

بهار 98

شماره 178



عکس دسته جمعی فارغ التحصیلان سال 54 (ورودی سال 48) دانشکده
داروسازی تبریز و خانواده گرامی شان



از سمت راست آقایان : دکتر علی نیکزاد (داروخانه دکتر نیکزاد) - دکتر سیدعبداله
زین العابدینی - دکتر محمد کاظم پور کاظمی - دکتر شیوا اسبقیان

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

- * سرمقاله / نسخه الکترونیک از حرف تا تا عمل 3
* سروتونین و شگفتی های آثار فیزیولوژیک آن (2) 7
* چگونه از خود در برابر اسهال مراقبت کنیم 11
* علل تهوع صبحگاهی به جز بارداری 14
* دانش هسته ای و فن آوری آن 17
* شعر و ادب / از این اوستا 20
* گزارش عملکرد انجمن در بهار 98 23
* تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (35) 25
* مصاحبه آقای دکتر خیری 30
* داروخانه ها و چگونگی ارسال اظهارنامه 97 33
* کد ژنریک دارو = کد ملی فرد 39
* یک روز به یاد ماندنی 42
* معرفی کتاب خوب ... 44
* گزارشی از اولین کنگره ملی آموزش و ... 46
* یاد و یادآوری 50
* نامه ها و مکاتبات اداری 53

سایت انجمن داروسازان گیلان

www.ipharm.ir

نشانی انجمن داروسازان گیلان

رشت: انتهای خیابان سعدی، نرسیده به میدان
گلزار، خانه داروساز، ص.پ. 1778-41635
تلفن: 32119132-32110002
فاکس: 32119131

به نام خداوند جان و خرد

حکمت گیل

ماهنامه انجمن داروسازان گیلان

(نشریه علمی، پژوهشی و اجتماعی)

« بهار 1398 »

شماره 178

صاحب امتیاز:

انجمن داروسازان گیلان

مدیر مسئول:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

سر دبیر:

دکتر محمد مصدق کمالی

اعضای هیئت تحریریه: دکترها

حمیرا آذرگشسب، منصور آزاد،

ژاله تحویلدار، مرجان شالچی، حمید قهرمانی،

جعفر عباسپور، ژیلای گیتی نژاد، سیداحمد میرسنبل،

کیان یعقوبی

اجرای کامپیوتری: نازلی تنی

طرح روی جلد:

دکتر غلامحسین مهدی زاده

لینتوگرافی: همراهن

چاپ و صحافی: توکل



نسخه الکترونیک از حرف تا عمل

(نسخه) مورد نظر هویت می بخشد و بیمار مطب را ترک می کند.

در ادامه روند، بیمار می تواند به مراکز درمانی (در سراسر کشور) مراجعه و صرفاً با ارائه کارت ملی، خدمات تجویز شده را دریافت کند. دارو در داروخانه به بیمار تحویل می شود اما مراکز پاراکلینیکی، باید نتیجه اقدامات تشخیصی انجام شده را از طریق سایت مربوطه وارد پرونده بیمار کرده و به صورت الکترونیکی در اختیار پزشک معالج قرار دهند.

آنچه به طور خلاصه گفته شد، عصاره و نتیجه نهایی طرحی است که از چند سال پیش تحت عنوان «طرح نسخه الکترونیک» بر سر زبانها افتاده

بیمار به پزشک عمومی (یا پس از طی کردن فرایند «نظام ارجاع» به پزشک متخصص و فوق تخصص) مراجعه می کند. پزشک بعد از معاینه بالینی، آنچه را که برای تشخیص یا درمان بیمار، ضروری تشخیص می دهد (اعم از تجویز دارو، درخواست آزمایش، تصویربرداری و یا سایر اقدامات پاراکلینیکی)، از طریق سایت سازمان بیمه گر مربوطه (که تمام داروها و خدمات پاراکلینیکی موجود در تعهد سازمان همراه کد مربوطه در آن پیش بینی شده است)، وارد سیستم می کند و در پایان، با امضای الکترونیکی اسناد ایجاد شده (که فقط از طریق «کارت هوشمند نظام پزشکی» قابل دسترسی است)، به سند

و امروز در آستانه رونمایی و اجرا قرار گرفته است. طرحی که ابتدا در قوه مقننه (کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی) کلید خورده و متعاقب آن، سایر ارگانهای ذیربط (معاونت غذا و دارو و معاونت درمان وزارت بهداشت، نظام پزشکی و بیمه های سه گانه) نیز برخی به طور جدی و عملی و برخی گاه در حد حرف به آن پرداخته اند!

آنچه مسلم است، کلیت موضوع بسیار ایده آل و آرمانی است و از صحبت های مسئولین ذیربط و صاحب نظران نیز چنین برمی آید که در صورت اجرای موفق، شاید بتواند بسیاری از معضلات فعلی نظام سلامت را حل کند. مزایایی که برای اجرای این طرح ارائه کرده اند به طور خلاصه عبارتند از:

- 1- مدیریت منابع وزارت بهداشت و سازمانهای بیمه گر با مکانیزاسیون خدمات دریافتی توسط بیماران و تشکیل پرونده الکترونیکی سلامت
- 2- حذف نسخه های کاغذی
- 3- جلوگیری از چندباره کاری در انجام آزمایش ها، گرفتن تصاویر پزشکی و تهیه نسخ دارویی
- 4- افزایش دقت و صحت نسخه و تسهیل در روند کاری داروخانه ها و مراکز پاراکلینیک به علت امکان مشاهده اطلاعات هویتی و خدمات تجویز شده صرفاً با شماره ملی و عدم نیاز به ثبت مجدد اطلاعات
- 5- به حداقل رسیدن خطاهای پزشکی ناشی از بدخطی پزشکان و غلط های املائی نسخه که

باعث رفت و آمد بیمار بین مطب و داروخانه می شود.

6- منتهی شدن موضوعاتی از قبیل خدشه و قلم خوردگی در تاریخ و متن نسخه، فقدان مهر و امضا و پشت نویسی نسخ

7- به حداقل رسیدن مشکل تداخلات دارویی (البته در صورتی که نرم افزار سازمان بیمه گر توانایی و جامعیت لازم را داشته باشد).

8- امکان مشاهده سوابق مراجعه بیمار به مراکز مختلف و خدمات دریافت شده

9- تسهیل در روند رسیدگی به اسناد پزشکی توسط سازمانهای بیمه گر و به حداقل رسیدن اشتباهات

اما از نگاه ما داروسازان به عنوان یکی از بازوهای اصلی در اجرای این طرح عظیم، چند مسئله بسیار قابل تأمل نیز وجود دارد که به دو مورد آن اشاره می کنم:

- 1- در حال حاضر که تعداد نسخه های دارویی نیازمند تأیید اینترنتی، کمتر از بیست درصد کل نسخه های داروخانه را شامل می شود، به علت ضعف زیرساختهای ملی در صنعت اینترنت و ضعف مدیریت سایت سازمانهای بیمه گر، مکرراً با نوسانات شدید سرعت، قطع سایت سازمان و حتی قطع کامل اینترنت به مدت چند ساعت مواجه هستیم که روند کاری داروخانه را مختل می کند. این موضوع مسلماً در مورد نسخه های الکترونیکی که بدون استثنا نیازمند ارتباط اینترنتی هستند، بسیار آزاردهنده تر خواهد بود. بنابراین، منطق حکم می کند که ابتدا این

مشکلات زیرساختی مرتفع شود و برای آنها تمهیدی اندیشیده شود و گرنه اجرای نسنجیده این طرح بدون آماده کردن زیرساخت، مشکلات را بیشتر خواهد کرد.

2- از زمان شروع مکانیزاسیون اجباری نسخه های بیمه و تحویل فایل آماده توسط داروخانه تا به امروز، سازمانهای بیمه گر همواره و به طور مستمر وظایف هزینه بر متعددی را بدون تقبل کمترین هزینه ای به عنوان تکلیف به داروخانه ها تحمیل کرده اند که آخرین آنها «استعلام کد اصالت داروها» بوده و در آینده نزدیک نیز قرار است «احراز استحقاق درمان بیمه شده» به آن اضافه شود. وظیفه ای که بدون تردید وظیفه خود سازمان است! کاری به مراکز پاراکلینیک ندارم چرا که از میزان سود آنها بابت خدمات ارائه شده به بیمار بی اطلاع اما اعتقاد راسخ دارم که مارژین سود پنج الی پانزده درصدی دارو، به هیچ عنوان گنجایش و تحمل

این همه هزینه نرم افزاری و سخت افزاری و پرسنلی را ندارد. سود ناچیزی که قرار است هزینه های گزاف سرباری و مالیات کمرشکن داروخانه را هم پوشش دهد و احتمالاً چیزی هم تهش بماند!

هرچند می دانم مثل همیشه، مسئولین امر در نهایت آنچه را که خود بخواهند، انجام می دهند و کاری به پیشنهادات هرچند منطقی نخواهند داشت؛ اما به ضرس قاطع عرض می کنم که در صورت عدم ترمیم مارژین سود دارو، در نظر گرفتن بسته حمایتی برای داروخانه جهت اجرای این طرح، ضروری است. به ویژه اینکه بسیاری از هزینه های سازمانهای بیمه گر به علت حذف دفترچه های کاغذی و رسیدگی مکانیزه به اسناد پزشکی، حذف خواهد شد.

با احترام - سردبیر

مقالات تخصصی - علمی

- 1 - سروتونین و شگفتی های آثار فیزیولوژیک آن (بخش دوم)
- 2 - چگونه از خود در برابر اسهال مراقبت کنیم؟
- 3 - علل تهوع صبحگاهی به جز بارداری و روشهای درمان آن چیست؟
- 4 - دانش هسته ای و فن آوری آن



سروتونین و شگفتی های آثار فیزیولوژیک آن (بخش دوم)

دکتر غلامحسین مهدی زاده مؤدهی

شبکه ی گسترده ای از گیرنده های سروتونینی بخش های مختلف فیزیولوژی بدن را در بر گرفته اند و کارهای منظم بدن را اداره و هدایت می کنند. آنچه که تاکنون مشخص شده، گیرنده ی $5-HT_{1A}$ در هسته های رافه و هیپوکامپ، گیرنده ی $5-HT_{1B}$ در ماده سیاه و گلوپوس پالیدوس و گره های قاعده ای مغز، گیرنده ی $5-HT_{10a-b}$ در مغز، گیرنده ی $5HT_{1E}$ در قشر مخ و پوتامن، گیرنده ی $5-HT_{1F}$ در قشر مخ و پوتامن، گیرنده ی $5-HT_{2A}$ در پلاکت ها و عضلات صاف و قشر مخ، گیرنده ی $5-HT_{2B}$ در اعماق معده، گیرنده ی $5-HT_{2C}$ در کورویید و هیپوکامپ و ماده سیاه مغز، گیرنده ی $5-HT_3$ در منطقه خلفی و اعصاب حسی و لوله گوارش، گیرنده ی

سروتونین، به عنوان یک لیگاند طبیعی بدن، گیرنده هایی در سرتاسر بدن دارد و با اتصال به آنها آثار فیزیولوژیک خود را اعمال می کند. پراکندگی و تنوع گیرنده های سروتونینی یکی از شگفت آورترین آثار فیزیولوژیک بدن است، که هنوز بخش زیادی از کارکردهای آن ناشناخته است. همان طور که گفته شد، تاکنون هفت گروه گیرنده ی سروتونینی در بخش های گوناگون بدن شناسایی شده است، که با علامت اختصاری $5-HT$ نشان داده شده اند. سپس با شناخت عملکرد متفاوت آنها، به شکل اعداد 1 تا 7 ($5-HT_{1-7}$) نام گذاری شدند، آنگاه با کشف تفاوت های دیگر، حروف لاتینی A تا G ($5-HT_{1A}$ یا $5-HT_{1F}$) به دنبال اعداد اضافه شده اند. بدین ترتیب، مشاهده می گردد که چه

5-HT در CNS و اعصاب میاتریک و عضلات صاف، گیرنده ی 5-HT_{5A-B} در مغز، گیرنده ی 5-HT₆₋₇ در مغز وجود دارند و نقش فیزیولوژیک ایفا می کنند.

سروتونین از طریق تأثیر روی کانال های پتاسیم و با کم و زیاد کردن تراز سیکلیک آدنوزین مونوفسفات (CAMP) نقش خود را در سلول ها و بافت های گوناگون انجام می دهد، ولی در برخی نقاط بدن فسفوانیزیتاید ها نیز نقش دارند. مواد و عوامل زیادی می توانند روی گیرنده ها، نیز، اثرات سروتونینی تأثیر گذار باشند. این اثرات بر اساس قاعده کلی فارماکولوژی یا آگونستی هستند، یا آنتاگونستی. آگونست ها، به طور قطع، بیشتر مشتقات اسید آمینه ی تریتوفان هستند، که مشهور ترین آنها متوکلوپراماید، سیسپراید، رزپراید، بوسپرون، و تریپتان ها (سوماتریپتان، ناراتریپتان، ریزاتریپتان، زولمی تریپتان و ...) می باشند. معروف ترین آنتاگونست های گیرنده های سروتونینی عبارتند از: سپروهپتادین، کتانسرین، ریتانسرین، اوندانسترون و گرانسترون.

هریک از داروهای یاد شده گاه روی یک گیرنده یا چند گیرنده سروتونینی، گاه روی انواع دیگر گیرنده ها، چون گیرنده های آدرنژیک، دوپامینرژیک، کولینرژیک، هیستامینی و غیره تأثیر گذار هستند. بدن جهت، آثار متنوعی ایجاد می کند، که به هنگام مصرف آنها باید بدانها توجه داشت.

