

## نگاهی به نسخه‌نویسی در جنوب تهران

دکتر حسین سلیمانی اصل، دکتر مینو خاتمی مقدم، دکتر ابوالقاسم پوررضا

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دارو مسئله‌ای چند بعدی است. از طرفی با تشخیص، درمان، پیشگیری، تخفیف، تسکین بیماری و تغییر طبیعی یا مرضی یکی از دستگاه‌های بدن سرکار دارد (۱) و از طرف دیگر با سیستم تولید، توزیع و الگوهای مصرف یک جامعه مربوط شده و از اینطرف نقش موثر و عمده‌ای در حیات اقتصادی یک جامعه بویژه در اقتصاد بهداشت آن ایفا می‌کند. ویژگی اخیر بخصوص در کشورهایی نظیر کشور ما که اقلام وارداتی دارویی قابل ملاحظه‌ای دارند بسیار چشمگیر تر است. نکته قابل ذکر دیگر اینکه داروها علیرغم نقش حیاتی خود برای بیماران و دیگر گروه‌های آسیب پذیر عوارض جانبی و بعضاً ناگواری دارند که استفاده مفرط از دارو را زیر سؤال می‌برد. بخاطر نقش‌های اقتصادی و عوارض جانبی استفاده مفرط و یا ناصحیح از دارو است که امروزه گرایش بسیار مسلط و قوی در محدود کردن استفاده از دارو در سطح بین‌المللی و بویژه در کشورهای پیشرفته مطرح و برای آن برنامه‌ریزی شده است. این گرایش علیرغم ارتقای سطح بهداشت و افزایش میزان مشاوره با پزشکان و ارائه کنندگان خدمات

بهداشتی است. بعنوان مثال تعداد نسخه سرانه (مشاوره با پزشکان بدون استفاده از دارو و مصرف آن) در بعضی از کشورهای اروپایی نظیر سوئد بمیزان ۴۷٪، انگلستان بمیزان ۲۱ درصد و هلند بمیزان ۲۰ درصد در فاصله ۱۹۹۰-۱۹۹۵ افزایش نشان می‌دهد (۲). در حالیکه تعداد اقلام دارویی تجویز شده بطور سرانه در اروپا در سال ۱۹۹۵ نسبت به سال ۱۹۹۰-۱۱ درصد کاهش دارد.

هرچند اینگونه نوسانات مصرف دارویی از عوامل متعدد دموگرافیک (ترکیب سنی جمعیت)، اپیدمیولوژیک (توزیع و شیوع بیماریها)، استراتژیک (خط مشی و تصمیم دولتها) و حتی در مواردی فرهنگی (اعتقادات و تمایلات مردم) و جغرافیایی تاثیر می‌پذیرد اما در سطوح پایین‌تر و عملی‌تر از حلقه بیمار-پزشک-داروساز بعنوان متقاضی، مجوز دهنده و عرضه کننده متاثر است می‌توان چنین استدلال کرد که در این منظومه نقش تعیین کننده را پزشک معالج عهده دار است چرا که از طرفی او تنظیم کننده و واسط بین متقاضی (بیمار) و عرضه کننده (داروساز) است و از طرف دیگر

صلاحیت علمی و حقوقی وی برای تجویز دارو جهت درمان بیماران به رسمیت شناخته می‌شود.

