

واقعیتی است که باید آن را شناخت

بازی زندگی و آنزیم

دکتر بابک زمانی*



■ این روزها، همپای روز جهانی آنزیم، بیش از همیشه آنزیم‌رورد زبان و نقل محافل با مضمون داستان‌های ما شده است. در فیلم «جنادی نادر از سمین» آنزیم جایگاهی محوری داشت و یکی از فیلم‌های روز، «آنزیم» نام گرفته است. به علاوه در زندگی روزمره و در محاورات ما نیز یک جا، آنزیم بهانه‌ای برای اضطراب است، جایی دیگر تنها یک اتهام است، گاه آنزیم یک نازناست، گاهی تنها یک شوخی است و گاه، اما ورود این بیماری به حیطه تصورات، رویاها و در یک کلام، بازی‌های ما در درجه اول نشانه اهمیت این بیماری یا تصورات این بیماری در زندگی روزمره ماست، چیزی نیست که بتوان آن را انکار و تقبیح یا اغراق و تقدیس کرد. این امتزاج افسانه و واقعیت با پیشگامی خیال، خود واقعیتی است که باید آن را شناخت، بر گردهاش نشست و رامش کرد! و گرنه بازی و خیال، کوچک‌های ما را اشغال خواهد کرد و ما چون سردارانی آبی و قرمزپوش شمشیرهای چوبین بر دیوهای خیال و بازی خواهیم کشید یا در روز عروسی خود، داستان عروسی سیندرلا را در برابر دوربین و بر فرش قرمز بازی خواهیم کرد و شاید بارها و بارها این نقد حال را در برابر نسیه‌ای که بر «هاردی» ضبط می‌شود، بیازیم و به فرمان فیلمبردار استیجاری، بارها و بارها تکرار کنیم.

حالا سوال اینجاست که آیا آنزیم چنانکه «باید» وارد زندگی واقعی ما هم شده یا همچنان در این آستانه می‌ماند؟ آیا تنها فیلم «آنزیم» می‌سازیم یا تلاش داریم در کنار داستانی که لایه بردی سرگمی است و در عین حال پیامی متعالی هم دارد، می‌خواهیم واقعیت آنزیم را هم آن‌گونه که هست، نشان دهیم؟ آیا به اهمیت انتقال مفاهیم جدید و بیگانه (که حتی نام یک مرد اروپایی را یک مد می‌کشند) پی برده‌ایم؟ آیا به این نتیجه رسیده‌ایم که دروغ و تارکی و زور در جهتی خلاف راستی به روشنی و محبت جریان دارند و از این رو واقعی و ناشناخته‌ای چون آنزیم می‌رسیم، راست آن را از کسی که می‌داند، می‌پرسیم؟ آیا خیال خود را بر آنزیمی که دانش تعریف کرده، مستقر می‌کنیم یا آنزیمی که تصور کرده‌ایم، می‌شناسیم؟

آیا آنزیم حالتی است که تنها به هنگام حسگی، عدم تمرکز خود را به حساب آن بگذاریم و مزاحی بکنیم یا در هنگام بحث، آن را حاصل تکنولوژیک مدرن و رفقا باقیم و با هر فراموشی مختصر در جستجوی داروی تقویت حافظه بگردیم که اساسا وجود خارجی ندارد و اساسا فراموش کنیم که ورای این مطایبات، آنزیم یک واقعیت سخت و تلخ اجتماعی است که بر کیفیت حیات میلیون‌ها بیمار و بستگان آنان تاثیر می‌گذارد که راحل آن در جستجوی یک داروی گران‌قیمت با جلد زرد و نوشته‌های خارجی برق که اخیرا ماهواره هم تبلیغ آن را کرده، نیستند که داروهای به اثبات رسیده طب مدرن هم نقش چندانی در این معطل نازند اما شاید راحل این معضل به کارلی که هر روز می‌کنیم، ارتباط بیشتری داشته باشد، به خیالی که از دنیایی ممکن (چه خوب و چه بد) در داستان و فیلم خود می‌پزد، بماند و به‌وجهی که در حوزه تحت مدیریت خود برای این یا آن سازمان اجتماعی تصویب می‌کنیم...

آنزیم مثل هر پدیده اجتماعی دیگر در ابتدا یک معضل فرهنگی است و مثل تمام معضلات فرهنگی در جوامع مدرن تنها با امکانات دولتی قابل حل است اما ماشین استفاده‌کننده از گروه مسطحی از ارتقای فرهنگی است؛ اولاً مسئولان و مجریان دولت، خود بخشی از مردمی هستند که سطح توقعات و برداشت‌های آنان، تاثیری بیش از بقیه مردم دارد. ثانیاً خدمات دولتی بدون درخواست و نظارت مردمی راه به جایی ندارند. همین جاست که نقش و تاثیر بی‌ظنیر افسانه بر واقعیت خود را به نمایش می‌گذارند.

