



گزیده‌های منهای بیست

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

انتخاب و تدوین از: فرض

مقدمه

زیر عنوان 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.

* * *

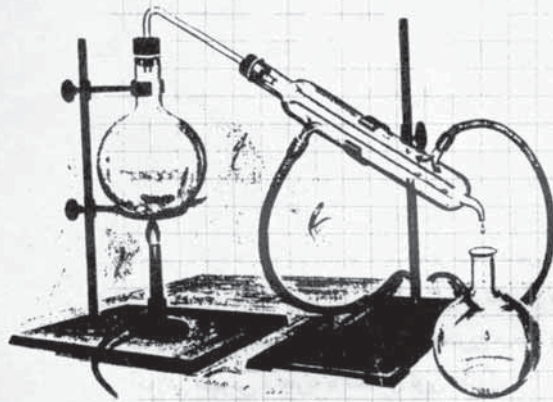
مطالب این شماره گزیده‌های منهای ۲۰ به شرح زیر است:

- ۱ - فهرست مطالب مندرج در شماره اسفند / به کوشش دکتر مجتبی سرکندی
- ۲ - ضرورت بازنگری بر سیستم آموزشی داروسازی / دکتر مجتبی سرکندی
- ۳ - اخلاق داروسازی / دکتر محمود بهزاد
- ۴ - کاوش دریایی و کشف داروهای جدید / دکتر محمود آل بویه
- ۵ - دریچه‌ای به استعدادها
- ۶ - دیدگاه‌ها

فهرست مقالات اسفند ماه ۱۳۷۲

تهیه و تنظیم: دکتر مجتبی سرکندی

نام نویسندگان یا مترجمان	عنوان	
دکتر مجتبی سرکندی	ضرورت بازنگری بر سیستم آموزشی داروسازی	مقاله
-	پوکی استخوان و درمان آن	علم
دکتر معصومه جرجانی	جلوگیری از بارداری با استفاده از هورمون	
دکتر عاطفه حیدریبیگی	فارماکولوژی بالینی بازکننده‌های کانال پتاسیم	
واحد علمی پخش رازی	بحثی پیرامون یک نسخه	
ترجمه: دکتر ثریا منتظری	راه‌های جدید در درمان ایدز	
دکتر محمود بهزاد	اخلاق داروسازی	کتاب
هما ارومچی	ورزش و تغذیه	
دکتر محمود آل بویه	کاوش دریایی و کشف داروهای جدید	
فردوس نصیرزاده	گزارشی از: اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی	
-	اقدام اصولی	
واحد علمی پخش رازی	در بازار کتاب	
-	دریچه‌ای به استعدادها	
-	دیدگاه‌ها	
-	رازی و خوانندگان	
-	گردهمایی‌های علوم پزشکی	



ضرورت بازنگری بر سیستم آموزشی داروسازی

کشید و چشید.» به دنبال او سقراط و دیگران علم پزشکی را به وسیله تجربه رونق بخشیدند. از آن موقع تاکنون در علم پزشکی تغییرات بسیاری انجام شده است. طی دو دهه اخیر شاهد انفجار اطلاعاتی در علوم پزشکی بوده‌ایم. این انفجار چه در علوم پایه پزشکی و چه در متدهای بالینی منجر به گسترش بیش از حد پزشکی گردیده است. سالیانه بیش از ۶۰۰,۰۰۰ مقاله در علوم زیست - پزشکی به چاپ می‌رسد و چنانچه شخصی قادر باشد روزی ۲ مقاله از آن‌ها را بخواند، در سال نزدیک ۷۵۰ مقاله خوانده است و به عبارتی دیگر ۹۹/۸۷۵ درصد آن‌ها را نتوانسته بخواند. علیرغم چنین پیشرفت شگرفی در علوم

آنچه در این موجز، قصد پرداختن بدان را داریم ضرورت بازنگری بر دوره‌های آموزش داروسازی در ایران است، و تلاشی هر چند حقیرانه و کوچک در باز نمودن افقی جدید می‌باشد. زمان آن فرا رسیده تا مسؤولین وزارتخانه و دانشکده‌های داروسازی و متخصصان علوم آموزشی طی یک گردهمایی ارزیابی مجددی بر این سیستم آموزشی و تعداد پذیرفته‌شدگان آن داشته باشند.

بقراط بنای پزشکی تجربی را گذارد و در کتاب خود ذکر کرد: «باید هر چه را که می‌توان دید شنید و احساس کرد، مورد دقت قرار داد. قضاوت طبیب به وسیله چشم، گوش، دست و بینی به عمل می‌آید، باید نگاه کرد، گوش کرد، لمس کرد، بو

کسب مهارت‌های لازم در سطح علمی - کاربردی مهمترین مرحله و اقدام است.

آموزش مفهومی و تجربه با متدهای نوین به کارگیری اطلاعات در طی دوران تحصیل کاربرد مؤثر دانشجویان در روند بهداشت و تولید را افزایش می‌دهد.

اگر بخواهیم اقتصادی شکوفا داشته باشیم بایستی برنامه‌ریزی‌های دقیقی در زمینه‌های آموزش ارائه دهیم. وقت آن فرا رسیده تا در دانشگاه‌های ما نیز از آموزش برنامه‌ای و ماشین‌های آموزشی مدد گرفته شود.

اکنون بایستی با این واقعیت روبه‌رو شویم که افراد یک کلاس از نظر توانایی‌ها و ویژگی‌های ذهن، روان و تن با یکدیگر تفاوت‌هایی دارند بنابراین از گفته‌های استاد و تدریس او به یک اندازه بهره نمی‌برند و بهره برخی از آن‌ها بسیار اندک و در بعضی موارد نزدیک به صفر است. آموزش برنامه‌ای شیوه‌ای از تدریس است که می‌کوشد تا به هر نوع محصلی با هر توانایی یادگیری، بهره کافی از تدریس استاد را بدهد.

اکنون به جای ساخت آمفی‌تئاترهای بزرگ با مخارج هنگفت، بایستی به سرمایه‌گذاری در زمینه‌های Tele-communication و آموزش از راه دور پردازیم.

یکی دیگر از جنبه‌های نوین آموزشی بر این مبنا است که تعداد متخصصان تربیت شده بایستی با نیازهای پیش‌بینی شده همخوانی و تطابق داشته باشد. در ابتدای انقلاب براساس یک نیاز فوری به پزشک، داروساز و دندانپزشک برنامه‌های خاصی تدوین گشت. در رشته داروسازی پیشنهاد شده بود

پزشکی، آموزش این رشته در ایران با نیم قرن گذشته تفاوت چندانی ندارد و اساس آن هنوز بر ارایه یک سخنرانی پر حجم از مطالب علمی به عده‌ای شنونده صرف می‌باشد.

در برنامه‌های جدید تحصیلی بر حل مسایل و مطالعه مستقیم توسط خود دانشجو تأکید می‌گردد. از مهمترین عناصر در این برنامه‌ها استفاده بسیار از تکنولوژی اطلاعاتی به منظور کمک به دانشجو در تسلط بر محتوای واقعی پزشکی است که از این موارد می‌توان به یادگیری حل مسایل از طریق شبیه‌سازی کامپیوتری و گسترش مهارت در استفاده از کامپیوترها به منظور بیلیوگرافی اشاره نمود. تکنولوژی اطلاعاتی قدرت تسلط بر حجم اطلاعات در حال تغییر و فزاینده در زمینه‌های انیولوژی، پیشگیری و درمان را با خود به ارمغان می‌آورد. در برنامه‌های جدید تلاش می‌شود تا دانشجویان با شرکت در مجمع‌های مطالعه مجلات علمی اولاً اطلاعات پایه و بالینی خود را گسترش دهند، ثانیاً قابلیت خود را برای ارزیابی متون پزشکی افزایش دهند. در چنین مجمع‌هایی دانشجویان طی جلسات یک ساعته ابتدا دانش خود را توسعه می‌بخشند و سپس در روش‌های تحقیق و مفاهیم آماری مهارت به دست می‌آورند. برای چنین مجمع‌هایی برنامه‌های کوتاه مدت و دراز مدتی توسط صاحب‌نظران طراحی شده است. تجربه کشورهای پیشرفته نشان می‌دهد که تنها راه موفقیت‌آمیز کسب دانش، دریافت تکنولوژی و حرکت به سوی رشد، اتکا به نیروی انسانی خودی است و آموزش نیروی انسانی برای تحصیل دانش‌های پیشرفته در جهت پژوهش‌ها و هم‌چنین

که تعداد دانشجویان پذیرفته شده تا سال ۶۸ به تعداد ۴۰۰ نفر در سال و از آن پس سالیانه ۵۰۰ نفر باشد. براساس این محاسبات تعداد داروسازان تا سال ۱۳۷۳ تقریباً ۳,۱۵۹ نفر و تا سال ۸۱ به حدود ۴,۸۵۲ نفر می‌رسید.

