

چالش‌های اخلاقی در داروخانه از دیدگاه اساتید دانشکده‌ی داروسازی و داروسازان شاغل در داروخانه‌های شهر شیراز: مطالعه‌ی کیفی

شاهین رئیس نژادیان^۱، صدیقه ابراهیمی^{۲*}، شیوا همتی^۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

داروسازان، به عنوان اعضای جامعه به طور کل و هم چنین، به عنوان اعضای کادر سلامت، در بسیاری از فعالیت‌هایی شرکت دارند که می‌تواند ایشان را در معرض چالش‌های اخلاقی قرار دهد. آن‌ها در حین انجام کار خود ممکن است با مشکلات و مسائلی روبه‌رو شوند که آیا آنچه انجام داده‌اند، درست، مناسب و قانونی است یا نه؟ این مطالعه به بررسی چالش‌های اخلاقی از دیدگاه داروسازان داروخانه و اساتید دانشکده‌ی داروسازی شیراز می‌پردازد و جنبه‌ی تفسیری و فرایندهای استدلالی آن‌ها از پدیده‌های اجتماعی مانند مسائل اخلاقی و تصمیم‌گیری اخلاقی برای مقابله با چنین مشکلاتی در داروخانه‌ها و در تعاملات بین داروساز با افرادی که با آن‌ها رابطه دارد را مورد بررسی قرار می‌دهد. پژوهش حاضر یک مطالعه با رویکرد کیفی، از نوع تحلیل محتواست. شرکت‌کنندگان ۲۰ نفر از داروسازان از جامعه‌ی آماری داروسازان شاغل به کار در داروخانه‌های شهر شیراز و اساتید دانشکده‌ی داروسازی بودند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند و با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف جمع‌آوری و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با رویکرد تحلیل محتوای کیفی انجام شد. تجزیه و تحلیل مصاحبه با شرکت‌کنندگان در مطالعه، به استخراج شش مقوله شامل درک داروسازان از مفاهیم کلیدی اخلاق، وظایف و تجربیات داروسازان، روابط با سایر کادر سلامت، داروخانه به عنوان یک مکان اقتصادی، تفاوت رعایت اخلاق در داروسازی با پزشکی و پرستاری از دیدگاه داروسازان و چگونگی پاسخ عملی داروسازان در مواجهه با مشکلات اخلاقی، منتج شد. هر کدام از این مقوله‌ها، نیز به زیر مقوله‌های مربوط به موارد خاص چالش‌های اخلاقی در محیط کار، خوشه‌بندی شد. آگاهی از مسائل اخلاقی و دستورالعمل‌های حرفه‌ای، یک بخش اساسی در آموزش ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است. اهداف گسترده از آموزش اخلاق رسمی در افراد حرفه‌ای، بالا بردن آگاهی آن‌ها از مسائل اخلاقی و دستورالعمل‌های حرفه‌ای و ارائه‌ی یک ساختار برای ارزیابی مشکلات اخلاقی و تصمیم‌گیری مناسب و قابل توجیه است. یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده‌ی نیاز به ایجاد دستورالعمل‌های حرفه‌ای و کدهای اخلاقی برای تجربیات داروخانه‌ای در راستای پوشش دادن همه‌ی مسائل اخلاقی است.

واژگان کلیدی: چالش‌های اخلاقی، داروساز، داروخانه

^۱ داروساز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۲ دانشیار، گروه اخلاق پزشکی و فلسفه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۳ استادیار، گروه بیوتکنولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

* نشانی: شیراز، خیابان کریم خان زند، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پزشکی، بخش اخلاق پزشکی، تلفن: ۰۷۱ ۳۲۳۴۸۹۸۰

مقدمه

معیارهای اخلاقی در حرفه‌ی داروسازی همواره یکی از دغدغه‌های مردم، جامعه‌ی سلامت و بالاخص قشر داروسازان بوده است (۱). داروسازان، به‌عنوان اعضای جامعه به‌طور کل و هم‌چنین، به‌عنوان اعضای جامعه‌ی بزرگ سلامت، در زندگی شخصی و کاری خود، در بسیاری از فعالیت‌ها شرکت دارند و با شرایطی مواجه می‌شوند که می‌تواند ایشان را در معرض چالش‌های اخلاقی قرار دهد.

با توجه به پیشرفت شگرف علم در دهه‌های اخیر و نیاز روزافزون مردم برای دریافت اطلاعات بیش‌تر، داروسازی در زمینه‌ی خدمات دارویی از نسخه‌پیچی سنتی به مدیریت مراقبت فراگیر از بیمار و فراهم آوردن خدمات و اطلاعات و رابطه‌ی پیچیده بین داروساز و بیمار سوق پیدا کرده‌است (۲).

مراقبت دارویی به‌عنوان جزئی از خدمات مراقبت از سلامت باید با همکاری بیمار، پزشکان، پرستاران و دیگر عرضه‌کنندگان مراقبت از سلامت فراهم شود. داروسازان باید بتوانند به‌طور کارآمد و اثربخش روابط منطقی را با این عوامل ایجاد کنند؛ به‌گونه‌ای که هماهنگی و ارتباط لازم میان همه‌ی این اعضای گروه دارویی و درمانی ایجاد شود. هم‌چنین، داروسازان برای پایداری نظام اقتصادی و گذران امور مالی داروخانه باید بتوانند تعامل مناسبی با شرکت‌های بیمه و شرکت‌های داروسازی داشته باشند. بنابراین، در حین انجام کار و در تعاملات خود ممکن است با مشکلات و چالش‌های متعدد اخلاقی روبه‌رو شوند. امکان دارد در این موقعیت‌ها برایشان سؤال پیش بیاید که آیا کاری را که انجام داده‌اند مناسب، درست، منصفانه یا قانونی است یا نه؟

مسائلی مانند حقوق بیمار، خود مختاری و رضایت بیمار، فشار بر داروساز برای فروش داروی بدون نسخه از سوی بیمار، دانش و مهارت کافی داروساز برای مشاوره‌رسانی به

بیمار، از جمله‌ی این مسائل اخلاقی است که همواره داروساز در طی زندگی حرفه‌ای خود در داروخانه با آن روبه‌رو شده و به‌دنبال راه حلی برای رفع این چالش‌های اخلاقی می‌گردد (۲). تاکنون، علی‌رغم تحقیقات گسترده در حیطه‌های دیگر از مراقبت‌های سلامت، کتب و نشریات عمده و مجموعه مقالات در مسائل در پزشکی مدرن و اصول اخلاق پزشکی در بهداشت و درمان، تحقیقات کمی در زمینه‌ی اخلاق عملی در داروسازی انجام شده‌است. در ایران نیز کم‌تر مطالعه‌ای درباره‌ی چالش‌های اخلاقی در خدمات دارویی انجام گرفته‌است (۲). در سال ۱۳۹۱، به منظور نهادینه‌سازی مفاهیم اخلاقی در ابعاد صنعتی و ابعاد ارائه‌ی خدمات حرفه‌ی داروسازی، سند جامع اخلاق نظام دارویی کشور در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت تصویب و ابلاغ شد (۳). این مطالعه به بررسی دیدگاه و تجربیات داروسازان داروخانه‌ای و اساتید دانشکده‌ی داروسازی شیراز در مورد چالش‌های اخلاقی موجود در محیط داروخانه‌ها می‌پردازد و تفسیر آن‌ها از مسائل اخلاقی و تصمیم‌گیری اخلاقی در داروخانه‌ها و در تعاملات بین داروساز با بیمار، سایر اعضای جامعه‌ی سلامت و شرکت‌های پخش دارو را مورد بررسی قرار می‌دهد. پی بردن به تفکر داروسازان می‌تواند در بهبود جایگاه اخلاق داروسازی نقش داشته باشد.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای با رویکرد کیفی، از نوع تحلیل محتواست. مشارکت‌کنندگان ۲۰ نفر از داروسازان از جامعه‌ی آماری داروسازان شاغل به‌کار در داروخانه‌های شهر شیراز و اساتید دانشکده‌ی داروسازی بودند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند و با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف جمع‌آوری و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با رویکرد تحلیل محتوای کیفی انجام شد. قصد آن بوده‌است که از طریق افرادی که بر اساس میزان روشنایی

کدگذاری شد. داده‌ها طبق رویکرد مورس، آنالیز و سپس، درون مایه‌های اصلی استخراج شد (۴). در پژوهش کیفی حاضر تجزیه و تحلیل داده‌ها در واقع همراه با مقایسه‌ی دایمی و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها شروع شد. پژوهشگر پس از مصاحبه‌ی دوم، کار کدگذاری و دسته‌بندی را آغاز کرد.

متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه شد و با شکستن هر متن، با روش تحلیل محتوا و با استفاده از دستورالعمل و کدهای اخلاقی، مضمون‌ها به‌عنوان کوچک‌ترین واحدهای تشکیل‌دهنده‌ی معنی‌دار استخراج، کدبندی و خوشه‌بندی شد؛ به این ترتیب که با استفاده از فرایند تحلیل مقایسه‌ای مداوم، هر داده با تمام داده‌ها مقایسه شد و کدهایی با مفهوم مشترک تحت یک خوشه قرار داده شده و نام‌گذاری شد. سپس خوشه‌هایی که معانی و مضامین اصلی آن‌ها با هم ارتباط داشت مشخص شد. جمع‌آوری اطلاعات تا رسیدن به مرحله‌ی اشباع، یعنی هنگامی که موضوع‌های جدیدی از سوی مشارکت‌کنندگان مطرح نشد و تا تکراری شدن مضامین استخراج‌شده، ادامه یافت (۵).

در نهایت، در این مطالعه تعداد ۲۰ نفر از داروسازان شرکت کردند که از این تعداد ۱۶ نفر داروسازان داروخانه‌های شیراز و ۴ نفر هم اساتید دانشکده‌ی داروسازی بودند. به‌منظور افزایش اعتبار^۱ داده‌ها متن مصاحبه‌ها برای بازبینی و تأیید در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و در صورت نیاز مصاحبه‌های تکمیلی برای شفافیت بیشتر بخش‌های مهم سخنان آنان انجام شد.

داده‌های به‌دست آمده توسط دو نفر از نویسندگان مقاله مورد تحلیل قرار گرفت که در این راستا توافق همکاران در مورد انتخاب واحد معنا و شیوه‌ی طبقه‌بندی مقوله‌ها به افزایش قابلیت اعتبار داده‌ها کمک کرد.

طرح پرسش‌ها با زمینه‌ی مشابه برای همه‌ی

بخشی احتمالی‌شان برای تحقیق، انتخاب شده‌اند. درک عمیقی از موضوع مورد مطالعه حاصل شود.

برای ارزیابی و تأمین قابلیت انتقال داده‌ها، نمونه‌ها از دو گروه، شامل تمامی اساتید با تجربه‌ی بیش از ده سال در دانشکده‌ی داروسازی و همچنین، از جامعه‌ی آماری داروسازان شاغل در داروخانه‌های شیراز به‌صورت تصادفی ساده انتخاب صورت گرفت که برای ارائه‌ی اطلاعات از تجربیات خود درباره‌ی مشکلات اخلاقی مورد پرسش قرار گرفتند.

جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه‌ی نیمه ساختارمند و با سؤالات باز صورت گرفت. به‌منظور کسب اطلاعات مربوط به تحقیق از مصاحبه‌شونده سؤالات مصاحبه بر مبنای طرح کلی تحقیق به‌طور هدفمند و با استفاده از منابع علمی موجود و نظرات دو نفر از اساتید داروسازی و ۲ نفر از اساتید و ۲ نفر از دانشجویان سال آخر PhD اخلاق پزشکی طراحی شدند و به‌تدریج، براساس پاسخ‌های آزمودنی و تحلیل داده‌ها، با انعطاف‌پذیری به تنظیم سؤال‌ها پرداخته شد.

میانگین مدت زمان هر مصاحبه ۳۰ دقیقه بوده‌است. مضمون‌های ارائه شده در این مطالعه، یافته‌های حاصل از پاسخ شرکت‌کنندگان به این سؤالات است.

قبل از مصاحبه، به شرکت‌کنندگان، در مورد اهداف پژوهش، هویت اشخاص مصاحبه‌کننده و مشارکت داوطلبانه توضیح داده شد و از آن‌ها برای شرکت در تحقیق و نیز ضبط صدا رضایت آگاهانه اخذ شد. اطلاعات فردی و مصاحبه‌های ضبط شده به‌صورت محرمانه نگهداری شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات، گفت‌وگو به‌صورت چهره به چهره و انفرادی بین محقق و مشارکت‌کنندگان و به مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه صورت گرفت. ضمن مصاحبه از یادداشت برداری از عین کلمات افراد و ضبط صوت استفاده شد و بعد از هر مصاحبه، مطالب ضبط شده مکرراً گوش داده و متن کلیه‌ی مصاحبه‌ها به‌صورت کتبی کلمه به کلمه نگارش شده و به‌صورت دستی

¹ Credibility

شرکت‌کنندگان گامی در افزایش قابلیت اعتماد^۱ در مطالعه بود.

برای تأمین اعتبار و قابلیت تأیید^۲ داده‌ها در مطالعه‌ی حاضر، فرایند جمع‌آوری داده‌ها، فرایند تحلیل و کدهای استخراج‌شده در هر مرحله توسط پژوهشگر دوم، با دقت بیشتر و افراد صاحب‌نظر خارج از تیم تحقیق نیز مورد نظارت و بررسی قرار می‌گرفت. در ادامه، نتایج حاصل از این تحقیق ارائه شده‌است.

برای قابلیت انتقال تحقیق^۳، پژوهشگر مراحل و روند تحقیق را دقیقاً ثبت و گزارش کرد تا امکان پی‌گیری تحقیق برای دیگران فراهم شود. هم‌چنین، سعی شد، نقل قول‌های شرکت‌کنندگان به همان صورتی که گفته شد، ارائه شود.

نتایج

در این مطالعه تعداد ۲۰ نفر از داروسازان شرکت کردند که از این تعداد ۱۶ نفر داروسازان داروخانه‌های شیراز و ۴ نفر هم اساتید دانشکده‌ی داروسازی بودند. با توجه به تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های انجام شده، مضامین و بخش‌هایی از مصاحبه‌ها در مورد چالش‌های اخلاقی در محیط کار، در شش مقوله‌ی اصلی و زیر مقوله‌های مربوطه به‌صورتی که در ادامه توضیح داده می‌شوند خوشه‌بندی شد.

مقوله‌ی اول: درک داروسازان از مفاهیم کلیدی اخلاق

در مواجهه با چالش‌های اخلاقی در محیط کار

بنیادهای اخلاق در داروسازی از نظر کیفی با اخلاق عمومی تفاوت چندانی ندارند ولی از نظر کمی ماهیت پیچیده دارند و می‌توانند در ایجاد چالش‌های اخلاقی مؤثر باشند.

الف. احترام به کرامت و خود مختاری بیمار

تعداد زیادی از مصاحبه‌شوندگان به موضوع احترام به کرامت و خودمختاری بیمار اشاره کردند و اذعان داشتند که بیمار

در انتخاب دارو و حتی روند درمان هم حق انتخاب دارد.

[باید اختیار را به بیمار بدهیم، اختیار در مصرف دارو،

انتخاب برند^۴ یا این‌که این دارو را می‌خواهد یا نه.]

[گاهی وقت‌ها این همه معطل شدن برای معطل شدن

بیمار در داروخانه به‌علت این‌که داروخانه پول ندارد پرسنل

کافی بگیرد، جایز نیست.]

[برای بیمار حق انتخاب قائل شویم نه این‌که تعداد کم‌تر

دارو را به بیمار بدهیم بدون این‌که چیزی به او بگوییم.]

ب. حفظ حریم خصوصی بیمار

از وظایف داروساز دادن مشاوره به بیماران است که باید

مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل

رازداری باشد که در مصاحبه‌های انجام‌شده تعدادی از

داروسازان به اهمیت این موضوع اشاره کردند.

« اگر [بیمار] بگوید بیا آن طرف با هم صحبت کنیم

وظیفه‌ی اخلاقی ما این است که برویم. داروخانه باید برای

مشاوره‌ی بیمار جای اختصاصی داشته باشد. این امر در

داروخانه‌ها به‌خاطر شلوغی و نداشتن فضای کافی رعایت

نمی‌شود.»

ج. درستکاری و جلب اعتماد بیماران

مهارت در برقراری ارتباط صحیح با بیمار و اعتمادسازی

از سوی داروساز اهمیت زیادی دارد. مصاحبه‌شوندگان دادن

داروهای تحت عنوان داروهای مشابه را یکی از مسائلی

می‌دانستند که سبب می‌شود تا درست‌کاری داروساز در

داروخانه خدشه‌دار شود. این افراد دادن داروی مشابه بدون

مشورت با پزشک معالج و صلاح‌دید وی را کاری غیر

اخلاقی می‌دانستند.

[بزرگ‌ترین مشکلی که در داروخانه‌ها می‌تواند وجود

داشته باشد، عدم رعایت در امانت در نسخه‌ی دارویی که

پزشک از ما می‌خواهد به بیمار بدهیم ولی چیز دیگری جایش

می‌دهیم فقط به صرف این‌که مشابه است.]

^۱ Dependability

^۲ Confirmability

^۴ Brand

«چک کردن تاریخ داروها از سوی داروساز یک وظیفه اخلاقی است.» [

بنویسید و توضیح دهید.]
 «نسخه‌ی بیمار خیلی اوقات از نظر تداخلات چک نمی‌شود

د. عدالت در پخش منابع سلامت به گفته‌ی داروسازان کمبود اقلام دارویی سبب می‌شود که نتوانند داروی کمیاب را که پزشک برای بیمار می‌نویسد تا روند بهبودیش تکمیل شود به‌طور کامل در اختیار بیمار قرار دهند یا دارو آنقدر کم توزیع می‌شود که قادر نیستند آن را به‌صورت عادلانه بین افراد تقسیم کنند.