واقعیت آن است که مراقبت از بیماران مبتلا به آنزیم از همان ابتدای ابتدا تا انتهای ناتوانی، مستلزم امکانات درمانی و مراقبتی خاصی است که هماهنگی و همکاری بخش‌های مختلف جامعه را می‌طلبد. آنزیم محصول تطویل عمر آدمی و به نوعی نشانه‌ای از سالمندی روزافزون جامعه به شمار می‌رود. بنابراین نیازمند پیشرفت فرهنگ جدیدی است، بی‌شک و فرهنگی که در خانه‌های تنگ و امکانات و نداشته کمبودشان تاثیراتی دهشتناک می‌گذارد.

بیماری‌ای که «ویپس آنزیم» توضیح داد در زمان خود بیماری نادری بود چرا که او خود براساس گفتمان مسلط زمان خود فراموشی دوران پیری را بیماری به حساب نمی‌آورد و راندک بیماران او را کسانی تشکیل می‌دادند که قبل از پیری دچار زوال عقل شده بودند.

باید ۶۰ سال می‌گذشت و سایر پیشرفتهای بهداشتی- درمانی در جامعه سالمندشدن این جسات را پدید می‌آورد که به زوال عقل پیری هم بیندیشند و دریابد که باتولوژی زوال عقل دوران پیری هم همان باتولوژی بیماری نادر آنزیم است اما آن آنجا که در قرن بیستم، دیگر کسی مرکب این ظلم بزرگ نمی‌شود که یکی از آلام و معضلات بشر را به نام دانشمندی بی‌نوا بخواند، لعنت لبدی این بیماری شایع و نوظهور هم می‌ماند برای کشف همان بیماری نادر، «ویپس آنزیم»!

پس می‌بینیم که امتزاج افسانه و واقعیت در داستان آنزیم تا کیجا کشیده است می‌بینیم که بیماری‌ای که در اصل در سلول و مولکول یکی است، در دوران‌های مختلف، بسته به تعبیر و تویل دوران، یک روز، بخشی پذیرفتنی از تقدیر و مرگ آدمی است و یک روز کلوسی هراسناک است که خوف آن خواب سالیان می‌ریابد!

***تخصص مغز و اعصاب**



انتظار می‌رود با درمان‌های معمول سرطان مانند شیمی‌درمانی، رادیوتراپی، جراحی و هورمون‌درمانی به افزایش بقا و کمیت زندگی بیمار کمک شود، اما مساله‌ای که برای بیمار و خانواده‌اش اهمیت دارد، تنها افزایش کمیت زندگی نیست، بلکه مهم آن است که بیمار هر چقدر عمر می‌کند، زندگی وی دارای کیفیت مناسبی هم باشد. وظیفه یک پزشک در گام نخست، افزایش طول عمر انسان‌ها با کمک وسایل مختلف حرفه‌ای، اعم از تشخیص، درمان، جراحی و... است. تمام اهداف فعالیت‌های پزشکی، افزایش طول عمر انسان‌ها و بهبود سلامت آنان است. هرچند نمی‌توان طول عمر یک بیمار سرطانی را افزایش داد، اما می‌توان در مدتی که او زنده است، درد، اشکال در تغذیه، خواب، فعالیت‌بدنی، فعالیت فیزیکی و...

