

شماره 172

پائیز 96



گردهمایی داروسازان ورودی سال 1345 دانشکده داروسازی تبریز



گردهمایی داروسازان ورودی سال 1346 دانشکده داروسازی تبریز

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 / « به سوی بحرانی دیگر؟! »
7 * گزارش عملکرد انجمن در پائیز 96
9 * تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (30)
13 * گردهمایی پنجاهمین سال ورود به دانشگاه
15 * گردهمایی داروسازان پیشکسوت تبریز
19 * نوستالژی
22 * مطالبه و اخذ جرایم گزارش فصلی از ...
24 * اطفال
29 * اخوان که ز ره آیند آرند ره آوردی
33 * خاطراتی از استاد دکتر فریدون بخت آور
37 * شعر و ادب / هزار ابر گهر
39 * اثرات گیاهان دارویی در بیماران آلزایمر
42 * استفاده از تکنولوژی نانو در (4)
47 * سربازان فیزیولوژیک بدن (بخش پایانی)
51 * تشنگی زیاد و علل آن
53 * فواید و خطرات نگهداری حیوانات اهلی
57 * Januption
59 * همایش دانشگاهی پژوهش در توسعه ...
64 * شایستگی و شایسته سالاری از دیدگاه ...
69 * استاد دکتر حسین یقینی
73 * معرفی یک کتاب خوب
76 * نامه ها و مکاتبات اداری

سایت انجمن داروسازان گیلان

www.ipharm.ir

نشانی انجمن داروسازان گیلان

رشت: انتهای خیابان سعدی، نرسیده به میدان
گلسار، 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)

« پاییز 1396 »

شماره 172

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، ژریلا گیتی نژاد، سیداحمد میرسنبل،

کیان یعقوبی

اجرای کامپیوتری: نازلی تنی

طرح روی جلد:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

لینتوگرافی: همراهان

چاپ و صحافی: توکل



1 - به سوی بحرانی دیگر؟!

اصولاً اجرای هر طرحی به ویژه طرح های زیرساختی آن هم در مقیاس ملی، در همه جای دنیا نیازمند اندیشیدن تمهیدات لازم از قبیل پیش بینی منابع درآمد پایدار، برآورد و مدیریت صحیح هزینه های قطعی و احتمالی و بهره گیری از نظرات کارشناسان برای به حداقل رساندن احتمال شکست طرح است.

بدون شك اگر رعایت همین حداقل ها در اجرای طرح تحول سلامت اتفاق می افتاد شاید امروز می توانستیم شاهد پیشرفت و اعتلای قابل قبولی در نظام سلامت کشور باشیم. اما عدم

رعایت اصول مبتنی بر خرد جمعی در کنار نگاه عوام گرایانه به موضوع سبب شد که از طرفی منبع اصلی درآمد طرح یعنی حذف یارانه دهکهای غیر نیازمند عملی نشود و از طرف دیگر نبود عدالت در تقسیم و اولویت بندی همان منابع ناپایدار موجود، ادامه مسیر اجرای طرح را تقریباً ناممکن سازد.

امروز، مشکلات عدیده صنعت داروسازی، سیستم توزیع و به ویژه داروخانه، چیزی نیست که بشود پنهانش کرد و یا به عواملی غیر از نبود نقدینگی در اثر عدم توانایی شرکتهای بیمه گر در عمل به تعهداتشان نسبت داد!

بیمه‌هایی که قبل از شروع اجرای طرح هم قادر نبودند از عهده تعهداتشان برآیند و امروز، سوء مدیریت و وحشتناک و اجرای نسنجیده طرح مذکور نیز مصداق واقعی «قوز بالای قوز» شده است. همه این واقعیت‌ها دست به دست هم داده تا برگشت به بحران دارویی سال 92 دور از ذهن نباشد. شاید هم شدیدتر!

2- تغییر آئین نامه داروخانه‌ها

در یکی از سرمقاله‌های شماره‌های قبل عرض کرده بودم که معاونت محترم غذا و داروی وزارت بهداشت (یا سازمان غذا و دارو) نیز با پیروی از رویه مرسوم در سایر بخشهای دولتی کشور عزیزمان، برای ایجاد تغییر در آئین نامه‌ها و ضوابط، ابتدا از همه کارشناسان و دست‌اندرکاران بخشهای دولتی و خصوصی به صورت کتبی نظرخواهی می‌کند اما در نهایت، در یک حرکت خودجوش، با نادیده انگاشتن همه آن نظرات، تغییراتی را که خود صلاح! می‌داند اعمال می‌کند! اما ظاهراً این بار تصمیم بر این شده که نظر داروسازان نیز لحاظ شود و هماهنگی‌های به عمل آمده برای نظرخواهی از کل داروسازان و جمع بندی آنها در جلسه آتی شعب انجمن داروسازان ایران در مشهد مقدس نیز در همین راستا است.

در اینکه آئین نامه فعلی اشکالات متعددی دارد هیچ تردیدی نیست اما، ما داروسازان باید هشیار باشیم که تغییرات احتمالی ایجاد شده در خلاف جهت منافع داروسازان نباشد. بدیهی

است همانگونه که بارها در نوشته‌های قبلی گفته‌ام، تفکیک سنی و شغلی داروسازان و قائل شدن تفاوت و حتی گاهی تضاد بین منافع آنها مسلماً به ضرر کل جامعه داروسازی است.

3- فرانشیز نسبه

فرانشیز (یا فرانچایز انگلیسی) در تجارت به اعطای حق استفاده از یک نام تجاری در قبال دریافت وجه اطلاق می‌شود که ارتباطی به بحث ما ندارد. اما در بیمه، «مبلغی از خسارت است که پرداخت آن به عهده خود بیمه‌گذار می‌باشد و بیمه‌گر تعهدی در قبال پرداخت آن ندارد». صاحب‌نظران امور بیمه‌گری، مواردی را درخصوص فلسفه وجودی فرانشیز، عنوان می‌کنند. از جمله:

1- کاهش تعهد بیمه‌گر و متعاقب آن کاهش حق بیمه

2- توجه و دقت بیشتر بیمه‌گذار برای عدم ایجاد خسارت و کاهش استفاده از پوشش بیمه‌ای (در بحث بیمه درمانی، عدم مراجعات مکرر و غیرضروری به مراکز درمانی).

3- کاهش رغبت بیمه‌گذار برای مراجعه به بیمه‌گر جهت خسارتهای جزئی به علت تضرر ناشی از پیچ و خم‌های اداری.

بدیهی است همه موارد فوق، زمانی معنی پیدا می‌کند که فرانشیز، نقدی باشد و در حقیقت، همینطور هم هست. یعنی بیمه‌گذار باید هنگام ایجاد هرگونه خسارتی برای بیمه‌گر، فرانشیز مربوط به خودش را نقداً بپردازد. وگرنه در غیر

این صورت بدون نیاز به دخالت هرگونه شخص ثالثی تحت عنوان بیمه مکمل، بیمه گر پایه می توانست با افزایش حق بیمه و صفر کردن فرانشیز، دریافت همه هزینه ها را به برکه های بیمه منوط کند. کما اینکه در مبحث بیماران خاص، مازاد حق بیمه از طریق یارانه دولتی به بیمه گر پرداخت می شود و فرانشیز صفر است. اما باز هم در داروخانه، داستان طور دیگری است.

داروساز پس از اینکه طبق وظیفه ذاتی اش، داروی موردنیاز بیماران را (حتی اگر شده به قیمت ساقط شدن از هستی!) تهیه کرد، موظف است ابتدا به جای حداقل 70 درصد آن، برکه ای را بردارد که قرار است پس از طی مراحل مکانیزاسیون رایگان اطلاعات، تقدیم بیمه گر اول کند تا طبق قرارداد فی مابین، هروقت دلش خواست با کسر هر مبلغی که صلاح بداند پردازد! تا اینجا کار، همیشه بوده و همه ما خواسته یا ناخواسته زیر بارش رفته ایم اما آنچه در سالهای اخیر بر مبلغ ناچیز فرانشیز دارو (که باید نقدی پرداخت می شد) گذشته، خود کم از یک تراژدی نیست! شرکتهای بیمه ای که اصولاً ماهیت کارشان درمانی نیست و بعضاً هیچ اطلاعی از درمان و دارو ندارند و گاهی کارشناس استانی و حتی کشوری شان از حد یک نسخه پیچ فراتر نمی رود، به صف ایستاده اند و دست روی همین چندرغاز گذاشته اند تا آن را هم از حالت نقدی خارج و

به انجام عملیات محیر العقولی منوط کنند که دست بیمه های اصلی را هم از پشت ببندند! این شرکتها که هرکدام به مدد «لابی» هایشان در سطوح بالا، چند صباحی کم یا بیش این سفره را در اختیار می گیرند، هر کدام نرم افزاری با سلیقه مبارک خودشان طراحی می کنند که هیچگونه رنگ و بویی از یک نرم افزار دارویی ندارد و با هیچ کرشمه ای نمی توان برکه دوم نسخه بیمه را که خود از اول «نسخه بیمار» نام گرفته در دل آن جای داد! و صد البته طبیعی است که داروساز مثل همیشه موظف است برای گرفتن این حق مسلم خود به مدد تماسهای تلفنی و حضوری متوالی و با کشیدن ناز افرادی که حتی الفبای دارو را هم نمی دانند و در نهایت با آزمون و خطاهای متعدد، بالاخره نسخه را با نرم افزار انطباق دهد و پس از مکانیزاسیون رایگان اطلاعات، به شرکتی که «بیمه تکمیلی» نام گرفته تحویل دهد تا چند ماه بعد، «فرانشیز» چند ماه قبل را با اعمال کسورات مخصوص به خودش و طی مراسم خاصی پردازد!

صرف نظر از اینکه اعتقاد راسخ دارم رفتن زیر بار این خفت و توهین مضاعف در شأن ما داروسازان نیست و همکاران باید موضع یکپارچه و واحدی را در قالب انجمن برای پایان دادن به آن اتخاذ کنند؛ به نظر می رسد که با این تفاسیر، «فرانشیز» هم نیاز به تعریف مجدد دارد!

و من الله توفیق

با احترام - سردبیر

صنعتی و اجتماعی

- 1 - گزارش عملکرد انجمن داروسازان گیلان در سه ماهه پائیز 96
- 2 - تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (30)
- 3 - گردهمایی پنجاهمین سال ورود به دانشگاه
- 4 - گردهمایی داروسازان پیشکسوت تبریز
- 5 - نوستالژی
- 6 - مطالبه و اخذ جرایم گزارش فصلی ...
- 7 - اطفال
- 8 - اخوان که زه ره آیند آرند ره آوردی
- 9 - خاطرات زنده یاد استاد دکتر فریدون بخت آور



گزارش عملکرد هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان در سه ماهه پاییز 1396

دکتر کیان یعقوبی

2_ برگزاری دو دوره بازآموزی در محل انجمن برای همکاران که در یکی از بازآموزی ها از شرکت داروسازی دکتر عبیدی به عنوان اسپانسر دعوت به عمل آمد.

3_ برگزاری یک جلسه مشترک با هیئت مدیره انجمن های پزشکی استان گیلان در محل نظام پزشکی استان گیلان در حول سه محور:

1_ برگزاری دو نشست با مدیریت بیمه دی استان گیلان در محل انجمن در تاریخ های 96/8/7 و 96/8/23 جهت بررسی مشکلات شیوه نامه ارائه شده توسط آن بیمه برای ارائه خدمات دارویی به خانواده محترم شهدا و جانبازان و مراجعات و مذاکرات متعدد نماینده هیئت مدیره با بیمه دی در این مورد

الف- همکاری پزشکان با داروسازان در جهت کنترل تجویز و ارائه داروهای خارج از شبکه

ب- بحث و بررسی تأخیر پرداخت مطالبات داروخانه ها توسط سازمانهای بیمه گر و اشکالات قرداد های آنها با مراکز پزشکی و ارائه راهکارهایی برای حل موارد مطروحه

ج- پیشنهاد مکانیزاسیون نسخه نویسی توسط پزشکان برای به حداقل رساندن خطاهای نسخه پیچی.

برای حل مسئله داروهای خارج از شبکه قرار شد یک کارگروه مشترک بین هیئت مدیره انجمن داروسازان و هیئت مدیره انجمن های پزشکی و همچنین یک کانال اطلاع رسانی برای این منظور ایجاد شود.

4- مراجعات و مکاتبات متعدد با اداره امور مالیاتی برای توجیه آنها مبنی بر غیر قانونی بودن ابلاغیه جرایم برای داروخانه ها به خاطر عدم ارائه گزارشات فصلی از سال 1391

5- شرکت آقای دکتر یوسفی در جلسات کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی پس از انتصاب ایشان به عنوان مشاور جناب آقای دکتر علی نوبخت رئیس کمیسیون

بهداشت و درمان مجلس جهت طرح و پیگیری حل مشکلات متعدد همکاران از جمله تأخیر پرداخت مطالبات داروخانه ها توسط سازمانهای بیمه گر و ابلاغ جریمه برای داروخانه ها به خاطر عدم ارائه گزارشات فصلی و.....

6- حضور سرکار خانم دکتر مظفری رئیس انجمن داروسازان گیلان در مراسم برگزاری صبحانه سلامت در معاونت غذا و دارو به مناسبت روز جهانی غذا که با حضور معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو در تاریخ 96/7/20 برگزار گردید.

7- نشست مشترک با معتمدین شهرستانها و مناطق مختلف شهرستان رشت جهت هماهنگی بین همکاران برای رعایت نحوه ارائه داروهای OTC و یافتن راه حلی برای تعیین تعرفه آنها که مقرر گردید طی نامه ای از طرف انجمن گیلان به انجمن ایران پیشنهاد گردد تا به میزان تقریبی تعرفه داروهای OTC سود آن داروها را در قیمت گذاری منظور نمایند و تا آن موقع معتمدین هماهنگی های لازم را در منطقه فعالیت خود برای عملکرد یکسان بین همکاران انجام دهند.

تذکر و توضیح

عدم تطبیق تیتراژ این سلسله نوشتار با متن، تا رسیدن به تاریخچه داروسازی گیلان، این توضیح را برای خوانندگان جدید ضروری می‌نماید که نگارنده برای نگارش تاریخچه مورد نظر، در ارتباط با موضوع ناگزیر به ذکر تاریخچه ای از تشکیلات صنفی داروسازان ایران و مقررات و موارد ذیربط پرداخته است.



تشکیلات صنفی داروسازان گیلان

دکتر محمد کاظم پور کاظمی

قسمت سی ام: رویدادهای سال 1379

داروئی و غذایی برگزیده شد. وی در دوران وزارت دکتر ملک زاده نیز از تاریخ 1369/10/23 لغایت 1372/5/27 معاون غذا و دارو بود و از سال 1370 نیز ریاست انجمن داروسازان ایران را به عهده داشت. این انتخاب در شرایطی بود که همچنان مسئله بازار کاذب ناصر خسرو و نوسانات کمبود و نبود دارو به دلیل

در حالی که کارخانجات داروسازی به نسبت دهه 1360 دو برابر و تولید دارو در کشورمان از میزان 20 تا 25 درصد اولیه به مرز 97 درصد رسیده بود دکتر مرتضی آذرنوش رئیس انجمن با کوله باری از تجربه اداری و صنفی در دی ماه 1378 یعنی دوره دوساله آخر وزارت دکتر فرهادی به جای دکتر احمدیانی به سمت معاونت

کاهش قیمت نفت و عدم تخصیص به موقع ارز، سیر صعودی داشت و نارضایتی مردم روز به روز فزونی می گرفت. به همین منظور برای حل نسبی موضوع و کاهش کمبودهای دارویی دو طرح زیر در دستور کار قرار گرفت.

الف: نظر به افزایش توان تولید کارخانجات دارویی و به منظور ایجاد رقابت و در نهایت افزایش کیفیت، به کارخانجات اجازه داده شود تا با استفاده از ارز واریز نامه ای و آزاد، با استفاده از ظرفیت خالی موجود، مبادرت به تولید دارو با نام تجاری نمایند و دسترسی مردم به دارو بیشتر شود؛ با این تعهد که تولید داروهای ژنریک همچنان ادامه یابد.

ب: ایجاد داروخانه های تک نسخه ای که بعداً به دلیل مخالفت انجمن های داروسازی، طی آئین نامه ای به مراکز تک نسخه ای تغییر نام داد. مراکز چون شفا و نور به مراکز قبلی (پیک دارو و مرکز فوریت های هلال احمر) اضافه و فعالیت آنها برای تهیه دارو از خارج کشور آغاز گردید. با این شرط که اولاً داروها در فهرست دارویی ایران موجود باشند و ثانیاً توسط پزشک متخصص نسخه گردند. این داروها چون با ارز آزاد وارد می شود، بار مالی را از دوش دولت برمی دارد. این مراکز در مقاطعی که تولیدات داخلی پاسخگو نباشد با اخذ مجوز مقطعی مجاز به ورود دارو با نظر اداره کل خواهند بود.

با شروع کار آقای دکتر آذرنوش در سمت معاونت، آقای دکتر مژدهی آذر دبیر وقت هیئت

مدیره برای ساماندهی به اشتغال داروسازان جوان، طی نامه ای از مدیریت های دارویی استان خواستار اطلاعاتی از آمار جمعیت شهرستانهای منطقه خدمتی و مکانهای مورد نیاز برای تأسیس داروخانه و تعداد متقاضیان تأسیس در نوبت داروخانه گردید تا بدینوسیله ضمن ارائه خدمات دارویی مورد نیاز در مناطق نیازمند، تسریعی در اشتغال فارغ التحصیلان جدید فراهم آید.

- آئین نامه ابلاغی داروخانه ها در دوره معاونت آقای دکتر احمدیانی مشخصاً در دو مورد زیر گلابه داروخانه داران را در شرایط بد اقتصادی فراهم آورده بود:

1- فعالیت داروخانه تمام وقت در دو نوبت مجموعاً 8 ساعت می باشد.

2- لزوم بکارگیری سه نفر داروساز مسئول فنی در داروخانه های شبانه روزی

لذا عین آئین نامه به شورای عالی داروخانه های انجمن، جهت اصلاح تسلیم گردید و شورای مزبور ضمن انجام اصلاحاتی ساعت کار داروخانه را به 12 ساعت افزایش داد اما در بندی از آئین نامه تأکید نمود که داروخانه های روزانه در ایام تعطیل مجاز به فعالیت نبوده و می بایست تعطیل باشند. این بند که در آئین نامه دوران دکتر احمدیانی مسکوت مانده بود، مشکلات عدیده ای را در شهرستان ها به ویژه گیلان ایجاد نمود که در موقع تحریر تاریخچه گیلان به آن پرداخته خواهد شد.

نهمین گردهمایی هیئت مدیره انجمن های داروسازی کشور بر اساس تصمیمات قبلی در روز چهارشنبه 28 و پنجشنبه 29 خرداد با عنوان اشتغال داروسازان جوان در نظام دارویی کشور با حضور اکثریت اعضاء هیئت مدیره 26 شعبه شهرستانی و تمامی اعضاء هیئت مدیره انجمن ایران و شورای عالی داروخانه ها در محل خانه داروساز رشت برگزار گردید. در این جلسه علاوه بر تسی چند از نمایندگان شهر رشت و معاون سیاسی استانداری، ریاست دانشگاه علوم پزشکی و معاونین ذیربط وی، مدیران بیمه های سه گانه و شرکتهای دارویی، رؤسای نظام پزشکی و انجمنهای فعال پزشکی، آقای دکتر سید شهاب الدین صدر رئیس کل سازمان نظام پزشکی به همراه آقای دکتر نیک نژاد عضو دور دوم شورای عالی، آقای دکتر مرتضی آذرنوش معاون دارو و غذا، آقای دکتر کبریایی زاده مدیرکل امور دارو و داروسازان معتمد شهرستانهای گیلان حضور داشتند.

جلسه طبق برنامه با عرض خیرمقدم نگارنده در جایگاه ریاست انجمن و ارائه خلاصه ای از اقدامات و ذکر آمار داروسازان و داروخانه های استان آغاز شد و در ارتباط با اشتغال داروسازان جوان، مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانها را اصلح ترین محل اشتغال دانستم و عنوان نمودم که وقتی بر اساس قانون پیچیدن نسخه در غیاب داروساز به خاطر حفظ سلامتی بیمار جرم محسوب می شود، بنابراین برای مقبولیت

بخشیدن به اجرای قانون، وزارت بهداشت نباید واعظ غیرمتعظ باشد. در ادامه آقای دکتر صدر و دکتر نورمحمدی ریاست دانشگاه با سخنان مشروحی به جلسه رسمیت بخشیدند. آقای دکتر مرتضی آذرنوش نیز سخنان مبسوطی در مورد وضعیت داروئی کشور و نیاز بیشتر به ارز و همچنین راه های ایجاد اشتغال بیشتر برای جوانان ایراد نمودند و دکتر مژدهی آذر گزارشی از اقدامات صورت پذیرفته در سال گذشته را ارائه دادند. در ادامه این جلسه دو روزه، همکاران مشروحه زیر در زمینه های مختلف داروسازی و صنفی به ایراد سخن پرداختند:

آقایان دکتر ریسمانی از تبریز، دکتر ملکشاهی از کرمانشاه، دکتر ذوقی از بندرعباس، دکتر املشی از مشهد، زنده یاد دکتر قاسمی از قزوین، دکتر منتصری، دکتر عضدی، دکتر ابوالفضلی و دکتر جواد زرنندی از تهران، دکتر اردشیری از کرج و بالاخره شادروان دکتر محمود بهزاد از رشت در زمینه پسیکوپاتهای شغلی.

ناهار در روز اول به صورت جمعی در کارخانه سبحان و در روز دوم در پارک بام لاهیجان صرف گردید.

در راستای جدی تر گرفتن نهادهای مدنی در دولت دکتر خاتمی و حضور هرچه پررنگ تر آنان در برنامه ریزی ها، دکتر آذرنوش پس از گردهمایی مدیران دارویی دانشگاه های علوم پزشکی در زنجان طی نامه ای به معاونتهای درمان و داروی دانشگاه (که هنوز بر اساس

چارت قبلی وجود داشت) اعلام نمود تا به منظور بهره‌وری هر چه بیشتر از نظریات جوامع داروسازی در وظایف محوله، ارتباط بیشتری بین مدیران داروئی دانشگاه و انجمن‌های داروسازی برقرار گردد. آقای دکتر مژدهی دبیر هیئت مدیره سالهای 80-76 نیز که در جلسه مزبور حضور داشت پس از بازگشت به تهران، طی نامه‌ای اعلام نمود که انتخاب دکتر آذرنوش به سمت معاونت داروئی، وظیفه سنگین تری بر دوش ما گذاشته است. چرا که روشها و تدابیر به کار گرفته شده توسط ایشان به نحوی است که از حرکت‌های انجمن پیشی گرفته است.

