

پزشک را بشناسیم و باوظائف او آشنا شویم

فارماکولوژی پزشک

دکتر ابوتراب نفیسی *

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۵، صفحه ۳۴۱، ۱۳۴۹

مقدمه: چند سال قبل مایکل بالینت (M. Balint) با عده‌ای دیگر از پزشکان، یک درمانگاه عمومی در لندن بنام تاویستوک کلینیک (Tavistock) تأسیس کردند و در آنجا همه‌گونه بیماران درمانگاهی را تحت درمان و مطالعه قرار دادند و باروان پزشک نیز مشورت بعمل آوردند و نتایج حاصل شده را طی سمینارهایی بررسی نمودند و بساین نتیجه رسیدند که فراوانترین دارویی که بیماران مصرف میکنند «شخص پزشک» است، بدین سان که آنچه در بهبود آنان مؤثر افتاده نه فقط محتوای شیشه شربت یا لوله قرص بلکه روشی بوده که پزشک در تجویز دارو بکار میبرد است. در حقیقت صحنه‌ای که در آن، دارو به بیمار تجویز میشود از مهمترین عوامل تأثیر دارو است که محور اصلی آن پزشک میباشد. در مطالعه بعدی و مکرری که درباره این «داروی گرانبها» یعنی پزشک، بعمل آمد باین نتیجه رسیدند که متأسفانه تاکنون نه فقط فارماکولوژی این دارو بررسی نشده بلکه در هیچ کتاب کلاسیک «اثرات آن» و «نحوه تجویز» و «دوز» آن تعیین نگردیده، حتی از عوارض دارویی و آلرژی نسبت بآن و احتمالاً خطرات ناشی از آن نیز ذکر بی‌نیامده است. بخصوص وقتی در نظر بگیریم که چقدر اطلاعات مانسبت باین داروی بزرگ و ذقیمت کم است متعجب خواهیم شد که چگونه در دانشکده‌ها و حتی در دوره‌های پس از دیپلم ورشته‌های تخصصی از بررسی و مطالعه و آموزش این قسمت از فارماکولوژی، کوتاهی شده است و بر تعجب ما افزوده خواهد شد اگر بیاد آوریم که کوچکترین و کم ارزش‌ترین داروهایی که بی‌بازار عرضه میشود باید از مراحل متعدد کشف و تجزیه و تحلیل و آزمایش‌های لابراتواری بگذرد و وقتی مفید

و بیضرر تشخیص داده شد در دسترس مصرف کنندگان و تجویز کنندگان قرار گیرد، ولی تمام این مراحل درباره ایندارو منحصر به تجربه شخصی خود دارو یعنی پزشک است که باید بتدریج، بامارست و تمرین و طی فرازونشیب‌های متعدد، نحوه مصرف و طرز «تجویز خویشتن» را به بیمار فرا گیرد. اینجاست که بعظمت مسئله و بزرگی غفلت خود و به خصوصاً نقص بزرگ آموزش پزشکی پی‌می‌بریم. و باز برای اینکه با اهمیت موضوع بیشتر واقف شویم باید اضافه کرد که احتیاج به یک چنین آموزشی، که در حقیقت اساس روابط بین پزشک و بیمار یعنی هسته اصلی آموزش پزشکی و بهداشتی را تشکیل میدهد، در عصر ما براتب بیش از پیش احساس میشود. زیرا با صنعتی شدن بیشتر ممالک در حال رشد و هجوم روستائیان به شهرها علاوه بر مسائل درمانی و بهداشتی که از نظر مسکن، شغل، تغذیه و نیازهای اجتماعی دیگر بوجود می‌آید، مسائلی مهمتر در زمینه‌های روانی پیش‌می‌آید که تاکنون سابقه نداشته یا لااقل با اهمیت امروز نبوده است. ریشه اساسی این مشکلات، گسیختگی ارتباط‌های قبلی افراد، بلا تکلیف ماندن آنان در محیطی بمراتب بزرگتر و شلوغ‌تر و احساس تنهایی و «جدائی» است. محرم‌ترین شخصی که میتوان این مشکلات را باوی در میان گذاشت پزشک است، مضافاً بآنکه بسیاری از این افراد که دچار ناراحتی روانی هستند از نشانی‌ها و مظاهر جسمی شکایت دارند و پزشک ماهر و ورزیده‌ای میخواهد که بتواند بر ریشه اصلی آن، که ناملامات روانی باشد پی‌ببرد. و اتفاقاً در همین مراحل اولیه و «غیر عضوی» است که اگر بیماری بموقع تشخیص داده و درمان شود (درمان جسمی یا روانی) آثاری از خود باقی نخواهد گذاشت. اهمیت وظیفه پزشک علاقمند

* دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان

ودلسوز ودل آگاه در همین جاست که اول ماهیت خود و عظمت مقام خود، یعنی فارماکولوژی داروی تجویز شده را بشناسد و پس از آن بیمار و بیماری او، و در مرحله آخرین درمان و پیشگیری آنرا.

تعریف: فارماکولوژی یا داروشناسی: علم تاریخچه، مبدأ، خواص فیزیکی و شیمیایی، اثرات بیوشیمیایی و فیزیولوژیک، مکانیسم اثر (جذب و انتشار و دفع) و خواص درمانی و دیگر خواص داروهاست و چون دارو از نظر معنا شامل کلیه عوامل شیمیایی و بیولوژیک میشود که بر پروتوپلاسم سلول زنده اثر میکند، وسعت علم داروشناسی تا حدودی روشن میشود. ولی مفهوم داروشناسی برای پزشک و دانشجوی پزشکی آنقدر وسیع نیست زیرا وی بیشتر با قسمت از داروشناسی توجه دارد که در امر پیشگیری، تشخیص و با درمان بیماریها یا پیشگیری آستنی مؤثر باشد و یا آن دسته از مواد که در زندگی روزمره انسان، اعم از خوراک، پوشاک، مسکن، شغل و غیره، استعمال می شود و بالقوه ممکنست بر او اثر کند. علم شناسایی مواد خام را فارماکوگنوزی (Pharmacognosy) و علم شناختن خواص فیزیکی و شیمیایی و ترکیبی داروها را داروسازی (Pharmaceutics) یا pharmacy و علم شناختن خواص بیوشیمی و فیزیولوژی و مکانیسم اثرات آنها، اعم از جذب و گسترش و دفع، و بررسی رابطه بین ساختمان دارو و اثرات آنرا علم فارماکودینامی (Pharmacodynamics) نامند که جدیدترین قسمت های علم داروشناسی انسانی است (Human Pharmacology). ولی پزشک باید اطلاعات کافی از فارماکولوژی مقایسه ای نیز داشته باشد، زیرا انجام آزمایش بر انسان، هم از نظر فنی و هم اخلاقی همیشه امکان پذیر نیست، هر چند معمولاً یک قسمت از پژوهش های علم داروشناسی، انسانی است و در حقیقت درمان شناسی را تشکیل میدهد. مرحله بعدی انتخاب دارو برای مقصد معین (پیشگیری و درمان و یا تشخیص) است که انتخاب (Selection) دارویی نامیده میشود و بعد بکار بردن آنست که اساس درمان شناسی یا تراپوتیک بشمار می آید. بالاخره شناختن اثرات سمی داروها، خود مستلزم دانش دیگری است بنام زهرشناسی یا توکسیکولوژی و میتوان زیان های حاصل شده از داروها و عوارض تولید شده را نیز جزو این قسمت دانست.

مراحل مختلف فوق در نمودار زیر ترسیم شده است:

فارماکوگنوزی = شناختن مواد خام دارویی

فارماسوتیکز = علم داروسازی (خواص شیمیایی - فیزیکی و

ترکیبی داروها)

فارماکودینامیک = علم خواص دارویی (بیولوژی - فیزیولوژی و

بیوشیمی داروها)

انسانی

فارماکولوژی حیوانی = علم داروشناسی مقایسه ای

تراپوتیک = درمان شناسی

توکسیکولوژی = زهرشناسی

حال اگر «پزشک» را بعنوان «یک دارو» در نظر بگیریم شناسایی قسمت های زیر مورد نیاز خواهد بود:

- دانستن و شناختن خواص و مشخصات «پزشک» بعنوان «دارو».

- انتخاب پزشک «بعنوان دارو»

- «طرز بکار بردن پزشک» یا پسیکو تراپی

- اثرات سوء استعمال پزشک و عوارض جانبی آن یا بعبارت دیگر «توکسیکولوژی پزشک».

اینک درباره قسمت های فوق الذکر بحث می کنیم.

۱- دانستن و شناختن مشخصات و خواص «پزشک»

تعریف پزشک - تعریفی که سازمان بهداشت جهانی یعنی یک مؤسسه فنی بین المللی از پزشک میکند چنین است:

«شخصی که با موفقیت دوره متوسطه را طی کرده و دوره علوم پزشکی را در یکی از دانشکده ها یا دانشگاه های شناخته شده مملکتی که در آن متوطن است گذرانده و اجازه اشتغال به حرفه پزشکی مستقل بدون نیاز به قیمومت و نظارت را بدست آورده باشد».

مقصود از حرفه پزشکی نه فقط اشتغال به درمان بیماران است که طب درمانی را تشکیل میدهد بلکه طب پیشگیری و بهداشت و حتی اخیراً طب «پیش بینی و اکتشافی» یعنی کشف بیماریها را در دوره کمون، یا تشخیص قبل از پیدایش علائم را نیز شامل میشود. اهمیت دورشته اخیراً اگر از طب اصلی یعنی طب درمانی بیشتر نباشد کمتر نخواهد بود. طب پیش بینی و اکتشافی مخصوصاً در سالهای اخیر که موضوع بیمه همگانی شایع تر شده اهمیت بیشتر یافته است.

تشخیص وظیفه پزشک و قوانینی که بر آن حاکم است با توجه به تعریف فوق تا حدودی آسان است و همیشه بر حسب مقتضیات زمانی و مکانی و اجتماعی، پزشک وظایفی داشته که شناختن آنها را بنام «علم اخلاق پزشکی» یا Deontologie Medicale یا Morale Medicale یا Ethics Medical نامند، ولی در همه موارد، بعلت اهمیت وظیفه پزشک، نکاتی وجود دارد که تقریباً متفق علیه همه مکتبها و عصرها بوده است و ما در اینجا برای مقایسه، یک نمونه از قوانین اخلاق پزشکی را در قدیم، از کتاب

پنجم- آنکه حرص باشد بر معالجه و تدبیر بیماران و تحقیق بیماریها و داروها چه قدیم و چه نو، چه مفرد چه مرکب، و معرفت اینها بمشاهده و تجربه، و اکثر مشغول بمطالعه کتب و فهم و حفظ گفته‌های پیشینیان و معاصرین و مجربین و شرکت در جایگاه عمل و بیمارستانها و مواضعی که بیماران بسیار باشند (درمانگاههای عمومی) و غذا کره و مشورت با استادان حاذق و اطباء ماهر نمایند و اگر سخن حقی و دلیل صدقی که خوانده‌اند از ایشان بشنود بحسن قبول، اذعان نماید و ممنون گردد و همچنین اگر بغلط باشد و یا بسهوا از او صادر گشته و یادگیری او را متنبه گرداند، متنبه گردد و باز آید و اصرار بر غلط و سهو خود نکند که علامت جهل مرکب است.

ششم- آنکه اگر کسی سخن ضعیف و یا سخیف و یا باطل گوید بر او صریحاً انکار ننماید و رد مطلق نکند و او را خجل و شرمنده نگرداند و معارض نشود خصوصاً در مجمع، بلکه حتی المقدور محملی نیکو و توجیهی شایسته برای آن نماید و بملاطمت بحسن کلام گوید «آنچه میفرمایند شاید قول بعضی باشد و یا در وقتی یا مزاجی و یا حالتی خاص، نه قول جمهور و عام و لکن در این محل و موقع چنین باید و یحتمل که این بهتر باشد.»

هفتم- آنکه چون بنزد بیماری رود یا بیماری نزد وی آید و رجوع بدو آورد و قبل از آن طبیبی حاذق و ماهر تر از او متوجه معالجه او بوده و تدابیر او همه پسندیده بوده خصوص آنکه رو به صحت آورده باشد، بلطف کلام و بشاشت تمام باو گوید «دست از معالجه او نباید برداشت که آواز من بهتر است بلکه رجوع به همان باید داشت و انشاء الله عنقریب صحت تام حاصل خواهد گشت.»

هشتم- آنکه چون بیند که طبیبی متوجه معالجه مریضی است و او بر خطاست و رأی صائب ندارد در خلوت و غایبانه او بمریض و یا اولیاء و پرستارانش اظهار نماید که او بر خطا و غلط است به طبیب دیگر رجوع نماید.

نهم- اگر مریض بدو رجوع آورد و او را معتقد بخود نداند و متزلزل و دودل و مایل بدیگری بیند، و یا آنکه سخن ناشنو و ناپرهیز باشد که آنچه گوید بخلاف آن بعمل آورد از او و یا از اولیاء و پرستاران او عذر بخواهد و گوید «طبیب دیگر رجوع باید آورده» و اگر بنا بر بعضی جهات قبول ننماید، لابد گوید مضایقه ندارم و منم شریک خواهم بود و بتدریج دست بکشد و یا بنا بر مصلحت تمارض نماید و خود را بد نام نکند.

دهم- آنکه چون مریض بدو رجوع آورد و او را انواع تدابیر نماید رو بصحت نیاورد و بطول انجامد بحسن خلق و گشاده‌روئی از او و یا اولیاء و پرستاران او عذر خواهی نماید و گوید «شاید شفای ایشان مقدر بدست دیگری باشد». یک دو روزی بر طبیعت واگذارند و تدبیری

خلاصه الحکمه تألیف محمد حسین بن محمد هادی عقیلی که بسال ۱۸۵ هجری، ذکر کرده و پس از آن مقررات بین المللی اخلاق پزشکی را که در سومین مجمع عمومی پزشکی جهانی در اکتبر ۱۹۴۹ در لندن (انگلستان) بتصویب رسیده یاد آور می‌شویم و در پایان نمونه‌هایی از سوگند نامه منسوب به بقراط و سوگند نامه ژنو را که مورد قبول مجمع عمومی انجمن جهانی پزشکی ژنو (سوئیس) در سپتامبر ۱۹۴۸ قرار گرفته است، می‌آوریم تا برای همگان یاد آوری باشد.

اخلاق پزشکی از خلاصه الحکمه - از جمله آداب و اخلاق طبیب بیست و دو امر است که در زیر خلاصه آنرا با تغییر مختصری در انشاء عبارات بطوریکه مفهوم همگان باشد می‌آوریم:

اول- آنکه در هنگام معالجه خود را در میان نه بیند و شافی حق را داند و بیند... و معلم و استاد خود را بستاید و شکر احسان او نماید... و باید هر کس که سخن نیکو و امری پسندیده بیان نماید و یا غلط یا خطائی از او صادر گردد یا اظهار کند بلا تأمل در رد و انکار او در نیاید و معارض با کسی نگردد خواه حق باشد یا باطل و بد گوئی و زشت گوئی از طبیب دیگر نکند و خطای دیگران را مایه افتخار و عزت خود نشمارد بلکه مایه تنبه و هشاری خودداند که خود چنین تدابیر ننماید.

دوم- آنکه باید بحسن خلق و بشاشت و لطف کلام احوال پرس بیماران باشد و اگر تکرار یا سوء تدبیری نمایند بزودی از جا در نیاید و غضب نکند و از خود نرنجاند و سخنی نگوید که باعث نومیدی ایشان گردد بلکه بالطف و مدارا مکرر سخن آنها را بشنود و بعنوان نصیحت و موعظه ایشانرا از ناپرهیزی و سوء تدبیر بازدارد و بگوید «زحمت و مشقت چند روزی را برای صحت و تندرستی دایمی باید اختیار نمود که این سهل است و آن دشوار».

سوم- آنکه نگاهدارنده اسرار بیماران باشد و راز بیماری آنها را خصوصاً بر کسانی که نخواهند ایشان مطلع گردند فاش نسازد زیرا که بسا بیماریهاست که پدر از پسر و پسر از پدر و برادر از برادر و همشیره از همشیره و زن از شوهر و شوهر از زن که نزدیکتر از ایشان بهمدیگر کسی نیست مخفی میدارد چه جای دور - دستان.

