

پاییز و زمستان 97

شماره 176-177

# حکمت کسین



نخستین جشن دانش آموختگی دانشکده داروسازی گیلان  
(دی ماه 97)

## بهار ايرانشهر

فرّ بهار بين که به آفاق جان دهد  
هر بوته را هر آنچه سزا دید، آن دهد  
پارینه آنچه باد خزانی ربود و برد  
آرد دهد به صاحبش و رایگان دهد  
سختم شگفت آید از این هوش سبز او  
کز هر که هر چه گم شده، او را همان دهد  
«دکتر محمدرضا شفیعی کدکنی»

خجسته نوروز باستانی به همه ی ایرانیان،  
به ویژه تمامی همکاران گروه پزشکی،  
فرخنده باد.

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 / خوان یغما  
6 \* انسان فرزانه و شگفتی های نظام بدنش  
15 \* گروه بندی داروهای ضد دیابت  
21 \* روش درمان ژنوم محور سرطان  
26 \* سروتونین و شگفتی های آثار فیزیولوژیک آن (1)  
29 \* آنتی بیوتیکها را خودسرانه مصرف نکنیم  
34/36 \* گیاه فیسالیس / ترامادول  
40 \* بهار  
42 \* گزارش عملکرد انجمن در پاییز و زمستان 97  
46 \* بررسی شرایط حرفه ای داروسازان شاغل در...  
52 \* گزارش جشن دانش آموختگی دانشکده داروسازی  
54 \* مصاحبه آقای دکتر خیری  
56 \* تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (33)  
61 \* مصاحبه های آقای دکتر خیری  
66 \* با تکمیل فرم خلاصه درآمد و هزینه ...  
70 \* «گله» نه «شکایت»  
72 \* حفاظت از اطلاعات بیماران  
75 \* مصاحبه های آقای دکتر خیری  
80 \* گیرم پدر تو بود فاضل / از فضل پدر تو را چه حاصل  
82 \* یاکوب ادوارد پولاک  
85/90 \* مسافرت به اروپا / معرفی کتاب خوب ...  
92 \* 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  
گلسار، 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)

« پائیز و زمستان 1397 »

شماره 176-177

### صاحب امتیاز:

انجمن داروسازان گیلان

### مدیر مسئول:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

### سر دبیر:

دکتر محمدمصدق 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

لیتوگرافی: همراهان

چاپ و صحافی: توکل





## خوانِ یغما

«خوان یغما» به صورت تمام و کمال در مفهومی به نام «داروخانه» تجلی و نمود عینی پیدا کرده است!

حداقل بنده هیچ حرفه و شغلی را در این مملکت سراغ ندارم که از سویی حقوق صاحبانش اینچنین بی رحمانه و بی حساب و کتاب در معرض یغما قرار بگیرد؛ هر کس یک گوشه اش را به سمت خود بکشد و همه آن را ارث پدری خود بدانند و از سویی دیگر متولیانش (اگر اصولاً متولی داشته باشد) چشم بر همه این فجایع ببندند.

داروخانه، طبق تعریف، مؤسسه ای است که «کالا» و «خدمات» را توأمان عرضه می کند. کالایی فوق العاده حیاتی و استراتژیک و خدمتی به غایت حسّاس.

چگونه می توان قبول کرد که یک داروساز فرهیخته، عمرش را و همه سرمایه مادی و

«یغما» در لغت به معنی غارت، تاراج و چپاول است و «خوان یغما» به سفره ای اطلاق می شده که برای عموم بگسترانند و صلاهی عام در دهند تا نیازمندان هرچه خواستند بخورند و بیاشامند و آنچه را هم که می ماند با خود ببرند!

اگرچه در منابع معتبر ادبی و تاریخی شواهد و دلایل قاطع و محکمی دال بر درستی این معنی و تعبیر برای عبارت «خوان یغما» در دست است؛ اما در ادبیات پارسی برای این عبارت، دو معنی مجازی هم وجود دارد:

یکی سفره ای که از مال غارت شده و بادآورده فراهم شده باشد و طبعاً هر کس آزاد باشد در آن دست ببرد و دیگر ثروت و مکتبی که در معرض دستبرد و تاراج زورمندان و متعديان قرار گیرد تا آنجا که چیزی برای صاحب مال باقی نماند!

هر کدام از معانی حقیقی یا مجازی فوق را در نظر بگیریم، امروز به ضرس قاطع می توان گفت که

معنوی اش را و جسم و روحش را در طبق  
اخلاص بگذارد؛ روزی حداقل 12 ساعت رو  
در روی بیمار کار فکری و فیزیکی انجام دهد و  
به چندین سازمان و نهاد و ارگان و ... جواب پس  
بدهد اما در مقابل این همه خدمت، اینچنین مورد  
بی مهری قرار بگیرد؟!

- ما وظیفه داریم دارو را اگر در توانمان باشد،  
تهیه و با رعایت اصول علمی و اخلاق حرفه ای  
همراه اطلاعات موردنیاز به بیمار عرضه کنیم.

- ما وظیفه داریم درصدی از قیمت دارو را  
مطابق قراردادی که با سازمان مربوطه داریم به  
جای دریافت از بیمار، به حساب بیمه منظور کنیم  
و اسناد را دقیقاً در مهلتی که تعیین کرده اند به  
آنها ارائه کنیم.

- ما وظیفه داریم قبل از پایان ماه، حق بیمه  
پرسنل را به سازمان مربوطه تقدیم کنیم.

- ما وظیفه داریم هر سال در موعد مقرر، مالیات  
درآمدی را که کسب کرده ایم به خزانه تقدیم  
کنیم تا برای پیشرفت و تعالی کشورمان هزینه  
شود.

- ما وظیفه داریم ...

و بالاخره ما وظیفه داریم به همه آنچه گفته شد و  
آنچه ناگفته ماند عمل کنیم و عمل هم می کنیم.  
اما آن روی سکه :

- سازمانی که طبق قراردادش باید شصت درصد  
ارزش داروهای تحویلی به بیمه شدگان را  
بلافاصله و مابقی را حداکثر ظرف دو ماه  
بپردازد، شش ماه در انجام وظیفه اش تأخیر  
می کند و نیازی هم نمی بیند که حداقل برای

این رفتارش توضیحی بدهد و یا احیاناً یک  
عذرخواهی تلویحی بکند!

این در حالی است که ارزش بخش خدماتی  
داروخانه (تعرفه خدمات دارویی) را کلاً نادیده  
می گیرد و توپ را به زمین بیمار می اندازد.

- شرکتهای بیمه متفرقه مشخصاً با قصد  
سودجویی با عنوان «بیمه تکمیلی» پا به میدان  
می گذارند؛ با دریافت پول از بیمار، پرداخت  
فرانشیز نسخه را تقبل می کنند؛ اما در عمل حق  
مسلم داروخانه را با تأخیر طولانی و با چاشنی  
منت پرداخت می کنند. آن هم بعد از مثله کردن!  
- شرکت توزیع کننده دارو با سوء استفاده از  
موقعیت و با علم به اینکه داروخانه ناگزیر از  
خرید است، تصمیم می گیرد کالایش را نقدی  
بفروشد و این کار را هم می کند!

- سازمان امور مالیاتی با علم کامل به اینکه  
درآمد داروسازان حتی به گرد پای درآمد اغلب  
رشته های تخصصی پزشکی نمی رسد، بیشتر از  
همه آنها از داروخانه مالیات می گیرد!

- سازمان غذا و دارو که به عنوان متولی امر،  
وظیفه دارد با حمایت از داروسازان بستر مناسب  
برای فعالیت مشروع و قانونی داروخانه را فراهم  
کند، نه تنها هیچ قدمی برای حل این همه مشکل  
برنمی دارد، بلکه گاهی به مشکلات، اضافه هم  
می کند!

- ....

- ....

**با احترام - سردبیر**

# مقالات تخصصی - علمی

- 1 - انسان فرزانه (Homosapiens) و شگفتی های نظام بدنش
- 2 - گروه بندی داروهای ضد دیابت تا سپتامبر 2018
- 2 - چه تعدادی از بیماران از روش درمان ژنوم محور سرطان بهره می برند؟
- 3 - سروتونین و شگفتی های آثار فیزیولوژیک آن (بخش اول)
- 4 - آنتی بیوتیکها را خودسرانه مصرف نکنیم ...
- 5 - گیاه فیسالیس Physalis
- 6 - ترامادول (Tramadol)



## انسان فرزانه (Homo sapiens)

### و شگفتی های نظام بدنش

دکتر غلامحسین مهدی زاده

انسانی مشخص شده است که هر یک از ژن ها در بدن مسئول چه خصوصیات و اختلالاتی می توانند باشند.

ظهور انسان روی کره زمین، بر اساس پژوهش های دیرین شناسان، به حدود 500 هزار سال می رسد. انسان فرزانه، در نظر اول، با قایم ایستادن روی دو پا و داشتن دو دست آزاد گیرنده، که برای جابه جایی بر سطح زمین مورد استفاده قرار نمی گیرد، از دیگر حیوانات، حتی از عالی ترین پستانداران، به طور کامل متمایز است. متخصصان زیست شناسی و انسان شناسی بر این عقیده اند که آزاد بودن دو دست انسان، به ویژه قرار داشتن انگشت شست بلند و بسیار متحرک هر دست در وضعی عمود بر چهار انگشت دیگر، به اجداد نوع آدمی این امکان را داده است که به دست کاری و در اختیار گرفتن اشیای ظریف محیط پردازد. رابطه تنگاتنگ میان فعالیت مغز و دست ها به مغز امکان داده است که کار دست ها را کنترل و تصحیح کند و این عمل به نوبه خود

نوع آدمی در بین نزدیک به دو میلیون جاننداری که اکنون روی زمین زندگی می کنند، بی گمان یکی از برجسته ترین آنهاست، بدین جهت در کتاب های فرهنگ لغات زبان های گوناگون جهان به نام انسان فرزانه (Homo sapiens)، اندیشه ورز و خردمند آمده است، که یک نخستی (= primate = پستانداری که از دیگر پستانداران عالی تر است)، یک مهره دار و جانوری پرسلولی است، که به روش جنسی (تولید سلول های جنسی) تولیدمثل می کند. بنابراین، دو جنس نر و ماده دارد، ولی اساس ژنتیکی آن، چون دیگر خصوصیات زیستی اش، به مانند دیگر جانداران، شامل ژن ها، کروموزوم ها، جهش های ژنی و نوترکیبی های جنسی است. ماهیت زیستی آدمی، چون دیگر جانداران، بر پایه ماده ای شگفت انگیز به نام دئوکسی ریبونوکلیئیک اسید (DNA) استوار است، که تعیین کننده ی خصوصیات زیستی جانداران است، و اکنون با شناسایی نقشه ژنوم



به مغز این امکان را داد تا طرح های نوینی برای انجام کارها بریزد. این گونه رابطه ی متقابل فعالیت را فیدبک (Feed-back) می گویند، که عامل اصلی تکامل مغز آدمی بوده است، و مغز اکنون یکی از پیچیده ترین و شگفت انگیزترین اندام های بدن انسان است که در هیچ جانوری نظیر آن را نمی توان پیدا کرد. اینکه انسان چگونه روی زمین پدید آمده، تاکنون دو دیدگاه درباره آن وجود داشته است: 1- دیدگاه دینی، 2- دیدگاه علمی

از دیدگاه دینی، انسان به طور مستقیم به وسیله ی آفریدگار جهان خلقت یافته است. قدیمی ترین سند در این باره کتاب مقدس است که در کتاب تکوین آن چنین آمده:

«و خدا گفت آدم را به صورت ما و موافق و شبیه ما بسازیم تا بر ماهیان دریا و پرندگان آسمان و بهایم و تمامی زمین و همه حشراتی که بر زمین می خزند حکومت نماید. پس خدا آدم را به صورت خود آفرید و او را به صورت خدا آفرید و ایشان را نر و ماده آفرید و خدا ایشان را برکت داد و خدا به ایشان گفت بارور و کثیر شوید و زمین را پر سازید و در آن تسلط نمایید بر ماهیان دریا و پرندگان آسمان و همه حیواناتی که بر زمین می خزند حکومت کنید. خدا گفت همانا همه علف های تخمداری که بر روی تمام زمین است و همه درخت هایی که در آنها میوه درخت تخمدار است به شما دادم تا برای شما خوراک باشد. و به همه حیوانات زمین و به همه پرندگان آسمان و همه حشرات زمین که در آنها حیات

است، هر علف سبز را برای خوراک دادم و چنین شد و خدا هر چه ساخته بود دید همانا بسیار نیکو بود و شام بود و صبح بود روز ششم». بدین ترتیب، انسان خلیفه خدا روی زمین است.

در باب دوم همین کتاب آمده است: «... و خدا گفت خوب نیست که آدم تنها باشد، پس برایش معاونی موافق وی بسازم، و خداوند خدا هر حیوان صحرا و هر پرندۀ آسمان از زمین بسرشت و نزد آدم آورد تا ببیند که چه نام خواهد داد و آنچه آدم ذیحیات خواند همانا نام او شد، پس آدم همه بهایم و پرندگان آسمان و همه حیوانات صحرا را نام نهاد ولیکن برای آدم معاونی موافق وی یافت نشد و خداوند خدا خوابی گران بر آدم مستولی گردانید تا بخفت و یکی از دنده هایش را گرفت و گوشت جایش پر کرد. و خداوند خدا آن دنده را که از آدم گرفته بود زنی بنا کرد و وی را به نزد آدم آورد. و آدم گفت همانا این است استخوانی از استخوان هایم و گوشتی از این گوشتم، از این سبب نساء نامیده شد، زیرا از انسان گرفته شده بود. از این سبب، مرد پدر و مادر خود را ترک می کند و با زن خویش خواهد پیوست و یک تن خواهد بود، آدم و زنش هر دو برهنه بودند و خجلت نداشتند.» دستیابی انسان به کشف سلول های بنیادی (Stem cells) و به کار گرفتن آنها در درمان های ترمیمی بدن انسان، برگرفته از ایده فوق بوده است.

پژوهش های پیگیرانه چند دانشمند یهودی و مسیحی در کشورهایی مانند استرالیا، امریکا و

اروپایی، سرانجام به نتیجه رسید و توانستند به کمک سلول های بنیادی کشفیاتی چون تولید گوسفند، بکارگیری آنها در درمان بسیاری از بیماری های آسیب رسان به بدن و ... انجام دهند. روایت خلقت انسان در قرآن در چند سوره و به شکل های مختلف آمده است:

«هنگامی که خدای تو به ملائکه فرمود من انسانی را از گِل می آفرینم، موقعی که او را آفریدم و از روح خود در او دمیدم برای سجده در مقابل او بیفتید. (سوره ص، 72 و 73).»

«البته انسان را از گِل خشکیده و متغیر مانند موجود ریخته گری آفریدیم، قبلاً شیطان را از آتش بدون دود آفریدیم. هنگامی که خداوند توبه ملائکه فرمود بشری را از گِل خشکیده متغیر آفریدیم و از روح خود به او دمیدیم برای سجده در مقابل او بیفتید.» (سوره حجر، 27 و 28 و 29).

«البته انسان را از مایه ای از گِل آفریدیم آنگاه او را به صورت نطفه در قرارگاه جای دادیم.» (سوره مؤنون، 12 و 13).

«خداوندی که آفرینش تمامی موجودات را نیکو ساخته خلقت انسان را از گِل شروع کرد، سپس نسل او را از آب حقیری قرار داد.» (سوره سجده، 7 و 8).

«تا آنان را از گِل چسبنده آفریدیم.» (سوره الصادقات، 11).

«ای مردم پروا داشته باشید از خداوندتان که شما را از یک نفس آفرید و از همان نفس جفت

او را خلق کرده، مردان و زنان زیادی را از آن دو منتشر ساخت» (سوره نساء، 1).

بنابراین، کتاب های آسمانی خلقت انسان را مانند دیگر موجودات جهان به طور مستقیم می دانند و این هم امری طبیعی ست، چون در آن زمان ها آگاهی ها بیش از این نبوده است. اما آنچه که در این دیدگاه مهم است و باید به آن توجه شود این است که دیدگاه دینی بر پایه اصالت عقل نهفته است و نظراتی که در این زمینه وجود دارند ساخته و پرداخته عقل انسان بوده اند. دیدگاه علمی آفرینش انسان بر خلقت غیرمستقیم انسان از طریق تکامل جهان جانداران مبتنی ست: «نوع آدمی و دیگر انواع جانداران، محصول تحوّل تاریخی اند که سابقه اش به ظهور حیات می رسد. اجداد ما آدمی نبودند، بلکه هر چه به گذشته دورتر بنگریم با ما تفاوت بیشتر داشتند. همین امر در مورد دیگر جانداران کنونی صادق است، یعنی آنها از اجدادی اشتقاق یافته اند که کمابیش با آنها تفاوت داشته اند. از این گذشته، تکامل، نه همیشه و نه در همه جهت ها، بلکه در مجموع مترقی بوده است. علم نمی داند جاندار اولیه به چه شباهت داشته است. پیدایش حیات ممکن است یک رویداد یا رویدادهای تکراری بوده باشد. گفتن اینکه جانداران بر روی هم از صورت های ساده به صورت های پیچیده تغییر یافته اند عیبی ندارد. آدمی، نوع تازه به دوران رسیده ای است. در زیست شناسی هیچ چیز مفهوم ندارد مگر در پرتو

تکامل. گوناگونی جانداران، پاسخی است که مادهٔ زنده به گوناگونی محیط‌های زمین داده است. اگر سیارهٔ ما فقط محیط یکنواختی داشت، تنها یک نوع جاندار کافی بود که در آن به سر برد. واقع امر این است که محیط‌ها گوناگون اند و راه‌های بی‌نهایت زیاد برای زندگی در بسیاری از آنها وجود دارد. هیچ نوع جاندار همه فن حریفی که قادر به استفاده از همهٔ امکانات روی زمین باشد، وجود ندارد. در عوض جاندارانی که از موقعیت‌های گوناگون استفاده کرده اند بسیار متنوع اند. دلیل اصلی شباهت بنیادی جانداران گوناگون این است که اجداد آنها مشترک بوده است. ساخت بدن آدمی و حتی فرایندهای فیزیولوژیکی بدن او، از بسیاری جهات شبیه ساخت و فیزیولوژی بدن دیگر جانداران است، زیرا آدمی خویشاوند همهٔ جانداران است. از آنجا که انسان فرزانه (Homo sapiens) دارای همان ویژگی‌هایی است که دربارهٔ حضرت آدم بیان شده، صرف نظر از درستی هر یک از آنها، دیدگاه علمی بر پایهٔ اصالت ادراکات حسی قرار دارد، یعنی همه چیز مربوط به انسان را به وسیله آزمون‌های علمی و تجربی ثابت کرده است و بر این اساس حضرت آدم و انسان فرزانه را باید یکی فرض کرد، که در این میان نوع آدمی ویژگی‌هایی از نظر ساختار بدنی و دیگر خصوصیات زیستی پیدا کرده است که هیچ یک از حیوانات دیگر آنها را ندارند و آنها مختص انسان فرزانه شده اند و مقام او را در میان دیگر جانداران بسیار برتر ساخته است. البته این امر

زمانی حاصل می‌شود که به مفهوم واقعی انسان پی ببریم، چنانکه مولانا، عارف نامی ایرانی، حقیقت معنوی آن را با زبانی ساده بیان کرده است:

دی شیخ با چراغ همی گشت گرد شهر  
کز دیو و دد ملولم و انسانم آرزوست  
گفتم که یافت می‌نشود جُسته ایم ما  
گفت آنکه یافت می‌نشود آنم آرزوست  
نوع آدمی، مانند بسیاری از پستانداران عالی، از دو جنس نر (مرد) و ماده (زن) تشکیل یافته است، که از نظر ساختار فیزیولوژیکی و ژنتیکی بسیار شبیه هم هستند و حتی با بسیاری از جانوران دیگر شباهت‌های زیادی دارند، طوری که می‌توان گفت بسیاری از عناصر و موادی که در این اعمال فیزیولوژیکی و ژنتیکی نقش دارند، یکسان هستند. مهم‌ترین مسئله در اینجا شناخت ماهیت جنسی در نوع آدمی و دیگر پستانداران است. آنچه که تاکنون مشخص شده، از نظر ژنتیکی، سلول‌های بدن انسان از 46 کروموزوم، یا 23 جفت کروموزوم تشکیل شده اند، که 22 جفت آن در مرد و زن یکسان هستند و تنها یک جفت باقیمانده کروموزوم‌های جنسی (Sex chromosomes) هستند، که جفت XX مربوط به زن، و جفت XY مربوط به مرد است. تقسیم سلولی به هنگام رشد انسان به گونه‌ای است که تمام سلول‌های بدن 46 کروموزوم را به طور کامل در بر می‌گیرند، تنها در سلول‌های جنسی مرد و زن این امر تفاوت مشخص دارند، طوری که سلول جنسی یا گامت ماده (اوول) 23

کروموزوم و گامت نر (اسپرماتوزوئید) نیز 23 کروموزوم دارد و این دو زمانی کامل می شوند که با هم ترکیب شوند و سلول تخمک آماده تکثیر را پدید آورند، که با تقسیم های متوالی و حساب شده خود یک انسان 46 کروموزومی کامل را به وجود می آورد. یکی از شگفتی های نظام بدن آن است که سلول جنسی ماده دو کروموزوم X را در کنار هم به صورت XX دارد، ولی سلول جنسی نر دو کروموزوم X و Y را در کنار هم به صورت XY دارد. سلول های جنسی اوول و اسپرماتوزوئید در بدن هیچ کاربردی غیر از تولیدمثل ندارند. نکته مهمی که در اینجا نهفته است و همه باید به آن توجه ویژه داشته باشیم این است که کروموزوم X یا عامل مادینگی در اینجا نسبت به Y (عامل نرینگی) سه به یک (3 به 1) است، یعنی تأثیرگذاری جنس ماده در بوجود آمدن یک انسان سه برابر بیشتر است، که البته تقسیم شدن کروموزوم های X و Y در تقسیم های سلولی سلول تخمک و چگونگی تقسیم کروموزوم ها در سلول ها، خود بحث تخصصی مفصل و پیچیده ای است که از توضیح آن خودداری می شود، ولی باید به این نکته توجه داشت که تشکیل جوامع انسانی از دیرباز با محوریت «زن» بوده است، که سابقه ی تشکیل جوامع «مادر شاهی» به این مسئله بر می گردد و در کتاب هایی مانند تاریخ تمدن ویل دورانت نمونه های این جوامع فراوان آمده است. این مسئله در روزگار کنونی هم امر قریبی

نیست، چرا که در جوامع مسیحی و یهودی هویت فرزند به وسیله مادر شناسایی می شود، ولی در جوامع اسلامی، اگرچه کانون خانواده بیشتر روی محور «زن» قرار دارد، ولی از نظر حقوق زن و مرد تفاوت های زیادی داریم که در اینجا جای بحث آن نیست.

از شگفتی های دیگر بدن انسان، ساختار ویژه فیزیولوژیک در زن و مرد است که بسیار اعجاب انگیز است. از نظر تولید سلول های جنسی زنانه و مردانه تفاوت های فاحشی وجود دارند که مایه شگفتی است. سلول های جنسی به طور معمول از دوره ی جنینی در بخش های زایای دستگاه تناسلی زن و مرد قرار می گیرند تا در دوره ی باروری کارایی داشته باشند. سلول جنسی ماده یا اوول هر ماه تنها یک عدد در تخمدان زن، تحت شرایط خاص هورمونی و بدنی، ساخته و آماده ی فعالیت می شود. این سلول ظرف مدت 28 روز (به طور متوسط) در تخمدان ساخته و پرداخته می شود و در روز بیست و هشتم آماده خروج از تخمدان و ترکیب شدن با سلول نر (اسپرماتوزوئید)، جهت تکمیل فرایند باروری، است. هر کدام از سلول های اوول و اسپرماتوزوئید تنها 23 کروموزوم دارند، که پس از ترکیب شدن 46 کروموزومی می شوند. بنابراین، اوول ها همیشه تازه و آماده ی فعالیت اند و زنان حداکثر تا 50 سالگی می توانند اوول تولید کنند. و پس از آن فعالیت تولیدمثل تعطیل می شود.

فرایند ساخت و بلوغ سلول های اسپرماتوزوئید با سلول های اوول بسیار متفاوت است. به طور خلاصه، سلول های جنسی نر (اسپرماتوزوئیدها) از 13 سالگی (سن بالغ شدن مردان) تحت شرایط خاصی آغاز می گردد و این امر مادام العمر ادامه پیدا می کند، اما هر قدر که به پیرسالی نزدیک می شویم قدرت و شدت آن بسیار کم می شود و به مقدار زیاد به میزان فعالیت جنسی هر مرد بستگی دارد. نکته مهمی که در اینجا نهفته، این است که دستگاه تناسلی مردان روزانه 120 میلیون اسپرماتوزوئید می تواند تولید کند، اما این به شرطی است که اسپرم های تولید شده استفاده شوند، که به طور معمول در هیچ مردی امکان پذیر نیست. بنابراین، بسیاری از اسپرماتوزوئیدهای تولید شده یا باید ذخیره و انبار شوند یا نابود گردند، که مقدار زیادی از آنها از راه های مختلفی که در بدن پیش بینی شده، از بین می روند، اما آن تعدادی هم که ذخیره می شوند هر قدر مدت زمان آن بیشتر باشد، کارایی آن بسیار کم خواهد شد، که این خود می تواند یکی از دلایل فیزیولوژیکی ناتوانی جنسی در بعضی از مردان باشد. بنابراین، نتیجه ای که از این بحث می توان گرفت، به طور خلاصه، این است که سلول جنسی زنانه (اوول) هر ماه به صورت تازه ساخته و پرداخته می شود، ولی سلول جنسی مردانه کهنه، ذخیره شده یا حتی ممکن است معیوب باشد، که خود بحثی مفصل و جداگانه و جذاب است که از آن صرف نظر می شود. نکته شگفت آور دیگری که در اینجا

باید به آن اشاره شود آن است که هر انسان نزدیک به 9 ماه از زندگی جنینی خود را به وسیله سیستم های فیزیولوژیک مادر (زن)، چون گردش خون، دستگاه اعصاب، هورمون ها، واسطه های شیمیایی عصبی و ... سپری می کند و این تأثیر شگرفی روی فعالیت های فیزیولوژیک انسان پس از تولد به جا خواهد گذاشت، و گرایش ها و تمایلات هر فرد، به طور طبیعی، به مادر به دلیل این تأثیرگذاری های 9 ماهه جنینی است، چون جنین در فضایی کاملاً بسته قرار گرفته و همه ی نیازهای خود، چون اکسیژن، عناصر شیمیایی، مواد غذایی گوناگون، مثل قندها و چربی ها و پروتئین ها، را از طریق خون مادر دریافت می کند.

پس از بیان ویژگی های سلول های جنسی مردان و زنان، به طور خلاصه، به دیگر شگفتی های نظام بدن، در حد ممکن، می پردازم. مغز آدمی مجموعه ای است از بافت های عصبی به وزن میانگین 1400 گرم (حدود یک پنجاهم وزن بدن)، که شامل مُخ، مُخچه، بصل النخاع، مغز میانی، هیپوتالاموس، تالاموس، جسم مخطط، سیستم لمبیک و در انتها نخاع (داخل ستون مهره ها). این مجموعه نزدیک به یک چهارم تمامی گلوکز بدن (عامل تولید انرژی) و مقدار زیادی از اکسیژن تنفسی را به مصرف می رساند. مغز درون جبهه ای استخوانی به نام جمجمه جای دارد و بزرگ ترین بخش آن مُخ نام دارد، که از بالا همه ی قسمت های دیگر مغز را می پوشاند. بین دیواره استخوانی جمجمه و مغز، پرده های دو

لایه و میان پرده ها مایع مغزی - نخاعی وجود دارد که روی هم منتر نامیده می شود.

مغز انسان به سبب داشتن چند شیار عمیق و صدها شیار کم عمق، قشری بسیار وسیع دارد. ضخامت قشر مخ حدود 2/5 تا 3 میلی متر است. آنچه که انسان را از دیگر پستانداران عالی متمایز ساخته و او را به مقام کنونی حکم فرمایی زمین رسانیده مُخ بزرگ و قشر وسیع مُخ اوست. دو چیز به طور قطع محقق است: 1- استعدادهای ذهنی و خصوصیات رفتاری انسان محصول مغز عالی اوست. 2- شناخت خصوصیات ساختاری و کنشی مغز تنها به وسیله ی پژوهش های علمی امکان پذیر است، و دیگر ایده های حدسی و خیال پردازانه در آن نقشی ندارد. این امر امکان ندارد، مگر با بکارگیری رشته هایی از علم، چون مورفولوژی (ریخت شناسی)، فیزیولوژی، روان شناسی، پزشکی بالینی. با استفاده از این رشته ها، تاکنون بخش های زیادی از مغز و نقش آنها در فیزیولوژی بدن شناسایی شده، امّا بخش های ناگفته ی زیادی هم باقی مانده اند. تاکنون سه واحد کنشی در مغز مشخص شده :

- 1- واحد تنظیم تونوس (tone) قشر مُخ و ایجاد هشیاری، که مغز را آماده فعالیت می کند.
- 2- واحد دریافت خبر (Information) از جهان خارج و تحلیل و ترکیب و گدگذاری و ضبط آن خبرها.
- 3- واحد برنامه ریزی، تنظیم و رسیدگی به فعالیت های ذهنی و نظارت بر اعمال انسان.

واحد اوّل مسئول آماده نگهداشتن مغز با مکانیزم های خاص است، امّا واحدهای دوّم و سوم در انسان بسیار مهم هستند و نزدیک به دوسوم کارکردهای قشر مخ به آنها مربوط است و در اجرای آن دو مرکز مهمّ ورنیکه و بروکا در نیمکره چپ مغز (در اکثر موارد)، و سیستم لمبیک نقش اساسی دارند و **این تنها ویژه** **انسان** است و هیچ جاندار دیگری آن را ندارد.

