



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 ۲۴ سال و خرده‌ای از انتشار اولین شماره رازی، نامه اعمالمان را آنقدر 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. آنقدر 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 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 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، 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.

* * *

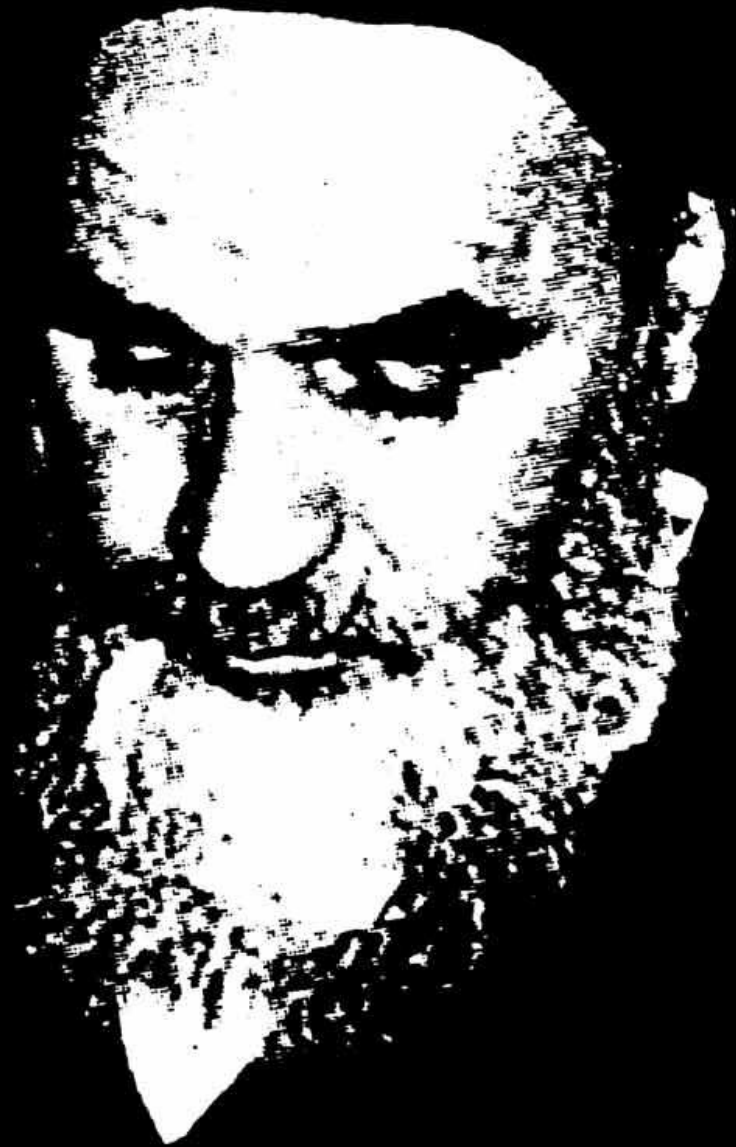
مطالب این شماره گزیده‌ها به شرح زیر است:

- ۱ - فهرست مطالب در شماره خرداد ماه ۱۳۷۳ / به کوشش دکتر مجتبی سرکندی
- ۲ - بیوتکنولوژی و کاربردهای آن در پزشکی و داروسازی / دکتر مجتبی طباطبایی یزدی
- ۳ - نقش داروساز در داروخانه / ترجمه: نوشین جزایری

فهرست مقالات خرداد ماه ۱۳۷۳

تهیه و تنظیم: دکتر مجتبی سرکندی

نام نویسندگان یا مترجمان	عنوان	
دکتر سید محمد صدر	خرداد، ماه امام	سر مقاله
دکتر مرتضی ثمینی	داروهای ضد آریتمی	علمی
دکتر زهرا محمدزاده	میگرن و قرص‌های هورمونی مخلوط پیشگیری از بارداری	
-	عوارض جانبی ناخواسته دارویی در سالمندان	
دکتر سید محمد صدر	آشنایی با ژنریک: کاپتوپریل	
دکتر مجتبی سرکندی	سمیت حاد داروها: سالیسیلات‌ها	
دکتر ناصر توکلی	منابع و مأخذ مورد استفاده در داروسازی (۲)	
دکتر فاطمه سماروک	بیماری لایم	انجمنی
ترجمه: دکتر شهرام امین‌زاده	بازگشت بیماری مرگبار سل	
دکتر بهمن مالک، دکتر محمد شریفی	درد	
داروساز جوان	وقایع اتفاقیه	
-	فراخوان فرهنگی تاریخی	
-	دریچه‌ای به استعدادها	
-	دیدگاه‌ها	
-	رازی و خوانندگان	
-	گردهمایی‌های علوم پزشکی	



روزها، ماهها و سالها به خودی خود از اهمیت خاصی برخوردار نیستند، بلکه ارزش آن‌ها به واقعه‌ای است که در آن زمان به وقوع می‌پیوندد، به عنوان مثال روز بیست و دوم بهمن که در حال حاضر در تاریخ کشورمان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است تا قبل از پیروزی انقلاب اسلامی مانند سایر روزهای عادی بود و به هیچ وجه مورد توجه قرار نمی‌گرفت. هم‌چنین روز ۱۳ آبان که خاطره سه واقعه مهم را در خود دارد، قبل از سال ۱۳۴۳ مورد توجه نبود، اما در حال حاضر به دلیل سالروز تبعید حضرت امام، کشتار دانش‌آموزان مظلوم در مقابل دانشگاه تهران و تسخیر لانه جاسوسی توسط دانشجویان مسلمان پیرو خط

امام از روزهای مهم و به یاد ماندنی است که هر ساله مورد توجه خاص قرار می‌گیرد.

با توجه به این مطلب، خرداد ماه نیز از ماه‌های بسیار مهم است زیرا در این ماه بر خورد جنایتکارانه رژیم ستم‌شاهی با نهضت مقدس اسلامی آغاز گردید و صف‌بندی‌های انقلاب و مخالفین را مشخص نمود. هم‌چنین در این ماه رهبر کبیر انقلاب اسلامی روی در نقاب خاک نهاد و جان به جان آفرین تسلیم نمود و میلیون‌ها انسان مسلمان و آزاده را سوگوار نمود. وقوع این وقایع در خرداد ماه که همگی مرتبط با مردی بزرگ و فرزانه‌ای سترگ است، ایجاب می‌نماید این ماه را ماه امام بنامیم، اگرچه تمام ماه‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی ماه اوست و او خود ماهی است که در تمام ماه‌ها نورافشانی می‌کند.

حال که پذیرفتیم خرداد، ماه امام است، پس ضروری است که در این ماه بیشتر به او پرداخته و ویژگی‌های خاص او را بررسی نماییم، به عبارت دیگر مناسب است به این سؤال پاسخ دهیم که چرا مردم امام را به رهبری پذیرفتند و در پی اشخاص احزاب و گروه‌های دیگر نرفتند؟

اولین مسأله‌ای که در پاسخ به سؤال فوق باید به آن توجه نماییم روحانی بودن امام است. روحانیت در جامعه ما از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و مردم با علم و تجربه دریافته‌اند که این قشر همیشه حامی مظلومین و مخالف ظالمین بوده است. مردم ما به خوبی آگاهند که نهضتی در ایران به وقوع نپیوسته مگر آن که روحانیت رهبری آن را به عهده داشته و یا این که به طور موثر در آن دخیل بوده است.

