



یکی بر سر شاخ و بن می‌برید

آغاز داستان

داستان از روزی آغاز شد که وزیر بهداشتی با مخالفت نظر جامعه داروسازان روبرو شد. منوچهر شاهقلی فرزند سرگرد امام قلی شاهقلی (منصور الملک) در ۱۳۰۲ در تهران متولد شد. پس از انجام تحصیلات ابتدایی وارد مدرسه فیروز بهرام شد و از آنجا دیپلم گرفت و سپس به اخذ درجه دکتری نایل شد (البته، در این مورد سه روایت است: ۱- ایشان تحصیلات پزشکی عمومی را در ایران انجام داده است. ۲- کل دوره پزشکی را در آمریکا گذرانده است و ۳- کل دوره پزشکی را در فرانسه طی کرده است). تخصص وی در جراحی پلاستیک و ترمیمی بود. بعد از مراجعه به ایران به شغل طبابت اشتغال ورزید و سپس با عده‌ای از دوستان پزشک خود، بیمارستان پارس تهران و مهر را بنیان نهاد.

او در مدرسه فیروز بهرام با حسنعلی منصور آشنا و نزدیک شد. موقعی که حسنعلی منصور نخست‌وزیر گلوله خورد و جسد نیمه جان او را به بیمارستان پارس بردند، به دستور هویدا تمام اقدامات پزشکی زیر نظر شاهقلی قرار گرفت ولی سرانجام منصور پس از شش روز، نیمه‌های شب در بیمارستان جان سپرد. پس از مرگش، شورای پزشکی که به دستور هویدا تشکیل شده بود، در گزارشی نوشت وقتی منصور را به بیمارستان انتقال دادند، آثار مرگ در وجودش پیدا بود و برای نجاتش کاری نمی‌شد کرد! هویدا هم این نظریه شورا را تأیید کرد و قرار شد جنازه نخست‌وزیر هرچه زودتر دفن شود.

دکتر طباطبایی، رئیس وقت پزشکی قانونی، که به این نظریه شتاب زده و مصلحتی شورای پزشکی تعیین شده از طرف هویدا اعتراض داشت،

در جلسه‌ای در مجلس سنا، به منوچهر شاهقلی حمله کرد و عملکرد او را زیر سؤال برد.

پس از مطرح شدن سؤال پرفسور جمشید اعلم درباره شبهه وبا و پاسخ دکتر شاهقلی وزیر بهداشتی در جواب این سؤال، پرفسور جمشید اعلم می‌گوید: شما شاگرد من بودی و اگر من می‌دانستم که روزی می‌رسد که شما با وزیر شدن این بلا را بر سر این ملت و مملکت می‌آورید به شما نمره صفر می‌دادم تا کارتان به اینجا نکشد (خنده سناتورها) پرفسور به حال عصبانی گفت: تعجب می‌کنم که شما با این اعمالتان باز هم پشت میز وزارت نشست‌اید. چرا استعفا نمی‌دهید؟

پرفسور اعلم در خاتمه گفت من به‌عنوان يك پزشك عليه وزارت بهداشتی که در کار جلوگیری از شبهه وبا کوتاهی کرده و پنجاه میلیون تومان پول مملکت را برباد داده اعلام جرم می‌کنم. شنیده‌ام که با این پول ها پتو خریده‌اند و بعد صورت‌مجلس کرده‌اند که چون آلوده بوده سوزانده شده ولی همان پتوها را در بازار فروخته‌اند. اگر این خبر صحیح باشد وای به حال ما ملت ایران!

او در دوران مسؤولیت خویش فردی بی‌اطلاع از امور اداری، تاجرپیشه و به فکر تأمین منافع خود بود. شاهقلی در زمان وزارت بهداشتی به جهت بی‌تجربگی و وضع نابسامان بهداشتی و شیوع بیماری شبهه وبا، از طرف مجلس مورد انتقاد قرار گرفت (امیرعباس هویدا به روایت اسناد ساواک، ج ۲).

