

თანამშრომლებს შორის კომუნიკაციის განვითარება



ს ა ს ე ლ მ მ დ ვ ა ნ ე ლ ი

ფოკუსშია კომუნიკაციის განვითარება





თბილისი
2020

შექმენით პირადი სააფთიაქო თარო!

**ნუ დაელოდებით ფასდაკლების დღეს!
აირჩიეთ ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო
10 მედიკამენტი და 10 არამედიკამენტი,
მოათავსეთ თქვენს პირად თაროზე და ისარგებლეთ
ყოველდღე ყველაზე დიდი ფასდაკლებით!**



-  პირად სააფთიაქო თაროზე პროდუქტის განთავსება შეგიძლიათ 1 თვის ვადით;
-  თაროზე არსებული დასახელება შეგიძლიათ შეცვალოთ ან დატოვოთ გარკვეული ვადით.

პროექტში ჩართვა შეუძლია ნებისმიერი ასაკის მომხმარებელს!

გისურვებთ ჯანმრთელობას და სულიერ სიმშვიდეს!

ფარმაცევტული ზრუნვა

ფარმაცევტული პრაქტიკის განვითარება

ფოკუსშია პაციენტზე ზრუნვა

სახელმძღვანელო

თბილისის სახელმწიფო
სამედიცინო უნივერსიტეტი

ფარმაციის ფაკულტეტი

სოციალური და კლინიკური ფარმაციის დეპარტამენტი

თბილისი

2020

Developing pharmacy practice

A focus on patient care

HANDBOOK

Karin Wiedenmayer

Swiss Tropical Institute, Basel, Switzerland

Rob S. Summers

School of Pharmacy, University of Limpopo,
MEDUNSA Campus, South Africa

Clare A. Mackie

Medway School of Pharmacy, The Universities of Greenwich and
Kent, Chatham Maritime, United Kingdom

Andries G. S. Gous

School of Pharmacy, University of Limpopo,
MEDUNSA Campus, South Africa

Marthe Everard

Department of Medicines Policy and Standards, World Health
Organization, Geneva, Switzerland

With contributions from **Dick Tromp**

(Chairman of the Board of Pharmaceutical Practice of the International
Pharmaceutical Federation, The Hague, The Netherlands)

World Health Organization

Department of Medicines Policy and Standards
Geneva, Switzerland

In collaboration with

International Pharmaceutical Federation
The Hague, The Netherlands

ფარმაცევტული პრაქტიკის განვითარება

ფოკუსშია პაციენტზე ზრუნვა

წინამდებარე სახელმძღვანელო განკუთვნილია ფარმაციის ფაკულტეტის სტუდენტებისათვის, იგი შემუშავებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციის მიერ და ასახავს ბოლო წლების ცვლილებებს ფარმაცევტულ განათლებაში.

თარგმანი:

თამაზ ჭუმბურიძე
ნათია კვიციანიძე
ელენე წინილაშვილი
ეკა ფრუიძე

ტექნიკური მითითებები:

ნანა დულაშვილი
სოსო თომაძე
ნინო ნემსინვერიძე
თეა ზარქუა

დიდი მადლობა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტს და ფარმაცევტულ კომპანია ავერსი ფარმა-ს წიგნის მომზადებასა და გამოცემაში დახმარებისათვის.

სარჩევი

წინასიტყვაობა	7
შესავალი	7
1. ფარმაცევტული პრაქტიკის ახალი პარადიგმა	11
1.1 შესავალი	11
1.2 პირველი ნაწილის ძირითადი სასწავლო მიზნები	13
1.3 რა არის ჯანმრთელობა?	14
1.4 პროფესია „ფარმაცევტი“	14
1.5 ფარმაცევტული პრაქტიკის ახალი განზომილებები	16
1.5.1 ფარმაცევტული ზრუნვა	16
1.5.2 მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ფარმაცია	18
1.5.3 პაციენტის პრობლემის გათვალისწინება და დახმარება	18
1.5.4 ქრონიკულად დაავადებულ პაციენტზე ზრუნვა. შიდსი	19
1.5.5 თვითმკურნალობა	20
1.5.6 ხარისხის უზრუნველყოფა ფარმაცევტული ზრუნვის სერვისებში	21
1.5.7 კლინიკური ფარმაცია	22
1.5.8 ნაშლის გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი (Pharmacovigilance)	23
1.6 ფარმაცევტის პროფესიული სერვისის დიაპაზონი	24
1.6.1 ფარმაცევტის პროფესიული აქტივობის კლასიფიკაცია (The Pharmacy Practice Activity Classification - PPAC)	25
1.7 ფარმაცევტი როგორც ჯანდაცვის გუნდის წევრი	27
1.7.1 ფარმაცევტის პრაქტიკული ჩართულობის ასპექტები	27
1.7.2 გადანყვეტილებების მიღებაში ფარმაცევტის ჩართულობის დონეები	28
1.7.3 შვიდვარსკვლავიანი ფარმაცევტი	29
1.8 ფარმაცევტული პრაქტიკა: ცვლილებების დანერგვის აუცილებლობა	31
1.8.1 ცვლილებები პოლიტიკაში	31
1.8.2 ცვლილებები და ახალი მიდგომები ფარმაცევტულ განათლებაში	32

1.9 დასკვნა	34
2. ფარმაცევტული ზრუნვა	42
2.1 შესავალი	
2.2 მეორე ნაწილის ძირითადი სასწავლო მიზნები	44
2.3 ფარმაცევტული ზრუნვის პროცესი	44
2.4 ფარმაცევტული სერვისები	59
2.5 გადამისამართება	59
2.6 დასკვნა	65
3. ინფორმაციის მართვა და მტკიცებულების გამოყენება	66
3.1 შესავალი	
3.2 ძირითადი სასწავლო მიზნები	67
3.3 უწყვეტი განათლება და პროფესიული განვითარება	68
3.4 ინფორმაციის კრიტიკული შეფასება ფარმაცევტულ პრაქტიკაში	72
3.4.1 ფარმაცევტული ინფორმაციის წყაროები	
3.4.2 როგორ მოვიძიოთ (და შევაფასოთ) წამალთან დაკავშირებული ინფორმაცია ინტერნეტით	75
3.4.3 როგორ მოვიპოვოთ საჭირო ინფორმაცია ფარმაცევტული (სამედიცინო) წარმომადგენლებისგან	76
3.4.4 როგორ შევაფასოთ სამედიცინო ლიტერატურა	77
3.5 ფარმაკოეკონომიკური ანალიზი	83
3.6 მტკიცებულების გამოყენება მკურნალობის სტანდარტული გაიდლაინებისა და ესენციურ პრეპარატთა ნუსხების შედგენაში	87
3.7 მტკიცებულებაზე დამყარებული პრაქტიკის შეზღუდვები და მის შესახებ არსებული არასწორი წარმოდგენები	90
3.8 პაციენტის თვალსაზრისი	91
3.9 დასკვნა	94
თერმინთა განმარტება	95
გამოყენებული ლიტერატურა	97

სახის და სხეულის მოვლის საშუალებები კორეიდან

დაიბელთუ

ბუნებრივი არსებული სუფთა ინგრედიენტებისგან
დაზმადებული პროდუქცია, ღრმად აბინიანებს და
ერთგავროვან ტონს ანიჭებს კანს

აკოჯე

კუნძული JEJU-ს ეკოლოგიურად სუფთა გარემოდან
მოპოვებული ინგრედიენტებისგან დაზმადებული
Accoje-ს სახის მოვლის საშუალებები, თქვენი კანის
სიზანსადისთვის

daymellow'
ACCOJE



100% ნატურალური ოკეანის წყალი
გავლილი აქვს დერმატოლოგიური კონტროლი

წინასწარმოება

„დროა ფარმაცევტი აღარ გვევლინებოდეს წამლების რეალიზატორად, ვინაიდან ფარმაცევტი არის უმაღლესი ფარმაცევტული განათლების მქონე ჯანდაცვის სფეროს მუშაკი, ფარმაცევტებმა წამლებით მომარაგების ნაცვლად, მოსახლეობას ზრუნვა უნდა შესთავაზონ და ამით ჩადგინონ ხალხის სამსახურში. წამლის მექანიკურ გაცემაში არ არის ფარმაციის მომავალი... ეს ქმედება შესაძლებელია შესრულდეს, და მალე შესრულდება კიდევ, ინტერნეტის, დანადგარების და/ან ზედაპირულად განათლებული (საშუალო პროფესიული განათლების მქონე ტექნიკოსების მეშვეობით.) ის ფაქტი, რომ ფარმაცევტს აქვს აკადემიური ცოდნა და რომ ის გვევლინება პროფესიონალად ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, ავალდებულებს უკეთ ემსახუროს საზოგადოებას ვიდრე ამას დღესდღეობით აკეთებს.“ (From: Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, and research: a review 1.p.x.).