البته روحانیت شیعه خصوصیات دیگری نیز دارد که ان‌شاء‌اله در فرصتی دیگر به آن خواهیم پرداخت. این خصوصیات باعث می‌شود که مردم به این قشر اطمینان کنند و آن‌ها را تکیه‌گاه خود بدانند. بنابراین اولین عاملی که زمینه را برای رهبری حضرت امام فراهم می‌نمود روحانی بودن او بود.

ویژگی دوم امام مرجعیت است. مرجع در بینش شیعه جانشین امام معصوم است و حکم او مانند امام و پیامبر برای امت تلقی می‌شود. مردم مسلمان ایران حرکات اجتماعی و سیاسی خود را در چارچوب تکلیف شرعی انجام می‌دهند و از این طریق دنیای خود را با آخرت پیوند می‌زنند. آن‌ها حاضر نیستند آخرت و قیامت خود را به دست فردی سیاسی و غیرمذهبی بدهند، زیرا به خوبی می‌دانند که در چارچوب ولایت فقیه و اجتهاد است که موضوع جنبه شرعی پیدا کرده و تکلیف به درستی انجام می‌شود.

ویژگی سوم امام فیلسوف بودن اوست. امام از اساتید بزرگ فلسفه در حوزه علمیه قم بود و تدریس و توسعه این علم را ترویج می‌نمود. این اقدام امام در شرایطی صورت می‌پذیرفت که بعضی دیگر از فقهای حوزه علمیه نه تنها با فلسفه مخالف بودند بلکه مدرسین این علم را تکفیر می‌کردند. بینش فلسفی امام و تبحر در این علم باعث پیچیدگی هر چه بیشتر ذهن امام شده و ایشان را از ساده‌لوحی‌ها و عوام‌گرایی‌ها مصون کرده بود. نگارنده معتقد است که برخورد صحیح امام در طول مبارزه با مسایل بغرنج سیاسی و عدم ارتکاب اشتباه حتی کوچک از جانب ایشان مربوط

راهنمایی‌های خداوند متعال در مقاطع حساس بود و این امر باعث می‌گردید که با الهامات دریافتی صحیح‌ترین تصمیمات سیاسی را در مقاطع حساس اتخاذ نماید. در این جا ذکر این نکته ضروری است که الطاف خداوند متعال اختصاص به امام ندارد و هر کس مانند حضرت امام خود را برای دریافت فیوضات الهی آماده کند از آن بهره‌مند خواهد شد. مهم این است که زمینه دریافت در فرد ایجاد شده باشد و میزان دریافت نیز مسأله‌ای است که با میزان خودسازی و ایجاد زمینه ارتباط دارد.

پنجمین خصوصیت امام که لازمه رهبری و مدیریت در هر سطحی می‌باشد نظم و انضباط در امور است. حضرت امام در رعایت نظم و انجام منظم برنامه‌ها به گونه‌ای عمل می‌کردند که نزدیکان امام از طریق انجام هر برنامه توسط ایشان ساعت را تشخیص می‌دادند. آن‌ها می‌دانستند که امام هر کاری را در چه ساعتی انجام می‌دهند و از این طریق وقت را مشخص می‌کردند. مسأله نظم هم در کارهای سیاسی و اجتماعی امام، و هم در مسایل عبادی و حتی ورزشی ایشان وجود داشت. به طور مثال گفته می‌شود که حدود پنجاه سال امام نماز شب و پیاده‌روی را بدون هیچ‌گونه تغییری انجام داده‌اند.

امام در یک سخنرانی عبارتی را که از قول بعضی از افراد نقل شده بود (نظم مادر بی‌نظمی است) مورد انتقاد قرار دادند و گفتند نظم و انضباط از مهمترین اموری است که باید مورد توجه مسلمین قرار گیرد. در این جا ذکر این نکته ضروری است که رهبری انقلاب کبیری همچون انقلاب اسلامی

به این ویژگی امام است. از ویژگی‌های دیگر امام که باید آن را مهمترین عامل موفقیت او به حساب آورد، خلوص است. امام تکلیف خود را با خدا، با خود و هم‌چنین با مردم روشن کرده بود. امام بنده عابد و زاهد خدا بود و سال‌های سال و مدت‌های طولانی در خلوت عبادتگاه خود را ساخته بود. او تجسم عینی تسلیم در مقابل خدا بود و به همین جهت بزرگترین اتفاقات کوچکترین تأثیری بر او نداشت. امام موحدی بود که با اتصال به خداوند متعال دیگر قدرت‌ها را خرد می‌دید و از این بابت هیچ نگرانی به خود راه نمی‌داد. امام اول کسی بود که به توصیه معروف خود (پیش از آن که مردم به شما روی آورند خود را بسازید) عمل کرده بود و خود را آن‌چنان ساخته بود که اقبال میلیون‌ها انسان با ادبار آن‌ها برایش تفاوتی نداشت. در عین حال آن‌چنان برای بندگان خدا ارزش قایل بود که حتی یک‌بار در طول عمرش به آن‌ها دروغ نگفت و با آن‌ها سیاسی کاری نکرد و تمام زندگی شریفش را در جهت رشد و نجات آنان صرف نمود. این خلوص امام که از جانب مردم به خوبی درک شده بود باعث می‌گردید که در مواقع حساس بیش از پیش او را پیروی نمایند و کوچکترین شبهه‌ای در ذهن خود نسبت به عملکرد او نداشته باشند. مردم به کرات دیده بودند که امام برای نجات اسلام و مصلحت مسلمین حاضر به معامله با آبروی خود است و در این راه ابایی از نابودی حیثیت خود که به مراتب مهمتر از نابودی جسم است ندارد. خلوص امام در جمیع جهات عامل کمک‌ها و

ایران بدون توجه به نظم و رعایت انضباط در امور خارج از تصور است و قطعاً انجام کاری کوچکتر از اقدام فوق نیز نیاز به یک برنامه‌ریزی دقیق دارد. ویژگی مهم دیگر امام دشمن‌شناسی است. در هدایت یک نهضت شناخت دوستان و دشمنان و درجه‌بندی آن‌ها از امور بسیار مهم است. گاه، حب و بغض‌ها و یا ساده‌لوحی‌ها باعث می‌شود جای این دو با یکدیگر عوض شده و ضربه‌ای مهلک بر نهضت وارد شود. به طور مثال در جریان نهضت اسلامی ایران خیلی از افراد، شوروی را به دلیل کمونیست بودن بزرگترین دشمن انقلاب می‌دانستند و آمریکا را به دلیل عدم مخالفت علنی با دین، دوست می‌پنداشتند. در صورتی که امام از همان اوایل شروع نهضت این دشمن اصلی انقلاب و حامی شماره یک رژیم ستم‌شاهی را شناخت و آن را مورد حمله قرار داد تا بالاخره حاکمیت آمریکا را از ایران برچید. نمونه دیگر در این زمینه شناخت منافقین است. اعضای این گروه در سال ۱۳۵۰ در نجف به حضور امام رسیدند و به دنبال دریافت تأییدیه از امام بودند، این موضوع در شرایطی بود که اکثر بزرگان دینی و سیاسی آن‌ها را تأیید می‌کردند و از امام نیز خواسته بودند که منافقین را تأیید نمایند. اما امام علی‌رغم این سفارشات هرگز منافقین را تأیید نکردند و از همان اول شناخت دقیق نسبت به آن‌ها پیدا کردند.

