



بررسی کیفیت ارائه خدمات در داروخانه‌های اصفهان

دکتر حمیدرضا جمشیدی ، دکتر بهزاد ذوالفقاری ،
دکتر پیمان ادیبی
اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه

سلامتی انسانها یکی از اهداف مهم است و دارو به عنوان یکی از اجزای مهم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در راه وصول به این هدف نقشی اساسی دارد و همگام با تکامل و گسترش علوم دارویی وظایف علمی و اخلاقی داروساز نیز در

طی زمان تغییر کرده است. مثلاً در سال ۱۸۵۲ کار داروساز به خواندن نسخه و ترکیب کردن مواد مختلف و تهیه‌ی یک فرآورده محدود می‌شد. لذا نخستین وظیفه‌ی داروساز، تهیه فرآورده‌های با کیفیت عالی بود. در سال ۱۹۲۲ وقتی داروهای آماده توسط شرکتهای دارای

صلاحیت، تحویل داروساز شدند، وظیفه‌ی داروساز تغییر کرد و شامل محافظت از دارو و کنترل تاریخ انقضای مصرف داروها و نیز تهیه‌ی داروهای ماژیسترال می‌شد. در سال ۱۹۵۲ انبار کردن درست داروها به وظایف داروساز اضافه شد. در قانون‌نامه‌ی فعلی هنوز عدم مصرف داروهای فاقد کیفیت و عدم تحویل داروها و وسایل پزشکی فاقد ارزش درمانی از وظایف داروساز محسوب می‌گردد (۱). لذا با توجه به اهمیت نقش داروخانه‌ها و وظایف داروسازان در چرخه‌ی بهداشت و درمان اقدام به بررسی نحوه‌ی ارائه خدمات در داروخانه‌های شهر اصفهان گردید. در این مطالعه مواردی که در شرایط ایده‌آل و تحت ضوابط قانونی باید رعایت شوند، از جمله شرایط کاری مسئول فنی، وضعیت قیمت‌گذاری، چگونگی نگهداری داروها و شرایط مکانی داروخانه، وضعیت تهیه‌ی داروهای ترکیبی مورد توجه واقع گردید. یقیناً تبیین وضع موجود ما را برای رسیدن به وضعیتی مطلوب کمک خواهد کرد.

روش بررسی

جمعیت و نمونه: طی سرشماری از کلیه‌ی ۱۲۶ داروخانه شهر اصفهان که اسامی و آدرس آنها در لیست مدیریت امور دارویی استان اصفهان به ثبت رسیده بود، نمونه‌ی مورد مطالعه انتخاب گردید. این داروخانه‌ها بر اساس نحوه‌ی ارائه خدمات و وضعیت فیزیکی مورد بررسی قرار گرفتند.

نحوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات: اطلاعات با کمک پرسشنامه توسط دانشجویان سال آخر

داروسازی و سال پنجم تا ششم پزشکی بصورت هماهنگ جمع‌آوری گردید. پرسشگران طی یک جلسه‌ی توجیهی آموزشی لازم را دیدند و اشکال استاندارد ظروف و وسایل داروخانه برای آنها نشان داده شد. یک برگه‌ی راهنما که حاوی راهبردهای لازم جهت اجرای طرح بود در اختیار پرسشگران قرار گرفت. جهت اطمینان از توجیه کافی پرسشگران مراحل اجرایی طرح بصورت تصادفی یا پنج نفر از آنها و در مقابل

۹۹ سلامتی انسانها یکی از اهداف مهم است و دارو به عنوان یکی از اجزاء مهم مراقبتهای بهداشتی اولیه در راه وصول به این هدف نقشی اساسی دارد. ۶۶

همه، مورد مرور قرار گرفت. هر پرسشگر با بخشنامه‌ی رسمی مدیریت دارویی استان، حکم کتبی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان و نامه رئیس انجمن داروسازان استان اصفهان که همگی بر همکاری با پرسشگران تصریح داشت، رأس ساعت مقرر به داروخانه‌ها وارد شده و پس از ورود بنا بر ارائه بخشنامه‌های مذکور و توضیح اهداف طرح برای مسئول فنی داروخانه اقدام به تکمیل می‌نمودند، و آن را به ستاد اجرایی طرح واقع در پژوهشکده‌ی امین اصفهان ارائه می‌دادند.

