

استدانت

مجله علمی فرهنگی | پاییز ۱۳۹۵ | شماره دهم | قیمت: ۱۰۰۰ تومان

پرونده ویژه

بمبى تزئين شده با

روبایان قرمز

HIV



REC

«تحمل مشکلات و صبر، کلید اصلی موفقیت است»

مصاحبه با دکتر آزاده مقدس استادیار گروه داروسازی بالینی



چگونه مطرح شویم؟

بررسی روند اجمالي طرح خدمت داروسازان



۵ جایگاه برتر داروسازان در صنعت؟

معرفی ۵ شرکت برتر داروسازی دنیا



نیم‌نگاهی بر «مرثیه‌ای برای یک رویا»

«هیچ اتفاقی نیفتاده، خودت خواهی دید، در پایان همه چیز خوب خواهد بود»

خران پیش را به باد داری؟
شانه به شانه بی هم قدم میزدیم
صدای خش خش برگ های زیر پامان
کوش فلک را کر کرده بود
نیم پاییزی دست نوازش بر سر و صورتان میکشید
و ما چه حسود بودیم

اما

خران امسال
صدای خش خش برگ ها به گوشم نمی رسد
نیم پاییزی بی رحمانه به صورتم میلوید
و من خسته ام
این خران
من به سان تنه ی درختی که بییی از آن را بریده باشند
بییی از خود را
"تورا"

از دست داده ام
تو دیگر نیستی
و من
تنها و دل شکسته
بی امید روشنی
در میان برگ های زرد پاییزی نشسته ام

فصلنامه
علمی - فرهنگی
ریتالین

صاحب امتیاز:

کمیته پژوهش‌های دانشجویان

دانشکده داروسازی اصفهان

شماره ثبت:

۸۵-۳-۲۴۱

مدیرمسئول: غزاله مینائیان

سر دبیر: مهتا فلک افلاکی

طراح لگو: سینا سهیلی

طراح جلد: مهتا فلک افلاکی

طراحی صفحات و صفحه آرا:

غزاله مینائیان

ویراستاران:

مرجان پورهادی،

مهشید عابدی،

فرزانه صدری

مهتا فلک افلاکی

دبیران:

بخش خبری: نهال شماعی زاده

بخش علمی: صبا فقهی

بخش تخصصی:

ارمغان برات پورمقدم

مهشید عابدی

فرزانه صدری

مهتا فلک افلاکی

بخش فرهنگی:

افسانه محسن زاده

عکاس: مهتا فلک افلاکی

ارمغان برات پور مقدم

مهر روز اشرفی

مرجان پورهادی

مجتبی چهرازی

مهديس خورشيد

زهره رحیمی

مهسا زاغیان

نهال شماعی زاده

طاها صافی

فرزانه صدری

علی صفایی

صدف صفایی

سارا عبد یزدان

صبا فقهی

مهتا فلک افلاکی

افسانه محسن زاده

مریم مختاری

غزاله مینائیان

سید سعید ناجی اصفهانی

علی نجفی

شیوا نصر اصفهانی

مهناز واعظ

نفیسه وصیله‌ها

حسام یوسفیان

دکتر آزاده مقدس

دکتر علی جهانیان

(سرپرست کمیته پژوهش‌های دانشجویان)

خانم سلطانی

(مسئول دبیرخانه)

نشریات دانشگاه)



@ritalinmagazine

@iphsrc

پرونده ویژه: بمبی تزیین شده با ربان قرمز!
پرونده ویژه: بمبی تزیین شده با ربان قرمز!
پرونده ویژه: بمبی تزیین شده با ربان قرمز!
پرونده ویژه: بمبی تزیین شده با ربان قرمز!



بخش خبری

- ۶ سخن اول
سرمقاله
- ۸ رویارویی کمی آن طرف تر از مرزهای علم: گزارشی از حضور
اساتید یوسرن در دانشگاه
- ۹ چگونه مطرح شویم؛ بررسی اجمالی روند خدمت داروسازان



- ۱۳ مقاله آموزشی؛ این قسمت؛ پروپوزال نویسی
«امیدواری و تحمل مشکلات کلید اصلی پیروزی و
- ۱۶ موفقیت است» نشست صمیمانه با خانم دکتر آزاده
مقدس؛ استادیار گروه داروسازی بالینی
- ۲۰ داغ داغ از اتفاقات جهان علم

بخش تخصصی

فارماسیوتیکس

- ۲۷ جایگاه برتر داروسازان در صنعت؛ معرفی ۵ شرکت برتر داروسازی دنیا
۳۰ تازه‌ها از دنیای فارماسیوتیکس



فارماکولوژی

- ۳۱ داروی جوانی، آرزوی برای تمام دوران‌ها
۳۲ ایدز را بزَن و بکش!



فارماکوگنوزی

- ۳۳ دوپینگ عرصه‌ای جدید برای خودنمایی چای سبز!
۳۴ از «ب» بلغم تا «ص» صفرا



مدیریت و اقتصاد دارو

- ۳۶ اهمیت وجود برندهای مختلف دارویی در کشور
۳۷ تاثیر طرح تحول نظام سلامت بر اقتصاد دارویی



بخش فرهنگی

شعر

دانشکده رنگی‌ها

طنز: آنچه از روزگار بر ورودی ۹۳ گذشت...

نیم نگاه: «هیچ اتفاقی نیفتاده، خودت خواهی دید،

در پایان همه چیز خوب خواهد بود.»

زنگ TED: این قسمت بیل گیتس از بحران می‌گوید

نویسنده پزشک: «دوست دارم در زندگی کوتاهم، هر چیزی را که در دسترس انسان

است در آغوش بگیرم»... این قسمت: آنتوان پچوف

۳۹

۴۰

۴۱

۴۲

۴۴

۴۶



TED

سخن اول

انگار خاصیت این روزها همینه...
روزهای پایانی را می گم
روزهای تقریباً پایانی...
میشینی و میگی کدوم کارها رو انجام ندادی و کدوم رو درست انجام ندادی... کدوم رو باید انجام می دادی و کدوم رو چه خوب شد که انجام ندادی...
خواه و ناخواه گذرت میوفته به آدمایی که ازت میپرسن این کارو انجام بدیم یا اونو؟ اصلاً انجام بدیم یا نه؟
و غیره
بخوای و نخوای حس شعار دادن توی آدم بیدار میشه...
آخرش میبینی اصلاً حس شعار دادن بت القا شده!
حسی که مجبورت می کنه از اول بشینی و زندگی این ۴-۵ سالتو مرور کنی و ببینی چیاش خوب و چیاش بد بود...
زیر و رو کنی تا جواب سوالاتی بالارو پیدا کنی و تحویل بقیه بدی...
گاهی وقتها می گفتم «این کار هم تموم میشه و بعدش راحت میشم»... این تنها جمله ای بود که همیشه یادم میمونه هیچ وقت بهش نرسیدم...
این آخریا که یکی بم گفت بی خیال همه چیز بشو بهش گفتم: اگر بی خیال یکیش بشم، باید بی خیال همش بشم... واسه همین نمی تونم!

سرمقاله

این اولین سخن سردبیر من است
قدیم ترها و قبل از انقلاب عظیم تکنولوژی کمان، آن زمان که منتظر چاپ شدن عکس های عید داخل دوربین دایمی بزرگمان می ماندیم، در واقع از همان دوران که مادر مجله ای بچه ها گل آقا در دست وارد خانه می شد و برای دو هفته شش دانگ حواسم به نام جملات و کلمات جادویی اش درمی آمد- میان همان ورق زدن ها- سردبیر و سخنش بزرگ و قوی و قابل احترام بود.
او که تمام جادوهای جهان را روی صفحه قلم می زد، نگاهش به من بود تا آخرین جمله ای آخرین صفحه را بخوانم و با تشکری غرا خستگی اش را برطرف کنم. این صفحه و این نوشتار، لحظه لحظه خیال ۱۰ سالگی من است. شما با یک آرزوی برآورده شده روبه رو هستید که مثل غنچه ای از خاک بیرون زده، بارانی که از آسمان خاکستری می چکد و موسیقی که از چوب و سیم بیرون می آید، معجزه است و بزرگ و قوی و قابل احترام.
این خاصیت نوشتن است، هر جا که باشی اصفهان، هندوستان یا چین. جادو جادو است.
با کمال احترام برای حافظ علیه رحمه، بعد از آزمودن بخت خویش در این شهر، بیشتر فرو رفتن در آن را پیشنهاد می کنیم که جادو کردن و سعی بر ریتالین سازی با دانشجویان داروساز پر از شوق نوشتن، به هر ورطه ای می آرد.

انگار دوران دانشجویی واسه من شده بود عین یه شمارش معکوس، عین یک ساعت شنی که تند تند داره تموم میشه! خیلی فکرها توی ذهنم بود که میخواستم و باید انجامش میدادم و هیچ وقت یادم نمیره که همیشه حس کردم زمانم کمه و داره تموم میشه... حالا واقعا داره تموم میشه...

دورانی که در آن خیلی کارا میشه کرد و خیلی تجربه ها می شه به دست آورد... نمی دونم چرا ولی این چیزی بود که من حس می کردم و می خواستم همه جور بهش برسم... با تموم شدن این دوران همه ای این فرصت ها و تجربه ها و لذت ها با هم تموم می شد...
با تموم شدن یکیشون همشون تموم می شد... همشون...
جالب تر اینکه با شروع نشدن یکی شون هم هیچ کدومشون واست شروع نمیشه! انگار وقتی شروع کردی دیگه می افتی تو مسیرش... پجوری به همش دسترسی پیدا میکنی... اینم مصداق اونه که میگن شروعش سخته...
آخرش از همین شروع ها و افتادن توی مسیرها خاطره ای ۴-۵ سال زندگی ساخته میشه...
بنظرم باید بخوای که زندگی متفاوت تر باشه یعنی خودت شروع کنی و پایت رو توی مسیرهایی بذاری که بقیه نداشتن، نمیدارن یا عده ای کمی تجربه اش کردن...

هر دوران تکراری ای چیزی واسه متفاوت بودن درون خودش داره... فقط باید پیداش کرد... باید خواست که اونو پیدا کرد...
این شروعه
بقیه مسیر پر از متفاوت ها میشه...



بخش خبری

نشستی صمیمانه با خانم دکتر آزاده مقدس؛ استادیار گروه
داروسازی بالینی
۱۶

دومین خان از هشت خان فروش

این قسمت ...
پروپوزال نویسی
۱۳

چگونه مطرح شویم؛
بررسی اجلی روند خدمت داروسازان

۸

ویتریبی

کمی آن طرف تراز
مرزهای علم:

گزارشی از حضور اساتید
یوسرن در دانشگاه



دیگر تکراری این روزها؛ سلفی‌ها و عکس‌های یادگاری! از ظهر گذشته بود که جمعیت اندکاندک متفرق شد. همه کمابیش راضی بودند؛ هرچند کمی سردرگمی هم چاشنی کار بود؛ شاید بیشتر ناشی از بی‌تجربگی و هراس در برگزاری چنین جلساتی! و من در راه بازگشت با خودم فکر می‌کردم از اینکه امروز کلاس‌هایم را نرفته‌ام پشیمان نیستم و اینکه می‌توان امیدوار بود در دانشگاه‌های ما آن‌قدر فضاهای این چنینی مهیا شود که جو را پرسشگر و طالب کند و نگاه جهان علم را نسبت به کشورمان، بیش‌ازپیش تحسین‌آمیز!

سارا عبدالیزدان - ترم ۶



و اما! مادر سمینار تهران چه کردیم؟

صبح یکشنبه‌ای پاییزی بود و هوا، عجیب سرد؛ من مثل همیشه دست‌ها در جیب، از در شرقی دانشگاه گذشتم؛ اما مقصد نقطه‌ی هرروزی نبود؛ تصمیم گرفته بودم قید کلاس فارماکولوژی را بزنم. به قصد تجربه‌ای تازه مسیرم را کج کردم سمت دانشکده‌ی پزشکی، زیرزمین، تالار دکتر حکمی. دلم نمی‌خواست فرصت ملاقات با چند تن از شخصیت‌های علمی روزگارم را به هیچ قیمتی از دست بدهم!

جلسه قرار بود ساعت هشت و نیم شروع شود و من و دوستم وقتی به تالار رسیدیم تعجب کردیم از اینکه فقط دو سه نفری مشتاق‌تر از ما و رأس ساعت مقرر در مکان معهود حاضر شده‌اند! درواقع آغاز جلسه حدوداً یک‌ساعتی تأخیر داشت، ما هم فرصت را غنیمت شمردیم و خود را با مطالعه‌ی دروس معوقه مشغول کردیم!

درحالی‌که انتظار کم‌کم داشت بی‌تابمان می‌کرد، میزبان و میهمانان قدم به تالار گذاشتند و فضای سالن حالت رسمی‌تری به خود گرفت. ابتدا دکتر پورفرزام به عنوان میزبان به حاضران جلسه خوش‌آمد گفتند و پس از آن نوبت میهمانان سرشناس جمع بود که هر یک به فراخور تخصصشان چنددقیقه‌ای صحبت کنند؛ صحبت‌هایی که اکثراً بیش از آنکه بار علمی و تخصصی داشته باشند، گپ و گفتی خودمانی بود از دست انتقال تجربه به جوانان سرزمینی که زیبایی‌اش و مهمان‌نوازی مردمانش، به‌اتفاق مسحورشان کرده بود.

پس از این معرفی و صحبت‌های کوتاه، نوبت حاضران بود که سؤالاتشان را پرسند و سکوت ناخوشایندی که لحظاتی چند بر سالن حاکم شد، این فکر را به ذهنم متبادر کرد که فرقی نمی‌کند استاد یا دانشجو، کلاس درس یا جلسه‌ی بحث، شنونده‌ی صرف بودن دارد به عادت محیط‌های آکادمیک ما تبدیل می‌شود! باری، سکوت شکسته شد و کم‌کم سیل سؤالات فزونی یافت. در خلال این پرسش و پاسخ‌ها، فضای جلسه باز هم دوستانه‌تر شد؛ تا جایی که در پایان میهمانانمان با لبخندهایی حاکی از رضایت، توصیه‌هایی همراهمان کردند از این دست که سعی کنیم بهترین خودمان باشیم!

پس از پذیرایی و استراحتی کوتاه، هر یک از دانشمندان مدعو در یکی از تالارها که از پیش به این منظور تعیین شده بود مستقر شدند و استادان و دانشجویان هم به تناسب تخصص یا علاقه‌شان با آنان همراه شدند تا در مدتی حدوداً یک‌ساعته، در باب ظرایف و نوآوری‌های هر حوزه به گفت‌وگو بپردازند. درنهایت، بخش پایانی و حالا

نتایج پذیرش مقالات بیستمین سمینار دانشجویان داروسازی سراسر کشور اعلام شد!

دانشکده داروسازی اصفهان با ارسال ۱۱۶ مقاله از نظر تعداد مقالات ارسالی در جایگاه دوم پس از دانشکده داروسازی تهران قرار گرفت.

از میان ۱۱۶ مقاله ارسالی ۷۵ مقاله در زمینه‌های مختلف مورد پذیرش و اصفهان در جایگاه نخست از نظر تعداد مقالات پذیرفته شده قرار گرفت.

این افتخاری برای دانشکده داروسازی اصفهان بود که به کمک بررسی و اصلاح مقالات قبل از ارسال و برگزاری کارگاه‌های آموزشی کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده داروسازی میسر گردید.

تعداد مقالات پذیرفته شده در حیطه‌های مختلف به شرح زیر است:

فارماکولوژی ۱۷، فارماسیوتیکس ۱۳، داروسازی بالینی ۱۲، نانوتکنولوژی ۸، فارماکولوژی و داروسازی بالینی هر یک ۶، سم‌شناسی و آموزش در داروسازی هر یک ۳، بیوتکنولوژی و شیمی دارویی هر یک ۲، و در بیوفارماسی، داروسازی سنتی، مکمل‌ها و آرایشی و بهداشتی هر یک ۱ مقاله مورد پذیرش قرار گرفته است.

۱۴ مقاله به صورت سخنرانی و ۶۱ مقاله به صورت پوستر ارائه خواهند شد.

کارگاه‌های آموزشی برای آموزش نحوه طراحی و نحوه ارائه مقالات در مجامع علمی و سمینارها، جهت آماده‌سازی دانشجویان برای ارائه موثر مقالات خود، در نظر گرفته شده و توسط اعضای کمیته پژوهش‌های دانشجویان داروسازی دانشکده برگزار خواهد شد.

لازم به ذکر است که زمان برگزاری سمینار ۲۵-۲۳ فروردین ماه ۱۳۹۶ خواهد بود.

غزانه هینائیان - ترم ۱۰

رابط علمی بیستمین سمینار دانشجویان داروسازی



ما دانشجویان داروسازی بعد از فارغ التحصیلی وارد مسیری می‌شویم که شاید خیلی از ما اطلاعات مناسبی در موردش نداشته باشیم. به این مسیر به اصطلاح «طرح» گفته می‌شود؛ ولی واژه رسمی تر آن «خدمت» است و در آیین نامه‌ها به طور دقیق‌تر تحت عنوان «دوره‌ی خدمت پزشکان و پیراپزشکان» از آن یاد می‌شود. اصولاً هر چه به پایان دوران تحصیل نزدیک‌تر می‌شویم، واژه‌ی «طرح» برای ما مهم‌تر می‌شود و تا جایی پیش می‌رود که حس می‌کنیم از رگ گردن به ما نزدیک‌تر شده است! با کسب این اطلاعات، بهتر می‌توانیم با این دوران زورکی مواجه شویم!

متفاوت است. مثلاً یک فرزند شهید هم از خدمت نظام وظیفه معاف می‌شود، هم از طرح؛ ولی فردی که به دلیل کفالت، خدمت نظام وظیفه را معاف شده است، از طرح معاف نیست. معافیت از طرح شامل این موارد می‌شود:

۱. فرزندان و همسران شهدا و مفقودین جنگ تحمیلی
۲. خواهر و برادر شهید
۳. آزادگان و همسران و فرزندان آزادگان
۴. جانباز بالای ۲۵٪
۵. تک‌فرزند خانواده
۶. مادری که حضانت فرزند خود را بر عهده دارد.
۷. فرزند جانباز بالای ۵۰٪
۸. همسر جانباز بالای ۷۰٪

اصلاً این طرح چیست و فلسفه‌ی وجودی آن چیست؟

به طور دقیق از تیرماه سال ۱۳۶۷، کلیه‌ی ایرانی‌هایی که چه در داخل و چه در خارج از کشور از یک مرکز عالی پزشکی فارغ التحصیل می‌شوند، می‌بایست ظرف مدت ۲۴ ماه پس از اتمام دوران تحصیل خود، در مناطق موردنیاز وزارت بهداشت خدمت کنند. این ماده‌ی ۱ قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان است که در همان سال ۶۷ تدوین شد. منطق آن عزیزی که این قانون را تدوین کردند این بود که با چنین روش‌هایی خدمات بهداشتی-درمانی بهتری به مردم، خصوصاً مردم ساکن در مناطق محروم و روستاها ارائه دهند. البته از دیگر اهداف آن‌ها که برای هر اهل فنی آشکار است، مهیا کردن یک عده نیروی کار متخصص و ارزان قیمت است. اینکه آیا اجبار کردن یک عده برای کار در منطقه‌های خاص، اخلاقی است یا نه، اینکه بگویند در فلان محل با فلان حقوق (که به طور حتم بسیار کمتر از چیزی است که برای آن منطقه و آن فرد متخصص باید باشد) با فلان سختی‌ها کار کن و گرنه شما صلاحیت قانونی در ارائه‌ی تخصص خود به مردم را ندارید، اخلاقی است یا نه، اینکه چرا این روزها برخلاف هدف ابتدایی تدوینگر قانون، نیروی متخصص در وسط همین شهر اصفهان که نه محروم است و نه بی داروساز با حقوقی بسیار کمتر از چیزی که باید باشد کار می‌کند (چون مجبور است)، منطقی و اخلاقی است یا نه، این‌ها همه در حوصله‌ی این بحث نمی‌گنجد؛ ولی این‌ها همه سؤالاتی هستند که همواره می‌توانیم در گوشه‌ی ذهن خود داشته باشیم و سعی کنیم پیدا کنیم پرتقال فروش را!

طرح شامل حال چه کسانی می‌شود؟

همان‌طور که در ماده‌ی ۱ قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان آمده است، هر ایرانی که دانش‌آموخته‌ی یک مرکز آموزشی پزشکی است، ملزم به ارائه‌ی خدمت است؛ اما تبصره و استثنا هم زیاد داریم. در ابتدا باید بگوییم که این خدمت با خدمت سربازی (نظام وظیفه) برای آقایان متفاوت است. اگر بخواهیم خیلی واضح بگوییم می‌شود این: همه‌ی آقایان داروساز فارغ التحصیلی که مشمول خدمت سربازی هستند، می‌بایست خدمت سربازی خود را تمام و کمال انجام دهند و فیض کافی را نیز ببرند و این عزیزان پس از به پایان رساندن خدمت سربازی، از خدمت داروسازی یا همان طرح معاف می‌شوند؛ بنابراین طرح مانند برای خانم‌ها و آقایانی که به هر دلیلی از خدمت سربازی معاف شده‌اند. این نکته را فراموش نکنید که اگر کسی خدمت سربازی را معاف شد، دلیل نمی‌شود دوره‌ی خدمت داروسازی را نیز معاف شود و شاخص‌های معافیت برای این دو خدمت



۹. مشمولان ۴۵ سال به بالا

۱۰. انجام ۶ ماه خدمت داوطلبانه‌ی بسیج در جبهه‌های جنگ تحمیلی

۱۱. کارمندان رسمی و پیمانی دولت و کادر ثابت نیروهای مسلح

۱۲. بانوان متأهل که قبل از تاریخ ۱ دی‌ماه ۱۳۸۰ فارغ التحصیل شده‌اند.

۱۳. کلیه بانوان مشمول که همسرانشان فوت شده‌اند.

۱۴. نخبگان و استعدادهای درخشان سطح اول با ارائه‌ی گواهی از وزارت متبوع

۱۵. دانش‌آموختگان مرد رشته‌های تحصیلی مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان که خدمت نظام‌وظیفه را پس از فراغت از تحصیل در حرفه‌ی پزشکی انجام داده باشند.

نکته‌ی مهمی که در لیست معافیت‌ها دیده می‌شود، عدم حضور معافیت پزشکی است. در این مورد حتی اگر قطع نخاع هم باشید (که امیدوارم نباشید)، باید طرح خود را شروع کنید. بعد از آنکه فرد قطع نخاع، طرح را شروع کرد و طبق متن آیین‌نامه «بیماری مذکور روی کارایی فرد اثر گذاردا و یا حتی رنج کشد! جهت جلوگیری از تضعیف حقوق آن‌ها! فرد با نامه به کمیسیون پزشکی معاونت درمان معرفی می‌شود»؛ سپس در کمیسیون پزشکی تأیید می‌شود که شما قطع نخاع هستید (که امیدوارم تأیید نشود)، نامه‌ای به معاونت نیروی انسانی دانشگاه ارسال می‌شود و اگر نظر کمیسیون پزشکی مبنی بر این بود که فرد عدم کارایی دارد، گواهی عدم نیاز به خدمت نامبرده (فرد قطع نخاعی) صادر می‌شود. البته لازم به ذکر است که جانباز بالای ۲۵٪ از طرح معاف است؛ ولی اگر کسی به دلیل دیگری ۵۰٪ هم نداشته باشد، باز هم باید طرح خود را شروع کند! ذکر این مورد هم خالی از لطف نیست که طبق متن آیین‌نامه «اگر فرد یا افراد تحت تکفل او و یا افراد درجه‌یک خانواده‌ی او دچار بیماری صعب‌العلاجی بودند که طبق نظر کمیسیون پزشکی امکان درمان بیماری در محل خدمت میسر نباشد، با ارائه‌ی مدارک مستند اقدامات لازم انجام خواهد شد». آن‌طور که از این بخش آیین‌نامه استنباط می‌شود، کمیسیون پزشکی محل خدمت فرد را به شهر سکونت خانواده‌ی فرد و یا محلی که امکان ادامه‌ی درمان بیماری میسر باشد تغییر می‌دهد. در مورد خانم‌های باردار هم در آیین‌نامه توصیه شده است که طرح را بعد از وضع حمل شروع کنند؛ زیرا در محل خدمت، از شروع به کار آن‌ها جلوگیری می‌شود.

