



گزیده‌های منهای بیست

گزیده مطالب رازی، بیست سال پیش از این در همین ماه

انتخاب و تدوین از: فرض

مقدمه

زیرعنوان بالا مطالبی از رازی ۲۰ سال پیش در همین ماه ارایه می‌شود. گذشت ۲۴ سال و خرده‌ای از انتشار اولین شماره رازی، نامه اعمالمان را آنقدر قطور و سنگین کرده که بشود گاهی که دلمان تنگ آن روزها می‌شود به شماره سنگین و وزین صحافی شده هر سال نگاهی بیاندازیم، تورقی بکنیم، صفحاتی چند از آن‌ها را بخوانیم و... حالمان خوب شود. آنقدر انرژی بگیریم که همچون مدیر مسؤول محترم و سردبیر نازنین یا بر زمین محکم کنیم که: «به هر حال ما ادامه خواهیم داد». این سر زدن‌ها به شماره‌های پیشین ایده‌ای را در ذهن نشانده که گزیده‌هایی از همان شماره و صفحات مشابه ماه انتشاراتی فعلی مان گزین کنیم و شما را نیز در این «دل‌شدگی» با خودمان شریک نماییم. خواننده‌های قدیمی آن روزها برایشان زنده می‌شود و تازه خواننده‌های رازی هم پی می‌برند که بیست سال پیش رازی چه نوشت در مورد عرصه دارو در ایران و جهان. به هر حال، به جستجوی زمان از دست رفته برآمدیم که با قدری اغراق و اغماض و با استعاره‌ای ادبی «بهشت گمشده» دست به قلم‌های رازی بوده است، بهشت گمشده‌ای که گفته‌اند: «بهشت گمشده» همان گذشته‌ای است که برای همیشه از دست داده‌ایم، ولی ما قطعاتی از آن گذشته را در جلد‌های صحافی شده از تعرض زمانه مصون داشته‌ایم.

مطالب این شماره گزیده‌ها به شرح زیر است:

- ۱ - فهرست مطالب در شماره تیر ماه ۱۳۷۳ / به کوشش دکتر مجتبی سرکندی
- ۲ - بیوست / ترجمه: دکتر ثریا منتظری
- ۳ - دیدگاه‌ها
- ۴ - رازی و خوانندگان

فهرست مقالات تیر ماه ۱۳۷۳

تهیه و تنظیم: دکتر مجتبی سرکندی

نام نویسندگان یا مترجمان	عنوان	
دکتر سیدمحمد صدر	جمعیت و توسعه	سر مقاله
دکتر عباس پوستی	واکنش‌های ناشی از مواد افزوده شده به غذاها	علمی
دکتر محمدحسین پورغلامی	جلوگیری از بارداری با استفاده از دیومدروکسی پروژسترون استات	
دکتر مهرداد ساغری خداپرست	مسمومیت با سرب	
شهرام امین‌زاده	افسردگی و داروهای ضدافسردگی	
ترجمه: دکتر ثریا منتظری	یبوست	
دکتر مرتضی ثمینی	پرسش و پاسخ	
ترجمه: نوشین جزایری	۱۰ تداخل دارویی مهم بالینی، تدابیر اجتماعی برای تندرستی	
دکتر مرتضی ثمینی	گفتگوی علمی	
-	آشنایی با پایان‌نامه‌های داروسازی	
ترجمه: هما ارومچی	ایدز: آیا به تنگنا رسیده‌ایم؟	
-	دیدگاه‌ها	
-	رازی و خوانندگان	
-	قابل توجه همکاران ارجمند	
-	گردهمایی‌های علوم پزشکی	



بیوست

عادت طبیعی دفع در افراد مختلف از ۲ بار در روز تا یک بار هر دو تا سه روز می‌تواند متغیر باشد. بنابراین بیوست در افراد مختلف، می‌تواند معانی متفاوتی داشته باشد. لذا زمانی که بیماری از بیوست شکایت دارد باید پرسید که منظور وی از بیوست چیست تا بتوان مطمئن شد که این مشکل واقعاً وجود دارد. به‌طور کلی دو معیار بایستی در نظر گرفته شود: اول تغییر در فرکانس دفع در مقایسه با حالت طبیعی همان شخص و دوم دفع مدفوع سخت اغلب با اشکال و فشار.

دلایل بیوست، از تغییر ساده در روش زندگی روزانه تا بیماری‌های روده بزرگ و یا امراض سیستمیک قابل تغییر می‌باشد.

■ ارزیابی علایم

□ مدت

بیوست ساده زودگذر، خودبه‌خود در مدت چند روز رفع خواهد شد. اصولاً لازم نیست که بیوست حاد درمان شود تا زمانی که علامتی در مدت ۴ روز نشان داده شود و مشخص گردد که علایم دیگری وجود ندارد. سنجش زمان واقعی به سابقه موارد دفع در بیماران خاص بستگی دارد. اگر بیوست تا مدت ۱۴ روز باقی مانده باشد، باید یک ملین OTC برای ۴ روز امتحان گردد. اگر عمل دفع در این مدت

ترجمه: دکتر ثریا منتظری
واحد علمی شرکت سهامی پخش رازی

وجود تهوع و استفراغ همراه با یبوست. باید به عنوان یک علامت غیرمعمول مورد توجه قرار گیرد و برای بررسی احتمال وجود انسداد، به پزشک مراجعه گردد.

مخصوصاً بیماران مسن با مصرف مقدار کم مایعات، مستعدتر هستند. تغییرات در روش زندگی مانند تغییر شغل، ساعات کار، تغییر در محل غذا خوردن یا عدم تمرینات، می‌تواند در کاهش تعداد دفع سهم داشته باشد.

بیماری‌های هم‌زمان (به قسمت‌های ذیل مراجعه شود) و بعضی داروها (جدول ۱)، ممکن است سبب یبوست گردند. همچنین تغییرات فیزیولوژیکی گوناگون در بدن، به صورتی که در سنین بالا و در حاملگی پیش می‌آید، سبب یبوست می‌گردند.

■ علایم همراه

□ ناراحتی عمومی

اگر بیمار در زمان ابتلا به یبوست، احساس بیماری یا ناتوانی کند و همچنین هر نوع تب یا تعریق شبانه که بیمار ذکر می‌کند، باید به عنوان علامت غیرمعمول مورد توجه قرار گیرد و مراجعه به پزشک برای مشخص کردن هر نوع علامت عضوی پنهان، توصیه شود.

□ وجود خون در مدفوع

خون به صورت ذرات یا لکه‌های روشن پس از تخلیه روده ممکن است دلیل ساده‌ای داشته باشد و به احتمال زیاد ناشی از هموروئید یا ترک در کانال مقعدی یا پوست اطراف آن است. فشار در دفع مدفوع می‌تواند سبب تشدید ناگهانی علایم

صورت نگیرد، مراجعه به پزشک توصیه می‌شود. در بعضی بیماران به خصوص اطفال و یا افراد مسن، یبوست ممکن است ناشی از کوتاهی در پاسخ به میل دفع باشد. در طول ماه‌ها و یا سال‌ها این مساله می‌تواند منجر به یبوست مزمن گردد. اگر یبوست درمان نشود، می‌تواند منجر به توقف و از بین رفتن تونسیسته عضلات کولون شود که ممکن است پیشرفت کرده و به مگا کولون (انبساط مداوم روده بزرگ) تبدیل گردد و در نتیجه در حرکات دودی روده‌ها بدون استفاده از ملین‌های محرک اشکال ایجاد شود. عادت دفع ممکن است کمتر از یک بار در هفته باشد.

□ بروز بیماری

دلایل احتمالی برای ایجاد یبوست می‌تواند با پرسش در مورد وقایع اخیر و تغییراتی در روش زندگی که مرتبط با شدت علایم باشند، استنباط گردد. برای مثال، تغییراتی در رژیم غذایی مانند کاهش مصرف مواد فیبری (به خصوص میوه و سبزیجات) یا کاهش کلی در مصرف غذا (مانند رژیم کاهش وزن یا بیماری)، تعداد عمل دفع را تغییر خواهد داد.

