

نقش داروساز در چرخه درمان

دکتر محمدرضا زرگرزاده

دانشکده داروسازی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه

کاهش یافته و با پیشرفت صنایع رنگ باخته است. این سؤال همواره در پیش روی داروساز است «نقش من در ترکیب خدمات درمانی چیست و چگونه می‌توانم در تیمهای مدرن پزشکی امروز تاثیرگذار باشم؟» پاسخ این است

همچون دیگر گروههای پزشکی، داروسازان نیز در جستجوی جایگاه خویش در مسیر ارائه خدمات به بیماران هستند. وظایف قدیمی آنان که شامل ترکیب و ساخت دستی اشکال دارویی بود

«سرویس اطلاعات دارویی».

داروسازان می‌توانند این مسئولیت منحصر به فرد و پراهمیت را در سیستم‌های درمانی ایفا نمایند، خدمتی که بدون ارائه آن بهترین و کاملترین رژیم‌های دارویی نیز نمی‌توانند تاثیر مطلوب را داشته باشند.

به راستی آیا علتی دارد که داروسازان توجهی به ارائه اطلاعات دارویی داروهای نسخه پیچی شده نمی‌کنند؟ توزیع دارو تحت سیستم‌های قابل کنترل انجام می‌گردد در حالیکه وظیفه مهمتر داروساز که ارائه (Dispensing) اطلاعات دارویی می‌باشد به فراموش سپرده شده است. فعالیت نسخه‌پیچی داروهای تجویز شده قاعده‌تاً باید یک فعالیت پویا و فعال باشد در حالیکه فعلاً یک فرآیند ساده است و واقعاً حرفه‌ای (Professional) نیست. مشخصه یک فعالیت حرفه‌ای این است که داروساز بتواند طبیعت بیماری را هم از دیدگاه پزشک و هم از دید بیمار (که البته ممکن است با یکدیگر متفاوت باشند) مد نظر قرار دهد. به تعبیر دیگر اینکه داروساز با انتخاب دارو، مقدار مصرف و طول مدت مصرف آن توسط پزشک، متناسب با تشخیص بیماری، موفق باشد.

● مشارکت بیمار به عنوان محدوده‌ای که در آن شخص از داروها و برنامه درمانی خود استفاده می‌کند تعریف می‌شود. ●

در نهایت آنچه که بیش از هر چیز اهمیت دارد توجه به نتیجه درمان و مراقبت از بیماری است. در همین راستا، نیاز زیادی به انتقال اطلاعات دارویی به پزشکان، بیمارستانها، حرفه‌های

بهداشتی - درمانی و بالاخره بیماران وجود دارد و در این میان آنکه بیشترین آموزش را در این زمینه دیده است، داروساز است. در چرخه درمان، آنچه که برای داروساز مهم است اطمینان از این است که بیمار کاملاً فهمیده باشد که دارو را چگونه مصرف کند، آثار مفید و مضر دارو را در حد لازم شناخته و از احتیاطات مربوطه آگاه باشد. به تعبیر دیگر میزان مشارکت (Compliance) بیمار به حد مطلوبی رسیده باشد که نتیجه آن ارتقای میزان اثربخشی فرآیند درمان و تسریع در بهبودی بیمار خواهد بود.

مشارکت و مشاوره بیمار

مشارکت بیمار به عنوان محدوده‌ای که در آن شخص از داروها و برنامه درمانی خود استفاده می‌کند تعریف می‌شود. رفتار بیمار، پذیرش رژیم غذایی ویژه و نحوه زندگی او نیز در این محدوده وارد می‌شوند. سطح مشارکت، از ناحیه داروساز به میزان زیادی به انتقال اطلاعات لازم جهت مصرف صحیح دارو همراه با مشاوره صحیح بستگی دارد. به منظور ترغیب بیمار به مشارکت بیشتر باید عوامل مهارکننده و محدودکننده مشارکت را شناخت و تا حد امکان از بسین ببرد. عوامل مهارکننده شامل مشخصه‌های فردی نظیر اعتیاد، عوامل اجتماعی و فرهنگی نظیر اعتقاد به سرنوشت هستند. عوامل محدودکننده که با عوامل قبلی نیز می‌توانند مربوط شوند شامل طول دوران بیماری، گوشه‌گیری از جامعه، عصبانیت، دانشسته‌های غلط، فقر و عدم فرمانبری می‌باشند. در عمل مشاهده میشود که عدم مشارکت بیمار مستقیماً تحت تاثیر یک یا چند

عامل از موارد زیر می‌باشند:

۱- اشکال در پذیرش رژیم دارویی به علت نحوه خاص زندگی.

