

بهار 96

شماره 170



**گیاه جینکوبیلوبا - رشت ، خیابان حافظ  
روبروی داروخانه دکتر زین العابدینی**

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 / از « نردبان مازلو » تا « شهرک رقابت » !
- 8 \* مصاحبه آقای دکتر خیری
- 11 \* خبرهای بهار 96
- 13 \* تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (28)
- 19 \* بر بال خاطره (دکتر قدیری افشار)
- 23 \* خسارات و جبران آنها
- 26 \* مصاحبه آقای دکتر خیری
- 30 \* تو را ای کهن بوم و بر دوست دارم
- 33 \* سنگهای کلیه و گیاهان دارویی مؤثر ...
- 36 \* سربازان فیزیولوژیک بدن (2)
- 40 \* استفاده از تکنولوژی نانو در .... (2)
- 46 \* سیگارهای الکترونیک
- 52 \* عوارض رنگ مو
- 54 \* آشنایی با یکی از درختان فضای سبز رشت
- 58 \* سندرم تونل کارپال
- 60 \* گیاهان دارویی نیز عوارض دارند
- 65 \* نگاهی به تاریخچه نظام پزشکی در ایران
- 70 \* معرفی و پیشنهاد سه کتاب خواندنی
- 76 \* نامه ها و مکاتبات اداری

### سایت انجمن داروسازان گیلان

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

### نشانی انجمن داروسازان گیلان

رشت: انتهای خیابان سعدی، نرسیده به میدان  
گلزار، خانه داروساز، ص.پ 1778 - 41635  
تلفن: 33110002 - 33119132  
فاکس: 33119131

به نام خداوند جان و خرد

### حکمت گیل

### ماهنامه انجمن داروسازان گیلان

(نشریه علمی، پژوهشی و اجتماعی)

« بهار 1396 »

شماره 170

### صاحب امتیاز:

انجمن داروسازان گیلان

### مدیر مسئول:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

### سر دبیر:

دکتر محمدمصدق کمالی

### اعضای هیئت تحریریه: دکترها

حمیرا آذرگشسب، منصور آزاد، محمد برکتی موحد،

ژاله تحویلدار، مرجان شالچی، حمید قهرمانی،

جعفر عباسپور، ژیلای گیتی نژاد، سیداحمد میرسنبل،

کیان یعقوبی

اجرای کامپیوتری: نازلی تنی

طرح روی جلد:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

لیتوگرافی: همراهن

چاپ و صحافی: توکل





## از « نردبان مازلو » تا « شهرک رقابت » !

(1)

که یک داروساز اعم از مؤسس داروخانه، مسئول فنی، کارمند دولت، شاغل در بخش صنعت و ... ممکن است با آنها مواجه شود، حداقل در مورد «انجمن داروسازان» مرا به چنین تعریفی رسانده است:

«وظیفه انجمن داروسازان این است که شرایط ایده آل ارائه خدمت با بهترین کیفیت ممکن را برای اعضایش فراهم کند به نحوی که از طرفی بالاترین بازدهی و دستاورد را برای گروه هدف

کاری ندارم که دیگران «انجمن صنفی» (سازمان مردم نهاد، NGO یا هر اسم دیگری) را در فرهنگها و دایره المعارف چگونه تعریف کرده اند و یا چه رسالت و اختیاراتی برایش قائل شده اند اما 8 سال عضویت در ترکیب هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان به لطف آرای همکاران و قریب 25 سال قلم زدن در نشریه انجمن (از زمانی که در قالب یک جزوه و به صورت «گاهنامه» منتشر می شد) و لمس عملی تقریباً همه مشکلاتی

(مردم) داشته باشد و از طرف دیگر هم تأمین و تضمین کننده حقوق مادی و معنوی اعضا باشد»

بدیهی است رسیدن به چنین هدف والایی مستلزم شناخت جوانب مختلف امر و تدوین استراتژی و خط مشی مناسب برای دستیابی به آن است. انجمن باید موانع موجود در مسیر رسیدن به اهداف صنفی را بشناسد و آنها را تا جایی که توان و اختیاراتش اقتضا می کند، از میان بردارد؛ موارد خارج از اختیار را به مسئولین ذیربط حکومتی منعکس و نتیجه را پیگیری کند و بالاخره با ایجاد یک مجموعه منسجم، فعال و در عین حال پویا با همدلی و همفکری اعضا روز به روز به ایده آلها نزدیکتر شود.

(2)

دوستانی که به روانشناسی علاقه دارند، حتماً اسم «آبراهام مازلو» روانشناس معروف آمریکایی را شنیده اند. مازلو پدر «روانشناسی انسانگرا» است. او نگرش، فعالیتها و باورهای انگیزشی انسان را زائیده نیازهای او می داند و با تقسیم نیازهای انسان به پنج سطح یا پنج پله یک نردبان، معتقد است نیازهای هر پله زمانی اولویت و اهمیت پیدا می کنند که نیازهای پله قبلی برآورده شده باشند. مثلاً زمانی که نیازهای «فیزیولوژیک» انسان (پله اول) باقی باشند، انسان هیچگاه به صرافت رفع نیاز به «احترام و عزت نفس» یعنی پله چهارم نخواهد افتاد. ضرب المثل پارسی «شکم گرسنه ایمان ندارد» در حقیقت بیانگر همین موضوع است که قطعاً به زمانهای بسیار

دورتر از دوران زندگی مازلو (1970-1908) برمی گردد.

(3)

ما این توانایی و این حق را داریم که به عنوان یک متخصص علوم دارویی مورد مشاوره پزشک و بیمار قرار بگیریم و ارزش کاری که برای بیمار انجام می دهیم، به هیچ عنوان کمتر از ارزش ویزیت یک پزشک نیست.

همچنین ما این توانایی را داریم که دستورات دارویی تجویز شده برای یک بیمار بستری را با یک دید کاملاً علمی تفسیر کنیم؛ نقاط قوت و ضعفش را تشخیص دهیم و اصلاحات لازم را در راستای بالا بردن کیفیت درمان و به حداقل رساندن آثار جانبی به پزشک معالج توصیه کنیم. البته این دو مثال برای داروساز شاغل در داروخانه و بیمارستان است و طبعاً در حوزه های دیگر (مثلاً صنعت) هم می توان موارد متعددی از توانایی های بالقوه و بالفعل یک داروساز را برشمرد.

بدیهی است که انسان فطرتاً نیاز به بروز دادن توانایی های خود دارد. به ویژه اگر این توانایی ها تخصص او بوده و به کارگیری آنها برایش نفع مادی در پی داشته باشد.

اگر فقط همین دو مورد فوق را به عنوان توانایی علمی و در نتیجه نیاز یک داروساز در نظر بگیریم، مسلماً هیچکدامشان در پله اول نردبان مازلو قرار نمی گیرند. در واقع با کمال تأسف باید گفت که ما بعد از حدود یک قرن کار صنفی هنوز

نتوانسته ایم از پله اول بالا برویم! پله ای که نیازهای ابتدایی از قبیل گرفتن طلب از سازمانهای بیمه گر در زمان مناسب، برخورداری از تعرفه خدمات دارویی متناسب با فعالیت، برخورداری از عدالت مالیاتی، دیده شدن خدمات داروسازان و برقراری ضریب ارزش نسبی قابل قبول و ... را شامل می شود.

راستی ارائه خدمات دارویی به بیمه شدگان در راستای سلامت آنها کمتر از خدمت اداره برق ارزش دارد؟

«در صورت عدم پرداخت بدهی در مهلت تعیین شده، انشعاب شما قطع خواهد شد»

این جمله ای است که با خط جلی روی فیش آب و برق و ... نوشته می شود!

(4)

شاید از زمانی که نخستین داروسازان شروع به کار کردند، افرادی نیز پیدا شدند که چشمشان، دارو را به شکل اسکناس می دید! این افراد که از همان ابتدا سودای حذف داروسازان و تسلط بر داروخانه ها را در سر می پروراندند، در طول سالیان دراز به صورت سیستماتیک و حساب شده و با یک حرکت خزننده بر این کالای حیاتی چنگ انداخته اند و روز به روز هم در سایه سوء مدیریت مسئولین و بی تفاوتی محض خیل عظیمی از همکاران خودمان، سلطه شان را بیشتر و بیشتر گسترش می دهند. این تشکیلات ظاهراً نامرئی که

گاهی از آن به اسم «مافیای دارو» یاد می شود، نگاه داشتن داروساز در پله اول مطالبات صنفی را به عنوان یک استراتژی مهم به کار گرفته و همواره در حال تلاش و لابی گری برای تضعیف داروسازان است. چرا که بالا رفتن از پله اول، می تواند سریعاً به یک جهش بزرگ و بالا رفتن از پله های بعدی بینجامد و کار به جایی برسد که در اندک مدتی تمام رشته های تشکیلات مورد نظر را پنبه کند!

اعتقاد دارم که امروز، آنچه باعث درجا زدن انجمن در پله های ابتدایی این نردبان شده، همین پدیده است که نمود عینی آن را در قالب داروخانه های پراتیک و متأسفانه گاه برخی همکاران پراتیک تر می بینیم!

(5)

همه داروسازان و به ویژه فعالان صنفی اذعان دارند که 4 سال اخیر، یعنی دوره دولت محترم تدبیر و امید، آزاردهنده ترین و تلخ ترین دوره برای داروسازان در دهه های اخیر بوده است و این را به هیچ عنوان نمی توان تصادفی دانست. طرحهای مخربی از قبیل داروخانه های طبیعی، داروخانه های زنجیره ای و ... که در طول این مدت آرامش و امنیت شغلی داروسازان را همواره برهم زده اند، بی گمان از همین جریان خزننده نشأت می گیرند و با چاشنی غرض ورزی و سوء مدیریت مسئولین مربوطه روز به روز بیشتر باعث تضعیف و درماندگی داروسازان می شوند.

جالب اینجاست که این پروژه ها تمامی هم ندارد و به قول معروف: هر دم از این باغ، بری می رسد!

دو سناریوی آخر که تازه نوشته شده اند و در حال حاضر مراحل فنی خود را می گذرانند!، عبارتند از: 1- احداث شهرکهای سلامت 2- مصوبه شورای رقابت.

صاحبنظران بر این اعتقادند که سناریوی اول کاملاً در راستای تحقق هدف «داروخانه های زنجیره ای» است که در مورد آن بسیار صحبت شده و داروسازان در مخرب بودن آن اتفاق نظر دارند. هر چند به ظاهر در لفافه الفاظ فریبنده ای از قبیل سامان دادن به سیستم سلامت، رفاه مردم و ... پیچیده شده باشد!

سناریوی دوم اما دو تفاوت عمده با قبلی ها دارد. یکی اینکه ظاهراً در جایی غیر از وزارت بهداشت کلید خورده و به نظر می رسد که مجریان

احتمال موفقیت بیشتری برای آن قائل هستند چرا که اساس آن بر تفرقه افکنی بین داروسازان استوار شده و این، هوشیاری داروسازان را می طلبد. دوم اینکه چنین وانمود می شود اجرای آن به نفع یک گروه عظیم از داروسازان (مسئولین فنی) است که حتی اگر هم در کوتاه مدت تحلیل غلطی نباشد (که هست)، در درازمدت عواقب جبران ناپذیری را برای اقتصاد شکننده داروخانه ها در پی خواهد داشت و در نهایت دودش به چشم همه داروسازان خواهد رفت!

با پوزش از اطاله کلام و آرزوی سربلندی داروسازان در عبور از این مراحل حساس، از همکاران تقاضا دارم تحلیل خودشان را از دو سناریوی مذکور جهت چاپ در شماره آتی به دفتر نشریه ارسال دارند.

**با احترام - سردبیر**

# صنعتی و اجتماعی

- 1 - مصاحبه آقای دکتر خیری با خبرگزاری فارس
- 2 - خبرهای بهار 96
- 3 - تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (28)
- 4 - بر بال خاطره (دکتر قدیری افشار)
- 5 - خسارات و جبران آنها
- 6 - مصاحبه آقای دکتر خیری با خبرگزاری فارس





دکتر حمید علاف خیری

## مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران در گفت‌وگو با فارس : ارتقا خدمات دارویی در کشور با حذف حدنصاب جمعیتی و فاصله‌ای محقق نمی‌شود.

مختلف خبری مبنی بر اینکه شورای رقابت، وزارت بهداشت را یک میلیارد ریال جریمه کرده، منتشر شده است. شاید عمق این خبر برای خیلی از افراد، چندان جدی به نظر نرسد ولی برای داروسازان، پیام آور شکل‌گیری خطوط اولیه یک بحران دیگر در ادامه سلسله چالش‌های آفرینی‌های اخیر و در راستای تضعیف داروسازان است.

وی با تشریح دلایل جریمه شدن وزارت بهداشت، ادامه داد: شنیده‌ها اینگونه است که این جریمه پیرو این موضوع بوده که شورای

مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران گفت: نباید خدمات دارویی را در قالب مقولاتی نظیر رقابت‌پذیری بازار مطرح کرد چرا که جز مخدوش شدن سلامت اقتصادی داروخانه‌ها و گشودن مسیر انحراف اقتصادی، ثمره دیگری نخواهد داشت.

حمید خیری، مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران در گفت‌وگو با خبرنگار بهداشت و درمان خبرگزاری فارس در واکنش به خبر جریمه شدن وزارت بهداشت اظهار داشت: چند روزی است از سوی رسانه‌های

رقابت از وزارت بهداشت درخواست کرده که دو ماده از آئین نامه وزارت بهداشت که به مسئله جمعیتی و فاصله ای در صدور مجوز داروخانه اختصاص داشته، را از آئین نامه خود حذف کند. اما وزارت بهداشت از اجرای این مصوبه شورای رقابت امتناع کرده و به همین دلیل شورای رقابت، جریمه یک میلیارد ریالی را برای این وزارتخانه تعیین نموده است.

خیری با اشاره به ضرورت مراقبت از اقتصاد مراکز سلامت افزود: موضوعی که در این رابطه وجود دارد این است که آیا واقعا این موضوع حدنصاب جمعیتی و همچنین رعایت حدود فاصله ای، صرفا در خصوص داروسازان وجود دارد یا اینکه اغلب مراکز خدمات سلامت نظیر آزمایشگاه ها و رادیولوژی ها و... به جهت صیانت از اقتصاد مراکز خدمات سلامت چنین ضابطه ای را لحاظ کرده اند.

مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان اضافه کرد: بحث سلامت اقتصاد داروخانه ها و سایر مراکز سلامت موضوع حائز اهمیتی است و تعیین حد نصاب جمعیتی و فاصله ای، به همین منظور در ضوابط دیده شده و واقعیت این است که نمی توان خدمات چنین مراکزی را در قالب مقولاتی نظیر رقابت پذیری بازار مطرح و دنبال کرد و طرح چنین مسائلی، جز مخدوش کردن سلامت اقتصادی این مراکز و گشودن مسیر انحراف اقتصادی آن ها ثمر دیگری نخواهد داشت.

خیری با تاکید بر این که بحث رقابت پذیر کردن مراکز خدمات دارویی، عوارض و تبعات منفی متعددی بر نظام سلامت تحمیل خواهد کرد، اظهار داشت: دارو کالایی استراتژیکی است و همه دولت ها در خصوص تولید و همچنین توزیع آن، حساسیت و دقت نظر خاصی دارند و بهیچ وجه آن را هم سنگ سایر اقلام قرار نمی دهند. در همین راستا فعالیت داروخانه ها نیز مقوله بسیار حساس و سرنوشت ساز در نظام های بهداشت و درمان تلقی می شود و به همین دلیل همه دولت ها تلاش می کنند شرایطی را فراهم سازند که اقتصاد داروخانه، خدشه دار نشود.

وی ادامه داد: فعالیت داروخانه ها فقط به عرضه دارو به بیماران خلاصه نمی شود و در واقع یک چهارچوب بسیار وسیع تری تحت عنوان خدمات دارویی، مشاوره دارویی را شامل می شود. حتی ماموریت داروخانه ها در توسعه سلامت عمومی، موضوعی فراتر از بحث دارو است و در کنار توجه به ارائه خدمات مراقبت دارویی، بحث پایش سلامت نیز می تواند محور فعالیت داروسازان باشد.

مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران افزود: در حال حاضر مبتنی بر تجربه یکصد سال اخیر، یک سری مقررات و ضوابطی در کشور در خصوص راه اندازی داروخانه ها وجود دارد که البته هیچ کس نمی تواند ادعا کند که صد درصد صحیح و عاری از خطا است ولی به هر حال نظام

دارویی ما روی پایه های آن استوار شده و الحمدلله دستاوردهای بزرگی نیز به دنبال داشته است، و بیم آن می رود که اظهار نظرهای غیر کارشناسی و وارد کردن مباحثی نظیر رقابت بخشی به فعالیت های دارویی که با سلامت و جان مردم مرتبط است، برای آن مخاطره آفرین باشد.

به گفته خیری، اگر هدف، ارتقاء خدمات دارویی در کشور است باید اذعان کنیم که این مهم از طریق توانمندسازی داروخانه ها و هویت بخشی به داروسازان محقق می شود، نه حذف حدنصاب جمعیتی و فاصله ای.

خیری تاکید کرد: جریمه شدن وزارت بهداشت در خصوص مسئله جمعیتی و فاصله ای در صدور مجوز داروخانه، از آن جهت بهت آور و شوکه کننده است که ده ها معضل بسیار بزرگ در سیستم ها و زیر سیستم های نظام بهداشت و درمان وجود دارد که مورد غفلت قرار گرفته و ناگهان بحث برهم زدن یک نظام منضبط که اتفاق نظر در رابطه با آن میان قاطبه صاحب نظران وجود دارد، مطرح می شود.

به گفته خیری، آنچه در بدو امر به ذهن خطور می کند این است که بازهم بحران دیگری در راستای راه اندازی داروخانه های زنجیره ای،

برای داروسازان در حال شکل گرفتن است و این قضیه جریمه شدن وزارت بهداشت، مدخل ورودی آن است. فقط به گونه ای سناریوی آن نوشته شده که به نظر برسد نطفه آن در خارج از بدنه وزارت بهداشت است.

این داروساز افزود: ادامه یافتن چنین مباحثی و همچنین موضوعاتی از قبیل داروخانه های زنجیره ای و داروخانه های گیاهی، نتیجه ای جز تشدید فرسایش تدریجی داروسازان و ایجاد هرج و مرج در نظام دارویی کشور نخواهد داشت و باید خاطر نشان کنیم که عواقب آن در یک چرخه میان مدت، دوباره به نظام بهداشت و درمان کشور باز می گردد.

مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران در پایان تصریح کرد: در همه نظام های پیشرفته دنیا، توانمندسازی داروسازان و داروخانه ها به عنوان بخشی از پروژه ارتقاء سلامت عمومی دیده شده است و در کشور ما نیز به جای بحران آفرینی برای این حوزه، باید شاهد تلاش ملی و فراگیر برای ارتقاء هویت داروسازان و صیانت از سلامت داروخانه ها باشیم تا از این طریق نظام بهداشت و درمان بتواند زمینه لازم برای افزایش رضایتمندی عمومی را فراهم سازد.



## خبرهای بهار 96 - انجمن داروسازان گیلان

### دکتر کیان یعقوبی

2- دیدار نوروزی با مدیر کل درمان سازمان تأمین اجتماعی استان گیلان جناب آقای دکتر شهدی نژاد در تاریخ 96/1/24 و طرح مشکلات تأخیر پرداخت سازمان های بیمه گر و همچنین پیشنهاد ارتباط نزدیکتر بین انجمن داروسازان و مدیریت درمان تأمین اجتماعی در کنار دیدار نوروزی.

3- برگزاری مراسم بزرگداشت خیر فقید گیلانی آرسن میناسیان با حضور جمعی از داروسازان،

با سلام و احترام، اهم اخبار و رویدادهای بهار سال 1396 انجمن داروسازان گیلان به شرح زیر تقدیم خوانندگان می شود:

1- دیدار نوروزی با مدیر کل بیمه سلامت جناب آقای دکتر علی اکبری و رئیس اسنادپزشکی بیمه سلامت جناب آقای دکتر مهدی پور و پیگیری مشکلات یکی از داروخانه ها با بیمه سلامت در کنار دیدار نوروزی در تاریخ 1396/1/9.

آشنایان و دوستان نزدیک ایشان و نماینده صدا و سیما.

4- برگزاری دومین جلسه انجمن با مدیرکل تأمین اجتماعی و رئیس اسناد پزشکی بیمه نیروهای مسلح در محل انجمن داروسازان برای دستیابی به یک راه حل مشترک جهت امکان سرویس دهی به بیماران با نسخ تأییدی در همه داروخانه ها و تنظیم نامه پیشنهادی توسط انجمن داروسازان و ارسال آن به بیمه نیروهای مسلح جهت انعکاس به تهران در تاریخ 1396/2/12.

5- تشکیل مجمع داروسازان برای بررسی و نظرخواهی در مورد پیوستن به اتاق بازرگانی و تشکیل نظام داروسازی در تاریخ سوم اردیبهشت ماه 96.

6- شرکت در گردهمایی تبریز در تاریخ 7/6 اردیبهشت 96 جهت بررسی پیوستن یا نیوستن به

اتاق بازرگانی، تشکیل نظام داروسازی، بررسی علت تأخیر تشکیل مجمع انجمن داروسازان ایران برای برگزاری انتخابات و بررسی راههای برون رفت از آن، بحث در رابطه با مالیات داروخانه ها، بحث در مورد مصوبه شورای رقابت در مورد حذف سقف جمعیتی و فاصله برای تأسیس داروخانه. این گردهمایی با شرکت نماینده تبریز در مجلس شورای اسلامی جناب آقای دکتر پزشکیان، استاندار و شهردار تبریز، رؤسا و دبیران شعب انجمن داروسازان کشور، نمایندگان انجمن ها در مجمع ایران، نمایندگان دوره های پنجم و ششم در مجمع و جمعی دیگر از مقامات استان آذربایجان شرقی تشکیل گردید.

7- برگزاری یک دوره بازآموزی در تاریخ 96/3/4 در انجمن داروسازان گیلان.

## پیام تسلیت

هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان، ضایعه درگذشت روانشاد **دکتر رضا باقرزاده** داروساز پیشکسوت استان گیلان و موسس داروخانه رازی رودسر را به خانواده محترم، سرکار خانم دکتر حورا باقرزاده و جامعه داروسازان استان تسلیت عرض نموده و از خداوند متعال برای آن مرحوم از دست رفته آرامش ابدی و برای بازماندگان گرامی صبر و شکیبایی آرزو می نمایم.

## تذکر و توضیح

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



## تشکیلات صنفی داروسازان گیلان

دکتر محمد کاظم پور کاظمی

قسمت بیست و هشتم: رویدادهای نیمه دوم 75

مجمع تدوین و به مورد اجرا گذاشته شود به همین خاطر در یکی از بندهای مهم قطعنامه، تأکید فراوان به تشکیل شورای هماهنگی انجمن های داروسازی با حضور حداقل یک نماینده از هر استان گردید و مقرر شد تا هر چه سریعتر به منظور رفع مشکلات عدیده پیش روی، اولین جلسه این شورا در 15 تیر همان سال در تهران برگزار شود و آئین نامه لازم فراهم آید.