هفتمین ویژگی امام صبر انقلابی است. امام در حالی که انقلابی‌ترین فرد زمان خود بود صبورترین افراد نیز به حساب می‌آمد و این دو ویژگی به ظاهر متضاد در شخصیت بزرگی چون امام به حد

کمال وجود داشت. امام در زمان مرجعیت آیت اله العظمی بروجردی علی‌رغم این که از بعضی عملکردها راضی نبودند و رفتار بعضی از نزدیکان ایشان مورد تأیید امام نبود، اما سال‌ها مهر سکوت بر لب زدند و هیچ مطلبی بر زبان نیاوردند، زیرا این اقدام را حرکتی در جهت تضعیف مرجعیت می‌دانستند و طبیعی بود که از انجام چنین کاری خودداری نمایند. نمونه دیگر از صبر انقلابی امام در مورد برخورد با بنی‌صدر بود. امام که شناخت دقیقی نسبت به بنی‌صدر داشتند می‌دانستند او لیاقت ریاست جمهوری کشوری اسلامی و انقلابی را ندارد، اما با صبر و تحمل بسیار با او رفتار کردند تا مردم شناخت دقیق نسبت به او پیدا کنند. در صورتی که اگر چنین فرصتی به مردم داده نمی‌شد تا بنی‌صدر را به طور کامل بشناسند، ممکن بود گروهی از مردم به طرفداری از او برخیزند و در حالی که کشور دچار جنگی خانمان‌سوز است مشکل جدی داخلی ایجاد شود. در جریان یک نهضت همان اندازه که افکار انقلابی ضروری و مهم است صبر و حلم و تحمل نیز ضروری است و اگر این دو خصوصیت همراه یکدیگر نباشند قطعاً نهضت با شکست مواجه خواهد شد.

ویژگی مهم دیگر امام، مردم‌شناسی و مردم‌باوری است. امام با شناخت دقیق از روحیات خواسته‌ها و فرهنگ مردم خود، با آن‌ها رابطه‌ای بسیار مستحکم و صمیمانه ایجاد کرده بود. این رابطه به گونه‌ای بود که تک‌تک آحاد ملت او را همچون پدری مهربان و دلسوز می‌پنداشتند و می‌دانستند که امام چیزی جز صلاح و مصلحت

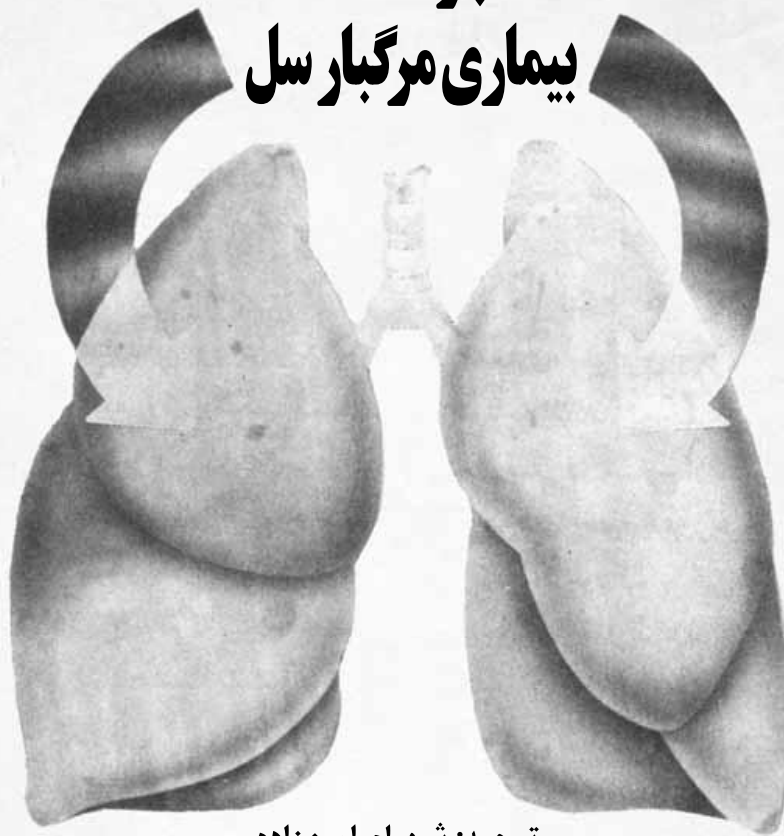
و اگر تشخیص دادید که کاری برای مردم قابل توجیه نیست هرگز آن کار را انجام ندهید». ذکر خصوصیات دیگر امام گرچه ضروری است در این مقاله نمی‌گنجد. همان‌گونه که نمی‌توان آب دریا را در کاسه‌ای جمع نمود و خورشید را در اطاقی جای داد، ویژگی‌های مردی خدایی و اسطوره‌ای جاودانی را نمی‌توان در چند صفحه و با این قلم ناقص به تصویر کشید. امید آن داریم که در زمان‌های مختلف با ذکر مطالبی از او بتوانیم بهره‌ای از وجود مبارکش را نصیب خود گردانیم.

دکتر سید محمد صدر

آن‌ها را طلب نمی‌کند. رابطه صمیمانه امام با مردم را می‌توان در مراسم تشییع جنازه میلیونی او و با حضور دایمی مردم در سر مزار شریف و حرم مطهرش به خصوص بعد از ۸ سال جنگ و ده سال حکومت که طبیعتاً همراه با مشکلاتی است مشاهده نمود. امام خود را خدمتگزار مردم می‌دانست و برای نظر آن‌ها بیش از اندازه احترام قایل بود. جمله معروف «میزان رأی ملت است» بیانگر توجهی است که امام به نظر مردم داشتند. امام در پاسخ سؤال یکی از مسؤولین که پرسیده بود در انجام امور تا کجا پیش برویم، فرموده بودند: «تا جایی پیش بروید که بتوانید مردم را قانع کنید»



بازگشت بیماری مرگبار سل



ترجمه: شهرام امین زاده

دانشجوی سال چهارم دانشکده داروسازی دانشگاه آزاد اسلامی

که تا سال ۲۰۰۰ ارقام سالیانه مذکور تا حد ۱۰/۳ میلیون مورد جدید ابتلای به بیماری و ۳/۷ میلیون مورد مرگ و میر ناشی از آن افزایش یابد. افزایش موارد جدید بیماری سل خصوصاً در صحرائشینان قاره آفریقا بسیار چشمگیر است. در حدود نصف صحرائشینان مبتلا به سل، آلوده به ویروس ایدز نیز می باشند و این بدان معنی است که اکثر ناقلین باسیل سل در این نواحی دچار سل پیشرفته خواهند شد. گمان می رود که احتمال بروز سل از ۱۰ درصد در ناقلین غیرآلوده به ویروس ایدز به ۵۰ درصد

در حدود ۱/۷ میلیارد نفر (یک سوم جمعیت کره زمین) ناقل باسیل سل می باشند. BCG تنها واکسن موجود می باشد که کودکان را در برابر این بیماری مصون می سازد با این حال واکسن فوق همیشه کارساز نیست. در اکثریت ناقلین (تقریباً ۹۰ درصد افراد آلوده) بیماری اصلاً ظاهر نمی شود. در حال حاضر سازمان بهداشت جهانی تخمین می زند که هر سال ۸ میلیون مورد جدید سل در سرتاسر جهان ایجاد و ۳ میلیون مورد مرگ در اثر ابتلای به این بیماری حادث می شود. پیش بینی می شود

از ۹۸ درصد موارد موثر واقع می‌شوند. پزشکان مختلف روش‌های درمانی متفاوتی را برای بیماران تجویز می‌کنند اما رژیم درمانی استاندارد مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی، مصرف مجموعه‌ای از چهار دارو به مدت ۶ ماه می‌باشد که در جدول زیر آورده شده است. هزینه تهیه داروهای مذکور در آمریکا فقط ۳۵ دلار (هزینه خوردن یک شام!) می‌باشد.