۲- رژیم دارویی پیچیده و غیر قابل فهم (اصولاً اگر برای یک بیمار بیش از ۳ نوع دارو تجویز شود میزان مشارکت او حتماً کاهش پیدا خواهد کرد.)

۳- عدم اعتماد به تجویز کننده دارو یا نحوه درمان.

۴- وجود باورها و اطلاعات غلط در خانواده بیمار یا آشنایان و دوستان او در مورد دارو و خطرات آن.

زمانی که موانع مشارکت شناخته شوند داروساز آماده‌تر خواهد بود که یک روش مناسب به منظور ارائه اطلاعات را بکارگیرد به نحوی که مستقیماً نیازهای اختصاصی بیمار را تحت‌الشعاع قرار دهد.

اطلاعات صحیح و متناسب، مهمترین اثر را بر مشارکت بیمار دارند. اطلاعاتی که توسط داروساز لازم است به بیمار منتقل شوند، عبارتند از:

الف- شکل دارویی و مشخصات آن.

ب- مصرف صحیح و آثار مورد انتظار دارو.

ج- روش مصرف.

د- مقداری که باید مصرف شود.

ه- تناوب و زمان صحیح مصرف دارو.

و- حداکثر مقدار مجاز مصرف در ۲۴ ساعت.

ز- طول مدت درمان.

ح- عوارضی که توسط خود بیمار میتوان از بروز آنها جلوگیری کرد.

ط- عوارضی که باید به پزشک ارجاع شوند.

ی- دارو، غذا و فعالیتهایی که بیمار باید در طول

مدت درمان از آنها احتراز کند.

ک- در زمانی که یک دوز دارو فراموش شد چه باید کرد.

ل- شرایط نگهداری دارو.

م- توصیه‌های بیشتر در پاسخ به علائم و مشکلات اظهار شده توسط بیمار.

ن- هدف درمان.

البته مورد اخیر را باید با احتیاط مطرح کرد زیرا ممکن است لازم نباشد بیمار از نوع و شدت بیماری خود آگاه شود. برخی از این نکات در برشورهای دارویی آمده و بقیه باید توسط داروساز ارائه شوند.

بدیهی است که اطلاعات دارویی هیچ ارزشی ندارند مگر آنکه بتوانند کاملاً انتقال یابند. داروساز باید بتواند بصورت موثری با او ارتباط برقرار کند چه به صورت کلامی و چه به صورت نوشتاری.

ارتباط با بیمار

داروسازی معمولاً به عنوان یک حرفه مردمی (People Profession) معرفی می‌شود زیرا در داروخانه‌ها، داروسازان با تعداد زیادی از مردم در ارتباط قرار می‌گیرند. در حالی که آنان می‌توانند از این زمینه شغلی استفاده کرده و مرتباً فعالی با باشند ولی متأسفانه این مسأله عمومیت ندارد. تلاشی اختصاصی در کسب مهارت‌های ارتباطی در این حرفه، داروسازان را به وسیله مناسبی تجهیز می‌کند که می‌توانند توسط آن، قابلیت‌ها و در نهایت حرفه خود را گسترده‌تر سازند. به عنوان اولین قدم جهت ایجاد ارتباط هر چه موثرتر، داروسازان باید فرآیند ارتباط را درک کنند.

فرآیند ارتباط

ارتباط، انتقال اطلاعات، ایده‌ها، افکار و احساسات است. ارتباط، تنها از طریق کلمات ملفوظ نیست بلکه شامل تمام آن چیزهایی است که از طریق اشاره، کیفیت صدا، تغییرات صورت، حرکات بدن و دیگر پاسخهای رفتاری می‌توانند

❖ **داروسازی معمولاً به عنوان « حرفه مردمی » معرفی می‌شود زیرا در داروخانه‌ها، داروسازان با تعداد زیادی از مردم در ارتباط قرار می‌گیرند.** ❖

