

## جای پای قلم همکاران

ف. ر. راوی

### ■ مقدمه

اولین شماره « ماهنامه دارویی رازی » در بهمن ۱۳۶۸، درست ۲۰۰ ماه پیش، بر خشت مطبوعه رستم‌خانی افتاد که آن زمان چاپ رازی را عهده‌دار بود، با شمارگان ۵۰۰۰ و قیمت اسمی ۲۰۰ ریال.

از آبان ۶۸ که به فراخوان « صدرِ مجله » جناب دکتر صدر گردهم آمدیم چهار ماه طول کشید این ۴ ماه حداقل زمان لازم برای انتشار هر شماره است. سردبیر محترم مجله وقتی پوشه چهار ماه بعدش لاغر می‌شود فغان برمی‌دارد که: « عقب ماندیم تاخیر خواهیم داشت » و همگان را وادار می‌کند که تا هفته بعد مطالب خود را به دفتر نشریه تحویل دهند. رازی رایگان توزیع می‌شد و به تناسب افزایش خواستاران، شمارگانش فزونی می‌گرفت. نقطه اوج، عددی حدود ۱۵۰۰۰ بود که در شماره شصت و یا شصت و اندی به آن رسیده بودیم. در واقع ۵ سال در دشتی فراخ و نیز تشنه دویدیم و مرتشنگان را عطش نشانیدیم، به قدر وسعمان البته. که ناگهان بانگی برآمد و توزیع رایگان منع گردید. سرمقاله دلنشین دکتر صدر با عنوان از دل، بردل در مرداد ۷۳ چنان بازتاب گسترده‌ای داشت که به هم پیوستیم و به مصلحت نشستیم، چه باید کرد؟ ... همه تصمیم‌ها دشوار و دردناک بود اما چاره‌ای نبود مقدر شد واقعیت مساله برای

خوانندگان مان بیان شود و از آن‌ها پرسیده شود که: **هستید تا بمانیم یا نیستید و ترجیح می‌دهید که نباشیم.** از حدود ۱۵۰۰۰ دریافت‌کننده رازی چهار-پنجهزار نفر خواستند که رازی بماند و پذیرفتند که نقدینه روانه کنند و ... این شد که به مدد حق، اشتراک یارانِ دوستدار و نیز حمایت جدی شرکت پخش رازی و شخص آقای دکتر منتصری ماندگار شدیم و در تلاشی تکمیلی - بعد از انتشار ۷۲ شماره - موفق به کسب امتیاز برای برنامه خودآموزی شدیم. بسیاری از خوانندگان رازی خواستار برقراری این شیوه بازآموزی بودند. داستانش را آقای دکتر سرکندی در صفحه ۱۲۱ بهمن ۱۳۷۴ به تفصیل نوشته است. تاریخ مجوزمان ۷۴/۱۰/۶ بود. حرکتی که با سرمقاله اسفند جناب دکتر صدر آغاز شده بود سرانجام ۱۱ ماه بعد به بار نشست. بازآموزی هم گشایشی مادی فراهم می‌کرد هم آسودگی خیال مشترکان محترم از بابت تا ۷۵ امتیاز (سقف امتیاز مکتسبه از راه خودآموزی) را فراهم می‌نمود. در ۱۰۰ ماهگی هم برای خودمان اسپند دود کردیم - که آنقدر مانده‌ایم - ضمن آن که در رحمت آگهی هم در آن زمان به روی نشریه باز شده بود. آمدیم و آمدیم پا به پای شما با راهنمایی و به خواسته شما تا امروز که باورمان نمی‌شود ۲۰۰ ماه از آن گذشته باشد. در این مدت ما، یازده نفر عضو ثابت نشریه نفری حدود ۱۷ سال و در مجموع حدود ۱۷۰ سال پیر شدیم و به تقریب حدود ۱۵,۰۰۰ صفحه کاغذ به قطع رازی برایتان سیاه کردیم. در این سیاه کردن دل سفید کاغذ، امیدمان به این بود که نزد شما روسفید باشیم. هستیم؟ دلمان می‌خواهد که باشیم چون همگی به قدر وسع مایه گذاشتیم حالا اگر این راوی حقیر کم وسع است و در این زمینه کم تلاش، از نابخشودنی اوست ولی دیگر دوستان با سر جان دویندند. تازه مجموعه فنی حروف نگاری، صفحه‌آرایی، چاپ، لیتوگرافی، صحافی و دوستان بخش توزیع و .... زنجیره‌ای از تلاش ۲۰ انسان - هر یک در کار خود سرآمد و زحمتکش - را هم باید افزود و بر صدر همه تلاش‌گران، خود خوانندگان که هم به درمی و هم به قدمی و هم به قلمی ما را نواختند و یاورمان بودند را نمی‌شود از خاطر برد. سپاسگزار مراحم همه شما از آن خواهر و برادر دانشجو تا آن خانم یا آقای دکتر همکار که یاری مان دادید، هستیم. «رازی» با شما «رازی» شد و با شما «رازی» خواهد ماند.

در نشست ماهیانه رازی موافقت شد تا هر کس مطلبی فراهم کند در خور ضیافت دویست ماهگی رازی. به راقم این سطور تورق شماره‌های پیشین و گردآوردن گزیده‌هایی از هر شماره و سال محول شد. چنین بود که در تورقی

طولانی و نوستالژیک (روایت و نگارش حکایتی از سال‌های رفته) به عقب رفتم تا شماره آغازین، پس آنگاه گام به گام به حال نزدیک شدم در انتخاب‌ها - مطالب انتخاب شده - تلاش کردم که مطالب منتخب متنوع باشد و از هر کس مطلبی آورده شود. شاید اگر خود نویسندگان نشریه قرار بود مطلبی انتخاب کنند، این نمی‌شد که شد، بر من ببخشایند. بعضی مطالب به شماره‌های اولیه باز می‌گردد و تعدادی نیز در شماره‌های اخیر و آخر آمده است.



آقای دکتر سید محمد صدر در واقع بنیان‌گذار یا شاید هم یکی از بنیان‌گذاران رازی به شمار می‌آید. در هر حال به دعوت ایشان در آبان ۶۸ بود که جمعی گرد آمدند تا «رازی» را برای داروسازان منتشر کنند. دکتر صدر نویسنده‌ای توانا، داروسازی علاقمند به داروسازی (و همیشه نگران آنچه در این عرصه می‌گذرد) و نیز دیپلماتی چیره‌دست است در مصاحبه دو سه ماه گذشته ایشان با روزنامه شرق عنوان «دیپلمات داروساز» به کار رفته بود. در رازی اما از سیاست به معنی روزنامه‌ای و رایج آن خبری نیست. همه به عرصه دارو و داروسازی می‌اندیشند و در این باره قلم می‌زنند. جلسات تحریریه همه‌ماهه تشکیل می‌شود و آخرین شماره مورد نقادی قرار می‌گیرد. دکتر صدر نسبت به داروسازی عرق دارد و شاید بودن ایشان البته در کنار همکلاسی سابق و طنانش آقای دکتر سیامک نژاد و نیز پشتیبان همیشگی رازی آقای دکتر منتصری، شرایط ماندگاری ۱۷ ساله رازی را موجب شده است. سرمقاله‌های خرداد دکتر صدر بر دل می‌نشیند همان گونه که بهمن نویسی‌های ایشان. به حضرت رازی هم عشقی عظیم دارند چرا که همه داروسازان و امدار رازی هستند پس این که ۱۷ سال پیایی در شماره‌های شهریور از رازی بنویسد نباید غیرعادی به نظر برسد. از آقای دکتر صدر اولین سرمقاله‌شان که در اولین شماره رازی چاپ شده را مطالعه خواهید فرمود.

### از چه دریچه‌ای می‌نگریم

دکتر سید محمد صدر

سخن گفتن با اهل سخن گرچه مشکل می‌نماید اما بس شیرین است، زیرا

هم اهلیت وجود دارد و هم ورود کافی به مساله و این دو ویژگی مشکل کار را به حداقل می‌رساند. شیرینی امر وقتی مشخص تر می‌شود که اهلیت همراه درد باشد، دردی که از اعماق وجود برمی‌خیزد و دردهای دیگران را منعکس می‌کند، دردهایی که جانسوز است و ریشه در عوامل گوناگون دارد. مطلب حائز اهمیت این است که دردها به درستی شناخته شده و درمان با داروی مناسب انجام گیرد.

ملت مسلمان و انقلابی ایران که با ایثار و جانفشانی بسیار، انقلابی بزرگ را به پیروزی رساند و دست استبداد و استکبار را به رهبری قائد اعظم حضرت امام خمینی رضوان... تعالی علیه از این کشور کوتاه کرد اکنون می‌رود تا با رهبری شاگرد بزرگوار آن زعیم، اهداف انقلاب اسلامی را در زمینه‌های مختلف جامه عمل پوشانده و دستاوردهای عینی آن را به نمایش گذارد. این ملت سلحشور که سرآمد مستضعفان جهان است اکنون به دنبال درمان دردهای خویش است، دردهایی که ریشه دوهزار و پانصد ساله داشته و جنبه‌ها و ابعاد بسیار گوناگون دارد.

بر ماست که بخشی از این دردها را در حد توان درمان بخشیم و در انجام این فریضه مقدس هیچ‌گونه کوتاهی نکنیم. همکاران پزشک و داروساز ما قطعاً از ویژگی‌های لازم برای اجرای اهداف انقلابی فوق برخوردارند چرا که هم اهل دردند و هم اهل فن و اگر این گونه نبود انتخاب این حرفه مقدس را به دنبال نمی‌داشت.

مساله دارو، درمان و بهداشت از مهم‌ترین مسائلی است که هر کشور و حکومتی با آن مواجه بوده و درصد تامین آن میزانی برای تشخیص موفقیت هر حاکمیت است. مقوله دارو و درمان در جهان پس از تغذیه مهم‌ترین مساله برای حکومت‌ها تلقی می‌شود و از وظایف اساسی هر دولتی تامین بهداشت درمان برای مردم است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران توجه خاصی به این مهم داشته و در چندین اصل به آن پرداخته و بهداشت و درمان را حق همگانی شناخته است.

اصل سوم قانون اساسی که وظایف کلی دولت را در شانزده بند تعیین می‌نماید به تامین بهداشت به عنوان یکی از وظایف اصلی دولت اشاره کرده و در بند دوازده چنین آورده است: اصل سوم بند دوازده: پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه.

نکته جالب توجه در این بند این است که تامین بهداشت، بیمه و ... هدف نهایی پی‌ریزی اقتصاد کشور قرار گرفته است و دولت باید به گونه‌ای برنامه‌ریزی نماید که هیچ‌گونه محرومیتی در زمینه‌های فوق برای مردم ایجاد نگردد. اهمیت قضیه در این مورد از دید قانون اساسی وقتی بیشتر مشخص می‌شود که به سایر بندها نظر افکنیم و موضوعاتی را که در آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است مدنظر قرار دهیم. اینجاست که درمی‌یابیم مساله بهداشت و بیمه در کنار مسائلی مانند طرد کامل استعمار و محو هر گونه استبداد، تامین آزادی‌های سیاسی، تقویت بنیه کامل دفاعی، تنظیم سیاست خارجی و ... قرار داده شده است که با توجه به اهمیت این موضوعات، حساس بودن قضیه برای قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بیش از پیش مشخص می‌شود.

اکنون با توجه به توضیحات فوق به سراغ اصل بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران می‌رویم که با توجه به عیان بودن مطلب نیازی به بیان احساس نمی‌شود:

اصل بیست و نهم: برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تامین کند.

گرچه توضیح بیشتر در مورد اهمیت مساله بهداشت و درمان در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به نظر ضروری نمی‌رسد اما دریغ است که در این مجال به بند یک از اصل چهل و سوم قانون اساسی که ضوابط اقتصادی جمهوری اسلامی ایران را مشخص می‌سازد نپردازیم.

اصل چهل و سوم: برای تامین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران بر اساس ضوابط زیر استوار می‌شود:

۱- تامین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.

۲- .....

با توجه به شرح اهمیت بهداشت و درمان در قانون اساسی، اهمیت مساله دارو به گونه‌ای است که توضیح فراوان را ضروری نمی‌سازد زیرا درمان

بدون دارو ناقص و تشخیص امراض و معالجه آن بدون مصرف دارو ابتر است. یکی از کارهایی که برای تامین بهداشت، درمان و دارو ضروری به نظر می‌رسد تهیه نشریاتی است تا ابعاد گوناگون مساله را به طور مدام مورد بررسی قرار داده و آخرین اطلاعات لازم را در اختیار پزشکان و داروسازان و همچنین مسؤولان مربوط قرار دهد، تا تصمیم‌گیری‌ها را آسان‌تر و صحیح‌تر نماید. این نشریه می‌تواند مشکلات را به مسؤولان ذیربط منتقل و همچنین محدودیت‌هایی را که گریبانگیر مسؤولان است به شاغلین حرف پزشکی انتقال دهد و از این طریق زمینه همکاری دوجانبه‌ای را آماده نماید تا انشاء... مقدمات پیاده نمودن اهداف قانون اساسی مهیا گردد.

خوشبختانه تاکنون نشریات گوناگونی در زمینه بهداشت و درمان تهیه و منتشر گردیده که تا حدود زیادی پاسخگوی نیاز جامعه پزشکی و دارویی ایران بوده است، اما تاکنون مساله دارو با توجه به ابعاد گوناگونش آن گونه که باید مورد توجه قرار نگرفته است. لذا تصمیم ما بر این است که هم خود را بیشتر بر مساله دارو نهاده و ابعاد گوناگون آن را مورد بررسی قرار دهیم، ضمن این که مسایل بهداشت و درمان را از نظر دور نمی‌داریم. مطالب مهمی از قبیل: آخرین تحقیقات علمی در مورد داروها، شناخت و معرفی داروهای جدید، صنعت و تولید دارو در ایران، مصرف دارو، کمبود دارو، قیمت دارو، واردات دارو، صادرات دارو، آموزش در دانشکده‌های داروسازی، توزیع دارو، اعتیاد به دارو، طرح ژنریک و مقابله با شرکت‌های چند ملیتی دارویی، مشکلات داروخانه، قاچاق دارو، بیمه و خدمات اجتماعی، وضعیت دارو و داروسازی در کشورهای سرمایه‌داری، سوسیالیستی و جهان سوم و ... از جمله مطالبی است که می‌تواند به صورت دقیق در این نشریه مورد توجه قرار گرفته و به آن پرداخته شود. نکته مهم دیگری که انتشار این نشریه را ضروری می‌سازد ایجاد ارتباط علمی و آموزشی با کلیه همکاران پزشک و داروساز است که به دلیل مشغله فراوان فرصت مراجعه به آخرین نشریات و مجلات علمی را نداشته و همیشه از دریافت دستاوردهای جدید علمی محرومند. امید است این نشریه بتواند در جهت دستیابی به اهداف فوق گام‌های مثبتی بردارد.

در پایان ذکر این نکته را ضروری می‌دانیم که گام نهادن در این وادی پهناور بدون عصای دست و نور هدایت امکان‌پذیر نیست و اگر این دو حاصل نشود موفقیتی به دنبال نخواهد داشت. از خداوند متعال می‌خواهیم که همیشه نور هدایتش را فرا راه ما قرار دهد و از همکاران عزیز تقاضا داریم ما را در همه

زمینه‌ها یاری نموده تا انشاء... این راه را به بهترین وجه بپیماییم. همزمانی انتشار اولین شماره نشریه با یازدهمین سالگرد پیروزی انقلاب اسلامی ایران نویدبخش این پیام است که همیشه و در تمام مراحل، پیگیر اهداف مقدس این انقلاب که همانا استقلال و حرکت در مسیر الله است، خواهیم بود.



استاد دکتر پوستی همیشه نویسنده مقالات علمی دست اول، ارزشمند و خواندنی‌ای هستند که چون بنا بود مجموعه «جای پای قلم...» خاص مطالب متفاوت با مطالب علمی باشد به سراغ مقاله‌ای رفتیم که استاد برای یکصدمین شماره رازی مرقوم فرموده و خاطره اولین ساعت تدریس خود را به شیرینی روایت کرده بودند با گذشت ۸ سال از چاپ آن مطلب به نظر رسید که می‌تواند برای خوانندگان تازه و جوانتر «رازی» حاوی نکته‌هایی بدیع باشد چرا که شخصا در بازخوانی این خاطره آن را هنوز جذاب و خواندنی یافتیم. امید که برای شما نیز چنین باشد.

### خاطره اولین ساعت تدریس

دکتر عباس پوستی

سی و یکمین برگ زندگی دانشگاهیم ورق می‌خورد، یعنی ۳۲ سال قبل، تقریباً هنوز در تب و تاب جوانی بودم و برای به عضویت درآمدن در هیات علمی دانشگاه تهران بی‌تابی می‌کردم. زیرا استادی دانشگاه را بالاترین مقام می‌دانستم و برای به دست آوردن این مقام شامخ علمی روز شماری می‌نمودم، ولی برای رسیدن به این قله مرتفع، راه‌های سخت و پرپیچ و خمی در پیش رو داشتم که بایستی یکی پس از دیگری با موفقیت پیموده می‌شد. این مراحل از مرتبه صفر یعنی دستیاری افتخاری شروع، سپس به دستیاری رسمی، استادیاری، دانشیاری و بالاخره به مقام استادی ختم می‌شد. هر کدام از این مراحل خودش یک هفت خان رستم داشت که بایستی از آن عبور کرد به خصوص امتحان استادیاری که امتحان تخصصی هم به حساب می‌آمد و بسیار مشکل بود، زیرا امتحان کتبی، شفاهی، عملی با ضرایب جداگانه را بایستی قبول شد که اگر کسی این امتحان را با موفقیت می‌گذراند در حقیقت خدمت رسمی او در دانشگاه

شروع می‌شد. در این دوره از خدمت دانشگاهی بایستی شایستگی اخلاقی، علمی، ظرفیت تحقیقاتی و تدریس داوطلب نیز توسط استاد کرسی مربوطه سنجیده و مورد تایید قرار می‌گرفت، به علاوه مقالات خارجی و داخلی متعددی را به چاپ می‌رساند و در نوشتن پلی‌کپی‌ها و جزوات درسی و کتاب عملی شرکت می‌جست تا بتواند امتیازات مربوطه را کسب کرده و پس از طی زمان لازم ۴-۵ سال و با تایید هیات ممیزه دانشگاه به مقام دانشیاری ارتقاء پیدا کند و به همین نحو و با اختلاف قابل ملاحظه‌ای از نظر تعداد مقالات و امتیازات بیشتری دوران دانشیاری طی می‌گردید تا شخص استاد شود. بگذریم موضوع مهمی که برای اینجانب مطرح بود اولین ساعت تدریس فارماکولوژی در مرتبه استادیاری بود. زیرا دوران دستیاری را گذرانده و امتحان استادیاری هم کتبی، شفاهی و عملی را با موفقیت پشت سر گذاشته بودم و لازم بود یک ساعت تدریس هم در حضور دانشجویان و استاد مربوطه داشته باشم. موضوع سخنرانی از قبل تعیین شده بود که بایستی خود را آماده می‌ساختم. یاد می‌آید عنوان این سخنرانی یکی از مباحث فارماکولوژی (شل‌کننده‌های عضلات مخطط) بود. ترس و وحشت من از این ساعت تدریس در حضور ۳۰۰ نفر دانشجوی پزشکی بود، زیرا پیش خود فکر می‌کردم نکنند دچار لکنت زبان شده یا مطلبی را جا بیندازم و یا بیانات من برای دانشجویان نامفهوم باشد و یا مورد سوالات متعدد قرار گیرم که نتوانم به همه آن‌ها پاسخ دهم، آنوقت چه پیش خواهد آمد، لابد آبروریزی می‌شود. این قبیل افکار مرا رنج می‌داد و چند روز مانده به سخنرانی خواب و خوراک را از من ربوده بود و نگرانی مرا بیشتر می‌ساخت، زیرا می‌دانستم مستمعین این کلاس از باهوش‌ترین و زنده‌ترین دانشجویان سرتاسر ایران بودند که به دانشکده پزشکی تهران راه یافته بودند، کوچک‌ترین اشتباه از نظر تیزبین آن‌ها مخفی نمی‌ماند، مطالب را به دقت گوش می‌کرده و تجزیه و تحلیل می‌کردند. خدا نکند استاد یا مدرس مطلبی را خودش خوب نفهمیده و توجیه نشده باشد و بخواهد تدریس کند، محال بود از همان قسمت چند سوال مطرح نشود و چنانچه برای خود من چند بار اتفاق افتاد و درس عبرتی بود تا مطلبی را خودم خوب درک نکرده و تسلط کافی نداشته باشم به تدریس آن مبادرت نورزم. بگذریم ساعت تدریس مربوط رفته رفته نزدیک می‌شد، استاد کرسی و مدیر گروه ما جناب آقای دکتر گیتی که یادشان بخیر و با آرزوی سلامتی و طول عمر بیشتر برای ایشان، فردی بسیار سخت‌گیر و دقیق بوده و سواس عجیبی در کلیه امور علمی و پژوهشی به خصوص تدریس



