

شماره 168

پاییز 95



**مراسم تودیع و معارفه آقای دکتر بهرام سلطانی و**

**آقای دکتر احسان ابوطالب**

به هر که بخواهد حکمت می بخشد و به هر کس که حکمت بخشیده باشند بی شک خیر بسیارش دادند و جز خردمندان کسی پند نمی گیرد.  
سوره بقره آیه 269

## فهرست مطالب

- 3 \* سرمقاله / هیئت مدیره منتخب و ...  
6 \* گزارش مراسم معارفه ...  
13 \* تشکیل انجمن علمی دانشجویی در ...  
15 \* خلاصه خبرهای انجمن داروسازان گیلان  
17 \* تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (26)  
20 \* گزارش گردهمایی دانشگاه تبریز  
25 \* سهل انگاری پزشکی  
31 \* نصایح ابوذر جمهر و بقراط/پندنامه پزشکی  
34 \* شعری از سهراب سپهری در وصف زمستان  
38 \* پرفشاری خون  
42 \* عشق حقیقی، عشق مجازی و ...  
51 \* اثر گیاه *Himatanthus Lancifolius*  
53 \* درمان سرماخوردگی و آنفلوانزا/خشکی دهان  
57 \* جدول کلمات متقاطع  
61 \* سوگندنامه بقراط  
64 \* سی ویژگی یک انسان باشخصیت  
66 \* نامه ها و مکاتبات اداری

به نام خداوند جان و خرد

## حکمت گیل

ماهنامه انجمن داروسازان گیلان  
(نشریه علمی، پژوهشی و اجتماعی)

« پائیز 1395 »

شماره 168

صاحب امتیاز:

انجمن داروسازان گیلان

مدیر مسئول:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

سر دبیر:

دکتر محمدمصدق کمالی

اعضای هیئت تحریریه: دکترها

منصور آزاد، حمیرا آذرگشسب، محمد برکتی موحد،

ژاله تحویلدار، مرجان شالچی، حمید قهرمانی،

جعفر عباسپور، ژیلای گیتی نژاد، سیداحمد میرسنبل،

کیان یعقوبی

سایت انجمن داروسازان گیلان

[www.ipharm.ir](http://www.ipharm.ir)

نشانی انجمن داروسازان گیلان

رشت: انتهای خیابان سعدی، نرسیده به میدان

گلزار، خانه داروساز، ص.پ 1778 - 41635

تلفن: 33110002 - 33119132

فاکس: 33119131

اجرای کامپیوتری: نازلی تنی

طرح روی جلد:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

لینوگرافی: همراهن

چاپ و صحافی: توکل



## هیئت مدیره منتخب و چالش‌های پیش روی داروسازی

می شدند. اکنون حوزه فعالیت گروه‌های پزشکی، از پرستاری و مامایی و داروسازی و پزشکی، در مسیر آموزش و کار به قدری آشفتگی و چالش دارند که حرمت و قداست این حرفه‌ها خدشه دار و زیر سؤال رفته است. از گذشته‌های بسیار دور، از زمان بقراط و جالینوس و رازی و بوعلی سینا و ...، همیشه تلاش و توصیه این بود که این گروه حرفه‌ای در محل کارشان نباید هیچ‌گونه چالش و نگرانی مادی و معنوی داشته باشند، چون با جان

اعضای جدید هیئت مدیره، پس از تلاش‌ها و توصیه‌های فراوان افراد با سابقه و کارکشته، با ترکیبی به نسبت متفاوت انتخاب شدند و کار خود را آغاز کردند. شاید بتوان این همکاران عزیز را بدشانس‌ترین اعضای هیئت مدیره دانست، چون در گذشته رسم بر این بود که تعدادی افراد جدید در بستری آماده به میدان می‌آمدند تا ایده‌های نوین و تحولات مهمی را در عرصه داروسازی پدید آورند و در این راه تا حدی هم موفق

انسان‌ها سروکار دارند و مسئله مرگ و زندگی مطرح است. بدین جهت همیشه تلاش می‌شد تا نیازهای این گروه‌ها را تا حد مطلوب تأمین نمایند. در چهار دهه اخیر تنگناهایی برای گروه‌های پزشکی ایجاد شده است که کار حرفه‌ای آنها را به مخاطره انداخته است و هر روز شاهد اشتباهات فراوان و نارضایتی بیشتر مردم و گروه‌های پزشکی هستیم. دست اندرکاران حوزه سلامت در طول این سال‌ها تلاش کردند تا محدوده فعالیت گروه‌های پزشکی را کم کنند و مسئولیت‌ها را از دست آنها خارج نمایند. از سوی دیگر، به قدری به سازمان‌های پشتیبان و بیمه‌گر ضربه زدند، که اکنون با اندام و توانی نحیف به کار مشغول‌اند. سیستم‌های نظارتی، چون اصول و ضوابطی مستحکم بر حوزه فعالیت گروه‌های پزشکی حاکم نیست، در عمل هیچ کاری نمی‌تواند انجام دهند.

این‌ها در حالی است که به گواهی تاریخ ایران همیشه در حوزه کارهای پزشکی سرآمد جهان بوده‌اند و جهان خود را مدیون آنها می‌داند. به راستی، این اوضاع آشفته و نگران‌کننده حاصل مدیریت‌های نادرست، غرض‌ورزی‌های بیمارگونه، سهل‌انگاری‌ها و ... نیست؟ هیئت مدیره جدید انجمن نیز، به طور قطع، چالش‌های فراوانی را در پیش دارند، چه آنهایی که از گذشته باقی مانده‌اند و چه مواردی که بعد از این ایجاد خواهند کرد. ولی در هر حال باید به رسالت خود عمل نمایند و در جهت وحدت و برطرف کردن مشکلات تلاش کنند و در این راه همکاری تمام همکاران را هم با خود دارند. امید است در این راه موفق باشند.

«مدیرمسئول»

دکتر غلامحسین مهدی زاده

# صنعتی و اجتماعی

- 1 - گزارش مراسم معارفه ریاست دانشکده داروسازی
- 2 - تشکیل انجمن علمی دانشجویی در دانشکده داروسازی گیلان
- 3 - خلاصه خبرهای انجمن داروسازان گیلان
- 4 - تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (26)
- 5 - گزارش گردهمایی داروسازان ورودی سال 1345 دانشگاه تبریز
- 6 - سهل انگاری پزشکی

## گزارش مراسم معارفه ریاست دانشکده داروسازی

در ابتدا آیاتی چند از کلام ... مجید و سرود ملی پخش و سپس کلیبی از زمان اخذ مجوز ساخت دانشکده، شروع ساخت و بهره برداری دانشکده و نیز دستاوردهای دانشکده در زمان ریاست دکتر بهرام سلطانی تهرانی برای حاضرین به نمایش گذاشته شد.

سپس دکتر بهرام سلطانی ضمن خیر مقدم به حضار و مهمانان به تشریح اقدامات انجام شده از ابتدای اخذ مجوز راه اندازی دانشکده تا تأسیس و تجهیز آن پرداخته و از تمامی کسانی که در این امر به هر نحوی نقش ایفا نموده بودند از جمله دکتر منصور قناعی، دکتر بهبودی، دکتر قلی پور، دکتر

مراسم تودیع و معارفه رؤسای قدیم و جدید دانشکده داروسازی، رأس ساعت 8:30 دقیقه روز یکشنبه 28 آذرماه سال 1395 با حضور جناب آقای دکتر شاهرخ یوسف زاده چابک ریاست دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دکتر ارسلان سالاری معاون آموزشی، دکتر علی داودی معاون توسعه، دکتر شادمان نعمتی معاون تحقیقات و فناوری، دکتر فیروز سرودی معاون غذا و دارو و دکتر پورکاظمی داروساز پیشکسوت و دبیر نظام پزشکی رشت، کارکنان و اعضای هیات علمی دانشکده داروسازی در محل سالن کتابخانه دانشکده داروسازی شروع گردید.

پورکاظمی و نیز اشخاصی که به دلیل ضیق وقت امکان بردن اسامی آنها نبود قدردانی کردند و ضمن آرزوی سربلندی برای کلیه این عوامل از دانشجویان و همچنین اعضاء هیات علمی دانشکده خواستند که بیش از پیش برای بارور شدن این نهال نوپا هم از نظر علمی و هم اخلاقی تلاش و کوشش نمایند.

در ادامه، دکتر احسان ابوطالب رئیس جدید دانشکده داروسازی پس از خوش آمدگویی به حاضرین به تشریح وضعیت فعلی دانشکده و نیز اهداف بلندمدت راهبردی خود پرداختند.

ایشان ضمن یادآوری تلاش های بی وقفه، پیگیری و سخت کوشیهای دکتر سلطانی، وی را به عنوان پدر معنوی دانشکده داروسازی خواند و اظهار داشت که به عنوان یار قدیمی دکتر سلطانی در این راه، به زحمات ایشان واقف بوده و خود و دانشکده را مدیون این کوششها می داند. در ادامه با معرفی دانشکده بعنوان گوهری بی همتا، به بررسی پتانسیل های دانشکده جهت قرار گرفتن در نوک پیکان حرکت دانشگاه به سوی دانشگاه نسل سوم پرداخت.

ریاست جدید دانشکده همچنین اعلام نمود که در این مسیر، استراتژی و ارزشهای بنیادی دانشگاه سرمشق و مسیر حرکت دانشکده بوده و امیدواریم با پایبندی به اصولی چون **عدالت محوری، اخلاق حرفه ای، ارزش آفرینی، دانش محوری، خلاقیت، نوآوری و چابکی در ارائه خدمت** به ذینفعان و بالا بردن بهبود

کیفیت آموزش، دانشکده داروسازی را از یک دانشکده نوپا به دانشکده بالغ تبدیل نماییم.

ایشان اعلام کردند که برای تسهیل فرآیند خدمات رسانی دانشگاه، راه اندازی واحدهای مراقبت دارویی و مرکز DPIC، مأموریت ویژه بسته گیاهان دارویی (به عنوان یکی از ارکان استراتژیک دانشگاه) و ارتباط مؤثر با صنایع دارویی و بهداشتی استان جزء برنامه های اصلی دانشکده قرار خواهد گرفت.

وی همچنین گروههای آموزشی دانشکده را به اعضاء بدن انسان تشبیه نمود و توسعه متوازن همه گروهها را برای پویایی بیشتر پیکر دانشکده لازم و ضروری دانست و خواستار حمایت های ریاست و معاونت توسعه و منابع دانشگاه جهت تسهیل مدیریت مالی داروخانه های آموزشی به منظور امکان درآمدزایی مناسب و حذف بروکراسی پیچیده دانشگاه که مانع بهره وری مناسب از فرصتهای همکاری مشترک با صنایع است، شد.

دکتر احسان ابوطالب، نبود فرهنگ کارآفرینی و فعالیت های دانش بنیان را علیرغم شیوع گفتمان کارآفرینی و اقتصاد مقاومتی در سطح کشور، مشکل فراروی اکثر اساتید دانسته و ایجاد روحیه کارآفرینی، تقویت پژوهشهای کاربردی و دانش بنیان اساتید و تربیت کارآفرینان دانشجویان را برای نیل به دانشگاه نسل سوم که در صدر استراتژی دانشگاه هم قرار گرفته، لازم و ضروری دانست.

وی در پایان با تشکر از ریاست دانشگاه علوم پزشکی گیلان و معاونت آموزشی به جهت اعتماد



و سپردن این امر خطیر به ایشان، مجدداً از تلاشهای دکتر سلطانی تقدیر و تشکر به عمل آورد.

پس از آن دکتر شاهرخ یوسف زاده چابک، رییس دانشگاه علوم پزشکی گیلان ضمن تبریک ولادت پیامبر (ص) و امام جعفر صادق (ع)، فرمودند: با ظرفیت هایی که در دانشگاه علوم پزشکی گیلان نهفته است عبور کردن از مرزهای دانش در این دانشگاه فراهم است. وی دانشکده داروسازی را از پتانسیل های بزرگ دانشگاه برشمرد و تصریح کرد، با این همه نیروی جوان و پرانرژی که به عنوان عضو هیات علمی در دانشکده داروسازی مشغول فعالیت هستند، می توان با برقراری ارتباط با صنعت داروسازی و شرکت های دانش بنیان، یک جهش علمی در دانشگاه ایجاد کرد. ایشان همچنین خاطر نشان کردند: بحث گیاهان دارویی به عنوان یکی از محورهای فعالیت دانشکده داروسازی بسیار حائز اهمیت است و باید مورد توجه جدی اعضای هیات علمی این دانشکده باشد و بی شک مورد حمایت همه جانبه دانشگاه علوم پزشکی گیلان نیز می باشد چرا که می تواند باعث رشد و توسعه دانشگاه علوم پزشکی و حتی استان شود.

رییس دانشگاه علوم پزشکی گیلان ضمن تقدیر از دکتر بهرام سلطانی رییس سابق دانشکده داروسازی، گفت: دانشکده داروسازی با تلاش ها و پی گیری های دکتر سلطانی و حمایت های سایر مسئولین گذشته به بهره داری رسید. دانشکده داروسازی دانشکده ای نو پا و جوان است، سیاست

دانشگاه علوم پزشکی گیلان هم بر این است تا فرصت بیشتری به جوانان داده شود. امروز هم انتخاب دکتر احسان ابوطالب به سمت رییس جدید دانشکده داروسازی با تکیه بر ایجاد فرصت برای جوانان صورت گرفته است.

دکتر یوسف زاده ضمن ستایش از درک و فهم ریاست جدید دانشکده داروسازی از اهداف بلندمدت و استراتژیک دانشگاه افزود: مدیریت مناسب، عملکرد خوب و اقدامات ماندگاری که در دوره قبلی مدیریت انجام گرفته است، مطمئناً کار را برای کسی که بعد از وی مسئولیت دانشکده را می پذیرد، بسیار سخت و دشوار می سازد.

در ادامه با اهدای لوح سپاس از زحمات دکتر بهرام سلطانی به عنوان بنیانگذار دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی گیلان تقدیر شد. لازم به ذکر است دکتر احسان ابوطالب فارغ التحصیل دکترای داروسازی و Ph.D فارماسیوتیکس از دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دارای سوابق علمی و آموزشی ذیل می باشد:

- 1- معاونت آموزشی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی گیلان
- 2- عضو هیات علمی (استادیار) دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی گیلان
- 3- عضو کانون استعدادهای درخشان دانشگاه علوم پزشکی تهران و قرارگیری در سطح اول استعدادهای درخشان طبق تایید معاونت آموزشی وزارت بهداشت

4- عضو فارماکوپه ایران

5- عضو انجمن بیوفارماسی و فارماکوکینتیک

ایران و نماینده این انجمن در استان گیلان

همچنین ایشان سوابق مدیریتی در پست های کلیدی صنایع داروسازی را نیز در کارنامه خود دارند.

در پایان مراسم آقای دکتر پورکاظمی ضمن تشکر از زحمات قابل ستایش و مثال زدنی آقای دکتر سلطانی در ایجاد دانشکده و تبریک انتصاب آقای دکتر احسان ابوطالب به سمت ریاست دانشکده داروسازی گفتند هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان چون ضرورت تأسیس دانشکده داروسازی را در جهت بالا بردن سطح علمی داروسازان منطقه با تمام وجود احساس می نمودند لذا به محض شروع به کار آقای دکتر حسن بهبودی فوق تخصص قرنیه در سمت ریاست دانشگاه علوم پزشکی در سال 84 ضمن ملاقات حضوری با وی، خواستار جدیت بیشتر در احداث دانشکده داروسازی گردیدند و آمادگی همه نوع همکاری را اعلام داشتند.

اولین همراهی هیئت مدیره ضمن جلب همکاری مدیران کارخانجات داروسازی مستقر در شهر صنعتی رشت و اخذ قول همراهی مسئولان دانشکده شیمی دانشگاه گیلان، نامه دسته جمعی نمایندگان محترم مردم گیلان در مجلس شورای اسلامی برای آقای دکتر لنکرانی وزیر وقت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در نیمه دوم سال 85 بود که توسط اینجانب و از طریق آقای

دکتر نیک نژاد تسلیم آقای دکتر لنکرانی شد و نظر مساعد ایشان اخذ گردید. آقای دکتر نیک نژاد در آن سالها به عنوان نماینده وزیر در شورای عالی نظام پزشکی حضور داشتند. من در جلسه از ایشان خواستم تا به عنوان یک گیلانی نهایت سعی خود را در جهت اخذ این موافقت مبذول بدارد. خوشبختانه این کار به فوریت صورت گرفت و جهت بررسی های علمی به دبیرخانه شورای تخصصی داروسازی تسلیم گردید. در این مرحله اینجانب با کمک خانم دکتر پیرزاده (صیانتی) موضوع را برای سفارشات لازم به استاد گرانمایه آقای دکتر دهپور محول نمودیم. البته تلاش آقای دکتر امجدی نیز در این زمینه ستودنی است. خلاصه با پیگیری شبانه روزی آقای دکتر سلطانی کار به انجام رسید. به طوری که آقای دکتر بهبودی همیشه تعریف می کرد: دکتر سلطانی برای دیدن من و ارائه پیشرفت کارها از هر فرصتی استفاده می نمود، به عنوان مثال بسیاری از روزها برای دیدن من پشت درب اطاق عمل ساعتها می نشست تا پس از اتمام عمل، در راه بازگشت از بیمارستان به دانشگاه گزارش روند کار را ارائه دهند و خواسته جدیدی را مطرح نمایند.

در همین گپ و دار از دکتر سلطانی شنیدم که گویا قرار است بودجه ای از مجلس جهت راه اندازی دانشکده اختصاص یابد به همین خاطر هیئت مدیره با دعوت از آقای مهندس کوچکی نژاد نماینده محترم مردم رشت در مجلس شورای اسلامی و عضو مؤثر کمیسیون بودجه

مجلس در محل انجمن خواستار مساعدت در این امر شد. نهایتاً پس از چند مرحله بازدید کارشناسان وزارت بهداشت که گاهی دکتر دهبور نیز آنان را همراهی می کرد موافقت نهائی به زنده یاد دکتر عباس شفیع‌ی محول گردید. ارتباط و دسترسی به ایشان که از اساتید بنام دانشگاه علوم پزشکی و داروسازی تهران و از مخالفین گسترش دانشکده بود برای من فارغ التحصیل تیریز عملاً غیرممکن بود تا اینکه در مراسم افطاری روز 5 شهریور سال 1390 که انجمن داروسازان با دعوت از مقامات داروئی کشور و رؤسا و اساتید دانشکده های داروسازی و همچنین پیش کسوتان داروسازی در یکی از سالنهای تهران ترتیب داده بود، خوشبختانه موافقت نهایی با کمک و وساطت دکتر نیک نژاد و دکتر شبانی معاون وقت غذا و دارو اخذ گردید که شرح چگونگی موافقت در نشریه شماره 166 سه ماهه بهار حکمت گیل آمده است. به این ترتیب بهمن 1391 دکتر سلطانی به یکباره صاحب 40 فرزند شد که اکنون این تعداد پس از گذشت 5 ترم بالغ بر 200 نفر گردید! خوب است ماجرای چهل فرزند دکتر سلطانی را از زبان دانشجوی باذوق خانم عظیمه حجت شمامی که با چشمی گریان در رسای دکتر سلطانی در مراسم قرائت نمود بشنویم.