جدول ۱

رژیم درمانی ۶ ماهه
توصیه شده توسط سازمان بهداشت جهانی
(برای بالغین با وزن بیش از ۵۰ کیلوگرم)

مرحله آغازی درمان، (۲) ماه
ایزونیازید mg ۱۰۰، ۳ قرص در روز
ریفامپیسین، mg ۳۰۰، ۲ کپسول در روز
پیرازینامید، mg ۵۰۰، ۴ قرص در روز
اتامبوتول، mg ۴۰۰، ۳ قرص در روز
(مجموعاً ۱۲ قرص و کپسول در روز)

جدول ۲

رژیم درمانی ۶ ماهه
توصیه شده توسط سازمان بهداشت جهانی
(برای بالغین با وزن بیش از ۵۰ کیلوگرم)

مرحله تداوم درمان، (۴) ماه
ایزونیازید mg ۱۰۰، ۴ قرص، ۳ بار در هفته
ریفامپیسین، mg ۱۵۰، ۴ کپسول، ۳ بار در هفته
ایزونیازید mg ۳۰۰، یک قرص، ۳ بار در هفته
(مجموعاً ۲۷ قرص و کپسول در هفته)

نارسایی و تأخیر در تشخیص بیماری، موجود نبودن بودجه لازم جهت درمان رایگان مبتلایان اجرای ناصحیح درمان دارویی، قطع خودسرانه مصرف داروها توسط بیماران، بروز عوارض جانبی و سمیت ناشی از مصرف داروها، وجود مقاومت دارویی و بالاخره پاندمی ایدز مهمترین علل شکست در اجرای برنامه کنترل بیماری سل محسوب می‌شوند.

در افراد آلوده به ویروس ایدز افزایش می‌یابد. از آنجایی که اکثر میزبانان ایدز در گروه سنی ۱۵ تا ۳۹ سال قرار دارند، تأثیر اقتصادی این مسأله به خصوص در نواحی مرکزی و شرق آفریقا که شدیداً از ایدز آسیب دیده‌اند، در آینده ویران کننده خواهد بود. در نواحی مذکور، سل پس از اسهال و سندروم ضعف مفراط، سومین عامل مرگ و میر در مبتلایان به ایدز محسوب می‌شود در حالی که در کشورهای غربی اکثر قربانیان ایدز در اثر ابتلای به سرطان‌های نادر و پنومونی تلف می‌شوند.

با وجود هراس انگیز بودن بیماری سل، امروزه وجود آنتی‌بیوتیک‌های متنوع باعث افزایش قدرت مقابله آدمی با این بیماری گردیده است. از دهه ۱۹۵۰ به بعد آنتی‌بیوتیک‌های پر قدرت ضد سل درمان سنتی و بی‌تأثیر این بیماری شامل استراحت استنشاق هوای تازه نقاط کوهستانی، در معرض نور خورشید بودن و امیدواری نسبت به بهبودی را تحت الشعاع قرار داده‌اند.

اگر داروهای ضد سل برای مدت چندین ماه به طور مستمر مورد استفاده قرار بگیرند در بیش

در طی دوره درمان سل بیماران باید از نظر بروز عوارض جانبی داروها تحت نظر بوده و انجام آزمایشات کبدی و کلیوی و معاینات بالینی جهت سنجش بینایی و شنوایی ضروری می‌باشد.

ناپدید می‌شوند و اکثر بیماران به تصور این که بهبود یافته‌اند مصرف داروها را خودسرانه قطع می‌کنند، پس از قطع درمان شانس عود بیماری و مرگ احتمالی ناشی از آن افزایش می‌یابد و بدین ترتیب به طور غیرعمدی یک بیماری قابل درمان به یک بیماری تهدیدکننده حیات مبدل می‌شود. وجود مقاومت دارویی نیز از جمله شایع‌ترین علل شکست درمان بیماری سل می‌باشد. از ابتدای ارایه آنتی‌بیوتیک‌های ضد سل از آغاز دهه ۱۹۵۰ تا به حال سوش‌های خاصی از میکوباکتریوم توبرکولوزیس شناسایی شده‌اند که نسبت به برخی از آنتی‌بیوتیک‌های ضد سل مقاوم هستند. کوتاه بودن طول مدت درمان یا قطع خودسرانه مصرف داروها توسط بیمار، شانس بازگشت بیماری و ازدیاد و تکثیر سوش‌های مقاوم باسیل سل را افزایش می‌دهد. استفاده از فقط یک آنتی‌بیوتیک ضد سل نیز باعث همین امر می‌شود، به همین جهت نبود کردن باکتری‌ها بدون فراهم آوردن شرایط ایجاد پیدایش سوش‌های مقاوم، رکن اصلی درمان بیماری سل را تشکیل می‌دهد. ظهور مقاومت دارویی طی درمان سل در برخی از نقاط جهان از جمله هائیتی، آسیای جنوب شرقی و آمریکای لاتین بسیار مشهود است. در موارد مشکوک نسبت به بروز مقاومت دارویی بهتر است که درمان حتماً با ۳ داروی ایزونیازید

امروزه با موجود بودن آنتی‌بیوتیک‌های پر قدرت و پیشرفت روزافزون علم پزشکی، بیماری سل هنوز هم یکی از معضلات زندگی بشر به شمار می‌رود و از جمله مشکلات بزرگ بهداشتی کشورهای مختلف به خصوص کشورهای جهان سوم می‌باشد. با این که در حال حاضر بشر هم واکسن و هم داروهای درمان‌کننده این بیماری را در دست دارد اما مشکلات زیادی کنترل این بیماری را دشوار کرده‌اند.

موجود نبودن بودجه لازم جهت درمان مبتلایان یکی از پیش افتاده‌ترین مشکلات در مبارزه با این بیماری محسوب می‌شود. بسیاری از کشورها توانایی تأمین ۳۵ دلار هزینه ذکر شده برای درمان هر یک از مبتلایان به سل را ندارند، به عنوان مثال کشور اتیوپی به علت فقر اقتصادی در هر سال فقط یک دلار برای تأمین سلامت و تندرستی هر شخص اختصاص می‌دهد.

