشتر بیماران مبتلا به تالاسمی را صادر کرد.

به گزارش بنیاد بیماری‌های خاص به نقل از فدراسیون جهانی تالاسمی، این پیشرفت مهم احتمالاً خیلی زود، تأثیر خود را در درمان تالاسمی و پیشرفت سریع علمی ثبت شده در زمینه تحقیقات بیماری در سال‌های اخیر نشان می‌دهد. بنابراین گزارش، داروی Reblozyl به بیماران مبتلا به تالاسمی بتا کمک می‌کند تا از تزریق‌های مداوم خونی، خلاص شوند. فدراسیون جهانی تالاسمی اعلام کرده است که تلاش‌های لازم را برای آگاهی بیماران درباره داروی جدید در ۶۲ کشور انجام می‌دهد. این نخستین باری است که یک داروی نسل جدید توسط یک تنظیم‌کننده مجوز دارویی در سطح جهانی می‌گیرد. تا به امروز، گزینه اصلی بیماران مبتلا به تالاسمی بتا برای مدیریت بیماری‌شان،

مطالعات نشان داد:

افزایش ریسک سرطان پستان ناشی از رنگ کردن مداوم رنگ موی سر

موجود در رنگ مو می‌تواند موجب ایجاد تومور در غده‌های پستانی موش‌ها شود. در مطالعه اخیر، محققان داده‌های مربوط به ۸۸۴،۵۰ زن در رده سنی ۳۵ تا ۷۴ سال را بررسی کردند. زنان به طور میانگین به مدت ۸.۳ سال تحت نظر بودند. هیچ‌یک از زنان در ابتدای مطالعه سابقه سرطان پستان نداشتند. محققان بعد از بررسی اطلاعات دریافتند زنانی که در طول ۱۲ ماه قبل از ثبت نام در مطالعه، به طور مرتب موهایشان را رنگ کرده بودند، ۹ درصد بیشتر با احتمال ابتلا به سرطان پستان مواجه بودند.

محققان در مطالعه اخیر خود به بررسی رابطه بین محصولات رنگ مو و سرطان پستان پرداختند.

به گزارش خبرنگار خاص به نقل از خبرگزاری مهر، محققان در سال‌های گذشته در قالب مطالعات مختلف به بررسی نقش احتمالی محصولات مو در ابتلا به سرطان پرداختند. به گفته محققان، محصولات مو حاوی بیش از ۵۰۰۰ ماده شیمیایی است که دارای ویژگی‌های جهش‌زایی و اختلال در غدد درون ریز هستند. برخی مطالعات هم نشان داده‌اند که برخی مواد شیمیایی

اهمیت ورزش و فیزیوتراپی در بهبود بیماران هموفیلی



زانو رخ می‌دهد و به دنبال آن در آرنج و مچ پا اتفاق می‌افتد.

هر مفصلی که دارای سه یا تعداد بیشتر خونریزی در طی دوره ۳ تا ۶ ماه است، به عنوان یک مفصل هدف شناخته می‌شود و مستعد خونریزی بیشتر و تخریب مفصل است.

خونریزی مکرر مفاصل باعث ایجاد آرتریت هموفیلی (همارتروپاتی) می‌شود که این تخریب‌ها منجر به هیپرتروفی هایپر و سکولار سینوویال، سینوویت مزمن، آسیب غضروف مفصلی، هیپرتروفی استخوانی و کیست‌های ساب کندرال می‌شود.

آرتریت هموفیلی با درد، کاهش تعادل مفصل، تغییر شکل، آتروفی عضلانی، محدودیت حرکتی و اختلال در عملکرد و کاهش کیفیت زندگی ظاهر می‌شود و در مرحله آخر آرتروپاتی هموفیلی غضروف مفصلی فیبروتیک است که در این حالت از بین رفتن کامل فضای مفصلی ایجاد می‌شود و بسیاری از مفاصل در این مرحله انکیلوز می‌شوند یعنی دو سطح مفصلی نمی‌توانند در کنار هم حرکت کنند و تعویض مفصل تنها گزینه قابل قبول برای حرکت کاربردی است. در صورتی که درمان بیماران هموفیلی به نحو صحیح

ویدا مرزبان

فلوشیپ بین‌المللی از طرف فدراسیون جهانی هموفیلی از کشور ایتالیا

بیماری هموفیلی، بیماری‌ای است که به دلیل کمبود برخی از پروتئین‌های خونی به نام فاکتورهای انعقادی، بدن بیمار مستعد خونریزی می‌شود و براساس شدت آن و میزان تظاهرات بالینی، انواع مختلفی دارد که از نظر شدت به سه نوع شدید با میزان فاکتور کمتر از ۱ درصد و متوسط با میزان ۱ تا ۵ درصد و خفیف با میزان بالای ۵ درصد تقسیم‌بندی می‌شود.

در نوع شدید بیماری هموفیلی، وارد شدن ضربه‌های جزئی می‌تواند باعث خونریزی در مفاصل (همارتروز) یا در ماهیچه‌ها (هماتوم) شود و این نوع خونریزی ممکن است باعث تخریب اسکلتی عضلانی و منجر به آرتریت شود.

«همارتروز» شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین عارضه هموفیلی است. تقریباً ۸۰ درصد خونریزی‌های مرتبط با هموفیلی، همارتروز هستند.

اغلب خونریزی‌ها در افراد مبتلا به همارتروز در مفصل

مدتی با افزایش تخریب در غضروف مفصلی، بیمار دچار درد مفصل خواهد شد.

به همین خاطر در ابتدا درد فقط در هنگام فعالیت‌های بدنی ایجاد می‌شود ولی با حادث شدن بیماری احتمال این که در حالت استراحت هم فرد احساس درد کند، وجود دارد و به تدریج استخوان‌های اندام بیمار دچار کاهش تراکم و پوکی می‌شوند و تمام بیماران مبتلا به هموفیلی را که دچار خونریزی‌های مکرر مفصلی می‌شوند مشکلاتی که بیان شد تا حدودی در مفاصل زانو، مچ پا یا آرنج خود دارند. بنابراین هر چه سن بیمار بالاتر و دفعات خونریزی‌ها بیشتر شود این مشکلات هم افزایش خواهند یافت.

بیماران مبتلا به هموفیلی که با درمان جایگزینی مناسب و استفاده از فاکتورهای خونی مانع از خونریزی مفصلی می‌شوند این مشکلات مفصلی را نخواهند داشت. همان‌طور که گفته شد مفاصل لولایی مانند زانو، مچ پا و آرنج بیشتر دچار خونریزی مفصلی و عوارض ناشی از آن می‌شوند درحالی‌که احتمال این مشکلات در مفاصل گوی و کاسه‌ای مانند مفصل ران و شانه کمتر است.

اهمیت استفاده از درمان‌های فیزیوتراپی بیماران هموفیلی جهت کاهش عوارض مفصلی در این بیماران است، به گونه‌ای که فیزیوتراپی در بیماران هموفیلی منجر به سرعت بخشیدن به روند ترمیم بافت‌های آسیب‌دیده، کاهش تعداد دوره‌های خونریزی، جلوگیری از تخریب مفصل در اثر خونریزی‌های مکرر و بهبود کیفیت زندگی بیماران هموفیلی می‌شود.

بیماران هموفیلی، بعد از خونریزی نیازمند بازتوانی مفاصل و ماهیچه‌ها هستند و فیزیوتراپیست، با کاهش درد و سفتی مفاصل، افزایش انعطاف‌پذیری ماهیچه و بافت نرم و افزایش تعادل فرد، به آن‌ها کمک می‌کند. یک فیزیوتراپیست با تجربه هموفیلی یک عضو حیاتی از تیم مراقبت جامع هموفیلی است و باید وضعیت اسکلتی عضلانی بیمار را حداقل یک یا دو بار در سال بررسی کند. هدف درمان فیزیوتراپی در بیماران مبتلا به هموفیلی، ارزیابی، تشخیص و درمان هر گونه ناتوانی و پیشگیری از آسیب یا بدتر شدنش است.

هدف‌های درمان ویژه فیزیوتراپی هموفیلی عبارت‌اند از کاهش درد، بازپایی دامنه حرکتی، پیشگیری از آتروفی عضلانی و همچنین بهبود توانایی عملکردی، کاهش فرکانس خونریزی مفصلی و بهبود کیفیت زندگی.

فیزیوتراپی افراد هموفیلی، شامل الکتروتراپی، تمرین درمانی و آب درمانی است و الکتروتراپی که موجب کاهش التهاب و گرفتگی‌های عضلانی و کاهش درد به منظور آماده‌سازی برای متحرک‌سازی مفصل می‌شود و همچنین تمرین درمانی، موجب افزایش قدرت تحمل درد، جلوگیری از لاغری عضلانی، پیشگیری از پوکی

و به‌طور موفق تجویز نشود می‌تواند با خونریزی در ارگان‌های مختلف بدن که عوارض گوناگونی دارد تا حد مرگ جان بیمار را در معرض خطر قرار دهد. معمولاً خونریزی‌هایی در مفاصل و گاهی نیز حتی در ارگان‌های دیگر مانند دستگاه گوارش، کلیه‌ها و حتی در مغز اتفاق می‌افتد که جان بیمار در خطر است.

بیماران هموفیلی به دلیل مشکلات و عوارضی که در اثر بیماری‌شان به وجود می‌آید مانند ضعف عضلات و ایجاد آرتروز زودرس و تحلیل اندام‌ها و ایجاد معلولیت و وابستگی به عصا یا ویلچر و کاهش تعادل و تغییر شکل‌های مفصلی و... با جلسات مداوم و منظم فیزیوتراپی و انجام توصیه‌ها و تمرین‌های داده شده توسط فیزیوتراپیست و فعالیت فیزیکی مداوم و اصلاح سبک زندگی‌شان از پیشرفت مشکلات مفاصل‌شان جلوگیری کرده و نیازشان به جراحی‌های ارتوپدی و وابستگی به عصا و ویلچر را رفع می‌کنند و می‌توانند مانند افراد عادی در جامعه زندگی کنند و استقلال خود را در انجام فعالیت‌های روزانه‌شان به دست آورند. همچنین برای کاهش درد و سفتی مفاصل، افزایش انعطاف‌پذیری ماهیچه و همچنین تعادل بیماران هموفیلی می‌توان از فیزیوتراپی بهره گرفت.

بهترین و مؤثرترین راه برای کاهش بروز عوارض در بیماران مبتلا به هموفیلی پیشگیری از ایجاد خونریزی مفصلی است و بهترین راه آن استفاده از فاکتورهای خونی است. استفاده از فاکتورهای خونی یعنی همان پروتئین‌هایی که بدن فاقد آن است، درواقع نوعی درمان جایگزینی است. با این کار بدن به میزان کافی فاکتورهای انعقادی خواهد داشت تا بتواند مانع از خونریزی شود.

در صورتی که به هر دلیلی خونریزی مفصلی در افراد مبتلا به بیماری هموفیلی ایجاد شد می‌توان با انجام اقداماتی از شدت آسیب‌های احتمالی کم کرد که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از استراحت و حرکت ندادن اندام که موجب قطع خونریزی می‌شود و بالا نگه‌داشتن اندام موجب می‌شود تا فشار خون در اندام کم و خونریزی هم کاهش یابد. همچنین این راهکارها به جذب خونریزی کمک کرده و با سرد کردن و کمپرس مفصل می‌توان به کاهش ادامه خونریزی کمک کرد.

مکانیسم آسیب مفصل و اندام در بیماران هموفیلی به گونه‌ای است که با هر بار خونریزی در مفصل و بازجذب آن، سلول‌های ناخواسته جدیدی در کپسول مفصلی رشد می‌کند که موجب کم شدن خاصیت انعطاف‌پذیری آن می‌گردند که در نتیجه به تدریج کپسول مفصلی کوچک و جمع و غیرقابل انعطاف می‌شود و به دنبال آن مفصل دچار خشکی و محدودیت حرکتی می‌شود، بنابراین به تدریج و با کاهش دامنه حرکتی در مفصل عضلات اندام هم ضعیف و بعد از

در صورتی که به هر دلیلی خونریزی مفصلی در افراد مبتلا به بیماری هموفیلی ایجاد شد می‌توان با انجام اقداماتی از شدت آسیب‌های احتمالی کم کرد که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از استراحت و حرکت ندادن اندام که موجب قطع خونریزی می‌شود و بالا نگه‌داشتن اندام موجب می‌شود تا فشار خون در اندام کم و خونریزی هم کاهش یابد. همچنین این راهکارها به جذب خونریزی کمک کرده و با سرد کردن و کمپرس مفصل می‌توان به کاهش ادامه خونریزی کمک کرد

استخوان و جلوگیری از ایجاد مشکلات مفصلی-عضلانی در بیماران هموفیلی خواهد شد.

شرکت در فعالیتهای ورزشی نقش ارزشمندی در زندگی روزمره افراد دارد. فعالیتهای ورزشی علاوه بر تقویت بنیه جسمی، تأثیر بسزایی در ارتقای روحیه و کاهش مشکلات روحی و روانی افراد داشته و این نقش بخصوص در بیماران هموفیلی بسیار چشمگیر و قابل توجه است.

رقابت‌های ورزشی، همکاری گروهی و احساس شادی و سرزندگی از پیروزی و نترسیدن از شکست را آموزش می‌دهد.

فدراسیون جهانی هموفیلی با تأکید بر اهمیت ورزش و نرمش در حفظ سلامتی بیماران هموفیلی، توجه بیماران، کارشناسان و فعالان انجمن‌ها را به این موضوع مهم جلب و تأکید کرده است.

فیزیوتراپی و بازتوانی از کلیدی‌ترین خدمات حفظ سلامت بیماران هموفیلی محسوب می‌شود. این فدراسیون فیزیوتراپیست را از مهم‌ترین افراد تیم درمان بیماران هموفیلی معرفی کرده است.

برنامه‌های ورزشی و تمرین‌های درمانی تجویز شده توسط فیزیوتراپیست بر اساس ارزیابی از هر بیمار برای بیماران مبتلا به هموفیلی شامل اجزایی که عبارت‌اند از انعطاف‌پذیری و کشش، قدرت، هوازی، بازآموزی حس عمقی، تعادل و عملکرد کلی است که اغلب به صورت جداگانه استفاده می‌شوند، اما ممکن است در هنگام استفاده با هم مفید باشند.

تمرین‌های منظم ورزشی باعث ایجاد شرایط بهتر روانی اجتماعی، افزایش یا حفظ قدرت عضلانی، تناسب اندام، تحرک مفصلی و ثبات، انعطاف‌پذیری، تعادل و عملکرد و در نتیجه بهبود فعالیتهای روزمره و کیفیت زندگی بیماران هموفیلی می‌شود.

قبل از ظهور فاکتورهای انعقادی در اواخر دهه ۱۹۶۰، افراد مبتلا به هموفیلی از شرکت در اکثر ورزش‌ها و فعالیتهای جسمانی برای کاهش خطر خونریزی محدود شده بودند ولی اکنون با وجود فاکتورهای انعقادی بیماران هموفیلی هم می‌توانند مانند همسالان خود از مزایای بی‌شمار جسمی و روانی ورزش بهره‌مند شوند.

متأسفانه در دهه‌های گذشته، با وجود مزایای بی‌شمار ورزش، بیماران هموفیلی به‌دلیل ترس از خونریزی و نبود روش‌های درمانی مؤثر برای پیشگیری و درمان خونریزی‌ها به سمت عدم تحرک و احتیاط‌های بیش از حد لزوم سوق داده می‌شدند ولی خوشبختانه در حال حاضر فیزیوتراپیست‌ها با وجود روش‌های درمانی و با ارزیابی دقیق از وضعیت مفاصل و عضلات بیمار و در نظر گرفتن شرایط جسمی هر بیمار می‌توانند برنامه ورزشی خاص هر بیمار را طراحی و به فرد آموزش دهند

و بیمار هموفیلی درمی‌یابد که می‌تواند با پرداختن به ورزش‌های سبک و ورزش‌هایی که خطرپذیری کمتری (با توجه به شرایط جسمی بیمار) برای او دارند توانمندی‌هایش را در جامعه برای دیگران به اثبات برساند.

از دید و نقطه‌نظر علمی، براساس یافته‌های فیزیوتراپیست‌ها ثابت شده است که بیمار هموفیلی که دارای مفاصل و عضلات قوی باشد، در مقابل صدمات ناشی از فعالیتهای روزمره مقاوم‌تر بوده و کمتر دچار خونریزی‌های خودبه‌خود مفاصل و عضلات می‌شود.

بهترین سن برای شروع ورزش سنین نوجوانی و سال‌های آغازین فعالیتهای اجتماعی است.

بر اساس تحقیقات و گزارش فدراسیون جهانی هموفیلی تمام ورزش‌ها به سه دسته تقسیم می‌شوند و دسته‌بندی آن‌ها به لحاظ میزان فشار، ریسک خطر و شرایط جسمی بیماران هموفیلی به این شکل است:

۱. ورزش‌های سبک
۲. ورزش‌های متوسط
۳. ورزش‌های سنگین.

ورزش‌های متوسط و سنگین به لحاظ احتمال واردآوردن فشار و صدمه جهت این بیماران توصیه نمی‌شود، مانند فوتبال، کوهنوردی، صخره‌نوردی، کاراته و ورزش‌های رزمی، والیبال، بسکتبال، کشتی، وزنه‌برداری، اسکی، اسب‌دوانی، اسکیت و ورزش‌هایی در این سطوح. ورزش‌های سبک که مورد تأیید و با نظر فیزیوتراپیست هر فرد با توجه به شرایط جسمی او می‌تواند انتخاب شود به ترتیب:

۱. شنا به عنوان رشته‌ای که نقش عمده‌ای در تقویت جسم و روح افراد هموفیلی می‌تواند داشته باشد.
۲. گلف، تنیس روی میز، تنیس خاکی، دوچرخه‌سواری،



تمرین‌های منظم ورزشی باعث ایجاد شرایط بهتر روانی اجتماعی، افزایش یا حفظ قدرت عضلانی، تناسب اندام، تحرک مفصلی و ثبات، انعطاف‌پذیری، تعادل و عملکرد و در نتیجه بهبود فعالیت‌های روزمره و کیفیت زندگی بیماران هموفیلی می‌شوند.

آکادمی آمریکایی کودکان AAP برای کودکان مبتلا به هموفیلی که بیش از شش سال دارند ۶۰ دقیقه ورزش یا فعالیت بدنی در روز توصیه می‌کند.

کودکان زیر شش سال مبتلا به هموفیلی، باید تشویق شوند که یک شیوه زندگی سالم داشته باشند و فعالیت‌های در حد تحمل را انجام دهند و همچنین مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها به بزرگسالان توصیه می‌کند تا در ۱۵۰ دقیقه تمرین هوازی متوسط و فعالیت‌های تقویت عضلانی هر هفته شرکت کنند و در صورتی که این بیماران به‌طور منظم توصیه‌های درمانی فیزیوتراپیست‌شان را اجرا کنند زندگی همانند افراد سالم همسن‌شان در اجتماع خواهند داشت.

با توجه به نتایج حاصل از مزایای بی‌شمار ورزش و فیزیوتراپی برای بیماران هموفیلی توصیه می‌شود مسئولان با فراهم کردن امکانات و فضاهای ورزشی مناسب، امکان بهبود وضعیت سلامت جسمانی و روانی و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی بیماران هموفیلی و کاهش درد بیماران هموفیلی و حضور بیشترشان در اجتماع و ارتباط با همسالان‌شان را با افزایش رضایت از وضعیت جسمی و روحی‌شان فراهم آورند.