اما به دلیل روند افزایش بیش از حد دانشجویان که طی چند سال اخیر وجود داشته است، تغییرات عمده‌ای در پیش‌بینی‌های قبلی ایجاد گشت و چنین بیان گردید که با محاسبه پذیرش ۵۰۰ دانشجوی داروسازی در سال، تعداد داروسازان کشور در سال ۱۳۸۱ حداقل ۵,۹۸۰ نفر تخمین زده می‌شود. اما با یک نگاه به این آمارها و مقایسه آن با آمار منتشر شده از سوی واحد آمار دفتر تأمین و توزیع نیروی انسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در پایان سال ۱۳۷۱، تعداد داروسازان ایرانی را ۴,۸۳۷ نفر ذکر می‌کند (اعم از شاغل در بخش‌های دولتی و آزاد) و احتساب ۱۰۰۰ دانشجویی که طی سال‌های ۷۲ و ۷۳ به این تعداد اضافه می‌شوند، درمی‌یابیم که تعداد داروسازان در سال ۱۳۷۳ به ۵,۷۳۷ نفر می‌رسد (با احتساب ۵ درصد خارج شدن از خدمت) و در پایان سال ۸۱ (با احتساب ۵ درصد خارج شدن از خدمت) به ۹,۳۳۷ نفر می‌رسد و چنانچه داروسازانی را که در مؤسسات غیردولتی و یا در خارج از کشور فارغ‌التحصیل می‌شوند به این تعداد بیفزاییم تعداد نهایی داروسازان در سال ۱۳۸۱ بین ۹,۳۳۷ و ۱۲,۸۴۰ نفر تغییر می‌کند. اکنون بایستی به این پرسش منطقی پاسخ داد که با توجه به رشد جمعیت و سرعت رشد صنایع داروسازی، آیا این تعداد داروساز با نیازهای پیش‌بینی شده همخوانی و

تطابق دارد؟ تنها کسانی می‌توانند به چنین پرسشی پاسخ گویند که اطلاعات و آمار دقیقی در دست داشته باشند اما در این جا با سه فرض می‌توان بحث را به طور منطقی ادامه داد:

- ۱ - این تعداد دقیقاً منطبق با نیازها می‌باشد.
- ۲ - تعداد داروسازان کمتر از نیازها می‌باشد.
- ۳ - تعداد داروسازان بیش از نیازها می‌باشد.

در صورت فرض دوم یا سوم، سیستم درمانی کشور بایستی فشارهایی را تحمل کند و چه به جا خواهد بود اگر اکنون که وقت داریم نیازهای خود را برآورد نماییم و تعداد پذیرفته‌شدگان را بر آن اساس تغییر دهیم. اگر بر چند کشور که بسیار دیر به چنین ارزیابی دست زده‌اند نظری بیاندازیم درمی‌یابیم که براساس آماری که طی سال ۱۹۸۷ منتشر شده است تعداد پزشکان بیکار در ایتالیا ۴۵,۰۰۰، مکزیک ۴۰,۰۰۰، اسپانیا ۲۳,۰۰۰ پاکستان ۶,۰۰۰، بنگلادش ۵,۰۰۰، مصر ۴,۰۰۰ و در هلند ۲,۵۰۰ نفر است. علیرغم نظر عده‌ای که می‌گویند با افزایش تعداد پزشک و داروساز، نیاز روستاهای کشور رفع خواهد شد، با نگاهی مجدد به کشورهای فوق درمی‌یابیم که چنین نیست و این افزایش به رفع نیاز روستاهای کشور، منتهی نخواهد شد. چنین عدم امنیت شغلی پیامدهای ناگواری دارد که قطعاً به صلاح جامعه نیست. لذا از مسؤولین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صاحب‌نظران این رشته می‌خواهیم تا وقت باقی است طی یک گردهمایی به بررسی دقیق این معضل پرداخته و آن را حل نمایند.

دکتر مجتبی سرکندی



اخلاق داروسازی

دکتر محمود بهزاد

است و به مردم تندرستی می‌بخشد از اهمیتی ویژه برخوردار است.

■ ویژگی حرفه‌ها

حرفه‌ها چند ویژگی دارند:

۱ - دانش تخصصی و سود اجتماعی

این نخستین ویژگی حرفه‌ای است که داشتن

در هر جامعه‌ای، گروه‌های مختلف مردم برای کسب درآمد و گذران زندگی خود به اشتغالات گوناگون روی می‌آورند. اشتغالی حرفه تخصصی به حساب می‌آید که برای جامعه کاری اساسی انجام دهد. اهمیت نسبی حرفه‌های تخصصی در اهمیت خدمتی است که برای جامعه انجام می‌دهند. حرفه داروسازی از آن جهت که جزء خدمات درمانی

اخلاق حرفه‌ای فقط به رفتار صاحب حرفه بستگی ندارد، بلکه به کیفیت کاری که ارائه می‌شود وابسته است.

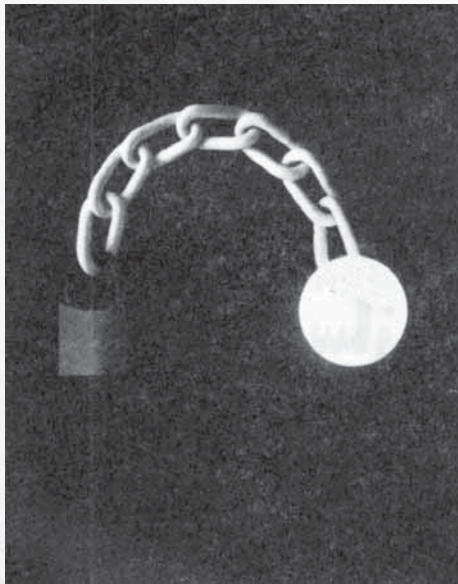
و کاربرد آن به صاحب حرفه امکان می‌دهد کاری سودمند برای جامعه انجام دهد. شک نیست که همه حرفه‌ها - جز حرفه جنایتکاران - برای جامعه سودمندند و به هر صورت مبنای تخصصی دارند. مثلاً حتی یک رفتگر برای حفظ تندرستی مردم سودمند است و رفتگر با کسب تجربه در شغلش بهتر از دیگران کار رفتگری را انجام می‌دهد، ولی درجه سودمندی حرفه برای جامعه به داشتن دانش تخصصی در سطح بالا بستگی دارد.

یک دانش تخصصی ممکن است شامل مهارت در کارهای دستی یا دانش عقلانی باشد ولی دانش عقلانی ملاک عالی بودن حرفه‌هاست؛ از این رو یک داروساز بدان جهت دارای حرفه عالی به حساب نمی‌آید که می‌تواند نسخه‌ها را بخواند و دستورهای کاربرد را روی داروها بنویسد - این کاری است که نسخه‌پیچ‌های کم‌سواد هم انجام می‌دهند - بلکه بدان جهت است که دانش کامل درباره داروها و بیماران دارد و همین دانش و تجربه حرفه‌ای است که به او امکان می‌دهد هم به بیمار و هم به پزشک درباره نحوه اثر داروها و تأثیر متقابل آنها بر یکدیگر و انتخاب داروی یک کارخانه معین توصیه کند. این‌ها دانش عقلانی هستند نه مهارت در کارهای دستی.

داوری براساس تجربه حرفه‌ای جز نخستین ویژگی‌های حرفه‌ها است. به طور سنتی خدمات درمانی عموماً به افراد داده می‌شود و نه به گروه‌ها

و هر بیمار، در عین داشتن یک بیماری معین از نظر سن و جنس و حالات روانی و بسیاری از عوامل دیگر با دیگر بیماران تفاوت دارد. صاحب حرفه خدمات درمانی باید با استفاده از دانش تخصصی و استعداد ذهنی و تجربه حرفه‌ای خود، بهترین درمان را برای هر بیمار برگزیند.

نخستین ویژگی‌های حرفه‌ای از آن جهت با اخلاق ارتباط دارند که کار عمده اخلاق در هر حرفه عبارت است از افزایش ارزش و اعتبار آن از طریق ترفیع و گسترش و کاربرد دانش تخصصی حرفه‌ای.



۲- ایستار و رفتار حرفه‌ای

دومین ویژگی حرفه‌ای دارا بودن ایستارهایی (attitudes) است که بر رفتار حرفه‌ای صاحب حرفه اثر بگذارد. جزء مهم این ایستارها عبارت است از نوع‌دوستی، یعنی علاقه‌مندی به رفاه دیگران. واقع امر این است که صاحب حرفه تخصصی برای به

کند. این آگاهی در خدمات درمانی بی‌نهایت مهم است زیرا با حیات بیمار سروکار دارد. بنابراین، کار درست خدمات درمانی بدان نیاز دارد که صاحب حرفه خدمات درمانی نیازهای بیمار را در اولویت و نیاز مالی خود را در درجه دوم قرار دهد.