اما نخبگان و استعدادهای درخشان در متن آیین‌نامه این افراد هستند:

۱. برندگان مدال‌های طلا، نقره و برنز کشوری از

المپیادهای ریاضیات، نجوم، فیزیک، شیمی، کامپیوتر، زیست‌شناسی به تأیید وزارت آموزش و پرورش

۲. نفرات اول تا سی‌ام کنکور سراسری گروه تجربی به تأیید سازمان سنجش آموزش کشور

۳. افراد دارای ابداع یا اختراع ثبت شده در سازمان پژوهش‌های علمی و صنعتی در زمینه پزشکی

۴. نفرات اول تا دهم آزمون‌های جامع علوم پایه

۵. برگزیدگان کشوری جشنواره‌ی

جوان خوارزمی در زمینه‌های مرتبط با علوم پزشکی و دانشجویان برگزیده در جشنواره‌ی

رازی

در مورد نخبگان و استعدادهای درخشان ذکر شده است که سطح اول باشند که در متن آیین‌نامه توضیح واضحی در مورد آن ذکر نشده است؛ لذا همه‌ی عزیزانی که احساس می‌کنند استعداد درخشانی دارند و یا حتی نخبه‌اند! می‌توانند به دفتر معاونت نیروی انسانی دانشگاه و یا دفتر استعدادهای درخشان دانشگاه مراجعه و اطلاعات کافی را دریافت نمایند.

نکته‌ی مهم دیگر در مورد دانشجویانی است که برای تحصیل، پول پرداخت می‌کنند؛ مانند دانشجویان ورودی بین‌الملل و دانشجویانی که بخشی از تحصیل خود را در خارج از کشور گذرانده‌اند و برای ادامه‌ی تحصیل در ایران شهریه پرداخت می‌کنند. تنها اشاره‌ای که به این افراد شده است، تبصره ۲ ماده‌ی ۱۱ قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان است که این قوانین در سایت معاونت نیروی انسانی وزارت بهداشت موجود است. طبق آن «کسانی که در حین تحصیل رشته‌های علوم پزشکی وارد کشور شده و تحصیلات خود را تا فارغ‌التحصیلی در داخل کشور ادامه می‌دهند، در صورتی که هزینه‌ی تحصیل خود را بپردازند و از مزایای ارزی دولت بهره‌مند نگردیده باشند، برای باقی‌مانده‌ی دوره‌ی تکمیلی نیاز به انجام خدمات قانونی نخواهند داشت». طبق این تبصره، از این منطق

نکته‌ی مهمی که در لیست معافیت‌ها دیده می‌شود، عدم حضور معافیت پزشکی است. در این مورد حتی اگر قطع نخاع هم باشید (که امیدوارم نباشید)، باید طرح خود را شروع کنید. بعد از آنکه فرد قطع نخاع، طرح را شروع کرد و طبق متن آیین‌نامه «بیماری مذکور روی کارایی فرد اثر گذاردا و یا حتی رنج کشد! جهت جلوگیری از تضعیف حقوق آن‌ها! فرد با نامه به کمیسیون پزشکی معاونت درمان معرفی می‌شود»؛ سپس در کمیسیون پزشکی تأیید می‌شود که شما قطع نخاع هستید (که امیدوارم تأیید نشود)، نامه‌ای به معاونت نیروی انسانی دانشگاه ارسال می‌شود و اگر نظر کمیسیون پزشکی مبنی بر این بود که فرد عدم کارایی دارد، گواهی عدم نیاز به خدمت نامبرده (فرد قطع نخاعی) صادر می‌شود

استفاده شده است که اگر دانشجویی برای تحصیل خود از خدمات ارزی دولتی استفاده نمی‌کند (شهریه می‌پردازد)، از انجام طرح معاف است؛ ولی آن منطق را برای دانشجویانی که در کشور ادامه‌ی تحصیل می‌دهند به کار برده است و هیچ اشاره‌ای به دانشجویان پردیس بین‌الملل نکرده است؛ در واقع مشخص نیست که این منطق برای دانشجویانی که شروع تحصیلشان در کشور بوده و شهریه می‌پردازند، تعمیم‌پذیر است یا نه؟!

طرح در کجا انجام می‌شود؟

طرح یک داروساز می‌تواند در تمامی حوزه‌های درمانی که تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی است انجام شود؛ به‌طور مثال در همین اصفهان، داروسازان از معاونت غذا و دارو گرفته تا تمامی



بیمارستان‌های دانشگاه و تمامی شبکه‌های بهداشت شهرستان‌های استان اصفهان می‌توانند دوران خدمت خود را سپری کنند. اما چگونه مشخص می‌شود که فرد در کجا باید طرح را سپری کند؟ در ابتدای ثبت‌نام برای گذراندن دوران طرح که هر سه ماه قابل انجام است، از بین مناطقی که نیازمند نیروی جدید هستند می‌توان سه محل را انتخاب کرد. این انتخاب‌ها اولویت داروساز برای گذراندن طرح است. سپس متقاضیان بر اساس امتیازاتشان رتبه‌بندی می‌شوند. امتیازدهی بر اساس تاریخ فراغت از تحصیل، سوابق پژوهشی و فرزند اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌ها صورت می‌گیرد. لازم به ذکر است در مراکز استان‌های بزرگ مانند اصفهان فقط داروسازان متأهل می‌توانند در شهر اصفهان طرح خود را بگذرانند و همین‌طور لازم به ذکر است که اگر متقاضی، بومی منطقه اعلام شده باشد، اولویت ادامه‌ی طرح در آن منطقه با فرد بومی همان منطقه است؛ البته بندهای دیگری هم در تعیین محل طرح مؤثر است که از مهم‌ترین آن بندها می‌توان به بند «پ» اشاره کرد که به این عزیزان امداد می‌رساند: پارتی دار، پرنفوذ، پارتی پهن، پدر پارتی دار، پلنگ و ...

طرح چقدر زمان می‌برد؟

مدت‌زمان طرح به‌طور عادی ۲۴ ماه است. این مدت‌زمان با توجه به سطح محرومیت محل خدمت می‌تواند کمتر هم شود. سطح محرومیت با استفاده یک ضریب تعیین می‌شود. این ضریب به ما می‌گوید که هر پنج ماه خدمت در مرکز استان یا مرکز شهرستان‌ها (مانند اصفهان، شهرضا، کاشان و ...) معادل چند ماه خدمت در مناطق دیگر است. برای مثال این ضریب برای توابع گلپایگان ۴ است. این بدین معنی است که فردی که ۴ ماه در توابع گلپایگان خدمت می‌کند، خدمت او برابری می‌کند با پنج ماه خدمت در اصفهان؛ درواقع دوران طرح این برنده‌ی خوش‌شانس! به‌جای ۲۴ ماه، ۱۹ ماه و شش روز خواهد بود. شما می‌توانید جدول ضرایب تمامی مناطق کشور را در وب سایت معاونت تأمین و توزیع نیروی انسانی وزارت بهداشت ملاحظه نمایید. در استان اصفهان ضرایب از ۵ (اصفهان، شهرضا، کاشان، فولادشهر، نجف‌آباد و ...) شروع می‌شود و تا ۳ (بخش خور و بیابانک از توابع نائین و یا دهستان پشتکو از توابع فریدون‌شهر) ادامه می‌یابد.

حقوق و دریافتی‌ها در طول خدمت حدوداً چقدر است؟

طبق ماده یازدهم قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان، «مشمولان این قانون از لحاظ حقوق و مزایا و امور رفاهی (مرخصی‌های استحقاقی، استعلاجی، بدون حقوق، پاداش، کمک‌های غیر نقدی و بیمه‌ی عمر، درمان و حادثه و سایر مزایا) تابع قوانین و مقررات استخدام کشوری و قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت است و چنانچه به دستگاه دیگری معرفی گردند که دارای مقررات استخدامی خاص می‌باشد، تابع ضوابط حقوقی و رفاهی آن دستگاه خواهند بود»؛ اما اینکه بخواهیم در مورد تمام جزئیات حقوق طرح صحبت کنیم، بسیار سخت خواهد بود؛ زیرا می‌تواند حقوق طرح خیلی الاغ در الاغ و پیچیده است؛ اما به‌طور کلی میزان دریافتی‌های افرادی که در مناطق محروم‌تر و دورتر از مرکز استان مشغول به خدمت هستند، بیشتر است. در حال حاضر میزان دریافتی فردی که دوران طرح خود را در داخل شهر اصفهان سپری می‌کند (مینیمم حقوق یک فرد طرحی یا مطرح در استان اصفهان) چیزی حدود یک میلیون و هشتصد هزار تومان است. رقمی که با منطقی که در مقدمه‌ی بحث مبنی بر ایجاد نیروی متخصص و ارزان گفته شد، کاملاً صدق می‌کند. با افزایش فاصله، این پایه‌ی حقوق افزایش می‌یابد و برای مناطق دوردست‌تر مبلغی تحت عنوان «حق ماندگاری» به فرد تعلق

مدت‌زمان طرح به‌طور عادی ۲۴ ماه است. این مدت‌زمان با توجه به سطح محرومیت محل خدمت می‌تواند کمتر هم شود. سطح محرومیت با استفاده یک ضریب تعیین می‌شود. این ضریب به ما می‌گوید که هر پنج ماه خدمت در مرکز استان یا مرکز شهرستان‌ها (مانند اصفهان، شهرضا، کاشان و ...) معادل چند ماه خدمت در مناطق دیگر است. برای مثال این ضریب برای توابع گلپایگان ۴ است. این بدین معنی است که فردی که ۴ ماه در توابع گلپایگان خدمت می‌کند، خدمت او برابری می‌کند با پنج ماه خدمت در اصفهان؛ درواقع دوران طرح این برنده‌ی خوش‌شانس! به‌جای ۲۴ ماه، ۱۹ ماه و شش روز خواهد بود. شما می‌توانید جدول ضرایب تمامی مناطق کشور را در وب سایت معاونت تأمین و توزیع نیروی انسانی وزارت بهداشت ملاحظه نمایید.

می‌گیرد؛ البته به شرط آنکه تمامی ساعت‌های ممکنه، پروانه‌ی داروساز در آن منطقه گذاشته شده باشد و در ماه بیشتر از ۲۳ شب در منطقه‌ی مذکور ساکن باشد. حق ماندگاری برای این عزیز سفرکرده و جا خوش کرده، به ازای هر شب ۱۰۰ هزار تومان است. فاکتور دیگری که در حقوق تأثیرگذار است «کارانه» است. کارانه مخصوص داروسازانی است که در بیمارستان‌ها مشغول به فعالیت هستند. مبلغ کارانه با توجه به اینکه بیمارستان موردنظر چند تخته باشد (با شاخص روز-تخت مشخص می‌شود) یا تعداد نسخه‌هایی که توسط فرد کنترل می‌شود چقدر باشد و غیره مشخص می‌گردد. مقدار کارانه به طور متوسط عددی در حدود ماهیانه دو الی سه میلیون تومان است. لازم به ذکر است که پرداخت کارانه و همین‌طور حق ماندگاری ماهانه نیست و چندماهه است و کلاً منطبق خاصی در مورد اینکه چندماهه است وجود ندارد و کاملاً نامنظم و سلیقه‌ای پرداخت می‌شود؛ اما پرداخت می‌شود. در کنار این‌ها حق مأموریت‌ها هم در نظر گرفته می‌شود و با توجه به اینکه چقدر مأموریت به طول می‌انجامد و چقدر از محل خدمت فاصله دارد، عدد متفاوتی می‌تواند باشد.

آیا می‌شود طرح را به تعویق انداخت؟

بله می‌شود. در وب سایت معاونت تأمین و توسعه‌ی نیروی انسانی وزارت بهداشت، یک آیین‌نامه تعریف شده است که طی آن افرادی که قبل از اتمام طرح خود بخواهند برای ادامه تحصیل و یا به طور موقت به خارج از کشور عزیمت کنند، برای این منظور باید با ارائه‌ی تعهدنامه‌ی خود فرد و ضمانت شخص دیگر و یا با سپردن وثیقه، تضمین نمایند که پس از طی مدت مشخص شده (که تشخیص آن بر عهده‌ی وزارت بهداشت خواهد بود) جهت تکمیل و اتمام دوران طرح خود به کشور بازگردند و در غیر این صورت وزارتخانه مطالبات دولت را از محل وثیقه و یا ضامن وصول خواهد کرد.

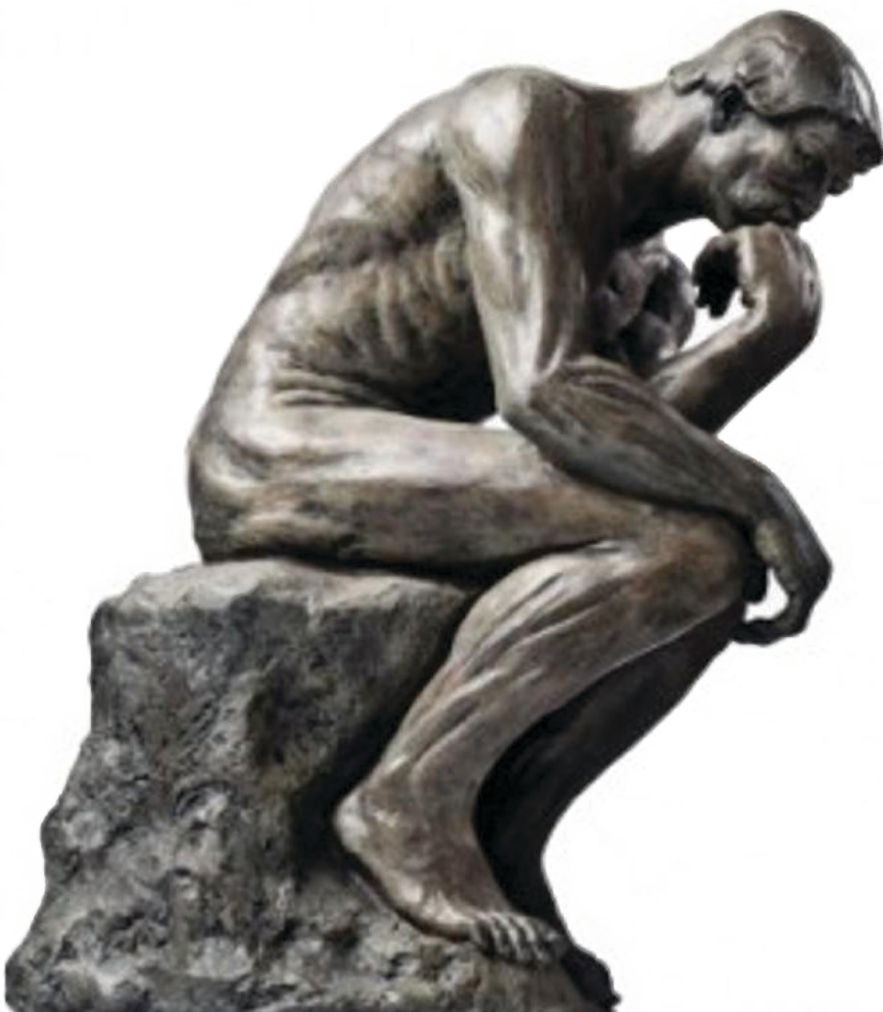
اما این پروسه چگونه اتفاق می‌افتد؟ در ابتدا لازم به ذکر است که برای متقاضیان آقا، وضعیت خدمت نظام‌وظیفه مشخص باشد

(کارت پایان خدمت یا معافیت دائم زمان صلح یا معافیت پزشکی). قاعدتاً این مسیر برای کسانی خواهد بود که از یک دانشگاه متعارف خارجی برای وزارتخانه پذیرش گرفته‌اند؛ اما موارد زیادی اتفاق افتاده است که فرد اصلاً برای ادامه‌ی تحصیل از کشور خارج نشده است و دلیل دیگری داشته است؛ ولی توانسته از این مسیر طرح خود را به حالت معلق درآورد. همان‌طور که ذکر شد می‌بایست با وثیقه یا ضمانت (که بیشتر وثیقه رایج است) فرد تضمین کند که جهت ادامه‌ی طرح به کشور باز می‌گردد؛ اما این وثیقه باید چقدر و چگونه باشد؟ وثیقه می‌تواند نقدی یا غیر نقدی باشد. غیر نقدی یعنی سند ملک؛ اما نقدی یعنی شما مبلغ تعیین‌شده را در حسابی به اسم خودتان بریزید و آن پول توسط وزارت بهداشت بلوکه شود (البته سود این مبلغ توسط بانک به همان حساب واریز می‌شود) تا ادامه‌ی طرح را از سر بگیرید. این مبلغ در حال حاضر ۸۰ میلیون تومان است که احتمال تغییر و افزایش آن با توجه به اخبار مطرح‌شده زیاد است؛ اما اگر شما بخشی از طرح را انجام داده باشید، از این مبلغ کسر خواهد شد. نحوه‌ی محاسبات اینکه چقدر از طرح چقدر از ۸۰ میلیون تومان را کم می‌کند، در جایی تشریح نشده است؛ اما این‌گونه نیست که اگر شما نیمی از طرح را رفته باشید، نیمی از ۸۰ میلیون کم خواهد شد؛ درواقع بخش عمده‌ای از این مبلغ مربوط به اتمام طرح است. اینکه چقدر می‌توانیم طرح را با این روش به حالت معلق دربیابیم را در آیین‌نامه ذکر نکرده است و فقط اشاره کرده است که یک زمان انقضای تعهد هم هست که آن را وزارت بهداشت مشخص می‌کند؛ اما این عدد در حال حاضر پنج سال است. درواقع پنج سال بعد از خروج از کشور، وزارتخانه می‌تواند مطالبات دولت را از محل وثیقه وصول کند. شاید بعد از خواندن این بخش چیزی که به ذهنتان بیاید این سؤال است که «کلاً همیشه طرح رو بگیریم، مدرکمونو بگیریم و بره پی کارش؟» و جواب این خواهد بود «نه!»؛ اما می‌شود شما از کشور خارج شوید و پس از مدت مشخص‌شده، ادامه‌ی طرح را شروع نکنید و وزارتخانه مطالباتش را از محل وثیقه به جیب بزند و شما هم طرح نروید؛ اما با این روش مدرک دکتری داروسازی هم به شما نخواهند داد.

جمع‌بندی

طرح چیز مزخرفی است!

با تشکر فراوان از دکتر سحر ستایش، دکتر ژیلا قضاوی و دکتر مریم فرزانه که با راهنمایی‌ها و تجربیات خود از دوران طرح کمک بسیاری در نوشتن این مطلب کردند.



حسام یوسفیان - ترم ۱۱



مقاله آموزشی

دومین خان از هفت خان پژوهش

این قسمت...
پروپوزال نویسی

It's time
to get
Knowledge

در ادامه مباحث آموزش روش تحقیق در مجله ریتالین، اکنون به شرح و آموزش مبحث پروپوزال نویسی می پردازیم. پروپوزال عبارت است از چند صفحه که در آن پیش نویس طرح پژوهشی نگاشته می شود. معنی کلمه پروپوزال به معنی پیشنهاد و ارائه می باشد. در پروپوزال محقق موضوع پژوهشی خود را تعریف و اهداف، روش کار و امکانات مورد نیاز خود را مرقوم می کند. پس از نوشتن پروپوزال آن را به نهادهایی که پروپوزال را پذیرا هستند ارائه می دهد. این نهاد ها می توانند، دانشکده، مراکز تحقیقاتی، کمیته های پژوهشی و ... باشد. این مراکز پروپوزال دریافتی را مورد داوری و ارزیابی قرار می دهند و با توجه به اولویت های پژوهشی، بودجه و غیره طرح دریافتی را تصویب می کنند. پس از تصویب طرح دو امکان در اختیار محقق قرار می گیرد. ۱- مجوز های انجام طرح ۲- حمایت های مالی. پس هدف از نوشتن پروپوزال یکی روشن شدن تکلیف محقق با خود و دیگری کسب حمایت های مادی و معنوی می باشد. برای انجام هر طرح پژوهشی اصیل باید پروپوزال آن طرح نوشته شود تا اهداف مذکور حاصل شود. نکته مهم قابل ذکر این است که بسیاری از دانشجویان بر این تفکر اعتقاد دارند که می توان کار عملی پژوهش را قبل از نوشتن پروپوزال شروع کرد. شاید واقعا محدودیتی از این لحاظ برای این کار وجود نداشته باشد ولی باید توجه کرد که مهمترین هدف نوشتن پروپوزال روشن شدن تکلیف محقق و ترسیم یک مسیر راه روشن برای انجام پژوهش است. این مسیر راه اگر به صورت مکتوب در آورده شود، آنگاه محقق دقیقاً منطبق بر آن حرکت و سرعت کار خود را تضمین می نماید. علاوه بر این کسب مجوز های لازم نیز ضرورت دارد. به طرز مثال هر محقق حق ندارد که پرسشنامه به دست وارد میدان تحقیق شود و کار عملی را شروع کند. چرا که در صورت بروز مشکل، نامه مکتوبی دال بر مجوز انجام طرح در دست ندارد. پس اگر هر ایده تحقیقاتی در ذهن خود دارید حتما پس از نوشتن و تصویب پروپوزال خود اقدام به انجام کار عملی کنید. برای نوشتن پروپوزال ابتدا باید فایل خام آن را از مراکز تحقیقاتی دریافت نمود و مطالب را درون آن فایل نوشت. حال به سراغ چگونگی نوشتن پروپوزال می رویم. پروپوزال متشکل از قسمت های زیر می باشد که در خصوص هر کدام نکات لازم را ذکر می کنیم.



عنوان طرح در این قسمت عنوان عاری از پیش داوری و قضاوت را می نویسیم. باید توجه داشت که عنوان باید دو ویژگی محتوا و نگارش را در بر داشته باشد. بدین معنی که عنوان باید منطقی، منطبق بر اخلاق، محبوب و مقبول، قابل اجرا، با صرفه اقتصادی و ... باشد و از لحاظ نگارشی نیز باید عنوان به صورت کامل و بدون پیش قضاوت نوشته شود. توجه داشته باشید که عنوان مقاله با عنوان پروپوزال متفاوت است.

کلید واژه در این قسمت کلمات کلیدی باید نگاشته شوند. منظور از کلمات کلیدی، کلماتی هستند که با جستجوی آنها می توان به طرح شما رسید. این کلمات معمولاً کلمات شاخص کار شما هستند. این کلمات باید منطبق بر MeSh باشند.

مجری اصلی در این قسمت نام و نام خانوادگی مجری اصلی باید ذکر شود از این قسمت به بعد دو قسمت را در پروپوزال شاهد هستیم: ۱- قسمت خلاصه ۲- قسمت مبسوط

بهتر است که ابتدا قسمت مبسوط نوشته شود و سپس قسمت خلاصه با توجه به قسمت مبسوط نگاشته شود.

