

ارتقا

مجله علمی فرهنگی | خرداد ۱۳۹۴ | شماره هفتم | قیمت: ۱۰۰۰ تومان



+ گفتگو با دکتر مینائیان

.....=
جزئیات آزمون های تخصص و جامع ۱۸۰ واحدی



+ Smart Insulin Patch

.....=
نوید آینده ای روشن در درمان دیابت



+ ویژه جدید الورد ها

.....=
کمی بیشتر از تحصیل در دانشگاه بدانیم!



+ هیچ راهی صاف صاف نیست!

.....=
مصاحبه با دکتر فرسای استاد یار داروسازی بالینی



معنویت جنگ بزرگ ما
و زندگی رکود بزرگ ماست

درباره فیلم Fight Club

اثر دیوید فینچر

+ ”حق فنی“ غریبه ای آشنا

.....=
۵ شهر یور بزرگداشت روز داروساز



افسردگی

زندان پنهان درون

علت ها، تظاهرات بالینی، تشخیص، درمان

Ritalinmagazine.pharmacy@Gmail.com

هم آوایی زندگی



در هم آوایی پر ازدحام زندگی هرکس ساز خود زند؛

بهرازگانی در گوشه ی این نغمه سرایی،

نوای سازی چشمگیر می شود با ریتمی شورانگیز...

آنجاست که نگاهها به سمتش رژه می روند...

بسی در شور، لیکن بعضی منتظر در نهفت،

چشم می کشند در انتظار کوچکترین خطا، تا که بزرگش کنند؛ جار بزنند و جار بزنند و جار بزنند...

تا جایی که در هم شکنند سازت را...

ای کاش ساز دلت کوک کوک باشد، که خواه ناخواه رقص نت هادل انگیز می شود

و آن هنگام بی شک پرده ی موفقیت در چنگ توست...

"علیرضا اعتدالی"

شناسنامه مجله

فصل نامه علمی-فرهنگی ریتالین

سال چهارم | شماره هفتم | تابستان ۹۴

صاحب امتیاز: کمیته پژوهش های

دانشجویان داروسازی

مدیر مسئول: علی صفائی

سرپرست: غزاله مینائیان

طراح جلد و لوگو: سینا سهیلی

صفحه آرای: مسعود حاجی علی گل

شماره ثبت: ۸۵-۳-۲۴۱

ویراستاری: غزاله مینائیان
مسعود حاجی علی گل

با تشکر ویژه از:

جناب آقای دکتر مینائیان

جناب آقای دکتر جهانیان

(سرپرست کمیته پژوهش های دانشجویان داروسازی)

جناب آقای دکتر اعتباری

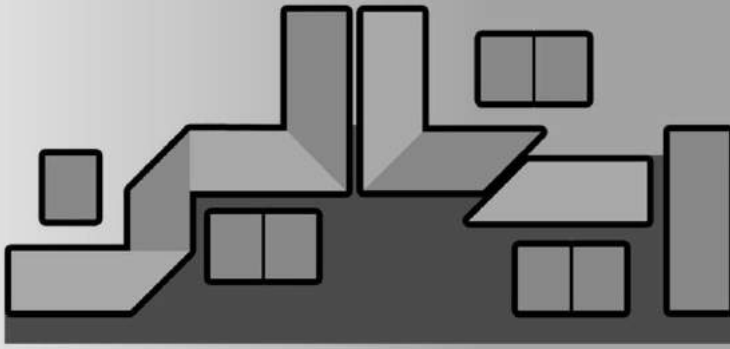
سرکار خانم دکتر فرسائی

سرکار خانم طغیانی

سرکار خانم سلطانی

(مسئول دبیرخانه نشریات)

جناب آقای شجره



همکاران این شماره

(به ترتیب مروف الفبا):

علی صفائی

علیرضا اعتدالی

مریم صفوی

شبنم امانت

مهشید عابدی

ارمغان برات پورمقدم

صبا فقهی

آتوسا بنیانی

پگاه فرفی

مرجان پورهادی

نیلوفر قادری

شیوا مسینی

زهرا کشاورز

فاطمه رومانی

محمدمهدی ملانوری

محمدروفرشباغ

زهرا میردامادی

مهسا زاغیان

غزاله مینائیان

یاسمن سید یوسفی

ممیدرضا ناظمی

ممدته شفیعی

علی نجفی

فرزانه صدری

ارتباطات و بازخوردها:

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

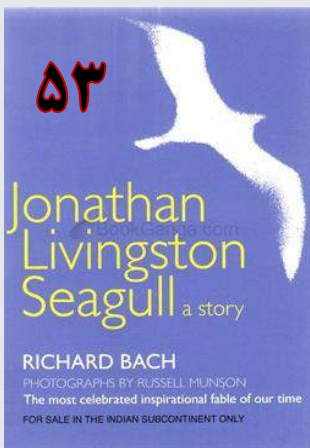
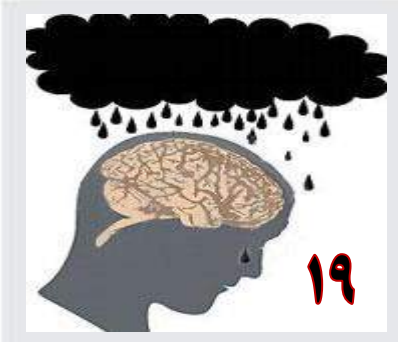
دانشکده داروسازی و علوم دارویی

کمیته پژوهش های دانشجویان داروسازی



پست الکترونیکی: Ritalinmagazine.pharmacy@gmail.com

فهرست مطالب



۴ - سخن سردبیر.....

۵ - "حق فنی" غریبه ای آشنا.....

صنفی-خبری

۸ - اخبار دانشکده داروسازی ما.....

- گزارش تصویری برگزاری کارگاه های مدرسه

نابستانی روش تحقیق مقدماتی.....

۹ - هیچ راهی صاف صاف نیست! (مصاحبه با دکتر

فرسای، استادیار گروه داروسازی بالینی).....

۱۰ - گزارش تصویری از پروژه انباشت دارویی.....

۱۵ - جزئیات آزمون تخصص و جامع ۱۸۰ واحدی در

گفتگو با دکتر محسن مینائیان، رئیس دانشکده

داروسازی.....

۱۶ -

علمی

۱۹ - افسردگی (Mega Issue).....

۲۶ - استاتین ها و باقی قضایا.....

۲۹ - داروهای رایج مورد سوء مصرف.....

تخصصی

۳۲ - *Ginkgo biloba* در درمان ADHD.....

۳۴ - گیاهان رنگ زا (طلای سرخ، زعفران).....

۳۷ - آینده ای امید بخش برای مدیریت دیابت....

- مقایسه ی اثرات آنتی اکسیدانی استامینوفن با

سالیسیلیک اسید و مشتقات آن.....

۳۹ - چقدر از مسمومیت با استامینوفن می دانیم؟ ۴۰

فرهنگی

۴۴ - تاثیر موسیقی بر افسردگی.....

۴۶ - بیماری فلج شعور!.....

- معنویت جنگ بزرگ ما و زندگی ما رکود بزرگ

ماست (سایکوفیلمولوژی).....

۴۸ - من یک آدم باکلاس و فرهیخته هستم، شما

چطور؟!.....

۵۱ - کافه کتاب (جاناتان؛ مرغ دریایی).....

۵۳ - مریدان اندر طلب لقمه ای طعام!.....

۵۵ -

ویژه ورودی جدید

- از دانشگاه تا خوابگاه... آن چه لازم داریم

درباره اش بیش تر بدانیم.....

۵۷ - خاطرات س ل ف.....

۶۱ - کمی بیش تر از تحصیل در دانشگاه بدانیم! ۶۳

- کاریکاتور ©.....

۶۵ -

سخن سردیر

آرام؟

آرام برای چه باید گرفت؟

وقتی میریم خود به خود آرام می گیریم!

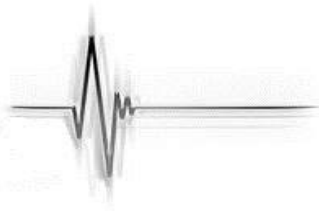
پیش از آن که میریم که نباید میریم!

شاید این قطعه از کتاب "کلیدر" محمود دولت آبادی، الهام بخش ترین سخن برای من در این دوران بود؛ هر چند ابتدا الهام را دریافت کردم و بعد قطعه‌ی متناسبش را یافتم... قبل از همه پیز آغاز سال تحصیلی را به همه دانشجویان به ویژه دانشجویان جدیدالورود تبریک می گویم... راستش را بخواهید استقبال از شماره قبل به گونه‌ای بود که حتی تصورش را هم نمی کردیم! تعاریف دانشجویان و لطف اساتید همه و همه انگیزه‌ای شد دوچندان تا در این شماره هم همراه شما باشیم...

این بار سعی کردیم دغدغه مندتر باشیم...

از جزئیات تغییر در آزمون تفصیص و برگزاری آزمون جامع ۱۸۰ واحدی آغاز کردیم، سری به اخبار دانشکده داروسازی زدیم، از بخش علمی و تفصیص رشته عزیزمان هم غافل نشدیم، به بخش فرهنگی جانی بخشیدیم و در پایان هم قسمتی را به دوستان جدیدالورود اختصاص دادیم. در پایان ضمن تشکر از زحمات تمامی دست اندرکاران مجله و لطف اساتید محترمی که ما را صمیمانه حمایت کردند، لازم می دانم این نوید را بدهم که تیم مجله ریتالین همواره پذیرای دانشجویانی هست که نمی فوهند "آرام بگیرند"

و "آرام گرفتن" را به دنیایی دیگر موکول کرده اند!!!



غزاله مینائیان

تابستان ۱۳۹۴

نکته ی دیگر اینجاست که دغدغه بیماری که به داروخانه مراجعه می کند و بعضاً به جای مراجعه به پزشک تشخیص بیماری خود را هم از داروساز دریافت می کند، این نیست که آیا من داروساز "حق فنی" دریافت می کنم یا نه؟ آیا خدماتی که من داروساز ارائه می دهم خدمات تشخیصی و درمانی محسوب می شوند یا نه؟ دغدغه بیمار در آن لحظه تنها در دسترس بودن دارو، هزینه آن و بهبودی بیماری اش است... پس از نظر انسانی هم سر باز زدن از ارائه این خدمات جایز نیست... مسلماً در تمامی شغل ها هزینه ای که دریافت می شود در ازای ارائه خدماتی است که جزء وظایف فرد ارائه کننده محسوب می شود، پس دریافت حق فنی نیز برای داروسازان منطقی به نظر می رسد. ولی جدای از این قضیه، اینکه خدمات ارائه شده توسط داروساز جزء خدمات تشخیصی و درمانی محسوب نمی شود، نیاز به یک تعریف جدید برای این خدمات و وظایف داروساز و شفاف سازی هدف تربیت و آموزش دکتر داروساز و اصلاً اینکه با توجه به این تفاسیر نیازی به وجود افرادی به نام دکتر داروساز هست یا نه را می طلبد!

البته در پایان بگویم شاید بهتر است با همان دوستانی که در ابتدای متن با آوردن نام "حق فنی" از دستشان دادیم، همراه شویم. شاید تغییر قوانین هر روزه امری کاملاً متناقض با تعریف "قانون" باشد ولی آنچه می نمایم این است که تا زمانی که بسیاری از ما به مرحله دریافت حق فنی برسیم، این تناقض می تواند کمی خاطرمان را آسوده کند! شاید هم نآسوده تر از این که تا آن زمان دیگر حتی روز داروسازی هم باقی نمانده باشد؛ آن روز احتمالاً گریزی به پدیده ای به نام "داروسازی یادت بخیر" خواهیم زد!



**"These pills will help you stay asleep.
They change your dreams into
Powerpoint presentations!"**

فبرری - صنفی

مصاحبه با دکتر فرسای،
استادیار گروه داروسازی
بالینی

گزارش تصویری از
پروژه
انباشت
دارویی

اخبار دانشکده
داروسازی

گزارش تصویری
برگزاری کارگاه های
مدرسه تابستانی
روش تحقیق
مقرماتی

جزئیات آزمون
تفصیل و جامع
۱۸۰ واحدی



ISFAHAN FACULTY OF PHARMACY



مراسم انتخاب دبیر جدید کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده داروسازی در خردادماه سال جاری در تالار ابوریحان و با حضور معاون پژوهشی دانشکده و سرپرست کمیته، جناب آقای دکتر علی جهانیان و اعضای محترم شورای سیاست گذاری کمیته، برگزار شد. در این جلسه ضمن تقدیر و تشکر از زحمات تیم مدیریتی پیشین کمیته به بر شمردن نقاط قوت و ضعف یکساله، فعالیت ها و موانع و مشکلات این کمیته پرداخته شد. در پایان جلسه مراسم انتخاب دبیر جدید کمیته برگزار گردید و آقای علی صفایی به سمت دبیر کمیته منصوب گردیدند. همچنین با حکم دبیر کمیته، آقای حسام یوسفیان به سمت معاون دبیر، آقای مسعود حاجی علی گل به سمت معاون آموزشی، خانم آزاده ابراهیمی به سمت معاون پژوهشی، خانم پریسا احمدی به سمت معاون روابط عمومی، خانم مهسا زاغیان به سمت معاون اداری مالی و خانم غزاله مینائیان به سمت سردبیر مجله علمی فرهنگی ریتالین منصوب شدند.

پروژه ی "انباشت دارویی" تحت سرپرستی دکتر زرگر زاده، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه با همکاری دانشکده داروسازی اصفهان و شهرداری منطقه ۶ شهر اصفهان به مرکزیت فرهنگ سرای شهید همت واقع در خیابان شهید خلیلی برگزار شد. در این پروژه که طی روز های ۳ تا ۵ شهریورماه به طول انجامید، ۴۰ نفر از دانشجویان داروسازی در ۴ گروه فعالیت نمودند:

- ۱- آموزش در خصوص خود درمانی، نگهداری داروها و نحوه استفاده از اشکال دارویی؛ ۲- مشاوره رایگان دارویی؛
- ۳- پخش بروشور نقش داروساز در جامعه و نظرسنجی میزان اعتماد به مشاغل مختلف؛ ۴- ثبت اطلاعات دارویی

اطلاعات دارویی علاوه بر محل فرهنگ سرا با مراجعه به منازل ساکنین و ثبت موارد زیر جمع آوری شد: دوز و شکل دارویی؛ تعداد؛ تاریخ مصرف؛ نحوه تهیه؛ علت تهیه؛ اطلاع از اندیکاسیون دارو؛ شرایط مصرف و علل انباشت دارو.

در نهایت داروهای تاریخ مصرف گذشته و نیز داروهای فاقد مصرف (اهدایی) جمع آوری گشتند.

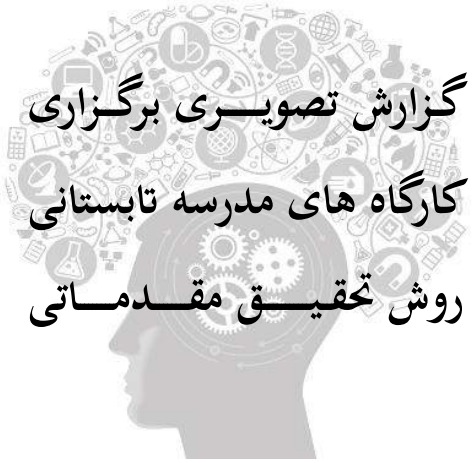


اختتامیه اولین دوره مدرسه تابستانی روش تحقیق مقدماتی در ۱۴ مرداد ماه و پیشرفته در ۹ شهریور ماه ۱۳۹۴ برگزار شد. در این دوره که با همکاری کمیته پژوهش های دانشجویان و مرکز مطالعات توسعه آموزش پزشکی (EDC) برگزار گردید، عناوین مختلفی شامل روش تحقیق، پروپوزال نویسی، جستجوی منابع الکترونیکی، EndNote، تخمین حجم نمونه، اخلاق در پژوهش، مقاله نویسی، SPSS و اخلاق در انتشارات علمی توسط اساتید و مدرسین مجرب به دانشجویان آموزش داده شد. کار گروهی و حل تمرین در گروه های چند نفره نیز از سایر برنامه های این دوره آموزشی بود. در ابتدا و پایان هر دوره نیز با برگزاری امتحان، دانشجویان شرکت کننده مورد ارزیابی قرار گرفتند.

لازم به گفتن است که کارگاه های فوق در طول سال نیز برگزار خواهد شد و زمان بندی دقیق آن ها متعاقباً به اطلاع دانشجویان خواهد رسید.

مهلت ارسال خلاصه مقالات نوزدهمین سمینار دانشجویان داروسازی کشور در ۳۱ تیر ۱۳۹۴ پایان یافت و دانشجویان دانشکده داروسازی اصفهان با ارسال قریب به ۱۱۰ خلاصه مقاله توانستند پس از دانشکده داروسازی شیراز مقام دوم را از لحاظ تعداد خلاصه مقاله ارسالی کسب نمایند. کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده از فروردین ماه با برگزاری جلسات توجیهی و آموزشی به معرفی این سمینار دانشجویی پرداخت که ثبت نام و تنظیم و ارسال خلاصه مقالات از مهمترین فعالیت های آن بود. از مجموع مقالات ارسالی دانشکده داروسازی اصفهان، ورودی های ۸۸، ۹۰ و ۹۱ توانستند در سه رتبه اول از نظر تعداد خلاصه مقاله ارسالی قرار بگیرند. داوری خلاصه مقالات ارسالی از مرداد آغاز شد و در این دوره از داوری خلاصه مقالات ۱۴ نفر از اعضای محترم هیئت علمی دانشکده داروسازی اصفهان نیز حضور داشتند. سرانجام نتایج دراویل شهریور ماه اعلام شد و دانشکده داروسازی اصفهان با ۶۲ مقاله پذیرفته شده در جایگاه دوم پس از دانشگاه علوم پزشکی شیراز قرار گرفت.





پروپوزال نویسی و روش تحقیق

Search و مدلین



تفمین حجم نمونه و افلاق در پژوهش

Endnote (مدیریت منابع)



[هیچ راهی صافِ صاف نیست!]

مصاحبه با دکتر فرسای، استادیار گروه داروسازی بالینی



بر آن شدیم تا طبق روال مجله علمی فرهنگی ریتالین مصاحبه ای را با یکی از اساتید جوان دانشکده مان ترتیب دهیم و از تجربیات ارزشمندشان بهره مند شویم. این بار به سراغ گروه داروسازی بالینی رفتیم.

خانم دکتر شادی فرسای استادیار گروه داروسازی بالینی دانشکده داروسازی اصفهان، متولد سال ۱۳۶۴ شهر اصفهان و فرزند آخر یک خانواده چهار نفره هستند. شش ماه است که متاهل شده اند و همسرشان هم هیئت علمی دانشگاه هستند. دوره راهنمایی، دبیرستان و پیش دانشگاهی را در مدرسه امام محمد باقر(ع) گذرانده اند. ورودی سال ۱۳۸۲ دانشگاه اصفهان هستند، در ۱۳ اسفند ۱۳۸۷ فارغ التحصیل و پس از آزمون تخصص مهر ۱۳۸۸ وارد دانشگاه تهران در رشته داروسازی بالینی شدند.

به درس های شیمی عمومی و شیمی آلی و شیمی دارویی علاقه فراوان داشتند؛ به تدریج علاقه شان به ارتباط داروسازی و بالین بیمار و کاربرد علوم دارویی در بهبود شرایط بیمار بیشتر شد و به سمت داروسازی بالینی گرویدند. در دوران دانشجویی ضمن تکمیل دوره زبان در مسابقات شنا هم شرکت می کردند. پس از درود و سپاس گزاری از خانم دکتر فرسای بابت وقتی که در اختیار تیم مجله ریتالین و دانشجویان قرار دادند، اینگونه آغاز کردیم...

آیا در راه پژوهش به مشکلی برخوردید؟ ناامید شدید؟ چگونه آن را برطرف کردید؟

هر کاری که انجام می دهید حتماً یک بن بست پیش رو می آید هیچ راهی صاف صاف نیست، در پژوهش همیشه به جایی می رسید که می گویند دیگر تمام شد. هیچ کاری را نمی توانم بگویم درگیرش شدم و از اول تا آخر هیچ مشکلی نبود، ممارست و پشتکار داشته باشید تا مشکل ها حل شود. عنوان اولین طرح تحقیقاتی که انجام دادید چه بود؟ بررسی رعایت دستورات دارویی در بیماران دیابت نوع II. چه زمانی را برای انجام کار تحقیقاتی مناسب می دانید؟

بسته به موضوع، یکی دو سال آشنایی به محیط دانشگاه، اطلاعات اولیه و جمع آوری اطلاعات برای شروع لازم است. در دوران تحصیل خود هیچ درسی را افتادید؟ یا نمره بدی گرفتید؟

به یاری خدا و زحمات اساتید و خانواده ام در طول تحصیل شاگرد اول بودم و حضور ذهن نمره بدی را ندارم.

از چه زمانی و چگونه کار پژوهشی را آغاز کردید؟

بعد از علوم پایه و وقتی درمان شناسی شروع شد و علاقه خود را پیدا کردم درگیر کار پایان نامه ام شدم، پایان نامه طولانی و سنگینی بود و خیلی درگیرش شدم از سال سوم، ۲، ۳ سال درگیرش بودم.

تعریفتان از پژوهش هدفمند چیست؟

پژوهشی که بتواند به هر نحو باعث بهبودی و ارتقا سلامت بیماران در سطح جامعه (بیمارستانی یا خارج بیمارستانی) شود پژوهش هدفمند در داروسازی بالینی است. گاهی کارهای آزمایشگاهی را دخیل می کنیم اگر این عمل باعث ارتقای سلامت شود در داروسازی بالینی هدفمند است، در غیر این صورت افزایش دانش محسوب می شود.

دانشجو از کجا باید کار پژوهشی را شروع کند؟

علاقه! هر کس باید به علاقه خود برگردد، برای هر انتخابی بسیار تحقیق کند، با محیط و نوع کار آشنا و از لحاظ زمانی دروس پایه را گذرانده باشد. اگر زود می خواهد شروع کند از قسمتی آغاز کند که ساده باشد، ولی اول به علاقه خود نگاه کند (با توجه به درس هایی که گذرانده است).

بزرگ‌ترین موفقیت زندگی تان چیست؟ بزرگ‌ترین

شانسی که آوردید چیست؟

خدا را شکر سلسله مراتب از کنکور داروسازی تا تخصص همه را موفقیت می‌دانم. ولی عضویت در هیئت علمی دانشگاه یکی از بزرگترین فرصت‌های زندگی بود که البته در این حد راضی نمی‌شوم و هدفم ادامه‌دار است و سعی می‌کنم موفقیت‌های بیشتری کسب کنم.

مهم‌ترین مشوق شما چه کسی بوده است؟ الگوی شما در زندگی تان کیست؟ چرا؟

بهترین الگویی که در زندگی داشتم پدرم بودند. پدر و مادر و برادرم خیلی به من کمک کردند. مثلاً در همین ناامیدی‌هایی که در کارها پیش آمد، توکل به خدا، صبوری پدر، مهربانی مادر و همراهی برادرم همیشه و چند ماه اخیر هم همراهی همسرم کمک کرده است. استادام آقای دکتر امینی در دانشکده پزشکی، رئیس مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم صدیقه طاهره در آن زمان، که ۲ سال با ایشان کار کردم، از برخورد اول تا برخورد آخر خیلی فرق کردم درس پژوهشی بزرگی به من دادند. اساتید بزرگی هم در دانشکده داشتم، آقای دکتر سبزیبایی، زرگزاده، مینائیان، علیرضا قنادی از اساتیدی هستند که راهنمایی‌های زیادی کردند تا بتوانم الگوی بهتری در کار و زندگی داشته باشم.

داروسازی بالینی را تعریف کنید. اهداف و دغدغه

های این حیطه چیست؟

داروسازی بالینی به کار بردن علم داروسازی در جهت پیشبرد سلامت و ارتقا کیفیت درمان بیماران است که جنبه‌های مختلفی از ارائه مشاوره دارویی و ارتباط مستقیم با بیمار تا محاسبه دوز بر اساس غلظت خونی و عضو تیم درمانی بودن و همکاری با پزشک برای بهبود کیفیت درمان بیمار دارد. مهم ارتباط مناسب بین پزشک و داروساز است و نباید به گونه‌ای رفتار شود که پزشک تصور کند داروساز قصد دخالت در درمان را دارد. داروسازها به عنوان مشاور پزشک عمل می‌کنند و باید نقش خود را خوب ایفا کنند. بسیاری از پزشک‌هایی که از فرصت مطالعاتی در خارج بازگشته‌اند نیاز به داروساز بالینی را حس می‌کنند ولی برخی هنوز نسبت به این موضوع مقاومت دارند که به ارتباط و رفتار بین داروساز و پزشک مرتبط است و با برخورد مناسب می‌توان در این زمینه پیشرفت داشت.

چه شد که به فکر تخصص افتادید؟

بعد از ورود به داروخانه آموزشی احساس کردم درس‌هایی که خوانده‌ام و جایگاهی که دارم راضیم نمی‌کند، نمی‌خواستم این پایان راه باشد، دوست داشتم تا جایی که امکان دارد بالا بروم. مورد دیگر که این تصمیم را پررنگ‌تر کرد وجود حلقه مفقود شده‌ای در ارتباط بین بیمار و داروساز بود که داروساز بالینی بیش‌تر این دو را به هم مرتبط می‌کرد. البته سایر رشته‌ها هم به طور مستقیم این ارتباط را فراهم می‌کنند ولی من به این ارتباط در داروسازی بالینی علاقمند بودم. در پایان نامه‌ام در مورد دیابت، یک دوره پذیرش و یک دوره آموزش بیمار را بررسی می‌کردیم. من از منزل با بیمارها تماس می‌گرفتم و می‌دیدم که چقدر بیماران به خصوص بیماران مزمن به این توصیه‌ها نیازمند و علاقمند اند. جالب اینجاست گاهی بیماران به اشتباه با منزل تماس می‌گرفتند و فکر می‌کردند آن‌جا مرکز دیابت است. وظایف داخل و خارج بیمارستان و حضور در یک محیط امن برای ارتباط راحت با بیمار انگیزه من را بیشتر کرد؛ متأسفانه امکان ارتباط با بیمار به خوبی در داروخانه‌های ما برقرار نیست.

با توجه به طولانی بودن دوره داروسازی آیا شرکت در

آزمون تخصص را پیشنهاد می‌کنید؟

برای همه افراد یکسان نیست؛ به علاقه و هدف هرکس وابسته است. طول دوره تحصیل عامل محدودکننده نیست و گاهی این زمان طولانی‌تر دانشجویان را پربارتر می‌کند.

آیا در دوران دانشجویی داروخانه هم می‌رفتید؟

از دوران دانشجویی تا پایان نامه شیفت ثابت نمی‌رفتم. در تابستان برای آشنایی بیشتر با داروها و نه به عنوان مسؤول فنی و بعد از دفاع حدود ۲ ماه داروخانه آموزشی رفتم.

آیا داروسازی آن‌طور که باید در جامعه امروز ما

شناخته شده است و جایگاه صحیح خود را دارد؟

از نظر حرفه‌ای هدف داروسازی مشاوره دارویی برای بیمار است؛ در کشور ما حقوق داروساز به خوبی رعایت نشده، داروساز هم مسؤولیت خود را به خوبی انجام نمی‌دهد. البته فاکتورهای مختلفی وجود دارد؛ ارائه خدمات از حوصله بیماران خارج و شرایط داروخانه مناسب ارائه این خدمات نیست و ارزش‌گذاری مناسب برای خدمات داروساز ارائه نشده است.

نقاط ضعف و قوت داروسازی در ایران چیست؟

داروساز به عنوان اولین فردی که با بیمار مواجه می شود می تواند با توصیه مناسب در OTC تراپی یا ارجاع بیمار نقش مهمی داشت باشد. هم چنین در موارد تداخلات دارویی و یا توصیه های دارویی به عنوان مثال توصیه های غذایی در بهبود پروسه درمان راهنمایی های مؤثری می تواند انجام دهد. ولی در نحوه ارائه خدمات هنوز جای کار داریم که علل زیادی از جمله عجله و محیط نامناسب برای ارائه کامل توصیه های دارویی دارد.

در کدام یک از حیطة های داروسازی پیشرفت بیش تری داشته ایم؟ کدام حیطة ها نیازمند توجه بیشتر است؟

در قسمت سنتز داروها نیازمند توجه بیش تری هستیم چون منبع داروها از کشورهای دیگر است در سنتز مواد اولیه باید بیشتر تلاش شود. در قسمت ساخت داروها از نظر انجام تحقیقات متعادل هستیم اما مشکلی اینجاست که تحقیقات ما فقط مقاله هستند و کاربردی نمی شوند. داروسازی بالینی نتیجه تحقیقات را به جامعه ارائه می کند. از نظر تئوری نانو حرف اول را می زند ولی در کلینیک زیاد استفاده نمی شود.

به نظر شما فرهنگ مصرف دارو چگونه است؟ فرهنگ تجویز دارو باید بر اساس guideline باشد و فرهنگ موجود را یک شبه نمی توان تغییر داد.

