مصرف دارو کافی است...

مصرف درست دارو یکی از ارکان اصلاح الگوی مصرف در حوزه سلامت است

سال‌ها از زمانی که زکریای رازی، دانشمند ایرانی، بنیان علم داروسازی را با تلفیق دو علم شیمی و پزشکی، گذاشت می گذرد، اما متاسفانه مصرف خودسرانه داروها با بنیان شیمی، روز به روز در جوامع مختلف خصوصا کشورهای جهان سوم، به‌ویژه ایران ابعاد وسیع تری به خود می گیرد. آن زمان شاید این حکیم ایرانی حتی گمان نمی کرد که روزی عوارض داروهایی که به شیوه بنیانگذاری شده او تولید می شود، به خطری بزرگ برای جوامع بشری تبدیل شود. آنچه که امروز تحت عنوان داروهای مختلف با هدف درمان بیماری ها در داروخانه‌ها وجود دارد، در واقع سمومی است که در شرایط خاص و به تشخیص طبیب اثرات مثبت آن بر جنبه‌های منفی پیشی گرفته و باوجود بر جا گذاشتن تأثیراتی مخرب، می تواند جان بیماری را نجات دهد. این موضوع یک موضوع عام بوده و تمام داروهایی را که با پایه علم شیمی تهیه می شوند بدون استثنا شامل می شود. به طوری که سالانه شاهد خارج شدن تعدادی از داروها از لیست نسخه‌های تجویزی پزشکان به دلیل عوارض شدید و زیانبار آنها هستیم.

علم پزشکی هر ۲۰ ماه یکبار دست‌کم دو برابر می‌شود، بنابراین پزشکان و داروسازان و همین طور فعالان بخش پیراپزشکی نیازمند دوره‌های بازآموزی مداوم هستند. این تغییرات در سطح و حجم آموخته‌های پزشکی در بخش مهمی مشمول دنیای داروسازان شده است و همه ساله شاهد تغییرات وسیعی در داروها هستیم.

دکتر محمد هادی ایمانیه، رییس دانشگاه علوم پزشکی شیراز با تاکید بر اینکه اصلاح مصرف دارو یکی از مهم‌ترین ارکان اصلاح الگوی مصرف در حوزه سلامت است، گفت: آموزش درباره مصرف درست دارو و جلوگیری از مصرف خودسرانه، بسیار مهم است.

وی از پزشکان خواست که توضیحات بیشتری درباره دارو به بیماران بدهند و وقت بیشتری را به آگاه سازی بیماران اختصاص دهند.

رییس دانشگاه علوم پزشکی شیراز در اشاره به وجه دیگری از مسئله بسیار مهم و نمونه های زیاد مصرف خودسرانه و بالا دارو، به موضوع تولید کنندگان پرداخت و تصریح کرد: شرکت‌ها و کارخانه‌های تولید دارو پس از ترویج الگوی مصرف منطقی، می توانند منافع خود را از طریق توسعه صادرات و توسعه مناطق عرضه محصولات تامین کنند. هرچند برداشت از این وجه کلام این است که برخی تولید کنندگان اگر از اصلاح الگوی مصرف ناراحت نباشند، به حتم خشنود هم نخواهند بود.

رییس دانشگاه علوم پزشکی شیراز در میان راهکار برای رفع این معضل بر لزوم ترویج داروهای با عوارض کمتر تاکید می کند و از پزشکان و داروسازان و فعالان این بخش می‌خواهد در اصلاح الگوی مصرف و تغییر رفتار بیمارانی که از نسخ چندین دارویی خشنود می‌شوند به طور جدی کمک کنند.