و به بیمار توصیه‌های لازم در مورد داروها داده نمی‌شود.» [

«داروسازها اغلب به دلیل این‌که سرشان شلوغ است وقت لازم برای مشاوره‌ی کافی را ندارند.»]

«داروی کمیابی می‌آید نمی‌دانی این دارو را به کی بدهی، اگر به فامیل بدهی پس تکلیف بقیه چی هست؟» [

«وقتی نظری را در مورد دارویی به بیمار می‌دهی و به او مشاوره می‌دهی، پزشک شاکی می‌شود که چرا به مطب نفرستادیش تا من حق ویزیت بگیرم.»]

مقاله‌ی دوم: وظایف و تجربیات داروسازان در مواجهه با چالش‌های اخلاقی در محیط کار

ب. حضور مسئول فنی در داروخانه حضور مستمر داروساز در داروخانه هنگام نسخه‌پیچی و تحویل دارو به بیمار کاملاً لازم و ضروری است. امور فنی داروخانه باید به‌وسیله‌ی کسانی که با نام مسئول فنی معرفی شده‌اند انجام گیرد، ضمن این‌که داروساز با کنترل مصرف داروها و بیماری‌های عمومی و مزمن نقش مؤثری در مراقبت‌های سلامت و پشتیبانی شیوه‌های زندگی سالم ایفا می‌کند. ۵ نفر از شرکت‌کنندگان به اهمیت حضور داروساز در داروخانه اشاره کردند.

مضامین و بخش‌هایی از مصاحبه‌ها که بیانگر وظایف و تجربیات غالب شرکت‌کنندگان در مواجهه با چالش‌های اخلاقی است در ادامه آورده شده‌است.

الف. مشاوره‌ی دارویی

«مشکل دیگر وجود مسئول فنی در داروخانه‌هاست، اگر باشد هم به زور در داروخانه هست و کارها را به نسخه‌پیچ واگذار کرده و نسخه‌پیچ هم سواد کافی را ندارد و مشاوره‌ی اشتباه می‌دهد.» [

یکی از مسؤولیت‌های حرفه‌ای داروساز مراقبت و مشاوره‌ی دارویی است. داروسازان به‌عنوان کارشناسان و متخصصان دارویی همواره به‌صورت منبع قابل دسترس و معتمدی برای مشورت و درمان شناخته شده‌اند. مشاوره‌ی صحیح موجب افزایش کیفیت زندگی بیمار و موجب غنی شدن حرفه‌ی داروسازی می‌شود. در مشاوره باید سابقه‌ی بیماری و سابقه‌ی داروهای مصرفی بیمار سؤال شود و اطلاعاتی در مورد دارو، نحوه‌ی مصرف و دوز مصرفی دارو توسط بیمار، شرایط نگهداری، عوارض جانبی و تداخلات دارویی به بیمار ارائه شود. ارائه‌ی مشاوره‌ی صحیح به بیمار موجب تبعیت بیمار از رژیم دارو درمانی می‌شود و در روند بهبودی وی نقش دارد. در ادامه مسائل و مشکلات مربوط به مشاوره‌ی دارویی که از سوی شرکت‌کنندگان در مصاحبه به آن‌ها اشاره شده‌است ذکر می‌شود:

ج. مداخله‌ی پرسنل داروخانه در امر مشورت دارویی مشاوره‌ی دارویی در داروخانه باید توسط افراد آگاه به علوم دارویی انجام شود و در صورت مشورت اشتباه از سوی پرسنل داروخانه ممکن است روند صحیح درمان انجام نشود و این امر موجب ضرر رساندن به بیمار می‌شود. گاهی اوقات پرسنل داروخانه در این امر دخالت کرده و باعث راهنمایی اشتباه بیمار می‌شوند. این موضوع را شرکت‌کنندگان در این پژوهش اذعان داشتند:

«نسخه‌پیچ‌ها مشاوره‌ی اشتباه می‌دهند و به داروساز احترام نمی‌گذارند.» [

«فارغ از تمامی مسائل دستورات لازم را برای بیمار

د. تعارض منافع

تعارض در منافع^۱ به این معنی است که داروسازان دارای ارتباطات شخصی یا اقتصادی هستند که ممکن است به طور ناعادلانه‌ای بر تصمیم‌گیری آن‌ها در جهت ارائه‌ی خدمت تأثیرگذار باشد.

تعارض بین منفعت داروساز و بیمار نمونه‌ای از تعارض منافع است که داروسازان در طی حضور خود در داروخانه زیاد با آن مواجه می‌شوند و شرکت‌کنندگان در مصاحبه مثال‌های زیادی از این مورد را ذکر کردند که در زیر به نمونه‌هایی از آن اشاره می‌شود:

[«در مورد دادن داروهای تاریخ گذشته به بیمار تا زمانی که ناخواسته باشد، فکر نمی‌کنم اخلاق را زیر پا گذاشته‌ایم.»]
[«دادن تعداد زیادی داروی تاریخ نزدیک به یک بیمار، اگر بخواهد تمام آن را مصرف کند تاریخش می‌گذرد.»]
[«ما می‌توانیم دارویی را به بیمار بدهیم که گران‌تر باشد و سودش برای داروخانه بیش‌تر باشد.»]

[«یک داروی نسخه‌ای را که بیمار نمی‌خواهد قیمت بزند و پولش را از بیمه بگیرند.»]

هر درخواست داروی غیر OTC^۲ بدون نسخه

داروهای OTC، داروهایی هستند که برای خرید آن‌ها از داروخانه نیازی به ارائه‌ی نسخه نیست و هر فرد می‌تواند با مراجعه به داروخانه آن‌ها را تهیه کند. داروسازان یکی از بزرگ‌ترین مشکلات خود را همین داروهای بدون نسخه غیر OTC می‌دانند که طی روز چندین بار با آن مواجه می‌شوند.

[«پافشاری بیمارها برای گرفتن داروهای بدون نسخه غیر OTC و حتی تهدید کردن. بیماری بود که کلونازپام می‌خواست و بهش ندادم و طرف مرا تهدید کرد.»]

و. عدم آگاهی بیمار از قوانین، ضوابط و روند کار داروخانه

با توجه به قوانینی که وزارت‌خانه برای داروخانه‌ها و مسئولین فنی تعیین کرده و قوانین حاکم در بیمه‌ها که داروخانه‌ها موظف به اجرای آن‌ها هستند، داروساز و سایر پرسنل موظف هستند این قوانین را اجرا کرده تا از یک‌طرف مورد بازخواست سازمان غذا و دارو قرار نگیرند و هم‌چنین به تعهدات خود به بیمه‌ها عمل کرده تا بتوانند طبق قوانین وضع شده پول خود را از بیمه‌ها دریافت کنند؛ از طرف دیگر باید تعاملی با بیماران و مراجعه‌کنندگان به داروخانه داشته باشند و بتوانند خدمات رضایت‌دهنده‌ای به آن‌ها ارائه دهند. حال با توجه به کمبود اطلاعات مراجعه‌کنندگان از این قوانین وضع شده، ممکن است داروساز و پرسنل داروخانه در روابط خود با مراجعه‌کنندگان دچار مشکلاتی شوند. در زیر مواردی که داروسازان شرکت‌کننده در این پژوهش به آن اشاره کرده‌اند آورده شده‌است:

ز. قیمت دارو در بیمه‌ها

قیمت مورد قبول داروها در بیمه‌های مختلف و تحت شرایط مختلف متفاوت است. به‌عنوان مثال، نرخ مورد قبول یک دارو که بیمه آن را به‌عنوان داروی بیمه‌ای قبول دارد با قیمت واقعی که داروخانه به ازای آن پول پرداخت کرده‌است متفاوت است. به گفته‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش این مسأله یکی از چالش‌هایی است که در داروخانه با بیمار به‌وجود می‌آید و با توجه به پیچیدگی موضوع، توضیح آن برای بیمار مفهوم نیست و همین امر زمینه‌ساز مشکلات زیادی می‌شود.
[«قیمت داروها در بیمه‌های مختلف متفاوت حساب می‌شود و بیمه‌ها یک دارو را به‌طور یکسان مورد پوشش قرار نمی‌دهند. بیمار این‌ها را نمی‌داند و گاهی وقت‌ها اعتراض می‌کند.»]