منوچهر شاهقلی از اردیبهشت ۱۳۴۴ تا شهریور ۱۳۵۲ وزیر بهداشتی ایران بود. در سال ۱۳۴۶ که دکتر شاهقلی قصد داشت درداروخانه های دو بیمارستانش را به بیرون از بیمارستان ها باز کند با مخالفت جامعه داروسازان آن هنگام روبرو شد و نه

دستور داد خود و گروهی از پزشکان قانونی با مرور مراحل معالجات منصور و بررسی دقیق عمل جراحی به کالبدشکافی جسد بپردازند که سپس رسماً اعلام کردند: اولاً دو گلوله‌ای که به گردن و شکم نخست‌وزیر اصابت کرده بود نمی‌توانست به مرگ او منجر شود و منصور هنگام انتقال به بیمارستان، برخلاف نظریه تیم پزشکی، دارای علائم حیاتی و زنده بوده است. دوم این که در معاینه و کالبدشکافی جسد به دست گروه پزشکان قانونی، روشن شد علاوه بر نبود تجهیزات موثر پزشکی در بیمارستان، اهمال تیم جراحی در مرگ نخست‌وزیر دخیل بوده است (محمد بلوری خاطرات شش دهه روزنامه نگاری به اهتمام سعید ارکان زاده یزدی، نشر نی، چاپ اول، ۱۳۹۸). دکتر طباطبایی پس از دریافت این نظریه به عنوان رئیس سازمان پزشکی اعلام جرمی علیه دکتر منوچهر شاهقلی به اتهام اهمال در معالجه نخست وزیر در دادسرای تهران مطرح کرد و یادآور شد که دکتر شاهقلی تنها يك جراح ترمیمی بوده و صلاحیت و مهارت لازم را برای جراحی نخست وزیر نداشته است اما با توطئه مردان دولت از جمله هویدا، بازپرس اجازه تحقیق درباره مرگ منصور را نیافت و پرونده این حادثه تا آخرین روز رژیم گذشته همچنان گمشده باقی ماند. مرگ منصور که همسرش فریده امامی آن را به هویدا نسبت می‌داد، باعث شد تا امیر عباس هویدا نخست وزیر شود و اولین پاداش منوچهر شاهقلی در این جابه‌جایی، انتصاب به وزارت بهداشتی بود که پس از گذشت حدود ۴ ماه از نخست‌وزیری هویدا، صورت گرفت تا او به مدت هشت سال سکان بهداشتی کشور ایران باشد. هنوز چند ماهی از انتصاب او به این سمت نگذشته بود که سناتور جمشید اعلم - که خود پزشك حادثی بود

تنها در این دو داروخانه را به بیرون باز کرد بلکه طبق ابلاغ دستورالعملی، مالکیت داروخانه (مؤسس) را از مسؤلیت فنی آن جدا کرد و اولین و مهملک ترین ضربه را به پیکر داروسازی ایران وارد کرد (مصاحبه با آقای دکتر ابوالحسن بهتاش، اسفند ۱۳۹۵، ماهنامه دارویی رازی).

ارتقای سلامت

ارتقای سلامت امروزه بیش از هر زمان دیگری در رسیدگی به مشکلات بهداشت عمومی مطرح است. سناریوی سلامت در تقاطع منحصر به فرد قرار گرفته است، زیرا جهان با "بار سه گانه بیماری" روبرو می باشد که ناشی از برنامه ناتمام بیماری های واگیر، بیماری های تازه ظهور و بروز مجدد و همچنین افزایش بی سابقه بیماری های مزمن غیرواگیر است. عواملی که به پیشرفت و توسعه در دنیای امروز کمک می کنند، مانند جهانی سازی تجارت، شهرنشینی، سهولت سفرهای جهانی، فناوری های پیشرفته و غیره، مانند شمشیری دو لبه عمل می کنند، زیرا از یک سو، منجر به نتایج مثبت سلامتی می شوند و آسیب پذیری را کاهش می دهند. از طرف دیگر، باعث تضعیف سلامتی می شوند، زیرا این امر به سبک زندگی کم تحرک و الگوهای غذایی ناسالم کمک می کند.

سلامت، همان طور که سازمان بهداشت جهانی (WHO) تعریف می کند، وضعیت کامل جسمی، اجتماعی و روحی است و فقط عدم وجود بیماری یا ناتوانی نیست. برخورداری از بالاترین سطح استاندارد سلامت به عنوان یکی از حقوق اساسی هر انسانی در نظر گرفته شده است. طی چند دهه گذشته، شناخت بیشتری به دست آمده که مداخلات زیست پزشکی به