مشکل عمده دیگر در مبارزه با بیماری سل ابتلای افرادی با مشکلاتی از قبیل بی‌خانمانی، الکلیسم اعتیاد به مواد مخدر یا مبتلا به بیماری‌های روانی می‌باشد. در نتیجه وجود نگرانی‌های فشارآور مهمتر باعث می‌شود که این گونه افراد توصیه‌های درمانی و روش صحیح مصرف داروها را رعایت ننمایند. مشکل دیگر این است که اکثر شبکه‌های بهداشتی و درمانی با وجود در دست داشتن هر ۴ داروی توصیه شده برای یک دوره درمانی ۶ ماهه، فاقد توانایی کنترل اجرای صحیح درمان دارویی می‌باشند. سرفه، تب و سایر علائم بیماری معمولاً پس از چند هفته پس از شروع درمان

پاراآمینوسالیسیلیک اسید، اتیونامید و تیواستازون مشاهده می‌شود. از عوارض دیگر که به دنبال مصرف داروهای ضد سل بروز نمایند عبارتند از: نوروپاتی محیطی در اثر مصرف ایزونیاژید، بروز سندروم شبه آنفلوآنزا، ترمبوسایتوپنی و تغییر رنگ ادرار، بزاق و اشک به هنگام درمان با ریفامپیسین نوریت چشمی در اثر مصرف اتامبوتول، ظهور اختلالات شنوایی، از دست دادن حس تعادل و اختلالات کلیوی به دنبال مصرف استرپتومایسین کانامایسین و کاپرئومایسین، دپرسیون، تغییرات رفتاری، سایکوز و بروز حالات تشنجی در اثر مصرف سیکلوسرین و بالاخره درماتیت اکسفولیاتیو پس از به کارگیری تیواستازون. با توجه به موارد ذکر شده بدیهی است که در طی دوره درمان بیماران باید از نظر بروز عوارض جانبی داروها تحت نظر بوده و انجام آزمایشات کبدی و کلیوی و معاینات بالینی جهت سنجش بینایی و شنوایی ضروری می‌باشد. در ضمن برخی از عوارض جانبی ذکر شده قابل پیشگیری می‌باشند. به عنوان مثال با مصرف روزانه ۵۰ میلی‌گرم پیریدوکسین (ویتامین B6) به همراه ایزونیاژید، مسأله بروز نوروپاتی محیطی ناشی از مصرف آن و تخلیه ذخایر پیریدوکسین بدن قابل پیشگیری می‌باشد. در خصوص خدشه وارد کردن عوارض جانبی ناشی از مصرف داروهای ضد سل در طی دوره درمان، مصرف تیواستازون در چند سال اخیر هیاهویی به راه انداخته است. تیواستازون داروی موثر و ارزان قیمتی است که به خصوص در چند سال اخیر به طور گسترده‌ای در کشورهای دچار فقر اقتصادی مورد استفاده قرار

ریفامپیسین و اتامبوتول به همراه پیرازینامید یا بدون آن صورت بگیرد. چنین رژیم درمانی در مدت ۶ ماه امکان برگشت بیماری را به کمتر از ۲ درصد می‌رساند. البته در این صورت باید نسبت به بروز عوارض سمی داروها هوشیار بود. حادثین مسأله در رابطه با مقاومت دارویی که اخیراً درمان سل را با مشکل مواجه ساخته ظهور سل مقاوم نسبت به چند دارو (Multiple drug - resistant tuberculo-sis = MDRTB) می‌باشد. تنها در یک مورد استثنایی در سال ۱۹۹۱ در شهر نیویورک ۳۶۶ بیمار آلوده به سوش‌های مقاوم نسبت به حداقل دو داروی ضد سل یافت شدند که برخی از آنها حتی نسبت به هفت دارو مقاوم بوده‌اند. پدیده مذکور که توجه بسیاری از کارشناسان مسایل بهداشتی را به خود معطوف داشته زنگ خطری برای آینده محسوب می‌شود. مشاهده بروز مقاومت دارویی، سازمان بهداشت جهانی را بر آن داشت که در آخرین رژیم درمانی توصیه شده جهت درمان سل، استفاده توأم از ۴ آنتی‌بیوتیک را توصیه نماید.

گمان می‌رود که احتمال بروز سل از ۱۰ درصد در ناقلین غیرآلوده به ویروس ایدز به ۵۰ درصد در افراد آلوده به ویروس ایدز افزایش می‌یابد.

مسأله بروز عوارض جانبی و سمیت ناشی از مصرف داروهای ضد سل از جمله موارد مشکل‌ساز دیگر در زمینه کنترل و درمان سل محسوب می‌شود. بروز هپاتیت شایع‌ترین عارضه ناشی از مصرف داروهای ضد سل می‌باشد که پس از مصرف ایزونیاژید، ریفامپین، پیرازینامید

گرفته است. در سال ۱۹۹۱ اطبای کشورهای حاشیه صحرای آفریقا مشاهده کردند که مصرف این دارو در اکثر افرادی که با ویروس ایدز نیز آلوده شده‌اند سبب ظهور بثورات پوستی شدید می‌شود. در برخی از موارد بثورات پوستی، حالت سندروم استیونس جانسون را به خود گرفته، پوست تاول زده و تاول‌ها می‌ترکند و در نتیجه بیمار مستعد به عفونت شده و احتمال مرگ ناشی از دهیدراسیون نیز پیش می‌آید. از آن جایی که پرسنل مراکز درمانی از این امر که کدام یک از بیماران مراجعه‌کننده ناقل ویروس ایدز می‌باشند اطلاعی ندارند، اکثر آن‌ها ترجیح می‌دهند که در کلیه موارد تیواستازون را به کار نبرند اما در بسیاری از موارد جانشین قابل قبولی برای این دارو وجود ندارد. دانیل کی بوگا (Daniel Kibuga) مدیر طرح ملی کنترل سل در کشور کنیا در این رابطه می‌گوید که می‌توان داروی اتامبوتول را جایگزین تیواستازون کرد اما اجرای این امر مستلزم صرف کردن مخارج هنگفتی است که متأسفانه ما منابع تأمین آن را نداریم.

مشکل دیگر در رابطه با کنترل بیماری سل این است که تشخیص قطعی آن مستلزم کشت دادن خلط فرد مشکوک به بیماری جهت شناسایی و ایزولاسیون مایکوباکتریوم توبرکولوزیس می‌باشد. این آزمایش در حدود ۸ هفته به طول می‌انجامد که متأسفانه بیمار در این مدت می‌تواند بسیاری از اطرافیان خود را آلوده سازد. به همین دلیل معمولاً پزشکان با توجه به تاریخچه بیماری فرد مشکوک به عفونت سل و با انجام معاینات بالینی و بررسی نتایج حاصله از آزمایشات رادیولوژیکی قفسه سینه

درمان ضد سل را تا آماده شدن جواب آزمایش کشت خلط بیمار آغاز می‌کنند.

به دنبال ناپدید شدن سرفه، تب و سایر علائم بیماری سل پس از چند هفته از شروع درمان قطع خودسرانه مصرف داروها توسط بیماران، به طور غیرعمدی، یک بیماری قابل درمان را به یک بیماری تهدیدکننده حیات مبدل می‌سازد.

خوشبختانه چندی پیش امیدهای تازه‌ای برای به حداقل رسانیدن زمان آزمایش خلط بیماران مشکوک به سل یافت شد. محققین دانشکده پزشکی آلبرت انیشتین نیویورک در ماه مه سال جاری (۱۹۹۳) گزارشی را مبنی بر کشف یک تکنیک جدید که زمان تشخیص بیماری سل را کوتاه می‌سازد، منتشر ساختند محققین این دانشکده هم‌چنین افزودند که تکنیک فوق قادر به شناسایی مقاومت دارویی نیز می‌باشد. در این روش جدید ویروسی که توانایی تهاجم به باسیل سل را دارد جهت حمل آنزیم لوسیفرآز (Luciferase) مورد استفاده قرار می‌گیرد که یک تابش گرم شب تاب گونه را ایجاد می‌نماید. هنگامی که ویروس مذکور باسیل سل را آلوده می‌سازد یک نور قابل اندازه‌گیری پدیدار می‌شود. به دنبال رویت تابش‌های مذکور داروهای ضد سل را نیز می‌توان به محیط کشت افزود. در صورتی که این داروها بر باسیل سل اثر نمایند تابش‌های ایجاد شده محو خواهند شد. بدین ترتیب مسأله بروز مقاومت دارویی نیز قابل شناسایی خواهد بود. البته تکنیک مذکور مراحل مقدماتی آزمایش را پشت سر

آینده نزدیک کشورهای جهان سوم نیز توانایی به‌کارگیری آخرین روش‌های مبارزه با سل را به دست آورده و به نحو مطلوبی این بیماری را تحت کنترل درآورند.