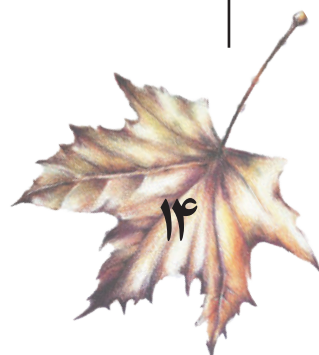
اهداف و فرضیات در این قسمت باید هدف کلی، اهداف جزئی و هدف کاربردی ذکر شود.

هدف کلی همان عنوان شما می باشد که باید در ابتدای آن کلمه بررسی یا تعیین ذکر شود. باید توجه داشت که در قسمت اهداف تمامی جملات باید با کلمه بررسی یا تعیین نوشته شوند. در قسمت اهداف جزئی باید هدف کلی خود را به صورت جزئی و ریز بنویسید. بسیاری از دانشجویان برای نگارش این قسمت مشکل دارند. برای نگارش این قسمت باید نگاهی عمیق به هدف کلی داشت. به طور مثال برای بررسی میزان رضایت بیماران از خدمات بیمارستان اگر از پرسشنامه ای استفاده می کنید، هر سوال پرسشنامه یک هدف جزئی است. مثلاً: تعیین میزان رضایت از پذیرش، تعیین میزان رضایت از خدمات پرستاری، تعیین میزان رضایت از هتلینگ، تعیین میزان رضایت از روند درمان توسط پزشک و ... در مثال کارهای فارماکولوژی: تعیین میزان اثر دوز ۱۰۰، تعیین میزان اثر دوز ۲۰۰، تعیین میزان اثر دوز ۳۰۰ و ... در قسمت هدف کاربردی نیز باید هدف ناظر بر جنبه کاربردی طرح باید نگاشته شود. مثلاً ارتقای سطح خدمات بیمارستان! توجه داشته باشید که اهداف معقول و قابل دسترسی باشند و از طرفی نگارش بیش از حد توان اهداف موجب عدم توانایی در انجام آنها خواهد شد.

سوالات پژوهشی و فرضیات اگر طرح شما توصیفی بود باید سوال و اگر طرح شما غیر توصیفی بود باید فرضیه بنویسید. توجه داشته باشید که تعداد سوال شما حتماً با تعداد اهداف جزئی شما یکسان باشد. سوالات پژوهشی با چه؟ چگونه؟ و آیا آغاز می شود. مثلاً: میزان رضایت از پذیرش چگونه است؟ میزان رضایت از خدمات پرستاری چگونه است؟ میزان رضایت از هتلینگ چگونه است؟ رضایت از روند درمان توسط پزشک چگونه است؟ برای نوشتن فرضیه باید فرضیه را به صورت دو طرفه بنویسید. یعنی یک فرضیه مثبت و یک فرضیه منفی. دوز ۱۰۰ اثر دارد، دوز ۱۰۰ اثر ندارد، دوز ۲۰۰ اثر دارد، دوز ۲۰۰ اثر ندارد، دوز ۳۰۰ اثر دارد، دوز ۳۰۰ اثر ندارد.

اطلاعات مجری و همکاران در این قسمت اطلاعات کامل مجری و همکاران باید صحیح و دقیق ذکر شود. اطلاعات تماس و ایمیل وزین و فعال نیز باید ذکر شود.

مقدمه در قسمت مقدمه باید طرح پژوهشی خود را تعریف کنید. سپس به سراغ ضرورت حل مشکل بروید و علت انجام طرح خود را بازگو کنید. برای بیان ضرورت به مشکلات اقتصادی، سلامتی و ... با ذکر امارت تاکید کنید. به بیانی دیگر خلاهای موجود را ذکر کنید و سپس بنویسید که کار شما چگونه خلاها را پر خواهد کرد. همچنین باید در این قسمت مرور متون را اضافه کنید. در مرور متون کار خود را با کارهای قبلی مقایسه کنید و تفاوتها را بیان کنید. این کارهای قبلی چه نقصی داشته و شما چگونه آن نقص را پر خواهید کرد و





مخاطب را قانع کنید که کار شما ارزش انجام دارد. در پایان نیز هدف کار خود را صورت یک جمله بیان کنید. در این قسمت تمامی مطالب نوشته شده باید با ذکر منبع باشد. بهتر است که منابع خود را با نرم افزار EndNote و با فرمت Vancouver وارد کنید.

تعریف واژه ها در این قسمت واژه های شاخص طرح خود را تعریف کنید. برای نوشتن این قسمت باید از منابع اولیه استفاده کنید.

روش اجرای طرح در این قسمت روش انجام کار خود را باید بنویسید. توجه داشته باشید که افعال استفاده شده باید آینده و مجهول باشد. نوع مطالعه اولین بخش این قسمت است و باید نوع مطالعه را دقیق ذکر کنید. زمان و مکان انجام مطالعه، حجم نمونه و فرمول محاسبه آن، وسیله جمع آوری اطلاعات و روایی و نحوه محاسبه پایایی آن، روش انجام کار به صورت جز به جز و دقیق، معیار های ورود و خروج نمونه و روش های آماری و نرم افزار های مورد نیاز برای تجزیه و تحلیل داده ها را باید ذکر کنید.

جدول زمانی در این جدول باید مراحل مختلف کار خود از جمله فاز مطالعات کتابخانه ای، کار عملی، آنالیز داده ها و نگارش و چاپ مقاله را با در نظر گرفتن زمان مناسب قید کنید. توجه داشته باشید که زمان ها را محدود ننویسید چرا که باید حاشیه امنیت مناسبی برای آن در نظر گرفت.

جدول متغییر ها در این جدول متغییر های کار خود را ذکر کنید. متغییر به هر آنچه که تغییر می کند می گویند. به طور مثال در پرسشنامه اگر شما سن را از نمونه ها می پرسید، سن یک متغییر خواهد شد و نوع متغییر کمی مستقل و واحد آن سال و روش اندازه گیری آن پرسشنامه است. در سوالات ۵ گزینه ای نیز واحد اندازه گیری مقیاس لیکرت می باشد. بسیاری از دانشجویان نیز برای نگارش این جدول مشکل دارند که رفع این مشکل مستلزم نگاهی عمیق تر به متغییر های مورد سنجش و هدف کار است. خواندن پروپوزال های مشابه و پیشین نیز مفید و سودمند خواهد بود.

هزینه ها در این قسمت هزینه های طرح خود را به صورت ریز و با جزئیات بیان کنید. از هزینه سر سمپلر تا هزینه ستون HPLC. از هزینه تاکسی تا هزینه پرینت پرسشنامه. از هزینه غواصی برای جمع آوری جلبک تا هزینه تجزیه و تحلیل داده ها. این هزینه ها باید به صورت ریال با دقت جمع و تفریق شود و هیچ اشتباهی در آن وجود نداشته باشد. اگر نیازی به خرید ماده ای از خارج از کشور باشد می توانید با مراجعه به سایت آن کمپانی قیمت ها را استخراج کنید. هزینه های حق الزحمه، مسافرت و تکثیر تا سقف معین هر مرکز تحقیقاتی قابل پرداخت می باشد که باید به این نکته توجه کنید.

مشکلات طرح و پیشنهادات در این قسمت صادقانه مشکلاتی که ممکن است در انجام طرح برای شما اتفاق بیفتد را ذکر کنید و برای حل آنها پیشنهادات خود را ارائه دهید. هدف از این قسمت اشراف هر چه بهتر محقق به جنبه های مختلف طرح او می باشد.

در انتها نیز ضمیمه پروپوزال خود مثل پرسشنامه و چک لیست و سابقه پژوهشی همکاران (در صورت وجود همکاری خارج از دانشگاه) را پیوست کنید.

حال پروپوزال نهایی خود را برای استاد ارسال کنید و نظرات ایشان را اعمال کنید. با نوشتن پروپوزال نیمی از راه را طی کرده اید. در سیاهه بالا سعی بر آن شد که نحوه نوشتن پروپوزال را به صورت خلاصه خدمت شما خوانندگان محترم بیان کنیم ولی این اطمینان را به شما می دهیم که با خواندن مکرر این نوشته و یا شرکت در کارگاه های پروپوزال نویسی به آن حد ایده آل در نگارش پروپوزال نخواهید رسید و تنها چیزی که شما را در این راه کمک می کند؛ مطالعه پروپوزال های آماده و قبلی و دست به قلم شدن می باشد. به هیچ عنوان ترسی از نوشتن پروپوزال نداشته باشید؛ اگر پروپوزال اول شما به سطح ایده آل نرسید مایوس نشوید و راه خود را در جهت اصلاح ادامه دهید. توصیه مهم بر آن است که تحت هیچ شرایطی به دنبال پروپوزال آماده جهت انجام طرح خود نباشید و آن را وظیفه استاد خود ندانید. این اطمینان را داشته باشید که اگر خودتان دست به قلم شوید و پس از مطالعات کتابخانه ای و جستجو در منابع الکترونیک و مقالات قبلی، پروپوزالتان را بنویسید، سود خواهید کرد.



مصاحبه

«امیدواری و تحمل مشکلات کلید اصلی پیروزی و موفقیت است»
نشستی صمیمانه با خانم دکتر آزاده مقدس؛ استادیار گروه داروسازی بالینی

همیشه و در همه حال تجربیات افراد موفق در هر زمینه‌ای می‌تواند چراغ راهی مؤثر برای افرادی باشد که غوغای پیشرفت در آن زمینه را در سر دارند. چراغ راهی باشد تا بتوانند بهتر و مؤثرتر به جامعه‌ی خود خدمت کنند و چه بهتر که اساتید جوان با ذوق و انرژی را بشناسیم و الگو قرار دهیم. به همین دلیل در روزهای پایانی و سرد آذرماه مهمان دفتر یکی از اساتید جوان و با انگیزه‌ی دانشکده، سرکار خانم دکتر آزاده مقدس عضو محترم هیئت‌علمی گروه داروسازی بالینی و خدمات دارویی دانشکده شدیم تا نشست صمیمانه‌ای با ایشان داشته باشیم و از تجربیات و نظرات ارزشمند ایشان بهره‌مند شویم.



- ۱- متولد چه سالی هستید، اهل کجا، کدام دبیرستان، رتبه و اولویت انتخاب رشته‌تان چه بود؟
* متولد ۹ تیر ۶۴ در اصفهان، اهل اصفهانم، دبیرستان بهشت‌آیین در باغ گلدسته و سال آخر هم دبیرستان شاهد بودم. سال ۸۲ کنکور دادم. رتبه‌ام ۶۱۷ شد. اولویت اولم پزشکی بود؛ ولی داروسازی را به توصیه‌ی دیگران و بنا به شرایط موجود انتخاب کردم.
- ۲- آیا در دوران دانشجویی فعالیت فوق‌برنامه و فرهنگی انجام می‌دادید؟
* خب من به همراه خانم دکتر مشکل‌گشا اولین گروهی بودیم که مجله‌ی ریتالین را چاپ کردیم. همچنین در سال‌های دبیرستان و دو سال اول دانشگاه سه‌تار می‌زدم و در محافل ادبی شرکت می‌کردم.
- ۳- پایان‌نامه‌تان با چه گروهی بود، چه موضوعی، با کدام استاد و آیا با علاقه بود؟
با گروه فارماسیوتیکس و یک کار نانودارو بود. استاد راهنمای من دکتر شاه طالبی بودند. بر اساس علاقه انتخاب نکردم و عمده دلیل آن حمایت‌های همیشگی استاد از من بود که از ابتدا استاد راهنمای من بودند.
- ۴- چه شد که به فکر تخصص افتادید؟
* خب به خاطر علاقه‌ی قبلی که به پزشکی داشتم و دوران بسیار خوب طرح در بیمارستان، تصمیم گرفتم در رشته‌ی بالینی آن هم حتما در تهران تخصص بگیرم.
- ۵- تعریف داروسازی بالینی و مهم‌ترین اهداف و دغدغه‌های آن از نظر شما چیست؟
* شکل‌گیری شاخه‌ی بالینی در داروسازی به خاطر وجود فاصله‌ی بسیار زیاد میان کسانی که دارو را می‌شناسند و کسانی که آن را تجویز می‌کنند بود که شکل‌گیری آن به سیستم درمان نیز بسیار کمک کرد. افرادی هم که در این رشته فعالیت دارند، یک بعد پزشکی و یک بعد داروسازی دارند که این امر می‌تواند به تصمیمی درست در مدیریت دارو ختم شود.
- ۶- آیا شرکت در آزمون تخصص را به دانشجویان توصیه می‌کنید؟
* با توجه به علاقه‌شان توصیه می‌کنم تصمیم بگیرند و اگر به حیطه‌ای خاص علاقه‌مندند، به دنبال آن بروند.
- ۷- آیا در دوران تحصیل داروخانه هم می‌رفتید و تأثیری هم داشت؟
* بله، زیاد داروخانه می‌رفتم. خب باید بگویم که زیاد تأثیر داشت؛ خصوصاً آن موقع که ما گروه



بالینی در دانشکده نداشتیم و مهارت‌های بالینی با داروخانه رفتن به دست می‌آمد.

۸- آیا داروخانه رفتن را به دانشجویان توصیه می‌کنید؟
* بله. می‌تواند در بالا بردن توان عملی دانشجویان مؤثر باشد؛ به شرط آنکه با اطلاعات کافی و بعد از طی کردن دروسی مانند دارودرمان باشد.

۹- به نظر شما جایگاه علم داروسازی در علوم پزشکی در کشور چگونه است؟

* از نظر سیستم‌های درمان و سلامت آن قدر که باید جایگاه خود را ندارد؛ ولی از لحاظ صنعتی و ساخت دارو در جایگاه خوبی هست. خصوصاً با وجود شرایط مالی و اقتصادی کنونی کشور که چرخ صنعت بیشتر از ارائه خدمات در حرکت است.

۱۰- داروسازی کشور را نسبت به کشورهای توسعه‌یافته در چه جایگاهی می‌دانید؟

* طبیعتاً خیلی عقب هستیم؛ ولی نسبت به گذشته پیشرفت‌های زیادی داشتیم. همان‌طور که گفتم به خصوص در زمینه داروسازی صنعتی.

۱۱- نقطه‌ی ضعف و قوت داروسازی ایران را چه چیزی می‌دانید؟

* نقطه‌ی ضعف آن عدم ارتباط بین صنعت و دانشگاه و نقطه‌ی قوت آن بهتر شدن و کاربردی‌تر شدن آموزش نسبت به گذشته است.

۱۲- در کدام حیطه بیشتر پیشرفت داشتیم و کدام حیطه نیازمند توجه بیشتری است؟

* بخش صنعت داروسازی بیشتر از همه پیشرفت کرده است و حیطه‌ی بالینی نیازمند توجه بیشتری است؛ از آن جهت که بالینی متخصص کم داریم. به ازای هر بخش بیمارستان یک داروساز بالینی می‌خواهیم و این کمبود به شدت احساس می‌شود و مشکل‌زا است.

۱۳- مهم‌ترین مشکلات در تهیه داروها چیست؟

* تنوع داروها برای درمان یک بیماری است که بیمار و پزشک در شک و تردید اثربخشی دارویی خاص قرار می‌دهد. اغلب هم به تجویز نامناسب ختم می‌شود.

۱۴- کیفیت داروهای تولیدی در ایران را چگونه می‌بینید؟

* بعضی شرکت‌ها خوب کار می‌کنند؛ ولی بعضی دیگر هنوز با استانداردها فاصله دارند. در کل نسبت به قبل پیشرفت قابل قبولی چه در مونتاژ و چه در تولید پیدا کرده‌ایم.

۱۵- آیا فرهنگ صحیح مصرف دارو در ایران رعایت می‌شود؟ توصیه‌ی آن چیست و نقش داروساز را در این امر چگونه می‌بینید؟
* اصلاً رعایت نمی‌شود؛ خصوصاً مصرف خودسرانه‌ی آنتی‌بیوتیک‌ها که فاجعه است. هم پزشکان و هم بیماران باید به این موضوع توجه و اهتمام بیشتری داشته باشند؛ اما نقش داروساز می‌تواند در این زمینه از همه مهم‌تر باشد و جلوی مصرف بی‌رویه‌ی دارو را بگیرد.

۱۶- از نظر شما بایدها و نبایدهای تداخلات دارویی چیست؟

* در تداخلات نسخه‌ی پزشک، بسته به مصرف چندگانه‌ی داروها باید تداخلات مهم در نظر گرفته شود که در جایگاه خودش ارزش بالینی داشته باشد؛ یعنی در نظر بگیریم که این تداخل آیا به ارزش دارویی مدنظر ما غالب می‌شود یا نه؟ تشخیص این موضوع هم باید با دکتر داروساز بالینی و حلقه‌ی بین پزشک و داروساز باشد.

۱۷- نظر شما در خصوص تحول و تغییر در آزمون تخصص چیست و آیا به سود دانشجویان دوره‌ی عمومی که قصد گرفتن تخصص را دارند، هست؟

* بی‌انگیزه بودن دانشجویان برای حضور در سطوح بالاتر، شاید عامل اصلی این تغییر باشد. به جای دکتر داروساز، از علوم پایه پزشکی شرکت می‌کنند که در آینده به ضرر تدریس داروسازی خواهد بود و این تغییر شاید تا حدی توان مقابله با این شرایط را داشته باشد.

۱۸- آیا شرکت در آزمون تخصص را به دانشجویان توصیه می‌کنید؟

* توصیه می‌کنم بر اساس علاقه، راه تخصص را انتخاب کنند. راه برگشتی ندارید، سختی زیادی دارد و باید علاقه باشد تا راه تخصص طی شود؛ اما اگر علاقه و هدفشان را می‌دانند، مسیر خوبی برای یک داروساز است.

۱۹- با توجه به حوزه تخصصی خودتان در زمینه‌ی انکولوژی

بی‌انگیزه بودن دانشجویان برای حضور در سطوح بالاتر، شاید عامل اصلی این تغییر (تحول و تغییر در آزمون تخصص) باشد. به جای دکتر داروساز، از علوم پایه پزشکی شرکت می‌کنند که در آینده به ضرر تدریس داروسازی خواهد بود و این تغییر شاید تا حدی توان مقابله با این شرایط را داشته باشد.

توصیه می‌کنم بر اساس علاقه، راه تخصص را انتخاب کنند. راه برگشتی ندارید، سختی زیادی دارد و باید علاقه باشد تا راه تخصص طی شود؛ اما اگر علاقه و هدفشان را می‌دانند، مسیر خوبی برای یک داروساز است.

بالینی چگونه بوده است و برای بهبود آن چه توصیه‌ای دارید؟

* پژوهش در حیطه‌ی بالینی شاید به‌اندازه‌ی سایر شاخه‌های داروسازی کاربردی نباشد. در داروسازی بالینی بیشتر فعالیت‌ها، اجرایی است و مراکز مطالعاتی بالینی بیشتر نتایج پژوهش‌های قبلی روی بیماران را بررسی می‌کند. حضور این مراکز و استفاده از آن‌ها در مطالعات در ایران با حضور رشته‌ی داروسازی بالینی رو به بهبود است؛ اما با توجه به نیاز شدید جامعه و کمبود داروساز بالینی و نبود تحقیقات گسترده در زمینه‌ی تأثیر داروها، قطعاً نیاز به حمایت بیشتر دارد.

۲۲- از چه زمانی و چگونه کار تحقیقاتی را آغاز کردید؟
* هم‌دوران عمومی هم تخصص، تجربه‌ی انجام کارهای پژوهشی داشتیم. به‌خصوص در دوران رزیدنتی که به نوشتن مقالات مروری و مطالعه‌ی پژوهش‌های قبلی می‌پرداختیم. تقویت زبان انگلیسی در حین انجام پژوهش‌ها خیلی مهم است. چه برای دوران دانشجویی چه برای اساتید که بین‌المللی شوند.

۲۳- آیا در حین پژوهش به مشکل برخوردید؟ چگونه با آن مقابله کردید؟

* مشکل پژوهش در حیطه‌ی بالینی، گرفتن بیمار و بررسی کردن آن‌ها در بازه‌ی زمانی مشخص است. ممکن است همکاری نکنند، فوت کنند، به شهر دیگر بروند و غیره که قطعاً نیاز به صبر زیادی دارد.

۲۴- تعریفان از یک پژوهش هدفمند چیست؟
* فعالیت‌هایی که در نهایت به یک تأثیر در جامعه برسد. نیاز به کار خیلی بزرگی نیست. همین‌که نتیجه‌ی کار در جامعه مشخص شود، کافی است.

۲۵- لازمه‌ی تحقیق برای یک دانشجو را چه می‌دانید؟
* دانشجویان باید مطالعه و دانش داشته باشند. اگر در کنار اطلاعات اولیه نسبت به موضوع موردتحقیق، علاقه هم به مسیر تحقیق داشته باشند، وارد شدن به راه تحقیق فرصت‌های خوبی در اختیار شخص قرار می‌دهد.

۲۶- به نظر شما چه زمانی برای شروع پایان‌نامه بهتر است؟
* برای انتخاب موضوع پایان‌نامه، اگر مطمئن هستند زودتر اقدام کنند؛ ولی اگر اطمینان کامل ندارند اجازه بدهند از هر گروه یکی دو درس پاس کنند و بشناسند و بعد موضوع پایان‌نامه را انتخاب کنند. انتخاب بدون شناخت فقط خستگی و زدگی از کار را در پی دارد؛ درحالی‌که دانشجوی سال آخر خودبه‌خود خسته شده و انرژی ندارد.

برای انتخاب موضوع پایان‌نامه، اگر مطمئن هستند زودتر اقدام کنند؛ ولی اگر اطمینان کامل ندارند اجازه بدهند از هر گروه یکی دو درس پاس کنند و بشناسند و بعد موضوع پایان‌نامه را انتخاب کنند. انتخاب بدون شناخت فقط خستگی و زدگی از کار را در پی دارد؛ درحالی‌که دانشجوی سال آخر خودبه‌خود خسته شده و انرژی ندارد.



دارویی، نقاط ضعف و قوت درمان بیماران سرطانی را چه می‌دانید؟

* درمان سرطان در کشور ما فرهنگ متفاوت با بقیه‌ی نقاط جهان دارد. معمولاً مریض مراحل آخر بیماری مراجعه می‌کند، پزشک و خانواده حقیقت را به او نمی‌گویند و شخص قدرت تصمیم برای باقی‌مانده‌ی زندگی‌اش را ندارد. ترس از سرطان خیلی بالا و دید مردم متفاوت است؛ در صورتی‌که بقای زندگی افراد سرطانی در مراحل اول بیماری، بالاست. شاید خیلی درمان قطعی و نهایی به دست نیاید و شخص مدام نیاز به چک‌شدن و رفت‌وآمد به بیمارستان داشته باشد؛ اما زنده است. ما با کمبود این دیدگاه در ایران روبه‌رویم. نقطه‌ی قوت هم توجه بیشتر از لحاظ مالی و مراقبت بیشتر، شاید از روی ترحم، به بیماران سرطانی در بخش‌های بیمارستان است.

۲۰- کیفیت خدمات درمانی و دارورسانی به بیماران سرطانی را در ایران چگونه می‌بینید؟

* کیفیت خدمت‌رسانی به بیماران سرطانی در ایران نزدیک به سطح جهانی است. داروهایی که نداریم، هنوز با کیفیت بالایی در جهان ثابت نشده و سایر داروهای اصلی در کشور وجود دارد. مشکل اصلی نبود دارو و علم درمانی نیست. مشکل بیشتر به همان بخش مراقبت، نگهداری و جنبه روانی بیماران مربوط می‌شود؛ به‌طور مثال در خارج آن‌قدر بیمارستان‌ها آرام و راحت است که اصلاً فرد بیماری‌اش را فراموش می‌کند. ما از این نظر هنوز عقب هستیم.