მოცემულ სახელმძღვანელოში განიხილება ფარმაცევტული პრაქტიკის ახალი პარადიგმა. მისი შიზანია გზა გაუკვილოს ფარმაციის პედაგოგებს, თანამედროვე სპეციალისტების აღზრდისათვის და დაეხმაროს ფარმაცევტებს თავიანთი უნარ-ჩვევების განვითარება-განახლებაში. ეს სახელმძღვანელო აერთიანებს პრაქტიკულ სავარჯიშოებსა და თეორიულ ცოდნას და შეიქმნა იმისთვის, რომ სწორად განიმარტოს ტერმინი - „ფარმაცევტული ზრუნვა“ და სწორად აიხსნას მისი მნიშვნელობა ფარმაცევტული სფეროს ყველა საფეხურის განვითარებისათვის

მიუხედავად, იმ მაღალი პროფესიონალიზმისა, რომელიც ჩადებულია სახელმძღვანელოს შექმნაში ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) და ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაცია (FIP), მოცემულ პირველ გამოცემას მხოლოდ საწყის ნერტილად მიიჩნევენ. მისი შინაარსი მუდმივი განხილვის საგანი იქნება, რადგან სხვადასხვა გარემოში, ქვეყნებსა და კონტინენტებზე სახელმძღვანელოს გაცნობის შედეგად დაგროვდება უზარმაზარი გამოცდილება და უფრო მეტი პრაქტიკული ინფორმაციის მოპოვებისთანავე მოხდება შინაარსის შემდგომი განახლება-განვითარება.

გთხოვთ, დაუკავშირდეთ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას (WHO Department of Medicines Policy and Standards) ან FIP-ს, რათა აცნობოთ სახელმძღვანელოს გამოყენებისას მიღებული შედეგების შესახებ. ეს ორგანიზაციები, ასევე, დიდი სიამოვნებით მიიღებენ თქვენს კომენტარებსა და შემოთავაზებებს, განსაკუთრებით სახელმძღვანელოს შინაარსისა და მასში აღწერილი კვლევების შესახებ. სწორედ ამგვარი უკუკავშირი იძლევა კრებულის მომავალი განვითარების საშუალებას.

შესავალი

ბოლო ოთხი ათწლეულის განმავლობაში, ნათელი გახდა, რომ შეინიშნება ყურადღების გადატანა ტრადიციული ფარმაცევტული საქმიანობისაგან (წამლის ავთოიქში მომზადება) პაციენტის ჯანდაცვის საკითხებზე.

ფარმაცევტის ძირითადი ფუნქცია - ფარმაცევტული პროდუქციის მომზადება და გაცემა, შეიცვალა და დღეს თანამედროვე ფარმაცევტი გვევლინება როგორც ჯანდაცვის სერვისის - პაციენტზე ზრუნვის და სამედიცინო ინფორმაციის მიწოდებელი.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პაციენტზე ზრუნვის განხორციელება და კონტროლი - აღნიშნული მკურნალობა შერჩეულია თუ არა სწორად. შესაძლო ვარიანტებიდან ყველაზე ეფექტურად, უსაფრთხოდ და პაციენტისათვის მოსახერხებლად.

ფარმაცევტს შეუძლია დიდი ზეგავლენა მოახდინოს დანიშნული თერაპიის შედეგიანობასა და პაციენტის სიცოცხლის ხარისხზე.

ზემო აღნიშნულიდან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ეს არის ახალი მიმდინარეობა ფარმაციაში სახელწოდებით „**ფარმაცევტული ზრუნვა**“.

ამ ახლი მიმდინარეობის საზოგადოდ მიღებული განმარტება ასე ჟღერს:

„ფარმაცევტული ზრუნვა ეს არის პაციენტისთვის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით მედიკამენტური თერაპიის ეფექტური და სანდო მიწოდება.“
(Hepler and Strand, 1990)²

1998 წელს ზემოთ მოცემული განმარტების დაკანონებისას ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციამ (FIP) მასში ერთი მნიშვნელოვანი შესწორება დაამატა: **„რათა მოხდეს პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება ან არსებულის შენარჩუნება“**.

ფარმაცევტული ზრუნვის პრაქტიკა ახალია, რადგან ფარმაცევტები სწორედ ვერ იღებდნენ პასუხისმგებლობას მსგავს საქმიანობაზე. ისინი არ აწარმოებდნენ განუვლი ზრუნვის ადეკვატურ დოკუმენტირებას, მონიტორინგსა და განხილვას. პასუხისმგებლობის საკუთარ თავზე აღება კი ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტია **ფარმაცევტული ზრუნვის** მიწოდების პრაქტიკაში.

ამ ვალდებულების სრულყოფილად განხორციელების მიზნით ფარმაცევტს უნდა შეეძლოს სხვადასხვა ფუნქციების შეთავსება. შეიძვარსკვლავიანი ფარმაცევტის კონცეფცია, რომელიც პირველად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO) წარადგინა და შემდეგ 2000 წელს **ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციამაც (FIP)** გამოიყენა, განიხილავს ფარმაცევტს როგორც ჯანმრთელობის დამცველად, შემაკავშირებელ რგოლად, გადანყვებილების მიმღებ პირად, მასწავლებლად, მოსწავლედ მთელი ცხოვრების მანძილზე, ლიდერად და მენეჯერად. მოცემული სახელმძღვანელოს მიზნებიდან გამომდინარე, ჩვენ ამ ფუნქციებს მკვლევარის როლიც დავამატეთ.

თაობიდან თაობამდე ფარმაციის კურსდამთავრებულების ბაზისური ცოდნა განუწყვეტლივ იცვლება. ვინაიდან ახალი კურსდამთავრებულები ასევე განუწყვეტლად გადადიან პრაქტიკულ საქმიანობაში, ფარმაცევტული პრაქტიკული საქმიანობაც შესაბამისად იცვლება, რათა თავის თავში ასახოს ცოდნის ახალი დონე. მაგრამ არსებობენ უკვე ჩამოყალიბებული ფარმაცევტები, რომლებიც აღზრდილნი არიან სწავლების ძველ, პროდუქტზე ორიენტირებულ მოდელზე. იმისათვის, რომ მათ შეითვისონ ახალი თაობის ფარმაცევტის როლი, საჭიროა ხელი მიუწვდებოდეთ შესაბამის ინფორმაციაზე და ჰქონდეთ ამ ინფორმაციის მიღების სურვილი, იქცნენ მოსწავლეებად მთელი ცხოვრების მანძილზე, რაც, თავის მხრივ, ახალი თაობის ფარმაცევტის ერთ-ერთი ფუნქციური მახასიათებელია.

მოცემული სახელმძღვანელო შექმნილია ზემოთ განხილული მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად. ის განსაზღვრულია არა მხოლოდ პრაქტიკოსი ფარმაცევტებისთვის, არამედ თავად ფარმაცევტული ცოდნის მომწოდებლებისთვის და მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის ახალი თაობის ფარმაცევტებისათვის. ამიტომ, სხვადასხვა პაციენტის განსხვავებული მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად სახელმძღვანელოში წარმოდგენილია ილუსტრაციული კვლევები. კრებული შექმნილია ისე, რომ შემსწავლელი თავად მიიყვანოს სპეციფიკური დასკვნების გაკეთებამდე. ეს პროცესი კი მოითხოვს ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და შესაბამისი განწყობის ერთობლიობას.

დავალეები, რომელსაც პასუხად უნდა მოყვეს სპეციფიკური დასკვნების გაკეთება, მოცემულია თითოეული ნაწილის დასაწყისში. სახელმძღვანელო განხილულია ყველა სამიზნე ჯგუფის მიერ სხვადასხვა გარემოებებში.

პირველი თავი მოიცავს სათანადო სააფთიაქო პრაქტიკისათვის დამახასიათებელ განმარტებებს სხვადასხვა კონტექსტში და ყველა კონტექსტში ჩადებულია შვიდვარსკვლავიანი ფარმაცევტის კონცეფცია. მეორე თავი არსებული პრაქტიკული საქმიანობის ფონზე განიხილავს ფარმაცევტულ ზრუნვასთან სტადიური მიახლოების სტრატეგიებს. მესამე თავი მოიცავს ინფორმაციის მენეჯმენტის, ახალ, მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ, პრაქტიკული საქმიანობისა და მედიკამენტის სპეციფიკური შერჩევისათვის გაიდლაინების გამოყენების აუცილებლობას.