از خود نشان می دادند. عقیده داشتند مطالب مورد تدریس باید از آخرین اطلاعات و دست آوردهای علمی باشد و برای اطمینان از مطالب و موضوع درس و طرز بیان و سایر مشخصات یک جلسه تمرینی هم با حضور سایر اعضا هیات علمی برای افرادی چون اینجانب برقرار می کردند که این جلسه هم تشکیل شد و مطالبی را بیان کردم و ایراداتی گرفته شد و بخیر گذشت و قرار شد در حضور دانشجویان تدریس انجام شود. ۲-۳ روز بعد کلاس تشکیل می شد. در این دو سه روز هم که من دل تو دلم نبود در منزل شب ها درس را تکرار می کردم و روی نوار ضبط کرده و ساعت آن را تنظیم می نمودم و دو مرتبه گوش می کردم خلاصه از هر جهت خود را آماده ساختم تا بالاخره روز موعود فرا رسید و در ساعت مقرر با پوشیدن روپوش سفید، دلی پر از ترس و هراس و خواندن قل هو... و ادعیه مخصوص وارد کلاس شدم. گوش تا گوش دانشجویان شیفته علم تمام سالن آمفی تئاتر را پر کرده بودند و حتی برخی هم به علت نبودن جا روی زمین آمفی تئاتر نشسته بودند. به محض ورود من به کلاس عده ای دانشجویان ردیف های جلو برای ادای احترام از جا بلند شدند که با تشکر و اشاره دست سر جای خود قرار گرفتند. عده ای با زمزمه ملایم نام اینجانب را از هم سوال می کردند و آن هایی که برنامه را از قبل مطالعه کرده بودند نام اینجانب را بر زبان آورده و می گفتند این دکتر پوستی است. بالاخره پس از ۱-۲ دقیقه رفته رفته کلاس ساکت شد و مستخدم دستگاه اسلاید را آماده ساخت و کلاس را ترک کرد، ۳ دقیقه بعد سکوت مطلق سرتاسر کلاس را فرا گرفت و همه منتظر افاضات استاد جوان تازه کار بودند! در یک لحظه احساس کردم تمام بدنم گرم شد و همه چیز را فراموش کردم. کلیه مطالب علمی را که در طول این مدت تمرین کرده و فراگرفته بودم به کلی از خاطرم محو شدند. از همان چیزیکه می ترسیدم به سرم آمد، زبانم به لکنت افتاد و بالاخره باید درس را شروع می کردم خلاصه به هر جان کنندی بود سلام کردم. بچه ها هم زیر لب جوابی دادند. به نام خدا گفتم، ولی بچه های باهوش زود فهمیدند که استاد جوان در شروع صحبت دچار اشکال شده است که اینقدر رنگ به رنگ می شود و سلام می گوید. برخی دانشجویان لبخندی زدند و بهم نگاه کردند که ظاهرا به این معنی بود که جلسه خوبی داریم. خوراک امروز و امشب ما درست شده. خنده ای می کنیم و از حرکات و رفتار استادیار ناشی خاطرهای ضبط کرده و شب که در کوی دانشگاه دور هم جمع می شویم بازگو کرده و ادایش را درآورده و کلی می خندیم و سوژه داریم. بگذریم هنوز مطلبی به خاطرم نیامده بود که برای

دانشجویان بازگو کنم. حتی عنوان درس را هم فراموش کرده بودم به خصوص بعد از چند دقیقه که استاد گیتی هم برای نظاره اولین ساعت تدریس اینجانب به آهستگی از در عقب سالن وارد شدند و روی یکی از نیمکت ها در کنار دانشجویان نشستند. برخی دانشجویان متوجه ورود ایشان به سالن شدند برای ادای احترام به پا ایستادند که با خواهش و اشاره دست ایشان سر جای خود قرار گرفتند، عده ای هم از دریف جلو متوجه شدند و مرتب سر خود را به عقب برمی گرداندند و استاد را نگاه می کردند. من هنوز مطلبی را شروع نکرده بودم و آمدن استاد هم مزید بر علت شد و به دست پاچگی من افزود. خدایا چه کنم. در این موقع ۷ - ۸ دقیقه از وقت کلاس درس می گذشت و سکوت مطلق در سالن حکمفرما بود و من این پا و آن پا می شدم، نفس هایم در سینه ام تنگ شده بود و به شماره افتاده بود. نمی دانستم چکار کنم، این قیافه های گوناگون دختر و پسر که چشم هایشان به سمت من خیره شده بود. سخت مرا تحت تاثیر قرار داده بود و به عبارتی دیگر کلاس مرا گرفته بود. بالاخره خدا یاری کرد و یادم آمد که از این درس چند عدد اسلاید تهیه کرده ام. نفس بلندی کشیدم و از یکی از دانشجویان خواهش کردم دستگاه اسلاید را روشن و اولین آن ها را روی پرده نشان دهد. که ایشان هم همین کار را کرد. من هم برای این که اسلاید بهتر دیده شود تقریباً تمام چراغ های سالن را خاموش کردم که این موضوع هم خیلی کمک کرد و از التهاب و نگرانی من کاست. زیرا دیگر آن نگاه های تند و تیز در تاریکی دیده نمی شد. در اولین اسلاید عنوان درس و چند مطلب مقدماتی درس آمده بود که با نگاه کردن آن ها کمی مطالب یادم آمد. حالا به آرامی نفس می کشیدم حواسم کمی به جا آمده بود. استرسی که سرتاسر وجودم را فرا گرفته بود رفته رفته محو می شد. از تاریخچه درس و بومیان امریکای جنوبی و جریان پیداشدن سمی که به سر نیزه های خود می مالیدند (دی توبوکورارین) و در جنگ ها و شکار حیوانات استفاده می کردند مطالبی را بیان داشتم به تدریج ترسم ریخته شد و شروع به صحبت کردم و آهسته آهسته بقیه مطالب درس را با کمک اسلایدهای بعدی و یادداشت هایی که با خود برده بودم ادامه دادم و دانشجویان هم وقتی دیدند اشکالات برطرف شد و استاد به خوبی مطالب را بیان می کند و بر اوضاع مسلط شده است موضع خود را عوض کرده و شروع به یادداشت کردن مطالب مهم درس کردند و

بحمداله می رفت که کلاس به خوبی پایان پذیرد که ناگه از میان دانشجویان ردیف های جلو یک نفر انگشت خود را به علامت داشتن سوال بلند کرد که در این موقع بند دلم فرو ریخت و مو بر تنم راست شد. آه، سوال دارد، نکند سوالی را مطرح کند که بلد نباشم، خدایا این کلاس لعنتی چرا تمام نمی شود که من از این عذاب الیم راحت شوم. استاد گیتی هم هنوز در انتهای کلاس حضور داشتند. می خواستم به نحوی دانشجوی سوال کننده را دست به سر کنم و بگویم بعد از اتمام درس سوال خود را مطرح کند ولی فکر کردم فوراً دانشجویان می فهمند که شاید استاد جواب سوال را نمی داند که آن را به بعد از کلاس حواله می دهد و با آن سابقه ای که هم در ابتدای کلاس داشتم صلاح را در این دیدم اجازه دهم دانشجو سوال خود را اعلام نماید. هرچه باداباد. دل را به دریا زده و با توکل بر خدا شجاعانه از دانشجوی نامبرده تقاضا کردم سوال خود را با صدای بلند بگوید تا سایر دوستان انتهای کلاس هم بشنوند و در جریان سوال قرار گیرند. ایشان هم همین کار را کردند و اختلاف بین دو داروی پانکرونیوم و دی توبوکورارین را که خوب متوجه نشده بود مطرح ساخت، خوشبختانه جواب را به خوبی می دانستم و با مطالعات زیادی که از کتب مختلف در این زمینه داشتم آمادگی کامل برای پاسخ به این سوال داشتم. با گشاده رویی و دادن رفرانس به چند کتاب فارماکولوژی و شرح مختصری از تفاوت های آن ها دانشجوی نامبرده کاملاً راضی و با تشکر سر جای خود نشست در همین موقع بود که عقربه ساعت دیواری کلاس درست روی ساعت ۳ بعدازظهر قرار گرفت، تا چشمم به ساعت افتاد پایان کلاس را اعلام کردم و حالا دیگر تمام التهاب و تشویش و نگرانیم فروکش کرده بود و از دانشجویان خواستم اگر سوال دیگری دارید بپرسید زیرا حالا دیگر شجاع شده بودم بچه ها هم که دیگر خسته شده بودند و ساعت هم تمام شده بود با کف زدن های ممتد تشکر خود را از اجرای این درس ابراز داشتند و کلاس برای یک تنفس ۱۵ دقیقه ای تعطیل شد و من هم با جمع کردن یادداشت ها و برداشتن اسلایدها کلاس را ترک کردم و خوش و خندان به طرف اطاق کار خود روان شدم. در همین موقع بود که استاد گیتی هم از پله های راهرو سالن پایین می آمدند که در سرسرای گروه به هم برخورد کردیم بعد از سلام، ایشان به من تبریک گفتند و رضایت کامل خود را از اجرای اولین درس در همانجا اعلام داشتند و این اولین

ساعت تدریس پُر ماجرای اینجانب بود که بالاخره به خوبی و خوشی پایان یافت.



آقای دکتر ثمینی بی‌تردید پرکارترین عضو تحریریه رازی است. مقالات بازآموزی و پرسش و پاسخ دو عنوانی هستند که اولی را فراوان و دومی را انحصاری می‌نویسند. مطالب پرسش و پاسخ از پرخواننده‌ترین مطالب علمی رازی محسوب می‌شوند و مدت کوتاهی که به علت دلگیری استاد درج آن به تعویق افتاد، از تلفن‌ها و شکوه‌های مکتوب دانستیم که چقدر خواستار دارد. پیش از آن البته جناب دکتر صدر مثل همیشه با شکیبایی و به شیوه‌ای تنش‌زدا و مهرآفرین، غبار کدورت از دل آقای دکتر ثمینی زدودند و خوشبختانه صفحه مجدداً برقرار شد. دکتر ثمینی علاوه بر طرح نکته‌ها و عمقی که در پاسخ به سوالات مطروحه می‌بخشند به زبانی ساده و شیوا به ایضاح مطلب می‌پردازند. علاوه بر این دکتر ثمینی طراح جدول در زمینه‌های علمی هم هست کسان بسیاری برای حل جداول ایشان تلاش می‌کنند. ایشان قول داده‌اند که برای شماره دویستم جدول ویژه‌ای آماده کنند. در موارد اندکی آقای دکتر ثمینی برای نگارش سرمقاله دست به قلم بردند. آبان ۷۶ شماره ۱۰ با عنوان «سوء استفاده» یکی از این موارد کم‌شمار است.

### سوء استفاده

دکتر مرتضی ثمینی

کلمه *abuse* یا *misuse* برای صاحبان حرفه‌های پزشکی تداعی‌کننده سوء استفاده از مواد موثر بر روح و روان یا فکر و رفتار (*psychoactive*) می‌باشد و همه همکاران با دیدن یا شنیدن کلمه *abuse* بیشتر به یاد *Drug abuse* یا سوء استفاده از دارو می‌افتند که به معنی استفاده از یک داروی غیرمجاز (*illegal*) یا مصرف یک داروی مجاز به منظور غیر پزشکی مثل استفاده از مورفین برای ایجاد یوفوریا (نشئه) می‌باشد. در اکثر موارد، ادامه سوء استفاده از یک ماده، منجر به وابستگی به آن ماده شده و در صورت قطع مصرف باعث بروز علائم محرومیت (*drug withdrawal* یا *drug abstinence*) می‌شود فرد وابسته ناچار

از ادامه ابیوز می‌گردد. بی‌مناسبت نخواهد بود که صرفاً محض یادآوری در این نوشتار نگاهی به لیست موادی بیان‌دازیم که مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند. داروهای مضعف سیستم عصبی مرکزی (الکل، بنزودیازپین‌ها، باربیتورات‌ها، هیپنوسداتیوهای غیرباربیتورات مثل گلوتهامید، کلرال هیدراته و متاکوالون)، محرکین روان (آمفتامین و ترکیبات وابسته به آن، کوکائین، متیل فنیدات)، اوپوئیدها (هروئین، مورفین، متادون، کدئین، هیدرومورفون، اوکسی‌کودون، مپریدین، پنتازوسین)، تنباکو (نیکوتین و انواع دخانیات)، کانابینوئیدها (ماری‌جوانا، حشیش، تتراهیدروکانابینول)، توهم‌زاها (LSD، سیلوسیپین، دی‌متیل تریپتامین، مسکالین)، آریل سایکلوهاگزیل آمین‌ها (فن‌سایکلیدین، کتامین)، کافئین (قهوه و چای)، مواد استنشاقی هیدروکربنه (آلیفاتیک، آروماتیک و هیدروکربن‌های هالوژن‌دار) و مواد دیگر مثل گازهایی بی‌هوش‌کننده (اکسید نیترو، اتر، وازودیلاتورها مثل آمیل و بوتیل نیترات) از جمله موادی هستند که ابیوز می‌شوند. هدف از ردیف کردن اسامی مختلف موادی که توسط انسان ابیوز می‌شوند، بحث درباره خواص هر کدام از این مواد با بررسی جنبه‌های مختلف علمی، اجتماعی و اقتصادی ابیوز دارویی و یا راه‌های مبارزه با آن نمی‌باشد بلکه نگاهی گذرا، اشاره‌وار و مقایسه‌ای به ابعاد دیگر ابیوز در اجتماع و تعمیم این کلمه به ابعاد غیر از بُعد دارویی است. انسان ممکن است از هر چیزی که در اختیار او قرار دارد سوء استفاده نماید به عنوان مثال بوق وسایل نقلیه که در اختیار رانندگان قرار گرفته تا در موارد نیاز از آن استفاده منطقی نمایند متاسفانه در اکثر موارد ابیوز قرار گرفته و ایجاد آلودگی صوتی شهری کرده و نهایتاً عوارض ویژه خود مثل آزدگی روح و روان و شنوایی افراد جامعه را به همراه دارد. هزاران مورد مثال در این زمینه را می‌توان ذکر نمود که متاسفانه ما با سوء استفاده از مواد یا اشیاء مختلف، عواقب سوء مختلف را متوجه خود یا اجتماع خود می‌کنیم. ابیوز را می‌توان به معنای دیگری نیز به کار گرفت. اگر یک خانه با روشن شدن یک لامپ به اندازه کافی و قابل استفاده نور داشته باشد ولی ما با روشن کردن ده لامپ به اندازه به نظر برسیم در واقع نوعی ابیوز یا به‌کارگیری غیرضروری داشته‌ایم که ممکن است ظاهراً ضرری نداشته باشد ولی در سطح کلان می‌تواند عوارض اجتماعی و اقتصادی زیادی را برای جامعه داشته باشد. ابیوز مهم دیگری که قابل ذکر و تفکر است ابیوز قدرت است. یک مدیر، وقتی برای اداره یک سیستم انتخاب می‌شود باید توانایی و دانش اداره آن سیستم را داشته باشد و در ضمن

از جنبه های مختلف فرد متعهد و سالمی بوده باشد وگرنه همان طوری که تعدد مواد شیمیایی مورد ابیوز در دسترس، برای یک فرد مستعد سوء استفاده، خطرناکتر است در هر مدیریتی نیز موارد زیادی وجود دارند که اگر در اختیار مدیر بدون صلاحیت قرار گیرند می توانند ابیوز شوند که ابیوز قدرت نیز در هر سطح از مدیریت می تواند عواقب سوء مختلف اجتماعی و اقتصادی داشته باشد و باعث عدم پیشرفت کارها و در نهایت عدم پویایی سیستم شود. همان طوری که یک مدیر توانا و دلسوز می تواند با انتخاب مهره های کوچک تر مجهز به دانش لازم برای اعمال مدیریت صحیح، به راحتی قادر به چرخاندن در جهت مثبت چرخ های موسسه تحت پوشش خود بوده و سیستم را از هر جهت به صورت دلخواه پیش برد، یک مدیر با عدم توانایی و کارایی و غیر دلسوز، بالطبع قادر به چرخاندن چرخ های موسسه تحت پوشش خود در جهت مثبت نخواهد بود و برای تمایل خود به سیستم عمدتاً ناچار از ابیوز از قدرت خود خواهد شد. ابیوز همیشه به معنی سوء استفاده از امکانات سیستم به نفع خود یا نزدیکان خود نیست بلکه نبود مدیریت صحیح و چرخیدن امور جاری سیستم در جهت غیر صحیح خود یک نوع ابیوز تلقی می شود.

مدیریتی که قادر به اداره بهینه سیستم به معنی واقعی آن نباشد در افراد تابعه خود ایجاد دلسردی کرده و از پیشرفت سیستم کاسته می شود. این نوع مدیریت برای حفظ پست ناچار به گماردن مهره هایی در جهت حفظ خود و اداره سیستم به روش خودکامگی می شود که آن نیز در درازمدت عواقب خاص خود را در افراد سیستم و نهایتاً خود سیستم خواهد گذاشت و چون تغییر در میزان خودکامگی، عوارض قطع خودکامگی را دقیقاً شبیه علایم محرومیت ناشی از قطع مصرف داروها، نشان می دهد، به این جهت مدیریت، ناچار از ادامه ابیوز قدرت و تشدید ابیوز می گردد. بنابراین چاره ادامه نیافتن ابیوز در یک سیستم، داشتن کنترل مداوم و آگاهانه بر عملکرد مدیران و تعویض مهره ها در صورت مشاهده ابیوز در سیستم می باشد. ابیوز در آموزش عالی ما، به معنی عدم وجود کنترل کیفی و کمی بر امور آموزش و ادامه برنامه های آموزشی نامطلوب به ارث رسیده و نبودن یک برنامه مدون و نبود پشتیبانی از پژوهش، یک واقعیت است. می توان گفت که ادامه این ابیوز بسان ادامه یک بی راهه است که پایانش نرسیدن به مقصود (ارتقا بهره وری در سطح کلان جامعه) می باشد. همان طوری که در بسیاری از موارد، در اجتماع ما نیاز به قانون مند شدن و قانون گرایی احساس می شود، اکنون بیش از هر زمان دیگر، سیستم آموزش

عالی ما نیز به طور جدی نیاز به قانون‌گرایی دارد و ادامه نیافتن وضع فعلی آموزش و پژوهش از هر لحاظ به نفع کشورمان نمی‌باشد.



