

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 / دیواری که دیگر نیست !  
8 \* بهار  
10 \* خبرهای زمستان 95  
16 \* مصاحبه های آقای دکتر خیری  
24 \* تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (27)  
27 \* چرند و پرند  
32 \* بهاریه (1)  
34 \* بهاریه (2)  
36 \* گیاهان دارویی مؤثر در درمان کولیت اولسراتیو  
39 \* سربازان فیزیولوژیک بدن (1)  
42 \* استفاده از تکنولوژی نانو در .... (1)  
46 \* دارو و درمان در شاهنامه ابوالقاسم فردوسی  
51 \* مناظره ای در باب بولام  
56 \* خدمات امیر کبیر در حوزه بهداشت  
60 \* نان و حلوی نوروژی  
67 \* کباب و کباب مگسی  
70 \* پاسخ جدول شماره قبل  
71 \* نامه ها و مکاتبات اداری

## 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

به نام خداوند جان و خرد

## حکمت گیل

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

« زمستان 1395 »

شماره 169

### صاحب امتیاز:

انجمن داروسازان گیلان

### مدیر مسئول:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

### سر دبیر:

دکتر محمدمصدق کمالی

### اعضای هیئت تحریریه: دکترها

حمیرا آذرگشسب، منصور آزاد، محمد برکتی موحد،  
ژاله تحویلدار، مرجان شالچی، حمید قهرمانی،  
جعفر عباسپور، ژیلای گیتی نژاد، سیداحمد میرسنبل،  
کیان یعقوبی

اجرای کامپیوتری: نازلی تنی

طرح روی جلد:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

لینتوگرافی: همراهان

چاپ و صحافی: توکل





## دیواری که دیگر نیست!

ما ندارند؛ بلکه همکاران سایر رشته های پزشکی و حتی بیماران و افراد عادی هم خیلی راحت هر وقت اراده کنند می توانند از رویش بپرند! تازه خیز برداشتن هم لازم ندارد!

این موضوع را تقریباً از ترم دوم دانشکده یعنی از وقتی که التهابات و دلخوشی های اولیه ناشی از قبولی در دانشگاه فروکش کرد، فهمیدم. چرایی و چگونگی این کوتاهی خودش بحثی است مفصل که در موارد متعددی در همین ستون نشریه گهگاه گریزی به آنها زده ام. اما در هر حال، چه ما

دیرزمانی است که فهمیده ام دیوار داروساز، داروسازی و داروخانه با هیچ دیوار دیگری قابل مقایسه نیست. این را یک بار هم حدود 18 سال پیش در قالب یک مقاله طنز در همین نشریه که البته آن موقع با فورمت دیگری تحت نظر شادروان استاد بهزاد منتشر می شد نوشته بودم که مورد توجه خوانندگان قرار گرفت.

این دیوار آنقدر کوتاه است که نه تنها ادارات مرتبط (سازمانهای بیمه، دارایی، دانشگاه علوم پزشکی، ...) و ارگانهایی که اصلاً ارتباطی با

یا پیشینیانمان در گذاشتن چند ردیف آجر کوتاهی کرده باشیم (عدم حضور فعال در داروخانه و اجتماع، رفتن به حاشیه و سپردن مسئولیت خطیرمان به افراد عادی در داروخانه، ...) و چه حتی با دست خودمان آجرهای چیده شده را فرو ریخته باشیم (اجاره داروخانه، منت کشی برای نسخه، فروش داروهای خارج از شبکه، ...)، نتیجه آن چیزی است که به عینه می بینیم.

امروز علاوه بر اینکه مشکلات مزمن و همیشگی از قبیل بدحسابی بیمه ها، مالیات ناعادلانه و ... بعد از گذشت چندین دهه هنوز هم ما را می آزارد؛ چشمان به جمال بسیاری مسائل ریز و درشت حرفه ای دیگر هم روشن شده است که همکاران بیشتر از من در جریان هستند.

باری، برخی بلایا انگار جزء لاینفک کار در داروخانه هستند. مثل توانایی نوش جان کردن آب نکشیده ترین ناسزاها به دلیل کمبود همیشگی داروهای حیاتی که نتیجه مستقیم سوء مدیریت مسئولین بالادستی است و از قضا شاید تنها کسی که هیچ نقشی در وقوع آن نداشته همین داروساز یک لاقبای داروخانه است. یا مثل توانایی! گردن کج کردن و التماس برای گرفتن حق خودمان از سازمانهای بیمه گر در شرایطی که همین سازمانها تأخیر در پرداخت حق بیمه را حتی یک روز هم برنمی تابند. کافی است داروخانه ای یک روز در دادن حق بیمه کارکنانش تأخیر کند. بلافاصله سازمان مربوطه کتباً کارفرمای محترم! را به رفتار «برابر مقررات» تهدید می کند! اما همین سازمانها

هنگام پرداخت مطالبات مرکزی که به همین «حق بیمه دهندگان» ارائه خدمت کرده اند، به خودشان اجازه می دهند پس از ماهها تأخیر و به جریان انداختن سرمایه غیر و بعد از اینکه داروخانه را تا آستانه ورشکستگی کامل پیش بردند و تظلم نامه های انجمن داروسازان گوش زمین و زمان را کر کرد، آنگاه مبلغ بدهی مربوط به 8 ماه قبل را نه تنها بدون جریمه دیرکرد حتی با کسر مبالغی بپردازند! تازه این در شرایطی است که بدون هیچ تعارفی هر وقت دلشان خواست، داروخانه را مجبور به تن دادن به قوانین آنی خودشان می کنند. قوانینی که نیازمند فراهم کردن بستر مناسب سخت افزاری و نرم افزاری و استخدام کاربر اضافی است و همه اینها هم هزینه بر است.

مثال دیگر برای اثبات کوتاهی و یا حتی نبود این دیوار، رفتار متناقض اداره امور مالیاتی با داروخانه ها است. ما هنوز نمی دانیم که درآمد مشخص یک داروساز داروخانه دار، چه فرقی با همان مبلغ درآمد در مشاغل دیگر دارد؟! به چه دلیل یک داروساز با همه مسئولیتها و گرفتاریهای خودش باید برای یک درآمد مشخص (به وجه رایج کشور)، چندین برابر فرد دیگری که همان درآمد را با زحمت کمتر کسب کرده مالیات بپردازد! ما ابداً کاری به آنهایی که فلسفه مالیات را نمی دانند و یا نمی خواهند بدانند و در هر حال با وجود درآمدهای نجومی مالیات نمی دهند نداریم و نمی خواهیم هم خودمان را با چنین افرادی مقایسه کنیم. ما بارها از طریق تریبونهای مختلف و

از جمله همین مجله اعلام کرده ایم که مالیات را به عنوان یکی از منابع اصلی درآمد ملی به رسمیت می‌شناسیم و پرداخت کامل و به موقع آن را هم وظیفه خود می‌دانیم. فقط و فقط انتظار داریم مسئولین مربوطه اگر زحمتی نباشد و باعث تکدر خاطر مبارکشان نشود؛ لاقلاً اندکی هم که شده بحث «عدالت مالیاتی» را در این خصوص لحاظ فرمایند. پیشاپیش از زحمات جنابعالی ...

بخشید! از بس این جملات را در انتهای تظلم نامه های انجمن داروسازان گیلان خطاب به مسئولین مختلف نوشته ام، یک لحظه فکر کردم در حال نوشتن نامه هستم!

یک مثال دیگر: داروساز داروخانه داری نیست که در طول سه دهه اخیر فعالیت کرده باشد اما اضطراب همیشگی ناشی از قانونی بودن یا نبودن چندرغاز تعرفه خدمات دارویی را که مبلغ ناچیزش همواره دهن کجی آشکار به شخصیت علمی و اجتماعی داروساز بوده تجربه نکرده باشد. چرا که هر آن ممکن بود هر فرد حقیقی یا حقوقی مرتبط یا غیرمرتبط با موضوع، اراده کند و این مبلغ از نظر خودشان «ناحق»! را به چالش بکشد و حتی رسانه ای کند و این در شرایطی بود که همه همکاران هم ردیف ما در سایر رشته های علوم پزشکی بدون هیچ دغدغه ای حق خودشان را می گرفتند!

بدون تردید مسائل فوق الذکر و بسیاری مشکلات مشابه دیگر که همکاران بهتر از بنده می دانند فقط و فقط توسط یک تشکل قوی و

کارآمد و پشتیبانی و همکاری تنگاتنگ همه اعضا قابل پیگیری و قابل حل خواهد بود و امروز فقط انجمن داروسازان ایران و شعب شهرستانها چنین توانایی را دارند. اما مشکلات دیگری هم هستند که عامل ایجادشان خود ما داروسازان هستیم و چون نیک نظر کنیم، این گروه از مشکلات هم نقش بسیار بارزی در کوتاهی دیوار مورد بحث و وضعیت امروز داروسازی دارند. این رفتارهای غیر حرفه ای و غیر اخلاقی درست مانند کرمهایی هستند که میوه را از دورن فاسد می کنند و نکته جالب اینجا است که بسیاری از ما، پدیده هایی مانند فروش داروهای خارج از شبکه و یا مثلاً اجاره داروخانه به غیر داروساز را به حق، مذموم می دانیم و با صدای رسا محکوم می کنیم ولی این رفتارها را زشت نمی دانیم. یک دلیلش شاید این باشد که قبح چنین اعمالی به مرور زمان و در اثر تکرار از بین رفته است و می رود که کم کم جزئی از فرهنگ شود! من در اینجا فقط به سه مورد از این رفتارهای غیرحرفه ای که به اعتقاد خودم نقش بسیار پررنگی در رقم زدن وضعیت اسفبار کنونی داروسازان داشته اند اشاره و قضاوت را به خوانندگان گرامی واگذار می کنم:

1- راستی همکاری که چندین ساعت و گاهی حتی بنا به شنیده ها چندین روز سکان داروخانه و داروهای را که مدعی است همه سم بالقوه هستند و فقط خودش صلاحیت علمی اداره آن را دارد به دست چند نسخه پیچ می سپارد، چه استدلال منطقی یا قانونی برای کارش دارد؟ چگونه

می تواند ادعا کند که مبلغ تعرفه خدمات دارویی در مقابل زحماتی که می کشد ناچیز است و حقتش بیشتر از اینهاست؟! چگونه می تواند انتظار داشته باشد با همکار پزشکش که معاینه بیمار و تجویز دارو در غیابش، بیشتر به یک افسانه می ماند در یک ردیف قرار گیرد؟! و اینکه اصولاً چنین داروخانه ای چه فرقی با داروخانه اجاره شده توسط یک پراتیک دارد؟!

2- همکاری که فارغ از قوانین داروهای نسخه ای و OTC، به هر کس هر آنچه خواست می فروشد، چگونه انتظار دارد جامعه و بالطبع مسئولین بین داروخانه و سوپرمارکت تفاوت قائل شوند؟! با کدام دلیل باید اعتقاد به قباحت اجاره داروخانه به پراتیک را داشته باشد و اصلاً رفتارش چه تفاوتی با پراتیک دارد؟ چرا این پدیده باید چنان همه گیر شود که بسیاری از همکاران قانونمند هر روز خدا به خاطر ندادن داروهای نسخه ای و طلب نسخه از ارباب رجوع مورد تحقیر قرار بگیرند؟ بگذارید سؤال را به شکل دیگری مطرح کنم: سود حاصل از فروش یک آمپول دگزامتازون بدون نسخه حدود دوپست تومان است (به ارزش این مبلغ در بازار ایران و دنیا دقت شود). این سود چه تناسبی با آن همه عوارض جانبی که حداقل ما خوب می شناسیم دارد؟! توجیه این پدیده و رفتار مذموم چگونه با جملاتی از این دست ممکن است؟ :

- آگه من ندم یکی دیگه میده!

- میده دکتر می نویسه میاد می گیره!

- همه می دن منم میدم!  
- اینا هم آگه نباشه که چرخ داروخانه نمی چرخه!  
- ولمون کن. حالا همه مشکلات مملکت حل شده همین یکی مونده؟!  
- ....

3- پدیده دیگری که قدر و شأن یک داروساز را شدیداً متزلزل می کند چیزی است که بنده برایش عبارت «گدایی نسخه» را انتخاب کرده ام! کاری به ابعاد مختلف این پدیده که همه کم و بیش می دانند ندارم. اما این درد را کجا باید برد که برخی همکاران، یکی از کارکنان داروخانه را فقط مأمور سرکشی به مطبهای دور و نزدیک و ارتباط و خوش و بش با پزشکان و منشی ها و بده بستانهای مربوطه کرده اند؟! آیا اگر ادعا کنیم چنین همکارانی باعث تزلزل شأن و شخصیت اجتماعی داروسازانی می شوند که با متانت تمام در داروخانه شان نشسته اند و عملکرد صحیح خودشان باعث جذب بیمار شده است؛ سخنی به گزاف گفته ایم؟! در هر حال، بنده به شخصه اعتقاد دارم که اینگونه رفتارهای غلط که به سه مورد آن مختصراً اشاره شد، تأثیر مستقیمی در ایجاد وضعیت امروز ما داشته است و اگر اندکی دقیق شویم، می توانیم رشته های ارتباطی بین چنین رفتارهایی را با انفعال انجمن داروسازان، جسارت روزافزون سازمانها و ادارات مرتبط با داروسازان و در نهایت، کوتاهی یا نبود یک «دیوار» قابل اطمینان برای داروساز، به عینه مشاهده کنیم.

**با احترام - دکتر محمد مصدق کمالی**

# صنعتی و اجتماعی

- 1 - بهار
- 2 - خبرهای زمستان 95
- 3 - مصاحبه های آقای دکتر خیری
- 4 - تشکیلات صنعتی داروسازان گیلان (27)
- 5 - سالی که گذشت
- 6 - چرند و پرند



## بهار



### دکتر محمد فرزین

نه فصل گل که همه فصل چون گل خندان  
ز خانه پای برون با دوصد خوشی بردار  
ضمن عرض تبریک سال نو به همکاران  
عزیز داروساز و هیئت مدیره جدید و آرزوی  
موفقیت و سلامتی برای همکاران و خانواده های  
محترمشان مروری داریم بر سالی که گذشت:

بیا که فصل گل است و نشاط و فصل بهار  
بهار را تو بها داده دست کم مشمار  
مکن مضایقه ازباغ و کوه ودشت و دمن  
مکن دریغ زتفریح و گشت در گلزار  
چو می روی پی تفریح جانب صحرا  
خوراک خویش باندازه شکم بردار



نخست فروریختن ساختمان پلاسکو و از دست رفتن جان عده ای از عزیزان آتش نشان و صحنه دلخراش یک تن از آنها که برخلاف همکارانش پس از انجام مأموریت فقط یک لحظه مانده به بالا بر سرش ریخت و در آن آتش و دود جان به جان آفرین تسلیم نمود. چاره ای جز طلب آموزش برای آنها و صبر و بردباری برای خانواده های داغدار نداریم. ساختمان القانیان یا همان پلاسکو نماد تهران نیم قرن پیش بود. برج چندین و چند طبقه ای که آخرین طبقه اش سلف سرویس بود و غذا به قیمت مناسب عرضه می شد و کم تازه واردی را می توان یافت سری به آنجا نزنده و ضمن پذیرایی از نمای آن که تمامی تهران به چشم می خورد، خصوصاً شب ها لذت نبرده باشد.

چند عزیز دیگر از همکاران داروساز هم اکنون در میان ما نیستند. از جمله دوست و پیش کسوت ما آقای دکتر کوچکی نیا عزیز که همگان به بزرگواری او اذعان دارند. دکتر حمید گسگری چه زحماتی که در داروخانه شبانه روزی رازی نکشید و چه جفایی که در حق او نکردند و نیز همکار شوخ طبع و با کمال، شادروان دکتر بخشنده، برای همه طلب آموزش

و برای بازماندگان آرزوی سلامت داریم. چه باید کرد؟

این سرایی است که البته خلل خواهد یافت  
خنک آن قوم که در بند سرای دگرند  
کاشکی قیمت انفاس بدانندی خلق  
زین دمی چند که مانده است غنیمت شمرند  
اجازه می خواهم مطلب را خلاصه نموده و  
عرض نمایم:

نوبهار است در آن کوش که خوشدل باشی  
که بسی گل بدمد باز و تو در گل باشی  
من نگویم که کنون با که نشین و چه بنوش  
که تو خود دانی اگر زیرک و عاقل باشی  
چنگ در پرده همین می دهدت پند ولی  
وعظت آنگاه کند سود، که قابل باشی  
در چمن هر ورقی دفتر حالی دگر است  
حیف باشد که زکار همه غافل باشی  
نقد عمرت ببرد غصه دنیا بگزاف  
گر شب و روز، در این قصه مشکل باشی  
گرچه راهی است پر از بیم ز ما تا بر دوست  
رفتن آسان بود ار واقف منزل باشی  
حافظا گر مدد از بخت بلندت باشد

صید آن شاهد مطبوع شمایل باشی  
Mohamadfarzin.Blogfa.com



## خبرهای زمستان 95 - انجمن داروسازان گیلان

### دکتر حمیرا آذرگشسب

\* در روزهای پایانی اسفندماه، خبر تکان دهنده و ناخوشایندی جامعه داروسازی گیلان را برآشفتم. با وجود اینکه پیشنهاد اعطاء مجوز تأسیس داروخانه به غیر داروساز قبلاً در سه نوبت توسط اعضاء کمیسیون ماده 20 دانشگاه علوم پزشکی (قزوین و گیلان) رد شده بود، با خبر شدیم که ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی گیلان در اقدامی انحصاری و با توصیه شخصی خود، مجوز مربوطه را به نام یک کلینیک صادر کرده است.

\* در ادامه اعتراض انجمن داروسازان گیلان به تصدی معاونت غذا و داروی استان توسط شخص غیر داروساز، هیئت مدیره انجمن با آقایان: مهندس کوچکی نژاد - نماینده محترم کلانشهر رشت و دکتر قربانی - نماینده محترم آستانه اشرفیه و بندر کياشهر در مجلس شورای اسلامی به طور جداگانه دیدار کردند. این مسئولان با تأیید نظر داروسازان و توصیه به حفظ آرامش، قول تلاش برای مرتفع ساختن مسائل را دادند.

این مسئله واکنش شدید داروسازان گیلان را به همراه داشت و در پی آن با امضاء دسته جمعی نامه اعتراضی، به سازمان بازرسی استان گیلان مراجعه نمودند و مقرر شد شکایت به دیوان عدالت اداری نیز برده شود.

\* مکاتبات انجمن داروسازان گیلان با وزیر محترم بهداشت، ریاست محترم سازمان غذا و دارو و نیز اعتراض انجمن داروسازان ایران به این موضوع همچنان ادامه دارد.

\* پاسخ به استعلام انجمن داروسازان ایران برای پیشنهاد تعرفه مسئولیت فنی و خدمات دارویی نسخ در داروخانه و نیز مخالفت با تفویض مسئولیت کنترل قیمت درج شده روی بسته بندی داروها به داروخانه ها توسط سازمان غذا و دارو از دیگر اقدامات هیئت مدیره در زمستان گذشته بود.

\* به دعوت انجمن داروسازان ایران و انجمن داروسازان خراسان رضوی از رؤسا و دبیران شعب برای شرکت در گردهمایی که در مشهد مقدس برگزار شد، ریاست محترم و دبیر انجمن شعبه گیلان و نیز همکار پیش کسوتان جناب دکتر خیری - مسئول روابط عمومی انجمن ایران حضور داشته و به سهم خود ایفای نقش نمودند.

\* برای آشنایی بیشتر همکاران داروساز با نرم افزارهای مدیریت داروخانه، از شرکت های معتبر فعال در این زمینه دعوت شد تا با برگزاری پنل در سالن اجتماعات انجمن داروسازان گیلان برنامه کاربردی خود را به اعضای انجمن معرفی

نمایند. «تیبان» و «آریا» شرکت های موفق در این زمینه بوده اند. سایر شرکت ها نیز در فرصت مقتضی به این مهم خواهند پرداخت.

\* آموزش «پیش پذیرش الکترونیکی اسناد» در سامانه شرکای کاری بیمه سلامت، فعالیت آموزشی دیگری بود که در دو روز مختلف توسط نمایندگان بیمه سلامت استان و با حضور جمعی از همکاران در محل انجمن داروسازان گیلان صورت گرفت.

\* با آمادگی برای تشکیل کلاسهای آموزشی مهارتهای هفت گانه کامپیوتر (ICDL)، زبان انگلیسی و اطفاء حریق، از اعضای محترم انجمن برای شرکت در دوره های مربوطه دعوت بعمل آمد؛ اما متأسفانه با اقبال همکاران مواجه نشد.

\* با تشکیل کارگروه آموزش انجمن با مسئولیت آقای دکتر کهنسال، آموزش نسخه پیچی به علاقه مندان، تکمیل دانسته های پرسنل داروخانه ها و صدور گواهینامه های معتبر مربوطه در برنامه این کارگروه قرار گرفت و ثبت نام مراجعه کنندگان آغاز گردید.

\* کنفرانس های علمی یک روزه با امتیاز بازآموزی در دو زمان با موضوعات: «دارودرمانی سرطان و بیماریهای خون» و «نوآوری و تازه ها» برگزار شد.

\* کارگروه مسئولین فنی انجمن با مدیریت جناب دکتر یوسفی و همراهی گروهی از داروسازان مسئولین فنی استان معرفی شد.

\* آقای دکتر خیری مسئولیت شورای حل اختلاف انجمن را به عهده گرفت.

\* مسئولیت شورای داروخانه داران به آقای دکتر کهنسال سپرده و با مشارکت جمعی از داروسازان مؤسس داروخانه تشکیل شد.

\* سرکار خانم دکتر مظفری به عنوان نماینده هیئت مدیره انجمن در مدیریت صندوق رفاه داروسازان گیلان ابقاء شد.

\* آقای دکتر یعقوبی - دبیر محترم انجمن - به عنوان رابط انجمن و سازمانهای بیمه گر معرفی شد. با توجه به رضایت انجمن از خدمات بیمه ایران کد 33332 - آقای سعید کشتکار - تفاهم نامه فی مابین با شرایط پیشین از تاریخ 95/12/1 به مدت یک سال تمدید گردید.