چهارم- آنکه چون کسی به بیماری مسری مانند آتشک و جرب و جذام و امثال اینها بسبب معاشرت و مباشرت با صاحبان آن امراض مبتلا گردد آنها را تشیع بدان ننماید بلکه به حسن خلق مداوا نماید و بعد از صحت بعنوان نصیحت منع نماید که دیگر به امثال چنین کسان مباشرت و مجالست ننمایند.

وخوشنودی و نیاز خود هدیه برای او آورند برای خاطر ایشان قبول نماید و رد نکنند و اگر بنا بر پاس خاطر و بعضی جهات بمنوان هدیه چیزی برای او آورند و احساس کند که خود هدیه کنندگان بدان چیز تعلق خاطر دارند و باطناً کراهت دارند باید قبول نماید و عذر بخواهد.

نوزدهم - متوجه معالجه هر مریض از کار رفته تخته مشق اطباء و ماجرین گشته، نگردد هر چند ایشان ابرام نمایند او مبالغه در عذرخواهی نماید و خود را بدنام و ذلیل و حقیر نگرداند.

بیستم - پرگو و پرخوار و مشغول تلذذ و تعیش و تنعم و هزل و لطیفه گوئی و نوشیدن شراب و سایر مسکرات و ارتکاب مناهی نباشد و نظر حرام بر محارم نیندازد بلکه همه را اطفال و برادر و مادر و خواهر خود داند و بیند و ذکر منافع و فواید آنها و مدح پر خوری و اختلاط اغذیه و اشر به و ناپرهیزی را نزد مردم خصوص بیمار بهانهجویی رخصت طلب ننماید و باب این کارها را بر آنها نگشاید. بی مناسبت نیست اگر مختصری درباره آدابی که بیمار مراجعه کننده به پزشک باید رعایت کند اقتباس از همان کتاب بیاوریم: در بیان آداب و شرایط و اخلاق بیماری که برای درمان به پزشک مراجعه میکند و آن پنج است:

- آنکه باید طلب نماید و اختیار کند طبیعی را که متصف باوصاف و اخلاق پیش گفته کلا یا بعضاً باشد و اعتماد بدان داشته باشد و اگر چنین کسی در بلاد او یافت نشود که هم عامل و هم عالم هر دو باشد ناچار اختیار نماید طبیعی را که عالم باشد گرچه در عمل قاصر یا تارک بود، زیرا که بر عامل بی علم چندان اعتمادی نیست و عالم دیده و دانسته در همه وقت و حال و مرض داروهای مضر و سمی یا مجهول الاثر استعمال نخواهد نمود.

- آنکه چون رجوع به طبیعی آورد باید که خود را به تمامی بدو سپارد و بکل دست از اراده و اختیار و خواهش خود بردارد و آنچه او گوید بعمل آورد و آنچه کند قبول نماید و چون و چرا نکوید. - آنکه باید بداند و معتقد باشد که بهتر از او طبیعی نیست و احیاناً اگر مرض او در بین معالجه شدت یابد و یا بطول انجامد متفکر و مشکوک نگردد که رجوع به طبیعی دیگر آورد و هم چنین خود را تخته مشق اطباء و ماجرین سازد.

- آنکه باطیب به حسن خلق و ادب و حرمت و ملائمت تکلم و معاشرت نماید و با او خشونت و سخن رکیک نکوید و اگر از او منقطع گردد و به طبیعی دیگر رجوع آورد از او بد گوئی و مذمت ننماید هر چند او بر خطا و غلط بوده و رأی سائب نداشته.

- اگر برای طیب معالج خود تحفه و هدیه آورد باید که موافق ولایق او آورد و آنرا حقیر شمارد و قریبی و غزلی بر آن قرار ندهد و اگر قبول نماید بر او منت نگذارد و سرزنش نکند و مایه تفاخر

نکنند پس بطیب دیگر که طبیعت خود راغب و مایل باو یابد و یا آنکه استخاره بنام او خوب آید و اگر خود طیبی ماهر تر در معالجه و حاذق تر داند و بیند گوید بدو رجوع نماید و بالجمله لجاجت در معالجه ننماید و کار او را تباه نسازد.

یازدهم - آنکه در امر درمان تعصب روا ندارد و بر حسب سن و فصل و مکان و زمان و نوع بیماری بمداوا مشغول شود و همیشه از داروهای ساده و کم ضرر شروع کند سپس بداروهای قوی یا مرکب و اختلاط چند دارو بپردازد.

دوازدهم - آنکه ایستادگی بیش از حد در یک نوع دارو ننماید بطوریکه طبیعت با آن انس گیرد و اثرات دارو ضعیف شود بلکه اگر پس از چندی دارو اثر نکرد آنرا تغییر دهد.

سیزدهم - آنکه چون چند مرض باهم مجتمع گردند ابتدا نماید بدرمان مرض اصلی که سبب مرض دیگر است و بعد بعوارض بیماری یا بیماریهای فرعی پردازد.

چهاردهم - مداومت بر غلط ننماید و ترک و گریز از صواب جهت تأخیر اثر آن هر دو ننماید زیرا ممکن است تسکین یا بهبود بیماری ظاهری یا موقتی باشد و یا اثر دارو دیر ظاهر شود و پزشک بغلط خیال کند که در صورت اول، بیماری در اثر مداوای او بهبود یافته و در صورت دوم دارو موثر نبوده است.

پانزدهم - دوائی زیان بخش و کشنده و قاتل جنین و یا مفسد بعضی اعضاء مانند چشم و گوش، و مضعف بعضی قوا مانند ادراکات دماغی و بقاء و امثال آنها، هرگز استعمال ننماید و دایم در پی رساندن خیر و نفع باشد نه فساد و ضرر زیرا که «طیب خادم طبیعت است و طبیعت مدبر و مصلح و حافظ بدن نه مفسد و مهلك و غافل از آن» مگر آنکه انحرافی در آن پدید آید.

شانزدهم - آنکه بخیل نباشد و بخل نوزد در آموختن علم طب و مداوای بیماران بلکه حریص بر آن باشد و شفیق بر شاگردان و مریضان و متفقد و متفحص و متجسس احوال ایشان، و دایم در تدبیر اصلاح و ترقی ایشان در تعلیم و امر خوراکها و آشامیدنیها و داروها و غیرها، و دلتنگی نکند و فرق میان ملوک و مملوک و اغنیا و فقرا و متمولین و مساکین نگذارد و متکبر و فخر کننده نباشد بر امثال و اقران خود و بنظر حقارت بر کسی ننگرد هر چند فقیر و بی زبان باشد بلکه توجه و تفقد بر ایشان زیاده کند.

هفدهم - آنکه منت ننهد بر شاگردان و بیماران بلکه بر خود منت نهاد که برای پیش برد کار و صنعت خود از آنان استفاده میکند. هیجدهم - قانع و شاکر و راضی و سخی و عالی عمت باشد و طامع و حریص و مولع و بخیل نباشد و طمع بر مال و منال شاگردان و بیماران ننماید و طلب از ایشان نکند و اگر بطوع و رغبت

پزشک مجاز نیست درباره خدمات پیش‌گیری و تشخیص یا درمان هیچ‌گونه نظر مشورتی بدهد یا عمل اجرائی بعهده بگیرد که نفع مستقیم بیمار در آن نباشد بویژه اگر با ابراز این نظر یا اجرای آن دستور، مقاومت بدنی یا روانی یک موجود انسانی ضعیف شود مگر اینکه از نظر درمانی بسود بیمار تمام گردد.

پزشک باید با احتیاط کامل و نه بمنظور کسب شهرت یا حیثیت دروغین، از اکتشافات جدیدی که در امور درمانی انجام می‌گیرد استفاده نماید و مادام که ارزش حقیقی آنها مسلم نشده نباید آنها را بکار برد.

پزشک فقط اموری را که خود شاهد بوده و صحت آنها را دریافته است میتواند گواهی کند.

دوم - وظائف پزشکان درباره بیماران خود:

پزشک باید همیشه اصل «حفظ حیات» انسانی را در نظر داشته باشد.

پزشک باید تمام وسائل و اطلاعات دانش پزشکی خویش را همراه با فداکاری لازم در اختیار بیمار قرار دهد و اگر احساس کرد که تشخیص یک بیماری یا یک وسیله درمانی مشخصی از حدود توانایی و دسترس او خارج است باید همکاری دیگری را که در این قسمت بر او رجحان دارد به بیمار و کسان او معرفی کند.

پزشک باید مطلقاً راز بیمار خویش را نگاه‌دارد خواه آن قسمت که بیمار مستقیماً در اختیار او گذاشته یا خود از راه‌های دیگر بدست آورده است.

پزشک باید در موارد فوری و ضرور از راه انسانی و نوع دوستی خدمات ممکن را نسبت به بیمار انجام دهد. فقط وقتی مطمئن شد که پزشک مناسب دیگری هست که ممکن است این خدمات را انجام دهد میتواند خود را کنار بکشد.

پزشک باید همکاران خود را، بهمان نحو که از آنها انتظار دارد درمان و مواظبت کند.

پزشک باید از هر گونه «جلب انحرافی مشتریان همکاران دیگر خود» پرهیز کند و بطور کلی از هر عملی که از نظر مادی یا حیثیتی و اخلاقی به همکاران او زیان میرساند اجتناب ورزد. پزشک باید کلیه اصولی را که در «سوگندنامه ژنو» مورد تصویب «انجمن پزشکی جهانی» قرار گرفته رعایت نماید.

سوگندنامه ژنو

سوگندنامه ژنو که در مجمع عمومی انجمن پزشکی جهانی در شهر ژنو (سویس) در سپتامبر ۱۹۴۸ بتصویب رسیده بشرح زیر است: در اینموقع که در شمار اعضاء حرفه پزشکی پذیرفته می‌شوم؛

و تکبر خود و مذمت و حقارت او نسازد بلکه بر خود منت نهد که او قبول نمود و دست رد بر او نگذاشت زیرا که او محنت کشیده و تشویش نموده و کسی که معالج کسی است او میدانند که بر او چه می‌گذرد نه دیگری بالجمله مادام که او بریض است گویا خود او مریض است بخصوص در بیماری‌های سخت و حاد که واسطه تندرستی او شده و او را از قید و بند بیمارها رهائی داده بخصوص اگر ممتول و توانگر باشد و طبیب بسبب توجه و اشتغال به تحصیل علم و عمل و معالجه از اشتغال به کسب و تحصیل معیشت خود و عیال خود بازمانده و تنگدست باشد زیرا که از یک کس دو کار نیاید. دیگر آنکه باصحت و تندرستی هیچ چیز برابری نمی‌کند چنانکه گفته‌اند:

چرا نالد کسی از تنگدستی که گنج بقیاس است تندرستی و بعد صحت و شفا همیشه تعظیم و حرمت پزشک را در مجالس و غیرها مرعی دارد و او را نرنجانند که گفته‌اند:

«چو به گشتی طبیب از خود می‌آزار

چراغ از بهر تاریکی نگه‌دار»

مجموعه قوانین بین‌المللی اخلاق پزشکی

رئوس قوانین بین‌المللی اخلاق پزشکی که در سومین مجمع عمومی انجمن پزشکی جهانی در لندن (انگلستان) در اکتبر ۱۹۴۹ بتصویب رسیده بقرار زیر است:

اول - تکالیف عمومی:

پزشک باید در چهارچوب رسالت انسانی و اجتماعی خود همیشه از نظر اخلاقی سرمشق و نمونه باشد و مقررات حرفه خویش را رعایت کند.

پزشک هیچگاه نباید اعمال پزشکی را منحصرأ برای جلب نفع شخصی خویش انجام دهد.

اعمال زیر برخلاف حیثیت و شئون پزشکی است:

الف - کلیه تبلیغات و اعلانات در مجلات یا وسائل ارتباطی دیگر مگر آنقسمت که طبق مقررات و قوانین اخلاق پزشکی ملی اجازه داده شده باشد.

ب - هر گونه همکاری در امر مقاطعه یا شرکت و سهم داری در مؤسساتی که پزشک نتواند از نظر حرفه پزشکی مستقلاً و آزادانه انجام وظیفه کند یا تصمیم بگیرد.

پ - قبول دستمزد یا وجوه دیگری از بیمار یا مؤسسات برای خدماتی که طبق قانون انجام نگرفته و یا با خدمت انجام یافته متناسب نبوده باشد و مخصوصاً قبول هر گونه وجوه «دلالی یا کمسیون» از هر کس و بهر عنوان.

ویکایک آن مراحل را بررسی نموده اشکالات آنرا جستجو کرده حتی المقدور در رفع آنها کوشید.

این مراحل را در قسمتهای زیر میتوان خلاصه و بحث کرد:

- احساس احتیاج بیمار به پزشک.
- خصوصیات و مشخصات نوع کالای مورد نیاز.
- یافتن فروشنده مناسب کالای مزبور.
- انجام دادن معامله.

موضوع اول- احساس احتیاج بیمار به پزشک

- از موضوع اول بازبر میگردیم به سؤال اول خود که چرا بیمار به پزشک مراجعه میکند؟

سعی کنیم از روی کمال بی نظری بدان پاسخ گوئیم. بنظر مادریست است که مهمترین علت مراجعه بیمار به پزشک احساس نوعی کسالت یا انحراف از حالت طبیعی است که خود حس میکند یا اطرافیان و بر او متوجه آن میسازند، و برای مرتفع ساختن آنست که نزد پزشک میرود. ولی همیشه چنین نیست و تجربه صحت نظر به ما را ثابت کرده است که عامل دیگری نیز بیمار را نزد پزشک میکشاند و آن نیاز روحی بیمار به انسانی دیگر بنام پزشک است که ویرا فردی مطلع و مورد اعتماد دانسته بیشتر از هر کس دیگر «محرم اسرار» و شاید درک کننده مشکل خویش می پندارد یعنی باصطلاح برای «درد دل کردن» و یافتن شخص «حل کننده مشکل» خویش به او مراجعه میکند.

بعبارت دیگر بیمار به چند علت زیر نزد پزشک می رود:

- «درمان بیماری یا ناراحتی» خویش.
- اطلاع بر تشخیص بیماری خود و یادداشتن «نام» بیماری خویش.
- «درد دل» کردن و یافتن چاره برای «مشکل» خویش.
- علل روانی مانند «تحمیل عقیده خود» و رفع عیش «برتری طلبی» نسبت به پزشک که نماینده و مظهر «قدرت و اختیار» شمرده میشود یا جانشین کردن بیماری جسمی بجای ناراحتی روحی.

موضوع دوم - مشخصات نوع کالای مورد نیاز

مسلم است کالای مورد نیاز که بیمار برای خرید آن به پزشک مراجعه میکند باز یافتن «سلامت» و شفا یافتن یا «درمان شدن است» خواه این بیماری واقعاً «بیماری» باشد خواه فقط «کسالت و ناراحتی»، خواه جسمی باشد و خواه روانی. و ما میدانیم که بین ۱۰ تا ۱۵ درصد کلیه بیمارانی که بیک پزشک عمومی مراجعه میکنند هیچگونه عیب جسمی واضح ندارند و بیش از نیمی از آنان نیز اصولاً ناراحتی روانی دارند که با مظاهر جسمی خود نمائی و یا ناراحتی های جسمی را تشدید کرده یا «رنگ» خاص بدان داده است و فقط عده قلیلی هستند که منحصرأ عارضه آنان جسمی است و این امر حتی

«من» مؤکداً تعهد میکنم که زندگی خویش را وقف خدمت بنی نوع بشر قرار دهم.

«من» احترام و حق شناسی خود را نسبت به استادان خویش که اصول این حرفه را بمن آموختند همواره نگاه خواهم داشت.

«من» هنر خویش را با وجدان و شرافت بکار خواهم برد.

«من» سلامت بیمار خویش را اولین وجهه همت خود قرار میدهم.

«من» راز کسی را که مرا محرم اسرار خود دانسته همواره نگاه خواهم داشت.