دهیدراتاسیون ایجاد شده به علت کاهش مصرف مایعات یا با تجویز دیورتیک‌ها، مقدار آب را در روده بزرگ کاهش خواهد داد و در نتیجه، سبب سخت‌شدن مدفوع و اشکال در دفع می‌گردد.

خون به صورت ذرات با لکه‌های روشن پس از تخلیه روده ممکن است دلیل ساده‌ای داشته باشد و به احتمال زیاد ناشی از هموروئید با ترک در کانال مقعدی یا پوست اطراف آن است.

دردهای قولنجی، نفخ شکم و استفراغ نیز ممکن است وجود داشته باشد که در نتیجه مدفوع و گاز دفع نمی‌شود.

□ تهوع یا استفراغ

وجود تهوع یا استفراغ همراه با یبوست، باید به عنوان یک علامت غیرمعمول مورد توجه قرار گیرد و برای برطرف شدن احتمال وجود انسداد به پزشک مراجعه گردد.

□ کاهش وزن

در بسیاری از موارد بیماری‌های دیگر، کاهش وزن ناگهانی نه به دلیل آشکار (به دلیل نامعلوم)، یک علامت مشکوک است و جهت مشخص شدن موارد بدخیم، باید به پزشک مراجعه شود.

□ اسهال

در افراد جوان، حملات اسهال و یبوست به طور متناوب، همراه با درد عضلات شکم، علامت تبییک سندرم روده تحریک‌پذیر می‌باشد. در بیماران مسن، چنین علایمی پیشنهاد دهنده اسهال کاذب (Spurious diarrhoea) می‌باشد. اگر سندرم روده تحریک‌پذیر قبلاً توسط پزشک تشخیص داده شده ملین‌های حجم‌دهنده مفید هستند. در صورت عدم موفقیت در درمان، باید به پزشک مراجعه شود. در صورت تردید در مورد اسهال کاذب در افراد مسن نیاز به تحقیق و درمان توسط پزشک دارد.

هموروئید گردد. خون تازه که فقط در سطح مدفوع وجود دارد، به احتمال زیاد از مقعد یا از قسمت انتهایی کولون آمده است. خونی که مخلوط با مدفوع شده است و به رنگ تیره باشد، اغلب به عنوان خون قدیمی توصیف می‌شود و ممکن است یک علت جدی‌تر مانند یک زایده، خونریزی از اولسرپیتیک یا به ندرت کارسینوما باشد. بیماران که قرص آهن مصرف می‌کنند، اغلب مدفوع تیره دارند که به علت بیماری نمی‌باشد. اگرچه پزشک یک تشخیص قبلی از هموروئید یا شرایط مشابه داده باشد و هیچ تغییری در شدت خونریزی ایجاد نشده باشد، عاقلانه است که به تمام بیماران مبتلا به خونریزی مقعدی پیشنهاد کنیم که برای ارزیابی علت بیماری، به پزشک مراجعه کنند. اگر مقادیر کم خون دیده شود، مانند آنچه در بالا ذکر شد و منطبق بر یک تشخیص شناخته شده باشد، یبوست می‌تواند توسط داروساز با استفاده از روش‌های نرمال در مدت چند روز درمان شود.

□ درد

درد شکمی مداوم یا شدید همراه با یبوست، که برای مدت ۲ روز یا بیشتر تداوم داشته باشد، نیازمند مراجعه به پزشک است. به خصوص داروساز باید در مورد امکان انسداد روده (احتمالاً توسط یک تومور) آگاه باشد. در چنین مواردی علاوه بر یبوست کامل

■ بیماری‌های هم‌زمان

هیپوتیروئیدیسم می‌تواند به همراه بی‌حالی و کندشدن حرکات و فعالیت ذهنی، ایجاد یبوست نماید. گفته می‌شود افسردگی نیز سبب یبوست می‌گردد، اگر چه ممکن است این مساله مربوط به درمان با ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای در بعضی موارد باشد (جدول ۱). بیمارانی که مبتلا به آنژین صدری هستند و یا اخیراً دچار عفونت میوکارد شده‌اند در صورتی که فشار در زمان دفع سبب درد سینه شود، ممکن است به داروهای ملین نیاز داشته باشند.

■ عود بیماری

یبوستی که بدون علت واضح عود نماید و بدون ارتباط با داروهای تجویز شده باشد، ممکن است

نشان‌دهنده بعضی از علل پاتولوژیکی مخفی باشد که باید توسط پزشک مورد بررسی قرار گیرد.

■ نکات ویژه

□ حاملگی

در طول دومین و سومین سه ماهه حاملگی افزایش مقدار پروژسترون در خون سبب شل شدن عضلات صاف روده می‌شود. این مساله همراه با فشار فیزیکی روده به علت رشد رحم و اثرات مصرف آهن، اغلب منجر به یبوست می‌شود. تغییرات دیگر در روش زندگی در مدت حاملگی، مانند کاهش تمرینات و خوردن از روی سرگرمی، تمایل به یبوست را افزایش می‌دهد. می‌توان به بیماران اطمینان داد که یبوست، پاسخ طبیعی روده به

جدول ۱ - داروهایی که ایجاد یبوست می‌کنند

- آلومینیوم (مانند آنتی‌اسیدها)
- آنتی‌کولی‌نرژیک‌ها [مانند داروهای مورد استفاده در پارکینسون مثل بنزهگزول (benzhexol) اورفنادین (orphenadrine)]
- داروهای ضداسهال (استفاده بدون احتیاط)
- آنتی‌هیستامین‌ها (به علت داشتن فعالیت آنتی‌کولی‌نرژیک)، این ترکیبات در بسیاری از داروهای ضدسرماخوردگی و ضدسرفه OTC وجود دارند.
- ضدسرفه‌ها (مانند کدیین)
- مدرها (اگر دهیدراتاسیون پیش بیاید)
- آهن
- L - دوپا
- ضددردهای اویپویدی
- فتوتیازین‌ها (به خاطر دارا بودن فعالیت آنتی‌کولی‌نرژیک)
- ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای (به علت دارا بودن فعالیت آنتی‌کولی‌نرژیک)
- وراپامیل

بیمارانی که قرص آهن مصرف می‌کنند، اغلب مدفوع تیره دارند که به علت بیماری نمی‌باشد.

در بیماران مسن، نظم در عادت دفع می‌تواند به صورت وسواس باشد و این افراد از ملین‌ها نه فقط برای برگرداندن عادت روده به حال طبیعی بلکه به عنوان پیشگیری در مقابل هر نوع یبوست احتمالی در آینده، استفاده می‌کنند، این مساله ممکن است منجر به استفاده نادرست از ملین‌ها به صورت طولانی گردد که سبب کاهش بیشتر تونسیته عضلات روده و یبوست مزمن می‌گردد. یبوست در افراد مسن باید به طوری جدی بررسی شود، زیرا ممکن است به میزانی باشد که باید رفع گردد. یک روده پر شده با مدفوع متراکم، می‌تواند اعضاء مجاور مانند مجاری ادرار را به هم فشرده کند و سبب احتباس ادرار گردد. بعضی از بیماران مسن با مدفوع فشرده ممکن است به طور همزمان اسهال نیز داشته باشند. این مساله توسط مقادیر کم مدفوع آبکی ایجاد می‌شود که با فشار از کنار مدفوع فشرده در روده بزرگ عبور کرده و سبب یک نوع اسهال کاذب می‌شود.

■ درمان

بی‌نظمی در رژیم غذایی مخصوصاً کمبود میوه‌ها و سبزیجات یا مصرف مقادیر ناکافی مایعات، اغلب مسؤول ایجاد یبوست می‌باشد. کاهش در مصرف کربوهیدرات تصفیه شده مانند شکر، کیک و مواد خمیری شکل و آموزش جهت توجه به رژیم غذایی سالم و تمرین، اغلب بدون استفاده از ملین‌ها مساله

حاملگی است. درمان با ملین‌های OTC از قبیل ترکیبات حجم‌دهنده یا سنا (Senna)، در صورتی که رعایت رژیم غذایی موفقیت‌آمیز نباشد، لازم است. زیرا در صورتی که یبوست در مدت حاملگی باقی بماند، احتمال بروز هموروئید وجود خواهد داشت.