کیفیت داروهای که در ایران تولید می شود را چگونه ارزیابی می کنید؟

باید مطالعه ای برای مقایسه این دارو با معادل خارجی اش انجام شود که این مطالعات خیلی خیلی کم انجام شده است پس نمی توانیم به راحتی اظهار نظر کنیم اما انجام آزمایش های دقیق تر کنترل کیفی داروهای خارج از کشور خصوصاً برندها، مصرف آن ها را مطلوب کرده است.

فرهنگ صحیح مصرف دارو در میان مردم چگونه است؟

هرگاه صحبت از فرهنگ می شود یک شبه تغییر نمی کند، فرهنگ مردم و فرد تجویزکننده مؤثر است ولی مهم ترین نکته این است که براساس guideline باشد. در خیلی از موارد در ایران دست پزشک بسته است چون guideline گفته است این دارو را تجویز و سپس بیمار را دنبال کنید. پزشک این نگرانی را دارد که بیمار دوباره مراجعه نکند،

پس خط بعدی درمان را پیش می گیرد. در ابتدا باید قوانین و مقرراتی برای فرد تجویزکننده وجود داشته باشد که آیا تجویز آگاهانه است یا ناآگاهانه. پس برای خط اول درمان، آموزش مهم ترین قسمت است که باید هم به پزشکان و هم به مردم در رسانه های گروهی، رادیو، تلویزیون و روزنامه در مورد استفاده نابه جای دارو و عوارض آن توضیح داده شود. تصویر زیبایی در این مورد در شماره قبل همین مجله داشتید که یک شخص برای کاور کردن عوارض داروی اصلی اش باید یک کپسول خیلی بزرگ تر مصرف می کرد. مردم آگاهی کافی در مورد عوارض داروها، تداخلات داروها به ویژه داروهای گیاهی ندارند؛ اکثر مردم فکر می کنند داروهای گیاهی کاملاً ایمن هستند، اصلاً چنین چیزی صادق نیست. بعد از آموزش هم وضع مقررات و تعامل با افرادی که از مقررات تخطی می کنند مهم است. سپس باید زمان داد و الگوی مصرف را بررسی کرد تا در نهایت به guideline هایی برسیم که بومی سازی شده است و با توجه به شرایط جامعه خودمان آن ها را طراحی و برای درمان های مختلف در کشور خودمان تعریف کنیم تا امکان مقایسه درمان انجام شده با guideline فراهم شود.

به نظر شما داروساز چگونه و تا چه حد می تواند در

ایجاد این فرهنگ صحیح مؤثر باشد؟

استفاده از کلینیک هایی که داروساز بتواند به بیمار مشاوره دهد خیلی مهم است، بسیاری اوقات راحت آنتی بیوتیک و داروهای غیر OTC را در اختیار بیمار قرار می دهیم و با این کار به این فرهنگ اشتباه دامن می زنیم. به بیمار باید بفهمانیم پشت دارویی که داروساز می دهد ۵-۶ سال تحصیل است. مسلماً آموزش به جا در قرار گرفتن در تعامل درست با بیمار و رعایت قوانین OTC حائز اهمیت است؛ البته رعایت OTC تراپی در کشور ما تابع عوامل دیگری هم هست؛ فرهنگ مردم باید اصلاح شود، داروساز و پزشک درست عمل کنند و نیاز به سیاست کلان دارد. ما جزئی از سیستم درمان هستیم و رویکرد کلی و سیاست کلان کشوری برای مصرف منطقی دارو لازم است.

در زمینه تداخلات دارویی چه باید ها و نبایدهایی را

توصیه می کنید؟

بعضی از رده های تداخل دارویی مهم باید در ذهن داروساز باشد، القا کننده ها، مهارکننده ها، در مورد تداخل داروهای حساسی مثل Digoxin، هپارین و وارفارین باید با

احتیاط برخورد کنید. درباره ی داروهایی که دو طرف طیفش برای بیمار مشکل ساز است حضور ذهن داشته باشیم و نسبت به تداخلات مهم آن ها آگاه باشیم. ابتدا با آموزش آگاهی خود را بالا ببریم نه اینکه به علت نداشتن اطلاعات، تداخل مشکل ساز را نادیده بگیریم و بیمار را از تداخلی که قابل توجه نیست بترسانیم. استفاده از انواع نرم افزارهای تداخل دارویی نیز کمک کننده است.

مهم ترین مشکلات در زمینه تهیه دارو چیست؟ تا چه حد در زمینه تولید دارو خودکفا بوده ایم؟

مهم ترین مشکل در زمینه تولید دارو fluctuation های دارویی برای بیماری های مهم در کشور است؛ مثلاً وارفارین؛ اگر شخص استفاده نکند ترومبوآمبولی و فوت بیمار رخ می دهد. سیاستی لازم است که همیشه وجود دارو در جامعه تضمین شود. البته در اکثر شهرها این مشکل با سهمیه بندی یا تولید داخلی حل شده است. ولی در زمینه اریتروپویتین و دارو های هورمونی مخصوصاً خیلی جای کار داریم، خیلی جاها به منابع خارجی وابستگی داریم. بیماران باید احساس امنیت درمانی داشته باشند؛ بیمار که به خاطر بیماری مشکل دارد دیگر نباید نگران نبود دارو باشد. این موارد سیاست های کشوری در زمینه تولید، توزیع و سهمیه بندی دارو می خواهد که در حد وزارت خانه و نه در حد داروساز است، که انشاء الله رو به بهبود خواهد بود.

جایگاه داروساز را در ایران در مقایسه با کشورهای پیشرفته چگونه می بیند؟

تفاوت ها معنادار است، نه از لحاظ علم داروسازی، از نظر ارائه خدمات برای افراد متفاوتیم. وجود اتاق مشاوره برای افراد و سیستم های الکترونیک دارویی برای برچسب زدن به صورت الکترونیک که تداخلات را خود سیستم برایشان چک می کند و به طور سیستماتیک با مسئله برخورد می کنند (در کشورهای جهان اول).

با توجه به شرایطی که ما در جامعه داریم، علم داروسازها خیلی بالاست و علمی که ما در پایان دوره ی تحصیل کسب کرده ایم به راحتی قابل پذیرش و مورد قبول است ولی در نحوه ی ارائه خدمات نقص هایی داریم، تقریباً می توان گفت مثل مواردی که در مقایسه بیمارستان های اینجا با سایر کشورها هم دیده می شود. در کلینیک های کشورهای جهان اول پیشرفت در نحوه ارائه خدمات، تهیه دارو، follow up و monitoring بیمار خیلی بیشتر است.

در ایران امکان follow up بیمار خیلی کم است، بیمار همکاری نمی کند، در ذهنیت مردم تعریف نشده است؛ وقتی پیگیری می کنیم بیمار شک می کند و ذهنیت مردم نسبت به این follow up کردن اصلاً جهت دهی شده نیست پس نمی توانیم فقط یک جزء را با یک جزء در کشور دیگر مقایسه کنیم، مجموعه ای داریم که اجزایش متناسب با هم عمل می کنند؛ نمی شود داروسازش خوب باشد ولی مردمش همکاری نکنند؛ بهبود این موارد مستلزم تغییرات همه جانبه است. ولی چیزی که حداقل من می بینم این است که هر چه می گذرد بهتر می شود؛ قبلاً اگر از هر ۱۰ نفر، یک نفر تمایل داشت توصیه ای از داروساز بشنود حالا یک نفر، ۲، ۳ نفر شده اند. وقتی برای مردم توضیح می دهیم برایشان جالب است، پیگیری می کنند؛ این مورد را مخصوصاً دانشجویانی که پایان نامه هایشان در مورد آموزش به بیمار هست، به راحتی متوجه می شوند. حتی می بینند بیمار به آن ها وابسته شده است و مرتب سؤال می کند و این نشان می دهد حس اعتماد بین مردم وجود دارد، جای خالی یک تحول در این جا حس می شود که با روندی که وزارت خانه پیش گرفته انشاء الله بهتر می شود.

اگر ممکن است کمی راجع به طرح تحول نظام سلامت و پزشک خانواده برایمان توضیح دهید.

این طرح باری از روی دوش مردم برداشته است و مسلماً هر طرح نقاط قوت و ضعف دارد. مهم این است که این طرحی پویا ست و مرتب ارزیابی می شود، از مردم و پزشکان بازخورد می گیرند و هر مشکلی در بندها دیده شود تصحیح یا تعدیل می شود. بیشترین سود نصیب مردم شده، هزینه های تحمیل شده به بیماران شاید ۹۰-۸۰٪ با این طرح در مواردی کاهش پیدا کرده است. بخشی از آن نیز مربوط به تخصیص منابع به ارائه کنندگان خدمات سلامت می باشد که بخش هایی از آن نقاط ضعفی دارد. مثلاً از داروساز اسم برده شده ولی ما انتظار داشتیم پررنگ تر به حضور اعضای داروسازی هم از لحاظ ارائه خدمات هم از لحاظ حقوق یک داروساز اشاره شود. از دید صنفی جای کار خیلی زیادی برای داروساز خصوصاً داروسازی بالینی دارد. قسمت آزمایشگاهی و بیمارستانی پررنگ هستند و ما هم به عنوان داروساز بالینی که در این قسمت حضور داشتیم انتظاراتی داشتیم که به طور کامل برآورده نشده است. انشاء... در پیگیری های بعدی تصحیح می شود.

نظرتان راجع به تغییراتی که در آزمون تخصص داروسازی با توجه به مصوبه جدید اعمال شده است، چیست؟

دانشجویی که می‌خواهد در رشته بالینی امتحان بدهد باید همه دروس، حتی دروسی که شاید هرگز به کارش نیاید را مطالعه کند. شاید درصد بقیه دروس باید کمتر می‌شد اما از طرف دیگر می‌توان گفت دانشجوی خوبی که به همه‌ی درس‌ها کاملاً احاطه دارد نمره‌ی بالاتری کسب می‌کند؛ شبیه به کنکور سراسری است، البته در تخصص علاقه خیلی مهم است و ممکن است فردی به درسی علاقه نداشته باشد و نمره خوبی در آن کسب نکند اما بتواند فرد بسیار موفقی در تخصص بالینی باشد پس نباید بخاطر عدم علاقه به درسی که خیلی هم ارتباطی به رشته‌ی فرد در آینده ندارد، او را محدود کنیم و مانع پیشرفت‌اش شویم. این طرح هم نقاط قوت و ضعف دارد. مهم این است که در پایان هم افراد برنامه‌ریز و برگزارکننده و هم افرادی که در طرح مثل دانشجویها درگیر شدند می‌توانند به ارتقای طرح کمک کنند.

با توجه به تغییرات اعمال شده توصیه شما برای دانشجویان متقاضی تخصص بالینی چیست؟

برای تخصص بالینی باید تمرکز بر روی درس‌های درمان و کارآموزی باشد؛ فارماکولوژی هم کمک کننده است و البته باید در سایر دروس هم حد نصابی داشته و اطلاعاتش کافی باشد. ذهن دانشجویان برای دروس کلیدی بالینی باید آمادگی کافی را داشته باشد که مرور کردن مطالب در این زمینه می‌تواند کمک کننده باشد.

چه توصیه ای برای دانشجویهایی که به سراغ مصرف داروهایی چون ریتالین می‌روند دارید؟ چگونه این جوانان و دانشجویان را آگاه کنیم؟

به Case report ها یا عوارض جانبی کوتاه و طولانی مدت که اتفاق می‌افتد توجه کنید؛ اولاً داروهای اعصاب و روان پاسخشان فرد به فرد متفاوت است در نتیجه استفاده‌اش برای اولین بار اصلاً، به هیچ وجه جدا از بقیه عوارضی که دارد توصیه نمی‌شود چون ممکن است همان هدف کوتاه مدتی هم که دارید شما را تحت تأثیر قرار دهد. هم چنین همان طور که مصرف این دارو ممکن است زیان وارد کند، ممانعت از مصرف آن هم برای هر کس مؤثر نیست. مهم این است که خود فرد آگاه باشد که دارو چه اثری رویش

می‌گذارد و مورد دوم هم وابستگی‌های بدنی یا روانی است که ایجاد می‌کند. به قول خودتان که برای درس‌ها می‌گویید این درس‌ها به درد ما نمی‌خورد ببینید واقعاً ارزش دارد که زندگیتان به خطر بیفتد؟ نظر من این است که با فکر کردن به عاقبت کار از این داروها استفاده نکنید!

نظرتان در مورد مجله ریتالین، نقاط قوت و ضعف آن و چه توصیه ای برای ارتقا سطح علمی آن دارید؟

مجله خیلی خوبی بود، مطالب متنوع، دارو، معرفی بیمار، مصاحبه‌ای که داشت، کاریکاتورها خیلی جذاب بودند، تلاش زیادی کردید و امیدوارم توسعه پیدا کند.

توصیه اول افزودن گزارش موردی با معرفی بیمار است. کیس واقعی برای معرفی دارو بگذارید، البته دید من در زمینه بالینی است. با دانشجویهای برتر در زمینه‌های مختلف مانند تحصیل و برنامه‌نویسی کامپیوتر مصاحبه و آن‌ها را هم مثل اساتید دخیل کنید. علمی، دانشجویی، فرهنگی توسعه دهید خیلی مجله خوبی است و جای پیشرفت زیادی هم دارد.

حسن ختام

من خیلی با شما تفاوت سنی ندارم که بخواهم راجع به شیوه زندگی نصیحت کنم. ولی نکته موردنظرم، احترام در سطح بالا خصوصاً در شرایط حرفه‌ای است. حفظ احترام دانشجوی سال بالاتر، احترام به استادها، رعایت جایگاه‌ها. در هر سطحی که هستیم باید احترام را متناسب با شأن خودمان داشته باشیم و حرمت دیگران را رعایت کنیم. شما دکترهای فردای همین جامعه هستید، فردا دانشجویهای دیگری سراغ شما می‌آیند و به عنوان داروساز، هیئت علمی، مسئول تولید کارخانه و... به شما نگاه می‌کنند. در هر جایی که قرار می‌گیرید به بهبودی آن سیستم فکر کنید.

با تشکر از دکتر فرسای برای وقتی که در اختیار ما قرار دادند.

گزارش تصویری از پروژه انباشت دارویی



جزئیات آزمون تخصصی و جامع ۱۸۰ واحدی در گفتگو با دکتر محسن مینائیان، رئیس دانشکده داروسازی

بر اساس بیست و ششمین نشست شورای آموزشی داروسازی و تخصصی، آزمون جامع علوم پایه برای ورودی‌های مهر ۹۴ داروسازی حذف و با آزمون جامع جایگزین می‌شود. علاوه بر این پس از بازنگری آیین نامه آموزش داروسازی عمومی، در آزمون دکتری تخصصی نیز تغییری حاصل می‌شود به این صورت که یک آزمون علمی کلی برگزار می‌شود و صلاحیت علمی افراد در دروس مختلف بر اساس ضرایب مختلفی سنجیده می‌شود و در نهایت پذیرش نهایی به دانشکده‌ها و گروه‌های آموزشی واگذار می‌شود که این موضوع در دست بررسی است.

برای بررسی جزئیات این مصوبه لازم دیدیم تا گفت‌گویی با جناب آقای دکتر محسن مینائیان رئیس دانشکده داروسازی و عضو هیئت علمی دانشگاه ترتیب دهیم. پس از درود و عرض ادب اینگونه آغاز کردیم؛

مطابق این مصوبه علت تغییرات آزمون جامع علوم پایه و هم چنین لزوم برقراری آزمون جامع ۱۸۰ واحدی چه بوده است؟ با توجه به اینکه آزمون جامع علوم پایه برای داروسازان نیز همانند پزشکان و دندانپزشکان برگزار می‌شود، بعد از برگزاری ۴۰ دوره از این آزمون اهداف برگزاری از جمله جداسازی افراد مجاز برای ادامه تحصیل و یادگیری یکسری موارد پایه‌ای در رشته داروسازی، محقق نشد و تصمیم به ایجاد تغییراتی گرفته شد. علت نرسیدن به این اهداف این بود که اولاً این آزمون شامل دروسی بود که دانشجوی داروسازی کمتر با آنها سروکار داشت و دوماً اینکه اساتید این دروس عمدتاً خارج از دانشکده داروسازی بودند و در صورت وجود مشکل امکان رفع و دسترسی کمتری بود. از آن جا که دانشجو نباید تا مقطع دکتری رها می‌شد و نیاز به ارزیابی وی وجود داشت، حذف کامل آزمون هم صحیح نبود. بنابراین نیاز به برگزاری آزمون جامع حرفه‌ای برای دانشجویان رشته داروسازی احساس می‌شد که دانشجو از لحاظ دروسی که مرتبط با حرفه، شغل و آینده خودش است، مورد ارزیابی قرار گیرد.

شرایط برگزاری این آزمون چگونه خواهد بود؟

این آزمون شامل تمامی دروس مهم و مرتبط با رشته‌ی داروسازی از جمله دروس کارآموزی است. لزوم وجود دروس کارآموزی در این آزمون، ارزیابی فرد هم از لحاظ اطلاعات علمی و هم قابلیت‌های عملی برای این رشته است. به این ترتیب دانشجویان پس از گذراندن ۱۸۰ واحد درسی یک آزمون جامع می‌دهند و پس از آن گرایش‌های خود را انتخاب می‌کنند.

تمامی دانشجویان داروسازی ملزم به گذراندن ۱۸۰ واحد الزامی بوده و در صورتی که حتی یک واحد گذرانده نشده باشد و یا ۱۸۰ واحد گذرانده شده شامل واحد‌های الزامی نباشد، امکان شرکت در این آزمون وجود نخواهد داشت. در صورتی که دانشجو در آزمون قبول شود امکان گذراندن واحد‌های بالاتر و دفاع از پایان نامه دکترای عمومی و فارغ التحصیلی برای وی وجود دارد اما در صورتی که در آزمون قبول نشود اگرچه امکان گذراندن واحد‌های بالاتر برای وی وجود دارد، قادر به دفاع از پایان نامه نخواهد بود. امکان شرکت در این آزمون حداکثر سه بار بوده و در صورت مردود شدن امکان اخذ درجه دکترای حرفه‌ای وجود نخواهد داشت.

با توجه به اینکه منابع این آزمون از دروس اختصاصی رشته داروسازی است برگزاری این آزمون علاوه بر امکان تجدید اطلاعات برای دانشجویان، امکان مقایسه دانشکده‌های داروسازی و به تبع آن مقایسه سیستم‌های آموزشی آن‌ها را فراهم می‌کند. تأکید بر این نکته ضروری است که با برگزاری این آزمون لزوم انطباق هر چه بیش‌تر آموزش با استانداردها و مطابقت سرفصل‌ها وزارت خانه احساس می‌شود.



- با توجه به همزمانی تصمیم بر برگزاری آزمون جامع ۱۸۰ واحدی و تغییرات اعمال شده در آزمون تخصص، آیا این دو به هم مرتبط اند؟

این صرفاً یک همزمانی بوده است و تغییر ضرایب آزمون تخصص از امسال اجرا شده است ولی آزمون جامع ۱۸۰ واحدی برای دانشجویان ورودی ۹۴ به بعد و همزمان با برداشتن آزمون جامع علوم پایه لازم الاجرا خواهد بود. البته به نظر می رسد در آینده این دو به هم مرتبط خواهند گشت. علت تغییر در آزمون تخصص و شرایط ادامه تحصیل، کاهش تمایل و انگیزه دانشجویان نخبه و با استعداد در ورود به دوره های تحصیلات تکمیلی بوده است. البته تنها بخشی از این نبود انگیزه به این آزمون مربوط می شد و فاکتور های دیگری نیز مؤثر بودند. بنابراین یکی از اهداف این آزمون افزایش انگیزه دانشجویان برای ادامه تحصیل بوده است که از دو روش مهیا شده است؛ اول اینکه اگر دانشجو از آزمون جامع ۱۸۰ واحدی حداقل نمره ۱۵ بیاورد نیازی به گذراندن امتحان کتبی تخصص ندارد (البته هم چنان لازم است برای ورود به مقاطع بالاتر در آزمون شفاهی (مصاحبه) نمره ی قابل قبولی کسب کند) و دوم آن که اگر کسی حداقل نمره ۱۵ را بیاورد و تمایل به ورود به دوره تخصص را داشته باشد می تواند بدون گذراندن پایان نامه دوره ی دکترای عمومی به این مقطع وارد شود و در نهایت تنها پایان نامه دروه ی دکترای تخصصی را ارائه نماید. هم چنین با توجه به تغییر بعمل آمده در نحوه ی پذیرش دانشجو برای ادامه تحصیل در رشته های تخصصی و Ph.D داروسازی ضرایب اختصاص یافته به دروس، برای هر رشته متفاوت می باشد. در دوره های قبل افراد حائز نمره ی قبولی، مجاز به انتخاب تنها یک رشته بودند اما در این دوره آزمون تخصص امکان شرکت در تعداد بیشتری رشته فراهم شده است و در انتخاب محل مورد نظر نیز محدودیتی وجود ندارد. از بین دارندگان ۷۰٪ نمره آزمون کتبی، حداکثر به تعداد ۲ برابر ظرفیت اعلامی دانشگاه ها جهت مصاحبه به هیأت ممتحنه و ارزشیابی هر رشته تخصصی معرفی خواهند شد.

- آیا ظرفیت خاصی برای پذیرش در آزمون تخصص منظور شده است؟
خوشبختانه ظرفیت عامل محدود کننده نیست و تنها در بعضی رشته ها که میزان تقاضا بیش از ظرفیت بوده است در بیشتر موارد تعداد متقاضی کمتر از ظرفیت پذیرش بوده است.

- معیار ها و ملاک های پذیرش در آزمون کتبی و شفاهی تخصص چیست؟
معمولاً در آزمون کتبی حیطه ارزیابی سنجش دانسته ها، آگاهی و اطلاعات تئوری است، ولی در آزمون شفاهی علاوه بر این موارد علائق فردی، انگیزه فرد برای ادامه تحصیل، پایان نامه، نقاط ضعف و قوت در حیطه های مختلف از جمله پژوهشی، اجرایی، آموزشی و... هم معیار ارزیابی فرد خواهند بود.

- تا چه حد نگرانی های ایجاد شده مبنی بر امکان لیسانسه شدن رشته داروسازی با تصویب و اجرای این طرح وجود دارد؟
هیچ مبنایی برای این تغییر وجود ندارد. غالب افراد صاحب نظر در حوزه ی داروسازی موافق چنین تغییری در مقطع دکترای داروسازی نیستند. در کشور هایی هم که داروسازی تا مقطع لیسانس بود، به سمت دکترا متمایل شده اند؛ بنابراین تبدیل این مقطع به لیسانس آن هم در کشور ما که در حال حاضر رشته داروسازی تا مقطع دکترا است، نوعی سبک نگری به این رشته و عقب گرد خواهد بود.

- در پایان در مجموع اجرای این طرح را چگونه ارزیابی می کنید؟
کلیات طرح را مثبت ارزیابی می کنم. بر اساس تجربیات خودم می دانم که امتحان جامع علوم پایه نمی توانست به نحو مؤثری دانشجویان داروسازی را متناسب با هدف و رشته خودشان مورد ارزیابی قرار دهد. البته نوع و شرایط برگزاری امتحان تنها یک فاکتور برای ورود دانشجویان به دوره تحصیلات تکمیلی است و فاکتور های دیگر از جمله لزوم وجود چارچوب مناسب برای این دوره ها، لزوم کیفی شدن دوره های تکمیلی از نظر آموزشی و پژوهشی و از همه مهم تر ایجاد اطمینان از نظر آینده شغلی و حق الزحمه دانشجویان از مواردی است که باید در آینده مورد توجه قرار گیرد.

علمی



شب‌نم امانت
مهسا زاغیان
زهرا کشاورز



افسردگی



دوپامین در این بیماران دیده شده است و تجویز داروهای ضد افسردگی برای رساندن میزان این مواد به سطوح نرمال صورت می‌گیرد. همچنین داروی آکوتان (Accutane) برای درمان آکنه، داروی ضد ویروسی اینترفرون آلفا و کورتیکواستروئیدها ریسک ابتلا به افسردگی را بالا می‌برند؛ اما تشریح رابطه فاکتور ژنتیک با بیماری‌های روانی مانند افسردگی به سادگی بیماری‌هایی کاملاً ژنتیکی مانند سیستمیک فایبروزیس یا هانتینگتون نیست، با این وجود تحقیقات نشان می‌دهند فرزندان پدر و مادری افسرده، در معرض ۱۵-۱۰٪ ریسک ابتلا به افسردگی هستند. تشابه ۵۰ درصدی در الگوهای افسردگی میان دو قلوهای مونوزیگوتی و ۲۵ درصدی در بین دی‌زیگوتی‌ها، نقش عوامل ژنتیکی را آشکار می‌سازد.

یکی دیگر از فاکتورهای بیولوژیکی ویتامین D محسوب می‌شود. بررسی‌های جدید نشان می‌دهند که پایین بودن میزان ویتامین D سرم با بروز علائم افسردگی در فردی که از هر نظر دیگری سالم تلقی می‌شود ارتباط دارد.

عامل دیگری که با فاکتورهای بیولوژیکی هم‌پوشانی بسیاری دارد و نقش عمده‌ای در ابتلا به افسردگی ایفا می‌کند فاکتور روان‌شناختی و محیطی می‌باشد. سوءاستفاده جنسی، فیزیکی و احساسی در گذشته، مرگ یا از دست دادن یکی از اطرافیان، انزوای اجتماعی، سوءمصرف مواد، استرس‌های محیطی به دلایلی همچون کاهش درآمد، بی‌کار شدن، بازنشستگی و طلاق از جمله عوامل روان‌شناختی و محیطی هستند. باید توجه داشت که استرس‌های محیطی حتی برای پیش آمدهای خوشحال‌کننده مانند ازدواج، فارغ‌التحصیلی و شروع یک حرفه جدید نیز می‌توانند مستعد بروز علائم افسردگی باشند. سؤالی که به ذهن می‌رسد این است که این استرس‌ها چگونه باعث افسردگی می‌شوند؟ پاسخ این سؤال در روش‌های ضعیف و نادرست افراد برای مقابله با استرس، نگرش‌های منفی به آینده و اعتماد به نفس پایین نهفته است.



در زندگی یک‌یک ما زمان‌هایی پیش می‌آید که ناراحتی‌های شدید را تجربه کنیم اما اگر این حس روزها یکی پس از دیگری ادامه پیدا کند، زنگ خطر افسردگی به صدا در می‌آید.

افسردگی وخیم به صورت دوره‌ای از احساس ناراحتی یا فقدان احساسات همراه با دیگر علائم تعریف می‌شود که حداقل ۲ هفته‌ی متوالی به طول بیانجامد و فعالیت‌های روزانه‌ی فرد از جمله کار و ارتباطات اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد. افسردگی نشانه‌ی ضعف یا یک شخصیت منفی نیست بلکه یک تهدید سلامتی قابل درمان جهانی است. این در حالی است که ۲/۳ از افراد درگیر با افسردگی نمی‌دانند که به یک بیماری قابل درمان مبتلا شده‌اند و در نتیجه به دنبال بهره از کمک‌های تخصصی نخواهند بود. علاوه بر این، افکار عمومی نادرست که این بیماری را نوعی ضعف یا شکست شخصی می‌پندارند که فرد بیمار می‌تواند با خواست و اراده بر آن غلبه کند، منجر به عدم تلاش برای تشخیص و درمان می‌شود.

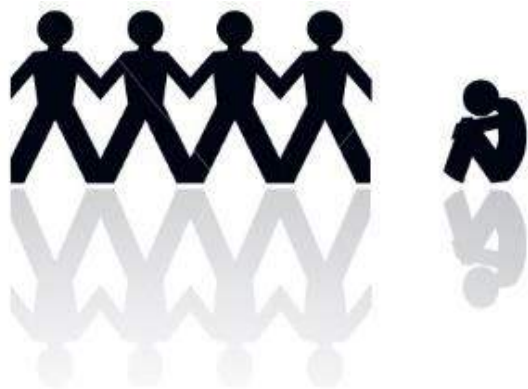
هنوز هیچ تست آزمایشگاهی‌ای برای تشخیص افسردگی وجود ندارد ولی افزایش یا کاهش وزن، بی‌خوابی یا پرخوابی، بی‌قراری یا بی‌حالی و خستگی، احساس گناه و بی‌ارزش بودن، کاهش علاقه و لذت، عدم تصمیم‌گیری و تمرکز، افکار مکرر مربوط به مرگ و خودکشی از علائمی هستند که برای تشخیص استفاده می‌شوند. توجه به زمان شروع و شدت علائم، داروهای مصرفی توسط بیمار و تاریخچه‌ی بیماری‌های روانی در خانواده، امری بسیار ضروری در تشخیص می‌باشد زیرا ویروس‌ها، درمان‌ها و بیماری‌های مشخصی می‌توانند علائمی مشابه با علائم افسردگی به وجود آورند.