«من» باتمام توانائی و امکانات خود در حفظ شرافت و حیثیت حرفه پزشکی خواهم کوشید.

همکاران «من» برادران من خواهند بود.

«من» اجازه نخواهم داد ملاحظات مذهبی، ملی، نژادی، حزبی و طبقات اجتماعی در وظیفه من نسبت به بیمارم دخالت داده شود.

«من» احترام کامل خویشتن را به حفظ حیات انسان از بدو انقراض نطفه وی همواره نگاه خواهم داشت و حتی با وجود تهدید و شکنجه

اطلاعات پزشکی خود را علیه قوانین انسانی بکار نخواهم برد.

«من» این تعهدات را با کمال توانائی و با استقلال و آزادی کامل و با شرافت خود قبول میکنم.

۲- انتخاب پزشک

چرا بیمار به پزشک مراجعه میکند؟

البته ساده ترین جوابی که میتوان باین سؤال ظاهرأ واضح داد آنستکه بیمار برای بهبود کسالت یا ناراحتی و بیماری خود به پزشک مراجعه میکند یعنی بعبارت دیگر اگر بخواهیم این عمل را یک نوع «معامله» تلقی کنیم باید کلیه اصول «معاملات» را در نظر بگیریم و میدانیم که برای اینکه یک معامله «بخوبی» و «موافق میل خریدار» انجام گیرد مراحلی باید طی کند و شرائطی را دارا باشد که در زیر نام میبریم:

- خریدار احتیاج به خرید جنس را در خود حس کند.
- مشخصات و خصوصیات آن جنس را دقیقاً تعیین کند.
- بیازار رفته و هر جنسی را که نزدیکتر یا شبیه تر به «جنس دلخواه» او است و احتیاج او را بهتر و آسانتر و ارزانتر رفع میسازد انتخاب کند.
- پس از مکالمه و مصاحبه با فروشنده، هر جنس را که بیشتر «پسندید» و با فروشنده «توافق» بعمل آورد خریداری خواهد کرد.

حال اگر بخواهیم همین مراحل را درباره روابط بیمار و پزشک بکار ببریم باید بجای «خریدار» کلمه «بیمار» و بجای «کالای مورد نیاز» «سلامت یا رفع کسالت» و بجای فروشنده «پزشک» را گذاشت

هم بیمار وهم پزشک بدان واقف باشند .

موضوع سوم و چهارم - یافتن فروشنده مناسب و انجام دادن معامله بایک نظر سطحی میتوان دریافت که مناسبترین فروشنده کالا ، که یک شخص نیازمند و دارنده کمبود جسمی یاروانی که بنام «بیمار» خوانده میشود ، بدان احتیاج دارد ، شخص «پزشک» است زیرا اگر چه بسیاری از ناملازمات و ناراحتی‌های روانی را غیر پزشکان نیز میتوانند با تدابیر خاص شفا دهند و بهبود بخشند ولی چون هم‌افزود که گفتیم جدا کردن اختلالات جسمی از روانی آسان نیست و طبق عرف و قانون تنها فرد صالحی که مسئول درمان اختلالات جسمی مردم است «پزشک» میباشد ، بنابراین شایسته‌ترین فرد که میتواند همه نیاز بیمار را برآورده سازد ، نیز پزشک خواهد بود و بهمین جهت است که بیماران نه فقط برای درمان بیماری یا ناراحتی خویش به پزشک مراجعه میکنند بلکه اکثراً درد دل خود را نیز که برای هیچکس افشا نمیکند در برابر پزشک مورد اعتماد خویش آشکار میسازند و در بسیاری از موارد ، پزشک خانوادگی در همه شئون اجتماعی مستشار خانواده بشمار میرود و متأسفیم یادآور شویم که در عصر جدید یعنی عصر «شکستن سنت‌های دیرین» این سنت گرانقدر نیز رفته رفته متروک شده و بدست فراموشی سپرده میشود و حال آنکه جادارد بیشتر از پیش تقویت شود و لازمست اضافه کنیم که در این «شکستگی» و تخریب همانقدر که مردم مقصرند پزشکان نیز تقصیر دارند زیرا جنبه روحانیت پزشکی از دو طرف مورد هجوم و حمله قرار گرفته است ، هم از طرف اجتماع وهم از طرف پزشکان .

حال به بینیم بیمار چه پزشکی را برای خرید کالای مورد نیاز خود یعنی «جبران کمبود جسمی یاروحی» خود انتخاب میکند . جواب این سؤال گمان نمیکند مشکل باشد زیرا مسلم است که بیمار آن پزشکی را انتخاب میکند که بهتر و سهلتر انتظارات او را برآورد و کمبود او را جبران کند . منتها وجه مشترکی که درین علل پیش گفته وجود دارد انتخاب «خود پزشک» است بعنوان «شفا دهنده» یا وسیله «درمان» و عبارت دیگر «دارو» ، و فلسفه این کار نیز کاملاً واضح است زیرا درامر «درمان» روابط پزشک و بیمار یعنی روابط بین «دوانسان» مطرح است که هر دو از جسم و روان تشکیل شده‌اند و هر دو در برخورد بسایکدیگر نسبت بهم واکنش نشان خواهند داد و همانطور که در هر معامله‌ای خریدار قبلاً درباره مشخصات و نوع کالا و فروشنده و شرایط دیگر معامله تحقیق و کسب اطلاع میکند ، درباره «پزشک» نیز که فروشنده کالای «سلامت» است ، صد چندان حق دارد تحقیق و موشکافی کند زیرا اگر آنها ترین دارائی خود یعنی «وجود» خود را باید

درباره بیماریهای باصطلاح «بیرونی» «جراحی» و حتی «حوادث» نیز صادق است - چرا چنین نباشد؟ و حال آنکه میدانیم که انسان از ترکیب جسم و روان ساخته شده و روان انسان بوسیله شبکه‌های عصبی و روابط نوروهومورال با کوچکترین واحدهای سازمانی بدن ، یعنی سلول‌ها ، صمیمانه ارتباط دارد و هیچگاه نمیتوان ایندورا از هم جدا دانست زیرا هم روان بر طرز کار سلول و واکنش آن اثر دارد وهم اثرات حاصل از فعالیت طبیعی یا غیر طبیعی سلول بر اعصاب و روان مؤثر است . از همین رو است که یک عامل «بیماری» - زای مخصوص «اگر در بدن اشخاص مختلف با ساختمان جسمی و روحی مختلف و تحت شرایط محیطی مختلف وارد شود درست است که یک بیماری» بوجود می‌آورد اما نشانه‌های آن بیماری و حتی عوارض آن در اشخاص مختلف مزبور متفاوت خواهد بود و ما نمیتوانیم مانند سابق عده‌ای از بیماریها را بنام «ارگانیک» یا «عضوی» و عده‌ای دیگر را «فونکسیونل» یا «غیر عضوی» بدانیم زیرا هم عضو مختل وظیفه‌اش مختل میشود وهم وظیفه مختل مربوط به عیبی در سازمان است ، خواه ما بتوانیم آنرا کشف کرده بشناسیم و خواه نتوانیم ، یا اطلاعات یا وسائل مانارسا باشد کما اینکه مطالعات دانشمندان اخیر ، مخصوصاً در اتحاد جماهیر شوروی ، باین نتیجه رسیده است که در بسیاری از بیماریهای که ما بنام «فونکسیونل» مینامیم در سطح سلولی و ملکولی تغییرات بیوشیمیائی و هیستوپاتولوژیک بسیار دقیق بوجود می‌آید که شناختن آنها نیاز به وسائل آزمایشگاهی جدید دارد و تقریباً محال است اختلالی در بدن انسان پدید آید یا انسان اختلالی در خود حس کند و هیچگونه ریشه عضوی «بمعنای اصلی آن» نداشته باشد منتها دانش ما و وسائل پژوهشی و تشخیصی مانارسا است .

بنابراین اگر این اصل مسلم را قبول کنیم که جدا کردن روان یا Psychea از تن یا Soma عملاً امکان پذیر نیست باید بپذیریم که اکثر اوقات ، آن «رنگ» بیماری است که ما به الامتیاز یک بیماری در «بیماران» مختلف - با خصوصیات جسمی مشابه ولی روانی متفاوت - می‌گردد و اتفاقاً «رنگ» است که بیمار را بسوی پزشک میکشاند و پزشک هم اجباراً از پس همین «رنگ» است که در ابتدا با بیمار برخورد میکند . و نیز آنچه بیمار برای آن به پزشک مراجعه کرده همین حالت غیر طبیعی «رنگین» است . و همانطور که در بحث موضوع اول آوردیم ، نوع کالا تابع نوع احتیاج خواهد بود و همه آنها دارای یک وجه مشترک است و آن احساس کمبود (جسمی یاروانی) و «نیاز به برطرف ساختن آن» میباشد پس عبارت دیگر کالای مورد نیاز همین کمبود جسمی و روانی است و همان اصل اول کشانده شدن بیمار بسوی پزشک است که باید

دراختیار وی بگذارد و این کار آسانی نیست.

اگر نظری به اطلاق انتظار پزشکان بیان‌دازیم میتوانیم بخوبی از روی چهره‌ها و وضع اکثر منتظرین، پی‌بروحیه و وضع پزشک ببریم زیرا معمولاً در بر خورد پزشک و بیمار و کنش و واکنش‌هایی که ایجاد میشود بیمار بالاخره آن پزشکی را انتخاب میکند که ویرانست بخود «سازگارتر» و مفیدتر و قابل اعتمادتر تشخیص داده باشد و مقصود از «سازگاری» در اینجا «سازش‌کاری» نیست بلکه رفع‌کننده احتیاج بیمار و جبران‌کننده کمبود روحی او است، خواه این کمبود، جسمی یا روحی یا هر دو گانه و یا منحصرأ کسب اطلاع و چگونگی باشد.

مردم چه پزشکی را انتخاب میکنند؟ یا بعبارت دیگر شرایط انتخاب شوندگان چیست؟

شرایط پزشک خوب بودن و وظائف پزشک را در قسمت اول شرح دادیم، در اینجا به بینیم مردم چگونه پزشکی را انتخاب میکنند و چه شرایطی برای او قائلند. شرایط مزبور از اینقرار است:

- داشتن علاقه به شغل و حرفه پزشکی و مخصوصاً علاقه به «بیمار».
- داشتن صبر و حوصله برای گوش دادن به بیانات بیمار.
- صرف وقت کردن و پرداختن به بیمار.
- مؤثر بودن معالجات وی.
- کافی بودن معلومات پزشک.
- متانت و وقار و وجود «هاله‌های ناشناخته» در پزشک. یعنی خیلی دم دست نبودن و روحانیت وی.
- حسن سلوک و خوشروئی.
- اعتقاد به آنچه میگوید و مینویسد و عمل به علم خود.
- درست درآمدن تشخیص.
- درست درآمدن پیشگویی.
- حسن شهرت پزشک.

حال اگر نظری به فهرست بالا بیان‌دازیم بخوبی درمی‌یابیم که از بین یازده شرط ذکر شده فقط دو تای آنها یعنی «معلومات پزشک و درست تشخیص دادن او کسب کردنی است و در دانشکده آموخته میشود، بقیه آنها مربوط به ساختمان روحی و اخلاقی و اجتماعی شخص پزشک است که عده‌ای از آنها نیز مزاجی و ساختمانی و فطری است و به شخصیت یا باصطلاح روان‌شناسی به «Personality» پزشک مربوط میشود و بقیه تابع فرهنگ و نوع پرورش پزشک و سنت‌های اجتماعی است که آنها را نیز میتوان با تمرین و ممارست تغییر داد. ملاحظه میکنیم که محور قسمت اعظم این خصوصیات بر روابط «انسانی» بین دو فرد اجتماع که یکی بنام پزشک و دیگری

بنام بیمار خوانده میشود دور میزند و همانست که موضوع اساسی بحث قسمت ۳ و ۴ ما را تشکیل میدهد.

۳-۴ - طرز بکار بردن پزشک و اثرات جانبی آن (روابط پزشک و بیمار)

بزرگترین پدیده‌ای که اساس «رسالت پزشک» را تشکیل میدهد شناخت طرز رفتار پزشک با بیمار و بعبارت دیگر شناخت «شخصیت» خوبش است و شگفت آنست که معمولاً خود پزشک آخرین فردی است که از خصوصیات و مشخصات شخصی خود باخبر میشود و معایب و محاسن خود را درک میکند و این امر شاید بدین دلیل باشد که پزشک معمولاً عقیده‌ای راسخ دارد که تنها کسی که از تمام حالات و کیفیات زندگی بیمار اطلاع دارد اوست و هم اوست که باید طرز رفتار و کردار و زندگی بیمار را تعیین کند و باز خود را واجد رسالتی مقدس میداند که همه بیماران جاهل و بی‌عقیده خویش را بآن چیزی که خود معتقد است هدایت کند و این عقیده کم و بیش در همه پزشکان آگاهانه یا ناآگاهانه، آشکار یا پنهان، وجود دارد. شاید این عقیده ریشه تاریخی داشته باشد و به زمانی برگردد که امر طبابت برعهده جادوگران، کاهنان، برهمنان یا روحانیان بود و پزشک را نماینده خدا میدانستند و هنوز هم بقایای آن اعتقاد به روحانی بودن امر پزشکی در بین مردم رایج است و شاید تا حدودی نیز صحیح باشد زیرا در امر روابط پزشک و بیمار آنچه اساس است، اعتقاد و ایمان متقابل دو فرد بیکدیگر میباشد و میدانیم که برای حسن جریان هر «معامله» این اعتقاد لازم است و در این معامله که پای عزیزترین دارائی شخص یعنی «جان» او در میان است لازم‌تر خواهد بود. وجود این اعتقاد مستلزم وجود برقراری يك نوع رابطه صمیمی روانی میباشد و همان است که بدان جنبه «روحانی» خواهد داد. ماضن اینکه لزوم يك چنین رابطه‌ای را تأیید میکنیم لازم میدانیم حدود و نحوه استفاده و بکار انداختن این «رسالت» را تعیین کرده مسائلی را که ممکنست در این باره پیش آید مطرح سازیم. مسلم است این مسائل که بذکرشما ای از آنها میپردازیم، فقط نمونه‌هایی شایع از مشکلات اجرای این رسالت است و تعداد آنها با اندازه تعداد پزشک و بیمار متعدد و متفاوت است، زیرا هر پزشک برای هر بیمار و بالعکس «مسئله‌ای» خاص بوجود می‌آورد.

الف - جائیکه هم وظیفه پزشکی و هم وظیفه اخلاقی در کار است، بدن نیست برای نمونه بمندرجات یکی از سمینارهایی که در «تاویستوک کلینیک» لندن برگزار شده است توجه کنیم:

در یکی از جلسات این سمینار، پزشکی اینموضوع را مطرح کرد که «روزی دختری از بیمارانم که مخصوصاً خود را آراسته بود بمطب من آمد و از من تقاضای گواهی دو هفته مرخصی اضافی کرد

من در ضمن يك صحبتم در كننگره جراحان مكتب عدل گفته ام
حس شفقت انسانی را در او بر نخواهد انگيخت و تدابیر علاجی
مؤثر را که باید از يك فکر آزاد و احساس شخصیت و مسئولیت
وجدانی و رأفت و حسن نیت ذاتی و اکتسابی سرچشمه بگیرد باو
الهام نخواهد نمود و بعبارت دیگر هیچ اعمال نفوذی مانند وجدان
و شرافت خود طبیب کار نخواهد کرد. باید بطیب امکان داد و
کمکش کرد که وظیفه و کارش را باخاطر آسوده بهترین وجه
اخلاقی و وجدانی انجام دهد و حق بیمارش را خودش بجا آورد
من فکر می کنم که آیین پزشکی که انشاء الله از طرف نظام پزشکی
تدوین خواهد شد نباید منحصر بموضوعات و درسهای پزشکی
قانونی باشد بلکه باید تلقین آیین پزشکی و تربیت اخلاقی پزشک
صورت عام و مجسمی داشته باشد و اصول کلی و جزئیات آن در
ضمن برنامه های تمام شعب طبی حتی مقدمات پزشکی در نظر
گرفته شده و در آنها گنجانیده شود مثلاً در تعلیم کالبد گشائی
مقررات و نکات خاص اخلاقی هم از لحاظ رفتار با جنازه مورد
تشریح و کالبد گشائی و احترام بآن مرتباً گوشزد و خاطر نشان
شود تا دانشجو و کالبد گشا در نظر داشته باشند که موضوع کار و
تمرین آنها وجود آدمیزادی است و چنان نیست که دیگر هیچ
حرمتی ندارد و هر قسم رفتار خارج از نزاکت و تحقیر در حق آن
روا است. شعرا و عرفای ما حتی خوار شمردن سنگ و خاک را جایز
ندانسته و نکوهیده اند چه خوب و لطیف است این گفته خیام:

ای کوزه گر آهسته اگر هشیاری

تا چند کنی بر گل آدم خواری

انگشت فریدون و سر کیخسرو

بر چرخ نهاده ای چه می پنداری

همچنین در آزمایشگاههای فیزیولوژی و طب تجربی و فارماکولوژی
دینامی باید اصول دقیق اخلاقی و انسانیت و اینکه تجربه بچه
صورتی و در چه شرایطی مجاز است در نظر گرفته شده تعلیم گردد
و دانشجو و استاد تجربه کار تصور نکنند که زیر دست آنها حیوانی
است بی زبان و بی مدافع و با او هر طور که معامله بکنند کرده اند
و چون بقصد تجربه و برای شناختن وضع وجود و تشخیص بیماری
آدمیزادها عملیاتی روی او انجام داده میشود هر آزاری بر او وارد
شود جایز است.