□ سن

اطفالی که با شیر مادر تغذیه می‌شوند، به طور معمول مدفوع کمتری نسبت به اطفال تغذیه شده توسط شیر خشک دارند، این مساله طبیعی است و هیچ دخالتی نیاز ندارد. یبوست در طفل تغذیه شده با شیر خشک، ممکن است به علت ناکافی بودن آب اضافه شده به شیر خشک باشد. در مورد اطفال یا بچه‌های بزرگتر که تحریک‌پذیر، بی‌قرار (تبدار) یا خواب‌آلود می‌شوند، یا در مورد آن‌هایی که فریاد می‌زنند، درد دارند، تغذیه آنان کم شده یا استفراغ می‌کنند، باید به پزشک مراجعه شود.

اطفال با سن بیشتر ممکن است ترس از توالت رفتن داشته باشند و یا به خاطر جلب توجه، از پاسخ به درخواست دفع مدفوع امتناع ورزند. این مساله سبب ایجاد اضطراب در والدینی می‌شود که در مورد مرتب نمودن عادت دفع فرزند خود، مزاحم آن‌ها می‌شوند. یبوست پایدار (غیرگذرا) باید در افراد مسن با تردید بیشتری مورد توجه قرار گیرد، زیرا سرطان روده به طور معمول در سن بالای ۵۰ سال افزایش می‌یابد. با افزایش سن، تونسیته ماهیچه‌های روده کاهش می‌یابد و می‌تواند سبب توقف دفع گردد.

چنانچه یبوست در مدت حاملگی باقی بماند احتمال بروز هموروئید وجود خواهد داشت.

را حل خواهد کرد.

همان گونه که قبلاً بیان گردید با استاندارد «رژیم غذایی غربی» بعضی از مردم عمل تخلیه روده را فقط یک بار هر ۲ تا ۳ روز خواهند داشت. بنابراین، با چنین الگویی دلایلی بر افزایش مشکلات روده‌ای مانند بیماری‌های زایده‌ای و حتی مسایل حادتر مانند سرطان وجود دارد. آموزش این مساله که هر فردی باید حداقل یک بار در روز عمل دفع انجام داده و این که رژیم غذایی باید تغییر یافته و یا حداقل مقدار زیادی مواد فیبری به آن اضافه شود، ضروری می‌باشد.

ملین‌ها به ۴ گروه حجم‌دهنده، محرک، اسمتیک و نرم‌کننده‌های مدفوع تقسیم می‌شوند. پارافین مایع، یک ملین نرم‌کننده، در گذشته معمول بود. ولی استفاده آن در حال حاضر به‌خاطر احتمال عوارض جانبی زیاد، کاهش یافته است. این عوارض شامل ورود آن از مری به داخل راه‌های هوایی و ریه‌ها با اثرات تخریب‌کننده آن و همین‌طور کاهش جذب ویتامین‌های محلول در چربی می‌باشد.

۱ - ملین‌های حجم‌دهنده (Bulk Laxatives)

ملین‌های حجم‌دهنده از طریق احتباس آب در داخل روده بزرگ عمل می‌کنند و در نتیجه سبب افزایش حجم مدفوع و تحریک حرکات روده و ایجاد مدفوع نرم می‌شوند. اثر مشخص این گروه معمولاً چند روز پس از مصرف ظاهر می‌شود. به‌عنوان مثال می‌توان از متیل سلولوز، استرکولیا

(Sterculia)، Ispaghula husk و سبوس نام برد. این دسته نسبتاً بی‌ضرر بوده و به‌طور عموم استفاده می‌شوند، به‌دلیل آن که ترکیباتی خنثی هستند که عمل غذاهای محتوی فیبر را در روده تقلید می‌کنند. این داروها می‌توانند برای هر دو گروه بیماران جوان و مسن تجویز شوند و برای مصرف در حاملگی بی‌ضرر می‌باشند. ملین‌های حجم‌دهنده جهت تسریع عبور از مجرای گوارش باید با مقدار زیاد مایعات تجویز شوند، چون مواردی از انسداد مری و روده گزارش شده است. این مساله به‌خصوص در افراد مسن به علت کاهش مصرف مایعات یا اشکال در بلع، مهم می‌باشد. بیماران که این ترکیبات را با مقادیر ناکافی آب درست قبل از خواب مصرف می‌کنند، نسبت به انسداد مری مستعد خواهند بود.

۲ - ملین‌های تحریک‌کننده (Stimulant laxatives)

زمانی که ملین‌های حجم‌دهنده نامناسب یا بی‌تاثیر باشند، ملین‌های تحریک‌کننده (تماسی) می‌توانند استفاده شوند. عقیده بر این است که این گروه انتهایی اعصاب را در شبکه عصبی دیواره روده تحریک کرده و سبب افزایش حرکات دودی روده‌ها می‌شوند. این دسته سریع‌العمل‌تر از ملین‌های حجم‌دهنده هستند و در مدت ۸ تا ۱۲ ساعت پس از تجویز، تخلیه روده انجام می‌شود. به‌عنوان مثال، می‌توان از سنا و بیزاکودیل نام برد. هر دو این داروها بی‌ضرر و مؤثر می‌باشند. ترکیبات قدیمی در این گروه ملین‌ها مانند روغن کرچک

در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن کلیوی، به جز در مواردی که به‌صورت یک دوز واحد مصرف می‌شوند، اجتناب نمود.

به نظر می‌رسد شیاف‌های گلیسرین با دو اثر اسمتیک موضعی و محرک موضعی عمل می‌کنند. این داروها می‌توانند با اطمینان برای اطفال تجویز شوند و باید در مدت ۱ تا ۲ ساعت سبب دفع گردند.

۴ - نرم‌کننده‌های مدفوع (Stool softeners)

این گروه به‌طور عموم به ترکیباتی اطلاق می‌شود که مانند دترژان‌ها با کم کردن کشش سطحی مدفوع سخت در روده و نفوذ آب در مدفوع عمل می‌کنند. تنها دارو در این دسته به‌طور معمول Docusate sodium است. این دارو در بیماران مبتلا به هموروئید که بیوست دارند، مصرف می‌شود و می‌تواند در افراد مسن یا در بیوست ایجاد شده توسط کدیین یا اوبیویدهای تجویز شده، با ارزش باشد. در بیوست مربوط به ترکیبات اوبیویدی برای افزایش حرکات دودی روده، باید ترکیب با یک ملین محرک مانند سنا مصرف گردد.

□ طول درمان

هم‌چون سایر موارد استفاده از داروهای OTC در صورت درمان نشدن بیوست در مدت ۱ تا ۲ هفته، حتماً باید به پزشک مراجعه نمود. مراجعه به پزشک نه تنها به‌خاطر مشخص نمودن علت بیوست می‌باشد، بلکه برای جلوگیری از استفاده طولانی و نابجا از ملین‌ها، به‌خصوص در گروه تحریک‌کننده می‌باشد.

منبع

Edwards, C.; Stillman, P.; Constipation; pharm. J.; 251: 53-55, 1993.

در روده هیدرولیز شده و به اسید ریسینولئیک (Ricinoleic Acid) و فنل‌فتالئین تبدیل می‌شود که به‌علت احتمال عوارض جانبی نامطلوب نباید تجویز گردد. مصرف سنا در مدت حاملگی پس از سه ماهه اول بی‌ضرر می‌باشد.

شیاف بیزاکودیل (بزرگسال و اطفال) می‌تواند در مدت ۱ تا ۲ ساعت پس از استعمال سبب دفع گردد و بنابراین در زمانی که بیمار به نتیجه سریع نیازمند باشد، مفید می‌باشد. استفاده مزمن از ملین‌های محرک، منجر به ایجاد مقاومت و از دست دادن تونسیته عضلات روده می‌شود.