فیزیوتراپیست‌ها نیز که نقش مهمی در فرایند درمان دارند و رابطه عمیقی بین آن‌ها و بیماران هموفیلی وجود دارد، می‌توانند با تشویق بیماران به تمرین‌های بدنی در بهبود وضعیت سلامت آن‌ها و بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی و دردشان کمک کنند، چراکه اساساً این بیماران براساس توصیه‌های قدیمی مبنی بر این‌که هر گونه فعالیت ورزشی برای بیماران هموفیلی مضر و ممنوع است، از پرداختن به ورزش و فعالیت‌های ورزشی در هراس بوده و اجتناب می‌کنند و با نتایج این تحقیق مبنی بر بی‌خطر بودن ورزش کنترل‌شده و مزایای بی‌شمار جسمی و روحی تمرین‌های بیماران هموفیلی حتی در کشورهای در حال توسعه مانند ایران که از نظر تأمین فاکتورهای انعقادی محدود است می‌توانند مانند دیگر همسالان سالم خود از مزایای ورزش بهره‌مند شوند.

اگر شما فردی مبتلا به بیماری هموفیلی هستید حتماً قبل از شروع هر فعالیت بدنی و ورزشی، تحت ارزیابی یک فیزیوتراپیست مجرب قرار گیرید که با توجه به شرایط جسمی مخصوص شما، برنامه تمرینی و ورزشی و درمانی طراحی و اجرا کند و به شما آموزش دهد.

دوهای سبک و پیاده‌روی سریع.

درواقع ورزش‌های مناسب مبتلایان به هموفیلی، ورزش‌های ایروبیکی (هوازی) است که کمتر به مفاصل فشار وارد می‌آورد.

تمرین‌های هوازی تمرین‌هایی هستند که با شدت و فشار کمتر و در مدت زمان طولانی‌تری قابل اجرا هستند و معمولاً زمان انجام آن‌ها بیشتر از ۵ دقیقه است. مانند شخصی که پیاده‌روی می‌کند، می‌دود، دوچرخه‌سواری می‌کند یا به شنا کردن می‌پردازد که معمولاً زمان آن طولانی است.

توصیه می‌شود افراد مبتلا به بیماری هموفیلی، در اولین ساعت‌های صبح پس از تزریق داروی خود پس از ۵ دقیقه گرم کردن، برنامه ورزشی ایروبیکی خود را شروع کنند و دست‌کم ۳ روز در هفته به‌طور منظم و مستمر ورزش کنند و مدت زمان انجام ورزش ۲۰ دقیقه در هر بار باشد و همچنین هنگام تمرین از کفش ورزشی مناسب و لباس راحت استفاده کنند.

از وارد آمدن فشار زیاد که باعث خستگی بیش از حد شود باید بپرهیزند. (فشار زیاد تمرین‌ها، افزون بر ایجاد خستگی مفرط، ممکن است خطر خونریزی درون مفاصل را هم در پی داشته باشد). برای خاتمه فعالیت ایروبیکی لازم است به تدریج آرام شده و سعی کنند در همان محیط چند دقیقه‌ای راه بروند.

فعالیت ورزشی باعث می‌شود بیمار نیاز به فاکتور کمتری داشته باشد. فرد بعد از مدتی آمادگی جسمانی پیدا می‌کند و عضلاتش قوی می‌شود و نیاز به فاکتور کمتری دارد. رگ‌ها استحکام بیشتری پیدا می‌کند و شکنندگی کمتری خواهند داشت. شنا بهترین ورزش برای بیماران هموفیلی است.



با توجه به نتایج حاصل از مزایای بی‌شمار ورزش و فیزیوتراپی برای بیماران هموفیلی توصیه می‌شود مسئولان با فراهم کردن امکانات و فضاهای ورزشی مناسب، امکان بهبود وضعیت سلامت جسمانی و روانی و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی بیماران هموفیلی و کاهش درد بیماران هموفیلی و حضور بیشترشان در اجتماع و ارتباط با همسالان‌شان را با افزایش رضایت از وضعیت جسمی و روحی‌شان فراهم آورند

تازه‌ترین پژوهش‌ها درباره اوتیسم در آمریکا



برگرفته از تحقیقات کاربردی بنیاد
بهداشتی غیرانتفاعی کایزر پرمننته
(kaiserpermanente)

مریم جباری

دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی
در کالیفرنیا

تکانشی و صداهای نامفهوم و عدم تماس چشمی در این افراد به بروز استرس و فشارهای عصبی بسیار زیادی در والدین منجر می‌شود.

دوم: اولین نکته‌ای که با دیدن مصاحبه خانم لادن طباطبایی در مورد دخترش که مبتلا به اوتیسم شده، به ذهنم می‌رسد این است که روحیه بالا و اعتماد به نفس والدین در حمایت و تشویق فرزندانشان برای حضور در جامعه از نقش بسزایی برخوردار است.

سوم: همچنان که اشاره شد اختلال اوتیسم در پسران ۵ برابر دختران است و این نسبت در پسران ۱ در ۴۲ و در میان دختران ۱ در ۱۸۹ (در تمام گروه‌های نژادی، قومی، اجتماعی، اختصاصی) گزارش شده است.

آمارهای زیادی از میزان مبتلایان به اختلال اوتیسم در کشورهای مختلف وجود دارد. بر اساس این آمارها حدود یک درصد از کل جمعیت مردم دنیا به اختلال اوتیسم مبتلا هستند. مطالعات در چندین قاره (آسیا، اروپا، آمریکا...) میزان شیوع اوتیسم را حدود یک درصد نشان داده است و بر اساس آمارهای موجود سال ۲۰۱۱ بیشترین میزان شیوع اوتیسم در کشور کره جنوبی با میزان ۲/۶ درصد گزارش شده است. این درحالی است که آمارهای دقیقی از میزان مبتلایان اوتیسم در کشور گزارش نشده است و به نظر می‌رسد بخشی از این

تحریریه خاص، اول: اختلال اوتیسم جزو اختلالات رشدی است که با اختلالات شدید در چند زمینه رشدی دیگر از جمله مهارت‌های تعامل اجتماعی و ارتباطی یا رفتاری و حرکات کلیشه‌ای همراه است. این اختلال پیش از سه سالگی آغاز می‌شود و شیوع آن ۴ تا ۵ برابر در پسران بیشتر از دختران است. کودکان اوتیستیک نقاط ضعف و قوت و احساس و نیازهایی دارند. برخی از آنها از نظر درجه هوشی از افراد معمولی بالاترند و برخی دیگر نیز پایین‌تر. با این توصیف نگهداری از کودک اوتیسم به ویژه اوتیسم با طیف بالا برای والدین کار بسیار سخت و طاقت‌فرسایی است. تقریباً کودک اوتیستیک تمام وقت والدین را به خود اختصاص داده و فرصتی برای ایفای نقش زن و شوهری و مادری برای دیگر فرزندان و از همه مهم‌تر فرصت و فراغتی برای پدر و مادر به عنوان یک فرد دارای نیازهای تفریحی و فراغتی باقی نمی‌گذارد.

بروز مشکلات رفتاری چون پرخاشگری، خشم، حرکات

خانواده‌های اوتیسمی رایگان بود و هنوز هم ریاست این بنیاد بر چنین عهده‌ی با خانواده‌های اوتیسمی باقی مانده است و یکی از دلایل ادامه همکاری من با این بنیاد نیز همین نیت خیرخواهانه آن است. (بنیاد خیریه کودکان اوتیسم).

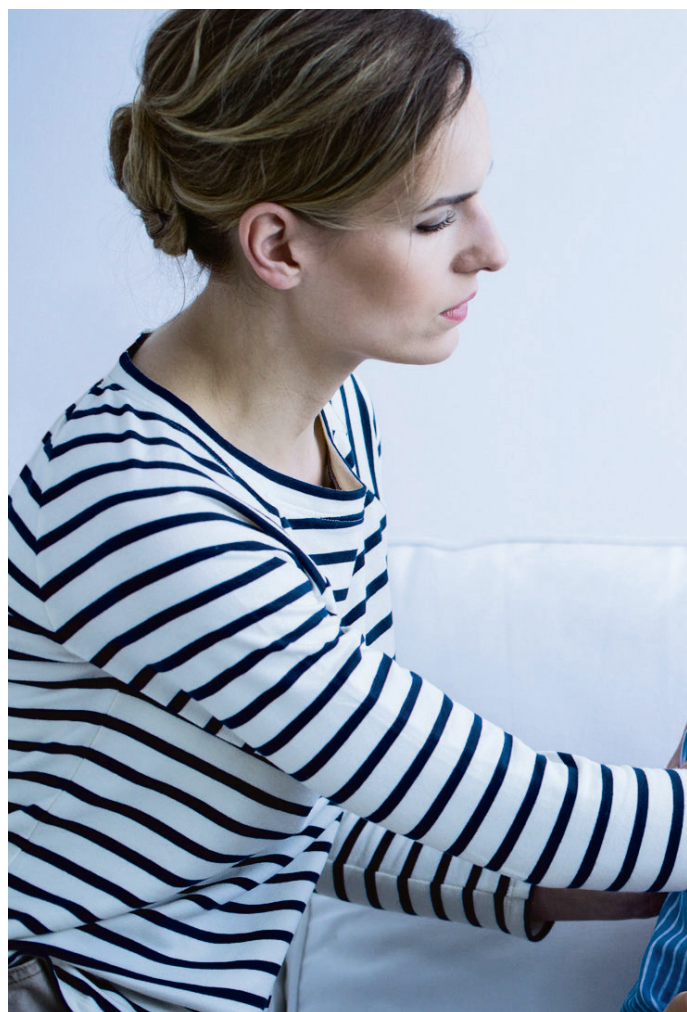
اما در زمانی که در ایران بودم، می‌دیدم و می‌شنیدم که برخی چگونه از ضعف اطلاعات خانواده‌ها استفاده می‌کنند برای آن که آن‌ها را وادار به پرداخت هزینه‌هایی کنند که از عهده یک فرد دارای درآمد متوسط بر نمی‌آید.

به یاد دارم که آقای مهندس زجاجی، ریاست بنیاد برایم از لفظ «بیماران طلایی» برای کودکان اوتیسمی استفاده می‌کرد و می‌گفت: پزشکان و روانپزشکانی که به دنبال سود و پول هستند می‌دانند که مادر و پدر مستاصلی که به دنبال درمان و خوب شدن فرزندشان هستند، هر کار و هزینه‌ای می‌کنند که بتوانند به چنین چشم‌اندازی برسند. در حقیقت کودکان اوتیسم و خانواده‌هایشان منبع درآمد خوبی برای برخی از متخصصین و کلینیک‌های خصوصی است.

با این تفاصیل جای سوال وجود دارد که با افزایش رشد چشمگیر اوتیسم در ایران و عدم امکانات آموزشی و تربیتی و کمبود مراکز نگهداری و درمانی هنوز بسیاری از اساتید و متخصصین دلخوش به حرکت‌های فردی هستند و سعی می‌کنند افزایش دانش را با کسب تجربه و آزمون و خطا بر روی کودکان اوتیسمی بدون توجه به دردهای درونی خانواده‌ها پیش ببرند. حال آن‌که بهترین راهکار تبادل پروژه‌های تحقیقاتی و اطلاعات علمی بروز با پژوهشگران برجسته و اساتید ممتاز و صاحب نام در کشورهای پیشرفته است. این گونه با تسریع و به‌روز کردن دانش‌ها و اطلاعات است که می‌توان به این خانواده‌ها مدد رساند اما در مقابل هستند افراد و روان‌پزشکان و روان‌شناسانی که با کشیدن دیواری بلند به دور خود و مراجعان‌شان علاقه‌ای به چنین کاری ندارند.

حال آنکه در کشورهای پیشرفته اروپایی و ای آمریکا مراکز پژوهشی بسیاری وجود دارد و اساتید برجسته و مسئولانی که اهمیت و میزان خطر و آسیب وارده بر جامعه و خانواده از سوی این اختلال را دریافتند و با شفافیت تمام هر ساله به‌روزترین آمارها و امکانات حاصل از پژوهش‌های عمیق خود یا دیگر نهادهای علمی را منتشر می‌سازند. نمونه تازه آن که در آغاز سال ۲۰۱۵ در آمریکا شروع شده است پروژه بزرگی است که بنیاد بهداشتی غیرانتفاعی کایزر پرمننته (kaiserpermanente) از ابتدای سال ۲۰۱۵ شروع کرده است. بنیاد کایزر یکی از بزرگ‌ترین نهادهای مرتبط با سلامت است و تقریباً جزو معروف‌ترین شرکت‌های بیمه‌ای آمریکاست که در هر شهر آمریکا شعبه و بیمارستانی در اختیار دارد.

بنا بر آخرین آمار موجود در کشور آمریکا میزان کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم ۱ در ۶۸ است. که این میزان نسبت به سال ۲۰۰۲ حدود ۱۲۰ درصد رشد داشته است. با توجه به چنین آماری اخیراً این موسسه بزرگ‌ترین پروژه تحقیقاتی ژنتیکی



عدم گزارش امکان دارد به عدم تشخیص اوتیسم توسط متخصصان مرتبط باشد. حال آن‌که میزان اوتیسم در ایران طبق مطالعات جهانی از میانگین جهانی بیشتر و در مرز هشدار قرار دارد. با وجود رشد اختلال اوتیسم در ایران و با توجه به اطلاعاتی که نگارنده در اختیار دارد و تماس‌هایی که با برخی از خانواده‌ها و مراکز اوتیسم در ایران دارد، هنوز حرکت جدی در این زمینه انجام نشده است. برای روشن شدن موضوع را با طرح یک سوال به پیش می‌بریم. چند درصد از افراد جامعه اوتیسم را می‌شناسند؟ آیا خانواده‌های دارای فرزند اوتیسم، همانند خانواده‌هایی که دارای فرزند سالم هستند می‌توانند با آسودگی خاطر همراه فرزندانشان در معابر عمومی و متروها و بانک‌ها و فروشگاه‌ها و یا در فضاهای شخصی زندگی‌شان، مثل مهمانی‌ها شرکت کنند؟

چند درصد از خانواده‌های دارای کودک اوتیسم، توان پرداخت هزینه‌های سنگین گفتار درمانی، کار درمانی، توانبخشی، بازی درمانی، مددکاری، بخش روانپزشکی و داروها و... را دارند. یک پدیده مذمومی که متأسفانه زمانی که در ایران بودم با آن مواجه شدم بهره‌کشی برخی افراد و مراکز درمانی از استیصال خانواده‌های دارای کودکان اوتیسم و به نوعی سرکیسه کردن آن‌ها بود. خوشبختانه نگارنده در مرکزی فعالیت می‌کرد که تمامی خدمات آن به

آمارهای زیادی از میزان مبتلایان به اختلال اوتیسم در کشورهای مختلف وجود دارد. براساس این آمارها حدود یک درصد از کل جمعیت مردم دنیا به اختلال اوتیسم مبتلا هستند. مطالعات در چندین قاره (آسیا، اروپا، آمریکا...) میزان شیوع اوتیسم را حدود یک درصد نشان داده است و بر اساس آمارهای موجود سال ۲۰۱۱ بیشترین میزان شیوع اوتیسم در کشور کره جنوبی با میزان ۲/۶ درصد گزارش شده است

خود را آغاز کرده است و در دست اجرا دارد که عنوان این پروژه «پروژه کشف علت اوتیسم» نام دارد. در این پروژه اطلاعات لازم در زمینه اوتیسم سلامت بیولوژیکی و سایر اطلاعات دیگر از ۵ هزار نفر خانواده دارای کودک اختلال رشدی در شمال کالیفرنیا اخذ می‌شود و بعد از بررسی‌های فروان نتیجه آن به اطلاع عموم و ای پزشکان و روانپزشکان خواهد رسید. به‌رغم تحقیقات و مطالعات علمی در دو دهه گذشته در این زمینه هنوز دانشمندان از علت اوتیسم و ترکیب آن (عوامل ژنتیک و محیطی) مطمئن نیستند بنابراین بناگذاری فرضیه این تحقیق بزرگ و البته پرهزینه بر علت‌یابی این اختلال مطالعات درباره این اختلال را وارد فاز تازه و متفاوتی خواهد کرد. لیزا کورن، مدیر برنامه اوتیسم در بخش موسسه کایزر در اوکلند در این زمینه گفته است این پروژه فرصتی است برای خانواده‌ها که با شرکت در این طرح تخصص و تجربیاتشان را در یافتن پاسخ به اشتراک بگذارند و این پروژه قطعاً سهم مهمی در ارتقای درک و دریافت تازه از علت بیماری اوتیسم خواهد داشت.

از ماه جولای، خانواده‌های دارای کودکان اوتیسم به طور داوطلب در این پروژه ثبت‌نام خواهند کرد. نیل ریچ، مدیر موسسه ژنتیک انسانی دانشگاه یوسی‌اس‌اف گفته است: مطالعات ژنتیکی زیادی در زمینه اوتیسم انجام شده که انجام این کار قطعاً بسیار پیچیده خواهد بود، اما موفقیت‌آمیز.

بانک تحقیقات خانواده‌های اوتیسم که توسط موسسه خیریه سیمونز مدیریت می‌شود مبلغ چهار میلیون و ۶۰۰ هزار دلار برای انجام طرح‌های بهداشتی و رفاهی و اجتماعی مرتبط با این اختلال اختصاص داده است.

در این طرح از خانواده‌ها اطلاعات ژنتیکی، پزشکی، زیست‌محیطی جمع‌آوری خواهد شد و علاوه بر آن آزمایش

نمونه خون و بزاق و تکمیل پرسشنامه کوتاه و سوابق خانوادگی و عوامل دیگر اخذ می‌شود. در این طرح پدران و مادرانی که دارای کودک فرزند اوتیسم زیر ۲۶ سال هستند می‌توانند شرکت کنند و به گفته کورن، مسئول پژوهش این طرح، پیش‌بینی‌ها می‌گوید که حدود ۱۵ هزار نفر در این طرح ثبت‌نام خواهند کرد. موسسه کایزر به منظور حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان، بعد از جمع‌آوری اطلاعات شخصی آنها را پاک خواهد کرد.

به نظر می‌رسد در این پروژه محققان به دنبال آنند تا عوامل دیگری را که مدت‌ها به دنبال آن بودند را بررسی کنند. از جمله سن مادر، تماس‌های محیطی در دوران بارداری، زایمان زودرس و اختلالات ایمنولوژیک و اختلالات تشنجی کریتسن جاکوبسن مدیر اجرایی بنیاد اوتیسم بارلینگهام، گفت من مطمئن هستم در این پروژه طیف‌های بیشتری از اوتیسم شناسایی خواهد شد، اما در شناسایی این طیف‌های مختلف پژوهش در این مقیاس واقعاً حائز اهمیت است.

چهارم: اما این تنها امکاناتی نیست که در آمریکا برای کودکان دارای طیف اوتیسم اختصاص داده شده است. در تمامی مدارس آمریکا کلاسی ویژه برای اوتیسمی‌ها در نظر گرفته شده است و حتی زنگ تفریح آن‌ها به گونه‌ای تنظیم شده است که با کودکان دیگر همزمان نباشد. یا شرکت مایکروسافت که پیش از این افراد دارای اوتیسم را به‌صورت پاره‌وقت به کار می‌گرفت، اکنون برنامه‌ای برای کار تمام‌وقت آن‌ها در نظر گرفته است و با اینکه اخیراً در همین آمریکا طرحی ارائه شده که در درازمدت یک میلیون فضای کار برای افراد دارای اوتیسم طراحی و ساخته شود و اطلاعات دیگر که در مجالی دیگر به آن خواهم پرداخت.



