

فهرست

سخن سردبیر ----- ۲

داروسازی بالینی

- تنگناهای بازار دارو در تحریمهای پیش رو - ۴
 چگونه به عنوان یک گیاهخوار کمتر کربوهیدرات
 بخوریم ----- ۷
 طب تسکینی؛ نیاز واپسین روزهای زندگی - ۹
 بررسی مقایسه‌ای علل گزارش نکردن اشتباهات
 دارویی در میان دانشجویان پرستاری و پرستاران
 دانشگاه علوم پزشکی ----- ۱۲
 اوتیسم ----- ۱۴

فارماکولوژی

- حیوانات آزمایشگاهی و چالشهای پیش رو ۱۸
 اثر بخشی یا وابستگی؟ آیا داروهای ضد
 افسردگی اعتیاد آورند؟ ----- ۲۲

خبری

- اعتراض تولیدکنندگان داخلی به قیمت کمتر
 داروهای داخلی نسبت به داروهای ژنریک
 وارداتی ----- ۲۵
 نمونه برداری مایع از سلول‌های سرطانی گردش
 کننده در خون با استفاده از امواج صوتی - ۲۶

فرهنگی

- یادداشتی بر فیلم باشگاه خریداران دالاس؛ آنچه
 مرا نکشد، قویترم می‌کند ----- ۲۹
 احترام متقابل ----- ۳۳
 دل نوشته ----- ۳۵
 شعر ----- ۳۶
 معرفی کتاب ----- ۳۷
 کاریکاتور ----- ۳۸

معرفی تشکل‌های دانشکده

- کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده داروسازی ۳۹
 کانون فرهنگی هنری پرن ----- ۴۱
 انجمن دانشجویان داروسازی ایران (IPhSA) ۴۲

سرگرمی

- حل جدول ----- ۴۵
 سودوکو ----- ۴۶
 ارتباط با ریتالین ----- ۴۷
 فرم اشتراک ریتالین ----- ۴۸

شناسنامه مجله

صاحب امتیاز: صبا فقهی نجف آبادی

شماره ثبت: ۲۴۱-۳-۸۵

مدیر مسئول: غزاله مینائیان

سردبیر: صبا فقهی نجف آبادی

طراح جلد: پردیس احمدی

طراحی صفحات و صفحه آرا: ایمان معتمدی

ویراستاران: آتوسا مودب، امیر علی حریری، لیلا
سیدطباطبایی

کاریکاتوریست: صبا فقهی

دبیران:

- بخش علمی: سید سعید ناجی اصفهانی
 بخش تخصصی: طاها صافی، ملیکا ملکی
 بخش خبری: صبا فقهی نجف آبادی
 بخش فرهنگی: مهشید فروتن

هیئت تحریریه:

احمد بابایی، ارمین امینی، افسانه محسن زاده،
 آرمان بیغم، آرمان نصر اصفهانی، دیبا سعیدی، زهرا
 سلیمانی، زهرا علی دوستی، زهرا میردامادی، سارا
 کاروان، سجاد مغاره، سروین شیرانی، سید سعید
 ناجی اصفهانی، شقایق سعیدی، شیدرخ کامبخش،
 شیما رهنما، فرناز ابراهیمی، مریم صفوی، ملیکاملکی،
 مهدی هادوی، مهشیدفرزان، المیرا محمدی

با تشکر ویژه از:

- جناب آقای دکتر علی عمرانی
 سرکار خانم دکتر مقدس
 سرکار خانم دکتر یگدانه
 سرکار خانم سلطانی

سفن سردبیر



کتاب صبا فقهی ورودی بهمن ۹۲

هوالمحق

همون همیشه...

جمله‌ای که خیلی از ما عادت زندگی مون شده غذا، لباس، مسیر رفت و آمد و هزاران موردی که بدون ذره‌ای تغییر همیشه انجام می‌دهیم، بدون فکر به اینکه آیا راه دیگه‌ای هم هست؟! گاهی باید تغییر داد، احساس کرد، فکر کرد و تجربه کرد حتی گاهی پا را از مرزهای قانون فراتر گذاشت.

شاید باید جمله همون همیشه را به یک تجربه‌ی جدید تغییر داد. از همین دوران دانشجویی باید شروع کرد، باید به جای طی کردن هر روزه‌ی مسیر خانه کلاس، کلاس خانه، لذت برگزاری بازارچه‌های خیریه را چشید؛ تجربه‌ی بی نظیر شرکت توی سمینارهای علمی را به دست آورد؛ افتخار عضویت نشریات و تشکل‌های دانشجویی را احساس کرد؛ حس خوب دوره‌می‌های دوستانه را از دست نداد؛ تا بعد از فارغ‌التحصیلی حسرت روزهای از دست رفته را نخوریم و با افتخار بگیم تغییر دادم، احساس کردم و تجربه به دست اوردم و گاهی حتی پا از مرزهای قانون فراتر گذاشتم.

چرا که قبل از آن که بمیریم که نباید بمیریم...



داروسازی بالینی

- تنگناهای بازار دارو در تحریم‌های پیش رو
- چگونه به عنوان یک گیاه‌خوار کمتر کربوهیدرات بخوریم
- طب تسکینی؛ نیاز واپسین روزهای زندگی
- بررسی مقایسه‌ای علل گزارش نکردن اشتباهات دارویی در میان دانشجویان پرستاری و پرستاران دانشگاه علوم پزشکی اوتیسم





تنگناهای بازار دارو در تحریم‌های پیش رو



شیدرخ کامبخش ورودی ۹۵

انتظار می‌رود خط تولید شرکت‌های دارویی متوقف شود، می‌گوید: «عمدتاً مواد اولیه و مواد جانبی تولیدات داروی داخلی از کشورهای خارجی به‌ویژه چین و هند تامین می‌شود. حتی شرکت‌هایی که مواد اولیه‌ی دارویی تولید می‌کنند، اکثر مواد بینابینی و حلال‌ها را از کشورهای دیگر وارد می‌کنند. بسیاری از شرکت‌های خارجی از شهریور به ایران صادرات نخواهند داشت.» او می‌گوید: «برخی از شرکت‌های هندی، کره‌ای‌ها و اروپایی‌ها برای دریافت پول از ماه نوامبر به بعد ابراز نگرانی کرده‌اند و سفارش‌های بعد از ماه نوامبر را نمی‌پذیرند. شرکت‌های خصوصی چین نیز که با آمریکایی‌ها مراوده‌ی مالی دارند، علاقه‌ای به همکاری با ایران ندارند؛ به‌طوری‌که پس از صحبت‌های رئیس‌جمهور آمریکا پولی را که شرکت‌های ایرانی برای معاملات حواله کرده بودند، عودت دادند.»

او با ابراز نگرانی از شروع تحریم‌ها می‌افزاید: «شنیده می‌شود مقدار دپوی کشور در مقایسه با سال گذشته کمتر است. البته اگر دولت تن خواه ریالی در اختیار شرکت‌ها قرار دهد و ارزش لازم را نیز تهیه کند، شاید با توجه به اعتبار شرکت‌های واردکننده و تولیدکننده‌ی ایرانی بتوان برای شش ماه دارو و مواد اولیه مورد نیاز کشور را تهیه کرد.»

با شروع موج جدید تحریم‌ها نگرانی‌های زیادی در بیماران درباره تامین داروهای مورد نیازشان ایجاد شده است. کیانوش جهانپور، سخنگوی سازمان غذا و دارو با بیان این که نباید در این زمینه نگران بود و نیازهای دارویی بیماران تامین می‌شود، عنوان کرد: با مشوش کردن فضا، نباید شرایط جسمی و روحی بیماران را تضعیف نمود. قیمت داروها ۹ درصد افزایش داشته که عددی کمتر از نرخ تورم می‌باشد. هاشمی، وزیر بهداشت اعلام کرده است که قطعاً یکی از برنامه‌های آمریکا، افزایش فشار به ایران در حوزه دارو و تجهیزات پزشکی می‌باشد؛ بنابراین باید آمادگی لازم برای مقابله با چنین شرایطی را داشته باشیم.

این در حالی است که به گفته‌ی برخی از کارشناسان شاید حالا برای چاره‌اندیشی درباره‌ی تامین دارو و مواد اولیه‌ی دارویی کشور کمی دیر شده باشد. معاون اجتماعی وزیر بهداشت درباره‌ی شرایط تحریم گفته بود: «در صورت تشدید تحریم‌های دشمن، هیچ مشکلی در حوزه تامین دارو و درمان مردم به وجود نمی‌آید. دارو به اندازه‌ی کافی در کشور وجود دارد و با انجام تمهیدات لازم هیچ‌گونه نگرانی در حوزه‌ی درمان و سلامت مردم ایجاد نمی‌شود. ما مشکلات را شناسایی و راه حل‌های مناسب آن‌ها را پیدا کرده ایم.» اما کارشناسان حوزه‌ی دارویی نظر دیگری دارند. به گفته‌ی آن‌ها ذخیره‌ی دارویی کشور در مقایسه با سال گذشته کاهش پیدا کرده، وضعیت دارو مناسب نیست و با شروع تحریم‌ها این شرایط تشدید می‌شود. امیرحسین معینی‌زندی، نایب‌رئیس اتحادیه واردکنندگان دارو با بیان اینکه در صورت تحریم



علل دیگر می‌توان به مصرف بیش از حد یک نوع دارو در یک مقطع زمانی خاص و هم‌چنین موارد مربوط به گمرکات کشور و عدم ترخیص به موقع داروها اشاره کرد. هاشمی نیز در راستای رفع موانع ورود مواد اولیه ی دارو و تجهیزات پزشکی در تحریم‌ها و کمبود دارو گفت: «در قالب تفاهم نامه‌ای با گمرک جمهوری اسلامی، بسیاری از مشکلات در شرایط سخت برای شرکت‌های دارو و تجهیزات پزشکی رفع خواهد شد و این شرکت‌ها

از بابت ترخیص کالا نگرانی نداشته باشند.»

رئیس کل گمرک ایران، عسگری، افزود:

«در شرایط فعلی، همه ی مدیران گمرک کشور براساس حساسیتی که درخصوص دارو و تجهیزات پزشکی وجود دارد، توجیه شده‌اند تا نسبت به ترخیص کالاهای سلامت محور حساسیت بیشتری داشته باشند.» وی با اشاره به اینکه قبل از ورود کالا به کشور، صاحبان کارخانجات واحدهای تولید دارو می‌توانند در سیستم گمرک، اطلاعات کالا را ثبت کنند، تصریح کرد: «این مساله باعث می‌شود تا ترخیص کالای مورد نظر با معطلی روبرو نشده و با حداقل ایستایی کالایشان ترخیص شود.» عسگری افزود: «هم‌چنین تسهیلاتی برای مسافرینی که دارو برایشان تجویز شده است در نظر گرفته شده است.»

*هاشمی درخصوص تعامل سایر دستگاه‌ها با حوزه ی سلامت نیز گفت: «به کارگیری تلاش‌ها محدود به گمرک نیست، در بخش نقدینگی نیز سازمان برنامه و بودجه و وزارت اقتصاد و خزانه داری کل و در بخش ارزی، بانک مرکزی نهایت همکاری را خواهند کرد.

یک میلیارد دلار ارز برای واردات انواع اقلام دارویی تخصیص پیدا کرده است.

دوبرابر شدن سقف تسهیلات بانکی برای شرکت‌های دارویی

جهانپور گفت: «شورای پول و اعتبار میزان سقف تسهیلات بانکی که شرکت‌های دارویی می‌توانستند استفاده کنند را به منظور کمک به نقدینگی شرکت‌های دارویی به میزان دو برابر افزایش داده است. در تعامل بانک مرکزی و سازمان مدیریت بحث تامین ارز به میزان ۸/۲ میلیارد یورو برای تامین دارو قطعی شد.

شرکت‌های دارویی دولتی بدون محدودیت تسهیلات بانکی و ارزی می‌گیرند

غلامرضا اصغری به جزئیات نامه به بانک مرکزی در خصوص ارائه ی تسهیلات بانکی به شرکت‌های

این در حالی است که اصغری، رئیس سازمان غذا و دارو ادعا می‌کند که در حوزه ی دارو، ۸ ماه ذخیره داریم و اقدام‌هایی در سازمان غذا و دارو برای همه داروها به ویژه داروهای تولید داخل آغاز شده است تا میزان ذخیره ی دارویی کشور را از هشت ماه به یک و نیم تا دو سال برسانیم. در داروهای وارداتی هم سهمیه‌های سفارشی بیشتر شده است تا ذخایر کشور را برای نیمه ی دوم سال افزایش دهیم.

و از طرفی این خبر را داد که تا اوایل تابستان میزان کمبودهای دارویی بیش از ۶۰ قلم بود که به حدود ۴۰ قلم کاهش یافته است. وی با اشاره به دلایل متعدد کمبود دارو در کشور از جمله توزیع نامناسب شرکت‌های دارویی به دیگر موارد کمبود دارو نیز گریزی زد و گفت: «بخشی از این کمبود ممکن است به دلیل جو روانی در جامعه باشد. از طرفی به دلیل تاخیر در پرداخت‌ها، پول داروخانه‌ها به موقع پرداخت نمی‌شود و در نتیجه قدرت مالی داروخانه‌ها برای خرید دارو کاهش می‌یابد.»

وی افزود: «برخی از شرکت‌های توزیع دارو نیز اعلام کرده اند که فقط به صورت نقدی دارو می‌فروشند که سازمان غذا و دارو نیز با این شرکت‌ها برخورد کرد و حتی برخی داروها به شرکت‌های پخش دیگری واگذار شد.» اصغری ادامه داد: «به طور معمول ۳۰ تا ۴۰ قلم کمبود دارو وجود دارد. معمولاً ذخیره‌ی دارویی در کشور هشت ماهه است و اگر به چهار ماه برسد، می‌گوییم که ذخیره کم شده است و از این زمان به بعد دارو به صورت عام توزیع نمی‌شود؛ یعنی در این شرایط ممکن است دارویی را داروخانه‌های خصوصی نداشته باشند و فقط داروخانه‌های دولتی آن را ارائه بدهند.

یکی از علل کمبودهای دارویی، اصرار پزشکان برای تجویز داروهای خارجی است درحالی‌که داروهای مشابه ایرانی آن در کشور تولید می‌شود. از



دارویی اشاره کرد و گفت: «موضوع مستثنی شدن شرکت‌های گروه دارویی عمومی از محدودیت ارزی و تسهیلات بانکی با اشاره به شرکت‌های دارویی برکت، شفا و تامین مطرح شد.»

او در واکنش به اظهارنظر وزیر بهداشت مبنی بر تأثیرگذاری شدید تحریم‌ها از آبان‌ماه اظهار کرد: «کسری اعتباراتی که در حوزه‌ی سلامت وجود دارد، ارتباطی با اعمال تحریم‌ها ندارد، به ویژه دارو و تجهیزات پزشکی در لیست تحریم‌ها نیست، اما به طور غیرمستقیم تحت تأثیر این موضوع قرار می‌گیرد.»

مکمل‌ها ارز دولتی نمی‌گیرند

غلامرضا اصغری با اشاره به وضع بازار دارویی کشور افزود: «کمبود دارویی را زمانی اعلام می‌کنیم که دارویی، مشابه تولید داخل و یا برندهای دیگری نداشته باشد، زیرا ممکن است تنها داروی یک برند خاص در بازار موجود نباشد درحالی که داروهای ژنریک و تولید داخل را می‌توانیم به عنوان جایگزین آن در نظر بگیریم بنابراین نبود یک برند خاص دارویی به معنای کمبود اقلام دارویی نیست.»

وی گفت: «مردم باید بین دارو و مکمل تفکیک قائل شوند، زیرا از این به بعد مکمل‌ها، ارز آزاد دریافت می‌کنند و به همین تناسب نیز شاهد افزایش قیمت مکمل‌های دارویی هستیم، زیرا مکمل‌ها دارو محسوب نمی‌شوند و از دریافت ارز دولتی ۴۲۰۰ تومانی محروم‌اند.»

خانوی رئیس اداره فرآورده‌های طبیعی سازمان غذا و دارو ادامه داد: «نظارت بر قیمت‌ها جزء وظایف سازمان و غذا و دارو نیست اما به دلیل آن که متولی سلامت مردم هستیم، با سندیکا و اتحادیه‌های مربوط، ارتباط نزدیکی داریم تا بتوانیم از افزایش قیمت مکمل‌ها در برخی موارد جلوگیری کنیم تا آسیبی به سلامت مردم وارد نشود.»

تامین ذخایر دارویی در زمان تشدید تحریم‌ها نیازمند نقدینگی است

رئیس سازمان غذا و دارو: «عمده‌ی تلاش ما این است که شرکت‌های تولیدکننده‌ی داخلی دارو، تقویت شوند تا به اندازه‌ی کافی به تولید دارو بپردازند و کشور دچار مشکل نشود. در تامین ارز مورد نیاز برای تامین داروی کشور، مشکلی وجود ندارد و ارزهای غیر از یورو، به راحتی تهیه می‌شود، اما مشکل این است که شرکت‌های تولیدکننده و واردکننده دارو برای تهیه ارز مورد نیاز، به ریال و نقدینگی نیاز دارند که این مبالغ، همان مطالباتی است که شرکت‌ها از بیمه‌ها دارند.»

ایرج حریرچی با اشاره به این که اکثر داروها و تجهیزات پزشکی در لیست سفید تحریم‌ها هستند،

افزود: «در صورت بروز مشکل در زمینه‌ی تبادل مالی، روش‌های جایگزین از طریق شرکت‌های آلترناتیو در نظر گرفته شده و در صورت لزوم از آن طریق اقدام خواهد شد.»

*دکتر اسلامی تبار، مدیر حوزه‌ی بازرسی و پاسخ‌گویی به شکایات و امور حقوقی سازمان غذا و دارو نیز درباره‌ی پیگیری‌های لازم از مراجع قضایی بین‌المللی در زمینه‌ی تحریم‌های دارویی گفت: «پیگیری‌های لازم را از مراجع قضایی بین‌المللی انجام خواهیم داد تا عوارض تحریم‌ها نیز در حوزه دارو کمتر باشد.»

