



گزیده‌های منهای بیست

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

انتخاب و تدوین از: فرض

مقدمه

زیرعنوان بالا مطالبی از رازی ۲۰ سال پیش در همین ماه ارایه می‌شود. گذشت ۲۳ سال و خرده‌ای از انتشار اولین شماره رازی، نامه اعمالمان را آن قدر قطور و سنگین کرده که بشود گاهی 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 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 نشانند که گزیده‌هایی از همان شماره و 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 چه نوشت در مورد عرصه دارو در ایران و جهان. 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، همان بهشت گمشده‌ای که گفته‌اند: 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 گزیده‌های منهای ۲۰ به شرح زیر است:

- ۱ - فهرست مطالب در شماره مرداد ماه ۱۳۷۲ / به کوشش دکتر مجتبی سرکندی
- ۲ - کدام طفل تب‌دار می‌تواند به‌عنوان بیمار سرپایی معالجه شود؟ / دکتر ثریا منتظری
- ۳ - نقش بیشتر داروسازان در زنجیره بهداشتی - درمانی / دکتر سهیلا کریمیان
- ۴ - نژادپرستان و مشکلات پزشکی / دکتر فیض‌الله توحیدی

فهرست مقالات مرداد ماه ۱۳۷۲

تهیه و تنظیم: دکتر مجتبی سرکندی

عنوان	نام نویسندگان یا مترجمان
سرمقاله: خط پایان، آغاز گرفتاری‌ها	روشن ضمیر، فرشاد
شرین‌کننده‌های طبیعی و سنتتیک	قنادی، علیرضا - سجادی، سید ابراهیم
فارماکوتراپی صرع (قسمت دوم)	ثمینی، مرتضی
مهارکننده انکفالیناز	رضایت، مهدی
کدام طفل تب‌دار می‌تواند به‌عنوان بیمار سرپایی معالجه شود؟	منتظری، ثریا
سخن نو	واحد علمی شرکت سهامی دارویی کشور
آشنایی با پایان‌نامه‌های داروسازی	شهبازی خمس، محمدحسین
نقش بیشتر داروسازان در زنجیره بهداشتی - درمانی	کریمیان، سهیلا
نسخه‌نویسی در یک نگاه (قسمت پانزدهم)	سیامک‌نژاد، فریدون
نژادپرستان و مشکلات پزشکی	توحیدی، فیض‌الله
گذر و نظر	آشنا، فریدون

کدام طفل تب‌دار می‌تواند به‌عنوان بیمار سرپایی معالجه شود؟

دکتر ثریا منتظری

واحد علمی شرکت سهامی پخش رازی

از کالج پزشکی ویسکونسین در میلواکی می‌گوید: «پس از شروع آنتی‌بیوتیک درمانی تجربی مبتنی بر تشخیص، نباید درجه حرارت اطفال بالا رود. دوره درمان واقعی بستگی به کار اولیه و نتایج بعدی کشت میکروبی دارد.»