تشدید عوارض با مصرف خودسرانه دارو

مصرف خودسرانه دارو نه تنها فرد مصرف کننده را در معرض خطر مستقیم عوارض شده قرار می‌دهد، بلکه به واسطه تداخل تاثیرات داروها، افرادی که مصرف کننده چند دارو هستند باید منتظر تشدید عوارض نیز باشند. از طرفی اثرات سمی برخی داروها از راه‌های مختلف دیگران را نیز تهدید می کند. به عنوان مثال مادری که باردار است یا کودک شیرخوار دارد باید بداند هر ماده‌ای که وارد بدنش شود، به صورت مستقیم از طریق خون و به واسطه شیر یا بند ناف، کودک او را تهدید می کنند و در معرض خطر قرار می‌دهد. براساس دستاوردهای پزشکی داروهای مختلف در شرایطی تاثیرات مختلفی بر یکدیگر می گذارند که این امر به تداخل اثر دارویی معروف است، به این معنی که استفاده همزمان یا بلافاصله دو دارو اگر بدون نظر پزشک و به صورت خودسرانه استفاده شود، می تواند اثرات افزایشی، کاهشی یا سمی ایجاد کند. توجه به این موضوع که هر بار پزشک یک دارو را برای بیمار تجویز می کند، براساس مشاهده علایم، شواهد و بررسی نتایج آزمایش‌های بیمار است. بنابراین ممکن است دو بیمار با علائمی ظاهرا مشابه بعد از مراجعه به یک پزشک دو دارویی متفاوت دریافت کنند.

مصرف خودسرانه دارو نه تنها فرد مصرف کننده را در معرض خطر مستقیم عوارض خطرناک دارویی مصرف شده قرار می‌دهد، بلکه به واسطه تداخل تاثیرات داروها، افرادی که مصرف کننده چند دارو هستند باید منتظر تشدید عوارض نیز باشند

دلایل افزایش مصرف دارو

در بررسی علل افزایش تمایل به مصرف دارو، عوامل زیادی دخیل است و به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم روی آنها مشاهده می‌شود. یکی از دلایل اصلی این معضل دسترسی به پزشک است.

جامعه ایران هنوز در سطح استانداردها پزشک در اختیار ندارد و بسیاری از مردم در نقاط دور افتاده از دسترسی به پزشک حتی در سطح پزشک عمومی هم محروم هستند. مدل مورد استفاده در مسیر مراجعه بیمار به پزشک دلیل دیگری است که بر این مسئله تأثیری غیرمستقیم داشته است. به این معنی که باوجود تلاش‌های انجام شده، در کشور، همچنان سیستم ارجاع به خوبی رعایت نمی شود.

امروز در کمتر کشور پیشرفته‌ای پزشک عمومی اقدام به راه اندازی مطب مستقل کرده و بیماران را ویزیت می کند. معمولا پزشک عمومی در قاعده هرم مراجعه بیمار قرار داشته و بعد از بهورز و براساس برگه‌های ارجاع مشخص، بیمار را معاینه و مشاهدات خود را ثبت کرده است و پس از آن با توجه به تشخیص یا اقدام به درمان می کند یا مریض را ارجاع می‌دهد اما این شیوه تنها در روستاها اجرا می‌شود. در کشور ما معمولاً افراد پس از ابتلا به یک بیماری، نوع آن مهم نیست، براساس سفارش‌ها و توصیه‌ها مستقیماً به پزشکان متخصص مراجعه می کنند. توجه داشته باشیم که تشخیص بیماری به سادگی امکان پذیر نیست، حتی یک سرما خوردگی بسیار ساده و این بسیار ساده انگارانه است که فردی فکر کند می تواند بیماری خود را تشخیص داده و براساس آن یک پزشک را انتخاب کرده و به وی مراجعه کند.

متأسفانه پزشکان هم به این موضوع کمک می کنند و برای داشتن بیمار و در نتیجه درآمد بیشتر تمام بیماران مراجعه کننده را می‌پذیرند. هر چند برخی از پزشکان متخصص و فوق تخصص به دلیل تثبیت تعداد قابل توجهی بیمار و به تبع درآمد سرشار خود، از سوی منشی‌ها به‌بیمار اعلام می کنند که حتماً باید نامه یک پزشک را در نخستین مراجعه به همراه داشته باشند، اما این خود شاید شیوه‌ای برای جلب بیشتر بیمار تلقی شود.

متأسفانه در کشور باوجود اینکه برخی پزشکان با استفاده از امکانات دولتی به مدارج علمی بالا دست پیدا می کنند، اما در حداقل میزان ممکن هم، در اختیار مردم نیستند. برای تربیت یک پزشک در دانشگاه‌های دولتی دست‌کم سالانه پنج میلیون تومان هزینه می‌شود.