بیمار را بهبود بخشید. هنگامی که از کیفیت زندگی مراقبت و علامت بیمار نیز کنترل شود، می‌توان گفت درمان تسکینی صورت گرفته است. به گفته پزشکان، هر بیماری را هر میزان از باقیی که دارد، حتی اگر در مراحل ابتدایی سرطان باشد و عمر او ۱۰ سال برآورد شود، مراقبت‌های تسکینی برای وی از لحظه تشخیص بیماری آغاز شده و تا لحظه تمام ادا‌مه می‌یابد. دکتر «علی قنبری مطلق» متخصص رادیوتراپی آنکولوژی در تعریف مراقبت‌های تسکینی می‌گوید: «مراقبت‌های تسکینی به آن دسته از مراقبت‌هایی گفته می‌شود که از لحظه تشخیص بیماری، برای درمان درد و رنج ناشی از بیماری و عوارض حاصل از درمان سرطان، به بیمار و خانواده‌اش کمک می‌کند» بنابر این تعریف، اولاً مراقبت‌های تسکینی، مربوط به بیماران در حال مرگ نیست، بلکه مراقبت‌های تسکینی مرتبط با بیماران در حال مرگ، تنها بخشی از مراقبت‌های تسکینی یک بیمار مبتلا به سرطان محسوب می‌شود و از سوی دیگر، مراقبت‌های حمایتی به آن دسته از مراقبت‌هایی گفته می‌شود که به بیمار و خانواده‌وی کمک می‌کند تا با بیماری سرطان کنار بیایند. با این تعریف، یک جنبه مهم مراقبت‌های حمایتی آن است که علاوه بر بیمار، خانواده و نیز جزیی از این مراقبت‌ها به شمار می‌روند. در عین حال، گروه مراقبت‌کننده از بیمار نیز اهمیت دارند. به عبارتی باید تمهیداتی را اتخاذ کرد تا گروه مراقبت‌کننده از وضعیت روانی، شغلی و جسمی مناسب‌تری برخوردار باشد تا بتوانند بهترین خدمات را در اختیار بیماران قرار دهند زیرا بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده در دیگر کشورها، گروهی که مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان را عهده‌دار هستند، در معرض آسیب‌های روانی و جسمی بسیاری قرار دارند. دکتر «قنبری مطلق» با تائید بر اینکه مراقبت‌های حمایتی، تنها ارایه خدمات مراقبتی به بیمار نیست، اظهار می‌دارد: «این مراقبت‌ها شامل کنار آمدن بیمار با بیماری‌اش، آشنایی بیمار با حقوق خود، استفاده‌پذینه از خدمات موجود، روش‌های جلوگیری از عود بیماری و نیز پیشگیری از ایجاد سرطان در دیگر اعضای خانواده است. در مجموع تمامی آموزش‌هایی که باید به بیمار و خانواده‌اش در ارتباط با موارد اشاره‌شده، داده شود، جزیی از مراقبت‌های حمایتی و تسکینی محسوب می‌شود.»

در یک جمع‌بندی کلی، مراقبت‌های حمایتی و تسکینی، تضمین‌کننده آن بخش از مراقبت‌هاست که به بیمار کمک می‌کند تا از کیفیت زندگی بهتری برخوردار باشد. مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در سرطان یکی از شش پایه کنترل سرطان در هر کشوری به شمار می‌رود. پنج پایه دیگر شامل پیشگیری از سرطان، تشخیص زودرس، تشخیص و درمان مناسب سرطان، ثبت سرطان و تحقیقات در زمینه سرطان است. در مراقبت‌های حمایتی و تسکینی، تشخیص و درمان مناسب که در مراقبت‌های حمایتی و تسکینی وجود دارد، آن است که افزایش و کیفیت زندگی بیمار، تنها یک موضوع تزئینی و جانبی نیست، بلکه در بسیاری اوقات کمک می‌کند درمان‌های پزشکان نیز اثربخشی بهتری داشته باشند. بنابراین به‌طور غیرمستقیم، کمیت زندگی بیمار را نیز افزایش می‌دهد. دکتر «قنبری مطلق» در مورد چگونگی تاثیرگذاری کیفیت درمان بر کمیت آن چنین توضیح می‌دهد: «برای مثال اگر بیماری مبتلا به کم‌خونی است، هنگامی که کم‌خونی وی درمان شود، غیر کم‌خونی از کیفیت زندگی بهتری برخوردار خواهد بود، درمان کم‌خونی موجب خواهد شد اثر درمان‌های معمول ضدسرطان نیز افزایش یابد. پس با بهبود کیفیت اصلی درمان، هر یک عمر بیمار هم افزایش خواهد یافت. چنین موضوعی درباره درمان عوارض دهانی رادیوتراپی سر و گردن، بهبود تغذیه بیمار مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش و همچنین کمک روانی به یک بیمار مبتلا به سرطان نیز صدق می‌کند که همگی با بهبود اثربخشی درمان‌های معمول به کمیت زندگی بیمار نیز کمک می‌کنند.

داروهای مخدر، دواى درد بیماران سرطانی

مراقبت‌های تسکینی علاوه بر مراقبت‌های جسمی که توسط پزشک صورت می‌گیرد، شامل مراقبت‌هایی می‌شود که از طریق تیم پرستاری، بستگان بیمار، فیزیوتراپیست و مددکار اجتماعی انجام می‌شود. در کشورهای پیشرفته، مراقبت از بیمار سرطانی در منزل بیمار انجام می‌شود، مساله‌ای که با وجود فواید آن برای بیمار در ایران به صورت بسیار محدود وجود دارد. دکتر «طهماسبی» از این مساله به عنوان یک نقص در سیستم درمانی کشور نام می‌برد و می‌گوید: «تسکینی در برخی مراکز درمانی تنها برای کنترل درد و بیشتر از راه کنترل دردهای عصبی و بלאک‌های عصبی است که از سوی متخصصان بهوشی انجام می‌شود.» از حدود دو سال پیش یک پزشک ایرانی متخصص آنکولوژی از ایتالیا در اصفهان، «طرح پزشک در منزل» را راه‌اندازی کرده است. در این طرح چند پزشک عمومی، زیر پوشش این متخصص آنکولوژی قرار گرفته و به صورت یک سیستم هماهنگ عمل می‌کنند. این‌گروه به بیمارانی که در تعریف