دکتر محمدحسین پورغلامی از همکاران اولیه و بسیار ارجمند رازی بودند که برای ادامه کارهای تحقیقاتی خود حدود ۸-۷ سال پیش به کشور استرالیا عزیمت کردند. نبودن ایشان در کنار رازی مایه تاسف است اما از بابت موفقیت‌هایی که در امور تحقیقاتی نصیبشان شده نمی‌توان خوشحال نبود و به افتخارات یک ایرانی افتخار نکرد. از میان مقالات فراوانی که این برادر توانمند و بسیار دقیق برای رازی نوشته به چاپ رسانیده، برای گرامی‌داشت یادشان مقاله «پژوهش و اقتدار ملی» از شماره هشتم پنجمین سال انتشار رازی انتخاب شده که ملاحظه خواهید فرمود. سال ۸۳ در سفری که آقای دکتر پورغلامی به ایران داشتند در نشست تحریریه رازی شرکت و مثل همیشه ظریفی را در ارتباط با رازی خاطر نشان کردند. این مقاله را دکتر محمدحسین پورغلامی به اسم مستعار «دکتر محمدحسینی» به چاپ رسانیده بودند.

## پژوهش و اقتدار ملی

دکتر محمدحسین پورغلامی

امروزه بر همگان به خوبی روشن گردیده که توان سیاسی - اقتصادی یک کشور از توان علمی آن جامعه نشأت می‌گیرد. پرواضح است که داشتن توان علمی در هر جامعه راهشگای مشکلات روز و اتکا اصلی در برنامه‌ریزی‌های آینده آن ملت خواهد بود. دارا بودن توان علمی به معنای واقعی یعنی در اختیار داشتن متخصصان پژوهشگر در کلیه علوم از علوم انسانی گرفته تا علوم پایه نظیر ریاضی، فیزیک، شیمی و ... تا علوم فنی، کشاورزی و پزشکی و داروسازی می‌باشد. بدیهی است بهره‌گیری مشترک از این علوم است که منجر به افزایش توان علمی و قابلیت در حل مشکلات و برنامه‌ریزی منطقی جهت آینده می‌شود. تنها با در اختیار داشتن محققان لایق و کارآمد می‌توان بر اساس امکانات، نیازهای کشور را در کلیه امور از جمله صنعتی، آموزشی، بهداشتی، اقتصادی، فرهنگی و حتی نظامی تامین نمود. بر این اساس برنامه‌ریزی جهت تربیت

نیروهای پژوهشگر از اصلی‌ترین ملزومات جهت رسیدن به این اقتدار علمی می‌باشد. بدون شک لازمه دیگر در پیشبرد برنامه‌های توسعه‌گشوری وجود امکانات اقتصادی می‌باشد و پرواضح است که در عصر حاضر دستیابی به توان اقتصادی خود مستقیماً وابسته به توان علمی جامعه می‌باشد. بنابراین برای رسیدن به یک جامعه مقتدر و توانا می‌بایست هرچه بیشتر به تقویت بنیه علمی که همانا تربیت نیروهای متخصص پژوهشگر می‌باشد پرداخت. لازم به توضیح نیست نیروی متخصص پژوهشگر به معنای کادرهای صرفاً خدماتی نبوده، بلکه به معنای افرادی است که در حیطه تخصصی خود، توان شناخت مساله‌ای را داشته و بتواند جهت حل این مساله از منابع علمی، اطلاعات لازم را کسب و تجزیه و تحلیل نموده سپس با استفاده از تجربه علمی و منابع موجود، طرح یا برنامه‌ای را جهت رفع مشکل ارایه و به اجرا درآورند. دستیابی به این توانایی نه صرفاً از طریق آموزش‌های کلاسیک تئوریک بلکه از طریق بالا بردن توان پژوهشی متخصصان و تربیت افراد پژوهشگر میسر می‌باشد. بنابراین با بالا بردن استعداد و امکانات پژوهشی کشوری و به خصوص دانشگاهی است که می‌توان مساله را به طور ریشه‌ای و با اصول علمی شناخته و با پژوهش پیرامون آن به جواب یا راه حل مناسب رسید. به عبارت دیگر داشتن توانایی لازم در اجرای طرح‌های تحقیقاتی است که می‌تواند منجر به شکوفایی علمی و به دنبال آن پیشرفت صنعتی، کشاورزی و بهداشتی گردد.

در تاریخ علمی کشورمان شاید بعد از ادبیات و شعر فارسی که همواره در دنیا زبانزد بوده است در علوم دیگر چون نجوم، ریاضی، شیمی، طب و داروسازی نیز همیشه دانشمندان و محققان ایرانی در دستیابی به کشفیات جدید و ارتقا علم نقشی ارزنده و به ثبت رسیده داشته‌اند. با نگاهی اجمالی به وضعیت فعلی خود به راحتی درخواهیم یافت که در چند دهه گذشته در کشور اهمیت لازم به امر پژوهش داده نشده است و این در حالی است که طی همین دوران کشورهای دیگر به شدت در این زمینه سرمایه‌گذاری نموده و امروز شاهد دستاوردهای آن می‌باشند. با چند ایندکس ساده به راحتی می‌توان این مقیاس را انجام داد که از آن جمله می‌توان به تعداد مقالات پژوهشی منتشره از طرف محققان ایران در ژورنال‌های تحقیقاتی بین‌المللی و یا تالیف کتب علمی مبنی بر تحقیق و تجربه (نه ترجمه)، توان ملی در شناخت سریع مشکلات و ارایه راه‌حل‌های علمی - عملی و یا حتی به وضعیت اقتصادی کشور اشاره نمود. آیا این که امروزه تقریباً تنها درآمد ارزی کشور از طریق فروش منابع



طبیعی چون نفت می‌باشد و در عوض واردکننده انواع و اقسام کالاها از ماشین‌آلات گرفته تا حتی مایحتاج روزمره نظیر گندم و شکر و ... هستیم خود گواه بر افت توان ملی در زمینه علمی نمی‌باشد.

با بررسی علل این عقب‌ماندگی بدون شک به این نتیجه خواهیم رسید که مهم‌ترین علت این امر، عدم تربیت نیروهای محقق و یا ندادن اهمیت لازم به پژوهش و یا اصلاً نداشتن درک صحیح از مساله پژوهش بوده است.

### ■ چه می‌توان کرد؟

بدون شک ما هم‌اکنون در مسیری قرار گرفته‌ایم که راهی جز بها دادن به علم و تخصص به ویژه پژوهش نداریم و خوشبختانه زمینه این امر به شدت در جامعه و در بین رهبران مملکتی مهیا بوده و همواره بر اهمیت علم تاکید و سفارش می‌شود. از طرف دیگر بر هیچ کس پوشیده نبوده و نیست که در این مملکت استعداد‌های فراوان ولی نهفته‌ای وجود دارد. بنابراین باید از این نعمت‌های خدادادی در جهت رفع این معضل ملی استفاده نموده و هرچه سریع‌تر به برنامه‌ریزی اصولی جهت فراهم نمودن شرایط رشد، شکوفایی پژوهش و تربیت نیروهای پژوهشگر در همه زمینه‌ها پرداخته و عزم جزم نماییم تا در این راه موفق گردیم که بی‌شک اقتدار اقتصادی، فرهنگی و سیاسی آینده کشور اسلامی در گروه اقتدار علمی و توان پژوهشی خواهد بود.



دکتر فریدون سیامک نژاد صرف‌نظر از مسؤولیت سنگین سردبیری رازی سرمقاله‌نویس خوبی هم هست، مقاله علمی نوشته، نسخ را مورد بررسی قرار داده، صفحه دریاچه‌ای به استعدادها را راه انداخته، به معرفی کتاب پرداخته اما از همه مهم‌تر و از نظر این حقیر خواندنی‌تر طنزنویسی اوست که جلوه اصلی‌اش را در همکاری با مرحوم صابری و در هفته‌نامه گل‌آقا نشان داد اما در اوایل انتشار «رازی» مطالب طنز ایشان با عنوان «نیشتر» در ماهنامه منتشر می‌گردید و بعد هرازگاهی که سوژه‌ای و دل و دماغی فراهم می‌شد بدون عنوان نیشتر، نیشتری بر آنچه که کژ و ناراست و غیرسالم می‌دید فرو می‌کرد که همین، «طنز را وظیفه» است. به هر حال صرف‌نظر از آن همه مطالب جدی ایشان به نظرم رسید که در این ویژه‌نامه ۲۰۰ ماهگی از شیرینی قلمش کامتان را شیرین کنم لذا مطلب «معجزه دفترچه بیمه» به رسم تحفه تقدیم به شما.

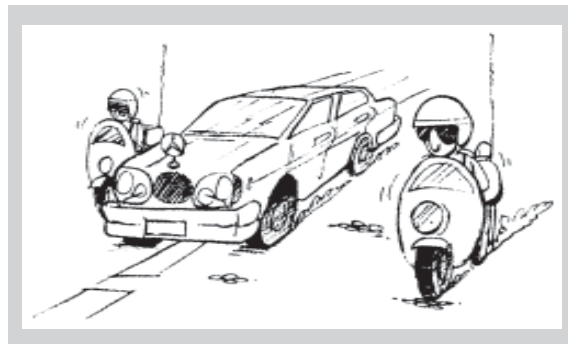
## معجزه دفت-----رچه بیده

دکتر فریدون سیامک نژاد

با این که عادت ندارم با سرعت رانندگی کنم، ولی نمی دانم چطور شد که آن روز پا را گذاشتم روی پدال گاز و تا آنجا که می توانستم با سرعت رفتم. من که از سرعت زیاد سرم گیج می رفت و حالی به حالی می شدم! آن روز انگار نه انگار که صد کیلومتر سرعت دارم. چنان در آن اتوبان (ببخشید آزادراه) تهران کرج از بین ماشین ها ویراژ می دادم که خودم هم باورم نمی شد.

با این که معمولاً در اتوبان (همان آزادراه، فارسی را پاس بداریم!) جانوری رد نمی شود، ولی نمی دانم آن روز این گربه از کجا پیدایش شده بود که یکپو پرید وسط جاده!

من که با آن سرعت زیاد نمی توانستم ترمز کنم و از طرفی شنیده بودم زیر گرفتن گربه شگون ندارد! از ترس این که گربه بیچاره در زیر چرخ های ماشین بنده نفله شود، با همان سرعت گربه را رد کردم که چشمتان روز بد نبیند! لاستیک جلوی ماشین رفت توی شانه خاکی کنار اتوبان (لطفاً شما آزادراه بخوانید) و تا آدمم به خودم بیایم کارگر آسفالت کاری که داشت آن کنار، پارکینگ کنار جاده را مرمت می کرد، به شدت با کاپوت جلوی ماشین برخورد کرد و روی شیشه جلوی ماشین افتاد (نمی دانم خوشبختانه یا بدبختانه، شیشه طوریش نشد) و چند ثانیه بعد، دراز به دراز جلوی ماشین که الان دیگه از نفس افتاده بود افتاد و من دیدم بدون این که متوجه باشم دارم توی سر خودم می کوبم!





اول که انگاری شیطان توی جلدم رفته باشد، به سرم زد که فرار کنم. ولی بعد از مکث کوتاهی به خودم نهیب زدم که پس وجدانت کجا رفته؟ این بنده خدا را می خواهی همین طور رها کنی و در بروی؟ لابد فکر می کردم زیر کردن گربه شگون ندارد ولی این بنده خدا هر طوریش بشود، لابد شگون دارد!

بعد از چند لحظه کلنچار رفتن با خودم تصمیم گرفتم بنده خدا را روی صندلی عقب ماشین بخوابانم و به اولین بیمارستان برسانم.

این بود که از ماشین پیاده شدم، کارگر بیچاره را که طفلکی خونین و مالین شده بود بغل کردم و آهسته روی صندلی عقب ماشین گذاشتم و این بار با سرعت عادی و کاملاً با احتیاط به طرف بیمارستان حرکت کردم. به اولین بیمارستان که رسیدم، با احتیاط کامل ترمز کردم. از ماشین پیاده شدم، مصدوم را از روی صندلی عقب به کول کشیدم و وارد بیمارستان شدم. عجیب بود که هیچ کس نپرسید خرت به چند من؟!

با این که شنیده بودم اگر مصدومی را به بیمارستان ببری، حتی اگر خودت هم با او تصادف نکرده باشی، قبل از این که حال مصدوم را بپرسند، راننده را بازداشت می کنند و بنده به این خاطر با ترس و لرز وارد بیمارستان شدم! ولی نمی دانم چرا هیچ کس حتی از من سوال هم نکرد که چی به چی هست! مصدوم را به اورژانس بیمارستان بردم و به دستور پزشک کشیک روی اولین تخت خواباندم.

در روی دوشم احساس سبکی می کردم، ولی هنوز داشتم نفس نفس می زدم و در جیب هایم دنبال پول می گشتم که به بیمارستان به عنوان ودیعه بدهم و حسابی پکر بودم که چرا آن روز پول با خودم نداشته ام که ناگهان دستی روی شانه ام احساس کردم.

پزشک کشیک بود که پرسید چی شده؟

شرح ماوقع را از سیر تا پیاپی تعریف کردم و گفتم که متأسفانه پولی در بساط ندارم! که پزشک کشیک گفت عیبی ندارد!

اول باورم نشد. که کمی چشم‌هایم را مالیدم و این پا آن پا کردم که نکند دارم خواب می‌بینم، که پزشک کشیک پرسید: دفترچه بیمه داری؟ خدایا چه می‌شنوم! یعنی دفترچه بیمه هم قبول می‌کنند؟ خوشبختانه صبح که می‌خواستم از منزل خارج شوم، عیال مربوطه دفترچه‌اش را داده بود تا سر راه دارویش را از داروخانه بگیرم.

به پزشک کشیک گفتم: دفترچه عیال همراهم است! با کمال تعجب دیدم که بدون هیچ‌گونه اعتراض دفترچه را از من گرفت و برای رادیولوژی و آزمایشگاه نسخه‌ای نوشت و دستم داد! گفتم ولی من که پولی ندارم که به آزمایشگاه و رادیولوژی بدهم. باز هم با تعجب دیدم که گفت: نیاز به پول نیست! بیمارستان با همین دفترچه همه کارها را انجام می‌دهد و پولی نمی‌خواهد.

دیگر داشتم شاخ درمی‌آوردم! یعنی دفترچه بیمه اینقدر عزیز شده که حتی پول فرانشیز هم از آدم نمی‌خواهند! مجبور بودم باور کنم، ولی هنوز چشم‌هایم از تعجب، گردگرد بود!

با هر جان‌کنندی بود مصدوم را کول کردم و به رادیولوژی و سپس آزمایشگاه بردم. با خودم گفتم حتماً دو روز هم باید در نوبت جواب باشم و لابد در بیمارستان مهمان! ولی نخیر، انگار همه چیز عوض شده بود! نیم ساعت بعد جواب رادیولوژی و آزمایشگاه حاضر بود و خوشبختانه مصدوم مشکل حادی نداشت.

بنابراین پزشک کشیک تعدادی دارو در دفترچه برایش نوشت و مرخصش کرد.

تا آمدم به آقای دکتر بگویم تا مصدوم حاضر شود من بروم منزل و با خودم پول ویزیت ایشان را بیاورم، وی پیشدستی کرد و گفت نگران نباش! من به جای ویزیت، یک برگ از دفترچه را نوشته‌ام و همان کفایت می‌کند! از خوشحالی داشتم بال درمی‌آوردم و از این که دفترچه بیمه‌ام اینقدر کارساز شده است، آن را دو دستی روی قلبم گذاشتم و بوسه‌ای بر جلد آن زدم و از این که افتخار دفترچه بیمه داشتن نصیب شده به خودم می‌بالیدم. برای این که بیشتر از این مزاحم دکتر کشیک و کارمندان بیمارستان نشوم تصمیم گرفتم نسخه را از داروخانه نزدیک منزل تهیه کنم. حالا دیگر مصدوم کمی بهتر شده

بود و بنابراین زیربغلش را گرفتم و توی ماشین گذاشتم و به سوی داروخانه محل حرکت کردم.

در راه چندین بار دستم را روی این حلال مشکلات دارودرمانی یعنی دفترچه بیمه معجزه گر گذاشتم و به داشتن آن افتخار کردم!

در راه با خودم فکر می کردم بعضی از ما عجب آدم های جوسازی هستیم که علیه دفترچه های بیمه حرف های صد تا یک غاز می زنیم. ما که امروز جز خوبی و کار راه افتادن و صرفه جویی در هزینه های دارو و درمان، چیز دیگری ندیدیم! اصلاً امروز یک روز استثنایی بود!

در همین فکر بودم که به داروخانه رسیدم. ماشین را پارک کردم و وارد داروخانه شدم. با وجود این که امروز ما از چشممان بدی دیده بودیم ولی از دفترچه بیمه خیر، باز هم ترس و لرز دفترچه بیمه را جلوی پیشخوان داروخانه گذاشتم.



دکتر داروخانه نیز با کمال احترام دفترچه را گرفت! داروهایش را داد و مبلغ ناچیزی بابت فرانشیز داروها گرفت و دفترچه و داروها را داخل پلاستیک گذاشت و با چاق سلامتی بدرقه ام کرد من مانند آدم های منگ از این معجزه! از داروخانه خارج شدم.

داشتم با خوشحالی به طرف ماشین می رفتم که متوجه نشدم پایم به کجا گرفت که چند تا سکندری خوردم! و نزدیک بود با مغز توی جوی پراز لجن کنار خیابان بیفتم! که ناگهان از خواب پریدم! خوشبختانه هنوز آفتاب زده بود! بلند شدم، خمیازه ای کشیدم! چندین بار شیطان را لعنت کردم! وضو گرفتم، نمازم را خواندم و راهی محل کارم شدم!



کار اصلی دکتر علی منتصری تحلیل‌های اقتصادی در زمینه دارو می‌باشد و همه ساله بیش از یکی دو مقاله یا سرمقاله به رازی هدیه می‌کنند. ایشان به اتفاق همکار جوانان جناب دکتر وحید محلاتی (که اینک عهده‌دار مسؤلیت مدیرعاملی پخش رازی هستند) در صدمین شماره رازی با پیر داروسازی ایران - زنده یادش - مرحوم دکتر عبیدی به گفتگوی صمیمانه پرداختند. رازی همیشه از ناکافی بودن این گفت و شنودها با اکابر عرصه دارو رنج برده است اما دست روی دست گذاشته و هرازگاهی حرف‌های پیش‌کسوتان را به صفحه ماهنامه کشانیده است. یکی از آن‌ها همین گفتگو است. به دنبال این مطلب «گزارشی از: نهمین همایش انجمن‌های داروسازان کشور» به کوشش آقای دکتر محلاتی خواهد آمد.

### هروری بر صنعت داروسازی کشور در گفتگو با دکتر عبیدی

دکتر علی منتصری، دکتر وحید محلاتی

دکتر غلامعلی عبیدی، تاریخ زنده صنعت داروسازی کشور است. ایشان در خرداد ۱۲۹۹ متولد شده و ۲۲ سال بعد یعنی در خرداد ۱۳۲۱ تحصیل در رشته داروسازی را در دانشگاه تهران به پایان برده و پروانه دائم گرفته است.

دکتر عبیدی جزو معدود داروسازان زمان خود بوده که روی به صنعت داروسازی آورده، یک بار کارخانه‌ای تاسیس می‌کند اما به دلایلی که خود توضیح می‌دهد مجبور به فروش آن می‌شود. روح سیری ناپذیر دکتر جوان آرام نمی‌گیرد از آنجا که همچنان به فکر تولید ملی داروست، مجدداً تلاش و همت بلندش را به کار می‌گیرد و کارخانه‌ای دیگر تاسیس می‌کند (کارخانه دکتر عبیدی) شرکتی که سال دیگر جشن ۴۰ سالگی خود را خواهد گرفت.

در این مدت ناملايمات بسياري بر پير داروسازي ما وارد آمده، اما هر بار آن‌ها را به جان خریده و به راه خود ادامه داده است. اکنون کارخانه داروسازی دکتر عبیدی در پرتو این تجربه‌گرانبها و استفاده از نیروهای جوان در زمینه ارایه فرمولاسیون‌های داروهای جدید بسیار فعال می‌باشد.



برای آشنایی بیشتر با آقای دکتر غلامعلی عبیدی صبح یک روز زمستانی به دیدارشان رفتیم و در یک محیط گرم و صمیمی با پیر صنعت داروسازی کشورمان به گفتگو نشستیم و حاصل این مصاحبه است که با هم مرور می‌کنیم.