سروتونین به دلیل ویژگی های شیمیایی و فارماکولوژیکی خاص خودش، مانند بسیاری از لیگاند های طبیعی بدن، ارزش درمانی ندارد، بلکه مواد دیگری هستند که می توانند آثار آگونستی روی گیرنده های سروتونینی ایجاد کنند. یکی از مهم ترین آگونست های سروتونین، داروی بوسپرون است که با تأثیر روی گیرنده های 5-HT_{1A} آثار ضد اضطراب ایجاد می کند، که مکانیزم آن به بنزودیازپین ها شباهت ندارد و بسیاری از مشکلات آنها را، که برای بیماران ناخوشایند است، به همراه نداشته و به طور اختصاصی اضطراب را کنترل می نماید. بدین جهت در افرادی که اضطراب روزانه یا ناشی مصرف دارو ها (به ویژه دارو های سایکوتیک) دارند، دارویی انتخابی و منحصر به فرد است و توجه زیادی نیز به خود جلب کرده است. سیسپراید آگونست 5-HT₄ است و در درمان ریفلاکس ها (بازگشت محتوای معده به مری) استفاده می شود، ولی اکنون دارو های آنتی کولینرژیک انتخابی تر، مانند دومپریدون، در این مورد بیشتر استفاده می شوند، که تحمل آنها از نظر بروز عوارض جانبی بسیار بیماران بسیار راحت تر است.

تریپتان ها، به ویژه سوماتریپتان، ناراتریپتان، ریزاتریپتان، زولمی تریپتان، آگونست های انتخابی گیرنده های 5-HT_{1D} و 5-HT_{1B} هستند. این گیرنده ها بیشتر روی عروق مغزی و مننژی وجود دارند و موجب انقباض عروقی می شوند. آنها را می توان روی نوروها نیز

انکفالین باعث مهار پیش سیناپسی و پس سیناپسی در فیبرهای درد می شود. تعدادی از داروها نیز به طور غیرمستقیم روی عملکرد سروتونین تأثیر گذارند، که داروهای بازدارنده ی انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) مهم ترین آنها هستند. این داروها، از جمله فلوکستین، سرتالین، سیتالوپرام، فلووکسامین، پاروکستین، از بازجذب سروتونین به درون نرون های عصبی جلوگیری می کنند، در نتیجه مقدار آن را در دستگاه اعصاب افزایش می دهند و به طور غیرمستقیم آثار سروتونین را تقویت می نمایند. این افزایش تراز سروتونین در مغز گاه می تواند به تداخل های خطرناک نیز بینجامد، آن هم زمانی است که این داروها به همراه مهارکننده های آنزیم مونوآمین اکسیداز (MAO) مصرف شوند، که نتیجه آن افزایش تراز ذخایر مونوآمین ها در مغز و مهار بازجذب آنها، سپس افزایش قابل توجه سروتونین در بسیاری از سیناپس های مغزی است، که سرانجام به سندروم سروتونین می انجامد، که علائم خطرناکی چون هیپرترمی، سختی عضلانی، میوکلونوس، تغییرات سریع وضعیت روانی و علائم حیاتی دارند، که می تواند بسیار خطرناک باشد.

مهم ترین آنتاگونیست های سروتونین داروهایی هستند که درمورد اشتها و استفراغ و تهوع کاربرد دارند. سیپروهپتادین معروف ترین دارویی است که با تأثیر روی گیرنده های $5HT_2$ و H_1 هیستامینی اثرات خود را روی

یافت که به احتمال به عنوان گیرنده های مهارتی پیش سیناپسی عمل می کنند. این داروها در درمان حملات حاد میگرن بسیار مؤثرند. مکانیزم اثر آنها از طریق تأثیر روی گیرنده های اختصاصی خود؛ زیست فراهمی تریپتان های گوناگون بین 15 تا 70 درصد متغیر است؛ عمر نیمه ی آنها نیز بین 2 تا 6 ساعت است. عوارض جانبی تریپتان ها اغلب خفیف و شامل تغییرات حسی (احساس خارش، گرما و غیره)، گیجی، ضعف عضلانی، درد در ناحیه گردن و واکنش های محل تزریق است. احساس ناراحتی در قفسه سینه دیگر عارضه ی مهم آن است. این داروها در بیماران مبتلا به اسپاسم عروق کورونری و یا آئزین صدری نباید استفاده شوند. یکی دیگر از نکات مهم درباره ی تریپتان ها این است که اغلب طول مدت اثر آنها از طول مدت سردرد کوتاه تر است، که این امر چند بار مصرف آنها را ضروری می سازد. البته در درون مغز مواد میانجی متعددی در سیستم ضد درد دخالت دارند که در میان آنها سهم انکفالین و سروتونین بیشتر است. بسیاری از فیبرهای عصبی مشتق از هسته های دور بطنی و ناحیه خاکستری دور قناتی از پایانه های خود انکفالین ترشح می کنند. لذا پایانه بسیاری از فیبرهای هسته سجافی بزرگ در صورت تحریک انکفالین آزاد می سازد. فیبرهای برخاسته از این ناحیه که به شاخ خلفی نخاع منتهی می شوند از پایانه خود سروتونین ترشح می کنند. سروتونین نرون های موضعی نخاع را وادار به ترشح انکفالین می سازد.

دستگاه گوارش ظاهر می‌سازد. این دارو روی ترشح اسید معده اثری ندارد ولی اثرات ضد موسکارینی قابل توجهی دارد و خواب آلودگی نیز ایجاد می‌کند. کاربرد عمدهٔ سیپروهیتادین در درمان تظاهرات تومور کارسینوئید بر روی عضلات صاف و در سندروم dumping به دنبال برداشتن معده است. این دارو در درمان کبیر ناشی از سرما نیز دارویی انتخابی است.

دیگر آنتاگونیست‌های سروتونین شامل کتانس‌رین، ریتانس‌رین و اوندانس‌ترون و گرانسترون هستند، که با تأثیر روی گیرنده‌های 5-HT_{1C} و 5-HT_2 و 5-HT_3 اثرات خود را ظاهر می‌سازند و بیشتر به عنوان ضد تهوع و استفراغ استفاده می‌شوند. آنها اغلب پس از اعمال جراحی و شیمی‌درمانی‌های گوناگون با

مقادیر تعیین شده به کار می‌روند و اکنون یکی از مهم‌ترین داروها در این زمینه هستند.

نقش احتمالی گیرنده‌های 5-HT_3 در کارکرد روده بزرگ به وسیله پژوهش‌های بالینی روی داروی آلوسترون مطرح شد که سدکنندهٔ تحقیقاتی گیرنده 5-HT_3 است و در کاهش علائم سندروم رودهٔ تحریک پذیر (IBS) در زنان بسیار مؤثر است. با توجه به آثار مختلف سروتونین و ماهیت ناهمگون گیرنده‌های 5-HT ، دیگر آنتاگونیست‌های آن نیز در آینده مطرح خواهند شد که داروهای مؤثر و مفیدی خواهند بود.

(پایان)



چگونه از خود در برابر اسهال مراقبت کنیم؟

تهیه و تنظیم: دکتر حمید قهرمانی -
کارشناس مسئول داروئی معاونت بهداشتی استان گیلان

خطری است که باید جدی گرفته شود. معمولاً بعد از یک الی دو روز اسهال بهبود پیدا می کند اما در صورت ادامه روند حتماً به پزشک و اورژانس مراجعه کنید. هم چنین در این فاصله باید برای جبران آب از دست رفته بدن مایعات بیشتری مصرف کنید.

توجه: گاهی اسهال با درد معده، تهوع و استفراغ همراه است.

به پزشک خانواده خود مراجعه کنید اگر:

- در عرض 24 ساعت 6 بار اجابت مزاج داشته اید.
- اسهال بیشتر از 2 روز طول کشیده است.
- علائم کم آبی از جمله خشکی دهان یا زبان،

اسهال زمانی رخ می دهد که حرکات روده زیاد شده، مدفوع آبکی و به دفعات از بدن خارج می شود. احتمال کم آبی بدن و عوارض آن در اسهال نوزادان، کودکان و افراد مسن بیشتر و جدی تر است و توجه بیشتری نیاز دارد. از علل شایع اسهال به ویژه در کودکان و پروسها هستند و اسهال های باکتریایی بیشتر در مسافرت ها، مسمومیت های غذایی یا مصرف غذا و آب آلوده رخ می دهند. البته استرس، الکل، غذاهای تند، برخی داروها یا تغییر در رژیم غذایی نیز ممکن است باعث بروز اسهال شوند. اسهال یکی از بیماری های شایع فصل گرما است. گرمای تابستان و از دست دادن آب بدن ناشی از اسهال

احساس تشنگی شدید، ضعف، نداشتن ادرار، 5% تا 10% کاهش وزن یا چشمهای گود افتاده، دارید.

• کمتر از حد طبیعی ادرار می کنید.

• ادرار تان غلیظ شده است.

• در مدفوع مخاط، چرک یا خون دیدید یا مدفوع شما سیاه شده است.

• درد شکم دارید و به مرور زمان بدتر می شود.

• درجه حرارت بدن بالای 38/5 دارید.

• داروی جدیدی مصرف کرده اید یا مقدار مصرفی داروهای قبلی را تغییر داده اید.

• حامله هستید یا به کودک خود شیر می دهید.

برای درمان اسهال در منزل چه می توان کرد؟

• مایعات مصرف کنید.

• پودر ORS «آر. اس» را می توانید از داروخانه ها تهیه کنید و آن را به صورت محلول درست کرده، مصرف کنید.

• موز، آب سیب، و برنج مصرف کنید.

• از مصرف نوشیدنی های شیرین، آب میوه های صنعتی و نوشیدنی های انرژی زا پرهیز کنید.

• مکمل ها یا ماست های حاوی لاکتوباسیل ممکن است در کاهش مدت اسهال های ویروسی مؤثر باشند.

0 مکمل روی (زینک) در درمان اسهال می تواند مفید و تأثیرگذار باشد.

0 ترکیبات پروبیوتیک (به صورت ماست و یا مکملهای خوراکی موجود در داروخانه) می تواند همچنین مفید باشد.

• در 24 ساعت اول برای جایگزینی آب از دست رفته بدن به نوشیدن آب آشامیدنی اکتفا نکنید و محلول ORS و نوشیدنی های مفید دیگر مصرف کنید. زیرا آب آشامیدنی املاح و قند لازم برای بدن را تأمین نمی کند.

ماست و کته برنج یکی از رایج ترین درمان های اولیه اسهال می باشد که مادران برای فرزندان خود تجویز می کنند.

ترکیب زنجبیل رنده شده و عسل می تواند درمان خوبی برای کاهش دلپیچه و شکم درد ناشی از اسهال باشد. به منظور افزایش کارایی این ترکیب بهتر است از مصرف آب خودداری نمایید.

سرکه سیب، مایعات شفاف، سوپ هویج، سوپ مرغ، موز و سیب از جمله مواد غذایی است که در کاهش و درمان اسهال به شما کمک می کند.

داروهای گیاهی برای درمان اسهال:

گیاه درمانی می تواند یکی از بهترین روش های درمان اسهال باشد. در زیر برخی گیاهان مفید برای درمان اسهال را معرفی می کنیم:

زرشک: گیاه زرشک با داشتن خواص ضد پروتوزوئیک و ضد باکتری می تواند در درمان اسهال مفید باشد. زرشک حاوی بربرین و برامین است که با تقویت سیستم ایمنی بدن، تولید گلبول های سفید و پلاکت ها را افزایش می دهد.

استراگالوس: (Astragalus) که با نام های اسطراغالیس و گون نیز شناخته می شود، گیاهی است خود رو و در دامنه کوه های ایران به فراوانی یافت می شود. این گیاه خاصیت ضد

4 لیوان آب جوشیده سرد شده را با 1 قاشق چایخوری نمک و 8 قاشق چایخوری شکر مخلوط کنید. محلول آماده شده مانند محلول ORS عمل می کند.

توجه!

• اگر مدفوع همراه با خون یا بلغم است یا اگر تب بالا دارید از مصرف خودسرانه داروهای ضد اسهال پرهیز کنید ولی محلول ORS را در همه حال می توان استفاده کرد.

• اگر از داروهای ضد بارداری استفاده می کنید باید تا زمان قاعدگی بعدی از روش دیگر ضد بارداری مثل کاندوم استفاده کنید زیرا اسهال باعث کاهش اثر این داروها می شود.

0 از مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک و داروهای توصیه شده توسط دیگران و یا عطاری ها خودداری نمایید.

باکتریایی و ضد ویروسی داشته و با تقویت سیستم ایمنی بدن و افزایش سطح پادتن های طبیعی بدن نقش مهمی در بهبود ایفا می کند.

اکیناسه یا سرخار گل: گیاهی علفی و چند ساله از تیره کاسنی است که ارتفاع آن تا 5/1 متر نیز می رسد، سر خار گل با داشتن ترکیبات پلی ساکارید و آلکامیدها تحریک ایمنی بدن را موجب می شود. هم چنین با داشتن خواص ضد باکتریایی، قارچی و ویروسی فعالیت آنزیم های بدن را تحت تاثیر قرار می دهد.

آگریمونی: این گیاه با داشتن تانن در دوز بالا، به عنوان درمان اولیه برای اسهال معمولی معرفی شده است.

روش تهیه محلول مشابه ORS در منزل
اگر پودر ORS ندارید می توان طبق روش زیر محلول ORS را در منزل تهیه کنید:



علل تهوع صبحگاهی به جز بارداری و روشهای درمان آن چیست؟

گردآوری: دکتر ژاله تحویلداری

این مطلب ما در مورد دلایل تهوع صبحگاهی به جز بارداری بحث خواهیم کرد.

- اضطراب

صبح می تواند از زمانهای پراضطراب باشد. ممکن است فرد درمورد روزی که در پیش دارد و اتفاقاتی که قرار است بیفتد احساس اضطراب داشته باشد. بعضی از افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی هنگام احساس اضطراب دچار حالت تهوع می شوند. تهوع می تواند اضطراب را بدتر کند. به خصوص برای افرادی که از استفراغ می ترسند یا آنهایی که درمورد سلامیشان نگران و مضطرب هستند. این روند می تواند چرخه غلط «اضطراب - تهوع و تهوع - اضطراب» را به وجود آورد.

بعضی از راهکارها می توانند به تهوع ناشی از اضطراب کمک کنند. دارو نیز ممکن است به

بارداری احتمالاً شناخته شده ترین علت تهوع صبحگاهی است اما علتهای متعدد دیگری نیز وجود دارد. اینها شامل کاهش قندخون و کم آبی بدن است. بسیاری از افراد به هنگام صبح دچار تهوع می شوند. گاهی اوقات تنها یک مشکل موقت است. اما تهوع صبحگاهی ممکن است به علت بیماریهای مزمن هم باشد.