مآخذ

1. Pascal, P.; A deadly comeback; Newsweek, The international newsmagazine 121 (20): 24-29, 1993.
2. Daniel, T.M.; In: Harrison's principles of internal medicine (Wilson, J.D.); Vol.1, 12th ed.; McGraw-Hill pub. United States of America; P. 637-645, 1991.

می‌گذارد و نیاز به یک‌سری اصلاحات دارد ولی در هر صورت تا چند سال دیگر به نحو مطلوبی مورد استفاده واقع خواهد شد.

با نگرشی گذرا بر تاریخچه این بیماری هراس‌انگیز و سیر تکاملی راه‌های مبارزه با آن ملاحظه می‌گردد که با پیشرفت‌های سریع‌الوقوع بشر در زمینه‌های مختلف علوم پزشکی، کلیه عوامل لازم جهت کنترل بیماری سل (از قبیل تشخیص سریع و قطعی، به‌کارگیری آنتی‌بیوتیک‌های پر قدرت و در درمان، مبارزه با پیدایش مقاومت دارویی، پیشگیری با استفاده از واکسن BCG و ...) قابل دسترسی می‌باشند. امید آن که در



وقایع اتفاقیه

از: داروساز جوان

■ مقدمه

زندگی شغلی مانند کل جریان زندگی مملو از حوادث و نکات تازه و بی‌شمار است، به خصوص برای افراد تازه کار. بنابراین عجیب نخواهد بود اگر داروسازی که به تازگی وارد زندگی حرفه‌ای در داروخانه شده است، مشکلات و نکاتی را که احتمالاً برای همکاران قدیمی‌تر، عادی و روزمره شده است، جالب و تازه بیابد.

مطالبی که از این به بعد تحت عنوان بالا خواهد آمد، طرح و بیان نکات و مشکلاتی است که تکرار آن‌ها را عادی و پیش پا افتاده نشان می‌دهد و حساسیت به آن‌ها کم شده یا دیده نمی‌شود. از طرفی به دلایل مختلف، پرداخت جامع یا ارایه راه‌حل برای آن‌ها مقدور نبوده است. بنابراین بیشتر به نقل خاطرات و مشاهدات نویسنده یا دیگر همکاران پرداخته می‌شود و به نوعی وقایع اتفاق افتاده در داروخانه یا مسایل مربوط به آن می‌باشد امید است طرح آن‌ها، فتح‌یابی برای بحث‌های مفصل از سوی صاحب‌نظران باشد.

همین جا ذکر نکته‌ای ضروری است. در طول این سلسله مطالب به کرات از داروسازان، پزشکان دندانپزشکان، ماماها و ... نام برده خواهد شد که همه به نوعی با داروخانه سروکار دارند. آقای الوین تافلر در کتاب «موج سوم» خصوصیات جهان آینده و موج سوم زندگی بشر، از بین رفتن کنترل‌های عمودی و جایگزینی آن‌ها با کنترل‌های افقی در جامعه را مطرح کرده است. در این صورت و با این نگرش، طرح مشکلاتی که به گروه‌های ذکر شده مربوط می‌شود، نه تنها ناپسند نیست، بلکه از آن‌جا که ما را با قدم‌های کوچکی به سمت آینده بهتر می‌برد لازم و ضروری است. در انتهای مقدمه اولین قسمت، مطلب را با گوشه‌هایی از نوشته‌های لویی پاستور به پایان می‌بریم که خود به اندازه کافی گویا است.

«... در هر حرفه‌ای که هستید، نه اجازه دهید که به بدبینی‌های بی‌حاصل آلوده شوید و نه بگذارید که بعضی لحظات تأسف‌بار که برای هر ملتی پیش می‌آید، شما را به یأس و ناامیدی بکشاند. در آرامش

تصحیح و کنترل می‌گردد تا تأیید شود. بار دیگر در وزارت بهداشت هم کنترل می‌شود و دریغ و افسوس وقتی دست می‌دهد که خود، تهیه‌کننده برشور باشی از یک طرف، و خودت هم بعد از ظهرها آن را در سطل زباله بیاندازی! چرا؟ بسته‌بندی قرص‌ها همه صدتایی است و سهمیه هر نسخه ۳۰ یا ۵۰ عدد تا به همه برسد و ...

خانم مامایی در نزدیک داروخانه انواع آمپول‌های هورمونی را نسخه می‌کند و ما هم تا حد امکان از پیچیدن آن‌ها خودداری می‌کنیم. یک‌بار که این چنین کردیم بعد از مدتی بیمار دارو به دست برگشت و گفت شما که دارو را ندادید ولی من از داروخانه پایینی گرفته‌ام. حسابی عصبانی شدم و خواستم در این مورد تلفنی با مسؤول آن داروخانه صحبت کنم که همکاران داروخانه، گوشی تلفن را گرفته و ما را با ذکر نصیحتی چند! منصرف کردند. بیشتر عصبانیت مربوط به این بود که نسخه بیمه بود. منتهی ماما مهر نرده بود ولی نسخه بیمه حساب شده بود. ظاهراً بعداً برای مهر خوردن به یک همکار پزشک تحویل داده خواهد شد! گویا باید بعد از مدت‌ها درس خواندن و احیاناً گرفتن نمره‌های خوب، از بی‌اطلاعی بعضی مردم استفاده کرد و کلاه‌فروشی! باز کرد.

امروز صاحب داروخانه با پزشک مجاور تلفنی این چنین مکالمه فرمودند: (ساعت ۹ صبح): «آقای دکتر آمپول B12 تمام شده است. قربان شما ...» دیگر نسخه‌ای که حاوی آمپول B12 باشد ندیدم. ساعت ۱۱ صبح آمپول B12 هم به داروخانه رسید

حاکم بر آزمایشگاه‌ها و کتابخانه‌هایتان زندگی کنید. نخست از خود بپرسید من برای یادگیری و خودآموزی چه کرده‌ام؟ سپس همچنان که پیش می‌روید، بپرسید من برای کشورم چه کرده‌ام؟ و این پرسش را آنقدر ادامه دهید تا به این احساس شادی‌بخش و هیجان‌انگیز برسید که شاید سهم کوچکی در پیشرفت و اعتلای بشریت داشته‌اید. اما هر پاداشی که زندگی به تلاش‌های مان بدهد یا ندهد، هنگامی که به پایان تلاش‌های مان نزدیک می‌شویم، هر کدامان باید حق آن را داشته باشیم که با صدای بلند بگوییم: «من آنچه در توان داشته‌ام انجام داده‌ام».

به برکت وجود طرح نیروی انسانی و طرح الزام خدمت و انواع و اقسام طرح‌ها، در هر نقطه محروم و غیرمحروم، هر روستا و شهرستان و دهستان کوچک چند پزشک عمومی و متخصص و یک آزمایشگاه تشخیص طبی و ۳-۴ تا! داروخانه وجود دارد. در صورتی که ممکن است غیر از یک‌سری تعویض روغنی و تعمیرگاه ماشین و چند خواربار فروشی و تعدادی خانه، ساختمان دیگری در آن منطقه وجود نداشته باشد! آب مصرفی را با سطل و تانکر از آن طرف جاده بیاورند! و ...

