گامی مهم در مسیر خودکفایی درمانی و روایتی از تثبیت یک دستاورد ملی

خون بند ناف، از زباله بیولوژیک تا معجزه پیوند

گزارش

مرجان قندی
گروه اجتماعی

سه تا پنج دقیقه؛ این تمام فرصتی است که پس از تولد نوزاد در اتاق زایمان برای جمع‌آوری خون بند ناف وجود دارد. خونی که اگر در همین دقایق کوتاه جمع‌آوری نشود، به‌عنوان یک پسماند بیولوژیک دور ریخته می‌شود، اما جمع‌آوری به‌موقع و فرآوری استاندارد می‌تواند آن را به آخرین امید بیماران نیازمند پیوند سلول‌های بنیادی تبدیل کند. به مناسبت ۱۵ نوامبر، مصادف با ۲۴ آبان و روز جهانی خون بند ناف، با نسیم عزتی، رئیس گروه بانک خون بند ناف و سلول‌های بنیادی سازمان انتقال خون ایران درباره جزئیات این طرح ملی گفت‌وگو کرده‌ایم؛ از ماجرای راه‌اندازی در سال ۱۳۸۹ و فرصت طلایی چنددقیقه‌ای در بیمارستان تا رایگان بودن خدمت برای بیماران و دغدغه بزرگ‌تر این سازمان یعنی کمبود اهداکننده بزرگسال در کشور.

بند ناف معمولاً بعد از تولد نوزاد دور ریخته می‌شود و در مراکز درمانی به‌عنوان یک زباله بیولوژیک با آن برخورد می‌شود. اما خونی که در آن باقی می‌ماند، سرشار از سلول‌های بنیادی خونساز است؛ سلول‌هایی که توانایی بازسازی سیستم خون و ایمنی بدن را دارند. همین ویژگی سبب شده است که امروز خون بند ناف یکی از سه منبع اصلی تأمین سلول‌های بنیادی برای پیوند مغز استخوان به شمار رود. عزتی در این باره توضیح می‌دهد: «منابع سلول‌های بنیادی خونساز که وارد پروسه درمان می‌شوند، در مجموع سه منبع هستند. یکی خود مغز استخوان است که سلول‌ها مستقیماً از آن خارج می‌شوند و اهداکننده باید در اتاق عمل و با بیهوشی این کار را انجام دهد که یک روش تهاجمی است. بعدها با پیشرفت تکنولوژی، دستگاه‌های آفرزیس (جداسازی) آمدند و به روش موبیلیزاسیون (حرکت‌دهی ملایم ناحیه ناف نوزاد)، سلول‌های بنیادی خونساز از مغز استخوان وارد خون محیطی می‌شوند و با دستگاهی شبیه فرآیند اهدای پلاکت جدا می‌شوند. امروز اصلی‌ترین و رایج‌ترین روش، استفاده از همین سلول‌های خون محیطی است. منبع سوم، سلول‌های بنیادی خونساز خون بند ناف است.»

او با تأکید بر ارزش علمی این منبع می‌گوید: «خون بند ناف منبع بسیار مناسبی برای پیوند سلول‌های بنیادی است، اما چون تعداد سلول‌های آن کم است، جوابگوی وزن یک فرد بزرگسال نیست و بیشتر برای اطفال قابل استفاده است. همین محدودیت است که نباید باعث شود تصور کنیم خون بند ناف می‌تواند جای همه روش‌های دیگر را بگیرد.»