در صورت عدم همکاری مسئول فنی، مراتب توسط پرسشگر با تلفن به ستاد اجرایی طرح گزارش شده و از طریق ستاد مشکل عدم همکاری حل می‌شد. برای تمام داروخانه‌هایی که در ساعت اجرایی طرح باز بوده‌اند پرسشنامه

تکمیل گردید. با پایان اجرای طرح از سوی مجری نامه‌ای مبنی بر تشکر از مسئولین فنی داروخانه‌ها به پاس همکاری ایشان ارسال گردید.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

تمای جنبه‌های مربوط به ظاهر داروخانه (وجود نور کافی، آب تصفیه، یخچال)، لوازم ساخت داروهای ترکیبی، وجود دستورهای علمی یا تبلیغاتی، کیفیت قیمت‌گذاری نسخه، مهر زدن، وجود نسخه‌ی بیمه‌ی بدون قیمت، وجود اقلام مصرف غیر دارویی در داروخانه، نظافت قفسه‌های دارویی، تاریخ گذشته بودن داروها و مواد اولیه‌ی مناسب در پرسشنامه گنجانده شده بود. کل پرسشنامه شامل ۳۷ مورد بود و به دو بخش ۱۵ موردی داروهای ترکیبی و ۲۲ موردی وضع ظاهری داروخانه تقسیم شده بود.

در قانون نامه‌ی فعلی هنوز عدم مصرف داروهای فاقد کیفیت و عدم تحویل داروها و وسایل پزشکی فاقد ارزش در مسائلی از وظایف داروساز محسوب می‌شود. ۶۶

پس از ورود اطلاعات به کامپیوتر با استفاده از نرم افزار آماری Systat V.4 اقدام به تجزیه و تحلیل اطلاعات گردید.

نتایج

در مجموع ۱۱۱ پرسشنامه در مرحله‌ی جمع‌آوری اطلاعات تکمیل گردید. عدم تکمیل پرسشنامه بعلت آدرس اشتباه یا تعطیل بودن

داروخانه رخ داده بود. نتایج حاصل از پرسشنامه در جدول شماره‌ی یک آورده شده است. میانگین نمره‌ی وضعیت ظاهری، وضعیت تهیه‌ی داروهای ترکیبی و نمره‌ی کل پرسشنامه برای داروخانه‌های شهر اصفهان بترتیب $24/09 \pm 6/41$ ، $6/95 \pm 3/8$ ، $16/99 \pm 3/86$ بود.

در داروخانه‌های شهر اصفهان تبلیغ برای مصرف یک فرآورده غیردارویی $46/79\%$ و تبلیغ برای مصرف یک داروی خاص $61/47\%$ می‌باشد ($P < 0.001$). همچنین بین حضور داروساز در داروخانه و خوانا بودن دستورات داری ارتباطی وجود ندارد ($P = 0.430$) همچنین بین تحویل دارو توسط سایر کارکنان و خوانا یا کامل بودن دستورات داری ارتباطی وجود ندارد (بترتیب با $P = 0.669$ و $P = 0.529$). بین ساخت دارویی ترکیبی توسط داروساز و خوانا بودن و کامل بودن دستورات دارویی و فرمولاسیون دارویی ترکیبی ارتباطی معنی‌دار وجود دارد ($P = 0.005$). بین تمیز بودن لوازم تهیه دارویی ترکیبی و تهیه داروی ترکیبی توسط داروساز ارتباط معنی‌دار وجود دارد ($P = 0.001$). همچنین بین تحویل دارو توسط داروساز و قیمت زدن نسخ جلوی مشتری ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.023$).