براساس پروتکل سازمان جهانی بهداشت، بهترین داروی انتخابی برای تسکین درد شدید مبتلایان به سرطان، داروهای مخدر است. اما متأسفانه به علت موقعیت جغرافیایی ایران و همسایگی با افغانستان و نیز قرار داشتن سر راه ترانزیت مواد مخدر از یک سو و از سوی دیگر، بالا بودن آمار اعتیاد در کشور، ترس و وحشت از گسترش داروی مخدر در کشور همواره احساس می‌شده است. داروهای «آرکوتیک» که برای تسکین دردهای بیماران سرطانی استفاده می‌شود، به عنوان یک داروی اعتیادآور شناخته می‌شود. دکتر «قنبری مطلق» می‌گوید: «بیماران مبتلا به سرطان با مصرف داروهای ضد درد، اعتیاد پیدا نکرده و در عین حال درد و ناراحتی آنان نیز بهبود خواهد یافت.» دکتر «مامک طهماسبی» فلوشیپ طب تسکینی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز با ابراز تأسف از محدودیت تجویز داروی مخدر برای بیماران سرطانی، بر تغییر در سیاست‌گذاری‌های دارویی کشور تأکید می‌کند. وی در ادامه می‌گوید: «هنوز هم پزشکان، زمانی که داروی مخدر را در فهرست داروها مشاهده می‌کنند، قورا به بیمار مارک اعتیاد می‌زنند، در حالی‌که این دارو برای کنترل درد بیمار، مصرف می‌شود.» این فلوشیپ طب تسکینی در دسترس بودن و قیمت ارزان داروهای مخدر ویژه بیماران سرطانی را از الزاماتی برمی‌شمارد که در رسیدن به ابتدایی‌ترین حق خود که همانا درد نکشیدن است،

کمک می‌کند. یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی در سلامت، میزان دسترسی بودن و تجویز داروهای نآرکوتیک است. متأسفانه ایران در میان کشورهای حتی شرق مدیترانه، جزو کمترین استفاده از خدمات موجود روانی‌های جلوگیری از عود بیماری و نیز پیشگیری از ایجاد سرطان

در دیگر اعضای خانواده است

مراقبت‌های تسکینی علاوه بر مراقبت‌های جسمی که توسط پزشک صورت می‌گیرد، شامل مراقبت‌هایی می‌شود که از طریق تیم پرستاری، بستگان بیمار، فیزیوتراپیست و مددکار اجتماعی انجام می‌شود. در کشورهای پیشرفته، مراقبت از بیمار سرطانی در منزل بیمار انجام می‌شود، مساله‌ای که با وجود فواید آن برای بیمار در ایران به صورت بسیار محدود وجود دارد. دکتر «طهماسبی» از این مساله به عنوان یک نقص در سیستم درمانی کشور نام می‌برد و می‌گوید: «تسکینی در برخی مراکز درمانی تنها برای کنترل درد و بیشتر از راه کنترل دردهای عصبی و بلاک‌های عصبی است که از سوی متخصصان بهوشی انجام می‌شود.» از حدود دو سال پیش یک پزشک ایرانی متخصص آنکولوژی از ایتالیا در اصفهان، «طرح پزشک در منزل» را راه‌اندازی کرده است. در این طرح چند پزشک عمومی، زیر پوشش این متخصص آنکولوژی قرار گرفته و به صورت یک سیستم هماهنگ عمل می‌کنند. این‌گروه به بیمارانی که در تعریف

به بهانه راه‌اندازی برنامه طب تسکینی برای بیماران سرطانی در کشور

بدون درد هم می‌توان سرطان را درمان کرد



طب تسکینی یکی از رشته‌های جدید علوم پزشکی به شمار می‌رود، رشته‌ای با قدمت ۵۰ ساله در دنیا. این رشته به‌طور رسمی از سال ۱۹۶۷ میلادی به عنوان یک رشته تخصصی در انگلستان راه‌اندازی و در اکثر کشورهای غربی مورد قبول واقع شد. این رشته در برخی کشورهای آسیایی مانند هندوستان، لبنان، پاکستان و عربستان از چند سال گذشته به وجود آمده است. رییس اداره سرطان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، اواخر مرداد امسال از راه‌اندازی برنامه طب تسکینی ویژه بیماران سرطانی در کشور خبر داد اما منظور از طب تسکینی چیست و چرا در ایران با وجود آمار بالای سرطان‌ها، به تازگی مورد توجه مقام‌های وزارت بهداشت قرار گرفته است؟ پزشکان، هدف رشته طب تسکینی را بهبود کیفیت زندگی بیماران و بستگان بیمارانی می‌دانند که به یک بیماری بدون علاج یا صعب‌العلاج مانند سرطان و بیماری‌های پیش‌رونده قلبی، ریوی و کلیوی مبتلا هستند و طول عمر کوتاهی برایشان پیش‌بینی می‌شود. با مراقبت‌های حمایتی و تسکینی و از طریق پیشگیری و کنترل علایم تا حد زیادی می‌توان کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشید. به این ترتیب بیمارانی که طب تسکینی برای آنان اعمال می‌شود، از زندگی مطلوبی برخوردار می‌شوند، عذاب نمی‌کشند و درد، تهوع و... ندارند. این گزارش در ابتدا به معرفی طب تسکینی می‌پردازد. سپس اهمیت این رشته از طب را بازگو کرده و در پایان به جایگاه طب تسکینی در نظام درمانی ایران اشاره می‌کند.