رئیس گروه بانک خون بند ناف و سلول‌های بنیادی سازمان انتقال خون ایران می‌گوید: «خون بند ناف امروز در درمان طیف گسترده‌ای از بیماری‌های تهدیدکننده حیات کاربرد دارد؛ از لوسمی و لنفوم گرفته تا کم‌خونی سلول‌های داسی‌شکل و برخی نقص‌های سیستم ایمنی. یک نمونه از این بیماری‌ها، هایپر IgE یا HIES است؛ بیماری نادری که عمدتاً ژنتیکی است و در آن بدن در مقابله با برخی عفونت‌ها دچار مشکل جدی می‌شود و تنها راه درمان قطعی آن، پیوند سلول‌های بنیادی خونساز از اهداکننده‌ای سازگار است. به همین دلیل، هر نمونه‌ای که در بانک عمومی ذخیره می‌شود، یک برگ از پرونده درمان بیماری محسوب می‌شود که ممکن است سال‌ها بعد ورق بخورد.»

پروژه‌ای ملی که در سال ۱۳۸۹ کلید خورد

بانک خون بند ناف عمومی سازمان انتقال خون ایران در سال ۱۳۸۹ راه‌اندازی شد. در آن سال این طرح با دستور وزارت بهداشت به‌عنوان یک پروژه ملی آغاز به کار کرد. هدف از ابتدا روشن بود؛ جمع‌آوری واحدهای خون بند ناف اهدایی به‌عنوان یک بانک عمومی و عام‌المنفعه. عزتی در تشریح تفاوت این بانک با بانک‌های خصوصی می‌گوید: «بانک‌های خون بند ناف به دو شکل هستند؛ یا خصوصی که در کشور ما خانواده‌ها هزینه پرداخت می‌کنند و نمونه برای خودشان نگهداری می‌شود یا بانک عمومی که اهدایی است.»

زمان طلایی

فرآیند جمع‌آوری خون بند ناف یکی از حساس‌ترین بخش‌های این کار است. به‌گفته عزتی، پرسنل آموزش‌دیده بانک در چند بیمارستان پرزایمان شهر تهران حضور دارند و از همان ساعت‌های انتظار مادر برای زایمان، کار اطلاع‌رسانی آغاز می‌شود. او درباره روند اهدا توضیح می‌دهد: «همکاران ما در بیمارستان‌های منتخب حضور دارند؛ هم در درمانگاه هنگام معاینه و چکاپ اطلاعات می‌دهند و هم بروشور در اختیار مادران قرار می‌گیرد. اما نقطه اصلی گفت‌وگو، زمان مراجعه مادر برای زایمان است. معمولاً چند ساعت قبل از عمل، مادر در بیمارستان بستری می‌شود و در همان فرصت، همکاران ما اطلاعات لازم را می‌دهند و اگر مادر رضایت داشته باشد، مصاحبه پزشکی انجام می‌شود تا مطمئن شوند فرد سالم است، بیماری خاصی ندارد و موارد معافیت اهدا را ندارد.»

به‌گفته او، پس از تأیید این مرحله، جمع‌آوری خون بند ناف بلافاصله پس از تولد و جدا کردن بند‌ناف انجام می‌شود. اینجا زمان، تعیین‌کننده بیشتر از سه تا پنج دقیقه نیست چون بعد از آن بندناف از نوزاد جدا شده و خون داخل آن لخته می‌شود. اگر در آن بازه جمع‌آوری نشود، عملاً یک بافت مرده به حساب می‌آید.

عزتی درباره حجم نمونه می‌گوید: «حجم خون بستگی به نمونه دارد و از حدود ۱۰۰ تا ۳۰۰ میلی‌لیتر متغیر است. این کیسه‌ها در پایان روز کاری جمع‌آوری و با رعایت زنجیره سرد به ستاد مرکزی سازمان انتقال خون منتقل می‌شوند تا مرحله بعدی، یعنی پردازش، آغاز شود.»