بدن انسان و ساختارهای آن شگفتی های نامحدودی دارد که بیان آنها در یک مقاله امکان پذیر نیست. از جمله شگفتی های نظام بدن فعالیت اندام های مختلف به وسیله ی موادی خاص است. به طور مثال، فعالیت تمام عضلات بدن، از نوع های مختلف صاف و مخطط، تنهای به وسیله ی دو ماده ی استیل کولین و نوراپی نفرین انجام می گیرد. این امر در دیگر جانداران هم مشاهده می شود. اینکه، بسیاری از پژوهش های علمی انسانی ابتدا روی حیوانات انجام می گیرد، به دلیل این مشترکات فراوانی است که در همه ی موجودات زنده وجود دارد.

یکی دیگر از شگفتی های نظام بدن مکانیزم ایجاد فعالیت در سلول های زنده است. هر سلول زنده ای، چه انسانی و چه حیوانی، اگر بخواهد در خود فعالیتی را نشان بدهد، باید در سطح دیواره ی سلول پتانسیل کار ایجاد شود، یعنی سلول دارای بار الکتریکی گردد یا برق دار شود. این کار به وسیله تعدادی عناصر ساده ی شیمیایی چون سدیم، پتاسیم، کلسیم، کلر و ... انجام

کننده جای گزین و پخش می شود و به آسانی راهی برای دفع آنها وجود ندارد، و اگر کسی بخواهد از وجود آنها خلاصی یابد، تنها راه مرگ است.

یکی از اعجاب آورترین شگفتی های نظام بدن «سیستم دوپامین» مغز انسان است، که در حقیقت هماهنگ کننده و هدایت گر واحدهای کنشی دوّم و سوم مغز است. دریافت خبر از جهان خارج و تحلیل و ترکیب و کدگذاری و ضبط آنها در مغز از طریق ماده «دوپامین» است، که در بخش قاعده ای مغز و زیر هیپوتالاموس به شکل آماده وجود دارد و خبرها را به مسیرهای مشخصی که برای آنها تعیین شده هدایت می کند. یک مسیر «دوپامین»، مسیر «پاداش» است، که ابتدا، پس از دوپامین، ماده نوراپی نفرین و سپس «سروتونین» و به دنبال آن فعال شدن هورمون های درون هیپوتالاموس مغز است. این فرایند، در نهایت، «غده هیپوفیز» را، که در کف جمجمه و زیرمجموعه مغز قرار دارد، وادار به فعالیت می کند. فعال شدن این غده، باعث فعال شدن تمام غده های بدن، برحسب نیاز، و افزایش سوخت و ساز بدن می گردد، که حاصل آن تولید «گلوکز» کافی جهت تأمین انرژی های موردنیاز بدن در زمینه کارهای بدنی، اعم از فعالیت های ورزشی، کارهای هنری، خلاقیت های ذهنی، و تمام کارهایی که موجب شادابی و نشاط و سرخوشی و هرآنچه که انسان از آنها بسیار لذّت می برد و باعث بازسازی نیروهای بدن می شود.

می گیرد. ابتدا، از کانال های ریز و خاصی که در دیواره ی سلول تعیبه شده اند، یون های سدیم و پتاسیم خارج و به جای آنها یون های کلسیم از راه کانال های کلسیم و یون های کلر از راه کانال های کلر وارد سلول ها می شوند. این جابه جایی های یونی تراز فعالیت سلول ها را، به مقدار زیاد، کم و زیاد می کند، طوری که کلسیم باعث افزایش فعالیت و کلر موجب کاهش فعالیت ها می گردد. نکته اعجاب آور در این فرایندهای سلولی آن است که فرایند ایجاد پتانسیل کار در تمام سلول های زنده موجودات گوناگون یکسان است و این دلیل محکمی بر خویشاوندی همه ی موجودات زنده از زمان تشکیل ماده از DNA (دئوکسی ریبونوکلئیک اسید) اولیه است. نکته مهم دیگر در متابولیسم سلولی بدن همه ی موجودات زنده آن است که همه ی آنها اغلب برای سوخت و ساز و تولید انرژی مورد نیاز سلول ها، تنها از یک ماده به نام «گلوکز» استفاده می کنند (جز در موارد خاص)، که باز هم امری شگفت آور است. اینکه موادی چون نمک (کلرو سدیم = کلر + سدیم) و قندها (= گلوکز) در جهان هستی اهمیت حیاتی داشته اند و ضرب المثل ها و شعرها و روایات زیادی در این باره وجود دارند، جای تعجب نیست. یکی از مشهورترین این مثل ها عبارت «اگر نان و نمک کسی را خوردی، نمکدان مشکن» است یا «حرمت نان و نمک را داشته باش». چون نان (گلوکز) و نمک (کلر + سدیم) پس از مصرف در تمام سلول های فرد مصرف

مسیر دوّم «دوپامین» مسیر «تنبیه» نامیده می‌شود، که برعکس مسیر قبلی به طرف قسمت‌های قاعده‌ای مغز هدایت می‌شود و باعث تولید موادی چون استیل کولین و سپس گلو تامات می‌گردد. تمام اعمال خشونت‌باری که برای انسان قابل تصور است، این دو ماده در ایجاد آنها نقش دارند. واکنش‌های ترس، دلهره، فرار و گریز به دلیل اثرات این دو ماده در بخش‌های خاصی از مغز است. بنابراین، آنچه که از مجموع بحث دوپامین می‌توان به طور خلاصه استنباط کرد این است که دوپامین مغز هر انسانی بیان‌کننده‌ی شخصیت و جایگاه انسانی آن فرد است و هرکس خودش باید آن را در اختیار داشته باشد.

دوپامین، به طور غیرمستقیم و از راه تأثیر روی بخش‌های لمبیک (کناری) مغز، که اطراف هیپوتالاموس و بخش‌های قاعده‌ای مغز را احاطه کرده‌اند، روی برنامه‌ریزی، تنظیم و رسیدگی به فعالیت‌های ذهنی و نظارت بر اعمال بدن انسان نقش دارد. این نوع فعالیت شگفت‌آور و تأثیرگذار دوپامین در اعمال و رفتار انسانی تنها ویژه‌ی «نوع آدمی» است و در هیچ موجود زنده‌ی دیگر وجود ندارد. تمام رفتارهایی که از انسان ظاهر شود، اعم از سر بریدن انسان دیگر،

آتش زدن گروهی، ایجاد انفجارهای عظیم و گروهی، ایجاد جنگ‌های خانمانسوز و فجیع، مسموم کردن‌ها، برگزاری مراسم رقص و شادمانی، نواختن موسیقی‌های دل‌انگیز، خواندن آوازهای دلنشین، سرودن شعرهای لطیف، نقاشی، مجسمه‌سازی، رفتارهای روحانی و عارفانه و عاشقانه و ارتباط روحی حتی با خداوند، همه و همه، تنها ویژه‌ی انسان خردمند (Homosapiens) است و هیچ جانوری آنها را ندارد. نکته‌ی پایانی و مهم آن است که دست‌اندرکاران امور اجتماعی مردم وظیفه دارند تا امکانات و شرایطی فراهم نمایند که همه‌ی مردم «دوپامین» مغز خود را همیشه در مسیر پاداش قرار دهند و از مواهب «عشق آفرینی» و زندگی «عاشقانه» در جامعه برخوردار باشند.

شگفتی‌های نظام بدن انسان بسیار گسترده و پیچیده هستند، که هنوز با وجود انواع تکنولوژی‌های نوین و پیشرفته، بخش ناچیزی از آن شناخته شده‌اند. بنابراین، شأن و جایگاه انسانی آنچنان نیست که او را با حیوانات یا حتی ربات‌های ماشینی مقایسه کنیم و این به نظر من توهینی است به منزلت انسانی.

**پایان**





## گروه بندی داروهای ضد دیابت تا سپتامبر 2018

### دکتر سید عبدالله زین العابدینی

می گیرند. این سلولها به شکل مجموعه های جزیره مانند در لوزه المعده پراکنده شده اند. امروزه ما می دانیم که این جزایر شامل سلولهای بتا هستند که تولیدکننده، ذخیره کننده و آزادکننده انسولین (تنها ماده پایین آورنده قندخون) موجود در بدن هستند. این جزایر همچنین شامل سلولهای آلفا می باشند که گلوکاگن (یکی از مواد بالابرنده قندخون) را تولید و آزاد می کنند.

### سلولهای جزایر لانگرهانس

1- سلولهای آلفا یا A که حدود 20 درصد سلولهای جزایر لانگرهانس را تشکیل می دهند و هورمون گلوکاگن ترشح می کنند.

### مقدمه :

دیابت (بیماری قند) به عنوان یک اختلال متابولیک در قدیمی ترین نوشته های پزشکی تشریح شده است. در پاپیروس\* که در سال 1500 قبل از میلاد مسیح به رشته تحریر درآمده است راجع به این بیماری مطالبی وجود دارد. بعدها در نوشته های عربی و چینی به افرادی اشاره شده است که از یک بیماری ناشناخته با علائم تشنگی مفرط و تکرر ادرار رنج می برده اند. در سال 1860 میلادی یک پزشک آلمانی قطعات لوزه المعده را زیر میکروسکوپ بررسی کرد و متوجه شد که بعد از رنگ آمیزی، بعضی از سلولهای این غده رنگ متفاوتی به خود

\* پاپیروس - قدیمی ترین رساله جراحی شناخته شده تاریخ مصر مربوط به 2500 سال قبل از

2- سلولهای  $\beta$  تقریباً 70 درصد سلولهای جزایر لانگرهانس را تشکیل می دهند و هورمون انسولین ترشح می کنند.

3- سلولهای دلتا D تقریباً 5-10 درصد سلولهای جزایر لانگرهانس را تشکیل می دهند و هورمون سوماتوستاتین ترشح می کنند.

4- سلولهای F حدود 2-1 درصد سلولها را تشکیل می دهند. پلی پپتیدی به نام پلی پپتید پانکراس ترشح می کنند که ترشحات خارج پانکراس مخصوصاً بی کربنات را کنترل می کنند.

معدودی سلولهای APUD نیز در پانکراس یافت می شود که عواملی مانند سروتونین ترشح می کنند.

اینکرتین ها (Incretin) گروهی از هورمون های گوارشی هستند که باعث افزایش ترشح انسولین بعد از خوردن غذا و حتی قبل از بالا رفتن قندخون می شوند و درضمن ترشح گلوکاگن را مهار می کنند. دو اینکرتین شناخته شده GLP و GIP می باشند. بنابراین بیماری دیابت (بیماری قند) را می توان چنین تعریف نمود:

در اثر قطع تولید انسولین می تواند بیماری دیابت به وجود آید. انسولین هورمونی است که موادغذایی قندی و نشاسته را در بدن به انرژی تبدیل می نماید. علت این بیماری نامعلوم است و عواملی مانند ژنتیک، چاقی، بی حرکتی می توانند در آن نقش داشته باشد. با انجام

آزمایش قندخون ناشتا (FBS) و یا قندخون دوساعته OGTT که معیار کارکرد لوزه المعده و ترشح انسولین می باشد، می توان بیماری را تشخیص داد.

اگر آزمایش قندخون ناشتا بین 100-125 باشد نشان می دهد که شخص در دوره دیابت پنهان قرار دارد. 2 ساعت بعد از صرف 75-70 گرم پودر گلوکز، میزان قند موجود در خون اندازه گیری می شود. اگر نتیجه آزمایش بین 140 تا 200 باشد، نشانگر دیابت پنهان است و اگر بیشتر از 200 باشد دیابت را نشان می دهد.

### انواع دیابت

نوع 1 (دیابت نوجوانان) در این گروه افراد تولید انسولین در بدن کاملاً قطع می شود. و قند موجود قادر نیست وارد سلولها شود و انرژی لازم را تولید نماید.

نوع (2)- در این گروه از افراد سلولهای بدن نسبت به انسولین مقاوم می شوند. در این حالت انسولین ترشح شده در جذب قندخون تأثیری ندارد و یا ترشح آن به مقدار کافی صورت نمی گیرد.

دیابت حاملگی - درصد کمی از بانوان در طی دوران بارداری موقتاً به این نوع دیابت مبتلا می شوند.

طبق استاندارد فدراسیون بین المللی دیابت (IDF) هر شخص دیابتی باید در سال 15 ساعت آموزش ببیند. در 24 آبان امسال (1397) گروه سیمرخ در سالن اجتماعات بانک ملی رشت

همایشی برگزار نمود که شایان توجه بود. امیدوارم هر ساله این همایش برگزار گردد تا از پیشرفت بیماری کاسته شود.

دکتر ساموئل رهبر، کاشف (HbA1c) دوره پزشکی عمومی را سال 1332 در دانشگاه تهران به اتمام رساند و دوره تخصصی ایمنی شناسی را در سال 1342 از همین دانشگاه دریافت نمود. او سپس آزمایشگاه پژوهشی هموگلوبین را در همین دانشگاه راه اندازی کرد. کشف پروفیسور رهبر یعنی مقدار هموگلوبین گلیکوزیله در افراد دیابتی، امروزه توسط پزشک و بیماران دیابتی استفاده می شود. با تعیین مقدار HbA1c در نمونه خون بیمار مشخص می شود آیا بر مقدار قندخون خود نظارت خوبی داشته یا خیر؟

## تفاوت بین دیابت نوع 1 و 2

1- افراد مبتلا به دیابت نوع 1 قادر به تولید انسولین نیستند این یک بیماری خودایمنی است و احتمالاً ژنتیک در آن نقش دارد. در دیابت نوع 2 انسولین تولید می شود ولی مقدار آن کافی نیست. چاقی، بی حرکتی و داشتن سابقه خانوادگی خطر ابتلا را افزایش می دهد.

2- بیماران نوع 1 باید حتماً انسولین دریافت نمایند ولی افراد مبتلا به نوع 2 درمان های متنوعی دارند. بیشتر با ورزش، کاهش وزن و مصرف داروهای خوراکی می توان کنترل نمود.

3- کاهش قندخون در نوع 1 بسیار شایع است که هیپوگلیسمی نامیده می شود و باعث ضعف، لرزش، تعریق، سرگیجه شود. بنابراین در تجویز انسولین میزان مصرف مواد غذایی باید با دقت

محاسبه گردد.

دیابت نوع 1 بیشتر در اطفال و نوجوانان شایع است. ولی نوع 2 بیشتر در افراد میانسال مشاهده می شود.

**پره دیابت چیست** - زمانی به وجود می آید که سطح گلوکز خون بالاتر از حد طبیعی باشد نه به اندازه ای که به عنوان دیابت تشخیص داده شود. گلوکز قند اصلی است که در خون یافت می شود و منبع اصلی انرژی بدن است. اگر دیابت درمان نشود بیش از نیمی از افراد پره دیابت بین 8 تا 10 سال مبتلا به دیابت نوع 2 خواهند گردید. پره دیابت قابل پیشگیری است. در افراد بالای 40 سال و کسانی که وزن آنها زیاد است متداول می باشد.

## علائم دیابت نوع 2

1- تشنگی غیرعادی 2- تکرر ادرار 3- تغییر وزن بدن (چاق یا لاغر شدن) 4- خستگی یا کمبود انرژی 5- تاری دید 6- عفونت های مکرر در محدوده زمانی معین 7- بریدگی یا زخم هایی که دیر خوب می شوند. 8- بی حسی در دست ها و پاها 9- مشکل نعوظ

دیابت حاملگی - در دوران بارداری پیش می آید و معمولاً 6 هفته بعد از وضع حمل از بین می رود.

## چه افرادی در معرض خطر دیابت حاملگی قرار می گیرند؟

سن بالای 35 سال یا بیشتر و همچنین افراد چاق که قبلاً فرزندی با وزن بیشتر از 4 کیلوگرم به دنیا آورده باشند و افرادی که والدین، برادر یا خواهر مبتلا به دیابت نوع 2 داشته باشند.

سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) یک نوع اختلال هورمونی که باعث می شود تخمدان ها آندروژن (هورمون مردانه) بیشتر از حد معمول تولید کنند که با تولید تخمک تداخل پیدا می کند و در نتیجه در تخمدان به جای تخمک یک کیست تولید می شود. زنانی که سندرم تخمدان پلی کیستیک دارند، در مقابل انسولین تمایل به مقاومت دارند.

### اپیدمیولوژی دیابت

در کل، تعداد افراد مبتلا به دیابت در سه دهه گذشته 4 برابر شده است. دیابت در بین شایع ترین علل مرگ در رتبه نهم قرار دارد. در حال حاضر در سراسر جهان 90% افراد مبتلا به دیابت از نوع 2 هستند. قاره آسیا به عنوان یک منطقه عمده از اپیدمی جهانی T<sub>2</sub>DM به سرعت در حال ظهور است و چین و هند دو مرکز عمده آن هستند. گرچه خواص ژنتیکی تا حدودی حساسیت فردی ابتلا به T<sub>2</sub>DM را تعیین می کند اما رژیم ناسالم، روش زندگی، بی تحرکی رانندگان مهمترین علل اپیدمی جهانی هستند. بسیاری موارد T<sub>2</sub>DM را می توان با تغییرات شیوه زندگی از جمله حفظ وزن بدن، رژیم غذایی سالم، فعالیت جسمی، عدم مصرف سیگار و الکل تصحیح کرد. اکثر بیماران مبتلا به T<sub>2</sub>DM دارای حداقل یک عارضه هستند. عوارض قلبی عروقی علت اصلی مرگ و میر در این بیماران است.

هدف سازمان جهانی بهداشت (WHO) در برنامه دیابت نوع 2 جلوگیری و به حداقل رساندن عوارض و به حداکثر رساندن کیفیت زندگی برای همه افراد مبتلا به دیابت است.

هدف اصلی آنها تنظیم هنجارها و استانداردها و ترویج نظارت، افزایش آگاهی، تقویت پیشگیری و کنترل آن است.

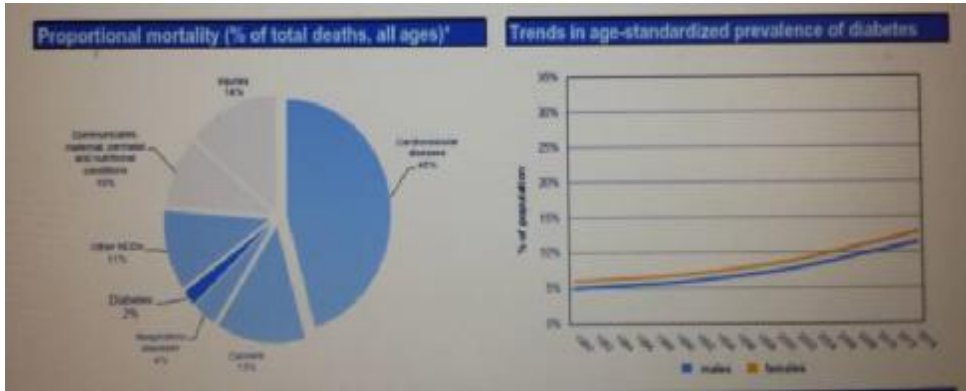
تعداد افراد مبتلا به دیابت در جهان از 108 میلیون نفر در سال 1980 به 422 میلیون نفر در سال 2014 افزایش یافته است.

شیوع جهانی دیابت در بین بزرگسالان بالای 18 سال از 4/7% در سال 1980 به 8/5% در سال 2014 افزایش یافته است. شیوع دیابت در کشورهای متوسط و کم درآمد به سرعت در حال افزایش است.

دیابت عامل اصلی نابینایی، نارسایی کلیه، حملات قلبی، سکته مغزی و قطع عضو است. در سال 2016، 1/6 میلیون مرگ و میر به طور مستقیم ناشی از دیابت بوده و سازمان جهانی بهداشت در سال 2016 دیابت را هفتمین علت مرگ در جهان تخمین زده است. آمار شیوع دیابت در سال 2016 (WHO):

### جدول آمار مرگ و میر در ایران (2016)

سن	مردان	زنان
30-69 سال	1270	1520
بالای 70 سال	2570	3220



طبقه بندی داروهای ضد دیابت (ماه سپتامبر 2018)

عوارض جانبی	زمان مصرف	مکانیسم عمل	نام ژنریک (نام تجاری)	طبقه بندی
هیپوگلیسمی (کاهش قندخون)	30 دقیقه یا بیشتر قبل از غذا نباید بعد از غذا مصرف شود	تحریک پانکراس در تولید انسولین بیشتر	Gliclazide Gliclazide MR Glimepirid Glyburide	سولفونیل اوره ها Sulfonylureas
هیپوگلیسمی	15 دقیقه یا بیشتر قبل از غذا نباید بعد از غذا تجویز شود	تحریک پانکراس در تولید انسولین بیشتر	رپاگلیناید Repaglinide	مگلیتینیدها Meglitinides
اسهال - طعم فلزی - تهوع	هنگام مصرف غذا بعد از شام	کاهش تولید گلوکز توسط کبد	1-مت فورمین 2-مت فورمین آهسته رهش	بی گوانیدها Biguanides
ادم به علت احتباس آب، افزایش وزن، افزایش خطر سرطان مثانه افزایش خطر حمله قلبی و غیر کشنده	در یک زمان از روز همراه یا بدون غذا	افزایش حساسیت سلولهای بدن به انسولین و کاهش تولید گلوکز به وسیله کبد	پیوگلیتازون روزیگلیتازون	تiazolidinedio nes (TZD) Thiazolidinedio nes
نفخ شکم، ادم	با اولین وعده غذا	جذب کربوهیدرات ها را کاهش می دهد	آکاربوس	مهارکننده های آلفاگلوکوسیداز Alpha- glucosidases inhibitor

عوارض جانبی	زمان مصرف	مکانیسم اثر	نام ژنریک	دسته
فارنژیت سردرد	همراه یا بدون غذا یک وعده در روز	تشدید اثر هورمون های روده ای در کنترل قندخون	Linagliptine Saxagliptine Sitagliptine Algogliptine	مهارکننده های دی پپتیدیل - پپتیداز 4 Dipeptidyl- Peptidase-4 (Dpp-4) inhibitors
تهوع، اسهال استفراغ	تزریق 0-60 دقیقه قبل از صبحانه و شام		Exenatide	آگونیست شبیه گلوکاگون (GLP-1)
	تزریق یک بار در هفته همراه یا بدون غذا	هورمون های روده (اینکرتین) ترشح شده و سبب کنترل قندخون می شود.	Exenatide Extended- release (Bydureon)	
	تزریق یک بار در روز همراه یا بدون غذا		Liraglutide (vitoza)	
	تزریق یک بار در هفته همراه یا بدون غذا		Dulaglutide (Trulicity)	
	تزریق یک بار در روز هر زمان همراه یا بدون غذا		Lixisenatide (Adlyxine)	
	تزریق یک بار در هفته در همان ساعت همراه با غذا یا بدون غذا		Semaglutide (Ozempic)	
عفونت ادراری و تناسلی بیشتر تکرار ادرار	قبل از اولین وعده غذا در روز	کمک به حذف گلوکز در ادرار	Canagliflozine Dapagliflozine Empagliflozine Ertugliflozine	Sodium glucose Cotransporter 2 inhibitor (SGLT <sub>2</sub> ) مهارکننده اختصاصی سدیم گلوکز کوترانسپورتر 2-

Reference :

منبع : اینترنت

1-World Health

Organization - Diabetes country profiles. 2016

2-Diabetes Quebec ([www.diabete . qc.ca/en/tableau-medication](http://www.diabete.qc.ca/en/tableau-medication))

3-pub Med

4-Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus  
and its complications



## چه تعدادی از بیماران از روش درمان ژنوم محور سرطان بهره می برند؟

**ترجمه: دکتر مرجان شالچی**

843 بیماری که به عنوان قسمتی از این مطالعه صاحب پروفایل ژنومیک شدند، تقریباً نیمی از آنها تغییرات مولکولی قابل پیگیری داشتند. از این گروه کمتر از نصف (199 بیمار) با درمان هدف گذاری شده ی تطبیق یافته با تغییرات مولکولی شان درمان شدند.

در سی و سه درصد از بیماران تحت درمان هدف گذاری شده، PFS (طول مدت زمانی که بیماران در طول درمان و بعد از آن بدون اینکه بیماری بدتر شود زندگی می کنند) حداقل 30 درصد بهتر از درمان هدف گذاری نشده بود. 11 درصد از بیماران که تحت درمان هدف گذاری شده بودند پاسخی قابل مشاهده به درمان داشتند

**تاریخچه بالینی این نوع درمان**

به کارگیری درمان بر پایه ژن برای سرطان می تواند رشته سرطان شناسی را متحول کند و به طور قابل توجهی نتایج درمان بیماران را بهبود بخشد. هرچند شواهد روشن نشان می دهد که این پتانسیل بالقوه هنوز کاملاً به واقعیت درنیامده است. «مسارد» و همکاران گزارش دادند که در یک مطالعه آینده نگر بر روی 1035 بیمار بالغ سرطانی استفاده از آزمایش با ظرفیت بالای ژنومیک، چگونه مراقبت و نتایج درمان آنها را تغییر می دهد. نتایج این مطالعه در ژوئن 2017 با موضوع «کشف مهم درباره سرطان» چاپ شد. از

و میانگین کلی طول مدت زنده ماندن برای این بیماران 11/9 ماه بود. مطالعه دیگری به وسیله «مارکوارت» و همکاران روشهای گسترده تری جهت کاربرد درمان برگرفته از ژنوم برای سرطان را در ایالات متحده به مرحله ارزیابی گذاشت.

### خلاصه مطالعه و چشم انداز

بر طبق مطالعه مقطعی گذشته نگر نویسندگان این مقاله، استفاده از درمانهای سرطان برگرفته از ژنوم که اختلالات در سلولهای تومور را هدف می گیرند به درصد کوچکی از بیماران با سرطان متاستاتیک پیشرفته محدود می شود و این تعداد کم، ارزش تحقیقات بیشتر برای درمان هدف گذاری شده را مورد تردید قرار می دهد. «وینی پراساد» پزشک و محقق دانشگاه سلامت و علم در پورتلند ایالت آرگان به اخبار پزشکی «Medscape» گفت: اشتیاق برای این درمانها بسیار بسیار بالاست و قسمت اعظم این اشتیاق از این واقعیت برمی آید که چنین درمانهایی این حس را برمی انگیزانند که حتماً جواب خواهند داد و بعضی از آنها واقعاً جواب می دهند اگرچه بقیه کارایی چندانی ندارند.

«دکتر پراساد» ادامه می دهد «هدف این مقاله مطرح کردن این پرسش است که چطور تعداد زیادی از افراد واقعاً می توانند از این درمانها بهره ببرند؟ حدود 9 نفر از 100 نفر بیمار مبتلا به سرطان می توانند یکی از این داروها را استفاده

کنند و ممکن است 5 نفر از این 100 نفر واقعاً از این درمان با کوچک تر شدن تومور بهره ببرند که درواقع یک تعریف سخاوتمندانه از بهره بردن است.»

مطالعه «مارکوارت» و همکاران در هفدهم آوریل در *JAMA Oncology* به صورت آنلاین چاپ شد. محققان 31 دارو را که توسط FDA (سازمان غذا و داروی آمریکا) برای 38 مورد کاربرد داشتند در بین سالهای 2006 تا 2018 مورد ارزیابی قرار دادند. اطلاعات مزبور شامل *imatinib*، *trastuzumab*، *erlotinib*، *gefitinib* و *cetuximab* هم بودند که قبل از 2006 تأییدیه FDA را گرفته بودند.

### داروها «ژنوم - هدف» یا «ژنوم - آگاه» بودند.

داروهای «ژنوم - هدف» داروهایی هستند که بر پایه یافته هایی از آزمون های برگرفته از ژنوم افراد، دارو جایی را هدف گیری می کند که بر پایه تغییراتی که این آزمون ارائه می کند مشخص می شود.

داروهای «ژنوم - آگاه» شامل همه داروهای ژنوم هدف هستند و همچنین هر دارویی که بعد از اینکه بیمار تست ژنومیک را انجام می دهد به او داده می شود. بدون در نظر گرفتن اینکه آیا دارو ناهنجاری های مشخص شده در تست را هدف بگیرد یا خیر.



تقریباً سه چهارم (73/7%) داروهایی که به وسیله تیم تحقیق ارزیابی شدند «ژنوم-هدف» بودند و 10 داروی باقیمانده در گروه «ژنوم-آگه» طبقه بندی شدند.

بیمارانی واجد شرایط برای دریافت چنین داروهایی تشخیص داده می شوند که هم نوع خاصی از تومور و هم ناهنجاریهای ژنتیکی که برای آن، دارو می تواند تجویز شود را داشته باشند.

محققان آمار مرگ و میر سالیانه سرطان ارائه شده توسط انجمن سرطان آمریکا را برای معلوم کردن تعداد بیمارانی که سالیانه می میرند و می توانستند از درمانهای ژنوم-محور یا ژنوم-آگه بهره ببرند جمع آوری و مورد بررسی قرار دادند.

در این مطالعه محققان تخمین زدند که تعداد بیماران واجد شرایط برای درمان ژنوم-هدف در سال 2006، 28279 نفر از بین 546830 بیمار مبتلا به سرطان متاستاتیک بود یعنی حدود 5/09 درصد.

در سال 2018 تعداد اینگونه بیماران به 50811 نفر از 609640 کل بیمارانی سرطانی متاستاتیک افزایش پیدا کرد یعنی 8/33 درصد.

با وجود این، در 2006 تنها 0/7 درصد از بیماران سرطانی ایالات متحده به درمان ژنوم-هدف واکنش نشان داده و از مزایایش بهره مند شدند. در سال 2018 این تعداد به 4/9 درصد افزایش پیدا کرد.

درمورد استفاده از گروه درمانی ژنوم-آگه محققان دریافتند که اندک اندک تعداد بیشتری از بیماران از این درمان بهره بردند. 1/3 درصد در 2006 و 6/6 درصد در 2018.

محققان همچنین مجموعه داده های خود را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند با این فرض که در دنیای واقعی میزان پاسخ به این گونه درمانها 10 تا 20 درصد پایین تر از میزان گزارش شده در آزمونهای کلینیکی است.

بر پایه این فرضیه ها، آنها تخمین زدند که تقریباً 4 درصد از بیماران در عمل از درمانهای ژنوم-هدف در سال 2018 بهره می برند و بین 5 تا 6 درصد بیماران از درمانهای ژنوم-آگه در همین سال بهره می برند.

