



# گزیده‌های منهای دیست

## 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 خردگان از انتشار اولین شماره رازی، نامه اعمالمان را آن قدر قطع 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... حالمان خوب شود. آن قدر انرژی بگیریم که همچون مدیر مسؤول محترم و سردبیر نازنین پا بر زمین محکم کنیم که: «به هر حال ما ادامه خواهیم داد». این سر زدن‌ها به شماره‌های پیشین ایده‌ای را در ذهن نشاند که گزیده‌هایی از همان شماره و صفحات مشابه ماه انتشاراتی فعلی‌مان 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 پی 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 گمشده‌ای که گفته‌اند:

«بهشت گمشده» همان گذشته‌ای است که برای همیشه از دست داده‌ایم، ولی ما قطعاتی از آن گذشته را در جلد‌های 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 انتهای / دکتر مجتبی سرکندی
- ۳ - درمان بی‌اشتهاای 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

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



# آنرازیک آنها

دربیافت 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 می‌گردد و می‌فهمی در محیطی مجبور به کار هستی که تنها مراقبت دائمی آن نصیبت 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 پا 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 و گرنه 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 جزی شکسته بود از معمار پرتلاش ایراد گرفت و پاداش وی را با از بالای قصر به پایین پرتاب کردنش داد.

حاصل؟ به عنوانین مختلف دلسرد می‌شوی و از صحنه کنار می‌روی. اندیشه‌هایت را هرچند ناب باشد برای خود نگه می‌داری. می‌اندیشی که چرا تلاش، چرا ساختن و سپس با مجازات رو به رو 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 – به عنوان یک تجربه تلخ – از تحصیل علم نهی می‌کنی و آنان را به کاسی 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 بر صدر می‌نشینند و آدم «زرنگ» و «باوهش» خوانده می‌شوند، یعنی «مجازات» به جای «پاداش» رواج دارد. چنین رفتاری کاملاً طبیعی است.

پس به شغل خود به عنوان کاری موقت نگاه می‌کنی و در صدد آن هستی که در اولین فرصت، از موقعیت کنونی، به موقعیت بهتر و بالاتر دست یابی،

تلاش، اندیشه و ایده‌های موفقیت‌آمیز تو ... بگذریم. با این حال، هرچه بیشتر کارکنی، 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 دردآور این که به آن موتورهای خراب بیشتر از این موتور سالم می‌رسند. معیار کارشناسی جهت ارزشیابی هم همین گونه است. آنان که نرم خوتو و سر زبان دارتر 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، بداخله، بذیبان و کسی که قدرت هماهنگی با محیط کار را ندارد و ... می‌شوی. آن گاه در می‌یابی که این راه نیز برای ارتقا مسدود است. به فکر استخدام می‌افتد و حکایت آن خانم دکتر را پیدا می‌کنی که بعد از ۷ سال تلاش از ساعت ۷ صبح (به جای ۸)، پی‌گیری مرضی‌های بدحال – در ساعات بیکاری عصر – و دوندگی‌های یک ساله برای گرفتن ردیف از یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی، پاسخی که از سازمان امور استخدامی کشور دریافت می‌کنی این است که برای استخدام اصلاح نیستی. آن خانم دکتر که اخلاقیت در محیط کار و بین بیماران زبان زد عام و خاص بود، اکنون دارای برخوردي بسیار سرد و اداری است و فقط به فکر پایان ساعت کار می‌باشد.

کم‌کم به یاد سئنّمار – معمار معروف – می‌افتد که برای نعمان – پادشاه حیره – قصری بسیار زیبا



منجریه 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 اشار مختلف جامعه با اصحاب دولت می‌باشد. به خصوص در این شرایط که ریس 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 سرکندي

گاهی برای انجام این امر به تمام تحصیلات و دود چراغ خوردن‌های خود - تجربه تلخ! - پشت پا می‌زنی و به جمع دلالان می‌پیوندی. در اینجا باید از مسؤولان خواست که زیر بال و پر این جوانان را که جامعه هزینه گزافی برای تربیت آن‌ها پرداخته است، بگیرند. پی‌آمد های این امر برای جامعه بسیار خطرناک می‌باشد. در جامعه‌ای که کمتر کسی شغل خود را آن‌چنان که باید جدی و دائمی 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، به طور دائم 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 دایماً مرور کرد تا معلوم گردد که با پنج اصل اخلاقی: نیکوکاری، استقلال، به دور از حیله‌گری، انصاف و سودمندی وفق دارد.

