مركز تعريب العلوم الصحية

ACMLS ـ دولة الكويت

الأدوية الأساسية

تأليف : د. بشار الجمّال

مراجعة : مركز تعريب العلوم الصحية

65 سلسلة الثقافة الصحية

المحتويات

المقدمة ..... ج

التمهيد ..... هـ

المؤلف في سطور ..... ز

مقدمة المؤلف ..... ط

الفصل الأول : الرعاية الصحية الأولية..... 1

الفصل الثاني : المصلحة التجارية والصحة العامة 13

الفصل الثالث : الأدوية الأساسية 21

الفصل الرابع : استراتيجية الدواء 37

الفصل الخامس : تعريف ببعض الأنواع الدوائية 69

المراجع : 86

المقدمة

يستخدم الإنسان منذ القدم الدواء في معالجة الأمراض التي تصيبه، وتخفيف وطأتها أو الوقاية منها. ويختلف تأثير الدواء على أجهزة الجسم باختلاف مفعوله، فمثلاً قد يكون الدواء منشطاً لجزء من أجهزة الجسم، ويكون مثبطاً لجزء آخر. وتتنوع استعمالات الأدوية فمنها ما يساعد الجسم على تعويض ما ينقص من فيتامينات ومعادن، كما تستعمل أدوية أخرى للوقاية كاللقاحات، والقضاء على المكروبات التي تصيب الجسم، ولاشك في أن هذا التنويع الهائل في مفعول الأدوية وتأثيراتها يجعل منها أقوى وأهم الإنجازات العلمية التي حققها الإنسان في العقود الأخيرة، فمن غير المعقول أن نتصور عالماً خالياً من هذه الأدوية سواءً علاجية أو وقائية؛ لأنها أصبحت جزءاً لايتجزأ من حياة الإنسان وسر بقائه واستمراريته. فالأوبئة في القرون الغابرة كانت تنتشر انتشاراً سريعاً أدى إلى العديد من الكوارث والمآسي والآلام. غير أن الأدوية عملت على مساعدة الإنسان على التحكم فيها ومحاصرتها والحد من عنفوانها والقضاء على بعضها قضاءً مبرماً.

إن اكتشاف أي دواء جديد وتحضيره بالشكل الصيدلي، ومن ثمّ تسويقه وإيصاله إلى متناول الهيئات الطبية ليس بالأمر السهل، فذلك يتطلب جهوداً وأموالاً طائلة للتأكد من مأمونية الدواء العلاجية، ولذا فعند اكتشاف أي دواء جديد ينبري العلماء بالدرجة الأولى إلى التأكد من مفعوله الدوائي وسميته وآثاره الجانبية على الإنسان، ولذا تحرص منظمة الصحة العالمية على وضع قائمة تشمل مجموعة من الأدوية يُطلق عليها الأدوية الأساسية، والتي يُفترض أن تكون متوافرة في النظم الصحية، وذلك في كل الأوقات وبكميات كافية وجودة مضمونة، وبأسعار مناسبة لكل الأفراد.

والله ولي التوفيق،،،

الدكتور عبد الرحمن عبد الله العوضي

الأمين العام

مركز تعريب العلوم الصحية

التمهيد

يستعرض هذا الكتاب موضوعاً هاماً، وهو موضوع الأدوية الأساسية، وهي تلك الأدوية التي تعالج أكثر المشكلات الصحية في العالم. ويتم تحديد تلك الأدوية من خلال أبحاث مسندة بالبينات. كما أن الجودة والمأمونية والمردودية تمثل المعايير الأساسية لاختيار تلك الأدوية، وتعطي القائمة النموذجية - التي تم تشكيلها من قبل منظمة الصحة العالمية (في عام 1977)، ويجرى تنقيحها الآن مرة كل سنتين لبلورة المشكلات الصحية الراهنة مثالاً لهذه الأدوية للتكيف مع الاحتياجات الوطنية. وفي أول قائمة لتلك الأدوية تم تحديد 208 دواء أساسي لمكافحة عبء المراضة العالمي السائد في ذلك الوقت. أما القائمة الحالية فتشمل ما يقرب من 340 دواء منها أدوية تعالج الأمراض ذات الأولوية، مثل الملاريا والإيدز والسل والمشكلات الصحية الإنجابية، وأدوية أخرى لعلاج الأمراض المزمنة مثل السرطان والسكري.

يتناول الكتاب هذا الموضوع بشكل سلس، حيث يبدأ باستعراض صناعة الدواء وتأثيرها على الصحة العامة والضوابط التي تحكمها ومكونات السياسة الدوائية، ثم يتناول قوائم الأدوية الأساسية وسياسة ترشيد الدواء، كما يتحدث عن استراتيجية الدواء من حيث إتاحة الدواء مع ضمان جودته وسلامته مع تعزيز الاستخدام الرشيد للدواء ويُختتم الكتاب بالحديث عن الزمر العلاجية للأدوية الأساسية.

نأمل أن يحقق هذا الكتاب الفائدة المرجوة منه لجميع قرّاء سلسلة الثقافة الصحية.

والله ولي التوفيق،،،

الدكتور يعقوب أحمد الشراح

الأمين العام المساعد

مركز تعريب العلوم الصحية

المؤلف في سطور

- **الدكتور: بشار الجمَّال**

- سوري الجنسية ـ مواليد 21 أبريل 1967.
- حاصل على بكالوريوس الصيدلة ـ جامعة دمشق - سوريا ـ 1989.
- عضو في بعض من اللجان والروابط الطبية.
- يعمل حالياً في أحد الصيدليات الخاصة، دمشق ـ سوريا.

مقدمة المؤلف

الحمد لله الذي جعل لكل داءٍ دواءً، والصلاة والسلام على من علّمنا بقوله وفعله أنَّ التداوي من سنته والتوسط نهجُ أمته.

كان الطبُّ والدواء قديماً ينزعُ إلى السحر فنجد الوصفات السحرية بجانب الأدوية في الكتب القديمة، ثم وضحت معالم الطب كعلم طبيعي مستقل عن السحر والكهانة ببعثة محمد (ﷺ)، وهذا أدى إلى النهضة الطبية غير المسبوقة في الحضارة العربية الإسلامية، فمع التأكيد على أن الشفاء من الله عز وجل، علّم النبي (ﷺ) الناسَ أنَّ التداوي أمرٌ طبيعي يخضع لقوانينَ موزونة، ورغّبَ في البحثِ عن الدواء، وقام بطلب الطبيب، وتناول الدواءَ تعليماً منه (ﷺ) لمن يقتدي به. وبهذا وضِعت الأمور في نصابها، فالمريض المسلم يطلب الدواء الصحيح لعلته المرضية معتمداً على مشورة الطبيب الثقة، لقوله (ﷺ) "تداووا" وقوله "إن لجسدك عليك حقاً"، ويوقن أنَّ الشفاءَ من الله عز وجل، ويتخذ الصدقة والدعاء من جملة أسباب الشفاء، وجعل الإسلامُ الطبَّ مهنةً احترافية تحتاج إلى مؤهلات، ففي الحديث "من تطبب ولم يعلم عنه الطب فهو ضامن"، وهذا التوازن قلّ أن تجده في أية حضارة، وهو الذي دفع الأطباء المسلمين للبحث عن أفضل العلاجات والممارسات وتطويرها، وكان أثرُ الدين إيجابياً في تطور علم الطب والصيدلة، لتأكيد النبي (ﷺ) أن لكل داءٍ دواءً، حتى رفض الأطباءُ المسلمون استعمال عبارة مرضٍ (لا يشفى) واستعملوا عبارةَ (لا يُرجى برؤه)، وبلغ عددُ الأدويةِ في كتاب (الجامع لمفردات الأدوية والأغذية) لابن البَيطار؛ 145 دواء معدني و(1800) دواءٍ نباتي و130 دواء حيواني، وقد استهلَّ كتابَه بقوله: "الحمد لله الذي خلق بلطيف حكمته بنية الإنسان، واختصه بما علمه من بديع البيان، وسخر له ما في الأرض من جماد ونبات وحيوان، وجعلها له أسباباً لحفظ الصحة وإماطة الداء، يستعملها بتصريفه في حالتي عافيته ومرضه بين الدواء والغذاء، نحمده حمد الشاكرين، ونصلي على أنبيائه أجمعين"، وقد مُزج الطبُّ والصيدلة في الحضارة العربية الإسلامية بالرحمة والنزاهة فقد وجدت المشافي المجانية النظيفة، والدواء المجاني، وبدت الأخلاقُ الإنسانية في سلوكِ الأطباء والصيادلة على المستوى الشخصي، كما ظهر الحرص على الصحة العامة في آلية الرقابة الحكومية عليهم من قبل "المحتسب"، فقد ذُكر أن (الرازي) كان دائماً ينصح تلاميذه بمساعدة الفقراء ومعالجتهم مجاناً، ويعلمهم أن مهنتهم مهنة الرحمة بالضعفاء والمعذبين، وينصحهم باستخدام الكلمة

الطيبة، وإحياء الأمل في نفوس مرضاهم ورفع روحهم المعنوية، كما أكد على أهمية التعفف عند الكشف على النساء، والالتزام بالشريعة والخلق الكريم، وكان يمارس هذا بنفسه فيرعى الفقراء والمحتاجين، وخصوصاً المرضى، فكان ينفق عليهم من ماله، ويجري لهم الرواتب والجرايات. وهذا الأمر على بساطته يجب أن لا يغيبَ عنا ونحن نتابع تفاصيل تعارض المصلحة التجارية مع المصلحة الإنسانية في شؤون الصحة العامة في هذا العصر، إذ بضدها تتميزُ الأشياءُ.

الدكتور/ بشار الجمَّال

الفصل الأول

الرعاية الصحية الأولية

الأساسيات الكافية لكل أمر:

لكل أمرٍ أساسٌ لا يستغنى عنه أو حدٌ أدنى لا يقومُ إلا به، وتأمينُ أساسيات وأصول أي أمر يعطي مردوداً أفضل في تغطية حاجات الإنسان على اختلاف أنواعها، سواءاً كانت هذه الحاجات ماديةً أم معنوية، علمية أم غريزية، دينية أم دنيوية؛ ففي اللغات نجد أنَّ معرفة (300) كلمة أساسية من اللغة الإنجليزية تكفي لتغطية ثلاثة أرباع الاستخدامات الضرورية، أما دينياً فتركُ المحرماتِ وأداءُ الفرائض يكفي لفلاح المرء الصادق، وترك الكبائر من الذنوب أساسُ النجاة، وترك صغائرها رفعةٌ وكمال للإنسان، وأما الغذاء فتناول بضعة أصنافٍ أساسية ومتوازنة من الطعام تكفي لتغطية غالب ما يحتاجه الإنسان، وعندما يصعب على الحاسوب متابعةُ العمل يكتفى بالبرامج الأساسية في الوضع الآمن، أما العلاج الدوائي - وهو بيت القصيد في هذا الكتاب - فقد ثبت أن 300 إلى 400 نوع من الأدوية تكفي لتغطية 90٪ من حاجات السكان، وأصبح من المسلمات الطبية أولوية الالتزام بمبادئ الرعاية الصحية الأولية، ومنها توفير الأدوية الأساسية واللقاحات الضرورية، قبل الانشغال بغيرها من الإجراءات الصحية. وهذا الأمر يأخذ أهميةً خاصة في البلدان النامية عموماً والفقيرة منها خصوصاً، ولا يستغني عنه أيُّ بلدٍ في العالم، فالقصْدُ مطلوبٌ في كل الأمور ولجميع البشر، وهو كما نعلم مقاربةُ الأمور دون غلوٍ أو تفريط، وهو محمودٌ في حالة الغنى، وضروريٌ في حالة الفقر.

وقد يجد القارئ أن المواضيع لا تتركز على الأدوية الأساسية فحسب، وهذا صحيح لأنَّ مفهومَ الأدوية الأساسية يرتبطُ بجملة من الأمور، فهو أحدُ مكونات الرعاية الصحية الأولية، وركنٌ رئيسي من أركان السياسة الصحية بعامة والدوائية بخاصة، وعليه مدار ترشيد استخدام الدواء، وباعتماده نتمكن من إتاحة الدواء للمرضى، يستعمله القطاع العام للتزود بالأدوية ويفيد الصناعة كموجه لإنتاج الدواء

المحلي، وهو مرجعٌ للتأمينات الصحية، كما يُعد من مواضيع التعليم والتدريب الطبي النافعة، ويرتبط بمنظمة الصحة العالمية والعديد من برامجها ولجانها ومنشوراتها وبعض المؤتمرات التي تشارك فيها، وهو مفهوم لا تحبذه الشركات الدوائية العملاقة لأنه يقلل من بيع الكثير من أدويتها، ولا بد عند ذكر الأدوية الأساسية من أنْ نشرحَ الفرق بين الدواء ذي الاسم التجاري المحمي، والدواء الجنيس (المصنع دون حماية تجارية)، وهذا يفرض علينا أن نفهم تأثير الشركات على البحث، وتأثيرها عبر الدعاية الدوائية على الأطباء، كما علينا أن نعرج على بعض الأدوات التي توفر معلومات عن الأدوية الأساسية، وبعض المؤتمرات التي تكون فيها محور الموضوع أو أحد أركانه الأساسية. وبعدُ فهذا الكتيب لن يفي الموضوع حقه فهو مشروع ينمو باطراد منذ ثلاثين عاماً، ولكنه يسلط الضوء على طريقة حكيمة عالمة وناجحة في إدارة الأمور الدوائية بعيداً عن سمسرة البعض بأرواح الناس.

(الشكل 1): الأدوية الأساسية

الرعـاية الصحية الأولية:

تُعـرف الرعايـة الـصحية بأنهـا؛ الخـدمات الـصحية الـشاملة والأساسـية الميـسرة لجميع الأفراد والأسر في جميع المجتمعات، والمعتمدة علـى وسـائل وتقنيـات صـالحة عمليـاً، وسـليمة علميـاً، ومقبولـة اجتماعيـاً، وبمـشاركة تامـة مـن المجتمـع وأفـراده، وبتكاليف يمكن للمجتمع والدول توفيرها في كل مرحلة من مراحل التطور.

والخدمات الصحية الأساسية التي تدور عليها الرعاية الصحية الأولية هي؛ توعية المـواطنين وإرشـادهم صـحياً، ووضـع الحلـول المناسـبة للـسيطرة والقـضاء علـى المـشكلات الـصحية، والإصـحاح الأساسـي للبيئـة وبـالأخص تـوفر المـاء الـصالح للشرب، وضـمان التغذيـة الجيـدة، وتقـديم خـدمات الأمومـة والطفولـة، ومنهـا التطعيم والتحصين ضد الأمراض المعدية خاصة أمراض الأطفال الستة، ومكافحة الأمـراض الـسارية (المعديـة والمتوطنـة) والـسيطرة علـى انتـشارها، وكـذلك عـلاج الأمـراض الشائعة في المجتمع وإجراء العمليات الجراحية الأساسية، وأخيراً وليس آخراً تـوفير الأدوية الأساسية.

(الشكل 2): الجوانب الأساسية للرعاية الصحية الأولية

وهذه الخدمات على بساطتها تشكّل محور الصحة العامة على المستوى الدولي فقد أثبتت دراسة أعدتها منظمة الصحة مؤخراً أن أهم عشرة أخطار صحية على المستوى العالمي تشمل نقص الوزن، وزيادة الوزن، وعدم صلاحية المياه للشرب، ونقص الحديد، وفوضى الجنس، وانتشار الخمور، وتدخين التبغ.

أما الأدوية فنصف سكان العالم لا يصلون إلى أدوية ضرورية للعلاج، إما لفقرهم أو لعدم توفر الدواء أو بسبب سوء الإدارة أو سوء الاستعمال أو عدم توازن التسويق الدوائي ونزاهته.

وغالباً ما تُقدم خدمات الرعاية الصحية على مستويات ثلاثة؛ مراكز الرعاية الصحية الأولية التي يجب أن تنتشر في كل مجتمع محلي حتى ولو كان صغيراً، ثم مستشفيات الضواحي ومراكز التوليد في مختلف المناطق، ويلي ذلك المستشفيات التخصصية المركزية في المدن الرئيسية.

إعلان ألما ـ آتا:

صدر عن المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية في عام (1978)، وكانت لهجة الإعلان قوية وصريحة، فقيل فيه نعبر عن الحاجة الماسة لعمل كل الحكومات، وكل العاملين بالصحة والتنمية والمجتمع الدولي في سبيل حماية وتعزيز صحة كل الناس في العالم؛ إن الصحة تعني العافية الجسدية والعقلية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من الأمراض، وهي حق أصلي للإنسان يجب أن ترعاه القطاعات الاجتماعية والاقتصادية بالاشتراك مع القطاع الصحي.. وليس من المقبول سياسياً واجتماعياً واقتصادياً اختلال ميزان العدالة الصحية بين الناس، وبالأخص بين الدول المتطورة والنامية.. وكما أن التنمية الاقتصادية والاجتماعية مهمة لتحقيق الصحة للجميع، فتعزيز الصحة ضروري أيضاً لصيانة التنمية الاقتصادية والاجتماعية.. ويملك الناس حق المشاركة الفردية والجماعية في تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية الصحية.. وتقع على الحكومات مسؤولية رعاية صحة شعوبها عبر إجراءات صحية واجتماعية كافية لتحقيق هذا الهدف.. وحدد الإعلان هدفاً صحياً لعام (2000) تتعاون عليه الحكومات والمنظمات للوصول إلى حياة بشرية منتجة اقتصادياً واجتماعياً..

واعتبر إعلانُ المؤتمر أنَّ الرعاية الصحية الأولية هي مفتاحُ تحقيق هذا الهدف الصحي، الذي اعتبر جزءاً من التنمية المطلوبة لتحقيق العدل الاجتماعي.. والرعاية الصحية الأولية مفهوم يربط بين النظام الصحي والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، ويشكل أول اتصال للناس بالرعاية الصحية، فتصل الخدمات الصحية إليهم قريباً من أماكن سكنهم وعملهم.. وركز الإعلان على تضافر جهود مختلف القطاعات؛ وبالأخص الزراعة، والتربية الحيوانية، والغذاء، والصناعة، والتعليم، والإسكان، والاتصالات، وغيرها، لأنه بدون التنسيق الجيد بينها لا يمكن تحقيق الأهداف الصحية.. وأكد على ضرورة مشاركة الجميع أفراداً ومنظمات وحكومات، والاعتماد على الذات للاستفادة من كافة المصادر المحلية والوطنية.. ودعم الرعاية الصحية الأولية عبر نظم إحالة متكاملة وفاعلة ومتعاونة، مع إعطاء الأولوية للمحتاجين.. واعتبر الإعلان أن فريق العمل الصحي يشمل الجميع أطباء، وممرضين، وفنيين، وممارسي طب شعبي مؤهلين للاستجابة الكافية لحاجات المجتمع الصحية.

وطالب الحكومات كافة بنظم صحية وطنية شاملة، تشمل سياسات واستراتيجيات وخطط وطنية لإطلاق واستمرار خدمات الرعاية الصحية الأولية.. واستنهاض الإرادة السياسية والاستعمال الحكيم للموارد المتوفرة.. ودعم التعاون الدولي في هذا الاتجاه.. وبالأخص لتقديم الدعم الفني إلى الدول النامية لمساعدتها في تطبيق الرعاية الصحية الأولية، وأكد إعلان ألما ـ آتا واجب الجميع من دول ومنظمات وأفراد في تبني الرعاية الصحية الأولية على المستوى الوطني والعالمي.

ضبط ممارسات الطب الشعبي:

وعندما ذُكر دور الطب الشعبي في مؤتمر الرعاية الصحية الأولية فهذا كان دافعاً لذكر تتمة ضرورية؛ وهي التنبيه إلى محاولات منظمة الصحة العالمية لترشيد الطب الشعبي والأدوية النباتية بشكل خاص؛ فقد وضعت المنظمة إستراتيجية تخص الطب الشعبي، وهي مترجمة إلى اللغة العربية ونسختها الإلكترونية مجانية، كما طبعت ثلاثة مجلدات تحوي معلوماتٍ وافية عن أهم النباتاتِ المستعملة طبياً، ونشرت دراسة موسعة عن الوضع القانوني للطب الشعبي في (135) دولة، وملفات قيمة أخرى. وينطلق تنظيم الطب الشعبي من مبدأ أساسي يعتمد على أن ضبط ما يستعمله الناس

من ممارسات وعلاجات بحسب الأمر الواقع مقدمٌ على اعتبارات ثبوت الفعالية التي تأتي في مرحلة متأخرة من المتابعة، وذلك لضمان سلامة المستخدمين وعدم استغلال الممارسات الشعبية والتكميلية/ البديلة. ومن الإجراءات النافعة لضبط الطب الشعبي وجودُ السجل، أي وجودُ ديوانٍ تُسجل فيه أسماء كل ممارسٍ وتشرف عليه سلطات الصحة و/ أو الجمعيات المهنية لممارسي الطب الشعبي، وتأسيسُ جمعيات وروابط لممارسي الطب الشعبي بأنواعه بحيث تكون هذه الجمعيات مساعدة للسلطات القانونية في ضبط الممارسات، وتسجيل الممارسين، واتخاذ إجراء ترخيص العمل، وهذا مرتبط بوجود السجل الرسمي، وإنشاءُ أقسام خاصة بالطب الشعبي في وزارات الدولة لمتابعته من الوجهة التنظيمية، كالتسجيل والترخيص والمراقبة وإلغاء الترخيص. ولمتابعته علمياً؛ فترعى هذه الأقسام الرسمية التعليمَ والتدريبَ للممارسين ولغيرهم من الأطباء العاديين ولعامة الناس، ورعاية الأبحاث الخاصة بالطب الشعبي، والخطوة المحورية لكل قضية ضبط الطب الشعبي هي وضع قوانين تضبط ممارسة مزاولي الطب الشعبي من حيث؛ المؤهلات، والتسجيل، ورخصة العمل، ورخصة تصنيع وبيع العلاجات العشبية، والممارسة الممنوعة لأسباب تتعلق برعاية الصحة أو مخالفة أخلاقيات الممارسة، وبيان المخالفات وما يتبعها من الغرامات والحبس وحالات سحب الترخيص، وتحديد المؤهلات الضرورية لممارسة الطب الشعبي، فبعضها قد يكون ملازمة خبراء سابقين، وبعضها يعتمد على قدر معين من التحصيل العلمي وفق مناهج تعليمية محلية أو عالمية، وكذلك التأكيد على وجود مؤهلات مكملة تشمل معرفة أساسيات الأمراض والتعقيم. ومن الإجراءات المهمة إحصاء الممارسات والعلاجات وتصنيفها، وتنقيحها فنعلم ما يُقبل وما لا يُقبل من ممارسات، وتسجيل الممارسات الصحيحة التي تأكدت فعاليتها وسلامتها ثم تنشر، وتعد رعاية التدريب على الممارسات الجيدة قضية نافعة، وذلك عبر دمجها في مناهج التعليم الطبية، أو تأسيس معاهد خاصة بها، أما التعاون مع الجمعيات الخاصة بالطب الشعبي فيساعد في التعليم والتدريب والتسجيل وضبط الممارسة، ولا بد من وضع دستور أدوية نباتية أو قائمة نباتات وطنية معتمدة أو معشبة أو اعتماد المراجع الدولية، كالمؤلفات النباتية الحديثة التي نشرتها منظمة الصحة العالمية وغيرها، وهنالك إجراءات احترازية مهمة منها تحريم بيع أية مادة عشبية إلا مع وجود

تصريح واضح عن بائعها وصانعها وتفاصيل عن مكوناتها على لصاقة التوسيم، ووضع قوانين تجرم من سوُق الطب الشعبي كبديل لعلاجات حقيقية متوفرة، وتجريم ممارسة الشعوذة والاستغلال المادي. أما تثقيف الأطباء على فوائد بعض مجالات الطب الشعبي فهو ناحية مهملة في التعليم الطبي تحتاج إلى رعاية، وكذلك وضع برامج تربط الطب الحديث بالطب الشعبي، وتشجع منظمة الصحة على دمج الممارسات والعلاجات الشعبية المثبتة في نظام الرعاية الصحية، وفي بلادنا العربية قد يناسب انتقاء بعض الممارسات والعلاجات المدروسة لهذا فالطب الشعبي مثبت السلامة والنجاعة مكانه الطبيعي ضمن السياسات الصحية الوطنية لا عند الهواة والمغرضين، وله موقعٌ يناسبه في نظام الرعاية الصحية الأولية الوطنية.

ولا شك أن الطب الشعبي بعلاجاته المثبتة والواعدة لا يغني عن توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية فهي عماد السياسات الصحية الوطنية الجيدة، ومن المعلوم أن وجود الكادر الطبي الحديث المؤهل، وتوفر الدواء الجيد ميسور الكلفة، ركنان لا يستغني عنهما مجتمعٌ من المجتمعات، وقد سعت الحكومات إلى تبني ما طرحته منظمة الصحة العالمية من إرشادات تخص الرعاية الصحية الأولية وتبني المفاهيم الثمانية المكونة لها، وما يتفرع عنها كموجه للسياسات الصحية العامة؛ ومنها مفهوم الأدوية الأساسية، والتقنيات الصحية الأساسية، وبرامج التلقيح الإلزامية، وبرامج مكافحة السل.. وهذه البرامج وأشباهها تراعي تأمين حاجات المجتمع مع مراعاة الاقتصاد في الكلفة. وثمرة الالتزام بها في إدارة شؤون الصحة العامة سيكون انتظام الخدمات الصحية، وجودتها، والاقتصاد في تكاليفها، ويقابل ذلك زيادة مردود الانتفاع بالموارد المالية والبشرية المتاحة إلى أقصى حدوده.