### اهمیت موضوع

در کشور ما مصرف سرانه بنحو چشمگیری بالاست (۳). خود درمانی، عدم اعتقاد به درمان بدون دارو، فشار بر روی پزشک جهت تجویز داروهای مازاد بر نیاز (گاهاً بعنوان جانشین مواد غذایی که بدن بیمار دریافت نمی‌کند مثلاً ویتامین‌ها و تقویت‌کننده‌ها)، ترس از کمبود دارو در بازار و انبار کردن آن برای روز مبادا، عدم تولید داخلی برخی اقلام دارویی بمیزان کافی، بزیز سوال بردن صلاحیت علمی تعدادی از پزشکان که دارو جهت درمان تجویز نمی‌کند، فقدان وحدت رویه در نسخه‌نویسی و تجویز اقلام زیاد دارو توسط پزشکان بویژه پزشکان عمومی می‌تواند از جمله عواملی باشند که به این مشکل دامن می‌زنند. عوامل تکنیکی دیگری نیز ممکنست دامنه این مشکل را وسیعتر نمایند: افزایش نسبت پزشکان عمومی به کل پزشکان (متخصصین، دندانپزشکها و...) در منطقه، تراکم بیماران و کوتاهی مدت زمان معاینه، درآمد کم پزشکان در نتیجه تاثیرپذیری آنان از بعضی قراردادهای غیر منطقی منعقد شده بین آنها از یک طرف و کادر تزیقات در مورد داروهای تزیقی از طرف دیگر بعنوان گروهی دیگر از عوامل موثر در تجویز غیر منطقی دارو و بالا رفتن میزان مصرف آن عنوان شده است.

تجویز و متعاقب آن مصرف بی‌رویه دارو به موارد زیر اطلاق می‌شود.

۱- داروهاییکه براساس تشخیص نادرست

تجویز شده و تاثیری در درمان بیماری بیمار ندارد و ممکنست حتی عوارض سوء هم دربرداشته باشد.

۲- تجویز داروهای بی‌اثر علیرغم تشخیص صحیح (عدم اطلاع از درمان صحیح)

۳- تجویز دارو با دوز کمتر از حد دوز موثر

۴- تجویز دارو با طول درمان کمتر از زمان مقرر

۵- تجویز داروهای اضافی و غیر ضروری (ویتامین‌ها)

۶- تجویز داروهای مشابه از نظر تاثیر دارویی

۷- تجویز دارو با دوز و طول درمان بیشتر از معمول که عوارض جانبی نیز برای بیمار دارد.

۸- تجویز داروهای تزیقی علیرغم امکان استفاده از نوع خوراکی آن.

۹- تجویز داروهایی که مصرف آن نیازمند دقت زیاد از نظر مصرف یا میزان مصرف است ولی بیمار آموزش لازم را در این رابطه از پزشک معالج دریافت نمی‌کند.

بررسی نسخ دارویی تجویز شده توسط پزشکان چه به صورت منطقه‌ای - محلی و چه به شکل گسترده در سطح کشور در مقاطع زمانی مخصوص می‌توان آیینی‌ای جهت انعکاس موقعیت اپیدمیولوژیک یک منطقه و اقتصاد دارویی بوده و تصویری نسبتاً کامل از الگوی نسخه‌نویسی پزشکان (نوع و میزان دارو تجویز شده - تشخیص بیماری) ارائه دهد.

با اینگونه بررسی‌ها احتمال شناخت و حذف داروهای اضافی کاهش میزان اقلام دارویی به میزان‌های پذیرفته شده بین‌المللی و توصیه شده علمی فراهم آمده و از این طریق علاوه بر صرفه‌جویی در هزینه‌های دارویی به مقدار زیاد

امکان باز آموزی نیروهای دست‌اندرکار در تهیه، توزیع، تجویز و مصرف دارو فراهم خواهد آمد.

گفتنی است که هزینه سالانه دارو در کشور با برابر ۹۰۰ میلیارد ریال می‌باشد که با راه‌اندازی و توسعه یک سیستم دقیق و منطقی نسخه‌نویسی امکان و احتمال کاهش آن به ۵۰۰ میلیارد ریال وجود دارد.

### مشکلات و جمع‌آوری اطلاعات

با توجه به تفاوت‌های بسیار بارز منطقه‌ای در تهران در ارتباط با شیوه زندگی، سطح درآمد، سواد و ... که تعمیم نتایج یک مطالعه منطقه‌ای را به مناطق دیگر دشوار می‌نماید تصمیم بر این گرفته شد که برای تامین دقت لازم در به تصویر کشیدن ویژگیهای تجویز و مصرف دارو از کلی‌گرایی اجتناب و بصورت منطقه‌ای عمل شود. لذا جمع‌آوری اطلاعات به شیوه مستقیم و دست اول اجتناب ناپذیر می‌نمود.