بیماران مبتلا به بیماری‌های روده تحریک‌پذیر و دارای زائده، می‌توانند این داروها را همراه با ملین‌های حجم‌دهنده، تحت نظر پزشک مصرف نمایند.

دلایل بیوست از تغییر ساده در روش زندگی روزانه تا بیماری‌های روده بزرگ و یا امراض سیستمیک قابل تغییر می‌باشد.

۳ - ملین‌های اسمتیک (Osmotic Laxatives)

مانند ترکیبات حجم‌دهنده، این گروه نیز برای تحریک حرکات دودی و تشکیل مدفوع نرم، مایعات را در داخل روده نگه می‌دارند. به نظر می‌رسد که این دسته قوی‌تر از ملین‌های حجم‌دهنده باشند. معمول‌ترین ترکیبات در این دسته نمک‌های منیزیم مانند سولفات منیزیم و نیز لاکتولوز می‌باشند. سولفات منیزیم یک اثر سریع دارد، در حالی که زمان اثر لاکتولوز به‌طور معمول ۲ تا ۳ روز می‌باشد. نمک‌های منیزیم مقداری جذب می‌شوند و استفاده طولانی از آن‌ها پیشنهاد نمی‌شود. بهتر است از مصرف این دسته

به گونه‌ای که همه ما تاب شنیدن انتقادات همکارانمان را داشته و در جهت رفع اشکالات خود کوشا باشیم. ■ من بدو از تمامی پزشکان شریف که همواره پایبند سوگند و شرافت شغلی خود بوده و می‌باشند صمیمانه و با کمال تواضع و خشوع پوزش می‌طلبم.

اینجانب مدت سی و شش سال است که از دانشکده داروسازی دانشگاه تهران فارغ‌التحصیل شده و در طول مدت اشتغال به رشته تخصصی خود در فرصت‌های پیش آمده گهگاه دوره‌های مختلفی را نیز دیده‌ام. در ابتدای امر ذکر این نکته را جهت روشن شدن ذهن این سرکار خانم دکتر لازم می‌دانم که سال‌ها همچون یک دانشجوی رشته پزشکی نیز همراه با دانشجویانی که در بخش‌های مختلف بیمارستانی دوره استاژ داشته‌اند همگامی و کسب علم و تجربه کرده‌ام. و اینک در موقعیتی قرار دارم که ایشان را در مرتبه فرزند بی‌بیم که پدر او را در ابتدای راه هشیار می‌سازد و هشدار می‌دهد. یقیناً سرکار خانم دکتر می‌دانند که رشته‌های پزشکی و داروسازی دروس مشترکی دارند که یکی از آن‌ها فارماکولوژی است.

از نامه سرکار خانم دکتر برمی‌آید که سال‌ها قبل از آن که ایشان پا به عرصه وجود بگذارند، اینجانب دکترای خودم را گرفته‌ام و سی و شش سال برای تجربه اندوزی دوران کوتاهی نیست.

بنابراین، اگر خانم دکتر عزیز به علت جوانی این غرور و برتری‌جویی را نداشته باشند تا حدی که به خود اجازه دهند به یک گروه تحصیل کرده در نشریه‌ای اسائه ادب کنند، موجب تعجب است به هر حال توجه خانم دکتر را به چند نکته الزاماً جلب می‌کنم:

۱- همچنان که در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا بعضی از داروها مانند ویتامین، بعضی مسکن‌ها و



دیدگاه‌ها

در شماره یازده آذر ماه ۷۲ نامه‌ای با امضاء خانم دکتر نوشین شیرانی از شوشتر در ماهنامه رازی درج شد که بازتاب گسترده‌ای در میان مشترکین رازی داشت. از آن‌جا که هدف «رازی» سالم‌سازی فضای پزشکی کشور و ایجاد امکان گفتگو میان پزشکان و داروسازان است تا نهایتاً این دو قشر به خاطر حفظ منافع بیمار بیش از پیش به یکدیگر نزدیک شوند و بکوشند تا با قدری تساهل سوء تفاهمات موجود را از بین ببرند. در این شماره ابتدا بخشی از نامه مفصل آقای دکتر باختر - داروساز از شاهین‌دژ - از نظر تان خواهد گذشت و پس از آن قسمتی از نامه آقای دکتر علی حقیقت‌پسند از آستانه اشرفیه را ملاحظه خواهید فرمود و در پایان نیز نامه خانم دکتر شیرانی را خواهید دید. با چاپ این نامه‌ها پرونده این مسأله از نظر ماهنامه رازی بسته خواهد شد. آرزو می‌کنیم تفاهمی بیش از گذشته بر فضای پزشکی کشور حاکم شود

از پزشکان هر چند روز یک‌بار پس از تعطیل مطب سری به داروخانه نزدیک مطب خود می‌زنند تا در جریان وضع داروهای موجود قرار بگیرند و نسخه‌های خود را متناسب با وضع روز داروخانه، هم‌آهنگ سازند متأسفانه بعضی از پزشکان پس از آن که بیمار سرگردان سرخورده نسخه به دست به ایشان مراجعه می‌کند و اظهار می‌دارد که فلان دارو را پیدا نکرده است پاسخ می‌دهند به من مربوط نیست داروی تو این است برو بگرد و پیدا کن.

۷- باز هم ایشان شکرگزاری کرده‌اند که بیمار دارو را به مطب ایشان برده و نشان داده است. این وظیفه خانم دکتر است که داروهای داده شده را مجدداً بررسی کنند و گاهی نیز در خواندن و تفهیم طرز مصرف آن که بعضی اوقات به علت خوش خطی‌های من درآوردی باید فقط نویسنده خط خودش را بخواند، به بیمار کمک کنند و خودشان بهتر از هر کس می‌دانند که نوشتن بعضی آمپول‌ها فقط در جهت ارضای بیمار و تزیین نسخه است.

۸- من خودم شخصاً بسیاری از نسخ پزشکان را بایگانی کرده‌ام که مثلاً داروی اسهال و یبوست را در یک نسخه نوشته و یا پیرازین، میندازول و مترونیدازول را برای یک بچه دو سه ساله در یک نسخه آورده‌اند و یا برای طفل شش ماهه قرص ویتامین ث جوشان تجویز فرموده‌اند.

۹- باز هم همه می‌دانیم که برای گرفتن یک رشته تخصص گذر از چه هفت خون‌های رستمی لازم است اما به سر نسخه‌ها که نگاه می‌کنیم می‌بینیم که یک پزشک تمامی تخصص‌ها را حتی آن‌هایی که هنوز در ایران نوپا هستند به خودش نسبت داده است. چه بسا که در سر نسخه همین خانم دکتر هم

نظایر آن در فروشگاه‌ها و سوپرمارکت‌ها در دسترس عموم قرار دارند طبق بخشنامه‌های موجود در همین کشور خودمان هم داروهایی هستند که فروش آن‌ها بدون نسخه پزشک مجاز است.

۲- در بسیاری از موارد پیش آمده است که پزشک به دلایل مختلف در تجویز بعضی از داروها در یک نسخه توأمأ کم توجه بوده و داروساز ناچار و برحسب وظیفه در این مورد دخالت کرده است.

۳- در پاره‌ای اوقات دستورات دارویی با نوع دارو تطبیق نمی‌کند مثلاً فلان آمپول را روزی سه عدد هر بار یک عدد قبل از غذا میل کنند و نظایر آن‌ها.

۴- بعضی از پزشکان به دلیل شتابزدگی و عدم توجه به املاء صحیح اسم دارو تنها با کشیدن یک خط به دنبال دو حرف، نام دارو را می‌نویسند که از این نمونه در نشریات پزشکی فراوان چاپ شده است اما من هرگز گمان نمی‌کردم که خانم دکتری PB را جزئی از الفبای نام داروی مورد نظر خودشان بدانند و خاصیت خواب‌آوری آن‌را از یاد ببرند.