فاکتورهای بسیار زیادی در افسردگی نقش دارند و مشاهدات نشان می‌دهند که معمولاً مجموعه‌ای از آن‌ها در ابتلا دخیل هستند. این فاکتورها اغلب در ۲ گروه بیولوژیکی و روان‌شناختی جای می‌گیرند. تغییرات هورمونی، بعضی از داروها، اختلالات نورولوژیکی، ترکیبات مواد شیمیایی مغز و ژنتیک از جمله عوامل بیولوژیکی هستند. برای مثال سطوح پایین نوراپی‌نفرین، سروتونین و

تداوم افسردگی در جمعیت‌ها؛ اهمیت تکاملی افسردگی در دفاع میزبان علیه پاتوژن‌ها (PATHOS-D)

این‌گونه فواید پاسخ‌های التهابی با مرگ‌ومیر از طریق شوک‌های سپتیک، آسیب بافتی طولانی‌مدت و بیماری‌های مزمن همراه می‌شوند و در نتیجه این آلل‌ها به مرحله تثبیت (۱۰۰٪ شیوع) نمی‌رسند. این فرضیه با یک چالش بزرگ نیز روبه‌روست: گروهی از داده‌ها نشان می‌دهند که افسردگی در بعضی از موارد باعث وخیم‌تر شدن پروسه‌ی عفونت می‌شود و همچنین به مکانیسم‌های سیستم ایمنی اکتسابی برای مقابله با ویروس‌ها و باکتری‌ها آسیب وارد می‌کند. التهابات مزمن می‌توانند فعالیت سلول‌های T و B را سرکوب کنند. با این حال فرضیه PATHOS-D فقط نیاز دارد ثابت کند که در طول تکامل، فواید التهابات از اثرات مضر آن بر دیگر قسمت‌های سیستم ایمنی بیشتر است. شواهدی وجود دارند که می‌توانند از این احتمال حمایت کنند.

درک بهتر از تکامل جاری بین پاتوژن‌ها و میزبان انسانی آن‌ها می‌تواند به کشف الگوهای نظری و استراتژی‌های درمانی جدید برای افسردگی منجر شود.



افسردگی ماژور آن‌قدر برای بقا و تداوم نسل زیان‌آور است که درک این‌که چرا آلل‌های گوناگون بروز این بیماری هنوز از ژنوم انسان حذف نشده‌اند بسیار دشوار می‌باشد و حتی وجود این ژن‌ها به‌قدری شایع و معمول است که به نظر می‌رسد فراوانی آن‌ها طی آخرین تکامل انسانی افزایش داشته است. برای توجیه این مسئله، اصول تئوریک جدیدی تعریف شده‌اند. طبق این اصول، آلل‌هایی که ریسک افسردگی را ایجاد می‌کنند به این دلیل وجود دارند و حفظ شده‌اند که می‌توانند مجموعه‌ای هماهنگ از پاسخ‌های ایمنی و رفتاری برای دفاع میزبان در برابر عوامل بیماری‌زا را سازمان‌دهی کنند. این دفاع بهبود یافته از طریق فعال‌سازی مؤثر سیستم ایمنی ذاتی حاصل می‌گردد که کاهش مرگ‌ومیر به دلیل عوامل عفونی را در پی دارد، به‌خصوص در دوران نوزادی که فشار انتخاب طبیعی بیشتر از همیشه است و سیستم ایمنی اکتسابی هنوز کاملاً کاربردی نیست. این مطالعه‌ی گسترده، افسردگی و علائم آن را ناشی از افزایش پاسخ‌های التهابی سیستم ایمنی ذاتی می‌داند. افزایش غلظت پلاسمایی $TNF-\alpha$ ، $IL-6$ ، پروتئین واکنشگر با ماده C و هاپتوگلوبولین منجر به ازدیاد این پاسخ‌های التهابی می‌شود. به همین ترتیب، افزایش مارکرهای التهابی می‌تواند بروز افسردگی در افراد سالم را پیش‌بینی کند. عفونت اولین و مهم‌ترین علت نقص در تداوم نسل و مرگ زود هنگام در طول تکامل بوده است؛ در نتیجه می‌توان انتظار داشت که اگر علائم افسردگی جزئی جدایی‌ناپذیر از نوعی پاسخ ایمنی باشند، آلل‌های مرتبط از انتخاب مثبت جان سالم به دربرند و فراوان شوند. واقعه‌ای که طبق فرضیه PATHOS-D روی داده است. با این وجود،

انواع افسردگی

حداقل یکی از علائم باید افسردگی یا از دست دادن علاقه در کارها باشد تا این اختلال تشخیص داده شود. در مورد این نوع افسردگی گفتاردرمانی و داروهای ضدافسردگی می‌توانند مفید باشند. هنگامی که درمان و دارو مؤثر نباشند درمان با الکتروشوک (ECT) و Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) از راه‌های پیشنهادی خواهد بود.

۱. افسردگی ماژور (Major Depression)

احساس افسردگی در بیشتر روزهای سال که با علائم زیر همراه باشد؛

- از دست رفتن علاقه در انجام فعالیت‌ها
- کاهش یا افزایش وزن
- خستگی و نداشتن انرژی
- مشکل در تمرکز و تصمیم‌گیری



۲. افسردگی خوبی یا دیستیمیا (Persistent Depressive Disorder)

نوعی افسردگی ضعیف‌تر از نوع ماژور است که بیمار در بیشتر روزها احساس متوسطی از افسردگی دارد اما در دوره‌های زمانی کوتاهی در حالت عادی به سر می‌برد. علائم آن که می‌تواند شامل ناراحتی، تمرکز نداشتن، خستگی و تغییرات عادات خواب و خوراک باشد، برای مدت طولانی ماندگار هستند. در این مورد گفتاردرمانی معمولاً پاسخ مطلوبی را در بردارد اما گاهی ممکن است ترکیبی از دارو و گفتاردرمانی بهتر عمل کند.

۳. اختلال دوقطبی

از این نوع افسردگی بانام "جنون افسردگی" یاد می‌کنند. این نوع دارای دوره‌های سرخوشی زیاد شامل رفتارهای هیجانی، زیاده‌روی، تند صحبت کردن، کم‌خوابی و بی‌خوابی و به دنبال آن دوره‌های افسردگی می‌باشد که در این دوره‌ها افراد نشانه‌های افسردگی ماژور را بروز می‌دهند. ممکن است دارو بتواند این نوسانات خلقی را کنترل کند. Olanzapine، Quetiapine و ترکیب Lurasidone-Fluoxetine برای درمان این نوع افسردگی پیشنهاد شده است. روان‌درمانی نیز می‌تواند مؤثر واقع شود.

۴. اختلالات عاطفی فصلی (Seasonal Affective Disorder; SAD)

یک دوره از افسردگی ماژور است که بیشتر در طول ماه‌های زمستان هنگامی که روزها کوتاه شده و نور خورشید کمتر دریافت می‌شود رخ می‌دهد. هم‌چنین در افراد جوان و در مناطق شمالی بیشتر مشاهده می‌شود. با علائمی چون اضطراب، افزایش کج خلقی، افزایش وزن و خستگی در طول روز مشخص می‌شود. ضدافسردگی‌ها در این مورد می‌توانند کمک‌کننده باشند. یکی دیگر از راه‌های درمان نوردرمانی است.

۵. افسردگی روانی (Psychotic Depression)

علائم افسردگی ماژور را همراه با یک سری علائم روانی را دربرمی‌گیرد مانند توهمات، هذیان‌گویی و پارانوئا (باور اشتباهی که فرد تصور می‌کند دیگران قصد آسیب به او را دارند).

برای درمان ترکیب داروهای ضدافسردگی و آنتی‌سایکوتیک‌ها می‌تواند درمان مناسبی باشد. ECT نیز می‌تواند یکی از راه‌ها باشد.

۶. افسردگی پس از زایمان (Postpartum Depression)

تقریباً ۳ نفر از هر ۴ مادر پس از زایمان حالات افسردگی دارند ولی تقریباً در ۱۲٪ از موارد وقتی کودک رشد می‌کند نیز افسردگی باقی می‌ماند. می‌تواند از هفته‌ها تا ماه‌ها پس از زایمان رخ دهد و علائم آن که همانند افسردگی ماژور است شامل احساس تنهایی و ناامیدی، خستگی، ناراحتی شدید، افکار خودکشی و ... می‌شود. البته تفاوت مهم آنجاست که در این نوع افسردگی سلامت نوزاد نیز به خطر می‌افتد چون ممکن است که مادر افسرده نتواند ارتباط لازم را با نوزاد خودش برقرار کند. در این مورد داروهای ضدافسردگی می‌تواند کمک‌کننده باشد.

درمان افسردگی بعد از زایمان:

۱. درمان آگاهانه و بین فردی و روان‌درمانی ویژه زنان با افسردگی کم تا ملایم
۲. داروهای ضدافسردگی (بوپروه SSRIs) برای موارد خیلی شدید
۳. اعمال جانبی موردنیاز شامل پشتیبانی والدین، مدیریت وضعیت یا پرستاری از فرد بیمار

۷. افسردگی موقعیتی (Situational Disorder)

از این افسردگی با نام اختلال تطابقی نیز یاد می‌شود. این اختلال در هنگام رخدادی پراسترس در زندگی هم چون از دست دادن یکی از عزیزان، از دست دادن شغل و غیره که فرد به‌صورت طبیعی احساس فشار، غم و عصبانیت می‌کند رخ می‌دهد. در این حالت نیازی به دارو ندارد؛ چون بسیاری از افراد پس از پایان استرس‌ها به حالت اولیه بازمی‌گردند اما در برخی نیز حالات افسردگی باقی می‌ماند. البته برخی در پاسخ به یک اتفاق به این اختلال دچار می‌شوند و برخی دیگر مشکلشان ریشه در ترکیبی از عوامل استرس‌زا دارد.



۸. افسردگی کودکان (Children Depression)

علائم آن شبیه افسردگی در بزرگسالان است با این تفاوت که ممکن است در این موارد کودکان دست به رفتارهای پرخطر بزنند. تشخیص این نوع افسردگی مشکل است.

۹. افسردگی غیرمعمول (Atypical Depression)

افزایش اشتها، افزایش خواب، احساس سنگینی و بی حسی دست و پا و کاهش آستانه تحمل از علائم این نوع افسردگی بوده که به کمک داروهای ضدافسردگی از جمله SSRIs و MAOIs قابل درمان هستند.

۱۰. داروهایی که می‌توانند موجب افسردگی شوند
باربیتورات ها، بنزودیازپین ها، داروهای ضد آکنه Accutane گاهی با افسردگی مرتبط بوده‌اند. هم چنین کورتیکواستروئید ها، اپیوئید ها (کدئین و مورفین) و داروهای آنتی کولینرژیک مورد استفاده برای کاهش کرامپ های شکمی نیز موجب درجاتی از سرخوشی شده که می‌تواند در نهایت به اختلالات دوقطبی مرتبط گردد.

درمان افسردگی و داروهای ضدافسردگی

داروهای ضدافسردگی علائم بیماری افسردگی را از بین می‌برند، این داروها در دهه ۱۹۵۰ به بازار آمدند و از آن زمان به‌طور مرتب استفاده می‌شوند. به نظر می‌رسد داروهای ضدافسردگی فعالیت بعضی از نوروترانسمیترها را افزایش می‌دهند. در افسردگی غالباً سروتونین و نورآدرنالین که هر دو جز نوروترانسمیترها هستند، دچار اختلال می‌شوند. در همه‌ی جمعیت‌های بیمار، ترکیب دارو و روان‌درمانی سریع‌ترین و بهترین راهکار برای دریافت مناسب‌ترین پاسخ است.



درمان شامل موارد زیر است:

۱. فارماکوتراپی یا دارودرمانی
۲. سایکوتراپی یا روان‌درمانی
۳. شوک الکتریکی
۴. تکنیک های تحریکی

۱. فارماکوتراپی:

همه داروهای ضدافسردگی موجود در بازار برای درمان افسردگی مؤثرند و معمولاً پس از شروع درمان دارویی، ۲ تا ۶ هفته زمان نیاز است تا اثرات کلینیکی دارو نمایان شود. داروهای ضدافسردگی قدیمی‌تر مثل تری سیکلیک ها به همان اندازه داروهای جدید مؤثر می‌باشند، اما داروهای جدید اثرات جانبی کمتری دارند. در موارد خفیف، مداخلات روانی اجتماعی اغلب به‌عنوان خط اول درمان توصیه می‌شود. تحقیقات نشان داده است که ترکیب دارو و روان‌درمانی برای بیماران با افسردگی ماژور ملایم تا شدید اثر بیشتری دارد. در ادامه به توضیح انواع داروهای مورد استفاده در درمان افسردگی می‌پردازیم:

Citalopram (افسردگی و اختلالات روانی مثل وسواس)، Escitalopram (افسردگی)، Fluoxetine (فیبرومیالژیا، اختلال استرس پس از سانحه، پدیده رینولد، اختلال اضطراب اجتماعی و سکوت انتخابی)، Fluvoxamine (دارای اثرات جانبی کمتر نسبت به داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای که معمولاً برای وسواس و سایر اختلالات روان‌پزشکی از جمله اختلال اجتماعی اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال درد و افسردگی ماژور تجویز می‌شود)، Paroxetine (بیشتر از سایر SSRIها موجب افزایش وزن می‌شود و گاهی برای مصارفی که توسط FDA تأیید نشده است مانند اختلالات خوردن و تسکین علائم یائسگی تجویز می‌شود)،

(A Selective Serotonin Reuptake) SSRIs (Inhibitors) یا مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین: داروهای انتخابی اولیه مخصوصاً برای افسردگی کودکان و نوجوانان که دارای حداقل اثرات آنتی کولینرژیک و به‌تبع آن دارای عوارض کم‌تر، سمیت کم‌تر در مصرف بیش‌ازحد و سهولت تجویز هستند. عوارض جانبی این دسته دارویی پایداری کمتری نسبت به دسته‌های دیگر دارد به همین دلیل استفاده از آن‌ها رواج بیشتری یافته است. عوارض جانبی معمول این دسته شامل ناراحتی‌های گوارشی، اختلال عملکرد جنسی، خونریزی، اختلال شناختی و تغییرات سطح انرژی می‌باشد. داروهای موجود در این دسته دارویی و اندیکاسیون های آن‌ها عبارت‌اند از:

افسردگی، حملات ترس و درد مزمن)، Nortriptyline، Trimipramine، Doxepin، Protriptyline (افسردگی و رفلکس معده به مری)، Amoxapine (ضدافسردگی و ضد جنون)

MAOIs (D): اولین داروهای ضدافسردگی کشف شده در اوایل ۱۹۵۰، مؤثر در دامنه وسیعی از اختلالات عاطفی و اضطراب، بلاک کننده‌ی مونوآمین اکسیداز که دارای دو فرم MOA_a و MOA_b است. MOA_a سروتونین و نوراپی نفرین را می‌شکند و MOA_b فنیل اتیل آمین را متابولیزه می‌کند و هر دو دوپامین را می‌شکند. این دسته به علت عوارض جانبی، محدودیت‌های غذایی و تداخلات دارویی به‌عنوان خط اول درمان استفاده نمی‌شوند. عوارض جانبی: افت فشارخون، سرگیجه، خشکی دهان، ناراحتی معده و روده، تکرر ادرار، سردرد و پرش‌های میوکلونیک. داروهای موجود در این دسته دارویی و اندیکاسیون های آنها عبارت‌اند از:

Selegiline transdermal patch (در دوز برای درمان پارکینسون و دوز های بالاتر برای درمان اختلال افسردگی ماژور)، Tranylcypromine، Phenelzine (درمان افسردگی. عوارض آرام بخشی، افزایش وزن و اختلال عملکرد جنسی در این دارو محتمل تر است)،

Isocarboxazid (E) Atypical antidepressants: در درمان افسردگی مؤثر می‌باشد و ممکن است در درمان ترکیبی اختلال افسردگی ماژور اثر داشته باشد. این گروه سمیت کمی در مصرف بیش از حد از خود نشان می‌دهند. داروهای موجود در این دسته دارویی و اندیکاسیون های آنها عبارت‌اند از: Bupropion (افسردگی ماژور، ترک)، Mirtazapine، Trazodone (افسردگی ماژور. بیشترین عارضه‌ی معمول آن آرام بخشی است و به همین دلیل برای هیپنوتیزم استفاده می‌شود. همراه با SSRIs برای درمان بی‌خوابی استفاده می‌شود).



Sertraline (اختلالات خوردن، اختلال اضطراب منتشر و اختلال ترس)، Vilazodone (افسردگی ماژور)، Vortioxetine (افسردگی ماژور در بزرگسالان)

SNRIs (B) (مهارکننده‌ی سروتونین-نوراپی نفرین): این دسته می‌تواند به‌عنوان عوامل خط اول به‌ویژه در افراد با خستگی‌های قابل توجه و سندرم‌های درد مرتبط با افسردگی استفاده شوند. همچنین این دسته نقش مهمی به‌عنوان عوامل خط دوم در بیماران مقاوم به SSRIs بازی می‌کنند. ایمنی، تحمل و عوارض جانبی این دسته شبیه SSRIs می‌باشد با این تفاوت که ونلافاکسین و دزونلافاکسین با افزایش مداوم فشارخون همراه‌اند. به‌ویژه ونلافاکسین با هیپوناترمی هم مرتبط است. داروهای موجود در این دسته دارویی عبارت‌اند از:

Desvenlafaxine (افسردگی ماژور)، Duloxetine، Venlafaxine (اختلال وسواسی-اجباری، گرگرفتگی، درد نوروپاتی، اختلال کم توجهی-بیش فعالی و اختلال استرس پس از سانحه) و Levomilnacipran.

TCAs (C): دارای سابقه طولانی اثر در درمان افسردگی و مزیت هزینه کمتر هستند ولی به دلیل سمیت قابل توجه در مصرف بیش از حد، کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرند. معمولاً برای بسیاری از اختلالات روانی مثل اختلال اضطراب منتشر و اختلال استرس پس از سانحه تجویز می‌شوند، آنها همچنین برای درمان دردهای مزمن مانند نوروپاتی و سردردهای میگرنی استفاده می‌شوند. داروهای موجود در این دسته دارویی و اندیکاسیون های آنها عبارت‌اند از:

Amitriptyline (درد مزمن، نوروپاتی دیابتی، پروفیلاکسی میگرن و اختلال استرس پس از سانحه)، Desipramine (نوروپاتی محیطی و اختلال کم توجهی-بیش فعالی)، Imipramine (اختلال ترس، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال کم توجهی-بیش فعالی)، Clomipramine (اختلال وسواسی-اجباری، اختلالات

۲. سایکوتراپی:

روان‌درمانی افسردگی ماژور در بزرگسالان:

۱. Interpersonal psychotherapy (IPT): روان‌درمانی بین فردی
۲. Cognitive-behavioral therapy (CBT): درمان رفتارشناختی
۳. Problem-solving therapy (PST): حل مسئله درمانی
۴. Behavioral activation (BA): فعال‌سازی رفتاری
۵. contingency management: مدیریت احتمال



همان طور
مناسب

روان‌درمانی افسردگی ماژور در کودکان و نوجوانان:
 ۱. Interpersonal psychotherapy (IPT): روان‌درمانی بین فردی
 ۲. Cognitive-behavioral therapy (CBT): درمان شناختی رفتاری
 ۳. Behavior therapy (BT): رفتاردرمانی
 بسیاری از این درمان‌ها در هنگام کار با کودک، نیازمند همکاری والدین و خانواده نیز می‌باشد. که ذکر شد، دارودرمانی نیز در کنار روان‌درمانی از اهمیت بالایی برخوردار است و باید از داروهای برای افراد مختلف در سنین مختلف و موقعیت‌های خاص استفاده شود. مثلاً داروهای تری سیکلیک برای کودکان و نوجوانان مناسب نیستند و عوارض گوناگونی خواهند داشت. پس شناخت داروها و آشنایی با عوارض و موارد مصرف آن‌ها اهمیت زیادی دارد.

۳. شوک‌درمانی یا Electroconvulsive therapy (ECT):

درمان با شوک الکتریکی یک درمان بسیار مؤثر برای افسردگی است. هنگامی که با دارودرمانی پاسخ مناسب گرفته نشود و یا نیاز به درمان سریع باشد مثل مواقعی که ریسک بالایی برای خودکشی بیمار و یا عوارض پزشکی و مرگ وجود دارد، استفاده از این روش مناسب است.

۴. تکنیک‌های تحریکی

- a. Transcranial magnetic stimulation (TMS) یا تحریک مغناطیسی داخل جمجمه‌ای: تأیید شده توسط FDA برای افسردگی ماژور
- b. Vagus nerve stimulation (VNS) یا تحریک عصب واگ: تأیید شده توسط FDA برای بیماران بزرگسال که در درمان با حداقل ۴ داروی مناسب و کافی و یا شوک الکتریکی پاسخ مناسبی نگرفته‌اند.

موارد مرتبط با افسردگی

افسردگی داشته‌اند ۸۳٪ و آن دسته از افراد با دیابت و افسردگی ۱۱۷٪ بیشتر به دمانس مبتلا شده بودند.

آیا افسردگی از ابتلا به پارکینسون خبر می‌دهد؟

محققان در مطالعاتی گسترده در سوئد به این نتیجه رسیده‌اند که افسردگی ممکن است یک پرودروم اولیه برای بیماری پارکینسون باشد.

طبق گفته‌ی دکتر نوردستروم، رابطه‌هایی بین افسردگی و پارکینسون طی ۲۰ سال از زندگی بیماران مشاهده شده است؛ در نتیجه افسردگی می‌تواند یکی از فاکتورهای عامل ابتلا به پارکینسون یا از نشانه‌های بسیار زودهنگام بیماری باشد. اگر یک فاکتور ژنتیکی خاص یا عوامل محیطی عامل افسردگی و پارکینسون در یک شخص بود انتظار می‌رفت که فرزندان یک خانواده به هر دو بیماری مبتلا شوند اما این فرضیه به دلیل وجود فرزندان که هر کدام فقط به یکی از این بیماری‌ها مبتلا شده‌اند کم‌رنگ می‌شود و ما را به سوی این فرضیه که افسردگی عامل یا علامت زود هنگام پارکینسون است هدایت می‌کند.

افسردگی همراه با دیابت، افزایش ریسک دمانس

دیابت و افسردگی هر کدام به طور مستقل ریسک پیدایش دمانس را افزایش می‌دهند و ابتلا به هر دو به خصوص در سنین پایین‌تر از ۶۵ سال ریسک بزرگ‌تری به همراه خواهد داشت.

در حال حاضر بهترین درمان موجود برای دمانس، جلوگیری از پیشرفت این بیماری است. اگر در بررسی‌های آینده عامل ارتباط افسردگی، دیابت و دمانس پیدا شود می‌توانیم امید داشته باشیم که با درمان موفقیت‌آمیز دیابت و افسردگی از ابتلا به دمانس جلوگیری می‌شود و کیفیت زندگی میلیون‌ها انسان در سراسر جهان بهبود می‌یابد. تا به امروز سهم تاثیر این دو بیماری در افزایش خطر ابتلا به دمانس مشخص نبوده است. طبق یک بررسی جدید در دانمارک پس از تطبیق دهی سن، جنسیت، وضعیت تاهل و سایر بیماری‌های مزمن، در مقایسه با بزرگسالانی که مبتلا به دیابت و افسردگی نبوده‌اند، مشخص شد افرادی که فقط دیابت داشته‌اند ۲۰٪، افرادی که فقط

اعتیاد به فیسبوک و افسردگی!

اگر شما شخصی درونگرا و خجالتی هستید احتمال می رود مهارت های اجتماعی ضعیفی داشته باشید در نتیجه با استفاده از اینترنت می توانید تصویری از خود بسازید که هرچند کاملا صحیح نیست اما امکان برقراری ارتباط با دیگران را فراهم می کند.



یک تحقیقات گسترده نشان داده که اعتیاد به اینترنت معمولا همراه با مشکلات دیگری مانند افسردگی، احساس تنهایی و دور افتادگی، نقص در عملکردهای جنسی و دیگر اعتیادها ظاهر می شود. زمان سپری شده در اینترنت به اعتیاد به فیسبوک مرتبط است و اعتیاد به فیسبوک با بروز افسردگی ارتباط دارد اما افزایش زمان سپری شده در اینترنت به تنهایی عاملی برای بروز افسردگی نیست. این افراد از شبکه های اجتماعی مانند فیسبوک به عنوان یک جایگزین برای ملاقات رو در رو با افراد و حفظ فاصله با آن

ها استفاده می کنند؛ اما این گونه روابط، نزدیکی و صمیمیتی که انسان ها نیاز دارند را تامین نمی کنند.

هیپوکامپ کوچک، علت یا معلول افسردگی؟

بزرگترین تحقیق بین المللی برای مقایسه حجم قسمت های مختلف مغز بین افراد سالم و مبتلا به افسردگی ماژور ثابت کرده است که افراد مبتلا، هیپوکامپ کوچک تری دارند. در این تحقیق اسکن های مغزی ۹۰۰۰ شرکت کننده از اروپا، آمریکا و استرالیا شامل ۱۷۲۸ نفر بیمار و ۷۱۹۹ نفر سالم بررسی شده است. این بررسی ها ۲ نتیجه مهم داشته است: ۱. بیماران افسردگی ماژور هیپوکامپ کوچک تری دارند. ۲. بیماران با افسردگی عود کننده هم هیپوکامپ کوچک تری دارند و ۶۵٪ از بیماران افسردگی ماژور را تشکیل می دهند.

وجود مطالعاتی که تغییرات اندازه هیپوکامپ را در طول زمان در بیماران افسرده بررسی کنند بسیار ضروری هستند زیرا از این طریق می توانیم دریابیم که اندازه های غیر طبیعی هیپوکامپ یکی از علت های ابتلا به افسردگی است یا صرفا به خاطر بودن در معرض استرس های مزمن و طولانی ناشی شده است. وجود گلوکوکورتیکوئید به میزان زیاد در مغز مبتلایان که باعث کاهش اندازه مغز میشود می تواند از فرضیه دوم پشتیبانی کند.

منابع

1. <http://www.webmd.com/depression/ss/slideshow-depression-overview>
2. Saltiel PF, Silvershein DI. Major depressive disorder: mechanism-based prescribing for personalized medicine. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015;11:875-88.
3. <http://www.webmd.com/depression/guide/causes-depression>
4. <http://emedicine.medscape.com/article/286759-overview>
5. <http://emedicine.medscape.com/article/286759-medication>
6. <http://www.webmd.com/depression/postpartum-depression/ss/slideshow-postpartum-overview>
7. Anglin RES, Samaan Z, Walter SD, McDonald SD. Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013;346:f1152.
8. Gustafsson H, Nordström A, Nordström P. Depression and subsequent risk of Parkinson disease: A nationwide cohort study. *Neurology*. 2015.
9. Katon W, Pedersen H, Ribe A, et al. Effect of depression and diabetes mellitus on the risk for dementia: A national population-based cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(6):612-9.
10. Jelenchick LA, Eickhoff JC, Moreno MA. "Facebook Depression?" Social Networking Site Use and Depression in Older Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2013;52(1):128-30.



استاتین‌ها و باقی قضایا



کلسترول بد یا LDL خون کاسته می‌شود و اندکی هم به میزان کلسترول خوب خون یا HDL افزوده (۲). مسلماً سازوکار و اثرات استاتین به همین خلاصه نمی‌شود. آن‌ها همچین خصوصیت ضدالتهاب و ضدلخته دارند. یک فرضیه‌ی پیشنهادی برای ساز و کار استاتین‌ها فرضیه‌ی غدد درونریز است. در این فرضیه اثرات استاتین به کاهش سطح آندروژن‌ها نسبت داده می‌شود. خود آندروژن‌ها مثل تستوسترون دارای اثرات مضر قلبی عروقی هستند ولی برای دیابت مضر نیستند که استاتین کاملاً معکوس رفتار می‌کند (۳).

عارضه‌ی شیرین اما تلخ

اینجا مثل همیشه پای یک دوراهی در میان می‌آید. استاتین‌هایی که قرار بود از ریسک حملات قلبی بکاهند خود ممکن است عامل بیماری مزمن و رنج‌آور دیگری به نام دیابت شوند. حال باید ریسک مصرف استاتین و بروز دیابت را بپذیریم یا اینکه خطر عدم مصرف آن و بروز حوادث قلبی بیشتر را به جان بخریم؟ بسیاری از مطالعات انجام‌شده با آمار و ارقام مخصوص خود نشان می‌دهند که با وجود ریسک بروز دیابت مصرف استاتین در این دوراهی ارجح است. طبیعتاً پس از پذیرفتن این ریسک مخصوصاً در بیماران دیابتی و یا کسانی که خطر بالایی برای دیابت دارند اقداماتی مثل کنترل قندخون و تغییر سبک زندگی برای پیشگیری یا تأخیر در بروز دیابت ضروریست (۴).