[«تفاوت قیمت دارو با نرخ اصلی که بیمه آن را قبول دارد که این ما به تفاوت را باید از بیمار بگیریم. بیمار این را

¹ Conflict of Interest

² Over-the-counter(OTC)

نمی‌داند خصوصاً پزشک خانواده که فکر می‌کنند تمام داروهایشان رایگان است.» [

ح. روند آماده کردن دارو و تحویل آن به بیمار

وقتی بیماری با نسخه‌ای در دست به داروخانه مراجعه می‌کند پرسنل داروخانه نسخه را تحویل گرفته و اقلام دارویی را که در آن نوشته شده‌است را می‌خواند، قیمت آن را بر اساس قوانین بیمه‌ی مربوطه (اگر نسخه‌ی آزاد نباشد) محاسبه کرده و دارو را در سبده‌ی در اختیار داروساز قرار می‌دهد تا وی داروهای موجود در نسخه‌ی بیمار را از لحاظ تداخلات چک کرده و دستورات و توصیه‌های لازم را بر روی جعبه‌ی داروها ذکر کند. مراحل ذکر شده جزئی از پروسه‌ی معمول تحویل دارو به بیمار است که در پایان این مرحله در صورت نبودن مشکل خاصی در نسخه، فرد می‌تواند دارویش را تحویل بگیرد که البته زمان طی شدن این مراحل با توجه به تعداد نسخ و مراجعان به داروخانه و تعداد پرسنل موجود در داروخانه فرق دارد. به گفته‌ی مشارکت‌کنندگان در مصاحبه، مشکلاتی با برخی از مراجعه‌کنندگان با توجه به این‌که زمان زیادی را در مطب پزشک سپری کرده‌اند یا به دلیل کم‌طاعت بودنشان به سبب بیماری و کم بودن پرسنل در بعضی داروخانه‌ها و طولانی شدن این پروسه، ممکن است پیش بیاید.

«چون داروخانه حلقه‌ی آخر است بیمار برای گرفتن دارویش نمی‌خواهد صبر کند و توقع دارد تا نسخه‌اش را داد دارویش را بگیرد.» [

ط. پس گرفتن داروها و مواد آرایشی - بهداشتی

با توجه به قوانین وزارت بهداشت پس گرفتن داروها و فرآورده‌های آرایشی - بهداشتی که از داروخانه خارج شده‌است غیر مجاز است که یکی از چالش‌های پیش رو در داروخانه‌ها به گفته‌ی داروسازان همین مسأله هست.

«بیمارها می‌آیند داروها را می‌گیرند بعد می‌آیند می‌خواهند پس بدهند که از لحاظ قانونی حق پس گرفتن آن

را نداریم.» [

ی. قیمت داروها، وسایل پزشکی و فرآورده‌های آرایشی یکی از مشکلاتی که هر داروخانه زیاد با آن مواجه می‌شود قیمت داروها و سایر اقلامی است که در داروخانه به فروش می‌رسد. داروسازان عقیده دارند که عدم آگاهی مراجعه‌کنندگان در مورد قیمت داروها، مواد آرایشی - بهداشتی، لوازم پزشکی و حق فنی مشکلات زیادی را برای آن‌ها ایجاد کرده‌است. به‌عنوان مثال، تفاوت قیمت دارو و اقلام ارائه شده به بیمار با قیمتی که بر روی جلد آن نوشته شده‌است مشکل‌ساز است. مصاحبه‌شوندگان اذعان داشتند که قیمت بعضی از این اقلام بیشتر می‌شود و شرکت تولیدکننده و پخش آن‌ها را با همان برچسب قیمتی قبلی در داروخانه‌ها توزیع می‌کند و داروخانه هم مجبور است که آن را به بیمار عرضه کند که همین مسأله باعث بروز برخوردهایی بین طرفین داروخانه و مراجعه‌کنندگان می‌شود.

«قیمت‌های برندهای مختلف یک دارو با هم فرق دارد و

بیمار این را نمی‌داند.» [

«بیمار تفاوت قیمتی که روی بسته‌ی دارو هست و آن قیمتی را که به او می‌دهیم را قبول ندارد و بحث پیش می‌آید. در حالی که قیمت واقعی دارو با قیمت روی آن خیلی وقت‌ها فرق می‌کند.» [

«بیمار در مورد نحوه‌ی قیمت‌گذاری دارو وقتی داروی OTC می‌گیرد و باید فرانشیز بدهد اطلاع ندارد و اعتراض می‌کند و درگیری پیش می‌آید.» [

«بیماران هنوز بعد از ۴۰ سال حق فنی را قبول ندارند و

همین موضوع سبب بروز درگیری‌هایی می‌شود.» [

مقوله‌ی سوم: روابط با سایر کادر سلامت

مقوله‌ی دیگری که داروسازان به آن اشاره کردند چالش‌های موجود در حیطه‌ی روابط و همکاری با سایر کادر سلامت بود. داروساز به‌عنوان عضوی از جامعه‌ی سلامت رابطه‌ی نزدیکی با سایر اعضای این جامعه دارد

«بعضی از داروسازها برای خود حق درمان قائل می‌شوند در حالی که این وظیفه‌ی پزشک است.» [

«پزشک داروی یک فرد بزرگ را در دفترچه‌ی دخترش نوشته بود، من به بیمار گفتم این دارو به شما نمی‌خورد نباید دارو را به شما بدهم. بعد پزشک زنگ زده می‌گوید شما نباید کار داشته باشید و باید دارو را بدهید، در حالی که از لحاظ بیمه ایراد می‌گیرند.» [

«ایراداتی در نسخه‌ی پزشک می‌بینیم و به آن‌ها می‌گوییم بعضی‌ها خوب برخورد نمی‌کنند و می‌گویند من پزشکم، من تشخیص می‌دهم و من تجویز می‌کنم.» [

ب. تباری

داروساز و پزشک می‌توانند روابط ناسالمی هم با هم داشته باشند. این روابط می‌تواند به ضرر بیماران تمام شود که به عقیده‌ی مصاحبه‌شوندگان این کار غیر اخلاقی است. یکی از این کارها تباری است که بین داروساز و پزشک شکل می‌گیرد؛ به‌طور مثال، پزشک یک داروی خاص را بنا به دلایل مختلف در غیر از جایی که باید استفاده شود تجویز کند. این مورد تباری یکی از مواردی بود که مصاحبه‌شوندگان در طی صحبت‌های خود به دفعات به آن اشاره کردند.

«دادن داروهای تاریخ نزدیک اگر وجاهت پزشکی نداشته باشد غیر اخلاقی است. پزشک و داروساز فکر می‌کنند بهشان ظلم شده و با هم تباری می‌کنند.» [

«داروسازها ناخودآگاه به‌طرف پزشک می‌روند و به پزشک باج می‌دهند تا نسخه‌ها طرف آن‌ها بیاید. حتی مورد داشتیم پزشک می‌آید از قفسه لیست داروهای تاریخ نزدیک را می‌گیرد.» [

«ویزیتور برای فروش محصولاتش به پزشک و داروساز نیم سکه می‌دهند. مثلاً در یک داروخانه بودم که برای زگیل، پزشک مکمل کربوهیدرات نوشته بود.» [

«باج دادن به منشی پزشک برای فرستادن نسخه‌ها به داروخانه» [

که این روابط باید در مسیری انجام شود که حداکثر سودسانی متوجه بیماران و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت شود و این‌که هر عضو در جامعه‌ی سلامت اعم از داروساز، پزشک، پرستار و سایر اعضا باید مسؤلیت‌های مربوط به حوزه‌ی خود را به‌طور کامل انجام دهند و به دیگر اعضا در انجام مسؤلیتشان یاری رسانند، ضمن این‌که نباید خدمات دیگران را نادیده گرفته و به حوزه‌ی وظیفه و مسؤلیت آن‌ها تجاوز نکنند. در این بین داروساز بیش‌ترین ارتباط را با پزشکان برقرار می‌کند که گاهی مشکلاتی بین دو طرف و گاهی هم این ارتباط مشکلاتی را برای طرف سوم یعنی بیمار ایجاد می‌کند. در ادامه به ذکر موضوعاتی پرداخته می‌شود که مصاحبه‌شوندگان از آن به‌عنوان چالش‌های روابط بین داروساز و سایر اعضای جامعه‌ی سلامت نام برده‌اند.

الف. رابطه‌ی داروساز با پزشکان

داروساز و پزشک هر دو عضوی تاثیرگذار در جامعه‌ی سلامت هستند که هر کدام دارای وظایف و حقوقی هستند که طرف دیگر باید به آن‌ها احترام گذارد. معاینه، تشخیص بیماری و درمان از جمله وظایف پزشک است و داروساز هم با توجه به تشخیص پزشک مشاوره‌ی دارویی لازم را به بیمار می‌دهد و در صورت داشتن تداخلات دارویی می‌تواند به پزشک اطلاع دهد. داروساز و پزشک با دانستن حدود وظایف خود و طرف دیگر، می‌توانند تعامل سازنده‌ای برای پیشبرد اهداف درمان داشته باشند. رابطه‌ی بین داروساز و پزشک اگر بر اساس بیمارمحوری باشد باعث می‌شود که بیمار اعتمادش به سیستم درمانی بیش‌تر شده و روند درمانی بیمار با همکاری سالم و سازنده‌ی این دو عضو به‌صورت موثر طی شود.