PHARMACY

INTERVIEW

PHARMACY PRACTICE

COMMUNITY PHARMACY

INTERVIEW

CLINICAL PHARMACY
HEALTH CARE

PHARMACY

طاها صافی- ترم ۴
مهتا فلک افلاکی- ترم ۶

CLINICAL PHARMACY

INTERVIEW

PHARMACY

HEALTH CARE

PHARMACY PRACTICE

PROFESSIONALS

CLINICAL PHARMACY

۲۷- اولین کار تحقیقاتی‌تان چه بود و آن زمان چه احساسی داشتید؟

*در زمینه‌ی فارماسیوتیکس بود که احساس خوبی داشت؛ اما می‌شد با دقت بیشتری انتخاب کنم و بیشتر مربوط به حال حاضر می‌بود.

۲۸- توصیه‌تان به جدیدالورودها چیست؟

*با همان علاقه‌ای که وارد رشته‌ی داروسازی شدند، ادامه بدهند و سعی کنند این علاقه را حفظ کنند. مشکلات را تحمل کنند؛ چون رشته‌ی داروسازی قطعاً آینده خوبی دارد. از دوران دانشجویی لذت ببرند و با مدیریت زمان و تعیین اولویت هم به تفریحات برسند هم به درس.

۲۹- توصیه‌تان به دانشجویانی که خوابگاهی هستند و دور از خانواده زندگی می‌کنند، چیست؟

*انتخاب دوست و هم‌تاقی بسیار مهم است. خوابگاهی‌ها نسبت به بقیه شرایط سخت‌تری دارند؛ اما در کل تجربه‌ی خوبی است و بعدها تحمل بیشتری در زندگی خواهند داشت.

۳۰- بزرگ‌ترین شانس و موفقیتتان که در زندگی داشتید چیست؟

* بزرگ‌ترین شانس من سلامتی، داشتن خانواده‌ای خوب و زندگی خوب است. وقتی در بیمارستان کار و سختی بیماران را می‌بینی، درک می‌کنی که چه قدر سلامتی شانس بزرگی است.

بزرگ‌ترین موفقیت من هم خانواده‌ی علمی و خوب که همیشه مشوق من بودند و محیط را فراهم کردند؛ در کنار آن، دوره‌ی کوتاه رسیدن به هدف نهایی زندگی با کیفیت بالا، که سه‌ساله دوره‌ی تخصص را به پایان رساندم و مقاله‌ام با ایمپکت ۴ چاپ شد.

۳۱- مشوق و الگوی اصلی شما در زندگی کیست؟

*مشوق اصلی پدرم بود. الگو هم خود ایده‌آلم که ترکیبی از تمام انسان‌های موفق اطرافم است؛ از دوستم در دوران رزیدنتی گرفته تا اساتید و غیره.

۳۲- نظرتان درباره‌ی ریتالین چیست؟

*ریتالین خاطره‌ی خوب زحمات‌ها و مشکلات شروع چاپ ریتالین در دانشکده با خانم دکتر مشکل‌گشا را به خاطر می‌آورد؛ که یادآور تمام شور و انرژی دوران جوانی است. قبلاً هم برای یک عنوان در ریتالین جایزه گرفتیم که در مورد حضور مادر بزرگ‌ها در جنگ جهانی اول بود.

۳۳- نظرتان درباره‌ی الان ریتالین چیست؟

*الآن هم خیلی بهتر شده و حس خوبی است که می‌بینم هنوز ادامه دارد و از آن زمان هنوز سرپا است.

۳۴- بهترین خاطره‌ی دوران دانشجویی‌تان چه بود؟

*در دوره‌ی عمومی هم‌کلاسی داشتیم به اسم خانم طالب که با داشتن همسر جانباز و زندگی مشترک، خیلی به جوانب و تفریح می‌رسیدند. ماشین داشتند و ما و چند نفر دیگر که معروف بودیم به «گروه اصفهانیا» را همیشه بیرون و رستوران می‌بردند.

جشن فارغ‌التحصیلی هم که به عهده‌ی من بود و خیلی خاطره‌انگیز برگزار شد.

۳۵- به عنوان حسن ختام چه توصیه‌ای به دانشجویان و خوانندگان این نشریه دارید؟

*مسیر و هدف را با دقت انتخاب کنید و سعی کنید با حضور مشکلات، انگیزه را از دست ندهید. درنهایت وقتی به هدف رسیدید احساس رضایت و خوشحالی آن، به تمام مشکلات می‌آورد.

داغ داغ از اتفاقات جهان علم

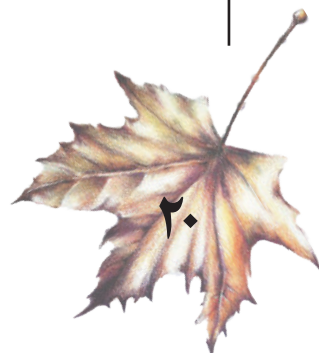
ویرایش ژن و درمان بیماری های عصبی

CRISPR - CAS یک سیستم RNA هدایت کننده است که قادر به اصلاح ژن در یک سایت خاص است و در اصل در باکتری به عنوان یک دفاع طبیعی در برابر عامل بیماری زا محسوب می شود. این سیستم اخیرا برای ویرایش ژنوم پستانداران از طریق اخلاص در بیان ژن حاوی جهش های بیماری زا و یا در سطحی پیچیده تر با ویرایش این ژن ها به منظور اصلاح ژن جهش یافته استفاده می شود. یکی از جنبه های هیجان انگیز این تکنولوژی توان بالقوه ی آن برای بهبود و یا حتی درمان بیماری هایی است که در حال حاضر هیچ راه درمانی برای آنها وجود ندارد. به تازگی با کشف توانایی ویرایش ژن جهش یافته ی عامل بیماری هانتینگتون و سندرم کروموزوم X شکننده به واسطه ی CRISPR - CAS ۹ اولین قدم به سوی یافتن درمان این بیماری های عصبی برداشته شده است.



گامی در جهت شناخت RAS

دیمیرزاسیون RAS یکی از عواملی است که در بروز سرطان در انسان ها نقش دارد. امروزه بسیاری از اکتشافات دارویی بر مبنای مهار عملکرد RAS GTPase (یکی شایع ترین عوامل سرطان در انسان) است. اخیرا توسط Spencer و همکارانش مشخص شده است که می توان ویژگی های ساختار و عملکرد دیمیر RAS را توسط NS ۱ m o n o b o d y شناخت.





نگاهی به روند تأیید داروها در آمریکا در سال ۲۰۱۶

امسال سازمان غذا و داروی آمریکا، تعداد ۱۹ رقم دارو را تأیید کرده است که کمترین رکورد از سال ۲۰۰۷ به بعد بوده که این مقدار کمتر از نصف تعداد داروهای تأیید شده در سال ۲۰۱۵ بوده است (در سال ۲۰۱۵ تعداد ۴۵ رقم دارو به تأیید FDA رسیده بود که در ۲۰ سال گذشته بی سابقه بوده است). همچنین این آژانس اکثر داروها را رد کرده و در مقایسه با سال ۲۰۱۵ که ۹۵٪ ارقام تأیید شد، تنها ۶۱٪ به تأیید این آژانس در آمده است. این ارگان در حال حاضر در انتظار انتخاب رئیس جدید تحت نظر دونالد ترامپ است. پیش از این ترامپ در یکی از سخنرانی‌هایش گفته بود در نظر دارد به روند تصویب دارو ها توسط FDA سرعت بخشد و از خط قرمز FDA عبور کند. (۳) البته تیم خبری مجله ریتالین امیدوار است فاجعه ای عظیم در سیستم دارویی جهان رخ ندهد.



1. McMahon MA, Cleveland DW. Gene therapy: Gene-editing therapy for neurological disease. Nat Rev Neurol. 2016 12/16/online;advance online publication.
2. Holderfield M, Morrison DK. RAS signaling: Divide and conquer. Nat Chem Biol. 2017 01// print;13(1):7-8.
3. Nature news

بمبوترمین شده باربان قرمز



Unprotected sexual intercourse with an infected partner

Vertical transmission (from mother to child)

- in utero
- during delivery
- breastmilk

Injection drug use (rare: infected blood/blood products)



HIV infection

ویروس نقص ایمنی انسانی (Human immunodeficiency virus) یا HIV نوعی ویروس آهسته‌گستر (ویروس پسرگرد با سرعت تکثیر پایین) و عامل بیماری ایدز است. HIV به یاخته‌های حیاتی دستگاه ایمنی بدن از جمله لنفوسیت‌های T کمک‌کننده (CD4+ T cells)، ماکروفاژها و یاخته‌های دندانهای حمله می‌کند. HIV ویروسی است که با مختل کردن کارکرد و ویران کردن گونه‌ای از یاخته‌های مسوول هماهنگی ایمنی منجر به نقص دستگاه ایمنی بدن انسان می‌شود که به آن ایدز می‌گویند. از زمان ورود HIV به بدن تا بروز ایدز ممکن است بین ۶ ماه تا ده سال و یا بیشتر به درازا بکشد. در این مدت گرچه فرد به ظاهر تندرست به نظر می‌رسد، ولی ممکن است ویروس از او به دیگران سرایت کند.

ایدز اولین بار در سال ۱۹۸۱ در آمریکا مشاهده شد. اولین مواردی که مشاهده شد در بین معتادان تزریقی و همچنین همجنس‌گرایان مرد قرار داشت که به دلیل نامعلومی سیستم دفاعی بدن آن‌ها ضعیف شده بود و علائم بیماری التهاب ریه نوموسیستیک کارینی (PCP) در آن‌ها مشاهده می‌شد که این بیماری در افرادی دیده می‌شود که سیستم دفاعی بدنی ضعیفی دارند. سپس نوعی سرطان پوست نادر با نام کاپوسی سارکوما (KS) در میان مردان همجنس‌گرا گزارش شد. موارد بیشتری از بیماری PCP و KS مشاهده شد و این زنگ خطری برای مرکز پیشگیری و کنترل بیماری بود. گروهی از طرف این مرکز برای بررسی این واقعه تشکیل شد. در آن اوایل مرکز کنترل بیماری هنوز نامی رسمی برای این بیماری انتخاب نکرده بود و معمولاً نام این بیماری را با بیماری که مریض با آن در ارتباط بود بیان می‌کردند، برای مثال تا قبل از کشف HIV از نام لنفادنوپاتی که بیماری عامل بود، استفاده می‌شد. همچنین اسامی مانند «سارکوم کاپوسی» یا «عفونت فرصت‌طلب» نام‌هایی بوده‌اند که توسط این گروه در سال ۱۹۸۱ استفاده می‌شده است. از آنجا که این سندرم در هائیتی، همجنس‌گرایان، هموفیلی و مصرف‌کنندگان هروئین ظاهر شده بود، مرکز کنترل بیماری عبارت «بیماری H4» را ابداع کرد. در مطبوعات از اصطلاح «گرید» که مخفف معادل انگلیسی عبارت نقص ایمنی مرتبط با همجنس‌گرایی استفاده می‌شد. اما بعداً معلوم شد که ایدز فقط محدود به جامعه همجنس‌گرایان نمی‌شود، این نتیجه گرفته شد که استفاده از اصطلاح گرید گمراه‌کننده است و واژه ایدز در همایشی در ژوئیه ۱۹۸۲ معرفی شد. از سپتامبر ۱۹۸۲، مرکز کنترل بیماری از واژه ایدز برای نسبت دادن این بیماری استفاده کرد.

HIV از سه طریق اصلی انتقال می‌یابد:

- تماس جنسی
 - قرار گرفتن در معرض خون و یا بافت آلوده
 - از مادر به فرزند در دوران بارداری، زایمان، یا تغذیه با شیر مادر (که با نام انتقال عمودی شناخته می‌شود).
- هیچ‌گونه خطر انتقال ویروس از طریق مدفوع، ترشحات بینی، بزاق، خلط، عرق، اشک، ادرار، یا استفراغ وجود ندارد مگر اینکه با خون آلوده شده باشند.

تماس جنسی

شایع‌ترین حالت انتقال HIV از طریق تماس جنسی با فرد آلوده است. اکثر موارد انتقال HIV در سراسر دنیا از طریق تماس با جنس مخالف رخ می‌دهد. با این حال، شکل انتقال در هر کشور متفاوت است. در ایالات متحده، از سال ۲۰۰۹، بیشتر انتقال‌های جنسی در مردان همجنس‌گرا رخ داده است که ۶۴ درصد از تمام موارد مشاهده شده را شامل می‌شود. در مورد تماس محافظت نشده با جنس مخالف، تخمین خطر انتقال HIV در هر عمل جنسی در کشورهای کم‌درآمد چهار تا ده برابر بیشتر نسبت به کشورهای با درآمد بالا است. در کشورهای با درآمد کم، انتقال از زن به مرد به ۰/۳۸ درصد در هر بار نزدیکی و از مرد به زن ۰/۳۰ درصد در هر بار نزدیکی تخمین زده شده است. این تخمین برای کشورهای با درآمد بالا، ۰/۰۴ درصد در هر بار نزدیکی برای انتقال از زن به مرد و ۰/۰۸ درصد در هر بار نزدیکی از مرد به زن می‌باشد. خطر انتقال از مقاربت مقعد بیشتر است، و ۱/۴ تا ۱/۷ درصد در هر بار نزدیکی با جنس مخالف یا موافق تخمین زده شده است. اگرچه خطر ابتلا از طریق آمیزش جنسی دهانی نسبتاً کم است.

خون

دومین عامل شایع انتقال HIV، از طریق خون و فرآورده‌های خونی است. از راه‌هایی که ممکن است

این بیماری توسط خون منتقل گردد می‌توان سرنگ مشترک در مواد مخدر تزریقی، زخم در اثر فرو رفتن سر سوزن، انتقال خون آلوده و یا فرآورده‌های خونی و یا تزریق‌هایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی استریل نشده انجام می‌شود، را نام برد. خطر سرنگ مشترک در حین تزریق مواد مخدر بین ۰/۶۳ و ۲/۴ درصد و به طور متوسط ۰/۸ درصد در هر عمل می‌باشد. خطر انتقال از فرو رفتن سرسوزن یک فرد آلوده ۰/۳ درصد در هر عمل (حدود ۱ در ۳۳۳) و خطر آلودگی غشا مخاطیبه خون آلوده ۰/۰۹ درصد در هر عمل (حدود ۱ در ۱۰۰۰) تخمین زده می‌شود. در ایالات متحده، مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی ۱۲ درصد از مبتلایان به HIV در سال ۲۰۰۹ را تشکیل می‌دادند و در برخی مناطق بیش از ۸۰ درصد از افرادی که تزریق مواد انجام می‌دهند دارای HIV هستند. در ۹۳ درصد موارد استفاده از خون آلوده در انتقال خون، انتقال عفونت را به همراه خواهد داشت. در کشورهای توسعه‌یافته خطر ابتلا به HIV از طریق انتقال خون بسیار پایین است (کمتر از یک در پانصد هزار) و در آن‌ها آزمایش HIV بر روی خون اهدا کننده انجام می‌شود. در انگلیس، خطر انتقال یک در پنج میلیون گزارش شده است. با این حال، در کشورهای با درآمد پایین، تنها نیمی از خون مورد استفاده برای انتقال ممکن است به طور مناسب آزمایش شود (در سال ۲۰۰۸). تخمین زده شده است که HIV در این مناطق تا ۱۵ درصد از طریق انتقال خون آلوده و فرآورده‌های خونی سرایت می‌یابد، که نمایانگر ۵ تا ۱۰ درصد از عفونت‌های سرتاسر



مادر به فرزند

انتقال HIV از مادر به فرزند می‌تواند در دوران بارداری، هنگام زایمان یا از راه شیر مادر انجام شود. این راه سومین طریق شایع انتقال HIV در دنیا می‌باشد. در صورت عدم درمان، خطر انتقال قبل یا در حین تولد حدود ۲۰ درصد و در کسانی که شیر بدهند ۳۵ درصد است. در سال ۲۰۰۸، حدود ۹۰ درصد موارد HIV کودکان ناشی از انتقال عمودی محاسبه شد. با درمان مناسب خطر ابتلا به عفونت از مادر به فرزند می‌تواند به حدود ۱ درصد کاهش یابد. درمان از طریق پیشگیری شامل مصرف داروی ضد ویروسی توسط مادر در دوران بارداری و زایمان، عمل سزارین در زمان مناسب (و نه اضطراری)، عدم تغذیه شیر مادر و تجویز داروهای ضد ویروسی به نوزاد انجام می‌شود.

میزان شیوع

ایدز یک بیماری همه‌گیر جهانی است. تا سال ۲۰۱۰ حدود ۳۴ میلیون نفر در دنیا مبتلا به HIV بوده‌اند. کشورهای جنوب صحرای آفریقا، تأثیرپذیرترین منطقه هستند.



ایران

راه‌های اصلی انتقال ایدز در ایران، آمیزش جنسی و استفاده معتادان تزریقی از سرنگ مشترک است. سهم ابتلا از طریق تزریقی ۶۹/۵ درصد و سهم ابتلا از طریق رابطه‌ی جنسی ۱۰ درصد است. اگر چه میزان مبتلایان به بیماری ایدز در ایران کم بوده‌است، ولی به گفته سازمان بهداشت جهانی بر اساس داده‌های گزارش شده، نرخ رشد اپیدمی ایدز در ایران به صورت هشدار دهنده‌ای در حال افزایش است. در حالی که آمار ابتلا به ایدز و مرگومیر ناشی از این بیماری در دنیا رو به کاهش است، در منطقه‌ای که ایران در آن واقع شده و در اصطلاح به آن امر و گفته می‌شود، این آمار کاملاً عکس وضعیت جهانی و به جای کاهش رو به افزایش است. در آمار تجمعی وزارت بهداشت از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۰، ۲۳ هزار و ۱۲۵ نفر مبتلا به HIV در کشور ثبت شده که ۹۱/۵ درصد آنها مرد و ۸/۵ درصد زن و حدود ۴۶/۵ درصد از آن‌ها در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال قرار دارند. از این تعداد ۳۰۵۳ نفر دچار ایدز و ۴۳۱۱ نفر هم دچار مرگ شده‌اند.

در سال‌های اولیه شیوع بیماری، وجود ایدز در ایران اساساً انکار می‌شد. براساس آمار جمع‌آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تا اول فروردین سال ۱۳۹۴ در مجموع ۲۹ هزار و ۴۱۴ نفر افراد مبتلا به ایدز در HIV

کشور شناسایی شده‌اند که ۸۸ درصد آنان را مردان و ۱۲ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. تاکنون ۶۹۹۰ نفر مبتلا به ایدز شناسایی شده و ۶۲۰۲ نفر از افراد مبتلا به HIV جان خود را از دست داده‌اند.

راه‌های درمانی

درمان ایدز به طور کاملاً قطعی هنوز انجام‌پذیر نیست اما راه‌ها و روش‌های درمانی وجود دارد که می‌توان با تقویت سیستم ایمنی بدن و تحریک آن موجب کاهش میزان ویروس HIV در بدن و کاهش ابتلا به بیماری‌هایی شد که در اثر ابتلا به ایدز ایجاد می‌شود. مشکلات و مرگ بیماران مبتلا به ایدز بیشتر نه به دلیل خود بیماری بلکه به دلیل بیماری‌هایی که در اثر نقص ایمنی ایجاد می‌شوند از قبیل عفونت‌های باکتریایی و قارچی، سرطان‌ها و همچنین لاغری مفرط است. از جمله داروهایی که برای کاهش این مشکلات استفاده می‌شود

می‌توان این داروها را نام برد: داروهایی مثل sulfamethoxazole به عنوان آنتی‌بیوتیک، Amphotericin B و داروهای

دارویی با دز دارویی متفاوت

تهیه شده است؛ برای مثال داروی Emtiva را برای نوزادان ۰ تا ۳ ماه روزانه محلول خوراکی ۳ میلی‌گرم بر کیلوگرم وزن نوزاد تجویز می‌کنند؛ همین دارو برای بیماران ۳ ماه تا ۱۷ سال روزانه محلول ۶ میلی‌گرم بر کیلوگرم تجویز شده و اگر وزن بیمار بالاتر از ۳۳ کیلوگرم رسید می‌توان از همین دارو کپسول‌های ۲۰۰ میلی‌گرمی را تجویز کرد.

درمان دیگر درمانی به نام رژیم ضد ویروسی یا ART (Anti viral therapy) است که به همهی مبتلایان HIV پیشنهاد می‌شود. این روش درمانی همانند دیگر روش‌ها، روش قطعی نیست ولی باعث می‌شود کیفیت زندگی فرد افزایش یافته و فرد زندگی طولانی‌تری را تجربه کند. این روش جز روش‌های درمانی جدید به شمار می‌آید قدیمی‌ترین آن یعنی Cbicistst با نام تجاری Prezcoibx حدود ۱۰ ماه است که توسط FDA تایید شده و جدیدترین آن Efavirenz با نام تجاری Atripla تنها ۲/۵ ماه است که وارد بازار دارویی شده است. می‌دانیم که HIV به سلول‌های CD۴ حمله کرده و آن‌ها را از بین می‌برد و فقدان همین سلول‌ها است که موجب کاهش توان سیستم ایمنی علیه دیگر پارازیت‌ها شده و بیمار را از پا در می‌آورد. داروهای ضد HIV جلوی ساخت و تکثیر ویروس را می‌گیرند و میزان ویروس را در بدن کاهش می‌دهند اما تعدادی از ویروس‌ها در بدن باقی مانده و هیچ‌گاه تعداد آن‌ها به صفر نمی‌رسد. با این حال سیستم ایمنی به اندازه کافی توسط داروهای قوی شده تا بتواند با عفونت‌ها و سرطان‌های احتمالی مقابله کند؛ اما خطری

ضدقارچ دیگر،

همچنین داروهای ضدویروس چون famciclovir علیه ویروس هرپس، داروهای شیمی‌درمانی همچون daunorubicin-liposomal، داروهای آنتی مثل erythropoietin و نهایتاً داروهای اشتها آوری مانند megestrol acetate را نام برد که با تقویت سیستم ایمنی باعث کاهش ابتلا به بیماری‌های متعاقب ایدز شده و طول عمر و کیفیت زندگی بیمار را افزایش می‌دهند. دسته‌ی دیگر داروهای ضدایدز داروهای مهارکننده‌ی نوکلئوزید ترانس کریپتاز معکوس (NRTIs) می‌باشند که از ساخته شدن ویروس و تکثیر آن جلوگیری می‌کند از جمله این داروها می‌توان به داروهای abacavir و zidovudine اشاره کرد که به شکل قرص و stavudine و didanosin به صورت محلول خوراکی برای افرادی که در بلع مشکل دارند و سالمندان و کودکان و zidovudine به فرم تزریقی تهیه می‌شوند. در کودکانی که از مادرانی با HIV مثبت به دنیا می‌آیند و یا آن‌هایی که بعد از تولد به این بیماری مبتلا می‌شوند داروهای وجود داشته که بر اساس سن و وزن کودک در شکل‌ها ی

HIV

که در این نوع درمان وجود دارد این است که با درمان نسبی این بیماری احتمال انتقال بیماری افزایش می‌یابد و امکان دارد شیوع آن در جوامع غیرقابل کنترل شود.