სახელმძღვანელოს ძირითადი გზავნილი მდგომარეობს იმაში, რომ გარდა პროდუქციის გაცემისა, ფარმაცევტისათვის არსებობს მეორე უფრო მნიშვნელოვანი პროფესიული ფუნქცია, რომლის მიხედვით, ფარმაცევტული საქმიანობის რეალური, საბოლოო შედეგი, არა მარტო ფარმაცევტული ზრუნვა, არამედ, პაციენტის ცხოვრების გაუმჯობესების ხარისხია. ქვეყნებში, რომლებშიც, ნამალი გამოიყენება ინდივიდუალური პაციენტისთვის და მთლიანად საზოგადოებისთვის მაქსიმალური სარგებლის მომტან საშუალებად, კოსალოდნელია არა მარტო ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, არამედ ეკონომიკური მნიშვნელობა. ახალი თაობის ფარმაცევტი უნდა ფლობდეს შესაბამის ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს, რათა მოირგოს ახალი როლი, საკუთარ თავზე აიღოს პასუხისმგებლობა და დამატებით შეასრულოს ჯანმრთელობის დამცველი გუნდის წევრის ფუნქცია.

კვლევის მიზანმიმართული

შეკითხვები მასალასთან დაკავშირებით:

1. რა არის პარადიგმა?
2. როგორ შეიცვალა ფარმაცევტის პრიორიტეტები?
3. რომელ სფეროშია პროფესიონალი ფარმაცევტი?
4. ძირითადად რა შეიცვალა ფარმაცევტის ფუნქციაში?
5. რა გავლენის მოხდენა შეუძლია ფარმაცევტს მკურნალობის პროცესზე?
6. რაზე კეთდება აქცენტი ფარმაცევტული ზრუნვის განსაზღვრებაში?
7. რა ცვლილება შეიტანა FIP-მა ზემოაღნიშნულ განსაზღვრებაში?
8. რომელმა ორგანიზაციამ წარადგინა შვიდვარსკვლავიანი ფარმაცევტის კონცეფცია?
9. რაში მდგომარეობს WHO-ს და FIP-ის მთავარი გზავნილი ფარმაცევტებისთვის?

ნაწილი I

ფარმაცევტი
ჯანდაცვის გუნდის წევრი:
პოლიტიკური პერსპექტივა

I

ფარმაცევტული კრაქტიკის ახალი პარადიგმა

1.1 შესავალი

ბოლო ათწლეულების მანძილზე ბაზარზე პრეპარატების როდენობის განუსაზღვრელმა ზრდამ, ინოვაციებთან ერთად, მოიტანა მნიშვნელოვანი გამოწვევები პრეპარატების ხარისხისა და რაციონალური გამოყენების საკითხებთან დაკავშირებით.

ჯანმრთელობის დაცვაზე, და მასთან ერთად ფარმაცევტულ საქმიანობაზე დასახარჯი ენერჯია განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებში ერთნაირად დადგა ახალი გამოწვევების წინაშე. გამოწვევები მოიცავს: ჯანმრთელობის დაცვაზე დასახარჯი თანხების მუდმივ ზრდას, ადამიანური რესურსების სიმწირეს ჯანდაცვის სექტორში, არაეფექტურ ჯანდაცვის სისტემებს, არსებულ დაავადებათა ფართო სპექტრს და ქვეყნების უმრავლესობისთვის დამახასიათებელ მუდმივად ცვალებად სოციალურ, ტექნოლოგიურ, ეკონომიკურ და პოლიტიკურ გარემოს. გლობალიზაციამ ერთმანეთთან დაახლოვა ქვეყნები ვაჭრობისა და სხვადასხვა სერვისების (მაგ. ერთმანეთის აკადემიური ხარისხების) აღიარების კუთხით და ამავდროულად ჯანდაცვის სფეროში მოიტანა ცვლილებები და სირთულეები, რომელიც განპირობებულია გახშირებული მოგზაურობებითა და მიგრაციებით.[1]

მსოფლიოს მასშტაბით უმთავრეს პრობლემად რჩება ხელმისაწვდომობა მაღალი ხარისხის სამკურნალო საშუალებებზე. მსოფლიოს მესამედისთვის ჯერ ისევ არ არის ხელმისაწვდომი ესენციური პრეპარატები.[2] ბევრი ადამიანისთვის კი მთავარი შეზღუდვა პრეპარატის ფინანსური ხელმისაწვდომობაა. მსგავსი მოვლენების ყველაზე დიდ დარტყმას განიცდიან პაციენტები ეკონომიკის განვითარებად და გარდამავალ ეტაპზე მყოფ ქვეყნებში, სადაც პრეპარატთა 50%-90%-ის შეძენის შესაძლებლობა მოსახლეობას არ შეუძლავს. ყველაზე მძიმე ტვირთი კი ღარიბ მოსახლეობას აწევა, რომლებიც არ არიან ადეკვატურად დაცულნი არსებული პოლიტიკით და ჯანმრთელობის დაზღვევით. ნამლით მომარაგების ლოგისტიკური მიდგომა, რომელიც ხშირად აღიქმება ფარმაცევტის ძირითად ფუნქციად, დამატებით პრობლემებს ქმნის. განვითარებად ქვეყნებში პრეპარატთა ხარისხის შემოწმებისას ნიმუშების 10%-20% ვერ აკმაყოფილებს სტანდარტებით ნაყენებულ მოთხოვნებს.

2000 წელს ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციისა (FIP) და ფარმაცევტული პროდუქციის მწარმოებლების ასოციაციის საერთაშორისო ფედერაციის (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations; IFPMA) მიერ ერთობლივად იქნა ხელმოწერილი განცხადება სამედიცინო პროდუქტის ხარისხისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შესახებ. რომლის საერთო მიზანია სამედიცინო პროდუქტის მაღალი ხარისხის, დადასტურებული უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის უზრუნველყოფის გზით დაიცვას პაციენტის კეთილდღეობა მსოფლიოს ყველა კუთხეში. განცხადებაში აღინიშნა ფარმაცევტული წარმოებისა და ისეთი სავაჭრო და რეგულატორული გარემოს არსებობის საჭიროება, რომელიც ხელს შეუწყობს ინვესტიციების ჩადებას ინოვაციური პრეპარატების შექმნაში და ამავდროს მთელი მსოფლიოს მასშტაბით უზრუნველყოფს ამ პრეპარატების დროულ წარდგენასა და პაციენტებისათვის ხელმისაწვდომობას.

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევაა პრეპარატთა რაციონალური გამოყენების უზრუნველყოფა. ეს გულისხმობს, რომ პაციენტებმა მიიღონ თავიანთი კლინიკური მოთხოვნების შესაბამისი სამკურნალო საშუალებები, იმ დოზითა და პერიოდულობით, რომელიც შესაბამება მათ ინდივიდუალურ საჭიროებებს და შესაძლო მინიმალური დანახარჯების გამოყენებით.[3]

მიუხედავად ყველაფრისა, ნაშლის რაციონალური გამოყენება რჩება გამონაკლისად და არა კანონზომიერებად. რეცეპტების ნახევარი არასწორადაა შედგენილი და პროცესში ჩართული პერსონალის ნახევარი ვერ ახერხებს პაციენტისთვის მკურნალობის სწორად მიწოდებას/შერჩევას. დამატებით არსებობს საკითხი ანტიმიკრობული რეზისტენტობის გლობალურ ზრდასთან დაკავშირებით, რაც წარმოადგენს საზოგადოების ერთ-ერთ ძირითად პრობლემას. **ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO)**⁴ გამოაქვეყნა უახლესი მონაცემები, რომლის მიხედვითაც **შიგელოზის** შემთხვევათა დაახლოებით 90%-ში გამოვლინდა რეზისტენტობა პირველი თაობის ანტიბიოტიკების მიმართ (როგორცაა ამპიცილინი და კოტრიმოქსაზოლი), პნევმონიისა და ბაქტერიული მენინგიტის შემთხვევათა დაახლოებით 70%-ში - პენიცილინის მიმართ, გონორეის შემთხვევათა დაახლოებით 98%-ში ასევე, პენიცილინის მიმართ და კლინიკებში შეძენილი *staphylococcus aureus* ინფექციის შემთხვევათა დაახლოებით 70%-ში როგორც პენიცილინების ასევე ცეფალოსპორინების მიმართ.