در منطقه جنوب تهران مشخصاً اسلامشهر و شهرری برای این مطالعه انتخاب شدند زیرا از نظر گروه‌های اجتماعی و رفتارهای فرهنگی تجانس قابل ملاحظه‌ای دارند، بعلاوه تراکم جمعیت در این نقاط علاوه بر آنکه فاکتور کمک‌کننده‌ای به انتشار سرایت برخی بیماریها می‌تواند باشد در میزان و نوع مصرف دارو نیز می‌تواند نقشی انکارناپذیر ایفا نماید. مضافاً اینکه بررسی وضع مناطق محروم از هر جهت در اولویت قرار دارد و شناخت وضعیت آنها اولین گام جدی در محرومیت‌زدایی می‌تواند تلقی شود. جمعیت مورد مطالعه و عدم اطلاع دقیق و فنی آنها از عارضه و نوع بیماری که آنها را

بسوی مطب پزشک سوق می‌دهد، عدم امکان آگاهی از نظر و تشخیص پزشک معالج در مورد هر یک از بیماران، خودداری موجه و ناموجه پزشک و بیمار از اعلام صریح و دقیق بیماری و تشخیص آن، محدودیت زمانی و مکانی استفاده از فضای داروخانه‌های فعال در منطقه جهت مذاکره با بیماران یا بررسی نسخ آنها، هر کدام محدودیتی در راه پژوهش آزاد مسئله دارو، تجویز و مصرف آن بشمار می‌روند که باید بنحوی بر آنها غلبه و یا آلترناتیوی برای آنها برگزید. مشکل دیگر فقدان یک مرکز اطلاعاتی جامع برای جمع‌آوری نسخ و سایر اطلاعات دارویی مورد نیاز برای تجزیه و تحلیل اپیدمیولوژیک - اقتصادی بود. با عنایت به مطالب پیشگفته دو ماه آخر سال ۷۴ بعنوان چهار چوب زمانی این تحقیق جهت جمع‌آوری اطلاعات انتخاب شد. آمار موجود از فعالیتهای مراکز درمانی نشان می‌دهد که در اسفند ماه میزان مراجعه به مراکز درمانی سیر نزولی دارد ولی تعداد مراجعین به اینگونه مراکز در بهمن ماه تفاوت معنی‌داری با ماههای دیگر سال ندارد. لذا انتخاب این دو ماه برای جمع‌آوری اطلاعات می‌تواند از تورش در جمع‌آوری اطلاعات تاحدودی جلوگیری کند.

از نظر مراکز نسخه‌پیچی - داروخانه - حدود ۳۰٪ داروخانه‌های فعال منطقه - ۶۵ داروخانه - بطور تصادفی جهت استقرار پرسشگران بمنظور جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و تکثیر نسخه تجویز شده در نظر گرفته شدند این تعداد زیاد به این منظور در نظر گرفته شدند. که از طرفی پوشش نسبتاً جامعی از منطقه در ارتباط با موضوع فراهم شود و از طرف دیگر نتایج

حاصله از تعداد نمونه بالا قابل تکاثر و از تورش بدور باشد.

تصویر نسخ واصله به این ۶۵ مرکز تهیه و مشخصات سنی صاحبان آنها به همراه علت مراجعه به پزشک در پشت آنها درج می‌گردید. هرچند همانگونه که گفته شد بیمار بعلت فقدان دانش فنی و تخصصی همواره قادر به تشخیص درست بیماری خود نیست اما احساس و دریافت بیمار از بیماری و کسالت خود نیز همواره نادرست نمی‌باشد و در اغلب موارد نشانه‌ها و علائم اظهار شده از سوی بیمار است که پزشک را در تشخیص دقیقتر بیماری یاری می‌کند. در هر حال نارساییهای اندامها و دستگاہهای بدن نه با بیان علمی و تخصصی بلکه در کلام مصطلح روزمره بیماران اساس طبقه‌بندی بیماریها در ارتباط با میزان و نوع مصرف داروها در این بررسی قرار گرفته است.

