

آسیب‌شناسی اخلاق داروسازی

حسن فرسام^۱

چکیده:

داروسازی همانند پزشکی از آغاز با تندرستی و رفاه مردم و جامعه در ارتباط بوده و معیارهای اخلاقی خود را داشته است. در چند دهه گذشته، داروسازی به‌ویژه در خدمات دارویی از نسخه‌پیچی ساده به رابطه داروساز با بیمار و نظام مراقبت از سلامت تغییر یافته است. در حال حاضر، فلسفه خدمات داروسازی بر این شالوده است که داروساز فردی است که دانش و مهارت خود را با رعایت موازین اخلاقی در آگاه ساختن بیمار و ارائه مشورت علمی به او درباره داروها به‌کار می‌گیرد. با گسترش علوم و پیدایش افق‌های نوین در شیوه‌های درمانی، دارورسانی و خدمات دارویی مفاهیم نوینی مانند حرفه‌گرایی و اخلاق حرفه‌ای نیز بیش‌تر مورد توجه قرار گرفته است. در این راستا مسائلی مانند حقوق بیمار، خودمختاری و رضایت بیمار، رابطه تجارت و سوداگری با خدمات دارویی، کیفیت، ایمنی و کارایی داروها، مسائل اخلاقی فراگیر و ویژه در خدمات دارویی، انحصارطلبی علمی و آسیب‌های احتمالی نهفته در آن و ... از اهمیت بیش‌تری برخوردار هستند. بنابر آن‌چه گفته شد، لازم است درباره آسیب‌شناسی عملکرد اخلاقی در خدمات دارویی نیز سخن گفته شود. تاکنون، در ایران کم‌تر مطالعه‌ای درباره چالش‌های اخلاقی انجام گرفته است. از این نظر جا دارد در کنار انبوهی از مطالبی که در مورد اخلاق داروسازی گفته شده است، به عواملی که اخلاق را به چالش می‌کشد هم نظری انتقادی شود. در این راستا لازم است عواملی مانند دانش و مهارت ناکافی در زمینه کاربرد داروها، ناآشنایی به علوم اجتماعی و رفتاری، نگاه سنتی به خدمات دارویی، نارسایی قوانین و مقررات، سیاست‌های دارویی نامتوازن، مسائل فرهنگی و اجتماعی، ناتوانمندی انجمن‌های حرفه‌ای، عرضه داروهای نوین، سوداگری‌های تجارت دارو، قرص‌های جنسی، و از همه مهم‌تر مسائل اقتصادی مورد مطالعه قرار گیرد. نادیده گرفتن این عوامل می‌تواند زیان‌های بسیاری از این راه به تندرستی جامعه و مردم و شأن و اعتبار و ارزش حرفه داروسازی وارد سازد و به‌جای ایجاد روابط درست با بیمار و نظام مراقبت از تندرستی داورهای ناخوشایندی به بار آورد.

^۱ - دانشکده داروسازی و مرکز تحقیقات علوم دارویی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران ۱۴۱۷۴، ایران

مقدمه

بسیاری از داروسازها به‌طور تجربی آموخته‌هایی از معیارهای اخلاق اجتماعی و فرهنگی دارند و آگاهند که چگونه باید از مشتریان خود مراقبت به عمل آورند. داروسازی در چند دهه اخیر از نسخه‌پیچی سنتی به سوی توجه به بیمار و مدیریت مراقبت از او تغییر یافته است. (۳-۱) این تغییرات اغلب داروسازها را در برابر اجبارهای حرفه‌ای و اخلاقی قرار می‌دهند (۳). از این نظر فلسفه خدمات دارویی طلب می‌کند که داروساز دانش و مهارت خود را در بالاترین سطح در اختیار بیمار، مردم و جامعه قرار دهد. قوانین داروسازی هر چند به روز باشند به تنهایی نمی‌توانند نتایج مورد نظر را در بر داشته باشند. شاید آموزش‌های اخلاقی بتوانند این مسأله را حل کنند. با وجود بازار بزرگ دارو و قدرت شرکت‌های دارویی و رقابت‌های میان آن‌ها همواره برخورد میان تجارت‌گرایی، مصرف‌گرایی و خدمات دارویی منطقی و اخلاقی وجود دارد (۴) و داروسازها در معرض کنش‌ها و انگیزه‌های مالی قرار می‌گیرند و ممکن است توانایی پایداری در برابر این تهدیدها را نداشته باشند. (۵)

