



# گزیده‌های منهای بیست

## گزیده مطالب رازی، بیست سال پیش از این در همین ماه

گردآوری و تدوین: دکتر مجتبی سرکندی

### مقدمه

زیرعنوان بالا مطالبی از رازی ۲۰ سال پیش در همین ماه ارایه می‌شود. گذشت ۲۸ سال و خرده‌ای از انتشار اولین شماره رازی، نامه اعمالمان را آن قدر قطور و سنگین کرده است که بشود گاه که دلمان تنگ آن روزها می‌شود، به شماره سنگین و وزین صحافی شده هر سال نگاهی بیاندازیم، تورقی بکنیم صفحاتی چند از آن‌ها را بخوانیم و... حالمان خوب شود. آن قدر انرژی بگیریم که هم‌چون مدیرمسئول محترم و سردبیر نازنین با بر زمین محکم کنیم که: «به هر حال ما ادامه خواهیم داد». این سر زدن‌ها به شماره‌های پیشین ایده‌ای را در ذهن نشانند که گزیده‌هایی از همان شماره و صفحات مشابه ماه انتشاراتی فعلی مان گزین کنیم و شما را نیز در این «دل‌شدگی» با خودمان شریک نماییم. خواننده‌های قدیمی آن روزها برایشان زنده می‌شود و تازه خواننده‌های رازی هم بی می‌برند که بیست سال پیش رازی در مورد عرصه دارو در ایران و جهان چه نوشت. به هر حال، به جستجوی زمان از دست رفته برآمدیم که با قدری اغراق و اغماض و با استعاره‌ای ادبی «بهشت گمشده» دست به قلم‌های رازی بوده است، بهشت گمشده‌های که گفته‌اند: «بهشت گمشده» همان گذشته‌ای است که برای همیشه از دست داده‌ایم، ولی ما قطعاتی از آن گذشته را درجلدهای صحافی شده از تعرض زمانه مصون داشته‌ایم.

\* \* \*

مطالب این شماره گزیده‌ها به شرح زیر است:

- ۱ - فهرست مطالب در شماره اسفند ماه ۱۳۷۶ / به کوشش دکتر مجتبی سرکندی
- ۲ - آغاز یک انتها / دکتر مجتبی سرکندی
- ۳ - درمان بی‌اشتهایی عصبی / دکتر فریدون سیامک‌نژاد
- ۴ - سیاست ملی دارویی ایران / امیر رستگار
- ۵ - پستخانه مبارکه، گل‌آقا و بوستان سعدی / دکتر جوان



## فهرست مقالات اسفند ماه ۱۳۷۶

تهیه و تنظیم: دکتر مجتبی سرکندی

عنوان	
سر مقاله	آغاز یک انتها / دکتر مجتبی سرکندی
مقاله	فارماکولوژی دایسون (بازآموزی) / دکتر مرتضی ثمینی
	مروری بر فارماکولوژی پایه و بالینی برونکودیلاتورهای آنتی کولینرژیک (بازآموزی) / دکتر محمدحسین پورغلامی، دکتر امین‌الرعا یا
	درمان بی‌اشتهایی عصبی / دکتر فریدون سیامک‌نژاد
	گزارش‌های دارویی / رحیم رضایی
	مس به‌عنوان یک ماده مغذی ضروری / دکتر محمدرضا وفا
	اکسیداسیون و احیا در داروسازی / دکتر سیدحسین میرحسینی، دکتر امید سبزواری
	گزینه‌های داروشناختی برای درمان بدحرکتی‌ها / دکتر مهرداد شکیب‌آذر
	سیاست ملی دارویی ایران / امیر رستگار
	معرفی مرکز اطلاع‌رسانی دارویی و مسمومیت‌ها
	سیفلیس هدیه‌ای برای سیاهان / دکتر محمدرضا توکلی صابری
کتاب	پستخانه مبارکه، گل‌آقا و بوستان سعدی / دکتر جوان
	رازی و خوانندگان
	سوالات مربوط به بازآموزی
	فرصت‌های شغلی و ...



# آغاز یک انتها

دریافت که برای خرید یک جلد کتاب Harrison یا Remington باید نصف حقوق ماهانهات را بپردازی. امید در خانه ذهن را می‌زند و تو را بدین اندیشه فرو می‌برد که با تلاش و کوشش بیشتر می‌توانی این حقوق را هرچند اندک، افزایش دهی. از سویی تلاش و جهد خود را بیشتر می‌کنی و از طرف دیگر، با گذشت زمان به محیط آشنا می‌گردی و می‌فهمی در محیطی مجبور به کار هستی که تنها مراقبت دایمی آن نصیب می‌شود و فقط بدین فکر هستند تا خطاهایت را به رُخت بکشند و سرانجام تمام

بعد از دفاع پایان نامه و گذشتن از هزارتوی ادارات مختلف با امید، آرزو و اندیشه‌های بسیار برای بهبود سیستم بهداشتی - درمانی یا به دوره طرح می‌گذاری تا بتوانی به جامعه خدمت کنی و از آن نمط چرخ زندگی خود را نیز بگذرانی.

سه یا چهار ماه می‌گذرد تا اولین حقوق را دریافت کنی. اگر مجرد باشی که هیچ وگرنه در این مدت چگونه جواب زن و بچه را می‌دهی، خدا می‌داند. اولین فیش حقوقی ضربه‌ای است که فقط گیجت می‌نماید. با یک حساب سرانگشتی می‌توان



و مرتفع ساخت. روز دیدار پادشاه از قصر - یا به اصطلاح افتتاح آن هنگامی که به قصر رسیدند. نعمان از این که سنگ لبه داخلی یکی از کنگره‌ها به مقدار بسیار جزیی شکسته بود از معمار پرتلاش ایراد گرفت و پاداش وی را با از بالای قصر به پایین پرتاب کردنش داد.