تشکیل شرکت تعاونی توزیع و تولید توسط انجمن داروسازان ایران به عنوان عمده‌فروشی دارو به مدیریت عاملی آقای دکتر مقدسی و همزمان پیشنهاد آقای دکتر آذرنوش از جایگاه معاونت دارو به هیئت مدیره انجمن گیلان برای انجام اقدام مشابه در صورت تمایل، از جمله اقداماتی بود که در راستای دسترسی بیشتر مردم

به دارو صورت می‌گرفت. ناگفته نماند پیشنهاد تشکیل عمده‌فروشی به انجمن گیلان ناشی از توانمندی هیئت مدیره گیلان بود که دکتر آذرنوش در سمینار برگزار شده 28 و 29 اردیبهشت کسب نموده بود.

افزوده شدن یک تبصره به ماده 20 قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و داروئی و مواد خوراکی و آشامیدنی سال 1334 و اصلاحیه‌های بعدی برای تفویض اختیار صدور پروانه تأسیس داروخانه‌ها در استانها به منظور تمرکززدائی، پیگیری علت عدم درج روز داروسازی زادروز حکیم زکریای رازی در بسیاری از تقویمهای سال 79، از جمله پیگیری‌های هیئت مدیره ایران بود که خوشبختانه مورد دوم به دلیل تأیید قبلی این روز توسط آقای خامنه‌ای در دوران ریاست جمهوری دهه شصت (68-60) با توفیق همراه گشت.

ادامه دارد

گردهمایی پنجاهمین سال ورود به دانشگاه

تهران با تعدادی از همکلاسی ها ملاقات کنم در همان روز ضمن تعیین روز پنجشنبه 13 مهر برای حضور در دانشکده از دکتر محسنی خواستیم تا به عنوان ادمین، اطلاع رسانی لازم را در گروه 51 به عمل آورند. پس از آن با قرار دادن شماره تماس همکاران در گروه، در یک حرکت جمعی و تماس تلفنی مجدد با همکارانی که کمتر به sms و Telegram سرک می کشند 32 نفر از 50 نفر حاضر در ایران در روز موعود (13 مهر) ساعت 10 صبح در دانشکده داروسازی حضور پیدا کردیم. در بدو ورود با پذیرائی گرم آقای دکتر سیاهی رئیس دانشکده داروسازی و دکتر زرین تن استاد و رئیس پیشین دانشکده مواجه شدیم.

در آخرین گردهمایی داروسازان موسوم به گروه 51 (ورودی سال 1346) دانشگاه تبریز که در تاریخ 23 تیر 1391 با حضور جمعی از همکلاسی ها و همکاران سال بالایی (ورودی سال 1345 تبریز) در کارخانه داروسازی پورسینا داشتیم، خواسته جمعی این بود تا به مناسبت پنجاهمین سال ورودمان به دانشکده داروسازی گردهمایی بعدی در سال 1396 در تبریز و مشخصاً دانشکده داروسازی باشد تا مجدداً خاطرات زنده گردد. برای برآورده شدن این خواسته، که بعضی از همکاران به ویژه دکتر نعمت معماری تلاش فراوانی کرد. اوایل شهریور امسال فرصتی دست داد تا در دوره آموزش مداوم مراکز آموزشهای رازی

ویسم کارشناس وقت امور آموزشی دانشکده و مدیر فعلی انجمن داروسازان آذربایجان شرقی که هماهنگی لازم در رزرو هتل گسترش و سالن ناهارخوری و حضور اینجانبان در دانشکده را با صمیمیت وصف ناپذیر فراهم کردند و همچنین انجمن محترم داروسازان آذربایجان شرقی که با نصب بنر حضور همکاران را گرمی شمردند نهایت قدرشناسی و سپاس را از طرف همکاران ابراز کنم و از طرفی گلایه همگان را از عدم حضور همکلاسی های مرد ساکن تبریز که علت عدم حضور آنان بر ما معلوم نشد. جا داشت که این دوستان حداقل به دوستان پنجاه سال پیشتر خود که بعضی ها با تحمل کیلومترها راه به دیدارشان شتافته بودند خیرمقدمی می گفتند (البته علت عدم حضور دکتر رحیم معمارور موجه و پذیرفتنی است). و در نهایت احسنت و مرحبا به همیت همکلاسی هایی چون خانم دکتر الفقیه و خانم دکتر قهرمانی که با وجود مسئولیت سنگین و دوجانبه از ابتدای ورود تا آخرین روز اقامت همراه دوستان بودند.

گروهی از همکلاسی های حاضر در مراسم



اسامی عزیزان از دست رفته همکلاسی تا تاریخ گردهمایی زینت بخش سالن بود که البته به دلیل کمی وقت صرفاً به اسم بردن عکس نامبرندگان اکتفا کردیم و قرار شد ان شاء... در گردهمایی پنجاهمین سال فارغ التحصیلی که مصادف با تیرماه سال 1401 است این مهم در همان سالن به روش مفصل تری عملی گردد. جا دارد از همکاری صمیمانه همکلاسی عزیزم آقای دکتر احمد عیوضی باقری و سردار دکتر ستار (همکار سال بالایی) باختر و نیز جناب بهمن

به نام خدا



گردهم آیی داروسازان پیشکسوت تبریز

دکتر عبدالله فرسام

همدلی و همیاری دوستان که در هر چه باشکوهتر شدن مراسم نقشی اساسی داشت، باعث مباحثات گردید. گرچه شرایط جوی و باران رحمت، اندکی باعث زحمت و اجرای ناقص برنامه ها گردید و دوستان از بازدید بعضی از مکانهای پیش بینی شده از جمله آرامگاه همکار فقید و خیرمان مرحوم آرسن میناسیان و تندیس استاد

دقیقاً یک سال از خوشامدگویی آقای دکتر ستار باختر در دانشکده داروسازی دانشگاه تبریز می گذرد. فارغ التحصیلان سال 1350 دانشکده مزبور که با پذیرائی گرم و صمیمی یاران تبریزی خاطره خوشی در آن گردهمایی داشتند این بار با فرا رسیدن مهری دیگر در سال جاری میهمان مهرورزی همکاران همکلاسی گیلانی بودند.

محمود بهزاد (داروساز و زیست شناس) و سایر دانشمندان نامی گیلان واقع در سبزه میدان و آرامگاه میرزا کوچک خان و تفرج در پیاده راه فرهنگی میدان شهرداری و خیابانهای اطراف بازماندند ولی سایر برنامه ها به نحو مطلوب عملی و موجب رضایت همکاران بسیار عزیز گردید.

جلسه رأس ساعت 10 صبح روز جمعه مورخ 1396/7/7 با یاد و نام خدا توسط نگارنده با خیرمقدم و تشکر از حاضرین گشایش یافت. وی با اشاره به گلدانک هایی که هر یک به نام دوست از دست رفته ای مزین شده بود گفتند وقت ضیق است پیشنهاد می کنم همکاران غایب سعی کنند قبل از پیوستن به این غایبین موجه در گردهمایی های آتی حضور فعال داشته باشند. ایشان در خاتمه شعر مشهور «دوست» را با تغییراتی متناسب با جلسه قرائت کردند.

سپس آقای دکتر محمد کاظم پور کاظمی که در برگزاری جلسه نقش اساسی داشتند ضمن گرامی شمردن مقدم میهمانان سخنان خود را حول سه محور جاذبه های گردشگری، نام آوران گیلانی و اولین های استان آغاز کردند و اظهار داشتند جاذبه های طبیعی گردشگری گیلان بسیار زیاد است که همه ساله تعداد زیادی از هموطنان ما را به سواحل و کوه و جنگل و بازدید آثار قدیمی می کشاند. سپس از نام آوران و دانشمندان گیلان از جمله پروفیسور رضا، پروفیسور سمیعی، پروفیسور اکبرزاده، دکتر مجتهدی (مؤسس دانشگاه صنعتی شریف و

گرداننده اصلی دبیرستان البرز)، دکتر محمد معین (دارای اولین عنوان دکتری ادبیات فارسی)، دکتر دهپور، دکتر عطرچیان و دکتر محمود بهزاد (داروساز و پدر علم زیست شناسی نوین ایران) ذکر خیری نمودند.

آنگاه در زمینه اولین های استان اعم از مؤسسات علمی، فرهنگی، اقتصادی، رفاهی که اول بار در گیلان تأسیس و سپس در سراسر ایران توسعه یافت از جمله اولین مدرسه دخترانه و پسرانه مختلط، اولین بانک سپه، اولین خانه سالمندان، اولین سندیکای داروسازی، اولین داروخانه شبانه روزی، اولین خانه صنفی (خانه داروساز گیلان)، اولین سینما و تئاتر، اولین هنرپیشه های خانم، اولین جمهوری منطقه آسیا و اولین شهر دارای نمایندگی های سیاسی 4 کشور اروپایی ایراد سخن کردند.

در خاتمه فیلم و تراکتی از شهرها و جاذبه های استان به نمایش گذاشته شد که مود توجه دوستان قرار گرفت.

آقای دکتر محمد باقر میرقاسمی که به اتفاق خانم دکتر لوسیک سیمونیان از پایه گذاران اصلی و اولیه این گردهمایی ها بودند در سخنان خود شرکت هر چه بیشتر و باشکوهرتر همه همکاران را خواستار شدند و فرمودند هر چه کار و تلاش نمودید کافیست؛ من بعد تا دیر نشده کمی هم برای خودتان وقت صرف کنید و به همین مناسبت شعر مشهور «ناگهان چقدر زود دیر می شود» از قیصر امین پور را قرائت کردند. آقای دکتر ستار باختر میزبان سال قبل نیز در

همین زمینه ها سخنانی ایراد فرمودند (با پوزش از ایشان که متن خوشامدگویی در گردهمایی سال گذشته وی چاپ نگردیده بود).

خانم دکتر سیمین دخت نیکنام، همکار خیر و نیکوکار ما نیز در زمینه کارهای خیر و سرپرستی فرزندان بی سرپرست که خود عهده دار سرپرستی تعداد زیادی از آنهاست، سخنرانی کردند و مورد تشویق قرار گرفتند. آقای دکتر محمد عزیزاله زاده نیز که الحق یکی از مدیران صادق و شایسته استان هستند و بیش از 17 سال مدیریت و معاونت سازمان غذا و دارویی استان گیلان را در کمال صداقت و تدبیر و شایستگی عهده دار بودند سخنان جالب توجهی ایراد کردند.

سخنران بعدی خانم دکتر پریناز یآوری بودند که در انتقاد از بعضی مقررات فرمودند همکارانی که در خارج از میهن بیش از سی سال از عمر خود را صرف تحقیق و تجربه و خدمت کرده اند امروزه که به وطن بازگشته اند هیچ گونه امتیازی را جهت ارائه خدمت دارا نیستند. آقای دکتر محمود صابری مقدم همکار عارف مسلک ما در سخنرانی خود مطالبی از گنجینه معرفت و کشکول شیخ بهائی ایراد کردند. در خاتمه آقای دکتر محمدجواد عازم طبق روال همه ساله با سخنرانی و شعرخوانی دوستان را مستفیض کردند. جلسه ساعت 2 بعد از ظهر خاتمه پذیرفت و همکاران جهت صرف ناهار سالن اجتماعات خانه داروساز را ترک کردند. پس از صرف

ناهار دوستان با راهنمایی و میزبانی خانم مریم مشفق‌ی همسر آقای دکتر پورکاسمی راهی بندرانزلی و منطقه آزاد تجاری شدند و تا شب هنگام به سیاحت پرداختند. جا دارد در اینجا پیام تشکر و تقدیر میهمانان را به اطلاع سرکار خانم مشفق‌ی برسانیم. روز بعد نوبت گردش و سیاحت در لاهیجان و لنگرود بود که با مساعدت آب و هوا بعضی از جاهای لاهیجان از جمله شیطان کوه و استخر مورد دیدار و تفرج قرار گرفت. ناهار دسته جمعی در رستوران سنتی بازکیاگوراب صرف گردید و از جناب آقای دکتر محمدرضا اشرفی بابت تقبل مصرانه هزینه تقدیر به عمل آمد. عصر همان روز به دعوت آقای دکتر علی اکبر آرامی و همسرشان خانم مهندس مینا ولی زاده به لیلاکوه لنگرود رفتیم و ضمن بازدید و خرید چای از کارخانه همکار داروسازمان آقای دکتر اسماعیل زاده در قهوه خانه سنتی پل خشتی لیلاکوه میهمان آقای دکتر آرامی برای صرف شیرینی و چای و تنقلات شدیم. بعد از آن به ساحل چمخاله لنگرود عزیمت و گشت و گذار نمودیم. در خاتمه دوستان به دعوت خانم ولی زاده شام را در منزل مادر گرامی ایشان در لنگرود صرف و پاسی از شب یاران راهی منزل و هتل شدند. جا دارد تشکر ویژه از جناب آقای دکتر آرامی و همسر گرامی ایشان داشته باشیم. با آرزوی سالی بانشاط تر در آینده از دوستان خداحافظی نمودیم.



ایستاده ردیف جلو از راست خانم دکترها و آقایان دکتر.
همسر آقای منصور آزاد. خانم مینا ولی زاده همسر آقای آرامی. دختر خانم منصور آزاد.
خانم فاطمه ملک. خانم سیمیندخت نیکنام. خانم لوسیک سیمونیان. آقای محمدرضا
املشی. همسر آقای عیسی دراج. همسر آقای عزیزالله زاده. خانم پریناز یاوری. همسر
صابری.

ردیف دوم از راست
بهزاد عباسی. منصور آزاد. علی اکبر آرامی. محمود صابری. بیژن بهره مند. ابراهیم
کولجی. عیسی دراج. ستار باخت. جعفر طلوعی.

نوستالژی

دکتر علی منتصری

و خود را در آن حال و هوا ببینی. درود بر دکتر پورکاظمی که در یک حرکت حساب شده نوستالژیک چشمانمان را بست و دیدگان اشک آلود، خنده‌ها و شوخی‌های جوانی و زیبایی‌های با هم بودن در دانشکده داروسازی را بعد از 50 سال دوباره برایمان زنده کرد. نوستالژی واژه زیبایی است برای توصیف صحنه‌ای که آن روز صبح در لابی هتل گسترش تبریز با دیدن همکلاسی‌ها بعد از 50 سال جلوی چشمانمان خلق شد. درود بر همکلاسی‌های وفادار حاضر در دانشکده داروسازی بعد از 50

اصطلاح جذاب نوستالژی Nostalgia از دو کلمه یونانی ساخته شده است: nostas به معنی بازگشت به خانه است و algia که معنی درد می‌دهد. واژه نامه انگلیسی اکسفورد نوستالژی را شکلی از دلنگی که ناشی از دوری طولانی از زادگاه است، تعریف کرده است. نوستالژی را می‌توان به طور خلاصه یک احساس درونی تلخ و شیرین به اشخاص و موقعیت‌های گذشته تعریف کرد. نوستالژی یعنی رفتن به حس و حال گذشته تا حدی که خاطرات در جلوی چشمانت رژه برونند. برایت زنده شوند

سال خاطرات تلخ و شیرین. به راستی چقدر سریع از عمر نیم قرنی گذر کردیم! یادمان آمد که با چه شوری وارد دانشکده نوساز و زیبای داروسازی دانشگاه تبریز شدیم. دیدار آن روز تبلور حضور جوانان جویای نام بود که از اقصای نقاط ایران در یک کلاس با اساتیدی خوشنام و فهیم دور هم جمع شده بودند و به آرزوهای بزرگ فکر می کردند. چه روزگار ساده، روان، شاد و توأم با صمیمیتی داشتیم. با ادیان و قومیت های مختلف. چه دوستان خالص و مخلصی بودیم، هر کدام نهایت سعی را داشتیم در جمع، وفادار هم باشیم و در کاستی ها کنار هم قرار گیریم و کلاس درس را جدی بگیریم. شیطنت، شوخ طبعی، تعاون و تأثیرگذاری و تأثیرپذیری از جمله شاخصه های دوران ما بود. همکلاسی های دختر و پسر همه در تلاش بودند تا دوره تحصیلی را به سرعت پشت سر بگذارند. در این پنجاه سال آن دوران هرگز تکرار نشد. اگر امروز از 72 نفر همکلاسی، غم از دست دادن 11 نفر از عزیزان را که اولین آن دکتر محمد شویدی و آخرینشان دکتر محمد رضی کاظمی است بار سنگینی می دانیم (البته این

قطار هیچگاه نمی ایستد و مرحوم دکتر رضی کاظمی تا تنظیم این نوشتار نفر آخر هستند!) و همچنین در غربت بودن پیش از ده نفر از هم دوره ای ها را، ولی آفرین بر اتفاق و اتحاد ساخته و پرداخته شده در آن روزگار که دوباره بیشترین افراد را بعد از نیم قرن به دانشکده کشاند تا در اولین روز ورود؛ ساختمان قدیمی دانشکده جابه جا و ما به نوعی افتتاح کننده ساختمان جدید باشیم. با اینکه حضور ما جمعی دانشجویان نیم قرن گذشته دانشکده داروسازی دانشگاه تبریز خودجوش و غیررسمی بود ولی احسنت به رئیس دانشکده و اساتید گرانقدر که پذیرائی گرم و صمیمی آنان خاطرات ما را زنده کردند طعم نوستالژی در خانه بودن را بعد از سالها به ما چشانند. آن روز جای بسیاری از بزرگان خالی بود که به دلیل گرفتاری و یا خستگی جسمی نتوانستند ما را همراهی کنند و ما علیرغم محرومیت از شوق دیدارشان جایشان را خالی کردیم؛ باشد که دوباره در گردهمایی بعدی دوستان همکلاسی قدرشناس را زیارت کنیم.

دوستان دارم

دکتر علی منتصری - آبان ماه 96



1- حسن (کامران) تقوی 2- ابولقاسم کفاش زاده 3- مهدی مرتاضیان 4- نعمت اله معماری 5- محمود کارگر 6- غلام پیرمؤذن 7- کمال خاتمی 8- حسین محسنی کبیر 9- محمد فائزی (امام) 10- رحیم پورمولایی 11- مهدی شلویری 12- علی منتصری 13- عبدالعلی آزاد 14- رسول بهزادی 15- زرین تن 16- یوسف خرازی 17- رضا دهقان 18- محمد کاظم پورکاظمی 19- احمد عیوضی باقری 20- ابراهیم ناصری فر 21- محمد عزیزاله زاده 22- حسین صادقی 23- همسر معماری 24- همسر پورمولایی 25- همسر پورکاظمی 26- همسر عزیزاله زاده 27- آذرمیدخت الفقیه 28- پریش خداوردی زاده قهرمانی 29- همسر فائزی

با اینکه با عزیزان زیر علی اکبر حیدرزاده- عزیز زمانی- کاظم افضل- قدرت اله کیاقادی- فضل اله اباذری- علی اصغر باقرامیدی- غلامرضا اورک بختیاری- میرکریم حسینی- اسداله سلطانی- و خانم ها: پریش اربابی و سهیلا هرندیان شخصاً و با آقایان پرویز لطفی- محمدرضا تدبیری- رحیم حسینی شفیق و حسن خرسندی دیگر همکاران تماس داشتند به دلایل موجه و غیرموجه حضور نیافتند.

پورکاظمی



مطالبه و اخذ جرایم گزارش فصلی از مشاغل فاقد سیستم رایانه ای خرید و فروش غیرقانونی است

دکتر پور کاظمی

دکتر انوش برزیگر، عضو شورای عالی و ریاست شورای هماهنگی نظام پزشکی های استان برای آقای سید کامل تقوی نژاد رئیس کل سازمان مالیاتی کشور ارسال گردید ان شا... پاسخ این نامه که همچنان از طریق نظام پزشکی مرکز و کمیسیون بهداشت و درمان پیگیری خواهم نمود کمکی به همکاران که پرونده شان در نوبت رسیدگی کمیسیون حل اختلاف است بنماید و حتی بازپس گیری وجوه پرداختی اما در یک حرکت جمعی.

خوشبختانه هر روز که می گذرد به جهت دستیابی به تازه هایی از قانون مالیاتهای مستقیم، اراده ام درخصوص غیرقانونی بودن مطالبه و اخذ جرایم ماده 169 مکرر قانون مصوبه 1380 که بر اساس آئین نامه تبصره 3 ماده 169 قانون اصلاحی 1394 صورت می گیرد مصمم تر می شود.

مکاتبه زیر جدیدترین اقدامی است که به منظور رعایت سلسله مراتب اداری و سازمانی، طی نامه شماره 1396/200/768 با امضای آقای

جناب آقای دکتر انوش برزیگر عضو محترم شورای عالی و ریاست شورای هماهنگی نظام پزشکی‌های استان گیلان

با سلام و احترام

مستحضرید که پیگیری اینجانب درباره کان لم یکن شدن برگ مطالبه جرائم موضوع آیین‌نامه تبصره 3 ماده 169 قانون اصلاحی 1394، صادره از حوزه مالیاتی 550811 شهرستان رشت برای داروخانه‌ها و بعضاً در شهرستان‌ها برای مطب‌ها، به دلیل عدم تجهیز محل کار ارائه خدمت یا عرضه کالا به فایل الکترونیکی خرید و فروش و عدم شمول تکلیف تعیین شده در بند 1-3 دستورالعمل شماره 200/24468/ص مورخ 1390/10/27 به این گونه مشاغل، در مورد ارائه دهندگان خدمت (مطبها) به ثمر رسید و در جلسه مشترک مسئولان نظام پزشکی با حضور رئیس کل مالیاتی کشور و ریاست کمیسیون بهداشت و درمان مجلس نهایی گردید.