پردازش، بخشی از کار است که تعیین‌کننده کیفیت نمونه است. به گفته رئیس گروه بانک خون بند ناف، نمونه‌ها روز بعد از انتقال وارد مرحله پردازش می‌شوند، اما پیش از آن باید معیارهای لازم را داشته باشند. او در این باره توضیح می‌دهد: «اگر نمونه از نظر تعداد سلول و استانداردهای لازم شرایط کافی را داشته باشد، وارد مرحله پردازش و ذخیره‌سازی می‌شود. در پردازش، پلاسما و گلبول قرمز طی چند مرحله سانتریفیوژ جدا می‌شوند و فقط آن سلول‌های خونساز که ارزشمند هستند در کیسه‌های مخصوص جمع و فریز می‌شوند. در همین مرحله، آزمایش‌های مهمی هم انجام می‌شود. این آزمایش‌ها شامل تست‌های تأیید سلامت خون، تعیین گروه خونی و مهم‌تر از همه، آزمایش تعیین نقشه ژنتیکی یا HLA است؛ همان آزمایشی که سازگاری بافتی را مشخص می‌کند و پایه جست‌وجوی اهداکننده مناسب برای بیمار است.»

عزتی درباره ثبت اطلاعات هم می‌گوید: «پس از تعیین نقشه ژنتیکی، نمونه در سامانه مرکز مدیریت پیوند وزارت بهداشت ثبت می‌شود. آنچه در سامانه ثبت می‌شود کدهای ژنتیکی است، نه نام و اطلاعات فردی داوطلب؛ بنابراین حریم خصوصی اهداکننده حفظ می‌شود.»

او درباره مدت نگهداری نمونه‌ها می‌گوید: «نمونه‌ها فریز می‌شوند و بر اساس توضیحات، تا ۲۵ سال قابل نگهداری هستند. به عبارت دیگر، یک نمونه اهدایی ممکن است سال‌ها در بانک بماند و در زمانی که بیماری با ویژگی‌های ژنتیکی سازگار پیدا شود، از حالت انتظار خارج و وارد مسیر درمان شود.»



> در حال حاضر حدود ۵ هزار بیمار در نوبت پیوند هستند که اهداکننده سازگار ندارند و اگر زمان از دست برود، ممکن است جان خود را از دست بدهند. هرچه افراد بیشتری در بازه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال که از سلامت عمومی برخوردارند، داوطلب شوند، شانس یافتن اهداکننده سازگار برای بیماران از همه اقوام بیشتر می‌شود

نمونه‌هایی که به بیمار می‌رسند

عزتی با اشاره به اینکه در سامانه مرکز مدیریت پیوند، روزانه درخواست جست‌وجوی زیادی برای بیماران کاندید پیوند ثبت می‌شود، می‌گوید: «برای بیماران زیادی که کاندید پیوند هستند، درخواست جست‌وجو می‌آید؛ یا اهداکننده بزرگسال مناسب جست‌وجو می‌شود یا اگر بیمار کودک باشد، خون بند ناف مناسب. اگر سازگاری وجود داشته باشد، نمونه برای پیوند در اختیار بیمارستان قرار می‌گیرد و تزریق انجام می‌شود.»

رئیس گروه بانک خون بند ناف و سلول‌های بنیادی سازمان انتقال خون ایران درباره اینکه بیمار چگونه به این امکان دسترسی پیدا می‌کند، می‌گوید: «همه اهداکنندگان، چه بزرگسال و چه خون بند ناف، در سامانه مرکز مدیریت پیوند ثبت هستند. در درمانگاه‌ها، فردی مسئول جست‌وجو است و به سامانه دسترسی دارد. اطلاعات ژنتیکی بیمار در سامانه ثبت و جست‌وجو انجام می‌شود. اگر سازگاری وجود داشته باشد، وزارت بهداشت مشخص می‌کند که این اهداکننده با این شناسه تطبیق داده شده است. اگر نمونه خون بند ناف باشد، آزمایش‌های تکمیلی روی آن انجام می‌شود و بعد در اختیار بیمارستان قرار می‌گیرد. به این ترتیب، زنجیره‌ای از یک تصمیم در اتاق زایمان تا یک تزریق در اتاق پیوند شکل می‌گیرد؛ زنجیره‌ای که در آن، هر حلقه باید دقیق و به‌موقع کار کند.»