میلیون‌ها سال طول کشید تا در یک روند باشکوه تدریجی اجداد ما انسان‌ها پا به عرصه‌ی وجود نهادند. ولی آن‌ها به ناگاه شروع به تغییر گسترده‌ی محیط و عادات زندگی کردند که خود متناسب با آن شکل گرفته بودند. تغییراتی که از حدود ۱۰۰۰۰ سال پیش با یکجانشینی، اهلی‌سازی موجودات دیگر و آغاز دوران کشاورزی آغاز شد و پس از انقلاب صنعتی شتاب گرفت به قدری سریع بود که ژنوم انسان تاب تحمل بسیاری از این تغییرات از جمله تغییرات غذایی را نداشت. همین رشته تغییرات عاملی در بدنام شدن و سربارشیدن کلسترولی شد که روزگاری بنا بود در غشای سلولی انسان و به خصوص در غشاهای عصبی نقش مهمی را ایفا کند (۱). اضافه‌بار کلسترول در بسته‌بندی‌های LDL می‌تواند عامل خطرناکی در ایجاد آترواسکلروز و تنگی عروق و به تبع آن حوادث قلبی عروقی باشد که می‌تواند طول و کیفیت زندگی را کاهش دهند. این بود که در اواخر هزاره‌ی دوم کشف داروهای ملقب به استاتین‌ها امید را برای کاهش بیماری‌های قلبی عروقی و افزایش طول عمر زنده کرد. در این مدت حجم عظیمی از پژوهش‌ها در اینباره منتشر شده‌است اما همچنان بحث‌ها پیرامون مصرف این داروها و عوارض و کاربردهای احتمالی آن ادامه دارد. نوشتار زیر به پاره‌ای از جدیدترین مباحث پیرامون این کلاس از داروها می‌پردازد.

خلاصه‌ای از ساز و کار

مسیر ایجاد کلسترول، هدف اصلی استاتین‌هاست. مهارکننده‌های آنزیم HMG-Coa-reductase یا استاتین‌ها جایی در میانه‌ی این مسیر عمل می‌کنند. اختلال در تولید مولونات همان و کاهش تولید کلسترول کبدی هم همان. این می‌شود گیرنده‌های LDL در کبد افزایش پیدا می‌کند و سلول‌های کبدی میزان کلسترول‌های یاغی می‌شود و به همین آسانی از میزان



عنوان اولین داروی مهارکننده PCSK9 تأیید کرده است. این آنتی‌بادی مونوکلنال برای بیماران هایپرکلسترومی خانوادگی هتروزایگوس یا بیماران قلبی عروقی آترواسکلروتیک که مقاومت شدیدی نسبت به استاتین‌ها دارند تأیید شده است. در یک کارآزمایی بالینی شامل ۲۴۷۶ بیمار با شرایط یادشده اثربخشی و ایمنی این دارو نسبت به پلاسبو سنجیده شد. به طور متوسط ۳۶ تا ۵۹ درصد کاهش در LDL این بیماران یافت شد. کارآزمایی دیگری برای سنجش افزودن Praluent به استاتین‌ها به منظور کاهش امراض قلبی عروقی در جریان است (۸).

شکاکان کلسترول

شبکه جهانی شکاکان کلسترول thins ادعا دارد که کلسترول بالا و چربی حیوانی نقشی در آترواسکلروز ندارند. همچنین این شبکه عریضه ای با بیش از ۲۲۰۰ امضا علیه داروهای استاتین برای سازمان بهداشت جهانی ایجاد کرده‌اند و معتقدند که این داروها با وجود عوارض بالا اثر مفیدی ندارند. آن‌ها گالیه‌گونه می‌خواهند میلیون‌ها مصرف‌کننده و تجویزکننده‌ی استاتین را از اشتباه خود (به گمانشان) در بیاورند. با وجود اینکه ادعاهای مطرح شده هم‌اکنون شواهد اندکی در متون علمی دارد و مطالعات و نظرات متخصصان همخوان نیست، راستی و درستی آن در گذر زمان بیش تر و بهتر مشخص می‌شود.



بروز دیابت نه تنها به دوز بلکه به نوع استاتین مصرفی هم ممکن است بستگی داشته باشد. به عنوان نمونه در مطالعه‌ای مشخص شد استاتین‌های پرقدرت تر مثل Rosuvastatin در مقایسه با Pravastatin ممکن است ریسک بیشتری در ایجاد دیابت داشته باشد (۵).

عوارض و کاربردهای شناختی

یکی از عجایب علم داروسازی اثرات متفاوت و متضادی است که گاهی یک دارو می‌تواند روی بدن بگذارد. اثرات استاتین‌ها روی مسائل شناختی به دو گونه‌ی کاملاً متفاوت بررسی شده است. یکی احتمال بروز عوارض شناختی به عنوان عارضه و دیگری احتمال درمان و پیشگیری از بیماری دیمنشیا و آلزایمر. مورد اول به دلیل گزارش‌های موردی بیماران بود که گهگداری از اختلالات شناختی مثل فراموشکاری و از دست دادن حافظه شاکی بودند. بررسی‌های انجام‌شده چندان روی خوشی به این مورد نشان ندادند و در اغلب اوقات گواهی بر اثبات این عارضه پیدا نشد.

در مورد دوم یعنی درمان آلزایمر این بار فرضیه‌هایی بود که این امید را می‌داد که باتوجه به مکانیسم‌های پیچیده‌ی استاتین در بدن و همچنین با توجه به ارتباط آلزایمر با اختلالات چربی و کلسترول، احتمال اثربخشی استاتین وجود دارد. با این حال این بار هم شواهد قطعی تاکنون وجود نداشته است (۶). مرور سیستماتیکی که اخیراً نشریه‌ی Nature منتشر کرده است اثرات مثبت کوتاه‌مدت را در سالمندان رد می‌کند. آن‌ها احتمال اثربخشی استاتین را به انجام کارآزمایی‌های بلندمدت‌تر و همه‌گیرتری موکول کردند (۷).

رقبای جدید

هر چقدر هم که استاتین‌ها پرمصرف و محبوب باشند جاهایی پیدا می‌شود که کمیتشان لنگ بزنند و نتوانند به اهداف مورد نظر برسند. به همین دلیل جستجو برای داروهای جدیدتر برای کاهش کلسترول ادامه دارد. سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) به تازگی در مردادماه سال جاری داروی تزریقی Praluent (alirocumab) را به

چندگانه‌ای دارند نه باعث می‌شود به دلیل گزارش دسته‌چندم یک وب سایت آن‌ها را به یک‌باره از بازار حذف کرد و نه می‌توان به یک‌باره برای همه تجویز کرد.



در پایان

اگر هرازگاهی نگاهی به متون علمی در رابطه با داروهای استاتین بیندازیم با انواع و اقسام داده‌ها در رابطه با کاربردها و یا عوارض احتمالی این داروها مواجه می‌شویم که مرتباً بر شمار این داده‌ها افزوده می‌شود. اما نه عوارض احتمالی بی‌شمار، مثل عوارض رایج‌تر میوپاتی و دردهای ماهیچه‌ای و عارضه‌ی خطرناک‌تر دیابتی و عوارض اثبات نشده‌ی دیگر مثل عوارض شناختی و حتی سرطان در اثر کاهش LDL (۹)، می‌توانند سودمندی‌های مصرف این داروها را در پیشگیری (به‌خصوص پیشگیری ثانویه و در بیماران با ریسک بالا) و درمان حوادث قلبی عروقی دست‌کم بگیرند و نه اینکه کاربردهای احتمالی باب طبع شرکت‌های داروسازی، از درمان آلزایمر گرفته تا درمان انواع و اقسام سرطان‌ها، می‌توانند در حال حاضر معجزه کنند. در یک‌کلام این واقعیت که استاتین‌ها در بدن اثرات

منابع

1. Cordain L, Eaton S, Sebastian A, Mann N, Lindeberg S. Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2005;81(2):341-354.
2. Katzung B, Masters S, Trevor A. *Basic & clinical pharmacology*. 12th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2012.
3. Schooling C, Au Yeung S, Leung G. Why do statins reduce cardiovascular disease more than other lipid modulating therapies?. *Eur J Clin Invest*. 2014;44(11):1135-1140.
4. Maki K, Dicklin M, Baum S. Statins and Diabetes. *Cardiology Clinics*. 2015;33(2):233-243.
5. Carter A, Gomes T, Camacho X, Juurlink D, Shah B, Mamdani M. Risk of incident diabetes among patients treated with statins: population based study. *BMJ*. 2013;346(may23 4):f2610-f2610.
6. Gauthier J, Massicotte A. Statins and their effect on cognition: Let's clear up the confusion. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*. 2015;148(3):150-155.
7. Power M, Weuve J, Sharrett A, Blacker D, Gottesman R. Statins, cognition, and dementia—systematic review and methodological commentary. *Nature Reviews Neurology*. 2015;11(4):220-229.
8. Fda.gov. FDA approves Praluent to treat certain patients with high cholesterol [Internet]. 2015 [cited 6 August 2015]. Available from: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm455883.htm>
9. Ravnskov U, Rosch P, McCully K. Statins Do Not Protect Against Cancer: Quite the Opposite. *Journal of Clinical Oncology*. 2015;33(7):810-811.



داروهای رایج مورد سوء مصرف

مقدمه

سوء مصرف مواد تنها محدود به مواد مخدر نمی شود. در کنار ماری جوانا، داروهای نسخه ای و OTC قرار دارند که به صورت قانونی فروخته می شوند و به طور رایج مورد سوء مصرف قرار می گیرند. این داروها می توانند در صورت مصرف ناصحیح اعتیاد آور و خطرناک باشند. در این مطلب به معرفی تعدادی از داروهای رایج مورد سوء مصرف می پردازیم.



If you abuse drugs, they will abuse you

معرفی داروهای مربوطه

باربیتورات ها: باربیتورات ها شامل داروهایی با اثر سداتیو یا آرام بخشی مانند فنوباربیتال، پنتوباربیتال و سکوباربیتال هستند و برای کاهش اضطراب، مشکلات خواب و بعضی از انواع صرع مورد استفاده قرار می گیرند. مصرف بیش از دوز تجویز شده می تواند باعث ایجاد اعتیاد و بروز مشکل در نفس کشیدن شوند؛ به ویژه اگر همراه با الکل مصرف شوند. در صورت اعتیاد بیمار به دارو باید با پزشک مشورت شود

و قطع مصرف ناگهانی می تواند خطرناک باشد. بنزودیازپین ها: دو نمونه از این دسته داروها دیازپام و آلپرازولام^۱ هستند. از جمله کاربردهای این دسته از داروهای سداتیو می توان به کاهش اضطراب و بهبود مشکلات خواب اشاره کرد. این دسته از داروها ایمن تر از باربیتورات ها هستند ولی مصرف زیاد آن ها می تواند سبب وابستگی فیزیکی و اعتیاد شود. دیگر داروهای مورد استفاده برای مشکلات خواب: علاوه بر دو دسته ی ذکر شده، داروهای دیگری نیز برای مشکلات خواب مورد استفاده قرار می گیرند از جمله: زولپیدم، اسزوپیکلون و زالپلون. اگرچه احتمال ایجاد وابستگی نسبت به این داروها از بنزودیازپین ها کمتر است، اما می توانند مورد سوء مصرف قرار گیرند. مصرف این داروها برای مدت طولانی تر نسبت به تجویز پزشک می تواند باعث ایجاد این اعتقاد در فرد شود که برای خوابیدن حتماً به این داروها نیاز دارد. داروهای اپیوئیدی: از جمله داروهای نسخه ای که به طور رایج مورد سوء مصرف قرار می گیرند می توان به داروهای ضددرد به ویژه اپیوئیدها اشاره کرد. مصرف دوز زیاد این داروها می تواند سبب سرخوشی و ایجاد عوارض خطرناک شود. از جمله داروهای ضددرد مورد سوء مصرف می توان به کدئین و مورفین اشاره کرد.

کدئین معمولاً برای دردهای شدید و مورفین برای دردهای خفیف تر یا سرفه تجویز می شوند. یکی دیگر از داروهای ضددرد اپیوئیدی اکسی کدون با نام تجاری معروف اکسی کانتین است. بعضی از افراد معتاد، این قرص را خرد کرده، از طریق بینی یا تزریق، این دارو را وارد بدن خود می کنند. از نام های عامیانه اکسی کانتین می توان به "O.C."، "Oxycotton"، "Oxy" اشاره کرد. یکی دیگر از داروهای اپیوئیدی قرص وایکودین است که از دو جزء هیدروکدون و استامینوفن تشکیل شده است و برای کاهش دردهای متوسط تا شدید استفاده می شود. مصرف داروهای اپیوئیدی می تواند باعث خواب آلودگی و یبوست شود و در دوز های بالا به طور خطرناکی موجب اختلال در تنفس می شوند. دیفنوکسیلات یکی دیگر از داروهای اپیوئیدی است که برای مهار اسهال به کار می رود و می تواند مورد سوء مصرف قرار گیرد و منجر به وابستگی جسمی و روانی محدود به این دارو شود. البته محدوده دوز مورد نیاز برای جلوگیری از اسهال بسیار کمتر از دوز مورد نیاز برای ایجاد اثرات بر سیستم عصبی مرکزی است. برای جلوگیری از سوء مصرف دیفنوکسیلات به فرمولاسیون آن آتروپین اضافه شده است ولی با این حال مصرف زیاد این دارو در کشور طبق گفته سازمان غذا و

دارو کشور نشان دهنده سوء مصرف زیاد این دارو است. ترامادول: از دیگر داروهای ضددرد که در ایران بسیار مورد سوء مصرف قرار می گیرد ترامادول است. این دارو آنالوگی سنتتیک از کدئین با تمایل پایین برای گیرنده های اپیوئیدی است. از عوارض رایج این دارو می توان به تهوع و استفراغ، یبوست، مشکل تنفسی، گیجی و خواب آلودگی اشاره کرد. در صورت قطع مصرف ناگهانی این دارو احتمال بروز سندرم قطع مصرف وجود دارد. مصرف بیش از حد این دارو خطرات زیادی از جمله سرکوب تنفسی، برادی کاردی، کاهش فشار خون، تشنج، ایست قلبی و مرگ دارد. سازمان غذا و دارو آمریکا به پزشکان توصیه کرده است که این دارو را برای افرادی که تمایل به اعتیاد یا خودکشی دارند تجویز نکنند و تجویز آن در افرادی که به طور افراطی الکل مصرف

می کنند، افسردگی یا مشکلات عاطفی دارند یا آرام بخش و داروهای ضد افسردگی مصرف می کنند با احتیاط صورت گیرد. داروهای آمفتامینی: از این دسته از داروهای محرک اعصاب می توان برای کمک به بیماران مبتلا به ADHD بهره برد؛ اما بعضی از افراد از این داروها برای سرخوشی، افزایش انرژی و سطح هوشیاری و یا برای کنترل و یا کاهش وزن استفاده می کنند. دوزهای بالای آمفتامین می تواند باعث بالا رفتن دمای بدن به طور خطرناک، ضربان قلب نامنظم و حتی ایست قلبی شود. از این دسته محرک ها می توان به آدرال (ترکیبی از آمفتامین و دکستروآمفتامین) و متیل فنیدات با نام های تجاری معروف ریتالین، کنسرتا، متادات و متیلین اشاره کرد. مصرف همزمان داروهای محرک با داروهای

ضداحتقان موجب بالا رفتن فشار خون به صورت خطرناک و آریتمی می شود. دکسترومتورفان: مشکل سوء مصرف تنها محدود به داروهای نسخه ای نمی شود. دکسترومتورفان جزئی رایج در بسیاری از داروهای سرماخوردگی و ضدسرفه OTC است که به توقف سرفه کمک می کند، اما دوز بالای این دارو می تواند توهم زا باشد و عوارض دیگری نظیر استفراغ، افزایش ضربان قلب و به ندرت آسیب مغزی نیز دارد. به دلیل در دسترس بودن این دارو در خانه ها، سوء مصرف این دارو در بین نوجوانان رایج است. سودوافدرین: سودوافدرین به دلیل اثرات ضداحتقانی خود جزئی از بسیاری از داروهای سرماخوردگی OTC است. این ماده همچنین یکی از اجزای مت آمفتامین غیرقانونی ("meth") است.



منابع

- 1- <http://www.webmd.com/a-to-z-guides/ss/slideshow-commonly-abused-drugs>
- 2- <http://drugabuse.com/library/tramadol-abuse>
- 3- <http://www.drugs.com/sfx/tramadol.html>
- 4- <http://www.rxlist.com/ultram-drug/overdosage-contraindications.htm>
- 5- <http://www.drugs.com/cdi/atropine-diphenoxylate.html>

تخصصی



طبق روال شماره قبلی مجله ریتالین، در بخش تخصصی مطالبی مرتبط با تخصص های

داروسازی منتشر می شود. این شماره اختصاص دارد به: فارماکونوزی،

فارماسیوتیکس، شیمی دارویی و سم شناسی.

ADHD در *Ginkgo biloba* درمان

اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی (ADHD or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی- روانی در کودکان است که از علائم آن می‌توان به بی‌توجهی، پرتحرکی و رفتارهای آنی اشاره کرد. درمان‌های دارویی معمول شامل استفاده از داروهای محرک مانند متیل فنیدات و هم‌چنین استفاده از داروهای غیر محرک مانند آتوموکستین (مهارکننده انتخابی باز جذب نوراپی نفرین) می‌باشد.

از آنجایی که تعداد زیادی از بیماران به داروهای مذکور پاسخ مناسبی نشان نمی‌دهند و هم‌چنین تحمل برخی عوارض از جمله بی‌اشتهایی و بی‌خوابی برای کودکان دشوار است، توجه به سمیت درمان‌های مکمل و جایگزین افزایش یافته است. یکی از درمان‌های غیر دارویی ذکر شده برای این اختلال، گیاه‌درمانی است. *Ginkgo biloba* از خانواده *Ginkgoaceae* گیاهی است که قرن‌ها در طب چینی استفاده شده است. اندام دارویی این گیاه شامل دانه‌ها و برگ‌ها و ترکیبات اصلی شناخته شده‌ی آن شامل گلیکوزیدهای فلاون و لاکتون ترپن هاست.

مطالعات مختلفی اثر عصاره‌ی این گیاه را در درمان اختلالاتی هم چون اضطراب، افسردگی، آلزایمر و جنون اندازه‌گیری کرده است. طبق مطالعات صورت گرفته مکانیسم فارماکولوژیک این گیاه کاملاً مشخص نیست اما مطالعات الکتروانسفالوگرافی نشان می‌دهد که این گیاه سطح توجه و هوشیاری را بالا برده و اثرات فعال‌کنندگی بر فعالیت الکتریکی مغز دارد.

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ اثر *Ginkgo biloba* را به‌عنوان جایگزین روی ۶ بیمار سرپایی مبتلا به ADD تحت درمان با عصاره این گیاه برای اختلال کم‌توجهی (ADD) مورد بررسی قرار داده است، بهبود قابل توجه علائم بی‌توجهی و بیش‌فعالی با حداقل اثرات جانبی را گزارش کرده است. در یک کار آزمایشی بالینی در سال ۲۰۱۰، ۵۰ بیمار مبتلا به ADHD به‌طور تصادفی در دو گروه تقسیم‌بندی شدند. بیماران گروه اول تحت درمان با متیل فنیدات قرار گرفتند و در مقابل گروه دوم قرص‌های حاوی عصاره‌ی *Ginkgo biloba* را دریافت کردند. این پایش ۶ هفته‌ای نشان داد که هر دو مداخله منجر به بهبود رفتاری در بیماران شده است؛ اما تجویز عصاره این گیاه به‌عنوان درمان جایگزین، اثر کمتری در مقایسه با متیل فنیدات دارد. با این حال عوارضی چون کاهش اشتها، سردرد و بی‌خوابی در گروه دوم فراوانی کمتری داشت.

از مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۴ بر روی ۲۰ کودک مبتلا به ADHD انجام شده است این‌چنین برداشت می‌شود که عصاره‌ی *Ginkgo biloba* (EGb761®) به‌عنوان یک درمان جایگزین یا مکمل در کوتاه‌مدت به‌خوبی تحمل می‌شود و میزان بروز عوارض جانبی در مقایسه با درمان‌های شایع فارماکولوژیکی هم چون متیل فنیدات کمتر است. نتایج این مطالعه بهبود قابل توجه نشانه‌های اصلی این اختلال از جمله بهبود سطح رفتاری و بی‌توجهی را نشان داد. پیشرفت‌هایی نیز در علائم بیش‌فعالی، رفتارهای آنی و نافرمانی در این کودکان دیده شد.

در مطالعه‌ای دیگر در سال ۲۰۱۵، بر روی ۶۰ بیمار که یکی تحت درمان همزمان با قرص‌های متیل فنیدات و *Ginkgo biloba* و دیگری تحت درمان با متیل فنیدات و دارونما بودند در طی ۶ هفته نشان داده شد که علائم کم‌توجهی در بیماران نخستین گروه در مقایسه با سایر علائم بیماری، بهبود قابل توجه و هم‌چنین حداقل عوارض جانبی را داشته است.



کمبود مدارک و اسناد خصوصاً کار آزمایشی های بالینی در زمینه اثر عصاره *Ginkgo biloba* در اختلال کم توجهی-بیش فعالی، مانع یک نتیجه گیری کلی در رابطه با اثربخشی این گیاه در درمان می شود. به علاوه هر یک از مطالعات انجام گرفته شده در این زمینه با محدودیت هایی روبه روست و نتایج به دست آمده ممکن است دچار تورش شده باشد. باین حال مطالعات مذکور نتایج امیدوارکننده ای در رابطه با اثر عصاره این گیاه به عنوان درمان جایگزین یا مکمل در کودکان مبتلابه اختلال کم توجهی-بیش فعالی که از عوارض جانبی درمان های دارویی رایج رنج می برند، در اختیار می گذارد. با این همه نتیجه گیری قطعی در رابطه با اثر عصاره این گیاه نیازمند مطالعات بیشتری در این زمینه می باشد.

منابع

1. Niederhofer H. Ginkgo biloba treating patients with attention-deficit disorder. *Phytotherapy research* : PTR. 2010;24(1):26-7.
2. Salehi B, et al. Ginkgo biloba for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a double blind, randomized controlled trial. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2010;34(1):76-80.
3. Uebel-von Sandersleben H, et al. Ginkgo biloba Extract EGb 761® in Children with ADHD. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2015.
4. Shakibaei F, et al. Ginkgo biloba in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. A randomized, placebo-controlled, trial. *Complementary therapies in clinical practice*. 2015;21(2):61-7.

گیاهان رنگ زا طلای سرخ، زعفران



قابلیت بازگشت به

به طور کلی رنگ های طبیعی ۳ دسته هستند:

۱. منشا معدنی مثل خاک سرخ، تالک و ...
۲. منشا جانوری مثل رنگ قرمز درخشان از حشره ای که روی گیاه کاکتوس زندگی می کند.
۳. منشا گیاهی مانند رنگ نارنجی حنا یا رنگ زرد همیشه بهار. مطالعات نشان داده که رنگزایی گیاهان به خاطر فعالیت ترکیبات خاصی است که در بخش های مختلف گیاه وجود دارد. این ترکیبات هم روش های متنوع برای استخراج دارند. از این نظر رنگ های گیاهی برای همه مهم شده است که غیر سمی بوده، طبیعت و سازگاری با محیط را دارد و بعضاً اثرات دارویی هم دارد. گروه های رنگی در در گیاهان شامل:

۱. کارتنوئیدها که خود شامل کاروتن ها و گزانتوفیل ها هستند (کاروتن ها مولد رنگ نارنجی بوده که در هویج و فلفل قرمز وجود دارد و گزانتوفیل مولد رنگ زرد بوده که در گیاهان گزنه، باقلا و زعفران می باشد).
۲. فلاونوئیدها که شامل فلاوون، فلاونول، آنتوسیانین و آنتوسیانیدین می باشد.
۳. آنتراسن ها که شامل آنتراکینون و نفتوکینون میباشد. از نظر شیمیایی هر مولکول رنگ ۲ گروه شیمیایی اصلی دارد: ۱. کروموفر ها ۲. اگزوکرم ها.



شناسنامه زعفران

اسم علمی: *Crocus sativus*

اسم انگلیسی: Saffron

اسم خانواده: زنبقیان - Iridaceae

اندام دارویی: خامه

بین کشورها بزرگترین تولید کننده زعفران بوده و بیش از ۹۰٪ زعفران جهان در ایران تولید می شود؛ این گیاه ۲ امتیاز ویژه دارد که یکی نیاز به آب کم برای رشد و رویش و دیگری فصل رشد مطلوب، پاییز و زمستان، است (در این فصول کشاورزان تمام محصولات خود را برداشت نموده و در واقع اوقات فراغت کشاورزان می باشد).

زعفران که به گل سلامتی، سلطان ادویه ها و طلای سرخ معروف است. سابقه کشت این گیاه به بیش از ۲۵۰۰ سال قبل بر می گردد. مطالعات متعدد نشان می دهد که رویشگاه اولیه این گیاه در دامنه های کوه های زاگرس بویژه ناحیه الوند در ایران بوده؛ اما امروزه بیشترین میزان کشت و تولید آن به استان های خراسان اختصاص دارد. ایران در



آنتوسیانین می باشد. در برخی کشور های جهان نیز مصرف چاشنی زعفران کاربرد دارد، به عنوان مثال غذای مردم شمال ایتالیا و نیز جنوب سوئیس با عنوان "Risto" و غذای مشهور اسپانیایی با عنوان "paella" که یکی از غذاهای مورد علاقه شاعر فقید اسپانیا " فدریکو گارلیا" بوده است با زعفران تهیه شده است. یکی از منابع طب اسلامی "رساله ذهبیه" نوشته امام رضا (ع) می باشد. این رساله علمی به طور مختصر مشتمل بر رشته هایی از علوم پزشکی می باشد، در بخشی از این رساله، امام رضا (ع) طرز تهیه و فواید شربتی به نام "شراب حلال" می آورند که از اجزای آن کشمش، عسل، زعفران، میخک، کاسنی، زنجبیل، دارچین، سنبل الطیب و مصطک می باشد. برگ زعفران در تغذیه دام های اهلی قابل مصرف بوده و از بنه های کوچک که برای بذر مناسب نیستند نیز می توان در صنایع نشاسته سازی استفاده نمود.

صنایع عطرسازی: زعفران به دلیل داشتن ماده سافرانل، از بو و رایحه خوشی برخوردار است. اسانس زعفران در فرمول بسیاری از عطر های گران بها کاربرد دارد و به دلیل افزایش تمایل جهانیان به بوهایی با منشا طبیعی، اسانس زعفران کاربرد بیشتری می یابد. استاد محمد حسین ابریشمی در کتاب "شناخت زعفران ایران" به دختران قالیبافی اشاره دارد که در نخ قالیشان از رنگ زعفران استفاده میکنند و می گوید: در حال خروج از کارگاه به دلیل مجاورت با زعفران، خندان و خوشحال هستند.

برخی از ترکیبات آنالیز شده زعفران شامل:

۱. کربوهیدرات مانند گلوکز که بیش از ۲۰٪ وزن زعفران را تشکیل می دهد.
۲. مواد معدنی مانند $k_2O - Na_2O - P_2O_2 - Cl_2$
۳. ویتامین ها مانند B1 - B2
۴. چربی ها مانند استیگما استرول و کاپتا استرول
۵. رنگدانه ها شامل کارتنوئید محلول در چربی مانند لیکوپن، آلفا کاروتن، بتا کاروتن و



گیاه شناسی

زعفران گیاهی است چند ساله و بدون ساقه، دارای پیاز غده ای به قطر ۳ تا ۵ سانتی متر و گل های معطر که هر بند ۱ تا ۴ عدد می باشد. دارای ۳ کاسبرگ و ۳ گلبرگ بنفش رنگ شبیه به هم و ۳ پرچم می باشد. برگ های حقیقی گیاه ۵ تا ۱۱ عدد بوده که همزمان با گلدهی یا کمی بعد از آن در می آید که سبز رنگ با پهنای ۱،۵ تا ۳ میلی متر می باشد.

مصارف درمانی

زعفران دارای گستره ای از اثرات درمانی می باشد:

به خاطر مواد تلخ موجب سهولت هضم غذا می شود. به خاطر ترکیب های فعالی چون کروسین و کارتنوئید ها می توانند بافت ها را کاهش دهند و خاصیت ضد سرطان دارند و نیز میتوانند چربی خون را کم کند و از ایجاد حالت هیپولیپمیک (hypolipemic) در سرم خون جلوگیری کند، اکسیژناسیون بافت ها را افزایش داده و نیز می تواند از اختلالاتی نظیر آلزایمر و پارکینسون به طور قابل ملاحظه ای جلوگیری می کند. زعفران نیز خاصیت آنتی اکسیدانی قوی داراست و در طب سنتی به عنوان گیاهای با طبع گرم شناخته می شود. در درمان دامنه وسیعی از اختلالات جسمی مانند زکام، نفخ، هیپاتیت، اسپاسم، دیابت، مقوی معده و نشاط آور و به عنوان اشتها آور و ... استفاده می شود. همچنین طی تحقیقاتی به اثر شفا بخش زعفران بر آسیب کلیوی و برقراری مجدد خون در محل آسیب رسیده اند.

مصارف صنعتی و غذایی

صنایع رنگسازی: در صنایع رنگسازی هم از زعفران رنگ ارغوانی متمایل به سرخ و هم رنگ زرد را استخراج می کنند.

صنایع غذایی: علاوه بر خود زعفران به رنگ دهنده و طعم دهنده غذایی، از گلبرگ زعفران می توان رنگ خوراکی تهیه نمود، زیرا این بخش از گل دارای رنگیزه از نوع

۷. روغن‌های فرار: عامل اصلی معطر بودن زعفران سافرانل می‌باشد که در روغن‌های فرار (اسانس) موجود می‌باشد.
۸. بیشترین میزان کروسین و پیکروکروسین و سافرانل در کلاله‌های قرمز رنگ می‌باشد.
- کارتنوئیدهای محلول در آب مانند کروسین و آنتوسیانین می‌باشد.
۶. گلیکورند: گلیکورند فاقد رنگ است که طعم تلخ زعفران را باعث می‌شود. زعفران تازه حدود ۴٪ گلیکورند دارد.