دکتر پورکاظمی - 95/10/1

\* \* \* \* \*

مرور می کنیم تمام خاطرات این چهار سال گذشته را تمام پستی ها و بلندی ها تمام غم ها و شادی ها را

مرور می کنیم خاطره اولین روزی را که ابراز خرسندی کردی از اینکه همزمان صاحب 40 فرزند شده ای

مرور می کنیم تمام آن روزهایی را که با لباس خاکی، با پاهای خسته اما با چهره ای خندان دیدیمت

مرور می کنیم آن زمان هایی را که با چهره های غضب آلود شکایت از نداشته هایمان کردیم و تو خندیدی ...

و تو خندیدی و با ما سخن از رویدن یک نهال گفتی

و تو خندیدی و با ما سخن از به راه افتادن یک قطار گفتی

و تو خندیدی و از خاطرات عبورت از هفت خان برای رویدن این نهال و به راه افتادن این قطار گفتی

و ما گریستیم و سپس خندیدیم و مرور می کنیم زمانی را که گریستیم نرو ...

این 40 فرزند که اکنون 5 برابر شده اند به حضورت محتاجند

و تو باز هم خندیدی

و گفتی مهم جوانه زدن بود

و مهم به راه افتادن قطار بود

و مهم نیست که تو باغبان باشی

و مهم نیست که تو لوکوموتیوران باشی  
و ما گریستیم و سپس ...  
روزی بود که تو ما را فرزندان خود خواندی  
اکنون ما تو را عاشقانه پدر صدا می زنیم  
پدر ، باشد ، اگر خسته راهی دیگر نران  
اما بیا و در واگن های این قطار سریع السیر کنار ما  
بنشین

و دوباره از خاطرات گذر از گردنه های دشوار  
برایمان بگو  
و هرگز از کنارمان نرو  
فرزندانت به تو قول می دهند که این بار همه با هم  
برای شکفتن شکوفه های عشق تلاش کنند.





## جناب آقای دکتر احسان ابوطالب

انتصاب بجا و شایسته شما را به عنوان رئیس دانشکده داروسازی  
دانشگاه علوم پزشکی گیلان صمیمانه تبریک می گوئیم.

انجمن داروسازان گیلان  
و مجله حکمت گیل

## تشکیل انجمن علمی دانشجویی در دانشکده داروسازی گیلان



### علی ائیمی - دانشجوی داروسازی

#### دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ورودی 92

بنا بر این مصوبه، اولین دوره ی انتخابات انجمن علمی دانشکده ی داروسازی در تاریخ 1395/8/16، با حضور سرکار خانم دکتر یوسف بیگ (دبیر کمیته نظارت بر انجمن علمی دانشجویی دانشکده ی داروسازی گیلان)، سرکار خانم هانیه ایرانی (کارشناس انجمن های علمی دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گیلان)، سرکار خانم رقیه قربانی (کارشناس انجمن علمی دانشکده ی داروسازی گیلان) و دانشجویان

به منظور حمایت، تقویت و ترویج فرهنگ و اخلاق علمی در دانشگاه، تقویت روحیه و بنیان علمی دانشجویان مستعد و توانمند و فراهم آوردن زمینه های مناسب برای فعالیت های جمعی علمی و کارگروهی، افزایش مهارت های علمی و نیز بهره گیری از توانمندی و خلاقیت آنان در تحقق پیشرفت علمی و نهضت تولید علم، انجمن علمی دانشجویی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور تشکیل شد.

## دانشکده ی داروسازی، گامی به سوی مصرف صحیح دارو، سلامت همگانی و پیشرفت علمی می باشد.

از جمله اهداف این انجمن، فعالیت در زمینه ی آموزشی مثل برگزاری کارگاه ها، بازدیدهای علمی و ...، فعالیت در زمینه ی فرهنگی مثل برگزاری مراسم ها و جشن ها، طراحی پمفلت و ...، فعالیت در زمینه ی پژوهشی و نیز ارتباط و همکاری بیشتر با انجمن داروسازان گیلان است.

انجمن علمی دانشکده ی داروسازی گیلان امیدوار است بتواند گام مهمی را در راستای ارتقای علمی دانشجویان و نیز اعتلای جامعه بردارد.

دانشکده ی داروسازی برگزار شد. در این انتخابات که 70 نفر از دانشجویان دانشکده در آن شرکت داشتند، از بین 10 کاندیدای حاضر، به ترتیب آقایان و خانم ها، مهدی نثارحسینی، علی ائیمی، سپیده علیدوست، زهرا امامقلی پور، غزاله همتی، حسن آبکار، عظیمه حجت، پریسا علیپور، صبا بوذری و فاطمه درویشی بیشترین آرا را کسب کردند که در نهایت 5 نفر اول به عنوان اعضای اصلی و 2 نفر بعدی به عنوان اعضای علی البدل انتخاب شدند. در پایان آقای علی ائیمی به عنوان دبیر انجمن انتخاب شد.

پس از برگزاری جلسات میان این اعضا، عنوان **انجمن علمی دانشکده ی داروسازی گیلان** به عنوان نامی برای انجمن انتخاب شد. شعار انجمن نیز، **انجمن علمی**



به نام خدا

## خلاصه خبرهای انجمن داروسازان گیلان در دو ماه آخر پاییز 95

دکتر حمیرا آذرگشسب

1- تعیین کارگروه ها :  
الف) کارگروه مسئولین فنی  
ب) کارگروه ارتباط با دانشکده داروسازی  
ج) کارگروه تفریحات  
2- برگزاری دو دوره بازآموزی غیر مدون در  
سالن انجمن داروسازان گیلان  
3- رسیدگی به مطالبات معوقه داروخانه های  
استان از سازمانهای بیمه گر:  
متعاقب پیگیری انجمن داروسازان ایران نسبت  
به عدم پایبندی بیمه ها به تعهداتشان در مورد  
بازپرداخت بدهی به داروخانه ها، شعبه گیلان

با برگزاری هشتمین دوره انتخابات  
هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان در تاریخ  
95/7/30، اعضاء هیئت برگزیده شدند.  
هرچند درصد مشارکت اعضاء جهت  
نامزدی و شرکت در انتخابات نماد  
رضایت بخشی نداشت، اما بی سابقه بودن  
راهیابی سه تن از بانوان به این گروه، شاخص  
خوبی از گسترش همراهی این طبقه و ارتقاء  
رفتار جمعی اعضاء انجمن بوده است.  
از اهم فعالیت های انجمن در ماه های آبان و  
آذر می توان موارد زیر را برشمرد :



نیز با مکاتبه و نشست حضوری در استانداری و تأکید بر اهمیت موضوع و نیز ارائه آمار مطالبات داروخانه های استان، نقش خود را ایفا کرد. پی آمد این اقدامات هماهنگ با انجمن ایران، وصول مطالبات داروخانه ها به میزان چهارماه از بیمه خدمات درمانی و دو ماه از بیمه تأمین اجتماعی بود.

4- جلسه معارفه با ریاست محترم دانشگاه و مخالفت با انتصاب غیرداروساز به سمت معاونت غذا و داروی استان، دیگر فعالیت هیئت مدیره بود.

5- با جدی تر شدن خبر جایگزینی غیرداروساز در معاونت غذا و دارو و تشدید نگرانی جامعه داروسازی استان، علاوه بر کمپین تعداد زیادی از همکاران، قطعنامه ای در مخالفت با این امر به امضاء بیشینه اعضاء انجمن رسید. نشست چند تن از اعضاء پیشکسوت و نمایندگان هیئت مدیره انجمن با معاون سیاسی - امنیتی استاندار پیرامون این انتصاب، تبعات آن و تشویش خاطر داروسازان استان، اقدام مؤثر دیگری بود که در آن زمان مانع این تغییر نامبارک گردید.

6- از اثرات سوء اختلاف نظرهای بین "هیئت برگزارای انتخابات انجمن داروسازان ایران" و "انجمن شعبه تهران" در رابطه با عدم تأیید

سوابق سه نماینده از پیشنهادشدگان این شعبه، دیگر شعبه ها نیز در امان نماندند.

شکایت چند تن از داروسازان در این خصوص به وزارت کشور، منجر به بی اعتبار خواندن انتخابات همه شعب انجمن به دلیل نداشتن کد فرعی شناسه از سوی این وزارتخانه گردید.

شعبه گیلان برای برون رفت از این چالش و رسیدن به راهکاری بر پایه خرد جمعی و نیز با توجه به قدمهای مرتبطی که سالهای گذشته در این زمینه برداشته شده بود، روز شنبه 95/9/27 مجمع عمومی با شرکت جمعی از همکاران محترم داروساز تشکیل داد. طی این نشست مقرر شد هیئت مدیره انجمن همچون گذشته و تا رسیدن به نتایج رسمی مورد نظر به فعالیتهای خود ادامه دهد.

7- اخبار بروز وقایع انجمن و اطلاع رسانی به همکاران در کوتاه ترین زمان ممکن، دستاورد نوینی است که به مدد تشکیل "کانال روابط عمومی انجمن" در نرم افزار تلگرام فراهم شده و ارتباط خبری مناسبی را که ضرورت هر تشکلی است، برای جمع داروسازان گیلان تأمین می کند، مشروط به آنکه قریب به اتفاق اعضاء محترم، عضو آن باشند.

## تذکر و توضیح

عدم تطبیق تیترا این سلسله نوشتار با متن، تا رسیدن به تاریخچه داروسازی گیلان، این توضیح را برای خوانندگان جدید ضروری می نماید که نگارنده برای نگارش تاریخچه مورد نظر، در ارتباط با موضوع، ناگزیر به ذکر تاریخچه ای از داروسازی ایران اعم از صنفی و اداری و مقررات مربوطه می باشد.



## تشکیلات صنفی داروسازان گیلان

دکتر محمد کاظم پور کاظمی

### قسمت بیست و ششم: ادامه رویدادهای دهه اول 70

به ریاست دکتر ایرج فاضل در سال 71 زمزمه افزایش تعرفه ها در جلسات شورای عالی آغاز شد. چرا که آخرین تعرفه توافقی آن هم برای ویزیت پزشکان مربوط به سال 69 بود که با آگاهی معاونت وقت درمان وزارت بهداشت به اجراء گذاشته شد.

در مورد پزشکان مشکل چندانی در جهت افزایش ویزیت وجود نداشت چون این افزایش این گونه توجیه می شد که بیمار با دانستن مبلغ ویزیت

با کمبود روزافزون دارو برنامه کمدهی صبح جمعه و برنامه ساعت 20 سیمای جمهوری اسلامی، با پخش برنامه های کمدهی و طنزآلود در قالب برنامه فکاهی کل جامعه پزشکی به ویژه داروخانه ها را به سخره گرفت که این امر با اعتراض شدید جوامع داروسازی و هیئت مدیره جامعه داروسازان به مدیرعامل وقت صدا و سیما منجر شد.

پس از شکل گیری شورای عالی نظام پزشکی

پزشک، خود او را انتخاب می کند ولی داروخانه انتخاب بیمار نیست! به هر صورت در اواخر سال 72 به دلیل افزایش قیمت بعضی از داروها آن هم به منظور پیشگیری از تعطیلی کارخانجات تولیدی، سود دارو از میانگین 22% به 16/7% تقلیل داده شد و انجمن داروسازان ایران و شعب به دلیل تأخیر در پرداخت مطالبات داروخانه ها از سوی بیمه ها و وضع اسف بار اقتصادی داروخانه و ناچیز بودن رقم تعرفه مکاتبات فراوانی با مسئولان مربوطه منجمله دفتر ریاست جمهوری به عمل آوردند. بد نیست که مروری به قسمتی از پاسخ معاون دفتر رئیس جمهوری داشته باشیم.

1- سود تعیین شده کنونی کافی و بیش از عرف معاملات منصفانه است مضافاً داروخانه از هر نسخه مبلغ 225-75 ریال دریافت می نماید.

2- در اجرای سیاستهای تعدیل و افزایش ناگهانی قیمت دارو سود هنگفتی معادل درآمد چند سال داروخانه داران حاصل شده است! که انصاف حکم می کند داروخانه داران نیز به جای زیاده خواهی و منفعت طلبی در خدمت نظام جمهوری اسلامی ایران و مردم شریف و نجیب آن باشند و به بیماران و افراد دردمند مستضعف فکر کنند.

در پی انتشار این نامه نامعقول، سمینار یک روزه ای در سالن کنفرانس انجمن داروسازان ایران برگزار شد و به قطعنامه ای روشن منجر گردید.

سال 72 در اولین کنگره بین المللی اخلاق پزشکی که مصادف با کمبود شدید داروئی بود

آقای هاشمی رفسنجانی در مقام ریاست جمهور و مشحون از اعتراضات کمبود داروئی جوامع داروسازی، ضمن گلایه از عملکرد داروخانه ها، داروسازان داروخانه دار را با عنوان داروفروش مورد عتاب و خطاب قرار داد که این امر در کمال فروتنی با اعتراض محترمانه هیئت مدیره ایران و جوامع شهرستانی واقع گردید.

سهم خواهی تکنیسینهای داروسازی در همین دوران یعنی در وزارت آقای دکتر ملک زاده و معاونت دکتر آذرنوش موجب اعتراض گسترده جوامع شهرستانی به ویژه هیئت مدیره وقت اصفهان گردید و موضوع اعتراض به دکتر آذرنوش که خود در سمت ریاست انجمن هم حضور داشت منعکس شد.

سیاست داروئی آقای دکتر آذرنوش در این دوره 4 ساله، ادامه راه دکتر نیک نژاد بود که خود در زمان وی نظارت مدیر کل دفتر امور دارو و تجهیزات پزشکی بود.

پس از کناره گیری دکتر ملک زاده از مقام وزارت، دکتر علیرضا مرنندی مجدداً از تاریخ 72/5/27 به سمت وزیر تعیین و مجدداً دکتر نیک نژاد را به سمت معاونت داروئی و غذائی خود برگزید، اما طولی نکشید که در تاریخ 72/12/4 به دلیل سیاست تعدیل معاونت های وزارت بهداشت، پست معاونت دارو حذف و در معاونت درمان ادغام گردید. این معاونت که به عهده دکتر کلاتر معتمد جراح عروق بود به عنوان معاونت درمان دارو لقب گرفت و دکتر نیک نژاد به عنوان

قائم مقام دکتر مرندی ادامه کار داد.

با ادغام معاونت دارو در معاونت درمان اعتراضات گسترده ای صورت گرفت و آقای دکتر کلاتر معتمد ناگزیر آقای دکتر رسول دیناروند را به عنوان قائم مقام در امر دارو برگزید. در این دوران کمبود و نبود دارو به حد آزاردهنده ای رسیده بود و اکثریت داروها سهمیه بندی و به صورت گروههای چهارگانه به داروخانه ها تحویل می شد. داروخانه قادر نبود تا نسخه های تخصصی را به طور کامل بپیچد و همواره با اعتراض بیمه شدگان مواجه بود و مسئولان مربوطه کمبود دارو را ناشی از بدکاری داروخانه ها می دانستند و درصدد افزایش داروخانه های دولتی و هلال احمر تحت عنوان مرکز فوریتهای دارویی، درصد بالایی از داروها را به این داروخانه ها اختصاص می دادند. قانون پرداخت حق محرومیت از مطب که شامل پزشکان و دندانپزشکان، داروسازان و دکتری علوم آزمایشگاهی می شد. در سال 72 به تصویب رسید و عنوان گردید که این مصوبه در صورت ضرورت به کارگیری و وجود اعتبار اجراء خواهد شد.

به دلیل شکل گیری انجمن به جای جامعه، گردهمایی های سالیانه گذشته به حالت تعلیق درآمده بود اما به ابتکار هیئت مدیره ایران چهارمین گردهمایی هیئت مدیره انجمن داروسازان سراسر کشور روز پنجشنبه 74/4/1 در سالن اجتماعات انجمن داروسازان ایران برگزار گردید. در این گردهمایی علاوه بر حضور اعضای هیئت مدیره

انجمنهای داروسازان کشور، از داروسازان شاغل در هیئت مدیره و هیئت های انتظامی نظام پزشکی شهرستانها نیز دعوت به عمل آمد تا انسجام بیشتری بین داروسازان به وجود آید.

در سال 74 با پیگیری انجمنهای داروسازی و تصویب دبیرخانه شورای آموزش داروسازی و تخصصی مقرر گردید هر ساله 145 نفر از همکاران لیسانس و فوق لیسانس فارغ التحصیل کشورهای خارجی در امتحان ورودی دانشکده های داروسازی جهت ادامه تحصیل و اخذ درجه دکتری داروسازی شرکت نمایند.

دکتر مژدهی آذر از مهرماه سال 1374 به عنوان مسئول شورای عالی داروخانه ها انتخاب گردید و فعالیت جدیدی را آغاز نمود. اعضای شورای عالی داروخانه ها عبارت بودند از: خانم دکتر نوربخش - آقایان دکتر اخوان - دکتر تفضلی - دکتر چیت ساز - دکتر رحیم شرعی - دکتر مدرسی که با استفاده از خرد جمعی همکاران نزدیک و همفکر در جهت پیشبرد کارها همت می گماشتند. اولین اقدام شورای عالی انتشار نشریه داخلی بود. این شورا کمیته های مختلف کاری در زمینه مالیات، کمیته بانوان، کمیته تعیین دستمزد نسخ ترکیبی و ... در کنار خود داشت.

هیئت مدیره ایران به منظور ساماندهی نارسائی های موجود در تاریخ 19 و 20 اردیبهشت 75 دومین گردهمایی دوره انجمن داروسازان را در شهر مشهد برگزار نمود که منجر به قطعنامه ای گردید.

## به نام خدا



گزارش گردهمایی مورخه 1395/8/7

## دروسازان ورودی سال 1345 دانشگاه تبریز

### دکتر عبدالله فرسام

همکاران بسیار اثر نیکو و مثبت داشت. ترقی و توسعه دانشگاه همراه با قد کشیدن و تنومند شدن درختچه های سالیان پیش، منظره جالبی به محل دانش اندوزی ما داده بود.

افزایش غیرمنتظره حدود و ثغور کلان شهر تبریز و رشد حیرت انگیز افقی و عمودی ساخت و سازها و امکانات شهری و دگرگونی نقطه نقطه شهر از جمله چهارراه منصور، قطب میدانی، تپه لی باغ و آبرسان و احداث اتوبان ها، پل های هوایی، تونل ها، مترو و غیره ... همه و همه تعجب برانگیز بود. قدیمی ترین بازار سرپوشیده جهان،

در جوانی به خویش می گفتم

شیر شیر است، گرچه پیر بُود

چون شدم پیر باز می گویم

شیر هر چند پیر، شیر بُود

شیرمردان و شیرزنان بعد از نیم قرن از اولین

دیدارشان در دانشگاه، به دعوت همکاران تبریزی

گردهم آمدند تا ثابت کنند بعد از گذشت این

همه سال و با وجود مشغله فراوان و کبر سن و

سال باز با نشاط و با انگیزه همچون شیران دیروز

پُرتوان و نیرومندند. تجدید و تحکیم رفاقت و

یادآوری خاطرات گذشته های دور در روحیه

کتابفروشی های بزرگ، یادمان نام آوران آذری و آثار تاریخی فراوان همراه با برخورد های خوب و مهربانانه مردم شهر بدون گدای تبریز، خاطره های ماضی را زنده می کرد.

