

تابستان 97

شماره 175

# حکمت کسین



درخت فیجوا یا فوجیا

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 چه شیر شرزه نگشتی
- 8 \* گزارش عملکرد انجمن در تابستان 97
- 10 \* سخنرانی خانم دکتر مظفری در روز داروسازی
- 14 \* قطعنامه مجمع عمومی سال 97
- 26 \* دیدگاه
- 27 \* تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (33)
- 33 \* حقوق بشر
- 38 \* آنتی بیوتیک ها و چالش های پیش رو
- 43 \* آشنایی با درخت فیجوا یا فوجیا
- 45 \* علت صدای زانو چیست ؟
- 48 \* میتوماسین (Mitomycin)
- 51 \* چرا لذت جویی ما را غمگین می کند ؟
- 55 \* معرفی کتاب خوب .....
- 58 \* نقدی بر رفتارهای امروز ما
- 60 \* 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: 32110002 - 32119132  
فاکس: 32119131

به نام خداوند جان و خرد

## حکمت گیل

### ماهنامه انجمن داروسازان گیلان

(نشریه علمی، پژوهشی و اجتماعی)

« تابستان 1397 »

شماره 175

### صاحب امتیاز:

انجمن داروسازان گیلان

### مدیر مسئول:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

### سر دبیر:

دکتر محمد مصدق کمالی

### اعضای هیئت تحریریه: دکترها

حمیرا آذرگشسب، منصور آزاد،

ژاله تحویلدار، مرجان شالچی، حمید قهرمانی،

جعفر عباسپور، ژیلای گیتی نژاد، سیداحمد میرسنبل،

کیان یعقوبی

اجرای کامپیوتری: نازلی تنی

طرح روی جلد:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

لینتوگرافی: همراهان

چاپ و صحافی: توکل





## ... از چه شیر شرزه نگشتی

لحم نخورد و ذوات لحم نیاززد  
 خادم او ، جوجه با به محضر او برد  
 اشک تحسُّر ز هر دو دیده بیفشرد  
 تا نتواند کست به خون کشد و خورد  
 هر قوی اوّل ضعیف گشت و سپس مُرد

«ایرج میرزا»

معیارهایی مانند قانون، عرف و شرع که روابط اجتماعی و ارتباط بین انسانها را تبیین می کنند، در یک موضوع مهم اتفاق نظر دارند: «برای انجام هرگونه فعالیت مفیدی، حق و حقوقی مترتب است که انجام دهنده باید از آن برخوردار شود.»

چگونه است که من نوعی به عنوان یک داروساز موظف هستم دارو را با هر شرایطی (حتی نقدی) بخرم و با ارائه مشاوره و راهنمایی کامل و چاشنی ادب و احترام، دو دستی تحویل

قصه شنیدم که بوالعلاء به همه عمر  
 در مرض موت با اجازت دستور  
 خواجه چو آن طیر کشته دید برابر  
 گفت به مرغ از چه شیر شرزه نگشتی  
 مرگ برای ضعیف امر طبیعی است

«لحم» ، «ذوات لحم» و «جوجه با» در شعر فوق به ترتیب به معنی «گوشت» ، «موجودات زنده» و «سوپ جوجه» هستند. مضمون شعر هم در مورد «ابوالعلاء معری» شاعر و فیلسوف بی بدیل و نابینای عرب در قرن چهارم و پنجم هجری است که در چند دهه آخر عمرش گیاهخواری پیشه کرده بود. باقی داستان هم که نیازی به توضیح ندارد. اما آنچه به بحث ما مربوط می شود، دو بیت آخر شعر است.

بیمار بدهم و در مقابل، سازمانی که بیمار را بیمه کرده و حق بیمه اش را هم تمام و کمال، پیشاپیش گرفته، 6 ماه در پرداخت بدهی اش به داروخانه تأخیر کند و آب هم از آب تکان نخورد؟!

این در حالی است که هر روز هم باید گوش به زنگِ نواختِ نغمه های جدیدی (ولو ناموزون!) از طرف همین سازمانها باشم و ضمن تهیه نرم افزار و سخت افزار موردنیاز و انجام هزینه های مربوطه، خودم را هم در اسرع وقت از نظر آناتومیک برای انجام حرکات موزون با ساز و نغمه جدید آماده کنم! این را همکاران داروخانه داری که حداقل یک بار در روز، بسته های داروی نیازمند کد اصالت (با مارژین سود پنج درصدی) را بارها جلوی بارکدخوان دو بعدی می چرخانند و برای نیل به موفقیت عظیم تأیید نسخه بیمه خیس عرق می شوند، به خوبی لمس کرده اند! از طرح جدید کنترل مصرف آنتی بیوتیک و تأییدی شدن قطره کلرامفنیکل و یا حدنصاب سنی 12 سال برای 82 قلم دارو و سایر موارد هم می گذرم تا اطالۀ کلام نشود.

آخر مگر نه این است که در هر حوزه ای، جنسی که فروخته می شود، باید نظامی برای بازپرداختش وجود داشته باشد؟!

زنجیره مالی نظام دارویی از پنج حلقه تشکیل شده که به ترتیب از بالا به پایین عبارتند از: صنعت داروسازی، سیستم توزیع دارو، داروخانه، بیمه و بیمار.

تا آنجا که به ما داروسازان برمی گردد، حلقه های اول و دوم همیشه تعامل خوبی با هم داشته اند. شرکت های توزیع نیز صرف نظر از مشکلات ناخواسته ای که در ماه های اخیر به علت بحران اقتصادی و بلوکه شدن نقدینگی داروخانه ها در سازمانهای بیمه گر ایجاد شده معمولاً مشکل حاوی از نظر استمهال مطالباتشان با داروخانه ها ندارند. از طرفی، داروخانه هم به لحاظ وجدانی و قانونی و هم به پاس پای بندی به سوگندی که خورده، بدون هیچ بهانه ای، دارو را در کمال ادب و احترام، به حساب سازمانهای بیمه گر، در اختیار بیمار قرار می دهد. بنابراین تنها حلقه معیوب این سیستم را می توان سازمانهای بیمه گر دانست. سازمانهایی که ارزش خدمت فروخته شده به بیمار را بدون حتی یک روز تأخیر می گیرند اما حاضر نیستند بهای خدمت خریداری شده از داروخانه را حتی طبق قرارداد یک طرفه خودشان هم پردازند. این سازمانها در حقیقت با ایجاد یک سدّ جلوی جریان آزاد نقدینگی را از پایین به بالای زنجیره توزیع و مصرف دارو می گیرند. عملی که قطعاً در درازمدت، ورشکستگی اقتصادی همه حلقه های بالاتر اعم از داروخانه، پخش و صنعت را به دنبال خواهد داشت. کما اینکه اکنون طلیعه اش را شاهد هستیم!

راستش من با اطلاعات ناقص خودم نمی دانم دقیقاً پول دریافتی از بیماران و دولت، چگونه توسط سازمانهای بیمه گر هزینه می شود و اصولاً

پرداخت مطالبات طرفهای قرارداد و به ویژه داروخانه (که گاهی حدود 90 درصد میزان مطالباتش را سرمایه تشکیل می دهد نه سود!) در اولویت چندم این سازمانها قرار دارد و این اولویت بندی بر اساس کدام منطق صورت می گیرد اما این را می دانم که قطعاً کارشان با هیچکدام از معیارهای پیش گفت (شرع، عرف و قانون) مطابقت ندارد.

و متأسفانه این را هم می دانم که در بازاری که منطق خریدار ندارد، ما داروسازان به دلایل عدیده و در رأس آنها پوشش سراسری بیمه های درمانی، نه قادر هستیم لغو قرارداد کنیم و نه اینکه به تنهایی از پس این رقیب قدرتمند برآیم! کما اینکه بنده در طول 8 سال افتخار عضویت در ترکیب هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان، از نزدیک شاهد بوده ام که انجمن، به نمایندگی از طرف داروسازان، آنچه در توان داشته برای تحقق این هدف به کار گرفته است. حتی چند سال قبل، پیش نویس قرارداد جدید بین داروخانه ها و سازمانهای بیمه گر که اندکی منصفانه تر از قرارداد فعلی بود، با حضور نماینده انجمن و نمایندگان بیمه های سه گانه تهیه شد اما در نهایت، دوستان آنچه را که خود نوشته بودند امضا نکردند!

با این اوصاف، به نظر می رسد که ما باید موضوع را که اندک اندک دارد به یک مشکل ملی تبدیل می شود و کل نظام سلامت جامعه را تحت تأثیر قرار می دهد، با لابی گری حرفه ای

به مراجع بالاتر منعکس کنیم و در حد امکان اهمیتش را برای مسئولین تشریح و تبیین کنیم تا شاید با پادرمیانی هیئت محترم دولت و یا حتی دو قوه دیگر امیدی به حل و فصل آن باشد.

و اما به مصداق شعری که در ابتدای این مقال آمده است، آنچه گفته شد، قطعاً یک ضعف بزرگ برای ما داروسازان محسوب می شود. وضعی که عملاً مانند یک سدّ بتنی جلوی فعالیت علمی و اقتصادی ما را گرفته و کاری کرده که همیشه خدا دستمان برای گرفتن حقمان دراز باشد. وضعی که شاید ما را از پا درآورد!

یکی دیگر از ابزارهایی که برای ضعیف کردن و ضعیف نگاه داشتن ما به کار گرفته شده و می شود، سناریوی «لغو تعرفه خدمات دارویی» است. بنا ندارم در اینجا زیاد به جزئیات این سناریو پردازم اما اینکه به جای ترمیم این تعرفه ناچیز همگام با نرخ تورّم (که در سه سال اخیر بدون تغییر مانده)، بیاییم سالی چند بار به بهانه های کاملاً واهی و برخلاف تمام قواعد بین المللی، به بی ارزشی مدرک و تحصیلات عالی چندین هزار نفر متخصص فرهیخته حکم بدهیم و چشم بر همه دلایل متقن و استدلالهای منطقی صاحب نظران بندیدیم و همچنان بگوییم مرغ یک پا دارد، واقعاً نوبر است! البته برعکس موضوع بیمه، اعتقاد دارم در این مورد، هیچکس کاری برای ما نخواهد کرد جز اینکه خودمان بدون کوچکترین تردیدی و با عزمی راسخ، ضمن انجام کامل وظایف حرفه ای خود، بر حق

مسلم و قانونی خود پای بفشاریم و نگذاریم این حق پایمال شود.

موضوع تضييع حقوق و تضعيف موقعيت علمي و حرفه اي داروسازان به دو مورد فوق محدود نمي شود و مصاديق بارز متعدد ديگري هم دارد که در اینجا مجالي براي پرداختن به آنها نيست. اما به يك نکته که از نظر خودم خيلي مهم است، اشاره مي کنم:

گاهی خودمان عاملی می شویم برای تضعيف خودمان و این نگران کننده است! درست است که طبق قانون و قرارداد متقابل، وظیفه و جدانی و حرفه ای ما ايجاد می کند که 70 الی 95 درصد بهای دارو را به حساب سازمانهای بیمه گر بگذاریم، اما فرانشیز، حق طبیعی ماست. حقی که با افزایش تعداد بیمه شدگان و کاهش تعداد نسخه های آزاد، روز به روز هم کمتر و قاعدتاً وجودش برای پوشش دادن هزینه های روزمره داروخانه حیاتی تر می شود. حال به چه دلیل، ما باید بدون اینکه اجباری هم داشته باشیم، لگام همین چندرغاز فرانشیز را هم با اراده خودمان زیر یوغ بیمه های تکمیلی ببریم و برای پس گرفتنش مجبور باشیم بعد از گذر از هفت خوان رستم، دست پیش آنها دراز کنیم؟! بیمه هایی که به گواهی اغلب همکاران، از نظر کارآیی بسیار پایین تر از بیمه های اصلی هستند. به این معنی که اکثراً نه تخصص و دانش کافی دارند، نه کارشناس زبده و نه تعهد اخلاقی برای پرداخت بدهی در زمان مقرر. مؤسساتی که در

حقیقت در کنار کارهای اصلی شان، برای خالی نبودن عریضه و کسب درآمد بیشتر، یک نرم افزار «بی یال و دم و إشکم» بدون نظر کارشناسان امر و با حداقل قیمت برای ثبت نسخه تدارک دیده اند و با نام بیمه مکمل وارد میدان شده اند تا برای گرفتن فرانشیز هم به کلنجار رفتن با نرم افزارهای ناموزون و قراردادهای یکطرفه تن بدهیم!

اشتباه برداشت نشود! خودم هم به اندازه کافی برای بیمار احترام و ارزش قائل هستم و دغدغه اش را هم دارم و تا آنجا که توانسته ام همواره منافع بیمار را به منافع خودم ترجیح داده ام و خواهم داد اما اعتقاد دارم اکنون که «ابر و باد و مه خورشید و فلک در کارند» تا ورشکستگی علمي و حرفه ای ما را رقم بزنند، دیگر خودمان نباید نقش کاتالیزور را ایفا کنیم! البته مسلماً هر کسی صلاح خودش را بهتر می داند اما شخصاً معتقدم با صدور فاکتور کامپیوتری حاوی جزئیات نسخه برای مبلغ دریافتی از بیمه شده، وظیفه ام را به طور کامل انجام داده ام و گرفتن مبلغ پرداختی بابت فرانشیز به داروخانه از سازمان مربوطه، دیگر به خودش مربوط می شود:

عنان مال خودت را به دست غیر مده  
که مال خود طلبیدن کم از گدایی نیست!  
و دست آخر اینکه:

هر قوی اول ضعيف گشت و سپس مُرد  
باقی بقای دوستان

**با احترام - سردبیر**

# صنعتی و اجتماعی

- 1 - گزارش عملکرد انجمن داروسازان گیلان در سه ماهه تابستان 97
- 2 - متن سخنرانی خانم دکتر مظفری در مراسم روز داروسازی
- 3 - قطعهنامه مجمع عمومی سال 97
- 4 - دیدگاه
- 5 - تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (33)
- 6 - حقوق بشر





## گزارش عملکرد هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان در سه ماهه تابستان 97

دکتر کیان یعقوبی - دبیر انجمن داروسازان گیلان

- یک جلسه مشترک با مجمع نمایندگان استان گیلان حول چند محور که مهمترین آنها مشکلات شرکتهای پخش و تنگناهای ایجاد شده توسط آنها به خاطر منع فروش کردن بعضی از داروها، فروش نقدی و ...، مشکلات تأخیر پرداخت بیمه ها خصوصاً بیمه تأمین اجتماعی و پیشنهاد مجمع نمایندگان مبنی بر تشکیل جلسه با اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و آقای دکتر نوربخش و آقای مهندس موهبتی با

- هیئت مدیره انجمن داروسازان استان گیلان در سه ماهه تابستان 1397، 11 جلسه رسمی در محل خانه داروساز برگزار نموده است. از مجموع جلسات هیئت مدیره، 8 جلسه منحصرأ مربوط به اعضای هیئت مدیره، یک جلسه مشترک با هیئت مدیره انجمن صنعت پخش و معاونت محترم غذا و دارو، یک جلسه مشترک با دبیر انجمن پخش و یک جلسه با داروسازان معتمد برگزار شده است.

شرکت نمایندگان انجمن داروسازان گیلان؛ در شهرستان لاهیجان برگزار شد.

- عدم افزایش تعرفه خدمات دارویی داروخانه ها در چند سال اخیر و رأی دیوان عدالت اداری مبنی بر حذف آن

- مداخله غیرکارشناسانه شورای رقابت در آئین نامه تأسیس داروخانه ها و یادآوری عواقب تغییرات غیرعلمی آئین نامه و ضوابط تأسیس داروخانه و عدم مشورت با هیئت مدیره انجمن داروسازان ایران به عنوان نمایندگان داروسازان کشور

- مشکلات داروخانه ها در ارتباط با اخذ مالیاتهای نامتعارف از آنها

- تشکیل جلسه و مذاکره با ریاست بنیاد جانبازان و امور ایثارگران استان گیلان و معاونت درمان بنیاد جانبازان و مدیریت بیمه دی جهت به روز کردن پرداخت مطالبات داروخانه ها و حل مشکلات مربوطه به منظور پیشگیری از عدم

خدمات رسانی به بیمه شدگان محترم خانواده شهدا و جانبازان

- برگزاری یک جلسه بازآموزی مدون در تاریخ 1397/4/21 در محل انجمن داروسازان

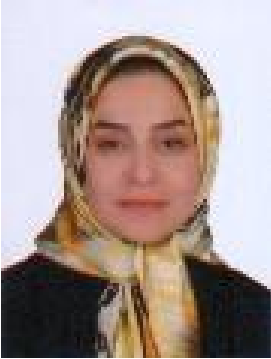
- تشکیل یک جلسه کارگروه مسئولین فنی در تاریخ 97/4/17

- شرکت نمایندگان انجمن داروسازان گیلان در جلسه مجمع انجمنها در گرگان 97/5/24

- شرکت آقای دکتر حمید علاف خیری نماینده انجمن داروسازان گیلان در انجمن ایران و رئیس روابط عمومی انجمن داروسازان ایران در جلسات انجمن ایران

- برگزاری جشن روز داروسازی در تاریخ 97/6/15 در محل تالار ماه عسل با حضور

همکاران و مدیران شرکتها، بیمه ها، مسئولین دانشگاه علوم پزشکی و تنی چند از نمایندگان مجلس شورای اسلامی



## متن سخنرانی خانم دکتر مظفری

### در مراسم جشن روز داروسازی شهریور 97

بدر آرد سر.  
چشمان بسپردیم ، خوابی لانه گرفت.  
نم زن بر چهره ما  
باشد که شکوفا گردد زنبق چشم و شود سیراب  
از تابش تو و فرو افتد.  
بینایی ره گم کرد.  
یاری کن و گره زن نگه ما و خودت با هم  
باشد که تراود در ما ، همه تو.  
ما چنگیم، هر تار از ما دردی ، سودایی.  
زخمه کن از آرامش نامیرا ، ما را بنواز  
باشد که تهی گردیم ، آکنده شویم از والا  
"نت" خاموشی.  
آینه شدیم ، ترسیدیم از هر نقش.  
خود را در ما بفکن.  
باشد که فرا گیرد هستی ما را و دگر نقشی  
نشیند در ما.