بیماریهای بسیاری از خفیف تا بسیار جدی ممکن است علت به وجود آمدن تهوع صبحگاهی باشند. اگر علائم در عرض چند روز بهبود نیابند باید به پزشک مراجعه کرد. بعضی از داروها نیز می توانند موجب تهوع شوند اگر کسی با خوردن دارویی احساس تهوع دارد باید به پزشک خود اطلاع دهد. تهوع صبحگاهی معمولاً یک وضعیت شدید و اضطراری نیست مگر اینکه همراه با علائم جدی دیگر باشد. در

این ممکن است به خاطر تنش عضلانی، استرس یا قرار گرفتن در معرض نور یا صدا باشد. افت قندخون به علت گرسنگی نیز سردرد میگرنی را تحریک می کند.

- کمبود آب بدن و تهوع صبحگاهی

کم آبی می تواند در برخی افراد موجب احساس تهوع شود. سبکی سر یا سرگیجه، ظاهر بسیار خشک پوست، چشمان آبدار، ادرار تیره، ادرار نکردن یا کم ادراری و خستگی از دیگر علائم کم آبی هستند.

کم آبی بدن ممکن است هنگام صبح پس از اینکه شخص ساعتها آب نوشیده به وجود آید. افرادی که بلافاصله قبل از خواب الکل یا کافئین می نوشند مستعد کم آبی بدن و تهوع صبحگاهی هستند.

اسهال و استفراغ می تواند موجب کم آبی به خصوص در کودکان شود. عرق کردن زیاد به خصوص وقتی آب کافی نوشید موجب کم آبی بدن می شود. نوشیدن آب یا نوشیدنی الکترولیتی به شما کمک می کند. گاهی اوقات هم یک بیماری جدی موجب می شود جذب آب کافی برای بدن مشکل شود. وقتی این امر رخ می دهد نوشیدن آب کمبود آب را رفع نخواهد کرد. اگر نوشیدن آب به رفع علائم کم آبی کمک نمی کند حتماً به پزشک مراجعه کنید.

- ریفلاکس و سورش سردل

این وضعیت به علت برگشت محتویات اسیدی معده به مری رخ می دهد. این موضوع می تواند

بعضی افراد کمک و اضطراب ذهنی را کم کند. در اضطراب صبحگاهی، زودتر بیدار شدن و رفتن به محل کار یا هر جای دیگری کمک می کند.

- تهوع صبحگاهی ناشی از کاهش قندخون و گرسنگی

افت قندخون می تواند علاوه بر ایجاد علائمی همچون سرگیجه، لرز، گیجی و حتی غش موجب تهوع شود. هنگام صبح گرسنگی موجب افت قندخون می شود. بنابراین غذا خوردن به شما کمک می کند. افراد مبتلا به دیابت هم ممکن است به علت داروهایی که استفاده می کنند دچار افت قندخون شوند. در افراد دیابتی بعد از چند ساعت غذا نخوردن، قندخون به سطح بسیار پایینی سقوط می کند. این افراد می توانند بلافاصله پس از بیدار شدن غذا بخورند تا از کاهش قندخون پیشگیری کنند. افراد مبتلا به دیابت باید درمورد داروها و نوع غذاهای مصرفی، با پزشک خود مشورت کنند.

- میگرن و سردردهای دیگر

تهوع معمولاً همراه سردردهای میگرنی وجود دارد. بعضی از سردردهای دیگر، به خصوص سردردهای خوشه ای هم می توانند باعث تهوع شوند. سردرد، احساس غیرمعمول و حساسیت به نور از علائم میگرن هستند.

اکثر افرادی که سردرد دارند متوجه تحریک کننده های خاص می شوند. برای بعضی از افراد سردردها در ابتدای صبح ظاهر می شوند.

- درد عضلانی علت ناخوشی و تهوع صبحگاهی

تنش عضلات در گردن و شانه ها که سردرد را تحریک می کند عمدتاً موجب تهوع و گیجی می شود. بعضی از اشکال دیگر درد عضلانی می تواند حس تهوع ایجاد کند. خوابیدن در وضعیتی غیر معمول درد عضلانی را به هنگام صبح بدتر می کند. بعضی از افراد ابتدای بیدار شدن متوجه درد مزمن می شوند. بعضی از بیماریهای دردناک همانند اسپوندیلیت انکلیوزان یا آرتروز ستون فقرات، درد هنگام صبح را بدتر می کند. درد عضلانی که موجب تهوع می شود معمولاً موقتی است. این وضعیت همچنین نشانه بیماری زمینه ای جدی همانند آرتریت، فتق دیسک، فیبرومیالژی یا بیماری شدید عضله است.

موجب تهوع، سوزش و درد شود. اکثر افراد این وضعیت را سوزش سردل می نامند.

درد سوزش سردل و ریفلاکس در صبح بدتر می شود. چون دراز کشیدن حرکت رو به بالای محتویات معده را آسانتر می کند. تا جایی که بعضی از افراد با صدای خشن و دورگه از خواب بیدار می شوند. بعضی افراد هم متوجه می شوند که یک سری غذاها به خصوص غذاهای اسیدی می توانند موجب تهوع صبحگاهی ناشی از ریفلاکس شوند. بنابراین، این گونه افراد غذاهایی انتخاب کنند که شامل این دسته نباشد. خوردن وعده های کوچکتر یا مصرف قرصهای ضداسید نیز این مشکل را رفع خواهد کرد. داروهای تجویزی برای مواردی است که سوزش سردل شدید باشد.



دانش هسته ای و فن آوری آن

دکتر محمد فرزین

کند. از سوی دیگر و دقیقاً به همین علت، دانش هسته ای ده ها شاخه علمی و تکنولوژیک دیگر را در بستر خود تولید یا گسترش می دهد. نظیر استحصال منیزیم و زیرکونیم (شیمی صنعتی)، ساخت سانتریفوژهای پیشرفته (مکانیک)، پیشرفت مثال زدنی در بهره گیری از اشعه لیزر (فیزیک نور)، ساخت آلیاژ مقاوم در برابر چرخش چند ده هزار دور در دقیقه سانتریفوژها (متالوژی) و ده ها دستاورد علمی و تکنولوژیک دیگر که دانش هسته ای کشورمان علی رغم تحریم ها و فشارهای بیرونی به آن دست یافته است.

علاوه بردستاوردهای به دست آمده می توان به موارد دیگری از کاربرد دانش هسته ای که با توجه به تلاش هوشمندانه کشورمان از دسترسی به آن دور نیستیم، نیز اشاره کرده نظیر تهیه و

این روزها صحبت از انرژی هسته ای و مسائل مربوط به آن است نمونه ای از کاربرد دانش هسته ای تولید برق و انرژی می باشد. ولی کاربرد دانش هسته ای محدود به تولید انرژی نیست و این فناوری کاربرد های فراوان دیگری نیز دارد که برای پی بردن به آن کافی است به انبوه سایت ها و خروجی اعلام شده مراکز علمی که به آسانی در دسترس همگان است نیم نگاهی انداخته شود.

از جمله دانش هسته ای و فناوری آن یکی از حلقه های تعیین کننده در زنجیره علوم و تکنولوژی است که با بسیاری از شاخه های دیگر علوم رابطه علت و معلول دارد. تا آنجا که حذف این حلقه از زنجیر علم و محرومیت از دانش هسته ای می تواند خط توسعه علوم و تکنولوژی را به طور جدی مختل کرده و در مواردی متوقف

تولید کیت های رادیو دارویی برای مراکز پزشکی هسته ای، تهیه و تولید رادیوداروهای ویژه به منظور تشخیص انواع بیماری های تیروئیدی و درمان آنها، تولید داروهای ضروری برای تشخیص بیماری های هورمونی و درمان و ترمیم آسیب های هورمونی، کاربرد در تشخیص تومرهای سرطانی، رفع گرفتگی های وریدی، تصویربرداری و تشخیص بیماریهای قلبی، التهاب های مفصلی، آمبولی ها و ده ها کاربرد شناخته شده دیگر در عرصه پزشکی.

دانش هسته ای در صنایع غذایی و کشاورزی نیز کاربردهای ویژه و منحصر به فردی دارد که مقابله با ویروس های گیاهی، مبارزه با آلودگی های میکروبی، جلوگیری از فساد مواد غذایی، کنترل حشرات به محصولات کشاورزی، تنظیم زمان رسیدن محصولات، افزایش جهشی بعضی محصولات مانند گندم، برنج و پنبه و... فقط چند نمونه از این کاربردها است. دانش و تکنولوژی هسته ای کاربردهای فراوان دیگری نیز در سایر حوزه های علمی و فنی و اقتصادی دارد که ارائه فهرست آن نیز بیرون از محدوده این نوشته است. و اما، یکی از با اهمیت ترین و کارسازترین موارد استفاده صلح آمیز از دانش و تکنولوژی هسته ای، تولید برق با بهره گیری از نیروگاه اتمی و تولید سوخت آن به دو روش، غنی سازی اورانیم از طریق دستگاههای سانتریفوژ و یا، (لیزر) است.

اما: این بخش از کاربرد دانش هسته ای است که امروزه در کشورمان بیشترین توجه را به خود

جلب کرده و چنانچه از منابع جایگزین استفاده شود چه مخاطراتی در پی دارد و افراد ناآگاه و احياناً مغرض عمدتاً فسیلی را توصیه می کنند در این باره گفتنی است که، نیاز سالانه کشورمان به برق نزدیک به 8 هزارمگاوات است. برای تولید این میزان برق 220 میلیون بشکه نفت خام مصرف می شود و بر اساس برآورد مراکز علمی، مصرف این اندازه نفت خام بیش از هزار تن گاز مسموم کننده و خطرناک (دی اکسید کربن) تولید می کند، نزدیک به 170 تن ذرات معلق در هوا، بیش از 140 تن گوگرد و 55 تن اکسید نیتروژن را در محیط زیست پراکنده می سازد. در مقابل نیروگاه اتمی هیچک از آلودگی های مورد اشاره را ندارد و با توجه به قیمت نفت و گاز، استفاده از نیروگاه اتمی برای تولید برق مورد نیاز کشور، سالانه نزدیک به 6 میلیارد دلار صرفه جویی در پی خواهد داشت.

اگر از سوخت فسیلی یعنی نفت و گاز برای تولید برق استفاده کنیم ذخایر نفت و گاز کشور به سرعت رو به کاهش است. که مصرف کلان و پرشتاب داخلی از یک سو و صدور نفت و گاز برای تامین نیازهای مالی از سوی دیگر به جان ذخایر فسیلی افتاده اند و نقطه پایان این ذخایر ارزشمند و گرانبها را نزدیک و نزدیک تر می کنند اکنون زمانی را در نظر آورید- حداکثر 3 تا 4 نسل دیگر که ذخایر فسیلی کشور تمام شده است. آیا تصور فاجعه بزرگی که به یقین نسل های آینده با آن روبرو خواهند شد. وحشت آفرین و دردآور نیست؟!

در آن حالت مردم این مرز و بوم هیچ ذخیره فسیلی برای فروش و تامین هزینه های جاری کشورشان در اختیار ندارند. تامین هزینه های عمرانی و پیشرفت و توسعه جای خود دارد ثانياً از سوخت لازم برای ادامه فعالیت نیروگاه های تولید برق محروم هستند و برای تامین سوخت نیروگاه ها باید دست نیاز به سوی کشورهای دیگر دراز کنند و بدیهی است که وقتی خزانه کشور از درآمدهای نفتی خالی باشد قدرت خرید سوخت و یا خرید انرژی از سایر کشورها امکان پذیر نخواهد بود... و این یعنی فرو رفتن در خاموشی، توقف فعالیت در تمامی مراکز تولیدی و صنعتی و زمینه های که به انرژی برق نیاز دارند، این واقعیات تلخ و ده ها نمونه مشابه دیگر فقط با حساب سرانگشتی و مراجعه ای - هر چند گذرا - به داشته ها و یافته های انکارناپذیر علمی قابل درک است.

در خاتمه ممکن است تصور شود، انرژی های دیگری نظیر انرژی خورشیدی، انرژی بادی و یا آبی به عنوان جایگزین انرژی فسیلی انتخاب کنند.

باید گفت که انرژی خورشیدی هنوز قابلیت صنعتی شدن و تولید انبوه را ندارد. تولید انرژی از آب باتوجه به این که کشورمان از جمله کشورهای خشک و کم آب است، ناممکن بوده، هرگز نمی تواند جوابگوی نیاز کشور پهناوری نظیر ایران باشد.

تولید انرژی از باد اولاً: پرهزینه و ثانياً کم بازده است و ثالثاً: مهم تر از همه کشورمان بادخیز نیست و اما ممکن است، گفته شود، که بعد از پایان ذخایر فسیلی می توانیم به سراغ تولید انرژی هسته ای برویم که باید گفت: فرایند تولید انرژی هسته ای دست کم 20 سال زمان می برد پس جاره ای جز حرکت به جلو نیست.

www.mohamadfarzin.blogfa.com

شعر و ادب

از این اوستا

مهدی اخوان ثالث (م. امید)

تهران مهرماه 1344

غمگنانی ملول و دردآلود
خسته از بود و هست و خواهد بود
این اوستا خروش نیمشبی است
هایبهای خموش زیرلبی است
ضجه های شبانگه مردان
ما سرایشگران و شبگردان
که نشینیم زیر سایه ابر
کاممان تلخ، تلخ تر از صبر

این اوستا روایتی دگر است
پر شکایت حکایتی دگر است
من، تو گوئی که، من نیم، مائیم
با همی چند، گرچه تنهائیم
زیر این گنبد زمرد گون
هم شتابان و هم قرین سکون
گاه ابریم و ماه و در سفریم
گاه دشتیم و کوه و مستقریم

این اوستا حدیث خسته دلی ست
 راوی قصه شکسته دلی ست
 قصه شهر شوم سنگستان
 نفرت آباد بوم ننگستان
 این زمان گرچه با هزاران رنگ
 ترکتازی کند فساد فرنگ
 گند و ننگ عرب زننده تر است
 این کهن غم تبه کننده تر است
 دین و دنیا و شعر و ساز و سرود
 جشن و آیین و آفرین و درود
 هر چه نغزست و نیک و زیبایی
 هر چه پاک و اهور مزدائی
 این کهن اهرمن ببرد و برد
 کشد و کشته است، خورد و خورد
 این اوستا به ساز خشم آهنگ
 شکوه از ترک و تازی است و فرنگ
 این غمان بیگمان امان سوزند
 روح فرسا و جسم و جان سوزند
 همه فرسوده زین غمان زمان
 همه بیتاب و آمده به امان
 چاوشی خوان این قوافل غم
 منم امروز اندرین عالم
 این اوستا به پرده های حزین
 شکوه ها می کند از آن و ازین
 جرس کاروان درپردری است
 باز گشتی به خانه پدری است
 این اوستا ...
 * باری، دیگر سخن کوتاه کنیم، با بدرود و
 درود.