در حقیقت می بایست در زیر بعضی از روزهای خاطره آفرین زندگی خطی کشید که هر از گاهی برای بازنگری جلب نظر کند و روز هفتم آبان نود و پنج روز گردهم آیی تبریز یکی از آن روزهاست.

میزگرد اطاق کنفرانس دانشکده داروسازی پذیرای شاگردان پنجاه سال پیش خود بود.

بعد از یاد و نام خدای منان، آقای دکتر ستار باختر بانی اصلی گردهم آیی با خوش آمدگویی به همکلاسی ها به جلسه رسمیت بخشیده و اظهار داشتند فرصت مغتنمی است که با دوستان نشست ثمربخشی داشته باشیم. سپس آقایان دکتر زرین تن و دکتر سیاهی رؤسای سابق و فعلی دانشکده داروسازی ضمن خیرمقدم و ذکر خاطرات مطالبی ایراد فرمودند. آقای دکتر سیاهی رئیس دانشکده خاطره ای از آن روز تعریف کردند که جالب بود. اظهار داشتند اینجانب برای امروز دو احساس متفاوت دارم. اول اینکه وقتی 50 سال پیش که شماها وارد دانشکده شدید، پدرم مرا برای اولین بار به مدرسه برده و به اولیا مدرسه سپردند شدیداً ناراحت شدم و گریه کردم ولی امروز بعد از نیم قرن که در جمع شما فرهیختگان هستم بسیار خوشحال و خندانم.

آقای دکتر میرقاسمی که الحق همه ساله برای مراسم زحمات زیادی می کشند در سخنرانی خود یاد و خاطره دوستان در گذشته را گرامی و برای آنان طلب مغفرت کردند.

آقای دکتر صدرالدینی خاطراتی از آزمایشگاه دانشکده تعریف کردند که جالب توجه بود. آقای دکتر عازم شعر بسیار زیبایی از فردوسی طوسی قرائت کردند که مورد توجه قرار گرفت. آقای دکتر فرسام بندهایی از منظومه حیدرآبادیه سلام استاد شهریار را به زبان ترکی خواندند و شعری که در ستایش شهر دوم میهمانان یعنی تبریز که خود سروده بودند قرائت کردند که مورد تشویق قرار گرفت.

آقای دکتر بیژن بهره مند نیز درمورد بررسی و تحقیقات علمی خود در زمینه بیماری دیابت سخنرانی کردند.

سپس آقای دکتر پورکاظمی یکی از چهره های فعال و سرشناس داروسازی کشور که به دعوت همکاران فارغ التحصیل 1350 حضور یافته بودند در تمجید از یاد و خاطره کلیه اساتید و رؤسای دانشکده و دانشگاه به ویژه مرحوم دکتر هوشنگ منتظری رئیس وقت دانشگاه و نویسنده و دانشمند توانای گیلانی ذکر خیری نموده و بر ادامه این روّیه و رسم بازدید سالانه تشویق و تأکید نمودند.

بعد از آن جناب آقای دکتر زرین تن همکلاسی و رئیس قبلی دانشکده، دوستان را

برای بازدید از موزه دانشکده که در کلاسهای تشریح و آمفی تئاتر سابق پزشکی تأسیس شده و به دانشکده داروسازی ملحق گردیده دعوت و راهنمایی فرمودند که بسیار جذاب بود. به ویژه این جذابیت با رؤیت عکس زنده یادان دکتر حبیب داوران و دکتر سیداحمد شاهنگیان به عنوان اولین فارغ التحصیلان دانشکده داروسازی در سال 1332 دوچندان گشت. سرانجام نشست این دوره با پذیرایی ناهار

دسته جمعی بسیار مفصل به میزبانی دوستان تبریزی در رستوران لاله پارک تبریز به پایان رسید.

در خاتمه جا دارد از همه یاران تبریزی به ویژه خانم ها دکتر حبیبی و دکتر نیکنام و آقایان دکتر باختر، دکتر زرین تن، دکتر پورحبیب، دکتر صدرالدینی و دکتر فهمیده نوروزی تشکر و تقدیر ویژه داشته باشیم.

یاشاسین تبریز

\*\*\*\*\*

## تبریز من

تبریز من، بر زخم هجران مرهمم باش  
فرسنگها دوری نه، تنها یک قدم باش  
در آسمان علم و دانش احترام باش  
با تیربار علم و ایمان، سنگرم باش  
یک باغ پر از یاس و نار و زنبقم باش  
سرسبز باش و شاد باش و سرورم باش  
همواره تا دنیاست رأس کشورم باش

صد نسخه نه، صدها قلم نه، یک قلم باش  
خواهی که اشک شوق در چشمم ببینی  
هفت آسمانم نیست حتی یک ستاره  
رگبار می بندیم بر خصم جهالت  
خاکم دهن زبیت نباشد سنگر و جنگ  
موجود بی سر هیچ دیناری نیرزد  
ای سرور و سرپرور و سردار پرور

اینک خطاب تبریز به بانوی خیر و نیکوکار (دکتر نیکنام) تبریزی که در مشهد مقیم است.

ای دخترم جایی نرو دور و برم باش  
امروز در پیشم بمان و دخترم باش

تا خاوران هجرت مکن مشهد همینجاست  
هر چند هستی مادر صدها یتیمان

دکتر عبدالله فرسام



ردیف اول پله 1 از چپ: آقای دکتر نوروزی، دکتر فرسام، خانم دکتر حیدری.  
پله 2 از چپ: دکتر صابر، همسر آقای دکتر پور کاظمی، پسر مرحوم دکتر بختیار.  
پله 3 از چپ: آقای دکتر فرزاد، دکتر باختر، دکتر کولجی (کت قهوه ای)، دکتر عازم، دکتر پور کاظمی، خانم دکتر سیمونیان، خانم مرحوم دکتر بختیار، دکتر بهره مند.  
پله 4 از چپ: دکتر حمید بیگی، دکتر رهبر، خانم دکتر جابی، خانم دکتر نیکنام، آقای دکتر بابازاده.  
ردیف آخر: دکتر پور حبیب، دکتر صدرالدینی (نامشخص)، دکتر میرقاسمی، دکتر بابا کردی، دکتر مقدم، دکتر آریا، دکتر زرین تن.





ردیف جلو از چپ: همسر آقای دکتر پور کاظمی، خانم دکتر فاطمه ملک، خانم دکتر سیمیندخت نیکنام، خانم دکتر لوسیک سیمونیان، خانم دکتر شفیقه حبیبی، همسر مرحوم دکتر بختیار، دکتر فرسام، ردیف دوم: دکتر باباگردی، دکتر صابر، دکتر محمدبیگی، دکتر آریا، دکتر پور کاظمی، دکتر زرین تن، دکتر فرزاد.

ردیف بالا از چپ: دکتر کولجی، دکتر میرقاسمی، دکتر بهره مند، دکتر رهبر، خانم دکتر جمیله حیدری.



از چپ به راست: دکتر زرین تن، دکتر فرزاد، دکتر پورحیب، دکتر کولجی، دکتر عازم، دکتر باباگردی، همسر مرحوم دکتر بختیار، خانم دکتر سیمونیان، خانم دکتر حبیبی، پشت سرشان آقای دکتر مقدم، خانم دکتر ملک، پشت سرشان آقای دکتر بابازاده، خانم دکتر نیکنام، آقای دکتر میرقاسمی، آقای دکتر صابر، خانم دکتر حیدری.



## سهل انگاری پزشکی

مؤسسه فرهنگی هنری رهپویان معرفت و اندیشه گیل  
دکتر آرش قاسم زاده - پزشک و کارشناس حقوق قضایی. مدیرعامل  
دکتر ژیا گیتی نژاد - دکتری داروسازی. رئیس هیئت مدیره  
معصومه گیتی نژاد - کارشناس ارشد ریاضی. مسئول داده های آماری و رایانه

عوارض این اشتباهات بسیار ناچیز بوده مثلاً قرصی به اشتباه ارائه یا تجویز شده و هنوز عارضه جانبی خاصی ایجاد نکرده گاهی این اشتباهات ناشی از اشتباه در تشخیص بوده ولی آنچه مسلم است تا زمانی که آسیب، یک آسیب منجر به فقدان عضو

گاه در مراجعه به پزشک یا کادر پزشکی، همیشه همه چیز آن طور که می خواهیم نیست. مسئله ای که حتی از لحاظ آماری هم در گزارش آژانس ملی ایمنی بیمار NPSA در سال 2009 بالای یک میلیون مورد اتفاق افتاده است. گاه

یا فرد نباشد فرد به مراجع قانونی مراجعه نمی کند و اکثراً این دسته از موارد است که مورد تحقیق و تفحص و بررسی قرار می گیرد.

### اشتباهات قانونی

هر جا سخن از سوء طبابت باشد از سه جنبه آن را مورد بررسی قرار می دهیم:

**محکومیت جنایی (کیفری):** پزشکان ندرتاً سابقه کیفری دارند مگر جرایم جنسی، قتل غیر عمد، ضرب و جرح

**دعوای مدنی:** طبیعتاً در معاهدات و خسارات و امثالهم بروز می کند.

**جرایم انضباطی نظام پزشکی:** در هر سیستم ملی سلامت نظام هایی چون نظام پزشکی مسئول رسیدگی به این دست جرایم می شود. نظام پزشکی مسئول بازآموزی پزشکان جهت به روز بودن و ارتقاء دانش این قشر از لحاظ حرفه ای نیز می باشد.

### وظیفه مراقبت

از دیدگاه حقوقی، وظیفه مراقبت، سهل انگاری بالینی را تحت قانون عمومی مسئولیت مدنی بررسی می کند. آنچه دانشجویان حقوق در بحث مسئولیت مدنی مختصری به آن می پردازند و ما در فصل معجزا به آن خواهیم پرداخت.

به هر حال انسان نسبت به ضرری که به غیر وارد می کند مسئول است و از این لحاظ شاغلین گروه پزشکی نیز مستثنی نیستند. و این قضیه فردی است و قابل انتقال به غیر نیست. از این جهت که یک پزشک، مسئول مستقیم مراقبت از سلامتی

بازیکن فوتبالی که به وی مراجعه کرده می باشد؛ نه آنچه به صلاح و خوشایند باشگاهش باشد. شاید توصیه وی در آن لحظه حتی به ضرر باشگاه نیز منجر شود. لکن پزشک همواره مسئول سلامتی بیمارش می باشد چه یک بازیکن فوتبال، چه هنرمندی معروف و چه سیاستمداری کهنه کار همه و همه تنها از جنبه صرف انسانیت مسئولیت سلامتییشان بر عهده پزشک معالجشان می باشد.

در مثالی دیگر اگر به بیمار بنا به خوشایند زوج یا اطرافیانش توصیه نماییم که مثلاً فرزند دیگری نداشته باشد یا در صورت تجرد ازدواج نکند، چون از سهم الارث آن اطرافیان کسر می گردد؛ این روند نیز تصمیمی مشکوک در حوزه حقوق پزشکی تلقی شده و مستوجب دین برای تیم پزشکی معالج خواهد بود و مسئولیت مدنی متوجه تصمیم گیرنده یا القاء کننده تصمیم است.

### نقص تعهد

در این بحث اختلاف سلیقه بیشتری ملاحظه می شود. اصولاً از دیدگاه حقوقی سهل انگاری حقوقی در حوزه نقص تعهد ایجاد نقصان در استانداردی است که در زندگی یک فرد انتظار می رفت حادث شود. این مسئله در موارد پزشکی مختلف جای بحث و نظر پراکنی بسیار دارد. به نظری که در حقوق پزشکی به آزمون بولام مشهور است توجه کنید: "یک پزشک از نظر سهل انگاری مقصر نیست چنانچه عده کثیری از خبرگان آن رشته عمل وی را در شرایط مناسب تشخیص دهند ولو به نتیجه مطلوب مورد انتظار هم

نرسد."

دلیل عدم حضور بر بالین بیمارش سهل انگار است حتی اگر مهارتی در لوله گذاری نداشته باشد می توانست لااقل درخواست چنین کاری را از فرد احتمالی دیگری بکند. یعنی مسئله اصلی که تعهد برای پزشک در این مورد ایجاد کرده صرف عدم حضور به موقع بر بالین است. مسئله ای که باید تحت آنالیز منطقی قرار گیرد: بررسی فواید و مضار یک عملکرد و گرفتن تصمیم صحیح یک قاضی در حوزه حقوق پزشکی است.

به کاربرد آزمون بولام در چند مثال زیر توجه کنید:

بیماری متعاقب سقوط از بلندی به مرکز درمانی مراجعه کرده تحت معاینه پزشک عمومی قرار می گیرد. پزشک تنها به تجویز چند مسکن بسنده کرده و به بیمار حتی پیشنهاد معاینه نورولوژیک کاملتری را نمی دهد؛ کاری که توسط اکثر پزشکان انجام آن در این مورد ضروری است. در این میان یک کارشناس بر این عقیده بود که کار این پزشک بدلیل احتمال پایین بروز عارضه کاری منطقی بوده است. لکن نظر بر این بوده که حتی در صورت وجود احتمال خطری اندک انجام معاینه نورولوژیک ضروری بوده و عدم نیاز به آن غیر منطقی است.

در مثال دیگر جراحی در یک عمل هیستریکتومی اقدام به برش 90 سانتی متری می کند حال آنکه در بیشتر موارد برش 51 سانتی متری انجام می شده. بیمار از این مسئله شاکی و پزشک بر این عقیده که برای بررسی بهتر

به این معنی که اگر پزشک بتواند نظر افراد صاحب نظر را در حوزه مورد نظر جلب کند از وی سلب مسئولیت خواهد شد و این مسئله کار را برای خواهان دشوار می کند. روند اثبات چنین ادعایی از طرف پزشک در رد سهل انگاری اش حتما باید بر پایه ای منطقی استوار باشد. نقش معتمدین، کارشناسان و کارآگاهان ویژه حقوق پزشکی در این میان از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد.

به این مفهوم که فقط لازم نیست پزشک به دنبال یافتن نظری موافق عملکرد وی در یک مورد خاص باشد بلکه روند انجام آن عمل از هر لحاظ باید قانونی و منطقی و حرفه ای بوده باشد.

به مثالی توجه کنید:

بیمار کودکی با شکایت زجر تنفسی در بیمارستان پذیرش می شود. پرستار پزشک را جهت معاینه فرا می خواند پزشک بر سر بالین کودک حاضر نمی شود. کودک دچار ایست قلبی و کولاپس تنفسی می شود و پس از احیا کودک بر می گردد لکن با آسیب های شدید مغزی.

آنچه در وهله اول به ذهن می رسد اینکه در صورت حضور بموقع پزشک و اتوباسیون به موقع پزشک می توانست از ایست قلبی جلوگیری کند. نظر اول دادگاه این بود که پزشک در مراجعه به بالین بیمارش سهل انگاری کرده اما پزشک مدعی می شود که وی هیچ مهارتی در لوله گذاری نداشته است.

اما نظر دادگاه بر این بوده که به هر حال وی به

عوارض عمل مجبور به انجام چنین برشی شدم. از نظر جراحان انجام چنین برشی را نمی توان دلیل منطقی برای سهل انگاری پزشک تلقی کرد به شرطی که جراح دلیل منطقی خود برای شک بالینی به ایجاد عوارض بالینی مطرح نماید.

در مثال دیگر رادیولوژیستی نتوانست یک عارضه نادر غده اشکی را در CT اسکن تشخیص می دهد. در اعتراضی که به وی شد چنین مطرح نمود که این عارضه آندقدر نادر است که بسیاری از همکاران وی نیز از دادن چنین تشخیصی معذور خواهند بود و به این ترتیب براساس آزمون بولام در این مورد سهل انگاری تایید نشد.

به مثال دیگر توجه کنید: کودکی به نام X گرفتار وضعیتی گردید که برای وی مجبور به تعیبه شانت و نتریکولوپیتونال گردیدند. روزی X دچار استفراغ و سردرد شد. مادر X با پزشک عمومی تماس برقرار می کند و وی از پشت تلفن تشخیص عفونت دستگاه تنفسی فوقانی می دهد. در حالیکه این شانت بلوکه شده بود و متعاقب منجر به حمله قلبی و بدنبالش آسیب مغزی گردیده. در این مورد دو مسئله مطرح است. نخست اینکه استفراغ و سردرد بزرگتر از چیزی بود که با یک تلفن قابل تشخیص و یا درمان باشد.

دوم اینکه لااقل پزشک می توانست آنها را توصیه به مراجعه به یک بیمارستان نماید. قضات در این پرونده با توجه به نظر کارشناسان لزوم پرسش بیشتر از طرف دکتر و راهنمایی دقیقتر را ضروری تشخیص داده و از این نظر پزشک را به

سهل انگاری در انجام توصیه دقیق محکوم نمود. در حالی که در هیئت تجدید نظر رای هیئت بدوی مورد انتقاد قرار گرفت بدین ترتیب که به هر حال این کودک خاصی با تاریخچه ای معین بود و به نظر هیئت تجدید نظر، قضات هیئت بدوی نظر شخصی خود را در آن اعمال کرده اند چرا که در چنین شرایط خاصی بهتر بود که چنین هشدارهایی از سوی پزشکان معالج قبلی در خصوص عارضه احتمالی شانت به والدین داده می شد در نتیجه پرونده برای بررسی بیشتر و استماع نظرات بیشتر به بعد موکول گردید.

نکته قابل بحث در باب سهل انگاری پزشکی این است که خوب است کمی خود را در جایگاه متهم پرونده نیز قرار دهیم. شاید امروز این راه به خصوص راهی پسندیده برای درمان فرد باشد ولی آیا در آن روز نیز همین شرایط بوده؟ آیا پزشک یا تیم پزشکی بهترین راهی که در دستشان بود را برای بیمار انجام نداده اند؟

آیا این شیوه تفکر به نوعی پزشک شاغل در یک مرکز اورژانس را مدام در چالش و استرس قرار نمی دهد؟

اینکه آیا اگر این کار را بکنم سهل انگاری است یا آن کار را، در دو یا حتی چند راهی انتخابها؟

به هر حال مجبور به انتخاب یک راه در یک زمان هستیم و این به هر حال تهدیدی برای نفراتی است که می خواهند شغل خطیر و خط مقدمی چون اورژانس را علی الخصوص بپذیرند. دقت کنیم؛ نمی توانیم انتظار داشته باشیم که پزشک در

هر حوزه نهایت دانش مورد انتظار را که از یک متخصص آن رشته انتظار می رود را پیاده نماید. شما به عنوان یک پزشک عمومی نهایتاً تا اندازه ای بسیار اندک بتوانید انتظارات را برآورده کنید نه به غایت و این را هم باید متوجه باشیم که خستگی ناشی از یک شیفت طولانی برای پزشکی که در آن روز به خصوص تحت فشار عاطفی ناشی از ترک شریک یا دوستش هم باشد چقدر می تواند در این امر و حضور ذهن وی دخیل باشد. آیا به جایی نرسیده ایم که در هر حال همه مسئولیت ها را بر دوش پزشکان عمومی نیندازیم؟

مناظره ای در باب بولام

در اینجا به نظرات دو نفر در مورد یک مسئله واحد می پردازیم که نظرات متفاوتی داشته اند: سخنگوی اول (مخالف بولام):

اصولاً اگر خواننده یا متهم پرونده، رفیق دکتر یا صاحب نظری را بیاید که موافق عملکرد وی در روز حادثه باشد و از وی پشتیبانی کند می تواند از

مسئولیت بگریزد. بدتر آنکه دکترها، باید همانند تا قانون درباره آنها تصمیم بگیرد. اگر قضات حداقل های قابل قبول علمی عملی پزشکان را در لیستی داشته باشند افول از چنین مرزی را دال بر بدی عملکرد پزشک خواهند دانست. همانگونه که برای راننده ای که در رانندگی رفتار خطرناکی را پیش می گیرد و برای آن رفتار خاص و قانون شکنی جریمه ای نیز برای سهل انگاریش در نظر گرفته می شود. لکن آیا با توجه به وسعت علم پزشکی و شاخه های آن چنین راهکاری شدنی است. توجه داشته باشیم که هیچ ضمانتی در این میانه نمی ماند چرا که در هر زمان شاید عده ای از کارشناسان یک نظر و عده ای دیگر نظر دیگری داشته باشند. پس تکلیف چیست؟ پس تا زمانی که نتوانیم از صحت عقیده یا ادعای یک پزشک به حتم یقین مطلع باشیم تشخیص سهل انگاری از این طریق کاری است صعب و مشکل.