۵- با کمال تأسف این خان دکتر هنوز خود را با وضعیت موجود تطبیق نداده‌اند. امروزه تأسیس و اداره داروخانه فقط و فقط به عهده شخص دکتر داروساز است و از آشفتگی‌های دارویی دیگر خبری نیست لیکن به دلایل بسیاری که گفته‌اند و می‌دانیم مسأله دارو نیز به مانند اقلام بسیاری از مایحتاج عمومی دچار کمبود شده است. باز هم جای تأسف است که عرض کنم در چنین شرایطی من خودم نسخه‌ای دیدم که سی عدد آمپول B₁₂ را در یک نسخه تجویز و نوشته بودند هر ماه یک عدد تزریق شود.

۶- سرکار خانم دکتر مسلماً هنوز نمی‌دانند که وظیفه پزشک تماس دایم با داروخانه است. بسیاری

نوشته باشند داخلی - اطفال - زنان - زایمان - گوش و گلو و بینی و ... و ...

۱۰ - باز هم سرکار خانم دکتر باید بدانند که هر پزشک بنا به بخشنامه‌های مکرر مخصوصاً در نسخ بیمه مجاز به تجویز چند قلم دارو در یک نسخه و برای سه روز است.

امیدوارم سرکار ایشان از پند این پدر پیر نرنجند، و این گونه به یک همکار خود آن هم در یک مجله علمی که خوانندگان آن طبقه خاصی بوده و با یکدیگر همکاری، حمله‌ور نشده و تخم نفاق نپاشند که خدای نکرده لبه این تیغ به سوی خودشان برگردد. خانم دکتر فراموش نفرمایند که کنترل نسخه پزشک از وظایف داروساز است. داروساز مشاور پزشک و بیمار هر دو است. سخن بسیار است و مجال کوتاه اما لازم می‌دانم این مطلب را برای تمامی همکارانم عرض کنم که معمولاً بعضی از بیماران برای خوشایند پزشک یا داروساز پیغام‌های من درآوردی و سخنان بیهوده‌ای از جانب این به آن می‌برند. لذا بهتر است همواره پیام‌های دو طرف وسیله تلفن یا یادداشت رد و بدل گردد. از اطلاع کلام شرمندهم و پوزش می‌طلبم.

با تقدیم ارادات و تشکر، دکتر باختر داروخانه بهشتی شاهین دژ - آذربایجان غربی

■ مسؤولین و دست‌اندرکاران ماهنامه دارویی رازی سلام علیکم

«آنچه که خانم دکتر نوشین شیرانی درد دل کرده بودند کاملاً با واقعیت عین جامعه ما مطابقت دارد و هیچ‌گونه غلو یا خودبینی و خودخواهی در آن وجود نداشته است. درد دل‌های خانم دکتر از آن جایی که واقعیات تلخی در جامعه هستند و وجود و تداوم آن‌ها

به نفع هیچ کس از جمله مردم، پزشکان و داروسازان نیست و نیازمند توجه مسؤولین و سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام می‌باشد.

اصلاً و ابداً نامه خانم دکتر، غرض آلود و نفاق‌انگیز نبود و نیست و صحبت از کم‌تجربگی و کم سابقه بودن طبابت، نابه‌جاست و دردی را دوا نمی‌کند.

آنچه که خانم دکتر و همکاران دیگرشان از آن رنج می‌برند، وجود و یا عملکرد داروسازان وظیفه‌شناس و متعهد نیست بلکه رنج اصلی، از همان نسخه‌پیچ‌ها و تجارت پیشه‌گان داروساز می‌باشد. یقیناً بنده و سایر همکاران پزشک، تصدیق می‌کنیم که در بین پزشکان نیز افراد زیادی وجود دارند که با عدم وظیفه‌شناسی و به صورت غیرمتعهدانه در کار طبابت، باعث رنجش خاطر داروسازان با مسؤولیت و جامعه علمی دارویی کشور هستند و این، از درد دل‌های ما نیز هست و علی‌رغم گفته دانشجوی عزیزی به نام علی حسینی که دلسوزانه در نامه‌ای برای آن مجله، می‌نویسد: «زمانی که سه رأس مثلث معروف درمان یعنی پزشک و داروساز و بیمار، هیچ نقطه اشتراکی با هم ندارند (در حال حاضر و در جامعه کنونی ما) چگونه می‌توان نام این سه پاره‌خطرار مثلث نامید؟» در عین حال چگونه می‌توان واقعیات را نادیده گرفت؟

آن دانشجوی عزیز به راستی بر روی نکته جالبی انگشت گذاشته‌اند و آن این‌که: «متأسفانه چیزی که در جامعه ما به عنوان انتقاد مطرح می‌شود بیشتر در اذهان، جنبه هتک حرمت پیدا می‌کند تا سازندگی؛ و این از عیوب بزرگ ماست که هیچ‌گاه حاضر به شنیدن نقاط ضعفمان از شخص دیگری نیستیم، در حالی که یکی از موثرترین راه‌ها برای ترقی همین «انتقادهای منطقی» و «درد دل‌های مسؤولانه» است

و «انتقادات غیرمنصفانه» شما (نه انتقادات منصفانه) به جای این که متوجه فرهنگ غلط رایج در بین مردم باشد پزشک را هدف قرار می‌دهند: فرهنگ «عشق به دارو»، فرهنگ «آمیول دوستی»، فرهنگ «آزمایشات پاراکلینیک طلبی»، فرهنگ «انتظار یک اقدام درمانی معجزه آسا و فوری از پزشک»، فرهنگ «اشتباه پاراکلینیکی و نسخه‌پیچی را بر سر پزشک شکستن» فرهنگ «تعارض جهت دستیابی به داروی ارزان و فروش آن به قیمت گران در بازار آزاد»، فرهنگ «همه چیزدانی» و فرهنگ ...

این فرهنگ‌های غلط را باید تصحیح کرد اما نه با محکوم و متهم ساختن پزشکان، نه با ایراد گرفتن از پزشکان. شما از ارتباط بین پزشک و داروساز هر نظر و تعبیری داشته باشید، باید به این مسأله هم توجه نمایید که «دخالته»، عملاً و در اغلب موارد از سوی داروسازان صورت می‌گیرد نه پزشکان (در بیشتر موارد توسط داروخانه‌چی‌ها، نسخه‌پیچ‌ها و در بعضی موارد هم توسط داروسازان و وظیفه‌شناس). وقتی پزشکی از بیماری، با صرف ۱۵ دقیقه وقت، شرح حال پزشکی می‌گیرد و معاینه بالینی انجام می‌دهد و با تشخیصی داروهایی را می‌نویسد یک داروساز اصلاً و ابداً نباید داروها را جابه‌جا کند یا به صرف ۲ سؤال، نگرش بیمار را از پزشک تغییر دهد.

اگر باید در برابر نسخه موضع‌گیری کند طرف شنونده‌اش پزشک است نه بیمار. بیمار در این حالت طرف راهنما شونده است نه شنونده موضع‌گیری.

پزشکی در اورژانس برای بیماری بلادونا، پلازیل و دی‌سیکلو مین نوشته، وظیفه داروساز در قبال آن نسخه این است که بعد از چند پرسش، اگر به ایرادی (البته به نظر خودش که داروساز است نه پزشک) در نسخه

و عیب بزرگ‌تر ما این که اگر با اکراه نیز این انتقاد را پذیرفتیم به جای این که در فکر اصلاح عمل‌مان باشیم - یا تفکر - و در پی چاره‌اش بگردیم سریعاً به فکر وارد کردن ضربه‌ای به شکل انتقادی آتشین به منتقد خود می‌افتیم».