تا مگر کاید آن فرشته فرود
 و آرد آن نغز و طرفه سر و سرود
 همسرایان سرود او خوانیم
 و آن عجب سر جادویی دانیم
 گه شتابان رسیم و گردآلود
 به تماشای آن عبور از رود
 این اوستا کند، به رغم فلک
 بار دیگر محاکمه ی مزدک
 نو کند داستان آن بیداد
 که بر او رفته و نرفته زیاد
 او بر اهریمنان موبد روی
 موبدان روی آهریمن خوی
 شود از فر ایزدی پیروز
 وز زمستان رها شود نوروز
 ز آشتی بین مزدک و زردشت
 همنشین گشته اند نرم و درشت
 نه، که گوئیم نفی امروزست
 مرد آینده پاک و پیروزست
 نقشهای غریبه پاک شود
 سنگ شوم کتیبه خاک شود
 بد امروز در خور نفرین
 خوب فرداست آفرین آذین
 این اوستا فسانه های کهن
 نو کند نو، به سحر ساز سخن
 گویدت اینکه روزگار نکشت
 آتش پاک و روشن زرتشت
 او دگر باره زاد و زاید نیز
 زادنی راستی شگفت انگیز

صنعتی و اجتماعی

- 1 - گزارش عملکرد هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان در سه ماهه بهار 1398
- 2 - تشکیلات صنفی داروسازان گیلان (35)
- 3 - مصاحبه آقای دکتر خیری
- 4 - داروخانه ها ، چگونگی ارسال اظهارنامه 97 ، وظایف مالیاتی
- 5 - کد ژنریک دارو = کد ملی فرد



گزارش عملکرد هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان در سه ماهه بهار 1398

دکتر کیان یعقوبی
دبیر انجمن داروسازان گیلان

- 2- پیشگیری و کنترل HPV در زنان و زایمان
در تاریخ 98/2/5 (3 امتیاز)
- 3- دارودرمانی بیماریهای گوارشی در تاریخ
98/2/12 (3 امتیاز)
- 4- بازآموزی پرفشاری خون در تاریخ
98/3/30 (3 امتیاز)
- 1- برگزاری یک جلسه مشترک با معاونت
محترم غذا و دارو و دانشجویان داروسازی

- هیئت مدیره انجمن داروسازان گیلان طی سه
ماهه بهار 1398 شش جلسه رسمی برگزار
نموده است.
- دیگر فعالیت های هیئت مدیره انجمن در سه
ماهه بهار به شرح زیر می باشد:
- برگزاری چهار جلسه بازآموزی :
- 1- بازآموزی مدون دارودرمانی بیماریهای
زنان و زایمان در تاریخ 98/1/22 (4 امتیاز)

جهت بررسی مشکلات اشتغال موقت دانشجویان در داروخانه ها در تاریخ 98/2/14
- شرکت خانم دکتر مظفری رئیس انجمن داروسازان گیلان در همایش روز جهانی بهداشت به دعوت آقای دکتر یوسف زاده چابک ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی گیلان
- جلسه مشترک خانم دکتر مظفری و آقای دکتر یعقوبی به عنوان نمایندگان انجمن و آقای دکتر میرسنبل به عنوان نماینده نظام پزشکی با مدیریت بیمه دی استان جهت پیگیری تأخیر پرداخت مطالبات داروخانه های طرف قرارداد در تاریخ 98/1/29
- جلسه مشترک آقای دکتر میرسنبل نماینده نظام پزشکی با خانم دکتر مظفری و دکتر یعقوبی به عنوان نمایندگان انجمن با معاونت

دارو درمورد برآورد هزینه های جانبی نسخه پیچی (ریپکینگ) در تاریخ 98/3/1
- برگزاری دو جلسه کلاس آموزشی نحوه اندازه گیری فشارخون و نکات مهم آن در تاریخ های 98/3/8 و 98/3/18
- شرکت آقای دکتر یعقوبی در جلسه هم اندیشی رؤسا و دبیران شعب انجمن داروسازان ایران به میزبانی شعبه استان خراسان رضوی با حضور مدیران و مسئولین سازمان غذا و دارو و معاونین غذا و دارو قطب های کشوری در شهر مشهد در تاریخ 98/2/26
- برگزاری سه جلسه کارگروه مسئولین فنی در تاریخ های 98/1/22، 98/3/2 و 98/3/7
- برگزاری یک جلسه هیئت تحریریه مجله حکمت گیل در تاریخ 98/2/18

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 پنجم: رویدادهای شش ماهه اول 1381

توجه نبوده و دانش آموختگان داروسازی به محض فراغت از تحصیل بدون کسب مهارت می توانستند برای تأسیس داروخانه در تهران و مراکز استانها در نوبت تأسیس قرار گیرند و با رعایت حدنصاب جمعیتی مبادرت به تأسیس داروخانه نمایند. این

با وجود اینکه دارا بودن تجربه جهت ارائه خدمت در شهرهای بزرگ و تهران با کسب حداقل سقف امتیاز، براساس جدول امتیازات مناطق، مصوبه هیأت وزیران در خصوص پزشکان و دندانپزشکان رایج بود، اما این رویه در تأسیس داروخانه مورد

روش ضمن محروم شدن مناطق کمتر توسعه یافته از حضور داروساز، تجمع ناخواسته ای را در تهران و شهرهای بزرگ به وجود می آورد.

معاونت غذا و دارو (آقای دکتر احمدیانی) ضوابط و شرایط جدید تأسیس داروخانه را با اهداف زیر: **الف:** توزیع بهینه و هدفمند فعالیت های داروسازان در مناطق مختلف کشور

ب: ارج نهادن به سابقه اشتغال در حرفه داروسازی
ج: شفاف سازی وضعیت تأسیس داروخانه توسط داروساز پس از فارغ التحصیلی

د: تسهیل در امور تأسیس داروخانه
به منظور اجراء از 1381/1/1 ابلاغ کرد و تأکید نمود «از آنجا که در ماه های گذشته تعدادی از مؤسسين داروخانه ها، بر اساس روال گذشته نسبت به انتقال سرمایه داروخانه خود بدون اطلاع از مفاد بخشنامه 8581/د مورخ 1380/9/4 مبادرت ورزیده اند به آنان فرصت داده شود تا پایان سال 80 اقدامات اجرایی را برای انتقال سرمایه، براساس ضوابط جدید و کسب حدنصاب امتیاز، به عمل آورند.»

در ضوابط اعلام شده به منظور پیشگیری از واگذاری مجوز تأسیس به دیگران مقرر شد:

- 1- مؤسس داروخانه تا 5 سال پس از تأسیس (اعم از تأسیس با اولویت بندی یا دریافت سرمایه داروخانه) حق واگذاری آن را ندارد.
- 2- مؤسس داروخانه پس از انتقال سرمایه داروخانه تا 10 سال نمی تواند متقاضی دریافت سرمایه داروخانه دیگری در همان محل باشد.

3- انتقال گیرنده با داشتن حداقل سقف امتیاز محل داروخانه مورد تقاضا و بدون رعایت نوبت می تواند سرمایه داروخانه را دریافت نماید.

4- انتقال سرمایه داروخانه ای که مؤسس آن فوت نموده به ورثه ای که داروساز یا دانشجوی داروسازی باشد، بدون کسب حدنصاب امتیاز و با تأیید کمیسیون ماده 20 قانون بلامانع است. در غیر اینصورت مطابق بند 3 اقدام گردد.

حدنصاب جمعیتی و کسب امتیازات مناطق که عدد آن برای شهرهای بزرگ 2750 و شهرهای کوچک و روستا با جمعیت زیر 50 هزار نفر، 1500 در ضابطه اعلامی پیش بینی شده است، هر فرد واجد شرایط، با افزودن امتیاز مدرک تحصیلی با درجات زیر

- 1- دکتری تخصصی داروسازی 2250 امتیاز
 - 2- دکتری عمومی داروسازی 2000 امتیاز
 - 3- فوق لیسانس داروسازی 1750 امتیاز
 - 4- لیسانس داروسازی 1500 امتیاز
 - 5- کمتر از لیسانس داروسازی 500 امتیاز
- قادر به ثبت نام داروخانه می گردد. شایان ذکر است در ضوابط اعلامی امتیازات ویژه ای برای ایثارگران داروساز منظور شده است.

این ضابطه با وجود اینکه از مزیت هایی چون شفافیت در چگونگی روش کسب امتیاز و تعییت تکلیف در نحوه نقل و انتقال سرمایه داروخانه در کمیسیون قانونی ماده 20 برخوردار بود به محض ابلاغ نگرانی و نارضایتی دو گروه از داروسازان داروخانه دار قدیمی و فارغ التحصیلان جدید، از

شرایط کسب 2750 امتیاز برای نقل و انتقال سرمایه داروخانه (با ادله کم شدن تعداد خریداران واجد شرایط) و فارغ التحصیلان داروسازی، به دلیل زمانبر بودن دستیابی به امتیاز را فراهم آورد. غافل از اینکه در گذشته نیز، به منظور برخورداری مناطق محروم، برای کسانی که در چنین مناطقی اشتغال پیدا می نمودند، امتیاز قائل می شدند به اعتقاد جوانان فارغ التحصیل رشته های داروسازی، نحوه امتیازدهی به گونه ای است که دست کم تا 10 سال آینده نمی توانند امیدی به دریافت مجوز تأسیس داروخانه در تهران و شهرهای بزرگ داشته باشند.

دامنه اعتراضات به اداره کل بازرسی و رسیدگی به شکایات حوزه معاونت اول ریاست جمهوری گسترش یافت و آقای دکتر احمدیانی اعلام نمودند «کسب تجربه جهت ارائه خدمت در شهرهای بزرگ و دریافت حداقل سقف امتیاز در خصوص تأسیس مؤسسه پزشکی در کلیه حرف پزشکی رایج بوده و می باشد ولی متأسفانه به این مهم در امر تأسیس داروخانه توجه کافی نشده بود به طوری که دانشجو و دانش آموخته می توانست نسبت به تأسیس داروخانه و ارائه خدمات دارویی در شهرهای بزرگ مبادرت ورزد» خلاء وجود حداقل امتیاز که نشانه کسب تجارت لازم توسط متقاضی می باشد احساس می گردید. لذا بر همین اساس و به جهت پوشش دادن به مناطق محروم و جلوگیری از تجمع داروسازان در شهرهای بزرگ و توزیع بهینه ارائه خدمات دارویی در سراسر

کشور ضوابط اعلامی جهت تأسیس داروخانه تدوین گردید. بدیهی است که نقاط ضعف احتمالی ضوابط پس از بررسی طی اصلاحیه ای توسط دانشگاههای علوم پزشکی به اطلاع داروسازان محترم خواهد رسید.

- طرح مکانیزاسیون داروخانه ها در ازاء دادن وام توسط بیمه تأمین اجتماعی به داروخانه ها اعلام گردید تا چنانچه داروخانه های علاقه مند به سیستم رایانه مجهز و نسخه پیچی آنان به صورت مکانیزه قیمت گذاری گردد و از آن بهره مند شوند. ولی به مرور زمان این وعده عملی نشد.

- همایش سالانه هیأت مدیره انجمن داروسازان سراسر کشور در روزهای 8 و 9 خرداد 81 در کرمانشاه برگزار شد و به قطعنامه 10 ماده ای منجر گردید. این قطعنامه با خواسته های تکراری بدون آنکه پیگیری کننده مشخصی داشته باشد جهت مقامات ذریبط ارسال شد.

آقای دکتر احمدیانی ضمن نقد وضع موجود، به تغییرات احتمالی نظام توزیع دارو در کشور اشاره نمود و اظهار داشت در سیستم جدید مراکز عمده فروشی دارو به عنوان واسطه جدید بین شرکتهای بزرگ توزیع کننده فعلی و داروخانه ها، تأسیس خواهد شد تا از دپوی ناخواسته دارو در داروخانه ها و انباشت سرمایه جلوگیری گردد.

- به منظور ایجاد سهولت در صدور پروانه تأسیس داروخانه و مسئول فنی اختیارات قانونی کمیسیون ماده 20 قانون امور پزشکی و دارویی و مواد غذایی و آشامیدنی به استانها تفویض گردید.

زنده یاد دکتر علیرضا نوری، دکتر شکوری راد، دکتر جبارزاده و دکتر خیرآبادی.

خوشبختانه علاوه بر حضور نامبردگان زنده یاد دکتر سلیم مرعشی نماینده مردم رودبار در مجلس شورای اسلامی به عنوان مخبر کمیسیون بهداشت و درمان و معاون سابق پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان به دلیل ارتباط تنگاتنگ با نگارنده، همواره در این گونه موارد اینجانب را مورد مشورت خود قرار می داد و در این زمینه هم جلسه یک ساعته ای با مشارالیه در تهران داشتم (روحش شاد و روانش آمرزیده باد)

پس از قرائت تبصره الحاقی در شور دوم و دلایل ابرازی که در مجموع بر پایه آیه «ان الله یأمرکم تودوا لامانات الی اهلها» تهیه گردیده بود، آقایان رجبعلی مزروعی و ناطق نوری به عنوان مخالف و آقایان دکتر شکوری راد رئیس شورای عالی نظام پزشکی و عبدالحسین ناصری به عنوان موافق صحبت نمودند ضمناً خانم فاطمه رمضان زاده قائم مقام وزیر بهداشت ضمن تشکر از توجه نمایندگان اظهار داشت که کلمه ترجیحاً در شور دوم از متن تبصره اولیه حذف شده است و عبارت صحیح به شرح زیر است.

