



مکتب کتاب

دکتر فریدون سیامک نژاد

نام کتاب:

آموزش اصول نسخه نویسی و تجویز منطقی داروها

نویسنده:

دکتر بهزاد نجفی

نوبت چاپ:

اول - 1392

شمارگان:

1000 نسخه

ناشر:

نشر اختر - تبریز

قیمت:

35,000 تومان

پزشکان و یا دانشجویان پزشکی ارایه نمی‌شود و این مهم فقط در ارایه چند واحد درسی فارماکولوژی (آن هم نه به صورت آموزش اطلاعات دارویی بالینی) خلاصه می‌شود، لذا بر اهمیت این مسأله همین بس که 20 درصد از کل خطاهایی که در زمینه پزشکی اتفاق می‌افتد متعلق به خطاهای دارویی و نسخه‌نویسی است، که عوامل موثر بر آن در متن کتاب به صورت گسترده‌تر و با مثال‌های خوب آورده شده است.

اصولاً نسخه‌نویسی برای پزشکان و افراد صلاحیت‌دار در این حوزه از معضلات و مشکل‌دار پزشکی و علوم دارویی بوده است اگر بگوییم که نسخه‌نویسی و تجویز منطقی داروها نه تنها فراتر از یادگیری فارماکولوژی و درمان‌شناسی است بلکه نیازمند درک صحیح و آگاهی از سایر مولفه‌هایی از قبیل: فارماکوکینتیک، بازاریابی، اقتصاد دارویی و هزینه اثربخشی و غیره است سخن به گزافه نگفته‌ایم.

باید دانست که برای آموزش و مهارت در نسخه‌نویسی مسایل و نکات ظریفی وجود دارد که در متن کتاب به آن‌ها اشاره شده است از مسأله هزینه اثربخشی گرفته تا آشنایی با مفاهیم و اصول بیوفارمسی و فارماکوکینتیک و عوامل موثر بر آن و نیز بررسی بیماران در بحران که همگی بر روند نسخه‌نویسی صحیح تأثیرگذار هستند.

این کتاب که براساس راهکارهای STEP و به صورت Guid To Good Prescribing تدوین گردیده است و با تفسیر و بسط زیاد و همراه با موارد Case study بسیار مناسب و به صورت کارگاه

همکارمان آقای دکتر بهزاد نجفی که دارای MBA دارویی نیز هستند، کتاب آموزش اصول نسخه‌نویسی و تجویز منطقی داروها را به رشته تحریر درآورده‌اند و به دلیل لطفی که به رازی دارند، نسخه‌ای از آن را برای نشریه خودشان ارسال کرده‌اند. در مقدمه خود بر این کتاب چنین نگاشته‌اند:

آموزش صحیح اصول نسخه‌نویسی و تجویز منطقی داروها همواره برای پزشکان و دست‌اندرکاران آموزش پزشکی یکی از معضلات پر دردسر بوده است چرا که پزشکان در این مورد آموزش کافی ندیده‌اند و اغلب منابع درسی کافی و جامع هم در این مورد وجود ندارد. چندین سال طول می‌کشد تا پیچیدگی نسخه‌نویسی بی‌خطر را درک کنند، موارد عدم قطعیت را بسنجند و تصمیمات بهتری را اتخاذ کنند. این موضوع به پزشکان تازه کار که اغلب انگیزه قوی دارند، کمک می‌کند تا آسیبی به کسی نرسانند.

کتابی که پیش رو دارید حاصل تحقیقات و تتبعات چندین ساله نگارنده در حوزه پزشکی و دارویی است و براساس دستورالعمل‌ها و راهکارهای ارایه شده از طرف سازمان جهانی بهداشت (WHO) و موسسه تجویز بی‌خطر داروها (ISMP) و FDA تدوین گردیده است و می‌تواند به طور آکادمیک مورد استفاده دانشکده‌های پزشکی و مراکز آموزش مداوم پزشکان و غیره قرار گیرد.

از آن‌جایی که به تحقیق نگارنده در هیچ‌کدام از دانشکده‌های پزشکی دنیا درس مستقلی به نام اصول نسخه‌نویسی و تجویز منطقی دارو برای

نسخه‌نویسی برای دانشجویان سال آخر پزشکی و رزیدنت‌ها نوشته شده و پیشنهاد می‌شود ارایه این واحد درسی قبل از ورود به بخش‌های بیمارستان و در دوره کارورزی صورت گیرد.