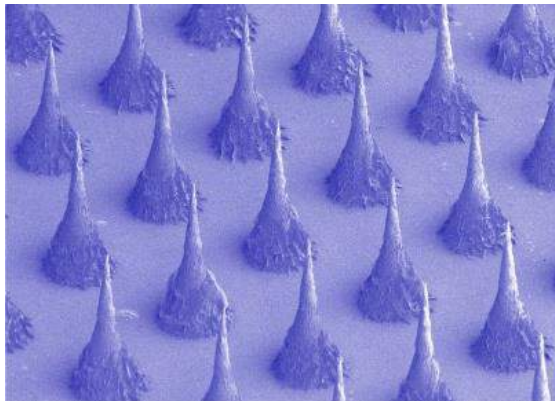
منابع

1. Khanahmadi M, Hajiaghaee R, Ghasemi S, Akhondzadeh S, Azadmehr A, Ashouri N, et al. Medicinal Properties of Dye - yielding Plants: A Review. *Journal of Medicinal Plants*. 2014;4(52):1-25. eng % @ 1684-0240 % [2014.
2. Najafi H, Mohamadi Yarijani Z, Pourmotabed A, Madani SH, seyedzadeh sa. The effect of Crocin on the renal tissue damages and leukocyte infiltration induced by ischemia-reperfusion among rats. 2013. 2013 2013-09-28;17(7):10. Epub 2013-10-02.
3. <http://www.shahrisaffron.com/>
4. <http://www.golden-saffron.ir/>
5. چینیانی م, خادمان الحسینی اشگذری ف. editors. بررسی گیاهشناسی گیاهان مورد استفاده در "شراب حلال" و تاثیرات آن بردستگاه گوارش ۲۰۱۳.

آینده ای امید بخش برای مدیریت دیابت

احیا شدن هیالورونیک اسید حساس به هایپوکسی و هم چنین تبدیل مولکول های نیترو ایمیدازول هیدروفوب به هیدروفیل شده که در نتیجه هر دو، ساختار وزیکول فروپاشیده و مقادیر کنترل شده ای انسولین به جریان خون آزاد می شود.

افزایش قند خون ← اکسیداسیون گلوکز ←
ایجاد شرایط هایپوکسی ← احیای هیالورونیک اسید و تبدیل مولکول های هیدروفوب نیترو ایمیدازول به هیدروفیل ← دیسوسیه شدن وزیکول ← آزاد سازی انسولین



پس از تهیه ی این نانو ذرات هوشمند و محتوی انسولین محققین باید راهی برای تجویز این ذرات به بیماران می یافتند. بر خلاف سوزن ها و کاتتر های بزرگ مورد استفاده در روش های قبل، آرایش منظمی از میکرو نیدل ها تهیه و با وزیکول ها ترکیب شد. در تهیه ی این میکرونیدل ها مجدداً از هیالورونیک اسید ولی نوع مستحکم تر آن استفاده شد به گونه ای که آن قدر تیز و محکم بودند که از پوست عبور می کردند. بیش از ۱۰۰ میکرونیدل روی نوار کوچکی از جنس سیلیکون قرار داده شد و پچ های هوشمند شکل گرفت.

توانایی این روش در کنترل قند خون در موش های مبتلا به دیابت نوع ۱ آزمایش شد. به این ترتیب که به یک سری از موش ها انسولین تزریق شد اما با وجود کاهش قند خون تا سطح نرمال پس از مدت کوتاهی مجدداً قند خون موش

تعداد افراد مبتلا به دیابت در سراسر دنیا ۳۸۷ میلیون نفر تخمین زده شده است و انتظار می رود این تعداد تا سال ۲۰۳۵ به ۵۹۲ میلیون نفر برسد. بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و یا دیابت نوع ۲ پیشرفته باید سطح قند خون خود را با تزریق مادام العمر انسولین تنظیم کنند و این فرآیندی دردناک است که با پذیرش کمی توسط بیمار همراه است. همچنین اشتباه در مقدار تزریق منجر به مشکلات بزرگی چون: نابینایی و قطع عضو و یا بد تر از آن یعنی کمای دیابتی و مرگ می شود.

در تازه ترین نوآوری، از سیستم طبیعی بدن در تولید و تنظیم انسولین و سلول های بتای پانکراس تقلید شده است. به این ترتیب که وزیکول های مصنوعی از ۲ ماده ی طبیعی ساخته شدند. اولین ماده هیالورونیک اسید است که به عنوان ماده ای طبیعی در بسیاری از مواد آرایشی استفاده می شود و دیگری ۲-نیتروایمیدازول است که ماده ای آلی می باشد و در تشخیص کاربرد دارد. محققین این دو ماده را به هم متصل کرده و مولکولی جدید دارای یک سر آبدوست و یک سر آبریز تولید کردند. مخلوط این مولکول های جدید به صورت وزیکول هایی آرایش میابد، سر آبریز مولکول به سمت داخل و سر آبدوست آن به سمت خارج وزیکول قرار می گیرد. در نتیجه میلیون ها ساختار حبابی شکل، ۱۰۰ برابر نازک تر از موی انسان، ایجاد می شود. درون این وزیکول های مبتنی بر هیالورونیک اسید و حساس به هایپوکسی^۱ (با قطر متوسط ۱۱۸ نانو متر)، انسولین و آنزیم های حساس به گلوکز قرار می گیرد.

آزمایش های انجام شده نشان می دهد که با افزایش قند خون، گلوکز اضافی وارد این وزیکول های مصنوعی می شود و سپس توسط آنزیم گلوکز اکسیداز به گلوکونیک اسید تبدیل می گردد. شرایط هایپر گلاسمیک موجب اکسیداسیون گلوکز و تبدیل آن به گلوکونیک اسید می شود. در اثر این تبدیل، اکسیژن محیط کاهش یافته و شرایط هایپوکسی حکم فرما می شود. این شرایط موجب

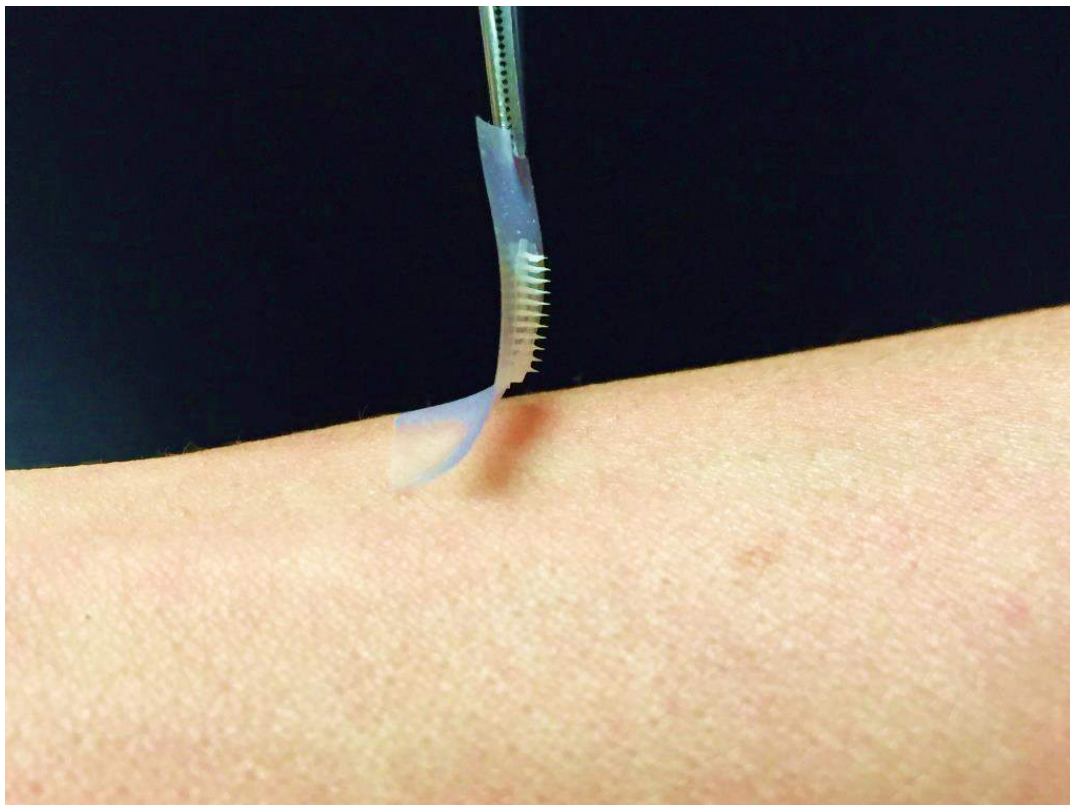
¹ Hypoxia-sensitive Hyaluronic acid-based Vesicles

تنظیم کرد که در غلظت های خاصی از گلوکز، قند خون را تغییر دهند.

از آنجایی که موش ها نسبت به انسان حساسیت کمتری به انسولین دارند، به نظر می رسد این پیچ ها اثرات طولانی تری در تنظیم و و ثبات قند خون در بیماران واقعی خواهند داشت. هدف نهایی، تهیه ی پیچ های هوشمندی از انسولین است که قند خون بیمار را تا چند روز تنظیم کند و بعد از آن توسط بیمار با پیچ دیگری جایگزین گردد

ها افزایش یافت و به رنج هایپر گلیسمی رسید. بر عکس، زمانی که محققین، سری دیگری از موش ها را با پیچ های میکرونیادل تیمار کردند، مشاهده شد که در کمتر از ۳۰ دقیقه قند خون آنها کنترل می شود و تا ۹ ساعت تنظیم شده باقی می ماند.

بعد از آن محققین دریافتند که با تغییر دوز آنزیم های موجود در هر میکرونیادل، می توان پیچ ها را به گونه ای



منابع

1. Yu J, Zhang Y, Ye Y, DiSanto R, Sun W, Ranson D, et al. Microneedle-array patches loaded with hypoxia-sensitive vesicles provide fast glucose-responsive insulin delivery. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2015 July 7, 2015;112(27):8260-5.
2. moore C. Daily Insulin Injections Could Soon Be Passé 2015 [cited 2015 June 25th]. Available from: <http://diabetesnewsjournal.com/2015/06/25/smart-insulin-patch-could-replace-painful-insulin-injections-for-persons-with-diabetes/>.

Acetaminophen vs. Salicylic Acid

زهرا میرزاملاری

مقایسه ی اثرات آنتی‌اکسیدانی استامینوفن با سالیسیلیک اسید و مشتقات آن

خوشایندتر از سالیسیلیک اسید است. برای مطالعه اثرات بیولوژیکی ناشی از رادیکال‌های آزاد، گلبول‌های قرمز بسیار کارآمدند زیرا هم دارای ساختاری ساده هستند و هم به راحتی به دست می‌آیند. حال می‌خواهیم با اضافه کردن گروه هیدرو کسی به این ترکیبات تغییرات به وجود آمده در خاصیت آنتی‌اکسیدانی را بررسی کنیم یکی از مکانیسم‌های هیدروکسیله کردن استفاده از مدل‌های مولکولی -کوانتوم روی B3LYP LEVEL است. محاسبه از طریق فاز گاز و آب با استفاده از متد PCM به دست می‌آید. در مطالعه فعلی ما مسیر آنتی‌اکسیدانی مشتقات هیدروکسیله پاراستامول و سالیسیلیک اسید را بررسی می‌کنیم و این دو را با استفاده از trolox با هم مقایسه می‌کنیم. پاراستامول هیدروکسیله نیز اثر آنتی‌اکسیدانی بیشتری نسبت به سالیسیلات هیدروکسیله نشان می‌دهد. این ویژگی می‌تواند مربوط به گروه‌های الکترونی مانند فنول و استانید باشد. تعداد و موقعیت گروه‌های هیدروکسیلی در افزایش قدرت آنتی‌اکسیدانی مؤثر است. این مطالعه نشان داد که دو مشتق هیدروکسیله پاراستامول و یک مشتق هیدروکسیله سالیسیلیک اسید می‌توانند فعال تر از trolox در انتقال هیدروژن عمل کنند که این خود بیانگر نقش بیشتر مشتقات هیدروکسیله پاراستامول نسبت به سالیسیلیک اسید در استرس اکسیداتیو است.

پاراستامول یا همان استامینوفن به عنوان ضد درد و ضد تب استفاده می‌شود و فاقد اثرات ضدالتهابی است. پاراستامول یک داروی ایمن است اما در دوز های بالا می‌تواند مشکلات کبدی و کلیوی از جمله نکرورز کبدی ایجاد کند. همچنین سبب تخلیه‌ی گلوکاتینون از سلول (ترکیبی که برای فعالیت آنتی‌اکسیدانی لازم است) می‌شود. در دوز های سمی سبب تغییراتی در غشا RBC ها شده که منجر به همولیز می‌شود درحالی‌که سالیسیلیک اسید چنین اثری ندارد باین‌وجود پاراستامول در شرایط آزمایشگاهی دارای فعالیت آنتی‌اکسیدانی است در صورتی‌که سالیسیلیک اسید این ویژگی را ندارد. در مقابل آسپرین اثر ضد درد، ضد تب، ضدالتهاب و ضد روماتیسمی دارد و امروزه هم به‌عنوان داروی پیشگیری قلبی عروقی و سرطان کولورکتال استفاده می‌شود. آسپرین از داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAID) خورنده‌ی رادیکال‌های آزاد است و اکسیدان‌هایی مانند سوپراکسید، پراکسید هیدروژن، هیدروکسیل و هیپوکلریت اسید که سبب آسیب بافتی می‌شوند را از بین می‌برد.

پاراستامول و سالیسیلیک اسید هر دو از مشتقات فنول‌ها هستند و دارای خاصیت آنتی‌اکسیدانی در بسیاری از مدل‌های لیپید پراکسیداز می‌باشند. در کل مشتقات فنول معمولاً از طریق انتقال الکترون یا هیدروژن اثر آنتی‌اکسیدانی خود را می‌گذارند. البته مکانیسم نظری نشان می‌دهد که انتقال هیدروژن مطلوب‌تر از انتقال الکترون است و تراکم الکترونی برای پاراستامول بسیار

منابع

1. Borges, R. S., et al. (2014). "A Structure and Antioxidant Activity Study of Paracetamol and Salicylic Acid." *Pharmacology & Pharmacy* 5(13): 1185.
2. Borges, R. S., et al. (2015). "A computational study for the antioxidant capacity increases in hydroxy-derivatives of paracetamol and salicylic acid." *Medicinal Chemistry Research*: 1-7.



چقدر از مسمومیت با استامینوفن می دانیم؟

مصاحبه

یکی از رایج ترین داروهای مسکن و تب بر استامینوفن می باشد. شاید شما بارها از این دارو برای رفع سردرد خود استفاده کرده باشید. استامینوفن با مهار ساخته شدن پروستاگلاندین ها درد و تب را از بین می برد. این دارو به صورت OTC یا بدون نسخه به فروش می رسد و در نتیجه به راحتی در دسترس مردم قرار دارد و جزء داروهای بسیار پرمصرف می باشد. گاهی این دارو بیش از دوز درمانی و یا اتفاقی مصرف شده و باعث بروز مسمومیت می گردد. همین امر باعث شد تا در این باره با جناب آقای دکتر محمود اعتباری عضو هیئت علمی گروه فارماکولوژی و سم شناسی داروسازی و علوم دارویی گفت و گویی داشته باشیم و سوالاتی را در این باب مورد بررسی قرار دهیم...

بزرگسال ۷/۵ تا ۱۲ گرم دارو به صورت یک جا باعث مرگ می شود.

علائم مسمومیت با استامینوفن کدامند؟

مسمومیت با استامینوفن دارای سه فاز است: فاز اول ۲۴ ساعت اول مسمومیت است، بدون علامت یا دارای علائم غیر اختصاصی بوده و تنها با گرفتن تاریخچه (history) بیمار قابل اثبات است؛ در این فاز فرد متوجه پیشرفت مسمومیت نیست. بعد از ۲۴ تا ۴۸ ساعت فاز دوم و آغاز آسیب کبدی است. ارگان هدف مسمومیت استامینوفن کبد، در حالی که ارگان هدف مسمومیت های مزمن، کلیه است. بعد از گذشت فاز اول، آنزیم ها و فاکتور های کبدی افزایش یافته و ما می توانیم بروز مسمومیت را تشخیص دهیم. بروز علائم در فاز سوم، یعنی آسیب حاد کبدی، به حداکثر می رسد. در این مرحله به علت عدم توانایی کبد در سم زدایی علائم بالینی مشخص مانند علائم خونی، افزایش بیلی روبین، یرقان، تغییر رنگ چشم و مخاط، خونریزی مخاط و کما و به طور کلی علائم ناشی از آسیب کبدی که بقیه ارگان ها را درگیر می کند بروز می کند.

بین اشکال دارویی مختلف استامینوفن کدام یک خطر مسمومیت بیش تری دارد؟

تفاوت در اشکال دارویی به تفاوت در سرعت جذب دارو مربوط است و فرآورده های محلول سرعت جذب بالاتری دارند. اما در نهایت این دوز داروست که تعیین کننده مسمومیت است. این نکته مهم است که استامینوفن برای جذب و توزیع فرآورده هایش به ۴ ساعت زمان نیاز دارد و اندازه گیری غلظت خونی دارو بعد از ۴ ساعت از زمان مصرف با ارزش است؛ اگر غلظت دارو در کمتر از ۴ ساعت

با توجه به این که استامینوفن بدون نسخه به فروش می رسد و به راحتی در دسترس است، میزان مصرف مجاز آن چه مقدار می باشد؟

استامینوفن جز داروهایی است که فرآورده های متنوعی از جمله قرص، کپسول، شربت، شیاف و حتی آمپول از آن اکنون در دسترس می باشد. این دارو همراه سایر داروهای دیگر مانند کدئین، اسپرین، داروهای خواب آور و داروهای سرما خوردگی موجود است؛ بنابراین در فرآورده های مختلفی استامینوفن وجود دارد. این در دسترس بودن و تنوع فرآورده به نظر می رسد اهمیت مسمومیت با این دارو را کاهش داده است؛ در صورتی که این طور نیست و مسمومیت با آن شایع است و مرگ به دنبال آن رخ می دهد و این نکته که استامینوفن می تواند باعث مرگ شود را نباید فراموش کرد.



استامینوفن دو نوع مسمومیت دارد: یکی مزمن که در اثر مصرف دوز زیاد در مدت زمان طولانی (بیش از ۴ گرم و به مدت بیش از دو هفته) ایجاد می شود و یکی حاد که در اثر مصرف دوز بالا به صورت یک جا و ناگهانی رخ می دهد و ممکن است عمدی یا اتفاقی باشد؛ اما معمولاً استامینوفن برای خودکشی مورد استفاده قرار نمی گیرد.

دوز مسمومیت استامینوفن ۱۵۰ تا ۲۰۰ mg/kg می باشد که بر اساس وزن بدن محاسبه می شود. مسمومیت معمولاً در افراد بزرگسال رخ داده و در کودکان شایع نیست. پس ما با دارویی رو به رو هستیم که به راحتی در دسترس و متنوع بوده و مسمومیت با آن کشنده می باشد. در افراد

تداخلات دارویی که موجب تشدید این مسمومیت می شوند کدامند؟

موادی که در مسمومیت مداخله می کنند عبارتند از: الکل و سیگار. برخی از داروهای ضد تشنج مانند فنوباریتال و ایزونیازید چون القا کننده آنزیم های کبدی می باشند با مداخله در متابولیسم و افزایش متابولیت سمی دارو موجب تشدید مسمومیت می شوند؛ اما در صورتی که فرد بیماری زمینه ای نداشته باشد، ترکیب آن با سایر دارو ها موجب مسمومیت نمی شود.

راه حل رفع این مسمومیت چیست؟

عامل سمیت زدایی در بدن گلوکوتایون است و این امر موجب شده تا استامینوفن پاد زهر داشته باشد. پاد زهر آن پیش ساز گلوکوتایون بوده و N-استیل سیستئین یا NAC نام دارد. این ماده جایگزین گلوکوتایون شده و ظرفیت سمیت زدایی کبد را افزایش می دهد. اگرچه N-استیل سیستئین به عنوان فرآورده ای موکولیتیک به صورت قرص جوشان و خوراکی، با خاصیت حل کنندگی موکوس نیز وجود دارد و در بیماران تنفسی مورد استفاده قرار می گیرد؛ اما این دو خاصیت کاملاً مجزا بوده و ارتباطی با یکدیگر ندارند. برای رفع مسمومیت با استامینوفن از فرآورده خوراکی و یا تزریقی NAC استفاده می کنیم.

آیا اطرافیان بیمار می توانند پیش از رساندن او به اورژانس اقدامی انجام دهند؟

اقدام اولیه، جلوگیری از جذب دارو پس از مصرف حاد است. به عنوان مثال اگر فردی با قصد خودکشی مقدار زیادی دارو را به طور یک جا مصرف کرده باشد و هنوز هوشیار باشد، در یک ساعت اول پس از مصرف، می توان با القای استفراغ از جذب فرآورده جلوگیری کرد. این عمل محدودیت های خاصی دارد و باید از چند عامل اطمینان حاصل کرد که عبارتند از اینکه بیمار حتماً استامینوفن مصرف کرده باشد، دارو به تازگی مصرف شده باشد، سطح هوشیاری فرد بالا باشد و راه هوایی بیمار بسته نشده باشد؛ زیرا در صورت عدم بررسی این عوامل ممکن است استفراغ کردن موجب تشدید بیماری شود. مهم ترین اقدامی که برای کمک به سیستم درمانی می توان کرد، دادن اطلاعات

اندازه گیری شود نشان دهنده میزان واقعی داروی مصرف شده نیست. بعد از کامل شدن توزیع و اندازه گیری غلظت دارو می توانیم در مورد پیش آگهی بیماری اظهار نظر کنیم. آثار کوتاه مدت و بلند مدت این دارو بر اندام های بدن چیست؟

اثر کوتاه مدت همان سمیت حاد کبدی است که منجر به مرگ می شود. اما اثر بلند مدت دارو، نوروپاتی کلیه است. استامینوفن خود ترکیبی ایمن است اما در بدن به متابولیتی تبدیل می شود که سمی است و NAPQI یا N-استیل پارا بنزوکینون ایمن نام دارد. به طور طبیعی بدن این متابولیت را توسط گلوکوتایون موجود در کبد سمیت زدایی می کند. اما در مسمومیت حاد میزان تولید متابولیت فعال بیشتر از ظرفیت سمیت زدایی است و موجب آسیب کبدی و کلیوی می شود؛ اما چون ارگان متابولیزان که این متابولیت را تولید می کند کبد است آسیب کبدی بیشتر خواهد بود. این امر موجب شده برخی افرادی که گلوکوتایون آن ها کم است، مانند افراد دچار سوء تغذیه، ریسک بالاتری برای مسمومیت داشته باشند.

تاثیر مصرف الکل و سیگار در مسمومیت با استامینوفن چیست؟



افراد الکلی دچار سندرم سوء جذب می شوند و گلوکوتایون آنها کم است. در افرادی که به صورت مزمن الکل مصرف می

کنند، میزان تولید متابولیت فعال نیز به دلیل القای آنزیم های کبدی بیشتر است. اما اگر فردی برای یک بار الکل را مصرف کند یعنی مصرف حاد داشته باشد و در این زمان استامینوفن هم مصرف کرده باشد، مسمومیت با استامینوفن کاهش می یابد. زیرا در این مورد مهار آنزیم های کبدی رخ می دهد و تولید متابولیت فعال کاهش می یابد. سیگار نیز حاوی موادی است که با القای آنزیم های کبدی میزان تولید متابولیت فعال استامینوفن را افزایش می دهد و می تواند موجب مسمومیت شود.

نباید به درمان تسکینی اکتفا کرد و باید علت اصلی را درمان کنیم.

و نکته ی پایانی...

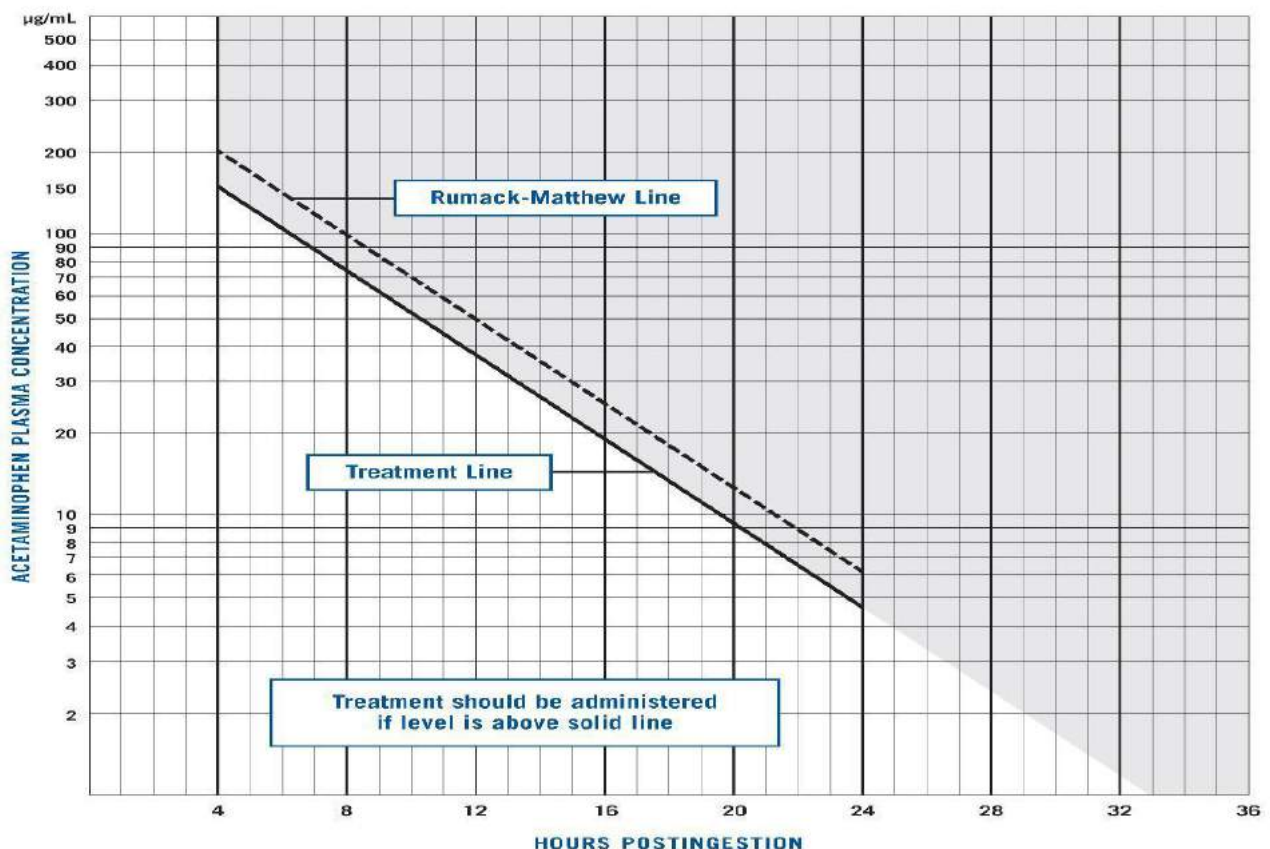
ریسک بروز آسیب کبدی با استامینوفن را می توان از طریق یک نوموگرام تعیین کرد. نوموگرام یک منحنی است که دوز مصرفی را در مقابل غلظت استامینوفن نشان می دهد و به ما کمک می کند تا بفهمیم فرد در معرض آسیب کبدی هست یا خیر؟ تعداد انگشت شماری نوموگرام برای داروها وجود دارد و یکی مخصوص استامینوفن است که نوموگرام Rumack-Matthew نام دارد. با بررسی این نوموگرام اگر بیمار در معرض آسیب کبدی باشد باید پادزهر دریافت کند که پروتکل درمانی خاص خود را دارد، از ۲۱ تا ۷۲ ساعت به طول می انجامد و بسته به وضعیت بیمار از دوز های مختلف خوراکی یا تزریقی استفاده می شود که هزینه های درمانی متفاوتی نیز دارند. فرآورده ای تزریقی که در مدت ۷۲ ساعت باید مصرف شود هزینه بسیار بالاتری خواهد داشت. بنابراین ما با استفاده از نوموگرام می توانیم لزوم یا عدم نیاز به پادزهر را بررسی کرده و اقدام مناسبی در جهت بهبود وضعیت بیمار انجام دهیم

صحیح و تاریخچه مناسب از وضعیت بیمار است. مثلاً اشاره به این امر که بیمار استامینوفن مصرف کرده به سیستم درمانی کمک می کند که اقدام مناسب را انجام دهند و در زمان مناسب از پادزهر برای بیمار استفاده کند تا از فاز نارسایی حاد کبدی جلوگیری به عمل آید.