\* به دنبال درخواست عوارض بابت تابلو سردرب داروخانه ها توسط شهرداری ها و اعتراض انجمن داروسازان گیلان، هیئت مدیره جلسه ای با حضور برخی نمایندگان شورای شهرستان رشت و در محل انجمن تشکیل داد. نتیجه گفت و شنود حاضرین در نشست، عدم تعلق عوارض به تابلوهای سردرب با عرض کمتر از 1/5 متر و نیز قول همکاری های گسترده تر در آتیه بود.

\* زمستان 95 آبهستن رخداد تلخ فروریختن ساختمان پلاسکو بود که فاجعه ای در سطح ملی قلمداد شد. مراسم گرامیداشت آتش نشانان جانباخته و فداکار با دعوت از مسئولان مختلف شهری و شرکت همکاران گرامی داروساز همراه

با پوشش خبری رسانه ای در سالن انجمن و با رویکرد ارتقاء فرهنگ رعایت مسائل ایمنی برگزار گردید.

\* اعتراض به بدحسابی مداوم بیمه ها و پیگیری مطالبات داروخانه ها بخش دیگری از فعالیت های انجمن را در زمستان گذشته به خود اختصاص داد. خاطرنشان می سازد که همکاران گرامی هیئت مدیره انجمن در دوره قبل نیز مکاتبات و اقداماتی در این راستا به انجام رسانده بودند.

مصاحبه های متعدد روابط عمومی محترم انجمن ایران، نامه اعتراضی انجمن به استانداری گیلان و نیز نامه انجمن داروسازان ایران به سازمان بیمه سلامت در خصوص احتمال پیچیده شدن نسخ بیمه شدگان به صورت آزاد در داروخانه ها اقداماتی از این دست بودند.

\* دیرکرد کم سابقه سازمانهای بیمه گر نسبت به انجام تعهداتشان درمورد داروخانه ها در سال گذشته، نارضایتی جدی داروسازان را در پی داشت. در نظرسنجی به عمل آمده از داروسازان استان عضو گروه های مجازی تلگرام، بیش از 90 درصد اعضاء به تشکیل کمپین اعتراضی به بیمه ها یا عدم ارائه خدمات بیمه ای به نسخ بیماران و یا هر دو اقدام رأی دادند.

- مراسم گردهمایی پایان سال اعضاء انجمن در بیستم اسفندماه، با پشتیبانی مالی شرکت های «نستله» و «به بخش داروی بهشهر» در تالار «دیدار» برپا گردید.

در این مراسم پس از تلاوت آیاتی از قرآن کریم و سرود جمهوری اسلامی ایران و نیز تبریک سال نو توسط ریاست محترم انجمن، اعضاء هیئت مدیره شرح مختصری از کارنامه پنج ماهه شان را تقدیم حضار محترم نمودند.

مسئول محترم روابط عمومی انجمن داروسازان ایران اقدامات آن انجمن در ماههای پرچالش گذشته را بیان و آقای دکتر فرزانه گزارشگر خدمات صندوق رفاه داروسازان گیلان بود.

\* در بخش بعدی برنامه، نماینده شرکت نستله با بیان خلاصه ای از تاریخچه و تولیدات آن، به معرفی یکی از فرآورده های این شرکت پرداخت.

\* تقدیر شرکت های پخش دارویی استان و داروسازان گیلان از جناب دکتر سرودی - معاونت محترم پیشین اداره غذا و داروی استان و تکریم پیشکسوتان گرامی آقایان: دکتر آرامی، دکتر آزاد، دکتر صادقی پور رودسری، دکتر مرزبان و دکتر نظری، شکوه چشمگیری به محفل داد. این لحظه های به یادماندنی با گرفتن عکس های دسته جمعی داروسازان گرامی با پیشکسوتان عزیز ثبت گردید.

بخش پایانی گردهمایی، جلسه پرسش و پاسخ بود که حاضرین برخی شبهه ها و سؤالات خود را مطرح و سرکار خانم دکتر مظفری و آقای دکتر خیری پاسخگو بودند. مراسم با آرزوی سالی خوش و پربار برای جامعه داروسازی و صرف ناهار دسته جمعی به پایان رسید.

\* شب چهارشنبه سوری، کاروانسرای شاه عباسی رشت با هماهنگی قبلی انجمن و با مراسم ویژه آن شب پذیرای داروسازان گیلان و خانواده های شریفشان بود. اگرچه کاستی های خدمات رسانی کاروانسرا موجب زحمت مهمانان گرانقدر گردید، اما تجربه اول و بسیار ارزنده ای بود از دورهم بودن اعضاء انجمن نه برای طرح مشکلات صنفی بلکه برای همراهی در یک جشن ملی.

بدون تردید تکرار گردهمایی های این چنین، به یمن حضور و صمیمیت فزاینده اعضاء فرهیخته تواناتر شدن انجمن را در پی خواهد داشت.

\* شرح اخبار، اطلاعیه ها و نامه های انجمن را در کانال تلگرام «روابط عمومی انجمن داروسازان گیلان» بخوانید.







## مصاحبه آقای دکتر خیری در گفت و گو با تسنیم : فقدان بکارگیری یک داروساز برای هر 60 تخت بیمارستانی / دولت و مجلس دست به کار شوند

وی ادامه داد: پتانسیل داروسازان کشور مدت ها است که این امکان را فراهم ساخته تا بر اساس استانداردهای جهانی، داروسازان در بیمارستان های کشور مشغول به ارائه خدمات دارویی شوند ولی متأسفانه به نظر می رسد با وجود ضرورت علمی و الزامات قانونی، به کارگیری داروسازان در بیمارستان ها چندان جدی گرفته نمی شود.

به گفته مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران، باید حداقل برای هر 60 تخت بستری، یک داروساز بالینی در بیمارستان حاضر باشد اما آمارها نشان می دهد علی رغم اینکه حدود 200 هزار پرسنل در بیمارستان های دولتی کشور، مشغول به فعالیت هستند، داروسازان کمتر از 5 درصد این تعداد هستند و این به معنای آن

یک مسئول انجمن داروسازان ایران بر ضرورت بکارگیری داروسازان در بیمارستان ها که چندان جدی گرفته نمی شود، زیرا برای هر 60 تخت بستری باید یک داروساز بالینی در بیمارستان حاضر شوند، گفت: دولت و مجلس برای توسعه داروسازان بیمارستانی دست به کار شوند.

حمید خیری در گفت و گو با خبرنگار سلامت خبرگزاری تسنیم، ضمن انتقاد از میزان پایین به کارگیری داروسازان در بیمارستان های سراسر کشور اظهار داشت: غفلت از نقش داروسازان بیمارستانی، موجب افزایش هزینه های بیمارستان ها شده است و این موضوعی است که مطالعات جهانی بر صحت آن تأکید دارد.



است که با وجود مصرف قابل توجه دارو در بیمارستان‌ها و سایر مراکز، نظام درمانی ما، تمرکز لازم برای مدیریت علمی نظام تجویز و مصرف دارو در سطح بیمارستان‌ها ندارد.

خیری با اشاره به ضرورت شفاف سازی و تعریف دقیق واژه‌ها در مستندات قانونی مربوط به داروسازان بیمارستانی اظهار داشت: یکی از مهمترین دغدغه‌های انجمن داروسازان ایران، تدوین شرح وظایف داروسازان بیمارستانی، تعریف فرآیندها و روش اجرایی استانداردها و ضرورت اصلاح نواقص موجود در تعرفه‌ها و استانداردهای موجود در حوزه خدمات داروسازی بیمارستانی است.

به گفته خیری، با توجه به ضرورت‌های فوق و نیز ناکافی بودن برنامه‌های آموزشی موجود، کارگروه مشخصی در انجمن داروسازان ایران

تشکیل شده است و این کارگروه در حال ریزینی و تبادل نظر با معاونت درمان وزارت بهداشت، سازمان غذا و دارو، دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، اداره استانداردسازی و تدوین راهنمای بالینی و سایر مراکز مرتبط است.

خیری در پایان ضمن درخواست از دولت و مجلس برای توسعه داروسازی بیمارستانی تصریح کرد: توجه به این نکته نیز ضرورت دارد که توسعه فعالیت داروسازان بیمارستانی، علاوه بر منافی که برای نظام دارودرمانی کشور به دنبال دارد و می‌تواند یکی از راهکارهای مؤثر برای مهار سونامی بیکاری فارغ‌التحصیلان این رشته پرتقاضا محسوب شود و این موضوعی است که باید سیاستگذاران حوزه آموزش وزارت بهداشت و اعضای کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی مدنظر داشته باشند.

\* \* \* \* \*

## مصاحبه آقای دکتر خیری با خبرگزاری ایسنا مشکلات فراوان داروخانه‌های کشور / مسئولان فکری کنند

دکتر حمید خیری در گفت و گو با ایسنا، با اشاره به نقش ایرانیان در توسعه علم داروسازی در جهان گفت: با مروری کوتاه به تاریخچه علوم در ایران به راحتی به این موضوع پی می‌بریم که یکی از ریشه‌دارترین و کهن‌ترین علوم و فناوری‌های تاریخ تمدن ایران داروسازی

مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران ضمن اشاره به آنچه که «مشکلات فراوان داروخانه‌های کشور» خواند، از متولیان نظام سلامت چه در بدنه دولت و چه در مجلس شورای اسلامی خواست که با تغییر نگرش‌ها، فکری اساسی برای آینده این صنف کنند.

است. بسیاری از قراین و شواهد موجود حاکی از آن است که ایرانیان باستان، نقش بسزایی در توسعه دانش و فن داروسازی داشته و درمان بیماران و بکار بردن داروها نزد ایرانیان دارای قدمتی بیش از سایر ملل است.

وی ضمن تأکید بر نقش ایرانیان در گسترش طب اسلامی ادامه داد: داروسازی در ایران در دوران اسلام نیز با پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای همراه بوده و دانشمندانی چون ابوعلی سینا و محمد زکریای رازی با به ارث گذاشتن آثاری ارزشمند کمک شایانی به پیشرفت این علم کرده‌اند.

به گفته مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران، علم داروسازی از دوران پیدایش همواره با چالش‌ها و مشکلاتی مواجه بوده و داروسازان بنا بر تکلیفی که در مقابل بیماران بر دوش احساس می‌کنند، همواره به انحای مختلف با کم و کسرها ساخته است. آنها با دست و پنجه نرم کردن با این مشکلات، پیشرفت‌های زیادی در زمینه تولید داروهای مختلف برای بیماری‌های مختلف داشته‌اند. ولی واقعیت این است که داروسازان در چند سال اخیر فشارهای بسیار زیادی را از جوانب مختلف تحمل کرده‌اند که شاید در طول تاریخ سابقه نداشته باشد.

وی تصریح کرد: خوشبختانه به برکت پتانسیل عظیم داروسازان ایرانی، با وجود تحریم‌های شدید بین‌المللی، داروسازان با همراهی سایر فعالان حوزه دارو، توانسته‌اند با بکارگیری

مهارت و توانایی این افراد، نزدیک به 97 درصد نیازهای دارویی کشور را تأمین کنند که شاید در نوع خود در میان بسیاری از کشورهای هم‌رده ما بی‌نظیر باشد.

خیری ضمن انتقاد از بی‌توجهی‌های متعدد نیست به نقش داروسازان تأکید کرد: اگرچه در سالیان گذشته نظام سلامت توانسته است با همت پزشکان و داروسازان به پیشرفت‌های چشمگیری در سطح کلی سلامت جامعه و بالا رفتن شاخص‌های مربوط به آن برسد، اما متأسفانه در طرح تحول سلامت نقش داروخانه‌ها و به موازات آن نقش داروسازان به خوبی مورد توجه قرار نگرفته است. این در حالی است که به گفته صاحب‌نظران بدون در نظر گرفتن نقش داروخانه‌ها و عدم توجه به توانمندسازی داروخانه‌ها، این طرح به صورت ناقص پیش می‌رود.

وی ادامه داد: این آرزوی ما است که مردم شریف مان از مواهب طرح تحول سلامت به صورت پایدار بهره‌مند باشند، ولی انجمن داروسازان با تکیه بر نزدیک به یکصد سال تجربه‌ای که در آن شکل گرفته است، رسالت خود می‌داند که نگرانی‌هایی که از بررسی جوانب مختلف احساس می‌کند، با صدای بلند به مسئولین مربوطه اعلام کند.

خیری اضافه کرد: یکی از موضوعاتی که این روزها موجب نگرانی اکثر جامعه داروسازان شده است، عدم تلاش وزارت بهداشت برای

بهره برداری شایسته از پتانسیل داروسازان کشور است. توقع داریم وزارت بهداشت، نسبت به ظرفیت سازی و زمینه سازی برای ارتقاء سطح خدمات داروخانه هاپیش بینی های لازم را تدارک ببند.

وی ادامه داد: حمایت از اقتصاد داروخانه، با توجه به رأی و نظر تشکل های صنفی این حوزه، کاهش سهم خواهی داروخانه های دولتی از گردش مالی دارو، کاهش فشار مالیاتی بر بدنه رنجور داروخانه ها، پرهیز از ارائه طرح هایی که هویت خصوصی داروخانه ها را مخدوش می کند و چندین موضوع دیگر، توقعاتی هستند که داروسازان از دولت تدبیر و امید دارند. عدم توجه به چنین مباحثی سبب شده که عرصه برای داروخانه ها هر روز تنگ تر از روز قبل شود.

به گفته خیری، این واقعیت که تعدادی از داروسازان به دنبال واگذاری داروخانه های خود و خروج از این صنف هستند و هزینه های

سرسام آور اداره داروخانه، وضعیت اقتصاد داروخانه ها را به نقطه سر به سر رسانده است، واقعیت بسیار دردناکی است که باید رسیدگی به آن تسریع شود.

مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان تصریح کرد: امروز شرایط برای داروسازان به گونه ای پیش می رود که داروخانه هایی که روزی خود سرپناهی برای بیماران بودند، خود در حال بی پناه شدن هستند.

وی تأکید کرد: با توجه به مشکلات فراوان داروخانه های کشور در حال حاضر متولیان نظام بهداشت و درمان، چه در بدنه دولت و چه در مجلس شورای اسلامی باید با تغییر نگرش، فکری اساسی برای آینده این صنف کنند؛ چرا که عدم توجه به این مشکلات می تواند در سالیان پیش رو عواقب سنگینی برای نظام سلامت کشور در پی داشته باشد که جبران آن، طاقت فرسا باشد.

\* \* \* \* \*

## مصاحبه آقای دکتر خیری با همشهری آنلاین پیچیدن نسخه دارویی بیماران بدون پوشش بیمه

همشهری آنلاین:

مواجهه شده اند ادامه داد: این وضع اثرات نامطلوبی به نحوه و پتانسیل ارائه خدمات داروخانه ای گذاشته و انگیزه دکتر داروساز را برای ادامه فعالیت کاهش داده است.

وی گفت: وقتی دارو را با سود معینی خریداری می کنید اما بیمه به جای پرداخت سهم خود 8 ماه تعلل می کند نه تنها داروخانه سود نمی کند بلکه ضرر سرمایه گذاریش را نیز باید پرداخت کند.

عضو انجمن داروسازی ایران افزود: نتایج چنین شرایطی این است که اقتصاد داروخانه ها فلج می شود و دود آن به چشم بیماران می رود و در چنین شرایطی است که بسیاری از داروخانه ها تصمیم گرفته اند نسخه دارویی بیماران را بدون توجه به پوشش بیمه آنها ارائه دهند.

خیری گفت: کسی جز سازمان های بیمه گری در این شرایط مقصر نیست و بدعهدی بیمه ها موجب بروز این نابسامانی است.

عضو انجمن داروسازان ایران گفت: با توجه به محقق نشدن معوقات بیمه ای به داروخانه ها، احتمال اینکه نسخه دارویی بدون بیمه به بیمار داده شود، بالا می رود.

حمید خیری در مصاحبه با خبرگزاری صدا و سیما افزود: در آینده نزدیک داروخانه مجبور می شود نسخه بیماران را بدون پوشش بیمه ای بپیچد و شاید فاکتوری به بیمار داده شود که پس از مراجعه به سازمان بیمه گر پول پرداختی خود را بابت دارو مطالبه کند.

وی گفت: داروخانه ها دچار بحران اقتصادی هستند و این بحران به حدی شدت یافته که داروخانه ها در بازپرداخت شرکت های دارویی مشکل جدی دارند.

خیری با بیان اینکه با توجه به اینکه سازمان های بیمه گر به تعهد خود در پرداخت بدهی شان به داروخانه ها عمل نمی کنند داروخانه ها با حجم زیادی چک های برگشتی

\* \* \* \* \*

## مصاحبه آقای دکتر خیری با ایسنا

### توقف "عامل سوم" و مشکلاتی که گریبان گیر داروخانه‌ها شد

وی با اشاره به طرح عامل سوم که قرار بود در آن پرداخت مطالبات با واسطه بانک رفاه انجام شود، گفت: این موضوع دو یا سه ماه اجرا شد اما بعد بدون دلیل متوقف شد. حال باید پرسید آیا داروساز باید به ارائه خدمت به بیماران بپردازد یا به بازپرداخت چک‌هایش فکر کند. همین عدم پرداخت مطالبات باعث شد که دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران و اصفهان عملاً اعلام کنند که ما از نظر درمانی در خدمت مردم و بیمه شدگان هستیم اما هزینه را نقدا دریافت می‌کنیم و سپس بیمار پول را از بیمه‌ها بگیرد. اگر عدم پرداخت‌ها به همین شکل ادامه پیدا کند، داروخانه‌ها هم به همین سمت حرکت می‌کنند و پول نسخه‌ها را از بیمار می‌گیرند تا بعداً بیمار پولش را از بیمه‌ها دریافت کند. در این میان چه کسی جز مردم ضرر می‌کند.

وی تأکید کرد: بنابراین با این رفتار بیمه‌ها، پتانسیل ارائه خدمت و انگیزه داروسازان در داروخانه‌ها کاهش می‌یابد و مردم و بیماران از این بابت ضرر می‌کنند.

وی همچنین درباره افزایش مالیات داروخانه‌ها گفت: ما معتقدیم مالیات اصلی درست است، اما باید متناسب با اقشار جامعه باشد. گاهی مالیات‌هایی که برای ما تعیین می‌کنند بالاتر از

مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران با اشاره به طرح عامل سوم که قرار بود در آن پرداخت مطالبات طرف قرارداد تامین اجتماعی با واسطه بانک رفاه انجام شود، گفت: این موضوع دو یا سه ماه اجرا و بعد از مدتی بدون دلیل متوقف شد.

به گزارش ایسنا، دکتر حمید خیری در نشست انجمن داروسازان با بیان اینکه سازمان‌های بیمه‌گر هیچ‌گاه به وظیفه خودشان در پرداخت مطالبات عمل نکرده‌اند، گفت: هیچ‌گاه ندیده‌ایم که مطالبات از سوی بیمه‌ها به روز پرداخت شود و بر همین اساس پتانسیل ارائه خدمت در اثر عدم پرداخت مطالبات کاهش می‌یابد؛ چرا که وقتی بیمه‌ها هزینه‌ها را پرداخت نمی‌کنند، داروخانه‌ها در ارائه داروهای گرانقیمت دچار ناتوانی می‌شوند و با وام گرفتن سعی می‌کنند این مشکل را برطرف کنند، اما گاهی به جایی می‌رسند که توان بازپرداخت ندارند.

وی افزود: اگر قرار است در پرداخت‌ها تاخیر وجود داشته باشد، سازمان‌های بیمه‌گر باید جریمه‌های قانونی را هم در نظر بگیرند، اما اصلاً به این موضوع توجه نمی‌کنند.

میزان خرید ما از شرکت‌هاست. البته ما به پرداخت مالیات اعتقاد داریم، اما در عین حال معتقدیم که در پرداخت مالیات ظلم مضاعفی به داروخانه‌ها می‌شود. به عنوان مثال گاهی فاکتورهای دارویی، آرایشی که ضریب مالیاتی بالاتری دارد در نظر می‌گیرند. البته هر گاه به این موضوعات اعتراض می‌کنیم، تغییرات لازم ایجاد می‌شود اما اساس پرداخت مالیات‌ها به این شکل درست نیست.

به گزارش ایسنا در ادامه این نشست دکتر ضیاء، عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران با بیان اینکه سازمان تامین اجتماعی تلاش‌هایی را برای بهبود بیماری‌مزمونی که سال‌هاست داروخانه‌ها را به نابسامانی کشانده است، انجام داده اما بیشترین انتقاد ما به سازمان بیمه سلامت است که شاهد هیچ گونه تحرکی از سوی آنها نبوده‌ایم.

وی با بیان اینکه در طرح تحول نظام سلامت پزشک خانواده و ... جایگاه داروسازان نادیده گرفته شده و تعرفه خدمات دارویی در کتاب ارزشگذاری نسبی متناسب با خدمات داروسازان نیست، گفت: داروخانه‌ها سرمایه در گردش خود را صرف خرید دارو از شرکت‌های دارویی می‌کنند و بعد از چند ماه باید پول این خریدها را پرداخت کنند. از طرفی 98 درصد مراجعین داروخانه‌ها تحت پوشش بیمه هستند. بنابراین این سرمایه در گردش به تدریج از داروخانه‌ها خارج

شده و در بیمه‌ها بلوکه می‌شود. ما باید برای تامین این سرمایه چه کنیم؟

وی ادامه داد: از طرفی داروخانه‌ها مجبور به گرفتن وام با سودهای 25 تا 30 درصدی شدند و بعد از چند ماه سود داروخانه‌ها هم مستهلک شده، بنابراین ما در حال حاضر به صورت رایگان به بیمه‌ها خدمت ارائه می‌کنیم. تا کنون هم خویشتنداری کرده و سعی کردیم با مکاتبات متعدد مطالبات مان را وصول کنیم اما این موضوع ظلم مضاعفی به داروسازان است و باید یک بار برای همیشه حل شود.

وی در همین راستا گفت: ما دیگر قادر به برگشت دادن سرمایه در گردش مان حتی از طریق بانک‌ها نیستیم و این موضوع باعث می‌شود که نهایتاً چرخه ارائه خدمت متوقف شود. حال این موضوع یک سیکل معیوب را ایجاد می‌کند؛ به طوریکه داروخانه‌ها هم نمی‌توانند پول شرکت‌های دارویی را تامین کنند و در نتیجه سیستم تامین دارو دچار مشکل می‌شود.