همان‌طور که ذکر شد تأثیر فاکتورهای فارماکوکینتیکی و بیوفارماسی بر نوشتن صحیح نسخه بر کسی پوشیده نیست و این مقوله در دانشکده‌های پزشکی به صورت درس مستقل تدریس نمی‌شود، لذا یک فصل کامل از این موضوع به صورت اجمالی برای آشنایی پزشکان اختصاص داده شده است و این عوامل بایستی به راهکارهای WHO افزوده شود، هر چند که بعضی از این فاکتورهای بیوفارماسی و غیره در بطن کتاب‌های درسی فارماکولوژی آورده شده است ولی آگاهی از بعضی از زوایای پنهان و آشکار مبحث فارماکوکینتیک و بیوفارماسی به تجویز منطقی و اصولی داروها کمک فراوانی می‌کند.

دارودرمانی در بیماران بحرانی مانند: حاملگی شیردهی، افراد سالمند و کودکان و نوزادان یکی از مباحث جالب این کتاب است و هر چند در کتاب‌های فارماکولوژی چند صفحه‌ای به این بخش اختصاص یافته است ولی برای درک صحیح آن و ارایه یک نسخه خوب و مناسب کافی نیست لذا این بخش از کتاب به صورت مبسوط آورده شده است. در بخش‌های پایانی کتاب به اصول دارودرمانی در بعضی از بیماری‌ها پرداخته شده است که در این‌جا نیز هدف آموزش مباحث درمانی این گروه‌های بیماری نیست بلکه آوردن نمونه مثال‌هایی برای آموزش تجویز منطقی داروها

و تمرینات بیشتر در این موضوعات مهم می‌باشد. در پایان لازم می‌دانم از آقای دکتر مرادی مدیرعامل محترم شرکت دارویی پخش البرز و آقای علیپور مدیر محترم شرکت پخش البرز شعبه تبریز به خاطر چاپ این کتاب تشکر و سپاسگزاری نمایم. نسخه‌نویسی از مواردی مهم در پزشکی و داروسازی است که پیچیدگی‌های خاص خودش را دارد. آقای دکتر نجفی در این کتاب به تمامی زوایای نسخه‌نویسی اشاره کرده و زیربوم‌های آن را مورد ارزیابی قرار داده است. هم‌چنین در مورد چگونگی مصرف دارو به جنبه‌های مختلف آن اشاره کرده و چم و خم‌های مصرف دارو را مورد ارزیابی قرار داده است. مثلاً در مورد اخلاقیات مصرف دارو با نگاهی منتقدانه چنین عنوان کرده است:

گزارش گروه کاری فرهنگستان دارویی سلطنتی بریتانیا در سال 1997، اذعان داشت که تجویز دارو «از لحاظ فنی دشوار و از نظر اخلاقی امری پیچیده و مشکل» بوده و پذیرش دارو از جانب بیماران اخلاقاً امری مبهم محسوب می‌شود. این گزارش استفاده از واژه جدید «توافق» را پیشنهاد کرده بود. منظور از توافق، ایجاد هم‌خوانی و در نظر داشتن خواسته‌ها و افکار بیمار در حین تجویز دارو می‌باشد. هدف این گروه ترویج یک تغییر مشخص در فرهنگ روابط بین تجویز و مصرف دارو و نیز بین بیمار و تجویز کننده بود. این هدف قابل احترام بوده، اما به نظر می‌رسد که فعالیت‌های آغازین آن با مشکل مواجه شود.

پذیرش (acceptation): پذیرش مفهوم خطرناکی است که کم ارزش بودن بیماران و پزشکان را در

ذهن القا می‌کند. این مفهوم از شالوده علم پزشکی در محدوده خردگرایی نوین که به دنبال شناخت قوانین کلی قابل استفاده در شرایط استاندارد شده می‌باشد، نشأت گرفته است. با این وجود پزشکان جهت مراقبت از بیماران سعی دارند تا قوانین کلی را در مورد افراد خاص در شرایطی که هرگز استاندارد نبوده و پاسخ ثابت و مشخصی وجود ندارد به کار برند. استفاده از قدرت پزشکان نافذ خود و ادعای دانش انحصاری ممکن است استقلال، شأن و حتی حقوق قانونی بیماران را خدشه‌دار نماید.

بازتاب استفاده نامناسب پزشکان از قدرت در مفهوم «پذیرش» متجلی است. این مفهوم بیانگر آن است که «پزشک بهتر از هر کسی می‌داند» و اذعان دارد که مسؤولیت بیماران فقط تبعیت از توصیه‌های پزشکی است.