منظمة الصحة العالمية؛ محور الإرشاد الصحي عالمياً

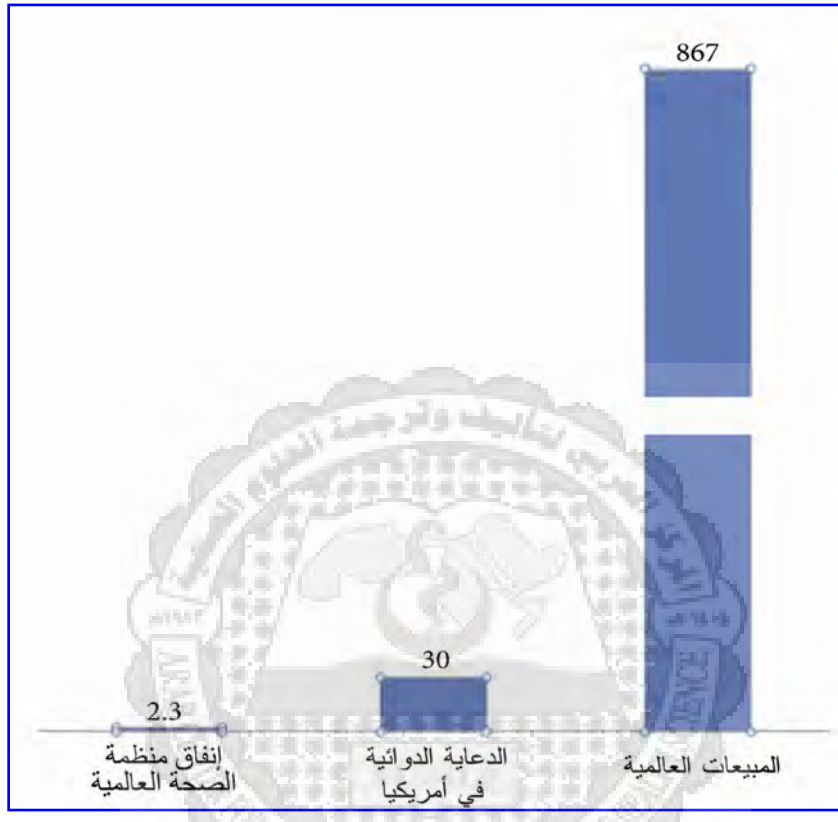
تأسست منظمة الصحة العالمية عام (1948) لتخدم كسلطة موجهة ومنسقة للأمور الصحية العالمية والصحة العامة، ومن أهدافها الرئيسية توفير معلومات موضوعية تخص الصحة يمكن الاعتماد عليها وإرشادات مناسبة ودعم فني مناسب، وهذا ما تحققه عبر عدة برامج منها برنامج نشر مكثف وبرامج تدريب وتعاون فني. والغاية هي دعم الخطط الكلية للصحة الوطنية في كل بلد والاستجابة لأهم المشكلات

الصحية في العالم. ومنشورات منظمة الصحة العالمية فيها دلائل عملية، ودلائل إرشادية، ومواد تدريب لأصناف من العاملين في الصحة، وإرشادات ومعايير دولية، وكذلك مراجعات وتحليل للسياسات والبرامج والأبحاث الصحية، وتقارير نموذجية تقدم الإرشاد والتوصيات لصناع القرار. وأولوية المنظمة هي الوقاية من المرض وضبطه وتطوير نظم صحية جيدة تعتمد الرعاية الصحية الأولية، ودعم الصحة الفردية والمجتمعية. وتدعم منظمة الصحة العالمية جهود الدول الأعضاء في البلدان وداخلها، وفي الأقاليم لتطوير وتنفيذ سياسات الأدوية الوطنية ورقابتها والتأكد من نجاعتها، كما تسعى المنظمة لوضع وتطوير الإرشادات والاستراتيجيات والخطط اللازمة لضمان توفر وميسورية كلفة الدواء والاستخدام الرشيد للأدوية، ومن أدوات تطوير السياسات الدوائية مفهوم الأدوية الأساسية وما يتبعه.

وقد أدى تعاون منظمة الصحة العالمية مع دول شرق المتوسط إلى إعادة توجيه الرعاية الصحية، وتطوير وتنمية البِنْية الأساسية للرعاية الصحية الأولية. وتحسنت فرص الحصول على الرعاية الصحية في بلدان الإقليم، فبلغت 84٪ في عام (2000). وتغطي البِنْية الأساسية قرابة 80٪ من مجمل الاحتياجات الصحية. ولقد أدَّى اتِّساع نطاق البِنْية الأساسية للرعاية الصحية الأولية، إلى تسهيل عمل برامج الوقاية من الأمراض؛ بما في ذلك حملات استئصال شلل الأطفال والتخلُّص من الحصبة، واتسعت تغطية برامج التلقيح، وفي مجال عمل المكتب الإقليمي لترويج قائمة الأدوية الأساسية فقد تم تبني قوائم الأدوية الوطنية. كما ازداد التصنيع المحلي للأدوية وارتفعت جودته، وقد ظهر أن سياسة الأدوية الأساسية عالية المردود، في مجال ترشيد استعمال الدواء على كافة مستويات الرعاية الصحية؛ وأنها وسيلة إيجابية في الحد من ارتفاع تكاليف الأدوية، في مواجهة العَوْلَمَة الجارفة، وقوانين حماية براءات الاختراع. وتتعاون المنظمة مع دول الإقليم في التصدِّي للأمراض السارية عبر برامج خاصة كبرنامج معالجة السل، وبرنامج استئصال داء الفيلاريَّات، وبرنامج دَحْر الملاريا، وهي برامج ترتبط بشكل مباشر بالسياسة الدوائية والأدوية الأساسية.

إن الجهد الطيب الذي تقوم به المنظمة يتم بإنفاق يسير لا يقارن بمهامها الكثيرة ففي فترة 2002- 2003 بلغ 2.3 مليار دولار في حين بلغ حجم مبيعات الأدوية

العالمي 867 مليار دولار، ووصل الإنفاق على الدعاية الطبية في الولايات المتحدة إلى أكثر من 30 مليار دولار.



(الشكل 3): يوضح المبيعات العالمية والدعاية الدوائية في أمريكا وإنفاق منظمة الصحة العالمية

من برامج منظمة الصحة العالمية

وتساعد منظمةُ الصحة العالمية على تحقيق أهدافِ الرعاية الصحية الأولية عبر جملة من أنشطتها؛ ومنها برنامج التقنيات الصحية الأساسية، وبرامج دوائية منها برنامج الأدوية الأساسية، والطب الشعبي، والسل، وصحة الطفل، والأمراض الاستوائية، ومكافحة الدواء المزور، ودستور الدواء العالمي، ودستور الغذاء العالمي.

ويتبع المنظمة فريق للتعاون الفني في الأدوية الأساسية، ويتبنى هذا الفريق استراتيجية الأدوية التي أصدرتها المنظمة للفترة من 2004 – 2007، وفي هذه الاستراتيجية خلاصة رؤية المنظمة لحصيلة تجربتها في مجال الأدوية عبر 30 عاماً في مختلف البلاد، ويعمل الفريق على مساندة جهود الدول في توفير الدواء الجيد باعتباره حقاً إنسانياً، وجعل سعره ميسوراً، واستخدامه بطرق مناسبة. ويشجع على الاستثمار في إنتاج أدوية الأمراض المهملة، وتعزيز السلوك الصيدلاني الأخلاقي.

والآلية التي يعتمدها فريق التعاون الفني للأدوية تنطلق من مبدأ تعزيز الخبرات الوطنية بحيث يكون الدعم مناسباً لحاجات كل بلد وأولويات الصحة فيه. ويعمل الفريق على أربعة محاور؛ السياسة الدوائية وإدارة التزود بالدواء، والحقوق الفكرية، والتشريعات واللوائح، والطب الشعبي.

من البرامج الأساسية لمنظمة الصحة العالمية

1- البرنامج التنفيذي للأدوية الأساسية؛ المؤسس منذ عام (1981) لتوفير الدعم العملي لتطوير سياسات الدواء الوطنية، ولترشيد استخدام الدواء، وضمان تمكن كل الناس من الحصول على الأدوية بأرخص الأسعار الممكنة، بنوعيات مأمونة وفعالة، وأن توصف وتُستخدم بشكل مرشد. ويصدر البرنامج نشرة (مُراقب الأدوية الأساسية).

2- برنامج التقنيات الصحية الأساسية؛ ويهدف لدعم التقنيات الفريدة أو الأرخص عند تساوي الجودة، أو التقنيات الأجود في حالة السعر المتقارب، ويهدف إلى تقوية الهيئات الصحية على مجابهة المشكلات الصحية عن طريق هذه التقنيات الأساسية، ودعم الخدمات الصحية وجعلها أكثر موثوقية وأماناً بوضع أُطر تشغيل عامة للسياسة والسلامة والإتاحة وجودة الاستعمال، وكذلك تطوير قواعد ومعايير وإرشادات صحية ومصادر معلومات ومواد تدريب تساهم في إنشاء خدمات صحية فاعلة. وأهم نقاط العمل تتعلق بالدم ومنتجاته، والفحوص المخبرية، والتصوير الشعاعي، والأجهزة الطبية من حيث التوفر والصلاحية

والاستعمال السليم للجهاز ومناسبة الاستعمال للغرض الطبي، والجراحة في المناطق البعيدة عن مراكز المدن وزرع الأعضاء. أما المبادرات التي يشرف عليها البرنامج فتشمل؛ تطوير قائمة الأجهزة الطبية الأساسية، وبرنامج الوقاية من الإصابات المرتبطة بالرعاية الصحية، واستعمال المعلوماتية للوقاية والعلاج.

الفصل الثاني

المصلحة التجارية والصحة العامة

مؤتمر سلطات تنظيم الدواء (تعارض بعض ضرورات الصحة العامة مع منطق السوق):

نظراً لأن قوى السوق هي ما يدفع لتطوير الأدوية الجديدة، تغيب بعض الأدوية الخاصة بعلاج أمراض يجب أن تُعالج، لأن هذه الأدوية المطلوبة بإلحاح لا تملك الجاذبية التجارية بسبب فقر المرضى وهذا لا يشجع على تطوير أدوية لهم، فالشركات لن تطور دواءً ينقذ الملايين من البشر إذا لم تحصل على الملايين من الدولارات في المقابل. ولا بد من آليات تعوض عن فشل السوق في هذا الأمر وسد الفجوة، وعلى واضعي القوانين العملُ مع الجهات المعنية للعب دورٍ مهم في دعم المبادرات الهادفة لاختراع أدوية جديدة لأمراض لا يجدها صانعو الدواء مربحة، وذلك عبر دعم البحث والتطوير المستقل عن التجارة، وهذا الحل المقترح يضعنا أمام مشكلة أخرى تكمن في ضعف قدرة سلطات الدواء في العالم النامي على دعم البحث أو تقييم سلامة الأدوية الجديدة ونجاعتها وجودتها.

ويوصي مؤتمرُ سلطات تنظيم الدواء منظمة الصحة العالمية بمتابعة تعاون المنظمة مع الدول الأعضاء والجهات المعنية الأخرى الهادف لدعم وتسهيل تطوير علاجات جديدة لأمراض ليس لها جاذبية تجارية، وبالأخص تلك الأمراض التي تنتشر في الدول النامية أو الأمراض المهملة (الدول المتقدمة لديها برامج تدعم أبحاث الأمراض النادرة ومنها إعطاء منح خاصة بالدواء اليتيم)، ويشجِّعُ المؤتمرُ منظمة الصحة العالمية على متابعة تسهيل بناء القدرات التنظيمية وإقامة شبكات التعاون لتمكين المنظمين بمصادرهم المحدودة من اتخاذ قرارات مؤسسة على البيِّنات.

التجارة وتأثيرها السلبي على البحث الطبي

كتبت إحدى الطبيبات عن حقيقة شركات الدواء فقالت: أول ما شاهدته من نفوذ الصناعات الدوائية على البحث الطبي كان خلال عملي في مجلة إنجلترا الجديدة

الطبية (The new England journal of medicine)، وهي مجلةٌ هدفُها الرئيسي البحثُ في أسباب الأمراض وعلاجها، ولكنَّ هذا النوع من البحث الطبي بات يعتمد بشكلٍ متزايد على الوصاية المالية لشركات الدواء، ورأيتُ أنَّ شركاتِ الدواء بدأت تمارس نوعاً من التحكُّمِ بطريقة إجراء البحث، وهو أمر لم أسمع به قبل عملي في المجلة، وهدف الشركات كان واضحاً، وهو التلاعبُ بالاحتمالات بحيثُ تظهر أدويتهم أجود مما هو واقع الأمر؛ فمثلاً تطلب الشركات من الباحثين أن يقارنوا الدواءَ الجديد بالدواء الغُفل، مثلاً حبوب سكر لا تحوي أيَّ دواءً، وكان الأجدرُ علمياً مقارنة الدواء الجديد بالدواء القديم الذي يعالج نفس المرض. ونتيجة هذا التلاعب بظروف التجربة سيظهرُ الدواءُ الجديد وكأنَّه دواءٌ جيد! ولو كان في حقيقة الأمر أقل فائدة من الدواء القديم. كما توجد طرق أخرى للكيل بمكيالين في الأبحاث، وبعضها يَخْفى حتى على الخبراء في هذا الموضوع. وحدثَ في بعض الحالات أني رفضتُ نشرَ أبحاثٍ لاحظتُ فيها تحيزاً غير علمي، ولكنْ للأسف سرعان ما وجدتْ هذه الأبحاث طريقها للنشر في مجلات طبية أخرى! ويظهر التأثيرُ المباشرُ للشركاتِ على مسار البحث الطبي، عندما تمنعُ الشركاتُ الممولة للبحث نشرَ نتائج البحث! إذا وجدت أنَّ النتائج لا تسير مع مصالحها، ومن هذا كله بتُّ مقتنعةً أنَّ نفوذَ الشركات ينمو بشكل مضرٍّ، ولعل كثيراً من الأبحاث المنشورة يفتقد النزاهة العلمية، مما يدفع الأطباء إلى اعتقادٍ غير صحيح بأنَّ الأدوية الجديدة أكثرُ نجاعةً وسلامةً، وهذا مخالف للحقيقة.

الدواء الأصلي المحمي تجارياً والدواء الجنيس المقلد:

الأدوية باعتبار الحماية التجارية نوعان؛ إما نوعٌ تجاري مسجل لا يمكن تقليده وتكون هذه الأنواع جديدة وتُصنع غالباً في شركة واحدة ولها سعرٌ مرتفع في السوق؛ أو أدويةٌ تصنَّعُ باسم تجاري لا حماية له، أو بالاسم العلمي للدواء مباشرةً ويسمى بالدواء الجنيس، وهو نسخة عن الأول المحمي تجارياً ويملك نفس كمية المادة الفعالة، ولكنه أرخص ثمناً، وغالباً ما تصنعه أكثر من شركة. فالدواءُ ذو الماركة التجارية المسجلة هو الأغلى ثمناً، والأرخصُ ثمناً هو الدواء الجنيس، ومسألة فارق السعر قضية مستقلة عن قضية الجودة والفعالية وإن كانت بينهما صلة جزئية، لأنَّ فارقَ السعر لا يُعزى إلى الجودة إلا بنسبةٍ قليلة، وسببُ فرق السعر بحسب ادعاء الشركات هو تغطية نفقات البحث والتطوير وليس تكلفة الجودة وإن كان للجودة ثمنها، وبعد

انتهاء الحماية التجارية لنوع محمي ونزول النسخ الجنيسة، تحتفظ الأدوية الأم بحصة من السوق أي تصبح أحد اللاعبين، بعد أن كانت اللاعب الوحيد على الساحة، وقد تلعب دورين فتدخل إلى السوق نسخة جنيسة من دوائها الأصلي، وهكذا فالدواء التجاري المحمي يسيطر على السوق بسبب حجم الإنفاق على الترويج الطبي المساند له، ومن الطبيعي أن هذا يضر باقتصاد الدول والأسر محدودة الدخل، ففي حين يمكن للمريض أن يشتري أدويته بحدود 5 دولارات مثلاً، ويحصل على أدوية جيدة وفعالة وآمنة بهذا المبلغ تؤمن له علاجاً كافياً، نجد على أرض الواقع أنه اشتراها بثلاثين دولاراً، وعندما نبحث في السبب نجد أن الطبيب قد وقع ضحية الترويج الدوائي، كما أن المريض وقع ضحية العادات السلبية التي تفرض اعتقاداً لا أصل صحيح له بأن الدواء الأغلى ثمناً هو الأكثر فعالية، أو أن الدواء المُصنع في دولة غربية أفضل من المصنع محلياً (عقدة الخواجة)، أو يسيطر عليه وهمٌ مفاده أن الأصلي أفضل من المقلد، ولو كان هذا المُقلد يُصنع وفق أعلى مقاييس الجودة. وهكذا يشتري المريض أدويةً بثمنٍ مرتفع وغالبُ ثمنها قد دفعه مقابل الاسم التجاري لا لقاء جودة إضافية. والتبديل الدوائي مع المحافظة على المادة الفعالة والشكل والجرعة قد أقرته معظم الحكومات والهيئات المسؤولة والمنظمات، ومنها الاتحاد الفيدرالي الصيدلاني الدولي (FIP)، فقد أرشد بالتبديل الجنيس (المادة الدوائية الفعالة واحدة) دون حرج، وتحفظ على التبديل ضمن الزمرة العلاجية الواحدة(المادة الدوائية متشابهة) إلا بموافقة الطبيب أو في حالات الطوارئ.

كما سعت شركات الدواء من جهة أخرى لإعادة دولاب اللعبة إلى الوراء، عن طريق التلاعب بشيء يسميه علماء الصيدلة "علاقة التركيب الكيميائي بالتأثير الدوائي" فالمادة الكيمائية الفعّالة تتألف عملياً من جزأين أحدهما له علاقة مباشرة بتأثيرها الدوائي، والثاني علاقته جزئية أو معدومة، فتقوم الشركات بدلاً من توجيه الجهد لاختراع دواء جديد يحتاجه الناس، بتعديل تركيب المادة الدوائية التي انتهت حمايتها التجارية، فتدخل عليها تعديلاً طفيفاً في الجزء الأقل أهمية من المركب، مع الحفاظ على لب المركب المسؤول عن معظم الفعالية (أي الجزء المؤثر من المادة الكيميائية)، وهكذا تُدخِل الشركة إلى السوق دواءاً (جديداً) هو في الواقع نسخة معدلة من الدواء السابق، ويسميه المختصون في الصيدلة دواء "أنا أيضاً" (Me-too drug) ، وتبدأ الدعاية الطبية والمؤتمرات والدراسات الموجَّهة، وسرعان ما

يعتقد الأطباءُ والصيادلة، تحت زخم الدعاية السخية والمغرضة، وتأثراً بالبحث العلمي غير المستقل، أنَّ الأدوية السابقة التي ظهرتْ نسخُها الرخيصة في السوق قد انتهى وقتُها، وعليهم تبني الأدوية الجديدة ممشاة للتطور العلمي، وهذه الأدويةُ الجديدة طبعاً هي الأغلى ثمناً مقارنة بالأدوية السابقة، ويصبح الأمر وكأنَّ الأطباءَ والصيادلة قد أصابتهم العدوى من سيدات المجتمع المترف فلا يستطيعون مخالفة الموضة.

ولمجابهة هذا الانحراف قامت الحكومات في أكثر من دولة بتمويل أبحاث طبية مستقلة لإجراء الدراسات المستقلة بهدف تقييم مقارن للفعالية الدوائية، بعيداً عن السخاء المالي المريب من الشركات، والغايةُ من البحث الممول حكومياً وهو الحصولُ على تقديرٍ حقيقي لفرق الفعالية والأمان بين ما يسوق من أدوية جديدة وبين أسلافها القديمة، ولكنَّ هذه الجهود قليلة، ولا تجد من يدعمها ويتبناها، وهكذا يدفع المرضى ثمناً للاسم التجاري لا علاقة مباشرة له بقيمة الجودة، وقامت منظمة الصحة العالمية بالتأكيد على استعمال الدواء الجنيس طالما ثبتت جودته وفعاليته، وجعله من معايير انتقاء الأدوية الأساسية، وأوصت باعتماده في قوائم الدواء الوطنية، وتنص المنظمة على أن الدواء الجنيس الذي ثبت أن له مفعولاً مكافئاً للدواء الأم ومساوٍ في الأمان والقوة وطريق الإعطاء والجودة، أي يمكن عده مكافئاً علاجياً ويمكن تبديله بالدواء الأم. وتسعى المنظمة لرفع جودة الأدوية الجنيسة بتقديم الخبرات وخدمات الدعم الفني كجزء من عملها في الساحة الدوائية.

التجربة الأمريكية في تبديل الأدوية

ونذكر في هذا السياق التجربة الأمريكية في التعامل مع تبديل النوع التجاري للدواء من قِبَل الصيدلاني، فقد انتقلت بين عدة مراحل ما بين سماح ومنع مطلق؛ فقد كان الصيادلة أحراراً لفترة طويلة بانتقاء الدواء دون تقيد بما كتبه الطبيب من اسم تجاري على الوصفة العلاجية، ثم وضعت قيوداً في الخمسينيات وظهرت قوانين تمنع الصيادلة من تغيير النوع التجاري المكتوب على الوصفة العلاجية، ولكنَّ معظم الولايات قد ألغت هذه القوانين عندما ظهر لها أنها تعطل حرية الناس في الحصول على دواء موازٍ بالفعالية والمأمونية وأقل بالسعر، واستبدلتها بقوانين انتقاء المنتج الدوائي بدل قوانين منع تبديل الدواء، بحيث أصبحت المسؤولية العلمية والأخلاقية والمهنية على الصيدلي لمراعاة ما يناسب المرضى، ووضعت بعض الولايات قيوداً

خاصة؛ فبعضها اشترط معرفة المريض، وبعضها الآخر اشترط أن يكون التبديل لصالح المريض مالياً وليس لصالح الصيدلي فقط، كما وضعت متطلبات جديدة للوصفة الطبية لتتوافق مع القوانين الجديدة؛ فإذا أصر الطبيب على نوع تجاري معين عليه أن يوقع عليه مثلاً. ومن يتصفح مواقع النقابات الأمريكية يلاحظ أن الصيادلة يتبنون بقوة مبدأ التبديل كجزء من الدفاع عن حق المواطن الضعيف مالياً وتظهر ضرورة الانتقال إلى الدواء الجنيس الأقل ثمناً بالأخص في فئة المسنين، فمصادرهم المالية قليلة ومحدودة وعدد الأدوية التي يستخدمونها كثير نسبياً. ومما يساعد على ضبط التبديل الاعتماد على (الكتاب البرتقالي) وهو قاعدة معطيات طبية فيدرالية يعطي تصنيفاً للتكافؤ العلاجي بين الأصناف الدوائية المتشابهة على ست درجات. وتشترط بعض قوانين الولايات أن يكون التبديل حصراً باعتبار هذه المرجعية، وبعضها يشترط أن يكون التكافؤ تاماً وليس جزئياً.

(الشكل 4): كيفية دعم استعمال الدواء الجنيس

- القوة الطبية الضاغطة (اللوبي) للتسويق الدوائي المناسب: (Medical lobby for appropriate mark; MaLAM)

قام طالب جامعي يدرس الطب في أستراليا بزيارة إلى بنغلاديش في عام (1981) وأذهله وجود جريمة أخلاقية تتم بصمت؛ ففي القرى التي يموتُ فيها كثيرٌ

من الأطفال بسبب أمراض بسيطة، وجد أنَّ شركات الأدوية تقوم بتسويق غير ملائم لأدويتها التي لا تناسب الأمراض المنتشرة، والهدف طبعاً الربح التجاري، فأسس مع آخرين "اللوبي الطبي للتسويق الدوائي المناسب" إذ ثبت لجميع الدارسين أنَّ الدعاية الطبية قادرةٌ على صُنع قناعات مُبالغ فيها لا يؤيدها الدليل العلمي عند التمحيص، كما أن بعض الشركات الدوائية تركّز عملها في البلاد التي تتوقع فيها الأرباح الأكثر، وتترك البلاد الأفقر دون تغطية لحاجاتها الدوائية، ويسعى اللوبي الطبي لتوفير منتدى مفتوح بين مسؤولي الصحة وشركات الأدوية بحيث يتم الحوار وتصل المعلومات الصحيحة من أرض الواقع إلى الشركات. وتركّز معظم منشورات اللوبي الطبي على ضبط الدعاية الطبية في الدول النامية، وتأتي بالدليل العلمي الذي يدحض الدعاية المبالغ فيها، وتطالب الشركات بالرد وشرح موقفها. وازداد عدد المشاركين في هذه الشبكة من 53 إلى 6000 مشارك خلال 14 عاماً ينتشرون في 30 بلداً. وأول نجاح لنشاط هذه الشبكة كان في عام (1986) عندما طلبت في نشرتها من مصنِّع باكستاني الدليلَ العلمي على فعالية خليط مقو يسوقه ويتألف من الزرنيخ والسترکنين والفيتامينات والكحول، فبادر المصنع إلى سحب المنتج من السوق كرد فعل فوري. ومن نجاحاتها أيضاً وقفُ تسويق دواءٍ لإسهال الأطفال يحوي الكلورامفينيكول والستربتومايسين (مضادين حيويين) في الفليبين. وقد أدى نشاطها إلى توقف شركات الدواء عن الاستهتار بصحة الناس من ناحية، كما أعطتِ الأفرادَ العاديين والأطباءَ والصيادلة الإحساسَ بشيءٍ من القوة في مواجهة الشركات العملاقة. فالتغيير الذي يمكن فرضه على أصحاب المليارات المتحكمين بسوق الدواء يمكن أنْ يبدأ بتوقيع رسالةٍ تواجه باطلَ الدعاية بكلمةِ حقٍّ تؤيدها بينةُ العلم.

مؤتمر استعمال الدواء (ICIUM 2004) لمناقشة الدعاية الطبية

تنتشرُ الدعايةُ الطبية غير المناسبة بشكلٍ كبير، ولا تُنقَّدُ القوانين القائمة لضبطها عملياً، ورغم أن منظمة الصحة العالمية أصدرتْ معاييرَ الدعايةِ الطبية الأخلاقية في أواخر الثمانينيات إلا أنَّ الكثيرين لا يعلمون بوجود هذه المعايير، وإذا علموا بها فعلى الأغلب لا يلتزمون بمقتضاها. وقامت بعض الدول بتبني إرشاداتٍ طوعية للدعاية الدوائية أو سمحتْ بالتنظيم الذاتي لها، ولكنَّ هذه الجهود ذهبت هباءً منثوراً.

وظهر في الزمن المعاصر نوعٌ خطير جداً من الدعاية الطبية؛ ألا وهو الترويج والبيع مباشرة للمستهلك ودون رقابة طبية أو حكومية، وذلك عن طريق (الشبكة العنكبوتية) الإنترنت.

توصيات المؤتمر بخصوص الترويج الدوائي

يجب على الحكومات أن تقوم بضبط الدعاية الطبية بشكل جيد عبر ما يلي:

- إبلاغ أصحاب القرار بالآثار السلبية للدعاية الطبية غير المناسبة وضرورة توحيد كلمتهم على مكافحتها من قبل الحكومة، وعليهم أنْ ينفذوا القوانين القائمة ويعلنوا عن الإجراءات المتخذة، وأن يمولوا هذا الإجراء من عائدات رسومٍ تفرضُ على الدعاية الطبية.
- تطوير وتنفيذ برامج توعية وتدريب على موضوع الدعاية الطبية من قِبَل الحكومات والمهنيين وجمعِيات حماية المستهلك، وتوجيه هذه البرامج بشكل خاص لمهنيي الرعاية الصحية والمستهلكين والأطفال، وتدعيم هذه البرامج عبر تأسيس أجهزة تعطي معلومات علاجية صحيحة ومجانية وغير منحازة.
- وينصح المؤتمر بالاستعانة بقاعدة البيانات الخاصة بالدعاية الطبية التي توفرها منظمة الصحة العالمية (WHO/HAI drug promotion database).
- أوصى المؤتمر أن يجرى بحث في أثر الدعاية الدوائية عموماً وفي الدول النامية خصوصاً، وبحث آخر في الآلية اللازمة لرقابة وتقييم الدعاية الطبية.
- إجراء بحث في تأثير الدعاية الطبية على تصورات الأطفال عن الأدوية، والبحث عن خطة التعليم المناسبة لتعليم الأطفال الآثار السلبية للدعاية الطبية.
- دراسة المدى الذي بلغه تأثير الدعاية والبيع عبر الإنترنت، والبحث عن الطرق الناجعة لضبطهما وتنظيمهما.
- وضع خطة تعليم فاعلة لتوعية المستهلك بالأثر السلبي للدعاية، وخطة تدريب لمهنيي الصحة وطلاب الطب لتوعيتهم بالآثار السلبية للدعاية الطبية.