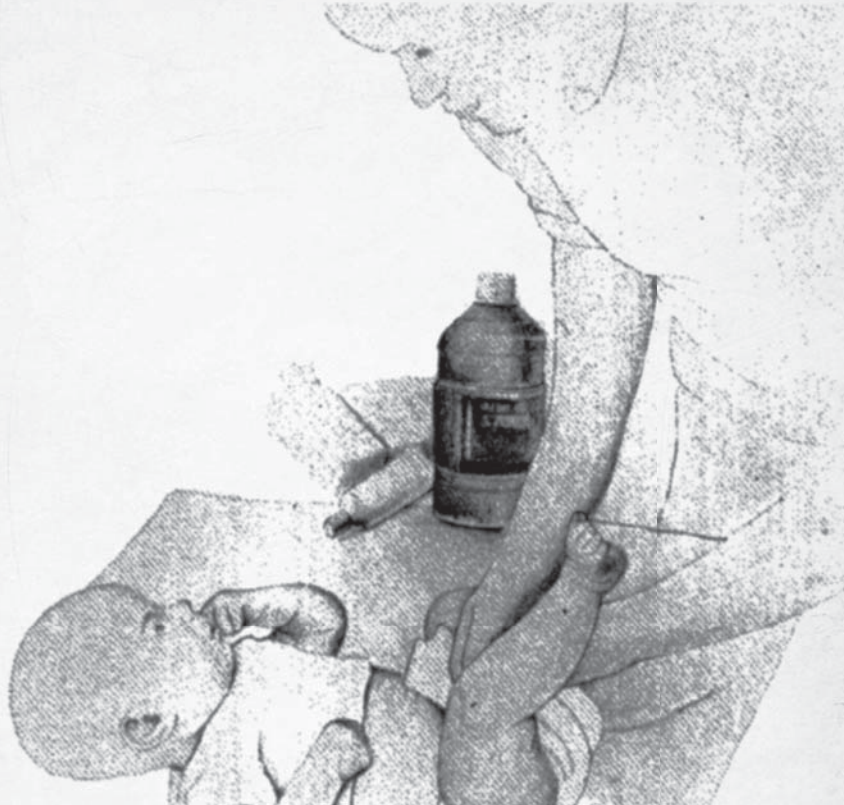
در طول یک مطالعه ۱۱ ماهه، دکتر Bonadio و چند نفر از محققین این مساله را بررسی کردند که آیا در اطفالی که تب دارند و ۲۴ ساعت پس از آغاز تجویز وریدی آنتی‌بیوتیک‌ها تبشان قطع می‌شود، نسبت به آن‌هایی که تب آن‌ها به درمان پاسخ نداده، احتمال ابتلا به عفونت میکروبی بیشتر نیست؟ مطالعه بعدی آن‌ها شامل ۱۶۱ طفل ۸-۴ هفته‌ای بود که درجه حرارت رکتال آن‌ها بالای

نوزادان ۴ تا ۸ هفته‌ای تب‌دار را معمولا در بیمارستان بستری و با آنتی‌بیوتیک‌های تزریقی درمان می‌کنند.

نوزادان تب‌دار چهار تا هشت هفته‌ای، ایمنی محدودی دارند و هر نوع علامت عفونت جدی حکم بر بستری شدن آنان می‌نماید ولی بعضی از آن‌ها را که به نظر می‌رسد وضع بهتری داشته باشند، می‌توان پس از یک تزریق عضلانی به منزل فرستاد.

نوزادان ۸-۴ هفته‌ای تب‌دار را معمولا در بیمارستان بستری و با آنتی‌بیوتیک‌های تزریقی درمان می‌کنند ولی یک گروه از محققین ویسکونسین (wisconsin) پیشنهاد کرده‌اند که گروهی از اطفال تب‌دار دقیقا انتخاب شده را می‌توان به‌عنوان بیمار سرپایی به‌طور موفقیت‌آمیزی درمان نمود، چون بیشتر اطفال تب‌دار عفونت باکتریایی جدی ندارند.

«اگرچه شواهد پیشنهاد می‌کند که هر قدر تب بالاتر باشد، احتمال بیشتری از عفونت باکتریایی وجود دارد، بنابراین، نمی‌توان به‌طور قابل اعتمادی نتیجه را براساس درجه حرارت پیشگویی نمود.»
دکتر William A. Bonadio استادیار رشته اطفال



اگر نتیجه کشت از نظر باکتری پاتوژن مثبت باشد، درمان باید متناسب با وضعیت طفل بیمار انطباق پیدا کند.

کامل نمی‌توان زوایا را از نظر دور نگهداشت، زیرا حتی اگر طفل تب‌داری بهبود یافته به نظر برسد ممکن است هنوز مبتلا به عفونت جدی باکتریایی باشد. علاوه بر یک معاینه کامل فیزیکی، ارزیابی باید شامل CBC، بزل کمری (پونکسیون لومبر) آزمایش ادرار و کشت مایع مغزی - نخاعی، خون