به دنبال این تصمیم، جلسه ای با حضور تعدادی از نمایندگان انجمن های فعال

در ششمین گردهمایی سال 76 اصفهان که در تاریخ 8 و 9 خرداد برگزار شد در مجموع گفت و شنودهای دو روزه این نتیجه حاصل شد که ساختار فعلی انجمن داروسازان ایران جوابگو و مرتفع کننده مشکلات داروسازان نبوده و نخواهد بود و لازم است تدبیری اندیشیده شود تا هیئت مدیره ایران تلفیقی از فعالین تهران و نمایندگان جوامع شهرستانی به وجود آید و سیاست و برنامه ریزی مسائل داروسازی در سطح کشور همانند شورای عالی نظام پزشکی توسط این

**تشکیل گردید و پیش نویس آئین نامه شورای هماهنگی داروسازی تهیه شد و پس از بررسی و تصویب هیئت مدیره در نیمه دوم سال 76 به شهرستانها ابلاغ گردید. اما هیچوقت جنبه اجرایی پیدا نکرد چرا که اولاً تشکیل چنین شورایی با مفاد اساسنامه همخوانی نداشت ثانیاً تأمین هزینه ماهیانه نمایندگان شهرستانی و همچنین چگونگی اقامت در تهران خارج از توان بسیاری از انجمنها بود.**

از تاریخ 76/6/1 دکتر علیرضا مرندي وزير بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جای خود را به دکتر محمد فرهادی، جراح گوش و بینی و عضو انتخابی دور دوم شورای عالی نظام پزشکی (75-79) سپرد. **دکتر فرهادی به محض شروع به کار آقای دکتر ابوالحسن احمدیانی را به عنوان نماینده تام الاختیار خود در امر دارو به کار گرفت.** ایشان در اولین مصاحبه مطبوعاتی خود، ادغام معاونت دارو در درمان را موجب بروز اشکالات برنامه ریزی در حوزه دارو و کارخانجات داروسازی، برای تأمین مواد اولیه و سیستم توزیع دانست و تأکید نمود که باید به غذا و دارو استقلال ببخشیم و با تشکیل یک سازمان مستقل مقتدرانه عمل نماییم.

البته آقای دکتر فرهادی پس از قبول پست وزارت عملاً از حضور در جلسه شورای عالی نظام پزشکی خودداری نمود.

در همین سال با وجود اعلان تعرفه ویزیت برای مطب های خصوصی توسط معاونت درمان و

داروی وزارت بهداشت، همچنان تعرفه چند سال قبل داروخانه ها برای این گروه اعمال می شد، مکاتبات و پیگیری های معمول نیز تأثیری نبخشید. در مراسم روز داروسازی سال 76 که در سالن انستیتو پاستور برگزار گردیده بود آقای دکتر مرتضی آذرنوش رئیس انجمن از عدم حضور وزیر بهداشت در مراسم گلایه نمودند و دکتر قدیری افشار دبیر هیئت مدیره ضمن برشمردن مشکلات ع دیده داروسازان مؤکداً خواستار برقراری مجدد پست معاونت دارو شد.

در این مراسم باشکوه آقایان دکتر نیک نژاد، دکتر شیبانی و دکتر محمود نجفی عرب، اعضاء داروساز دور دوم شورای عالی (75-79) حضور داشتند و نکته نظرات خود و شورای عالی نظام پزشکی را به جلسه ارائه نمودند. این دوره از نظام پزشکی به جای دکتر فاضل آقای دکتر صدر به عنوان رئیس کل برگزیده شده بود و تعدادی از اعضاء قبلی در این دور سلب صلاحیت شده و از حضور در شورای عالی محروم گردیدند.

اواخر سال در مقابل درخواست شورای عالی داروخانه ها از سازمان تأمین اجتماعی، پاسخ تند و نسنجیده مسئول روابط عمومی سازمان، موضوع را به روزنامه سلام کشاند تا بالاخره با پادرمیانی آقای دکتر احمدیانی ختم به خیر گردید.

**هفتمین گردهمایی هیئت مدیره های انجمن داروسازان کشور با عنوان ارتقاء کیفی خدمات دارویی در روز چهارشنبه و پنجشنبه 30 و 31 اردیبهشت 77 توسط**

**انجمن قزوین برگزار گردید** و سخنرانان، ارتقاء کیفیت در زمینه بیوتکنولوژی، آموزش دانشگاهی، خدمات بهداشتی، چگونگی توزیع و ارتقاء کیفی صنعت به سمع حاضرین رساندند. آقای دکتر احمدیانی رئوس برنامه های در دست اقدام خود را ارائه نمودند. در این تاریخ وظایف دبیری انجمن داروسازان ایران، به عهده آقای دکتر مژدهی آذر گذاشته شده بود.

**در مرداد ماه سال 77 پس از 4/5 سال با دستور وزیر بهداشت، معاونت های دارو و درمان، بار دیگر از هم تفکیک شدند و دکتر احمدیانی به عنوان معاون غذا و دارو منصوب گردید، وی در ابتدای کار خود در این سمت اعلام نمود که تشکیل سازمان غذا و دارو در دستور کار هیئت دولت قرار گرفته تا پس از تصویب، طی لایحه ای به مجلس ارائه گردد. ایشان معتقد بودند که هویت داروسازان می باید از طریق ارائه خدمات دارویی، نه فروش دارو، احیاء گردد، به همین خاطر طرح ساماندهی نظام دارویی کشور از جمله برنامه های اولیه وی بود و خواستار شد تا با کمک و همفکری انجمنهای داروسازی به انجام برسد.**

در شهریورماه 77 پس از فراهم شدن مقدمات خرید خانه داروساز در تهران شماره حسابی توسط آقای دکتر آذرنوش اعلام گردید تا داروخانه ها به ترتیب شبانه روزی، تمام وقت و نیمه وقت مبلغ 600/000 ریال، 300/000 ریال و 200/000 ریال برای خرید خانه پرداخت نمایند. **خوشبختانه با پیگیری آقای دکتر مژدهی دبیر پر تلاش وقت این خانه در آذرماه 79 خریداری**

**شد.**

سازمان تأمین اجتماعی در سال 77 با ابلاغ بخشنامه ای، عقد قرارداد با مؤسسات جدید را ممنوع اعلام نمود و دلیل آن را مشکلات مالی، کمبود پرسنل و کافی بودن قراردادهای موجود اعلام نمود. این امر با اشاره به موادی از قانون اساسی، با اعتراض گسترده جوامع داروسازی روبرو گردید و سازمان مزبور ناگزیر به تجدیدنظر در تصمیم خود شد.

با توجه به اصلاحیه موادی از قانون امور پزشکی و دارویی در سال 74 که در شماره قبل به آن پرداخته شد، معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت درصدد اصلاح آئین نامه مصوب 67/3/3 (اولین آئین نامه بعد از انقلاب)، برای تطبیق با چگونگی ادامه کار وراثت پس از فوت مؤسس برآمد و تغییراتی هم در بعضی از مواد ایجاد نمود. این آئین نامه که در خرداد 1377 ابلاغ گردید در 31 ماده و 22 تبصره تنظیم شده بود، **در موادی از این آئین نامه حدنصاب جمعیتی برای تأسیس داروخانه روزانه، از ده هزار به هشت هزار نفر و شبانه روزی از یکصد هزار به 70/000 نفر تقلیل یافت و مساحت کف داروخانه شبانه روزی از 24 مترمربع به 40 مترمربع ارتقاء پیدا نمود.**

در تبصره ماده 26 آئین نامه برای اول بار جای پای قانونی برای نماینده انجمن در کمیسیون سه نفره دانشگاه باز شد و مقرر گردید تا به منظور بررسی ضرورت تأسیس داروخانه در داخل درمانگاه ها و کلینیک های نهادها و ارگانها، کمیسیونی متشکل از ریاست دانشگاه یا معاون وی،



مسئول دارویی استان و نماینده انجمن داروسازان به وجود آید.

در ماده 30 آئین نامه فاصله داروخانه های روزانه و شبانه روزی از همدیگر به نسبت جمعیت شهرها مشخص شد و در میادین و مراکز بیش از 10 مطب پزشکی فعال، فاصله دو داروخانه از همدیگر به 15 متر تقلیل یافت، گذشته از آن ساعت کار داروخانه های روزانه و تمام وقت، مجموعاً در دو نوبت صبح و عصر به 8 ساعت تقلیل داده شد و ظاهراً به منظور اشتغال بیشتر، داروخانه های شبانه روزی می بایست در 24 ساعت فعالیت، به جای دو مسئول 12 ساعته از سه مسئول فنی برخوردار شوند. این امر در شرایط نامتوازن اقتصادی اکثریت داروخانه ها با چالش هایی مواجه گردید. در این آئین نامه تأکید شد تا داروخانه های روزانه روزهای جمعه تعطیل باشند اما از سایر تعطیلات صحتی به میان نیامد.

**در بهمن ماه 1377 دکتر مژدهی آذر دبیر وقت انجمن داروسازان اعلام کرد که هشتمین گردهمایی سالیانه هیئت مدیره ها در 25 و 26 فروردین ماه به میزبانی انجمن داروسازان فارس با موضوع ساماندهی عرضه خدمات دارویی برگزار می شود.** متعاقب این نامه طی فراخوانی تأکید نمود تا به منظور جمع بندی نظریات و ارائه راهکاری مشخص، نمایندگان انجمنهای فعال و علاقه مند در جلسه منعقد مورخ 77/11/28 در تهران گردهم آیند.

در اواخر اسفند 77 باخبر شدیم که هیئت وزیران به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور با استناد به ماده 8 قانون بیمه همگانی، تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی، برای مراکز دولتی در زمینه ویزیت پزشکان، ضرایب خدمات بیمارستانی، درجه بندی بیمارستانها و تعرفه های خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری و همچنین ضرایب درجه بندی بیمارستانها در بخش خصوصی را با رقم های قابل قبول تصویب و ابلاغ نموده است، متعاقب آن آقای دکتر صدر بر اساس توافق با معاونت محترم درمان (دکتر محمدرضا خاتمی) و بنا به تصویب اعضای شورای عالی، نرخ ویزیت پزشکان در بخش خصوصی را که تقریباً دو برابر بخش دولتی بود طی نامه ای به ریاست سازمان های نظام پزشکی و انجمن های علمی تخصصی و بیمارستانهای خصوصی اعلام نمود. در این تصمیم گیری کماکان تعرفه خدمات دارویی داروخانه ها به بوتۀ فراموشی سپرده شده بود، به همین منظور هیئت مدیره انجمن داروسازان ایران با اعلام شماره فاکس دفاتر وزیر بهداشت، معاون غذا و دارو و رئیس کل نظام پزشکی، هیئت مدیره های شهرستانی را مکلف نمود تا در اقدامی هماهنگ اعتراض خود را از بی عدالتی و تبعیض بعمل آمده اعلام نمایند.

**واضح است که بی عدالتی و تبعیض کاربردی در حد ظلم و ستم به همراه دارد و نتیجه و ثمره استمرار آن کینه و نفاق را گسترش خواهد داد.** شایان ذکر است اقدام هماهنگ بعمل آمده توسط انجمنهای فعال در هشتمین گردهمایی 26 و 27 فروردین شیراز به بار نشست.

# soskin

PARIS

Focus on your skin health

به سلامتی پوست خودتان تمرکز کنید  
ساخت فرانسه



Ref: 1120 125ml

Ref: 1110 125ml

### مراقبت از پوست هنگام حمام آفتاب

Ref: 1120

اسپری ضد آفتاب صورت و بدن  
کودکان و بزرگسالان  
(قبل از حمام آفتاب)

Ref: 1110

ژل خنک کننده صورت و بدن  
حاوی آلوورا (درمان آفتاب سوختگی)  
(بعد از حمام آفتاب)

شرکت تدبیر سلامت گیلان - 013-33542773

شماره 170 حکمت



**NIVASHA**

**NANO DARMAN ARAD**  
[www.nanodarman.ir](http://www.nanodarman.ir)

**اسپری ضد عفونی و ترمیم کننده زخم نی و اشا**  
**هیدروژل پوشش دهنده و پانسمان زخم نی و اشا**  
**شرکت تدبیر سلامت کیلان - 013-33542773**

## بر بال خاطره

متن زیر نامه محبت آمیز همکار پیش کسوتان ، جناب آقای دکتر اصغر قدیری افشار - دبیر اسبق انجمن داروسازان ایران - به دفتر نشریه حکمت است که در آن به شرح خاطره خود از یک گردهمایی در دوران دبیریشان پرداخته اند:

### حکمت گیل



#### دکتر اصغر قدیری افشار - دبیر اسبق انجمن داروسازان ایران

همت والا و با ارزش همکار بسیار بزرگوار و گرامی جناب آقای دکتر پور کاظمی که همیشه در تمام صحنه ها مدافع حقوق صنفی داروسازان بوده اند قابل تقدیر و ستایش است.

ایشان با نوشتن این تاریخچه تمام وقایع و اتفاقات این صنف را چنان به زیبایی به تصویر می کشند که انسان فکر می کند در آن زمان زندگی می کند. وقتی موضوع قطعنامه 2 روزه

همکاران گرامی جناب آقایان دکتر غلامحسین مهدی زاده و دکتر محمد مصدق کمالی مدیرمسئول و سردبیر محترم ماهنامه وزین انجمن داروسازان گیلان

با سلام و عرض خسته نباشید به تک تک همکاران گرامی هیئت تحریریه، ماهنامه شماره 169 زمستان 95 را دریافت نمودم داشتم تشکیلات صنفی داروسازان را مطالعه می کردم. حقیقتاً این

مشهد را مرور می کردم به یاد ایام جوانی خود یعنی حدود بیست و پنج سال پیش افتادم که در سمت دبیری انجمن داروسازان ایران در نوشتن آن قطعنامه حضور و فعالیت داشتم و تمام خاطرات گذشته در ذهنم زنده شد و به یاد نامه ای افتادم که در این زمینه به همکاران نوشته بودم و با مراجعه به بایگانی خود آن را پیدا کردم و تصمیم گرفتم جهت درج در آن ماهنامه خدمتتان ارسال کنم تا ضمن تجدید خاطرات گذشته در صورت صلاحدید چاپ گردد.

به راستی مشکلاتی چون تأخیر در پرداخت مطالبات از سوی بیمه ها و دستیابی به تعرفه مناسب و بالاخره مالیات سنگین سالیانه چه زمانی حل خواهد شد؟

با تشکر فراوان - دکتر اصغر قدیری افشار

\*\*\*\*\*

### متن قطعنامه

#### همکار گرامی:

با سلام و احترام امیدوارم با این همه مشکلات و مسائل مختلف داروخانه خسته نبوده و نباشید. می دانم از معضلات موجود آزرده خاطر بوده و با روحی معذب و رنجور مشغول به کار هستید. تلفن های متعدد و نامه های گوناگون همکاران از داروخانه های سراسر کشور اینجانب را بر آن داشت که این نامه را نوشته و حضورتان ارسال دارم. به علت اقتصاد بد و آشفته داروخانه ها و مشکلات داروسازی کشور، هیأت مدیره انجمن داروسازان ایران تصمیم گرفتند که گردهم آیی

هیأت مدیره انجمن های داروسازان کشور را در جوار حرم مطهر حضرت ثامن الائمه (ع) در شهر مقدس مشهد برگزار کنند تا با بررسی مسائل موجود بتوانند راه حل های منطقی و عملی در جهت حل آنها به مسئولین ذیربط ارائه نمایند. اما یکی از همکاران که تلفنی با اینجانب درودل می کرد می گفت یک زمانی آمپول جنتامایسین 80 میلی را به مبلغ 270 ریال می فروختم و با پول آن می توانستم چهار پرس چلو کباب کوبیده بخرم اکنون که به مبلغ 230 ریال می فروشم با پول آن چهل گرم برنج خشک هم نمی توانم تهیه کنم. چه کسی باید پاسخگو و حلال این مشکلات داروخانه ها باشد؟ در جوابش گفتم همکار عزیز اگر از این مثال ها بخواهی خیلی زیاد است و چه بسا ممکن است در مورد سایر صنوف و حرف مختلف هم صدق بکند ولی درد ما داروخانه داران این است که آن زمان که آمپول جنتامایسین 80 میلی را 270 ریال می فروختم 20 الی 22 درصد سود عاید داروخانه ها می شد و هزینه پرسنل داروخانه ها چهل هزار تومان بود و دولت هم پنجاه هزار تومان مالیات می گرفت ولی حال که قیمت آمپول جنتامایسین پس از سه بار گران شدن 230 ریال شده است سود حاصل از آن 12 الی 16/5 درصد بوده و برعکس هزینه پرسنل دوپست هزار تومان و مالیات چهار یا پنج برابر گذشته شده است. این همکار عزیز صحبت های بنده را قطع کرد و گفت: آقای دکتر شما بیشتر روی زخم هایم نمک پاشیدید و بهتر از من درد را تشخیص داده و درک می کنید. پس چرا به فکر

درمان نیستید؟ خدمت این دوست و همکار عزیز عرض کردم درمان دست بنده و یا هیأت مدیره انجمن داروسازان نیست متأسفانه درمان دست کسانی است که درد را تشخیص نمی دهند. باز هم دوست عزیز صحبت های بنده را قطع نمود و گفت آقای دکتر غیر از مسائل و مشکلات داروخانه درد دیگری دارم دردی که دیگر برایم زجر آور و کشنده شده است و ای کاش این تیر و عنوان دکتر را نداشتم می دانید این عنوان دکتر چقدر در اجتماع به ضرر ماست؟ چون دکتر هستیم باید بیشتر از همه مردم شهریه مدرسه بچه هایمان را پردازیم؛ چون دکتر هستیم باید در اجتماع توسری بخوریم چون وقتی اعتراض می کنیم همه می گویند شما دکتر هستید شما تحصیل کرده هستید گذشت کنید و...! چون دکتر هستیم باید همه چیز را گران بخریم؛ چون دکتر هستیم... و به من خیلی توصیه نمود که مبادا از قصابی و میوه فروشی محل خودتان خرید بکنی چون پوست می کنند. خیلی عصبانی بود و مرتباً شکایت و گلایه می کرد. وسط صحبت هایش آمدم گفتم، آقای دکتر اینقدر عصبانی نشوید. ان شاء... در پنجمین گردهم آیی هیأت مدیره انجمن های داروسازان کشور این مطالب شما را بازگو می کنم و شاید راه چاره ای برای آن بیندیشیم. خیلی آرام شد تن صدایش عوض شد و با خوشحالی گفت تو را به خدا آنهایی را که در این ارتباط مسئول بوده و تصمیم گیرنده هستند حتماً دعوت کنید تا از نزدیک این مسائل را بشنوند. در جوابش گفتم مسئولین محترم به دلیل

گرفتاری های مختلف فرصت تشریف فرمایی به جلسه را ندارند ولی جمع بندی نظرات را خدمتشان ارسال خواهم کرد و شما نگران این موضوع نباشید و بالاخره با خوشحالی صحبت های خود را چنین ادامه دادند:

گفت: تعرفه حق فنی مسئولین فنی داروخانه ها را مثل پزشکان دو برابر کنید.

گفتم: این کار با مصوبه شورای عالی بیمه می باشد!

گفت: در آن گردهم آیی تصمیم بگیرید به طریقی که مالیات داروخانه ها بیش از مالیات پارسال نباشد.

گفتم: این کار از وظایف وزارت امور اقتصاد و دارایی است!

گفت: با توجه به وضعیت اقتصادی داروخانه ها و کم کردن سود داروها تصمیمی گرفته شود که افزایش حقوق پرسنل در سال جاری شامل کارمندان داروخانه نباشد.

گفتم: این مصوبه شورای عالی کار است و بایستی اجرا گردد!

گفت: در آن گردهم آیی مشکلات تهیه لوازم کار داروخانه ها و گرانی کاغذ و پاکت و نایلکس و غیره... را مطرح کنید که داروخانه ها هزینه هنگفت این لوازم را از چه منابعی تأمین کنند و چرا شرکت های داروسازی و پخش های دارویی مثل زمان قدیم اینگونه لوازم را مجانی در اختیار داروخانه ها قرار نمی دهند؟

گفتم: شرکت های داروسازی و پخش های دارویی به علت مشکلات خاص خودشان قادر به انجام این کار نیستند.

گفت: در آن گردهم آیی یک چیزی تصویب کنید که داروخانه ها چون به نرخ مصوب و دولتی کالای خود را در اختیار بیماران قرار می دهند مثل نانوایان از پرداخت مالیات معاف شوند.

گفتم: این کار مصوبه قانونی می خواهد. فعلاً مثل نانوایان به شربت اکسپکترانت دانه خشخاش پیاشید و دو برابر بفروشید!

گفت: تمام پاسخ های جنابعالی منفی بود و اگر می دانید مشکلات ما قابل حل نیست پس برای چه منظوری به مشهد مقدس می روید.

گفتم: برای زیارت! گفت: خدا قبول کند و بالاخره پس از یک ساعت و یک ربع درد دل خداحافظی کرد. الو... الو... سوغاتی یادت نرود.

خیلی ساده اندیش بود فکر می کرد تمام مشکلات داروخانه ها و داروسازان کشور در این گردهم آیی حل خواهد شد. اما همکاران عزیز و محترم با تمام مشکلات و معضلاتی که در امور و اداره داروخانه داریم هرگز نایستی به خود اجازه دهیم که خدای نکرده قداست این حرفه مقدس را زیر سؤال برده و یا اجحافی به مردم مخصوصاً بیماران دردمند بکنیم. بنا به اظهار برخی از همکاران در آن گردهم آیی در بعضی از شهرستان ها برای ساخت داروهای ترکیبی تعرفه های مختلفی از بیماران دریافت می گردد

که به نظر صحیح و عادلانه نبوده و در جهت یکنواخت کردن و نظم دادن به آن تصمیمات ذیل اتخاذ گردید:

دستمزد ساخت داروهای ترکیبی که به شکل محلول می باشند با حداقل دو ترکیب 2500 ریال دستمزد ساخت داروهای ترکیبی که به شکل پماد یا کرم می باشد با حداقل دو ترکیب از 3500 ریال. به ازاء هر ترکیب اضافی 500 ریال به دستمزد اضافه خواهد شد.

موضوع دیگری که نیاز مبرم به سیاست گذاری و تصمیم گیری داشت تأمین هزینه های جاری مخصوصاً لوازم کار داروخانه ها از قبیل کاغذ، پاکت، نایلکس، برچسب و غیره بود که به علت گرانی قیمت آنها در هر شهرستان هر داروخانه به یک طریقی عمل می کنند. لذا تصمیم گرفته شد در جهت تأمین هزینه های فوق و حق التحریر و خدمات اضافی نسخ بیمه از هر نسخه فعلاً مبلغ یکصد ریال دریافت شود. لازم به ذکر است در مورد افزایش تعرفه حق فنی مسئولین فنی داروخانه ها نیز تصمیماتی اتخاذ گردید که به صورت پیشنهاد به مسئولین محترم ذیربط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و شورای عالی بیمه ارسال گردیده تا ان شاء پس از تصویب نهایی به مرحله اجرا گذاشته شود.