ادامه دارد ...

# شعر و ادب

- 1 - نصایح ابوذر جمهر و بقراط
- 2 - پندنامه ی پزشکی
- 3 - شعری از سهراب سپهری در وصف زمستان و شعر استاد مهدی اخوان ثالث (م. امید)

## نصایح ابوذر جمهر و بقراط

کز آن چار آید مرض در وجود  
دوم آن که بسیار شهوت کند  
چهارم که در خواب گردد کهن  
ز اسراف شهوت همی بر دوام  
شود رنج و زحمت به تن آشکار  
نباشند مردم از این ها سلیم  
ضعیفی گرده ز پر کردن است  
به نسیان خاطر به نقصان هوش  
به کوتاهی عمر و مجموع ضرر  
که گردد نهان در خرابی چو گنج  
ز اسراف و بی صبری ناسپاس  
به وی اندر آید سر و مغز و جان  
به سرسام انجامد آخر خیال  
شود بر کسان این همه اجتماع  
نکو بشنو این نکته بس راسخ است  
صداع آورد قوت تن برد  
کشد باد قولنج بر وی رقم  
به کوهان اشتر به هاون بکوفت  
به ناسور ده ساله او سود کرد  
چنان به شود ریش کز نیش ها  
که بقراط کردست او را دوا

بود چهار حالت زیان در وجود  
یکی آن که بسیار چیزی خورد  
سوم آن که بسیار گوید سخن  
ز اسراف و ادخال اندر طعام  
ز گفتار بسیار و خواب نهار  
ز قول ابوذر جمهر حکیم  
تباهی معده ز پُر خوردن است  
ز تاریکی چشم و کری گوش  
به زردی روی و به باد جگر  
گرفتاری باد قولنج و رنج  
ز افعال بسیار شهوت شناس  
ز بسیار خفتن ز خواب گران  
پدید آیدت دردسر زین دو حال  
ز اسراف و ادخال خورد و جماع  
ز بقراط دیگر چنین پاسخ است  
هر آن کوه به اسراف ماهی خورد  
کسی کو خورد شیر و ماهی به هم  
هر آن که استخوانی ز ماهی بسوخت  
وزین هر دو بر آتشی دود کرد  
چو زان برفشانند بر ریش ها  
سه نوبت کند تا ییابد شفا

(فصلنامه ی مهرگان، شماره ی 14)



## پندنامه ی پزشکی

دکتر جواد وهاب زاده منشی

امید و پناه و یار بیمار  
بودی که شوی طیب لایق  
از عرصه برآمدی، تو پیروز  
تشریف و کلاه و نام، داری  
نایل شده یی به سرفرازی  
از رازی و بوعلی و سقراط  
بر جای، حقوق اوتسادآر  
بر خدمتِ خَلقِ او، کمر بند  
خوانند گرت، به کار درمان  
بر سرخ و سفید، یا سیه پوست  
منگر، بنگر به حال زارش  
زینهار! مکن، بدان خیانت  
از گفتِ پیمبر و امامت  
عِلْمُ الْأَبْدَانِ وَ عِلْمُ الْأَدْيَانِ

ای نور بَصَرِ طیب همکار  
یاد آر از آن زمان که شایق  
شد لطفِ اَزَل، رفیقت آن روز  
اکنون که قرین افتخاری  
تکیه زده یی به جای رازی  
این پند کهن شنو ز سقراط  
از بعدِ ثنا و حمد دادار  
شکرانه ی درگه خداوند  
بشتاب ز جان و دل به هر آن  
تدبیر نما، به دشمن و دوست  
بر کیش و عقیده و تبارش  
اسرار ورا بدان امانت  
دریاب، رسالت و مقامت  
فرمود رسول «عِلْمُ عِلْمَانُ

تجویز چو می کنی دوا را  
بنگر که چه گویدت نظامی  
«می باش طیب عیسوی هُش  
بر قطع حیات و هرم رویان  
از دینی و زیور و زر او  
اندیشه بکن که چاهِ راهند  
در مسند بوعلی سینا  
با قافله ی سریع دانش  
فارغ شوی آر، ز کارِ تحصیل  
می کوش شوی نکو به پندار  
شایسته خصال و نیکِ برخورد  
آراسته و سپید جامه  
فرصت کنی ار همه سفر کن  
گر این همه شرط جا بیاری  
ورنه، ز قسم ترا چه حاصل  
این، نامه ی یادگار منشی ست  
اخلاقِ پزشکیِ اطبّاست

کن مسألت از خدا شفا را  
سلطان سخن حکیم نامی  
اما نه طیب آدمی گُش»  
اقدام مکن به هیچ عنوان  
وز خال و خط و کمند گیسو  
اندیشه بکن که دامگاهند  
هُش دار شوی طیب بینا  
در همسفری، نمان ز چالش  
ترفیعی تو، رو کند به تنزیل  
با خلق خدا نکو به کردار  
با پیر و جوان، بزرگ یا خُرد  
نیکو به سخن نکو به خامه  
بر فلسفه و هنر نظر کن  
آن گاه طیب کارمکاری  
با غفلت و با خیالِ باطل  
سرلوحه کار و بار منشی ست  
تقدیم به محضر احبّاست

(ماهنامه ی حافظ، شماره ی 57)

## شعری از سهراب سپهری در وصف زمستان

انتخاب از : دکتر قهرمانی

پشت کاجستان، برف .  
برف، یک دسته کلاغ .  
جاده یعنی غربت .  
باد، آواز، مسافر، و کمی میل به خواب .  
شاخ پیچک و رسیدن، و حیاط .  
من، و دلتنگ، و این شیشه خیس .  
می نویسم، و فضا .  
می نویسم، و دو دیوار، و چندین گنجشک .  
یک نفر دلتنگ است .  
یک نفر می بافد .  
یک نفر می شمرد .  
یک نفر می خواند .

زندگی یعنی : یک سار پرید .  
از چه دلتنگ شدی ؟  
دلخوشی ها کم نیست : مثلاً این خورشید،

کودک پس فردا،  
کفتر آن هفته.  
یک نفر دیشب مرد  
و هنوز، نان گندم خوب است.  
و هنوز، آب می ریزد پایین، اسب ها می نوشند.

قطره ها در جریان،  
برف بر دوش سکوت  
و زمان روی ستون فقرات گل یاس

\* \* \* \* \*

و شعر استاد مهدی اخوان ثالث (م.امید)

## زمستان

سلامت را نمی خواهند پاسخ گفت  
سرها در گریبان است  
کسی سر بر نیارد کرد پاسخ گفتن و دیدار یاران را  
نگه جز پیش پا را دید، نتواند  
که ره تاریک و لغزان است ؛  
وگر دست محبت سوی کسی یازی  
به اکراه آورد دست از بغل بیرون  
که سرما سخت سوزان است.  
نفس، کز گرمگاه سینه می آید برون، ابری شود تاریک  
چو دیوار ایستد در پیش چشمانت :  
نفس کاین است، پس دیگر چه داری چشم  
ز چشم دوستان دور یا نزدیک ؟  
مسیحای جوانمرد من ! ای ترسای پیر پیرهن چرکین

هوا بس ناجوانمردانه سرد است ... آی  
دمت گرم و سرت خوش باد

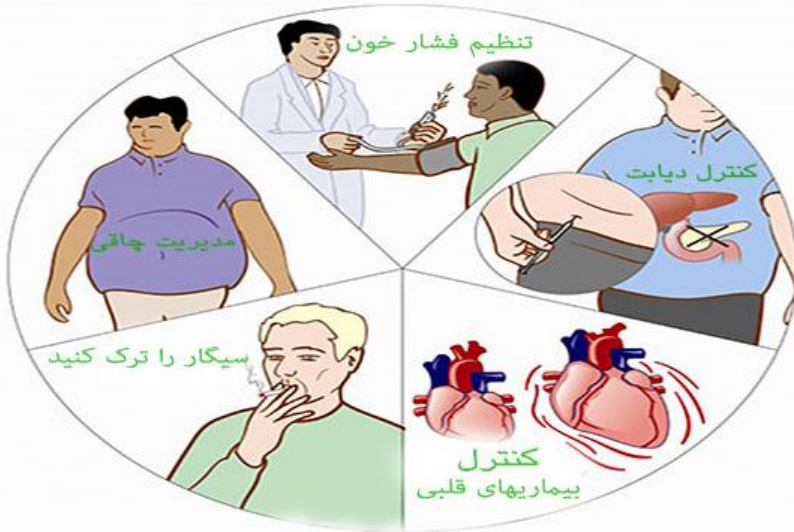
من امشب آمدستم وام بگذارم

حسابت را کنار جام بگذارم.  
سلامم را تو پاسخ گوی، در بگشای  
منم من، میهمان هر شبت، لولی وش مغموم  
منم من، سنگ تپیاخورده ی رنجور  
منم، دشنام پست آفرینش، نغمه ی ناجور  
نه از رومم، نه از زنگم، همان بیرنگ بیرنگم  
بیا بگشای در، بگشای، دلتنگم  
حریفا! میزبانان! میهمان سال و ماهت

پشت در چون موج می لرزد.  
تگرگی نیست، مرگی نیست  
صدایی گر شنیدی، صحبت سرما دندان است.  
چه می گویی که بیگه شد، سحر شد، بامداد آمد؟  
فریبت می دهد، بر آسمان این سرخی بعد از سحر که نیست.  
حریفا! گوش، سرما برده است، این یادگار سیلی سرد زمستان است  
و قندیل سپهر تنگ میدان، مرده یا زنده  
به تابوت سبتر ظلمت نه توی مرگ اندود، پنهان است.  
حریفا! رو چراغ باده را بفرورز، شب با روز یکسان است.  
سلامت را نمی خواهند پاسخ گفت:  
هوا دلگیر، درها بسته، سرها در گریبان، دستها پنهان  
نفسها ابر، دلها خسته و غمگین  
درختان اسکلتهای بلور آجین  
زمین دلمرده، سقف آسمان کوتاه  
غبار آلوده مهر و ماه،  
زمستان است!

# مقالات تخصصی - علمی

- 1 - پرفشاری خون
- 2 - عشق حقیقی، عشق مجازی و فرآیندهای فیزیولوژیک آنها
- 3 - اثر گیاه *Himatanthus Lancifolius* در لوسمی
- 4 - درمان سرماخوردگی و آنفلوانزا با معروفترین راهکارها



## پرفشاری خون (Hypertension) High blood,pressure



**دکتر محمد فرزین**

عروق شریانی، به ویژه مویرگ ها و شریان های کوچک.

فشارخون انسان شامل دو جزء Cystolic و Diastolic است. فشار خون سیستولی ناشی از انقباض عضله قلب و تخلیه خون از بطن ها به داخل شریان هاست و عدد بالاتر در اندازه گیری فشارخون محسوب می شود. فشارخون دیاستولی ناشی از زمان

یکی از مواردی که جهل به آن، قطعاً موجب آسیب دیدن و مرگ انسان می شود، پرفشاری خون است. پیری و مرگ انسان ناشی از پیری عروق است و پرفشاری خون؛ روند پیری عروق و مرگ را تسریع می کند.

دو مؤلفه در تعیین فشارخون انسان نقش دارند: یکی قدرت انقباضی و برون ده قلب، دیگری میزان مقاومت با انعطاف پذیری دیواره

فشارخون، فرد باید در محیطی آرام، دست کم به مدت ده دقیقه بنشیند و دست کم سه نوبت به فواصل چند ساعته فشارخون را اندازه گیری کند و میانگین آن سه نوبت را به عنوان میزان فشار خود محسوب نماید.

به طور طبیعی، اندازه فشارخون در مطب های شلوغ و پر سروصدا یا بخش های اورژانس، قرین به صحت و درستی نیست که گاه آن را به فشارخون ناشی از روپوش سفید تعبیر کرده اند، زیرا تنش و اضطراب و سروصدا موجب افزایش فشارخون می شود.

فشارسنج های با ابعاد نامناسب، فشارخون را نادرست نشان می دهند. از فشارسنج های باریک و کوچک برای افراد لاغر و کودکان، و از فشارسنج های بزرگتر برای افراد دارای بازوی چاق یا عضلانی باید استفاده کرد. فشارسنج با پهنای کم و کوچک به طور غیرعادی فشارخون را بالاتر از واقع نشان می دهد و برعکس فشارسنج پهن و بزرگ، فشارخون را به طور غیرواقعی کمتر نشان می دهد. از این رو انتخاب فشارسنج متناسب با اندازه و قطر بازو ضرورت دارد.

### نشانه های پرفشاری خون

متأسفانه پرفشاری خون نشانه مشخص و ویژه ای ندارد و باور عمومی مبنی بر این که فشار خون بالا موجب تعریق، تحریک پذیری، گرگرفتگی و برافروختگی صورت و بی خوابی می شود، نادرست است.

استراحت بطن ها و پرشدن آن ها توسط خون وارده از دهلیزهاست، که عدد پایین تر در اندازه گیری فشارخون به حساب می آید. فشارخون را برحسب میلی متر جیوه محاسبه می کنند و محدوده طبیعی فشار خون انسان، 129 به روی 80 میلی متر جیوه است.

پیش پرفشاری حالتی است که فشارخون سیستولی بین 120 تا 139 میلی متر جیوه و فشارخون دیاستولی بین 80 تا 89 میلی متر جیوه باشد. پرفشاری مرحله اول به حالتی گفته می شود که فشارخون سیستولی بین 140 تا 159 میلی متر جیوه و فشار دیاستولی بین 90 تا 99 باشد. در پرفشاری مرحله دوم، فشارخون سیستولی، 160 یا بالاتر و فشارخون دیاستولی 100 یا بالاتر است.

بحران پرفشاری هم به حالتی گفته می شود که فشارسیستولی بالای 180 و فشار دیاستولی بالای 110 باشد. حالت پیش پرفشاری معمولاً با تغییر سبک زندگی بهبود می یابد، پرفشاری مرحله اول و مرحله دوم با اصلاح سبک زندگی و دارو معمولاً کنترل می شود، و حالت بحران پرفشاری نیازمند بستری شدن و اقدام فوری برای کاستن فشارخون است.

فشارخون انسان ثابت نیست، و بسته به شرایط، بالا و پایین می رود. هنگام خوابیدن به پشت کمتر از حالت نشسته و هنگام ایستادن بیشتر از حالت نشسته است. فشارخون انسان در هنگام فعالیت جسمانی و تنش عصبی بالا می رود و در هنگام استراحت و آرامش روحی کاهش می یابد. برای اندازه گیری درست و دقیق



پرفشاری شدید علائمی مشترک با بسیاری از بیماری‌ها دارد، مانند سردرد، اضطراب، تنگی نفس و خونروی بینی؛ از این رو نمی‌توان از روی علائم، به تشخیص بیماری پرفشاری رسید، بلکه باید به طور مرتب و حداقل هر شش ماه یک بار فشارخون توسط فردی که نحوه استفاده از فشارسنج را به خوبی می‌داند، اندازه‌گیری شود. در بیش از نود و پنج درصد موارد، علتی مشخص برای پرفشاری خون نمی‌توان یافت، که به این نوع پرفشاری، افزایش اولیه فشارخون می‌گویند. در کمتر از 5 درصد افراد، عللی مانند بیماری‌های ارثی، بیماری کلیه، بیماری غدد فوق کلیوی و تیروئید، استفاده از داروهای ضدبارداری، استفاده از مواد محرک و مخدر مانند شیشه، آمفتامین، سیگار و الکل موجب پرفشاری خون می‌شوند، که این گروه را مبتلایان به افزایش ثانویه فشارخون می‌نامند.

### چه کسانی در معرض افزایش فشارخون هستند؟

تقریباً تمامی افراد، در مرحله‌ای از زندگی دچار پرفشاری خون می‌شوند. تا دهه پنجاه زندگی، پرفشاری در مردان و پس از دهه پنجاه در بانوان شیوع بیشتری دارد. شیوع پرفشاری خون در افراد سیاه‌پوست بیش از سایر نژادهاست، از سوی دیگر، عوارض قلبی-عروقی و مغزی و کلیوی در این نژاد شدیدتر است.

چاقی، یکی از عوامل مهم پرفشاری خون است. بافت چربی اضافی، هرچند خاصیتی ندارد،

ولی نیازمند خون‌رسانی است و قلب برای رساندن خون به چربی اضافی باید بیشتر کار کند و خون بیشتری تلمبه‌کند، به عبارتی دیگر: فشارخون را افزایش دهد تا به بافت‌های چربی خون‌رسانی شود. نداشتن تحرک کافی و زندگی ماشینی یکی از علل افزایش شیوع پرفشاری خون در جوامع امروزی است، به نحوی که شیوع پرفشاری در سه دهه اخیر نزدیک به 20 درصد افزایش یافته است. مصرف سیگار و مواد دخانی موجب افزایش فوری فشارخون می‌شوند، از سوی دیگر، در درازمدت موجب تنگی و آسیب دیدن شریان‌ها و افزایش دائمی فشارخون خواهد شد. استنشاق دود سیگار دیگران نیز همین اثر و خطر را دارد. مصرف غذاهای پرنمک و کم پتاسیم از علل مهم پرفشاری است. نمک، موجب حبس شدن مایعات در عروق و بافت‌ها و افزایش فشارخون می‌شود، برعکس، پتاسیم موجب دفع نمک از بدن و کاهش فشارخون می‌شود. مصرف الکل موجب آسیب دیدن قلب و عروق و پرفشاری خون می‌شود. استرس و تنش عصبی، هم به طور مستقیم با انقباض شریان‌ها و افزایش ضربان قلب، هم به طور غیرمستقیم با مصرف سیگار و الکل و پرخوری عصبی و چاقی موجب پرفشاری خون می‌شود.

ده درصد بانوان باردار پس از هفته بیستم بارداری دچار پرفشاری خون می‌شوند که اکثراً مشکل‌ساز نیست، ولی گاه با دفع پروتئین از ادرار و خونروی و کنده شدن جفت همراه است، که نیازمند مراقبت ویژه و بستری شدن است.