«توقع بی‌جایی که بعضی بیماران از داروساز دارند باعث می‌شود در کار طبابت دخالت کنیم. مثلاً امروز بیماری اصرار می‌کرد از در پشتی بروم پایش را ببینم و برایش دارو تجویز کنم.» [

سلامت به بیماران است، مرکزی برای فعالیت اقتصادی داروساز و صاحبان سرمایه نیز هست، از این رو داروساز و سرمایه‌دار روابطی با شرکت‌های پخش دارو و فرآورده‌های آرایشی - بهداشتی و همچنین، با شرکت‌های بیمه برای پیشبرد منافع اقتصادی خود دارد که در این میان ممکن است دچار مشکلاتی نیز بشود:

الف. رابطه‌ی داروساز با شرکت‌های پخش

بر طبق گفته‌ی داروسازان شرکت‌های پخش دارویی ویزیتورهایی دارند که برای فروش محصولات به داروخانه‌ها مراجعه می‌کنند و با توجه به رقابتی که بین این شرکت‌ها وجود دارد. هر کدام به‌نحوی از محصولات خود تعریف می‌کنند که بعضی از آن‌ها رنگ و بوی اغراق‌آمیز دارند. همچنین، بعضی از شرکت‌ها به تعهدات خود در قبال داروخانه عمل نمی‌کنند و اجناسی را که قبلاً سفارش گرفته بودند با سایر اقلام تعویض می‌کنند. داروسازان عقیده داشتند همین امر به‌گونه‌ای رعایت نکردن اخلاق است. نمونه‌ای از مشکلات را که داروخانه‌ها با شرکت‌های پخش دارند از زبان داروسازان در در ذیل آورده شده‌است:

[دادن پورسانت به ویزیتورها باعث شده در مورد محصولاتشان بزرگ نمایی و اغراق‌گویی کنند.]

[شرکت‌های پخش، دارو را نگه می‌دارند و توزیع نمی‌کنند و می‌گذارند گران شود.]

[شرکت‌های دارویی با داروخانه‌های بزرگ بهتر کار می‌کنند و جنس‌های بهتری بهشان می‌دهند و سهمیه‌ی داروخانه‌های دیگر را همه به یک داروخانه می‌دهند.]

[شرکت‌ها چیزهایی را برایمان می‌آورند که درخواست نداده‌ایم.]

[بدون این‌که چیزی به ما بگویند برایمان داروی تاریخ نزدیک می‌گذارند.]

[مجبور می‌شویم برای خرید داروهای خاص مثل واکسن آنفولانزا چند میلیون ازشان خرید کنیم.]

ج. رابطه‌ی داروساز با داروخانه‌های دیگر

داروخانه علاوه بر این‌که یک مرکز سلامت است به‌عنوان مرکزی برای فعالیت اقتصادی سرمایه‌داران و داروسازان نیز به‌شمار می‌رود. هر داروخانه برای این‌که سود بیشتری نصیبش شود ممکن است دست به کارهایی بزند که بعضی از این اعمال به دور از موازین اخلاقی هستند. داروخانه‌های نزدیک به هم با توجه به رقابتی که با هم دارند و هر کدام در صدد رسیدن به سود بیشتر هستند دچار مشکلات زیادی می‌شوند و هر یک برای این‌که فروش خود را بالاتر ببرند در پاره‌ای از موارد دست به کارهای غیر اخلاقی می‌زنند که این موارد می‌تواند سبب آسیب رساندن به طرف مقابل یا بیماران شود.

[بعضی از داروخانه‌ها نسخه‌ی داروخانه‌های دیگر را به هر نحوی به‌طرف خودشان سوق می‌دهند و پیش پزشک و بیمار از داروخانه‌ی دیگر بدگویی می‌کنند.]

د. رابطه‌ی داروساز با اعضای دیگر جامعه‌ی سلامت

رابطه‌ی داروساز با سایر گروه‌های پزشکی خالی از مشکل نبوده‌است و بعضی از داروسازان شرکت‌کننده به مشکلاتی در زمینه‌ی رابطه‌ی داروساز با سایر گروه‌های پزشکی اشاره کردند و معتقد بودند که بعضی از اعضای کادر پزشکی (به غیر از پزشکان) که صلاحیت تجویز دارو را ندارند اقدام به این عمل می‌کنند که همین موضوع سبب بروز چالش‌هایی می‌شود. همچنین، اظهار کردند که بعضی از افراد به صرف این‌که جزئی از جامعه‌ی سلامت هستند، خود را محق می‌دانند که هر دارویی را بدون تجویز پزشک از داروخانه برای استفاده‌ی شخصی خود بگیرند.

[بعضی از گروه‌های پزشکی صلاحیت تجویز ندارند، می‌آیند می‌خواهند پنی سیلین، آنتی بیوتیک و کورتون بگیرند و یا این داروها را برای بیمار تجویز می‌کنند.]

مقوله‌ی چهارم: داروخانه به‌عنوان یک مکان اقتصادی

داروخانه جدای از این‌که مرکزی برای ارائه‌ی خدمات

ب. رابطه با شرکت‌های بیمه

داروخانه‌ها برای این‌که فعالیت اقتصادی فراگیرتری داشته باشند با شرکت‌های بیمه‌ی مختلف قرارداد می‌بندند و موظف هستند بر اساس قوانین ویژه‌ی آن بیمه رفتار کنند. بنابراین عقیده‌ی داروسازان عدم پایبندی بسیاری از شرکت‌های بیمه به تعهدات خود در مورد بازپرداخت معوقات مالی، عملی غیر اخلاقی است و موجب می‌شود داروخانه تحت فشار مالی زیادی قرار بگیرد.

«قراردادهای داروخانه با بیمه به صورت یک طرفه است و بیمه‌ها مطالباتشان را طبق زمان‌بندی انجام نمی‌دهند.» [نسخه‌ها دست‌نویس است و بیمه‌ها تفسیر به رای می‌کنند و کسورات می‌زنند.]

ج. مشکلات مالی

تمامی داروسازان اذعان داشتند که مسائل مالی می‌تواند هر کسی را تحت فشار قرار دهد و موجب لغزش اخلاقی شود. اکثر شرکت‌کنندگان اشاره کردند بیمه‌ها معوقات داروخانه را خیلی دیر پرداخت می‌کنند که می‌تواند زمینه‌ساز فشار اقتصادی شود.

«هر کسی یک نرخ دارد. بعضی‌ها خود را ارزان می‌فروشند، بعضی‌ها گران‌تر. باید همیشه دعا کرد که خدا ما را از شر شیطان نجات دهد.» [

مقوله‌ی پنجم: تفاوت رعایت اخلاق در داروسازی با پزشکی و پرستاری از دیدگاه داروسازان

شرکت‌کنندگان در مورد تفاوت‌های اخلاق در داروسازی با اخلاق در پزشکی و پرستاری این نظر را داشتند چون داروخانه حلقه‌ی آخر درمان برای بیمار محسوب می‌شود بنابراین رعایت اخلاق در آن مهم‌تر است و عدم رعایت اخلاق تمام اخلاقیات گذشته را زیر سؤال می‌برد. همچنین، داروسازان به این مسأله نیز اشاره کردند که با توجه به این‌که مسائل مالی که داروساز بیشتر با آن سر و کار دارد و سوسه‌کننده است بیشتر می‌تواند اخلاق را زیر پا بگذارد. اما

گروهی از مصاحبه‌شوندگان این باور را داشتند اخلاق و رعایت آن در سایر حرف حلقه‌ی سلامت به‌ویژه پزشکی مهم‌تر است و نمود بیش‌تری دارد. در این بین بعضی هم این نظر را داشتند که اخلاق در همه جای حلقه‌ی درمان مهم است و عدم رعایت آن می‌تواند در هر جا به بیماران لطمه وارد کند.

«داروسازی یک نوع تجارت است که بحث پول وسط می‌آید و پول هر کجا باشد فساد هم هست» [

«در پزشکی اخلاق مهم‌تر است، شما در نظر بگیر جایی که دلیلی برای جراحی نباشد به خاطر پول جراحی کنی یا دارویی را که می‌توانی بیمه بدهی آزاد بدهی، کدام مهم‌تر است؟» [

«در طول زنجیره‌ی درمان اگر بی اخلاقی ایجاد شود بر روی روند درمان بیمار اثر می‌گذارد، بنابراین، بی اخلاقی همه‌جا هست.» [

مقوله‌ی ششم: چگونگی پاسخ عملی داروسازان در مواجهه با مشکلات اخلاقی

داروسازان برای رفع مشکلات اخلاقی که با آن مواجه می‌شوند چه کاری انجام می‌دهند و آیا به مرجعی مراجعه می‌کنند یا خیر؟

۱۳ نفر از مصاحبه‌شوندگان اذعان داشتند که خودشان سعی می‌کنند مسائل را برطرف کنند. ۵ نفر هم گفتند برای حل این مسائل از دوستان، همکاران و خانواده کمک گرفته‌اند. یک نفر هم به این موضوع اشاره کرد که: «برای حل یک مشکل اخلاقی مجبور شدم از طریق قانون اقدام کنم». یک نفر در زمینه‌ی مسائل اخلاقی پژوهش‌هایی را انجام داده بود و با مسائل اخلاقی آشنایی داشت.

در رابطه با راه‌های مختلف برای حل مسائل اخلاقی مختلف در داروخانه‌ها از داروسازان پرسیده شد. داروسازان شرکت‌کننده در این پژوهش، اغلب راه حل این مشکلات را افزایش فرهنگ عمومی بیان می‌کردند چون معتقد بودند مردم

خود یافته است (۷).

مسئولیت‌های حرفه‌ای و وظایف متعددی که متوجه یک داروساز شاغل در داروخانه است موجب ایجاد چالش‌های مختلف در حیطه‌ی داروسازی می‌شود.