اقامه‌ی دعوی علیه تحریم‌های دارویی آمریکا

مدیرکل دفتر بازرسی، رسیدگی به شکایات و امور حقوقی سازمان غذا و دارو، از پیگیری بین‌المللی مقابله با تحریم‌های دارویی آمریکا علیه کشورمان خبر داد: «از طریق دادگستری مستقر در لاهه، موضوع تحریم‌های دارویی آمریکا علیه جمهوری اسلامی ایران را پیگیری می‌کنیم.»

اسلامی تبار تأکید کرد: «این پیگیری و اقامه‌ی دعوی علیه آمریکا، باعث خواهد شد عوارض تحریم‌ها در حوزه‌ی غذا و دارو، کاهش یافته و فشار کمتری به طرف‌های خارجی برای صادرات دارو و مواد دارویی به ایران، وارد شود.»

وی با بیان اینکه ۹۸ درصد داروهای مصرفی تولید داخل هستند، اظهار کرد: «مواد اولیه‌ی برخی داروهای تولیدی باید از خارج وارد شود که خوشبختانه دولت از لحاظ ارزی سهمیه‌ی مناسبی از گروه اول برای کالاهای ضروری به دارو و تجهیزات پزشکی اختصاص داده است. همچنین اعتبارات مناسبی برای تقویت بخش تولید داخل در مورد افزایش سقف وام بانکی تا دو برابر و ایجاد تسهیلات گمرکی در نظر گرفته شده است.»

به گفته‌ی سخنگوی وزارت بهداشت، تمهیدات متعددی نیز با اولویت‌های اول، دوم و... پیش‌بینی شده تا در حوزه‌ی تامین دارو و مواد اولیه مشکلی ایجاد نشود.

پرونده ویژه



چگونه به عنوان یک گیاه‌خوار کمتر کربوهیدرات بخوریم

سلامت می شوند. و در کاهش چربی مضر شکم بسیار موثر هستند و باعث کاهش تری گلیسیرید و چربی های مضر می شوند. هم‌چنین می‌توانند فشار و قند خون را کاهش دهند.

اگرچه رژیم های کم کربوهیدرات برای همه‌ی افراد ضروری نیستند، اما می‌توانند برای افرادی که دارای چاقی، سندرم متابولیک، دیابت نوع ۲ و اختلالات عصبی جدی هستند، مزایای مهمی داشته باشد.

انواع مختلف گیاه‌خواران: ۷ دسته ی مختلف از گیاه‌خواران وجود دارند که هیچ کدام از آنها گوشت یا ماهی نمی‌خورند.

دو نوع از رایج ترین گیاه‌خواران vegans و lacto-ovo vegetarians هستند.

Lacto-ovo vegetarians یا همان گیاه‌خواران معمول که فرآورده های لبنی و تخم مرغ می‌خورند، اما vegans هیچ یک از غذاهای مشتق شده از حیوانات را مصرف نمی‌کنند.

فرآورده های لبنی و تخم مرغ کربوهیدرات کمی دارند. تخم مرغ و فرآورده های لبنی بدون شکر افزودنی، حاوی کربوهیدرات کم هستند، اما پروتئین و چربی زیادی دارند و برای رژیم کم کربوهیدرات گیاه‌خواران (نه وگان ها) عالی هستند.

مصرف کمتر کربوهیدرات ها کار پیچیده ای نیست. فقط قندها و نشاسته ها را در رژیم غذایی خود با سبزیجات، گوشت، ماهی، تخم مرغ، آجیل و چربی‌ها جایگزین کنید.

رژیم های معمولی که دارای کربوهیدرات کم هستند معمولاً بر خوردن گوشت تکیه می‌کنند، که آنها را برای گیاه‌خواران نامناسب می‌کند.

همه‌ی افراد، حتی گیاه‌خواران می‌توانند رژیم غذایی کم کربوهیدرات را دنبال کنند. این مقاله به شما نشان می‌دهد چگونه این کار را انجام دهید:

به چه علت رژیم با میزان کربوهیدرات کمتر مورد مصرف است؟

در ۱۲ سال گذشته، حداقل ۲۳ مطالعه نشان داده است که رژیم های کم کربوهیدرات می‌توانند به شما در کاهش وزن کمک کنند (بدون شمارش کالری غذاها)

یکی از دلایل اصلی این است که این رژیم غذایی می‌تواند به میزان قابل توجهی اشتها را کاهش دهد و شما کالری کمتری مصرف کنید. بدون اینکه نیاز داشته باشید به صورت آگاهانه تمرین کنید که مقدار کمتری انرژی مصرف کنید.

رژیم های کم کربوهیدرات هم‌چنین باعث بهبود



نخود فرنگی.

چربی های سالم: روغن زیتون فرابکر، روغن آووکادو و روغن نارگیل

شکلات تلخ: با محتوای کاکائو بالا (۷۰-۸۵٪+)

کربوهیدرات کم، اما چربی زیاد دارد.

اما چه مقدار کربوهیدرات باید بخورید؟

تعریف دقیقی برای میزان کم کربوهیدرات وجود ندارد،

مهم این است که از طریق تجربه، مقدار کربوهیدرات

مصرفی خود را نسبت به اهدافتان تنظیم کنید.

این ها دستورالعمل هایی منطقی هستند:

۱۰۰-۱۵۰ گرم در روز: این محدوده ی نگهداری

مناسب برای افرادی است که زیاد ورزش می کنند.

۵۰-۱۰۰ گرم در روز: باید منجر به کاهش وزن

اتوماتیک شود و محدوده خوبی برای افرادی است

که زیاد ورزش نمی کنند.

۲۰-۵۰ گرم در روز: با مصرف این مقدار کم

کربوهیدرات، شما باید بدون تجربه گرسنگی زیاد،

وزن کم کنید. این محدوده ی کربوهیدرات بدن را به

حالت کتوز می برد.

گیاه خواران به راحتی می توانند به پایین ترین

محدوده ی مصرف برسند، اما چنین رژیمی برای وگان

ها می تواند غیرممکن باشد. محدوده ی ۱۰۰-۱۵۰ گرم

برای وگان ها می تواند مناسب تر باشد.

برای شروع این رژیم پیشنهاد می شود که از یک

سری برنامه هایی استفاده کنید تا مقدار کربوهیدرات

مصرفی را متوجه شوید و هم چنین از مصرف مقدار

مناسب چربی و پروتئین اطمینان پیدا کنید.

Refrence: <https://www.healthline.com/nutrition/low-carb-as-a-vegetaria>



شقایق سعیدی ورودی ۹۴



زهرا میردامادی
ورودی بهمن ۹۲



سیدسعید ناجی اصفهانی
ورودی ۹۲

تخم مرغ: فقط مقدار کمی از کربوهیدرات ها را شامل می شود. اگر می توانید تخم مرغ های غنی از امگا ۳ را انتخاب کنید .

یک تخم مرغ بزرگ حاوی ۶ گرم پروتئین و کمتر از ۱ درصد کربوهیدرات است.

ماست، ماست یونانی و کفیر: گونه های بدون شکر و پرچربی را انتخاب کنید. تا حد امکان از محصولات پروبیوتیک استفاده نمایید.

کره بادام زمینی: برای رژیم کم کربوهیدرات مناسب است. پنیر: یک ماده مغذی و خوشمزه است، و می تواند در تمام انواع دستور العمل ها استفاده شود.

این غذاها هم چنین سرشار از B₁₂ هستند، که در غذاهای گیاهی یافت نمی شود.

مواد غذایی گیاهی مناسب (برای هر دو رژیم گیاه خواری و وگان):

در واقع، انواع مختلفی از غذاهای کم کربوهیدرات گیاهی وجود دارد. بسیاری از این غذاها حاوی مقدار زیادی پروتئین و چربی می باشند.

سبزیجات: بسیاری از سبزیجات کم کربوهیدرات هستند. مثل گوجه فرنگی، پیاز، گل کلم، بادمجان، فلفل دلمه و بروکلی.

میوه ها: توت ها مانند توت فرنگی و زغال اخته می توانند در یک رژیم کم کربوهیدرات خورده شوند. بسته به میزان کربوهیدرات که می خواهید مصرف کنید، میوه های دیگر نیز می توانند استفاده شوند.

میوه های چرب: آووکادو و زیتون فوق العاده سالم هستند. دارای کربوهیدرات کم، اما چربی زیاد هستند.

آجیل و دانه ها: آجیل و دانه ها دارای کربوهیدرات کم، اما پروتئین و چربی زیاد هستند. این دانه ها شامل بادام، گردو، بادام زمینی و دانه کدو تنبل هستند.

حبوبات: برخی از حبوبات، از جمله لوبیا سبز و



طب تسکینی؛ نیاز واپسین روزهای زندگی



کتابخانه محسن زاده ورودی ۹۳

از " Palliative Care بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های خطرناک و تهدیدکننده زندگی و خانواده‌هایشان می‌باشد که با استفاده از اقداماتی از جمله شناسایی زودهنگام، معاینه و ارزیابی کامل و متعاقب آن تسکین درد و حل دیگر مشکلات فیزیکی، روانی و حتی معنوی بیمار صورت می‌گیرد."

طب تسکینی از دید WHO؟

- تسکین درد و علائم بیماری
- تاکید بر ادامه‌ی زندگی و بازگشت از مرگ
- عدم تغییر در زمان مرگ (نه جلو انداختن و نه به تاخیر انداختن آن)
- توجه به جنبه‌های روانی و معنوی در درمان بیمار
- ایجاد یک فضای حمایتی برای ادامه‌ی حداکثری زندگی بیماران
- استفاده از یک تیم برای راهنمایی و رسیدگی به

۱. واژه لاتین Pallium به نوعی از پنهان کردن در یونان قدیم و روم برمی‌گردد و امروزه نیز Palliation به معنای پنهان کردن یا پنهان کردن بدی بوده و شاید انتخاب این واژه برای طب تسکینی به این دلیل باشد که این طب بیماری را در حد امکان و نه کامل درمان می‌کند و تنها از عواقب ناخوشایند آن می‌کاهد.

علم پزشکی و روش‌های موثر درمان از نیمه‌ی دوم قرن بیستم پیشرفت چشم‌گیری داشته است اما با این حال این علم در بسیاری از موارد نیز به بن‌بست می‌خورد! شاید تاکنون با بیماری که با سرطان دست و پنجه نرم می‌کند و واپسین روزهای عمرش را درحالی می‌گذراند که هر لحظه به جای بهبودی شاید معجزه‌وار خود، آرزوی مرگ می‌کند برخورد داشته‌اید! پیش‌آمدی سخت که انتظار پایان زندگی را اجتناب ناپذیر می‌کند! حال به نظر شما بهترین اقدام برای چنین بیماری و خانواده‌ی وی چه می‌تواند باشد؟

شاید اتفاقی ذهنتان به سمت Euthanasia یا مرگ آسان برود! عملی که در بسیاری از کشورها از جمله هلند، بلژیک، سوئیس، کانادا و کلمبیا قانونی شده و گزارشات حاکی از افزایش حمایت‌ها از این قانون در اروپای شرقی می‌باشد. خودکشی به کمک پزشک یا Physician-assisted suicide نوع دیگری از اقدام به پایان دادن زندگی در شرایطی که امیدی به بهبودی نیست، می‌باشد که تا سال ۲۰۱۶ در ۵ ایالت از ایالات متحده‌ی آمریکا از جمله واشنگتن و کالیفرنیا قانونی شده است.

اما آیا هیچ راه دیگری برای کاهش درد و رنج بیماران در چنین شرایطی نیست؟

سازمان جهانی بهداشت (WHO) در ساله‌ای اخیر تاکید بر مجهز شدن بیمارستان‌ها به تیمی برای Palliative Care داشته‌است. طبق تعریف این سازمان هدف



کبدی، نارسایی مزمن کلیوی، ایدز، نارسایی قلبی پیشرفته و یا بیماری‌های مرتبط با سیستم عصبی مثل آلزایمر یا پارکینسون می‌تواند از طب تسکینی بهره بگیرد و لزوماً این طب برای مراحل پیشرفته‌ی سرطان به کارگرفته نخواهد شد. در حقیقت در هر لحظه حدود ۴۰ میلیون نفر در جهان به طب تسکینی نیاز دارند که از این بین ۳۹% مبتلا به بیماری قلب عروقی، ۳۴% مبتلا به سرطان، ۱۰% مبتلا به بیماری مزمن ریوی، ۶% مبتلا به ایدز و ۵% دچار دیابت می‌باشند که البته در آفریقا بیشترین نیاز به این طب متوجه بیماران ایدزی می‌باشد.

نقش داروساز در Palliative Care؟

در طب تسکینی بسیاری از اعضای کادر درمان از جمله پزشکان و متخصصین بالینی، پرستاران و... به عنوان یک تیم در تلاش برای بهبود وضعیت بیمار و کاهش فشار جسمی و روحی وی هستند. داروساز نیز به عنوان یکی از ضروری‌ترین ارکان درمان می‌تواند نقش به‌سزایی ایفا کند. مشکلات دارویی از قبیل لزوم افزودن دارویی جدید در پروسه‌ی درمان، اشتباهات دارویی، تنظیم دقیق دوزها، تداخلات دارویی و یا عوارض جانبی ناشی از این داروها که به کرات در مورد بیماران تحت درمان تسکینی با توجه به تعداد زیاد اقلام دارویی ایشان (به طور متوسط هرکدام از این بیماران پنج دارو را دریافت می‌کند) رخ می‌دهد، لزوم وجود داروساز را بیش از سه دهه است که پررنگ تر ساخته است. داروسازان با تنظیم رژیم‌های متعادل و تصحیح دوزهای دارویی و حتی انتخاب داروهای با قیمت کمتر می‌توانند پذیرش

نیازهای بیماران و خانواده‌هایشان که شامل مشاوره برای چگونگی روبه‌رو شدن با غم فقدان و سوگواری می‌باشد.

- افزایش کیفیت زندگی بیمار و تحت تاثیر قراردادن بیماری او
- این طب در انواع بیماریهایی که هدف درمان افزایش طول زندگی و نه بهبودی کامل بیمار است مثل روشهای درمانی رادیوتراپی یا کموتراپی به کارگرفته شده و شامل مداخلاتی برای مدیریت مشکلات ناشی از درمان که برای بیمار رخمیده، می‌باشد(۴)

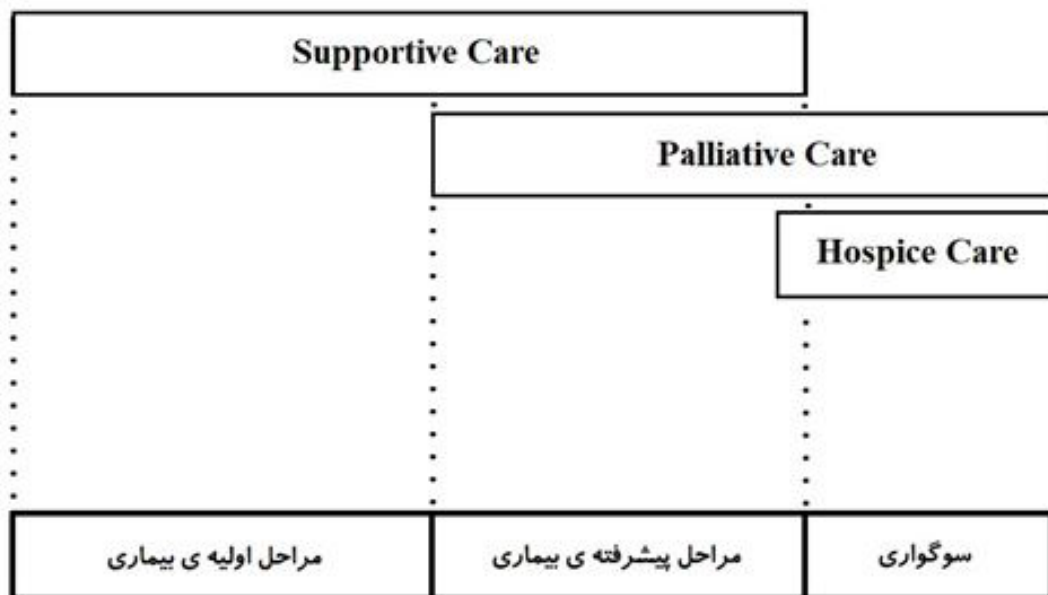
پیشرفت طب تسکینی

امروزه اصطلاح طب تسکینی از صرفاً مراقبت تا زمان مرگ شخص به یک مفهوم حرفه‌ای برای بهبود کیفیت زندگی بیمار و خانواده‌ی او در طی پروسه‌ی بیماری تغییر یافته و تنظیم شده است و در حال حاضر به عنوان یک زیرشاخه‌ی تخصصی پزشکی توسط متخصصین پزشکی بورد امریکا^۲ (ABMS) شناخته می‌شود. هم‌چنین کشورهای کانادا، انگلیس، ایرلند، استرالیا، نیوزلند و بسیاری از کشورهای اروپایی از این طب بهره می‌گیرند. کشورهای دیگر از جمله کشور ما نیز در تلاش برای طی فرایندهای قانونی و ایجاد شرایطی مناسب برای ارائه‌ی این بخش بسیار مهم در ارائه‌ی خدمات پزشکی می‌باشند.