دکتر پراساد هشدار داد «در حال حاضر ما به شدت در حال تحقیق درمورد ایمونوتراپی و درمان ژنومیک هستیم اما در دسته های دارویی دیگر مانند داروهای سایتوتوکسیک تحقیقاتمان را متوقف کرده ایم. اما اینکار عاقلانه نیست، به دیدگاهی نیاز داریم که فراتر از مدهای زودگذری باشد که در علم سرطان شناسی با آن زندگی می کنیم.»

دکتر پراساد نتیجه گیری کرد «بنابراین من از تخصیص منابع مالی وسیعتر حمایت می کنم به این دلیل که وقتی چیزی (داروهای سایتوتوکسیک) از توجه دور افتاده باشد باید تلاش بیشتری کرد تا پیشرفت ایجاد شود.»

## اشتیاق غیر قابل مهار

این بیماران تا 5000 دلار هم برای تعیین توالی DNA تومورهایشان می پردازند زیرا معتقدند که اینکار تومورهایشان را قابل درمان تر می کند که کاملاً اشتباه است.

او هشدار داد، اینکار ممکن است در یک موقعیت تحقیقاتی مناسب به نظر برسد اما آزمایش های فعلی که این مسأله را مورد بررسی قرار داده اند، مزیت بسیار بسیار حداقلی برای آن نشان داده اند به این دلیل که تعیین توالی بندرت چیزی را تغییر می دهد.

اظهار نظر دیگر روی این مطالعه مربوط می شود به «اچ جک وست» پزشک و مدیر برنامه انکولوژی قفسه سینه در انستیتو سرطان سوئد در سیاتل واشنگتن که به اخبار پزشکی Medscape گفت باور دارد دکتر پراساد و همکارانش با به چالش کشیدن جامعه پزشکی کار درستی انجام می دهند تا شواهدی را که از انکولوژی برگرفته از ژنوم حمایت می کنند را بیازمایند و از خود بپرسند که آیا در این مورد پیرو احساسات نشده اند.

دکتر وست توضیح می دهد که منظور او این نیست که هیچ کس منفعتی از این روش نمی برد بلکه او می گوید با این همه مطالبی که در مورد پزشکی مبتنی بر فرد شنیده می شود بیشتر بیماران سرطانی فکر می کنند که موتاسیون ژنتیکی قابل شناسایی دارند که درمان خاصی هم برای آن وجود دارد.

بخش خیر Medscape از دکتر یان تونک استاد دانشگاه تورنتو در اونتاریو کانادا و شاغل در مرکز سرطان پرنسس مارگارت در مورد این مطالعه پرسید که آیا او با نظر دکتر پراساد موافق است که اشتیاق غیر قابل مهار برای سرطان شناسی برگرفته از ژنوم تا حدی نادرست است؟ دکتر تانوک توضیح داد، مشکل این است که موفقیت‌هایی وجود دارد اما بیشتر این موفقیتها نسبتاً ساده هستند.

برای مثال، داروهایی مثل trastuzumab که HER2 در تومورهای پستان را مورد هدف قرار می دهند یا remurafenib و dabrafenib که موتاسیونهای BRAF در ملانوما را هدف می گیرند در درمان این بدخیمی ها به عنوان پیشرفتی قابل توجه ارائه داده می شوند.

دکتر تانوک گفت: «با این اوصاف دکتر پراساد و همکارانش هر دوی این درمانها را در آنالیزشان بررسی کردند و نشان دادند که اینگونه داروها درصد کمی از کل سودمندی داروهای ضدسرطان را نشان می دهند.»

مشکل بزرگتر از دیدگاه دکتر تانوک این است که چندین کمپانی در حال حاضر در حال بازاریابی برای نسل بعد تعیین توالی DNA هستند تا بیماران سرطانی را متقاعد کنند که تومورهایشان باید تعیین توالی شود.

باورنکردنی موتاسیون قابل درمان دارند اغراق کنیم. به این دلیل که پیشرفتی که در این عرصه حاصل کرده ایم در حال تداوم، روشمند و آهسته بوده است. او اضافه کرد با اینکه در حال حاضر درمورد ایمونوتراپی و درمانهای هدفمند بسیار سخن گفته می شود باید متوجه باشیم که الگوهای شیمی درمانی که به اندازه درمانهای جدید فریبده هم به نظر نمی رسند در بهبود نتایج بیماران با هیاهوی بسیار کمتر نقش اساسی ایفا می کنند.

Ref: [www.medscape.org](http://www.medscape.org)

همانطور که دکتر پراساد و همکارانش نشان دادند واقعیت این است درصد بیماری که برای درمانهای ژنومیک واجد شرایط هستند درحقیقت یک عدد یک رقمی یا دو رقمی کوچک بیشتر نیست و سزاوار چنین انتظارات بیش از حدی نیست.

دکتر وست مجدداً تأیید کرد اینطور نیست که این درمانهای هدفمند کاربرد ندارند. اطلاعات این مطالعه اشاره دارد به اینکه برای حداقلی از بیماران می تواند بسیار خوب کار کند اما ما نباید با مطرح کردن اینکه اکثریتی از بیماران به طور

# سروتونین

## و شگفتی های آثار فیزیولوژیک آن

### (بخش اول)

دکتر غلامحسین مهدی زاده مذهبی

است و این از شگفتی های نظام بدن است که یک آنزیم مشترک حذف چند لیگاند طبیعی مهم بدن را به عهده دارد.

توزیع سروتونین در بخش های مختلف بدن و نقش فیزیولوژیک آن بسیار متنوع و گسترده است. در پستانداران، به ویژه انسان، بیش از 90 درصد سروتونین در سلول های آنتر و کرومافین دستگاه گوارش یافت می شود، که هنوز کارکرد دقیق آن در بدن مشخص نیست. این سلول ها سروتونین را در درون خود می سازند و آن را به شکل مجتمع با ATP (آدنوزین تری فسفات) و موادی دیگر در گرانول های خود ذخیره می نمایند و می توانند در پاسخ به محرک های مکانیکی و نورونی آن را آزاد کنند. این فرآیند، به طور قطع، در پاتوفیزیولوژی تعداد زیادی از

سروتونین یکی از مواد شگفت آور طبیعت است که پراکندگی آن مانند هیستامین بسیار گسترده است و در بسیاری از بافت های گیاهی، جانوری، زهر حیوانات و نیش جانوران گزنده یافت می شود. این ماده در سیستم های بیولوژیک طبیعت، از جمله انسان، با دو واکنش هیدروکسیله شدن و سپس دکربوکسیله شدن در کربن شماره 5 حلقه ایندول اسید آمینه ی ال-تریپتوفان ساخته می شود و در دسترس قرار می گیرد. سروتونین، پس از ساخته شدن، یا ذخیره می شود یا از بین می رود. راه حذف آن واکنش اکسیداسیون است، که آنزیم مونو آمین اکسیداز این کار را انجام می دهد، آنزیمی که حذف کاتکول آمین های دیگر، از جمله دوپامین و نوراپی نفرین و اپی نفرین، نیز به عهده ی آن

اختلالات گوارشی می تواند نقش داشته باشد، که یافتن راه های تشخیص آن و بکارگیری آنها فرآیندی درازمدت خواهد بود. مقداری از سروتونین آزاد شده از سلول های کرومافین روده ای به رگ های خونی راه یافته و توسط پلاکت ها برداشت و ذخیره می شود. تعدادی از داروها و مواد خوردنی وجود دارند که می توانند سروتونین ذخیره شده در پلاکت ها را، با همان روشی که رزروین و داروهای مشابه (داروهای آدرنژیک با اثر غیرمستقیم) نوراپی نفرین را از پایانه های اعصاب آدرنژیک تخلیه می کنند، آزاد ساخته و باعث افزایش نامتعارف تراز غلظت سروتونین بدن و اختلالات مختص آن شوند.

سروتونین در دستگاه مرکزی اعصاب (مغز و نخاع) نیز یکی از نوروترانسمیترهای بسیار مهم است، و توسط هسته های برخاسته از سجاج میانی ساقه مغز (median raphe)، که به نواحی متعدد مغز و نخاع، به ویژه شاخ خلفی نخاع و هیپوتالاموس کشیده می شوند، ساخته و ترشح می گردد. سروتونین به عنوان مهارکننده راه های درد در نخاع عمل می کند و اثر آن در نواحی بالاتر دستگاه اعصاب کنترل خلق و خو و حتی ایجاد خواب است. آثار سروتونین از طریق انواع مختلفی از گیرنده های غشایی به نام 5-هیدروکسی تریپتامین (HT-5) اعمال می شوند. تاکنون 7 گروه فرعی عمده از گیرنده های HT-5 شناسایی شده اند، که شش مورد با پروتئین G جفت می شوند و یکی کانال یونی با دریچه لیگاندی است. عملکرد

فیزیولوژیک تعدادی از این گیرنده ها هنوز مشخص نشده اند.

در مجموع، سروتونین در رفلکس های نخاعی، موج خواب و بیداری، جریان پیام های آوران حسی، عادت پذیری، اشتها، تنظیم دمای بدن، و کنترل ارتباط های اعصاب - غدد (نورواندوکرین) نقش مهمی دارد و این اعمال را از طریق گیرنده های متنوع خود انجام می دهد.

سروتونین در دستگاه اعصاب محرک نیرومند پایانه های اعصاب حسی مربوط به درد و خارش است و برخی علامات ناشی از گزش حشرات و تحریک گیاهان از آن به وجود می آید. فعال کننده ی نیرومند پایانه های اعصاب حساس به مواد شیمیایی نیز هست که در بستر عروق کورونر قرار گرفته اند. تحریک گیرنده های HT3-5 در انتهای آوران عصب واگ با رفلکس گیرنده های شیمیایی همراه است، که در نهایت به اُفت فشارخون و کم شدن ضربان قلب منجر می شود. کم شدن ضربان قلب ناشی از تأثیر عصب واگ و اُفت فشارخون در نتیجه ی کاهش برون ده قلبی است. گیرنده های HT3-5 در لوله گوارش و مرکز استفراغ در بصل النخاع زمینه ساز رفلکس استفراغ هستند، که به ویژه در استفراغ ناشی از محرک های شیمیایی، از جمله داروهای شیمی درمانی سرطان، اهمیت زیادی دارند. سروتونین در نقاط مختلفی از مغز وجود دارد، و به عنوان یک ناقل عصبی با بیماریهای اعصاب و روان و داروهای مورد استفاده در درمان آنها، از جمله

بازدارنده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs)، ارتباط زیادی دارد.

سروتونین پیش ساز ملاتونین (ان-استیل - 5 متوکسی تریپتامین) است که در دستگاه مرکزی اعصاب یک نوروهورمون بسیار مهم است و بیشتر در شب تولید می شود. در بخش های مختلف دستگاه مرکزی اعصاب و بافت های محیطی گیرنده اختصاصی دارد، که انواع آن متفاوت است، فعال کردن این گیرنده ها با مقادیر مؤثر ملاتونین، ساعت بیولوژیک شبانه روزی را تغییر می دهد و رفتار خواب و بیداری را روی حالت بیداری تنظیم می کند و چرخه های دمایی را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. ملاتونین می تواند الگوهای خواب را در در جوانسالان و سالخوردگان مبتلا به اختلالات شدید خواب اصلاح نماید، اگرچه به طور

مستقیم داروی خواب آور نیست. این فرآورده در بسیاری از کشورها در فروشگاه های مواد غذایی بهداشتی عرضه می شود و شامل ضوابط مربوط به عرضه ی دارو نیست. اطلاعات بیشتر و کامل تر در مورد ملاتونین اعلام خواهند شد و نقش آن در بخش های مختلف بدن روشن می شود.

سروتونین با رفتارهای مختلفی چون خواب، بیداری، هیجان، رفتارهای جنسی و اشتها ارتباط دارد. بدین جهت، از تأثیر سروتونین در اشتها استفاده کردند و داروهایی را به منظور افزایش اشتها (سیپروهپتادین) و کاهش اشتها (فن فلورامین) عرضه کردند. کاربرد داروهای ضد اشتها هنوز با موانع زیادی روبه رو هستند، که FDA مجوزهای قاطعی برای آنها صادر نکرده است.



## آنتی بیوتیکها را خودسرانه مصرف نکنیم ...

تهیه و ارسال گزارش: دکتر حمید قهرمانی -  
کارشناس مسئول امور دارویی معاونت بهداشتی استان گیلان



آنتی بیوتیکها دسته‌ای از داروها هستند که در بیماری‌های عفونی ایجاد شده توسط باکتری‌ها به کار می‌روند. آنتی بیوتیکها از نظر مکانیسم اثر بر باکتری‌ها، روش و میزان استفاده، عوارض جانبی و از این نظر که توانایی مقابله با چند نوع باکتری را دارند، با هم متفاوت هستند. برخی از آنها کشنده‌ی باکتری‌ها و برخی مانع رشد و تکثیر باکتری‌ها از طرق مختلف هستند. برخی خوراکی، برخی تزریقی و بعضی موضعی



هفته جهانی آگاهی رسانی در خصوص  
مصرف صحیح و منطقی آنتی بیوتیکها  
(12-18 نوامبر 2018)  
مصرف بی رویه و بدون تجویز آنتی  
بیوتیکها، سبب ایجاد مقاومت میکروبی  
در برابر مصرف آن می شود.

مصرف می‌شوند. برخی بر تنها چند نوع باکتری معمولی اثر دارند و برخی بر طیف وسیعی از باکتری‌ها و بر باکتری‌های قوی‌تری مؤثرند.

بنابراین آنتی‌بیوتیک‌ها در درمان بیماری‌های ویروسی، مانند اغلب سرماخوردگی‌ها و انفلوآنزها اثر ندارند! بیش از 90 درصد سرماخوردگی‌ها شامل سردردها، تب، سرفه، عطسه و حتی برخی موارد ذات‌الریه، ویروسی هستند.

همه‌ی آنتی‌بیوتیک‌ها عوارض جانبی دارند. بنابراین وقتی مصرف آنتی‌بیوتیک لازم نیست، نباید فرد را در معرض خطر عوارض جانبی آن قرار داد. از عوارض شایع آنتی‌بیوتیک‌ها می‌توان به احساس ناراحتی در معده، اسهال، تهوع و استفراغ، بشورات پوستی و واکنش‌های حساسیتی اشاره کرد. عوارض دیگر شامل کاهش حس چشایی، سرگیجه، درد شکمی، بی‌اشتهایی، تب، سردرد، بی‌قراری، تغییر رنگ دندان در کودکان، حساسیت به نور، ایجاد عفونت‌های قارچی (مانند کاندیدیاز واژینال) و ... است.

از عوارض جدی‌تر آنتی‌بیوتیک‌ها به این موارد می‌توان اشاره نمود: صدمه به کلیه‌ها، آسیب کبدی، تشنج، اختلال اعصاب محیطی و ...

وقتی آنتی‌بیوتیک با دستور پزشک، به جا، درست و به میزان کافی مصرف شود، کاملاً ایمن بوده و یا تنها سبب بروز عوارض جانبی خفیف و ناچیزی می‌شود. اما به هر حال ممکن است عوارضی رخ دهد که بیمار نتواند دارو را تحمل

کرده و دوره‌ی درمانی را کامل کند. در این صورت پزشک دارو را تغییر خواهد داد. بیمار با احساس هر نوع علامت جدید و مشکلی، باید مسئله را به پزشک خود اطلاع دهد.

در صورتی که فرد بدون تجویز پزشک به مصرف آنتی‌بیوتیک اقدام می‌کند، نه تنها خود را بدون دلیل در معرض خطر عوارض جانبی دارو قرار می‌دهد بلکه دچار مقاومت آنتی‌بیوتیکی نیز می‌شود.

از نتایج ایجاد مقاومت آنتی‌بیوتیکی می‌توان به این موارد اشاره نمود:

- عدم پاسخ بیماری به درمان‌های رایج
- افزایش شیوع بیماری‌های عفونی
- افزایش میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی
- طولانی شدن دوره‌ی بیماری‌های عفونی
- افزایش عوارض بیماری‌ها
- افزایش هزینه‌ها
- افزایش زمان بازگشت فرد به فعالیت عادی در زندگی

ایجاد مقاومت آنتی‌بیوتیکی باعث شیوع برخی عفونت‌ها در جامعه می‌شود و از طرفی سبب می‌شود که وقتی فرد در آینده به یک بیماری عفونی باکتریایی مبتلا شود، دیگر آن آنتی‌بیوتیک‌ها نتوانند او را درمان کنند و نیاز به تجویز آنتی‌بیوتیک‌های قوی‌تری باشد که البته بعد از مدتی به این آنتی‌بیوتیک‌ها نیز مقاومت ایجاد خواهد شد. یعنی در یک عفونت معمولی،



فرد نیاز به بستری شدن در بیمارستان پیدا کرده و علاوه بر متحمل شدن درد و رنج بیشتر، هزینه‌ی بیشتری نیز صرف می‌شود. مقاومت آنتی بیوتیکی یکی از علل افزایش آمار مرگ و میر در بیماری‌های عفونت‌های جدی است! پس برای جلوگیری از ایجاد مقاومت آنتی بیوتیکی از مصرف خودسرانه‌ی آنتی بیوتیک‌ها پرهیزید.

خود درمانی یکی از عوامل مهم در ایجاد و ظهور باکتری‌های مقاوم است. چرا که نه تنها درمان درست انجام نمی‌گیرد، بلکه امکان ظهور باکتری‌های مقاوم هم در میانه مسیر درمان به وجود می‌آید. هرگز آنتی بیوتیک را بدون تجویز پزشک مصرف نکنید زیرا ممکن است نیاز به مصرف آنتی بیوتیک نداشته باشید و یا آنتی بیوتیکی که دارید برای بیماری جدید شما مناسب نباشد و یا آنتی بیوتیک کافی را برای از بین بردن باکتری‌ها مصرف نکرده باشید و این مسئله باعث مقاومت باکتری‌ها به آنتی بیوتیک گردد.

مصرف آنتی بیوتیک در جهان از سال 2000 تا 2010 به میزان 36 درصد افزایش داشته و این عدد در کشورمان در طول این 10 سال 3/3 درصد بوده است به طوری که در سال 2000 میزان مصرف آنتی بیوتیک در کشور 39/1 درصد بوده که در سال 2010 به 51/8 درصد رسیده است.

آنتی بیوتیک‌ها از شایعترین داروهای مورد استفاده نابجا هستند. نتیجه کاربرد وسیع آنتی بیوتیک‌ها، به وجود آمدن عوامل بیماری‌زای مقاوم بوده که خود نیاز به تولید همیشگی انواع جدیدتر آنتی بیوتیک‌ها

را ایجاد کرده است. متأسفانه سرعت توسعه داروهای جدیدتر کاهش قابل توجهی یافته است؛ بنابراین لازم است در آینده از تجویز غیر ضروری این داروها توسط پزشکان پرهیز شود.

این تجویزها به طور گسترده و معمولاً بنا به درخواست شدید بیماران و کمبود وقت پزشکان در اقدامات تشخیصی انجام می‌شود و لازم است به سمت تجویز محتاطانه و دقیق آنتی بیوتیک‌ها پیش برود. مطابق آمارهای وزارت بهداشت ایران، مصرف آنتی بیوتیک در کشور روند بالایی یافته است.

مقاومت به آنتی بیوتیک، یعنی میکروب‌های بیماری‌زایی که برای مبارزه با آنها آنتی بیوتیک تجویز می‌شود، با جهش ژنی نسبت به این داروها مقاومت پیدا کنند و نسل‌های جدیدی به وجود بیایند که نتوان با آنها مبارزه کرد. از مهم‌ترین عوامل این پدیده، مصرف خودسرانه و یا بیش از حد آنتی بیوتیک‌ها است. این پدیده کل جامعه انسانی را به خطر می‌اندازد به طوری که خطر آن را به تروریسم تشبیه کرده‌اند.

مصرف خودسرانه دارو علاوه بر اینکه عوارض جبران‌ناپذیری را متوجه فرد می‌کند، در برابر بسیاری از داروها، فرد را مقاوم خواهد کرد. این در حالی است که مقاومت به داروهای ضد میکروبی عوارض بیشتری دارد. میکروب‌ها بسیار هوشمند هستند و برای ادامه حیاتشان تغییراتی در ساختار خود ایجاد می‌کنند و نسبت به داروهای آنتی بیوتیکی مقاوم می‌شوند و زمانی

که فرد به یک بیماری عفونی مبتلا شود، دیگر نسبت به درمان آنتی‌بیوتیکی پاسخ نمی‌دهد.

هرگز مصرف آنتی‌بیوتیک را پس از مدت کوتاهی از آغاز درمان و یا زمانی که احساس می‌کنید بهتر شده اید قطع نکنید. کامل کردن دوره درمان برای از بین بردن تمام باکتری‌های بیماری‌زا ضروری است. کاهش دوره درمان اغلب فقط باکتری‌های آسب‌پذیر را از بین می‌برد. آنتی‌بیوتیک در انواع مختلف، اشکال مختلف (قرص، کپسول، سوسپانسیون خوراکی، تزریقی، ...) و در مقادیر مختلف وجود دارد و بسته به باکتری مسبب بیماری، شدت بیماری و شرایط بیمار، آنتی‌بیوتیک مناسب با مقدار مناسب و دوره زمانی مناسب توسط پزشک تجویز می‌گردد. به خاطر داشته باشیم استفاده استفاده بیش از حد یا نادرست از آنتی‌بیوتیک‌ها یعنی مشارکت در گسترش مقاومت میکروبی.

در هر سرماخوردگی و آنفلوآنزایی آنتی‌بیوتیک مصرف نکنید! اغلب این بیماری‌ها ویروسی هستند و آنتی‌بیوتیک به درمان آنها کمکی نمی‌کند.

وقتی پزشک می‌گوید که بیماری شما یا فرزندتان ویروسی است، تقاضای تجویز آنتی‌بیوتیک نکنید!

اگر پزشک برای شما آنتی‌بیوتیک تجویز کرده است، آن را مطابق دستور پزشک به میزان توصیه شده و به موقع مصرف کنید. هرگز به بهانه‌ی بهبود علائم بیماری خود و بهتر شدن

حالتان، مصرف آنتی‌بیوتیک را قطع نکنید. مصرف آنتی‌بیوتیک باید تا زمانی که پزشک توصیه نموده است ادامه یابد! برای مثال وقتی پزشک برای یک عفونت گوش برای مدت دو هفته کپسول آموکسی‌سیلین تجویز نموده و شما در روز پنجم مصرف آن گوش دردتان خوب شده، هرگز نباید مصرف آموکسی‌سیلین را قطع کنید و باید آن را تا انتهای روز چهاردهم به شکل منظم مصرف کنید.

هرگز آنتی‌بیوتیک‌هایی را که در خانه باقی مانده برای مصرف به کس دیگری ندهید یا هرگز از آنتی‌بیوتیک‌های اضافی فرد دیگری استفاده نکنید! ممکن است آنتی‌بیوتیکی که برای بیماری یک فرد تجویز شده، برای فرد دیگری مناسب نباشد.

12-18 NOVEMBER  
WORLD ANTIBIOTIC  
AWARENESS WEEK

**Antibiotics**

**HANDLE WITH CARE**

Learn how to handle antibiotics  
with care and help us stop the  
spread of antibiotic resistance

**فعالیت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی**

**گیلان ثبت جهانی شد**

به گزارش پایگاه اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان (وب‌دا): در راستای مصرف و تجویز منطقی آنتی‌بیوتیک و همچنین پیشگیری از مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک‌ها، کمپینی با حضور سازمان‌های ذی‌ربط شامل سازمان جهانی سلامت و سازمان جهانی خواربار، با

UNIVERSITY OF MEDICAL  
SCIENCES, RASHT, IRAN  
ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN

در کنار دو فعالیت از استان های تهران و همدان، به ثبت رسید. همچنین، از آن جایی که مقاومت دارویی یکی از مهمترین معضلات بهداشتی و درمانی کشور است، تجویز و مصرف منطقی داروها به ویژه آنتی بیوتیک ها از راهبردهای دانشگاه علوم پزشکی گیلان است.

حضور 90 کشور از سراسر جهان برگزار شد و طی آن 465 فعالیت موثر، به ثبت رسید. در این زمینه، فعالیت بهداشتی و دارویی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، یکی از 3 طرح منتخب از کشور ایران از سوی سازمان جهانی بهداشت شناخته شد.

گفتنی است: فعالیت موثر دانشگاه علوم پزشکی گیلان به نام

Training: Prescription and rational use of drugs training for physicians and midwives and با آدرس GUILAN





## گیاه فیسالیس Physalis

گردآوری: دکتر سیدعبداله زین العابدینی

**شکل ظاهری:** برگ های فیسالیس به صورت متناوب قلبی شکل تا بیضوی و کرک دار است. گل : گل ها در زاویه بین برگ ها و شاخه اصلی رشد می کند و به رنگ های سفید، آبی، زرد و ارغوانی دیده می شود. از 5 کاسبرگ پیوسته، 5 گلبرگ به رنگ زرد کم رنگ با لکه های سیاه و کرکدار، 5 پرچم و یک مادگی تشکیل گردیده است.

**تخمندان:** تخمدان گل های فیسالیس دوبرچه ای پیوسته بوده و تخمک های زیادی در هر برچه به رنگ سبز روشن و بدون کرک دیده می شود. لازم به ذکر است که فیسالیس تقریباً در سرتاسر سال گلدهی و باردهی دارد.

**ساقه:** ساقه فیسالیس راست، چهار گوش، توخالی و بدون رگبرگ می باشد.

اسم فارسی : عروسک پشت پرده

اسم زبان انگلیسی : Physalis

آلمانی و فرانسه : Basenkirschen

ترکی اسـتانبولی : Guverfeneri

آذربایجان : یرگیلاسی (گیلاس زمینی)

**تاریخچه گیاه:** خواستگاه آن کشور پرو می باشد. در قرن 18 در کشور انگلستان کشت شد. در قرن 19 به آفریقای جنوبی راه یافت و در قرن 20 به صورت عمده در کشورهای معتدل و گرم معرفی گردید.

**گیاه شناسی:** گیاهی است از خانواده سولاناسه گلدار که در مناطق معتدل رشد می کند. یکی از ویژگی های قابل توجه آن تشکیل یک پوسته بزرگ است که میوه را کاملاً محصور می نماید.

قرار می گیرد. میوه فیسالیس حاوی ویتامین های A و B کمپلکس است. آنتی اکسیدانهایی نیز در گیاه فیسالیس یافت می شود. به عنوان عامل ضدالتهاب در بیماریهای نقرس، آرتروز، دردهای عضلانی و هموروئید مفید است.

هر 100 گرم فیسالیس حاوی 50 کیلوکالری و دارای مقدار متوسطی از ویتامین های تیامین و نیاسین است. ویتامین A، ریبوفلاوین، کلسیم، فسفر و آهن نیز به مقدار کمی در آن وجود دارد. میوه فیسالیس طعم شیرین و به دلیل دانه های داخل آن یادآور طعم توت فرنگی و کیوی است.



در اغلب کشورهای اروپایی محصول فرآوری شده به صورت کشمش و میوه خشک، ژله، مربا، کمپوت، بستنی مورد استفاده قرار می گیرد.

در صنعت، روغن این میوه در صنایع آرایشی و بهداشتی و تولید لوسیون های بهداشتی مورد استفاده قرار می گیرد.

اخیراً در ایران کاشت این گیاه در گلخانه در استانهای مازندران و تهران انجام گرفته است.

**پراکنندگی جغرافیایی:** حدود 120 نوع فیسالیس در سراسر دنیا پراکنده است.

نوع *P. alkekengi* از گونه های قدیمی جهان است و در قاره آسیا یافت می شود. سایر گونه های آن *P. angulata*، *P. peruviana*، *P. minima* در مناطق گرمسیری آمریکا یافت می شود. نوع *P. peruviana* بیشتر در برزیل مشاهده می شود.

شش گونه از *physalis* در کشور هند مشاهده شده است که شامل:

*P. angulata*، *P. alkekengi*،  
*P. peruviana*، *P. longifolia*

*P. minima* *Ixocarpa Brot*

هستند. تعدادی از گونه های *physalis* را در هند به عنوان علف های هرز می شناسند. در استانهای گیلان، مازندران، گلستان، آذربایجان به صورت خودرو می روید.

**میوه:** میوه فیسالیس در پوششی از کاسبرگ محصور شده و رنگ میوه به رنگهای زرد طلایی، نارنجی روشن و قرمز است. مقدار زیادی دانه به رنگ قهوه ای مایل به زرد دارد. از شاخص های رسیدن میوه می توان به تغییر رنگ زمینه سبز به نارنجی یا زرد طلایی اشاره نمود.

**موارد استعمال:** *P. alkekengi* در آسیا (ایران، هند، ژاپن، چین) و در اروپا (اسپانیا، ایتالیا، ترکیه) مورد استفاده قرار می گیرد. در ایران این گیاه دارویی برای درمان بیماریهای دستگاه ادراری، سنگ کلیه و مثانه مورد استفاده

## ترامادول (Tramadol)



### گردآوری: دکتر روزبه رسولی

سال است که تعدادی از مصرف کنندگان مواد مخدر مانند تریاک و هروئین از قرص ترامادول به عنوان یک داروی مکمل مخدر استفاده می کنند. افرادی نیز برای درمان خودسرانه اعتیاد به تریاک و هروئین از ترامادول با دزهای بالا و گاه تا 20 عدد قرص 100 میلی گرمی در روز استفاده می کنند.

- داروی ترامادول توسط شرکت آلمانی گروه «نتال» در دهه 1970 با نام تجاری ترامال ساخته شد. در سال 2013 پژوهشگران فرانسوی، سویسی و کامرونی در پوسته ریشه یک گیاه دارویی آفریقایی به نام «لاتیفولا» توانستند ترامادول را کشف کنند. اینکه یک داروی مصنوعی در مقادیر قابل توجهی در طبیعت وجود داشته باشد یک پدیده بسیار نادر است. حدود 5

- ترامادول یک داروی ضد درد است که عموماً توسط پزشکان برای دردهای شدید تجویز می شود. اکثر پزشکان به علت ایجاد اعتیاد و وابستگی در افراد تمایلی به تجویز این دارو ندارند و بیشترین میزان مصرف آن به صورت خودسرانه و تهیه از بعضی داروخانه ها یا مجاری غیر رسمی صورت می گیرد.