□ جناب آقای دکتر عبیدی لطفاً اجازه فرمایید از سال‌های تحصیل در دانشکده داروسازی سوال کنیم؟

در سال ۱۳۱۷ وارد دانشکده طب و داروسازی دانشگاه تهران شدم. آن وقت‌ها کنکور وجود نداشت و ثبت نام به صورت آزاد صورت می‌گرفت. تعداد دانشجویان دوره ما ۲۰ نفر بود و ما دومین دوره دانشجویان رشته داروسازی بودیم. در آن زمان اکثر اساتید فرانسوی بودند و بقیه تحصیل کرده فرانسه، بنابراین زبان درسی ما فرانسه بود و به همین علت من هم فرانسه یاد گرفتم. در سال‌های اول دانشکده‌های طب و داروسازی و دندانپزشکی یک دانشکده بودند و رئیس آن هم پروفسور اوبرلین سرطان شناس بود که خود او هم به علت سرطان درگذشت.

بعداً رئیس دانشکده داروسازی مرحوم دکتر نامدار بود. او مردی وارسته و در عین حال پرابهت، سخنران بود و در کمیسیون‌های پزشکی هم عضویت داشت. از خدمات او این که در ابتدا می‌خواستند دوره داروسازی ۴ سال باشد و آن را دکترا ارزیابی نکنند اما مرحوم دکتر نامدار جلوی این کار را گرفت. در کنار دکتر نامدار علاوه بر اساتید فرانسوی، چند نفر ایرانی مانند دکتر اعلم، دکتر مقدم، دکتر مظفری، دکتر شرقی و مرحوم دکتر پاپاریان

بودند که داروهای ساختنی را تدریس می‌کردند. دکتر پاپاریان از آرامنه‌ای بود که از ترکیه فرار کردند و به ایران آمدند و در ابتدای خیابان لاله‌زار داروخانه داشت.

□ از هم کلاسی‌هایتان هم به خاطر دارید؟ آیا خانم‌ها در آن موقع داروسازی می‌خواندند؟

دکتر جنیدی، دکتر عافیت‌پور، دکتر پرهامی و ... در خاطر هستن. اما ۲ نفر هم کلاس خانم هم داشتیم به نام‌های خانم دکتر غربی و خانم دکتر فردوس که اولین خانم‌هایی هستن که درس داروسازی خواندن. آن موقع سیستم درس خواندن «سالی» بود. از بین آن عده غالباً داروخانه تاسیس کردند. فقط من و دکتر پرهامی به طرف صنعت رفتیم.

□ آقای دکتر پس از فراغت از تحصیل به چه کاری مشغول شدید؟

پس از خدمت وظیفه عمومی اولین کارخانه را در سال ۱۳۲۵ در سه راه امین‌حضور واقع در جنوب شرقی تهران به نام «لابراتوار هور» احداث نمودم. قبل از اینجانب در سال ۱۳۱۴ شرکت سهامی گل، با تولید داروهای گالینکی به مدیریت مرحوم دکتر نامدار که به راستی حق بزرگی به گردن داروسازی ایران دارند، تاسیس شد و لی نظر به این که کارخانه گل نتوانست خود را با زمان تطبیق دهد، هنوز با ساختن چند تنظور به کار خود ادامه می‌دهد.

هم‌چنین آقای دکتر حبیب‌الله لاله‌زاری که خوشبختانه هنوز در قید حیات می‌باشند اولین تولیدکننده قرص در ایران بود که کار خود را با تعدادی ماشین قرص‌سازی شروع کرد، اما قبل از انقلاب کارشان به تعطیلی کشیده شد. او در جلسه‌ای قرص ویتامین C ساخت خودش و یک قرص ویتامین C ساخت کارخانه «روش» را برداشت، به بقیه نشان داد و با صدای بلند گفت: «بیا بید ببینید این‌ها فرقی با هم دارند؟»

بعد از سه راه امین‌حضور، در قلعه کارخانه مدرنی تاسیس نمودم که به علت عدم کمک و حمایت دولت و بدگویی نزد شخص اول مملکت کار ساختمان مدتی به طول انجامید.

□ علت این بدگویی چه بود؟

دولت ایران مقداری پول از دولت انگلیس طلب داشت و آن‌ها هم به جای آن



کارخانه داروپخش را به ایران دادند. مدیریت وقت داروپخش (دکتر آشتیانی و دکتر شرقی) فکر می‌کردند که تولیدات من جلوی تولید آن‌ها را می‌گیرد و به کار داروپخش ضربه می‌زند، از این جهت بدگویی می‌کردند. در شروع کار هیچ‌یک از موسسات دولتی و مسئولان مملکتی برای ادامه فعالیت به این کارخانه تولیدی کمکی نکردند و مجبور شدم آن را به قیمت خیلی ارزان به کارخانه لپتی ایتالیا واگذار نمایم.

□ این همان کارخانه داروسازی حکیم است که هم‌اکنون در خیابان شریعتی فعالیت می‌کند؟

بله، سپس در خیابان شیخ هادی منزلی اجاره و شروع به فعالیت نموده و چون مهلت دوران اجاره به اتمام رسیده بود مجبور به تخلیه شدم و در چندین محل جابجا گردیدم. در این مدت با مشکلات فراوانی مواجه شدم. مشکلات به حدی بود که تا مرحله توقف تولید پیش می‌رفت. ولی ایستادگی کردم و مشکلات را یکی پس از دیگری حل نمودم و اگر از حل مشکلات عاجز می‌ماندم در کنار مشکلات راهپیمایی می‌کردم تا به تدریج گره‌های کور را باز نموده و به کار خود ادامه دهم.

□ انگیزه شما در این فعالیت سخت و پیگیر چه بود؟

علاقه داشتم داروسازی صنعتی و تولید ملی داشته باشیم. بعد از فروش کارخانه اول به لپتی، چند مرتبه به من پیشنهاد اشتغال در لپتی را دادند که قبول نکردم. علت این که والد صنعت شدم این بود که در زمان جنگ جهانی دوم مدت خیلی کمی حدود ۶-۵ ماه ویزیتور کارخانه بایر آلمان بودم. در آن زمان دولت اجازه ورود داروی آلمان را به ایران نمی‌داد و کار به سختی انجام می‌شد.

از طرفی در همان زمان بیماری‌های ناشی از انگل‌هایی مثل آسکاریس و اکسیور خیلی فراوان بود. آسکافن بایر ۴۵ ریال به دست مصرف‌کننده می‌رسید اما من می‌دانستم که ماده اولیه اش ۲ تا ۳ ریال تمام می‌شود. بنابراین از فردی که با انگلیس رابطه داشت یک دستگاه پرس قرص مانستی خریدم. از این دستگاه ۳ عدد در ایران وجود داشت، یکی از آن‌ها را من خریدم، یکی را دکتر دارویی در اصفهان، به هر حال با کمک دکتر لاله زاری فرمولاسیون این قرص انجام شد که برای من ۶-۵ ریال تمام می‌شد و من ۱۸ ریال آن را می‌فروختم.

ماده اولیه را به قیمت کمی می خریدم و با بسته بندی شکلی می فروختم. اما مصرف زیادی در کشور نداشت. برای دریافت اجازه صدور دارو به افغانستان به ملاقات وزیر بهداشتی وقت کشور رفتم و راجع به داروهای ایرانی صحبت کردم، اما ما را به رسمیت نشناختند.

□ چند سالتان بود که می خواستید دارو صادر کنید و به افغانستان رفتید؟  
۳۵ سالم بود. اما برای دارویی که تولید می کردم پروانه نداشتیم.

□ وزارت بهداشتی چرا مقاومت می کرد؟

در واقع چون هیچ مقرراتی در این زمینه وجود نداشت. اما من مدارک کافی داشتم. آن ها به داروهای ایرانی اعتماد نداشتند. بنابراین از روستاها شروع کردم. اولین دارو «ورمیسید» بود که روی آن کار کردم و بعدی «سنتونین».

□ بالاخره چه شد که مجوز کار شما صادر شد؟

تا سال ۱۳۳۷ وزارت بهداشتی این کارخانه و سپس سایر کارگاه های صددرد صد ایرانی را به رسمیت نمی شناخت تا این که در سال ۱۳۳۷ که کارخانه تولید دارو شروع به کار کرد و وزارت بهداشتی مجبور شد که کارخانجات قدیمی را نیز به رسمیت بشناسد و خوشبختانه به واسطه سابقه طولانی اولین پروانه به نام اینجانب صادر گردید سپس کارخانجات چندملیتی بنا به تشویق مدیرکل وقت امور دارو یکی پس از دیگری به ایران وارد و در ظاهر شعبه تاسیس نمودند ولی اغلب داروهای ساخت خودشان را وارد و پخش می کردند و علاوه بر آن چون کنترل بر روی قیمت مواد اولیه نبود کارخانجات بین المللی مواد اولیه را به چندین برابر قیمت اصلی آن وارد و به فروش می رساندند. البته چندملیتی ها به من هم مراجعه کردند اما قبول نکردم، خواستم «ایرونی» باشم.

□ آیا چندملیتی ها در کار شما کارشکنی هم می کردند؟

خیر، حجم کار ما آنقدر نبود که مشکلی برای آن ها ایجاد کند.

□ آقای دکتر آیا تا به حال در داروخانه هم کار کرده اید و تجربه ای در این زمینه دارید؟

در دوران تحصیل در داروخانه بهبودی واقع در خیابان اسماعیل بزار

( مولوی شرقی ) به کارآموزی مشغول بودم البته در آن موقع شاگرد داروخانه به حساب می‌آمدم در اغلب نسخه‌ها داروهای گیاهی به نام جوشانده و سپس فلوس و روغن بادام به عنوان مسهل تجویز می‌شد. در کنار آن‌ها داروهای شیمیایی نیز تجویز می‌گردید ولی پس از چندین سال اطبایی که داروهای گیاهی را تجویز می‌نمودند مرحوم و داروهای گیاهی به بوته فراموشی سپرده شد.

□ آقای دکتر صنعت داروسازی کشور را بعد از انقلاب اسلامی چگونه ارزیابی می‌کنید؟

از اوایل انقلاب که با حمایت چند داروساز جوان و فعال برنامه ژنریک پی‌ریزی و پای کارخانجات بین‌المللی خارجی از ایران قطع گردید، روز به روز این صنعت رو به گسترش رفت، پروانه‌های داروهای جدید برای فرمولاسیون و تولید در اختیار کارخانجات ایرانی قرار گرفت. ادامه این روند سبب شد تا لابراتوارهای ملی که قبل از انقلاب ۳ تا ۵ درصد داروی کشور را تامین می‌کردند، اکنون بیش از ۹۵ درصد دارو را در ایران تهیه نمایند که جای امیدواری بسیار دارد تا در آینده صنعت داروسازی در ایران به همین روند پیش برود.

□ آقای دکتر هم‌زمان با شما کارخانجات دیگری مثل تولیدارو هم به وجود آمدند. چرا شما مثل آن‌ها گسترش پیدا نکردید؟

در آن زمان قیمت داروهایی که من می‌ساختم، خیلی پایین‌تر بود. شربت سینه پکتوریت عبیدی ۲۵ ریال قیمت گرفته بود و همین شربت برای تولیدارو ۴۵ ریال در نظر گرفته شده بود. یکی از دلایل همین قیمت پایین‌تر محصولات ما بود. از طرفی کیفیت هم مهم است. یک زمانی قیمت دارو در اختیار وزارت بهداشت نبود، کارمندی در وزارت بازرگانی مسؤول قیمت مواد اولیه بود و می‌گفت من کیفیت نمی‌فهمم و هر کدام ارزان‌تر باشد تصویب می‌کنم. الان البته دولت به کیفیت توجه می‌کند اما نمایندگان شرکت‌های هندی، مالزی، چینی و ... دست از سر کارخانجات برنمی‌دارند. ماده اولیه خوب را بار اول تولید می‌کنند و تحویل می‌دهند اما متأسفانه کارخانجات آسیایی بعداً کیفیت جنس‌شان را خراب می‌کنند. ما همین الان از اروپای غربی، مخصوصاً آلمان و سوئیس مواد اولیه مورد نیازمان را تامین می‌کنیم.

□ آن وقت داروهای شما گران تر تمام می شود و صرفه اقتصادی ندارد؟  
بله، گران تر تمام می شود اما من ترجیح می دهم کیفیت را حفظ کنم.

□ آقای دکتر شما همیشه در صادرات دارو فعال بوده اید. لطفا کمی برایمان در این زمینه توضیح دهید؟

ابتدا به کشورهای حاشیه خلیج فارس دارو صادر می کردم. آن وقت ها هنوز مقرراتی در این زمینه نبود. به خاطر دارم امیردوبی (شیخ راشد) در جلسه ای که یک دکتر ایرانی دیگر هم پیش او بود به من گفت بیا در اینجا شعبه باز کن. محل و وام هم به تو می دهیم اما من نرفتم. الان هم در صادرات به تمام جمهوری های اتحاد شوروی سابق همه برای تاسیس شعبه اصرار می کنند. از طرفی امروزه به داروهای هیچ یک از ممالک شرقی اجازه واردات به کشورهای حاشیه خلیج فارس داده نمی شود.

□ آقای دکتر به عنوان آخرین سوال چه توصیه ای برای داروسازان جوان دارید؟

چند سال پیش یک عده از داروسازان جوان آن موقع، کارخانه شهر دارو را تاسیس کردند که کارخانه خوبی هم هست. جوانان امروز هم اگر همین کار را بکنند موفق خواهند بود چرا که میزان مصرف دارو بستگی به مولفه های زیادی دارد از جمله تعداد پزشک. الان تعداد زیادی پزشک و به نسبت بالاتری داروساز تربیت شده اند. نسبت بالاتر برای این که به ازای هر ۱۰ پزشک باید ۱ داروساز داشته باشیم در صورتی که ظاهرا تعداد بیشتری داروساز وجود دارد. از طرفی جمعیت کشور افزوده می شود و از طرف دیگر «ایرانی» دوست دارد دارو بخورد. در منزل هر ایرانی یک داروخانه کوچک وجود دارد که تاریخ مصرف خیلی از آن ها هم گذشته است.

پزشکی را می شناختم که از آمریکا آمده بود ایران و کلی وقت برای بیمار صرف می کرد تخصص او درمان با صحبت کردن بود. اما بیماران دست آخر به او می گفتند پس «نسخه ات کو؟» این پزشک نتوانست به کار خودش ادامه دهد. به هر حال با توجه به ازدیاد جمعیت و مصرف زیاد دارو، برای آینده صنعت داروسازی آینده فعال و پرکاری را پیش بینی می کنم.



گزارشی از:

نهمین همایش انجمن های داروسازان کشور

دکتر وحید محلاتی

اشتغال داروسازان جوان در نظام دارویی کشور آن قدر مهم بود که عنوان «نهمین گردهمایی سالیانه هیات مدیره های انجمن های داروسازان کشور» را به خود اختصاص داد. این گردهمایی روزهای ۲۸ و ۲۹ اردیبهشت ماه گذشته در محل خانه داروسازان استان گیلان در شهر رشت برگزار شد و حدود ۱۴۰ نفر مدعوین به بحث پیرامون موضوعات مورد علاقه داروسازان پرداختند.

ابتدا دکتر پورکاظمی رئیس انجمن داروسازان گیلان ضمن خیرمقدم، ابراز امیدواری کرد که این گردهمایی نتایج سودمندی برای کاهش مشکلات مردم و جامعه داروسازی داشته باشد. همان طور که ایشان هم متذکر شدند تلاش برای ایجاد خانه داروسازان استان گیلان از حدود ۲۰ سال پیش آغاز شده و اکنون این ساختمان دو طبقه با یک سالن کنفرانس مأمّن داروسازان استان می باشد. تشکیل جلسات منظم علمی و صنفی، یک کتابخانه منظم و مرتب و نظم تشکیلاتی اعضا نشان از حسن تدبیر و تفکر در انجمن داروسازان گیلان دارد و می تواند به عنوان الگو برای دیگر استان ها قرار گیرد.

سپس دکتر شهاب الدین صدر رئیس سازمان نظام پزشکی ایران با تاکید بر نقش اساسی دارو در حلقه درمان بیماران، به آسیب پذیری تامین دارو با وابستگی به مواد اولیه اشاره کرد و خواستار اصلاح این وضعیت و همچنین با توجه به آن که تعداد داروسازان در سال ۷۹ حدود ۹۰۰۰ نفر می باشد خواستار توجه به ارقام و نسبت های سرانه جمعیت و بیکاری احتمالی تعدادی از داروسازان در آینده شد.

دکتر صدر گفت: «یک دکتر داروساز نباید وقتش و اطلاعاتش به کاری تبدیل شود که توسط یک نفر با میزان سواد کمتر قابل انجام باشد، باید راه کارهای ارایه اطلاعات علمی به بیمار تبیین شود که مکمل اطلاعات پزشک است.» ایشان در مورد تعرفه داروخانه اعتقاد داشت: «در مورد داروخانه ها در مسایل مربوط به گردش اقتصادی داروخانه ها قایل به شفافیت در گردش اقتصادی داروخانه ها

هستیم و متن قانون هم همین را می‌گوید یعنی تعرفه واقعی. اگر از این نکته غافل شویم به طور حتم به جای ارائه خدمات سالم به سمت مشکلاتی مثل مشکلات فعلی می‌رویم و آسیب می‌بینیم. محذورات بخش دولتی در قیمت‌گذاری سبب پوشش‌گذاری بر واقعیت‌ها و ایجاد مشکلاتی گردیده است.»

پس از سخنرانی دکتر نورمحمدی رئیس دانشگاه علوم پزشکی ایران و آرزوی توفیق برای افرادی که به سلامت مردم خدمت می‌کنند و تاکید بر اصلاح نظام دارویی، ارتقای امنیت غذا و تغذیه، اطلاع‌رسانی، آموزش مداوم و ارتقای کیفیت اقلام دارویی، معاون محترم دارو و غذای وزارت بهداشت آقای دکتر مرتضی آذرنوش نقطه نظرات خود را بیان کردند. ایشان ابتدا از حسن انتخاب موضوع «داروسازان جوان» تشکر کرد اما مشکل داروسازی کشور را یک مجموعه دانست که مشکل جوانان جزئی از این مجموعه است و راه‌حل نیز باید در قالب همین مجموعه باشد که بازسازی نظام دارویی و شفاف‌سازی اقتصاد دارو به عنوان اصلی‌ترین عنصر این مجموعه است و اگر راه‌حل‌های بنیادی و درون‌زا نداشته باشیم پیوسته با مشکلاتی روبه‌رو خواهیم شد که بخشی از آن گریبانگیر داروسازان جوان می‌گردد.

دکتر آذرنوش استفاده از ارزش تخصیصی را راضی‌کننده دانست اما گفت: «ولی به هیچ وجه به این معنی نیست که ارزش به همان مقداری است که باید باشد. جامعه پزشکی به راحتی از طریق تکنولوژی اطلاع‌رسانی در جریان آخرین اطلاعات علمی و دارویی قرار می‌گیرد و بسیاری از داروهای جدید واجد اثراتی معجزه‌آسا هستند و آن وقت ما با محدودیت منابع چه کار می‌توانیم بکنیم. اگر سقف ارزش ۱۰ ساله اخیر را که فکر می‌کنیم برخلاف عرف افزایش می‌یابد بررسی کنیم، یک منحنی سینوسی غیرقابل توجیه با سقفی حدود ۳۰۰ تا ۴۰۰ میلیون دلار را مشاهده می‌کنیم که نه تناسبی با رشد جمعیت دارد و نه برای تهیه داروهای جدید و ارائه خدمات بیشتر به جامعه کفایت می‌کند. در حال حاضر در کشور حدود ۳۰۰,۰۰۰ بیمار با هپاتیت مزمن و فعال داریم که بسیاری از آن‌ها جوان هستند و در صورت عدم رسیدگی جان آن‌ها در خطر می‌باشد: دارویی داریم با خاصیت ضدویروس که قیمت هر عدد آن ۴ دلار است. هر بیمار روزی یک قرص مصرف می‌کند که در یک دوره یک ساله ۱۵۰۰ دلار برای یک بیمار و برای ۳۰۰,۰۰۰ نفر، ۴۵۰ هزار دلار فقط برای این یک دارو مورد احتیاج است. بسیار طبیعی است که هیچ اعجازی متصور نیست که این دارو با قیمت ارزان و مقدار مناسب در اختیار مردم قرار گیرد.»