اگرچه تمام این موارد قابل تفسیر هستند، ولی میان تفسیر بیماران ما با آن‌چه خود ما تصویر 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

تعییر 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.

پژوهشکاران 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 دانشمندان فوق اعتقاد دارد که این کار، احتیاج به درگیری با بیمار برای هر لقمه از غذا دارد.



اگرچه سختگیری در مورد رژیم غذایی بیمار بسته‌ی، باعث افزایش وزن می‌شود ولی درمان با رژیم غذایی ملایم برای بیشتر بیماران نتیجه بخش‌تر است. با این وجود، چنانچه بیماری علی‌رغم برخورد ملاطفت‌آمیز 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.

**سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود**  
این است که آیا ما بی‌اشتهاایی را درمان می‌کنیم یا این که به بهانه عدم پذیرش بیمار و نزدیکان او، این قدرت را پیدا می‌کنیم که از درمان سر باز نیم. ●

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 به صورت جزیی یا متناوب است، کیفیت زندگی بیمار هنوز هم قابل قبول پنداشته خواهد شد و در این حالت چه کسی می‌تواند راجع به مسئله بحثی داشته باشد؟

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

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

هنوز بعضی بیماران هستند که به خوبی درمان پذیر 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 بی‌اشتهاایی را به عنوان هدف درمان تأیید کند، حتی اگر این کار به عنوان 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 بی‌اشتهاایی گاهی مخالف و گاهی دمدمی هستند. سوالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که آیا ما بی‌اشتهاایی را درمان می‌کنیم یا این که به بهانه عدم پذیرش بیمار و نزدیکان او، این قدرت را پیدا می‌کنیم که از درمان سریاز نیم. با توجه به این که خودداری بی‌اندازه از غذا خوردن ناشی از بی‌اشتهاایی عصبی می‌تواند موجب لاغری مفرط شود، آیا ما می‌توانیم به سوی یک حرکت غیرمناسب در رابطه با درمان بیماری حرکت کنیم؟



برای عبور از این مرحله به نظر می‌رسد. اگرچه درمان‌های تجربه شده در زمان پیاده شدن روی بیمار، کاملاً سزاوار سرزنش بوده است اما به دلیل این که باعث بهبودی کامل بی‌اشتهايی 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.

**۹۹ بی‌اشتهايی عصبی یك حالت فروتنی در بیمار پدید می‌آورد که برای درمان آن اقتضاء می‌کند که کارکنان بیمارستان پایبند به اصول اخلاقی باشند. ۶۰**

کلام آخر این که بی‌اشتهايی عصبی یك 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.

**۹۹ خوشحالی پزشکان از بهبودی بیمارانی که ده سال یا بیشتر مبتلا به بی‌اشتهايی عصبی مزمن بوده‌اند، نباید باعث شود که آن‌ها از ادامه درمان چنین افرادی دست بکشند. ۶۰**

خوشحالی پزشکان از بهبودی بیمارانی که ده سال یا بیشتر مبتلا به بی‌اشتهايی 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 بی‌اشتهايی 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 عمیق ترین سطح بی‌اشتهايی عصبی مشخص که بیمار خودش نیز نسبت به درمان احساس اینمی نداشته و در رسیدن به این حالت دچار مشکل است، ما به عنوان 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 نومیدی 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 رستکار

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 تجارتی (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 فرآوردهای 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، اما روزه، تقریباً ۹۷ درصد از داروها به وسیله شرکت‌های ایرانی تولید می‌شوند.<sup>۳</sup> درصد باقی مانده بنابر دلایل مالی و فنی نمی‌توانند در کشور ساخته شوند، به همین دلیل از خارج وارد می‌گردند. مردم می‌توانند داروخانه‌ایشان 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.