- ترامادول یک داروی مسکن شبه تریاک محسوب می شود. بعد از متابولیسم ترامادول ماده ای در بدن تولید می شود که دارای خاصیت مخدر قوی تری است. مصرف ترامادول، به دلیل تغییرات هورمونی که به بالا رفتن میزان هورمون ها در بدن می انجامد، می تواند کمی در فرد حالت هوشیاری ایجاد کند و برعکس مورفین فرد مصرف کننده را کمی فعال تر می کند که این یکی از دلایل مصرف همزمان مواد مخدر با ترامادول است.

مدت زمان تأثیر این دارو در بدن 4 تا 6 ساعت است.

مصرف پزشکی ترامادول برای تسکین درد شدید معمولاً به مدت کمتر از 5 روز (به دلیل اعتیادزایی بالای دارو) و به مقدار 50 میلی گرم در روز است.

### - میزان مسمومیت ترامادول در ایران

موارد مسمومیت با ترامادول در کشور خیلی بالاست که بیشتر ناشی از مصرف خودسرانه آن است و متأسفانه ایران دارای بیشترین آمار مسمومیت با ترامادول در جهان است.

عوارض مصرف این دارو مشابه داروهای شبه تریاک یعنی تهوع، خشکی دهان، یبوست، تعریق، خارش، خواب آلودگی، افت فشار خون، تنگی نفس (کشنده ترین عارضه دارو) و تشنج بوده است و در مصرف کنندگان همزمان الکل و بیماران با مشکلات کبدی و کلیوی بسیار شایع است.

- نکته مهم در ترک ترامادول شدیدتر بودن علائم جسمی آن نسبت به تریاک است که ناشی از خواص ضدافسردگی این دارو است. حتی بیماران که برای چند روز ترامادول مصرف می کنند بعد از قطع مصرف، علائمی مانند بی خوابی، افسردگی و سندرم پای بی قرار را تجربه می کنند. با مصرف ترامادول، به علت ایجاد تحمل، دز مصرفی باید افزایش یابد تا اثری مشابه مقدار مصرف اولیه را ایجاد کند. مصرف بیش از دو هفته ترامادول می تواند باعث ایجاد وابستگی فیزیکی و روانی شبیه مواد مخدر شود. مصرف ترامادول در بیماران مبتلا به صرع و تشنج، زنان حامله و هنگام شیردهی و دارای ضعف تنفسی باید با نظر پزشک باشد.

سایر عوارض ترامادول شامل اتساع عروق، اختلالات بینایی، تکرر ادرار، علائم یائسگی، ضایعات پوستی، نفخ و بی اشتها و درد شکم است. مصرف ترامادول را نباید به صورت ناگهانی قطع کرد زیرا باعث ایجاد سندرم ناخوشایند قطع مصرف می شود.

ترامادول مانند اپیوئیدها، وابستگی، تحمل و سندرم قطع ناگهانی ایجاد می کند. مسمومیت با

دارد، باید با باز کردن راه های تنفسی و دادن تنفس مصنوعی به وی کمک کرد. دارو ممکن است گیجی یا خواب آلودگی ایجاد کند، بنابراین باید از کارهای دقیق و خطرناک نظیر رانندگی و ... اجتناب کرد. با توجه به اینکه دارو افت وضعیتی فشار خون ایجاد می کند، تغییر وضعیت باید به آرامی انجام شود. همچنین باید از مصرف داروهای آرام بخش و خواب آور و الکل، به دلیل تداخل بالا، اجتناب نمود.

Reference:

<https://www.drugs.com/tramadol.html>

<https://fa.m.wikipedia.org>

<https://honarehzendegi.com>

<https://www.isna.ir>

<https://www.hidoctor.ir>

آن نیز مانند سایر اپیوئیدها شامل تضعیف تنفسی، خواب آلودگی و کما و ... می باشد.

مهمترین نشانه در مسمومیت با مصرف مقادیر فراوان و یکباره دارو تنگی مردمک چشم است. عموماً افراد مسموم با مقادیر زیاد دارو دچار افت هوشیاری شده و حین مراجعه به اورژانس، وجود این نشانه پزشک را از خطر احتمالی مصرف این ماده مطلع می کند. بیماران ممکن است فاقد تنفس خودبه خودی یا دچار افت شدید فشارخون باشند. از عوارض تهدیدکننده حیات تشنج است. با مصرف چند گرم از این دارو خطر مرگ وجود دارد.

اولین اقدام در برخورد با فرد مسموم تماس با اورژانس است. تا رسیدن تیم امداد، بیمار را باید به یک پهلو خواباند، اگر بیمار مشکل تنفسی



# صنعتی و اجتماعی

- 1 - بهار
- 2 - گزارش عملکرد انجمن داروسازان گیلان در شش ماهه پاییز و زمستان 97
- 3 - بررسی شرایط حرفه ای داروسازان شاغل در شرکتهای پخش داروی استان
- 4 - گزارش جشن دانش آموختگی دانشکده داروسازی
- 5 - مصاحبه آقای دکتر خیری
- 6 - تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (33)
- 7 - مصاحبه های آقای دکتر خیری
- 8 - با تکمیل فرم خلاصه در آمد و هزینه ...
- 9 - «گله» نه «شکایت»
- 10 - حفاظت از اطلاعات بیماران
- 11 - مصاحبه های آقای دکتر خیری



## بهار

### دکتر محمد فرزین

پشت می ایستد؛ می توانی روی وفایش تا ته دنیا  
حساب باز کنی! به نظرم گاهی می شود گفت:  
بهشت زیر پای خواهران است. به هر حال:  
نیست علاچی به جز رضایت و تسلیم  
در پی احکام لا تغییر تقدیر  
بعضی از ضرب المثل ها خیلی به دل می نشینند  
مثل:

آنچه در آینه جوان بیند

پیر در خشت خام آن بیند  
هر چند به نظر بنده پیری به سن نیست ولی  
پیش بینی مخلص درست از آب درآمد! مسئله  
بیمه ها، روز به روز بدتر و بدتر می شود و هر چند

بیا که فصل گل است و نشاط و فصل بهار  
بهار را تو بها داده دست کم مشمار  
ضمن عرض تبریک سال جدید به خانواده  
بزرگ داروساز و ابراز ارادت برای هیئت مدیره  
و خسته نباشید برای همگان، امید است، سال نو،  
سالی خوش و توأم با موفقیت باشد.

در سال گذشته همکاری پیشکسوت و عزیزمان  
آقای دکتر صالحی در غم از دست دادن  
همسرشان به سوگ نشستند و بنده نیز در غم از  
دست دادن یگانه خواهر. می گویند خواهر  
داستانش با بقیه فرق دارد؛ موجودی است که  
بوی مادر می دهد؛ مثل پدر کوه می شود و

گاه نیز یک بیمه تکمیلی اضافه و باری بر بارها افزوده می گردد. یعنی هنوز نوزاد قبلی بزرگ نشده نوزاد جدید به دنیا می آورند و می خواهند همه دفترچه ها را آنلاین کنند اما از پرداخت بدهی های یکساله و بلکه بیشتر خبری نیست! البته همگان مستحضرند که چند نفر از همکاران داروخانه دار راهی زندان شده اند و با این اوضاع اگر بنده هم به جمع آنها اضافه شدم، تعجب نکنید! چندی پیش یکی از بیمه ها گله مند بود که چرا این کردی و آن می کردی بهتر بود! گفتم شما به تعهداتان عمل کنید؛ از نظر ما خیالتان راحت باشد! در غیر این صورت، نوکر بی مزد و مواجب تاج سر ارباب است و اداره شما مثل قصر خوش آب و هوا و بی آب و دانه! این هم دلداری به همکاران و آینده روشن پیش رو!

ای برادر از برای نون مخور غم، نون چیه؟ نون بجای خود، واسه جون هم مخور غم، جون چیه؟ غم مخور از بهر خوردن، گر نداری نون و گوشت

تا بود باد و هوا، از بهر خوردن، نون چیه؟ ریخت دندونت اگر یکسر همه، غمگین مباش نیست چون از بهر خوردن خوردنی، دندون چیه؟ گر نداری پول تنبون، لخت شو راحت بگرد در چنین فصل و هوای دلگشا، تنبون چیه؟ نون برای گشنه ها واجب تر از قانون بود آدم بی نان چه داند، ماده و قانون چیه؟

گر توانستی هوار این و آن شو، بهر سور ره نده مهمون بخونه، جان من مهمون چیه؟! \*\*\*\*\*

## این هم غزلی از سعدی بزرگ در وصف بهار:

باد بهاری وزید از طرف مرغزار  
باز بگردون رسید، ناله هر مرغ زار  
سرو شد افراخته، کار چمن ساخته  
نعره زنان فاخته، بر سر بید و چنار  
گل به چمن دربرست، ماه مگر باخورست؟  
سرو به رقص اندرست، بر طرف جویبار  
شاخ که با میوه هاست، سنگ به پا می خورد  
بید مگر فارغست، از ستم نابکار  
شیوه نرگس بین، نزد بنفشه نشین  
سوسن و رعنا گزین، زرد شقایق بیار  
خیز و غنیمت شمار، جنبش ماه ربیع  
ناله موزون مرغ، بوی خوش لاله زار  
هر گل و برگی که هست، یاد خدا می کند  
بلبل و قمری چه خواند، یاد خداوندگار  
برگ درختان سبز، پیش خداوند هوش  
هر ورقی دفترست، معرفت کردگار  
وقت بهار است خیز تا به تماشا رویم  
تکیه بر ایام نیست، تا دگر آید بهار  
بلبل داستان بخوان، مرغ خوش الهان بدان  
طوطی شکرشنان، نقل به مجلس بیار  
بر طرف کوه و دشت، روز طواف است و گشت  
وقت بهاران گذشت، گفته سعدی بیار



## گزارش عملکرد هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان در سه ماهه پاییز 1397

### دکتر کیان یعقوبی - دبیر انجمن داروسازان گیلان

پرداخت بیمه ها، نحوه توزیع دارو توسط شرکت های پخش و بررسی راههای برطرف کردن آنها.

2- دیدار با آقای دکتر شهدی نژاد در تاریخ 97/7/16 برای پیگیری علت تأخیر پرداخت مطالبات داروخانه ها توسط بیمه تأمین اجتماعی و درخواست پرداخت سریع آن.

3- جلسه مشترک با آقای مهندس لاهوتی نماینده محترم شهرستان لنگرود و آقای دکتر شهدی نژاد مدیرکل محترم درمان تأمین اجتماعی برای بررسی علل تأخیر پرداخت بیمه ها خصوصاً بیمه تأمین اجتماعی و درخواست از آقای مهندس لاهوتی برای پیگیری مطالبات داروخانه ها از ریاست سازمان تأمین اجتماعی در تاریخ 97/7/21 در محل دفتر نظام پزشکی لنگرود.

4- جلسه مشترک با آقای مهندس جعفرزاده نماینده محترم شهرستان رشت در دفتر ایشان

هیئت مدیره انجمن داروسازان استان گیلان طی سه ماهه پاییز 1397، هفت جلسه رسمی برگزار نموده و در مورد مسائل مختلف مصوباتی داشته است. دیگر فعالیت های هیئت مدیره انجمن در سه ماهه پاییز به شرح زیر است:

- برگزاری سه جلسه بازآموزی در تاریخ های 97/8/3 (تازه های تشخیص و درمان سرطان)، 97/8/24 (آنتی بیوتیکها و مقاومت دارویی) و 97/9/22 (نگرشی بر کاربرد و سوء مصرف ایبوپروفا).

- برگزاری یک دوره آموزش نسخه پیچی در محل انجمن با شرکت حدود 50 نفر

- هیئت مدیره در طول این سه ماه برای حل و فصل مشکلات همکاران جلسات مشترکی با مسئولین داشته که به شرح زیر می باشد:

1- جلسه مشترک با معاونت سیاسی استانداری در دفتر معاونت برای بررسی مشکلات تأخیر

10- جلسه مشترک با معاونت محترم غذا و دارو در تاریخ 97/9/14 برای بررسی مشکلات مختلف داروخانه ها (خصوصاً داروخانه های شبانه روزی).

11- جلسه مشترک هیئت مدیره با هیئت مدیره صنعت پخش در مورد مشکلات مالی چند داروخانه و تبعات آن برای شرکتهای پخش و بررسی راههای برون رفت از آن.

12- جلسه مشترک خانم دکتر مظفری رئیس انجمن داروسازان گیلان با مدیریت بانک مهر اقتصاد در تاریخ 97/7/9 در مورد بررسی نحوه پرداخت تسهیلات به همکاران و همکاری بیشتر داروخانه ها و این بانک در آینده

13- جلسه مشترک هیئت مدیره و معتمدین رشت و شهرستانها در خصوص بررسی وضعیت تأخیر پرداخت بیمه دی و همچنین مشکلات نحوه توزیع شرکتهای پخش و نحوه برخورد با آن در تاریخ 97/7/17

14- شرکت خانم دکتر مظفری رئیس انجمن داروسازان گیلان به عنوان نماینده انجمن گیلان در شصت و هفتمین کنگره میان دوره ای جامعه جراحان ایران شاخه گیلان در بیمارستان پارس در تاریخ 97/8/23

15- تشکیل جلسه شورای داروخانه داران در تاریخ 97/8/24

16- تشکیل جلسه هیئت تحریریه مجله حکمت گیل در تاریخ 97/9/23

در خصوص مشکلات بیمه ها (خصوصاً بیمه دی) در تاریخ 97/7/23.

5- جلسه مشترک با ریاست بیمه دی در تاریخ 97/7/24 در محل انجمن برای بررسی علت تأخیر پرداخت مطالبات داروخانه ها از طرف آن بیمه و تأکید بر پرداخت سریع آن.

6- جلسه با ریاست و کارشناسان بیمه دی و ریاست محترم بنیاد جانبازان در تاریخ 97/7/25 در محل انجمن برای بررسی علت مشکلات تأخیر پرداخت بیمه دی و تأکید بر پرداخت سریع آن.

7- دعوت از همکاران در تاریخ 97/7/29 به منظور گفتگو پیرامون مسائل صنفی و پاسخ دهی به درخواستها و پرسش های مطرح شده.

8- شرکت آقای دکتر یعقوبی از طرف انجمن داروسازان گیلان در جلسه مشترک ریاست بنیاد جانبازان، ریاست بیمه دی استان گیلان، مدیرعامل بیمه دی کشور و آقای جعفرزاده نماینده محترم شهرستان رشت در محل شرکت بیمه دی کشور در تهران و بررسی علل تأخیر پرداخت مطالبات داروخانه ها از طرف آن بیمه و تأکید بر پرداخت سریع آن در تاریخ 97/7/30

9- دعوت از هیئت مدیره صنعت پخش و تعدادی از مدیران شرکتهای پخش برای بررسی مشکلات نحوه پخش دارو توسط شرکتهای راههای برون رفت از آن.

# گزارش عملکرد هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان در سه ماهه زمستان 1397

## دکتر کیان یعقوبی - دبیر انجمن داروسازان گیلان

- برگزاری سه دوره بازآموزی که یک دوره دو بار تکرار شد تحت عنوان (دارودرمانی زنان و زایمان) و یک دوره هم تحت عنوان (مباحث اجتماعی حرفه ای 3).

- برگزاری یک دوره آموزش نسخه پیچی با شرکت 47 نفر

- جلسه با آقای دکتر علی اکبری مدیرکل محترم بیمه سلامت استان گیلان و آقای دکتر مهدی پور ریاست اسناد بیمه سلامت در تاریخ 97/12/1 جهت بررسی مشکلات داروخانه ها با بیمه سلامت استان از جمله عدم قرارداد با داروخانه های جدیدالتأسیس - گذاشتن سقف نسخه پیچی برای داروخانه هایی که جابجا کرده اند - کسور نسخه یک یک شیفیت داروخانه در صورت عدم حضور در لحظه بازرسی و ...

- در سه ماهه زمستان هیئت مدیره انجمن داروسازان 6 جلسه رسمی برگزار کرده است.

- در یکی از جلسات هیئت مدیره از مدیران چند شرکت بهداشتی دعوت به عمل آمد. وضعیت جدید داروخانه ها و شرکتهای پخش مورد بررسی قرار گرفته و از آنها درخواست شد که در مورد زمان سررسید چکهای اسناد خود تجدیدنظر کرده و زمان طولانی تری را در نظر بگیرند که مدیران دعوت شده هم ضمن بیان مشکلات شرکتهای پخش در شرایط جدید قبول کردند مقداری در مورد سررسید چکهای دریافتی تجدیدنظر نمایند.

- در جلسه دیگر از یکی از مشاوران مالیاتی دعوت به عمل آمد تا در صورت توافق با داروخانه ها در مورد نحوه تکمیل دفاتر مالیاتی و تنظیم اسناد مالی جهت ارائه به سازمان مالیاتی با داروخانه ها همکاری نمایند.

یوسف زاده ریاست دانشگاه و نمایندگان نظام پزشکی جناب آقای دکتر پورکاظمی و آقای دکتر میرسنبل جهت بررسی مشکلات همکاران با بیمه سلامت مانند عدم عقد قرارداد با داروخانه های جدیدالتأسیس - کسر مطالبات یک شیف داروخانه در صورت عدم حضور در لحظه بازرسی - مشکلات لغو موقت قرارداد داروخانه ها در صورت جابجایی و گذاشتن سقف نسخه پیچی برای آنها و ...

- برگزاری گردهمایی پایان سال داروسازان در تالار ماه عسل با حمایت شرکت کوبل دارو و کارخانه دکتر عبیدی و همچنین شرکت پارس پخش جناب آقای مهندس کاوه محمدصالحی.  
- جلسه مشترک با معتمدین و معاونت محترم غذا و دارو در تاریخ 97/12/20 در محل انجمن درمورد بررسی مشکلات همکاران جهت پیگیری از طرف معاونت غذا و دارو و انجمن داروسازان  
- در تاریخ 97/12/22 جلسه مشترک با آقای مهندس موهبتی و جناب آقای دکتر

## اطلاعیه

### قابل توجه همکاران گرامی

با درود

به اطلاع می رساند، پیرو اطلاع رسانی قبلی، جهت جلوگیری از بروز مشکلات در قرارداد با سازمانهای بیمه گر قبل از جابجایی و یا نقل و انتقال داروخانه خود مکاتبه و هماهنگی های لازم را با سازمانهای بیمه طرف قرارداد خود خصوصاً بیمه سلامت استان انجام دهید.

با تشکر - دکتر کیان یعقوبی

دبیر انجمن داروسازان گیلان

# بررسی شرایط حرفه ای داروسازان شاغل در شرکتهای

## پخش داروی استان و بهبود آن

به اهتمام : کارگروه مسئولان فنی انجمن داروسازان گیلان



خانم دکتر حمیرا آذرگشسب - مسئول کارگروه

### مسئولیت فنی شرکتهای توزیع داروی استان و برخی چالش های موجود

دارو مشاهده می شود که تحت تأثیر مستقیم نقش آفرینی مسئول فنی است. اما با وجود این، شکایتها و گفتارهای رسیده به کارگروه مسئولان فنی انجمن حاکی از مسائل و مشکلاتی است که همکاران داروساز شاغل در این بخش ها با آن روبرویند:  
- هویت حرفه ای نامتناسب

داروساز مسئول فنی شرکت توزیع دارو، مسئول همه جوانب کیفی و کمی عملیات معمول در شرکت است که به نحوی با تحویل، نگهداری و توزیع دارو ارتباط دارد. بر این اساس بیش از یکصد و پنجاه مورد در چک لیست بازرسی معاونت غذا و دارو از شرکتهای پخش



را در بسیاری موارد منوط به خرید دارو به سلیقه  
فروشنده شرکت اعلام نموده اند.  
- عموماً نگرش غالب شرکتها به دارو تجاری  
است و نقش اجتماعی و تأمین سلامت در حاشیه  
قرار دارد.

- در برخی موارد تاریخ انقضای داروی تحویلی  
به داروخانه بسیار نزدیک است.  
- ضعف بسیاری از فروشندگان در زمینه  
اطلاعات دارویی  
- عدم تأمین به موقع بعضی اقلام دارویی

### \* برخی نتایج حاصل از پاسخنامه های مسئولان فنی شرکتها:

- همه آنان با شرح وظایف خود آشنا هستند.  
- تقریباً همه آنان برای انجام وظایف خود با  
مانعی از طرف شرکت روبرو نیستند.  
- اعمال نظارت بر فاکتورهای دارویی مورد تأیید  
صددرصد پاسخ دهندگان بوده است.  
- با وجود اینکه همه همکاران مسئول فنی اعتقاد  
به سودآور بودن حضورشان برای شرکت  
داشته اند؛ اما نود درصد آنان به چگونگی آن  
پاسخ واضحی نداده اند.

### \* نظرات قابل تأمل مدیران شرکتها :

- به نظر بیش از 90 درصد مدیران اثر مسئولان  
فنی بر منفعت مالی شرکت مثبت است.  
- امکان انجام وظایف محوله به مسئول فنی  
توسط افراد غیرداروساز

- احساس عدم امنیت شغلی  
- عدم برخورداری از حقوق مصوب انجمن در  
بسیاری موارد  
- راغب نبودن مدیران شرکتهای پخش به جذب  
آنان

به منظور بررسی موضوع، پرسشنامه هایی  
توسط کارگروه تهیه و تنظیم گردید که شامل  
سؤالاتی از داروخانه ها به عنوان دریافت کننده  
خدمات توزیع، مسئولان فنی شرکتها و مدیران  
آنها بود.

### \* از پاسخنامه های ارائه شده توسط داروخانه ها برمی آید که :

- نود درصد مؤسسين داروخانه ها به اثربخشی  
مسئول فنی شرکت بر کیفیت دارو و توزیع آن  
اذعان دارند.  
- این گروه به عنوان دریافت کننده خدمت از  
شرکت توزیع، اطلاع موثق و مستقیمی از حضور  
و نظارت مسئول فنی نداشته و عملاً مدیر فروش  
یا فروشنده شرکت را مرجع اولیه طرح مسائل و  
شکایات احتمالی خود می دانند.  
- فاکتورهای شرکتها مهور به مهر مسئول فنی  
نیست و بدین منظور هیچ قسمتی در فرم آن  
طراحی نشده است.

- نارضایتی بیش از 60% داروخانه ها متوجه  
بی اطلاعی آنان از سهمیه های دارویی، توزیع  
ناعادلانه و ناسالم بودن نحوه اجرای سهمیه بندی  
دارویی است تا آنجا که دریافت سهمیه دارویی

- سودآوری حضور داروساز کمتر از حقوق دریافتی و مصوب است.

- شرایط اقتصادی نامناسب شرکت و عدم وصول بهنگام مطالبات در شیوه برخورد نسبت به حضور و حقوق مسئول فنی اثر منفی دارد.

- برخی از داروسازان خود پیشنهاد مسئولیت غیرحضور با دریافت حقوق کمتر را مطرح می کنند.

- فقط 40% مدیران حاضر به اعلام ارزش ریالی داروهای تاریخ مصرف گذشته و امحاء شده شرکت مربوطه در سه سال اخیر شدند. محاسبه نشان می دهد که میانگین ماهانه این مبلغ به مراتب بیش از میزان حقوق ماهانه مصوب انجمن داروسازان برای مسئولان فنی شرکتها بوده است.

\* با مطالعه پاسخنامه ها و شرایط موجود، کارگروه با احترام به همکاران ارجمند نظرات و پیشنهاداتی را جهت بهبود وضعیت تقدیم می کند:

- اگرچه مسئولان فنی و مدیران شرکتها همگی ابراز داشته اند که داروساز بر سهمیه بندی و فاکتورهای دارویی نظارت کامل دارد، اما الزام فروشنده ها به اطلاع رسانی سهمیه های دارویی و تأیید داروخانه در این مورد، نظارت دقیق بر اعمال عادلانه سهمیه ها و فاکتورهای دارویی و مستندسازی این نظارت با ممهور کردن فاکتور به

مهر مسئول فنی، اقداماتی است که می تواند توسط داروساز مسئول فنی صورت گیرد و در تعدیل نارضایتی های موجود در این خصوص، مؤثر باشد.

- ایفای نقش مؤثر و بموقع در تخمین نیاز دارویی استان می تواند از کمبود دارو تا جایی که مربوطه به چنین موردیست پیشگیری نماید.

- با توجه به اینکه بخش قابل توجهی از هزینه تأمین دارو با سرمایه ملی صورت می گیرد، مسئول فنی با نظارت دقیق بر نحوه انبارش دارو با توجه به اصول <sup>1</sup>FEFO و <sup>2</sup>FIFO و کنترل تاریخ انقضای داروهای تحویلی به شرکت، علاوه بر ممانعت از متضرر شدن مجموعه مرتبط، در محافظت از ثروت ملی کشور اثر فعال خواهد داشت.

- برگزاری جلسات و دوره های آموزش علمی و دارویی برای پرسنل شرکت به خصوص فروشندگان دارو موجب ارتقاء کیفی کار فروشندگان و موفقیت بیشتر آنها در انجام وظایفشان می گردد.

- مستندسازی و مدون ساختن تمامی مواردی که توسط مسئول فنی در شرکت انجام می شود در ارزیابی حضور وی و تأیید ضرورت حضور داروساز نقش بسزایی خواهد داشت.

- ارتباط فعال مسئول فنی شرکت با داروخانه ها در ادامه «خود بازرسی» و سنجش نظر آنان در

در علت یابی و برطرف کردن کاستی ها به مسئول فنی مساعدت نمایند.

\* ناگفته پیداست که چه پیرامون یادشده و چه نکات فراوان دیگر که در حوصله این گفتار نبوده، جای بحث بسیار است. مسلم آنست که همکاران گرامی داروساز که در شرکتهای سهم بزرگی در حفظ کیفیت دارو و رساندن آن به دست بیمار دارند، برای ارتقاء جایگاه خود با ایفای نقش فعال، مطالعه همه سویه روزآمد و بهبود اثرگذاری در حوزه های مربوطه که از تنوع زیادی برخوردار است می توانند در تغییر وضعیت حرفه ای خود سهمی به مراتب بیش از دیگران داشته باشند.

از همکاران و همراهان گرامی که در این تحقیق یاور ما بوده اند، سپاسگزاریم و امیدواریم که با نگاه علمی بر مسائل صنفی و حرفه ای مان بتوانیم در حد ممکن بر مشکلات فائق آئیم.

رابطه با شرکت اقدام دیگریست که می تواند موجب فزونی اعتماد مشتریان گردد.

- همکاران در داروخانه ها برای رسیدگی به شکایات و انتظارات خود با مسئول فنی شرکت در ارتباط باشند.

- تحلیل سنجیده و دقیق **SWOT**<sup>3</sup> مربوط به شرکت باتوجه به شرح وظایف و تعهدات گسترده مسئول فنی، نشان دهنده این است که داروساز مسئول فنی در شرکت نه تنها نقش کلیدی و برجسته ای در انجام وظایف معمول بلکه تأثیر بسزایی در ایجاد **مزیت رقابتی** دارد.

- انجمن داروسازان با تدارک جلسات آموزشی مناسب برای داروسازان مسئول فنی شرکتهای و انجام تحقیقات میدانی در بازه های زمانی معین، بهبود همه جانبه وضعیت آنان را رصد نماید.

- اداره غذا و دارو ضرورت حضور مسئولان فنی در جلسات رسمی را بیش از پیش دانسته و در بررسی و ارزیابی شرکت مطابق با چک لیست بازرسی جدید و پویایی متناسب را اعمال نموده

---

**1- FEFO : First expire , First out**

**2- FIFO : First in - First out**

**3- SWOT: Strengh , Weakness , Opportunity , Threat**

## معرفی داروسازان پیشکسوت و نمونه

در مراسم گردهمایی پایان سال 97 انجمن داروسازان گیلان

تأسیس داروخانه : سال 1367 تأسیس داروخانه  
نیمه وقت، پس از بازنشستگی تبدیل آن به تمام  
وقت

2- دکتر محمد اسمعیلی کلاهدوز



دریافت مدرک داروسازی: خرداد سال 1359 از  
دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی  
اصفهان.

1- دکتر ارژنگ کلانتریان



دریافت مدرک داروسازی: خرداد سال 1354 از  
دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
مسئولیت ها: کارشناس امور دارویی بیمارستان  
دکتر شریعتی آستارا، مدیریت شبکه و رئیس  
بیمارستان دکتر بهشتی و مرکز بهداشت آستارا،  
سال 1380 بازنشسته .

مسئولیت ها: مسئول فنی داروخانه، معاون شبکه بهداشت و درمان تالش تا سال 1362 .  
تأسیس داروخانه : آذرماه سال 1362 تأسیس داروخانه شبانه روزی در تالش

### 3- دکتر عبداللطیف طاهری فرد



دریافت مدرک داروسازی: سال 1355 از دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
مسئولیت ها: - استخدام در وزارت بهداشتی، دستیار استاد دکتر عباس شفیعی در دانشگاه تهران، انجام وظیفه در داروخانه شبانه به مدت 5 سال ، مسئول ستاد توزیع داروی استان قزوین، مدیر دارویی استان ایلام، مسئول فنی داروخانه های بیمارستان امام خمینی و مصطفی خمینی ایلام، رئیس انجمن داروسازان ایلام به مدت 20 سال ، عضو نظام پزشکی ایلام، مهاجرت به

گیلان 1390 ، اکنون مسئول فنی داروخانه دکتر شریفی رشت و داروخانه شبانه روزی دکتر ثمری سنگر.

### 4- دکتر زهرا حصاری شرمه



دریافت مدرک داروسازی: ابتدا دریافت دکترای داروسازی از دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، سپس **phd** فارماسیوتیکس از دانشگاه داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال 1383  
مسئولیت ها: عضو هیئت علمی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، از تیرماه سال 1396 معاون غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

## برگزاری نخستین جشن دانش آموختگی دانشکده داروسازی گیلان

نقش داشتند تقدیر و تشکر کردند. ایشان، به ویژه، از آقای دکتر بهبودی، رئیس پیشین دانشگاه علوم پزشکی و آقای دکتر سلطانی، نخستین رئیس دانشکده داروسازی، که به طور شبانه روزی پیگیر کارهای تأسیس دانشکده بودند و در واقع پدر دانشکده داروسازی هستند، تقدیر زیادی به جا آوردند. آقای دکتر اخلاقی اشاره کردند که دانشکده هنوز نیازهای زیادی دارد، ولی با پتانسیلی که در دانشجویان و اعضای هیئت علمی سراغ دارند، که باعث شد بسیاری از رتبه های بالای کشوری را در امتحانات علوم پایه و دیگر مسابقات جامع کشوری نصیب گیلان نمایند، این کمبودها را برطرف نمایند.