النتائج السلبية للدعاية الطبية في الدول النامية

في البلاد الأكثر فقراً والأقل تنظيماً ورقابة، نجد كماً هائلاً من الأدوية المغرر بأثمانها كما لا توجد ضرورة حقيقية لمعظمها؛ ولكنَّ المصلحة التجارية والدعاية الطبية غير الأخلاقية تعمل على تسويقها، ويرافقُ هذا الإسراف في الأنواع غير الضرورية نقصٌ في الأدوية الأساسية وعقباتٌ فنية في طريق الصناعة المحلية للدواء، كما أنَّ المعلومات التي تتوفر عن هذه الأدوية المسوقة قليلةٌ وبالأخص في جانب التحذيرات من الآثار الجانبية، نظراً لأنَّ المصنِّعَ هو مصدرُ المعلومات الطبية

المقدمة للطبيب والصيدلاني، ولهذا تأخذ الصناعة الدوائية الوطنية بعداً مهماً في تأمين الدواء المناسب الأساسي، والرخيص عبر اعتماد الدواء الجنيس الذي يؤمن الدواء الأساسي بعيداً عن قيود التجارة، وتقع على عاتق الصناعات الدوائية المحلية مهمة الالتزام بمعايير ثابتة رغم ضعف الأطر التنظيمية في بلادها والابتعاد عن تصنيع وترويج ما هو غير أساسي ولابد من سد الفجوة التقنية، ورفع درجة الجودة إلى مستوى مقبول عبر التعاون الإقليمي والدولي، وبالأخص مع منظمة الصحة العالمية. ويمكن مجابهة الإغراق الخارجي والدعاية المبالغ فيها عبر قوانينَ تلزم أو تحبِّذ على الأقل استخدام الاسم العلمي للدواء في كتابة الوصفات الطبية، وعن طريق تأمين مصدر يقدم المعلومات الصحيحة المتوازنة عن الدواء للأطباء والمرضى، واعتماد نظم إمداد وتوزيع حكومية فعالة للدواء، مع ضبط التوزيع الخاص وأساليب الترويج وطرق الدعاية المتبعة.

الفصل الثالث

الأدوية الأساسية

أصل الفكرة

ظهر الأسبرين في بداية القرن العشرين، وهو أشهر الأدوية الحديثة، ثم ظهرت المضادات الحيوية في أربعينيات القرن وبدأ الإنتاج الواسع لمضادات الملاريا واستعُملتْ أولُ أدوية السل، أما فترة الخمسينيات والستينيات فقد شهدت اختراعَ أدوية السكري وأدوية الأمراض النفسية، واكتُشفتْ علاجاتٌ لكثير من الأمراض المعْدية، وكذلك وُجدت أدويةٌ لأمراض القلب والأوعية، والسرطان. ونستطيع أنْ نقول إنه منذ السبعينيات وُجدتْ أدويةٌ فعالةٌ لمعظم الأمراض الرئيسيةِ، وإنْ لم تكنْ مثاليةً أحياناً. ولكنَّ هذا التطور العلمي والطبي لم يكن متاحاً لحوالي نصف سكان المعمورة ! وكأنهم يعيشون في القرن السابق على الاكتشافات، فكثير من الشعوب لم ينتفعْ بالأدوية الحديثة إما لأنها غير متوفرة في الأسواق، أو لأنها تتوفر محلياً ولكنْ لا يستطيع الناس شراءها بسبب غلو ثمنها، أو لأنَّ الأنواعَ التي تصلها متدنيةُ الجودة، غير أن اليسير من الأدوية التي أُتيحت لتلك الشعوب غالباً ما أُستعملت بطريقة خاطئة.

إنَّ أسباب فقد الدواء الجيد والمناسب الذي يحتاجه كثير من المرضى في دول العالم الثالث عديدة ومتداخلة، ويقف على رأسها نقص الموارد المالية المترافق مع ضعف الإدارة، وقلة الكادر الطبي المؤهل، وضعف النظام الصحي بشكل عام، وسوء توزيع الموارد المحدودة على برامج رعاية الصحة، وكذلك فساد التخطيط الدوائي حيث تضاف العشوائية في انتقاء الأدوية واضطراب نظام توزيعها إلى نقص الإمداد منها، بحيث تزداد صعوبة توفر الدواء الضروري للفرد العادي عن طريق القطاع الصحي العام، وفي أحيان كثيرة يعجز عن تأمينه من القطاع الخاص. وضمن هذا السياق ظهرت فكرة الاعتماد على مجموعةِ أدويةٍ محددة ذات أولوية صحية واقتصادية يستهدي بها المسؤولون في القطاع الصحي في شراء الأدوية وتصنيعها

محلياً، بحيث تعطي الأموال المحدودة المخصصة للصحة تمويناً دوائياً أكبر وأفضل، وتزداد تغطيتها لحاجات المرضى. ويأخذ هذا الإجراء أهمية متزايدة مع مرور الزمن نظراً لتزايد الإنفاق على الأدوية لأسباب مختلفة منها زيادة عدد السكان وارتفاع أثمان الأدوية، ويشكّل الإنفاقُ على شراء الأدوية نسبةً كبيرة من الإنفاق الصحي العام في كل الدول، وهكذا تزداد حصة فاتورة الأدوية من النفقات الصحية العامة، ومن ميزانيات الأسر والأفراد باطراد، فالناسُ يدفعون لعلاج أمراضهم حالياً أضعاف ما كانوا يدفعون من قبل، وثبت في دراسة إحصائية أن كُلفة الأدوية على المواطن العادي قد ارتفعت مؤخراً أربعة أضعاف في الولايات المتحدة، ولا ريب أن الدول النامية تعاني أكثر من غيرها، فهي الأفقر مالياً والتأمينات الاجتماعية فيها شبه معدومة، وتزداد حصة نفقات التداوي من الميزانية كلما ازداد فقر هذه الدول، بحيث تصل كلفة شراء الدواء في بعض الدول إلى أكثر من نصف نفقات الصحة العامة.

(الشكل 5): الأدوية من أساسيات الرعاية الصحية

ومما يزيد في مشكلات الدول النامية أنه قد يتواجدُ نتيجة سوء الإدارة وعدم تنظيم شراء الدواء وتوزيعه، أدويةٌ غاليةُ الثمن لا تناسب حاجات الناس، وتغيبُ أدويةٌ رخيصةُ الثمن وفعّالة يجعل توفرها ضرورة لا يستغنى عنها. بالإضافة إلى ذلك أن كثيراً من مواطني الدول النامية يدفع أسعاراً باهظة وتزيد أحياناً على متوسط السعر المرجعي العالمي بأضعاف، ففي دراسةٍ أُجريت في إحدى الدول الإفريقية الفقيرة

وجِد أنَّ المريضَ يدفعُ من جيبه ثمنَ الدواء الأصلي أغلى بـ (13.6) مرة من السعر المرجعي الدولي، ويدفع أيضاً ثمنَ الدواءِ الجنيس أكثر بنحو 2.6 مرة، ولهذا تسعى منظمة الصحة العالمية وبالتعاون مع جهات أخرى إلى تطوير ودعم إجراءات تُصلِح من هذا الوضع غير المقبول، ومن هذه الإجراءات تعزيزُ الشفافية في سعر الأدوية عبر نشر معلوماتٍ كافية وصحيحة تعطي تصوراً صحيحاً عن سعر الدواء.

الفجوة الدوائية العالمية بين الأغنياء والفقراء

من مفارقات هذا الزمن وجود دولٍ تعجزُ عن تمويل مشترياتها من الدواء الضروري بسبب قلة مواردها وغلاء سعر الدواء، تقابلها دولٌ أخرى تتفنن في الإنفاق الصحي الترفي. ولنقارن هذا الوضع بدول أخرى تنفق أكثر من اللازم، فالولايات المتحدة الأمريكية تحتل الصدارة في الإنفاق الصحي فهي الدولة الأولى في حجم النفقات الطبية، ولكنها تبقى الدولة السابعة والثلاثين من حيث جودة النظام الصحي.

(الجدول رقم 1): مقارنة كلفة العلاج بين الدول

كلفة علاج المرض	الدول الغنية	الدول النامية
الالتهاب الرئوي	2 - 3 ساعات عمل	أجرة شهر
علاج الإيدز (لمدة عام)	أجرة 6 أشهر ضمان صحي	دخل 30 عاماً

وفي منطقتنا العربية، والتي تدرجها منظمة الصحة في تسمية (إقليم شرق المتوسط)، نجد أن أكثر من تسعين بالمائة من سكان هذه المنطقة يعيشون في بلدان قليلة الدخل أو متوسطة الدخل، وهي جميعاً تتزايد فيها مستويات الفقر والحرمان الاجتماعي. وكثير من النُظُم الصحية في الإقليم لا يحصل على التمويل الكافي. مع

العلم أن الدول مرتفعة الدخل لا تخفي قلقها من تصاعُد تكاليف الرعاية الصحية. كما يدلُّ الاتجاه العام في تمويل الرعاية الصحية في البلدان العربية، على انتقال واضح في تركُّز العبء من الحكومة إلى الأسرة، ورغم ازدياد مشاركة المجتمع في تقديم الرعاية الصحية فلا تزال المتطلبات كبيرة والعقبات كثيرة، ويقلل الموقف السلبي، المحلي والعالمي من المساهمة الأهلية في الخدمات الاجتماعية والخدمات الصحية، وقد ازداد الموقف السلبي من العمل الإنساني الأهلي في السنوات الأخيرة لدرجةٍ عطلتْ الإجراءاتُ الاحترازية المبالغ فيها من مساهمة المجتمع في الرعاية الصحية.

(الشكل 6): محاور الفجوة الدوائية

والفرق الواسع في إتاحة المنتجات الدوائية لمستهلكيها بين الدول الغنية والفقيرة تساهم فيه أسباب رئيسية ثلاثة، فالسوق الدوائي العالمي من ناحية لا يجد في الدول الفقيرة مكاناً مرغوباً لتطوير الأدوية أو حتى بيعها، والحكومات المحلية من ناحية أخرى تعاني من نقص في الكفاءة والخبرة والشفافية، كما يساهم الفرق الهائل في الدخل بين شعوب الدول الصناعية والدول النامية في تعميق المشكلة، وهكذا نجد أن معظم السوق الدوائي يتمركز في الدول الغنية. وتزيدُ اتفاقاتُ التجارة العالمية من اتساع هذه الفجوة الدوائية ومن تعسير إتاحة الدواء الضروري للمرضى في الدول الفقيرة، وذلك لأنَّ هذه الاتفاقيات وُضعت لمصلحة أصحاب الأموال لا أصحاب

الحاجـات، ولهـذا نجـد أن الناشـطين مـن مختلـف الاتجاهـات الفلـسفية والـسياسية والاجتماعية قد اتفقوا على معارضتها.

وتشمل الفجوة الدوائية بين الدول الغنية والفقيرة ثلاثة أنواع من النقص: الأدوية الأساسية، والأدوية التي تحتاجها الدول النامية ولا يعمل أحد على تطويرها، والأدوية الجديدة. ويحتاج الحلُ الشامل إلى تمويل الأدوية الأساسية، ومبادراتٍ تدفع البحث الطبي ليطور أدوية لأمراض تنتشر في البلدان النامية، وإلى دعم الإصلاح الإداري والمالي في الدول الفقيرة لتحسين أداء السلطات الصحية فيها.

الأدوية الأساسية وحقوق الإنسان:

تعتبر إمكانية الوصول إلى الأدوية الأساسية عالية الجودة جزءاً أساسياً من حقوق الإنسان الصحية، وبالرغم من ذلك لا يمكن لحوالي نصف عدد السكان في البلدان منخفضة الدخل الوصول إلى الأدوية سواء لعدم كفاية الأدوية في مرافق الصحة العمومية، أو بسبب عدم القدرة على سداد أسعارها المرتفعة، وأكثر المتضررين من ذلك هم الفقراء، وبذلك تستمر المعاناة من الأمراض وفقدان الحياة لملايين من البشر بسبب أمراض كان بالإمكان توقّيها أو معالجتها. فمن المتوقع وفاة 40 مليون إنسان سنوياً في الدول النامية، منهم 10 ملايين بسبب أمراض كالتهاب الرئة والإسهال والسل والملاريا وكلها أمراض يمكن علاجها بأدوية أساسية فعالة وآمنة ورخيصة.

وتعمل منظمة الصحة العالمية في مجال الأدوية على تقديم العون للتقليل من الوفيات وتحسين الصحة عبر ضمان توفير الأدوية عالية الجودة، والفعّالة، والمأمونة، ودعم الاستخدام الرشيد لهذه الأدوية، ويشمل ذلك الأدوية الشعبية، كما تعمل على تعزيز العدالة الصحية ودوام إيصال الأدوية الأساسية للجميع ولاسيما إلى الفقراء والمهملين.

قائمة الأدوية الأساسية

تعرّفُ الأدوية الأساسية بأنها الأدويةُ التي تلبي احتياجاتِ الرعاية الصحية ذات الأولوية للسكان. وقد وُضعت قائمة الأدوية الأساسية من قِبَل منظمة الصحة العالمية استجابةً لحاجة الدول في تنظيم أمور الدواء؛ واختيارها يتم وفقاً لأولوية تفرضها

نوعية المشكلات الصحية العامة وحجم انتشارها، ويراعى عند انتقائها فعالية هذه الأدوية وجودتها ومأمونيتها، وتوازن الثمن والفعالية، ومناسبتها لحاجات الصحة الرئيسية. والغاية الأولى من اعتماد هذا الإجراء ضمان وتسهيل توفير الأدوية بسعر معقول يمكن للفرد والمجتمع تحمّله، وبكميات كافية ومواصفات جودة عالية، وبأشكال صيدلانية ملائمة، مع استمرارية هذا التوفر، ولابد من دعم وجود هذه القائمة لتعطي الثمار المطلوبة عبر إجراءات مساندة كنشر معلومات طبية صحيحة مناسبة عن استخدام أدويتها وفعاليتها وتأثيرها وأضرارها، بحيث يسهل على الأطباء والصيادلة تبنيها والتعامل الصحيح معها، وكذلك تثقيف المستهلكين بمعلومات إرشادية عنها، ووضع قوانين تسهل من توفرها؛ كتخفيف القيود عليها في مقابل زيادة الرسوم على الأدوية غير الأساسية.

فالأدوية أهمُ أدوات الرعاية الصحية الحديثة وهي الأداةُ الأكثر مردوداً بموازنة الكلفة والفائدة، ووصولها لجميع المرضى بغض النظر عن أماكن تواجدهم أو مستواهم الاقتصادي حقٌ يجب على الجميع مراعاته، إذ لا بد لتحقيق الحد الأدنى من الرعاية الصحية العامة في أي بلد من توفير الكادر الطبي المؤهل، والدواء الجيد؛ إما عبر القطاع الصحي العام أو عبر القطاع الخاص، وذلك بكلفةٍ معقولة وميسورة لعامة الناس، ففي بلاد كثيرة يُحرم الناس من حقهم الطبيعي في التداوي ولا تتاح الأدويةُ لهم؛ حقيقةً لعدم وجودها في السوق المحلي أو حكماً لعدم توفر المال، إذ قد تتجاوز قيمة فاتورة الدواء نصف دخل المريض أو ربما أكثر.

ورغم أن وضع القائمة النموذجية للأدوية الأساسية كان في بداية الأمر يهدف إلى مساعدة الدول والهيئات على تطوير قوائم الدواء الخاصة بها لتكون القوائمُ الوطنية للدواء مرجعاً محلياً يُسهِّل التعاملَ مع الأدوية من حيث الشراء والتوزيع والتصنيع، ولم يقصد من وضعها أن تكون معياراً دولياً، ولكن هذه القائمة لاقت قَبولاً عالمياً وتحولتْ إلى أداةٍ فاعلة لتحقيق العدالة الصحية ولعلها من أنجح مبادرات ومشاريع المنظمة، وابتدأت الدول في تبنيها ووضع قوائمها الخاصة لتوجيه عملية شراء الدواء، ثم انتقلت لمرحلة متطورة فأصبحت القوائم الوطنية الأساسية تنتقى بناءً على إرشادات علاجية وطنية معتمدة على دراسات مثبتة.

من أهم المراحل التي أثرت على تطور قائمة الأدوية الأساسية، إعلان ألما - آتا في عام (1978) في مؤتمر الرعاية الصحية الأولية الذي ضم منظمة الصحة العالمية

واليونيسيف، وهذا الإعلان شكل أوّل وثيقة رسمية تؤكّد على أهمية الرعاية الصحية الأوّلية، ونوه إلى الدور الذي يمكن أن تؤديه الأدوية الأساسية على الصعيد العالمي إذ اعتبرت الأدوية الأساسية أحد المكونات الرئيسية للرعاية الصحية.

وتعمل قائمة الأدوية الأساسية بكفاءة ضمن نظام الرعاية الصحية الوطني الذي يتعامل بمرونة وحكمة مع هذا المفهوم ليحقق أفضل النتائج منه، لأن الجواب المناسب للسؤال (ما الأدوية الأساسية في هذا البلد؟) يحدده خبراءُ البلد أنفسهم عبر تعديل اللائحة النموذجية وفق الحاجات والظروف المحلية.

وتقسم القائمة النموذجية للأدوية الأساسية إلى جزئين رئيسيين؛ الأول هو القائمة المركزية (Core)، وتحوي الحد الأدنى من الأدوية الذي يحتاجه نظام الرعاية الصحية، ويدرج فيه أدوية الحالات الصحية ذات الأولوية التي تجمع النجاعة الأفضل والمأمونية وتوازن الكلفة والفعالية، أما الجزء الثاني المتمم (Complementary) فيحوي الأدوية الأساسية التي تُستعمل في بعض الأمراض ذات الأولوية والتي تحتاج إلى منشآت تشخيص ورقابة خاصة و/أو رعاية طبية متخصصة و/أو تحتاج لتدريب اختصاصي. ويُستخدم فيها رمز المربع أمام أدوية تصلح كبدائل لدواء ذكر كنموذج لإحدى الفئات العلاجية والتي تبلغ (27) فئة علاجية وتتفرع بعضها إلى فئات فرعية متعددة.

مميزات قائمة الأدوية الأساسية:

- انخفاض عدد المنتجات الدوائية.
- انخفاض الكلفة.
- تحسن ظروف الشراء والتخزين والتوزيع والتوفر المحلي.
- وجود أعداد قليلة من الأدوية يسهِّل رقابة جودتها.
- التدريب الطبي والدوائي مُيسَّرٌ وأكثر تركيزاً.
- تحسن في كيفية استخدام الأدوية وإدارتها وتوفير المعلومات عنها ورقابتها كذلك.
- توفير الحافز للصناعة المحلية لتنتج وتوفر نسخاً جنيسة من الأدوية الأساسية مما يخفض النفقات الصحية ويقلل من الاستيراد.

وقسمت مستويات الاستعمال في القائمة إلى ثلاثة مستويات؛ طبيب عام، ثم طبيب اختصاصي واستشاري، ثم طبيب استشاري. أما معايير الاختيار فاعتبر مصدر المادة الأولية، والدواء الجنيس، والخصائص المؤثرة على الحواس، وثبات الدواء، والتوفر الحيوي والتكافؤ الحيوي (كم يصل من مادة الدواء الفعالة إلى الدم بالمقارنة بنوع آخر)، سجل الدواء (نسبة المنفعة إلى الضرر)، والكلفة. وروعي مناسبة الأدوية للأمراض المنتشرة، مع أفضلية للأدوية البسيطة وغير المركبة من عدة مواد ما أمكن ذلك، وأنْ يتَّصِفَ الدواءُ باستخدام مركزي له صلة بتطبيقات عامة، وأنْ تتوفر في كل الأوقات بكميات وافية وأشكال مناسبة وبسعر مقبول. كما روعيت مرونة الاستجابة لتغير الأولويات الصحية .

لجنة انتقاء الأدوية الأساسية:

بدأت وحدة سياسة وإدارة الدواء في منظمة الصحة العالمية منذ عام (1974) بالتحضير لتشكيل أول لجنة خبراء لانتقاء الأدوية الأساسية، وكان هذا العمل استجابةً لنداءات الدول محدودة الدخل وتنفيذاً لتوصية من جمعية الصحة العامة، واجتمعت اللجنة لأول مرة عام (1977)، وبدأت منظمة الصحة العالمية بنشر القائمة النموذجية للأدوية الأساسية منذ عام (1977)، وقامت بتحديثها خمس عشرة مرة حتى عام (2007).

وهكذا نشرت المنظمة بعد صدور التقرير كتيباً من (36) صفحة ضمَّ جزءاً من تقرير اللجنة، وأولَ قائمة نموذجية للأدوية الأساسية وتحوي (220) دواء رئيسي ومتمم، وفهرس ألفبائي، وتوصياتٍ لتطوير برنامج الأدوية الأساسية في منظمة الصحة العالمية، ومصطلحات وتراجم. وأصبح هذا الكتيب من سلسلة التقارير الفنية برقم (615) أكثرَ مطبوعات المنظمة مبيعاً على الفور. أما آخر تقرير للجنة انتقاء الأدوية الأساسية فقد صدر في عام (2007) وبلغ (172) صفحة وبعنوان؛ اختيار واستخدام الأدوية الأساسية، وحمل رقم (946) من سلسلة التقارير الفنية، وضم القائمة النموذجية الخامسة عشرة للأدوية الأساسية، التي حوت (325) دواء، وكانت هذه القوائم النموذجية موجهاً نافعاً لسياسات الدواء الوطنية وأعطى اعتمادها نتائج جيدة على المستوى العالمي إذ يقدر أن عدد البشر الذين أُتيح لهم استعمال الأدوية الأساسية قد ازداد من (2.1) مليار في عام (1977)، إلى (3.8) مليار في عام (1997).

واجتمعت اللجنة الفنية مرة كل عامين تقريباً، وفي كل مرة أصدرت تقريراً ختامياً، وتابعت تحرير قائمة الأدوية الأساسية في اجتماعاتها، بالاعتماد على تعليمات منظمة الصحة العالمية (الإجراء المتبع لتحديث ونشر قائمة الأدوية الأساسية النموذجية لمنظمة الصحة العالمية) والذي وضع في عام (2001)، وطورت اللجنة بعض الإجراءات معتمدةً على خبرتها بما يوافق تطور الدليل العلمي، وقدمت اقتراحاً لتعديل بنود هذا الإجراء. ونظراً لأن القائمة تعتمد عليها برامج أخرى في المنظمة كبرنامج الإيدز، والملاريا، والسل وغيرها، وبسبب التطور المتسارع في هذه البرامج، وظهور أمراض جديدة، فلا بد من تعديلها بوتيرة أعلى، وبناءً على هذا قدمت اللجنة اقتراحاً لاعتماد التعديلات التي يتم وضعها ما بين الاجتماعات الدورية.

قسم الأدوية الأساسية في منظمة الصحة العالمية:

يتألف قسم الأدوية الأساسية والسياسة الدوائية في منظمة الصحة العالمية من أربع فرق عمل: البرنامج التنفيذي للدواء (DAP) ، سياسة وإتاحة وترشيد الدواء (PAR)، ضمان جودة ومأمونية الأدوية (QSM)، الطب الشعبي (TRM).

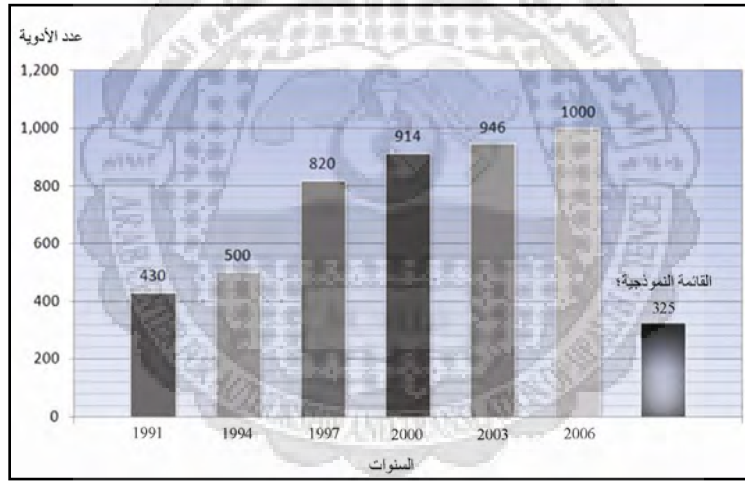
الأدوية الأساسية والسياسة الدوائية الوطنية:

إنَّ سياسة الدواء الوطنية هي فرعٌ من استراتيجية الصحة الوطنية، التي هي بدورها تتفرع عن خطة التنمية العامة. وقد عملت منظمةِ الصحة العالمية على تطويرَ وسائل لمساعدة الدول الأعضاء في صياغة سياسات دواء وطنية، مع التأكيد على مفهوم (الأدوية الأساسية) كجزء من (السياسة الدوائية الوطنية). وحثَّتْ الجمعيةُ منظمة الصحة العالمية على مساندة الدول في هذا الأمر، وذلك بتقديم العون لتنفيذ خططِ انتقاء الأدوية الأساسية، والشراء المناسب للأدوية الجيدة وفق الحاجات الصحية، وتوفير التعليم والتدريب في مختلف البرامج المتصلة بالدواء ودعم رقابة الجودة الدوائية. وسرعان ما لاقت مصطلحات السياسة الدوائية وقائمة الأدوية الأساسية القَبول والانتشار الواسع، وبدأت ثمار هذا التوجه تظهر في العديد من البرامج الدوائية الوطنية التي تساندها منظمة الصحة العالمية.

وبعد إعلان ألما ـ آتا اعتمدت كثير من الدول مفهوم الرعاية الصحية الأولية ووضعت سياسات دوائية وطنية، ترتكز على وجود القوائم الوطنية للأدوية الأساسية، بحيث تجاوز عدد البلدان التي تملك أو تحاول وضع سياسة دوائية وطنية مائة دولة.