تنهایی نمی توانند سلامت بهتر را تضمین کنند. سلامت به شدت تحت تأثیر عوامل خارج از حوزه بهداشت، به ویژه نیروهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی قرار دارد. این نیروها تا حد زیادی شرایطی را که در آن افراد رشد، زندگی و کار می کنند، سن و همچنین سیستم های مستقر برای مقابله با نیازهای بهداشتی می باشند که در نهایت، منجر به نابرابری در بهداشت بین کشورها و داخل هر کشور می شود. بنابراین، به دست آمدن بالاترین استاندارد احتمالی سلامت بستگی به یک رویکرد مفهومی و جامع دارد که فراتر از مراقبت های درمانی می باشد که شامل جوامع، ارائه دهندگان بهداشت و سایر ذی نفعان می باشد. این رویکرد جامع باید افراد و جوامع را قادر سازد تا برای سلامتی خود اقدام کنند، رهبری بهداشت عمومی را تقویت نمایند، اقدامات بین بخشی را برای ایجاد سیاست های عمومی سالم و ایجاد سیستم های بهداشتی پایدار در جامعه ارتقا دهند. این عناصر ماهیت "ارتقای سلامتی" را به دست می آورند، یعنی این که مردم را قادر به کنترل سلامتی و عوامل تعیین کننده آن می نمایند و در نتیجه، سلامتی آنها را بهبود ببخشند. این امر شامل مداخلات در سطح شخصی، سازمانی، اجتماعی و سیاسی برای تسهیل سازگاری ها (سبک زندگی، محیط زیست و غیره) جهت بهبود یا محافظت از سلامتی می باشد.

ارتقای سلامت مفهوم جدیدی نیست، این اصطلاح در سال ۱۹۴۵ توسط Henry E. Sigerist، مورخ بزرگ پزشکی، که چهار وظیفه اصلی گروه پزشکی را ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، بهبود بیماران و توان بخشی تعریف کرد، ابداع شد. اظهارات

امروز داروساز شامل عملکردهای بیمار محور، اداری و بهداشت عمومی بیشتر است. بسیاری از عملکردهای بهداشت عمومی وجود دارد که می‌تواند از تخصص منحصر به فرد داروسازان که شامل دارو درمانی، دسترسی به مراقبت و خدمات پیشگیری است، بهره مند شوند. فارغ از توزیع دارو، داروسازان ثابت کرده اند که یک منبع قابل دسترسی برای اطلاعات بهداشتی و دارویی هستند. جایگاه متمرکز داروساز در جامعه بسیار ارزشمند است. بررسی مجدد و ادغام اقدامات بهداشت عمومی در آموزش های دارویی و مراقبت های دارویی ضروری است. تشویق آموزش متقابل همچنین به حداکثر رساندن منابع و کمک در رفع نیازهای نیروی کار در زمینه داروسازی و بهداشت عمومی می پردازد. انجمن بهداشت عمومی آمریکا به طور تاریخی از نقش داروساز در بهداشت عمومی حمایت کرده است (The Role of the 8024 APHA Policy). این سیاست با هدف ارایه راهنمایی و هدایت در شناسایی و ارتقای نقش فعلی و آینده داروساز در بهداشت عمومی و توصیف چارچوب حداکثر سازی این وظیفه است. از طریق رویکردهای فوق رشته ای، پیش بینی شده که سهم داروساز در نیروی کار بهداشت عمومی، آموزش بهداشت، پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت، حمایت از بهداشت عمومی و کیفیت بهداشت در دستیابی به نتایج مطلوب بهداشت عمومی کمک می کند.

آیین نامه جدید تاسیس داروخانه

پس از انقلاب اسلامی، بنابر شواهد و مستندات موجود، داروسازان به صورت تمام قد و پرتوان در تمامی بخش های این عرصه اعم از تولید، توزیع

وی مبنی بر این که سلامتی با تأمین سطح معیشتی مناسب، شرایط مناسب کار، آموزش، فرهنگ جسمانی، وسایل استراحت و تفریح ارتقا می یابد و به تلاش های هماهنگ دولتمردان، کارگران، صنایع، مربیان و گروه پزشکی نیاز دارد. این تحولات ۴۰ سال بعد در منشور اتاوا برای ارتقای سلامت بازتاب یافت. مشاهدات سیگریست که ارتقای سلامت مانع از بیماری می شود، با این وجود پیشگیری مؤثر اقدامات حفاظتی ویژه ای را می طلبد. توجه به علل کلی در ایجاد بیماری همراه با علل خاص و همچنین نقش ارتقای سلامت در پرداختن به این علل عمومی را برجسته کرد. تقریباً در همان زمان، علت دوقلوپی بیماری ها نیز توسط J.A.Ryle، استاد پزشکی اجتماعی در انگلیس تایید شد که وی همچنین به کاربرد آن در بیماری های غیرواگیر توجه کرد.

اکنون داروسازان جامعه نقش گسترده و در حال تکامل مراقبت های پیشگیرانه و جامع را دارند. سهولت دسترسی بیماران به داروسازان، این حرفه را در خط مقدم ارتقای سلامت و مشارکت در مراحل مختلف روش های آگاهی بخشی قرار داده است. خلا کمبود ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در مراکز بهداشت عمومی، به ویژه در مناطق روستایی، می تواند توسط داروسازان پر شود. مداخلات ارتقای سلامت که توسط داروسازان انجام می شود، علاوه بر سایر متخصصان بهداشت، سطح آگاهی را در مورد اثرات سوء داروها و شیوع بیماری افزایش می دهد. مشارکت فعال داروسازان جامعه در ارتقای سلامت، یک پیوند ضروری در فشار جهانی پایدار به سمت افزایش دسترسی به داروهای اساسی در جوامع در حال توسعه و بهبود پوشش بهداشتی می باشد.