### دکتر اصغر قدیری افشار

دبیر انجمن داروسازان ایران - 75/3/31



## خسارات و جبران آنها

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

تعیین سطح دقیق و صحیح خسارت بسیار مشکل آفرین است. ضرر ناشی از برخی خسارات را به سختی بتوان به پول بیان کرد. واقعاً درد و رنج ناشی از فقدان یک چشم تا چه حد است؟ آیا در واژه می گنجد فقدان چشم برای بیماری که خود چشم پزشک یا تراشکار و یا مجسمه سازی ماهر باشد؟

شاید به ازای یک خسارت بیمار سالیان سال نیاز به مراقبت داشته باشد. از سوئی شاکلی به دنبال احقاق حق از دست رفته خویش و از سوئی خواننده به دنبال راهی برای رهایی زودتر از این اشتغال ذهن.

تعیین میزان خسارات وارده به بیمار معمولاً یکی از چالش های اساسی حقوق پزشکی محسوب می شود. اصولاً در رشته حقوق پزشکی وقوف به مسائل حقوقی از اهمیت خاصی برخوردار است. ضمن اینکه تعیین میزان خسارت نیز تا حدی به این رشته مربوط می شود. در تعیین خسارت به نکات زیر باید توجه کرد:

فقدان یک یا چند عضو یا ضرر وارده به آن درد و رنج حاصل از این مسئله  
ضرر مالی ناشی از بیکاری روزمره به تعداد روزها یا افت توان کار موقت یا دائم  
ضرر مالی خارج از سیستم های سلامت ملی



به مثالی توجه کنید:

در یک عمل متوجه بیمار شده باشد و بیمار در جریان اشتباه به وجود آمده با تیم همکاری نکند و این امر منجر به بدتر شدن وضعیت شود به نوعی در ضررهای متعاقبش به دلیل اهمال در همکاری در درمان مسئول محسوب می شود.

### مشکلات سیستم های موجود

عده قلیلی از مردم قوانین موجود را در برخورد با سهل انگاری در گروه پزشکی کافی می دانند. کشورها مبالغ هنگفتی را بابت چنین پرونده هایی متحمل می شوند. از یک سو هزینه های تحمیلی، استرس و وقت گیر بودن این فرایند ها و از سوی دیگر، زمان ارزشمندی که بهتر است صرف مداوای بیماران شود اما موجب تیرگی روابط بیمار و گروه پزشکی نیز می گردد، که در هر حال اجتناب ناپذیرست.

از سویی عدم برخورد با سهل انگاران، غافله علم طب را از مسیر منحرف خواهد کرد و از سویی سخت گیری های بی مورد و غیر کارشناسانه مانعی در خدمت رسانی این قشر زحمت کش خواهد بود.

آیا مجالس محاکمه در حد توضیح و عذرخواهی و پرداخت پول است؟ باید دید سیستم های سلامت و قضاوت تا چه حد در چنین روالی موفق بوده اند.

### سیستم تفکر پزشکی بی اشتباه

به نوعی این تفکر دامن زدن به این قضیه است که به هر حال بیمار به این فکر باشد که با کوچکترین مشکلی وارد مناقشه ای با تیم درمانی خویش گردد. البته اگر در حق یک بیمار به نوعی اجحاف شده باشد مشکلی نیست و حق

خوانده پرستاری است که برای بخش اختلالات ذهنی دوره ویژه را گذرانده است. برای کار به عنوان یک پرستار باید آزمایش های پیش استخدام را انجام می داد. در CXR انجام شده پر فشاری خون ریوی خفیف داشته که می توانست منجر به مرگ ناگهانی در بارداری شود. رادیولوژیست این مسئله را به کارفرما گزارش نکرد. فرد مشغول به کار شد و حامله شد و رنج پر فشاری خون ریوی بر وی مستولی گشت. خوشبختانه فرزند را در صحت کامل به دنیا آورد. اما پرستار مورد نظر دچار افسردگی شد. مقام صاحبظری در حوزه سلامت، مسئولیت سنگین وی در دوران بارداری و حوادث ایجاد شده را یکی از عوامل بروز افسردگی دانست.

کارفرما با پرداخت هزینه زایمان و مراقبتهای معمول بارداری مشکلی نداشت بلکه از رادیولوژیست به دلیل سهل انگاری در عدم گزارش جامع اولیه و تحمیل چنین هزینه هایی اضافه بر سازمان بر مجموعه شاکی بود.

### کاستن از حکم صادره (یا عوامل مخفیه تقصیر)

در اینکه در برخی از مسایل مقصر کیست شبهه وجود دارد اینکه پزشک نپرسیده یا اینکه بیمار مشکلی را ابراز نکرده یعنی غفلت می تواند هم از سوی پزشک و هم بیمار اتفاق افتاده باشد. یا اگر بیمار همکاری خوبی در درمان با پزشک نداشته باشد رنج خودخواسته ای را بر خود تحمیل کرده و از تقصیر تیم پزشکی می کاهد. مثال واضح اینکه ضرری از بی دقتی

طبیعی وی رسیدگی به مورد و احقاق حق از دست رفته بیمارست.

در این میان گروه حقوق پزشکی باید بسیار آگاهانه مشاوره دهند تا از یک سو تیم پزشکی دنبال قضیه دلیل تراشی و یافتن لابی نباشد و از سویی دیگر بیمار در پی شانناژ تیم پزشکی نباشد. که این گونه تفکرات ضرر مالی بزرگی را به دستگاه قضایی و گروه پزشکی و بیماران می زند.

ابتدا باید دید آیا می توان چنین سیستم تفکر پزشکی بدون نقص را در کشور پیاده کرد و آیا زیر ساختهای آموزشی و عملیاتی در این خصوص انجام گرفته است؟ نمونه کشوری که این تفکر را می پسندد کشور نیوزیلند است.

اما از طرفی آیا قائل شدن نقص در پزشکی، خود تحمیل نقص بر جامعه و گرفتاری افراد در خسارت ناشی از آن نخواهد بود؟

برای رهایی از چنین پارادوکسی به نظر می رسد بهتر است استانداردهایی را در این حرفه تعریف کنیم و عمل زیر آن استاندارد را مستوجب عقاب در نظر بگیریم و جبران را در چنین شرایطی در صورت امکان واجب بدانیم.

ضمن اینکه بحث تبدیل یک ضرر جانی به مالی بسیار پیچیده و نیاز به تفکر و تعمق زیاد دارد. چیزی که در کشورهای اسلامی تحت عنوان دیه در حوزه حقوق مطرح می شود.

مثلاً باید مشخص کرد که فرزندی که با ناتوانی خاص به دنیا آمده آیا در نتیجه یک

اختلال ارثی غیر قابل پیشگیری مبتلا شده یا در نتیجه غفلت و سهل انگاری در پیشگیری یا درمان به موقع؟ در مورد نخست به جبرانی نیاز نیست و در مورد دوم جبران واجب است.

## نظام مندی هسته های حرفه ای در ساختار سلامت ملی

چقدر آرمانی بود اگر ساختار حقوق پزشکی هم راستا با قوانین کشوری تدوین می شد و ارتقا می یافت و بر اساس علم روز طب پیشرفت می کرد. در این صورت شاید حتی تصور برخی ضررها هم در چنین جریانی کم رنگ جلوه می کرد.

اگر چه فردی از بدنه جامعه پزشکی در صورت سهل انگاری از سوی نظام پزشکی مورد مؤاخذه قرار می گیرد اما چقدر خوب بود که حتی به ریزه کاریهای این حوزه توجه بیشتری می شد. مثل توجه به اخلاقیات و لحاظ شرایط ویژه؛ چون در این زمینه متأسفانه اکثراً ضرری را نمی توان اثبات نمود و در نتیجه جریمه ای را نیز نمی توان متصور شد.

در اینجا هم، باز لزوم تدوین ساختاری مشخص در حوزه های مختلف علم طب و دارو و دندان و ایجاد دفاتری در حوزه حقوق پزشکی با وثوق به دو علم طب و حقوق که به سازمان نظام پزشکی در تدوین اصولی چنین قوانین کمک کند، احساس می شود.

پایان این قسمت



## مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران در گفت‌وگو با فارس: بیمه‌ها در حرکتی گزانببری، داروخانه‌ها را به مرز تباهی کشانده‌اند / فراموشی مطالبه داروخانه‌ها در هیاهوی انتخابات

سبب شده که بیمه‌ها پرداخت مطالبات داروسازان را فراموش کنند.

وی ادامه داد: مطالبات داروخانه‌ها به پنج ماه است. ما از ابتدای سال جاری با این فرض که منافع ملی ایجاب می‌کند که فضای انتخابات ریاست جمهوری را ملتهب نکنیم، نسبت به موضوع طولانی شدن تاخیر بیمه‌ها هشدار چندانی ندادیم و سعی کردیم فضای رسانه‌ای کشور را از این هیاهو دور نگه داریم ولی به نظر می‌رسد سازمان‌های بیمه‌گر، داروخانه‌ها را فراموش کرده‌اند.

دکتر حمید خیری مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران اظهار داشت: به نظر می‌رسد هیاهوی انتخابات سبب شده که بیمه‌ها پرداخت مطالبات داروسازان را فراموش کنند.

حمید خیری مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران در گفت‌وگو با خبرنگار بهداشت و درمان خبرگزاری فارس، با اشاره به تأخیر 5 ماه سازمان‌های بیمه‌گر در پرداخت صورت حساب‌های داروخانه‌های سراسر کشور اظهار داشت: به نظر می‌رسد، هیاهوی انتخابات

خیری اضافه کرد: واقعیت این است که داروسازان شاغل در داروخانه‌ها دچار فرسودگی کاری شده‌اند و حس خوشایندی نسبت به وضعیت حمایت‌های بیمه‌ای ندارند. پرداخت مطالبات داروخانه‌ها یک اصل قانونی است و نیاز به این همه پیگیری و هشدار نباید داشته باشد. وی افزود: شرایط به گونه‌ای است که داروخانه‌ها به دلیل ضعف بنیه مالی قادر به پرداخت بدهی‌های خود به شرکت‌های توزیع دارو نیستند. این در شرایطی است که در واقع این بیمه‌ها هستند که داروخانه‌ها را در حرکت گزانبیری خود به مرز تباهی کشانده‌اند.

به گفته خیری، امید داروسازان در حال از دست رفتن است و این برای نظام دارویی کشور یک فاجعه تمام عیار است که داروسازان آن، اینچنین احساس بی‌پناهی می‌کنند. خیری تصریح کرد: برخی از شرکت‌ها، اعم از فعالین حوزه دارو یا غیر دارو، داروسازان را افرادی بدهکار و بدحساب لحاظ می‌کنند. این درحالی است که داروسازان، چند برابر بدهی خود، از سازمان‌های بیمه‌گر طلب دارند. وی تاکید کرد: این جفای بزرگی در حق داروسازان است که شان و حیثیت اجتماعی ایشان از سوی سازمان‌های بیمه‌گر در حال خدشه دار شدن است.

\*\*\*\*\*

### همکاران عزیز و ارجمند با سلام؛

در پاسخ به مصاحبه و ادعای غیر مقرون به واقع آقای علی سبحانیان ((مبنی بر اینکه انجمن داروسازان ایران هم اکنون فعالیت قانونی ندارد)) خلاصتا به استحضار همکاران محترم می‌رساند؛

قانونگذار در شرایط مشابه انقضا مدت مدیران اشخاص حقوقی، حقوق خصوصی همانند شخصیت حقوقی انجمن به تجویز ماده 136 از قانون تجارت صراحتاً بر بقاء اعتبار و ادامه مدیریت مدیران تا انتخاب هیات مدیره جدید اعلام اراده تقنینی خویش را در راستای جلوگیری از هرگونه وقفه و یا اختلال در اداره شخصیت حقوقی به منصفه ظهور رسانیده است فلذا بطریق اولی هیات مدیره محترم انجمن

فعالیت انجمن داروسازان ایران در راستای اصل 26 از قانون اساسی و برابر مجوز فعالیت صادره از سوی کمیسیون محترم ماده 10 احزاب در راستای مفاد اساسنامه قانونی انجمن داروسازان ایران کاملاً دارای وجهت و مقبولیت قانونی بوده و انقضا مدت پروانه حسب موازین قانونی به هیچ عنوان از موجبات توقف فعالیت و انحلال شخصیت حقوقی انجمن محسوب نمی‌گردد.

داروسازان ایران حسب اصول قانونی و موازین حقوقی تا برگزاری مجمع عمومی نمایندگان محترم شعب و انتخاب هیات مدیره جدید مکلف به انجام و اجرای وظایف عرفی و قانونی مربوطه خواهند بود.

همانطوریکه در گردهمایی تبریز که بنا به دعوت رئیس محترم مجمع متشکل از روسا و دبیران محترم شعب و نمایندگان شعب در مجمع و هیئت محترم اجرایی مرکزی انتخابات و هیئت مدیره محترم انجمن داروسازان ایران برگزار گردید، درارتباط با معرفی نمایندگان شعب از جمله شعبه انجمن داروسازان تهران تصمیمات مقتضی اخذ گردیده و هیئت مدیره انجمن داروسازان بطور جد در جهت برگزاری مجمع عمومی نمایندگان تلاش نموده که انشاءالله به محض صدور مجوز از طرف وزارت محترم کشور در اسرع وقت براساس آئین نامه نسبت به برگزاری مجمع عمومی نمایندگان شعب اقدام خواهد نمود.

باتوجه به شرایط موجود و دخالت خارج از حدود اختیارات شورای محترم رقابت و اقدامات حقوقی لازم از سوی وکیل محترم انجمن داروسازان ایران در این خصوص باید بیش از

پیش آگاه و هوشیار باشیم که کسب هرگونه توفیقی در صیانت و دفاع از حقوق صنفی اعضاء فرهیخته جامعه داروسازی کشور جز در سایه اتحاد و همبستگی صنفی حاصل نخواهد گردید . فلذا با توجه به اینکه از طرف رئیس هیئت

مدیره و مدیر عامل شفایاب اعلام شود (یکی از بزرگترین و مؤثرترین نهادهای داروسازی کشور هم اکنون فعالیت قانونی ندارد و این باعث شرمندگی است) جای بسی تاسف ، تأثر و صد البته تامل است که در وضعیت کنونی که تفوق بر مشکلات بیش از پیش به اتحاد و همدلی یکایک عزیزان بستگی دارد کوبیدن بر طبل ایجاد تفرقه و تشویش اذهان همکاران داروساز با کدامین قصد و غرض انجام می شود که صد البته پاسخ و قضاوت آن را به ذهن هوشیار و بیدار شما عزیزان واگذار می نمایم .

چون نیک نظر کرد پر خویش در آن دید  
گفتا ز که نالیم که از ماست که بر ماست.

## **روابط عمومی انجمن داروسازان ایران دکتر خیری**

# شعر و ادب

- تو را ای کهن بوم و بر دوست دارم

## تورا ای کهن بوم و بر دوست دارم

مهدی اخوان ثالث (م. امید)  
انتخاب از: دکتر حمید قهرمانی

ترا، ای کهن بوم و بر دوست دارم  
ترا دوست دارم، اگر دوست دارم  
ترا ای گرامی گهر دوست دارم  
بزرگ آفرین نامور دوست دارم  
هم اندیشه ات، هم هنر دوست دارم  
و گر نقد و نقل سیر دوست دارم  
بر اوراق کوه و کمر دوست دارم  
نئین خامه، یا کلک پر دوست دارم  
عیان های تو چون خبر دوست دارم  
هم آن فره و فروهر دوست دارم  
که پیری است روشن نگر دوست دارم  
ز هر پیر و پیغامبر دوست دارم  
من آن بهترین از بشر دوست دارم  
مفیدی چنین مختصر دوست دارم  
من ایرانی راهبر دوست دارم  
ازینروش هم معتبر دوست دارم  
از افسانه آن سوی تر، دوست دارم  
همه دشت و در، جوی و جر دوست دارم  
همه بوم و بر، خشک و تر دوست دارم  
که بودند فخر بشر دوست دارم

ز پوچ جهان هیچ اگر دوست دارم  
ترا، ای کهن پیر جاوید برنا  
ترا، ای گرانمایه، دیرینه ایران  
ترا، ای کهن زاد بوم بزرگان  
هنروار اندیشه ات رخشد و من  
اگر قول افسانه، یا متن تاریخ  
اگر خامه تیشه ست و خط نقر در سنگ  
و گر ضبط دفتر ز مشکین مرکب  
گمان های تو چون یقین می ستایم  
هم ارمزد و هم ایزدانت پرستم  
بیجان پاک پیغمبر باستانت  
گرانمایه زردشت را من فزونتر  
بشر بهتر از او ندید و نبیند  
سه نیکش بهین رهنمای جهان ست  
ابر مرد ایرانی راهبر بود  
نه کشت و نه دستور کشتن به کس داد  
من آن راستین پیر را، گرچه رفته ست  
همه کشتزارانت، از دیم و فاراب  
کویرت چو دریا و کوهت چو جنگل  
شهیدان جانباز و فرزانه ات را

به لطف نسیم سحر روحشان را  
هم افکار پرشورشان را ، که اعصار  
هم آثارشان را ، چه پند و چه پیغام  
همه شاعران تو و آثارشان را  
ز فردوسی، آن کاخ افسانه کافراخت  
ز خیام ، خشم و خروشی که جاوید  
ز عطار ، آن سوز و سودای پر درد  
وز آن شیفته شمس ، شور و شراری  
ز سعدی و از حافظ و از نظامی  
خوشا رشت و گرگان و مازندران  
خوشا حوزه شرب کارون و اهواز  
فری آذر آبادگان بزرگت  
صفاهان نصف جهان ترا من  
خوشا خطه نخبه زای خراسان  
زهی شهر شیراز جنت طرازت  
بر و بوم کرد و بلوچ ترا چون  
خوشا طرف کرمان و مرز جنوب  
چو دیروز افسانه ، فردای رویت  
هم افسانه ات را ، که خوشتر ز طفلان  
هم آفاق رویائیت را ؛ که جاوید  
چو رویا و افسانه ، دیروز و فردات  
تو در اوج بودی، به معنا و صورت  
دگر باره برشوبه اوج معانی  
نه شرقی، نه غربی، نه تازی شدن را  
جهان تا جهانست، پیروز باشی

چنانچون ز آهن جگر دوست دارم  
از آن گشته زیر و زبر دوست دارم  
و گر چند ، سطری خبر دوست دارم  
بپاکی نسیم سحر دوست دارم  
در آفاق فخر و ظفر دوست دارم  
کند در دل و جان اثر دوست دارم  
که انگیزد از جان شرر دوست دارم  
که جان را کند شعله ور دوست دارم  
همه شور و شعر و سمر دوست دارم  
که شان همچو بحر خزر دوست دارم  
که شیرینترینش از شکر دوست دارم  
من آن پیشگام خطر دوست دارم  
فزونتر ز نصف دگر دوست دارم  
ز جان و دل آن پهنه ور دوست دارم  
من آن مهد ذوق و هنر دوست دارم  
درخت نجابت ثمر دوست دارم  
که شان خشک و تر، بحر و بر دوست دارم  
بجان این یک و آن دگر دوست دارم  
برویاندم بال و پر دوست دارم  
در آفاق رویا سفر دوست دارم  
بجای خود این هر دو سر دوست دارم  
من آن اوج قدر و خطر دوست دارم  
که این تازه رنگ و صور دوست دارم  
برای تو ، ای بوم و بر دوست دارم  
برومند و بیدار و بهروز باشی



# مقالات تخصصی - علمی

- 1 - سنگهای کلیه و گیاهان دارویی مؤثر در درمان آن
- 2 - سربازان فیزیولوژیک بدن (2)
- 3 - استفاده از تکنولوژی نانو در سیستم های دارورسانی (2)
- 4 - سیگارهای الکترونیک
- 5 - عوارض رنگ مو
- 6 - آشنایی با یکی از درختان فضای سبز شهر رشت
- 7 - سندروم تونل کارپال
- 8 - گیاهان داروئی نیز عوارض دارند



## سنگ‌های کلیه و گیاهان دارویی مؤثر در درمان آن

گردآوری: دکتر سیداحمد میرسنبل

سنگ‌های کلیه به نام Renal Calculi خوانده می‌شوند. آنها بلورهایی هستند که در کلیه تشکیل می‌گردند. سنگ‌های کلیه از طریق جریان ادرار از بدن دفع می‌شوند. البته سنگ‌های زیادی تولید می‌شوند که هیچ علائمی ندارند. اگر سنگ‌ها به اندازه ای بزرگ شوند که حداقل اندازه آنها به 2 میلی متر برسد، ممکن است سدی برای جریان ادرار ایجاد نمایند. علل تشکیل سنگ ناشی از شرایط متابولیک بدن، مانند اسیدوز توبولار کلیه، کلیه Medullary Spong، بیمیاری دنت (Dent)، هاپیرپاراتیروئیدیسم، است.

سنگ کلیه یکی از بیماری‌های شایع در سراسر دنیاست. تعداد زیادی از مردم از مشکلات سنگ کلیه رنج می‌برند. نه تنها انسانها بلکه حیوانات و پرندگان نیز دچار این معضل هستند. شیوع در بعضی مناطق به گونه ای است که به آن کمربند سنگ می‌نامند. تخمین زده شده که شیوع بیماری سنگ کلیه، به طور معمول 12 درصد جمعیت جهان را به خود اختصاص داده است که از این مقدار 70 تا 80 درصد در مردان و 47 تا 60 درصد در زنان شایع است. تقریباً 50 درصد بیماران، به هنگام تشکیل سنگ کلیه اولیه، دارای پیشینه 10 ساله هستند.

سنگهای کلیه انواع متفاوتی دارند. معمول ترین سنگ کلیه بلورهای اکسالات کلسیم است که در حدود 85 درصد بیماران دارای این نوع سنگ هستند. بلورهای اورات که 5 تا 10 درصد سنگهای کلیه را به خود اختصاص داده اند، از اسید اوریک ساخته می شوند. بلورهای استرویت، که حاوی منیزیم، آمونیوم و فسفات هستند، بلورهای فسفات و بلورهای سیستین از دیگر سنگهای کلیه می باشند.

از علائم بیماری سنگ کلیه می توان به دردهای کولیکی، خون در ادرار، چرک در ادرار، سوزش در ادرار، کاهش ادرار، ازتمی Postrenal (وقتی که سنگ کلیه حالب را مسدود می کند) نام برد.

اقدامات پیشگیرانه و درمانی برای جلوگیری از ایجاد سنگ، دفع و کنترل درد، می توان استفاده از آب لیمو و پرتقال برای جلوگیری از تشکیل سنگ اکسالات کلسیم، مصرف انگور فرنگی سیاه که از ایجاد سنگ اورات پیشگیری می نماید، و زغال اخته که از دیگر ترکیبات طبیعی است، اشاره کرد. از ترکیبات صناعی که در درمان سنگ کلیه استفاده می شود می توان از دیورتیکها، آلپورنیول، تامسولوسین، داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی نام برد.