این میزان در زمان در دوره تخصص و فوق تخصص به چندین برابر افزایش پیدا می کند. اما آیا بازخورد یک پزشک فوق تخصص برای جامعه به میزان همان سرانه‌ای که برایش هزینه شده، است؟ از دیگر علت‌های افزایش تمایل افراد به استفاده خودسرانه دارو، گرانی ویزیت پزشکان و محدودیت بیمه‌های درمانی است.

براساس آمارها و با دید مثبت نیمی از کل افراد جامعه بیمه هستند و البته براساس نوع بیمه خدمات مختلفی را دریافت می کنند.

خدماتی که می‌توان حداقل خدمات ممکن خواند. به طوری که مراجعه یک بیمار بیمه شده به یک پزشک متخصص دست‌کم بین ۲۰ تا ۳۰ هزار تومان برای فرد هزینه دربردارد؟ حال آنکه افراد براساس نوع بیمه‌ای که از آن استفاده می کنند در استفاده از امکانات درمانی محدودیت‌ها و ممنوعیت‌هایی نیز دارند و شرکت‌ها و موسسات بیمه گر با ترفند بیمه تکمیلی آنچه را در همه کشورها به عنوان خدمات عادی ارائه می کنند، با دریافت مبلغ‌های گزاف و اضافی، به بیمه شده وعده می‌دهند. نکته مهم اینکه چگونگی محاسبه فرانشیز و سهم بیمه شده و بیمه گر، به شیوه ای است که هیچ یک از بیمه شدگان از آن سر در نمی‌آورند. به عنوان مثال سهم بیمه شده از ویزیت ۱۰هزار تومانی یک پزشک شش تا هفت هزار تومان می‌شود! در حالی که باید سهم بیشتر را بیمه گر پرداخت کند نه بیمه شده. این موضوع به دارو و داروخانه نیز باز می گردد و معمولا هزینه دارو در قالب فرمولی محاسبه و از بیمه شده اخذ می‌شود که هیچ فردی جز داروخانه‌دار از آن سردر نمی‌آورد.

نگاه تجاری به درمان

سهولت دسترسی به دارو و بی توجهی یا کم توجهی داروخانه داران به ممنوعیت فروش بدون نسخه داروها نیز از دیگر عوامل این معضل بزرگ به شمار می‌رود.

متاسفانه امروز نگاه به علم پزشکی در ابعاد مختلف طب، داروسازی یا تشخیص (پاراکلینیکی یا همان آزمایشگاهی)، نگاهی هزینه سرمایه‌ای است. به این معنا که پزشکی، داروسازی، آزمایشگاه تشخیص طبی، رادیولوژی، گفتار درمانی، بینایی سنجی، فیزیوتراپی و تمام انشعابات علم فخیمه پزشکی و طب بیشتر یک تجارت پرسود تلقی می‌شود.

پزشکان در جامعه ایران جزو اقشار پردرآمد و مرفه جامعه طبقه بندی می‌شوند، اگرچه میزان درآمد بسته به میزان تحصیلات و تخصص، نوع آن، میزان شهرت و... تفاوت داشته و نمودار پرفراز و نشیبی طی می کند.

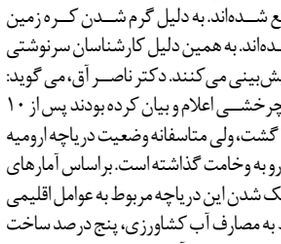
اما اگر زمانی ابن سینا و زکریای رازی برای خدمت بهتر و بیشتر به خلق خدا طب را فراگرفته و در توسعه کمی و کیفی آن کوشیدند و در حالی که خود در تنگدستی و عسرت به سر می‌بردند بیماران را تا حد امکان رایگان درمان می کردند و خود برسر بالین بیمار می‌رفتند و... امروز نگاه تجاری (تجارتی پرسود) به پزشکی است که افراد را شیفته خود کرده و تا آنجا پیش می‌رود که گروهی برای رسیدن به مدارج علمی بالاتر دهها میلیون تومان هزینه تلقب در آزمون‌ها می کنند.