سخنران بعدی جشن جناب آقای دکتر حسین همتی، معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بودند. ایشان ضمن تبریک به دانشجویان و خانواده های آنان که توانستند

دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی گیلان روز بیستم دی ماه 1397 برای نخستین دوره ی فارغ شدگان از تحصیل خود جشنی را با حضور تعدادی از مقامات دانشگاهی و استان برگزار کرد. این مراسم ساعت 9/30 بامداد با قرائت قرآن و نواختن سرود جمهوری اسلامی ایران آغاز شد و اجرای برنامه ها توسط مجری توانمند گیلانی آقای محبی بود که با برنامه ها و اجراهای گوناگون جمع کثیر حاضران را شاد کردند.

نخستین سخنران جشن جناب آقای دکتر مسعود فقیه اخلاقی، رئیس محترم دانشکده داروسازی بودند، که ضمن خوشامدگویی به مقامات استان و دانشگاه، مهمانان دعوت شده، خانواده های دانشجویان و دانشجویان گرامی، که همگی با یونیفورم مخصوص در جلسه حضور داشتند، از همه ی کسانی که در تأسیس دانشکده

این دوره را با موفقیت به پایان برند، با برشمردن توانمندی های مادی، معنوی، فرهنگی و علمی گیلان اشاره کردند که دانشگاه علوم پزشکی گیلان با برنامه ریزی هایی که انجام داده اکنون به عنوان یک قطب علمی پزشکی در منطقه مطرح است و متقاضیان زیادی هم دارد. ایشان پیشرفت های علمی در زمینه های گوناگون، از جمله انواع جراحی های پیچیده در زمینه های مختلف و فراهم کردن امکانات پیشرفته، دانشگاه علوم پزشکی گیلان را در بین استان های کشور سرآمد دانست و اظهار امیدواری کردند که بتوان در آینده ی نزدیک تمام نیازهای پزشکی جامعه را در منطقه تأمین کرد. ایشان در پایان به دانشجویان توصیه های اخلاقی مهمی را نمودند و گفتند سوگندی را که امروز ادا می کنید به بند بند آن وفادار باشید و بدانید که جامعه پزشکی در خدمت و برای مردم است. ایشان به عنوان آخرین جمله به دانشجویان گفتند: «در هر پست یا مقام یا جایگاهی که هستید و خدمت می کنید، هیچگاه به ایران پشت نکنید.»

آخرین سخنران مراسم، جناب آقای دکتر شاهرخ یوسف زاده، رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بودند. ایشان ضمن تبریک به دانشجویان و خانواده های آنها، توصیه کردند که دانشجویان اکنون که به جمع متخصصین حرفه ای پیوسته اند در جایگاهی که خدمت

می کنند، از صنعت یا دانشگاه یا داروخانه، بتوانند رسالت خود را در حق مردم به جا آورند و همیشه خدمتگزار مردم باشند. دکتر یوسف زاده تعدادی از اقدامات سخت افزاری و نرم افزاری را که در گیلان و در سایت های مختلف دانشگاهی صورت گرفته یا در حال انجام است تشریح کرد و آینده ی نویدبخشی را برای رشته های مختلف علوم پزشکی ترسیم کرد.

در طول برنامه جشن، اجرای برنامه های کمدی توسط کمترین معروف جناب آقای موسوی و برنامه موسیقی توسط گروه شش نفره «سنت» هم اجرا شدند، که بسیار مورد استقبال و تشویق حاضران قرار گرفت. در پایان سوگند نامه بقراط توسط آقای دکتر سلطانی قرائت شد و دانشجویان آن را تکرار کردند. در این مراسم از تعدادی از پیشکسوتان، استادان و کارمندان دانشکده داروسازی تقدیر به عمل آمد.

لازم به یادآوری است که اسپانسر اجرای این جشن شرکت داروجویان کادوس به سرپرستی همکار عزیز جناب آقای دکتر محمد علی نیا و مؤسسه نیکان به سرپرستی جناب آقای دهپور بوده اند که تدارکات مفصلی را در فضای سالن و جهت پذیرایی در بیرون سالن فراهم کرده بودند و جای تشکر و قدردانی فراوان دارد.

**دکتر غلامحسن مهدی زاده**

# مصاحبه آقای دکتر خیری با روزنامه سپید :

## داروخانه‌ها زیر تیغ تامین اجتماعی

### خلف وعده تا کی؟



بیشتری به وضعیت اقتصادی داروخانه‌ها روا داشته و صورتحساب‌های مربوطه را بر اساس زمان‌بندی قانونی پرداخت کرده و امیدواریم این روند، در آینده نیز به مین صورت ادامه پیدا کند.» وی ادامه داد: «ولی متأسفانه سازمان تامین اجتماعی از فروردین‌ماه سال جاری، پرداخت‌های خود را به داروخانه‌ها متوقف کرده و این موضوع فشار قابل توجهی را به داروخانه‌های سراسر کشور وارد کرده است. به طوری که باید اذعان کنیم داروخانه‌ها زیر تیغ سازمان تامین اجتماعی قرار گرفته‌اند و به حال احتضار افتاده‌اند.»

سپید: «هر بار که با مسئولین سازمان تأمین اجتماعی جلسه داریم و گلابه‌های داروسازان را طرح می‌کنیم، آنها سعی می‌کنند با قول و وعده جلسه را سپری کنند.» این‌ها بخشی از اظهارات حمید خیری، مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران است.

توقف پرداخت مطالبات از فروردین‌ماه حمید خیری، عضو هیئت‌مدیره و مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران در گفتگو با سپید ضمن تایید به‌روز شدن پرداخت‌های بیمه سلامت به داروخانه‌ها، اظهار داشت: «خوشبختانه سازمان بیمه سلامت در ماه‌های اخیر، توجه



مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران تصریح کرد: «بخش عمده‌ای از مطالبات داروسازان بر عهده سازمان تامین اجتماعی است و تاخیرات این سازمان، قدرت تاب‌آوری اقتصاد داروخانه‌ها در برابر موج افزایش هزینه‌ها را به شدت کاهش داده است و آینده‌نگری حکم می‌کند که این مسیر اگر با همین شکل ادامه پیدا کند، روزهای سختی در پیش رو خواهد بود».

به گفته خیری، قدرت خرید داروخانه‌ها به واسطه تورمی که از ابتدای سال شاهد بودیم به شدت کاهش پیدا کرده و با این حال باز هم مسئولین سازمان تامین اجتماعی تصور می‌کنند که وعده درمانی، می‌تواند مشکلات اقتصادی داروخانه‌ها را برطرف سازد. وی ادامه داد: «متأسفانه به نظر می‌رسد پرداخت مطالبات داروسازان، آخرین اولویت پرداختی از سوی سازمان تامین اجتماعی قلمداد می‌شود و آنها وضعیت شکننده اقتصاد داروخانه‌ها را جدی نمی‌گیرند و از بی‌حیثیت شدن داروسازان در راهروهای دادگاه‌ها ابایی ندارند».

مدیر روابط عمومی انجمن داروسازان ایران افزود: «هر بار که با مسئولین سازمان تامین اجتماعی جلسه داریم و گلایه‌های داروسازان را طرح می‌کنیم، آنها سعی می‌کنند با قول و وعده، جلسه را سپری کنند».

خیری افزود: «این تأخیرها و این بدعهدی‌ها، از منظر قانونی، نادرست و فاقد جاهت است و

سازمان تامین اجتماعی باید در برابر خساراتی که به داروسازان تحمیل می‌کند، پاسخگو باشد و همان‌طور که قانون تصریح کرده، حتی جریمه معوقات خود را بپردازد».

به گفته خیری، در جلسات مشترک، مدیران تامین اجتماعی همواره از محدودیت‌ها و معضلات خود می‌گویند و توقع دارند که داروسازان با آنها همراهی کنند، اما توان داروسازان هم حد و اندازه‌ای دارد و بیش از این نمی‌توانند از سرمایه‌های خود به تامین اجتماعی یارانه پرداخت کنند.

این عضو هیئت‌مدیره انجمن داروسازان ایران تصریح کرد: «مشکلات مالی و فشاری که بر این سازمان وارد است، از سوی داروسازان قابل درک است ولی موضوع اساسی این است که تامین اجتماعی نباید مشکلات خود را به داروسازان حواله کند، بلکه باید با مدیریت بهتر و تشریح مشکلات، به فکر حل این معضل به‌صورت ریشه‌ای باشد.» وی تأکید کرد: «داروسازان توقع دارند رئیس سازمان تامین اجتماعی وعده‌هایی که در هر جلسه می‌دهد را به همان شکلی که در جلسات حضوری تشریح می‌کند، عملیاتی کند. نه اینکه در کلام، از پرداخت معوقات دو ماهه صحبت کند ولی در عمل، یک ماه را پرداخت کند و الباقی را به پشت گوش بيفکند».

## 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 چهارم: رویدادهای نیمه دوم سال 1380

وزیر، دارندگان کارت کمک داروسازی (موضوع تبصره 3 قانون مربوط به مقررات پزشکی و ... مصوب سال 1334) که عمدتاً به عنوان مؤسس داروخانه مشغول فعالیت بودند، علیرغم کسب استقلال نسبی، برای اداره مستقل داروخانه در شهرهای زیر پنجاه هزار نفر که شرح مفصل آن در قسمت بیست و سوم مقاله آمده است، طی نامه سرگشاده ای ضمن تمجید از اقدامات ثمربخش ایشان در آذربایجان شرقی و قاطعیت وی در عمل، عملکرد مسئولان

حکمت \_\_\_\_\_ شماره 176-177 \_\_\_\_\_

هیئت مدیره انجمن در ترکیب جدید، تمامی سعی خود را برای ایجاد هماهنگی بیشتر انجمن شعب با هیئت مدیره به کار بست و در اکثر مکاتبات، مسئولین شعب را از هرگونه مکاتبه مستقیم به ویژه مکاتبات گله آمیز با مسئولین وزارت بهداشت و مقامات طراز اول سازمانهای ذیربط که سود چندانی در بر نخواهد داشت برحذر داشت، تا کماکان یکپارچگی و وحدت بین تمامی اعضاء حفظ شود.

با شروع به کار دکتر مسعود پزشکیان به عنوان

دارویی وزارتخانه را به دلیل رفتار سلیقه ای به جای تبعیت از قانون مورد انتقاد قرار داده و خواستار رسیدگی به درخواست 200 نفر باقیمانده از جمعیت 1500 نفری پنجاه سال پیش دارندگان کارت کمک داروسازی شدند.

اداره کل امور دارو با مشاهده واگذاری بسیاری از مجوزهای داده شده برای تأسیس داروخانه (که صرفاً بر اساس تقدم تاریخ تقاضا در اولویت قرار می گرفتند) قبل از بهره برداری به سایر افراد متقاضی، برای ممانعت از این عمل در تاریخ 80/6/31، نظریه پیشنهادی زیر را جهت اظهارنظر به دفتر حقوقی و امور مجلس، ارسال نمود تا به مورد اجرا بگذارد.

«مجوز تأسیس داروخانه در واقع تأیید صلاحیت فرد متقاضی، جهت تأسیس داروخانه می باشد و این تأیید صلاحیت قائم به همان شخص است. لذا چنانچه فرد دیگری متقاضی انتقال سرمایه داروخانه تأیید صلاحیت شده می باشد، لازم است ضمن ابطال پروانه داروخانه، فقط در خصوص اموال و دارایی داروخانه با مؤسس اولیه مصالحه نماید و در خصوص تأسیس داروخانه در همان مکان یا مکان دیگر، در صورت داشتن اولویت لازم و با توجه به جمیع شرایط از طرف دانشگاه علوم پزشکی، جهت تأیید صلاحیت به کمیسیون ماده 20 امور داروخانه های اداره کل معرفی گردد. در خصوص وراثت مؤسس متوفی نیز چنین می باشد.»

مدیرکل دفتر حقوقی و امور مجلس، بدون هیچ کم و کاستی در تاریخ 80/7/25 پیشنهاد ارسالی را وفق مقررات دانسته و مورد تأیید قرار داد. دکتر احمدیانی معاون غذا و دارو طی بخشنامه شماره 8581/د مورخ 1380/9/4 ضمن ارسال مکاتبات انجام یافته به دانشگاه های علوم پزشکی جهت اجراء، در یک اشتباه تاکتیکی دیگر اختیار واگذاری پروانه باطل شده به ترتیب فوق، از جمله پروانه متوفی را نیز به دانشگاه علوم پزشکی تفویض نمود تا از طریق کمیسیون ماده 20 اعمال نمایند.

مجموعه این مکاتبات توسط دبیر هیئت مدیره انجمن ایران به منظور اظهارنظر در فرصت سه روزه به انجمنهای شعب ارسال گردید و با اعتراض گسترده انجمنها و شورای عالی داروخانه ها مواجه گردید. نظریه پیشنهادی تأیید شده اداره کل و بخشنامه دکتر احمدیانی از چند اشکال عمده برخوردار بود. بارزترین اشکال در نظریه، شمول مفاد آن به وراثت متوفی است که اختیار قانونی آن در تبصره 4 ماده 3 اصلاحی 1374/1/29 به مدت 2 سال توسط مجلس شورای اسلامی داده شده بود. طبیعی است وقتی وراثت متوفی مجاز به واگذاری پروانه باشند، این حق خود به خود برای شخص دارنده پروانه محرز خواهد بود.

اشکال بعدی، ایراد حقوقی در متن بخشنامه دکتر احمدیانی بود که علاوه بر شمول مفاد نظریه به وراثت متوفی در پاراگراف آخر، حق

واگذاری پروانه باطل شده را به دانشگاه های علوم پزشکی داده بود. این تفویض، خارج از اختیارات قوه مجریه بود و با قانون مغایرت آشکار داشت.

از اقدامات شایسته در مورد ابطال بخشنامه یاد شده اقدام قابل تحسین همکاران هیئت مدیره آذربایجان شرقی بود. نامبردگان با استفاده از جایگاه قانونگذاری آقای دکتر جبارزاده نماینده محترم مردم تبریز در مجلس شورای اسلامی که همزمان از جمله اعضای متخصصین علوم آزمایشگاهی شورای عالی نظام پزشکی در دور سوم بود، با استفسار از اداره مشاورت های حقوقی و تخصصی مجلس، مغایرت آشکار بخشنامه 8581/د مورخ 1380/9/4 آقای دکتر احمدیانی با مفاد تبصره 4 ماده 3 قانون اصلاحی را در مورد وراثت اخذ نمودند.

پس از جمع بندی نظریات آقای دکتر آذرنوش رئیس انجمن در تاریخ 80/10/12 با ارسال ادله ابراز شده خواستار توقف اجرای بخشنامه مزبور گردید و آمادگی کامل انجمن را برای دستیابی به راه حلی مناسب اعلام داشت. به دنبال این اعلام، دبیر هیئت مدیره پس از جمع آوری نظریات انجمن شعب و به منظور توزیع مناسب تر داروخانه ها با هدف اشتغال بیشتر، ضوابطی را برای تأسیس داروخانه در تهران بزرگ، شهرهای دارای دانشکده داروسازی، مراکز استانها و سایر شهرهای بالا و زیر پنجاه

هزار نفر جمعیت و همچنین مناطق محروم با در نظر گرفتن تسهیلاتی برای جانبازان و آزادگان و چگونگی انتقال سرمایه داروخانه به اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر اعلام نمود و متعاقب آن معاونت غذا و دارو با اهداف زیر:

- 1- توزیع بهینه و هدفمند شدن فعالیتهای داروسازان در مناطق مختلف کشور
- 2- ارج نهادن به سابقه اشتغال در حرفه داروسازی
- 3- شفاف سازی وضعیت تأسیس داروخانه توسط داروسازان پس از فارغ التحصیلی
- 4- تسهیل امور تأسیس داروخانه

ضوابط و شرایط تأسیس داروخانه را بر اساس جدول امتیازات مناطق، مصوبه هیئت وزیران در مورد پزشکان و ضوابط انتقال سرمایه داروخانه را تحت شرایطی از 1381/1/1 لازم الاجرا دانست و با اعلام این ضابطه که هم اکنون نیز اجرا می شود، تنظیم سند صلح و سرمایه که در گذشته معمول بود منسوخ گردید. نگرانی حاصل از واگذاری سرمایه داروخانه به سرمایه گذاران غیر داروساز به طور صوری که گروهی معروف به صورت اقماری مبادرت به این امر می نمودند موجب گردید تا اداره کل امور دارو، برای سومین بار در سال 1380، مدیران عامل 6 شرکت توزیع را، از تحویل دارو به داروخانه هایی که از ارائه چک به نام مؤسس خودداری می کنند بر حذر دارد.

موضوع واگذاری صوری از جمله معضلاتی است

که به دلیل عدم همکاری همه جانبه همچنان ادامه دارد.

عدم نصب تابلوهای تبلیغاتی در سردرب یا محیط داروخانه بر اساس ماده 5 قانون مقررات امور پزشکی و ... موجب گردید تا اداره کل امور دارو ضمن یادآوری نکات لازم، به مؤسسين استفاده کننده از تابلوهای غیرمجاز لغایت سال 1380 فرصت جمع آوری بدهد.

بر اساس بخشنامه رئیس قوه قضائیه، رسیدگی به پرونده های قاچاق اقلام دارویی و پزشکی به یکی از شعب دادگاه انقلاب اختصاص یافت.

موضوع پذیرش امتیاز کلاسهای بازآموزی (آموزش مداوم)، صرفاً از انجمنهایی که پروانه فعالیت خود را از وزارت بهداشت دریافت داشته اند از جمله موضوعاتی بود که علیرغم برگزاری این دوره توسط هیئت مدیره وقت جامعه، حتی قبل از تصویب قانون، از طرف مدیریت آموزش مداوم وزارت بهداشت، تأکید شد که مقبولیت گواهی های صادره از برگزاری دوره آموزش مداوم منوط به تشکیل انجمن علمی و اخذ پروانه از وزارت بهداشت خواهد بود. به همین منظور جلسه مشورتی در تاریخ 80/8/17 در سالن اجتماعات انجمن، برای چگونگی شکل گیری انجمن علمی تشکیل گردید.

به منظور تبیین وضعیت اسفبار اقتصادی چرخه دارویی کشور اعم از تولید، توزیع و داروخانه، نامه مستدلی با ارائه آمار و ارقام، متفقاً توسط

مسئول شورای عالی داروخانه ها و دبیر هیئت مدیره ایران، خطاب به آقای دکتر خیرآبادی نماینده محترم مجلس دوره ششم (دوره اصلاحات) و عضو دوره سوم شورای عالی نظام پزشکی، تنظیم و ارسال گردید تا شاید با استفاده از دوران طلایی اصلاحات اقدام بایسته ای صورت گیرد.

موضوع الزامی بودن اخذ آدرس و امضاء از گیرندگان داروی نسخ گرانتیتم بیمه ای و کسر مبالغ هنگفت از داروخانه ها در صورت عدم اجرا، از جمله معضلات دیگر سال 1380 بود که ضمن اعتراض انجمنهای فعال شعب، با دخالت هیئت مدیره ایران منتفی گردید.

به منظور منطقی تر نمودن تعرفه های پزشکی و اجرایی شدن آن در سال 81، سازمان نظام پزشکی حرکت وسیعی را برای اخذ نظر از نظام پزشکی شهرستانها آغاز نمود. هرچند در نامه ارسالی به دلیل حاکمیت پزشکان در نظام پزشکی، این بررسی صرفاً برای اعلان هزینه های جاری آب و برق و گاز و حقوق منشی و اجاره مطب پزشکان عمومی و متخصص منحصر گردیده بود ولی با اعتراض مکتوب نگارنده، این امر به داروخانه ها و آزمایشگاه ها و رادیولوژی ها هم تسری داده شد و جداولی توسط انجمن های آذربایجان غربی، شرقی، کرج، کرمانشاه، اردبیل و گیلان واصل گردید. ناگفته نماند، کاملترین بررسی، جداولی بود که توسط انجمن فارس تدوین یافته بود.

یادآوری به جا و به موقع جناب دکتر مژدهی آذر که همواره تکمیل کننده این تاریخچه است جای تشکر و قدردانی دارد. خداوند این بزرگمرد جامعه داروسازی که از جمله نوادر دوران محسوب می گردند از کلیه بلاها محفوظ بدارد.

دکتر پور کاظمی - 97/12/5

تاریخ: \_\_\_\_\_  
شماره: \_\_\_\_\_  
پیوست: \_\_\_\_\_

نشریه پیام انجمن داروسازان ایران  
Iran pharmacists Association  
عطفی - حرفه ای  
تاسیس ۱۳۷۲ - شماره ثبت ۷۹۵  
(جامعه داروسازان سابق نامتوس ۱۳۴۳)

IRAN PHARMACISTS ASSOCIATION  
انجمن داروسازان ایران

**دوست و همکار گرامی جناب استاد دکتر پور کاظمی**

سلام علیکم با احترام فراوان با مطالعه تاریخچه نظام پزشکی به نگارش حضرتعالی در نشریه وزین حکمت که لازم است مجدداً و مکرراً از زحمات شما تشکر کنم. با اجازه جنابعالی لازم دیدم در مورد دوره سوم انتخابات سازمان نظام پزشکی که افتخار حضور داشتم مطلبی را در مورد تصویب اختیار تعیین تعرفه های بخش خصوصی بعرض خوانندگان برسانم. میحث تعیین تعرفه های بخش خصوصی ساعت ها و هفته ها وقت شورایی را که در راس آن جناب آقای دکتر شکوری راد حضور داشتند گرفت به ویژه نحوه انتشار آن نیاز به دقت قرائنی داشت که در این مورد دوست و همکار عزیزمان آقای دکتر خیرآبادی که آن زمان نمایندگی مجلس شورای اسلامی را نیز بعهده داشتند تلاش بسیار کردند و تصویب آن نیز به کمک ایشان مقدور گردید.

ضمناً رئیس سازمان که تا آن تاریخ متحصر به (پزشک) در اساسنامه قید گردیده بود باز به کوشش دکتر خیرآبادی حذف و از لیست پزشکان خارج و شامل کلیه اعضاء سازمان نظام پزشکی شد البته خیلی آهسته بگویم زحمات جنابعالی و بنده حقیر نیز بی تاثیر نبود.

**دکتر رهبر مژدهی آذر**  
مدیر مسئول فصلنامه پیام انجمن داروسازان ایران

آدرس دفتر مرکزی نشریه پیام انجمن - کارگر شمالی - خیابان نصرت - نبش چهارراه شهید ثابت، پلاک ۴۷

## مصاحبه آقای دکتر خیری، عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران در گفت‌وگو با خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس

### رفتار دوگانه دولتمردان با داروسازان

عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران گفت: این همه بی توجهی به جایگاه داروسازان و این میزان خدشه به حیثیت و حرمت داروسازی در تاریخ این کشور بی سابقه است.



به عنوان یک داروساز و به عنوان عضوی از جامعه داروسازی کشور و نیز به واسطه مسئولیتی که در هیات ریسه انجمن داروسازان ایران بر عهده اینجانب قرار داده شده، بر خود واجب

حمید خیری، عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران در گفت‌وگو با خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس؛ با اشاره به وضعیت نامتوازن سیستم درمانی کشور اظهار داشت: من

می دانم از دستاوردهای دارویی کشورمان دفاع کنم و آنچه که حقوق داروسازان و مردم را به مخاطره انداخته را به طور شفاف و روشن بیان کنم و از مجلس شورای اسلامی و سایر دستگاه های مرتبط درخواست کنم پیش از آنکه داروسازان دلزده و سرخورده شوند و مردم از ناحیه خدمات دارویی، آسیب ببینند، به داد این قشر برسند.

وی ادامه داد: همه کشورهای دنیا برای آموزش و پرورش علاقه مندان داروسازی سرمایه گذاری های زیادی تدارک می بینند تا جامعه را از مواهب وجود داروسازان بهره مند سازند و این تاسف بار است که در کشور ما با وجود بیش از 20 هزار داروساز، نه تنها شرایط را برای بالندگی ایشان فراهم نمی کنند، بلکه به نظر می رسد دست هایی به دنبال حذف کردن داروسازان یا به انزوا کشیدنشان است.

رئیس روابط عمومی انجمن داروسازان ایران افزود: تجربیات دنیا بر این مدعا دلالت دارد که نقش داروسازان در تامین سلامت، حیاتی و سرنوشت ساز است و بدون مشارکت داروسازان در زنجیره بهداشت و درمان کشورها، نمی توان به توسعه سلامت در جوامع امیدوار بود و حتی فرایندهایی نظیر مشاوره و پیشگیری هم ناتمام و ناقص باقی خواهد ماند

یک سو شاهد ابلاغ آیین نامه های مختلف از سوی وزارت بهداشت هستیم، بدون اینکه رای و نظر انجمن داروسازان و سایر تشکل های مرتبط در آن ها لحاظ شده باشد و از سوی دیگر بخشنامه معاون اول رئیس جمهور بر ضرورت دریافت دیدگاه های انجمن های تخصصی حکایت می کند.

وی با انتقاد از سیستم مالیات ستانی از داروخانه ها تصریح کرد: داروخانه ها از جمله شفاف ترین نظام های دریافت و پرداخت را دارند و بر این اساس مالیات ستانی از ایشان برای دولت سهل و راحت است ولی وقتی همه هزینه های داروخانه ها افزایش پیدا کرده و تعدادی از همکاران داروساز به دلیل داشتن چک های برگشتی گرفتار نظام قضایی کشور شده و داروخانه های آنها در مرز ورشکستگی قرار گرفته گردیده، فشار مالیاتی نتیجه ای جز درهم شکستن توان داروسازان نخواهد داشت.

رئیس روابط عمومی انجمن داروسازان ایران افزود: ضمن اینکه مشکل سازمان های بیمه گر کماکان برقرار است و بخش عمده ای از نقدینگی داروخانه ها در نزد سازمان های بیمه گر بلوکه شده و آن ها حاضر به پرداخت بدهی های خود در سررسید مقرر و قانونی نیستند.

**خیری ادامه داد: وضعیت به گونه ای است که سازمان های بیمه گر، نه پول**

وی با اشاره به دوگانه رفتار کردن دولت در پذیرش آرای انجمن ای صنفی اظهار داشت: از



داروسازانی که در سال های اخیر فارغ التحصیل شده اند، برنامه مشخصی ندارد

خیری افزود: ما برای رفع این مشکل، تدوین سند جامع بلند مدت اشتغال داروسازان را پیشنهاد داده ایم ولی به نظر می رسد که به مذاق برخی افراد در خارج از جامعه داروسازی خوش نیامده است.

وی در پایان تصریح کرد: ما به پشتوانه بیش از یکصد سال فعالیت تشکلی در کشورمان، نگران وضعیت حاضر هستیم چرا که این همه بی توجهی به جایگاه داروسازان، این میزان خدشه به حیثیت و حرمت داروسازی و این مقدار بی مهری ناروا در حق داروسازان، در تاریخ این کشور بی سابقه است.

**داروسازان را پس می دهند و نه به وعده های خود اعتنا می کنند و در این شرایط سرمایه های ربالی داروسازان هر روز به دلیل نوسانات نرخ دلار و افزایش هزینه ها، کاهش پیدا می کند.**

به گفته خیری، طبیعی است که داروخانه هایی که بی پول شده اند، ناگزیر، بی دارو هم خواهند شد و امیدوارم دولتمردان هر چه زودتر در این خصوص چاره اندیشی مناسبی کنند تا مردم گرفتار و سرگردان نشوند.

رئیس روابط عمومی انجمن داروسازان ایران با اشاره به بحث اشتغال داروسازان جوان تصریح کرد: هر سال حدود 2 هزار دانشجوی جوان، به حوزه داروسازی کشورمان اضافه می شوند و این در شرایطی است که کشور حتی برای اشتغال

## عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران مطرح کرد دورخیز داروسازان برای اعتراض

عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران گفت: داروخانه هایی که بی پول شده باشند، ناگزیر، بی دارو هم خواهند شد و این موضوعی است که باید از هم اکنون به فکر گشایی از آن باشیم.



تاخیر پرداخت مطالبات داروخانه ها از سوی سازمان تامین اجتماعی به یک رویه عادی برای آن ها تبدیل شده است.

وی ادامه داد: طولانی شدن پرداخت ها تا حدی است که حتی در برخی استان ها، مطالبات خرداد ماه هم واریز نشده این موضوع داروسازان را به صورت جدی در تنگنا قرار داده است، به طوری

حمید خیری، عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران در گفت و گو با خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس با اشاره به عدم پرداخت مطالبات داروسازان از سوی تامین اجتماعی اظهار داشت: متأسفانه به نظر می رسد سازمان تامین اجتماعی، صورت حساب های داروخانه ها را از خردادماه فراموش کرده است و

که هر روز شاهد افزایش دل نگرانی و دل مشغولی داروسازان بابت اعتبار و حیثیت اجتماعیشان هستیم

به گفته خیری، داروخانه هایی که بی پول شده باشند، ناگزیر، بی دارو هم خواهند شد و این موضوعی است که باید از همینک به فکر گره گشایی از آن باشیم

وی افزود: واقعیت این است که تا امروز ارائه خدمات دارویی به مردم و بیماران حتی برای لحظه ای متوقف نشده، ولی قطعاً توان

داروخانه ها برای تامین دارو محدود است و ممکن است به نقطه ای برسیم که نتوانیم به مردمی که با دفترچه بیمه مراجعه کرده اند، خدمات مناسب و مبتنی بر تعهدات سازمان های بیمه گر ارائه دهیم.

خیری با اشاره به اینکه داروسازان از وعده های پوچ و تو خالی، به تنگ آمده اند، اضافه کرد: بر همین اساس تصمیم داریم در هفته آینده به سراغ تک تک دفاتر اسناد پزشکی تامین اجتماعی در سراسر کشور برویم و موضوع را به ایشان به صورت جدی یادآوری کنیم.