ما وقتی آرامش پیدا می‌کنیم که همه داروهای لازم در دسترس مردم باشند و فراوانی ایجاد شود. شرط فراوانی برخورداری از منابع مالی است. ما فکر می‌کنیم به ازای ۴۲۰ میلیون دلار ارز و حدود ۲۵۰ میلیارد تومان یارانه مستقیم که برای برخی داروها مثل فاکتورهای خونی تا ابد باید ادامه پیدا کند و انتقال این یارانه‌ها به سیستم بیمه‌ای، مقداری ارز واریز نامه‌ای به همین مقدار به بخش اقتصاد دارو وارد شود.»

دکتر آذرنوش با تاکید بر این که سرعت پیشرفت برنامه هایش با توجه شرایط روز جامعه تنظیم می‌شود و نباید نتیجه‌گیری سریع از آن‌ها را انتظار داشت اعلام کرد در صورتی که شهامت و برنامه‌ریزی لازم را داشته باشیم و شرایط جامعه مشکلی ایجاد نکند و انجمن‌های داروسازی به صورت واقعی از این تفکر کارشناسی جمعی حمایت کنند در دوره ۵ ساله برنامه سوم مشکل دارو قابل حل است وی گفت: «در برنامه‌های خود به این سمت حرکتی می‌کنیم که این ۲۵۰ میلیارد تومان یارانه به سازمان‌های بیمه‌گر منتقل شود. منتها به شرطی که این پول در سیستم بیمه ذوب نشود و فقط صرف بخش دارو شود. به این ترتیب این پول وارد بخش تولید، توزیع و داروخانه شده و داروسازان جوان هم امکانات لازم را دریافت خواهند کرد. ما دوست داریم داروسازان فرصت داشته باشند ۳ دقیقه با هر بیمار صحبت و مشاوره کنند البته به تناسب ایجاد امکانات و رسیدن به قیمت‌های واقعی راه حل داروسازان جوان و مشکل داروی کشور از رهگذر احیای اقتصاد دارو و اقتصاد داروخانه می‌گذرد و هر راه حلی بدون عنایت به آن شکست خورده خواهد بود.

در داروخانه مسوول فنی باید خدمات ارابه دهد، در یک سقفی از نسخ یا حجم ریالی خرید ۲ داروساز در ساعات شلوغی رجوع بیمار داشته باشیم و سطح کیفی خدمات را بالا ببریم.»

در جلسه بعدازظهر روز اول دکتر کبریایی زاده مدیرکل نظارت بر درمان وزارت بهداشت ضمن یک تحلیل و بررسی علمی، آموزش را بررسی کرد و خواستار آن شد که بر پایه وظایفی که برای یک شغل تعریف می‌کنیم امکان کسب مهارت‌های لازم را نیز فراهم آوریم. سپس دکتر علی منتصری مدیرعامل شرکت پخش رازی و عضو هیات مدیره انجمن «بررسی وضعیت اشتغال داروسازان در ایران» را که حاصل یک تحقیق علمی بود برای حضار تشریح کرد که با توجه به آن که متن این مقاله در شماره خرداد ماه نشریه رازی به چاپ رسیده است به جزئیات آن اشاره نمی‌کنیم ولی روح کلی این بحث که

توسط دکتر ابوالفضل و دکتر سعید واقفی دیگر اعضای هیات مدیره پی گرفته شد عبارت بود از نوع دیگری از نگرش به وضعیت اشتغال. ایجاد فرصت های جدید برای فعالیت های دارویی به منظور ارتقای کیفی سطح خدمات دارویی که سبب ایجاد نیاز به تعداد زیادی داروساز خواهد شد که اساساً نه تنها با نگرانی مشکل بیکاری روبه رو نخواهیم بود بلکه بار دیگر به کمبود داروساز فکر خواهیم کرد البته در صورتی که ایجاد فرصت های جدید تحقق یابد.

دکتر سعید واقفی در سخنرانی خود در روز دوم گفت: «دیوارها و حصارهای بلندی بین شاغلین و فارغ التحصیلان کشیده ایم. در صنعت داروسازی امکان اشتغال ۱۰ تا ۱۲ داروساز در سمت های مدیرعامل، مسئول تولید، مسئول فنی، مسئول ساخت، مسئول آزمایشگاه کنترل، مسئول بخش فیزیک و شیمی، میکروبیولوژی، کنترل کیفیت، بسته بندی و ... وجود دارد و به همین منوال در کارخانه های متوسط ۱۸ نفر، بزرگ ۲۵ نفر و خیلی بزرگ ۴۵ نفر در شرایط فعلی می توانیم داشته باشیم که برای ۵۲ کارخانه داروسازی کشور حدود ۱۵۰۰ نفر خواهد شد. در صورتی که در حال حاضر این تعداد بیش از ۴۰۰ نفر نیستند.»

دکتر رضا ابوالفضل نیز اشتغال داروسازان در صنایع آرایشی بهداشتی، صنعت توزیع، دانشگاه ها و ... را بررسی کرد و نتیجه گرفت «فرصت های شغلی بالقوه ای برای تعداد زیادی داروساز در مراکز فوق وجود دارد و منظور از شرایط فعلی، شرایطی است که هنوز به سمت برنامه های کیفی و تحقیقاتی حرکت جدی صورت نگرفته و در آن صورت ...»

در جلسه روز اول دکتر رهبر مژدهی آذر نیز به قرائت گزارش کاری هیات مدیره انجمن پرداخت و فعالیت های یک ساله انجمن داروسازان ایران را آماده سازی خانه داروساز، برگزاری برنامه های متعدد بازآموزی، تلاش در جهت احقاق حقوق مسوولان فنی، برگزاری جلسات بحث و مذاکره با بیمه ها در جهت رفع مشکلات، تلاش در جهت افزایش سود داروخانه ها و کاهش مالیات، ایجاد تعاونی مسکن داروسازان و بالاخره [موضوع بحث انگیز و پر سوال و اعتراض]، تشکیل شرکت تعاونی تهیه و توزیع انجمن داروسازان دانست که در خصوص موضوع فوق سوالات گوناگونی از جمله نحوه انتخاب اعضای هیات مدیره تعاونی، نحوه عضویت، میزان پرداختی برای هر سهم و ... در جلسه پرسش و پاسخ مطرح شد.



در این خصوص دکتر کشتکار رئیس هیات مدیره تعاونی توضیح داد که همیشه صحبت از آن بود که در جهت استقلال و پویایی انجمن یک کار اقتصادی انجام دهیم تا مانند انجمن های گیلان، مازندران، شیراز و قزوین از محل درآمد انجمن فعال تری داشته باشیم. به همین منظور شرکت تعاونی انجمن با انتخاب هیات مدیره آن تشکیل شده و مجوز واردات مواد اولیه غذایی، دارویی، شیرخشک و حتی توزیع هم درخواست شده است.

در این سمینار اعضای هیات مدیره های انجمن های داروسازان استان های مختلف نیز هر یک به گوشه هایی از مشکلات حرفه ای اشاره کردند. برخی مانند انجمن کرج یا اصفهان با دست پر پیشنهادهای خود را مکتوب کرده و برخی نیز با صحبت های خود نظرات همکاران را منعکس کردند که از نکات مهم این صحبت ها عمدتاً افزایش سود دارو، اعتراض به داروخانه های بدون مجوز یا پراتیکی، اجرت ساخت داروهای ترکیبی، حذف داروهای قدیم، معرفی داروهای جدید توسط مجلات و نمایندگان علمی، اعتراض به بازرسی های متعدد از داروخانه ها، اعتراض به مراکز تک نسخه ای واردات دارو، مشکلات بیمه ها و داروخانه ها، ثابت ماندن تعرفه داروهای OTC، کاهش ضریب مالیاتی، تقاضا از مجلس جدید برای قانون مند و به روز کردن قوانین دارویی، تغییر اساسنامه انجمن داروسازان و رفع ابهام پیرامون شرکت تعاونی انجمن داروسازان بود.

در این بین گروهی از داروسازان جوان از برخی شهرها به محل همایش آمده و یکی از آن ها به نام دکتر حسین امیر عضدی نامه ای را از سوی گروهی از داروسازان جوان و مسؤولان فنی برای حاضران قرائت کرد که واکنش های متفاوتی را در پی داشت. وی ضمن برشمردن مشکلات یک داروساز فارغ التحصیل در دانشگاه، صنعت یا داروخانه خواستار آن شد تا انجمن داروسازان به عنوان خانه همه داروسازان پیگیر مشکلات همه داروسازان و نه فقط داروخانه ها باشد و این نقطه مشترک او با دبیر انجمن دکتر مژدهی بود که همه داروسازان را به شرکت در انتخابات آتی هیات مدیره انجمن داروسازان ایران که در پاییز امسال برگزار خواهد شد دعوت کرد. دکتر امیر عضدی هم خواستار آن شد تا هیات مدیره انجمن داروسازان شامل همه گروه های داروسازان باشد و با ایجاد تحول مثبت حرکتی تازه در روند داروسازی کشور ایجاد گردد.

دست آخر سخنرانی دکتر محمود بهزاد پیر داروسازان گیلان بود که با

دعوت از داروسازان برای تشکیل خانه داروساز در تمامی استان‌ها از هیات مدیره استان‌ها درخواست کرد برای ایجاد همبستگی صنفی و جذب افراد امکان حضور و اعلام نظر همه افراد مثبت فراهم آید تا افرادی که از نظر روانشناسی ضد اجتماعی هستند و خرافکاری‌هایی را انجام می‌دهند از جامعه داروسازی طرد شوند.

### ■ قطعنامه سمینار

و بالاخره سمینار با تشکر از مهمان نوازی و پذیرایی شایسته انجمن داروسازان گیلان و اعلام شهر تبریز به عنوان میزبان دهمین گردهمایی در سال ۸۰ طی قطعنامه‌ای به شرح زیر به ارایه خلاصه دیدگاه‌های خود پرداخت:

### ■ اشتغال داروسازان

۱- نظر به این که انجمن داروسازان مأمّن اصلی داروسازان کشور می‌باشد، شرکت کنندگان در همایش بر لزوم عضویت کلیه داروسازان حائز شرایط (۱۴۰ واحد به بالا) تاکید کامل دارند.

۲- ارتقا سطح دانش دانشجویان با بالا بردن کیفیت آموزش مطابق با استانداردهای روز با گرایش‌های تخصصی به نحوی که نیاز کشور را تامین نماید مورد تاکید می‌باشد.

۳- لزوم استفاده از ظرفیت واقعی برای جذب داروسازان به خصوص داروسازان جوان در واحدهای دولتی اعم از بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی، صنعت، شرکت‌های توزیعی، داروخانه‌های بخش خصوصی، معرفی علمی داروها و در نهایت اشتغال در بخش تجارت دارو و مدیریت در سطوح مختلف، مورد تاکید شرکت کنندگان همایش قرار گرفت.

۴- با توجه به افزایش فارغ التحصیلان داروسازی، حضور فعال آن‌ها در مسایل اجتماعی و انتخاباتی انجمن‌ها مورد تاکید بوده و توصیه می‌گردد: کلیه فعالیت‌های داروسازی می‌بایستی از طریق انجمن‌های داروسازی صورت پذیرد.

۵- با توجه به قوانین جاری کشور به لحاظ رعایت شأن داروساز، عنایت به تنظیم حقوق و مزایای مناسب در تمام سطوح مورد تاکید می‌باشد.

۶- تاکید و توصیه بر ایجاد بانک‌های اطلاعاتی در انجمن‌های داروسازی جهت استفاده بهینه و به موقع از نیروهای بالقوه موجود.

۷- همکاران پیشکسوت داروساز، مشکلات همکاران جوان خود را کاملاً درک و احساس نموده و توصیه می‌گردد: کلیه همکاران داروساز، نهایت کوشش و اهتمام خود را جهت اشتغال همکاران جوان به کار گیرند و از این طریق موجبات تقویت کیان داروسازی کشور را فراهم آورند.

### ■ مسایل عمومی داروسازی

۱- در راستای اجرای صحیح برنامه سوم توسعه کشور شرکت کنندگان در همایش ضمن ارج نهادن به اجرای منطقی نظام دارویی و طرح ژنریک، نسبت به آزادسازی اقتصاد دارو و انتقال یارانه به بخش بیمه‌های همگانی تاکید داشته و تنها راه نجات از مشکلات دارویی را ایجاد زمینه مناسب برای رقابت سالم و علمی در بخش‌های مختلف دارویی می‌دانند.

۲- شرکت کنندگان در همایش نسبت به اصلاح بند ز، ماده ۱۹۶ برنامه سوم توسعه به صورت عرضه داروهای OTC به مصرف کنندگان نهایی خارج از داروخانه، اعتقاد داشته و ارایه هر نوع دارویی را خارج از چهارچوب داروخانه، غیرمجاز و به زیان جامعه می‌دانند.

۳- لزوم مکانیزه شدن سیستم دارویی کشور در تمامی سطوح اعم از داروخانه، بیمه، دواير دولتی و غیره و استفاده از رایانه مورد تاکید می‌باشد و از سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تقاضای مساعدت دارند.

۴- جهت ارایه خدمات بهینه دارویی در داروخانه‌های بیمارستان‌های دولتی، به لحاظ جلوگیری از سرگردانی بیماران، لزوم واگذاری این قبیل داروخانه‌ها به داروسازان واجد شرایط را خواستارند.

۵- شرکت کنندگان در همایش لزوم برقراری مجدد سیستم اطلاع‌رسانی علمی را مورد تاکید و تایید قرار داده و این امر را از خدمات الزامی و روز داروسازی کشور می‌دانند.

۶- شرکت کنندگان در همایش، قراردادهای فعلی بیمه‌ها را یکی از مشکلات اساسی نظام دارویی و داروخانه می‌دانند و تاکید بر اصلاح و منطقی کردن قراردادهای منعقد فی مابین موسسات بیمه‌گذار و داروخانه، با رعایت اصول قانونی و منافع طرفین را دارند.

۷- شرکت کنندگان در همایش ضرورت تقلیل ضریب مالیاتی داروخانه‌ها و افزایش معافیت مالیاتی آن‌ها را از مسئولان محترم وزارت امور اقتصادی

و دارایی با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، موکداً خواستارند.

۸- شرکت کنندگان در همایش ضمن تقدیر از گردانندگان بازآموزی انجمن داروسازان ایران (کمیته علمی انجمن) نسبت به ادامه فعال بازآموزی و برطرف نمودن موانع احتمالی تاکید داشته و انتظار دارند کیفیت و تنوع بازآموزی‌ها هم چون گذشته حفظ گردد.

۹- شرکت کنندگان در همایش در جهت ساماندهی اقتصاد دارویی نسبت به افزایش منطقی مارژین‌های صنعت داروسازی، شرکت‌های توزیعی و داروخانه تاکید داشته، تقاضا دارند همه ساله تعرفه داروخانه‌ها، هماهنگ با سایر گروه‌های پزشکی تجدیدنظر گردیده و در لیست تعرفه وزارتخانه قرار گیرد.

۱۰- لزوم استفاده از تسهیلات بانکی و تبصره‌های ۳ و ۶ و عقود اسلامی فروش اقساطی مورد تاکید شرکت کنندگان بوده تا از این طریق بتوان در اشتغال داروسازان جوان و رفع مشکلات داروخانه‌ها قدم‌های موثری برداشت.

۱۱- شرکت کنندگان در همایش تاکید بر اجرای صحیح قوانین دارویی کشور داشته و موکداً خواستار تعطیل کلیه مراکز دارویی و داروخانه‌های غیرمجاز فاقد پروانه می‌باشند.

۱۲- از آنجایی که انجمن داروسازان ایران و شعب آن در استان‌ها و شهرستان‌ها بازوی توانای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و خواهند بود، موکداً از مسئولان ذیربط می‌خواهند امور نظارت بر دارو و داروخانه و نیز صدور پروانه‌های دارویی توسط انجمن داروسازان ایران انجام پذیرفته و با عنایت به کثرت داروسازان، از صدور هرگونه مجوز دارویی به نام غیرداروساز موکداً خودداری گردد.



دکتر مجتبی سرکندی زحمتکش‌ترین عضو تحریریه رازی است. مسؤولیت انجام هر کار زمین‌مانده‌ای را عهده‌دار می‌شود، از سرمقاله‌نویسی (که الان مدتی است زحمت نگارش عمده آن‌ها را عهده‌دار است) تا انجام گفتگوهای خواندنی با پیش‌کسوتان و یا داروسازان در کسوت‌های دیگر - مثل گفتگو با دکتر شفائیه - تهیه فهرست موضوعی مجلدات یکساله رازی، معرفی

پایان نامه ها، تالیف مقالات علمی وزین و وادار کردن جوانان با استعداد به همکاری با رازی و تهیه مطلب برای رازی ... همه و همه این کارها را می کند. تازه می ماند سر و سامان دادن به امور اداری ماهنامه که به عنوان مدیری مقتدر از پس آن نیز برمی آید. مطلب انتخاب شده از ایشان :  
« تاریخچه دانشکده داروسازی : دارالفنون » است که از شماره شهریور ۷۳، سال پنجم - برای شما نقل می شود.

## تاریخچه دانشکده داروسازی : دارالفنون

دکتر مجتبی سرکندی

### ■ مقدمه

در دوران ساسانیان، دانشگاه جندی شاپور در باروری علوم به خصوص پزشکی و داروسازی نقش بزرگی ایفا نموده است. از کتب و رسالات طبی آن دوران چنین مستفاد می شود که طب بر دو نوع بوده است:

۱- طب جسمانی

۲- طب روحانی

و طب روحانی بر طب جسمانی ارجحیت داشته، از نکات برجسته این زمان انجام تحقیقات زیاد در زمینه گیاهان دارویی می باشد. بعد از ظهور و گسترش اسلام، طب قرآنی گسترش پیدا کرد که به سه فصل بزرگ تقسیم می شود:

### ■ طب

الف- پیدایش آدمی که رشد، نمو و ترقی وی را شامل است.

ب- طرز پرستاری و شیر دادن کودک

ج- تشریح و بیماری شناسی

د- درمان

### ■ بهداشت

الف- توجه به بیماری ها و پیشگیری از آن ها و بهداشت و سلامت شخصی

ب- بهداشت اجتماعی

## ■ نگهداری سلامتی و تندرستی

**الف- دقت در غذا و عدم اسراف آن‌ها و اجتناب از خوردن گوشت‌های مضره و الکل**

**ب- توجه به بهداشت در موضوعات جنسی**

**ج- سایر موضوعات از قبیل: روزه، تطهیر، استراحت، ختنه و ...**

بدین مناسبت طب و داروسازی در تمدن اسلامی نیز پیشرفت فوق‌العاده‌ای داشته است و امثال رازی، اهوازی، ابن‌سینا و جرجانی توانستند ستارگان آسمان دانش پزشکی و داروسازی باشند.

حمله مغول که با هیچ‌گونه مظاهر فکری قابل اعتنا همراه نبود، باعث شد تا ارزش‌های مادی و معنوی در مملکت سقوط کند و خاک ایران به چنان شوره‌زاری تبدیل گردد که نادر دانشمندانی از آن برخیزند. این روند تا دوران قاجاریه ادامه پیدا کرد و در دوران قاجاریه به واسطه بی‌توجهی شاهان، جنگ‌های داخلی، آشوب‌ها و حکومت‌های ملوک‌الطوایفی، ایران وارد دوران انحطاط کامل علمی، سیاسی و اقتصادی می‌شود. دول استعمارطلب از این نقطه ضعف استفاده کرده و به بهانه آشنا ساختن ایرانیان با علوم جدید و بسط روابط تجاری، هیات‌هایی را به ایران روانه ساختند که بیشتر به دنبال منافع سیاسی کشورهای خودشان بودند.