الأدوية الأساسية وقائمة الأدوية الوطنية:

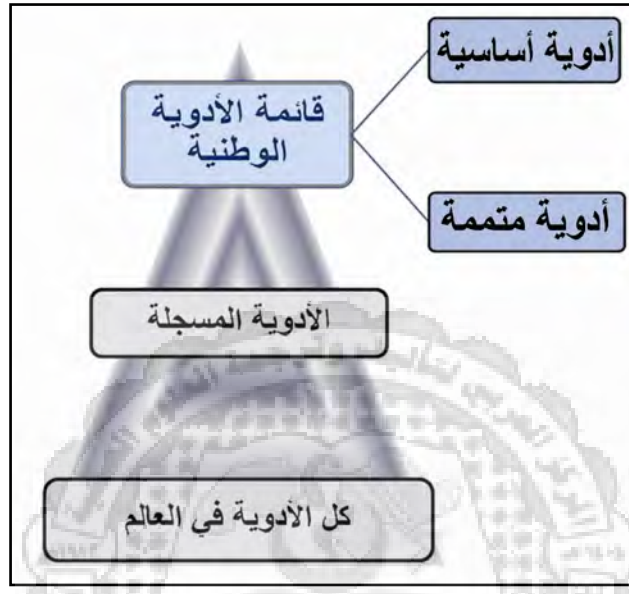
ذكرنا أن كثيراً من البلدان قد تبنت مبدأ الأدوية الأساسية، ووضعت قوائم وطنية للأدوية مستهدية بالقائمة النموذجية حسب آخر تعديلاتها، والقائمة الوطنية للدواء يعتمد تأليفها على الخبرة المحلية، ويتم هذا عبر لجنة فنية للدواء تشارك فيها مختلف الجهات ذات العلاقة بوزارة الصحة والجامعات والنقابات، ولجان الدواء، وهو إجراء أوصت منظمة الصحة باعتماده، وقد ثبت أنه من أنجح الإجراءات الوطنية لتنظيم الدواء، وغالباً ما تكون القائمة الوطنية أكثر توسعاً من النموذجية وأقرب إلى تحقيق الحاجات المحلية. وأصبحت قوائمُ الأدوية الأساسية الوطنية عمادَ أيِّ سياسة دوائية وطنية، والعمودَ الفقري لكل النشاط الصيدلاني من شراءٍ وتوزيع وتصنيع، والمحورَ الذي تنطلق منه الإرشادات الطبية وحملاتِ ترشيد استخدام الدواء. وفي أواخر عام (2003) وصل عددُ الدول التي تملك قوائمَ دواء وطنية إلى (156) دولة.



(الشكل 7): رسم تخطيطي يوضح تطور لائحة الأدوية الوطنية في بلد ما.

وتختلف القوائم الوطنية باختلاف الدول كما تختلف في درجة تبني القائمة الدولية النموذجية، فمثلاً تحوي القائمة الماليزية (1341) دواء، في حين تحوي القائمة السورية بإصدارها السادس (1000) دواء، ويصل عدد الأدوية الوطنية في بعض البلاد إلى أكثر من (10000) دواء، كما تختلف القوائم الوطنية عن القائمة النموذجية؛ فعدد الأدوية في قائمة الأدوية الأساسية النموذجية لمنظمة الصحة العالمية

في إصدارها الخامس عشر والأخير عام (2007) وصل إلى (325) دواء، كما يحذف من القوائم الوطنية بعض أنواع الأدوية المذكورة في القائمة النموذجية لغياب الأمراض المرتبطة بها محلياً.



(الشكل 8):كيفية إنشاء قائمة الأدوية الوطنية

الأدوية المسجلة والأدوية الأساسية:

تشكل قائمة الأدوية الأساسية الوطنية مجموعة الأدوية التي يجب توفيرها، ولكنها ليست بالضرورة الوحيدة المسموح بتواجدها في بلد ما، فيمكن أن يكون الدواء مسجلاً ومتوفراً في بلدٍ ما ولا يكون من قائمة الأدوية الأساسية فيه، ويوجد أيضاً الكثير من الأدوية في السوق العالمي وليست مسجلة في النظام الصحي لكثير من البلدان. وعليه فالدائرة الأوسع هي الأدوية التي تتوافر في مجموع دول العالم، وعددها كبير ويكفي أن نذكر أنه ما بين عام (1990 و2000) سُجِّلَ في الولايات المتحدة (364) موافقة جديدة للأدوية، وتلي مجموعة الأدوية العالمية في العدد مجموعةُ الأدوية المسجلة في النظام الصحي لبلد ما، ثم قائمةُ الأدوية الأساسية الوطنية في هذا البلد. وهذه بدورها تنقسم إلى أدوية أساسية أو ذات أولوية، وأدوية متممة أو ذات استعمال مقيد أو محدود. وكمثال على ذلك، نجد أن بعض القوائم

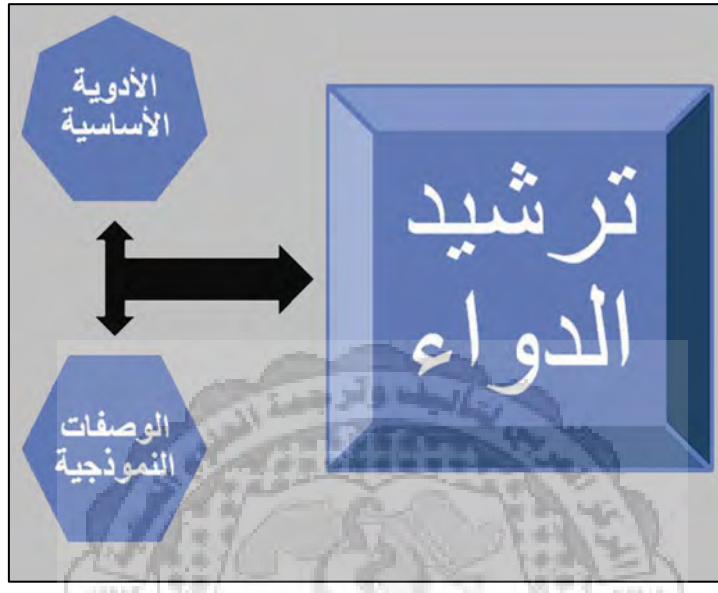
الوطنيـة قـد قـسمت الأدويـة إلـى ثـلاث فئـات باعتبـار أولويـة الاسـتعمال (الأدويـة الضرورية، والأدوية الفعّالة وغالية الثمن، والتكميلية)، ثم قسمت كل فئة إلى (خيار أول، ودواء بديل عن الخيار الأول، ودواء محدد الاستعمال).

وفي قائمة أخرى تمتاز بالتوسع في المعلومات فهي تحوي مقدمة تشرح مبدأ الأدوية الأساسية، والقائمة عبارة عن كتاب متكامل قريب من (200) صفحة مقسمٌ إلى عدة أجزاء، بحيث يكون الجزء الأول منها هو قائمة الأدوية الأساسية بالاسم غير التجاري (الجنيس)، أما القسم الثاني من القائمة فهو أشبه بكُتيب الوصفات إذ يحوي (137) صفحة مع أُفرودات (فقرات تُخص كل فقرة بدواء واحد) مصنفة حسب الزمر العلاجية، وتحوي معلومات أساسية عن الاستعمالات والتأثيرات الجانبية، والتآثرات (تداخل التأثير مع الأدوية الأخرى والأغذية)، والتحذيرات، والجرعات. أما القسم الثالث فيحوي الأسماء التجارية للمنتجات وتفاصيل عنها، ويلي ذلك فهرسٌ تفصيلي.

ضرورة توفر المعلومات الحديثة والمحايدة لفعالية اعتماد الأدوية الأساسية

توجه المسؤولون عن وضع السياسات الصحية بعد محاولة ضبط الشراء والتوزيع للدواء بواسطة قوائم الدواء الأساسية إلى قضيةٍ أخرى لا تقل أهمية عن توفير الأدوية الفعالة والجيدة وميسورة الكلفة، ألا وهي تحيز المعلومات التي يحصل عليها الأطباء تجارياً وعدم وصف الدواء بشكل مناسب، ويرافق هذا سرفٌ في استهلاك الدواء من قبل المرضى. فطرحت مسألة ترشيد استهلاك الدواء كجزء أساسي من السياسة الصحية، ومن أهم أساليب تحقيقها توفير دلائل إرشادية للأطباء تسهِّل حصولهم على مصدر معلومات مستقل وصحيح يساعدهم في الوصف الدقيق والمناسب للدواء اعتماداً على أخر المستجدات العلمية. ومن أهم الإنجازات في هذا الشأن صدورُ كُتيب الوصفات النموذجي من منظمة الصحة العالمية وتحديثه بشكل دوري، وكانت آخر نسخة منه في عام (2008) بلغت (677) ، صفحة وتغطي معلومات هذا الكتيب القائمة الخامسة عشرة للأدوية الأساسية وتبلغ (325) دواء، وجديرٌ بالذكر أن معظم الأطباء لا يستخدم أكثر من خمسين دواءً في كتابة الوصفات مما يجعل اعتمادهم على كتيب الوصفات أو نسخته الوطنية المعدلة موسعاً لمعلوماتهم العلاجية ومرشداً في عملهم الطبي. وتوصي المنظمةُ الدولَ بوضع كتيبِ

وصفات نموذجي وطني خاص بكل دولة تراعي فيه أولوياتها الصحية وتستهدي في وضعه بنسخة المنظمة النموذجية.



(الشكل 9): سياسة ترشيد الدواء

نموذج عملي تطبيقي لمبدأ الأدوية الأساسية:

حقيبة الطوارئ الصحية:

تتنادى الأمم المتحدة والمنظمات الدولية والأهلية للاستجابة السريعة في حالات الطوارئ الكبرى، وغالب المساعدات المطلوبة تكون عبارة عن أدوية وأجهزة طبية (مستهلكات، أدوات)، ولهذا بادرت منظمة الصحة العالمية إلى تسهيل الاستجابة المشتركة للوكالات في حالات الكوارث عبر إجراء يدعم الاستعداد الفعال، وهو (حقيبة الطوارئ الصحية)، ويهدف هذا الإجراء إلى معيارية التزود بالأدوية والأجهزة في حالات الطوارئ، وأول حقيبة إسعافية اعتمدت في عام (1990)، والثانية في عام (1998)، وعدلت من خلال عملية المراجعة، وكانت بهدف زيادة التناسق، أما النسخة الثالثة فكانت في عام (2006)، وراعت هذه النسخة الأخيرة

الرعاية الطارئة لمرضى الإيدز، وتزايد المقاومة (للمضادات) الحيوية ومضادات الملاريا، وكذلك سياسة سلامة الحقن، والخبرة الميدانية السابقة في استعمال الحقيبة. ووضعت محتويات الحقيبة الإسعافية بما يتناسب مع حاجات (10000) شخص لمدة ثلاثة أشهر، وهو الطور الحاد من حالة الطوارئ. وتحوي الحقيبة عشرة مكونات رئيسية ووحدة مكملة، وقد روعي في محتويات هذه الحقيبة بعض النقاط منها:

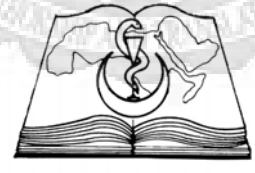
- طُورت الحقيبة بافتراض حدوث السيناريو الأسوأ؛ حيث يكون النظامُ الصحي مدمراً وحالات الإصابات والوفيات كثيرة.
- ترسل الحقيبة بشكل سريع للاستجابة الفورية للطوارئ.
- تنتقى الأدوية والأجهزة على قاعدة (اعتماد البساطة وترك التعقيد)، وأدوية الحقيبة الأساسية لا تحوي مواداً تؤخذ حقناً.
- الحقيبة معدة ليستعملها من يعرف استخدام محتوياتها بشكل مناسب.

تقرير انتقاء واستعمال الأدوية الأساسية عام (2007):

وهو آخر تقرير أصدرته اللجنة الفنية المكلفة بتحديث لائحة الأدوية الأساسية، وتجري اللجنة دراسة معمقة في عدد من النقاط تشمل إعادة تسمية بعض المصطلحات؛ كاعتماد كلمة (Medicine) بدلاً من (Drug)، وحذف بعض الأدوية، وإضافة أدوية أخرى، أو تغيير ترتيب أولوية استخدام دواء في علاج مرض معين مراعاة لتطور المعلومات الطبية وتغير بروتوكولات العلاج، ومن أمثلة التعديل الذي أجرته إضافة دواء السيمفاستاتين (وهو دواء يكبح تصنيع الكوليستيرول الداخلي في الجسم)، مع ملاحظة بإشارة مربع (ويشير رمز المربع إلى أداء طبي مشابه ضمن الزمرة الدوائية الواحدة) إلى أتورفاستاتين والفلوفاستاتين واللوفاستاتين والبرافاستاتين بأنها بدائل مناسبة حسب التوفر والكلفة المحلية. واستخدام المربع في المصطلحات الفنية في القائمة بجانب دواء للدلالة على أنه يصلح كبديل للدواء الأول المذكور كنموذج. ولا يجوز استخدام هذا الرمز في قوائم الدواء الوطنية حيث يطلب التحديد الدقيق فيها. وهذا نموذج مفيد لفهم طبيعة عمل اللجنة في انتقاء الأدوية؛ فالسيمفستاتين قد انتهت براءة اختراعه ورخُص ثمنه، أما الأدوية المماثلة ذات التركيب الكيميائي المشابه التي ذكرت بعده، فلا تتوفر غالباً إلا بشكلها التجاري المحمي باهظ الثمن أو تتواجد منها نسخ مقلدة بطرق غير نظامية، وبالتالي يُشك

بجودتها، ورفضت اللجنة إدخال بعض الأدوية إلى لائحة الأدوية الأساسية النموذجية لأسباب متعددة منها احتمال استعمالها بطريقة غير مرشدة، أو ارتفاع كلفتها مقارنة بدواء مكافئ، أو أن الجرعة الموصى باستعمالها لمرض ما مرتفعة بحيث تشكل خطراً على سلامة مستعملها، كما غيرت بعض المسميات والمصطلحات وأضافت بعض الفقرات الجديدة إلى اللائحة، وحذفت بعض الأدوية، ووضعت إشارات على بعض الفقرات لمراجعتها. كما ألغت وجود بعض الأدوية لتتماشى مع التوجهات الحديثة في العلاج فألغت دواء السيبروفلوكساسين من نظام معالجة السل المعند، وأضافت بدلاً عنه الليفوفلوكساسين، وألغت دواء إيدوكسوريدين كمرهم ومحلول؛ لأن دواء أسيكوفير أثبت أنه أفضل منه لعلاج الالتهاب الفيروسي.

كما قدمت اللجنة في تقريرها توصيات أخرى منها؛ تأسيس لجنة فرعية لمتابعة قضايا تخص أدوية الأطفال، ووضع مسودة لائحة أدوية أساسية خاصة بالأطفال، (وقد صدرت هذه القائمة الخاصة بأدوية الأطفال مؤخراً) وتوصية أخرى لدعم الاستعمال الرشيد للدواء. ويعرض التقرير القائمة بأكثر من أسلوب؛ حسب الزمر العلاجية، وتصنيف ألفبائي، وآخر وفق التركيب والزمرة العلاجية.



الفصل الرابع

استراتيجية الدواء

تعتمد استراتيجية الأدوية في منظمة الصحة العالمية على أربعة أركان:

الـركن الأول: الـسياسات الدوائيـة المتوازنـة التـي تنطلـق مـن حقيقـة أن معظـم المشكلات الصحية العامة يمكن علاجها بعدد قليل من الأدوية التي تم انتقاؤها بعناية، ويجب أن تصاغ هذه السياسات ويشرع ما يناسبها من قوانين ولوائح ثم يركّز تدريب العاملين في الصحة على استخدامها الأمثل.

والـركن الثـاني: تيـسير إتاحـة الـدواء وهـذا يـتم بفعاليـة أفضـل إذا كـان عـدد الأدويـة محـدوداً فـي الـشراء والتوزيـع وهـو مـا يحققـه اعتمـاد الأدويـة الأساسـية وإجـراءات مساندة أخرى.

والركن الثالث: ضمان جودة الأدوية وسلامتها.

والركن الرابع: تعزيز الاستخدام الرشيد للدواء عن طريق توفير المعلومة الحديثة والـصحيحة للطبيـب والـصيدلاني وتثقيـف المرضـى مباشـرة بمـا يخـص الاسـتعمال الأمثـل للـدواء، فالاسـتعمال الرشـيد للـدواء يعنـي أن يتلقّـى المرضـى أدويـة تناسـب احتياجاتهم العلاجية والوقائية وبجرعات تلبِّي متطلباتهم الفردية ، وذلك لفترة زمنية مناسبة وبأدنى تكلفة ممكنة لهم ولمجتمعهم، ومحور هذا كله المعلومة الصحيحة عند الطبيب والصيدلاني والمريض.

(الشكل 10): استراتيجية الدواء

ويدعم جوانب استراتيجية الدواء المتعددة في المنظمة عدد من المواقع ومنها موقع خاص بالأسعار الدوائية المرجعية، وشبكة معلومات لرصد مشكلات الأدوية على مستوى العالم وموقع مكتبة الأدوية الأساسية وموقع نشرة معلومات الدواء وبرامج متخصصة بالأمراض الاستوائية ومكافحة السل وغيرها.

وقد ساعدت المعلومات التي توفرها منظمة الصحة العالمية على دعم الشفافية في السوق الدوائي، فأسعار الأدوية أصبحت مكشوفة للجميع بشكل واضح، وانتشرت الأدوية الجنيسة في السوق، كما تحسنت جودتها، ورخصت أسعارها.

1. السياسة الدوائية

السياسة الدوائية الوطنية هي إطار عام لحل المشكلات الصيدلانية يحدد الحاجات الصحية والدوائية ويضع الأهداف الملائمة في القطاعات الصيدلانية كافة سواء منها العامة أو الخاصة، وتكون السياسة الدوائية ملزمة لجميع من يعمل بالدواء من قريب أو بعيد، ويساعد وجودها في التنسيق وإزالة التعارض بين التدابير الحكومية المختلفة، فتوضح السياسة الدوائية مسؤوليات كل جهة، وآلية تطبيقها تتم عن طريق المتابعة لخطة مفصلة ترتبط بأهداف سبق تحديدها نتيجة الدراسات المسبقة، وتبدأ العملية من دراسة وافية لحاجات البلد وتحديد الأهداف الضرورية وإمكانية تنفيذها، ثم توضع الخطط القريبة والبعيدة لتحقيق هذه الأهداف. ولنجاح السياسات الدوائية لابد أن تراعى جميع مراحل التعامل مع الدواء من شراء وتصنيع ووصف وصرف، وما يتبع هذه المراحل من تشريعات ولوائح ناظمة، وتحديد دور كل جهة لها صلة بالدواء.

ولا توجد سياسة دوائية موحدة لجميع البلدان، بل لابد لكل دولة من وضع سياسة دوائية تناسب ظروفها الخاصة، مع الاستعانة بتجارب الآخرين ويمكن الاستفادة من خبرة ودعم منظمة الصحة العالمية، ولابد من مراعاة الإمكانات المتوفرة والحاجات المطلوبة، فمثلاً ؛ تختلف أولويات الدول التي تعاني من انتشار الأمراض الاستوائية عن الدول التي يندر فيها وجود هذه الأمراض، وبالتالي ستختلف سياستها الدوائية عن غيرها. فلا معنى لوجود خطة لعلاج البلهارسية في بلد لا تعاني منها، في حين يعتبر برنامج مكافحة الملاريا جزءاً أساسياً من أية سياسة صحية لبلد استوائي.

ومن فوائد وجود سياسة دوائية وطنية ساهم في وضعها خبراء البلد نفسه، أنها ترصد المشكلات الصحية بصورة كلية، وتضع خطة العمل بناءً على هذا التصور الشامل، وبالمقابل لو فقدت السياسة الدوائية العامة في البلد ربما توجهت الجهود إلى حل مشكلات ثانوية، أو إعطاء بعض الأمور أكثر مما تستحقه من الاهتمام والموارد والعمل وإهمال أخرى، ولننظر مثلاً إلى حال كثير من بلدان العالم الثالث كيف أدى استنساخ الترتيب الغربي في النظام الصحي إلى تمركز المرافق الصحية الجيدة في المدن الرئيسية، مما حرم كثير من الأطراف من خدمات أساسية بسيطة وغير مكلفة، ومن أمثلة اختلال الخطة الصحية نتيجة تقليد بلدان أخرى ذات ظروف مختلفة؛ ما نجده في بعض البلدان الإسلامية، التي تشكل فيها قضايا تلوث المياه وضعف الإصحاح ونقص التغذية محور المشكلات الصحية، نجد الإنفاق السخي للأموال، والتركيز الإعلامي على برامج الوقاية من الإيدز، الذي يعد ترتيبه في المخاطر الصحية المحلية في درجة متأخرة من الأولوية، في حين أن برامج الوقاية من الإيدز وتأمين علاجاته تشكل الأولوية رقم واحد في دول حزام الإيدز الإفريقي مثلاً.

وتفيد الخطة الوطنية واضحة الأهداف في كبح جماح التوجهات المغرضة، فصاحب المصلحة التجارية الخاصة سيجد نفسه مقيداً بحدود وضعتها جهات مستقلة خبيرة، وأهداف معلنة للسياسة الدوائية والعلاجية لا يستطيع تخطيها، خلافاً لحالة تكون فيها الأهداف والحدود غير واضحة وغير معلنة. وهكذا تزداد الشفافية بوجود سياسة دوائية وطنية واضحة، وتسهل المراجعة لتحديد النجاحات والإخفاقات في النظام الصحي القائم.

مكونات السياسة الدوائية:

- اختيار **الأدوية الأساسية** وذلك بوضع قائمة أدوية أساسية وطنية وهذا الإجراء يدعم إتاحة الدواء وترشيد الاستهلاك ويساهم في جودة الخدمة الدوائية.
- **ضبط السعر** الذي يمكن للمواطن دفعه؛ وهذا أمر لا غنى عنه إذا أردنا للدواء أن يصل إلى من يحتاجه.
- تصور واضح **لتمويل** شراء الأدوية؛ وهناك عدة أساليب يعتمد بعضها على تمويل حكومي أو تمويل خاص أو قرار حكومي موجه وشراء خاص، بحيث يمكن الاستفادة من أموال القطاع الخاص في شراء وتوزيع وبيع الدواء مع إشراف حكومي على ما يشترى ورقابته ومقارنة سعره بالأسعار العالمية.

- نُظم **الإمداد** والتوزيع؛ أهي مركزية أم لا مركزية؟ وتذكر منظمة الصحة العالمية أربعة أنواع من استراتيجيات الإمداد الدوائي بحسب درجة الضبط المركزي، ولابد من وجود درجة دنيا من الرقابة الحكومية على سلسلة توزيع الدواء عند اعتماد الأسلوب اللامركزي منعاً من تسرّب الأدوية سيئة الجودة والأدوية المزورة.
- **التنظيم القانوني** لتحقيق أهداف تنظيم الدواء من ترخيصٍ للمنشآت والممارسات والأشخاص، والتفتيشِ على المصنعين والموزعين، وتسجيلٍ وتقييم الأدوية، ومراقبة جودة الأدوية، ووضع ضوابط للدعاية الطبية، وترصُّد الآثار الضارة للأدوية، مع مراعاة شمول هذه التفاصيل المراكز الحضرية والأطراف الريفية.
- تعزيز **الاستخدام الرشيد** عبر تأهيل الكادر الطبي وتوفير الدلائل العلاجية الحديثة وضبط صرف الدواء، وتثقيف عامة الناس.
- إجراء **الدراسات** والبحوث.
- تحسين **الموارد البشرية** كماً ونوعاً وتوزيعها بعدالة حسب المناطق والاستعانة بالعون الدولي لتحقيق هذا التطوير.
- **آلية لرصد ومتابعة** ما ينفذ وإعادة تقييمه.

(الشكل 11): محاور السياسة الدوائية

وظائف التشريع الدوائي:

يجب على التشريعات الدوائية عموماً أن:

- تحدد أصناف المنتجات والأنشطة الدوائية التي يجب أن تُنظم.
- تعلن مهمات وأهداف تنظيم الدواء.
- تؤسس الهيئات الإدارية اللازمة لتنفيذ تنظيم الدواء، وتحدد بنيتها وعلاقاتها الوظيفية، وتُعدُّ لجان الدواء المركزية والفرعية أهم هذه الهيئات.
- تعلن عن أدوار ومسؤوليات وحقوق ووظائف كل فريق له صلة بتنظيم الدواء، ومن ضمنهم واضع النظام والمطبق عليه.
- تحدد المؤهلات والمعايير المطلوبة من المتعاملين بالدواء.
- وضع آليات تضمن كون كل الأطراف المعنية بالدواء مرخصة وقابلة للتفتيش عليها، وذلك لضمان الالتزام بالتشريع الدوائي وما وُضع من معايير ومواصفات تخص الأشخاص والمنشآت والممارسات.
- تحدد القواعد والمعايير والمواصفات اللازمة لضمان سلامة ونجاعة وجودة المنتجات الدوائية، وكذلك دقة ومناسبة معلومات المنتج الدوائي.
- إعلان شروط وظروف تعليق، أو رفض، أو إلغاء رخص الاستيراد والتصنيع والتصدير والتوزيع والبيع والتموين والدعاية للأدوية.
- تحديد الإجراءات الإدارية والعقوبات القانونية التي ستنفذ في حال مخالفة التشريعات الدوائية.
- إنشاء آليات لضمان شفافية ومحاسبة السلطات التنظيمية من قِبَل الحكومة العامة والمستهلكين.
- وضع آلية تؤمن الرقابة الحكومية الجيدة.

توصيات لفعالية عملية تنظيم الدواء

- الفهم الواضح للمهمة مهم لحضٍّ كادر سلطات تنظيم الدواء على متابعة عمليات التنظيم تحقيقاً للأهداف الموضوعة. ويجب أن تنص الحكومات على رسالة وأهداف تنظيم الدواء، بحيث يسهل تقييم درجة ما تحقق من الأهداف المرجوة.
- أن تكون قوانين الدواء شاملة بما يكفي وتغطي كل الأنشطة المتصلة بالمنتجات والمعلومات الدوائية، ويجب أن تحدّث بشكل منتظم.

- مسؤولية إحدى الجهات المركزية عن متابعة الفعالية العامة لتنظيم الدواء.
- أن يتمتع الأشخاص المعنيون بتنظيم الدواء بالنزاهة والتدريب والتأهيل، وتوفير برامج تنمية المصادر البشرية لمساعدة الكادر على تحسين معرفتهم ومهاراتهم، وتمكينهم من استيعاب التطورات في العلم والتقنية الصيدلانية. وأن يحصلوا على آخر المعلومات العلمية والتقنية لتسهيل عملهم.
- تطوير معايير وإرشادات مناسبة تستعمل كأدوات لتطبيق العمليات التنظيمية، ويجب أن تتوفر بحرية لكل المعنيين، بما فيهم العامة، لزيادة مستوى الشفافية لعمليات سلطات تنظيم الدواء. وتطبيق المعايير نفسها لجميع الأدوية المستورد منها والمصنع محلياً في القطاع العام أو الخاص، المخصص للاستهلاك المحلي أو للتصدير.
- التمويل المستمر لعملية تنظيم الدواء أساسي لفعالية هذا التنظيم. ويجب أن يمتاز تمويل سلطات تنظيم الدواء بتوازن ما بين الرسوم التي تغطي كلفة الخدمات وبين الدعم الحكومي. فتوفر الرسوم إيراداً للسلطة المنظمة بحيث تؤدي مهامها بنجاعة، وتفيد كإجراء رادع لمن يعمل على إغراق النظام الصحي بتطبيقات لا تتوافق مع المتطلبات الرسمية.
- نظراً لأن كل وظيفة تنظيمية تخص الدواء تساهم في ضمان السلامة والجودة والنجاعة للأدوية، فيجب أن تغطي تصرفات السلطة الدوائية لكل وظائفها بأسلوب متوازن، وأن لا يبدد الدعم الذي تتلقاه سلطات تنظيم الدواء بمهام أخرى غير تنظيمية قد توكل إلى هذه السلطات.
- من الضروري أن تخضع العملية التنظيمية للرقابة والتفتيش بشكل كلي للتعرف على المشكلات، والتأكد بأن كل نشاط يوافق العمل المرسوم، ويجب على سلطة تنظيم الدواء أن تكون منظمة تعليمية بمعنى أنها تقوم بشكل منتظم بالتقييم الذاتي والتطوير المستمر، ولا بد من وجود إشراف إداري وقانوني لضمان تحديد المسؤوليات، ويمكن الاستعانة بمراجعة النظراء من دول أخرى كآلية تدقيق خارجية فيقارن أداء وكالة ما بأداء الأخرى.
- قصور العملية التنظيمية قد يؤدي لغياب أدوية ضرورية، ولابد من اعتماد أسلوب يرفع من الكفاءة كترتيب الأولويات أو وضع تسلسل لآلية العمل، وزيادة الكادر التنظيمي كماً ونوعاً، والاعتماد على مصادر المعلومات الدولية، ومنها مصادر ضبط الجودة.