عزتی درباره اینکه به چه علت جمع‌آوری خون بند ناف در همه استان‌ها و بیمارستان‌ها انجام نمی‌شود به دو دلیل اصلی اشاره می‌کند؛ هزینه زیرساخت و محدودیت زمانی. او توضیح می‌دهد: «از ابتدا وزارت بهداشت تصمیم گرفت این کار فقط در تهران انجام شود. یکی به دلیل جمعیت و تنوع قومیتی تهران که به نوعی ایران کوچک است؛ یکی به دلیل تجهیزات بسیار پرهزینه، از جمله آزمایشگاه و تانک‌های نگهداری و یکی هم به این دلیل که از زمان جمع‌آوری خون بند ناف تا ذخیره‌سازی آن نباید بیش از ۴۸ ساعت طول بکشد، اگرنه نمونه کیفیت خود را از دست می‌دهد.»

او با این تأکید که این محدودیت فقط مربوط به خون بند ناف است و برای ثبت‌نام اهداکنندگان بزرگسال، سازمان انتقال خون در همه کشور فعال است، می‌گوید: «برای پذیرش و ثبت‌نام اهداکنندگان سلول‌های بنیادی، سازمان در تمام ۳۱ استان کشور ۴۶ پایگاه فعال دارد. حتی در برخی استان‌ها مانند لرستان، آذربایجان شرقی و خوزستان چند پایگاه فعال است که افراد می‌توانند روزانه مراجعه کنند و لازم نیست حتماً خانم باردار باشد.»

رئیس گروه بانک خون بند ناف و سلول‌های بنیادی سازمان انتقال خون ایران درباره ظرفیت بانک توضیح می‌دهد: «هدف‌گذاری وزارت بهداشت برای بانک‌های عمومی کشور، نگهداری ۱۰ هزار واحد خون بند ناف بوده است. بانک‌های عمومی قدیمی‌تر مانند بانک بیمارستان شریعتی هم در این حوزه فعالیت داشتند، اما به دلیل هزینه‌ها چند سال متوقف شدند. اکنون مجموعه بانک‌های عمومی کشور بیش از ۵ هزار نمونه جمع‌آوری کرده‌اند و سهم بانک سازمان انتقال خون از چهار هزار نمونه بیشتر است.»

عزتی با اعلام اینکه تمرکز اصلی سازمان، توسعه مرکز پذیرش و ثبت‌نام اهداکنندگان بزرگسال سلول‌های بنیادی است؛ حوزه‌ای که با نیاز واقعی کشور فاصله دارد، می‌گوید: «کشور ما از نظر اقوام بسیار متنوع است و همین موضوع، متأسفانه باعث شده بسیاری از بیماران اهداکننده سازگار نداشته باشند. مثلاً برای بیمارانی از اقوام ترکمن یا ارامنه یا بیماران سیستان و بلوچستان، پیدا کردن اهداکننده سازگار بسیار سخت‌تر است. در حالی که برای بیماری که آذری یا ترک باشد، چون جمعیت ترک‌زبان در کشور زیاد است، راحت‌تر اهداکننده پیدا می‌شود.»

او با اشاره به آمار می‌گوید: «تا به امروز ۱۲۲ هزار نفر در مرکز پذیرش و ثبت‌نام اهداکنندگان سازمان انتقال خون عضو شده‌اند. مجموع اهداکنندگان ثبت‌شده در کشور، با احتساب مراکز دیگر، هنوز به ۲۰۰ هزار نفر نرسیده است. در حالی که کشوری مثل ترکیه حدود یک میلیون و ۸۰۰ هزار اهداکننده دارد.»

به گفته رئیس گروه بانک خون بند ناف و سلول‌های بنیادی سازمان انتقال خون ایران، در حال حاضر حدود ۵ هزار بیمار در نوبت پیوند هستند که اهداکننده سازگار ندارند و اگر زمان از دست برود، ممکن است جان خود را از دست بدهند.