وی همچنین درباره بسته شدن داروخانه‌ها گفت: من بسیاری از داروسازان را می‌شناسم که داروخانه‌هایشان را بسته‌اند یا آنها را منتقل کرده‌اند. به همین دلیل یکی از معضلات سازمان غذا و دارو و انجمن داروسازان، نقل و انتقال داروخانه‌هاست. در عین حال باید توجه کرد که نزدیک به 40 درصد داروخانه‌هایی که فعالند توجیه اقتصادی ندارد.

## مصاحبه آقای دکتر خیری با خبرگزاری فارس

### کاهش خدمت رسانی داروخانه ها به دلیل بدهی سازمان های بیمه گر

وی افزود: زمانی که داروسازان اقدام به گرفتن قرض و وام می کنند در بازپرداخت آن به مشکل برمی خورند. در مواقعی طلب داروخانه ها از بیمه ها از میزان وام و بدهی که از بانک ها دریافت کرده اند فراتر می رود.

مسئول روابط عمومی انجمن داروسازان ایران ادامه داد: سازمان های بیمه گر باید توجه داشته باشند اگر قرار است تأخیری در پرداخت ها و بدهی ها صورت گیرد باید جریمه و خسارت دیرکرد پرداخت ها در نظر داشته باشند. متأسفانه با توجه به مشکلات موجود انگیزه فعالیت داروسازان کاهش پیدا کرده و بیشتر تلاش خود را صرف پرداخت بدهی ها و پاس کردن چک های برگشتی می کنند و وقتی برای خدمت رسانی به مردم قرار نمی دهند.

خیری در پایان تصریح کرد: مسئولان باید بدانند اگر معوقات و دیرکرد در پرداخت بدهی های بیمه ها ادامه پیدا کند، داروخانه ها از ارائه خدمت به افراد تحت پوشش بیمه سلامت و تأمین اجتماعی خودداری می کنند. راه برون رفت از این مشکلات اصلاح ساختار بیمه ها و اصلاح ساختار قراردادها است.

مسئول روابط عمومی انجمن داروسازان ایران گفت: انگیزه داروسازان به دلیل عدم پرداخت مطالبات خود از بیمه ها کاهش پیدا کرده و آنها بیشتر تلاش خود را صرف پرداخت بدهی ها و پاس کردن چک های برگشتی می کنند.

به گزارش خبرنگار بهداشت و درمان خبرگزاری فارس، حمید خیری عضو هیئت مدیره انجمن داروسازان درخصوص بدهی سازمان های بیمه گر به داروخانه ها گفت: سازمان های بیمه گر هیچ زمانی به وظایف قانونی خود عمل نکرده اند و متأسفانه هیچ موقع نشده که وقتی صورت حساب از داروخانه ها صادر می شود بیمه ها پرداخت ها و بدهی های خود را به موقع به داروخانه ها پرداخت کنند.

وی افزود: زمانی که ما با این بدعهدی ها مواجه می شویم مجبوریم مشکلات خود را در رسانه ها اعلام کنیم، متأسفانه با دیرکرد پرداخت بیمه ها خدمات رسانی داروخانه ها با مشکل مواجه شده است و در مواقعی برای جبران بدهی ها و چک های برگشتی خود اقدام به وام گرفتن از بانک ها می کنند و مشکلی بر روی مشکلات اضافه می شود.

## 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 هفتم: ادامه رویدادهای دهه 70

به دنبال این تصمیم در تاریخ 75/5/30 اصلاحیه دستمزد داروهای ساختنی توسط سازمان بیمه خدمات درمانی به شرح زیر اعلام گردید:

| پمادها و کرمها           | محلولها                  |
|--------------------------|--------------------------|
| دو قلمی 3000 ریال        | دو قلمی 2000 ریال        |
| سه قلمی 3500 ریال        | سه قلمی 2500 ریال        |
| سه قلم به بالا 4500 ریال | سه قلم به بالا 3000 ریال |

با وجودی که دستمزد داروهای ترکیبی در مرداد سال 75 رسماً توسط سازمان بیمه خدمات درمانی

در قطعنامه 2 روزه مشهد در سال 75 با توجه به در پیش بودن انتخابات مجلس شورای اسلامی ضمن ترغیب همکاران با نامزد نمودن خود، علاوه بر موارد تکراری چون افزایش مارژین، افزایش تعرفه و ... مقرر گردید به مبلغ دستمزد داروهای ترکیبی به ازاء هر قلم ترکیب اضافی مبلغ 500 ریال اضافه شود و همچنین برای جبران قسمتی از هزینه های وسایل مصرفی در داروخانه، چون پاکت، نایلکس، برجسب و لوازم التحریر از هر نسخه پیچیده شده مبلغ یکصد ریال اخذ گردد.



ابلاغ گردیده بود ولی مبالغ ناچیز اعلام شده مورد پذیرش بیمه های تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح واقع نگردید لذا تلاش فراوانی برای کمک به بیمه شدگان صورت گرفت تا سرانجام در پایان سال مزبور پذیرفته شد.

با تدوین برنامه پنجساله دوم توسعه در سال 71، هیئت مدیره انجمن داروسازان ایران طی نامه ای از شعب انجمن درخواست نمود تا مسائل مربوط به داروخانه در زمینه های زیر در کمیته های کارشناسی بررسی و اعلام گردد:

ساختار داروخانه (اعم از خصوصی، بیمارستانی)، داروهای OTC، خدمات فنی داروخانه، رابطه داروساز با بیمار و پزشک، تأسیس داروخانه، تعداد داروخانه به ازاء جمعیت، مالکیت داروخانه، توزیع دارو در داروخانه ها، دستمزد داروهای ترکیبی و نحوه بازرسی از داروخانه ها.

صدور کارت عضویت جدید برای داروسازان عضو انجمن با آرم انجمن داروسازان از سال 71 آغاز گردید.

انتخابات سه ساله انجمن داروسازان ایران در تاریخ 74/7/7 (نوبت دوم) تجدید شد و اعضاء قبلی با مختصر تغییری مجدداً به عضویت هیئت مدیره و بازرسین انتخاب شدند.

در گردهمایی ماهیانه هیئت مدیره ها در سالن اجتماعات انجمن در ابتدای سال 75 مقرر شد تا در این سال روی سه محور افزایش تعرفه خدمات فنی داروخانه و اعلام به موقع آن، حذف حق بیمه کارگری کارکنان داروخانه به دلیل فنی بودن کار

و همچنین ایجاد صندوق تعاونی در شعب انجمنهای داروسازی اقدام گردد.

به دلیل بروز اختلاف بین مسئولان فنی و مؤسسين داروخانه، درخصوص اینکه عواید تعرفه دریافتی باید به چه کسی تعلق گیرد، روابط عمومی وزارت بهداشت در اطلاعیه مورخ 70/12/18 اعلام نمود که تعرفه و دریافت آن منوط به حضور مسئول فنی برای ارائه خدمات دارویی بیشتر به صورت علمی و فنی و به جهت گردش مالی بهتر اقتصاد داروخانه برقرار گردیده است. در همین رابطه هیئت مدیره انجمن داروسازان طی نامه ای تأکید نمود که با برقراری تعرفه لازم است مؤسسين داروخانه ها در ارتقاء میزان حقوق مسئولان فنی داروخانه و کارکنان ذیربط تجدیدنظر نمایند.

با توجه به توصیه و تأکید مجدد در گردهمایی هیئت مدیره ها برای نامزد شدن در انتخابات مجلس شورای اسلامی، آقای دکتر قدیری افشار دبیر وقت انجمن با حمایت انجمنهای داروسازی برای نمایندگی در مجلس شورای اسلامی از حوزه تهران پا به عرصه انتخابات گذاشت. هرچند ایشان نتوانستند به عنوان نماینده انتخاب شوند اما از بین چهارصد و اندی نامزد در تهران با بیش از هشتاد و دو هزار رأی، رتبه هفتاد و یکم را کسب کردند، کسب این تعداد رأی آن هم در شهری چون تهران بزرگ حاکی از پشتیبانی و همبستگی همکاران بود.

ماده 3 قانون امور پزشکی و دارویی و مواد

خوراکی و آشامیدنی سال 1334 و تبصره منحصر به فرد آن در جلسه 1374/2/6 مجلس شورای اسلامی اصلاح گردید.

تبصره منحصر به فرد سال 1334 که تحت شرایطی به دارندگان کارت کمک داروسازی اجازه می داد تا رأساً اداره امور فنی داروخانه را به استثناء تهران و مراکز استانها به عهده داشته باشند به دلیل افزایش تعداد داروسازان و مکاتبات عدیده انجمنهای داروسازی حذف گردید و به جای آن 6 تبصره که عمدتاً با موازین نظام نوین دارویی ایران (طرح ژنریک) سازگار بود جایگزین شد. ضمناً در تبصره 4 این ماده وضعیت وراثت و چگونگی ادامه کار مؤسسات پزشکی در صورت فوت مؤسس با عنایت به مفاد قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که نشأت گرفته از قرآن است روشن گردید و مقرر شد تا در صورت فوت مؤسس، وراثت متوفی به استناد همان پروانه تأسیس قبلی، با ارائه گواهی تسلیم دادخواست حصر و وراثت و معرفی یک نفر داروساز به عنوان مسئول فنی واجد شرایط درخواست صدور پروانه مسئولیت فنی را برای مؤسسه بنمایند که این پروانه برای دو سال معتبر بوده و پس از آن پروانه مؤسسه می باید به نام فرد واجد شرایط و مورد قبول اعضاء کمیسیون ماده 20 صادر گردد.

با روی کار آمدن آقای سیدمحمد خاتمی به عنوان رئیس جمهور در خرداد 1376 و بها دادن ایشان به حضور تشکل های صنفی در تصمیم گیری های کلان کشور، هیئت مدیره

انجمن ایران به ویژه شورای عالی داروخانه ها به ریاست آقای دکتر مژدهی آذر خواستار تفویض اختیار امور دارویی از طرف مسئولان وزارت بهداشت به انجمن گردید.

همکاری تنگاتنگ شورای عالی داروخانه ها با کارگروه مالیاتی نظام پزشکی موجب گردید تا انجمن داروسازان ایران آقایان دکتر مصطفوی، دکتر مژدهی آذر، دکتر تفضلی، دکتر مدرسی، دکتر رحیم شرعی و دکتر ریاحی را به عنوان نمایندگان انجمن در کمیسیون های حل اختلاف مالیاتی ادارات شرق و غرب و منطقه مرکزی سازمان مالیاتی تهران بزرگ معرفی نمایند. در همین رابطه شورای عالی داروخانه ها، یکی از کارشناسان مجرب مالیاتی را برای روزهای چهارشنبه هر هفته از ساعت 4-2 بعدازظهر موظف به پاسخگویی مشکلات مالیاتی همکاران داروخانه دار نمود و جلسات شورای عالی داروخانه ها با جدیت روزهای دوشنبه هر هفته رأس ساعت 2 بعدازظهر در سالن اجتماعات انجمن داروسازان ایران با حضور همکاران برگزار می شد. در اواخر سال 76 هیئت مدیره انجمن داروسازان ایران پیشنهاد خرید مکانی برای انجمن ایران نمود و از انجمن های شعب خواستار همفکری و مساعدت مالی شد.

ششمین گردهمایی هیئت مدیره انجمنهای داروسازی کشور در تاریخهای 7 و 8 خرداد در شهر تاریخی اصفهان برگزار و منجر به صدور قطعنامه گردید. پایان



## « چرند و پرند »

### دکتر آرش طاهر قاسمی

همه بر این باور هستیم که با این روال، سرانجام خوبی در انتظار این گروه از داروسازان نخواهد بود.

حال یک سؤال. آیا می‌توانید حدس بزنید یا پیش‌بینی کنید در شرایط کنونی با در نظر گرفتن قوانین فعلی در 5 سال آینده حقوق مسئول فنی چند درصد رشد می‌کند؟ سیر صعودی خواهد داشت یا سیر نزولی؟ البته بدون اعلام مبلغ خاص راستی چه پیش‌بینی می‌کنید؟ صعودی؟ یا نزولی؟

قرائن نشان دهنده این است دانشجویی که امسال در رشته داروسازی قبول شده آینده شغلی مبهمی در انتظارش است. امیدوارم همه دوستان با این نتیجه‌گیری موافق باشند. بنابراین باید قدمی برای نجات همکاران در زمینه مورد بحث برداریم.

من مرغ طوفانم نیندیشم زطوفان  
موجم نه آن موجی که از دریا گریزد

این حقیر اعتقاد دارم اگر مسئولین فنی نسبت به سرنوشت خود بی‌تفاوت باشند، با توجه به افزایش تعداد دانشکده‌ها و دانشجویان داروسازی و البته دانشجویان خارج از کشور، حقوقشان با توجه به روال سنوات گذشته رشد ناچیزی خواهد داشت. به تدریج با افزایش عرضه داروساز، مسئولین فنی ناگزیر برای جلوگیری از بیکار شدن، تن به حقوقهای توافقی بسیار پایین خواهند داد و البته داروساز بیکار هم در پایان سال پنجم زیاد خواهد شد و شاید هم کلاً از درسی که خواندند پشیمان شده و دنبال کار دیگری بروند!

حال بستگی به خود مسئولین فنی دارد که در آینده شغلی خود چقدر نقش داشته و تأثیرگذار باشند.

مسئولین فنی چه کسانی هستند؟

1- داروسازانی که در داروخانه های شهر مسئول فنی هستند.

2- داروسازانی که مسئولیت فنی بخشهای مختلف کارخانه های داروسازی را بر عهده دارند.

3- داروسازان شاغل در شرکتهای توزیعی

4- مسئولین فنی بیمارستانها

همکارانی که حقوق بگیر دولت هستند و در سازمانهای بیمه کار می کنند، حکم حقوقی دارند اما باید راهکاری پیدا کنیم که حقوق آنها هم افزایش پیدا کند که این پروسه زمان طولانی لازم دارد. حداقل کار این است انجمن ایران به سازمانهای مربوطه نامه بنویسد و با دلیل و منطق آنها را قانع کند که این حقوق برای داروساز کافی نیست.

در مورد همکاران بیمارستان هم مانند گروه قبل هر کدام حکم حقوقی دارند. بعلاوه الحمدلله پرکیس هم تعریف شده است. اگر چه چندین ماه است دریافت نکرده اند. راهکار این گروه هم همانند گروه قبلی است.

موارد دوم، سوم و چهارم تقریباً در یک ردیف قرار می گیرند. من فکر می کنم تعداد زیاد شرکتهای پخش در یک استان بسیار آسیب زننده است. اعتدال بهترین روش است. در یک استان کوچک 150 شرکت توزیع که همه شان تقریباً داروهای یکسانی را توزیع می کنند و فقط وقت داروخانه را می گیرند.

بنابراین باید فکری برای تجمیع این شرکتها شود.

در ارتباط با حقوق دوستان ما در این شرکتها، اولاً بسیار مطلوب است که داروساز در رأس این هرم باشد. یعنی در هر شرکت داروساز به عنوان مدیر معرفی شود.

دوماً چون درآمد این شرکتها زیاد است می توانند علاوه بر حقوق پایه، مبلغی را هم به عنوان پرکیس پرداخت کنند.

فکر نمی کنم این گروهها توان پرداخت حقوق مناسب را نداشته باشند. در این سه گروه داروساز باید بیشترین حقوق را بگیرد. بنابراین اگر برای شرکتی صرف نکرد باید تعطیل شود. بالا بودن حقوق داروساز در این سه مورد و در رأس امور قرار گرفتن از اهم واجبات است. پس برای این سه گروه که درآمد بالایی دارند حقوق بالای داروساز هیچ مشکلی به وجود نخواهد آورد و حتی شاید کمک کند تعداد شرکت های توزیع کمتر شود. گاهی به اشتباه فکر می کنیم که هر چه شرکت توزیع بیشتر شود به نفع ماست اما اگر درست فکر کنیم اعتدال در این بخش به نفع داروخانه است.

اما برسیم به گروه اول حقوق مسئولین فنی حاضر در داروخانه ها از نظر میزان درآمد چند نوع داروخانه در سراسر کشور داریم؟

- یک نوع داروخانه هایی که فروش خوب دارند جایشان هم خوب است. مالک داروخانه

هم خودشان هستند. این گروه با هیچ حقوق و پرکیسی مخالف نیستند و در پرداخت حقوق به همکار مسئول فنی نیز مشکلی ندارند.

- داروخانه های دولتی و هلال احمر و مانند اینها هم توان مالی زیادی دارند. آنقدر داروی تخصصی و انحصاری دارند که به نظر بنده هیچ مشکلی ندارند و بنابراین معترض نخواهند شد.  
- پراتیک ها و داروخانه های اجاره ای هم که بودن در این حرفه اینقدر برایشان مهم است که حاضرند هر حقوقی را پرداخت کنند.

در مورد آن دسته از داروخانه های شبانه روزی که موسس زن و شوهر داروساز هستند چون خودشان مسئول فنی هستند با شرایط گفته شده مشکلی نیست اما همکار شبانه روزی که تک موسس است و یک یا دو مسئول فنی می گیرد یا آنقدر درآمد دارد که باکی از این حقوق و طرح پیشنهادی ندارد یا نه واقعاً درآمد ندارد بلکه ضرر هم می کند دو حالت دارد. تقاضای تبدیل به روزانه (مثل ما) یا مشورت با یک همکار و شریک شدن در سود و زیان داروخانه، هم فال هم تماشا!  
امیدوارم کسی از قلم نیفتاده باشد.

امروز شغل ما نیازمند این خانه تکانی بزرگ است تا دست سرمایه داران غیر داروساز از سر این شغل برداشته شود و چنینس جدیدی در تمام موارد ذکر شده ایجاد گردد.

این همان دور زدن قانون است. با این طرح پراتیکی که حداقل درآمد خوبی ندارد می رود

شغل دیگری را انتخاب می کند.

فردی که داروخانه اجاره کرده حداقل آنهایی که درآمدشان با طرح جدید نمی خواند می روند به شغل دیگری مشغول می شوند و بسیاری از داروسازان دو شغله یک شغله می شوند.

وارثین داروخانه حداقل آنهایی که درآمدشان با این طرح کافی نیست شغل دیگری را انتخاب می کنند.

خیلی راحت تمام قانونها با این طرح دور زده می شود. بعد می توان یک یک از موارد آسیب زننده را پی گیری و عملی کرد یعنی ارث را از بین برد اجاره را از بین برد دوشغله بردن را از بین برد و...

البته این طرح موقتاً حقوق مسئول فنی را به طور کاذب بالا می برد تا این خانه تکانی تمام شود. بعد عرضه و تقاضا حقوق واقعی را تعیین می کند.

حالا آن پیش بینی پنج ساله بهتر بود یا این طرح پنج ساله؟

خودتان قضاوت کنید

بعضی از همکاران مثل من صبح به داروخانه می روند و شب به خانه بر می گردند یعنی خودشان مسئول فنی داروخانه شان هستند. آنها هم با حقوق مسئول فنی مشکلی ندارند. فقط امکان دارد سالی یکبار به مسافرت بروند یا خدا نکرده برای مدت محدود کسالتی داشته باشند در کل سال این مبلغ نسبت به سود سالانه چیزی

نیست. آخرش این است در آن مدت که مسافرت می روند دخل و خرج آنها یکی می شود. برای حمایت از همکار داروساز چه اشکال دارد آن مدت سودی نکنند یا در بدترین حالت کمی بیشتر از سود به همکار پرداخت کنند؟

اما آنهایی که هم داروخانه دارند و هم در ادارات مختلف کار می کنند، یا آنقدر حقوق می گیرند که با حقوق مسئول فنی برابر می شود که در این صورت چیزی از دست نمی دهند یا اینکه حقوق آنها کمتر از حقوق مسئول فنی است. بفرمایند سر جای خود در داروخانه خود و مثل ما کار کنند! جایشان هم خالی می شود برای یک داروساز جوان. همان داروسازی که مسئول فنی آن داروخانه بود جایش را می گیرد!

بله درست است تعداد اندکی از داروخانه ها باقی می ماند که مؤسس در جایی کار نمی کند اما به دلیل شخصی قادر نیست بیش از یک شیفت در داروخانه اش باشد. فکر می کنید در برابر این همه مسئول فنی و این همه شغل که من معرفی کردم این دسته چند نفر باشند برای آنها هم می شود یک تبصره گذاشت پس از بررسی مشکل آنها در کمیته مسئولین فنی چاره ای اندیشید که خدای ناکرده به این گروه هم ظلمی نشود.

بحث من در اینجا تمام می شود. ممنون که خواندید و ممنون که صبر و شکیبایی به خرج دادید..

# شعر و ادب

1 - بهاریه (1)

2 - بهاریه (2)

## بهاریه (1)

هوشنگ ابتهاج (۱.۵ سایه)  
به انتخاب: دکتر حمید قهرمانی

بهار آمد گل و نسرين نياورد  
نسيمي بوي فروردين نياورد  
پرستو آمد و از گل خبر نيست  
چرا گل با پرستو هم سفر نيست  
چه افتاد اين گلستان را چه افتاد؟!  
که آيين بهاران رفتش از ياد  
چرا پروانگان را پر شکسته است  
چرا هر گوشه گرد غم نشسته است  
چرا خورشيد فروردين فرو خفت  
بهار آمد گل نروز نشکفت  
مگر دارد بهار نو رسیده



دل و جانی چو ما در خون کشیده  
بهارا خیز و زان ابر سبکرو  
بزن آبی به روی سبزه‌ی نو  
گهی چون جویبارم نغمه آموز  
گهی چون آذرخشم رخ برافروز  
هنوز این جا جوانی دلنشین است  
هنوز این جا نفس‌ها آتشین است  
مبین کاین شاخه‌ی بشکسته خشک است  
چو فردا بنگری پر بیدمشک است  
مگو کاین سرزمینی شوره‌زار است  
چو فردا دررسد رشک بهار است  
بر آرد سرخ گل خواهی نخواهی  
وگر خود صد خزان آرد تباهی  
اگر خود عمر باشد سر بر آریم  
دل و جان در هوای هم گماریم  
دگر بارت چو بینم شاد بینم  
سرت سبز و دلت آباد بینم  
به نوروز دگر هنگام دیدار  
به آیین دگر آیی پدیدار...