انتقال یابند. در نهایت هدف همه مسیرها، درک و فهم پیام ارسالی است. زمانی که فردی می‌خواهد اطلاعاتی را با دیگری در میان بگذارد شخص فرستنده باید انتخاب کند که پیام از چه طریقی انتقال خواهد یافت. اگر قصد انتقال شفاهی را داشته باشد باید کلماتی را انتخاب کند که به بهترین صورت معنای مورد نظر را به شخص گیرنده منتقل نماید. هنگامی که اطلاعات فرستاده شد (encoding) کنترل پیام از دست فرستنده خارج می‌شود. از آن پس پیام او به فرآیندی بستگی دارد که در شخص گیرنده انجام می‌شود (deciding). هر گونه پاسخ به پیام بیانگر نحوه درک آن و نتیجه encoding بعدی گیرنده است. پاسخ به پیام به عنوان یک پس‌نورد (feedback) به فرستنده برمی‌گردد و به فرستنده این فرصت را می‌دهد که هر گونه اشتباه ذهنی ایجاد شده در گیرنده را مشخص و اصلاح نماید. این توالی مادامی که فرستنده و گیرنده در حال ارتباط هستند انجام می‌پذیرد. ارتباط معمولاً از طریق کانالهای متعدد غیر

کلامی نیز به نحوی انجام می‌شود که پیامهای کلامی و غیرکلامی بکار رفته نتوانند خود را به صورت یک مفهوم یکسان ظاهر کنند.

ارتباط بین داروساز و بیمار می‌تواند یا به صورت جمع‌آوری اطلاعات و یا ارائه آن دسته‌بندی و تعبیر شود. داروساز این ارتباط را به منظور جستجو و ارزیابی داده‌های مربوط به مصرف داروی بیمار، ارزیابی درک او از مصرف دارو، ارزیابی تمایل بیمار به همراهی با رژیم درمانی و احتمالاً اگر ایجاب کند تغییر رژیم درمانی برقرار می‌سازد. این ارتباط مستقیم بیمار-داروساز حتی در قالب یک پرسش و پاسخ معمولی، برای داروساز این فرصت را فراهم می‌کند که وابستگی حرفه‌ای خود را با بیمار آغاز کند. قطعاً اطلاعات باید گرفته شود و داروساز با همان پرسش و پاسخ ساده بفهمد که آیا بیمار با رژیم درمانی تجویز شده همکاری خواهد کرد یا خیر و آیا بیماری، درمان و اثرات دارویی را شناخته است یا نه.

❖ **حضور دائمی داروساز در داروخانه و تماس مستقیم با بیماران خصوصاً آنها که معمولاً مراجعه می‌کنند او را در ذهن آنها ثبت کرده و در یک محیط ثابت و آشنا فرصت افزایش ارتباط را فراهم می‌آورد.** ❖

یک داروساز حرفه‌ای با آگاهی از دینامیسم ارتباط و عوامل استرس‌زایی که در اثر یک بیماری بر فرد تحمیل می‌شوند به تشخیص و درک صحیح وی کمک کرده و واکنشهای منفی او را به درمان کاهش خواهد داد. باید در نظر داشت

که بیماران همیشه از درد می‌ترسند. ممکن است ترس و اضطراب بیمار آنقدر زیاد باشد که ارتباط صحیح عملاً غیر ممکن به نظر برسد. داروسازان می‌توانند این اضطراب را با اطمینان بخشی و شرح ساده درمان از بین ببرند. باید اجازه داد که بیمار به راحتی احساسات خود را بیان کرده و راحت شود. پس از آن می‌توان اطمینان مستدلی مبنی بر رفع ناراحتی به او داده و وضعیت بیماریش را کاملاً تشریح کرد. جهت ایجاد ارتباط با بیمار بایستی با توجه به نوع شخصیت اجتماعی و شغلی، سن، پیش‌زمینه فرهنگی، تحصیلات، اعتقادات مذهبی و تجربیات بیماریهای قبلی او یک مکالمه قابل فهم و متناسب را بکار گرفت. به علاوه وضعیت فیزیکی بیمار در ایجاد ارتباط بسیار مهم است. گفتگو با بیماری که از درد شدید به خود می‌پیچد و ناراحت است، مشکل بوده و قطعاً برای هیچیک از طرفین استفاده‌ای در برنخواهد داشت. اگر بیماری از گرفتن و مصرف دارویی خودداری کرد، علت باید جستجو و تعیین شود. در این حال بسیار راحت‌تر است که نسبت به بیمار عصبانی شده و بد اخلاقی نمود. با این وجود، لازم است علت این رفتار را یافته و ضمن ارتباط بهتر با بیمار با توضیح چگونگی تاثیر آن داروهای خاص در بهبودی بیماری - بجای توضیح کلی راجع به اهمیت مصرف دارو - به او کمک کرد. داروساز بایستی خطوط ارتباطی خود را با بیمار آنچنان باز و تثبیت شده نگه دارد که بیمار احساس آزادی و آرامش لازم جهت مشاوره با او را داشته باشد و در نهایت، با اعتماد و اعتقاد به اینکه داروساز به صورت فردی به بهبودی شخص او علاقمند است داروخانه را ترک کند.