### 1- خارخاسک

#### (Tribulus Terrestris)

این گیاه دارای اسید اسپارتیک و اسید گلوتامیک است که می تواند در کاهش اندازه و دفع سنگ کلیه مؤثر باشد.

خارخاسک همچین حاوی Protodioscin است که اثر مهارکنندگی قوی روی آنزیم سیلکواکسیژناز2 دارد. دو الکلوئید دیگر این گیاه به نامهای Harman و Norharman از گروه بتاکاربولین ها می باشند. خارخاسک حاوی فیتوسترولی به نام Hecogenin است که در سنتز اوکساتی استرول نقش دارد.

### 2- انیسون (بادیان رومی)

#### Pimpinella Anisum

انیسون حاوی 1/5 تا 2 درصد روغن فرار شامل انتول (Anethol) و اژنول (Eugenol) و ایزومرهای آنان است. همچنین حاوی اسیدهای چرب پالمیتیک و اولئیک است. این گیاه دافع وحل کننده سنگ کلیه است. از دیگر موارد درمانی آن می توان به درمان دردهای هنگام قاعدگی، بادشکن، درمان فلاشینگ منوپوز، درمان دیسمنوره، مقوی معده، افزایش ترشح شیر و عامل معطرکننده فرآورده های آرایشی و بهداشتی نام برد.

### 3- انجیر (Ficus Racemose) و

#### (Ficus Carica)

انجیر منبع غنی بتاکاروتن و ویتامین C است. انجیر یکی از ترکیبهای طبیعی مهم در افزایش جریان ادرار است که

از گیاهان دارویی مؤثر در دفع سنگ کلیه، کاهش اندازه سنگ و دردهای ناشی از آن می توان به موارد زیر اشاره کرد:

کاکل ذرت به عنوان یک سنگ شکن قوی و دافع سنگهای کلیوی استفاده می گردد.

#### 7- *Achyranthes Aspera*

ترکیبات این گیاه حاوی ساپونین های تری ترپنوئید، الثنولیک اسید است. دیگر ترکیبات این گیاه شامل betaine، achyranthine، tritriacontane و hexatriacontane می باشد.

این گیاه به دلیل وجود ترکیبات ساپونین باعث کمک به تخلیه سریع سنگریزه های موجود در دستگاه ادراری می شود.

#### 8- *Hemidesmus Indicus*

یکی دیگر از گیاهانی که باعث تخلیه سریع سنگهای توبولی و دیگر قسمت های دستگاه ادراری می شود گیاه همی دسموس ایندیکوس است.

از دیگر گیاهان مؤثر در درمان علائم سنگ کلیه و دفع آن می توان به موارد زیر اشاره کرد.

*Bergenia Ligulata* - *Crataeva*  
*Nurvala* - *Boerhavia Diffusa* -  
*Barbarea Vulgaris* - *Rosmarinus*  
*Officinalis* - *Didymocarpus*  
*Pedicellata* - *Nopalea*  
*Cochinellifera* - *Theobroma*  
*Cacao* - *Allium Sativum* - *Citrus*  
*Japonica* - *Cynodon Dactylon* -  
*Azadirachta Indica* - *Armoracia* *Lopathifolia*

اثرات ضدنفخ دارد و در دردهای ناشی از حرکت سنگ کلیه مفید است، همچنین در التهابات ناشی از خراش حاصل از حرکت سنگ در مجاری ادراری مؤثر است. انجیر در کاهش التهابات دستگاه تنفسی نیز کاربرد دارد. همچنین به عنوان ملین در یبوست های مزمن مصرف می شود.

#### 4- کرفس

#### (*Celery*) (*Apium Gravelous*)

کرفس حاوی Apiin و Apigenin و Lanolarin است. همچنین حاوی ترکیب فنولیک اسید می باشد که یک آنتی اکسیدان است. دانه های کرفس اثرات کاهش فشارخون دارد. همچنین به عنوان یک دیورتیک در دفع سنگهای کلیوی مؤثر است.

#### 5- کاکل ذرت *Zea may*

ذرت حاوی گلوکز، مالتوز، آلانتونین دواسترویل، اسیدهای چرب و اسید سربرونیک است. کاکل ذرت اثرات ضداسپاسم در دردهای کلیه، حالب و مجاری ادراری ناشی از حرکت سنگ کلیوی دارد.

#### 6- دم گیلایس

#### *Prunus avium* (Cherry)

دم گیلایس حاوی سیانوژنیک گلیکوزید می باشد. ترکیب دم گیلایس با خارخاسک و



## سربازان فیزیولوژیک بدن (2)

### دکتر غلامحسین مهدی زاده مؤدهی

خاصی نقش ایفا می کنند. نوتروفیل ها، چه در خون یا بافت، به شکل سلول های بالغ هستند و می توانند به عوامل خارجی حمله کنند و آنها را از بین ببرند، اما ماکروفاژها تا زمانی که در خون هستند به شکل مونوسیت و نابالغ اند و کارایی زیادی ندارند. آنها باید به روش خاص از خون خارج و وارد بافت ها شده، سپس به قدر کافی

سربازان پاسدار بدن در شرایط متعارف نوتروفیل ها و ماکروفاژها هستند، که وظیفه محافظت از بدن در مقابل هجوم میکرواورگانیزم ها، از جمله میکروب ها و ویروس ها و قارچ ها، و دیگر عوامل خارجی را به عهده دارند. روند تکامل و کارایی این سلول ها متفاوت است و هر یک از آنها در نقاط مختلف بدن و در زمینه مواد

نوتروفیل ها و ماکروفاژها مسئول حمله به عوامل بیگانه ی درون بدن هستند، چه این عوامل در داخل بدن تولید شده باشند، یا از خارج به داخل بیایند. در این شرایط از نظر ساختاری تفاوت هایی بین عوامل بیگانه و بافت های بدن وجود دارد که مانع از حمله ی سلول های دفاعی به بافت های طبیعی بدن می گردد.

نوتروفیل ها، چون سلول بالغ اند، به محض ورود به بافت، عمل فاگوسیتوز را آغاز می کنند. آنها با ایجاد پاهای کاذب ذره بیگانه را در بر می گیرند، آن را در حفره ای محصور کرده، سپس به شکل وزیکول فاگوسیتی (فاگوزوم) در سیتوپلاسم رها می سازد. هر نوتروفیل در طول عمرش تا 20 باکتری را می تواند فاگوسیته نماید. ماکروفاژها سلول های مونوسیتی هستند که از خون وارد بافت ها می شوند و به وسیله دستگاه ایمنی فعال می گردند و توان فاگوسیتوزی آنها بسیار زیادتر از نوتروفیل ها است و هر یک می تواند تا 100 باکتری را فاگوسیته نماید. آنها می توانند ذرات بسیار بزرگتر از باکتری ها، از جمله گلبول های قرمز و انگل های مالاریا، را نیز فاگوسیته نمایند. در ضمن، پس مانده های هضم ذرات را بیرون می ریزند، و این باعث می شود که عمرشان طولانی تر از نوتروفیل ها، حتی چندین ماه، باشد.

نوتروفیل ها و ماکروفاژها حاوی لیزوزوم های پر از آنزیم های حل کننده پروتئین هستند که برای هضم پروتئین های موجود در

(تا 5 برابر) بزرگ شوند، تا کارایی لازم را پیدا کنند. این سلول ها به روش **دیپدز** (کوچک کردن تدریجی و عبور از منفذهای عروقی) از رگ ها بیرون می آیند و به شکل حرکات آمیبی در بافت ها حرکت می کنند. این سلول های دفاعی نسبت به بعضی مواد درون بدن حساسیت ویژه دارند، که به آن **کموناکسی** می گویند. این مواد حاصل فرایندهای گوناگون فیزیولوژی بدن هستند و در شرایط متفاوت تولید می شوند. به عنوان مثال، به دنبال ایجاد التهاب ده ها واکنش و ماده شیمیایی در بدن تولید می شوند که می توانند عامل کموناکسی به سوی ناحیه ملتهب بشوند. مهم ترین این مواد عبارتند از: تعدادی از سموم باکتریایی یا ویروسی، فرآورده های حاصل از تخریب بافت های ملتهب، فرآورده های حاصل از واکنش مجموعه ی مکمل (کمپلمان)، مواد حاصل از لخته شدن پلاسما، و بسیاری از مواد دیگر.

واکنش سلول های دفاعی بدن متناسب با غلظت مواد تولید شده در محلی مشخص از بدن است، چون آنها تا فاصله 100 میکرون را پاسخ می دهند و به سوی محل آسیب دیده می روند. از سوی دیگر، چون فاصله بافت ها تا مویرگ ها حدود 50 میکرون است، به آسانی پیام کموناکتیک به سلول ها می رسد و آنها به تعداد زیاد از مویرگ ها بیرون آمده و به محل التهاب می روند.

باکتری و مواد خارجی به کار می روند. ماکروفاژها آنزیم لیباز هم دارند که برای هضم غشاهای لیپیدی میکروب ها به کار می روند. این دو سلول اصلی دفاعی بدن، علاوه بر آنزیم های یاد شده، مواد اکسید کننده (اکسیدان) زیادی از جمله سوپراکسید ( $O_2^-$ ) و پراکسید هیدروژن ( $H_2O_2$ ) و یون های هیدروکسیل ( $-OH$ ) نیز دارند که همه ی آنها میکروب کش اند و تعداد زیادی از باکتری ها را از بین می برند. پراکسید هیدروژن ( $H_2O_2$ ) می تواند با یون کلر بدن ترکیب شود و هیپوکلریت تولید نماید، که میکروب کشی بسیار قوی است. مایکوباکتریوم ها (عامل سل و جذام) به جهت داشتن پوشش خاص و مقاوم در برابر آنزیم های لیزوزومی اغلب تحت تأثیر آنها قرار نمی گیرند، و این میکروب ها از همین خاصیت سود می جویند و داخل ماکروفاژها پنهان می شوند و کمتر تحت تأثیر دارویی قرار می گیرند. آنتی بیوتیک هایی که وارد ماکروفاژ بشوند و روی میکروب اثر کشنده داشته باشند بسیار معدودند، از جمله اتامبول.

شکل دیگری از ماکروفاژها وجود دارند، که پس از ورود به بافت ها، به آنها متصل می شوند و می توانند سال ها زنده بمانند و عمل حفاظتی خود را انجام دهند. این سلول ها می توانند مانند ماکروفاژهای متحرک مقدار زیادی از میکروب ها، ویروس ها، بافت نکروزی و دیگر ذرات خارجی را فاگوسیت نمایند. این

سلول ها تا زمانی که به بافت ها متصل هستند به کموتاکسی پاسخ نمی دهند، ولی در صورت جدا شدن از بافت و به حرکت درآمدن، دوباره خصوصیات ماکروفاژهای متحرک را پیدا می کنند.

مجموعه مونوسیت ها، ماکروفاژهای متحرک، ماکروفاژهای ثابت بافتی و تعدادی از سلول های تخصص یافته اندوتلیال در مغز استخوان، طحال، کبد و گره های لنفاوی دستگاه **رتیکولو اندوتلیال** نامیده می شود، که در متون مربوط به علوم پزشکی اصطلاحی بسیار معروف است و در واقع دستگاهی فاگوسیتی ست که مقدار زیادی از ذرات، سموم و دیگر مواد تخریبی را در بدن جمع آوری می کنند.

ماکروفاژها در بسیاری از بافت ها و اندام های بدن، از جمله پوست و بافت های زیر پوست، گره های لنفاوی، حبابچه های ریوی، سینوزویدهای کبدی، طحال و مغز استخوان، نیز نقش حفاظتی دارند. پوست سالم در مقابل عوامل عفونی غیرقابل نفوذ است، ولی با ایجاد زخم این امکان فراهم می شود، اما ماکروفاژهای پوستی با تکثیر و حمله به عوامل عفونی آنها را فاگوسیت می کنند. میکروب ها از رگ های خونی نمی توانند عبور کنند، ولی از طریق لنف می توانند وارد آنها شوند، اما ماکروفاژهای موجود در گره های لنفاوی آنها را فاگوسیت نمی کنند. بسیاری از میکرواورگانیسم ها می توانند به وسیله هوا وارد ریه ها شوند. آنها به

وسيله ماکروفاژهای بافتی ریه فاگوسیته می شوند، چنانچه تعدادی از آنها هضم نشوند، ماکروفاژها سلول های غول پیکر (giant) را در اطراف آنها به صورت کپسول درمی آورند تا به موقع آنها را به کندی تحلیل ببرند. این حالت درمورد باسیل سل و ذرات سیلیس و کربن اتفاق می افتد. بسیاری از میکرواورگانیسم از راه غذا وارد لوله گوارش می شوند، که می توانند خود را به خون پورت برسانند. این خون، پیش از توزیع در تمام بدن، باید از سینوزوئیدهای کبد عبور نماید. سینوزوئیدهای کبد ماکروفاژهای

بافتی مهمی به نام سلول های **کوپفر** دارد، که در حقیقت دستگاهی تصفیه کننده است و اجازه عبور هیچ میکرواورگانیسمی را نمی دهد. قدرت فاگوسیتوز این سلول ها بسیار زیاد است و هیچ میکروبی نمی تواند از سد آن عبور کند. سرانجام، اگر میکرواورگانیسمی از تمام سدهای دفاعی بدن عبور نماید و وارد خون شود، در نهایت به دام ماکروفاژهای طحال و مغز استخوان خواهد افتاد و فاگوسیته می شود.

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند **جناب آقای دکتر سیاوش کهنسال** در غم از دست دادن مادر گرامی شان سوگوار شدند. با عرض تسلیت به این بزرگواری برای آن مرحومه از دست رفته آرامش ابدی و برای بازماندگان گرامی صبر و شکیبایی آرزو می نمایم.

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »





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

### ترجمه: دکتر مرجان شالچی

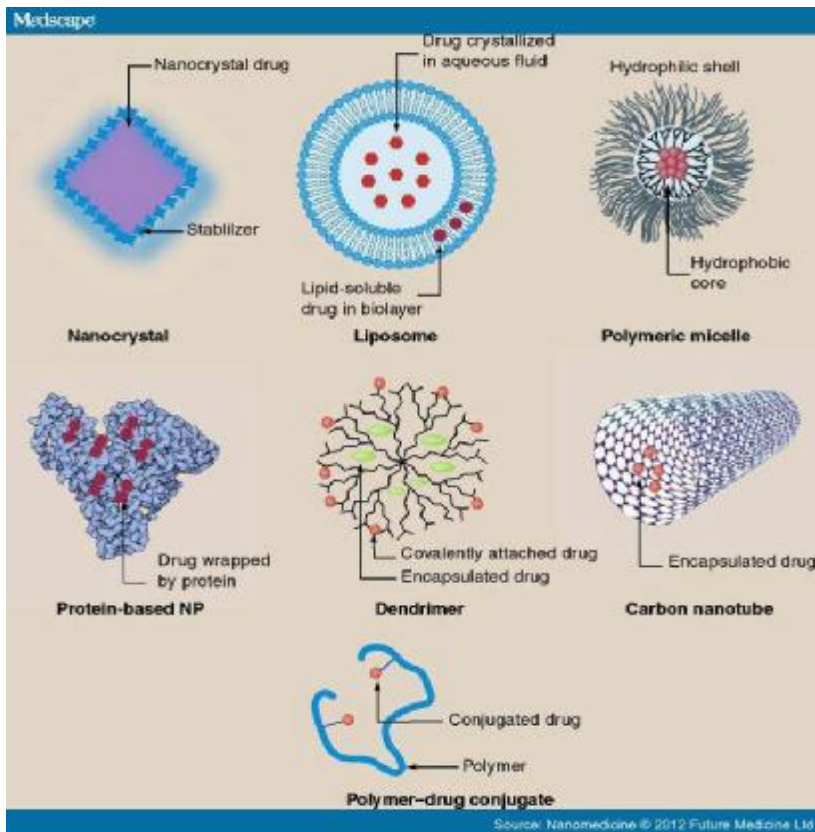
نانومتر باشد آنها را هم می توان جزء سیستم های دارو رسانی نانویی به حساب آورد. این سیستم های دارورسانی نانویی می توانند طوری طراحی شوند که داروها به سطح ذرات جذب یا متصل شوند و داخل متن پلیمر یا لپید محصور شده یا پراکنده شوند. در نتیجه، داروها از محیط پرتنش بدن محافظت می شوند، یا به عبارت دیگر، خصوصیات دارویی نامطلوبشان پوشانده شده و با خواص مواد نانویی جایگزین می شود.

### حامل های نانویی و کاربردهای آنها

اشکال نانویی متنوعی به عنوان سیستم های دارو رسانی بکار رفته اند؛ از مواد بیولوژیکی مثل آلبومین، ژلاتین و فسفولیپیدها برای لیپوزوم ها گرفته، تا مواد شیمیایی مثل انواع پلیمرها و ذرات نانویی حاوی املاح فلزی (شکل ۱). ترکیبات دارو- پلیمر که از نظر اندازه بسیار متنوع اند، معمولاً به عنوان ذرات نانو در نظر گرفته نمی شوند. هرچند اگر اندازه در حدود صد

دلیل اتصال آنها به گیرنده های اختصاصی است، که نتیجه آن هدف گیری انتخابی داروست. بر اساس این ویژگی ها، سیستم های دارورسانی نانو برتری های زیادی عرضه می کنند.

افزون بر این، حامل های نانویی می توانند با استفاده از قابلیت زیاد نفوذپذیری و ماندگاریشان (EPR)، در تومور و محل های التهاب و عفونی تجمع یابند. این ویژگی داروها تنها به خاطر ارتباط آنها به بافت یا اندام خاص نیست، بلکه به



{ بعضی از این سیستم های بالقوه دارورسانی بر پایه نانوتکنولوژی عبارتند از :  
 نانو کریستال ها، لیپوزوم ها، میسل های پلیمری ، ذرات نانوپروتئینی، دندریمرها (پلیمرهای  
 شاخه دار)، نانو لوله های کربنی، کونژوگه دارو- پلیمر. }

مثل: - بهبود پایداری داروهای هیدروفوب برای قابل استفاده نمودن آنها.

- بهبود اثر داروها با ارتقاء روند توزیع آنها در بدن و فارماکوکینتیک دارو.

- کاهش عوارض جانبی دارو، در نتیجه تجمع موفق دارو در مکان های انتخابی.

- کاهش سمیت، با استفاده از مواد نانویی سازگار با بدن.

با بکارگیری نانو تکنولوژی، انتظار می رود تغییرات بنیادی در تولید و دارورسانی تقریباً نیمی از تولیدات دارویی سراسر جهان در دهه آینده تحت تأثیر قرار گیرد، که در مجموع تقریباً 380 میلیارد دلار در آمد خواهد داشت. چند حامل نانویی مهم عبارتند از:

### نانو کریستال ها

یکی از مهم ترین و بدیهی ترین ابزارهای نانو تکنولوژی برای توسعه تولیدات دارویی، دست یابی به تکنولوژی تبدیل داروهای موجود با حلالیت در آب و سرعت انحلال کم به ترکیباتی است که به راحتی در آب حل می شوند و ابعاد نانویی دارند. به عبارت دیگر، دارو به مقیاس نانویی فرموله می شود، به شکلی که عملکرد آن شبیه حاملش باشد.

روش های زیادی مورد بررسی قرار گرفتند اما عملی ترین راهکار کاهش اندازه ذره دارو در محدوده نانومتری و تثبیت ذرات نانو دارو با پوششی از سورفکتانت های غیر یونی یا

ماکرو مولکول های پلیمری است. با کاهش اندازه ماده دارویی، سطح دارو افزایش قابل توجه پیدا می کند که به موجب آن حلالیت و باز شدن دارو و در پی آن افزایش ماکزیمم غلظت پلاسمایی و سطح زیر منحنی به دنبال خواهد داشت. دارو به ابعاد نانویی می تواند به اشکال مختلف دارویی، مثل خوراکی، استنشاقی و تزریقی، فرموله شود. این داروهای نانو کریستالی نسبت به دیگر ترکیبات کلوئیدی (محلولهای میسل) برتری هایی دارند، زیرا میزان سورفکتانت برای دارو می تواند بسیار کاهش یابد، تنها مقداری که برای پایدار کردن ترکیب جامد- مایع لازم است مورد استفاده قرار می گیرد. گذشته از این، بررسی های اخیر نشان داده اند که عوامل خارجی مثل سورفکتانت برای انتقال دارو با نانو کریستال ها می تواند حذف شود. به عنوان مثال، اخیراً روشی برای انتقال یک داروی ضد سرطان هیدروفوب حساس به نور ابداع شده که دارو در شکل خالصش به صورت نانو کریستال استفاده می شود. سنتز با روش رسوب گذاری مجدد (Reprecipitation) منجر به تولید داروهای نانو کریستالی می شود که در پراکندگی آبی پایدارند، بی آنکه به اضافه کردن هیچ گونه پایدار کننده ای نیاز باشد. این نانو کریستال ها توزیع یکنواختی دارند، میانگین قطر آنها 110 نانومتر است. چنین نانو کریستال هایی به خوبی توسط سلول های تومور در لوله آزمایش برداشته می شوند و

پرتوافکنی چنین سلول هایی با نور مرئی (6651 نانومتر) به مرگ سلولی زیاد منجر می شود. در بررسی های درون بدنی، داروهای نانو کریستالی در مقایسه با سیستم های مرسوم دارورسانی بر پایه سورفکتانت، کارایی بیشتری نشان دادند. این نتایج توانایی بالقوه نانو کریستال برای درمان فوتودینامیک را نشان می دهد. همان طور که نشان داده شد، تعدادی از داروهای شناخته شده در حال حاضر به شکل نانو کریستال در بازار دارویی وجود دارند.

### ساختارهای نانویی ارگانیک

لیپوزوم ها - ویزیکول های مصنوعی هستند که از فسفولیپیدهای آمفیپاتیک ساخته شده اند. این ویزیکول ها ساختار کروی دو لایه دارند که یک هسته مرکزی آبی را احاطه کرده اند و اندازه آنها می تواند از 50 نانومتر تا چند میکرومتر متفاوت باشد.

لیپوزوم ها خواص بیولوژیکی جالبی دارند، مثل سازگاری با بدن، تخریب به وسیله بدن، جدا کردن دارو از محیط اطراف و توانایی در خود گرفتن داروهای آب دوست و نیز آب گریز. با اضافه کردن عواملی به غشاء لیپیدی یا تغییر در خواص شیمیایی سطح، خواص لیپوزوم مانند اندازه، بار سطح و عملکرد را می توان به آسانی تنظیم کرد.