طب تسکینی می‌گنجند، خدمات لازم را ارایه می‌دهند. در این مجموعه، پزشک و پرستار در منزل به ویزیت بیماران پرداخته و خدمات شبانه‌روزی تلفنی را در اختیار آنها قرار می‌دهند. دکتر «طهماسبی» از بخش مراقبت‌های تسکینی بیمارستان امام حسین^(ع) و مرکز یک نیمه‌خصوصی در بیمارستان شهدا به عنوان دو مرکز فعال طب تسکینی نام می‌برد و در ادامه با اشاره به اینکه باید در مرحله نخست، طب تسکینی را در سطح بیمارستان‌های کشور راه‌اندازی کرد، می‌گوید: «طبق قوانین آمریکا، هیچ بخش آنکولوژی نباید راه‌اندازی شود، مگر آنکه در کنار آن یک بخش مربوط به طب تسکینی هم وجود داشته باشد.» وی همچنین از راه‌اندازی مراکز برای بیماران سرطانی نام می‌برد که خارج از سیستم بیمارستانی است و تا حدی با آن فاصله دارد. به گفته دکتر «طهماسبی»، معمولاً از این مراکز برای بیمارانی که نیاز به کار اوزالسی ندارند، استفاده می‌شود. برخی اوقات بیماران با سه هدف در چنین مراکزى پذیرفته‌مى‌شوند:

۱- بیمارانی که فا ز پایانی زندگی هستند و خانواده آنان تمایل ندارند که بیمار در منزل فوت کند.

۲- بیمار در منزل علایم غیرقابل کنترل دارد و خانواده نمی‌توانند از پس علایم آن بر بیایند و دردهای شدید بیمار را کنترل کند.

۳- استراحت برای خوشاوندان بیمار و آموزش دادن به آنها.

وی از تاسیس مرکز طب تسکینی فآرأس (فارس) از سوی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کمک و مساعدت یک نیکوکار استیتو کانسر نام برده و ادامه می‌دهد: «درصد سیستم سیستم مراقبت در منزل را راه‌اندازی کنیم که در آن پزشک و پرستار آموزش‌دیده، بیماران را ویزیت کرده، کارهای آنها و مشکلاتشان را در همان باین و

در منزل بیمار رفع کنند و اگر امکان درمان در منزل وجود نداشت، بیمار با آمبولاس به مرکز درمانی منتقل شود.» **وضعیت مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در ایران** وضعیت سلامت در هر کشوری، توسط چند شاخص مختلف ارزیابی می‌شود. یکی از آنها، شاخص مراقبت‌های حمایتی و تسکینی است. دکتر «اسماعیل اکبری» رییس مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در این زمینه می‌گوید: «متأسفانه کشور ما یکی از عقب‌مانده‌ترین کشورها در زمینه مراقبت‌های حمایتی و تسکینی است و در این زمینه برای هیچ بیمار فشارخونی، دیابتی، سرطانی و عروقی، طرح جامعی نداریم.» وی ادامه می‌دهد: «با وجود فعالیت‌های رایجده در این زمینه، فاقد یک ساختار حمایتی تسکینی جامع در کشور هستیم، ساختاری که ادغام‌یافته در نظام ارایه خدمات باشد.» یافته‌های علمی نشان می‌دهد امکانات پزشکی برای پاسخگویی به نیازهای جسمی ۲۵ درصد

وعدۀ جدید ال‌جی در نمایشگاه IFA 2011 برلین

تولید اکوسیستمی مخصوص تلوزیون‌های هوشمند

سه‌بعدی را از کوچک‌ترین تا بزرگ‌ترین، تولید و به بازار عرضه کرده و در نتیجه ۷۰درصد از محصولات خانگی را به این فناوری مجهز کند. برای دستیابی به این هدف، ال‌جی قصد دارد همکاری خود را با شرکت LG Display و دیگر کمپانی‌های مرتبط با ال‌جی گسترش داده تا بتواند تکنولوژی FPR خود را پیشرفته‌تر کند. از دیگر اهداف ال‌جی افزایش هرچه بیشتر منابع محتواهای سه‌بعدی به همراه دسترسی به سرویس ویژه VOD در محصولات خود است که در خور بازاری با ویژگی‌های متفاوت باشد. **ال‌جی پیشرو در تولید تلوزیون‌های هوشمند** از دیگر استراتژی‌های ال‌جی در سال آینده تولید یک