در هر صورت داروساز باید بیشترین تاکید را بر این داشته باشد که بیمار را مثل یک بیمار ببیند و بشنود. فراموش نکنیم حقایق ساده که به روشنی ابراز می‌شوند در حقیقت مقدمه و اساس یک مشاوره موفق هستند.

حضور دائمی داروساز در داروخانه و تماس مستقیم با بیماران خصوصاً آنها که معمولاً مراجعه می‌کنند او را در ذهن آنها ثبت کرده و در یک محیط ثابت و آشنا فرصت افزایش ارتباط را فراهم می‌آورد.

آموزش بیمار

داروساز هم فرصت و هم مسئولیت این مطلب را دارد که اگر در ارتباط بیمار و پزشک نقصی وجود داشته است، جبران نماید و مطمئن شود که بیمار همه اطلاعات لازم را در مورد رژیم درمانی خویش فهمیده است. البته اطلاعات ارائه شده بایستی دستورات پزشک را تایید و تکمیل نماید. معمولاً آموزش بیمار مهمترین متغیر تاثیر گذارنده بر مشارکت بیمار تلقی می‌شود. لازم است این اطلاعات آموزشی کاملاً تفهیم شوند چرا که تحقیقات نشان داده حدود $\frac{2}{3}$ مشکلات و نارسائیهائی درمان بیماران ناشی از توضیحات شفاهی غلط بوده است. موانعی بر سر راه آموزش وجود دارند که باید قبلاً آنها را بشناسیم از جمله:

- ۱- بیمار فوق‌العاده عصبی، و ترسو یا خجالتی است و نمی‌تواند سؤال کند.
- ۲- بیمار به خاطر ترس از بروز نادانی خویش، سؤال نمی‌کند.
- ۳- بیمار با هجوم لغات و اصطلاحات تخصصی مواجه و گیج می‌شود.

۴- بیمار به اهمیت اطلاعات ارائه شده واقف و علاقمند نیست.

۵- پزشک یا داروساز زمان کافی برای آموزش کافی بیمار ندارد.

۶- سیر آموزش به صورت سر هم بندی قطع می شود مثلاً داروساز کیسه دارو را به دست بیمار داده و او را بدون هیچگونه حمایت اطلاعاتی روانه می نماید.

البته نحوه آموزش و مشاوره بیمار تحت تاثیر متغیرهای زیر قرار می گیرد:

محیط

فضای فیزیکی، وضعیت میز و صندلی، خلوت و تنهایی و سر و صدا تاثیرات مشخصی را اعمال می نمایند. مشاوره بیشتر در انتهای خلوت میز (Counter) انجام می شود. حتی کاستن نور در انتهای میز می تواند به خلوتی بیشتر منجر گردد (البته خود میز مانع بزرگی بر سر راه ارتباط و تبادل اطلاعات است). تجربه نشان داده که داروخانه هایی که محیط مشاوره را فراهم کرده اند از فروش و توجه بیشتری برخوردار گردیده اند.

خصوصیات فردی

برای بیشتر مردم، یک روپوش سفید تمیز، تصویری حرفه ای را در ذهن ایجاد کرده و حس اعتماد بیشتری را القا می کند. این مهم است که داروساز از تکنسینها و دستیاران خود متمایز شود. برجسب سینه با عنوان داروساز و علامت رسمی داروسازی بسیار مفید فایده خواهند بود. رفتار داروساز به سهولت و تاثیر ارتباط کمک می کند. اطلاع از جنبه های غیرکلامی

ارتباطات فوق العاده برای داروساز اهمیت دارد. اینها شامل همراهی با بیمار، وضعیت مناسب، اشارات، حرکات چشم، طرز ایستادن، حرکات سر و بطور کلی ظاهر داروساز می باشند. داروساز باید فاصله مطلوبی با بیمار داشته باشد نه آنقدر که مزاحم او باشد و نه آنقدر که مکالمات آهسته را نشنود.