2000 წელს ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციამ (FIP) შეიტანა რეკომენდაციების სია (Statement of Policy on Control of Resistance to Antimicrobials) მთავრობებსა და ჯანდაცვაზე პასუხისმგებელი მმართველი ორგანოებისათვის, რომელშიც აღწერილია ანტიმიკრობული საშუალებების მიმართ განვითარებულ რეზისტენტობასთან საბრძოლველად განსახორციელებელი ღონისძიებები. აღნიშნულ დეკლარაციაში ხაზგასმულია ფაქტი, რომ ფარმაცევტები მზად არიან ითანამშრომლონ ექიმებთან, მარეგულირებელ/სამთავრობო ორგანიზაციებთან და ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე სხვა პერსონალთან, რათა შეიტანონ თავიანთი წვლილი ანტიმიკრობული საშუალებების მიმართ განვითარებულ რეზისტენტობასთან ბრძოლაში და აქტიურად ჩაერთონ ამ საკითხთან დაკავშირებით გამართულ საინფორმაციო კამპანიებში.

ზემოთ აღწერილი გამოწვევები - ხარისხიან სამკურნალო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობა და მათი რაციონალურად გამოყენება - კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ ჯანდაცვის სექტორი საჭიროებს გლობალურ რეფორმებს. ამ განუწყვეტელი და ძირეული ცვლილებების ფონზე მიმდინარეობს დღესდღეობით ფარმაცევტულ პრაქტიკაში არსებული პარადიგმის ჩანაცვლება.

ფარმაცევტული ზრუნვა, სამკურნალო საშუალებების რაციონალური გამოყენება და პაციენტისთვის მათი ეფექტური მიწოდების მენეჯმენტი, ხელმისაწვდომი, სტაბილური და სამართლიანი ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი კომპონენტებია, რომლებიც, თავის მხრივ, უზრუნველყოფს სამკურნალო საშუალებების ეფექტურობას, უსაფრთხოობას და ხარისხს. ამკარაა, რომ ფარმაციას მოუწევს მნიშვნელოვანი როლის შესრულება ჯანდაცვის სექტორის ცვლილების პროცესში. ამის განსახორციელებლად საჭიროა თავიდან განიმართოს ფარმაცევტის როლი/ფუნქცია და მოხდეს მისი რეორიენტაცია. ფარმაცევტებს აქვთ პოტენციალი მათთვის ხელმისაწვდომი საშუალებების გამოყენებით, გააუმჯობესონ მკურნალობის თერაპიული შედეგები და პაციენტის ცხოვრების ხარისხი და ვალდებულნი არიან - იდგნენ ჯანდაცვის სისტემის წინა ხაზზე. ამ პროცესში ერთ-ერთი კრიტიკული

ფაქტორია **ფარმაცევტული ზრუნვის** მიმართულებით დანყებული მოძრაობა. ვინაიდან პაციენტისთვის სწორი ინფორმაციის მიწოდება ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც მისი სამკურნალო საშუალებით მომარაგება, ფარმაცევტს ეკისრება კიდევ ერთი უმნიშვნელოვანესი ფუნქცია: იზრუნოს პაციენტზე, დანიშნული მკურნალობისა და სხვა არსებული ალტერნატიული თერაპიების შედარება-გაანალიზების საშუალებით.

უკანასკნელი 40 წლის მანძილზე ფარმაცევტის, როგორც პრეპარატის დამამზადებელ-გამცემის როლი, შეიცვალა „**დანიშნული მკურნალობის მენეჯერი**“ როლით. ეს როლი თავის თავში მოიცავს პასუხისმგებლობის აღებას იმაზე, რომ ყოველთვის შერჩეული იქნება ხარისხიანი ფარმაცევტული პროდუქტი, მოხდება მისი შენახვა და გამოყენება ისე, რომ სამკურნალო საშუალება ზიანის ნაცვლად დადებით გავლენას მოახდენს პაციენტის ჯანმრთელობაზე. ფარმაცევტული პრაქტიკის სფერო დღესდღეობით მოიცავს პაციენტზე ორიენტირებულ საქმიანობას კონსულტაციის ყველა შესაძლო ფორმით, სამკურნალო საშუალების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებით, დანიშნული მკურნალობის მონიტორინგითა და ასევე ისეთი ტექნიკური ასპექტებით, როგორცაა პრეპარატის გაცემის მენეჯმენტი.

ამ თავში მოცემულია იმ ახალი ფუნქციების, უნარ-ჩვევების და დამოკიდებულების აღწერა, რომლებსაც უნდა ფლობდეს ფარმაცევტი, რათა გახდეს მულტიდისციპლინარული ჯანდაცვის სისტემის წევრი. აქვე მოცემულია იმ დამატებითი სარგებელის დახასიათება, რომელიც მოტანაც შეუძლია პაციენტისთვის ფარმაცევტს საკუთარი პროფესიული ცოდნის გამოყენებით. მასში შესწავლილია გამონვევები, რომლის წინაშეც დგება ფარმაცევტი და ის განუხილველი შესაძლებლობები, რომლის საშუალებითაც მას შეუძლია მოირგოს წამყვანი როლი პაციენტზე ორიენტირებულ და საზოგადოების ჯანმრთელობის შესანარჩუნებელ საქმიანობაში. ზოგ შემთხვევაში გამონვევებმა ფარმაცევტისგან შესაძლოა მოითხოვოს არსებული ფუნქციების გაფართოება, ზოგ შემთხვევაში კი იმ ახალი ფუნქციების შეთვისება, რომელიც ტრადიციულ/ძველ ნეს-ჩვეულებებზე აღზრდილ ფარმაცევტს არ ჰქონდა.

1.2 პირველი ნაწილის ძირითადი სასწავლო მიზნები

- ♥ აღწერეთ პროფესიონალი ფარმაცევტის მისია, რომელიც მას აკისრია საზოგადოების წინაშე;
- ♥ იმსჯელეთ ფარმაცევტის, როგორც ჯანდაცვის სისტემის გუნდის წევრის, როლზე;
- ♥ აღწერეთ ფარმაცევტული პრაქტიკის ახალი პერსპექტივები;
- ♥ განმარტეთ კარგი სააფთიაქო პრაქტიკის (GPP) ფუნქცია ჯანმრთელობის დაცვის ყველა სექტორისა და გარემოსათვის;
- ♥ აღწერეთ პაციენტზე ორიენტირებული, კარგი ფარმაცევტული პრაქტიკის განსახორციელებლად საჭირო ცოდნა და უნარ-ჩვევები;
- ♥ აღწერეთ ის ახალი ფუნქციები, რომელთა შეთავსებაც შეუძლია ახალი თაობის ფარმაცევტს;
- ♥ აღწერეთ განათლებისა და სამთავრობო პოლიტიკის სფეროში საჭირო ცვლილებები, რომელთა განხორციელებაც აუცილებელია ქვეყანაში პაციენტზე ორიენტირებული ფარმაცევტული პრაქტიკის დასაწერგად.

1.3 რა არის ჯანმრთელობა?

ფარმაცევტული პრაქტიკა არ მიმდინარეობს ვაკუუმში, მისი განხორციელება მიმდინარეობს ჯანმრთელობის დაცვის გარემოში და მისი მიზანი ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაა. ჯანმრთელობა მრავლისმომცველი ტერმინია, რომელიც შეიძლება განიმარტოს ტექნიკური, მორალური და ფილოსოფიური კუთხითაც. სავარაუდოდ, ჯანმრთელობა ეს არის ბუნებაში არსებული ყველაზე მნიშვნელოვანი ადამიანური რესურსი.

ჯანმრთელობის ყველაზე ხშირად გამოყენებადი განმარტება ჩამოყალიბდა 1946 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) კონსტიტუციაში:

„ჯანმრთელობა ეს არის სრული ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა და არა მხოლოდ დაავადების ან ფიზიკური სისუსტის არ არსებობა.“ (WHO, 1946)⁷

წლების შემდეგ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO) განაახლა საკუთრი განმარტება, რომელიც ახლა შემდეგნაირად უღერს:

„ჯანმრთელობა ეს არის ადამიანის ან ადამიანთა ჯგუფის შესაძლებლობა, ერთი მხრივ, დაიკმაყოფილოს საკუთარი მისწრაფებები და უსაფრთხოობის მოთხოვნები და, მეორე მხრივ, შეცვალოს ან შეეგუოს გარემოს, რომელშიც უნევს ცხოვრება. ამავდროულად ჯანმრთელობა ნარმოადგენს ყოველდღიური ცხოვრების რესურსს და არა მის მიზანს; ის არის როგორც სოციალური და პერსონალური რესურსების, ასევე, ფიზიკური შესაძლებლობების ერთობლიობა“. (WHO, 1984)⁸

არ არსებობს სრულყოფილი განმარტება, რომელიც თავის თავში მოიცავს ყველა ნარმოდგენას ჯანმრთელობის შესახებ. თითოეული ჩვენგანის მიერ ჯანმრთელობის არსის ჩამოყალიბება დამოკიდებულია იმ გარემოებათა ერთობლიობაზე, რომელშიც გვიწევს ცხოვრება და ჯანმრთელობის შეცნობა.