در سلامت موثر است. حدود ۵۰ درصد عوامل تاثیر گذار، اجتماعی هستند. حدود ۲۵ درصد دیگر را عوامل روانی تشکیل می‌دهند. برای سلامت، معمولاً چهار بعد قابل هستند: بعد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی. دکتر «کبری» در این زمینه می‌گوید: «تاکنون تمام هنری که وزارت بهداشت عرضه کرده، در ارتباط با بعد جسمی توجه به بیمار سرطانی بوده است. حتی انجمن‌های علمی مرتبط با موضوع سرطان نیز تنها کاری که انجام می‌دهند، بررسی چگونگی جراحی بیماران و داروسانی به آنهاست. اما متأسفانه تا به امروز یک پش یا واحد مستقل علمی که بتواند پاسخگویی نیازهای تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان باشد، وجود نداشته است.» وی ادامه می‌دهد: «در بعد معنوی نیز متأسفانه اصلا کاری صورت نگرفته است. به همین علت، واحدهایی با عنوان فرادمانی و... در کشور رشد می‌کند. علت گسترش این واحدها، پاسخ به نیاز بیماران است.» به گفته دکتر «کبری» «از آنجا که در گروه پزشکی، نیاز بیماران منظر قرار نگرفته است، بیمار به علت احتیاج به پاسخ معنوی به این افسرد مراجعه می‌کند. این امکان که بروز خطراتی برای او وجود دارد» وی در ادامه می‌گوید: «در طول چهار سال گذشته با کمک متخصصان مختلف در دانشگاه علامه طباطبایی و دیگر دانشگاه‌های کشور، بخش معنوی و روانی در درمان سرطان راه‌اندازی شده است.» به گفته دکتر «کبری»، «وزارت بهداشت باید به نظام سیستماتیک ا بخش حمایتی و تسکینی توجه نشان دهد.» دکتر «کبری» از برنامه جامع وزارت بهداشت، تربیت نیروی انسانی، تدوین دستورالعمل و مراقبت از مسایل اجتماعی و روانی بیماران به عنوان مسوولیت‌های وزارت بهداشت نام برد. وی تصریح می‌کند: «با توجه به اینکه کشوری مسلمان با زمینه‌های مذهبی هستیم و مردم ما بسیار معناگرا هستند، گروه پزشکی این مسایل بسیار غفلت کرده است. در حالی که با رشدیگی باید گفت دنیای غرب در این زمینه، فعالیت‌های بسیاری را انجام داده است. نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در این مورد نشان داده است تاثیر برخورد‌های معنوی درمانی در بیماران بیش از ۵۰ درصد است. به عبارتی، تاثیر مسایل معنوی در درمان، معادل شیمی‌درمانی در سلامت بیماران موثر نشان داده است. بنابراین ضروری است وزارت بهداشت، مسایل روانی و معنوی را به‌طور جدی به بخش‌های مراقبتی خود وارد کند.» دکتر «قنبری مطلق» کمبودهای مرتبط با مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در سرطان را در سطوح زیر طبقه‌بندی می‌کند:

الف- کمبود دانش و آگاهی پزشکان متخصص: این‌گونه مراقبت‌ها متأسفانه به‌صورت برنامه‌ریزی‌شده طی دوره پزشکی عمومی و تخصصی به پزشکان آموزش داده نمی‌شود. حتی ارزیابی‌ها و آزمون‌ها نیز به عنوان یک موضوع دسته چندم تلقی می‌شود. به دلیل آموزش ناکافی، متأسفانه در بسیاری مواقع، حتی گروه‌های تخصصی، درد را جزئی از بیماری سرطان می‌دانند. همچنین دانش لازم برای تجویز ضد دردهای مخدر را ندارند. به همین دلیل حتی در بین کشورهای شرق مدیترانه نیز ایران در بین کشورهای با کمترین میزان تجویز داروهای ضد درد در صدر قرار دارد.