## عوارض پرفشاری خون

بیش از ده درصد مرگ ها در سراسر جهان با پرفشاری خون در پیوند است. مهم ترین عارضه پرفشاری خون، بروز سکته مغزی، سکته قلبی و نارسایی قلبی است. تورم مقطعی شریان های مغزی و شریان های اصلی بدن موجب پاره شدن آن ها و مرگ ناگهانی می شود. آسیب دیدن عروق شبکه چشم موجب کوری و آسیب دیدن عروق کلیه موجب نارسایی کلیوی در اثر پرفشاری خون می شود. آسیب دیدن مکرر عروق مغزی در درازمدت موجب اختلال در حافظه و شخصیت فرد می شود.

هرچند فشار خون بالا به خوبی با دارو کنترل می شود، ولی عاقلانه ترین و کم هزینه ترین کار، اصلاح سبک زندگی است. استفاده از سبزی های معطر مانند نعناع و آویشن، استفاده از غلات مانند لوبیا و لوبیای سویا که حاوی ویتامین ها و مواد ضد اکسیدان هستند، کلسترول و قند خون و فشار خون را کنترل می کنند. مصرف حداقل دو وعده ماهی چرب مثل ماهی سالمون و قزل آلا، به ویژه اگر داخل فویل پیچیده شده و کباب شوند، تضمین کننده سلامت قلب و عروق است. مصرف گردو و بادام تازه موجب کاهش کلسترول و سلامت قلب و عروق است. مصرف مرکبات، به ویژه پرتقال که حاوی پکتین است،

از کلسترول خون می کاهد و پتاسیم آن موجب کاهش فشارخون می شود.

مصرف روزانه یک قاشق غذاخوری تخم کتان (بهتر است آن را روزانه در خانه آسیاب کرد) همراه با سایر غذاها، مثل ماست کم چرب، نقش مهمی در کاهش کلسترول، قندخون و سلامت قلب و عروق دارد. سیر به دلیل خاصیت گشاد کنندگی عروق، موجب کاهش فشارخون می شود؛ میوه های رنگی به ویژه انار، انگور قرمز، گیلاس و آلبالو در کاهش فشارخون مؤثرند. مصرف کاکائو، چه به صورت شکلات داغ و چه به صورت جامد، به شرطی که حاوی میزان اندکی قند باشد، اثری معجزه آسا در حفظ سلامت قلب و عروق دارد. خواب کافی و حداقل 150 دقیقه ورزش ساده و آرام در هفته، مانند پیاده روی سریع، یا 75 دقیقه ورزش شدید هوازی موجب کاهش فشار خون، به ویژه در افرادی که دارای اضافه وزن هستند، می شود.

به عنوان آخرین نکته، برای پیش گیری از ابتلا به فشارخون باید از غذاهای آماده و به اصطلاح Fast Food پرهیز کرد، زیرا حاوی چربی و نمک فراوان هستند و حتی نوشابه های گازدار که همراه با این غذاهای ناسالم مصرف می شوند، حاوی میزان فراوانی از نمک هستند که موجب پرفشاری خون می شود.\*

[mashrafi@tums.ac.ir](mailto:mashrafi@tums.ac.ir)\*



## عشق حقیقی ، عشق مجازی ، و فرآیندهای فیزیولوژیک آنها

### دکتر غلامحسین مهدی زاده

رفتاری انسان ها هیچگاه بدون تغییرات فیزیولوژیک در بدن به وجود نمی آیند، ولی این تغییرات باید بر اساس مشاهدات و مستندات عشق آفرین و محبت انگیز باشند تا نتایج مطلوب حاصل گردند. لازم به ذکر است که فرایند ایجاد و تقویت مسیرهای عشق آفرین به هیچ یک از ایدئولوژی های موجود جهان ارتباطی ندارد و امری است مختص بدن هر انسان، که با توجه به شرایط محیط زندگی اش، می تواند بسیار دلنشین و پربار، یا عکس آن باشد. در این مقاله تلاش بر این است تا تحولات تاریخی عشق از دیدگاه ادب و عرفان مورد بررسی قرار گیرد، سپس مکانیزم های عصبی و هورمونی دست اندرکار فرایندهای عشق آفرین در دستگاه های مختلف

عشق و محبت در جهان هستی ارکان اصلی زندگی هستند و از دیدگاه علوم گوناگون، مانند فیزیک و شیمی و نجوم و طبیعی و ... قابل بررسی اند. گذشته از فرایندهای علمی عشق، بسیاری از کنش ها و واکنش های جهان هستی به تراز عشق و دوستی در محیط ها و جوامع مختلف جهان ارتباط تنگاتنگ دارند و به سادگی نمی توان از کنار آنها گذشت، چون لذت و آسایش بدون وجود عشق و محبت در هیچ اجتماعی، چه انسانی و چه غیر انسانی، امکان پذیر نیست و باید راهکارهای تقویت و تحریک این فرایندها را افزون کرد تا جهان از این اوضاع نفرت انگیز، خشونت بار، بی ثبات و ... رهایی یابد، زیرا آنچه مسلم است الگوهای

بدن، از جمله اعصاب و غدد و غیره، تشریح شوند، تا شاید راهکارهایی برای به کارگیری بیشتر آنها فراهم گردد.

مفهوم عشق از ابتدای پیدایش آن با چالش های فراوان و گوناگونی روبه رو بوده؛ بدین جهت در منابع مختلف تعبیرها و تعریف های متنوعی از آن عرضه شده است. در فرهنگ معین آمده: «1- به حد افراط دوست داشتن. 2- دوستی مفرط، محبت تام. یکی از عواطف است که مرکب می باشد از تمایلات جسمانی، حس جمال، حس اجتماعی، تعجب، عزت نفس و غیره. علاقه بسیار شدید و غالباً نامعقولی است که گاهی هیجانانگیز و کدورت انگیز را باعث می شود، و آن یکی از مظاهر مختلف تمایل اجتماعی است که غالباً جزو شهوات به شمار آید (دکتر سیاسی، روانشناسی تربیتی). 3- به عقیده صوفیان اساس و بنیاد جهان هستی بر عشق نهاده شده و جنب و جوشی که سراسر وجود را فرا گرفته به همین مناسبت است. پس کمال واقعی را در عشق باید جستجو کرد.

**I- عشق افلاطونی.** افلاطون گوید: روح انسان در عالم مجردات، قبل از ورود به دنیا، حقیقت زیبایی و حسن مطلق یعنی خیر را بدون پرده و حجاب دیده است. پس در این دنیا چون حسن ظاهری و نسبی و مجازی را می بیند از آن زیبایی مطلق که سابقاً درک نموده یاد می کند، غم هجران به او دست می دهد و هوای عشق او را بر می دارد، فریفته جهان می شود و مانند مرغی که در قفس است می خواهد به سوی او پرواز

کند. عواطف و عوالم محبت همه همان شوق لقای حق است، اما عشق جسمانی مانند حس صوری مجازی است و عشق حقیقی سودایی است که به سر حکیم می زند و همچنانکه عشق مجازی سبب خروج جسم از عقیمی و مولد فرزند و مایه بقای نوع است، عشق حقیقی هم روح و عقل را از عقیمی رهایی داده، مایه ادراک اشراقی و دریافتن زندگی جاودانی، یعنی نیل به معرفت جمال حقیقت و خیر مطلق و حیات روحانی است و انسان به کمال علم وقتی می رسد که به حق واصل و به مشاهده جمال او نایل شود و اتحاد عالم و معلوم و عاقل و معقول حاصل گردد (سیر حکمت در اروپا).

**عشق اکبر** - اشتیاق به لقای حق تعالی و معرفت ذات و شهود صفات در ذات را عشق اکبر نامند. فلاسفه و عرفا گویند اگر عشق عالی نمی بود، موجودات طراً مضمحل می شدند و آنچه حافظ ممکنات و معلومات نازله است عشق است (عشق عالی) که مساوی در ممکنات و موجودات جهان هستی می باشد زیرا همه موجودات عالم طالب و عاشق کمال اند و غایت این مرتبه از عشق تشبه به ذات خدای متعال است. **عشق اوسط** - عشق حکما و علما به تفکر و تعمق در صنع خدای متعال و حقایق و موجودات. **عشق جسمانی** - عشقی که مبنای آن بر شهوت باشد؛ مق. عشق معنوی، عشق روحانی. **عشق حقیقی** - عشق به حق تعالی. **عشق به خدا** - عشق به حق تعالی. **عشق روحانی** - عشقی که هدف آن لذت روحی باشد، عشق معنوی؛ مق عشق جسمانی.

## عشق ظاهری - عشق مجازی. عشق

مجازی - عشق غیر حقیقی و موقت و زودگذر، عشق ظاهری مانند عشقی که در موجودات زنده سبب جلب و جذب یکی دیگری را می شود و نتیجه این جذب و انجذاب بقای نسل و نوع است. (معین، دکتر محمد، فرهنگ فارسی، جلد 2، ص 2303-2304، انتشارات امیرکبیر - تهران - 1379). واژه عشق در دائره المعارف فارسی با مفاهیم و توصیف هایی شبیه به فرهنگ معین آمده است: «عشق در تداول عامه عبارت است از هیجان و شوق جنسی مستمر و غلبه ی محبت نسبت به محبوبی که وصال او مطلوب است، و به این معنی در ادب فارسی به حدّ وفور و مخصوصاً در غزل و همچنین در تغزل و تشبیب و گاه در سایر انواع و فنون شعری متداول است، و از آن به محبت و نیز احیاناً به مهربانی هم تعبیر می کنند. اما در اصطلاح حکما و عرفای اسلامی - مخصوصاً در ایران - غالباً مرادف و معادل و دّ (Vadd) و حبّ (hobb) به کار می رود، و آن را عبارت می دانند از میل طبیعی شدید به آنچه مطبوع و لذت بخش طبع است، و این البته ممکن است سببش - چنانکه غزالی در احیاء العلوم بیان می کند - خودپرستی و جلب نفع باشد یا علاقه ی به خیر و جمال، و حتی توافق و تناسب روحانی و معنوی باشد، و آنچه منشاء عشق الاهی - که نزد صوفیه موضوع بحث و گاه اصل طریقت محسوب است - شمرده شده است، همین توافق روحانی و معنوی است، و به این معنی است که صوفیه عشق را **جنون الاهی**، و

«شبهه ی» [= دام] حق خوانده اند، و آن را از مهمترین مقامات وصول دانسته اند. بیان صوفیه در عشق به حق و محبت بین انسان و خدا، که آن را غالباً عشق حقیقی و موهبت الاهی می شمارند، و مبتنی بر گرایش روح به مبدأ وجود می دانند، با بعضی سخنان افلاطون و فلوپین شباهت دارد، و این عشق، که در کلمات رابعه ی عدویه، حلاج، خواجه عبدالله انصاری، عطار، و مولوی، و در بسیاری از کتب صوفیه، راجع به آن بحث شده است ادب صوفیه را از خشکی زهد اهل ظاهر بیرون آورده است، و چاشنی ذوقی به آن بخشیده است. چنانکه تحت تأثیر این فرضیه، سلوک صوفی عبارت شده است از طلب وصال حق، که معشوق ازلی است، و نهایت آن اتحاد بین انسان و خدا شناخته شده است، که خود صورتی و تعبیری است از **فنا**، و در حقیقت نتیجه ی تحقق وصال بین انسان است و معشوق ازلی او، که خدا است. (دایره المعارف فارسی، به سرپرستی غلامحسین مصاحب، جلد دوم، بخش اول، ص 1736، انتشارات امیرکبیر، چاپ سوم، 1381).

نخستین گفته ها و نوشته ها درباره عشق به زمان های افلاطون و فلوپین نسبت داده شده است، ولی به طور قطع از زمان پیدایش موجودات زنده روی زمین تمایلات عاشقانه نیز باید وجود داشته باشد، و افلاطون و فلوپین با بیان عالمانه به آن جنبه علمی و قابل بحث داده اند. افلاطون نظرات خود را در رساله «مهمانی» از زبان شخصیت های علمی زمان خود

بیان می دارد. نخست، در جایی می گوید: «در کیهان، در آغاز به هم ریختگی بود، زمین و عشق پس از تکوین، نظم را جانشین بی نظمی کردند.» شاید از عشق در این جا به جاذبه و هنجار کیهانی بشود تعبیر کرد که اجرام را در نظمی بر جای خود برقرار می دارد.» در جای دیگر، از زبان شخصیتی دیگر می گوید: «آدمیان در آغاز یک مجموع کامل را تشکیل می دادند، یعنی هر کس جفت خود را در خود داشت. بر اثر این کاملیت دستخوش غرور شدند و خواستند بر خدایان عصیان ورزند و آنان را از اریکه قدرت به زیر آورند. خدایان برای پیشگیری از این خطر، آنان را به دو نیم کردند، که این دو نیم از هم جدا ماند، از آن پس هر نیمه آرزوی نیم دیگر خود می کند و در جستجوی آن است. عشق از این حادثه زاییده شد. تبلور آن در وصال است که هر کسی در طلب کمال، نیم دیگر خود را می جوید.» این افسانه عقیده ی بسیاری از آئین ها و فرهنگ های کهن جهان است که از نظر علمی هیچگاه قابل اثبات نیست، ولی اگر از دیدگاه ژنتیکی آن را بررسی کنیم و بدانیم که سلول های جنسی زنان فقط از نوع XX و مردان از نوع XY است، تصور نوعی جداسازی دور از عقل به نظر نمی رسد. افلاطون، سرانجام، نظر اصلی خود را از زبان سقراط بدین شکل بیان می دارد که: عشق طالب زیبایی است و می خواهد آن را جاویدان داشته باشد. اوست که جدایی میان الوهیت و آدمی را از میان برمی دارد و از برکت اوست که جهان به هم پیوسته است.

انسان به دامن عشق چنگ می زند برای آنکه در جستجوی خوبی است، آن هم «خوبی پایدار»، «انسان میل به آفرینش دارد و می خواهد زیبایی و نه زشتی را بیافریند»، «به هم برآمدن مرد و زن» نمونه بارز آفرینش است، به منظور «جاودان ساختن موجود فانی». این تنها به تولید فرزند جسمانی منتهی نیست، بلکه شامل فرزند معنوی چون ابداع، تألیف کتاب و هنر هم می شود. از آن هم درمی گذرد و زیبایی اجتماع و معرفت را دربرمی گیرد: «در این حال، دریای پهناور زیبایی را می نگرد و در آن تفکر می کند، افکار و اعتقادهای خوب و بلند در ذهنش ایجاد می شود، و جان او روشن و نیرومند می گردد، تا بدانجا که به او موهبت درک معرفت کلی اعطا می شود که آن معرفت به تمام زیبایی های جهان است؛ سرانجام «جهان نویی» می بیند که زیباییش پاینده است و آغاز و انجام ندارد».

دیگر بزرگان خرد و اندیشه، چون کنفسیوس، ابن سینا، عطارد، سنایی، و بسیاری دیگر، نیز صفات عشق را از دیدگاه خودشان برشمرده اند، که تا حد زیادی مشابه مفاهیمی است که تاکنون از آنها یاد شده است. عشق، از دیدگاه همه بزرگان اندیشه، پایه و اساس دوست داشتن، مهر ورزیدن، آرامش داشتن، شاد بودن، پاس داشتن و ... است، که در واقع مایه پاینداری و نظم و آرامش و رفاه هر اجتماعی می تواند باشد. تمام صفاتی را که از عشق برشمرده اند، هیچگاه نمی توان صفات روحانی عشق را با صفات جسمانی (شهوانی) عشق یکسان شمرد،

چون آثار آنها بسیار متفاوت هستند، به جهت اینکه ساز و کارهای ایجاد آنها در بدن انسان فرایندهای متفاوتی دارند که بسیار شگفت آور هستند. برای آشنایی با این فرایندها، نکاتی از فیزیولوژی اعصاب و غدد بدن به اختصار توضیح داده می شود.

پیام های حسی پیکری، بینایی و شنوایی که از بخش های مختلف بدن وارد می شوند باید، سرانجام، خود را به مسیر مجاور نخاع برسانند تا بتوانند به بخش های قاعده ای مغز در درون جمجمه بروند. بخش زیادی از پیام های ورودی در همین مسیر حذف می شوند و تنها درصد کمی از آنها خود را به مغز می رسانند. این پیام ها از سه مسیر وارد یکی از نیمکره های مغز می شوند، که آن را نیمکره «غالب» می گویند و در اکثر موارد (حدود 95%) سمت چپ مغز است و به همین دلیل اکثر انسان ها «راست دست» هستند. این ناحیه بسیار تکامل یافته است و بزرگترین نقش منحصر به فرد را در میان قسمت های قشر مخ در سطوح عالی عملکرد مغز، که به آن «هوش» می گوئیم، ایفا می کند. این ناحیه نام های مختلفی، مانند ناحیه شناخت، ناحیه آگاهی، مرکز عقل، ناحیه درک کلام و ... دارد، ولی به افتخار عصب شناس بزرگ و کاشف آن «ناحیه ورنیکه» نامیده می شود. این ناحیه در انسجام بخشیدن افکار انسانی و احضار الگوهای پیچیده حافظه نقش مهمی دارد. پیام های حسی، سپس بر اساس تفسیری که از آنها در مرکز ورنیکه می شود، به

صورت پیام های حرکتی به بخش های مختلف مجموعه مغز هدایت می شوند و در نهایت به شکل فعالیت های حرکتی در اندام های مختلف ظاهر می گردند. نواحی ارتباط در قشر مخ سه ناحیه هستند:

1- ناحیه ارتباطی آهیانه پس سری گیجگاهی

2- ناحیه ارتباطی پره فرونتال

3- ناحیه ارتباطی لیمبیک و زوائد آن

هر یک از این نواحی کارکردهای متفاوتی از نظر تفسیرها و ادراک دارند، که به جهت بحث های تخصصی و پیچیده از آن صرف نظر می شود. نکته مهم قابل اشاره در اینجا این است که مرکز رفتارهای خشونت آمیز و ناهنجار در ناحیه پره فرونتال و بخش آمیگدال مخ قرار دارد، حال آنکه رفتارهای عشق آفرین، مهر ورزیدن، دوست داشتن و تمام خلاقیت های هنری در سیستم لیمبیک، یعنی هیپوتالاموس و ساختمان های مرتبط با آن، متمرکز هستند. قطع آزمایشی رابطه ناحیه پره فرونتال با دیگر مناطق مغز آثار متعددی به جا می گذارد، که کاهش شدید پرخاشگری و از بین رفتن جاه طلبی، از دست دادن اخلاقیات و پرده دری در امور جنسی و دفع، تغییر خلق و خوی به عصبانیت، به نشاط و دیوانگی مهم ترین آنها هستند. البته، این دو ناحیه در کنار هم قرار دارند و به وسیله واسطه های شیمیایی مغز روی همدیگر تأثیر می گذارند و انواع رفتارهای احساسی را ظاهر می کنند.