نقش داروساز فراتر از عملکرد سنتی محصول گرا در توزیع داروها و لوازم بهداشتی است. خدمات

و داروخانه تلاشی صد چندان کردند و توانستند که صنعت داروسازی کاملاً وابسته و بحران زده سال‌های ۹۰-۱۳۵۸ را به آنجا رسانند که ۹۷ درصد تولید دارو در ایران صورت می‌پذیرد و به دست بیماران می‌رسد.

در دورانی که جوامع پیشرفته به خاطر سلامت مردم، روز به روز بر قوانین تولید، توزیع و مصرف دارو می‌افزایند (هزینه از سلامت جامعه، اسفندماه ۱۳۹۹، ماهنامه دارویی رازی، مجتبی سرکندی). عده ای بر این اندیشه شدند که باید مقررات زدایی کرد و انحصار تأسیس داروخانه توسط داروسازان برداشته شود (شاید نه در ظاهر) که سنگ بنای آن براساس دستور العمل ابلاغیه فرد معلوم الحالی چون شاهقلی گذاشته شده است، بدون توجه به نتیجه این امر که چنین روشی، سلامت و اخلاق را از بین می‌برد و بر پیکر نحیف بیماری که تلاش می‌کند تا زنده بماند، بی‌عدالتی‌هایی روا می‌دارند تا حس طمع و زنگی عده‌ای که خود را با هر شرایطی وفق می‌دهند، ارضا شود (نگاهی به کتاب جنگل آپتن سینکلر بیاندازید تا دریابید به کجا می‌رسیم). در نگارش این آیین نامه فقط عده معدودی نقش داشته‌اند که اکنون در برخورد با جامعه داروسازی، قصد دارند با گل آلود کردن آب و در انداختن داروسازان جوان و مسن و این که داروسازان دارای داروخانه نمی‌خواهند جوانان دارای داروخانه شوند، در حالی که ما با جوانان بسیار باهوش، با شعور و صاحب اندیشه رو به رو هستیم و هرکس حتی اگر آیین نامه جدید را تورقی کند، در می‌یابد که نه تنها داروسازان جوان بلکه بنده هم با بیست و چند سال کار، توانایی تأسیس چنین داروخانه را - حتی استیجاری - ندارم، و در نهایت، همه به عنوان مسؤول فنی با حقوقی اندک به استخدام داروخانه‌های زنجیره ای در خواهند آمد.

چنانچه این آیین نامه اجرایی شود، با تأسیس داروخانه توسط افراد غیر داروساز و ایجاد

داروخانه‌های زنجیره ای و تضعیف اقتصاد داروخانه‌های مستقل، رقابت‌های ناسالم در عرصه داروخانه‌ها افزایش می‌یابد و داروخانه‌ها تبدیل به فروشگاه‌های دارویی می‌شوند و با توانایی!!! که در سازمان غذا و دارو سراغ داریم و نمونه آن را در مورد توزیع مکمل توسط شرکت‌هایی که با روش‌های اینترنتی این کار را انجام می‌دهند، دیدیم و دیدید! به مرور زمان نه از تاک نشانی ماند و نه از تاک‌نشان!

در حکمرانی خوب اعتقاد به اتخاذ و اجرای سیاست‌هایی که به ایجاد فرصت‌های برابر و امکانات مساوی و بهره‌برداری عادلانه میان شهروندان بر اساس توانایی، مهارت، تخصص و حقوق شهروندی صورت می‌پذیرد، نه نفی تخصص!

نگارنده در تعجب و بهت است که چرا بزرگان داروسازی در چنین شرایطی سکوت اختیار کرده‌اند و سخنی بر زبان نمی‌رانند اما با این آیین نامه تا پنج سال دیگر، نه داروخانه ای خواهد ماند و نه احتیاجی به داروساز وجود دارد و نه سازمان غذا و دارو!

یکی بر سر شاخ و بن می‌برید

خداوند بستان نگه کرد و دید

بگفتا گر این مرد بد می‌کند

نه با من که با نفس خود می‌کند

نصیحت بجای است اگر بشنوی

ضعیفان می‌فکن به کتف قوی

که فردا به داور برد خسروی

گدایی که پیشت نیرزد جوی

دکتر مجتبی سرکندی