- التواصل الجيد بين سلطة تنظيم الدواء ومن يتعامل معها، واحترامها لحق كل مواطن بمعرفة ما يسوق من دواء في بلده معرفة دقيقة ومناسبة، حيث إن تثقيف المواطنين في قضايا الجودة والفعالية والسلامة والاستخدام الرشيد سيساعد في تحقيق الأهداف التنظيمية.

الشفافية سر نجاح السياسة الدوائية

الشفافية مسألة مهمة في تنظيم الدواء وتساعد على اكتساب ثقة الناس والتعاون المثمر بين مختلف الجهات وتسهل تبادل المعلومات بين الجهات الواضعة للوائح.

توصيات مؤتمر سلطات تنظيم الدواء 2004 بشأن الشفافية

- العمل على مضاعفة الجهود لتأكيد الشفافية في عمل سلطات تنظيم الدواء الوطنية وأن تشمل الإرشادات التنظيمية والإجراءات والمعايير وبيانات الأدوية المسجلة، بحيث يعلن عنها لكل جهة معنية.
- أن تعلن السلطات الوطنية بلغة مفهومة كل تقارير نتائج التقييم السلبية منها والإيجابية.
- أن تتيح سلطات تنظيم الدواء الوطنية كل المعلومات المتعلقة بالقرارات التنظيمية مع شرح أسباب اتخاذها، وتعطى هذه المعلومات لكل متعامل بالدواء.

(الشكل 12): توصيات مؤتمر سلطات تنظيم الدواء 2004 بشأن الشفافية

وقد أنشأت وزارة التنمية الدولية البريطانية بالتعاون مع جهات أخرى منها منظمة الصحة العالمية (تحالف شفافية الأدوية) (Medicines transparency alliance; MeTA) ويساند جهود الدول في دعم الشفافية وبناء قدرتها في السياسة الدوائية وإدارة شراء الأدوية وإمدادها عن طريق جمع المعلومات عن جودة وأسعار الأدوية في مراحل التزويد المختلفة، وتشجيع الكشف عن كلفة الدواء الحقيقية ومقارنتها بأسعار المناقصات.

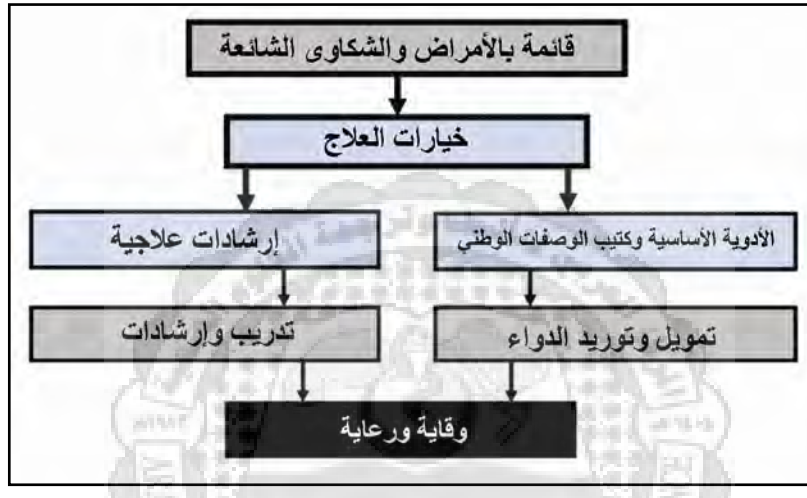
ومسألة الشفافية في إدارة السياسة الدوائية هو مما أولته منظمة الصحة العالمية اهتمامها نظراً لما سجل من ممارسات مضرة بالصحة العامة، وعليه فقد أوصت بتقييم الشفافية وعلاج الفساد قبل وضع الخطة الدوائية العامة وتنفيذها.

ترابط الإجراءات شرط لنجاح السياسة

إن وضع القائمة الوطنية للأدوية الأساسية، ونشر كتيب الوصفات الوطني، وتطوير الإرشادات العلاجية، ودمج جميع الإجراءات في إطار سياسة الدواء الوطنية وتناسق السياسة الدوائية مع السياسة الصحية وخطة التنمية العامة كل هذه الأمور تساهم متضافرة في نجاح خطة الرعاية الصحية، وليس هنالك أسلوب واحد لتبني هذه الإجراءات كما لا توجد مجموعة أدوية أساسية معينة تصلح لكل البلدان، فاختيار الأدوية الأساسية وآلية اعتمادها مسؤولية محلية، يقوم بها كل بلد على حده، ولكن يمكن للمسؤولين الوطنيين الاستفادة من إرشادات وقوائم ودلائل منظمة الصحة والاستعانة بحصيلة تجارب البلدان الأخرى والتعاون المباشر مع المنظمة، كما أن الانتقاء يجب أن يتم بعيداً عن تأثير الصناعات الدوائية المحلية والأجنبية وبحيادية علمية تنأى عن التأثر بالمصالح التجارية الخاصة.

والتنسيق بين من يضع السياسة وبين المسؤول عن الإمداد أمر ضروري لنجاح سياسة الدواء، ونضرب مثالاً واقعياً يؤكد ضرورة التنسيق بين جميع الجهات؛ تمَّ تغيير طريقة العلاج المعتمدة لمرض السيلان في إحدى الدول الإفريقية باتخاذ دواء مختلف عن الدواء المعتمد سابقاً نظراً لوجود مقاومة للدواء الأول، ولكن لم يتم إعلام الجهة المسؤولة عن تزويد البلد بالأدوية بهذا التغيير في الاستخدام، وكلا الدوائين

مسجل في القائمة الوطنية، والنتيجة فقد الدواء المختار سريعاً من الأسواق، وتلِفَتْ كميةٌ كبيرة من الدواء القديم بانتهاء تاريخ صلاحيتها، وهذا الأمر عُرضة للحدوث في كل بلد كنتيجة لفقد التنسيق بين المعنيين بالقضية الدوائية، أي بين الذي يختار قائمة الأدوية الأساسية، ومن يضع إرشادات العلاج، والجهات المزودة بالأدوية، والصناعة الدوائية المحلية.



(الشكل 13): يوضح الشكل قائمة بالأمراض والشكاوى الشائعة

2. تيسير إتاحة الدواء

تتضافر جوانب السياسة الدوائية لتيسير الوصول إلى الدواء، وأهمها التطبيق الجيد لمبدأ الأدوية الأساسية وبالأخص انتقاء الدواء الفعّال بأقل كلفة ممكنة، فأهم الأمراض الشائعة يمكن علاجها بالقليل من الأدوية الأساسية، كما أن نشر المعلومات المناسبة سيوسع من إدراك الأطباء لوجود أدوية مهمة وفعالة ورخيصة ربما غاب وجودها عن أذهانهم بسبب قوة وسيطرة تيار الدعاية الطبية. أما تمويل فاتورة الدواء على المستوى الوطني فأمر لا يقل أهمية وهو صعب في بعض الأحيان، وذكرنا في بداية الكتاب رسالة المسؤول الصحي عن عجز بلاده عن شراء فاتورة الأدوية اللازمة، فيعتبر التمويل الكافي والمستمر ضرورة لتيسير إتاحة الدواء لمن يحتاجه.

(الشكل 14): جوانب السياسة الدوائية لتيسير الوصول إلى الدواء

وكذلك فإن وجود الدواء بسعر يمكن للفرد تحمّل كلفته أمر لا يقل أهمية عن قضية التمويل، وهكذا نجد في بعض البلاد أدوية مرتفعة الثمن متوفرة في السوق وفي نفس الوقت يعجز المرضى عن شرائها رغم حاجتهم الماسة لها، وتزداد المشكلة خصوصاً عندما يكون الضمان الصحي العام أو الخاص قاصراً، أما ترشيد استعمال الدواء فدوره في تيسير إتاحة الدواء قد لا يبدو ظاهراً أول الأمر، ولكنَّ الترشيد بحيث لا يستهلك المرء أقل أو أكثر من حاجته كما لا يستخدم الدواء في غير موضعه يوفر المال الخاص للمريض فيسهل عليه الحصول على الدواء اللازم، كما يقلل من حجم التمويل المطلوب للسوق الدوائي المحلي، ويخفض من كمية الأدوية التي تُهدر بالاستعمال الخاطئ ومن كلفة علاج الآثار الجانبية للاستعمال غير المرشد، فلو أن مريضاً استعمل دواءً لا يناسبه وسبب له أذى فلا بد من أدوية تزيل هذا الأذى وندخل في حلقة خبيثة من الاستعمال السيء والحاجة المتزايدة، وللقوانين والخطط دوراً محورياً لضمان إتاحة الدواء للمرضى، وكذلك القائمين على تنفيذها من حيث المعرفة الجيدة والنزاهة الشخصية فصلاحية القوانين والجهات التي تنفذها ضمانة لحسن استخدام الموارد المحدودة وزيادة مردود النفقات الصحية، وقد نشرت منظمة الصحة دلائل عديدة تساعد على إدارة التزويد بالأدوية؛ ومنها كتاب (إدارة تزويد

الدواء) وتبنته العديد من الجهات الإدارية والتعليمية، ومنها كلية الصيدلة في جامعة الكويت في أواخر التسعينيات فجعلته جزءاً من الدراسة التمهيدية للسنة الأولى. وزاد التعاون الإقليمي في مجال الدواء، ومن أهم مظاهره اعتماد التعاقد الجماعي لشراء الأدوية وهو ما تفعله دول مجلس التعاون الخليجي.

والخطوة الأخيرة التي تؤثر على إتاحة الدواء لمن يحتاجه هي كفاءة نظام التوزيع، فلو تُرك الأمر للموزعين من القطاع الخاص لباعوا الدواء وسوقوه كما تسوّق الثياب وغيرها من البضائع، فباعوه في مناطق الأثرياء وفي الأسواق المكتظة وتركوا المناطق النائية والفقيرة، فلا بد من ضمانات حكومية تحقق جودة الإمداد الدوائي سواء أكان المسؤول عنه القطاع العام أم الخاص.

مؤتمر سلطات الدواء (لا زال الوصول للأدوية صعباً):

جاء في تقرير المؤتمر الدولي الحادي عشر لسلطات تنظيم الدواء عام (2004) "لاتزال مسألة إتاحة الدواء أمراً مقلقاً جداً، سواء أكانت هذه الأدوية أدويةً أساسية أم لقاحاتٍ أم أدوية أمراض نادرة أم أدوية أمراض استوائية.

فعلى سلطات تنظيم الأدوية ومن يعنيهم الأمر أن يتعرفوا على العقبات الموجودة والسعي لإيجاد الحلول بمقاربات متوازنة، فتساعد على تسهيل إتاحة الأدوية من ناحية، وتحافظ على حماية الصحة العامة من ناحية أخرى".

توصيات مؤتمر سلطات الدواء لتسهيل إتاحة الأدوية للمرضى

- أوصى مؤتمر سلطات الدواء (ICDRA) بتغيير القوانين لتسهيل الوصول إلى الأدوية مع مراعاة الحفاظ على الجودة والسلامة والفعالية.
- أن تعطى امتيازات خاصة عند تقديم طلبات التسويق أو التسجيل للأدوية ذات الأولوية في رعاية الصحة العامة، وإنشاء آليات لتسهيل تسجيل الأدوية الضرورية، كتخفيض الرسوم أو التكاليف الأخرى.
- موازنة الفائدة والضرر خلال عملية تسجيل الأدوية، بحيث تُعَدَّلُ العمليةُ لتناسب أمراض الناس المستهدفين واحتياجاتهم.

3. جودة الدواء وسلامته

إن الكارثة الإنسانية التي حدثت بعد استعمال مركب الثاليدوميد ابتداءاً من أكتوبر عام (1961)، وما تركته من أطفال مشوهين بلغ عددهم في ألمانيا (6000) طفل، وفي بريطانيا 500 طفل دفعت العديد من حكومات العالم إلى تولي الإشراف الفعّال على إنتاج وصرف الأدوية وتحديد طريقة لمتابعة تأثيرها، ومنذ ذلك الوقت قامت منظمة الصحة العالمية بجعل الدواء من محاور أنشطتها الرئيسية، وتنص المادة الثانية من دستور منظمة الصحة العالمية على أن المنظمة مفوضة لتطوير ووضع ودعم معايير دولية تخص الغذاء والبيولوجيات والأدوية والمنتجات المشابهة، وتعتمد الدول على خبرة وإرشاد المنظمة في قضايا التنظيم القانوني للدواء وضمان سلامته وجودته عبر تطوير قواعد ومعايير وإرشادات ذات طابع دولي، وتتعاون المنظمة مع الهيئات الوطنية والدولية في هذا الشأن ومن أهمها مؤتمر التنسيق الدولي (CIH) الذي أخذ دوراً كبيراً في وضع إرشادات التصنيع الجيد للدواء ومواده الأولية، وما يتصل بتوحيد هذه المعايير على المستوى العالمي.

إن التنظيم الفعّال للأدوية وضمان جودتها عاملين أساسيين لجودة الصحة العمومية، وتساعد منظمة الصحة العالمية الدول على رفع مستوى فعالية الهيئات الوطنية المنظمة للأدوية؛ وتطوير قدراتها في مجال ضمان جودة الأدوية؛ والتوسع في تنفيذ ممارسات التصنيع الجيد، وتعزيز قدرات رقابة عملية توزيع الأدوية عبر قنوات التوزيع المختلفة؛ ومكافحة الأدوية المزيفة والأدوية سيئة الجودة. كما تقوم منظمة الصحة العالمية بجمع وتبادل المعلومات حول سلامة الأدوية.

تتباين جودة الأدوية بشكل كبير، لاسيما في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. وقد أشارت الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية إلى أن (36٪) من الأدوية المتوفرة والمتداولة عالمياً ذات فاعلية أقل من المرجعية الموضوعة للدواء، ومن المعلوم أن استخدام أدوية غير فعالة أو سيئة الجودة أو ضارة يؤدي إلى فشل العلاج، وتفاقم المرض، وظهور مقاومة للأدوية، وقد يؤدي إلى الوفاة، وهذا يضعف من ثقة الناس في النظام الصحي، والمهنيين الصحيين، وصانعي وموزعي الأدوية. ويعتبر المال الذي ينفق على أدوية غير فعالة أو سيئة الجودة مالاً مهدوراً ـ سواء للمستهلكين أو للحكومات. فتحتاج الحكومات إلى تأسيس سلطات تنظيمية وطنية قوية، لضمان التنظيم الفعال لصناعة وتجارة واستخدام الأدوية بغية حماية وتعزيز الصحة العمومية.

إن عمل منظمة الصحة العالمية في مجال ضمان جودة وسلامة الأدوية له مكونان رئيسيان هما: وضع قواعد ومعايير الوظيفة، والوظيفة الفنية المساعدة. وهو يتم تحت شعار أدوية آمنة وفعالة وجيدة للجميع.

وتعمل المنظمة على توفير الخبرة والمساعدة الفنية في مجالات متعددة منها ضبط الجودة، والتنظيم القانوني، والتشريع، ومجال سلامة وفعالية الأدوية، فتوفر إرشادات للتطوير وتقيم ورش عمل ودورات تدريب، وتروج وتنسق التيقظ الدوائي على المستوى العالمي (الإبلاغ الفوري عن أضرار الأدوية)، وتساعد على تبادل معلومات مفيدة أخرى، كما تساهم في دراسة المواد النفسية والمخدرة.

ومن مشاريع المنظمة التي تخص السلامة والجودة؛ مشروع **مجابهة الدواء المزور**، ودستور الدواء العالمي، والأسماء العلمية غير المحمية للأدوية، ومواصفات المستحضرات الصيدلانية، ومؤتمر سلطات تنظيم الدواء.

قضية الدواء المزور:

يقول الدكتور هاورد تسكر في مؤتمر روما عام (2006) الذي أقامته منظمة الصحة بالتعاون مع جهات عديدة لمجابهة الدواء المزور: إن الدواء المزور يشكل خطراً على مجتمعاتنا ويجب أن نعالجه، وهو مشكلة عامة وليست مشكلة خاصة ومعزولة، فتوجد في كل مكان ويتعرض لها أي إنسان وتزداد هذه المشكلة ضراوة مع مرور الوقت، ولا يمكن للحل أن يأتي عن طريق الأطباء أو السلطات التنظيمية للدواء أو الشرطة، أو الجمارك ولا عن طريق منظمة الصحة العالمية بمفردها، بل نحتاج إلى حلول عالمية يشارك فيها كل المعنيين لمجابهة مشكلة عالمية معقدة، ولا بد من العمل الجماعي لإيجاد الحلول وتطبيقها عبر التبادل الصادق والإرادة القوية والشراكة الفاعلة فنعطي هذه المشكلة ما تستحقه من الحلول الخلاقة.

وطرح رؤية منظمة الصحة لما يجب أن يتم في المؤتمر؛ وهو الالتزام بتقوية التعاون بين الدول والهيئات لبدء عملية التنسيق في المستقبل القريب، والتوافق على مبادئ مشتركة تؤسس لهذا التعاون الدولي، وإنشاء فريق عمل دولي يتابع تنفيذ قرارات المؤتمر. وتم إنشاء فريق (IMPACT)؛ فريق العمل الدولي لمكافحة تزوير المنتجات الطبية (International medicinal products anti-counterfeiting taskforce).

ويعمل فريق إيمباكت على خمسة محاور؛ أولاً التقنية ، وثانياً التشريع القانوني، وثالثاً وسائل العمل التنفيذي المشترك، ورابعاً الإطار التنظيمي لضمان الجودة والسلامة وضبط سلسلة توزيع الدواء، وخامساً التواصل عبر التحذيرات. وتشغل منظمة الصحة العالمية أمانة فريق إيمباكت، كما أصدر المجتمعون في المؤتمر مجموعة المبادئ المشتركة باسم (إعلان روما).

تعريف الدواء المزور (منظمة الصحة العالمية):

هو منتج صنع قصداً ليضلل المستخدم النهائي سواء كان مريضاً أو مسؤولاً صحياً.

والدواء المزور يختلف عن الدواء سيء الجودة، فكل دواء مزور سيء الجودة ولكن ليس كل دواء سيء الجودة مزور. ويتوجه التزوير عادة إلى ما يكثر طلبه أو يزيد ربحه، ولهذا تزور الصادات الحيوية كما تزور أدوية السرطان. ويعمل في التزوير الجريمة المنظمة كما يعمل أفراد منفصلون، ولا يحتاج التزوير إلى منشآت ضخمة أو أدوات معقدة، وهذا يجعل كشف التزوير عملية صعبة، وقد زادت حرية التجارة عالمياً من انتشار الدواء المزور، كما أن كثيراً من الدول لا تملك قوانين ملائمة لقمع تزوير الدواء بل ولا يوجد عند بعضها تعريف للدواء المزور، ويبدو أن تجارة الدواء المزور لن تتوقف عن النمو فاستهلاك الدواء عالمياً يزداد وقليلٌ هم من يعرفون كيفية التمييز بين الدواء المزور والحقيقي، ومما يفاقم المشكلة أن الأنظمة الرقابية ضعيفة في أماكن كثيرة وخصوصاً على قنوات توزيع الأدوية، كما أن كثيراً من الحكومات تنكر وجود دواء مزور على أراضيها رغم معرفتها، وتتردد عادةً الشركات العالمية في الإبلاغ عن وجود نسخ مزورة من منتجاتها، وهذه الأمور تزيد في عمق المشكلة وتؤخر حلها.

وأمام هذه الأبعاد للمشكلة يجب أن يأخذ الحل الجوانب المقابلة؛ ومنها تطوير القوانين فيوضع تعريف للدواء المزور ويوحَّد هذا التعريف بين الدول، ويجب أن توضع عقوبات جزائية تتناسب مع جريمة حجم قضية تزوير الدواء باعتبارها أكثر خطراً من أية عملية تزوير أخرى بسبب تأثيرها المباشر على الصحة العامة، ونظراً لأن الدواء المزور ينتقل بين الدول، فربما صنع في دولة وبيع لأخرى واستعمل في دولة ثالثة، فلابد من التنسيق بين الدول قانونياً وإدارياً، والتنسيق أمر حتمي لنجاح

المكافحة ويبدأ من التنسيق بين الجهات المعنية في الدولة الواحدة من سلطات صحية وجمارك وشرطة وقضاء، ويمتد التنسيق عبر شبكات دولية تتبادل المعلومات لمراقبة سير البضائع وإصدار التحذيرات، وأهم شيء في الرقابة التركيز على تسلسل مراحل الدواء في التصنيع والاستيراد والتوزيع. وهنا يأتي دور السياسات الوطنية للدواء فيجب أن يكون منطلقها الحرص على الصحة العامة قبل غيرها من الأمور. وتشكل الدول ذات الأنظمة الصحية الضعيفة مأوى لصناعة الدواء المزور وبؤرة لانتشاره عالمياً. كما يقل في المقابل انتشاره في الدول ذات الأنظمة الصحية القوية وبالأخص التي تستعمل تقنية التوسيم الحديثة للمنتجات الطبية وتلك التي تضبط كل مفاصل انتقال الدواء وتوزيعه.

وللجودة عموماً علامات تشير إليها؛ بعضها يخص الصناعة الدوائية، وبعضها يخص التحاليل المخبرية، ومنها ما هو عام في كل الصناعات كشهادة الآيزو الذي تمنح أنواعه منظمة الجودة العالمية ، ويعني منحه توافر مواصفات محددة تتعلق في مراحل الإنتاج المختلفة وأهم ما فيها أن تكون إجراءات العمل مكتوبة وملتزم بها، ولها سمات عامة في معظم الصناعات وبعض شهادات الآيزو خاص بموضوع معين كمراعاة سلامة البيئة عند التصنيع، وتطلب منظمة التجارة العالمية ضرورة حصول أي منتج على شهادات الآيزو ليدخل إلى الأسواق العالمية، ولكن المنتجات الدوائية يجب أن تحمل أكثر من مجرد شهادة الآيزو، فهنالك الالتزام بقواعد ممارسة التصنيع الجيد وخصوصاً بنسخها الحديثة الصادرة عن مؤتمر التنسيق الدولي.

نشاط المكتب الإقليمي لشرق المتوسط في تعزيز جودة وسلامة الأدوية

يدعم المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بلدان الإقليم من خلال الأنشطة التالية:

- تعزيز السلطات الوطنية المعنية بالأدوية، والمختبرات المعنية بمراقبة الجودة.
- نقل المعايير والقواعد العالمية الحالية والحديثة بشأن المستحضرات الدوائية وتنسيق المدخلات الوطنية الخاصة بتطويرها.
- البدء في إعداد الدلائل الإرشادية الإقليمية وتنسيقها.
- تعزيز المبادرات الإقليمية بشأن رصد المستحضرات الدوائية وضمان سلامة الأدوية.

- نشر القرارات التنظيمية الهامة من خلال التواصل مع السلطات الوطنية التنظيمية.

بالإضافة لذلك، يقوم المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بدعم تبادل ومشاركة المعارف حول الخبرات الإقليمية من خلال تأسيس شبكة تضم السلطات والباحثين والممارسين المعنيين بالأمر.

التيقظ الدوائي (Pharmacovigilance) وسلامة الدواء:

إن مفهوم التيقظ الدوائي واسع، ويشمل جمع تقارير تخص التأثيرات الضارة للأدوية أو انخفاض الفعالية، وإعادة تقييم أدوية وُجدت مسبقاً في السوق، وإدارة المخاطر، وتبادل المعلومات الدوائية، ودعم الاستخدام المرشد للدواء، والاستعداد المسبق لحالات الأزمات.

هذه البيانات المتجمعة من التقارير الفورية للتأثيرات الضارة للأدوية تشكل أداة قوية بيد السلطات الصحية لاتخاذ قرارات بشأن سلامة الأدوية، وهي آلية متبعة في كثير من البلاد المتقدمة، وتسعى منظمة الصحة العالمية لنشر هذه الممارسة على مستوى العالم.

4. تعزيز الاستخدام الرشيد للدواء

الاستعمال الرشيد للدواء هو الاستخدام المتعقل ومتوازن الكلفة للدواء من قِبَل مهنيي الصحة والمستهلك، أو هو تلقي المرضى أدوية تناسب احتياجاتهم العلاجية والوقائية، وبجرعات تلبي متطلباتهم الفردية، لفترة زمنية مناسبة، وبأدنى تكلفة ممكنة لهم ولمجتمعهم.

وأهم أجزاء برنامج الاستخدام الرشيد؛ وجود **خطة عامة ورقابة** على استخدام الدواء، وتشمل وصفه المناسب من قِبَل الطبيب وصرفه الصحيح من قِبَل الصيدلاني وهذا يستند إلى المعلومة الصحيحة والحديثة، والتدريب المناسب، أما الحلقة الأخيرة في الاستخدام المرشّد فهي المريض الذي يجب أن يتمتع بوجود مصدر معلومات فعال يساعده في اتخاذ التصرف الملائم الواعي بخصوص المعالجة.

(الشكل 15): الاستخدام الرشيد وغير الرشيد للدواء

والترشيد أمر حيوي لخفض المرض والوفيات بسبب الأمراض المعدية أو غير المعدية، ولاحتواء الإنفاق الصحي. ويتم ذلك عبر دراسة الحاجات الصحية الوطنية، ثم وضع إرشادات علاجية تناسبها، ثم انتقاء قائمة الأدوية الأساسية وفق هذه الدراسات، وبعد ذلك يجري اعتماد هذه القائمة لشراء وتزويد الأدوية مع مراعاة توازن السعر والجودة، وتوضع برامج تدريبية ومصادر معلومات مناسبة للأطباء والصيادلة، فتكون قائمة الأدوية الأساسية الوطنية مبنية على الإرشادات العلاجية الوطنية، وتبنى عليها الرقابة الدوائية. ويرافق ذلك توعية عامة عن الأدوية واستعمالها في التعليم والإعلام.