چه خوش گفت فردوسی پاکزاد

که رحمت بر آن تربت پاک باد

میازار موری که دانه کش است

که جان دارد و جان شیرین خوش است (۱)

عضو سازمان ابلاغ می کند و اجرای آنها را توصیه مینماید. يك
قسمت از حاصل کار این سازمانها عهد یا پیمان ژنو (Serment
de Genève) است که در يك مجمع همگانی اتحادیه طبی جهانی
که در ۱۹۴۸ تشکیل یافت بتصویب رسید و در يك مجمع همگانی
دیگر اتحادیه مزبور در ۱۹۴۹ در لندن تأیید و تکمیل شد .
اما ما در ایران هنوز يك آیین پزشکی مدون و کامل و متناسب با
روحیات و اخلاق و اوضاع اجتماعی و کشوریمان نداریم امید است
که نظام پزشکی ماهر چند جوان است ولی پیران کار دیده و سردو گرم
چشمیده بر سر دارد جوانان به جنبند و آیین پزشکی جامع و کاملی
چنانکه گفتم برای ما وضع کند و طبابت ما را در وطن عزیزمان
از اشکالاتی که در سر راه دارد بر هاند و این امری است لازم و
ضروری و من باین مناسبت لازم می دانم که یکی دو مطلب را که
منطقی و واضح می باشند و غالباً از غایت وضوح در بونه اجمال و
اشتباه می مانند متذکر شوم و آن اینکه فقط خلافها و جرمهای
غیر طبی پزشکان و دندان پزشکان از قبیل صادر کردن چك بی محل
و ضرب و شتم و غصب و غیره مطابق قوانین حقوقی و جزائی عادی
قابل تعقیب در محاکم عمومی است اما خلافهای ناشی از عدم رعایت
مقررات طبی و اتفاقاتی که بدلیلی در ضمن انجام دادن اعمال
طبی و جراحی رخ میدهد و قصورهایی که از لحاظ وظایف طبابتی
و در اثر عدم توجه با اصول طبی و درمانی از او سر میزند باید بر طبق
مقررات و قوانین خاصی مورد رسیدگی قرار گیرد و نباید بدون
نظر نظام پزشکی و متخصصین فن و بدون تحقیقات فنی لازم درباره
آنها داورى کرد و رأى داد مثلاً نباید طبیبی را بجهت آنکه
دستوری داده است و در ضمن یا در اثر اجرای دستور او مریض
در گذشته است فوراً مانند يك قاتل تعقیب کرد و بدون دلیل موجه
و ثبوت تقصیر علمی و فنی و مسلم شدن اینکه فوت فقط بعلم دستور
خطای او بوده است نه علت دیگر جلب نمود و بحیثیت اجتماعی و
حرفهای او لطمه وارد آورد یا اگر وقتی طبیبی برای عیادت بیماری
بد حال مجبور بعجله بود و اتومبیلش را با سرعتی بیش از میزان مجاز
راند یا بر حسب ضرورت چراغ قرمزی را ندیده گرفت شایسته
نیست که مانند راننده يك تاکسی عادی او را دنبال کرده مانع
کارش شوند. این نکته را باید متذکر بود که کسانی که فکر می کنند
میتوان طبیب را بزور مواد قانونی و تعقیب در محاکم عمومی
بطور صمیمی بعمل کردن بمقتضیات اخلاقی و وجدانی کارش و ادار
کرد اشتباه بزرگی دارند. هیچ قانونی و هیچ نظامنامه ای بهیچ
عنوان و هیچوقت جای وجدان طبیب را نخواهد گرفت و چنانکه

۱- من معتمد و در ضمن درسهای خود همیشه بدانشجویان خاطر نشان میکردم که اطبا باید قدری با ادبیات آشنا شوند و گاهی یکی دو ساعت صرف مطالعه آثار ادبی
و شعری بکنند تا این قبیل سخنان فخر را بخوانند هم حفظ کنند و روحشان تازه شود و هم آنها را آویزه گوش هوش ساخته و سرمشق رفتار و کردارشان قرار بدهند.

تظاهر، یا بخواهد عقیده خود را بر «فرمانبردار» تحمیل کند. درباره پزشکان نیز امر بر همین منوال است. عموم مردم بعلت نیاز خود يك نوع احساس حقارت باطنی و در نتیجه «حسادت» نسبت به پزشکان دارند و هرچه مقام آنان در اجتماع بالاتر باشد این حسادت باطنی شدیدتر خواهد بود. چون آنها هستند که خود مورد احتیاج اجتماع اند و لذا باطناً مایل نیستند به کسی نیازمند باشند. مخصوصاً که پزشک از نظر وظیفه‌ای که دارد مجاز است از همه اسرار مگوی آنان مطلع باشد و نقاط ضعف جسمی یا روحی آنان را بداند و هرچه پزشک دانایتر باشد و توانایتر بیشتر محسود و در عین حال که مورد احترام قرار میگیرد باطناً مورد رشک خواهد بود. حال هرچه پزشک مقتدرتر و بیمار قوی‌تر باشد این واکنش شدیدتر است زیرا بیماران مطیع و کم اراده معمولاً سهولت تحت سیطره پزشک قرار میگیرند و فقط آنان که خود را صاحب عقیده میدانند باشکال زیر نفوذ پزشک درمیآیند. البته در اینجا نیز عامل شخصی پزشک و بیمار فوق‌العاده مهم است چه بسا بیماران مقتدری که زیر بار قدرت پزشک مقتدرتر از خودشان میروند و برعکس پزشکان کم اراده‌ای که مقهور قدرت ظاهری یا باطنی بیماران خود میگردند. و میدانیم که قدرت روانی هر شخص علاوه بر شخصیت باطنی وی بستگی زیادی به اعتقاد و ایمان خود آن شخص دارد با آنچه میگوید و هر اندازه به گفته خود مؤمن‌تر و معتقدتر باشد اثر آن در طرف مقابل شدیدتر و قوی‌تر خواهد بود و بالعکس. و از اینجاست که ضرب‌المثل «کل اگر طیب بودی سر خود دوا نمودی» صادق خواهد بود.

ت-آزمایش روانی بیمار- انجام آزمایش روانی، بوسیله پزشک عمومی همانند آزمایش بدنی و ضبط شرح حال یکی از پایه‌های اساسی تشخیص را تشکیل میدهد و بهمان اندازه باید مورد توجه قرار گیرد منتها در این باب معمولاً مسائلی پیش میآید که ممکنست منجر باختلاف بین بیمار و پزشک شود زیرا يك پزشک عمومی غیر متخصص معمولاً در حین تحصیل در دانشکده با اندازه کافی در رشته روانپزشکی تمرین و ممارست ندارد و در بر نامه‌های اکثر دانشکده‌های پزشکی تا این اواخر (و در ایران هنوز هم) باین قسمت از علم پزشکی که از اساسی‌ترین قسمت‌های پزشکی بالینی است توجه نشده و جادارد بیشتر مورد عنایت قرار گیرد. از این رو پزشک باید در زمان اشتغال به حرفه پزشکی به قیمت حیثیت و شهرت خویش این تجربه را شخصاً بیاموزد و گاهی از اوقات مخاطراتی بر آن مترتب میشود و سوء تفاهم‌هایی بیار میآید که ممکنست جبران ناپذیر باشد و این مهارت لااقل برای فهم مسائل

مرتب «مشرتی» پزشک بوده و بعد بی‌علت موجهی بدیگری مراجعه کرده (که البته ظاهراً امتیاز دیگری بر پزشک اولی نداشته باشد) و باز بخواهد به پزشک اول مراجعه کند. در این مورد بخصوص تحت شرایط پیش گفته پزشک در انتخاب راه خود، مختار خواهد بود اگر چه بهتر آنست موضوع با بیمار که مسلماً این مرتبه ملتزمانه و دوستانه روی بدر گاه پزشک آورده است، در میان گذاشته شود و علت این طرز رفتار او بررسی و مطالعه شود و اگر حق بجانب او بوده پزشک در رفتار خود تجدید نظر خواهد کرد و اگر برعکس حق بجانب بیمار بوده با معذرت خواهی، هر گونه سوء تفاهمی مرتفع خواهد شد.

مسائلی که ذکر شد مربوط به ممالکی است که نظام پزشکی خاص در آن حکمفرماست و هرج و مرج در روابط پزشک و بیمار وجود ندارد ولی در جائیکه نه پزشک و نه بیمار هیچکدام پای بند مقررات و انتظامات خاص نباشند پیش آمدن هر واقعه‌ای ممکن خواهد بود و بهیچ صورت نمیتوان از پیدایش اتفاقات ناگوار جلوگیری کرد.

پ- واکنش بیمار نسبت به پزشک

واکنش بیمار نسبت به پزشک یکی بستگی به رفتار پزشک نسبت به بیمار دارد و دیگری تابع نتیجه‌ای است که از تشخیص و درمان او میگیرد خواه این نتیجه، اثر مستقیم و مسلم آن تشخیص یا درمان بوده یا اتفاقی باشد و آن نیز بسته بنوع قضاوت بیمار در نتیجه گرفته شده و یافتن رابطه علت با معلول است که طبعاً همیشه با حقیقت موافق نخواهد بود. سابقه ذهنی بیمار از نتیجه کار پزشک یا شهرت خاص او یا انتظاری که از وی دارد و یا تدبیر و تجویز پزشک و بالاخره اثر دارو همگی در استنتاج بیمار از نتیجه «عمل» پزشک مؤثر است ولی يك واکنش دیگر هم در بیماران (و باید قبول کرد کم و بیش در همه بیماران) نسبت به پزشک وجود دارد که علت آن روانی است و با احساس احتیاج بیمار به فردی دیگر بنام پزشک مربوط میباشد. زیرا طبع انسان نسبت به کسی که بآن احساس احتیاج میکند یکنوع عدم تحمل و واکنش منفی دارد و در کلیه جوامع یا کانون‌هایی که در آن کارفرما و کارگریا بزرگتر و کوچکتر یا فرمانده و فرمانبردار موجود باشد این نوع واکنش وجود خواهد داشت. حال هرچه انسان بآن فرمانده یا کارفرما بیشتر احتیاج داشته باشد این واکنش شدیدتر و عمیق‌تر خواهد بود مخصوصاً اگر آن فرمانده یا کارفرما بخواهد بیشتر از آنچه حقیقتاً باید باشد از قدرت خود استفاده، یا بدان

پزشک حق دارد از او درباره وضع جنسی و روابط خانوادگی یا حالات روحی و عاطفی او پرسش کند؛ و آیا در نظر بعضی بیماران مخصوصاً عامه مردم، بویژه زنان، چنین پرسش‌هایی تجاوز به حریم شخص و اطلاع «غیر لازم» بر اسرار درونی و رازهای نهفته او شمرده نمی‌شود؟ بنظر ما این فرض امکان دارد و هر چه وسعت معلومات و اطلاعات بیمار کمتر باشد این شک بیشتر در او رسوخ خواهد یافت. بخاطر دارم در حوالی سال ۱۳۲۰ یکی از افسران ارشد (سرگرد یا سرهنگ دوم) ارتش برای ناراحتی هاضمه‌ای نزد اینجانب آمد اتفاقاً جزو پرسش‌هایی که از او بعمل آوردم سئوالی درباره اعتیاد او به مشروبات الکلی بود. برخلاف انتظار من افسر مزبور از شنیدن این سئوال چنان بر آشفت و مرا مورد عتاب قرار داد که: «آقای دکتر شما از همه بیمارانتان درباره اعتیاد بمشروب سئوال می‌کنید یا اینکه بخصوص این سئوال را از من کردید؟» البته با جواب منطقی و دندان شکن من که «هر وقت ضرورت پیدا شد و با بیماری بیمار مربوط بود، این سئوال خواهد شد و چون در شما نشانه‌های عارضه معدی و کبدی یافتیم و جزو علل مهم اینگونه عوارض، اعتیاد به مشروبات الکلی قرارداد این پرسش را لازم دانستم...»، بتدریج آرام شد. و یا وقتی از یکی از بیماران خود که جوان ورزیده‌ای بود و نشانه‌های بیماری قند را داشت درباره وضع جنسی او سئوال کردم بشدت برافروخته شد و در مرتبه اول طبعی بودن کامل آنرا بیان داشت ولی در مرتبه بعد با کمال عذرخواهی از جواب ناصحیح خود، علت آنرا ناگهانی بودن و غیر منتظره بودن سئوال دانست و وقتی رابطه بین بیماری قند و ناتوانی جنسی را برای او شرح دادم، قانع شد.

ماهه در باره لزوم آزمایش داخل مقعد برای تشخیص بیماریهای جهاز هاضمه تحتانی متفق القول هستیم و حتی بقول یکی از پزشکان معروف فرانسوی (که البته متخصص جهاز هاضمه بود) آزمایش فیزیکی بی آزمایش مقعد، کامل نخواهد بود ولی همین آزمایش را نمیتوان با سانی و بی مقدمه در همه بیماران انجام داد. همینطور است آزمایش پروستات که تا چند سال قبل عده زیادی از مردان حتی الامکان از انجام آن سر باز میزدند و هنوز هم بیماران را سراغ داریم که سالها درد و رنج بزرگی پروستات را بر خود هموار میکنند و حاضر نیستند یک مرتبه مورد آزمایش داخل مقعد قرار گیرند و یا آزمایش زنا نه بوسیله پزشکان مرد که هنوز هم آنطور که شاید و باید در مملکت ما مورد قبول عامه قرار گرفته، و همینطور است زایمان بوسیله پزشک مرد که گرچه نسبت بسابق بیشتر استقبال میشود ولی کافی نیست.