## بهاریه (2)

فریدون مشیری

بوی باران ، بوی سبزه ، بوی خاک  
شاخه های شسته ، باران خورده ، پاک  
آسمان آبی و ابر سپید  
برگهای سبز بید  
عطر نرگس ، رقص باد  
نغمه و بانگ پرستوهای شاد  
خلوت گرم کبوترهای مست  
نرم نرمک می رسد اینک بهار  
خوش بحالِ روزگار ...  
خوش بحالِ چشمه ها و دشتها  
خوش بحالِ دانه ها و سبزه ها  
خوش بحالِ غنچه های نیمه باز  
خوش بحالِ دختر میخک که می خندد به ناز  
خوش بحالِ جانِ لبریز از شراب  
خوش بحالِ آفتاب ...  
ای دل من ، گرچه در این روزگار  
جامه ی رنگین نمی پوشی به کام  
باده ی رنگین نمی نوشی ز جام  
نقل و سبزه در میان سفره نیست  
جامت از آن می که می باید تهی است  
ای دریغ از «تو» اگر چون گل نرقصی با نسیم  
ای دریغ از «من» اگر مستم نسازد آفتاب  
ای دریغ از «ما» اگر کامی نگیریم از بهار ...  
گر تکویی شیشه ی غم را به سنگ  
هفت رنگش می شود هفتاد رنگ

# مقالات تخصصی - علمی

- 1 - گیاهان دارویی مؤثر در درمان کولیت اولسراتیو
- 2 - سربازان فیزیولوژیک بدن (1)
- 3 - استفاده از تکنولوژی نانو در سیستم های دارورسانی (1)
- 4 - دارو و درمان در شاهنامه ابوالقاسم فردوسی
- 5 - مناظره ای در باب بولام
- 6 - خدمات امیر کبیر در حوزه بهداشت



## گیاهان دارویی مؤثر در درمان کولیت اولسراتیو

گردآوری: دکتر سیداحمد میرسنبل

سیکلوسپورین را نام برد. داروهای گیاهی نیز در درمان این بیماری استفاده می شوند. مطالعات نشان داده است که فرآورده های گیاهی می توانند در کاربردهای بالینی این بیماری مؤثر و مفید واقع شوند. از جمله این گیاهان می توان به موارد زیر اشاره کرد:

### Aloe Vera - 1

آلوورا گیاهی است که کاربردهای درمانی متعددی در درمان بیماریها دارد. مطالعات *in vitro* نشان داده است عصاره آبی حاوی

کولیت اولسراتیو یک بیماری مزمن، نامشخص و سرکش است که معمولاً در رکتوم و کولون ایجاد می شود. اتیوپاتولوژی این بیماری احتمالاً وابسته به عدم پاسخ سیستم ایمنی به فلور باکتریایی مستقر در روده است که می تواند به دلیل عوامل محیطی و ژنتیکی باشد. داروهای متعددی در کنترل التهاب و کاهش علائم بیماری وجود دارند. از داروهای صنعتی متداول در درمان بیماری می توان سولفاسالازین، مزالازین، آزاتیوپرین،

موسیلاژ آلوورا با مکانیسم مهار ترشح پروستاگلاندین  $E_2$  و IL-8 نقش به سزایی در پاسخهای ضدالتهابی و ضد باکتریایی در بیماری کولیت اولسراتیو بازی می کند.

### 2- Boswellia Serrata

بوسولیا یا Indian Frankincense حاوی رزینی است که به شکل سنتی در درمان کولیت اولسراتیو استفاده می شود. بوسولیک اسید ماده مؤثره اصلی این گیاه است که مسئول فعالیتهای فارماکولوژیک آن می باشد. در مطالعات *invitro* و مدل های حیوانی نشان داده شده است که بوسولیک اسید با مهار انتخابی آنزیم 5-لیپوکسی ژیناز اثرات ضدالتهاب و ضد آرتریت خود را ایفاء می کند. در پی یک سری مطالعات، مشخص گردید این ترکیب با مهار موتیلیته روده با مکانیسم درگیر کننده کانالهای  $L\text{-}Ca^{2+}$  در درمان کولیت مؤثر است. در دیگر مطالعات اثرات سیتوتوسیک آن نیز دیده شده است.

### 3- Butyrate

بوتیریت یک منبع مهم انرژی برای سلولهای اپی تلیال روده است و نقش مهمی در نگهداری و هموستازی کولون ایفاء می کند. بعضی از مطالعات نشان داده است که بوتیریت با اثر آنتی اکسیدان خود باعث کاهش التهاب در کولون می گردد. این اثر با مکانیسم مهار NF- $\kappa$ B ایجاد می شود که باعث کاهش غلظت میلوپروکسیداز، سیکلواکسیژناز 2 و سطوح سیتوکین های مختلف می شود. تجویز قرص 4 میلی گرم اینتریک کوتد بوتیریت همراه با

مزالازین در مقابل تجویز مزالازین به تنهایی، روند بهبودی مناسب تری در بیمارانی که کولیت اولسراتیو ضعیف تا متوسط دارند، داشته است.

### 4- Licorice

ریشه گیاه *glycyrrhiza glabra* حاوی ترکیباتی است که مسئول فعالیت بیولوژیکی آن است. دی آمونیوم گلیسیریزین یکی از ترکیبات تخلیص شده از عصاره ریشه گیاه است که می تواند در درمان کولیت اولسراتیو مفید باشد. در مطالعات به عمل آمده مشخص گردید که ترکیب مذکور باعث کاهش NF- $\kappa$ B و TNF- $\alpha$  و ICAM-1 در موکوس التهابی می شود. مطالعات بالینی نشان داده است که لیکوریک همراه با دیگر گیاهان دارویی در درمان کولیت اولسراتیو بسیار مؤثرتر بوده است.

گمان می رود گلیسیریزین به دلیل وجود میزالو کورتیکوئیدها از طریق مهار آنزیم 11-هیدروکسی استروئید دهیدروژناز خاصیت آنتی استروژنیک داشته باشد. در دیگر مطالعات مشخص گردید گلیسیریزین باعث کاهش فعالیت رنین پلاسما و کاهش ترشح آلدسترون می گردد.

### 5- Curcumin

کورکومین یک ترکیب موجود در گیاه زردچوبه (*Curcuma Longa*, turmeric) است که دارای اثرات ضدالتهاب می باشد. کورکومین با تحریک جریان صفرا باعث شکستن چربیها می شود. همچنین با کاهش

- عصاره ریشه گیاه *Withania Somnifera* در درمان کولیت اولسراتیو استفاده می گردد. در مدل‌های حیوانی اثرات ضدآرتريت آن ثابت شده است.

- گیاه *Copaifera Langsdroffii* به جهت داشتن ترکیب *Kaurenoic acid* باعث کاهش التهاب در کولیت اولسراتیو می شود.

- تانن‌های گیاهی نیز در کولیت اولسراتیو کاربرد دارند. از گیاهانی که حاوی این ترکیبات می باشند، می توان به چای سبز اشاره کرد.

- *Guggulsteron* یک استروئید گیاهی است که در رزین گیاه *guggul* یافت می شود. این ترکیب با اثر روی *T-Cell* باعث کاهش التهاب در کولیت می گردد.

- پسیلیوم نیز از دیگر فرآورده‌های گیاهی است که در درمان کمکی کولیت اولسراتیو مؤثر است.

اگرچه به نظر می رسد بسیاری از گیاهان مذکور در درمان بیماری کولیت اولسراتیو مؤثر باشند اما اثربخشی آنان نیاز به بررسی‌های بالینی بیشتری دارد.

ترشح اسید از آسیب‌های التهابی و زخم‌های دیواره معده و روده جلوگیری می کند. مکانیسم اثر کورکومین از طریق مهار *NF-KB* می باشد.

## 6- *Bromelain*

برومولین یک ترکیب ضدالتهاب است که به هضم غذا نیز کمک می کند. همچنین اثر رقیق کننده خون دارد. در درمان آرتريت، سینوزیت و آسیب‌های ورزشی مورد استفاده قرار می گیرد. مکانیسم اثر ضدالتهاب آن ناشناخته است با وجود این، فعالیت پروتئولیتیک آن در اثرات ضدالتهاب بر روی سلولهای *T* و ترشح سیتوکین‌ها مرتبط است. همچنین احتمال می رود این ترکیب با مهار رستورهای هیالوران  $CD4^+$  که باعث مهاجرت لوکوترینها می شوند و تولید واسطه‌های پیش التهابی می کنند، اثرات فارماکولوژیکی خود را ایفاء نماید. در بررسی‌های بالینی مشخص گردید برومولین در درمان کولیت اولسراتیو خفیف مؤثر است.

مطالعات زیادی درخصوص گیاهان دارویی بیشتری در درمان کولیت اولسراتیو انجام گرفته است که می توان به موارد ذیل اشاره کرد:



# سربازان فیزیولوژیک بدن

## (1)

### دکتر غلامحسین مهدی زاده

مسالمت آمیز با هم زندگی می کنند. در حالت عادی حدود یکصد هزار اورگانسیم از 400 گونه مختلف در لوله گوارش وجود دارند، که بخش عمده آنها در قسمت های ابتدایی روده بزرگ (کولون) و به کمک ضایعات مواد دفعی زندگی می کنند. بسیاری از مواد دفعی به وسیله ی این میکرواورگانسیم ها متابولیزه می شوند و به مواد و گازهای غیرقابل استفاده و قابل دفع، گاه برخی مواد سودمند و قابل جذب، تبدیل می شوند. در میان میکرواورگانسیم های فلور طبیعی،

میکروب ها، قارچ ها، ویروس ها و انگل ها عواملی هستند که بدن انسان پیوسته با آنها در تماس است و به اندازه های متفاوت در بخش های گوناگون بدن، از جمله پوست، دهان، راه های تنفسی، لوله گوارش، غشاهای پوشاننده چشم ها و حتی دستگاه ادراری، وجود دارند، که به آن **فلور طبیعی** بدن می گویند. میکرواورگانسیم های موجود در فلور طبیعی در حالت عادی به میکروب های بیماری زا (پاتوژن) اجازه فعالیت و رشد نمی دهند و به شکل

جاندارانی چون پروتئوس، استافیلوکوک، پسودوموناس، کلستریدم، قارچ‌ها نیز وجود دارند، که بسیار خطرناک و منتظر فرصت‌های مناسب جهت رشد و تکثیر و ایجاد عفونت هستند. این عفونت‌ها می‌توانند در دهان، روده‌ها، سینوس‌ها، دستگاه تنفس، دستگاه ادراری-تناسلی، نیز روی پوست اتفاق بیفتند و به شکل کاندیدیاز دهان و واژن، عفونت‌های مجاری ادراری، آتریت، آنتروکولیت، و غیره بروز نمایند، که بیماران به طور نامتعارف به انواع آفت‌ها و دیگر عفونت‌های قارچی، اسهال‌گاه، یبوست‌های مداوم و بدون علت، تورم زبان، ترشحات واژینال، خارش مقعد و واژن، و دیگر موارد گمراه‌کننده دچار می‌شوند.

بدن انسان برای مبارزه با عوامل عفونی و سمی ابزارهای ویژه‌ای دارد که شامل گلبول‌های سفید خون (لکوسیت‌ها) و سلول‌های بافتی مشتق از آنهاست. این سلول‌ها به کمک هم از دو راه مانع ایجاد بیماری می‌شوند:

1- تخریب کامل باکتری‌ها و ویروس‌ها از راه فاگوسیتوز.

2- ساختن پادتن (آنتی‌بادی)‌ها و لنفوسیت‌های حساس اختصاصی.

### گلبول‌های سفید خون

لکوسیت‌ها سربازان متحرک دستگاه حفاظتی بدن هستند، که بخشی از آنها، از جمله گرانولوسیت‌ها و مونوسیت‌ها و معدودی از لنفوسیت‌ها، در مغز استخوان و بخشی دیگر، از

جمله لنفوسیت‌ها و پلاسماسل‌ها، در بافت‌های لنفاوی ساخته می‌شوند، سپس از راه خون به تمام قسمت‌های بدن می‌روند و مورد استفاده قرار می‌گیرند. اهمیت این گلبول‌ها از این نظر است که به طور اختصاصی به محل‌های عفونت و التهاب می‌روند و به سرعت در برابر عفونت‌ها کار دفاع را انجام می‌دهند.

گلبول‌های سفید (لکوسیت‌های) خون در شرایط متعارف شش نوع اند، که نام و درصد آنها به قرار زیرند و در آزمون‌های تشخیصی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند:

1- نوتروفیل‌های چند هسته‌ای 62 درصد

2- ائوزینوفیل‌های چند هسته‌ای 2/3 درصد

3- بازوفیل‌های چند هسته‌ای 0/4 درصد

4- مونوسیت‌ها 5/3 درصد

5- لنفوسیت‌ها 30 درصد

علاوه بر سلول‌های مذکور، معدودی پلاسماسل و تعداد زیادی پلاکت هم در خون وجود دارند. سه نوع اول سلول‌ها دارای نمای دانه‌دار و چند هسته‌ای هستند، بدین جهت گرانولوسیت و در آزمایشگاه‌ها «پلی» گفته می‌شوند. به طور کلی، خون انسان در هر

میکرولیتر 7000 گلبول سفید،

5/000/000 گلبول قرمز و 300/000

### پلاکت دارد.

گرانولوسیت‌ها و مونوسیت‌ها تنها در مغز استخوان، لنفوسیت‌ها و پلاسماسل‌ها اغلب در بافت‌های مختلف لنفاوی، به ویژه غدد لنفاوی، طحال، تیموس، لوزه‌ها و دیگر مجموعه‌های



لنفوییدی نقاط بدن، به ویژه مغز استخوان و قطعات **پی پی** زیر اپیتیلیوم جدار روده، ساخته می شوند. گلبول های سفید ساخته شده در مغز استخوان، تا هنگام نیاز ضروری، به صورت ذخیره باقی می ماند و تعداد آنها در شرایط متعارف **سه برابر تعداد گرانولوسیت های کل گردش خون و تأمین 6 روز نیاز بدن است.** اکثر لنفوسیت ها در بافت های لنفوییدی ذخیره می شوند و تنها تعداد اندکی وارد گردش خون می شوند.

طول عمر گرانولوسیت ها در گردش خون 4 تا 8 ساعت و در بافت های موردنظر 4 تا 5 روز است. **این مدت در موارد عفونت ها به**

**چند ساعت کاهش می یابد،** چون گرانولوسیت ها به سرعت به سوی ناحیه عفونی می روند، پس از انجام وظیفه، از بین می روند. مونوسیت ها حدود 10 تا 20 ساعت در خون توقف دارند، سپس وارد بافتها شده، بزرگ

می شوند و به **ماکروفاژهای بافتی** تبدیل می شوند. در این صورت می توانند ماه ها زنده بمانند، مگر آنکه ضمن انجام عمل فاگوسیتوز از بین بروند. ماکروفاژهای بافتی اساس دستگاه ماکروفاژهای بافتی هستند، که وسیله ای است برای مقابله پیوسته با عفونت ها در میان بافت ها. لنفوسیت ها به هنگام تخلیه لنف از گره های لنفاوی و دیگر بافت های لنفوییدی، وارد گردش خون می شوند؛ آنها این کار را بارها تکرار می کنند، بنابراین به طور دائم در حال گردش اند. لنفوسیت ها هفته ها یا ماه ها می توانند زنده بمانند، که به نیاز بدن بستگی دارد.

پلاکت های خون هر 10 روز یک بار جایگزین می شوند، یا به عبارت دیگر، روزانه حدود 30/000 پلاکت برای هر میکرولیتر خون ساخته می شود.

(ادامه دارد)



## استفاده از تکنولوژی نانو در سیستم های دارورسانی (قسمت اول)

ترجمه: دکتر مرجان شالچی

مقدمه:

نانو تکنولوژی دربرگیرنده مهندسی سیستم های کارکردی در مقیاس مولکولی است. مشخصه چنین سیستم هایی داشتن ویژگی های منحصر به فرد فیزیکی، نوری و الکترونیکی است که برای طیف وسیعی از علوم، از علم مواد گرفته تا زیست پزشکی، می تواند جالب باشد. یکی از فعال ترین بخش های تحقیقات در نانو تکنولوژی، نانوپزشکی است که از نانو تکنولوژی در مداخلات بسیار خاص به منظور پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری ها استفاده می کند.

خلاصه:

پیشرفت در خواص درمانی و فارماکولوژیکی داروها برخاسته از انقلابی است که در سیستم های نوین دارورسانی به بدن رخ داده است. در حقیقت، طیف گسترده ای از نانوذرات حامل دارو به طور وسیعی برای مواجهه با این نیاز روزافزون مورد بررسی قرار گرفته اند. از این رو، این مقاله مروری است بر پیشرفت های اخیر در استفاده از نانو ذرات به عنوان سیستم های دارورسانی در درمان طیف گسترده ای از بیماریها.

موج خروشان تحقیق در نانوپزشکی در طول چند دهه گذشته، اکنون به صورت تلاش های قابل توجه برای تجاری سازی جهانی، با تولیدات زیاد در بازار دارو و تعداد رو به رشدی که به زودی به بازار خواهند آمد، خود را نشان می دهد. در حال حاضر نانوپزشکی در سیطره سیستم های دارورسانی است که بیش از 75 درصد فروش کل این محصولات را در بر می گیرد.

اجسام نانو اندازه ای در محدوده پروتئینها و دیگر ساختارهای ماکرومولکولی دارند که در سلول های زنده یافت می شوند. چنین مواد نانویی می توانند از ساختارهای موجود در سلول برای تسهیل دارورسانی استفاده کنند. ذرات نانویی، اعم از داخل محفظه کپسولی شکل، دیسپرس، جذبی یا کونژوگه، هر یک قابلیت منحصر به فردی دارند که منجر به افزایش کارایی دارو در فرم های مختلف دارویی می شود. این داروها وقتی به درستی فرموله شوند، ذرات دارو نسبت به حذف شدن از بدن مقاوم ترند و می توانند حلالیت در چربی بالا، سرعت پخش بیشتر و قابلیت چسبندگی زیاد به سطوح بیولوژیکی داشته باشند، که نتیجه آن شروع سریع اثر درمانی و فراهم زیستی بهتر است. افزون بر این، تعداد زیادی از مولکول ها که در ساختارهای نانویی در سطح ذره هستند، بارگیری و انتقال محموله هایی مثل داروها، پروتئین ها و پلی نوکلئوتیدها به سلول ها و بافت های هدف را به حداکثر ممکن می رسانند.

انتقال دارو با کارایی زیاد بر اساس مواد نانویی می تواند بالقوه دوز مورد نیاز دارو برای رسیدن به سود مطلوب درمانی را کاهش دهد که در نتیجه آن، هزینه و عوارض جانبی داروهای خاص کاهش پیدا می کند. علاوه بر این، اندازه ذرات نانو و مشخصات سطح آنها می تواند به آسانی برای رسیدن به هدف گیری فعال یا غیرفعال دارویی دستکاری شود.

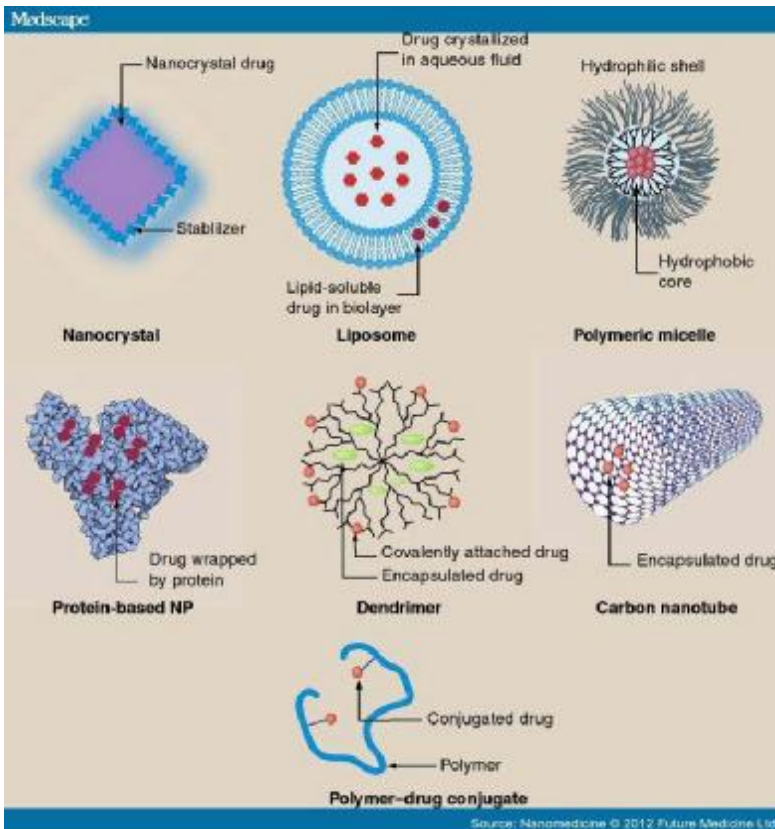
هدف گذاری برای مکان خاص به وسیله اتصال به لیگاندهای هدف مثل آنتی بادی ها یا آپتامرهای سطح ذرات یا بوسیله استفاده از هدایت نانوذرات مغناطیسی قابل دسترسی است. نانوذرات همچنین می توانند انتشار دارو در طول انتقال به محل تجمع آن یا در خود آن محل را کنترل و تقویت کنند که این کار را از طریق اصلاح روند توزیع و حذف دارو در راستای بهبود اثر درمانی و کاهش عوارض جانبی آن انجام می دهند.