هرچند استان‌هایی چون اصفهان با درک موضوع و مقایسه تکالیف تعیین شده برای مؤدیان بند ب ماده 95 در دستورالعمل فوق‌الاشاره با آیین‌نامه اجرایی ماده 95 قانون اصلاحی سال 1394 به شماره 230761 مورخ 1394/12/4 که در آن تمهیداتی چون استفاده از نرم‌افزارهای قابل تایید سازمان و تعیین موجودی مواد و کالای اول و پایان دوره در گروه‌های سه گانه و الزام به نصب و راه‌اندازی سامانه صندوق فروش و تجهیزات مشابه در تبصره

جدید 2 ماده 169 و اصلاحی قانون 94 برای مشاغل اولویت دار، که جملگی دستیابی به اسناد متقن و مستند و قابل اتکای قانونی را موجه می‌نماید، صد درصد جرائم موضوع 169 مکرر عملکرد 91 را برای مشاغل با فروش غیر مکانیزه به دلیل نارسا بودن مستندات فروش و عدم موضوعیت مورد بخشودگی قرار داده‌اند. ولی در این استان علی‌رغم پیگیری‌های به عمل آمده توسط مسئولان انجمن داروسازان، جرائم مطالبه شده از داروخانه‌ها که به صورت سلیقه‌ای و متفاوت در هر شهر مطالبه گردیده در حاله‌ای از ابهام باقی مانده و تاکنون با گذشت سه ماه پاسخی به درخواست مسئولین انجمن داده نشده است و حتی مفاد بند 8 بخشنامه شماره 96/123 مورخ 96/9/7 رئیس کل محترم مالیاتی کشور که حاصل نشست در جلسه مشترک (هفته اول آذرماه) و به منظور ابهام‌زدایی ابلاغ گردیده چاره ساز نبوده و داروخانه‌ها که فروش آنها در ارسال فهرست معاملات به صورت تخمینی و برآوردی اعلام شده ناگزیر به پرداخت جریمه و یا در نوبت رسیدگی کمیسیون حل اختلاف قرار دارند.

علیهذا با توجه به مراتب فوق استدعا دارم تا به منظور رعایت سلسله مراتب عین‌نامه اینجانب جهت تعیین و تکلیف نهایی به سازمان امور مالیاتی کشور ارسال گردد.

با تشکر و امتنان - دکتر محمد کاظم

پور کاظمی

**دبیر هیئت مدیره نظام پزشکی رشت و
عضو کارگروه مالیاتی نظام پزشکی کشور**



اطفال

مؤسسه فرهنگی هنری رهپویان معرفت و اندیشه گیل
دکتر آرش قاسم زاده - پزشک و کارشناس حقوق قضایی
دکتر ژیلای گیتی نژاد - دکتری داروسازی
معصومه گیتی نژاد - کارشناس ارشد ریاضی

رازداری فرد نسبت به مراجعه کننده نخواهد بود؟
از طرفی با این مساله مواجه می شویم که
ارتکاب به چنین مشاوره ای ، به نوعی ترغیب
نوجوان به روابط جنسی ، بدون اطلاع والدین
تلقی گردد.

مطمئناً یک پزشک نباید و نمی خواهد
سوء نیتی در درمان و یا مشاوره به یک نوجوان
داشته باشد و مسلماً با نیت خیر به این عمل

در کل در قوانین خانواده ، معمولاً بچه به فرد
زیر سن 18 سال اطلاق می گردد و پس از این
سن مانند بزرگسالان با آنها برخورد می گردد.
در اینجا مسئله ای طرح می نمایم این است
که گاه طفلی مثلاً 16 ساله به مطب مراجعه و
مشاوره جنسی از نظر پیشگیری از بارداری را
می طلبد. آیا طرح این موضوع در مقابل
والدینش به نوعی شکسته شدن حریم اطمینان و

توجه کرد و به عواقب آن اندیشید و فرد را به درجه فاجعه آگاه نمود. به اعتقاد شخصی من صرف آگاهی رسانی و مطلع نمودن فرد از عواقب و خطرات احتمالی غیر اصولی نمی نماید، لکن در صورت شک مشاور به عدم تناسب فاجعه با سن فرد، الزامیست که والدین وی نیز از روند این جریان مطلع گردند. چرا که در اکثریت موارد به شرط سلامت عقلی، والدین سعی در اتخاذ بهترین و اصولی ترین تصمیم در درمان فرزندانشان می باشند.

مبادرت می نماید، حال اگر در مورد مسائلی که بحث مرگ و زندگیست یا اخلاقیات را به شدت تحت تأثیر قرار دهد، حساسیت والدین از یک سو، این جریان را تحت تأثیر قرار می دهد. اصولاً باید برای دادگاه اثبات گردد که فرد از درجه هوشی و ذهنی کافی برای رویارویی با مسائل زندگی و مذهبی در تصمیم گیری به بلوغ کامل رسیده یا خیر. مثلاً در خصوص طرح مسئله سقط در بارداری ناخواسته حاصل از روابط نامشروع، دختری 16 ساله مطمئناً باید به نکات بسیار زیادی

تعیین درمان مفید برای اطفال



شکل 1- الگوریتم رضایت در افراد صغیر

محدوده رضایت

اینکه پزشکی درمانی را برای یک فرد ضروری بداند آیا رضایت بیمار یا والدین وی چقدر ضرورت دارد؟

برخی معتقدند که فقط در صورت و شرایطی که بیمار نهایت یک روند درمانی را از پزشک تقاضا کند، رضایت وی ضرورت اقدام پزشک خواهد بود و در صورت عدم رضایت پزشک باید وی، دلیل کافی برای امتناع از درمان را در موقع مقتضی به مراجع ارائه نماید.

خصوصاً این قضیه در **body dysmorphic disorder** بسیار نمود پیدا می کند که این نیز، خود درجاتی دارد از حدی که فرد یک عضو خود مثل دست را به کل متعلق به غیر می داند و *اظهر من الشمس* است که چنین تصویری باطل است و ادله کمتری را برای پزشک می طلبد، لکن در محدوده حقیقتش مسئله عمل های غیر ضروری زیبایی و عوارض حاصله است که شاید ضرورت مشاوره روانپزشکی را بیش از پیش بطلد.

آیا اختیار بیمار در این موارد هم قابل احترام است؟ اینکه ما از سویی جراحی پلاستیک را حق طبیعی فرد بدانیم یا حتی جراحی برای تغییر جنسیت، بحثی است که در آینده، نیاز به چالش بیشتر و توجیهات و ادله قویتر، برای انجام یا عدم انجام آن باید ارائه نمود.

در صورت عدم رضایت والدین از درمان، والدین می توانند به دادگاه جهت ارائه دادخواست مراجعه کنند، جز در موارد اورژانس که در این صورت پرسنل یا مسئول اورژانس باید ثابت کند که اقدام صورت گرفته تحت پروتکل مصوب علمی و به صلاح طفل بوده و شاید همیشه اقدام، موافق صلاح طفل، خوشایند والدین نباشد.

البته اگرچه والدین مختار در رضایت به درمان برای فرزندانشان هستند لکن در اینجا هم حدود شخصی باید رعایت شود. اول اینکه پزشک به والدین اطمینان از انجام بهترین درمان برای فرزندانشان دهد. پزشک هرگز نمی تواند یک عمل زیبایی که خود معتقد به تأثیر در روند درمان طفل ندارد را به صرف رضایت والدین انجام دهد. ثانیاً روند شخصی در درمان فرد انجام گرفته باشد، اگرچه این روند نیاز به بحث تخصصی عمیقتری که در شاخه های مختلف تخصصی پزشکی است را می طلبد و اصولاً شاید بهتر باشد در پاره ای از موارد رضایت از دادگاه گرفته شود. مسائل زیر برخی از این مواردند که پرونده های بسیاری را در حوزه پزشکی به خود اختصاص داده اند که عبارتند از:

عقیم سازی به دلایل غیر درمانی که اصولاً از نظر پزشکی ضرورت نداشته باشد.

سقط

اهدای عضو غیر زایا مثلاً کلیه

امتناع از درمان نجات بخش

قصور در تهیه اطلاعات

آنچه که باید آشکار نمود:

اگر پزشکان حرفه ای، اطلاعات کافی درباره روند درمان را به بیمار اعلام نکنند، خود می تواند از ادله عدم رضایت بیمار به دلیل عدم آگاهی از عوارض احتمالی و حتی قصور تلقی گردد. و این مسئله بارها به انواع طرق مطرح شده که در هر صورت، حق طبیعی بیمارست که از روند درمان خویش اطلاع دقیق داشته و روند درمان با رضایت آگاهانه و توجیه شده وی پیش رود.

البته اختلافات عقاید بین قضات، در این زمینه بسیار است، اینکه از طرفی توجیه برخی بیماران به دلیل سطح آگاهی پایین، بسیار سخت و تفهیم عوارض احتمالی امکانپذیر نباشد.

از طرفی ابراز چنین مسائلی برای بیماران، گاه، شائبه عدم تبحر پزشک معالج را برانگیزد و یا به انصراف غیر اصولی از روند درمان ضروری منجر گردد.

و از طرف دیگر حق طبیعی هر فرد است که از این داده ها، اطلاع کامل داشته باشد و در صورت نیاز تصمیم خود، به ادامه درمان یا تعویض درمانگر را اعلام نماید.

برخی معتقدند که عدم اعلام برخی عوارض به بیمار قبل از عمل دلیل بر قصور نیست و برخی آن را ضروری می دانند در ایران در کجای راهیم؟ آیا این تفهیم اتفاق می افتد یا خیر؟

برخی ضرورت را در موارد خطر جدی تهدید کننده در روند درمان ضروری می شمرند

و شاید این مسئله بسیار سخت نباشد. اگر شفافیت در روند درمان چه در معاینات قبل از عمل، چه ثبت داده ها و رضایت و چه تفهیم مسائل مرتبط با روند درمان که به نظر نگارنده، حق طبیعی نوع بشر است، البته در صورتیکه زمان کافی برای این پروسه داشته باشیم چون خود این پروسه، بسیار وقت گیر بوده و گاه ساعت ها مذاقه را می طلبد. گاه بیمار شاکی می شود از اینکه اگر اطلاع از خطر در روند درمانی اش را می داشته، حتی به میزان بسیار بسیار کم، مثلاً خطر احتمالی به دلیلی خاص در زایمان طبیعی که منجر به فوت یا مسئله برای فرزندش می شده، هرگز این روش را نمی پذیرفته و از روش ایمن تر استفاده می کرد که البته این نیز خود قابل تأمل است از این جهت که این خطر قلیل در جریان یک سزارین نیز شاید گریبان وی را می گرفته و هیچ تضمینی در تأثیر بی چون و چرای روش فرضی بیمار نخواهد بود.

به اعتقاد شخصی بنده اعلام کلیه مسائل ریز پزشکی برای همه بیماران شاید مقدور نباشد، شاید سطح خاصی از مردم درک این قضیه را داشته باشند لکن این تنها یک نظر شخصی است و آنچه مسلم است، اینست که بیان روند درمان به بیمار ولو با سطح دانش کم با زبانی قابل فهم، هنر یک درمانگر محسوب میشود و تعامل در درمان، یک ضرورت محض به نظر می رسد.

اصولاً اکثر قوانین نظام پزشکی دنیا تأکید دارند که پزشکان باید اطلاعاتی که بیمارانشان

می خواهند یا لازم است که بدانند را در اختیارشان قرار دهند که شامل :

تشخیص و پیش آگهی

موارد نیاز به بررسی بیشتر برای تشخیص یا پیش آگهی

موارد مدیریت در جهت درمان یا عدم درمان و توجه به انتخاب بیمار

افراد مسئول از دانشجویان تا اساتید درگیر در معالجه بیمار و دامنه مسئولیت هر یک ، که خود ، جای بحث بسیار دارد.

حق بیمار از اینکه مطلع شود که آیا جزئی از یک طرح تحقیقاتی یا برنامه آموزشی است یا خیر؟

حق طبیعی برای یافتن راهکارهای دیگر

هر میزان پرداختی که در نتیجه چنین عملی باید پردازد.

هر حسن یا مسئله ای که سازمان درمانگر دارد.

هر پیشنهاد بالاتر برای درمان موثرتر که برای بیمار ضروری باشد ولو در مرکز یا کشور معتبرتر در حدوسع.

منطقی به نظر می رسد که در صورتیکه بیمار سوالی را در زمینه درمان خویش از پزشک

بپرسد، درمانگر کامل و درست به وی ارائه نماید.

همیشه مسئله زمانی بروز می کند که این صداقت در گفتار و ارائه مطالب تمام و کمال رعایت نمی گردد تا آنجا که اکثراً معتقدند که اگر از این موارد مطلع می شدند شاید هرگز در این مسیر گام نمی نهادند.

مثلاً اگر در خروج دیسک بین مهره ای ، خطر فلج وجود دارد، حتی ناچیز، آیا حق طبیعی بیمار نیست که از این خطر مطلع گردد؟ شاید تحمل درد مادام العمر را به صندلی چرخدار مادام العمر و مصائب آن ترجیح دهد.

همیشه یکی از موارد مهم در قصور همین آشکار نکردن خطر احتمالی پیش از وقوع حادثه بوده و داستان بسیاری از پرونده های قصور پزشکی در کل عالم است و بار مسئولیتی سنگینی برای پزشکان درگیر ایجاد کرده است.

اصولاً قوانین مدنی در حوزه قراردادها، این حق را برای بیمار که همانا آگاهی از روند درمان است، قائل می باشد و این یک حق مدنی است.

جناب آقای دکتر مهدی زاده دوست و همکار محترم
با سلام و احترام، آرزوی اینکه حال شما خوب و سالم باشید یک ماه و اندی است که در
کانادا هستم. حاصل حضور من در اینجا، مقاله ای است که تقدیم کردم. نسبت به چاپ
آن صاحب اختیارید. در خصوص پیرایش و ادیت آن صلاح شما، همان صلاح من است.
به همه همکاران و حضور همسر گرامیتان عرض سلام و ادب دارم.
به امید دیدار - دکتر ناصر جهانبخش - 96/9/28



اخوان که ز ره آیند آرند ره آوردی این نوشته ره آورد است از بهر دل اخوان

علی دهباشی مدیر ماهنامه «بخارا» در تهران به
اجرا درآمده بود و علاقه مندان در دانشگاه
کالگری همت کردند تا در این دانشگاه نیز ضمن
نمایش فیلم شبهای بخارا در تهران خود نیز
سهمی در این بزرگداشت داشته باشند توضیح
اینکه بخارا ماهنامه ای است که به همت علی
دهباشی در تهران منتشر می شود و ایشان در
بزرگداشت بزرگان ادب و هنر و علوم هر ماه
جلساتی برگزار می کنند و علاقه مندان زیادی
در آن شرکت می نمایند.

به فال نیک گرفتم و با دخترم صحبت کردم
که برای حضور در آن جلسه تسهیلاتی فراهم
آورد و این امر بدون هیچ اشکالی صورت

آبان ماه امسال برای مدت سه ماه به اتفاق
همسر و دخترم و همسرش و نوه ام عازم شهر
کالگری واقع در ایالت آلبرتا کانادا شدم. هرچند
هوا سرد و برفی بود ولی محیط گرم خانه و
حضور نوه ام آتریسا به گرمای منزل بیشتر
می افزود. برای گذراندن بهتر روزها از فضای
مجازی و دیدن مطالب و دانلود کردن کتابها که
دسترسی به آنها بسیار آسان می نمود استفاده
کردم. سرگرمی های دیگری هم در این فضا
هست که لزومی به ذکر آنها نمی بینم.

در این جستجوها به پیامی برخورد کردم که
برای روز 29 نوامبر دعوتی به عمل آمده بود
برای بزرگداشت استاد ابوالحسن صبا که به همت

گرفت و من و همسرم را در روز موعود به دانشگاه کالگری رساند.

برای پیدا کردن سالن سخنرانی وقتی وارد دانشگاه شدیم از آنجائی که دارای ساختمان های متعدد در زمینی به مساحت 200 هکتار بود چاره ای جز پرس و جو نداشتیم. در این میان به یک جوان باریک اندام و قدبلند برخورد کردیم و نشان از مکان سالن سخنرانی گرفتیم خوشبختانه این جوان ایرانی بود و با اشتیاق فراوان وقتی فهمید ما هم ایرانی هستیم ما را به محل سخنرانی هدایت کرد و در آنجا با مجری جلسه که جوان سیه چرده و لاغر اندام به نام محمد منصوری بود، آشنا نمود. دخترم به علت واکنشهای فرزندش نمی توانست با ما در آن جلسه حضور داشته باشد دغدغه اش برای برگشتن ما بود که با محمد آقا در میان گذاشتیم و ایشان با لهجه شیرین اصفهانی خیال ما را راحت کرد که مشکلی نیست و من برای شما تاکسی تلفنی می گیرم. سر ساعت 6/5 بعد از ظهر مراسم شب بخارا شروع شد. محمد آقا منصوری مجری برنامه به شرکت کنندگان خیرمقدم گفت و اجرای موسیقی سنتی توسط چند هنرمند ایرانی مرکب از نوازنده تار، سنتور و تنبک و دو نفر خواننده زن انجام شد. سپس فیلم هایی را که در مورد ابوالحسن صبا در تهران اجرا شده بود به نمایش گذاشتند. در یکی از این فیلم ها اساتید موسیقی چون فؤاد فخرالدینی و علی تجویدی در خصوص دانش استاد صبا در موسیقی ایرانی و چگونگی فراگیری آن نزد اساتید بزرگ

توضیحاتی دادند و اظهار داشتند که استاد صبا برای پیدا کردن گوشه های موسیقی به نقاط مختلف ایران سفر می کردند.

از آن جمله مأموریت دو ساله اش به استان گیلان بود گوشه های زیبایی چون «زرد ملیجه»، «در قفس» و «رگ شتر» را به دنیای موسیقی ایران هدیه نمودند. سپس در ادامه فیلم، آقای علی تجویدی یکی از شاگردان استاد صبا با ویولون قطعاتی را که استاد صبا تألیف نموده بودند اجرا نمودند و به گرمی محفل افزودند.

در پایان فیلم استاد همایون خرم شاگرد دیگری از استاد صبا نیز با اجرای قطعه ای از استاد صبا یاد و خاطره آن بزرگ مرد موسیقی ایران را گرامی داشتند.

جلسه در رأس ساعت 8 بعد از ظهر به پایان رسید. ما ضمن تشکر از نوازندگان و خوانندگان برای رفتن به منزل به سراغ آقای محمد منصوری رفتیم. ایشان با محبت به وسیله تلفن همراهشان برای ما سفارش تاکسی تلفنی کردند و از همان جوان دانش آموز آقای مازیار خواستند که ما را تا نزدیکی تاکسی تلفنی که مسافتی در حدود یک کیلومتر داشت رهنمون شود.

آقای مازیار که چند سالی است به اتفاق خانواده پدر، مادر و برادر به کانادا مهاجرت کرده اند در خصوص مطالب درسی و مباحثی که در مدرسه فرا می گیرند در طول راه صحبت کردند.

مثلاً گفتند امسال درس ما یک مبحث در خصوص ملی گرایی یا ناسیونالیسم است و

در خصوص ناسیونالیسم مثبت و منفی مثالهایی چون آلمان هیتلری یا لواندا که به افراط گرایی منجر شد عنوان نمودند. تا اینکه به تا کسی تلفنی رسیدیم و ضمن تشکر از ایشان سوار ماشین شده و پس از طی طریق راننده ما را به منزل رساندند. وقتی خواستم اجرت کارش را بپردازم گفتند که حساب شده گویا آقای محمد منصوری چنین سفارشی نموده بودند. بسیار شگفت زده شدم. آنوقت دریافتیم که هنوز خیلی از افراد حمایت از هموطنان را در دیار غربت از یاد نبرده اند. این عرایضم به این خاطر نیست که ایشان فرضاً با پرداخت با پرداخت چند دلار موجبات شادی ما فراهم کردند بلکه به این نتیجه رسیدم که حس نوع دوستی و همراهی این دو جوان که هیچ انتظار آن را نداشتم مشابه شعله عشقی در قلب ما درخشید و من ماندم که چه جور جبران

کنم. وقتی به دخترم گفتم و خواستم هزینه را اینترنتی پرداخت کنم تلفن شان خاموش بود فردا هم همینطور تلفن شان خاموش بود به فکر افتادم که چه بهتر این یادداشت را به محمد آقا و مازیار تقدیم کنم که با آغوشی باز و سعه صدر به ما آنچه نیاز داشتیم هدیه کردند تا ما هم یاد بگیریم برای خدمت به هموعان قدمی برداریم و سهمی اختیار کنیم. پس از آن به این فکر افتادم تا با مراجعه به اینترنت اطلاعات بیشتری در خصوص دانشگاه کالگری دریافت بنمایم. فالی زدیم و برای شما خوانندگان گرامی و همکاران عزیز آنچه را که در توان من بود توانستم در خصوص این دانشگاه مطلب فراهم کنم که مشروح آن به شرح زیر است:

* * * * *

دانشگاه کالگری University of Calgary

دانشگاه کالگری الهام بخش و حامی خلاقیت و نوآوری در تمام رشته ها می باشد. دانشگاه کالگری توسط موسسه آموزشی تایلور (Taylor) که در شرف تأسیس است، با نوآوری آموزشی از طریق تحقیق بر روی روشهای مؤثر برای دانشجویان متعهد و حمایت از اعضای دانشکده و اساتید نمونه و ارائه فضاهای آموزشی خلاقانه موجود در نقاط مختلف آمریکای شمالی نسبت به سایر دانشگاه ها پیشی خواهد گرفت.

دانشگاه کالگری از دانشگاه های نسل جدید کانادا است. محیطی برای زندگی و تکامل که پذیرای تغییرات و فرصت ها می باشد. دانشگاه کالگری در یک بخش از شهرهای بزرگ تجاری واقع شده و دارای افق چشم انداز آینده برای تبدیل شدن به یکی از 5 دانشگاه برتر تحقیقاتی کانادا می باشد که با روش های آموزشی و نوآوری نهادینه شده و به طور کامل با جامعه کالگری هماهنگ و یکپارچه شده است. به عنوان یک نهاد علمی و پژوهشی جامع،

اولویت های مهم دانشگاهی که شرایط رسیدن دانشگاه به استراتژی های خود را فراهم می کنند.

عبارتند از:

- 1- جذب و حفظ نخبگان 2- ادغام آموزش و پژوهش 3- پژوهشهای بین رشته ای 4- پیشرو بودن و رهبری 5- فعالیت بین المللی 6- ارتباط با جامعه 7- توسعه پایدار.