سطح صدای داروساز باید پائین و مشخص باشد. به هیچ عنوان نباید در حین صحبت به کار دیگری پردازد و از کلماتی استفاده کند که قابل فهم نباشند. تماس چشمی نیز اهمیت دارد ولی نباید آنقدر طولانی بشود که بیمار احساس استرس نماید. از تکیه کلامهای بیجا مثل به اصطلاح! می فهمی! خوب! و عادات فیزیکی مثل خارش مداوم بینی یا گوش باید پرهیز کرد چون موجب تحریک و بهم خوردن تمرکز بیمار می شوند.

●● سطح صدای داروسازان باید پائین و مشخص باشد و به هیچ عنوان نباید در حین صحبت به کار دیگری پردازد و از کلماتی استفاده کند که قابل فهم نباشد. ●●

داروساز به صورت ساده باید سعی کند با بیمار دوست باشد. نشان بدهد که برای توجه به او وقت دارد و مهمتر از همه به وی گوش می دهد. سؤال مهمی در اینجا در ذهن ایجاد می شود. چقدر زمان برای مشاوره در داروخانه لازم است؟ با توجه به اهمیت بحث، بخشهای دیگر کار باید توسط دیگران انجام شود تا مشاوره برای داروساز در حد مطلوب از لحاظ زمانی ممکن باشد.

معمولاً داروسازان دو علت عمده را در مورد توجیه عدم ارائه سرویس مشاوره بیان می‌کنند: اولاً مشاوره و آموزش وقت زیادی از داروساز را صرف می‌کند و ثانیاً بیماران در ازای آن مبلغی پرداخت نمی‌کنند. تحقیقات نشان داده است که هر چقدر میزان مبلغ اخذ شده در ازای مشاوره بیشتر باشد، میل به آن از سوی بیمار کاهش می‌یابد. البته باید توجه داشت اگر میزان آن کمتر از حد معمول باشد هم در بیماران شک و شبهه ایجاد کرده و هم ارزش زمان و کار داروساز را پائین آورده‌است.

اطلاعات نوشتاری

برخی از داروسازان علاوه بر توضیحات کلامی، نوشته‌هایی را نیز به بیماران ارائه می‌دهند تا سطح آموخته‌های بیمار را بالا ببرند. این اصطلاحات ممکن است یک برچسب ساده و شیک بر روی ظرف دارو باشد یا کتابهای اطلاعات دارویی که بیمار می‌تواند در طول مدتی که منتظر دریافت نسخه است از آنها استفاده کند. نشریات و برشورها، بخش مهمی را در ارتباط و انتقال اطلاعات خصوصاً در مورد بیمارانی که دقیقتر هستند به خود اختصاص می‌دهند. البته هرگز نباید به عنوان جانشین برچسب و یا سفارشات شفاهی به بیمار تلقی شوند. برخی برشورها خصوصاً در مورد فرمهای تجارتي، مخصوص داروسازان و پزشکان است و نباید از کنار آنها به راحتی گذشت. این بسیار با اهمیت است که داروساز برشور داروهای خاص مثل داروهای استنشاقی، اسپری‌های بینی و غیره را قبل از تحویل آنها مطالعه کرده و اطمینان داشته باشد

که خود طریقه مصرف آنها را کاملاً فراگرفته و خواهد توانست به بهترین صورت به بیماران آموزش دهد.

انواع دیگر اطلاعات نوشتاری عبارتند از: بروشورها و جزوات رایگان که متناسب هر نسخه یا در پی درخواست بیمار تحویل می‌شوند. کتابهای اطلاعات دارویی مخصوص بیماران که می‌توانند از داروخانه‌ها خریداری شوند، کتابهایی که به کانتینر متصل هستند و فقط به جهت استفاده در داروخانه بکار می‌روند و بالاخره برچسبهای کمکی که در آمریکا بیشترین مورد نوشتارهای آموزشی را این گروه تشکیل می‌دهند و برای هر نسخه به صورت مجزا استفاده شده و به داروساز این امکان را می‌دهند که شخصاً در درمان بهتر بیماری درگیر شود. البته باید ذکر شود کتب اطلاعات دارویی در داروخانه‌ها فقط جهت استفاده از بیماران نیستند بلکه داروسازان نیز می‌توانند به بهترین صورت آنها را بکار گرفته و به اطلاعات جدید دارویی دسترسی پیدا کنند.