۳۸ قرار داشت و به بخش اطفال بیمارستان میلواکی آورده شده بودند. همه آنها از نظر عفونت مورد بررسی قرار گرفتند و درمان وریدی با یک سفالوسپورین نسل سوم آغاز شد. بین ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از شروع درمان، محققین در ۱ نفر از ۱۸ طفل مبتلا به عفونت جدی باکتریایی (مننژیت، وجود باکتری در خون، عفونت مجاری ادرار، انتزیت سالمونلایی) و در ۲۷ مورد از ۱۴۳ طفل فاقد عفونت جدی باکتریایی، درجه حرارت بالای ۳۸ را گزارش نمودند. دکتر Bonadio معتقد است که: «به هر حال در یک ارزیابی

تلقی کرد. دکتر Bonadio می‌گوید: «پس از بررسی کامل و با یک تزریق عضلانی ۵۰ mg/kg از سفتریآکسون (Ceftriaxone) شروع کرده و سپس طفل را به منزل بفرستید. برای هر تب بالاتر از ۳۸/۵ درجه سانتی‌گراد، باید به طفل ۱۰ تا ۱۵ میلی‌گرم استامینوفن به ازای هر کیلوگرم وزن بدن هر ۴ ساعت یک بار داده شود.»

پس از ۲۴ ساعت، طفل باید جهت تکرار معاینات فیزیکی بازگردانده شده و گزارش بهبود بیماری از والدین یا پرستار گرفته شود. دکتر Bonadio می‌گوید: «هیچ احتیاجی نیست که بررسی‌های عفونی را تکرار کنید، مگر این‌که حال طفل بدتر شود، زیرا نتیجه کشت میکروبی، معیار ارزنده‌ای است.» اگر طفل هنوز خوب به نظر می‌رسد، برای اطمینان از کافی بودن درمان با آنتی‌بیوتیک برای ۴۸ ساعت (در هنگامی که هنوز جواب کشت روشن نشده) یک دوز ثانوی سفتریآکسون داده می‌شود.

زمان ترخیص بیماران مبتلا به مننژیت باکتریایی یا عفونت باکتریایی در خون (باکتری می) بستگی به نتایج تکرار کشت‌ها و طی دوره بالینی خواهد داشت.

و ادرار باشد. اگر طفل مبتلا به سرفه چشمگیر صداهای تنفسی غیرطبیعی یا انقباضات باشد باید از قفسه سینه عکسبرداری شود. اسپهال خونی نیز سبب یک کشت مدفوع می‌شود.

اطفالی را که به نظر می‌رسد بهبود یافته‌اند و هیچ کانون آشکاری از عفونت ندارند، به علاوه فاقد خون در مدفوع بوده و ارزیابی عفونت در آن‌ها منفی باشد، مایع مغزی-نخاعی و ادرار هم طبیعی بوده و تعداد گلبول‌های سفید محیطی آن‌ها کمتر از ۱۵۰۰۰ باشد و عکس طبیعی قفسه سینه دارند (اگر انجام شود) می‌توان به‌عنوان بیمار سرپایی



پس از ۴۸ ساعت دیگر، باید مساله را پی‌گیری نمود و نتایج کشت را به والدین اطلاع داده و در مورد بهبود طفل تحقیق نمود. اگر تمام نتایج منفی باشد، می‌توان تصور کرد که احتمالا عامل عفونت ویروسی است و باید مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها را قطع نمود.

دکتر Bonadio بیان می‌کند: «در این مطالعه ۳۱ نفر از ۱۴۳ طفل، بدون عفونت‌های باکتریایی جدی، مننژیت آسپتیک داشتند و ۱۱۲ نفر مبتلا به بیماری تب‌دار غیراختصاصی با کشت منفی بودند. در حدود ۹۰ درصد عفونت‌های اطفال زیر سن ۸ هفته، بیماری‌های تب‌دار بوده است. اپیدمی انتروویروس معمولا در تابستان و عفونت‌های ویروسی تنفسی اغلب در زمستان شایع‌تر است. اگر در بررسی اولیه، طفل بی‌قرار بوده یا پرفوزیون مخاطره‌آمیز و یا کانون عفونت آشکار باشد (اوتیت میانی، پنومونی یا سلولیت)، برای پذیرش او در بیمارستان تردید نکنید.» او تأکید می‌کند: «سیستم ایمنی و دفاع میزبان در اطفال زیر ۳ ماه، کاملا تکامل نیافته است. بنابراین ما بیشتر عفونت‌ها را همانند عفونت‌های خونی (باکتری)، با بستری کردن و تجویز آنتی‌بیوتیک‌های تزریقی درمان می‌کنیم.»