ჯანმრთელობა ადამიანის უფლებაა, რომელიც ნარმოშობს ჯანმრთელობის დაცვისა და, შესაბამისად, ესენციურ სამკურნალო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობას. ჯანმრთელობა სტაბილური ეკონომიკური და სოციალური განვითარების განმაპირობებელი ფაქტორია. მრავალი ქვეყნის განვითარებას აფერხებს ისეთი დაავადებები, მაგალითად, როგორცაა შექნილი იმუნოდეფიციტის ვირუსი. ასე რომ, ჯანმრთელობა ყველაზე ღირებული რესურსია არსებული რესურსებიდან.

1.4 პროფესია „ფარმაცევტი“

წამლით მკურნალობა თერაპიის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა ჯანდაცვის ნებისმიერ სფეროში. მოსახლეობის დაბერებამ, ქრონიკული დაავადებების სიხშირის ზრდამ, ახალი ინფექციების ნარმოშობამ და პარალელურად ეფექტური პრეპარატების სპექტრის გაფართოებამ გამოიწვია წამალთა საშუალებების გამოყენების განსაკუთრებულად გახშირება. დამატებით, ბაზარზე გამოჩნდა ისეთი პრეპარატები (ე.წ. „life-style medicines“) რომლებიც მთელი ცხოვრების მანძილზე გამოიყენება სხვადასხვა მსუბუქი სნეულებების - როგორცაა მშრალი კანი, თმის ცვენა, ნაოჭების ნარმოქმნა, ერექტიული დისფუნქცია და სხვა - მკურნალებელ თერაპიაში.

ეტაპობრივად იზრდება პრეპარატების შექმნის შესაძლებლობა ისეთ ადგილებში, სადაც პროცესი კონტროლდება არა-ფარმაცევტის მიერ. აფთიაქში პრეპარატის მომზადება ძირითადად ჩანაცვლდა კომერციული ნარმოებით. წამლების შექმნა უკვე შესაძლებელია ბაზრობებსა და მალაზიებში, ინტერნეტის საშუალებით, ასევე,

ავტომატიზირებული სისტემების გამოყენებით მედიცინის სხვადასხვა სფეროში კვალიფიცირებული პერსონალისგან.

ბემოთ აღწერილი გარემოებების ფონზე ლოგიკურია შემდეგი კითხვების დასმა:

ისევ გვჭირდება თუ არა ფარმაცევტები?

შერჩათ თუ არა ფარმაცევტულ სერვისებს რაიმე ღირებულება?

სხვადასხვა პროფესია უნდა ემსახუროდეს საზოგადოებას. შესაბამისად ფარმაცევტის პროფესიაც მიმართული უნდა იყოს საზოგადოებისა და კონკრეტული პაციენტებისკენ. არც ისე დიდი ხნის წინ, პაციენტისათვის მედიკამენტური თერაპიის შერჩევა და განხორციელება საკმაოდ მარტივი, უსაფრთხო და იაფი იყო. ექიმი წერდა რეცეპტს, ფარმაცევტი კი ამზადებდა და გასცემდა სამკურნალო საშუალებას. მაგრამ, დღესდღეობით არსებობს რეალური ნიშნები იმისა, რომ მკურნალობის ეს ტრადიციული მეთოდი აღარაა საკმარისი პაციენტისთვის უსაფრთხო, ეფექტური და მიდევნებადი მედიკამენტური თერაპიის მისაწოდებლად. სამკურნალო საშუალებების არასწორად მოხმარება, ყველაფერთან ერთად, საკმაოდ ძვირადღირებული შეცდომაა: ჰოსპიტალიზაციის, ექიმთან ვიზიტების, ლაბორატორიული ანალიზებისა და გამოსაჯანმრთლებელი თერაპიის საჭიროების კუთხით. განვითარებულ ქვეყნებში საავადმყოფოებში მყოფ პაციენტთა 4%-10%-ში აღინიშნება მედიკამენტური მკურნალობის შედეგად განვითარებული გვერდითი მოვლენები, განსაკუთრებით თუ საქმე ეხება ხანდაზმულ და ქრონიკული დაავადებებით შეპყრობილ პაციენტებში მულტი-მედიკამენტურ მკურნალობას. მაგალითად, აშშ-ში მედიკამენტური შეცდომები ლეტალური შედეგის გამომწვევ მიზეზთა შორის მეოთხე-მეექვსე ადგილზეა და ქვეყანას ამ შეცდომების გამოსწორება ყოველწლიურად 130 მილიონ დოლარამდე უჯდება. დიდ ბრიტანეთში ამ ხარჯმა 2004 წელს 466 მილიონ ფუნტ სტერლინგს მიაღწია (დაახლოებით 812 მილიონი ამერიკული დოლარი). 1998 წელს ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციამ (FIP) სამკურნალო საშუალებების არასწორად გამოყენებასთან დაკავშირებით გამოაქვეყნა ნაშრომი „Statement of Professional Standards on Medication Errors Associated with Prescribed Medication“, რომელიც მიზნად ისახავდა ტერმინ „სამკურნალო საშუალებების არასწორად გამოყენება (Medication Error)“-ის განმარტებას და სტანდარტული ნომენკლატურის შემოთავაზებას, შეცდომების კლასიფიცირებისა და მიღებული შედეგების სიმძიმის მიხედვით დაყოფის მიზნით. ნაშრომი, ასევე, მოიცავდა ჯანდაცვის მომხარაგების სფეროში დასაქმებული პერსონალისთვის რეკომენდაციებს, რომელიც მიმართული იყო მედიკამენტების წარმოების, შეკვთების, ეტიკეტირების, გაცემისა და მათი გამოყენების სფეროებში უსაფრთხოობის გაზრდისკენ.

ვინაიდან სწორად შერჩეული მედიკამენტური მკურნალობა ყველა სხვა ალტერნატიულ თერაპიასთან შედარებით ყველაზე უსაფრთხო და ეკონომიკურად ეფექტურია, ეჭვგარეშეა, რომ არასწორად შერჩეულ მკურნალობას ყველაზე მძიმე ადამიანური და ეკონომიკური შედეგი მოჰყვება. საზოგადოებისთვის მნიშვნელოვანია იყოს დარწმუნებული იმაში, რომ მედიკამენტებზე მათ მიერ დახარჯული ფულადი რესურსი შესაბამის შედეგს მოიტანს. მრავალისმომცველი აკადემიური განათლების, მედიკამენტების მომზადება-გაცემის და ამ მედიკამენტების გამოყენების შესახებ ინფორმაციის მიწოდების ტრადიციული ფუნქციიდან გამომდინარე, ფარმაცევტი იდეალური კანდიდატია მედიკამენტური თერაპიის მენეჯერის როლის შესასრულებლად.

ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე პროფესიონალების მიერ საკუთარ ქმედებებზე პასუხისმგებლობის აღების უნარი კიდევ ერთი კრიტიკული საკითხია. ექიმსა და ფარმაცევტს შორის ტრადიციული ურთიერთობისას, სადაც ექიმი იყო რეცეპტურის

შემდგენელი პერსონა, ხოლო ფარმაცევტი - სამკურნალო საშუალების დამამზადებელი, ფარმაცევტის პასუხისმგებლობა მხოლოდ პრეპარატის ფარმაცოთერაპიულ ეფექტზე ვრცელდებოდა. სწრაფად განვითარებად ჯანდაცვის სისტემებში ეს სიტუაცია იცვლება. **ფარმაცევტული ზრუნვის** პრაქტიკა ფარმაცევტს აკისრებს ფუნქციას - გაუწიოს პაციენტს სამედიცინო დახმარება. საზოგადოება კი, არა მხოლოდ მიიღებს ამ კონცეფციას, არამედ მიანიჭებს მას პროფესიულ დატვირთვას.

დღესდღეობით, სხვადასხვა პროფესიის წარმომადგენლები, როგორცაა ექიმები, მედიკოსები, ექიმებისა და ფარმაცევტების ასისტენტები, ცდილობენ მოიპოვონ კომპეტენცია და თავისუფლების შეგრძნება მედიკამენტური მკურნალობის მენეჯმენტში. ზოგიერთ ქვეყანაში ეს მცდელობა აგრესიული გზებითაც კი ხორციელდება. ფარმაცევტებმა უნდა შეძლონ ადეკვატური განათლების მიღება, რათა დაიცვან და გააფართოონ საკუთარი პოზიცია ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში და **ფარმაცევტული ზრუნვის** პაციენტისთვის მიწოდებაში.