موضوعات تحقیقاتی که دانشگاه را به سوی این اهداف سوق می دهد عبارتند از:

- 1- سلامت مغز و روان 2- پویایی بشر در جهان در حال تغییر 3- فن آوری نوین زمین-فضائی 4- راه حل های مهندسی برای سلامت 5- عفونتها، التهاب و بیماریهای مزمن در محیط در حال تغییر 6- نوآوری های انرژی برای حال و آینده.

دانشگاه کالگری درمورد نحوه جذب فعال دانشجویان و توسعه و تکامل در همه زمینه ها از جمله: هنر، ورزش، علوم، پزشکی، مهندسی، فعالیت های داوطلبانه و بازرگانی و ... در میان سایر دانشگاه های کانادا برجسته است.

دانشگاه کالگری یک دانشگاه تحقیقاتی جامع است و به عنوان یکی از هشت دانشگاه برتر تحقیقاتی کانادا رتبه بندی می شود.

پردیس دانشگاه کالگری، یک مکان جذاب و پارک مانند به مساحت 200 هکتار است که منطقه ای بزرگتر از کل مرکز شهر کالگری را اشغال می کند.

این دانشگاه دارای 14 دانشکده است که به دانش پژوهان بیش از صد برنامه آکادمیک ارائه می دهد. در حال حاضر بیش از سی و یک هزار دانشجو در مقطع کارشناسی ارشد، دکترا و برنامه های حرفه ای ثبت نام کرده اند.

در طول تاریخ 44 ساله بیش از 145/000 دانشجو، از جمله استفن هاربر نخست وزیر کانادا و روبرت کرسک ستاره شناس کانادایی از این دانشگاه فارغ التحصیل شده اند. ساختمانهای مختلف جدید، ظرفیت برای دانشجویان بیشتر و امکان آموزش های جدید و فعالیت های تحقیقاتی را افزایش می دهد.

پردیس اصلی دانشگاه دارای 20 ساختمان علمی است که بیشتر آنها به وسیله راهروها به هم متصلند. مرکز دانشجویی مک اوآن Mac Evan با یک سالن غذاخوری، مرکز تناسب اندام و سالن بزرگ کنسرت یک قطب فعالیت در دانشگاه است. همچنین یک موزه و گالری هنر، چهار سالن تئاتر، دو مرکز نگهداری از کودکان و خوابگاه هم برای دانشجویان مجرد و هم برای دانشجویان متأهل وجود دارد.

دانشگاه کالگری دارای بیش از 1800 عضو هیئت علمی فعال در پژوهش، تخصص و تدریس در کانادا و سراسر جهان می باشد. این دانشگاه به تنهایی در منطقه کالگری تأثیر اقتصادی یک بیلیون دلاری را تولید می کند.

مرحوم دکتر فریدون بخت آور، رئیس و استاد فقید دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز را بدون تردید باید از شخصیتهای تأثیرگذار و وزنه های مهم داروسازی ایران در دهه های اخیر دانست.

آشنایی ام با ایشان به اوایل سال 1363 برمی گردد. زمانی که به عنوان دانشجوی ترم اول داروسازی به تحصیل اشتغال داشتم و ایشان رئیس دانشکده بودند.

متانت، وقار و صمیمیت مثال زدنی ایشان در کنار احاطه کم نظیرشان به بحث گیاهان دارویی، از ایشان شخصیتی منحصر به فرد و دوست داشتنی ساخته بود که همواره می توانست تکیه گاه قابل اعتمادی برای همه دانشجویان باشد.

همکار عزیزمان جناب آقای دکتر زین العابدینی که قبل از بنده افتخار شاگردی ایشان را داشته اند، به مناسبت درگذشت این استاد فرهیخته، قسمتی از خاطرات مشترکشان را با ایشان به دفتر مجله ارسال کرده اند که در ادامه از نظر خوانندگان گرامی می گذرد.

سردبیر



خاطرات سال های دهه پنجاه

تحصیلی با زنده یاد استاد

دکتر فریدون بخت آور

مالی و تحصیلات رسیدگی می کرد. در سال 48 فردی که استاد رهنما بود، برخورد تندی داشت و به اصطلاح قدرت دافعه اش بیشتر از جذبش بود. اگر یک بار کسی نزد او می رفت، هرگز حاضر نمی شد دوباره مراجعه نماید. دو سال تمام هیچ وقت مراجعه نکردم. تا اینکه سال سوم استاد راهنما عوض شد و زنده یاد دکتر بخت آور به عنوان استاد رهنمای امور دانشجویی دانشکده

صبح شنبه گروه تلگرام دانش آموزان سال 54 دانشکده داروسازی را نگاه می کردم که خبر درگذشت استاد فریدون بخت آور را دیدم؛ بسیار متأثر شدم. مرا به یاد دوران تحصیل در سالهای دور انداخت و چون خاطرات خوبی که از ایشان داشتم. در دوران دانشجویی آن زمان هر دانشکده یک استاد راهنما داشت که امور دانشجویان، به خصوص غیر بومی را از لحاظ

برگزیده شد. وقتی رفتم تقاضای خوابگاه نمودم، بلافاصله موافقت و دستور تخصیص خوابگاه را صادر کرد و در ضمن مرا برای دریافت کمک هزینه تحصیلی معرفی کرد. در همان سال درس مفردات پزشکی را هم با ایشان داشتم. زنده یاد با همه دانشجویان برخورد دوستانه و مهربانانه داشتند. همان سال تصمیم گرفتم پایان نامه خودم را با ایشان انتخاب نمایم. زنده یاد استاد منحصر به فرد اخلاق برای دانشجویان بود و همیشه در کلاس یا آزمایشگاه از صداقت، تقوا و اخلاق پزشکی صحبت می کرد. در دوران حرفه ای کار خود همیشه سعی کرده ام او را الگوی خود قرار دهم. در همان سالهای تحصیل عنوان پایان نامه را برای خودم انتخاب کردم. عنوان پایان نامه ام «داروهای شمال ایران» بود. گیاهی است انگلی مختص استان گیلان و به زبان گیلکی یعنی علف درخت. به میان ترم سال پنجم رسیده بودیم که برای تعطیلات مرخصی رفتم. وقتی برگشتم دیدم همکلاسی ها برای انتخاب پایان نامه به استادان مراجعه کرده و استاد خودشان را انتخاب کرده اند. در غیاب من سهمیه استاد بخت آور پر شده بود. رفتم پیش استاد، گفتم: من از قبل عنوان پایان نامه را انتخاب کرده ام اما تعطیلات بین ترم نبودم. همه دانشجویان علاقه مند بودند که با استاد پایان نامه بردارند. مکشی کردند و پیشنهاد دادند همه ی داوطلبان بیایند تا قرعه کشی انجام شود. قبول کردم. خوشبختانه در قرعه کشی اسم من با استاد افتاد. همیشه تأکید داشت در مصرف مواد آزمایشگاهی دقت داشته

باشید و اسراف نکنید. بیت المال است. این سخنان در آن سال ها نشان از صداقت و ایمان کاری بود. مرحوم از پایان نامه ام راضی بودند. سوم و چهارم اسفند سال 1352 در دانشگاه تظاهرات شد. روز 4 اسفند دانشجویان خودرو لندروور گارد دانشگاه را جلوی دانشکده کشاورزی واژگون کرده و آتش زدند. ساعت 3 بعد از ظهر به دستور ساواک درب ورودی دانشگاه را بستند و یک گروهان پلیس وارد دانشگاه شد. من و تعدادی از دانشجویان وارد دانشکده داروسازی شدیم. دستور بستن درب دانشکده را دادند. حدود 10 نفر بودیم که در دانشکده محبوس شدیم. استاد بخت آور مرا صدا زد، گفت موقع رفتن با هم برویم، گفتم چشم. بعداً دستور دادند همه ی استادان دانشکده را ترک کنند و دانشجویان باشند. زنده یاد دانشکده را ترک نکردند، همراه معاون دانشکده ماندند. معاون دانشکده به رئیس ساواک دانشگاه زنگ زد؛ آمد گفت مشکلی نیست و دانشجویان می توانند بروند. ولی استاد بخت آور تا جلو درب دانشگاه همراه ما آمد تا سوار اتوبوس خط واحد شدیم. بعد برگشت دانشگاه و اتومبیلش را برداشت. اگر همراهی نمی کرد، معلوم نبود سرنوشت ما چه می شد.

دانشکده داروسازی در سالهای آخر تحصیل برای دانشجویان یک تور 7 روزه جهت بازدید از کارخانجات داروسازی ترتیب می داد. سال 53 دانشجویان سال آخر با دو دستگاه اتوبوس از تبریز به سرپرستی زنده یاد دکتر بخت آور و

دکتر غلامحسینی عازم تهران شدند. از کارخانجات داروسازی لپتی Lepetit (داروسازی حکیم فعلی) در جاده آبدلی، لابراتوار دکتر عیدی و لابراتوار دوپار (سینا دارو فعلی) بازدید به عمل آمد، تنها کارخانه ای که احساس صمیمیت می کردیم، لابراتوار عیدی بود. مرحوم دکتر عیدی با خوشرویی استقبال کردند و دکتر بخت آور را به محل کار دعوت کردند. گفتند چای میل می کنید یا گل گاوزبان؟ دکتر بخت آور گل گاوزبان را قبول کردند.

یک روز به اتفاق مرحوم دکتر بخت آور از سد لثیان کرج بازدید کردیم و نهار آن روز به دعوت دکتر غلامحسینی در کنار ساختمان پلاسکو در رستوران فلامینگو بودیم که خیلی خوش گذشت.

در سوم مهر سال 54 به اتفاق مرحوم دکتر بخت آور (استاد رهنما) دکتر خاچاطوریان (استاد شیمی آلی) و دکتر محسنی (استاد زهرشناسی) از پایان نامه ام دفاع کردم و سوگندنامه را خواندم و عهد کردم همیشه در حرفه ام اخلاق پزشکی و صداقت را رعایت نمایم. یاد و خاطره این استاد فقید اخلاق گرامی باد (الله رحمت الّسین روحی شاد اولسون).

آذرماه 96- دکتر زین العابدینی

سروده دکتر محمود مازک
بصابت نابغه در گذشت استاد تراقتدر شادروان جناب آقای دکتر بخت آور
استاد دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

امروز چه دیدم که سرم سنگین است
 با رفتن استاد دلم غمگین است
 از خاطره ها باز سراغی بکنیم
 این باغ زبوی گل او رنگین است
 ای اشک کنار پرواز دیده من
 بگذار نبینم که گلم غمگین است
 استادی او نمونه اخلاق متن
 دلسوزی او خاطره ای در دین است
 استاد که طول عمر پر یاری داشت
 از عشق به شاگرد در او آئین است
 پر عاست که از رهبریش یاد کنیم
 بر باورمان بار بسی سنگین است
 محمود به رسم ادب این شعر سرود
 این پیر تسلای دل مسکین است

دانش آموختگان سال ۱۳۵۴
دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

بازدید علمی دانش آموختگان سال 1354 دانشکده داروسازی تبریز
به همراه زنده یاد استاد دکتر فریدون بخت آور



ایستاده از راست (بالا به پایین)

زنده یاد دکتر جعفر تدریسی - ناشناس - دکتر مبارک - دکتر نعیمی - دکتر دانشگر - دکتر جلالی - دکتر علائدین حمیدی (مدیرعامل سازمان بهداشتی استان گیلان سالهای 64-68) - مسئول مالی دانشکده - ناشناس - دکتر رزاقی
ردیف دوم: دکتر میر رضوی - راننده اتوبوس - زنده یاد دکتر شاهرخ یاوری - دکتر علی ستوهیان - دکتر بحر حسینی - دکتر زین العابدینی
ردیف سوم: از راست زنده یاد دکتر فائینی - زنده یاد دکتر بخت آور - راننده اتوبوس - زنده یاد دکتر مستوفی زاده - دکتر اسمی - دکتر طیبیان - دکتر افتخاری - دکتر جوانبخت - دکتر افشارنیا - زنده یاد دکتر بیدرمان - دکتر جواهری - دکتر کشتیان - دکتر سیدصدری - دکتر حبیبی - دکتر الهی نجف آبادی - کمک راننده - دکتر آبادی مرنده - دکتر جعفرزاده - دکتر ریسمانی - دکتر شببانی (معاون سابق وزیر بهداشت) - دکتر عظیمی - نشسته جلو دکتر برزگری.

شعر و ادب

هزار ابر گهر

دکتر محمد مصدق کمالی

آن سوی تر ز موج خزر می برد مرا
تا آستان جان به سفر می برد مرا
از مبتدای رفته خیر می برد مرا
افسانه ات ز خویش به در می برد مرا
تا منتهای شق قمر می برد مرا
یادت هزار ابر گهر می برد مرا
هر دم به شور و حال دگر می برد مرا
سیماب اشک تا به صفر می برد مرا
هر مصرعش به زیر و زبر می برد مرا
این بالهای خسته مگر می برد مرا؟!

چشمان تو به باغ سحر می برد مرا
از کوچه های غمزده با کوله بار عشق
دیدار دلپذیر تو ای خاکی فهیم
در سایه سار بی کسی و برگریز عشق
از پله های حسرت محض و عروج ناب
چشمان خون گرفته من چشم در رهند
آن دست آسمانی و آن صبر ملتهب
با کربلای جان ز محرم چو بگذرم
گلوآژه های شعر چو آهنگ زندگی است
تا اوج بیکرانه آن آبی صبور

1- بیت اول از آقای دکتر احسان شفیقی است که غزل نیز به ایشان تقدیم می شود.

مقالات تخصصی - علمی

- 1 - اثرات گیاهان دارویی در بیماری آلزایمر
- 2 - استفاده از تکنولوژی نانو در سیستم های دارورسانی (4)
- 3 - سربازان فیزیولوژیک بدن (بخش پایانی)
- 4 - تشنگی زیاد و علل آن
- 5 - فواید و خطرات نگهداری حیوانات اهلی در خانه
- 6 - Januption
- 7 - همایش دانشگاهی پژوهش در توسعه مدیریت و منابع نظام سلامت



اثرات گیاهان دارویی در بیماری آلزایمر

گردآوری: دکتر سیداحمد میرسنبل

بیماران مختلف متفاوت باشد اما متوسط زندگی بیماران پس از تشخیص بین 3 تا 9 سال متغیر است.

ریسک فاکتورهای بیماری شامل ژنتیک، افزایش فشارخون، افسردگی، آسیبهای وارد به سر است. علل قطعی بیماری ناشناخته است اما دلایل ژنتیکی، فرضیه کلی نرژیک (کاهش سنتز نوروترانسمیتر استیل کولین)، فرضیه آمیلوئیدوتائو از جمله مواردی است که در علل این بیماری مطرح است.

آلزایمر یک بیماری دژنراتیو عصبی مزمن است که بیشترین شیوع را در سنین بالای 65 سال دارد. این بیماری به آرامی شروع و با گذشت زمان تشدید می گردد. علائم این بیماری شامل: کاهش حافظه کوتاه مدت، اختلال در تکلم، عدم شناخت بیمار از زمان و مکان خود، عدم مراقبت بیمار از خود، کاهش انگیزه برای انجام کار و دیگر موارد زندگی می باشد. در ادامه، بیمار خود را از فامیل و جامعه کنار کشیده، به تدریج عملکرد بدن ضعیف شده و نهایتاً منجر به مرگ می شود. رشد بیماری ممکن است در

درمان

در حال حاضر درمان قطعی آلزایمر وجود ندارد. مصرف دارو صرفاً در جهت کنترل و بهبود علائم بیماری و بطئی شدن سیر بیماری است.

1- داروهای صناعی

داروهای صناعی مورداستفاده در بیماری آلزایمر بر اساس مکانیسم اثرشان متنوع بوده و بررسی و شرح آنان موضوع این متن نیست.

2- داروهای گیاهی

داروهای گیاهی که در کنترل و بهبود بیماری آلزایمر مؤثر است نیز بر اساس مکانیسم اثرشان متفاوتند.

عصاره دانه های گیاه *Cassia obtusifolia* حاوی فلاونوئیدهایی است که اثرات ضدسرطان آن ثابت شده است. احتمال می رود این ترکیبات مسئول نقش نوروپروتکتیو این گیاه باشد. در مطالعاتی که در مدل حیوانی انجام گرفته نشان داده است که عصاره این گیاه با مهار آنزیم کولین استراز باعث بهبود قدرت حافظه می گردد.

- در یک مطالعه روی گیاه زنجبیل (*ginger*) مشخص گردید این گیاه با ایجاد فعالیت آنتاگونیستی Ca^{2+} و مهار بوتیل کولین استراز در درمان آلزایمر مؤثر است.

ب) گیاهانی که با مکانیسم تعدیل مونوآمین ها اثرات ضد آلزایمر دارند.

Meringa oleifera گیاهی است که عصاره میوه و برگهای آن اثرات ضدالتهاب دارد. اخیراً مشخص گردید که عصاره برگهای این گیاه باعث بهبود حافظه می شود و این اثر از طریق فعالیت نوتروپیک ها و آنتی اکسیدانهای قابل توجهی چون ویتامین C و E موجود در گیاه است. بر اساس بعضی از شواهد و تحقیقاتی که در مدل حیوانی انجام گرفته ثابت شده است که عصاره الکلی گیاه مذکور با تعدیل منوآمین های مغزی (نوراپی نفرین، دوپامین و سروتونین) و فعالیت الکتریکی اثرات درمانی خود را در بیماری آلزایمر ایفا می کند.

الف - گیاهانی که با مکانیسم مهار آنزیم کولین استراز عمل می کنند.

بررسی فراکسیونهای آلی به دست آمده از گیاهان *Achyrocline tometosa*، *Ruprechtia*، *Eupatorium viscidum*، *Trichocline reptans*، *apetala*، *Zanthoxylum coco* ثابت کرده است که بیش از 80 درصد باعث مهار استیل کولین استراز می گردند.

عصاره گیاه *Poncirus Trifoliata* باعث مهار قابل توجه آنزیم مذکور می گردد.

متوکسالن جدا شده از گیاه *Treulca* *obovoidea* و *Angelica archanglica* نیز اثرات آنتی استیل کولین استراز و آنتی باکتریال دارد.

ج) گیاهانی که با اثر تجمعی آنتی آمیلوئید در بیماری آلزایمر مؤثرند.

جینکوبایلوبا (*Ginkgo biloba*) به عنوان یک منبع غنی آنتی اکسیدانها با اثر تجمعی آنتی آمیلوئیدی خود در بهبود بیماران آلزایمر نقش بسزایی دارد. مصرف روزانه 240 میلی گرم می تواند وقوع بیماری آلزایمر را کاهش دهد.

از دیگر گیاهان دارویی که در بهبود بیماری آلزایمر مؤثرند می توان به موارد ذیل اشاره کرد:

- *Salvia officinalis* (مریم گلی)

رزمارینیک اسید مشتق شده از این گیاه به عنوان یک آنتی اکسیدان، ضدالتهاب و مهارکننده آنزیم استیل کولین استراز در بهبود بیماری آلزایمر کاربرد دارد.

- *Desmodium gangeticum* که در طب گیاهی هند مورد استفاده قرار می گیرد. به عنوان یک تونیک تلخ دارای اثرات ضدالتهاب، ضد تهوع، ضد سرماخوردگی است. مطالعات نشان داده اند که این گیاه، با بهبود علائم نورولوژیک و مهار آنزیم کولین استراز و اثرات آنتی اکسیدان خود در بهبود بیماری آلزایمر مؤثر است.

- *Curcuma Longa* (Turmeric) زردچوبه

زردچوبه با داشتن ترکیب غنی کورکومین (*diferaloylmethane*) که یک پلی فنول

طبیعی است دارای اثرات ضدسرطان، ضد ویروس، ضد روماتیسم، آنتی اکسیدان، ضد التهاب و آنتی میلوئید است. بر اساس این اثرات که مکانیسم آنان نیز مشخص گردیده است، در پیشگیری و درمان بیماریهای آرتريت، انواع بدخیمی ها، دیگر بیماری های التهابی و آلزایمر کاربرد دارد.

- *Carpolobia Lutea*

این گیاه حاوی ترکیبات ساپونین های تری ترپن و گلیکوزیدهاست و دارای اثرات ضدالتهاب، ضد آرتريت، آنتی باکتریال، ضد اسهال، ضد مالاریا و درمان ضعف جنسی آقایان می باشد. این گیاه یکی از گیاهان دارویی بومی افریقا (نیجریه، سیرالئون و کامرون) بوده که در طب سنتی نیجریه مصرف دارد. بر اساس تحقیقات انجام گرفته در سال 2017 که در ژورنال فارماسیوتیکال بیولوژی نیز چاپ شده است، این گیاه با مکانیسم جلوگیری و مهار آنزیم استیل کولین استراز و اثرات آنتی اکسیدان خود در بهبود بیماری آلزایمر مؤثر بوده است.



استفاده از تکنولوژی نانو در سیستم های دارو رسانی (قسمت چهارم)

ترجمه: دکتر مرجان شالچی

شوند، که در نتیجه آن تراز خونی دارو در محدوده درمانی باقی می ماند. نانوذره طلا با هسته ای به قطر 2 نانومتر می تواند در اصل با 100 مولکول به واسطه 108 لیگاند در یک لایه متصل شود. Zubarev و همکاران اخیراً موفق شدند هفتاد مولکول PTX (پاکلیتاکسل داروی شیمی درمانی) را به یک نانوذره طلا با قطر هسته 2 نانومتر متصل کنند. انتشار مؤثر این مواد درمانی به وسیله عوامل داخلی (مثل گلو تاسیون یا PH) یا محرک های خارجی (مثل نور) می تواند تحریک شود. به علاوه، عملکرد این نانوذرات به عنوان حامل در انتقال دارو نیز می تواند به وسیله تکنیک های تصویربرداری با کنتراست شرح داده شوند. زمانی که نانوذرات

نانوذرات طلا

نانوذرات فلزی خاص، مثل طلا، برای انتقال ژن و دارو زمینه امیدبخشی را از خود نشان داده اند، چون نسبت به دیگر حامل های سنتی انتقال دارو مکمل مفیدتری هستند. مجموعه خصوصیات واکنش ناپذیری و سمیت کم، سنتز آسان، سطح بسیار وسیع، سطح عاملداری تثبیت شده خوب (از طریق اتصالات تیول) و پایداری قابل تنظیم، برای نانوذرات طلا ویژگی های منحصر بفردی را فراهم ساخت که بکارگیری آنها را در استراتژی های دارو رسانی چشمگیر می کند. افزون بر این، بارگذاری اضافی مواد دارویی روی نانوذرات اجازه می دهد ذخایر دارو برای انتشار آرام و کنترل شده دارو انباشته

طلا به منطقه بیماری، مثل تومور، حمله می کنند، برای تخریب تومور درمان هایپرترمی می تواند به کار گرفته شود. به عنوان مثال، مطالعه اخیر ثابت کرد که نانوذرات طلا متصل به پلی اتیلن گلیکول (PEGylated)، برای انتقال دارو با کارآمدی زیاد، در درمان فوتودینامیک سرطان به کار گرفته می شوند.