همینطور هم برای سئوال از وضع روانی یا اجتماعی و خانوادگی

یک چهارم بیماران مطب هر پزشک عمومی واجب و برای بقیه نیز مورد لزوم است. علت دیگر آنست که آزمایش بدنی را، هم پزشکان و هم مردم جزو قلمرو معمولی پزشک دانسته و قلب و ریه و کلیه و اعصاب و غیره را از اندامهای مختلف بدن میدانند که باید مورد معاینه قرار گیرد و برای بیماران همانطور که ماشین خود را جهت تعمیر مثلاً کاربوراتور یا موتور به مکانیسن می‌سپارند و حاضرند تمام قسمت‌های آن واری و تعمیر شود، حاضرند اندامهای مختلف بدنشان نیز مورد معاینه قرار گیرد. در این قسمت پزشک، مکانیسن ماشین بدن انسان محسوب میگردد ولی در آزمایشهای روانی چون مستلزم پرسش‌ها و کشف مطالب غیر عینی است که مربوط به روابط بین دوا انسان میگردد، از جنبه معاینات معمولی خارج شده و فهم و قبول آن برای عامه مردم مشکل خواهد بود. اگر چه معاینات فیزیکی نیز تا همین اواخر مخصوصاً برای زنان منحصر به گرفتن نبض از زیر جادر و دیدن نوک زبان و احیاناً رنگ کف دست یا صورت بود و نگارنده بخوبی بخاطر دارد که در اوائل اشتغال به حرفه پزشکی وقتی میخواستم گوشه را در معاینه خانم‌ها بکار ببرم میباید حتماً از روی لباس استعمال کنم و یا اعضاء شکم را از روی پیراهن لمس کنم و یکی از همکاران که خواسته بود مستقیماً شکم زنی را لمس کند مورد شتم و ضرب بستگان بیمار قرار گرفته و چون در صدد دفاع از خود برآمده بود - و اتفاقاً چون جراح بود بوسیله بیستوری اقدام کرده بود - گرفتار پرونده سازی و محاکمات دادگستری شد و اساس آن عدم اطلاع به روحیه بیماران و عادات آنان بود. زیرا عادات مردم را میتوان با ملایمت و بتدریج شکست، اما کمتر کسی تحمل شکسته شدن ناگهانی عادات دیرین و خویها و سنت‌های معمولی خویش را بی نشان دادن و واکنش شدید دارد.

بنابراین آزمایش روانی نیز مانند آزمایشهای دیگر - بلکه بیشتر و دقیقتر - نیازمند روشها و وسائل مخصوص و تمرین و علاقه و اطلاع کافی است و در اینجا نیز اگر از راهش وارد شویم مسلماً موفق خواهیم گردید.

ث - اطلاع بر اسرار بیمار و ورود به حریم اختصاصی او -
گرچه یکی از وظائف پزشک در تمام قرون و اعصار اطلاع بر ضمائر بیمار و اسرار نهانی او است «بقدری» که برای تشخیص او لازم باشد ولی نکته دقیق در همان «اندازه و مقدار» لازم، برای تشخیص است که مورد رضایت و قبول بیمار نیز باشد ولی اگر احیاناً سئوال پزشک از بیمار بنظر او غیر لازم آمد یا آنرا مربوط به بیماری خود ندانست ممکنست نسبت به پزشک ظنین شود و اعتماد وی متزلزل گردد. مثلاً اگر بیماری برای درد قلبی به پزشک مراجعه کند آیا

تجویز کند».

ب - وظیفه پزشک در مقابل بیماری غیر قابل درمان چیست؟
گاه اتفاق میافتد که با همه کوشش‌های پزشک در امر تشخیص و قطعی شدن آن، درمان مؤثری وجود ندارد و در اینصورت بیماری را بدخیم گویند. در اینجا وظیفه پزشک دشوار میشود، از یکطرف بحکم شغل خود نمیتواند از معاینه و درمان یا پذیرفتن بیمار سر باز زند و از طرف دیگر چون حقیقتاً نمیتواند کاری برای او انجام دهد و جداناً ناراحت است زیرا نفس احساس ناتوانی یکی از دردناکترین احساسات است. مشکل دیگر او درباره پیش‌گویی بیماری است که نمیتواند حقیقت را آنچنانکه هست به بیمار بیان کند هر چند گفتن آن وآگاه ساختن اطرافیان و منسوبین بیمار لازم است. بر فرض که مجبور شد از یک چنین بیمار بی‌درمانی عیادت کند یا او را بپذیرد، آیا مجاز است حق‌المعالجه یاهدیهای بگیرد یا باید مانند روحانیان کمک بلاعوض انجام دهد؟ اینها همه مسائلی هستند که معمولاً در این باره پیش می‌آید و پزشک در اینجا باید با کمک عقل وقضاوت خویش با در نظر گرفتن شرایط شخصی ومکانی وزمانی واجتماعی بیمار ونوع بیماری و طول مدت آن انسانی‌ترین راه حل را انتخاب واجرا کند وحتمی گاه مجبور است بصورت یک روحانی یا یک کشیش درآید و با حضور خود بر بالین بیمار باو «قوت قلب» بخشد زیرا ما خود کرا را شاهد بوده‌ایم که نفس وجود پزشک برای بیمار از کلیه داروها مؤثرتر است و از این داروی نسبتاً سهل الحصول همیشه باید بجا و بموقع استفاده کرد اگرچه در اساس بیماری تغییر رخ ندهد. شاید یک علت عمده تسلی خاطر چنین بیماری از حضور پزشک پیدایش نور «امید» در روان او باشد و میدانیم که انسان، به امید زنده است ورنج زندگی را بر خود هموار میسازد.

ج - آیا همه بیماران برای درمان نزد پزشک می‌آیند؟

البته قسمت اعظم بیماران بدین منظور مراجعه میکنند اما در باطن همه آنها و مخصوصاً عده‌ای از زنان برای این نزد پزشک می‌آیند که بدانند چه نوع بیماری یا ناراحتی دارند. این موضوع را برای این مطرح ساختیم که نتیجه بگیریم چون «بیمار» خود را «بیمار» میدانند یعنی وجود بیماری را در خود مسلم میدانند و فقط برای تشخیص نوع بیماری خود و درمان آن به پزشک مراجعه مینمایند اگر پزشک باو بگوید «شما بیمار نیستید» چون خلاف انتظار می‌شود یعنی در حقیقت تشخیص خود را «غلط» می‌بیند، محال است حرف شما را باور کند و در نتیجه از شما روی گردان شده بدیگری پناه میبرد و آنقدر پزشک عوض میکند تا در جهت

بیمار که باید در تمام موارد و در باره هر بیمار - مخصوصاً بیماران مزمن یا آنان که باصطلاح «مشری» پزشک میشوند و پرونده دارند انجام گیرد، نیز احتیاج به مصاحبه با بیمار و حاضر کردن او برای آزمایش است.

ج - در کجا باید پزشک فقط به عقل سلیم خود متکی باشد؟
یکی از بزرگترین مشکلات پزشکی وقتی است که پزشک میخواهد «خود را» تجویز کند - آیا باید نسبت به بیمار خود نقش یک قیم صاحب اختیار را داشته باشد که امر او بدون چون و چرا اطاعت شود، یا اینکه همچون عربی ناصحی باشد که دانش و تجربه خود را در راه آموزش بیمار دردسترس او قرار داده نحوه سازگاری با وضعیت‌های مختلف وناراحتی‌های گوناگون جسمی یا روحی یا اجتماعی را باو بیاموزد. یا اینکه مانند یک دانشمند پژوهشگر بی‌احساس رفتار کند و تمام محاسن ومضار دارو ونوع درمان خویش را برای بیمار شرح دهد و او را درباره انتخاب راه درمان آزاد بگذارد، منتها همه مسئولیت آنرا به خود او محول کند. یا آنکه چون پدر ومدری دلسوز محافظ بیمار خود باشد و او را چون کودکی در پناه خویشتن گیرد، و یا اینکه طرفدار اظهار حق وحقیقت با همه تلخی آن باشد و همیشه آنچه را هست به بیمار ابراز کند؟

پاسخ همه این سئوال‌های گوناگون را فقط خود پزشک میتواند بدهد و عقل سلیم خود را در هر مورد بخصوص و برای هر بیمار بر حسب مقتضیات زمان ومکان وعادات وسوابق و وضع اجتماعی وی بکار اندازد و همه اینها بستگی کاملی به ساختمان روحی و شخصیت پزشک دارد زیرا هر پزشک بر حسب استنباط خود یکی از راه‌های پیش‌گفته را انتخاب وبدان عمل خواهد کرد و در این موارد نحوه تجویز «دارو» یعنی «پزشک» منحصرأ در دست خود پزشک است. ولی آنچه مسلم است اینکه همانطور که ما، درباره داروهائی چون دی‌زی‌تال سعی میکنیم نوع گیاه وقسمتهای مختلف آن واثرات آن وعوارض سوء آن را بشناسیم وحتمی ناسازگاری انفرادی بعضی بیماران را مربوط بدی‌زی‌تال بدانیم و از اختلاف بین میزان دارو برای مصرف درمانی یا نگاهداری آگاه باشیم، همانطور هم باید نسبت باین داروی گرانبها یعنی «پزشک» نیز مطالعه کافی نموده وفارما کولوژی آنرا کاملاً بدانیم مبدا احیاناً بیماری، دچار مسمومیت یا ناسازگاری یا عوارض شود وی علت از هر چه دارو یعنی «پزشک» است بیزار گردد. ایندارو را فقط و فقط «خود پزشک» میتواند بشناسد یعنی هر پزشک باید اول خود را بشناسد وفارما کولوژی خود را فراگیرد وسپس با علم بوظائف و مشخصات یک پزشک به حرفه پزشکی به پردازد یعنی «دارو را

صنایع و دانش الکتریکی و الکترونی تمام کشورها و ملت‌ها بستگی و پیوستگی بیشتری بیکدیگر پیدا کرده‌اند طبعاً هر نام جدیدی برای اینگونه ناراحتی‌ها «سکه» زده شود سرعت برق به کشورهای دیگر و فرهنگ‌ها نیز منتقل خواهد شد. مخصوصاً که آموزش تلویزیونی عامه مردم را یکنواخت‌تر میسازد و همانطور که عادات و رسوم و سنن تازه‌ای بوجود می‌آورد «نام‌ها» و استعارات و «لقب‌ها» را نیز بتدریج بهمگان تزریق میکند.

اخیراً بجای کلمه نوراستنی یا ضعف، اصطلاحات نوروز و اضطراب و دلهره مد شده و نشان دهنده نوع ناراحتی روانی است و تأمندی میتوان عده‌ای را با این اسم مشغول نگاهداشت. عده‌یی از دانشمندان ممکنست باین نوع استنتاج و نحوه نامگذاری بیماری برای راضی نگاهداشتن بیمار ایراد بگیرند و آنرا نوعی «تزویر» یا «دروغ» برشمارند ولی بنظر ما اگر این نامگذاری فقط سرپوشی بر غفلت و مسامحه پزشک در انجام آزمایش‌های کامل بدنی - روانی و آزمایشگاهی بیمار باشد مسلماً اشتباه است و مرتکب آن خطاکار. ولی اگر نامی بر یکی از مظاهر بدنی یا روانی بیمار باشد خطای آن قابل بخشایش است. شرط برای اینکه همه در جهت نفع بیمار انجام شود و خدای ناکرده مستمسکی برای «دوشیدن» بیمار یا «پاس دادن» آن قرار نگیرد!! بد نیست در خاتمه این قسمت شرح حال یکی از بیماران خویش را که مربوط به چند ماه اخیر است برای نمونه بیاورم:

«خانم ص. م. ۴۶ ساله بی‌اولاد که شوهر اول او در ۲۵ سال قبل خودکشی کرده و شوهر دوم او در ۲ سال قبل با انفارکتوس میوکارد غفلتاً در گذشته بعلت تب و ناراحتیهای عمومی باینجانب مراجعه کرد. در امتحان فیزیکی کلیه دستگاههای قلبی، عروقی، تنفسی، هاضمه و مجاری ادرار طبیعی بود. طحال و کبد بزرگ نبود و هیچ نشانه مثبت فیزیکی وجود نداشت. در ۳ سال قبل بعلت فیبروم رحم هیستریکتومی شده و هیچ کانون چرکی در اندامها، لوزه و ضمام رحم که بوسیله متخصصین مختلف امتحان شد موجود نبود. رادیوگرافی از ریتین، سینوس‌های صورت، پیلوگرافی داخل وریدی، جهازهاضمه فوقانی و ستون فقرات طبیعی بود. آزمایش خون از نظر شیمیائی و سلولی و سروراکسیونهای ویدال وایت و VDRL منفی بود. آزمایش عصبی نیز منفی بود. درجه حرارت او ۳۶/۷ بود و تنها شکایت بیمار تبی بود که ادعا داشت یک ماه است بدان مبتلا است - از او خواسته شد درجه حرارت خود را مرتباً صبح و ظهر و عصر و شب یادداشت نموده مجدداً مراجعه کند. در دو مرتبه مراجعه بعدی که بفواصل هر ۱۰ روز انجام گرفت صورت درجه حرارت خود را بهمراه آورد. صبح‌ها بین ۳۶/۳ - ۳۶/۳ و

«بیماری قبلی تشخیص داده خود» نامی به بیماریش نهاده شود. بنا بر این خطرناکترین جواب به بیمار (البته باستثنای آینده از مراجعین به پزشکان که برای اطلاع از سلامت خود و باصطلاح Check up رجوع میکنند) آن خواهد بود که باوبگوئیم «شما مریض نیستید» و لولوا آنکه کلیه آزمایشهای بدنی و آزمایشگاهی منفی باشد و شگفت آوراست اگر بگوئیم اکثر ایندسته بیماران پس از اینکه از زبان پزشک، پاسخ منفی شنیدند بعضی اینکده خوشحال شوند برخلاف انتظار چهره درهم میکشند و ناراضی میشوند و حال آنکه ایندسته یک آزمایش دیگر نیز باقی دارند که معمولاً پزشکان از انجام آن غفلت میکنند و یا نمیدانند چگونه انجام دهند و آن همانطور که در مباحث قبل گفتیم «آزمایش روانی» است و تمام آنها بدون استثنا اگر این آزمایش درباره‌شان اجرا شود همیشه نتیجه مثبت خواهد داشت. اما نامی که برای بیماری آنان باید انتخاب کرد خود مسئله‌ای است، چون عامه مردم از کلمه «بیمار روانی» بشدت متنفرند و در ذهن خود آنرا مترادف جنون و دیوانگی می‌پندارند و این خود مسئله تازه‌ای برای پزشک است. بنظر میرسد اگر ما ضمن توجه به تجزیه و تحلیل روانی اینگونه بیماران نامی عمومی و غیر اختصاصی برای مظاهر بدنی ناراحتی روانی آنان پیدا کنیم - ولو اینکه در امر درمان توجه زیادی به تسکین آن نشود - در اینصورت هم بیمار را راضی نگاهداشته‌ایم و هم درمان غیر ضرور انجام نداده‌ایم و هم حداقل ضرر مادی را به بیمار تحمیل کرده‌ایم. پزشکان برای این دسته از بیماریها که آنها را پسیکوسوماتیک یا بهتر «مظاهر جسمی ناراحتیهای روانی» مینامند بر حسب نوع مکتبی که در آن درس خوانده‌اند یا بر حسب مدروز و مقتضای زمان و مکان یک تشخیص گنگ و عام بصورت «سبب باطله» دارند که در ضمن اینکه نامی برای ناراحتی بیمار برگزیده‌اند و رضایت خاطر او را جلب کرده‌اند، چون این نام غیر اختصاصی و عام است نمی‌تواند حدود و ثغور مشخصی برای آن معین کند از آن جمله است در مملکت ما: نارسائی یا خرابی کبد، روماتیسم، ضعف اعصاب، کولیت، خوب کار نکردن غدد، ورم معده، آلرژی، حساسیت بطور کلی و نظائر آنها که همه نامهایی مبهم است و بر روی یک یا چند نشانه غیر مشخص بنا نهاده شده است و هر روز بر حسب مقتضیات و معلومات عمومی مردم تغییر میکند و خواهد کرد و خود این تشخیص‌ها بر حسب هر پزشک یا هر بیمار باز متفاوت است چنانکه پزشکان تحصیل کرده فرانسه قبل از جنگ جهانی دوم بیشتر تشخیص نارسائی کبد را بکار می‌بردند و تحصیل کردگان آمریکا ضعف اعصاب و آلرژی و تحصیل کردگان خارج عموماً کولیت را بعنوان سبب باطله مصرف میکنند و اکنون که بعلت پیشرفت

«غیر موجود» سازم. در این صورت بیمار تا مدتی راضی میماند و صرف نظر از مبالغ قابل توجهی زیان مالی و استعمال داروهای احياناً مضر، مجدداً چون علت اصلی که يك نوع نوز اضطراب هم‌زمان بادوره یائسگی است، بر طرف نشده بود بیماری او بنوعی دیگر تظاهر میکرد و جزو «گروه بیماران مزمن» و «سرگردان» در می‌آمد.