در سال 2002 اداره سلامت، در پی توصیه‌های فرهنگستان سلطنتی دارویی مفهوم توافق را طرح نمود و «گروه کاری مشارکت دارویی»¹ را پایه‌گذاری کرد. هدف اصلی یعنی اخلاقی‌تر کردن تجویز دارو مورد غفلت واقع شده و «توافق» به صورت گرگ مدرنی در لباس فرامدرن درآمد است. علی‌رغم توجه ظاهری به این مطلب که برداشت بیمار از واقعیت به اندازه برداشت پزشک اعتبار دارد، شعار پایگاه اینترنتی در لفافه آن است که در نهایت تنها یک بیان عینی از واقعیت وجود دارد و آن هم به وسیله دانش پزشکی ارایه می‌گردد.

مفهوم پذیرش واضحاً استبدادی است ولی در مورد اصطلاح توافق نیز این خطر وجود دارد که

همین استبداد به طور پنهانی در این مفهوم جدید نیز تداوم داشته باشد. یکی از مسایلی که همیشه مورد انتقاد دست‌اندرکاران دارودرمانی مملکت بوده، تجویز بیش از حد دارو است. این مسأله آن‌قدر اهمیت دارد که دفترچه‌های بیمه حجم مشخصی برای تعداد محدودی دارو دارد که خیلی وقت‌ها از طرف همکاران رعایت نمی‌شود. در این کتاب آقای دکتر بهزاد نجفی در سرفصل مربوط به تجویز بیش از حد دارو چنین نگاشته‌اند:

مطلبی که با استفاده از برنامه Powerpoint در پایگاه اینترنتی مشارکت پزشکی ارایه شده با این ادعا آغاز می‌شود که به طور دایمی 70 درصد جمعیت انگلستان جهت درمان یا پیشگیری از ناخوشی و یا ارتقای سلامت، دارو مصرف می‌کنند. این ادعا با هیچ توضیحی همراه نیست. اما چگونه این میزان مصرف دارو می‌تواند در جامعه‌ای که در بهترین وضعیت بهداشتی نسبت به گذشته‌اش قرار داد مناسب باشد؟ مصرف بیش از حد داروها به خصوص داروهای پیشگیرانه در کشورهای ثروتمندتر عامل مهمی در زمینه نابرابری‌های سلامت جهانی محسوب می‌شود، زیرا فروش و ترویج چنین دارویی‌هایی به کشورهای ثروتمند و مرفه سود بیشتری نسبت به فروش دارو به کشورهای فقیر و بیمار عاید می‌کند.

هم‌چنین تجویز بیش از حد دارو موجب شده تا مشکلات مربوط به دارو، عامل 28 درصد از بستری‌های افراد مسن در بیمارستان‌های ایالات متحده را تشکیل دهد. این مشکلات بیش از آن که

مورد اصطلاح توافق نیز این خطر وجود دارد که

مقاومت در برابر آن ما را یاری نماید. «توافق» چنین عملکردی ندارد.

بیماران پیش از آن که به اطلاعات مشابه در یک زمینه نیاز داشته باشند، به اطلاعات مختلف محتاجند. هم‌چنین آن‌ها به صداقت بیشتر در اظهار محدودیت‌های طبی و جنبه‌های عدم قطعیت در دانش پزشکی نیاز مبرم دارند. بیماران نیازمند کسب آگاهی در زمینه فواید و مضرات اقدامات پزشکی هستند و هم‌چنین باید به منظور تصمیم‌گیری براساس ارزیابی خویش از نتایج احتمالی مختلف مورد حمایت قرار گیرند. فناوری اطلاعات می‌تواند به تدوین چنین الگوی تصمیم‌گیری پیچیده‌ای کمک کند. اگر هدف اصلی «توافق» واقعاً مورد توجه سیاست‌گزاران بود، مطمئناً «نهضت مشارکت دارویی» در این زمینه بیشتر سرمایه‌گذاری می‌کرد. در واقع تعداد بسیار اندک پژوهش‌های مربوط به تحلیل تصمیم‌گیری که خود شیوه نسبتاً جدیدی است نشان می‌دهد که بیماران در صورت تصمیم‌گیری آزادانه تصمیماتی خواهند گرفت که بسیاری از آن‌ها مخالف توصیه‌های استاندارد پزشکی خواهد بود. این هدفی است که «نهضت مشارکت دارویی» باید از آن دفاع کند و آن را به اجرا درآورد. این تنها راهی است که اطمینان می‌دهد بیماران از آزادی کامل در تبعیت از استانداردهای شخصی خود در مورد سلامت گذراندن زندگی به نحوی که خود صلاح می‌دانند برخوردار خواهند بود.