میزان فروش مجاز دارو در داروخانه ها چقدر است؟

قانونی مبتنی بر فروش وجود دارد که میزان دارویی که در دسترس بیمار است نباید از دوز مسمومیت بیشتر باشد. متأسفانه به دلیل عدم ثبت فروش این گونه دارو ها ممکن است بیمار به هر میزانی این دارو را تهیه کند. به علت عدم نظارت و شبکه ای نبودن سیستم خرید و فروش دارو، کنترل در اختیار داشتن دارو کار مشکلی است. به هر حال استامینوفن دارویی نیست که معمولاً برای خودکشی مورد سوء مصرف قرار گیرد در حالی که داروهای ضد افسردگی و ضد جنون و مؤثر بر سیستم اعصاب مرکزی محدودیت های بیشتری دارند و در مورد آن ها دوزی که در اختیار بیمار قرار می دهیم نباید به آستانه مسمومیت برسد. باید بدانیم که استامینوفن عوارض گوارشی نیز دارد و مصرف طولانی مدت آن توصیه نمی شود. داروهای مسکن به طور کل به صورت موقت و برای تسکین درد باید مصرف شوند.

Single Acute Acetaminophen Overdose Nomogram



فرهنگی

من یک آدم باکلاس و
فرفهفته ام؛ شما چطور؟!

تاثیر موسیقی بر
افسردگی

بیماری
فلج شعور!

باناتان؛ مرغ دریایی
(کافه کتاب)

باشگاه مشت زنی
(سایکوفیلمولوژی)

مردان اندر طلب
لقمه ای طعام!

افسردگی یک بیماری جسمی-روانی و اختلالی است که بر تفکر، خلق، احساسات، رفتار و سلامت جسمی فرد تاثیر می گذارد یا درواقع نوعی احساس ناامیدی و غم و بی نشاطی در فرد ایجاد می کند. دکتر مایکل روانشناس آمریکایی معتقد است که در آینده برای درمان افسردگی کمتر از داروها استفاده می شود بلکه به نیازها و عوامل انرژی دهنده در فرد توجه می شود که می توان یکی از راه های کمکی درمان آن را گوش دادن به موسیقی دانست. درواقع گوش دادن به موسیقی برای لحظاتی روح و فکر فرد را از دنیای مادی جدا کرده و باعث ایجاد نگرش مثبت در او می شود. شنیدن موسیقی که ریتم آن بر مبنای ضرباهنگ قلب تدوین شده باشد در آرامش اعصاب و کاستن تنش فرد و تقویت روحیه مؤثر می باشد. موسیقی آرام و بی کلام مانند کلاسیک بسیار آرامش بخش است و معمولا داروی بسیار مؤثری



در کاهش فشارخون و افسردگی می باشند. تحقیقات نشان داده است احساسی که از خوردن یک قرص والیوم حاصل می شود معادل آرامشی است که از خوردن یک قرص والیوم حاصل می شود. ریتم و ملودی در موسیقی باعث تقویت امواج آلفا در مغز می شوند که این امواج به خودی خود باعث روند بهبودی در حالات روانی و افسردگی می گردد. این مورد قابل توجه است که موسیقی در افسردگی های ناشی از بیماری های مختلف نیز تأثیر بسزایی دارد مثلا در افرادی که از بیماری سرطان رنج می برند، انجام شیمی درمانی های متعدد در این افراد

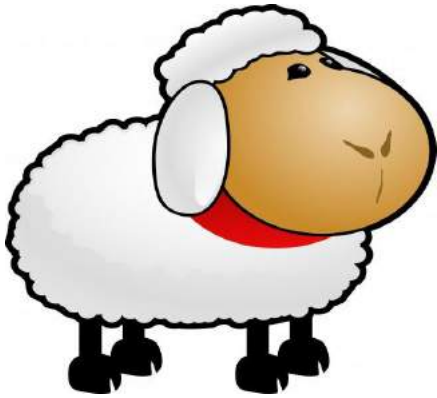
باعث نوعی اختلال روانی می شود که بر اساس تحقیقات انجام شده گوش دادن به موسیقی در آنها می تواند باعث ایجاد انرژی، تجدید قوا و حتی بهتر انجام شدن شیمی درمانی و کاهش دوره ی درمان شود. گوش دادن به موسیقی اگر با تمرکز خاصی همراه باشد بدون شک تاثیر بیشتری را بر روان فرد اعمال می کند بنابراین وضعیت بدنی در هنگام شنیدن باید به گونه ای باشد که در فرد ایجاد آرامش بیشتری کند. به طور کلی این تمرکز به دو حالت درازکش یا نشسته صورت می پذیرد. در حالت درازکش به طور کامل به پشت دراز کشیده و دست ها را با فاصله در کنار بدن قرار داده و کف دست ها را به صورت مایل به سمت بالا چرخانده و سر را بدون هیچ تمایلی به چپ یا راست کاملا صاف قرار دهید. توجه کنید که هیچ یک از اعضای بدن را منقبض نکنید. کاملا طبیعی تنفس کرده و به آرامی بازدم کنید. چشم ها بهتر است بسته باشند. همچنین می توانید درحالت نشسته به صورت چهارزانو قرار گرفته و ستون فقرات را کاملا صاف نگه دارید، تنفس طبیعی به صورت شکمی باشد، دست ها را روی زانو گذاشته و هیچ انقباضی در کار نباشد. پس از آماده سازی وضعیت بدنی مراقبه و تمرکز گیری روی ریتم آهنگ شروع می شود به گونه ای که فرد تنها و تنها شنونده موسیقی باشد و بدون هیچ فکری و برداشتی به آن گوش بسپارد. در این صورت است که انرژی های خفته در فرد فعال می شوند و باعث تاثیر بیشتر موسیقی بر مغز و امواج آلفا شده و به فرد احساس رضایت بیشتر و نیرویی برای غلبه بر ناامیدی و کسلی می دهد.

منابع:

1. Schneider S, Schönle PW, Altenmüller E, Münte TF. Using musical instruments to improve motor skill recovery following a stroke. *J Neurol*. 2007;254(10):1339-46.
2. Jeong S, Kim MT. Effects of a theory-driven music and movement program for stroke survivors in a community setting. *Applied Nursing Research*. 2007;20(3):125-31.
3. Schauer M, Mauritz K-H. Musical motor feedback (MMF) in walking hemiparetic stroke patients: randomized trials of gait improvement. *Clinical Rehabilitation*. 2003;17(7):713-22.



بیماری فلج شعور!



بیماری ذهنی کر و لال یا همون فلج شعور انسانی یه جورایی همه گیر شده که متعجبانه واگیردار هم نیست! و این دقیقاً همون چیزیه که چرایی این موضوع رو برای اندیشمندان حیطة اندیشه چرا تر میکنه که: چرا یه فلج غیر واگیردار اپیدمیک میشه؟

اگه بخواهیم هرم وار به قضیه نگاه کنیم آخرین پله رو میشه خودخواهی و خودپسندی دونست، چیزی که باعث میشه شادی و غم خودمون رو نسبت به بقیه ارجح تر بدونیم... به طور کاذب و تخیلی همه ویژگی‌های مثبت و منفی مربوط به خودمونو غرق در اغراق می‌کنیم و در حالت دست بر کمر بر فرق سر بقیه می‌کوبونیم "من بدبختم" ... از هممممه بدبختتر... مریضی‌ای که بچه‌ی من گرفته از همه خاص تره... مبلغ بدهی بانکی من از مبلغ حساب بانکی بابک زنجانی بیشتره... کنکوری که بچه من داد از همه آزمون‌های الهی طول تاریخ بشری سخت‌تر بوده! من خوشبختم... از همه خوشبخت‌تر... اون ترکیه‌ای که ما رفتیم!!! بین همه پروازها مهماندارای هواپیمای ما قذبلندتر بودن... اون شاسی‌بلندی که ما سوارش می‌شیم view بهتری از افق جاده به نمایش میذاره... سنگ روشور توالت خونه ما ایتالیایی تر از کل ایتالیا است!

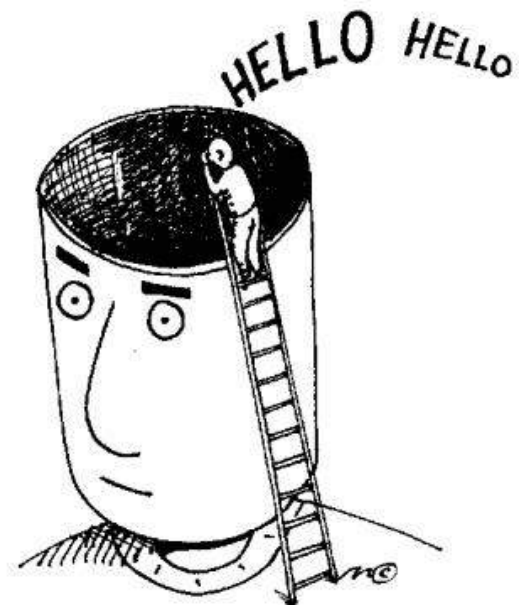
اگه یه نگاه به پله دوم بکنیم می‌تونیم علت خودپسندی بی دلیلمونو بفهمیم... عدم شناخت موقعیت خودمون و دیگران! اگه ما آدم‌ها بفهمیم که هیچ‌وقت همیشه جای بقیه زندگی کنیم و از لذت‌ها و بدبختی بقیه خبردار بشیم هیچ‌وقت به خودمون جسارت مقایسه نمیدیم. مگه یه نفر چقدر می‌تونه تجربه داشته باشه که بتونه موقعیت خودشو با موقعیت بقیه آدم‌های دنیا مقایسه کنه؟ بعضی وقت‌ها حتی همیشه غذایی رو که شک داریم خوشمزه باشه رو یه بار دیگه تو طول زندگی برگردیم و تجربه‌اش کنیم... حالا چطور می‌تونیم به خودمون جسارت مقابله با دنیا رو بدیم و مدام جلوی همه قد علم کنیم و بگیم که من از دنیای تو بیشتر خبردارم تا تو! ای کاش می‌فهمیدیم دنیای هرکسی به اندازه دریچه ذهن اون شخصه، تعریفش از دنیا با بقیه متفاوته چون تجربه‌ها متفاوته! دنیا توی ذهن ماست هر وقت تونستیم به مغز هم نفوذ کنیم می‌تونیم ادعا کنیم که از دنیای هم خبر داریم. اگه یکم به دست و پای بسته خودمون و فرصت کمی که داریم توجه کنیم، به جای سرکش شدن سرمونو می‌اندازیم پایین و از زمان و زمین محدودی که در اختیار مونه بیش‌ترین استفاده رو می‌کنیم...

همین‌طور که سرمون به زندگیه خودمون گرمه یه پله می‌آییم پایین‌تر و می‌رسیم به عدم توجه! یا به تغییر دیگه ندیدن و نشنیدن! آدمی که توجه کنه، ببینه و بشنوه به یه شناختی از بقیه می‌رسه که برحسب سطح رشد مغزی که داشته این سطح می‌تونه بیشتر یا کمتر باشه دقیقاً از وقتی که یاد گرفتیم که به هم بی‌توجه باشیم به حرف‌های هم گوش ندهیم و خودمونو به خواب بزنینم همدیگه رو هم یادمون رفت... فقط زل زدیم به همدیگه و گفتیم چه قدر قیافه‌اش آشناست ولی نفهمیدیم چندساله همسایه دیواره‌دیوار مونه. قصدم کلیشه نیست... نمیگم دنیای



مجازی بین ما فاصله انداخته چون دروغه... حرفم اینه اگه دنیای مجازی الان بین ما جا خوش کرده، تقصیرکار دنیای مجازی نیست! اون بیچاره خودش یه بروز ظاهریه! علت اینه که ما شنیدن و دیدن همدیگه یادمون رفته، تحمل حرف‌های همدیگه رو نداریم، تحمل ایرادهای چهره‌های همو نداریم، تحمل دیدن موقعیت همو نداریم، تحمل شنیدن خبر خوشبختی کسی را نداریم، ما داریم روی خودمون نقاب می‌کشیم و اسم اونو گذاشتیم دنیای مجازی تا ادعا کنیم که ما می‌تونیم مهربون و دلسوز باشیم چون تو دنیای مجازی ادعا می‌کنیم که هستیم... ما می‌تونیم بهترین ظاهر و بهترین لحظات زندگی همو ببینیم چون با لایک و قلب گذاشتن به اطلاع بقیه می‌رسونیم که شمارا دیدیم و تحمل کردیم! وقتی به‌عوض شدن حال و هوای هم توجه نکردیم و

نتونستیم غم و شادیو از چشم هم بخونیم، وقتی وسط درد و دل دوستمون پریدیم و گفتیم گوشمون از این حرفا پره، وقتی که چشممون مصلحتاً ضعیف شد و دور و برمونو تو شعاع کورمون قرار دادیم مجبور شدیم برای رفع تنهایی مون حمله ببریم به یه دنیای دیگه! تا اونجا رو هم بعد یه مدت به حول و قوه انسانی خراب کنیم... خسته شدی، نه؟! پله چهارم... ذهن خسته، ذهنی که سرعت هضم اطلاعات پایینی داره ترجیح میده گوش و پلک چشم رو سنگین کنه تا اطلاعات ورودی کمتری مزاحمش بشن. چرا از ذهنی که برای خوندن یه جزوه پنجاه صفحه‌ای، برنامه ریزی یه سفر سه روزه، انتخاب چهار تا کلمه برای احوال پرسی و نوشتن یه انشا نصف صفحه‌ای دچار سکت در هر دونیم کره میشه، این قدر سطح انتظارمون بالاست؟ آخه چطور ازش می خواهید که توجه بکنه؟! همچنین مغزی همین که بتونه به صاحبش موقع افت قند خون هشدار بده تا غذا بخوره باید بهش کاپ قهرمانی سریع‌ترین کندذهن خسته رو داد!!!



لطفاً تا بهش کاپ رو دادید یه هل بدید تا قل بخوره و بیاد پله پنجم... این پله عریض‌ترین پله است... به اندازه زمینی که روش ایستادیم... مهم‌ترین... عامل اصلیه... درواقع پله نیست... ریشه اصلی این بیماریه.



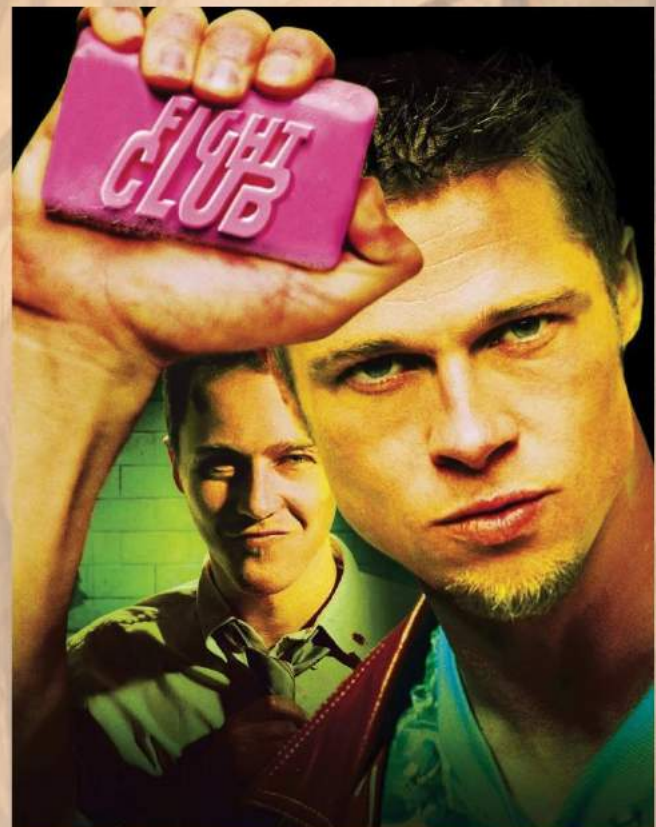
“معنویت جنگ بزرگ ما و زندگی ما رکود بزرگ ماست”

شرکت اتوموبیل سازی و دچار بیخوابی و مشکلات خواب است. او نمونه بسیاری از انسان هایی در جوامع مدرن است که در دنیای نام های تجاری و کالاهای مختلف گمشده و سرگردان اند. سرگرمی او مطالعه کاتالوگ های تبلیغاتی شرکت های مختلف و صرف درآمد خود برای کامل کردن وسایل آپارتمانش است؛ و همانطور که در یکی از صحنه های فیلم می بینیم آپارتمانش مبدل به یک کاتالوگ تبلیغاتی سه بعدی شده. در اینجا مشکل تنها متمرکز شدن روی خرید این وسایل نیست بلکه مسئله مهم تر وابستگی به آنهاست. به نوعی در این شرایط فرد وجود خود را با وسایلی که مالک آنهاست تعریف می کند و اینها تنها وسایل نیستند بلکه قسمتی از وجود خود فرد هستند. در ادامه با انفجار آپارتمان، به گونه ای زندگی و وجود قبلی جک نابود می شود. شاید از نگاه جامعه، جک فردی موفق با شغل مناسب و درآمد و قدرت خرید بالا باشد ولی در مواجهه با مسائل فردی خود دچار مشکلات بسیاریست. در دوره ای که بسیاری از نیازهای ما در دوران گذشته حالا بیش از حد و حتی قبل از احساس آنها برآورده می شود بزرگترین مشکل ما، در مواجهه با خود و مشکلات روحی روانی است. در بخشی از فیلم تایلر می گوید “ما شغل هایی داریم که از آن متنفریم و با پول آن چیزهایی می خریم که به آن احتیاج نداریم.” و یا “تمام این نسل برده هایی با یقه سفید هستند.” به نوعی تایلر، با بازی برد پیت، سعی دارد به ما یاد آوری کند که در این جامعه مدرن و مصرف گرا، ما جنگیدن برای برآورده کردن نیاز های اساسی خود را کنار گذاشته ایم و در نتیجه آنها را فراموش کرده ایم. نتیجه این فراموشی از یاد بردن هویت اصلی خود ماست که باعث تبدیل ما به موجوداتی بی هدف و سرگردان می شود. “ما فرزندان میانی تاریخ هستیم که هیچ مقصد و هدفی نداریم. هیچ جنگ یا رکود اقتصادی بزرگی نداریم.”

با ورود مارلا دوباره شرایط تغییر می کند. مارلا مانند شخصیت راوی هیچ مشکل و بیماری خاصی

این دیالوگ در توصیف زندگی ما در این عصر شاید بهترین معرفی برای فیلم باشگاه مشت زنی، اثر دیوید فینچر باشد. این فیلم که اقتباس شده از رمانی اثر چاک پالاهنوک است، در یک روایت از فردی که از یک کارمند ساده شرکت به رهبر گروهی خرابکار و آشوبگر تبدیل شده پیامدهای سبک زندگی مدرن ما به نمایش گذاشته شده و به چالش کشیده می شوند. روایتی که گاه حتی ممکن است با نگاه و بازیگران به دوربین و صحبت بدون واسطه با مخاطب عجیب و خارج از چهارچوب سینما بنماید، ولی در پی آن است که تماشاگران را به طور مستقیم و به نحو تاثیر گذارتری خطاب قرار داد دهد. تماشاگرانی که بسیاری از آنها ممکن است مانند راوی داستان درگیر مسائل و مشکلات سبک زندگی مدرن باشند. پرداخت فیلم به موضوع پیچیده نیست، همان ابتدا بیننده را از پایان داستان مطلع می کند و روند فیلم و اتفاقات آن تقریباً واضح است.

راوی داستان با بازی ادوارد نورتون، کارمند یک





ندارد و فقط برای سرگرمی و قهوه مجانی در این جلسات شرکت می‌کند. شخصیت خود مارالا وزندگی آشفته و بی‌نظم او و عدم توانایی جک در کنترل و تصاحب مارالا علیرغم علاقه به او، باعث نیاز دوباره به تایلر می‌شود. ما حضور تایلر را ابتدا به صورت تک فریم‌هایی در لحظات نیاز جک به او مشاهده کرده بودیم. حالا با حضور مارالا بخش دیگری از مشکلات روحی جک نمایان می‌شود و با بازگشت دوباره مشکلات خواب و آشفته‌گی فکری نیاز به وجود تایلر شدیدتر می‌شود.

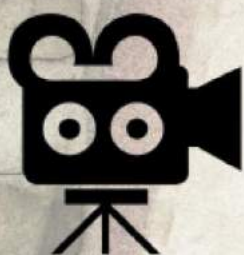
در حقیقت شخصیت راوی از نوعی بیماری روانی به نام اختلال هویت تجزیه‌ای یا اختلال چند شخصیتی رنج می‌برد که نشانه بارز آن وجود چند هویت در یک فرد است که به تناوب رفتار می‌کنند و هر یک از آن‌ها حافظه، سن و رفتار و در مواردی حتی دست خط مخصوص به خود را دارند. همان‌گونه که در فیلم مشاهده می‌کنیم شخصیت اصلی خود راوی یعنی جک است که مانند حالت شایع در این بیماری، منفعل، وابسته و افسرده است. هویت‌های جانشین در این اختلال، مانند تایلر ویژگی‌هایی دارند که با شخصیت اصلی در تضاد هستند و اغلب خصمانه و کنترل‌کننده‌اند. یکی از نشانه‌های تشخیص این اختلال وجود چند شخصیت در یک فرد با نوع تفکر و الگوی ارتباط متفاوت با سایر افراد است. از نشانه این بیماری این است که گاهی دیگران رفتارها یا خاطراتی را از فرد بازگو می‌کنند که خود بیمار آن‌ها را به خاطر نمی‌آورد و یا توسط یک فرد قابل اعتماد، تغییرات قابل توجهی در رفتار فرد گزارش کرده؛ ممکن است بیمار خود را بانام دیگری معرفی کند یا از خودش یا ضمیر سوم شخص صحبت کند.

یکی از مهم‌ترین دلایل به وجود آمدن تایلر عدم توانایی جک در مواجهه با مشکلات بیرونی است. در عوض او برای حل این مشکلات به درون ذهن خود که آزادی بیشتر دارد روی می‌آورد و تایلر را به وجود می‌آورد. تایلر راه نجاتی است که به او امکان زندگی دوباره و تعامل بهتر با محیط را می‌دهند. البته به وجود آوردن یک شخصیت متفاوت در ذهن در مقایسه با تلاش برای تغییر در شخصیت اصلی

HELENA BONHAM CARTER
BRAD PITT
EDWARD NORTON

FIGHT CLUB
DAVID FINCHER
ART LINSON
GEAN CHAFFIN

سرایت می‌کند. حتی به وجود آمدن باشگاه‌های مشت‌زنی پس از اکران فیلم در ایالات متحده گزارش شد. ولی نکته مهمی که در مورد باشگاه مشت‌زنی هزودی مشخص می‌شود این است که این مکتب در ابتدا راهی برای رهایی افراد نشان می‌دهد ولی هیچ محدوده‌ای برای آن تعیین نمی‌کند و همین موجب توسعه دامنه فعالیت اعضا از یک زیرزمین به درون شهر و به وجود آمدن گروه‌های خرابکاری می‌شود. همان‌طور که تایلر می‌گوید "باشگاه مشت‌زنی شروع بود، حالا از زیرزمین بیرون آمده و پروژه خرابکاری نامیده می‌شود." با شروع این مرحله است که جک متوجه می‌شود تایلر غیرقابل کنترل شده و حالا دیگر تنها او نیست، ارتشی او را همراهی می‌کند که تایلر وجود همه آن‌ها بیدار شده است. در پایان برای نابودی تایلر تنها راه باقی‌مانده خودکشی و نابود کردن خود است. تایلر که همیشه سعی کرده بود با ترغیب به نزدیکی به مرگ جک را به بازی بگیرد حالا که او با اقدام به خودکشی پا را یک‌قدم از تایلر هم فراتر گذاشته تسلیم و نابود می‌شود.



شناختن فیلم

Fight club (1999)

بازیگران:

Brad Pitt, Edward Norton,
Helena Bonham Carter,...

کارگردان:

David Fincher

فیلم نامه:

Jim Uhls

بر اساس رمانی از:

Chuck Palahniuk

خود را می‌توان ضعف شخصیت جک در رویارویی با مشکلات تفسیر کرد. ادامه تناقض بین وابستگی به زندگی قبلی و حضور و نیاز به تایلر باعث می‌شود جک آپارتمان خود را منفجر کند و این اولین نتیجه حضور تایلر است.

تایلر یک‌راه حل ساده برای حل مشکلات دارد که می‌تواند اشتیاق به زندگی را به فردی گمشده و بی‌هدف بازگرداند؛ توجه به نیازهای اساسی با روش‌هایی مدرن، دست کشیدن از کمال‌گرایی و اینکه ما هرکدام موجودات خاصی هستیم که قرار است کارهای خاصی انجام دهیم و رها کردن خود در جریان زندگی. هیچ نیازی به سردرگمی در دنیای کالاها، محصولات و برندها نیست، نیاز داریم یک تعریف جدید از خود بیابیم. ما اتومبیلی که سوار می‌شویم، محتویات کیف پول خود و یا مقدار پولی که در بانک داریم نیستیم. تنها لازم است به نیازهای اساسی خود توجه کنیم و بفهمیم واقعاً به چه نیاز داریم تا خود را دوباره بشناسیم.

به وجود آمدن باشگاه مشت‌زنی پیامد بعدی حضور تایلر است. مکانی برای تجربه دوباره هیجان و احساس درد و رهایی از تمامی افکار آزاردهنده. شاید باشگاه مشت‌زنی یک روش زندگی و یک‌راه نجات است که گرایش به آن در درون همه ما قرار داده شده ولی زندگی مدرن ما امکان اجرای آن را در طول روز در جامعه از ما صلب کرده است؛ اما حالا با مبارزه در زیرزمین‌ها به‌دوراز چشمان تمدن مدرنیته این امکان برای افراد به وجود آمده تا با تجربه هیجان و حس درد که شاید یکی از مهم‌ترین و ابتدایی‌ترین راه‌های پی بردن به زنده‌بودن است یک‌بار دیگر خود را بشناسند و احساس کنند. حتی یادگیری تایلر روی دست جک و اعضای گروه خرابکاری جای زخم حاصل از تحمل دردناک‌ترین سوختگی به‌وسیله قلیاست.

تفکرات تایلر هنجارها و الگوهای رفتاری ما را زیر سؤال می‌برد. او همچنین مبلغ مکتبی بسیار مسری است که خیلی زود از یک باشگاه مشت‌زنی یک‌نفره بین جک و تایلر به بخش بزرگی از شهر و کشور



من یک آدم باکلاس و فرهیفته هستم، شما بطور؟!

Who Am I ?



می‌خوانید نه از کتاب چیزی می‌فهمید، نه اصلاً خوشتان می‌آید، اما چون مد است، چون باکلاس است، چون همه خوانده‌اند و از آن تعریف کرده‌اند، از قافله عقب ماندن است اگر شما آن را نخوانید، بدتر از آن خود بی‌کلاسی است اگر آن را بخوانید و از آن خوشتان نیاید، پس به هر جان‌کنندگی است کتاب را تمام می‌کنید، جهت ثابت کردنش به اطرافیان هم عکسش را می‌گذارید اینستاگرام، یک جمله معروف از کتاب هم برای کپشن می‌نویسید و حالا شما یک کتاب‌خوان حرفه‌ای باکلاس هستید که ضمن نفهمیدن در کل ۱۰ صفحه از کتاب، اگر کسی از شما بپرسد که کتاب چگونه بود؟ حتماً جواب می‌دهید "عالی بود، از دست رفت اگر نخوانی اش!!!!" در همین راستا، مد فیلم دیدن هم با شدت کمتر طرفداران خودش را دارد، برای یک باکلاس صرف بودن شما باید حتماً یکی از فیلم‌های وودی آلن، کریستوفر نولان و کارگردان‌های مطرح را در کارنامه‌ی فیلم دیدن خود داشته باشید. باید زمان دیدن فیلم‌های خیلی مطرح حتی اگر حالتان از فیلم به هم بخورد، می‌خکوب صفحه‌ی مانیتور شده باشید و گاهی از شدت همدردی با بازیگر در صحنه‌ی فیلم تا مرز کشتن خودتان رفته باشید، بعد هم بروید یک جایی جار بزنید که "به‌به و چه چه، عجب فیلمی ساخته‌اند، موسیقی متنش که خداست، اصلاً فیلم‌نامه را باید ماچ و بغل کرد، اگر دو سه نقد هم از فیلم بخوانید و کمی از جمله‌هایش را موقع سخن گفتن میان حرف‌های

انگار که یادمان رفته باشد، زندگی کردن را می‌گویم، خودمان را زندگی کردن، برای خودمان زندگی کردن را، انگار که یادمان رفته باشد خودمان چقدر باید برای خودمان مهم باشیم، چقدر باید خودمان را بشناسیم، سلیقه خودمان را بدانیم، بفهمیم چه چیزهایی را بیشتر دوست داریم، چه چیزهایی را کمتر، شده‌ایم تابع یک سری جریان‌ها، یک سری مدها را دنبال می‌کنیم بی‌آنکه یک لحظه فکر کنیم که این پیروی‌ها چه چیزی را می‌گویند؟ اصلاً حرف حسابشان چیست؟ مهم‌تر از همه با خود ما جور درمی‌آید؟ به سلیقه ما می‌خورند یا نه فقط انجام شان می‌دهیم؟ چون مد است! چون تفکر غالب این گونه است! چون کلاس دارد!