در سال‌های اخیر همایش‌های متعددی درباره اخلاق پزشکی از دیدگاه‌های متفاوت در ایران برگزار شده است. در این همایش‌ها تا اندازه‌ای هم به اخلاق داروسازی پرداخته شده است.

درباره چالش‌های اخلاقی و تفاوت‌های میان مسائل نظری و علمی اخلاق علوم دارویی، مطالعات بسیار اندکی صورت گرفته است. نتایج یک مطالعه بر روی دیدگاه‌های اخلاق داروسازی از ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۲ نشان داده است که پژوهش کمی بر روی اخلاق داروسازی انجام گرفته است و در مورد خدمات دارویی هم پژوهش اندکی مربوط به مسایل فلسفی و بنیادی خدمات دارویی فراهم آمده است.

با آن‌چه گفته شد چنین به نظر می‌آید که در بسیاری از کشورها، اخلاق علوم دارویی چندان مورد توجه قرار نگرفته است. در این نوشته تلاش خواهد شد که چالش‌های اخلاق

داروسازی، علل آن‌ها در خدمات دارویی مورد بحث قرار داده شود. در این گفتار تکیه بحث‌ها بر مطالعات آماری نیست بلکه بیش‌تر بر پایه تونش (توان بالقوه) آسیب‌پذیری موازین اخلاقی نهاده شده است. از آن‌جا که این همایش جهانی است لازم است گذری شتابزده داشته باشیم به پیشینه اخلاق داروسازی در ایران.

گذری شتابزده به پیشینه اخلاق داروسازی در ایران

تاریخ داروسازی همراه با پزشکی در ایران باستان آمیخته‌ای بوده است از باورهای پزشکی و دارویی بابلی‌ها، آشوری‌ها، ساکنان جلگه میان رودان، یونانی‌ها، هندی‌ها، مصری‌ها و ایرانی‌ها. کتاب‌های زرتشتیان مانند اوستا، دینکد و زادسپرم (۷، ۸) از منابع قابل توجه در این زمینه است. در این منابع از گیاهان دارویی و پنج گروه از پزشکان سخن رفته است. (۹)

در بخش‌های متفاوت اوستا از گیاه پزشک - پرورش‌دهندگان گیاهان دارویی - هم نام برده شده است. هم‌چنین از دم‌کرده‌ها، عصاره‌ها، جوشانده‌های گیاهی سخن به میان آمده است. (۷، ۸، ۱۰)

مرکز علمی جندی‌شاپور در دوره ساسانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است. در این مرکز پزشکان با نژادها و مذهب‌های گوناگون در کنار یکدیگر به آزادی مشغول به کار بودند. مرکز علمی جندی‌شاپور را به واسطه جهان شمول بودن می‌توان دانشگاه نامید. (۱۱) این مرکز داروسازی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است. داروخانه بیمارستان جندی‌شاپور فعال بوده و شاپور سهل رئیس داروخانه بوده است. (۱۲)

اخلاق در این دوره بیش‌تر مبتنی بر دستورات دینی و تربیتی بوده است (۷). افلاطون از هنرهای اخلاقی ایرانیان (دانایی، دادگری، دلاوری، خویشتنداری، آزادگی، بخشندگی و مهربانی) به‌نام تربیت پارسی یاد کرده است. بسیاری از این هنرها اکنون هم جزو موازین اخلاقی به‌شمار می‌روند.