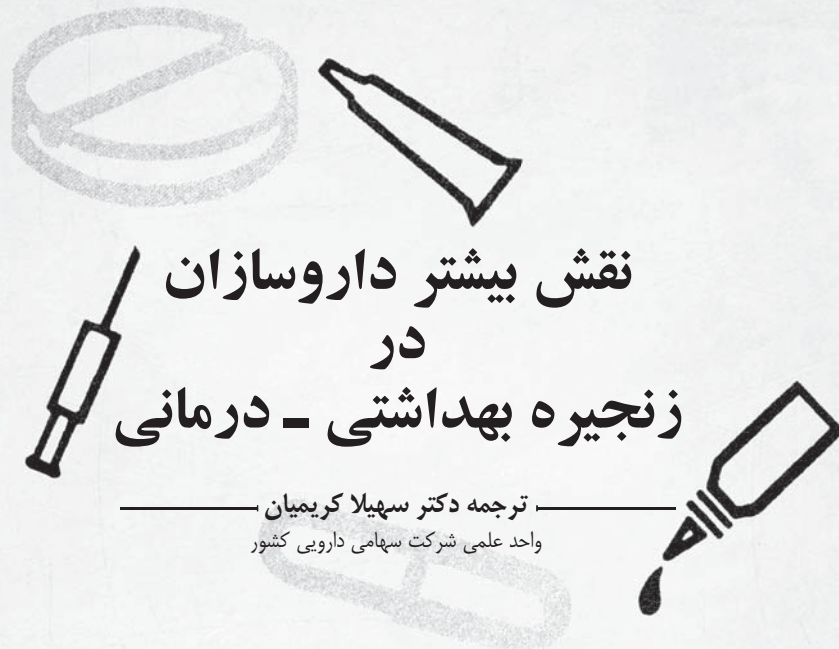
به همین نحو، اگر به نظر برسد که طفل در طول مدت درمان سرپایی بدتر شده است - اگر پرفوزیون ضعیفی دارد، استفراغ می‌کند و یا به خوبی غذا نمی‌خورد - یا اگر پاسخ هر کدام از کشت‌ها مثبت یا مشکوک باشد، باید تجویز وریدی آنتی‌بیوتیک آغاز شده و بررسی‌های مربوطه انجام گیرد. مورد استعمال دیگر درمان پارنترال، زمانی است که

مطمئن نباشیم که مراقب طفل بتواند به طور اطمینان بخشی پیگیر معالجه طفل بوده و وضعیت او را زیر نظر داشته باشد.

مقدار مصرف روزانه آنتی‌بیوتیک تزریقی به طور معمول برای آمپی‌سیلین ۲۰۰-۱۵۰ mg می‌باشد. هر دو دارو بی‌خطر بوده و با یکدیگر طیف کاملی از عوامل بیماری‌های رایج را در اطفال زیر ۸ هفته پوشش می‌دهند. دکتر Bonadio می‌افزاید: «به‌طور کلی درمان تزریقی تا اخذ جواب‌های کشت، ادامه می‌یابد. اگر نتیجه کشت از نظر باکتری پاتوژن مثبت باشد، درمان باید متناسب با وضعیت طفل بیمار انطباق پیدا کند. اگر کشت اولیه مثبت باشد تکرار کشت نشان خواهد داد که طفل نسبت به آنتی‌بیوتیک‌ها پاسخ می‌دهد و احتمال عفونت خونی در حال برطرف شدن است. در مورد عفونت مجاری ادراری، کشت‌های ادرار و خون را پس از ۴۸ تا ۷۲ ساعت تکرار کرده و اگر نتایج منفی هستند و وضعیت طفل خوب به نظر می‌رسد و تب ندارد می‌توان او را از بیمارستان مرخص و درمان را با آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی در منزل ادامه داد. قبل از مرخص کردن طفل مبتلا به انتریت سالمونلایی باید کشت خون او منفی بوده و تعادل الکترولیت‌ها و مایعات بدن برقرار شده باشد. زمان ترخیص بیماران مبتلا به مننژیت باکتریایی یا عفونت باکتریایی در خون (باکتری) بستگی به نتایج تکرار کشت‌ها و طی دوره بالینی خواهد داشت.»