از لیپوزوم ها بیش از همه ی سیستم های نانویی برای دارورسانی با کارکرد بالینی استفاده شده است. کارایی آنها در کاهش اثرات

سیستمی و ایجاد مسمومیت و نیز کاهش پاک شدگی دارو ثابت شده است. لیپوزوم های اصلاح شده در مقیاس نانو، خواص فارماکو کینتیک عالی برای انتقال DNA، الیگونوکلو تید آنتی سنس، SiRNA، پروتئین ها و عوامل شیمی درمانی از خود نشان داده اند. مثال هایی از داروهای وارد بازار شده لیپوزومی با کارایی بیشتر و سمیت کمتر از مشابه غیر لیپوزومی آنها در جدول آمده است. دو کسورویسین دارویی ضد سرطان است که به طور گسترده برای درمان انواع مختلف تومورها استفاده می شود. این دارو ترکیب بسیار سمی است که نه تنها روی بافت تومور، بلکه روی قلب و کلیه نیز تأثیر می گذارد؛ واقعیتی که کاربردهای درمانی آن را محدود می کند. هر چند مسیر تکاملی محصور کردن دو کسورویسین در لیپوزوم در یک سیستم دارورسانی نانوپزشکی مورد تأیید به انتها رسیده است. نتیجه این فومولاسیون لیپوزومی جدید، کاهش انتقال دو کسورویسین به قلب و سیستم کلوی بود، در حالی که تجمع دارو در بافت تومور را با اثر EPR بالا می برد. افزون بر این، در حال حاضر تحقیق روی تعدادی داروی لیپوزومی ادامه دارد، این داروها شامل ترکیبات ضدسرطان مثل Camptothecin و paclitaxel (PTX)، نیز آنتی بیوتیک هایی مانند وانکومایسین و آمیکاسین هستند. لیپوزوم ها محدودیت هایی هم دارند مانند قابلیت کم کپسول گذاری آنها (منظور داخل

محفظه های لیپوزومی است)، سرعت انتشار طوفانی، پایداری ضعیف ذخیره سازی و کمبود محرک های قابل تنظیم برای انتشار دارو. افزون بر این، از آنجا که لیپوزوم ها نمی توانند به سلول ها نفوذ کنند، اغلب داروها داخل مایع خارج سلولی منتشر می شوند. همچنین کوشش زیادی با تمرکز بر بهبود پایداری آنها و افزایش چرخه نیمه عمرشان برای هدف گذاری مؤثر یا عملکرد آهسته رهش دارو صورت گرفته است. اصلاح سطح، یکی از روش های ایجاد پایداری و بهبود ساختاری دارو در مقابله با ناملایمات محیط بیولوژیکی بدن بعد از تجویز خوراکی یا تزریقی است.

اصلاح سطح می تواند با اتصال واحدهای پلی اتیلن گلیکول (PEG) که لایه ای محافظ روی سطح لیپوزوم تشکیل می دهند، به دست آید (لیپوزوم مخفی نامیده می شود). به این صورت که سرعت شناسایی لیپوزوم کم می شود. یا با اتصال پلیمرهای دیگر، مثل (EhMA)، چرخه زمانی لیپوزوم ها را در خون بهبود می بخشند.

برای غلبه بر انتشار بسیار سریع داروهای شیمی درمانی از داخل لیپوزوم ها، داروهایی مانند دوکسوروبیسین، داخل فاز آبی محفظه لیپوزومی به وسیله کاتالیزور آلومینیوم سولفات قرار داده می شود. این تدبیر باعث می شود که دارو حتی اگر مدت طولانی در جریان خون بماند طوری داخل محفظه لیپوزومی به دام بیفتد که تنها بتواند نشست ناچیزی به جریان خون داشته باشد. تلاش های دیگری هم از این دست

برای بهبود تنظیم انتشار و زیست فراهمی دارو در بدن صورت گرفته است؛ مانند طراحی لیپوزوم هایی که انتشارشان وابسته به محرک های محیطی است. بر این اساس تحریک انتشار دارو از ترکیب لیپوزوم- پلیمرهای واکنشی یا هیدروژل ها با تغییر در PH، دما، فرکانس رادیویی یا میدان مغناطیسی صورت می پذیرد. همچنین، لیپوزوم ها به لیگاند های هدف فعال، مثل آنتی بادی ها یا فولات، هم برای انتقال هدف دار- انتخابی دارو متصل می شوند.

### نانوذرات پلیمری

نانوذرات پلیمری ذرات کلوئیدی هستند با اندازه ای بین 10 تا 1000 نانومتر و می توانند ساختار کروی، شاخه دار یا هسته- پوسته ای داشته باشند. آنها با استفاده از پلیمرهای صناعی قابل تجزیه در بدن ساخته شده اند، مثل کوپلیمرهای پلی لاکتید- پلی گلیکولید و پلی آکریلات و پلی کاپرولاکتون ها، یا پلیمرهای طبیعی، مثل آلبومین، ژلاتین، آلژینات، کلاژن و کیتوزان.

برای ساختن این نوع نانوذرات روش های مختلفی، مانند تبخیر حلال، امولسیون خودبخودی، انتشار حلال، اشباع نمک/ انتشار امولسیون، استفاده از دی اکسید کربن فوق بحرانی و پلیمریزاسیون مورد استفاده قرار گرفته است. پیشرفت در دانش پلیمر و مهندسی آن به تولید پلیمرهای هوشمند (پلیمر حساس به

تحریک) منجر شده است، که این پلیمر می تواند خواص فیزیکوشیمیایی خود را در پاسخ به سیگنال های محیطی تغییر دهد. سیگنال های فیزیکی (دما، اولتراسوند، نور، الکتریسته و فشار مکانیکی)، شیمیایی (PH و قدرت یونی) و بیولوژیکی (آنزیم ها و مولکول های بدن) مورد استفاده قرار گرفته اند. مونومرهای مختلف، که حساسیت به محرک خاصی دارند، می توانند به هم بچسبند تا یک هوموپلیمر را در پاسخ به سیگنال خاص تشکیل دهند یا کوپلیمری تشکیل دهند که به یک محرک چندگانه پاسخ می دهد. قابلیت انطباق منابع پلیمری و ترکیب شدن آسان آنها، حساسیت پلیمر در پاسخ به محرک ها را در محدوده ای باریک تنظیم می کند، تا به انتقال دقیق تر و برنامه ریزی شده تر دارو منجر شود.

حامل های نانوپلیمری می توانند بر پایه مکانیسم اتصال به دارو طبقه بندی شوند:

- 1- شامل حامل های پلیمری که از شیمی کووالانسی برای اتصال مستقیم به دارو استفاده می کنند (مانند پلیمرهای خطی و ...).
- 2- شامل فعل و انفعالات هیدروفوبیک بین داروها و نانوحامل هاست مثل میسل های پلیمریک از کوپلیمرهای دسته ای آمفیفیلیک.
- 3- نانوحامل های پلیمریک شامل هیدروژل ها، که منبعی پر آب برای احاطه کردن داروهای هیدروفیلیک را عرضه می کنند.

(ادامه دارد)



## سیگارهای الکترونیک

**گردآوری: دکتر حمید قهرمانی**  
**کارشناس مسئول دارویی معاونت بهداشتی**  
قوانین متفاوتی در مورد فروش و استفاده از سیگارهای الکترونیک وضع شده است. ارزش تولید جهانی این محصول در سال 2013 میلادی به مرز 33 میلیارد دلار رسید. در حال حاضر، برخی از شرکت‌های بزرگ تولید سیگار در جهان، که در سال‌های اخیر با کاهش قابل توجه فروش مواجه بوده‌اند، به سرمایه‌گذاری در تحقیق و تولید سیگار برقی روی آورده‌اند.  
سازمان PHE، وابسته به دپارتمان بهداشت کشور انگلستان، در سال 2015 مدعی شد که سیگار الکترونیک 95 درصد نسبت به سیگار معمولی کم‌خطرتر است و اعلام کرد 400 هزار نفر در انگلستان با استفاده از این محصول موفق

آیا سیگارهای الکترونیکی محصولات مناسبی برای جایگزینی سیگار هستند؟ آیا برای ترک سیگار می‌شود از سیگار الکترونیکی کمک گرفت؟ پژوهش‌های اولیه این نتایج را تأیید می‌کردند و ظاهر مدرن و زیبایی این محصول، در کنار تبلیغاتی که در راستای بی‌خطر بودن یا کم‌خطر بودن آن، در مقایسه با سیگار معمولی، می‌شد، سبب شد تا استقبال از آن روز به روز افزایش یابد.

سیگار الکترونیک اولین بار در سال 2003 و در کشور چین تولید شد، اما امروز در نقاط مختلف جهان فروخته می‌شود و میلیون‌ها مصرف‌کننده دارد. در کشورهای مختلف،

در حال حاضر 500 «برند» مختلف از این محصول با بیش از 7700 طعم متفاوت در بازار موجود است. این استقبال عمومی حتی منجر به تشویق کمپانی‌های بزرگ تولیدکننده محصولات دخانی، از جمله رینولدز (تولیدکننده سیگارهایی چون کامل، کنت و پالمال) و آلتریا (تولیدکننده مارلبورو)، شده تا سیگارهای الکترونیک مخصوص خود را تولید کرده و پا به بازار رقابتی این محصول بگذارند. اما این تمام ماجرا نیست.

به ترک سیگار شده‌اند. مطالعه‌ای دیگر نشان می‌داد که حدود 40 درصد سیگاری‌ها در انگلستان از سیگار الکترونیک برای ترک سیگار استفاده کرده‌اند. انتشار چنین مطالبی منجر به ایجاد این باور عمومی شد که سیگارهای الکترونیک نه تنها به ترک سیگار کمک می‌کنند، بلکه خود نیز بی‌خطر بوده و در نتیجه می‌توانند جایگزینی سالم یا حداقل کم‌خطر برای سیگار باشند. امروز و با در نظر گرفتن چنین تبلیغات وسیعی که سیگار الکترونیک در سرتاسر دنیا دارد، چندان دور از ذهن نیست که می‌شنویم



برای مصرف‌کننده فراهم کنند. سیگار الکترونیک چیست؟ باتری به کار رفته در ساختار اغلب سیگارهای الکترونیک انرژی لازم برای گرم کردن مایع موجود در آن، که حاوی

### سیگار الکترونیک چیست؟

با وجود انواع مختلف، همه انواع سیگارهای الکترونیک به این منظور ساخته شده‌اند که امکان تولید و بلعیدن بخار یا دود حاوی نیکوتین را



محل کار یا مکان‌های عمومی، که امکان کشیدن سیگارهای معمولی وجود ندارد، سیگار دود کند. موضوعی که منجر به افزایش مصرف نیکوتین و در نتیجه وابستگی بیشتر فرد به آن می‌شود.

**به این نکته توجه کنید که، با وجود تمامی ادعاهای تولیدکنندگان محصولات سیگارهای الکترونیک، تاکنون هیچیک از این کمپانی‌ها درخواستی برای ثبت محصول خود به عنوان یک محصول کمکی در ترک سیگار به سازمان غذا و داروی آمریکا یا سازمان‌های مشابه در سایر کشورها ارائه نداده‌اند.**

چه از طریق کشیدن سیگار و چه با دود کردن سیگار الکترونیک، نیکوتین موجود در هر یک از این محصولات با افزایش ترشح و تراکم ماده دوپامین، منجر به تحریک سیستم پاداش مغز می‌شود. علاوه بر این، نیکوتین با تحریک عصب‌ها سبب افزایش ترشح نوراپی‌نفرین و سروتونین می‌شود. این دو ماده سبب ایجاد حس مطبوع سرخوشی و احساس آرامش موقت می‌شوند. در نتیجه شخص پس از کاهش این احساس تمایل به مصرف دوباره نیکوتین و زنده شدن دوباره حس سرخوشی خواهد داشت. روندی که منجر به بروز اعتیاد به نیکوتین می‌شود.

**گلیسرین و پروپیلن گلیکول - آزمایش‌های انجام شده بر روی دو ماده اصلی دیگر تشکیل‌دهنده مایع سیگارهای الکترونیک نشان**

گلیسرین، پروپیلن گلیکول و نیکوتین است، را فراهم می‌کند. مایع مزبور نیز، پس از داغ شدن، به بخار تبدیل شده و قابل استعمال می‌شود. پروپیلن گلیکول ترکیبی بی‌رنگ و با طعم شیرین است که در صنعت پلاستیک‌سازی و همچنین صنایع غذایی به کار می‌رود. گلیسرین نیز مانند پروپیلن گلیکول ماده بی‌رنگ و شیرینی است که معمولاً از چربی‌های حیوانی و روغن‌های گیاهی تهیه می‌شود. علاوه بر مواد اصلی ذکر شده، مایع نیکوتین این سیگارها نیز حاوی مواد دیگری برای ایجاد رنگ، طعم و بوهای مختلف هستند.

### **تأثیر سیگار الکترونیک در ترک اعتیاد**

بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که مصرف سیگار الکترونیک هیچ تغییری در نوع و میزان مصرف سیگار در افراد ایجاد نکرده است. این موضوع به این حقیقت برمی‌گردد که دود کردن منجر به تقویت عادت تکراری حرکت دست به سمت دهان و برعکس می‌شود که هنگام سیگار کشیدن عادی نیز اتفاق می‌افتد و در نتیجه «هویت سیگاری بودن» فرد را زنده نگه می‌دارد. از سوی دیگر، ماده‌ای که منجر به اعتیاد به سیگار می‌شود نیکوتین است و این ماده در ترکیب سیگارهای الکترونیک (حداقل در اغلب نمونه‌های موجود) نیز وجود دارد. نداشتن بوی زننده، حتی داشتن بوی مطبوع، ممکن است در ابتدا به نظر ویژگی مثبتی برای این محصول تلقی شود، اما در حقیقت این امکان را به مصرف‌کننده می‌دهد تا در مکان‌هایی مثل منزل،

می‌دهد که در دمای تبخیر هر دو ماده به ترکیب‌های کربونیل شامل فرمالدئید و استالدئید تبدیل می‌شوند که هر دوی این ماده‌ها به عنوان عوامل سرطان‌زا شناخته شده‌اند. در بسیاری از سیگارهای الکترونیک آزمایش شده، بیش از 10 درصد کل مولکول‌های ایجادشده از پروپیلن گلیکول در نهایت به ترکیبات فرمالدئیدی با غلظتی حتی بیشتر از نیکوتین تبدیل می‌شوند. تحقیقی دیگر مدعی شده که فرو بردن بخار فرمالدئید از طریق سیگارهای الکترونیک پنج تا 15 برابر سیگار معمولی، فرد را در خطر ابتلا به سرطان قرار می‌دهد. همچنین مواد طعم‌دهنده دی‌استیل و استیل پروپیونیل، که در ساختار این محصولات به کار می‌روند، به دستگاه تنفس آسیب می‌رسانند.

#### امکان انفجار کپسول سیگار الکترونیک -

در فوریه 2016، روزنامه دیلی میل مطلبی در مورد مایک بنت مردی 47 ساله منتشر کرد که بر اثر انفجار سیگار الکترونیک در جیبش دچار سوختگی شدید شده بود. سوختگی که منجر به بستری شدن 10 روزه او در بیمارستان و حتی انجام پیوند پوست برای ترمیم ضایعه ناشی از سوختگی شده بود. او حتی پس از مرخص شدن از بیمارستان دچار آسیب عصبی در ناحیه سوختگی شد. در ماه اکتبر سال 2016 نیز مرد 24 ساله دیگری هشت دندان خود را به علت انفجار سیگار الکترونیک در هنگام استعمال از دست داد. از این دست نمونه‌ها تا کنون در نقاط مختلف دنیا کم و بیش گزارش شده‌اند. باتری‌های لیتیومی که در ساختار این سیگارها به کار رفته‌اند ولتاژی دو برابر ولتاژ باتری‌های معمولی تولید می‌کنند. این باتری‌ها در صورت

می‌دهد که در دمای تبخیر هر دو ماده به ترکیب‌های کربونیل شامل فرمالدئید و استالدئید تبدیل می‌شوند که هر دوی این ماده‌ها به عنوان عوامل سرطان‌زا شناخته شده‌اند. در بسیاری از سیگارهای الکترونیک آزمایش شده، بیش از 10 درصد کل مولکول‌های ایجادشده از پروپیلن گلیکول در نهایت به ترکیبات فرمالدئیدی با غلظتی حتی بیشتر از نیکوتین تبدیل می‌شوند. تحقیقی دیگر مدعی شده که فرو بردن بخار فرمالدئید از طریق سیگارهای الکترونیک پنج تا 15 برابر سیگار معمولی، فرد را در خطر ابتلا به سرطان قرار می‌دهد. همچنین مواد طعم‌دهنده دی‌استیل و استیل پروپیونیل، که در ساختار این محصولات به کار می‌روند، به دستگاه تنفس آسیب می‌رسانند.

#### کودکان و نوجوانان جمعیت مخاطب -

فروش سیگار به کودکان و نوجوانان در اغلب نقاط دنیا از نظر قانون ممنوع است. از سوی دیگر، کنترل توسط بزرگسالان در منزل و مدرسه امکان مصرف سیگار توسط کودکان و نوجوانان را تا درصد زیادی کاهش می‌دهد. اما واقعیت این است که شاید بوی سیگار مهمترین عاملی باشد که به بزرگسالان کمک می‌کند تا بتوانند بر مصرف سیگار توسط کودکان و نوجوانان کنترل داشته باشند. حال تصور کنید محصولی به بازار بیاید که به صورت همزمان هم دردسر خرید هر روز سیگار را برای کودکان و نوجوانان حل کند و هم به علت عدم تولید بو، امکان «گیر افتادن» آن‌ها در هنگام و پس از

بروز آسیب مکانیکی یا ایجاد دمای بیش از اندازه ممکن است منفجر شوند. باتری‌های لیتیومی به دلیل دارا بودن پتانسیل ذخیره میزان زیادی از انرژی در ساختار این محصولات به کار می‌روند. اما با اینحال ممکن است بیش از اندازه تحملشان داغ شده و ایجاد انفجار کنند. سوختگی شدید، آسیب به ریه، پارگی زبان، شکستگی استخوان‌ها و دندان‌ها و سوختگی صورت نمونه‌هایی از صدمه‌هایی هستند که ممکن است در صورت انفجار سیگار الکترونیک به وجود بیایند.

### **مشکل مربوط به استانداردهای ساخت محصول و قوانین و مقررات - جدا از مواد**

اصلی تشکیل دهنده این محصول که به آن اشاره شد، افزودنی‌های شیمیایی مورد استفاده در تولید آن همچنان نامشخص و غیراستاندارد است. علاوه بر این، میزان نیکوتین استفاده شده در انواع مختلف سیگارهای الکترونیک، حتی آنهایی که توسط یک نام تجاری مشخص تولید شده‌اند، غیر استاندارد و متفاوت است. طبق گزارش موسسه ریه آمریکا مخزن‌هایی که به عنوان جایگزین مخزن اولیه و برای شارژ مایع حاوی نیکوتین استفاده می‌شوند حاوی میزان نیکوتین متفاوت با مقدار ذکر شده بر روی برچسب بوده و حتی بعضی از انواع مدعی بدون نیکوتین بودن مایع مزبور، دارای مقداری از این ماده هستند. موارد ذکر شده اگرچه ممکن است به صورت موردی چندان با اهمیت به نظر نرسند اما امکان مطالعه بر روی انواع این محصول و

نتیجه‌گیری در مورد درجه خطرناک بودن آن را از محققان سلب می‌کنند. در حقیقت وقتی ندانیم دقیقاً در مورد چه چیزی حرف می‌زنیم امکان بررسی کامل و همه‌جانبه خطرهای ناشی از آن را نیز نخواهیم داشت. البته مشکل ناشناخته و بی‌مقررات بودن این محصولات در کشورهای غربی تا حدود زیادی در حال حل شدن است. به عنوان مثال، در ماه اوت گذشته موسسه غذا و داروی آمریکا همه تولیدکننده‌های محصولات دخانی الکترونیک را ملزم به ارائه لیست کاملی از ترکیبات به کار رفته در محصولات خود به علاوه بررسی‌های انجام شده در زمینه تأثیرات منفی آن‌ها بر سلامت فرد مصرف‌کننده و اطرافیان کرد. برای اینکه بتوان به نتیجه علمی در مورد کم‌خطر بودن یا نبودن سیگارهای الکترونیک در مقایسه با سیگارهای معمولی رسید مدت زمان بیشتری مورد نیاز است. بیماری‌های مزمنی چون سرطان در گذر زمانی طولانی ایجاد می‌شوند و در نتیجه مطالعه روی آنها نیاز به زمانی در حد چند دهه دارد. اما آنچه مسلم است این است که سیگارهای الکترونیک نه تنها وسیله مناسبی برای ترک سیگار نیستند بلکه به علت دارا بودن نیکوتین و روش استفاده مشابه سیگارهای معمولی، خود می‌توانند اعتیادزا و یا تشدیدکننده اعتیاد باشند. علاوه بر این، این گونه محصولات دارای خطرهایی از جمله آسان بودن دسترسی برای کودکان و نوجوانان هستند، که آن‌ها را از سیگارهای معمولی خطرناک‌تر می‌کند. در نتیجه و بر خلاف ادعاهای

تولید کنندگان، ابداع سیگارهای الکترونیک و استقبال روزافزون از آنها نباید به عنوان پدیده‌ای میمون و مبارک تلقی شود.

### موافقان

مدافعان استفاده از این محصول گفته‌اند که بخار تولیدی آن حاوی هیچیک از مواد زیانباری نیست که از سوختن توتون و کاغذ سیگارهای معمولی تولید می‌شود، اما می‌تواند میل به سیگار کشیدن را تسکین دهد. به این ترتیب، سیگار برقی "وسیله واسطه" برای کنار گذاشتن کامل مصرف دخانیات توصیف شده است. پژوهشگران بسیاری نیز از کشورهای مختلف جهان در نامه‌ای به سازمان بهداشت جهانی، وابسته به سازمان ملل متحد، از این سازمان خواستند از قرار دادن سیگار برقی در طبقه‌بندی دخانیات زیانبار مانند سیگار خودداری ورزد و خواستار آزادی استفاده از سیگار برقی شده‌اند. به عقیده آنان طبقه‌بندی سیگار الکترونیک در زمره دخانیات زیانبار باعث خواهد شد تا فرصتی مناسب برای کاهش موارد بیماری و مرگ در اثر استعمال دخانیات از دست برود. سیگار برقی "بخشی از راه حل" مسئله مصرف دخانیات است و نباید آن را "بخشی از مسئله" تلقی کرد.

### مخالفتان

در مقابل، مخالفان سیگار برقی دلایلی را در توصیه به وضع محدودیت علیه این محصول مطرح کرده‌اند. به گفته آنان، هنوز پژوهش‌های

کافی برای تشخیص زیان احتمالی این محصول صورت نگرفته و تا آن زمان، باید سیگار برقی را یک خطر بهداشتی بالقوه تلقی کرد. آنان همچنین با این نظر که سیگار برقی "واسطه" ترک دخانیات است مخالفت کرده و گفته‌اند که سیگار برقی خود می‌تواند اعتیاد آور باشد. برخی از مخالفان سیگار برقی افزوده‌اند که دسترسی افراد غیرسیگاری، به خصوص نوجوانان به این محصول و عادت به استنشاق بخار آن باعث شود که مصرف کنندگان به تدریج به استعمال "کالای واقعی" یعنی سیگار کشانده شوند و تمامی تلاش‌ها برای مبارزه با دخانیات را خنثی کنند. در برابر این هشدار، برخی از تولید کنندگان سیگار برقی محصولاتی را عرضه کرده‌اند که شابهت چندانی به سیگارهای معمولی ندارد. ماه گذشته محققان آمریکایی به این نتیجه رسیدند که سیگار الکترونیک در موش‌ها باعث آسیب به ریه شده و احتمال عفونت ریوی را در آنها افزایش داده است. نتیجه یک مطالعه دیگر نیز نشان می‌دهد که سیگارهای الکترونیک ریه‌ها را مسموم می‌کنند، اثربخشی سیستم ایمنی بدن را کاهش می‌دهند و موجب تحریک فعالیت باکتری‌ها می‌شوند که در نتیجه، به طور بالقوه ابر میکروب‌ها را کشته تر می‌کنند.