حاصل؟ به عناوین مختلف دلسرد می‌شوی و از صحنه کنار می‌روی. اندیشه‌هایت را هر چند ناب باشد برای خود نگه می‌داری. می‌اندیشی که چرا تلاش، چرا ساختن و سپس با مجازات روبه‌رو گردیدن! دیکته نانوشته غلط ندارد. برای کار انجام نداده - اگر پاداشی در نظر نگیرند - مجازاتی هم وجود ندارد.

فکر می‌کنی که آن آهن فروش درآمد چند سال تو را ظرف یک روز درمی‌آورد و استرس و فشار سخت کار تو را هم ندارد. پس شروع به حسرت خوردن می‌کنی. چرا؟ زیرا زندگی فعلی خود را کفاره درس خواندن می‌شماری و دیگران را - به‌عنوان یک تجربه تلخ - از تحصیل علم نهی می‌کنی و آنان را به کاسبی که نه، دلالی یا عمله سود شدن تشویق و ترغیب می‌نمایی. در جامعه‌ای که فرد تحصیل کرده، هنرمند و استاد دانشگاه مورد استهزا قرار می‌گیرند اما دلال و آهن فروش قدر می‌بینند و برصدر می‌نشینند و آدم «زرنگ» و «باهوش» خوانده می‌شوند، یعنی «مجازات» به جای «پاداش» رواج دارد. چنین رفتاری کاملاً طبیعی است.

پس به شغل خود به‌عنوان کاری موقت نگاه می‌کنی و درصدد آن هستی که در اولین فرصت، از موقعیت کنونی، به موقعیت بهتر و بالاتر دست‌یابی،

تلاش، اندیشه و ایده‌های موفقیت‌آمیز تو ... بگذریم. با این حال، هرچه بیشتر کار کنی، کار بیشتری بر سرت می‌ریزند. داستان شهری است که دارای چند موتور برق می‌باشد و تمام آن‌ها به جز یکی خراب است، از آن جایی که باید شهر روشن بماند. بار همه موتورهای خراب را از آن موتور سالم می‌کشند و درآورد این که به آن موتورهای خراب بیشتر از این موتور سالم می‌رسند. معیار کارشناسی جهت ارزشیابی هم همین‌گونه است. آنان که نرم‌خوتر و سرزبان‌دارتر هستند و کاری هم انجام نمی‌دهند، نزد مدیران گرامی‌تر می‌باشند و تو که با حجب و کم‌رویی و تنها خواستار احترام و چوب‌لای چرخت نگذاشتن هستی، بدخلاق، بدزبان و کسی که قدرت هماهنگی با محیط کار را ندارد و ... می‌شوی. آن‌گاه در می‌یابی که این راه نیز برای ارتقا مسدود است. به فکر استخدام می‌افتی و حکایت آن خانم دکتر را پیدا می‌کنی که بعد از ۷ سال تلاش از ساعت ۷ صبح (به جای ۸)، پی‌گیری مریض‌های بدحال - در ساعات بیکاری عصر - و دوندگی‌های یک‌ساله برای گرفتن ردیف از یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی، پاسخی که از سازمان امور استخدامی کشور دریافت می‌کنی این است که برای استخدام اصلح نیستی. آن خانم دکتر که اخلاقش در محیط کار و بین بیماران زبان‌زد عام و خاص بود، اکنون دارای برخوردی بسیار سرد و اداری است و فقط به فکر پایان ساعت کار می‌باشد.

کم‌کم به یاد سنّمار - معمار معروف - می‌افتی که برای نعمان - پادشاه حیره - قصری بسیار زیبا



منجر به از بین رفتن سطح مطلوب خدمات بهداشتی - درمانی، جامعه‌ای بیمار، گسترش فزاینده ناتوانی در سطح جامعه و در نهایت، عدم وجود جامعه‌ای سالم، پرتلاش و دارای رشد می‌باشد. راه برون رفت از این معضل چندان سخت نیست به شرط آن که برای رفع آن امروز اقدام گردد. در صورتی که این مشکل - مانند کاهش ظرفیت دانشجویان پزشکی که قبلاً در مورد آن هشدار داده شده بود - مورد عنایت قرار نگیرد، چاپ ویژه‌نامه‌ها و سخنرانی‌های متعدد به هنگام بحران هیچ فایده‌ای نخواهد داشت. نگارنده این سطور سخت معتقد است که بالاترین و بزرگ‌ترین دستاورد انقلاب اسلامی ایجاد نوعی ارتباط گفتگو و تبادل نظر بین مردم و اقشار مختلف جامعه با اصحاب دولت می‌باشد. به خصوص در این شرایط که رییس جمهور و هیئت دولت بدین گفتگو و تبادل نظر معتقد هستند و امیدوارم تا این مقاله تلاشی باشد برای حل این معضل در سطح جامعه پزشکی. انشاء...

دکتر مجتبی سرکندی

گاهی برای انجام این امر به تمام تحصیلات و دود چراغ خوردن‌های خود - تجربه تلخ! - پشت پا می‌زنی و به جمع دلالتان می‌پیوندی. در این جا باید از مسؤولان خواست که زیر بال و پر این جوانان را که جامعه هزینه‌گزافی برای تربیت آن‌ها پرداخته است، بگیرند. پی‌آمدهای این امر برای جامعه بسیار خطرناک می‌باشد. در جامعه‌ای که کمتر کسی شغل خود را آن‌چنان که باید جدی و دایمی تلقی کند، موقعیت‌ها و نقش‌های اجتماعی از ثبات لازم و کافی برخوردار نخواهند بود و در نتیجه، جامعه دچار بی‌ثباتی می‌گردد. در نهایت، این امر با فرآیند عدم ثبات اقتصادی تشدید می‌شود. از طرف دیگر، افرادی که این چنین دچار سرخوردگی و روزمرگی گردیده‌اند و از امنیت شغلی برخوردار نیستند، نه تنها قدرت برنامه‌ریزی، ابداع و خلاقیت از آنان گرفته می‌شود بلکه، به‌طور دایم دچار استرس و تنش‌های جانبی خواهند بود. در مشاغل دیگر این امر تنها موجب محرومیت از خلاقیت عده‌ای جوان خواهد بود اما در گروه‌های پزشکی چنین فرآیندی



بر درمان بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی باید دائماً مرور کرد تا معلوم گردد که با پنج اصل اخلاقی: نیکوکاری، استقلال، به دور از حيله‌گری، انصاف و سودمندی وفق دارد.