به نام یزدان پاک  
دستی افشان ، تاز سرانگشتانت صد قطره  
چکد ، هر قطره شود خورشیدی  
باشد که به صد سوزن نور ، شب ما را بکند  
روزن روزن.  
ما بی تاب و نیایش بی رنگ .  
از مهرت لبخندی کن ، بنشان بر لب ما  
باشد که سرودی خیزد در خورد نیوشیدن تو.  
ما هسته پنهان تماشا مییم.  
ز تجلی ابری کن ، بفرست ، که بیارد بر سر ما  
باشد که به شوری بشکوفیم ، باشد که بیالیم و  
به خورشید تو پیوندیم.  
ما جنگل انبوه دگرگونی.  
از آتش همرنگی صد اخگر برگیر ، برهم تاب ،  
برهم پیچ ، شلاقی کن و بزن بر تن ما  
باشد که ز خاکستر ما ، در ما ، جنگل بکرنگی

هر سو مرز، هر سو نام.  
رشته کن از بی شکلی، گذران از مروارید  
زمان و مکان  
باشد که بهم پیوند همه چیز، باشد که نماند  
مرز، که نماند نام.  
ای دور از دست! پر تنهایی خسته است.  
گه گاه، شوری بوزان  
باشد که شیار پریدین در تو شود خاموش.

با عرض سلام و خیر مقدم خدمت تمامی  
همکاران و سروران عزیز و تبریک خدمت همه  
شما خادمان عرصه داروسازی به مناسبت روز  
داروسازی، آرزومند لحظات خوش و  
خاطره انگیز تان هستم.  
نقش داروسازان در پیشبرد اهداف سلامت  
جامعه، نقش بی بدیل و حیاتی است و  
همواره برای بهبود شرایط سلامت جامعه تلاش  
بی وقفه ای را انجام داده اند و چه بسیار مورد  
بی مهری قرار گرفته اند. رنج آور اینکه در روز  
جشن داروسازی همزمان با ارزی موفقیت و  
بالندگی برای دانش پژوهان این رشته، باید به  
فکر رنج ها و مشکلات باشیم و از معضلات و  
بی مهری ها سخن بگوییم.

داروسازی بخشی از سلسله ناهمگون درمان  
در ایران و حلقه ای از زنجیره متصل درمان در  
دنیا مدرن است. آنجا که اختیار کار به بخش  
خصوصی سپرده شد و دولت تنها به نظارت

اکتفا نمود، داروسازی عرصه ای گشت برای  
ایجاد اشتغال و نیز ارتقاء درمان بیماران.  
بالعکس هر جا پای دولت بر گردش کار  
بهداشت و سلامت سایه افکند، داروسازی از  
مرتب اوج مشارکت به حضيض خدمت فرو  
افتاد. استیلاي دست های نامرئی و اقتصاد  
خاکستری بر تولید و توزیع دارو، فرایند  
مشتری مداری و جایگاه مردمی داروسازی را  
تخریب نموده و اکنون بیم آن می رود که  
توسط تفکر رو به رشد تأسیس کارتل های  
داروسازی آخرین میخ به تابوت داروسازی  
ایران کوبیده شود.

ورود عناصر وابسته به سیاست و مدیریت،  
امنیتی سازی اقتصاد و از میان بردن رقابت زیر  
شعار حمایت، داروسازی ایران را به دست  
پرورده تهی از خلاقیتی مبدل نموده که امیدی  
به دوامش در بازارهای رقابتی نیست. در این  
میان داروخانه ها تنها جایی هستند که علیرغم  
بی مهری بیمه های دولتی، تورم لجام گسیخته و  
عدم ثبات آیین نامه ها، بیشترین بار اشتغال زایی  
در چرخه دارو را به دوش می کشند. شاید  
باورش برای آنان که با حقایق علم اقتصاد  
بیگانه اند سخت باشد ولی داروخانه های  
خصوصی نیمه جان در میان دشواری های مالی،  
آوار بخشنامه های دولتی و قراردادهای یک  
جانبه بیمه های دولتی، به آخرین سنگر بخش  
خصوصی در داروسازی ایران مبدل شده اند.

مواردی از هزاران مشکلی که دامن گیر داروسازان کشور شده است، به قرار زیر می باشد:

کمبود نقدینگی، سود و مارژین کم داروها، عدم قیمت گذاری صحیح داروها، مشکلات و معضلات تولید و توزیع دارو، نگرانی از کمبودهای دارویی در آینده با روند پیشرونده اختلال در زنجیره دارو، سوء مدیریت و بی تدبیری در تغییرات آنی و غیر کارشناسانه آیین نامه ها و تفویض کلیه اختیارات به دولت، عدم توجه به بخش خصوصی در تصمیم گیری و تصمیم سازی، بزرگ و بزرگ تر شدن دولت در بخش اقتصاد دارویی و ایجاد گلوگاه های غیر قابل دسترسی برای بخش خصوصی، ابهام در آینده شغلی داروسازان جوانی که هر ساله 2000 فارغ التحصیل جدید نیز به آنها اضافه می شود، عدم توجه به حضور پررنگ داروسازان در بیمارستانها، حوزه های بهداشتی، آرایشی و صنعت، دخالت نابجای شورای رقابت در امور غیر مرتبط، هجمه دیوان عدالت اداری به تنها مجرای نقدینگی داروخانه ها و ... مجموعه ای از همه آنچه گفته شد، به نظر می رسد که یک برنامه هدفمند و از پیش تعیین شده برای به ورشکستگی کشاندن اقتصاد خرد داروخانه ها باشد، تا شرایط به گونه ای مهیا شود که عده ای سود جو و تمامیت خواه بر خاکستر آرزوهای داروسازان کشور، به

سودهای کلان و سرشار برسند. اینجا به همه سروان گرامی اعلام خطر می کنم که نظام داروسازی و داروخانه ها در شرف نابودی عمدی توسط عناصر سود جویی می باشد که در شکلهای مختلفی در جامعه ما حضور دارند. بدون تردید جامعه داروسازی از فشارها و هجمه های متعدد خسته است و خواستار پیشگیری از بحران تامین دارو توسط بخش خصوصی و حل زیر بنایی این بی نظمی است. نظام دارویی کشور در حال فروپاشی است و نیاز بازار دارویی کشور قابل تأمین نیست و واردات دارو هم چاره ساز این نظام از هم گسیخته نمی شود. متأسفانه به جای اینکه داروسازان ما دائماً در حال مطالعه و تبادل اطلاعات و مباحث علمی باشند تا بتوانند به بهترین نحو ممکن ارائه دهنده خدمات دارویی باشند مرتب در دلواپسی، نگرانی و ترس از آینده نا معلوم شغلی هستند. به راستی که با این گونه مدیریت های شتابزده و بدون آینده نگری، هدف آخر که همانا داشتن نقش اصلی در نظام سلامت است کاملاً فراموش گشته است.

مشارکت گروهی پیام کلیدی برای بهبود فرایند ها و سرعت بخشیدن به رفع معضلات است و بدون همدلی، هم اندیشی و هم افزایی نمی توانیم به آنچه می خواهیم، برسیم.





دکتر پور کاظمی - عضو مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی  
و دبیر هیئت مدیره نظام پزشکی شهرستان رشت - 1397/7/12

12 و 14 قطعنامه آمده است ضمن هماهنگی مجدد با همکاران داروساز شورای عالی، موارد موردنظر در جلسه 97/6/22 شورای عالی نیز پیگیری شد و در مصوبه 3 مورد تأکید مجدد قرار گرفت. حاصل تلاشهای صورت گرفته دو فقره مکاتبه است که توسط جناب دکتر ایرج فاضل خطاب به وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس محترم قوه قضائیه صورت گرفته است. ذیلاً تصویر اقدامات به عمل آمده به منظور اطلاع همکاران منعکس می گردد.

به منظور رفع مشکلات پیش روی جامعه پزشکی به ویژه داروخانه ها در زمینه ابطال تعرفه خدمات حرفه ای داروسازان، ایجاد داروخانه های زنجیره ای و تأخیر فزاینده در پرداخت مطالبات به عنوان عضوی از مجمع عمومی ضمن هماهنگی با سایر داروسازان عضو مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی و جلب نظر هیئت رئیسه محترم مجمع، مقرر گردید که موارد خاص و موردنظر داروسازان در قطعنامه پایانی مجمع عمومی عادی سالیانه نظام پزشکی که در تاریخهای 18 و 19 مردادماه 97 تشکیل گردیده بود، گنجانده شوند. متعاقب این اقدام که در بند

## قطعهنامه مجمع عمومی سال 1397

تغییرات و گرایش های فوق از وظایف استراتژیک سازمان نظام پزشکی تلقی می شود و باید جهت تدوین آن برنامه ریزی کرده و مسئولین دولتی و متولیان امر سلامت ناگزیر از توجه به نظرات ارائه شده از سوی سازمان نظام پزشکی و برنامه ریزی بر اساس آن می باشند.

2- با توجه به ماهیت، مأموریت ها و رسالت های مصرح در قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی، توجه هوشیارانه و مسئولانه به الزامات سلامت مردم عزیز کشورمان در شرایط بحران اجتماعی و اقتصادی موجود و ایفای نقش حکیمانه در ساختن آینده ای روشن برای عموم مردم، مورد تأکید قرار گرفت. آثار مخرب و زیانبار بحران اجتماعی و اقتصادی حاضر بر اختلال در ارائه خدمات سلامت و دسترسی مردم به خدمات مذکور خود را آشکارا نشان می دهد. لذا سازمان نظام پزشکی موظف است با نگاهی دلسوزانه نسبت به مسائل اجتماعی کشور و با دغدغه مدیریت کلان در سیاستهای اداره مملکت، در کنار مردم ایستاده و برای رسیدن به توسعه پایدار و سازنده، انجام وظیفه مسئولانه جامعه پزشکی را هدایت نماید.

به منظور مشارکت در حل مشکلات موجود، آمادگی سازمان برای اجرای ماده 45 قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی مبنی بر تفویض برخی از اختیارات وزارت بهداشت درمان به این

شرکت کنندگان در مجمع عمومی عادی سالیانه نظام پزشکی در 18 و 19 مردادماه 1397 طی دو روز برگزاری منظم جلسات مجمع در حضور دو بیست نفر از نمایندگان سازمانهای نظام پزشکی سراسر کشور، پس از استماع بیانات و گزارش ریاست کل، رئیس شورای عالی، بازرسین و هیأت رئیسه مجمع عمومی و طرح موضوعات متعدد و پیرامون نظام سلامت کشور، مشکلات فراروی جامعه پزشکی و مسائل سازمان نظام پزشکی در پنل های تخصصی و نیز دریافت مقالات و سخنرانی شماری از اعضای مجمع و نظرات و نامه های متعدد از اعضای مجمع و تشکل ها، تصمیم گرفتند قطعهنامه پایانی مجمع را به شرح ذیل صادر نمایند:

1- با توجه به تغییرات بسیار مهم و معنادار در ترکیب سنی جمعیت کشور و توجه به مطالعات دموگرافیک، همزمان با بررسی شیوع و زمینه های گسترش اپیدمیولوژیک بیماریها از قبیل دیابت، فشارخون، بیماری های قلب و عروق، حوادث عروقی مغز و سایر مواردی که به موازات تغییر ترکیب جمعیت کشور و تغییر هرم سنی و افزایش و غلبه میانسالان و سالمندان در ترکیب آینده جمعیت رخ نموده است، الزامات روشن و ضرورت های ویژه ای را پیش روی دولت و اداره کنندگان و فعالین سلامت کشور قرار داده است. طراحی نظام سلامت متناسب با



سازمان مورد تصریح قرار گرفت. در نقطه مقابل عدم اعتنای فی المثل معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان به ضرورت و اهمیت حضور نمایندگان سازمان پزشکی در طراحی و هدایت نظام سلامت مورد اعتراض مجمع واقع شد.

3- تدوین و اجرای برنامه های روزآمد راهبردی علمی و عملیاتی مطابق با سیاستهای کلان سازمان نظام پزشکی به گونه ای که جایگاه ارزشی سازمان را در بین ارکان نظام سلامت بهبود بخشیده و از سویی دیگر فعالیت های سازمان را شفاف و قابل نظارت و ارزیابی نماید، حداکثر تا پایان سال جاری عملیاتی گردد. خصوصاً نقش و موضع سازمان در سیاستهای راهبردی از جمله برنامه های آموزش علوم پزشکی بر اساس نیازهای حال و آینده کشور، آینده نگری در تعیین ظرفیت های تحصیلی و پذیرش دانشجوی، تهیه گایدلاین های پزشکی، پزشکی خانواده، خدمات اولیه سلامت و نظام ارجاع و برنامه تحول موثر در نظام سلامت به صراحت تبیین و لحاظ گردد.

4- با توجه به نارسائی های موجود در بدنه اجرائی در اجرای کارآمد سیاستهای کلان سازمان و مصوبات شورای عالی نظام پزشکی، ضرورت دارد تا ظرف 4 ماه آینده ارزیابی لازم در حوزه های مختلف اجرائی سازمان انجام و اقدامات لازم جهت ترمیم، تقویت و تغییرات لازم در ساماندهی مجدد، بویژه در رده های

میانی تشکیلاتی به مورد اجرا گذاشته شود. استفاده از مدیرانی با حضور تمام وقت و توان پاسخگوئی به گروههای هدف و فرصت کافی برای اجرای برنامه عملیاتی، ضامن پویایی و شادابی تشکیلات خواهد بود.

5- ایفای نقش موثر هدایت گر و نظارتی شورای عالی نظام پزشکی نیازمند بازنگری و برنامه ریزی کارآمد است و تغییر رویه نظارتی شورای عالی با تدوین مقررات، شاخص ها و شیوه نامه های مؤثر مورد تاکید مجمع قرار گرفت. بدیهی است که اطلاع رسانی از پیشرفت برنامه های عملیاتی و گزارش نقاط ضعف و قوت به اعضای مجمع عمومی طی یک دوره زمانی 3 ماهه بیانگر شفافیت عملکرد و نتیجه بخش بودن نظارت خواهد بود.

6- نظر به اینکه دایر ماندن و فعالیت ویژه معاونت پارلمانی مورد تاکید و تصویب شورای عالی نظام پزشکی بوده است لذا تصدی و حضور فعالانه این معاونت در مجلس شورای اسلامی در صیانت از اختیارات و سایر مصوبات اخیر، استفاده از ظرفیت های مجلس برای پیاده سازی قوانین متحول کننده نظام سلامت از جمله اجرای سطح بندی خدمات، نظام ارجاع و پزشک خانواده مورد تاکید قرار گرفت.

7- مطابق با مصوبات شورای عالی نظام پزشکی و نیز همسو با سیاستهای اتخاذ شده حکومتی، ضرورت جوانگرایی و پویایی در بدنه اجرائی سازمان ایجاب می کند که حتی الامکان از

به کارگیری بازنشستگان خود داری و متقابلاً راهکارهای متناسب با شایسته‌گزینی، روز آمدی و برخورداری از تحصیلات متناسب با مسئولیت برای گزینش و همکاری با مدیران و کارکنان مد نظر قرار گیرد.

8- دسترسی بازرسی سازمان به کلیه اسناد و مدارک در همه ارکان اعم از مراکز استان‌ها در چارچوب وظایف قانونی ایشان، لازمه کارکرد موثر آنان است و ایجاد می‌نماید که با مخالفت کنندگان امر فوق از سوی ریاست کل و شورای عالی نظام پزشکی برخورد قاطع انجام و در صورت تجری به هیات‌های انتظامی و سایر مبادی ذیربط ارجاع گردند. این امر خصوصاً در مورد سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ ضروری است در اسرع وقت انجام شود.

9- حرکت ارزشمند سازمان در ترجمه و ویرایش کتاب ارزش نسبی خدمات پزشکی لازم است با پیگیری مجدانه، به مرحله اجرا رسیده و نقش سازمان نظام پزشکی در بهره‌مندی عادلانه همه گروه‌های جامعه پزشکی از منافع اقتصادی و رفع تبعیض‌های شکل گرفته طی سالیان گذشته به هر نحو اعمال گردد.

بدیهی است مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی برای نهایی شدن این اقدام ارزشمند پشتیبان ریاست کل محترم سازمان خواهد بود.