در چنین شرایطی، اندیشه تاسیس دارالفنون از مغز امیرکبیر سرچشمه گرفت. وی که دریافته بود ایران احتیاج به افراد کاردان دارد و مستشاران خارجی کاری برای این ملت انجام نمی‌دهند، در پایتخت، مرکزی برای تربیت و تعلیم جوانان ایرانی آماده کند. از این رو پس از اندک آرامشی که در ایران پدیدار شد، به تاسیس دارالفنون همت گماشت.

نظر امیر در تاسیس دارالفنون، آشنا کردن مردم ایران با صنایع، حرف و فنون جدید اروپا و انتشار آن‌ها در ایران بوده است. به همین منظور در شمال شرقی ارگ شاهی که قبلاً سربازخانه بود، شروع به ساختمان مدرسه کردند. تا یک سال کار چندان پیشرفت نداشت و چون امیر می‌خواست زودتر نتیجه بگیرد، میرزا رضای مهندس را مامور تهیه نقشه ساختمان کرد که در همان سال قسمت شرقی آن خاتمه یافت و دو سال بعد، ساختمان دارالفنون به اتمام رسید.

معلمانی که امیر برای مدرسه خود می‌خواست در ایران نبودند و ناچار می‌بایست از خارج استخدام شوند بنابراین امیر به موسیو جان داود (عضو

وزارت خارجه و مترجم دولت ایران) ماموریت داد تا ۶ معلم برای دروس ذیل از آلمان و اتریش استخدام کند: معلم پیاده نظام (یک نفر)، معلم سواره نظام (یک نفر)، معلم علم هندسه (یک نفر)، معلم علم معادن (یک نفر)، معلم توپخانه (یک نفر) و معلم طب و جراحی و تشریح (یک نفر).

بالاخره جان داود پس از یک سال با شش نفر معلم اتریشی و یک تن ایتالیایی به ایران بازگشت. این ایتالیایی، معلم دواسازی بود و جان داود توانست به امیر تفهیم کند که طب جدید بدون اطلاع بر داروسازی بی فایده است.

پس از ورود معلمان و پایان یافتن ساختمان شرقی مدرسه، کارهای مقدماتی آن شروع شد. در آغاز کار، چون معلمان اروپایی در دارالفنون تدریس می کردند و سر و کار ماموران اروپایی علی الرسم با وزیر امور خارجه بود، سرپرستی مدرسه نیز به میرزا محمد علیخان شیرازی، وزیر امور خارجه، سپرده شد، چنانکه در روز افتتاح نیز وزیر امور خارجه طرف خطاب شاه و مامور معرفی اشخاص بود.

درس های اساسی مدرسه عبارت بود از: مهندسی، دواسازی، طب و جراحی، توپخانه، پیاده نظام، سواره نظام و معدن شناسی. شاگردان هر درس یا هر رشته کلاس خاصی داشتند که به اسم همان درس خوانده می شد، مثلاً «اتاق دواسازی». با این که معلمان دارالفنون اتریشی و ایتالیایی بودند، زبان تدریس دارالفنون فرانسه بود.

در ابتدا هیات آموزشی مدرسه، هفت نفر بودند که بعداً گسترش یافت و به مرور زمان ۴۳ نفر اروپایی و ۲۳ نفر ایرانی در آنجا تدریس کردند. در این مقاله تنها از معلمان طب و داروسازی به تفصیل ذکر می گردد:

۱- دکتر پولاک (Polak): معلم طب و جراحی بود اما سمت خویش را دواسازی نوشته است. وی از همه همکاران خود در ایران معروف تر بود زیرا با کمک شاگردان خود یک رشته تالیفات طبی به یادگار گذاشته است. مترجم او محمد حسین خان قاجار بود. پولاک پس از ده سال اقامت در ایران به وطن خود بازگشت و کتابی به نام «ایران، سرزمین و مردم آن» نوشت.

۲- دکتر شلمیر (Schlimmer): اصلاً هلندی بود. وی پیش از تاسیس دارالفنون به ایران آمد و چندی در رشت مقیم بود و در نواحی طالش به مطالعه و معالجه جذام اشتغال داشت. پس از آنکه دکتر پولاک طبیب مخصوص

ناصرالدین شاه شد از دکتر شلمیر برای تدریس طب در دارالفنون استفاده کردند. او به کمک شاگردان خود کتبی چند در طب نوشت و به چاپ رسانید که از کتب ممتاز فن طب در ایران می باشد. دکتر شلمیر تا سال ۱۲۴۴ معلم طب دارالفنون بود.

کتاب لغت شلمیر شاهکار طبی وی است. آن روز که این لغت نامه به چاپ رسید، به طور قطع تنها فرهنگ طبی و داروسازی برای پزشکان و طالبان طب و داروسازان ایران به شمار می رفت. چاپ اول این کتاب به سال ۱۲۵۲ شمسی (۱۸۷۴ میلادی) به قطع رحلی با چاپ سنگی در ۵۷۰ صفحه، به اضافه ۳۷ صفحه فهرست فارسی، چهار صفحه مقدمه و یک صفحه اختصارات به زبان فرانسوی می باشد. این لغت نامه آخرین تالیف شلمیر است، کتاب های دیگر وی در حقیقت ترجمه ای از کتب طبی اروپایی اند، در صورتی که لغت نامه چنین نیست. لغت نامه شلمیر یک دایرة المعارف مختصر طبی، درمانی و داروشناسی بوده که نه تنها در زمان خودش بلکه اکنون نیز مورد استفاده قرار گرفته و می گیرد.

- ۳- دکتر آلبو (Albu): معلم طب فرنگی
- ۴- دکتر ژرژ: معلم امراض داخلی
- ۵- دکتر گاله (Gualet): معلم جراحی
- ۶- دکتر گاشه (Gachet): معلم امراض داخلی
- ۷- دکتر بازیل: معلم طب جدید
- ۸- دکتر دوشن (Duchesne): معلم امراض خارجی
- ۹- دکتر تولوزان (Tholozan): سرپرستی رشته طب
- ۱۰- دکتر شنیدر (Schneider): بعد از تولوزان، سرپرستی رشته طب
- ۱۱- دکتر راتولد (Ratulde): معلم امراض چشم
- ۱۲- موسیو فوکی تی (Fochettie): معلم طبیعیات که مترجمش میرزا رضای کاشانی بود. وی فیزیک، شیمی و داروسازی درس می داد و تا سال ۱۲۴۳ هـ. ش. غالباً از روی نقشه و تصویر مطالب را به شاگردان می آموزت و تا سال ۱۲۵۰ هـ. ش. در ایران بود و پس از آن به ایتالیا بازگشت.
- ۱۳- دانتون: برای تدریس علوم طبیعی
- ۱۴- میرزا احمد طبیب کاشانی: برای تدریس طب قدیم
- ۱۵- میرزا رضای دکتر: معلم طب جدید
- ۱۶- میرزا کاظم محلاتی: از شاگردان دوره اول دارالفنون و از نخستین



محصلین اعزامی به اروپا در زمان ناصرالدین شاه بود. وی شاگرد رشته طبیعی و دواسازی و از محصلین خوب بود، به طوری که در گزارش سال اول مدرسه نام او و «باقرخان ولدهادی خان شیرازی» را در وقایع اتفاقیه درج کردند. میرزا کاظم پدر دکتر محمود شیمی بود.

۱۷- میرزا ابوالقاسم حکیم باشی: معلم طب ایران

۱۸- میرزا علی دکتر همدانی: معلم طب جدید

۱۹- میرزا حسین دکتر: معلم طب جدید

۲۰- دکتر ابوالحسن خان بهرامی: معلم محصلین طبقه دوم طب

۲۱- دکتر محمدخان کرمانشاهی: وی اولین پزشکی است که بر مبنای طب پاستور یعنی میکروبیشناسی طبابت می‌کرد.

دروس علمی مدرسه در ابتدا به صورت تئوری بود اما پس از یک سال شاگردان طب و جراحی را به مریضخانه بردند و اولین آموزش بالینی آن‌ها در آوردن سنگ مثانه بوده است.

در سال ۱۲۴۳ هـ. ش. نیز موسیو فوکی‌تی به همراه فرخ خان امین‌الملک به فرنگستان رفت و وسایل یک آزمایشگاه مناسب را با خود به ایران آورد و از آن تاریخ محصلین در آزمایشگاه نیز کار کردند و ظاهراً آزمایشگاه خوبی هم بوده است زیرا دکتر فووریه می‌نویسد: «لابراتوارهای خوبی در دسترس شاگردان هست تا بتوانند از علم به عمل بپردازند...».

در آن زمان شاگردان علم طبیعی و دواسازی ۴ نفر بودند، که اسامی آن‌ها به شرح ذیل است:

#### ■ شاگردان مرتبه اول

۱- باقرخان ولدهادی خان شیرازی

۲- میرزا کاظم محلاتی

۳- میرزا حسن ولدحکیم قآنی

#### ■ شاگرد مرتبه دوم

میرزا حیدرعلی کاشانی

از تاسیسات متعلق به دارالفنون یکی کارخانه شمع‌سازی، دیگری آزمایشگاه فیزیک، شیمی و داروسازی و سومی چاپخانه مخصوص مدرسه بود. در آزمایشگاه فیزیک، شیمی و داروسازی، دواها و ترکیباتی از نوع سلفات دوزنک،

سلفات دوفر، اسید دوپوتاس، ستراددوفر، نتراد دارجان و کربن‌دوپتاس می‌ساختند. بنابراین ساختن داروها شیمیایی مدرن در ایران از مدرسه دارالفنون آغاز گردید.

پس از میرزا کاظم محلاتی، مسیوروکی بورن و بعد از وی نیز شورین آلمانی جهت تدریس در آموزشگاه داروسازی دارالفنون استخدام شدند. شورین داروخانه‌ای به همین نام در خیابان ناصریه دایر کرد و داروخانه وی، نخستین محلی بود که دواهای فرنگی می‌فروخت. در ابتدا مشتریان این داروخانه اروپاییان مقیم تهران و اعضای سفارتخانه‌ها بودند اما به تدریج کاروبار داروخانه شورین بهتر شد. پس از چندی مولیون فرانسوی جهت تدریس در دارالفنون استخدام گردید و او نیز داروخانه‌ای با نام خودش تاسیس کرد. پس اولین داروخانه‌ها نیز از مدرسه دارالفنون آغاز شد.

اما در پایان بایستی ذکر کرد که از دارالفنون هم برای مملکت نتیجه اساسی گرفته نشد. دارالفنون به سعی امیرکبیر تاسیس شد و هنگامی آغاز به کار کرد که موسس آن در فین کاشان منتظر آخرین ضربت مخالفان بود و جانشین او سعی داشت از تاسیس مدرسه‌ای به تربیت اروپایی جلوگیری کند. دارالفنون در دوره هفت سال اول خوب کار کرد و اگر به همان منوال به کار خود ادامه می‌داد و یا بهتر می‌توانست ادامه دهد، چه بسا نتایج سودمند برای مملکت داشت. اما متأسفانه باز رشته کارهای مهم در دست مستوفیان و خدام درباری ناصرالدین شاه ماند، چرا؟ زیرا اولاً به جای این‌که بگذارند مدرسه مجلس درس بحث و پیشرفت علمی باشد، آن را در ردیف موسسات درباری و تجلی‌گاه تظاهرات و تشریفات سلطنتی درآوردند.

ثانیاً قدرتی که امیرکبیر را از میان برد، می‌دانست که اگر مدرسه درست و حسابی در کشوری باز شود و شاگردان فهمیده و روشن از آن بیرون آیند، دیگر نمی‌توان آنجا را استعمار کرد.

در نتیجه، طی مدت هفت سال عده شاگردان مدرسه چندان بالا نرفت و در برنامه کار آن تغییری پیدا نشد و به هیچ یک از فارغ‌التحصیلان دارالفنون و اروپا رفتگان کاری متناسب با تخصص‌شان رجوع نکردند و در حقیقت همه را عاطل و باطل گذاشتند و از همین جا جدایی آموزش داروسازی از نیازهای کشور آغاز شد که تاکنون ادامه یافته است.

در نهایت از آبان ۱۳۹۷ ه. ش. رشته طب و داروسازی از دارالفنون جدا شد و به صورت مدرسه‌ای مستقل درآمد که انشاء... طی مقاله‌ای دیگر در مورد آن بحث خواهیم کرد.

«نیشدارو» و «نیشتر» قرار بود عنوان مطالب طنزی باشند در رازی به قلم راوی. یک شماره «نیشدارو» داشتیم و در شماره بعد «نیشتر». به هر حال غرض «نیشی است کز ما بازماند!!». البته این کار دیری نپایید و به صورت هرازگاهی - همان داستان دل و دماغ و سوژه - درآمد. به عنوان یادگاری از راوی. در سال اول انتشار سومین شماره به تاریخ فروردین ۶۹ این وجیزه نوشته شد و به چاپ رسید. بنا بود دنباله‌ای هم داشته باشد که در حد نوشتارهای نخستین - همان چرکنویس‌های عصر حجر - باقی ماند.

نیشدارو  
مروری شتابزده بر  
گرفتاری‌های حافظ در زمینه «دارو» و «درمان»  
ف. ر. راوی

■ مدخل

یارب کجاست محرم «رازی» که یک زمان  
دل شرح آن دهد که چه دید و چه هاشنید

محققین و حافظ شناسان بسیاری طی سال‌ها و قرون از زوایای متفاوتی بر منشور شعر حافظ و روزگار خواجه نظر افکنده‌اند. راوی نیک می‌داند که عرصه «سیمرغ» شعر پارسی، جولانگه مگسی ناتوان چون او نیست، اما جسارتاً و از آنجا که تاکنون کسی از زاویه‌ای «داروشناسانه» بر دیوان خواجه و روزگار او ننگریسته بود به خود جرات داد که از چنان منظری، مروری طنزآلود بر شعر او

داشته باشد. حافظ بزرگ‌تر و بزرگوارتر از آن است که از این جسارت راوی  
برنجد. امید است که حافظ دوستان نیز این گستاخی را بر حقیق ببخشایند.



من این حروف نوشتم چنانکه غیر ندانست

تو هم ز روی ارادت، چنان بخوان که تو دانی



راوی جسته و گریخته می‌دانست که در عصر خواجه هم مشکلات «دارو»،  
«درمان»، «کمبود طبیب» و ... و ... وجود داشته است، اما هنگامی که با این  
قصد بر دیوان او نگریست و پیگیر مساله شد بر او روشن گردید که در دیوان  
خواجه ۱۶ بار به «دوا» و ۹ بار به «درمان» اشاره شده است، اما شگفت آن که  
کثرت تکرار «درد» در دیوان حافظ سر به ۵۸ مورد می‌زند که همین امر مبین  
کثرت «درد» و کمبود «دوا» یا سایر روش‌های درمانی مرسوم روزگار بوده  
است پس حدیث کهنه «کمبود» را مرور می‌کنیم که:

از هر زبان که می‌شنوم نامکرر است

خواجه بارها از کمبود امکانات درمانی و طبیب شکوه نموده است. راوی دلیل  
این امر را از پاسخ‌های روابط عمومی وزارت حفظ‌الصحه آن زمان استنباط  
نموده که در دیوان شاعر نیز مسطور است:

ای خواجه درد نیست و گرنه طبیب هست.

معلوم می‌شود که روابط عمومی مذکور ادعای حافظ را در مورد کثرت درد و  
قلت طبیب مردود دانسته و طبق قانون مطبوعات آن روزگار، وی را مجبور  
نموده که در همان صفحه دیوان و با همان حروف پاسخ مذکور را درج نماید.  
حالا وقتی که می‌خوانیم که «درد» نیست و «طبیب» هست و از سوی دیگر  
خواجه در دیوانش در ۵۸ مورد از «درد» سخن می‌گوید لابد باید غرض و  
مرضی را در شاعر سراغ گرفت!! و موجبات این جوسازی!! را پیدا کرد.

راوی تصور کرد که احتمالاً باید صابون مساله «دارو» و «درمان» به تن  
شاعر خورده باشد، پس به دنبال این سرنخ به جستجوی وضعیت سلامتی  
شاعر رفت. ... و ابهامات زیر بر او روشن گردید: مثل این که علیرغم ادعای

«طیب هست» روابط عمومی مذکور، خواجه در یکی از روزهای آخر عمر احساس کسالت می‌کند، لابد چون هم «مرض» داشته و هم «غرض»، به جای مراجعه به «طیب»، به داروخانه سرگذر می‌رود که با مسئول فنی آن به نام «الغیاث» الفتی دیرینه داشته. سلامی می‌کند و علیکی می‌شنود و بعد مشکل را مطرح می‌کند که فلانی ...

تو که کیمیا فروشی نظری به «قلب» ما کن

دکتر «الغیاث» نبض و فشارخون خواجه را می‌گیرد، نگاهی هم به «زبان» حافظ می‌اندازد، خواجه گویی نشانه‌های نگرانی را در چشمان یار دیرین ملاحظه می‌کند، چون می‌پرسد:

«درد ما را نیست درمان؟ الغیاث!!»

«الغیاث» که توی رودربایستی گیر کرده می‌گوید: اولاً که چیزی نیست ثانیاً من اگر نتوانم داروی درد شما را پیدا کنم که برای لای جرز خوبم، فقط حضرتعالی یک امشب را به بنده مهلت بدهید تا تدبیری بیاندیشم. فردا صبح خواجه سری به دکه «الغیاث» می‌زند و می‌شنود که «الغیاث» با گوش‌های خودش از مسئول روابط عمومی حفظ‌الصحه ولایت یعنی «هاتف» شنیده که «محموله داروهای حیاتی» در راه است و برای تاکید اضافه می‌کند که ...

حافظ بیا که «هاتف» غییم به مزده گفت

با «درد» صبر کن که «دوا» می‌فرستم

خواجه که از این پاسخ‌های ژنریک و مشابه!! زیاد شنیده به «الغیاث» می‌گوید که این را باور ندارد و نباید داروی او در محموله مذکور باشد:

ما را که «درد» عشق و بلای خمار کشت

یا «وصل دوست» یا «می صافی» دوا کند

پس چه کنیم؟ دو دوست لختی می اندیشند سپس تصمیم می گیرند برای تایید مساله سری به ن - خ یا « نایاب خانه » ( در بعضی نسخه ها آن را کنایه از ناصر - خسرو دانسته اند ) روزگار خودشان بزنند. مراجعه همان و تایید نظر خواجه همان، چرا که دو قلم داروی ذکر شده در بیت فوق که حافظ بدان ها نیاز دارد حتی هنوز سفارش هم داده نشده است.

مدتی از این قضیه می گذرد، ظاهراً حافظ به توصیه دوستانش به مصرف داروهای سنتی و گیاهی می پردازد، اما چون وضعیت توفیری پیدا نمی کند می گوید که ...



#### قند آمیخته با گل نه علاج « دل » ماست

بو، سه ای! چند در آمیز به دُش نامی! چند



تفسیر داروشناسانه این بیت مفصل است اولاً روشن می سازد که خواجه گرفتار ضعف « دل » یا به عبارت امروزی نارسایی قلبی!! بوده ثانیاً داروی تجویز شده یعنی  $Bu-3$  از خانواده ویتامین های ب با دارویی به نام دُش یا Dotch ( که به زبان سومری معادل ویتامین  $D_3$  بوده است ) بنابر مطالب مندرج در کتاب قدیمی و معتبر « الحقایق و المقیاسات \* » تداخل داشته است. کتاب فوق مخلوط  $B_3+D_3$  را خطرناک و فاقد ارزش شناخته است، از این رو به حافظ می گویند که الحذر!! مباد که به طور توامان از دو داروی گفته شده فوق استفاده نماید. حافظ ناگزیر خودش به مطالعه می پردازد تا داروی مناسب تری برای نارسایی قلبش پیدا کند که ظاهراً موفق می شود و در مصراعی از کاردیوتونیک انتخابی خودش بدین گونه نام می برد:

#### علاج « ضعف دل » ما « کرشمه ساقی » است

بعضی محققین بر این باورند که « کرشمه » مذکور نام تجارتی یکی از

#### پانویس

\* قرن ها بعد کریستف کلمب یک نسخه از تذکره مذکور را با خود به آمریکا می برد که چند صد سال بعد ترجمه انگلیسی آن تحت عنوان Facts & Comparisons در آن کشور انتشار می یابد.!!!