جدیداً مد کتاب‌خوانی روی بورس است، شیوه‌ی عمل کردنش به این صورت است که ابتدا یک چرخ می‌زنید که ببینید کدام کتاب کلاس بالاتری دارد، هر چه نویسنده خارجی‌تر بهتر، هر چه طرفدارش بیش تر کلاسش بالاتر، هر چه کلمات ثقیل و غیرقابل فهمش بیش تر، خواننده‌ی بافهم و کمالات، بیشتر طلب می‌کند. ۱۰ صفحه‌ی اول کتاب را که

برای در چشم و چال کردن ملت که شما خیلی کتابخوان و فیلم بین حرفه‌ای و فرهیخته‌ای هستید، یکی از کتاب‌ها یا دی‌وی‌دی فیلم‌های فوق‌الذکر را بر روی این سطح قرار می‌دهید، در آخر هم گوشی آیفونتان را می‌گذارید و با دوربین حرفه‌ای مارک کانن یا آیکون خود یک عکس مستقیم از بالا، از این سطح و تمام عناصر رویش می‌گیرید و در اینستاگرام می‌گذارید، زیرش هم حتماً یک شعر یا جمله می‌نویسید که نشان دهید میزان مطالعه‌ی شما چقدر در درج بالاست.



حالا شما یک آدم با کلاس فرهیخته‌ی کتابخوان هستید! که فیلم‌های به روز می‌بینید، و از لحظه‌های تان عکس‌های قشنگی می‌گیرید و اصلاً هم یادتان نرفته که سلیقه خودتان چه چیز بوده؟ چه چیز را بیشتر دوست می‌داشتید؟ و زندگی خودتان چگونه است؟ سبک زندگی مختص خودتان چگونه تعریف می‌شود؟ اصلاً به روی خودتان نمی‌آورید دارید سبک زندگی یکسری‌های دیگر را تقلید می‌کنید، شبیه آن‌ها می‌شوید، مگر چقدر آدم‌ها می‌توانند دقیقاً مثل و مشابه هم زندگی کنند؟ اما این‌ها مهم نیست، مهم مد بودن است، مهم اینجاست که شما باید یک با کلاس فرهیخته باشید!!

خود کپی کنید نه تنها کار از محکم‌کاری عیب نمی‌کند بلکه به سطح با کلاسی شما ۱۰ به توان می‌افزاید. البته ذکر این نکته ضروری است که نباید از فیلم‌هایی که همه می‌گویند بد هستند هم غافل شد! شما هم از آن‌ها بد بگویید، اصلاً دوتا فحش هم بگذارید رویش و به نفر بعد بگویید "اه اه؛ این که فیلم نبود، حیف وقتم! حتی اگر دلتان خواسته باشد از شدت دوست داشتن، فیلم را ده بار دیگر تماشا کنید! و اما جدیدترین و خوش آب و رنگ‌ترین موضوع این بحث، عکس‌های اینستاگرامی است، عناصر لازم به این صورت تعریف می‌شود که شما ابتدا یک سطح را تعریف می‌کنید، سطح سفید از همه بهتر است، اما اگر خال خالی و گل گلی شد هم عیبی ندارد. بعد باید یک خوراکی را روی این سطح قرار دهید، اولویت با شکلات است آن هم از نوع نوتلا؛ حالا اگر در دسترس نبود می‌توان از کیت کت یا اسنیکر هم استفاده کرد؛ مهم خارجی بودن شکلات است. مبادا که از تک‌تک و دیگر مارک‌های وطنی استفاده کنید! یک نوشیدنی هم باید کنار این خوردنی باشد که توی گلویتان گیر نکند، اینجا هم الویت‌ها را از دست ندهید! اول هات چاکلت، بعد کافی میکس، و در آخر هم چای‌های کیسه‌ای مزه دار خارجی؛ آب و چای دم‌کردنی و این‌ها هم قبول نیست. این را هم باید حتماً حتماً بگویم که نوع ظرف سرو این نوشیدنی بسیار مهم است؛ حتماً باید رنگی، و ست دیگر اجزای موجود بر روی سطح باشد! بعد از خوراکی‌ها، باید یک گلدانی، عروسکی، چیزی را این طرف تر قرار دهید، آن چیزی که قرار می‌دهید را می‌توانید خودتان انتخاب کنید، اما هرچه چیز قول‌تر باشد شیک تر و مجلسی‌تر است! بعد هم



کافه کتاب (جاناتان؛ مرغ دریایی)

کنار زاینده رود که قدم بزنید دسته ای از مرغان دریایی را خواهید دید که روی سطح آب پرواز می کنند و هیچگاه اوج نمی گیرند و فقط در جستجوی ذره ای غذای بیشتر هستند. پرواز تنها برای یافتن غذا!!!!

جاناتان داستان مرغ دریایی است با نگرشی متفاوت. او پرواز را بسیار والاتر از وسیله ای برای تأمین غذا می داند چراکه کمال حقیقی را در پرواز می بیند. او می آموزد که بهشت یعنی کامل شدن و زمانی بهشت را لمس خواهد کرد که به لمس سرعت کامل دست یابد. در راه پیمودن این سیر تکاملی آسیب می بیند، قانون شکن نام می گیرد و ...

جاناتان مرغ دریایی به قلم ریچارد باخ، حکایتی است که در غالب رمانی کوتاه نوشته شده و توسط مترجمان زیادی از جمله هرمز ریاحی، فاطمه محمدی، فرشته مولوی و... به فارسی بازگردانی شده است. از این کتاب نسخه ی سخنگو و فیلم هم تهیه شده که بر اساس کتاب ساخته و مستندسازی شده است.

این کتاب به ۳ بخش تقسیم شده است:

۱. داستان جاناتان، تمرینات او و طرد شدن او از اجتماع مرغان
۲. جاناتان به شاگردی ۲ مرغ دریایی درمی آید که راه کمال را به او نشان می دهند و در راه رسیدن به آن، او را یاری می دهند.
۳. جاناتان خود به عنوان مربی به آموزش شاگردان جدید برای دستیابی به حقیقت می پردازد.



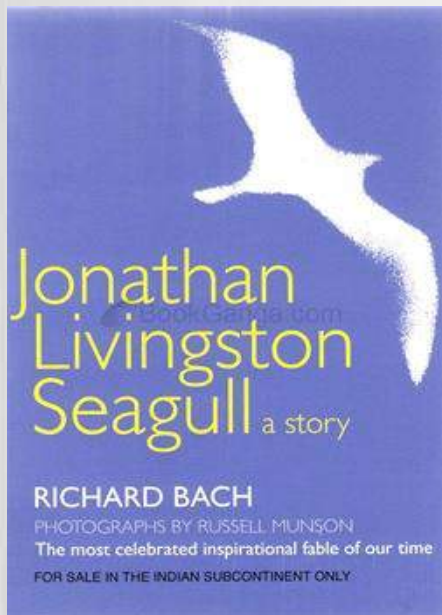
در نقد کتاب می توان این گونه نوشت:

سالها پیش دمانوئل دکانت یکی از فلاسفه در مورد روشنگری و روشنفکری نوشت: «روشنفکر کسی است که تلاش کند خود را از صفر و کوچکی خود بیرون کشد، صفری که کسی جر خود فرد دلیل آن نبوده است».

او راه بیرون آمدن از صفر وجودی را جرات تفکر کردن می داند، به بیان دیگر کسی که می اندیشد، گام درراهی گذاشته که تمیز دهنده او از دیگران و رساننده ی او به بالاترین درجه انسانیت است. درواقع در جامعه ی مرغان کسی که جرأت پرواز را به خود داده قادر است خود را از اسارت جهالت آزاد کرده و کامل شدن را درک و درنهایت بهشت را لمس کند.

لقمه ای از کتاب:

« فلنچ نازنینم چیزی که چشمانت به تو می گویند باور مکن تمام چیزی را که به تو می نمایند، بندهایی بر بال و پر تو اند. با چشم خرد بنگر، چیزی را که فراگرفته ای دریاب، و آن زمان خواهی توانست راه به پرواز در آمدن را بشناسی».



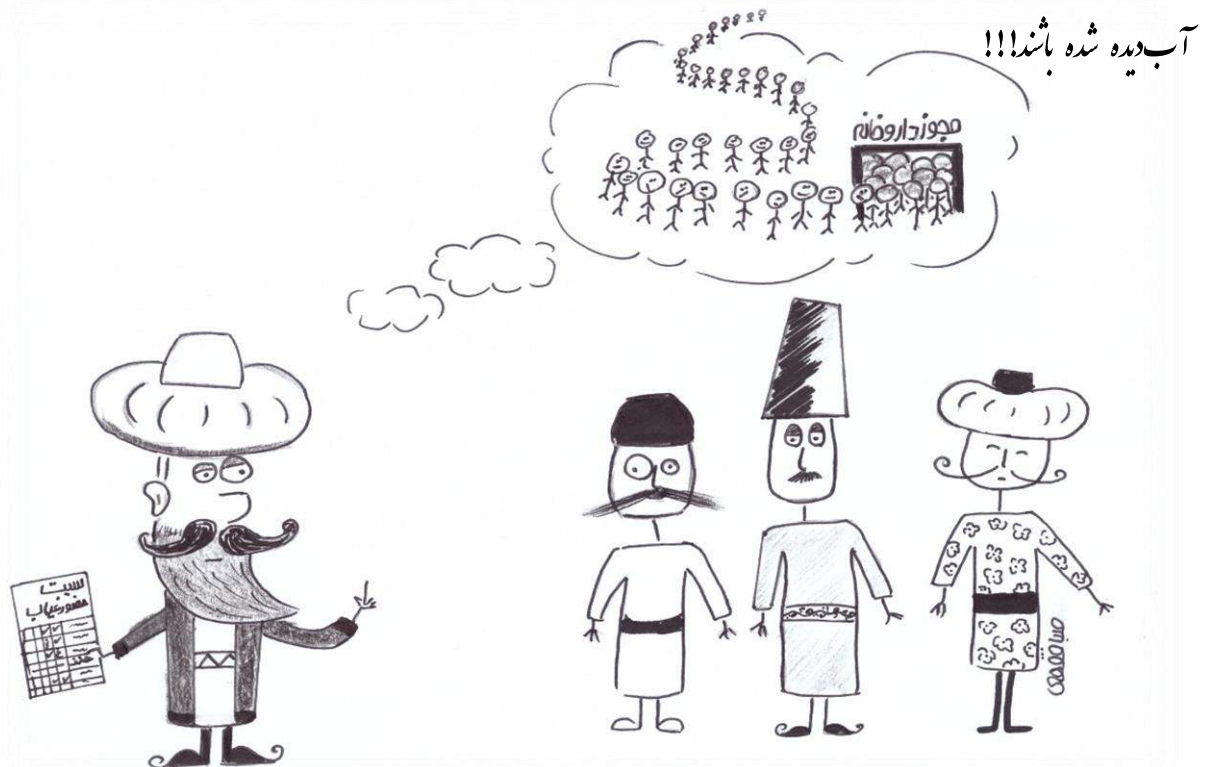
آنچه جانانان نهایتاً به ما می آموزد پیش گرفتن راه درست است؛ با وجود آنکه تمام دنیا خلاف آن را عمل و تمام دنیا انسان را به خاطرش طرد کنند؛ چرا که ما به واسطه ی داشتن عقل برای شناخت راه درست و اختیار برای انتخاب راه درست است که اشرف مخلوقات نام گرفته ایم پس خوب است که شجاعت فکر کردن و عمل کردن را داشته باشیم...



کویند روزی شیخ و میدان پس اتمام کلاس درس به تریارفتد تا در اندک زمان بین دو کلاس محنتی از تن بزدايند که ناکه تجمع زیاد طالبان علم و طعام هوش از سر میدان برود صف طولانی انتظار سخت آن هارامش کرد. یکی از میدان پرسید: یا شیخ علت این صفوف طولانی در چیست؟ مگر ساخت یا اختصاص مکان بزرگ تره تریارایتان مقدر نیست؟

شیخ از انتقاد میدان سخت برآشفت و در طرفه العینی او را از لیست حضور غیاب حذف کرد و فریاد برآورد که ای میدان این چه سخنی است که بر زبان می آوری؟ این صفوف طولانی و فضای اندک و جمعیت انبوه تو را برای روزهای آتی مهیا خواهد کرد!

میدان که شیه علامت سوال شده بودند منظور شیخ را جويا شدند. شیخ در پاسخ به میدان گفت: زمانی فرا خواهد رسید که در صفوف طولانی در انتظار گرفتن امتیاز داروخانه یا دریافت وام برای خرید آن و دارو خواهید بود. این هاتنها تیرنات کوچکی است که شمار برای آینده آماده خواهد کرد، مگر نه ساختن مکان جدید یا اختصاص مکان بزرگ تر و یا خصوصی سازی تریاتنها برای دانشجویان کیمیاگری کار مشکلی نیست، بلکه هدف های والا تری پشت اقدامات پانهمان است! میدان با شنیدن این سخن روی خراشیدند و موسی کنند و جامه ها دیدند، راهی صفوف شدند تا شاید برای انتظارهای آینده کمی



ویژه ورودی جدید

کمی بیش تر از
تحصیل در دانشگاه
بدانیم!

از دانشگاه تا
خوابگاه...

کاریکاتور 😊

فاطرات

س ل ف

از دانشگاه تا خوابگاه... آن چه لازم داریم درباره اش بیش تر بدانیم...

غزاله مینائیان

"چگونه درس بخوانم؟؟ با مشکلات خوابگاه و دانشگاه چه کنم؟؟ میخوایم به خودم متکی باشم اما..."

این ها سوالاتی است که ذهن اغلب ما را در این مقطع درگیر می کند... گاه تا مقاطع بالاتر نیز ادامه می یابند و بر نگرانی های ما می افزایند... از جدید ورود ها تا ورودی های بالاتر کمتر کسی است که تجربه ی چنین مسائلی را نداشته باشد... بنابراین بر آن شدیم تا به مناسبت ورود دانشجویان جدید ورود با خانم زهرا طغیانی کارشناس ارشد روانشناسی بالینی صحبتی داشته باشیم و به طور ویژه به مشکلات دانشجویان در محیط دانشگاه و خوابگاه و راهکار های ارتباطی پردازیم و از تجربیات ایشان بهره مند شویم. خانم طغیانی از سال ۱۳۸۴ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مشغول به کار هستند و با برگزاری جلسات مشاوره در دانشگاه و خوابگاه ها، دانشجویان را در رفع مشکلاتی که ممکن است با آن رو برو شوند یاری می نمایند. ضمن عرض سلام و خسته نباشید خدمت خانم طغیانی عزیز، بحث را با پاره ای از مشکلاتی که اکثر دانشجویان پس ورود به دانشگاه ممکن است با آن مواجه شوند آغاز کردیم...

خانوادگی و یا عادت های ناکارآمد در مطالعه درگیر هستند که ممکن است با ورود به دانشگاه و زندگی خوابگاهی، شرایط پیشرفت و تمرکز بر موفقیت را سخت تر کنند. بر این اساس همه دانشجویان در بدو ورود به دانشگاه یک جلسه خصوصی با مشاور خود دارند که هدف از این جلسه آشنایی با سیستم مشاوره و خدمات مربوطه و ارزیابی کلی از شرایط روحی روانی و تحصیلی می باشد و در صورت نیاز دانشجوی می تواند از بدو ورود از خدمات مشاوره در دانشکده یا خوابگاه استفاده نماید.

آموزش مهارت هایی که برای زندگی جمعی نیازاست، کمک کننده خواهد بود. این مهارت ها، مجموعه ای از توانایی هاست که زمینه سازگاری و رفتار مثبت و مفید را ایجاد می کند و دانشجو می تواند مسئولیت نقش اجتماعی خود را پذیرفته و بدون لطمه زدن به خود و دیگران با خواسته ها و انتظارات، به ویژه در روابط بین فردی، به شکل موثر روبه رو شود. به عنوان مثال مهارت در برقراری ارتباط مؤثر و سازگار، توانایی تصمیم گیری، توانایی مقابله با هیجان و استرس، توانایی همدلی با دیگران، توانایی حل مسئله و مهارت در انجام امور شخصی برای زندگی در خوابگاه لازم است.

چگونه با حس غربت و تنهایی کنار بیاییم؟ هر چند تحصیل در کنار خانواده امنیت خاطر و آرامش بیشتری به همراه دارد ولیکن وقتی فردی مجبور به تحصیل و زندگی به دور از خانواده است باید با آمادگی برای پذیرش سختی های احتمالی این دوره، تلاش کند هر چه زودتر با شرایط جدید سازگاری مثبت پیدا کند. داشتن سبک زندگی سالم و مدیریت صحیح بین تفریح

- بسیاری از دانشجویان پس از ورود به دانشگاه احساس سردرگمی می کنند؛ چگونه می توان این مشکل را برطرف نمود؟

روزهای اول این سردرگمی طبیعی است چون محیط ساختاری، اداری و انسانی دانشگاه نسبت به دبیرستان تفاوت اساسی دارد؛ بخصوص برای افرادی که از شهر دیگری آمده اند و دیگر مثل قبل همراهی و حمایت خانواده را ندارند. در این مواقع باکسب اطلاعات و پرس و جو از اساتید و دانشجویان دیگر می توان آگاهی و احساس تسلط بر اوضاع را بیشتر کرد.

- در کنار محاسنی که ممکن است زندگی در شهری دیگر داشته باشد، با چه مشکلاتی ممکن است مواجه شویم؟

هر فردی بر اساس شرایط زندگی قبلی و فعلی و ویژگیهای شخصیتی ممکن است در معرض برخی مشکلات باشد. مثلاً افرادی که وابستگی زیاد به خانواده داشته و ضعف بارزی در مهارتهای زندگی به ویژه مهارت ارتباطی دارند بیشتر در معرض عدم سازگاری و افسردگی و احتمالاً افت تحصیلی قرار دارند. مشکلات شایع در بین دانشجویان عدم سازگاری با شرایط خوابگاه، دوری از خانواده، دلتنگی و غم غربت، افت عملکرد تحصیلی، عدم مهارت دردوست یابی و درگیر شدن با مسایل عاطفی است.

- منشأ این مشکلات چیست و چگونه بر این مشکلات غلبه کنیم؟

گاهی افراد قبل از ورود به دانشگاه با برخی مشکلات از قبیل افسردگی، اضطراب، وسواس، مسائل و مشکلات

خواب، گوارشی و ارتباطی شده و فرد نیاز به مشاوره و درمان دارد.

پذیرش شرایط، تقویت و مدیریت ارتباطات اجتماعی، داشتن تحرک، اهمیت دادن به سلامتی و داشتن سبک زندگی سالم شامل تغذیه سالم، بهداشت و خواب در سازگاری زود هنگام موثر است. همچنین برنامه ریزی تحصیلی و شروع زود هنگام مطالعه و همراهی با کلاس در پیشگیری از اضطراب مؤثر است و به سازگاری بهتر و سریع تر کمک می کند.

- بحران هویت و ارتباط آن با ورود به دانشگاه چگونه است؟

مبحث هویت مهم است و حداقل در حد یک مقاله مطلب لازم است تا حق مطلب ادا شود ولی اگر بخواهیم به صورت کوتاه در این زمینه صحبت کنیم باید بگوییم که دوران دانشجویی برای یک جوان سنی حساس و زمانی برای کسب و تثبیت هویت است. وقتی فردی وارد دانشگاه می شود بخصوص در زندگی خوابگاهی، با افراد متفاوتی از نظر فرهنگی، اعتقادی و شخصیتی ارتباط دارد و زندگی می کند. اگر فردی در تربیت خانوادگی و آموزش های قبلی خود به ثبات نرسیده باشد در مواجهه با دیگر فرهنگ ها و اعتقادات دچار تعارض و بحران می شود.

- بسیاری در دوران دانشگاه دچار تغییر می شوند، عده ای هم قادر به تغییر نبوده و گوشه گیری را برمیگزینند. علت چیست؟

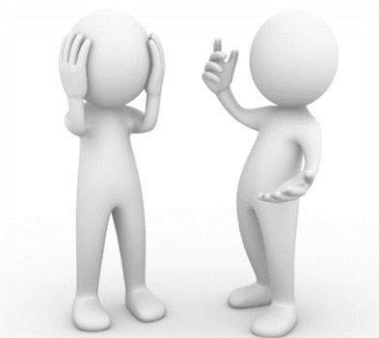
نیاز به رشد، پیشرفت و تعالی از نیازهای اساسی انسان است. خود نظم دهی لازمه ی زندگی در دنیای امروزی است. توانایی خودارزیابی، خودشناسی، تعیین هدف، برنامه ریزی برای تغییر و ارزشیابی تغییر مراحل مهمی هستند که در فرآیند خودنظم دهی دنبال می شوند. گوشه گیری دلایل مختلفی دارد که گاه بسیار مهم و نیازمند درمان بوده و گاه به راحتی قابل حل است. معمولاً باورها و شیوه تفکر افراد، دنیا را برای آنها ایمن یا غیر قابل اعتماد جلوه می دهد و بر اساس این ذهنیت رفتارها شکل می گیرند.

- چگونه در تصمیم گیری به ثبات شخصیت برسیم و یاد بگیریم به خودمان و نه دیگران متکی باشیم؟
کسب تجربه، تأمل، تحلیل تجربیات گذشته، مشورت با اهل فن و برنامه ریزی واقع بینانه برای اهداف مورد نظر می تواند به تصمیم گیری های بهتری بینجامد. از فواید

و تحصیل و امور زندگی و از همه مهم تر تقویت و توجه به ارزش های دینی و خانوادگی می تواند با تقویت بنیه روانی، از افسردگی و اضطراب پیشگیری نموده و دوران تحصیل را با مشکلات کمتر و نتایج پربارتر همراه سازد. پیدا کردن دوستان خوب و پرکردن اوقات زندگی با فعالیت های مفید و شرکت در برنامه های متنوع تفریحی، فرهنگی و مذهبی به کنار آمدن با این مسائل کمک خواهد کرد.

- با توجه به اینکه یکی از دغدغه های دانشجویان خوابگاهی انتخاب هم اتاقی است، چه توصیه ای در این زمینه می کنید؟

افرادی که بیشتر انعطاف پذیری شخصیتی دارند در ارتباط با هم اتاقی ها تنش کمتری دارند. شباهت های اخلاقی، فرهنگی و اعتقادی می تواند زمینه اختلافات را کاهش دهد. دقت در انتخاب هم اتاقی و تعیین قوانین برای اتاق و تقسیم وظایف و رعایت آن و همچنین احترام متقابل نیز زمینه ساز یک زندگی کم تنش خواهد بود.



- اختلال انطباقی چیست، چرا در دانشجویان اتفاق می افتد و چگونه می توان بر آن غلبه کرد؟

اختلال انطباقی یا سازگاری یک اختلال شایع است که ممکن است همه ما آن را در مسافرت ها وقتی جغرافیا و آب و هوای محل سکونت تغییر می کند، تجربه کرده باشیم. مثلاً دانشجویی از مناطق جنوبی یا شمالی با آب و هوایی متفاوت با شهر اصفهان در خوابگاه ساکن می شود و سبک زندگی شامل نوع و زمان تغذیه، ساعات خواب و بیداری تغییر می کند. بدن نیاز به مدت زمانی دارد تا با این شرایط جدید سازگار شود. در برخی افراد سازگاری زودتر ایجاد می شود اما در برخی دیگر ممکن است دیرتر اتفاق بیفتد که البته اگر این شرایط با دلتنگی و دوری از خانواده و تنهایی همراه شود شدیدتر خواهد بود. گاهی این تأخیر در طولانی مدت منجر به اختلالات

- از طرفی شاهد تبلیغات وسیع برای ازدواج دانشجویی و از طرفی شاهد انواع راهکارها برای جداسازی دختر و پسر از هم هستیم؛ از طرفی اگر واقع بین باشیم کمتر کسی حاضر است با کمترین شناختی از طرف مقابل تن به ازدواج دهد، حال آنکه برای شناخت فردی لازم است با او وقت گذراند تا فرد را در شرایط مختلف شناخت، نظر شما در رابطه با این تناقضات فرهنگی چیست؟ چرا هر گونه ارتباط میان دختر و پسر از دید سایرین با معیار احساسی یا باهدف ازدواج سنجیده می‌شود؟

جدای از موضوع سخت گیریهای افراطی و گاه خاله زنکانه و قضاوت های نابجا در حین مشاهده ارتباط بین یک دختر و پسر بهتر است با دیدگاه کلی تر به این موضوع نگاه کنیم. در رابطه ی تحصیلی، علمی و پژوهشی تا وقتی که دو نفر به عنوان دو انسان صرف نظر از دختر و پسر بودن با هم در ارتباط باشند و همکاری داشته باشند این ارتباط بدون حاشیه و مسأله پیش خواهد رفت اما وقتی در این رابطه جنسیت و دختر و پسر بودن مطرح گردد ممکن است به تدریج مسائل احساسی عاطفی شکل بگیرد و حساسیت هایی را برای خانواده ها و مسئولین مربوطه ایجاد نماید.

بحث در مورد اینگونه مسائل بسیار گسترده است و نیازمند زمان و فضای مناسب است؛ ولیکن در حال حاضر با تجربیات و مشاهداتی که شخصاً داشته ام بعید می دانم در دانشگاه مانع و مخالفتی برای ارتباطات علمی و انسانی وجود داشته باشد؛ ولیکن طبیعی است که رفتارهایی که به نوعی ناهنجاری محسوب می شوند و مناسب محیط دانشگاه نیست از جانب خود دانشجویان هم پذیرفته شده نباشد.

در مورد بحث ازدواج و شناخت، درست است که دیدار و شناخت اولیه ممکن است در دانشگاه اتفاق بیفتد ولی لزوماً نباید همه مراحل آشنایی و شناخت منحصر به دانشگاه باشد. بلکه بهتر و صحیح تر است که بعد از انتخاب اولیه با اطلاع و نظارت خانواده ها ادامه مراحل در محیط های دیگر و با آرامش ذهنی بیشتر صورت گیرد. دانشگاه در تمام دنیا به عنوان محیطی علمی و آموزشی در زمینه های آموزشی، پوشش و روابط انسانی قوانین خاص خود را دارد و احترام و رعایت این قوانین، اهداف مورد نظر را برای همگان دست یافتنی تر می کند.

تصمیم گیری های درست و هوشمندانه، بالا رفتن اعتماد بنفس و در نهایت ثبات بیشتر در شخصیت خواهد بود. برای تقویت مهارت تصمیم گیری قدم اول خودارزیابی و تعیین نقاط ضعف و قوت خود است و در مراحل بعدی عملکرد اصولی در تصمیم گیری های کوچک از خرید خوراکی تا تصمیم گیری های بزرگ و مهم زندگی است. گاهی کمال گرایی افراطی، وسواس و اضطراب باعث ایجاد تردید شده و مانع عملکرد درست در تصمیم گیری می شود.

در شروع زندگی در خوابگاه، باید ارزش های خودمان را بشناسیم و در زندگی پر رنگ کنیم و هویت خودمان را در برخورد با فرهنگ ها و گروه های دیگر فراموش نکنیم هم چنین به ارزش های شخصی، فرهنگی و هویت دیگران احترام بگذاریم. با پذیرش حقوق دیگران و احترام به آن مشکلات احتمالی به حداقل خواهد رسید.

- مسلماً تغییر محیط از مدرسه به دانشگاه راهکارهای ارتباطی متفاوتی را می‌طلبد، این راهکارها چیست؟ تغییر، ضرورت زندگی امروزی و اجتناب نا پذیر است؛ متناسب با شرایط زندگی و زمینه های جاری در زندگی، نیاز به تغییر احساس می شود. مثلاً وقتی در مطالعه نتیجه دلخواه حاصل نشود شاید تغییر در شیوه مطالعه کمک بزرگی در حل مشکل باشد. همینطور تفاوت مشهودی بین ارتباط در دانشگاه و دبیرستان وجود دارد. بخشی از این تفاوت مربوط به عوامل بیرونی است؛ مثلاً مختلط بودن دختر و پسر در دانشگاه، ساختارمندی کمتر محیط دانشگاه، محدودتر بودن ارتباطات در دبیرستان، نظارت و ارتباط بیشتر دبیران و مسئولین دبیرستان نسبت به دانشگاه و در کل زندگی در دنیای کوچکتر ارتباطات را محدودتر و گاه صمیمانه تر می کند. اما عوامل درونی شاید در این فرآیند مؤثرترند؛ در دوره نوجوانی حساسیت در روابط بین فردی کمتر، صمیمیت ها بیشتر، نگرانی از بروز مشکل در ارتباط کمتر و حل مسائل ارتباطی آسان تر است؛ اما در دانشگاه با گذر از نوجوانی به جوانی برخی دقت نظر ها و محافظه کاری ها بیشتر شده و قضاوت دیگران اهمیت بیشتری پیدا می کند.



که حل و جبران تأثیرات منفی آن بر زندگی و تحصیل فرد کار راحتی نیست. به همین دلیل اگر من دانشجوی جدیدالورود بودم سعی می کردم در اولین فرصت برای آشنایی، سری به دفتر مشاوره دانشکده یا خوابگاه بزنم و با سیستم مشاوره و مشاوران مختلف و زمینه های فعالیت آنها آشنا شوم تا هر زمان به مسئله ای برخوردیم با شناخت و آمادگی برای دریافت راهنمایی و مشاوره اقدام کنیم.