جدا از کنترل مستقیم فعالیت مغز با ارسال

پیام های عصبی از نواحی پایینی مغز به نواحی قشری، مکانیسم فیزیولوژیک دیگری هم به وفور برای کنترل فعالیت مغز به کار می رود که ترشح واسطه های شیمیایی عصبی (تحریکی یا مهارتی) به درون مغز است. این واسطه های عصبی اغلب به مدت چند دقیقه یا حتی ساعت باقی می ماند و بدین ترتیب به جای تحریک یا مهار لحظه ای، کنترلی طولانی اعمال می کنند. مهم ترین واسطه های شیمیایی عصبی مغز انسان عبارتند از:

1- نوراپی نفرین - منطقه نیلی (لوکوس سروئوس) ناحیه کوچکی در مغز است که رشته های عصبی آن در سرتاسر مغز پخش می شوند و از پایانه خود نوراپی نفرین ترشح می کنند. نوراپی نفرین، به طور کلی، مغز را وادار به افزایش فعالیت می کند، اما در بعضی مناطق خاص مغز اثر مهارتی دارد. در رؤیاءپردازی و بعضی مراحل خواب هم نقش دارد.

2- دوپامین - این واسطه در ماده سیاه هسته های قاعده ای مغز ترشح می شود و مسئول هدایت پیام های عصبی به بخش های قاعده ای مخ و نیز نواحی عمقی تر، به ویژه هیپوتالاموس و دستگاه لیمبیک است، که مسئول مکانیسم های رفتاری و انگیزشی اند.

3- سروتونین - در هسته های سجاف (رافه) خط وسط پل های مغزی و بصل النخاع رشته های عصبی خاصی وجود دارند که سروتونین ترشح می کنند. این رشته ها به طرف قشر مخ و نخاع هم می روند و در فرایندهای سرکوب درد، ایجاد خواب، اشتها، رفتارهای

نشاط آور، ایجاد عشق و محبت و مهربانی نقش اصلی را دارند.

4- استیل کولین - در بخش مشبک پل و مزانسفال مغز تعدادی رشته های عصبی غول پیکر (Giant) وجود دارند که به سمت سطوح عالی تر مغز و به سمت پایین و نخاع می روند. این رشته های عصبی از پایانه خود استیل کولین آزاد می کنند، که در بسیاری از اعمال مربوط به بیداری، هشیاری، حافظه، فعالیت های عضلانی، برانگیختگی حاد، فعالیت دستگاه تناسلی در زن و مرد، و بسیاری از فرایندهای مربوط به رفتارهای خشونت آمیز نقش دارد.

علاوه بر چهار ماده مهم و اصلی نامبرده در بالا، تعدادی دیگر از مواد در مغز وجود دارند که در حقیقت ادامه دهنده آثار به وجود آمده به وسیله چهار ماده اصلی هستند. مهم ترین آنها عبارتند از: گاما آمینو بوتیریک اسید (گابا)، گلو تامات، انکفالین ها، اندورفین ها، هورمون آدرنوکورتیکوتروپیک (ACTH)، هیستامین، اپی نفرین، آئزوتنسن II و نوروتنسن. به طور خلاصه، اندورفین ها و انکفالین ها و ACTH و اپی نفرین و آئزوتنسن II ادامه دهنده آثار به وجود آمده از نوراپی نفرین و سروتونین؛ و گلو تامات به کمک برخی از مواد دست اندرکار قلب و عروق و فشارخون ادامه دهنده آثار ایجاد شده به وسیله استیل کولین هستند.

بر اساس آنچه تاکنون ذکر شد، پیام های حسی، پس از عبور از بخش های مختلف ذکر شده، در نهایت خود را به سیستم لیمبیک



می رساند که در بخش قاعده ای مغز قرار دارد و رابط بین دستگاه اعصاب و دیگر قسمت های بدن است. سیستم لیمبیک شامل هیپوتالاموس در وسط آن و دیگر بخش های کناری است. در زیر هیپوتالاموس غده مهم هیپوفیز قرار دارد که توسط پل هایی با هیپوتالاموس ارتباط مستقیم دارد و مسئول کنترل و فعالیت بسیاری از اندام های بدن به وسیله هورمون های خود است. سیستم لیمبیک در ایجاد رفتارهای احساسی، یعنی عشق و لذت و نشاط، یا تعرض و تهاجم و ترس و خشونت، نقش اصلی و اساسی دارد و آنها را از مسیرهای مختلف و به کمک مواد گوناگون انجام می دهد.

تاکنون دو مسیر مهم برای رفتارهای احساسی، از طریق آزمایش روی حیوانات و انسان، مشخص شده است: 1- مسیر پاداش، شامل تمام فرایندهای خوشایند و رضایت بخش و همراه با لذت؛ 2- مسیر تنبیه، شامل تمام واکنش های منتهی به ترس و وحشت و درد و دفاع و گریز. مراکز مخصوص پاداش و تنبیه در قسمت های مختلف هیپوتالاموس و تالاموس قرار دارند و متناسب با تحریکات وارده پاسخ ایجاد می کنند، ولی، در کل، تحریکات مراکز تنبیه اغلب می توانند مراکز پاداش و خوشحالی را به طور کامل مهار کنند و این نشان می دهد که تنبیه و ترس می توانند بر خوشحالی و پاداش پیشی بگیرند. نکته مهم در مورد مسیرهای پاداش و تنبیه این است که در پایانه های عصبی این مسیرها سرانجام موادی آزاد می شوند که تمام

پاسخ های ایجاد شده در بدن ناشی از آثار آنهاست. ماده اصلی فعال کننده ی هر دو مسیر پاداش و تنبیه در بدن انسان دوپامین است، که از آمینواسید «تیروزین» ساخته می شود و به مقدار زیاد در بخش های قاعده ای مغز و سیستم لیمبیک وجود دارد.

دوپامین در مسیر پاداش، ابتدا، نوراپی نفرین، سروتونین و انکفالین ها و اندورفین ها را از محل های خود آزاد می کند، که این مواد نشاط آور و شادی بخش از مسیرهای خاص خود روی قسمت های گوناگون مغز اثر می کنند و پیام های تحریکی را به سمت هیپوتالاموس و بخش های قاعده ای مغز ارسال می کنند. سیستم لیمبیک و هیپوتالاموس نخست غده هیپوفیز را تحت تأثیر قرار می دهند. هیپوفیز غده ای کوچک و مهم در زیر هیپوتالاموس و قاعده مغز است که با هیپوتالاموس ارتباط مستقیم دارد. این غده از دو بخش قدامی و خلفی تشکیل یافته، که در هر بخش هورمون های مهم ساخته و ترشح می شوند که اکثر اعمال بدن را کنترل می کنند. در بخش قدامی شش هورمون مربوط به رشد بدن، عملکرد تیروئید، جنسی و باروری، ترشح شیر و دوران شیردهی، و کارکرد غده روی کلیه ترشح و آزاد می شوند، که در بسیاری از فعالیت های زندگی بخش و نشاط آور بدن نقش اصلی را دارند. بخش خلفی غده هیپوفیز دو هورمون مهم اکسی توسین و وازوپرسین را ترشح می کند، که اکسی توسین در دوران بارداری برای آماده کردن رحم، انجام زایمان

طبیعی و آماده کردن پستان‌ها برای تولید شیر و جریان دادن آن به دهان کودک نوزاد نقش بسیار مهمی دارد. اوکسی توسین در شیر خوردن نوزاد از پستان مادر و در آغوش او نقش زیادی دارد، طوری که در بعضی کشورهای پیشرفته، اسپری‌هایی از آن تهیه شده است که مادران شیرده کارمند، هنگامی که پرستاران از کودک نگهداری می‌کنند، پیش از به آغوش کشیدن کودک، آن را به خود می‌پاشند، سپس کودک را شیر می‌دهند. دیده شد، کودکان در این شرایط با ولع بیشتر و مهربانانه‌تر شیر می‌خورند. همچنین، پژوهش‌هایی در ارتباط با وفاداری مردان نسبت به زنان و اوکسی توسین در ژاپن در حال انجام است، که نتایج اولیه نشان‌دهنده ارتباط مستقیم تراز اوکسی توسین بدن و میزان وفاداری مردان است. تمام آثاری که از هورمون‌های غده هیپوفیز روی بدن ظاهر می‌شوند، به نوعی روی احساس‌های عاطفی و انسانی بدن تأثیر گذارند، و از سوی دیگر، بسیاری از فعالیت‌های هورمونی بدن به صورت فیدبک روی هم تأثیر می‌گذارند.

دوپامین در مسیر تنبیه، به تولید استیل کولین و گلو تامات از محل‌های خود و هدایت آنها به مسیرهای خشونت‌آمیز سیستم لیمبیک می‌شوند. می‌دانیم که تنها ماده مربوط به فعالیت عضلات مخطط (عضلات حرکتی) ماده استیل کولین است؛ رفتارهای خشونت‌آمیز بدون تردید به فعالیت شدید عضلات حرکتی وابسته است. از سوی دیگر، استیل کولین در درون مغز، از

مسیری دیگر، فعالیت گلو تامات درون مغز را زیاد می‌کند، که خود ماده‌ای بسیار قدرتمند و تحریکی است و آثار ناشی از استیل کولین روی عضلات حرکتی را دو چندان می‌کند. بدین ترتیب، می‌توان انتظار داشت که تکرار مداوم این فرایند در بدن به وسیله پیام‌های حسی دریافتی می‌تواند به ایجاد انسان‌هایی خشن و بدون احساس‌های عاطفی محبت‌آمیز منجر شود، که خود فاجعه‌ای انسانی است. نکته بسیار مهم در مورد مسیرهای پاداش و تنبیه این است که به کار گرفتن مداوم این مسیرها به وسیله عوامل محیطی، در بدن باعث ایجاد «عادت» می‌شود و در مراحل بعدی این فرایندها ناخودآگاه تکرار می‌شوند. نمونه بارز آن در مورد مسیر پاداش و آثار نشاط‌آور «مولانا جلال‌الدین مولوی» است که هیچگاه نمی‌توانست آئین «سماع» را ترک گوید، حتی می‌گویند در حمام نیز آن را انجام داده است، که این بیانگر تأثیر شگرف مسیر پاداش بر فرایندهای فیزیولوژیک بدن و آثار خوشایند روی بدن است. اینکه عده‌ای اجازه نمی‌دهند به «مثنوی» مولانا دست زده شود و برای آن فتوایی صادر می‌کنند، به جهت همین آثار وجدآور آن روی بدن از طریق مسیر پاداش است، که خود جای بحث فراوان دارد و مقاله‌ای دیگر می‌طلبد.

به طور خلاصه، آنچه که در گذشته به آن «عشق حقیقی»، یا «عشق روحانی»، یا «جنون الاهی» تعبیر می‌شد، در حقیقت همان مسیر

پاداش فرایندهای فیزیولوژیک بدن است، که در آن موادی مانند نوراپی نفرین، سروتونین، انکفالین ها و اندورفین ها، و سرانجام، هورمون های دو بخش غده هیپوفیز نقش دارند. امروزه از نظر علمی می دانیم که عامل اصلی ایجاد بیماری «جنون» اسکیزوفرنی همان ماده دوپامین است، که تراز زیاد آن در بخش های قاعده ای مغز، سپس هدایت آن در مسیرهای پاداش یا تنبیه، دو جنبه متفاوت بیماری را در افراد مبتلا به وجود می آورد. دوپامین اگر در مسیر لیمبیک - فرونتال قرار گیرد، با تولید استیل کولین و گلوتامات، به ایجاد حالت بهت زدگی، پرخاشگری، خود بزرگ بینی و توهمات پارانوئیدی منجر می شود که می توانند بسیار خطرناک باشند، ولی در مسیر لیمبیک - هیپوتالاموس، با تولید نوراپی نفرین، و سپس سروتونین و انکفالین ها، باعث ایجاد رفتارهای عاطفی عشق و رزانه، محبت آمیز، خلاقانه و نشاط آور می گردد.

«عشق مجازی» یا «عشق جسمانی»، که در واقع عامل جلب و جذب بین موجودات زنده، به خصوص انسان، است، در حقیقت با دخالت جسم انسان سر و کار دارد، که باعث تولیدمثل و بقای نسل می گردد. در فرایند اعمال جنسی انسان (زن و مرد) ماده اصلی دست اندرکار اعمال جنسی باز هم ماده «استیل کولین» است، که به کمک برخی هورمون های جنسی، فرایند عمل جنسی را تکمیل می کنند، ولی در بیشتر بخش های عمل جنسی مکانیزم های تماسی و

مالشی با دخالت استیل کولین نقش اصلی را دارند، که، در حقیقت، هیچ گونه ارتباطی به مکانیزم ها و واسطه های شیمیایی درون مغز ندارند.

سرانجام، زمانی می توان گفت یک انسان زنده است، که بتواند از تمام ظرفیت های طبیعی بدن خود، به خصوص در مسیر «پاداش»، استفاده نماید و بهره دهی انسانی خود را در جهت دوست داشتن، مهر ورزیدن، آرامش داشتن، شاد بودن، عشق ورزیدن بروز دهد. در غیر این صورت، انسان مجسمه ای متحرک خواهد بود، که از تمام عواطف انسانی تهی است و به راحتی می تواند مورد سوء استفاده های گوناگون قرار گیرد و آسیب های اجتماعی متنوعی به بار آورد.

**راهکارهای بکارگیری رفتارهای**

### عشق آفرین

- 1- استفاده از حرکات ورزشی مشابه سماع
- 2- استفاده از مواد غذایی نشاط آور
- 3- آفتاب گیری مناسب در طول روز
- 4- استفاده از موسیقی متناسب با سلیقه، به خصوص به صورت گروهی
- 5- تبلیغ استفاده از علوم انسانی موردعلاقه، شعر و داستان و ادبیات و غیره
- 6- تا حد ممکن و مجاز از خنده استفاده کنید.
- 7- در صورت امکان و به طور ترجیحی از عوامل تحریک کننده مسیر «تنبیه» و ابزارهای سرکوب کننده مسیرهای «پاداش»، به خصوص از نوع موسیقی و آوازخوانی و ترانه سرایی حزن آور و نمایش هایی مانند تعزیه و ... خودداری شود.



## اثر گیاه *Himatanthus Lancifolius* در لوسمی

گردآوری: دکتر سیداحمد میرسنبل

سلولها به طور کامل تشکیل نمی گردند. این امر باعث عفونت، تب، اختلالات انعقادی، کم خونی، احساس خستگی شدید می گردد. تشخیص این بیماری با استفاده از آزمایش خون و بیوپسی مغز استخوان انجام می گیرد. چهار نوع اصلی سرطان خون وجود دارد که شامل:

- 1- لوسمی حاد لنفوئیدی (ALL)
- 2- لوسمی حاد میلوئیدی (AML)
- 3- لوسمی مزمن لنفوئیدی (CLL)
- 4- لوسمی مزمن میلوئیدی (CML) هستند.

لوسمی طیف وسیعی از بدخیمی های سیستم خونی بدن را شامل می شود که نسبت بالای مرگ و میر را در جهان به خود اختصاص داده است. در سال 2008، طبق آمار انستیتو سرطان کشور برزیل، حدود 10 هزار مورد مرگ و میر ناشی از سرطان گزارش شد که نزدیک به 3% آن در اثر نئوپلاسم ها تشخیص داده شدند. لوسمی از نظر بالینی و پاتولوژی (آسیب شناسی) اشکال مزمن و حاد دارد. در این بیماری مغز استخوان قادر به تولید سلولهای سفید سالم نبوده و این

(Himatanthus) از خانواده آپوسیناسه (Apocynaceae) به دلیل داشتن خواص ضد درد و التهاب در آمریکای جنوبی برای درمان نیش مار، تومورها، آرتریت، گاستریت، مالاریا، لشمانيوز پوستی، تریپانوزوما استفاده می گردد.

گونه *H.Lancifolius* گیاهی است که به شکل وسیع گسترش یافته و در فارماکوپه I برزیل منوگراف آن آمده است. عموم مردم آن را به نام *agoniada* می نامند. در طب سنتی برزیل از آن در درمان زخم و از اثرات ضد تب، مدر، مسهل و ضد آسم آن استفاده می شود.

اثرات درمانی این گیاه مربوط به الکلوئیدهای موجود در آن است که از گروه ایندول الکلوئیدها به نام *uleine* و *demethoxyapidospermine* می باشند. کاربرد درمانی این الکلوئید شامل موارد زیر است:

- 1- طیف وسیعی از اثرات ضد میکروبی برای میکروارگانسیم های پاتوژنیک
  - 2- اثر تقویت کننده معده
  - 3- اثرات برطرف کننده زخم
  - 4- اثر روی عضلات صاف
- در یک مطالعه که در کشور برزیل انجام گرفت نشان داد که الکلوئیدهای این گیاه روی عملکرد لوکوسیت تأثیر گذاشته و نشان داده شد باعث مهار رشد سلولهای لوسمی می گردند، در حالی که سلولهای سالم را حفظ می نمایند.

درمان این بیماری شامل ترکیبات دارویی استفاده شده در شیمی درمانی، پرتودرمانی، پیوند مغز استخوان همچنین مراقبتهای تسکینی است. بیماری لوسمی چالش درمانی بسیار زیادی دارد. هنوز پروتکل استاندارد تأیید شده ای که ایمن و قابل اعتماد برای بهبود و کاهش رنجهای بیماران ناشی از درمان این بیماری باشد، وجود ندارد.

استفاده از ترکیبات طبیعی که اثرات ضد سرطان دارد در درمان بالینی در نظر گرفته شده است. در واقع نیمی از همه داروهای ضدلوسمی که به شکل بین المللی استفاده می شوند از فرآورده های طبیعی و مشتقات آنها هستند. از این ترکیبات می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- 1- الکلوئیدهای وینکال (ویسین کریستین *vincristine*، ویسین بلاستین *vinblastine*، ویندسین *vindesine*، وینورلین *vinorelbine*)
  - 2- تاکسانها (*docetaxel - Paclitaxel*)
  - 3- پدوفیلوتوکسین و مشتقات آن (*teniposide-etoposide*)
  - 4- کامپتوتسین (*camptothecin*) و مشتقات آن (*irinotecan - topotecan*)
  - 5- آنتراسایکلین ها (*doxorubicin*، *epirubicin* و *daunorubicin*، *indarubicin*)
- گونه های گیاه هیماتانتوس



## درمان سرماخوردگی و آنفلوانزا با معروفترین راهکارها

### گردآوی: دکتر ژاله تحویل‌داری

سرماخوردگی‌گیشان خوب می‌شد و به‌طور میانگین در 1.5 روز سرماخوردگی آنها بهبود می‌یافت. البته این گیاه ضد عفونت‌های دیگر هم هست.

### خاصیت ضد ویروسی «روی» می‌تواند به درمان سرماخوردگی کمک کند.

مطالعات زیادی خاصیت ضد ویروسی «روی» را نشان داده است. این ماده‌ی معدنی می‌تواند پروتئین‌هایی را که ویروس‌ها با آن تولیدمثل می‌کنند را تخریب کند. اگر می‌خواهید «روی» مصرف کنید، فرم خوراکی آن را مصرف کنید، چون فرم استنشاقی آن می‌تواند به تنفس شما آسیب بزند.

سرماخوردگی و آنفلوانزا را به صورت طبیعی درمان کنید. شاید طبیعی باشد که شیوع سرماخوردگی و آنفلوانزا تا این حد در جهان زیاد است. ولی خداوند میوه‌ها و غذاهایی را در فصلی خاص (زمستان) برای ما آفریده که با آن می‌توانیم به صورت طبیعی آنفلوانزا و سرماخوردگی را درمان کنیم.

