

Levél a szerkesztőséghez

Gondolatok a Gyógyszerészeti Évkönyv szerkesztése közben

Az 1984. évi Gyógyszerészeti Évkönyv szerkesztése során óhatatlanul is sok minden jut az ember eszébe — nemcsak technikai részletkérdések (bár ezek sem elhanyagolhatók). E gondolatok közül szeretnék néhányat közreadni abban a reményben, hogy ezek némelyike talán alkalmas lehet arra, hogy egy-egy részterületen előbbre vigyen.

A megjelenés periódusai

Társaságunk elnöksége kétségtelenül valós társadalmi igényt elégített ki akkor, amikor — több évtizedes szünet után — elhatározta az Évkönyv 1971. évi (első) kötetének megjelentetését. Ezt a kötet fogadtatása egyértelműen bizonyította. Ezt követően került sor arra, hogy az elnökségi határozat 3—4 éves periódusonként egy-egy új kötet megjelenése még eleget tett ennek; a következő kiadás azonban már 1979-es évszámot visel és ugyancsak 5 év telik el az 1984. évi kötet megjelentése között is. Mindez persze magyarázható a megnehezült gazdasági viszonyokkal. Elgondolkozató azonban, hogy amikor Schédy Sándor 120 évvel ezelőtt elkezdte az akkor Zsebnaptár címen megjelenő sorozat kiadását, hazánkban (az akkori területen) mintegy 600 közforgalmú gyógyszerterár működött, kevesebb, mint a mai gyógyszerterárak számának a fele. Sőt: nemcsak ez a Zsebnaptár jelenhetett meg évente, de a szakmának hetilapja volt. Pedig akkoriban dotáció, állami támogatás szóba sem került. A gazdasági helyzet sem volt mindig rózsás; hiszen 1873-ban nagy „Krach” volt és azt követően sem volt mindig válságoktól mentes a gazdasági élet. Ugyanakkor nemcsak egy második hetilap (a Gyógyszerészeti Közlöny) indult meg 1885-ben, de mindkét hetilap saját bevételéből fenn is tudta magát tartani; csak az I. világháborút követően kellett az akkor már 3 vezető hetilapnak átmenetileg társulnia úgy, hogy hetenként felváltva jelentek meg. A Zsebnaptár azonban évente megjelent, sőt: nem egy olyan esztendő is ismerünk, ahol *egynél több* (különböző kiadású) évkönyv jellegű kiadványra is jutott fizetőképes kereslet. Hangsúlyozzuk: a gyógyszerterárak száma általában (1900 és 1918 közötti időszakot kivéve) nem volt több, mint ma; a gyógyszerterár ára folyamatosan csökkent, viszont a gyógyszerterárak forgalma töredéke volt a maiak. Jó volna részletesebben elgondolkodni azon: mégis, mi az, ami akkor lehetővé tette azt, amit ma évtizedek óta nem tudunk megoldani (pl. azt, hogy a Gyógyszerészet ne havonta, hanem legalább kéthetenként megjelenjen és friss híreket közöljön).

Az adatok hozzáférhetősége és pontossága

Meglehetősen megnehezíti az Évkönyvben történő kifogástalan tájékozódást — adott esetben — az a körülmény, hogy a kolleganók mind nagyobb számban alkalmazzák nevük megjelölésére a keresztnev nélküli asszonynevet a lánynévvel kombinálva. Ez a tény különösen a nyelvünkben gyakori vezetékneveknél okozhat zavart. Természetesen nincs arról szó, mintha bárki is megkérdőjelezné az illetén — törvényileg is biztosított — névhasználatot. Arra azonban szükség volna, hogy összeírásoknál, az ún. zöld nyilvántartókartonok kitöltésénél, valamint adatszolgáltatásoknál a *teljes* (tehát a férj keresztnevével is kiegészített) asszonynev kerüljön feltüntetésre (pl. Kissné Molnár Mária helyett Kiss Péterné Molnár Mária).