عزتی با تأکید بر اینکه گسترش این فهرست یک ضرورت درمانی است، می‌گوید: «هرچه افراد بیشتری در بازه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال که از سلامت عمومی برخوردارند، داوطلب شوند، شانس یافتن اهداکننده سازگار برای بیماران از همه اقوام بیشتر می‌شود.»

هشدار مینو محرز متخصص بیماری‌های عفونی درباره پیامدهای مصرف بی‌رویه داروها

ایران در صدر مصرف آنتی بیوتیک جهان

گزارش

سمیه افشین فر
گروه اجتماعی

مصرف بی‌رویه آنتی بیوتیک و تجویزهای غیرمنطقی این داروها در ایران، زنگ خطر افزایش مقاومت میکروبی و تهدید سلامت نسل‌های آینده را به صدا درآورده است. به گفته مینو محرز، متخصص بیماری‌های عفونی، با قرار گرفتن ایران در رتبه اول مصرف آنتی بیوتیک جهان، ضرورت نظارت بر تجویز دارو، کنترل عفونت‌های بیمارستانی و اصلاح الگوی مصرف بیش از پیش اهمیت پیدا می‌کند.

این متخصص با انتقاد از وضعیت مصرف آنتی بیوتیک در کشور، بر ضرورت نظارت جدی بر تجویز و مصرف این داروها تأکید کرد و گفت: «مصرف آنتی بیوتیک باید متولی مشخصی داشته باشد و این‌طور نباشد که هر پزشکی بدون ضابطه و نظارت، هر نوع آنتی بیوتیکی را تجویز کند.»

او با اشاره به ضرورت کنترل مصرف آنتی بیوتیک در بیمارستان‌ها گفت: «در بسیاری از موارد، ادامه مصرف آنتی بیوتیک باید پس از گذشت ۲۴ ساعت با مشاوره متخصص و تأیید ضرورت ادامه درمان همراه باشد. این موضوع بویژه با توجه به افزایش نگران‌کننده مقاومت میکروبی اهمیت دارد.»

این متخصص با اشاره به مطالعات انجام‌شده در تعدادی از بیمارستان‌های کشور گفت: «سال‌ها پیش مطالعه‌ای در پنج تا شش بیمارستان ایران انجام دادیم که نتایج آن نشان می‌داد حدود ۹۷ درصد بیماران با میکروب‌های مقاوم بیمارستانی مواجه بودند. این آمار نشان می‌دهد وضعیت کنترل عفونت بیمارستانی در کشور نیازمند توجه جدی است.»



به گفته محرز اولین اقدام برای مقابله با مقاومت میکروبی، رعایت اصول کنترل عفونت در بیمارستان‌هاست. اگر نتوانیم از بروز عفونت‌های بیمارستانی پیشگیری کنیم، ناچار به مصرف بیشتر آنتی بیوتیک خواهیم شد و همین مسأله چرخه مقاومت میکروبی را تشدید می‌کند.

او با مقایسه میزان مصرف آنتی بیوتیک در ایران و آلمان گفت: «در مطالعه‌ای که مصرف آنتی بیوتیک دو کشور با جمعیت تقریباً مشابه مقایسه شده بود، میزان مصرف سالانه آنتی بیوتیک در آلمان حدود ۸ تن و در ایران حدود ۸۰ تن گزارش شده بود. این اختلاف قابل توجه نشان می‌دهد که باید در شیوه تجویز و مصرف این داروها بازنگری کنیم.»

این متخصص با تأکید بر ضرورت آموزش پزشکان در زمینه آنتی بیوتیک‌تراپی توضیح داد: «آموزش نسخه‌نویسی و مصرف منطقی آنتی بیوتیک باید به شکل جدی در برنامه آموزش پزشکی قرار بگیرد. پزشکان باید بدانند چه زمانی، با چه دُزی و برای چه مدتی آنتی بیوتیک تجویز کنند. حتی لازم است برای پزشکان کارگاه‌های آموزشی برگزار شود.»