აფთიაქებში წამლის მომზადება, რა თქმა უნდა, არის და უნდა დარჩეს ფარმაცევტის პასუხისმგებლობის ქვეშ. ზოგიერთი ფარმაცევტი ჯერ კიდევ რეალურად აა დაკავშირებული აფთიაქებში წამლის მომზადების პროცესთან, მაგრამ მალე ფარმაცევტების უმეტესობა პასუხისმგებელი იქნება მომზადებული წამლის ხარისხისა და თერაპიულ შედეგებზეც.

ამ ცვლილებისგან მოსალოდნელია პოტენციური რისკების წარმოქმნა, მაგრამ ამავე დროს ის კარს უღებს უსაზღვრო შესაძლებლობებს. პროფესიონალ ფარმაცევტს აქვს პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სექტორის ცვლილებების ფონზე აღმოაჩინოს ახალი შესაძლებლობები ფარმაცევტულ პრაქტიკაში, შეაფასოს და გამოსცადოს ისინი და მოახდინოს დემონსტრირება, იმისა რომ სწორედ მას შეუძლია წარმატებით დაწეროს პრაქტიკაში ახალი ტენდენციები.

1.5 ფარმაცევტული პრაქტიკის ახალი განზომილებები

1.5.1 ფარმაცევტული ზრუნვა

ფარმაცევტული ზრუნვა ფარმაცევტული პრაქტიკის ძირეულად შემცვლელი კონცეფციაა, რომელიც სამოცდაათიანი წლების შუა პერიოდში გამოჩნდა. ის ხაზს უსვამს, რომ სამედიცინო სფეროში მოღვაწე ყველა თანამშრომელმა უნდა აიღოს პასუხისმგებლობა თავიანთი პაციენტების მედიკამენტით მკურნალობის შედეგებზე. ის მოიცავს სერვისებისა და ფუნქციების ფართო სპექტრს, რომელთაგანაც ზოგიერთი ახალია ფარმაცევტული პრაქტიკისთვის, ზოგი კი - ტრადიციული სერვისია. ეს კონცეფცია, ასევე, გულისხმობს პაციენტის კეთილდღეობის სურვილს, რომელიც ფარმაცევტისთვის შინაგანი მოთხოვნილების დონემდე უნდა იყოს დაყვანილი. პაციენტი ხომ ის ინდივიდუმი, რომელიც მოითხოვს და იმსახურებს კიდევ ფარმაცევტისგან გულშემატკივრობას, მზრუნველობასა და ნდობას. მაგრამ სამწუხაროდ, ფარმაცევტები ხშირად გაურბიან ასეთი ფართომასშტაბიან პასუხისმგებლობას. შედეგად, დანიშნულ მკურნალობას შესაძლოა მათ არაადეკვატურად გაუწიონ მონიტორინგი და მენეჯმენტი. ამ პასუხისმგებლობის საკუთარ თავზე აღება უმთავრესია ფარმაცევტული/სააფთიაქო პრაქტიკისათვის.

ფარმაცევტული ზრუნვა შესაძლოა მიმართული იყოს როგორც ინდივიდუმის, ასევე, პოპულაციისკენ. პოპულაციაზე ორიენტირებული **ფარმაცევტული ზრუნვის** სფერო იყენებს დემოგრაფიულ და ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს, რათა შეადგინოს

ფორმულარები და პრეპარატთა სიები, განავითაროს და გაუწიოს მონიტორინგი ფარმაციის პოლიტიკას, განავითაროს და მართოს ფარმაცევტული საინფორმაციო-საკომუნიკაციო ქსელები, მოამზადოს და გააანალიზოს ანგარიშები პრეპარატთა უტილიზაციისა და ფასების შესახებ, აწარმოოს მედიკამენტების უტილიზაციის მიმოხილვის დოკუმენტირება და მოახდინოს პროვაიდერების კვალიფიკაციის ამაღლება, სამედიცინო პოლიტიკისა და მათთან დაკავშირებული პროცესების წარმოების შესახებ ინფორმაციის გავრცელების გზით.

მიუხედავად პოპულაციაზე დაფუძნებული **ფარმაცევტული ზრუნვის** საჭიროებისა, ჯანმრთელობის დაცვის ვერცერთი სფერო ვერ შესძლებს არსებობასა და მედიკამენტების მიერ გამოწვეული დაავადებების მონიტორინგს, ინდივიდუალური პაციენტისთვის განკუთვნილი **ფარმაცევტული ზრუნვის** გარეშე. პოპულაციისთვის განკუთვნილ **ფარმაცევტული ზრუნვას** შეუძლია მოგვანოდოს საკმაოდ ღირებული ინფორმაცია, თუმცა მისი მოქმედება უნდა განხორციელდეს პაციენტისთვის უშუალო პრობლემის გამომჟღავნების პროცესამდე ან თერაპიის დასრულების შემდეგ. შესაბამისად მას არ შეუძლია ჩაანაცვლოს ინდივიდუალურ პაციენტზე ორიენტირებული **ფარმაცევტული ზრუნვის** სფერო უშუალოდ პაციენტის მკურნალობის პროცესის დროს. მედიკამენტებით გამოწვეულ სნეულებები ხშირად აღინიშნება პაციენტებში, მაშინაც კი, თუ პაციენტი მკიხმარს ჯანდო მედიკამენტთა სიებსა და ფორმულარებში განთავსებულ პრეპარატებს, უწყინდანი ასეთი პრეპარატები ხშირად ინიშნება/გამოიყენება არასწორად. პაციენტს ენაჭიროება **ფარმაცევტული ზრუნვა** მაშინაც კი, როდესაც ის იღებს ჯანდაცვის სხვა ტიპის მომსახურებას. წარმატებული ფარმაცოთერაპია ინდივიდუალურია თითოეული პაციენტისთვის. მის მისაღწევად საჭიროა სპეციფიკური გადაწყვეტილებების მიღება და პაციენტზე მონიტორინგის ინდივიდუალური ღონისძიებების განხორციელება, ასევე, პაციენტისა და ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელისგან უნდა განისაზღვროს თუ რა შედეგის მისაღწევად დაინყება ბრძოლა, და რომელი გზა იქნება ყველასთვის ოპტიმალური ამ შედეგის მისაღწევად. ყველა ინდივიდუალური პაციენტისთვის ფარმაცევტმა პაციენტთან ერთად უნდა შეადგინოს **ფარმაცევტული ზრუნვის** გეგმა. საბოლოოდ პაციენტს, პროცესში ჩართულობითა და საკუთარი წილი პასუხისმგებლობის აღებით, შეუძლია შეიტანოს წვლილი თერაპიის დადებითად დასრულების პროცესში და არ იყოს დამოკიდებული მხოლოდ ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლებზე, როგორც ეს ძველი პატერნალისტური მმართველობის სტილს ახასიათებდა. თუ როგორ უნდა განხორციელდეს პაციენტზე ეტაპობრივი ზრუნვა უფრო დანვრილებით აღწერილია მეორე თავში.

ფარმაცევტული ზრუნვა არ არის იზოლირებული ჯანდაცვის სხვა სფეროებისგან. მისი მიზნდება უნდა განხორციელდეს პაციენტებთან, ექიმებთან, მედღებთან და ჯანდაცვის სხვა სფეროების წარმომადგენლებთან შეთანხმებით. მაგრამ მხოლოდ ფარმაცევტია პასუხისმგებელი პაციენტის წინაშე **ფარმაცევტული ზრუნვის** ღირებულებაზე, ხარისხსა და მის შედეგებზე.

1998 წელს FIP-მა მიიღო **ფარმაცევტული ზრუნვის** პროფესიული სტანდარტები „Statement of Professional Standards in Pharmaceutical care“. აღნიშნული დოკუმენტი წარმოადგენს ერთგვარ გამაყვლევს ფარმაცევტებისა და ჯანდაცვის სფეროს სხვა წარმომადგენლებისთვის იმ ქვეყნებში, სადაც დაინყება ფართო ფარმაცევტული სერვისების დანერგვა. FIP აღიარებს **ფარმაცევტული ზრუნვის** სფეროს არსებობის საჭიროებას, თუმცა ხაზს უსვამს ინდივიდუალური ქვეყნებისგან ამ ტიპის სერვისის მიმართ წაყენებული მოთხოვნების არაერთგვაროვნებას.