اگرچه تمام این موارد قابل تفسیر هستند، ولی میان تفسیر بیماران ما با آنچه خود ما تصور می‌کنیم، اغلب تفاوت زیادی وجود دارند. با توجه به این که اثرهای گرسنگی بر مغز مشخص است، چنانچه انجام انطباق موارد اخلاقی بر درمان بی‌اشتهایی امکان نداشته باشد، می‌تواند دلیلی بر

تعبیر یکی از متخصصان که در سال ۱۸۷۲ عنوان کرده است، این است که بی‌اشتهایی عصبی اگرچه انسان را از پای در نمی‌آورد، ولی تا زمانی که زندگی وجود دارد، مسأله‌ای نومیدکننده است. پزشکان تاکنون برای تشویق، ترغیب و وادار کردن بیماران بی‌اشتها به خوردن غذا و برگرداندن وزن از دست رفته آن‌ها از هیچ کوششی دریغ نکرده‌اند. البته، این در حالی است که دانشمند فوق اعتقاد دارد که این کار، احتیاج به درگیری با بیمار برای هر لقمه از غذا دارد.



تصمیم ما بر رد درمان فعال بیمارانی که واقعاً لاغر می‌شوند، باشد؟

## پزشکان تاکنون برای تشویق، ترغیب و وادار کردن بیماران بی‌اشتها به خوردن غذا و برگرداندن وزن از دست رفته آن‌ها از هیچ کوششی دریغ نکرده‌اند.

هنوز بعضی بیماران هستند که به خوبی درمان‌پذیر نمی‌باشند، بنابراین، آیا مراقبت نسبی (حاشیه‌ای) برای آن‌ها مناسب‌تر است؟ به عبارت دیگر، آیا کسی که در رابطه با بیمار کار می‌کند، می‌تواند مراقبت نسبی بی‌اشتهایی را به‌عنوان هدف درمان تأیید کند، حتی اگر این کار به‌عنوان تحریک بهبودی بیمار، اثری به ظاهر بیهوده داشته باشد؟ البته، این در حالی است که مذاکره با بیماران نشان می‌دهد که تعداد زیادی از بیماران در رابطه با درمان بی‌اشتهایی گاهی مخالف و گاهی دمدمی هستند. سوآلی که در اینجا مطرح می‌شود این است که آیا ما بی‌اشتهایی را درمان می‌کنیم یا این که به بهانه عدم پذیرش بیمار و نزدیکان او، این قدرت را پیدا می‌کنیم که از درمان سر باز زنیم.

با توجه به این که خودداری بی‌اندازه از غذا خوردن ناشی از بی‌اشتهایی عصبی می‌تواند موجب لاغری مفرط شود، آیا ما می‌توانیم به سوی یک حرکت غیرمناسب در رابطه با درمان بیماری حرکت کنیم؟

اگرچه سخت‌گیری در مورد رژیم غذایی بیمار بستری، باعث افزایش وزن می‌شود ولی درمان با رژیم غذایی ملایم برای بیشتر بیماران نتیجه‌بخش‌تر است. با این وجود، چنانچه بیماری علی‌رغم برخورد ملاحظت‌آمیز ما در مورد تغییر برنامه غذایی، مکرراً از پذیرش آن امتناع کرده و یا آن را رد کند، ما چه کار باید بکنیم؟ حتی اگر ما آن‌چه را که بیماران می‌گویند باور نداریم، باید نسبت به دلایل ضربه روحی وارد شده به بیمار در گزارش‌های منتشر شده حساس باشیم، چرا که ممکن است عامل بالقوه بیماری دیگری به‌ویژه در مورد حالت‌هایی که پیشترها برای بیمار اتفاق افتاده است، باشد.

## سوآلی که در این‌جا مطرح می‌شود این است که آیا ما بی‌اشتهایی را درمان می‌کنیم یا این که به بهانه عدم پذیرش بیمار و نزدیکان او، این قدرت را پیدا می‌کنیم که از درمان سر باز زنیم.

اصل تغذیه به وسیله هر آن‌چه که ممکن است نتیجه‌اش تغییر عقیده بیمار باشد، موجب خواهد شد که بیمار به نقطه قابل قبول افزایش وزن رسیده و احتمال برگشت به یک زندگی طبیعی برایش فراهم شود. حتی وقتی که بازگشت وزن بدن به‌صورت جزئی یا متناوب است، کیفیت زندگی بیمار هنوز هم قابل قبول پنداشته خواهد شد و در این حالت چه کسی می‌تواند راجع به مسأله بحثی داشته باشد؟



برای عبور از این مرحله به نظر می‌رسد. اگرچه درمان‌های تجربه شده در زمان پیاپی شدن روی بیمار، کاملاً سزاوار سرزنش بوده است اما به دلیل این که باعث بهبودی کامل بی‌اشتهایی عصبی وی گردیده، بیمار بعداً با صداقت و صمیمیت از ما تشکر کرده، به طوری که اغلب ما می‌توانیم چنین فردی را که از روی اجبار درمان شده است، برای تداوم درمان و مراقبت‌های لازم نزد خود فرا بخوانیم. متأسفانه، تمام بیماران ما آن‌طور که گفته شد عمل نکرده و اصولاً از درمان خود احساس خوشحالی نمی‌کنند.