۳- پذیرش اجتماعی

سومین ویژگی حرفه خدمات درمانی پذیرش اجتماعی است، که از اهمیتی خاص برخوردار است. یک ملاک پذیرش اجتماعی این است که امتیاز حقوق انحصاری حرفه تخصصی از طرف دولت به او اعطا می‌شود. گرچه این‌گونه اجازه‌نامه‌های رسمی به قصد حمایت مردم از دست صاحبان بی‌کفایت حرفه درمانی است، اما ارتباطی مبتنی بر اعتماد بین جامعه و صاحب حرفه به وجود می‌آورد. درجه این اعتماد نیز ملاکی است از درجه پذیرش اجتماعی که بدون اعمال قدرت حکومتی سنجیده می‌شود.

از آن‌جا که اجازه‌نامه حرفه‌های خدمات درمانی قانوناً انحصاری است، جامعه همواره مراقب است که دولت با کنترل بیشتر و اعمال تنبیهات، امور خدمات درمانی را به روال درست پیش ببرد.

معیار دیگر پذیرش اجتماعی، مقام، درآمد و قدرتی است که جامعه برای صاحب حرفه خدمات درمانی در نظر می‌گیرد. یک وسیله رسیدن به هدف نودوستی (یا خودپرستی برای کسب مقام و درآمد یا قدرت) این است که اشتغالات به حرفه‌های تخصصی تبدیل شوند. این تبدیل از طریق پیروی صاحب حرفه از احکام اخلاقی صورت‌پذیر است و همین امر است که کیفیت خدمات درمانی را افزایش می‌دهد.

دست آوردن پول نباید کار کند بلکه در مقابل خدمتی که انجام می‌دهد باید پول دریافت دارد و هر تصمیمی که در جریان کار می‌گیرد بر پایه احساس درست بودن کار است نه سوددهی آن.

هر کسی که به تاریخ تکامل حرفه خود مراجعه کند در آن مایه‌ای از نودوستی می‌بیند. در یونان و روم قدیم کارهای حقوقی را وکلای مدافع تحصیل کرده انجام نمی‌دادند بلکه دوستان دادخواه آن کار را (به طور رایگان) برایش انجام می‌دادند. در امپراطوری روم پزشک، فردی دارای شغل آزاد نبود بلکه برده‌ای متعلق به ابواب جمعی یک خانواده اشرافی بود. وقتی آموزش حرفه تخصصی در دانشگاه‌های قرون وسطی رسمیت یافت، دانشگاه‌ها نه تنها به وسیله کلیساها کنترل می‌شدند، بلکه از افراد دارای حرفه تخصصی می‌خواستند که دستورهای دینی دریافت دارند. از این‌جا معلوم می‌شود که دارندگان اولیه حرفه‌های تخصصی به منظور درآمد شخصی کار نمی‌کردند.

اگر بیماری کپی‌ای از نسخه خود را از داروساز بخواهد، چنانچه داروساز از دادن آن خودداری کند غیراخلاقی است.

حرفه‌های خدمات درمانی با مسایلی سروکار دارند که برای تندرستی و رفاه بیماران حیاتی هستند. به عبارت دیگر صاحب حرفه خدمات درمانی با جان بیمار سروکار دارد.

دانشی که صاحب حرفه خدمات درمانی به کار می‌برد دانشی است که بیماران عموماً فاقد آن هستند. در نتیجه صاحب حرفه در موقعیتی قرار می‌گیرد که باید از وضع بیمار آگاهی کامل حاصل

■ قانون نامه اخلاقی

شالوده همه رفتارهای اخلاقی این حکم اساسی است که نیکی کنید و از بدی بپرهیزید. اخلاق داروسازی سعی دارد این حکم را با شغل داروسازی ارتباط دهد.

نخستین مسأله این است که تعیین کنیم قواعد را چگونه در زندگی روزمره و اوضاع واقعی جامعه که با بحرین اخلاقی روبه‌رو است، اجرا کنیم؟ نخستین گام این است که اصولی اخلاقی را که بیشتر جنبه تفصیلی دارند، با در نظر گرفتن کار داروساز به صورت قوانین درآوریم. این گونه قانون نامه چیزهایی را صریح و روشن می‌سازد که عموماً با الهام همراه و اصولی را که آشنا هستند به صورتی واقعی و ملموس عرضه می‌کند.

نخستین قانون نامه اخلاقی برای داروسازان در سال ۱۸۴۸ به وسیله کالج داروسازی فیладельفیای ایالات متحده تدوین شد و در سال ۱۸۵۲ و سپس سال‌های ۱۹۲۲ و ۱۹۵۲ به وسیله هیأت عامله قضایی ایالات متحده، مورد تجدیدنظر قرار گرفت و بالاخره هیأت در سال ۱۹۶۹ بر ۹ اصل قانون اخلاقی صحه گذاشت.

اصول ۹ گانه که راهنمای حرفه داروسازان است بدان منظور تدوین شده که داروساز را در ارتباط با بیماران و همکارانش و دیگر کسانی که دست‌اندرکار خدمات درمانی‌اند و عامه مردم راهنما باشد:

اصل اول: داروساز باید تندرستی و ایمنی بیماران را نخستین مسأله مورد نظر خود قرار دهد و به عنوان مسؤول تندرستی بیمارانش با تمام توان خود به یک یک آن‌ها خدمت نماید.

داروساز باید تندرستی و ایمنی بیماران را نخستین مسأله مورد نظر خود قرار دهد و به عنوان مسؤول تندرستی بیمارانش با تمام توان خود به یک یک آن‌ها خدمت نماید.

اصل دوم: داروساز نباید هیچ‌گاه در به کار بردن و ترویج یا توزیع دارو یا وسایل پزشکی کوتاهی کند یا داروها و وسایلی را که از نظر کیفیت مرغوب و از نظر قانونی استاندارد نیستند یا ارزش درمانی ندارند به کار برد یا ترویج و توزیع نماید.

اصل سوم: داروساز باید همواره دانش حرفه‌ای خود را کامل کند و وسعت بخشد و در صورت لزوم آن‌را به منظور داوری حرفه‌ای به کار برد و از آن استفاده نماید.

اصل چهارم: داروساز وظیفه دارد قانون را رعایت کند، مقام و شرافت حرفه‌ای خود را تعالی بخشد و اصول اخلاقی آن‌را بپذیرد و نباید به فعالیت‌هایی بپردازد که باعث بی‌اعتباری حرفه‌اش شود و باید اموری غیرقانونی و غیراخلاقی را که در حرفه‌اش مشاهده می‌کند بدون ترس فاش سازد.

اصل پنجم: داروساز باید در مقابل ارایه خدمات خواهان پاداش منصفانه باشد و نباید هرگز ضمن انجام خدمت با دیگر افرادی که خدمات درمانی انجام می‌دهند، به منظور تقسیم درآمد یا سودهای دیگر وارد معامله شود.

اصل ششم: داروساز باید آنچه را که بیمار به او اعتماد کرده و درباره امور شخصی‌اش بیان داشته محترم شمارد و فاش نکند مگر آن‌که به نفع بیمار باشد یا قانون اجازه دهد. این گونه اطلاعات را نباید بدون اجازه مخصوص بیمار به دیگران بدهد.

■ ارتباط تلفنی بین نویسنده نسخه و داروساز به شرطی که برای تسهیل کار باشد مجاز است ولی به منظور تقاضای فعالیت حرفه‌ای بیشتر غیراخلاقی است.

■ داشتن سرنسخه‌های چاپی سفید داروخانه‌ای دیگر برای هر داروساز غیراخلاقی است.

■ اگر بیماری کپی‌های از نسخه خود را از داروساز بخواهد، چنانچه داروساز از دادن آن خودداری کند غیراخلاقی است.

■ اگر داروساز در بعضی شرایط برای یک انستیتوی پزشکی خدمات حرفه‌ای با پیشنهاد قیمت انجام دهد غیراخلاقی نیست.

■ چگونگی ارایه خدمات

از آن‌جا که بیماران عموماً دارای دانش تخصصی خدمات درمانی نیستند پس باید به دارندگان حرفه تخصصی خدمات درمانی اعتماد داشته باشند. از سوی دیگر درآمد و مقام و قدرت صاحب حرفه خدمات درمانی در گروه شایستگی او در انجام خدمات درمانی است. بنابراین، داروساز با ارایه خدمات دارای کیفیت عالی هم به نفع خودکار می‌کند و هم به نفع جامعه. یک خصوصیت اخلاق این است که ارایه خدمات درمانی عالی را تشویق می‌کند. اخلاق حرفه‌ای فقط به رفتار صاحب حرفه بستگی ندارد بلکه به کیفیت کاری که ارایه می‌شود

داشتن دانش تخصصی و گسترش آن و رساندنش به استاندارد روز به تنهایی کافی نیست، بلکه مهم به کار گرفتن آن برای ارایه خدمات درمانی با کیفیت عالی است.