به نظر می‌رسد پیش از آنکه مسئولان برای تغییر در رفتار متوجه مردم عادی و عموم جامعه باشند، نخست و بسیار جدی باید به گروه پزشکان توجه کرده و بنیان‌های سست گذاشته شده را با برنامه‌ریزی دقیق برچینند و بنیان‌های جدید را برپایه آنچه در جهان پیشرفته رایج است و با عدالت همخوان، پایه گذاری و دنبال کنند.

به طور حتم تغییر رفتار در گروه‌های خاص و بروز رفتارهای درست در این گروه‌ها (مانند پزشکان، استادان دانشگاه‌ها و شاغلان در حرفه‌های پیراپزشکی و مرتبط با درمان بیماران) خیلی بهتر و سریع تر منجر به تغییر در رفتارهای به غلط نهادینه شده گروه‌های عام، میانی و فرودست جامعه خواهد شد. (ایسنا)

ایستگاه

ملک‌الموت به دنبال دریاچه ارومیه



مرگ بخشی از دریاچه ارومیه هفته گذشته اعلام شد. حسن عباس نژاد، مدیر کل حفاظت محیط زیست آذربایجان غربی در این باره می گوید: در حال حاضر ۲۵۰ هزار هکتار از سطح دریاچه ارومیه به شوره زار تبدیل شده است. وی اضافه کرد: سطح آب پارک دریاچه ارومیه با وسعت ۵۷۰ هزار هکتار در حال حاضر ۲/۵ متر پایین تر از سطح اکولوژیکی آن در شرایط عادی است. مدیر کل حفاظت محیط زیست آذربایجان غربی در ادامه نمک موجود در آب این دریاچه را در حالت فوق اشباع اعلام و بیان کرد: در شرایط عادی میزان شوری آب این دریاچه ۱۸۰ تا ۲۲۰ گرم نمک در هر لیتر است که این میزان در شرایط بحرانی فعلی به ۳۴۰ گرم در هر لیتر می‌رسد. کارشناسان محیط زیست با ابراز نگرانی از مرگ بخشی از دریاچه ارومیه سد سازی متعدد، خشکسالی، فاضلاب صنعتی و پل میان گذر را از علل نابودی دریاچه ارومیه می دانند.

سدسازی‌های بی‌مورد

دکتر جمشید منصوری پرنده‌شناس، با تاکید بر اینکه پرندگان مهاجر به زیستگاه‌های مختلفی مهاجرت می کنند، می گوید: بسیاری از زیستگاه‌ها در دریاچه ارومیه به خاطر کم‌آبی و سدسازی روی رودخانه‌های اطراف این دریاچه تخریب شده‌اند و همین موضوع باعث شده تا پرندگان از این زیستگاه مهاجرت کنند. وی با انتقاد از مسدودکردن آب رودخانه‌ها به عنوان محل زندگی پرنده‌های دریاچه ارومیه و بستن سدهای بی‌مورد، اضافه می کند: پرنده‌ها برای یافتن آب و غذا به این مکان‌ها می آیند و وقتی با کمبود آب و غذا مواجه می‌شوند به ناچار برمی گردند و به مکان‌های دیگر مهاجرت می کنند. سدسازی روی رودخانه‌های زرینه‌رود، سیمینه‌رود، گدار و بارانداز با هدف تولید برق سبب شده عمق آب در این دریاچه از ۱۶ تا ۲۲ متر به کمتر از پنج متر برسد. ناصر آق، استاد دانشگاه سهند تبریز با اشاره به این معضل معتقد است: اگر بخشی از آب رودخانه پیرانشهر را به دریاچه ارومیه منحرف نکنیم علاوه بر مهاجرت پرندگان و مرگ دریاچه باید در انتظار ویرانی مزارع کشاورزی اطراف دریاچه و بیکاری چند هزار نفر باشیم.