در مقایسه با درمان انتقال دارو فوتودینامیک متداول، نانوذرات طلا حاوی PEG کارایی سیلیکون فتالوسیانین 4 (ترکیب حسگر نور) را، بدون اثرات جانبی در موش، تقریباً دو برابر تسریع کرد. نکته کلیدی درمورد نانوذرات طلا در مهندسی سطح ذره است، برای اینکه بتوانیم خواص حداکثری، مثل فراهم زیستی و نداشتن واکنش های ایمنولوژیکی، را به دست آوریم.

نانوذرات ابر پارامغناطیس

نانوذرات مغناطیسی به عنوان حامل های دارویی پیشنهاد شده اند و به سرعت به سمت بررسی های بالینی سوق داده می شوند، خواص ابر پارامغناطیس اکسید آهن 2 برای هدایت میکروکپسول ها، جهت انتقال به محل از طریق میدان های مغناطیسی خارجی، می تواند استفاده شود. مزیت دیگر استفاده از نانوذرات مغناطیسی توانایی آنها در گرم کردن ذرات بعد از ورود آنها به بدن است، که به عنوان اثر هایپرترمی شناخته می شود. به عنوان مثال، Brazel و همکاران با وارد کردن نانوذرات آهن پلاتینوم در متن آن-ایزوپروپیل آکریلامید با پایه

هیدروژلی، سیستمی پلیمری حساس به نور به هم پیوسته ساختند که می تواند با افزایش دما، بر پایه پدیده افزایش دمای مغناطیسی، به تحریک رهاسازی ذخیره دارویی خود منجر شود. نیز نشان داده شد که سیستم هیدروژلی متصل به این نانوذرات پاسخ دمایی مثبت مطلوبی همراه با افزایش ضریب انتشار دارو در دماهای بالاتر از دمای فیزیولوژیک بدن ارائه می دهد. در کنار استفاده از این نانوذرات برای هدف گیری سلول های سرطانی و بالا بردن دما، نانوذرات مغناطیسی همچنان می توانند روی نفوذ میکروکپسول ها با اعمال میدان های مغناطیسی نوسان دار تأثیر بگذارند و مواد دارویی داخل کپسول را آزاد کنند. به عنوان مثال، نانوذرات کبالت فرومغناطیسی پوشیده با طلا (با قطر 3 نانومتر)، که داخل دیواره های میکروکپسول های پلیمری جا داده شده اند. متعاقباً با بکارگیری میدان های مغناطیسی متناوب از 100 تا 300 هرتز و با قدرت 1200 اورستد (واحد میدان مغناطیسی) دیوارهای کپسول را متزلزل کرده و به طور چشمگیری باعث افزایش نفوذ آنها به ماکرومولکول ها می شود. این کار از این فرضیه حمایت می کند که نانوذرات مغناطیسی گنجانده شده در کپسول های پلی الکترولیتی می توانند برای رهش آهسته مواد با بکارگیری یک میدان مغناطیسی خارجی استفاده شوند.

فایده اصلی نانوذرات ابر پارامغناطیس برای درمان سرطان ساده کم تهاجم، امکان دسترسی

به تومورهای پنهان و عوارض جانبی حداقل است. روش های متداول بالا بردن دمای بافت به وسیله امواج مایکروویو یا نور لیزر به تخریب بافت های سالم اطراف تومور منجر می شود. ولی ذرات پارامغناطیسی هدف دار، استراتژی قدرتمندی را برای افزایش دمای منطقه ای سلول های سرطانی فراهم می سازند.

نانوذرات سرامیکی

نانوذرات سرامیکی ذراتی هستند که از ترکیبات معدنی با خاصیت متخلخل ساخته می شوند، مثل سیلیکا (دی اکسید سیلیکون)، اکسید آلومینیوم (آلومینا)، اکسید تیتانیوم (تیتانیا). از میان اینها، نانوذرات سیلیکا، به خاطر سازگاری با بدن، آسانی سنتزشان، نیز قابلیت تطبیق پذیری سطح شان، در بیشتر پژوهش ها مورد توجه هستند. افزون بر این، ساختار شیمیایی هیدرید سیلیکون به خوبی ساخته شده، پیوند دارو به ذرات سیلیکا را تسهیل می کند. برای مثال، پیشرفت های غیرمنتظره اخیر در نانوذرات سیلیکایی متخلخل، امکانات تازه ای را بر این زمینه در حال رشد افزوده است. نانوذرات سیلیکایی متخلخل حاوی صدها مجرای خالی (مزوپور) هستند که در شبکه ای دو بعدی از ساختاری متخلخل مانند لانه زنبور قرار گرفته اند. برخلاف سازگاری کم دیگر مواد سیلیکایی آمورف (بی شکل)، مطالعات اخیر نشان داد که نانوذرات سیلیکایی متخلخل بسیار با بدن سازگارترند، برای کاربردهای درمانی غلظت های کافی ایجاد می کنند. وقتی این

حامل ها در سیتوپلاسم تجمع پیدا می کنند، بهتر است روی انتشار مولکول های دارو، به منظور رسیدن به تراز مؤثر فارماکولوژیکی، کنترل مؤثری داشته باشیم. قابلیت عملکرد انتخابی این ذرات خارجی و نانومجراهای داخلی سطح نانوذرات سیلیکایی متخلخل برای رسیدن به این هدف سودمند است. گروه های عملکردی مختلف می توانند با استفاده از این روش اضافه شوند، به عنوان مثال، آغاز عملکرد با پاسخ به تحریک محرک هایی که می توانند به نانوذرات متصل شوند (اکسید آهن 2 و طلا). این نانوذرات می توانند به عنوان دروازه بان عمل کنند و به وسیله محرک های داخل یا خارج سلولی، مثل تغییرات PH، کاهش محیط زیست، فعالیت آنزیمی، نور، میدان مغناطیسی یا اولتراسوند حذف شوند. سطح نانوذرات سیلیکایی متخلخل می تواند با بخش های سلولی خاص مهندسی شود، مثل مولکول های ارگانیک، پپتیدها، آپتامرها و آنتی بادی ها، تا قابلیت انتخابی بودن برای سلول یا بافت خاصی را پیدا کنند. افزون بر این، عوامل کنتراست نوری و مغناطیسی می توانند برای ایجاد سیستم های دارو رسانی چند منظوره معرفی شوند.

این استراتژی ها ثابت کردند که کاربرد حامل های سیلیکایی متخلخل در شرایط آزمایشگاهی امیدبخش بوده، هرچند از کاربرد آنها در داخل بدن گزارشی وجود ندارد. این ذرات در بدن تجزیه نمی شوند، در نتیجه این نگرانی وجود دارد که در بدن انسان تجمع یافته

و اثرات زیان آوری داشته باشند. کاربردهای بالینی، سازگاری با بدن، توزیع در بدن، قابلیت تجمع، تخریب و حذف نانوذرات سیلیکایی متخلخل در کل باید بررسی شوند.

مواد نانویی با پایه کربنی

مواد نانویی با پایه کربنی، به خاطر امکان ایجاد پیوند با نوکلئیک اسیدها، پپتیدها و پروتئینها، می توانند کارایی زیادی داشته باشند و توجه زیادی را به خود جلب کرده اند. نانو لوله های کربنی، فولرن و نانو الماس ها به طور گسترده ای برای سیستم های دارو رسانی مورد مطالعه قرار گرفته اند. اندازه، هندسه و مشخصه های سطح نانولوله های تک جداره (SWNTs)، نانو لوله های چند جداره و فولرن C₆₀، استفاده از آنها را در سیستم های دارو رسانی جلب کرده است. برای مثال، اتصال پاکلیتاکسل (PTX) به نانو لوله های تک جداره برای درمان سرطان در حیوانات نتایج امیدبخشی داشته است. انتقال پاکلیتاکسل با نانولوله های تک جداره می تواند کارایی درمانی بالینی تاکسول را به مقدار زیاد بهبود بخشد، که گواه آن، توانایی اش در کاهش سرعت رشد تومور با مقدار کمتر دارو است.

هر چند مانع اصلی کاربرد نانولوله های با پایه کربنی به نظر می رسد سمیت آنها باشد. آزمایش ها نشان داده اند که نانولوله های کربنی می توانند به مهار تکثیر سلولی و مرگ برنامه ریزی شده سلول ها (آپوپتوز) منجر شوند. اگرچه سمیت آنها کمتر از فیبرهای کربنی و

نانوذرات کربنی است، اما سمیت نانولوله های کربنی وقتی به طور مشخص افزایش می یابد که گروه های عملکردی کربونیل، کربوکسیل یا هیدروکسیل روی سطحشان فعال باشند. برای ترویج کاربرد نانولوله های کربنی در سیستم های دارو رسانی، محققان باید سطح آنها را به گونه ای عملکردی کنند تا به صورت بی خطر در آیند. متأسفانه، نگرانی ها برای عملکردی نمودن نانولوله های کربنی به درجه سمیت آنها برمی گردد، اگر گروه عملکردی جدا شود، کاربرد استفاده از این نانولوله های کربنی تغییر یافته، برای استفاده های بایومدیكال محدود می شود.

سمیت دیگر اشکال نانوکربن ها نیز گزارش شده است. مطالعه ای روی سلول های سرطان ریه نشان داد که نانوذرات کربنی حتی بیشتر از نانولوله های چند جداره و نانوفیبرهای کربنی سمی هستند. با توجه به شواهد ثابت کننده سمیت نانوذرات کربنی، اشتیاق برای توسعه استفاده از نانوذرات کربنی برای سیستم های دارو رسانی به طور مشخصی در سال های اخیر کاهش یافته است.

ذرات نانوتوکسیکی

سیستم های نانویی متنوعی برای طیف گسترده ای از کاربردها به وجود آمده است و هر کدام از این کاربردها مزیت های منحصر بفرد و محدودیت های خود را دارد. با ترکیب عملکرد خاص هر ماده، مخلوطی از مواد نانویی ترکیبی به وجود می آیند، به عنوان مثال، لیپوزوم ها و

نانوذرات پلیمری دو تا از سیستم های دارو رسانی هستند که به طور گسترده بررسی شده اند و کوشش هایی صورت گرفته تا مزایای هر دوی این سیستم ها ترکیب شود. مطالعه ای اخیراً استفاده از سلول های نانویی شامل نانوذرات پلی (لاکتیک - کو - گلیکولیک اسید) هسته ای پوشیده شده با فسفولیپیدهای پلی اتیلن گلیکولیزه شده خارج هسته ای برای هدف گذاری سلول های تومور و رگ های خونی جدید گزارش کرد (پلیمر به داروی شیمی درمانی متصل می شود و فسفولیپید به داروی آنتی آنژیوژنز). علاوه بر این، لیپوزوم ها به طور معمول با پلیمری آب دوست پوشیده می شوند، مثل PEG یا پلی (اتیلن اکساید)، برای اینکه زمان انتشار آنها در جریان خون بهبود یابد، که

مثال دیگری از ترکیب لیپوزوم - پلیمر است. به طور مشابه لیپوزوم در برگرفته شده با دندریمر، در واقع ترکیب لیپوزوم ها و دندریمرها در یک فرمول، بارگیری بیشتر دارو و رهش آهسته تر آن از ترکیب را در مقایسه با لیپوزوم های خالص نتیجه می دهد. ترکیب دیگر فرمولاسیون لیپومگ است که شامل یک هسته نانو کریستال مغناطیسی پوشش داده شده با اولئیک اسید و یک پوسته لیپیدی کاتیونی است که به طور مغناطیسی برای انتقال و خاموش کردن ژن ها در سلول ها و تومورها در موش هدایت می شود.

(ادامه دارد)



سربازان فیزیولوژیک بدن (بخش پایانی)

دکتر غلامحسین مهدی زاده مؤدھی

انگل ها نمی توانند آنها را فاگوسیته نمایند. این سلول ها در سطح خود مولکول های خاصی دارند که به انگل ها متصل می شوند، سپس موادی از خود آزاد می سازند که باعث مرگ انگل ها می شوند. شیتوزوم ها و تریشین (انگل گوشت خوک) از جمله انگل هایی هستند که به وسیله ی ائوزینوفیل ها از بین می روند، که این کار را به کمک مواد زیر انجام می دهند:

- 1- آزاد کردن آنزیم های هیدرولیزکننده از گرانول های لیزوزومی خود.
- 2- آزاد کردن اشکال بسیار فعال اکسیژن و دیگر اکسیدان ها.
- 3- آزاد کردن پلی پپتید بسیار مؤثر و لاروکش پروتئین بازی اصلی.

ائوزینوفیل ها و بازوفیل ها گروهی دیگر از سربازان فیزیولوژیک بدن هستند، که اهمیت آنها کمتر از دسته های یادشده است. ائوزینوفیل ها به طور متعارف حدود 2 درصد کل لکوسیت های خون را تشکیل می دهند و از نظر عمل فاگوسیتوز ضعیف تر هستند، ولی خصوصیات کموتاکتیک دارند. نقش آنها در مبارزه با عفونت ها جای تردید دارد و به طور قطع بسیار کمتر از نوتروفیل هاست. نقش اصلی ائوزینوفیل ها در عفونت های انگلی ست، بدین جهت افزایش تراز آن در آزمایش های خونی، نشان دهنده ی وجود عفونتی انگلی در بدن است. ائوزینوفیل ها در مبتلایان به عفونت انگلی به تعداد زیاد تولید می شوند و به بافت های حامل انگل هجوم می برند، ولی به جهت بزرگ بودن

ویژگی دیگر ائوزینوفیل‌ها تجمع در بافت‌های دچار واکنش‌های آلرژی است. بافت‌های دور برونش به هنگام ابتلا به آسم، پوست مبتلا به واکنش آلرژیک و سطوح مخاطی دهان، لوله گوارش، واژن و ... از جمله‌ی این بافت‌ها هستند. این مسئله به دلیل مشارکت تعداد زیادی ماست سل و بازوفیل در واکنش‌های آلرژیک و ترشح فاکتور کموتاکسی ائوزینوفیل توسط آنهاست، که ائوزینوفیل‌ها را به بافت ملتهب گسیل می‌دارند تا مواد التهاب‌آور ترشح شده از ماست سل و بازوفیل را خنثی نمایند؛ در این فرایند مجتمع‌های آلرژن-آنتی‌بادی نیز فاگوسیت و تخریب می‌شوند، در نتیجه از گسترش التهاب جلوگیری می‌شود.

بازوفیل‌های گردش خون به ماست سل‌های بزرگ بافتی شباهت زیادی دارند و بیرون از مویرگ‌های بدن قرار گرفته‌اند. نخستین کار ماست سل‌ها و بازوفیل‌ها ترشح هیالین به درون خون است، که از انعقاد خون جلوگیری می‌نماید. این سلول‌ها هیستامین، نیز به مقدار کمتر برادیکینین و سروتونین، ترشح می‌کنند، که در واقع منبع اصلی این مواد در فرایند التهاب هستند. ماست سل‌ها و بازوفیل‌ها در بعضی واکنش‌های آلرژی نقش بسیار مهمی دارند، از جمله ایمونوگلوبولین E (IgE)، عامل ایجاد واکنش‌های آلرژی، برای اتصال به آنها تمایل خاصی دارد. آنگاه هر آنتی‌ژن خاص به آنتی‌بادی مخصوص خود در روی دیواره ماست سل‌ها یا بازوفیل‌ها واکنش انجام می‌دهد و

باعث متلاشی شدن دیواره و خروج محتویات آن می‌گردد که عبارتند از: هیستامین، برادیکینین، سروتونین، هیالین، ماده گند اثر آنافیلاکسی و تعدادی آنزیم لیزوزومی. این مواد جزء نیرومندترین مواد درون بدن هستند و عامل بروز واکنش‌های موضعی در بافت‌ها و عروق به دنبال واکنش‌های آلرژیک هستند.

ایمنی یکی دیگر از سربازان فیزیولوژیک بدن است و آن عبارت از مقاومت بدن در برابر انواع ارگانیسم‌ها یا سموم آنهاست، که به دو شکل **ایمنی اکتسابی** یا **ایمنی ذاتی** ظاهر می‌شود. بخش اصلی ایمنی اکتسابی است، که اغلب ظرف چند هفته یا چند ماه پس از حمله نخست یک باکتری، ویروس یا سم به بدن ایجاد می‌گردد. بخش دیگر ایمنی ذاتی است، که به دنبال فرایندهایی خاص ایجاد می‌گردند و شامل موارد زیرند:

- 1- فاگوسیتوز باکتری‌ها و دیگر مهاجمان توسط گلبول‌های سفید و ماکروفاژهای بافتی.
- 2- تخریب ارگانیسم‌های بلعیده شده به وسیله ترشحات اسیدی معده و آنزیم‌های گوارشی.
- 3- مقاومت پوست در برابر حمله ارگانیسم‌ها.
- 4- وجود ترکیباتی اختصاصی در خون، که به ارگانیسم‌ها و سم‌های خارجی می‌چسبند و آنها را از بین می‌برند؛ از جمله آنها عبارتند از:
الف- لیزوزیم (پلی ساکاریداز از بین برنده موکوس، که با حمله به باکتری‌ها، باعث تحلیل آنها می‌شوند)؛ ب- پلی پپتیدهای بازی (که با انواع خاصی از باکتری‌های گرم مثبت واکنش

انجام می دهند و آنها را از بین می برند)؛
ج - مجموعه مکمل (کمپلمان) شامل 20 پروتئین، که از راه های مختلف فعال می شود تا باکتری ها را از بین ببرند)؛ د - لنفوسیت های کشنده طبیعی (که سلول های بیگانه، سلول های توموری و حتی بعضی سلول های عفونی را شناسایی کرده و از بین می برند).

ایمنی ذاتی انسان را در برابر بعضی بیماری ها چون عفونت های ویروسی حیوانی، وبا و طاعون حیوانی و هاری و غیره مقاوم می سازد. برعکس، تعدادی از حیوانات نیز در برابر بسیاری از بیماری های انسانی، چون فلج اطفال، اوریون، وبای انسانی، سرخک و سیفلیس، ایمن هستند.

ایمنی اکتسابی بخش دیگر ایمنی بدن در برابر عوامل مهاجم، چون باکتری ها، ویروس ها، سم ها و حتی بافت های بیگانه دیگر حیوانات است که به وسیله پادتن ها (آنتی بادی ها) و لنفوسیت های فعال ایجاد می شود و عوامل مهاجم را از بین می برد. پادتن ها گلبولین هایی هستند که به وسیله لنفوسیت های B ساخته شده و وارد گردش خون می شوند و ایمنی هومورال ایجاد می کنند. این مولکول ها می توانند به عوامل مهاجم گوناگون حمله کرده، آنها را از بین ببرند. یافته ها در مورد لنفوسیت های B بسیار اندک است، ولی آنچه مسلم است لنفوسیت های انسانی در میانه های دوره جنینی در کبد و در پایان زندگی جنینی و پس از تولد در مغز استخوان ساخته و پرداخته می شوند. منشأ جنینی همه ی لنفوسیت ها، «سلول های بنیادی چند

توانی مغز استخوان» هستند، که بعد در مسیر فرایندهای گوناگون فیزیولوژی بدن برای هدفی اختصاصی تخصص پیدا می کنند. لنفوسیت های T، پس از تولید، به غده تیموس مهاجرت می کنند و در آنجا برای انجام کار اختصاصی خود پردازش می شوند، بدین جهت لنفوسیت «T» نامیده می شوند. پردازش لنفوسیت های B نخستین بار در اندام «بوسا فابریسیوس» پرندگان کشف شد و لنفوسیت B نامیده شد.

فرایند مأموریت لنفوسیت های T برای حفاظت از بدن بدین شکل است که آنها، پس از مهاجرت به غده تیموس، به سرعت تقسیم می شوند و تنوع بسیار زیادی پیدا می کنند تا بتوانند در برابر آنتی ژن های گوناگون واکنش نشان دهند. به عبارت دیگر، هر لنفوسیت در برابر آنتی ژنی خاص تخصص پیدا می کند و بدین ترتیب هزاران لنفوسیت اختصاصی آنتی ژن ها به وجود می آید. آنگاه این لنفوسیت های اختصاصی تیموس را ترک می کنند و وارد گردش خون می شوند تا در سرتاسر بدن و بافت های لنفوییدی پخش و مستقر شوند. لنفوسیت های T، پس از ترک تیموس، به هیچ وجه در برابر پروتئین ها و دیگر آنتی ژن های بدن از خود واکنش نشان نمی دهند، زیرا در غیر این صورت آنها ظرف مدت کوتاهی بدن را از بین می برند. برای گزینش لنفوسیت هایی که باید آزاد شوند، تیموس ابتدا لنفوسیت ها را با تمام آنتی ژن های خاص «خودی» مربوط به بافت های بدن مخلوط می کند. اگر لنفوسیتی با یکی از

آنتی ژن ها واکنش دهد، تیموس آن را تخریب و فاگوسیت می کند؛ 90 درصد لنفوسیت های T چنین سرنوشتی دارند. در نهایت تنها سلول هایی آزاد می شوند که در برابر آنتی ژن های خودی بدن واکنش نشان نمی دهند و تنها در برابر آنتی ژن های بیگانه با منشأ خارجی، مانند آنتی ژن باکتری ها، سموم یا حتی بافت پیوندی افراد دیگر، واکنش انجام می دهند.

لنفوسیت های B از دو جهت با لنفوسیت های T تفاوت دارند: نخست، برخلاف لنفوسیت های T که تمام سلول نسبت به آنتی ژن واکنش نشان می دهد، لنفوسیت های B پادتن های فعالی را ترشح می کنند که در مقابل آنتی ژن واکنش نشان می دهند؛ پادتن ها مولکول های بزرگ

پروتئینی هستند که می توانند با عامل آنتی ژنی ترکیب شوند و آن را از بین ببرند و اغلب روی غشای سیتوپلاسمی سلول مستقر می شوند. دوم، تنوع لنفوسیت های B از تنوع لنفوسیت های T هم بیشتر است، طوری که چندین میلیون نوع پادتن لنفوسیت B وجود دارد که هر یک نسبت به آنتی ژنی خاص واکنش انجام می دهند. لنفوسیت های B، پس از پردازش نخستین، مانند لنفوسیت های T به بافت های لنفویید سراسر بدن مهاجرت می کنند و با اندکی فاصله در نزدیکی نواحی لنفوسیت های T مستقر می شوند.