اصل هفتم: داروساز نباید قبول کند تحت شرایط و اوضاعی به کار پردازد که معارض یا مخل فعالیت شایسته حرفه‌ای و مهارتش باشد یا از کیفیت خدماتی که انجام می‌دهد بکاهد یا با کارهای خلاف اخلاق حرفه‌ای موافقت کند.

اصل هشتم: داروساز باید همواره با توجه به خدمت حرفه‌ای خود همه اطلاعات لازم برای بیمار را صادقانه و با دقت کامل در اختیار او بگذارد و از گمراه کردن بیمار در زمینه ماهیت و بها و ارزش خدمات حرفه‌ای خود اجتناب ورزد.

اصل نهم: داروساز باید به سازمان‌هایی که هدفشان بهبود وضع حرفه داروسازی است بپیوندد و در صرف وقت و مال با این سازمان‌ها سهیم باشد. هیأت عامل قضایی پس از قبول قانون نامه در سال ۱۹۶۹ اقداماتی رسمی علیه داروسازانی به عمل آورد که قانون نامه را نقض کرده بودند. هیأت در سال ۱۹۷۱ پنج نفر و در سال ۱۹۷۲ دو نفر را به خاطر اقداماتی غیراخلاقی اخراج کرد. نقض قانون نامه عبارت بود از فروش گسترده فرآورده‌های استثنایی مخدر و فروش اموال بدون نسخه و اهمال در ثبت فروش‌های استثنایی و انجام خدمات غیراخلاقی.

هیأت

■ اجازه دادن به نماینده شرکت دارویی یا دیگر گروه‌های غیرمجاز به دسترسی به پرونده نسخه‌ها را غیراخلاقی اعلام کرد.

■ رفتار غیر حرفه‌ای یک کارفرما برای داروسازی که در استخدام اوست اگر غیراخلاقی باشد چون به اعتبار داروساز خدشه وارد می‌سازد، سکوت داروساز غیراخلاقی تلقی می‌شود.

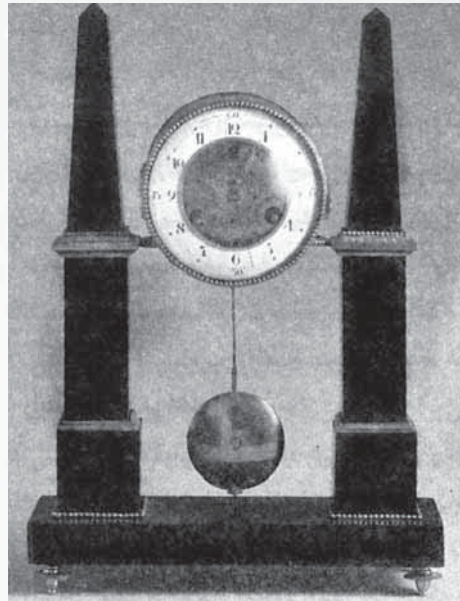
و تکامل یافته است، به طوری که در حال حاضر عمر نیمه دانش فنی به پنج سال تنزل یافته است، یعنی در واقع نیمی از دانش فنی صاحبان حرفه‌های فنی از جمله داروسازی در هر پنج سال تجدید می‌شود. بنابراین، خلایی بین دانش داروساز و دانش روز به وجود می‌آید که باید پر شود. یکی از راه‌های پر کردن این خلاء برپایی کلاس‌های بازآموزی داوطلبانه یا اجباری داروسازان است که اخیراً متوجه آن شده‌اند.

داشتن دانش تخصصی و گسترش آن و رساندنش به استاندارد روز به تنهایی کافی نیست بلکه مهم به کار گرفتن آن برای ارائه خدمات درمانی با کیفیت عالی است.

ارایه خدمات درست برای هر صاحب حرفه تخصصی امر مهمی است اما برای داروساز که مجری اساسی خدمات درمانی است و با جان مردم سروکار دارد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و باید خدماتش را با اهداف جامعه تطبیق دهد.

در این که تندرستی افراد یکی از اهداف مهم جامعه است و دارو در راه وصول به این هدف نقشی اساسی دارد جای تردید نیست، اما چون کار داروساز در طول دوره تکامل داروسازی گسترش یافته و تغییر حاصل کرده است، اصول اخلاقی وابسته به آن نیز تغییر کرده‌اند تا منعکس‌کننده تغییرات فنی باشند.

مثلاً در سال ۱۸۵۲ کار اصلی داروساز عبارت بود از خواندن نسخه و ترکیب کردن مواد مختلف و تهیه یک فرآورده. پس نخستین وظیفه داروساز عبارت بود از تهیه فرآورده‌ای با کیفیت عالی. در سال ۱۹۲۲ وقتی داروهای آماده توسط شرکت‌های



وابسته است.

این حکم که داروساز باید همواره تلاش کند دانش حرفه‌ای خود را کامل کند و گسترش دهد با اندک تغییراتی جزء قانون‌نامه‌ای درآمده است که از سال ۱۹۲۲ به بعد مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. افزایش جنبه اداری تربیت داروساز، از طریق تحصیل درازمدت در دانشکده‌ها و گذراندن امتحانات رسمی و گرفتن پایان‌نامه، گرچه از مفهوم اخلاقی این حرفه چیزی نکاسته است، اما براساس روال موجود در همه جا، به علت حجم زیاد مطالب فنی، فارغ‌التحصیلان داروسازی حداقل اطلاعات فنی لازم برای ارائه خدمات را کسب می‌کنند زیرا تلاش آن‌ها عموماً این است که با حداقل زحمت به پایان‌نامه برسند!

ابزار فنی داروسازی یعنی دانش تخصصی آن همواره در گسترش است و در بعضی موارد تغییر

به بیمار توصیه می‌کند بیمار باید اعتماد داشته باشد که توصیه کاملاً به نفع اوست و نه به نفع جراح. وجود اعتماد دو دلیل دارد:

دلیل اول این است که خدمات درمانی استاندارد شده نیست بلکه در هر فرد بیمار وضعی خاص دارد و این موارد خاص از اهمیت ویژه برخوردار هستند. توجه به موارد خاص فردی اعتماد بیمار را جلب می‌کند. رضایت خاطر یک صاحب حرفه تخصصی خدمات درمانی هنگامی فراهم می‌شود که به او اعتماد کنند و وی را مورد احترام قرار دهند. جلب اعتماد قابل خریداری نیست.

دلیل دوم این است که بیمار به سبب عدم اطلاع عموماً ناگزیر است خود را در اختیار صاحب حرفه خدمات درمانی قرار دهد و دستورهای او را اجرا کند. دو دلیل فوق اهمیت اخلاق حرفه‌ای را به خوبی توجیه می‌کنند و آنرا فراتر از نقش اجرایی حرفه و منحصر به صفات و خصوصیات صاحب حرفه تخصصی می‌کند. تبعیت داروساز از قانون و توجه به اعتبار شغلی خود از این‌جا به خوبی روشن می‌شود.

اهانت مستقیم به نقش حرفه تخصصی خدمات درمانی، مانند فروش غیرقانونی مواد مخدر یا تقلب در نسخه‌های بیمه، از تخلفات اخلاقی است که بزرگ‌ترین ضربه را به اعتبار داروساز وارد می‌سازد.

■ خدمات آرمانی

لزوم ارتباط مبنی بر اعتماد در حرفه‌های تخصصی خدمات درمانی، محدودیت‌های دیگر نیز برای صاحبان حرفه خدمات درمانی به وجود می‌آورد. اصل اول می‌گوید داروساز باید تندرستی

اخلاق و قانون یک وجه مشترک دارند و آن این است که هر دو مشوق رفتار درست اجتماعی هستند.

دارای صلاحیت تحویل داروساز شدند، وظیفه داروساز تغییر کرد و عبارت شد از محافظت داروها و دقت در دستکاری آن‌ها و ارایه داروهایی که تاریخ مصرف آن‌ها نگذشته باشد و نیز تهیه داروهای ماژیسترال. در سال ۱۹۵۲ انبار کردن درست داروها نیز به وظایف داروساز اضافه شد.

در قانون‌نامه فعلی هنوز عدم مصرف داروهایی که کیفیت مرغوب ندارد و تحویل ندادن داروها و وسایل پزشکی فاقد ارزش درمانی به چشم می‌خورد. بنابراین نقش داروساز گسترش یافته است و داروساز باید با مراعات همه آن‌ها به هر بیمار شایستگی حرفه‌ای خود را به کمال ارایه دهد.