امروزه پزشکان به جای «مراقبت» و «حمایت» سرکوب می‌شوند، سرکوفت می‌خورند و شاید این حکم کلی را شما نتوانید باور و یا احساس کنید ولی حقیقتاً آن‌گونه که مردم از بیرون به پزشکان می‌نگرند «واقعیت درونی پزشکان امروز ما» آن‌گونه نیست. مردم می‌پندارند (به صورت یک حکم کلی) پزشکان، آدم‌هایی هستند که از نظر مالی، شغلی، زندگی شخصی و زندگی اجتماعی کاملاً تأمین و بدون استرس بوده و مشکلی ندارند. ولی آیا شما هم فکر می‌کنید چنین پنداری صحیح است؟ به خداوند قسم شاید چنین پنداری فقط در حق چند پزشک تجارت پیشه مقرون به صحت باشد ولی اکثریت پزشکان ما امروز درگیر بسیاری مشکلات و مخاطرات شغلی، مالی، شخصی و اجتماعی هستند و لحظه لحظه فعالیت شغلی و غیرشغلی‌شان، با استرس عجین است: استرس‌های شغلی، استرس‌های محیطی (چه در زندگی شخصی چه در زندگی اجتماعی چه از نظر اقتصادی و چه از نظر روحی روانی).

نگویید این جمالات، حکم‌هایی کلی هستند و مصداق خارجی ندارند. خیر، اگر چنین تصویری داشته باشید حقیقتاً شما هم مرتکب بی‌انصافی شده‌اید. مصداق‌ها آنچنان زیادند که ذکر آن‌ها مثنوی هفتاد من کاغذ خواهد شد.

خانم دکتر، در جایی از نامه دوم خود (مجله رازی شماره ۱۱) به فرهنگ مردم اشاره می‌کند. اتفاقاً به حقیقت انکارناپذیری اشاره کرده‌اند. بسیاری از ایرادات

برخورد کرد آن را «به طور مستقیم با پزشک» در میان بگذارد (چه تلفنی چه حضوری چه با یادداشت کتبی) و جلوی بیمار، اقدام به موضع‌گیری در برابر پزشک نکند و با «راهنمایی بیمار» در جهت رسیدن به یک نقطه مشترک صحیح از نظر پزشک و داروساز، وظیفه حقیقی خود را انجام دهد.

حال اگر کسی بگوید امکان چنین ارتباطی بین پزشک و داروساز، عملاً وجود ندارد، بنده هم به عنوان تصدیق گفته ایشان، خواهم گفت: پس ارتباط بین پزشک و داروساز با شرایط و خصوصیات که عنوان شده، لاقلاً امروز و در جامعه ما، «شکل ایده‌آل» مسأله است و همه با هم باید به سوی عملی کردن چنین وضعیتی تلاش کنیم.

شما عزیزان که بیشتر انتقادات و ایرادات را در وضعیت فعلی جامعه پزشکی - دارویی مملکت ما متوجه پزشکان می‌دانید باید توجه داشته باشید که قضاوت یک جانبه، هرگز بی‌اشکال نخواهد بود گرچه در اکثریت قریب به اتفاق موارد، با شادی (غیرحقیقی) همراه باشد.

امروز که «مکانیسم‌های» عملی شدن شکل ایده‌آل رابطه بین پزشک و داروساز، در جامعه علمی ما وجود ندارد شما با پایه قرار دادن «داروساز ایده‌آل» (که در واقعیت جامعه ما، وجود عینی بارز ندارد) همواره «پزشک غیر ایده‌آلی» را مورد حمله قرار داده‌اید و نزدیک به ۱۰۰ درصد ایرادات و اشکالات صحنه خدمات درمانی کشور را متوجه آن «پزشک غیر ایده‌آل» می‌دانید و این نهایت بی‌انصافی است.

برای روشن شدن بیشتر مطلب، بهتر است برادران عزیز و دست‌اندرکاران و مسؤولین مجله، یک‌بار دیگر مطالب انتخاب شده برای صفحه «نقش داروساز در

داروخانه» را در مجله شماره ۱۱ سال چهارم که از نشریه wellcome trends in pharmacy ترجمه کرده‌اند، مطالعه فرمایند و ببینند که داروسازان متعهد و با مسؤولیت، چگونه با پزشک و بیمار «ارتباط» برقرار می‌کنند. در تمامی آن‌ها، دکتر داروساز، به خوبی بیمار را «راهنمایی» کرده است و با پزشک «مشورت» کرده است و در هیچ‌کدام از آن‌ها، جلوی بیمار بر علیه پزشک موضع‌گیری نکرده و یا بیمار را در برابر پزشک قرار نداده و به جنگ و دعوا وارد نکرده است. با توجه به این که سخن بسیار است ولی به عنوان حسن ختام، باید گفته شود تا زمانی که دو قشر پزشک و داروساز، طرف مشورت همدیگر قرار نگیرند این آش و این کاسه همچنان باقی خواهد ماند. «لازمه مشورت» دو قشر پزشک و داروساز، «تغییر در نگرش منفی آن‌ها نسبت به یکدیگر»، «حفظ استقلال و عدم دخالت در وظایف همدیگر» و «توجه به هدف مشترک خود یعنی ارتقاء سلامت افراد جامعه و بهبود خدمات درمانی و تصحیح فرهنگ مصرفی دارو» می‌باشد. به امید آن روز.

دکتر علی حقیقت‌پسند، آستان اشرفیه

■ غرض از مزاحمت درد دلی از جانب بنده بود که در شماره ۱۱ آذر ماه ۷۲ سال چهارم به چاپ رسید. چون من علاقه زیادی به مبحث دیدگاه‌ها و نظرات دارم و اکثراً آن‌ها را می‌خوانم، امروز صبح که طبق روال همیشگی به اتفاق چند تن از همکاران جهت رفتن به سر کار سوار ماشین شرکت می‌شدیم یکی از همکاران به بنده گفت: چه نامه تند و تیزی به ماهنامه رازی نوشته بودی؟ سر و صدای همه را درآورده و همه اعتراض کرده‌اند، تعجب کردم پرسیدم کدام؟ توضیح داد که در

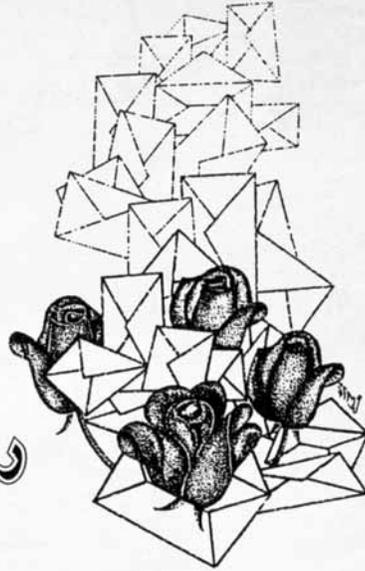
خودم چند مورد آن را سراغ دارم نه خدای ناکرده آقایان یا خانم‌های دکتر داروساز. بنده فقط از روی سادگی و بدون به کار بردن جملات ادبی شاید در اوج ناراحتی آن را نوشته بودم و حالتی را که در اورژانس داشتم بیان کردم و فکر نمی‌کنم در جایی از نامه از خود تعریف کرده باشم، چه یک سال از طبابتم بگذرد چه ده سال فکر نکنم در طرز نوشتنم و یا برخوردم تغییری ایجاد شود و اگر یک سال از طبابتم می‌گذرد هنوز مطالب سر کلاس درس یادم نرفته. در ضمن فکر نکنم این مورد که مثال زدم دارو کمیاب بوده باشد آیا شما می‌توانید انکار کنید که اکثر داروخانه‌ها بدون نسخه به بیمار دارو می‌دهند و یا به جای استامینوفن ASA M.C می‌دهند؟ تنها مقصود و منظور من درد دل و ارایه راه‌حلی در این زمینه و راهنمایی خودم بود امیدوارم که مسؤولین محترم و سردبیر محترم ماهنامه جناب آقای دکتر سیامک‌نژاد با بزرگواری خود حتماً این جوابیه را در پاسخ به آن همه انتقاد که فکر نمی‌کردم چنین برخوردی بشود و به قول معروف فریاد را در گلوئی آدم خشک می‌کند که دیگر حرف نزن؟ چرا که تو یک سال بیشتر از طبابت تو نمی‌گذرد و هنوز زود است حرف بزنی و انتقاد بکنی (فقط ببین، بشنو و دیگر هیچ) را حتماً در «رازی» درج نمایند. بار دیگر خاضعانه از همکاران محترم داروساز که همواره یار و یاور در امر درمان هستند و به قول سردبیر محترم این مثلث بایستی سه پاره‌خطش گرد هم بیاید نه هر کدامش طرفی باشد (مثلث بیمار - پزشک - داروساز). به هر حال معذرت می‌خواهم اگر اشتباه برداشت شده بدین وسیله تصحیح می‌نمایم.