1.5.2 მოპიცეებულაბაზე დაფუძნებული ფარმაცია

ჯანდაცვის სფეროში არსებული გარემოს მრავალფეროვნების მრდასთან ერთად, გართულდა სხვადასხვა ტიპის მკურნალობის ეფექტურობის შედარება. უკვე შეუძლებელი გახდა ჯანმრთელობის საკითხში ჩარევა მხოლოდ თეორიული ცოდნისა და ინდივიდუალური გამოცდილების საფუძველზე. ამ პროცესის წარმმართველად გამოიყენება მაღალხარისხიანი კვლევის ჩატარების შედეგად მიღებული მეცნიერული მტკიცებულება, რომლის ადაპტირებაც ხდება შემდგომ ეტაპზე, ინდივიდუალური პაციენტის მდგომარეობის შესაბამისად. ეს მიდგომა უფრო დეტალურად აღწერილია მესამე თავში.

1.5.3 პაციენტის პრობლემის გათვალისწინება და დახმარება

პაციენტზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სფეროში უპირველესი გამოწვევაა პაციენტის მუდმივად ცვალებადი პრობლემები. ფარმაცევტების წინაშე დგება გამოწვევა, მიანოლონ პაციენტს საჭირო რჩევა შედარებით მარტივი გზით აფთიაქიდან გაუსვლელად. ცოდნის სხვადასხვა გზით გადაცემის შედეგად ფარმაცევტებს შეუძლიათ პაციენტებს მისცენ საშუალება თავად წარმართონ თავიანთი მკურნალობისა და ჯანმრთელობის საკითხები.

მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტები ხშირად სარგებლობენ ინსტრუქციებზე, სარეკლამო ბუკლეტებსა და ინტერნეტში განთავსებულ ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობით, ხშირად ეს საინფორმაციო წყაროები მათთვის არასრულყოფილი ან არაზუსტია. სანდო წყაროებზე მითითებისა და მიუკერძოებელი რჩევის გაცემის შედეგად, ფარმაცევტს შეუძლია არასწორად ინფორმირებული პაციენტი აქციოს პრობლემის ადეკვატურად შემფასებელ პაციენტად. კონსულტაციები დაავადებათა პრევენციისა და ცხოვრების სტილის შეცვლის საჭიროების შესახებ გააუმჯობესებს საზოგადოების ჯანმრთელობას მთლიანობაში, ხოლო პაციენტთან მედიკამენტის გამოყენების მეთოდთა შეთანხმება მოახდენს თერაპიული ეფექტის ოპტიმიზაციას, შეამცირებს მედიკამენტებით განპირობებულ გვერდით ეფექტებსა და უშედეგოდ მოხმარებული პრეპარატების რიცხვს და უზრუნველყოფს პაციენტის მკურნალობის შედეგს.

2000 წელს დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობის დეპარტამენტმა გამოსცა პუბლიკაცია დასახელებით „მომავლის ფარმაცია“, რომელშიც ფარმაცევტების წინაშე წაყენებული იყო პაციენტისთვის ჩამოყალიბებული პროფესიული სერვისის მინოდების მოთხოვნა, რომელიც მოიცავდა: ინდივიდუალური პაციენტისთვის საჭირო მედიკამენტის შერჩევას, მისი მოხმარების ოპტიმალური მეთოდის განსაზღვრას, რეცეპტის განმეორებითი გამოწერისა და პრეპარატის კიდევ ერთხელ მომზადების საჭიროების შესახებ ინფორმაციის მინოდებას, მიზანმიმართული მკურნალობის განხილვასა და თერაპიის პროცესისთვის თვალყურის დევნებას. აღნიშნული მიდგომის გამოყენება შესაძლებელია ნებისმიერ ქვეყანაში „მომავლის ფარმაციის“ 10 მოდელის ჩამოსაყალიბებლად. ფარმაციისთვის უკვე ახალი განწერილი ჩარჩოები ვითარდება, სწორედ ესაა სანყისი, რათა ჩამოყალიბდეს ხედვა, რომ პაციენტს ძირეული, ყოვლისმომცველი ჯანდაცვის მინოდება ესაჭიროება. აღნიშნული განწერილი მოთხოვნები შესძლებს ჯანდაცვის სერვისების რეორიენტაციას პაციენტის მოლოდინის მაქსიმალურად დაკმაყოფილების მიზნით და გაზრდის ფარმაცევტის პოტენციალს, მისცემს რა მას საშუალებას, მაქსიმალურად გამოიყენოს თავისი უნარ-ჩვევები უკეთესი თერაპიული ეფექტების მისაღწევად. ასევე, დგება საკითხი, ხარისხისა და საბოლოო შედეგების მიხედვით, მოხდეს ფარმაცევტული სერვისების კატეგორიზაცია სანყის, პროგრესულ და განვითარებულ სერვისებად.

1.5.4 ქრონიკულ პაციენტზე ზრუნვა

შიდსი

ისტორიას არ ახსოვს ჯანდაცვის საკითხებში ისეთი გამოწვევა, როგორც შეძენილი იმუნოდეფიციტის ვირუსის პანდემიაა. ადეკვატური ღონისძიებების ჩასატარებლად ჯანდაცვის სისტემები ცდილობენ მწვავე დაავადებათა მკურნალობის სერვისებს შეუთავსონ ქრონიკულად დაავადებული პაციენტების ჯანდაცვისთვის განკუთვნილი სერვისები. დღესდღეობით მსოფლიოს მასშტაბით 40 მილიონზე მეტი ადამიანი ცხოვრობს შეძენილი იმუნოდეფიციტის ვირუსით, მხოლოდ 2004 წელს 3 მილიონი დაავადებული იმსხვერპლა პანდემიამ, რომელიც თანამედროვე მსოფლიოს სოციალურ, ეკონომიკურ, საზოგადო პრობლემას წარმოადგენს და ყველა სხვა ტრაგედიებისგან განსხვავებული გზებით წარმოქმნის ადამიანის უფლებების დარღვევისა და ჰუმანიტარულ კრიზისებს.¹²

2004 წელს სამედიცინო, ფარმაცევტულ სფეროებში მოღვაწე, ასევე, მედდათა მსოფლიო ნამყვანმა ლიდერებმა მიიღეს რეზოლუცია, რომელიც ყველა სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლისგან მოითხოვდა შესაძლო რესურსის ჩადებას შეძენილი იმუნოდეფიციტის ვირუსის წინააღმდეგ საბრძოლველად.¹³

ამ პროცესებში ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლებმა, მათ შორის ფარმაცევტებმაც, უნდა შეასრულონ სოციალური ლიდერების როლი.

ანტი-რეტროვირუსული თერაპიის დასაფინანსებელი ფინანსური რესურსები ეტაპობრივად იზრდება. შეძენილი იმუნოდეფიციტის ვირუსთან დაკავშირებულ გაეროს დეკლარაციასა (Declaration of Commitment on HIV/AIDS)¹⁴ და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განცხადებაში ხაზგასმული იყო, რომ შეძენილი იმუნოდეფიციტის ვირუსი საზოგადოების გლობალური პრობლემაა¹⁵ და შეზღუდული რესურსების მქონე ქვეყნებისთვის საჭიროა ანტი-რეტროვირუსული თერაპიის დაფინანსების გაზრდა. 2003 წელს, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ საკუთარ თავზე აიღო პასუხისმგებლობა 2005 წლის ბოლოსთვის დაფინანსებინა შიდს-ით დაავადებული 3 მილიონი ადამიანი.¹⁵ 2005 წლის ივლისში კი „დიდი რვიანის“ (G-8 nations) ლიდერებმა აიღეს ვალდებულება შიდს-ის მკურნალობისა და პრევენციის სერვისებში ეტაპობრივად დაიწყონ ფინანსების ჩადება, რათა 2010 წლისთვის ანტი-რეტროვირუსული თერაპია ყველასთვის ხელმისაწვდომი ყოფილიყო მსოფლიოს მასშტაბით.

ადამიანური რესურსები ჯანდაცვის სისტემებისა და მათი სერვისების მიწოდებისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი კომპონენტია. მიუხედავად ამისა, საზოგადოებაში, რომელშიც ანტი-რეტროვირუსული თერაპიის სერვისის მიწოდება კრიტიკულად მნიშვნელოვანი და სასწრაფოა, აღინიშნება რუტინული თერაპიის განსახორციელებლად საჭირო გამოცდილი კადრების ნაკლებობა. განსხვავებული უნარჩვევების (მენეჯერული, ადმინისტრატორული, პროფესიული) მქონე ადამიანებია საჭირო უსაფრთხო და ეფექტური ანტი-რეტროვირუსული თერაპიის მისაწოდებლად. დღესდღეობით შეძენილი იმუნოდეფიციტის ვირუსის მკურნალობისთვის გამოიყენება სტრატეგია, რომელიც გულისხმობს მაღალპროფესიული უნარ-ჩვევების მქონე ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლებზე პაციენტების დამოკიდებულების შემცირებას და სანაცვლოდ მკურნალობაში პაციენტების ოჯახის წევრებისა და საზოგადოების ჩართვას. იმისათვის, რომ გავუმკლავდეთ ჯანდაცვის სფეროში მაღალპროფესიული უნარ-ჩვევების მქონე წარმომადგენლების ნაკლებობას, უნდა მოხდეს პროფესიონალების უნარ-ჩვევების განახლება ანტი-რეტროვირუსული თერაპიის მოთხოვნების შესაბამისად. მომავლის

სტრატეგიები დამოკიდებული იქნება ჯანდაცვის სექტორის პოლიტიკას და სერვისების მიწოდების მათეულ ხედვაზე.