■ رابطه مبتنی بر اعتماد

وجود رابطه مبتنی بر اعتماد بین داروساز و بیمار از امور بسیار الزامی است. قانون‌نامه اخلاقی بر پایه این اعتقاد قرار دارد که بین داروساز و بیمار باید رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد موجود باشد، حال آن‌که بین خریدار و فروشنده یک متاع نیازی بدان نیست. مردم جانشان را در اختیار پزشک و داروساز و گاهی هستی خود را در اختیار وکیل و دادستان قرار می‌دهند. چنین اعتمادی به همه حرفه‌های تخصصی جامعه نمی‌شود.

به سبب اهمیت خدمات درمانی باید ارتباطی مبتنی بر اعتماد بین صاحب حرفه خدمات درمانی و بیمار وجود داشته باشد. وقتی پزشک، عمل جراحی



■ پاداش غیرمستقیم

برای صاحبان حرفه تخصصی خدمات درمانی دریافت پاداش غیرمستقیم ممنوع شده است. اگر داروساز پورسانتی یا حق‌العملی به صورت دیگر به پزشکی بدهد که بیمارها را به داروخانه او بفرستد عملی کاملاً غیراخلاقی است. این کار پزشک آزادی انتخاب داروساز را از بیمار سلب می‌کند و امکان دارد که داروهای غیرلازم در نسخه بنویسد تا بر پورسانت خود بیفزاید. پاداش غیرمستقیم همیشه پورسانت نیست بلکه ممکن است هدیه گران‌قیمت به مناسبت فرا رسیدن سال نو یا سالروز پزشک باشد.

■ تعارض‌ها

تعارض بین نفع شخصی صاحب حرفه خدمات

و ایمنی بیماران را نخستین مسأله مورد نظرش قرار دهد، بنابراین خدمت آرمانی مندرج در اخلاق حرفه‌ای، درآمد صاحب حرفه را در درجه دوم قرار می‌دهد.

این تحت‌الشعاع قرار گرفتن درآمد شخصی حرفه خدمات درمانی، که زیربنای نودوستی دارد، عاملی است که حرفه‌های درمانی را از دیگر اشتغالات متمایز می‌سازد. چنانکه تاریخ نشان داده است، این‌گونه حرفه‌ها در آغاز پیدایش درآمد کم داشته‌اند.

تحت‌الشعاع قرار گرفتن درآمد خدمات درمانی بدان معنی نیست که صاحبان این حرفه‌های نسبت به درآمد مالی خود بی‌اعتنا باشند، بلکه درآمد صاحب حرفه باید در ترازوی رضایت‌بخش باشد.

درمانی، و وظیفه تحت‌الشعاع قرار دادن آن به نفع بیمار یکی از مسایل حل نشده این حرفه است. گرچه صاحب حرفه می‌تواند با ارایه خدمات با کیفیت عالی بیماران بیشتری را به سوی داروخانه خود جلب کند و به مصداق دو ده نیم بهتر از یک ده یک است، اجر مادی خود را جبران نماید، اما راه منطقی و عملی این است که در صد نفعی که برای داروساز از فروش هر دارو یا ساختن داروهای ماژیسترال در نظر گرفته می‌شود، چنان باشد که رضایت خاطر او را فراهم و زندگی‌اش را تأمین کند.

■ دلایل قصور اخلاقی

تبعیت داروساز از موازین اخلاقی داروسازی نمایانگر آگاهی کامل او از سودی است که از حرفه خود می‌برد. وقتی همه داروسازان تلاش کنند استاندارد حرفه خود را بالا نگهدارند، کل حرفه تعالی می‌یابد و این به سود همه است. لازم نیست همیشه سود مادی باشد؛ علو مقام اجتماعی زیاد بودن قدرت اجتماعی، عزت و احترام خود سود معنوی است.

عدم آگاهی کامل از نفع شخصی، که براساس رعایت موازین اخلاقی و مقررات و قوانین عاید می‌شود، می‌تواند دو دلیل داشته باشد:

نخستین دلیل فقدان دانش حرفه‌ای لازم است. عدم آگاهی از دستورهای اخلاقی و تمرکز همه تلاش‌ها و فعالیت‌ها در راه رسیدن به اهداف کوتاه‌مدت یعنی افزایش درآمد فردی، نخستین دلیل است. وظیفه انجمن‌ها و سازمان‌های داروسازی این است که داروسازان را با اصول اخلاقی حرفه خود و تفسیر درست آن‌ها آشنا کنند و نسبت بدان‌ها حساس نمایند.

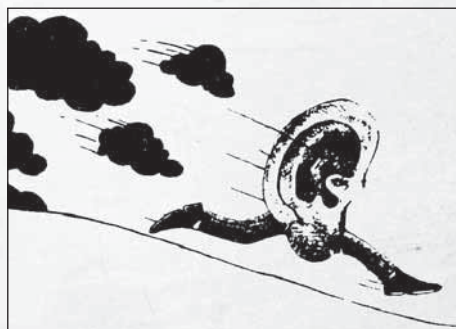
دومین دلیل عدم آگاهی از نفع شخصی درازمدت و بی‌اعتنا بودن به آن و ترجیح دادن نفع شخصی فوری است. این عدم آگاهی ممکن است آنچه را

درمانی، و وظیفه تحت‌الشعاع قرار دادن آن به نفع بیمار یکی از مسایل حل نشده این حرفه است. گرچه صاحب حرفه می‌تواند با ارایه خدمات با کیفیت عالی بیماران بیشتری را به سوی داروخانه خود جلب کند و به مصداق دو ده نیم بهتر از یک ده یک است، اجر مادی خود را جبران نماید، اما راه منطقی و عملی این است که در صد نفعی که برای داروساز از فروش هر دارو یا ساختن داروهای ماژیسترال در نظر گرفته می‌شود، چنان باشد که رضایت خاطر او را فراهم و زندگی‌اش را تأمین کند.

■ قانون و اخلاق

اخلاق و قانون یک وجه مشترک دارند و آن این است که هر دو مشوق رفتار درست اجتماعی هستند. قانون برای نیل به این مقصود از قدرت حکومت سود می‌برد، حال آن‌که اخلاق، به خصوص اخلاق حرفه‌ای، افراد را بدون دخالت حکومت به اهداف خود می‌رساند.

یک خصوصیت اخلاق این است: مکانیسمی است که باعث می‌شود صاحب حرفه تخصصی به خواست خود از دستورها و آیین‌نامه‌ها پیروی کند. اخلاق به وسیله قانون تحکیم نمی‌شود بلکه قبول



که طی قرن‌ها در حرفه داروسازی کسب شده و به نسل ما رسیده است تباه کند. تصحیح این‌گونه قصور اخلاقی دشوار است و مناسب‌ترین راه این است که از مبادرت به آن جلوگیری شود نه پس از اقدام.

گروهی که یک فرد داروساز با آن‌ها کار می‌کند اثر عمیقی بر اعمالش دارد. اگر گروه در کل، استاندارد اخلاقی را پذیرفته باشد، فردی که داوطلب همکاری با آن است احتمالاً با استاندارد گروه موافقت می‌نماید. هر چه تعداد گروه‌های مراعات‌کننده اخلاق حرفه‌ای بیشتر باشد، احتمال این که داروساز به گروهی غیر اخلاقی روی آورده کمتر می‌شود.

■ مجازات تخلف

درصد کوچکی از داروسازان، علی‌رغم همه تمهیدات اخلاقی و قانونی، همواره نسبت به دستورهای اخلاقی بی‌اعتنا باقی می‌مانند. مجازات ابتدایی می‌تواند از طرف انجمن داروسازان اعمال شود و شامل سرزنش و لغو عضویت در انجمن

باشد. نباید از نظر دور داشت که مجازات باید با در نظر گرفتن حقوق قانونی عضو باشد. وقتی داروسازی در موقعیتی قرار گرفت که به حیثیت این حرفه تخصصی لطمه شدید وارد ساخت، اصلح آن است که براساس قانون او را از جامعه داروسازان طرد کنند. ولی یک روال غلط که در کشور ما معمول است این است که وقتی تخلفی اخلاقی از داروسازی می‌بینند، آن‌را به صورت بخشنامه به همه داروسازان اطلاع می‌دهند و آنان را از ارتکاب بدان برحذر می‌دارند. این کار چشم و گوش داروساز مستعد تخلف را باز می‌کند و چه بسا راه انحراف را نشان می‌دهد. راه درست این است که داروساز را تنبیه یا اخراج کنند و موضوع را به اطلاع همگان برسانند.