### ● بی‌اشتهایی عصبی یک حالت فروتنی در بیمار پدید می‌آورد که برای درمان آن اقتضاء می‌کند که کارکنان بیمارستان پایبند به اصول اخلاقی باشند. ●

کلام آخر این که بی‌اشتهایی عصبی یک حالت فروتنی در بیمار پدید می‌آورد که برای درمان آن اقتضاء می‌کند که کارکنان بیمارستان پایبند به اصول اخلاقی باشند. این مسأله برای این نیست که بهبودی بیمار را تأیید کند، بلکه برای این است که از حرکت خوب و درست بیمار روی خط درمان احساس خوشحالی کنیم.

منبع

Russel I. Treating anorexia nervosa  
Br Med J. 1995; 311: 584.

### ● خوشحالی پزشکان از بهبودی بیمارانی که ده سال یا بیشتر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مزمن بوده‌اند، نباید باعث شود که آن‌ها از ادامه درمان چنین افرادی دست بکشند. ●

خوشحالی پزشکان از بهبودی بیمارانی که ده سال یا بیشتر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مزمن بوده‌اند، نباید باعث شود که آن‌ها از ادامه درمان چنین افرادی دست بکشند. با این وجود، زمانی که میانگین بیماری حدود پنج سال است، ما چه دیدگاهی باید نسبت به بی‌اشتهایی عصبی مزمن داشته باشیم؟ اگرچه پوشش درمانی بیماران در چنین حالتی اغلب اغراق‌آمیز است، ولی خلوص نیت کارکنان بیمارستان در درمان عصبی ویژه بیماران با یک برنامه درمانی فردی برای هر بیمار قابل تقدیر بوده و بیماران در نهایت سلامتی خود را باز خواهند یافت. در عمیق‌ترین سطح بی‌اشتهایی عصبی مشخص که بیمار خودش نیز نسبت به درمان احساس ایمنی نداشته و در رسیدن به این حالت دچار مشکل است، ما به‌عنوان کارکنان بیمارستان باید توجه داشته باشیم که درمان ما در واقع باید کمک به بیمار باشد، نه این که باعث اذیت و آزار بیمار شود، که در این صورت نقشی ویرانگر در روند بهبودی بیمار خواهیم داشت. به هر صورت بیماران ما گاهی احساس یأس و نومییدی خارج از کنترل ما می‌کنند که در این حالت میزان استواری و ثابت قدم ما در ادامه درمان بیمار، تنها پادزهر مناسب





## سیاست ملی دارویی ایران



ترجمه: امیر رستگار

حوزه دارویی و غذایی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱ - اساس قرار دادن سیاست دارویی بر مفهوم تولیدهای ژنریک و ممنوعیت تولید با وارد کردن داروهای تجارتي (اختصاصی)، در صورتی که داروهای ژنریک موجود باشند.

۲ - ملی کردن شرکت‌های چندملیتی

۳ - سازمان دادن ۶ شرکت توزیع دارو با سرمایه شرکت‌های تولیدی دارو و توزیع داروها و تجهیزات پزشکی در تمام نقاط کشور.

۴ - متمرکز کردن تهیه و واردات دارو و محدود کردن آن به یک شرکت دولتی وابسته به وزارت بهداشت (شرکت سهامی دارویی کشور) و شرکت دولتی دیگر (دارو پخش) که اخیراً خصوصی شده است. در مواردی هم به هلال احمر اجازه داده شد که داروهای ضروری مورد نیاز و تجهیزات پزشکی را وارد نماید.

۵ - تخصیص ارز کافی در بودجه سالیانه کشور جهت وارد کردن فرآورده‌های دارویی و مواد اولیه.

۶ - محدود کردن فهرست داروهای رسمی کشور

یکی از اولویت‌های اصلی، طی هجده سال بعد از انقلاب اسلامی فراهم نمودن داروها بوده است. قبل از انقلاب تقریباً ۷۵ درصد از داروها وارداتی بود و ۲۵ درصد باقی مانده با مجوز شرکت‌های چند ملیتی در کشور تولید می‌گردید، امروزه، تقریباً ۹۷ درصد از داروها به وسیله شرکت‌های ایرانی تولید می‌شوند. ۳ درصد باقی مانده بنا بر دلایل مالی و فنی نمی‌توانند در کشور ساخته شوند، به همین دلیل از خارج وارد می‌گردند. مردم می‌توانند داروهایشان را از داروخانه‌های مراکز درمانی - که تعداد آنها به بیش از ۲۰۰۰ می‌رسد - و داروخانه‌های خصوصی و ۸۰۰ داروخانه بیمارستانی تهیه نمایند.

بعد از انقلاب «سیاست ملی دارویی» با دو هدف بنیانی زیر شروع به پیشرفت نمود، اول این که در دسترس بودن و قابل خرید بودن آنها را برای تمام مردم ضمانت نماید، ثانیاً باعث خودکفایی در تولید گردد. برای دستیابی به این اهداف اقدامات زیر انجام گرفته است.



تولیدها و بالاخره قاچاق دارو به کشورهای همسایه.