### با سرخارگل (اکیناسه) به مبارزه سرماخوردگی و آنفلوانزا بروید.

سرخارگل، که نام لاتین آن اکیناسه (Echinacea) است، یک گیاه دارویی است که می‌تواند ضد سرماخوردگی باشد. طی مطالعه‌ای که دانشمندان انجام دادند، کسانی که سرخارگل مصرف می‌کردند، خیلی زودتر

## خاصیت ضدسرماخوردگی ویتامین ث را

**همه می دانند.** مطالعات زیادی حاکی از آن است که ویتامین ث می تواند علائم و طول مدت سرماخوردگی را کاهش دهد. در یک مطالعه، افرادی که در معرض استرس و سرمای خیلی زیاد بودند، ولی ویتامین ث زیادی مصرف می کردند، نسبت به افراد عادی 50 درصد کمتر سرما می خوردند. ویتامین ث را زیادی مصرف نکنید، چون مصرف بیش از 2000 میلی گرم در روز می تواند باعث اسهال و دل درد شود.

## غذای جایگزین دوران سرماخوردگی

**سوپ مرغ است.** مادرزرها تا یکی مریض می شد فوری سوپ درست می کردند، حتماً یک چیزی می دانستند، چون سوپ مرغ از چندین راه می تواند با سرماخوردگی مبارزه کند. قبل از اینکه سوپ را بخورید، سعی کنید بخار آن را بوخور کنید. همچنین سعی کنید آب سوپ را هم سر بکشید، تا آب از دست رفته ی بدنتان هم تأمین شود.

## چای داغ هم علائم سرماخوردگی را

**تخفیف می دهد.** حتماً وقتی چایی را می ریزید منتظر می مانید تا سرد شود؟ این بهترین فرصت است تا بخار آن را بوخور کنید. این کار سینه و گلوی شما را نرم می کند. پس از بوخور، چای را بنوشید تا هم آب از دست رفته ی بدنتان تأمین شود و هم از خواص آنتی اکسیدانی چای بهره ببرید. چای سبز و چای سیاه می توانند هر دو ضدسرماخوردگی باشند.

## سیر بخورید تا سرماخوردگیتان برطرف

**شود.** سیر یک گیاه افسانه ای است که می تواند با انواع عفونت مبارزه کند. از بوی بد آن هم نترسید، چون وقتی سرما می خورید معمولاً چند روزی در خانه استراحت می کنید، پس بوی بد سیر نمی تواند در محیط کارتان باعث خجالت شما شود.

## بوخور بدهید، حمام بروید، محیطتان را

**مرطوب کنید.** با توجه به اینکه معمولاً انسان دفعات خیلی زیادی در عمرش سرما می خورد، پس لازم است که یک بخارساز داشته باشد، بخارساز را در اتاقتان روشن کنید تا مرطوب شود. همچنین وقتی سرما می خورید لازم است به حمام بروید و دوش آب گرم بگیرید. سپس حدود 15 دقیقه در حمام بنشینید و بخار حمام را تنفس کنید. سپس خودتان را خوب خشک کنید و در جایی گرم در اتاقتان بخوابید تا بدنتان حال ییابد.

## غرغره کردن آب نمک برای

**سرماخوردگی.** یک قاشق چاخوری نمک را در یک لیوان آب گرم حل کنید و آن را غرغره کنید. روزانه باید 4 بار این کار را انجام دهید. این کار رطوبت گلوی شما را حفظ خواهد کرد. اجازه بدهید تب شما کار کند. تب یک مکانیسم دفاعی است که میکروبها را می کشد. تب باعث بالا رفتن دمای بدن افراد می شود و بدن را به قبرستان میکروبها مبدل می کند. فقط وقتی تب دارید سعی کنید آب بدنتان را تأمین کنید. البته

در دوران درمان سرماخوردگی و آنفلوانزا  
استراحت خوب داشته باشید.

باید مواظب هم باشید چون تب بالای 39 درجه  
خیلی خطرناک است و باعث تشنج می شود.

**استراحت کنید.** استراحت در جای گرم  
می تواند دستگاه ایمنی شما را تقویت کند. پس

\* \* \* \* \*

## خشکی دهان ، نشانه ها ، علتها ، و درمان مناسب آن

خشکی دهان می تواند اثرات جانبی نه چندان  
جالبی ایجاد کند. یکی از این اثرات بوی بد  
دهان است. به خاطر کمبود بزاق، پاکسازی دهان  
از ذرات غذا مختل می شود، در نتیجه ذرات  
کوچک غذا در دهان می مانند و علاوه بر مزه ی  
بد دهان، باعث بوی بد آن نیز می شود، که در  
اجتماع زیاد نمی تواند مطلوب باشد. همچنین  
زنانی که مواد آرایشی برای لبهایشان استفاده  
می کنند، به علت زبری دندانها، ممکن است به  
دندانهایشان بچسبند و ظاهری زشت از آنها  
درست کند.

بیش از 400 نوع دارو می تواند باعث  
خشکی دهان شود. این داروها شامل داروهای  
ضد سرماخوردگی، پرفشاری خون، مدرها، و  
داروهای روان درمانی است. خشکی دهان  
همچنین نتیجه بعضی عملهای پزشکی نیز  
می تواند باشد، نظیر: رادیوتراپی و شیمی درمانی

خشکی دهان چه زمانی اتفاق می افتد؟ وقتی  
که غدد بزاقی، به میزان کم بزاق تولید کنند، یا  
اصلاً تولید نکنند. دهان به هنگام خشکی ممکن  
است تلخ شود و فرد احساس تشنگی و عطش  
کند.

بزاق چه کار می کند؟ چشیدن و بلع غذاها را  
تسهیل می کند. همچنین دندانها را از ذرات  
خرد شده غذا تمیز کرده، اسیدهای دهان را  
خنثی می کند تا دندانها نیوسند. پس برای  
سلامت دندانها هم مفید است.

نام علمی خشکی دهان Xerostomia است.  
فقدان بزاق، علاوه بر اینکه پوست داخل دهان را  
می خشکاند و باعث خشکی دهان می شود،  
باعث خشکی پوست اطراف دهان، مثل لبها، نیز  
می شود. لبها ممکن است ترک بخورند و  
دردناک شوند، فرد احساس می کند زبانش زبر  
است. عمل بلع غذا و حرف زدن سخت می شود.



برای بعضی از سرطانها که باعث تخریب غدد بزاقی می شوند.

یکی از دلایل خشکی دهان (گزروستومیا) آسیب به اعصاب ناحیه گردن و سر است. عصب های مشخصی، پیامها را از مغز به غدد بزاقی منتقل می کنند. اگر به این اعصاب آسیب برسد، نمی توانند فرمان تولید بزاق از غده را صادر کنند، در نتیجه باعث خشکی دهان می شوند. همچنین نمی توانند به مغز بگویند که مزه ی غذا چیست بنابراین تشخیص مزه ی غذا هم در خشکی دهان مختل می شود.

سندروم شوگرن یک بیماری خودایمنی است که می تواند باعث خشکی دهان شود. در این بیماری گلبولهای سفید (لکوسیتها) به غدد بزاقی حمله می کنند و باعث اختلال در عملکرد آنها می شوند. در این بیماری، علاوه بر خشکی دهان و زبان، خشکی چشمها نیز مشاهده می شوند.

مضرات زیادی درمورد سیگار کشیدن برشمرده شده که خشکی دهان یکی از آنهاست. سیگار کشیدن به طور مستقیم باعث خشکی دهان نمی شود، ولی باعث وخامت آن می گردد. پس به سیگاریها توصیه می شود اگر از خشکی دهان رنج می برند، فوری سیگار کشیدن را ترک کنند. مشروبات الکلی و کافئین

نیز وخامت خشکی دهان را تقویت می کنند. پس از آنها اجتناب کنید.

اگر از خشکی دهان رنج می برید با پزشک یا دندانپزشکتان مشورت کنید. اگر قبلاً نسخه خاصی که دارای داروهای ایجادکننده خشکی دهان باشد برای شما تجویز نشده، ممکن است خشکی دهانتان به علت بیماریهای دیگر، نظیر دیابت و شوگرن، باشد.

کمبود بزاق دهان برای دندانها خطرناک است. اگر خشکی دهان دارید، بررسی دندانپزشکی منظم برای شما ضروری است. مسواک زدن و نخ دندان به طور مرتب بعد از غذا، می تواند از پوسیدگی دندانها در افرادی که خشکی دهان دارند، جلوگیری کنید. اگر بعد از غذا نمی توانید مسواک بزنید، لاقط بعد از غذا آب زیاد بنوشید.

مکیدن آبناتهای بدون قند و جویدن آدامس بدون قند باعث تحریک غدد بزاقی و افزایش تولید بزاق می شود. با نوشیدن مقادیر زیادی آب بعد از غذا می توانید با خشکی دهان مبارزه کنید. از خوراکیهای قندی، الکلی، کافئین دار دوری کنید. اگر بین وعده های غذایی تان کیک یا خوراکی دیگری می خورید، آن را با شیر بخورید.

**منبع: اینترنت**

# جدول کلمات متقاطع

طراح: دکتر محمد مصدق کمالی

| 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1  |
|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
|    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   | 1  |
|    |    | ●  |    |    | ●  |   |   |   |   |   | ● |   |   | 2  |
|    |    |    |    |    |    | ● |   |   |   |   |   |   |   | 3  |
|    |    |    |    |    | ●  |   | ● |   |   |   |   |   |   | 4  |
|    | ●  |    |    |    |    |   |   | ● |   |   |   |   |   | 5  |
|    |    |    |    |    | ●  |   |   |   |   |   |   |   |   | 6  |
|    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   | 7  |
|    |    | ●  |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   | 8  |
|    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   | 9  |
| ●  |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   | 10 |
|    |    | ●  |    |    |    |   |   |   |   |   | ● |   |   | 11 |
|    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   | 12 |
| ●  |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   | 13 |
|    |    | ●  |    |    |    |   |   |   |   | ● |   | ● |   | 14 |
|    |    |    |    | ●  |    |   |   |   |   |   |   |   |   | 15 |

## افقی:

- 1- داروهای ضدویروس برای درمان آلودگی به سایتومگالو ویروس (CMV) در بیماران مبتلا به AIDS یا بیماران پیوندی.
- 2- زرد انگلیسی - عصب شناس اتریشی و پدر علم روانکاوی - تصدیق روسی - علامت جمع عربی.
- 3- نوعی ساز زهی که با پیک یا انگشت نواخته می شود - با خط می آید - کارگردان شهیر سینمای ایران با فیلمهای معروفی مانند «آتش بس»، «سوپراستار» و «بچه های طلاق».
- 4- ماده شیمیایی که با اتصال به گیرنده و فعال کردن آن باعث پاسخ بیولوژیک می شود - به معنی زینت و آرایش و یکی از مارکهای بهداشتی وطنی.
- 5- رایج ترین روش برای ابراز عشق و محبت - شهری ساحلی در شرق تایلند.
- 6- اگر - زادگاه رازی - از دست رفتن هوشیاری برای مدت کوتاه در اثر کاهش جریان خون به مغز.
- 7- یکی از شرکتهای خصوصی جابجایی محموله ها در سطح کشور - یک شرکت خودروسازی سوئدی - از مارکهای بهداشتی ایران.
- 8- تصدیق انگلیسی - ماورای بنفش - عید ویتنامی.
- 9- از برندهای کلوپیدوگرل - الفبای موسیقی - شهر باران.
- 10- 11- سرمایه ای که یک طرف به عنوان نشانه احترام یا تسلیم یا وفاداری به طرف دیگر می پردازد - ضمیر سوم شخص مفرد - طرف - طلا.
- 12- از برندهای معروف برومو کریپتین - کامپیوتر.
- 13- کارگردان مطرح ایرانی با فیلم هایی مانند «زیر پوست شهر»، «ترگس» و «زرد قناری».
- 14- آینده - ساکنان سرزمینهای قطبی شمالی مانند سیبری، آلاسکا و گرینلند - مایع حیات.
- 15- داروی ضد استفراغ که بیشتر در بیماران سرطانی متعاقب شیمی درمانی یا پرتودرمانی مصرف می شود - گیاه شناس و پزشک سوئدی قرن 18 و پایه گذار نظام امروزی طبقه بندی گیاهان و جانوران.

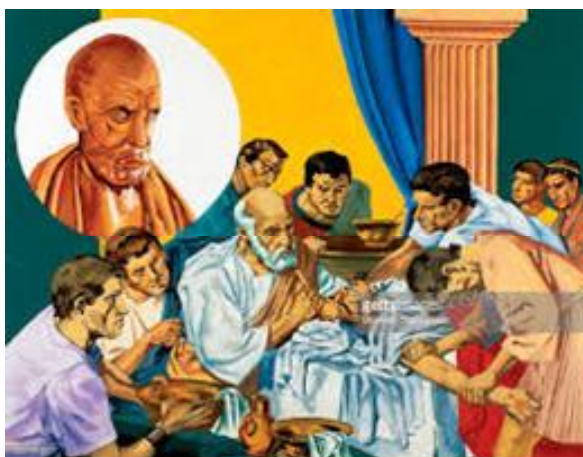
## عمودی:

- 1- این دارو در درمان کمکی انواع صرع مقاوم به داروهای دیگر و همچنین در کنترل اسپاسم شیرخوارگی مصرف می شود - پایتخت جمهوری چک.
- 2- کاهش حجم ادرار به کمتر از 40 سی سی در روز - غرب.
- 3- کمپانی خودروسازی انگلیسی و سازنده خودروی پروتون - اسم پسرانه به معنی تخت و اورنگ شاهان.
- 4- فوری - درخشندگی.
- 5- خلق کرد، درست کرد - پیمانہ - منسوب به ده «ونک».
- 6- جنس به ظاهر قوی! - صحنه تئاتر - نرم و بی دوام - بهتر از دولت است.
- 7- نوع فسیلی آن اهمیت بیشتری دارد - گردو به انگلیسی.
- 8- اسم مصدر از «آمدن» - از اسطوره های فوتبال کشورمان - آسانی.
- 9- دست عربی - طرح آزمایشی قبل از اجرای کامل - پژواک.
- 10- تکرار یک حرف - از شهرهای توریستی استان اردبیل.
- 11- از مؤثرترین داروها برای درمان هیپاتیت C که معمولاً همراه «سوفوسبوویر» استفاده می شود - اندوه.
- 12- سنبل الطیب - منوترین طبیعی موجود در گیاه آویشن.
- 13- جاها - یازده.
- 14- گروه موزیک راک که در سال 1993 در فیلیپین تشکیل شده است - واحد سنجش اختلاف پتانسیل - محبس.
- 15- آسیب شبکه چشم - چله کمان - میوه ای است.

# مطالب متفرقه

- سوگندنامه بقراط

- سی ویژگی یک انسان با شخصیت



## سوگندنامه بقراط



دکتر محمد فرزین

جای آرید و پس از آن استادان خود را بزرگ دارید و در خدمت و سپاسگزاری و گرامیداشت آنان همت بگمارید.

2- همچنان که در حق پدر و مادر خود احترام و نیکی می کنید و آنان را در دارائی خود شریک می دانید، باید در حق استادان نیز چنان کنید.

3- فرزندان استادان را نسبت به خود برادر بدانید و هر که بخواهد طب بیاموزد و استحقاق آن را داشته باشد، بدون اجر و مزد و شرط و امید

گفتنی است که طب در جهان، چنان که در تمام کتاب های تاریخی آمده، توسط پیشوای بزرگ این علم، یعنی بقراط ترقی و تنظیم شده است و اگر بقراط را پدر علم طب نامیده اند، به جا بوده است. هر که بخواهد پزشک دانشمندی گردد، باید از پندهای بقراط، که در زمان خود برای پزشکان گفته، پیروی نماید.

1- نخست موعظت آن است که ستایش پروردگار و فرمانبرداری خداوند عزوجل را به

تلافی، به آن‌ها یاد دهید و آنان را به منزله فرزندان خود و معلمان خویش بشمارید و از مردمان پست و سفله مانع شوید که این علم شریف را فراگیرند.

4- پزشک باید در درمان بیماران و حسن تدبیر و معالجه آنان، چه با غذا و چه با دارو، بکوشد و منظورش از درمان، استفاده و پول پرستی نباشد و بیشتر اجر و ثواب را مدنظر قرار دهد، هیچ‌گاه داروی خطرناک به بیمار ندهد و وصف آن را نیز به بیمار ننماید و مریض را به چنین داروهایی دلالت نکند و نه از آن سخنی راند، از تجویز داروهای سقط‌کننده جنین پرهیز نماید و آن‌ها را به احدی معرفی نکند.

5- پزشک باید پاک و با کیش و خداپرست و خوش‌زبان و نیکو‌روش باشد و از هر ناپاکی و پلیدی و گناه دوری جوید، نسبت به زنان چه بانو، چه کنیز، نباید از نظر بد نگاه کند و به منزل آنان جز برای درمان و معالجه وارد نشود.

6- طیب باید راز بیماران را محفوظ دارد و از افشای سر آن‌ها به خودی و بیگانه و نزدیکان و دوران، دوری جوید، چرا که بسیاری از بیماران، بیماری خود را از پدر و مادر و کسان خود مستور و مکتوم می‌دارند، ولی آن‌ها را به طیب می‌گویند (مانند دردهای رحمی و بواسیر و امثال آن‌ها) پس طیب باید از خود بیمار در کتمان بیماری، بیشتر دقت نماید.

7- بر پزشک است که در جمیع احوال طبق آن چه بقراط حکیم فرموده، رفتار نماید و رحیم و پاک چشم و مهربان و خیررسان و خوش‌زبان

باشد و در درمان بیماران، به خصوص مسکینان و فقرا، به جد بکوشد، در فکر سود و اجر از این دسته نبوده، بلکه اگر ممکن شود، دارو از کیسه خود بدان‌ها بدهد و اگر این کار ممکن نگردد، به درمان آن‌ها پرداخته، شب و روز به بالینشان حاضر شود، مخصوصاً اگر بیماری آن‌ها حاد و تند باشد، چرا که بیماری حاد، زود تغییر و دگرگونی پیدا می‌کند.

8- برای پزشک شایسته نیست به خوش‌گذرانی و تنعم و لهو و لعب مشغول گردد، باید از نوشیدن شراب پرهیزد، چرا که دماغ (مغز) ضرر رساند و ذهن را فاسد کند. باید پیوسته به مطالعه کتب یعنی کتب طبی و خواندن آن‌ها مشغول باشد و ملول نگردد بلکه خود را مجبور نماید که هرچه می‌خواند یاد بگیرد و حتی مطالب را در آمد و رفت متذکر شود و آن‌چه محتاج الیه است چه علماً و چه عملاً، در ذهن خود فرا گیرد، تا همیشه محتاج به کتاب نباشد به علت آن‌که گاه اتفاق افتد، که کتب را آفت رسد، در این صورت به آن‌چه محفوظ دارد، رجوع نماید.

9- باید مطالب را در جوانی آموخت به دلیل آن‌که نگاه‌داری و حفظ آن‌ها در پیری، که مادر فراموشی است، آسانتر می‌باشد.