از قوانین اخلاق پزشکی، صفات یک پزشک خوب، رفتار پزشکی مانند وظیفه‌شناسی، مهربانی، فروتنی، پرهیز از سقط و

تدریس نمی‌شد، گاهی رؤسای دانشکده مطالب کوتاهی درباره اخلاق می‌گفتند که بیش‌تر مربوط به شخصیت حرفه‌ای بود و رفتار و کردار اجتماعی آن‌ها به ویژه نسبت به بیماران، این گفتارها کم‌تر مورد توجه دانشجویان قرار می‌گرفت. سوگندنامه پایان دوره دکتری هم بیش‌تر بار عاطفی داشت تا آگاهی، و تعهدی را به همراه نداشت. تنها کتاب اخلاق پزشکی توسط مرحوم دکتر اعتمادیان در ۱۳۴۲ ش (۱۹۶۳ م) نگاشته شد (۲۰). این کتاب در داروسازی تدریس نمی‌شد. در سال‌های اخیر گفت‌وگو درباره دو واحد درس اخلاق در داروسازی انجام گرفت و سرفصل‌ها تعیین شد ولی تاکنون در برنامه درسی قرار نگرفته است.

آسیب‌شناسی اخلاق داروسازی

اخلاق یک موضوع ساده و منفرد نیست و دشوار می‌توان تمام جنبه‌های اخلاقی نافذ بر داروسازی را در یک جا جمع کرد. بنیادهای اخلاق داروسازی از نظر کیفی با اخلاق عمومی تفاوت چندانی ندارند ولی از نظر کمی ماهیت پیچیده و معماگونه دارند و مسایل جدال برانگیزی را می‌توانند به وجود آورند. (۲۱)

درباره اخلاق تعریف‌های متعددی بیان شده است که فرصت گفت‌وگو از آن‌ها در این نوشته نیست. در این جا به کوتاهی از چند تعریف سخن خواهد رفت.

(الف) اخلاق، کیفیتی است نفسانی و فرهنگی تابع شرایط اقتصادی، اجتماعی، زمان و مکان (۲۱)
(ب) اخلاق، علم مطالعه انسان است و یک مقوله تمدنی است که برای زندگی جمعی لازم است (۲).

(پ) اخلاق، نه در راستای ماهیت بلکه از جهت عملکرد در زندگی مردم قابل درک است.

(ت) برای پشتیبانی از ارزش‌های اخلاقی، یک سازمان اجتماعی وجود ندارد بلکه اعتماد عمومی نگهبان اخلاق است و با اعمال اختیاری و آزاد افراد است که تجلی می‌یابد. (۲۱)
(ث) اخلاق فهرستی از کنش‌های درست و نادرست نیست. درست و نادرست واژه‌هایی هستند که در زمان‌های متفاوت تفسیرهای مختلف دارند. (۳)

دادن داروهای سقط‌آور و کشنده و رعایت وضع مالی بیمار در منابع اوستایی و پهلوی به روشنی یاد شده است و رعایت نکردن آن‌ها مجازات‌های متعدد داشته است. (۱۵ و ۱۴)

پس از استقرار حاکمیت اسلامی در ایران مسأله اخلاق مورد توجه بیش‌تر قرار گرفت. در دوره عباسی شرکت پزشکان در آزمون برای دریافت گواهینامه پزشکی و نوشتن یک رساله، اجباری گردید و ادای سوگند هم انجام می‌گرفت. (۱۴)

پزشکان نامدار ایران مانند تبری، رازی، بوعلی‌سینا و پزشکان دیگر هم بخشی از کتاب‌های خود را به اخلاق اختصاص داده‌اند (۱۸ و ۱۷). علی بن عباس مجوسی اهوازی ارجانی (۳۱۸ یا ۳۳۸-۳۸۴ قمری) از پزشکان و داروپزشکان بسیار مشهور ایرانی است که سوگندنامه بقراط را ترجمه و اصلاح کرد و در کتاب خود (کتاب ملکی) به نام «پندنامه اهوازی» عرضه کرده است. در این پندنامه بسیاری از توصیه‌ها و اندرزهای امروز جای دارد و نافذ بر داروسازی هم است. (۱۹)

پس از فروپاشی مراکز علمی جندی‌شاپور و بغداد، آموزش پزشکی به سوی استادمحوری بیش‌تر رونمود و رفتار و کردار استادان الگوی رفتاری به حساب می‌آمد.