لازم به ذکر است که تمام این درمان‌ها وابسته به پایبندی بیمار به درمان و خواست اراده فرد HIV مثبت به روش‌های ضد ویروسی است که این پایبندی به معنای ۲۵ درصد یا بیشتر داروهای تجویز یا باعث بروز ویروس مقاوم به چند دارو شده که می‌تواند قابل انتقال باشد و خود خطری جدی به شمار می‌آید.

عوامل مؤثر بر پایبندی بیمار به درمان: سن، جنس، اعتیاد به ویژه در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر، مصرف الکل، افسردگی، میزان حمایت اجتماعی، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، عوارض جانبی داروهای ضد ویروس، حاملگی، نوع رژیم ضد ویروس، تعداد قرص‌ها در رژیم دارویی و تعداد دوزهای روزانه تجویز شده، تروماهای شدید، عوامل اجتماعی و روان‌شناختی و ارتباط بین بیمار و پزشک.

واکسن

هنوز علیه HIV واکسنی نتوانسته تأیید FDA را بگیرد چرا که تزریق واکسن که حاوی ژن HIV است، در فرد داوطلب برای تست واکسن، HIV مثبت را نشان می‌دهد

9

مشخص نیست که مثبت بودن تست به دلیل ابتلا به ویروس است و یا آنتی‌ژن‌های حاصل از واکسین مثبت کاذب را به وجود آورده‌اند که نهایتاً باعث بروز مشکل در روند تحقیقات می‌شود و نیازمند تست‌های افتراقی the serodiagnostic EIAZA and Multispot Rapid Test برای تشخیص دلیل مثبت بودن تست است.

آزمایشات تشخیصی

به‌طور کلی برای تشخیص ابتلا به ایدز، سه گروه اصلی آزمایش وجود دارد. این سه نوع عبارتند از: آزمون آنتی‌بادی (پادتن)، آزمون آنتی‌ژن و آزمون سنجش مقدار. در آزمون آنتی‌بادی، وجود آنتی‌بادی یا پادتن تولیدشده و ترشح‌شده در خون توسط گلبول‌های سفید دستگاه ایمنی بررسی می‌شود. در آزمون آنتی‌ژن، خون از نظر حضور خود ویروس مورد بررسی قرار می‌گیرد. آزمایش آنتی‌بادی یا پادتن دو گونه اصلی است که عبارتند از الیزا (Elisa) و وسترن‌بلات (Western blot). اگر در آزمایش الیزا، نتیجه مثبت به دست آید، برای اطمینان و نتیجه قطعی، باید آزمون وسترن‌بلات هم انجام شود.

HIV

صبا فقهی - ترم ۲
مجموعه چهارم - ترم ۴

منابع:

1. Zuo Z, Liang S, Sun X, Bussell S, Yan J, Kan W, et al. Drug Resistance and Virological Failure among HIV-Infected Patients after a Decade of Antiretroviral Treatment Expansion in Eight Provinces of China. PloS one. 2016;11(12):e0166661. PubMed PMID: 27997554. Epub 2016/12/21. eng.
2. Caceres CF. Educational attainment and intersectionality in the response to HIV antiretroviral treatment in Europe. AIDS (London, England). 2017 Jan 14;31(2):305-7. PubMed PMID: 28002086. Epub 2016/12/22. eng.
3. Mao L, deWit J, Adam P, Post JJ, Slavin S, Cogle A, et al. Beliefs in Antiretroviral Treatment and Self-Efficacy in HIV Management are Associated with Distinctive HIV Treatment Trajectories. AIDS and behavior. 2016 Dec 19. PubMed PMID: 27995435. Epub 2016/12/21. eng.

تست دیگری

که امروزه بر روی آن بحث زیاد است HIV self-testing

می‌باشد با این تفکر که تبعاتی که بیماری ایدز از نظر اجتماعی برای فرد داشته خود باعث می‌شود که فردی که رفتار پرخطر انجام داده راغب به انجام تست‌های آزمایشگاهی نباشد و با این کار احتمال انتقال بیماری افزایش می‌یابد. به این منظور شرکت‌های داروسازی در صدد تولید کیت‌های تشخیصی هستند که خود فرد قادر به انجام تست می‌باشد و بدون نیاز به کادر درمانی و آزمایشات خاص این بیماری شناسایی شود. محرمانه بودن بیماری از نظر فرد مبتلا امتیاز بزرگی به شمار می‌آید و فرد می‌تواند به زندگی عادی خود ادامه داده در کنار اینکه از بیماری خود اطلاع دارد و موارد بهداشتی و امنیتی را رعایت می‌کند.

بخش تخصصی

داروی جوانی، آرزویی برای تمام دورانها
۳۱

دوپینگ، عرصه‌ای جدید
برای خودنمایی جای سبز
۳۲

تأثیر طرح تحول نظام سلامت
۳۷
بر اقتصاد دارویی کشور

۵ جایگاه برتر داروسازان در صنعت؛ معرفی ۵ شرکت برتر داروسازی دنیا

۱- جانسون اند جانسون

شرکت جانسون اند جانسون در آمریکا با درآمد سالانه ۶۱/۹ میلیارد دلار پردرآمدترین شرکت دارویی دنیا است. ژوزف جانسون در سال ۱۸۸۶ با همکاری دو برادر خود به نام‌های جیمز و ادوارد شرکتی با نام جانسون اند جانسون (J&J) بنیان نهاد که هدف اصلی آن تولید دارو برای عصر جدید، پس از کشف میکروب‌ها بود. در سال ۱۹۱۰ و هم‌زمان با ریاست جیمز، این شرکت به یک شرکت بین‌المللی تبدیل شد. در همین زمان شرکت دو محصول پر فروش چسب زخم Band-Aid و کرم بچه J&J را به بازار فرستاد. دیدگاه مهم ژنرال جانسون که پس از جیمز در سال ۱۹۳۲ به ریاست شرکت رسید، عدم تمرکزگرایی بود که نهایتاً منجر به ادامه فعالیت‌های شرکت جانسون در شرکت‌های وابسته و متعدد شد. در همین راستا، تولید وسایل جراحی به شرکت Sugikos واگذار شد که امروز با نام Johnson & Johnson Medical شناخته می‌شود. سایر وسایل بهداشتی تحت نام Modess Division و سپس personal products و فرآورده‌های تنظیم خانواده (که در دهه سی تولید و عرضه شدند) با نام Ortho pharmaceutical corp از بدنه اصلی شرکت جدا شدند. شرکت جانسون اند جانسون در سال ۱۹۸۲ با یک بحران بسیار جدی روبه‌رو شد. در این سال هفت نفر از ساکنین شیکاگو در اثر مصرف قرص بسیار پر فروش Tylenol (استامینوفن) ساخت این شرکت به علت مسمومیت با سیانور کشته شدند. حادثه‌ای که خیلی زود مشخص شد توطئه‌ای علیه شرکت جانسون اند جانسون بوده است؛ به صورت یک کابوس برای این شرکت در آمد. جانسون اند جانسون مجبور شد به سرعت سی و یک میلیون بطری حاوی این دارو، به ارزش یک‌صد میلیون دلار، از بازار جمع‌آوری کرده و در مورد عدم مصرف قرص Tylenol تا مشخص شدن علت بروز حادثه، به مردم هشدار دهد. برخورد سریع جانسون اند جانسون در قبول مسوولیت این اتفاق اثر مثبتی در توده مردم بر جای گذاشت به طوری که با تغییر بسته‌بندی قرص Tylenol و عرضه نوع جدیدی از بسته‌بندی که امکان باز کردن و دوباره بسته‌بندی کردن آن وجود نداشت، دوباره اعتماد مردم به این دارو جلب و Tylenol مجدداً به پرفروش‌ترین قرص مسکن حاوی استامینوفن در سطح جهان تبدیل شد. امروزه جانسون اند جانسون دارای ۱۹۰ شرکت تولیدی در ۱۷۵ کشور جهان و بیش از ۱۰۰۰۰۰ کارمند است. جانسون اند جانسون بزرگ‌ترین تولیدکننده وسایل تشخیص پزشکی، داروهای OTC، داروهای ژنریک، فرآورده‌های بهداشتی و فرآورده‌های بیمارستانی در سطح دنیاست. دفتر مرکزی شرکت جانسون اند جانسون، در نیوبرانزویک، نیوجرسی قرار دارد. این شرکت دارای ۲۵۰ شرکت تابعه است، که در بیش از ۵۷ کشور فعالیت می‌کنند و محصولات آن، در بیش از ۱۷۵ کشور جهان عرضه می‌شود.

Johnson & Johnson

۲- نوارتیس (Novartis)

این شرکت دارویی چند ملیتی سوئیسی در ماه می ۲۰۱۴ ارزش بازار ۲۲۷/۴۴ میلیارد دلار و ارزش دارایی ۱۲۶/۳ میلیارد دلار را ثبت کرد. با سابقه تولید محصولات بهداشتی و داروهای تجویزی ثبت اختراع شده، داروهای عمومی، واکسن‌های پیش‌گیری، ابزار تشخیصی و محصولات بهداشتی برای انسان و دام توانست فروش ۵۷/۹ میلیارد دلار و سود ۹/۲ میلیارد دلار را در سال ۲۰۱۳ داشته باشد. نوارتیس که مغز آن در بازل سوئیس است؛ در فوریه ۱۹۹۶ بنیان‌گذاری شد. بخش‌های این شرکت عبارتند از: داروسازی (داروهای تجویزی ثبت اختراع شده)، آلکن (Alcon) (داروها و محصولات مراقبت از چشم و محصولات مراقبت از بینایی)، ساندوز (Sandoz) (داروهای عمومی واکسن‌ها و تشخیص و سلامت مصرف‌کننده). شرکت نوارتیس در زمینه تولید داروهای ماندند: کلوزاپین، دیکلوفناک، کاربامازپین، والزارتان، سیکلوسپورین، متیل فنیدیت (ریتالین)، تربینافین و غیره فعالیت می‌کند.

نوارتیس از جمله شرکت‌هایی است که از تولید رنگ‌های شیمیایی به داروسازی روی آورد. نوارتیس از ادغام دو شرکت کاملاً متفاوت یعنی یک شرکت تولیدکننده رنگ و یک شرکت تولیدکننده فرآورده‌های شیمیایی تشکیل شده است. در سال ۱۷۵۸ فردی به نام Johann Rudolf Geigy شرکتی با نام Geigy برای خرید و فروش مواد شیمیایی، رنگ و دارو در سوئیس تاسیس کرد. با درآمد حاصله، او به تدریج یک شرکت تولیدکننده رنگ نیز خریداری کرد که بعداً با نام شرکت صنایع شیمیایی بال یا به طور مخفف Ciba نامیده شد. در همین زمان محققى به نام Paul Muller Dichloro diphenyl trichloroethane پی برد که جایزه نوبل سال ۱۹۴۸ را برای وی به ارمغان آورد. گروه دیگری از پژوهش‌گران سیبا نیز به سرپرستی Michael Widmer یک روش یا وسیله آنالیز خاصی با نام lab on a chip عرضه کردند که با استقبال روبه‌رو شد.



۳- فایزر (Pfizer)

شرکت فایزر (Pfizer) بزرگ‌ترین شرکت داروسازی جهان از لحاظ فروش است. فایزر تنها شرکتی است که بیش از ۵ دارو با فروش بیش از یک میلیارد دلار در بازار دارد. این شرکت داروسازی آمریکایی در ماه می سال ۲۰۱۴، ارزش بازار ۲۰۳/۹۳ میلیارد دلار و ارزش دارایی ۱۷۲/۱ میلیارد دلار را ثبت کرد. این شرکت قدرت‌مند که محصولات دارویی متنوعی شامل: داروها و واکسن‌های مولکول کوچک، داروها و واکسن‌های بیولوژیک انسانی و حیوانی و همچنین محصولات غذایی تولید می‌کند؛ توانست رکورد فروش ۵۲/۶۷ میلیارد دلار و سود ۲۲ میلیارد دلار را در سال ۲۰۱۳ به ثبت برساند. این شرکت ۵ بخش دارد: مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های ویژه و تومورشناسی، محصولات ثابت و بازارهای نوظهور، سلامت دام و بهداشت مشتری. این شرکت را چارلز فایزر و چارلز ارهارت در سال ۱۸۴۹ برای تولید مواد شیمیایی از جمله: ترکیبات ید، اسیدسیتریک و اسیدبوریک بنیان‌گذاری کردند. این شرکت که دفتر مرکزی آن در نیویورک و مرکز تحقیقات آن در کانتیکت قرار دارد؛ به تولید داروهای نظیر: لیبیتور (برای کاهش کلسترول خون)، لاپریکا (برای دردهای عصبی) و دیفلوکان (ضدقارچ) می‌پردازد. مطالعات و تلاش آن‌ها موجب رشد تکنولوژی تخمیر و تولید اسیدسیتریک در مقادیر زیاد شد. از جمله موفقیت‌های اولیه فایزر و ارتارت، داروی سانتونین بود که هنوز هم در درمان کرم‌های انگل بدن موثر است. فایزر در طول فعالیت خود در صنعت داروسازی جهان، شرکت‌های زیادی را خریداری و ادغام نمود. شرکت فایزر در سال ۱۹۶۴ میلادی شرکتی را با نام شرکت سهامی لابراتوارهای فایزر تحت مالکیت خود در ایران راه‌اندازی کرد. پس از انقلاب، سهام این شرکت به سازمان صنایع ملی ایران انتقال و نام آن به شرکت لابراتوارهای رازک تغییر یافت و در حال حاضر شرکت رازک به صورت سهامی عام در آمده و سهام آن نیز در بورس اوراق بهادار تهران عرضه می‌گردد.



۴- هولدینگ روش (Roche Holding)

هولدینگ روش یک شرکت سرمایه گذاری مستقر در سوئیس است که محصولات تشخیصی و درمانی را تولید، پخش و بازاریابی می‌کند. ارزش بازار این شرکت ۲۵۳/۷۴ میلیارد دلار و ارزش دارایی‌های آن ۶۹/۹ میلیارد دلار می‌باشد. فروش خالص شرکت در سال ۲۰۱۳ به ۵۰/۴۶ میلیارد دلار و سود آن در همان سال به ۱۲ میلیارد دلار رسید. فریتز هافمن لا روش در اکتبر ۱۸۹۶ این شرکت را پایه‌گذاری کرد و دفتر مرکزی آن در بازل است. نوادگان موسس این شرکت، یعنی خانواده هافمن با مشارکت خانواده اوئری، کمی بیش از نیمی از سهام این شرکت را در اختیار دارند، همچنین شرکت سوئیس نوارتیس نیز مالک یک سوم از سهام هوفمان-لا روش است. شرکت هوفمان-لا روش یکی از اعضای ثابت فدراسیون صنایع دارویی اروپا محسوب می‌شود. هوفمان-لا روش به عنوان یک موسسه درمانی بین‌المللی، از دو قسمت دارویی و تشخیص بیماری در نقاط مختلف جهان فعالیت می‌کند. سهام کمپانی هوفمان-لا روش، از طریق شرکت تابعه روش هولدینگ در بازار بورس اوراق بهادار سیکنس سوئیس دادوستد می‌شود. کمپانی هوفمان-لا روش، مالک شرکت بیوتکنولوژی آمریکایی جننتک، شرکت بیوتکنولوژی ژاپنی چوگای و شرکت ونتانا در آریزونا بوده و زیر مجموعه‌های متعددی نیز در کشورهای آسیای شرقی دارد.



۵- بایر

قطران به عنوان فرآورده جانبی، سیاه رنگ و چسبناک صنایع ذغال سنگ را می‌توان به رنگ‌های روشن و براق تبدیل کرد. کشف این موضوع در قرن نوزدهم توجه یک بازرگان ابریشم به نام Fridrich Bayer و یک تولیدکننده منسوجات به نام Friedrich Weskott که هر دو اهل آلمان بودند، را به خود جلب کرد. این دو تصمیم به سرمایه‌گذاری در این زمینه گرفتند که نتیجه آن تاسیس شرکت Bayer & Co در سال ۱۸۶۳ بود. شرکت جدید به زودی به صورت یکی از عمده‌ترین تولیدکننده‌های رنگ در اروپا درآمد. شهرت شرکت بایر به عنوان یک تولیدکننده مواد دارویی به دلیل توانایی بسیار بالای این شرکت در تولید فرآورده‌های شیمیایی است. بایر در سال ۱۸۹۸ مسکنی به نام Diacetylmorphine را با نام تجاری Heroin و سال بعد Acetyl salicylic acid را تحت نام تجاری معروف Aspirin تولید و به بازار فرستاد. نکته جالب این‌که هر دوی این داروها قبلاً توسط شیمی‌دان‌های دیگر و در سایر شرکت‌های داروسازی تولید شده بودند ولی بایر اولین شرکتی بود که ارزش درمانی و آینده این دو دارو را درک کرد. بایر تا سال ۱۹۱۳ به سومین شرکت بزرگ شیمیایی دنیا با بیش از ۱۰۰۰ کارمند تبدیل شد. تاکنون بایر صاحب ۸۰۰۰ مورد patent برای رنگ‌ها، داروها و مواد شیمیایی تولیدی خود از جمله لاستیک صناعی بوده است.

مطالعات انجام شده توسط بایر در زمینه تولید رنگ‌های مختلف طی نیمه اول قرن بیستم، داروهای بسیاری را در اختیار جامعه پزشکی قرار داد. در سال ۱۹۰۸ تولید نوعی رنگ صناعی نارنجی-قرمز اساس تولید داروهای سولفا قرار گرفت که در درمان پنومونی موثر بودند. Germanin، داروی مشتق از رنگ دیگری بود که توسط بایر برای درمان بیماری خواب آفریقایی به بازار عرضه شد. مشتقات جرم‌نابین طی دهه سی قرن بیستم ابتدا در درمان مالاریا و سپس در دهه چهل در کوری رودخانه ای به کار گرفته شدند. مطالعات مربوط به تولید داروهای سولفا به خصوص نسل جدیدتر این اقلام که در سال ۱۹۳۹ به بازار عرضه شدند؛ جایزه نوبل را برای محقق بایر به نام Gerhard Domagk به ارمغان آورد.

بایر برای تقویت توان دارویی خود در سال ۱۹۷۴ لابراتورهای دارویی cutter و سپس در سال ۱۹۷۸ دو شرکت دارویی Alka-Seltze و Miles را خریداری کرد. تلاش بایر برای بازپس‌گیری امتیازات از دست رفته در آمریکا تا سال ۱۹۸۸ ادامه یافت. در این سال بایر شرکت دارویی sterling را خریداری و برای اولین بار پس از جنگ جهانی اول حق استفاده از نام بایر و امتیازات patent خود را مجدداً به دست آورد.

در حال حاضر بایر با بیش از ۱۲۰۰۰ پرسنل و تولید بیش از ده هزار فرآورده حضوری قوی در بازار جهانی دارد. شرکت بایر هنوز هم به عنوان یک کاشف و تولیدکننده فرآورده‌های شیمیایی شناخته می‌شود.



منابع:

۱- "بزرگترین شرکت داروسازی جهان". روزنامه دنیای اقتصاد. N.p., ۲۰۱۷. Web. ۲۶ Jan. ۲۰۱۷.

2- "Top 25 Pharma Companies By Global Revenue - Top Pharma List - Pmlive". Pmlive.com. N.p., 2017. Web. 26 Jan. 2017.

تازه ها از دنیای فارماسوتیکس

فرزانه صدری - ترم ۱۰
شیوا نصر اصفهانی - ترم ۱۰

patient drug delivery

وقتی ملخ ها چاره ساز می شوند!

سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) در تاریخ ۱۰ نوامبر ۲۰۱۶ ملخ دیگری از داروی تنوفوویر با نام (Vemlidy® Tenofovir Al-) (fenamide, TFA) را تایید نمود.

تنوفوویر در هیاتیت B مزمن که یک عفونت جدی کبدی است استفاده می شود که در استفاده ی طولانی مدت آن در برخی از بیماران عوارض کلیوی و کاهش دانسیته ی استخوان بروز می کند.

Vemlidy®، پیش داروی هدفمند شده ی تنوفوویر است که با دوزی کم تر از یک دهم Viread®، قدرت اثری معادل با آن دارد و همچنین پروفایل ایمنی آن برای استخوان و کلیه بهبود یافته است. علت برتری Vemlidy® در مقایسه با Viread® تغییر ملخ دارو و در نتیجه پایداری پلاسمایی بیش تر و انتقال موثرتر تنوفوویر به سلول های کبدی است.

باتری هایی که دارو می شوند...

محققین دانشگاه Carnegie Mellon ایالات متحده، باتری های خوراکی ساخته اند که پتانسیل تبدیل به یک سیستم دارورسانی جدید برای هدفمند سازی داروها به قسمت های خاصی از بدن را دارند. این باتری ها با استفاده از مواد غیر سمی موجود در بدن انسان ساخته شده است. ملاتین یکی از این مواد تشکیل دهنده است که در چشم، مو و پوست وجود دارد.

این باتری های زیست تخریب پذیر در پوسته ای از جنس ژلاتین انکپسوله شده اند و به صورت آهسته رهش عمل می کنند. زمانی که این کپسول بلیعه می شود، برخورد آن با اتم ها و یون های باردار موجود در دستگاه گوارش باعث برقراری جریان درون دستگاه می شود. این باتری های ملاتینی طول عمر زیادی ندارند و البته نباید هم داشته باشند. آن ها برای ایجاد ۱۰ میلی وات قدرت به مدت ۱۰ تا ۲۰ ساعت طراحی شده اند. این زمان برای رساندن موثر دارو و همچنین رساندن دستگاه های سنجش نظیر دستگاه های مانیتور قند خون، مناسب است.

محققین همچنین به دنبال اضافه کردن سنسورهایی هستند که بتواند نوع باکتری های موجود در دستگاه گوارش را تعیین کند و به این ترتیب در درمان چاقی، دیابت و سایر بیماری های التهابی روده کمک کننده باشد.

pharmaceutical pills

وقتی نانو ستاره ها به جنگ باکتری های مقاوم می روند!

در سال های اخیر از بین بردن باکتری های گرم منفی به علت بروز پدیده ی مقاومت آنتی بیوتیکی با مشکلات زیادی همراه بوده است. محققین دانشگاه ملبورن در استرالیا نانوذراتی به شکل ستاره و دارای خاصیت ضد میکروبی از آمینواسیدها ساخته اند که بسیاری از باکتری های شایع گرم منفی را در محیط کشت از بین برده و همچنین مایس عفونی شده با Acinetobacter

baumannii که به بسیاری از آنتی بیوتیک ها مقاوم است، را درمان می کند. این نانوذرات با مکانیسم از بین بردن غشا خارجی باکتری و تبادلات یونی و القای مسیره های مرگ سلولی به از بین بردن باکتری ها کمک می کنند.

محققین دانشگاه Colorado Boulder نیز نانوذراتی ضد باکتری های سالمونلا، E.Coli و استافیلوکوکوس ساخته اند که قابلیت از بین بردن باکتری های مقاوم را بدون آسیب رسانی به سایر سلول های زنده ی محیط کشت دارند. این نانوذرات در تاریکی غیر فعال هستند اما با تابش طول موج های مشخصی از نور فعال می شوند. از این ویژگی می توان برای هدفمند سازی نانوذرات به سلول های عفونی شده بهره برد و به این ترتیب عوارض جانبی ناشی از درمان های دارویی رایج را به حداقل رساند.

سایر نانوذراتی که پیش از این فعالیت ضد میکروبی از خود نشان داده بودند؛ نظیر: نانو ذرات نقره به شکل ناعادلانه ی سلول های اطراف محل عفونت را هم نابود می کردند.