از کل نسخ جمع‌آوری شده (۲۸۰۰ برگ) ۲۵۹۰ نسخه مربوط به پزشکان و بقیه به پیراپزشکان اختصاص داشت. سهم هر داروخانه از این تعداد بطور متوسط ۴۵ نسخه بود که در یک شیفیت صبح یا بعد از ظهر جمع‌آوری شده بود. نسخ پزشکان کمتر فعال یا کمتر مورد استقبال (۳ نسخه و کمتر) از بررسی حذف گردید و مجموعاً ۱۳۹۹ نسخه جهت بررسی انتخاب شد. این تعداد نسخه عملکرد ۶۷ نفر پزشک عمومی، ۵۹ نفر پزشک متخصص و ۲۰ نفر دندانپزشک را در منطقه منعکس می‌کند که به ترتیب ۴۷٪، ۳۹٪ و ۱۴٪ کادر پزشکی فعال در منطقه مورد بررسی را تشکیل می‌دهند.

کل پزشکان دارای مطب در منطقه (بجز پزشکان شاغل در درمانگاهها و بیمارستانهای

منطقه) ۱۹۱۲ می‌باشند که ۱۸ درصد آنها دندانپزشک (۳۳۶ نفر) ۴۲٪ آنها پزشک عمومی (۸۱۲ نفر) و ۴۰٪ (۷۶۴ نفر) پزشک متخصص بوده‌اند همانگونه که این ارقام نشان می‌دهند توزیع کادر پزشکی به لحاظ تخصص و نوع فعالیت در منطقه و در نمونه تقریباً یکسان بوده و این قابلیت اتکاء داده‌ها و تجزیه و تحلیل آماری را زیاد می‌کند.

### توزیع بیماری در منطقه

از نظر توزیع فراوانی بیماری همانگونه که جدول ۱ نشان می‌دهد سرماخوردگی، بیماریهای ریوی و بیماریهای گوارشی به ترتیب ۴۰، ۱۴ و ۸ درصد (در مجموع ۶۲٪) بیماریهای شایع در منطقه بوده و درصد جدول قرار می‌گیرند. کمترین تعداد مراجعین به پزشک را در منطقه بیماران با ناراحتی تیروئید تشکیل می‌دهند (۳٪) که این امر می‌تواند بعلت فقدان متخصص غدد در منطقه باشد. بقیه بیماریها ۳۹ درصد مراجعین را شامل می‌گردد.

### نقایح

در منطقه مورد بررسی نوزادان هنوز از آسیب‌پذیرترین گروهها هستند و زنان بیشترین مصرف‌کننده خدمات بهداشتی درمانی در مقایسه با سایر گروهها می‌باشند. مطابق آمار بدست آمده ۶٪ بیماران یکساله و زیر یکسال بودند که بالاترین میزان مراجعه را (تعداد نسخه را) به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی (پزشکان) داشتند و ۶۰٪/۸ درصد نسخ به زنان و ۳۹٪/۴ درصد آنها به مردان تعلق داشتند. این الگویی جهانگیر است و تقریباً در همه کشورها زنان از

نظر مصرف خدمات بهداشتی درمانی بر مردها پیشی می‌گیرند.

از نظر توزیع نسخ براساس بیمه بودن یا نبودن بیماران باید گفت که تنها ۲۶٪ جامعه آماری فاقد بیمه بوده و هزینه‌های درمانی خود را شخصاً پرداخت نموده‌اند و ۷۴٪ باقیمانده از نوعی خدمات بیمه‌ای برخوردار بوده‌اند. توسعه خدمات بیمه‌ای معمولاً با افزایش میزان مصرف

خدمات بهداشتی درمانی و بالا رفتن میزان بی‌احتیاطی و ریسک در بیماری توأم است (۱۴).