# با تکمیل فرم خلاصه در آمد و هزینه ، اظهار نامه تسلیمی خود را علیه رسیدگی به روش علی الرأس واکسینه کنید .



**دکتر پور کاظمی - نائب رئیس کارگروه تخصصی مالیات و**

**عوارض شورای عالی و دبیر نظام پزشکی رشت**

گروه سوم: مؤدیانی که مجموع مبلغ فروش کالا و خدمات سال قبل آنان اعم از نقدی و سیستم پوز و مطالبات از بیمه ها و سایر مؤسسات کمتر از مبلغ یک میلیارد تومان باشد.

این ساده ترین تعریفی است که بیان شده است. از آنجایی که اکثریت داروخانه ها در گروه دوم مالیاتی قرار دارند، در این یادداشت به چگونگی تکمیل فرم مربوط به گروه دوم (فرم پیوست یک) که تصویر آن در ذیل منعکس گردیده پرداخته می شود.

مستحضرید که در قانون اصلاحی 1394/4/31 مالیات های مستقیم و آئین نامه ماده 95 آن، از ابتدای سال 95 کلیه مؤدیان مالیاتی از نظر حجم فعالیت به سه گروه تقسیم شده اند.

گروه اول: مؤدیانی که مجموع مبلغ فروش کالا و خدمات سال قبل آنان اعم از نقدی و سیستم پوز و مطالبات از بیمه ها و سایر مؤسسات بیشتر از سه میلیارد تومان باشد.

گروه دوم: مؤدیانی که مجموع مبلغ فروش کالا و خدمات سال قبل آنان اعم از نقدی و سیستم پوز و مطالبات از بیمه ها و سایر مؤسسات بین یک میلیارد تا سه میلیارد تومان باشد.

صورت درآمد و هزینه سالانه بودجهای گروه دوم

سال ۱۳۲۳

نام و نام خانوادگی اداره امور مالیاتی		شماره ملی	شماره اقتصادی	کلاس پرونده	شماره و تاریخ صدور پروانه کسب		نام واحد تجاری		شماره ملی	
نام	تاریخ	فروش		تاریخ	مکان و محل	شماره	خرید		تاریخ	مکان و محل
		تاریخ	مکان و محل				تاریخ	مکان و محل		

مسئول اطلاعات مورد نیاز حسب اعلامی های اداره امور مالیاتی است و موارد فوق صرف جهت اطلاع سایر اطلاعات بوده و برای مقاصد مالیاتی مورد نیاز است. در صورت نیاز از اداره امور مالیاتی استعلام کنید.  
 تاریخ: ۱۳۲۳/۱۰/۲۲ (تقریباً) تاریخ: ۱۳۲۳/۱۰/۲۲

صورت درآمد و هزینه سالانه بودجهای گروه دوم

سال ۱۳۲۳

نام و نام خانوادگی اداره امور مالیاتی		شماره ملی	شماره اقتصادی	کلاس پرونده	شماره و تاریخ صدور پروانه کسب		نام واحد تجاری		شماره ملی	
نام	تاریخ	فروش		تاریخ	مکان و محل	شماره	خرید		تاریخ	مکان و محل
		تاریخ	مکان و محل				تاریخ	مکان و محل		

مسئول اطلاعات مورد نیاز حسب اعلامی های اداره امور مالیاتی است و موارد فوق صرف جهت اطلاع سایر اطلاعات بوده و برای مقاصد مالیاتی مورد نیاز است. در صورت نیاز از اداره امور مالیاتی استعلام کنید.  
 تاریخ: ۱۳۲۳/۱۰/۲۲ (تقریباً) تاریخ: ۱۳۲۳/۱۰/۲۲

در صورتی که این دو برگ فرم از ابتدای هر سال مالیاتی آگاهانه تکمیل و اظهارنامه مالیاتی بر اساس مندرجات آن تنظیم و ارسال شود، حوزه مالیاتی با رعایت اصل اعتماد و تعامل با مؤدیان، به منظور ارتقاء فرهنگ مالیاتی و براساس ماده 97 ق.م.م ناگزیر به پذیرش آن بدون رسیدگی می باشد مگر آنکه مستندات مبنی بر خرید بیشتر از موارد اعلام شده در اظهارنامه ارائه دهد.

فرم پیوست یک درمورد مؤدیان گروه دوم در دو برگ روزانه و ماهیانه طراحی شده است.

برگ روزانه مشتمل بر 31 ردیف است که باید جمع فروش و خرید کالا در روزهای کاری، در ستون غیرمشمول و همچنین جمع هزینه های مستند و احتمالی روزانه در ستون مربوطه قید شود و جمع کل این ستونها به ردیف آخر برگه منتقل و عیناً در برگ ماهیانه منعکس گردد.

بر اساس ماده 95 ق.م.م و بند ب از ماده 6 آئین نامه اجرایی، درج فروش کالا/خدمات در هر روز کاری به صورت تجمیعی با استفاده از حداقل مبلغ قانون برگزاری مناقصات که برای سال 96 مبلغ یک میلیون و یکصد هزار تومان لحاظ شده است، در برگه فروش های معمولی با

شماره سریال صادر و جمع آنها در ستون مربوطه به برگ روزانه منتقل می گردد.

به عنوان مثال چنانچه فروش روزانه یک داروخانه اعم از نقدی و بیمه و پوز مبلغ پنج میلیون تومان باشد، برای انعکاس جمع این مبلغ، می باید چهار قطعه برگه فروش معمولی هر کدام به مبلغ یک میلیون و یکصد هزار تومان و باقیمانده مبلغ یعنی 600/000 تومان در برگه فروش پنجم صادر شود و به مهر و امضاء مدیر داروخانه مهور گردد. (در صورتی که نسخه ای به مبلغ 1/100/000 تومان و یا بیشتر باشد برای آن فاکتور فروش جداگانه ای صادر می شود).

مجموع خرید کالا اعم از دارو و متفرقه چنانچه در هر روز کاری صورت گیرد، با حفظ فاکتورهای مربوطه و مجموع هزینه های مستند احتمالی روزانه و ماهیانه در ستون مربوطه درج می شود. با این ترتیب داروخانه های گروه دوم برای هر ماه یک نسخه از فرم روزانه را به همراه مدارک درج شده در فرم تنظیم می نمایند. (مجموعاً برای یکسال دوازده برگه) و حاصل جمع این دوازده برگه به فرم ماهیانه منتقل می شود.

چنانچه ارقام مندرج در فرمها با ارقام درج شده در اظهارنامه مطابقت داشته و به ویژه مبلغ دریافتی با موجودی حساب های بانکی یکسان باشد، مدارک تسلیمی بدون هیچ گونه عذری مورد پذیرش قرار خواهد گرفت. تنها ایراد احتمالی به اظهارنامه عملکرد 96 که زمینه رسیدگی به روش علی الرأس را فراهم می آورد، عدم اعلام مبلغ ریالی موجودی کالا در اول و پایان سال مالیاتی در اظهارنامه است که ممکن است در عملکرد 96 مورد غفلت قرار گرفته باشد. ان شاء الله این غفلت در عملکرد 97 جبران می گردد و از اول سال 98 با دقت هرچه تمام تر

ادامه می یابد. چون اگر این فرمها تکمیل نشود حوزه مالیاتی به دلیل عدم ارائه مدارک، مبالغ بالاتری را به عنوان خرید منظور نموده و از مبلغ مازاد 30 درصد جریمه کتمان غیرقابل بخشش وصول می نماید.

حال برای واکسینه کردن اظهارنامه 96 ارسالی، لازم است فرم پیوست 1 را مطابق رقمهای اعلام شده در اظهارنامه تکمیل و در دست داشته باشیم تا موقع رسیدگی به پرونده ارائه و از روش رسیدگی به طریق علی الرأس در امان بمانیم.

**\* توجه : حداقل مبلغ قانونی برگزاری مناقصات برای عملکرد سال 97 مبلغ 12/500/000 ریال (یک میلیون و دویست و پنجاه هزار تومان) می باشد.**

## « گله » نه « شکایت »

### د کتر آرښ ظاهر قاسمی

اعتراض و پیگیری، الحمد لله رب العالمین بارکد  
دو بعدی کشف شد و اکثر کارخانجات این  
بارکد را روی محصول خود درج می نمایند.  
بسیار عالی!

حال سؤال واقعی اینجاست که شرکت پخش  
چه ساز و کار و فرمولی را برای خرید و فروش  
داروهای خود به داروخانه ها ایجاد نموده است؟  
من پس از کنجکاو شدن و تحقیق لازم، متوجه  
شدم شرکتهای توزیع ادعا می کنند که از  
وزارت بهداشت یا بهتر بگویم معاونت غذا و  
دارو نامه ای دریافت کرده اند که هر روز رأس  
ساعت 24 شب حق دارند قیمت داروهای خود

اینجانب در مورد قیمت مصرف کننده داروها  
از ابتدای تولید تا انتها که به دست مصرف کننده  
می رسد را مثل یک پایان نامه تحقیقی شروع  
کردم تا حداقل برای من روشن شود مشکل  
قیمت های متعدد یک دارو از یک برند چیست؟  
مواد اولیه یا در داخل تولید می شود یا از  
خارج و کشورهای متعدد وارد کشور می شود با  
قیمت مشخص در هر پارت تولید یا واردات.  
بسیار عالی!

کارخانجات دارویی شروع به تولید دارو  
می نمایند. طبق قانون قبلی که ملزم به چاپ  
قیمت مصرف کننده بودند. حال پس از سالها



را به روز کنند و بعد از آن همان دارو را به قیمت جدید فاکتور نمایند. حتی اگر از قبل این دارو تولید شده باشد و فاکتور دارو در شرکت قیمت قبل باشد و داروی موجود در شرکت با فاکتور قبل باشد باز هم شرکت توزیع طبق مجوز حق دارد با قیمت جدید فاکتور نماید. اگرچه گاه گاهی بعضی شرکتها به دلیل رقابت دارو را به قیمت قبل فاکتور می نمایند. با توجه به گرفتن مجوز شرکتهای توزیع باز هم من می گویم بسیار عالی!

حال بیائیم فرایند خرید و فروش را در داروخانه مرور نماییم. آنچه من در طی 25 سال کار در داروخانه متوجه شده ام ملاک بررسی قیمت و فروش دارو، تطابق موجودی دارو با فاکتور صادره می باشد. به عبارت دیگر اگر فردی در مورد قیمت دارو معترض شود ارائه فاکتور و تطابق قیمت با فاکتور الزامی است.

سؤال واقعی اینجاست که چرا انجمن محترم تلاش نمی نماید تا مثل شرکتهای پخش مجوزی از وزارت بهداشت یا معاونت غذا و دارو دریافت نماید تا با توجه به مجهز شدن داروخانه ها به سیستم مدیریت پیشرفته آنها نیز مثل شرکت پخش رأس ساعت 24 شب قیمتهای خود را به روز نمایند تا یکپارچگی در فروش در داروخانه های سراسر کشور دیده شود و هر روز سر و کله زدن با بیمار که چرا فلان داروخانه فلان دارو را به قیمت پایین تر می دهد و شما برای من گران حساب نموده اید، اتفاق نیفتد؟ به عبارت دیگر در این حلقه، داروخانه دار سیکل معیوب را طی می کند در صورتی که تنها بخشی از فروش است که با مردم طرف حساب است.

به امید آن روز که مجوز لازم از ارگانهای مربوطه گرفته شود تا داروخانه نیز به مانند شرکتهای توزیع عمل نماید تا حداقل یک مشکل از مشکلات متعدد داروخانه حل شود.

## حفاظت از اطلاعات بیماران

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

- اگر اجازه استفاده از اطلاعات شخصی بیمار به قصد خاصی گرفته شده باشد به معنی تعمیم آن به سایر مقاصد نیست. تدابیر لازم جهت حفظ اطلاعات از لحاظ تکنیکی نیز باید منظور گردد.

- درج این اطلاعات در رسانه در اکثریت موارد مگر با صلاحدید دادگاه صحیح نیست.

- پسندیده است که بتوان با حفظ نام و مشخصات فرد از نتایج درمان در مطالعات تحقیقاتی بهره بُرد.

اینکه داده های بیماران تا چه زمان حفظ شود مسئله ای است که اصولاً در نظام های مختلف، متفاوت به نظر می رسد اما با توجه به

این اطلاعات، همه داده ها را شامل می شود چه شخصی، چه پزشکی، چه ثبت بر کاغذ، چه محفوظ در کامپیوتر و اصول عمده آن عبارتند از:

- ضمن تهیه اطلاعات کافی از بیمار در حفاظت از اطلاعات کوشا باشیم.

- در صورت نیاز به استفاده از این اطلاعات مثلاً در امری تحقیقی مراتب با ذکر منبع اطلاعات و بدون ذکر نام باشد.

- اطلاعات شخصی را فرد بیمار می تواند در صورت نیاز اصلاح کند.

## رازداری و مرگ

آیا وظیفه رازداری فقط برای زندگان مطرح است یا مردگان را نیز شامل می شود؟ به نظر می رسد که به هر حال راز را باید حفظ نمود و به تعبیری این مسئله چون یک اصل محکم و استوار خودنمایی می کند. در این موارد برخی از داده های متوفی حتی پس از فوت نیز جزء اسرار خواهد ماند مگر به ضرورت و صلاحدید دادگاه.

## دسترسی به اطلاعات

حال تلنگری به مسئله حفاظت از اطلاعات بزنیم. از دستیابی دیگران به اطلاعات بیمار گفتیم از دسترسی خود بیمار نیز باید گفت. غالباً بیمار می تواند تنها با نوشتن یک درخواست و در برخی موارد پرداخت هزینه مختصر، به اطلاعات خود دسترسی پیدا کند جز در مواردی که تیم درمانگر به دلایلی مانند ترس از واکنش غیرعادی (مثل خودکشی در صورت اطلاع از بیماری خاص) به مدت کوتاه و تحت شرایط خاصی بیمار را موقتاً از این درخواست طبیعی محروم نمایند.

## مباحث اخلاقی رازداری

نتیجه گرایان بر این عقیده اند که اگر چه افشای راز برای فرد سخت باشد، در صورت عدم طرح آن نزد پزشک، ممکن است وی نتواند تدابیر لازم را جهت درمان بیمار اتخاذ کند و لذا امتناع از افشای راز پیش محرم اسرار یعنی پزشک نتیجه خوبی برای بیمار در بر نخواهد داشت.

پیشرفت های عصر حاضر و اینکه حجم داده های یک ملت را می توان در یک فلاش ذخیره نمود، به اعتقاد نگارنده نابود کردن این اطلاعات عاقلانه به نظر نمی رسد مگر اینکه سهواً یا در اثر حادثه ای ناخواسته از بین بروند. مسلماً بهتر است سیستم های بهداشتی که امروزه در کشور عزیز ما نیز رنگ و بوی تازه ای یافته اند در زمینه ارتقاء فرایند ثبت داده های بیماران و تکنولوژی مربوط به آن نقش پیشرو خود را به درستی ایفا کنند.

بهتر است که جنبه های رازداری برای تمامی انبای بشر اعم از عاقل و مهجور، کوچک و بزرگ یکسان در نظر گرفته شود. برخورد با این موضوع در کشورهای مختلف بسته به عقاید مردم و وضعیت اجتماعی می تواند متفاوت باشد و اصولاً تابع قوانین داخلی هر کشور است. مثلاً در کشور ما اگر دختری 16 ساله از پزشک درباره ی روش های پیشگیری از بارداری سوال کند تکلیف چیست؟ آیا گزارش چنین پرسشی باید به والدین داده شود؟ موارد چالش برانگیزی از این قبیل بسیارند.

به هر حال گزارش شیوع یک ناهنجاری اخلاقی مثلاً افزایش موارد روابط جنسی نامشروع در نوجوانان را شاید در صورت نیاز بتوان از سوی تیم درمانگر به مراجع ذیربط هشدار بر پایه ی اطلاعات ثبت شده (البته بدون ذکر نام و مشخصات) داده شود تا جلوی چنین ناهنجاری های اجتماعی در حد امکان گرفته شود.

به هر حال ممکن است با افشای اسرار نزد پزشک، بتوان بیماری یا استعداد ابتلا به بیماری خاصی را تشخیص و در صورت امکان درمان نمود.

اما عمل گرایان معتقدند به استقلال فرد در تصمیم گیری باید احترام گذاشت. به این مفهوم که بشر اختیار زندگی خصوصی خود را دارد و نباید برای گفتن یا نگفتن اطلاعات به اجبار تن دهد. آنها معتقدند که اگر بخواهید می توانید رازتان را برای تیم درمانگر افشا کنید و اگر نخواهید عیبی متوجه شما نیست. انتخاب با شماست. یعنی اطلاعات مال شماست. اما باید گفت که از نظر حقوقی، شاید نتوان اطلاعات شخصی را دقیقاً با مالکیت مترادف دانست که این خود بحث فلسفی عمیقی را می طلبد. در خاتمه ی این بحث لازم است از این منظر نیز به موضوع بنگریم که در هر حال حمایت و

حفاظت از اطلاعات بیماران مهم است و استفاده از این اطلاعات در صورتی جرم محسوب می شود که فرد در جهتی غیر از مباحث درمانی و تحقیقاتی به سوء استفاده ی غیر منطقی از این داده ها بپردازد که معمولاً بعید به نظر می رسد اگرچه تصورش غیرممکن هم نیست.

سؤال: پزشکی سر میز شام به همسرش می گوید که امروز فلانی برای یک مسئله شخصی به مطب من آمد.

او جزئیات را مطرح نمی کند. آیا مرتکب نقض رازداری شده است؟

سوال: فردی به دکتر مراجعه و عنوان می کند که شوهرش وی را کتک زده است. او از دکتر خواسته که مطلب را به کسی نگوید. آیا پزشک می تواند این مسئله را به پلیس اطلاع دهد؟ اصلاً آیا او مسئولیتی در این زمینه دارد؟

## عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران: تامین اجتماعی، داروخانه‌ها را به اعتراض‌های رادیکالی وادار نکند

عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران گفت: متأسفانه سازمان تامین اجتماعی با ما صادق و رو راست نیست و با وعده‌های پوچ و تو خالی، داروسازان را به بن‌بست سوق داده و راهی جز اعتراض باقی نگذاشته است.



حیثیت اجتماعی داروسازان به دلیل چک‌های برگشتی، مورد خدشه قرار می‌گیرد و رنج آور اینکه هیچ کس هم پاسخگوی این شرایط نیست. وی ادامه داد: وضعیت به گونه‌ای است که سازمان تامین اجتماعی، نه پول می‌دهد و نه به وعده‌های خود عمل می‌کند و این برای داروسازانی که تلاش می‌کنند ارائه خدمات دارویی به مردم و بیماران حتی برای لحظه‌ای متوقف نشود، دردسرزا شده است.

حمید خیری، عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران با اشاره به گردهمایی روز گذشته اعضای هیات مدیره انجمن داروسازان ایران و شعب و همچنین داروسازان عضو کمیسیون‌های انجمن داروسازان در گفت‌وگو با خبرنگار سلامت خبرگزاری فارس اظهار داشت: تاخیر پرداخت مطالبات داروخانه‌ها از سوی سازمان تامین اجتماعی، سبب شده داروسازان در تنگنای جدی قرار گیرند، به طوری که هر روز شاهد آن هستیم که اعتبار و

خیرری اضافه کرد: سرمایه‌های ریالی داروسازان در شرایطی که هر روز نرخ دلار تغییر می‌کند و ارزش پول کاهش پیدا می‌کند، نزد سازمان تامین اجتماعی بلوکه شده و داروسازان نمی‌توانند صورت حساب داروهایی که به مردم تحویل داده‌اند را از این سازمان دریافت کنند.

به گفته وی، داروخانه‌ها در چرخه‌ای گرفتار شده‌اند که دیگر توانایی بازپرداخت بدهی‌های خود به شرکت‌های پخش دارو را ندارند و با ادامه این وضعیت دیر یا زود شاهد شکل‌گیری اعتراض‌های رادیکالی در میان بدنه داروسازان کشور خواهیم بود.

وی تصریح کرد: بی‌شک، با ادامه روند کنونی و عدم اعتنا به مکاتبات رسمی انجمن، اعتراض‌های داروسازان از حالت مکاتبه و

نامه‌نگاری خارج خواهد شد و این هشدار است که برآیند جلسات چند روز اخیر است و باید جدی گرفته شود و پیش از آنکه دیر شود، سازمان تامین اجتماعی باید فکری به حال دیون خود به داروسازان کند.

خیرری تاکید کرد: متأسفانه سازمان تامین اجتماعی با ما صادق و رو راست نیست و با وعده‌های پوچ و وعده و وعیدهای تو خالی، داروسازان را به بن بست سوق داده است.

به گفته خیرری، اگر منطقی به قضیه نگاه کنیم، شاهد آن خواهیم بود که داروخانه‌هایی که بی پول شده‌اند، ناگزیر، بی دارو هم خواهند شد.

رئیس روابط عمومی انجمن داروسازان ایران خبر داد

## حکم دیوان عدالت برای ضرورت اصلاح قرارداد بیمه‌ها با داروخانه‌ها



وی ادامه داد: یکی از اعتراضاتی که در چند سال اخیر به طور متوالی از سوی داروسازان مطرح بود، بحث نحوه تسویه حساب سازمان‌های بیمه‌گر است؛ چرا که علی‌رغم اینکه قانون تاکید می‌کند که سازمان‌های بیمه‌گر باید ظرف مدت سه ماه، با داروخانه‌ها تسویه حساب کنند ولی در عمل شاهد بوده‌ایم که اغلب اوقات نزدیک به شش ماه بدهی دارند.

وی افزود: خوشبختانه دیوان عدالت اداری، در حکم اخیر خود به شورای عالی بیمه تکلیف می‌کند که باید در قراردادهای فی مابین بیمه‌ها و داروخانه‌ها، شرط جریمه و دیرکرد را درج کند. یعنی اگر بیمه‌ها در بازپرداخت دیون داروخانه‌ها

رئیس روابط عمومی انجمن داروسازان ایران با اشاره به حکم دیوان عدالت درباره اصلاح قراردادهای بیمه‌ها با داروخانه‌ها، گفت: بر اساس این حکم بیمه‌ها ملزم شدند که پرداخت جریمه دیرکرد در تسویه حساب داروخانه‌ها را در قراردادهای خود درج کنند.

**حمید خیری در گفتگو با ایسنا،** با اشاره به صدور حکم دیوان عدالت اداری در خصوص ضرورت تعیین شیوه پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر اظهار داشت: در این حکم به چند موضوع بسیار کلیدی و اساسی در سرنوشت داروخانه‌ها تصریح شده است که می‌تواند مرهمی بر برخی دردهای داروسازان باشد.

تاخیر کنند، موظف هستند به نرخ اوراق قرضه، جریمه دیرکرد پرداخت کنند.

خیری افزود: قطعا چنین رویکردی که در اسناد بالادستی نیز تصریح شده، می تواند سازمان های بیمه گر را نسبت به پرداخت بدهی داروخانه ها در سررسید قانونی، متعهدتر کند و روزنه امیدی برای حل مشکل تاخیرات طولانی مطالبات داروخانه ها باشد.

خیری اضافه کرد: یکی دیگر از اعتراضات داروسازان، راجع به وجود یک شرط غیرمنطقی در متن قراردادهای بیمه ها بود که پرداخت سازمان های بیمه گر را مشروط به تامین اعتبار می کرد. حکم دیوان عدالت حاکی از آن است که این شرط باید از قراردادها برداشته شود و سازمان های بیمه گر موظف هستند در سررسید قانونی، بدهی های خود را به داروخانه ها پرداخت کنند.

وی افزود: معنا ندارد که سازمان های بیمه گر خدماتی را از داروخانه ها خریداری کنند و بعد

در سر رسید پرداخت اعلام کنند که در قرارداد شرط کرده ایم که در صورت تامین اعتبار، آن را پرداخت خواهیم کرد.

وی ادامه داد: تلاش انجمن داروسازان ایران بر این مدار استوار بوده است که مطالبه حقوق داروسازان را از مسیر قانونی انجام دهد و خوشبختانه حکم دیوان عدالت نشان از آن دارد که مطالبات داروسازان به حق، قانونی و صحیح بوده است.

وی تصریح کرد: انجمن داروسازان ایران سخت معتقد است که نظام بهداشت و درمان به شرطی می تواند در انجام ماموریت های خود موفق باشد که مشکلات داروخانه ها را به صورت اصولی و زیربنایی برطرف کند و امیدواریم با صدور این حکم، شاهد روزهایی باشیم که نگرانی های داروسازان برای دریافت وجوه صورتحساب های داروهای که به مردم عرضه داشته اند، از سازمان های بیمه گر برطرف شده باشد.



# مطالب مشرفه

- گیرم پدر تو بود فاضل از فضل پدر ترا چه حاصل
- یاکوب ادوارد پولاک
- مسافرت به اروپا
- معرفی کتاب خوب ....

## جناب آقای دکتر مهدی زاده دوست و همکار محترم

### با سلام و احترام

مقاله ای تحت عنوان : **گیرم پدر تو بود فاضل از فضل پدر ترا چه حاصل** تقدیم می کنم ، خواهشمند است نسبت به چاپ آن در مجله حکمت اقدام فرمائید.

در خصوص پیرایش و ادیت آن صلاح شما، صلاح من است. به همه همکاران و دست اندر کاران هیئت علمی مجله و هیئت مدیره عرض سلام و ادب دارم.

به امید دیدار شما

دکتر ناصر جهانبخش اصلی

آذرماه نود و هفت - ملبورن استرالیا

### از فضل پدر ترا چه حاصل

فرزند فلان هیئت علمی که در یال قوزآباد در یک رشته معمولی قبول شده ناگهان در یک رشته خوب در یک دانشکده سطح بالای دانشگاه تهران مشغول می شود.

چرا باید فرزند یک کشاورز ، یک کارگر، یک معلم که با تلاش و کوشش خود توانسته رتبه خوبی بیاورد و در قیاس با فرزند هیئت علمی بالاتر است در مکان و جایگاه پایین تری مشغول تحصیل شود ؟

آن کشاورز، معلم و کارگر که از نظر اقتصادی نیز در مضیقه بوده و با تلاش

### گیرم پدر تو بود فاضل

سالهاست این موضوع فکر مرا به خود مشغول کرده که هیئت علمی چه تافته جدا بافته ای هستند که باید فرزندانشان از مزایای خاص برخوردار شوند.

گیرم خود اعضای علمی صاحب کرامات و درجات بالای علمی باشند. این مسئله چه ربطی به فرزندانشان دارد؟! بدین خاطر به یاد شعر بالا از نظامی گنجوی افتادم. خوشبختانه من دیگر هفت خاج خودم را رفته ام و فرزندان من به همت و سعی و کوشش خود هر کدامشان توانستند بدون رانت مدارج علمی را طی کنند. مشاهده گردیده

شبهانه روزی خود توانسته فرزندان نیکی بیار  
بیاورد چرا با این بی عدالتی، تخم بدبینی و نفاق  
را در آنها شعله ور می کنند؟

به راستی دست اندرکاران دانشگاهی و  
مملکتی ما را چه به سر آمده است که چنین  
قوانین تبعیض آمیزی را تصویب کرده اند؟ مگر  
خون هیئت علمی از خون اقشار دیگر این  
مملکت رنگین تر است؟ برای من این مسئله عقده  
شده بود. در گذشته که فرزندان من به مدرسه  
می رفتند من از این تبعیض رنج می کشیدم ولی  
در حال حاضر که آب از سرم گذشته تداوم این  
بی رحمی به مثابه این بیت است:

ترحم بر پلنگ تیزدندان

جفاکاری بود بر گوسفندان

من نمی دانم این قانون، آئین نامه، بخشنامه که  
سبب این ناهنجاری و بی رحمی شده توسط  
کدام نهاد، مجلس، یا ستاد انقلاب فرهنگی یا  
سایر ارگانها تدوین گردیده بهتر است مسئولین  
مملکتی در مذموم دانستن آن و قطع این رابطه  
ارباب و رعیتی تصمیمات لازم را اتخاذ کنند.  
برای اینکه از عواقب این بذل و بخشش ها آگاه  
شوید متن کامل شعر نظامی گنجوی را برایتان  
نقل می کنم تا از مضرات آن که در آینده جامعه  
را دچار بحران می کند آگاه شوید:

روزی پدری پر از فضائل

رفت از بر خاندان جاهل

از مدرسه کودکش می آمد

برخورد به لاتی از رذائل

گفتش که پس از پدر تو باشی  
بر مرتبه اش ز خلق نائل  
بردش پس آنچه هست روشن  
کردش ز جهان و خلق غافل  
آمد پسرک به مادرش گفت  
امروز منم مراد کامل  
خندید به طفل و گفت مادر  
باید که زیر کنی رسائل  
هم آنچه پدر شناخت شناس  
حل کن تو جدید در مسائل  
از کبر و غرور طفل گفتا  
هستند به من که خلق قائل  
آن روز گذشت و روزگاری  
گشت آن پسرک بزرگ و عاقل  
با نام پدر همیشه می رفت  
در مجلس شاه و بزم و محفل  
روزی ز قضای روزگاران  
افتاد میان خلق مشکل  
آمد به میان و حکم فرمود  
بی منطق و مدرک و دلایل  
در بهت فتاده بود خلقی  
ناگاه زبان گشود فاعل  
گفتا که مرا اگر شناسی  
گفتم به میان آن جداول  
گیرم پدر تو بود فاضل  
از فضل پدر ترا چه حاصل

## یاکوب ادوارد پولاک

دکتر عبدالکریم گلشنی  
(استاد بازنشسته تاریخ دانشگاه تهران)

(1267/1851) فقط به جراحی و تحقیق در علوم طبیعی پرداخت. در این سال میرزا داوود خان ارمنی، نماینده تجاری دولت ایران، به منظور استخدام چند مهندس، افسر نظامی، پزشک و کارشناس فنی برای تدریس در مدرسه جدیدالتأسیس دارالفنون تهران، به وین رفت. پولاک، که به مطالعه در مشرق زمین علاقه داشت، از پیشنهاد داوودخان استقبال کرد و در 1267/1851 به تهران آمد.