Pharmaceutical health care pharmacy Nano Particles professionals

زمانی برای خداحافظی با چروک های پوستی...

سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) در تاریخ ۱۲ دسامبر ۲۰۱۶ دو فیلر جدید پوستی را به منظور بهبود چین های نازولیبیال در بزرگسالان تایید کرده است. Restylane Refyne® به منظور درمان متوسط تا شدید چین و چروک های پوستی و Restylane Defyne® به منظور درمان متوسط تا شدید چین و چروک های عمیق پوستی تایید شده اند.

این نسل جدید از فیلر های پوستی با استفاده از تکنولوژی Xpre-SHAn ساخته شده است. این تکنولوژی منجر به افزایش اتصالات متقاطع هیالورونیک اسید می شود که نتیجه ی آن ساخت ژل های نرم و قابل تزریق است که به پوست فرد جلوه ای طبیعی می دهد. تکنولوژی مورد استفاده در این فرآورده ها به آن ها اجازه می دهد تا هماهنگ با حالت صورت درون پوست حرکت کنند و از ایجاد چهره ای غیرطبیعی و تصنعی جلوگیری می نمایند. این مزیت باعث تغییر دیدگاه بیماران نسبت به فیلرها شده است.

pharmaceutical industry

health care pharmacy news

drug delivery

pills





EO AHIEH

NO AGING

NO AGING

پیرو افزایش سن تغییراتی در DNA سلول‌ها به وجود می‌آید که منجر به تغییر عملکرد سلول‌ها می‌شود. بیماری‌هایی که شیوع آن‌ها وابسته به افزایش سن می‌باشد به عنوان مسئله‌ای مهم در سیستم درمانی تلقی می‌شوند. تغییرات مهمی که در ماده ژنتیک سلول به وجود می‌آید می‌تواند منجر به سرطان و یا بیماری‌های تهدید کننده حیات گردد. این تغییرات می‌تواند ناشی از عوامل محیطی مثل اشعه فرابنفش و یا موتاژن‌های شیمیایی باشد.

الیسا لازاری متخصص ژن‌درمانی دانشگاه کالیفرنیا می‌گوید: «بررسی RNA سلول‌ها و دست‌کاری در آن، اطلاعات مفیدی پیرامون روند پیرشدن سلول‌های بدن به ما می‌دهد. مطالعات بیشتر روی ماده ژنتیک سلول می‌تواند شرایط را برای تولید قرص‌های جوانی فراهم کند.» این تحقیقات همچنان در

داروی توانی، آژوپی برای نام درمان با

مراحل اولیه میباشند و هدف نهایی این است که بتوان قرص‌هایی طراحی کنند که سلول‌های پیر شده را حذف کنند. هم‌اکنون چندین رویکرد درمانی بر پایه RNA تحت بررسی‌های کلینیکی است؛ که این تحقیقات برای تعدادی از بیماری‌ها مثل سرطان در حال انجام می‌باشد.

از طرفی اخیراً عده‌ای از دانشمندان دانشگاه آرکانزاس دسته‌ای از ترکیبات تحت عنوان ABT263 را معرفی کردند که قادر است سلول‌های خون‌ساز پیرشده موش را حذف کرده و باعث جوان شدن مجدد سلول‌ها گردد. این ترکیب مهارکننده‌ی اختصاصی پروتئین‌های ضد آپوپتوز به نام BCL-2 و BCL-xL می‌باشد. این ترکیب، سلول‌های پیرشده را با القای آپوپتوز از بین می‌برد. این داروها که به نام senolytic drugs شناخته می‌شوند دسته‌ای جدید از anti-aging agents به شمار خواهند آمد.

NO AGING

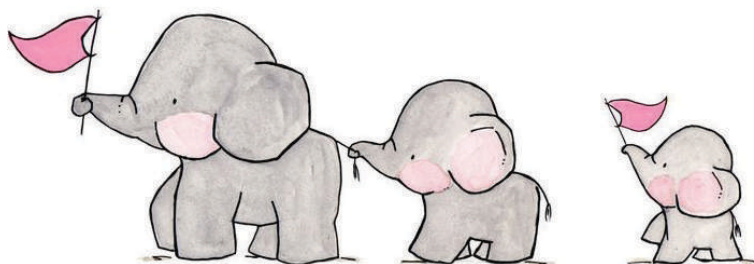
NO AGING

NO AGING

NO AGING

منابع:

1. Crunkhorn S, Strack R, Cully M, Nawy T, Kingwell K, Hutchinson L et al. Nature Research: science journals, jobs, information and services. [Internet]. Nature.com. 2017 [cited 1 January 2017]. Available from: <http://www.nature.com/nm/journal/v22/n1/abs/nm.4010>
2. Elisa Lazzari With The Conversation – WBNews - Tag [Internet]. WBNews. 2017 [cited 1 January 2017]. Available from: <https://www.wbnews.info/tag/elisa-lazzari-with-the-conversation/>



ایدز را بزن و بکش!

ایدز یکی از بزرگ‌ترین بیماری‌های ثبت شده در تاریخ بشر است. همان‌طور که به تفصیل در بخش پرونده‌ی ویژه در خصوص آن بحث شد، در حال حاضر حداقل ۸۰۰۰ نفر روزانه در سراسر دنیا به دلیل ابتلا به ویروس HIV می‌میرند. در عصر حاضر، راه‌های کنونی صرفاً برای جلوگیری از پیشرفت بیماری پیشنهاد شده است.

آزمایشی جدید امید تازه‌ای را در جنگ علیه ویروس HIV پیشنهاد می‌کند. این آزمایش توسط پنج دانشگاه انگلیسی انجام شده است و سرویس ملی سلامت بریتانیا بیان می‌کند که این آزمایش نشانه‌هایی بسیار نویدبخش برای درمان ایدز به همراه داشته است ولی هنوز برای قضاوت و تصمیم‌گیری در مورد صحت این آزمایش خیلی زود است، چرا که هر لحظه امکان بازگشت دوباره‌ی این ویروس مودی وجود دارد و همچنین حضور داروهای آنتی HIV در بدن بیمار می‌تواند تشخیص پاک‌سازی بدن از آثار ویروس را دچار مشکل کند. مارک ساموئل، مدیر اجرایی موسسه‌ی ملی مبارزه با ایدز بریتانیا، نظر خود را در رابطه با این آزمایش با این جملات امید دهنده بیان می‌کند:

«ما در حال حاضر امکان واقعی درمان ایدز را جستجو می‌کنیم این درحالی است که درمان این بیماری چالشی عظیم در دنیای امروز است و هنوز مراحل ابتدایی کار را سپری می‌کنیم و پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در پیش روی ماست.»

این چالش که در بالا به عنوان مشکل عظیمی در درمان ایدز مطرح شده است، به این صورت بیان می‌شود: گرچه می‌توان ویروس‌های نهفته HIV را در سلول‌هایشان فعال کرد، ولی امکان از بین بردن این سلول‌ها وجود ندارد تا بتوان ویروس‌های زنده و فعال شده را نیز به کلی نابود کرد. در نتیجه با قطع داروهای ضدویروسی مجدداً بازگشت بیماری در بسیاری از موارد دیده شده است. آزمایش جدید با شعار ریشه‌کن کردن ویروس HIV از همه‌ی قسمت‌های بدن وارد عرصه‌ی درمان شده و تاکتیک جدیدی درباره‌ی درمان کامل ایدز از طریق شیمی‌درمانی ارائه کرده است. به اعتقاد محققین این پروژه، با فعال کردن ویروس‌های نهفته HIV در برخی از سلول‌های بدن مبتلایان و سپس با از بین بردن ویروس‌های فعال شده، امید تازه‌ای برای رهایی کامل از ایدز به وجود آمده که این روش Shock and Kill یا «ضربه بزن و بکش» نام‌گذاری شده است.

اگر ویروس‌های نهفته در بدن ناقلین را که حتی با استفاده کردن از داروهای ترکیبی رترو ویروس نمی‌توانیم کامل از بین ببریم، توسط یک داروی شیمی‌درمانی که برای درمان سرطان غدد لنفاوی استفاده می‌شود تحت حمله قرار بگیرند، می‌توانیم ویروس‌های گفته‌شده را فعال کرده و سپس آن‌ها را کاملاً نابود کنیم. دو فاکتور مهم در این آزمایش استفاده می‌شوند که یکی از آن‌ها داروی Vorinostat است. وظیفه‌ی این دارو فعال کردن سلول‌های کمون HIV است. فاکتور دیگر واکسنی است که سیستم طراحی آن باعث می‌شود دستگاه ایمنی محل سلول‌های کمون را آسانتر تشخیص دهد. این دو فاکتور به نسبت مناسب ترکیب شده و به فرد آلوده به ویروس داده می‌شوند.

اولین بیماری که این استراتژی را به پایان برد یک مرد ۴۴ ساله است که در حال حاضر هیچ نشانه‌ای از ویروس در خونش مشاهده نشده است. هر چند او داروهای آنتی HIV را نیز استفاده می‌کرده است.

با این حال نتایج حاصل از این استراتژی به طور تقریبی تا سال ۲۰۱۸ قابل پیش‌بینی نیست و تنها کاری که می‌توان انجام داد، صبر کردن و امید داشتن است.

مهدیس خورشید ترم ۶

منابع:

CORDIS. New HIV Treatment Appears to Have Fully Erased the virus from a Patient's Blood 2016 [updated 9/7/2016/25/2016]. Available from: <http://m.medicalxpress.com/news/2016-10-hiv-treatment-fully-erased-virus.html>.



کند. دکلان ناگتون از محققان این دانشگاه بیان می‌کند که آنزیم UGT2B17 دفع تستوسترون را از راه ادرار تسهیل میکنند و پلی‌فنول کاتشین موجود در چای سبز با مهار این آنزیم سبب تجمع ترکیبات استروئیدی در خون می‌شود. به عبارت ساده‌تر ورزشکاران می‌توانند به سادگی با مصرف چای سبز، انجام عمل دوپینگ را مخفی کنند. البته نمی‌توان گفت که چای سبز تنها ماده غذایی است که این خاصیت را دارد ولی تأثیر یک نوشیدنی مانند چای سبز با این مصرف گسترده بر ساختار هورمونی بدن عجیب به نظر می‌رسد.

در این راستا پروفسور ناگتون آزمایش خون را در تشخیص دوپینگ کافی ندانسته و معتقد است که آزمایش موی سر نیز ضروری است، زیرا مواد غیرمجاز در موی سر مدت زمان بیشتری باقی می‌مانند و از همه مهم‌تر مصرف نوشیدنی مانند چای در میزان آنها تأثیری ندارد. بنابراین لازم است روند بررسی نمونه‌های آزمایشگاهی توسط سازمان جهانی مبارزه با دوپینگ (World Anti-Doping Agency-WADA) تغییر کند.

دوپینگ در ورزش، به استفاده از مواد داروهای گفته می‌شود که نیرو و کارایی انسان را تا حد زیادی افزایش می‌دهد و مصرف آنها توسط سازمانهای ناظر بر رقابتهای ورزشی ممنوع شده است. دوپینگ با هدف اصلی ورزش که سالم‌سازی جسم و روح انسان است، منافات داشته، برتری غیرمنصفانه ایجاد کرده و اثرات جانبی زیان‌بار و در بعضی از موارد جبران‌ناپذیر روی سلامتی ورزشکاران می‌گذارد. اغلب اوقات صحبت از دوپینگ، مصرف داروهای استروئیدی از جمله تستوسترون را به ذهن می‌آورد که ۶۵ درصد از موارد مثبت تست‌های دوپینگ را تشکیل می‌دهد. تستوسترون، یک هورمون جنسی است که در زنان و مردان تولید می‌شود، اما مقدار آن در مردان ۲۰ برابر زنان است. این هورمون در افزایش قدرت و حجم عضلات، کاتابولیسم و تراکم استخوانی نقش دارد که این اثرات، تستوسترون را در لیست داروهای ممنوعه قرار می‌دهد. مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که استفاده از چای سبز که یکی از پرمصرف‌ترین نوشیدنی‌های جهان است، مانع تشخیص میزان دقیق سطح تستوسترون در نمونه خون افراد می‌شود. محققان دانشگاه کینگستون گزارشاتی را اعلام داشتند که چای سبز می‌تواند تا حدود ۳۰ درصد از میزان تستوسترون موجود در بدن ورزشکاران دوپینگ را پنهان

منابع:

1. Carl Jenkinson, Andrea Petroczi, James Barker, Declan P. Naughton. Dietary green and white teas suppress UDP-glucuronosyltransferase UGT2B17 mediated testosterone glucuronidation. Steroids, 2012; 77 (6): 691 DOI: 10.1016/j.steroids.2012.02.023
2. Kingston University. "Tea could aid Olympic cheating." ScienceDaily. ScienceDaily, 21 May 2012. www.sciencedaily.com/releases/2012/05/120521115351.htm
3. Reardon CL, Creado S. Drug abuse in athletes. Substance Abuse and Rehabilitation. 2014;5:95-105. doi:10.2147/SAR.S53784.

از «ب» بلغم تا «ص» صفرا

خلط به معنی آمیختن می باشد. زمانی که غذا در بدن شروع به هضم شدن می کند، با شیره ی گوارشی موجود در کبد مخلوط شده و به مواد مفید در بدن تبدیل می شود. این مواد، چهار خلط اصلی موجود در بدن یعنی صفرا، سودا، بلغم و دم را به وجود می آورند. انواع اخلاط بدن انسانها از ترکیب چهار خلط دم، صفرا، سودا و بلغم ساخته می شود. هر کدام از این اخلاط چهارگانه که در بدن فرد غلبه نماید، مشخص کننده نوع مزاج غالب در فرد است. کم یا زیاد شدن هر کدام از این خلطها در بدن، موجب تغییر شکل در ساختمان بدن، تفاوت در صورت، زیبایی، چاقی یا لاغری، رنگ پوست، شکل و رنگ موها و پنهانی یا آشکاری رگها در بدن می شود و نیز تواناییها و رفتارهای متفاوتی را در انسان به وجود می آورد. به همین دلیل است که هر فرد اندام، تمایلات غذایی، اخلاق، رفتار و علاقه مندی های متفاوتی دارد.



خلط سودا به علت استفاده از غذاهای گرم با رطوبت کم، هضم نشدن درست غذا و باقی ماندن آن در بدن به وجود می آید. در کبد، استخوان، قلب، روده ها و غیره ساخته می شود. به طور معمول خلط سودا از خوردن زیاد چای، قهوه، نسکافه، بادمجان سرخ کرده، گوشت گاو و گوساله، ماست، دوغ، پنیر، شیرینی و ترشیجات ایجاد می شود. از جمله وظایف مهم سودا، تحریک اشتها، استخوان سازی و تسریع رشد مو و ناخن می باشد.

ویژگی های ظاهری افراد سوداوی مزاج، داشتن خون غلیظ و سیاه، پوست و ادرار تیره، دمل های چرکی، خال سیاه و لک های تیره، بالا بودن سرعت رشد مو و موهای زاید فراوان، سفید شدن زودرس موها و حساسیت به خوردن خوراکی های گرم و خشک یا سرد و خشک است. امکان ابتلا به یبوست و بواسیر به علت خشکی مزاج، سوزش دهانه ی معده، گرفتگی های عضلانی و درد سیاتیک در این افراد بیشتر است و معمولاً دیر به دیر بیمار می شوند.

ویژگی های رفتاری و فکری افراد سوداوی مزاج: می توان به ترس و دودلی، بی حوصلگی و افسردگی، بیقراری، بیزاری از سروصدا و خودخوری اشاره کرد. آنها منفی نگر، شکاک و مغرور، عصبی، دارای فکر و خیال زیاد، گوشه گیر، علاقه مند به حسابگری و مسائل فنی، علاقه مند به کارهای ظریف و هنری، جدی و معتقد به برنامه، کینه ای و دارای میل جنسی زیاد هستند. همچنین افراد سوداوی مزاج، خود را از همه کس بالاتر می دانند و علاقه ی زیاد به مطرح شدن در رسانه های عمومی دارند.

۲

ویژگی های ظاهری افراد صفراوی مزاج: دارای پوست گرم و خشک هستند و رنگ پوست، زبان و چشم هایشان زرد است. جوش و آکنه های پوستی، خارش و گرمی دست و پا، طاسی یا ریزش مو در سنین جوانی، احساس خشکی در بینی، فرورفتگی زیر چشمها، میل به خوردن خوراکی های ترش، یبوست و بواسیر به علت خشکی مزاج، داغی کف پاها و لذت بردن از نسیم سرد در افراد صفراوی مزاج دیده میشود.

ویژگی های روحی و فکری افراد صفراوی مزاج: این افراد کم حوصله، عصبانی و پر خاشگر، منفی نگر، رک، لجباز، دارای پشتکار زیاد، مدیر و منظم، معتقد به برنامه ریزی در کارها، ریزبین، پرحرف، حاضر جواب، علاقه مند به ادبیات و ریاضیات، عاشق، حساس، آینده نگر و دارای میل جنسی متعادل می باشند.





۳

خلط دم (خون) در اثر استفاده از خوراکی‌های متعادل و سازگار با مزاج ایجاد می‌شود و بیش‌تر در کبد، قلب و رگ‌ها ساخته می‌شود. از جمله وظایف مهم خلط دم، جریان داشتن در سراسر بدن، رساندن غذا به قسمت‌های مختلف بدن و گرم و مرطوب نگه داشتن بدن است.

ویژگی‌های ظاهری افراد دموی مزاج: از جمله ویژگی‌های آنها می‌توان به سرخ، گرم و مرطوب بودن زبان و صورت، تعریق زیاد، وجود دمل و جوش زیاد در بدن، بالا بودن سرعت رشد موها، شیرین بودن طعم دهان، داشتن دست و پا و اندام درشت، سنگینی سر و بدن، سنگینی خواب، ناسازگاری با محیط‌ها و خوراکی‌های گرم و وجود رگ‌های برجسته اشاره نمود.

ویژگی‌های رفتاری و فکری افراد دموی مزاج: افراد دموی مزاج، افراد پر-انرژی، تنوع طلب، شجاع، علاقه‌مند به ادبیات و موسیقی، مهربان، خوش‌اخلاق و خوش‌رو، دوراندیش، دست‌ودل باز و دارای میل جنسی زیاد می‌باشند. **صفرا** در لغت به معنای زردی است. این خلط را در قدیم کف خون می‌گفتند. علت به وجود آمدن خلط صفرا، مصرف غذاهایی با طبع گرم، چرب و تند می‌باشد. از جمله وظایف مهم صفرا، آگاه نمودن فرد از حالت دفع است.

۴

خلط بلغم در خون و ریه ساخته می‌شود و علت به وجود آمدن آن استفاده از خوراکی‌های سرد و مرطوب و کم بودن حرارت بدن به علل مختلف مانند بیماری، مصرف داروی نامناسب و آب و هوای نامناسب می‌باشد. بلغم قسمتی از خون است که باعث سفیدی و روشنی رنگ آن می‌شود. در واقع بلغم جانشین خون است و هرگاه بنا به دلایلی مانند ضربه‌ی چاقو یا بریدگی، خون از بدن خارج شود، بلافاصله بلغم جای خلط خون را می‌گیرد. از جمله وظایف مهم دیگر بلغم، آمادگی برای ذخیره‌سازی چربی اضافه و همچنین مرطوب نگهداشتن بدن و ایجاد شفافیت و نرمی در پوست می‌باشد.

ویژگی‌های ظاهری افراد بلغمی مزاج: این افراد دارای پوست سفید، نرم و روشن، لک و پیس، دندان و ناخن‌های سست و شکننده، خال‌های سفید و گوشتی، چشم سفید با پف زیر چشم، سفید شدن زودرس موها، پوست سرد و مرطوب، عرق سرد، کند بودن سرعت رشد مو، سرد بودن نوک دست و پاها، رقیق بودن آب بینی، خواب زیاد، زبان مرطوب و سفید، ترشی طعم دهان و معده‌ی ضعیف می‌باشند. همچنین این افراد، تند غذا می‌خورند و نبض ضعیفی دارند. بیماری‌هایی مانند: سینوزیت، تکرر ادرار، سنگ کلیه و ورم پروستات در افراد بلغمی مزاج بیشتر دیده می‌شود و بدنشان با خوراکی‌های سرد ناسازگار است. این افراد در زمستان بدحال می‌شوند، از سرمای کولر فرار می‌کنند و به بخاری و پوشیدن لباس‌های گرم علاقه زیاد دارند و زود به زود مریض می‌شوند.

ویژگی‌های روحی و فکری افراد بلغمی مزاج: این افراد ترسو، محافظه‌کار، سست اراده، تنبل و صلح‌طلب هستند، کمتر دعوا می‌کنند و چرب زبان، شوخ‌طبع، فراموش‌کار، دارای میل جنسی ضعیف، ظریف و ریزبین، منظم و دقیق و حساب‌گر، آرام و گوشه‌گیر، منطقی و عاقل هستند.

حفظ تعادل بدن از نظر مزاجی یعنی حفظ سلامتی و خروج از این تعادل موجب بروز بیماری می‌شود. لازم است هر فرد از نوع مزاج خود، محیط جغرافیایی که در آن زندگی می‌کند و طبیعت مواد غذایی از نظر سردی، گرمی، رطوبت و خشکی آشنایی داشته باشد تا در جهت رفع مشکلات برآید.

منابع:

۱. www.boalii.ir

۲. حبیب‌اللهی احمد، حبیب‌اللهی مسعود، ۱۳۹۳، آشنایی با انواع طبع و مزاج به انضمام تغذیه گروه‌های خونی، قم: نشر ابتکار دانش، چاپ بیستم.

اهمیت وجود برندهای مختلف دارویی در کشور

در دنیای امروز افزایش قیمت داروها و به ویژه داروهای برند تجاری که در انحصار چند شرکت خاص تولید و عرضه می‌شوند تبدیل به چالشی مهم در صنعت دارو و اقتصاد آن شده است؛ چالش‌هایی از جمله تحت انحصار بودن پتنت یک داروی برند تجاری در دست تولید کننده به مدت ۲۰ سال؛ قانونی که انجمن غذا و داروی ایالات متحده آمریکا (FDA) آن را وضع کرد و به دنبال آن موافقان و مخالفانی را در پی داشت. یادداشت پیش رو به بررسی تاثیر وجود برندهای خاص و لزوم برندزایی با بهره‌گیری از مستندات موجود می‌پردازد.

در مقاله‌ی (The pharmaceutical industry as a medicines provider) این موضوع عنوان شده است که افزایش قیمت دارو مردم را در جایگاه و موقعیت عدم دسترسی راحت و ارزان حتی در جوامع ثروتمند و توسعه‌یافته قرار داده است. در تعداد اندکی از ملل توسعه‌یافته تعداد بسیار زیادی از افراد به داروهای ضروری دسترسی ندارند که یکی از دلایل عمده‌ی آن



شرکت داروسازی اسوه

شرکت سرمایه‌گذاری شفا دارو
اسوه‌ای فارسی

شرکت توزیع داروپخش

بخش سراسری دارو و ملزومات پزشکی



می‌تواند انحصار آن دارو و برند دارویی در دست شرکت و کمپانی خاصی باشد. توسعه‌ی روز افزون این داروهای انحصاری و به اصطلاح امروزی، برند تجاری، جوامع را در مسیر عدم دسترسی آسان، بی‌دردسر و ارزان به این قبیل داروها قرار داده است. از دیگر مشکلات داروهای برند و انحصاری این است که قیمت تمام شده‌ی آن‌ها اکثر اوقات از هزینه‌ی تولید، ساخت و توسعه‌ی آن بسیار زیاد تجاوز می‌کند. نگرانی‌ها و جنجال‌های به پا شده در خصوص این امر منجر شده است تا سازمان تجارت جهانی (WTO) چالش‌های پیش رو در زمینه‌ی افزایش قیمت داروها، خصوصاً داروهای برند را جدی گرفته و به فکر آرامش بخشیدن به اوضاع کنونی بیفتد و موضوع را به سمت‌وسوی حل‌وفصل مشکلات ببرد. از جمله پیشنهاد‌های این سازمان، صاحبان فن و سرمایه و صاحب‌نظران می‌توان به توسعه‌ی برندهای بیشتر و کاهش انحصار دارو در دست برندهای خاص اشاره کرد تا هم قیمت تمام شده‌ی دارو برای بیمار و متقاضی کاهش یافته و هم دسترسی به آن راحت‌تر و ارزان‌تر شود.