از جمله مواردی که داروسازهای شرکت‌کننده در پژوهش برای آن ارزش قائل بودند احترام به خودمختاری و کرامت انسانی بیماران بود. داروسازان معتقد بودند که بیماران حق دارند تمامی اطلاعات لازم اعم از نحوه‌ی مصرف دارو، نوع دارویی که پزشک برای آنان نوشته، اطلاع از شرکت تولیدکننده‌ی دارو و نحوه‌ی محاسبه‌ی قیمت داروها را بدانند و سپس تصمیم‌گیری برای طی کردن روند درمان به‌عهده‌ی خود بیمار واگذار شود تا با اطلاعاتی که در اختیارشان قرار می‌گیرد تصمیم‌گیری کنند (۸).

داروساز مسؤول است تا نسخه‌ی ارائه شده را به‌صورت علمی بررسی و به‌عنوان فرد واسط بین پزشک و بیمار هر موضوعی را با پزشک معالج کنترل کند و باید از ایمنی و کیفیت دارویی که به بیمار می‌دهد اطمینان حاصل کند.

یکی از راه‌هایی که داروسازان از طریق آن می‌توانند مطمئن شوند که بیمار دارو را به‌درستی و به‌طور مناسب مصرف کرده‌است، «مشاوره‌ی دارویی» است. داروسازان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، اغلب به این نکته اشاره کردند که مشاوره‌ی دارویی فارغ از تمامی مسائل قانونی، وظیفه‌ی اخلاقی برای داروسازان است و داروساز باید فارغ از تمامی مشکلات پیش رو، این وظیفه‌ی خود را به‌نحو احسن انجام دهد تا به روند بهبودی و دارودرمانی بیماران کمک کنند. هم‌چنین، عده‌ای از شرکت‌کنندگان این عقیده را داشتند که اگر این ارتباط بین بیمار و داروساز با صبر و حوصله از سوی دکتر داروساز و با خوش خلقی و نیت خوب انجام شود اثرات بهتری بر روی روند درمان دارد و در غیر این‌صورت می‌تواند اثرات کاملاً معکوسی داشته باشد. مطالعات نشان می‌دهد که مشاوره‌ی دارویی داروسازان بر

بیش‌ترین افرادی هستند که با آن‌ها رابطه دارند و بیش‌ترین مشکلات پیش روی آنان در ارتباط با مردم رقم می‌خورد. عده‌ای معتقد بودند فرهنگ سازی در مهم‌ترین رسانه یعنی تلویزیون باید انجام شود و عده‌ای هم بهترین مکان فرهنگ‌سازی را مدارس می‌دانستند. هم‌چنین، عده‌ای هم معتقد بودند می‌توان در داروخانه‌ها اطلاعات و آگاهی مردم را بالا برد.

[آموزش همگانی در رسانه‌ها، نصب پلاکاردهای تبلیغاتی با پیام‌های بهداشتی و تهیه‌ی بروشور و... از جمله چیزهایی هستند که به‌وسیله‌ی آن می‌توان اطلاعات مردم را بالا برد و چالش‌های داروخانه را کم کرد.]

بحث

داروسازان نقش مؤثری در مراقبت‌های سلامت و پشتیبانی شیوه‌های زندگی سالم ایفا می‌کنند. آن‌ها در محیط حرفه‌ای خود به‌دلیل طبیعت تجاری داروخانه، با بسیاری از درگیری‌های اخلاقی مواجه می‌شوند (۶).

در این پژوهش سعی شد مشکلات اخلاقی که روزانه برای داروسازها پیش می‌آید بررسی و شناسایی شود. بسیاری از اوقات داروسازها بر سر تصمیم‌گیری درست در یک وضعیت و شرایط مشخص دچار تعارض اخلاقی می‌شوند. اصول و کدهای استاندارد اخلاقی به داروساز کمک می‌کند که در مواجهه با چالش‌های اخلاقی برای تصمیم‌گیری اخلاقی و انجام عمل مناسب‌تر، از آن‌ها استفاده کند.

اصول و موازین اخلاقی به قضاوت‌های عمومی اطلاق می‌شود که به‌عنوان پذیرفته‌های اخلاقی در بررسی اعمال انسان‌ها مورد استفاده و ارزشیابی قرار می‌گیرد. این اصول به‌عنوان چهار اصل مهم، احترام به اختیار انسان^۱، سودمندی^۲، عدم ضرر رساندن به دیگران^۳ و عدالت^۴ جایگاه ویژه‌ای برای

¹ Respect for autonomy

² Beneficence

³ Non maleficence

⁴ Justice

مصاحبه‌شونده در این پژوهش معتقد بودند که چون یکی از پر اهمیت‌ترین وظایف داروسازان دادن مشاوره‌ی صحیح در مورد مصرف داروهاست باید در حین این مشاوره‌های کلامی حریم بیمار و اطلاعات شخصی بیمار حفظ شود. یکی از داروسازان معتقد بود که نبود فضای کافی در داروخانه‌ها موجب می‌شود در هنگام مشاوره‌ی داروساز به بیمار، حریم وی حفظ نشود و در خیلی از موارد به‌خاطر نبود این حریم فیزیکی، بیمار نمی‌تواند راحت اطلاعات خود را در اختیار داروساز قرار دهد و اطلاعات صحیح را دریافت کند. داروسازان محدودیت حریم فیزیکی و شلوغی داروخانه در هنگام مشاوره را مهم‌ترین علل برای عدم رعایت حریم خصوصی بیمار می‌دانستند که باعث می‌شود احساس آرامش در فرد در هنگام حضور در داروخانه به وی دست ندهد و نتواند از اطلاعاتی که برای بهبود روند درمانش به وی داده می‌شود به‌نحو احسن استفاده کند.

حریم شخصی نیز به‌عنوان یک نیاز تلقی می‌شود. به‌عبارتی حفظ قلمرو شخصی منجر به ایجاد احساس آرامش در فرد گشته و یکی از دلایل رفاه و سلامتی می‌شود (۱۳).

حفظ اسرار پزشکی و رازداری را اغلب به‌عنوان یک وظیفه‌ی قانونی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت دانسته‌اند و اساساً رازداری حرفه‌ای یکی از اصول منشور حقوق بیمار در کشورهای مختلف جهان محسوب می‌شود (۱۴).

شرکت‌کنندگان در موارد متعددی دو اصل سودمندی و عدم اضرار به دیگران، را از وظایف مهم خویش در حیطه‌ی اخلاق می‌دانستند و هرگونه سهل‌انگاری در انجام آن‌ها را از موارد بارز بی‌اخلاقی عنوان می‌کردند. به‌عنوان مثال، داروسازان کنترل کردن تاریخ انقضای داروها را یکی از وظایف خود می‌دانند که در صورتی که این کار انجام شود باعث می‌شود اگر دارویی تاریخ نزدیک در داروخانه موجود باشد آن را اشتباهی به بیمار ندهند و همین امر مانع ضرر رساندن به بیمار می‌شود.

بهینه‌سازی نتیجه‌ی دارودرمانی تأثیر داشته‌است؛ مانند افزایش اطلاعات دارویی، کاهش تعداد داروهای تجویز شده، بهبود نگاه‌داری داروها و کاهش مصرف داروهای غیر ضروری، کاهش بستری شدن بیماران در بیمارستان، کاهش هزینه‌های درمانی و خدمات ارائه‌شده به بیماران مسن و هم‌چنین بهبود اثرات داروهای تجویز شده و کاهش میزان مرگ و میر بیماران، به‌ویژه افراد مسن که تعداد زیادی دارو مصرف می‌کنند (۹).

مشکلاتی هم‌چون شلوغی داروخانه، کمبود وقت، نبودن محل مجزا برای مشاوره، مشکل در برقراری ارتباط و نداشتن آموزش‌های اساسی در زمینه‌ی مهارت‌های ارتباطی (چه در دانشگاه و چه در دوران کاری)، همگی از موانعی هستند که داروساز در آغاز تلاش برای مشاوره با آن‌ها مواجه می‌شود.

مطالعات قبلی نیز نشان داده که ارائه‌ی اطلاعات مهم‌ترین مشکل اخلاقی است که جامعه‌ی داروسازان با آن مواجه می‌شود (۱۰). مجموعه‌ای از موانع ارائه‌ی اطلاعات به بیمار را برای داروسازان محدود می‌کند. مهم‌ترین این موانع کمبود وقت، فقدان منابع قابل اعتماد، و عدم دانش در مورد مسائل اخلاقی است. این یافته‌ها در برخی مطالعات مشابه مورد اشاره قرار گرفته که نداشتن وقت و فشارهای متعدد از موانع مهم ارائه‌ی اطلاعات به بیمار توسط داروساز تشخیص داده شده بود (۱۱، ۱۲).