### منبع:

با دخل و تصرف از رادیو زمانه و ویکی پدیا،

<http://medplus.ir>



دکتر محمد فوزین

## عوارض رنگ مو

اگر موهای خود را به طور مکرر رنگ می کنید، شانس رخ دادن این عوارض جانبی بیشتر خواهد بود. بنابراین قصد داریم در مورد اثر رنگ های شیمیایی بر روی بدن صحبت کنیم.

### حساسیت:

چه بخواهید از رنگ مو برای پنهان کردن رنگ خاکستری موهای خود استفاده کنید و چه اینکه تنها بخواهید تجربه اش بکنید، ممکن است در معرض واکنش آلرژیک قرار بگیرید. مقصر اصلی بیشتر واکنش های آلرژیک از ماده ای به نام پارافنیلن دی آمین است PPD رایج ترین نشانه آلرژیک خارش و سوزش پوست سر، قرمز شدن و

رنگ کردن مو سال هاست که نه تنها جزئی از زندگی زنان شده بلکه به دنیای مردان نیز راه پیدا کرده است. اگر چه رنگ کردن مو شاخص زیبایی به شمار می رود، اما ممکن است تأثیرات خوبی بر روی موها نداشته باشد.

در بیشتر موارد، استفاده از رنگ های شیمیایی دارای عوارض جانبی بسیار خطرناکی است. نشانه ها و آسیب هایی که بر اثر رنگ کردن به مو وارد می شود، همیشه بلافاصله بروز نمی کند. ممکن است چند روز یا حتی چند هفته طول بکشد تا این مواد شیمیایی اثرات خود را نشان دهد.

تورم پوست، ایجاد شوره و تورم در اطراف چشم، مژه ها، بینی و صورت است.

### موهای شکننده:

اگر اغلب موهای خود را مکرر رنگ می کنید، به خاطر مواد شیمیایی موجود در آن موها خشک خواهد شد. مواد شیمیایی که در رنگ ها وجود دارد باعث از بین رفتن رطوبت مو می شود و همین امر موها را شکننده خواهد کرد. درخشندگی موها نیز به مرور زمان از بین خواهند رفت. آسیبی که به موها وارد می شود در بعضی موارد جدی است.

### پوست تحریک پذیر:

رنگ مو ممکن است باعث ایجاد واکنش های پوستی شود. برخی از نشانه ها شامل احساس سوزش، قرمزی و پوسته پوسته شدن پوست، خارش و ناراحتی است. 48 ساعت قبل از به کار بردن رنگ بر روی مو، بهتر است آن را روی دست خود آزمایش کنید تا از نبود حساسیت مطمئن شوید.

### سرطان:

آزمایش ها ثابت کرده اند PPD می تواند به سلول های DNA انسان آسیب رسانده و باعث سرطان شود. اما این که مقادیر اندک PPD موجود در این رنگ های می تواند باعث چنین آسیب هایی شود، هنوز مشخص نیست. این

موضوع پیش محققان یک چالش مهم محسوب می شود.

جامعه سرطان امریکا معتقد است که تحقیقات بیشتری باید انجام شود. رزوسینول نیز ماده شیمیایی دیگری است که در رنگ های مو یافت می شود. این ماده شیمیایی مختل کننده غدد درون ریز است که می تواند خطر ابتلا به سرطان سینه را با مختل کردن تعادل طبیعی هورمون ها افزایش دهد.

### راش (ضایعه پوستی):

معمولاً افرادی که به رنگ مو حساسیت دارند ممکن است دچار ضایعه پوستی شوند. راش نیز ممکن است در محلی ایجاد شود که رنگ استفاده شده است. بعد از مشاهده این ضایعات باید بلافاصله به پزشک مراجعه کنید.

### آسم:

مطالعات مختلف نشان داده است آرایشگرانی که بطور مکرر با مواد شیمیایی همچون رنگ مو سرکار دارند بیشتر در معرض ابتلا به آسم هستند. این آسم نتیجه قرار گرفتن در معرض PPD موجود در رنگ مو است. همین امر موجب می شود ریه ها حساس و نفس کشیدن دشوار شود.

Mohamadefarzin.blogfa.com



## آشنایی با یکی از درختان فضای سبز شهر رشت

دکتر سیدعبداله زین العابدینی

قرار می گیرند. گل آذین های مخروطی نر و ماده بر روی درخت ها جداگانه تشکیل می شوند.

2- **انتشار جغرافیایی** - درخت جینکو بومی چین است، اما به عنوان درخت تزئینی سایه دار در استرالیا، آسیای جنوب شرقی، اروپا، ژاپن و ایالات متحده کاشته می شود. این گیاه به منظور مقاصد تجاری در فرانسه و ایالات متحده امریکا کاشته می شود. اخیراً در کشور ما ایران به عنوان درخت تزئینی در فضای سبز خیابانها، از جمله شهر رشت، بلوار حافظ، مسیر رودخانه گوهررود از پل زرچوب به طرف پل تختی، پیچ سعدی به طرف معلم، بلوار منظره و روبروی انجمن داروسازان دیده می شود.

درخت جینکوبیلوبا (Ginkobiloba)، این تنها گیاهی است که قدمت آن به 150 سال قبل باز می گردد. اکثر درخت های این گیاه بیش از 2500 سال عمر دارند، قدیمی ترین گونه گیاهی به جای مانده در جهان است. این گیاه بومی کشور چین است.

1- **از نظر گیاه شناسی** - جینکوبیلوبا (Ginkobiloba) یک گیاه دوپایه منحصر بفرد است تنها باقی مانده زنده راسته (Ginkoales) است. برگهای بادزنی، خزان شونده، متناوب دارای دمبرگ دراز دولبی با قاعده گوه ای به پهنای 6-9 سانتی متر که در فاصله پائیز زرد رنگ می شود. رگبرگ ها به صورت دوشاخه منشعب می شوند، که انشعابات به صورت موازی

### 3- اندام مورد استفاده گیاه - برگ خشک

از مغز دانه در طب سنتی چین استفاده می شود. برگ ها سبز، خاکستری، زرد، قهوه ای یا سیاه می باشند. ممکن است سطح فوقانی برگ تا حدی تیره تر از سطح تحتانی آن باشد. برگ ها بادزنی شکل، دارای دمبرگ دراز و دولبی همراه با رگبرگ های چندشاخه هستند که از انتهای دمبرگ منشعب می شوند.

4- ترکیبات شیمیایی اصلی - برگ جینکو طیف وسیعی از ترکیبات شیمیایی گیاهی، از قبیل آلکان ها، لیپیدها، استرول ها، بنزنوئیدها، کاروتنوئیدها، فیل پروپانوئیدها، کربوهیدرات ها، فلاونوئیدها و ترپنوئیدها، دارد. اجزای تشکیل دهنده اصلی فلاونوئیدها هستند که مقدار دی - و تری گلیسریدها و استرهای کوماریک اسیدفلاونول های کامپفرول و کوئرستین غالب هستند. مقادیر کمتر گلیکوزیدهای ایزورامنتین، میریستین و 3 متیل میریستین نیز وجود دارد. اشکال غیر گلیکوزیدی بی فلاونوئیدها، کاتشین ها و پروآنتوسیانیدین ها هم حضور دارند. ترکیبات شاخص این گیاه دی ترین لاکتون های منحصربفرد شامل جینکولیدهای A، B، C، J و M و سزکوئی ترین لاکتون بیلوبالید است.

5- اشکال دارویی - عصاره استاندارد شده (عصاره های خشک از برگ های خشک، استخراج شده به وسیله استن و آب، نسبت دارو، عصاره 67-35:1) شامل 22-27 درصد فلاون

گلیکوزیدها و 7-5 درصد ترین لاکتون ها می باشد که از آنها حدود 3/4-2/8 درصد شامل جینکولیدهای A و B و C و 3/2-2/6 درصد بیلوبالید است. میزان جینکولیک اسیدها کمتر از 5mg/kg است. قرص های روکش دار و محلول های خوراکی از عصاره های استاندارد شده خالص تهیه می شوند.

6- کاربردهای درمانی - عصاره های شرح داده شده در قسمت اشکال دارویی برای درمان علامتی ناکارایی خفیف تا متوسط عروق مغزی (سندرم های دمانس در دمانس دژنراتیو اولیه، دمانس عروقی و ترکیبی از این دو حالت) با علائم زیر مورد استفاده قرار گرفته است: کاهش حافظه، اختلال تمرکز، افسردگی عاطفی، گیجی، وزوز گوش و سردرد. این عصاره ها برای بهبود طول مسافت پیاده روی بدون درد در افرادی که دچار بیماری های انسدادی شریانی محیطی از قبیل گنگگی متناوب، بیماری رینود، اکروسیانوزیس و سندرم های پس از فلبیت نیز استفاده می شوند. برای درمان اختلالات گوش داخلی از قبیل وزوز گوش و سرگیجه با منشأ عروقی و حلقونی هم به کار می رود.

### 7- کاربرد آرایشی و بهداشتی

گیاه جینکوبیلوبا، کهن سال ترین گیاه روی زمین است که از بیش از 250 میلیون سال پیش تاکنون توانسته است به حیات خود ادامه دهد. این توانایی اعجاب انگیز را به خاطر مقاومت استثنایی در برابر آلودگی ها، باکتری ها و

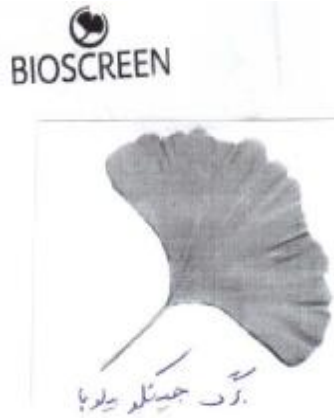


می رود. تکنولوژی و استخراج و خالص سازی این عصاره در انحصار لابراتوارهای بایوسکرین فرانسه است. لابراتوار بایوسکرین آرم خود را با برگ جینکو نشان می دهد. عصاره جینکوفلاوون 40 یک ماده بیولوژیک فعال است که به خاطر داشتن 4 ویژگی منحصر بفرد، دفاع طبیعی و قدرت ترمیم پوست را افزایش می دهد.



انگل ها به دست آورده است. این گیاه حتی بعد از انفجارهای اتمی زنده مانده است.

راز این مقاومت و شادابی خارق العاده در برگ های درخت جینکویلوبا نهفته است. برگ های این گیاه سرشار از عصاره طبیعی «جینکوفلاوون 40» هستند که خود منبعی بی همتا از فلاونوئیدها (40 درصد) به شمار



\*\* لابراتوارها و آزمایشگاه های Bioscreen در پی تحقیقات و کشفیاتشان پوست را با استفاده از مواد طبیعی، درمان و محافظت می کند.

Bioscreen با تمام استانداردهای دارویی مدرن و پیشرفته به منظور بالا بردن سطح محصولات بهداشتی مناسب پوست های حساس و تحریک پذیر کار می کند.

محصولات Bioscreen توسط متخصصین و پزشکان پوست سفارش و نسخه می شود.

Bioscreen یکی از برندهای شناخته شده و شماره یک از لحاظ میزان استفاده در پزشکی و داروخانه های فرانسه می باشد.

Bioscreen مفتخر به اخذ جایزه در سال های 1999 و 2002 از کمیته بهداشتی Sante Beaute شده

است. \*\*

داروی جینکو گل (Ginkgol) ساخت کارخانه گل دارو به شکل قرص روکش دار داروی ممورکس (Memorex) ساخت کارخانه ایران دارو به شکل قرص که همگی از عصاره خشک استاندارد برگ جینکوبیلوبا تهیه شده اند.

8- فرمولاسیون هایی که فقط دارای جینکو می باشند:

داروی تبوکان (Tabokan) ساخت کارخانه کشت صنعت نیاک به صورت قرص داروی جینکو تیدی (Ginko T.D) ساخت کارخانه تولیدارو به شکل قرص



\* **ضد رادیکال های آزاد:** پیشگیری و به تأخیر انداختن پیری پوست

\* **تنظیم کننده رگ ها:** تسکین دهنده و کاهش دهنده حساسیت پوستهای شکننده و آسیب دیده

\* **فعال کننده ساخت کلاژن:** قوام دهنده و ضدچروک

\* **مهار کننده آنزیم الاستاز:** تقویت کننده نوسازی سلول ها و پیشگیری از افتادگی و کاهش قوام پوست با بهره گرفتن از همین ویژگی های خارق العاده و استثنایی، لابراتوارهای بایوسکرین یک برنامه کامل مراقبت از پوست های حساس و شکننده را فراهم آورده اند.

\*\* این مقاله به بهانه دو اصله از این گیاه در جلوی داروخانه ام که اکنون به درختی تبدیل شده به نگارش در آوردم. اما با کمال تأسف امروز توسط همسایه ام باخبر شدم که برگ های درخت در حال پژمرده شدن است. با نگاهی دقیق تر متوجه شدم که یکی از خدا بی خبر در پایه 2 درخت موردنظر مواد نفتی احتمالاً گازوئیل ریخته اند! آیا با وجود این گونه فرهنگ باز هم باید انتظار برای پیشرفت کشور داشت؟



## سندروم تونل کارپال

### گردآوری: دکتر ژاله تحویل‌داری

از خواب خود را نشان می‌دهد، که به شکل خواب رفتن دست و سوزن زدن به دست است، یا برداشتن چیزهای ساده مانند کتاب و تلفن دشوار می‌شود و حتی هنگام رانندگی علائم را ایجاد می‌کند. این علائم ابتدا اغلب در انگشت شست و دو انگشت اول ظاهر می‌شوند و گاهی باعث افتادن ناگهانی اشیاء از دست می‌شوند. دست التهاب و تورم ندارد و گاهی تشخیص سردی و گرمی دشوار است.

بیماری اغلب به علت وارد آمدن فشار به مچ دست ایجاد می‌گردد و احتمال دارد در یک دست یا هر دو دست باشد. زنان سه برابر مردان

عارضه ای شایع در مچ دست است که علائمی چون بی‌حسی، ضعف، درد و احساس سوزن زدن در دست را دارد. تونل کارپال مجرای باریک در مچ دست به طرف کف و شامل استخوان‌ها و رباط‌ها است. عصب مدیان دست از این مجرا رد می‌شود و حرکت انگشت شست و سه انگشت اول را کنترل می‌کند. چنانچه به هر علت روی این عصب فشار وارد شود، علائمی چون بی‌حسی، احساس سوزن زدن در دست، ضعف و درد ایجاد می‌کند. علائم بیماری به تدریج پیشرفت می‌کند، اغلب بعد از استراحتی کوتاه یا صبح بعد از بیدار شدن

به آن مبتلا می شوند، مواردی مانند نفرس، آرتريت روماتويد، ديابت، كم كاري تيروئيد، بارداري، پيچ خوردگي يا شكستگي مچ به ايجاد آن كمك مي كنند. كارهايي مانند ماشين نويسي، كار با كامپيوتر و موارد مشابه در ايجاد آن نقش چنداني ندارند.

علائم سندرم كارپال در ابتدا با استراحت از بين مي روند، ولي اگر بيماري پيشرفت كند، درد آن به بازو و شانه هم مي زند و حتي در فعاليت عضلات انگشت دست تأثير مي گذارد. مواردی چون آرتريت انگشتان، نوروپاتی ديابتی، آسیب به عضلات و رباط ها نیز علائم این سندروم را تشدید می کنند.

آزمون هایی چون تست فالن، الکترومیوگرافی، شوک های الکتریکی جهت ارزیابی فعالیت عصب مدیان دست و عضلات آن انجام می شوند، تا به طور دقیق مشخص شود که تونل كارپال در چه بخش هایی مشكل دارد و بيمار بايد چه نکاتی را رعایت کند.

درمان سندروم تونل كارپال شامل استراحت و حرکت ندادن دست، نیز درمان ریشه ای بيماري هایی ست كه عامل ايجاد و تشدید آن هستند. استفاده از مچ بندهای مناسب در طول شب و روز یکی از اساسی ترین اقدامات است، چون باعث می شود تا مچ و محل آسیب دوباره پيچ نخورد و باعث تشدید سندروم نشود. استفاده از داروهای ضدالتهاب غيراستروئیدی

(NSAIDs)، چون ایبوپروفن و سلکوکسیب، نیز كمپرس سرد، به بهبود علائم بيماري كمك زيادی می كنند. در مراحل پيشرفته تر بيماري گاهی استفاده از كورتیکواستيروئيدهای خوراکی و تزریقی ضرورت پیدا می کند، تا التهاب عصب مدیان سریع تر بهبود یابد. این داروها به همراه بيحس کننده موضعی لیدوکائین گاهی در محل عارضه تزریق می شوند. در موارد خاص و همراه با تورم مچ دست، داروهای مدر و ویتامین B6 نیز استفاده می شوند. در موارد استثنایی عمل جراحی، شامل قطع رباط های پوشاننده تونل مچ دست، جهت از بين بردن فشار روی عصب مدیان، هم انجام می شود. عمل جراحی می تواند به روش اندوسكوپيك و با استفاده از دوربین صورت گیرد. پس از جراحی، نکات خاصی را، از نظر بستن مچ بند، بالا نگهداشتن دست و حرکت دادن انگشتان و غيره، بايد رعایت کرد. فیزیوتراپی به بهبود علائم سندروم كارپال كمك زيادی می نماید، نیز استفاده از طب سوزنی و ورزش هایی چون یوگا بسیار سودمند هستند. به منظور پیشگیری از ایجاد سندروم كارپال می توان موارد زیر را رعایت کرد.

\* به هنگام نشستن و برخاستن بسیار مراقب باشید.

\* ابزارها و ميز كار مناسب داشته باشید.

\* دست و مچ را به طور منظم حرکت دهید.

\* سعی کنید به مدت طولانی در وضعیتی ثابت قرار نگیرید.



## گیاهان داروئی نیز عوارض دارند

### دکتر محمد فرزین

در این نوشتار به برخی از پرمصرف ترین گیاهان داروئی در صنعت داروسازی به ویژه صنعت مکمل های داروئی که جزء پنج صنعت درآمدزای جهانی است، می پردازیم. این مکمل ها در اکثر داروخانه ها وجود دارند و بسیاری از افراد، به گمان بی خطر بودن و بدون توجه به عوارض احتمالی، آن ها را خودسرانه مصرف می کنند:

1- **چای** پرمصرف ترین نوشیدنی در جهان است که با سه روش فرآوری به صورت چای سیاه (برگ چای اکسید شده)، چای سبز (برگ

برخلاف تصور رایج و آن چه در رسانه ها تبلیغ می شود، هر چیزی، الزاماً «طبیعی» اش خوب نیست. بسیاری از عادات و رفتارهای ما مانند استحمام و کوتاه کردن مو و ناخن برای رهایی از موادی است که «طبیعی» است ولی انسان، تشخیص داده است که بوی طبیعی بدن، یا رشد طبیعی ناخن و مو را باید محدود کند.

در این میان ترویج کنندگان فرآورده های گیاهی با عنوان «طبیعی» چنین وانمود می کنند که چون طبیعی است، پس بی ضرر است! در حالی که این موضوع عمومیت ندارد.

چای بخار داده شده) و چای Olong (چای نیمه تخمیر شده)، در دسترس مردم قرار دارد. از این سه نوع چای، چای سبز دارای خواص درمانی بیشتر و قوی تری است.

چای، آثار درمانی متعددی دارد. آنتی اکسیدان قوی، ضدسرطان قوی و پیشگیری کننده از بیماری های قلبی و عروقی است. از میزان پلاک و عفونت های دندان می کاهد و با افزایش سوخت و ساز بدن موجب لاغری و تناسب اندام می شود. و نیز موجب کاهش کلسترول و احتمالاً کاهش ابتلا به بیماری قند می شود. ولی در کنار این همه خاصیت و فایده، عوارضی نیز دارد. از جمله این که به سبب دفع آهن از بدن، باعث کم خونی می شود. همچنین موجب ناراحتی و زخم معده، افزایش تپش قلب و فشارخون، اضطراب، بی خوابی، کج خلقی و بی قراری می گردد. چای با بسیاری از داروها به ویژه داروهای ضدانعقادی تداخل دارد و باید یکی دو ساعت پس از مصرف داروها، چای را مصرف کرد.

فرآورده ها و مکمل های چای، به ویژه چای سبز، به وفور در داروخانه ها موجود است و باید در افراد دچار پرفشاری خون و اختلالات اضطرابی، با احتیاط مصرف شوند.

## 2- (Ginger (Zingiber officinale یا زنجبیل :

ریشه های معطر با طعم گزنده ولی دلپذیر دارد. خواص شناخته شده این گیاه، کاهش تهوع، به ویژه Mofion Sickness (تهوع و استفراغ در حین مسافرت)، درمان کم اشتهاپی و

لاغری و تسکین درد مفاصل می باشد ولی مصرف این گیاه دارای عوارضی است که در رأس آن ها می توان به ایجاد اختلالات قلبی به ویژه نامنظمی ضربان قلب، حساسیت، نفخ و سوزش سردل، اختلال انعقادی و ابتلا به سنگ کیسه صفرا اشاره کرد.

## 3- Licorice (ریشه شیرین بیان)

دارویی پرمصرف برای درمان التهاب معده، درمان سرفه و برونشیت، عفونت گلو و گلودرد است. شیرین بیان موجب پرفشاری خون، نامنظمی ضربان قلب، اختلال در عملکرد کلیه ها، اختلال هورمونی، افزایش سدیم و کاهش پتاسیم خون، ضعف عضلانی، اختلال بینایی، تحریک شبکیه و تداخل دارویی با بسیاری از داروها، از جمله داروهای ضدپرفشاری خون و ضد نامنظمی ضربان قلب می شود.

## 4- Ginseng (جینسنگ)

گیاهی بومی کشور چین می باشد ولی به سبب قیمت بالا و داشتن مشتریان فراوان در سایر نقاط جهان هم کشت می شود. به طور سنتی، چینی ها معتقدند که ریشه این گیاه، از پیری پیشگیری می کند.

مهم ترین کاربرد ریشه این گیاه، افزایش قوای جنسی، روحی و افزایش بنیه عمومی فرد است و مصرف آن موجب افزایش تمرکز و قدرت تفکر می شود.

## 5- Ginko Biloba

از داروهای گیاهی پرمصرف و با خواص مشابه به جینسنگ است. در تقویت حافظه،

درمان سرگیجه و Tinnitus (وزوز گوش) کاربرد دارد. از عوارض این دارو می توان به افزایش استعداد به خونروی به دلیل رقیق کردن خون، اختلال گوارشی، نامنظمی ضربان قلب، افت فشار خون و تشنج اشاره نمود.