آیا طب تسکینی تنها برای روزهای پایانی زندگی یک شخص استفاده می‌شود؟

خیر! به عبارتی هر بیماری مزمنی که زندگی بیمار و خانواده‌ی او را دچار محدودیت و مشکل کند شامل وضعیت و مراحل انتهایی بیماریهایی چون نارسایی

2. American Board of Medical Specialties





ضرورت دارد. اصطلاح Hospice care را می‌توان زیرمجموعه‌ی Palliative care دانست که آن هم تاحدودی زیرمجموعه‌ی Supportive care می‌باشد. به عبارتی Hospice care که از نظر تاریخی اولین اصطلاح به کار رفته در این بین است، محدود به بیمارانی شده که دچار بیماری خطرناکی هستند که به مرگ منتهی می‌شود (با پیش آگهی ۶ ماه یا کمتر در ایالات متحده آمریکا) و با فراهم آوردن یک سیستم خدمت رسانی نقش زیادی در مشاوره‌ی فقدان و محرومیت پس از مرگ به خانواده‌ها دارد. این نوع از مراقبت اشتراکات زیادی با Palliative care دارد چرا که هر دو در ارتباط با مرگ و محرومیت می‌باشند اما این به آن معنا نیست که این دو به یک معنا و مفهوم هستند. از طرفی Supportive care جدیدترین اصطلاح است اقداماتی را در بر می‌گیرد که از فاز اولیه‌ی بیماری شروع شده و تا زمان مرگ ادامه می‌یابد.

در کل شاید بتوان گفت که اصطلاحات جدیدتری که به کار رفته اند برخلاف اصطلاحات قدیمی‌تری چون Hospice care بیشتر بر اقدامات حمایتی در بیمارستان و رنج وسیعی از خدمات تاکید داشته و مشارکات‌های داوطلبانه‌ی کمتری را در بردارند چرا که تیم حرفه‌ای‌تری مراقبت‌های حمایتی و طب تسکینی را انجام می‌دهند.

منابع:

1. Saunders C. The evolution of palliative care. J R Soc Med. 2001;94 (9): 430-2.
2. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA. 90-79:) 1 (316;2016.
3. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. Int J Public Health. 2014;59 (1): 143-56.
4. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
5. <https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-and-hospice-outside-of-the-united-states>
6. Walker KA. Role of the pharmacist in palliative care. Progress in Palliative Care. 2010;18 (3): 132-9.

این بیماران را در ارتباط با مصرف داروهایشان بالا ببرند. هم‌چنین آموزش سایر اعضای تیم طب تسکینی با محتوای مصرف منطقی داروها که عموماً توسط متخصصین بالینی این رشته تنظیم می‌شود، دیگر نقش مهم داروسازان می‌باشد. علاوه بر آن آموزش به بیماران و خانواده‌هایشان به منظور اطمینان از مصرف صحیح و درست داروها و هم‌چنین آگاهی از طرز استفاده‌ی بعضی وسایل مثل اینهاورها یا آگاهی از خطر اعتیادآوری اپیوئیدها عمل بسیار مهمی است که فواید آن هم متوجه بیمار و هم متوجه کادر درمان از نظر صرفه جویی در هزینه و وقت خواهد بود. به طور کلی خدمات داروساز می‌تواند در سطح اجتماع، در Hospice یا مراکز مراقبت بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی، بیماران بستری و یا بیمارانی که در خانه از آنها مراقبت می‌شوند انجام گرفته و شامل بسیاری از اقدامات در سطوح فوق خواهد بود.

مفاهیم مشابه

شاید بتوان گفت دکتر سیسلی ساندرس با ساخت اولین آسایشگاه مدرن در دهه‌ی ششم قرن بیست به نوعی بنیان‌گذار طب تسکینی است اما اصطلاح دقیق "Palliative care" را اولین بار دکتر بالفِر مونت حوالی سال ۱۹۷۵ در توضیح برنامه‌های آسایشگاه خود در کانادا به کار برد و از آن پس این اصطلاح در سراسر دنیا به کار گرفته شد؛ ولی اگر تاکنون این اصطلاح را در اینترنت سرچ کرده باشید احتمالاً اصطلاحات مشابهی چون Hospice care، Best supportive care و Best supportive care را گوگل به صورت پیش‌فرض به شما پیشنهاد داده است که شاید بتوان گفت اصطلاح اول که به معنای "مراقبت در بیمارستان و یا آسایشگاهی که از بیماران با بیماری صعب‌العلاج مراقبت می‌کند" می‌باشد بیشترین کاربرد را برای جایگزینی طب تسکینی دارد، اما آیا تمامی این اصطلاحات دقیقاً یک مفهوم را می‌رسانند؟ به عقیده‌ی عده‌ای در اینجا استانداردسازی مفاهیم



بررسی مقایسه ای علل گزارش نکردن اشتباهات دارویی در

که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه ای بود که در دو بخش تنظیم گردیده بود. بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک دانشجویان پرستاری و پرستاران شاغل در بیمارستان و بخش دوم شامل پرسشنامه ای ۳۶ عبارتی در مورد علت گزارش نکردن اشتباهات دارویی از دیدگاه دانشجویان پرستاری و پرستاران در سه حیطة ترس از پیامدهای گزارش دهی، عوامل مدیریتی و فرایند گزارش دهی بود. مشارکت کنندگان این مطالعه پاسخ خود را در مقیاس لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) مشخص کردند. نتایج تحقیق نشان داد میانگین نمره ی ترس از پیامدهای گزارش دهی، عوامل مدیریتی و گزارش دهی خطاهای دارویی در گروه دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی به ترتیب $۷۳/۷ \pm ۲۸/۵۸$ ، $۳۸/۳ \pm ۳۰/۳۸$ و در گروه پرستاران به ترتیب $۸۴/۹ \pm ۹/۸۴$ ، $۱۲/۳ \pm ۹/۵۹$ ، $۸/۲ \pm ۸۲/۵۲$ بود. نتیجه ی آزمون آماری t-test در دو گروه نیز نشان داد که از نظر آماری تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد $P \geq ۰/۰۵$ در نتیجه گیری کلی این مطالعه می توان اظهار نمود که دارو رایج ترین کلای درمانی مصرفی در واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی می باشد و دستورات دارویی بخش مهمی از



دکتر هجت شیخ بردسیری

دانشجوی دکتری تخصصی سلامت در حوادث و بلایا اصفهان

خطاهای دارویی از چالش های بسیار مهم تهدیدکننده ی نظام سلامت در تمام کشورها و یکی از عوامل تهدید کننده ی ایمنی بیماران می باشد. مراکز آموزشی درمانی به دلیل برخورداری از دانشجویانی که در حال یادگیری اند، به شدت در معرض بروز طیفی از خطاهای پزشکی می باشند. با توجه به این نکته که دانشجویان پرستاری امروز، پرستاران فردای این جامعه هستند بر همین اساس پژوهشگر بر آن شد تا به بررسی علل گزارش نکردن خطاهای دارویی در دانشجویان پرستاری و پرستاران بپردازد تا با دانستن علل گزارش نکردن اشتباهات دارویی در میان آن ها بتوان با ارائه ی راهکارهای مناسب جهت کاهش بروز و کنترل دقیق خطاهای کاری پرستاران گام های اساسی برداشته شود. مطالعه حاضر نوعی مطالعه توصیفی- تحلیلی و از نوع مقایسه ای بود که بر روی ۱۸۸ نفر از دانشجویان پرستاری و پرستاران شاغل در بیمارستان خاتم الانبیا زاهدان



میان دانشجویان پرستاری و پرستاران دانشگاه علوم پزشکی

پیشنهاد می‌شود که مسئولین سیستم‌های بهداشتی-درمانی بایستی به عوامل تأثیرگذار بر کاهش بروز اشتباهات دارویی از جمله آموزش صحیح کارکنان و دانشجویان تمرکز کافی داشته و هم‌چنین با فراهم کردن شرایط برای گزارش خطا بدون ترس از عواقب توسط پرستاران از عوارض داروها ناشی از خطا در بیماران پیشگیری نمود.

واژه‌های کلیدی: دانشجویان پرستاری، اشتباهات دارویی، عدم گزارش‌دهی، پرستاران.

sanago A, majnoni M, mahastijoibari L, ghana S. studying the nursing student experience of clinical errors and dealing with them. iran j 37nurse-628 (4) 1995:22

فرآیند درمان و مراقبت از بیمار بوده و از عملکردهای اصلی پرستاران محسوب می‌شود. بنابراین کنترل خطاهای دارویی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چرا که علاوه بر هزینه‌بر بودن، امروزه تبعات منفی آن بر حفظ ایمنی بیماران که مهم‌ترین اولویت نظام سلامت کشورهاست به خوبی شناخته شده است. در نتیجه‌گیری کلی این مطالعه می‌توان اظهار نمود که تلاش برای کاهش دادن و کنترل این اشتباهات، منوط به استفاده از رویکرد سیستمی جهت بررسی عوامل زمینه‌ساز و رفع این عوامل در حد امکان و طراحی سیستمی برای افزایش میزان گزارش‌دهی اشتباهات توسط کارکنان و دانشجویان پرستاری است. لذا





اوتیسم (ASD) Autism spectrum disorder



سیدسعید ناجی اصفهانی
ورودی ۹۲



ملیکاملکی ورودی ۹۴



مهشیدفرزان ورودی ۹۴

اوتیسم یا درخودماندگی نوعی اختلال رشدی (از نوع روابط اجتماعی) است، که با رفتارهای ارتباطی و کلامی غیرطبیعی مشخص می‌شود. علائم این اختلال تا پیش از سه سالگی بروز می‌کند و علت اصلی آن ناشناخته‌است. به کسانی که این اختلال را دارند، اوتیستیک گفته می‌شود. این اختلال در پسران شایع‌تر از دختران است. وضعیت اقتصادی، اجتماعی، سبک زندگی و سطح تحصیلات والدین نقشی در بروز اوتیسم ندارد. این اختلال بر رشد طبیعی مغز در حیطه تعاملات اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی تأثیر می‌گذارد. کودکان و بزرگسالان مبتلا به اوتیسم، در ارتباطات کلامی و غیر کلامی، تعاملات اجتماعی و فعالیت‌های مربوط به بازی دچار مشکل می‌باشند. این اختلال، ارتباط با دیگران و دنیای خارج را برای آنان دشوار می‌سازد و در بعضی موارد رفتارهای خود آزارانه و پرخاشگری نیز دیده می‌شود. در این افراد حرکات تکراری (دست زدن، پریدن)، پاسخ‌های غیرمعمول به افراد، دل‌بستگی به اشیاء یا مقاومت در مقابل تغییر نیز دیده می‌شود و ممکن است در حواس پنج‌گانه (بینایی، شنوایی، بوساویی، بویایی و چشایی) نیز حساسیت‌های غیرمعمول دیده شود. هسته‌ی مرکزی اختلال در اوتیسم، اختلال در ارتباط است. از هر ۶۰ تا ۷۰ تولد زنده در دنیا یک نفر مبتلا به اوتیسم است. کارشناسان زندگی ماشینی و عوامل ناشی از آن مانند استرس را در سیر صعودی ابتلا به

این بیماری دخیل می‌دانند. نتیجه یک مطالعه نشان می‌دهد زنانی که چاق یا دیابتی هستند، در صورتی که باردار شوند، بیش از مادران سالم با احتمال تولد نوزاد اوتیسمی روبرو خواهند بود.

■ بررسی تون عضلات و رفلکس

■ بررسی بینایی و شنوایی

■ بررسی صحبت کردن، زبان، ارتباطات

هم‌چنین میکروسفالی در ۱۵ درصد بیماران دارای اوتیسم وجود دارد. اندازه‌گیری قد و وزن در این کودکان ضروری است.

■ بررسی پوست با wood's lamp

درمان اوتیسم

تا کنون هیچ روش قطعی‌ای برای درمان مبتلایان به اوتیسم یافته نشده‌است. کارآمدترین روش درمانی، توان‌بخشی است. برای آن که بهترین سرویس را به یک کودک مبتلا به اوتیسم ارائه دهیم، باید به موارد زیر توجه نماییم:

کودک ما حتماً باید توسط یک متخصص روان‌پزشکی اطفال و یک متخصص مغز و اعصاب اطفال معاینه شود.

به‌طور فشرده و ترجیحاً هر روز تحت خدمات گفتاردرمانی و کاردرمانی قرار گیرد.

لازم است والدین و مربی کودک روش‌های مناسب تقویت مهارت‌های ارتباطی کودک را از طریق مطالعه کتاب‌های مرتبط یا به وسیله جلسات مشاوره‌ای که کاردرمان کودک برگزار می‌کند، فرا بگیرند.

ارزیابی وضعیت حسی-حرکتی کودک به وسیله کارشناسان کاردرمانی صورت پذیرد و در صورت لزوم جلسات کاردرمانی ذهنی کودک به‌طور منسجم برگزار گردد.

واژه اوتیسم از دو بخش تشکیل شده است: اوتوس یعنی خود و ایسم یعنی گرایش. اوتیسم یعنی خودگرایی و عدم توجه به محیط اطراف. این واژه از زبان یونانی وارد زبان‌های مختلف شده است.

ارزیابی اوتیسم باید شامل یک ارزیابی جامع باشد و ترجیحاً توسط یک تیم متخصص انجام پذیرد. ارزیابی باید شامل یک تاریخچه کامل از بررسی فیزیکی، نورولوژی و ارزیابی مستقیم روابط اجتماعی کودک، زبان و پیشرفت شناختی باشد و هم‌چنین باید زمان کافی برای مصاحبه با والدین با توجه به نگرانی‌ها و تاریخچه‌ی رفتاری و مشاهده بازی‌ها و رفتارهای ارتباطی و اجتماعی اختصاص داده شود.

ارزیابی جامع چندین ویژگی دارد:

■ تشخیص قطعی ASD

■ خارج کردن از شرایطی که می‌تواند نشانه‌هایی برای ASD باشد.

■ شناسایی شرایطی که برای درمان یا مشاوره‌ی ژنتیکی لازم است.

■ تعیین سطح عملکرد و قدرت و ضعف کودک

■ تاریخچه (یک تاریخچه سه نسلی باید بررسی شود چرا که اوتیسم یک جز ژنتیکی قوی دارد)

■ تاریخچه برای کودکانی که ASD آنها مثبت تشخیص داده شده باید شامل اطلاعات زیر باشد:

■ مرور تاریخچه پیشرفت با توجه خاص به احساسات اجتماعی، مهارت بازی و رفتار و هر عود

■ نگرانی‌های والدین نسبت به توانایی‌های شنوایی، دیداری و زبانی/گفتاری

■ اطلاعات خاص شامل رفتارهای ارتباطی اولیه مثل اشارات، تماس چشمی و عکس‌العمل

به اسم خود

■ تاریخچه رفتارهای تکراری، رسمی

یا کلیشه‌ای، رفتار چشمی غیرعادی،

تاریخچه صرع، آسیب به خود، کج

خلفی‌ها و تحمل سخت به تغییر و

اشکال در خوردن و خوابیدن

■ معاینه

زمان اضافه باید برای معاینه ایجاد شود،

چون کمبود روابط ممکن است رفتارها را محدود کند.

جنبه‌های مهم شامل:

■ اندازه‌گیری پارامترهای رشد شامل اندازه

دور سر (کودکان دارای اوتیسم دارای رشد

سریع سر هستند). بعلاوه افراد دارای اوتیسم و

ماکروسفالی ممکن است، موتاسیون در ژن PTEN

داشته باشند، که آنها را در معرض سندروم تومور

Hamartomatous قرار می‌دهد.

■ بررسی ویژگی‌های غریزی مانند درازی صورت،

بزرگی چشم‌ها و بیضه‌های بزرگ





اوتیسم عموماً به وسیله یک مجموعه سه تایی از ویژگی‌ها مشخص می‌شود:
 آسیب در تقابلات اجتماعی آسیب در ارتباط علائق محدود و رفتارهای تکراری
 سایر ویژگی‌ها مثل تغذیه غیرطبیعی نیز معمول است، ولی برای تشخیص ضروری نیست.
رفتارهای تکراری: افراد اوتیسمی نمونه‌های زیادی از رفتارهای تکراری و محدود نشان می‌دهند که رفتارهای تکراری (RBS-R) به این نحو طبقه‌بندی شده‌است:

رفتارهای کلیشه‌ای (stereotypy): این رفتارها شامل رفتارهای تکراری مثل حرکات پرزدن با دست، صداسازی، چرخش سر و تکان دادن بدن هستند.
رفتارهای اجباری (compulsive): این رفتارها از یک سری قوانین پیروی می‌کنند، مانند مرتب کردن اشیا در یک مسیر مشخص.

یکسان‌سازی (sameness): مقاومت در برابر تغییر است، برای مثال در مقابل جابه‌جا کردن اثاثیه منزل مقاومت می‌کنند یا از تغییر وضعیت موجود سرپیچی می‌نمایند.

رفتارهای آیینی (Ritualistic): در این حالت فرد فعالیت‌های روزانه را همواره به یک صورت انجام می‌دهد، برای مثال این رفتارهای تشریفاتی در هنگام غذا خوردن و لباس پوشیدن دیده می‌شوند. این آیتم بسیار نزدیک به یکسان‌سازی است و از برخی جهات با آن در ترکیب است.

رفتارهای محدود (Restrict): به معنی محدودیت در علائق، تمرکز و فعالیت‌ها است، برای مثال علاقه کودک به یک برنامه‌ی تلویزیونی یا اسباب بازی خاص محدود می‌شود.

خودآزاری (self-injury): که شامل رفتارهایی آزاردهنده هستند یا ممکن است باعث آسیب به کودک شوند، برای مثال ضربه به چشم یا سیخونک به پوست یا ضربه به دست (با شی نوک تیز) و یا ضربه به سر. نتایج یک مطالعه در سال ۲۰۰۷ میلادی گزارش کرد که برخی نمونه‌های خودآزاری، حدود ۳۰ درصد از کودکان ASD را در بر می‌گیرد.

هیچ رفتار تکراری خاصی به تنهایی نشانه و دلیلی برای اوتیسم نیست، ولی هریک از رفتارهای ذکر شده ممکن است به میزان متفاوتی در کودکان اوتیسم دیده شوند.