عقبات في طريق الترشيد

بعد أن أدرك خبراء الصحة أن التوجهات التجارية من مختلف الجهات؛ والتي تبدأ من شركات الدواء وتمر عبر تسويق غير نزيه إلى مختلف الأطراف المعنية، وتصل إلى الكادر الطبي نفسه من طبيب وصيدلاني، مع سوء إدارة السياسة الدوائية،

وجهل المستهلك بمصلحته الحقيقية، تتسبب جميعها في استخدام غير مقبول للدواء، تنادى الجميع إلى رفع شعار ترشيد استهلاك الدواء والعمل على تنفيذه، ولكن التطبيق العملي معقد من عدة نواح؛ منها الاقتصادي، ومنها الثقافي، والاجتماعي فلا زال بعض الناس يفضل الدواء مرتفع الثمن كتعبير عن وضعه الاجتماعي أو لمحاولة متابعة الأثرياء، وفي كثير من البلدان نجد أن الجهة التي تصف الدواء هي من تبيعه فلها مصلحة في بيع الدواء مرتفع الثمن وهذا لا يناسب مصلحة المريض، والأطباء يقعون ضحية الترويج التجاري، كما أن كثيراً من الصيادلة يرغبون عن بيع الدواء ميسور الكلفة لأن ذلك لا يحقق لهم الربح الكبير، ومعظم الناس ينظرون إلى خطوات ترشيد استهلاك الدواء كنوع من التقتير والبخل لضغط النفقات الحكومية وليس كتدبير لتحسين الوضع الدوائي والعلاجي ككل. وبالمجمل يجب تعديل العادات والتركيز على مصلحة المريض، وتوفير المعلومة الصحيحة والحيادية، ومنع الترويج المبالغ فيه، وترشيد وصف الدواء ووضع قيود على صرف الوصفات.

الخطوات العملية لدعم الترشيد

أوصت منظمة الصحة العالمية **بخطوات عملية** لتحقيق الاستعمال الرشيد للدواء؛ ومنها وجود هيئة وطنية تنسق سياسة الدواء تتألف من مختلف الجهات المعنية بالأمر، ووضع دلائل إرشادية حديثة وموثوقة ويمكن أن يتم هذا بتطوير الدلائل النموذجية التي توفرها منظمة الصحة العالمية مع مراعاة الأوضاع والحاجات الوطنية، والتشجيع على استخدامها، ووضع قائمة وطنية للأدوية الأساسية انطلاقاً من القائمة النموذجية للأدوية الأساسية وتفعيلها، ووجود لجان دوائية في مختلف المرافق الصحية، والتركيز على حل المسائل في مناهج تدريب وتدريس الأطباء، ووجود نظام تعليم طبي مستمر مفعل بحيث يتعلق تجديد رخصة العمل بالحصول على اعتماد من التعليم المستمر، ووضع نظام للإشراف والمراجعة، واعتماد المعلومات المستقلة عن التأثير التجاري، وتعزيز **الثقافة الدوائية** عند الجمهور، وتوقي الشبهات في المبادرات المالية التي لا تخلو من غرض غير معلن، ووضع القوانين المناسبة والإجراءات اللازمة لتنفيذها، والتمويل الحكومي الكافي لتوفير الدواء وجلب الكادر الطبي المؤهل.

نماذج من التدخل الإيجابي

بريطانيا من نماذج المحاولات الجادة للتدخل الإيجابي في تخطيط السياسة الصحية ما يقوم به المعهد البريطاني للصحة والجودة الطبية (نايس)؛ فالقرار الذي يصدره يضبط سلوك القطاع الصحي الحكومي كله؛ وبالأخص الأدوية والمعالجات. وذلك عبر إرشادات يقدمها لكثير من أمور الصحة وتشمل استعمال الأدوية الجديدة والسابقة، وكثيراً ما تعترض شركات الأدوية على إرشادات معهد نايس، وذلك لأنه يضعها عبر آلية علمية مستقلة تنطلق من الصالح العام مما قد يتعارض أحياناً مع المصالح التجارية، وكثيراً ما يخالف بعض الادعاءات التي تقدمها الشركات حول الأدوية الجديدة.

سلطنة عمان؛ وهنالك النموذج العماني حيث أُنشئت في عام (2000) إدارة خاصة بترشيد الدواء بناءً على توصية سابقة من منظمة الصحة العالمية، ومن وظائفها إجراء الدراسات والبحث والتفتيش عن مشكلات تتصل بالاستعمال غير المرشد للدواء، ووضع إجراءات التشغيل المعيارية وغيرها من الأمور الضابطة، وإجراء الاختبارات، وإقامة ورش عمل لتدريب المهنيين والطلاب، وتقديم مداخلات وتقييم أثرها، والتعاون مع الجهات الدوائية الأخرى، وسعت الإدارة لدراسة الوضع الحالي بجوانبه المتعددة وبالأخص مثلث (الطبيب والصيدلي والمريض)، ووجدت مثلاً أنه في عام (2000) كان متوسط عدد الأدوية في الوصفة الواحدة أربعة أدوية ونصف، وأن اختصاص الصيدلة الإكلينيكية غير موجود، ومما أثمره هذا العمل بدء تنفيذ خطة لاعتماد الصيدلة الإكلينيكية والسعي للوصول إلى هدف: صيدلاني إكلينيكي لكل 50 إكلينيكية مشفى بحلول عام (2010). وأصبح ترشيد استخدام الدواء جزءاً من الخطة الصحية الخمسية (خمس سنوات قادمة)، وانخفض عدد أدوية الوصفة الواحدة من أربعة أدوية ونصف إلى دوائين ونصف، ووصل عدد الأطباء العامين المتدربين على الاستخدام المرشد للدواء إلى 22٪ بعد أن كانت النسبة معدومة، وانخفض مستوى استهلاك الصادات الحيوية من 60٪ من محتوى الوصفات عام (1995) إلى 38٪ في عام (2006)، وانخفض استهلاك زمر أخرى من الأدوية المحورية. ونشرت عُمان كتيب الوصفات الوطني. كما نشرت 36 مرشداً علاجياً معيارياً وطنياً، وتُصدِر نشرة إخبارية عن استعمال الدواء الرشيد، وتم التواصل بين الجامعات والكليات والقطاع الخاص وغيرها من المؤسسات. وأحدث تغيير في مناهج تدريب الصيادلة،

وصدرت تعليمات عمل نوعية للمهن الصحية، وألغي وجود عدد من الأدوية غير المناسبة.

أستراليا؛ توجد مبادرات عدة ومنها أن مديرية البضائع العلاجية في أستراليا توفر معلومات إلى كلٍ من المستهلكين ومهنيي الصحة والصناعيين والمخابر والمسافرين والمستوردين والمصدرين ولأجهزة الإعلام.

الولايات المتحدة؛ تقوم إدارة الغذاء والدواء الأمريكية كجزء من برامج الترشيد بنشر مجلة المستهلك إلكترونياً، كما توجد كتيبات توجيهية عديدة تُباع عبر الصيدليات.

- الشبكة العالمية للاستخدام المرشد للدواء (International Network for Rational Use of Drugs; INRUD)

وهي شبكة بحثية تجمع مختلف المؤسسات ومختلف المناهج البحثية، وظيفتها تطوير واختبار ونشر مداخلات لتحسين استخدام الدواء في الدول النامية، وكذلك تطوير أدوات بحثية مفيدة لمسألة استعمال الدواء، وتجري تدريبات وتطوير مهارات موجهة لهذا الغرض. وهي بهذا التركيز على تغيير سلوك استعمال الدواء تكمّل عمل الشبكات الأخرى. وتعمل وفق مبادئ رئيسية هي؛ التركيز على تعدد المناهج فتربط ما بين العلوم الطبية والعلوم الاجتماعية، والتأكيد على فهم المناحي السلوكية في استخدام الدواء وخصوصاً الاعتقادات من جهة المقدم والمستهلك، وإجراء دراسات بحثية محكمة لفهم هذه العوامل السلوكية للحصول على مداخلات تحسِّن استخدام الدواء وتكون قابلة للتكرار.

- المؤتمر الدولي لتحسين استخدام الأدوية (International Conference on Improving Use of Medicines; ICIUM)

عُقد لأول مرة في عام (1997) واجتمع فيه الكثير من الأطراف وتبادلوا معلومات هامة جداً تهدف لتحسين استخدام الأدوية، وعُقِد المؤتمر الثاني في عام 2004، وقد نظم هذا المؤتمر الشبكة العالمية للاستخدام الرشيد للأدوية مع جهات أخرى، ويهدف المؤتمر لبناء توافق عالمي حول المداخلات الفعالة والمبتكرة لتحسين استخدام الدواء وبالأخص في الدول النامية، ويدرس خيارات وتحديات مجالات عدة

كالسياسات والنظم الدولية، والسياسات والنظم والبرامج الوطنية، المشافي والرعاية المتخصصة، والرعاية الأولية من جهة مقدميها، والرعاية الأولية من جهة المجتمع المحلي. وشارك فيه مسؤولون ومدراء وأطباء وباحثون وأرباب المصالح المرتبطة بالدواء فبلغ عددهم 272 مشارك في عام (1997) من 43 بلداً، وأطلق فيه مبادرة البحث المشترك وصدر منها 31 مداخلة وتحليل سياسة؛ أما المؤتمر الثاني فاجتمع فيه 472 مشاركٍ من 70 دولة لمتابعة ما سبق بحثه من أمور ولتحليل التحديات الجديدة التي ظهرت نتيجة الإصلاحات الصحية وزيادة الخصخصة واللامركزية في القطاع الصحي والدوائي مما أضر بخطة الأدوية الأساسية، وأوجب وضع خطط جديدة لتمويل الوصول إلى الأدوية الأساسية، ونوقش فيه تحسين الوصول إلى أدوية الإيدز والسل والملاريا.

تثقيف المستهلك دوائياً:

هو إعطاء الأفراد والمجتمعات معلومات تساهم في زيادة قدرتهم على استعمال الدواء بطريقة متعقلة وصحيحة وآمنة، ويعمل التثقيف بالتوازي مع أنشطة السياسة الدوائية الوطنية لحل العديد من القضايا الصحية. ويشمل تثقيف المستهلك دوائياً مرحلة عامة كثيراً ما تتعرض للإهمال، وهي مرحلة توفير الثقافة الدوائية في التعليم العام بحيث يتعلم الجميع ما يؤهلهم للتصرف الصحيح عند استعمال الدواء، ومتى يجب أن يمتنعوا عن استعماله، ويأتي بعد التعليم بالأهمية أجهزة الإعلام، ولكن دورها يتركز على محاربة سلبيات ومخاطر الاستعمال غير المرشد للدواء، ويلعب الطبيب والصيدلاني الدور الهام في توعية المرضى لفوائد ومخاطر الأدوية وطرق الاستخدام السليمة. كما أن للمجتمع الأهلي دوره ولاسيما جمعيات حماية المستهلك. ولا يمكن أن تنجح السياسات الدوائية الوطنية إذا لم تعتن بتوفير التعليم المناسب للأطباء والصيادلة ومهني الصحة الآخرين من ناحية، وإذا لم تقدم توعية دوائية مناسبة للمستهلك من ناحية أخرى، ولكنْ للأسف رغم أهمية التثقيف الدوائي العام، يُنظر له على أنه مسألة هامشية في الخطط الصحية فلا يتابع إلا بعد معالجة بقية عناصر السياسة الدوائية. رغم أن الاستخدام غير المرشد للدواء قد تم توثيقه بشكل واضح، ويشمل الإفراط بالاستعمال أو نقص الجرعة الكافية للعلاج أو الاستخدام غير المناسب، كما ثبتت نجاعة حملات التثقيف العلاجي في برامج معالجة الإسهال مثلاً،

فانخفض المرض والوفيات وتقلصت نفقات العلاج. وزاد من مشكلة فقد الثقافة الدوائية، تدني مستوى الكفاءة في الأجهزة الصحية الرسمية، **ونقص الأدوية الأساسية المترافق مع توفر أدوية غير أساسية**، وعدم وجود مصادر معلومات موضوعية ومتوازنة لكلا الفريقين؛ المريض المستهلك ، والطبيب الواصف للدواء، وتعد مصادر المعلومات المستقلة والصحيحة أمراً حيوياً لنجاح خطة ترشيد الدواء، لأن تأثير الدعاية الطبية يؤثر على الطبيب والمريض ولا يؤثر فقط على اختيار النوع التجاري للدواء، بل ربما يدفع لاستخدام أدوية لا حاجة لها، أو مشكوك بأمرها من حيث الفعالية والمأمونية عبر القطاع غير الرسمي من السوق الدوائي، وخصوصاً من الأسواق الإلكترونية في الشبكة العالمية. ومن أمثلة التأثير الدعائي على المستهلك استخدامُ أدوية لحالات يمكن أن تشفى ببدائل غير دوائية، مما يزيد في مخاطر الدواء، ويؤدي لضياع السيولة المالية. ومنه الاستخدام المتعدد لأدوية متشابهة مما يزيد من التأثيرات الضارة وتتحول النفقات الصحية جزئياً إلى علاج هذه الآثار، وقد ثبت مؤخراً أن بعض الأطفال قد تعرضوا لأذيات ناجمة عن استخدام عدة أدوية لعلاج الرشح.

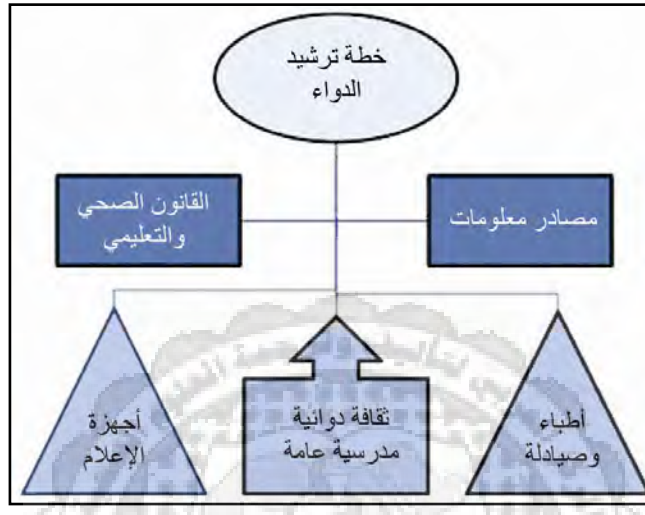
ومن مظاهر فقد الثقافة الدوائية الصحيحة وجود الرغبة الكبيرة في استعمال الحقن للعلاج التي تعرض المريض لأذى هو في غنى عنه، كما يزيد استهلاك الصادات من المقاومة الجرثومية فيتحول الضرر إلى مشكلة عالمية. وقد زادت الخصخصة من مشكلات سوء استخدام الأدوية حيث نجد في بلاد كثيرة أن الجهة التي تصف الدواء هي التي تبيعه مما يشكك في نزاهتها ومراعاتها لمصلحة المريض.

إرشادات مجلس وزراء الصحة العرب واتحاد الصيادلة العرب:

تجد في نهاية نشرة كل دواء مصنع في العالم العربي نموذج تثقيفي يعمل في إطار ترشيد استخدام الدواء، وقد وضعه بشكل مشترك مجلس وزراء الصحة العرب، واتحاد الصيادلة العرب:

- الدواء مستحضر يؤثر على صحتك واستهلاكه خلافاً للتعليمات يعرضك للخطر.
- اتبع بدقة وصفة الطبيب وطريقة الاستعمال المنصوص عليها وتعليمات الصيدلاني الذي صرفها لك، فالطبيب والصيدلاني هما الخبيران بالدواء وبنفعه وضرره.

- لا تقطع مدة العلاج من تلقاء نفسك.
- لا تكرر صرف الدواء بدون وصفة طبية.
- لا تترك الأدوية في متناول أيدي الأطفال.



(الشكل 16): يوضح الشكل خطة ترشيد الدواء

أدوات ومصادر معلومات مساعدة:

مكتبة الأدوية الأساسية في موقع منظمة الصحة العالمية:

وهي خدمة معلوماتية تقدمها المنظمة على الشبكة العالمية بالمجان وتسهل الوصول إلى: اللائحة النموذجية للأدوية الأساسية؛ النسخة الخامسة عشرة، بالإضافة لمعلومات تخص الأمراض واستعمالات الأدوية، كتيب الوصفات النموذجي (WHO model formulary). وهذه المكتبة الإلكترونية موجهة إلى لجان انتقاء الأدوية الوطنية وغيرها من لجان الدواء في المشافي والمؤسسات الصحية، ولا يوصى باستخدامها من قبل الطبيب أو مستهلك الدواء. والنص الإلكتروني لصفحات المكتبة روعي فيه وصل الدواء مباشرة بالمراجع والإرشادات المناسبة إن وجدت، وكذلك لكتيب الوصفات النموذجي، ومواقع أخرى منها صفحة تحوي مجموعة من قوائم الدواء الوطنية وسياسات الدواء الوطنية، ومكتبة الأدوية الأساسية مشروع قد انطلق مؤخراً ومن المتوقع أن ينمو مع مرور الوقت.

كتيب الوصفات النموذجي الصادر عن منظمة الصحة العالمية

يشكل العمود الفقري لمكتبة الدواء العالمية؛ المبنية على قائمة الأدوية الأساسية، وكتيب الوصفات النموذجية.

وهو خطوة نحو استعمال دواء مرشد يحمي حقوق المستهلك ويضمن سلامة المرضى، وهو أول وثيقة عالمية تعطي معلومات مفصلة عن الأدوية الأساسية التي تزيد عن ثلاثمائة دواء الموجودة في قائمة الأدوية الأساسية النموذجية.

وفيه معلومات عن الاستعمال الموصى به والجرعة والآثار الضارة، ومضادات الاستعمال، والتحذيرات. والاستعمال الصحيح لهذه الأداة الجيدة سينفع بزيادة سلامة المرضى ووقف الإسراف في وصف الأدوية؛ حيث تشير الإحصاءات إلى عادات وصف دواء سيئة وإسراف في استعمال الأدوية، يقابله تقتير في استعمال الدواء، وخطأ في الاستعمال أيضاً.

فعدد الذين يتلقون صادات جرثومية ضعف العدد المحتاج لها حقيقةً، والصادات الموصوفة في ربع الحالات غير مناسبة للمرض، ونصف الحقن المعطاة على مستوى العالم غير معقمة، وكثير منها لا حاجة له أصلاً، ونصف الدول لا تنظم الدعاية الطبية، كما أن نصف المرضى المزمنين لا يتابعون العلاج بشكل جيد، فكل هذا يضر بالإنسان صحياً واقتصادياً، والاستعمال الرشيد للدواء عماده انتقاء وحسن استعمال الأدوية الأساسية التي تجمع النجاعة والسلامة وميسورية الكلفة بعيداً عن التأثيرات التجارية.

وقد بدأت منظمة الصحة العالمية بخطوة ضرورية ومكملة لقائمة الأدوية الأساسية، وهي ربط الأدوية بإرشادات علاجية، وقد ثبت أن المعلومات الدوائية غير المركزة، والإرشادات العلاجية دون متابعة نشطة، والتواصل غير التفاعلي؛ كل هذا لا يعطي الثمرة المرجوة.

وبالمقابل فإن الإرشادات العلاجية المعيارية المدعومة ببرامج تدريب فاعلة أثبتت نجاعتها في خفض وفيات الأخماج الصدرية الحادة عند الأطفال، كمثال، ومن المقدر أن ثلثي سكان الدول النامية فقط يتاح لهم الوصول للأدوية الأساسية، وتصل فاتورة الأدوية في هذه الدول إلى 40٪ من ميزانية الصحة.

ولهذا كله يعتبر الوصول للأدوية الأساسية وطريقة استعمالها حجر الأساس لأفضل تعامل يهدف لعدالة الوصول للدواء، وهذا الأمر يصح أيضاً على الدول الغنية فكلفة الدواء أمر يهم الضمان الصحي والحكومات وقد وجد الباحثون أن مفهوم الأدوية الأساسية ضروري لاحتواء الكلفة المتزايدة لفواتير العلاج وتجربة معهد نايس البريطاني مثال جيد في هذا الشأن. معظم الأدوية التي تحويها القائمة النموذجية معروفة ومثبتة الفعالية ومنتهية براءة الصنع غالباً، ومتوفرة في العديد من المصادر.

كتيب الوصفات النموذجي موجه للحكومات الوطنية والمؤسسات كأساس يُبنى عليه لصنع كتيب وصفات وطني خاص، وهو من الأهمية بمكان للدول النامية، حيث تكون المعلومات التجارية والدعائية هي مصدر المعلومات الوحيد عن الأدوية لموظفي الصحة وللأطباء والمرضى، ويشكل كتيب الوصفات النموذجية أداة مساعدة لأفراد الأطباء.

وتبيع منظمة الصحة العالمية كتيب الوصفات الإرشادية بسعر مخفض للدول النامية، وتوفره إلكترونياً مجاناً وبصيغة قاعدة بيانات قابلة للبحث.

وتعمل لإخراج قرص كمبيوتري للكتيب. وبإمكان اللجان الوطنية والمؤسسية أن تستعمل كتيب وصفات منظمة الصحة العالمية كنقطة انطلاق لبناء كتيب وصفات نموذجية خاص، يراعي ظروفها الخاصة بدلاً من الابتداء من مسودات متناثرة. ويتم هذا بحذف الأدوية التي لا توجد في قائمة الأدوية الوطنية وإضافة غيرها مما يوجد في القائمة الوطنية، وإضافة الأسماء التجارية والمواصفات والأسعار.

وتحذر منظمة الصحة العالمية من التكاسل ببناء كتيب وصفات وطني اعتماداً على توفر كتيب المنظمة، والشرط الأساسي لقبول استعمال الكتيب هو إجراء تطوير ومراجعة مع المستخدمين المستقبليين للكتيب. والجهات المهتمة بهذا عليها مراجعة المكاتب الوطنية أو الإقليمية لطلب المشورة.

موقع مِرقب الأدوية الأساسية (Essential drugs monitor)

ينتج ويوزع (مرقب الأدوية الأساسية)، البرنامج التنفيذي للأدوية الأساسية، التابع لمنظمة الصحة العالمية، وينشر مجاناً مرتين سنوياً بالإنجليزية والفرنسية والإسبانية، والروسية، ويقرأه حوالي (300000) إنسان عبر العالم، وهو مجاني، ويحوي أخباراً عن التطورات في سياسات الدواء الوطنية، والقضايا الصيدلانية

المعاصرة، واستخدام الدواء المرشد، وإتاحة الدواء، والخطط التعليمية، والبحث العملي. وتتوجه نشرة مرقب الأدوية الأساسية لواضعي السياسة، والأطباء، ومعلمي الصحة، والمدراء، ومنظمات التنمية الصحية. ويرحب المرقب بإرسال تقارير عن السياسة الدوائية وتنفيذها بشرط الالتزام بإرشادات محددة، وآخر إصدار معروض للتحميل المجاني هو العدد 33 لعام (2003)، ويوجد أرشيف للإصدارات السابقة.

دليل مؤشر سعر الدواء الدولي (The International Drug Price Indicator Guide)

وهو موقع يحوي طيفاً من أسعار المواد الدوائية من العديد من الجهات الموفرة لها، ومن منظمات تنمية دولية، ومن وكالات حكومية، والغاية من الدليل جعل معلومات أسعار الدواء أكثر إتاحةً وشفافية لتحسين إمكانية شراء الدواء بجودة عالية وبأخفض سعر ممكن. ويعد هذا الدليل مرجعاً رئيسياً لكل العاملين بشراء المواد الصيدلانية.

(الجدول رقم 2): خطوات لتخفيض سعر الدواء الأساسي

استخدام معلومات حيادية عن الأسعار
الشراء بالجملة
اعتماد الدواء الجنيس
التفاوض حول السعر
إلغاء الضرائب والرسوم عن الأدوية الأساسية
نظم توريد وتوزيع جيدة
تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية الأساسية
اتخاذ إجراءات لا تعارض مع اتفاقات التجارة

وتطبع علوم الإدارة الصحية (Management sciences for health) الدليل كل عام منذ (1986) وقد طبعت نسخة عام (2007) بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية ووزارة التنمية الدولية البريطانية، والتحالف لشفافية الأدوية، ويمكن تحميل نسخة رقمية مجانية من موقع الدليل. ويحوي عادة (350) مادة فعالة في (750) شكل جرعياً من (17) مصدراً.

دلائل أسعار أخرى:

تعمل منظمة الصحة العالمية مع عدد من الشركاء لإتاحة معرفة أسعار الدواء بشكل أسهل للحكومات والمنظمات والمتبرعين والمؤسسات المعنية بشراء الدواء. فمنها الدليل السابق، ودليل عن أسعار أدوية الإيدز، وتقرير المواد الصيدلانية الأولية والأدوية الأساسية وفيه (273) مادة فعالة. ومؤشر أسعار الأدوية الأساسية لإفريقيا وفيه حوالي (300) دواء أساسي.

موقع مقاومة الصادات الحيوية

رغم توفر الأدوية واللقاحات الفعالة فإن المعركة لا تزال مستمرة ضد الأمراض المعدية، فلا تزال تسبب الكثير من العداوى والوفيات، وبالأخص في الدول النامية، ويؤدي ظهور المقاومة الجرثومية للصادات الحيوية إلى تنامي خطر زوال قدرة الطب على معالجة العدوى وإنقاذ أرواح الناس.

والأمراض المعدية الأكثر إحداثاً للوفيات هي العداوى التنفسية والإيدز وفيروسه وأمراض الإسهال والسل والملاريا، ونجد أن كل أدوية الخط الأول لهذه الأمراض قد ظهر لها مقدار من المقاومة ! وفي بعض الحالات أدت شدة المقاومة إلى انتقال خطة العلاج لأدوية أغلى ثمناً من أدوية الخط الثاني أو الثالث للعلاج، وعندما تظهر المقاومة لأدوية الخطوط العلاجية الثلاثة يفقد العالم خيارات العلاج المتاحة.

ويرى البعض أن المقاومة الجرثومية للصادات هي ظاهرة طبيعية تنتج عن دفاع الجراثيم عن نفسها، وهذا صحيح ولكنْ توجد عوامل تزيد منها، كالإسراف في استهلاك الصادات الحيوية دون حاجة، أو الاستخدام الناقص أو الخاطئ لها، ومنها ضعف التقيد بانتظام تناول الدواء، وفي بعض الأحيان وجود أدوية سيئة الجودة.

واستجابة لهذا التحدي وضعت منظمة الصحة العالمية الاستراتيجية العالمية لاحتواء المقاومة لمضادات الجراثيم (Global strategy for containment of antimicrobial resistance) وهي أول مشروع من نوعه، وتغطي الاستراتيجية ستة مفاصل رئيسية مطلوبة لعلاج المشكلة، وتتراوح من اعتماد الوقاية قبل العلاج طريقاً لمجابهة الأمراض، إلى إتاحة الوصول لمضادات الجراثيم والاستخدام الملائم لها، وعملية الترصد الجيد، ودعم التشريع القانوني المناسب وتركيز الأبحاث على هذه المسألة.