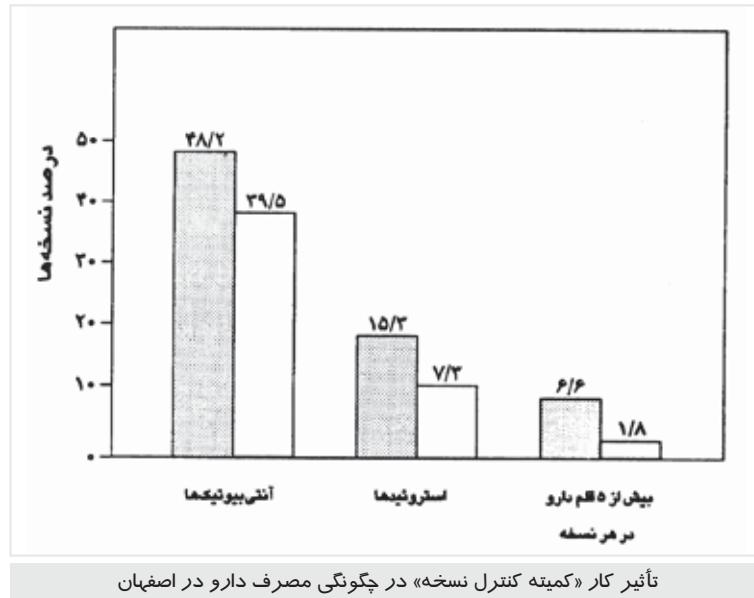
### ■ استراتژی‌های تازه برای دوره‌ای جدید

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 خدمانت کند و محدودیت منابع را مورد شناسایی قرار دهد. این شورا دارای ۱۵ عضو است که اعضای آن شامل نمایندگانی از تمام بخش‌های داروخانه‌دار، دانشگاهیان، نمایندگان امور دارویی، شورای نظارت و انجمان داروسازان ایران هستند. هفت کمیته: تحقیق و توسعه، مصرف منطقی داروهای، 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 عنده دارد.

تأمین داروی کافی همیشه یکی از اولویت‌های دولت بوده است برای انجام این امر اقداماتی توسعه «شورای برنامه‌ریزی امور دارویی» انجام گرفته که عبارتند از: اختصاص دادن سهمیه ارزی بیشتری برای بخش دارویی کشور، فراهم‌آوردن 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 به طور بنیانی مورد توجه قرار گرفت اما در دهه ۱۹۹۰ سیاست جدید اقتصادی به طور 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 مقطعي 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 فراهمی زیستی (bioavailability) همسنگی حیاتی (bioequivalency) و کارآزمایی‌های بالینی (clinical trial) محصولات خود پردازند. 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. قبل 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 توزیع کننده 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 کارآیی**  
گرچه گروه‌های نظارت‌کننده بر کیفیت و



## ■ خودکفایی

در حالی که فقط ۳ درصد از محصولات پزشکی مورد نیاز وارد می‌شود و ۹۷ درصد باقی‌مانده در کشور فرموله می‌گردد، 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

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 رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی آن استان تعیین می‌گرددند 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.



این امر موجب به وجود آمدن مشکل‌هایی شده است. هر افزایش در محصولات داخلی باید با تأیید کمیته‌ای مشکل 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، توزیع کننده و داروخانه به ترتیب ۱۳، ۱۱ و ۲۰ درصد از قیمت تمام شده هر دارو است. این قیمت توسط کمیته وزیری شامل نمایندگان اداره کل امور دارویی، صنعت و سازمان‌های مصرف‌کننده تعیین می‌گردد. تولیدکنندگان، توزیع کنندگان 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 موضع 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 اشبع 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 گرافی 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 مدیر کل امور دارویی، دو فارماکوگنوژیست، دو پزشک صاحب‌نظر در مورد داروهای گیاهی، یک فارماکولوژیست، یک فرد متخصص در امور دارو، متخصصان گیاهان دارویی و کنترل کیفیت داروهای گیاهی است. اولویتی 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 فارماکوگنوژیست م的根本 (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، سورای دارویی متعهد شده که یک بررسی جامع از سیاست‌ها در زمینه شناخت توانایی بخش دارویی جهت ادامه مساعدت خود به اهداف بهداشت عمومی را نجام دهد و در عین حال بتواند به عنوان یک رقیب قدرتمند در بازار جهانی مطرح شود.

منبع  
Dinarvand R. Essential Drug Monitor 22, 1996.