نانو تکنولوژی به طور استراتژیک می تواند در سیستم های نوین در حال توسعه انتقال دارو ایفای نقش کند که این امر منجر به گسترش آنها در بازار دارویی می شود. چنین برنامه ای فقط برای داروهایی که از نظر اطلاعات ایمنی و کارایی به اندازه کافی پیشرفته باشند قابل اجراست، اما داروهایی که به خاطر خواص بیوفارماکولوژیکی ضعیف مثل حلالیت کم یا نفوذپذیری اندک از اپیتلیوم روده که منجر به فراهم زیستی کم و خواص غیرقابل قبول فارماکو کینتیکی می شوند، برای این سیستم ها

تأیید شده از سال 1990 نانوتکنولوژی در طراحی و سیستم دارورسانی آنها به کار رفته است. بررسی های ابداع محصول و اطلاعات ایمنی آن به صورت موردی هدایت شد، با استفاده از بهترین شیوه ها و روندهای در دسترس، با علم به اینکه پیگیری های لازم بعد از ورود دارو به بازار برای مسائل ایمنی دارو در حال انجام خواهد بود. در این مقاله چند نمونه از حامل های نانویی دارو که در بازار دارویی موجود هستند به طور خلاصه توضیح داده می شوند.

انتخاب نمی شوند. انتظار می رود روش های نوین انتقال دارو، شرکت های داروسازی را قادر به دوباره فرموله کردن داروهای موجود در بازار کند، به این صورت که عمر محصولات و کارایی آنها را افزایش دهند و این کار را از طریق بالا بردن اثربخشی، ایمنی، تحمل آنها برای بیمار و در نهایت کاهش هزینه درمان انجام دهند.

تجاری سازی نانوتکنولوژی در علم داروسازی و پزشکی بسیار پیشرفت کرده است، به عنوان مثال در ایالات متحده حداقل 15 دارو



| نوع ساختار نانویی     | نام تجاری  | نام ژنریک                   | مورد مصرف                                 |
|-----------------------|------------|-----------------------------|---|
| داروهای نانو کریستالی | Rapamune   | Rapamycin                   | مهارکننده سیستم ایمنی                     |
|                       | Emend      | Aprepitant                  | ضد تهوع                                   |
|                       | Ticor      | Fenofibrate                 | هایپرکلسترولمیا                           |
|                       | Megace     | Megestrol                   | ضد بی اشتهايي                             |
| لیپوزوم ها            | AmBisome   | Amphotericin B              | عفونتهای قارچی                            |
|                       | Doxil      | Doxorubicin                 | سرطان تخمدان، کاپوسی سارکوما و سرطان سینه |
|                       | Caelyx     | Doxorubicin                 | سرطان تخمدان، کاپوسی سارکوما و سرطان سینه |
|                       | Depocyt    | Cytarabine                  | منزیت لنفوماتوز                           |
|                       | Daunoxome  | Daunorubicin                | کاپوسی سارکوما                            |
|                       | Adagen     | Adenosine deaminase         | کمبود آنزیم آدنوزین دِآمیناز              |
|                       | Onscaspar  | L-asparaginase              | لوسمی لنفوبلاستیک حاد                     |
| میسل های پولیمری      | Pegasys    | PEGylated IFN- $\alpha$ -2a | هپاتیت C                                  |
|                       | Genexol-PM | Paclitaxel                  | شیمی درمانی سرطان                         |
|                       | A braxane  | Paclitaxel                  | سرطان متاستاتیک سینه                      |
| پراکندگی کلوتیدی چربی | Amphotec   | AmphotericineB              | عفونت های قارچی                           |

محدودیت هایی که در انتقال دارو دارد را مورد بررسی قرار می گیرد. هرچند این مقاله تنها می تواند به این رشته در حال تحول و آنچه اکنون و در آینده احتمالاً انتظار می توان داشت نگاهی اجمالی داشته باشد.

(ادامه دارد)

Ref:

[www.medscape.com/viewarticle/770397](http://www.medscape.com/viewarticle/770397)

در این مقاله، تمرکز اصلی، کاربرد نانوتکنولوژی در انتقال داروست و برجسته کردن این امکان که نانوتکنولوژی های فعلی و در حال ظهور می تواند برای ساخت انواع جدیدی از درمان ها به کار گرفته شود. همینطور به چالش ها و روش های معمول در داروسازی بر پایه نانوتکنولوژی می پردازیم، همچنین استراتژی های نانوتکنولوژی به منظور غلبه بر



## دارو و درمان در شاهنامه ابوالقاسم فردوسی

گردآوری: دکتر حمید قهرمانی

صورت نگرفته است. در حالی که در این حماسه‌ی سترگ، از مطالب دانشی و اجتماعی و ادبی و حواشی آن‌ها مفصلاً سخن رفته است. شاهنامه در برگزیده‌ی مطالبی در مورد پزشکی، گیاه‌شناسی، کاربرد پزشکی (جراحی)، صحنه‌آرایی، فرزندکشی، برادرکشی، بزم و رزم، تعبیر خواب، افسانه، فن‌های جنگی، لشکرکشی، عشق و شیدایی، نامه‌نویسی‌های سیاسی و اجتماعی و بسیاری مطالب دیگر است، که باید با مطالعه‌ی دقیق از درون آن

« اول بهمن زادروز شاعر بزرگ طوس حکیم فردوسی است و 25 اسفند پایان سرایش شاهنامه . بدین مناسبت این مقاله به روح بزرگ آن حکیم و شاعر بزرگ تقدیم می‌گردد. »

شاهنامه یکی از بزرگ‌ترین آثار حماسی جهان است که در سده‌ی اخیر مورد توجه اندیشمندان جهان واقع شده است، ولی متأسفانه آن‌طور که باید و شاید در این زمینه توسط ادیبان و دانشمندان پارسی‌زبان کنجکاوی عمیق و علمی

بیرون کشید. در شاهنامه که بیش از هزار سال از تدوین آن می‌گذرد از بیش تر دانش‌های امروزی که در یکی دو سده‌ی اخیر کشف شده، سخن گفته شده است.

نگه کن بدین گنبد تیز گرد

که درمان ازویست و زویست درد

(بیت 1441)

ادبیات غنی فارسی، چه به صورت منشور و چه منظوم، با ارزش ترین میراثی است که از گذشتگان برای ما به ارث رسیده است. بخشی از این ادبیات را حماسه‌ها و افسانه‌های ملی تشکیل می‌دهند. طبق تعریف، "حماسه نوعی از اشعار وصفی است که مبتنی بر توصیف اعمال پهلوانی، مردانگی‌ها، افتخارات و بزرگیهای قومی یا فردی باشد؛ به نحوی که شامل مظاهر مختلف زندگی آنان گردد".

پزشکی از پراسابقه‌ترین دانش‌های اجتماعی است و به علت پیوستگی بسیار آن با حیات انسانی، از پدیده‌هایی است که انسان به طور مستقیم با آن در تماس است و بررسی‌های تاریخی، ریشه آن را در مذاهب، اسطوره‌شناسی، سنت‌ها و آداب و رسوم اجتماعات گوناگون نشان می‌دهد. درباره اینک تاریخ پزشکی از چه زمان و یا در کدام نقطه از جهان قدیم آغاز می‌شود، میان مورخین اتفاق نظر وجود ندارد. بر اساس شواهد موجود در حدود 6000 سال قبل در چین باستان کتب مدون طبی نگاشته شده بود. کتب متنوع طبی و دستورات درمانی از قبیل پاپیروس

(Ebers) از 1550 قبل از میلاد به تشخیص و درمان بیماری‌های متنوعی اشاره نموده است.

شاهنامه فردوسی بزرگ‌ترین حماسه مکتوب فارسی است و جایگاه شایانی در بین حماسه‌های بزرگ جهان دارد. نام حکیم ابوالقاسم فردوسی و شاهنامه، گرچه تداعی کننده سرگذشت شاهان، پهلوانان اساطیری و تاریخی است، در عین حال دارای مضامین فلسفی، اخلاقی، اجتماعی و دیگر مباحث از جمله نکات پزشکی است.

### نخستین پزشک در شاهنامه

پزشک (Physician) واژه‌ای با ریشه‌ای سه هزار ساله است. به اعتقاد زبان‌شناسان این واژه از ریشه اوستایی «بش‌ه‌زه» (Bachaza) به معنای «آسیب‌زدا» آمده است که در دوران ساسانی به صورت «بش‌ه‌زینتار» (Baechazintar) و در پهلوی به صورت «بش‌ه‌زک» (Baechazak) و بعدها «بزشک» و «پزشک» در آمده است.

به هنگام پادشاهی جمشید فرزند تهمورث دیوبند، برای نخستین بار به واژه پزشک و پزشکی و درمان و نیز گیاهان دارویی بر می‌خوریم. جمشید بنا به روایت شاهنامه هفتصد سال پادشاه بود و با فرقه ایزدی هم شهریاری و هم مؤبدی کرد. آهن را نرم ساخت و از آن ابزار و آلات جنگ پدید آورد؛ بافتن و دوختن و شستن جامه را به مردم آموخت؛ عده‌ای از مردم را به نیایش ایزدی، گروهی را به جنگاوری و جمعی را به کشاورزی گماشت؛ گرمابه‌ها و کاخ‌های بلند ساخت و جشن نوروز را بنیان نهاد و به گفته فردوسی:

دگر بوی‌های خوش آورد باز  
که دارند مردم به بویش نیاز  
چو پان و چو کافور و چون مشک ناب  
چو عود و چو عنبر چو روشن گلاب  
پزشکی و درمان هر دردمند  
در تندرستی و راه گزند  
همان رازها نیز کرد آشکار  
جهان را نیاید چنو خواستار

که «در تندرستی» با علم بهداشت و «راه گزند»  
با علم آسیب شناسی امروز قابل تطبیق است.  
اما جمشید هم مانند همه خود کامگان تاریخ:

همه کردنی‌ها چون آمد پدید  
به گیتی بجز خویشتن، کس ندید  
ادعای خدایی و جهان آفرینی کرد و به مهتران  
سالخورده چنین گفت:

خور و خواب و آداب تان از من است  
همه پوشش و کام تان از من است  
به دارو و درمان جهان گشت راست  
که بیماری و مرگ را کس نکاست  
جز از من که برداشت مرگ از کسی؟  
وگر بر زمین شاه باشی بسی  
شما را ز من هوش و جان در تن است  
به من نگرود هر که اهریمن است!  
گر ایدون که دانید من کردم این  
مرا خواند باید، جهان آفرین! (3)

و در پایان کار، فرّه ایزدی از وی گسست و به  
فرمان ضحاک او را با اژه به دو نیم کردند.  
در حدود یکهزار و یکصد سال پیش از میلاد  
مسیح، مکتب مزدیسنا (Mazdyasna) توسط

زرتشت پیامبر بنیان نهاده شد. او بود که فرمود  
بیماری‌ها از رعایت نکردن بهداشت و رفتارهای  
اهریمنی ناشی می‌شوند و خرافات و پندار موهوم و  
نقش ارواح خبیثه در ایجاد بیماری‌ها را مردود  
شمرد. او روش‌های متداول آن زمان از جمله  
قربانی کردن انسان‌ها در مقابل خدایان دروغین را  
به کناری نهاد و درمان بیماری‌ها را به روش:

گیاه پزشکی (دارو درمانی) Medical  
(Therapy)، کارد پزشکی (جراحی) Surgical  
(Therapy) و تلقین کلام مقدس (روان درمانی)  
Psycho Therapy) توصیه نمود.

در مکتب مزدیسنا، که رهبری آن برعهده زرتشت  
پیامبر بود، بهداشت بر درمان برتری داشت و در آن  
برپاکی هوا، آب و خاک و آتش تأکید فراوان  
می‌شد. در روایات زرتشتی، «تریتا Thrita» یا  
«Serit» را نخستین پزشک آریایی می‌دانند.

و ندیداد، در فرگرد بیستم می‌گوید که نام پدر  
تریتا «سام» بود و خود او دو فرزند داشت به نام‌های  
آروخش و گرشاسب که گرشاسب همان پهلوان  
اساطیری ایران است. در بندهش نام تریتا به شکل  
اترت (Athrat) آمده است. «او نخستین کسی از  
ایرانیان است که دست به تحقیق (Research) زد  
و هم او بود که خواص زهرها (ترکیبات شیمیایی)  
را در مهار کردن بیماری‌ها و تب و مرگ  
دریافت (1).

در برخی کتاب‌ها تریتا را همان فریدون - پدر  
آریائیان جهان - دانسته‌اند اما بندهش، فریدون را  
که خود لقب «پرشفابخش» داشته، نیای بزرگ تریتا  
می‌داند. در روایات زردشتی اعتقاد بر این است که



تریتا به یاری شهریور امشاسپند - موگل فلزات -  
خواص ترکیبات فلزی را کشف کرد که در  
وندیداد از آنها با نام «زهر» یاد شده است؛ بنابراین  
تریتا را نه تنها می‌توان نخستین پزشک ایران، بلکه  
نخستین داروساز ایران نیز برشمرد.

در واقع تریتا، به منزلهٔ آسکلپیوس (Asklepius)  
یونانیان و آسکولاپیوس (Askulapius) رومیان  
است.

چنان که در وندیداد، فرگرد 20 بند 1-2 آمده  
است: «زرتشت از اهورا مزدا پرسید: کیست در میان  
پرهیزگاران، دانایان، کامکاران، توانگران،  
رایومندان، تهمتان، پیشدادیان؛ نخستین کسی که  
ناخوشی را بازداشت، مرگ را بازداشت زخم نیزه  
پران را بازداشت، گرمای تب را از تن مردم  
بازداشت.

اهورا مزدا در پاسخ فرمود: ای اسپیتمان زرتشت،  
تریتا در میان پرهیزگاران و ... و پیشدادیان نخستین  
کسی است که ناخوشی را بازداشت، مرگ را  
بازداشت، زخم نیزهٔ پران را بازداشت، گرمای تب  
را از تن مردم بازداشت..

و باز از دیگر کتب پهلوی چنین استنباط می‌شود  
که تریتا برای درمان برخی بیماری‌ها به جراحی  
(کارد پزشکی) متوسل می‌گردید:

"اهورا مزدا کاردی مرصع به تریتا بخشید تا با آن  
عمل جراحی انجام دهد".

همچنین در یسنا 9 بند 10 آمده است:

سومین ناموری که گیاه هئوما (Haoma) را فشرده  
و عصارهٔ آن را مهیا ساخت تریتا از خاندان  
سام بود. آن که صاحب دو پور دلیر یکی اروخشیه

(اروخش) و دیگری (گرشاسب) گردید. (راجع به  
گیاه هوم و خواص آن مقاله جداگانه ایی باید در  
فرصت مناسب نوشت).

ایرانیان در همین زمان از آب و آفتاب برای مبارزه  
با بسیاری از بیماری‌ها استفاده می‌کردند و  
خانه‌هایشان را رو به آفتاب می‌ساختند و آب و  
آتش را عزیز و مقدس می‌شمردند.

بعدها آریایی دیگری به نام یما (Yema) به درمان  
بیماری‌ها پرداخت. نکته جالب توجه این که از  
تریتا و یما در بین هندوان که تیرهٔ دیگری از نژاد  
آریایی به شمار می‌آیند، یاد شده است و این  
حاکمی از آن است که این دو پزشک بزرگ، پیش  
از آن که آریاییان به چند تیره بخش شوند،  
می‌زیسته‌اند. پروفیسور استفان پانوسی، استاد عالیقدر  
دانشگاهی در لانکاستر امریکا و استاد پیشین  
دانشگاه تهران که در کتاب «گرایش‌های علمی و  
فرهنگی ایران از هخامنشیان تا پایان صفویه»  
حوزه‌های علمی و پژوهشی دوران هخامنشی را به  
11 گروه تقسیم کرده، نخستین آنها را حوزهٔ  
پزشکی تریتا می‌داند.

"حوزهٔ پزشکی تریتا یا تریته، حکیمی که در  
وندیداد، بهی‌خواه نوع بشر نامیده شده است و گویا  
این حکیم در حکم نخستین پزشک ایرانی نیز  
به‌شمار می‌رود" (2).

مباحث و موضوعات دیگر پزشکی از قبیل عمل  
رستمینه (سزارین امروز) و عمل جراحی و گیاه  
درمانی و... در شماره‌های بعدی به یاری حق اشاره  
خواهد شد.

بقراط توانست حدود پانصد سال پیش از میلاد رساله پزشکی مشهور خود را که در آن واژه های ایرانی و هندی فراوانی به کار گرفته است بنویسد (8).

در پایان، سخن «سیریل لوید الگود»، نگارنده کتاب «دانش پزشکی ایرانیان در روزگاران کهن» می تواند نشانگر جایگاه والای پزشکان ایرانی باشد: «ایرانیان را باید مبتکر و بانی نگره های دانش پزشکی امروز در جهان دانست که بر این پایه

### پی نوشت ها :

- 1- افشار ، ایرج و روبرت رویمر، دکتر هانس، سخنواره، مقاله پیشینه پزشکی در ایران ، به قلم: چراغعلی اعظمی سنگسری ، صص 475-477 ، انتشارات توس، چاپ اول، 1376
- 2- پانوسی، دکتر استفان، گرایش های علمی و فرهنگی ایران از هخامنشیان تا پایان صفویه، ص 72، نشر بلخ، چاپ اول 1383
- 3- شاهنامه، چاپ مسکو، زیر نظر ی. الف. برمکس، جلد اول
- 4- اسلامی ندوشن، دکتر محمدعلی، ایران و جهان از نگاه شاهنامه، صص 95-96، موسسه انتشارات امیرکبیر، چاپ اول 1381
- 5- نجم آبادی، دکتر محمود، تاریخ طب ایران، جلد اول، صفحه 238، انتشارات دانشگاه تهران
- 6- سیاسی، دکتر محمد، روزنامه اطلاعات، مقاله پزشکی در شاهنامه/سال و شماره؟
- 7- ابویی، دکتر محمدجواد، پزشکی در ادبیات ایران زمین، صص 73-76، دفتر نخست، انتشارات علم نوین 1385 (اقتباس با اندکی تلخیص).
- 8- مجله افراز (نامه درونی انجمن فرهنگی ایران زمین)، سال ششم، شماره نهم، از پاییز 1385 تا تابستان 1386 خورشیدی، صفحه 60 تا 61.



## مناظره ای در باب بولام

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

شاخه های آن چنین راهکاری شدنی است؟  
توجه داشته باشیم که هیچ ضمانتی در این میان  
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 و یقین مطلع باشیم تشخیص سهل انگاری  
از این طریق کاری است صعب و مشکل.

### سخنگوی دوم (حامی بولام)

نخست این که انگار سخنگوی اول خیلی  
در خصوص تست بولام اغراق کرده است.  
اینطور نیست که پزشک رفیقی از همکاران را  
پیدا و به جمع ادله برای اثبات بی گناهی اش

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 بیابد که موافق عملکرد وی در  
روز حادثه باشد و از وی پشتیبانی کند می تواند  
از مسئولیت بگریزد. بدتر آنکه دکترها باید بمانند  
تا قانون درباره آنها تصمیم بگیرد. اگر قضاوت  
حداقل های قابل قبول علمی 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 می شود  
لکن آیا با توجه به وسعت علم پزشکی و

بپردازد. بلکه به دو فاکتور در بولام اشاره شده  
اینکه نظر باید نظر عقلایی و قابل استدلال باشد.  
در حقیقت این تست یک نظر واقع گرایانه است.  
اگر قاضی با دو نظر از دو مدرسه مختلف  
پزشکی مواجه شد نمی تواند تعیین کند که نظر  
کدام صحیح است و کدام نه. شاید در مورد  
رانندگی مسئله ساده به نظر برسد ولی در مورد  
بیماران پیچیده پزشکی مسئله متفاوت است.

از طرفی در چنین شرایطی برای جامعه  
پزشکی هم هضم این قضیه سخت است که یک  
قاضی نظر عده ای از پزشکان را بر عده دیگر  
ترجیح دهد.

مسائل بسیار زیادی مطرح است تا شما این  
قابلیت را داشته باشید که خلاف یک اصل  
پزشکی حرفی بزنید. از طرفی اگر همه پزشکان  
از راهی واحد مجبور به درمان بودند که پزشکی  
هرگز شاهد پیشرفت در عرصه های مختلف نبود  
و تکنولوژیهای نو راهی در این علم نداشت.

از طرف دیگر آیا همیشه برد با خواهان  
است؟ آیا همیشه سهل انگار جلوه دادن یک  
پزشک به نفع شاکی است؟ آیا در صورت عدم  
اقدام متهم، خواهان دچار آسیب یا فقدان بیشتر  
یا مهمتری نمی شد؟ به مثال زیر توجه فرمایید:

مردی با شکایت درد معده به پزشک مراجعه  
می نماید. پزشک از معاینه بیمار امتناع کرده و  
بیمار کمی پس از آن می میرد. اگر چه پذیرفته  
است که پزشک به دلیل امتناع از معاینه،  
سهل انگار است اما مسئله بیش از اینهاست.  
وی به دلیل این عدم معاینه منجر به فوت بیمار نیز

شده و به نوعی مسبب مرگ است.

### ادله اثبات دعوی

بر مدعی است که ثابت نماید سهل انگاری  
منجر به فوت یا آسیب شده یا نه. این اصلی است  
در حقوق اسلامی که به "البینه علی المدعی"  
موسوم است.

به مثالی توجه کنید:

نوزادی کور شد. واضح نیست آیا به دلیل  
نارس بودن این حادثه اتفاق افتاده یا در اثر  
سهل انگاری مراقبتهای تیم پزشکی. مدعی قضیه  
نتوانست سهل انگاری و عدم توانایی تیم پزشکی  
را در این حادثه اثبات کند.

در این باره به اعتقاد برخی از شما طرح قضیه  
سهل انگاری توسط مدعی کفایت می کند و  
تیمهای تخصصی کارشناسی حقوق پزشکی  
هستند که به روشن شدن قضیه کمک می کنند.  
ضمن این که معمولاً بدون دخالت چنین تیمهایی  
هم مدعیان تا حدی موفق به اثبات سهل انگاری  
می شوند به عبارتی حداقل آن را به عنوان یکی  
از دلایل بروز حادثه اثبات می نمایند.

به مثال توجه کنید: خانم بایلی در بیمارستانی  
بستری می شود. پزشکان در دفع سنگ صفراوی  
وی موفق نبوده ضمن این که پانکراتیت بیمار را  
نیز تشخیص نمی دهند. خانم بایلی استفراغ  
می کند حمله قلبی حادث می شود و آسیب  
مغزی بروز می کند.