در مورد کیفیت تجویز دارو در ارتباط با بیماریها مطابق نسخ موجود می‌توان گفت که در ۱۵۲۳ نسخه مورد بررسی فقط ۴/۷٪ نسخ دارای یک قلم دارو بوده و نزدیک به پنجاه درصد آنها (۴۶/۹٪) با پنج قلم دارو و یا بیشتر تجویز گردیده است و ۳۵/۸ درصد نسخ با سه قلم و یا کمتر از

نوع بیماری	فراوانی (در ۱۳۹۹ نفر)	درصد شیوع	تعداد اقلام دارویی تجویز شده
سرماخوردگی	۶۰۰	۴۰٪	۴/۳۳
بیماریهای ریوی	۲۱۳	۱۴٪	۴/۴۲
بیماریهای گوارشی	۱۴	۸٪	۴/۹۴
درد کمر	۹۹	۷٪	۴/۷۰
بیماریهای زنان	۷۵	۵٪	۳/۲۵
بیماریهای استخوان	۶۱	۳/۵٪	۴/۵۲
فشار خون	۵۵	۴٪	۴/۲۹
بیماریهای عصبی	۵۱	۳/۵٪	۴/۲۵
سردرد	۴۴	۳٪	۴/۲۰
بیماریهای قلبی	۴۰	۲/۵٪	۴/۳۲
آسهال	۳۵	۲/۲٪	۴/۴۲
	۳۰	۲٪	۱/۳۱
ضعف	۲۸	۱/۸٪	۳/۹۴
بیماریهای انگلی	۲۷	۱/۸٪	۳/۰۷
بیماریهای دندان	۲۳	۱/۵٪	۲/۶۵
بیماریهای غدد (تیروئید)	۴	۰/۲٪	۳/۵۰

جدول ۱- توزیع بیماریها و میانگین اقلام دارویی تجویز شده برای آنها در جامعه مورد بررسی (۱۳۹۹ نفر)

سه قلم دارو گزارش گردیده‌اند.

میانگین ارقام دارویی در ۱۳۹۹ نسخ مورد بررسی ۴/۰۴ می‌باشد. این رقم برای نسخ بیمه ۴/۱۴ و برای نسخ آزاد ۴/۰۴ اعلام گردیده است. متوسط ارقام دارویی تجویز شده توسط متخصصین (۳/۷۵) کمتر از پزشکان عمومی (۴/۲۶) بوده و بیشترین ارقام دارویی تجویز شده در نسخ مربوط به بیماران گوارشی دیده می‌شود (۴/۹۴ قلم)

فراوانی مربوط به نوع داروهای تجویز شده در نسخ مورد بررسی در جدول ۲ خلاصه شده است. آنتی‌بیوتیکها ویتامین‌ها و ساداتیوها به ترتیب سه گروه اول داروهای تجویز شده و مصرف شده را در جمع بیماران تشکیل می‌دهند. ۵۲٪ نسخ (۸۱۰ از ۱۳۹۹ نسخه) دارای آنتی‌بیوتیک ۴۰٪ (۶۱۳ نسخه) دارای ویتامین و ۳۱/۳٪ (۴۷۶) دارای داروهای ساداتیو بوده‌اند. داروهای پایین آورنده فشار خون، سرم و دی‌پیرون در نقطه مقابل سه گروه اول داروهای

تجویز شده قرار می‌گیرند و به ترتیب ۵ درصد، ۴ درصد و ۳ درصد داروهای تجویز شده را بخود اختصاص داده‌اند.

در ۸۱۰ نسخه‌ایکه دارای آنتی‌بیوتیک بوده‌اند. جمعاً ۱۰۶۲ قلم آنتی‌بیوتیک تجویز شده که ۳۹٪ آنها تزریقی و مابقی خوراکی بوده‌اند. در بیشتر از ۲۵٪ این نسخ دو قلم آنتی‌بیوتیک به‌مراه هم و در یک نسخه تجویز شده‌اند. ۹۱٪ بیماران با علایم سرماخوردگی، ۷۴٪ بیماران با علایم ناراحتی‌های ریوی و ۶۳٪ بیماران گوارشی آنتی‌بیوتیک دریافت کرده‌اند.