به نظر می‌رسد در این پروژه محققان به دنبال آنند تا عوامل دیگری را که مدت‌ها به دنبال آن بودند را بررسی کنند. از جمله سن مادر، تماس‌های محیطی در دوران بارداری، زایمان زودرس و اختلالات ایمنولوژیک و اختلالات تشنجی کریتسن جاکوبسن مدیر اجرایی بنیاد اوتیسم بارلینگهام، گفت من مطمئن هستم در این پروژه طیف‌های بیشتری از اوتیسم شناسایی خواهد شد



«دایره مینا»

شاهکاری که سازمان انتقال خون ایران را تأسیس کرد

از این شماره سعی خواهیم کرد تا مروری گذرا داشته باشیم بر آثار تولیدشده سینما، تئاتر و حتی حوزه کتاب که به نوعی با بیماری‌های خاص مرتبط بوده است.

به گزارش خبرنگار خاص، شاید برای نسل جوان و نوجوان متولد شده از دهه ۷۰ به بعد دیدن تصاویر مربوط به ساخت‌وساز در تهران اوایل سال‌های ۵۰ به بعد از شبکه‌های عمدتاً سلطنت‌طلب خارج‌نشین جذاب به نظر برسد ولی برای پدران انقلابی ما که مانند اسطوره ادبیات ایران، غلامحسین ساعدی خواهان برقراری عدالت اجتماعی همسو با شعارهای چپ‌گرایانه آن روزگار بودند خاطره خون‌فروشی‌های اهالی جنوب شهر مقابل بیمارستان‌ها و زندگی فله‌ای در خانه‌های دارای ۱۰ اتاق مشترک با یک آشپزخانه و حمام و توالت خیابان مولوی هنوز هم فراموش‌ناشدنی به نظر می‌آید حتی الانی که دیگر خبری از حلبی‌آباد نیست.

دومین همکاری مشترک مهرجویی با غلامحسین ساعدی تبدیل به فیلمی جنجالی و برجسته به نام «دایره مینا» شد که سه سال تمام در توقیف ماند تا این‌که سرانجام در ۱۳۵۶ پروانه نمایش گرفت و در جشنواره پاریس در ۱۹۷۷ (پاییز ۱۳۵۶) و سپس برلین به نمایش درآمد و جوایزی نیز از این دو جشنواره دریافت کرد. اکران عمومی آن در ایران در ۲۳ فروردین‌ماه ۱۳۵۷ آغاز شد. توقیف چند ساله فیلم و موضوع متفاوت و جسورانه‌اش به همراه استفاده از ستاره‌های سینمای تجاری مانند فروزان، «دایره مینا» را به جنجالی‌ترین فیلم آن دهه تبدیل کرد. مهرجویی با آن اثر باشکوه زمینه تأسیس سازمان انتقال خون ایران را فراهم کرد.

پسر جوانی به نام علی (سعید کنگرانی) که با خانواده‌اش در محله‌های حاشیه‌نشین تهران زندگی می‌کند، پدر بیمار

(اسماعیل محمدی) را برای معالجه به بیمارستان بزرگی می‌برد. نمی‌تواند پدرش را بستری کند و در پیاده‌رو کنار نرده‌های بیمارستان چند روزی را سپری می‌کنند تا این‌که با شخصی به نام سامری (عزت‌الله انتظامی) روبه‌رو می‌شوند. پدر از او کمک می‌خواهد، سامری به پدر و پسر می‌گوید که اگر می‌خواهند به سادگی پول زیادی به‌دست آورند فردای آن روز صبح زود ساعت شش سر چهارراه منتظر او باشند. صبح روز بعد سامری، علی و پدرش را سوار کامیونی می‌کند که چند نفر دیگر در آن هستند. آن‌ها نمی‌دانند برای چه و به کجا می‌روند و پرسش‌های‌شان بی‌پاسخ می‌ماند. در آزمایشگاه پدر متوجه می‌شود که می‌خواهند از او خون بگیرند، او اعتراض می‌کند و اجازه نمی‌دهد از او خون بگیرند ولی از علی خون گرفته می‌شود و سامری در مقابل ۲۰ تومان به او می‌دهد. سامری دلال خون است و خون مستمندان و معتادان را ارزان می‌خرد و به بیمارستان‌ها می‌فروشد. علی طی رفت‌وآمد به بیمارستان با راننده آمبولانس به نام اسماعیل (علی نصیریان) و پرستار جوانی به نام زهرا (فروزان) آشنا می‌شود. سامری از پسر می‌خواهد برای او کار کند و برای آزمایشگاه خون‌گیری دهنده خون جمع‌آوری کند و به این ترتیب علی تبدیل به یکی از پادوهای سامری می‌شود که در حقیقت عامل ساواک بود. حال پدر روزبه‌روز وخیم‌تر شده تا این‌که می‌میرد. علی در این کار روزبه‌روز جلوتر می‌رود و زندگی تازه‌ای را شروع می‌کند. فیلم که اقتباسی بلند از داستان «آشغال‌دونی» ساعدی بود همگام با شاهکار نوشتاری نویسنده‌اش حرکت می‌کرد جز به نمایش درآوردن رنسانس علی که به جای سوق دادنش به مدرنیسم وی را وارد وادی قرون وسطایی همکاری با ساواک می‌کرد در به تور انداختن جوانان جویای پول برای خون‌فروشی!

دومین همکاری مشترک مهرجویی با غلامحسین ساعدی تبدیل به فیلمی جنجالی و برجسته به نام «دایره مینا» شد که سه سال تمام در توقیف ماند تا این‌که سرانجام در ۱۳۵۶ پروانه نمایش گرفت و در جشنواره پاریس در ۱۹۷۷ (پاییز ۱۳۵۶) و سپس برلین به نمایش درآمد و جوایزی نیز از این دو جشنواره دریافت کرد. اکران عمومی آن در ایران در ۲۳ فروردین‌ماه ۱۳۵۷ آغاز شد. توقیف چند ساله فیلم و موضوع متفاوت و جسورانه‌اش به همراه استفاده از ستاره‌های سینمای تجاری مانند فروزان، «دایره مینا» را به جنجالی‌ترین فیلم آن دهه تبدیل کرد. مهرجویی با آن اثر باشکوه زمینه تأسیس سازمان انتقال خون ایران را فراهم کرد



آنچه در مورد کووید ۱۹ باید بدانیم

بیماران خاص بیشتر احتیاط کنند

◀ بیماری‌زایی ویروس

از اجزای این ویروس‌ها که در بیماری‌زایی در میزبان نقش مهمی دارند، پروتئین‌های ساختاری و غیرساختاری است. پروتئین‌های غیرساختاری مانع از ترشح اینترلوکین‌ها می‌شوند و با کمک پروتئین‌های ساختاری، به سلول‌های میزبان می‌چسبند و با تشکیل توده‌ای از سلول‌های میزبان اطراف ویروس، از سیستم ایمنی فرار می‌کند.

اغلب کروناویروس‌های بیماری‌های خفیف و خودمحدودشونده مجاری تنفسی ایجاد می‌کنند (۴ نوع شناخته‌شده آن‌ها عامل ۱۵ تا ۳۰ درصد موارد سرماخوردگی محسوب می‌شوند). با ظهور کرونا ویروس‌های SARS و MERS به ترتیب در سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۱۳ مشخص شد که این خانواده از ویروس‌ها چندان هم بی‌خطر نیستند و با ظهور کرونا ویروس اخیر از ووهان چین، بار دیگر این دسته از ویروس‌ها موجب نگرانی بین‌المللی شده‌اند.

ژنوم کروناوی جدید، ۸۰ درصد شبیه ویروس مولد سارس و ۹۶ درصد شبیه ویروس خفاش است و همین امر موجب طرح این تئوری شده که خاستگاه ویروس از خفاش بوده است.

دبیر تحریریه - حمیدرضا مهدی‌زاده: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اراک اعلام کرد: کرونا ویروس‌های بیماری‌زای انسانی با احتساب نوع اخیر، تعدادشان به ۷ نوع رسیده است. این خانواده از ویروس‌ها، واجد RNA و پوشش دارند؛ مانند سایر ویروس‌های پوشش‌دار، ماندگاری این خانواده از ویروس‌ها در محیط زیاد نیست (حداکثر یکی دو روز). به دلیل این که در پوست آلودگی وجود دارد، روی دست انسان زود از بین می‌روند؛ روی لباس می‌توانند مدت بیشتری (۱۰ تا ۱۲ ساعت) در مقایسه با دست باقی بمانند. کرونا ویروس‌ها ژنوم بزرگ و یک‌تکه و اسید نوکلئیک طولی دارند، بنابراین احتمال در هم پیچیدن آن با ژنوم ویروس‌های دیگر و برداشتن تکه‌های ژنوم ویروس‌های دیگر و در نتیجه بروز تغییرات ژنی وجود دارد که خود سبب تغییر میزبان‌هایی می‌شود که این ویروس‌ها جهت تکثیر یا بیماری‌زایی انتخاب می‌کنند و در نهایت این قابلیت در ویروس ایجاد می‌شود که از حیوان به انسان انتقال پیدا کند و به‌صورت زئونوز درآید.



تنفسی بروز می‌کند. در موارد شدید بیماری تنگی نفس ایجاد می‌شود. تاکنون به طور متوسط ۴ روز تا بستری شدن بیماران طول کشیده است.

این ویروس در اکثر موارد علائم بالینی خفیف ایجاد می‌کند که این امر سبب نشر بیشتر ویروس از طریق افراد با علائم خفیف می‌شود. در بین بیماران علامت‌دار، ۸۷ درصد علائم شبه آنفلوآنزا و ۱۳ درصد علائم به صورت SARI بوده است که ۸۷ درصد آن، پنومونی شدید و ۱۳ درصد آن منجر به بستری در بخش مراقبت ویژه شده است. با کشندگی حدود ۲ درصد؛ البته این نکته را باید در نظر داشت تاکنون فقط حدود ۵ درصد بیماران شناسایی شده‌اند؛ بنابراین اگر افراد با علائم خفیف که شناسایی نشده‌اند به مخرج کسر اضافه شوند، میزان کشندگی بسیار کمتر خواهد بود. از طرف دیگر میزان کشندگی در بین موارد شدید و منجر به بستری، می‌تواند به بیش از ۱۰ درصد برسد.

تاکنون سن مبتلایان ۱۰ تا ۹۰ سال و از نظر جنس، ۶۷ درصد آن‌ها مرد بوده‌اند. اغلب موارد مرگ در بین بیماران بالای ۶۵ سال و دارای بیماری زمینه‌ای رخ داده است.

تشخیص

ظن بالینی به کرونا ویروس جدید بر مبنای مجموعه‌ای از علائم بالینی و سابقه مسافرت یا تماس با مورد محتمل/ قطعی بیماری، ایجاد و بر اساس نمونه‌گیری از بیماران و تأیید آزمایشگاهی قطعی می‌شود. گرچه ممکن است ویروس در خون و ادرار باشد، بهترین نمونه جهت آزمایش، نمونه تنفسی فوقانی یا تحتانی است. نمونه از طریق سواب غیرپنبه‌ای (سنتتیک یا از جنس داکرون) گرفته می‌شود و جهت انجام PCR به آزمایشگاه مرجع معرفی شده، ارسال می‌شود.

توجه

قبل از ترخیص بیمار مبتلا، لازم است دو نمونه آزمایش او منفی شود.

درمان

درمان شامل اقدامات حمایتی، اصلاح اختلالات آب و الکترولیت، تجویز داروهای ضدویروسی و ضدباکتریایی با طیف وسیع (در موارد شوک سیتیک یا عفونت ثانویه باکتریایی) است. از جمله داروهای مؤثر بر این ویروس kaletra (ترکیب لوپیناویر و ریتوناویر) به همراه تامیفلو یا ریتوناویرین است. تحقیقات روی میزان اثر remdesivir ادامه دارد.

پیشگیری

خوشبختانه حدود ۷۵ درصد موارد بیماری با اقدامات کنترلی قابل پیشگیری است.

اپیدمیولوژی ویروس‌های کرونا

در مورد سارس با انتقال از خفاش به گربه چینی و انسان، کشندگی ۱۰ درصد و درگیری ۲۷ کشور دنیا، در چند هفته ژنوم آن شناسایی و به سرعت - طی چند ماه - انتشار بیماری ناشی از آن کنترل شد؛ در مورد مرس، با انتقال از خفاش به شتر و انسان، کشندگی ۳۵ درصد، هنوز انتشار آن به خوبی کنترل نشده و موارد انگشت‌شماری نیز از ایران گزارش شده است.

کرونا ویروس ۲۰۱۹ اولین بار وقتی مورد توجه قرار گرفت که در ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹ مقامات چین اعلام کردند که از منطقه ووهان چین، ۲۷ مورد پنومونی با علت نامشخص که ۷ مورد آن شدید بوده، گزارش شده است. دهم ژانویه ۲۰۲۰، سکانس ژنی این ویروس شناسایی شد و مشخص شد که ۱۵ مورد از این پنومونی‌ها به علت ویروس کرونا جدید بوده است. این ویروس از اواسط آذر شروع به گسترش کرد و استان‌های دیگری از چین و کشورهای دیگری را در نوردید.

در اولین نشست ویژه سازمان بهداشت جهانی دلایل کافی پیدا نشد که این ویروس تهدیدی بین‌المللی است؛ ولی زمانی که با گسترش بیشتر بیماری، ۱۵ کشور و بالغ بر ۶۰۰۰ نفر از کشورهای مختلف مبتلا شدند، درنهایت WHO در ۱۰ بهمن، مصادف با ۳۰ ژانویه، اعلام فوریت بهداشتی با دغدغه بین‌المللی (PHEIC: Public Health Emergencies of International Concern) کرد. این ویروس توانسته فقط چند هفته در بیش از ۲۵ کشور دنیا به‌ویژه کشورهای از قاره آسیا و نیز اقیانوسیه، اروپا و آمریکا گسترش یابد. تا لحظه انتشار این گزارش ۲۴۵۵۴ نفر را مبتلا کرده که ۲۴۳۶۳ نفر (۹۹ درصد) مبتلایان از چین گزارش شده و ۳۲۱۹ مورد آن شدید بوده، با مرگ‌ومیر تقریبی ۲ درصد (۴۹۱ نفر). پیش‌بینی شده که به‌زودی موارد بیماری بالغ بر ۱۰۰ هزار نفر خواهد شد.

با توجه به این‌که هر فرد مبتلا به این ویروس می‌تواند ۴ نفر را درگیر کند (این رقم بیشتر از سارس و آنفلوآنزا است)، بیماری قابلیت پاندمیک شدن را دارد؛ ولی هنوز بیماری به‌عنوان پاندمی معرفی نشده است. اصطلاح Super Spreader در مورد پزشکان و پرستاران در تماس با بیماران آلوده/ مبتلا به این نوع ویروس به کار می‌رود که می‌توانند به راحتی و در سطح وسیعی ویروس را پخش کنند.

دوره کمون، علائم بالینی و پیش آگهی

دوره نهفتگی بیماری ناشی از کرونا جدید، ۲ تا ۱۴ روز (به‌طورمعمول یک هفته) است. بیماری اغلب با تب و سرفه و سایر علائم تنفسی بروز می‌کند. آبریزش بینی و عطسه کمتر از سایر ویروس‌های

کرونا ویروس ۲۰۱۹ اولین بار وقتی مورد توجه قرار گرفت که در ۳۱ دسامبر ۲۰۱۹ مقامات چین اعلام کردند که از منطقه ووهان چین، ۲۷ مورد پنومونی با علت نامشخص که ۷ مورد آن شدید بوده، گزارش شده است. دهم ژانویه ۲۰۲۰، سکانس ژنی این ویروس شناسایی شد و مشخص شد که ۱۵ مورد از این پنومونی‌ها به علت ویروس کرونا جدید بوده است

است، آموزش کارکنان خدمات سلامت در این زمینه به بیماریابی کمک قابل توجهی می‌کند.

۴. رعایت دقیق موازین کنترل عفونت توسط کارکنان خدمات درمانی
لازم است کارکنان خدمات سلامت با استفاده بجا از وسایل محافظت فردی و ترتیب صحیح پوشیدن و درآوردن این وسایل، آشنایی کامل داشته باشند. در کرونا ویروس جدید، استفاده از ماسک جراحی در فاصله کمتر از یکی دو متری از بیمار لازم است؛ اگر اقدامی که مولد آئروسول است انجام شود (مانند ساکشن ترشحات) ماسک N95 توصیه می‌شود.

◀ نکته‌ها

در ماسک‌های جراحی دو رنگ، بخش جاذب سفیدرنگ بوده، لازم است در قسمت داخل (روی دهان و بینی) قرار گیرد و بخش ضدآب، آبی یا سبز است و لازم است در قسمت خارج قرار گیرد. بعد از دفع وسایل محافظت شخصی در سطل زباله، نباید وسایل فشرده شوند، چون احتمال دارد که ذرات آلوده‌کننده، به صورت آئروسول درآیند.

◀ تریاژ بیماران با عفونت تنفسی

یکی دیگر از اقدامات مؤثر برای کنترل این بیماری، تریاژ صحیح بیماران تنفسی است. از نظر ساختار واحدهای تریاژ، بعد اتاق تریاژ لازم است سه فضا وجود داشته باشد. معاینه و انتظار و ایزوله (دارای حداقل دو بخش ایزوله تنفسی و ایزوله تماسی). از اتاق تریاژ تا معاینه و ایزوله با خط خاکستری مشخص شود.

توصیه‌های مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، برنامه تخفیف است یعنی اقدامات کنترلی انجام شود که مردم کمتر مبتلا شوند.

۱. اطلاع‌رسانی و آموزش تمامی مردم

این کار از طریق رسانه ملی، نظام پزشکی و هلال‌احمر (با ارسال پیامک لینک آموزش همگانی) و از طریق شبکه‌های مجازی انجام شده یا در دست انجام است. اطلاع‌رسانی صحیح سبب می‌شود تا عامه مردم با راه‌های انتقال و روش‌های پیشگیری از این بیماری، بیشتر آشنا شوند و با رعایت موارد، از انتشار بیماری کاسته شود؛ همچنین با شناخت علائم شدید بیماری، به‌موقع به مراکز درمانی مراجعه کنند و از میزان کشندگی بیماری کاسته شود.

۲. آموزش و بیماریابی مسافران

در حال حاضر هشدار مسافرتی برای مسافران چینی در حد نازنجی است، به این معنی که از سفرهای غیرضروری به دیگر کشورها اجتناب کنند. قرنطینه کردن مسافران بدون علامت که از چین به ایران آمده‌اند، لازم نیست؛ ولی به آن‌ها آموزش داده می‌شود که در صورت علامت‌دار شدن، توسط پزشکان ایرانی معاینه شده و در صورت لزوم بستری شوند. محدود شدن مسافرت به چین، تشکیل جلسات تیم پاسخ سریع مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر و انستیتو پاستور، از دیگر اقدامات کنترلی بوده است.

۳. هوشیاری کارکنان خدمات درمانی نسبت به

مسافران چینی یا سابقه مسافرت به چین

از آن‌جا که یکی از معیارهای ظن بالینی در این بیماری، سابقه مسافرت به چین در دو هفته گذشته



دکتر شادنوش: به هر حال سیستم ایمنی این بیماران از سایر افراد ضعیف‌تر بوده و در نتیجه اثرگذاری ویروس روی آن‌ها می‌تواند قابل توجه‌تر باشد. بنابراین بیماران خاص از سفر پرهیز کرده و سعی کنند در محیطی سالم و دور از آلودگی بمانند. به‌طور کلی ماسک تأثیر عمده‌ای در پیشگیری از ویروس کرونا ندارد



وزارت بهداشت: بیماران خاص بیشتر در معرض خطر ابتلا به کرونا هستند

رئیس مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری‌های وزارت بهداشت با بیان این که سیستم ایمنی این بیماران از سایر افراد ضعیف‌تر است، تأکید کرد: «بیماران خاص باید بیش از سایر افراد از خودشان در برابر ویروس کرونا مراقبت کنند.»