فرآورده‌های دیژیتال و ساخت کارخانه‌ای به نام «الساقی» بوده است البته راوی موفق نشد چگونگی استفاده و در حقیقت اشکال دارویی فرآورده نامبرده را در جایی پیدا کند اما ملاحظه کرد که در بعضی کتب قدیمی‌تر، به روش درمانی خاصی به نام «کرشمه تراپی» یا «اطوار درمانی» اشاره شده است. از آنجا که خواجه به پیدا شدن این دارو هم زیاد امیدوار نبوده احتیاطاً از داروی مشابه!! آن نیز ذکر می‌آورد:

#### علاج «ضعف دل» ما به «لب» حواله کن

داروی اخیر که از ترکیب حروف اول «لعاب بهدانه!!» تشکیل شده در آن روزگار برای «ضعف دل» تجویز می‌شده است. حافظ شخصاً به تأثیرات مثبت این نوع درمان باور دارد اما یاران همدلش توصیه می‌کنند که چون کار از محکم کاری عیب نمی‌کند بد نیست خواجه نزد یکی از طبیبان روزگار خود برود. خواجه در برابر اصرار یاران می‌پذیرد و در روز مشخصی نزد طبیب مشرف می‌شود، نبضی و معاینه‌ای و تاملی ... طبیب ظاهراً هیچ نشانه غیر معمولی را در نمی‌یابد می‌گوید ...



#### طبیب عشق مسیحا دم است و مشفق لیک

چو درد در تو نبیند کرا دوا بکند



طبیب اعتقاد دارد که عارضه شاعر بایستی عصبی باشد و لاغیر، اما حافظ که از درد قلبی در عذاب بوده برمی‌خروشد که ...

#### سینه‌ام ز آتش دل در غم جانانه بسوخت

و با توضیح این که قلبش تیر می‌کشد و تا نوک انگشتان دست چپش سیر می‌کند می‌گوید:

#### سینه مالا مال «درد» است ای دریغا «مرهمی»!!

داروشناسان با مطالعه همین یک بیت به راحتی دریافته‌اند که در آن

روزگار از پمادی احتمالاً شبیه پماد TNG برای تسکین دردهای پشت جناغ سینه استفاه می شده است. !!! به هر حال طبیب روی موافقی نسبت به حافظ نشان نمی دهد و حتی او را متهم به مداخله در علم طب می کند، حافظ می نالد:

در دم نهفته به ز طبیبان مدعی  
باشد که از خزانه غیبش دوا کنند

این را می گوید و به حالت قهر محکمه طبیب را ترک می کند. مدتی دیگر را با درد مدارا می کند، سعی می کند به خود بقبولاند که مشکلی ندارد و هر چه هست زاییده پندار است و خیال، اما چنین نیست. بیماری گریان او را رها نمی کند، از ناچاری دوباره یاران مشفق را به رای زنی می خواند و می گوید:

دل بیمار شد از دست رفیقان مددی  
تا طبیبش به سرآریم و دوايي بکنیم

یاران این بار نزد طبیب پرآوازه دیگری می روند که به دلیل قرار گرفتن محکمه اش بر سر راه شیراز به اصفهان به « طبیب راه نشین» !!! معروف شده است. سرش خیلی شلوغ است و کار و بارش سکه، حافظ با این امر موافق نیست و معتقد است که:

طبیب راه نشین درد عشق نشناسد

اما چاره ای نیست، به هر قیمت شده او را بر بالین شاعر می آورند. طبیب معاینه ای دقیق انجام می دهد و اعلام می دارد که:

درد عشق است و جگرسوز دوايي دارد





یعنی برای یک بیمار قلبی دارویی هپاتوتوکسیک!! تجویز می نماید. خواجه  
اما با توجه به عوارض کبدی دارو پاسخ می دهد که دوستان عزیز:

کجا گویم که با این درد جانسوز  
طبییبم قصد جان ناتوان کرد

پزشک راه نشین دلگیر می شود، به اطرافیان حافظ هشدار می دهد که مسؤولیت  
چنین بیماری را نمی پذیرد، زیرا ایشان یعنی حافظ:

اگر در بند در مانند در مانند !!!

در را به هم می کوبد و می رود. حافظ با خویش زمزمه می کند:

فکر بهبود خود ایدل ز دری دیگر کن  
درد عاشق نشود به، به مداوای طبییب

با سر خوردن از اطبا رسمی و حرفه ای، حافظ به « خود - درمانی » می پردازد.  
برای خودش نسخه ای به شرح زیر می نویسد و به دوستانش می گوید که برای  
او دو سه مثقال « دهان یار »! پیدا کنند:

« دهان یار » که درمان درد حافظ داشت

قاعداً این نام تجارتي دارویی بوده که در بعضی از تذکره های طب قدیم  
یونان از آن به اختصار و با نشانه « D-Y » یاد شده است. راوی برای کسب  
اطلاعات بیشتر درباره خواص دارویی D-Y و عوارض ناخواسته آن به  
فارماکوپه های عصر حافظ رجوع نمود ولی هرچه بیشتر جست کمتر  
یافت اما یقین حاصل کرد که داروی مذکور (D-Y) مطمئناً در شمار ارقام  
OTC نبوده و تهیه آن نیاز به نسخه های ویژه ای داشته است !!! به هر

حال بنا بر دلایلی دوستان حافظ از او می خواهند که کوتاه بیاید و بر این مداوای خاص و پردرد سر اصرار نرزد. اما او دو پا را در یک کفش کرده می گوید:

تشخیص کرده ایم و مداوا مقرر است

با هزار مرارت شاخه نبات را بر بالین خواجه حاضر می کنند بلکه سبب تشفی دل دردمند او گردد، خواجه می نالد:



مرا می بینی و در دم، زیادت می کنی در دم  
ترا می بینم و میلم، زیادت می شود هر دم  
به سامانم نمی پرسی، نمی دانم چه سرداری  
به درمانم نمی کوشی، نمی دانی مگر در دم!!



شاخه نبات سر به زیر می افکند، خواجه ادامه می دهد:



شدرهزن «سلامت» زلف تو، وین عجب نیست  
گر راهزن تو باشی، صد کاروان توان زد



مدتی می گذرد. به سال ۷۹۲ هجری نزدیک می شویم، بیماری خواجه رو به وخامت می گذارد این زمزمه هر روزه است که:

عیسی دمی کجاست که احیا ما کند

دیگر بار یاران همدل به رای زنی می نشینند و به عنوان واپسین چاره تصمیم می گیرند که خواجه را به دست جراح بسپارند. موضوع به اطلاع حافظ رسانیده می شود اما او برمی آشوبد که:

محتاج جنگ نیست برادر «نمی کنم»



اما وقتی علت مخالفت او را با عمل کردن جويا می‌شوند درمی‌یابند که خواجه نگران هزینه عمل جراحی است چون می‌فرماید، برادران، عزیزان توجه کنید که:

هر عمل «خرجی» و هر کرده جزایی دارد

دوستان وقتی به این گفته نمی‌نهند. نزد مجرب‌ترین و کارآمدترین جراح ولایت می‌روند، او عمل را بلامانع می‌داند اما اعلام می‌دارد که تا فلان تاریخ بایستی فلان مبلغ به حساب او واریز گردد تا او تیغ به کف گیرد!! حافظ وقتی رقم درخواستی را می‌شنود آه سردی از دل گرم اما بیمار می‌کشد. می‌گوید از این حضرت والا بپرسید که مگر:

عملت چیست که مزدش تو چنان می‌خواهی

بعد رو به دوستانش می‌کند، می‌گوید: می‌بینید، پول کجاست؟ من پول تجدید چاپ نسخه‌های کتابم را ندارم و این با انصاف با هر «نسخه» که می‌نویسد یا هر «عملی» که می‌کند می‌تواند همه نسخه‌های خطی و نادر مرا بخرد و آتش بزند!!! ... یاران ... عزیزان ... مبادا فرزندانان را به طریقی جز این رهنمون شوید

بفرستیدشان دنبال علم الابدان، بگذارید طب بخوانند چون که:

گراین «عمل» بکنی خاک، زر توانی کرد!!!

به هر حال اثاث‌البیت مختصر شاعر به حراج گذاشته می‌شود. کتب خطی او فروخته می‌شود، برای خرید «دلق» حافظ رقابتی سخت میان کلکسیونرهای مشتاق در می‌گیرد خود حافظ اشاره‌ای به این امر دارد:

به «می» بفروش «دلق» ما، که بیش از این نمی‌«ارز»د

این بیت از معدود ابیات اقتصادی حافظ است که در آن صحبت فروش «دلق» یا پشمینه دستباف!! حافظ است آن هم نه به پول آن روز شیراز که به «ارز». ملاحظه می‌کنید که مساله «ارز» به شعر خواجه شیراز هم «درز» کرده است. از آن گذشته معنی واقعی و نه مجازی «می» است که در حقیقت برگرفته از حرف اول دو «ارز» پرآوازه یعنی مارک و ین می‌باشد (نشان دهنده

نوعی سبب ارزی!! برای پاره ای از معاملات در عصر حافظ). از این ها گذشته «خرقه» و «دفتر» شاعر نیز به گرو نهاده می شود. چنانچه منقول است از استاد شجریان که ایشان به نقل از ابرمرد شعر همه روزگاران این ملک آواز در داد که:

#### «خرقه» جایی گرو «باده» و «دفتر» جایی

که در اینجا نیز شاعر برای حفظ ظاهر و لاپوشانی مساله عمل، به استعاره و مجاز از آن به باده!!! یاد می کند اما با همه این ها پول هنوز کفایت هزینه عمل را نمی کند. ناگزیر دیوان حافظ چاپ یونسکو!!! در عصر خود حافظ!!! پیش فروش می شود!! البته قیمت چنان گزاف است که تنها کلکسیون داران و حافظ بازان وارد میدان می شوند و دلسوختگان و دلباختگان حافظ حسرت می خورند و آه های پرسوز می کشند.

بالاخره پول فراهم می شود و جراح پرآوازه آماده می گردد تا به زودی عمل را به سرانجام رساند، اما لختی پیش از او پیک اجل پیغامی فوری به گوش جان حافظ خوانده و ... او دیگر نیازی به این تمهیدات ندارد. سال ۷۹۲ هجری است. بر بالین شاعر این بیت یافته می شود بر پاره کاغذی:



خواهم که پیش می رمت ای بی وفا طبیب

بیمار باز پرس که در انتظارم



محمد گلندام شاگرد و یار نزدیک او و جامع اشعار حافظ بر حاشیه این واپسین یادگار استاد بیتی از خود او اضافه می کند:



هرگز نمیرد آن که دلش زنده شد به عشق

ثبت است در جریده عالم دوام ما



سرکار خانم دکتر ثریا منتظری هم عضو تحریریه رازی هستند - تنها خانم عضو - و هم مسوول فنی سابق شرکت پخش رازی. علی رغم همه گرفتاری ها زحمت نگارش مقالاتی علمی و اجتماعی را هم متقبل می شوند.  
مقاله حاضر: « مسوولین فنی در کارخانجات دارویی و شرکت های توزیعی »  
حاصل قلم ایشان است که سال پنجم - شماره ۸ شهریور ۷۳ در رازی به چاپ اول رسید و اینک در شماره ۲۰۰ تجدید چاپ می گردد.

### مسوولان فنی در کارخانجات دارویی و شرکت های توزیعی

دکتر ثریا منتظری

#### ۱- مسوولان فنی کارخانجات تولیدی

بخشی از وظایفی که قانون برای مسوولان فنی کارخانجات دارویی معین کرده عبارتند از:

- رعایت و حفظ اصول GMP
- رعایت و حفظ فرمول و موارد مندرج در پروانه ساخت دارو
- حضور فعال در حین تولید
- حفظ اصول بسته بندی دارو
- نظارت و دخالت در امر کیفیت مواد اولیه و جانبی مورد سفارش شرکت
- نظارت بر کلیه مراحل ساخت به طوری که در غیاب وی واحد حق ساخت دارو را نخواهد داشت.

هر یک از موارد فوق نشانگر آن است که مسوولان فنی کارخانجات دارویی دارای شغل بسیار حساسی می باشند و این حساسیت ایجاب می نماید تا قوانین خاص در جهت تقویت این مسوولیت تصویب گردد.

هنگامی که شرایط و اوضاع یک کارخانه تولیدکننده با مقررات «روش های جاری صحیح تولید» (GMP) انطباق نداشته باشد، سلامتی مصرف کننده به خطر می افتد. یکی از مشکلات در قوانین GMP این است که کشف هر میزانی از عدم انطباق با ضوابط معادل با «عدم رعایت کامل» تلقی می گردد. از آنجا که بسیاری از انحرافات معطوف به گذشته می باشد و پس از این که فرآورده به شکل نهایی درآمد کشف می شود، برای اصلاح رضایت بخش اوضاع چه باید کرد؟

اولا - مسؤلان فنی باید شرایط مغایر با مقررات GMP را به مدیر کارخانه و مدیران تولید اطلاع دهند تا آنان در اصلاح این شرایط بکوشند.

ثانیا - این اشکالات را به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اداره کل نظارت بر امور دارو گزارش دهند تا در مواردی که سلامت مردم را به مخاطره می‌اندازد، هوشیارانه و سریع روش‌هایی را برای جلوگیری از توزیع محصول تولید شده به کار گیرند.

ثالثاً - پرسنل آزمایشگاه‌ها (کنترل میکروبی، فارماکولوژی و ...) را در بهبود روش‌های کنترل کیفیت، تکنیک‌های بازرسی و مهارت‌های فنی آموزش و یاری دهند تا بدین وسیله کیفیت فرآورده دارویی تضمین گردد.

برای کلیه افراد ذیربط جای نگرانی است که بین مسؤلان فنی و مدیران صنایع دارویی در مورد حقوق و وظایف قانونی‌شان اختلاف نظر وجود دارد، هر چند قانون به صراحت بیان می‌دارد: «مؤسسان و یا مسؤلان واحدهای تولیدکننده دارو هر چند داروساز باشند، حق ندارند در امور مختص مسؤلان فنی دخالت نمایند.»

مفهوم سیستم کنترل کیفی همه جانبه در عمل محدود به روش‌های تجزیه برای اندازه‌گیری، جدول‌های کنترل و بازرسی‌های انجام شده از محصول در طول پروسه تولید نمی‌گردد، کنترل همه جانبه کیفیت در صنعت داروسازی، کوششی سازمان یافته در همه قسمت‌ها اعم از تحقیق، تولید، نگهداری و اطمینان از کیفیت اختصاصی در تمامی واحدها و یا حتی داروی توزیع شده می‌باشد. این کنترل و افراد آن بایستی تحت نظارت مستقیم مسؤل فنی باشند، زیرا وی تنها به عواقب اقتصادی حاصل از خارج ساختن دارو (reject) برای یک کارخانه دارویی نمی‌اندیشد، او فکر می‌کند که نتایج عدم انجام چنین کاری برای جامعه پرهزینه‌تر خواهد بود.

مسؤلان فنی در حقیقت نمایندگان جامعه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر روند تولید می‌باشند و در صورتی که مسایل مالی و رفاهی آنان را وزارت بهداشت تقبل نماید، این گروه بدون داشتن وابستگی‌های مالی به بخش تولید، مسؤلیت‌های خویش را با فراغ خاطر انجام خواهند داد.

اگرچه مسؤلان فنی راسا به تولید نمی‌پردازند، اما انحصارا آن‌ها هستند که توانایی نظارت بر پروسه تولید را دارند و افرادی که وارد این حرفه می‌شوند، باید به حیطة مسؤلیت‌های حرفه‌ای خویش آگاهی کامل داشته باشند.

## ۲- مسؤولان فنی شرکت های توزیعی

از الزامی شدن استخدام مسؤول فنی در شرکت های توزیعی زمان زیادی نمی گذرد. مسؤولان فنی این شرکت های به عنوان نماینده وزارت بهداشت ناظر بر توزیع دارو و تعیین سهمیه با توجه به نیاز استان های مختلف می باشند و باید به طور فعال در این امر مشارکت نموده و نتیجه اقدامات خود را به اداره کل نظارت بر امور دارو و معاونت مسؤول در وزارت بهداشت گزارش نمایند. در بخشی از شرح وظایف مسؤولان فنی شرکت های توزیعی چنین آمده است:

- نظارت بر امور کیفی دارو از قبیل وضعیت فیزیکی داروی تحویلی از تولیدکنندگان یا واردکنندگان و اخذ مجوزهای لازم.
- نظارت بر کلیه انبارهای شرکت مبنی بر نحوه نگهداری دارو و رعایت و حفظ اصول شرایط انبارهای دارو
- ارتباط مستمر با شعب شرکت مستقر در استان ها و شهرستان ها و بازدید ادواری یا فوق العاده بر حسب مورد از انبارها و رسیدگی به وضعیت چگونگی توزیع دارو در محل.
- همکاری در امر برنامه ریزی و پیش بینی مصرف داروهای مورد توزیع شرکت با واحد برنامه ریزی اداره کل نظارت بر امور دارو به همراه سایر مسؤولان ذیربط شرکت و شرکت های تولیدکننده دارو.
- ارتباط و هماهنگی مستمر با شرکت های تولیدکننده یا واردکننده ذیربط و نیز اداره کل نظارت بر امور دارو در رابطه با وضعیت کلی داروها و یا داروی خاص در یک مقطع زمانی به منظور پیشگیری از کمبود و یا نبود دارو.
- در مورد داروهای وارداتی نیز مسؤولان فنی باید اطمینان حاصل نمایند که مجوزهای لازم از اداره نظارت بر امور دارو جهت توزیع آن فرآورده اخذ گردیده است.
- فاسد شدن یا زوال دارو می تواند به دلیل نگهداری در شرایط نامناسب انبارها یا داروخانه ها و یا اشکال در پروسه تولید باشد. مسؤول فنی شرکت توزیعی موظف به بررسی داروی فاسد شده و برقراری ارتباط با مسؤولان فنی کارخانجات جهت بررسی پروسه تولید و یا مدیران شرکت توزیعی و مسؤولان انبارهای آن شرکت به منظور نظارت بر نحوه نگهداری دارو می باشد.
- مسؤول فنی شرکت های توزیعی باید تغییراتی از قبیل بسته بندی،

مندرجات روی جعبه، قیمت، شماره سری ساخت، تاریخ مصرف، تاریخ انقضا و ... را که برخلاف پروانه ساخت داروی مربوطه می باشد، به اداره کل نظارت بر امور دارو منعکس نماید.

مسئول فنی یک شرکت توزیع کننده دارو از سویی انتقال دهنده نظرات و شکایات بخش مصرف به تولید و از طرفی انتقال دهنده نظرات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بخش توزیع است. بنابراین مدیران شرکت ها و مسئولان فنی موظف به ایجاد هماهنگی های لازم با یکدیگر می باشند. به نظر می رسد که اگر سایر مدیران شرکت ها که در ارتباط مستقیم با مساله توزیع دارو هستند از داروسازان انتخاب شوند، با آگاهی و شناخت بیشتر نسبت به مسایل دارویی، در جهت حل مشکلات توزیع با مسئولان فنی همکاری نمایند.