پزشکان باید با استفاده از دانش شغلی خود بهترین راه ارتقای سلامت بیماران را تعیین کنند

از عدم پذیرش ناشی شده باشند، از اثرات سودمند داروها نشأت گرفته‌اند. در بسیاری از موارد یک زنجیره تجویز دارو ایجاد می‌شود، بدین نحو که عارضه جانبی یک دارو مشکل بهداشتی جدیدی را برمی‌انگیزد و داروی دوم جهت کنترل اثر جانبی تجویز می‌شود. در حالی که این دارو نیز به نوبه خود علامت جدیدی ایجاد می‌کند که منجر به تجویز داروی سوم می‌شود. مسیری که از استئوآرتریت به داروی ضدالتهابی غیراستروئیدی، سپس افزایش فشارخون خفیف و بعد از آن مصرف مدرهای تیازیدی و در نهایت مرض قند و یا نقرس منجر می‌شود فقط یک نمونه از این زنجیره تجویز دارو محسوب می‌شود. به نظر می‌رسد که مفهوم پذیرش و اخیراً توافق بدون انتقاد و به نحوی غیراخلاقی مؤید تجویز بیش از حد دارو باشد.

تا زمانی که پزشکان و سیاست‌گزاران بخش سلامت این موضوع را بپذیرند که بیمار - به تنهایی - این حق را دارد که در مورد مصرف دارو تصمیم بگیرد، همچنان تغییر مفهوم «پذیرش» به «توافق» تنها یک شعار خواهد بود. احتمالاً مشکل اصلی نامناسب بودن واژه «توافق» است زیرا توانایی ایجاد سازگاری میان اهداف علم پزشکی و آرزوهای بیماران که در تکاپوی ایجاد بهترین حالت ممکن در زندگی دشوار و پرمخاطره می‌باشند، به نحو مبالغه‌آمیزی مورد تأکید قرار می‌دهد.

آرزوی سلامت کامل، مدینه فاضله امروز است و همچون همیشه با نوعی اجبار و زورگویی همراه است. ما به اصطلاحی نیاز داریم که احتمال زورگویی را مورد توجه قرار می‌دهد و نیز جهت

قبول نکنند. تفاهم معرف روندی است که بدان وسیله پزشک و بیمار به اجماع مشترکی مبنی بر استفاده یا عدم استفاده از دارو و چگونگی استفاده از آن می‌رسند. در این روند پزشکان نظرات بیمار را مشخص و درک می‌کنند و به بیمار در مورد اهمیت درمان توضیح می‌دهند تا بیمار به درک واضحی از پیامد استفاده یا عدم استفاده از درمان برسد.

تعداد اندکی کارآزمایی شاهددار تصادفی شده و به خوبی هدایت شده، در زمینه کمک به بیماران برای پیگیری مصرف دارویشان صورت گرفته است. این موضوع بر مبنای تعداد از مقالات مروری در این زمینه و مطالعه جدید نظام‌مندی (سیستماتیک) در باب تفاهم پزشک و بیمار نوشته شده است. تغییرات در لغات مورد استفاده در این زمینه منعکس‌کننده تمایل پزشک و بیمار فزاینده به عدم استفاده از واژه‌هایی مثل «تجویز دارو» دارند - واژه‌هایی که تلویحاً به نقش غالب پزشک اشاره دارند. مثال دیگر این که اصطلاح «پایبندی بیمار به درمان»² کم‌کم جای خود را به «پیگیری درمان»³ داده است. اخیراً از واژه تفاهم برای شرح یک طرح توافقی بین پزشک و بیمار درباره مصرف دارو استفاده شده است - که به واقع یکی از نتایج تصمیم‌گیری مشترک راجع به سیر تجویزی دارو محسوب می‌شود.