مشکل خشکسالی

دریاچه ارومیه و آرال در یک منطقه واقع شده‌اند. به دلیل گرم شدن کره زمین دریاچه‌های بسیاری از جمله آرال خشک شده‌اند. به همین دلیل کارشناسان سرنوشتی مشابه دریاچه آرال برای دریاچه ارومیه پیش‌بینی می کنند. دکتر ناصر آق، می گوید: کارشناسان، خشکی دریاچه ارومیه را از نوع چرخشی اعلام و بیان کرده بودند پس از ۱۰ سال دریاچه ارومیه به وضعیت عادی بازخواهد گشت، ولی متاسفانه وضعیت دریاچه ارومیه باوجود گذشت ۱۲ سال از آغاز خشکسالی رو به وخامت گذاشته است. براساس آمارهای موجود، ۶۷ درصد از سهم عوامل موثر در خشک شدن این دریاچه مربوط به عوامل اقلیمی و کاهش میزان نزولات جوی، ۲۵ درصد مربوط به مصارف آب کشاورزی، پنج درصد ساخت سازه‌های هیدرولیکی مانند سدها روی رودخانه‌های حوضه آبریز و سه درصد سایر عوامل است. این در شرایطی است که براساس تقسیم‌بندی دیگری، مهم‌ترین عامل دخالت انسان در خشک شدن دریاچه ارومیه با سهم ۹۰ درصدی مصرف آب در بخش کشاورزی است.

پل میان گذر و مخالفت کارشناسان

ویژگی طبیعی، چشم‌انداز زیبا، معطلی و سرگردانی گردشگران سبب شد فکر ایجاد پل روی دریاچه ارومیه شکل بگیرد. این فکر پس از نزدیک به ۲۰ سال به واقعیت پیوسته است در حالی که از نظر کارشناسان محیط‌زیست، ساخت این جاده اشتباه بود و موافقت سازمان حفاظت محیط زیست با این کار اقدامی سیاسی به‌شمار می‌رود. به اعتقاد کارشناسان، در حال حاضر با اینکه کار از کار گذشته است، باز هم می‌توان با اصلاحاتی در ساختار این میان گذر جلوی نابودی دریاچه را گرفت. دکتر اسماعیل کهرم، استاد محیط زیست دانشگاه آزاد اسلامی می گوید: بارها به دولتمردان اعلام کرده‌ام این میان گذر نباید ساخته می‌شد. وی می‌افزاید: دریاچه‌ها مانند بدن انسان که سیستم گردش خون دارد، سیستم گردش آب دارند. گردش آب، اکسیژن و غذا را به نقاط مختلف دریاچه می‌برد. ما با ایجاد میان گذر در این دریاچه اختلال ایجاد و آن را بیمار کرده‌ایم. او ایالات متحده را مثال می‌زند؛ در سراسر این کشور قطار و اتومبیل از روی تالاب‌ها و دریاچه‌ها عبور می کنند، اما هیچ کس کوه را نریخته درون دریاچه یا تالاب. آنها با استفاده از ستون‌های متعدد این عمل را انجام داده‌اند. محمد جواد محمدی زاده، رییس سازمان محیط زیست ایران هم با انتقاد از لحاظ نشدن دانش زیست‌محیطی در ساخت پل میان گذر ارومیه گفت: ساخت این میان گذر از ۲۰ سال پیش آغاز شده بود که متاسفانه در آن زمان دانش فنی زیست‌محیطی به کار بسته نشد. وی از پیگیری وضع زیست‌محیطی دریاچه ارومیه خبر داد و افزود: متاسفانه ساخت این پل جریان گردشی آب را به خطر انداخته که قرار است با هماهنگی وزارت راه و ترابری به راهکارهایی برسیم. محمدی زاده توضیح داد قرار است در مسیرهای پی‌ریزی شده کانال‌هایی را برای عبور آب و تامین حرکت چرخشی آن تعبیه کنند. (خبر آنلاین)