موسس یا موسسین موسسات پزشکی می باید ترجیحاً دارای مدرک تحصیلی دانشگاهی مرتبط با موسسه موردنظر باشند. نامبرده توضیحات مفصلی در این باره ارائه نمود ولی متأسفانه مود قبول واقع نشد.

در اولین جلسه فروردین ماه 81 شورای عالی نظام پزشکی در دور سوم که نگارنده به همراه آقایان دکتر مژدهی آذر و دکتر خیرآبادی از جمله داروسازان شورای عالی بودیم، باخبر شدیم که باتوجه به گفت و شنودهای به عمل آمده در جلسات شورای عالی، به همت اعضاء کمیسیون بهداشت و درمان مجلس به ریاست زنده یاد دکتر علیرضا نوری، تبصره زیر به منظور الحاق به ماده یک قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی، آشامیدنی مصوب 1334 به صورت ماده واحده پیش بینی شده که در شور اول تصویب و شور دوم آن قرار است در تاریخ 1381/1/21 مطرح گردد.

تبصره 5: مؤسس یا مؤسسین مؤسسات پزشکی می باید دارای مدرک تحصیلی دانشگاهی مرتبط با مؤسسه موردنظر باشد (خواسته ای که تاکنون به ثمر نرسیده است و هر فرد حقیقی در صورتی که صلاحیتش به تأیید کمیسیون ماده 20 قانون برسد می تواند به عنوان سرمایه گذار موسس داروخانه باشد).

شایان ذکر است همکاران زیر علاوه بر حضور در شورای عالی نظام پزشکی، از جمله نمایندگان مردم در دور ششم مجلس شورای اسلامی (مجلس اصلاحات) بودند که با کمک آنان قانون نظام پزشکی در سال 1383 با اخذ اختیار تعیین تعرفه در بخش خصوصی به تصویب رسید:

شرایط و نحوه بسته بندی دارو در داروخانه ها توسط مدیرکل امور داروی وزارت بهداشت اعلام شد و مقرر گردید تا هزینه بسته بندی پس از تدارک و تعیین مبلغ آن توسط انجمن (تعاونی انجمن داروسازان ایران) از بیمار دریافت شود.

مراسم پنج شهریور «روز داروسازی ایران» با شکوه و نظم خاصی در سالن همایش های رازی در تاریخ 81/6/4 با حضور عده کثیری از داروسازان برگزار گردید در این مراسم آقایان دکتر احمدیانی معاون دارویی، دکتر فلاح معاونت درمان تأمین اجتماعی، دکتر علیرضا نوری و دکتر خیرآبادی حضور داشتند. آقای دکتر احمدیانی ضمن صحبت،

اساسی ترین گام برای رشد صنعت داروسازی در کشور را لغو انحصار دانست و اظهار داشت که سیاست ملی دارویی کشور بر مبنای چهار اصل تولید داروی با کیفیت، به اندازه کافی، توزیع مناسب و به موقع رساندن دارو به دست بیمار استوار است.

در پایان مراسم ضمن قدردانی از داروسازان نمونه و منتخب، از آقای سیدطاهر نبویان به پاس 27 سال خدمت صادقانه در دبیرخانه جامعه و انجمن تقدیر و تشکر به عمل آمد. (روانش غریق رحمت باد)

مصاحبه آقای دکتر حمید علاف خیری : ریشه مشکلات جای دیگری است



کلی باید عرض کنم داروسازانی که در داروخانه های سراسر کشور مشغول به فعالیت هستند، عموماً فارغ التحصیل دانشکده های داروسازی کشورمان و ثمره سیستم آموزشی رسمی هستند و قطعاً با دیدی باز و مبتنی بر علم و دانش، برای پیشرفت کشور و صنعت داروسازی داخلی، ارج و ارزش زیادی قائل اند و نسبت به محصولات ایرانی، تعصب و توجه دارند.

اگر مشکلی در زمینه تولید و صنعت دارو وجود دارد و یا اینکه احتمالاً ارزیابی واردات دارو افزایش پیدا کرده، مشکل در داروخانه ها نیست، باید ریشه مشکلات را در جای دیگری جستجو کرد

حمید خیری، عضو هیات مدیره انجمن داروسازان ایران و رئیس روابط عمومی انجمن داروسازان ایران در خصوص عرضه داروهای خارجی در داروخانه ها اظهار داشت: به طور

وی اضافه کرد: بنابراین بهیچ وجه اینگونه نیست که داروخانه‌ها، داروی خارجی را بر داروی ایرانی ترجیح دهند و اسیر بازاریابی یا بازاریابی داروهای خارجی باشند. البته در شرایطی که پزشک متخصص، داروی خارجی را نسخه کرده است، طبیعی است که داروساز نیز به دستور پزشک احترام می‌گذارد.

به گفته خیری، خوشبختانه به واسطه پیشرفت‌هایی که در صنعت داروسازی کشورمان شکل گرفته، شاهد ارتقای کیفیت داروهای ایرانی هستیم و این موضوع سبب شده که تقاضا برای داروهای ایرانی افزایش پیدا کند. رئیس روابط عمومی انجمن داروسازان ایران تاکید کرد: داروسازان ترجیح می‌دهند که داروی ایرانی را عرضه کنند و این یک واقعیت است که مردم در مواجهه با داروسازان سراسر کشور ملاحظه می‌کنند.

وی تاکید کرد: اگر مشکلی در زمینه تولید و صنعت دارو وجود دارد و ارزیابی واردات دارو افزایش پیدا کرده است، مشکل در داروخانه‌ها نیست، بلکه باید ریشه مشکلات را در جای دیگری جستجو کرد

خیری در خصوص فروش اقلام بهداشتی در داروخانه‌ها اظهار داشت: این موضوع باید ریشه

یابی شود و به جای اینکه به معلول بپردازیم، باید علت‌های آن بررسی شود.

به گفته خیری، اقتصاد داروخانه‌ها در سال‌های اخیر به دلایل مختلف از جمله طولانی شدن معوقات بیمه‌ها، به شدت ضعیف و شکننده شده است، به طوری که داروسازان در تنگناهای شدیدی قرار گرفته‌اند و این موضوع سبب شده که قفسه‌های بیشتری به فروش اقلام بهداشتی در داروخانه‌ها اختصاص پیدا کند.

رئیس روابط عمومی انجمن داروسازان ایران تاکید کرد: البته این موضوع مغایرت قانونی ندارد و اتفاقاً مردم اعتماد و اطمینان خاطر بیشتری به محصولات بهداشتی عرضه شده در داروخانه‌ها دارند.

وی تصریح کرد: مردم دنبال محصول سالم و با اصالت هستند و هنگامی که محصولات خود را از داروخانه و زیر نظر مسئول فنی داروساز تهیه می‌کنند، آرامش و اطمینان بیشتری دارند.

رئیس روابط عمومی انجمن داروسازان ایران افزود: نکته مهمی که در این میان نباید از آن غفلت شود، این است که عرضه اقلام بهداشتی در داروخانه‌ها، به جهت سود بیشتر نیست، بلکه دلیل آن به اختلالی باز می‌گردد که در چرخه نقدینگی صنعت داروسازی و داروخانه‌ها ایجاد شده است.

حمید خیری، رئیس روابط عمومی انجمن دارسازان ایران :

مبارزه با فساد و رانت، روش‌های تجربه شده‌ای در دنیا دارد که اصلی‌ترین آنها، کاهش مداخله‌گری دولت در امور اجرایی است.

اگر دولت‌ها به بلوغ و توانایی تشکل‌های صنفی و تخصصی اعتماد داشته باشند و حاضر شوند بخشی از اختیارات و مسئولیت‌های اجرایی خود را به تشکل‌ها واگذار کنند و خودشان نظارت و مدیریت کنند قطعاً شاهد کاهش چشمگیر امضاهای طلایی خواهیم بود.

قطع دست امضاهای طلایی، یقیناً خدمت بزرگی به کشور خواهد بود، ولی موضوع این است که این کار با شعار و غوغا انجام نمی‌شود.

موضوع امضاهای طلایی، موضوعی است که ریشه در دیوانسالاری و بروکراسی کند اداری در دستگاه‌های دولتی دارد. وقتی فرآیندها پیچیده، مبهم، سلیقه‌ای شده و تصمیم‌گیری‌ها پشت درهای بسته و به دور از شفافیت صورت می‌گیرد، زمینه برای رانت، فساد اداری و امضای طلایی ایجاد می‌شود. وقتی بخشنامه‌ها به صورت ناگهانی صادر می‌شود و اغلب فعالان یک حوزه را غافلگیر می‌کند، شرایط برای نفوذ امضاهای طلایی فراهم می‌شود.



داروخانه ها ، چگونگی ارسال اظهارنامه 97 ، وظایف مالیاتی

**دکتر پورکاظمی - نائب رئیس کارگروه تخصصی مالیات و
عوارض شورای عالی و دبیر نظام پزشکی رشت**

اگر از جمله مشمولین گروه سوم « با میزان فروش کالا و خدمات تا 828 میلیون تومان در سال 97 » که امکان توافق با امور مالیاتی خود بر اساس تبصره ماده 100 ق.م.م.را دارند می باشید ؛

منتظر تعبیه فرم تعیین مالیات مقطوع باشید و جهت تکمیل اظهارنامه مالیاتی اقدامی ننمایید.

درآمد داروخانه از تعرفه، در سال 97 (اعم از نقدی یا سیستم کارتخوان و مطالبات از بیمه ها و بانکها) از مبلغ 828 میلیون تومان تجاوز ننماید،

به استناد بند (ز) از تبصره 8 بخش درآمدی بودجه سال 98 در مجلس، چنانچه مجموع فروش کالا (دارو و ...) و یا سایر کارکرد یا

میزان مالیات عملکرد سال 97 آنان با افزایش 8 درصد به مبلغ مالیات قطعی عملکرد 96 به صورت مقطوع تعیین می گردد.

این مصوبه با اصلاح تبصره ماده 100 ق.م.م.با افزایش مبلغ معافیت حقوق (موضوع ماده 84 قانون) از ده برابر به سی برابر صورت گرفته و بسیاری از داروخانه های جدیدالتأسیس و قدیمی با فعالیت محدود مالیات عملکرد 97 خود را کمتر و به روشی ساده تر پرداخت خواهند نمود.

به عبارت گویاتر داروخانه هایی که مبلغ مالیات عملکرد 96 آنان تا مبلغ 175/000/000 ریال (هفده میلیون و پانصد هزار تومان) بوده و عملکرد سال 97 آنها نزدیک به عملکرد سال 96 باشد، می توانند حداکثر تا پایان خرداد 98 با ورود به سامانه www.tax.gov.ir نسبت به ارسال فرم مربوطه بدون پر کردن اظهارنامه و اعلام مبلغ خرید و فروش و هزینه بدور از نگرانی ناشی از پرداخت مالیات اضافی و متمم اقدام نمایند.

بدیهی است هرگاه اسناد و مدارک مستندی دال بر بیشتر بودن کارکرد یا درآمد مؤدی در سال 97 بدست آید، پرونده مؤدی طبق مقررات رسیدگی و مالیات مابه التفاوت و جرایم متعلقه مطالبه خواهد شد و این مطالبه تا 5 سال پابرجاست.

دستیابی به دریافتی یا کارکرد واقعی سالیانه داروخانه صرفاً با احتساب فروش یا کارکرد میسر است چون در روش رسیدگی به صورت علی الرأس که هنوز در عملکرد 97 قابل اجرا

است، کارشناس رسیدگی کننده به دلیل غیرمستند بودن فروش داروخانه با تکیه به میزان خرید که مستند است طی فرمولی، فروش داروخانه را بدست می آورد (با وجودی که همه داروها به فروش نرفته است) و آن را ملاک محاسبه قرار می دهد. بنابراین با لحاظ نمودن کلیه مبالغ فروش که به واقعیت نزدیک است و مقایسه آن با فروش سال 96 می توانید بدون دغدغه خاطر از این مصوبه استفاده نمایید.

داروخانه هایی که کارکرد سالیانه آنان بیشتر از مبلغ مصوبه باشد در گروه دوم قرار می گیرند و مکلفند برای هر سال مالیاتی اسناد و مدارک مربوط به فروش روزانه خود و همچنین هزینه ها و خرید که به نوعی هزینه است، ضمن حفظ و نگهداری مدارک به تفکیک و ترتیب تاریخ هر یک از رویدادهای مالی در فرم روزانه پیوست (1) و مجموع آن را در آخر ماه در فرم ماهیانه پیوست (1) منعکس نمایند.

دو برگ فرم پیوست (1) ضمیمه آئین نامه اجرایی ماده 95 در سامانه قابل دستیابی است. مندرجات تنظیمی در فرم اساسی ترین مستند برای تکمیل اظهارنامه می باشد که مورد تأکید ماده 97 قانون است.

چنانچه اظهارنامه سالیانه براساس این فرمها تنظیم شود و مندرجات آن به ویژه مبالغ دریافتی از سیستم کارتخوان و دریافتی های نقدی واریزی به بانک با پرینت بانکی اعلام شده همخوانی داشته باشد (همه مراجعه کنندگان به داروخانه از کارتخوان استفاده نمی کنند) و

همچنین میزان خرید و سایر هزینه ها منطبق بر اسناد مثبت باشد، کارشناس رسیدگی کننده پس از احراز مندرجات موظف به پذیرش اظهارات مؤدی در اظهارنامه بوده، مگر آنکه دلایل موجهی برای رد آن ارائه دهد.