ای کاش با اعزام فارغ‌التحصیلان گروه پزشکی به مناطق محروم، مقادیری امکانات زندگی نیز به آن مناطق اعزام! گردد تا رفتن به طرح ... از حالت رفتن به تبعیدگاه خارج شود.

در دفتر علمی واحد ژنریک هر ماه کلی وقت صرف می‌شود و هر از گاهی یک برشور نوشته و

■ رؤیاهای سال ۲۰۰۰

امروز در داروخانه دچار خیالات شده بودم و در عالم خیال به سال‌ها بعد رفتم و وضعیت داروسازی را در آن موقع تصور کردم. دست پخت ما این طوری شد:

«... به برکت ازدیاد تعداد داروساز اکنون به ازای هر ۱۰۰۰ نفر یک نفر داروساز داریم و داروسازان برای جلوگیری از تداخل امور، مناطق مختلف شهرها و روستاها را بین خودشان تقسیم کرده‌اند. مثلاً در شهر ما هر محله به یک داروساز اختصاص دارد. هر روز «داروساز محله» زنگ در خانه‌ها را می‌زند و داروهای مورد نیاز را سؤال می‌کند، نسخه‌ها را می‌پیچد و مشاوره دارویی هم تحویل می‌دهد!

معمولاً اول ماه و اعیاد کار و کاسبی بهتر است و به ازای عیدی بیشتر Bcomplex و B12 هم می‌دهد. البته ویزیت‌ها بیشتر «۹ شب» به بعد صورت می‌گیرد تا بعد از ویزیت «پزشک محله» باشد! و نسخه‌ها «به روز» پیچیده شوند.

گروهی دیگر از داروسازان به صورت سیار کار می‌کنند. یک وانت گرفته‌اند با بلندگو و داروهای موجود را اعلام می‌کنند و مردم هم احتیاجات فوری خود را از آن‌ها می‌خرند. بعضی به جای پول نقد جنس هم تحویل می‌گیرند...

خلاصه ...»

آش آنچنان شور شد که مطمئناً به مذاق خیلی‌ها خوش نخواهد آمد. خدا آخر عاقبت ما را ختم به خیر بگرداند.

و کما فی‌السابق از طریق تلفن اطلاعات لازم داده شد! ساعت ۱۱/۱۵ که نسخه B12 دار هم به دستمان رسید، خیلی تعجب کردم. بعداً موضوع را با یکی از همکاران مطرح کردم، رهنمود لازم را این‌گونه ارایه فرمودند که: فعلاً تازه کاری!

خانمی به همراه بچه خردسالش وارد داروخانه شد. نسخه‌اش علاوه بر یک‌سری مسکن و تب‌بر و شربت ضدسرفه حاوی دو شیشه Amoxicillin 125 mg بود. خانم هنگام تحویل نسخه اصرار داشت که چون 125 mg کم است! ۲۰ عدد کپسول Ampicillin 500 mg به او بدهم که قبول نکردم. با کمی توضیح که پزشک در این موارد تشخیص می‌دهد و با توجه به نوع بیماری و سن بیمار و ... دارو را به تعداد کافی تجویز می‌کند و باقی قضایا. چند دقیقه بعد از خروج خانم، با نسخه‌ای دیگر از درمانگاه منطقه مجدداً وارد داروخانه شد: «Ampicillin 500 mg» و به تعداد ۲۰ عدد و کنایه‌ای که: «دیدید که نسخه را هم گرفتیم.»! بله دیدم. و دیگر غیر از اعلان قیمت صحبتی نکردم. فقط بعد از خروج خانم از داروخانه گفتم که: «واقعاً که دست مریزاد!».

به نظر می‌رسد که بخش مهمی از امکانات کشور باید صرف کنترل جمعیت گردد. یکی از این امکانات قطعاً ارایه اطلاعات صحیح است. با این تفکرات در جعبه‌های قرص‌های ضدبارداری LD و HD و ... را باز کردم. دریغ از یک بروشور و مثلاً نکات لازم در مورد دوز فراموش شده و ...



دیدگاه‌ها

■ مقدمه

مطلبی خواندنی و قابل تأمل از همکار داروسازمان آقای دکتر منصور جوانمردی مسؤول امور دارویی شوشتر دریافت نمودیم که محل مناسب برای درج آن را در صفحه «دیدگاه‌ها» دیدیم. این نامه همان گونه که از نظرتان خواهد گذشت حاوی «دیدگاه‌های» یکی از داروسازان کشور است که مشغول خدمت به هموطنان خود می‌باشند طبیعتاً چاپ این نامه مثل سایر مطالب صفحه «دیدگاه‌ها» به منزل تأیید کامل و صد در صد مطالب آن از سوی گردانندگان رازی نیست هر چند ممکن است مواردی و نکاتی از یک نامه مورد تأیید «رازی»

نیز باشد.

به مسؤولین محترم وزارت بهداشت و درمان چندسالی است که فارغ‌التحصیلان رشته‌های گروه پزشکی دانشگاه‌ها با سپردن تعهد قبلی به منظور ارایه خدمات بهداشتی درمانی دولتی به مناطق محروم‌تر کشور اعزام می‌شوند. با وجود انگیزه‌های مردمی در تدوین و اجرای این طرح و بدون قصد در کوچک نمایاندن تلاش دست‌اندرکاران و علی‌الخصوص قشر زحمتکش پزشک و کارکنان فداکار حِرَف وابسته در بهبود حال بیماران و دردمندان و با احترام عمیق به همگی آن‌ها باید گفت که این طرح معایب و معضلاتی را

هم به همراه آورده که مسلماً مسؤولان محترم با آن برخورد داشته‌اند و هم‌چنین خارج از چارچوب آمار و ارقام ظاهری در پی برآورد کارآیی واقعی طرح نیز بوده و هستند.

بنده به عنوان یک پزشک داروسازی که خود مشمول طرح می‌باشم به سبب ارتباط با همکاران در نقاط مختلف کشور و همین‌طور تماس مداوم با پزشکان معالج و سایر افراد کادر درمانی و به ویژه خود بیماران، به مسؤولان امر می‌گویم که علی‌رغم تلاش‌های قابل تقدیر انجام یافته، منظور اصلی از اجرای این طرح یعنی به وجود آمدن یک شبکه منظم و کارا از خدمات صحیح بهداشتی درمانی که موجب کاهش بیماری‌ها و حفظ تندرستی مردم این مناطق شود تا به حال کمتر برآورده شده و دست‌کم در حوزه کاردرمانی مربوطه توفیقات لازم آن‌طور که باید و شایسته این بسیج بزرگ باشد به دست نیامده است.