منبع

- <https://www.uptodate.com/contents/search>
 • Abrahams BS, Geschwind DH (2008). «Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology». Nat Rev Genet ۹ (۵): ۳۴۱-۵۵. doi: 10. 1038/nrg2346. PMID 18414403.
 • Arndt TL, Stodgell CJ, Rodier PM (2005). «The teratology of autism». Int J Dev Neurosci ۲۳ (۲-۳): ۱۸۹-۹۹. doi: 10. 1016/j. ijdevneu. 2004. 11. 001. PMID 15749245.

موسیقی درمانی، راهکاری برای ارتباط با کودکان اوتیسم است. نقاشی و قصه‌گویی نیز یکی از روش‌های مؤثر تربیت کودکان اوتیسم است و پدران و مادران باید در یک‌گوشه اتاق نشسته و کتاب‌های قصه متناسب با سن کودک را با صدای بلند و دلنشین برای علاقه‌مندی آنان بخوانند.

اختلال طیف اوتیسم (ASD) هم‌چنین شامل سندرم آسپرگرو (PDD_NOS) می‌شود که علائم و نشانه‌های خفیف‌تری دارند.

اوتیسم یک نشانه ژنتیکی قوی نیز دارد که البته بسیار پیچیده است و به وسیله‌ی تقابل بین ژنی (گروهی از ژن‌ها) یا گاهی جهش ژنی ایجاد می‌شود. در موارد نادری، اوتیسم به‌طور قوی، با آسیب‌های اولیه در دوره‌ی رشد مرتبط است، این عوامل شامل: فلزات سنگین موجود در جو، حشره کش‌ها و واکسینه دوران کودکی می‌باشند، که البته فرضیه واکسینه به‌طور زیستی رد شده‌است و شواهد اندکی در تأیید آن وجود دارد.

شیوع (ASD) شش در هزار است و در مردان چهار برابر بیش از زنان وجود دارد، تعداد افراد مبتلا از سال ۱۹۸۰ میلادی تاکنون شدیداً در حال افزایش است و این امر می‌تواند به دلیل بهبود تشخیص و آیتم‌های بالینی باشد؛ ولی این پرسش که آیا شیوع نیز افزایش یافته‌است، همچنان جای تحقیق دارد.

والدین معمولاً به علائم موجود در دو سال ابتدایی زندگی فرزندشان توجه می‌کنند و مداخلات رفتاری شناختی زود هنگام می‌تواند به کودک کمک کند تا مهارت‌های ارتباطی، اجتماعی و حمایت‌های فردی را کسب کند. البته عده‌ی اندکی از این کودکان به این سطح رشدی می‌رسند.

فارماکولوژی

حیوانات آزمایشگاهی و چالش‌های پیش رو



اثر یا وابستگی؟ آیا داروهای ضد افسردگی اعتیاد آورند؟





حیوانات آزمایشگاهی و چالش‌های پیش رو



سروین شیرانی ورودی ۹۴



سجاد مغاره ورودی ۹۵



زهرا علی دوستنی ورودی ۹۶

استفاده از حیوانات در تحقیقات تجربی در جریان پیشرفت پزشکی، ریشه در یونان باستان (ارسطو و بقراط) دارد. در حقیقت مطالعه بر روی حیوانات آزمایشگاهی نقش عظیمی در پیشرفت دانش بشر داشته و با وجود پیشرفت‌های صورت گرفته در به کارگیری روش‌های جایگزین، استفاده از این موجودات هنوز موضوعی غیر قابل اجتناب است. بند ۱۲ از مفاذ بیانیه‌ی هلسینکی نیز بر این امر دلالت دارد که انجام آزمایش‌های حیوانی در موارد مقتضی، پیش‌نیاز تحقیق بر روی انسان بوده و ضمناً در این بند، لزوم رعایت حقوق حیوانات آزمایشگاهی مورد تأکید قرار گرفته است.

هرچند امروزه اثبات شده که اغلب گونه‌های حیوانی مورد استفاده در امور علمی از سیستم عصبی بسیار تکامل یافته‌ای برخوردار بوده و قابلیت‌های حسی و ادراکی وسیعی دارند، لیکن این حیوانات (بدون خواست خود) در بسیاری از پروژه‌های علمی مجبور به تحمل حالات رنج‌آوری نظیر درد، دیسترس، اضطراب، ناامیدی، اندوه و افسردگی می‌باشند. همه‌ی اینها در حالی است که حیوانات مذکور (به عنوان آزمودنی) هرگز از فواید امور علمی صورت گرفته، بهره‌مند نشده و در اغلب موارد نیز در پایان کار کشته می‌شوند. این در حالی است که انسانیت، عقل و شرع چنین حکم می‌نمایند که ناتوانی یک موجود زنده در مطالبه حقوقش نمی‌تواند دلیلی برای تضییع حقوق آن محسوب شود.

توجیه تحقیق:

قبل از استفاده از حیوانات، محققان باید به وضوح اهداف علمی خود را توضیح دهند. باید انتظار معقولی وجود داشته باشد که این تحقیق منجر به افزایش دانش بشر در جنبه‌های مختلف زیست پزشکی می‌شود و همچنین اطلاعات در خصوص گونه‌های مورد مطالعه را افزایش می‌دهد یا نتایجی را فراهم می‌کند که می‌تواند کیفیت سلامتی یا رفاه انسان یا حیوانات دیگر را بهبود بخشد.

هدف علمی تحقیق باید دارای اهمیت بالقوه برای توجیه استفاده از حیوانات باشد. گونه‌ی انتخاب شده برای مطالعه باید بهترین پاسخ برای سوال (های) مطرح شده را داشته باشد. علاوه بر این، باید در نظر داشت که طراحی تجربی خوب، به کاهش تعداد حیوانات مورد استفاده در تحقیق کمک می‌کند، زیرا به دانشمندان این اجازه را می‌دهد که اطلاعات را با استفاده از حداقل تعداد حیوانات مورد نیاز جمع‌آوری کنند. با این حال، باید تعداد کافی برای تجزیه و تحلیل آماری دقیق، مورد استفاده قرار گیرد.

دستورالعمل‌های بین‌المللی:

دستورالعمل‌هایی بین‌المللی برای استفاده و مراقبت از حیوانات در تحقیقات علمی وجود دارد. یکی از این دستورالعمل‌ها توسط کمیته‌ی مشورتی ملی تحقیقات حیوانات آزمایشگاهی (NACLAR)، سنگاپور) ارائه شده است که ملاحظات مختصر و جامعی در مورد استفاده و مراقبت از حیوانات برای

1. National Advisory Committee for Laboratory Animal Research

اهداف علمی و تحقیقی ارائه کرده است. دستورالعمل NACLAR شامل مسئولیت‌های بخش‌های مربوط به استفاده و مراقبت از حیوانات برای اهداف تحقیقی مطابق با کدهای علمی، اخلاقی و قانونی می‌باشد.

به طور کلی این دستورالعمل‌ها به سه بخش تقسیم می‌شوند که باید آن‌ها را به عنوان یک سند جامع در نظر گرفت: بخش اول، "اصول راهنما برای مراقبت و استفاده از حیوانات برای اهداف علمی" که مفهوم اصول -Reduction، Replacement، Refinement را توصیف می‌کند. قسمت دوم، "دستورالعمل برای کمیته‌ی مراقبت و استفاده از حیوانات" شامل اصول نگهداری حیوانات برای اهداف تحقیقاتی است که جزئیات جنبه‌های عملیاتی مربوط به کمیته‌ی مراقبت و استفاده از حیوانات (IACUC) را توضیح می‌دهد. که در اینجا -IA-CUC مسئول ارزیابی برنامه‌های مراقبت از حیوانات و استفاده از آن‌ها برای اهداف تحقیق، مطابق با دستورالعمل‌های تایید شده می‌باشد. بخش سوم، "دستورالعمل‌های آموزشی" که لزوم آموزش دیدن محققین به طور مناسب، قبل از آغاز هر آزمایش حیوانی را بیان می‌کند.

چهار رکن اصلی مداخلات:

تمامی مداخلات یک پروژه باید با توجه به چهار رکن اصلی انصاف، جایگزینی، کاهش و بهینه‌سازی به شرح زیر طراحی شود:

۱- اصل انصاف: حیوانات قادر به ادراک حالات ناخوشایند نظیر درد، رنج، ناامیدی، افسردگی، اضطراب، وحشت، یا در مقابل قادر به ادراک حالات خوشایند نظیر رفاه و آسایش می‌باشند. لذا هر یک از افراد دخیل در پرورش، نگهداری و کار با حیوانات آزمایشگاهی حسب شرع، وجدان، و اخلاق انسانی و بسته به شرح وظایف خود مسئول حفظ حرمت حیات

2. Institutional Animal Care and Use Committees

و رفاه حیوانات آزمایشگاهی در حین دستیابی به نتایج علمی معتبر بوده و در این راستا باید برحسب ضوابط اخلاق حرفه‌ای و اصول معتبر علمی عمل نماید.

۲- اصل جایگزینی یا Replacement: در موارد

ممکن، استفاده از روش‌های جایگزین به جای استفاده از حیوانات زنده، در اولویت است. مثلاً می‌توان از موجودات زنده که تکامل عصبی کمتری داشته باشند (نظیر گیاهان، میکروارگانیسم‌ها، تک یاخته‌ها و انگل‌ها) استفاده نمود و یا جایگزینی آزمایش‌های حیوانی با روش‌هایی هم‌چون مدل‌های ریاضی، شبیه‌سازی کامپیوتری و سیستم‌های بیولوژیکی *in vitro* قبل از استفاده از حیوانات در مطالعات *in vivo* در نظر گرفته شود. چنانچه برای انجام یک مداخله راهکار جایگزین دیگری به جز استفاده از حیوانات وجود دارد، استفاده از حیوانات در مداخله مذکور مجاز نمی‌باشد. هم‌چنین از روش‌های اپیدمیولوژیکی گذشته‌نگر و آینده‌نگر روی جمعیت‌های انسانی و حیوانی نیز می‌توان برای این مورد استفاده کرد.

۳- اصل کاهش یا Reduction: کاهش تعداد حیوانات تا

حد مجاز با روش‌های متعدد، در اولویت است. کاهش تعداد حیوانات مورد استفاده باید به نحوی باشد که موجب تصویب صحت علمی نتایج نگردد. به عبارت دیگر اگر تعداد حیوانات مورد آزمایش از حد خاصی کمتر باشد، آزمایش و نتایج آن معنادار نخواهد بود و این امر خود یا منجر به تکرار آزمایش و در نتیجه استفاده از تعداد بیش‌تر حیوانات آزمایشگاهی می‌شود و یا با تحریف واقعیت علمی خسارات دیگری به دانش و سایر موجودات زنده وارد می‌نماید. به طور کلی این اصل به معنی استفاده از حداقل تعداد حیوانات مورد نیاز برای دستیابی به نتایج علمی معتبر است. علاوه بر این، پروژه‌های علمی مربوط به استفاده از حیوانات نباید هنگامی که نیاز نیست مجدداً تکرار شوند.

۴- اصل بهینه‌سازی یا Refinement: محققان باید تلاش

کنند تا شرایط بهتری را برای محیط زندگی و نحوه‌ی کار با حیوانات فراهم آورند به نحوی که میزان درد و رنج حیوانات کمترین میزان ممکن باشد. استفاده از بهترین تکنیک‌های کار با حیوانات آزمایشگاهی، آموختن صحیح اصول تئوری و عملی کار با حیوانات آزمایشگاهی، انتخاب صحیح روش کار و گونه‌ی حیوان مورد استفاده، می‌تواند موجب افزایش رفاه





حشرات موذی و دیگر آفت‌ها حفظ شود. شرایط زیست محیطی از قبیل دما، رطوبت، تهویه، روشنایی و برهم‌کنش‌های اجتماعی باید با نیازهای گونه‌ی نگهداری شده سازگار باشد. همچنین باید امکانات مناسب در دسترس حیوان بوده و پسماند حیوان نیز به طور مناسب دفع شود. در تمام طول مدت مطالعه باید غذای کافی با حجم و کیفیت مناسب با توجه به نیاز در اختیار این موجودات قرارگیرد مگر آن که موضوع مطالعه، تغییرات نیازهای تغذیه‌ای باشد.

حمل و نگهداری حیوانات باید به طور دقیق طراحی و مجهز شود تا نزدیک به استانداردهای مراقبت از حیوانات باشد. به طور کلی وجود امکانات مناسب، تجهیزات، پرسنل و خدمات برای اجرای اصول راهنما، استفاده از روش‌های مناسب برای کنترل بیماری‌ها (مثلا واکسیناسیون و سایر پیشگیری‌ها، ایزولیشن و قرنطینه)، تشخیص و درمان بیماریها و صدمات، مشاهده‌ی روزانه‌ی همه‌ی حیوانات برای ارزیابی سلامت و رفاه آن‌ها امری ضروری است. لازم به ذکر است که مراقبت و کار با حیوانات بهتر است توسط دامپزشک باتجربه صورت پذیرد.

مسئولیت‌های محققان:

محققانی که از حیوانات برای اهداف علمی استفاده می‌کنند، باید اصول اخلاقی کار با حیوانات را رعایت و رفاه آن‌ها را هنگام طراحی پروژه‌ها در نظر بگیرند. مهم‌ترین مسئولیت این افراد در آزمایش‌های حیوانی عبارتند از:

کاهش درد و پریشانی:

درد و پریشانی همیشه در حیوانات به درستی ارزیابی نمی‌شود و محققان باید فرض کنند که حیوانات درد را شبیه انسانها تجربه

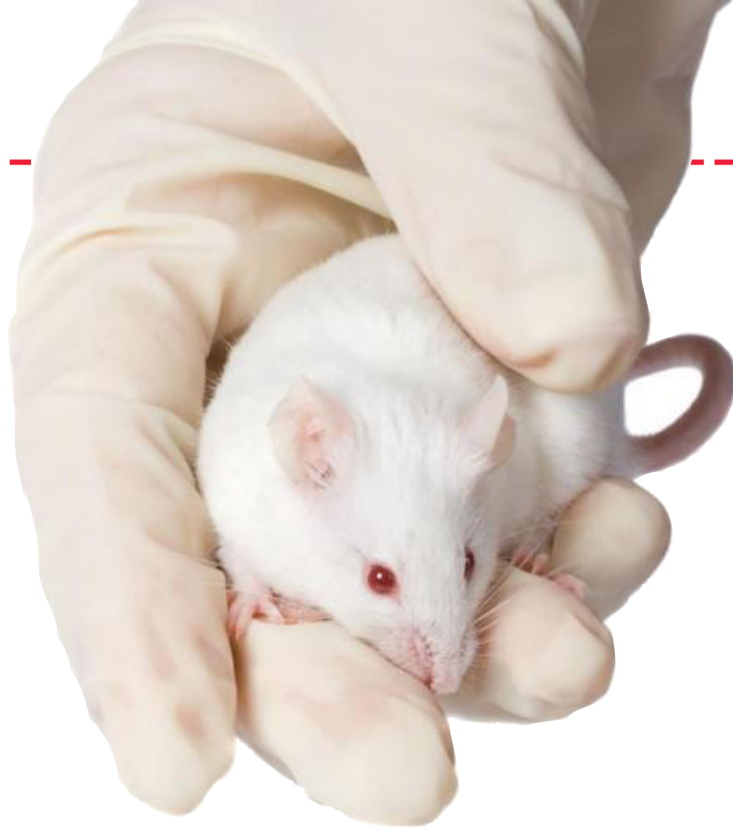
حیوانات شود. اصل بهینه سازی به این معنی است که حیوانات باید متناسب با اهداف پروژه‌های علمی، خصوصیات بیولوژیکی، شباهت‌های ژنتیکی، رفتاری، تغذیه و وضعیت سلامت عمومی انتخاب شوند. مجری طرح موظف است از گونه‌های حیوانی با حداقل ظرفیت تجربه‌ی درد، رنج، ناراحتی یا آسیب پایدار و ترجیحاً حیوانات پایین‌تر در رده‌بندی فیلوژنتیک^۳ که نتایج حاصله از آنها قابل تعمیم به انسان یا گونه‌ی حیوانی هدف پروژه باشد، استفاده نماید. لازم است تا حد امکان از مرگ خودبه‌خودی حیوان به عنوان معیار پایان کار در پروژه اجتناب شود؛ چرا که این امر سبب بروز درد و رنج شدید در طول دوره‌ی پیش از مرگ در حیوان می‌گردد.

مسکن و مدیریت خدمات نگهداری حیوانات

اقامتگاه باید تضمین کننده‌ی سلامت عمومی حیوان باشد و از استرس‌های غیرضروری اجتناب شود. توجه به فضای اختصاص داده شده به هر حیوان، با توجه به نوع گونه ضروری بوده و باید استانداردهای مناسب بهداشتی مثل حفاظت در برابر شکارچیان،

3. Phylogenetic scale





القاء آزمایشگاهی تومورها: محل القاء تومور باید به طور دقیق انتخاب شود. تزریق زیرپوستی، داخل بینی و مثلاً پهلوها بیشتر انتخاب می‌شود. قبل از استفاده از محل‌هایی مثل مغز، پهنه‌ی پا و قسمت‌های مختلف چشم، باید توجه خاصی برای عدم وجود محل جایگزین دیگر به کمیته‌ی نظارت ارائه‌شود. بر اساس تعالیم اسلامی، رفاه حیوانات باید فراهم گردد و مهم‌ترین موارد در این زمینه شامل تامین نیازهای طبیعی آنها مانند آب، غذا و محل مناسب برای زندگی، شرایط روحی مناسب، سلامتی و جلوگیری از درد، ناراحتی یا آسیب و خسارت غیرضروری در زندگی آنهاست. مطالعات قبلی انجام‌شده در کشور ما نشان داده است که از آنجایی که اسلام دین غالب در ایران است و با توجه به تفکر اسلامی، همه‌ی موجودات در حضور خداوند متعال قرار دارند، پس هیچ‌کس مجاز به دخالت در زندگی حیوانات بدون رضایت خداوند نیست و این دخالت باید به شیوه‌ای اخلاقی باشد زیرا آنها نیز قطعاً دارای احساس درد و ناراحتی هستند.