پولاک از تأخیر شش ماهه برنامه های درسی دارالفنون استفاده کرد و با وجود بیماری، به فراگیری زبان فارسی پرداخت. فقدان کتب

اولین معلم طب در مدرسه دارالفنون، پزشک دربار ناصرالدین شاه و ایرانگرد محقق اتریشی، در 12 نوامبر 13/1818 محرم 1234 در ناحیه ای از ایالت جورهم در غرب چکوسلواکی زاده شد. او تحصیلات خود را در رشته پزشکی در دانشگاه های پراگ و وین به پایان برد و در 1262/1846 گواهینامه پزشکی گرفت. ابتدا یک سال در بیمارستان عمومی - سلطنتی وین به طبابت پرداخت و دو سال نیز پزشک کارخانه پالایشگاه قند در شهر کلوباوک بود. به سبب اینکه محیط درمانگاه تجارب علمی وی را محدود می کرد، به وین بازگشت و تا هنگام سفر به ایران

درسی، ناآشنایی ایرانیان با زبان های اروپایی، لزوم ترجمه اصطلاحات پزشکی و فنی و یافتن واژه های معادل و از همه مهم تر نبودن وسایل و تجهیزات عمل تشریح، از جمله موانع و مسائل عمده آموزشی بود که پولاک در رفع آنها به جد کوشید و توفیق یافت. او در سال اول اقامت خود، دروس را به زبان فرانسوی، که بیشتر شاگردان کم و بیش با آن آشنایی داشتند، به کمک مترجم تدریس می کرد و سال بعد توانست مطالب را شخصاً به فارسی تفهیم نماید. تألیف راهنمای آناتومی، فرهنگ اصطلاحات پزشکی به زبان های فارسی - عربی - لاتین (به کمک دستیاران و شاگردانش)، کتاب درسی فیزیولوژی، و رساله های مفید دیگری که طی این سال ها در دسترس شاگردان گذاشت، علاقه مفراطی وی را به تدریس و خدمات علمی نشان می دهد. احداث بخش جراحی و تأسیس بخش سیار معاینه و تجویز، که تا آن زمان در ایران سابقه نداشت، او را پزشکی حاذق و دلسوز به جامعه معرفی کرد و بر شهرتش افزود، به طوری که پس از درگذشت ارنست کلوکه (1855/1272)، پزشک فرانسوی دربار قاجار، ناصرالدین شاه، دکتر پولاک را حکیم باشی مخصوص کرد و به سبب چاپ و نشر کتاب درسی راهنمای آناتومی، مدال خورشید و نشان عالی درجه دو به وی اعطا نمود. وی در این سال و در پی ابتلا به بیماری، به مازندران رفت تا از آب گرم معدنی روستای آشک (اشکوچشمه) در دهستان لاریجان استفاده کند. آشنایی وی با توده مردم و علاقه شدیدش

به دیدنی ها و آثار تاریخی و تحقیق در منابع اقلیمی و جغرافیایی و طبیعی، در طول مسافرت های بی شمار در آبادی ها، شهرها و ولایات به شناخت عمیق او از ایران و ایرانیان و تألیف کتاب «ایران: سرزمین و مردم آن»، که ترجمه فارسی آن با عنوان سفرنامه پولاک منتشر شده است، انجامید. این کتاب حاصل مطالعات و تجارب علمی - عملی او طی ده سال اقامت در ایران است و بخش مهم آن درباره انواع بیماری ها و گیاهان شفا بخش است. او در تألیف این کتاب از یادداشت های سودمند همکار آلمانی خود، دکتر هنچه که مقیم رشت بود، نیز بهره گرفته است. او این کتاب را در 1865/1282 در دو جلد در لایپزیک آلمان منتشر کرد.

پولاک در 1860/1277، با وجود دارا بودن اعتبار، مزایا و مقام والا در ایران، به وطن خویش بازگشت. او هموطنان پژوهشگر و علاقه مند و بعضاً ماجراجوی خود را به سفر و کشف علمی در ایران ترغیب می نمود. برخی از زمین شناسان، جغرافی دانان و گیاه شناسان اتریشی که در نیمه دوم قرن نوزدهم/سیزدهم در دشت ها و صحراهای مرکزی ایران، کرانه های جنوبی دریای مازندران، به ویژه در مناطق البرز و الوند کشفیاتی کرده اند و مقالات و کتاب های مفیدی در این زمینه ها نگاشته اند، بی گمان از تشویق ها و کوشش های وی متأثر بوده اند. پولاک 22 سال بعد از مراجعت به وین، بار دیگر در 1882/1299 با هزینه شخصی و همراه دو پژوهشگر اتریشی، پیشلر و وهنر، به ایران آمد.

اعتمادالسلطنه ورود او را در هفتم شعبان 1299 «به جهت بعضی اکتشافات تاریخی» خبر داده است. پولاک در سفرهای ناصرالدین شاه به اروپا به ملاقات او می رفت و گاهی به عنوان مترجم وی را همراهی می کرد. او در سفر اول ناصرالدین شاه در 5 جمادی الاخر 31/1290 ژوئیه 1873، به ملاقات شاه رفت. دو روز بعد در مراسم رسمی بازدید شاه از غرفه ایران در نخستین نمایشگاه بین المللی وین، پولاک که قبلاً در نگارش دفترچه ای به زبان فارسی با عنوان «حضور ایران در نمایشگاه وین» شرکت داشت - مترجم ناصرالدین شاه و فرانسوا ژوزف، امپراتور اتریش، بود. در سفر سوم ناصرالدین شاه (1889)، به هنگام اقامت در برلین، پولاک از وین به دیدن او رفت. ناصرالدین شاه از این دیدار چنین یاد می کند: «او هم همان حکیم پولاک هفده بیست سال قبل است، همان طور فارسی حرف می زند و همان عادات و اخلاق و وضع را دارد.»

شدت علاقه پولاک به تحقیقات جدید علمی درباره ایران به حدی بود که در 1302/1885 هزینه سفر اکتشافی یک گیاه شناس به نام اشتاپف و دو زمین شناس به اسامی رودلر و کناپ را به مناطق ناشناخته ایران، شخصاً پرداخت. اشتاپف نیز به افتخار پولاک نام نوع جدیدی از گل لبلاب (نیلوفر صحرائی) را پولاکیا گذاشت. حاصل پربار این تحقیقات گیاه شناختی به موزه تاریخ طبیعی وین انتقال یافت. تحقیقات ارزنده تیتسه در نواحی البرز شرقی، بین شاهرود و گرگان و البرز وسطا، کرج و دره چالوس و جبهه شمالی کوه های تخت سلیمان، که در گزارش های علمی و مقالات و کتاب ها مورد استفاده پژوهشگران بعدی قرار گرفت، نتیجه تشویق های پولاک بوده است.

«پایان»

## مسافرت به اروپا



### دکتر محمد فرزین

ورودی به کشور بوده و درآمد ایران در سال 96 از صنعت گردشگری با خوشبینانه ترین محاسبات حداکثر رقمی حدود هشت میلیارد دلار برآورد می شود.

ایران یکی از سه قطب صنایع دستی جهان و یکی از سه مکتب غذایی، با رتبه دهم جاذبه های

در صنعت گردشگری، میزان سرمایه مورد نیاز بسیار پایین تر از سایر حوزه های صنعتی است و طبق آمار سازمان جهانی گردشگری، هر پنج تا ده گردشگر ورودی به کشور یک فرصت شغلی ایجاد می کند. طی این سال ها تعداد گردشگر خروجی به مراتب بیشتر از گردشگر

باستانی و رتبه پنجم جاذبه های طبیعی است. این کشور چهار فصل، با رنگین کمانی از اقوام ضمن داشتن بهترین جاذبه گردشگری سلامت به همراه امنیتی پایدار، این قابلیت را دارد که با تقویت زیرساخت ها و تبلیغ مناسب تا چند برابر فعلی درآمد ارزی داشته باشد. بنا به گفته کارشناسان این صنعت، برای تبلیغ گردشگری، لازم است در کنار مطبوعات، جشنواره و اینترنت، رسانه های برون مرزی هم پای کار باشند. در همسایگی ما و در کشور ترکیه همه رسانه ها به همراه مقامات این کشور برای تبلیغ ظرفیت های گردشگری در چند سال گذشته بسیج شده اند که نتیجه آن کسب درآمدی بالغ بر 26 میلیارد دلار در سال گذشته میلادی بوده است. همچنین جذب یک میلیون گردشگر چینی نیز جزء برنامه ترکیه در سال 2018 میلادی است. هر روز تأخیر در اجرای برنامه جذب گردشگر، در حالی که مملکت احتیاج مبرم به ذخیره ارزی دارد، خسارت جبران ناپذیری در پی خواهد داشت. در حوزه بازاریابی گردشگری، هماهنگی میان وزارت امور خارجه و رسانه ملی با هدایت اسپانسرها به تحقق آرمان های ملی کمک شایانی می نماید.

و اما، سال گذشته بنا بود به مناسبت جشن فارغ التحصیلی فرزندم به اروپا بروم ولی بعلت ضیق وقت میسر نشد. امسال نیز باز برای سرکشی فرزند ویزای یکماهه گرفتم. چون پس از اخذ ویزای شینگن، چنانچه استفاده نشود در آینده با مشکل مواجه می شوی و از طرفی هم کلی بابت مقدمات و تکمیل مدارک هزینه نموده ای. اگر

هم شخص دعوت کننده آمادگی لازم برای پذیرایی نداشته باشد ناچار باید خود پیه همه مسائلی را که در ادامه این مقاله می آید به بدن بمالی و مثل یک توریست خارجی که از اقصی نقاط دنیا به اروپا می آیند سفر نمایی. با این تفاوت، که اکثریت قریب به اتفاق آنها دارای کارت اعتباری ارزی بوده و مثل ما، محدودیتی ندارند. از بلیط قطار و هواپیما گرفته تا هتل از طریق اینترنت پرسرعتی که دارند رزرو و با خیال راحت و بدون دغدغه هر چند روزی که بخواهند سفر می کنند. از این طریق می شود با خیلی از پروازهای ارزان سفر نموده و یا قطار و هتل رزرو کرد.

ورودم ابتدا به شهر «بوداپست» بود. با یک هزار یورویی که دولتی گرفته بودم و معادل همان هم از بازار، می بایست یک ماه مسافرت را مدیریت کنم. البته ذکر این نکته ضرورت دارد که آژانس های مسافرتی به ازاء یک هفته چیزی معادل پنجاه میلیون تومان برای شما حساب پر می کنند و آنقدر برنامه شان فشرده است که مثل این می ماند که انسان را به اسیری ببرند چون بعضی از اماکن با محوطه و پارک وسیع اطراف را باید یکی دو روزه بازدید کرد. حال اینکه این شرکت ها با ده دقیقه بازدید اوضاع را سرهم می آورند.

ورودم با هواپیمای «ترکیش» به شهر بوداپست بود. البته نه مستقیماً بلکه در استانبول توقف چند ساعته و بعد با پرواز دیگر به مجارستان. از فرودگاه، سراخ اقامتگاه ارزان قیمت



گرفتم، مرا به مرکز شهر راهنمایی کردند تا آنجا با اتوبوس و مترو معادل یک دهم قیمت تاکسی طی شد. برای روشن شدن مطالب بد نیست به عرض برسانم اقامت در اروپا از خوابیدن در پیاده روها گرفته تا هتل های گران قیمت امکان پذیر است.

هتل ها بسته به ستاره هایی که دارند قیمت گذاری می شوند. بعد هتل آپارتمان چیزی شبیه هتل و وسیله پخت و پز مهیا که خیلی به صرفه است می توانی وسیله از بیرون خریده و خود باب میل غذا طبخ کنی، دیگری «Bed and Breakfast» یعنی خواب و صبحانه و از نهار و شام خبری نیست و اما آخری «Hostel» بوده و در یک اطاق کوچک مثل سربازخانه چندین تختخواب دوطبقه است که فقط می توانی شب بخوابی و اگر تشنه شدی یک بطری آب همراه ببری. البته وسایل شخصی را باید در انبار عمومی گذاشت. آشپزخانه عمومی مجهزی هم است که می شود صبحانه و نهار و شام تهیه نمود. به هر حال ورودم به مدت دو شب در بوداپست با خاطره ای خوب سپری شد. ضمن گردش در شهر و دیدن دیدنی ها، با قطار عازم وین پایتخت اتریش شدم. البته این شهر را برای دومین بار دیدن کردم. تعداد ایرانی مقیم در آن را بیش از ده هزار نفر تخمین می زنند و مثل بوداپست با تورهای ارزان نقاط دیدنی شهر را مجدداً دیدم. خصوصاً ساختمان مقر اروپایی سازمان ملل. چند روزی که در آنجا بودم برعکس سفر قبل جای مناسبی جهت اقامت نیافتم. ناچار چند شب در

هاستل خوابیدم. در اطاق های متعدد تخت دوطبقه تعبیه نموده اند و متأسفانه نه شرایط سنی مطرح است و نه جنسیت. چیزی نمیتوانی بخوری فقط مجاز به آوردن یک بطری در محل خوابت می باشی. البته رستوران و آشپزخانه عمومی دارد و می توانی یا به قیمت ارزان سدجوع و یا خودت غذا طبخ نمایی. خلاصه پس از چهار روز اقامت در شهر زیبای وین عازم پراگ پایتخت چک شدم. در بلیط قطار علامت **by bus** بود. متوجه منظورشان نشدم. بعد از طی مسافتی از قطار پیاده شده و سوار با اتوبوس بعد از 45 دقیقه به ایستگاه قطار دیگر رسیده و با آن قطار به پایتخت چک رسیدیم.

فاصله زیادی از ایستگاه تا مرکز شهر نبود. در گوشه ای از ایستگاه پارکی بود. اشخاص ناباب و مسئله دار و روانی اطراق کرده بودند و چون هوا تاریک بود بر وحشت انسان می افزود. ناچار همراهم را در ایستگاه راه آهن گذاشته و خود برای گرفتن هتل عازم شهر شدم. البته یک بار سوار تاکسی شده پس از طی مسافتی از او خواستم جایی برایمان پیدا کند که نشد. با کمال ناباوری گذرم به خیابانی افتاد پر از توریست و رستوران های آن چنانی و درخت های سر به فلک کشیده با شکوفه خوش بو شبیه بوی شکوفه مرکبات که البته درختان هیچ شباهتی به مرکبات نداشته و با عظمت بودند. تصمیم داشتم آن شب را تا صبح با همراهم به نوبت در این خیابان سپری نموده بعد بینم چه می شود.

از هر کسی سراغ جا برای اقامت می گرفتیم تا اینکه یکی از اینها آدرس یک هتل آپارتمان را در آن خیابان به من داد و با کمال ناباوری تمام محاسن یک اقامتگاه خوب را با خود داشت. وقتی همراهم را برای بازدید آوردم باورش نمی شد. غرض اینکه برنامه ریزی کشورهای توریست پذیر به حدی دقیق و حساب شده است که انسان با هر بودجه ای قادر به سفر می باشد. به علت این مزایا حدود یک هفته ماندگار شدم فقط نمی شد چیزی به نام سوغات از آنجا خریداری کرد چون با پول ما جور در نمی آمد. البته از نقاط دیدنی شهر پراگ و سایر شهرهای اروپا می شود مقالات زیادی نوشت ولی از حوصله نوشته خارج است و فقط به کاخ ریاست جمهوری بسنده می کنم که در بدو ورود برخلاف سایر نقاط بازرسی جدی به عمل آمده و شخص رئیس جمهور در گوشه ای از محوطه به رتق و فتق امور مشغول بود.

بعد از آن عازم مونیخ شدم. در بدو امرهزینه هتل گران به نظر می رسید. بالاخره به یکی دو پانسیون سرزده اولی متعلق به ترک ها و دومی متعلق به ایرانی ها بود که دومی هم به صرفه بود و هم اینکه فرد بعد از چندی به یک هم وطن برخورد کند جالب است. چون همه امکانات رفاهی آنجا نبود علی رغم میل باطنی و محبت زیاد آن هم وطن به اقامتگاه دیگری نقل مکان کردم که هم ارزان تر بود و هم وسایل پخت و پز مهیا.

در این شهر انسان کمتر احساس غربت می کند خصوصاً در یکی دو خیابان این شهر کم و بیش سوپرمارها و رستوران های ایرانی به چشم می خورند که البته برعکس سایر رستوران ها زیاد بزرگ نیستند. یک مغازه دو دهنه کوچک اسم «بازارچه حافظ» داشت. جاذبه توریستی این شهر بی نهایت بود بازدید، از دهکده المپیک و کارخانه BMW خود جایگاه ویژه ای دارد.

هفته ای که در این شهر ماندگار شدم هم زمان با بازی های جام جهانی فوتبال مسکو بود. زمانی که آلمان برنده می شد مثل همه کشورها شادی مردم و در غیراین صورت سکوت در خیابان ها حاکم بود. در فضای بیرون و در حیاط وسیع رستورانها تلویزون LED با اندازه های خیلی بزرگ کار گذاشته بودند و مردم ضمن نوشیدن نوشابه آن چنانی، به تماشای بازی سرگرم بودند. می توان گفت که این کشور پذیرای 72 ملت است. در سردر داروخانه ها، به زبان های آلمانی، انگلیسی، فارسی، عربی، ترکی، تبلیغات دارو و لوازم آرایش می کنند.

چون موقع برگشت بلیط بوداپست به اسلامبول و از آنجا به ایران داشتم مجدداً به این شهر آمده چند روزی ماندگار شدم و با خاطره خوش به میهن برگشتم.

قطاری که مرا از مونیخ به بوداپست می آورد، مهمانداری دانشجو داشت. یکی دو کلمه فارسی بلد بود فکر کردم شاید اصالتاً ایرانی است ولی نبود. با دوست هم کلاسی که ایرانی بود با گوشی خودش در وین تماس گرفت و آن

یا مشو دودی اگر دودی شدی سیگار کش  
پیپ را بگذار بر لب جان من قلیون چیه؟  
از نظافت نزد یک معتاد اصلاً دم مزن  
پیش چشمش شستشو باتاید یاصابون چیه؟  
و بالاخره:  
گر بگردش می روی راضی به تجریشی هنوز  
چند روزی هم لب دریا برو شمرون چیه؟

موفق باشید

Mohamadfarzin.blogfa.com

هم میهن گفت چنانچه کاری داشته باشی سفارش  
کنم من هم تشکر کردم و یادآور شدم این کار  
زیبا را به عنوان بهترین خاطره با خود به ایران  
می برم. این هم شعری برای اروپا رفته ها:  
واژه های سنتی را در سخن گفتن و لش  
چون اروپا رفته ها مرسی بگو ممنون چیه؟  
عصر موشک فحش های تازه و نو یاد گیر  
تخم شیطان و لئیم و ملحد و ملعون چیه؟  
مد شده این روزها هر خانه ای هال و تراس  
زین دو تا حرفی بزنی حشتی چیه دالون چیه؟





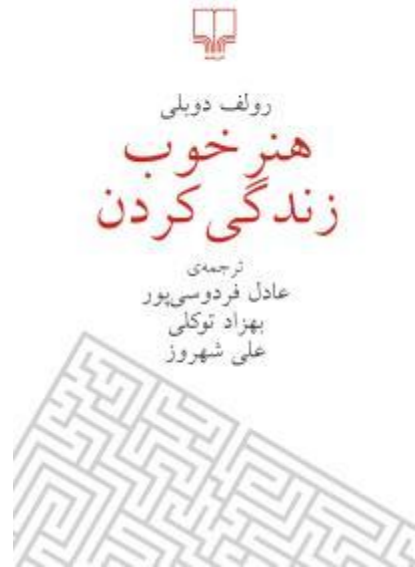
## معرفی کتاب خوب .....

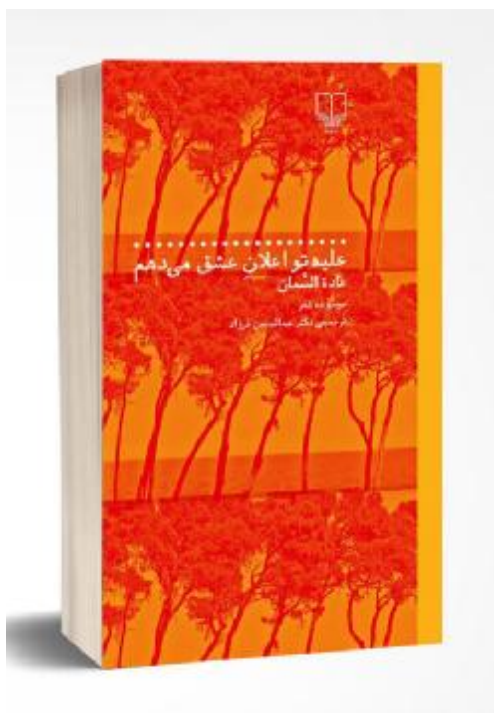
دکتر حمید قهرمانی

### هنر خوب زندگی کردن

بعد از کتاب هنر شفاف اندیشیدن رولف دوبلی با ترجمه عادل فردوسی پور که با استقبال بسیار خوبی از طرف کتابخوانها شد و به چاپ 67 رسید این بار از همان نویسنده و با ترجمه عادل شاهد کتاب خوب و مفیدی بنام هنر خوب زندگی کردن هستیم.

در کتاب هنر خوب زندگی کردن، با پنجاه و دو میان بُر ذهنی آشنا می‌شوید تا با کمک آنها تصمیمات بهتر و هوشمندانه‌تری بگیرید. شناخت این ابزارها شاید نتواند یک زندگی خوب را برای تان تضمین کند، اما مسیرتان را برای رسیدن به آن هموارتر می‌کند.





«رولف دوبلی قلمی رسا، هوشمند و متقاعدکننده دارد» - گرهارد شرودر، صدراعظم سابق آلمان  
 «رولف دوبلی این استعداد را دارد که بهترین ایده‌های دنیا را دست‌چین کند. همانند کتاب «هنر شفاف اندیشیدن»، در «هنر خوب زندگی کردن» نیز چنین کرده است» - جان‌اتان هایت، نویسنده‌ی کتاب ذهن درست‌کار، پُرفروش‌ترین کتاب نیویورک تایمز  
 «دوبلی با شوخ‌طبعی، ظرافت و نکته‌بینی، هنر و علم را در مسیر رسیدن به عقلانیت با یکدیگر همراه می‌کند» - جاشوا گرین، استاد روانشناسی دانشگاه هاروارد

\*\*\*\*\*

### نام کتاب: علیه تو اعلان عشق می‌دهم

موضوع اصلی: ادبیات

موضوع فرعی: شعر جهان

زبان کتاب: فارسی

نام نویسنده: غاده السمان

نام مترجم: عبدالحسین فرزاد

نام ناشر: نشر چشمه

سال انتشار: 1397

نوبت چاپ: 1

تعداد صفحات: 77 صفحه

قیمت کتاب: 100,000 ریال

**خطای تو سنگ‌دلی بود  
 و خطای من تکبر  
 و آن‌گاه که این دو خطا به یکدیگر  
 می‌پیوندند  
 جداییِ کودکِ دوزخیِ آنان خواهد  
 بود .**

غاده السمان، نویسنده و ادیب اهل سوریه است. وی یکی از بنیان‌گذاران شعر نو در ادبیات عرب به‌شمار می‌رود. آثار ایشان با ترجمه‌ی دکتر عبدالحسین فرزاد در نشر چشمه منتشر شده است.

# نامه‌ها و مکاتبات اداری

## «اطلاعیه»

است. شایان ذکر است ممنوعیت وصول عوارض تابلو از داروخانه ها توسط همکار پیشکسوت آقای دکتر اسماعیل تابان مؤسس و مسئول فنی داروخانه دکتر تابان در خیابان حاجی آباد (انقلاب) رشت از دیوان عدالت اداری قبلاً اخذ گردیده بود که جای تشکر و تقدیر دارد.

**دکتر پور کاظمی**

همکاران گرامی با اهدا سلام و تحیت به اطلاع می رساند؛

با پیگیری هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی شهرستان رشت وصول عوارض کسب و پیشه و تابلوهای استاندارد معرف محل کار جامعه پزشکی منجمله داروخانه، توسط شهرداری ها و همچنین تصویب آن توسط شوراهای اسلامی شهرستانهای استان به استناد نامه زیر تا اطلاع ثانوی ممنوع اعلام گردیده



بسمه تعالی

## شورای اسلامی استان گیلان

تاریخ: ۹۷، ۱۱، ۵  
شماره: ۹۷، ۱۳۳، ۲۱۸۹  
پوست:

برادر ارجمند جناب آقای پروفسور انوش برزنگر

مشاور عالی رئیس کل و عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور و رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی های استان گیلان  
سلام علیکم

احتراماً عطف به مرقومه شماره ۱۴۰۱ مورخ ۹۷/۱۱/۱۵ جنابعالی در ارتباط با مطالبه عوارض نابلو و عوارض کسب و پیشه از شافلین گروه های پزشکی رشت و سایر شهرستانهای استان به استحضار میرساند:

همانگونه که اعلام نموده اید، در نامه شماره ۱۶۷۹۴۵ مورخ ۹۶/۱۰/۱۲ قائم مقام محترم وزیر کشور در امور محسن و هماهنگی استانها منضم به تصویر نامه شماره ۹۰۰۰/۲۳۴/۱۷۵۷۷۵/۲۰۰ مورخ ۱۳۹۶/۱۰/۱۶ معاون محترم حقوقی-پیشگیری و پژوهش دیوان عدالت اداری تصریح گردیده که شوراها ی اسلامی شهر و روستا و شهرداری از این پس در موضوعاتی که مورد ابطال واقع گردیده از وضع عوارض آن خودداری کنند. لذا در مورد مطالبه عوارض سالانه کسب و پیشه از پزشکان با توجه به مقررات مصرح در ماده ۵۰ قانون مالیات ارزش افزوده، و هم چنین دادنامه شماره ۵۷۷ مورخ ۹۶/۶/۲۱ هیأت محترم عمومی دیوان عدالت اداری خلاف قانون تشخیص داده شده است. بنابراین با توجه به ابلاغی فوق الذکر قائم مقام محترم وزیر کشور، شوراها و شهرداری ها از وضع و برقراری اقلام عوارض ابطال شده می بایست خودداری نمایند و اما در مورد عوارض نصب تابلوها، برقراری و اخذ عوارض برای تابلوهایی که معرف محل و خدمات باشد خلاف قانون است. بهدیهی است این قبیل تابلوها باید استاندارد و با مجوز شهرداری در محل فعالیت نصب گردد. تابلوهای غیر استاندارد و یا تابلوهایی که به صورت پرچمی (عمود پر شوارخ) برابر مجوز شهرداری نصب میشود مشمول عوارض خواهند بود. ای

حامد عبدالمی  
رئیس شورای اسلامی استان گیلان

آدرس: گیلان، رشت، خیابان معلم، ساختمان استانداری گیلان (شورای اسلامی استان گیلان) کد پستی: ۵۵۶۴۵-۲۱۵۳۷

دبیرخانه شورای استان گیلان کد ۰۱۳ رشت ۳۳۲۸۱۹۱۴  
تلفکس شورای استان گیلان کد ۰۱۳ رشت { ۳۳۲۸۱۸۱۴  
۳۳۲۸۱۹۱۵

WWW.shoragilan.ir





۹۷/۲۳/۹۹۷  
۹۷/۱۲/۵

**جناب آقای دکتر علی اکبری، مدیر کل محترم بیمه سلامت استان گیلان**

با سلام و احترام

به استوسه رونوشت مکاتبه جمعی از داروخانه‌های جدید التاسیس استان مینوی بر عدم عقد قرارداد و همکاری با نامبردگان افیاد می‌گردد. به فرار اطلاع استدلال آن سازمان در خودداری از عقد قرارداد با مؤسسهات و مطب‌های جدید. عدم افزایش سقف بودجه بیس بینی شده در سال آینده و اثبات مطالبات گذشته می‌باشد. این استدلال از جنبه‌های مختلف قابل توجه و نادرست نبوده و صرفاً سلب آزادی بیمه‌شدگان در انتخاب پزشک معالج و داروخانه مورد نظر. برای بیمه دارو، آن هم در شرایط کمیوده‌های مقطعی دارو که همواره اجتناب ناپذیر است به همراه دارد. چرا که هزینه داروی تجویزی از هر داروخانه‌ای که تهیه شود به حساب آن سازمان منظور خواهد شد.

علیهذا با توجه به زیر بونتن قرار گرفتن خیل عظیمی از مردم در صندوق‌های بیمه‌ای آن سازمان و عنایت به اصول ۴۸ و ۴۰ قانون اساسی که دولت موظف به ایجاد امکانات اشتغال مساوی در رده‌های شغلی بکسان و برخورد از فروریسانی به غیر یا تجاوز به منافع عمومی شده است انتظار دارد تا به منظور سهولت دسترسی مردم تجدیدنظر لازم در روزه اتخاذ شده معمول و از نتیجه این سازمان را مطلع فرمائند.

دکتر اکبر بزرگ

عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور

رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی‌های استان گیلان

رونوشت:

- مکاتبه محترم جناب آقای دکتر گلعلی‌زاده نائب رئیس محترم شورای عالی نظام پزشکی و قائم مقام محترم مدیرعامل بیمه سلامت کشور جهت استحضار و صدور دستورالعملی
- آقایان دکتر محمود قاضی، دکتر مهرابی و دکتر آرزومند اعتمادی محترم داروساز شورای عالی به منظور استحضار و پیگیری لازم
- ریاست محترم ایمن داروسازان گیلان به منظور پیگیری‌های لازم
- دارگانی

**استاد بزرگوارم جناب آقای دکتر  
نوبخت  
نماینده محترم تهران و عضو ارزشمند  
کمیسیون بهداشت و درمان مجلس  
شورای اسلامی**

با سلام و عرض ادب

احتراماً بدینوسیله به استحضار می‌رساند به دعوت معاونت محترم سیاسی و امنیتی استانداری گیلان نشستی با حضور اعضای هیأت مدیره انجمن داروسازان گیلان و معاونت دارو و غذای علوم پزشکی استان، مدیرکل درمان سازمان تأمین اجتماعی استان، مدیرکل بیمه سلامت استان و جمعی دیگر از عزیزان روز 5 شنبه مورخ

1397/7/12 در محل دفتر معاونت استانداری برگزار گردید که از اهم مطالبات و دغدغه های مطروحه اهالی داروی این استان می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود.

- قریب 350 داروخانه خصوص در استان گیلان با داشتن مشکل نقدینگی فشار مضاعفی را در روزهای اخیر متحمل هستند.