علل این توفیق کم، متعدد و قابل تأمل بوده و از سایر معضلات جامعه نیز جدایی ناپذیر است ولیکن از علل ظاهری، مشخص و ملموس آن عدم رسیدگی صحیح و اصولی به وضع بیماران و نبود هماهنگی در سیستم درمانی موجود و به خصوص در حوزه کاردرمانی اینجانب عبارت از عدم تشخیص نوع بیماری توسط عده‌ای از پزشکان عمومی و یا متخصصان و حتی جراحان است که در بسیاری از موارد همراه با ارایه نسخه دارویی است که کمتر در ارتباط با بیماری بوده و بعضاً توأم با کم‌توجهی در اقلام و میزان داروهای تجویز شده می‌باشد و داروی آن نیز با گذشتن

از زیردست بخشی از داروسازان با کم‌توجهی به اشتباهات، تداخلات و عوارض جانبی دارویی و هم‌چنین بدون تذکر نکات احتیاطی لازم به بیمار تحویل می‌گردد. نتیجه چنین سیکل‌هایی علاوه بر عدم بهبودی، بروز ناراحتی‌ها و یا حتی گرفتاری‌هایی است که مستقیماً از عدم تشخیص یا از مصرف داروی نامناسب و یا نقص سایر ملزومات در حرف وابسته ناشی شده و به هر جهت به نحوی در ارتباط با این فاکتورها می‌باشد.

در این جا وارد بحث تخصصی موضوع نمی‌شوم زیرا مسؤولان محترم خود با آن آشنایی داشته و یا حدس خواهند زد. در کنار معضل فوق مسایل مهم چندی نیز وجود دارد که مجال پرداختن به آن در این مختصر نیست. اما واقعیتی که به وضوح و با درجات مختلف قابل مشاهده است همانا بی‌توجهی یا به عبارتی بی‌تفاوتی بخشی از فارغ‌التحصیلان گروه پزشکی در ارایه خدمات صحیح و اصولی است که تعداد آن‌ها نیز به هیچ وجه کم نیست که البته بحث بی‌تفاوتی (علی‌رغم پنهان ماندن از دید مردم عادی) برای ما آشنایان این حرفه کمی چشمگیرتر می‌باشد.

شاید صفاتی چون سهل‌انگاری و پول‌پرستی را بتوان به عده‌ای از افراد یک صنف نسبت داد ولی به تمام افراد و به ویژه به بخشی از یک جامعه خیر. در همان بررسی‌های اولیه در مورد علل بی‌تفاوتی‌ها خیلی زود توجهمان به وجود ناهنجاری در روابط و امور اقتصادی کشور معطوف می‌گردد که در جای خود کاملاً مقدم و انکارناپذیر هستند. اما باید دانست که مسایل عاطفی، ارزشی، شخصیتی و یا

در مورد مشکل درمانی مذکور که توضیح مطالب فوق را لازم ساخت باید گفت که اعزام افراد گروه پزشکی به مناطق دور از محل زندگی خویش به ویژه با مدت‌های طولانی کمک شایسته و مورد انتظار را به سلامتی مردم نمی‌کند و علی‌رغم دست‌آوردهای زودرس و ظاهری معضلات دیررسی برای جامعه پزشکی و سیستم بهداشتی درمانی کشور به همراه خواهد داشت که در آینده‌ای نه چندان دور با وضوح بیشتری شاهد آن خواهیم بود. و گرچه عوامل متعدد دیگری نیز مسبب آن است ولیکن یکی از عوامل مهم و ریشه‌ای آن همان‌طور که اشاره شد عبارت از ایجاد محدودیت غیر لازم در شغل و محل آن به مدت طولانی و احساس عدم مشارکت فعال، مؤثر و دلخواه تعداد قابل توجهی از افراد است که البته بعضی ناملایمات و ناراحتی‌ها با ریشه مشابه نیز اضافه گردیده که در جای خود قابل بحث هستند.

اما از همه این‌ها گذشته با نظری اجمالی به کل موضوع باید گفت: اگر برنامه‌ریزی کلی کشور در جهت سرازیر کردن متناسب امکانات اقتصادی و فرهنگی به این مناطق باشد (که هست) و همچنین اگر سیاست درست برقراری سهمیه پذیرش دانشجویان بومی مناطق محروم در دانشگاه‌ها ادامه یابد (که آن هم در جریان است)، آیا حقیقتاً پس از مدتی نیازی به اجبار و ارسال پزشک، داروساز و سایر تحصیل کرده‌ها وجود خواهد داشت؟ و آیا لازم خواهد بود که برخی افراد غیربومی با توسل به تبصره و قانون در این مناطق حضور یابند؟! قابل ذکر است که هم‌اکنون در شهرستان‌های

به عبارت دیگر زندگی و روابط روحی انسان‌ها در این بررسی‌ها و یا هر نوع کنکاشی که در مورد جامعه انجام می‌گیرد جایگاه خاصی داشته و از اولویت بالایی برخوردار است. روانکاوی اجتماعی و در مقیاس کلی تاریخ جوامع نشان داده است که عدم تامین نیازهای اولیه روحی، عدم احترام به آزادی عمل و محدود ساختن نابجای حق انتخاب افراد در امور مربوط به زندگی شخصی (از قبیل حق تعیین شغل، انتخاب محل زندگی و ...) همواره و در نهایت توأم با رکود شخصیت و عملکرد مؤثر افراد و در مقیاس جامعه عدم پیشرفت و رکود در زمینه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بوده است. دگرگونی‌های عظیم جهانی در سال‌های اخیر دلیل محکمی بر این مدعا است.

انسان دارای استعداد و توانایی‌های عظیمی است و قادر به انجام کارهای بزرگی می‌باشد تنها به شرطی که زمینه جوشش این استعدادها به طور مناسب فراهم گردد.

البته اشتباه نشود کسی منکر قانون‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های صحیح کوتاه و بلندمدت مسؤولان محترم وزارت بهداشت و درمان برای پیشبرد امور مختلف نیست و در جای خود از زحمات بی‌دریغ آنان قدردانی می‌شود ولیکن صحبت بر سر آن است که در این مسیر تا جایی که مجال و امکان وجود دارد زمینه‌ها برای فعالیت مؤثر و مشارکت آزاد افراد فراهم گردد آن‌گاه نه فقط شاهد پیشرفت متعادل در جهات دلخواه می‌شویم بلکه شاهد ارتقاء توانایی‌ها و در نهایت احساس رضایت و ارزشمندی افراد نیز خواهیم بود که بسیار مهم است.

کوچکی که شرایط مساعد زندگی فراهم می‌باشد و تناسبی از لحاظ امکانات و لوازم وجود دارد علی‌رغم کمبودها و کاستی‌ها عده زیادی از افراد متخصص بومی و غیربومی (از جمله اینجانب) آزادانه و با میل خود مشغول کار و فعالیت بوده و ارتباطات اقتصادی، اجتماعی و فکری آن‌ها به نحو مناسب و سالمی شکل گرفته و در کار خویش نیز موفق‌تر هستند.

در خاتمه لازم است به خاطر آورم که بسیاری از مردم این مناطق همانند پدران خودمان (و همانند بخشی از مردم ساکن در شهرهای بزرگ) هزاران سال از امکاناتی چون آب آشامیدنی سالم، تغذیه

مناسب، مدرسه، برق، بیمارستان و غیره محروم بوده‌اند. حال اگر به حق در فکر آن‌ها هستیم و می‌خواهیم که از سلامتی بیشتری برخوردار باشند بهتر است ابتدا و هر چه پرمایه‌تر زمینه‌های لازم را آماده کنیم و به یاد داشته باشیم که پیشرفت در یک وجه جامعه از جمله وجه بهداشتی درمانی باید همزمان با دیگر وجوه و ابعاد صورت گیرد و عدم برنامه‌ریزی صحیح و غیرمبتنی بر واقعیت‌ها باعث ناهنجاری و تشنگی در امور، بهم ریختگی ارزش‌ها بازده پایین افراد و در نهایت رکود سرمایه‌های مادی و معنوی جامعه خواهد گردید.

والسلام