او همچنین به نقش مردم در مصرف بی‌رویه آنتی بیوتیک اشاره کرد و گفت: «گاهی خود بیمار از پزشک درخواست آنتی بیوتیک می‌کند یا خانواده‌ها در منزل بدون تجویز پزشک از این داروها استفاده می‌کنند. درحالی‌که مصرف آنتی بیوتیک برای هر سرماخوردگی اقدامی نادرست است و باید آگاهی عمومی درباره پیامدهای این رفتار افزایش یابد.»

محرز با استقبال از برنامه‌های اطلاع‌رسانی درباره مقاومت میکروبی تأکید کرد: «مقابله با این مسأله نیازمند برنامه‌ریزی، نظارت، تعیین متولی مشخص برای مدیریت مصرف آنتی بیوتیک، آموزش پزشکان و افزایش آگاهی مردم است. اگر امروز برای اصلاح الگوی مصرف اقدام نکنیم، نسل آینده با مشکلات جدی‌تری در درمان عفونت‌ها مواجه خواهد شد.»

> محرز: اولین اقدام برای مقابله با مقاومت میکروبی، رعایت اصول کنترل عفونت در بیمارستان‌هاست. اگر نتوانیم از بروز عفونت‌های بیمارستانی پیشگیری کنیم، ناچار به مصرف بیشتر آنتی بیوتیک خواهیم شد

برش

رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران:

درخواست بیماران، یکی از عوامل تجویز بی‌رویه آنتی بیوتیک است

رضا رئیس‌کرمی، رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران، با اشاره به نقش درخواست بیماران در تجویز غیرمنطقی آنتی بیوتیک‌ها گفت: «یکی از دلایل تجویز بی‌رویه آنتی بیوتیک، شکل‌گیری ذهنیت نادرست در جامعه و مطالبه بیماران برای دریافت این داروهاست؛ موضوعی که متأسفانه در سال‌های اخیر شدت بیشتری پیدا کرده است.»

رئیس‌کرمی با تأکید بر ضرورت اصلاح الگوی مصرف دارو در کشور توضیح داد: «در حوزه سلامت باید منابع و اعتبارات به سمت تأمین داروهای ضروری و حیاتی هدایت شود و تلاش کنیم این داروها برای بیماران رایگان یا با حداقل هزینه در دسترس قرار گیرند. در این زمینه بیمه‌ها باید نقش مؤثرتری ایفا کنند. نباید منابع نظام سلامت صرف اقداماتی شود که نه‌تنها کمکی به بهبود وضعیت بیماران نمی‌کند، بلکه ممکن است زمینه‌ساز بروز مقاومت میکروبی و دارویی شود. این مسأله تهدیدی جدی برای سلامت جامعه است و مقابله با آن نیازمند اصلاح الگوی مصرف دارو و افزایش آگاهی عمومی است.»

رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران با تأکید بر نقش رسانه‌ها در مقابله با مقاومت میکروبی گفت: «امیدوارم پرداختن رسانه‌ها به موضوع مصرف منطقی آنتی بیوتیک و مقاومت میکروبی به یک هفته محدود نشود. استادان دانشگاه در حوزه‌های مختلف آمادگی دارند برای تهیه گزارش و تولید محتوای علمی و مستند با رسانه‌ها همکاری کنند.»

اخبار

همزمان با روز جهانی دیابت انجام شد

حمایت از ۱۱۰ کودک مبتلا به دیابت با تأمین پمپ‌های هوشمند انسولین

گروه اجتماعی/ همزمان با روز جهانی دیابت، رئیس هیأت امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران، از تأمین ۱۱۰ دستگاه پمپ انسولین هوشمند مجهز به سامانه پایش مداوم قند خون برای کودکان مبتلا به دیابت نوع یک خبر داد؛ این اقدام با هدف بهبود مدیریت بیماری، کاهش دشواری‌های مراقبت روزانه و ارتقای کیفیت زندگی کودکان و خانواده‌های آنها انجام شده است.