مأخذ

Emergency Medicine, Which Febrile Infants Can Be Treated as out patients? January 15, PP: 124-125, 1992.



نقش بیشتر داروسازان در زنجیره بهداشتی - درمانی

ترجمه دکتر سهیلا کریمیان
واحد علمی شرکت سهامی دارویی کشور

تجویز و تعیین مقدار دارو براساس پروتکل‌های درمانی پذیرفته شده می‌کند (بعد از تشخیص بیماری توسط پزشک) باید مورد تشویق و حمایت قرار گیرد. گزارش حاکی از آن است که کمیته مزبور پس از بررسی پیشنهاد ارایه شده مبنی بر این که داروسازان مجاز به تجویز داروهایی باشند که هزینه آن‌ها توسط شبکه بهداشت ملی پرداخت می‌شود، آن را رد کرده است، زیرا نتایج بررسی نشان می‌دهد که بسیاری از مردم قادر به

این مساله که زمان آن فرا رسیده تا داروسازان نقش فعال‌تری را در زنجیره بهداشتی - درمانی ایفا نمایند، از طرف دولت انگلیس پذیرفته شده است.

در سال ۱۹۹۰ از طرف کمیته بهداشتی - دارویی وزارت بهداشتی انگلستان گزارشی تحت عنوان «مراقبت‌های دارویی: آینده جامعه داروسازی» منتشر شد. در این گزارش نقش گسترده‌تری برای داروسازان پیشنهاد شده که این امر مستلزم همکاری و ارتباط نزدیک بین پزشک و داروساز می‌باشد. لازم به تذکر است که در آمریکا داروسازان نقش عمده‌ای در زنجیره درمان داشته و مثلاً در مورد انتخاب دارو و شیوه دارودرمانی بیمارانی که قبلاً توسط پزشک معاینه و بیماری آن‌ها تشخیص داده شده، دارای اختیاراتی می‌باشند. این گزارش حاکی از محدود بودن نقش فعلی داروسازان در انگلستان می‌باشد. بنابراین، پیشنهاد گردیده است که از این به بعد در انگلستان ارایه برنامه‌هایی که داروسازان را مجاز به انتخاب

بررسی و نهایتاً دارو را تحویل نمایند. مساله ارایه مشاوره‌های دارویی توسط داروسازان باید به شدت از طرف وزارت بهداشتی ترغیب و پیگیری شود. این امر فرصت لازم را به داروسازان خواهد داد تا بتوانند مواردی چون علت مصرف، چگونگی مصرف و به‌طور کلی استفاده بهینه از داروها در درمان را بررسی و راهنمایی‌های لازم را در این موارد ارایه نمایند.

در آمریکا داروسازان نقش عمده‌ای در زنجیره درمان داشته و مثلاً در مورد انتخاب دارو و شیوه دارودرمانی بیمارانی که قبلاً توسط پزشک معاینه و بیماری آن‌ها تشخیص داده شده دارای اختیاراتی می‌باشند.

تجربیات حاصل در آمریکا و کانادا نشان می‌دهد که این روش هم از نظر هزینه و هم از نظر درمانی فوایدی را به دنبال خواهد داشت. از جمله این که



پرداخت هزینه‌های درمانی خود بوده و این طرح از نظر مالی برای شبکه مقرون به صرفه نخواهد بود و این شیوه صحیح برخورد با این مشکلات نمی‌باشد. البته پیشنهادات دیگری که مورد بررسی و استقبال قرار گرفت این بود که تعداد اقلام دارویی قابل فروش (بدون نسخه) توسط داروسازان باید افزایش یابد. هم‌چنین در این گزارش تجویز دارو در موارد اضطراری توسط داروسازان در شبکه بهداشتی ملی نیز پیش‌بینی شده است.