#### 6- Kava Kava

#### (Piper Methysticum)

کاواکاوا گیاهی است که به تنهایی یا توأم با سایر گیاهان دارویی، به عنوان مکمل به کار می رود. بیشترین کاربرد این گیاه، در درمان اضطراب، افسردگی و بی خوابی است.

عوارض این گیاه دارویی، عبارتند از: آسیب به کبد و ایجاد هیپاتیت، آسیب به کلیه، اختلال در عملکرد داروهای ضدانعقادی و افزایش خطر خون روی، افزایش تأثیر و شدت اثر داروهای خواب آور و آرام بخش مثل Diazepam .

#### 7- Arnica Montana

یا همیشه بهار کوهی به صورت پماد موضعی برای کاهش التهاب پوست و کاهش درد و به صورت دهان شویه برای کاهش التهاب دهان و گلو، سرماخوردگی، سرفه، برونشیت به کار می رود.

پماد آن برای کاهش دردهای روماتیسمی کاربرد دارد .

عوارض همیشه بهار کوهی عبارتند از: اختلال در کارکرد قلب، استفراغ و اسهال، آسیب به کبد، تنگی نفس، کما و حتی مرگ، این عوارض به ویژه زمانی شدیدتر هستند که فرد به جای مصرف موضعی، از این گیاه به عنوان

داروی خوراکی استفاده کند.

#### 8- Feverfew

گل بابونه گاوی از گیاهان پرمصرف است که برای درمان وزوز گوش، میگرن، آرتریت و انواع آرتراژی به کار می رود.

مصرف گل بابونه گاوی عوارض زیادی دارد از جمله تداخل و تشدید اثر داروهای ضدانعقادی مثل Warfarin که موجب خون روی می شود. تشدید اثر داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی مثل Acetylsalicylic acid و Ibuprofen و Indomethacin و ایجاد آسیب کلیوی به دلیل دارا بودن فسفر و پتاسیم فراوان. لذا در بیماران کلیوی و قلبی، باید با احتیاط مصرف شود.

#### 9- Aloe یا صبر زرد

گیاهی است که از نظر ظاهری به برخی از انواع کاکتوس شبیه است. از برگ آن به صورت مالیدنی در درمان زخم ها و سوختگی و نیز به صورت خوراکی و به عنوان مسهل استفاده می کنند. در فرآورده های بهداشتی مانند شامپو و صابون به طور گسترده به کار می رود و عوارضی در مصرف موضعی آن گزارش نشده است.

مصرف خوراکی آلوئه موجب نامنظمی ضربان قلب، کاهش قند خون که گاه به حد خطرناک می رسد، کاهش پتاسیم خون و گرفتگی عضلات، سردرد، تشنج، پرفشاری خون و تداخل با داروهای قلبی، به ویژه داروی پرمصرف Digoxin می شود.

## 10 - Stinging Nettle یا گزنه دوپا

آثار درمانی در عفونت های مجاری ادراری، پروستات، سنگ کلیه و مثانه دارد و در درمان آلرژی نیز به کار می رود.

عوارض گزنه عبارتند از:

تحریک معده، Oedema یا تجمع آب در بدن و اختلال در عملکرد قلب و ریه و کلیه ها و کم خونی به سبب دفع آهن از بدن.

## 11 - Black Cohosh یا علف ساس

در درمان اختلالات یائسگی از جمله گرگرفتگی و عرق شبانه و ناراحتی های پیش از شروع عادت ماهانه مورد استفاده است. همچنین در درمان افسردگی، رماتیسم و به عنوان مسکن به کار می رود.

شایع ترین عوارض مصرف این گیاه دارویی عبارتند از:

افت فشار خون، اختلال در عملکرد کبد، تداخل با اثر داروهای شیمی درمانی تشدید اثر داروهای ضد پرفشاری خون، استفراغ، سردرد و سرگیجه.

## 12 - Hypericum Perforatum

### (St. Johnswort) یا علف چای

گیاهی است که با تبلیغات وسیع، تقریباً برای درمان تمامی بیماری ها، کاربرد دارد ولی دارای عوارض فراوان است. از جمله تهوع، سرگیجه، سردرد، افزایش حساسیت به نور خورشید و

استعداد به آفتاب سوختگی، ادم، تداخل با بسیاری از داروها از جمله داروهای ضد انعقادی، ضد بارداری، شیمی درمانی، Anti Depressive و داروهای قلبی و عروقی.

## 13 - Garlic یا سیر

به دلیل خواص فراوان از جمله کاهش فشارخون، کاهش تصلب شرایین و کاهش کلسترول خون، در زمره گیاهان دارویی قرار می گیرد. دارای عواض فراوان است از جمله می توان به سردرد، درد عضلانی، سرگیجه، سوء هاضمه، تشدید آثار داروهای ضدانعقادی و ایجاد خون روی، آسم، انواع حساسیت ها و در صورت مصرف بیش از حد، آسیب کبدی، اشاره نمود.

نکته آخر این که:

داروهای، چه شیمیایی، چه گیاهی، دارای عوارضی هستند و مصرف خودسرانه و بی رویه آن ها، ممکن است عواقب خطرناکی در پی داشته باشد. به ویژه زمانی که در کنار داروی تجویز شده توسط پزشک، داروی دیگری را بدون توجه به تداخل و اثر آن داروها بر یکدیگر، مصرف کنیم.

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

[Mohamadefarzin.blogfa.com](http://Mohamadefarzin.blogfa.com)



# مطالب مشرقه

- نگاهی به تاریخچه نظام پزشکی در ایران

- معرفی و پیشنهاد سه کتاب خواندنی



## نگاهی به تاریخچه نظام پزشکی در ایران

دکتر محمد کاظم پور کاظمی  
دبیر هیئت مدیره نظام پزشکی رشت  
و عضو پیشین شورای عالی نظام پزشکی کشور

جهت ساماندهی امر طبابت وارد قوانین ایران شد، در تبصره ماده 3 قانون آمده بود: «رسیدگی به تخلفات شغلی غیر جزایی پزشکان از وظایف نظام پزشکی است که در صورت عدم تشکیل نظام پزشکی این وظیفه به عهده شورای عالی بهداشت خواهد بود و آئین نامه آن طبق نظر کمیسیون بهداری و دادگستری تنظیم می شود.»

در همین سال دکتر جهان شاه صالح که همزمان وزیر بهداری و رئیس دانشکده پزشکی دانشگاه تهران بود نخستین لایحه 6 ماده ای نظام

به بهانه برگزاری هفتمین دوره انتخابات نظام پزشکی سراسر کشور در تیرماه 96 بر آن شدم تا به منظور آگاهی بیشتر همکاران مرووری بر چگونگی شکل گیری این تشکل فراگیر جامعه پزشکی که مصادف با یکصدمین سال فعالیت مجموعه داروسازی در ایران است داشته باشم. این تاریخچه در دو مقطع قبل و بعد از انقلاب از نظر تان خواهد گذشت.

### الف: قبل از انقلاب

در کشور ما واژه نظام پزشکی، اول بار در سال 1329 هنگام تصویب قانون بهداشت شهری در

پزشکی را به مجلس ارائه نمود که با مرگ نخست وزیر وقت (رزم آراء) در اسفند سال 1329 مسکوت ماند.

در سال 1334 پس از تصویب قانون امور پزشکی و دارویی، باز هم بحث تشکیل نظام پزشکی مطرح شد اما کمیسیون بهداری مجلس، لایحه را ناقص تلقی نمود و آن را تصویب نکرد.

بالاخره اولین قانون نظام پزشکی سال 1338 در دوران وزارت دکتر عبدالحسین راجی در کابینه دکتر منوچهر اقبال به صورت لایحه تقدیم مجلس شد و سال 1339 توسط مجلسین شورای ملی و سنا در 14 ماده، 9 تبصره و 12 بند به تصویب رسید که اعضاء آن را منحصراً پزشکان و دندانپزشکان تشکیل می دادند و بر اساس ماده 3 آن در مرکز هر شهرستان که لااقل 25 نفر پزشک و دندانپزشک اشتغال داشتند مجاز به تشکیل نظام پزشکی می شدند.

این قانون عملاً اجرا نشد اما سال 1346 اصلاحاتی در ماده 5 و 12 آن به عمل آمد و اولین انتخابات نظام پزشکی مرکز که عهده دار امور تهران و کشور بود بر اساس آئین نامه تنظیمی وزارت بهداری در سال 1347 انجام گردید و عملاً در سال 1348 با حضور رئیس مجلس شورای ملی و با سخنرانی نخست وزیر وقت افتتاح شد و آقای دکتر منوچهر اقبال که بیشترین رأی را در انتخابات تهران کسب نموده بود به عنوان اولین رئیس نظام پزشکی، ابلاغ خود را از دست شخص اول مملکت دریافت کرد و این سمت را در دو دوره 3 ساله عهده دار شد. متعاقباً انتخابات مراکز استانها و

شهرستانهای واجد شرایط یکی پس از دیگری آغاز گردید و در شهرستان رشت اولین انتخابات در خردادماه سال 49 انجام گرفت.

ریاست نظام پزشکی مرکز در دوره سوم به عهده پروفیسور عدل و در دوره چهارم به عهده آقای دکتر ملکی بود.

این قانون نیز با دو تغییر عمده در سال 1354 بازنگری شد و به 25 ماده و 10 تبصره و 12 بند اصلاح گردید. در ماده 14 این قانون صدور پروانه اشتغال به کار طبابت پزشکان و دندانپزشکان پس از تأیید ارزش تحصیلات آنان توسط وزارت علوم و آموزش عالی، به عهده نظام پزشکی گذاشته شد و همچنین طبق ماده 21 و بر اساس ضرورت، دارندگان درجه دکترا که مجاز به کار آزمایشگاهی بودند طبق آئین نامه ای می توانستند از بین خود یک نفر نماینده برای عضویت در هیئت مدیره نظام پزشکی مرکز انتخاب نمایند. در واقع بین سالهای 1348 تا 1365، سازمان نظام پزشکی در پی شش مرحله انتخابات، شش دوره سه ساله را پشت سر گذاشت.

### **ب - بعد از انقلاب:**

قانون سال 1354 نظام پزشکی پس از پیروزی انقلاب در سال 1359 با اصلاح بعضی مواد و حذف بعضی از اختیارات توسط شورای انقلاب و مجلس دچار تغییر شد و در سال 1360 پنجمین دوره انتخابات نظام پزشکی و یا به عبارتی اولین انتخابات نظام پزشکی بعد از انقلاب برای یک دوره 3 ساله برگزار شد (63-60) و آقای دکتر عباس شیانی به عنوان رئیس هیأت مدیره برگزیده

شد. ولی با تصویب قانون تأسیس مطب در سال 1360، اختیار ماده 14 قانون سال 1354 یعنی صدور پروانه مطب، به وزارت بهداشتی واگذار گردید و زمزمه اصلاح موادی از قانون نظام پزشکی و الزام دولت جهت تهیه و تنظیم و ارائه لایحه سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به مجلس، آغاز گردید.

در یکی از جلسات مهرماه 1363 مجلس شورای اسلامی، شور اول طرح یک فوریتی قانون آغاز شد و در جلسه 63/8/1 با یک فوریت به تصویب رسید. بر اساس مفادی از قانون، **رئیس هیأت مدیره با پیشنهاد هیأت مدیره و حکم وزیر بهداشتی تعیین می شد و همچنین برای اولین بار حضور دکتر داروساز در هیأت مدیره مرکز الزامی شده** و ناگزیر ماده 5 و 7 قانون سال 54 مربوط به ترکیب هیأت مدیره و شرایط انتخاب شوندهگان با اصلاحاتی علیرغم وجود مخالفان زیاد در مجلس به تصویب رسید.

ششمین انتخابات و به عبارت دیگر دومین انتخابات نظام پزشکی پس از انقلاب در همین سال با تکیه بر قانون سال 1354 در شرایطی برگزار شد که تعداد پزشکان شهرستانها به نحو چشمگیری افزایش یافته بود و لذا سهم بیشتری را در اداره نظام پزشکی طلب می کردند. **به همین خاطر در این دوره (66-63) چهره با اراده ای چون دکتر محمدعلی حفیظی به عنوان رئیس نظام پزشکی معرفی گردید.** به دنبال معرفی ایشان، دفتر حقوقی نخست وزیری با عطف توجه به نتایج اعلامی نظام پزشکی از انتخابات برگزار شده، طی نامه ای در تیرماه 64 اعلام نمود، چون

طبق مفاد صریح ماده یک اصلاح موادی از قانون نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب 63/10/4 ترکیب و تعداد اعضاء هیأت مدیره نظام پزشکی مرکز تغییر یافته است، لذا ادامه مدیریت هیأت مدیره فعلی آن سازمان با ترکیب مقرر در قانون سال 1354 وجهه قانونی ندارد زیرا از زمان لازم الاجرا شدن قانون اخیر التصویب وظایف و اختیارات هیأت مدیره نظام پزشکی مرکز، صرفاً می تواند با ترکیب و تعداد اعضایی که قانون گذار معین نموده اعمال گردد. لذا با توجه به مراتب فوق الذکر مقتضی است در اجرای قانون اصلاحی نسبت به انتخاب هیأت مدیره بر اساس ترکیب و تعداد اعضاء مندرج در قانون مزبور اقدام و نتیجه را اعلام فرمایند.

به طور طبیعی این نامه مورد اعتراض مسئولان وقت نظام پزشکی قرار گرفت و مراتب طی شکوائیه ای با دلایل محکمه پسند به سرپرست بازرسی کشور (آقای محقق داماد) ارسال گردید و در نهایت دلایل ابرازی نظام پزشکی مبنی بر صحت انتخابات انجام شده و عدم شمول قانون اصلاحی به انتخابات انجام شده مورد قبول واقع شد.

اما با وجود تأیید انتخابات نظام پزشکی توسط مراجع ذیصلاح، حملات علیه نظام پزشکی توسط برخی از مقامات در روزنامه ها از جمله کتابی از طرف انجمن اسلامی دانشجویان مرکز پزشکی ایران تحت عنوان «جایگاه سازمان نظام پزشکی» حاوی اکاذیبی درباره سازمان انتشار یافت که با وجود دفاعیه های مستدل هیأت مدیره و انعکاس به

مقاماتی چون دادستان عمومی تهران، بازرسی کل کشور و ... راه به جایی نبرد و دولت در سال 1365 با توجه به وظیفه تعیین شده در لایحه یک فوریتی مهرماه 63، لایحه نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران را تهیه و تقدیم مجلس نمود. با تقدیم این لایحه که بدون کسب نظر مشورتی از نظام پزشکی تهیه شده بود، بحث و کشمکش بر سر اختیارات و مسئولیت های نظام پزشکی که از سال 1363 آغاز شده بود همچنان ادامه یافت، چرا که در ماده یک آن آمده بود که سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که در این قانون سازمان نامیده می شود وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد که به منظور تحقق بخشیدن به اهداف مقرر در این قانون تشکیل می گردد، بسیاری از پزشکان و صاحب نظران همین ماده را مغایر با استقلال صنفی نظام پزشکی می دانستند. لذا در پی اعتراضات گسترده مسئولان نظام پزشکی و التهابات پس از انقلاب و سوء تفاهات، دولت در سال 65 هیأت مدیره نظام پزشکی مرکزی را منحل و آقای دکتر هادی منافی را که به تازگی جای خود را به آقای دکتر علیرضا مرنندی سپرده بود به عنوان سرپرست نظام پزشکی مرکز معرفی نمودند و زنده یاد دکتر حفیظی هم به یزد تبعید شد.

### **نظام پزشکی رشت هم پس از پنج دوره فعالیت در 64/4/17 منحل گردید.**

ابتدا قرار بود که آقای دکتر منافی برای مدت دو ماه سرپرست باشد اما این زمان به 72 ماه کشید. دولت نیز لایحه خود را پس از دو بار ایراد شورای نگهبان به بعضی از مواد از جمله ماده یک آن در

سال 66 پس گرفت و آقای دکتر منافی هم در پی مشکلاتی که در بعضی از شهرستانها منجمله مشهد و اصفهان پیش آمده بود، پزشکانی را به صورت انتصابی برای اداره نظام پزشکی های مرکز استان تعیین نمود، در استان گیلان آقای دکتر محمدعلی جوافشانی به این عنوان طی مراسمی با حضور آقای دکتر منافی، امام جمعه و مدیرکل وقت بهداشت در محل جامعه داروسازان گیلان معرفی گردید. سرپرستی دکتر جوافشانی تا سال 1368 ادامه یافت و پس از ایشان زنده یاد دکتر هدایت اله یزدانی تا انتخابات سال 1370 به این سمت گمارده شد. با پس گرفتن لایحه نظام پزشکی در سال 66 توسط دولت، طرح جدیدی در سال 1369 توسط برخی از نمایندگان مجلس با مشورت دکتر منافی و مشاورین نزدیک وی تهیه و در تاریخ 1369/4/5 به تصویب مجلس رسید و مقرر شد این قانون به مدت پنج سال به صورت آزمایشی به اجراء درآید. این قانون 33 ماده و 34 تبصره داشت و نسبت به قانون قبلی تغییرات زیادی در اهداف و وظایف آن ایجاد شده بود. به عنوان مثال بر اساس ماده 7 آن رئیس کل سازمان یک نفر پزشک پیش بینی شده بود که از بین سه نفر افراد پیشنهادی شورای عالی به رئیس جمهور برای مدت 4 سال با حکم ریاست جمهوری منصوب می گردد و عزل رئیس کل هم به عهده رئیس جمهور بود.

سرانجام بعد از تصویب طرح پیشنهادی نمایندگان در سال 1369، هفتمین انتخابات نظام پزشکی در سال 1370 و به عبارتی اولین انتخابات با قانون آزمایشی جدید در تهران

و 52 شهر واجد شرایط به صورت همزمان برگزار گردید و در نهایت آقای دکتر ایرج فاضل به عنوان رئیس کل نظام پزشکی، حکم خود را از دست رئیس جمهور دریافت نمود.

دور دوم انتخابات با قانون آزمایشی در سال 1375 برگزار گردید و آقای دکتر سید شهاب الدین صدر به عنوان رئیس کل برگزیده شد.

در این دوره بسیاری از اعضای شورای عالی دوره اول به دلیل عدم تأیید صلاحیت، از راهیابی به دور دوم بازماندند.

دور سوم انتخابات که همزمان با ورود اصلاح طلبان به مجلس بود در زمستان سال 1379 برگزار گردید و آقای دکتر محمدرضا ظفرقندی به عنوان رئیس کل برگزیده شد و در این دوره اصلاح قانون آزمایشی سال 69 در دستور کار قرار گرفت و با مشارکت نمایندگان مجلس ششم، طی طرحی در مهرماه 1381 در صحن علنی مجلس مطرح شد. در این طرح اختیارات و وظایف سازمان نظام پزشکی افزایش یافت و اختیار تعیین تعرفه بخش خصوصی به نظام پزشکی واگذار گردید. این طرح پس از تصویب در مجلس ششم با ایرادات شورای نگهبان مواجه شد و با ارجاع به مجمع تشخیص مصلحت نظام به تصویب نهایی رسید.

در انتخابات دور چهارم که در سال 83 برگزار گردید، دکتر شهاب الدین صدر برای بار دوم به عنوان رئیس کل نظام پزشکی انتخاب شد. در این دوره چهار ساله (83-87) سازمان نظام پزشکی با فراز و نشیب هایی مواجه بود که

مهمترین آن لغو اختیار نظام پزشکی در تعرفه گذاری خدمات پزشکی بخش خصوصی بود.

پنجمین انتخابات نظام پزشکی نیز در زمستان 87 در سراسر کشور برگزار شد (87-91) در این دوره نیز آقای دکتر صدر برای دومین بار متوالی و سومین بار متناوب به رئیس کلی نظام پزشکی منصوب شد، شاید بتوان به عنوان تلخ ترین اتفاق صنفی در این دوره به خدشه دار شدن قانون نظام پزشکی و سلب موقت و پنجساله اختیار نظام پزشکی در تعرفه گذاری بخش خصوصی در یکی از بندهای قانون پنجساله توسعه پنجم اشاره نمود که هنوز توفیق پاداری مجدد آن در قانون حاصل نشده است.

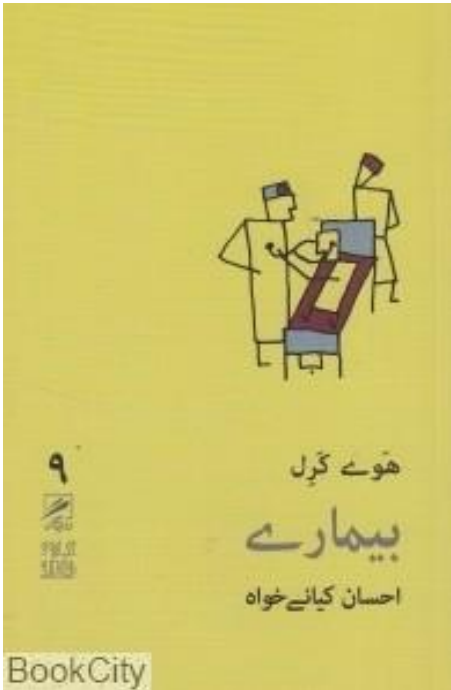
ششمین دور انتخابات نظام پزشکی، چهارم اسفند 91 برگزار گردید (91-95) و پس از شکل گیری ارکان سازمان، مجمع عمومی سازمان در 92/2/6 آقای دکتر علیرضا زالی معاونت نظارت و برنامه ریزی و قائم مقام دکتر صدر را به عنوان رئیس کل معرفی کرد که نامبرده بعد از انتخاب آقای دکتر حسن روحانی به عنوان رئیس جمهور، ابلاغ خود را از دست وی گرفت.

به قرار اطلاع انتخابات هفتمین دور نظام پزشکی سراسر کشور در 30 تیرماه 96 بر اساس آیین نامه و جدول زمان بندی شده آن برگزار خواهد شد و پس از تشکیل هیئت نظارت و اجرایی در شهرستان های واجد شرایط، ثبت نام از داوطلبین عضویت در هیأت مدیره آغاز خواهد شد.

## معرفی و پیشنهاد سہ کتاب خواندنی

انتخاب از: دکتر حمید قهرمانی

### 1- بیماری (تجربہ و ہنر زندگی)



دستہ بندی: علوم اجتماعی و سیاسی

عنوان: بیماری (تجربہ و ہنر زندگی)

موضوع: بیماری جنبہ های اجتماعی

نویسنده: ہوی گریل

مترجم: احسان کیانی خواہ

ناشر: گمان

قطع: رقیعی

سال انتشار: 1393

تعداد چاپ: 1

نوع جلد: نرم

تعداد صفحات: 252

قیمت: 140,000 ریال

## درباره کتاب:

بیماری اتفاقِ نادر و عجیبی نیست. همه ما به نوعی در مقاطع یا سال‌های متمادی از زندگیمان با آن مواجه می‌شویم. بیماری چه تجربه‌ای شخصی باشد چه تجربه اطرافیانمان، خواه ناخواه جزئی از زندگی ماست.