- در مراکز مشاوره دانشگاه چه خدماتی به دانشجویان ارائه می شود؟

اولویت اصلی در اداره مشاوره و راهنمایی، کمک به رشد و پیشرفت دانشجویان در تحصیل و همه جنبه های زندگی است. هر عاملی که به موفقیت دانشجو کمک نماید و یا مانع این موفقیت شود در حیطه وظایف و خدمات مرکز مشاوره قرار می گیرد. از خدمات این مرکز می توانم به برگزاری جلسات آموزشی - مشاوره ای به صورت فردی یا گروهی در زمینه تحصیلی، مدیریت، استرس، مشاوره تخصصی برای درمان وسواس، افسردگی، اضطراب اجتماعی و سایر مشکلات روانشناختی - تحصیلی و خانوادگی، امانت کتاب و سی دی های آموزشی و برگزاری جلسات سخنرانی با حضور اساتید مطرح در روانشناسی اشاره کنم.

- برنامه ویژه مرکز مشاوره برای دانشجویان جدیدالورود چیست؟

طبق برنامه سال گذشته امسال نیز همه دانشجویان طبق برنامه زمان بندی شده به دفتر مشاوره دانشکده خود مراجعه می کنند و طی جلسه مشاوره با خدمات مرکز مشاوره آشنا شده و حیطه های مختلفی از زندگی دانشجو به منظور شناسایی عوامل موثر بر موفقیت تحصیلی بررسی می شود. همچنین در خوابگاه برنامه نشست اتاقی با دانشجویان جدیدالورود اجرا خواهد شد. به طوری که طبق برنامه، همکاران محترم به تمام اتاق هایی که دانشجویان جدیدالورود در آن ساکن هستند مراجعه و در یک نشست صمیمانه اطلاعات و آموزش های مورد نیاز را ارائه و مشکلات احتمالی را بررسی و پیگیری می کنند همچنین برای همه دانشجویان جدیدالورود کلاس آموزشی مهارت های زندگی برگزار خواهد شد.

- با تشکر از وقت ارزشمندی که در اختیار تیم مجله ریتالین قرار دادید.

- نظرتان راجع به ازدواج دانشجویی چیست و چه معیارها و ملاکها و زمانی باید در مورد آن در نظر گرفته شود؟

سن و زمان و آمادگی برای ازدواج بستگی به عوامل متعددی دارد. و نمی توان یک نسخه ی کلی را برای همه تجویز کرد. میزان حمایت خانواده ها، ثبات شخصیت و اخلاقی طرفین، توانمندی های شناختی و مهارت های مدیریتی در درس و زندگی و انتخاب صحیح همسر می تواند پیش آگهی خوبی را برای موفقیت در تحصیل و ازدواج فراهم نماید در غیر اینصورت احتمال ضربه و شکست در هر دو حیطه وجود دارد.

- چرا برخی افراد با وجود اینکه به مشاوره نیاز دارند به مشاور مراجعه نمی کنند؟

گاهی عدم شناخت و آگاهی نسبت به حضور و در دسترس بودن مشاور در دانشگاه باعث سستی در مراجعه می شود. برخی افراد هم به دلیل ترس از برچسب خوردن و یا عدم اعتماد به کارایی و رازداری مشاوره ممکن است مراجعه نکنند. بعضی افراد نسبت به مسائل و مشکلات خود بینش ندارند و در عین حال که باعث آزار و ایجاد مشکلاتی برای خود و دیگران می شوند حاضر به مراجعه به روانشناس نیستند. اینگونه افراد معمولاً از طریق اساتید، دانشجویان یا مسئولین دانشگاه به مرکز مشاوره ارجاع داده می شوند. خوشبختانه در سالهای اخیر فرهنگ مشاوره بویژه در بین افراد تحصیل کرده جایگاه شایسته ای کسب کرده و آمار قابل توجه مراجعین در مرکز مشاوره ی دانشگاه، زمینه ساز گسترش خدمات مشاوره ای در دانشگاه شده است.



- اگر شما دانشجوی جدیدالورود بودید در چه مسائلی به مشاور دانشگاه پناه می بردید؟

در بین مراجعین مشاهده شده که گاه یک مشکل کوچک تحصیلی، ارتباطی و یا روحی- روانی به دلیل عدم مراجعه به موقع و عدم پیگیری به حدی پیچیده و عمیق شده

خاطرات س ل ف

نیلوفر قلاری

روای شیرین ☺

امان از وقتی که تصورات آدم راجع به چیزی غلط از آب در بیاد؛ همیشه فکر می کردم غذاخوری دانشگاه به جای شیک و مدرن، مثل اون چیزیه که توی فیلما دیدم؛ که البته این فرضیه می تونست درست باشه در صورتی که به جای فیلمای هالیوودی، فیلم های بالیوودی یا مناطق جنگ زده ی آفریقا رو نشان می کردم... به هر حال مدت زیادی هم طول نکشید که با واقعیت روبه رو شدم، هیچ وقت اولین روزی که رفتم سلف رو یادم نمیره؛ کلاس تمام شده بود، با چند تا از دوستانم همون طور که به سمت غذاخوری می رفتیم، سر انتخاب غذا بحث می کردیم؛ یکی می گفت من رست بیف یا چیکن اسپانیایی می خوام، یکی می گفت من رژیم دارم یه کم سوپ و سالاد کافیه و... هر کسی چیزی می گفت. داشتیم پیش غذا انتخاب می کردیم که ساختمون بزرگ سلف جلومون سبز شد...

حقیقت تلخ ☹

دقیقا همون لحظه ای که پامونو گذاشتیم تو سلف همه اون تصورات رنگی و خوشمزه مثل یه حباب متلاشی شد، هر چی به مغزم فشار آوردم که با فیلمایی که دیده بودم تطابقتش بدم بی فایده بود، فقط چند تا صحنه از غذاخوری های زندان و سرای سالمندان جلوی چشمم رژه می رفت.

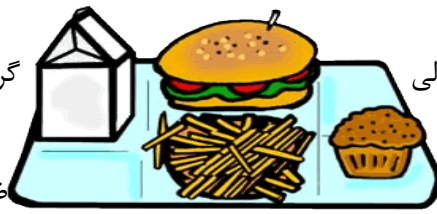
واسه ی گرفتن غذا یه صف طولانی تا نزدیکی در تشکیل شده بود، رفتم ته صف همون طور که داشتم اطراف رو نگاه می کردم، نفر جلوییم داد زد... رویا... بیا برات جا اومد سمت من و گفت: میشه جلوی شما بایستم؟ شخصیتم بهم گفت نه نذار بیاد جلوت، ولی woman ایم غالب شد و گفتم بفرمایید. ۱۷ و ۱۸ نفری جلوی من هم همانا... بله در کمال علامت شناخته شده ای بین خودشون بود استقرار اعلام کردند و تا بفهمیم چی شد دوباره هل داده شدیم ته صف کنار در.



اگرچه به علت قانون پایستگی صف چندساعتی درگیر گذشتن از مسیر دوم تری بودیم ولی بالاخره با هر سختی بود به محل توزیع غذا رسیدیم و غذا رو گرفتیم... ظرف غذا رو که داد دستم چند دقیقه ای بهش خیره بودم، شبیه غذاهایی که تا حالا خورده بودم نبود! یکی از ریش سفیدهای سلف رو پیدا کردم و پرسیدم این چیه؟ گفت: به جز مواد اولیه اش بقیه پروسه ی تولید این غذا مثل کبابه برای همین ما بهش میگی کباب... در همین لحظه از اون سمت سلف صدای جیغ و داد بلند شد، به نظر می اومد علت این سروصدا طلب جیره غذایی بیشتر از طرف دانشجو و مقاومت کارکنان در این رابطه بود. خیلی متأثر شدم یاد الیورتوئیست بیچاره افتادم...

یه میز پیدا کردیم و روش نشستیم، کسی حاضر نمی شد اولین لقمه رو بخوره، تا این که سنگ، کاغذ، قیچی قربانی اول رومشخص کرد. چشمتون روز بد نبینه اولین قاشق رو که پر کرد یه طره نه چندان پریشان از زیر برنجها خودنمایی کرد که به گفته یکی از دوستان متعلق به ناحیه پس سری سرآشپز بود که به تازگی از یکی از محصولات ضد ریزش مو وطنی استفاده می کرد...

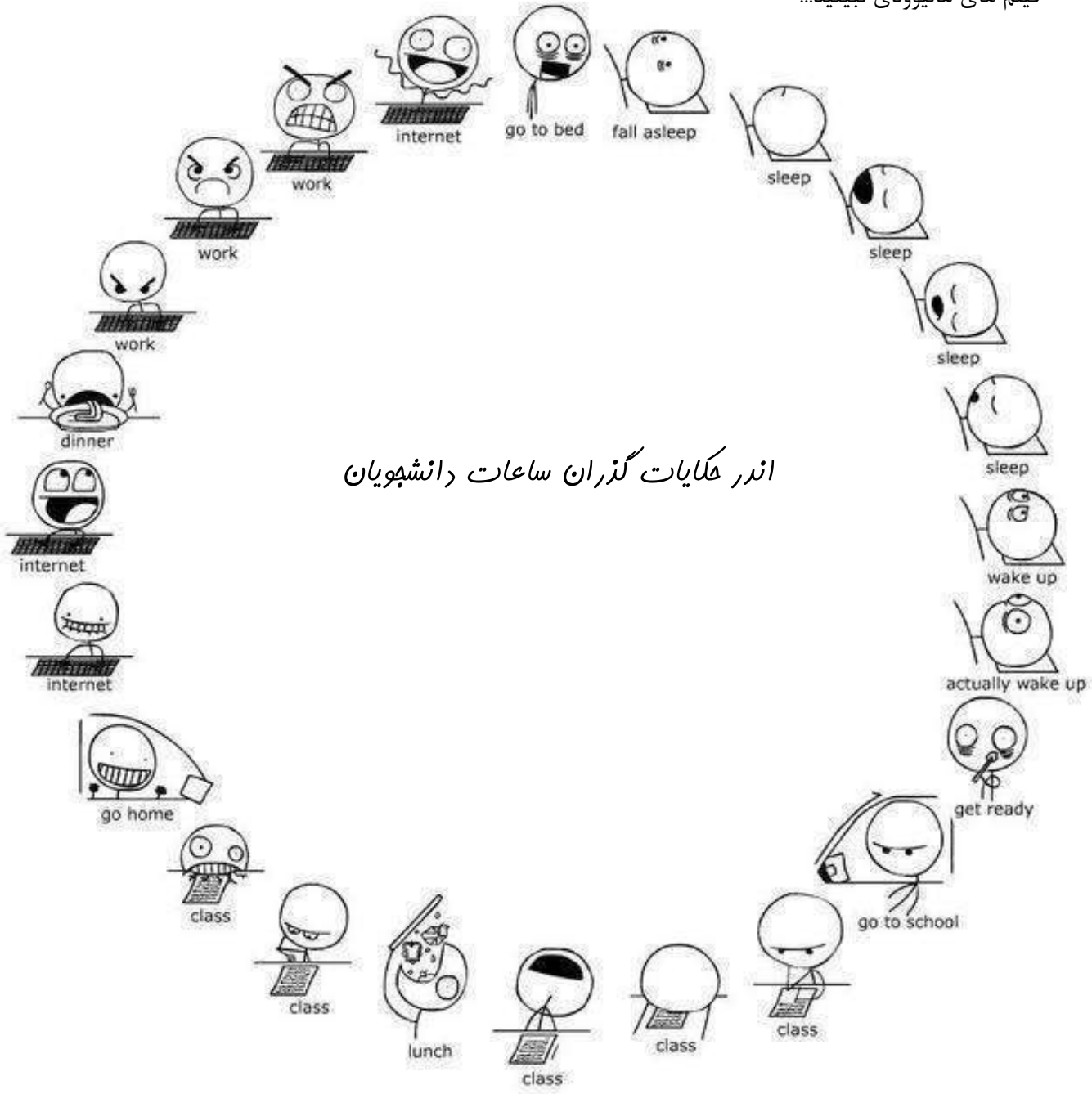
اون روز کسی از بچه‌ها غذا نخورد ولی اضافه کردند و در اونجا بود که برای غذای سلف را می‌خورند روز به‌روز به پلنگ تبدیل می‌شن!



اون اتفاق و اتفاقاتی مشابه مثل پیدا شدن سوسک و میخ و نعل و... توی غذاها ما رو با شرایط سازگار کرد والان حداقل هفته‌ای چند بار از این غذاها استفاده می‌کنیم بدون این که مثل اوایل نیازی به بستری شدن در بیمارستان داشته باشیم! این به نوبه‌ی خودش یه جور پیروزیه!!!

زندگی مقاومتی!!

از این حرفا که بگذریم، اگه بخوام توصیه ای بهتون کنیم که در رابطه با سلف مشکلات کمتری داشته باشید اینه که فیلم های هالیوودی نبینید!!!



اندر حکایات گذران ساعات دانشجویان

کمی بیش تر از تحصیل در دانشگاه بدانیم!

معیار اصلی برای ارزیابی وضعیت تحصیلی، نمره معدل دانشجوی است. در واقع دو مقیاس برای سنجش وجود دارد؛ افت یا ارتقاء



معدل دانشجوی نسبت به میانگین کلاسی و دوم نسبت به معدل ترمهای قبل خود. افت تحصیلی در هر ترمی ممکن است اتفاق بیفتد.

در دوره دبیرستان منابع مطالعه و تکالیف مشخص، محدود و در سال های مختلف تحصیلی به هم پیوسته و مرتبط است ولی در دانشگاه تنوع و گستردگی مطالب بیشتر و گاه حتی هر درس و استاد، شیوه مطالعه ی خاص خود را می طلبد. از طرفی هر فرد عادات مطالعه خاص خودش را دارد مثلاً یک نفر موقع مطالعه حتماً باید راه برود و فرد دیگر باید یک جای ثابت و مشخص برای مطالعه داشته باشد، فردی عادت به مطالعه شبانه دارد و دیگری صبح زود. در

مورد درست یا غلط بودن این عادات نمی شود با صراحت نظر داد و ارزیابی شخص به شخص و نتیجه ی مثبت یا منفی حاصل از مطالعه، تعیین کننده ادامه یا ترک این عادات می باشد. در کل با توجه به محدودیت بیشتر زمان در دانشگاه و گستردگی منابع مورد مطالعه بهتر است عاداتی که وقت گیر هستند و سرعت مطالعه را پایین می آورند شناسایی و کم کم کنار گذاشته شوند. مهم ترینکه با حضور فعال در کلاس، جزوه نویسی و مطالعه در طول ترم، انطباق با دروس دانشگاه بهتر و سریع تر خواهد شد. برای کسب نتیجه بهتر می توان با مراجعه به مشاورین دانشگاه، تکنیک های تقویت حافظه، افزایش تمرکز و برنامه ریزی مناسب را آموزش دید و آن ها را به کار برد. علاوه براین باید آگاه باشیم که گاهی متناسب با آنچه تلاش می کنیم نتیجه نمی گیریم یا به نتیجه دلخواه نمی رسیم و انگیزه مان را از دست می دهیم؛ در این موقع باید به یاد داشته باشیم که کم شدن انگیزه هم دلایل درونی دارد و هم دلایل بیرونی؛ دلایل درونی موثرترند. گاهی نقطه ضعف های شخصیتی و رفتاری مثل کمال گرایی افراطی، نتیجه گرایی، استرس زیاد یا عدم برنامه ریزی صحیح و زود هنگام می تواند احساس خستگی و بی انگیزگی ایجاد نماید که واقع بینی و پذیرش بیشتر نسبت به شرایط

متفاوت دانشگاه و دبیرستان، برنامه ریزی

طرفی تقویت بنیه روانی می تواند

باشیم عواملی اطراف ما وجود

علاقه را بیشتر کنند و یا

وجود دارد به کل نابود کنند.

تعیین و کنترل می کنیم.

شویم از وقت و فرصت ها خوب استفاده نمی

بیشتر توجه می کنیم. با انباشته شدن درس

ها، استرس هم به بی علاقه می شود و کم کم متوجه می شویم که حتی ممکن است به دلیل درس نخواندن و افسرده

شدن و یا خدای نکرده به بیراهه رفتن همین موقعیت را هم از دست بدهیم و دچار بحران می شویم.

داشتن انتظارات واقع بینانه، شناخت، پذیرش مشکلات و شرایط، برنامه ریزی بر اساس آن، در نظر گرفتن موانع و احتمالات

ممکن، توجه به موفقیت های کوچک و جزیی و استفاده از راهنمایی های اساتید و مشاوران می تواند انگیزه را برای رسیدن به



صحيح و مدیریت استرس و از موجب ارتقاء انگیزه شود.

ما در هر رشته و یا شغلی

دارند که می توانند انگیزه و

برعکس، اگر انگیزه ای هم

این ما هستیم که میزان تأثیرپذیری خودمان را

واقعیت تلخی است که وقتی بی انگیزه می

کنیم و خود به خود به بازخوردهای منفی

اهداف بزرگ تر ایجاد و حفظ نماید. گاهی افراد حتی از دوران دبستان و راهنمایی تمام تمرکز و تلاش خود را متوجه ورود به دانشگاه و رشته ی خاصی می کنند و وقتی به این هدف رسیدند انگار همه چیز تمام شده و ادامه ی مسیر برایشان گنگ و مبهم است و انگیزه و توجهی برای انتخاب هدف های بعدی ندارند. این جمله معروف بارها از زبان دانشجویان شنیده می شود که "خوب به هدفم رسیدم و اومدم دانشگاه؛ حالا چکار کنم؟!". گاهی فرد بعد از تلاش طاقت فرسا وقتی به هدف خود رسید با این تفکر که حالا دیگر وقت خوشگذرانی ست و درس و سختی تمام شد وارد دانشگاه می شود غافل از اینکه دوران دانشجویی سخت کوشی و تلاش بیشتری می طلبد. در نظر گرفتن اهداف کوتاه مدت و بلند مدت می تواند انگیزه ی حرکت و پیشرفت را در ما ایجاد کند.



گاه اضطراب ها و عوامل دیگر در ایجاد این مشکلات دخیل اند. انسانهای معمولی مثل من و شما، ظرفیت محدودی برای مسایل و مشکلات زندگی دارند وقتی ذهن انسان درگیر یک مشکل و نگرانی شد شاید سخت تر بتواند سایر حیطه ها را مدیریت کند. مثلاً فردی که در خانواده مشکلات جدی و مهمی دارد به سختی می تواند در حیطه تحصیلی یا ارتباطی موفق عمل کند. خوب است حداقل هفته ای یک بار فهرستی از اشتغالات ذهنی خود را بر روی کاغذ بنویسیم و بعد به هر کدام از این موارد در حد یک دقیقه فکر کنیم و برای حل آن ها راهکار بنویسیم. در برخی موارد با استفاده از شیوه ی حل مسئله می توانیم برای پرونده های ذهنی خود راهکار بیابیم و گاهی به تنهایی این کار ممکن نیست و به مشورت پدر و مادر یا مشاورانی که در این زمینه تحصیل کرده و تجربه دارند نیاز پیدا می کنیم. تعیین تکلیف برای پرونده های ذهنی باعث کاهش بار ذهنی و بالا رفتن تمرکز می شود.



در پایان بد نیست اندکی درباره ی اضطراب ناشی از امتحان و راهکار های مقابله با آن بدانیم. مهمترین عامل اضطراب امتحان عدم مطالعه درست و برنامه ریزی صحیح است. عوامل دیگر مانند پایین بودن اعتماد بنفس و یا کمال گرایی افراطی نیز در اضطراب امتحان موثر هستند. داشتن برنامه تفریحی و سبک، زندگی سالم و ارتباط با افراد موفق و کم استرس می تواند در کاهش استرس موثر باشند. در برخی موارد ارتباط بین استرس و مسائل جسمانی، فرد را درگیر یک چرخه معیوب می کند که ممکن است در کنار مشاوره، برای مدت موقت دارو درمانی نیز ضرورت پیدا کند.

در نهایت با توجه به گسترش فرهنگ مشاوره به خصوص در بین قشر تحصیل کرده این نوید را می توان داد که دانشجویان با کمک مسؤولین، اساتید و مشاوران می توانند راهکاری مناسب را برای رفع مشکلات و انتخاب مسیر درست اتخاذ کنند.

با تشکر از خانم زهرا طغیانی

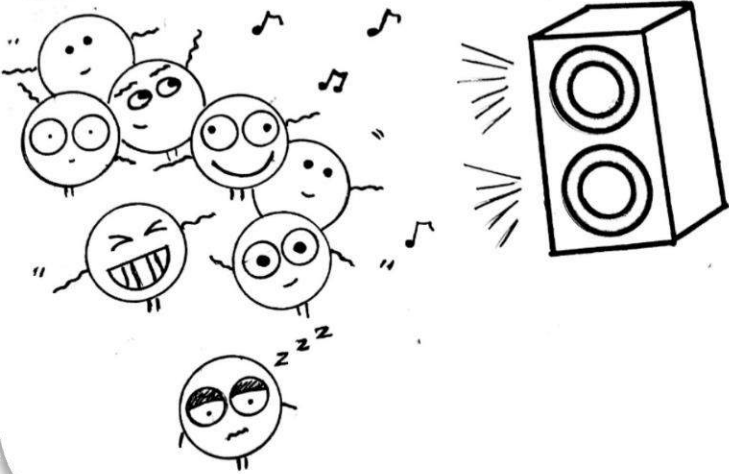
کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و مشاور دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کارپیکاتور ☺

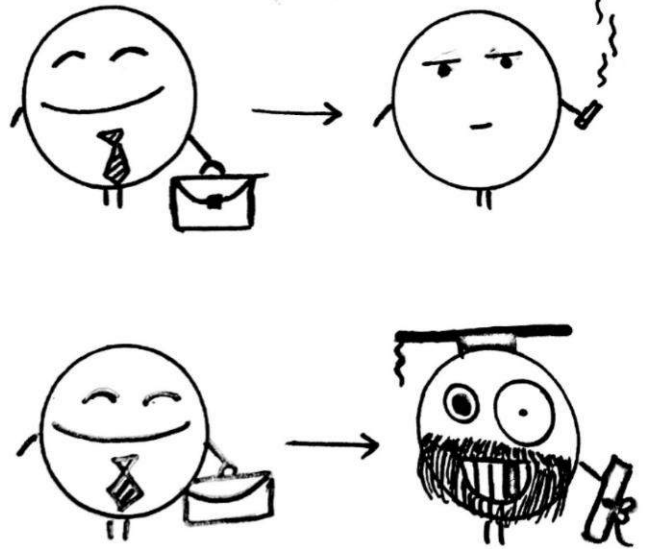
صباقتوی

ساعت ۴ صبح...
وضعیت کل فوابگاه...!!!

04:00AM

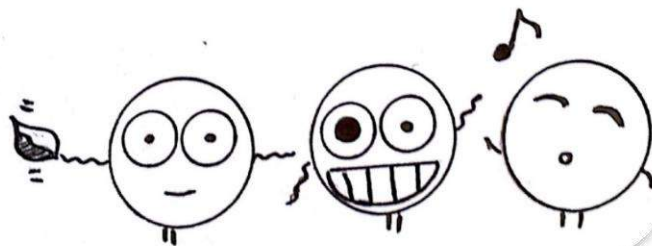


آفر و عاقبت تحصیل در دانشگاه!

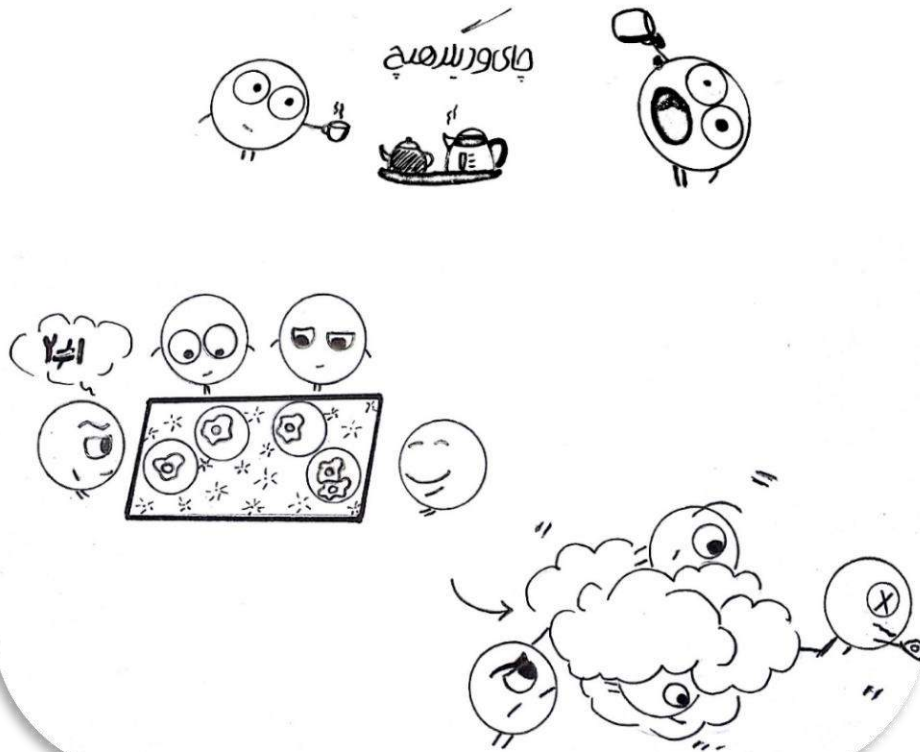


وضعیت یک اتاق در فوابگاه...
ساعت ۳ صبح...!!!

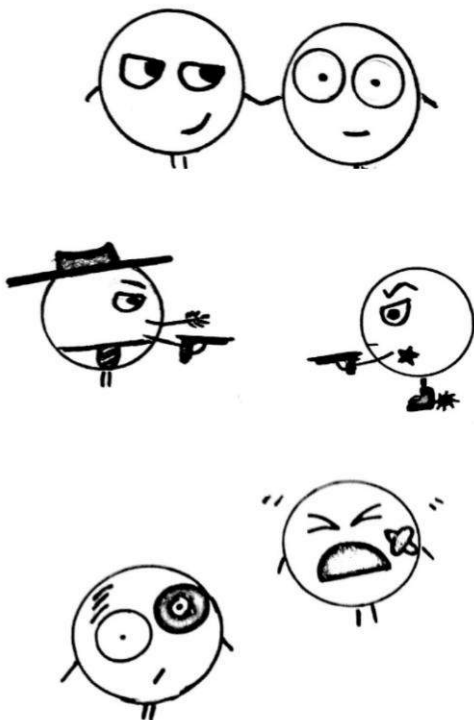
03:00AM



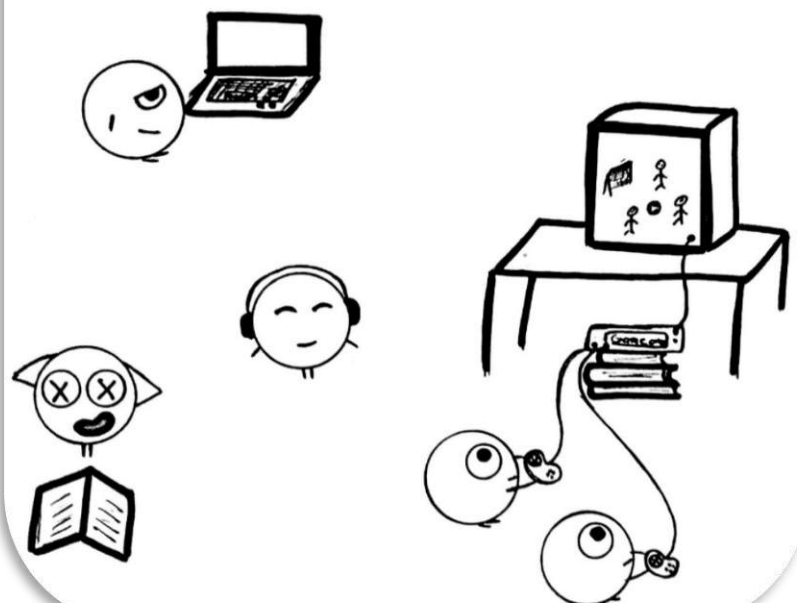
وضعیت تغذیه در فوابگاه!



پایان گفت گوی صهییبانه دو دوست!



وضعیت تحصیل در فوابگاه!!!





امروز معجزه کرده ام
با خودکار سرو به پایخ
بلندترین مثنوی دنیا را با دو حرف نوشته ام...

یک مثنوی به بلند رگیسوانت

و به زیبای چشمانت

و مع عاشق ترین فرستاده رخدا

که مر فواهم تنها تو به مع ایخ بیاورر

با خودکار سرو به پایخ نوشته ام

"تو"

ایخ معجزه ربع است

و مع به ایخ تو باور دارم

شاید باهم در ایخ عشق رسنگار شریم

"صد مهر ملانور"

آرام؟

آرام برای چه باید گرفت؟
وقتی بمیریم، خودبه خود آرام می گیریم!
پیش از آنکه بمیریم که نباید بمیریم!
کلیدر - محمود دولت آبادی



دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
دانشکده داروسازی و علوم دارویی
کمیته پژوهش های دانشجویان داروسازی
مجله ریتالین