زیر پوست شهر

بازارهایی که آرامش سواحل قشم را برآشفته می‌کنند

طبق تعریف سازمان جهانی گردشگری (UNWTO) توریست کسی است که با سه شرط دست‌کم ۲۴ ساعت و حداکثر یک سال اقامت در مقصد و داشتن هدفی غیر از اشتغال از مبدایی به مقصدی می‌رود و در تعریف بعضی آژانس‌های وطنی توریست کسی است پول به‌حساب واریز کند با هرهدفی برای سفر! براساس آمار و گزارش‌های موجود، ساکنان منطقه آزاد قشم به دلیل تحریک اقتصاد محلی ناشی از ورود گردشگران و نیز ایجاد مشاغل جدید که طیف متنوعی از تامین خوراک و محل اقامت برای گردشگران تا فروش صنایع دستی و صدف را دربر می گیرد، از توریستی بودن منطقه‌شان رضایت دارند. فرهنگ بومی قوی حاکم بر قشم و رفاه معنوی (نسبی) موجود مانع از تاثیر پذیری مردم آن از مسافران رنگارنگ‌اش شده است. اما این فقط یک روی سکه است. رویه‌ای که به خاطر رشد نقدینگی جامعه در سال‌های اخیر در شهرهای کوچک و حتی بزرگ ایران باب شده ظهور انبوه تاجران خرده‌پایی است که مناطق آزاد جنوب و مناطق مرزی کشور را برای خرید هر آنچه بتوان فروخت هدف گرفته‌اند. منطقه آزاد جزیره زیبای قشم نیز از این رهگذر خرید، فروش، تقلب، قاچاق، ازدحام و... بی نصیب نمانده است. قشم اصالت و آرامش خود را به دست فروشندگان غیر بومی و بازارهای مثلا مدرن و برج سازان طبیعت ستیز سپرده است تا رفاه مادی را بخرد. سواحل ماسه‌ای، صخره‌ای و جنگلی قشم دیگر تمیز و خلوت نیستند. راهروهای بازارهایش نظم و نظافت به خود نمی‌بینند. و قایق ماهیگیران در گهانش به گل نشسته است. قشم نیز مانند بسیاری مناطق توریستی دیگر جهان که از آسیب‌های توریسم انبوه جان سالم بدر نبردند، به خودی خود و با قلعه‌های نادری و پرتغالی‌اش یارای مقاومت در برابر تهاجم توریسم انبوه را ندارد. بازارهای مدرن و نامانوس در گهان را با آهن و بتون روی بستر خشکانیده شده دریا می‌سازند و ماهیگیران در گهان احتمالا دیر یا زود مجبور به ترک شغل سنتی خود و فروشندگی کالاهای رنگارنگ چینی می‌شوند. مگر نه اینکه این مردم بومی هستند که بیش از همه تحت تاثیر هر نوع تغییرات در منطقه (چه مثبت و چه منفی) قرار می‌گیرند؟ چرا هیچ مشورتی با آنها صورت نمی‌گیرد؟ چرا صدای اعتراض ماهیگیران در گهان به جایی نمی‌رسد؟ تغییر و نوسازی در هر منطقه‌ای باید متکی بر بررسی دقیق نیازها و تبعات انسانی باشد نه براساس راحتی و خوشایند سرمایه گذاران حرفه‌ای. ارزش‌های فرهنگی جامعه، ساختار اقتصادی آن، محیط زیست، حضور غیر بومی‌ها و دیگر مسایل مرتبط همه باید در نظر گرفته شود. تجارب کشورهای دیگر جهان در توسعه باید راهگشای فعالیت‌ها و نوسازی ما باشد. قبل از آنکه دیر شود باید توریسم قشم را مدیریت کرد. ژئوپارک ۳۰هزار هکتاری قشم با هشت سایت نمکدان، تنگه چاه کوه، دره ستاره افتاده، تنگه عالی، دره تندیس‌ها، دره شور و کور کورا کوه در کنار سایر سایت‌های تاریخی و طبیعی موجود در جزیره قشم بهترین فرصت و مناسب‌ترین جاذبه جایگزین برای فعالیت‌های تجاری بی‌حد موجود در قشم و به تعادل رساندن آن است. قاعدتا تغییر جاذبه و تبلیغات قشم، تعدیل نوع مسافران آن از بازار دوست به طبیعت دوست را به همراه دارد و حتی در دیدگاه ایده‌آلیستی ورود اکوتوریست‌های بین المللی و ارز آوری را در پی خواهد داشت. (میراث فرهنگی)

جدول شماره ۲۹

افقی

۱- تمام و تکمیل کننده - از ماه‌های قمری

۲- مبارک، میمون - شهری در جنوب فرانسه که به مدت یک قرن پایتخت این کشور بود

۳- مردانگی و شجاعت - ضربه با پا - اثری از تراژدی نویس بزرگ انگلیسی شکسپیر

۴- از انواع ماده - ایرادات - نوشیدنی گرم ایرانیان

۵- واحد پول مالزی - از وسایل بازی رایانه ای که به تلویزیون متصل می‌شود

۶- مخفف تعالی در متن - چیزی را با انگشت نشان دادن - ضایع و باطل شدن - علامت مفعولی