در این تحقیق از مشکلات دیگری که داروسازان مصاحبه‌شونده به آن اشاره کردند عدم حضور مسؤول فنی و فرد آگاه از اطاعات دارویی در داروخانه‌ها بود که این امر سبب می‌شود وظیفه‌ی مشاوره‌ی دارویی که مهم‌ترین وظیفه‌ی داروسازان است به افراد دیگر و پرسنل داروخانه واگذار شود. عده‌ای از داروسازان معتقد بودند که مشاوره‌ی نسخه پیچ‌ها و پرسنل، به‌دلیل کمبود اطلاعات و وقت نگذاشتن برای ارائه‌ی توضیحات دارویی لازم به بیمار، سبب می‌شود که بیمار داروخانه را دلسرد ترک کند و همین موضوع اثرات جانبی بر روی روند بهبودی وی می‌گذارد. برخی از داروسازان

غیراقتصادی^۲ است. در حالی که هر دو مورد از اهمیت شایان توجهی برخوردار هستند، اما تجربه نشان می‌دهد که بررسی و تشخیص تعارض در منافع اقتصادی بسیار راحت‌تر از بررسی تشخیص تعارض در منافع غیراقتصادی است. منافع غیراقتصادی که گاهی منافع خصوصی^۳ نیز نام‌گذاری می‌شود ممکن است به دلایل شخصی، سیاسی، عقیدتی، دانشگاهی یا حتی مذهبی رخ دهد (۱۵).

تعارض بین منفعت داروساز و بیمار، تبانی داروساز با پزشک در تعارض با منافع بیمار، و دریافت هدایایی از شرکت‌های پخش دارو از موارد ذکر شده بودند. در تعارض بین منافع داروساز با منافع بیمار، داروسازان اذعان داشتند که دادن داروهای تاریخ نزدیک به بیمار یا داروهای که از لحاظ شرکت تولیدکننده مورد پسند بیمار نیست مغایر با اخلاق است و حق انتخاب بیمار در این موارد سلب می‌شود. یکی از مواردی که می‌توان در دسته تعارض منافع قرار داد و داروسازها به آن اشاره کردند؛ فروش داروهای غیر مجاز و بدون نسخه غیر OTC است. در بعضی از داروخانه‌ها بدون توجه به این موضوع و فقط به دلیل فروش بیش‌تر داروها را به‌راحتی در دسترس بیماران قرار می‌دهند که به عقیده‌ی داروسازان شرکت‌کننده در این بحث، این مورد نمونه‌ای از عدم رعایت اخلاق و تعارض منافع است. در دسترس بودن داروهای بدون نیاز به نسخه و ارائه‌ی آسان آن‌ها از طرف داروخانه‌ها در دنیا در حال رشد است. در مطالعه‌ی ۴۳ درصد از داروسازها داروهای بدون نسخه را حتی زمانی که بیمار واقعاً نیازی به آن‌ها ندارد، در اختیار بیمار قرار می‌دهند (۱۶) در مقایسه با تحقیقات قبل که فقط ۱۳۵ بوده‌است (۱۷). یکی از موارد دیگر که داروسازان آن را خطری برای منافع بیمار و از موارد تعارض منافع می‌دانستند هدایایی است که شرکت‌های پخش دارو به داروخانه‌ها و پزشکان برای فروش

چهارمین مبنای اخلاق پزشکی عدالت است. به این معنی که به علت تفاوت دارایی، موقعیت و نژاد، تفاوتی در خدمت به افراد قائل نشوند.

داروسازان هم در مصاحبه‌ی خود به پخش منابع سلامت به‌طور منصفانه اعتقاد داشتند. بسیاری از آن‌ها مشکلات حاضر را که باعث کم شدن بسیاری از اقلام‌های دارویی شده است را از عوامل به‌وجود آمدن بسیاری از مشکلات اخلاقی جدید در داروخانه‌ها می‌دانند. کم بودن بعضی از این اقلام باعث شده تمام افراد به آن‌ها دسترسی نداشته باشند و در این زمینه ممکن است تبعیض‌هایی به‌وجود بیاید که داروسازان این تبعیض را یکی از موارد بی‌اخلاقی می‌دانستند ولی تمامی تقصیرات را متوجه داروخانه نمی‌دانستند و عمده‌ترین مشکل در عدم برقراری مساوات را وضعیت کنونی توزیع دارو می‌دانستند.

تعارض منافع موضوع دیگری است که شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی حاضر به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات اخلاقی موجود در داروخانه به آن اشاره کردند. تعارض منافع یا تعارض علائق به حالت و وضعیتی اطلاق می‌شود که شخص یا اشخاصی از یک‌طرف در مقام و مسؤلیت مورد اعتماد دیگران قرار می‌گیرند و از طرف دیگر خود دارای منافع شخصی یا گروهی مجزا و در تقابل و تعارض با مسؤلیت مورد نظر هستند. به بیان دیگر، فرد به‌صورت ناخواسته و در حالت بی‌طرفی در شرایطی قرار گیرد که میان منافع شخصی و حرفه‌ای او تضاد ایجاد شود. برای مثال، یک داروساز را می‌توان تصور کرد که دارای منافع اقتصادی در یک شرکت دارویی بوده و این وابستگی ممکن است سبب شود که به‌طور ناعادلانه‌ای داروهای آن شرکت را به بیمار ارائه کند. هم‌چنین، ممکن است یک داروساز، توجه بیش‌تری را در ارائه‌ی دارو به دوستان یا آشنایان به‌عمل آورد. مثال اول، تعارض در منافع به‌دلایل اقتصادی^۱ و مثال دوم، تعارض در منافع به‌دلایل

² Non-Financial competing interests

³ Private interests

¹ Financial competing interests

بیشتر محصولات خود اعطا می‌کنند. این هدایا می‌تواند منجر به این شود که بدون در نظر گرفتن منفعت بیمار آن دارو یا وسایل آرایشی و بهداشتی مورد توجه پزشک و داروساز قرار بگیرد و در معرض فروش بیش‌تر باشد.

تبانی داروساز با پزشک یا سایر افراد نظیر منشی پزشک، مورد دیگری بود که داروسازان آن را یک مشکل اخلاقی بزرگ می‌دانستند که باعث می‌شود داروساز و پزشک بدون در نظر گرفتن منفعت بیمار رژیم دارویی خاصی را برای وی تعیین کنند که به نفع وی نیست و منجر به پیشرفت بهبودی وی نمی‌شود.

در تحقیقی که در رابطه با تعارض منافع در نظام سلامت ایران انجام شده است؛ چند عامل را به‌عنوان عوامل تحریک برای ایجاد تعارض در سازمان‌ها می‌شمرد که عبارتند از: رقابت برای پاداش، تعارض در ایفای وظایف، نقص در ارتباطات کارمندان با هم و با سازمان‌ها، تعارض در موقعیت‌ها، اهدای پاداش و جبران خسارت مستقیم و غیر مستقیم، اعطای هدیه توسط خود افراد ذی‌نفع، و معاملات مالی بین مؤسسه‌ی خیریه، مدیران و کارمندان آن (۱۸).

هم‌چنین، نفوذ گسترده‌ی شرکت‌ها در فعالیت‌های آموزشی باعث بروز تعارضاتی می‌شود. در بیانیه‌ی سال ۱۹۹۰، انجمن پزشکان آمریکا با عنوان «پزشکان و صنایع داروسازی» تأکید شد که باید در تحقیقات از تعارضات واقعی و حتی تعارضات احتمالی ناشی از حضور صنایع داروسازی جلوگیری شود و توصیه شد هدایا و پرداخت‌های اضافی از طرف صنایع در صورتی که قبول آن‌ها احتمال تأثیر در جهت‌گیری قضاوت بالینی داشته باشد یا برای دیگران این‌طور به‌نظر برسد نباید پذیرفته شوند.

با توجه به اهمیت بحث تعارض منافع این بررسی به این نتیجه رسیده است که باید قوانین متناسب با نیازهای عمومی به‌خصوص در حوزه‌ی سلامت وضع شود تا این‌که درگیری بین منافع عمومی و خصوصی به حداقل برسد.

دانشکده داروسازی بریتیش کلمبیا^۱ نیز کدهای اخلاقی را منتشر کرده تا این‌که منافع بیمار در صورت بروز تعارض منافع در اولویت قرار بگیرد. این کدهای اخلاقی در سه بخش تقسیم‌بندی شده است و هر بخش به زیر دسته‌هایی تقسیم شده تا این‌که در صورت به وجود آمدن تعارضات منافع داروسازان بهترین عمل را انجام دهند (۱۹). این موارد عبارتند از:

۱- داروسازان بهترین خواسته‌های بیماران را برای به‌دست آمدن بهترین نتیجه‌ی درمانی انجام دهند.

در این مورد داروسازان باید به نحوی عمل کنند که بهترین خدمات دارو رسانی مطابق با میل بیمار به وی عرضه شود؛ به‌طور مثال، نباید در مسیری وارد شوند که فروش دارو و تجهیزات مخالف با میل بیمار آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد و همواره باید از داروهایی استفاده کند که نیازهای درمانی بیمار مرتفع شود نه این‌که صرفاً برای فروش بیش‌تر داروهای شرکت مورد نظر آن را در اختیار بیمار قرار دهد. هم‌چنین، داروساز نباید مقدار کم‌تر دارو نسبت به نسخه‌ی وی را در اختیارش قرار دهد.