További nehézséget jelent az a körülmény, hogy azok a gyógyszerésznők, akik csak asszonynevüket használják, az egyetemi doktori fokozat megszerzése esetén ezt nevükben — szabályosan — aligha képesek kifejezni. Az nyilvánvaló, hogy férjezett nevük *elé* nem kerülhet a „dr.” jelzés; így — jobb megoldás hiányában — alakult ki az a szokás, hogy asszonynevüket követően — tehát a férj keresztnevének „-né” ragja után — tüntetjük fel a doktori címet. Ez azonban igencsak furcsa volna akkor, ha történetesen a férj is rendelkezik doktorátussal. Hiszen az még valahogy elfogadható, hogy pl. Horváth Istvánné dr. nevet használ valaki, de a „dr. Horváth Istvánné dr.” bizonyára mosolyt fakasztana. Itt valóban csak a leánynev használata segíthetne (pl. dr. Horváth Istvánné dr. Tóth Mária).

A szakmai presztízs kérdéséhez

Amennyire örvedetes volt a szerkesztés során az előző kiadásban szereplő nevek közül néhány tucatnál a „dr.” jelzés pótlása — jelezvén azt, hogy egy fél évtizedes periódus alatt hányan szereztek egyetemi doktori fokozatot —, annyira elgondolkozató, hogy milyen jelentős számban találni olyan kollegát és kolleginát, akinek a munkahelye lehetővé tenné, munkaköre pedig egyenesen megkövetelné, hogy gyógyszerészdoktori fokozatot szerezzen. Egyedül az egyetemi intézetekben dolgozókra nem vonatkoztathatók fentiek; ők szinte kivétel nélkül megszerzték, illetve megszerzik ezt az első tudományos fokozatot. Különösen azokban a munkakörökben, ahol az orvosokkal való munkakapcsolat mindennapos, az egész szakmára kiható következtetések levonását eredményezheti ez. Azt is figyelembe kell venni, hogy 1984. szeptember 1-től kezdődően a kötelezően előírt, legalább középfokú állami nyelvvizsga

nehézíteni fogja az egyetemi doktorátus megszerzését. Nyilvánvalóan serkentőleg hatna, ha bizonyos beosztások elnyerésének kötelező feltétele volna a gyógyszerészdoktori fokozat.

A szakmai önbecsülés kérdése

A szerkesztés során nem kevés nehézséget okozott az a tény, hogy az elhunyt kartársainkról, elhalálozásukról szóló hír csak esetlegesen (elsősorban a Gyógyszerészet „In memoriam” rovatából) jut a szerkesztők tudomására. Ennek a kérdésnek van egy szerkesztési oldala: az nevezetesen, hogy így semmi biztosíték nincs arra, hogy időközben elhunyt kollegák neve ne szerepeljen a gyógyszerészi névsorban. Ez azonban — úgy véljük — az adott helyzetben elkerülhetetlen, és „bocsánatos” bűn. Sokkal elszomorítóbb a kérdés másik: erkölcsi oldala. Adva vannak egyszer a területileg illetékes Gyógyszertári Központok, amelyek a jogszabály rendelkezése szerint nemcsak munkavállalóik, de a terület valamennyi gyógyszerészenek adatait naprakészen vezetni kötelesek az ún. zöld kartonokon (lásd. a Gyógyszerészek Országos Nyilvántartásáról szóló hatályos miniszteri utasítást). Ugyanakkor működnek a Magyar Gyógyszerészeti Társaság területi szervezetei, amelyeknek — az elnökség korábbi határozata alapján is — kiemelt feladataik közé kell tartozzon a nyugdíjas gyógyszerészekkel való kapcsolat tartása és ápolása. És annak ellenére, hogy mind állami, mind társadalmi oldalról szervezett útja van (volna annak, hogy minden megyében (és a fővárosban) évenként egy-két alkalommal számbavegyék a nyugdíjba vonult kartársakat, megkeressék őket,

és megtudják: élnek-e még, mégis sorozatosan fordul elő, hogy úgy halnak el gyógyszerészek, hogy arról sem a területileg illetékes társadalmi szervezet, sem a zöld kartonok vezetésére kötelezett állami szerv nem szerez tudomást. Hiszen azt már feltételezni sem merem, hogy tudomást szereznek ugyan egy-egy ilyen eseményről, de nem vesznek maguknak annyi fáradságot, hogy a Gyógyszerészet szerkesztőségéhez egy néhány soros halálhírt továbbítsanak...