با تشکیل دولت صفوی به عنوان دولت ایرانی وضع پزشکی و داروسازی رونق بیش‌تر یافت. الگود از این دوره به نام دوره زرین داروسازی یاد می‌کند. با این همه در این دوره داروفروشان دوره گرد وضع نامطلوب و دور از اخلاق داشتند. (۱۹)

اخلاق داروسازی از دارالفنون تا کنون

پزشکی و داروسازی غربی در دوره صفوی با آمدن نمایندگان کمپانی هند شرقی و هیأت‌های مذهبی که با خود پزشکانی همراه داشتند، آغاز گردید.

مدرسه دارالفنون با شیوه اروپایی در نیمه سده نوزدهم میلادی (۱۲۳۰ ش) گشوده شد. در شعبه طب و داروسازی این مدرسه باز هم اخلاق پزشکی، الگوهای رفتاری و کردارهای استادها بود. دانشگاه تهران در ۱۳۱۳ ش (۱۹۳۴ م) گشوده شد. در این دوره هم، در آغاز درسی به نام اخلاق

این تعریف‌ها و تعریف‌های دیگر نشان می‌دهند که بر حسب شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و شغلی، این معیارهای کیفی در معرض آسیب خواهند بود. در زیر به پاره‌ای از این چالش‌ها پرداخته خواهد شد.

عوامل متعددی می‌توانند با تأثیر بر مسائل دارویی یک کشور به اجرای نظام‌های اخلاقی آسیب برسانند. در زیر عواملی که نقش بیش‌تری دارند مورد بحث قرار خواهد گرفت.

شرکت‌های بزرگ دارویی

شرکت‌های دارویی فراملیتی با قدرت رقابتی بسیار بالا و توان تبلیغاتی بسیار نیرومند می‌توانند با ایجاد انگیزه‌های مالی، نه تنها بر روی اخلاق که بر روی تمام نظام دارو - درمانی و حتی نظام آموزشی اثر بگذارند. (۵) در گذشته، مطالعات متعددی بر روی آن‌ها انجام گرفته است که فرصت گفت‌وگو از آن‌ها در این جا نمی‌گنجد.

تبلیغات دارویی نادرست به ویژه در کشورهای رو به رشد و عقب مانده از مسایل آسیب‌رسان به اخلاق داروسازی و پزشکی است.

سیاست‌های دارویی

سیاست‌های دارویی نامشخص و متغیر می‌توانند بر حسب مورد به کمبود دارو، ایجاد بازار سیاه، و داد و ستدهای بین حرفه‌ای بینجامد و مسائل دیگری را به همراه بیاورد که در نادیده گرفتن و سست شدن اخلاق نقش بارز دارند.

مسائل اقتصادی دارو

مسائل اقتصادی بسیار مهم هستند و می‌توانند خدمات دارویی منطقی را به چالش بکشانند. این مشکلات از تولید گرفته تا عرضه دارو، همراه با دشواری‌های مالی و اداری و غیره است که بیش از هر چیز اخلاق را زیر پرسش می‌گیرد. در همین زمینه بسیاری از داروخانه‌ها به صورت یک نمایشگاه تجارتي از داروها و مکمل‌های غذایی و کالاهای دیگر درآمده است که در نظر مشتری‌ها بسیار دور از یک مرکز خدمات دارویی است. کمبود دارو، گرانی داروها و بازار سیاه، زمینه بی‌اعتمادی بیمار و آسیب‌دیدن حرفه و اصول اخلاقی می‌گردد. (۲،۳) از چالش‌های دیگر، برخورد تجارت‌گرایی،

مصرف‌گرایی و پدرسالاری در داروسازی با سود بیمار و جز اینها است که اهمیت خود را دارند. (۲)

دانش و مهارت ناکافی

ناآشنایی با علوم اجتماعی و رفتاری و ناآگاهی از مفاهیم و ارزش‌های اخلاقی، موجب بی‌توجهی به مسائلی می‌شوند که در سایه رعایت اخلاق مفهوم پیدا می‌کند (در این مورد مطالعه اندکی انجام گرفته است (۴)، مسائلی مانند حقوق بیمار و مشورت با او و رهنمود او به مصرف درست دارو، آگاهی از عوارض داروها و جز اینها (۳).