در مقاله‌ی دیگر (Pharmaceutical economy and the)



NOVARTIS



عنوان شده است که مشکلات اقتصادی به سبب تولید تازه و روزافزون داروهای برند تجاری توسط شرکت‌های خاص دارویی افزایش یافته که این موضوع می‌تواند با گسترش برندهای دارویی] و تبدیل داروهای مذکور به داروهای ژنریک [برطرف و منجر به کاهش هزینه‌های تمام‌شده برای متقاضی دارو و دسترسی آسان‌تر آنان به دارو شود.

پس می‌توان از صحبت‌ها، بحث‌ها و مقالات منتشر شده در زمینه‌ی برندینگ و اقتصاد دارو به این نتیجه رسید که تبدیل داروهای برند تجاری به داروهای ژنریک و یا حداقل کاهش مدت زمان انحصار پتنت داروی برند در دست کمپانی تولید کننده‌ی آن می‌تواند هزینه‌ی دسترسی متقاضیان را به دارو کاهش داده و منجر به دسترسی آسان‌تر آنان به داروهای مورد نیازشان شود.

Johnson & Johnson

عبردستی

تاسیس ۱۳۲۵



تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر اقتصاد دارویی

ابتدا به توضیح طرح تحول نظام سلامت می‌پردازیم. این طرح با هدف رفع کاستی‌های موجود در شبکه درمانی کشور است طوری که در سایت رسمی طرح تحول نظام سلامت آمده، هدف اصلی این طرح، حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت، سامان‌دهی خدمات بیمارستانی و ارتقا کیفیت آن و دسترسی عادلانه مردم به خدمات درمانی بوده که از اردیبهشت سال ۱۳۹۳ اجرا شد. حال این طرح در واقع چیست؟ این طرح در بخش‌های مختلفی عمل نموده اما مهم‌ترین بخش آن، تأمین تمام اقلام دارویی و تجهیزات و ملزومات پزشکی در بیمارستان‌های مشمول است. به این معنی که دیگر بیمار برای تأمین اقلام دارویی یا تجهیزات مورد نیاز خود به داروخانه‌های سطح شهر یا بیمارستانی مراجعه نمی‌کند. در ابتدا توجه این بخش از طرح آن بود که در بسیاری از مناطق کشورمان، دسترسی به بسیاری از اقلام دارویی برای بیماران میسر نبوده و از این طریق این شرایط فراهم شده و دیگر اینکه دسترسی به ملزومات مصرفی در بیمارستان نیز فراهم می‌شود و هزینه‌ی اضافه بین بیمار-داروخانه-بیمارستان حذف می‌شود و به صورت بیمار-بیمارستان درمی‌آید؛ که البته طبق آماري که در همین سایت آمده، ۸۵٪ بیماران از خدمات ارائه شده در بیمارستان رضایت داشتند. تا اینجا، این طرح بسیار مفید قید شده و در عمل نیز در بسیاری از بخش‌ها به اهداف خود رسیده اما بپردازیم به بخش دارویی این طرح...

داروخانه‌های بیمارستانی تا پیش از این به علت تنوع اقلام دارویی، بسیاری از داروخانه‌ها را تا حدی منزوی نموده بودند و داروخانه‌های آموزشی نیز که با هدف صرفاً آموزشی تأسیس شده بودند، به این مشکل دامن می‌زدند. اکنون که طرح تحول نظام سلامت اجرا شد، داروخانه‌های بیمارستانی همانند داروخانه‌های شهری دچار مشکلات اقتصادی بسیاری شدند. از جمله معایب این طرح، بحث عدم خصوصی‌سازی است؛ چرا که اجرای کار و ارائه خدمات، همه از سوی وزارت بهداشت انجام می‌شود و این مغایر با قانون اساسی مبنی بر واگذاری کار و اجرا به بخش خصوصی است. در ضمن در صورتی که به بخش‌های خصوصی واگذار شود، پرداخت هزینه‌ها چگونه انجام می‌شود؟ در این طرح عنوان شده که منابع اقتصادی آن از مالیات بر ارزش افزوده تأمین می‌شود، باز هم سوالی اینجا مطرح می‌شود که چه ارگانی پرداخت‌کننده است؟ اگر شرکت‌های بیمه این هزینه‌ها را پرداخت می‌کنند، که اکنون هم ۶ ماه بدهی به داروخانه‌ها را دارند. پس با این روند، مشکلات اقتصادی داروخانه‌ها، کمرشکن خواهد شد. حال از دید دیگری به این بخش می‌نگریم. این طرح در درمانگاه‌های خصوصی هم اجرا می‌شود و با این روند تأخیر پرداخت هزینه‌ها، پزشکان به مراکز درمانی دولتی مهاجرت می‌کنند و به این ترتیب بسیاری از داروخانه‌های اطراف درمانگاه‌های خصوصی با ورشکستگی روبه‌رو خواهند شد. از طرفی داروساز به عنوان یکی از ارکان اصلی چرخه‌ی سلامت به صورت حرفه‌ای آموزش دیده تا مشاوره‌ی مناسب و ایمن به بیمار ارائه دهد ولی با اجرای این طرح و ارائه داروها در بیمارستان آینده‌ی مهمی در این خصوص وجود دارد. طبق پژوهشی که در این خصوص در اصفهان انجام شد، ۶۵٪ دست‌اندرکاران ارشد اجرای طرح تحول نظام سلامت در استان، به عنوان نقص، به نبودن یک سیستم پایدار به علت صدور قوانین و بخشنامه‌های مکرر اشاره کردند که خود نشانه‌ای از وجود مشکلات بسیار در این طرح است. دکتر دیناروند، معاون سازمان غذا و دارو در گفتگو با ایسنا، اذعان داشت که بسته‌ی دارویی طرح تحول نظام سلامت نیازمند بازنگری است که از جمله‌ی این بازنگری‌ها می‌توان به لزوم تربیت داروسازان بیمارستانی، استقرار مراقبت‌های دارویی در بیمارستان‌ها، تدوین و بازنگری دستورالعمل‌ها و آئین‌نامه‌های ارتقا خدمات دارویی و غیره اشاره نمود.

منابع:

<http://tahavol.sbmu.ac.ir/>

<http://www.isna.ir/>

<http://daroosaz.net/>

فصلنامه پیام انجمن داروسازان ایران- شماره ۳۰ - پاییز ۱۳۹۳- صفحه ۴۹
نعمتبخش. «پژوهش در طرح تحول نظام سلامت». مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی ۱۵ (۲۰۱۵): ۶۴-۶۶.

آرمغان برات پور مقدم - ترم ۱۰



بخش فرهنگی

زنک TED

این قسمت: پیل کتس از بحران می‌گوید...

۴۴

نویسنده پزشک!

«دوست دارم در زندگی کوتاه‌ترم،

در آغوش بگیرم»

است انسان

هر چیزی را که در دسترس

این قسمت: آتوان بن‌خوف

۴۶

«هیچ اتفاقی نیفتاده، خودت خواهی دید، در پایان
همه چیز خوب خواهد بود.»

۴۲

بچه

در همان خط که تنها بودم
و خدا بغض مرا می فرمید
در همان ثانیه قلم لرزید
من صدای نلخت را هر صبح
با نوای داد می فرمیدم،
تو که می گویی

بلیدیدت،
در تمام کلمات دنیا

هم بدان
هم بشنو

که لغات غلط این دنیا
چشم زیبای تو را نیست که نیست.

یک نفر

داد زنده

لرز دهد

ترس دهد بر تن من

رنگ و بویی ز خدای مه و مهتاب ندارد که ندارد که ندارد.

تو بدان من بگری را ز دلم را با تو
تک و تنها با تو

می نویسم اما،

نه مرا کار دبی،

نه که یارم باشی.

نه مرا راه دبی،

نه کنارم باشی.

نه مرا می ستوی،

یا که بهارم باشی.

این چه وضع است خدا

من که جز نام تو

دیگر یابد

بنویسم پوچی

من که چشم بی تو!

مهریوم هشتادوی - نهم ۶

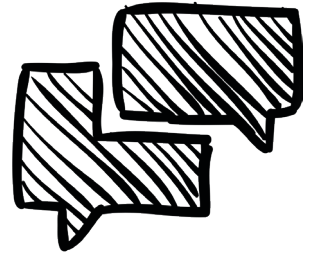


دانشکده‌ی رنگی‌ها

آقای آبی ۱۲ سال درس خوانده بود که وارد دانشگاه شود و همسری برای خود انتخاب کند. تا قبل از دانشگاه هر بار که تلاشی کرده بود تا پاسخی به هرمون‌های بدنش بدهد، مادرش به او گفته بود: «تحمیل کن تا دانشگاه!» و او هر روز تحمل می‌کرد. حال آقای آبی توانسته بود در رشته‌ی داروسازی قبول شود. رشته‌ی داروسازی را به دلیل اینکه هر مشکلی که برایش در زندگی پیش می‌آمد، فوراً به دنبال داروی آن مشکل می‌گشت، انتخاب کرد. با خودش فکر کرده بود اگر داروسازی بخواند می‌تواند مطمئن شود که تمام داروها را برای هر دردی می‌شناسد. اما خب هدف اصلی آقای آبی یا بهتر بگوییم درد اصلی آقای آبی پیدا کردن همسر از طریق دانشگاه بود. هر بار هم خودش را گول می‌زد که این فقط یکی از هدف‌های دانشگاه آمدن است. اما رفته‌رفته به تنها هدفش تبدیل شد. وقتی به دانشکده آمد، متوجه شد بقیه نیز مانند او رنگ به خصوصی دارند. قرمزها کنار هم، سبزه‌ها کنار هم، سفیدها کنار هم و در نهایت سیاه‌ها. البته رنگ‌های دیگری هم بودند؛ اما آنقدر تعدادشان کم بود که نمی‌توانستند اکیپ باشند و معمولاً سعی می‌کردند به یکی از این اکیپ‌ها ملحق شوند و تغییر رنگ دهند. آقای آبی به سختی می‌توانست در بین کلاس‌های ۴۵ دقیقه‌ای و بین هزاران هزار اسم دارویی که هر زنگ سر کلاس برده می‌شد، آرامش و فرصتی پیدا کند که به دنبال همسرش بگردد. با این حال کم‌کم شروع کرد که به اکیپ‌ها سری بزند و عضو یکی از آن‌ها شود. ابتدا به دنبال اکیپ آبی‌ها گشت؛ اما بعد از پرس‌وجوهای فراوان متوجه شد که نسل آبی‌ها منقرض شده است و او تنها آبی راه یافته به دانشگاه است. به ناچار به سراغ اکیپ‌های دیگر از جمله قرمزها رفت. قرمزها در نگاه اول به نظر می‌آمد می‌توانند پاسخ خوبی برای سال‌ها تحمل آقای آبی باشند، اما او خیلی زود فهمید هیچ‌گونه ارتباطی با قرمزها نمی‌تواند داشته باشد. چرا که قرمزها اصلاً به دنبال ازدواج نبودند و راه‌های بسیار آسان‌تر و سریع‌تری را پیدا کرده بودند. اما آقای آبی تمایلی به آن‌ها نداشت (اگر هم داشت پولش را نداشت). به سراغ سبزه‌ها رفت. سبزه‌ها هم تمایل کمی به ازدواج داشتند و به جای ازدواج یک گیاه را جایگزین کرده بودند و با او پیمان زندگی بسته بودند. آقای آبی پس از یک بار مصرف آن گیاه متوجه شد که اهل دوستی با سبزه‌ها هم نیست. به سراغ سفیدها رفت. سفیدها از آن جهت که مانند آقای آبی سال‌ها تحمل کرده بودند که به دانشگاه بیایند و همسر پیدا کنند به آقای آبی خیلی شبیه بودند. اما پس از چندی آقای آبی متوجه شد آن‌ها به کل این تمایل را در خود از بین برده‌اند و با کتاب و درس و مقاله‌هایشان پیمان زندگی بسته‌اند. آقای آبی روز به روز خسته‌تر و ناامیدتر می‌شد. از اینکه می‌دید سال‌ها تحمل کرده و منتظر مانده که به دانشگاه بیاید، اما در دانشگاه آدمی شبیه او نیست احساس سرخوردگی می‌کرد. تا اینکه به توصیه خیلی‌ها به سراغ سیاه‌ها رفت. سیاه‌ها کسانی بودند که از همه‌ی دنیا بریده بودند. یا اگر هم مقداری وصل بودند، سعی می‌کردند طوری تیپ بزنند که همه متوجه قطع بودن ارتباط آن‌ها از دنیا بشوند. آن‌ها بی‌خیال همه چیز شده بودند و به آقای آبی توصیه می‌کردند با توجه به اینکه نسل تو منقرض شده است، به جمع سیاه‌ها بپیوند چرا که امروزه نسل ما مد روز است. آقای آبی که راهی جز این پیدا نکرده بود به سیاه‌ها پیوست و برای همیشه از داروسازی، کلاس، همسر، هرمون، گیاه... و هر چیزی که فکر کنید قطع امید کرد و سیاه رنگ شد.



آنچه از روزگار برورودی ۹۳ گذشت...



بله... خدمت شما عارض شوم که ورودی ۹۳ با نام دلاوران، نام آواران پهلوانان (تو دانشکده، بچه محل‌ها می‌گن!) همیشه پیش‌رو در تمام عرصه‌ها هستن و حضور پرخیز و برکتشون در مجله ریتالین (که ایشالا به تخته شدن در مجله منجر میشه) مایه‌ی فخر و مباهاته خودمونه!

عاقا ما اومدیم اول این ترم که تازه هن‌هن‌کنان از غول علوم پایه گذشته بودیم... طی یک حرکت جانانه و خفن هفته اول رو نریم سرکلاس (=)) فی الواقع خودمونو متقاعد کردیم که شنبه و یکشنبه (دوشنبه هم قربونش برم عید قربون بود) با سه‌شنبه و چهارشنبه سرجمع ۹ ساعت کلاس رو دل از صندلی‌های روح‌الامین بکنیم! القصه بعد از اعلام آمادگی قریب به ۹۰ درصد کلاس برای این حرکت از خودگذشتانه و جان‌فشانانه، خبرهای رسیده از روز اول و دوم حاکی از آن بود که فقط و تنها فقط! چند ترم بالایی بی‌خبر از همه‌جا سرکلاس حاضر شدند و اما به سحر سه‌شنبه نرسیده بودیم که ملت دل‌تنگ کلاس و درس گشتندی و با رشد تصاعدی طور تا چهارشنبه و بعضا پنجشنبه! حضور بهم رساندند! جدا از هماهنگی بی‌سابقه در شروع ترم، هیجان‌انگیزترین اتفاق هم جنبش صورتی یواشمون بود که برای پایین آوردن کف قبولی آزمون علوم پایه برگزار شد و با عدم حضور معاونت آموزشی محترم در دفترشون ضایع شدیم رفت. بعله. فقط برادران حراست رو به زحمت انداختیم که هر چی سوال می‌پرسیدن، ما عین جغد بدون پلک زدن، نگاهشون می‌کردیم.



دیگه جونم براتون بگه از دارو ترم ۵ اصف! که همه کلاساشو با روح‌الامین بستن... یعنی شما شنبه تا چهارشنبه باید لک‌لک تو کلاس روح‌الامین خدایامرز به ت...حصی..ل عللم و ادد..دب پیرردازی زی (احتمالا ثواب علم‌آموزی تو سرما بالاتر از ۷۰ و حتی ۷۰۰ مرتبه تو گرماعه!:) در پی این توطئه‌ی شوم کثیف (حبس در زیرزمین) لب به اعتراض گشودندی و وقتی فهمیدیم مشکل از بالاس! قندیل طور روانه آموزش برای انتقال به فقیه‌ی، ردانی حتی منتشر! شدیم که پا به آموزش نداشته بودیم که با این پاسخ دهانمان دوخته شد... «همه کلاس پرعه» و بعدش...

بله... اگه ترم ۵ رو گذروندین که خوشبجالتون ولی اگه نگذروندین از من به شما نصیحت الکی دهننونو درگیر امار و تغذیه و اینا نکنید و از اول اصلا نگیرینشون چون بود و نبودتون سرکلاسشون هوووچ فرقی نمی‌کنه! بعدا نوشت: غلط کردم الان از سر جلسه امتحان امار اومدم، بدبخت شدم رفت به همین قبله حاجات - ___ -
در آخر برای گذرندگان از این ترم صبر جمیل برای ترم‌های پیش رو دارم... بالغ بر هفته‌ای دو سه ترجمه‌ی مقاله، ترجمه‌ی کتب مرجع، نوشتن تحقیق و پروپزال و و و... از رکورد آن بزرگواران بود! و من الله توفیق - ___ -

نیم نگاه

«بج اتفاقی نیفتاده، خودت خواهی

دید، در پایان هم چیز خوب خواهد بود.»



دیالوگی در ابتدای فیلم که بلافاصله با موسیقی متن و عبارت «هرتیه‌ای برای یک رویا» کوبیده بار روایت اثرش را می‌شود. دارن آرنوفسکی این چنین شفاف و عریان آغاز می‌کند. رویاهایی که آرام و بی‌صدا در گوشه‌ای می‌میرند حالا قرار است با فریاد سرگذشتشان روایت شود. فیلم بر اساس کتاب نوشته هوبرت سلبی ساخته شده است و داستان حول محور اعتیاد و مواد مخدر می‌چرخد. این چرخش با نمایش صحنه‌های مراحل مصرف و تأثیر مستقیم این مواد روی بدن انسان در طول فیلم نمایان‌تر می‌گردد. و به نوعی تماشاگر تعامل مواد مخدر، رویاپردازی و اعتیاد در این اثر سینمایی هستیم.



فیلم با بیان نوعی قانون بقای مواد مخدر حاکم بر این خانواده شروع می‌شود، هری، با بازی جرد لتو، عصبی به خاطر خماری مصرف نکردن هروئین، بعد از مدت طولانی به خانه‌ی مادرش آمده و قصد دارد تلویزیون او را برای فروش و تهیه‌ی هروئین ببرد. سارا، مادر هری، با وجود اینکه مدت زیادی از مرگ همسرش نگذشته، حالا تنهایی خود را با پرخوری و تماشای تلویزیون پر می‌کند، به خاطر علاقه به تنها فرزند خود در مقابل او مقاومت نمی‌کند و در عین حال به دلیل وابستگی به تلویزیون چاره جز بازخرید آن از فروشنده ندارد. روایت ابتدایی فیلم از شرایط خانواده، در عین دیالوگ سارا که قول یک پایان خوش را به خود می‌دهد، شاید سوال شکل گرفته در ذهن مخاطب که در ادامه‌ی داستان چه خواهد شد را با جواب خوش‌بینانه‌ای روبه‌رو نسازد. و این چنین نیز می‌شود. همین‌جا درمی‌یابیم با فیلمی مملو از مثبت‌اندیشی و پایان خوش روبه‌رو نیستیم. شاید فیلم به نوعی در مقابل تلویزیون، همتای رسانه‌ای خود، با چهره‌ای که از آن نشان می‌دهد قرار می‌گیرد. تلویزیونی که القای تصور مورد نیاز و خوش‌بینی را، بروز شده مطابق با زندگی میلیون‌ها نفر در مقیاسی وسیع روی آن‌ها انجام می‌دهد.



اکثر ما با مکانیسم اثر مواد مخدر اپیوئیدی مانند هروئین آشنا نیستیم. موادی که با اثر بر گیرنده‌های میو در مغز باعث سرخوشی و از بین رفتن حس درد می‌شوند. و این دقیقاً دلیل استعمال آن‌هاست؛ چند ساعتی فارغ از مسائل زندگی روزمره و مشکلات پیش‌رو و غوطه‌ور شدن در حس سرخوشی و لذت. سامانه‌ی درونی در حالت طبیعی بعد از فعالیت‌های ورزشی با ترشح اندورفین‌های درونی برای کاهش درد ناشی از فشار روی مفاصل و حس آفوریای اثر خود را اعمال می‌کند. ولی انسان‌ها علاوه بر توانایی دست‌کاری و تغییر طبیعت قادر هستند روی بدن و ذهن خود نیز همین اعمال را انجام دهند. این کار می‌تواند برای کاهش درد ناشی از زخم‌های فیزیکی یا عمل جراحی باشد و یا فراغت از تصور مشکلات زندگی و اضطراب حوادث پیش‌رو. با راه‌های میانبری که مواد اپیوئیدی مانند هروئین در اختیار ما می‌گذارند می‌توان بدون انجام کار و تغییری در منشا نگرانی و اضطراب موجود در جهان بیرون، مستقیماً به حس لذت درونی دست یافت. این مسئله همچنین برای مواد شبه آمفتامینی، که در کاربرد پزشکی برای کاهش اشتها و لاغری مورد استفاده قرار می‌گرفتند مصداق دارد. این مواد با مهار بازجذب نوراپی نفرین و دوپامین و سروتونین، باعث افزایش هوشیاری و فعالیت بدنی و کاهش اشتها می‌شوند و موجب می‌شوند فرد با فعالیت بیشتر و دریافت کالری کمتر وزن از



دست

بدهد. همچنین یکی

از مکانیسم‌های قابل توجه عمل این مواد

تحریک مسیره‌های دوپامینرژیک مغز است که مسئول سیستم

پاداش در ذهن هستند. به این معنی که با عمل این سیستم حالت شادی دریافت پاداش بعد از انجام فرآیندی به فرد القا می‌شود. و در حالی است که اثر این مواد بسیار بیشتر و طولانی‌تر از عمل طبیعی مغز است. و این چنین است که بدون انجام کاری با دور زدن مراحل و مشکلات بدون واسطه ما را به پاداش می‌رسانند.

مادر هری که برای لاغر شدن و دستیابی به رویای پوشیدن لباس مورد علاقه‌ی خود در شوی تلویزیونی و دوباره دیدن شدن و مورد توجه قرار گرفتن، ابتدا سراغ رژیم‌های کم کالری می‌رود، بعد از ناتوانی در چشم‌پوشی از لذت خوردن خوراکی‌های مورد علاقه، با مراجعه به پزشک قرص‌های لاغری دریافت می‌کند. و حالا تماشای برنامه مورد علاقه‌اش، شوی تلویزیونی تبلیغ تشویق به رژیم لاغری، که به نوعی بت‌سازی افرادی که این کاهش وزن را داشته‌اند انجام می‌دهد، اثری دو چندان بر روی او دارد. این برنامه‌های تلویزیونی که موجی از انرژی مثبت به بیننده القا می‌کنند همیشه آن‌ها را روی ذهنیت خوب پاداش نگه داشته و کمتر تصویری از مشکلات طی مسیر به بیننده خود می‌دهند. مشکلاتی که سارا با شروع رژیم کم کالری به طور ملموس با آن‌ها روبه‌رو شد. شاهد بودیم قبل از شروع رژیم لاغری با وجود واقف بودن به اضافه وزن خود را به تماشای این شوی تلویزیونی می‌نشست و حل مشکل اضافه وزن خود را به تماشای برنامه تشویق کننده به کاهش وزن و تصور آن محدود می‌کرد. و حالا با شروع مصرف و اثر قرص‌ها به نوعی شاهد اثر سینرژیک آن‌ها و خوش‌بینی القا شده از تلویزیون هستیم.