10- حل سریع اختلافات بین رشته‌ای در کمیسیون‌های مربوطه و جلوگیری از تسری این اختلافات به فضای عمومی جامعه یکی از

فوریت‌های فعلی سازمان و شورای عالی نظام پزشکی است. انتظار می‌رود با فعال‌سازی سریعتر ظرفیت قانون "چگونگی تعیین وظایف و صلاحیت شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته به آن"، با همکاری وزارت بهداشت درمان در طی یک سال آینده بخشی از اختلافات بین رشته‌ای به نحو مطلوب و علمی و مطابق استانداردهای روز دنیا حل و فصل گردد.

11- توجه ویژه به گروه‌های پزشکی پرجمعیت و دارای مشکلات صنفی از جمله پزشکان عمومی و جامعه مامائی مطابق با سیاست‌های کلان سازمان نظام پزشکی، کمتر در دستور کار قرار گرفته و نیازمند بازننگری است. حمایت از برنامه پزشک خانواده و درعین حال توجه به نقش موثر پزشکان عمومی در کنترل آسیب‌های ناشی از اعتیاد و خدمات آنان در سایر گرایش‌های صنفی قابل اغماض نیست. خصوصاً رسیدگی به ظرفیت پذیرش دانشجو در رشته‌های پزشکی و مامائی با توجه به تورم نیروی انسانی و بی‌توجهی به نیازهای حال و آتی مملکت بسیار اساسی است.

12- مجمع عمومی سازمان نسبت به انباشت مطالبات پرداخت نشده جامعه پزشکی بویژه در بخش خصوصی از سوی سازمان‌های بیمه‌گر که متأسفانه به بیش از یک سال تأخیر رسیده است، ابراز نگرانی شدید کرده و با تخمین احتمال ورشکستگی بسیاری از مراکز خصوصی به ویژه در شهرستانها، از مسئولین سازمان اکیداً خواستار

رایزنی، اقدام و توجه ویژه به این امر مهم هستند. 13 همانطور که در تمام دنیا رایج است، "سازمان پزشکی قانونی" وظایف خطیری در حوزه های تشخیص و معاینه بالینی اجساد با مرگ مشکوک و حوزه آزمایشگاهی جهت تعیین علت تامه مرگ داشته و از اجزای با اهمیت دستگاه قضایی در حل و فصل دعاوی مطروحه می باشد. مجمع عمومی سازمان از ریاست کل محترم و شورای عالی نظام پزشکی انتظار دارد، اقدامات لازم جهت تعامل با دستگاه قضایی و تدوین مقررات و آئین نامه ها اقداماتی به عمل آورند تا اظهار نظر در مورد شکایات مربوط به فعالیت جامعه پزشکی در حوزه های تخصصی، صرفاً به سازمان نظام پزشکی و بدنه انتظامی آن ارجاع داده شود و از موازی کاری و اتلاف وقت و انرژی مردم و کارشناسان در دو مرجع به طور همزمان جلوگیری شده و "سازمان پزشکی قانونی" با فراغت بیشتری به وظیفه اصلی خود بپردازد.

14- مجمع عمومی ضمن مخالفت با سیاست ایجاد گسترش "داروخانه های اقماری" خواستار صدور دستور توقف این سیاست از سوی معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت درمان بوده و از لزوم دریافت تعرفه خدمات حرفه ای داروسازی به عنوان حق داروسازان در راستای تعمیق برنامه های سلامت تاکید دارد.

ضمناً اعضای مجمع عمومی خواستار مداخلات موثر و مشارکت سازمان نظام پزشکی بر اساس ماده 3 قانون در تمامی طرح ها، لوایح و آئین

نامه های مرتبط در مجلس شورای اسلامی و وزارت خانه های مرتبط (از جمله آئین نامه های تاسیس داروخانه) شدند.

15- بحران اقتصادی حاضر منجر به اختلال اساسی در ارائه خدمات تشخیص طبی شده است. ضروری است بر روی مشکلات آزمایشگاههای تشخیص طبی و سایر مراکز پاراکلینیک در زمینه هزینه و چگونگی تامین مواد مصرفی و تجهیزات، کار کارشناسی اساسی انجام گرفته و در زمینه تعرفه های اعلام شده از سوی هیات وزیران راه حل های موثر برای حل مشکلات مردم و صاحبان این موسسات، در اسرع وقت اعلام شود.

16- بررسی مشکلات سلامت مردم در حوزه بهداشت دهان و دندان و مسائل پیشاروی دندانپزشکان برای تهیه مواد اولیه و تجهیزات و عدم حمایت بیمه های پایه از خدمات دندانپزشکی از وظایف مبرم سازمان تلقی می گردد. در شرایط بی توجهی به موارد فوق مشکلات اساسی برای دندانپزشکان و مردم ایجاد شده است.

17- به منظور پیگیری و همچنین رصد فعالیت های صورت گرفته از سوی ارکان سازمان در راستای مصوبات فوق، و نیز به منظور ارتقای نقش عملیاتی مجمع عمومی به عنوان بالاترین رکن تصویب سیاست های کلان سازمان نظام پزشکی، مقرر شد مجمع عمومی عادی بطور فوق العاده ظرف 6 ماه آینده تشکیل و عمدتاً به

پیشرفت مصوبات و برنامه های پیش رو پرداخته شود و از سویی دیگر نقش حمایتی مجمع در اعمال سیاستها و برنامه های ریاست کل و شورای عالی نظام پزشکی در نظام سلامت کشور

به مورد اجرا گذاشته شود./ن

مرداد 1397

\*\*\*\*\*

شماره: ۱۳۹۷/۱۰۰/۲۰/۸۸۲۴

دسته: علمی

تاریخ: ۱۳۹۷/۰۶/۲۲



استاد ارجمند جناب آقای دکتر ایرج فاضل

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

سلام علیکم

احتراماً پیرو برگزاری چهاردهمین جلسه شورای عالی در روز پنج شنبه مورخه ۹۷/۶/۲۲ بدینوسیله مصوبات جلسه مذکور بشرح زیر جهت استحضار و دستور اقدام مقتضی اعلام می گردد.

مصوبه (۱)

با توجه به اینکه علیرغم قوانین بین المللی و قواعد حقوق بشر مبنی بر مستثنی بودن حوزه سلامت از شمول تحریم ها ، بصورت غیرمتصفانه ای اقدامات تحریمی برخی کشورها و شرکت های خارجی باعث تحمیل فشار مضاعف بر بیماران بالاحص بیماران خاص و گروههای پرخطر گردیده است، مقرر گردید سازمان، شورای عالی، هیات رئیسه محترم مجمع عمومی سازمان و اتجمن های علمی نسبت به انعکاس و پیگیری موضوع از طریق سازمانها و مراجع مختلف داخلی و خارج از کشور اقدام نمایند.

مصوبه (۲)

مقرر گردید سازمان نسبت به ارائه پیشنهادات خود جهت راه اندازی مرکز استاد بنحویکه نیازهای کلیه ارکان سازمان در قانون نظام پزشکی و زیر مجموعه های مربوطه بالاحص معاونت های فنی و نظارت و انتظامی را تامین کند اقدام نماید.

مصوبه (۳)

با توجه به اینکه علیرغم تصویب شرح وظایف شاعلان حرفه های پزشکی (متجمله داروسازان در داروخانه ها) توسط سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ، و نیز تعیین تعرفه حق فنی

خیابان کارگر شمالی ، بالاتر از جلال آل احمد ، خیابان فرشی مقدم (شاردهم) ، پلاک ۱۱۹ کد پستی: ۱۴۳۹۴۳۷۹۵۲ صندوق پستی: ۱۴۳۹۵/۱۵۹۹

تلفن: ۸۴۳۲۰ - ۸۴۳۳۱-۸۴ نام: ۸۸۴۳۱-۸۴ Web address: www.irimc.org E-mail: info@irimc.org

داروخانه ها که متأسفانه مجدداً توسط دیوان عدالت اداری لغو گردیده و باعث خدشه به جایگاه علمی داروسازان و تضعیف حقوق آنان و نیز بیماران می گردد مقرر گردید با توجه به ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور، سازمان از طرق مختلف و بالاترین سطوح منجمله تشکیل جلسه، مکاتبه، بهره گیری از مشاورین حقوقی برجز و پیگیری از طریق رئیس محترم قوه قضائیه و مقام محترم وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی نمایند.

#### مصوبه (۴)

پیرو مصوبه شماره ۱ دوازدهمین جلسه شورای عالی مورخه ۹۷/۵/۱۸ و با توجه به ضرورت تسریع در ارائه گزارش و تصمیم گیری در خصوص افزایش قیمت دارو و تجهیزات و اقلام مصرفی پزشکی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی و هزینه های جانبی خدمات پزشکی و ... مقرر گردید سازمان حداکثر ظرف دو هفته آتی نسبت به ارائه گزارش مربوطه به شورای عالی اقدام نماید.

#### مصوبه (۵)

مصوبات کمیسیون تخصصی مشورتی روابط عمومی و رسانه در خصوص فعال تر شدن حوزه روابط عمومی قرائت و بشرح بیوست مورد تصویب قرار گرفت.

#### مصوبه (۶)

گزارش رئیس محترم کمیسیون تبلیغات شورای عالی در خصوص اصلاح "دستورالعمل نحوه صدور مجوز و نظارت بر تبلیغات و انتشار آگهی های دارویی، مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی و امور پزشکی" مطرح و مقرر گردید ظرف یک هفته مجدداً نقطه نظرات اعضای محترم شورای عالی اخذ و پس از تصویب هیات رئیسه محترم شورای عالی به منزله تأییدیه شورای عالی منظور گردد.

### مصوبه (۷)

مکاتبه شماره ۱۳۹۷/۱۰۰۲/۴۵۸۰ مورخه ۹۷/۵/۱۱ نائب رئیس اول محترم شورای عالی و رئیس کمیسیون نظارت ماده ۱۵ در خصوص عدم همکاری نظام پزشکی تهران بزرگ جهت اجرای مصوبه شماره ۳ چهارمین جلسه شورای عالی نظام پزشکی مورخ ۹۶/۱۰/۶ توسط بازرسان سازمان مبنی بر انجام حسابرسی ویژه مطرح و مقرر گردید موضوع ضمن انعکاس به رئیس کل محترم سازمان جهت اقدامات قانونی، در کمیسیون نظارت ماده ۱۵ بررسی و نتیجه به شورای عالی ارائه گردد.

### مصوبه (۸)

مکاتبه شماره ۱۳۹۷/۱۰۰۲/۷۹۱۷ مورخ ۹۷/۶/۵ نائب رئیس اول محترم شورای عالی و رئیس کمیسیون نظارت ماده ۱۵ در خصوص تشکیل کمیته ای جهت ارزیابی عملکرد دادسراها و هیات های انتظامی مطرح و مقرر گردید کمیته ای با مسئولیت رئیس محترم کمیسیون نظارت ماده ۱۵ و با عضویت نماینده محترم وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در شورای عالی، رئیس محترم سازمان پزشکی قانونی، معاون محترم انتظامی، یک نماینده از کمیسیون انتظامی، و ۲ نفر از اعضای شورای عالی (آقای دکتر فرقان و سرکار خانم سعادت) تشکیل و نسبت به بررسی موضوع و ارائه گزارش به شورای عالی اقدام نمایند.

### مصوبه (۹)

با عنایت به تأثیرات قابل توجه تحولات اقتصادی اخیر (تحریم، تغییر نرخ ارز، تورم و...) بر ارائه خدمات پزشکی و لزوم حفظ کیفیت و سطح دسترسی خدمات سلامت بویژه در بخش خصوصی و با توجه به محاسبات انجام شده و واقعیات موجود با محوریت (هتلینگ، حق فنی پاراکلینیک و ویزیت) لازم است سازمان در اسرع وقت نسبت به انعکاس میزان افزایش هزینه های جانبی و پیگیری موضوع از شورای عالی بیمه اقدام و نتیجه به شورای عالی منعکس گردد. همچنین مقرر گردید با توجه به تدوین کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت و انفکاک جزء فنی و حرفه ای با رویکرد حل مشکلات تحولات اخیر در جزء فنی در کمیته مشترک کارشناسی که توسط ریاست کل محترم از دستگاههای مربوطه دعوت شده اند پیگیری لازم بعمل آید.

### مصوبه (۱۰)

با توجه به رویکرد اخیر پرداخت مطالبات به ارائه کنندگان حقیقی خدمات تشخیصی و درمانی از طریق اسناد خزانه مقرر گردید سازمان از هر طریق ممکن در اسرع وقت پیگیریهای لازم جهت لغو این رویکرد را بنماید.

### مصوبه (۱۱)

با تقدیر و تشکر از اقدامات ارزشمند رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی در خصوص مسائل و مشکلات مالیاتی همکاران محترم و با تأکید بر پایداری اعضای نظام پزشکی به قوانین و مشارکت فعال در شفاف سازی و پرداخت مالیات به عنوان یک وظیفه ملی، مقرر گردید معاونت فنی و نظارت سازمان نسبت به موارد زیر اقدام نماید.

الف - اطلاع رسانی جامع و کامل اقدامات انجام شده به اعضای سازمان از طریق روابط عمومی سازمان

ب - ادامه روند تعاملی با سازمان امور مالیاتی در جهت حل مشکلات مالیاتی موجود

ج - برنامه ریزی جهت تدوین دوره های آموزشی با سازمان امور مالیاتی برای موسسات و سازمانهای نظام پزشکی ترجیحاً بصورت منطبقه ای با محوریت شورای هماهنگی نظام پزشکی استانها

### مصوبه (۱۲)

با توجه به تکرار توهین و اعمال خشونت نسبت به کادر خدمات بهداشتی و درمانی بویژه در مناطق محروم و تاثیرات آن بر کیفیت خدمت رسانی به مردم عزیز کشورمان، شورای عالی سازمان را مکلف نمود که ضمن جمع آوری سوابق اینگونه موارد در طی دو ساله اخیر نسبت به بررسی موضوع و ارائه راهکار جهت پیشگیری از وقوع اینگونه حوادث و نیز پیگیری موارد وقوع یافته از طرق مختلف به شورای عالی اقدام نماید.

شماره: ۱۳۹۷/۱۰۰/۲۰/۸۸۲۲


باسمه تعالی

تاریخ: ۱۳۹۷/۰۶/۲۲



### مصوبه (۱۳)

مفرد گردید مصوبات مجمع عمومی سال ۱۳۹۷، گزارش همایرس مستقل و بازرسان به کمیسیون نظارت ماده ۱۵ ارجاع و ضمن بررسی موارد مطروحه، گزارش اقدامات انجام شده هر سه ماه یکبار به شورای عالی ارائه گردد.

  
دکتر محمدرضا ظفرقندی  
رئیس شورای عالی

رونوشت:

اعضای محترم شورای عالی نظام پزشکی جهت استحضار.

خیابان کارگر شمالی، بالاتراز جلال آل احمد، خیابان فرشی مقدم (شارزدهم)، پلاک ۱۱۹، کد پستی: ۱۳۳۹۸۲۷۹۵۳ صندوق پستی: ۱۴۴۹۵/۱۵۹۹

تلفن: ۸۴۱۲۰ شماره: ۸۸۴۲۱۰۸۲ Web address: www.irimc.org E-mail: info@irimc.org



حضرت ابنتالله املی لاریجانی  
رئیس محترم فوه قضائیه جمهوری اسلامی ایران

**با عرض سلام و تحیت**

به استحضار عالی می‌رساند که ارزش گذاری بیش از ۲۰۰۰ خدمت شاغلان حرفه‌های پزشکی- منطبق با آخرین استانداردهای بین‌المللی- توسط این سازمان و وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه انجام می‌گردد و تعرفه این خدمات بر اساس ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور (مصوب سال ۹۵) تعیین می‌گردد.

قانون گذار بر اساس قانون همگونگی تعیین وظائف و صلاحیت شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته به آن (مصوب سال ۷۶) اختیار تعیین صلاحیت ارائه خدمات سلامت (برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی و تشخیصی) در کشور را بر عهده سازمان نظام پزشکی و تسویب وزارت بهداشت قرار داده است.

در سال‌های اخیر دیوان عدالت اداری با ورود به تعیین اینکه آیا خدمات داروسازان مشمول تعریف خدمات تشخیصی و درمانی است یا خیر، عملاً در جایگاه سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت قرار گرفته و با لغو ارائه خدمات سلامت توسط این کشر در داروخانه‌ها و بیمارستان‌ها، دریافت تعرفه خدمات فنی توسط داروسازان را غیر قانونی اعلام کرده است.

حال سؤال اینجاست که اگر خدمات فارغ‌التحصیلان رشته داروسازی که به حکم قانون به عنوان مسئولین فنی در مؤسسات پزشکی مانند داروخانه‌ها و بیمارستان‌ها خدمت می‌کنند جزء خدمات سلامت نیست، پس چه وضعی می‌توان برای آن قائل شد؟

نگاه به داروخانه به عنوان محلی که در آن یک کالای معمولی عرضه می‌شود و نیازی به خدمت مسئول فنی داروساز ندارد، ما را حداقل صد سال به عقب برمی‌گرداند! اگر غیر از این است نمی‌توان برای فردی در جامعه وظیفه‌های تعیین کرد ولی برای او حقی قائل نشد.

همکاران داروساز تلقیناً دارند به هر طریقی که صلاح می‌دانید دستور فرمائید تا دلتوی تسبیح حق این گروه بزرگ از جامعه پزشکی کشور گرفته شود تا خدای ناکرده اختلالی در خدمت‌رسانی به مردم در داروخانه‌ها ایجاد نشود.