در پایان این بخش باید نکته‌ای مجدداً تأکید شود و آن اینکه باید رفتار مردم را به گونه‌ای عوض کرد که مشاوره با داروساز را قسمت اعظم سلامتی بدانند که باید از داروخانه دریافت نمایند.

کنترل دقیق نسخه‌ها و ارتباط با پزشک

اصولاً قدرت یک زنجیر دقیق به اندازه قدرت ضعیفترین حلقه آن است. این مطلب در مورد زنجیره درمان هم صادق است. اشتباه در هر نقطه، سلامت عمومی را به خطر می‌اندازد. زنجیره درمان، تسالی یک سری فعالیت‌های

وابسته به هم، متکی به یکدیگر و مربوط به رشته‌های مختلف علمی است که نهایتاً به ارائه داروهای نسخه شده و اطلاعات مناسب جهت مصرف صحیح آنها به بیمار می‌انجامد. نسخه‌پیچی یا به معنای کاملتر Dispensing اتصالی در زنجیر است که به عنوان حرفه داروسازی تعریف می‌شود.

تحقیقات، نیاز به بررسی و تنظیم توسط داروساز در پروسه ارائه خدمات دارویی را در داروخانه‌ها مسلم دانسته‌اند.

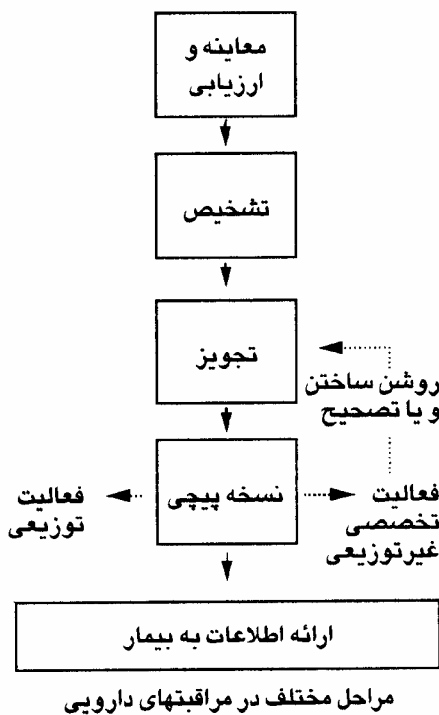
اصلاً تفکیک وظایف و مسئولیتهای پزشک و داروساز از اهمیت نیاز به بررسی و تنظیم در پروسه پیچیده ارائه خدمات درمانی نشأت گرفته است. متأسفانه داروسازان بیشتر به

جنبه‌های تئوریک فارماکولوژی پرداخته و لذا در ارتباط با پرستاران یا پزشکان که در کلینیک، فارماکولوژی را آموخته‌اند دچار مشکل می‌شوند. با این حال داروساز می‌تواند دیگر گروههای پزشکی را با تعدادی عنوان دارویی نظیر موارد منع مصرف، تداخلات دارو-دارو، تداخلات دارو و تستهای آزمایشگاهی، واکنشهای ناخواسته دارویی، بیوفارماسیوتیکس و انتخاب مناسب دارو و شکل آن یاری دهد. بد نیست بدانید در آمریکا، پزشکان بر این باورند که هر چیزی را در مورد یک داروی جدید اولین بار از یک داروساز شنیده‌اند. اصولاً مانع ارتباط پزشک و داروساز غیبت آشکار او از سطوح بالینی و عدم ارتباط مستقیم وی در سیستم کلی مراقبت از بیماری است که این موانع معمولاً خیلی سریع به محض آنکه داروساز و پزشک شروع به ارتباط کلامی بر پایه ارتباط رو در رو می‌نمایند از بین می‌روند.