در خاتمه، قول Dean Lawell را به عرض می‌رسانم که:

«یک حرفه بسیار تخصصی، می‌تواند، بسته به اهداف و شایستگی و آموزش صاحب حرفه، به بالاترین مقام صعود نماید یا به پایین‌ترین تراز بازرگانی سقوط کند.»



ترجمه: دکتر محمود آل بویه
دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان

■ خلاصه

دانشمندان در حال جستجوی دریاها برای پیدا کردن گیاهان و جانوران دریایی هستند که ممکن است داروهای جدیدی را علیه سرطان تولید کنند. به گفته دانشمندان تنوع زندگی در زیر امواج دریاها بسیار بیشتر از تنوع زندگی در جنگل‌های بارانی گرمسیری می‌باشد.

ارگانسم‌های آبی بسیار کمی تاکنون به دقت مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و کمتر از یک دهم دریاها تاکنون مورد بررسی قرار گرفته‌اند. (نشریه انستیتو بین‌المللی سرطان)

ترکیبی حاصل از یک اسفنج که در آب‌های کانادا یافت می‌شود. بسیار قوی‌تر از داروی دوکسوروبیسین برای درمان سرطان می‌باشد.

کاوش دریایی و کشف داروهای جدید



به گفته دانشمندان تنوع زندگی در زیر امواج دریاها بسیار بیشتر از تنوع زندگی در جنگل‌های بارانی گرمسیری می‌باشد.

یک تیم از محققان دریافتند که ۳۰ درصد از ارگانیس‌م‌ها اثرات سیتوتوکسیک از خود نشان داده و ۷ درصد آن‌ها علیه لوسمی فعال بوده‌اند.

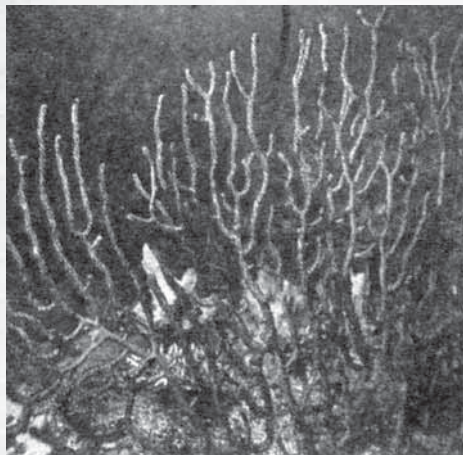
دانشمندان برای انجام این‌گونه مطالعات تشویق شده‌اند. یک تیم از محققان دریافتند که ۳۰ درصد از ارگانیس‌م‌ها اثرات سیتوتوکسیک از خود نشان داده‌اند (می‌توانند نابودکننده سلول‌های سرطانی باشند) و ۷ درصد آن‌ها علیه لوسمی فعال بوده‌اند. ترکیبی حاصل از یک اسفنج که در آب‌های کانادا یافت می‌شود بسیار قویتر از داروی دوکسوروبیسین برای درمان سرطان می‌باشد. این ترکیب به علت

کمیاب بودن اسفنج مولد آن سنتز شد. ترکیبات فعال و مهمی از ارگانیس‌م‌های آبی قبلاً کشف شده و توسط کارخانجات داروسازی بهره‌برداری شده‌اند. این داروها شامل سیتوزین آرابینوزید Cytosine arabinoside و آدنین آرابینوزید Adenidine arabinoside می‌باشند که از اسفنج‌ها جدا شده‌اند و کاملاً سنتز شده و در درمان سرطان و هرپس ویروس استفاده می‌شوند.

محققان از دریای کارائیب تونیکات‌ها Tunicates را جمع‌آوری کرده‌اند که موجوداتی لوله‌ای شکل بی‌مهره می‌باشند و از این جانوران گروهی از مواد شیمیایی را که دیدمین‌ها Didemins نام دارند به دست آورده‌اند. یکی از اعضای این گروه به نام دیدمین - ب Didemin-B تحت بررسی علیه



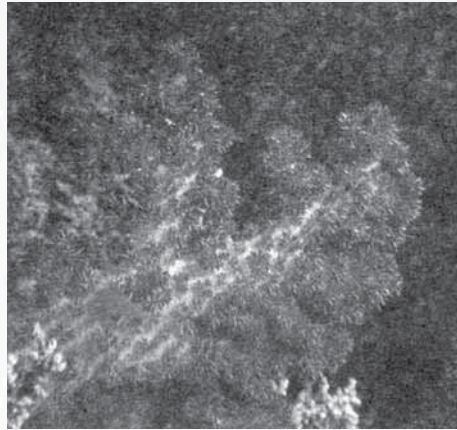
دریایی از جنوب و مرکز اقیانوس آرام، دریای کارائیب و قطب جنوب جهت بررسی به مرکز انستیتو ملی سرطان آمریکا فرستاده می‌شوند. این طرح در دریای مدیترانه و دریای سرخ نیز در آینده شروع خواهد شد.



هر ساله حدود ۱۰۰۰ ارگانایسم پیدا شده و خصوصیات آن‌ها ثبت می‌شود. تنوع این موجودات شامل مرجان‌ها، جلبک‌ها و ستاره دریایی می‌باشد که پس از تهیه منجمد شده و عصاره آن‌ها بر روی ۶۰ نوع رده سلولی Cell line سرطانی آزمایش می‌شوند. عصاره‌ها ذوب نمی‌گردند بلکه قبل از بررسی به صورت لایه لایه و له شده به طور جداگانه درون آب و یک حلال آلی ریخته می‌شوند. تاکنون ترکیبات فعال مختلفی با شبکه‌های اتمی حیرت‌انگیز و شاخه‌دار کشف شده‌اند که هیچ شیمی‌دانی رویای ساختن آن‌ها را به ذهن خود نمی‌آورد. جانوران دریایی برخی از این مواد را به عنوان سم برای دفع دشمنانی خود به کار می‌برند.

مآخذ

Health Horizons-No.18-March 1993



سرطان‌های پروستات، ریه، مغز و لنفوما می‌باشد. دانشمندان هم‌چنین مواد فعال دیگری که بربوستاتین‌ها Bryostatins نامیده می‌شوند را پیدا کرده‌اند که این ترکیبات تنها در یک میلیونیم درصد از جانوران دریایی وجود دارند. گفته می‌شود که بربوستاتین‌ها Kinase-C را که واسطه رشد سلول‌های سرطانی می‌باشد، تحت تأثیر قرار می‌دهند. این ترکیبات در اروپا در مرحله مطالعات بالینی بوده و مطالعاتی نیز در آمریکا در دست برنامه‌ریزی می‌باشد.

کاندیدهای دیگر برای داروهای ضدسرطان در دست تحقیق دولستاتین‌ها Dolastatines هستند که از Sea hare که جانوری از خانواده حلزون‌ها بوده و از لیمپت‌ها Limpets که نوعی جانور نرم‌تن می‌باشند به دست آمده‌اند.

هم‌چنین Halicondrin-B که از اسفنج ساکن به دست آمده و هالمون Halmon که از جلبک‌های قرمز در ساحل دریا در فیلیپین یافت شده‌اند نیز از کاندیداهای دیگر هستند.

در طی یک برنامه بزرگ محصولات طبیعی



□ چه زیباست گرفتن یک دست رنجور و به دست آوردن یک دل خسته؛
□ چه زیباست همدردی و فشاندن ته لیخندی از رضایت بر یک گونه گرفته؛
□ چه زیباست درخشیدن گوهر اندیشه من و تو در آغوش دریای عظیم
انسان‌ها؛

□ و چه زیباست تقدیم میوه‌های درخت آراسته به علم و آگاهی‌مان به
درماندگانی که از ما چاره می‌جویند؛ برادر و خواهر عزیزم بیا تا این زیبایی
را جلای حرفه مقدسمان‌سازیم و لکه‌های تیره مادیت و ندیده انگاشتن
مسئولیت را از آن بزداییم.