اما از آنجایی که شرکت‌های ایرانی قیمت‌های رقابتی پایینی را برای داروهای ایشان پیشنهاد کرده‌اند، به نظر می‌رسد راه‌های جدیدی برای فروش داروهای ایرانی باز شده و صادرات داروی ایران در حال رونق گرفتن است. قبل از 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 به وجود آمده است.



# پوسته مبارکه

## کلش

### وبوستان سعدی

دکتر جوان

کامپیوتری نگهداری می شود و هر ماه از این فایل استفاده می گردد راستش هرچه تفحص کردیم فقط نتیجه گرفتیم بعد از ارسال نسخه اتفاقاتی می افتد که ما از آن بی خبریم. می خواستیم با شرح و تفصیل همین مطالب را بنویسیم بر حسب اتفاق چشممان به مطالبی در این زمینه در شماره های ۲۸ و ۲۹ هفتمنامه گل آقا در سال ۷۶ افتداد (۷۶/۳) و (۷۶/۸/۱).

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

سعدی علیه الرحمه در کتاب بوستان از فردی حکایت می کند که بر اثر پاره بودن کفش و پابرهنگی بسیار ناراحت و دلتنگ بوده، از خانه خارج شده و به سمت مسجد جامع شهر می رود تا از خدا مدد جوید. از قضا گدایی یک پا را جلوی در مسجد می بیند. پس خدا را شکر کرده و به منزل باز می گردد.

حالا حکایت ماست. هر روز چند نامه به دفتر ماهنامه می رسد که از عدم دریافت یکی از شماره های ماهنامه شکایت دارند. از آن جا که فهرست مشترکان «رازی» در یک پرونده



معنوی سنجی از ناسامانی پست متحمل شده که کشته‌انه سلب اختیار مددکار از مشترکین گل آقا از ما (که اختیار به مردم و خوانندگان را در صدر اهداف خود داشتند و داریم) بوده است. (حالا زبانهای مادی آن، هیچی).

خدمات را در سالهای پیش متحمل شدایم که پست به هفادت آثار موجود در مؤسسه گل آقا، میلیونها تومان از مبلغ اشتراک نسخه‌های گل آقا توسعه هموطنان شریف و خوانندگان همیز گل آقا، از سایر اینات کرده است.

اکنون بی هیچ گاهای از زبانهای مادی، فقط برای حفظ اینها گل آقا که نسخه‌های احتساس خوانندگان ارزشمند خود را به هیچ کیمی از دست بددهد، مجدد آنها من کنیم که نا وفع پست به سایر نرسد از قبیل مشترک برای تهران و شهرستانها مذکور.

البته نسخه‌های مشترکین سایق را اجباراً از طریق پست تا آخرین شماره تقدیر این خزان خواهیم کرد، ولی مجبور بشویم بعض شماره‌ها را برای بعض از مشترکین به هلت ناسامانی پست، دوسار (با حق چندیار) پفرستیم.

سرورهای غوره و جوش از پست پست دارند، گزیده مدت سکم بر ملا مختار جعلی، وغیره.



مشکل دیگر مشترکین شناس است (دیر رسیدن به هرگز ترسیدن) ولذا با توجه به ناسامانی حاکم بر شرکت پست، خواهشمند است که اشتراک را لغو شاید.

شرط اشتراک که نسخه‌ای کی بوده است، تا این زمان که شماره ۳۲۱ در دستم است، شماره‌های

۳۱۹ و ۳۲۰ و ۳۲۷ و ۳۲۹ را در پیش از مبلغ ۳۲۱

روجه اشتراک همچ یقابی ندارد و به هر روشی من توانید آن را خرج کنید و فقط از طریق پست، کار را انجام ندهید.

در پایان پیشنهاد می‌نمایم که ارسال نسخه‌ای

در شماره ۱۲ (دوازدهم تیرماه ۱۴۰۶) در همین متوف، نام یکی از مشترکین گل آقا را قراردادی حاصل در سطح تهران انجام دهد.

عن آنچه کرد، بودیم که در سطر آن به فرار

زیر بود.

مشترک مجله شما هست، ولی همیشه مجله با دیر به دستم میرسد و یا این که بغضن شماره

به دستم نمی‌رسد.