قاضی می یابد که آسپیراسیون مواد استفراغ  
منجر به ضعف مفرط و فشار بر وی شده ضمن  
اینکه سهل انگاری پس از مراحل دفع ناموفق

سنگ نیز در این ضعف دخیل بوده است و بدین ترتیب پرونده را برای مسئولیت در این زمینه می‌گذارد اینکه خانواده بیمار ادعا کند که سهل‌انگاری این گروه باعث آسیب مغزی وی شده است البته دادگاه تجدید نظر نیز با تقصیر این تیم در مراقبت و درمان موافق بوده است.

### فقدان شانس

در مورد مثال قبل و کلای مدافع مطرح نمودند که بیمار از شانس خوبی در دوران نقاهت برخوردار نبوده است. در این مورد دادگاه‌ها نقش بسیار مهمی در ایجاد رویه قضایی در پیچ و خم تقسیم‌های قضایی شان دارند و باید توجه نمود که خدای ناکرده خصوصاً در موارد پیچیده حقی ضایع نشود. آری پزشک صد درصد مسئول همه قضایا نبوده و گاه علیرغم رعایت تمام مسائل، ضایعه یا حتی مرگ حادث می‌شود و تقصیر پزشک نیست. اما اینطور نیز نباید باشد که همه چیز را گردن شانس و اقبال بیمار بیندازیم و راه فرار را برای پرونده باز بگذاریم که البته تعیین مرزهای شانس امری بسیار دقیق و تخصصی است.

به مثالی دیگر توجه کنید:

پسری 13 ساله را در اثر حادثه سقوط از درخت و آسیب لگن به بیمارستان آورده‌اند. ضایعه خوب تشخیص داده نشده و درمان مناسب برای وی انجام نشده است. درمان اگر تمام و کمال انجام می‌شد، 25% شانس پسر را در بهبودی افزایش می‌داد. یعنی ممکن بود شانس بهبودی برای پسر را به همراه نداشته باشد. (75%)

قاضی هم بر این اساس 25% سهل‌انگاری را برای متهم در نظر گرفت. نظری که دادگاه عالی با آن موافق نبود و معتقد بود که اگر درمان بیش از 50% شانس برای پسر ایجاد می‌کرد می‌توانستیم عدم انجام آن را عدم موفقیت تصور کنیم.

به عبارتی اگر درمان بیش از 50% شانس موفقیت داشته باشد درمان را کارگر محسوب می‌کنیم و آسیها را به عدم آن نسبت دهیم و اگر کمتر از 50% شانس موفقیت داشته باشند هیچ.

به مثالی توجه فرمایید:

در انگلستان آقایی از بروز توده ای در زیر بازویش نگران می‌شود و با پزشکی مشورت می‌کند. دکتر اصلاً در فکر بدخیمی نبوده و آنرا توده ای خوش خیم تشخیص می‌دهد. قاضی بر اساس شواهد پزشکی معتقد بود که اگر دکتر شک به بدخیمی را مطرح می‌کرد و درمان زودتر آغاز می‌شد یک شانس 42 درصدی برای بقای فرد ایجاد می‌کرد و از آنجایی که این شانس زیر 50% بوده پس می‌توانسته منجر به آسیهایی هم در همین فرد بشود. این امر توسط سایر دست‌اندرکاران نیز تایید شد اما نکته ای که به نفع سهل‌انگاری بوده اینکه عدم تشخیص وی منجر به فقدان شد.

در موردی دیگر در استرالیا خانمی با شکایت سردرد و تهوع به بیمارستان مراجعه می‌کند. دکتر وی را معاینه و مرخص کرده، سه روز بعد در انجام یک CT مغز توموری در مغز

یافت می شود. بیمار معتقد بود که در صورت تشخیص سریعتر با انجام یک CT مغزی در روز نخست مراجعه 32% شانس داشتن نتیجه بهتر داشته است.

دادگاه عالی استرالیا با افت شانس موافق نبود مگر استقرار آسیب جسمانی واقعی در فرد. چنانچه از لحاظ مدنی روح عمل آسیب زا باشد معادل نقص تعهد در قانون تعهدات است. یعنی نیاز است که افت میزان شانس را بر اساس علم طب بصورت علمی اثبات نمود تا بتوان سیستم مراقبتی را تحت فشار قرار داد.

در این موارد انگار از یک قانون " همه یا هیچ " پیروی می شود. به این ترتیب که اگر بیشتر از 50% شانس موفقیت بوده باشد عدم تشخیص، سهل انگاری محسوب می شود و اگر کمتر از 50% شانس موفقیت باشد سهل انگاری محسوب نمی گردد.

در اینجا به چند نکته باید اشاره کرد. اشکالاتی در بستر این طرز تفکر موجود است. اینکه آسیب ها هرگز به حقیقت نمایانگر فقدان واقعی نیستند. ضمن اینکه میزان درمان هم می تواند بسیار دقیق یا سطحی باشد.

اصولاً قانون مدنی بحث جبران آسیب یا فقدان را با برخورد درصدی شانس بسیار دخیل می داند. بحث دیگر اینکه دوری از بحث درصدها می تواند بار مالی زیادی را از دوش سیستم ملی سلامت بردارد. چرا که شاید بیماران آنقدر به فکر درصدها نمی بودند و با چنین تذکراتی بیدار شده و دنبال دریافت خسارت آسیب های

خویش می روند.

حال مباحثی در باب مواردی که شانسشان را از دست داده اند:

### سخنگوی اول (مخالف قانون رایج) :

ما معتقدیم که برخورد دادگاه ها در این موارد پذیرفتنی نیست. دو بیمار با بیماری و شرایط مشابه از نظر تشخیص توسط پزشکانشان دچار مشکل بوده و سهل انگاری صورت پذیرفته است اگر برای بیمار 51% A و برای بیمار 49% B شانس در نظر بگیریم، اولی تمام خسارت را دریافت و دومی هیچ.

چرا که می توان گفت اگر B در شرایط دادگاهی A قرار می گرفت خسارت کامل را می گرفت از طرفی اگر A درمان کامل را هم می گرفت شاید اثری نمی داشت چرا که 49% احتمال بدشانسی داشت. خطای بزرگ در این مورد عدم تمرکز بر این مسئله است که آیا عملکرد گروه درمانی سهل انگارانه بوده یا خیر هیچ کس از عدم درمان خوشنود نمی گردد. فهم جامعه از چنین فقدانی باید مورد توجه قرار گیرد. اینکه مردم برای شانس حتی کمتر از 50% نیز حاضر به هزینه کردن بسیار زیاد هم می شوند. یعنی می گویند حتی با درصد کمی از شانس بودن، ارزش اقتصادی هر اقدامی توجیه می شود.

آیا بیان چنین تذکری از طرف تیم درمانی به خانواده بیماری که از شانس کمی برخوردار است، مسئولیت را از گردن تیم برمی دارد؟ در این میان قانون چه نقشی دارد؟ پزشکان را تأیید و

ابرام کند یا از حقوق بیمار حمایت کند؟ اصولاً درمان باید از رنج بیمار بکاهد و بر شانس بهبودی بیفزاید. اما از طرفی هرگز نمی توان ضمانت کرد که حتی با تشخیصی به موقع و انجام عملیات به هنگام نتیجه همانی باشد که می خواهیم. باید بپذیریم که همواره درصدی از شکست وجود خواهد داشت.

### سخنگوی دوم (حامی قانون رایج):

شکی نیست که قانون رایج نتایج غیر طبیعی نیز داشته باشد. خصوصاً در مواردی که شانس موفقیت درمان بیمار نزدیک به 50% باشد و این نتایج بیشتر با تکیه به رویه های قضایی در موارد مشابه صادر می شود. اصول قانونی که در اینجا مد نظر قرار می گیرد کلی است. اینکه ترکیبی از قوانین لاضرر به انضمام جبران خسارت را در نظر بگیریم. اگر فرد پزشک یا دندانپزشک سهل انگار باشد ولی در مورد خاصی مسبب نباشد، قانون نقشی برای وی در باب تقصیر قائل نخواهد شد. در حقیقت این قواعد بر پایه یک نظم حرفه ای و قوانین مدل است تا بر پایه قوانین مدون معاهده ای. ضمن این که اصولاً وکلای قضایی باید بدانند تا زمانی که از وکلای حرفه ای پزشک حاذق استفاده نشود هرگز از 100% مسایل یک مورد خاص آگاه نخواهند شد. این

حقوقدانان پزشک در حقیقت به نوعی نقش شرلوک هولمز خویشت را به نفع سلامت عمومی جامعه ایفا خواهند کرد.

در این بین نکات علمی فراوانی را نیز باید توجه نمود. این که شاید یک برخورد منطقی از طرف یک حقوقدان پزشک همیشه خوشایند بیمار یا مورد نباشد. مثلاً اگر بیمار 80% شانس بهبودی داشته ولی موانعی بر سر راه اقدامات لازم برای وی از طرف بیمار وجود داشته باشد نتیجه عمل به 20% ناامید کننده نزدیکتر خواهد شد و ادعای سهل نگاری در این مورد صعب بنظر خواهد رسید.

مسائل از نظر مباحثات این چنینی و مشکلات روز به روز پیچیده تر و طولانی تر می شود. این که به نیمه خالی لیوان هم در مواردی باید نگرست که آن نیز وجود دارد و نباید همه چیز را گردن غفلت انداخت.

مسئله دیگری که باید مد نظر قرار گیرد، تغییر مداوم قوانین سیستم های سلامت ملی است که هنوز بار زیادی از جبران خسارت سهل انگاری و اثبات آن را بر عهده بیمار می نهند و این که برای پذیرش تغییرات در این قوانین چه معیاری را باید در نظر داشت و تا چه اندازه و به چه دلیل از آنها حمایت کرد.

مسائلی که هنوز تا حل آنها راه درازی باقیست...

# خدمات امیر کبیر در حوزه بهداشت

نگارش: دکتر حمید قهرمانی

## مبارزه با آبله

در شماره سوم روزنامه وقایع اتفاقیه اطلاعیه‌ای چاپ شد که: «در ممالک محروسه ناخوشی آبله عمومی است که اطفال را عارض می‌شود که اکثری را هلاک می‌کند یا کور و معیوب می‌شوند. اشخاصی که در کودکی این آبله را در نیاورده‌اند، در بزرگی بیرون می‌آورند و به هلاکت می‌رسند، خصوص اهل دارالمرز (یعنی مرزنشینان)... اطبا چاره این ناخوشی را به این طور یافته‌اند که در طفولیت از گاو آبله بر می‌دارند و به طفل می‌کوبند و آن طفل چند دانه آبله بیرون می‌آورد و بی‌زحمت خوب می‌شود.»

دانش مربوط به آبله کوبی در زمان فتحعلی شاه و توسط دکتر کورمیک به ایران آمده و در مناطق مرزی غربی کشور که تحت حاکمیت محمدعلی میرزا دولتشاه اداره می‌شد اجرا هم شده بود. اما در عهد صدارت امیر کبیر کوشش شد این کار عمومی شود. در ادامه اطلاعیه ذکر شده در وقایع اتفاقیه آمده که: «اولیای دولت علیّه کسانی برای یاد گرفتن این فن شریف (آبله کوبی) گماشته‌اند که بعد از آموختن به جمیع ممالک محروسه مأمور نمایند که در هر ولایتی جمیع اطفال خود را مردم بیاورند و آبله‌شان را بکوبند و از تشویش هلاکت



رعیت آسوده گردند». به این ترتیب، امیر کبیر آبله کوبی را در ایران عمومی و اجباری کرد و حتی برای کسانی که کودکانشان را برای واکسینه شدن معرفی نمی کردند، جریمه تعیین کرد.

## مبارزه با وبا

بیماری وبا هر چند وقت یک بار (بیشتر از هند یا عربستان) به ایران می آمد و کشتار می کرد. مردم همه گیری این بیماری را بلای آسمانی می پنداشتند. اما در عهد صدارت امیر کبیر جزوه ای به نام «قواعد معالجه وبا» تهیه و میان کدخدایان و روحانیان شهرها پخش شد که در آن شیوه پیشگیری وبا و نحوه رسیدگی به بیماران توضیح داده شده بود. علاوه بر این، مقررات قرنطینه (به نام «گراختین») در مرزها به اجرا در آمد و مسافران چند روز در قرنطینه نگهداری می شدند و به آن ها و وسایلشان دود داده می شد تا جلوی ورود وبا به کشور گرفته شود.

## تأسیس بیمارستان دولتی

تأسیس مریض خانه دولتی یکی از کارهای سودمند آن زمان است. بنای آن در سال 1266 آغاز شد و در ربیع الاول 1268 افتتاح گردید. دواخانه مخصوص هم داشت. در تاریخ جدید آن نخستین بیمارستان ایران است. به قراری که نوشته اند، چهارصد بیمار را می توانستند در آنجا درمان کنند. میرزا محمدولی حکیم باشی رئیس

مریض خانه بود و دکتر کازرونی، حکیم باشی نظام مسئولیت مداوای بیماران را به عهده داشت.»

## روزی که امیر گریست

در سال 1264 قمری، نخستین برنامه دولت ایران برای واکسن زدن به فرمان امیر کبیر آغاز شد. در آن برنامه، کودکان و نوجوانان ایرانی را آبله کوبی می کردند. اما چند روز پس از آغاز آبله کوبی به امیر کبیر خبر دادند که مردم از روی ناآگاهی نمی خواهند واکسن بزنند. به ویژه که چند تن از فالگیرها و رمال ها در شهر شایعه کرده بودند که واکسن زدن باعث راه یافتن جن به خون انسان می شود. هنگامی که خبر رسید پنج نفر به علت ابتلا به بیماری آبله جان باخته اند، امیر بی درنگ فرمان داد هر کسی که حاضر نشود آبله بکوبد باید پنج تومان به صندوق دولت جریمه پردازد. او تصور می کرد که با این فرمان همه مردم آبله می کوبند. اما نفوذ سخن رمال ها و نادانی گروهی از مردم بیش از آن بود که فرمان امیر را بپذیرند. شماری که پول کافی داشتند، پنج تومان را پرداختند و از آبله کوبی سر باز زدند. شماری دیگر هنگام مراجعه مأموران در آب انبارها پنهان می شدند یا از شهر بیرون می رفتند. روز بیست و هشتم ماه ربیع الاول به امیر اطلاع دادند که در همه شهر تهران و روستاهای پیرامون آن فقط سیصد و سی نفر آبله کوبیده اند. در همان روز، پاره دوزی را که فرزندش از بیماری آبله مرده بود، به نزد او آوردند. امیر به جسد کودک نگریست و گفت: «ما که برای

نجات بچه‌هایتان آبله کوب فرستادیم.» پیرمرد با اندوه فراوان گفت: «حضرت امیر! به من گفته بودند که اگر بچه را آبله بکوییم جن‌زده می‌شود.» امیر فریاد کشید: «وای از جهل و نادانی! حالا گذشته از اینکه فرزندت را از دست داده‌ای باید پنج تومان هم جریمه بدهی.» پیرمرد با التماس گفت: «باور کنید که هیچ ندارم.» امیر کبیر دست در جیب خود کرد و پنج تومان به او داد و گفت: «حکم بر نمی‌گردد؛ این پنج تومان را به صندوق دولت پرداز.» چند دقیقه دیگر، بقالی را آوردند که فرزندش از آبله مرده بود. امیر نتوانست تحمل کند؛ روی صندلی نشست و با حالی زار شروع به گریستن کرد. در آن هنگام میرزا آقاخان وارد شد. او در کمتر زمانی امیر را در حال گریستن دیده بود. علت را پرسید. ملازمان گفتند که دو کودک شیرخوار پاره‌دوز و بقال از بیماری آبله مرده‌اند.

میرزا آقاخان با شگفتی گفت: «عجب، من تصور می‌کردم که میرزا احمدخان، پسر امیر، مرده است که او این چنین‌های‌های می‌گیرد.»

سپس، به امیر نزدیک شد و گفت: «گریستن، آن هم به این گونه، برای دو بچه شیرخوار بقال و چقال در شأن شما نیست.» امیر سر برداشت و با خشم به او نگریست، آنچنان که میرزا آقاخان از ترس بر خود لرزید، آنگاه اشک‌هایش را پاک کرد و گفت: «تا زمانی که ما سرپرستی این ملت را بر عهده داریم، مسئول مرگشان ما هستیم.» میرزا آقاخان آهسته گفت: «ولی اینان خود در اثر جهل آبله نکویده‌اند.» و امیر کبیر در پاسخ گفت: " و مسئول جهلشان نیز ما هستیم. اگر در هر روستا و کوچه و خیابانی مدرسه بسازیم و کتابخانه ایجاد کنیم، رمال‌ها بساطشان را جمع می‌کنند. همه ایرانی‌ها اولاد ما هستند و من از این می‌گیرم که چرا این مردم باید این قدر جاهل باشند که فرزندانشان در اثر نکویدن آبله بمیرند."

منبع:

<http://www.sinanews.ir/news/?id=5394>

# مطالب مشرقه

- نان و حلواى نوروزى

- كباب و كباب مگسى

# نان و حلواى نوروزى

دکتر غلامحسین مهدی زاده

ز هر باغی و هر راغی و رودی  
به گوش آمد دگرگونه سرودی  
زمین از سبزه و از گل چنان بود  
که گفتی پرستاره آسمان بود  
زالله هر کسی را بر سر افسر  
ز باده هر یکی را بر کف اخگر

«فخرالدین اسعد گرگانی»

باز، آن طور که در متون تاریخی آمده و بسیاری از پژوهشگران ایران و جهان آن را تأیید کرده اند، ایرانیان در طول تاریخ مردمانی شاد و اهل جشن و سرور بوده اند و علاقه داشتند روزگار را، بر اساس آموزه های آئینی و دینی خود، همیشه با شادمانی سپری کنند. بگذریم از چند دهه اخیر که به طرق مختلف خواستند این

جشن نوروز و آیین های برگزاری آن بدون تردید یکی از بزرگترین و باشکوه ترین جشن های جهان است، که در سال های اخیر ثبت جهانی نیز شده است، و بر کسی پوشیده نیست که این جشن متعلق به ایران و ایرانیان است، حال چه ایران بزرگ دوران باستان را در نظر بگیریم یا ایران کوچک امروزی را. از سوی دیگر، برگزاری این جشن در اول بهار، که طبیعت در حال رستاخیز است، جویبارها پر آب می شوند، رستنی ها سرسبز می گردند، غنچه های گل سر برمی آورند، پرندگان نغمه خوان می شوند؛ ناخودآگاه انسان سراپا تقصیر و گناه را هم به وجد می آورد و او را وادار به حرکت و جنبش می نماید.

روحیه شادی طلب را از مردم بگیرند و آن‌ها را به حالت خمودگی و پژمردگی بکشانند، ولی مردم ایران همان مردم هستند و همیشه راه‌های بدل را، آن‌طور که بارها در طول تاریخ نشان داده‌اند، پیدا می‌کنند و سرزندگی خود را به رخ جهان و جهانیان می‌کشند. البته، خداوند نیز همیشه یار این مخلوق رانده شده از کنارش هست، چون در نظام فیزیولوژی بدنش سیستم‌هایی را تعبیه کرده است که انسان در هر لحظه می‌تواند آن را به کار گیرد، و یکی از مهم‌ترین سیستم‌های شگفت‌آور و بی‌نظیر بدن سیستم آدرنالینی دستگاه اعصاب است که می‌تواند تمام اندام‌های بدن را وادار به فعالیت نماید. طبیعی است برای انجام هر کاری، آن‌هم در بدن، انرژی لازم است، و انرژی موردنیاز بدن نیز باید به وسیله گلوکز (قند) تأمین شود، و چنین است که می‌بینیم با فرارسیدن نوروز، و در کل تمام عیدها، مردم به فکر تهیه انواع شیرینی و دیگر وسایل تأمین انرژی می‌افتند. این جنب و جوش‌ها در جوامع سنتی‌تر بیشتر به چشم می‌آیند، زیرا انقلاب صنعتی تحولاتی را به وجود آورد که انسان مجبور است در زندگی تابع بسیاری از چیزهایی باشد که دست خودش نیست.

زادگاهم روستای مژده، از توابع بخش کوچصفهان در ده کیلومتری رشت، است. دوره کودکی‌ام در دهه 30 در این روستا سپری شد و به‌طور قطع شاهد و ناظر بسیاری از آیین‌هایی بودم که در خانواده‌های روستایی جریان داشت.

این آئین‌ها، در کل، همه آن چیزهایی هستند که در طول تاریخ برای نوروز انجام می‌شد و شگفت‌آور این که مردم، بدون دسترسی به کمترین امکانات ارتباطی، آن‌ها را نسل به نسل و به شکل یک خصیصه ژنتیکی منتقل کرده‌اند. البته در این نوشته قصد ندارم این آئین‌ها را تشریح نمایم، چون به‌طور قطع از حدود و چهارچوب یک مقاله خارج خواهد بود، خود کتابی است در مورد نوروز. اما تنها بخش تهیه نان و شیرینی را، که در ایام جشن و سرور باید گلوکز مورد نیاز سیستم آدرنالینی بدن را تأمین نماید، تا جایی که به یاد مانده، عرضه می‌کنم. نان و حلوایی که در خانه ما، و به‌طور قطع در اکثر خانوارهای روستای ما، تهیه می‌شدند عبارت بودند از: نان لاسو (گندمین)، آرد حلوا، خرش حلوا، تیان حلوا (کُجیل حلوا).

### نان لاسو

موادی که در تهیه این نان به کار می‌رفتند عبارتند از: آرد برنج، آب، آرد گندم به مقدار کم، نمک، روغن به مقدار کم، آب قند به مقدار کم. نام این نان برگرفته از مرحله‌ای از تهیه آن است که خمیر را به شکل استوانه‌های خاصی درمی‌آورند که به آن لاسو می‌گویند.