بیاد زمین وجودمان که سال‌هاست برای بارور شدن آن زحمت کشیده‌ایم
بذر نوع دوستی و همدردی بکاریم و میوه‌های آن را برای زندگی جاویدان
ذخیره‌سازیم به تعبیر استاد سخن شیخ شیراز گوی از دو جهان برگیریم؛
(کسی گوی دولت ز دنیا برد که با خود نصیبی به عقبی برد)

«رُخ یار»

امشب من بیچاره با یاد تو بیدارم
تا صبح نمی‌خوابم چون عاشق دیدارم
بر ماه نظر کردم عکس رخ تو دیدم
چشمان سیاه تو چون ماه شب تارم
عشق تو اسیرم کرد، هجران تو پیرم کرد
رحمی بنمای گل من پیش تو چون خارم

■ قطعه‌ایست ادبی و خواندنی از
یکی از دانشجویان داروسازی -
اصفهان خانم افروز نقوی:

■ غزلی است زیبا و دلنشین از
دوست جوانمان آقای مرتضی
آقاحسینی دانشجوی پزشکی
ساری:

امروز چو پیشین روز فریاد کنمای دوست
 ای دوست رخی بنمای عمری است که بیمارم
 گویند در این میدان مستانه قدم بگذار
 من مست نمی‌گردم الا به رخ یارم
 ترسم که شوم مجنون بی وصل شوم مدفون
 پس چهر خود بگشا، تا جان به بدن دارم
 عاشق کشی معشوق رسمی است و من جانا
 هر لحظه ز در آیی جان را به تو بسپارم
 «شاهد» ز ریا کم کن بر گو که نمی‌گویم
 راز دل محزون را الا بر دلدارم

بنام خدا

جناب آقای دکتر سیامک زرد در بر محترم مجبور رازی
 احترام عرض حال می‌رساند: اشعار بسیار زیبایی که از جناب آقای دکتر علم معصوم قلب در شماره
 ۴ دیماه ۷۲ آن مجله محترم چاپ گردید و خودن گزینی باری باری عین ایشان به خط ممول طبیب
 و با کمال توجه به نغمت حیات آن بود بنده از بر آن شکر که تا غنایم تا به کمال
 پریشان محرم نیز در باره چشم طبع آنکه فریاد تا بد نویسی از این هر عضو متاز بدن که در کمال
 شرای تقدم سوره کبر و مسووب بندر شناخته شده از دفع به مری گردیده است و نهایت تقدیر
 بعد از دوا اینک خود ای ز در شفا معتمدین:

ز دست دیده ددل پرده فرود
 بزم نخوی نوکش ز فولاد
 هر آنچه دیده بند دل کند یاد
 زخم بر دیده تادل گردد ز یاد
 با هر نام . دکتر ج . اسودی

(در)

■ از بس که در باب بدخطی
 همکاران پزشکی شنیده‌ایم
 (و گاهی هم دیده‌ایم)، واقعاً
 ذوق زده می‌شویم وقتی یکی
 از این همکاران - جناب دکتر
 اسودی از تبریز - بر ابطال آن
 باور اقدام می‌فرمایند به کلیشه
 دستخط این دوست ارجمند
 عنایت بفرمایید:

■ پزشک محترم آقای دکتر کریم متحدان شیرازی متخصص داخلی با استفاده از صناعات شعری و ذوق ادبی خود در مورد «طب و طبیب» چنین فرموده‌اند:

«طب و طبیب»

علم طبابت است بهین علم در جهان
این حرفه برتر است ز هر حرفه بی گمان
سعی پزشک ضامن حفظ سلامت است
بی شک سلامتی است بهین نعمت جهان
با سعی و اهتمام روان را کند علاج
با معجز کلام به تن‌ها دَمَد روان
در هر دهی طبیب مطب چون پیا کند
گرگ اجل کجاست دگر بین کودکان
چون بشنود پزشک مریضی است در خطر
خیزد ز خواب ناز و شود سوی او روان
مردم ز آه و ناله شنیدن مكدردند
عمری پزشک می‌شنود ناله و فغان
جراح چون ز بهر عمل رنج می‌برد
دارد ز آدمیت و مردانگی نشان
مردم به خصم خویش ندارند مهر لیک
حتی به خصم خویش طبیب است مهربان
زانجا که اشتباه روا نیست از پزشک
بس مشکل است دادن دارو به دیگران
گویند خلق راز دل خویش با طبیب
باشد طبیب محرم اسرار این و آن
مردم ز تندرستی خود بهره می‌برند
در سایه وجود پزشکان کاردان
از حق خویش می‌گذرد دکتر شریف
درمان کند یتیم و فقیران به رایگان
از مرگ چون که رهاند مریض را
الحق کزین سپاس زیون می‌شود زبان
آخر طبیب حاذق و عیسی نفس شود
رب کریم می‌دهدش قدرتی چنان



دیدگاه‌ها

خواهید فرمود:

■ حضور سردبیر محترم مجله دارویی رازی
جناب آقای دکتر سیامک نژاد

«... تا حال چندین نسخه را مورد بررسی قرار داده و ایراداتی بر آن‌ها گرفته‌اید که در اغلب موارد اشکالات موجود کاملاً به جا و مطالب جنابعالی از پایه علمی محکمی برخوردار بوده و از نظر تئوریک کاملاً صحیح می‌باشد. منتها مسایلی در طب و طبابت مطرح است که تنها با نگاه به نسخه نمی‌شود نظر قطعی داد و از دور نمی‌توان در مورد پزشک صاحب نسخه قضاوت کرد بلکه نسخه را باید بر بالین بیمار مورد تجزیه و تحلیل قرار داد. پزشک قبل از آن که تنها صرف نسخه‌نویس باشد

آقای محمدرضا رضایی انترن دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز نکاتی را به شرح زیر در مورد مطالب «نسخه‌نویسی در یک نگاه» مرقوم فرموده‌اند که بسیاری از مطالب ایشان را ما هم قبول داریم ولی همان‌گونه که خودشان در بند اول نامه اذعان نموده‌اند بسیاری از انتقادات مندرج در صفحه «نسخه‌نویسی...» از پایه‌های محکم علمی برخوردار است.

در بخش دوم نیز نامه همکار جوان دیگرمان را مطالعه خواهید فرمود (آقای مسعود جوانبخت - دانشجوی پزشکی دانشگاه آزاد) که بر نکته قابل تعمقی انگشت نهاده‌اند.

نامه این دو همکار جوان را به ترتیب ملاحظه

یک روانشناس و یک جامعه‌شناس است و خواه ناخواه در برخورد با بیمار و درمان او به مرور زمان و کسب تجربه مسایل فوق را یاد می‌گیرد و عوامل مختلف اجتماعی - اقتصادی - فرهنگی و ... را در درمان خود شرکت می‌دهد:

۱ - همان طور که می‌دانید اغلب بیمارانی که به درمانگاه‌ها و مطب پزشکان مراجعه می‌کنند مشکل روانی داشته و بیماری جدی ارگانیک ندارند، از طرف دیگر برای تأثیر بیشتر دارو حتی در بیماری‌های جسمانی نیز تأمین روانی مریض از اهمیت به سزایی برخوردار است و این مسأله کاملاً مشخص و ثابت شده است. لذا بسیاری از داروهای تجویز شده جنبه پلاسبو دارند مثلاً ویتامین B12 به طور شایع توسط پزشکان برای بیمارانشان تجویز می‌شود در صورتی که شاید بیمار نیاز واقعی به آن نداشته باشد و مسلماً پزشک نیز آن را به عنوان درمان آنمی مگالوبلاستیک ناشی از کمبود ویتامین B12 نمی‌دهد. تأثیر پلاسبو در درمان بیمارانی هیستریک نیز بر همگان روشن است.

۲ - بسیاری از داروهای ذکر شده در کتب رفرانس و مجلات علمی در بازار ایران یا موجود نبوده یا کمیاب بوده و یا در منطقه خدمت پزشک به عللی وجود ندارد لذا طبیب مجبور به استفاده از آلترناتیو و مشابه آن‌ها شده و به داروهای موجود در بازار بسنده می‌کند و این مسأله باعث تناقض در نسخه می‌گردد.

۳ - بعضاً بیمار فرزند خود یا فرد دیگری را به عنوان همراه می‌آورد که او هم مریض بوده و احتیاج به درمان دارد یا بعضی از بیماری‌ها هستند که باید همه افراد مبتلا با هم درمان شوند و پزشک مجبور

می‌شود که همه داروها را در یک نسخه بنویسد و توضیحات لازم را به خود بیمار و همراهان او بدهد. لذا در ظاهر نسخه اشکالات علمی مشاهده می‌شود در صورتی که واقعیت غیر از این است.

۴ - پزشک گاهی با بیمارانی برخورد می‌کند که حاضر به پذیرفتن حرف او نیستند و حتی با توضیحات لازم و برخورد منطقی نیز توصیه‌های او را به کار نمی‌بندند لذا بالاچار نوع دارو یا شکل دارویی را طوری تغییر می‌دهد که ضمن مطلوب بودن برای بیمار اثرات درمانی مناسبی داشته باشد. در این جا اشکال از مریض و فرهنگ غلط جامعه است و تا رسیدن به نتیجه مطلوب راه درازی در پیش است و همکاری همه مخصوصاً مسؤولان درمانی کشور لازم می‌باشد تا فرهنگ صحیح برخورد با پزشک را به مردم آموزش دهند.

۵ - گاهی بیمار از روستا و مناطق دورافتاده‌ای مراجعه می‌کند که احتمال مراجعه بعدی برای مشاهده نتیجه درمان و follow up وجود ندارد لذا پزشک مجبور به درمان با چند دارو و یا مدت طولانی می‌شود در صورتی که نحوه درمان برای بیماری مشابه در مورد بیماری که در شهر زندگی می‌کند متفاوت خواهد بود.