به امید خوش‌بینی بیشتر در تمام طبقات اجتماع نسبت به پذیرفتن انتقاد و شنیدن عقاید هم‌دگر.

دکتر نوشین شیرانی، پزشک عمومی

این شماره (البته تا ظهر آن روز به دستم نرسیده بود) خطاب به داروخانه‌چی‌ها پرخاش کرده‌ام و آن‌ها هم گله‌مند شده‌اند؟ اگر ما نتوانیم نقطه نظرات خود را اعلام کنیم یا نتوانیم درد دل کنیم چه می‌شود؟ مثل مرداب مثل گندابی که یک‌جا می‌ماند، در خود می‌گندد و از بوی گندش همه بیزار می‌شوند و اگر خروش برآوریم ناله کنیم فریاد بکشیم و مثل دریای خروشان موج باشیم و بخروشیم، همه اعتراض می‌کنند همه سر و صدا راه می‌اندازند که آرام باش، ساکت باش، صدا نده، صدای تو بیدارکننده است خواب را از چشم‌ها می‌رباید، خلاصه کلام ... بلافاصله به منزل آمدم و با وجود خستگی بسیار زیاد، قلم و کاغذ (یاور همیشگی ام را) به دست گرفتم و شروع کردم چرا که بعد از خواندن متن نامه خودم (چون مربوط به چندین ماه پیش می‌شود و تقریباً فراموشش کرده بودم) بر آن شدم که در پی رفع ابهام از همکاران محترم داروساز برآیم؟ چرا که منظور بنده از داروخانه‌چی که متأسفانه چندین بار در نامه‌ام تکرار شده پزشکان داروساز نبوده و من حقیقتاً از آن هستم که بخواهم از همکارانی که چندین و چند سال است سابقه کار دارند بدگویی کرده باشم و به آن‌ها توهین کرده باشم و اگر چنین برداشتی شده غلط بوده است.

بنده نه نام داروساز را برده‌ام نه داروخانه، که آن پزشک محترم از ارومیه با چنان برخوردی جواب می‌دهند که قصد بنده نفاق برانگیزی بوده و از خود تعریف کردن و ... غیر و ذالک، اگر هم تأکید کرده‌ام که خودشان را متخصص و داروساز می‌دانند منظورم در بعضی داروخانه‌ها (که البته جدیداً به خاطر سخت‌گیری‌های اخیر کمتر شده است و بدون دکتر داروساز و مسؤول نمی‌باشند) افرادی مسؤول نسخه‌پیچی می‌شوند که سطح سواد چندانی ندارند و



رازی و خوانندگان

■ یک تذکر مجدد

در هر ماه نامه‌های متعددی از سوی شما خوانندگان محترم «رازی» به دفتر ماهنامه واصل می‌شود که پس از بررسی‌های مقدماتی و مطالعه متن آن‌ها، در سه گروه تقسیم‌بندی می‌گردند که بر مبنای آن تقسیم‌بندی به تدریج در صفحات «رازی و خوانندگان»، «دریچه‌ای به استعدادها» «دیدگاه‌ها» درج خواهند شد. عامل تعیین‌کننده فاصله زمانی میان دریافت و چاپ نامه‌ها مختصر و مفید بودن آن‌ها است.

از همکاران محترم استدعا داریم هنگام نگارش نامه به نکات زیر عنایت بفرمایند:

۱- مختصر بنویسید.

۲- بدون حاشیه رفتن به سراغ اصل مطلب بروید.

۳- از ذکر مطالب تکراری، که قبلاً در ماهنامه درج شده، خودداری فرمایید.

۴- نامه‌هایتان را در یک روی کاغذ و با خط خوش، دست کم خوانا، مرقوم بفرمایید.
۵- با توجه به تأخیر ناگزیر ۳-۴ ماهه بین دریافت نامه و چاپ آن در ماهنامه، مطالب، اشعار و نوشته‌های خود را تنظیم کنید مثلاً در حالی که کارت تبریک همکاران در اواخر اسفند به دفتر نشریه می‌رسد، ما نمی‌توانیم زودتر از خرداد یا تیر ۷۳ در مقام تشکر برآییم! و چنین تأخیری برای ما دست کم، مایه روسفیدی نخواهد بود.

۶- و بالاخره از همکاران پزشک و داروساز استدعای قدری تفاهم داریم، تفاهم حرفه‌ای قطعاً انگشت نهادن بر نقاط ضعف پزشکان توسط داروسازان و بالعکس طرح اشکالات حرفه‌ای داروسازان توسط پزشکان، به حل مشکلات این دو قشر و از آن مهم‌تر «بیماران» کمکی نخواهد کرد بلکه با تیره‌تر نمودن فضا امکان تفاهم و نزدیک شدن دیدگاه‌ها را خواهد کاست، از این

یک دارو پس نزنند. مساله دیگر آن است که اغلب این آقایان داروساز بیشتر به فکر سریع جواب دادن به مشتری‌ها هستند تا این که واقعاً نسخه را بررسی کنند و یا با پزشک مشورت کنند این مواردی را که شما در ماهنامه‌تان چاپ می‌کنید فکر می‌کنم خیلی محدود و اندک می‌باشند دکترهای داروسازی که چنین نظارت دقیق و مداومی بر نسخه‌ها داشته باشند و فرصت مشاوره با پزشک را به خود بدهند.

بنابراین، پیشنهاد می‌کنم همراه با قسمت نسخه نویسی در یک نگاه، داروهای داده شده توسط داروخانه در یک نگاه هم مطرح و بیان شود تا مشخص شود چقدر این آقایان دکترها از تعداد قرص‌ها و سایر اقلام نسخه کم و زیاد می‌کنند و از پیش خودشان داروهای مشابه به بیمار تحویل می‌دهند.

■ بخشی از نامه سرگشاده اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان خطاب به جناب آقای هاشمی رفسنجانی ریاست محترم جمهوری:

حضور محترم حجت‌الاسلام والمسلمین جناب آقای هاشمی رفسنجانی ریاست محترم جمهوری و ریاست شورای انقلاب فرهنگی اینک که با لطف و عنایت خاص جنابعالی حقوق و مزایای دانشگاهیان تاحدی ترمیم شده و سپاس همه دانشگاهیان را به‌دنبال داشته است یک مشکل اساسی باقی مانده که بدون حل آن امنیت خاطر اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها فراهم نخواهد شد و فقدان این امنیت نیز چنانکه مستحضرد

رو «رازی» از درج مطالب پرخاشگرانه و به دور از اخلاق حرفه‌ای، از سوی هر کس که باشد، معذور است، یادآوری می‌کنیم که «ما برای وصل کردن آمدیم»، پس در این جهت به ما یاری نمایید دستتان را می‌فشاریم.