دکتر مهدی شادنوش روز دوشنبه ۵ اسفند ۱۳۹۸ در گفت‌وگو با ایسنا، ضمن ارائه توصیه‌هایی به بیماران خاص و پیوندی برای پیشگیری از ابتلا به کروناویروس جدید، گفت: «بیماران خاص و پیوندی بیش از دیگران باید از خودشان مراقبت کنند. خانواده‌ها و اطرافیان این بیماران نیز باید بیشتر از خودشان مراقبت کنند.» او افزود: «در عین حال این بیماران باید همان توصیه‌هایی را که برای افراد عادی ارائه می‌شود، رعایت کنند. اقداماتی مانند شست‌وشوی مرتب دست‌ها، دوری کردن از افرادی که ممکن است آلوده باشند، پرهیز از حضور در مناطق پرازدحام و تجمعات و... را انجام دهند.»

شادنوش با تأکید بر لزوم مراقبت بیشتر در بیماران خاص، گفت: «به هر حال سیستم ایمنی این بیماران از سایر افراد ضعیف‌تر بوده و در نتیجه اثرگذاری ویروس روی آن‌ها می‌تواند قابل توجه‌تر باشد. بنابراین بیماران خاص از سفر پرهیز کرده و سعی کنند در محیطی سالم و دور از آلودگی بمانند.»

او با بیان این که به‌طور کلی ماسک تأثیر عمده‌ای در پیشگیری از ویروس کرونا ندارد، ادامه داد: «بهتر است بیشتر تلاش کنند که از محل‌های آلوده دوری کنند. در عین حال بیماران خاص هم مانند سایر مردم در صورتی که دچار تب شدند، به پزشک مراجعه کرده و به توصیه‌های پزشک توجه کنند و در صورتی که بعد از مراجعه به پزشک علائم‌شان ادامه داشت یا دچار سرفه‌های خشک یا تنگی نفس شدند، باز هم به پزشک مراجعه کنند و حتماً بیماری‌شان را به صورت جدی پیگیری کنند.»

شادنوش درباره استفاده بیماران خاص از داروهای بالا برنده ایمنی بدن، اظهار کرد: «این موارد به نوع بیماری فرد بستگی دارد. هیچ فردی نباید سر خود اقدام درمانی و دارویی انجام دهد. در عین حال برخی بیماران مانند بیماران پیوندی با مصرف دارو مقداری سیستم ایمنی‌شان به صورت تعمّدی کاهش می‌یابد تا بتوانند عضو پیوندی را تحمل کنند. در چنین شرایطی اصلاً صلاح نیست که داروهایشان را تغییر دهند.»

وی تأکید کرد: «بیماران خاص هرگونه تغییر در داروهایشان را حتماً با نظر پزشک‌شان انجام دهند.»

■ در مراکزی که بیش از ۳۰۰۰۰ مراجعه‌کننده در ماه دارند، لازم است دو اتاق معاینه وجود داشته باشد و یکی از آن‌ها به تریاژ بیماران تنفسی اختصاص یابد.

■ اتاق انتظار تریاژ باید تهویه مناسب (۱۲ بار در ساعت) و ترجیحاً تهویه طبیعی داشته باشد، با دسترسی سریع به اتاق احیا و حمام آلودگی‌زدایی.

■ اتاق ایزوله باید تجهیز شود تا بیمار مشکوک به عفونت کرونا ویروس در همان محل احیا شود.

بعد از تریاژ بیمارانی که با علائم تنفسی مراجعه کرده‌اند، باید ماسک در اختیار این بیماران گذاشته شود و در اتاق انتظار با حفظ فاصله حداقل یک متری از بیمار مجاور، منتظر ویزیت بمانند.

طبق استانداردهای جدید تریاژ، بیمارانی که در اتاق انتظار هستند باید هر ۱۵ دقیقه، re triage شوند (چون ممکن است با گذشت زمان تغییر سطح تریاژ ایجاد شود).

در اتاق معاینه، در مورد بیماران با علائم خفیف و بدون عارضه، باید آموزش‌های لازم به بیمار یا همراه او ارائه شود و شماره تماس از بیمار گرفته شود.

در بیمارانی که اندیکاسیون بستری دارند، لازم است در نیم ساعت مشاوره عفونی شوند (اگر موارد بیماری زیاد شود، لازم است برنامه‌ریزی مناسب برای آنکال مقیم عفونی حداقل در ساعات اوج مراجعه بیماران، انجام گیرد).

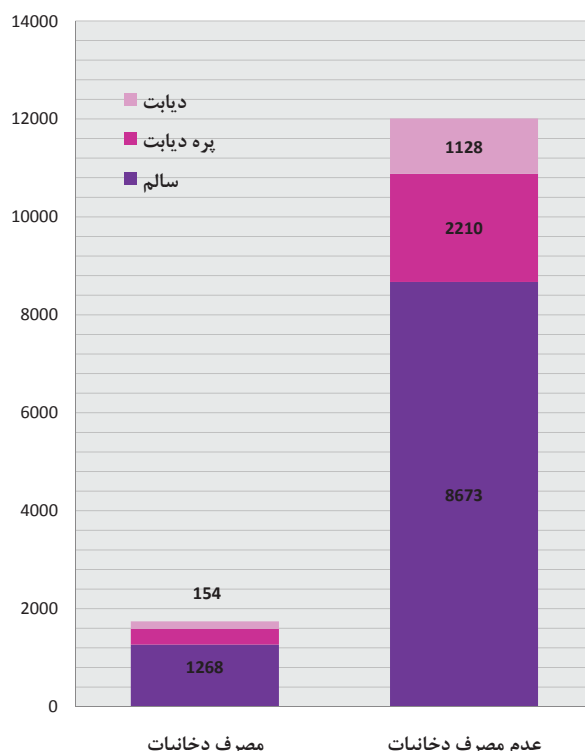
در صورت نیاز به بستری در بخش مراقبت ویژه، در اسرع وقت هماهنگی با متخصص بیهوشی به‌عمل آید.

اگر تخت خالی برای بستری بیمار وجود ندارد، از طریق هماهنگی با ستاد هدایت بحران، پذیرش از مرکز دیگری گرفته شود.



نتایج حاصل از گزارش غربالگری «صد مطب» نشان داد:

سونامی دیابت در راه است



و... برگزار می‌شود پس از اطلاع‌رسانی‌های گسترده، فرم‌هایی در اختیار متقاضیان قرار می‌گیرد و به‌صورت خوداظهاری تکمیل می‌کنند. این فرم شامل (۱۵ تست) سوالاتی در زمینه علائم و ریسک فاکتورهای ابتلا به دیابت است. این افراد توسط کارشناسان مربوطه مورد غربالگری قرار می‌گیرند و میزان قندخون به صورت ناشتا یا غیرناشتا تعیین و ثبت می‌گردد، و نتیجه تست‌ها توسط پزشکان آموزش دیده دیابتی حاضر در برنامه ارزیابی و راهنمایی‌های لازم به مراجعان داده می‌شود. پس از هر برنامه اطلاعات هر فرد وارد سیستم می‌شود و توسط نمودارها داده‌های غربالگری مورد بررسی قرار می‌گیرند.

شایان ذکر است که این گزارش حاصل تحلیل اطلاعات یافت‌شده از افراد تست‌دهنده در حوزه دیابت به شرح ذیل تهیه و تنظیم شده است:

با توجه به غربالگری‌های قندخون انجام شده تا پایان آذرماه ۱۳۹۸ و ورود اطلاعات ۱۳۷۵۴ فرم غربالگری تکمیل‌شده در این برنامه‌های غربالگری نتایج زیر پس از تهیه جدول‌ها و نمودارهای ضمیمه حاصل شد:

توضیح: از میان ۱۳۷۵۴ فرد شرکت‌کننده در این غربالگری‌ها وضعیت ۹۹۴۱ نفر (۷۲ درصد) سالم و ۲۵۳۱ نفر (۱۹ درصد) در مرحله پیش دیابت قرار

دکتر عبدالرضا معادی - فاطمه فداکار

واحد صد مطب بنیاد امور بیماری‌های خاص

دیابت یک بیماری شایع غیر واگیر است که هر ساله تعداد زیادی از انسان‌ها سلامتی‌شان را در اثر ابتلا به آن از دست می‌دهند یا در اثر عوارض آن جان می‌بازند. شیوع این بیماری که مشکلات بهداشتی، درمانی، اقتصادی و اجتماعی خاصی را در پی دارد به سرعت در جهان رو به افزایش است و کاهش عوارض و مرگ‌ومیر ناشی از آن نیازمند تلاش‌های متمرکز و آگاهانه همه افراد درگیر در ایران و سراسر جهان برای تشخیص و درمان به‌موقع و زودهنگام است.

به گزارش خبرنگار خاص، با توجه به اهمیت موضوع پیشگیری از ابتلا به بیماری دیابت در جامعه، بنیاد امور بیماری‌های خاص غربالگری‌های قند خون را به صورت متمرکز بر اساس فرمت واحد برای عموم مردم انجام می‌دهد. در برنامه غربالگری که از سوی بنیاد امور بیماری‌های خاص در اماکن عمومی، ادارات، همایش‌ها

می‌دهند که ۲۴۴۳ نفرند. ۱۳۸۸ نفر (۵۷ درصد) از این گروه سالم ۶۴۰ نفر (۲۶ درصد) پره دیابت و ۴۱۵ نفر (۱۷ درصد) مبتلا به دیابت هستند. ۱۳۶۷ نفر (۱۰ درصد) از ۱۳۷۵۴ نمونه کسب شده مربوط به افراد ۶۰ سال به بالا بود که از این تعداد ۶۰۸ نفر (۴۵ درصد) سالم و ۳۸۵ نفر (۲۸ درصد) پره دیابت و ۳۷۴ نفر (۲۷ درصد) دیابتی‌اند. **نتیجه‌گیری:** در همه رده‌های سنی آمار افراد پره دیابت نشان‌دهنده توجه بیشتر به موضوع پیشگیری و اصلاح سبک زندگی و جلوگیری از ابتلای افراد به دیابت است در صورت عدم برنامه‌ریزی در آینده با بحران دیابت مواجه خواهیم شد.

◀ از نظر مصرف دخانیات

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده ۱۷۴۳ نفر دخانیات مصرف می‌کنند که ۱۳ درصد کل جمعیت این غربالگری‌ها را تشکیل می‌دهند از این تعداد ۱۲۶۸ نفر (۷۳ درصد) سالم و ۳۲۱ نفر (۱۸ درصد) پره دیابت و ۱۵۴ نفر (۹ درصد) دارای دیابت‌اند. ۱۲۰۱۱ نفر و به عبارتی ۸۷ درصد از ۱۳۷۵۴ نفر باقی‌مانده که مصرف دخانیات نداشتند شامل ۸۶۷۳ نفر (۷۲ درصد) سالم و ۲۲۱۰ نفر (۱۹ درصد) پره دیابت و ۱۱۲۸ نفر (۹ درصد) دیابتی بودند. **نتیجه‌گیری:** رابطه معناداری بین دخانیات و دیابت دیده نشده است ولیکن نظیر آمارهای قبلی تعداد افراد پره دیابت در این گروه‌ها نیز زیاد است. مطالعات نشان داده است که مصرف دخانیات اثربخشی درمان دیابت را کاهش داده است.

◀ از نظر سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت

با توجه به اهمیت تأثیر سابقه خانوادگی بیماری دیابت در ابتلا شخص به این بیماری از ۱۳۷۵۴ نفر شرکت‌کننده در این غربالگری‌ها ۲۶ درصد دارای در بستگان نزدیک خود فرد مبتلا به دیابت را داشته‌اند که در میان این ۳۵۶۳ نفر، ۲۰۵۵ نفر (۵۸ درصد) سالم و ۷۸۰ نفر (۲۲ درصد) پره دیابت و ۷۲۸ نفر (۲۰ درصد) دارای دیابت‌اند و در ۷۴ درصد باقی‌مانده (۱۰۱۹۱ نفر) ۷۸۸۶ نفر (۷۷ درصد) سالم و ۱۷۵۱ نفر (۱۷ درصد) پره دیابت و ۵۵۴ نفر (۶ درصد) نفر دیابتی بودند. **نتیجه‌گیری:** در تمامی مطالعات احتمال بروز دیابت در افرادی که سابقه خانوادگی دیابت دارند زیاد است در این گزارش نیز این موضوع ثابت شده، بنابراین برنامه‌ریزی پیشگیری در خانواده‌های دیابتی ضروری‌تر از خانواده‌های عادی است.

◀ پراکندگی نمونه‌ها از نظر تست قند خون

در این غربالگری‌ها ۹۲۴۲ نفر (۶۷ درصد) به صورت

داشتند و ۱۲۸۲ نفر (۹ درصد) مبتلا به دیابت شده بودند.

در این غربالگری‌ها ۹۲۴۲ نفر (۶۷ درصد) به صورت ناشتا و ۴۵۱۲ نفر (۳۳ درصد) غیر ناشتا (قند تصادفی) مورد آزمایش قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به تحقیقات و مطالعات اخیر افراد پره دیابت در طی مدت زمان کوتاه به گروه‌های دیابتی می‌پیوندند و بنابراین توجه و برنامه‌ریزی برای هر دو گروه و حتی درمان ضروری است. آمار نشان می‌دهد که حدود هشت درصد از جمعیت ارزیابی‌شده مبتلا به دیابت هستند از طرف دیگر بالا بودن درصد افراد پره دیابت (۱۹ درصد) چنانچه اقدامات لازم برای کنترل و پیشگیری این افراد صورت نگیرد در آینده نه چندان دور ما شاهد سونامی در افزایش تعداد بیماران دیابتی خواهیم بود.

◀ از نظر جنسیت

از ۹۳۷۹ نفر مرد شرکت‌کننده ۶۷۶۲ نفر (۷۳ درصد) سالم و ۱۷۷۸ نفر (۱۹ درصد) پره دیابت و ۷۳۹ نفر (هشت درصد) دیابتی بودند. شایان ذکر است که ۶۸ درصد شرکت‌کنندگان در این غربالگری‌ها را مردان تشکیل داده‌اند و ۳۲ درصد باقی‌مانده (۴۳۷۵ نفر) شامل زنان شرکت‌کننده در این برنامه‌ها بودند که از این ۳۰۷۹ نفر (۷۰ درصد) سالم و ۷۵۳ نفر (۱۷ درصد) پره دیابت و ۵۴۳ نفر (۱۳ درصد) دیابتی هستند. **نتیجه‌گیری:** شیوع دیابت در خانم‌ها نکته مبهمی در برنامه‌ریزی در زمینه پیشگیری از دیابت در بانوان است. به‌رغم این‌که به نظر می‌آید که آن‌ها از نظر سبک زندگی رعایت‌های بسیاری را دارند ولیکن تغییرات هورمونی و فیزیک بدنی و استرس استعداد دیابت را در این افراد افزایش داده است.

◀ از نظر سن افراد

از میان ۱۳۷۵۴ غربالگری انجام شده ۴ درصد (۵۴۳ نفر) را افراد زیر ۱۸ سال تشکیل می‌دهند که از این تعداد ۴۹۲ نفر (۹۱ درصد) سالم و ۳۸ نفر (۷ درصد) پره دیابت و ۱۳ نفر (۲ درصد) مبتلا به دیابت بودند. افراد ۱۸ تا ۲۹ سال ۱۳ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهند که از ۱۸۳۹ نفر آن‌ها، ۱۶۲۳ نفر (۸۸ درصد) سالم و ۱۷۹ نفر (۱۰ درصد) پره دیابت و ۳۷ نفر (۲ درصد) دیابتی هستند.

بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان در بازه سنی ۳۰ تا ۴۹ سال قرار داشتند که شامل ۷۵۶۲ نفر (۵۵ درصد کل جمعیت) بودند و از میان این تعداد ۵۸۳۰ نفر (۷۷ درصد) سالم ۱۲۸۹ نفر (۱۷ درصد) پره دیابت و ۴۴۳ نفر (۶ درصد) افرادی دیابتی بودند. ۱۸ درصد کل جمعیت را افراد ۵۰ تا ۵۹ سال تشکیل



بنیاد

ناشتا و ۴۵۱۲ نفر (۳۳ درصد) غیرناشتا (قند تصادفی) مورد آزمایش قرار گرفتند.

(۶۷ درصد) از ۶۱۵۴ نفر از افرادی که به صورت ناشتا مورد غربالگری قرار گرفتند سالم بودند و ۲۲ درصد (۲۰۵۱ نفر) پره دیابت و ۱۱ درصد (۱۰۳۷ نفر) دیابتی بودند.

از ۴۵۱۲ نفر غیرناشتا که قند خون دو ساعته آن‌ها سنجیده شد ۳۷۸۷ نفر (۸۴ درصد) سالم، ۴۸۰ نفر (۱۱ درصد) پره دیابت و ۲۴۵ نفر یا به عبارتی ۵ درصد از افراد مبتلا به دیابت بودند.

نتیجه‌گیری: بالا بودن افراد پره دیابتی هشدار برای برنامه‌ریزی در حوزه پیشگیری و اصلاح سبک زندگی است.

پراکندگی نمونه‌ها در مصرف‌کنندگان دخانیات از نظر جنسیت

گفتنی است که از ۱۷۴۳ نفر مصرف‌کننده دخانیات ۱۳۸۸ نفر (۸۰ درصد) را مردان تشکیل داده‌اند که از این تعداد ۱۰۲۲ نفر (۷۴ درصد) سالم و ۲۵۲ نفر (۱۸ درصد) پره دیابت و ۱۱۴ نفر (۸ درصد) مبتلا به دیابت‌اند. همچنین ۳۵۵ نفر (۲۰ درصد) شامل زنان شرکت‌کننده در این برنامه‌ها بودند که از این تعداد ۲۴۶ نفر (۶۹ درصد) سالم و ۹۹ نفر (۲۰ درصد) پره دیابت و ۴۰ نفر (۱۱ درصد) دیابتی هستند.

نتیجه‌گیری: درصد بانوان دیابتی که از دخانیات استفاده می‌کنند بیشتر از آقایان است و بنابراین احتمال بروز بیماری‌های قلبی، عدم پاسخگویی به درمان دیابت بیشتر است. از طرف دیگر تعداد بانوان مصرف‌کننده دخانیات نسبت به آقایان افزایش یافته است.