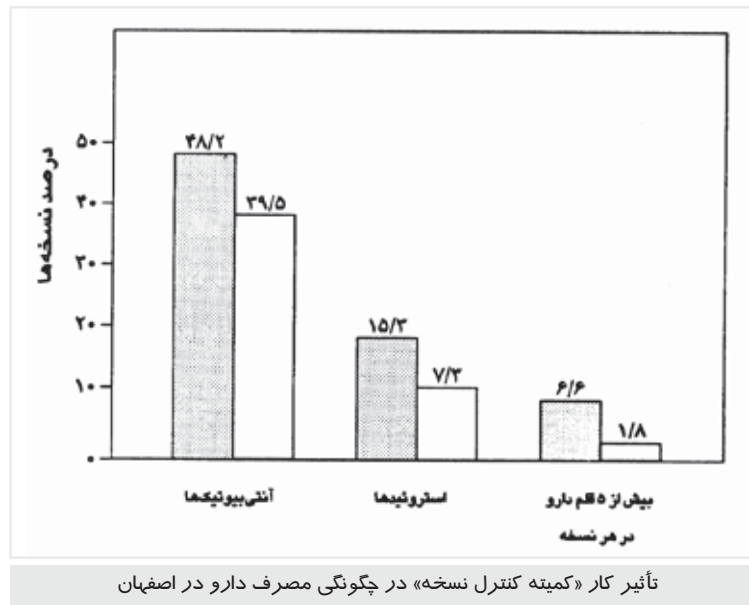
### ■ استراتژی‌های تازه برای دوره‌ای جدید

در سال ۱۹۹۵ به منظور حل مشکل‌ها و پاسخ‌گویی به مسایل جدید یک شورای کشوری جهت بازنگری سیاست‌های دارویی تعیین گردید. اولویت اصلی «شورای برنامه‌ریزی امور دارویی» این بود که دسترسی به داروهای مرغوب را ضمانت کند و محدودیت منابع را مورد شناسایی قرار دهد. این شورا دارای ۱۵ عضو است که اعضای آن شامل نمایندگان از تمام بخش‌های دارویی شامل صنعت، واردکنندگان دارو، داروسازان داروخانه‌دار، دانشگاهیان، نمایندگان امور دارویی، شورای نظارت و انجمن داروسازان ایران هستند. هفت کمیته: تحقیق و توسعه، مصرف منطقی داروها، صنعت، تهیه و توزیع، مواد اولیه دارویی و محصولات طبیعی وابسته به این شورا هستند که مسایل مختلف را پوشش می‌دهند. هر کمیته بین ۷ تا ۱۱ عضو دارد که یکی از اعضای شورا ریاست آن را به عهده دارد.

تأمین داروی کافی همیشه یکی از اولویت‌های دولت بوده است برای انجام این امر اقداماتی توسط «شورای برنامه‌ریزی امور دارویی» انجام گرفته که عبارتند از: اختصاص دادن سهمیه ارزی بیشتری برای بخش دارویی کشور، فراهم آوردن تسهیلات جدید برای تولید دارو، تدارک و تأمین فهرست داروهای ضروری و تخصیص مبلغ قابل توجهی یارانه در جهت پایین نگه‌داشتن قیمت این ۲۲۵

(اخیراً نام ۱۱۵۰ دارو ثبت شده که از این تعداد، ۲۲۵ قلم داروی ضروری، شناخته شده و یارانه‌ای به میزان ۲۵۰ میلیون دلار به آن اختصاص یافته است).

در طول سال‌های جنگ و تحریم اقتصادی در دهه ۱۹۸۰ برای حصول اطمینان جهت تأمین داروهای مورد نیاز در کشور این استراتژی‌ها به‌طور بنیانی مورد توجه قرار گرفت اما در دهه ۱۹۹۰ سیاست جدید اقتصادی به‌طور قابل توجهی بر بخش دارویی اثر گذاشت. همه کارخانه‌های دولتی با دنبال کردن برنامه اصلی به بخش خصوصی واگذار شدند. شرکت‌های دارویی جهت وارد کردن مواد اولیه به ارز احتیاج دارند. براساس برنامه تولید (نوع و کیفیت محصولات) ارز یارانه‌ای دولتی با موافقت بخش امور دارویی وزارت بهداشت به هر شرکت داده می‌شود. از طریق این مکانیسم دولت قادر است تولید دارویی کشور را هدایت نماید، به بسیاری از داروهای ضروری علاوه بر این که از ارز ارزان‌تری استفاده می‌کنند، جهت جلوگیری از افزایش قیمت‌شان یارانه نیز اختصاص می‌یابد. در سال ۱۹۹۵ این یارانه به میزان ۲۵۰ میلیون دلار رسید و در نتیجه، قیمت داروها در ایران در مقایسه با کشورهای همسایه هم‌چنان بسیار ارزان‌تر است. گرچه تأثیر کلی «سیاست ملی دارویی» مثبت ارزیابی می‌شود اما بدون مشکل هم نبوده است. این مشکل‌ها عبارتند از: کمبودهای مقطعی دارو و نگرانی شدید افراد جامعه از این رخداد، مصرف یا خرید بیش از حد داروها، کیفیت پایین بعضی از



اشکال دارویی سامان یافته و دارای نقش مؤثری بوده‌اند، لیکن، مشکل‌های کیفیت و تأثیر دارو هنوز مورد بحث است. تمام شرکت‌های داروسازی برای اخذ مجوز یا تجدید آن موظف هستند که بر حسب مورد به انجام فرایند زیستی (bioavailability) همسنجی حیاتی (bioequivalency) و کارآزمایی‌های بالینی (clinical trial) محصولات خود بپردازند. اقدام مهم دیگری که توسط «شورای برنامه‌ریزی امور دارویی» مطرح شده این است که یک درصد از قیمت تمام شده اقلام دارویی فقط به امر تحقیق و توسعه (R&D) اختصاص داده شود. این درآمد می‌تواند بر طبق راهنمایی‌های کمیته‌ای با همین

قلم دارو، قبلاً این یارانه به شرکت‌های تولیدکننده دارو پرداخت می‌شد اما در سال ۱۹۹۵ به منظور از بین بردن وابستگی صنعت به دولت، تصمیم بر آن شد که یارانه به شرکت‌های توزیع‌کننده دارو پرداخت شود. گام بعدی انتقال این یارانه به نظام بیمه درمانی (که تمام افراد جامعه را در بر می‌گیرد) خواهد بود. از آنجایی که دولت متعهد شده نظام بیمه درمانی را برای تمام افراد به اجرا بگذارد، در سال آینده شرکت‌های توزیع دارویی با کاهش یارانه مواجه خواهند گردید.