ویتامین‌ها از نظر فراوانی تجویز و مصرف در رده بعد از آنتی‌بیوتیک‌ها قرار می‌گیرند ۴۰٪ نسخ مورد بررسی حاوی ویتامین‌های خوراکی یا تزریقی بوده و در بیش از ۵۰ درصد این نسخ بطور همزمان دو نوع ویتامین با هم تجویز شده است. ۴۶٪ ویتامینهای تجویز شده تزریقی و مابقی خوراکی بوده است. تجویز این گروه از داروها به ترتیب برای

نوع داروی تجویز شده	تعداد نسخ حاوی دارو	درصد تجویز	نوع داروی تجویز شده	تعداد نسخ حاوی دارو	درصد تجویز
آنتی‌بیوتیک	۸۱۰	۵۲٪	آنتی‌اسپاسمودیک	۱۸۲	۱۲٪
ویتامین	۶۱۳	۴۰٪	داروهای اعصاب	۱۸۰	۱۲٪
سداتیو	۴۷۶	۳۱/۳٪	مینرالها	۱۰۰	۷٪
آنتی‌هیستامین	۲۸۵	۲۰٪	آنتی‌اسید	۹۷	۶٪
NSAID	۲۵۷	۱۸٪	داروهای فشارخون	۷۸	۵٪
کورتیکواستروئید	۲۱۰	۱۴٪	سرم	۶۶	۴٪
مهارکننده H <sub>2</sub>	۱۸۹	۱۳٪	دی‌پیرون	۴۹	۳٪
آنتی‌کلینرژیک	۱۸۲	۱۲٪			

جدول ۲- فراوانی انواع داروهای تجویز شده در نسخ مورد بررسی

(۹۶٪) بیماران با شکایت از ضعف عمومی بدن، ۶۸٪ بیماران با عارضه سردرد، ۶٪ بیماران گوارشی، ۵۱٪ با شکایت استخوان درد و کمردرد و ۲۵٪ با علایم سرماخوردگی صورت گرفته است. نکته قابل ذکر اینکه در ۵۷٪ نسخه‌ها ویتامین یا کورتیکواستروئید و یا NSAID بطور همزمان تجویز گردیده است.

جدول ۳ توزیع تجویز داروها را براساس بیماریها نشان می‌دهد.

با عنایت به متوسط ارقام داروهای تجویز شده در یک نسخه (۴/۰۴) و توجه به میزان آنتی‌بیوتیکها ویتامینها و NSAID تجویز شده در نسخ مورد بررسی ابعاد وسیع نابسامانی در تجویز دارو در منطقه روشن می‌شود. چه عاملی این نابسامانی را موجب می‌شود؟ آنچه مسلم است نه یک عامل بلکه مجموعه‌ای از عوامل دست

در دست هم موجب تولید نابسامانی و تداوم آن در عرصه خدمات پزشکی می‌شود. تعداد زیادی از این عوامل فهرست وار در این مقاله مورد اشاره واقع شده‌اند اما یکی از آنها نیاز به توضیح بیشتر دارد و آن قرارداد غیر منطقی منعقد بین پزشک و مسئولین تزریقات می‌باشد. یکی از علل تجویز داروهای تزریقی (بی‌تاثیر در درمان بیمار) درآمد حاصله از تزریق می‌باشد.

در یک بررسی مقدماتی از فعالیت قسمت تزریقات در مطب‌ها ۸۰ مورد تزریق (بطور متوسط) در مطب‌ها بدست آمده است. هزینه هر تزریق بدون احتساب سرنگ و مواد مصرفی دیگر (الکل و پنبه و ...) ۴۰۰ تا ۵۰۰ ریال گزارش شده و ۵۰٪ پزشکانی که تزریقات در مطب آنها انجام می‌شده است از پرداخت اجاره مطب به مالک معاف و یا مبلغ بسیار اندکی از بابت اجاره

نوع بیماری	درصد تجویز		
	کورتیکواستروئیدها	NSAID	ویتامین‌ها
اسهال	-		۲۷٪
بیماریهای ریوی	۳۶٪		۲۷٪
سرماخوردگی	۱۲٪		۹۱٪
بیماریهای گوارشی			۶۰٪
بارداری			۴۱٪
ضعف			۹۶٪
سردرد			۶۸٪
درد کمر	۳۶٪	۸۶٪	۵۱٪
درد استخوانی	۲۳٪	-	

جدول ۳ - توزیع درصد تجویز اقلام مهم دارویی در ارتباط با بیماریها در منطقه مورد مطالعه

هزینه می‌کردند. در اغلب موارد این اماکن متعلق به مسئول تزریقات و یا در اجاره او بوده و پزشک در قبال معافیت از پرداخت اجاره اقدام به تجویز داروهای تزریقی می‌نماید. درآمد حاصله از پانسمان در این واحدها معادل درآمد تزریقات محاسبه گردیده است.