با تشکر و آرزوی توفیق

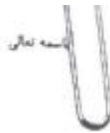
دکتر ایرج فاضل

رئیس کل



شماره: ۴۹۷/۱۰۰۰/۱۰/۲۱۸۰۴

تاریخ: ۱۳۹۷/۷/۷



جناب آقای دکتر قاضی زاده هاشمی  
وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با سلام و احترام

همانگونه که استحضار دارید تفرقه مدیریت خدمات دارویی داروسازان در داروخانه‌ها و بیمارستان‌ها مجدداً توسط دیوان عدالت اداری مورد ابطال قرار گرفت؛ این در تریایی است که قانون گذار حق تعیین تفرقه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در کشور را بر عهده شورای عالی بیمه سلامت و تعریف وظایف و صلاحیت شاغلان حرفه‌های پزشکی را نیز بر عهده سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت گذاشته است.

با توجه به اینکه بر اساس اصل پنجاه و هفتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، قوای سه گانه در کشور ما استقلال کامل دارند، لذا نظر وزارت بهداشت به نمایندگی از قوه مجریه، در رابطه شرح وظایف شاغلان حرفه‌های پزشکی بر اساس قانون پیشگفت نظر صائب است و باید مورد توجه دیوان عدالت اداری قرار گیرد.

متأسفانه شاهد بودیم که با وجود تدوین آیین‌نامه وظایف و صلاحیت داروسازان در این سازمان و تصویب توسط حضرتعالی، توجهی به نظر مرجع رسمی برای شرح وظایف و مسئولیت‌های داروسازان در داروخانه‌ها و تعرفه قانونی مدیریت خدمات دارویی نشد. بدیهی است که ادامه این رویه در آینده می‌تواند تبعات متعددی را برای کل جامعه پزشکی ایجاد نماید.

همکاران داروساز تقاضا دارند تا با استفاده از همه ظرفیت‌های قانونی، برای دفاع و تثبیت حق قانونی تفرقه خدمات داروسازان اقدام فرمایند.

با تشکر

دکتر امیر فاضل

رئیس کل

## همکار عزیزمان جناب آقای دکتر آرش طاهر قاسمی مطالبی را جهت درج در مجله ارسال کرده اند که به طور خلاصه از نظر خوانندگان گرامی می گذرد.

### حکمت گیل

1- آب بالاتر از نفت امروزه ارزش و اهمیت آب برای کشور ما بسیار بالاتر از نفت است. پیشنهاد می کنم برای احیای دریاچه های ارومیه و هامون به کشورهای ترکیه و افغانستان نفت صادر کنیم و در مقابل آن آب وارد کنیم. مبادله نفت با آب باعث حفظ سفره های آب زیرزمینی کشور و تغییر اقلیم و در نتیجه افزایش بارشها و حل مشکل ریزگردها خواهد شد. همچنین دولت باید برای ترویج روشهای نوین آبیاری بودجه جداگانه در نظر بگیرد.

1- یک سازمان بیمه درمانی برای همه مردم ایران بهتر است به جای سازمانهای مختلفی که سرویس بیمه درمانی ارائه می کنند و علاوه بر تفاوت های ماهوی باعث سردرگمی بیماران و مراکز درمانی نیز می شوند، فقط یک سازمان متولی بیمه درمان باشد و برای همه مردم ایران دفترچه هایی با تعهدات یکسان صادر کند. این سازمان نباید به جز بیمه درمان به هیچ کار دیگری پردازد و شماره حسابی را اعلام کند تا خیرین کمکهای متفرقه خود را به آن حساب واریز کنند.

## تذکر و توضیح

عدم تطبیق تیتراژ 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 تشکیلات صنفی داروسازان ایران و مقررات و موارد ذیربط پرداخته است.



## تشکیلات صنفی داروسازان گیلان

دکتر محمد کاظم پور کاظمی

قسمت سی و سوم: رویدادهای نیمه اول سال 1380

اظهارنامه در آن سالها و قرار نگرفتن در تفاهم نامه سالیانه نظام پزشکی، روشن بودن میزان خرید، زورگویی بیمه تأمین اجتماعی به داروخانه ها برای کنترل اعتبار دفترچه، مارژین ناچیز دارو

**و مهمتر از همه کمبودهای مقطعی آغاز گردید و موجب شد تا اعتماد عمومی از داروخانه ها سلب و منزلت این جایگاه به شدت آسیب ببیند، به طوری که احترام**

شروع سال 80 با گذشت 15 ماه از دومین دوره معاونت دکتر مرتضی آذرنوش که همزمان ریاست هیأت مدیره انجمن داروسازان ایران نیز به عهده وی بود، با کوله باری از مطالبات صنفی بر زمین مانده، چون تأخیر فزاینده در پرداخت بیمه های سه گانه، نامشخص بودن زمان اعلان تعرفه ناچیز داروخانه ها، برقراری مالیات سنگین به نسبت سایر گروههای پزشکی برای داروخانه ها، به دلایل متفاوت بودن زمان تسلیم

## معنوی این حرفه که ریشه در فرهنگ این مرز و بوم داشت به مناقشه روزانه کشانده شده بود.

در مورد پایین بودن مارژین دارو، با وجودی که در نظام نوین دارویی، با اجرای طرح ژنریک، قیمت دارو به  $1/3$  تقلیل یافته بود، باز هم متوسط رشد بهای دارو در بعد از انقلاب تا سال 1380 به میزان  $191/7$  درصد (تقریباً دو برابر) در مقایسه با متوسط رشد نرخ اقتصادی، سایر سطوح ( $1182/1$  درصد یعنی دوازده برابر)، سیر قهقراپی را طی می نمود.

گذشته از آن، روال تخصیص میلیاردها ریال یارانه مستقیم و غیرمستقیم ارز به چرخه تدارک دارو به جای پرداخت به بیمه ها با هدف پایین نگهداشتن قیمت دارو برای حفظ مصالح بیماران، شرایط سخت ساماندهی همه جانبه در حوزه معاونت دارویی و دشواری کار برای هشت هزار داروخانه آن سال را فراهم آورده بود، به گونه ای که عرصه خدمتی سالم برای داروساز داروخانه دار غیرممکن گردید. این برنامه ریزی نادرست به قدری گویا و روشن بود که نیازی به ارائه آمار و استدلال نداشت و اکثریت مسئولان مجری معاونت و کارشناسان باتجربه، بر این نقیصه و عواقب بعدی آن اتفاق نظر داشتند و اذعان می نمودند که:

## پایین نگهداشتن قیمت دارو از هر جهت آسیب زننده به کیفیت ارائه خدمت و بستر ساز قاچاق و مصرف بی رویه

## داروست، اما با همه روشنی مسئله مشخص نبود چرا سیستم تصمیم گیرنده علیرغم تمامی هشدارها و توصیه های سازنده، بر استمرار وضعیت نامطلوب موجود اصرار می ورزد؟

شروع به کار هیئت مدیره جدید انجمن داروسازان ایران از ابتدای سال 1380 و تمدید ریاست آقای دکتر آذرنوش موجب گردید تا سیل تقاضاهای گوناگون آن هم با بیانی انتقادی از شعب انجمن به تهران سرازیر گردد. از طرف دیگر، کاهش ضریب جمعیتی برای تأسیس داروخانه در آئین نامه از  $10/000$  نفر به  $7000$  نفر، در شهرهای با جمعیت بالای سیصد هزار نفر و افزایش قابل توجه فارغ التحصیلان و بالاخره تأخیر در صدور مجوز داروخانه، با اعتراض گسترده داروسازان جوان مواجه گردد و نامبردگان در نامه اعتراض آمیز خود از هفت سال تأخیر در صدور مجوز تأسیس داروخانه در تهران بزرگ و مراکز استانها انتقاد نمایند و آن را منفعت طلبی عده ای خاص از داروخانه داران بدانند و اعلام نمایند که این تأخیر نه تنها داروسازان جوان را به مناطق محروم گسیل نمی دارد، بلکه باعث رشد سرسام آور قیمت امتیاز داروخانه و بعضاً مشکلات بیماران در تهیه دارو می گردد، و علاوه بر آن خواستار انتقال پروانه داروخانه های دولتی، دانشگاهی، نهادها و سازمانها و مؤسسان غیر داروساز به جوانان شوند.

## **در این زمینه شایعاتی هم پیرامون تغییر مجدد آئین نامه مبنی بر حذف حریم یا فاصله، تأسیس داروخانه توسط فارغ التحصیلان همانند پزشکان در هر نقطه شهر پس از اتمام تعهدات قانونی و اخذ پروانه دائم بر سر زبانها افتاد.** (تعداد

داروسازان کشور در سال 1380 ده هزار نفر بود و همواره ده درصد جمعیت جامعه پزشکی را داروسازان تشکیل می دهند).

پیشنهاد انجمنهای داروسازی برای ایجاد اشتغال به جای حذف فاصله و جمعیت عبارت بود از:

- 1- واگذاری داروخانه های مراکز بهداشتی و بیمارستانهای دولتی به تعاونی داروسازان
- 2- واگذاری درمانگاههای خیریه، نظامی و انتظامی و تأمین اجتماعی به داروسازان
- 3- واگذاری پروانه کارخانجات دولتی دارویی و آرایشی و بهداشتی به تعاونی داروسازان
- 4- الزام کارخانجات تولید دارو در بکارگیری بیشتر داروسازان.

برای برآورده شدن خواسته داروسازان جوان، مسئول اداره امور داروخانه های اداره کل امور دارو به مدیریت جناب دکتر کبریایی زاده با تکیه به مفاد آئین نامه، مجوز تأسیس 203 باب داروخانه برای تهران بزرگ را به شرط غیرقابل واگذاری به مدت دو سال صادر نمود و متعاقب آن با احداث 160 باب داروخانه به درخواست

دو دانشگاه تهران بزرگ، برای مناطق خاص در کمیسیون قانونی و به استناد یکی از تبصره های آن موافقت نمود و با این اقدام 40% به تعداد داروخانه های موجود تهران افزوده شد. این امر در شرایطی بود که تهران با جمعیتی بالغ بر هفت میلیون نفر به ازاء هر 10/000 نفر از 802 باب داروخانه برخوردار بود.

این حرکت در مراکز استانهای بزرگ نیز تکرار شد. البته به نقل و قول مسئولین وقت دارویی پروانه بسیاری از این داروخانه ها علیرغم شرط موجود، تأسیس نیافته به فروش رفت. چهار مرکز تک نسخه ای که با هدف تأمین بعضی از اقلام تجویزی پزشکان، در صورت درخواست بیمار با ارز آزاد و همچنین رفع کمبودهای مقطعی برای بعضی از اقلام تأسیس شده بود تدریجاً به چهار داروخانه همسنگ 13 آبان و 29 فروردین و ... تبدیل شدند و چالشهایی به منظور مهار نمودن، برای هیئت مدیره وقت انجمن ایران فراهم آوردند.

پس از طی مراحل اولیه، تعرفه های پزشکی در اردیبهشت ماه 80 توسط هیئت وزیران، اعلام گردید و بلافاصله آقای دکتر آذرنوش با اخذ موافقت وزیر، تعرفه مسئولان فنی داروخانه را که در سال گذشته، زمان معاونت آقای دکتر احمدیانی به صورت تک رقمی برای داروخانه های روزانه 700 ریال و شبانه روزی 800 ریال اعلام شده و در اجراء برای نسخه های تک قلمی با مشکلاتی مواجه بود، همانند روال

قبل بین 2500-1100 بر اساس سطح ریالی نسخه اعلام کرد.

هرچند رقم اعلام شده تا رقم واقعی و در مقایسه با تعرفه سایر گروههای پزشکی فاصله زیادی داشت ولی با همه وجود، رضایت نسبی داروسازان را فراهم آورد.

وی همزمان دستورالعمل ساخت داروهای ترکیبی، با رعایت نکات لازم الرعايه و اختصاص مکانی با ابعاد مشخص در داروخانه و همچنین شرایط و نحوه بسته بندی داروهای شمارشی در داروخانه ها را از طریق اداره کل دارو به داروخانه ها ابلاغ نمود، تا زمینه بیشتری برای افزایش مبلغ تعرفه در سالهای بعد فراهم آید، به طوری که متعاقب دستورالعمل رپا کینگ، مبلغ یکصد ریال به مبالغ حداقل و حداکثر تعرفه تصویری اضافه گردید.

### **در مجموع ایشان معتقد بودند تا با استفاده از ظرفیت خالی کارخانجات تولیدی و به منظور ایجاد رقابت، در کنار تولید داروهای ژنریک، داروهای تجاری هم تولید شود و در اثر رقابت، ارتقاء کیفیت به وجود آید.**

و با ایجاد بنگاه دارویی به صورت تعاونی توسط انجمنهای داروسازی، سهولت دسترسی بیشتر به دارو فراهم آید. در همین رابطه ضمن همکاری تنگاتنگ در ایجاد شرکت تعاونی توزیع و تولید انجمن داروسازان ایران و سهولت در اخذ نمایندگی بعضی از اقلام، به بعضی از انجمنهای

فعال، از جمله گیلان توصیه نمودند تا نسبت به ایجاد بنگاه دارویی، برای توزیع داروهای کمیاب و اساسی مبادرت ورزند.

دهمین سمینار سالانه انجمن داروسازان ایران با برنامه ریزی قبلی در روزهای ششم و هفتم تیرماه 80 در آمفی تئاتر دانشکده مامایی و پرستاری تبریز با حضور 140 نفر از داروسازان عضو هیأت مدیره 24 شعبه از 36 شعبه فعال آن زمان تشکیل گردید و در مورد مسائل دارویی و سیاستگذاری های مربوطه پیرامون سه محور زیر:

- 1- بررسی شرایط تأسیس داروخانه ها
- 2- مشارکت انجمن داروسازان ایران در امور اجرایی
- 3- بررسی راهکارهای ارتقاء کیفیت خدمات دارویی

بحث و تبادل نظر گردید. این گردهمایی با مدیریت کلیه اعضا و هیئت مدیره انجمن داروسازان ایران از جمله ریاست و دبیر هیئت مدیره و همچنین آقای دکتر کبریایی زاده مدیرکل امور دارو و مقامات محلی برگزار گردید و نتایج حاصله از جلسات کارگاه های منعقد به صورت قطعنامه 11 ماده ای با تأکید بر آماده بودن هیئت مدیره ها برای پذیرش امور اجرایی محوله، اخذ نظریات کارشناسی کلیه هیئت مدیره ها در تمام زمینه های دارویی، پذیرش تعداد دانشجو در حد نیاز واقعی کشور، تهیه و تنظیم قراردادهای منطقی و مرضی الطرفین، بین داروخانه ها و سازمانهای بیمه گر،

ارتقاء کیفیت خدمات از طریق مکانیزه نمودن آن و سایر مسائل روزمره، و پیشنهاد تعیین کمیته 7 نفره از اعضای فعال هیأت مدیره ها برای پیگیری مفاد قطعنامه، تنظیم و حاضرین در سمینار حمایت یکپارچه و قاطع خود را از اقدامات و سیاستگذاری های دارویی و اجرایی همکاران در سنگر معاونت و اداره کل امور دارو اعلام داشتند.

### **گفتنی است سخنرانان جلسه عمدتاً مشکلات صنفی را گلایه وار که نشاندهنده عدم تحقق خواسته های صنفی بوده عنوان می نمودند و جملگی نارسا بودن اساسنامه را ناشی از این امر می دانستند،**

در همین رابطه آقای دکتر سعید واقفی دبیر جدید این دوره، نوید تشکیل کارگروهی را در انجمن به سرپرستی آقای دکتر امیر عضدی و به منظور اصلاح اساسنامه به حاضرین اعلام نمود و خواستار ارسال پیشنهادهای اصلاحی شعب گردید.

واضح است، غیرواقعی بودن قیمت دارو، ریشه بسیاری از معضلات گذشته و کنونی دارو در تولید و توزیع و داروخانه بوده و سنگینی عوارض آن هنوز گریبانگیر داروخانه ها و سایر ارائه دهندگان خدمت در امور دارو می باشد و حل این معضل بستگی تام و تمام به حرکت جمعی صنف دارد.

با اتمام مهلت پنجساله آموزش مداوم در تیرماه 80 و عدم تمدید قرارداد بیمه خدمات

درمانی با گروههای پزشکی به دلیل عدم احراز 125 امتیاز دوره، از جمله معضلات دیگری بود که با پیگیری و مکاتبه سازمان نظام پزشکی با مسئولان وزارت بهداشت و تمدید دوره تا مهرماه 80 برطرف گردید.

اتمام دوره چهارساله وزارت آقای دکتر فرهادی در دور اول دولت اصلاحات و آغاز به کار آقای دکتر مسعود پزشکبان جراح قلب در مقام وزارت از تاریخ 1380/6/1، دکتر احمدیانی مجدداً به جای آقای دکتر آذرنوش به سمت معاون غذا و دارو شروع به کار نمود و دوره طلایی داروسازان خاتمه یافت.

ادامه در قسمت بعدی

\*\*\*\*\*

\*\* جناب دکتر مژدهی آذر بزرگ داروسازی ایران نکات بجایی را درمورد قسمت سی و یکم تشکیلات صنفی (درج در نشریه فصل زمستان 1396) اشاره نمودند که از ایشان به خاطر توجه ویژه تشکر می نمایم.