در مورد پیچیدن نسخه‌های قابل تکرار (repeat prescription) این گزارش متذکر می‌شود که داروسازان در این مورد باید آزادی عمل داشته باشند. در واقع، این امر نه تنها موجب کاهش قابل توجه در هزینه خواهد گشت بلکه مساله خرید دارو توسط بیمار را نیز راحت‌تر کرده و از طرفی نیز وقت پزشک را نخواهد گرفت. البته، این امر در مواردی است که پزشک معالج نیازی به معاینه مجدد و ارزیابی بیمار نداشته باشد. حدود ۶۰ درصد از نسخه‌های مربوط به بیمارانی که به‌طور مزمن دارو دریافت می‌کنند، نسخه‌های تکراری می‌باشند. بنابراین، به منظور بهبود بخشیدن به ضوابط موجود در زمینه نسخه‌نویسی بین داروسازان و پزشکان باید هماهنگی و ارتباط و همکاری وجود داشته باشد. بدین ترتیب پزشکان مجاز خواهند بود تجویز دارو را از طریق تلفن به داروسازان انجام دهند.

در مورد تجویز مجدد و تکرار نسخه نیز این همکاری تنگاتنگ باید وجود داشته، به‌طوری که مریض بتواند با داروساز تماس بگیرد. داروساز قبل از تحویل دارو به بیمار از طریق تلفن و یا وسایل دیگر با پزشک تماس گرفته، هم‌چنین نسخه را

علاوه داروساز باید در مورد تنظیم دوز داروهای تجویز شده به منظور نگهداری سطح خونی مناسب آگاهی کامل و دقیق داشته باشد. اطلاع از سوابق درمانی و پیگیری هرچه بیشتر بیمار توسط داروسازان احتمال شناسایی عوارض جانبی ناخواسته دارویی را نیز افزایش می‌دهد. بنابراین توصیه شده که در مورد گزارش عوارض جانبی از طرف داروساز به پزشک معالج سیستم خاصی ایجاد شود. درخاتمه، این گزارش توصیه نموده که تمامی مسؤولین ارایه سرویس بهداشتی باید به یک مشاور دارویی دسترسی داشته باشند. این گزارش از طرف انجمن‌های داروسازان مورد استقبال قرار گرفته است. نتیجه‌گیری کلی حاصل از این گزارش مبنی بر این‌که: «زمان آن فرا رسیده است تا داروسازان نقش فعال‌تری را در زنجیره بهداشتی - درمانی ایفا نمایند» نیز از طرف دولت (انگلستان) پذیرفته شده است.

منجر به کاهش مصرف بی‌مورد دارو و هزینه‌های دارودرمانی خواهد شد. این کمیته در مورد این‌که داروسازان چطور می‌توانند در دستیابی به چگونگی مصرف درست و مؤثر داروها کمک نمایند، نیز مواردی را پیشنهاد نموده است. از جمله این موارد می‌توان به کمک در امر پذیرش و مصرف صحیح دارو توسط بیمار و نگهداری سابقه درمانی بیمار اشاره نمود. علاوه بر این، پیشنهاد گردیده که پروژه‌هایی به‌طور آزمایشی و محدود جهت ارزیابی نقش داروسازان در اندازه‌گیری و تفسیر سطح خونی داروها دایر گردیده و کلیه احتیاجات آنان از جمله آموزش لازم در این زمینه برآورد گردد.



درگیری موفقیت‌آمیز داروسازان در این زمینه ممکن است در مواردی منجر به توصیه تغییر مقدار داروی مصرفی توسط بیمار جهت دستیابی یا حفظ سطح خونی مناسب گردد. تأمین خدمات در مورد پیگیری وضعیت بیمار پس از مصرف داروی تجویز شده به عهده داروساز می‌باشد. به

مأخذ
Limited prescribing U.K? Scrip No 1701: 3-4 March
18th, 1992.