پایان



تشنگی زیاد و علل آن

دکتر ژاله تحویل‌داری

آن و راه های درمان بود. عوامل پاتولوژیک ایجاد تشنگی عبارتند از:

1 - **دیابت** - یکی از بیماری های بسیار شایع جهان است، که موارد آن هنوز هم در حال افزایش است. علاوه بر آمارهای رسمی آن در آمریکا، برآورده شده 7 میلیون امریکایی مبتلا به دیابت هنوز تشخیص داده نشده اند، آن هم به دلیل نشانه هایی که پنهان مانده اند. یکی از این نشانه ها تشنگی است. در بیماران دیابتی قندخون بسیار زیاد می شود، که با آب زیاد از ادرار دفع

تشنگی روزانه احساسی طبیعی و متعارف است که به علت کم شدن بیش از حد آب و الکترولیت های بدن، از جمله سدیم، پتاسیم، کلسیم، کلر، منیزیم و دیگر عناصر مؤثر در حفظ و برقراری غلظت و فشار اسمزی خون، ایجاد می شود. این احساس تا زمانی که با خشکی و تغییرات نامتعارف لب و دهان همراه نباشد، مشکلی نیست و می توان با نوشیدن آب کافی آن را اصلاح کرد، اما اگر تکرار و تداوم خشکی لب و دهان بیش از حد شود، باید به دنبال علل ایجاد

می گردد؛ باعث کم آبی بدن، تکرر دفع ادرار و تشنگی زیاد می شود. در تشنگی های مداوم و زیاد، بررسی دیابت یکی از مهم ترین موارد است.

2 - **کم آب شدن بدن** - کم آبی بدن باعث خستگی و تشنگی می گردد و می تواند به دلایل زیر باشد: مصرف نکردن مایعات کافی، تعریق زیاد، اسهال شدید، تب، زندگی در محیط گرم و مرطوب.

3 - **تغییرات رژیم غذایی** - مصرف زیاد ادویه و ترشی ها به همراه رژیم غذایی، احساس تشنگی را زیاد می کنند. غذاهای پُرسدیم و نمک دار هم باعث تشنگی می شوند.

4 - **داروها** - داروهای مورد استفاده در درمان افسردگی، اضطراب، بیماری های اعصاب و روان، پارکینسون، اسهال، استفراغ، اختلالات دستگاه ادراری، آلرژی ها، سرماخوردگی، آکنه، صرع، همچنین داروهای نیروزا، مسکن ها، آرامبخش ها به خشکی دهان و احساس تشنگی بیش از حد منجر می شوند. بعضی از مکمل های گیاهی نیز چنین هستند.

5 - **تنفس از راه دهان** - تنفس دهانی (نه راه بینی) به هنگام خواب، اگر به طور مداوم باشد، باعث بیدار شدن صبحگاهی و خشکی گلو می گردد. تنفس دهانی به هنگام انجام تمرین های بدنی امری عادی است، ولی به هنگام

خواب می تواند به معنای ابتلا به آپنه انسدادی خواب، خروپف باشد. بنابراین، باید آن را جدی گرفت.

6 - **سالمندان** - پیری و افزایش سن به مقدار زیاد موجب اختلال در دفع سدیم ناشی از مصرف رژیم غذایی پرنمک می شود. یافته ها به مصرف نمک کمتر در سالمندان تأکید دارد و توصیه می کند که سالمندان بیش از دیگر افراد در معرض عواقب مصرف رژیم غذایی پُرنمک هستند. پیری موجب اختلال عملکرد و کارایی بدن در کنترل آب و سدیم می شود، در نتیجه به هنگام پیری دچار اختلال تنظیم سدیم و حفظ آب، غلظت ادرار، نیز تشنگی می شوند.

7 - **سندروم شوگرن** - نوعی اختلال التهابی مزمن و وابسته به دستگاه ایمنی است که با اختلال عملکرد غدد برون ریز و دیگر تظاهرات عمومی همراه است. خشکی دهان، چشم و خستگی از علائم مهم این سندروم هستند.

8 - **پرنوشی روانی** - نوعی اختلال روانی است که فرد میل غیرقابل کنترلی به نوشیدن آب دارد. این مشکل بیشتر ناشی از افسردگی یا اختلال دوقطبی است. این عارضه، با برطرف شدن علل اصلی آن، به تدریج از بین می رود.



فواید و خطرات نگه داری حیوانات اهلی در خانه

دکتر محمد فرزین

بدن فرد در مرحله پیش از وقوع تشنج را دارند و نیز برای مراقبت از کودکان و بیماران، مورد استفاده قرار می گیرند. سگ های آموزش دیده می توانند با بوئیدن ادرار، سرطان پروستات را تشخیص دهند، سرطان مرگ بار پوستی از نوع **Melanoma** نیز قابل ردیابی توسط این حیوان است.

از سگ ها برای زنده یابی انسان ها در بلایای طبیعی و حوادثی مانند ریزش ساختمان استفاده می شود. سگ ها و اخیراً مامولک های آموزش دیده، برای ردیابی مواد ممنوعه در گمرک ها و ایستگاه های پلیس به کار می روند.

بدون شک، مهرورزی به حیوانات، امری پسندیده است. تحقیقات نشان داده است که مراقبت از حیوانات اهلی موجب کاهش استرس و اضطراب، کاهش فشارخون و کاهش ضربان قلب، کاهش سطح خونی هورمون **Cortisol** و افزایش **Serotonin** خون و شادی افزایی می شود. سطوح کلسترول و چربی خون نیز در افرادی که از حیوانات مراقبت می کنند، به طور چشم گیر، کمتر از سایر افراد است.

برخی از حیوانات مانند سگ، توانایی پیش بینی آفت قندخون و همچنین پیش بینی وقوع حملات تشنجی، احتمالاً از روی تغییرات بوی

مشکلات و حدود نگه داری حیوانات در خانه

با وجود همه فوایدی که بیان شد، باید گفت که مهرورزی به حیوانات، حد و حدودی دارد و نباید این مهرورزی را به محیط خانه گسترش داد. زیرا مهر ورزیدن به حیوانات در داخل منزل، می تواند عوارض وخیم بهداشتی داشته باشد. به برخی از این موارد که تحت عنوان بیماری هایی با منشاء حیوانی شناخته می شوند، می پردازیم:

1- توکسوپلاسموز (Toxoplasmosis)
که گاهی بسیار خطرناک و وخیم است و با خوردن گوشت خام یا خوب نپخته، انتقال خونی از فرد آلوده به فرد سالم و همچنین مدفوع گربه آلوده، به انسان منتقل می شود. علائم اولیه بیماری غیراختصاصی و شبیه سرماخوردگی شدید است و غدد لنفی هم متورم می شوند. اگر بانوان باردار به توکسوپلاسموز مبتلا شوند، احتمال ابتلای نوزاد به التهاب چشم، نابینایی، تشنج، عقب ماندگی جسمی و روانی، اختلالات روانی، کوچکی مغز، کم خونی و یرقان وجود دارد. در زمان مادر باردار، از عوارض نوزادی می کاهد ولی آن را کاملاً برطرف نمی کند.

2- هاری (Rabies)

این بیماری ویروسی با تمایل حمله به سیستم عصبی مرکزی تقریباً بدون درمان، در تمام موارد ابتلا موجب مرگ انسان می شود. راه انتقال بیماری به انسان در نود و نه درصد موارد از طریق گزیده شدن توسط سگ و گربه، است. سگ و گربه هار، تغییر رفتار به صورت افزایش تحریک پذیری، حساسیت به نور و صدا بروز می

دهند و از دهانشان کف خارج می شود. حیوان بی اشتها، گیج و منگ می شود و نهایتاً می میرد. علائم اولیه هاری در انسان مانند سرماخوردگی همراه با درد و سوزش در محل گازگرفتگی است که با گسترش بیماری به دستگاه عصبی مرکزی موجب اضطراب، توهم، اختلال در تکلم، ایست قلبی و مرگ می شود.

برای پیش گیری باید حیوان اهلی مانند سگ و گربه را واکسینه کرد و افرادی هم که با این حیوانات سرکار دارند، باید واکسن هاری دریافت کنند.

3- انواع عفونت های دستگاه گوارش در

انسان از جمله اسهال های ناشی از *Salmonella*, *Giardia*, *Campylo bacter*، از بزاق سگ و گربه قابل انتقال به انسان است. هرچند در بادی امر، تصور می شود که اسهال و استفراغ با دارو یا بدون دارو بهبود می یابد و بیماری وخیمی نیست، ولی در مواردی ممکن است با اسهال خونی و بیماری های شدید سیستم عصبی مثل *Guillain Barre* و ضعف پیش رونده اندام ها، اختلال قلبی تنفسی و فلج همراه باشد.

4- بیماری های منتقله از طریق گزش کنه :

طاعون و بیماری *Lyme* سردسته بیماری های ناتوان کننده ای هستند که توسط کنه موجود در پوست و موی سگ و گربه، وارد محیط خانه می شوند.

بیماری لایم با علائم اولیه سرماخوردگی شدید، تب و لرز، آسیب به سیستم عصبی، قلب و ریه و چشم و بثورات جلدی در محل گزش کنه،

بروز می کند، بیماری لایم با درمان آنتی بیوتیکی مناسب، معمولاً ظرف 6 ماه بهبود می یابد ولی گاه احساس کرختی یا فلج یک طرف بدن، تا آخر عمر بیمار را آزار می دهد.

بیماری طاعون، 2 تا 6 روز پس از گزیده شدن توسط کنه، با تب و لرز و سرگیجه و درد عضلات و مفاصل و تورم غدد لنفی در بدن شروع می شود و در صورت درمان نشدن، با اختلال قلبی و سیستم عصبی ممکن است فرد فوت کند.

5- بیماری های انگلی دستگاه گوارش:

در آمریکا، تا 20 درصد موارد ابتلای کودکان به انگل های گوارشی مانند انواع کرم های گرد، قلابدار و نواری از طریق مدفوع سگ و گربه به انسان منتقل می شوند.

برخی از این انگل ها حتی با راه رفتن روی خاک و فرش آلوده، می توانند وارد بدن انسان شوند.

انگل های روده ای علامت اختصاصی ندارند و با علائم ضعف، کم خونی، دل درد و بی حالی بروز می کنند. با مهاجرت انگل به سایر نواحی ممکن است علائم تنفسی، مغزی، چشمی و کبدی (به ویژه در صورت ابتلا به Hydatid Cyst Disease) ایجاد شود.

6- انواع بیماری جلدی ممکن است با ننگه داری حیوانات خانگی، گریبانگیر انسان شوند، از جمله بیماری Ringworm یا قارچی کچلی که موجب آسیب دائمی و تکه تکه مو می شود؛ بیماری Leishmaniasis (سالک) که از

طریق نیش پشه حاکی که قبلاً سگ یا گربه آلوده را نیش زده است، به انسان منتقل می شود و محل زخم تا یک سال باقی می ماند؛ تب خراش گربه (Catscratch Fever) که از بزاق آلوده گربه در اثر خراش ناشی از گازگرفتگی به پوست انسان منتقل می شود و ممکن است به بیماری جدی سراسری تبدیل شود؛ همگی ناشی از تماس نزدیک با حیوانات خانگی هستند.

تب خراش گربه ابتدا با برجستگی و تاول پوستی شروع می شود ولی در اثر عدم درمان، ممکن است با خستگی، تب، کاهش اشتها، بزرگی طحال، التهاب شدید مغز، التهاب عصب بینایی، التهاب استخوانی و بیماری Parinaud Occulogladula همراه شود. این بیماری، علائمی نظیر سل و جذام دارد و نیازمند به درمان دارویی است.

با این تفصیل و ذکر این نکته که ده ها بیماری خطرناک بین حیوانات خانگی و انسان مشترک است، باید اذعان نمود که مهرورزی به حیوانات هرچند امری پسندیده است، ولی با رعایت نکردن حریم بهداشتی خانواده و ورود حیوانات، ممکن است بهداشت و سلامتی خود و خانواده را به خطر بیندازیم.

با هیچ روشی نمی توان از سلامت حیوانات مطمئن شد. شست شوی حیوانات، زدن واکسن و تجویز داروی ضدانگل به حیوانات، هرچند از میزان بروز بیماری در انسان می کاهد، ولی اطمینان بخش نیست، لذا باید گفت:

خانه، جای نگه داری حیوانات نیست.

اما لازم به ذکر است که سگ بازی یکی از محورهای اصلی سبک زندگی غربی است.

پس از مرگ ریگان رئیس جمهور اسبق امریکا دوستانش سگی به خانواده او اهدا کردند تا بتوانند مرگ او را با محسوس شدن با آن راحت تر تحمل نمایند!

آنچه که این بنده به عینه در غرب مشاهده نمودم، چندین و چند مقاله می طلبد و شاید در آینده بشود به بحث نشست ولی برای جمع کردن این نوشته به عرض می رسانم در بسیاری از انیمیشن ها و کارتون های سینمای غرب، تبلیغ شده و از همان دوران کودکی و خردسالی، این موضوع در ذهن کودکان القاء می شود که سگ بهترین دوست انسان بوده و آدم ها می توانند به جای دیگر هموعان خویش، با سگ ها دمخور و مأنوس شده و با آنها زندگی کنند. حجم عظیمی از فیلم های سینمایی غرب و سریال ها و برنامه های تلویزیونی در آمریکا و اروپا نیز مملو از داستان هایی درباره سگ ها و تأثیر آن ها در

زندگی آدم ها و یا حضور در متن و حاشیه قهرمان های اصلی فیلم هاست.

این حضور سگ در فیلم ها، گاهی تا آن حد احساسی می شود که اگرچه هر نوع تعرض و جنایتی در فیلم ها قابل قبول است اما کوچک ترین تعرض نسبت به سگ ها، به دلیل آنچه جریحه دار نمودن احساسات عمومی خوانده می شود تحمل نشده و سانسور می شود (مانند فیلم " آنچه اتفاق افتاد " ساخته بری لوینسون، فیلمساز برجسته سینمای هالیوود در سال 2007)!

افراط در نمایش زندگی سگی در فیلم های هالیوودی گاه به حدی است که بعضاً شخصیت های این فیلم در داستان و واقعیت با تیپ و نوع سگ هایشان شناخته می شوند! آنچنان که ضرب المثل معروفی در جامعه آمریکا رایج است بدین مضمون که:

شخصیت هر فردی را می توان از سگی که با او زندگی می کند، شناخت!

Januption

Sitagliptin 50 & 100 mg Tablet

دکتر جعفر عباسپور

ترشح انسولین و کاهش گلوکاگون، سطح قند خون را اصلاح می نمایند.

عوارض جانبی:

عوارض جانبی شایعتر (بیشتر یا مساوی 10 درصد): شامل عفونتهای دستگاه تنفس فوقانی، نازوفارنژیت و سردرد می باشد.

مصرف توأم با سولفونیل اوره ها و یا انسولین احتمال بروز هیپوگلیسمی را افزایش می دهد.

موارد منع مصرف:

واکنش افزایش حساسیت به محتویات موجود در دارو

هشدارها و احتیاطات:

پانکراتیت حاد:
در صورت شک به پانکراتیت حاد دارو را قطع نمایید.

موارد مصرف

- 1- درمان تک دارویی
- 2- درمان دو دارویی به همراه:
الف) متفورمین ب) سولفونیل اوره ها
ج) گلیتازونها
- 3- درمان سه دارویی به همراه:
الف) متفورمین و سولفونیل اوره ها
ب) متفورمین و گلیتازونها
- 4- درمان همراه با انسولین

مکانیسم اثر:

این دارو از دسته مهارکننده های دی پتیدیل پتیداز-4 (DDP-4 Inhibitor) می باشد که از غیرفعال نمودن هورمون های اینکرتین (Incretin) جلوگیری می کند. هورمون های اینکرتین (شامل GLP-1 و GIP) نیز با کنترل

بارداری می گردد ولی درمورد انسان اطلاعات کافی موجود نیست (Pregnancy Drug Category B). همچنین در حیوانات این دارو در شیر ترشح می گردد، لذا در دوره شیردهی در انسان باید با احتیاط کامل تجویز شود.

اطفال:

ایمنی و اثربخشی این دارو برای سنین زیر 18 سال ثابت نشده است.

تداخلات دارویی:

مصرف سیتاگلیپتین توأم با دیگوکسین سبب افزایش غلظت دارویی آن می گردد، لذا باید دوز مصرفی دیگوکسین را کاهش داد.

روش و مقدار مصرف:

دوز مصرفی روتین این دارو 100 میلی گرم یک بار در روز می باشد. این دارو را می توان به همراه غذا یا به تنهایی مصرف نمود.

مصرف توأم سیتاگلیپتین به همراه سولفونیل اوره ها یا انسولین نیاز به کاهش دوز این داروها دارد.

نارسایی کلیوی حاد:

باتوجه به نارسایی کلیوی متوسط ($30 < CrCl < 50$) یا شدید ($CrCl < 30$) و یا End Stage Renal Disease (ESRD) یا (ESRD) دوز دارو باید تنظیم گردد.

آرتراژی شدید:

در صورت بروز دردهای مفصلی شدید دارو را قطع نمایید.

دیابت:

این دارو برای درمان کتواسیدوز دیابتی و دیابت نوع 1 استفاده نمی شود.

آنژیوادم:

مصرف این دارو در بیمارانی که سابقه آنژیوادم با سایر داروهای مهارکننده دی پپتیدیل پپتیداز-4 دارند باید با احتیاط کامل انجام گیرد.

بارداری و شیردهی:

در مطالعات بر روی حیوانات (Rat) دوز بالای این دارو سبب ایجاد سمیت در دوره

تنظیم دوز این دارو در نارسایی کلیوی متوسط، شدید و بیماران کلیوی End stage

Dosage Adjustment in Patients With Moderate, Severe and End Stage Renal Disease (ESRD)

50 mg once daily

Moderate(RD)
CrCl ≥ 30 to < 50 mL/min
~Serum Cr levels [mg/dL]
Men: >1.7 - ≤ 3.0 ;
Women: >1.5 - ≤ 2.5

25 mg once daily

Severe(RD)and ESRD
CrCl < 30 mL/min
~Serum Cr levels [mg/dL]
Men: >3.0 ;
Women: >2.5 ;
or on dialysis

References:

PDR 2016 AHFS 2016

بسمه تعالی

با سلام و احترام

دومین همایش کشوری و چهارمین همایش دانشگاهی پژوهش در توسعه مدیریت و منابع نظام سلامت که 8 و 9 آذر 96 در دانشگاه علوم پزشکی بابل برگزار گردید مقاله ارسالی اینجانب تحت عنوان **(بررسی الگوی تجویز دارو و سرانه دارویی قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده در مراکز بهداشتی-درمانی استان گیلان)** که با همکاری آقایان دکتر رحیمی، دکتر احسانی و دکتر آسوده انجام شده بود توسط کمیته علمی همایش در قالب پوستر حضوری از بین 183 مقاله کامل داوری شده پذیرفته و پس از داوری چند تن از اعضای هیئت علمی از بین 73 پوستر حاضر به عنوان پوستر برتر انتخاب و لوح تقدیر دریافت نمود.

مقاله کامل نیز در نوبت چاپ قرار دارد که پس از انتشار جهت استفاده همکاران به دفتر مجله جهت چاپ تقدیم خواهد شد.

با ارادت - دکتر قهرمانی



دومین همایش کشوری و چهارمین همایش دانشگاهی
پژوهش در توسعه مدیریت و منابع نظام سلامت
۱۳۹۶ و ۸ آذرماه



دانشگاه علوم پزشکی تهران

« به نام خالق هستی »

شماره: ۱۹۰۹۴ / ۳۰ / پ
تاریخ: ۱۳۹۶ / ۹ / ۹

گواهی پوستر برتر

جناب آقای حمید قربانی

بم آندیشی و هم فکری دانشگاه و مراکز تحقیقاتی در هلدش های علمی، کجک شایانی جست تقویت یه علمی و ارتقای
بجاری های علمی نماید. ضمن تشکر از حضور ارزشمند و کرامتد شاد. دومین هلدش کشوری و چهلدین هلدش دانشگاهی
پژوهش در توسعه مدیریت و منابع نظام سلامت که در تاریخ ۸ و ۹ آذر ۱۳۹۶ در دانشگاه علوم پزشکی بل برگزار گردید، با
کمال مسرت اعلام می دارد مقاله جنابعالی و بکاران: حسین رحیمی، عمران اسلانی، فرشید آسوده، با عنوان و بررسی
الگوی تجویز دارو و سرانه دارویی قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده در مراکز بهداشتی- درمانی استان
گیلان، به عنوان پوستر برتر پذیرفته گردید.

امید داریم برگزاری این هلدش با سرآغاز فصل نوینی در عرصه ی بکارهای های علمی، تقویت و تمسک روابط علمی دانشگاهی
گرد.