۲- داروسازان در روابطی مناسب و اخلاقی وارد شوند. داروسازان نباید در روابطی وارد شوند که بر خلاف جهت وظایف آن‌ها برای مراقبت‌های درمانی، تحت تأثیر قرار بگیرند. هم‌چنین، داروسازان نباید هیچ‌گونه هدیه‌ای که را با حقوق بیمار مغایرت دارد پیشنهاد دهند یا بپذیرند.

۳- داروسازان در تحقیقات اخلاقی شرکت کنند. افرادی که در تحقیقات شرکت دارند نباید در مورد فواید یک دارو بزرگ‌نمایی کرده یا معایب و خطرهای یک دارو را بپوشانند.

همان‌گونه که ذکر شد داروسازهای شرکت‌کننده در پژوهش حاضر بسیاری از این موارد ذکر شده توسط دانشکده‌ی داروسازی بریتیش کلمبیا را به‌عنوان یک چالش

¹ College of Pharmacists of British Columbia

شایسته است تحقیقات بیشتری در زمینه اخلاق در داروخانه و پژوهش‌های داروسازی انجام شود و مشکلات اخلاقی شناسایی شده و کدهای اخلاقی تعریف شود تا زمانی که داروساز در شرایط خاص قرار می‌گیرد و چالش‌های اخلاقی سد راهش می‌شوند از آن‌ها استفاده کند و تصمیم‌سازی بهتر و عمل صحیح‌تر را انجام دهد. همچنین، تعریف استانداردها و کدهای اخلاقی به داروسازها کمک می‌کند تا فعالیت‌های علمی، پژوهشی، خدمت در بیمارستان، داروخانه و کلیه مراکزی که مشغول به کار هستند را در راستای اجرای اخلاق و با وجدانی پاک و آسوده انجام دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکترای داروسازی است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی کند.

اخلاقی برشمردند که ممکن است داروسازان در داروخانه‌ها با آن مواجه شوند. پس شایسته است قوانین و دستور العمل‌هایی در اختیار داروسازان ایرانی قرار گیرد تا در صورت بروز این مشکلات و تعارضات آمادگی حل و فصل آن‌ها را داشته باشند. بر همین اساس و با توجه به نیاز کشور در سال ۱۳۹۱ سند جامع اخلاقی نظام دارویی کشور در شورای عالی اخلاق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصویب و ابلاغ شد تا در عرصه‌های مختلف صنعت داروسازی کشور، مبنایی برای تصمیم‌گیری متخصصان و صاحب‌نظران در این حیطه شود (۳).

نتیجه‌گیری

اخلاق یکی از ارکان مهم در حرفه‌ی داروسازی است. یافته‌های این مطالعه بیانگر لزوم تلاش برای ارتقاء نقش داروساز در انجام وظایف حرفه‌ای با نگاهی واقع بینانه به موضوع است. بسیاری از اوقات داروسازها بر سر تصمیم‌گیری درست در یک وضعیت و شرایط مشخص دچار مشکل می‌شوند. این مطالعه گویای نیاز به آموزش اخلاق در دوره‌ی داروسازی در راستای افزایش آگاهی از دستورالعمل‌های اخلاقی این حرفه و به‌منظور تصمیم‌گیری‌های مناسب در برخورد با مشکلات اخلاقی در رابطه با بیماران و ارائه‌ی اطلاعات و توصیه‌های لازم به آن‌ها است. باید داروساز را در مقابل سلامت جامعه مسؤول می‌دانست و برای پاسخگو شدن ایشان در مقابل سلامت جامعه در تبیین وظایف حرفه‌ای او کوشش شود؛ در آموزش حرفه‌ای او در دوران تحصیل و پس از آن برنامه‌ای کارآمد وجود داشته باشد و برای ارتقاء دانش و آگاهی جامعه و مردم در زمینه‌ی نقش و جایگاه داروساز کوشش انجام گیرد.

منابع

- 1- Larijani B. [Pezeshk va Molahezate Akhlaghi], 1th edition. Tehran: Baraye Farda; 2004, vol. 1, p. 15. [in Persian]
- 2- Farsam H. The pathology of pharmacy ethics. Iran J Med Ethics Hist Med 2008; 1(1): 61-6. [in Persian]
- 3- Anonymous. Code of Ethics for the National Pharmaceutical System. <http://mehr.tums.ac.ir/ShowCode.aspx?CodeID=127&lang=en> (accessed in 2016)
- 4- Holloway I, Wheeler S. Qualitative Research in Nursing, 2nd edition. Australia: Wiley-Blackwell; 2002, p. 86-181.
- 5- Salsali M, Parvizi S, Adib-HajBagheri M. (2007a). [Tahghighe Keifi], 1st edition. Tehran: Boshra Publications; 2007. [in Persian]
- 6- Hibbert D, Rees JA, Smith I. The ethical dilemmas of community pharmacists: a common core of issues? J Soc Admin Pharm 1999; 16: 102-3.
- 7- Hosseini I, Samadzadeh S, Aghazadeh J. The principles and measures of medical ethics and the quantity of their consistency with Islamic ethics. Uremia Med J 2008; 18(4): 652-6. [in Persian]
- 8- Larijani B, Zahedi F. Medicine and modern medical ethics. Iran J Diabetes Lipid Disord 2005; 4(Suppl): 1-11. [in Persian]
- 9- Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admission and death in older people? A systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol 2008; 65(3): 306-10.
- 10- Vitell SJ, Rawwas MYA, Festervand TA. Pharmacy ethics: conflicts, practices and beliefs of pharmacists. J Bus Ethics 1991; 10: 365-75.
- 11- Rogers WA. Ethical issues in public health: a qualitative study of public health practice in Scotland. J Epidemiol Community Health 2004; 58(6): 446-50.
- 12- Al-Arifi MN. Community pharmacist perception and attitude toward ethical issues at community pharmacy setting in central Saudi Arabia. Saudi Pharm J 2014; 22(4): 315-25.
- 13- Torabizadeh C, Ebrahimi H, Mohamadi E. The relationship between patients' privacy and dignity. Med Ethics 2012; 6(19): 119-32. [in Persian]
- 14- Anonymous. Making sense of non-financial competing interests. PLoS Med 2008; 5(9): e199.
- 15- Blenkinsopp A, Bradley CP. Patients, society, and the increase in self-medication. BMJ 1996; 312(7031): 629-32.
- 16- Deans Z. The Ethics of Pharmacy Practice: an Empirical and Philosophical Study [dissertation]. Staffordshire(UK). Keele University; 2007.
- 17- Milanifar A, Akhondi M, Paykarzadeh P, Larijani B. Assessing conflict of interest in Iran's health legal system. Iran J Med Ethics Hist Med 2011; 5(1): 1-16. [in Persian]
- 18- Anonymous. College of Pharmacists of British Columbia, Code of Ethics, Conflict of Interest Standards, July 2011. [http://library.bcpharmacists.org/D-Legislation_Standards / D-2_Provincial _Legislation /5019-Code_of_Ethics_Detailed.pdf](http://library.bcpharmacists.org/D-Legislation_Standards/D-2_Provincial_Legislation/5019-Code_of_Ethics_Detailed.pdf). (accessed in 2016)

Ethical challenges in the community pharmacy setting from the perspective of the faculty members of Shiraz School of Pharmacy and pharmacy practitioners: a qualitative study

Shahin Raisnejadian¹, Sedigheh Ebrahimi^{*2}, Shiva Hemmati³

¹Pharmacist, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran;

²Associate Professor, Department of Medical Ethics and Philosophy of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran;

³Assistant Professor, Department of Biotechnology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Abstract

Pharmacists serve as members of both the society and the health care team, which may involve them in activities that could be the subject of ethical query. They can face issues and problems in the workplace that may raise questions as to whether their acts are appropriate, right, just or legal.

This study aims to explore ethical issues from the perspective of pharmacists and to examine their reasoning processes regarding social phenomena such as ethical challenges. Moreover, it explores the ethical decision-making strategies that pharmacists employ when dealing with such problems in pharmacies and in their interactions with people.

This was a qualitative content analysis study. The participants were chosen using purposeful sampling from community pharmacists and the academic staff of the School of Pharmacy at Shiraz University of Medical Sciences. The data were obtained through semi-structured interviews with 20 individuals and analyzed using content analysis approach.

Analysis of the interviews led to extraction of the following six categories: pharmacists' understanding of key ethical concepts; pharmacists' experiences and duties; relationship with other health professionals; the pharmacy as a commercial setting; the difference between the practice of ethics in pharmacy, medicine and nursing from the perspective of pharmacists; and the actual response of pharmacists in confronting ethical problems. Each of the above-mentioned categories were further divided into sub-classifications describing specific ethical challenges in pharmacy practice

Awareness of ethical issues and professional guidelines is a fundamental part of the education of health care professionals and provides a structure that will enable them to assess ethical problems and make appropriate, justifiable decisions. The findings of this study indicate the need for implementation of professional guidelines and codes of ethics in pharmacy practice to cover all ethical issues.

Keywords: ethical challenges, pharmacist, pharmacy practice

*Email: sedighehebrah@yahoo.com