- 1) Ghasemi M, Dehpour AR. Ethical considerations in animal studies. Journal of medical ethics and history of medicine. 2009;2.
- 2) Naderi MM, Sarvari A, Milanifar A, Boroujeni SB, Akhondi MM. Regulations and ethical considerations in animal experiments: international laws and Islamic perspectives. Avicenna journal of medical biotechnology. 2012 Jul;4 (3): 114.
- 3) <https://jvr.ut.ac.ir/journal/process?ethics>
- 4) <http://ethics.research.ac.ir/Content.php?id=600>

می‌کنند. محققان باید با الگوهای رفتاری طبیعی گونه‌های حیوانی انتخاب‌شده آشنا باشند.

جلوگیری از نقطه‌ی پایان غیر قابل قبول مطالعه: مرگ به عنوان نقطه‌ی پایانی، اغلب از نظر اخلاقی غیر قابل قبول است و باید کاملاً توجیه شود. پروسه باید به گونه‌ای طراحی شود تا مرگ و میر حیوانات به حداقل برسد.

اجتناب از استفاده‌ی مکرر از حیوانات در آزمایش‌ها: هیچ حیوانی نباید بدون تایید IACUC در بیش از یک آزمایش، چه در پروژه‌های مشابه چه متفاوت، استفاده‌شود.

به حداقل رساندن مدت زمان آزمایش‌ها: مدت زمان تجربی باید تا حد کافی برای دستیابی به هدف آزمایش کاهش یابد.

استفاده از روش مرگ آسان: هنگامی که کشتن یک حیوان اجتناب‌ناپذیر است باید از روش‌های سریع و کاملاً اخلاقی استفاده شود بدین صورت که باید از درد و رنج حیوان پرهیز شود، قابل اعتماد باشد و به سرعت هوشیاری را تا زمان مرگ کاهش دهد.

انتخاب روش جراحی: روش‌های جراحی باید تحت بیهوشی عمومی یا موضعی انجام‌شود. باید نظارت کافی بر عمق بیهوشی و اثرات آن مانند افسردگی و بیماری‌های قلبی-عروقی، تنفسی و هیپوترمی صورت‌پذیرد.

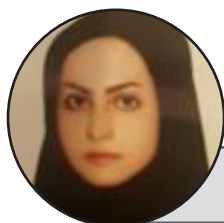
مراقبت پس از عمل: توجه به تسکین درد، هدف اصلی مراقبت پس از عمل است. مدل‌های حیوانی بیماری فقط در صورتی مورد استفاده قرار می‌گیرند که بیماری در حیوانات بتواند به عنوان یک مدل قابل اعتماد برای تحقیق در مورد بیماری انسان باشد.



اثر بخشی یا وابستگی؟ آیا داروهای ضد افسردگی اعتیاد آورند؟



فرناز ابراهیمی ورودی ۹۱



مریم صفوی ورودی ۹۰

در برخی کشورها سالانه برای بیش از ۱۰٪ بزرگسالان داروهای ضد افسردگی تجویز می‌شوند که این افزایش می‌تواند به علت تکرار تجویز این داروها باشد. این مسئله این سوال را مطرح می‌کند که آیا داروهای ضد افسردگی اعتیاد آور هستند یا خیر. در مطالعه‌ای در نیوزیلند یک نظرسنجی آنلاین از مجموع ۱۸۲۹ بیماری که داروهای ضد افسردگی مصرف می‌کردند، انجام گرفت. ۴۴٪ این افراد داروهای ضد افسردگی را بیش از ۳ سال استفاده کرده بودند. در ۵۵٪ افراد اثرات ترک در هنگام قطع دارو، و در ۲۷٪ موارد اعتیاد به دارو گزارش شده است. علائم ترک در استفاده از پاروکستین بسیار بالا گزارش شده است. فقط ۱٪ از شرکت کنندگان به یاد می‌آوردند که هنگام تجویز دارو در مورد اثرات قطع داروها به آنها توضیح داده شده باشد. بنابر این تیم درمانی میبایست آموزش لازم را به بیمار داده و در هنگام قطع دارو باید بیمار تحت نظر قرار بگیرد.



آیا کافئین اعتیادآور است؟

اکثر کافئین مصرفی از دانه‌های قهوه می‌باشد هم‌چنین در چای، شکلات، کوکا و برخی داروها (داروهای ضد درد، محرک‌ها، داروهای لاغری و داروهای تقویت کننده برای ورزشکاران) کافئین وجود دارد. مهم‌ترین اثرات رفتاری کافئین در دوزهای کم و متوسط، افزایش هوشیاری و توجه است که در این دوز عوارض خطرناکی برای سلامتی ندارد. دوزهای بالاتر از کافئین باعث اثرات منفی مانند اضطراب، بی‌خوابی، بی‌قراری و تاکی‌کاردی می‌شود. مصرف منظم کافئین باعث ایجاد وابستگی فیزیکی می‌شود که در صورت قطع علائم ترک به صورت اختلال عملکرد نرمال بروز می‌کند. در مقابل، به ندرت دوزهای بالا



آیا شکر اعتیاد آور است؟

در مطالعات حیوانی، مشاهده شده است که مصرف شکر باعث ایجاد نشانه‌هایی می‌شود که بیش از مقداری است که لازم است ماده‌ای را به عنوان اعتیاد آور در نظر گرفت. داده‌های حیوانی نشان می‌دهد که بین مصرف قند افزوده و اثرات شبه دارو شامل میل دوباره به ماده، علائم ترک، حساسیت متقابل، تحمل متقابل، وابستگی متقابل و اثرات اپیویدی هم‌بستگی قابل توجهی دارند. به نظر می‌رسد که اعتیاد به قند وابسته به اپیویدهای اندوژن باشد که متعاقب مصرف شکر آزاد می‌شوند. شواهد مطالعات حیوانی و انسانی، بین داروهای اعتیاد آور و شکر از نقطه نظر نوروشیمیایی و رفتاری، هم‌پوشانی نشان می‌دهد.



ریسک اعتیادآوری این دو دارو با بررسی ۱۰۶ مطالعه بررسی شده است. با توجه به علائم وابستگی رفتاری و مصرف مجدد و ادامه دار بیمار پس از اتمام دوره درمانی، به نظر می‌رسد پراگابالین تا حدودی بیشتر از گاباپنتین اعتیادآور باشد. همچنین افرادی که سابقه‌ی اختلال مصرف مواد به‌خصوص اوپیوئیدها را دارند، بیشتر در معرض این وابستگی قرار دارند. مصرف جداگانه‌ی هر کدام از این دو دارو ایمن به نظر می‌رسد اما در مصرف همزمان آن‌ها با سایر داروهای سایکواکتیو به‌خصوص اوپیوئیدها و آرام بخش ها، می‌تواند کشنده باشد. بنابراین در افراد با سابقه‌ی سو مصرف مواد بایستی تجویز پراگابالین و گاباپنتین با احتیاط صورت گیرد.

منابع

1. Read J, Cartwright C, Gibson K. How many of 1829 antidepressant users report withdrawal effects or addiction?. International journal of mental health nursing. 2018 Jun 5.
2. DiNicolantonio JJ, O'Keefe JH, Wilson WL. Sugar addiction: is it real? A narrative review. Br J Sports Med. 2018 Jul 1;52(14): 910-3.
3. Uddin MS, Sufian MA, Hossain MF, Kabir MT, Islam MT, Rahman MM, Rafe MR. Neuropsychological effects of caffeine: Is caffeine addictive. J Psycho I Psychother. 2017;7: 1-2.
4. Tulachan P, Pant SB, Chapagai M, Dhun-gana S OS. Zolpidem dependence. Journal of Institute of Medicine. 2017 Jun 7;41(1).
5. Bonnet U, Scherbaum N. How addictive

کافئین می‌تواند علائم روانی و مانیک را ایجاد کند و معمولاً باعث اختلالات خواب و اضطراب می‌شود. کافئین باعث اختلالات تهدیدکننده‌ی حیات نمی‌شود با این وجود برخی مطالعات نشان می‌دهد برخی مصرف کنندگان کافئین به این ماده اعتیاد پیدا کرده و بر خلاف آگاهی از عواقب ناشی از مصرف منظم آن، نمی‌توانند از میزان مصرف خود بکاهند. سازمان بهداشت جهانی (WHO) وابستگی کافئین را به عنوان یک اختلال بالینی در نظر گرفته است.

آیا زولپیدم اعتیاد آور است؟

اخیراً گزارش وابستگی زولپیدم در کارهای بالینی افزایش یافته است. زمانی تصور می‌شد که زولپیدم به دلیل تمایل انتخابی آن به گیرنده‌های آلفا ۱ گابا، پتانسیل اعتیادآوری کمی دارد، اما مطالعات اخیر نشان داده اند که در دوزهای بالا و طولانی مدت خاصیت انتخابی این دارو کاهش یافته و همانند بنزودیازپین‌ها پتانسیل ایجاد اعتیاد را خواهد داشت. به عنوان نمونه موردی از وابستگی یک پزشک به زولپیدم به دلیل بی‌خوابی گزارش شده است، که با دیازپام سم زدایی شده است. بنابر این زولپیدم باید با احتیاط تجویز شود.

آیا گاباپنتین‌وئیدها (پراگابالین و گاباپنتین) اعتیاد آورند؟

در ده سال گذشته، گاباپنتین و پره گابالین به طور وسیع به بازار دارویی عرضه شده اند، بنابر این افراد زیادی در معرض عوارض جانبی آن‌ها قرار گرفته اند. در همین حال چندین پایگاه اطلاعات دارویی در مورد احتمال سوء مصرف این دو دارو هشدار داده‌اند.

خبری

اعتراض تولیدکنندگان داخلی به قیمت کمتر داروهای داخلی



نسبت به داروهای ژنریک وارداتی

نمونه برداری مایع از سلول‌های سرطانی گردش کننده در خون با



استفاده از امواج صوتی

اعتراض تولیدکنندگان داخلی به قیمت کمتر داروهای داخلی نسبت به داروهای ژنریک وارداتی



طبق گفته‌ی وزیر بهداشت، دارو باید افزایش قیمت ۹ درصد داشته باشد در صورتی که تولیدکنندگان داخلی دارو می‌گویند هزینه‌ی تولید دارو بسیار بیشتر از ۹ درصد افزایش یافته و تعیین سقف این مقدار برای افزایش قیمت دارو بی‌معناست.

مدیرعامل شرکت داروسازی نانو الوند توضیح داده است: «مثلا داروی ایرینوتکان شرکت هندی سیپلا اخیرا ۴۹ درصد افزایش قیمت داشته یا داروی میتوکسانترون ۴۰ درصد افزایش قیمت داشته‌است.»
وی در ادامه اشاره کرد: «داروی متوتروکسات تولید کرده‌ایم اما نکته‌ی عجیب این‌که مشابه ژنریک وارداتی این دارو قیمت بیشتری نسبت به داروی تولید داخل دارد.»

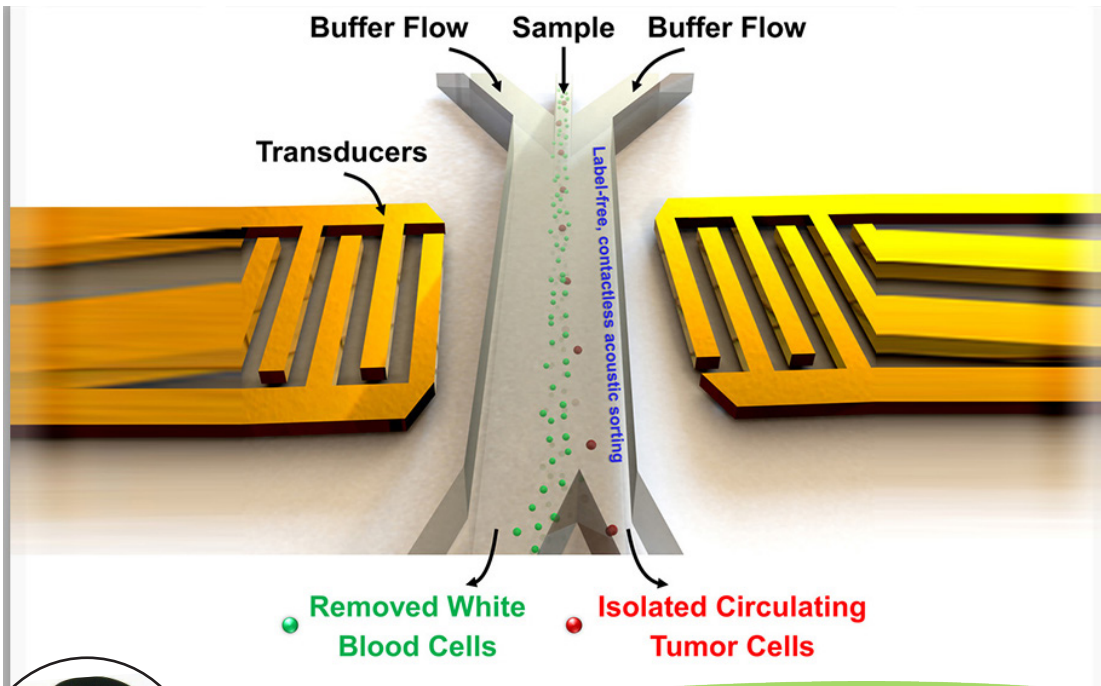
و یا موردی دیگر: «دارویی تولید شده که زودتر از برند اصلی آن وارد بازار شد اما همین دو دارو همزمان به کمیسیون قیمت رفتند. داروی وارداتی هنوز وارد بازار نشده ۱۰ درصد افزایش قیمت پیدا کرد اما داروی ما افزایش قیمتی نداشت!»

با اینکه تقاضای افزایش قیمت حق واردکننده است اما باید از تولید داخل هم حمایت شود و شرایط برابر برای تولیدکننده‌ی داخلی باید وجود داشته‌باشد. در پایان هم به این موضوع اشاره کرد: «این صحبت‌ها، دغدغه‌ی یک تولیدکننده‌ی داروهای بیماران خاص بود اما در هر شرایطی وظیفه‌ی انسانی و اخلاقی خود می‌دانیم که حتی در دوره‌ی تحریم هم دارو را با بهترین کیفیت در اختیار بیماران کشور قرار دهیم.»



کلیه شقایق سعیدی ورودی ۹۴





امیرا محمدی
رزیدنت بیوتکنولوژی

نمونه برداری مایع از سلول‌های سرطانی گردش‌کننده در خون با استفاده از امواج صوتی

جمله نوع، ویژگی‌های فیزیکی و جهش‌های ژنتیکی تومور هستند که می‌تواند آغازگر متاستاز و ایجاد مقاومت دارویی باشد و اطلاع از آن‌ها می‌تواند امکان پیشگیری و انتخاب بهترین روش درمانی را برای پزشکان فراهم کند.

با روش نمونه‌برداری مایع، قابلیت تفکیک و کشت سریع سلول‌های CTC در یک نمونه خون به عنوان یک شیوه قابل اعتماد برای تشخیص، پیشگیری و درمان سرطان، فراهم شده است.

نمونه برداری (بیوپسی)، دقیق‌ترین شیوه تشخیص سرطان است. اما این شیوه تهاجمی بوده و دردناک است و البته تا مراحل پیشرفته‌ی سرطان مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. اما با تفکیک سلول‌های CTC؛ وجود سرطان، موقعیت تومور، میزان پیشرفت بیماری و امکان تجویز مناسب‌ترین داروها برای درمان آن؛ با استفاده از یک نمونه گیری خون؛ فراهم است.

گزارش کامل این تحقیقات در ژورنال Small منتشر شده است.

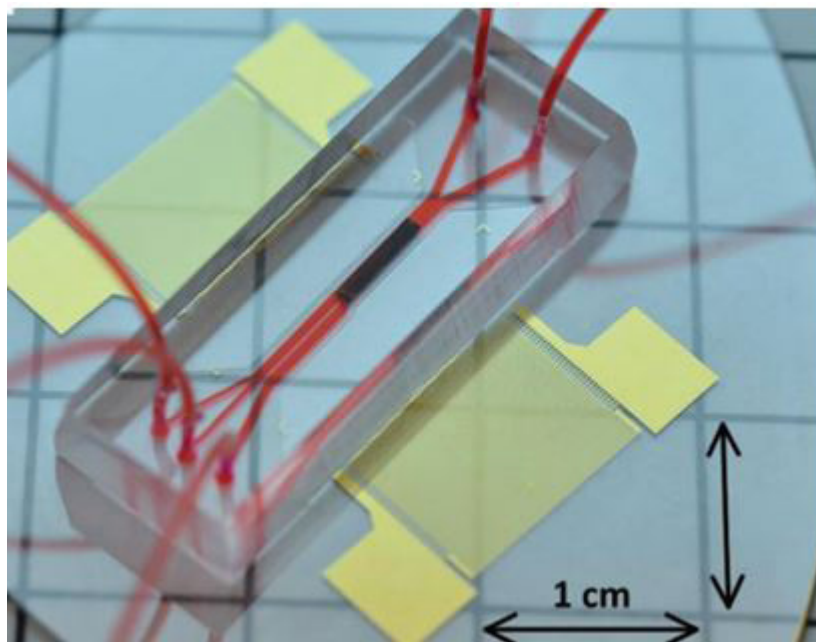
پژوهشگران دانشگاه دوک با همکاری پژوهشگران ام آی تی و دانشگاه نانیانگ سنگاپور راهکاری جدید برای تفکیک سریع سلول‌های سرطانی گردش‌کننده در خون (CTC) یافتند، که موجب تسریع در فرآیند تشخیص سرطان می‌شود.