به نقش داروساز در زنجیر درمان باز می‌گردیم، در زنجیره درمان، تشخیص اصلاح اشکالات نسخ دقیقاً بر عهده داروساز است و در طول نسخه‌پیچی آن را انجام دهد. اصولاً اشکالات نسخ به چهار دسته تقسیم می‌شوند:

– خطاهای ناشی از غفلت Errors of Omission شامل خطاهای حاصل از نوشتن ناقص، مبهم و ناخوانای نسخه که بیش از نیمی از خطاهای نسخه را در بر می‌گیرند.

– خطاهای ناشی از فرمان Errors of Commission شامل خطاهای نویسنده مثل نام دارو، مقدار مصرف و شکل دارویی ناصحیح.



خطاهای ناشی از همراهی دارو Errors of Integration شامل تداخلات و آلرژیها.

خطاهای ناشی از ارتباطات Errors of Communication شامل خطاهای حاصل از عدم درک صحیح و کافی بیمار از درمان.

در مورد تداخلها باید تنها آن دسته از تداخلها را در نظر قرار داد که آن قدر شاخصند که نیازمند تماس با پزشک و یا دیگر دخالت‌های فعال داروسازند. 66

قسمت اعظم اشتباهات موجود در نسخ به علت عدم تشخیص نویسنده نسخه در مورد مقدار مصرف و شکل دارویی داروها، عدم تطبیق فرم دارویی بیمار، نوشتن یک واحد غیرقابل دسترس از دارو، دستورات مبهم یا ناقص و نامشخص بودن شکل دارویی و واحد دارویی است. جالب است بدانید بر طبق تحقیقات به عمل آمده بیشترین نسخ حاوی اشکال، مربوط به افراد مسن و اطفال یعنی ۲ گروهی که بیش از همه در معرض خطر هستند بوده است.

در مورد تداخلات باید تنها آن دسته از تداخلاتی را مد نظر قرار داد که آن قدر شاخصند که نیازمند تماس با پزشک و یا دیگر دخالت‌های فعال داروسازند. البته همیشه همه تداخلات مربوط به یک نسخه نیست و درمانهای قبلی و فعلی بیمار باید همزمان در نظر گرفته شوند. پس در بسیاری از تداخلات، تنها پزشک مقصر نیست. آنچه که در این میان حائز اهمیت است خطاهای ناشی از عدم مشاوره بیمار با پزشک یا داروساز است چرا که بیش از نیمی از نسخه‌های مشکل‌دار را داروساز خود می‌تواند شخصاً

اصلاح نماید. مثلاً خطاهای حاصل از عدم درک بیمار را می‌توان با ارائه اطلاعات صحیح و جدید از بین برد.

به دلیل آنکه جستجو و تشخیص تداخلات دارویی و حساسیت‌زایی در بیمار نیازمند توجه به سابقه بیمار است لزوم پیگیری بیمار و تشکیل پرونده - که در ادامه در مورد آن صحبت خواهد شد - آشکارتر می‌گردد.

بطور کلی عوارض جانبی بالقوه اشکالات موجود در نسخ عبارتند از درمان ناکافی بیماری، بروز عوارض سمی داروها و واکنشهای آلرژیک به داروها که اگر داروساز دخالتی در رفع این مشکلات ننماید قطعاً بواسطه مراجعات بعدی بیمار هزینه‌ای صرف خواهد شد. در آمریکا در سال ۱۹۸۷ این مبلغ ۷/۱۵ دلار برای هر نسخه بوده است در حالی که اگر داروساز در مقابل رفع مشکلات نسخه و صرف وقت جهت مشاوره با بیمار ۱/۷۵ دلار نیز از بیمار گرفته باشد، مابقی قطعاً ارزش افزوده‌ای بوده که حضور فعال داروساز آن را موجب گردیده است. البته ضررهای اجتماعی، شخصیتی و روانی را نیز باید در جای خود مورد توجه قرار داد. نتیجه آنکه نیاز مبرم و حیاتی به داروساز جهت غربال کردن نسخ کاملاً احساس می‌شود و دخالت او نه تنها ضروری است بلکه بسیار به نفع فرآیند دارو درمانی خواهد بود و این ارزش قطعاً بسیار بالاتر از تعرفه‌ای است که باید در مقابل انجام این خدمات دریافت دارد.

زیرنویس:

* این مقاله در اولین کنگره اخلاق در داروسازی و علوم پایه پزشکی (فروردین ۷۵) ارائه شده است.