پراکندگی نمونه‌ها از نظر فعالیت بدنی

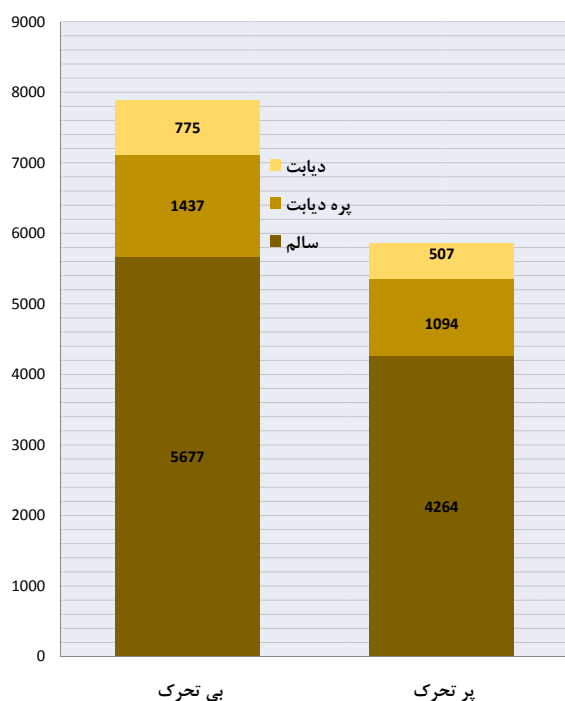
توضیح: در راستای این نظرسنجی از ۱۳۷۵۴ شرکت‌کننده ۷۸۸۹ نفر (۵۷ درصد) این افراد بی‌تحرك بوده که از این تعداد ۵۶۷۷ نفر (۷۲ درصد) سالم و ۱۴۳۷ نفر (۱۸ درصد) پره دیابت و ۷۷۵ نفر (۱۰ درصد) افراد دارای دیابت‌اند. همچنین ۵۸۶۵ نفر (۴۳ درصد) پرتحرک بوده که ۴۲۶۴ نفر (۷۳ درصد) سالم و ۱۰۹۴ نفر (۱۹ درصد) پره دیابت و ۵۰۷ نفر (۸ درصد) دارای دیابت هستند.

نتیجه‌گیری: در تمامی مطالعات احتمال بروز دیابت در افرادی که سابقه خانوادگی دیابت دارند زیاد است در این گزارش نیز این موضوع ثابت شده بنابراین برنامه‌ریزی پیشگیری در خانواده‌های دیابتی ضروری‌تر از خانواده‌های عادی است.

پراکندگی نمونه‌ها از نظر دخانیات از نظر سن

توضیح: در راستای این نظرسنجی از میان مصرف‌کنندگان دخانیات (سیگار، قلیان، تنباکو، پپ و...) ۷۴ نفر (۴ درصد) افراد زیر ۱۸ سال هستند که ۶۳ نفر (۸۵ درصد) سالم، ۸ نفر (۱۱ درصد) پره دیابت و ۳ نفر (۴ درصد) را افراد دیابتی تشکیل داده‌اند.

۲۶۹ نفر (۱۵ درصد) از این افراد بین ۱۸ تا ۲۹ سال‌اند که از این تعداد ۲۳۱ نفر (۸۶ درصد) سالم، ۳۰ نفر (۱۱ درصد) پره دیابت و ۸ نفر (۳ درصد) دارای دیابت‌اند. همچنین ۸۸۷ نفر (۵۱ درصد) بین ۳۰ تا ۴۹ سال‌اند که از این تعداد ۶۸۹ نفر (۷۸ درصد) افراد سالم و ۱۵۰ نفر (۱۷ درصد) افراد پره دیابت و ۴۸ نفر (۵ درصد) افراد دیابتی را شامل می‌شود.



پراکندگی نمونه‌ها از نظر فعالیت بدنی

پراکندگی نمونه‌ها از نظر فعالیت بدنی				
نوع تست	نفر	درصد	سالم	پره دیابت
بی تحرک	7889	57%	5677	1437
			72%	18%
پرتحرک	5865	43%	4264	1094
			73%	19%
			8%	10%



بنیاد امور بهداشتی و درمانی

◀ پراکندگی نمونه‌ها از نظر فعالیت بدنی در

مصرف و عدم مصرف دخانیات

در راستای این نظرسنجی از ۱۳۷۵۴ نفر شرکت‌کننده ۷۸۸۹ نفر (۵۷ درصد) این افراد بی‌تحرك بوده که از این تعداد ۱۰۳۳ نفر (۱۳ درصد) دخانیات مصرف می‌کنند و ۶۸۵۶ نفر (۸۷ درصد) دخانیات مصرف نمی‌کنند. همچنین ۵۸۶۵ نفر (۴۳ درصد) پر تحرك بوده که از این تعداد ۷۱۰ نفر (۱۲ درصد) دخانیات مصرف می‌کنند و ۵۱۵۵ نفر (۸۸ درصد) از دخانیات استفاده نمی‌کنند.

نتیجه‌گیری: مصرف دخانیات در این راستا بیانگر این است که افرادی که ورزش نمی‌کنند بیشتر از کسانی است که ورزش می‌کنند و مصرف دخانیات در افراد بی‌تحرك بیشتر است.

◀ پراکندگی نمونه‌ها از نظر سن در مصرف و عدم

مصرف دخانیات

در راستای این نظرسنجی ۵۴۳ نفر (۴ درصد) افراد زیر ۱۸ سال‌اند که ۷۴ نفر (۱۴ درصد) دخانیات مصرف می‌کنند و ۴۶۹ نفر (۸۶ درصد) دخانیات مصرف نمی‌کنند.

۱۸۳۹ نفر (۱۳ درصد) از این افراد بین ۱۸ تا ۲۹ سال‌اند که از این تعداد ۲۶۹ نفر (۱۵ درصد) دخانیات مصرف می‌کنند و ۱۵۷۰ نفر (۸۵ درصد) مصرف دخانیات ندارند. همچنین ۷۵۶۲ نفر (۵۵ درصد) بین ۳۰ تا ۴۹ سال هستند که از این تعداد ۸۸۷ نفر (۱۲ درصد) دخانیات مصرف می‌کنند و ۶۶۷۵ نفر (۸۸ درصد) افرادی که مصرف دخانیات ندارند.

افراد بین ۵۰ تا ۵۹ سال ۲۴۴۳ نفر (۱۸ درصد) از این جمعیت را تشکیل می‌دهند که ۳۴۷ نفر (۱۴ درصد) دخانیات مصرف می‌کنند و ۲۰۹۶ نفر (۸۶ درصد) عدم مصرف دخانیات دارند. ۱۳۶۷ نفر (۱۰ درصد) از این افراد بالای ۶۰ سال‌اند که از این تعداد ۱۶۶ نفر (۱۲ درصد) دخانیات مصرف می‌کنند و ۱۲۰۱ نفر (۸۸ درصد) دخانیات مصرف نمی‌کنند.

نتیجه‌گیری: درصد بالای مصرف دخانیات در سه دوره سنی زیر ۱۸ سال، ۱۸ تا ۲۹ سال و ۵۰ تا ۵۹ سال است.

افراد بین ۵۰ تا ۵۹ سال ۳۴۷ نفر (۲۰ درصد) از این جمعیت را تشکیل می‌دهند که ۱۹۲ نفر (۵۵ درصد) از این گروه را افراد سالم و ۹۲ نفر (۲۷ درصد) افراد پره دیابت و ۶۳ نفر (۱۸ درصد) افراد دیابتی هستند.

۱۶۶ نفر (۱۰ درصد) از این افراد بالای ۶۰ سال‌اند از این افراد ۹۳ نفر (۵۶ درصد) افراد سالم ۴۱ نفر (۲۵ درصد) افراد پره دیابت و ۳۲ نفر (۱۹ درصد) را افراد دیابتی تشکیل می‌دهند.

نتیجه‌گیری: درصد بالای مصرف‌کنندگان دخانیات در دو دوره سنی ۳۰ تا ۴۹ سال و ۵۰ تا ۵۹ سال و همچنین شیوع پره دیابت در همین رده‌های سنی پیام‌آور احتمال شیوع دیابت در این گروه‌هاست.

◀ پراکندگی نمونه‌ها از نظر جنسیت در مصرف و

عدم مصرف دخانیات

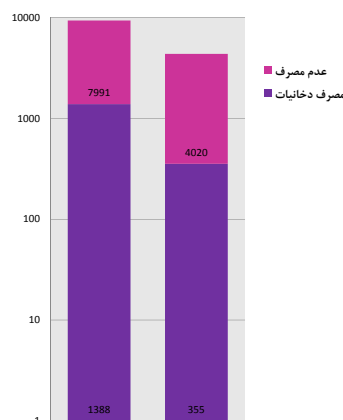
از میان ۱۳۷۵۴ نفر غربالگری انجام‌شده ۹۳۷۹ نفر (۶۸ درصد) افراد مذکر تشکیل شده است که از این تعداد ۱۳۸۸ نفر (۱۵ درصد) دخانیات مصرف می‌کنند و ۷۹۹۱ نفر (۸۵ درصد) دخانیات مصرف نمی‌کنند شایان ذکر است که ۴۳۷۵ نفر (۳۲ درصد) شرکت‌کنندگان در این غربالگری شامل زنان است که از این میان ۳۵۵ نفر (۸ درصد) دخانیات مصرف می‌کنند و ۴۰۲۰ نفر (۹۲ درصد) دخانیات مصرف نمی‌کنند.

نتیجه‌گیری: درصد مذکر کسانی که از دخانیات استفاده می‌کنند بیشتر از بانوان است و بنابراین احتمال بروز بیماری‌های قلبی، عدم پاسخگویی به درمان دیابت بیشتر است.

پراکندگی نمونه‌ها از نظر جنسیت در مصرف و عدم مصرف دخانیات

پراکندگی نمونه‌ها از نظر جنسیت در مصرف و عدم مصرف دخانیات				
جنسیت	کل نفرات	درصد	مصرف دخانیات	عدم مصرف دخانیات
مذکر	9379	68٪	1388	7991
			15٪	85٪
مؤنث	4375	32٪	355	4020
			8٪	92٪

Chart Title



پروژه ۱۰۰ مطب دیابتی

برگزارکنندگان: پزشکان عمومی
عضو طرح ۱۰۰ مطب دیابتی

با حضور کارشناسان بنیاد امور بیماری‌های خاص انجام شد

غربالگری سرطان پستان در سرای محله قنات کوثر



پستان توسط خود را کسب کردند همچنین پرسش‌های مطرح‌شده از مراجعه‌کنندگان توسط خانم نقی‌زاده پاسخ داده شد. شایان ذکر است، ۱۹ نفر از شرکت‌کنندگان فیبروکیستیک داشتند که توضیحات لازم را توسط کارشناسان دریافت کرده و به پزشک متخصص برای بررسی بیشتر ارجاع شدند.

همچنین کتابچه و بروشورهایی از قبیل سرطان پستان، تکنیک‌های آرامش برای خانواده و دوستان فرد سرطانی، آموزش مراقبت از خود در بیماران تحت شیمی درمانی، مقابله با خستگی ناشی از درمان سرطان نیز بین شرکت‌کنندگان در مراسم توزیع شد.

در هفته ملی مبارزه با سرطان، غربالگری سرطان پستان در سرای محله قنات کوثر در تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۶ با حضور کارشناسان بنیاد امور بیماری‌های خاص برگزار شد.

به گزارش خبرنگار خاص، در برنامه غربالگری سرطان پستان که از ساعت ۱۰ صبح در سرای محله قنات کوثر شروع و تا ساعت ۱۳ ادامه داشت، خانم فرحی (کارشناس مامایی)، خانم نقی‌زاده (کارشناس مامایی) و خانم همه دوست جهت گرفتن فشار خون با هماهنگی انجمن سلامت خانواده ایران حضور یافتند.

تعداد ۵۱ نفر از خانم‌های شرکت‌کننده در مراسم را خانم فرحی معاینه کرد و آموزش‌های لازم برای معاینه

برگزاری کارگاه آموزش پیشگیری و کنترل دیابت در شرکت آب و فاضلاب استان تهران



سلامتی کارکنان آن نهاد شد.

در پایان بروشور و کتابچه‌های مربوط به دیابت از قبیل راه‌های پیشگیری از دیابت، م عرفی طرح ۱۰۰ مطب رژیم غذایی در بیماران دیابتی، زخم پای دیابتی، آموزش دیابت نوع ۱ و ۲، آموزش دیابت برای کودکان، دیابت بارداری و... از سوی کارشناسان بنیاد امور بیماری‌های خاص میان شرکت‌کنندگان توزیع شد.

برنامه کارگاه آموزشی پیشگیری و کنترل دیابت در تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۳۰ در شرکت آب و فاضلاب استان تهران از سوی واحد صد مطب دیابتی و آموزش و پژوهش بنیاد امور بیماری‌های خاص برگزار شد.

به گزارش خبرنگار خاص، دکتر نرگس موسوی پزشک طرح صد مطب دیابتی در رابطه شیوع، تشخیص زودهنگام، پیشگیری، کنترل قند خون و تغذیه مناسب برای مصون ماندن از ابتلا به دیابت توضیحاتی ارائه داد. همچنین تست غربالگری قند خون از سوی شرکت خسرو مدیسا با نمونه‌گیری از ۴۲ نفر از حاضران اعم از ۲۱ خانم و ۲۱ آقا به انجام رسید.

گفتنی است، مهندس کیاور «مدیر دفتر ایمنی و بهداشت شرکت آب و فاضلاب استان تهران» نیز ضمن قدردانی از حضور کارشناسان بنیاد امور بیماری‌های خاص در شرکت آب و فاضلاب استان تهران خواهان افزایش همکاری‌های دوجانبه در راستای افزایش

به مناسبت هفته ملی سرطان انجام شد

کارشناسان بنیاد امور بیماری‌های خاص در مجتمع کوثر تهران

هم‌زمان با هفته ملی مبارزه با سرطان و با توجه به شیوع سرطان پستان در بین خانم‌ها، برنامه پیشگیری از سرطان‌های زنان همراه با اجرای غربالگری سرطان پستان در مجتمع ورزشی کوثر با حضور بیش از ۱۸۰ نفر از خانم‌های ساکن در منطقه ۱۳ شهرداری تهران برگزار شد.

به گزارش خبرنگار خاص، کارشناسان بنیاد امور بیماری‌های خاص در تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۱۵ با حضور در مجتمع ورزشی کوثر آموزش‌های لازم در خصوص شناخت بیماری سرطان پستان، درمان به‌هنگام و مناسب در مراحل ابتدایی به حاضران ارائه کردند.

گفتنی است، در این برنامه سرکار خانم دکتر مینو قارونی متخصص زنان و زایمان با هماهنگی انجمن سلامت خانواده در رابطه شیوع، تشخیص زودهنگام، پیشگیری و کنترل سرطان پستان و انجام معاینات توسط خود شخص برای حاضران صحبت کردند و پس از آن جلسه پرسش و پاسخ برگزار شد.

در برنامه غربالگری پستان نیز آموزش معاینه توسط خود شخص و پاسخ به پرسش‌های افراد توسط ماما از بیمارستان سوده و انجمن سلامت خانواده و تست قند خون توسط شرکت خسرو مدیسا طب انجام شد.

همچنین بروشورها و کتابچه‌های مربوط به سرطان از قبیل سرطان و درد، سرطان و خستگی، شیمی درمانی، سرطان پستان هم میان شرکت‌کنندگان توزیع شد.



در هفته ملی مبارزه با سرطان پستان انجام شد

حضور کارشناسان بنیاد امور بیماری‌های خاص در سرای محله کرمان

هم‌زمان با شروع هفته ملی مبارزه با سرطان، برنامه «پیشگیری از سرطان‌های زنان همراه با اجرای غربالگری سرطان پستان» با حضور کارشناسان بنیاد امور بیماری‌های خاص در سالن آمفی تئاتر سرای محله کرمان با حضور ۹۰ نفر از خانم‌های شرکت‌کننده برگزار شد.

به گزارش خبرنگار خاص، سرطان پستان در ایران از شایع‌ترین سرطان‌ها در میان خانم‌هاست. شناخت بیماری و درمان به‌هنگام و مناسب در مراحل ابتدایی می‌تواند جان بسیاری از بیماران را نجات داده و منجر به ادامه زندگی طبیعی مبتلایان شود.



در همین راستا برنامه پیشگیری از سرطان‌های زنان همراه با اجرای غربالگری سرطان پستان از ساعت ۸/۳۰ تا ۱۳ در سالن آمفی تئاتر سرای محله کرمان با حضور ۸۳ نفر برگزار شد. خانم دکتر منصوره صمیمی متخصص زنان و زایمان که توسط انجمن سلامت خانواده ایران در مراسم حضور داشتند در رابطه با شیوع، علائم، معاینه فردی، کنترل و تشخیص زودهنگام برای حاضران توضیحات جامعی ارائه کرد و در انتها نیز جلسه پرسش و پاسخ انجام شد.

پس از پایان سخنرانی خانم دکتر صمیمی، معاینه و غربالگری توسط خانم نقی‌زاده (کارشناس مامایی) انجام گرفت و ۴۵ نفر از شرکت‌کنندگان خانم در مراسم توسط وی معاینه شدند که از این تعداد ۲۵ نفر به دلیل داشتن فیبروکیستیک به پزشک متخصص برای بررسی بیشتر ارجاع داده شدند. گفتنی است، کتابچه و بروشورهایی از قبیل سرطان پستان، تکنیک‌های آرامش برای خانواده و دوستان فرد سرطانی، آموزش و مراقبت از خود در بیماران تحت شیمی درمانی، مقابله با خستگی ناشی از درمان سرطان نیز میان حاضران در مراسم توزیع شد.

رئیس انجمن خون و سرطان کودکان ایران در گفت‌وگو با خاص:

متوسط سن بیماران تالاسمی در کشور ۱۰ سال بیشتر شده است



دکتر ابوالقاسمی ادامه داد: «در زمینه تأمین خون و فرآورده‌های خونی برای بیماران تالاسمی در سال‌های گذشته پیشرفت‌های خوبی داشته‌ایم به‌طوری‌که در بسیاری از مناطق محروم کشور که خون جایگزین وجود داشت و تأمین خون کافی مقدور نبود با استفاده از اصلاح شبکه خون‌رسانی کشور در دهه ۸۰ توانستیم خون صددرصد داوطلبانه را جایگزین خونی کنیم که بستگان فرد مبتلا اهدا می‌کردند. بخصوص در استان‌های خوزستان، سیستان و بلوچستان و کرمان در دهه ۸۰ شاخص اهدا خون را توانستیم از ۲۲ در هزار نفر به ۲۷ در هزار نفر برسانیم.»

ابوالقاسمی تصریح کرد: «تقریباً تا چند سال گذشته هیچ بیمار تالاسمی نبود که بتواند ادعا کند که دسترسی به خون ندارد، اما متأسفانه در بازدیدی که اخیراً از استان سیستان و بلوچستان به عمل آمد؛ متوجه شدیم که دسترسی به خون و فرآورده‌های خونی مطابق تصورات نبوده و حتی مشاهده شد که دو بیمار از یک کیسه خون استفاده می‌کنند. به نظر می‌رسد که سیاست‌های سازمان انتقال خون در پنج - شش سال گذشته، موجب کمبود خون در کشور شده است.»

رئیس انجمن خون و سرطان کودکان ایران اضافه کرد: «زمانی که با این مشکل روبرو شدیم، از مدیرعامل جدید سازمان، علت کمبود خون در این منطقه (با توجه به

دکتر ابوالقاسمی «رئیس انجمن خون و سرطان کودکان ایران» در گفت‌وگویی با خاص، در انتقاد از نبود سامانه دقیق از ثبت بیماری تالاسمی در کشور گفت: «متأسفانه در ایران سامانه دقیقی برای ثبت بیماری تالاسمی وجود ندارد و این موضوع، مشکلات زیادی برای شناسایی دقیق مبتلایان به بیماری تالاسمی به وجود آورده ولی با همین میزان از اطلاعات هم دریافته‌ایم که متوسط سن بیماران تالاسمی که در گذشته زیر ۲۰ سال بوده در حال حاضر به بالای ۳۰ سال رسیده است.

او گفت: «ما در رابطه با تالاسمی دو وظیفه بر عهده داریم، یکی آن که بیماران موجود را از بهترین درمان ممکن در دنیا بهره‌مند کنیم و دیگر این که از تولد موارد جدید تالاسمی پیشگیری کنیم. این دو وظیفه بر عهده کسانی است که در حیطه تالاسمی کار می‌کنند اعم از دولت، بنیادهای خیریه و متخصصان.