این راهکار جدید بر اساس امواج صوتی عمل می‌کند و پلتفرمی است که در کمتر از یک ساعت سلول‌های CTC را از نمونه خون موجود در یک لوله ۵.۷ میلی لیتر با دقت ۸۶ درصد تفکیک می‌کند. در این شیوه یک موج ایستاده صوتی با زاویه خاصی با نمونه خون که در حال عبور از یک کانال است برخورد می‌کند و فشار موج صوتی، سلول‌های CTC را که از سلول‌های خون بزرگ‌تر هستند، از خون خارج کرده و به کانال دیگری هدایت می‌کند.

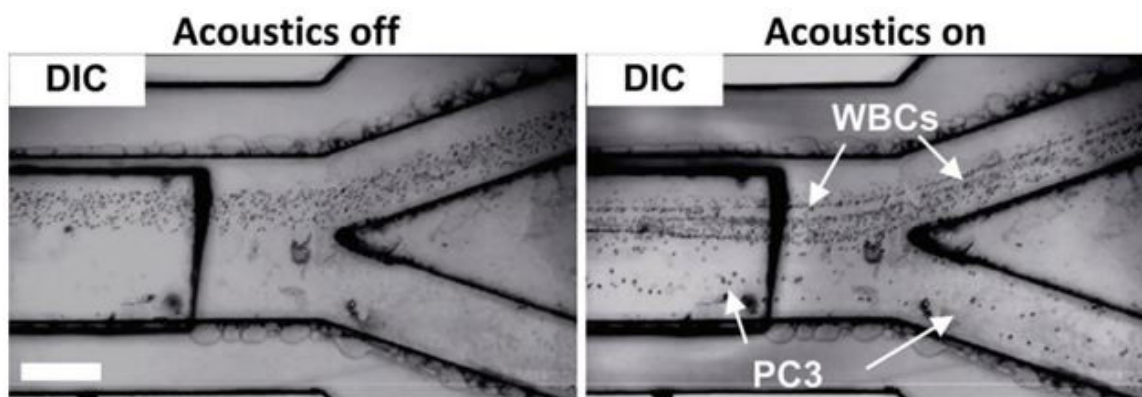
سلول‌های گردش‌کننده سرطانی که در واقع همان سلول‌های منفرد سرطانی می‌باشند؛ بخش‌های کوچک جدا شده از یک تومور سرطانی هستند که جریان خون حرکت می‌کنند. این سلول‌ها حاوی اطلاعاتی از

منبع:

Wu M et al. (2018) Circulating Tumor Cell Phenotyping via High-Throughput Acoustic Separation. Small, 1801131: 1-10.



ابزار جدا سازی سلول‌های سرطانی موجود در گردش خون، به وسیله امواج صوتی



تصویر میکروسکوپی جداسازی سلول‌های سرطانی (رده سلولی سرطان پروستات) از گلبول‌های سفید در گردش خون پس از اعمال امواج صوتی

فرهنگی

یادداشتی بر فیلم باشگاه خریداران دالاس؛ آنچه مرا نكشد، قوی ترم می کند



احترام متقابل



دل نوشته



شعر



معرفی کتاب



کاریکاتور



کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده داروسازی



کانون فرهنگی هنری پرن

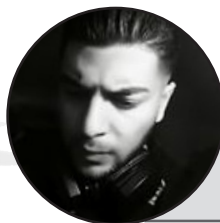


انجمن دانشجویان داروسازی ایران (IPhSA)





یادداشتی بر فیلم باشگاه خریداران دالاس؛ آن چه مرا نگشود، قوی ترم می کند



آرمان بیغم ورودی ۹۴



به تازگی از روی تختِ اتاقی در بیمارستان بلند شده. با وسایل داخل اتاق بازی می کند. به دنبال چیز با ارزشی برای کش رفتن است. از کُشوی میز، مِشتی شکلات برمی دارد و درون جیب لباسی که به کمرش بسته است می ریزد. در همین حین دکتر و دستیارش وارد اتاق می شوند.

دکتر: (با لبخندی مصنوعی) جناب وودروف... (به شکلاتها اشاره می کند) می بینم که انبارمون رو پیدا کردی. من دکتر سواردهستم. چطوره شما تشریف بیارین اینجا روی تخت بشینین. ممنون.

(وودروف با نگاهی حق به جانب روی تخت می نشیند.)
دکتر: ما تو آزمایشهای اولیه تون... چیزهایی دیدیم که نگرانمون کرد، پس آزمایشهای دیگه ای هم انجام دادیم...

دستیار: (وسط حرف های دکتر می پرد)... چندتا آزمایش خون... وودروف: چه آزمایش خونی؟ چون آخه... من مواد مصرف نمی کنم. دستیار: ما خونتون رو به خاطر مواد آزمایش نکردیم. وودروف: چه خوب... چون به هر حال ربطی هم بهتون نداره. دکتر: درسته... عه... آزمایشهای شما برای HIV مثبت نشون داده...

(نگاه حق به جانب وودروف تبدیل به نگاهی از سر نفهمی به دکتر می شود.)
دکتر:... که باعث بیماری ایدز میشه...

نمونه‌ای موفق از به حساب نیاوردن ناامیدی در رویارویی با مرگ اجتناب‌ناپذیر تبدیل می‌شود. فرصت طلبی، دغل بازی در عین سادگی و بد دهنی خصایل غیر قابل تغییر او در سرتاسر طول داستان هستند و به همراه بازی درخشان متیو، این فیلم را هرچه بیشتر باورپذیر می‌کند. جرد لتو نیز بعد از مدت‌ها برگشته تا با بازی یک شخصیت مبتلا به ایدز زنانه‌پوش، کادر درخشان بازیگری این فیلم را کامل کند. تعهد کاری این بازیگران در کاهش وزن آنها تا حد تکیدگی و بازی بی‌بدیل در نقش شخصیت‌های کمتر دیده شده نمایان است. فیلم عاری از راوی است اما حرکات دوربین و چینش بچای صحنه‌ها، صدای پنهانی است که تا عمق علاقه تماشاگر برای ادامه تماشای فیلم نفوذ می‌کند؛ برای مثال در سکانشی از فیلم، ران متوجه می‌شود که می‌تواند از قاچاق داروهای تقویتی ایدز که در مورد وی اثر بخش بوده، پول بسازد. سکانس با برداشت‌های بسیار کوتاه و پشت سر هم نگاه کاشف متیو، لبخند وی، گذاشتن جعبه‌ی داروها درون صندوق عقب ماشین، گرفتن کلید ماشین، دست دادن وی با صاحب داروها و در نهایت حرکت ماشین به سمت مرز کامل می‌شود. در پشت این برداشت‌هاست که ما با کارگردانی ظریف ژان مارک والی در نشان دادن فرصت طلبی و قطعیت ران آشنا می‌شویم. آنچه تحت عنوان **Zero To Hero** (تبدیل قهرمان داستان از فردی ناچیز به فردی موثر) که در فیلم‌های هالیوودی هم سبک به نمایش در می‌آید، در این فیلم بسیار واقع‌گرایانه تر از سایر آثار نشان داده شده تا آن‌جا که می‌توان گفت ویروس مورد بحث فیلم نامه **HIV** نبوده، بلکه ویروس رئالیسم است که

وودروف: (با نگاهی هاج و واج) شوخیت گرفته؟... ینی منم همون مرضی رو که راک هادسون هم‌جنس‌باز گرفته بود گرفتیم؟
دکتر: جناب وودروف تاحالا از مواد تزریقی استفاده کردین یا... تا حالا روابط هم‌جنس‌گرایانه داشتین؟

وودروف: (خیز برمی‌دارد) هم‌جنس... هم... هم‌جنس‌باز؟ بهم گفتی هم‌جنس‌باز؟
دکتر: بله...

وودروف: همینو گفتم مگه نه... (با پوزخندی ناشی از ناباوری) مسخرم کردی؟ من که هم‌جنس‌باز نیستم عوضی... درضمن هیچ هم‌جنس‌بازی هم نمی‌شناسم. منو نیگا، چی می‌بینی؟ ها؟ باید به گاو چرون بدبخت ببینی.

(فضا ملتهب می‌شود. نگاه‌ها بین دکتر، دستیار و وودروف رد و بدل می‌شوند.)

دکتر: جناب وودروف...

وودروف: پس مراقب حرف‌زدنت باش.

دکتر: (با حرکات دست سعی در آرام کردن وودروف دارد)... آقای وودروف می‌تونین فقط...

وودروف: نخیر هیچ غلطی نمی‌کنم. تو هم با زبون آدمیزاد حرف بزن لعنتی. اگه منو هم‌جنس‌باز صدا کنی، شل و پلت می‌کنم.

دکتر: لنفوسیت‌های T تون به عدد ۹ کاهش یافته، یه آدم سالم، به طور معمول دارای ۵۰۰ تا ۱۵۰۰ لنفوسیت T هست. پس واقعیتش... تو کف این هستیم که چرا اصلا زنده‌این.

چه چیزی می‌تواند مایوس‌کننده تر از خبر مرگ قریب الوقوع با بیماری ایدز باشد؟ زندگی ران وودروف با بازی متیو مک‌کانهی در فیلم باشگاه خریداران دالاس دهن‌کچی به جمله‌ی پیشین است. شخصیت ران که از روی شخصیت وی در دنیای واقعی اقتباس شده از انتظاراتی که از یک بیمار مبتلا به ایدز وجود دارد پا را فراتر گذاشته و به



شناسایی کنند.

نگاه بازرس FDA که مشغول دعوت شخصی برای سخنرانی است به ران گره می‌خورد.

بازرس: (در حضور جمع، انگار از بد دهنی ران خبر دارد) آقای وودروف میشه مهربانانه به ما بگین که دارین چکار می‌کنین؟

تک‌تک سکانس‌ها را به خود، آلوده کرده و داستانی کمتر قابل هضم برای عامه‌پسند پسنندان (!) به سر سفره آورده. لنگ‌لنگان با سری پایین پایه سرمی را به همراه خود می‌کشد. در سالن را باز می‌کند. صدای جیرجیر چرخ‌های پایه‌ی سرم توجه حضار را به خود جلب می‌کند. گردن‌ها می‌چرخند تا خروس بی‌محل را

ران: (با بی تفاوتی در حالی که مشغول پخش کردن بروشورهای باشگاه خود است) فقط مردم رو در مورد آزمایشم مطلع می‌کنم و مطمئن می‌شم که همه از قضیه خبر دارن.

بازرس: و اون قضیه چیه؟

ران: (نگاهش را از زیر کلاه کابویاش به بازرس می‌اندازد، کمی پایه‌ی سرم را به سمت خود می‌کشد) چرا پپتید T رو قطع کردی ریچارد؟ ها؟ یه داروی غیر سمی، مدرک هم دارم که کارسازه. نه تنها موسسه‌ی ملی سلامت، بلکه آدما‌ی خودتم می‌گن کاملا ایمنه. بازرس: آقای وودروف متاسفانه باید بگم شما چیزی جز یه فروشنده‌ی عادی مواد نیستین پس اگه میشه مزاحمون نشو...

ران: اوه من یه موادفروشم؟ نه توی کوفتی یه موادفروش کثافتی. خدا لعنتت کنه مردم دارن می‌میرن ولی همه‌ی شمایی که اون بالا اید می‌ترسین که ما یه راه حل پیدا کنیم. (خطاب به حضار) می‌بینید که؟ شرکت‌های داروسازی به FDA پول رشوه می‌دن تا محصولاتشون رو پخش کنن. معلومه که اونای نمی‌خوان که تحقیق کنیم. من اونقدری پول ندارم که براشون ارزش داشته باشه...

بازرس: دیگه بسه...

(نگهبان به سمت ران می‌آید تا او را از سالن خارج کند)

ران: بهتون می‌فهمونم. تا وقتی زنده ام دهنتونو سرویس می‌کنم.

نگهبان: بیاین بریم بیرون آقا...
ران: (خطاب به بازرس) شاید یه روزی بلند شی و کاری برای این وضع بکنی...

نگهبان: ازتون می‌خوام همین الان اینجا رو ترک کنین.

ران: (در حالی که برگه‌های بروشور را به یکی از حضار می‌دهد) بیا پخشش کن، بیا... به این ملیجکا گوش نکنین...

با اینکه نقد و به تصویرکشیدن نیمه‌های تاریک سازمان‌ها و سیاست‌های مختلف در هالیوود امری کلیشه‌ای شده است، روایت ضعف‌ها و کاستی‌های FDA در این فیلم به نوبه‌ی خود، امری بدیع به نظر می‌رسد. طی سالیان متوالی سیاست‌های سخت‌گیرانه‌ی FDA باعث شده که هم در حیطه‌ی تجارت و هم در زمینه‌ی علم، این سازمان به تکیه‌گاهی ایمن برای هرگونه ارجاع تبدیل شود. باشگاه خریداران دالاس با نگاهی متفاوت و با به میان آوردن مباحث اخلاقی، تلاشی برای تقدس‌زدایی از این سازمان را داشته است. کمبود دارو برای درمان ایدز در اثر سیاست‌های سخت‌گیرانه‌ی FDA چالشی است که به تلاش‌های ران در تاسیس باشگاه خریداران (داروی) دالاس، معنی می‌دهد. ران با قاچاق داروهای تقویتی ایدز



و پخش گسترده‌ی آن در باشگاهش دستی به سر و وضع زندگی خود می‌کشد و به طور دوگانه‌ای از این قوانین دست و پاگیر انتقاد می‌کند.

ران و رایان مشغول بررسی قفسه‌ی گوشت در فروشگاه زنجیره‌ای هستند. تی، جی، دوست قدیمی ران که به دلیل بیماری ران و برجسب هم‌جنس‌گرا بودن با او قطع رابطه کرده، به آنها می‌رسد. تی: جی: هی ران.

ران: (با بی تفاوتی) چی می‌گی تی. جی؟

تی: جی: چیکارا می‌کنی پسر؟

ران: (هم‌چنان مشغول بررسی گوشت‌ها) دارم سعی می‌کنم یه زندگی بسازم، می‌گیری چی می‌گم؟

تی: جی: آره، آره.

(تی. جی با حماقتی خاص، انگار که تازه موضوع بیماری و برجسب هم‌جنس‌گرا بودن ران را به یاد می‌آورد، سعی در تحقیق ران دارد)

تی. جی: (با پوزخند) هم‌جنس‌بازای عوضی این روزا همه جا هستند.

(ران سعی در بی تفاوتی نشان دادن خود دارد. رایان سر می‌رسد. ران سعی می‌کند با معرفی رایان شخصیت خود و وی را طبیعی جلوه دهد.)

ران: هی تی. جی، این رایانه. رایان، تی جی.

رایان بی خبر از همه جا دستش را به سمت تی. جی دراز می‌کند.

تی. جی با نگاهی تحقیرآمیز به سر و وضع زنانه پوش رایان، از دست دادن با وی ممانعت می‌کند.)

ران: بهت سلام داد. دست بده.

(تی. جی هم‌چنان آن دو را با تنفر نگاه می‌کند.)

ران: بیخیال رفیق. چته؟

تی. جی: گور باباتون.

ران دست تی. جی را می‌گیرد و به پشتش می‌پیچاند. گردن او را



گرفته و به رایان نزدیک می‌کند.

ران: دستشو بگیر تی. جی. بهش به دست قشنگ بده.
تی. جی از سر اجبار و کراهت از دست‌دادن با یک زنانه پوش مبتلا به ایدز، دستی به رایان می‌دهد.
ران: حالا... ازت می‌خوام که بری و گم شی... و به زندگی نکبت‌بارت برگردی.

یکی دیگر از زوایای زندگی افراد مبتلا به ایدز که کمتر مورد توجه قرار گرفته، دید افراد جامعه به آن‌هاست. نگرشی که همراه با آن برچسب یک بزهکار جنسی، هم‌جنس‌گرا یا معتاد را به همراه دارد. فیلم بازسازی کاملی از نحوه نگاه مردم عامه به یک شخصیت مبتلا به ایدز در

دهه‌های ۸۰ و ۹۰ را در خود دارد؛ این‌که فرد مبتلا به ایدز لزوماً هم‌جنس‌گراست. مصداق آن، جمله‌ی «بیماری ایدز، بلایی از سوی خدا برای هم‌جنس‌گرایان است.» می‌باشد. طردشدن ران از سمت دوستان و هم‌کارانش، و حتی دریغ کردن از دست‌دادن با او (تا مبادا با دست‌دادن ویروس HIV را بگیرند) کاملاً این دید را به تصویر کشیده است. البته فیلم به هیچ‌وجه نخواستند حس دلسوزی بیننده را به حال ران برانگیزد؛ چون شخصیت ران به گونه‌ای طراحی شده تا در برابر چالش‌های موجود در فیلم، نه تنها مقاومت، بلکه آن‌ها را به فرصتی برای خود تبدیل کند. (ران به دلیل مصرف بی‌جای اینترفرون در روی تخت بیمارستان



است. بازرس FDA، دکتر سوارد و دوست پلیسش در اتاق هستند) دکتر: آقای وودروف.

ران: دکتر سوارد شرط می‌بندم از دیدن من سورپرایز شدی.
دکتر: نزدیک بود خودتو بکشی. خب باید بدونیم داروها رو از کجا گرفتی...

ران: و منم باید بدونم داری چی تو خونم تزریق می‌کنی دکتر.
دکتر: باشه. این ترکیبی از AZT و طیف کاملی از...
(ران با شنیدن AZT با عصبانیت سوزن سرم را از دستش می‌کند.)
دکتر: نکن...

ران: (درحالی که از روی تخت بلند می‌شود.) ازت بخاطر سعی در کشتن من شکایت می‌کنم. وسایلم کجاست؟ (اشاره به اینترفرون که مشغول قاچاق کردنشان بود)

دکتر: وسایلت باعث حمله‌ی قلبی شدن.
ران: (در حالی که وسایلم را جمع می‌کند) برو به جهنم. من خودم تصمیم می‌گیرم چی بهم تزریق بکنین یا نکنین، نه تو.
دکتر: چه بخوای چه نخوای این تصمیم‌گیری به آدمای توی بیمارستان محول شده.