۷- قسمتی از چک که نزد صاحب باقی می ماند - سازمان فضایی آمریکا - دهش

۸- ملاتی قدیمی از آهک و خاکستر - منسوب به سرزمین یمن

۹- بدانگونه - مهربان‌تر - راسخ در دین

۱۰- پوست آهو که بر آن نویسند - ضد فراخ - ضبط صوت گوشی دار - مزه ترش و شیرین

۱۱- از ایالات کشور آمریکا - عدالت

۱۲- آب دهان - معروف‌ترین رمان به زبان اسپانیایی که داستان یک کشاورز خیال پرداز است - بچه ننر

۱۳- شهر بازی‌های المپیک ۲۰۰۰ - اندازه دستی - مدخل

۱۴- بازرسی و نظارت - قوه دریافت و درک

۱۵- نام دیگر زبان پهلوی که زبان گفتاری ایرانیان در عهد ساسانی بود - بیماری طولانی گشته.

عمودی

۱- اولین زن اروپایی که به مقام نخست وزیری رسید - ماه گرفتگی

۲- خبری بی اساس که در میان جامعه رواج پیدا کند - نقد کردن

۳- انبارها - چه بسیار - از شهرهای استان گیلان

۴- بزرگی و عظمت - ضمانت برای کالا - پرستار

۵- تمجید و تحسین کننده - خلاف دوری

۶- هواپیمای تندرو - زمستان - اتاقک چرخدار قطار - حس درک بو

۷- هلاک کننده - کماندو - خوب و عالی بودن

۸- قدیمی‌ترین و مقدس‌ترین قسمت اوستا که شامل سرودهای مذهبی است - حاجت‌ها

۹- تردید و شک - صورت، چهره - چوپان

۱۰- مساوی و برابر - تخیلات - گیاهی بوته ای با مصرف غذایی - عدد روستا

۱۱- جمع استاد - میلگرد بتن

۱۲- یکی از دو بت اصلی قریش - از زیور آلات زنانه - مطیع و فرمانبردار

۱۳- قاصد، پیک مخصوص - از ادات استفهام - قند میوه

۱۴- از شهرهای استان فارس - پادشاه بابل در زمان حضرت ابراهیم (ع)

۱۵- دانا به علم لغت - دادگاه تفتیش عقاید در قرون وسطی.

حل جدول شماره ۲۸

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱	ط	ا	ر	ق	■	د	ن	د	ا	ن	پ	ز	ش	ک	ی
۲	ا	■	ا	ب	ت	د	ا	■	ش	ن	ا	خ	ت	■	م
۳	ه	م	د	ا	ن	■	ص	ب	ر	■	س	م	ی	ر	ا
۴	ر	ض	ی	■	ت	ش	ر	ی	ف	ا	ت	■	ل	ا	م
۵	ه	ر	و	د	و	ت	■	ش	ی	م	ی	د	ا	ن	■
۶	م	ا	■	و	ر	ا	ث	ت	■	و	ل	ی	■	د	ت
۷	د	ب	ا	ر	ی	■	ب	ر	ن	ا	■	پ	ه	ن	ا
۸	ا	■	ب	ن	د	پ	ا	■	ا	ت	ل	ل	و	■	ر
۹	ن	ه	ن	گ	■	ر	ت	ب	ت	■	ی	م	ا	ن	ی
۱۰	ی	ا	■	ا	ن	ت	■	ر	و	ن	م	ا	■	ی	خ
۱۱	■	ب	ز	ر	گ	ر	ا	ه	■	ب	و	ت	ر	ا	ب
۱۲	م	ی	م	■	ا	ه	ب	ا	ر	ا	ن	■	ا	ب	ی
۱۳	د	ل	خ	و	ش	■	و	ن	ک	■	ا	ه	س	ت	ه
۱۴	ا	■	ت	و	ت	ی	ا	■	ع	ا	د	ا	ت	■	ق
۱۵	ح	س	ی	ن	ن	و	ب	خ	ت	ی	■	ر	ا	ز	ی