اگرچه موضوع بیمار محوری قویاً بر آموزش پزشکی تأثیر گذاشته است، اما هنوز هم تعلیم مهارت‌های ارتباطی به دانشجویان پزشکی به طور گسترده بر اخذ تاریخچه و تشخیص تمرکز دارد. توجه اندکی به مهارت‌های تصمیم‌گیری معطوف

اما حق ندارند عقیده خود را به بیماران تحمیل کنند مگر آن که بیماران توانایی تصمیم‌گیری را به تنهایی نداشته باشند (براساس قوانین انگلیسی پزشک ملزم است که «به نفع بیمار» عمل کند). غیر از این مورد، هیچ جایی جهت استبداد در مراقبت‌های سلامت وجود ندارد و در صورت اعمال زور بیماران با اتکا به راهکار «عدم پذیرش» اثر آن را خنثی می‌کنند.

از نکات دیگری که در مورد مصرف دارو اهمیت دارد، این مسأله است که چگونه دارو تجویز شود که مورد پذیرش بیمار بوده و آن را به درستی مصرف نماید. طبیعتاً شناخت فرهنگ هر قومی می‌تواند در چگونگی تجویز دارو مؤثر باشد. آقای دکتر نجفی نیز در این مورد چنین نگاه داشته‌اند:

بهترین راه برای کسب تفاهم (Concordance) بیمار چیست؟ بیمار، بسیاری از داروهای تجویز شده را مصرف نمی‌کنند و ما می‌دانیم عده قلیلی از بیماران به راهنمایی‌های ما مبنی بر چگونگی استفاده از داروها توجه می‌کنند. این مطلب واضح است که اعتقادات و انگیزه‌های بیماران در چگونگی مصرف دارو مؤثرند. این موضوع به طور اخص در مورد داروهای مخصوص پیشگیری و داروهایی که دارای عوارض جانبی و دیگر عوارض زیانبار هستند مصداق دارد. با توجه به این که توجه و علاقه به موضوع استقلال بیمار در امر تصمیم‌گیری روز به روز فزونی یافته است، ما پزشکان آگاهی بیشتری کسب کرده و احترام بیشتری نسبت به عدم پذیرش درمان و توصیه پیشنهادی می‌گذاریم. به واقع برخی از بیماران مطلع‌تر ممکن است بعضی از داروها را

- صحبت می‌کنند. حتی در شرایط ارزیابی رسمی به پزشکان عمومی که بیماران را در تصمیم‌گیری راجع به درمان سهیم کنند نمره تعلق می‌گیرد فیلم‌های ویدئویی نشان می‌دهند که ایشان در انجام چنین کاری ناکام می‌مانند. این شکست در جستجوی اعتقادات و امیدهای بیماران راجع به دارو و مطلع کردن ایشان از مزایای و مضرات گزینه‌های درمانی باعث می‌شود فضای کافی برای ایجاد سوءتفاهم، وجود نگرانی‌هایی که مورد توجه قرار نگرفته و پیدایش احساس دوگانگی و تردید در مورد داروهایی که برای آن‌ها تجویز شده، ایجاد شود. در خاتمه، ضمن تشکر مجدد از همکاران آقای دکتر بهزاد نجفی، و عرض خسته نباشید برای انتشار این کتاب، مطالعه آن‌را برای تمامی دست‌اندرکاران حرف پزشکی توصیه می‌کنیم.

زیرنویس‌ها

1. Medicines Partnership Task Force
2. Compliance
3. Adherence

شده است و تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که بیماران ندرتاً در روند تصمیم‌گیری دخالت دارند. پزشکان ممکن است بحثی راجع به درمان آغاز کنند ولی سرانجام در این بحث غالب می‌شوند. آن‌ها همیشه داروی تجویز شده را اسم نمی‌برند و تمایل ندارند توضیح دهند که داروهای جدید تجویز شده چگونه در مکانیسم یا هدف تجویز با داروهایی که قبلاً برای بیمار تجویز شده‌اند تفاوت دارند. آن‌ها معمولاً فهم بیمار را راجع به درمان بررسی نمی‌کنند یا نگرانی‌های بیمار راجع به یک دارو را مورد توجه قرار نمی‌دهند و هنگامی که ایشان بیماران را به سؤال کردن تشویق می‌کنند بیماران ندرتاً چنین کاری انجام می‌دهند. شواهد حاکی از آن است که پزشکان ندرتاً با بیماران راجع به توانایی بیمار بر ادامه درمان بحث می‌کنند که البته خود آن‌ها می‌گویند که این کار در حدود نیمی از ملاقات‌ها انجام می‌دهند. آن‌ها از منافع درمان بیش از مضرات، احتیاط‌ها یا خطرات - حتی در صورتی که بیماران دانستن این موارد را واجب بدانند