اکنون هر چیز من کنیم که هر دم از این باغ، بری می‌رسد، این هم یکی دیگر از میان

صدھا شکایت که از طریق تلفن، دوستی و

نامه به دست ما میرسد:

و یکی از اهداف از اشتراک نسخه‌ای گل آقا

خصوص به استحضار خوانندگان رسانده‌ایم،

محدود هر چیز من کنیم که از

کارگران پست ندارم، ملت ناسامانی پست

پیرامون فرم ارشی بوده است.

مسأله‌گزینی که در یکی از شماره‌های اخیر

هر چند، سلم این است که موزه گل آقا

همه‌نامه ذکر شده بود، مشکل این جایب سائل

در این سالها در ارتباط با اشتراک، صدای

تکرار اهدافها از اشتراک نسخه‌ای که تا آن در این مدت نداشتند، آنها و غیره داشتند  
همانگونه که در یکی از شماره‌های مذکوره من مددکار شدمی مشکل بمحاب مافت  
مشکل دیگر مشترک بنتی است (دیر رسیدن به هرگز ترسیدن) و

با توجه به مسلسل حاکم بر شرکت پست خواهشمند است که اشتراک کم و الغرضی  
لطف چشم اطلاع به هر چیز من کنیم که کشند نمکنیم من تا این  
کن نظره ۳۲۱ در دستم است شماره‌ای ۳۱۹ و ۳۲۰ و ۳۲۷ و ۳۲۹ را در پیش از مبلغ ۳۲۱  
جهاده اشتراک همچ یقابی ندارد و به هر روشی از خرج کنید و فقط از طریق پست  
کاره انجام ندهید. در یکی از شماره‌های اخیر کاره اسناد نسخه‌ای کاره اسناد نسخه‌ای کاره اسناد نسخه‌ای در سطح تهران انجام دهد.



# کل رسانه

## آبدارخانه مبارکه و پستخانه مبارکه



... او اخیر فروردین یا اوایل اردیبهشت ۷۶ توسط پرادرم در تهران، دو سالنامه ۷۵ یکی برای من و یکی برای یکی از دوستان در سوئیت سفارش داده شد. ممال دوست مان بعد از دو - سه مفته رسید، ولی ممال من در تاریخ ۲۹ مرداد یعنی درست بعد از چهار ماه رسید. اما طرز سنته بندی کتاب پرایم جای سؤال داشت. اول ایسکه سنه بندی بسدون محافظه پلاستیکی بود. دوم آنکه با همان کاشف مقواصی که برایان فرستادم، به همان شکل پاره شده بود و کتاب را با نفع نایلونی تکه تکه شده و دو رنگ سنته بندی کرده بودند. مسد السته پیهد است از مجله شما که به این شکل صورت گرفته باشد. خواستم مراتب را به عرض شما عزیزان برسانم...\*

سوند - «شارخ صنعت کار»

- اگر هیچ کس غیر نداشته باشد، خوانندگان حزیر انتقادات دارند که اصحاب و اذناب آبدارخانه چهه جایگاه رفیعی برای سایهان اصلی آبدارخانه، یعنی همین خوانندگان عزیز قابل هستند و برای همین است که کلیه امور مربوط به آنها را یک دقت و سوساس گزندای انجام می دهند.

خوانندگان عزیز این را هم می دانند که گل آنا هرچ وقت اولاً رنگ عرض نمی کند. نایاب جناسی نیست، برای همین هم هست که سنته های پیش را با نفع تک رنگ و از جهار جناح مهار می کند. بعد به اداره پست تحویل می دهد. در هر حال چون در ردیف بودجه آبدارخانه، جبران خسارات وارد از طرف پستخانه مبارکه پیش بینی شده است، از آنای صنعت کار می خواهیم اگر سالانه تصادری دریافتی، رضایتشان را جلب نمی نماید ما یک نسخه دیگر برایشان ارسال بنماییم!

در همین، خمامم ذکر شده در نامه ایشان برای تعایش احتمالی در موزه هنرهای پستخانه مبارکه، به شیر سماور آبدارخانه مبارکه آوریان شد!

### خطنامه

مسئول پیگیری شکایات خوانندگان از پستخانه مبارکه  
و مأمور کویدن مشت محکم بر «مان استکبار جهانی و غیر...!»