## ■ کیفیت و کارایی

گرچه گروه‌های نظارت‌کننده بر کیفیت و



نام در جهت بهبود کیفیت فرمولاسیون دارو استفاده شود.

### ■ مصرف منطقی

شورا به این نتیجه رسیده که منطقی‌سازی چگونگی تجویز پزشک می‌تواند در مصرف دارو نقش مؤثری را ایفا نماید. برنامه‌هایی در دست اجرا است که در هر استان یک کمیته نظارت بر تجویز دارو ایجاد گردد و این کمیته‌ها با یک شبکه کامپیوتری با کمیته کشوری در تهران ارتباط یابند. وظیفه کمیته کشوری نظارت بر کار کمیته‌های دیگر است. کمیته استانی مرکب از مقام‌های دارو و درمان استان، سه پزشک متخصص از میان دانشگاهیان، یک پزشک متخصص از نظام پزشکی استان و یک دکتر داروساز می‌باشد که همه آن‌ها توسط رییس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی آن استان تعیین می‌گردند نسخه‌ها توسط شرکت‌های بیمه درمانی که هزینه‌های این کمیته را می‌پردازند، جمع‌آوری می‌شود. حداقل یک بار در سال همه پزشکان گزارشی از نحوه تجویز دارو توسط خود را دریافت می‌کنند و در صورت نیاز توصیه لازم جهت بهبود کارشان به آن‌ها داده می‌شود. اطلاعات اولیه از اجرای آزمایشی طرح در دو استان، مؤثر بودن این شیوه را تأیید می‌نماید. در این دو استان تجویز بیش از حد دارو کم شده است و مهم‌تر این است که می‌تواند بسیاری از مردم را از عوارض جانبی داروهای غیرضروری نجات دهد.

### ■ خودکفایی

در حالی که فقط ۳ درصد از محصولات پزشکی مورد نیاز وارد می‌شود و ۹۷ درصد باقی‌مانده در کشور فرموله می‌گردند، اما تقریباً تمام مواد اولیه وارد می‌شوند. پیشرفت در تولید مواد اولیه داخلی از راه‌های زیر انجام می‌گیرد.

\* تخصیص حداقل ۵ درصد از کل بودجه ارزی بخش دارویی به شرکت‌های بخش خصوصی جهت انتقال تکنولوژی و تهیه تجهیزات ضروری.

\* جلوگیری از وارد کردن مواد اولیه‌ای که در کشور تولید شده و کیفیتشان به وسیله وزارت بهداشت تأیید گشته است.

\* ضمانت بازار و در نظر گرفتن قیمت مناسب برای اولین تولیدکننده آن ماده اولیه دارویی.

### ■ توسعه داروهای گیاهی

ایران ضمن آن که کشوری غنی از گیاهان دارویی بوده، دارای تجربه و توانایی‌های زیادی در زمینه چگونگی استفاده از آن‌ها است اما جهت گسترش استفاده از آن‌ها مسیری طولانی را باید طی نمود. داروهای گیاهی باید در بخش امور دارویی ثبت گردد و تاکنون ۷۰ محصول مرحله ثبت رسمی خود را پشت سر گذاشته‌اند. از این ۷۰ محصول ۲۹ محصول آن به بازار دارویی نیز راه یافته است ولی به علت این که داروها تحت پوشش سیاست‌های بیمه درمانی قرار ندارند، پزشکان از تجویز آن‌ها استقبال نکرده‌اند. برای افزایش استفاده از گیاهان دارویی که دارای کیفیت



این امر موجب به وجود آمدن مشکل‌هایی شده است. هر افزایش در محصولات داخلی باید با تأیید کمیته‌ای متشکل از بالاترین مقام‌های مالی کشور انجام گیرد این روال باعث شده که تولیدکنندگان انگیزه زیادی برای تولید نداشته باشند و در نتیجه، در مواردی کشور با کمبود دارو مواجه خواهد شد. میزان سود ناخالص برای تولیدکننده، توزیع‌کننده و داروخانه به ترتیب ۱۳، ۱۱ و ۲۰ درصد از قیمت تمام شده هر دارو است. این قیمت توسط کمیته ویژه‌ای شامل نمایندگان اداره کل امور دارویی، صنعت و سازمان‌های مصرف‌کننده تعیین می‌گردد. تولیدکنندگان، توزیع‌کنندگان و داروسازان فشار زیادی بر دولت وارد می‌کنند تا یارانه‌های دارو حذف شود یا میزان سود افزایش یابد. برای تجدیدنظر در میزان درصد سودی که با مواضع اقتصادی کشور سازگارتر است، شورای برنامه‌ریزی امور دارویی در حال بررسی این مورد می‌باشد.

#### ■ توسعه صادرات داروها

۵۰ کارخانه تولید دارو در ایران می‌توانند فقط با ارایه نیمی از تولیدهای خود بازار داخلی کشور را اشباع نمایند. این افزایش تولید باعث شده که دولت و بخش صنعت برای فروش اضافه تولیدهای خود، بازارهای خارجی را جستجو کنند اما تاکنون موفقیت چندانی حاصل نشده، به دلیل این که شرکت‌های دارویی مدرن چند ملیتی بودجه گزافی را برای بازاریابی هزینه می‌کنند، این عامل باعث عدم موفقیت شرکت‌های ایرانی در این رقابت‌ها است