عدم نقش جدی داروساز در تحویل دارو به بیمار و تماس چهره به چهره در بیش از 43% موارد و نداشتن روپوش در بیش از 50% موارد، عدم تمایز بین داروساز و سایر کارکنان در بیش از 95% موارد و دخالت سایر کارکنان در امر تحویل دارو در 84% موارد، همگی نشانده‌ی نقش ناکافی داروسازان در چرخه‌ی سلامت می‌باشد. فقدان منابع اطلاع‌رسانی دارویی در بیش از

۲۳٪ موارد و عدم وجود منابع اطلاعات دارویی نسبتاً جدید در ۷۰٪ موارد جلوه‌های دیگر از عدم وجود یک فضای مناسب علمی برای ارتباط مشورت داروساز با پزشک و بیمار می‌باشد. شایان ذکر است به نظر محققین عدم وجود فضای مناسب برای مشاوره با بیمار با وجود سیاستهایی که فقط دریافت نسخه‌ی بیشتر و آمار فروش بالاتر برای داروخانه را مدنظر قرار داده است منجر به بروز دلسردیهایی خواهد شد. همچنین بسیاری از مشکلات داروسازان ناشی از عدم ارتباط کافی آنها با مردم برای ارائه خدمات دانسته شده است (۲).

بسیاری از کشورها در پی وضع قوانین خاص برای اعمال نظارت هرچه بیشتر بر زمینه‌های فوق بوده‌اند. از آن جمله اخیراً مدیریت امور دارویی وزارت بهداشتی پرتغال اقدام به تصویب قوانینی نموده که بر اساس آن مسئول فنی و دستیار مسئول فنی کاملاً از یکدیگر متمایز بوده و اسم مسئول فنی داروخانه در بیرون و داخل داروخانه نوشته شده باشد و کتبی از قبیل فارماکوپه پرتغال و کتاب قانون قیمت‌گذاری در داروخانه موجود باشد و شرایط نگهداری و تاریخ انقضای مصرف دارو بررسی شود (۳). باید توجه داشت هشدارهای وارده از خارج و داخل منجر به تشویق داروسازان برای مشاوره با بیمار می‌شود، لذا پیشنهاد میشود حداقل برای داروسازانی که عمل مشاوره را بخوبی انجام می‌دهند در ازای هر نسخه تعرفه‌ای در نظر گرفته شود. این امر در بین تعدادی از سازمانهای بیمه‌گزار آمریکایی مرسوم است (۲). وجود داروهای تاریخ گذشته در قفسه‌ها در ۲۰٪ موارد، وجود نسخه‌ی فاقد

قیمت در نسخ بیمه در ۱۵٪ موارد، و وجود بسته داروهای مرجوعی در ۲۷٪ موارد لزوم کنترل و نظارت دقیق را گوشزد می‌نماید. شایان ذکر است یکی از اصول قانون بازرسی از داروخانه در رابطه با چگونگی نگهداری دارو، بررسی وجود یا عدم وجود داروهای تاریخ گذشته، حضور مسئول فنی در داروخانه و شرایط مکانی داروخانه می‌باشد (۴). علاوه بر اینکه از دیدگاه اخلاقی کنترل دوره‌ای تجهیزات و رفع نواقص آن از مهمترین موصیبه‌های اخلاقی پزشکی شمرده است (۵).

ضعف داروخانه‌ها در ارائه پیامهای بهداشتی (فقط در ۱۹٪ موارد) و ترغیب در جهت عدم مصرف بی‌رویه داروها (فقط ۲۰٪ موارد) در مقابل تبلیغات برای مصرف یک قرآورد غیر دارویی در ۳۷٪ موارد نقطه ضعفی در جهت ایفای نقش صحیح داروساز در سیستم بهداشتی و درمانی را پدید آور می‌شود.

عدم کافی بودن وسایل ساخت داروهای ترکیبی در بیش از ۱/۲ موارد، آلردیکی وسایل موجود در ۶۰ درصد موارد، عدم بسته‌بندی در ظروف ویژه در ۲۵٪ موارد، ناخواسته و شکامل بودن پرچسب داروهای ترکیبی ۴۴٪ موارد، تمیز نبودن مواد اولیه در ۲۶٪ موارد و مهمتر از همه عدم تهیه داروهای ترکیبی توسط داروساز (آن هم به اذعان کارکنان داروخانه) در ۲۳٪ موارد بر وضعیت نامناسب عرضه محصولات دارویی و داروهای ترکیبی تأکید می‌کند.