ب- ناآگاهی یا آگاهی محدود بیماران و خانواده آنان درساره این‌گونه مراقبت‌ها و اهمیت و کیفیت زندگی برای بیماران مبتلا به سرطان: بسیاری از بیماران نه‌تنها در ایران که در بسیاری از کشورها تصور می‌کنند که درد کشیدن، جزئی از بیماری سرطان است و نمی‌دانند که این امکان وجود دارد که با برنامه‌ریزی مناسب، می‌توان خدماتی را به بیمار ارایه داد که بیمار دردی را احساس نکند. آگاهی بیماران در مورد حقوق خود و اینکه می‌توانند از مراقبت‌های پیشرفته‌تر درمانی بهره‌مند شوند، مراقبت‌هایی که می‌تولد کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد، موجب خواهد شد که بیماران، شرایط بهتری داشته باشند. دکتر «طهماسبی» نیز در این زمینه می‌گوید: «انتظار می‌رود سیاست‌گذاری‌های آموزش پزشکی در زمینه طب تسکینی کمی تغییر یابد.» وی در ادامه می‌گوید: «ضروری است آموزش‌های طب تسکینی در سطح پزشکی عمومی فراگیر شده و تنها محدود به برخی متخصصان نباشد.» دکتر «طهماسبی» تعامل با خانواده بیمار و ترس‌سین از وضعیت بیمار را بسیار حایز اهمیت شمرده و یادآور می‌شود: «دانشگاه تهران آموزش مهارت‌های ارتباطی را که در زمینه طب تسکینی بسیار تاثیر گذار بوده‌اند، بنا کرده است.» در بسیاری از کشورها، اقدامات تسکینی از پشتیبانی دولت و بیمه‌ها به‌طور کامل برخوردار است. در فرانسه و کانادا، حمایت‌های تسکینی جزو شاخص‌های توسعه افرادی است که مراقبت‌های بهداشتی را انجام می‌دهند. دکتر «فرهاد سمیعی» دبیر انجمن علمی رادیوتراپی آنکولوژی ایران، رسیدگی به آلام بیماران را یک واجب علمی و اجتماعی عنوان می‌کند. وی به وزارت بهداشت پیشنهاد می‌کند به جای آنکه خود راساً با تشکیل چند جلسه مشورتی، تصمیمی را اتخاذ و ابلاغ کند، مسوولیت آموزش در زمینه طب تسکینی را به تحقیق وادگاه‌ها و انجمن‌های علمی واگذار کند و خود بر کیفیت اجرای آن نظارت کند.

محتوا و برنامه‌های متنوعی طراحی کنند. انتظار می‌رود که با ایجاد بازار برای محتوا و APPهای این تلوزیون‌ها، تقاضا برای انتخاب محصولات سه‌بعدی افزایش یابد. **تقویت و پیشرفت تکنولوژی نسل بعدی نمایشگرهای تلوزیون** ال‌جی با همکاری LG Display درصدد گسترش نسل بعدی تکنولوژی نمایشگرهایی با کیفیت تصویر بالا و وضوح عالی است. همچنین ال‌جی در نظر دارد که سال آینده تلوزیون‌های OLED خود را بر پایه تکنولوژی UD به بازار عرضه کند. نمایشگرهای HD دارای وضوح تصویری چهار برابر بیشتر از نمایشگرهای UD بوده و علاوه بر این بخش تحلیق و توسعه به دنبال نمایشگرهای سه‌بعدی بدون نیاز به عینک است. ال‌جی در نظر دارد که نمونه کاملی از توانایی‌های ساختاری خود را در بازارهای مانند اروپا، آمریکای شمالی، چین و بالاخت ایران معرفی کرده و در نتیجه بتواند جایگاه جهانی تلوزیون‌های سه‌بعدی ال‌جی را گسترش دهد.

ایجاد الگوی سالم غذایی در کودکان

ورود چیس و یفک به خانه ممنوع



حمید خواجه‌پور*

■ هفته گذشته به والدین عزیزی که فرزند خردسال دارند، پیشنهاد کردیم از فرصت به دست آمده استفاده کنند و با توجه به اینکه تغذیه کودک در سنین پایین نیازمند دقت و اهتمام ویژه است، چه بهتر که در این فرصت، بازنگری هم در منوی غذایی خود داشته باشند. این نکته از دو جنبه قابل توجه است. جنبه اول، اهمیت توجه به سرمشق‌گیری در سنین پایین است. در کتب و مراجع مختلف روانشناسی رشد، نقش برنگ پیروی از الگو و سرمشق گرفتن از اعمال اطرافیان در شکل‌گیری عادات و رفتارهای شخصیتی کودک به کرات ذکر شده است و بدیهی است که در رابطه با الگوی تغذیه نیز این مهم صادق است. با طبع غذای سرخ‌کرده و به راه انداختن بوهای وسوسه‌انگیز و مصرف این‌گونه غذاها توسط دیگر اعضای خانواده، نمی‌توان انتظار داشت که در درازمدت، کودک از غذای دیگری که برایش آماده کرده‌اید، میل کند. تازه مگر این دوگانگی غذای منزل با غذای کودک تا چه زمانی قابل اجراس؟ انتظار درک فواید غذای سالم نیز از سوی کودک با استفاده از توضیح زبانی بسیار دور از ذهن است. متفان به اینکه پیش چشمش خلافت آن را هم عمل کنیم! بنابراین با اصلاح منوی غذایی اصلی خانواده (البته به مرور) می‌توانیم علاوه بر تسهیل در تهیه غذای منزل، در عمل هم به کودک خود نشان دهیم که حرف و عمل‌مان یکی است. جنبه دوم قضیه آنجاست که متأسفانه در سنین بالا تغییر عادات غذایی کاری است دشوار و زمان‌بر. اما با وجود بازی‌ها و اطرها و دلایل همزمان در فرصت اشاره‌شده، اقدام به تصحیح تغذیه جاری به نظر کمی راحت‌تر خواهد بود.