این شرح حال چند نکته آموزنده دارد: یکی آنکه عده ای از بیماران مایلند خود را بیمار جسمی بدانند و کمبود روانی و اجتماعی خود را در این می‌بینند که «مهر» بیماری بر بدن آنها خورده شود، شاید برای اینکه توجه از دست رفته دیگران را یا ترحم آنان را بخود جلب کنند و هم چنان که سابق شمع جمع و لااقل محبوب همسرشان (واکثر آنها از خانمها هستند) بودند اکنون نیز آن توجه همگانی را که باعث شاخص شدن آنان به نحوی از انحاء بود، باز یابند منتها بصورتی دیگر. هر چند که آن صورت، ظاهراً خوش آیند نباشد. اتفاقاً اکثر این گروه خانمهایی هستند که در جوانی مورد لطف و عنایت همگان و تحسین دیگران بوده (یا از نظر زیبایی صورت یا آراستگی سیرت یا کد بانوئی یا معلومات و غیره) وقتی نزدیک سن یائسگی میرسند و تغییرات غیر منتظره را در جسم و روان خود احساس میکنند نمیخواهند حقیقت را بپذیرند. ایندسته حتماً به پزشکی ایمان می‌آورند که يك برچسب بیماری بروی آنها بزند و این بیماری اگر با رژیم خاص غذایی و برنامه مخصوص زندگی توأم باشد - بطریقی که همه اهل خانه «دست بسینه» آنان باشند - بیشتر مطلوب طبع آنان قرار خواهد گرفت.

در بین مردان نیز نظیر این بیماری یافت میشود مخصوصاً در طبقات ورزشکار و قهرمان که عده ای از آنها برخلاف داشتن ظاهر ورزیده و سینه ستبر، از نظر عصبی و مخصوصاً جنسی ضعیف هستند و آنچنانکه باید و یا ظاهراً انتظار میرود نمیتوانند توقعات صاحبان توقع! را بر آورند. یکی از همکاران دندان پزشک که طبعی ظریف دارد چنین اظهار عقیده میکند که هر وقت مردی نسبتاً جوان و تنومند بر روی صندلی دندان سازی «غش» کرد مسلماً ورزشکار است!! و او معتقد است که این قانون او استثنای ندارد. البته این اغراق است اما حقیقتی در آن نهفته است که باعث اصلی و ایتولوژی «قهرمان شدن» مربوط خواهد شد: بدنبال «قهرمان بدنی» رفتن یعنی درسد جبران کمبودهای قهرمانانه دیگر در زندگی داخلی یا اجتماعی یا شخصی بر آمدن. وصحت یا سقم این عقیده را ما نمیتوانیم تأیید یا تکذیب کنیم.

دومین نکته آموزنده آنست که برای هر بیمار باید کلیه آزمایشهای

عصرها ۳۶/۵-۳۶/۸ نوسان داشت. با وجود اینکه هیچگونه نشانه‌ای بر وجود تب نداشت مدعی بود که چون درجه حرارت طبیعی او صبحها باید ۳۵/۵-۳۶ و عصرها ۳۶-۳۶/۵ باشد، این دوعشر حرارتی که بالاتر نشان میدهد، حتماً تب است. با هر دلیل و بیانی که خواستم ویرا متقاعد سازم تب ندارد قبول نمی‌کرد. ناچار از او پرسیدم آیا نشانه دیگری علاوه بر ترمومتر برای وجود تب دارد؟ نشانه‌هایی را اظهار داشت که بیشتر با عوارض یائسگی تطبیق میکرد ولی بهیچوجه حاضر نبود قبول کند ناراحتی او مربوط به یائسگی است زیرا می‌گفت: من سه سال است عمل کرده‌ام چرا حالا اینطور شده‌ام و با وجود مباحثات مفصل که گفته شد در آنوقت «بدون رحم بوده‌ای ولی تخمدان تراشیده‌ای اما عوارض خود را داشته و با وجود اینکه قاعده نمیشده‌ای اما عوارض یائسگی را هم نداشته‌ای» با هیچکدام ایندلائل قانع نشد و چنین می‌گفت که «من حتماً يك بیماری سخت دارم که شما نمی‌خواهید بمن بگوئید و مرتبه آخر ما در خود را همراه آورده بود که هر چه حقیقت هست باو گفته شود» با وجود اینکه تا حدودی قانع شده بنظر می‌رسید مع هذا من هنوز هم از آن مطمئن نیستم و مسلماً یابیک پزشک دیگر مراجعه کرده است و یا مجدداً بر خواهد گشت. این بیمار و خانواده او را من بیش از سی سال بود میشناختم و هم پزشک خانواده شوهر اول او (که با او پسر عموی بود) و هم پزشک خانواده شوهر دوم او، و میدانستم که رنج اساسی وی که هر مرتبه بنحوی خود نمائی میکرد، ناراحتی روانی و يك نوع ناسازگاری روحی بود که هم با شوهر اولش داشت و هم بعدها با شوهر دومش، مخصوصاً که شوهر دوم او از یک زن دیگر که از بیماری هورمون در جوانی مرده بود دودختر داشت که باوی تاملتها در يك منزل بسر میبردند، خانواده او نیز اصولاً مردمانی «نوروتیک» بودند و ناکامی‌های جنسی در بین آنان شایع بود. ازدواج اولی بر خلاف میل او صورت گرفته بود و ازدواج دومی نیز خیلی رضایت او را جلب نمیکرد مخصوصاً که وجود دودختر که فعلاً به سن بلوغ رسیده و شوهر کرده بودند مزید بر علت بود.

من هیچگاه نتوانستم «تشخیصی» را که او برای خود از پیش ساخته و پرداخته بود» تأیید کنم و کلیه آزمایشهایی که خود انجام دادم و از همکاران متخصص و پاراکلینیک کمک گرفتم نیز نتوانست آنرا تأیید کند، مع هذا این خانم عقیده داشت تب دارد و کسی نتوانسته است علت تب او را بفهمد. ساده‌ترین راه این بود که من نامی از قبیل رماتیسم مزمن، تب مالت مزمن، (چون اتفاقاً يك مرتبه يك رایت $\frac{1}{80}$ مثبت داشت، که ارزش بالینی ندارد) و ضعف اعصاب بر او نهم و تاملتی ویرا سرگرم درمان این بیمارهای

واقع، یاداروهای گران قیمت، یا مراجعه بعلت ناراحتی‌های ناچیز و ادعای خسارت و غیره است و قسمتی مربوط به محدودیت مالی بعضی از مؤسسات در میزان قیمت و نوع نسخه و برخی مربوط به ازدیاد تقاضا و کمبود پزشک است که همه آنها را میتوان کم و بیش تقلیل داد یا مرتفع ساخت. ولی يك علت روانی دیگر نیز برای این پزشکان وجود دارد که در همه آنها کم یا زیاد موجود است و آن «ناراضی بشر از نعمتی است که در دسترس دارد» و این خصیصه کلی که «هر چیز آسان بدست آید بچیزی گرفته نمیشود» در همه مردم نهفته است و بیماران نیز از آن مستثنی نیستند مخصوصاً که این طبقه تساحدودی خود را طلبکار میدانند و پزشک را نوعی «خدمتگزار شخصی» خویش میندازند و از او بیش از آنچه باید توقع دارند. من کراراً بیمارانی از این گروه را دیده‌ام که با وجود مراجعه به بهترین متخصص دستگاه بیمه و دریافت بهترین تدبیر و بهترین نسخه بازهم ناراضی بوده به پزشکان آزاد مراجعه میکنند، هر چند از نظر صرف وقت و مال برای آنها خیلی گران تمام شود.

شاید هم واقعاً عیبی در ما پزشکان هست که در باره بیماران «خودمانی» آنطور که باید و شاید دقت نمیکنیم و همانطور که کارمندان دولت معروف به عدم علاقه به مراجعین ادارات هستند، پزشکان موظف نیز ممکنست مشمول همین قانون عمومی باشند.

در هر حال در طبیعت بشری است که «مرغ همسایه غاز است» و مردم نیز در آنچه سهل و ساده در دسترسشان هست بچشم کم مینگرند و هر چه امکان دسترسی به پزشکی کمتر باشد او ارزنده تر جلوه میکند. شاید علت روانی دیگر مسئله در «عشق به آزادی» بنی نوع انسان نهفته باشد و چون شخص مجبور است به پزشکان موسسات کارفرما مراجعه کند آنرا نوعی سلب آزادی از خویش محسوب میدارد. بهر جهت چه یکی از این عوامل چه همه آنها دخالت داشته باشد، امر مسلم آنست که اکثر مردم به پزشکان دستگاهها کمتر از سایرین معتقدند و آنچه را پزشک میتواند در جبران این «کم اعتقادی» انجام دهد آنست که به دقت و علاقه خود نسبت به بیماران مراجعه کننده دستگاه مربوط بیفزاید و از این راه اعتماد آنان را جلب کند.

۵- درك زبان یکدیگر

یکی از مسائل مهم موجود بین بیمار و پزشک درك زبان یکدیگر است. درست است که زبان رسمی مافارسی است و همه افراد مملکت آنرا باید بدانند و میدانند و فقط عده‌ای از هموطنان ما دارای زبان‌ها و لهجه‌های محلی مانند آذری، کردی، لری، خوری، فلات مرکزی و عربی هستند که گرچه بعضی از آنها مانند آذری و عربی

بدنی، روانی و آزمایشگاهی بعمل آید و جواب منفی وقتی به وی داده شود که هیچگونه جای شکمی برای آن باقی نماند، زیرا مردم عادت دارند با حواس خمس و مخصوصاً چشمان خویش قضاوت کنند و عرصه تا این اواخر عصر «چشم» بوده و هنوز هم هست و بهمین جهت ما برای اثبات وجود یا عدم هر چیزی باید به دلائل «عینی» متوسل شویم و آخرین و تازه ترین آنها علم «آمار» است. و بیماران نیز از این قانون عمومی مستثنی نیستند. آنها تا چیزی را بچشم نه بینند یا پزشک بچشم نه بیند (و این دیدن شامل رادیولوژی و آزمایشگاه و امتحان‌های پاراکلینیک دیگر هست) قبول نخواهند کرد، چه مثبت و چه منفی و از همین رو است که بیمار روستائی وقتی بمطب مراجعه میکند حتماً خواستار «عکس» است که بیشتر «عینی» است و یک بیمار شهر نشین علاوه بر «رادیو-گرافی» خواستار «آزمایش» و مخصوصاً آزمایشهای تفصیلی است و تعجب میکنید اگر بگوئیم هجوم بعضی بیماران بمطب بعضی پزشکان مشهور صرفاً برای آنست که بیشتر «عکس» و «آزمایش» میخواهند و این را دلیل نوعی علاقه و توجه بیشتر پزشک بخود میدانند.

نکته سوم وجود پزشک خانوادگی است که برای بیمار هم از نظر صرف وقت و صرف پول و کمتر مصرف کردن دارو و کمتر پرداختن به آزمایشها و مشاورت‌های گران قیمت (که اتفاقاً در این مورد بخصوص چندان هم کم خرج نبوده است) بسیار ارزنده است و هم از نظر پزشک نیز راه را آسان تر میکند بیک شرط و آن اینکه پزشک خانواده بخیال آنکه سوابق بیمار را خوب میدانند از توجه به نشانه‌هایی که بیمار اظهار میدارد غفلت نکند و خدای ناکرده بیماری‌ای از زیر دست او تشخیص داده نشده، بعلت مسامحه و سهل انگاری، رد نشود. زیرا هر پزشک، که شامل پزشک خانوادگی نیز میشود، باید گوش بحرف همه بیماران خود بدهد و برای همه آنها مثل يك بیمار تازه، امتحان بدنی و روانی بعمل آورد و میدانیم که این کار، یعنی چند باره کاری، بر طبع هر کس و از آن جمله پزشک بسیار گران خواهد بود. اما چاره نیست، چه بسا بیمارانی که بحق از پزشک خانوادگی خود بهمین علت «خودمانی شدن» و «سرسری پنداشتن» سرخورده بدیگری رجوع کرده اند و احیاناً به حیثیت و شهرت نیک آن پزشک لطمه وارد آمده است.

خ- مشکل پزشکان خدمتگزار از مؤسسات درهانی (بیمه اجتماعی - بیمه‌های طبقاتی - پزشکان بانکها - وزارتخانه‌ها - آموزشگاهها و غیره).

اینگونه پزشکان مشکل خاصی دارند که قسمتی از آن مربوط به تقاضاهای غیر منطقی مراجعه کنندگان، چون گواهی‌های خلاف

انتظار - وغیره است .

وقتی زبانی اینقدر «سمعی» و «بصری» بود و علاوه بر آن استعارات و گوشه‌ها و کنایه‌های زیاد در برداشت (که همه قدمت فرهنگ آن زبان را نشان میدهد) و طبع شعری که اکثر ایرانیان از آن برخوردارند با آن جمع شد و لغات محلی، که برای هر شهرستان و هر بخش نیز مختلف است، نیز بر آن مزید شد طبیعی خواهد بود که اگر کسی خواست پزشک واقعاً بمعنای پزشک باشد و زبان بیمار - یعنی بیان او را - درک کند باید حتماً اول به خود آن مردم علاقمند باشد و در ثانی بگفته‌ها و بیانات آنها ارج نهد و آنها را سرسری نه پندارد زیرا، آن بی‌ار است که رنج میکشد و نشان دهنده نوع و کیفیت رنج او همان صفاتی است که برای آن بیان میکند و تا آن‌اندانیم که مقصود از این صفات چه معانی خاص است بدرستی مشخصات درد و یرا (که اکثر ناراحتی‌های بیماران را نوعی درد و رنج تشکیل میدهد) نخواهیم فهمید و وقتی خوب نفهمیدیم پایه اساس تشخیص ما لرزان خواهد شد . و همین‌طور هم شده است، زیرا آن پزشک از «فرنگ بر گشته» که زبان مادری خود را فراموش کرده، یا چنین وانمود میکند که فراموش کرده است، چگونه میتواند اصطلاحات محلی بیماران محل سکونت خود را درک کند زیرا او بمحض اینکه بیمار مثلاً صفت درد خود را به «باد» تشبیه میکند فوری عکس‌العمل از خود نشان داده و چون چنین اصطلاحی در لغات ممالک غربی وجود ندارد، بر آشفته حرف بیمار را قطع کرده میگوید «باد در صحراست»، در بدن تو چکار میکند و حال آنکه اگر خوب دقت کنیم بهترین وجه تشبیهی که ما از دردهای مبهم گذران همه جا گیر میتوانیم بکنیم همین «باد» است که حس میشود اما دیده نمیشود . همیشه يك جا ساکن نیست و متحرك است و هر دم در یکی از اندامها جایگزین میشود، با اصطلاح پزشکی سو بژ کتيف است نه ابژ کتيف .