والمخاطب بهذه الاستراتيجية العالمية المعدة لمجابهة تنامي مقاومة الصادات الجرثومية هم المدراء المسؤولون وأصحاب القرار في كافة القطاعات والهيئات. وتؤدي هذه الاستراتيجية هدفين: أولاً إقناع الحكومات بالعمل الفوري في هذا الموضوع، وثانياً توجيه ما تتبناه الحكومات من خطط عمل بالدعم الفني والمشورة العملية. وأقيمت حلقة عمل تنفيذية لهذه الاستراتيجية في 11 - 2002 ودرست مدى التطبيق العالمي للتوصيات التنفيذية على مستوى البلدان.

وتوفر المنظمة قرصاً مدمجاً بعنوان ترصّد واحتواء المقاومة لمضادات الجراثيم، ويحوي معظم معلومات موقع مقاومة الصادات الحيوية وكثيراً من المعلومات المتصلة باستخدام الصادات الحيوية، وقضية مقاومة مضادات الجراثيم في حيوانات المزارع. ويمكن الحصول على هذا القرص الكمبيوتري مجاناً من قسم السياسة الدوائية والمعايير.

نشرة مختصر الأدوية الأساسية (Essential drugs in brief)

وهي نشرة مختصرة من بضع صفحات تهدف إلى التواصل مع باقي أجزاء منظمة الصحة ومع الجهات الخارجية التي تنشط في تنفيذ سياسات دوائية وطنية محلياً أو إقليمياً.

نشرة معلومات الأدوية (WHO Drug Information)

وهي نشرة فصلية تصدر كل ثلاثة أشهر منذ عام (1987) وتجمع الأخبار الدولية، والتوجهات الخاصة بالهيئات والجامعات ومعاهد التدريب والبحث وجمعيات

حمايـة المـستهلك ومـصنعي الـدواء، وتوجَّـه النـشرة لمهنيـي الـصحة والمـسؤولين الصحيين، وتباع النسخة الورقية بسعر مخفض للدول النامية، وفيها تغطية لقضايا تطـوير وتنظـيم الـدواء، وتركـز علـى مواضـيع المأمونيـة والنجاعـة، وجـودة الـدواء، ومستجدات العلاجات الدوائية والعشبية والبيولوجية، وغيرها من المعلومات الدوائية الحديثة. وقد وضع مجموع ما نشر في هذا المصدر في المكتبة الرقمية لنشرة معلومات الأدوية (WHO drug information digital library)، ويمكن البحث فيها نصياً أو عن طريق تصفح النشرات، ويوزع أيضاً قرص مكتنز لهذه المكتبة.

مصادر تعليمية أخرى:

توفر المنظمة دورة تدريبية لتعزيز الاستخدام الرشيد مبنية على قرص مكتنز. كما توفر عدداً من المطبوعات المفيدة كاستراتيجية الدواء 3004 - 2007، كيف تطور وتنفذ سياسة دواء وطنية، التنظيم الناجع للدواء:ضمان السلامة والفعالية والجودة، ماذا تعلم عن الدعاية الدوائية وماذا ينبغي أن تعلم؟ مبادرات تعليمة لطلاب الطب والصيدلة عن الدعاية الدوائية، إنشاء أو تقوية نشرة معلومات دوائية. نظام ضمان جودة نموذجي لوكالات شراء الأدوية، شراء الدواء الإقليمي المشترك متعدد الدول....

الزمر العلاجية للأدوية الأساسية

1- أدوية التخدير العام والأكسجين والتخدير الموضعي، وأدوية تحضير المريض قبل العملية والتحضير للعمليات القصيرة.
2- المسكنات، خافضات الحرارة، مضادات الالتهاب غير الستيرويدية، أدوية النقرس مضادات الالتهاب غير الأفيونية، وغير الستيرويدية، المسكنات الأفيونية، وأدوية النقرس، وأدوية الاضطرابات الروماتويدية.
3- مضادات التحسس والأدوية المستعملة في التأق (التظاهرات الشديدة والفورية للتحسس).
4- الترياق وأدوية الانسمام.
5- مضادات الاختلاج ومضادات الصرع.

6- الأدوية المضادة للعدوى (مضادات الإنتان) مثل **طاردات الديدان:** "وهي طاردات الديدان المعوية، طاردات الفيلاريا، مضادات البلهارسية مثل ومضادات اللولبيات"، **ومضادات الجراثيم.** "وهي مضادات الجراثيم من نوع بيتا لاكتام (تشبه البنسيلين)، مضادات الجراثيم الأخرى، مضادات الجذام، مضادات السل"، **ومضادات الفطريات، ومضادات الفيروسات:** "وهي مضادات الهربس، مضادات الفيروسات القهقرية (فيروس الإيدز وأشباهه)، مضادات فيروسية أخرى"، **ومضادات الأوالي** (الطفيليات وحيدة الخلية): "وهي مضادات الأميبة، ومضادات الجياردا، مضادات اللاشمينيات، مضادات الملاريا؛ (للعلاج، وللوقاية)، مضادات داء المتكيسات الرئوية، ومضادات داء المقوسات مضادات المثقبيات".

7- أدوية الشقيقة لعلاج الهجمة الحادة، وللوقاية.

8- الأدوية السرطانية ومثبطات المناعة والأدوية المستخدمة للرعاية الملطفة: وهي مثبطات المناعة، والأدوية السامة للخلايا، والهرمونات ومضادات الهرمونات، وأدوية المعالجة الملطفة.

9- أدوية باركنسون.

10- الأدوية المؤثرة على الدم مثل أدوية فقر الدم، وأدوية التخثر الدموي.

11- نواتج الدم وبدائل البلازما مثل بدائل البلازما وأجزاء بلازما الدم لحالات خاصة.

12- الأدوية القلبية الوعائية مثل أدوية نقص التروية الإكليلية (مضادات الذبحة)، مضادات اضطراب نظم القلب، وخافضات الضغط، وأدوية فشل القلب (مقويات القلب)، ومميعات الدم (مانعات الخثار).

13- الأدوية الجلدية مثل مضادات الفطريات، ومضادات العدوى، ومضادات الحكة، والمواد القابضة، والأدوية المؤثرة على تكاثر الجلد وتمايزه، ومبيدات القمل والجرب.

14- العوامل التشخيصية وهي العوامل العينية، ووسائط التباين الشعاعي (تصوير).

15- المطهرات مثل الكحول والمعقمات مثل الكلور.

16- المدرات.

17- أدوية الجهاز الهضمي مثل مضادات الحموضة، وأدوية القرحة، ومضادات القيء، ومضادات التهاب الأمعاء، والمليانات، وأدوية الإسهال مثل:

- معوضات السوائل الفموية.
- أدوية لإسهال الأطفال.
- مضادات الإسهال (العرضية) في الكبار.

18- الهرمونات وأدوية الغدد الصماوية الأخرى وموانع الحمل.
19- الأدوية المناعية.
20- المرخيات العضلية المؤثرة محيطياً.
21- المستحضرات العينية (مثل مضادات العدوى، ومضادات الالتهاب، والمخدرات الموضعية، ومقبضات الحدقة وأدوية الزرق، وموسعات الحدقة).
22- معجلات الولادة ومؤخرات المخاض.
23- محاليل الديال.
24- الأدوية النفسية (مثل أدوية الاضطرابات الذهانية، وأدوية اضطرابات المزاج، "مثل الاضطرابات الاكتئابية، والاضطرابات ثنائية القطب (اكتئابي هوسي)" وأدوية القلق العام واضطرابات النوم، واضطرابات الوسواس القهري وهجمات الهلع، وأدوية برامج علاج الإدمان).
25- أدوية جهاز التنفس، (مثل مضادات الربو والداء الرئوي المسد المزمن، والأدوية التنفسية الأخرى).
26- المحاليل المصححة لاضطرابات الماء والكهارل (الشوارد)، واضطرابات الحمضية - القاعدية.
27- الفيتامينات والمعادن.

الفصل الخامس

تعريف ببعض الأنواع الدوائية

المضادات الحيوية (الصادات)

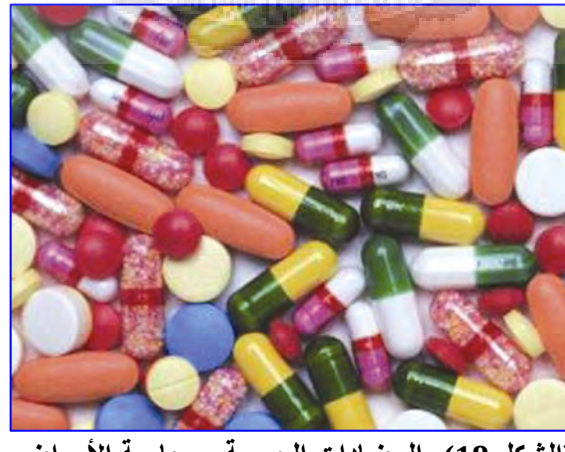
هي مواد تنتجها العديد من الكائنات الدقيقة (جراثيم، فطور..) تقوم بتعطيل نمو كائنات دقيقة أخرى وبالمحصلة تقضي عليها، ويمكن أن تصنف المضادات الحيوية إما موقفة لنمو الجراثيم، أو قاتلة لها. ويتوسع الناس بالمصطلح ليشمل المضادات الجرثومية الصنعية كالسلفوناميدات والكينولونات. وتتمايز الصادات عن بعضها بأمور كثيرة منها: آليات التأثير، وأنواع الجراثيم التي تقضي عليها (تصنف الجراثيم عادة وفق شكلها وقابليتها للعيش في الهواء وإمكانية تلوينها واعتبارات أخرى). وتعد المضادات الحيوية أهم أسلحة الطب الحديث، ولكنها بدأت تفقد قدرتها العلاجية بسبب سوء الاستعمال المتمثل إما بإعطائها دون حاجة، أو عدم إتمام الكمية الموصوفة، مما أدى إلى سلالات جرثومية مقاومة للمضاد الحيوي، وفي بعض الأحيان مقاومة للعديد منها، وتعود مسؤولية هذا التدهور جزئياً لأسباب طبيعية نتيجة تأقلم الجراثيم، وكثيرٌ منها يرجع للخطأ البشري في تصرفات الطبيب والصيدلاني والمريض.

(الشكل 17): الجراثيم والأمراض

أهم أنواع الصادات:

الأمينوجليكوزيدات:

استخلصت من جراثيم توجد في التراب، وهي مركبات تقتل الجراثيم عبر تعطيل تصنيع البروتينات فيها وتؤثر خاصةً في العصيات الهوائية سلبية الجرام؛ [العصيات (شكل الجرثومة يشبه العصا)، الهوائية (تعيش بوجود الهواء)، سلبية الجرام (لا تتلون بطريقة جرام)]. وتعطى حقناً لأنها لا تمتص من الجهاز الهضمي، وهي أكثر الصادات سمية؛ فلها سمية أذنية تحد من استعمالها، إذ تصل نسبة نقص السمع في المرضى المعالجين بها إلى 25٪، ونسبة 10٪ في المعالجين بالنتلمايسين، والضرر غالباً غير عكوس، وقد يؤدي التداوي المتكرر بجرعات كبيرة ولفترة طويلة إلى الصمم، ولها سمية كلوية بنسبة 8 إلى 26٪ من المعالجين ولكنها عكوسة غالباً، كما لها تأثير سلبي على الوصل العضلي العصبي وهو أقل الآثار الجانبية حدوثاً. وتشكل حقن الستربتومايسين والكانامايسين الخط العلاجي الثاني للسل بعد فشل المعالجة الفموية، ولا ينصح عادة باستخدامهما لغيره من الأمراض، ومن هذه الزمرة الجنتامايسين والتوبرامايسين وهما الأكثر استعمالاً، ومنها الباروموميسين وله تأثير واسع يتجاوز الجراثيم إلى الطفيليات (الجرثومة خلية بدائية أما الطفيلي فأرقى منها بدرجة)، وهنالك أنواع نصف مصنعة كالأميكاسين والنتلمايسين، ورغم التطوير المستمر لأنواع جديدة (سبعة أنواع على الأقل حتى عام 2005)، فقد طغى على استعمالها في الطب صادات أخرى أقل سمية منها كالبيتالاكتمات (البنسلينات والسيفالوسبورينات).



(الشكل 18): المضادات الحيوية ومحاربة الأمراض

السيفالوسبورينات:

مركبات نصف مصنعة قاتلة للجراثيم أصلها مادة يفرزها أحد الفطور، تشبه بتركيبها وآلية عملها البنسلينات، ويتم تصنيفها عادة بالأجيال (الجيل الأول، الجيل الثاني..) وهي من أكثر الصادات استخداماً لعلاج العداوى بالجراثيم إيجابية الجرام، بعضها لا يعطى إلا بالحقن، ومن مشكلاتها (السمية، الكلوية) التي تتضاعف إن استعملت مع الأمينوجليكوزيدات. وقد استحدث منها بعض المركبات التي يمكن اعتبارها فئات علاجية جديدة كالمونوباكتامات والكاربابينيمات، والسيفاميسنات والكارباسيفيمات، وتوفر هذه الأدوية الجديدة حلاً للحالات المستعصية على الأدوية القديمة.

البنسلينات:

وهي مركبات قاتلة للجراثيم غالباً؛ منها الطبيعي المستخلص من أحد الفطور وأكثرها نصف مصنَّع، والبنسلين أول الصادات استعمالاً وقد طُورت منه أنواعٌ كثيرة أشهرها الماكسيسلين، ونظراً لأن بعض الجراثيم تملك إنزيم بيتالاكتماز المفكك لحلقة البيتا لاكتام من بنية البنسلين الكيماوية وبالتالي يعطل تأثيره، فقد تم تطوير أصناف من البنسلينات تقاوم هذا الإنزيم، كما تم تسويق أدوية تحوي مادة إضافية تعطل هذا الإنزيم كحمض الكلافونيك (مثلاً: أموكسيسلين مع حمض الكلافونيك)، والبنسلينات لا تزال شائعة الاستعمال، ومن أهم مشكلاتها فرط الحساسية، ويستحسن تناول الأشكال الفموية قبل الطعام لتجنب تخربها في وسط المعدة الحامضي.

الكينولونات:

مركبات كيماوية تشبه حمض النااليدكسيك وهو مضاد للجراثيم سلبية الجرام، طُورت بنيته مرات عديدة حتى وصلنا إلى زمرة علاجية كبيرة منها: السيبروفلوكساسين والغاتيفلوكساسين وكثير من المركبات الأخرى بعضها للاستعمال البيطري وبعضها الآخر للاستعمال البشري، وهي فعالة ضد الجراثيم الهوائية سلبية الجرام، ولا تصلح لعلاج الأطفال والحوامل والمرضعات مطلقاً فهي تخرب نمو الغضروف العظمي، وظهر لها تأثير سمي على الأعضاء التناسلية، وقد سُحبت من السوق بعض الأنواع لظهور السمية الكبدية، كما ظهرت مؤخراً سلالاتٌ جرثومية

مقاومة للكينولونات مما طرح مسألة استعمالها البيطري الواسع للمراجعة وإعادة النظر.

السلفوناميدات:

مركبات كيماوية موقفة لنمو الجراثيم عادةً ، تشبه حمض البارا أمينو بنزويك، وآلية عملها تقوم على تعطيل عملية حيوية خاصة بالجراثيم تتصل باستقلاب حمض الورق (فيتامين)، وتصنف حسب سرعة طرحها من الجسم (سريعة، متوسطة..)، وقد تسبب حساسية عند بعض الناس، وظهرت سلالات جرثومية مقاومة لها، أكثرها استعمالاً كوتريموكسازول وهو مزيج من مادتين.

التتراسيكلينات:

صادات حيوية طبيعية ونصف مصنعة موقفة لنمو الجراثيم، واسعة الطيف (تؤثر على أنواع كثيرة)، قلل من استعمالها ظهور السلالات الجرثومية المقاومة لها، وعدم تحمّل المعدة لها، وظهور أدوية أخرى أفضل، ويجب أن لا تستعمل في الأطفال والحوامل لأنها تترسب في الأسنان والعظام، ولها آثار جانبية أخرى بعضها خطر. ويقلل من تأثير معظمها وجود الطعام في المعدة وبالأخص ما يحوي أيونات الكالسيوم كمنتجات الألبان.

زمرٌ أخرى:

منها الكلورأمفينكول ومشابهاته، والبيتيدات السكرية كالفانكومايسين، واللينكوزاميدات كاللينكومايسين، والماكروليدات (آزيترومايسين وكلاريترومايسين..)، ومركبات مفردة كحمض الفوسيديك، والبوليمكسين...

أدوية الرشح والأنفلونزا

يتشابه الرشح والأنفلونزا في كثير من الأمور ولكن الأنفلونزا تمتاز بزيادة المدة والشدة فيحدث التعب أو السعال الشديد، ومن المحتمل حدوث بعض الاختلاطات كالتهاب الرئة، ولا يحتاج الرشح إلى أخذ إجازة من العمل، ولكن قد تحتاج الأنفلونزا إلى استراحة منزلية لمدة يومين، ويجب مراجعة الطبيب إن ساءت الأعراض،أو طالت، أو اشتدت بعد تراجعها، ومن علامات تردي حالة الأنفلونزا الإحساس الشديد بالضعف، القيء، الحمى الشديدة، الرعشات، ألم الصدر، خروج قشع (بلغم) أصفر

كثيف مع السعال. ومن الاحتياطات الوقائية الملائمة: المحافظة على النظافة (غسل اليدين المتكرر) والدفء وأخذ لقاح الأنفلونزا وبالأخص في فترة ما بين منتصف الشهر العاشر والشهر الحادي عشر وهو لقاح لا يسبب المرض. ويمكن للجميع أخذ اللقاح ولكنه ضروري للمسنين والعاملين في الصحة والأطفال الذين تعرضهم الإصابة بالأنفلونزا لمخاطر صحية. ولا يعطى لمن يتحسس من البيض لأن الفيروس يُزرع فيه، ولا يعطى للمصابين حالياً بالتهاب رئوي أو حمى أو لا للمرأة الحامل. ومن غير الحكمة أخذ الصادات الحيوية لعلاج الرشح لأن العامل الممرض فيروسي وليس جرثومي، وكثير من الناس يقعون في وهم وجود التهاب حلق جرثومي لأن الأنفلونزا تبدأ عادة بألم في الحلق ليومين قبل ظهور سيلان الأنف والسعال، والعلاج الأمثل هو تناول الكثير من السوائل الدافئة وأخذ بعض الملطفات للحلق، والاعتناء والراحة، وترطيب الجو إن لزم، وأخذ بعض المسكنات اللطيفة كالباراسيتامول، وذلك لأن مناعة الجسم الطبيعية هي التي تقضي على الإصابة الفيروسية والمناعة تقوى بالراحة والدفء والطمأنينة والغذاء الجيد، ومن الممكن تناول أدوية الرشح والسعال باعتدال بعد استشارة الصيدلي؛ وتؤخذ مضادات الاحتقان الأنفية إن لزم ذلك (وهي مضرة لمرضى فرط ضغط الدم)، ومسكنات السعال إن كان السعال شديداً (بعضها مركز تأثيره الدماغ وقد يُحدِث الإدمان، وبعضها الآخر يعمل على الرئة مباشرة)، ومسكنات السعال ضارة بالمدخنين والأطفال لأنها قد تعطل آلية تنظيف الصدر الطبيعية، وفي حال وجود (بلغم) كثيف تؤخذ مذيبات البلغم (مع الانتباه إلى ضرورة زيادة السوائل المتناولة)، وللتخلص من العطاس تستخدم مضادات الهيستامين، وتؤخذ المسكنات لعلاج الحمى والآلام الخفيفة والصداع.

أدوية الربو:

نستخدم لعلاج الربو أدوية متعددة منها: الأدوية الموسعة للقصبات كمقويات التأثير الأدريني بيتا (سالبوتامول...)، والكزانتينات (تيوفلين..)، وموسعات القصبات المضادة للموسكارين (إبراتوريوم....)، كما يُستعمل للربو مضادات الالتهاب الموضعي وأهمها الكورتيزونات (الكورتيزون تفرزه غدة الكظر التي تقع فوق الكلية)، وأدوية أخرى تؤثر على تصنيع وارتباط الليكوترينات (وهي وسائط التهابية)، وغيرها من الأدوية التي تعمل على تعديل إحدى مراحل سلسلة الفعل الالتهابي.

الأدوية الهضمية:

مضادات الحموضة ويُفضل استعمالها بشكل منفصل مخافة أن تعطل امتصاص الأدوية الأخرى، ويعطى هيدروكسيد الألومينيوم والمغنيزيوم معاً لأن الأول يسبب الإمساك والثاني يعمل كملين، كلاهما مفيد للحموضة، ويجب تجنب الأنواع المحتوية على الصوديوم عند مرضى القلب والأوعية، وكذلك الانتباه إلى أن بعض الأنواع كبيكربونات الكالسيوم قد تُحدِث زيادة في الحموضة كرد فعلٍ متأخر! مثبطات إفراز الحمض يتم إفراز الحمض، إلى المعدة عبر سلسلة من العمليات الحيوية، وتقوم مثبطات الإفراز بتعطيل إحدى المراحل مما يخفض كمية الحمض الداخل إلى المعدة؛ ومنها الرانيتيدين والفاموتيدين من مضادات الهيستامين 2، والأمبرازول واللانسوبرازول وغيرهما من مثبطات مضخة الحمض، ومضادات المسكارين النوعية، ومماثلات البروستغلاندين الواقية للمعدة "البروستجلاندينات وسائط لها وظائف متعددة منها ما يحمي مخاطية المعدة ومنها ما يؤثر على الدم".

مضادات الإسهال:

تُستعمل في الإسهال الحاد والعلاج الأهم للإسهال الحاد هو تعويض الماء والكهارل (الأملاح)، ولا تجدي مضادات الإسهال في الإسهال المزمن؛ وهي إما مواد أفيونية توقف حركة الأمعاء، أو مواد ممتزة (تلتصق بغيرها) أو مواد رافعة للقوام.

مضادات القيء:

مواد مختلفة في آلية التأثير وتشترك في نتيجة وهي وقف القيء أو الوقاية منه، سواء القيء الناجم عن أدوية السرطان، أو التخدير أو دوار السفر، ويختلف نوع الدواء بحسب أسباب القيء، وبعض المواد الطبيعية كالزنجبيل وقد ثبتت فعاليته لعلاج القيء.

الملينات:

تُستعمل لعلاج الإمساك، أو للتحضير للتنظير، أو التصوير الشعاعي، أو قبل الجراحة، وبعضها منبه للقولون ويسبب الإسراف في استعماله الضرر الطبي (وهو مستخدم في الخلطات والحبوب الملينة والمنحفة)، وبعضها الآخر أكثر أماناً لعدم تنبيهه للقولون كاللاكتولوز أو النخالة فهي تعتمد على آلية الاحتفاظ بالماء ورفع حجم البراز.

معززات حركة الأمعاء:

بعضها يستعمل لعلاج القيء كالميتكلوبراميد والدمبيريدون، فهي تسرع من خروج الطعام من المعدة وبالتالي تمنع القيء، وبعضها الآخر يؤخذ لتنشيط الأمعاء بعد العمليات الجراحية كالنيوستجمين.

الفيتامينات والمعادن:

يحتاج الجسم للفيتامينات والمعادن ليقوم بوظائفه بشكل ملائم، ففي كل يوم نحتاج لتناول غذاءٍ متوازن يمدنا بكميات كافية من المغذيات ومنها الفيتامينات والمعادن. ويمكن الحصول على الفيتامينات والمعادن من القوت المتوازن الذي يحوي الحبوب والخضروات والفواكه والحليب واللحم والبقول. وتختلف النسب اللازمة من هذه الفيتامينات والمعادن بحسب سن الإنسان وجنسه وحالته من جهد أو حمل أو مرض؛ فالمرأة تحتاج الحديد أكثر من الرجل، وحالة المرض والجهد تستنفد بعض الفيتامينات من الجسم.

الفيتامينات: وهي مركبات عضوية (تحوي الكربون) بعضها يمكن أن يخزنها الجسم حتى سنتين والإسراف في تناولها يسبب مخاطر للإنسان، وأخرى تستهلك مباشرة ثم يطرح الفائض من الجسم عبر البول، ولهذا يجب تناولها بشكل شبه يومي وباعتدال، والأفضل أخذها من مصادرها الطبيعية. ويُعدُّ عوز أحد الفيتامينات مرضاً صحياً، وربما يسبب نقص الفيتامين تغيرات جسمية أثرت على امتصاص الفيتامين أو زادت من حاجة الجسم إليه، ويحدث العوزُ أيضاً بسبب قوتٍ ناقص، أو غير متوازن.

المعادن: مواد غير عضوية يحتاجها الجسم في بناء بعض مكوناته ولأداء بعض الوظائف؛ والمعادن الرئيسية هي الكروم والنحاس والفلور واليود والحديد والمنجنيز والمولبدين والسيلينيوم والزنك، ففي كريات الدم يكون الحديد جزءاً من خضاب الدم المسؤول عن نقل الأكسجين، وتكمل المعادن دور بعض الإنزيمات لإحداث تفاعلات في خلايا الجسم، ومثال وظيفتها المساعدة لخمائر الجسم ما تقوم به كمية يومية زهيدة من معدن السيلينيوم (25 مكروجرام) لتنشيط عمل أحد الإنزيمات المحورية لتوازن الأكسدة في الجسم وقد يمرض الإنسان إن نقص الراتب اليومي منه، كما قد يتسمم بالسيلينيوم إن أفرط في تناوله، ويوجد لمعدن اليود دور جوهري في عمل الغدة الدرقية.

الأسبرين ومشابهاته:

ولها ثلاثة أنواع من التأثيرات: مسكنة للألم، ومضادة للالتهاب (المقصود بالالتهاب هو الموضعي الذي لا دخل للجراثيم به)، وخافضة للحرارة، وتتباين بحسب درجة تأثيرها على هذه الأمور، وبدرجة تأثيرها الجانبي على المعدة أو الدم، ويستخدم بعضها خارجياً، وجدير بالذكر أن بعض الأمراض المفصلية تحتاج إلى أدوية خاصة قد تكون مثبطات مناعية أو غيرها، وليست بمسكنات وإن ظنها المريض كذلك، وللأسبرين استخدامٌ معاصر جديد وهو أخذه بجرعة قليلة لا تسكنُ الألم بل تميعُ الدم، ولكن كثيراً من المسكنات ومضادات الالتهاب تتداخل معه، ولذلك يجب أخذه في وقت منفصل عنها. أما الباراسيتامول فهو حالة خاصة إذ لا يؤثر كمضاد للالتهاب مما جعل البعض يصنفه في زمرة مستقلة.