مطلوب هستند اولین گامی که برداشته شد، تأسیس «کمیته داروهای گیاهی کشور» بود. این کمیته ۹ عضو دارد که شامل مدیرکل امور دارویی، دو فارماکونوزیست، دو پزشک صاحب‌نظر در مورد داروهای گیاهی، یک فارماکولوژیست، یک فرد متخصص در امور دارو، متخصصان گیاهان دارویی و کنترل کیفیت داروهای گیاهی است. اولیاتی که برای آن‌ها در نظر گرفته شده این است که داروهای گیاهی مصوب، در فهرست داروهای رسمی وارد شوند و جهت حمایت از این امر، فهرست این داروها تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفته است. تلاش می‌شود که یک واحد درسی در این مورد در برنامه آموزشی رشته پزشکی اضافه گردد. اشکالی که وجود دارد این است که فقط ۲۷ فارماکونوزیست مجرب (با مدرک PhD) در کشور وجود دارد و ۱۵ نفر دیگر نیز در حال تحصیل هستند. ضرورت آموزش عمومی برای استفاده از داروهای گیاهی آشکارتر می‌شود. اگرچه تسهیلات در جهت تولید داروهای گیاهی بسیار کم بوده، اما پنج کارخانه دیگر در دست ساخت هستند. کارخانه‌های دیگر داروسازی در کنار تولید محصولات خود، ساخت داروهای گیاهی را نیز آغاز کرده‌اند و وزارت بهداشت فعالانه در پی ترویج خط‌های تولید جدید می‌باشد.

#### ■ سیستم قیمت‌گذاری

به واسطه یارانه زیاد دولت، قیمت داروها در ایران در مقایسه با کشورهای همسایه پایین می‌باشد که



وضعیت دارویی اخیر در جهان و در داخل کشور دستخوش تغییراتی گردیده است و بخش دارویی باید خود را با شرایط جدید منطبق سازد. بنابراین، شورای دارویی متعهد شده که یک بررسی جامع از سیاست‌ها در زمینه شناخت توانایی بخش دارویی جهت ادامه مساعدت خود به اهداف بهداشت عمومی را انجام دهد و در عین حال بتواند به‌عنوان یک رقیب قدرتمند در بازار جهانی مطرح شود.

اما از آنجایی که شرکت‌های ایرانی قیمت‌های رقابتی پایینی را برای داروهایشان پیشنهاد کرده‌اند، به نظر می‌رسد راه‌های جدیدی برای فروش داروهای ایرانی باز شده و صادرات داروی ایران در حال رونق گرفتن است. قبلاً بسیاری از کشورهای آفریقایی و آسیایی در فهرست خریداران بیش از ۱۰۰ قلم دارو قرار داشتند.

#### ■ چالش‌های آینده

با تأسیس سازمان تجارت جهانی و امیدواری ایران برای عضویت در آن سازمان و همچنین گسترش اقتصاد بازار جهانی چالش‌های جدیدی به‌وجود آمده است.

منبع —————  
Dinarvand R. Essential Drug Monitor 22, 1996.



## پستخانه مبارکه،



## و بوستان سعدی

دکتر جوان

کامپیوتری نگهداری می‌شود و هر ماه از این فایل استفاده می‌گردد راستش هرچه تفحص کردیم فقط نتیجه گرفتیم بعد از ارسال نشریه اتفاقاتی می‌افتد که ما از آن بی‌خبریم. می‌خواستیم با شرح و تفصیل همین مطالب را بنویسیم برحسب اتفاق چشممان به مطالبی در این زمینه در شماره‌های ۲۴ و ۲۸ هفته‌نامه گل آقا در سال ۷۶ افتاد (۷۶/۷/۳) و (۷۶/۸/۱).

بعد از شکر خدا و تشکر از گل آقا کلیشه مطالب پیش گفته را عیناً و بدون شرح! به چاپ می‌رسانیم. زیاده عرضی نیست!

سعدی علیه‌الرحمه در کتاب بوستان از فردی حکایت می‌کند که بر اثر پاره بودن کفش و پابرهنگی بسیار ناراحت و دل‌تنگ بوده، از خانه خارج شده و به سمت مسجد جامع شهر می‌رود تا از خدا مدد جوید. از قضا گدایی یک‌پا را جلوی در مسجد می‌بیند. پس خدا را شکر کرده و به منزل باز می‌گردد.

حالا حکایت ماست. هر روز چند نامه به دفتر ماهنامه می‌رسد که از عدم دریافت یکی از شماره‌های ماهنامه شکایت دارند. از آن‌جا که فهرست مشترکان «رازی» در یک پرونده



مشکل دیگر مشترکین شماست (دیر رسیدن یا هرگز نرسیدن) و لذا با توجه به تأییدنامه حاکم بر شرکت پست، خواهشمند است که اشتراک‌ها را لغو نمایید.

لفظ جهت اطلاع به عرض می‌رساند از زمان شروع اشتراک که نمی‌دانم کی بوده است، تا این زمان که شماره ۳۲۱ در دستم است، شماره‌های ۳۰۹ و ۳۱۱ و ۳۱۷ و ۳۱۹ را دریافت نکرده‌ام. وجه اشتراک هیچ قبلی ندارد و به هر روشی می‌توانید آن را شرح کنید و لفظ از طریق پست، کار را انجام دهید.

در پایان پیشنهاد می‌نمایم که ارسال نشریات را می‌توانید با استفاده از صورت‌سوار به‌طور قراردادی حداقل در سطح تهران انجام دهید.

باتشکر  
سیدمجتبی ...

در تکمیل هراپسی که تا حالا در این خصوص به استحضار خوانندگان رسانده‌ایم، مجدداً عرض می‌کنیم: ما هیچ گله‌ای از کارکنان پست نداریم. علت ناسامانی پست هرچه باشد، مسلم این است که مؤسسه گل آقا در این سالها در ارتباط با اشتراک، خدمات

مغزهای سنگینی از ناسامانی پست متحمل شده که گسترش آن، سلب اعتماد عمده‌ای از مشترکین گل آقا از ما (که احترام به مردم و خوانندگان را در صدر اهداف خود داشته‌ایم و داریم) بوده است. (حالا زیانهای مادی آن، هیچی).