دکتر سید منظر هستی
رئیس دانشگاه و مدیر هلدش

دکتر محمود حاجی احمدی
مدیر توسعه مدیریت و منابع دانشگاه و مدیر هلدش

The 2nd National Congress and 4th University Conference on Research in the Administration
and Resources Development of Health System 29-30 November 2017

دوره اول / ویژه نامه ۱ / پاییز ۱۳۹۶

خلاصه مقالات دومین همایش کشوری و چهارمین همایش دانشگاهی «پژوهش در توسعه مدیریت و منابع نظام سلامت»

- **راهکارهای مواجهه با مهاجرت نیروی انسانی متخصص در بخش سلامت ایران**
حسنت اله اسدی، بتول احمدی، ابوالقاسم پوررضا، علی گراوند، عبدالله العاسیان کیا، مجتبی حسینی
- **تعیین و اولویت بندی شاخص های ارزیابی عملکرد بیمارستان با تکنیک دلفی در کارت امتیازی متوازن**
علی وفايي نجاره، حسين ابراهيمي پور، الهه هوشمند، هادی زمردی نیت*
- **مقایسه هزینه سالانه وسایل نقلیه دولتی و خصوصی در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل: ۱۳۹۵-۹۱**
حسن اشرفیان امیری، سید داود نصرالله پور شیروانی، حسن هدایتی، فتح اله رحمتی، هادی جان بابازاده، رحیم ملک زاده*
- **شناسایی و اولویت بندی عوامل رقابت پذیر تأثیرگذار بر عملکرد بیمارستان های خصوصی و دولتی بر اساس رویکردهای عمومی پورتر**
علی ماهر، سید مجتبی حسینی، ابوالفضل رعیت محتشمی، فاطمه تاجر، راضیه مالیر، فائزه رجبی
- **بررسی وضعیت استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات کارکنان دانشکده بهداشت و داروسازی دانشگاه علم پزشکی مازندران**
خدیجه بریمانی، جمیله آقابتبار رودباری، طیبه اسماعیلی
- **بررسی ارتباط ادراک کارکنان از عدالت سازمانی با پاسخگویی اجتماعی در بیمارستان های منتخب آموزشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۵**
محمد کشوری، عباس همایونی، مسعود طاهری میرقاندی، علی رضا یوسفی، مریم رادین منش
- **ارزیابی عملکرد مدیریت کاخداری مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه های علوم پزشکی استان مازندران**
سحر حموزاده، محمدعلی جهانی، قهرمان محمودی، جمشید یزدانی چراتی

شماره استاندارد بین المللی (شابا) الکترونیکی: ۶۱۷۴-۲۸۳۸

بررسی الگوی تجویز دارو و سرانه دارویی قبل و بعد از اجرای برنامه پزشکی خانواده در مراکز بهداشتی-درمانی استان گیلان

حمید قهرمانی^{۱*}، حسین رحیمی^۲، مهرا ن احسانی^۳، فرشید اسوده^۴

۱- دکترای داروسازی و ام بی ای، کارشناس مسئول دارویی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۲- دکترای داروسازی و ام بی ای، معاون فنی مرکز بهداشت

۳- دکترای پزشکی و ام بی ای، معاون اجرایی مرکز بهداشت

۴- دکترای پزشکی، کارشناس مسئول برنامه پزشکی خانواده مرکز بهداشت استان گیلان

خلاصه

مقدمه و هدف: برنامه پزشکی خانواده از سال ۱۳۸۴ در روستاهای کشور اجرا گردیده است. هدف از انجام این مطالعه بررسی روند مصرف دارو و تعیین شاخصهای دارویی قبل و بعد اجرای برنامه بود.

روش بررسی: این مطالعه، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۵ در سطح کلیه مراکز بهداشتی-درمانی استان گیلان انجام گردید. در این مطالعه با بررسی نسخ دارویی و اقلام تجویزی و قیمت نسخ و همچنین آمار و ارقام درآمدی و بودجه تخصیصی به شهرستانها و اسناد مالی در سال ۱۳۸۴ (سال قبل از اجرای برنامه) و ۱۳۹۰ (شش سال بعد برنامه) و ۱۳۹۵ (گسترش برنامه در شهرهای زیر سیست هزار نفر) جمع آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: تعداد نسخ صادره در سال ۱۳۹۰ نسبت به سال ۱۳۸۴، ۱/۹۵ برابر افزایش داشته است. سرانه تعداد نسخه ی صادره در سال ۱۳۸۴ معادل ۰/۲۸۸ (۲۸۸) نسخه برای هر ۱۰۰ نفر جمعیت) و در سال ۱۳۹۰ معادل ۰/۶۴۴ (۶۴۴ نسخه به ازای هر ۱۰۰ نفر) بود. از این رو سرانه صدور نسخه در سال ۱۳۹۰ بیش از ۲/۲ برابر نسبت به سال ۱۳۸۴ افزایش داشت. هزینه سرانه دارو به ازای هر نفر در سال ۱۳۸۴ معادل

۳۲۷۵ ریال و در سال ۱۳۹۰ معادل ۱۲۲۰۱ ریال بود. هزینه های دارویی در سال ۱۳۹۰، ۳/۱۵ برابر نسبت به هزینه های

سرانه دارویی در سال ۱۳۸۴ افزایش داشت. میانگین اقلام دارویی نیز سیر نزولی (از ۳ به ۲/۸) داشت.

نتیجه گیری: افزایش سرانه ی نسخ دارویی در مناطق اجرای برنامه ی پزشکی خانواده حاکی از افزایش تسهیلات برای مراجعین و بیماران به واحد های آرایه دهنده ی خدمات سلامت روستایی می باشد. از طرف دیگر کاهش میانگین اقلام نسخ صادره توسط پزشکان خانواده بیانگر رعایت اصول تجویز منطقی دارو توسط آنان می باشد.

واژه های کلیدی: شاخصهای دارویی، برنامه پزشکی خانواده، سرانه مصرف دارو، عدالت در توزیع منابع، مدیریت دارو

و تجهیزات

* مسئول مقاله

آدرس: معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان Hamidghahremani45@yahoo.com

مطالب مشرفه

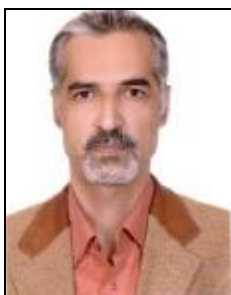
- شایستگی و شایسته سالاری از دیدگاه فردوسی

- استاد دکتر حسین یقینی ذوالفنون زمانه

- معرفی یک کتاب خوب

شایستگی و شایسته سالاری

از دیدگاه حکیم ابوالقاسم فردوسی



گردآوری و نگارش از: دکتر قهرمانی

می آید. از این رو، حتی در مهمانی‌های خویش جایگاه ممتاز را همیشه به یک نفر نمی‌داد. پادشاه با شایستگی در انجام کار، جایگاه افراد را تعیین می‌نمود و با سستی و ناشایستگی، او را به درجه‌ی پایین‌تر می‌گمارد. کوروش بزرگ، شرم داشت از این که شایسته‌ترین کسان به برترین جایگاه از سوی او سرفراز نشوند (برگرفته از کتاب سیرت کوروش کبیر / نوشته‌ی گزنفون / برگردان: وحید مازندرانی / ص 294).

بر بالای درگاه دانشگاه جندی‌شاپور، این سخن شاپور ساسانی نقش بسته بود: "شمشیرهای ما مرزها را می‌گشاید و قلم و دانش ما، دل‌ها و اندیشه‌ها را". ((شایسته‌سالاری)) در ایران به گونه‌ای بود که کودکی فرهنگی و دانش‌ور از

آن‌چه که جهان امروز «مردم‌سالاری» می‌نامد و آرزومند دست‌یابی به آن است، در ایران باستان به نام «شایسته‌سالاری» خوانده می‌شده است و از گزینش پادشاه، که شایسته‌ترین فرد بود، تا پیشه‌های دیگر انجام می‌پذیرفت و این یکی از رازهایی است که عامل نیک‌بختی ایرانیان بود و این چنین شهریاری بر سرزمین پهناور ایران‌زمین و جهان آن روزگار فرمان‌روایی می‌کرد و برای چهار گوشه‌ی جهان فرمان می‌فرستاد.

گزنفون حکیم یونانی، می‌نویسد: دیدگاه کوروش بزرگ نسبت به جامعه بر پایه‌ی شایستگی استوار بوده است. شاهنشاه هخامنشی بر این باور بود که چون شایسته‌ترین کسان، پادشاه شایستگی خویش یابند، هم‌چشمی نیک پدید

شارسانی (شهرستانی) دور به دربار پادشاهی چون "خسرو انوشیروان" راه می‌یافت و به نیروی خرد و بایستگی بر تخت وزارت جای می‌گرفت و آن کودک، بزرگمهر بود. در چنین جامعه‌ای که پایه‌ی آن بر شایسته بودن شهروندان استوار بود، اندیشه‌وران، خردمندان، استادان، دانش‌پژوهان، پزشکان، فرهنگیان، مهندسان، طراحان، هنرمندان و... در آسایش و آرامش زندگی می‌کردند و نه تنها از کشور گریزان نبودند و به ناچار بر سرزمین‌های دیگر روی نمی‌نهادند، بلکه ایران‌زمین جایگاه فره‌مندی برای فرزندان سراسر جهان بود و دربار خسروان نیز نشست‌گاه بینش‌وران و فرهیختگان بوده است. نمونه‌اش را از زبان پیر میهن‌مان بشنویم:

دل شاه کسرا پر از داد بود

به دانش، دل و مغزش آباد بود

به درگاه بر، موبدان داشتی

ز هر دانشی، بخردان داشتی

در ایران باستان حتا گزیدگانی چون

"جهان‌پهلوان رستم"، بر تخت پادشاهی،

گستاخانه پای نهاندند و ارج آن را نیک دانستند.

آیا ما به این فلسفه‌ی شگرف اندیشیده‌ایم؟

چو گفتند با رستم ایرانیان

که هستی تو زیبای تخت کیان

یکی بانگ برزد بر آن کس که گفت

که: "با دخمه‌ی تنگ بادی تو جفت

مرا تخت زر باید و بسته شاه؟! "

مباد آن بزرگی، مباد این کلاه"

گزین کرد از ایران ده و دو هزار

جهان‌گیر برگستوان و سوار
رها کرد از بند، کاووس را
همان گیو و گودرز و هم توس را
در شاهنامه که مجموعه‌ی آیین بزرگی
ایرانیان است، هر شاهزاده‌ای نیز شایسته‌ی بر
تخت نشستن نیست، چنان که پس از کشته شدن
نوذر، انجمن مهستان فرزندان او را زینده‌ی تخت
شاهی نمی‌دانند. زال، مهتر انجمن مهستان
می‌گوید: فرزندان نوذر، توس و گسته‌م برازنده‌ی
شهریاری نیستند. پادشاه باید فزون بر آن که
شاهزاده باشد، فرهنگ پادشاهی بداند و از آن‌چه
بر ایران گذشته نیک آگاه باشد. هنجار بخشیدن
و نگاه‌داری سپاهیان کاری بسیار دشوار است.
سپاه چون کشتی است و باد و بادبان این کشتی
شاهنشاه است.

بباید یکی شاه خسرو نژاد

که دارد گذشته سخن‌ها به یاد

به کردار کشتی است کار سپاه

همش باد و، هم بادبان تخت شاه

هر آن نامور کاو نباشدش رای

به تخت بزرگی نباشد سزای

اگر داردی توس و گسته‌م فر

سپاهست و گردان بسیار مر

نزبید بر ایشان همی تاج و تخت

بباید یکی شاه پیروزبخت

از این رو انجمن مهستان پس از نشست‌ها و

رایزنی‌ها "زو" را بر تخت شهریاری می‌نشانند.

ز تخم فریدون بجستند چند

یکی شاه، زیبای تخت بلند

ندیدند جز پور تهماسب، زو

که فرکیان داشت، فرهنگ گو

گیو، به فرمان خجسته سروش، خسرو، فرزند سیاوش را به ایران زمین می آورد و کاووس شاه او را بر اورنگ زرین می نشاند و تاج کیانی بر سرش می گذارد. همه ی گردان و پهلوانان بر پادشاهی "کی خسرو" آفرین می خوانند، مگر توس، سپه سالار ایران که "خسرو" را زینده ی پادشاهی نمی داند.

بر اورنگ زرینش بنشانند

به شاهی بر او آفرین خوانند

بیستند گردان ایران کمر

جز از توس نودر، که پیچید سر

که او بود با کوس و زرینه کفش

هم او را بدی کاویانی درفش

سپه دار توس بر این باور است که چون جهان داری از نژاد افراسیاب بر تخت نشیند، بخت ایران را به خواب درمی آید. وی می گوید: "فریبرز از خسرو برای پادشاهی سزاوارتر و شایسته تر است و از هیچ سوی نژادش به دشمن نمی رسد، تا فرزند باشد نییره چرا تاج بر سر گذارد؟"

فریبرز فرزند کاووس شاه

سزاوارتر زو به تخت و کلاه

به هر سو ز دشمن ندارد نژاد

همش فر و زیب است و هم نام و داد

بین سپاه ایران بر سر پادشاهی خسرو، نوه ی کاووس شاه و فریبرز، فرزند شاه کاووس دوگانگی رخ می دهد تا جایی که سپه دار ایران،

توس با کاویانی درفش در یک سوی، و سپه دار گودرز با لشکریانش در سوی دیگر روبه روی هم صف آرای می کنند. کاووس شاه هر دو سپه دار را به کاخ فرا می خواند. گفت و گویی تند در پیشگاه کی کاووس بین توس و گودرز درمی گیرد. در پایان، گودرز به کاووس شاه می گوید: دو فرزند پرمایه را نزد خود بخوان و با آنان به گفت و گو بنشین، آن که را شایسته تر است تخت و کلاه را بدو بسپار.

به کاووس گفت: "ای جهان دیده شاه

تو دل را مگردان از آیین و راه

دو فرزند پرمایه را پیش خوان

برخویش بنشان به روشن روان

بین تا زهر دو: سزاوار، کیست

که با برز و با فره ی ایزدیست

سزاوار را بخش تخت و کلاه

اگر سیر گشتی ز تخت و سپاه"

کاووس شاه این رای را نمی پذیرد و می گوید؛ هر دو فرزند در بر من یکسانند. اگر من یکی از آنها را برگزینم، دیگری دلش از من پر از کین می گردد. چاره ای می سازم که هر دو، کینه یی از من در دل نداشته باشند؛ و آن گشودن دژ طلسم شده ی بهمین است. دو سپه دار با این پیشنهاد هم رای می گردند، و سرانجام، طلسم دژ بهمین به دست کی خسرو گشوده می شود و شاه آزادگان با سپاهیان به دژ می آیند.

در دژ در شدن آن شاه آزادگان

ابا پیر گودرز کشوادگان

سپه‌دار توس «تو را زبید این نام و این دستگاه»

کی خسرو یک سال در دژ بهمن نشست دارد، آن گاه پیروزمندان به پای تخت روی می‌نهد. بزرگان او را پذیره می‌شوند. سپه‌دار توس، درفش کاویانی و زرینه کفش را نزد شاه برده، و می‌خواهد نشان سپه‌داری را به پادشاه بسپارد تا به شایسته‌ترین کس بدهد. توس از اندیشه‌ی بیهوده و کردار خویش سخت پوزش می‌خواهد.

همان توس با کاویانی درفش
همی رفت با کوس و زرینه کفش
بیاورد و، پیش جهان‌جوی برد
زمین را ببوسید و او را سپرد
بدو گفت: "کاین کوس و زرینه کفش
خجسته همین کاویانی درفش
ز لشکر بین تا سزاوار کیست
یکی پهلوان از در کار کیست"
ز گفتارها پوزش آورد پیش
بپسید از آن بیهوده رای خویش

شهریار بخشنده‌ی پوزش‌پذیر، سپه‌دار سرکش را می‌نوازد، و به او می‌گوید، این درفش کاویانی و این کفش زرین که نشان سپه‌داری ایران‌زمین است زبینه‌ی تو است، و جز تو شایسته‌ی دیگری نیست.

جهان‌دار پیروز بناختش
بخندید و بر تخت بنشاختش
ورا گفت: کاین کاویانی درفش
همین پهلوانی و زرینه کفش

نیم سزای کسی در سپاه
تو را زبید این نام و این دستگاه
جز از تو، کسی را سزاوار نیست
به دل در، مرا از تو آزار نیست

شاه بیدار دل و آگاه درمی‌یابد که با برکنار کردن مخالفان، از سپه‌سالار گرفته تا دست‌اندرکاران شایسته‌ی دیگر، هنجار کشور از هم می‌گسلد و دوگانگی پدید می‌آید. او خود را نماد هم‌بستگی مردم ایران‌زمین می‌داند، از این رو با برخورداری از فروغ خرد، کشور را آباد و آرامش خاطر اندیشمندان را فراهم می‌کند.

ایرانیان آزاداندیش، بر پایه‌ی خرد، می‌آزمودند و برمی‌گزیدند. چنان‌که: همگان، بهرام‌گور را به پادشاهی نمی‌خواهند؛ از این رو آزمایشی سخت می‌گذارند. آنان تاج را روی تخت پادشاهی می‌نهند و دو شیر غرنده را با زنجیر بر دو پایه‌ی تخت می‌بندند؛ هر کس تاج را از بین دو شیر از روی تخت بردارد و بر سر نهد و بین دو شیر بر تخت نشیند، همو سزاوار پادشاهی است.

بهرام پس از نیایش یزدان پاک، با گرز گاوسر به سوی تاج و تخت روی می‌نهد. یکی از شیران درنده زنجیر می‌گسلد و غران و دمان سوی بهرام می‌شتابد، بهرام با گرز چنان بر سرش می‌کوبد که جهان را پیش چشمش تیره و تار می‌کند، و دمان به نزدیک شیر دیگر آمده، زمان به او نمی‌دهد، گرز را بالا برده بر سرش می‌کوبد. آن‌گاه تاج دل‌افروز را برداشته بر سر می‌نهد و بر تخت پادشاهی می‌نشیند.

*توضیح: نویسنده و پژوهشگر عرب "جاحظ" (: ابو عثمان عمرو بن بحر جاحظ) در کتاب "تاج" ((آیین کشورداری در ایران و اسلام)) بر گرداننده به فارسی: استاد حبیب الله نوبخت به فرهنگ پادشاهان ایرانی می‌پردازد. وی فرهنگ پادشاهی را زیننده‌ترین فرهنگ می‌داند و پادشاه را شایسته‌ترین کس.



این نوشتار برگرفته از مقاله سرکار مهین بانو ترکمان اسدی از مجله افراز (نامه درونی انجمن فرهنگی ایران زمین)، شماره پنجم، از تابستان تا زمستان 1382 خورشیدی، ص فحه 86 تا 87 می باشد.

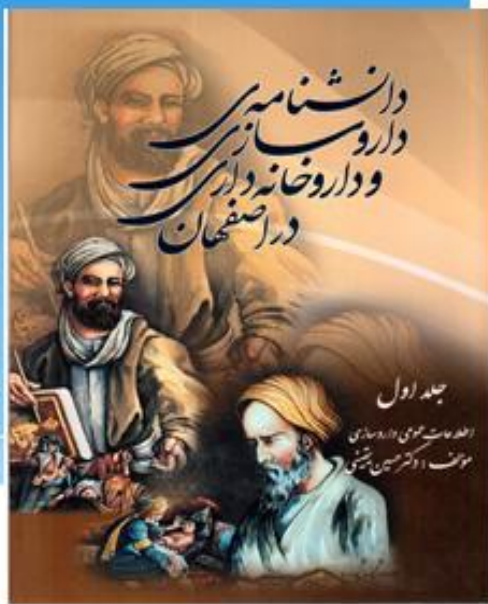
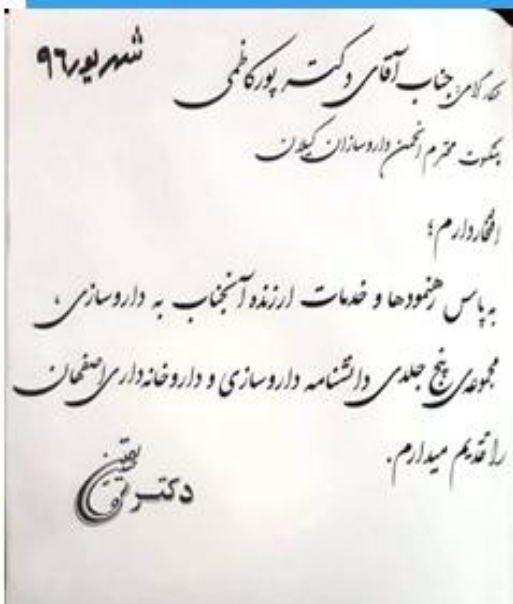
Email:hamidghahremani45@yahoo.com

کمربندی شهید بهشتی - نرسیده به پل عابر
جماران - داروخانه دکتر قهرمانی 33603401

وز آن جا بیامد خردمند شاه
نهاد آن گهی روی را سوی راه
همی رفت با گزری گاوروی
چو دیدند شیران پرخاش جوی
یکی زود زنجیر بگسست و بند
بیامد بر شهریار بلند
بزد بر سرش گرز، بهرام گرد
ز چشمش همه روشنایی ببرد
بر دیگر آمد بزد بر سرش
فرو ریخت از دیده خون بر برش
جهان دار بنشست بر تخت عاج
به سر برنهاد آن دل افروز تاج

سالار شایسته و توانای ایران زمین چون تاج بر سر می‌گذارد و بر تخت شهریاری جای می‌گیرد از مردمی که بر او شوریده بودند، کینه بر دل نمی‌گیرد و مردم را نمی‌آزارد. او برای شادمانی مردمان، رامش گرانی را از هندوستان به ایران گسیل می‌دارد؛ و چون گنج پادشاهان پیشین را می‌یابد و به بهرام گزارش می‌دهند، او فرمان می‌دهد آن گنج را بین مردمان پخش کنند. این است شیوه‌ی رهبری توانا و درست‌اندیش؛ و این بود نمونه‌ای از آیین آن جهان‌داران که خردورزی را بر کشور چیره می‌کردند. داستان‌ها و سرگذشت‌هایی که بر این آب و خاک گذشته است، به ما نکته‌ها می‌آموزد که اگر آن را به کار نبدیم زمانه با تلخی آن را به ما خواهد آموخت.

قدردانی و سپاس



استاد دکتر حسین یقینی ذوالفنون زمانه

است. حتی در تاریخ پرافتخار کشور ما نیز آنچه از بزرگان مان به یادگار مانده بیشتر به صورت روایت و نجواست. در اکثر موارد به جای نوشتن ترجیح می دهیم حرف بزیم که آن هم باد و هوایی بیش نیست و هیچ گونه ردپایی بر جای نمی گذارد.