همین‌طور به صورت موازی با داستان چالش لاغری سارا، شاهد زندگی هری، دوستش و نامزدش هستیم که رویای آینده‌ی خود را با پول توزیع مواد و در لحظات خوشی نئشگی آن پایه‌ریزی می‌کنند. و بعد از آنکه هر یک تلاش‌های خود را در تابستان انجام دادند، پاییز وقت آزمون تلاش‌های تابستان است. حالا داستان‌های موازی آن‌ها از هم فاصله پیدا می‌کند. یک طرف در پیدا کردن مواد ساخت رویا دچار می‌شوند و رویا از درون فرو می‌ریزد. طرف دیگر در ساخت آن زیاده‌روی می‌کند و رویایش به شکل توهمی همیشگی و معیوب در ذهنش به وقوع می‌پیوندد.

سارا که جوابی از سوی استودیو تلویزیونی برای حضور در برنامه دریافت نکرده، ترس به وقوع نپیوستن رویای حضورش در برنامه را با زیاده‌رویی در مصرف قرص‌های لاغری جبران می‌کند و با افزایش مصرف، توهم رویا جای تصور آن را می‌گیرد. کار توزیع هری و تایرون هم به خاطر مشکل در تهیه‌ی مواد متوقف شده و پول‌های پس‌انداز کار در تابستان مصرف مواد خودشان می‌شود. تا جایی که نامزد هری برای تهیه پول خرید مواد مجبور به تن‌فروشی می‌شود. و بالاخره در زمستان حاصل گذشتن از آزمون مشخص می‌شود. سارا سلامت روانی‌اش را به خاطر عوارض پایدار قرص‌های لاغری از دست می‌دهد، هری دستش و تایرون آزادی‌اش. ماریان هم تن‌فروشی را برای تهیه‌ی مواد خود انتخاب کرده است.

شاید نباید پرسید چرا رویا می‌سازیم و در امید همراه با آن زندگی می‌کنیم. شاید امید و زندگی پیوسته از چیزی هستند که بتوان آن‌ها را به چالش کشید. می‌توان در نظر داشت که پایداری آن به روش ساختن و پرداختنش وابسته است. این چنین پوشاندن تلخی افکار منفی که ناشی از تصور وقوع آن‌هاست و به دست آوردن لذت رویا قبل از رسیدن به آن ممکن است موجب شوند در نهایت رویا با مرثیه‌ای برای پوشیدن و مرگ آن پایان پذیرفته و دفن شود.

TED

زنگ TED این قسمت: پیل کیتس از بحران می‌گوید...

When I was a kid, the disaster we worried about most was a nuclear war. That's why we had a barrel like this down in our basement, filled with cans of food and water. When the nuclear attack came, we were supposed to go downstairs, hunker down, and eat out of that barrel.

Today the greatest risk of global catastrophe doesn't look like this. Instead, it looks like this.....



وقتی من کودک بودم، بزرگ‌ترین مصیبتی که نگرانش بودیم، جنگ اتمی بود. به همین خاطر ما بشکهای در زیرزمین خانه داشتیم که پر از کنسروهای غذا و آب بود. وقتی که حمله هسته‌ای بیاید، فرض بر این بود که ما پایین پله‌ها می‌رویم، آنجا مخفی شده و از مواد غذایی بشکها می‌خوریم.

امروز بزرگ‌ترین خطر برای فاجعه‌ای جهانی شبیه به این نیست. به جای آن، شبیه این است: اگر چیزی بیش از ده میلیون انسان در دهه‌های آتی را بکشد، بیشتر ممکن است یک ویروس شدیداً عفونی باشد تا یک جنگ. نه موشک‌ها بلکه میکروب‌ها.

و ما برای فاجعه همه‌گیر بعدی آماده نیستیم.

بگذارید نگاهی به ابولا بیندازیم. مطمئنم همه شما در روزنامه‌ها آن را پیگیری کردید. چالش‌های سخت زیادی در کار بود. ما در گذشته هم به دنبال ریشه‌کنی فلج اطفال بودیم. همان‌طور که می‌بینید چه اتفاقی افتاد؟ مشکل وجود سیستمی که به درستی کار نمی‌کرد، نبود؛ مشکل این بود که ما اصلاً سیستمی نداشتیم. در حقیقت تکه‌های کلید گم‌شده‌ای به وضوح وجود داشتند. ما گروهی از اپیدمی‌شناسان را نداشتیم که آماده رفتن باشند. که اگر می‌رفتند، می‌دیدند که بیماری چه بوده و تا چه حد گسترش یافته است. گزارش‌ها به صورت مقاله درآمدند. تأخیر زیادی در ارسال آن‌ها در اینترنت افتاد و آن‌ها اصلاً دقیق نبودند. ما تیم پزشکی آماده برای این جریان نداشتیم. ما راهی برای آماده‌سازی مردم نداشتیم. الان پزشکان بدون مرز، بسیار عالی توانستند





داوطلبان را هماهنگ کنند. کسی آنجا نبود که بر شیوه‌های درمانی نظارت کند. هیچ‌کس توجهی به تشخیص نکرد. هیچ‌کس نمی‌توانست درک کند که چه ابزارهایی باید استفاده شوند. به عنوان مثال، ما می‌توانستیم خون نجات یافتگان را بگیریم، آن را تحلیل کرده و پلاسمای آن را به مردم برای محافظت برگردانیم. اما این مسأله هیچ‌وقت امتحان نشد.

بنابراین موارد زیادی گم شده بود. و این‌ها عملاً شکستی جهانی بود. اما خب در سینما این کاملاً متفاوت است. گروهی از اپیدمی‌شناسان خوش‌تیپ آماده وجود دارند، که به صحنه آمده و مشکلات را حل کنند، اما این فقط هالیوود است.

شکست ناشی از عدم آمادگی ممکن است منجر شود تا اپیدمی بعدی بسیار شدیدتر از ابولا نابودکننده باشد. بگذارید نگاهی به پیشروی ابولا در طول امسال بیندازیم. حدود ده هزار نفر مردند و تمامی آن‌ها تقریباً در سه کشور غربی آفریقا بود. به ۳ دلیل این مسأله بیشتر گسترش نیافت. اول اینکه بسیاری از کارمندان حوزه سلامت کارهای ارزشمند و قهرمانانه‌ای انجام دادند. آن‌ها مردم را پیدا کرده و از عفونت بیشتر جلوگیری کردند. دوم طبیعت این ویروس است. ابولا از طریق هوا منتقل نمی‌شود و زمانی که شما ناقل بیماری باشید، بیشتر مردم شدیداً بیمار هستند؛ به نحوی که بستری می‌شوند. نهایتاً این ویروس زیاد به نواحی شهری نفوذ نکرده بود. و این تنها شانس بود. اگر به شهرها بیشتر سرایت می‌کرد، موارد ابتلا به بیماری بسیار بیشتر از این بود.

پس دفعه‌ی بعدی ما ممکن است آن‌قدر خوش‌شانس نباشیم. شما ممکن است در جایی ویروسی شوید که مردم فکر کنند حالشان خوب است ولی همگی آلوده هستند، در حالی که سوار هواپیما می‌شوند یا به بازار می‌روند. منبع ویروس ممکن است یک اپیدمی طبیعی مثل ابولا بوده، یا می‌تواند حمله‌ی میکروبی باشد. پس چیزهایی وجود دارند که عملاً مسائل را هزاران بار دشوارتر می‌کنند.

به عقیده من، چگونگی آماده‌سازی همان چیزی است که برای جنگ انجام می‌دهیم. در تمامی لحظات، سربازانی داریم که منتظر عملیاتند. نیروهای ذخیره‌ای با تعداد زیاد که می‌توانند ما را پشتیبانی کنند.

بخش‌های مهم کدامند؟ ما سیستمی قوی برای سلامت در کشورهای فقیر لازم داریم؛ آنجایی است که مادران با امنیت کامل بچه‌ها را به دنیا آورند، کودکان واکسن‌هایشان را بزنند. همچنین جایی نیاز داریم که بتوانیم بروز حادثه را سریعاً مشاهده کنیم. ما نیاز به نیروهای ذخیره‌ی درمان داریم، مردمان بسیاری که آموزش دیده و آماده هستند و پیش‌زمینه و تخصص لازم را دارند. می‌بایست تیم درمان با ارتش همکاری کنند، از قابلیت‌های نظامی برای جابجایی سریع و لجستیک بهره ببرند و نواحی را امن کنند. ما لازم است شبیه‌سازی کنیم، بازی میکروپ‌ها و نه بازی جنگ، تا دریابیم که نقاط ضعفمان کجاست. آخرین باری که بازی میکروبی در آمریکا انجام شد سال ۲۰۰۱ بود که اصلاً خوب پیش نرفت. تا الان نتیجه‌ی بازی یک-صفر به نفع میکروپ‌هاست.

من دقیقاً بودجه‌ی لازم برای هزینه این کار را ندارم، اما مطمئنم که بسیار کمتر از آن مصیبتی که به بار خواهد آورد می‌باشد. یک سیستم بهداشت مقدماتی، تحقیق و توسعه، این‌ها عدم تساوی در سلامت جهانی را کاهش داده و دنیا را جایی منصفانه و امن‌تر خواهد کرد. پس من فکر می‌کنم که این باید در اولویت قرار گیرد. نیازی به واهمه نیست. لازم نیست کنسروهای اسپاگتی را ذخیره کنیم یا به زیرزمین پناه ببریم. ما نیاز داریم که به جلو برویم، زیرا زمان برعلیه ماست.

در حقیقت، اگر یک جنبه‌ی مثبت از اپیدمی ابولا نتیجه شود این است که کمکی به عنوان هشدار و بیدار باش اولیه بوده تا ما آماده شویم. اگر ما الان شروع کنیم، می‌توانیم برای اتفاق عالم‌گیر بعدی آماده باشیم. ممنون

So I think this should absolutely be a priority. There's no need to panic. We don't have to hoard cans of spaghetti or go down into the basement. But we need to get going, because time is not on our side. In fact, if there's one positive thing that can come out of the Ebola epidemic, it's that it can serve as an early warning, a wake-up call, to get ready. If we start now, we can be ready for the next epidemic. Thank you.

زهرا رحیمی - ترم ۶

نویسنده پزشکی؛

«دوست دارم در زندگی کوتاهم، هر چیزی را که در دسترس انسان است در آغوش بگیرم»

این قسمت: آنتوان چخوف



«دوست دارم در زندگی کوتاهم، هر چیزی را که در دسترس انسان است در آغوش بگیرم. دوست دارم حرف بزنام، مطالعه کنم، در کارخانه بزرگی چکش به دست بگیرم و کار کنم، نگهبانی بدهم، شخم بزنام، مناظر زیبا را تماشا کنم، به تماشای اقیانوس‌ها بروم، سفر کنم، به اسپانیا بروم، به آفریقا و ...»

آنتون چخوف زندگی کوتاهی داشت و تنها ۴۴ سال زندگی کرد (۱۸۶۰-۱۹۰۴). اما

زمانی که این جهان را ترک می‌کرد هیچ آرزو و حسرتی برایش باقی نمانده بود و در این زندگی کوتاه توانسته بود به بسیاری از آرزوهای خود دست پیدا کند. او در سال ۱۸۶۰ در خانواده‌ای فقیر در روسیه دیده به جهان گشود. پدر او سال‌های زیادی از عمرش را در بردگی به سر برده بود و شاید به این دلیل بود که بزرگ‌ترین آرزوی آنتون این بود که مردم در آزادی کامل زندگی کنند. در سن ۱۲ سالگی اولین داستانش را نوشت، اما چیزی که او را به سوی نوشتن مطلب در مجلات طنز سوق داد، تنگنای اقتصادی خانواده‌اش بود. زمانی که دوران دبیرستان را تمام کرد، ابتدا با تدریس و سپس با نوشتن مطالب طنز در مجلات تلاش کرد اوضاع نامساعد اقتصادی خانواده‌اش را بهبود ببخشد. هر زمان که می‌خواست پولی برای خانواده خود بفرست همراه آن نامه‌ای طنزآمیز قرار می‌داد تا شاید این‌گونه بتواند قسمتی از سختی و فشاری که در خانواده قرار دارد را جبران و لبخندی بر لبان اعضای خانواده‌اش ایجاد کند. برای ادامه تحصیل به مسکو رفت و در دانشکده‌ی پزشکی ثبت‌نام کرد. در دوران دانشجویی خود هم نوشتن مطالب طنز را ادامه داد و البته تنها دلیل نوشتن این مطلب به دست آوردن پول و کمک به خانواده‌اش بود. او این مطالب را با نام‌های مستعار مختلف همچون «برادر برادرم»، «مرد بدون طحال» و «دکتر بدون بیمار» منتشر می‌کرد.

سرانجام یکی از نویسندگان بزرگ و برجسته آن روز روسیه با خواندن مطالب نوشته شده او به استعداد این پزشک نویسنده پی برد و طی نامه‌ای برای او این‌گونه نوشت: «من اطمینان دارم که تو توانایی آفریدن آثار هنری و متعالی را داری. از عجولانه نوشتن پرهیز کن. نمی‌دانم از چه راهی گذران می‌کنی. اگر محدودیت اقتصادی داری، گرسنگی بکش؛ همان‌طور که ما در دوران خودمان گرسنگی کشیدیم». چخوف نیز جواب نامه او رو این‌گونه داد: «نامه شما را خواندم و اشک ریختم و به هیجان آمدم. اگر استعدادی دارم که باید به آن احترام بگذارم، اعتراف می‌کنم که تاکنون احترامی برایش قائل نبوده‌ام. آخر من پزشک هستم و در کار پزشکی غرقم. من از گرسنگی کشیدن ابایی ندارم ولی نکته اینجاست که من به تنهایی زندگی نمی‌کنم ...»

بعد از این نامه چخوف به خود آمد و اندک اندک نویسندگی را جدی گرفت. چیزی نگذشت که به جایگاه مطمئنی در ادب روسیه رسید. او در جوانی و در سن کمتر از ۳۰ سالگی توانست جایزه معتبر پوشکین را به دست آورد و به عضویت انجمن‌های معتبر ادبی درآید. این نویسنده بزرگ و جوان روسی از سبک‌های قدیمی و قواعد دست و پا گیر ادبی آن روزگار دور جست و سبکی جدید برای خود ابداع کرد. که سبب شد آثار او از دیگر نویسندگان متمایز شود.

در سن ۲۴ سالگی دچار سل شد و سرفه‌های خون‌آلود به سراغش آمد اما او تمام تلاش خود را کرد که بیماری خودش را فراموش کند و بیماری مانعی برای پیشرفت او در زندگی نشود. ۱۰ سال بعد از این اتفاق برادر او در اثر سل جان خود را از دست داد. اما او باز تلاش کرد تا با مهربانی بی‌پایان خود و لبخندهای گرم و صمیمانه به دوستان و خانواده‌اش دل‌داری دهد. در سال ۱۹۰۴ برای درمان بیماری خود





که به مراحل بحرانی رسیده بود راهی اروپا شد. اما دیگر بیماری به او غلبه کرده و سرانجام در یکی از شهرهای آلمان و در اثر سرفه‌های بی‌پایان شبانه تسلیم این بیماری شد و زندگی کوتاه ولی پر بار او به پایان رسید.

او شخصیتی بسیار والا داشت. و در ردیف انسان‌دوست‌ترین نویسنده‌های تاریخ ادبیات جهان قرار دارد. در عین حال او پزشکی بسیار مهربان بود که خنده هیچ‌گاه از لب‌های او محو نمی‌شد. ظاهری جذاب داشت و اعتماد به نفسی که مسری بود. مردها در مقابل او خودشان را قدرتمند می‌یافتند و زنان در برخورد با او دچار این احساس می‌شدند که از جذابیت بی‌مانندی برخوردارند. مدام در حال شادی و خنده بود. به خود مغرور نبود. از فقر بیزار بود و معتقد بود که فقر، گوهر انسانی را در آدمی نابود می‌کند. در همه حال به دوستانش کمک مالی می‌کرد و بی‌خیال دنیا بود.

چخوف در زمان حیاتش بیش از ۷۰۰ اثر ادبی آفرید. آنتون را مهم‌ترین داستان کوتاه‌نویس برمی‌شمارند و در زمینه نمایش‌نامه‌نویسی نیز آثار برجسته‌ای از خود به جا گذاشته‌است، وی را پس از شکسپیر، بزرگ‌ترین نمایش‌نامه‌نویس می‌دانند. همچنین در زمینه‌ی داستان‌های بلند نیز آثار برجسته‌ای از خود به جای گذشته است. از جمله معروف‌ترین داستان‌های کوتاه این نویسنده می‌توان به داستان‌های «از دفترچه خاطرات یک دوشیزه»، «بوقلمون صفت»، «بانو با سگ ملوس» و «نشان خورشید» و داستان‌های بلند «داستان ملال‌انگیز» و «داستانی درباره مرگ و ملال» اشاره کرد. در زمینه‌ی نمایش‌نامه نویسی هم آثار بسیاری همچون «ایوانف»، «خرس»، «عروسی»، «سه خواهر»، «دایمی وانیا» و «در جاده بزرگ» را از خود به یادگار گذاشته است.

«نامه شما را خواندم و اشک ریختم
و به هیجان آمدم. اگر استعدادی
دارم که باید به آن احترام بگذارم،
اعتراف می‌کنم که تاکنون احترامی
برایش قائل نبوده‌ام. آخر من پزشک
هستم و در کار پزشکی غرقم. من
از گرسنگی کشیدن ابایی ندارم ولی
نکته اینجاست که من به تنهایی
زندگی نمی‌کنم ...»

مرجان پورهادی- ترم ۱۰

راهنمای جامع پزشکی مشکلات بهداشتی اهلیان
استان اصفهان



دانشکده داروسازی

شما هم می توانید

عضوی از خانواده ی ریتالین باشید

ایتالین

مجله علمی پزشکی | پاییز ۱۳۹۵ | شماره چهار | قیمت: ۱۰۰۰ تومان

آموزش گاه به گاه جدید برای
استفاده از جعبه دماسنج دیجیتال در خانه و مکان
مختصین مثل مراکز درمانی و بیمارستان

در حضور مکان های ناشناخته دانشکده
معماری با نگاه هنرمندانه استاد دانشکده داروسازی

ببینید دانشجو معلمان
چگونه با دانشجو معلمان در فرآیند آموزشی

نمودار سنج در هنگام های استثنایی
در صورتی که دماسنج در خانه یا مراکز
مختصین مثل مراکز درمانی و بیمارستان

مخاطب از نگاه TED آن ها
مخاطب از نگاه TED آن ها

شهره خوب های گیس اهلیان
چگونه با دانشجو معلمان در فرآیند آموزشی

مقاومت پرونده ویژه
آنتی بیوتیکی

درفس که به گوشه های نمی رود!
Ritalinmagazine.pharmacy@gmail.com

ایتالین

مجله علمی پزشکی | بهار ۱۳۹۶ | شماره یکم | قیمت: ۱۰۰۰ تومان

روش های تشخیص از نظر ۲ بعد فضا
از نظر تشخیصی

روش های تشخیص از نظر ۳ بعد فضا
از نظر تشخیصی

روش های تشخیص از نظر ۴ بعد فضا
از نظر تشخیصی

روش های تشخیص از نظر ۵ بعد فضا
از نظر تشخیصی

روش های تشخیص از نظر ۶ بعد فضا
از نظر تشخیصی

روش های تشخیص از نظر ۷ بعد فضا
از نظر تشخیصی

دیابت

درفس نمی رود!
Ritalinmagazine.pharmacy@gmail.com

ایتالین

مجله علمی پزشکی | بهار ۱۳۹۶ | شماره یکم | قیمت: ۱۰۰۰ تومان

گفتگو با دکتر میهن افروزیان
موضوع: آلودگی هوا و نقش آن در بیماری های تنفسی

Smart Insulin Patch
نوع جدیدی از پاشی دارو در بدن

روز جهانی مغز
نقش مغز در زندگی ما

موضوع: راه های مبارزه با دیابت
نقش ورزش و تغذیه

موضوع: راه های مبارزه با سرطان
نقش ژنتیک و محیط

موضوع: راه های مبارزه با سرطان
نقش ژنتیک و محیط

موضوع: راه های مبارزه با سرطان
نقش ژنتیک و محیط

موضوع: راه های مبارزه با سرطان
نقش ژنتیک و محیط

افسردگی

زندگی میهن افروزیان
Ritalinmagazine.pharmacy@gmail.com

ایتالین

مجله علمی پزشکی | پاییز ۱۳۹۵ | شماره چهار | قیمت: ۱۰۰۰ تومان

پرونده ویژه
بیم ترزین شده یا
روبوکاری ترزین

HIV

دانشگاه مشکلات و مسیر کلیه اصلی موفقیت است.
مساجه با کشورها و نقش استراتژی در راه داروسازی باجایی

چگونه مطرح شویم؟
پروژه ویژه استانی طرح دولت داروسازی

چه جایگاه بهتر داروسازان در صنعت؟
پروژه ویژه استانی طرح دولت داروسازی

نیمه نگاشی پر - مرتبه ای برای یک رویداد
درفس گفتگو با دانشجو معلمان

ایتالین

مجله علمی پزشکی | بهار ۱۳۹۶ | شماره یکم | قیمت: ۱۰۰۰ تومان

موضوع: راه های مبارزه با سرطان
نقش ژنتیک و محیط

موضوع: راه های مبارزه با سرطان
نقش ژنتیک و محیط

موضوع: راه های مبارزه با سرطان
نقش ژنتیک و محیط

موضوع: راه های مبارزه با سرطان
نقش ژنتیک و محیط

موضوع: راه های مبارزه با سرطان
نقش ژنتیک و محیط

موضوع: راه های مبارزه با سرطان
نقش ژنتیک و محیط

بیماری های آزار آزار ناکسوز

درفس گفتگو با دانشجو معلمان
Ritalinmagazine.pharmacy@gmail.com

کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده داروسازی اصفهان

ritalinmagazine.pharmacy@gmail.com
<http://ritalinmagazinepharm.blogfa.com>



در انگران بازگن رای نیست
در هر و مادر که و در گای نیست
ببریز خیالم و خیال از کس پر
در خاطر کس خاطر ما گای نیست
شوری نه چنان در دل ما جان دارد
لیکن که در هر حوصله و آبی نیست
گویی که خزان است هوا، باران است
همواره چه سودت همراهی نیست
در خلوت شب باد خد راه گشت
آنگاه که در دامن شب مای نیست

مریم مختاری - ترم ۵

در انگران بازگن رای نیست
در هر و مادر که و در گای نیست
ببریز خیالم و خیال از کس پر
در خاطر کس خاطر ما گای نیست
شوری نه چنان در دل ما جان دارد
لیکن که در هر حوصله و آبی نیست
گویی که خزان است هوا، باران است
همواره چه سودت همراهی نیست
در خلوت شب باد خد راه گشت
آنگاه که در دامن شب مای نیست



غیر از صدای دوست
هرچه در این جهان شنیدم آواز دهل بود؛
دور
ناخوش.

تا او صدایم زد و دستم بگرفت
و بهشت موعودش
نه از موج موج شیر و عسل،
که فوج فوج دریای رحمت نور و صدایش بود.