دکتر خیراله غلامی همکار عزیز و استاد و متخصص داروسازی بالینی دو سه سالی است که به جمع « رازی » پیوسته و گزارشات « مرکز فارماکوویزیلانس ایران » که همه ماهه در صفحات انتهایی رازی به چاپ می رسد حاصل زحمات ایشان و همکارانشان در مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته دارویی کشور در معاونت دارویی وزارت بهداشت است.

از آقای دکتر غلامی سرمقاله ای خواندنی در اسفند ۸۴ در رازی به چاپ رسید که شاید بازخوانی آن خالی از لطف نباشد. بعد از این مطلب مقاله ای از یار قدیمی و پرکار رازی آقای دکتر اسماعیلی خواهید دید با عنوان « تبلیغات دارویی برای بیمار » دکتر اسماعیلی مسئول تهیه مطالب بسیار خواندنی و پرطرفدار « جهان داروسازی در سال ... » است مطلب « تبلیغات دارویی ... » از شهریور ۷۸ رازی نقل شده است.

### داروسازی بیمارستانی در ایران

دکتر خیراله غلامی

داروسازان ما مانند یک متخصص تربیت می شوند اما مانند یک تکنسین عمل می نمایند. داروسازی بیمارستانی امروزه در دنیا دارای شأن و منزلت خاصی



می باشد و داروسازان بیمارستانی به طور مستقیم و غیرمستقیم درگیر حلقه درمان جهت ارائه خدمات دارویی می باشند. داروسازان بیمارستانی در مصرف و تجویز منطقی داروها نقش عمده ای را دارا می باشند. متأسفانه در کشور ما داروخانه های بیمارستانی تبدیل به انبارهای دارویی بدون دارو گردیده اند و داروسازان نیز تدارکاتچی های دارویی با سواد و هوش بالا می باشند که بایستی بدون داشتن بودجه داروی بیمارستان را تامین نمایند. بیماران و همراه بیماران نیز در این میان بایستی داروهای مصرفی خود را به هر ترتیبی خارج از بیمارستان تهیه نمایند. چه عواملی سبب گردیده است که داروخانه بیمارستان های ما که بایستی تکیه گاه بیماران، پزشکان و دیگر پرسنل بیمارستان جهت تامین اطلاعات دارویی و دارو باشد عملاً تبدیل به یک محل بدون اعتبار علمی و اجتماعی گردیده است. به نظر می رسد سه دلیل عمده باعث به وجود آمدن این وضعیت گردیده است:

۱- عدم پیش بینی نیروی انسانی کافی در تشکیلات بیمارستان ها برای استخدام داروسازان

۲- عدم استقلال بودجه دارویی بیمارستان ها

۳- عدم اختصاص امتیاز مناسب به داروخانه در پروسه اعتباربخشی بیمارستان ها

۴- عدم اختصاص بودجه جهت تجهیز داروخانه های بیمارستانی

در پیش بینی نیروی انسانی بایستی حداقل یک داروساز برای هر ۵۰ تا ۶۰ تخت خواب در نظر گرفته شود. با داشتن این نیروی انسانی سیستم قادر خواهد بود علاوه بر ایجاد سیستم های منطقی توزیع دارو به طور روزانه و تک واحد بتواند مصرف داروها را به طور روزانه پیگیری و مشکلات به وجود آمده را ثبت و یا رفع نماید. داروخانه با این نیروی انسانی می تواند تمام داروهای تزریقی ترکیبی را به نحو قابل قبول و علمی تهیه و ارسال نماید.

همچنین وجود نیروی انسانی کافی و ماهر در آموزش دارویی تمام افراد درگیر سیستم نقش خواهد داشت که این به نوبه خود در مصرف علمی و منطقی داروها کمک خواهد نمود.

یکی دیگر از مشکلات عمده داروسازان بیمارستانی مشخص نبودن بودجه های جاری آن ها جهت تهیه و تامین دارو می باشد. تقریباً تمام داروخانه های بیمارستانی موجود به دلیل بدهی به شرکت های پخش نمی توانند داروی خود را تامین نمایند. دلیل عمده این معضل عدم اختصاص پول دارو برای دارو در بیمارستان ها می باشد.

افراد درگیر در سیستم اقتصادی دارو به خوبی می‌دانند که حتی از یک داروخانه بسیار موفق نمی‌توان پول برداشت نمود زیرا برای این که بتوانید یک داروخانه موفق داشته باشید بایستی دارای یک انبار قوی و با عقبه باشید در نتیجه هر چه سرمایه‌گذاری بیشتری در رابطه با خرید دارو شود آینده بهتری و سرویس بهتری ارائه خواهد گردید. با این زمینه به این فکر کنید که نه تنها مبلغی که هزینه دارو می‌گردد به بخش داروخانه بر نمی‌گردد بلکه در مواردی هم از مبلغ کم‌گردیده و به بخش دارویی عودت داده می‌شود. این عامل به تنهایی مسبب کاهش پویایی داروخانه‌های بیمارستانی گردیده و در نتیجه نمی‌توانند خدمات دارویی لازم را ارائه نمایند و در نتیجه سبب گردیده است که داروسازان بیمارستانی اکثراً مایوس از کارکرد خود و سرخورده از رشته تحصیلی خود باشند. در صورتی که این داروسازان در شروع به کار خود از نظر علمی از دیگر همکاران به مراتب در مرتبه بالاتری قرار داشته‌اند و وارد عرصه بیمارستانی گردیده‌اند که بتوانند کارهای متفاوتی انجام دهند. اما متأسفانه سیستم اداری مالی بیمارستان‌ها به نحوی می‌باشد که این همکاران نه تنها نمی‌توانند تامین دارو نمایند بلکه جهت حفظ داروخانه در بخش دولتی و عدم واگذاری آن به بخش خصوصی دائماً بایستی مدیریت بیمارستان‌ها را توجیه نمایند.

در زمینه اعتباربخشی بیمارستان‌ها جهت صدور پروانه میزان اعتبار بخش دارویی درصد غیرقابل توجهی از سر جمع کل امتیازات می‌باشد. بر همین اساس بیمارستان‌ها توجه قابل قبولی به این بخش نمی‌نمایند در صورتی که اگر امتیاز داروخانه به همین مقدار هم باشد ولی دارای استقلال باشد یعنی این که اگر بیمارستان درصد قابل قبولی از اعتبار داروخانه را دارا نباشد نتواند پروانه خود را تمدید نماید در دراز مدت توجه کافی و وافی نیز به این بخش مانند بخش رادیولوژی، آزمایشگاه و جراحی خواهد گردید.

تجهیز داروخانه‌ها جهت ارائه خدمات دارویی مناسب نیز از کاستی‌های موجود می‌باشد. داروخانه‌ای که بتواند سرویس‌های (TPN Nutrition Total Parenteral)، آماده‌سازی داروهای شیمی درمانی و ... انجام دهد بایستی مجهز به clean room، اتاق آماده‌سازی داروهای ترکیبی تزریقی و ... باشد. هزینه تمام این قسمت‌ها به مراتب پایدارتر و کمتر از یک دستگاه پرتابل عکسبرداری می‌باشد.

در نهایت برای این که بتوانیم آرامش خیال برای بیمار و سیستم بهداشتی در بیمارستان‌ها جهت تامین و توزیع دارو ایجاد نماییم موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

- ۱- در چارت تشکیلاتی داروخانه‌های بیمارستانی تجدید نظر گردد.
- ۲- بودجه بخش دارویی بیمارستان‌ها مستقل گردد.
- ۳- بودجه جهت تجهیز داروخانه‌های بیمارستانی اختصاص یابد.
- ۴- امتیاز داروخانه‌ها در بخش اعتباربخشی بیمارستان‌ها بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد.



### تبلیغات دارویی برای بیمار

دکتر بهنام اسماعیلی

تا چند دهه قبل عمده‌ترین هدف کارخانجات داروسازی در امر بازاریابی و معرفی محصولات تولیدی خود محدود به پزشکان و سایر حرف و ابسته بوده است. با توجه به نقش پزشک در روند درمان بدیهی است که اطلاع‌رسانی در مورد دارو بر جامعه پزشکی متمرکز بوده و در موارد لزوم اطلاع‌رسانی به بیماران تنها از طریق بروشورها و مواد تبلیغی همراه با دارو و عمدتاً از طریق داروسازان شاغل در داروخانه صورت می‌گرفت. با فعال شدن هر چه بیشتر نقش بیماران در روند درمان و پویایی روزافزون ارتباط پزشک - بیمار - داروساز در چند ساله اخیر، هدف شرکت‌های داروسازی مانند گذشته منحصر به پزشکان نبوده و بیمار نیز به عنوان یک عامل مهم تاثیرگذار در مصرف دارو مدنظر قرار گرفته است. تمرکز و اختصاص بخشی از تبلیغات دارویی برای بیماران بحث‌های فراوانی را در محافل پزشکی به دنبال داشته است. گروهی بر تاثیرات مثبت این گونه تبلیغات تاکید می‌ورزند و گروهی از اثرات منفی آن بر روند درمان سخن به میان می‌آورند. دیدگاه اول محتوای این نوشتار را تشکیل می‌دهد و به جنبه‌های مثبت این گونه تبلیغات می‌پردازد. در آینده نزدیک به استدلال‌های گروه دوم مبنی بر مشکلات حاصل از تبلیغات مستقیم دارویی برای بیماران خواهیم پرداخت.

تبلیغات (Direct To Consumer) DTC که در ابتدا راه‌حلی خلاق و هوشمندانه برای رفع نیاز مردم به اطلاع از نحوه درمان خود محسوب

می‌شد، امروزه نگرانی‌هایی را برانگیخته است گرچه بدون شک در ارتقا سطح سلامتی جامعه موثر بوده است. در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تلاش بر آن است که هرچه بیشتر بیماران در روند درمان و کسب سلامتی خود مسؤول باشند. در چند سال اخیر منابع اطلاع‌رسانی در دسترس با هدف فوق، به طرز چشمگیری افزایش یافته‌اند. در آمریکا حداقل ۵۰ نشریه عمدتاً ماهانه در این زمینه فعال بوده و آخرین اطلاعات و یافته‌های پزشکی و بهداشتی را در اختیار عموم قرار می‌دهند. از طرف دیگر اخبار پزشکی و آخرین روش‌های درمانی امراض شایع، مورد توجه کلیه کانال‌های تلویزیونی قرار داشته و هر روز برنامه‌های متعددی در این زمینه پخش می‌شوند. حدوداً یک چهارم کل اطلاعات ارایه شده در اینترنت به اخبار و اطلاعات پزشکی اختصاص دارد. کتب مرجع پزشکی و داروسازی در چند سال اخیر اقدام به چاپ کتب مکملی که حاوی اطلاعات خاص بیماران است، کرده‌اند که در این زمینه از قبل USPDI خاص بیماران در دسترس بوده و از سال ۱۹۹۷ PDR نیز به دو صورت حاوی اطلاعات برای پزشکان و بیماران به چاپ می‌رسد. ولی به جرات می‌توان اذعان نمود که در کنار تمامی روش‌های گفته شده فوق، تبلیغات دارویی DTC از وسایل ارتباط جمعی مانند تلویزیون، رادیو و نشریات کثیرالانتشار بیشترین تاثیر را در اطلاع‌رسانی به بیماران داشته‌اند.

نتایج حاصل از یک مطالعه در آمریکا در سال ۱۹۹۸ نشان داده که بیش از ۵۳ میلیون بیمار پس از مشاهده تبلیغات دارویی در تلویزیون با پزشکان معالجتان در مورد امکان تغییر داروهای مصرفی خود مشورت کرده‌اند و ۴۹ میلیون بیمار نیز سعی کرده‌اند تا از طریق اینترنت اطلاعات کامل‌تری در مورد امکانات جدید درمان امراض خود به دست آورند. این مطالعه نشان داد پخش تبلیغات دارویی DTC موجب می‌شود تعداد قابل توجهی از افراد سالم و یا به ظاهر سالم در مورد مباحث مورد تبلیغ واکنش نشان داده و به پزشک مراجعه کنند به طوری که در سال ۹۸ حدود ۲۲ میلیون آمریکایی با این دیدگاه به پزشک مراجعه و در بسیاری از آن‌ها امراض نهفته‌ای تشخیص داده شده است.

همچنین در این مطالعه مشخص شد بالغ بر ۱۲ میلیون نسخه به درخواست بیماران تجویز شده است که تماماً نتیجه مشاهده تبلیغات DTC در وسایل ارتباط جمعی بوده است.

با توجه به اطلاعات به دست آمده پژوهشگران معتقدند این گونه تبلیغات سطح پذیرش روش های درمانی را در بیماران افزایش می دهد و بدین ترتیب نقش قابل توجهی در ارتقا سطح سلامتی و بهداشت جامعه ایفا می کند. بیمارانی که تبلیغات مربوط به داروهای مصرفی خود را به طور هم زمان مشاهده کرده اند بر این باورند که با مشاهده این تبلیغات نسبت به داروی خود احساس اطمینان بیشتری داشته و به روند درمان امیدوارتر شده اند. مهم ترین علت این امر در آن است که هدف این تبلیغات بیمار بوده و اطلاعات ارائه شده کاملاً برای آن ها قابل فهم بوده است. علی رغم نتایج منتشر شده مطالعه فوق، تعیین اثرات تبلیغات DTC بر میزان اثربخشی به هزینه و نهایتاً بهبود وضعیت بهداشتی جامعه نیازمند گذشت زمان و مطالعات بیشتر است. در واقع سرمایه گذاری های عظیم برای تبلیغات DTC از سال ۱۹۹۷ شروع شد که FDA در آمریکا معیارهای گذشته خود را تغییر داده و انجام این گونه تبلیغات را امکان پذیر نمود. معیارهای قبلی و الزام سازندگان دارو به ذکر عوارض و خطرات مصرف داروها در تبلیغات مربوطه انگیزه چندانی در کارخانجات داروسازی ایجاد نمی کرد ولی با رفع این مانع در سال ۹۷ در آمریکا سرمایه گذاری برای تبلیغات DTC، ۴۶ درصد افزایش یافته و به رقم ۹۱۷ میلیون دلار رسید. البته این مقدار در مقایسه با سرمایه گذاری انجام شده برای اطلاع رسانی به پزشکان بسیار کمتر است. این رقم در سال ۹۷ در آمریکا حدود ۴ میلیارد دلار بوده است. چرا ادعا می شود این گونه تبلیغات سطح سلامتی جامعه را افزایش می دهد؟ محققان موافق این موضوع بر این باورند که تبلیغات DTC با آگاه ساختن عامه موجب تشخیص سریع و به موقع امراضی می شوند که به صورت پنهان و تشخیص داده نشده در جامعه وجود دارند. امراضی که در درازمدت به مشکلات درمانی حاد تبدیل می شوند. به طور مثال حدود ۸ میلیون مورد دیابت تشخیص داده نشده در بالغین آمریکا وجود دارد. تنها حدود ۱۰ میلیون نفر از ۳۰ میلیون آمریکایی مبتلا به زیادی کلسترول خون تحت

درمان قرار دارند. از هر ۱۰ آمریکایی مبتلا به افسردگی فقط یک نفر تحت درمان و یک سوم مبتلایان به افسردگی شدیداً اصولاً درمانی دریافت نمی‌کنند و مهم‌تر این که میلیون‌ها نفر آمریکایی مبتلا به فشار خون بالا هستند بدون آنکه خود آگاه باشند. این ارقام و آمار کم و بیش در مورد سایر جوامع نیز صدق می‌کند. آیا به راستی تبلیغات DTC به بهبود این وضعیت کمک خواهد کرد؟ آیا با چنین تبلیغاتی می‌توان از صدمات و عوارض بعدی این امراض جلوگیری نمود؟ اگر تبلیغات DTC تنها بر این هدف متمرکز گردد شاید پاسخ مثبت باشد ولی این گونه تبلیغات عمدتاً در خدمت معرفی یک داروی جدید قرار می‌گیرد. گروهی از پژوهشگران معتقدند حتی افزایش روند مصرف داروها که نتیجه تبلیغات DTC است خود پدیده‌ای مثبت است زیرا نشان از تشخیص موارد جدید و تلاش برای درمان بیماران دارد. تبلیغات DTC می‌تواند راه موثری برای اطلاع عموم از روش‌های درمانی در دسترس باشد. اولین تبلیغ دارویی تلویزیونی آمریکا در سال ۱۹۹۲ و در مورد مشمع نیکوتین برای ترک سیگار بوده است. بر اساس اطلاعات منتشره تاثیر این تبلیغ به حدی بوده است که در همان هفته اول تقاضای این دارو از میزان موجودی آن فزونی یافت. مثال دیگر دو برابر شدن میزان مراجعه به پزشکان جهت تشخیص پوکی استخوان طی یک سال پس از شروع تبلیغات DTC برای یک داروی جدید در زمینه مرتبط بوده است. این تبلیغ از سال ۱۹۹۵ شروع شده و آمار نشان می‌دهد که میزان مراجعه به پزشکان از ۴۰۹۰۰۰ نفر در سه ماهه چهارم سال مذکور به ۷۱۳۰۰۰ نفر در سه ماهه چهارم سال بعد افزایش یافت. بررسی انجام شده در مورد تبلیغات DTC برای یک داروی جدید در زمینه درمان تبخال تناسلی نشان داد که ۴۹ درصد افراد تحت درمان پس از مشاهده این تبلیغ تصمیم به استفاده از داروی جدید گرفته و به پزشک مراجعه کرده‌اند. تبلیغ این دارو از سال ۱۹۹۷ شروع و هدف اصلی آن ۴۹ میلیون آمریکایی بوده است که به این ویروس آلوده هستند.

اطلاع‌رسانی به بیماران و مردم بخشی از مسؤلیت شرکت‌های داروسازی است. این اطلاع‌رسانی که امروزه در قالب تبلیغات DTC

انجام می‌پذیرد باید به گونه‌ای باشد که موجب افزایش ارتباط پزشک با بیمار و تشویق بیماران به متابعت از تدابیر درمانی اتخاذ شده گردد.

گرچه تبلیغات DTC منجر به افزایش مراجعه به پزشکان، تشخیص امراض پنهان و بهبود وضعیت بهداشتی جامعه می‌شود ولی این روش نبایستی تصمیمی را به پزشک دیکته کرده و یا بر خط‌مشی‌های درمانی پذیرفته شده و مورد تایید تاثیر سوء گذارد. تبلیغات DTC موجب می‌شود بیمار انگیزه پیدا کند تا بیشتر در مورد بیماری خود اطلاع یابد، بر نحوه درمان خود آگاه شود و نیز به مشورت هر چه بیشتر با پزشک ترغیب گردد. ولی پس از مراجعه به پزشک، تصمیم نهایی با پزشک است در واقع این روش تبلیغی نبایستی به بیمار حق انتخاب دارو و روش درمان را داده و او را در موضع اتخاذ تصمیم قرار دهد.

هیچ فرد و یا شرکتی حق ندارد تبلیغات DTC را به صورت اسلحه‌ای جهت تجویز داروی خود درآورد و پزشکان نیز بایستی آگاه باشند این پزشک است که پایین نسخه را مهر و امضا می‌کند. طی سال‌های اخیر کشف و آرایه داروهای جدید تاثیر مهمی بر درمان امراض مختلف داشته است. آمار نشان می‌دهد که میزان مرگ و میر ناشی از ایدز به علت آرایه داروهای جدید ضد ویروس از سال ۹۵ تا ۹۷ تا حد قابل توجهی کاسته شده است. کاهش مرگ و میر ناشی از امراض قلبی و عفونی نیز به علت یافته‌های جدید به خصوص داروهای جدید آرایه شده به بازار مصرف بوده است. در حال حاضر بیش از ۱۰۰۰ داروی جدید در زمینه‌های مختلف در دست تحقیق و مطالعه قرار دارند که امید به درمان‌های موثرتر و کاهش مرگ و میر ناشی از امراض را بیشتر کرده است. زمانی این موفقیت به وقوع می‌پیوندد که بیماران خود در روند درمان سهیم بوده و از آن آگاه باشند. تبلیغات DTC یکی از روش‌های حصول به این هدف است اگر از آن به درستی استفاده شود.