نژادپرستان و مشکلات پزشکی



دکتر فیض الله توحیدی
مدیرعامل شرکت داروسازی الحاوی

انجام داد، خالی است.
پرسنل بیمارستان تصمیم داشتند اتاق عمل را به یادبود آن توفیق عظیم به صورت موزه درآوردند ولی در حال حاضر نقدینگی لازم را برای این کار ندارند. جانشین دکتر بارنارد نیز در ارتباط با تنگنهای مالی بیمارستان را ترک کرده و قرار است سال آینده به آمریکا مهاجرت نماید.
آقای دکتر جان اودل اخیرا در یکی از مجلات پزشکی اظهار داشته است که: «علیرغم تورم موجود در کشور، بودجه اختصاصی کاهش یافته و لزوما دسترسی به تجهیزات پزشکی نیز مشکل شده و

بیست و پنج سال قبل عصر روز یکشنبه ماه دسامبر دکتر کریستیان بارنارد در بیمارستان گروت شور شهر کیپ تاون (آفریقای جنوبی) وارد اتاق عمل شد و جبهه جدیدی در دانش پزشکی باز کرد. گرچه قلبی را که ایشان در سینه آقای واشکانسکی ۵۵ ساله جای داده بود فقط ۱۸ روز به عمر این بیمار افزود، بازتاب این جراحی ۵ ساعته سراسر جهان را درنوردید و آفریقای جنوبی را در اوج شهرت جراحی قلب قرار داد. اکنون دکتر بارنارد در ۷۰ سالگی پانسیون خصوصی را اداره می کند و اتاق عملی که او برای اولین بار در آن پیوند قلب

بیماری سرخک با وجودی که از طریق واکسیناسیون می‌تواند به کلی ریشه‌کن شود، هنوز از کودکان سیاه‌پوست و رنگین‌پوستان تلفات می‌گیرد و همین گروه، ۳۲ بار بیشتر از سفیدپوستان در معرض ابتلای بیماری سل هستند.

اعتبارات اختصاصی بخش تحقیقات بیمارستان در سطح سال ۱۹۸۸ متوقف ماند و در واقع می‌توان گفت به علت تورم ۱۵ درصد دچار کاهش شده است.



کاهش پرسنل متخصص را به دنبال خواهد داشت و روسای بخش‌های بیمارستان به جای تلاش برای نجات جان بیماران سعی در صرفه‌جویی و کاهش هزینه‌ها دارند. دیگر آن روزی که بیماران قلبی از سراسر اروپا به کیپ‌تاوان مراجعه می‌کردند سپری شده و این کشور خود با مساله فرار مغزهای متخصص به سایر نقاط روبه‌رو است و از تعداد ۲۲۰ نفر فارغ‌التحصیل دانشکده پزشکی ژوهانسبورگ سالانه حدود ۱۰۰ نفر مهاجرت می‌کنند و از آن‌جا که دستمزد و شرایط کاری جراحانی که در بخش‌های عمومی کار می‌کنند نیز به این زودی‌ها بهبود نخواهد یافت، بنابراین، اکثریت آن‌ها به فکر مهاجرت و یا انتقال به بخش خصوصی هستند. دکتر بارنارد می‌گوید: «ما در حال از دست دادن بهترین متخصصین خود هستیم.»

آینده از حال بدتر خواهد بود. زمانی که دکتر بارنارد حدود یک ربع قرن قبل مسؤول کار در بیمارستان گروت‌شور بود بهترین متخصصین و محققین کشور در بیمارستان‌های دانشگاهی که توسط دولت حمایت مالی می‌شد، سرگرم کار بودند، ولی دولت از سال ۱۹۸۰ به بعد که مجبور شد سهم بخش بهداشت عمومی را بالا ببرد، اغلب بخش‌های بیمارستانی به علت نداشتن پرستار تعطیل شدند و اکثر عمل‌های جراحی غیراورژانس به علت نداشتن تخت بیمارستانی به تعویق افتادند.