واقعیت این است که آقای دکتر مژدهی در سالهای موردنظر به علت دارا بودن مسئولیت شورای عالی داروخانه ها و بالاخره دبیر هیئت مدیره از جزئیات بیشتری باخبر هستند. ضمن تشکر مجدد از ایشان و درج عین تذکاریه تقاضامندم تا اطلاعات تکمیلی پاراگراف آخر نامه را تکمیل نمایند.

### **دکتر پور کاظمی**

\*\*\*\*\*



## همکار گرامی جناب آقای استاد دکتر پور کاظمی

سلام علیکم با تقدیم ارادت دیرینه درمورد قسمت سی و یکم تشکیلات صنفی داروسازان گیلان با اجازه سرکار لازم است در حاشیه مطالبی را به عرض برسانم.

تعیین و پیشنهاد حقوق مسئولین فنی در دوره دبیری اینجانب اتفاق افتاد البته در هیئت مدیره وقت مخالفینی و موافقیانی داشت. جناب آقای دکتر آذرنوش مخالف بودند و تعیین دستمزد توسط انجمن موافقت به عمل نیامد. مرحوم دکتر مصباح عضو هیئت مدیره نیز به دلیل اینکه حقوق دان هم بودند، مکاتباتی با وزارت کار انجام دادند ولی شورای داروخانه در این امر تأکید داشت در نتیجه با استفاده از کلمه (پیشنهاد) موضوع تقریباً عملی گردید. در اولین برخورد با مدیر داروخانه ای که برای مسئول فنی اش حقوق بسیار بسیار ناچیزی در نظر گرفته بود از سوی اینجانب انجام گرفت و برگه قرارداد مسئولیت فنی را امضا نکردم تا حقوق پیشنهادی متناسب گردید.

بنابراین شورای عالی داروخانه ها پیشنهاد حقوق مسئولین فنی را مدیریت و اجرا نمود.

موضوع عرضه داروهای OTC در خارج از داروخانه در زمان استاد دکتر احمدیانی معاونت دارو و غذای وقت اتفاق افتاد که توسط کمیسیون تلفیق مجلس شورای اسلامی انجام گرفته بود که دکتر احمدیانی این موضوع را مسکوت گذاشتند. از موارد مهمی که در زمان

استاد دکتر احمدیانی اجرایی گردید توقف بازرسی داروخانه توسط بازرسین ویژه داروخانه ها که در تجسس داروهای بی که عرضه آنها در داروخانه ها ممنوع بود مثل سانستول به شکل اهانت آمیزی داروخانه ها را بازرسی می کردند. دکتر احمدیانی در اولین ملاقات فرمودند که من با کسانی که دارو موجود دارند ولی به بیمار عرضه نمی کنند برخورد خواهم کرد.

درمورد قرارداد بیمه در زمان آقای دکتر واعظ مهدوی مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی شورای عالی داروخانه اقدام به تشکیل جلسه ای با حضور جمعی از نمایندگان شعب انجمن که جنابعالی نیز حضور داشتید کارشناسان بیمه تأمین اجتماعی و خدمات درمانی نمود. جلسات متعددی تشکیل شد و به توافق نسبی هم رسیدیم ولی بعد از دو سال پیگیری متأسفانه مسئولین سازمان بیمه ابتدا اظهار بی اطلاعی و بعداً که صورت جلسات توسط سرکار به تهران ارسال گردید سازمان از انجام تعهدات خود مثل همیشه سر باز زد.

و اما درمورد داروخانه های هلال احمر شورای داروخانه ها مقاومت قهرمانانه ای انجام داد که مورد تهدید مسئولین وقت هلال احمر نیز قرار گرفت ولی برخورد منطقی اعضای شورا زمینه را برای موفقیت های بعدی آماده نمود که در فرصت بعدی به عرض خواهد رسید.

و نیز درمورد خدمات داروئی و زحمات دکتر قدیری در مناسبت دیگری.

دکتر رهبر مذهبی آذر - 97/1/15

مؤسسه فرهنگی هنری  
رهپویان معرفت و اندیشه گیل



## حقوق بشر

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

صبح اطلاعات مراجعه وی و مسائل جنبی در یک روزنامه کثیرالانتشار حتی محلی درج شود. افشای چنین مسائلی می تواند جنبه اعتماد عموم مردم به مراکز درمانی را خدشه دار کند. اگر چه تمایز بین ورود به حریم خصوصی افراد و افشای رازشان مطلبی است که شاید کمتر در

اصولاً آن چنان که در کنوانسیون حقوق بشر اروپا (ECHR) آمده "حفظ و حمایت از اطلاعات رازگونه جزئی از احترام به زندگی خصوصی افراد تلقی می شود". در نظر بگیرید که فردی صاحب منصب به دلیل اعتیاد به مرکزی برای ترک مراجعه کند و فردا

حیطه و کلای حرفه ای حقوق پزشکی باشد اما خوب ست بدانیم که اطلاعات پزشکی به نظر می رسد که هم خصلت راز را دارد و هم زندگی خصوصی.

آنچه برای زندگی در یک جامعه دموکراتیک ضروری به نظر می رسد امنیت است. امنیت اقتصادی، امنیت قضایی، اخلاقی، سلامتی.

در یک تحلیل حقوق بشری می توان پی برد که افشای ابتلای فرد به HIV چه ضربه روحی بزرگی را می تواند به فرد وارد کند. از سویی در صورت عدم ابراز چنین مسئله ای آیا جامعه زیرساختهای لازم برای رازداری در این خصوص را فراهم کرده است؟

### حقوق قراردادها

اگر چه عملاً بین افراد و تیم درمانگر یا حتی درمانگر خصوصی در یک مطب خصوصی قراردادی منعقد نشده لکن چنین مراجعه ای نوعاً مبین چنین وظیفه اخلاقی یعنی رازداری از سوی درمانگران می باشد و چنانچه چنین نقض تعهدی از سوی درمانگران اتفاق بیافتد خود مستوجب کیفر تلقی می گردد.

### قانون کیفری

نقض تعهد رازداری از مصادیق قصور محسوب شده و اصولاً قسمت سخت قضیه تعیین مقصر و میزان تقصیر است و اصولاً کمیته ای خاص و حرفه ای را می طلبد تا میزان خسارت فیزیکی یا مالی یا ... را تعیین نمایند مبحث مهمی که در حقوق خصوصی و به ویژه در حقوق پزشکی راه درازی در پیش دارد تا به تکامل برسد و قانون گذاران حرفه ای را می طلبد.

### قانون جنایی

شاید افشای یک راز پزشکی مشارکت در جنایت تلقی گردد. این قضیه می تواند در قالب یک سرقت اطلاعات از یک کامپیوتر در یک مرکز درمانی باشد تا سرقت پرونده ها. البته اختلاف نظر در این وادی نیز بسیار است و برخی صرف دیدن اطلاعات بدون درج در یک رسانه و افشای آن را در این مقوله داخل نمی بینند.

### قانون مدون

آنچه در قوانین مدون اکثر کشورهای دنیا قید شده، رعایت در ذخیره سازی و حفاظت از اطلاعات شخصی افراد است که علی الخصوص در حوزه حقوق پزشکی اهمیت آن بر کسی پوشیده نیست.

### آیین نامه های حرفه ای

اکثر نظام های پزشکی دنیا ضرورت رازداری را به اعضا تفهیم نموده اند و جهل به چنین مفهوم خطیری اصولاً پذیرفتنی نیست. بیماران حق دارند تا از نگاه داشتن راز خود توسط درمانگراشان مطمئن باشند و این قضیه رازداری یک اعتماد دو سویه بین پزشک و بیمار ایجاد نموده است. بیماران سعی دارند کلیه مسایل سلامتی و حتی خصوصی خویش را به پزشک جهت دستیابی به سطح درمانی بهتر اعلام می کنند.

باید به این امر توجه داشت که پزشکان در قالب گزارش، پانل یا هم فکری با گروه های همکار خویش گاه اجبار در تبادل اطلاعات و استفاده از دیدگاه های آنان دارند که از سطوح

پایین یک گفتگوی ساده و دوستانه تا مشاوره رسمی مکتوب می تواند این مسئله به وقوع بپیوندد.

البته بهتر است که رضایت فرد مورد نظر برای طرح در یک مقاله چه با حفظ نام چه با نام اختصاری یا حتی نام خود فرد به صورت کامل گرفته شود.

در اینکه آیا می توان بدون ذکر نام از سایر اطلاعات جهت استفاده در یک طرح تحقیقاتی استفاده نمود چنانچه آنقدر خاص نباشد که بیانگر فرد مورد نظر باشد کمتر می توان شک کرد اما برای رعایت جانب احتیاط بهتر است که اصولاً هیچ اطلاعاتی از فرد خاصی بصورت مشخص در مقاله ذکر نشود مگر با رضایت آن طرف. به هر حال به نظر نگارنده استتار اطلاعات نیز ظرافت های خاص خود را دارد و معمولاً تنها حذف نام بیمار برای حفظ حریم وی کافی است.

گاه رضایت، ضمنی است یعنی زمانی که بیمار می پذیرد که درباره بیماری اش، درمانگرش با همکاری مشورت کند، رضایت ضمنی به اعلام اطلاعات به مشاور را داده است. اصولاً سیستم های بهداشتی ملی اینگونه تعریف شده که وقتی فرد در زمینه سلامتی خویش به آن درمانگر مراجعه می کند در اصل به سیستم مراجعه کرده و سیستم نقش همه جانبه ای در درمان وی دارد و به نوعی می تواند در اطلاعات بیمار سهیم باشد. یعنی این مراجعات به نوعی رضایت ضمنی به یک تیم درمانگر در قالب یک

سیستم معنی شده است. همه مسائلی که ذکر شد در مورد مهاجورین و اطفال در قالب پروتکل های خاص قابل اجرا (گاه با رضایت تیم و گاه با رضایت والدین) خواهد بود.

برخی سیستم های درمانی در صدد قانونی کردن بهره برداری علمی از اطلاعات بیماران جهت ارتقاء سطح سلامتی افراد جامعه به عنوان منشاء خیری برای پیشرفت های علمی در حوزه پزشکی برآمده اند. یعنی اصولاً بیمار در مراجعه به مراکز درمانی رضایت ضمنی به شرکت دادن اطلاعاتش در تحقیقات علمی دارد البته بدون ذکر نام بیمار.

البته غالباً بیماران فهم دقیقی نسبت به این بهره گیری مثبت جهت ارتقاء علم دارند و توجه شده اند و به این درجه از بلوغ اندیشه و ادراک رسیده اند و گر نه وظیفه ای پرورشی و پایه ای است که همکاری ارگانهای دیگری در آموزش بهداشت و پرورش افکار را می طلبد.

### **خطر جدی برای دیگران**

گاه افشای یک راز یا یک بحران روحی به مقامات مسئول جهت پیشگیری از وقوع یک خطر الزامی بوده و در این موارد حفظ حریم فرد مایه اضرار سایرین خواهد بود. در چنین مواردی اقدام به افشاء راز به مقامات مسئول توجیه شده تلقی می شود. البته در این موارد نیز تنها میزان اطلاعاتی که جهت رفع خطر به دیگران ضروری باشد باید افشا گردد و حتی در چنین شرایطی نیز افشای اطلاعات به رسانه ها شدیداً تقبیح شده است.

## همکاری با تحقیقات پلیس

به هر حال تیم پزشکی در همکاری تنگاتنگ با چنین مواردی اگر چه اجبار در افشای راز ندارد ولی جهت کاهش موارد جرم و جنایت سعی می نماید تا اطلاعات لازم را در اختیار گروه تجسس قرار دهد و البته علاقه عمومی جهت چنین مسئله ای نیز وجود دارد. توجه حفاظت از اطلاعات در گروه تجسس پلیس امری است که مطمئناً توسط نهادهای ذیربط بسیار بر آن تأکید می شود.

## آزادی مطبوعات

دادگاه ها بر این باورند که افشای پرونده بیماران در بسیاری از موارد شائبه نقض رازداری را به ذهن متبادر می کند. بسیار تفاوت است بین آنچه عموم بدان علاقمندند با آنچه که باید مورد علاقه عموم باشد. به هر حال بهتر است رسانه ها بسیار با احتیاط در این وادی ورود کنند. وادی حریم خصوصی افراد قرین حرمت نوع بشر بوده و هر بی احترامی و حرمت شکنی تیشه به ریشه درخت اعتماد بیمار و پزشک خواهد بود.

## آیین نامه های اختصاصی

در برخی از موارد وجود برخی آیین نامه های تخصصی این اجازه را می دهد تا سیستم جهت یافتن علت برخی مسایل از داده های بیماران بهره گیرد. مثلاً در باب واحد کنترل بیماری ها در سیستم های بهداشتی چنین روندی توجیه شده تلقی می شود.

حال چنانچه پزشک پی به یک زمینه ژنتیکی در مورد بیماری خاصی در فرد ببرد و در شرایطی که نیاز است که به تحقیق در بقیه افراد خانواده پرداخته شود، افشای راز با چه محدودیت هایی مواجه است؟ اگر فرد رضایت دهد که هیچ اما اگر نه باز دو حالت دارد اگر ریسک برای سایر افراد بسیار ناچیز باشد، جای نگرانی نخواهد بود اما در ریسک بالای بروز بیماری چالش آغاز می شود تا رضایت فرد جهت معاینه و تحقیق بر سایر افراد خانواده انجام شود.

# مقالات تخصصی - علمی

- 1 - آنتی بیوتیک ها و چالش های پیش رو
- 2 - آشنایی با درخت فیجوا یا فوجیا
- 3 - علت صدای زانو چیست ؟
- 4 - میتومايسين (Mitomycin)
- 5 - چرا لذت جویی ما را غمگین می کند؟



## آنتی بیوتیک ها و چالش های پیش رو

### دکتر غلامحسین مهدی زاده مؤدھی

آنتی بیوتیک های عمده ی کنونی، بر اساس مکانیزم اثرشان روی میکرواورگانسیم ها، به چهار دسته ی اصلی تقسیم می شوند که در کنار آنها معدودی آنتی بیوتیک های متفرقه با مکانیزم اثر مشابه هم وجود دارند:

**دسته اول** - آنتی بیوتیک های مؤثر بر دیواره سلولی میکرواورگانسیم ها، شامل انواع پنی سیلین ها، سفالوسپورین ها، منوگلام ها، کربوپنم ها، و تعدادی آنتی بیوتیک متفرقه، از جمله وانکومایسین، تیکوپلانتین، فسفومایسین، سیکلوسرین و باسیتراسین هستند.

میکرواورگانسیم ها دارای غشایی سیتوپلاسمی هستند که سیتوپلاسم، هسته و دیگر اجزای درون سلولی را دربر گرفته اند. این غشاء در محیط های گوناگون، که فشار اسمزی متفاوت دارند،

آنتی بیوتیک های محدودی که وجود دارند، اکنون کاربرد و کارایی شان در کشورهایی مانند ایران، که ضوابط محکم و قاطعی برای مصرفشان وجود ندارد، برآستی با چالش های جدی و مخاطره آمیز روبرو شده اند، چون بسیاری از میکرواورگانسیم ها نسبت به یک آنتی بیوتیک مقاوم شده اند و در عفونت های ساده و متداولی چون عفونت دندان، آنژین گلو و ریوی هم باید حداقل دو آنتی بیوتیک تجویز گردد، تا تأثیرگذار باشند. شوربخانه، آنتی بیوتیک ها از نظر تنوع، مکانیزم اثر و کارایی محدودیت های زیادی دارند و اگر میزان مقاومت میکروبی به این شیوه و سرعت پیش بروند، به طور قطع حیات انسان بزودی با خطرات زیاد و جدی رو به رو خواهد شد.

استحکام چندانی ندارد. بدین جهت، به منظور حفظ ثبات میکرواورگانیسم ها، دیواره دیگری از جنس کربوهیدرات- پروتئین، به نام پیتیدوگلیکان، روی غشای سیتوپلاسمی می سازند. این دیواره به کمک آنزیم های مختلف، از جمله آنزیم ترانس پیتیداز، ساخته می شود و در میکروب های گوناگون اهمیت زیادی دارد، زیرا تنها عامل حفاظتی آنها در برابر عوامل خارجی و محیطی هستند. تعدادی آنزیم های تجزیه کننده و اتولیتیک هم در دیواره وجود دارند که کار همدیگر را کنترل می کنند و موجب مهار کار آنزیم های اتولیتیک و تجزیه کننده می گردند.

آنتی بیوتیک های مؤثر بر دیواره سلولی با مکانیزم تداخل دارو- آنزیم از فعالیت آنزیم ترانس پیتیداز، آنزیم سازنده پیتیدوگلیکان دیواره سلولی، جلوگیری کرده، در نتیجه زمینه را برای فعالیت آنزیم های تخریب کننده فراهم نموده و آنها دیواره سلولی میکرواورگانیسم را به طور کامل متلاشی می کنند و میکروب را نابود می نمایند. نکته مهم و اساسی در این رویداد آن است که این آنتی بیوتیک ها تنها روی میکرواورگانیسم های در حال رشد، که آنزیم ترانس پیتیداز آنها فعال است، تأثیر گذارند، اما روی اورگانیسم های غیرفعال و در حال استراحت به هیچ وجه تأثیری ندارند، و این نوع میکروب ها از تأثیر آنتی بیوتیک می گریزند.