نارسای قوانین پزشکی و دارویی و قدیمی بودن آن‌ها

برای نمونه در قوانینی که بیش از ۵۰ سال از نوشتن آن‌ها در ایران می‌گذرد از مفاهیمی مانند حقوق بیمار، خودمختاری بیمار، و در یک جمله مسئولیت‌های نوین یک داروساز صحبت نشده است. از این گذشته درس اخلاق هم که در برنامه به طور مشخص وجود ندارد. چگونه می‌توانیم اجرای مطالبی را از یک داروساز طلب کنیم که قانون نخواست است و مفاهیم اخلاقی آن‌ها آموزش داده نشده است. این مسأله در برخی از کشورها و از جمله ایران دیده می‌شود.

انجمن‌های دارویی

بسیاری از این انجمن‌ها میراث‌خوار بافت سنتی گذشته هستند و دایره فعالیت حرفه‌ای آن‌ها بسیار محدود نگهداشته شده است و با مسائل حرفه‌گرایی نوین که در آن سود بیمار فراتر از سود داروساز است آشنایی چندانی ندارند. در نتیجه عملکرد آن‌ها اثرگذاری لازم را بر حرفه نخواهد داشت.

شیوه خدمات دارویی

تعدادی از کشورها و از جمله در ایران در بسیاری از موارد، آن‌چنان که لازم است به کیفیت خدمات دارویی بیمار محور توجه نمی‌شود. برای نمونه، گذاردن دارو در پاکت‌های کوچک یا پلاستیکی و تحویل آن به بیمار بدون توجه به سواد او یا سخن گفتن با او یا آورنده نسخه و آسیب‌پذیر بودن و یا سالمند بودن بیمار به گونه‌ای ناآشنایی با معیارهای نوین خدمات دارویی و اخلاقی است. لازم است گفته شود که بسیاری از این کاستی‌ها به دشواری‌های اقتصادی و سود

نکته دیگر جهانی شدن است و وارد شدن فرآورده‌های دارویی به بازار کشورها. ناآشنایی صاحبان حرفه پزشکی به این داروها و تبلیغات وسیع درباره آن‌ها می‌تواند موازین اخلاقی را به سختی به چالش بگیرد. این واردات دارو، عوامل دیگری مانند سود بردن از فرهنگ مصرفی مردم و شیفتگی آن‌ها به استفاده از داروهای خارجی را با خود به همراه می‌آورد که صاحبان حرفه پزشکی را هم می‌تواند در بر گیرد و بازار مشابه‌سازی‌های تقلبی و افزایش شیادی و بازار سیاه را هم رونق بخشد.

در این نوشته به گونه‌ای فشرده تلاش شد تا اهمیت توجه به آسیب‌پذیری اخلاق داروسازی در فرآیند دارو - درمانی و نیاز بسیار به پژوهش در این زمینه مورد توجه قرار گیرد تا بتوان برای حفاظت مردم و جامعه در برابر آسیب‌های دارویی و رعایت اخلاق دارویی برنامه‌ریزی شایسته‌تری انجام داد.

ناچیز خدمات دارویی باز می‌گردند و مسایلی که در جای دیگر باید به آن‌ها پرداخته شود.