خدمات را در سالهای متحمل شده‌ایم که پست به شهادت آمار موجود در مؤسسه گل آقا، میلیونها تومان از محل اشتراک نشریات گل آقا توسط هموطنان شریف و خوانندگان عزیز گل آقا، از ما دریافت کرده است.

اکنون بی‌هیچ گله‌ای از زیانهای مادی، فقط برای حفظ اعتبار گل آقا که نمی‌خواهد اعتماد خوانندگان ارزشمند خود را به هیچ قبضتی از دست بدهد، مجدداً اعلام می‌کنیم که تا وضع پست به سامان نرسد، از قبول مشترک برای تهران و شهرستانها، معذوریم.

البته نشریات مشترکین سابق را اجباراً از طریق پست تا آخرین شماره تقدیم این عزیزان خواهیم کرد، ولو مجبور بشویم بعضی شماره‌ها را برای بعضی از مشترکین به علت ناسامانی پست، دوسار (یا حتی چندبار) بفرستیم.

مختصره  
سوزد هرود حرم و جوش از دست پستند  
و باور گوییدن ملت منکم بر مدافعتکار جانی و غیره ۱

در شماره ۱۲ (دوازدهم تیرماه ۷۶) در همین ستون، نامه یکی از مشترکین گل آقا را عیناً چاپ کرده بودیم که در سطر آن به قرار زیر بود:

مشترک مجله شما هستیم، ولی همیشه مجله با دیر به دستم می‌رسد و یا این که بعضی شماره‌ها به دستم نمی‌رسد.

اکنون عرض می‌کنیم که هر دم از این باغ، بری می‌رسد. این هم یکی دیگر از میان صدها شکایتی که از طریق تلفن، دوتویس و نامه به دست ما می‌رسد:

یکی از اهدافم از اشتراک نشریات گل آقا دریافت مرتب آنها و نیز تعدادشتن دغدغه‌های پیرامون فراموشی بوده است.

حداکثر آنکه در یکی از شماره‌های اخیر هفته‌نامه ذکر شده بود، مشکل این‌جانب مانند

**بکرا از اهدافم از اشتراک نشریات گل آقا دریافت مرتب آنها و نیز تعدادشتن دغدغه‌های پیرامون فراموشی بوده است.**

**حداکثر آنکه در یکی از شماره‌های اخیر هفته‌نامه ذکر شده بود، مشکل این‌جانب مانند**

**مشکل دیگر مشترکین شماست (دیر رسیدن یا هرگز نرسیدن) و لذا با توجه به تأییدنامه حاکم بر شرکت پست، خواهشمند است که اشتراک‌ها را لغو نمایید.**

**لفظ جهت اطلاع به عرض می‌رساند از زمان شروع اشتراک که نمی‌دانم کی بوده است، تا این زمان که شماره ۳۲۱ در دستم است، شماره‌های ۳۰۹ و ۳۱۱ و ۳۱۷ و ۳۱۹ را دریافت نکرده‌ام.**

**وجه اشتراک هیچ قبلی ندارد و به هر روشی می‌توانید آن را شرح کنید و لفظ از طریق پست، کار را انجام دهید.**

**در پایان پیشنهاد می‌نمایم که ارسال نشریات را می‌توانید با استفاده از صورت‌سوار به‌طور قراردادی حداقل در سطح تهران انجام دهید.**





**کتابخانه**

**آبدارخانه مبارکه و پستخانه مبارکه**



«... اواخر فروردین یا اوایل اردیبهشت ۷۶ توسط برادرم در تهران، دو سالنامه ۷۵ یکی برای من و یکی برای یکی از دوستان در سوئد سفارش داده شد. مال دوست‌مان بعد از دو - سه هفته رسید، ولی مال من در تاریخ ۲۹ مرداد یعنی درست بعد از چهار ماه رسید. اما طرز بسته‌بندی کتاب برایم جای سؤال داشت. اول اینکه بسته‌بندی بدون محافظ پلاستیکی بود. دوم آنکه با همان کاغذ مقوایی که برایتان فرستادم، به همان شکل پاره شده بود و کتاب را با نخ نایلونی تکه‌تکه شده و دو رنگ بسته‌بندی کرده بودند. صد البته بعید است از مجله شما که به این شکل صورت گرفته باشد. خواستم مراتب را به عرض شما عزیزان برسانم...»

سوئد - «شاعر صنعت‌کار»

«اگر هیچ‌کس خبر نداشته باشد، خوانندگان عزیز التفات دارند که اصحاب و اذنب آبدارخانه چه جایگاه رفیعی برای صاحبان اصلی آبدارخانه، یعنی همین خوانندگان عزیز قایل هستند و برای همین است که کلیه امور مربوط به آنها را با یک دقت و وسواس‌گونه‌ای انجام می‌دهند.

خوانندگان عزیز این را هم می‌دانند که گل آقا هیچ وقت اولاً رنگ عوض نمی‌کند. ثانیاً جناحی نیست، برای همین هم هست که بسته‌های پستی را با نخ تک رنگ و از چهار جناح مهار می‌کند. بعد به اداره پست تحویل می‌دهد. در هسر حال چسب در ردیف بودجه آبدارخانه، جبران خسارات وارده از طرف پستخانه مبارکه پیش‌بینی شده است، از آقای صنعت‌کار می‌خواهیم اگر سالنامه تعادلی دریافتی، رضایشان را جلب نمی‌نماید ما یک نسخه دیگر برایشان ارسال بنماییم!

در ضمن: ضمائم ذکر شده در نامه ایشان برای نمایش احتمالی در موزه هنرهای پستخانه مبارکه، به شیر سماور آبدارخانه مبارکه آوریزان شد!

«فشنر»

سؤال پیگیری شکایات خوانندگان از پستخانه مبارکه و مأمور کویدن شست‌محکم بر همان استکار جهانی و غیره...!