پذیرش اسناد هزینه ای محل کار در حد متعارف و متکی به مدارک، تصریح شده در ماده 148 قانون مشکلی ندارد. اما برای مقبولیت بخشیدن مبالغ دریافتی یا فروش در داروخانه به صورت نسیه به بیمه ها و بانکها و به صورت نقدی (بابت فرانشیز و نسخه آزاد و فروش O.T.C) لازم است گروه دوم مجموعه دریافتی نقدی روزانه خود، به همراه نوارهای دریافتی از سیستم کارتخوان را در فاکتورهای چاپی فروش (موجود در بازار) که از سریال چاپی برخوردار است به ترتیب شماره صادر و مهر و امضاء نموده تا به عنوان اسناد درآمدی فروش (تأکید می شود مبلغ واریزی نقدی فروش روزانه به حساب بانکی به انضمام واریزی از سیستم کارتخوان با پرینت ماهیانه بانکی همخوانی داشته باشد) در ستون مربوطه فرم روزانه پیوست (1) وارد و جمع ماهیانه آن را به فرم ماهیانه پیوست (1) منتقل نماید.

برای پیشگیری از هرگونه بهانه جویی در پذیرش اسناد درآمدی فروش، از آنجایی که در فرم اظهارنامه گروه دوم (اکثریت داروخانه ها) و سوم، ذکر موجودی ریالی کالا در اول دوره و پایان سال تأکید گردیده است، لازم است موقع تسلیم اظهارنامه در ردیف مربوطه مبلغی معادل

یک تا یک و نیم برابر مبلغ فروش سالیانه به عنوان موجودی اول سال و مبلغی هم به عنوان مبلغ موجودی پایان سال درج نماید. به طوری که سود یا زیان احتمالی پایان سال از فرمول زیر به دست آید.

$$\text{سود} = (\text{موجودی ریالی پایان سال} + \text{جمع هزینه ها} + \text{جمع خرید کالا}) - (\text{موجودی ریالی اول سال})$$

اعلام این دو مبلغ، سوپاپ اطمینانی است برای مقبولیت بیشتر پذیرش اسناد درآمدی فروش، چرا که کارشناس بررسی کننده با توجه به عادت دیرینه روش رسیدگی پرونده به صورت علی الرأس، همچنان به خرید داروخانه ها که اطلاعات آن را در دست دارد تکیه می نماید و ممکن است خرید داروخانه در سال بررسی به دلیل شرایط خوب خرید مبلغ خیلی بالایی باشد و برخلاف انتظار بررسی کننده که همواره مبلغ فروش را بیشتر از مبلغ خرید مورد محاسبه قرار می داده به مراتب کمتر از خرید سالیانه باشد.

در این حالت اعلان موجودی پایان سال به میزان کمتر از موجودی ابتدای سال، دلیل موجهی برای پذیرش اسناد درآمدی فروش خواهد بود.

اما با قبول این واقعیت که دستیابی به شفافیت مالی در داروخانه ها و پرداخت مالیات واقعی، تنها با مکانیزه بودن داروخانه ها عملی می گردد، به دلیل روش سنتی حاکم لازم و ضروری است تا در تنظیم معادله فوق به دلایل حدسی بودن موجودی ریالی اول و پایان دوره و همچنین

مستند نبودن صد درصدی جمع فروش کالا، از نظر افراد بصیر و آگاه استفاده گردد. چرا که رقم ریالی موجودی ها بر اساس مبلغ خرید ولی جمع فروش با سود متعلقه اعلام می شود.

نظر به اینکه از سال 1398 رسیدگی پرونده‌های مالیاتی به روش علی‌الرأس و استفاده از ضریب شغلی ملغی می‌گردد، چنانچه همکاران گروه دوم نکات مندرج در این دستورالعمل را مد نظر قرار دهند ضمن پیشگیری از پرداخت جرایم ناخواسته، تا مرز معافیت از پرداخت مالیات پیش خواهند رفت.

وظایف داروخانه ها از اول سال 1398 به شرح زیر می باشد.

الف - تهیه و نصب پایانه فروشگاهی یا کارتخوان یا P.O.S (Point of Sale) برای استفاده در داروخانه از ابتدای سال 98 که قابل قبول ترین مستند در اسناد و درآمدی فروش مورد اشاره در آئین نامه می باشد. (خوشبختانه اکثریت داروخانه ها دارا می باشند) و اخذ و نگهداری پرینت ماهیانه از بانک.

ب) اختصاص یکی از شماره حساب‌های بانکی، به داروخانه که ضمن واریز دریافتی‌های روزانه از سیستم کارتخوان به این شماره، کلیه دریافتی نقدی از بیمار اعم از تعرفه و مابه‌التفاوت قیمت (تا مبلغی که صلاح می‌دانید)، و همچنین مطالبات از بیمه‌های سه گانه و بانک ها و ... که با تأخیر به بانکهای مختلف واریز می‌گردد، به همین شماره حساب و پرداخت یا برداشت تمامی

هزینه‌های داروخانه از آن و اعلام این شماره حساب در اظهارنامه تسلیمی هر سال و عدم واریز یا برداشت وجوهات غیرذیربط به آن.

ج) حفظ و نگهداری مدارک خرید و هزینه‌های حقوق، آب، برق، گاز، ارتباطات، اجاره محل و سایر هزینه‌های پرداختی مرتبط به داروخانه. برای اطلاع از نوع هزینه‌های قابل قبول و مرتبط، می‌توانید از سرفصل هزینه‌ها در ماده 148 ق.م.م که بالغ بر 30 ردیف است استفاده نمایید. ضمناً هزینه‌های بالای 50 میلیون ریال فقط با چک مورد قبول می باشد.

د) ارسال هرماه یک نسخه از لیست پرداختی حقوق پرسنل شاغل در ماه بعد به اداره امور مالیاتی، حتی اگر رقم پرداختی مشمول کسور مالیاتی نباشد (پرداختی حقوق بر اساس قانون کار) بدیهی است حقوق و دستمزد پرداختی بالاتر از 27,500,000 ریال در ماه مشمول کسور بوده و پرداخت کننده موظف به کسر و واریز آن به حساب اداره مالیاتی و تسلیم فیش واریزی به حوزه مالیاتی خواهد بود. ضمناً رقم پرداختی به مسئول فنی به تدریج به رقم واقعی نزدیک تا تشکیکی در پذیرش آن به وجود نیاید.

ه) ارسال فهرست معاملات فصلی حداکثر 45 روز پس از پایان هر فصل، توسط داروخانه‌های گروه اول. در ضمن در حال حاضر خرید و فروش کالاهای جنبی و آرایشی و بهداشتی مشمول قانون مالیات بر ارزش افزوده نمی باشد. (و) تسلیم اظهارنامه مالیات بر درآمد سال 97 به عنوان فرد حقیقی حداکثر تا پایان خرداد 1398.

ز) اعلام کتبی شروع به کار داروخانه حداکثر پس از چهار ماه از آغاز فعالیت. تسلیم اظهارنامه سالیانه اصلی ترین وظیفه هر مودی است و این وظیفه تا ابطال مجوز صادره و اعلان کتبی تعطیلی داروخانه به اداره امور مالیاتی ادامه خواهد داشت. گروه سوم داروخانه ها که از وظایف ساده تری برخوردار است در صورت عدم استفاده از مصوبه فوق وظایف اشاره شده گروه دوم را به صورت ماهیانه در قسمت پایین فرم پیوست (2) پیاده نموده و جمع 12 ماهه را در پایان سال به قسمت

بالای همان فرم منتقل می نمایند.

بدیهی است مبالغ مورد مطالبه سال مربوطه از بیمه ها و بانکها و ... به صورت ماهیانه و نهایتاً سالیانه به مجموع فوق در فرمها و اظهارنامه افزوده می گردد. در این یادداشت از چگونگی ثبت و تحریر دفاتر روزنامه و کل درمورد داروخانه های گروه اول به دلیل محدودیت صرفنظر می نمایم. در پایان تصویر نمونه های پیوست (1) و پیوست (2) به منظور سهولت دسترسی منعکس می گردد.

پیوست 1

صورت فرستاد و هزینه معادله موردان گروه دوم

نام نام خانوادگی: تاریخ اموز مالیاتی:		شماره ملی:		شماره اقتصادی:		شماره واحد تلفنی:		کلمه پرونده: شماره و تاریخ صدور پرونده کتب:		1
11	12	3	4	5	6	7	8	9	10	13
تاریخ	موضوع مالیات و عوارض ارزش افزوده	عوارض ارزش افزوده	عوارض ارزش افزوده	عوارض ارزش افزوده	عوارض ارزش افزوده	عوارض ارزش افزوده	عوارض ارزش افزوده	عوارض ارزش افزوده	عوارض ارزش افزوده	عوارض ارزش افزوده

جدول اطلاعات گروه دوم حسب اعلام فوق الذکر. گروه 3: بودیاتی می تواند حسب نوع فعالیت تلفنی - سایر اطلاعات گروه دوم را در جدول فوق الذکر ارائه نماید. تلفات حقوقی را برای هر ماه - قسطی بپردازد.

فرم 23155 (تجدید - 94) دفتر خدمات مشتریان

صورت درآمد و هزینه سالانه مورخان گروه دوم

گروه اول

ردیف	شرح	شماره طبقه		شماره طبقه		شماره طبقه		مجموع کل	مجموع کل	مجموع کل
		۱	۲	۳	۴	۵	۶			
۱	درآمد									
۲	هزینه									
۳	...									
۴	...									
۵	...									
۶	...									
۷	...									
۸	...									
۹	...									
۱۰	...									
۱۱	...									
۱۲	...									

مجموع کل طبقه اول ... مجموع کل طبقه دوم ...

صورت درآمد و هزینه سالانه مورخان گروه سوم

ردیف	شرح	شماره طبقه		شماره طبقه		شماره طبقه		مجموع کل	مجموع کل	مجموع کل
		۱	۲	۳	۴	۵	۶			
۱	درآمد									
۲	هزینه									
۳	...									
۴	...									
۵	...									
۶	...									
۷	...									
۸	...									
۹	...									
۱۰	...									
۱۱	...									
۱۲	...									

صورت درآمد و هزینه سالانه مورخان گروه چهارم

ردیف	شرح	شماره طبقه		شماره طبقه		شماره طبقه		مجموع کل	مجموع کل	مجموع کل
		۱	۲	۳	۴	۵	۶			
۱	درآمد									
۲	هزینه									
۳	...									
۴	...									
۵	...									
۶	...									
۷	...									
۸	...									
۹	...									
۱۰	...									
۱۱	...									
۱۲	...									

مجموع کل طبقه اول ... مجموع کل طبقه دوم ...

کد ژنریک دارو = کد ملی فرد

دکتر آرش طاهر قاسمی

تغییر هستند و تاریخ اجرای آن طوری برنامه ریزی شده که همه بیمه ها زمان لازم برای تغییر کد به صورت هماهنگی را داشته باشند؟!

واضح است که قوانین یک بیمه برای افراد شاغل در آن بیمه بسیار آسانتر قابل اجرا می باشد. به عبارت دیگر هر بیمه قوانین خاصی در امور کد ژنریک و یا تایید دارو یا گرفتن کد اصالت یا سقف تجویز را دارد. ای کاش تمام قوانین خاص هر بیمه در شورای هماهنگی بیمه ها خوب بررسی می شد بعد یک دستور کار برای تمام مراکز درمانی برای اجرا داده می شد.

در نظر بگیرید یک فرد با یک کد ملی در ثبت احوال تعریف شده باشد. بعد مثلاً شهرداری کد ملی دیگری از همان فرد در سیستم خود تعریف کرده باشد یا ارگان دیگری کد ملی دیگری را

چند سالی است تغییر کد ژنریک دارو بنا به هر علت توسط هر سازمان یا وزارت خانه در دستور کار قرار گرفته است!

تا آنجایی که من مطلع هستم کد ژنریک هر دارو جنبه ملی دارد و هر کارخانه سازنده می تواند علاوه بر کد ژنریک کد برند نیز داشته باشد.

سوال واقعی اینجاست چرا شاهد تغییر کد ژنریک به خصوص در سالهای اخیر هستیم و متولی این تغییر کد کدام سازمان یا وزارت خانه است و چرا این تغییرات انجام می شود؟! متولی هر که هست لطفاً اطلاع رسانی عمومی کند.

حال به هر دلیل که این تغییر کد ژنریک انجام می گیرد آیا متولی امر فقط به یک بیمه دستور اجرا می دهد یا اینکه همه بیمه ها مکلف به این

باز از همان فرد در سیستم خود ثبت کند. فقط تصور کنید چه اتفاقی خواهد افتاد!

داروخانه تنها مکانی است که با چندین بیمه سر کار دارد و هر بیمه در مورد هر دارو هر روز با تغییر کد ژنریک و یا تغییر قانون خاص بیمه داروها روبرو است. در نظر بگیرید داروخانه با این تعداد بیمه ها و تعدد قوانین حتی اگر بهترین نرم افزار را هم داشته باشد مطلع بودن از قوانین متعدد بیمه ها و حضور ذهن پرسنل داروخانه، کاری بسیار مهم اما نشدنی است!

سؤال جدی تر اینکه مگر انسانها مثل دندانه های شانه با هم برابر نیستند؟ پس چرا ما این همه تفاوت در ارائه خدمات دارویی به مردم را در بیمه های مختلف شاهد هستیم؟

اگر قرار است کد ژنریک دارو تغییر کند (که من جداً مخالف آن هستم)، لازم است حتماً دلیل

محکم ارائه شود و این دلیل به اندازه ای محکم باشد که همه بیمه ها را قانع کند و برای همه بیمه ها در تاریخ معین لازم الاجرا باشد. به گونه ای که همه بیمه ها متحد الشکل عمل کنند. دو سؤال اساسی مطرح شد. خواهشمندم مسئولین دست اندر کار پاسخگو بوده و اطلاع رسانی نمایند:

- 1- چرا کد ژنریک یک دارو را تغییر می دهند؟
 - 2- چرا بیمه ها با هم هماهنگ نیستند و هر بیمه کد خاص و قانون خاص را برای یک دارو قبول می کند و این امر مشکلات زیادی در روند پیچیدن نسخ در داروخانه ایجاد و زمان آن را طولانی می نماید؟
- در پناه خدایی باشید که همه انسانها یکسان آفرید.

مطالب مشرفه

- یک روز به یاد ماندنی

- معرفی کتاب خوب

- گزارشی از اولین کنگره ملی آموزش و توانمند سازی بیمار و

خانواده

یک روز به یاد ماندنی

مراسم به پاس قدردانی، تابلو فرشی از طرف همکاران به خانواده میزبان تقدیم گردید.