مسایل فرهنگی

نکته دیگر باورهای فرهنگی و کم اطلاعاتی بیماران از حقوق خود است. بسیاری از بیماران با گرفتن نسخه فرآیند درمان را پایان یافته می‌بینند و علاقه‌ای به شنیدن گفتار داروساز نشان نمی‌دهند و باز هم خدمات دارویی درست انجام نمی‌گیرد و این بار بیمار هم مقصر است. (۴)

مسأله انحصار گرایی علمی و حرفه‌ای را نباید از نظر دور داشت که در نادیده گرفتن اخلاق اثرات زیادی در بر دارد. (۲)

انفجار فناوری

داروسازی مانند سایر حرفه‌ها در جریان انفجار فناوری قرار دارد. مهندسی ژنتیک، زیست‌فناوری، نانوفناوری و مشابه‌سازی از آن جمله‌اند. این فناوری‌ها هر کدام با دستاوردهای خود بازار دارویی (و پزشکی) را زیر نفوذ قرار می‌دهند.

پیش‌قراول‌های این فناوری هم اکنون در بازار به بهای بسیار عرضه می‌شوند. خدمات دارویی سنتی چگونه می‌توانند زیر فشار مستقیم این بازار مقاومت کنند. این مسأله‌ای است که باید از هم‌اکنون چه از نظر قانون و چه از نظر اخلاق مورد توجه قرار گیرد (۵).

12. Nakhosteen M. History of Islamic origins of western education. Boulder: University of Colorado, 1964.
13. Farhudi D. Introduction. Ethics Sci Technol, 2007, 1(1).
14. Larijani B, Zahedi F, Emami - Razavi SH, Short history of medical ethics in Iran. Iran J of Diabet Lipid 2006; 6(2): 113-123.
15. Naficy A. A short history of medicine, Farsi edition, Isfahan University Press 1976. No.167 pp. 175-180.
16. Najmabadi M. History of medicine of Iran. Farsi edition, Vole 2. Tehran University Press, Tehran 1987.
17. Tajbakhsh H. Medical ethics in the life and works of the great Iranian scholars, the experiences and challenges of sciences and ethics: Proceeding of an American Iranian workshop (2003), URL:
http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10700&page==86
18. Najmabadi M. Pand - Nameh Ahwazi (Ahwazi Advice Letter, Ali bn Abbas, Majusi Ahwazi) School of public Health, publication, No 2010, Farsi version, Tehran, 1357.
19. Elgood C. A Medical history of Persia and the eastern caliphate from the earliest times to the Year A.D. 1932. Cambridge: Cambridge University Press; 1951.
20. Etemadian MN. Medical Ethics and Customs, Tehran University Press, 1963.
21. Farsam H. A glance to pharmacy ethics, Isfahan Med Chart 2001; 14.

References:

1. Remington, The science and practice of pharmacy, ed. 21 Philadelphia, Leppincott, William & Wilkins, 2006. pp.20-26.
2. Smith M, Strauss S, Baldwin JH, Alberts TK. Pharmacy ethics, pharmaceutical products press, New York, 1991, various pages.
3. Dinkerl R, Horisberger Tolo WK. Improving drug safety, a joint responsibility. Springer Verlag Berlin, 1991. pp. 21, 23, 27. 28.
4. Wingfield J, Bissell P, Sadler S. Student perceptions of ethics. Int J Pharm Pract 2003; 11: R11.
5. Wynia MK, Latham SR, Rao AC Berg JW, Emanuel LL. Medical professionalism in society. N Eng J Med 1999; 341 (21): 1612-6.
6. Wingfield J, Bissell P, Anderson C. The scope of pharmacy ethics - and evaluation of the international research literature, 1990-1992. Soc sci Med 2004; 58 (12): 2383-2390.
7. Najmabadi M. History of medicine of Iran. Farsi edition, vol 1. Tehran: Honarbakhsh Publication; 1962.
8. Adhami H, Mesgarpur B, Farsam H. Herbal medicine in Iran. Herbalgram 2007; 34-47.
9. Noori A. The Medical Sciences in the Avesta URL:
<http://tenests.zoroastrianism.com/noor33.html>
10. Khodabakhshi S. La Medicine en Iran Ancient. Tehrna: l'Insitutute de publication de Farvabar, 1998.
11. Farsam H. History of early pharmacy in Iran, Avicenna Sci pract Int 2002; 1 (2): 99-100.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.