فوق تخصص خون و سرطان کودکان در توضیح شاخص اهدای خون در کشور افزود: «برای این که بیماران تالاسمی نسبت به گذشته طول عمر بیشتری داشته باشند باید خون کافی در اختیارشان قرار گیرد. همچنین مراقبت‌های درست درمانی در مقابل عوارضی انجام گیرد که بار آهن اضافی برای این بیماران دارد. از جمله این مراقبت‌ها استفاده از داروهای دفع‌کننده آهن یا شلاتور آهن است.»

گذاشت تا بتوانند از بهترین داروی ممکن بهره ببرند که برایشان مفید است. امروزه در تمام دنیا داروهای خوراکی شلاتور آهن جایگزین داروهای تزریقی شده؛ اما به دلیل نوسانات در تهیه و توزیع داروهای شلاتور با آن که تولید داخلی است؛ هرج و مرجی در مصرف داروهای دفع‌کننده آهن در بین بیماران تالاسمی به وجود آمده که مشاهده می‌شود برخلاف جریان عادی و معمول در دنیا است. در کشور ما داروهای تزریقی دفع‌کننده آهن خیلی بیشتر از نقاط پیشرفته دنیا به کار می‌رود و این چیزی نیست جز این که یا دانش کافی در ارائه‌دهنده‌های این خدمت وجود ندارد یا دسترسی به داروهای مورد نیاز بیماران کم شده است.»

وی ادامه داد: «برای مثال دارویی که تقریباً دو الی سه سال گذشته ساخته شد و به بیماران تالاسمی توصیه می‌شد که از این داروی خوراکی مؤثر استفاده کنند. اخیراً با بی‌درایتی بیمه‌ها؛ دسترسی بیماران تالاسمی که در گذشته این دارو را رایگان دریافت می‌کردند، کم شده و در حال حاضر برای هر قرص آن ۳۰۰۰ ریال پرداخت می‌کنند و این باعث می‌شود بیمارانی که قدرت مالی خوبی ندارند این دارو را استفاده نکنند. همین امر باعث افزایش میزان آهن موجود در خون آن‌ها می‌شود و با مرور زمان بسیار مشکل این آهن را می‌توان دفع کرد و این مسئله مخارج زیادی را به نظام بهداشت و درمان تحمیل می‌کند.»

ابوالقاسمی گفت: «در ایران باید سامانه دقیقی از ثبت بیماری تالاسمی داشته باشیم و هر لحظه بتوانیم وضعیت بیماران، فریتین آن‌ها و... را مانیتور کنیم و این جزئیات باید به صورت آنلاین ثبت شود. اما متأسفانه ثبت این داده به نحو مطلوبی صورت نمی‌گیرد. بنابراین اطلاعات در زمینه تالاسمی اطلاعات ناقصی است ولی با همین میزان از اطلاعاتی هم که داریم می‌توان متوجه شد با تلاش‌هایی که در دو دهه گذشته شده، سن متوسط بیماران تالاسمی که زیر ۲۰ سال بوده، در حال حاضر به بالای ۳۰ سال رسیده است.»

رئیس انجمن خون و سرطان کودکان ایران در پاسخ به این پرسش که چگونه می‌توان عدالت را در توزیع خدمات برای بیماران تالاسمی ایجاد کرد؟ گفت: «مراکز جامع ارائه‌دهنده خدمات به بیماران تالاسمی باید در مراکز استان‌ها یا در استان‌های بزرگ مانند سیستان و بلوچستان، کرمان و... دو تا سه جا شکل گیرد و این امکان وجود داشته باشد که یک بیمار تالاسمی در دو تا سه ماه به فردی که کاملاً در زمینه تالاسمی باتجربه است و فوق تخصص خون دارد دسترسی داشته باشد که این کار را با کمک خیریه‌ها مانند بنیاد امور بیماری‌های خاص و انجمن تالاسمی می‌توان ساماندهی کرد. برای ایجاد عدالت در توزیع خدمات برای بیماران تالاسمی باید دسترسی آن‌ها را به متخصصان خبره بخصوص در

این که در گذشته این مشکل وجود نداشت) را جویا شدیم، سپس پی بردیم که شاخص اهدای خون که بایستی در شش سال گذشته از ۲۷ در هزار نفر به ۳۰ در هزار نفر جمعیت می‌رسید، نه تنها رشد کافی نکرده است بلکه به ۲۵ در هزار نفر هم کاهش پیدا کرده و این مشکل برای تمام مصرف‌کننده‌های خون از جمله بیماران تالاسمی و... به وجود آمده است. پس ضروری است که هرچه سریع‌تر رئیس جدید سازمان انتقال خون که از افراد متخصص این رشته است و به این موضوع‌ها کاملاً اشراف دارد تدابیری اتخاذ کند که شاخص اهدای خون مجدد در کشور بالا برود و دسترسی همه بیماران خونی به خون و فراورده‌های خونی تأمین شود. چه از طریق خون‌گیری و چه از طریق ترمیم شبکه خون‌رسانی کشور. البته گفتنی است که این اقدامات هم‌اکنون از طرف مدیرعامل جدید سازمان انتقال خون شروع شده است.»

ابوالقاسمی در خصوص سلامت خون و فراورده‌های خونی نیز گفت: «در گذشته آسیب‌هایی از طریق خون و فراورده‌های خونی در کشورهای مختلف دنیا برای مصرف‌کننده وجود داشت. در ایران خوشبختانه اقدامات خوبی برای بالابردن سطح سلامت خون انجام گرفته و این کوشش بایستی ادامه پیدا کند تا بتوانیم ادعا کنیم که دسترسی به خون سالم برای همه مصرف‌کننده‌ها مقدور است.»

رئیس انجمن خون و سرطان کودکان ایران در پاسخ به این پرسش که چگونه می‌توان کیفیت درمان را در بیماران تالاسمی ارتقا داد؟ چنین گفت: «موضوع دیگری که بیماران تالاسمی با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند دسترسی به پزشکان حاذق است، یعنی افرادی که دانش کافی در رابطه با بیماری تالاسمی داشته باشند. این پزشکان بایستی مرتب بازآموزی شوند و انجمن خون و سرطان کودکان ایران این وظیفه را به عهده گرفته است. در سال گذشته با نشست‌های مکرر متخصصان حدود هزار اسلاید تهیه شده و برای این که بتوان بازآموزی‌ها را در سراسر کشور سامان داد تا به نظر مشترک رسید؛ با کمک وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی این مهم انجام گرفته است و چنانچه ادامه پیدا کند می‌تواند نقش بسیار مؤثری در بالابردن کیفیت درمان داشته باشد.»

وی ادامه داد: «پزشکان عمومی، پرستاران و فوق تخصص‌ها، زمانی می‌توانند از بیمار تالاسمی مراقبت خوبی کنند که به دانش روز مجهز باشند و بتوانند با استفاده از علوم نوین اقدامات پزشکی را پیش ببرند.»

ابوالقاسمی همچنین تأکید کرد: «یکی از مسائل مهم این است که بیماران را با روش‌های نوین شلاتورهای آهن یا دفع‌کننده‌های آهن آشنا کرد و آن‌ها را مختار

ابوالقاسمی در خصوص سلامت خون و فراورده‌های خونی نیز گفت: در گذشته آسیب‌هایی از طریق خون و فراورده‌های خونی در کشورهای مختلف دنیا برای مصرف‌کننده وجود داشت. در ایران خوشبختانه اقدامات خوبی برای بالابردن سطح سلامت خون انجام گرفته و این کوشش بایستی ادامه پیدا کند تا بتوانیم ادعا کنیم که دسترسی به خون سالم برای همه مصرف‌کننده‌ها مقدور است

طراحی شود تا بتوان تولد بیماران تالاسمی را در این استان‌ها کاهش داد و این رقم به زیر ۵۰ نفر در سال کاهش یابد.» وی تصریح کرد: «امروزه ثابت شده که هزینه هر بیمار تالاسمی در سال در حدود ۸۳۰۰ دلار است که بخشی از آن ارزی و بخشی داخلی است که رقم بسیار بالایی برای نظام بهداشت و درمان کشور به حساب می‌آید. بنابراین پیشگیری از آن می‌تواند کاملاً مقرون به صرفه باشد به اضافه این‌که کاهش بار بیماری‌ها باعث راحتی خانواده‌ها نیز می‌شود و بایستی منابع برای بیماران موجود هزینه شود نه این‌که تعداد بیماران اضافه شود و بخواهیم برای آن‌ها هزینه کنیم.»

ابوالقاسمی افزود: «تمامی این برنامه‌ها در صورتی‌که درست طراحی شوند و از متخصصان به شکل مناسبی استفاده شود قطعاً می‌تواند کمک زیادی برای کنترل این بیماری در سراسر کشور باشد که امیدوارم یک روز این اتفاق عمای شود.»

رئیس انجمن خون و سرطان کودکان ایران در پایان تأکید کرد: «درست است که در گذشته بیماری‌هایی چون تالاسمی و هموفیلی جزء بیماری‌های خاص قرار گرفتند، اما امروزه باید بیماری‌هایی شبیه این بیماری‌ها مانند آنمی آپلاستیکو سیکل سل آنمی تحت پوشش و حمایت قرار گیرند به این دلیل که این بیماری‌ها هم از نظر ماهیت فرقی با تالاسمی و هموفیلی ندارد و ژنتیک هستند، بلکه به این دلیل که تمام عمر با بیمارند و بایستی از آن‌ها حمایت شود. این یکی از کارهایی است که باید انجام گیرد و توجه مسئولان بهداشت و درمان و نیز مسئولان بیمه هم به این حمایت جلب شود؛ به این دلیل که اگر از این بیماری‌ها نیز پیشگیری کنیم، کمک زیادی به کاهش هزینه‌های درمانی خواهد شد.

مناطق دوردست تسهیل کنیم و لازمه‌اش این است که آن جی اوها یا سازمان‌های مردم نهاد این نوع خدمات را ساماندهی کنند و افراد متخصص را حتی به‌طور موقت به آن مکان‌ها ببرند تا بیماران تالاسمی را ویزیت کنند.» وی ادامه داد: «مواهب اجتماعی که بیماران تالاسمی باید از آن برخوردار باشند شامل داشتن شغل، تسهیلات در ازدواج، محروم نبودن از برخی فعالیت‌های اجتماعی، نگرفتن مشکل در دادن گواهینامه رانندگی و... است. این بیماران نقص ژنتیکی دارند و با استفاده از درمان با خون سالم و دارو و رسیدگی مناسب می‌توانند مانند فردی سالم و فعال در اجتماع عمل کنند و قادر خواهند بود شغل‌های متعددی را بر عهده گیرند و نیازی نیست در فعالیت‌های اجتماعی به عنوان افراد بیمار با آن‌ها رفتار شود.»

ابوالقاسمی تصریح کرد: «یکی از بهترین برنامه‌های بهداشتی در زمینه پیشگیری از بروز بیماری‌ها این است که متخصصان خون، ژنتیک، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور و بنیاد امور بیماری‌های خاص کمک زیادی کردند و زحمات بسیاری کشیدند و این برنامه پیشرفت‌های زیادی در دو دهه گذشته داشته است. به‌طوری‌که که بدون وجود این برنامه باید سالانه بیش از ۱۵۰۰ بیمار تالاسمی متولد می‌شدند ولی در حال حاضر از طریق کنترل بیماری تالاسمی و جلوگیری از تولد موارد جدید، تالاسمی به کمتر از ۲۰۰ نفر در سال کاهش یافته که در هزینه‌های بهداشت و درمان صرفه‌جویی زیادی شده است.»

فوق تخصص خون و سرطان کودکان تأکید کرد: «حتماً باید در بعضی از استان‌ها که شیوع تالاسمی بالاست مانند استان سیستان و بلوچستان، هرمزگان یا کرمان برنامه‌های خاص منطقه‌ای با کمک آن جی اوها و بخصوص بنیادهای خیریه





قابل توجه فارغ التحصیلان آماده خدمت سربازی

مشمولین نظام وظیفه در صورت دارا بودن شرایط لازم می توانند خدمت سربازی خود را به صورت امریه در بنیاد امور بیماری های خاص بگذرانند. متقاضیان دریافت امریه بنیاد باید فارغ التحصیل یکی از رشته های زیر باشند؛
[?]دکتر (پزشکی)

[?]کارشناسی ارشد (روابط عمومی و مهندسی پزشکی)

[?]کارشناسی (رایانه، عمران، حقوق، حسابداری، علوم پایه و مدیریت)

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

[?]خانواده ایثارگران (فرزند یا برادر شهید، جاویدالاثر، جانباز یا فرزند رزمنده با حداقل شش ماه سابقه در جبهه)

[?]یتام

[?]متاهل

[?]معاف از رزم

[?]فرد تحت پوشش کمیته امداد و سازمان بهزیستی

[?]نخبگان، استعدادهای برتر، حافظان قرآن، قاریان برتر

[?]عضویت حداقل شش ماه سابقه در پایگاه مقاومت بسیج

در صورت دارا بودن شرایط مربوط به جذب و انتخاب مشمولان اعلام شده از سوی ستاد کل نیروهای مسلح می توانند تقاضانامه و رزومه و فرم تکمیل شده بالا را به آدرس الکترونیکی: cffsd@ymail.com یا شماره فکس ۲۲۷۶۵۴۲۳ ارسال کنند و برای پیگیری با شماره تلفن: ۶۷-۲۲۷۸۳۴۶۵ تماس بگیرند.

تغذیه مناسب کودکان ای بی

مسئله ای

مترجم: دکتر فوزان فرهادی

پزشک عمومی

■ برای ارتقای عملکرد معده و جلوگیری از یبوست؛
■ در آخر تا جایی که ممکن است فرد از یک کیفیت زندگی خوب لذت ببرد.

همه نوزادان روزهایی غذا نمی‌خورند مانند هنگام دندان درآوردن یا بیماری خفیف، کودکان ای بی هم این‌گونه‌اند، پس زمانی که تاول‌های دهانی و حلقی دارند به‌طور قابل توجهی دریافت مواد غذایی آن‌ها کاهش پیدا کند و والدین‌شان بسیار نگران می‌شوند، در این مواقع وقتی نوزادان این را احساس می‌کنند، ممکن است به غذا خوردن بی‌ رغبت شوند.

بنابراین روزهایی را که کودکان با خوشحالی غذا می‌خورند با عنوان روزهای خوب مورد توجه قرار دهید تا احساس بهتری نسبت به روزهایی که دریافت غذایی ضعیفی دارند داشته باشید و خود را مطابقت دهید.

◀ غذای مغذی چیست؟

مواد معدنی، ویتامین، چربی، پروتئین کربوهیدرات. به دلیل این که بسیاری از غذاها، مخلوطی از این‌ها هستند آن‌گونه که به نظر می‌رسد پیچیده نیست و غذای مغذی از مخلوطی از چندین ماده غذایی به دست می‌آید هرچه تغذیه متنوع‌تر باشد بیشتر به نظر می‌رسد که تعادل تغذیه‌ای داشته باشد. به صورت ساده بیشتر مواد غذایی استفاده می‌شوند تا نیازهای بدن برای رشد و ترمیم را

همه نوزادان روزهایی دارند که غذا نمی‌خورند مانند هنگام دندان درآوردن یا بیماری خفیف، دریافت غذا کاهش می‌یابد و کودکان ای بی از این قاعده مستثنا نیستند، بنابراین زمانی که تاول‌های دهانی و حلقی دارند که غذا خوردن را برای آن‌ها ناراحت‌کننده می‌کند؛ این اتفاق برای کودکان ای بی بیشتر می‌افتد و ممکن است به‌طور قابل توجهی دریافت مواد غذایی آن‌ها کاهش پیدا کند.

به گزارش خبرنگار خاص، کودکانی که ای بی ندارند بیشتر مواد غذایی خود را برای رشد مصرف می‌کنند. به دلیل این که پوست نوزادان ای بی شکننده است و به راحتی آسیب می‌بیند به تغذیه ویژه‌ای نیاز دارند که نه تنها رشد آن‌ها را ارتقا بدهد بلکه

■ برای جبران مواد از دست رفته در اثر زخم یا ضایعات؛
■ برای تکمیل تغذیه ضروری برای بهبود بهینه زخم؛
■ برای برقراری سیستم ایمنی مؤثر برای مواجهه با عفونت‌ها؛

◀ چربی‌ها

چربی‌ها منابع بسیار مهم کالری هستند. ممکن است بسیاری از کودکان ای‌بی قادر به فعالیت فیزیکی نباشند آن‌ها به کالری کافی برای متابولیسم پروتئین نیاز دارند.

کالری زیاد، محتوی چربی و غذاهای چرب برای کودکان با اشتها کم مناسب است. کره مارگارین، خامه، شیر پُرچرب، تمام انواع پنیرهای پُرچرب، فراورده‌های لبنی، بستنی، گوشت (وقتی چربی داشته باشد) تخم‌مرغ، ماهی‌چرب (مانند ماهی ساردین، سالمون)، آووکادو، دانه‌های روغنی و شکلات از منابع چربی هستند.

◀ کربوهیدرات‌ها

کربوهیدرات‌ها که منبع مهمی از انرژی هستند در موادی مانند بیسکویت، شکر، شیرینی، گلوکز، عسل، مربا و شیریه یافت می‌شوند. کربوهیدرات‌ها مواد غذایی زیادی را شامل می‌شوند مانند غلات صبحانه، آرد، پاستا، نان، سیب‌زمینی، میوه‌ها و حبوبات، پودینگ و کیک منبع با ارزشی برای دریافت انرژی هستند و می‌توانند منبع مناسب پروتئین در صورت درست‌شدن با تخم‌مرغ و فراورده‌های شیر باشند. تمامی کربوهیدرات‌ها برای تغذیه‌ای بی‌مفید هستند. شیرین‌ها مانند (بیسکویت و شکر و غیره) باید اضافه شوند اما نه کم‌شیرین‌ها (مانند غلات صبحانه و سیب‌زمینی).

◀ فیبرها

فیبر (مواد غذایی سبوس‌دار) جزئی از غذاهایند که قابل جذب نیستند و از معده عبور می‌کنند. جدا از پایین‌بودن ارزش غذایی آن‌ها فیبر برای سلامت معده بسیار مفید است و به کار طبیعی روده‌ها کمک می‌کند و باعث تحریک کار میکروب‌های مفید آن می‌شود. (کمک به کار مؤثر سیستم ایمنی می‌کند). فیبر در غلات کامل صبحانه یافت می‌شود مانند فرنی، پودر سبوس، صبحانه همراه با غلات کشمش، نان سبوس‌دار، آرد سبوس‌دار، ماکارونی سبوس‌دار، برنج قهوه‌ای، بنشن، میوه خشک شده و سبزی‌ها. برای کودکان با تاول‌های دهانی و گلوئی جویدن و بلعیدن مواد با فیبر بالا سخت است، مرکبات (پرتقال، نارنگی و...) و گوجه نیز می‌توانند تاول‌ها را تحریک کرده و موجب سوزش آن‌ها شود. غذاهای حجیم با فیبر بالا کالری کمی دارد.

◀ ویتامین‌ها

ویتامین‌ها برای رشد و سلامت ضروری هستند، اگر یک رژیم متنوع هر روز استفاده شود معمولاً دریافت ویتامین رضایت‌بخش می‌شود، اما در صورت محدودبودن مصرف مواد غذایی ممکن است توصیه به مصرف مکمل‌ها شود.

من است

برطرف کنند.