زمان معاینه فاکتور دیگری است که به تجویز بی‌رویه دارو و افزایش میزان مصرف آن کمک می‌کند. برابر مطالعات انجام شده و برآوردهای کارشناسان در دانشگاه علوم پزشکی تهران مدت زمان معاینه بیمار توسط پزشک در تعداد زیادی از مطب‌ها برابر ۳ تا ۴ دقیقه بوده است. در تعقیب این شیوه و برخورد غیرعلمی آیا به تشخیص نادرست و حداقل عجولانه بیماری نمی‌رسیم؟ و آیا تجویز اقلام زیاد دارویی در نهایت نوعی پوشش برای ضعف تشخیص یا رضایت بیمار ناآگاه از مسایل درمان و بیماری نیست؟

شاید یکی از علل عمده تجویز بی‌رویه دارو بوسیله پزشکان فقدان اطلاعات دارویی و درمانی مؤثر و کارآمد و کم‌شماری آموزش سرپایی در بیمارستانها در دوره آموزشی پزشکی از یک طرف عدم کنترل نسخ پزشکان از سوی ارگانهای اجرایی مسئول و عدم کارایی بازآموزیها از سوی دیگر باشد.

### پیشنهادات

- ۱- برقراری بخش‌های Clinical Pharmacy در بیمارستانها و در نتیجه توسعه همکاری تنگاتنگ پزشکان و داروسازان جهت ارتقاء کیفیت نسخه‌نویسی
- ۲- کنترل نسخ پزشکان و برقراری دوره‌های

الزامی بازآموزی برای پزشکانیکه رعایت ضوابط علمی در نسخه نویسی را نمی‌نمایند.

- ۳- آموزش ابعاد اجتماعی اقتصادی و فرهنگی تجویز و مصرف دارو برای دانشجویان پزشکی و داروسازان و کمک به استقرار پزشکی جامعه نگر.

- ۴- تغییر جهت دوره‌های بازآموزی از بیماریهای کمیاب و نایاب به بیماریهای شایع در مناطق مختلف کشور و آشنا نمودن کادر پزشکی به تازه‌ترین یافته‌های پزشکی درمانی در این زمینه‌ها که خود به نوعی ارتقای دانش اپیدمیولوژیک در سطح کشور منجر خواهد شد.
- ۵- آموزش عمومی از طریق رسانه‌های گروهی و جلب اعتماد مردم به درمان بدون دارو یا با داروی کمتر بر مبنای تشخیص پزشک.

نهایت اینکه اگر با اقدامات کنترلی بتوانیم فقط یک قلم از متوسط اقلام دارویی تجویز شده در هر نسخه را کم کنیم با توجه به افزایش تعداد پزشکان کشور و میزان متوسط فعالیت آنها در هر روز (۳۰ تا ۴۰ نسخه در روز)، به شرط آنکه قیمت متوسط یک قلم دارو را ۹۰۰-۸۰۰ ریال به حساب بیاوریم، از هدر رفتن روزانه بیش از نهصد میلیون ریال و سالانه بیش از ۳۰۰ میلیارد ریال جلوگیری خواهد شد.

### منابع:

- ۱- ابوالقاسم پوررضا، اقتصاد و سیاستهای دارویی کشور، دانشکده بهداشت دانشگاه تهران ۱۳۵۶
2. Medicine and Health care denmark. Facts 1996.
- ۳- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی خراسان، سمینار تجویز و مصرف منطقی دارو، مشهد (۱۳۷۵)
- ۴- دان لوئیس (۱۹۹۲)، درسهایی در اقتصاد بهداشت، ترجمه دکتر ابوالقاسم پوررضا، دانشگاه ولونگونگ (استرالیا)