- پیش بینی می‌شود چکهای برگشتی داروخانه ها از آبان ماه سالجاری به دلیل افزایش مشکلات بیشتر گردد.

- تأخیر در پرداخت مطالبات توسط سازمانهای بیمه گر به ویژه سازمان تأمین اجتماعی و بیمه سلامت از عمده ترین چالشهای پیش رو می‌باشد.

- شرکتهای دارویی تعدادی از داروهای خاص را به بعضی از داروخانه ها بدون اطلاع انجمن واگذار می کند.

- نقدینگی داروخانه ها اغلب از طریق فروش نقدی لوازم آرایشی و بهداشتی تأمین می شده است که در حال حاضر این شرکتها به صورت نقدی معامله می کنند و کالا هم خیلی کم ارائه می دهند، در حالی که قبلاً با چک مدت 2 الی 3 ماهه با داروخانه ها کار می کردند که این موضوع به نقدینگی داروخانه ها در مقابل پرداخت نکردن مطالبات سازمانهای بیمه گر کمک شایانی می کرد.

- بالای 85 درصد مردم حداقل یک عضو خانواده در روز به داروخانه ها مراجعه می کند به خاطر شرایط ایجاد شده چون از پاسخگویی به آنان عاجز هستیم باعث تنش می شود. به دلیل نداشتن قدرت اداری- اجرایی به کمیتهای روی آورده اند.

- مشکلاتی همچون مالیات و تعرفه ها به قوت خود باقی مانده و در انتظار مساعدت ویژه مسئولین ذیربط هستیم.

- درمورد پرداخت مطالبات داروخانه ها: سازمان تأمین اجتماعی فروردین سال 1397 را تسویه نموده است و بیمه سلامت اسفند سال 96 را پرداخت نکرده و از سال 1397 فقط 60 درصد فروردین 97 داروخانه ها را پرداخت نموده است. - در پایان این جلسه آقای مهندس جمشیدنژاد معاونت محترم سیاسی و امنیتی استانداری گیلان قول پیگیری لازم مطالبات

- گران شدن ارز تأثیر مستقیم و بسزایی بر روی دارو داشته به طوری که مطالبات پرداخت نمی شود ولی داروها چند برابر گران شده و می بایست تا چند برابر افزایش قیمت دارو را خریداری کرده ضمن آنکه پول مطالبه داروخانه ها با ارزش ریالی قبلی ولیکن همچنان باقی مانده است.

- شرکتهای دارویی بعضاً در این بحران اخیر داروها را دپو کرده و سوء استفاده کرده اند.

- عدم وجود نقدینگی برای تهیه دارو باعث شده تا شرکتهای دارویی کالاهای خودشان را گرانتر بفروشند و مدت زمان چک را پایین آورده یا نقدی کرده اند.

- سازمانهای بیمه گر بعضی از داروها را از حالت تعهد خارج کرده تا مریض هزینه دارو را پرداخت کند.

- شرکتهای تابعه سازمان تأمین اجتماعی همانند: داروپخش، هجرت، اکسیر و ... حاضر نیستند با چک 5-6 ماهه به داروخانه ها دارو بدهند، درحالیکه بدهی داروخانه ها اغلب به شرکتهای تابعه تأمین اجتماعی هستند ولی این سازمان حاضر نیست تا مطالبات داروخانه ها را بابت بدهی آنان با شرکتهای خود محاسبه کنند.

- بعضی از شرکتهای دارویی به داروخانه ها اعلام می کنند که داروهای سهمیه ای را زمانی به شما تحویل می دهیم که سبد کامل دارویی را از ما خریداری کنید، در حالی که اغلب داروخانه ها توان مالی ندارند و نمی توانند داروی سهمیه ای تهیه کنند.

مطروحه داروسازان داروخانه های استان را به جمع حاضر دادند.

**با سپاس - دکتر نادر یوسفی**  
**نائب رئیس انجمن داروسازان استان**  
**گیلان و مشاور دارویی آقای دکتر علی**  
**نوبخت در کمیسیون بهداشت و درمان**  
**مجلس شورای اسلامی ایران**

\* \* \* \* \*

**ریاست محترم گروه مالیاتی 550800**

با سلام و عرض ادب

احتراماً به پیوست یک نسخه از تصویر مصوبه شماره 46836/ت/54240 ه مورخ 96/4/24 هیأت محترم وزیران در خصوص تعیین سقف خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی برای سال 96 تقدیم می گردد. با توجه به تبصره بند 2 مصوبه مذکور تعرفه خدمات دارویی بر اساس محاسبه 0/1 ضریب k (216000 × 0/1)، 21600 ریال تعیین گردید از طرفی جهت اجرای مفاد نامه شماره 7005-d-3 مورخ 94/4/29 معاونت غذا و داروی وقت استان گیلان (به پیوست آمده است) دال بر تعیین و اعمال تعرفه نسخ دارویی، جهت نسخ تا مبلغ کل 20/000 ریال، 10/000 ریال و برای بالاتر از 20/000 ریال مبلغ 21600 ریال اعلام می گردد که با بررسی میدانی میانگین ریالی، تعرفه

خدمات دارویی داروخانه در سال 96 (15800) =  $21600 + 10/000 \div 2$  ریال (مطابق با رشد درصد تعرفه خدمات دارویی مصوبه هیأت وزیران در سال 96 نسبت به 95) تعیین می گردد تا درآمد مشمول مالیات تعرفه مذکور مورد محاسبه قرار گیرد.

درضمن با توجه به افزایش قیمت دارو در سال 96 و عدم پذیرش قیمت داروهای خارجی توسط سازمان های بیمه گر پیشنهاد می گردد تا میانگین نسخ دارویی برای داروخانه های عادی 520/000 ریال مورد محاسبه قرار گیرد. بدیهی است این میانگین برای داروخانه هایی که مبادرت به عرضه داروهای گران قیمت بیماران خاص، سرطانی و ... می نمایند که میانگین سود داروهای مذکور 3 تا 5 درصد است 12 برابر عدد مذکور (6/240/000 ریال) خواهد بود.

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

\* \* \* \* \*

**همکار محترم سرکار خانم دکتر / جناب آقای دکتر .....**

با سلام و عرض ادب

همانگونه که مستحضرد انجمن داروسازان ایران که نقطه مشترک انجمن های کشور و مدافع حقوق همکاران داروساز می باشد، جهت

گیلان اعلام فرمائید. قبلاً از حسن توجه و همکاری جنابعالی سپاسگزارم.

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

\*\*\*\*\*

**جناب آقای مهندس غلامعلی جعفرزاده**  
**ایمن آبادی**  
**نماینده محترم شهرستان رشت در مجلس**  
**شورای اسلامی**

با سلام و احترام  
ضمن تقدیر و تشکر از حمایت های حضرتعالی از جامعه پزشکی در مجلس شورای اسلامی به استحضار می رسانیم که باتوجه به شرایط جدید اقتصادی و نوسانات ارز و ارائه دارو و تجهیزات پزشکی به صورت نقدی از طرف شرکتهای توزیع توان اقتصادی داروخانه ها به شدت کاهش یافته و در ارائه خدمات با مشکلات جدی مواجه می باشند از طرفی تأخیر پرداخت سازمانهای بیمه خصوصاً بیمه تأمین اجتماعی در این شرایط، مشکلات را دوچندان نموده است. لازم به توضیح است تأخیر پرداخت های تأمین اجتماعی (علیرغم منظم تر شدن نسبت به گذشته) به داروخانه های استان گیلان، از خردادماه 1397 به مدت 6 ماه است که مجموع آن به حدود 600/000/000/000 (ششصد میلیارد) ریال می رسد. همانگونه که مستحضرید نقش داروخانه ها در ایجاد امنیت دارو و درمان

تأمین هزینه های خود خصوصاً جهت شرکت در محاکم و کارشناسی و دفاع از حقوق صنفی نیازمند کمک همکاران می باشد.

لذا مطابق جدول پیوستی درخواست انجمن داروسازان ایران انتظار داریم که سالانه مبلغ 500/000 ریال از طرف داروخانه های روزانه و 1/000/000 ریال از طرف داروخانه های شبانه روزی جهت کمک به انجمن داروسازان ایران به حساب انجمن داروسازان گیلان به شماره 0205436453005 بانک ملی واریز فرمائید.

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

\*\*\*\*\*

**جناب آقای سامان نظری**  
**ریاست محترم انجمن صنعت پخش**  
**استان گیلان**

با سلام و عرض ادب  
احتراماً پیرو درخواست پیوستی ریاست محترم دانشکده داروسازی استان گیلان جناب آقای دکتر فقیه اخلاقی مبنی بر مشارکت تعدادی از شرکتهای پخش در جهت برگزاری جشن اولین دوره فارغ التحصیلان آن دانشکده خواهشمندیم شرکتهایی که تمایل به مشارکت در برگزاری و حضور در این مراسم را دارند تا تاریخ 97/9/10 به دبیرخانه انجمن داروسازان

شده است لذا خواهشمندم در صورت امکان با طرح در هیئت مدیره محترم انجمن جهت گرفتن مصوبه جهت استفاده از شناسه انجمن داروسازان ایران و یا اخذ شناسه فرعی برای شعب اقدامات لازم را مبذول فرمایند./

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

\*\*\*\*\*

مدیریت محترم شرکت سهامی بیمه  
ایران استان گیلان

با سلام و احترام

به استحضار می رساند؛ با توجه به رضایت مندی از خدمات بیمه ایران کد 33332 آقای سعید کشتکار و پایان تفاهم نامه در تاریخ 97/12/1 این انجمن با تمدید تفاهم نامه بیمه های آتش سوزی داروخانه ها، انبار، منازل مسکونی اعضاء با شرایط سال قبل موافقت دارد./

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

\*\*\*\*\*

در جامعه و به تبعیت از آن در ایجاد ثبات و امنیت سیاسی بر کسی پوشیده نیست و برای حفظ این امنیت و ارائه خدمات نیاز به توجه و حمایت های سازمان های بیمه گر در پرداخت مطالبات آنها از سازمان های بیمه گر دارند. لذا از جنابعالی تقاضا داریم که با ارائه درخواست انجمن داروسازان گیلان به جناب آقای دکتر نوربخش ریاست سازمان تأمین اجتماعی و مذاکره با ایشان حداقل مطالبات 3 ماه داروخانه های استان گیلان جمعاً به مبلغ 300/000/000/000 (سیصد میلیارد) ریال را به استان گیلان پرداخت نمایند تا مقداری از فشار اقتصادی داروخانه ها کاهش یابد.

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

\*\*\*\*\*

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

با سلام و عرض ادب

به استحضار می رساند که انجمن داروسازان گیلان به عنوان شعبه انجمن داروسازان ایران به دلیل نداشتن شناسه دچار مشکلات متعدد از جمله قطع امتیاز سه خط تلفن، بلوکه شدن یکی از حسابها توسط بانک ملی، درگیری مالیاتی و ...

سرکار خانم دکتر حصاری

معاونت محترم غذا و دارو دانشگاه

با سلام و عرض ادب

احتراماً به استحضار می‌رساند، طبق آیین نامه

تأسیس و بهره‌برداری از مراکز سرپایی شیمی

درمانی، داروسازان آموزش دیده حتماً باید

جهت انجام امور شیمی درمانی در این مراکز

حاضر باشند.

خواهشمندیم برای به‌کارگیری همکار

داروساز در مطب‌های بخش خصوصی و

بیمارستانهای خصوصی که در انجام روند شیمی

درمانی فعالند، اقدامات لازم را مبذول فرمایید.

\* \* \* \* \*

همکاران محترم مؤسس داروخانه

با سلام و احترام

مطابق مصوبه انجمن داروسازان ایران (نامه شماره

387/الف 97 مورخ 1397/6/24) و همچنین طرح

و تصویب آن در جلسه مورخ 1397/10/23

انجمن داروسازان گیلان، حق الزحمه ساخت

داروهای ترکیبی جهت اجرا، مطابق جدول

پیوستی اعلام می‌گردد.

با سپاس - دکتر کیان یعقوبی

دبیر انجمن داروسازان گیلان

با سپاس - دکتر مهرناز مظفری

رئیس انجمن داروسازان گیلان



# انجمن صنفی داروسازان ایران

Iran pharmacists Association

علمی - حرفه ای

تاسیس ۱۳۷۲ - شماره ثبت: ۷۹۵  
(بنامه داروسازان سابق تاسیس ۱۳۴۳)

تاریخ: ۲۳-۷-۹۷

شماره: ۹۷-۳۸۷-الف

پوسته:

## ریاست محترم انجمن داروسازان ایران شعب سراسر کشور

با سلام

احتراماً باستحضار می‌رساند در راستای اجرای تبصره ۵ بند ۹ ماده ۲۴ آیین نامه تاسیس داروخانه‌ها و مسووبه مجمع نمایندگان و تأیید کمیسیون قانونی ماده ۲۰ سازمان غذا و دارو، جدول دستمزدها ساخت داروهای ترکیبی در سال ۱۳۹۷ به شرح ذیل جهت بهره‌برداری تقدیم حضور می‌گردد:

### جدول مدت زمان لازم و اجرت ساخت بر مبنای ضریب K برای ساخت فرآورده‌های جالینوسی ۹۷

نوع فرآورده	مدت زمان مورد نیاز (دقیقه)	اجرت ساخت بر مبنای تعرفه بخش خصوصی (ریال) سال ۹۷
مایع ۲ قلمی همگن	۸	۹۶۰۰۰
مایع ۲ قلمی ناهمگن	۱۰	۱۲۰۰۰۰
مایع ۳ قلمی همگن	۱۰	۱۲۰۰۰۰
مایع ۳ قلمی ناهمگن	۱۲	۱۴۴۰۰۰
مایع بیش از ۳ قلمی همگن	۱۲	۱۴۴۰۰۰
مایع بیش از ۳ قلمی ناهمگن	۱۴	۱۶۸۰۰۰
نیمه جامد ۲ قلمی همگن	۱۰	۱۲۰۰۰۰
نیمه جامد ۲ قلمی ناهمگن	۱۲	۱۴۴۰۰۰
نیمه جامد ۳ قلمی همگن	۱۲	۱۴۴۰۰۰
نیمه جامد ۳ قلمی ناهمگن	۱۴	۱۶۸۰۰۰
نیمه جامد بیش از ۳ قلمی همگن	۱۴	۱۶۸۰۰۰
نیمه جامد بیش از ۳ قلمی ناهمگن	۱۶	۱۹۲۰۰۰۰



رونوشت:

اعضای محترم هیئت مدیره انجمن داروسازان ایران جهت استحضار

آدرس دفتر مرکزی انجمن: کارگر شمالی، خیابان نصرت، نبش چهارراه شهید ثابت، پلاک ۴۷، طبقه چهارم

کد پستی: ۱۴۱۸۸۴۳۱۵ صندوق پستی: ۶۳۱۶-۱۴۱۵۵ تلفن: ۶۶۵۹۴۰۹۱-۶۶۵۹۴۰۸۷ فاکس: ۶۶۴۳۸۱۳۰

No. 47 Nazerat ave., Kargar st., Tehran - Iran Poste code: 1418863115 Post Box: 14155-6316 Tel: +9821 66592067- 66592061

Fax: +9821 66438120 Email: ipa.info.ir@gmail.com / ipa.info@yahoo.com www.daruosaz.net



به نام خدا

### مراجعه کنندگان محترم داروخانه های استان گیلان

- احتراماً به منظور تکريم ارباب رجوع و جلوگیری از هر گونه سوء تفاهم ، بدینوسیله چگونگی محاسبه قیمت داروها و خدمات دارویی ، جهت اطلاع بیماران و مراجعه کنندگان گرامی اعلام می گردد.
- ۱- قیمت گذاری دارو توسط سازمان نظارت بر قیمت کالا و خدمات انجام می گیرد و پس از تصویب در کل کشور یکسان است.
  - ۲- به دلیل تغییر قیمت داروها در حین تولید و توزیع و عدم التزام شرکتهای تولیدی به تغییر بسته بندی، قیمت نوشته شده روی جعبه دارو ملاک درستی برای قیمت فعلی دارو نیست.
  - ۳- قیمت یک داروی خاص (مثلاً قرص استامینوفن ۵۰۰) که توسط کارخانجات مختلف تولید شده است، به دلیل کیفیت و قیمت مواد اولیه می تواند متفاوت باشد.
  - ۴- سازمان های بیمه گر از میان قیمت های موجود در بازار دارویی، پایین ترین قیمت را قبول دارند. در صورتیکه دارو با نام تجاری خاص را دریافت کرده اید بایستی اختلاف قیمت آن دارو تا قیمت پایه مورد قبول بیمه پرداخت گردد.
  - ۵- تعرفه خدمات دارویی در ازای خدمات دارویی و نظارت بر کیفیت دارو توسط داروخانه دریافت می شود.
  - ۶- تحویل داروهای بدون نسخه (O.T.C) با هماهنگی مسئول فنی داروخانه امکان پذیر می باشد.
  - ۷- حسب دستور وزارت بهداشت، بازپس گیری دارو و لوازم بهداشتی پس از خروج از داروخانه ممنوع می باشد.
  - ۸- در محیط داروخانه، دکتر داروساز مسئول فنی داروخانه پاسخگوی سؤالات شما در زمینه نحوه مصرف صحیح دارو، تداخلات، عوارض، قیمت دارو و ... می باشد.



دکتر مرید مغنری  
 رئیس انجمن داروسازان گیلان

دکتر زهره حسدی  
 معاون فضا و دارو دانشگاه علوم پزشکی گیلان  
 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

## جناب آقای جواد انوری

### مدیر کل محترم اداره امور مالیاتی گیلان

سلام علیکم

احتراماً با توجه به تفویض اختیار بخشودگی صدر در صد جرایم قابل بخشش به معاونین و مدیران و ... به مناسبت چهلمین سالگرد پیروزی انقلاب، که در آن جرایم موضوع ماده 169 ق.م.م اصلاحی مصوب 1394/4/31 (جایگزین ماده 169 مکرر اصلاحی 1380) به استناد (پیوست شماره 1) از جمله جرایم قابل بخشش بوده ولی مورد استثناء قرار گرفته است به استحضار می‌رساند؛ این استثناء پس از گذشت 5 سال از آئین نامه اولیه ارسال فهرست معاملات به صورت فصلی، در مورد اشخاص حقوقی، مشاغل گروه اول قانون و صاحبان مشاغل مشمول اجرای قانون مالیات بر ارزش افزوده از عملکرد 95 قابل توجه بوده ولی به دلیل نارسا بودن آئین نامه اولیه و ابطال قسمتهایی از آن توسط دیوان عدالت اداری و نهایتاً تشکیک به وجود آمده در ارسال منظم گزارش توسط گروههای پزشکی در عملکرد سالهای 92 و 93 و 94 جای تأمل و تجدیدنظر دارد.

مستحضرید این تفویض اختیار طی بخشنامه شماره 200/95/42 مورخ 1395/7/7 به منظور اختیار استفاده از مواد 167 و 191 قانون

در خصوص تقسیط بدهی مالیاتی و بخشودگی جرایم قابل بخشش مقرر در قانون، در راستای تصویب نامه شماره 62111/ت/51052/هـ مورخ 1395/7/25 هیأت محترم وزیران مبنی بر واگذاری اختیارات دستگاههای اجرایی به واحدهای استانی مربوطه، به آن اداره کل تفویض شده است. در این تصویب نامه بخشودگی کلیه جرایم قابل بخشش در قانون به جهت رفاه مؤدیان و تسریع در وصول اصل مالیات مورد تأکید قرار گرفته است.

خواهشمند است با توجه به شفافیت میزان خرید داروخانه ها در گروههای پزشکی و اعمال جرایم مورد نظر آئین نامه برای داروخانه های استان در عملکرد 92 و 93 و 94 موضوع ماده 169 مکرر اصلاحی مصوب 1380 که به وظایف خود در حد مقدمات عمل نموده و خوش حسابترین مؤدی به حساب می‌آیند، همانند نه استان ذکر شده در پیوست شماره 2 با استفاده از اختیار تفویضی، جرایم 169 مکرر سالهای مذکور، نامبردگان را که به نقل قول از معاون برنامه ریزی و توسعه مدیریت منابع بیمه سلامت کشور، مطالبات سال 96 خود در دیماه 1397 دریافت نموده، (پیوست شماره 3) ولی مالیات

عملکرد آن را در خرداد 1397 تسویه کرده اند و این امر در کمتر مشاغلی صورت می گیرد، به میزان صد درصد مورد بخشش قرار دهند، تا در ارائه خدمات مطلوب آنان خللی ناخواسته ایجاد نگردد. در این رابطه نامه شماره 230/6068/ص مورخ 1397/3/28 معاون محترم مالیاتهای مستقیم (پیوست شماره 4) و اعلام همراهی و مساعدت حضرتعالی در بخشودگی جرایم

مؤدیانی که حتی به تکالیف قانونی خود عمل ننموده اند (پیوست شماره 5) به منظور مزید استحضار و استدعای عنایت ویژه به داروخانه ها که در شرایط بحرانی قرار دارند تقدیم می دارد.

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

(پیوست شماره ۱۵)

● چه جرایم مالیاتی هستند که قابلیت بخشودگی دارند؟

● به موجب اصلاحیه اخیر قانون مالیاتهای مستقیم ، تنها جریمه ی «عدم تسلیم اظهارنامه» و نیز جریمه ی «بنامی از درآمدهای کتمان شده در اظهارنامه های تسلیمی» و یا «بنامی از هزینه های غیرواقعی» موضوع ماده ۱۹۲ است که غیر قابل بخشش می باشد .

● جرایم غیر از جریمه های فوق ، مابقی جرائم مندرج در قانون مالیاتهای مستقیم که به نحوی در اوراق مالیاتی مورد محاسبه و مطالبه قرار می گیرد قابل بخشش می باشد .

📧 @danestanihaemalyati

/ ... آیا می دانید مشمولین ارسال فهرست معاملات چه شخصی هستند ؟

● ماده (۹) آیین نامه اجرایی تبصره (۳) ماده (۱۶۹) قانون مالیاتهای مستقیم ، مشمولین ارسال فهرست معاملات را به شرح زیر معرفی نموده است :

● الف) کلیه اشخاص حقوقی

● ب) صاحبان مشاغلی که حسب نوع و یا حجم فعالیت جزو گروه اول موضوع ماده (۲) آیین نامه اجرایی ماده (۹۵) قانون مجسوب می شوند

● ج) صاحبان مشاغل مشمول اجرای قانون مالیات بر ارزش افزوده

● مکلف به ارسال فهرست معاملات در موعد مقرر برابر آیین نامه صادره خواهد بود .

● مهلت مقرر برابر آیین نامه صادره ( موضوع تبصره ۳ ماده ۱۶۹ اصلاحی قانون برم ) ، ۴۵ روز پس از پایان هر فصل می باشد .

بزرایش بلزدهم / املعه هى «بخشونكى جرتم مالىتى» در صورت «پرداخت اصل مالىات و جرتم غيرقابل بخشش» تا تاريخ ... در ادارات كل امور DD مالىاتى استان ها

(مىبويست كاره ۲)

- 1 استان آذربايجان غربى ... ۱۰۰٪ / پرداخت تا ۹۷ / ۱۲ / ۱۵
- 2 استان گيلان ..... تا ۱۰۰٪ / پرداخت تا ۹۷ / ۱۲ / ۱۵
- 3 استان لرستان ..... ۱۰۰٪ / پرداخت تا ۹۷ / ۱۲ / ۱۵
- 4 استان كرمان ..... ۱۰۰٪ / پرداخت تا ۹۷ / ۱۲ / ۱۰
- 5 استان خراسان شمالى ... ۱۰۰٪ / پرداخت تا ۹۷ / ۱۱ / ۲۲
- 6 استان خراسان جنوبى ... ۱۰۰٪ / پرداخت تا ۹۷ / ۱۱ / ۳۰
- 7 استان كرمانشاه ..... تا ۱۰۰٪ / پرداخت تا ۹۷ / ۱۲ / ۱۵
- 8 استان چهارمحال بختيارى ۱۰۰٪ / پرداخت تا ۹۷ / ۱۲ / ۲۹
- 9 استان ايلام ..... ۱۰۰٪ / پرداخت تا ۹۷ / ۱۲ / ۱۵
- 10 استان سمنان ..... ۱۰۰٪ / پرداخت تا ۹۷ / ۱۱ / ۳۰
- 11 ... اداره كل جنوب تهران ... ۱۰۰٪ / پرداخت تا

### معاون برنامه‌ریزی و توسعه مدیریت و منابع سازمان بیمه سلامت: مطالبات سال ۹۶ پزشکان، درمانگاه‌ها و داروخانه‌ها تسویه شد

معاون برنامه‌ریزی و توسعه مدیریت و منابع سازمان بیمه سلامت گفت: مطالبات سال ۹۶ پزشکان و دندانپزشکان عمومی، درمانگاه‌ها، داروخانه‌ها، مراکز درمانی پرداخت شد.



به گزارش گروه سلامت خبرگزاری فارس، شاهرخ رامزی معاون برنامه‌ریزی و توسعه مدیریت و منابع سازمان بیمه سلامت ایران با اعلام این‌که بخش زیادی از بدهی‌های بیمه سلامت به پزشکان و مراکز طرف قرارداد طی هفته گذشته پرداخت شده است، از پرداخت کل مطالبات سال ۹۶ پزشکان و دندانپزشکان عمومی، درمانگاه‌ها، داروخانه‌ها، مراکز شیمی‌درمانی، فیزیوتراپی و دیالیز در سراسر کشور خبر داد.

پرداخت ۷۰ درصد مطالبات باقیمانده پاراکلینیک‌ها در هفته گذشته

با بیان این‌که مطالبات فوق از محل دریافت بخش اول منابع حاصل از صندوق توسعه ملی که به دستور مقام رهبری در اختیار بیمه سلامت قرار گرفت پرداخت شده است، افزود: در هفته گذشته ۷۰ درصد مطالبات باقیمانده پاراکلینیک‌ها و ۳۰ درصد مطالبات باقیمانده بیمارستان‌های خصوصی نیز پرداخت شده و مابقی پس از دریافت بخش دوم منابع حاصل از صندوق توسعه ملی پرداخت خواهد شد.

وی با بیان این‌که از ابتدای سال ۹۷ انضباط مالی خوبی در بیمه سلامت برقرار شده است، گفت: پرداختی به داروخانه‌ها را تا ماه تیر و برخی از استان‌ها تا مرداد ۹۷ انجام داده‌ایم. در مورد بیمارستان‌ها و سایر مراکز خصوصی پزشکی هم تا مرداد و برخی استان‌ها شهریور ۹۷ پرداخت شده است و اگر سازمان برنامه و بودجه اعتبارات را به‌موقع تخصیص دهد، این انضباط حفظ خواهد شد.

پرداخت ۸۰ درصد مطالبات پزشکان خانواده در حوزه روستایی تا مهرماه

رامزی درباره پرداختی به پزشکان خانواده نیز گفت: پرداخت ۸۰ درصد مطالبات پزشکان خانواده نیز در حوزه روستایی تا مهرماه و در حوزه شهری تا شهریور ۹۷ انجام شده است. دستور پرداخت ۲۰ درصد بقیه را نیز داده‌ایم و بیمه سلامت با ادامه این روند امیدوار است رضایت همه شرکای کاری را جلب کرده باشد.

/انتهای پیام

سال "حمایت از کالای ایرانی"  
معاونت مالیات‌های مستقیم

(بابت گروه ۴)

بسمه تعالی

جناب آقای دکتر بوزیگر

مشاور عالی محترم رئیس کل و عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور

رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی استان گیلان

باسلام و احترام

بازگشت به نامه شماره ۱۳۹۷/۲۰۰/۱۶۵ مورخ ۱۳۹۷/۲/۳۱ درخصوص

بخشودگی جرایم مالیاتی مشاغل گروه پزشکی استان گیلان به اطلاع

می‌رساند:

باتوجه به نامه شماره ۱۱۳/۱۲۷۱۳/د مورخ ۱۳۹۷/۳/۵ اداره کل امور مالیاتی

استان گیلان، مقتضی است دستور فرمایید، هر یک از اعضای محترم انجمن

داروسازان استان گیلان با ارائه درخواست، جهت مساعدت قانونی لازم به

اداره کل امور مالیاتی ذی‌ربط مراجعه نمایند.

ناظر حجتی  
معاون مالیات‌های مستقیم  
مکمل

دکتر بوزیگر  
رئیس شورای هماهنگی  
نظام پزشکی استان گیلان

۱۳۹۷/۰۳/۰۵

۱۱۳/۱۲۷۱۳

ندارد

پست

ISO 4001: 2009



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
سازمان نظام پزشکی  
اداره نظام پزشکی استان گلستان

(مهر پست شماره ۵)

بسمه تعالی

“حمایت از کالای ایرانی”

جناب آقای تراب احمدی

مدیر کل محترم دفتر حسابداری و وصول مالیات

سلام علیکم :

با احترام، در پاسخ به نامه شماره ۲۳۳/۳۶۱۸/د مورخ ۱۳۹۷/۲/۳ درخصوص درخواست شورای هماهنگی نظام پزشکی استان گلستان، همانگونه که مستحضرید بر اساس قانون، صاحبان محترم داروخانه ها در سال ۹۲ مکلف به ارائه صورت معاملات فصلی موضوع ماده ۱۶۹ مکرر قانون مالیات های مستقیم بوده اند، بنابراین پس از مطالبه جرایم مزبور از مؤدیانی که به تکالیف خود در این خصوص عمل ننموده اند، در صورت مراجعه اعضاء محترم انجمن داروسازان استان و درخواست بخشودگی جرایم، نهایت مساعدت به عمل خواهد آمد.

جواد انوری  
مدیر کل امور مالیاتی استان گلستان

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند **خانم دکتر ندا ژاله جو** 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 شهره سیف پور** 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 هیبت اله زینالی** 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 **سرکار خانم دکتر فاطمه شهیدی** 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 **آقای دکتر اباصلت اسلامی** در غم از دست دادن پدر گرامی شان سوگوار شدند.

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

« هیئت تحریریه انجمن داروسازان گیلان »

## پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند **جناب آقای دکتر نادر یوسفی** نائب رئیس محترم انجمن داروسازان گیلان و مشاور محترم رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی 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 »



## فخستين جشن دانش آموختگي دانشكده داروسازي گيلان (دي ماه 97)