10- طالب علم باید پیوسته در بیمارستان‌ها و محل بیماران، در خدمت استادان دانشمند و پزشکان حاذق به کارهای بیماران و احوال آنان پردازد تا در مصاحبت و خدمت این استادان و پزشکان زبردست از عوارض و احوال بیماران، آن‌چه خوانده است، یاد گرفته از نیکی و بدی

فرجام بیماری‌ها آگاه شود، اگر چنین کند، در این صنعت به مقامی بلند می‌رسد.

بنابراین اگر کسی بخواهد طیبی حاذق و فاضل باشد، باید بدین دستورها رفتار کند و این پندها در گوش داشته، به صفات و اخلاقی که ذکر شد، خوی گیرد و در عمل کردن بدان‌ها سستی نورزد و آن را کوچک نشمارد. اگر بدین رویه رفتار نمود، درمانش در بیماران مؤثر خواهد گشت و مردم بدو اعتماد نموده و بدو خواهند گروید و او نیز به دوستی و ذکر خیر آنان نائل شده و از قبل مردم منتفع خواهد شد.

خداوند متعال از همه داناتر است اما در حال حاضر قانون‌گذار سعی بر این دارد ارتباط مالی بیمار را با طیب و داروخانه، با بیمه کردن، به حداقل برساند و خود نقش پلیس درمان را به عهده بگیرد و صدالبته فکر خوبی است و تمامت

دنیا بر این باورند ولی در عمل چیزی دیگری اتفاق می‌افتد بیمه‌ها پزشکان و داروخانه‌داران را مجبور می‌کنند عطایش به لقایش ببخشند اولی با فسخ قرارداد و آن دیگر اگر کارش به زندان کشیده نشد با فروش بهداشتی و آرایشی نیمه نفسی بکشد و بیمار مستأصل نمی‌داند از کجا می‌خورد و از اندوخته‌های کسر شده حقوق ماهانه بابت درمان در کجا سرمایه‌گذاری شده است سراسیمه از این مطب به آن مطب و از داروخانه‌ای به داروخانه دیگر سرگردان است و اگر جناب بقراط هم بود نمی‌تواند این گره کور را باز کند و بی‌شک می‌گفت:

عنان مال خودت را به دست غیر مده  
که مال خود طلبیدن کم از گدایی نیست

Mohamadfarzin.blogfa.com





## « سی ویژگی یک انسان باشخصیت » آخرین نوشتار دکتر محمود سریع القلم

### انتخاب از : دکتر حمید قرمانی

6. آنقدر برای خود احترام قائل است که به کسی خیانت نمی کند ؛

7. روزانه 10 دقیقه برای شناخت خود، برنامه ریزی کرده است ؛

8. اگر حتی 5 دقیقه به جلسه ای دیر برسد، با پیامک به میزبان اطلاع می دهد ؛

9. اطرافیان او از اینکه نقدی را مطرح کنند احساس آرامش و امنیت می کنند ؛

10. برای نگاه کردن به شبنم روی گلبرگ یک گل، وقت می گذارد ؛

1. کسی نگران رفتار و گفتار او نیست. در ادب و امانت داری قابل پیش بینی است ؛

2. اتومبیل خود را برای عابری که از خطوط عابر پیاده عبور می کند، کاملاً متوقف می کند ؛

3. چون وفای به عهد برای او جدی است، بعضاً شبها برای تحقق عهد، فکر کرده و خوابش نمی برد ؛

4. روزانه 5 دقیقه برای خشکاندن حسادت در وجود خود، برنامه ریزی کرده است ؛

5. بسیار بسیار بسیار انصاف دارد ؛

11. دارای ثبات فکری است و به تناسب شرایط و مخاطب، افکار و مواضع خود را تغییر نمی دهد؛
12. انسانها را به خوب و بد تقسیم نمی کند بلکه ضعف ها و توانایی های آنها را در کنار هم می بیند؛
13. مخالفان فکری او، اخلاق او را تحسین می کنند؛
14. بیشتر با رفتار خود دیگران را تحت تأثیر قرار می دهد تا گفتار؛
15. ظرفیت و شجاعت گفتن این جمله را دارد:  
(1) افکار فلانی با من بسیار متفاوت است ولی ذاتاً فرد مؤدبی است؛
16. ظرفیت و شجاعت گفتن این جمله را دارد:  
(2) افکار فلانی با من بسیار متفاوت است ولی تابحال ندیده ام که بدگویی و تخریب کند؛
17. ظرفیت و شجاعت گفتن این جمله را دارد:  
(3) افکار فلانی با من بسیار متفاوت است ولی ندیده ام که برای کسب موقعیت بهتر شغلی و مالی، چاپلوسی کسی را بکند؛
18. بسیار اعتماد به نفس دارد (1): چون دقیق و حقوقی صحبت می کند؛
19. بسیار اعتماد به نفس دارد (2): چون نیازی به متهم کردن کسی ندارد؛
20. بسیار اعتماد به نفس دارد (3): چون یک
- شغل بیشتر ندارد؛
21. بسیار اعتماد به نفس دارد (4): چون با درون خود زندگی می کند تا با قضاوت دیگران؛
22. بسیار اعتماد به نفس دارد (5): چون طولانی در منصبی نمی ماند؛
23. بسیار اعتماد به نفس دارد (6): نیاز به تزویر ندارد چون حدّ خود را برای یک زندگی با تدبیر را می داند؛
24. بسیار اعتماد به نفس دارد (7): چون افکار و مواضع او ارتباطی به منابع مالی او ندارند؛
25. بسیار اعتماد به نفس دارد (8): چون نیازهای مالی او مرتبط به حوزه سیاست نیست؛
26. بسیار اعتماد به نفس دارد (9): نیازی به حذف دیگران ندارد چون دایره بازی و زندگی او بسیار وسیع است؛
27. بسیار اعتماد به نفس دارد (10): انحصاری رفتار نمی کند چون کره زمین را فقط یک نقطه در خلقت می داند؛
28. دروغ نمی گوید چون با راستگویی به همه منافع معقول خود دست یافته است؛
29. مسئله یک زندگی او، کار کردن و زحمت کشیدن است؛
30. بی نیازی در ذات و هویت اوست.

# نامه‌ها و مکاتبات اداری

**اعلام نهایی اعضای اصلی و علی البدل  
هیئت مدیره و بازرسی  
انجمن داروسازان گیلان در انتخابات  
مورخ 95/7/30**

متعاقب انتخابات مورخ 95/7/30 هیئت مدیره و بازرسی انجمن داروسازان گیلان به استناد صورتجلسات مورخ 95/7/30 و 95/8/8 هیئت نظارت بر انتخابات بدینوسیله اعضای نهایی هیئت مدیره و بازرسی انجمن داروسازان گیلان بر اساس تعداد آراء اخذ شده به قرار زیر اعلام می گردد.

الف) اعضای اصلی هیئت مدیره : 1- خانم دکتر مهرناز مظفری 2- آقای دکتر حمید علاف خیری 3- آقای دکتر روزبه رسولی 4- آقای دکتر نادر یوسفی 5- آقای دکتر کیان یعقوبی 6- خانم دکتر حمیرا آذرگشسب 7- آقای دکتر سیاوش کهنسال .

ب) بازرسین اصلی : 1- آقای دکتر حامد انزان پور 2- آقای دکتر یوسف حیدری باطنی

ج) اعضای علی البدل هیئت مدیره : 1- خانم دکتر تامارا زاوش 2- آقای دکتر علی عرب زاده  
د) بازرس علی البدل : 1- آقای دکتر نیما شاهرخی راد.

**هیئت نظارت بر انتخابات هیئت مدیره و  
بازرسی  
انجمن داروسازان گیلان**

\* \* \* \* \*

صورتجلسه

در تاریخ 95/8/10 ساعت 21/15 در محل انجمن داروسازان گیلان جلسه مشترک هیأت اجرایی و هیأت نظارت و اعضای اصلی و علی البدل و بازرسین که با دعوت قبلی توسط رئیس هیأت اجرایی بر اساس ماده 13 آئین نامه صورت گرفته بود، تشکیل گردید و پس از انتقال مسئولیت هیئت مدیره قبلی به هیأت مدیره جدید، هیأت مدیره جدید وارد دستور شد و اعضای هیأت مدیره سمت های خود را به شرح زیر تعیین نمودند.

تأسیس داروخانه های طبیعی و سنتی صورت گرفته و چنانچه ماده الحاقی مورد نظر وزارت بهداشت تصویب گردد، آئین نامه ابلاغی در خصوص تأسیس داروخانه های طبیعی و سنتی از وجاهت و مقبولیت قانونی برخوردار خواهد شد و عملاً پیگیری های قانونی ما بی نتیجه خواهد ماند.

### با تشکر و سپاس - دکتر پور کاظمی

#### رئیس انجمن داروسازان گیلان

\*\*\*\*\*

### جناب آقای دکتر روحانی

#### ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران

با عرض سلام و ادب

احتراماً، به استحضار می رساند تراژدی فرسایش دهنده بدهی های معوقه سازمان های بیمه گر به مؤسسات درمانی و دارویی بالاخص داروخانه های سراسر کشور به سمت و سوی رفته که بسیاری از مؤسسين داروخانه ها در ارائه خدمات دارویی به مردم با چالشی جدی روبرو شده و قادر به ادامه این روند نیستند. نظر به اینکه ایجاد رفاه درمانی، نظارت بر روند آن و لحاظ نمودن استراتژی مناسب جهت پیشگیری از چالش های احتمالی و ایجاد بستری مناسب برای بیمار و همچنین ارائه دهنده خدمات درمانی و دارویی از اهداف اصلی هر دولتی می باشد که البته جنابعالی بر این امر واقفید، تقاضا دارد با توجه به استراتژی تدبیر و امید آن دولت محترم ترتیبی اتخاذ گردد تا این تراژدی دردناک که نهایتاً تبعات آن متوجه سلامت مردم خواهد شد، خاتمه یافته و با ترمیم زیرساختهای سازمان های بیمه گر

|   |                                  |                         |
|---|----------------------------------|-------------------------|
| 1 | سرکار خانم دکتر مهرناز مظفری     | رئیس انجمن              |
| 2 | جناب آقای دکتر نادر یوسفی جولدان | نائب رئیس               |
| 3 | جناب آقای دکتر کیان یعقوبی       | دبیر انجمن              |
| 4 | سرکار خانم دکتر حمیرا آذرگشسب    | مسئول روابط عمومی انجمن |
|   | جناب آقای دکتر حامد انزان پور    | بازرس                   |
|   | جناب آقای دکتر یوسف حیدری باطنی  | بازرس                   |

در ضمن خزانه دار انجمن و سایر موارد متعاقباً اعلام می گردد.

### با تشکر - دکتر مهرناز مظفری

#### رئیس انجمن داروسازان گیلان

\*\*\*\*\*

### جناب آقای دکتر مزدهی آذر

#### ریاست محترم انجمن داروسازان ایران

سلام علیکم

احتراماً، چون به استناد خبر مندرج در صفحه 3 روزنامه سپید مورخ 14 مهر جاری، جزئیات لایحه قانونی برنامه ششم توسعه به ویژه مواد مربوط به سلامت در دست بررسی قرار گرفته است خواهشمند است دستور فرمائید تا نتیجه مکاتبه شماره 501/الف/95 مورخ 95/5/18 آن انجمن با آقای دکتر سعید نمکی هر چه سریعتر پیگیری گردد چرا که به نظر اینجانب پیشنهاد ماده 44 الحاقی به دلیل خلاء قانونی در تدوین آئین نامه

نسبت به پرداخت مطالبات مؤسسات ارائه خدمات دارویی (داروخانه های سطح کشور) در اسرع وقت مبادرت ورزند./

**با تشکر - دکتر پور کاظمی**

**رئیس انجمن داروسازان گیلان**

\*\*\*\*\*

**برادر گرامی جناب آقای محمد احمدی**

**پور**

**معاونت محترم سیاسی و امنیتی استانداری**

**گیلان**

با عرض سلام و ادب

احتراماً، اعلام می گردد برابر بررسی های به عمل آمده، مطالبات کل داروخانه های استان (خصوصی) از بیمه تأمین اجتماعی استان مبلغ 80 میلیارد ریال در هر ماه که به طور کلی در 5 ماه دیر کرد مبلغ 400 میلیارد ریال می باشد.

مطالبات کل داروخانه های استان از بیمه سلامت در 7 ماه دیر کرد به طور تقریبی در هر ماه 65 میلیارد ریال و در کل 455 میلیارد ریال می باشد./

**با تشکر - دکتر مهرناز مظفری**

**رئیس انجمن داروسازان گیلان**

\*\*\*\*\*

**جناب آقای دکتر محمدعلی نجفی**

**استاندار محترم استان گیلان**

با عرض سلام و ادب

احتراماً، به استحضار آن مقام محترم می رساند که تعداد 329 داروخانه طرف قرارداد با سازمانهای بیمه گر در استان گیلان مشغول فعالیت هستند که بیمه سلامت استان مطالبات آنها را از ابتدای سال

جاری (بیش از 7 ماه) و بیمه تأمین اجتماعی بالغ بر 5 ماه (دی ماه 94 و 4 ماه از سال 95) را پرداخت نکرده است. عدم پرداخت صدها میلیارد ریال از مطالبات باعث مختل شدن چرخه اقتصادی داروخانه ها گردیده و تهیه و تأمین دارو و ارائه خدمات را عملاً ناممکن نموده است.

علیرغم مکاتبات متعدد ریاست انجمن داروسازان ایران (نامه پیوست) با وزارت محترم تعاون، کار و رفاه اجتماعی و مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی و همچنین مکاتبات انجمن های استانهای مختلف با مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی تاکنون هیچگونه اقدامی برای پرداخت آن صورت نگرفته است.

جامعه داروسازان استان گیلان و کلیه داروخانه های طرف قرارداد بیمه های درمانی، ضمن تشکر از پیگیریهای معاونت محترم سیاسی و امنیتی استانداری تقاضا دارد؛ در صورت عدم پرداخت مطالبات داروخانه ها تا پایان ماه جاری دستور فرمائید تا مجوزی جهت تجمع آرام در چهارچوب قوانین جاری، برای داروسازان استان گیلان در مقابل استانداری صادر فرمائید. قبلاً از مساعدت حضرتعالی کمال تشکر را داریم./

**با تشکر - دکتر مهرناز مظفری**

**رئیس انجمن داروسازان گیلان**

\*\*\*\*\*

**معاونت محترم وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ریاست سازمان غذا و دارو**

**همکار ارجمند جناب آقای دکتر دیناروند**

خدماتی از طرف شهرداری برای شهروند وجود ندارد، اخذ هرگونه وجه بعنوان عوارض تابلو توسط هر منطقه از شهرداری مغایر رأی مذکور و قانون بوده و هرگونه ادله ای مبنی بر عوارض مربوط به تفاوت ابعاد تابلو داروخانه نیز به استناد رأی مذکور قابل پذیرش نیست. لذا از آن ریاست محترم تقاضا دارد در صورتی که مستندات قانونی جهت مکاتبات شهرداری های مناطق مختلف خود در این مورد دارد به این انجمن ارائه نمایند، در غیر این صورت دستور مقتضی مبنی بر کان لم یکن نمودن مکاتبات مذکور به شهرداری ذیربط مبذول فرماید./

**با تشکر - دکتر مهرناز مظفری**  
**رئیس انجمن داروسازان گیلان**

\*\*\*\*\*

**جناب آقای دکتر فیروز سرودی**  
**معاونت محترم غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی گیلان**

با عرض سلام و ادب

احتراماً، به استحضار می رساند که در جلسه مورخ 95/8/10 هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان (انتخابات داخلی هیئت مدیره) آقای دکتر سیاوش کهنسال را بعنوان نماینده انجمن در کمیسیون ماده 20 انتخاب نموده اند، مراتب جهت استحضار و صدور دستورات مقتضی اعلام می گردد./

**با تشکر - دکتر کیان یعقوبی**  
**دبیر انجمن داروسازان گیلان**

با عرض سلام و ادب احتراماً، به استحضار می رساند که در راستای هرچه کمرنگ تر شدن نقش داروسازان در فرآیند بهداشت و درمان، برابر اطلاعات واصله ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی گیلان قصد دارند با وجود تعداد زیادی داروساز توانا در استان، یک پزشک را به سمت معاونت غذا و دارو منصوب نمایند و رایزنی های اعضای هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان نیز تاکنون در این مورد بی نتیجه بوده است. استدعا داریم با اتخاذ تدابیر مقتضی و به هر نحوی که صلاح می دانید برای تغییر نظر ایشان و انتصاب یک همکار داروساز اقدام فرمائید./

**با سپاس - دکتر کیان یعقوبی**  
**دبیر انجمن داروسازان گیلان**

\*\*\*\*\*

**ریاست محترم دفتر حقوقی شهرداری رشت**

با عرض سلام و ادب

احتراماً، با توجه به مکاتبات اخیر شهرداری مناطق مختلف شهر رشت بالاخص منطقه 2 با بعضی از داروخانه ها، مبنی بر درخواست عوارض تابلو سردر داروخانه، به استحضار می رساند با توجه به رأی شماره 241 مورخ 90/6/26 هیئت عمومی دیوان عدالت اداری کشور (پیوست) با موضوع ابطال مصوبه شورای اسلامی شهر گرگان و ممنوعیت اخذ بهای خدمات و هزینه خسارت از نصب کنندگان تابلو، با توجه به اینکه هیچگونه

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند **جناب آقای دکتر مسعود حبیبی مقدم** در غم از دست دادن پدر گرامی شان سوگوار شدند.

با عرض تسلیت به این بزرگوار برای آن مرحوم از دست رفته آرامش ابدی و برای بازماندگان گرامی صبر و شکیبایی آرزو می نمایم.

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند **سرکار خانم دکتر صدیقه نبوی** در غم از دست دادن پدر گرامی شان سوگوار شدند.

با عرض تسلیت به این بزرگوار برای آن مرحوم از دست رفته آرامش ابدی و برای بازماندگان گرامی صبر و شکیبایی آرزو می نمایم.

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »



## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند **سرکار خانم دکتر گلبر رضائیان** در غم از دست دادن مادر گرامی شان سوگوار شدند. با عرض تسلیت به این بزرگوار برای آن مرحومه از دست رفته آرامش ابدی و برای بازماندگان گرامی صبر و شکیبایی آرزو می نمایم.

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »

## پیام تسلیت

هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان ، ضایعه درگذشت **دکتر حسن صالحی دوبخشری** پزشک فقید و چهره ماندگار گیلان را به خانواده محترم و جامعه پزشکی و داروسازی استان تسلیت عرض نموده و از خداوند متعال برای آن مرحوم از دست رفته آرامش ابدی و برای بازماندگان گرامی صبر و شکیبایی آرزو می نمایم.

Caspian  
Tamin  
Pharmaceuticals



شرکت داروسازی  
کاسپین تامن

# Pain Relief



Acetaminophen For IV Infusion

1g/6.7ml

# ACETAJECT<sup>®</sup>

No.1, Darougefar Bldg, Boastoon Ave., Dr Falemi Sq., Tehran - 1431663135 Iran SMS: 10002142895000

Tel: (+98 21) 889 506 39

Fax: (+98 21) 889 570 56

Voice of Customer: (+98 21) 428 95

Email: [marketing@casplantamin.com](mailto:marketing@casplantamin.com)

Web: [www.casplantamin.com](http://www.casplantamin.com)