Szóban és írásban sok, és egyre több szó esik arról, hogy milyen (milyen alacsony) a gyógyszerészek és a gyógyszerészet társadalmi (erkölcsi, anyagi) megbecsülése. A furcsa az, hogy e téren azok a leghatalmasabbak, akik ugyanezt a megbecsülést szakmán belül — enyhén szólva — nem adják meg azoknak, akik elhunytak. Mindezt persze már korábban kellene elkezdni. A már említett régi szaklapjaink között alig találni olyat, amelyik ne adott volna hírt arról, hogy november 1-én vagy 2-án „az egyetemi ifjúság” ne tisztelgett volna az ismert fővárosi temetőkből elhunyt nagyjaink síremlékénél. Ezt a szokást is fel lehetne eleveníteni.

Realizmusom bizonyára megment attól, hogy azt képzeljem: egyedül, csakis a szakmai önbecsülés képes arra, hogy égető gondjainkat a megoldás útja felé terelje. Ezt hinni: naivitás volna. De hiszem azt, hogy ennek hiánya jelentős akadály annak, hogy a szakma egészének mindennapos szorító problémái (ár- és bérkérdés, fejlesztési alapok elégtelensége stb.) megoldódjanak.

Dr. Kempler Kurt
fel. szerk.

GYAKRAN NEM ISMERIK FEL A GLAUKOMÁT

Red.: Ph. Ztg. 129 (2), 60 (1984).

Európában a glaukoma egyike a megvakulás három leggyakoribb előidézőjének. A Német Szövetségi Köztársaságban félmillió 40 éven felüli személy szenved — általa sokszor fel sem ismert — zöldhályogban. Mivel a glaukoma kifejezetten az öregkor betegsége, úgy számítják, hogy az a 60 éven felüli lakosság 5%-át érinti. Jelenleg 400 000 idejében felismert zöldhályog beteget kezelnek az országban. Szakszerűen végzett kezeléssel meg lehet akadályozni, hogy a betegség jóvátehetetlen károsodást okozzon. Ennek az egyszerű, gyakori idült szembetegségnek a felismerése — különösen kezdeti időszakban — némi nehézségbe ütközik, mivel az érintett panaszmentes, a szem külsőleg egészségesnek látszik és időnkint a nyomásértékek is normálisak. Ez a magyarázata annak, hogy a 40 éven felüli lakosság mintegy 2%-a kezdődő idült glaukomában szenved, anélkül, hogy többségüknek erről tudomása volna. Ezért feltétlenül szükséges, hogy az ezen kort elért személyek legalább kétféleként szemorvosi vizsgálatnak vessék alá magukat. Látásvizsgálat és szemüveg-megállapítás nem ad semmiféle utalást kezdődő, vagy már előrehaladott állapotban levő zöldhályog jelenlétére (70).

R. B.

VESZÉLYES PENÉSZGOMBÁK

Red.: Ph. Ztg. 129, (3), 143 (1984).

Különböző gombafajok nemcsak az általuk megtámadott élelmiszerek romlását okozzák, hanem gyakran krónikus, eleinte észre sem vehető mérgezéseket is okozhatnak. Egy az NSZK-beli Giessenben végzett vizsgálatsorozat során azt kutatták, hogy a konyha mely területei azok, amelyekben különböző penészgombák találhatók. Gyúródeszkákon, mosogató edényeken, kenyérszeletelő gépen, sajtartókon, a hűtőszekrény fűtelékrekeszeiben találták a legtöbb gombás fertőzést. Annak érdekében, hogy egészségünket megóvhassuk, penészes, vagy gombával fertőzött élelmiszereinknek ne csak a károsodott részeit távolítsuk el, hanem leghelyesebb az egészet megsemmisíteni. Mert, az emberi szemmel nem látható micéliumok mélyen behatolnak a gombától megtámadott élelmiszerekbe. Konyhai edényeinket, eszközeinket gyakori alapos tisztogatással óvjuk a gombás fertőzések től (71).

R. B.