برای حضور در مراسم با برنامه ریزی قبلی و بازدید از داروخانه نمونه آقای دکتر نیک زاد مسئول روابط عمومی انجمن داروسازان اردبیل، روز پنجشنبه 98/3/30 چند ساعتی خدمت ایشان و آقای دکتر شیوا اسبقیان عضو پیشین شورای عالی و از جمله فعالین حرفه داروسازی بودیم. داروخانه دکتر نیک زاد به طرز چشمگیری با مجزا نمودن بخش دارویی از بخش آرایشی و بهداشتی و اختصاص مکانی مجزا و مبله برای مشاوره دارویی در طبقه همکف با زیربنای 120 مترمربع و در طبقه اول به انبار و زنجیره سرد مجهز گردیده است. به نقل از آقای دکتر نیک زاد، آقای دکتر دیناروند در بازدید دوران ریاستش از داروخانه اظهار نمود که این داروخانه منحصر به فرد استحقاق دریافت تعرفه فنی بیش از 10 هزار تومان برای هر نسخه را داراست.

دکتر پور کاظمی - 98/4/2

روز جمعه 98/3/31 به پیشنهاد دوست گرانقدر آقای دکتر سیدعبداله زین العابدینی مدیر گروه فارغ التحصیلان داروسازی 1354 دانشگاه تبریز در نشست یک روزه که سومین گردهمایی صمیمی و بی ریای نامبردگان بود حضور یافتیم.

ویلای خانواده دکتر ثوابی (میزبان گردهمایی) و عضو هیأت مدیره دهه هفتاد انجمن واقع در کوهپایه منطقه صوفیان به دلیل حضور همسر گرامی اکثریت همکاران تبریزی و بزرگان دوره چون دکتر علاءالدین حمیدی مدیرعامل اسبق بهداری گیلان در سالهای 64-67 و آقای ویسم مدیر دفتر خوشنام دانشکده از وقار و گرمی ویژه ای برخوردار بود. نکات قابل تحسین این گردهمایی حضور آقای دکتر حبیبی هم دوره نامبردگان از شهرستان یزد بود که نشاندهنده علاقه وافر و اهمیت دادن به این نوع نشستها است. ضمناً از هدوره ای های اینجانب آقای دکتر احمد عیوضی باقری نیز شرف حضور داشت. در پایان





معرفی کتاب خوب

دکتر حمید قهرمانی

هنر خوب زندگی کردن

موضوع: پزشکی، روان‌شناسی ترجمه
عنوان: آنچه شما می‌گویید، آنچه پزشک
می‌شنود

مؤلف: افری دکتر دنیل

مترجم: معتمد، دکتر افروز

نوبت چاپ: 4

سال چاپ: 2 - 1398

قطع: رقعی

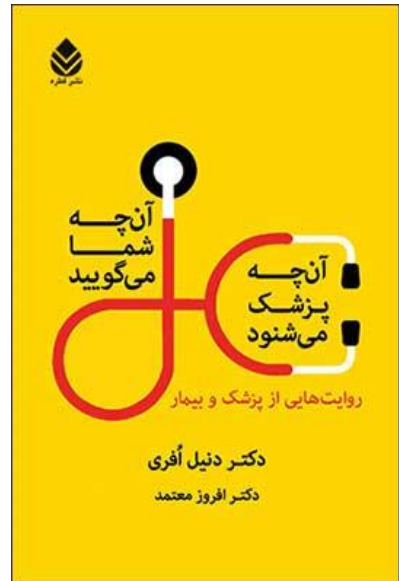
تعداد کل صفحات: 354

وزن: 461

قیمت: 500,000 ریال انتشارات قطره

نیازی نمی‌بینم که پزشکم مرا دوست داشته باشد؛

انتظار هم ندارم همراه من عذاب بکشد؛ وقت



زیادی از پزشکم نمی‌خواهم؛ فقط پنج دقیقه به وضعیت من فکر کند؛ تمام ذهنش را به من بسپارد؛ در یک فاصله‌ی کوتاه به من ببیند؛ همراه جسمم، روحم را جست‌وجو کند و بیماری‌ام را بفهمد. زیرا هر انسانی به شیوه‌ی خودش بیمار می‌شود. بسیاری از بیماران با ناامیدی از اتاق پزشک خارج می‌شوند. اما آنچه از «صرفاً نارضایتی» مهم‌تر است، این است که پزشک نتواند تشخیص درستی بدهد یا آن‌ها را درست درمان کند. پزشکان نیز به همین میزان از دشواری چیدن قطعاتِ پازل داستان بیماران درمانده می‌شوند. به‌خصوص برای آن‌هایی که علایم پیچیده و مرموزی دارند. با رشد بیش‌تر علم پزشکی و چندگانه و پیچیده‌تر شدن بیماری‌ها، فاصله‌ی میان آنچه بیمار می‌گوید و آنچه پزشک می‌شنود، یا برعکس، چشمگیرتر می‌شود. من نگارش این کتاب را با هدف بررسی رابطه‌ی میان بیماران و پزشکان و کاوش در نحوه‌ی انتقال یک داستان از

یک طرف به طرف دیگر آغاز کردم. (از متن کتاب)

در دوران شتاب و پول و قدرت تنها چیزی که به بیمار ناتوان و مایوس امید می‌بخشد نگاه مهرآمیز همراه با احترام پزشک است و بس.

بیمار از پزشکش توجه می‌خواهد و لبخندی بر لب تا تمام وجودش را به او بسپارد و اگر این مهم حاصل نشد، مجربترین پزشکان هم در درمان بیمارشان موفق نخواهند بود. پزشکان ما نیاز به آموزش و شناخت بهتر و عمیق‌تر "خود" و "هدف خلقت و آفرینش" دارند تا فارغ از دغدغه‌های مادی به نتیجه و غایت کار و درمانشان بنگرند و اندکی اندیشه نمایند. حق یارتان / فهرمانی

hamidghahremani45@yahoo.com

گزارشی از اولین کنگره ملی آموزش و توانمند سازی بیمار و خانواده

دکتر حمید قهرمانی

وی ضمن تشریح برنامه های دو روزه اولین کنگره ملی آموزش به بیمار و توانمندسازی خانواده، تعداد مقالات رسیده به کنگره را 337 مقاله، تعداد رسانه را 150 رسانه، تجربه برتر و موفق را 33 مورد، تعداد مقالاتی که به صورت سخنرانی ارائه می شود را 38 مقاله، تعداد مقاله به صورت پوستر را 195 مورد عنوان کرد. همچنین تعداد 76 رساله برتر و 8 تجربه در این کنگره شرکت کردند.

معاون پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصریح کرد: هم اکنون در دنیا با مساله سالمندی جهانی روبه رو هستیم و در سال 2030 از هر 4 نفر یک نفر سالمند خواهد بود.

وی با اشاره به این که هم اکنون 9 درصد جمعیت، سالمند است و این جمعیت بزودی تا 25 درصد افزایش می یابد، خاطرنشان کرد: در 30

اولین کنگره ملی آموزش و توانمند سازی بیمار و خانواده، با حضور معاون پرستاری وزارت بهداشت، ریاست و مسئولان دانشگاه علوم پزشکی گیلان و حضور پرشور پرستاران از نقاط مختلف کشور، در سالن اجتماعات آموزش و پرورش دهکده ساحلی انزلی گشایش یافت.

دبیر علمی اولین کنگره ملی آموزش به بیمار و توانمندسازی خانواده با اشاره به اهمیت آموزش به بیمار، تصریح کرد: آموزش به بیمار یکی از روش های کم هزینه و موثر برای ارتقاء سلامت است.

مدیر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان هدف از برگزاری کنگره مذکور را فراهم کردن بستری برای تبادل نظر دستاوردهای علمی جهت آموزش به بیمار در جامعه عنوان کرد.

سال آینده مهمترین معضل جامعه سالمندی است که اگر اکنون به فکر نباشیم، دچار مشکلات زیادی می‌شویم.

دکتر حضرتی با بیان این که امید به زندگی افزایش و میزان زاد و ولد نیز کاهش یافته است، افزود: این امر یکی از دغدغه‌های مقام معظم رهبری برای تعادل جمعیت است. کشور ما اکنون در مرحله پنجره طلایی قرار دارد. یعنی زمانی که بیشترین نیروی جوان را دارا است.

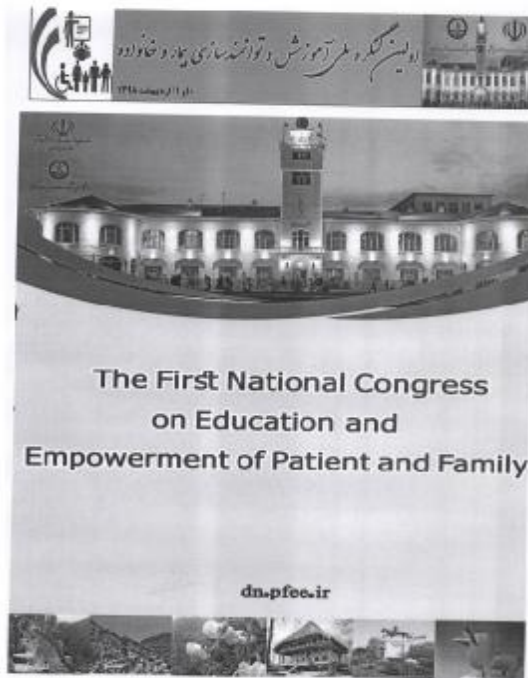
وی با اشاره به این که طبق برنامه‌های WHO سیستم‌های درمانی باید به سوی سیستم‌های بهداشتی قوی و سرمایه‌گذاری در این حیطه بروند، یادآور شد: شناسایی و توانمندسازی پرستاران برای آموزش به مردم کار بسیار خوبی بود که انجام شد و برپایی چنین همایش‌هایی نشان‌دهنده مدیریت صحیح است.

دکتر حضرتی با بیان این که به حداکثر رساندن و تأمین نیروی پرستاری، لازمه توسعه آموزش به بیمار است، تأکید کرد: ایجاد مشارکت بین پرستاران و سازمان‌های بین بخشی حوزه سلامت، دسترسی عادلانه مردم را تأمین می‌کند.

معاون پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: به دنبال اجرای ماده 11 سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و منشور حقوق بیمار، آموزش به بیمار به معاونت پرستاری سپرده شده است و این امر مشارکت بیشتر پرستاران کشور را می‌طلبد.

وی با اشاره به اینکه دستورالعمل ابلاغی آموزش سلامت به گیرنده خدمت مشتمل بر 6 ماده و 10 تبصره با هدف ارتقاء سطح سلامت در دستور کار قرار دارد افزود: این دستورالعمل در 4 حیطه بدو پذیرش، حین بستری، حین ترخیص و پیگیری پس از ترخیص ارائه شده است.

دکتر حضرتی نقش پرستاران آموزش دیده را در تعیین اولویت‌های آموزشی به بیماران، اجرا و پایش این آموزش‌ها کلیدی خواند و تصریح کرد: رابط آموزش سلامت و شاخص‌های نظارت بالینی آماده شده و اثربخشی این آموزش‌ها پایش می‌شود لازم به ذکر است که اینجانب با توجه به حوزه کاری و علاقه مندی به امر پژوهش و تبیین جایگاه و نقش داروسازان در سیستم بهداشت و درمان و مراقبت و آموزش به بیماران، با دو مقاله در این کنگره شرکت نمودم:





اولین گردهم آید آموزش و توانمندسازی بیمار و خانواده
۱۳۹۸ دی‌ماه



نگاهی به نقش داروسازان در ارتقاء و آموزش خود مراقبتی به بیماران

مقدمه: سازمان جهانی سلامت (WHO) به تازگی در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده های اثر سلامت معرفی نموده. افراد یا سواد سلامت نا کافی، با احتمال کمتری اطلاعات بهداشتی و گذاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را درک می کنند و به دستورات داده اولیه توسط آنها عمل نمی کنند. از طرفی شبکه زندگی سالم، یکی از شاخص های خود مراقبتی می باشد. داروسازان بعنوان افرادی با اطلاعات جامع در خصوص داروها و بیماریها می توانند نقش محوری و مهمی در ارتقاء سطح سلامتی عمده و خصوصاً گروه های آسیب پذیر داشته باشند.

روش مطالعه: حاضر به صورت مروری علمی بوده که با استفاده از کلید واژه های داروسازان، نظام سلامت، سواد مراقبتی و آموزش بیمار آید. تاکنون در مجلات لاتین آن (Patient education) جهت دسترسی به کتب مقالات در این خصوص در کشورهای مختلف در دو وبسایت اخیر یا مراجعه به پایگاه های PubMed, Google Scholar, SID, Magiran, IranDoc انجام گرفت که محدودیت مقاله دسترسی با تحقیق استخراج و مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: ثابت شده است که شبکه زندگی سالم پیوستگی به نوبه های زیادی از قبل سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی، آید و مواد مسائلی فرهنگی اجتماعی و مسائلی محیطی دارد. همچنین صاحب نظران اجتماعی - عوامل اقتصادی، باورها و ارزش ها، جنسیت، سن و دوره عمر، مسائلی فرهنگی را نیز به عنوان عوامل موثر بر شبکه زندگی بر شمرده اند. در این میان داروسازان بعنوان یک مشاور و آموزش دهنده در مواجهه با بیماران می توانند بسیاری از مشکلات و مداخله های آنان را مرتفع نمایند.

نتیجه گیری: سازمان جهانی بهداشت نقش داروسازان را در چند آیین بر می شنود: ۱- تعیین کننده کیفیت دارو ۲- آموزش دهنده و سرپرست گروه کارشناسان ۳- ارتباط برقرار کننده با مراجعین و بیماران ۴- ارتقاء سطح سلامت جامعه ۵- داروسازان برامتی چه در بخش درمانی و چه خصوصی جهت مشاوره و آموزش در منحصراً می مانند، نقش محوری و ارزشمندی در ارتقاء و افزایش باور و سطح سواد سلامت و آگاهی صحیح شبکه زندگی دارند. همچنین حضور داروسازان در سیستم بهداشتی بعنوان مشاوران سلامتی و آموزش دهنده و نظری از جنب سلامت باید مورد توجه بیشتر قرار گیرد.