بنابراین اگر خواستیم در شهری یا روستائی به حرفه پزشکی مشغول شویم باید حتماً زبان رایج آن محل و استعارات و کنایات آنرا بیاموزیم و تعجب نکنید که آموختن این زبان یکی از فندهای فن پزشکی است زیرا در آن صورت يك مرحله به بیمار خود نزدیکتر شده‌ایم و صمیمیتی بیشتر بین پزشک و بیمار بوجود آمده است . پزشکان پایتخت نیز از این آموزش نباید خود را بی‌نیاز بدانند زیرا بیشتر مراجعین تهرانی را بیماران شهرستانی یا شهرستانی الاصل تشکیل میدهد و یکی از مواردی که انسان بیاد وطن میافتد و زبان مادریش را بخوبی بیاد می‌آورد موقع بیماری و گرفتاری است و همکارانیکه دور از وطن بوده‌اند این نکته را بخوبی میدانند . پس مشکل زبان لا اقل آن قسمتش که مربوط

بازبانهای ملل همسایه چون ترك و عرب شبیه است، ولی در حقیقت هیچکدام از آنها کاملاً زبان ترکی یا عربی نیست بلکه مخلوطی از زبان فارسی و لهجه‌های محلی و زبانهای آذری و عربی است . این‌بنده طبعاً زبان فارسی را بدرستی زبان مادری و عادی خود نمی‌دانند و نمی‌فهمند خصوصاً آن‌ان که بمدرسه نرفته و بیسواد هستند . ولی در همان عده دیگر نیز که زبان اصلیشان فارسی است مشکل عدم درک «زبان یکدیگر» موجود است . غرض از این زبان نه آن زبانی است که با آن حرف میزنند بلکه زبانی است که با آن «شرح حال» خود را میگویند و آن زبانی است که بازبان نوشته شده متفاوت است . و ما میدانیم که یکی از خصوصیات هر زبان و مخصوصاً زبان فارسی و زبانهای که فاقد «اکسان» در نوشتن است آنست که آنچه نوشته میشود با آنچه بیان میشود متفاوت است زیرا در وقت گفتن و بیان کردن نه فقط کلمات و لغات اذدهان گوینده خارج میشود بلکه قیافه گوینده در موقع ادای آن کلمات و تکیه کردن بر روی بعضی حروف - کوتاه و بلند و زیر و بم کردن بعضی بخشهای کلمه و سیلاب‌ها - همه در معنی کلمه موثرند بعبارت دیگر شخصی که مستقیماً با گوینده تماس گیرد علاوه بر شنیدن کلمات خوانده شده با حس با صره و حتی با تمام وجود خود تحت تأثیر قرار میگیرد و این طرز برخورد دو انسان «جاندار» است و خواندن يك نوشته مانند مجسمه يك مرحوم «جاندار»، یعنی موجودی «بیجان است» مضافاً بآنکه در زبان پارسی مثل بعضی زبانهای شیرین دیگر لغات متحد الشکل و مختلف المعنی فراوان است و نمونه آن اشعار زیر است:

کار پاکان را قیاس از خود مگیر

گرچه باشد در نوشتن «شیر» «شیر»

این یکی «شیری» است کآدم «می خورد»

و آن دگر «شیری» است کآدم «می خورد»

این یکی «شیری» است اندر «بادیه»

و آن دگر «شیری» است اندر «بادیه»

که در آنجا لغات «شیر» که انسان آنرا میخورد و در بادیه یعنی ظرف در یختمه میشود با آن «شیر» یعنی حیوانی که «آدم» را «میخورد» و در «بادیه» یعنی صحرا زندگی میکند - در نوشتن یکسان است اما در معنا متفاوت .

من به الهام از مرحوم دکتری مهدی نامدار که خود یکی از هنرمندان تأثر بود، در جمع آوری معانی کلمه «بله» در زبان فارسی بر آدمم و قریب ده نوع آنرا تساحال در روی نوار ضبط کرده‌ام که بر حسب مقام و محل و موقع استعمال و طرز استعمال، معانی مختلفی میدهد مانند: پاسخ مثبت - استهزام - انکار - تعجب - سرزنش - توییح - طنز و گوشه زدن - گلایه - غیر قابل

سرما و باد قرار گرفتن می‌شناسند. و از این قبیل اند دردهای متحرک اندامها، دردهای فصلی، دردهای اولسری، بیماریهای ریوی مزمن که دوره‌های حاد دارند، زکام‌های فصلی، بعضی بیماریهای عفونی مانند روماتیسم‌های غیر مفصلی یا مفصلی، بروسلوز و نظائر آن، و بالاخره سرماخوردگی که بیماریهای ویروسی جهاز تنفسی فوقانی شبیه به زکام معمولی و انفلوآنزا و نظائر آن باشد. بنظر میرسد که این اصطلاح ترجمه‌ای از اصطلاحات خارجی فرانسه و انگلیسی باشد والا در کتاب‌های فارسی قدیمی و طبی چنین اصطلاحی بچشم نمی‌خورد. ملاحظه می‌کنید که فقط این آخری است که با مفهوم بیماری مربوط در فرهنگ پزشکی شباهت دارد و بقیه، نشانه بیماریهای دیگر است که در نظر بیماران سرماخوردگی نامیده میشود. و از همه عجیب‌تر دردهای اولسر پپتیک است که گاه بنام سرماخوردگی معرفی می‌گردد و درمان آنرا نیز «رگ قولنج شکستن» میدانند و شاید واقعاً دردهای اولسری در اثر اسپاسم عضلات پارا و رتبرال قسمت‌های کمری و یا آنها که شانها را به ستون فقرات می‌پیوندند بوجود می‌آید که با مالش آنها و گرم شدن و از بین رفتن اسپاسم، درد اصلی نیز مطابق قانون HEAD (و دردهای انتقالی) از بین میرود.

باری اینها نمونه‌هایی چند بود از مواردی که بیمار و پزشک زبان متفاوت دارند یا زبان یکدیگر را درک نمی‌کنند و اینجانب در طی دوره نسبتاً طولانی‌ای که به حرفه پزشکی اشتغال داشته‌ام بیش از دو بیست و بیست اصطلاح و عقیده پزشکی عوام یا «فولکلور پزشکی» جمع‌آوری کرده‌ام که گرچه قسمت اعظم آنها مخصوص استان اصفهان است اما بادنستن آنها بسیاری از اصطلاحات بیماران استان‌های دیگر (نه آنها که زبان ولهجه خاص دارند مانند آذری، کردی، لری، عربی، زبان فلات مرکزی و غیره که خود بحثی جداگانه دارد) نیز مفهوم می‌گردد و سعی دارم در اولین فرصت آنها را منتشر نموده و معانی آنها را جهت اطلاع همکاران عرضه دارم.

د- کمی اطلاع از شک از معاینه و تشخیص در مان نگاه و مطب خصوصی.

(یک نقص آموزشی)

یکی از معایب بزرگ بر نامه‌های دانشکده‌های پزشکی، کوتاهی در آموزش در مان نگاه و یاسر سری انگاشتن این قسمت از آموزش بالینی بدانشجوی پزشکی است و حال آنکه معمولاً پزشکی که دیپلمه میشود یک پزشک عمومی است و بااستثنای آنان که در بیمارستانهای دانشگاهی یا سایر سازمانها در بخش‌ها کار میکنند بقیه باید «مطب داری» کنند و متأسفانه اظهارکنم که اکثر آنان در زمان تحصیل هیچگونه اطلاعی از نحوه صحیح معاینه و معالجه بیمار در مطب

به پزشکان است قابل حل است و فقط آن قسمتی که مربوط به بیمار است از دست ما خارج و تابع سابقه ذهنی بیمار، میزان معلومات، درجه سواد و قدرت بیان او است. چه بسیارند بیمارانی که بقدری صفات و مشخصات درد خود را روشن و گویا بیان میکنند که نیمی بیشتر از تشخیص را حاضر و آماده تقدیم پزشک کرده‌اند و البته در مقابل، هستند بیمارانی که با اظهارات خود نه فقط پزشک را راهنمایی نمی‌کنند بلکه او را گمراه نیز می‌سازند و گاهی اوقات این عمل، «عمدی» و «آگاهانه» و برای «مقصد معین» انجام می‌گیرد. هرچه بیمار نسبت به نشانه‌های بیماری‌ای که خیال میکند بدان مبتلاست آگاه‌تر باشد و مطالعه در آن باره داشته باشد بیشتر ممکنست تحت تأثیر این اطلاع قبلی درآید و در اظهارات خود پزشک را منحرف سازد. بدترین بیماران در این قسمت «خود پزشکان» یا «دانشجویان پزشکی» هستند که نمیتوانند کاملاً بیطرفانه احساسات خود و نشانه‌های بیماری را شرح دهند. از همین رو است که بیماری «پزشک» اکثر بصورت «مسئله» در می‌آید، مخصوصاً در آن قسمت که پایه اساسی تشخیص بر گفته بیمار باشد مانند دردهای آنژی و آنژیینی شکل.

مشکل دیگر در این قسمت «نارسایی بیان بیمار» یا بادی تعبیر و توضیح نشانه‌ها و بزبان آوردن جزئیات و خصوصیات ناراحتی خویش است. مهندسی را سراغ دارم که دچار درد آنژیینی و سپس انفارکتوس می‌وکار شده بود و تا چند روز بخیال آنکه به سرما-خوردگی دچار است به کار خود که مهندسی شهرداری بود ادامه میداد و وقتی در موقع گفتن شرح حال خویش ضمن پاسخ به سؤال اینجانب که نشانه سرماخوردگی شما چیست با کف دست خود اشاره ب قسمت چپ قفسه سینه و پشت کرد، کلید تشخیص را بدست من داد و پس از آنکه یکایک نشانه‌ها را از او سؤال کردم و همه مثبت بود و الکتروکاردیوگرافی و آزمایشگاه نیز آنرا تأیید کرد تازه فهمید که بچه عارضه‌ای دچار شده است. نظیر این اشتباه در بیان مشخصات درد مخصوصاً در باره انفارکتوس می‌وکار نسبتاً زیاد است و اکثر نیز بنام «سرماخوردگی» بیان شده بهمان نام نیز درمان میشود. جزو گروه بیماران اشتباه کننده یعنی «اشتباه گوینده» از آموزگار و بیروادیب گرفته تا خانم خانه دار و روستائی و ملاک و تاجر، همه طبقات موجود بوده‌اند بطوریکه وقتی کسی بعلت سرماخوردگی مراجعه میکند حتماً از او درباره معنی و خصوصیات این «سرماخوردگی» پرسش میکنم و باوجود اینکه این لغت و تشخیص برای بیمار بسیار پیش پا افتاده و آسان است اکثر اوقات جواب‌هایی که داده میشود متفاوت است. از آنجمله عده‌ای سرماخوردگی را درد قسمت‌های بدن میدانند و یاد در معرض

کاملتر شده است و این با بیمار مطب که در ابتدای بیماری به پزشک مراجعه میکند و نشانه‌های آن بسیار کم و مبهم است و دوره استقرار بیماری نرسیده خیلی فرق دارد. از این گذشته با نظام غلط آموزشی، دانشجو در موقع کارآموزی یا کارورزی بالینی بیشتر متوجه بیماریهای کمیاب و سندرم‌های با اسامی «قلمبه» میشود زیرا این اسم‌ها بیشتر و عمیق‌تر در ذهن او - یعنی در حافظه او - جایگیر میشود و چون روش امتحان دانشجو نیز بسیار غلط و تابع محفوظات است دانشجو از این اشتباهات ما استفاده کرده همان حیل‌ها را بکار میبرد زیرا احساس میکند که معلمش نیز اغلب از قماش خود او است و بهمین محفوظات متکی است. علاوه وسائیل پاراکلینیک مانند آزمایشگاه و رادیولوژی و سایر آزمایشهای اختصاصی و کتابخانه و مجله در بیمارستان فراوان‌تر است و گاه بعضی آزمایشها منحصراً در بیمارستانهای دانشگاهی انجام پذیر است. حال آن پزشک فلان روستا که تنها وسیله اش حواس خمسسه و گفتگوی با بیمار و گوشی است چگونه میتواند آنچه را در دوره دانشکده بغز او فرو کرده اند در سریع‌ترین وقت و با کمترین علائم بکار اندازد و تازه مشکل دیگر آنست که بیمار نه فقط برای تشخیص به پزشک مراجعه کرده بلکه برای درمان آمده است و پزشک در مطب باید با کمی نشانه‌ها و نبودن آزمایشگاه، هم زودتر تشخیص دهد و هم درمان کند. از این رو است که پزشکان ما معمولاً بمعالجه علامتی و تسکین هر چه زودتر درد (بهر قیمتی که میخواهد باشد خواه زبان مالی، خواه زبان جانی و عوارض دارویی) میپردازند و چون غرض، درمان علامتی است دیگر احتیاجی به تشخیص دقیق نخواهد بود زیرا نمایندگان دارویی این کار را آسان کرده اند و قبلاً کتابچه‌ای برای پزشک فرستاده اند که در آن نام و نشانه‌ها و داروهای مؤثر نوشته شده است اینست که در نتیجه مطب پزشکان به بنگاههای معاملاتی و دلالی نمایندگان دارویی تبدیل میشود. از این بی‌پرده گوئی پویش میخواهم ولی چون درد را احساس میکنم نمیتوانم از اظهار آن خودداری کنم زیرا دردی است درمان پذیر و نیازمند به همکاری صمیمانه اولیای امور دانشکده‌های پزشکی و وزارت خانه‌های مختلف، مصرف کننده پزشک و در رأس همه وزارت بهداشت و وزارت علوم و تعلیمات عالی و نظام پزشکی و قاطبه روشنفکران و علاقمندان به سلامت روابط پزشک و بیمار یعنی حیات جسمی و روحی همه مردم این مرز و بوم میباشد.

بنظر من آموزش درمانگاهی و حتی کارآموزی در بعضی پلی کلینیک‌های خصوصی دانشگاهی باید در سرلوحه آموزش بالینی دانشجویان سالهای آخر قرار گیرد و این امر شدنی است.

خصوصی ندارند و آن خود پزشک و جربزه خاص او است که بتدریج تجارب ویرا در اینقسمت کامل‌تر می‌کند و متأسفانه مثل هر کاری که روی اصول آموخته نشود، تابع ذوق و سلیقه شخصی پزشک بوده و فن «مطب داری» با «شارلاتانیسم» مترادف شده است یعنی هم مردم و هم خود پزشکان عملاً ایندورا بجای یکدیگر میگیرند و وقتی پزشکی مورد استقبال عامه قرار گرفت همکاران باو میگویند «رفیق چه حقه‌ای زده‌ای که مطب گرفته است»؟

و باز نتیجه شوم دیگری که برای نارسائی آموزشی مترتب میشود هرج و مرج امور پزشکی و روابط پزشک و بیمار و پزشکان با یکدیگر است که ما بخوبی آثار آن را بچشم می‌بینیم و هر روز هم مورد تحقیر و تخفیف قرار میگیریم و حال آنکه عیب از خود ماست. زیرا چون پزشک نمیداند چگونه باید بیمار را در مطب معاینه کند و بیماری او را در سریعترین زمان و با وسائیل بسیار ناچیز تشخیص دهد متوسل به استفاده از وسائیل غیر مجاز میگردد و بعضی نشان دادن حقیقت، به زرق و برق مطب می‌پردازد و دیپلم‌های تخصصی!! خود را برخ میکشد یا تا بلوهای رنگارنگ با تبلیغات رنگین‌تر استعمال میکند تا به نحوی از انحاء کمبود خود را جبران و بیمار بیچاره را «مسحور» - آری مسحور - خود سازد، اگرچه اثرات این سحرها که باید آنرا با کمال تأسف «شعبده بازی» نامید زود گذر باشد و حقیقت پس از جندی آشکار شده حیثیت پزشک لکه دار می‌گردد. لابد حکایت آن آشپز سبزه میدان طهران را شنیده‌اید که در آش شله قلمکار او همه چیز حتی تکه‌های کهنه و باصطلاح آن روزی‌ها «گیوه» نیز پیدا میشد (و اصطلاح آش گل گیوه که سابقاً در سر بازخانه‌ها مرسوم بود شاید اشاره بهمین حکایت بوده است) و معهداً دکانش همیشه شلوغ بود، وقتی رندی که گویا اصفهانی بوده آهسته در بیخ گوش او معایب آشوی را تذکر میدهد که مورد تصدیق آشپز نیز قرار میگیرد و علت هجوم این همه مشتری را میپرسد میگوید درست است که در آش من همه چیز یافت میشود اما... نیز فراوان است زیرا شهر بسیار بزرگ است و جمعیت نیز بسیار زیاد و متنوع، ولی امروزه که وضع اطلاعات و خبرگیری خیلی پیشرفته شده و سرعت يك خبر نه فقط در گوشه و کنار يك شهر بلکه در اکناف مملکت منتشر میشود قضیه صورت دیگری بخود میگیرد و نمیتوان به بهانه عدم اطلاع مردم، بنام پزشکی شعبده بازی را ادامه داد.