سید حسین صفوی با اشاره به شرایط زندگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک توضیح داد:«مدیریت این بیماری به مراقبت مستمر در طول شبانه‌روز نیاز دارد. پایش منظم قند خون، دریافت انسولین و هماهنگ کردن آن با غذا و فعالیت بدنی، بخشی از زندگی روزمره این کودکان و خانواده‌های آنان است. نگرانی از افت قند خون، بویژه هنگام خواب یا حضور کودک در مدرسه نیز می‌تواند آرامش خانواده را تحت‌تأثیر قرار دهد.»

او درباره عملکرد تجهیزات تأمین شده گفت:«این تجهیزات به صورت یک سامانه کامل تهیه شده‌اند که با استفاده از حسگر، وضعیت و روند تغییرات قند خون را به‌طور پیوسته پایش می‌کند و در حالت خودکار، میزان تزریق پایه انسولین را هر پنج دقیقه، متناسب با داده‌های حسگر تنظیم می‌کند.» صفوی گفت:«این سامانه علاوه بر تنظیم تزریق پایه، در صورت نیاز قابلیت تزریق خودکار دزهای اصلاحی انسولین را نیز دارد. همچنین هنگام کاهش قند خون، می‌تواند میزان تزریق را کاهش دهد یا به‌طور موقت متوقف کند تا به کاهش خطر افت قند کمک شود. این قابلیت‌ها در طول شبانه‌روز، از جمله هنگام خواب، می‌توانند به حفظ قند خون در محدوده مطلوب، کاهش نوسانات و سبک‌تر شدن بخشی از بار مراقبت از کودک و خانواده کمک کنند. استفاده از پمپ نیز نیاز به تزریق‌های مکرر روزانه را کاهش می‌دهد. بهره‌مندی مؤثر از این فناوری، نیازمند آموزش کودک و خانواده و پیگیری منظم تیم درمان است. ثبت اطلاعات وعده‌های غذایی و دریافت انسولین مربوط به غذا از طریق پمپ نیز همچنان باید مطابق آموزش‌های ارائه شده انجام شود.» صفوی تأکید کرد:«به منظور اطمینان از دسترسی کودکانی که بیشترین بهره درمانی را از این دستگاه‌ها می‌برند، اولویت تخصیص سامانه‌ها بر اساس ارزیابی تیم تخصصی پزشکی، تأیید شرایط بالینی و احراز نیاز درمانی بیماران تعیین خواهد شد.»

توجه به هزینه‌های مستمر مراقبت و حمایت از خانواده‌ها

صفوی با اشاره به مشکلات برخی خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به دیابت در کشور گفت:«هزینه تهیه تجهیزات پایش قند خون و اقلام مصرفی، دشواری دسترسی مستمر به آنها و مسائل مربوط به بازپرداخت هزینه‌ها، می‌تواند ادامه مراقبت را برای خانواده‌ها دشوار کند. حمایت از این کودکان باید تأمین تجهیزات، استمرار دسترسی به اقلام مصرفی، آموزش و پشتیبانی درمانی را در کنار یکدیگر دربرگیرد.»

او همچنین بر نقش مدارس در حمایت از دانش‌آموزان مبتلا به دیابت تأکید کرد و گفت:«آشنایی معلمان و مربیان با نیازهای دانش‌آموز مبتلا به دیابت و نحوه رسیدگی به افت قند خون، اهمیت زیادی دارد. با مراقبت و برنامه‌ریزی مناسب، این کودکان می‌توانند در کنار همسالان خود در فعالیت‌های آموزشی، ورزشی و اجتماعی مشارکت کنند.»