واژه های کلیدی: سواد سلامت، داروساز، مشاوره دارویی، مشاور دارویی، آموزش بیمار.

نویسنده: ستاره دکتر حمید
فهرمانی صفر داروساز، ۳۳ یی
میرزاکنول خود دارویی

دکتر محمد منشی - طب
پوهنتنی - دکتر
کریمی - طب، دکتر
آرشداد - طب
چابوداد - دکتر
احمدی - طب
آرشداد - طب

دانشگاه علوم پزشکی گیلان - رشت
- ایران - سلامت - فارسی - ۱۳۹۸
دور

بوست



اولین گردهم آید و آموزش و توانمندسازی بیمار و خانواده

۱۱ اردیبهشت ۱۳۹۸



نشست و جایگاه داروسازان در ارتقا خود مراقبتی و پیشگیری از خود درمانی غیر اصولی

نویسنده مسئول: دکتر حمید فردوسی، داروساز، ام بی بی، مسئول امور دارویی
نویسنده: دکتر مجید عباسی (مدیر بهداشتی)، دکتر شاکتی کریمی (مدیر امور)، دکتر آرمنا دجور (رئیس گروه آموزش بهداشت)

یادداشت: دکتر سحرگل کبیری، دانشیار، گروه بهداشت عمومی

مقدمه: ۹۵٪ تا ۹۸٪ درصد از مراقبتهایی که به سلامت منجر می شود حاصل خود مراقبتی است. خود مراقبتی عملی است که در آن فردی از دانش مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده می کند تا بطور مستقل از سلامتی اش مراقبت نماید. یکی از انواع مراقبتی خود درمانی است که البته اغلب آگاهی و شناخت درستی از آن نداشته و به اشتباه به خود درمانی غیر اصولی رو آورده و خود و اطرافیان را دچار مشکل و عوارض جبران ناپذیری می نماید. در این بین نقش و جایگاه داروسازان در نظام سلامت و آموزش بیماران و راضیان به خود مراقبتی و بالا بردن سطح مراقبت سلامت از اهمیت زیادی برخوردار می باشد.

دوش: روزی کار در این مطالعه بصورت مرور گسترده ای و جستجو در پایگاههای Medline, Pubmed, WHO, Google scholar و مستندات موجود در معاونت بهداشتی استان گیلان ایران انجامید.

یافته ها: خوددرمانی عادت همگانی بسیاری از مردم برای درمان بیماریهاست و بر اساس آمارهای وزارت بهداشت - طرحی، ایرانها هنگام بیماری به پزشک مراجعه نمیکنند. تحقیقات نشان میدهد ایرانیها ۱۵ تا ۱۶ درصد - حدود ۴۰ درصدی کشور را بدون نظارت یا پزشک و دارو-از مصرف کرده و در این میان مسکن ها و آنتی بیوتیکها بیشترین میزان مصرف خود سرانه و نادرست ایران سلامت ۳۳٪ شده دارو مصرف میکند که بیش از استاندارد جهانی است.

نتیجه گیری: و توجه به اجزای طرح تحول نظام سلامت ایران، پزشکان، خانواده و نظام ارجاع-در کل کشور و ارائه خدمات به بیماران روستایی و شهرهای زیر پوشش هزار نفر و جمعیت عشایری و سایر قشرهای محلی جهت سرویس دهی بهداشتی- درمانی و افزایش و ارتقا سطح مراقبت و داشتن مراجعین و بیماران را فراهم آورده تا با برنامه ریزی و اجرای امور و شاخصهای نسخه نویسی فرمولاسیون مصرف دارو را مدالی شده. همچنین با آموزشهای مستمر پرسنل بهداشتی و خانه مردم توسط داروسازان و خصوصاً نحوه صحیح مصرف دارو و برخورد با بیماری از عوارض جانبی و هزینه های سرشاری پیشگیری نمود. بر-بره های چند ساله اخیر بر روی نسخ پزشکان خانواده، استان تهران از رعایت استاندارد های جهانی در تعداد اقلام و پروزی از دست مصرف-فرمان گرفته-باز نسخه نویسی پس از اجرای طرح را می نمود.

واژه های کلیدی: خود مراقبتی، خود درمانی، آموزش بیمار، دارو-فرسود سلامت

پوستر



یاد و یادآوری

دکتر احمد هریالچی (دندانپزشک)

ایران) هم برای نسل های بعد جالب و جذاب خواهد بود. حکایت جالبی از آن بزرگوار نقل می کنند که شنیدنش خالی از لطف نیست. وقتی مرحوم دکتر گل گلاب در پاریس مشغول تحصیل بود، با دو دانشجوی دیگر هم اتاق بودند؛ روزی از تهران به ایشان خبر دادند که پدر یکی از دوستان هم اتاقی فوت نموده و ایشان موظف شدند که خبر مرگ پدر را به دوستش برسانند، پس از فکر زیاد، به مغزش خطور کرد که خود رُل پدرمرده را اجرا کند. همین کار را هم کرد، وقت آمدن دوست پدرمرده، شروع به گریه و زاری کرد، دوستش علت را جویا شد، دکتر گل گلاب به دوستش گفت که پدرم مرده، دوستش هم با

در اوایل حکومت پیشین، که تحصیلات عالی در کشور ایران وجود نداشت، دولت وقت تعدادی از محصلین با استعداد را با هزینه ی دولتی به کشورهای اروپایی اعزام نمود؛ از جمله ی افرادی که از این تسهیلات استفاده نمود، مرحوم دکتر گل گلاب بود، که در فرانسه، در دانشکده داروسازی مشغول تحصیل شد. خوشبختانه، با استعداد ویژه ای که داشت هم در کشور بیگانه، هم در وطن منشأ خدمات برجسته شد و مدت ها ریاست دانشکده داروسازی تهران را به عهده داشت. انسانی دوست داشتنی، هنرمند و شاعر مسلک بود، تا روزی که نام ایران زنده هست، که انشاءالله همیشه نامش جاودان بماند، شعر معروف دکتر گل گلاب (ای

ایشان همدردی کرد و در آرام کردن وی کوشش فراوان کرد؛ گریه و زاری دکتر روزها به طول کشید، تا آنجا که دوستش عصبانی شد و به سر دکتر فریاد زد، حالا چه شده، پدر همه می میرد، پدر تو هم مرده، عالم که به آخر نرسیده، تو هم باید زندگی کنی؛ در جواب دکتر گل گلاب به دوستش گفت، فلان فلان شده پدر تو مرده نه پدر من، لذا قضیه حل شد.

دومین شخصیت برجسته محفل و رشته دارو پزشکی ایران، به نظر من، جناب آقای دکتر غلامحسین نیک نژاد است، که با قبول زحمات فراوان در حکومت جدید ایران، برنامه طرح ژنریک را به اجرا درآورد، در ارتقاء نام داروساز به دکتری داروسازی پزشکی موفق شد، باعث انسجام داروسازان کشور شد، طوری که به برکت وجود و پشتیبانی ایشان، انجمن های داروسازی در ایران موفق شدند انحلال کارخانجات چند ملیتی داروسازی و راه اندازی کارخانجات ملی را فراهم نمایند، و این ها همه با حمایت ایشان و جزء کارنامه خدماتی ایشان است، خداوند بزرگ نگهدار و پشتیبان ایشان باشد، که انشاء الله هست.

در سال های پیش از 1357 تعدادی از چهره های بزرگ داروسازی بودند که راه تحصیلات عالی و تخصصی علوم آزمایشگاهی را برای داروسازان فراهم کردند، تا آنجا که می دانم چندین نفر از دوستان داروساز زمان تحصیلی من موفق به اخذ دکترای علوم آزمایشگاهی شدند، اتفاقاً آزمایشگاه های پزشکی آنان هم جزء موفق ترین آزمایشگاه های کشور شدند. بعضی از داروسازان

فوق، نظیر زنده یاد استاد محمود بهزاد، در رشته های ترجمه اطلاعات پزشکی و داروسازی گام های بزرگی برداشتند، ضمناً در دبیرستان ها به تدریس علم فیزیولوژی پرداخت و نشریات فراوانی با کمک ترجمه در علم فیزیولوژی فراهم آورد، و در حقیقت از دبیران موفق دبیرستان های بنام تهران بودند. پس از تحوّل در ایران و قطع حقوق و مزایای ایشان، وی به شهر رشت و خانه پدری جهت ادامه زندگی مراجعت نمودند و در پی ادامه شغل داروسازی در زمانی که من به اتفاق آقای دکتر پور کاظمی امور داروخانه ها را در سال های اوّل انقلاب در مدیریت امور درمان سازمان منطقه ای بهداری (هنوز دانشگاه علوم پزشکی در رشت وجود نداشت) اداره می کردیم، به اداره مراجعه نمود. چون ایشان در دبیرستان البرز تهران معلم و استاد فیزیولوژی من بود، از ایشان با احترام استقبال نمودم و به آقای دکتر پور کاظمی معرفی کردم. ایشان فرمودند که می خواهم مسئولیت فنی داروخانه ای را داشته باشم. آقای دکتر پور کاظمی مسئولیت داروخانه نظامی صومعه سرا را به ایشان پیشنهاد دادند، که فوراً قبول کردند، صاحب داروخانه نظامی به مناسبتی لطف ویژه به اینجانب داشت، آقای دکتر پور کاظمی گفتند جناب دکتر را همین حالا به صومعه سرا هدایت کنند. بدینسان، استاد دکتر بهزاد به جمع داروسازان گیلان پیوستند؛ آقای دکتر پور کاظمی که خانه داروساز گیلان را به کمک آقایان دکتر صالحی، دکتر جهانبخش، دکتر موسوی، دکتر مهدی زاده و چندین نفر از دوستان ساخته و راه اندازی نموده

بودند، با همت والای ایشان انجمن داروسازان گیلان پا گرفت و صاحب نشریه هم بود که آقای دکتر موسوی و دکتر مهدی زاده و سایر همکاران داروساز در نشر آن سهم بودند، لذا از جناب دکتر بهزاد برای درج مطالب جدید کمک گرفتند و ترتیب سخنرانی های متعدد در کلیه امور پزشکی را دادند، طوری که انجمن داروسازان گیلان در سراسر ایران سرآمد و نمونه شد، و همه نقاط ایران با الگوبرداری از انجمن داروسازان گیلان فعالیت خود را شروع کردند. آقای دکتر پورکاظمی بعدها عضو شورای عالی نظام پزشکی شد، در انجمن پزشکی تهران و ایران هم درخشید. من، به عنوان یک پیشکسوت، شاهد و ناظر فعالیت خستگی ناپذیر ایشان در جهت احقاق حقوق داروسازان و حل مشکلات آنان، و حل مشکلات پزشکان در رابطه با مطالبات مالیاتی و دفاعیات در ادارات امور اقتصادی به نفع پزشکان بودم و هستم. هم اکنون هر انجمن داروسازی یا داروساز دچار

مشکلات مالیاتی یا سایر امور داروسازی می شوند به دکتر پورکاظمی اطلاع می دهند، ایشان بی درنگ در هر جای ایران باشد در جهت حل مشکل کوشش می کند و خدا را شکر که اقلاد در 90 درصد آنها موفقیت حاصل می شود. من در اینجا به جناب آقای دکتر انوش برزیگر استاد نمونه ایران و عضو و معاون شورای عالی نظام پزشکی ایران و ریاست نظام پزشکی رشت و هماهنگ کننده کلیه نظام پزشکی های گیلان باید به عرض برسانم که ما با کمک ایشان زمین بزرگی در جاده فومن به رشت در اختیار دانشگاه علوم پزشکی قرار گرفت که در آنجا دانشکده های داروسازی و دندانپزشکی ساخته و راه اندازی شد، ضمناً به جانشینی مرحوم آرسن میناسیان (داروساز) کلیه امور آسایشگاه معلولین رشت به عهده ایشان است و ایشان ساعت ها وقت خود را وقف آن مؤسسه می کند. خدانگهدارش باشد.

نامه‌ها و مکاتبات اداری

جناب آقای دکتر محمد عباسی
معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم
پزشکی گیلان

لذا خواهشمندم دستور فرمائید تا جهت
جلوگیری از بروز مشکلات برای بیمه شدگان
نسبت به پرداخت مطالبات داروخانه ها اقدامات
عاجل را مبذول فرمایند./

با سپاس - دکتر کیان یعقوبی
دبیر انجمن داروسازان گیلان

* * * * *

با سلام و عرض ادب
احتراماً به استحضار می رساند که همکاران
موسس داروخانه براساس قرارداد با شبکه های
بهداشت و درمان به بیمه شدگان محترم روستایی
و بیماران اعصاب و روان خدمات سرپایی ارائه
می نمایند ولی متأسفانه مطالبات آنها از پایان
خردادماه 1397 تاکنون (بالغ بر 10 ماه) پرداخت
نشده است که این امر تهیه و تدارک دارو و
ادامه همکاری را با مشکل مواجه ساخته است.

جناب آقای دکتر یوسف زاده چابک
ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی
گیلان

(که نامه ها ضمیمه می باشند)، خواهشمندم
دستور فرمایید تا اقدامات لازم جهت پرداخت
مطالبات همکاران جهت تداوم در خدمت رسانی
به مردم محروم و دردمند روستاها، صورت
گیرد.

درود و عرض ادب

احتراماً به استحضار می رساند، پیرو نامه
شماره 23/87/الف 98 مورخ 98/02/09 دبیر
انجمن داروسازان به معاونت محترم بهداشتی
جناب آقای دکتر عباسی مبنی بر عدم پرداخت
مطالبات همکاران در مورد بیمه شدگان روستایی
و بیماران اعصاب و روان که بالغ بر یکسال شده
است و اعتراض مکرر همکاران طرف قرارداد

با سپاس - دکتر مهرناز مظفری
رئیس انجمن داروسازان گیلان

* * * * *

پیام تسلیت

متأسفانه در سه ماهی که گذشت همکار ارجمند آقای دکتر معبود
مشعوف مهر 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 آرزو حریری** 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 **آقای دکتر امجدی نیک** مدیرکل اسبق اداره کل امور دارو و مدیرعامل فعلی شرکت دارویی مینو در غم از دست دادن دایی 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 »