پروسه‌های پیچیده شیمیایی موجب می‌شوند تا غذا به واحدهای کوچک شکسته شود و به صورت فرم‌های قابل جذب درآید که بدن را قادر به زنده ماندن کند که به آن متابولیسم می‌گویند. هنگام نوزادی، کودکی و نوجوانی وقتی که سرعت رشد زیاد است نیازهای تغذیه‌ای نیز زیاد می‌شود. در ای‌بی تاول زدن و از دست دادن مایعات بدن نیاز به کار ترمیمی مداوم و سرعت متابولیک (سرعتی که هنگام متابولیسم بدن لازم است) بیشتر از حد نرمال دارد به‌ویژه در مواقع وقوع عفونت.

◀ پروتئین

پروتئین‌ها برای مقاوم ساختن بدن، بافت سالم بدن و برای ارتقای بهبود زخم بسیار مهم هستند. شیر و بقیه مواد لبنی مانند پنیر، ماست، گوشت، ماهی و تخم‌مرغ تشکیل شده از منابع اصلی پروتئین حیوانی هستند. پروتئین گیاهی در مواد غذایی مانند حبوبات، نخود، لوبیا، عدس، آجیل و غلات صبحانه یافت می‌شود. برای رژیم گیاه‌خواری باید برنامه‌ریزی دقیقی انجام گیرد تا از کیفیت آن برای کودکان مطمئن شویم. آجیل (جز کره نرم مغزها) به علت احتمال خطر خفگی نباید به کودکان زیر پنج سال داده شود.

مواد معدنی، ویتامین، چربی، پروتئین کربوهیدرات. به دلیل این‌که بسیاری از غذاها، مخلوطی از این‌ها هستند آن‌گونه که به نظر می‌رسد پیچیده نیست و غذای مغذی از مخلوطی از چندین ماده غذایی به دست می‌آید هرچه تغذیه متنوع‌تر باشد بیشتر به نظر می‌رسد که تعادل تغذیه‌ای داشته باشد. به صورت ساده بیشتر مواد غذایی استفاده می‌شوند تا نیازهای بدن برای رشد و ترمیم را برطرف کنند



چندین ویتامین وجود دارد که هر کدام عملکرد مشخصی در بدن دارند برای مثال ویتامین‌ها برای حفظ سلامت پوست، چشم‌ها و غشاهای مخاطی و کمک به سیستم ایمنی بدن لازم هستند.

◀ ویتامین A

ویتامین A بیشتر در جگر، شیر، ماهی چرب و ماست یافت می‌شود. در گیاهان با رنگ سبز تیره، قرمز و زرد ماده‌ای به نام کاروتن وجود دارد که در داخل بدن به ویتامین A تبدیل می‌شود. ویتامین A برای سلامت پوست، چشم، غشای مخاطی و تقویت سیستم ایمنی بدن مورد نیاز است.

ویتامین‌های گروه B در غذاهای لبنی، گوشت، تخم‌مرغ، نان و محصولات غلات و سیب‌زمینی یافت می‌شود. ویتامین‌های مختلف B عملکرد خاص دارند مانند کمک به سوخت‌وساز و استخراج انرژی از کربوهیدرات‌ها، حفظ خون و پوست سالم و ارتقای متابولیسم پروتئین. ویتامین C به‌طور عمده در میوه‌ها به‌ویژه در مرکبات و بعضی از سبزی‌ها یافت می‌شود به‌عنوان مثال سبزی‌های سبز و سیب‌زمینی.

ویتامین D در کره، مارگارین، ماهی چرب، شیر خشک، تخم‌مرغ و جگر یافت می‌شود و روغن کبد ماهی بهترین منبع ویتامین D است. تابش نور خورشید روی پوست ویتامین D تولید می‌کند.

ویتامین D با داشتن کلسیم به ایجاد استخوان و دندان‌های محکم کمک می‌کند.

ویتامین E دارای چندین کاربرد مهم مانند محافظت از غشای سلولی و تقویت سیستم ایمنی است. این ویتامین در روغن‌های گیاهی، آجیل و سبزی‌ها دارای برگ سبز و گندم سیاه یافت می‌شود.

مواد معدنی مانند ویتامین‌ها برای رشد و سلامتی ضروری هستند و یک رژیم غذایی متعادل معمولاً مقادیر کافی را برای نیازهای طبیعی بدن فراهم می‌کند آهن، روی، سلنیوم و کلسیم به‌ویژه در ای‌بی بسیار مهم هستند.

آهن: منبع اصلی آهن در رژیم غذایی، گوشت و به‌ویژه جگر، کلیه، گوشت گاو، نان و غلات غنی شده در صبحانه وجود دارد. آهن برای خون سالم و پیشگیری از کم خونی لازم است، از بین رفتن آهن به‌ویژه وقتی پوست شکننده و آسیب‌پذیر است قابل توجه است.

زینک: در غذاهای متنوعی به‌ویژه غذاهای پروتئینی به‌عنوان مثال گوشت، صدف، لبنیات و همچنین نان و محصولات غذایی مانند گندم سیاه یافت می‌شود. این ماده در بسیاری از فرایندهای پیچیده متابولیک از جمله ترمیم زخم نقش اساسی دارد.

سلنیوم: نقش مهمی (همراه با ویتامین E) در محافظت از سلول‌های بدن در مقابل آسیب دارد. همچنین به

سیستم ایمنی بدن برای تولید آنتی بادی کمک می‌کند. این گیاه در آجیل برزیلی، لبنیات و برخی دانه‌ها و غلات یافت می‌شود.

کلسیم با ویتامین D: استخوان‌ها و دندان‌های سالم ایجاد می‌کند. همچنین برای عملکرد طبیعی عضلات و اعصاب و لخته‌شدن خون لازم است.

کلسیم در شیر و فراورده‌های شیر مانند پنیر و ماست یافت می‌شود. شیرمادر و شیر خشک منابع خوبی برای کلسیم هستند و نوزادان ای‌بی به‌ندرت به مکمل نیاز دارند. آب اگرچه به‌عنوان یک ماده مغذی در نظر گرفته نمی‌شود اما برای مرطوب نگه‌داشتن ما بسیار مهم است. مصرف کافی مایعات برای جلوگیری از یبوست نیز مهم است.

اگر مصرف غذا توسط عواملی مانند درد دهان یا بلع دردناک محدود شود، یا در صورت افزایش نیازها، می‌توان مکمل‌های غذایی تجویز کرد. اما از آن‌جا که مصرف بیش از حد می‌تواند مضر باشد همیشه توصیه می‌شود قبل از معرفی هر نوع مکمل، از مشاور تغذیه توصیه بخواهید.

◀ شیر دادن

شیر انسان برای رشد و نمو انسان طراحی شده است، این ماده حاوی آنتی بادی‌های گرانبهایی است که به دفاع از کودک در برابر عفونت مانند پروبیوتیک (موادی که به رشد باکتری‌های مفید معده کمک می‌کند و در بسیاری از فرایندها نقش حیاتی دارد) کمک می‌کند.

همچنین ممکن است ابتلا به آلرژی را کاهش دهد بنابراین برای کودک ای‌بی بسیار سودبخش است که از شیرمادر تغذیه کند حتی اگر به‌صورت یک دوره کوتاه باشد.

حتی اگر کودک شما تاول‌های دهانی دارد این لزوماً تغذیه با شیرمادر را رد نمی‌کند. تاول‌هاگاهی در هنگام مکیدن می‌ترکند (توصیه‌های پرستار ای‌بی را دنبال کنید) برای جلوگیری از اصطکاک هنگام مکیدن سینه از پارافین سفید یا وازلین استفاده کنید و به نوک سینه، گونه، لب و لثه‌ها بمالید.

وقت زیادی را برای شیردهی بگذارید و عجله نکنید، اگر سینه‌های پری دارید مقداری از آن را خالی کنید تا هنگام شیردهی کودک احساس خفگی نکند؛ مطمئن باشید که نوک سینه چفت شده است و کج نیست.

اگر دهان کودک شما برای مکیدن درد دارد یا به راحتی خسته می‌شود می‌توانید از یک قطره‌چکان یا قاشق برای شیردهی استفاده کنید یا از بطری‌های مخصوص استفاده کنید.

(دهانه این بطری به صورتی ساخته شده است که به لثه و دندان آسیب نمی‌رساند و دریچه داخلی و بدن بلند آن به کنترل جریان شیر کمک می‌کند و اگر کودک برای

شیر انسان برای رشد و نمو انسان طراحی شده است، این ماده حاوی آنتی بادی‌های گرانبهایی است که به دفاع از کودک در برابر عفونت مانند پروبیوتیک (موادی که به رشد باکتری‌های مفید معده کمک می‌کند و در بسیاری از فرایندها نقش حیاتی دارد) کمک می‌کند

خود را در غلظت بیشتر از حد معمول (یک قاشق از پودر شیر را با یک اونس یا ۳۰ میلی گرم آب) تهیه کنید. این باعث می شود موادمغذی در همان حجم از مایعات از گذشته غنی تر باشد به این امر غذای غنی شده گفته می شود که باید تحت نظارت پزشک باشد و مرتب مورد بررسی قرار گیرد.

◀ آبمیوه و نوشیدنی ها

نوزادان معمولاً به مایع دیگر جز شیرمادر، شیرخشک و آب جوشیده شده برای رفع تشنگی نیاز ندارند. آبمیوه ها و مایعات گیاهی معمولاً برای تغذیه کودک ضروری نیستند زیرا میل آن ها را به شیر به دلیل شیرین بودن می کاهد. نوزادان برای تشنگی مانند گرسنگی گریه می کنند و این ایده مناسبی است که به کودک خود آب سرد شده و جوشیده شده در میان وعده های غذایی بدهید بخصوص در هوای گرم اگر کودک تشنه است آب نوشیدنی ایده آل است؛ اگر مایعات کم مصرف شود باعث پیشرفت یبوست می شود اگر احساس می کنید کودک شما نیاز به مصرف مایعات دارد اما امتناع می کند به او آبمیوه تازه رقیق شده به اندازه یک قاشق و ۱۰۰ میلی گرم آب سرد جوشیده شده بدهید.

◀ از شیر گرفتن

از شیر گرفتن روندی است که هنگامی به کودک آموخته می شود که او را از مکیدن فارغ می کنند و به گاز گرفتن و جویدن و قورت دادن غذای جامد هدایت می کنند. در انگلستان شیر گرفتن از حدود شش ماهگی آغاز می شود. برخی از کودکان نیاز دارند که غذای جامد را زود شروع کنند اما نباید قبل از ۱۷ هفتگی باشد. اگر قبل از شش ماهگی تصمیم به شروع آن دارید غذا باید شامل گلوتن، تخم مرغ، پنیر، مواد لبنی روزانه و ماهی باشد. در این صورت، تأخیر زمانی صورت می گیرد تا خطر عوارض جانبی به غذا و آلرژی کم شود. هر نوزاد به صورت فردی و در زمان مخصوص به خود از شیر گرفته می شود

نشانه های شروع مواد غذایی جامد شامل موارد زیر است:

- سر را بالا بگیرد، ثابت بماند و با پشتیبانی بایستد؛
- کنجکاو در مورد آنچه می خورد و انجام حرکات جویدنی؛
- انتخاب غذا و برداشتن آن با دهان خود؛
- داشتن یک یا دو دندان؛
- گرسنه بودن حتی اگر چند روز سعی در افزایش تغذیه با شیر داشته باشید.



مکیدن ضعیف باشد جریان را به خوبی ایجاد می کند بنابراین مهم است که بدنه را با قدرت فشار ندهید که شیر به گلو بازنگردد و رفلاکس ایجاد نشود، شیر را به ریه ها اسپری نکند و موجب سرفه یا خفگی نشود. از طرف دیگر می توانید در دهانه پستانک معمولی با استفاده از یک سوزن یا قیچی تیز برشی ایجاد کرد و قبل از استفاده، آن را استریل و ضدعفونی کرده و مراقب باشید جریان سریع تر شیر موجب سرفه و خفگی نشود. گاه نیاز است که به شیرمادر مکمل هایی اضافه شود (که شیر غنی شده به آن گفته می شود). راه های مختلفی برای این کار وجود دارد و شما باید متخصص تغذیه را در جریان بگذارید تا بهترین انتخاب برای کودک شما را ارائه دهد.

◀ تغذیه با شیرخشک

شما ممکن است بخواهید به جای شیرمادر به کودک خود شیرخشک بدهید، از طرف دیگر شاید نیازهای کودک شما به طور کامل از مادر تأمین نشود و او علاوه بر شیرمادر یا به جای آن نیاز باشد شیرخشک بخورد. دلیل آن هرچه باشد شما باید با متخصص تغذیه مشاوه کنید تا بهترین برنامه را برای نوزادتان ارائه دهد که ممکن است شامل اضافه کردن موادمغذی خاص یا استفاده از شیرخشک علاوه بر شیرمادر یا استفاده از شیرخشک به تنهایی باشد.

بهترین راه اندازه گیری پیشرفت رشد و تکامل و وزن گیری کودک، اندازه گیری قد، دور سر و وزن کودک شماسست که باید به صورت معین اندازه گیری شود تا از پیشرفت آن مطمئن شوید و ممکن است نیاز به وزن گیری در روزهای متناوب در بیمارستان و به صورت هفتگی در هنگام مراجعه به منزل باشد. اگر افزایش وزن کودک شما کمی آهسته است متخصص تغذیه می تواند موادمغذی اضافی به شیرمادر اضافه کند یا از یک شیر فرموله شده مخصوص با غلظت بالاتر موادمغذی به شیر مادر اضافه کند.

به علاوه ممکن است به شما توصیه شود که خوراک

از شیر گرفتن روندی است که هنگامی به کودک آموخته می شود که او را از مکیدن فارغ می کنند و به گاز گرفتن و جویدن و قورت دادن غذای جامد هدایت می کنند. در انگلستان از شیر گرفتن از حدود شش ماهگی آغاز می شود. برخی از کودکان نیاز دارند که غذای جامد را زود شروع کنند اما نباید قبل از ۱۷ هفتگی باشد. اگر قبل از شش ماهگی تصمیم به شروع آن دارید غذا باید شامل گلوتن، تخم مرغ، پنیر، مواد لبنی روزانه و ماهی باشد

با برنامه ملی اهداکنندگان خون‌های نادر در ایران آشنا شویم



شناسایی ابتدایی اهداکنندگان خون نادر در سطح استان‌های منتخب کشور با انجام آزمایش‌های فنوتیپ گروه‌های خون با استفاده از آنتی سرم‌های معتبر از نظر استانداردهای جهانی توسط آزمایشگاه رفرانس ایمونوهما‌تولوژی ستاد مرکزی سازمان انتقال خون انجام گرفت.

در حال حاضر بانک اطلاعاتی افراد با خون‌های نادر در سازمان انتقال خون ایران بیش از ۱۲۰۰ نفر است که به شکل مستمر با جست‌وجوی بیشتر از میان افراد جامعه در نقاط مختلف کشور درصدد افزایش این بانک اطلاعاتی هستیم.

هم اکنون در شبکه ذخیره خون‌های نادر بین‌المللی WHO/ISBT به میزان بیش از ۴۰۰۰ واحد خون نادر به صورت منجمدشده وجود دارد. اطلاعات اهداکنندگان بیش از ۸۰۰۰ نفر نیز در بانک اطلاعاتی خون‌های نادر بین‌المللی تا سال ۲۰۱۶ ثبت و ذخیره شده است.

در تاریخ مردادماه ۱۳۸۸ معاونت فنی و کنترل کیفی سازمان انتقال خون ایران با دعوت از پروفسور جی. وودفیلد، رئیس و عضو کارگروه بین‌المللی خون‌های نادر (ISBT International Society of Blood Transfusion)، سمیناری را با عنوان «برقراری برنامه ملی اهداکنندگان خون‌های نادر» با همکاری بهداشت جهانی در راستای شناساندن توانمندی علمی و فنی و امکانات سازمان در موقعیت بین‌المللی و کشوری با شرکت استادان و مسئولان آزمایشگاه سرولوژی اختصاصی سازمان با موفقیت برگزار کرد.

مصطفی مقدم

رئیس آزمایشگاه مرجع ایمونو هموتولوژی و انجمن خون سازمان انتقال خون ایران

سازمان انتقال خون ایران با توجه به توانمندی‌های علمی و فنی ذاتی خود، در راستای ارائه خدمات بهتر به گروه ویژه‌ای از جامعه کشور که دارای خون نادرند، با همکاری و حمایت دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در تهران، استقرار برنامه ملی خون‌های نادر را در نظر گرفت.

به گزارش خبرنگار خاص، افراد دارای گروه خون‌های نادر، افرادی هستند که مشابه خون آن‌ها فقط در هر ۱۰۰۰-۵۰۰۰ یا گروه‌های بسیار نادر تا ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت جغرافیایی جامعه یا جمعیت بیشتر موجود باشد.

در اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۸۷ با مکاتبات به عمل آمده بین سازمان انتقال خون ایران، (معاونت فنی و کنترل کیفی) و آزمایشگاه بین‌المللی رفرانس گروه خون مرکز بریستول (IBGRL) کشور انگلستان که به عنوان مرکز آموزش فنی و علمی، نگهداری و مدیریت برنامه خون‌های نادر سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سطح بین‌المللی فعالیت می‌کند، برای پیوستن به شبکه جهانی برنامه خون‌های نادر International Rare Blood Donor Program ISBT اقدام شد.

مقدمات این مهم با ایجاد و ارائه مستندات لازم فنی و علمی، از

تاکنون تعداد ۱۸ گروه خون بسیار نادر که در جهان جزو گروه‌های منحصربه‌فردند در ایران شناسایی شده و در سامانه اطلاعاتی بین‌المللی ثبت شده است. برخی گروه‌های خون نادر که در ایران شناسایی شده است به نام‌های بمبئی (حدود ۶۰ نفر) چلانو (حدود ۱۴ نفر) D- (حدود ۲۰ نفر) ایندین بی منفی (حدود ۳ نفر) پی نول (حدود ۱۰ نفر) و آره‌اش نول (حدود ۵ نفر) شناسایی شده‌اند.

فتق شکم
جراحی قلب باز
تومور هیپوفیز
دیسک کمر
لنفوم پیشرفته
بارداری
جانباز شیمیایی با مشکل قلبی برای جراحی قلب
فتق دیافراگم منجر به ناراحتی قلبی
شکستگی پا و عفونت محل جراحی
پیوند کلیه
مشکل دریچه قلب
تالاسمی مازور
کم خونی مزمن

این جدول نوع جراحی یا بیماری که بیمار آن نیاز به خون نادر داشته و در اختیارشان قرار گرفته نشان می‌دهد

با توجه به بازدید پروفیسور وود فیلد از ایران و مشاهدات روش‌های استاندارد، امکانات و استعدادها بالقوه در آزمایشگاه ایمونوهماٹولوژی و ذخیره خون‌های نادر، به صورت منجمد در -80°C از ایران برای پیوستن به شبکه جهانی خون‌های نادر دعوت شد.

در تاریخ ۱۳۸۹/۱/۳ خانم Judith Chapman مدیر اجرایی ISBT با ارسال نامه رسمی به سازمان، عضویت ایران را برای اولین بار در کارگروه Working Party of Rare Donors International Society of Blood Transfusion اعلام شد.

اعضای این کمیته متشکل از افراد علمی و متخصص در موضوع ایمونوهماٹولوژی و خون‌های نادر از ۲۳ کشور جهان هستند. برخی از کشورهای عضو به شرح ذیل است: آمریکا، انگلستان، آفریقای جنوبی، برزیل، نیوزلند، هلند، سوئیس، ایران، اسپانیا، ژاپن، چین، آلمان، فنلاند، فرانسه، اتریش، تایوان، دانمارک.