کار دیگر پنی سیلین ها و سفالوسپورین ها بی اثر کردن مواد وقفه دهنده آنزیم های تجزیه کننده

در دیواره سلولی میکروب ها است، که در نتیجه آنزیم های تجزیه کننده فعال تر می شوند و عمل اتولیز با قدرت بیشتری انجام می گیرد. به طور کلی، می توان چنین نتیجه گرفت که آنتی بیوتیک های مؤثر بر دیواره سلولی میکروب ها هم اکنون جزء آنتی بیوتیک های بسیار تأثیر گذار و با کارایی زیاد هستند، به شرطی که میکروب ها راه مبارزه با آنها را پیدا نکرده باشند. عمده ترین مشکل آنتی بیوتیک درمانی مقاوم شدن میکرواورگانیسم ها نسبت به ماده آنتی بیوتیک است، که این کار را از راه های مختلف انجام می دهند. نخستین راه ایجاد مقاومت در میکرواورگانیسم ها تولید آنزیم های تخریب کننده ی آنتی بیوتیک در میکروب است، که به وسیله ی آن مولکول آنتی بیوتیک را شکسته یا غیرفعال می کنند و آن را به ماده ای سمی تبدیل می نمایند. مهم ترین آنزیمی که میکرواورگانیسم ها تاکنون قادر به تولید آن شده اند پنی سیلیناز (بتالاکتاماز) است، که هسته ی چهارظلعی بتالاکتام را در فرمول شیمیایی پنی سیلین ها و سفالوسپورین ها شکسته و آن را به پنی سیلوئیک اسید یا سفالوسپورانیک اسید تبدیل می کند، که ماده ای سمی و حساسیت زا است. اکنون تعداد زیادی از میکرواورگانیسم ها، از جمله کوکسی های چون استافیلوکوک ها، استرپتوکوک ها، مننگوکوک، گونوکوک و ...، باسیل های گوناگون، و دیگر گونه های میکروبی توان تولید پنی سیلیناز (بتالاکتاماز) را پیدا کرده اند، در نتیجه، به راحتی نسبت به این آنتی بیوتیک



های مهم مقاوم شده اند، که برآستی تهدیدی جدی برای سلامت عمومی است. راه دیگر ایجاد مقاومت میکروبی، تغییر در محل اتصال آنتی بیوتیک به پپتیدوگلیکان دیواره سلولی میکروب هاست، که تعدادی از میکروب ها این محل اتصال را تغییر می دهند و بدین ترتیب محلی برای اتصال آنتی بیوتیک وجود ندارد و آنتی بیوتیک بی اثر می گردد. با این مکانیزم تعدادی از میکروب ها، از جمله استافیلوکوک ها، نسبت به آنتی بیوتیک هایی چون وانکومايسين، مقاوم شده اند، که چشم انداز مناسبی برای آنتی بیوتیک درمانی نیست. آنتی بیوتیک های متفرقه دسته اول، چون تیکوپلانین و منوباکتام ها و کربوپنم ها، با این چالش ها روبه رو هستند.

**دسته دوم** - آنتی بیوتیک های مؤثر بر ریبوزوم سلولی. ریبوزوم، بخشی از اجزای داخلی سلول میکروبی است، که از دو جزء 30s و 50s تشکیل یافته و محل پروتئین سازی سلول هاست. زنجیره های پروتئینی در دو بخش یاد شده به کمک آنزیم های گوناگون، از جمله آمینوآسیل ترانسفراز و پپتیدیل ترانسفراز، تکمیل و ساخته می شوند تا نیازهای پروتئینی سلول تأمین گردد. چنانچه به هر علتی پروتئین های مورد نیاز سلول ساخته و تأمین نگردد، رشد سلول میکروبی متوقف می گردد. آنتی بیوتیک های مؤثر بر ریبوزوم با دخالت در کار آنزیم های مذکور، مانع فعالیت و ساخت و ساز آنها می شوند، در نتیجه در دو بخش 30s و 50s ریبوزوم پروتئین سازی متوقف می گردد.

آنتی بیوتیک های مؤثر بر ریبوزوم شامل چند گروه آنتی بیوتیک و تعدادی آنتی بیوتیک منفرد به شرح زیر هستند: تتراسیکلین ها، ماکرولیدها، آمینوگلیکوزیدها، استرپتوگرامین ها، اکسازولیدینون ها، کلرامفنیکل، کلیندامایسین، اسپکتینومايسين. هر یک از این آنتی بیوتیک ها به طور مشخص روی یکی از دو بخش 30s یا 50s ریبوزوم مؤثر واقع می شوند. کلرامفنیکل، ماکرولیدها، کلیندامایسین و استرپتوگرامین ها به محل های زیر واحد 50s RNA ریبوزومی متصل می شوند، ولی تتراسیکلین ها، آمینوگلیکوزیدها، استرپتوگرامین ها، اکسازولیدینون ها روی بخش 30s RNA تأثیر می گذارند و با مکانیزم تداخل دارو- آنزیم از فعالیت پروتئین سازی جلوگیری می کنند. نکته مهم و اساسی در مورد این آنتی بیوتیک ها آن است که آنها ابتدا باید از دیواره سلولی میکروب ها عبور کرده و درون سیتوپلاسم سلولی به غلظت کافی برسند تا بتوانند روی ریبوزوم مؤثر واقع شوند. انتقال آنها از دیواره بخشی به صورت انتقال فعال و بخش دیگر به صورت انتقال غیرفعال (دیفوزیون) است. مسئله مهم دیگر ترکیب داروها با آنزیم های محل اثر ریبوزومی است، که گاهی میکروب ها آنها را آگاهانه تغییر می دهند.

کلرامفنیکل، اگرچه آنتی بیوتیک بسیار وسیع طیف است، ولی به دلیل ایجاد عوارض بسیار خطرناک و کشنده، اکنون کنار رفته است. تتراسیکلین ها از زمان کشف تاکنون از 6 آنتی

بیوتیک تجاوز نکرده، که کارایی آنها نیز بسیار محدود است، چون بسیاری از میکروب‌ها با تغییر دیواره سلولی خود یا آنزیم‌های گیرنده در ریبوزوم، نسبت به آنها مقاوم شده‌اند. آنتی بیوتیک‌های ماکرولید تنها سه آنتی بیوتیک اریترومايسين، کلاریترومايسين و آزیترومايسين، که اگرچه اکنون مقاومت نسبت به آنها محدود است، ولی طیف اثر ضد میکروبی آنها بسیار شبیه پنی سیلین‌ها هستند، که در این مورد بیشتر پنی سیلین‌ها ترجیح داده می‌شوند، ولی اگر پنی سیلین‌ها را نتوان به کار برد، آنها داروهای بسیار خوب و بی‌خطری هستند، ولی خطر ایجاد مقاومت نسبت به آنها با دو مکانیزم ذکر شده در بالا بسیار زیاد است، که باید به هنگام تجویز آنها مراقبت زیادی به عمل آید تا این سه آنتی بیوتیک بسیار مهم کارایی خود را از دست ندهند. کلیندامایسین آنتی بیوتیک منحصر به فردی است شبیه ماکرولیدها، ولی طیف اثر آن بسیار وسیع‌تر است و روی میکروب‌های بی‌هوازی نیز مؤثر است، که به همراه مترونیدازول جزء معدود آنتی بیوتیک‌های مؤثر بر این نوع میکروب‌ها است، که حفظ آن از نظر ایجاد مقاومت میکروبی بسیار اهمیت دارد.

آمینو گلیکوزیدها گروهی دیگر از آنتی بیوتیک‌های مؤثر بر بخش RNA 30s ریبوزوم هستند که از ابتدا هشت آنتی بیوتیک از این گروه مورد استفاده قرار گرفت و هنوز هم هیچ داروی جدیدی به آن افزوده نشده است. اکثر این داروها مولکول‌های قطبی دارند و تنها از راه تزریقی

قابل استفاده‌اند (جزء پارومومايسين). به طور انتخابی روی میکروب‌های گرم منفی مؤثرترند، اثرات ضد میکروبی، عوارض و فارماکوکینتیک آنها بسیار شبیه هم است. عوارض جانبی آنها روی کلیه، شنوایی، سلول‌های خونی به نسبت زیادتر از دیگر آنتی بیوتیک‌هاست، بدین جهت محدودیت مصرف دارند. مقاومت میکروبی نسبت به این گروه آنتی بیوتیک باز هم زیاد است و میکروب‌ها با تغییر دیواره سلولی خود و محل‌های اتصال آنزیمی نسبت به این داروها مقاوم می‌شوند، که موارد نیز زیاد است.

از گروه استرپتوگرامین‌ها تاکنون بیش از یک آنتی بیوتیک، به نام کینوپریستین - دالفوپریستین، عرضه نشده است. این آنتی بیوتیک روی اکثر میکرواورگانیزم‌ها مؤثر است، بدین جهت تلاش شده مصرف آن محدود به موارد ضروری باشد.

از گروه اکسازولیدینون‌ها تنها آنتی بیوتیک مهم **لینزولید** عرضه شده است، که برای عفونت‌های خاصی (E-facium)، مقاوم به دیگر آنتی بیوتیک‌ها، بسیار مؤثر است و اکنون کاربرد زیادی دارد و به شکل تزریقی و خوراکی وجود دارد.

**دسته سوم** - آنتی بیوتیک‌های مؤثر بر هسته سلولی هستند، که از راه تداخل با آنزیم‌های دست اندر ساخت و تکثیر RNA، DNA و نوکلئوتیدهای هسته تأثیر می‌گذارند و باعث مرگ سلول‌های میکروبی می‌شوند. RNA پلی‌مراز و DNA ژیراز مهم‌ترین آنزیم‌های هسته

اند که در نسخه برداری و تکثیر اسیدهای نوکلئیک نقش اساسی دارند و آنتی بیوتیک های این گروه از فعالیت آنها جلوگیری می کنند، اما آنزیم های دیگر نیز در ساخت و ساز هسته وجود دارند. تعدادی از میکروب ها برای ساخت اسیدهای نوکلئیک به پارامینوبنزوئیک اسید (PABA) نیاز دارند تا آن را به اسیدفولیک فعال، سپس پورین، تبدیل کنند، که این ماده در ساخت زنجیرهای اسیدنوکلئیک بسیار مهم است. در این فرآیند تبدیل نیز آنزیم مهم دی هیدروفولات ردوکتاز نقش اساسی دارد. آنتی بیوتیک های سولفونامیدی، به دلیل داشتن هسته پارامینوبنزوئیک، با آنزیم ذکر شده ترکیب می شوند و آن را از کار می اندازند. در نتیجه فرایند تولید اسیدهای نوکلئیک در هسته و تکثیر میکروب متوقف می گردد.

میکروب ها برای مقابله با این آنتی بیوتیک ها راه های مختلفی را آموخته اند، از جمله تولید آنزیم های دیگر برای ساخت نوکلئوتید، تولید چرک زیاد در محل عفونت با استفاده از لاشه های میکروبی یا استفاده از اسیدفولیک طبیعی و آماده ی بدن به منظور تولید اسیدفولیک فعال مورد نیاز.

مهم ترین آنتی بیوتیک های گروه سوم شامل کینولون ها، سولفونامیدها و تعدادی آنتی بیوتیک منفرد هستند. هسته ی اولیه کینولون ها اسیدنالییدیکسیک است و شامل سینوکساسین، نوفلوکساسین، سپروفلوکساسین، اوفلوکساسین، جمی فلوکساسین، گاتی فلوکساسین،

لوفلوکساسین و تعدادی دیگر است، که همه آنها از فعالیت DNA زیراز جلوگیری می کنند. سولفونامیدها، اگرچه تعدادشان بسیار زیاد است، ولی تنها کوتریموکسازول، که مخلوطی از دو سولفونامید تریمتوپریم و سولفامتوکسازول است، بیشترین کاربرد را در درمان شناسی دارد و بقیه سولفونامیدها کاربردهای اختصاصی و محدود دارند.

مقاومت میکروبی نسبت به کینولون ها هنوز محدود و قابل کنترل است، ولی خطر گسترش بسیار جدی است. اکنون بسیاری از گروه های میکروبی نسبت به سولفونامیدها مقاوم شده اند و به همین دلیل مصرف آنها بسیار محدود است، چون کارایی لازم را ندارند.

بدین ترتیب، مهم ترین آنتی بیوتیک هایی که اکنون کاربردهای خود را حفظ کرده اند، آنتی بیوتیک های گروه بتالاکتام، کینولون ها و تا حدی ماکرولیدها هستند، که موارد مقاومت میکروبی نسبت به آنها به شکل جدی و خطرناک رو به افزایش است، که گاه برای درمان بیماری های عفونی مجبور به تجویز چند آنتی بیوتیک با هم می شوند. این کار اگر در مواردی خاص لازم باشد، باید حساب شده و بر اساس اصول علمی و فارماکولوژیک صورت گیرد، یا در حد امکان از آن اجتناب گردد. دستیابی انسان به آنتی بیوتیک های نوین، چون گذشته، اکنون بسیار دشوار، پرهزینه و زمان بر است. بنابراین، باید از داشته های خود به درستی استفاده کنیم تا حیات انسان با مخاطره رو به رو نشود.



## آشنایی با درخت فیجوا یا فوجیا

### دکتر سید عبدالله زین العابدینی

است برای بعضی از هموطنان نا آشنا باشد معرفی می گردد.

**درخت فوجیا** - از گروه گیاهان گلدار بومی ارتفاعات جنوبی برزیل و مناطق شرقی پاراگوئه، اروگوئه، شمال آرژانتین، کلمبیا بوده و در آنجا کشت می شود. این گیاه از راسته **Myrtales** و تیره موردیان (**Myrtaceae**) است. در ایران در استانهای گیلان (آستارا، تالش) و مازندران (تنکابن، بهشهر، محمودآباد) و در کشور جمهوری آذربایجان (نکران، باکو، گنجه) کشت می شود.

نامهای مترادف: در ایران فیجوا، فوجی یا و در جمهوری آذربایجان کایماک آغاجی و در

**مقدمه:** اهمیت وجود گیاهان بر کسی پوشیده نیست. وجود این موجودات در سطح کره زمین باعث ادامه حیات دیگر موجودات است. گیاهان اولین زنجیره در هرم غذایی موجودات هستند و تقریباً تمام آنها به طور مستقیم و یا غیرمستقیم از گیاهان تغذیه می کنند. گیاهان عمده ترین منبع جذب انرژی خورشیدند و این انرژی را می توانند به طور شیمیایی به سایر موجودات انتقال دهند. کنترل رشد گیاهان سبب ایجاد منبع مناسب تغذیه ای می گردد به طوری که برخی منابع غذایی موجود در گیاهان مفیدتر و با دوام بیشتر نسبت به سایر منابع مطرح می شوند. با این مقدمه یکی از درختان میوه استان ما که ممکن

برداشت محصول: معمولاً فصل پائیز (اواخر آبان ماه) صورت می گیرد.

تاریخچه کشت در ایران: اولین بار در سال 1351 در نوار ساحلی دریای خزر از آستارا تا بهشهر کشت و میوه آن در سال 1354 وارد بازار شد. معایب میوه: متأسفانه بعد از رسیدن، میوه قابل نگهداری در انبار نیست و پس از مدتی لکه ای روی میوه ایجاد می شود که صرفه اقتصادی ندارد و به همین دلیل باغداران از کاشت آن استقبال چندانی نکردند.



خواص میوه: 100 گرم از میوه فیجوا 55 کالری انرژی دارد. حاوی 13% کربوهیدرات، 1% چربی و پروتئین است. میوه خام آن منبع عالی از ویتامین C است که 40% نیاز غذایی روزانه را تأمین می کند. پوست میوه خوردنی است و معمولاً از وسط برش داده می شود.

از میوه فیجوا به عنوان میوه معطر به صورت مربا و در کشور نیوزلند در فصل زمستان ماست فیجوا و نوشیدنی میوه و بستنی تهیه می شود.

کشورهای فرانسه و آلمان *Brasilian sche* و در کشورهای عربی فیجوه شائعه *Guare* نامیده می شود.



**گیاه شناسی:** دارای برگهای بیضی شکل با گلبرگهای سفید با رگه های صورتی و اندازه گلها حدود یک اینچ و دارای پرچم های بلند قرمز روشن با گرده های زردرنگ مشاهده می شود. به عنوان درخت زینتی و دارای میوه کشت می گردد.

این درختچه همیشه سبز بوده و ارتفاع آن از 1 تا 7 متر است. اندازه میوه در حدود یک تخم مرغ و سبزرنگ و دارای طعم شیرین و معطر است و گوشت میوه آبدار و حالت ژله ای دارد.

**شرایط رشد گیاه-** نیمه گرمسیری تا گرمسیری است ولی در فصل زمستان حداقل 50 ساعت سرمای زمستانی برای میوه دهی نیاز دارد. سرمای 9- درجه سانتی گراد برای درخت و گرمای 32 درجه سانتی گراد برای میوه مضر است.

تکثیر گیاه: از طریق قلمه زدن انجام می گیرد.

## علت صدای زانو چیست؟



دکتر محمد فرزین

صدا کردن زانوها همراه با درد یا بدون درد،  
علت ها، پیش گیری ها و درمان آن:

بالشتک های حاوی Bursa یا مایع در اطراف مفصل گاه به طور طبیعی موجب صدا دادن زانو می شوند. ایجاد حباب هوا در سطوح مفصلی زانو و جابه جایی این حباب در زمان حرکت، از علل دیگر صدای زانو است.