افتخار آشنایی ام با دکتر یقینی به دهه هفتاد برمی گردد و آن مراسمی بود که در هتل عباسی اصفهان برگزار شد و من پس از دریافت تابلوی

در عرصه علوم پزشکی نام آوران ماندگاری هستند که به قول دکتر عباس ادیب استاد فارماکولوژی دانشگاه اصفهان به آنان به دلیل برخورداری از ذوق هنری می توان ذوالفنون زمانه لقب داد البته من در جایگاهی نیستم که با قلم ناتوانم درباره همکار هنرمندی چون دکتر حسین یقینی دست به قلم ببرم چرا که در این سن و سال، گفتار، گوی سبقت را از نوشتار ربوده و ادبیات این سنین به جای کتابت بیشتر شفاهی

نقاشی شده رازی که از جمله کارهای ماندگار اوست و مشاهده آثار هنری، نقاشی، گچ بری و آئینه کاری در هتل محل اقامت که از آثار بی بدیل ایشان است، در صدد ملاقات با وی برآمدم و انگیزه اش را برای چگونگی خلق چنین آثاری جویا شدم. ایشان گفتند، علاقه مندی ام به هنر و نقاشی از دوران کودکی آغاز گردید. هنر معماری و نقاشی در هر گوشه اصفهان خود آموزگاری است که کودکان را پیش از ورود به مکتب و مدرسه شیفته خود می سازد و همین امر موجب شد که از سال 1343 با پشتکاری زاید الوصف به این امر روی آورم. به راستی از جمله تفاوت های آدمیان با هم و آدمی معمولی چون من و امثال من در مقایسه با هنرآفرینی چون یقینی که خداوند خلایق هنری را در وجودش نهادینه کرده در همین نکات است. ذوق هنری و پشتکاری که وی در بستری آماده، در این زمینه به کار می برد علاوه بر حرفه تخصصی داروسازی از او وجودی بی همتا ساخته است به طوری که در جمع دانش پژوهان حاضر، قرین و نظیر کمتری از این دست می توان یافت. دکتر یقینی ضمن تلاش در حرفه داروسازی به زیور هنر و ادبیات و تاریخ آراسته است و ساعات فراغت خود را با شعر و موسیقی و عکاسی و نقاشی و ... سپری می کند. تصویر معروف زکریای رازی و بوعلی سینا که به عنوان نماد روز داروسازی و پزشکی زینت بخش مجالس مختلف می باشد از جمله آفرینش های هنری اوست.

کتابی که ذیلاً تصویر آن را ملاحظه می کنید تحت عنوان «دانشنامه داروسازی و داروخانه داری در اصفهان» از تألیفات ایشان است که به تاریخ علوم پزشکی به ویژه داروسازی و داروخانه داری در استان اصفهان می پردازد و در 5 جلد با صفحه آرای قابل قبول مجموعاً در 5000 صفحه تدوین یافته و در سال 1395 به عنوان کتاب برتر سال از ریاست محترم جمهوری لوح تقدیر دریافت داشته است. ضمن آرزوی طول عمر و موفقیت روزافزون برای این همکار گرانقدر ذیلاً اشاره کوتاهی داریم به جوایز و و تقدیرنامه هائی که تحت عناوینی چون نمونه، برتر، چهره ماندگار و بالاخره طراح در زمینه های مختلف از سال 1380 دریافت داشته اند.

1- دریافت لوح تقدیر به عنوان داروساز برتر در سال 1380 از زنده یاد دکتر توکلی رئیس نظام پزشکی اصفهان و عضو شورای عالی نظام پزشکی از دوره اول الی دوره چهارم

2- دریافت لوح سپاس از خانه صنعت و معدن اصفهان در سال 1384 به عنوان طراح صنعتی برتر

3- دریافت لوح به عنوان چهره ماندگار کشوری در سال 1385 از آقای دکتر سیدمحمد خاتمی رئیس جمهوری و لوح سپاس از انجمن داروسازان و دانشکده داروسازی اصفهان در سال 1385

4- دریافت لوح سپاس به عنوان طراح صنعتی برتر از رئیس انجمن ماشین سازان اصفهان و تقدیرنامه بابت کتاب پژوهشی و فناوری سال از معاونت توسعه ی منابع استانداری در سال 1389

5- دریافت لوح از استاندار به عنوان محقق برتر سالهای 1391 و 1392

6- دریافت لوح سپاس از دکتر غلامرضا اصغری رئیس وقت دانشگاه به عنوان داروساز نمونه در سال 1393

7- دریافت لوح تقدیر به عنوان داروساز نمونه از انجمن داروسازان ایران و رئیس دانشکده پزشکی اصفهان.

8- تقدیرنامه به عنوان طراح آرم دانشگاه اصفهان در قبل از انقلاب از رئیس وقت دانشگاه، طرح آرم تعاونی درمانگران اصفهان و آرم نظام پزشکی اصفهان از مسئولان مربوطه و تقدیرنامه بابت طراحی از دانشگاه شیخ بهایی اصفهان، مؤسسه عالی دانش پژوهان اصفهان و آرم دانشکده سنتی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی تهران.



حسین یقینی فرزند مرتضی متولد بهار ۱۳۲۲، دارای دکتری داروسازی با گرایش فارماکوکسوزی، لیسانس در رشته‌ی ادبیات و دارای تحصیلات عالی نا مقطع فوق لیسانس در رشته‌های تاریخ و معماری داخلی سنتی

فعالیت‌های اجرایی، صنعتی، آموزشی، علمی و هنری

تدریس بیش از ۵۰ سال از دبستان تا دانشگاه‌های مختلف (درس‌های تخصصی ادبیات، تاریخ، شیمی، داروسازی، هنر، معماری، نقاشی، موسیقی)

دیپورتنگاری‌های ماندگار شده از جمله: هتل عباسی، سالن دانشکده داروسازی و نمادی از منازل اصفهان و تهران ساخت پوسترهای آبرنگ از بزرگانی چون شیخ الرئیس ابوغلی سینا که سازمان نظام پزشکی کشور چاپ کرده و در سراسر جهان منتشر شد. پوستر روز داروساز از زکریای رازی و پوستر دکتر محمد فریب

از جمله کارهای گرافیکی و ماندگار او: آرم دانشگاه اصفهان، نظام پزشکی و نظام پزشکی اصفهان، آرم درمانگران اصفهان، آرم همایش حقوق، اخلاق و پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تندیس‌های ماندگار جهت بزرگداشت پیتکسوتان، اندیشمندان و هنرمندان بزرگ از جمله: تندیس دانشگاه علوم پزشکی، صنعت و هنر و بسیاری دیگر

طراحی و اجرای صنایع هنر چوب از قبیل آلت چینی، اسلیمی، گره‌های تو خالی و تو پر و شیشه و هنر آینه‌بری
سخنرانی در محافل دانشگاهی و رادیو تلویزیون‌های داخل و خارج از کشور در زمینه‌ی علوم پزشکی، معماری، عکاسی، هنرهای تجسمی و تاریخ

تألیفات در زمینه‌ی پزشکی، داروسازی، شیمی، تاریخ، هنر و معماری
تهیه‌ی آلبوم‌هایی از عکاسی در زمینه‌های مختلف از جمله آثار تاریخی اصفهان، عشایر مرتعبا با اصفهان و مشاغل از یاد رفته اصفهان



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

نواظم ویاسترون

فرهنگ گرامی جناب آقای حسین یثینی

نکوداشت کتاب نشانه عزت اندیشه و اندیشه و رزان جامد است. آقای روز افزون و ارتقاء سطح فرهنگی جامد مرمون تلاش
 فرزانه‌گانی است که علم و دانش خود را خالصانه به دیگران تقدیم می‌کنند. فرهنگ فرور آفرین ایران اسلامی سرشار از تسلسل،
 تدبیر و ایمان واقعی فرهنگیان این مرز و بوم می‌باشد که این مهم افتخاری ستودنی است.

نام مقدس کتاب که برآیند کوشش و کوشش بوشندان فرهنگیان در عرصه فرهنگی و تمدن ایران اسلامی است، می‌تواند
 نشانگر فرهنگ، دانشوری و فرهنگ گسترده باشد. به یمن سی و چهارمین دوره کتاب سال جمهوری اسلامی، که آینه
 تمام نمای مشارکت دینی- ملی و فرهنگی است؛ تلاش عالمانه جناب عالی را در تألیف کتاب دانشمند و آروسازی و آروسازنداری
 در اسنن ارج می‌نم.

امید است در پرتو الطاف خدای متعال در یاری ربانی به کسرتش فرهنگ موفق باشید.

حسین یثینی

معرفی یک کتاب خوب

چرا حال انسان امروزی خوب نیست؟

(روشهای موثر برای مواجهه با سایه‌های فردی، اجتماعی و سازمانی)

انتخاب از: دکتر حمید قهرمانی

چرا حال انسان امروزی خوب نیست؟

موضوع: خودشناسی و خودسازی

نویسنده: مایکل روث

مترجم: فریبا مقدم

ناشر: انتشارات بنیاد فرهنگ زندگی

سال انتشار: 1389

موضوع این کتاب "سایه" است. می‌دانیم سایه از مفاهیم محوری اندیشه و روانشناسی تحلیلی یونگ است.

نویسنده کتاب، دکتر مایکل روث با اتکا به یونگ، سایه را در عمق و تار و پود آن، در بسترهای بسیار درونی، روزمره و در عین حال اجتماعی آن بررسی کرده است. بررسی وی توام



با اشارات به منابع معنوی و همچنین رویدادهای واقعی دنیای معاصر است که هنرمندان، کهن را به تازه ها می آمیزد. به این ترتیب خواننده احساس می کند که موضوع کتاب، به مشکلات و سردرگمی های وی هم می پردازد و در نتیجه برای او بیگانه نیست (یا به او هم مربوط می شود). در عین حال او را در این دنیای سرد مملو از دغدغه ها و در احساس بی ریشگی، تنها نمی گذارد.

در عوض مرتبه و شان حقیقی او را به وی یاد آور می شود؛ او را به منابع مقدس و فطری اش پیوند می دهد و به این ترتیب حضور و حمایت نیرویی برتر، همانا خدا و معنویت را به خواننده خاطر نشان می کند. دکتر روث در این کتاب با مهارت خواننده را آگاه می سازد که سایه به بطن وجودی انسان سرشته است و این انسان، محدود و منحصر به زمان و مکان نیست؛ گویی سایه بخشی از خلقت آدمی از حضرت آدم (ع) تا اندیشمندان و برجسته گان در طول تاریخ و افرادی معمولی در زمان معاصر بوده است و چالش ازلی انسان برای رشد و تکامل وی از مرحله خاک تا مقام رفیعی است که همواره برای او منظور شده است.

نویسنده در این کتاب نشان می دهد که این وجه تاریک در همه وجود دارد، راه خروج از

آن را ارائه می دهد و فراتر از آن، کتاب مملو از موج و تکانه های بیداری و شناخت است. منظورم این است که صرف خواندن این کتاب، میل، جهت و نیروی تحول درونی را در خواننده ایجاد می کند.

ما مقام افتخارآمیز ذاتی مان را که به آن فراخوانده شده ایم از دست داده و ترک کرده ایم. این موضوع انکارناپذیر است. جامعه ما دیگر اجازه نمی دهد به خود نگاه کنیم و به نتیجه دلخواه مان برسیم. واضح است که انسان امروزی چنانکه یونگ می گوید در جست و جوی روح است. بنابراین زمان آن رسیده است که بازگشت کنیم، بازگشتی به خود حقیقی مان.

در زندگی اشتباهی در کار است و ما بسیار پایین تر از مرتبه ای که برای انسان بودن منظور شده است، زندگی می کنیم؛ در عین حال باید بدانیم که این مشکل بسیار جدی است اما قابل اصلاح می باشد. همه ما به کمال روحی و روانی مان که آن عرصه زندگی است، دعوت شده ایم. امیدواریم بتوانیم در این کتاب درک و شناخت مان از زندگی را اندکی وسعت بخشیم. در کتاب چرا حال انسان امروزی خوب نیست پیشنهادهایی برای چگونگی پیمودن این راه پر پیچ و خم ارائه می شود.

نامه‌ها و مکاتبات اداری

به نام خدا

جهت ساخت داروهای ترکیبی و بررسی آن در هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان دستمزد ساخت داروهای ترکیبی به قرار ذیل اعلام می گردد.

موسس محترم داروخانه
مسئول فنی محترم داروخانه
با سلام و عرض ادب
احتراماً، درخصوص تعرفه خدمات دارویی

اجزای فرمول	اجزا بدون بالک	اجزا حاوی بالک	حاوی مواد محرک، سمی یا هورمونی	به درخواست بیمار توسط مسئول فنی
دو قلم جامدات	35.000 ریال	100.000 ریال	120.000 ریال	130.000 ریال
دو قلم مایعات	30.000 ریال	80.000 ریال	100.000 ریال	110.000 ریال
سه قلم جامدات	50.000 ریال	120.000 ریال	160.000 ریال	180.000 ریال
سه قلم مایعات	45.000 ریال	100.000 ریال	140.000 ریال	150.000 ریال
چهار قلم جامدات	60.000 ریال	150.000 ریال	200.000 ریال	250.000 ریال
چهار قلم مایعات	50.000 ریال	120.000 ریال	170.000 ریال	200.000 ریال
بیش از چهار قلم	70.000 ریال	تا 350.000 ریال	تا 500.000 ریال	تا 500.000 ریال

که در ساخت آنها از فرآورده های raw materials استفاده شده باشد.

تبصره 2: در صورتی که بنا به ضرورت ساخت فرمولاسیون نیاز به استفاده از اجزایی به غیر از

تبصره 1: منظور از اجزای بدون بالک، فرمولهایی هستند که در ساخت آنها از فرآورده های آماده تجاری استفاده می شود و منظور از اجزای حاوی بالک فرمولهایی هستند

فرمول بر اساس تعرفه اعلامی قابل دریافت می باشد.

تبصره 5: در صورتی که همکار داروساز به درخواست بیمار و از فهرست اجزا جدول پیوست 2 با درصدهای کازمیتیک اقدام به ساخت فرمولاسیون ترکیبی برای بیمار نماید، مجاز به دریافت مبلغ تعرفه ساخت مطابق جدول اعلام شده می باشد. فهرست های جداول 1 و 2 بنا به ضرورت بازبینی و اعلام خواهند شد.

اجزای درج شده در نسخه باشد. نحوه محاسبه بر اساس تعداد اجزای استفاده شده خواهد بود.

تبصره 3: در صورتی که موادی برای بهبود ویژگی های ظاهری اعم از اسانس و رنگ و طعم دهنده در ساخت فرآورده استفاده شده باشد مشمول تبصره 2 نمی باشد.

تبصره 4: فهرست مواد محرک، سمی یا هورمونی به جدول پیوست 1 خواهد بود که در صورت استفاده حداقل یکی از این اجزا در

جدول فهرست 1:

پودوفیلین	آب اکسیژنه	تری کلرو استیک اسید	سالیسیلیک اسید
ترتینوئین (پودر)	پروژسترون	کتوکونازول	فنل
دیترانول (آنترالین)	دگزامتازون (پودر)	متوکسالن	کولودیون

جدول فهرست 2:

جزء فرمولاسیون	توضیح	جزء فرمولاسیون	توضیح
اوره	تا 10 درصد	گلیسرین	تا 5 درصد
سالیسیلیک اسید	تا 2 درصد	لاکتیک اسید	تا 3 درصد
کامفر و منتول	تا 0.1 درصد	کل تار	تا 2 درصد
لانولین	تا 3 درصد	دکسپانتنول	تا 5 درصد
مشتقات زینک	-	سولفات مس و منیزوم	-
گوگرد	تا 5 درصد	سدیم کلراید	-
ویتامین ها	-	اجزای پایدارکننده و قوام دهنده	-
عصاره های گیاهی	بجز مواد محرک و سمی		

با سپاس - دکتر مهرناز مظفری

رئیس انجمن داروسازان گیلان

ریاست محترم گروه مالیاتی 550800

سلام علیکم

احتراماً، به پیوست یک نسخه از تصویر مصوبه مورخ 95/3/20 به شماره 32513/ت/53038 هیئت محترم وزیران مبنی بر تعیین سقف خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی برای سال 95 تقدیم می گردد. با توجه به تبصره بند ب مصوبه مذکور (که با های لایت مشخص شده است) تعرفه خدمات دارویی بر اساس محاسبه $0/1$ ضریب k (210/000 ریال= k) 21000 ریال تعیین گردید. از طرفی جهت اجرای مفاد نامه شماره 7005-د/3- مورخ 94/4/29 معاونت محترم غذا و دارو استان گیلان (که به ضمیمه آمده است) دال بر تعیین و اعمال تعرفه نسخ دارویی برای نسخ تا سقف 20/000 ریال مبلغ 9000 ریال و بالای 20/000 ریال مبلغ 21000 ریال، اعلام می دارد با بررسی میدانی میانگین ریالی، تعرفه خدمات دارویی داروخانه ها مبلغ $(21000+9000) \div 2 = 15000$ (مطابق با رشد 5 درصدی تعرفه خدمات دارویی مصوبه هیئت وزیران در سال 95 نسبت به 94) تعیین می گردد تا در درآمد مشمول مالیات تعرفه مورد محاسبه قرار گیرد.

ضمناً با توجه به افزایش قیمت دارو در سال مزبور و عدم پذیرش قیمت داروهای خارجی توسط سازمانهای بیمه گر پیشنهاد می گردد تا میانگین ریالی نسخ برای داروخانه های عادی مبلغ 400/000 ریال مورد محاسبه قرار گیرد. بدیهی است این میانگین برای داروخانه هایی که مبادرت به توزیع داروهای گران قیمت بیماران خاص با میانگین سود

5-3 درصد توزیع، می نمایند 12 برابر عدد مذکور (4/800/000 ریال) خواهد بود.

با تشکر - دکتر مهرناز مظفری

رئیس انجمن داروسازان گیلان

جناب آقای دکتر محمدباقر ضیاء

رئیس محترم انجمن داروسازان ایران

سلام و عرض ادب

احتراماً به عرض می رساند، پیرو حذف داروهای OTC از لیست داروهای تحت پوشش سازمانهای بیمه گر، خواهشمندیم مذاکراتی را با مسئولین ذی ربط جهت افزایش مارژین این داروها تا 35% (20% درصد فعلی + 15% حق تعرفه داروهای OTC) را روی بسته بندی داروهای فوق درج نمایند تا همه داروخانه ها با یک قیمت واحد ارائه خدمت نموده و از هرج و مرج و مشکلات فراوانی که هنگام تحویل داروهای OTC در داروخانه ها بوجود خواهد آورد، جلوگیری شود.

با سپاس - دکتر مهرناز مظفری

رئیس انجمن داروسازان گیلان

جناب آقای دکتر احسان ابوطالب

رئیس محترم دانشکده داروسازی دانشگاه

علوم پزشکی گیلان

با سلام و عرض ادب

احتراماً به عرض می رساند، علاقه مندیم جهت پیشبرد اهداف انجمن داروسازان گیلان، جلسه مشترکی با همکاران محترم دانشکده

داروسازی و دانشجویان علاقه مند به کار صنفی داشته باشیم.

لذا خواهشمندیم زمان مناسبی را برای برگزاری این جلسه اعلام فرمائید.

با سپاس - دکتر مهرناز مظفری
رئیس انجمن داروسازان گیلان

جناب آقای دکتر سید مهدی سجادی
دبیر محترم انجمن داروسازان ایران

با سلام و عرض ادب

به اطلاع میرساند که جناب آقای دکتر نادر یوسفی عضو هیئت مدیره و نایب رییس انجمن داروسازان استان گیلان طی حکمی از طرف جناب آقای دکتر علی نوبخت حقیقی ریاست محترم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، به عنوان مشاور کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در حوزه دارویی منصوب گردیدند (ضمیمه نامه). مراتب جهت اطلاع و اقدامات لازم اعلام می گردد.

با سپاس - دکتر کیان یعقوبی
دبیر انجمن داروسازان گیلان

جناب آقای دکتر سید مهدی سجادی
دبیر محترم انجمن داروسازان ایران

با سلام و عرض ادب

در پاسخ به نامه شماره 784/الف/96 مورخ 96/8/14 آن انجمن به استحضار می رسانم که با توجه به مشکلات مالی انجمن داروسازان استان گیلان بدلیل فشارهای اداره دارائی این استان و ادامه وضعیت فوق تا زمان حال و همچنین کمک داروسازان استان برای حل مشکل بدهی مالیاتی این انجمن فعلاً امکان کمک مالی به انجمن داروسازان ایران وجود ندارد ولی هیئت مدیره انجمن داروسازان استان گیلان حداکثر تلاش خود را در جهت جذب کمک های مالی اعضاء و انتقال آن به انجمن داروسازان ایران انجام خواهد داد.

با سپاس - دکتر کیان یعقوبی
دبیر انجمن داروسازان گیلان

پیام تسلیت

اعضای هیأت مدیره انجمن داروسازان گیلان و هیأت تحریریه مجله حکمت گیل درگذشت استاد فرهیخته **فریدون بخت آور** را به خانواده محترم ایشان تسلیت می گوئیم. 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 فقیه شجاعی** 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 مریم پیک موسوی** 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

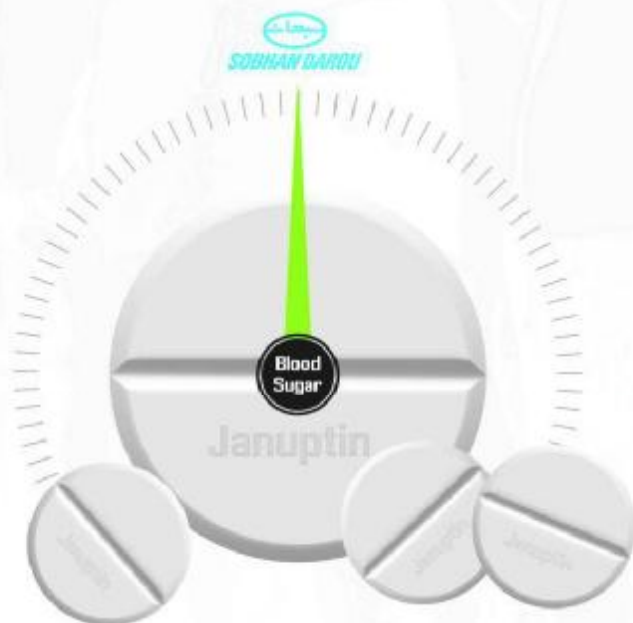
متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند **جناب آقای دکتر شهریار شناسایی** در غم از دست دادن پدر گرامی شان سوگوار شدند. با عرض تسلیت به این بزرگوار برای آن مرحوم از دست رفته آرامش ابدی و برای بازماندگان گرامی صبر و شکیبایی آرزو می نمایم.

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »



**بازدید علمی دانش آموختگان سال 1354 دانشکده
داروسازی تبریز
به همراه زنده یاد استاد دکتر فریدون بخت آور**

Balance In the Middle



Januption®

Sitagliptin 50 & 100 mg Tablet

Once Daily