مرکز کارگروه فنی و علمی انجمن بین‌المللی خون‌های نادر ISBT از سال ۱۹۶۵ در پایتخت کشور هلند در شهر آمستردام قرار دارد.

توسعه فعالیت سراسری در کشور از اردیبهشت ۱۳۸۷

نوع فعالیت این کمیته علمی را می‌توان به شرح زیر قابل تقسیم است:

۱. تبادل خون‌های نادر بین کشورهای نیازمند؛
۲. تعیین خط‌مشی کلی، تعیین استانداردها و الزامات لازم؛
۳. جمع‌آوری اطلاعات خون‌های نادر کشورهای عضو؛
۴. ارائه اطلاعات ذخیره خون نادر در زمان نیاز. اکنون بیش از ۱۷ مرکز استان می‌توانند با تجربه فنی و علمی پاسخگوی اولیه یا نهایی نمونه‌های مشکل‌دار بیماران باشند.

جدول زیر فعالیت برنامه ملی خون‌های نادر در ایران را نشان می‌دهد

۳۱ مرکز استان	ارتقای فعالیت آزمایشگاه‌های تخصصی ایمونوهماٹولوژی
اکنون بیش از ۱۷ مرکز استان می‌توانند با تجربه فنی و علمی پاسخگوی اولیه یا نهایی نمونه‌های مشکل‌دار بیماران باشند.	تعداد نمونه‌های خون بررسی شده به صورت انبوه
در هفت سال متناوب هر دوره بین ۱۰۰-۲۰۰ نمونه خون اهدایی از مراکز منتخب استان‌ها آزمایش شد	تعداد نمونه‌های خون بررسی شده به صورت انبوه
C, E, c, E, K-1 Duffy, Kidd, M, N, S, s-2 Lewis, Lutheran, P ¹ -2 k, Kpb, other high frequency antigens-4	تعداد آنتی ژن‌های گروه خون مورد بررسی
پیش از ۱۳۸۷ موجود نبود	تعداد افراد دارای خون نادر در سامانه اطلاعاتی
FRBCs negative for high frequency & multiple Ag ²³	۱۲۰۰ نفر نادر > ۱۳۹۸ ۱۰۰ < بسیار نادر تعداد ذخیره در دمای -80°C 100 < FRBCs O+ & O- emergency call



انواع جراحی در سرطان

منبع: انتشارات بنیاد

باقی مانده سلول‌های سرطانی کشته شوند و شانس عود تومور به حداقل برسد.

این یک روش جراحی ساده است و باعث می‌شود تا مدت بستری در بیمارستان کاهش یابد. در مواردی که تومور خیلی کوچک باشد این کار حتی با بی‌حسی موضعی امکان‌پذیر است.

پس از این که تومور همراه با یک حاشیه از بافت سالم خارج شد، نمونه به آزمایشگاه آسیب‌شناسی فرستاده می‌شود. در آنجا پزشک متخصص آسیب‌شناسی، نمونه را به وسیله میکروسکوپ دقیقاً بررسی می‌کند. در صورتی که در حاشیه‌های نمونه، هنوز سلول‌های سرطانی مشاهده شوند، عمل جراحی مجدد تکرار می‌شود و این بار بخش وسیع‌تری از بافت پستان برداشته می‌شود تا در نهایت، هیچ سلول سرطانی در بافت پستان پس از جراحی باقی نماند.

انواع جراحی‌ها با حفظ پستان عبارت‌اند از:

■ برداشت تومور سرطانی

در این روش خود تومور با یک حاشیه از بافت سالم اطراف آن برداشته می‌شود. در این روش ظاهر پستان مبتلا تغییر عمده‌ای نمی‌کند. در اغلب موارد، همراه با این عمل برشی نیز در زیر بغل داده می‌شود و چند عدد از غدد لنفاوی زیر بغلی از نظر گسترش سلول‌های سرطانی به آن‌ها بررسی می‌شوند. انجام پرتودرمانی پس از این روش جراحی، الزامی است.

■ برداشت قسمتی از پستان

در این روش بخش بزرگ‌تری از پستان مبتلا برداشته می‌شود. بسته به نوع اندازه و محل تومور، این نوع جراحی نیز

جراحی قدیمی‌ترین روش درمان در سرطان پستان است. این روش در هر عصر و دوره‌ای استفاده شده و در حال حاضر نیز به عنوان رکن اساسی درمان، انجام می‌شود. در طول زمان، جراحی گاه انجام شده و گاه کنار گذاشته شده است. تمامی این اُفت‌وخیزها در این روش درمانی، به علت افزایش دانش پزشکی در مورد بیماری سرطان پستان به حساب می‌آید.

◀ انواع جراحی در سرطان پستان

سیر طبیعی سرطان پستان و انواع جراحی‌هایی که برای درمان انجام می‌شوند، به یکدیگر وابسته‌اند. به این معنی که در هر مرحله و برای هر نوع از سرطان پستان روش‌های جراحی خاص را می‌توان انجام داد و انتخاب هر یک از این روش‌ها، با عوارض و نتایج خاص خود همراه است.

◀ جراحی با حفظ پستان

هنگامی که تومور سرطانی کوچک و محدود به قسمت کوچکی از پستان باشد، می‌توان این نوع عمل را انجام داد. هدف این روش جراحی، برداشت کامل تومور و حفظ بقیه پستان تا حد امکان است.

در این عمل، حاشیه‌ای از بافت سالم اطراف تومور نیز برداشته می‌شود تا مطمئن شویم که تمامی سلول‌های سرطانی خارج شده‌اند. بسته به اندازه تومور ممکن است تا یک چهارم پستان نیز برداشته شود.

این روش جراحی تقریباً همیشه نیاز به پرتودرمانی به عنوان درمان تکمیلی دارد. تابش اشعه به پستان باعث می‌شود که

شانس درمان کامل افزایش می‌یابد. این روش باعث تغییر شکل زیادی در پستان می‌شود.

در ۲۰-۳۰ سال گذشته، نتایج مطالعات انجام شده حاکی از این بوده است که برداشتن عضلات قفسه سینه هیچ سودی نداشته است، بنابراین روش دیگری از برداشت کامل پستان ابداع شد. در روش اخیر، عضلات باقی می‌مانند. به این ترتیب روش قبلی که همراه با برداشت عضلات سینه‌ای بود، تقریباً منسوخ شده است. برداشت کامل پستان در بیمارستان و با استفاده از بیهوشی عمومی انجام می‌شود. مدت زمان این عمل دو تا سه ساعت است. برداشت غدد لنفاوی زیر بغلی نیز به‌جز در برخی موارد که تومور خیلی کوچک باشد، انجام می‌گیرد. بررسی غدد لنفاوی در آزمایشگاه آسیب‌شناسی و تعیین میزان آلودگی آن‌ها توسط سلول‌های سرطانی، درمان‌های بعدی را مشخص می‌کند. عمل ماستکتومی یا برداشت کامل پستان در تمامی مواردی که جراحی‌های با حفظ پستان قابل انجام نیستند یا بیمار تمایلی به انجام آن‌ها ندارد، توصیه می‌شوند.

یکی از بیماران در این مورد توضیح می‌دهد: اندازه تومور سرطانی در سینه من ۳/۵ سانتی‌متر بود و قسمتی از آن، زیر نوک پستان قرار داشت. پزشک من برایم توضیح داد که مجبور است نوک پستان و قسمت بزرگی از بافت پستان را بردارد. سینه‌های من خیلی بزرگ نبود. بنابر این من تصمیم گرفتم که از روش برداشت کامل پستان استفاده کنم.

پس از انجام جراحی، یک یا دو لوله پلاستیکی در زیر پوست محل عمل کار گذاشته می‌شود تا ترشحاتی را که در ناحیه جراحی شده جمع می‌شوند، خارج کند. این لوله‌ها چند روز باقی می‌مانند و در صورتی که بیمار همراه با آن‌ها از بیمارستان مرخص شود، در مورد نحوه مراقبت از آن‌ها باید از جراح خود اطلاعات کافی دریافت کند.

به‌طور معمول، بیمار باید پس از شستن دست‌ها، کیسه‌های متصل به لوله‌ها را (که مایع و خون خارج شده از زخم در آن جمع می‌شود) خارج کند. مقدار و رنگ مایع را بررسی کند و پس از بیرون ریختن مایع، کیسه‌ها را دوباره به لوله‌ها متصل وصل کند. هنگامی که مقدار مایع خروجی طی شبانه‌روز خیلی کم شده باشد، می‌توان لوله‌ها را از محل جراحی خارج کرد. (معمولاً بین روزهای پنجم تا دهم پس از جراحی).

ممکن است پس از انجام چنین جراحی‌هایی، بیماران دچار عوارضی چون عفونت محل عمل، خونریزی، حساسیت به داروهای بی‌حسی حین عمل جراحی، تجمع مایع در محل عمل، ضعف و تورم بازو و دست بشوند.

پس از جراحی، انجام مراقبت‌های خاص ضروری است. حتماً در مورد نحوه این مراقبت‌ها از جراح خود اطلاعاتی کسب کنید.

سرطان پستان

می‌تواند ظاهر طبیعی پستان را حفظ کند. در این روش نیز غدد لنفاوی زیر بغلی بررسی می‌شوند و در اغلب موارد انجام پرتودرمانی ضروری است. گاهی در این روش، تا یک چهارم بافت پستان برداشته می‌شود.

توجه داشته باشید:

انجام جراحی‌ها با حفظ پستان بستگی به وضعیت بیماری، نظر پزشک و نظر خود بیمار دارد و انجام آن در همه بیماران صلاح نیست.

انجام جراحی با حفظ پستان در موارد زیر توصیه نمی‌شود:

- وجود بیشتر از یک تومور در پستان؛
- بزرگ بودن اندازه تومور یا کوچک بودن پستان که باعث می‌شود برداشتن تومور با یک حاشیه سالم، شکل پستان را کاملاً به هم بزند و آن را بد شکل کند.
- گسترش تومور و آلودگی حاشیه بافت سالم با سلول‌های سرطانی پس از جراحی اولیه.
- عدم تمایل بیمار به انجام پرتودرمانی یا فقدان امکانات لازم جهت انجام پرتودرمانی پس از عمل.
- تمایل خود بیمار به برداشت کامل پستان.

◀ برداشت کامل پستان

برداشت کامل بافت پستان به طریقه جراحی یا ماستکتومی درحقیقت بیش از صد سال است که برای درمان سرطان پستان استفاده می‌شود. این روش خود به چند زیر گروه تقسیم می‌شود.

در یک نوع آن تمام پستان، غدد لنفاوی زیر بغل و یکی از عضلات اصلی قفسه سینه برداشته می‌شود. در این روش فرض بر این است که هر چه جراحی وسیع‌تر انجام شود،

برداشت غدد لنفاوی زیر بغلی نیز به‌جز در برخی موارد که تومور خیلی کوچک باشد، انجام می‌گیرد. بررسی غدد لنفاوی در آزمایشگاه آسیب‌شناسی و تعیین میزان آلودگی آن‌ها توسط سلول‌های سرطانی، درمان‌های بعدی را مشخص می‌کند. عمل ماستکتومی یا برداشت کامل پستان در تمامی مواردی که جراحی‌های با حفظ پستان قابل انجام نیستند یا بیمار تمایلی به انجام آن‌ها ندارد، توصیه می‌شوند

اوی که شیفته امیرکبیر بود



حمیدرضا مهدی زاده

سخن پایانی دبیر تحریریه

چندی پیش وقتی یکی از دوستان ارجمندم پیشنهاد همکاری با بنیاد امور بیماری‌های خاص در راستای انتشار فصلنامه خاص را داد در ابتدا کمی برای تأمل برانگیز بود چراکه من روزنامه‌نگار سیاسی هستم و نشریه خاص حداقل تا قبل از حضورم صرفاً یک فصلنامه علمی و پزشکی تلقی می‌شد!

و جا دارد که همین ابتدا خدمت مخاطبان ارجمند اعتراف کنم با این که سعی بسیار داشتم تا با کمک همکاران بزرگوار در بنیاد امور بیماری‌های خاص، شماره مربوط به فصل زمستان هم به لحاظ محتوا و هم از منظر جذابیت‌های بصری متفاوت از شمارگان پیشین باشد ولی اگر اشکال و نواقصی در تهیه و تنظیم گزارش‌ها، مقالات یا اخبار جمع‌آوری شده در شماره ۷۰ فصلنامه خاص دیده می‌شود و احتمالاً هست چرا که فقط املای نانوشته غلط ندارد، قطعاً مقصرش حمیدرضا مهدی زاده است.

پس در نهایت احترام و از ژرفای جان سرافکنده‌ام و پوزش خواه و نیز اگر نقطه قوتی در این شماره دیده شد حتماً به همت والای مدیرمسئول دکتر فاطمه هاشمی، سردبیر دکتر باقر لاریجانی و یکایک همکاران عزیز و کاربلدم در بنیاد امور بیماری‌های خاص همچنین رفقای ارجمند فنی از صفحه‌بند خوش‌ذوق گرفته تا طراح، گرافیست، مدیر امور هنری و سایر عزیزان مستقر در چاپخانه رقم خورده است.

و اما چرا پذیرفتم همکاری با بنیاد امور بیماری‌های خاص را؟

بارها در تخیلاتم نزد هاشمی مشق کردن را به نظاره نشستم و حال در عالم واقع چشم باز کرده و دیدم برای هاشمی می‌نویسم و در اقیانوس بیکران اندیشه‌های ناب ایشان چونان مرغان سبکبال، غوطه‌ورم حتی اگر به جای نگریستن در صورت مراد، همکلام با دخترش باشم که او نیز مانند خودم مرید است.

روزگاری نه چندان دور متحجرانی که پیش و پس از انقلاب خون بر دل پیر جماران جاری ساخته بودند با ملکوتی‌شدن روح خدا، دست در دست ناکسانی گذاشتند که مدعیان دروغین پایبندی به ارزش‌ها بودند و در پیشانی‌های پینه‌بسته‌شان انگ انقلابی روز شنبه به خوبی نمایان بود!

کاش این اتحاد نحس و نامبارک برای تخریب استوانه انقلاب بود اما انگار گفتاروار هم‌قسم شدند تا هجوم

بیاورند برای دریدن هاشمی.

سکوت آیت‌الله، ما را همان ایام هم دیوانه می‌کرد در شورای تیترو، ساعت‌ها تحلیل کرده و از هزار توی سیاست‌ورزی نابغه سیاسی تاریخ انقلاب عبور می‌کردیم تا شاید به سرنخی دست یابیم ولی دریغاً از خامی که ندیدیم ایشان در پس لبخند معنادارش آرامش صدراعظم سلطان صاحبقران را می‌بیند در حمام فین کاشان وقتی سیه چهرگان عالم به زور تیغ در دست دلاک گذاشتند، برای قطع رگش.

امیر را مظلومانه کشتند چون روزنامه «وقایع اتفاقیه» آورد و دانشگاه دارالفنونش عطر سکرآور پیشرفت می‌داد ولی مدرنیسم با حفظ سنت‌های اصیل خط قرمز متحجران ریش درازی چون میرزا آقاخان بود. و عیناً قصه پُرغصه سردار سازندگی نیز تکرار تلخ همان روند تاریخی است. وقتی تهران را صاحب مترو کرد، نعره زدند: قرتی‌بازی فرنگی‌هاست! برای پیشرفت ایران ژاپن را الگو قرار داد، فریاد کشیدند: وام‌صیبتا! بنیاد امور بیماری‌های خاص را بنیان نهاد، ریشخند کردند: کپی‌شده از بنیاد خیریه راکفلر است برای درمان سرطان!

و آن چنان ناجوانمردانه تاختند تا پس از پیروزی دکتر روحانی در انتخابات ریاست جمهوری یازدهم که آخرین معجزه سیاست‌ورزی‌اش بود با لحنی آرام و خنده‌ای دلنشین فرمود: حالا دیگر راحت، می‌میرم! اوی که سرتاپا شیفته امیرکبیر بود.

آری. به بنیاد بیماری‌های خاص آمدم تا نه فقط ادامه‌دهنده راهش در خدمت‌رسانی به نازنین هموطنان دردمند از زجر سرطان و تالاسمی باشم که با مرور دوباره اندیشه‌های آیت‌الله رخت عزای نبودن رفسنجانی را باز هم برتن کنم.



شرکت لنایزد



اولین دریافت کننده لیسانس تولید تابلوهای فشار ضعیف مدل XL³ در جهان از شرکت لگرانر فرانسه
تولید انواع تابلوهای دیواری، نیمه ایستاده و ایستاده مطابقت با استانداردهای IEC 61439 - 1/2، دارای تایپ تست از معتبرترین آزمایشگاه های اروپا و قابلیت نصب درب شیشه ای



تولید کننده تابلوهای فشار متوسط کمپکت تحت لیسانس RB ایتالیا با بالاترین میزان امنیت و درجه حفاظت IP4X

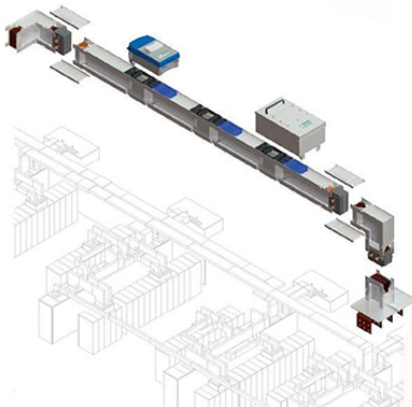
بکارگیری سکسیونر قابل قطع مدل SD6 با عایق SF6 استفاده از دژنکتور VD4 محصول شرکت ABB ایتالیا

تولید کننده باسداکتهای فشار ضعیف و فشار متوسط تحت لیسانس Megabarre ایتالیا تا ۱۰۰۰۰ آمپر و تامین کننده باسداکتهای روشنایی در دو نوع هادی مسی و آلومینیومی

- عضو انجمن صنفی تولید کنندگان تابلوهای برق ایران
- عضو سندیکا صنعت برق ایران
- حضور در لیست تامین کنندگان شرکتهای نفت، گاز و پتروشیمی
- شرکتهای توزیع نیروی برق سراسر کشور

افتخار حضور در:

- ✓ در پروژه های مهم نفت، گاز و پتروشیمی
- ✓ پروژه های صنعتی در زمینه های فولاد، مس، سیمان، خودروسازی و ...
- ✓ پروژه ها و مجتمع های بزرگ ساختمانی و بیمارستانی در سراسر کشور...



دفتر مرکزی:

تهران، بلوار میرداماد، نبش جنوب غربی تقاطع مدرس، پلاک ۳۷۴، طبقه دوم
تلفن: ۰۲۱-۸۸۶۷۷۲۰۵ و ۰۲۱-۳۵۴۹۹۰۲۲
فاکس: ۰۲۱-۸۸۶۷۷۱۲۹

کارخانه:

یزد، شهرک صنعتی خضر آباد، منطقه ویژه اقتصادی، بلوار تجارت، تجارت یکم
تلفن ۰۳۵-۳۷۲۷۵۰۲۱ و ۰۳۵-۳۷۲۷۵۰۲۵
فاکس

پست الکترونیک: Info@lenayazd.com
سایت: www.lenayazd.com



K-FLEX

عایق حرفه‌ای تاسیسات

NBR &
EPDM

MADE IN
IRAN
MADE IN



گروه صنعتی سانا عایق
Sana Insulation Industrial Group



کاتالوگ

تلفن: ۰۲۱ ۲۲۷۱۳۵۵۵ | فکس: ۰۲۱ ۲۲۸۸۸۸۶۷
www.sanaig.ir | info@sanaig.ir



سپلکس



بیرس



بپاک



CE



وزارت انرژی



وزارت بهداشت



وزارت آموزش



وزارت کشاورزی