از آنجا که یکی از اهداف سیاست دارویی ملی که توسط سازمان بهداشت جهانی پیگیری می‌شود، اطمینان از تداوم دسترسی به داروهای کارآ با کیفیت و ایمنی پذیرفتن برای تمام

نیازمندان است (۶)، و بر طبق اصول اول، دوم و هفتم قانون نامه اخلاقی برای داروسازان مصوب ۱۹۶۹، داروساز باید تندرستی و ایمنی بیماران را نخستین مسئله‌ی مورد نظر خود قرار دهد و به عنوان مسئول سلامتی بیماران با تمام توان خود به یک‌یک آنها خدمت نماید، داروساز نباید هیچگاه در به کار بردن، ترویج و توزیع دارو یا وسایل پزشکی کوتاهی کند یا داروها و وسایلی را که از نظر کیفیت و مرغوبیت و از نظر قانونی استاندارد نیستند یا ارزش درمانی ندارند به کاربرد یا ترویج و توزیع نماید. همچنین داروساز نباید قبول کند تحت شرایط و اوضاعی مشغول بکار شود که معارضین یا مشغل فعالیت شایسته حرفه‌ای و مهارت‌ش باشد یا از کیفیت خدماتی که انجام می‌دهد بکاهد یا با کارهای خلاف اخلاق حرفه‌ای موافقت کند (۱). با توجه به نتایج پژوهش حاضر، نظارت دائمی بر اصول فوق بخصوص از طرف انجمن داروسازان و همچنین مدیریتهای امور دارویی در سراسر کشور الزامی می‌نماید.

بعلاوه می‌توان از تجربیات سایر کشورها در جهت اصلاح سیستم نسخه‌نویسی و ترویج داروسازان به مشارکت هر چه بیشتر در ارائه خدمات مشاوره‌ای دارویی استفاده نمود. دولت اسپانیا پزشک و داروساز را ملزم به تکمیل فرمی نموده که حاوی اطلاعاتی درباره‌ی پزشک معالج، بیمار، داروی تجویزی، گروه درمانی، هدف از تجویز دارو، طول مدت درمان، مقدار و نحوه‌ی مصرف دارو، توصیه‌هایی به بیمار برای رعایت دستورات دارویی و در صورت امکان ذکر تشخیص بیماری می‌باشد. مؤسسه ملی بهداشت اسپانیا به منظور ایجاد ضمانت اجرایی

طرح فوق از پرداخت هزینه‌های مربوط به نسخی که فرم آنها ناقص باشد به داروسازان خودداری ورزیده است (۷). همچنین آموزش داروسازان و آگاه کردن ایشان در مورد اهمیت نقش حرفه‌ای داروساز در اعتلای سلامت جامعه با برگزاری همایش‌ها، بازآموزیها و ارسال کتب و جزوات میتواند راه گشای حل بسیاری از معضلات باشد.

و نکته آخر آنکه باید اهمیت ادامه تحصیل در محدوده‌ی فنی داروسازی و مهارتهای بالینی را مد نظر قرار داد و حرکتی جدی برای بازنگری در آموزش داروسازی در جهت رویکرد به آموزش جنبه‌های بالینی در راستای افزودن توان مشاورتی داروسازان آغاز نمود (۸). تجدید نظر جدی در برنامه درسی رشته داروسازی در جهت افزایش کارآیی فارغ‌التحصیلان لازم است.

باتشکر از:

اعضای هیئت علمی دانشکده داروسازی و ریاست انجمن داروسازان استان اصفهان، اعضای کمیته تحقیقات دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کارکنان مرکز تحقیقات و پیشگیری تالاسمی استان اصفهان

تذکره: این مقاله در اولین کنگره

اخلاق در داروسازی و علوم پایه پزشکی (فروردین ماه ۷۲) ارائه شده است.

منبع:

۱- بهزاد، م: اخلاق داروسازی، ماهنامه دارویی رازی، سال پنجم، ش، اسفند ۷۲، ص ۴۹-۵۷