■ آقای نویدرضا سیمایی، دانشجوی پزشکی (مشهد)

ایشان در بخشی از نامه‌شان ضمن جالب شمردن مطالب «نسخه‌نویسی در یک نگاه» متذکر شده‌اند که ما - رازی - همیشه از دکترهای داروساز «تعریف» می‌کنیم، ایشان در ادامه چنین مرقوم داشته‌اند:

و از طرف دیگر که دکترهای داروساز باشند همیشه تعریف می‌کنید ولی با سابقه‌ای که من در داروخانه‌ها داشته و دارم (قبلاً در ۴ ساله دبیرستان طرح کاد را در داروخانه گذرانده‌ام و اکنون نیز با داروخانه در ارتباط نزدیک هستم و به این کار بسیار علاقه دارم). دکترهای داروساز هم در عرضه داروها کم و بیش اشتباه‌هایی می‌کنند. ثانیاً، از پیش خود هر دارویی که مشابه بود بدون مشورت با پزشک آن را می‌دهند و اصلاً به مریض حتی این مساله را که داروی مشابه داده‌اند را بیان نمی‌کنند و متأسفانه این سیکل چون به خانه مریض تمام می‌شود و نظارتی بر آن نیست زیاد توجه را جلب نمی‌کند ولی من که بر این احوال واقف هستم می‌دانم که چقدر این دکترهای داروساز (البته بعضی‌شان) داروهای مشابه می‌دهند و یا مقدار دارو را برحسب موجودی دارو در داروخانه کم می‌کنند تا برای دیگر نسخه‌ها باشد و خدای نکرده نسخه‌ای را به خاطر نداشتن

مانع اعتلای سطح علمی و رغبت پژوهشی و آموزشی آنان خواهد شد. مشکل مذکور مساله حقوق بازنشستگی اعضای هیئت علمی است که جوابگوی نیازهای دوران کهولت آنان نیست. یک عضو هیات علمی به علت طول مدت تحصیل غالباً دیر ازدواج می‌کند و زمانی که به سن بازنشستگی می‌رسد هنوز فرزندان او در حال تحصیل اند. حال تصور فرمایید استادی که در سال‌های آخر خدمت در حال شاغل بودن ماهانه مبلغی حدود ۷۰ هزار تومان دریافت می‌کند و پس از بازنشسته شدن یکباره این مبلغ به ۲۰ یا حتی ۲۵ هزار تومان تنزل کند دچار چه ضربه سنگینی خواهد شد زیرا حقوق بازنشستگی ۲۰ یا ۲۵ هزار تومان حتی برای تأمین هزینه تحصیلی فرزندان دانشگاهی کافی نیست. از سوی دیگر اگر یک عضو هیات علمی به علت بیماری یا علل دیگر بازنشسته یا از کار افتاده شود و یا فوت کند حقوق بازنشستگی یا مستمری او با قوانین موجود در حدی است که خود و خانواده‌اش را دچار فاجعه فقر و درماندگی می‌کند. بدیهی است در صورتی که حقوق و مزایای ایام اشتغال در حدی بود که پس‌اندازی برای دوران بازنشستگی تأمین میکرد، هیچگونه نگرانی به وجود نمی‌آمد اما حقوق فعلی با وجود ترمیم قابل توجه در برابر تورم فوق‌العاده هزینه‌ها اجازه پس‌انداز نمی‌دهد در حدی که معلوم نیست یک استاد پس از ۳۰ سال خدمت صادقانه آموزشی و پژوهشی صاحب یک خانه شخصی گردد.

البته برخی از متخصصین دانشگاهی که مطب و بیمارستان یادفتر کار فنی خارج دانشگاهی دارند ممکن است درآمدهای خارجی قابل توجه و زندگی

مرفهی داشته باشند اما این امر درباره استادان علوم پایه که تنها منبع درآمدشان همان حقوق و مزایای رسمی دانشگاهی است صادق نیست و نکته مهم آن که پیشرفت علم و اعتلای سطح دانش و پژوهش به عهده همین استادان علوم پایه است که متأسفانه از امکانات رفاهی و حقوقی برخوردار نیستند و از جهت آینده خود و فرزندان نگرانند. با توجه به نکات فوق امضاکنندگان زیر از ریاست محترم جمهوری، هیئت محترم دولت و مجلس شورای اسلامی تقاضا دارند که:

۱- حقوق و مزایای اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها را به میزانی تعیین کنند که با درآمد شغل‌های آزاد، فاصله کمتری داشته و با افزایش تورم ترمیم شود.

۲- دریافتی بازنشستگی را مطابق آخرین حقوق و مزایا تعیین کنند تا پریشانی و نگرانی نسبت به آینده تا حدودی برطرف شود.

۳- برای جلوگیری از تقاضای بازنشستگی بی‌رویه و پیش از موعد، قوانین خاص وضع شود. ۴- در مورد استادانی که قبل یا بعد از بازنشستگی از کار افتاده می‌شوند یا فوت می‌کنند مقررات ویژه‌ای به اجرا گذاشته شود تا خانواده آن‌ها دچار آسیب شدید نشوند.

۵- دریافتی بازنشستگی را در صورت امکان با تعداد عائله‌مندی هر فرد ارتباط دهند.

مسلم است اقدام موثر و فوری در موارد فوق موجب رفع نگرانی، ایجاد دلگرمی و جاذبه فوق‌العاده، جهت اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها خواهد شد و تعداد کثیری از تحصیل کرده‌ها که خارج از وطن به سر می‌برند را به کشور سرازیر

پیشنهادات این همکار محترم به‌صورتی دیگر نیز قابل اجراست و آن این که بخش عمده‌ای از سؤالات را می‌توان هنگام پذیرش نسخه بیمار از فرد ارائه‌دهنده - همراه بیمار - پرسید و بالای نسخه نوشت.

■ آقای رحمان مجمع صنایع، دانشجوی داروسازی (تهران)

«سردبیر محترم رازی مساله‌ای است که کمی مرا آزار می‌دهد این است که بنده و امثال من که بهترین دوران عمر خود را در کسب علوم و فنون می‌گذارند چرا بایستی نظاره‌گر فروش دارو توسط جاهلان و جاعلان که با این حرفه کاذب به جایی هم نه از نظر مادی بلکه از نظر اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی می‌رسند، در خیابان‌های تهران خصوصاً خیابان ناصرخسرو باشیم؟ این مطالب را از دیدگاه یک عامی و رهگذری که نکته سنج بوده و از این اجتماع عبور می‌کند و اجتماعات و جوامع گوناگون را با هم مقایسه می‌کند می‌گوییم که مثلاً در مورد فروختن دارو در کشورهای پیشرفته دکتر داروساز دستش می‌لرزد و با هزار سؤال و جواب از مریض و مشاوره با پزشک مربوطه با درک به صحت و سقم آن را به مریض می‌دهد. بلی این ماده زندگی‌ساز است برای مریض ولی اگر کسی دوز مصرفی یا تداخلات آن با دارو - غذا و زمان مصرف و عوارض جانبی‌اش را نداند آن وقت این ماده تبدیل به چه می‌شود؟»

خواهد نمود، که نتیجه مثبت آن مستقیماً به آینده‌سازان مملکت منتقل خواهد شد.

■ آقای دکتر سعید حقگو، داروساز (بیرجند)

«احتراماً در مورد نوشتن نسخه توسط همکاران محترم پزشک تذکراتی داشتم که چنانچه قابل طرح و بررسی باشد خواهشمندم درج نموده تا به استحضار سایر همکاران محترم نیز برسد. غالباً در مورد مراجعه‌کنندگان به مراکز پزشکی (دولتی یا خصوصی) که تحت پوشش بیمه‌های خدمات درمانی هستند (دارای دفترچه نمی‌باشند) و داروی آن‌ها در سرنسخه پزشک یا مرکز درمانی نوشته می‌شود تنها به ذکر نام و نام فامیل بیمار اکتفا می‌گردد، که این موضوع مخصوصاً در داروخانه‌های پر مراجعه‌کننده و یا مواقعی که امکان تماس مستقیم داروساز با بیمار مقدور نیست (مثلاً در مواردی که نسخه بیمار توسط شخص دیگری جهت دریافت دارو به داروخانه آورده می‌شود) ایجاد مشکلاتی می‌نماید، بنابراین اگر ترتیبی اتخاذ شود تا prescription به‌طور کامل انجام گرفته و به جز اکتفا به ذکر نام و نام خانوادگی بیمار اطلاعاتی از قبیل سن، جنسیت (حتی با علامات اختصاری ♂ و ♀) و موارد خاص دیگر مانند Renal failure یا pregnancy قید گردد، در مورد کنترل دوز دارو عوارض جانبی و سایر مواردی که به داروساز مربوط می‌باشد کار به آسانی انجام شده و احتمال بروز اشتباه نیز بسیار کم خواهد شد.»