۶ - گاهی پزشک جهت تشخیص بیماری نیاز به پاراکلینیک پیدا می‌کند در صورتی که امکانات آزمایشگاهی در دسترس نیست یا بیمار استطاعت مالی یا فرصت لازم را ندارد یا وضعیت بالینی بیمار لزوم درمان سریع را ایجاب می‌کند لذا طبیب مجبور می‌شود با تکیه بر اطلاعات علمی و عملی خود مثلاً درمان دو بیماری را به طور همزمان به صورت کور شروع کند.

محترمتان حدود یکسال است خواننده ماهنامه رازی هستم ابتدا از این که ماهنامه را برایم می‌فرستید تشکر می‌کنم. سرمقاله شماره ۶ تیر ۷۲ بسیار خوب بود به خصوص وقتی به سرمایه‌گذاری در بهداشت پیشگیری و حمایت از اقشار کم درآمد اشاره فرمودید. اینجانب انترن بوده و دوره انترنی را در مرکز روانپزشکی رازی (امین آباد) می‌گذرانم. می‌خواستم از آنچه دیده‌ام گوشه‌هایی را که ممکن است قابل درج در مجله وزین رازی باشد برایتان بنویسم. بزرگترین مرکز روانپزشکی ایران رازی است که بسیار پرسابقه هم می‌باشد لذا لزوم توجه بیشتر به این مرکز بزرگ که احتیاجات فراوانی دارد بر همه دست‌اندرکاران محترم لازم است. کاری به کمبودها و غیره ندارم که بسیار است فقط به بهداشت روانی پیشگیری اشاره می‌کنم، اگر بتوان با یک آگاهی عمومی از طرق مختلف و هماهنگی با دولت و آیات عظام اقداماتی وسیع برای پیشگیری از بیماری‌های روانی انجام داد مسلماً بار بزرگی از بابت نگهداری بیماران، پرسنل، دارو و غیره کم خواهد شد. پیشنهاد من به صورت خیلی ساده (که با چند تن از روانپزشکان مرکز نیز صحبت کرده‌ام و آن‌ها نیز همگی موافق هستند) از آموزش و تبلیغات وسیع از طرف رسانه‌های گروهی، و ایجاد مراکز جدید و مجهز درمانی و رسیدگی به بیمارستان‌های در حال کار فعلی و گذاشتن مراکزی جهت بستن لوله‌های بیماران مرد و زن که بیماریشان تشخیص قطعی داده شده و در سنین باروری هستند و اکثراً چندین فرزند دارند با توجه به این که در بیشتر بیماری‌های روانی جنبه ژنتیک دخالت مستقیم دارد این امر می‌تواند منجر به کاهش بسیار زیاد بیماران جدید

۷- گاهی بیمار دو یا چند بیماری را همزمان دارد که درمان هر کدام به طور جداگانه ضروری است مثلاً در دو ارگان عفونت وجود دارد که سوش میکروبی هر کدام جدا بوده و آنتی‌بیوتیک موثر بر آن‌ها نیز متفاوت است لذا پزشک مجبور می‌شود که در یک نسخه از دو یا چند آنتی‌بیوتیک استفاده کند.

۸- وضعیت اقتصادی بیمار نیز یکی از عوامل مهمی است که نحوه درمان و در نتیجه نسخه پزشک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به عنوان مثال با توجه به قیمت بالا و گران بودن داروی A نمی‌توان آن را برای یک کشاورز یا کارگر ساختمانی ساده که به قول معروف هشتشان گرو نهشان است تجویز نمود در صورتی که برای یک بیمار شهری متمکن شاید داروی بسیار مناسب و مطلوبی باشد.

البته موارد بسیاری وجود دارد که جهت جلوگیری از اطاله کلام از اشاره به آن‌ها خودداری می‌کنم و همان‌طور که در اول عرایضم ذکر نمودم جهت اظهارنظر در مورد یک نسخه باید بر بالین بیمار حضور داشت و رابطه موجود بین طبیب و بیمار و فاکتورهای مؤثر بر این روابط را به دقت مورد بررسی قرار داد. لذا به نظر من قضاوت یک جانبه صحیح نبوده و دور از انصاف است که همه پارامترهای دخیل در درمان را حذف و در یک نسخه مثلاً تداخل دارویی را مورد نقد و بررسی قرار داده و نتیجه‌گیری ناعادلانه بکنیم.

محمد رضا رضایی نیا

تبریز، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی

■ سردبیر محترم مجله رازی

با سلام به امید موفقیت برای شما و همکاران

شود. شما ببینید تعداد زیادی از اطفال در پرورشگاه‌ها از مادران و پدران اسکیزوفرن متولد شده‌اند و در آن‌جا نگهداری می‌شوند در سالیان بعد درصد بالایی برای بیماری روانی خواهند داشت چه بسا خانواده‌هایی که این کودکان را به فرزندخواندگی پذیرفته و بعدها بیماری‌شان شروع یا شعله‌ور شود چه مصیبت عظیمی برای آن خانواده خواهد بود به هر حال می‌توان با دادن امکانات نظیر بخش جراحی به بیمارستان بزرگی چون رازی که تعداد زیادی بیمار را در خود دارد روزانه جلوی تعداد زیادی از موارد رشد بیماری را گرفت، مطمئناً نسل امروز ما در مقابل نسل فردا مسؤول خواهد بود. همه روزه شاهد هستیم که تعداد زیادی از بیماران حامله هستند که به علت بیماری مجبورند دارو مصرف کنند و به علت بارداری ژن را انتقال می‌دهند و مجدداً نیز در مراجعات بعدی حامله هستند. برخی بیماریان مرد چند بار ازدواج کرده و چندین فرزند دارند که آن‌ها نیز چنین مشکلاتی را دارند به هر حال می‌خواستم لطف کنید در این زمینه اطلاعاتی در مجله وزین رازی که همنام مرکز روانپزشکی رازی است درج فرمایید. بعد از آن اطلاعاتی در زمینه داروهای جدید اعصاب و روان چاپ بفرمایید زیرا در مراکز دولتی بسیاری از داروهای جدید که در کتاب‌ها و مجلات آورده شده و در ممالک دیگر استفاده می‌شود و اثرات سودمندی دارند اصلاً وجود ندارد خلاصه به وضعیت بیماران روانی در مملکت توجه بیشتر شود به خصوص به اصول پیشگیری اجتماعی که هزینه بسیار کمتری از درمان خواهد داشت.

با احترام، مسعود جوانبخت

انترن، دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران

■ ظاهراً این دوست جوان ما - آقای مجید معافی - نامه‌ای به «رازی» نوشته‌اند که یا تا نوبت چاپش برسد - سه چهار ماه بعد - مدتی طول کشیده و یا این که به هر دلیلی به دست ما نرسیده لذا دست به قلم برده‌اند و با «دلشکستگی» نامه‌ای نوشته‌اند که ملاحظه خواهید فرمود و یک مطلب شیرین طنزآمیز با نثری خاص که آن‌را هم گذاشته‌ایم برای صفحه «دریچه‌ای به استعدادها» به هر حال اگر کوتاهی از ما بوده می‌بخشند. با هم نامه ایشان را مرور می‌کنیم:

... من هم یک مقاله نوشتم و به دفتر مجله تحویل دادم قرار شد یک هفته بعد نتیجه را اعلام کنند یک هفته شد یک ماه خلاصه شش ماه بعد رفتم دفتر مجله مقاله را که غبار فراموشی گرفته بود از روی نامه‌ها پیدا کردند و قرار شد با پست بفرستند. این بار اواسط شش ماه تماس گرفتم وقتی برگشتم خانه مقاله رسیده بود زیر مقاله چند جمله نوشته شده بود اما هر چه سعی کردم نه عمودی و نه افقی نتوانستم بخوانم عاقبت به نسخه‌خوان داروخانه محل متوسل شدم معلوم شد نوشته‌اند برای من نامه تشکرآمیز بنویسند ولی اثری از آثار نامه وجود نداشت. گفتم حتماً آن‌ها هم مشکل کمبود کاغذ دارند من را بگو گفتم الان آقای دکتر صدر مقاله را خوانده‌اند و می‌گویند: به به چه مقاله‌ای چه نویسنده‌ای خودم کشفش کردم مشابه‌اش گیر نمی‌آید چند روز بعد متصدی داروخانه را دیدم گفت مقاله چی شد گفتم هیچ می‌دونی فرق دل شکسته با دست شکسته چیه گفت نه گفتم دست شکسته را می‌شه دید اما دل شکسته را نمی‌شود دید طنز نبوده نظنر بوده.