تهیه این نان در خانه ما یک تا دو روز، برحسب تعداد یاورها، طول می‌کشید. هر خانواده، برحسب اعتبار خانوادگی‌اش، بین 100 تا 300 نان تهیه می‌کرد. ما چون حدود 300 نان تهیه می‌کردیم، زمان بیشتری صرف آن می‌شد. به‌طور معمول، از 7 تا 8 صبح اعضای خانواده با

فراهم کردن امکانات اولیه، مانند هیزم، دیگ ها، آب، و بقیه وسایل، آتش را روشن می کردند و ابتدا آب را گرم می کردند و سپس با آن خمیر اولیه را به کمک یاورها، که اغلب از فامیل و همسایه ها بودند، تهیه می کردند. آرد موردنیاز این تعداد نان چیزی حدود 25 تا 30 کیلو بود که 10 تا 15 درصد آن را آرد گندم تشکیل می داد. برای تهیه خمیر اولیه، آب نیم گرم را کم کم روی آرد می ریختند و آن را چنگ می زدند تا قوام لازم را پیدا نماید. در این مرحله مقدار کمی آب قند به آن اضافه می کردند تا خمیر مزه شیرینی به خود بگیرد. خمیری که بدین شکل تهیه شده بود، به وسیله زنان و دختران به قطعات حدود یک کیلو تقسیم می شد، که آنها را در سینی های بزرگ و مسطح و آغشته به آرد به شکل استوانه درمی آوردند و در گوشه ای می گذاشتند تا هوا بخورد، که البته منظور این بود که عمل تخمیر صورت گیرد و خمیر ور بیاید. این کارها به طور معمول تا ظهر یا حتی بعدازظهر طول می کشید، و به طور قطع همه افراد ناهار را مهمان صاحب خانه بودند؛ البته بعضی از همسایگان نزدیک به خانه خودشان می رفتند و بعدازظهر دوباره می آمدند. پس از تهیه استوانه های خمیری، آن ها را به مدت 5 تا 10 دقیقه در ظرف بزرگ آبی که در حال جوش بود، قرار می دادند. درواقع، در این مرحله پخت اول خمیر صورت می گرفت تا بوی خامی برنج از خمیر گرفته شود. سپس استوانه های خمیری را به وسیله ملاقه های بسیار پهن از آب جوش

بیرون می آوردند و در گوشه ای می گذاشتند تا خنک شود. این استوانه های جوشیده را اغلب **لاسو** می گفتند. لاسوها را در ظرفی جداگانه دوباره مخلوط می کردند و چنگ می زدند تا به شکل خمیری یکنواخت دربیاید. در این مرحله کمی روغن (کرمانشاه) به آن اضافه می کردند تا میزان چسبندگی خمیر به هنگام تهیه نان کمتر شود و نان به راحتی جابه جا گردد. پس از تهیه خمیر نهایی، زنانی که در تهیه نان به وسیله **نان چو** مهارت داشتند، تهیه نان را آغاز می کردند. قبل از آن، چندین کوره آتش همراه با دیگ ها یا کجج های مناسب نان پزی آماده می گردید و هر **نان چو** به دست نانش را روی یکی از آن ها می گذاشت و افرادی دیگر نیز برای جمع آوری نان ها حضور داشتند و آن ها را جمع آوری می کردند و در دستمال های مخصوص قرار می دادند. کار نان پزی اغلب یک روز بود، ولی گاهی به روز دوم هم می کشید. نوای نان چو زدن نوایی آهنگین بود، که هر شنونده ای را به وجد می آورد؛ ندای فرا رسیدن نوروز بود که بخش آدرنالینی اعصاب هر انسانی را وادار به فعالیت می کرد تا برای کار و تلاش بیشتر در آغاز بهار آماده شوند.

شاید این پرسش به ذهن برسد که چرا این همه نان تهیه می شد؟ این نان پزی اغلب در پنج روز آخر سال (مسترقه) صورت می گرفت. در این روزها اغلب گروه های مختلفی تحت عنوان حاجی فیروز، مجریان سنت های ویژه حوت ماه، نوروزی خوان و غیره به خانه ها می آمدند و

آیین هایی را اجرا می کردند. صاحب خانه، ضمن دادن هدیه های درمی، باید نان و حلوهای تهیه شده نوروزی را نیز به آن ها می دادند، نیز به یاورها و فامیل و همسایه ها هم داده می شد. هیچ گاه ندیدم که در نوروز نان و حلوهای تهیه شده زیاد بیاید و دور ریخته شود، بلکه گاه مادرم مجبور به پخت دوم هم می شد.

### تیان حلو

این حلو یکی از گران ترین و دشوارترین شیرینی هایی بود که تنها به مناسبت نوروز تهیه می شد و در دوران کودکی ام تنها دو بار شاهد تهیه آن بودم. در تهیه این حلو مردان نقش اساسی را داشتند، ولی زنان در کارهای جنبی کمک زیادی می کردند. این حلو در حجم های کم قابل تهیه نیست، چون حلوهایی که در حجم کم تهیه می شوند، آن کیفیت لازم و مطلوب را نخواهند داشت. مواد لازم برای تهیه یک تیان حلو عبارتند از: آرد برنج و گندم حدود 20 کیلو، که 30 تا 40 درصد آن آرد گندم است، شیرۀ طلائی ملایر حدود 10 کیلو، روغن محلی یا کرمانشاه، تخم مرغ محلی تا حدود 300 عدد، مقداری شکر، دانه کنجد، مغز هل، گلاب و آب به مقدار لازم.

خانواده هایی که اقدام به تهیه این حلو می کردند، اغلب از چند ماه قبل باید کارهایی را به عنوان مقدمات انجام می دادند و امکانات لازم را فراهم می کردند. تیان مسی، که برای تهیه حلو در نظر گرفته می شد، از سه ماه قبل باید به مسگری می رفت تا به نحو مطلوب قلع اندود

شود. هم زمان با آن سفارش یک دبه 10 کیلویی شیرۀ طلائی ملایر و روغن کرمانشاه داده می شد. از 15 روز قبل از روز حلوپزی جمع آوری تخم مرغ محلی، بر اساس میزان تولید صاحب خانه و در صورت نیاز از همسایگان، صورت می گرفت و در جایی سرد و خنک نگهداری می شد. دانه کنجد و مغز هل و گلاب نیز از بازار تهیه می گردید. هیزم، به خصوص گنده های بزرگ برای تهیه زغال گذاخته، به اندازه کافی از قبل جمع آوری می شد و در جای خشکی حفظ می گردید. برای روز حلوپزی تعدادی از مردان همسایه و فامیل، که توان جسمی مناسب داشتند، در نظر گرفته می شدند و به آن ها اطلاع داده می شد که در روز موعود به خانه بیایند.

در اول صبح روز حلوپزی، کوره خاصی که برای تیان ساخته شده بود، با ریختن هیزم در آن روشن می شد و تیان پر از آب روی آن قرار می گرفت تا آب آن به جوش آید. سپس کم کم مخلوط آرد برنج و گندم را به آن اضافه می کردند و مرتب هم می زدند. وسیله ی هم زدن چوبی است به طول حدود 1/5 متر، که یک سرش شبیه ملاقه است و بقیه دسته آن است و **تیان ملاقه** نام دارد. دسته این ملاقه شبیه دسته بیل بود، که می توان **پاچو** را روی آن سوار کرد. پاچو، چوبی است که در یک انتها دارای سوراخی است که می توان دسته بیل را از آن عبور داد و سر دیگرش تکیه گاه پا قرار می گیرد تا بتوان نیروی بیشتری به انتهای بیل وارد کرد. دمای آتش کوره به هیچ وجه نباید آن قدر زیاد

باشد که مخلوط آرد و آب به شدت بجوشد، بلکه دمای ملایم فقط باید باعث تبخیر تدریجی آب شود، طوری که بو و طعم سوختگی در آرد به وجود نیاید. زمانی که 50 درصد آب تیان تبخیر می شود، حدود 5 تا 10 کیلو شیرۀ طلائی ملایر را ذوب می کردند و به مخلوط اضافه می نمودند. لازم به یادآوری است که در طول حلواپزی هیچ گاه نباید هم زدن محتویات تیان متوقف شود، چون باعث رسوب ذرات معلق و سوختن آن ها در کف تیان بر اثر دمای آتش می شود. بدین جهت است که تعداد افراد هم زن موردنیاز در طول 24 ساعت بین 4 تا 7 نفر است. در زمانی که شیر به تیان افزوده می شد، که اغلب در حوالی عصر بود، زنان و دخترانی که به عنوان کمک حضور داشتند شروع به شکستن تخم مرغ ها و جدا کردن سفیده از زردۀ آن می شدند. سفیده برای پختن حلوا و زرده به شکل نیمرو، به خصوص تنورپز، یا برای دیگر غذاهای محلی، از جمله «سیرابیج»، «سیرقلبه» و «چغرتمه» مورد استفاده قرار می گرفت. لازم به یادآوری است که تخم مرغ ها فقط باید تخم مرغ محلی می بودند و تخم اردک و دیگر پرندگان قابل مصرف نبودند.

مخلوط داخل تیان در این مرحله، که حدود غروب آفتاب می شد، به نسبت غلیظ و سفت می گردید. در این زمان سفیده های جمع آوری شده تخم مرغ ها را به همراه مقداری آب شکر و کنجد کوبیده شده و تفت داده و مقدار لازم گلاب و مغز هل ساییده شده به مخلوط داخل

تیان اضافه می کردند. در این مرحله چون محتویات تیان بسیار سفت می شد، بناچار باید سرعت و شدت هم زدن بسیار سریع تر و محکم تر انجام می گرفت، که این کار اغلب از توان یک نفر خارج بود و باید افراد در زمان های کوتاه تر جای خود را تعویض می کردند. لازم به یادآوری است که از مرحله افزودن شیرۀ ملایر به داخل تیان تا پایان حلواپزی، آتش زیر تیان نباید به صورت شعله ور درمی آید، بلکه چوب های آتش زده در محلی دیگر که به شکل بور درآمده بودند را به زیر تیان منتقل می کردند و بدین ترتیب همیشه حرارتی یکنواخت، ملایم و بدون دود به زیر تیان داده می شد، و این باعث می شد که محتویات تیان تا حداکثر آب خود را از دست بدهد و چیزی که باقی می ماند خمیری به نسبت سفت و با کمترین آب باشد، تا بتوان آن را به شکل های موردنظر درآورد. در این مراحل اگر هم زدن لحظه ای قطع می گردید، به طور قطع ته مانده تیان می سوخت و طعم و مزه حلوا را تغییر می داد. باید ذکر شود که هم زدن حلوا حداقل تا ساعت 12 شب به وسیله یاورها انجام می گرفت و اگر در این ساعات کار به پایان نمی رسید، صاحب خانه و دیگر اعضای خانواده مجبور بودند بقیه کار را حتی تا نزدیکی های سحر ادامه دهند. حلوایی که بدین شکل آماده می شد اغلب چیزی حدود پنج کیلو بیشتر نبود، که آن را به قطعات کوچک تر، به ابعاد حدود 10 سانتی متر قطر و یک سانتی متر ضخامت، تقسیم می کردند و با مانده های آرد گندم



آغشته کرده در گوشه ای قرار می‌دادند و روی آن‌ها را نیز با آرد می‌پوشاندند. این حلوا، پس از سرد شدن، بسیار تُرد و شکننده بود، طوری که با دست یا ابزارهایی مانند قاشق به راحتی می‌شکست و صدای جالبی ایجاد می‌کرد و در زیر دندان هم بسیار ترد و خوشمزه بود. این حوا، با توجه به محتویات آن، یک شیرینی بسیار نیروزا بود، طوری که یک عدد آن را یک نفر نمی‌توانست بخورد. بدین جهت، آن را چهار تکه می‌کردند و روی سفره نوروژی می‌گذاشتند. مهمانان نوروژی اگر این حلوا را روی سفره نوروژی می‌دیدند، برایشان بسیار جذاب و خوشایند بود و اغلب تکه‌هایی را با خود می‌بردند تا به اعضای خانواده‌شان بدهند و به همین جهت حلوا زودتر از همه به اتمام می‌رسید. این حلوا، به جهت دشواری‌های تهیه و هزینه زیاد آن، سال‌هاست که در خانه‌ای پخته نمی‌شود و تا حدی می‌توان گفت به تاریخ پیوسته است.

### آرد حلوا و خرش حلوا

این دو حلوا از جمله حلواهایی بودند که به مناسبت فرارسیدن نوروز در اغلب خانه‌های روستایی به شکل‌های مختلف تهیه می‌شدند و روی سفره نوروژی قرار می‌گرفتند. تهیه آن به نسبت آسان‌تر و کم‌هزینه‌تر بود. مواد لازم برای تهیه آن عبارت بودند از: آرد برنج، آرد گندم، دوشاب، شکر، کره، مغز گردو و یا پسته، گلاب. مخلوط آرد برنج و گندم را در تابه‌ای به نسبت بزرگ می‌ریختند و آن را روی آتش

(زغال یا چراغ علاءالدین) قرار می‌دادند تا گرم شود. دمای آتش باید بسیار ملایم باشد تا آرد به سرعت تغییررنگ ندهد. آرد باید به طور مرتب به وسیله یک قاشق چوبی هم زده شود تا حرارت به همه‌ی قسمت‌های آن به صورت یکنواخت برسد. آرد را باید آن قدر روی آتش هم زد تا برشته شود و به رنگ قهوه‌ای کم‌رنگ یا طلایی دربیاید. اغلب در فواصل هم زدن کمی کره به آرد اضافه می‌کنند تا کار برشته شدن راحت‌تر صورت گیرد. گاهی نیز کمی آب شکر به آن افزوده می‌شود. زمانی که آرد به طور کامل برشته شد، مقدار کافی دوشاب را ذوب می‌کردند و به مخلوط اضافه می‌نمودند، کمی هم گلاب می‌ریختند و هم می‌زدند تا به شکل مخلوطی نرم و خمیری شکل دربیاید. آن‌گاه آن را به وسیله سنگ آسیاب دستی یا ملاقه چوبی در کف تابه می‌کوبیدند تا به شکل مسطح و صاف دربیاید. در این هنگام مغز گردو و یا پسته را در هاون خُرد می‌کردند و روی سطح حلوا می‌پاشیدند و دوباره آهسته با سنگ روی آن کوبیده می‌شود تا مغزها به حلوا بگریزد. در پایان کار، این مخلوط آماده را به وسیله چاقویی بسیار تیز به قطعاتی به شکل‌های مختلف مربع، مستطیل یا لوزی تقسیم می‌کردند. تا این مرحله هنوز باید حلوا گرم باشد، تا بتوان کار تقسیم و آذین‌بندی آن را به راحتی انجام داد. سپس حلوا آماده را در محلی به نسبت سرد قرار می‌دهند تا خنک، سفت و قابل تقسیم شود. در پایان آن‌ها را در ظرف‌های اغلب بلورین به شکل زیبا می‌چینند و

برای سفره نوروژی آماده می نمایند.

این حلوا در اکثر خانه های روستایی تهیه می شد و اکنون نیز در بسیاری از خانه ها، چه روستایی و چه شهری، تهیه می گردد و تحولاتی هم در آن ایجاد شده است، به طوری که، به جای دوشاب، انواع شیره های میوه های گوناگون، از جمله لبو، تمشک، توت فرنگی، مرکبات، آناناس، کیوی و غیره، به آن افزوده می شود و این حلوا با طعم و مزه های مختلف در اکثر قنادهای ها عرضه می گردد. در روستاها تنها شکل سنتی آن تهیه می شود و به آن دوشاب حلوا هم می گویند. اگر به جای دوشاب فقط آب شکر استفاده شود، حلوا بسیار شفاف تر و حالت شیشه ای به خود می گیرد، که به آن شکری حوا می گفتند.

راه و روش تهیه **خرش حلوا** به طور کامل شبیه **آرد حلوا** است؛ تنها تفاوتش به کار بردن آرد گیاهی محلی به نام **خرش** است. خرش گیاهی محلی از تیره نعناع، یک ساله، به ارتفاع حداکثر 70 سانتی متر و برگ های متقابل و بسیار سبز است. گیاه سبز برای انسان و حیوانات هیچ کاربردی ندارد، اما روستاییان به شکل ابتکاری برگ های سبز آن را در فصل مناسب (اواخر تابستان) می چینند و در هوای آزاد و سایه خشک می نمایند. سپس برگ های خشک شده را آسیاب می نمایند تا به شکل آرد دربیاید؛ آن گاه آن را در ظرف های سربسته می ریزند تا زیاد هوا نخورد و برای روز حلواپزی نوروژی نگهداری می کنند. برای تهیه خرش حلوا، آرد مورد استفاده

شامل آرد برنج، آرد گندم و آرد خرش است. 30 تا 50 درصد آردی که برای تهیه حلوا استفاده می شود از آرد خرش است. هر قدر این آرد بیشتر باشد، حلوا سبتر خواهد بود، ولی مقدار زیاد آن باعث تلخ شدن حلوا می شود. بنابراین، باید در انتخاب نسبت آرد دقت زیادی کرد، تا حلوا خوشرنگ و خوشمزه و خوشبو شود.

سرانجام، چنان که آشکار است، مردم ایران، از دیرباز، با بجا آوردن آیین های نوروژی، در حقیقت، با آغاز فصل بهار خود را برای زندگی و تلاشی دوباره آماده می کردند، تلاشی که از فردای نوروژ آغاز می شد و هر کس به تناسب حرفه اش به نیروی تازه ای نیاز داشت و باید توانش را بازسازی می کرد، تا بتواند در طول سال از عهده همه کارها برآید. جالب این که، مردم از فردای نوروژ همیشه به فکر نوروژ سال بعد هم بودند و وسایل و امکاناتی را که باید تهیه می شدند، آماده می کردند. چیزی که در سالیان اخیر بسیار کم رنگ شده است، چون مردم به قدری درگیر مشکلات شده اند که قدرت و فرصت اندیشه از آن ها سلب گردیده است. انسان، به جهت داشتن قدرت تفکر، اشرف مخلوقات است و نزد خداوند جایگاهی ویژه دارد. اگر این ویژگی از او سلب گردد، به اعتبار انسانی اش خدشه وارد می شود و این آسیبی است جبران ناپذیر. به امید آن که تمام روزهای ما ایرانیان نوروژ باشد.



## کباب و کباب مگسی

### دکتر محمد فرزین

سایر کباب ها، دستگاه عریض و طویل بهداشت هیچ گونه نظارتی روی آن نداشته و متأسفانه با اقبال مردم مواجه است. چون اصحاب شکم معتقدند نشستن مگس بر روی آن موجب خوشمزه گی شده و نیز بر ویتامین آن افزوده می گردد.

البته ما ایرانی ها کباب خورهای حرفه ای هستیم و وقتی بوی پیه آب شده روی منقل کبابی ها به مشاممان می رسد دل از کف

عمر گرانمایه به آخر رسید

تا چه خورم صیف و چه نوشم شتا

ای شکم خیره به تایی بساز

تا نکنی پشت به خدمت دو تا

چنانچه عادت به پیاده روی داشته و گذرت

به میدان شهرداری رشت و آن هم آخرهای شب

افتاده باشد دود کباب حتماً حواست را پرت

نموده و ناخنکی به آن خواهید زد. این کباب ها

که به کباب مگسی شهرت یافته اند. برخلاف

برای راحت تر به سیخ کشیدن کباب نیز آن را با آرد یا نان خشک مخلوط می کنند. باید بدانید که جوش شیرین جذب آهن و کلسیم را کاهش می دهد و گوشت را به غذایی بی خاصیت تبدیل می کند.

کباب را با چه بخوریم؟

برای نفع بیشتر از آهن مواد گوشتی، انواع کباب ها را می توانید با آب نارنج، سالاد سبزیجات تازه، گوجه فرنگی کبابی، پیاز، فلفل سیاه یا سماق میل کنید تا با واسطه ویتامین C این مواد، جذب آهن گوشت بیشتر شود. مصرف ماست، دوغ و کفیر همراه غذاهای گوشتی توصیه نمی شود چون کلسیم این فرآورده ها می تواند از جذب آهن گوشت بکاهد اما می توانید نیم تا یک ساعت پس از صرف غذای گوشتی ماست و دوغ بخورید.

\*\*\*\*\*

اما شعری در وصف شکم:

به به چه پرصدا و چه پرکاری ای شکم  
فربه مثال گنبد دواری ای شکم

جمعی ترا شبیه به انبان نموده اند

انبان غلط بود که تو انباری ای شکم  
ظرفیت حریم تو بیش از چهل من است

آماده بهر خوردن خرواری ای شکم

گر دیرتر رسد دو سه ساعت غذای تو

افسرده حال و ناخوش و بیماری ای شکم

می دهیم و هوش و حواس ازسرمان می پرد و می خواهیم نان و کباب و ریحان یا چلوکباب چرب همراه سماق ترش و گوجه کبابی و پیاز بخوریم.

اما به شما توصیه می کنیم اگر هوس کباب خوردن دارید، در یکی از همین روزهای مفرح بهاری به دل طبیعت بزنید و با رعایت نکات ایمنی در مکان های تفریحی که مجهز به منقل و سایر سور و سات کباب پزی است، با توجه به توصیه های زیر خودتان کباب پزید.