رئیس هیأت امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران، با اشاره به اهمیت کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت گفت: «کنترل مناسب و بهینه سطح قند خون در بیماران مبتلا به دیابت، با کاهش میزان عوارض درازمدت بیماری، موجب صرفه‌جویی در هزینه‌های درمانی خانواده‌های بیماران و هزینه‌های کلی نظام سلامت خواهد شد.» صفوی از توزیع بیش از ۴۰۰ دستگاه دیالیز در مراکز درمانی کشور طی یک سال اخیر خبر داد و گفت:«این اقدام با هدف تقویت زیرساخت‌های درمانی و افزایش دسترسی بیماران کلیوی به خدمات مورد نیاز انجام شده است.»

او با اشاره به اینکه دیابت از عوامل مهم آسیب کلیوی و نارسایی کلیه به شمار می‌رود، اعلام کرد:«کنترل مناسب بیماری و پیگیری منظم برای کاهش خطر عوارض اهمیت دارد. در کنار اقدامات پیشگیرانه و درمانی، تأمین تجهیزات دیالیز برای بیمارانی که به این خدمات نیاز دارند، در استمرار مراقبت و حفظ کیفیت زندگی آنان نقش اساسی دارد.» صفوی در پایان تأکید کرد:«هدف از تأمین تجهیزات پزشکی، تقویت توان مراکز درمانی و کمک به دسترسی عادلانه‌تر بیماران در سراسر کشور به امکانات و خدمات مورد نیاز است.»

مدیرکل دفتر برنامه ریزی و مشارکت اجتماعی جوانان وزارت ورزش و جوانان:

تعداد زنان مجرد بالای ۳۵ سال بیشتر از مردان است

مدیرکل دفتر برنامه‌ریزی و مشارکت‌های اجتماعی جوانان وزارت ورزش و جوانان از تجرد بیش از ۱۸ میلیون نفر از جمعیت کشور در سن ازدواج خبر داد و گفت: «حدود ۱۰ میلیون نفر از این جمعیت مرد و بیش از ۸ میلیون نفر زن هستند.»

بهمن عبدی با اشاره به وضعیت تجرد در سنین بالاتر اعلام کرد: «حدود ۲ میلیون و ۴۰۰ هزار زن مجرد بالای ۳۵ سال در کشور زندگی می‌کنند، این در حالی است که تعداد مردان مجرد بالای ۴۰ سال، به‌عنوان گروه سنی متناسب با این زنان بر اساس الگوی رایج ازدواج، حدود ۵۰۰ هزار نفر کمتر است. بر اساس نگرش متعارف جامعه که معمولاً مردان با زنان کم‌سن‌تر ازدواج می‌کنند، فرصت ازدواج برای زنان مجرد در سنین بالاتر محدودتر می‌شود، چراکه تعداد مردانی که از نظر سنی در گروه متناسب با این زنان قرار می‌گیرند، کمتر است.»

به گزارش ایلنا، عبدی با اشاره به تفاوت دلایل تجرد در مناطق شهری و روستایی گفت: « در مناطق شهری، انتخاب فردی، تمایل به ازدواج‌نکردن یا پیدا نکردن فرد متناسب با معیارهای شخصی از عوامل این مسأله است، اما در مناطق روستایی، مهاجرت مردان به شهرها و محدودیت گزینه‌های ازدواج، نقش پررنگ‌تری در افزایش تجرد زنان دارد و حتی می‌تواند به محرومیت اجتماعی منجر شود.»

مدیرکل دفتر برنامه‌ریزی و مشارکت‌های اجتماعی جوانان وزارت ورزش و جوانان همچنین از ارائه اطلاعات جمعیت‌شناختی به ادارات کل استانی و ستادهای ساماندهی امور جوانان خبر داد و تأکید کرد: «دستگاه‌های مسئول باید متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی هر منطقه، برنامه‌های حمایتی و مداخلات لازم را طراحی و اجرا کنند.»