در کتاب «بیماری» سعی شده این اتفاق از نگاه خود بیمار بررسی شود. هوی کرل، استاد جوان فلسفه در دانشگاه وست انگلند، که خودش با یکی از نادرترین و سخت‌ترین بیماری‌ها «زندگی می‌کند» و هنوز هم نمی‌داند با وجود این بیماری عجیب و غریب چند سال دیگر از عمرش باقی است، به کمک دانش و شناخت فلسفی و تلفیق آنها با روایتی دست اول و خودمانی از بیماری، جنبه‌های مختلف این پیشامد را در زندگی ما انسان‌ها می‌کاود.

این کتاب در عین پرداختن به پدیدارشناسی بیماری و «تجربه زیسته» بیمار، به نوعی آسیب‌شناسی اخلاقیات پزشکی هم هست و نقد رویکردی است که بیمار را صرفاً یک «مورد» پزشکی تلقی می‌کند نه انسانی با عواطف و احساسات و رنج‌های خاص خودش. فقدان همدلی با بیمار یکی از جنبه‌های دردناک و دشوار بیماری است. به ویژه در بیماری‌های خاص.

علاوه بر این، تغییر نگاه در اعضای خانواده بیمار، دوستان و نزدیکانش بررسی می‌شود و اینکه تجربه بیماری‌های سخت چطور بیمار را از اجتماعش دور یا منزوی می‌کند. پیوندهایی را در زندگی او می‌گسلد و البته در مواردی هم باعث تقویت روابطش با «خویشاوندانی» حقیقی می‌شود. اینکه بیماری چطور می‌تواند تمام طرح‌ها و برنامه‌های فرد را در زندگی‌اش دگرگون کند و مهم‌تر اینکه چطور می‌توان در کوران یک چنین تجربه سختی معنای زندگی را دریافت؟

کرل با بهره‌گیری از فلسفه باستان و مدرن در پی پاسخ به این پرسش‌هاست که چطور می‌شود در عین بیماری روح و جانی سالم داشت و «خوشبخت» بود؟ چطور می‌توان با مسئله مرگ کنار آمد؟ او با نگاه به آرای اپیکور، فیلسوف یونان باستان، درباره معنای زندگی و مفهوم مرگ تلاش می‌کند تا نوعی «فلسفه درمانی» را برای کنار آمدن با این مسائل ارائه دهد.

\* \* \* \* \*



## 2- چگونه با آمار دروغ بگوییم

دسته‌بندی: علوم اجتماعی و سیاسی

عنوان: چگونه با آمار دروغ بگوییم

موضوع: آمار

نویسنده: حسین راهداری

ناشر: دنیای اقتصاد

قطع: پالتویی

سال انتشار: 1394

تعداد چاپ: 1

نوع جلد: نرم

تعداد صفحات: 165

قیمت: 120,000 ریال

## درباره کتاب:

آمارها و تجارب آماری در حال شکل دهی به ذهنیت و تصمیمات ما هستند. البته این آمارها گاه به شکل درستی بیان نمی شوند و گاه حتی وقتی که به شکل درستی بیان می شوند، آنگونه که درست است، برداشت نمی شوند.

«زبان رمزآلود آمار» به دلایل مختلف استفاده می شود. گاه برای روشن کردن حقایق و گاه برای پوشاندن آنها. گاه برای تنویر افکار عمومی و گاه برای فریب دادن آنها. گاه برای احساساتی کردن و گاه برای عقلانی فکر کردن. گاه برای ساده سازی و گاه برای پیچیده کردن حقایق. برای همین کاربرد وسیع است که دستگاه های عظیم آمارگیری رسمی و غیررسمی در هر کشوری به راه افتاده اند. اهمیت و نقش مهم آمار در کسب و کارهایی مانند داروسازی، پزشکی، بازاریابی و حتی در اقتصاد و سیاست، سبب شکل گیری شرکت های متعددی شده است که متخصص در آمار و نظرسنجی هستند.

این کتاب دقیقا برای همین منظور نوشته شده است. در جای جای این کتاب، مثال هایی را خواهید دید که هر روز از طریق رسانه های مختلف با آنها روبرو هستید و سعی این کتاب این است که این مثال ها را بررسی کرده و نشان دهد که چگونه با آگاهی می توان از سوء استفاده از اعداد و آمار جلوگیری کرد. در ضمن خواهید



دید برای پایان دادن به «استبداد اعداد» نیاز به سواد زیادی نیست. روش های کشف حقه های آماری در موارد زیادی، بسیار ساده هستند. فقط به کسی نیاز دارد که آگاهی اش را بالا ببرد و به واسطه آن آگاهی، از ابهت اعداد نترسد.

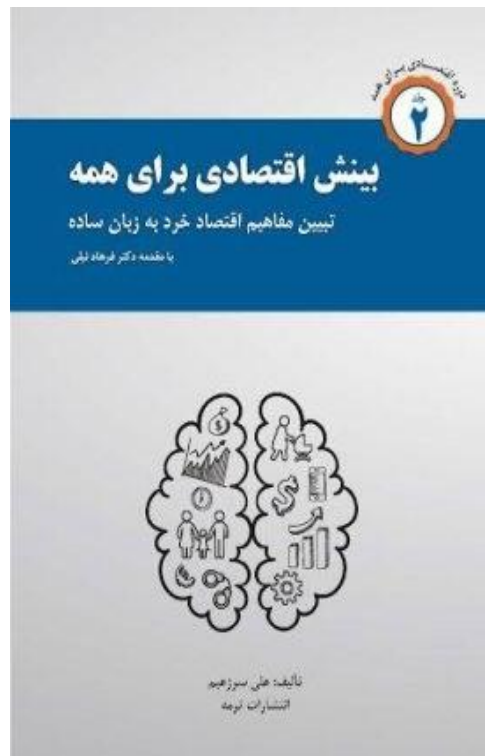
\* \* \* \* \*

نویسنده: علی سرزعی  
ناشر: ترمه  
قطع: رقعی  
سال انتشار: 1394  
تعداد چاپ: 1  
نوع جلد: شومیز  
تعداد صفحات: 300  
قیمت: 250,000 ریال

### درباره کتاب:

کتاب بینش اقتصادی برای همه که در واقع جلد دوم از مجموعه اقتصاد برای همه است به تشریح مفاهیم اقتصاد خرد اختصاص دارد. اقتصاد خرد شاید مهمترین و در عین حال فنی ترین بخش اقتصاد باشد. درهم تنیدگی آن با ریاضیات موجب شده تا توده مردم و گاه حتی برخی دانش آموختگان رشته اقتصاد نتوانند با این علم ارتباط برقرار کنند اما می توان ادعا کرد که اقتصاد خرد بیش از آنکه یک حوزه علمی نظیر سایر حوزه های علمی باشد یک نحوه نگرش به جهان و یک اسلوب تحلیل مسائل اجتماعی است. اگر کسی اقتصاد خرد را به خوبی آموزش ببیند، جهان اجتماعی قبل و بعد از آن آموزش در نظرش متفاوت جلوه خواهد کرد.

برای اینکه خوانندگان بتواند به این کارکرد مهم اقتصاد خرد دست یابند، همه ریاضیات



### 3- بینش اقتصادی برای همه

دسته بندی: مدیریت

عنوان: بینش اقتصادی برای همه

موضوع: اقتصاد

موجود در این دانش را کنار گذاشتم و تلاش کردم تنها مفاهیم کاربردی اقتصاد خرد را به ساده‌ترین زبان تشریح کنم. برای اینکه به خوانندگان کمک کنم تا نحوه کاربرد این مفاهیم و اصول فکری را در تحلیل مسائل اجتماعی دریابند، مثالهای متعدد و متنوعی عرضه کردم. هر فصل با سوالات بسیار متنوع و حتی غافلگیر کننده شروع می‌شود و انتظار می‌رود افراد بر اساس عقل متعارف پاسخ‌های مشخصی به آن سوالات دهند. سپس مبانی و اصول خاصی از اقتصاد خرد بیان می‌شود و نشان داده می‌شود که بر اساس این اصول می‌توان از زوایای دیگری نیز به همان موضوعات نگریست و به این ترتیب شهود و بصیرت جدیدی پیدا کرد. برای خود اینجانب، چنین مواجهه‌ای با مثالهای ذکر شده در کتاب موجب فرح و شمع بود و گاه در پوست خود نمی‌گنجیدم که این مفاهیم ساده اقتصادی چه کاربردهای زیادی می‌تواند داشته باشد. انتظار و امید دارم که چنین واکنش‌هایی نیز در حداقل در برخی خوانندگان ایجاد شود. زمانی که کتاب را می‌نوشتم حدس می‌زدم وقتی خواننده برخی تحلیل‌ها را بخواند لبخند رضایت بخشی بر لبانش ظاهر شود. گاه غافلگیر شود و تعجب کند که چه زاویه نگاه جدیدی نیز می‌تواند وجود داشته باشد. گاه با استدلالی روبرو شود که شاید نپسندد و آرزو کند که ای کاش این استدلال غلط باشد!

گاه به هیجان درآید و بخواهد مدتی را در مورد موضوع تامل کند تا به یک قضاوت در مورد درستی یا غلطی آن استدلال برسد.

سوالات و مثال‌ها معمولاً از حوزه خانواده، سیاست و جرم و جنایت انتخاب شده‌اند. به عنوان مثال در کتاب با چنین سوالاتی روبرو می‌شوید؟

• چرا پادشاهان وزرای بی لیاقت را بر سر کار می‌آوردند؟

• آیا عملیات انتحاری غیرعقلانی است؟

• آیا حق حضانت بچه باید با پدر باشد یا مادر؟

• آیا ازدواج موقت در شناسنامه ثبت شود؟

• چرا برخی سیاستمداران ساده زیست هستند؟

• چه کار کنیم تا نامزدمان از هدیه‌های ما بیشتر خوشحال شود؟

• چه کنیم تا فرزندانمان دروغ نگویند؟

• چرا در عروسی‌ها ریخت و پاش حسابی می‌شود؟

در کتاب تلاش می‌شود تا با عینک اقتصاد خرد به این موضوعات نگاه کنیم و پاسخ آنها را بیابیم. البته می‌دانم در کشوری که در ادبیات آن سنت تقبیح عقل حسابگر ریشه طولانی دارد، قطعاً کسانی با استفاده از این رویکرد در تحلیل مسائل اجتماعی مخالف خواهند بود کما اینکه طرح چنین رویکردی در آمریکا نیز ابتدا با مخالفت‌هایی روبرو شد اما به تدریج توانست

موقعیت خود را تثبیت کند. در ایران نیز مطمئن هستم که این رویکرد به دلیل قوت مبنایی نهایتاً جا خواهد افتاد و در کنار دیگر رشته‌های علوم اجتماعی کمک خواهد کرد تا تحلیل جامع‌تری از مسائل اجتماعی عرضه گردد.

نیمه اول کتاب در مورد کارکرد بازار و نیمه دوم به نظریه اقتصادی دولت اختصاص دارد. اگرچه کتابهای اقتصاد خرد به فارسی گاه به اجمال گاه به شکل فنی موضوع شکست بازار و نظریه دولت را مطرح کرده‌اند ولی شاید این

کتاب نخستین کتابی باشد که موضوع نقش دولت در اقتصاد را به زبان غیرفنی به شکل نسبتاً مفصل بررسی می‌کند. بخشهای پایانی کتاب به معرفی مباحث جدید (بازارهای جورسازی، طراحی سازوکار، اقتصاد رفتاری و اقتصاد آزمونی) اختصاص یافته و رویکردهای انتقادی به عقلانیت اقتصادی معرفی و نقد شده است.

منبع: شهر کتاب

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند **جناب آقای دکتر حامد میرزایی** در غم از دست دادن مادر گرامی شان سوگوار شدند. با عرض تسلیت به این بزرگوار برای آن مرحومه از دست رفته آرامش ابدی و برای بازماندگان گرامی صبر و شکیبایی آرزو می‌نمایم.

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »

# نامه‌ها و مکاتبات اداری

## قابل توجه همکاران محترم مؤسس داروخانه

\*\*\*\*\*

### جناب آقای دکتر سیدمهدی سجادی دبیر محترم انجمن داروسازان ایران

با سلام و احترام و تبریک سال نو

به اطلاع می‌رسانم که بنا به اعلام مسئول محترم امور داروخانه های بیمه سلامت استان گیلان بعضی از داروخانه ها نسخی را که مستقیماً در اداره بیمه سلامت تأییدیه گرفتند بدون تأیید در داروخانه و گرفتن کد رهگیری اقدام به ارائه دارو و ارسال آن نسخه برای اداره بیمه سلامت می‌نمایند که چون در سامانه بیمه سلامت به نام آن داروخانه ثبت نگردیده مشمول کسورات می‌گردد لذا یادآوری می‌گردد بیمارانی که با نسخ تأییدیه بیمه سلامت به داروخانه مراجعه می‌نمایند بایستی در داروخانه دوباره تأیید و کد رهگیری دریافت گردد تا مشمول کسورات نگردد.

با تشکر - دکتر کیان یعقوبی  
دبیر انجمن داروسازان گیلان

با عرض سلام و احترام

نظر هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان در مورد پیوستن به «اتاق بازرگانی» و همچنین «تشکیل نظام داروسازی» پس از بحث و بررسی در جلسه مورخ 96/2/3 با حضور تعدادی از اعضاء انجمن و هیئت مدیره، به شرح ذیل به آن انجمن محترم اعلام می‌گردد:

در مورد تشکیل نظام داروسازی به نظر این هیئت مدیره به نفع همکاران نخواهد بود و تمایلی به تشکیل نظام داروسازی ندارند.

و در مورد پیوستن به اتاق بازرگانی هم اگر راهکارهای دیگری از جمله از طریق وزارت

بهداشت صدور مجوز انجمن امکان پذیر باشد  
تمایلی به پیوستن به اتاق بازرگانی ندارند.

ضمناً در صورت لزوم توضیحات کامل تر در  
گردهمایی تبریز عنوان خواهد شد.

در پایان برای برون رفت از مشکلات فعلی  
انجمن ایران خواستار تشکیل مجمع و برگزاری هر  
چه سریعتر انتخابات انجمن ایران هستیم و انتظار  
داریم زمان برگزاری مجمع در گردهمایی تبریز  
مشخص گردد./

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

\*\*\*\*\*

بکارگیری و رفع مشکل فوق به حضور ارسال  
می گردد.

1- معرفی یک شماره تلگرامی جهت ارسال نسخ  
تأییدی (پس از گرفتن عکس از نسخه) به اداره  
کل رشت برای نماینده بیمه و تأیید و ارسال  
تأییدیه توسط نماینده بیمه با تلگرام برای داروخانه  
مورد نظر و کنترل نسخ تأییدی داروخانه با موارد  
تأیید شده در پایان ماه. لازم به ذکر است که شبکه  
تلگرامی فوق هیچ ارتباط مستقیمی با اینترنت  
نیروهای مسلح و یا شبکه مجازی نیروهای مسلح  
نخواهد داشت تا مشکلات امنیتی ایجاد نماید.

2- گذاشتن یک نماینده در هر شهر مطابق روال  
گذشته تا حل مشکل اینترنت بیمه نیروهای مسلح  
مثل بیمه های تأمین اجتماعی و بیمه سلامت./

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

\*\*\*\*\*

همکار محترم مسئول فنی .....  
مؤسس محترم .....

با عرض سلام و ادب  
احتراماً، بازگشت به نامه شماره 1/الف/96 مورخ  
96/1/14 انجمن داروسازان ایران و نظر پیشنهادی  
کارگروه های مسئولین فنی و شورای داروخانه  
داران و بررسی آن توسط هیئت مدیره انجمن  
داروسازان گیلان حقوق مسئولین محترم فنی در

### ناخدا یکم جناب آقای حسن پورغلامی مدیرکل محترم تأمین اجتماعی نیروهای مسلح استان گیلان

با سلام و عرض ادب  
پیرو مکاتبه مورخ 95/12/9 و نشستهای مورخ  
95/11/27 و 95/2/12 هیئت مدیره انجمن  
داروسازان گیلان با آن مدیریت محترم درمورد  
بررسی مشکلات تأیید نسخ توسط داروخانه و یا  
داروخانه های خاص و ارائه راهکار جهت تسهیل  
تأیید نسخ توسط همه داروخانه ها و دسترسی  
راحت تر بیماران به دارو در همه داروخانه ها و  
همچنین اعتراض داروخانه ها و انجمن داروسازان  
ایران که به پیوست می باشد، دو پیشنهاد زیر از  
طرف انجمن داروسازان گیلان جهت بررسی و  
در صورت صلاحدید ارائه به تهران جهت

وقت و کمتر از یک سال، بایستی بر اساس زمان مسئولیت فنی محاسبه گردد.

3- برای مسئولین محترم فنی داروخانه ها مبلغ 50/000/000 ریال پیشنهاد می گردد که به این مبلغ در مورد مسئولین فنی شرکت های واردات، صادرات، تولیدی، پخش و بیمارستانها 30 درصد حقوق پایه به عنوان حق جذب (5/600/000 ریال) اضافه می گردد./

سال 1396 و سنوات و عیدی و پاداش پایان سال 96 به شرح ذیل جهت اجرا اعلام می گردد.

لازم به ذکر است: 1- مبالغ اعلام شده خالص پرداختی بوده و تاریخ اجراء آن از شروع سال 1396 می باشد.

2- سنوات و عیدی پاداش بر اساس 8 ساعت کاری (44 ساعت کار در هفته) و یک سال کامل مسئولیت فنی می باشد و برای مسئولین فنی نیمه

حقوق مبنا	18/598/600 ریال
فوق العاده شغل بر اساس حقوق مبنا	8/508/870 ریال
کمک هزینه اقلام مصرفی	7/000/000 ریال
حق نظارت و مسئولیت فنی	15/892/530 ریال
<b>جمع کل</b>	<b>50/000/000 ریال</b>

سنوات	18/598/600 ریال
حداکثر عیدی و پاداش	27/800/000 ریال

داروسازی واجد شرایط همکاری در بخش خصوصی 80 درصد مبالغ فوق می باشد.

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

\* در مورد شیفت های اضافی و قائم مقام موقت برای هر ساعت کار در روزهای عادی 260/000 ریال و روزهای تعطیل 360/000 ریال می باشد. لازم به یادآوری است که برای دانشجویان

\*\*\*\*\*



**جناب آقای دکتر سید مهدی سجادی**  
**دبیر محترم انجمن داروسازان ایران**

صورت پذیرد. ضمناً تعداد داروخانه های استان  
332 واحد و تعداد داروسازان 515 نفر می باشند.

**با تشکر - 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 205/الف 96 مورخ  
96/3/8، آقای دکتر یوسف حیدری باطنی به  
عنوان نماینده انجمن داروسازان استان گیلان  
جهت شرکت در جلسات کارگروه طرح پزشک  
روستایی معرفی می گردند.

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

\*\*\*\*\*

**دبیر محترم انجمن داروسازان ایران**  
**جناب آقای دکتر سید مهدی سجادی**

با عرض سلام و ادب  
احتراماً به استحضار می رساند، پرو نامه شماره  
208/الف 96 مورخ 96/3/9 انجمن ایران به این  
شعبه و مطرح شدن آن در هیئت مدیره، جناب  
آقای دکتر کیان یعقوبی بعنوان نماینده انجمن  
گیلان در کارگروه اخلاق حرفه ای معرفی  
می گردند.

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

با عرض سلام و ادب

احتراماً در پاسخ به نامه های شماره 1118/الف 95  
مورخ 95/11/3 - 1210/الف 95 مورخ  
95/12/18 و 1228/الف 95 مورخ 95/12/24،  
بدینوسیله 3 نفر از اعضاء هیئت مدیره: آقای  
دکتر سیاوش کهنسال، جهت حضور در جلسات  
کارگروه موسسین داروخانه ها (شورای عالی  
داروخانه ها) و آقای دکتر روزبه رسولی چنانی  
جهت حضور در جلسات کارگروه اقتصاد و ارتقاء  
خدمات دارویی (GPP) و آقای دکتر حمید  
علاف خیری جهت حضور در جلسات کارگروه  
بیمه معرفی می گردند.

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

\*\*\*\*\*

**جناب آقای سعید کشتکار**  
**مدیر محترم دفتر نمایندگی بیمه ایران**

**کد 33332**  
با سلام و عرض ادب  
به استحضار می رساند با پیشنهاد شماره  
96/33332/8 مورخ 96/2/19 جهت عقد توافق  
نامه تکمیلی درمان بین اعضای انجمن داروسازان و  
کارکنان داروخانه ها با بیمه ایران از تاریخ 96/4/1  
اعلام موافقت می گردد. خواهشمند است دستور  
فرمایید تا اقدامات بعدی برای انجام توافق نامه

# دکتر سید علاء الدین عسکری

فوق تخصص جراحی کلیه و مجاری ادراری، نازایی

دوره‌های تکمیلی فوق تخصصی از انگلستان

عضو جامعه جراحان کلیه و مجاری ادراری آمریکا

استاد دانشگاه علوم پزشکی - Professor of Urology



اصلاح دایمی و قطعی ناتوانی جنسی مردان به وسیله پروتز (Penile Prosthesis) [از سال ۱۳۸۵، چهارمین مرکز در کشور]

اصلاح اختلال عملکرد جنسی مردان با پیوند مخاط زبان (Lingual Mucosal Transplantation to Penile Chordee) [اولین بار در ایران]

اصلاح تنگی مجرا در زنان با پیوند مخاط زبان (Lingual Mucosal Transplantation to Female Urethra) [اولین بار در ایران]

اصلاح دایمی انواع پرسیختیاری مردان و زنان با کنترل آندوسکوپیک (Modified Gittes & Stamey, Argus, TOT,TVT) [از سال ۱۳۸۰، اولین مرکز در شمال کشور]

ارایه تکنیک جدید جراحی اندوسکوپی PIT برای High Grade VUR و چاپ آن در مجله معتبر پزشکی آمریکا [اولین بار در جهان]

پیوند معده به مثانه (Gastrocystoplasty) در مثانه های عصبی (Neurogenic bladder) برای پیشگیری از نارسایی پیشرونده کلیوی [سومین مرکز در کشور]

عمل جراحی کمتر تهاجمی پروستات (Less Invasive Open Prostatectomy- No Drain) [از سال ۱۳۹۹، اولین بار در ایران]



رشت، گلزار، خیابان نواب، داخل کوچه داروخانه دکتر آریافر، ساختمان سنا، طبقه اول

تلفن: ۰۱۳-۳۳۱۱۳۷۹۳ و ۰۱۳-۳۳۳۲۲۵۹۶



# Pain Relief



Acetaminophen For IV Infusion

1g/6.7ml

# ACETAJECT®

No.1,Darougostar Bldg,Beastoon Ave.,Dr Fatemi Sq.,Tehran - 1431663135 Iran SMS:10002142885000

Tel: (+98 21) 889 506 39

Fax: (+98 21) 889 570 56

Voice of Customer: (+98 21) 428 95

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

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