مشکل بزرگ در این قصور آموزشی درمانگاهی آنست که دانشجوی پزشکی در بیمارستانها از چند امتیاز برخوردار است که در درمانگاهها و مطبها فاقد آنست. معمولاً بیماری که در بیمارستان بستری میشود مقداری از سیر بیماریش گذشته و نشانه‌های آن نسبتاً

ر- مسئله متخصص

عصر ما عصر پیدایش متخصصین بیشمار در هر یک از رشته‌های پزشکی و پاتولوژی اندامهای مختلف بدن است و حتی کار این «افزایش تخصص» یا Overspecialisation بجائی رسیده که برای قسمت‌های مختلف هر اندام نیز متخصصینی بوجود آمده است و بموقع است اگر یادآور شویم که بقول آن طنزنویس آمریکائی: وقتی کسی از درد سینوزیت شکایت داشت نزد متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه کرد وی پس از معاینه گفت تخصص من در درمان بیماریهای سینوس ماکزیلر چپ است و شما سینوزیت فرونتال راست دارید بهتر است به یک متخصص دیگر مراجعه کنید. اگر چه این گفته طنز است ولی مانند سایر طنزها قسمتی از حقیقت را در خود نهفته دارد. این نوع تجزیه و تفکیک علم که بدنیاالتفکیک در سایر رشته‌های علوم و فنون از مختصات عصر تکنولوژی است آخرین نتیجه طرز تفکر اوائل قرن بیستم و «کارتز یا نیسم» است و چند سالی است جای خود را به طرز تفکر «همگانی» و «عمومی» و باصطلاح Gestalt داده است که بعوض اینکه در اجزاء یک موضوع یافن وارد شویم ابتدا «کل» آنرا در نظر میگیریم و در عالم پزشکی نیز همین امر دارد تحقق مییابد زیرا انسان بیمار درست است که ممکنست از یک عضو خود بیشتر بنالد و شکایت داشته باشد ولی هیچگاه اندامهای بدن از یکدیگر جدا نیستند و مخصوصاً که در هر عارضه عضوی، روان آدمی نیز متألم میشود. و اگر «یک عضو بدر آید سایر اعضا را قرار نخواهد ماند». بنابراین خوشوقتیم باطلاع برسانیم که اخیراً یک نوع گرایش همگانی بسمت یکپارچه شناختن انسان و اهمیت «پزشک عمومی» در جهان پزشکی پیدا شده و مملکت مان نیز از آن بی‌نصیب نخواهد ماند و جا دارد در برنامه ریزی دانشکده‌های پزشکی و اصولاً تربیت پزشک، بدان توجه شود.

اصل فلسفه پیدایش تخصص در آن بوده که چون علم پزشکی مانند سایر علوم روز بروز در توسعه است یک نفر نمیتواند بنهایی تمام شعبات آن را فراگیرد. این اصل هنوز هم قابل قبول است و احتیاج به متخصص برای اینکه در یک قسمت معینی از دستگاه‌های متعدد بدن بیشتر کسب تجربه نموده و معلومات خود را محدودتر و ولی عمیق‌تر کرده است وجود دارد منتها در این قسمت باید رعایت این اصول بشود:

۱- دائره تقسیم تخصص‌ها از حد معینی تجاوز نکند و وسعت آن لااقل یک یادو دستگاه مجاور باوظائف نزدیک بهم را شامل شود مانند قلب و عروق و کلیه، مجاری ادرار و زنان، و سایر تخصص‌های باصطلاح درجه اول و بزرگ.

۲- هر متخصص در دوره اشتغال به حرفه خویش نیز مانند زمان تحصیل تخصص، بفکر مطالعه در طب عمومی یعنی بیماریهای سایر دستگاهها باشد و انسان را از نظر «کلی» تحت بررسی قرار دهد. همانطور که یک طبیب عمومی نیز باید قسمت‌های فرعی و ابتدائی هر تخصصی را بداند و بدان عمل کرده باشد مخصوصاً پزشکان عمومی که در شهرستان‌های کوچک یا روستاها و واحدهای کوچک درمانی و بهداشتی کار میکنند.

تمام این مسائل نیازمند یک مرکز عالی برنامه ریزی بهداشتی و درمانی برای تمام مملکت است که مانند یک مدیر کارخانه دلسوز سعی کند کلید بازار را در دست داشته باشد و بین تولید و مصرف موازنه برقرار سازد و راهنمای علاقمندان به فن پزشکی و نیازمندان بدانها یعنی قاطبه مردم باشد. هسته اصلی اعضاء این مرکز از نمایندگان وزارت‌های علوم و بهداشتی و نظام پزشکی باید تشکیل شود.

ز- مسئله مشاوره و «پاس دادن» بیمار

مشاوره یکی از لوازم حرفه پزشکی است و معمولاً در دو مورد بوسیله پزشک یا بدرخواست بیمار یا نرسوبان او انجام میگردد. یکی وقتی است که پزشک در راه تکمیل تشخیص و درمان بیمار خود عقیده یک یا چند نفر دیگر از همکاران خود را ضرور بداند یا اینکه بیمار یا نزدیکان او بخواهند نظر یک یا چند پزشک دیگر را که بجهاتی بدانها معرفی شده‌اند در امر تشخیص یا درمان بیمار خود بدانند که معمولاً در مواقعی که بیماری سخت یا مزمن و طولانی یا بدخیم است انجام میگردد. همه اینها باید بر طبق قوانین نظام پزشکی عمل شود که آئین‌نامه‌های آن در ممالک مختلفه جهان کم و بیش بهم شبیه است و در هر حال محور اجرای این مشاوره همان پزشک اولی یا پزشک فامیلی است. نوعی دیگر از مشاوره وجود درمانگاههای گروهی یا پلی کلینیک‌ها میباشد که گروهی از پزشکان متخصص و پزشکان عمومی گرد هم آمده درمانگاهی دایر میکنند که همه احتیاجات یک بیمار معمولی را برآورده سازند. این سبک کار گروهی بشرط آنکه در جهت «سود بیمار» و «تشخیص صحیح» و بهبود او باشد معقول و مشروع و مجاز خواهد بود والا اگر خدای نکرده در جهت نفع شخصی (اعم از مادی یا اجتماعی یا شهرت) یک یا همه پزشکان آن گروه باشد مسلماً مطروداست و از طرف نظام پزشکی مجریان آن محکوم.

متأسفانه چندی است که طرز کار بعضی همکاران در معرفی بیماران و باصطلاح مردم «پاس دادن» بیمار به همکاران خود، برای توده مردم این فکر را پیش آورده که ممکنست در این گونه پاس دادن‌ها نفع شخصی پزشک یا همکار در بین باشد که بان «نان قرض دادن»

پزشکان معرفی شده را بوسیله پزشک معالج نپسندیدند این پزشک مجاز است - در صورتیکه منحصر بفرد و امر ضرور و فوری در پیش نباشد - از ادامه پذیرش يك چنین بیمار متخلفی عذر بخواید و او را به پزشک مورد علاقه بیمار معرفی کند .

س- مسئله روابط پزشکان با نمایندگان داروئی یا آزمایشگاهها ارتباط نزدیک پزشک با دو-سلف با اصطلاح پارامدیکال که یکی متخصصین علوم داروئی و داروسازی و دیگری آزمایشگاهها باشند طبیعی است زیرا به دسته اول برای تسهیل درمان و به دسته دوم بعنوان وسیله تشخیص احتیاج دارد و همه در جهت سود بیمار و بهداشت مردم است. اما اگر این اصل آخری دست کم گرفته شود و آن چنانکه شایسته است بدان توجه نشود نتیجه قطعی آن کم شدن حیثیت پزشک و ایجاد سوء تفاهم در بین مردم است. در اینصورت مردم حق دارند پزشک منحرف شده را - یعنی کسی که در امر هدایت بیمار به آزمایشگاه یاداروخانه مخصوص یا تجویز آزمایشهای غیر لازم و داروهای خاص در جهت زیان بیمار یا منحصراً بِنفع خود یا رفیق یا همکار خود اقدام می کند - به جانبداری و تجاوز به حریم طبابت و استفاده غیر مجاز از اعتماد بیمار به پزشک متهم سازند. باز با کمال تأسف باید اذعان کنیم که نه فقط در مملکت ما بلکه در همه ممالک کم و بیش از این افراد ناباب که عده شان خوشبختانه کم است وجود دارد و همین ها هستند که سبب آلودگی کهتران و مهتران میگردند و جامعه پزشکی، خود باید آنان را طرد کند. و باز متأسفانه باید یاد آور شد که هیچ انسانی نمیتواند مدعی شود که بهیچ صورت تحت اثر تبلیغ قرار نمیگیرد زیرا میدانیم که قدرت نفوذ تبلیغ و دامنه گسترش آن در تمام شئون زندگی و همه حواس بشر آنچنان است که حدی بر آن مقصور نمیتوان شد و صنعت داروسازی و کارخانه های معظّم تهیه کننده و آزمایشگاههای مجهز آنچنان قوی و متنفذند که میتوانند نه فقط روزها و ماهها بلکه سالها همه مردم و حتی پزشکان را تحت تأثیر سوء خود قرار دهند تا جائیکه بعضی اوقات این بیماران هستند که از پزشک خود تجویز داروی تازه اعلان شده ای را میخواهند. و اگر احیاناً پزشک با این خواهش مخالفت کند ممکنست متهم به عدم اطلاع گردد ولی ما این عدم اطلاع را باید بجان قبول کنیم و برای میل بیمار یا رنجیده نشدن او نباید هیچگاه به تجویز داروئی که اثرات آن را نمی شناسیم یا احیاناً زیان بخش میدانیم مبادرت ورزیم.

همینطور است امر درخواست آزمایش که باید حتماً در هر آزمایش که خواسته میشود نفع بیمار در تشخیص یا درمان در نظر گرفته و چنین فرض شود که این آزمایش روی شخص خود پزشک یا

نیز میگویند و این امر در پایتخت و بعضی از شهرستانهای بزرگ بیشتر سر زبان هاست و حتی کار به روزنامه ها و مجلات نیز کشیده شده و شاید تا حدودی نیز خود ما پزشکان گناهکار باشیم یا آنکه نتوانسته باشیم بخوبی موقع و وضع اجتماعی و میل شخصی بیمار را دریافته و لزوم يك چنین مشورت هائی را توجیه نمائیم زیرا در هر حال تصمیم گیرنده آخری، بیمار و منسوبان نزدیک او هستند که هیچگاه و بهیچ عنوان نباید تحت فشار قرار گیرند یا در بن بست واقع شوند یا با صحنه سازی نابجا منحرف شوند. امید است با برقراری نظام پزشکی باین لجام گسیختگی پایان داده شود و حیثیت پزشکان که در شرافت اکثر آنان جای هیچ شکلی نیست بیش از این پایمال نشود.

۳- مسئله استادی و شاگردی

یکی از ریزه کاری های امر مشاوره - مخصوصاً مشاوره ای که از طرف پزشک اعلام شود و پزشکان مشاور نیز با نظر او انتخاب شوند - نحوه انتخاب است زیرا در اینجا معمولاً نظر پزشک معالج است که محترم شمرده میشود و وی همانطور که گفتیم باید صرفاً در جهت منفعت بیمار شایسته ترین همکاران خود را برای کمک دعوت کند ولی چون پزشک نیز انسان است و انسان معمولاً با عده ای بیشتر نزدیک یا دوست یا رفیق است و نمیتواند در همه جا و همه حال هم يك قاضی بی طرف و هم يك مجری بی نظر باشد و طبیعتاً کم و بیش تحت تأثیر عواطف شخصی یا صنفی قرار میگیرد (که البته نباید بگیرد) یکی از عللی که ممکنست در انجام دادن مشاوره از طرف پزشک مؤثر باشد رابطه استادی و شاگردی است زیرا دانشجویان پزشکی در حین تحصیل با عده ای از استادان خود صمیمی بوده، بدانها علاقمند شده اند و روابط استادی و شاگردی را مادام العمر حفظ میکنند، و این کاملاً طبیعی است. بر عکس نسبت به عده ای دیگر بجهاتی ممکنست بدین و حتی کینه توز باشند و در هر حال چنین اتفاق افتد که پزشک در انتخاب و معرفی مشاور تحت تأثیر این روابط قرار گیرد و مانع استفاده بیمار از شایسته ترین مشاور یا متخصص شود. این موضوع در شهرستان هائی که دانشکده پزشکی دارد و فارغ التحصیلان آن دانشکده در همان استان اشتغال دارند زیاد تر دیده میشود و تا حدودی هم قابل جلوگیری نیست زیرا تا جائیکه غرض سود بیمار باشد و پزشک از روی عقیده و ایمان همکار دیگر را دعوت کند کار خلافی نکرده زیرا عقیده محترم است و پزشک نیز فردی آزاد. مضافاً باینکه طبق قوانین نظام پزشکی در صورتیکه بیمار و پزشک درباره انتخاب مشاوره کنندگان بتوافق نرسیدند و مخصوصاً بیمار یا کسان او

ص - پزشک و قانون

بالاخره لازم بیادآوری است که در نظر داشته باشیم پزشک نیز از دو جهت با قوانین سروکار خواهد داشت یکی بحکم آنکه فردی از افراد اجتماع است و تابع قوانین عمومی کشوری و اجتماعی مملکت خویش است و دیگر آنکه پزشک است و ملزم به رعایت قوانین خاص حرفه پزشکی یعنی «نظام پزشکی» که ما برای جلوگیری از اطناب کلام همکاران را به مطالعه آنها راهنمایی میکنیم. خوشبختانه قوانین مملکت ما با تحولاتی که جدیداً در آن بعمل آمده در همه قسمت‌ها و وظیفه‌های پزشک و روابط پزشک و بیمار و پزشک و پزشک و مقامات قضائی را روشن ساخته است ولی آنچه در کتابها و قانون‌ها و نوشته‌ها تدوین شدنی نیست و باید فقط درک کرد و بدان ایمان داشت و عمل کرد، اینست که قبول داشته باشیم: پزشک یک «انسان» است و بیمار نیز «انسانی دیگر» و اخلاق پزشکی مانند سایر روابط انسانها با یکدیگر بر پایه «اخلاق» بنا شده که درک شدنی است ولی ایمان کردنی نیست و هر چند «اخلاق» بازماند و مکان و معیارهای اجتماعی ممکنست تغیر کند ولی اصول اساسی آن در جوامع با اصطلاح متمدن مشابه بوده مورد قبول همگان هست.

فرزندان او انجام میگیرد و زبان‌های جانی و مالی و عدم لزوم آن حتماً برآورد شود. انتخاب آزمایشگاه نیز مانند مشاوره بستگی به نظریه پزشک معالج و اعتقاد و ایمان او دارد نه به نفع شخصی مادی یا اجتماعی وی.

ش- طبابت در خانواده نزدیک یا دوستان صمیمی

چون امر طبابت نوعی قضاوت است، هم‌چنان که قاضی نباید در محکمه‌ای که یکی از نزدیکان او را محاکمه می‌کنند سمت قضاوت داشته باشد، پزشک نیز نباید حتی المقدور در درمان آندسته از مردم که بنحوی از انحاء عواطف او را منحرف یا بیک سو متوجه می‌سازند دخالت کند و در اینموارد بهتر است از نظر همکاران دیگر استفاده برد، زیرا اینکار علاوه بر جنبه بیطرفی در قضاوت یک فایده دیگر نیز دارد و آن رضایت خود بیماران است، چرا که میدانیم منسوب دکتر نیز یک انسان بیمار است و مایلست مانند «غریبه‌ها» تحت معاینه و بازرسی دقیق قرار گیرد و عده زیادی از منسوبین پزشکان از همین نقیصه گله دارند و معتقدند «شوهر یا پدر یا برادرشان مرض آنها را بجزی نمیگیرند و آنچنانکه شاید و باید در امر تشخیص و درمان آنان نمیکوشند» میگوئید نه؟ از امروز تحقیق کنید و این تحقیق را هم از خود شروع کنید تا صحت عرایض ثابت گردد.

منابع و ماخذ

- 1- M. Balint : 1956. The Doctor, His Patient and the Illness: Pitman medic.
 - 2- L. Goodman and Gilman: 1965. The Pharmacological Basis of Therapeutics. 3d ed.
 - 3- Deuxième Congres International de Morale Medicale. Paris 1966.
 - 4- M. McLuhan, Understanding Media; 1964. The Extention of Man. Publi. The New American Library
- ۵- خلاصه الحکمه ۱۱۸۵ هجری - محمدحسین بن محمد هادی عقیلی.