هر گوشتی برای کباب مناسب نیست و هر قسمت از گوشت دام برای تهیه یک غذای خاص کاربرد دارد. مثلاً گوشت سینه و دنده برای آبگوشت، ران برای خورش، سردست برای چرخ کردن و فیله و راسته که لطیف تر بوده و بافت تردتری دارد، برای کباب انتخاب می شود. با داستانی که گذشت، تعدادی از رستوران ها به خصوص رستوران های بین راهی برای کاهش هزینه گوشت کبابی از قسمت هایی از گوشت که بافت پیوندی ضخیمی دارد، استفاده می کنند و در نتیجه کباب همچون برگ، سفید و غیرقابل جویدن می شود. برای نرم شدن کباب کوبیده هم مقداری چربی بدن دام همچون پیه و دنبه و گاهی احشای چرخ شده مرغ را به آن اضافه می کنند. برای ترد و پفکی شدن کوبیده، از جوش شیرین یا پودرهای تجزیه کننده بافت پروتئین استفاده و

سنگین شوی چو کوه زمانی ز پرخوری  
گاهی گرسنه ای و سبکباری ای شکم  
سیری سرت نمی شود آخر بمن بگو  
قانع در این جهان به چه مقداری ای شکم  
تنها صدای تو رسد نیمه شب بگوش  
شب جملگی بخواب تو بیداری ای شکم  
جائی که هست دیگ پلو یا خوراک مرغ  
در آن مکان تو زود پدیداری ای شکم  
بر مال مفت چونکه رسی خودکشی کنی  
هر مال مفت را تو خریداری ای شکم  
افتی جلو ز صاحب خود در طریق سور  
در راه سور قافله سالاری ای شکم  
خوردی هر آنچه خوردنی از خام و پخته بود  
یا للعجب که باز طلبکاری ای شکم

داری تمام عمر تو باقی دو قورت و نیم  
تا می خوری به فکر دگر باری ای شکم  
بعد از نهار تازه رسد نوبت دسر  
کمتر بخور چقدر تو پرخواری ای شکم  
کی اکتفا کنی به دسر تازه بعد از آن  
دنبال چای و میوه و سیگاری ای شکم  
داری طمع به هر چه خوراکی است در جهان  
آخر بگو چقدر طمعکاری ای شکم  
ترسم شوی هلاک ز فرط گرسنگی!  
برخیز و بی درنگ بکن کاری ای شکم  
القصه، باعث همه جنگ و جدل توئی  
تو باعث خرابی بسیاری ای شکم!  
میلاذ

## پاسخ جدول شماره قبل

|    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |    |
| ر  | ی  | و  | و  | ل  | ک  | ی | ا | س | ن | ا | گ | ل | ا | و | 1  |
| ت  | ا  | •  | ا  | د  | •  | د | ی | و | ر | ف | • | و | ل | ی | 2  |
| ی  | ن  | ا  | ل  | ی  | م  | • | ش | خ | • | ر | ا | ت | ی | گ | 3  |
| ن  | و  | م  | ر  | پ  | •  | پ | • | ت | س | ی | ن | و | گ | ا | 4  |
| و  | •  | ا  | ی  | ا  | ت  | ا | پ | • | ن | د | ی | س | و | ب | 5  |
| پ  | و  | ک  | ن  | س  | •  | ی | ر |   |   |   |   |   | ر | ا | 6  |
| ا  | ل  | ن  |    | و  | و  | ل | و |   | س | ک | ا | پ | ی | ت | 7  |
| ن  | ت  | •  |    | ی  | و  | و | ی |   | س | ی |   |   |   | ر | 8  |
| ی  |    | ت  | ش  | ر  |    | ت | ن |   | ت | ل | ی | ز |   | ی | 9  |
| •  |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   | ن | 10 |
| ر  | ز  | •  | ت  | م  | س  |   |   | و | ا | • | ج | ا | ب | • | 11 |
| ه  | ن  | ا  | ی  | ا  | ر  |   |   | ل | د | و | ل | ر | ا | پ | 12 |
| •  | د  | ا  | م  | ت  | ع  | ا | ی | ن | ب | ن | ا | ش | خ | ر | 13 |
| ب  | ا  | •  | و  | م  | ی  | ک | س | ا | • | ک | • | ی | ت | ا | 14 |
| ه  | ن  | ی  | ل  | •  | ن  | و | ر | ت | س | ی | ن | ا | ر | گ | 15 |

# نامه‌ها و مکاتبات اداری

## فرمانداری محترم شهرستان رشت

با عرض سلام و ادب

احتراماً، عطف به نامه شماره 6730 تاریخ 72/6/21 موضوع تأسیس شعبه انجمن داروسازان ایران در گیلان و با موافقتی که آن اداره محترم در چهارچوب قانون فعالیت احزاب و گروهها با این شعبه صورت داده است و با توجه به بند الف ذیل ماده 10 از اساسنامه مصوب کمیسیون محترم ماده 10 احزاب، به پیوست آیین نامه داخلی نحوه برگزاری انتخابات شعب انجمن داروسازان ایران که توسط هیئت مدیره آن انجمن در تاریخ 1395/2/22 مصوب گردیده است، جهت استحضار به حضور تقدیم می گردد.

لازم به ذکر است که آقای ابراهیم ابراهیم زاده طی نامه شماره 8029/95/2/6041 تاریخ 95/7/28 آن اداره محترم به عنوان کارشناس فرمانداری محترم رشت در روز انتخابات به رئیس هیئت مدیره اجرایی انتخابات انجمن داروسازان گیلان معرفی شدند که انتخابات در تاریخ 1395/7/30 با نظارت و تأیید ایشان (ضمیمه) برگزار شده است. با توجه به اینکه رئیس هیئت مرکزی انتخابات انجمن داروسازان ایران اعتبارنامه اعضای محترم هیئت مدیره و بازرس (اصلی و علی البدل) را طی نامه شماره 777/الف/95 تاریخ 95/8/9 مورد تأیید قرار داده اند و بر مبنای مفاد مندرج در نامه 910/الف/95 مورخ 1395/9/3 دبیر انجمن داروسازان ایران که مطابق ماده 17 اساسنامه به



صراحت نتیجه انتخابات مذکور را تأیید و با صدور معرفی نامه شعب انجمن داروسازان ایران، شعبه گیلان را به رسمیت شناخته اند، خواهشمند است در صورت امکان مساعدت نموده و موافقت خود را با تأیید انتخابات و ادامه فعالیت این شعبه اعلام فرمایید.

شایان ذکر است این انجمن متعهد به اخذ مجوز شناسه فرعی طبق ضوابط آن فرمانداری محترم خواهد بود. با توجه به زمان بر بودن فرایند اخذ این مجوز - که فعالیت آن از ماه قبل آغاز شده است - ، استدعا دارد دستور مساعد را در این رابطه صادر فرمایید.

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

\*\*\*\*\*

### جناب آقای دکتر رهبر مؤدھی آذر ریاست محترم انجمن داروسازان ایران

با عرض سلام و ادب احتراماً، عطف به رونوشت نامه شماره 1025/الف/95 مورخ 95/10/4 در خصوص تعرفه خدمات دارویی به استحضار می رساند؛

1- در نامه مذکور صرفاً به تعرفه خدمات دارویی برای نسخ سرپایی با کد 902020 مندرج در ویرایش دوم کتاب ارزش نسبی خدمات با ضریب 0/1k، تعرفه مدیریت خدمات دارویی برای داروهای otc با کد 902021 و ضریب 0/01k و

تعرفه مدیریت خدمات دارویی برای داروهای ترکیبی با ضریب 0/15k با کد 902022 اشاره شد در حالی که سخنی از دیگر خدمات ارائه شده در کتاب مذکور همانند کدهای الف - 901100 (آموزش نحوه استفاده از بیماران از آئروسل و اسپری استنشاقی با ضریب 0/7k و مبلغ 147/000 ریال) ب - 901820 (ارائه مشاوره پزشکی به بیمار با صلاحیت حرفه ای با ارزش 1/5k و مبلغ 315/000 ریال) ج - کد 901975 (ارائه مشاوره فردی طب پیشگیری و با مداخلات کاهنده ریسک فاکتورها با ارزش 2/2k و مبلغ 462/000 ریال) که جملگی این خدمات در داروخانه انجام می گیرد، به میان نیامده است. حال حتی اگر فرض نمایم ضریب k همان 0/1 مصوب هیئت محترم وزیران باشد، با لحاظ نمودن کلیه فعالیت‌های مشروحه کدهای مذکور که البته در مصوبه هیئت محترم وزیران به بعضی از این کدها اشاره نشد، مبلغ حداقل میانگین حق مدیریت خدمات دارویی برای هر نسخه رقمی معادل 50/000 الی 70/000 ریال خواهد بود.

2- در خصوص تعرفه خدمات دارویی برای نسخ سرپایی پیشنهاد انجمن داروسازان ایران با لحاظ نمودن موارد اجرایی مطروحه در نامه شماره 1025/الف/95 مورخ 95/10/4 برای هر داروخانه مبنی بر افزایش ضریب k به 0/25 مورد موافقت هیئت مدیره این انجمن نیز می باشد. اما کلیه اعضاء هیئت مدیره مصر به لحاظ نمودن دیگر کدهای مطروحه در این نامه جهت دستیابی به یک مبلغ میانگین مناسب برای هر نسخه توسط هیئت

محترم وزیران می باشند. لازم به ذکر است در صورت افزایش ضریب کای کد 902020 و لحاظ نمودن دیگر کدها با همان ضریب قبلی مبلغ میانگین نسخ سرپایی (که البته در زمان انجام خدمات آن کد در داروخانه، دیگر خدمات دارویی مشروحه کدهای مربوطه نیز انجام می گیرد)، رقمی معادل 100/000 الی 150/000 ریال مدنظر می باشد. بدیهی است در صورت لحاظ نمودن کدهای 901100، 901820 و 901975 با ضریب کای 0/25 این رقم به 150 الی 200 هزار ریال افزایش می یابد.

3- در خصوص کد 902010 (تعرفه خدمات دارویی برای داروهای **otc**) ضریب 0/02 برای سال آینده مناسب است.

4- در خصوص کد 902022 (تعرفه خدمات دارویی برای داروهای ترکیبی) موارد پیشنهادی بند ج مندرج در نامه شماره 150/الف/93 مورخ 93/4/1 انجمن داروسازان ایران با لحاظ نمودن ضریب 0/25k مورد تأیید این انجمن می باشد. /

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

\*\*\*\*\*

جناب آقای دکتر رهبر مؤدھی آذر  
رئیس محترم انجمن داروسازان ایران  
موضوع: تفاوت قیمت درج شده روی جعبه داروها

با عرض سلام و ادب

عطف به نامه شماره 665/143280 مورخ 1395/9/22 مدیریت محترم نظارت بر امور داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به استحضار می رساند:

1- در خصوص بند 1 نامه مذکور، بیان این موضوع که داروخانه ها افزایش قیمت را بلافاصله اعمال می کنند، عمومیت ندارد. بدیهی است داروخانه ای که با داشتن فاکتور قیمت جدید، به استناد بند 2 همین نامه داروی خود را ارائه داده باشد، مرتکب خلافی نشده است و اگر تخلفی صورت گرفته مربوط به شرکتهای توزیعی یا تولیدی می باشد.

2- بند 2 نامه مذکور یک فرار مدیریتی است!! دستگاهی که هنوز پروتکل منسجمی برای نهادینه شدن عرضه دارو با قیمت مصرف کننده جدید ندارد (که در شرح بندهای 1 و 2 و 3 این سردرگمی قابل مشاهده است)، بهترین استراتژی، اعمال بند 2 و لحاظ نمودن آخرین قیمت مصرف کننده در سامانه مربوطه می باشد.

3- فشار وارده از طرف نهادهای مرتبط و مردم به سازمان غذا و دارو باعث گردید که این سازمان با یک تغییر استراتژیک اقدام به تدوین بند 3 این نامه نماید و به علت عدم برنامه ریزی صحیح، توپ را به زمین شرکتهای تولیدی و داروخانه ها بیاندازد و با به کارگیری اهرمهایی چون تویخ، انحلال، اعمال قانون، برخورد و ...، بتواند پاسخی به ظاهر مناسب برای شاکیان موضوع داشته باشد!

پیشنهاد این انجمن این است که تا حصول یک برنامه منسجم و علمی در زمینه قیمت دارو در کلیه مراحل تولید، توزیع و عرضه نهایی دارو در داروخانه، قیمت قابل استناد دارو بر اساس فاکتور موجود در داروخانه انجام گیرد./

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

\*\*\*\*\*

### مدیرکل محترم بیمه سلامت استان گیلان

با سلام

احتراماً نظر به تردید برانگیز بودن حقوقی عبارت «شرکای کاری» در پیام های اخیر سازمان بیمه سلامت به داروخانه ها برای تکمیل اطلاعات در سامانه الکترونیکی و مکاتبه ریاست محترم انجمن داروسازان ایران با مدیرعامل محترم سازمان بیمه سلامت ایران در این خصوص طی نامه شماره 1141/الف 95 مورخ 95/11/4، خواهشمند است عبارت «مراکز ارائه خدمات» یا «طرف های قرارداد» جایگزین عبارت «شرکای کاری» گردد./

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

\*\*\*\*\*

4- در کلیه بندهای مطروحه، از شرکتهای توزیع دارو سخنی به میان نیامده است. موجودی دارو در انبار شرکتهای توزیعی پس از اعلام قیمت جدید، با همان قیمت مصرف کننده قبلی برای داروخانه ها فاکتور می گردد و هیچ نظارتی در این خصوص وجود ندارد اما اگر داروخانه این دارو را با فاکتور رسمی و قیمت جدید ارائه دهد مرتکب خلاف شده است! و اگر هم دارو را عودت دهد و شرکت در موجودی خود قیمت مصرف کننده جدید را نداشته باشد، بیمار با کمبود دارو در بازار دارویی مواجه می شود. در این خصوص نیز وزارت متبوع هیچ راهکاری ارائه نکرده است.

5- آیا تاکنون دستورالعملی به معاونتهای دارو و غذای استانها مبنی بر مکاتبه با شرکتهای توزیعی در خصوص عدم صدور فاکتور با قیمت های مصرف کننده جدید برای داروهای که روی جعبه آن قیمت مصرف کننده قدیم درج شده صادر گردیده یا خیر؟ اگر وجود داشته باشد بدیهی است شرکتهای توزیعی در صورت صدور فاکتور متخلف اصلی می باشند نه داروخانه. اگر هم وجود نداشته باشد به چه دلیل دست شرکتها را در این خصوص باز گذاشته و فشار را به داروخانه می آورند؟!

6- متأسفانه در این وادی آنکه بیش از همه مورد مؤاخذه بیمار و اداره دارو و نهادهای مرتبط نظارتی قرار می گیرد، داروخانه است که علاوه بر تمامی حجه های معنوی و مادی، می بایست تبعات عدم برنامه ریزی و تصمیم گیری صحیح ادارات مذکور را نیز بدوش بکشد!

## جناب آقای محمد احمدی پور معاونت محترم امنیتی ، سیاسی استانداری گیلان

می تواند ایجاد خلل در این امر حیاتی نماید، به گونه ای که سلامت مردم و بالطبع هنجارهای اجتماعی را به خطر بیاندازد و وضعیتی ایجاد گردد که آن را می توان وضعیت بحران قلمداد کرد.

انجمن داروسازان گیلان با توجه به رسالت علمی و مأموریت صنفی خود واجب دانست تا وضعیت بحرانی دارویی جامعه را به اطلاع آن معاونت محترم رساند تا با تدبیر و اتخاذ تصمیمات مناسب توسط آن مقام محترم ، اقدامات پیشگیرانه ای جهت جلوگیری از ایجاد وضعیت بحران لحاظ گردد.

همانگونه که به دفعات طی مکاتبات متعدد، نشست اعضای هیئت مدیره ی حاضر و پیشین با جنابعالی ؛ حضورتان اعلام شد. همچنین اعلان وضعیت بحران توسط نماینده محترم نظام پزشکی در جلسه ستاد توزیع داروی استان به نماینده محترم استانداری، پیامد عدم برنامه ریزی صحیح حوزه های مطروحه فوق که منتج به عدم پرداخت مطالبات 6 تا 7 ماهه داروخانه ها توسط سازمانهای بیمه گر شده ، همکاران داروساز ارائه دهنده خدمات دارویی را دچار چالش شدید مالی نموده است به گونه ای که توان خرید دارو از شرکتهای دارویی را ندارند و تبعات آن در درجه اول کمبود داروهای خاص و تخصصی و در درجه دوم داروهای عمومی خواهد بود. از طرفی داروخانه های استان به جهت عدم توان مالی مجبور به محاسبه نقدی نسخ بیمه و ارجاع بیمه شده به سازمان مربوطه خواهند بود که این امر نیز

با عرض سلام و ادب

احتراماً ، همانگونه که مستحضرید امنیت بهداشتی ، درمانی جامعه یکی از رسالت های اصلی دولت تدبیر و امید است. جهت نیل به این امر مهم هماهنگی و برنامه ریزی منسجم در حوزه های مرتبط یکی از اولویت های اساسی در تدوین برنامه استراتژیک رفاه درمانی می باشد. حوزه های درگیر در این امر بترتیب اولویت های اجرایی عبارتند از :

- 1\_ ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران
  - 2\_ وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
  - 3\_ وزارت تعاون ، کار و رفاه اجتماعی
  - 4\_ سازمان برنامه و بودجه
  - 5\_ سازمان های بیمه گر
  - 6\_ وزارت کشور
  - 7\_ وزارت صنعت ، معدن و تجارت
  - 8\_ نیروی انتظامی
- تدابیر اتخاذ شده در هر حوزه و ارتباط بین بخشی حوزه ها با نظارت وزارت محترم کشور (استانداری های سراسر کشور ) می تواند روند مناسبی جهت نیل به اهداف اصلی که همانا رفاه بهداشتی و درمانی مردم عزیز کشور است ، ایجاد نماید. بدیهی است عدم برنامه ریزی و مدیریت صحیح در اجرای برنامه و عدم تدوین برنامه استراتژیک منسجم جهت نیل به اهداف عالی

خود ایجاد یک چالش اجتماعی شدید خواهد کرد.

انجمن داروسازان گیلان در پی بررسی آسیب شناسی و علل این بحران نیست چرا که مدیران ارشد مملکتی خود نسبت به این مهم بایستی اقدام نمایند. در حال حاضر آنچه از نظر این انجمن حائز اهمیت است، درمان سریع و اورژانسی این معضل می باشد. نظر به اینکه طی جلسه مورخ 1395/03/09 اعضای هیئت مدیره با جنابعالی و بررسی موضوع فوق، اعلام فرمودید که در صورت عدم پرداخت مطالبات داروخانه ها توسط سازمان های بیمه گر موضوع در کمیته استانی استانداری مطرح و جهت رفع مشکل از دیگر ردیف های بودجه ای مورد نظر جهت پرداخت مطالبات استفاده خواهد شد، هیئت مدیره انجمن از آن مقام محترم تقاضای رسیدگی موضوع در اسرع وقت با توجه به نزدیک شدن به انتهای سال را دارد. بدیهی است تصمیم گیری و اتخاذ راه حل مناسب و تسریع در این امر حیاتی می تواند یک حرکت مهم در جهت پیشگیری از یک بحران اجتماعی باشد.

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

\*\*\*\*\*

## مدیر کل محترم تامین اجتماعی نیروهای مسلح استان گیلان

با سلام و عرض ادب

احتراماً باستحضار می رساند پیرو جلسه تاریخ 95/11/27 هیئت مدیره انجمن داروسازان استان گیلان با مسئولان محترم بیمه نیروهای مسلح و مذاکرات انجام شده مبنی بر اعلام پیشنهاد از طرف هیئت مدیره انجمن جهت حل مشکل تایید نسخ بیماران به صورتیکه همه داروخانه ها قادر به خدمات رسانی باشند دو راه حل زیر پیشنهاد می گردد. (در ضمن جهت بررسی و تصمیم گیری نهایی این هیئت مدیره آمادگی خود را جهت پذیرایی از مسئولین آن سازمان را در زمان مشخص اعلام می دارد).

1- ایجاد یک شبکه تلگرام (Telegram Secret Chat) که همه داروخانه هایی که قرارداد دارند و یک یا چند نفر که لازم باشد از کارکنان آن بیمه عضو آن باشند. داروخانه ها از نسخه مورد نظر عکس گرفته و برای نماینده بیمه ارسال نمایند و کارشناس بیمه هم تاییدیه کنترل نسخه و اجازه تحویل دارو به بیمار را برای داروخانه از طریق همان کانال انجام دهد و در پایان ماه موقع کنترل نسخ این موارد قابل کنترل خواهد بود. در ضمن این شبکه می تواند در هر استان بصورت مستقل و جدا از سیستم اینترنت یا اینترنت مربوط به نیروهای مسلح باشد.

2- مثل سالهای قبل نیروهای مسلح می تواند از طریق ایجاد دفاتری در مراکز خود برای تایید نسخ در شهرهای بزرگ و مراجعه بیماران به آن مراکز با استفاده از نیروهای خود این مشکل را حل نماید.

محترم تقاضا دارد نظر کارشناسی شورا را درخصوص رأی شماره 241 مورخ 1390/6/26 هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به این انجمن اعلام فرمایند /.

### با سپاس - دکتر کیان یعقوبی دبیر انجمن داروسازان استان گیلان

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

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

### رئیس محترم شورای اسلامی شهرستان رشت جناب آقای اسماعیل حاجی پور

### جناب آقای دکتر سید محمد علی ثابت قدم شهردار محترم رشت

با عرض سلام و ادب  
احتراماً، پیرو رونوشت نامه 23/919/الف/95 مورخ 95/9/7 این انجمن و جوابیه مدیر محترم تشخیص و وصول درآمد شهرداری رشت که طی نامه شماره ش ر - 1395-193967 مورخ 95/10/2 به این انجمن درخصوص ارائه استدلال متقن جهت اخذ عوارض تابلوهای سردر داروخانه ارسال گردید، به استحضار می رساند موارد مطروحه مورد استناد مدیر محترم تشخیص و وصول درآمد آن شهرداری هیچ ارتباط موضوعی با درخواست این انجمن نداشته و صورت مسأله توسط ایشان مورد توجه قرار نگرفته است. لذا مجدداً به پیوست نامه درخواستی این انجمن (23/919/الف/95 مورخ 95/9/7) حضور جنابعالی ایفاد و از آن مقام

با عرض سلام و ادب  
احتراماً، انجمن داروسازان گیلان در نظر دارد، جهت اطلاع رسانی و مصرف بهینه و منطقی دارو و لوازم بهداشتی خانواده ها و ارتقاء سلامت جامعه تابلو دیجیتال شهری به دیوار ساختمان انجمن نصب نماید، با توجه به نقش ارزنده شهرداری در فرهنگ سازی همشهریان تقاضا داریم اقدامات لازم را برای صدور مجوزهای لازم مبذول فرمایید /.

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

\*\*\*\*\*

## پیام تسلیت

هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان ، ضایعه درگذشت روانشاد **دکتر حسین کوچکی نیا** داروساز پیشکسوت استان گیلان و موسس داروخانه امین آستانه اشرفیه را به خانواده محترم و جامعه داروسازان 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.

## پیام تسلیت

هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان ، ضایعه درگذشت روانشاد **دکتر میرمحمد بخشنده** داروساز استان گیلان و موسس داروخانه دکتر بخشنده رشت را به خانواده محترم و جامعه داروسازان 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.

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند **جناب آقای دکتر علیرضا حسین زاده رافعی** 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 اشرف مهدی نیا** 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 **جناب آقای دکتر سیدصدرا روحانی رانکوهی** در غم از دست دادن برادر گرامی شان آقای دکتر سیدمجتبی روحانی رانکوهی 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 »