أدوية هشاشة العظام:

العظم الهش أو الواهن يعاني من نقص في مادة العظم وتخربٍ في البنية مما يعرضه للكسر بأدنى صدمة، ويحدث تدريجياً عند الرجال وعند النساء بعد سن توقف الحيض ويظهر في حالات خاصة كأثر جانبي للأدوية أو الأمراض، ويرتبط تبدل تركيب العظم باستقلاب الكالسيوم، والأدوية التي تعطى لعلاج ترقق العظم تختلف آلية عملها ودرجة نجاعتها، ومنها: الكالسيوم، فيتامين D، ألندرونات، ريزدرونات، رالوكسيفين (مركب هرموني اصطناعي)، كالسيتونين السلمون (الكالسيتونين هرمون تفرزه جارات الدراق يعمل على توازن الكالسيوم في الجسم)، معوضات هرمون الإستروجين (توقف الإستروجين في سن الإياس من الحيض يسبب التدهور السريع لعظام النساء).

(الشكل 19): المرأة وهشاشة العظام

خافضات الضغط الدموي:

يعني فرط ضغط الدم هو وصول الضغط الدموي إلى مستوى يعرض المريض لاحتمال تضرر الشبكية أو الدماغ أو القلب أو الكليتين. ويكون 95٪ منه أساسي (لا سببَ مباشر له) ولا يشخّص فرط الضغط الدموي إلا بعد عدة قياسات في ظروف خالية من الكرب وبعد ثلاث قراءات شاذة أو أكثر. ويتأثر ضغط الدم بعوامل مختلفة كمضادات الاحتقان (التي توجد في معظم أدوية الرشح)، وحبوب منع الحمل، وأدوية معالجة السمنة (مثبطات الشهية) ، وأنواع الكورتيزون، وهرمون الدرق، والكحول لتأثيره المقبض للأوعية واحتمال تدهور الحالة. وينصح بتجريب المعالجة غير الدوائية (خفض الوزن، إنقاص الملح، وقف تناول الكحول، وممارسة تمارين رياضية خفيفة، وترسيخ الطمأنينة العصبية والنفسية، وتناول طعام غني بالبوتاسيوم (ولا ينصح بالبوتاسيوم لمن يستخدم مثبطات الخميرة القالبة للأنجيوتنسين أو يعاني من اعتلال كلوي)، ويُنصح بترك التدخين (ضرر التدخين يعود لزيادة خطر الضغط المرتفع أكثر من رفعه المباشر)، ويستمر بالمحاولة لمدة 3 إلى 6 أشهر إنْ لم توجد ضرورة ملحة للمعالجة الدوائية، ويراقب الضغط بشكل جيد، وهذه الخطوات مطلوبة سواء لجأ لاستخدام الأدوية، أم استغنى عنها.

المدرات البولية:

تعمل على طرح الماء والملح الزائد؛ منها المدرات التيازيدية؛ الكلورتاليدون والهيدروكلوروتيازيد، وهي الأكثر استخداماً والأرخص ثمناً وتكافئ الأدوية الحديثة بشرط اعتدال الجرعة ومراقبة نقص البوتاسيوم (وفق نتائج دراسة حديثة). والمدرات العروية (نسبة لعروة الأنبوب الكلوي) كالفوروسميد وهي شديدة الفعالية، ومدرات حافظة للبوتاسيوم كالسبيرنولاكتون وتستعمل المدرات صباحاً. مضادات الأدرينيات (تعاكس تأثير الأدرنالين على مستقبلاته ألفا وبيتا):

1- محصرات البيتا (تنقص من التنبيه العصبي للقلب فيقل النبض وقوته) منها البروبرانولول والأتينولول ومن مشكلاتها أنها قد تسبب ضعفاً جنسياً، أو تراجعاً في وظيفة الرئة.

2- محصرات الألفا (تقلل من تنبيه الأوعية الدموية) وتوجد منها أدوية انتقائية حديثة: محصرات ألفا-1 (برازوسين، تيرازوسين، دوكسازوسين وهو الأطول تأثيراً) ولها تأثير جانبي مزعج هو الدوار (الدوخة)، ويتم تجنبه بالشروع بجرعة قليلة ثم

زيادتها، وتستخدم لعلاج تضخم البروستاتة أكثر من استخدامها لعلاج فرط الضغط.

3- محصرات ألفا وبيتا (تعمل كمحصرات ألفا، وتزيد عليها بأنها تبطئ نبض القلب كمحصرات بيتا) منها اللابيتالول والكارفيديلول. *ملاحظة: لا يجوز وقف المحصر الأدريني فجأة لمريض القلب الإقفاري، إذ قد يُحدِث هذا لديه نُوب ذبحة صدرية أو احتشاء عضلة قلبية أو زيادة مفاجئة للضغط أو ربما يسبب الموت*. ولا يسمح باستخدام محصر البيتا في الربو أو الانسداد الرئوي المزمن والمرض الوعائي المحيطي الحاد ، بسبب حاجة هؤلاء المرضى إلى التأثير الأدريني بيتا. وكذلك لا تؤخذ عند وجود حالة الاكتئاب (لأنها تزيد منه) أو حالة بطء القلب أو الإحصار القلبي من الدرجة الثانية أو الثالثة، وكذلك ينبغي الحذر عند تناولها من قبل مريض السكري (لأنها ستخفي الأعراض المنذرة بانخفاض السكر).

مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين (ACE inhibitors):

تمنع تشكل الأنجيوتنسين-2 الذي يسبب تضيق الأوعية الدموية ورفع الضغط، وهو جزء من جهاز الرينين أنجيوتنسين الذي يعمل على ضبط الضغط الدموي، ومنها: بينازيبريل، كابتوبريل، إينالابريل، فوزينوبريل، ليزينوبريل، موكسيبريل، كوينابريل، راميبريل، تراندولابريل. ولهذه الزمرة أفضلية الاستخدام في حالات الفشل القلبي، وحالات ما بعد الاحتشاء القلبي، وفي مرض السكري، والفشل الكلوي المزمن، وغيرها، ولها الأولوية عند وجود اختطار المرض القلبي الوعائي. وتتآزر مثبطات الإنزيم المحول مع المدرات. وأهم أثر جانبي لمثبطات الإنزيم المحولة للأنجيوتنسين هو السعال الجاف عند 7٪ من الرجال و15 – 20 ٪ من النساء، وقد تُحدِث استسقاءً وعائياً، أو ارتفاع بوتاسيوم الدم، ولا تعطى للحامل.

ضواد مستقبل الأنجيوتنسين ARBs

تقوم بحماية الأوعية من تأثير الأنجيوتنسين -2 والنتيجة توسع الأوعية وانخفاض الضغط، (أي تعطل عمل الأنجيوتنسين -2 بخلاف الزمرة السابقة التي تمنع تشكله) ولها معظم منافع مثبطات الإنزيم المحول، وتمتاز عنها بأنها لا تسبب السعال الجاف كأثر جانبي ومنها: اللوزارتان، الكانديسارتان، تيلميسارتان، إيربيسارتان.

محصرات قناة الكالسيوم:

تمنع دخول الكالسيوم لخلايا العضلة القلبية والأوعية الدموية؛ وتزيد من طرح الصوديوم (دخول الكالسيوم إلى العضلات يسبب تقلصها ومنع دخوله يسبب ارتخاءها) ويوجد لمحصرات الكالسيوم ثلاثة أنواع ذات فعالية متقاربة وهي:

- ديهيدروبيريدينات (Dihydropyridines) (نيفيديبين، نيكارديبين، أملودبين) وتعمل كموسعات وعائية قوية؛ مما قد يسبب الدوخة وألم الرأس والتوهج والوذمة المحيطية كآثار جانبية متوقعة.
- وزمرة الفيراباميل وتمتاز بتثبيط القلب. ومن محاذير الفيراباميل نقص قلوصية القلب، والتوصيل القلبي، والإمساك.
- وزمرة الدلتيازيم التي لها توسيع وعائي أقل من النيفيدبين، وتثبيط قلبي أقل من الفيراباميل، ولوحظ أنها أقل تأثيرات جانبية، ويفضل استخدام الدلتيازيم المديد.

موسعات الأوعية:

تعمل بشكل مباشر على عضلات الأوعية الدموية فترخيها وينقص الضغط، منها الهيدرالازين، والمينوكسيديل (له استعمال خارجي خاص لتقوية الشعر)، والريزربين.

الأدوية المقوية للقلب:

هي مواد سامة تستخلص غالباً من نبات الديجيتال وتعمل على زيادة قوة انقباض القلب وزيادة كمية الدم التي يضخها في كل نبضة، فتفيد مرضى فشل القلب، وتتلاصق الجرعة المؤثرة لها بالجرعة السامة (مشعرها العلاجي منخفض) كما يتداخل تأثيرها مع كثير من الأدوية (وتتأثر فعاليتها بمستوى كالسيوم وبوتاسيوم ومغنيزيوم الدم)؛ ولهذا يُنصح بتحليل مستوى الديجوكسين والبوتاسيوم في الدم.

مضادات اضطراب نظم القلب:

وهي مواد مختلفة تقوم بمعالجة أسباب اضطراب القلب (تسرع النبض أو عدم انتظامه..)، وتقوم إما بضبط التنبية العصبي للقلب، أو تؤثرعلى نقل هذا التنبيه لعضلة القلب، وتحتاج لضبط جيد ومتابعة من قِبَل الطبيب.

أدوية نقص التروية الإكليلية (أدوية الذبحة):

الذبحة هي نقص ما يحتاج القلب من أكسجين، وتعمل أدوية الذبحة على تعديل نقص كمية الأكسجين اللازم لعمل القلب؛ إما عبر توسيع الشرايين الإكليلية أو إنقاص حاجة القلب للأكسجين، وتستعمل بعض خافضات الضغط كالراميبريل ومحصرات البيتا ومحصرات قناة الكالسيوم لهذا الغرض. كما يُستعمل الأسبرين والكلوبيدجريل كمذيبات للدم للوقاية من الاحتشاء، وأكثر أدوية الذبحة تناولاً هي النترات: إيزوسوربيد أحادي أو ثنائي النترات، نتروجليسيرين فموي أو عبر الجلد، وتقوم النترات بإرخاء العضلات الملساء في الأوعية الدموية، ويتعارض استخدامها مع تناول الفياجرا (سيلدينافيل) وقد ينشأ عن هذا الجمع ضرراً صحياً خطيراً.

الأدوية المنظمة لشحوم الدم:

وتُستخدم لخفض دهون الدم المرتفعة، ولخفض الاختطار القلبي الوعائي، وأنواعها الرئيسية: الستاتينات، الفيبرات، الراتنجات الرابطة للحمض الصفراوي، النيكوتينات، والأوميجا 3.

الستاتينات: أتروفاستاتين، فلوفاستاتين، سيرفاستاتين، لوفاستاتين، برافاستاتين، سيمفاستاتين وتعمل هذه المركبات على تعطيل تصنيع الكوليستيرول الداخلي (يحصل الجسم على الكوليستيرول من مصدرين: الطعام، ومن التصنيع داخل الجسم) وأهم فوائدها خفض الكوليستيرول الضار من نوع (LDL)، وتؤخذ هذه الأدوية مساءً لأن الكوليستيرول الداخلي يصنع معظمه في الليل.

الفيبرات: فينوفيبرات، كلوفيبرات، جيمفيبروزيل وهي مشتقات لحمض الفيبريك ومواد مماثلة، وتثبط تصنيع الكوليستيرول والحموض الصفراوية، وتعزز من طرح الكولسترول في الصفراء، وأهم تأثيراتها خفض الشحوم الثلاثية فتُستعمل عند المرضى الذين يعانون من ارتفاع الشحوم الثلاثية.

الراتنجات الرابطة للحمض الصفراوي: كلوسترامين، كوليستيول وتقوم بالارتباط بالحمض الصفراوي وطرحه مع البراز؛ مما يفقد الجسم جزءاً من كمية الكوليستيرول التي يستخدمها لصناعة الصفراء ثم يعيد امتصاصها.

الأوميجا 3: وهي الشحوم الثلاثية بأحماض دسمة طويلة السلسة وغير مشبعة، لها تأثير خافض للشحوم الثلاثية، ومضاد للالتهاب، ومضاد لتجمع الصفيحات (ولهذا يوجد خطر تميع الدم الزائد عند تناولها)، وتوجد في زيوت أسماك المناطق الباردة كالسلمون والتونة ولا توجد في أسماك البلاد الحارة كالهامور، وبعض أنواعها غني بفيتامين (A) و(D) مما قد يعرض مستهلكيها بكثرة لخطر التسمم بهما، وبسبب منشأها الحيواني قد تحوي بعض المنتجات الكوليستيرول! وقد استخدمت الأوميجا 3 طبياً كمغذي وظيفي بعد ملاحظة ندرة حدوث الأمراض القلبية الوعائية عند مستهلكي السمك.

أدوية السكري:

تختلف أدوية مرض السكري حسب نمطه؛ فالنمط الأول للسكري المعتمد على الأنسولين والذي سببه تخرب خلايا بيتا البنكرياسية المسؤولة عن إنتاج الأنسولين ونراه في الشباب والأطفال، يحتاج لمعاوضة الأنسولين، والمصابون به معرضون للإصابة بالحُماض الكيتوني (ارتفاع حموضة الدم وظهور مركبات ضارة فيه) إذا لم يأخذوا كفايتهم من الأنسولين، وهذا يقضي بضرورة الرقابة الذاتية لسكر الدم التي تفيد في تحقيق مرونة العلاج والوقاية من المخاطر، فكلما كان السكر أقرب للطبيعي كانت الاختلاطات السيئة قليلة ومتأخرة الحدوث. والنمط الثاني للسكري غير المعتمد على الأنسولين وهو أكثر شيوعاً ويسببه عاملان: الأول زيادة مقاومة الأنسجة للأنسولين (قلة تأثيره)، والعامل الثاني التعطل الجزئي لإفراز الأنسولين من البنكرياس بنسب متفاوتة بين مريض وآخر. ومعظم المرضى يعالجون بالأدوية الفموية ويمكن إضافة الأنسولين لمزيد من الضبط الجيد أو لعلاج حالات استثنائية، وقد يرتفع السكر في حالة الحمل.

العلاج بالأنسولين: وهو الخيار الوحيد الاضطراري للنمط الأول، وخيار متاح للنمط الثاني، ويعطى عادة بعدة جرعات يومية تحت الجلد، فيمزج الأنسولين السريع أو السريع جداً (ليسبرو) مع أنسولين متوسط أمد التأثير، ويعطى الأنسولين السريع، ذو المحلول الرائق (Regular) قبل الوجبة الطعامية بـ 20 إلى 30 دقيقة، أما السريع جداً كأنسولين الليسبرو أو الأسبارت فيعطى قبل الوجبة بـ 5 إلى 15 دقيقة (قد يصف الطبيب ابتداءً هذا النسق العلاجي: قبل الفطور؛ مزيج من سريع أو سريع جداً مع متوسط قبل وجبة الغداء؛ سريع أو سريع جداً، قبل النوم؛ متوسط). الجرعة اليومية

الكلية للأنسولين المعطى تحت الجلد تتراوح عادةً من 0,3 إلى 0,5 وحدة لكل كيلوجرام من الوزن، يعطى ثلثاها صباحاً وثلثها الباقي مساءً، ثلثا الكمية من متوسط التأثير أو طويل التأثير وثلث من السريع أو السريع جداً، وقد يغير الطبيب هذا الترتيب وفق حالة المريض وأنواع الأنسولين المتوفرة وظهور التحمل الذي يدفع لزيادة الجرعة، وتختلف أنواع الأنسولين باعتبار المصدر؛ فيوجد البقري، والخنزيري، أو مماثل للبشري والذي يصنع بالتقنية الحيوية بالاستعانة الجراثيم، وتختلف باعتبار التركيب (محلول رائق، مبلور، مع مادة معقدة.. مزيج سريع ومتوسط 70/30..)، وهذه الأنواع المختلفة تعطي ميزات متعددة من سرعة التأثير وطول أمده. وينبغي التنبيه لوجود نوع من الأنسولين مديد الأثر هو جلارجين (glargine) وبسبب خصائصه الفيزيائية الكيميائية يترسب في موقع الحقن وهذا يعطيه تأثيراً مديداً أكثر بطئاً من (NPH) أنسولين فليس لتركيزه في الدم ذروة عالية بل مستوى متوسط مستمر، وتكفي عادة جرعة واحدة منه يومياً، ولا يعطى وريدياً مطلقاً، كما يمنع مزجه مع الأنواع الأخرى، ويجب أن نتوخى الحيطة معه بسبب مظهره الرائق (الذي يكون عادة للأنسولين السريع) خشية التباسه بالأنواع السريعة التي يمكن أن تعطى وريدياً وأن تخلط مع غيرها. ويُعطى الأنسولين تحت الجلد أو وريدياً في حالات الإسعاف، ويمكن استعمال المضخة المستمرة للأنسولين تحت الجلد، ولا يستخدم فيها إلا الأنسولين السريع أو السريع جداً، وتضبط على إيصال جرعات متفاوتة على مدى 24 ساعة، ودفعات كبيرة قبل الوجبات. تؤدي كمية الأنسولين المفرطة لنقص السكر وهو حالة إسعافية، والكمية غير الكافية إلى ارتفاع السكر وتعرض المريض للاختلاطات التالية لارتفاع السكر من حُماض كيتوني، وضرر كلوي، واعتلال لشبكية العين، وخطر الأمراض القلبية الوعائية. ولهذا يجب تعليم المريض كيفية تعديل جرعة الأنسولين بما يناسب نتائج مراقبة السكر الذاتية وكمية السكريات المتناولة، ويجب الأخذ بالاعتبار توازن محتويات السكريات في الوجبة الغذائية مع الجهد العضلي، وحالات المرض أيضاً.

الأدوية الفموية الخافضة للسكر: معظم المصابين بالنمط الثاني من السكري أناس بدينون وأول خطوة علاجية تناسبهم هي التزام نظام غذائي صحي لإنقاص الوزن، فإن لم يُجدِ يضاف للنظام الغذائي أدوية خفض السكر الفموية بأنواعها المختلفة، ولأنها

تؤثر بطرق مختلفة تعضد بعضها البعض الآخر، ويمكن أيضاً استعمال مزيج من الأدوية الفموية والأنسولين، أو استخدام الأنسولين منفرداً إن لزم.

(الشكل 20): حقن الأنسولين

ويحدد اختيار العلاج المبدئي للنمط الثاني من السكري أمران هما مقاومة الأنسولين (فيعطى لعلاجه رافعات الاستجابة للأنسولين مثل البيجوانيدات والتيازولدينديونات) والأمر الثاني ارتفاع سكر الدم (ويعطى محرضات إفراز الأنسولين مثل مركبات السلفونيل يوريا والميجليتينيدات)، وقد تدعو الحاجة لإضافة الأنسولين، وانخفاض السكر أخطر بكثير من ارتفاعه، والقاعدة الذهبية أعط المريض سكراً لتعالج حالة تشك أهي ارتفاعٌ أم انخفاضٌ في سكر الدم، وتعطى معظم العوامل الفموية لعلاج السكري مرتين إلى ثلاث مرات يومياً قبل الوجبات أما زمرة التيازوليدنيونات فتعطى مرة واحدة يومياً. وقد يعطى الأنسولين متوسط الأمد مساءً فقط للنمط الثاني للوقاية من ارتفاع السكر الصيامي، خلافاً لمرضى النمط الأول الذين قد يحدث لديهم نقص سكر ليلي، ونظراً لوجود مقاومة الأنسولين في النمط الثاني فإن جرعة الأنسولين تكون أعلى غالباً منها في حالة مرضى النمط الأول (< 0.5 وحدة لكل كيلو جرام).

محرضات إفراز الأنسولين (منها الجليبنكلاميد الذي لا يزال يستخدم رغم ظهور الأنواع الأحدث)، والجيل الثاني من مركبات السلفونيل يوريا.

مؤخرات امتصاص السكريات: مثبطات خميرة ألفا جلوكوزيداز ويمكن استخدمها منفردة أو بالتشارك مع السلفونيل يوريا، وتؤخذ عند أول لقمة في الوجبات الرئيسية الثلاث، وقد تسبب اضطرابات هضمية للمريض.

أدوية الجهاز العصبي المركزي:

مضادات الصرع: من المهم أخذ الدواء كما وصفه الطبيب والتوقف المفاجئ قد يزيد من النوبات، ومن الممكن أن تسبب مضادات الصرع الدوخة ويتضاعف الاحتمال مع تناول الكحول أو الأدوية الأخرى المؤثرة على الدماغ. ومنها: الكاربامازبين وله استعمالات أخرى لعلاج التهاب الأعصاب وكدواء نفسي، والكلونازيبام ويتبع البنزوديازيبينات، جابابينتين مركب يشبه [الجابا] (ناقل عصبي).

مضادات الاكتئاب: يتظاهر الاكتئاب بفقد الاهتمام بالأنشطة والمتع السابقة والتشاؤم والكسل، ويمتاز بعلامات منها فقد الشهية وقلة النوم، وأحياناً أخرى بكثرة الأكل وكثرة النوم.

مضادات الذهان: وهي مواد شديدة التهدئة للأعصاب تستخدم في الهوس (Mania) (الجنون) والأنواع القديمة منها لها آثار جانبية مزعجة تحتاج لتناول أدوية تزيلها.

المهدئات والمنومات: المنومات تعالج الأرق، والمهدئات تعالج القلق البسيط وتسبب الاعتياد والإدمان (كالأدوية المسكنة مركزياً) خلافاً لمعظم الأدوية العصبية الأخرى.

أدوية مرض التنكس العصبي: كمرض باركنسون (مرض الرعاش) وأكثر ما يُستعمل لعلاجه؛ دواء أمانتدين (وهو بأصله مضاد فيروسي) للاستفادة من أثره على خلايا الدماغ، ويستعمل الكاربي دوبا والليفودوبا، ودواء الدونبزيل وأدوية أخرى.

وتحتاج جميع الأدوية العصبية إلى مشورة الطبيب والصيدلاني والالتزام بالجرعة، ومدة العلاج، وطريقة السحب التدريجية للدواء لأن التوقف المفاجئ دون تدرج لبعض الأدوية النفسية قد يعطي حالات معاكسة من قلق أو اكتئاب شديد قد يصل بالبعض إلى الانتحار. وقد ظهرت في التسعينيات أدوية تعالج القلق والاكتئاب معاً.

المسكنات المركزية:

المورفين ومشابهاته الطبيعية والصنعية استخلص المورفين من الأفيون (مادةٌ تفرزها نبتةُ الخشخاش)، ويُستخدم لتسكين الآلام الشديدة كآلام السرطان في مراحله

الأخيرة، ولها مشكلة (التحمل الدوائي) إذ يحتاج المريض إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس درجة التسكين السابق، ولها أيضاً مشكلة (الإدمان الدوائي) وهو ارتباط المريض نفسياً وجسدياً بالدواء، بحيث لا يمكنه تركه حتى عند عدم وجود الألم! وتحدث لديه أعراضُ فطامٍ مزعجة إن ترك الدواء فجأةً، وبعض مشابهات المورفين لا يستعمل للتسكين، بل لفائدته في تثبيط السعال كالكودئين، أو إيقاف الإسهال كالديفينوكسيلات، أو التخدير كالفنتانيل؛ كما توجد مشتقات اخترعها تجار المخدرات ولا تستخدم دوائياً كالهيروين.

ومما يحسن ذكره هنا أن القانون الأمريكي للمواد المراقبة يضع في الجدول الأول للمواد الخاضعة للرقابة الموادَ التي لا استعمال طبي لها وهي كثيرة ! اللقاحات والمصول التمنيع يكون إما فاعلاً بتلقيح الجسم بجرثوم معطل أو بجزء من الجرثوم لينتج الجسم كرد فعل ما يقاوم عوامل المرض؛ ومثال الجرثوم المعطل لقاح شلل الأطفال الفموي ومثال التلقيح بجزء من العامل الممرض: لقاح التهاب الكبد B (تعطى بعض بروتينات الفيروس المصنعة بالتقنية الحيوية)، أو مناعة منفعلة عن طريق إعطاء الجسم مصلاً جاهزاً لقتل العامل الممرض، ومثاله المصل المضاد للكزاز. وتنصح منظمة الصحة بمجموعة من اللقاحات الرئيسية، كما تقوم بحملات عامة لتنسيق الجهود، أفلحت حملات التلقيح في السبعينيات في استئصال الجدري، وتجري المحاولات حالياً لاستئصال شلل الأطفال، ولكن اللقاحات المتوفرة أوسع من هذه الأنواع الرئيسية، ويخترع باستمرار الجديد من اللقاحات، إما بصنع لقاح مشترك (يقي من جملة من الأمراض)، أو بصنع لقاح جديد لعامل ممرض مهم، فمثلاً ظهر لقاحان لفيروس العجلية المسؤول عن الإسهال الحاد. واستحدث لقاح الأنفلونزا ويتم تعديله كل عام لأن الفيروس سريع التقلب من حيث التركيب، ويجب عدم إعطائه لمن يتحسس من البيض ويؤجل إعطاؤه في حالة وجود عدوى.

المراجع العربية

- د. رياض رمضان العلمي، الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم؛ سلسلة عالم المعرفة: ص 34.
- د. محمد نذير العظمة، نشرة خدمة المعلومات الدوائية؛ جامعة دمشق ومنظمة الصحة العالمية.
- ترجمة زياد حساني وأيمن الجمَّال، مراجعة مصورة لعلم الأدوية؛ دار المعلقة الجامعية، دمشق 1998.
- المرشد الوطني للدواء؛ وزارة الصحة في الجمهورية العربية السورية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، 2000.
- د. عامر ماردِيني أستاذ الرقابة الصيدلية في جامعة دمشق ونائب رئيس الجامعة، الدواء الوطني، واقع وطموحات.
- قائمة الأدوية السورية الإصدار السادس
- مكتبة الأدوية الأساسية؛ http://mednet3.who.int/emlib
- مِرقب الأدوية الأساسية.

المراجع الأجنبية

- http://mednet2.who.int/edmonitor/default.htm
- The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, 2007. (WHO technical report series; no. 946).
- WHO Policy Perspectives on Medicines – Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. (WHO/EDM/ 2004.4).

- The Truth About the Drug Companies; Marcia Angell, M. D. 2004 Random House, Inc. ISBN 0-375-50846-5.
- International Conference on Improving Use of Medicines (ICIUM).
- International Network for Rational Use of Drugs (INRUD).
- The Essential Drugs Monitor No. 32, 2003.
- International Conference of Drug Regulatory Authorities (ICDRA).

في هذا الكتاب

يستعرض هذا الكتاب موضوعاً هاماً، يهم القارئ العربي وهو موضوع الأدوية الأساسية، وتتنوع استعمالات الأدوية فمنها ما يساعد الجسم على تعويض ما ينقص من ڤيتامينات ومعادن، كما تستعمل أدوية أخرى للوقاية كاللقاحات، والقضاء على المكروبات التي تصيب الجسم.

يتناول الكتاب هذا الموضوع بشكل سلس حيث يبدأ باستعراض صناعة الدواء وتأثيرها على الصحة العامة والضوابط التي تحكمها ومكونات السياسة الدوائية، ثم يتناول قوائم الأدوية الأساسية وسياسة ترشيد الدواء، كما يتحدث عن استراتيجية الدواء من حيث إتاحة الدواء مع ضمان جودته وسلامته مع تعزيز الاستخدام الرشيد للدواء ويختتم الكتاب بالحديث عن الزمر العلاجية للأدوية الأساسية.