Crepitus یا شنیدن صدای زانو، گاه، موجب نگرانی می شود. صدای زانو، در اغلب موارد، نشانه بیماری و آسیب دیدن زانو، شامل استخوان ران، استخوان Tiba یا درشت نی و استخوان کشکک و جابه جایی مایع مفصلی و حرکت تاندون ها و بندهای مفصلی و همچنین حرکت

صدای زانو اگر همراه با درد و تورم باشد، می تواند نشانگر بیماری جدی مفصل، از قبیل عفونت مفصلی یا آسیب غضروف مفصلی (Meniscus) باشد. منیسک بالشتکی انعطاف پذیر است که در دو طرف زانو، به صورت هلالی قرار دارد، پارگی منیسک به علت صدمات ورزشی مانند پیچ خوردن مفصل زانو، یا تکل در بازی فوتبال، معمولاً همراه با پارگی بندها و رباط های مفصلی است و نیاز به معاینه پزشک دارد. در معاینه با زانوی خمیده و حرکت دادن ساق پا به داخل یا خارج (با فشار دست پزشک) صدای زانوها شنیده می شوند.

اوستئوآرتریت یا سائیدگی و التهاب مفصل زانو از علل مهم صدای زانو است. در این حالت به دلایلی مانند وزن بالا، افزایش سن، فعالیت ورزشی شدید و گاه به علل ارثی، غضروف مفصلی نازک می شود و حالت عاجی و سفت به خود می گیرد، فاصله بین استخوان های مفصلی زانو کاهش می یابد، کیست های مفصلی ایجاد می شود و اوستئوفیت ها یا استخوان های جانبی و اضافی در اطراف مفصل تشکیل می شود.

**Chondro malacia** یا التهاب و آسیب سطح مفصلی استخوان کشکک نیز از علل ایجاد صدای زانو است. با فعالیت بیش از حد و دویدن های طولانی مدت، استخوان کشکک و رباط های متصل به آن دچار آسیب توأم با درد می شوند.

مبتلا به بیماری **Neuropathic Joint** یا مفصل مبتلا به بیماری عصبی، حالتی است که به

عللی مانند بیماری سفلیس یا دیابت، اعصاب حسی مفصل زانو از بین می روند و به سبب فقدان درد در مراحل اولیه، فرد از حرکات و رفتارهای آسیب رسان به مفصل پرهیز نمی کند و صدمات جزئی ولی مزم، موجب صدا دار شدن مفصل و در نهایت تخریب شدید زانو می شود. پیشگیری از آسیب دیدن زانو اولین اقدام، داشتن سبک زندگی سالم، استفاده از امگا ۳ روغن ماهی، مثل ماهی قزل آلا و ماهی سالمون، استفاده از نور آفتاب روزانه در حدود ده دقیقه، ورزش متعادل و متناسب، به ویژه پس از گرم کردن اولیه، حرکات کششی است. تقویت عضلات اطراف زانو، ساق و مچ پا و ران و عضلات کمری، همگی در امر پیشگیری از آسیب های زانو موثرند. راه رفتن در داخل استخر، به نحوی که آب تا بالای کمر را بپوشاند، موجب تقویت عضلات اطراف زانو، بدون فشار آوردن بر مفاصل می شود. استفاده از دوچرخه ثابت، از پله بالا رفتن به آهستگی و نرمش ها و ورزش های خوابیده مفید هستند برای نمونه:

۱- ساعد و زانوها را بر روی زمین قرار دهید. به تدریج زانوها را از زمین جدا کنید و پنجه پاها را به عقب بکشید، به نحوی که تنها ساعد و پنجه پا با زمین در تماس باشد و سپس باسن را به سمت بالا و پایین، در حالتی که تنه در حالت کشیده و مستقیم قرار دارد، حرکت دهید. این نرمش موجب تقویت عضلات کمر، ران ساق پا و استحکام زانو می شود.

2- در حالت خوابیده به پشت به آرامی یک در میان، زانوها را به سمت سینه حرکت دهید. به تناوب، بدون خم کردن زانو، میچ پا را از زمین بلند نمائید.

از الکل و سیگار که هردو موجب پوکی استخوان و آسیب دیدن عروق و پیری زودرس مفاصل می شوند پرهیز نمائید.

از کفش پاشنه بلند، کفش بدون پاشنه و کفشی که بخشی از کف و پاشنه آن به طور نامتقارن سائیده شده، استفاده نکنید. هر چیزی که موجب عدم توازن ستون فقرات و مفاصل شود، پرهیزید، عادت به خمیده راه رفتن و یا ایستادن درحالی که فرد بیشتر به یک سمت متمایل است، در دراز مدت، موجب آسیب مفصل زانو می شود.

اگر گاهی در زانوی خود احساس درد می کنید یا حس می کنید که زانو ((خالی می کند)) از زانوبندهای طبی که زانو و عضلات اطراف را مستحکم نگه می دارند، استفاده کنید.

اگر قبل از شروع و حرکت احساس درد دارید، از کمپرس آب سرد و اگر از سفتی مفصلی رنج می برید، از کمپرس آب گرم یا حمام گرم، قبل از شروع به حرکت و نرمش استفاده کنید.

استفاده اندک از داروهای ضد التهاب مانند ایبوپروفن و آسپیرین در دردهای مفصلی کاربرد دارد، ولی برای داروهای گران قیمت مانند Chonaroitin Hyaluronic Acid هنوز اثر اثبات شده ای در کتب معتبر ذکر نشده است.\*

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

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

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار پیشکسوت بزرگوار جناب آقای دکتر ابوالفضل محمدصالحی در غم از دست دادن همسر گرامی شان خانم معصومه نویری گیلانی مامای اسبق بهداشت و درمان استان گیلان سوگوار شدند.

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

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »





## میتومایسین (Mitomycin)

### دکتر ژاله تحویل‌داری

باشد، دوز بعدی به 70% دوز قبلی کاهش داده می‌شود. اگر بیمار پس از دریافت یک دوز، در هر مترمربع خون کمتر از 2000 لکوسیت و کمتر از 25000 عدد پلاکت داشته باشد، دوز بعدی به 50% دوز قبلی کاهش داده می‌شود.

#### عوارض جانبی:

- اعصاب مرکزی: گیجی، خواب آلودگی، خستگی، تب، سردرد، اختلالات نورولوژیک، درد، سنکوپ.

- چشم: تاری دید

(موارد مصرف، عوارض جانبی، تداخلات دارویی، موارد منع مصرف)

#### موارد و مقدار مصرف:

آدنوکارسینوم منتشر معده یا لوزالمعده.

بزرگسالان 20 mg/m<sup>2</sup> به صورت دوز واحد

وریدی مصرف می‌شود. دوره درمان هر 6-8

هفته پس از اینکه شمارش گلبولهای سفید و

پلاکتها به مقدار نرمال برگشت، تکرار می‌شود.

تنظیم دوزها: چنانچه بیمار پس از دریافت یک

دوز، در هر مترمربع خون 2000 تا 2999

لکوسیت و 25000 تا 74999 عدد پلاکت داشته

- دستگاه گوارش: تهوع، استفراغ، بی اشتها، استفراغ خونی، اسهال.

- خون: hemolytic uremic syndrome (با تظاهرات آنمی همولیتیک میکروآنژیوپاتیک، ترومبوسیتوپنی و اختلالات کلیوی)، افزایش فشارخون، ترومبوسیتوپنی، لکوپنی (که ممکن است درمان تا هشت هفته به تعویق بیفتد).

- تنفسی: سندرم دیسترس تنفسی حاد (ARDS)، تنگی نفس، التهاب ریه، سرفه های خشک، ادم ریوی.

- پوست: پوسته پوسته شدن، قرمزی، خارش، درد در محل تزریق، ریزش موی برگشت پذیر.  
- سایر موارد: سلولیت، زخم همراه با پوسته ریزی و نشت به خارج عروق، سپتی سمی.

### مسمومیت و درمان:

تظاهرات بالینی: مهار فعالیت مغز استخوان، تهوع، استفراغ، آلویسی.

**درمان:** معمولاً حمایتی است و شامل تزریق فرآورده های خونی، مصرف داروهای ضد استفراغ و آنتی بیوتیکها به علت بروز احتمالی عفونت می شود.

### تداخل دارویی:

مصرف همزمان آلکالوئیدهای وینکا در بیمارانی که میتوماکسین دریافت می کنند یا دریافت کرده اند، می تواند تنگی نفس حاد یا برونکواسپاسم شدید ایجاد کند. بیماران را به دقت مونیتور کنید.

### مکانیسم اثر:

اثر ضد نئوپلاسم: میتوماکسین اثر سیتوتوکسیک خود را از طریق مکانیسمی مشابه با داروهای

آلکیل کننده اعمال می کند. این دارو به یک ترکیب فعال تبدیل شده و با پیوند متقاطع بین رشته های DNA، ساخت DNA را مهار می کند. میتوماکسین به میزان کمتری ساخت RNA و پروتئین را نیز مهار می کند.

### موارد منع مصرف و احتیاط:

موارد منع مصرف: سابقه حساسیت مفرط به دارو، ترومبوسیتوپنی، اختلالات انعقادی، افزایش تمایل به خون روی بنا به دلایل دیگر، افزایش غلظت سرمی کراتینین به بیش از  $7/1 \text{ dl/mg}$ ، به عنوان درمان اولیه به صورت تک دارو برای جایگزینی جراحی یا رادیوتراپی

**موارد احتیاط:** سابقه آبله مرغان یا هرپس زوستر، سابقه دریافت درمانهای سایتوتوکسیک اطلاعات دیگر:

طبقه بندی فارماکولوژیک: آنتی بیوتیک ضد نئوپلاسم (در چرخه سلولی اختصاصی فاز خاصی نمی باشد).

طبقه بندی درمانی: ضد نئوپلاسم  
طبقه بندی مصرف در بارداری: مشخص نشده است.

### ملاحظات اختصاصی:

1- چنانچه تعداد گلبولهای سفید کمتر از  $3/4000 \text{ mm}$  یا تعداد پلاکتها کمتر از  $3/100000 \text{ mm}$  باشد، درمان دارویی قطع می شود. تا وقتی که شمارش سلولهای خونی از این حد بیشتر نشده است، درمان مجدد شروع نشود. اگر بیماری پس از دو دوره درمانی پیشرفت کند، مصرف دارو متوقف شود.

2- زخمهای ناشی از نشت دارو به بافتهای اطراف رگ دیر ظاهر گشته و در قسمت پروگزیمال محل نشت بروز می کنند. می توان از کمپرس سرد، حداقل به مدت 12 ساعت استفاده کرد.

3- بیمار باید از نظر شواهد سمیت کلیوی بررسی شود.

4- شمارش کامل سلولهای خونی (CBC) و بررسی های خونی باید حداقل تا هفت هفته بعد از قطع مصرف دارو ادامه یابد. بیمار باید از نظر بروز علائم خونریزی پیگیری شود.

### نکات قابل توصیه به بیمار:

1- از تماس با افراد مبتلا به عفونت خودداری کنید.

2- از واکسیناسیون در طول درمان و تا چند هفته بعد از آن خودداری کنید. اعضای خانواده شما نیز از واکسیناسیون در طول همان مدت خودداری کنند.

3- بعد از قطع مصرف دارو، موها مجدداً رشد خواهند کرد.

4- در صورت بروز گلودرد یا تب و بروز هرگونه خونریزی یا کیودی غیرمعمول فوراً به پزشک اطلاع دهید.

مصرف در کودکان: بی خطری و کارآمدی دارو در اطفال اثبات نشده است.

مصرف در شیردهی: ترشح میتومايسين در شیر مشخص نیست. با وجود این، به دلیل خطر بروز عوارض جانبی شدید، موتاژنیک و کارسینوژنیک بودن دارو در شیرخوار، شیردهی در دوران مصرف دارو توصیه نمی شود.

### اثر بر آزمایشهای تشخیصی:

میتومايسين، ممکن است غلظت سرمی کراتینین را افزایش و سطح هموگلوبین، گلبولهای سفید و پلاکتها را کاهش دهد.

### اشکال دارویی:

اشکال دارویی: 2 , 5 , Powder, Injection  
10 , 40 mg



دکتر حمید قهرمانی

## چرا لذت جویی ما را غمگین می‌کند؟

دوپامین لذت را کنترل می‌کند درحالی‌که سروتونین شادی را، و این دو با هم همپوشانی ندارند. لذت، کوتاه مدت و مادی است که می‌تواند به تنهایی یا به وسیله رفتارها یا مواد حاصل شود. شادی، بلندمدت، معنوی و معمولاً اجتماعی است که نمی‌تواند با مواد یا رفتارها حاصل شود. اوج لذت، چه با مواد باشد چه با رفتار، ما را به اعتیاد سوق می‌دهد، اما چنین چیزی در رابطه با شادی اتفاق نمی‌افتد.

سخت کار کردن، ما را به چیزهایی که برایمان خوشی موقت ایجاد می‌کند معتاد نگه می‌دارد و این ما را از شادی دور می‌کند. متخصص غدد کودکان، اولین کسی است که نسبت به خطر مصرف شکر زیاد هشدار می‌دهد. شرکت‌ها، اشتها را برای چیزهایی مثل شکر که سیستم لذت و پاداش براساس دوپامین را تغذیه می‌کند، تحریک می‌کنند. در نتیجه سروتونین، ماده‌ای که باعث شادی است، مغلوب می‌شود.

دوپامین و سروتونین دو انتقال‌دهنده عصبی متفاوت‌اند که در دو نقطه متفاوت مغز عمل می‌کنند و دوپامین به عنوان انتقال‌دهنده عصبی مهیج نیز مشهور است.

نورون‌ها تحریک ملایم مثل قلقلک را دوست دارند و نه یک تحریک شدید مثل کتک را. تحریک افراطی و مداوم یک نورون باعث مرگ سلولی آن می‌شود. یک نورون بیش تحریک شده خواهد مرد و در نتیجه نورون بعدی طی یک مکانیزم خوددفاعی، گیرنده‌هایش را برای دریافت دوپامین، کمتر تنظیم می‌کند تا از مرگ نجات یابد.

این برای انسان‌ها به چه معناست؟

بعد از هربار تجربه لذت شدید، گیرنده‌های دوپامین کمتر تنظیم می‌شوند و دفعه بعد، چون گیرنده‌های کمتری فعالند، رسیدن به همان سطح از لذت، نیاز به تحریک بیشتری دارد. این جریان ادامه پیدا می‌کند تا جایی که تحریک‌های بسیار قوی هم هیچ اثری نمی‌گذارند. به این فرایند تحمل می‌گویند و زمانی که نورون‌ها شروع به مردن می‌کنند به آن اعتیاد می‌گویند.

سروتونین اینگونه عمل نمی‌کند، چون یک بازدارنده است. سروتونین باعث شلیک عصبی نورون بعدی نمی‌شود، بلکه آن را آرام نگه می‌دارد، شما از شادی سیر نمی‌شوید. اما فقط یک چیزی هست که سروتونین را کمتر تنظیم می‌کند و آن دوپامین است، در نتیجه هرچه به دنبال لذت بیشتری بروید، شادی کمتری تجربه می‌کنید. به همین خاطر است که افسردگی و

اعتیاد دو روی یک سکه هستند. اعتیاد حاصل تحریک زیاد دوپامین، کاهش گیرنده‌ها و مرگ سلول‌های عصبی است، درحالی که افسردگی کمبود سروتونین است.

این فرایند فقط در مصرف مواد رخ نمی‌دهد، بلکه هر چیز لذت‌بخشی از طریق این فرایند عمل می‌کند. حقیقت این است که ما انسان‌ها یک مرکز پاداش در مغزمان داریم که هر چیزی را که پاداش‌گرفتنی ارزیابی کند، پیام می‌فرستد. این لذت می‌تواند از داروها، قمار، فست فود، قهوه، الکل، خرید کردن یا پورنوگرافی حاصل شود. این ویژگی مغز انسان، برای شرکت‌ها فرصت‌تامین حداکثری خواسته‌های ما را فراهم می‌کند. هرچه بیشتر کامیاب شویم، بدبخت‌تر می‌شویم و در آخر گرفتار اعتیاد یا افسردگی و یا هر دو می‌شویم.

هرچه یک محصول موجب ترشح میزان بیشتری از دوپامین شود، اعتیاد بیشتری ایجاد می‌کند. جی‌میل از این تکنیک استفاده می‌کند. به طوری که بین کلیک کردن روی یک آیکن و رسیدن پیام شما یک مکث کوتاه است که در این فاصله دوپامین ترشح می‌شود و در نتیجه باعث اعتیاد می‌شود. چنین فرایندی در فیسبوک هم اتفاق می‌افتد.

تلفن همراه شما مثل یک دستگاه شرط‌بندی توی جیتان است.

همه‌ی شرکت‌های بزرگ، عصب‌روانشناسانی دارند که برایشان کار می‌کنند. شرکت‌های فست فود در به کار بردن مواد جزئی مثل شکر و

کافئین، که مستقیماً روی سیستم پاداش مغز اثر می‌گذارد ما را مستعد می‌کند. این حقیقت که میزان تقاضا برای فست فود و نوشیدنی‌های بدون الکل مستقل از قیمت است، یعنی اگر قیمت‌ها افزایش پیدا کند، میزان تقاضا تغییری نمی‌کند، نشانه اعتیادآور بودن آنهاست.