چاره‌ای جز مراجعه به بیمارستان دولتی در خارج سووتو وجود ندارد که آن هم با نداشتن تجهیزات جدید و بیماران زیاد نمی‌تواند خدمات مناسبی ارائه نماید، در نتیجه ملاحظه می‌شود که بیماری ۷۵ ساله که تحت عمل بای‌پاس قلب قرار گرفته است ناشیانه به ماشین قلب و ریه وصل می‌شود و به جای هوا در ریه، هوا به قلب وارد می‌شود. باید دانست که برای ریشه‌کن کردن معضلات و رفع نارسایی‌های بهداشتی که نتیجه سال‌های متمادی فقر و سوء‌تغذیه بوده است، ده‌ها سال وقت لازم است به خصوص در کشوری که بزرگترین علت مرگ و میر کودکان را عفونت‌های جهاز گوارشی و تنفسی تشکیل می‌دهد. مثلاً بیماری

به گفته یکی از متخصصین اروپایی، آفریقای جنوبی در خیلی از زمینه‌های تحقیقات پزشکی پیشرو بوده ولی در حال حاضر ۲ الی ۳ سال عقب مانده است. می‌دانیم که خدمات بهداشتی ارائه شده در این کشور تابعی از رنگ پوست بیماران نیازمند است (سیاهان خدمات کمتری دریافت می‌کنند). مثلاً افزایش خدمات و تعداد متخصصین در بخش خصوصی آنچنان جهشی داشته که ۵۸ درصد از کل پزشکان کشور جذب آن می‌شوند ولی هزینه‌های بالای این بخش سبب شده که فقط یک پنجم مردم می‌توانند (حتی به صورت بیمه شده) از عهده هزینه‌های آن برآیند. بنابراین، برای چهار پنجم بقیه ملت که اکثر آن‌ها را سیاهان تشکیل می‌دهند

نمی‌کنند و حکومت منتخب مردم نمی‌تواند به بهای جان کودکان بیشماری که در اثر اسهال و سرخک جان می‌سپارند برای بخشی از پیوند قلبی‌ها حیات توأم با شادکامی میسر سازند.

نمی‌توان انتظار داشت که به بهای جان کودکان بی‌شماری که در اثر اسهال و سرخک جان می‌سپارند، برای بخشی از پیوند قلبی‌ها حیات توأم با شادکامی میسر ساخت.

مأخذ

این مطلب از مجله نیویورک - ۲۱ دسامبر ۹۲ - صفحه ۴۵ ترجمه شده است.



سرخک با وجودی که از طریق واکسیناسیون می‌تواند به کلی ریشه‌کن شود، هنوز از کودکان سیاه‌پوست و رنگین‌پوستان تلفات می‌گیرد و یا همین گروه ۳۲ بار بیشتر از سفیدپوستان در معرض ابتلای به بیماری سل هستند. کنگره ملی آفریقا که در صدد کسب قدرت مناسب در حکومت می‌باشد با تلاش در بهداشت پیشگیری سعی دارد به جای جراحی‌های فوق تخصصی و پرهزینه بیشتر به طب پیشگیری در سطح گسترده اقدام نماید و آقای چریل کارولوس مسوول مربوط اظهار می‌دارد: «تغییر جهت سرمایه‌ها و تلاش‌های بهداشتی چشم‌گیر خواهد بود و استدلال می‌کند که تمامی هزینه واکسیناسیون یک طفل که حدود ۱۰ دلار است در مقایسه با هزینه یک عمل تخصص پیوند قلب ناچیز می‌باشد.» البته، این اظهارات موجب نگرانی متخصصین سطح بالای جامعه شده است. مثلاً آقای جاودل می‌گویند: «این نگرش کوتاه‌نظرانه است و کم‌توجهی به بخش‌های مجهز قلب و ریه موجب کاهش توان متخصصین قلب و سقوط سطح علمی پزشکی به‌طور عام خواهد شد و استانداردهای قابل قبول محفوظ نخواهد ماند.» این شخص در عقاید خود اصرار و پافشاری دارد، در حالی که اغلب هموطنان او این چنین فکر