ران: فکر می‌کنی من هم مثل یکی از اون خوک هندیاتون هستم سوارد؟ (اشاره به آزمایش‌های دو سو کور داروی AZT روی بیماران بیمارستان) من برات مث به جونورم‌ها؟

بازرس FDA: آقای وودروف فکر می‌کنی خیلی باهوشی؟ تو بدنتو پر کردی از داروهای ناشناخته و به اندازه‌ی ذخیره‌ی دو سال داروی قاچاق داری. پس اینو گوش کن. من بی‌چارت می‌کنم، همه‌ی

داروها تو می‌گیرم و می‌سوزونم. کارت تمومه...

دکتر: تو به احمقی که فکر می‌کنی داری به خودت کمک می‌کنی.
ران: (با آرامش) درسته من تورو اسکل کردم مگه نه؟ تو بهم گفتی در عرض ۳۰ روز می‌میرم خب پس چچوریا شد؟ آخه به سال گذشته و ببین کی اینجاست.

(دوست پلیس ران به قلدر مآبی او لبخندی می‌زند.)

ران: (وسایلم را جمع کرده) من کارم با شماها تموم شده.

(رایان به سرعت از در اتاق وارد می‌شود)

ران: (خطاب به دکتر) هرچی خواستی بهم بگی به دکترم می‌گی.
دکتر ایو ساک (رو به بازرس می‌کند) و تو هم می‌توننی لشگر کشیتو بکنی.

دکتر: آقای وودروف میشه به تختتون برگردین...

ران: کارم باهاتون تمومه.

(ران با لباس بیمارستان بدون کفش و نیمه برهنه به همراه رایان در راهروی بیمارستان به طور پیروزمندانه‌ای به سمت در خروج می‌رود)

در پایان، باشگاه خریداران دالاس آمیزهای از فضاسازی‌هایی موفق از دهه‌های ۸۰ و ۹۰ میلادی، کادر بازیگری مناسب، فیلم‌نامه‌ی قدرتمند و کارگردانی هوشمندانه است. تماشای این فیلم را به فعالان حوزه‌ی پزشکی، داروسازی و نهایتاً هر هنردوستی که از پیوند هنر با بطن زندگی انسان لذت می‌برد پیشنهاد می‌کنم.



احترام متقابل



مهدی هادوی ورودی ۹۲

احساس تر از آن را به فرد مقابل بدهد. حتی اگر از قبل هیچ برنامه ای برای تبریک گفتن به او نداشته باشد. بنابراین هر موقع لطفی در حق کسی بکنیم، آن فرد به دنبال موقعیتی برای جبران آن به بهترین شکل ممکن خواهد بود.

در مورد احترام متقابل هم به همین ترتیب است. وقتی ما با تعریف کردن از فردی به او احترام می‌گذاریم او نه تنها به ما علاقه مند می‌شود، بلکه خود نیز به همان صورت رفتار کرده و به ما احترام می‌گذارد.

بی‌احترامی متقابل

در مقابل احترام متقابل اگر به دیگران بی‌احترامی هم کنیم، همان نوع رفتار را از آن‌ها دریافت می‌کنیم. به عنوان مثال اگر از جمع دوستانمان دوری کنیم و در حضورشان احساس بدی داشته باشیم، آن‌ها رفتار ما را غیرصمیمانه برداشت کرده و به همان شکل با ما برخورد خواهند کرد.

بنابراین قانون عمل و عکس‌العمل در هر نوع شرایط و ارتباطی حاکم بوده و تاثیر خود را نشان می‌دهد.

اگر به دیگران توهین کنیم و دشنام بدهیم در جواب توهین و دشنام می‌شنویم و اگر احترام بگذاریم، احترام متقابل آن‌ها را دریافت خواهیم کرد.

احترام متقابل یعنی برای دریافت احترام دیگران، خودمان نیز باید به آن‌ها احترام بگذاریم. اگر ما به گونه‌ای رفتار کنیم که افراد احساس مهم بودن کنند، آن‌ها نیز متقابلاً به گونه‌ای عمل خواهند کرد که ما هم احساس ارزشمندی کنیم.

قاتل احترام متقابل

اگر طوری رفتار کنیم که حس خودبرتربینی را به دیگران القاء کنیم، افراد احساس بی‌احترامی و نادیده گرفته شدن خواهند کرد. در چنین شرایطی آن‌ها نه تنها احترامی برای ما قائل نخواهند بود، بلکه حتی ممکن است اقدام به تخریب شخصیتمان کنند.

استفاده از قانون طبیعی برگشت مساوی

آنچه از آن صحبت کردیم، یعنی احترام به دیگران به منظور دریافت احترام متقابل آن‌ها در واقع استفاده از قانون طبیعی برگشت مساوی است. بر اساس این قانون:

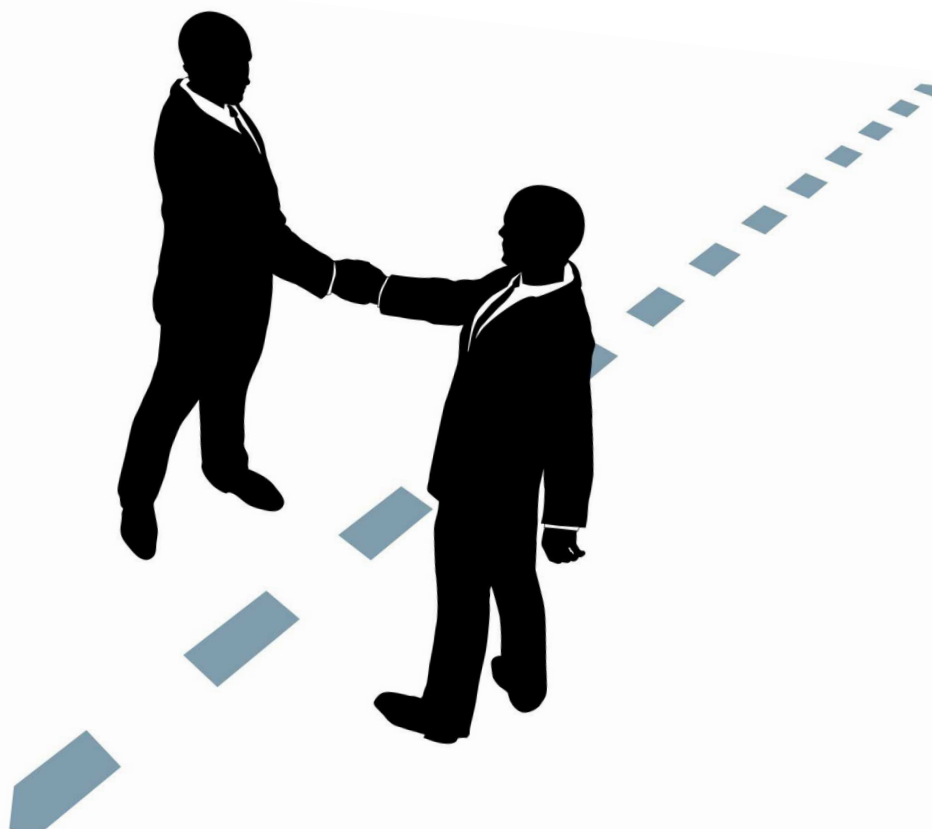
”کائنات در ازای بخشش، چیزی بیشتر از آن را به فرد بخشنده باز می‌گرداند“

اگر کسی از چیزی که به او می‌بخشیم خوشحال و راضی باشد، سعی خواهد کرد کار ما را جبران کند. مثلاً اگر کسی به مناسبت عید نوروز پیام تبریکی از فرد دیگر دریافت کند، احساس می‌کند در عوض باید به سرعت پاسخی متناسب یا حتی بهتر و پر

چگونه می توان حس احترام را در خود و دیگران افزایش داد؟

به منظور افزایش حس احترام در روابط میان فردی از اقدامات کوچک شروع نمایید:

- ۱- سر و وضع مناسب داشته باشید.
- ۲- وقت شناس باشید.
- ۳- در گفت و گوی با دیگران مستقیم و باوقار باشید.
- ۴- در هر نوع گفت و گویی خوشرویی خود را حفظ کنید.
- ۵- در هنگام سخن گفتن به چهره دیگران نگاه کنید.
- ۶- به حس همکاری گروهی بها دهید.
- ۷- برای رفع مشکلات محیط کار و زندگی خود به دنبال راه حل باشید، زیرا بی تفاوتی احساس احترام متقابل را کاهش می دهد.
- ۸- از اشتباهات خود درس گرفته و آنها را آزمونی برای اعمال صحیح در آینده بدانید.
- ۹- در گفت و گوهای خود اسامی افراد را به خاطر سپرده اما در بیان فقط فامیل آنها را مورد خطاب قرار دهید.
- ۱۰- آهنگ، لحن و کلام خود را کنترل کرده و مودبانه صحبت کنید. مانند «لطفا تشریف بیاورید اینجا»، «چه کاری از دست من ساخته است»، «لطفا پایین ورقه را امضا کنید»، «از توجه شما سپاس گزاریم».
- ۱۱- در کلام خود، کلمه «متشکرم» را فراموش نکنید.
- ۱۲- شخصیت همه افراد را ارزشمند دانید.
- ۱۳- برای رفع ناراحتی های میان فردی سعی کنید گاهی خود را جای طرف مقابل بگذارید.
- ۱۴- به حرف های دیگران به دقت گوش داده و در زمان صحبت آنها، کلامشان را قطع نکنید.
- ۱۵- به دیگران با کلماتی مانند «خواهش می کنم ادامه دهید»، «علاقه مندم که بیشتر بدانم» و ... دلگرمی بدهید.
- ۱۶- سخنان گوینده را خلاصه و جمع بندی نموده و به نکات مهم اشاره کنید.
- ۱۷- در برابر اعتراض دیگران، جزئیات بیشتری را خواسته و چنانچه اشتباهی مرتکب شده اید آن را پذیرفته و بیهوده از فرد یا افراد دیگر بدگویی نکنید.
- ۱۸- در صورتی که مجبور هستید پاسخ منفی بدهید، دلایل این کار را بیان کنید.
- ۱۹- با افراد معترض جر و بحث نکنید، بلکه بگذارید آرام شده و آنگاه بگویید: «می دانم ناراحت هستید» و نشان دهید آنها را درک کرده و در صورتی که امکان حل مشکل از طریق دیگران وجود داشت طلب کمک کنید.
- ۲۰- کارها و فعالیت هایی را که قادرید انجام دهید، با خوشرویی بپذیرید.



پای میز حساب

دل نوشته

کاش میشد برای چند لحظه، پای میز حساب کتاب می نشستیم. با یک دودوتا چهارتای ساده، تمام لحظات، وقایع و خوشی هایی که به خودمان بدهکاریم را حساب می کردیم. همان لحظه هایی که با دنیای ساختگی ذهنمان ویران کردیم، همانهایی که به جای خنده های از ته دل با بغض و حسرت از دستشان دادیم.

همان وقایعی که خودمان از خودمان دریغ کردیم مثل همان روز پاییز که به جای گوش سپردن به صدای خشخش برگ های زرد زیر قدم هایمان، گوشمان را از هیاهوی مردم و فریادشان پر کردیم.

ما به خودمان دل خوشی های زیادی بدهکاریم. ما همان قمار بازِ بد اقبالیم که تعداد باخت هایمان را ز عدد بیرون است

ولی جرأت حساب و کتاب بدهی هایمان را نداریم... ای کاش به جز جنگیدن و تاختن عقب نشینی را هم یادمان می دادند.

عقب نشینی شروعی دوباره است. شاید اگر می فهمیدیم برای دوست داشته شدن و عشق ورزیدن گام اول دوست داشتن خودمان است راحت تر عقب نشینی می کردیم، راحت تر کوتاه می آمدیم و راحت تر زندگی می کردیم. ما به خودمان خیلی بدهکاریم...



دیبیا سعیدی ورودی ۹۵



خی دایم ندایم را
کسی پاسخ دهد یا نه
در این ایام بی پایان
میان رنگ‌ها گم گشته آن فانوس
که شاید بر سر راهی
مسیری را نشان می داد
و من را در خروپوش
سخت دلگیر جهانی کرد
خی دایم کجا شاید
دوباره مشعلی باشد
کجا شاید
درون قلب‌ها را می‌شود دیدن
برای بودن خورشید
شب را تا سحر پایید
برای عشق حیرانم،
برای عشق حیرانم
که تنها در غلاف شب
چگونه زنده می ماند
چگونه این همه احساس
درون خانه می خوابد
و من را سخت دلگیر
جهانی می کند کز آن،
سایه ای از ترس
درون آینه لرزید
شبنم را سایه‌ها پر کرده، خاموش اند
آدم‌ها میان قرن‌ها حیران و سرگردان
به دنبال نجات جاده می گردند
خدایم را کجا باید بیابد قلب دلگیرم

شراب واقعی یا شراب مجازی

معرفی کتاب



کتاب شیمیا رهنما ورودی ۹۶

دل نوشته ای برای مولانا جلال الدین محمد بلخی

شراب واقعی یا شراب مجازی!؟

دانش آموز این مرز و بوم که بوده باشی کم پیش می آید حتی شده یک بار این سوال برایت پیش نیامده باشد...؛ چیست آن شرابی که در آثار عالمان و شاعران این دیار بارها و بارها تکریم و پناه بی پناهی و آرام آشوب دلشان گردیده... شرابی که برایم تردید شده بود همان C_2H_5OH دنیای آشنای ما باشد.!

شاید خیلی ناب تر از این حرفها بود.
تو شراب لامکان را
آن نام و نشان بی نشان را
بفزا که فزایش روانی
سرمست و روانه کن روان را...
مولانا

راستش این سوال برای خود من هم نه تنها بیگانه نبود، بلکه مشوق پیدایش سوالاتی از این قبیل و با همین رنگ و بو و به مراتب بی پروا تر شد.
سوالاتی فراتر از جنس شراب...

درست یادم هست زمانی را که معلم ادبیات از عشق الهی نهفته در شعر مولانا دم زد و همین شد عامل پریشانی روح بی اطلاع و روان ساده ام. با خود می گفتم: چطور می شود کسی در مقام استادی، به ادبیات و هویت یک ملت خیانت کند حال آنکه این، عشق زمینی بود که عنان شعر را در دست گرفته و جولان می داد.

چشمه ی ادراکم خشکیده بود و حرفهایش را متأثر از سانسورهای مربوط به دوران می دیدم.

سوال اولم بی پاسخ مانده بود و سوالات بعد درست مثل حلقه های یک زنجیر، با همان پیوستگی و انسجام خاص به آن ملحق می شدند و ذهن بی تابم را به بند می کشیدند.

از شراب به عشق رسیده بودم.

باید درجه بندی اش می کردم و برچسب زمینی-

آسمانی نثارش می کردم؟؟

اینبار در دایره عشق سرگردان شدم.

کسی که مولانا خوانده باشد خوب می فهمد. جادوی این کلمات، زاهد و صوفی نمی شناسد. همه را سحر می کند. آنقدر دشوار است که عالمترین علما از درکش عاجزند و آنقدر ساده و بی ریاست که صغیرترین کودکان به راحتی با آن انس می گیرند.

تصمیمم را گرفته بودم. پیگیر شدم. مشتاق بودم... مولانا را آنقدر که ظرف روحم گنجایش داشت، شناختم. کلامش روحم را نوازش می داد. تشنه بودم. سیرابم می کرد...

انقلابی بزرگ در راه بود. می فهمیدمش. خام بودم، از کلامش آتش می باریدم، در تب و تاب آشنایش سوختم. حالا چند سالی از آن روزها می گذرد. زمان زیادی ست که هر شب در رویاها، خود را سرگردان در کوچه های قونیه می بینم. پای مجالس وعظ می نشینم، با گوش دادن به اهنگ صدایش وقتی زمزمه میکند، از خود بی خود میشوم و به قول خودش:

خیال او چو ناگه در دل آید دل از جا میرود، الله اکبر تازه فهمیدم برای مست شدن و بی خبری نیازی به الکل و بنگ نیست.

مولانا و معشوقش کافی بود که تا ابد مدهوش شوم. نه شراب یا قوت رنگی نیاز بود و نه عشق بی بدیل زمینی، از آنهایی که در سینمای بالیوود قلمه شده این عشق فقط یک انتها داشت و آن بی انتهایی بود؛ هیچ... فنا

الیف شافاک در کتابش از شمس تبریزی، یار قسم خورده مولانا، نقل قول می کند: " در این دنیا که همه می کوشند چیزی شوند، تو هیچ شو. مقصدت فنا باشد... انسان باید مثل گلدان باشد؛ همانطور که در گلدان نه شکل ظاهر، که خلاء درون مهم است، در انسان نیز نه ظن منیت بلکه معرفت هیچ بودن اهمیت دارد."

مولانا حاکم ملتی بود و من یک رعیت ساده با چشمانی دوخته شده به عنایات سلطان

ملتی که نامش ملت عشق بود...

کاریکاتور



کتاب صبا فقهی ورودی ۹۲



کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده داروسازی

کمیته پژوهش‌های دانشکده داروسازی که از سال ۱۳۸۱ مشغول به فعالیت است، هر ساله با برگزاری برنامه‌های مختلف پژوهشی سعی در یاری رساندن به دانشجویان علاقمند در جهت رسیدن به اهداف پژوهشی ایشان دارد. از جمله فعالیت‌های این نهاد می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- برگزاری کارگاه‌های آموزشی
- برگزاری مدارس تابستانه
- برگزاری اولین مدرسه تابستانه پژوهشی
- تألیف مجله‌ی ریتالین

• راهنمایی جهت شرکت در سمینارهای دانشجویی
• ایجاد بستر مناسب جهت انجام فعالیت‌های پژوهشی



بیست و یکمین سمینار دانشجویان داروسازی سراسر کشور - اهواز اسفند ۹۶

دانشجویان کمیته تحت نظر سرپرست محترم کمیته که از اعضای محترم هیئت علمی دانشکده هستند فعالیت میکنند

واحد آموزش

این واحد مسئولیت برنامه ریزی و سازماندهی فعالیت‌های آموزشی و برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت توانمندسازی دانشجویان در زمینه‌ی مهارت‌های مورد نیاز یک دانشجوی پژوهشگر را به عهده دارد.