از جمله این اطرها، کمکی که از نظر ذهنی و شرایط محیطی موجود، این دوران را به یکی از بهترین زمان‌های ممکن جهت تغییر رویکرد به نوع تغذیه تبدیل می‌کنند، می‌توان به وجود آرام‌خکری و ایجاد احساس نیرومند و پرقدردن وظیفه پدر و مادری در تأمین غذای سالم برای کودک خود اشاره کرد. اراده قوی مادر برای تضمین سلامت فرزند خویش و آمادگی انجام هر کاری در این جهت می‌تواند به خوبی در رسیدن به هدف یاشد، یاریگر وی باشد. وقتی اولیا درایند که الگویپذیری در کودک و به‌ویژه با او تا چه حد در شکل‌گیری ذائقه سالم و به‌رامی‌ای از یک رژیم غذایی کامل و در نتیجه رسیدن کافی مواد غذایی مورد نیاز به بدن در حال رشد وی اهمیت دارد، مسلم است که



در این ارقامدر به هر کاری خواهند بود. مخصوصا اگر این‌حسن در آنها به وجود آید که این حرکت، گاهی در جهت دستیابی به سلامتی بیشتر و بهتر خود آنها هم خواهد بود.

اهرم یا به عبارت بهتر، فاکتور دیگری که قاعدا در این دوران بهتر و بیشتر در دسترس است، اطلاعات صحیح تغذیه‌ای هستند. دستیابی به برخورد بیشتر والدین به تذکرات و راهنمایی‌های اطبا یا مشاوران تغذیه در چگونگی تهیه غذای سالم در این دوران و کنجکاوی والدین برای کمک معلومات جدید و صحیح می‌تواند مزید بر علت باشد. این دانسته‌ها آنها را کمک می‌کند که بداندند کدام یک از عادات غذایی آنها غلط بوده یا برای تأمین نیازهای غذایی خود بهتر است. از چه روش‌هایی جهت طبع یا تهیه غذا استفاده کرده یا اینجاست که با کمی دقت می‌بینیم ورود چیس یا یفک و نوشابه به منزل باید قطع شود، چرا که همان کلسیم اندکی هم که به سستی از راه غذا به دست می‌آید به راحتی با نمک موجود در یفک یا ترکیبات موجود در نوشابه از بدن کودک در حال رشد، دفع می‌شود. با تشنگی ایجادشده در اثر مصرف بیشتر یفک و جذب آب مصرفی بعد از آن چگونه می‌تواند اشتهای فرزند خردسال‌مان را کور کند و دیگر قادر به تغذیه وی با غذای سالم نخواهیم بود و از همین قیبل البته ممکن است این سوال به ذهن برخی مخاطبان گرامی خطور کند که بالاخره چی؟ کودک‌کمان وقتی به مدرسه برود، ذائقه‌اش را این قیبل من‌مخرفات وفتی آشنا می‌شود، آن‌وقت چه؟ پس، شاید هم زودتر طعم این‌گونه مواد را (به عنوان مثال در میهمانی یا در خانه همسایه) بچشد، ولی برخورد کودکی که از ابتدا برخوردار از الگوی مناسب تغذیه‌ای بوده یا کودکی که از این موهبت بی‌نصیب مانده به مانند برخورد فردی با‌دلب، آموزش‌دیده و غنی از تفکرات خانوادگی مناسب در برابر بزه و تخطات موجود در جامعه در قیاس با کودکی است که از راهنمایی‌ها و سرمشق‌گیری‌های مناسب بی‌بهره بوده است. به هر ترتیب، نمی‌توان وجود ناهمواری‌های موجود در جامعه را که ناشی از بی‌مسوولیتی یا ناآگاهی متولیان امر در نحوه اطلاع‌رسانی به مصرف‌کننده یا تصحیح ارایه مواد غذایی سالم را در سطح خاندها و قیبل

بر اهمال خویش قرار دهیم. امید که در هفته آینده برگردیم به بحث اصلی و اشارهای داشته باشیم به چگونگی آشنایی کودک و ذایقه وی با هر م غذایی.

***کارشناس تغذیه**