ما اطلاعات، نوروساینس، مطالعات تصویری و بیوشیمی داریم که همگی اثبات می‌کنند، چگونه صنایع غذایی به صورت بنیانی غذای ما را دستکاری می‌کنند تا مقاومت ناپذیر شوند و این فرایند باعث بیماری ما می‌شود. بدتر اینکه ماده‌ی شیمیایی که پیش‌ساز سروتونین است در غذاهای حاضری نیست. تریپتوفان نادرترین اسید آمینه در رژیم غذایی افراد است (که در تخم مرغ، ماهی و بعضی مرغ‌ها موجود است) این سه مورد در غذاهای حاضری کم یافت می‌شوند. کسانی که غذاهای حاضری زیاد می‌خورند، قبل از هر چیز پیش‌ساز لازم برای تولید سروتونین را ندارند و این خود دلیل بزرگی برای شاد نبودنشان است.

دکتر لاستیج (Dr Robert Lustig) \* یک فرایند مشاهده محور چهار مرحله ای برای مبارزه با این مشکل پیشنهاد می‌کند.

برای کاهش دوپامین و افزایش سروتونین روی چهار تا C تمرکز کنید:

contribute -2 connect -1  
cook -4 cope -3

• با آدم‌ها چشم در چشم رابطه برقرار کنید نه با وسایل ارتباط جمعی. بر

مبنای شواهد پژوهشی، فیسبوک باعث افسردگی و ناراحتی می‌شود. بعد از دو هفته استفاده از فیسبوک شما دیگر به اندازه گذشته احساس شادی نمی‌کنید.

- در فعالیت‌هایی شرکت کنید که برایتان سود دارد نه پاداش.
- با خواب کافی، ورزش و بهوشیاری، این فرایند را عهده دار شوید.
- آشنایی کنید تا مواد غذایی مورد نیاز بدن را به مقدار کافی دریافت کنید. بدن شما به تریپتوفان و امگا سه بیشتر و شکر کمتری نیاز دارد.

روی این 4 کار کنید که باعث شادی بیشتر و لذت‌های موقعیتی می‌شود.

\* Dr Robert Lustig is the author of *The Hacking of the American Mind: The Science Behind the Corporate Takeover of Our Bodies and Brains*

منبع:

<http://www.radionz.co.nz/national/programmes/afternoons/audio/2018618184/why-the-pursuit-of-pleasure-is-making-us-sad>

مترجم: فهیمه اسدی

## Why the pursuit of pleasure is making us sad

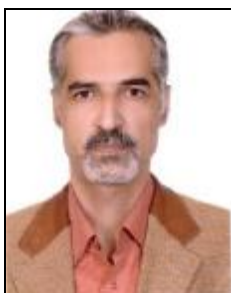
From [Jesse Mulligan, 1-4pm](#), 3:08 pm on 17 October 2017

# مطالب مشرقه

- معرفی کتاب خوب ....

- نقدی بر رفتارهای امروز ما

## معرفی کتاب خوب .....



دکتر حمید قهرمانی

مترجم: نیما قربانی

نشر: بینش نو چاپ: چهارم

شابک: 978-600-6454-19-1

برف در تابستان اندیشه های انسانی پر از درد، رنج، تنهایی، و شادکامی است که در اثر پرورش هوشیاری و نظاره گری خود و زندگی، درکی بس ساده و عمیق یافته است.

اندیشه های این کتاب محصول بهوشیاری وی در فرهنگی متفاوت از ما است، اما درکی انسانی و خواندنی دارد. واگویی خردی است که با بهوشیاری هر انسانی در زمان و مکانی متفاوت قرابت دارد.

گزیده گویی هایی موضوع محور است و گاه چنان ساده می نمایند که ارزش برخی از آنها را

برف در تابستان (چاپ پنجم)





تنها ذهنی می یابد که بهوش است و از رویدادهای ساده زندگی در اثر پیچیدگی های غامض واکنشهای ذهنی به سادگی گذر نمی کند. ذهنی که ساده را با سطحی مشتبه نمی کند و به جای تیز کردن جریان اندیشه، در تکاپوی تیزی و تداوم نظاره گری و پرورش بهوشیاری است .

از این رو نیازی به مطالعه کتاب از آغاز تا انتها نیست زیرا زنجیره ای از اندیشه های مستدل و مستند در آن یافت نمی شود. می شود هر صفحه آن را باز کرد و خواند و سادگی، عمق، و خردمندی تاملات انسانی با مسائل انسانی را در سایه حفظ و تداوم بهوشیاریش مشاهده کرد.

#### درباره دکتر نیما قربانی:

دکتر نیما قربانی، استاد دانشگاه تهران، به همراه پی. جی. واتسون، استاد دانشگاه تنسی، مدل خودشناسی انسجامی را به عنوان یکی از فرایندهای محوری شخصیت صورت بندی کرده است .

این فرایند و خصیصه ی خودشناختی در مطالعات متعددی در ایران و آمریکا به عنوان یکی از هسته های نظم دهنده رفتار تأیید شده است، و ساز و کار تغییر در درمان های پویشی-تجربه ای، و آموزش های تجربه ای همچون مربی گری مدیران است .

دکتر نیما قربانی سوپروایزر رسمی انجمن بین المللی درمان های پویشی-تجربه ای در روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت است. وی از سال 1370 با این روش درمانی آشنا شد و تحت نظر افرادی چون حبیب دوانلو، محمدجواد نفیسی، راب نبورسکی، جوزت دی هاودلابی، و جان فردریکسون آموزش دیده است .

پژوهش های میان فرهنگی وی در تقاطع گستره های شخصیت، روان درمانی، روان شناسی دین، و روان شناسی مدیران قرار دارد .

مطالعات اخیر وی بر اهمیت بهوشیاری، خودشناسی انسجامی، و مهار خود به عنوان عناصر اصلی یک الگوی غنی خود

نظم بخشی و سازوکار درون روانی تغییر رفتار صحنه گذاشته اند .

دکتر قربانی با بهره گیری از این روش و سازه بیش از یکصد کارگاه آموزش های تجربه ای را برای مدیران اجرا کرده است،

روش شناسی پژوهشی وی تجربه گرایی دیالوژیک-هرمنوتیکی است،

که در آن منظر مشاهده گر و اثر آن در مشاهده موضوع، به صورت عینی - در سطح درون فردی، بین فردی، و بین فرهنگی - واری می شود .

نتایج مطالعات وی در بیش از چندین کتاب و ده ها مقاله علمی-پژوهشی در نشریات معتبر حرفه ای و بین المللی روان شناسی به چاپ رسیده است.

## من به روایت من (در انتظار تجدید چاپ)

مؤلف: نیما قربانی      نشر: بیش نو

شماره شابک: 978-600-6465-16-0

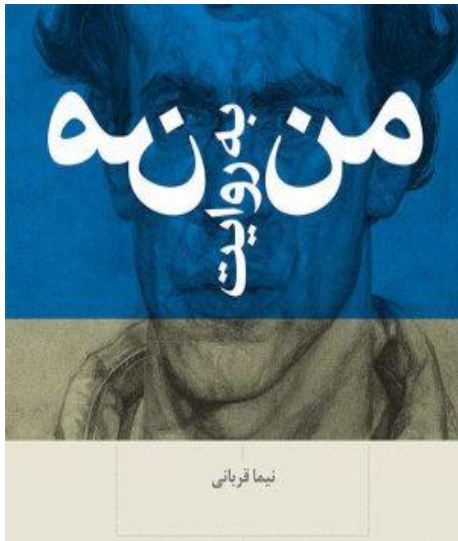
من به روایت من داستان رویارویی شخصی آدمی با خود است .

من چگونه در کشاکش لذت و درد زندگی خود را تجربه می کند و مود تأمل قرار می دهد . شناخت خود تقریباً در تمامی فرهنگ ها، با آدابی متفاوت، مهم انگاشته شده است زیرا یک ارزش غایی است و لازمه زندگی با صفا و کمال، اما آدمی چندان تاب آن را ندارد . همین تاب نداشتن است که محور عمده نظریه ها و فون روش های مختلف روان درمانی شده است .

بشر همواره در تلاش برای غفلت زدایی و افزایش ظرفیت مواجهه با خود بوده است . ضرورت شفای درد زندگی بشر را سراسیمه مشغول نتیجه فرایند خودشناسی کرده است، اما از خود آن فرایند غفلت شده است .

من به روایت من (در انتظار تجدید چاپ) نه محصول، که خود این فرایند را واریسی و تبیین کرده و نحوه بکارگیری آن در زندگی را نشان داده است :

من چگونه من را در فرایند تجربه و تأمل روایت و به سوی انسجام حرکت می کند.



# نقدی بر رفتارهای امروز ما

دکتر حمید قهرمانی

تا جنینی، کار خون آشامی است.

(مولانا)

کرده است که حاصلی جز تداوم نظاره‌گری چرخه رنج و زجر ندارد. برای همین لازم است معنای جمله یونگ، دقیق‌تر فهمیده شود و همچنین مفاهیمی چون " هستی بی‌کوشش " و " نظاره‌گری بدون اقدام و عمل ". معنای این سخنان به زبان ساده و عملیاتی چنین است: اگر با تجربه‌های فکری و احساسی ناسالم و مکرر، و یا حس‌های جسمانی ناخوشایند روبرو هستید، نخست باید دست از تلاش برای تغییر آن‌ها بردارید. هنگامی که دست از تلاش برای تغییر برداشتید، مقاومت و انزجار شما در برابر آن

سخت‌گیری و تعصب خامی است

" نمی‌توانیم چیزی را تغییر دهیم مگر اینکه آن را بپذیریم. " معنای این سخن یونگ چیست؟\* در ظاهر، پذیرش به معنای دست از تلاش کشیدن برای تغییر است. اگر این‌طور است، پس چگونه " پذیرش " می‌تواند مسبب " تغییر " شود؟ برخی اصحاب مراقبه، به دنبال چنین کلامی، به این سوء برداشت رسیده‌اند که اگر می‌خواهی جریان‌های فکری، احساسی، و جسمانی آزادکننده خود را تغییر دهی، فقط آنها را " نگاه کن ". این امر خیلی از مراقبه‌گران را در باتلاق نظاره‌گری منفعلانه تجارب روانشناختی گرفتار

تجربه فرو می‌ریزد و انرژی‌های روانی‌ای که صرف مقاومت و انزجار می‌شد، آزاد می‌شود. با آزاد شدن این انرژی‌ها، امکان مشاهده نزدیک و دقیق در جهت درک آن تجربه فراهم می‌گردد. در این حالت است که می‌توان آنها را بهتر و ملموس‌تر مشاهده کرد. **مشاهده‌گری همراه با فهم و حضور، زمینه‌ساز دیالوگ میان شما به عنوان مشاهده‌گر، و موضوع مورد مشاهده است.** پیامد این دیالوگ، **مفاهمه** است و نتیجه مفاهمه، **همکاری** است. وقتی همکاری میسر شد، بستر **تغییر** نیز فراهم می‌گردد. بنابراین، وقتی می‌گوییم تا چیزی را عمیقاً نپذیریم، تغییر نمی‌کند، یعنی تا چیزی را با دقت و دلسوزی عمیقاً مشاهده نکنیم و شناسیم، و دست از زور و فشار برای تغییر آن برداریم، فهم دقیق و برقراری دیالوگ و همکاری و در نهایت تغییر آن پدیده ممکن نمی‌شود. حال این پدیده می‌تواند یک عادت ذهنی و رفتاری باشد و یا یک شخص بیرونی که با او ارتباط داریم.

اینجاست که هستی بی‌کوشش را باید هستی بی‌زور و خصومت بی‌حاصل معنا کرد، نه هستی بدون تلاش بهینه و سازنده. اینجاست که "نظاره‌گری بدون کنترل" را باید تلاش در جهت فهم و درک معنا کرد. اینجاست که "تا چیزی را نپذیری، امکان تغییر آن وجود ندارد" قابل درک‌تر می‌گردد. این موضوع می‌تواند در تعاملات فردی و اجتماعی (صنفاً) و حتی اقتصادی و سیاسی مورد توجه و دقت قرار گرفته و از آن بهره گرفت.

مانگوئیم بد و میل به ناحق نکنیم  
جامه کس سیه و دلخ خود ازرق نکنیم  
عیب درویش و توانگر به کم و بیش بد است  
کار بد مصلحت آن است که مطلق نکنیم  
حافظ از خصم خطا گفت نگیریم بر او  
ور بحق گفت، جدل با سخن حق نکنیم...  
(حافظ)

\*بر گرفته از مقاله دکتر نیما قربانی

# نامه‌ها و مکاتبات اداری

**جناب آقای دکتر اصغری**  
**معاون محترم وزیر و ریاست سازمان**  
**غذا و دارو**

برای داروسازان و مردم به همراه نخواهد داشت.

لذا از جنابعالی انتظار دارد تا در فرصت اعتبار آئین نامه و ضوابط فعلی، مقدمات تدوین یک سند جامع که دربردارنده نیازها و انتظارات نظام دارویی کشور در افق های کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت باشد و جایگاه داروسازان فعلی و آینده در آن تبیین شده باشد، فراهم گردد.

داروسازان امضا کننده این طومار، تدوین و ابلاغ هرگونه آئین نامه و ضابطه در مورد تاسیس و اداره داروخانه ها، بدون در نظر گرفتن نظر انجمن داروسازان ایران، به عنوان اصلی ترین تشکل حرفه ای داروسازان را مردود دانسته و خواستار تمکین سازمان غذا و دارو به نص صریح قانون در این رابطه می باشند.

**با آرزوی توفیق**

**اعضای انجمن داروسازان ایران -**

**شعبه گیلان**

با سلام و احترام

نظر به اعلام تغییر تبصره 4 ماده 15 داروخانه ها، به استحضار می رساند که تغییر آئین نامه و ضوابط تاسیس داروخانه ها قبل از انقضاء اعتبار ضوابط فعلی (تا سال 1399)، یک بدعت در نظام اداری محسوب می شود که می تواند باعث ایجاد خسارت برای بخش بزرگی از داروسازان شود که به اعتبار آئین نامه و ضوابط سازمان غذا و دارو، برای آینده خود برنامه ریزی انجام داده اند.

بدیهی است که هرگونه تغییر در اسناد یاد شده، بدون آینده پژوهی و در نظر گرفتن مصالح حرفه ای موسسین فعلی داروخانه ها و فارغ التحصیلانی که در آینده اقدام به تاسیس داروخانه خواهند نمود؛ آزمون و خطایی بیشتر نخواهد بود و حاصلی جز زیان

\* \* \* \* \*

جناب آقای دکتر رضا قنبرپور

معاونت محترم فنی ، نظارت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی شهرستان رشت

با سلام و احترام

در پاسخ به نامه شماره 145 مورخ 1397/2/20 آن معاونت محترم مبنی بر معرفی نمایندگان انجمن داروسازان جهت شرکت در کمیته های تخصصی نظام پزشکی شهرستان رشت، بدینوسیله نمایندگان کارگروهها مطابق جدول ذیل اعلام می گردد./

ردیف	نام نماینده	کارگروه
1	کمیته دارو و تجهیزات پزشکی	آقای دکتر روزبه رسولی چنانی
2	کمیته اخلاق پزشکی	آقای دکتر نادر یوسفی جولندان
3	کمیته مالیات و عوارض	خانم دکتر مهرناز مظفری
4	کمیته تعرفه و بیمه	آقای دکتر یوسف حیدری باطنی
5	کمیته امور رفاهی و اجتماعی و اشتغال	خانم دکتر حمیرا آذرگشسب

با سپاس - دکتر کیان یعقوبی

دبیر انجمن داروسازان گیلان

\* \* \* \* \*

## جناب آقای عبدالله پاکاری

مدیرکل محترم بنیاد شهید و امور

اینثارگران استان گیلان

با سلام و عرض ادب

احتراماً به استحضار می‌رساند، برخی کاستی‌ها در انجام تعهدات توسط بیمه تکمیلی دی در ارتباط با داروخانه‌های طرف قرارداد استان همچون: عدم پرداخت به موقع مطالبات، اعمال کسورات غیرموجه برای برخی نسخ و ایرادهایی در شیوه‌نامه قرارداد فی مابین و نیز عدم پاسخ درخور عملی به تماسها، مراجعات حضوری مستمر و نامه‌نگاری‌های متعدد هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان، موجب گردیده علاوه بر تضییع گسترده حقوق مسلم داروخانه‌ها، توان خدمات رسانی آنان به بیمه شدگان

گرامی تحت پوشش آن بنیاد محترم، محدود و سلب گردد.

لذا بدینوسیله اعلام می‌دارد که چنانچه مشکلات مطرح شده تا پایان مرداد ماه سال جاری مرتفع نشود، داروخانه‌های طرف قرارداد با بیمه تکمیلی دی - علی‌رغم میل باطنی و تعهد و نوع دوستی در خدمات رسانی - از ابتدای شهریورماه قادر به پیچیدن بیمه‌ای نسخ بیماران محترم تحت پوشش بیمه دی نبوده و مسئولیت تبعات و عواقب آن متوجه مسئولان ذیربط آن بیمه خواهد بود.

با سپاس - دکتر مهرناز مظفری  
رئیس انجمن داروسازان گیلان

\*\*\*\*\*

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند جناب آقای دکتر جمال ثابتی مقدم 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 »



## پیام تسلیت

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

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »

## پیام تسلیت

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

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند جناب آقای دکتر محمد مهدی حامد توسلی در غم از دست دادن برادر گرامی شان سوگوار شدند.

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

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »



**فيجوا يا فوجيا**