این کارگاه‌ها عبارتند از:

- اصول روش تحقیق، جستجوی منابع الکترونیک و پایگاه‌های اطلاعاتی، پروپوزال و مقاله نویسی، مفاهیم پایه در آمار زیستی و SPSS آشنایی و شرکت در سمینارهای دانشجویی، طراحی یک پوستر علمی، نحوه‌ی ارائه پوستر در سمینارها و کنگره‌ها و....



واحد پژوهش:

- این واحد مسئولیت برنامه ریزی و سازماندهی فعالیت‌های پژوهشی از جمله اعلام فراخوان طرح‌های بررسی پیشرفت طرح‌های تحقیقاتی، نظارت بر عملکرد گروه‌های تحقیقاتی را بر عهده دارد.



بیستین سمینار دانشجویان داروسازی سراسر کشور - تهران فروردین ۹۶

پژوهش‌های دانشجویی دانشکده داروسازی اهواز



واحد مالی:

این واحد مسئولیت مدیریت داخلی، حفظ نظم در امور مالی و مدیریت منابع را بر عهده دارد. در این راستا مستند سازی اسناد و گزارشات مالی صورت می گیرد.

واحد اجرایی و تدارکات:

این واحد مسئولیت تهیه تدارکات لازم جهت فعالیت کارگاه‌ها و تمامی رویدادهای کمیته را به عهده دارد.

واحد انفورماتیک:

در این واحد اطلاع رسانی جمعی و فردی در زمان‌های مقرر جهت آگاهی بخشی دانشجویان از طریق شبکه‌های اطلاع رسانی صورت می گیرد.



واحد روابط عمومی:

این واحد مسئولیت اطلاع رسانی فعالیت‌های کمیته را از طریق سایت دانشکده، تلگرام کمیته، پوستر، بنر و دیگر شبکه‌های اجتماعی به عهده دارد.

مجله‌ی ریتالین:

مجله‌ی علمی-فرهنگی ریتالین متعلق به کمیته‌ی پژوهش‌های دانشجویان دانشکده داروسازی است که توسط دانشجویان این دانشکده نگارش، چاپ و توزیع می‌گردد.

ارتباط با ما:

تلگرام کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده داروسازی
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده داروسازی،
طبقه‌ی دوم، جنب راهرو بیوشیمی
@IPH SRC
iphsrc@pharm.mui.ac.ir
ritalinmagazine.pharmacy@gamail.com



☞ سارا کاروان ورودی ۹۲

کانون فرهنگی هنری پرن

در دانشکده بیشتر تحت عنوان خیریه شناخته میشود چون بیشتر فعالیت هایش با هدف کمک به نیازمندان برگزار میشود. هر سال حداقل ۲ بازارچه خیریه شادکنک (به نفع کودکان نیازمند) و شب یلدا را برگزار می کند. جمع آوری کمک های مالی در ماه رمضان و تهیه سبد کالا برای در شب های قدر یکی دیگر از کارهای این کانون در این ۲ سال گذشته بوده است. از دیگر فعالیت های کانون میتوان به برگزاری جشن روز دانشجو و نوشتن دلنوشته بچه ها روی بنر اشاره کرد. امید است با استقبال دانشجویان و همکاری مسئولین کانون فرهنگی پرن هرچه قوی تر به فعالیت خود ادامه دهد.



آقای احمد بابایی ورودی ۹۴

IPhSA

INTERPHARMA S.A.



کلیه ملیکاملکی ورودی ۹۴



- داروسازی اصفهان و شیراز فعالیت می‌نماید.
فعالیت‌های این انجمن در ایران به طور کلی به ۷
کمیته تقسیم بندی می‌شود:
۱. کمیته public Health
 ۲. کمیته Education
 ۳. کمیته Professional Development

انجمن دانشجویان داروسازی ایران (IPhSA) با هدف ارتقای سلامت عمومی جامعه و اعتلای نقش داروساز زیر نظر مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان و با همکاری دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران در ابتدا شروع به فعالیت نمود و پس از آن علاوه بر تهران، به طور همزمان در دانشکده‌های



کمیته تحقیقات (Research)

هدف این کمیته پرورش داروساز پژوهشگر است و اعضای این کمیته در جمع آوری اطلاعات و داده‌های مربوط به پروژه‌ها و همچنین آنالیز داده‌های حاصل از آن مشارکت دارند.

کمیته مالی (Financial):

جذب اسپانسر و تامین هزینه‌های مالی کمیته‌ها و فعالیت‌های مربوط به ایفسا و مذاکره با شرکت‌های داروسازی برای همکاری با کمیته‌های مرتبط و پروژه‌های مشترک از جمله فعالیت‌های این کمیته می‌باشد.

کمیته طراحی و رسانه (Media And Design)

طراحی پوسترها و بروشورهای مربوط به فعالیت‌های انجمن به ویژه سلامت عمومی از جمله فعالیت‌های این کمیته است و این کمیته همچنین اقدام به برگزاری کلاس‌های آموزشی از جمله فتوشاپ برای اعضای خود نموده است.

کمیته روابط عمومی (public Relations)

اطلاع‌رسانی فراخوان‌ها و فعالیت‌های سایر کمیته‌ها، هماهنگی مربوط به فعالیت کمیته‌های ایفسا با ارگان‌های مربوطه و سایر کمیته‌ها و ایفسای کشوری و اعلام فراخوان سالیانه عضویت و معرفی ایفسا به جدیدالورودها از جمله فعالیت‌های این کمیته می‌باشد.

۴. کمیته Research

۵. کمیته Financial

۶. کمیته public Relations

۷. کمیته Media And Design

کمیته سلامت عمومی (public Health)

برگزاری کمپین‌های سلامت عمومی از جمله: کمپین آگاهی بخشی سرطان، آموزش در مدارس، پروژه مسمومیت دارویی، پروژه گیاهان دارویی و غیره، که هدف از برگزاری این پروژه‌ها، افزایش سطح آگاهی عموم افراد جامعه می‌باشد.

کمیته آموزش (Education)

این کمیته در راستای فعالیت‌های آموزشی، شکل گرفته و سعی در بهبود سیستم آموزشی و ارتقای سطح اطلاعات دانشجویان دارد. برگزاری کارگاه‌های آموزشی، مدارس تابستانه و جلسات آموزشی پیش از برگزاری کمپین‌ها و... از جمله فعالیت‌های این کمیته می‌باشد.

کمیته توسعه حرفه‌ای (Professional Development)

در این کمیته با تمرکز بر نقش داروساز در کادر بهداشتی درمانی، سعی در شناساندن نقش‌ها و وظایف حقیقی و رفتار حرفه‌ای داروساز به دانشجویان این رشته داریم. از جمله فعالیت‌های این کمیته برگزاری پروژه داروساز من به مناسبت روز جهانی و ملی داروساز بود.

سرگرمی

حل جدول



سودوکو

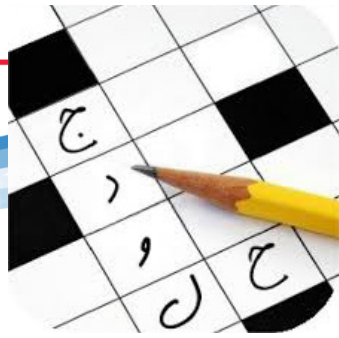


ارتباط با ریتالین



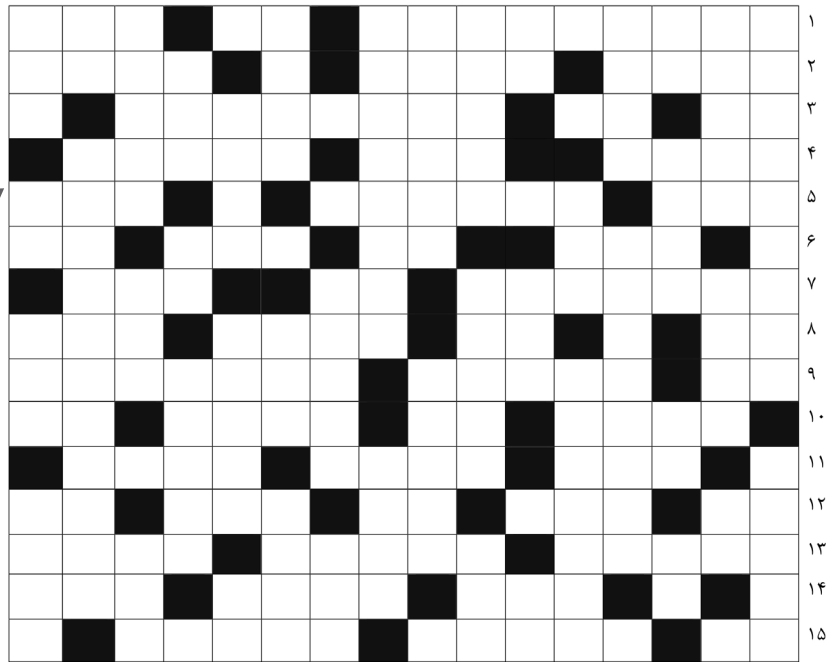
فرم اشتراک ریتالین





آرمان نصر اصفهانی ورودی
۹۵

۱۶ ۱۵ ۱۴ ۱۳ ۱۲ ۱۱ ۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱



۱۶- مفرد شروط- قلب- متضاد وحشی- نوعی گیاه دارویی

افقی

- ۱- گیاه مورد علاقه ی کوالا با اسانس و رایحه مطلوب- نشانه ی مفعول- رفتار
- ۲- ماندنی، پایدار- تخت پادشاهی- همسر مذکر
- ۳- حرف تعریف در عربی- ضمیر اول شخص- مجسمه ی معروف مصری

- ۴- ماده ی شیمیایی با فرمول $C_{10}H_{18}O$ - شمال به انگلیسی- بیماری زردی
- ۵- اولین ماه تابستان- عامل بیماری کرمک- آبی که از پیوستن چشمه ها به وجود می آید
- ۶- بد یمن- کامیونت- وسیله ای برای جلوگیری از خیس شدن در باران- پیچاندن به انگلیسی، نقش به انگلیسی
- ۷- جنون- یون مورد نیاز غده ی تیروئید- واحد اندازه گیری
- ۸- اولین عدد فرد- تیر پیکاندار- نوعی گل- وسیله ی دفاع
- ۹- اجزای سازنده ی ریتم موسیقی- وسیله ی روشنایی در قدیم- کشنده ترین بیماری طول تاریخ
- ۱۰- علمی در ریاضی- توکسین- ترکیب حاوی OH- رطوبت
- ۱۱- متضاد گرم- پلی فنول موجود در عصاره ی گیاهان- نوعی اشکال دارویی
- ۱۲- مایه ی حیات- آسانی- پیشوند منفی کننده ی اسم- گیاه مسهل- پایتخت ایتالیا
- ۱۳- نظردادن به انگلیسی- مامور بهداری- محتاج، مسکین
- ۱۴- زمان بی نهایت- کلمه ی مکرر پس از قافیه در شعر- نوعی ماشین
- ۱۵- ابزار نوشیدن مایعات- اسانس نعنا فلفلی با گروه الکلی و فرمول $C_{10}H_{20}O$ مقیاس، ملاک

عمودی

- ۱- نوعی آنتی بیوتیک- آمپول تزریقی برای پیشگیری
- ۲- واحد انرژی موجود در غذاها- نام دختر- همراه، به اتفاق
- ۳- ضمیر اشاره دور- پایتخت لهستان- فلز CU- مخفف ماه
- ۴- وسیله ی متصل به لام برای دیدن زیر میکروسکوپ- داروی ضد انعقاد
- ۵- بی هراس، ایمن شده- شهری در اصفهان
- ۶- بنا بر این، آنگاه- به دست آوردن و بهره به انگلیسی- خدایان ساخته شده با چوب و سنگ
- ۷- مخالف سیس- بیماری گوارشی- شروع، ابتدا
- ۸- گونه ی عامل بیماری وبا- نام دختر
- ۹- هورمون شادی و آرامش- کمیاب
- ۱۰- موارد استفاده ی دارو پیشگیری و ... است- انسان
- ۱۱- مسابقه ی ماشین سواری- عفونت پوستی توسط کنه- چابک
- ۱۲- شهر باستانی افغانستان- انتخاب به انگلیسی- حرف عربی به معنی در، داخل، درون
- ۱۳- رغبت- شهری در تهران- رشته ها
- ۱۴- غلظت رایج- کم کردن، عدد بر روی عدد- حرفه ی مردگان
- ۱۵- تعداد کربنهای نونان- هورمون و انتقال دهنده ی عصبی

SUDOKU

آسان

8				2	1			3
	3	6			9	4		
		5				7		6
	7			9				
5			3		6			7
				8			3	
7		8				2		
		1	2			3	5	
3			8	6				1



۴۶

میان

		4	8	7				
			9			4	2	
	9				6		8	
		5	2			3		4
	2		3		4		1	
3		7			1	2		
	1		7				3	
	8	9			5			
				1	8	9		

سخت

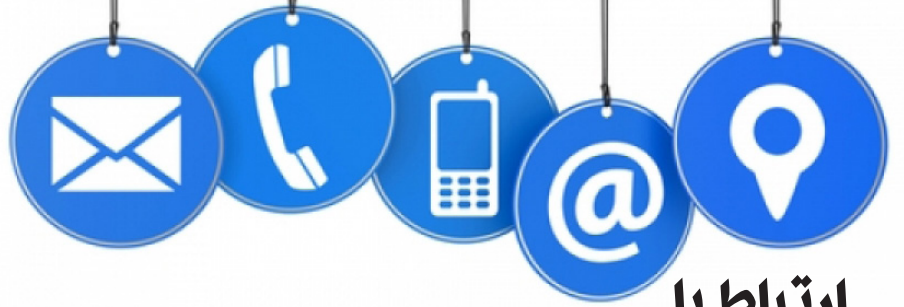
				9			8	
				7	1	4		2
2			4	8			9	
	8	1		6	4			
7								3
			9	2		1	5	
	5			1	2			4
6		9	8	4				
	4			3				

مردانگن

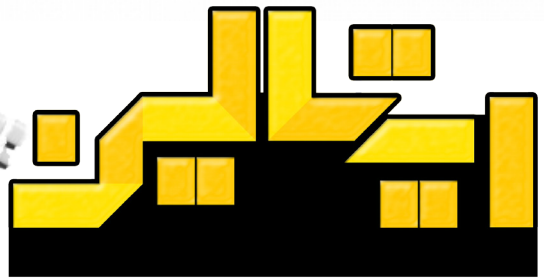
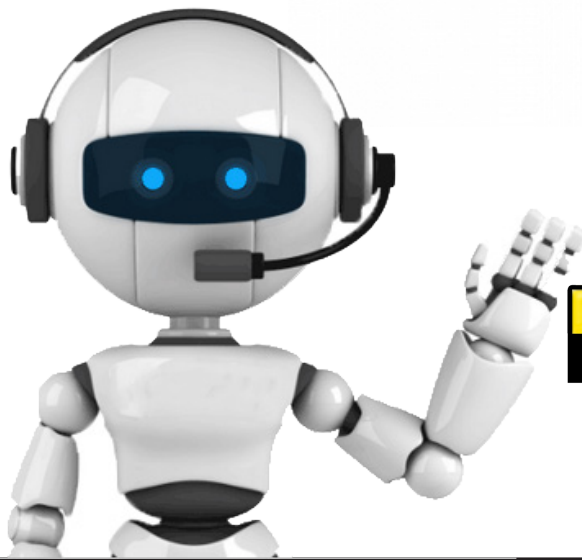
						2	7	
	8			9	2			6
		4		5	6			
	6	3	4				1	
		9	5	6	3	8		
	2				9	3	6	
			6	9		7		
7				8	5		3	
	5	8						



که ارمین امینی ورودی ۹۶



ارتباط با



شما هم با ریتالین همراه شوید

مجله علمی فرهنگی ریتالین

کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده داروسازی اصفهان

[Http://ritalinmagazinepham.blogfa.com](http://ritalinmagazinepham.blogfa.com)

برای عضویت مشخصات و حیطه ی مورد علاقه ی خود را به ایمیل

Ritalinmagazin.pharmacy@gmail.com

ارسال کنید و یا از طریق اسکن کد QR زیر مشخصات ذکر شده را در فرم وارد کرده و با ما همراه شوید.





فرم اشتراک مجله علمی فرهنگی



نام:.....نام خانوادگی:.....رشته تحصیلی:.....
 میزان تحصیلات:.....کد پستی:.....
 فکس:.....همراه:.....
 شروع ارسال از شماره:.....تاریخ تکمیل فرم:.....
 مبلغ واریز شده:.....شماره فیش بانکی:.....
 تاریخ واریز:.....

امضای متقاضی

لطفا مبلغ واریزی را به شماره کارت ۵۸۹۴۶۳۱۵۸۳۴۴۷۵۹۴ بانک رفاه به نام افسانه یگدانه پرداخت کنید.
 پس از تکمیل فرم جهت ثبت اشتراک به کمیته پژوهش‌های دانشجویان دانشکده داروسازی اطلاع دهید.

خوانندگان محترم مجله علمی فرهنگی ریتالین

در شماره‌ی گذشته‌ی این مجله مطلبی به اشتباه با عنوان "فرصتی برای کشف آنچه میتوان بود؛ نگاهی به سریال دنیای شرق" چاپ گردید. عنوان صحیح این مطلب "فرصتی برای کشف آنچه میتوان بود؛ نگاهی به سریال دنیای غرب" بوده است که بابت این اشتباه از نویسندگان و سایر خوانندگان مجله پوزش می‌طلبیم.