ერთ-ერთი ნაშევან პროფესიონალს, რომელიც ჯანდაცვის სფეროდან უნდა იყოს ჩართული ზემოთ აღწერილ პროცესში, წარმოადგენს **ფარმაცევტი**. ძალიან მნიშვნელოვანია ფარმაცევტების კვალიფიკაციის მუდმივი ამაღლება შიდს-ის მკურნალობისა და პრევენციის საკითხებში. სწავლების შინაარსი და მიწოდების სახე განვირეილი იქნება ფარმაცევტებისთვის მათი როლიდან და პასუხისმგებლობებიდან გამომდინარე. ვინაიდან ფარმაცევტის ცოდნა, დამოკიდებულება და ქცევის სახე გავლენას ახდენს შიდს-ის მკურნალობისა და პრევენციისთვის, ეს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სფეროა, რომელშიც ფარმაცევტი უნდა იყოს ჩართული.

2003 წელს **ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციამ (FIP)** განაახლა ნაშრომი ქრონიკული დაავადებების მკურნალობაში ფარმაცევტის როლის შესახებ „Statement of Professional Standards on the Role of Pharmacist in Encouraging Adherence to Long Term Treatments“. ბევრი მიზეზია იმისა, რომ ვეძებოთ გზები, რათა შიდსით და სხვა სნეულებებით დაავადებული ქრონიკული პაციენტები უკეთ დაემორჩილონ მკურნალობას. სარგებელი მოიცავს მაგალითად, პაციენტის ცხოვრების გაუმჯობესებულ ხარისხს და უსაფრთხოების უფრო დიდ გარანტს და ამ საკითხში ფინანსების ეკონომიკურ დანაზოგებს. ფარმაცევტმა და მედიკამენტურ მკურნალობაში ჩართულმა ყველა სხვა პროფესიონალმა უნდა გამოიყენოს თითოეული შესაძლებლობა, რათა დაეხმაროს პაციენტს, თუ ის ამის სურვილს გამოთქვამს.

1997 წელს ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციისა (FIP) და **ჯანმო-ს** მიერ ერთობლივად გამოქვეყნებულ დეკლარაციაში აღიარებული იყო შიდსთან ბრძოლის წინააღმდეგ ფარმაცევტების მიერ განუვლი შრომა. 2004 წელს ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციამ (FIP), შექმნილი იმუნოდეფიციტის ვირუსის თემასთან დაკავშირებით, დააარსა საერთაშორისო საინფორმაციო ქსელი ფარმაცევტებისათვის (International Network for Pharmacists on HIV/AIDS - www.fip.org/hivaids), რომელიც ორიენტირებულია ამ სფეროში არსებულ სამ კრიტიკულ საკითხზე. ესენია: **სწავლება, დოკუმენტაცია და გამოცდილების გაზიარება**. რომელიც მოიცავს სასწავლო მოდულებს, პოლიტიკის განმსაზღვრელ დოკუმენტებს, საჭირო პუბლიკაციებს, ადგილობრივი და საერთაშორისო ორგანიზაციების საკონტაქტო ინფორმაციას, მოვლენათა განრიგს, რომელშიც შესაძლოა სხვადასხვა მოვლენების დამატება და მონაწილე ფარმაცევტების ელექტრონული ფოსტის მისამართების სიას, რათა მათ შეეძლოთ ერთმანეთისთვის მოსაზრებების გაცვლა. ეს საიტი შესაძლებლობას აძლევს მსოფლიოს სხვადასხვა კუთხეში შექმნილი იმუნოდეფიციტის ვირუსთან ბრძოლაში ჩართულ ფარმაცევტებს გაერთიანდნენ და გახდნენ ლიდერები პანდემიასთან ბრძოლაში.

1.5.5 თვითმკურნალობა

1996 წელს ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციის (FIP) საბჭომ განაახლა გამოცემა ფარმაცევტის პროფესიული როლის შესახებ „a Statement of Principle, entitled Self-care (including Self-Medication): The Professional Role of the Pharmacist“, რომელშიც განხილულია თვითმკურნალობის საკითხი და ფარმაცევტის პასუხისმგებლობა თვითმკურნალობისას პაციენტისთვის რჩევის მიცემის თაობაზე. განაცხადში, ასევე, განხილული იყო ისეთი საკითხები, როგორცაა: სააფთიაქო გარემო, ამა თუ იმ პრეპარატის გაყიდვებისთვის ხელის შეწყობა, რეკომენდაციები დაავადების სიმპტომების აღმოსაფხვრელი მკურნალობის ჩასატარებლად, კონფიდენციალურობის დაცვის

საკითხები და სხვა. 1999 წელს კი ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციის (FIP) საბჭომ და მსოფლიოს თვითმკურნალობის ინდუსტრიამ (WSMI) ერთობლივად მიიღეს დეკლარაცია, რომელიც წარმოადგენს გზამკვლევს ფარმაცევტების, პაციენტებისა და სანარმოებისათვის, რათა მიღწეულ იქნას ურეცეპტოდ გასაცემი პრეპარატების უსაფრთხო და ეფექტური გამოყენება.

ბოქსი 1.1 ფარმაცევტის გაფართოებული ფუნქციები

როგორც სამედიცინო სფეროს ექსპერტები, ფარმაცევტები ყოველთვის ითვლებოდნენ ხელმისაწვდომი და სანდო რჩევის/მკურნალობის მიმწოდებლებად. დღესდღეობით ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მათი როლი ვითარდება ახალი კუთხით, რაც გულისხმობს პაციენტების დახმარებას მედიკამენტების სწორად გამოყენებაში და ნაწილობრივ მონაწილეობის მიღებას სხვადასხვა სფეროს კლინიკური საკითხების გადაჭრაში.

ფარმაცევტი ხელმისაწვდომია დღის ნებისმიერ მონაკვეთში, მის სანახავად არ არის საჭირო ვიზიტზე ჩანერა და ადამიანთა უმრავლესობისათვის ადვილია მასთან ურთიერთობა. ეს ყველაფერი ფარმაცევტს აქცევს დახმარების პირველწყაროდ ზოგადი სწეულებების გამოვლენისას.

ვინაიდან ექიმის რეცეპტის გარეშე დღესდღეობით აფთიაქებიდან შესაძლოა უსაფრთხო და ეფექტური მედიკამენტების შეძენა, ზოგადი სწეულებების თვითმკურნალობა უფრო და უფრო პოპულარული ხდება. შედეგად, ფარმაცევტები დახელოვნდნენ ინდივიდუალური პაციენტისთვის, როგორც სპეციფიკური პრეპარატის რეკომენდირებაში, ასევე, მათთვის მედიკამენტის გამოყენების ეფექტური და უსაფრთხო მეთოდის შერჩევაში. თვითმკურნალობის სწორი მეთოდის შერჩევას შეუძლია ზოგიერთი დაავადების განვითარების თავიდან აცილება, უკვე განვითარებული დაავადებებისთვის კი სწრაფი თერაპიული ეფექტის უზრუნველყოფა.

(What we do. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.

http://www.rpsgb.org.uk/public/pharmacists/what_we_do/index.html)

1.5.6 ხარისხის უზრუნველყოფა ფარმაცევტული ზრუნვის სერვისებში

პაციენტის ჯანდაცვისკენ მიმართული ქმედებების ხარისხის უზრუნველყოფა ის ძირითადი კონცეფციაა, რომელიც საფუძვლად უნდა ედოს ჯანდაცვის ყველა სფეროს და მათ შორის ფარმაცევტულ ზრუნვასაც. ავედის დონაბედინამა შექმნა ხარისხის უზრუნველყოფის მოდელი, რომელიც დაყოფილია სამ ნაწილად: სისტემის სტრუქტურა, ამ სისტემაში მიმდინარე პროცესები და მიღებული შედეგი.¹⁷ მართალია ჯანდაცვის სხვადასხვა სფეროში ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემაში მიმდინარე პროცესები

შესაძლოა სხვადასხვაგვარად გამოიყენებოდეს, მაგრამ ყველა მათგანი ერთსადა იმავე პრინციპზეა აგებული. ეს პროცესები დეტალურად იქნება განხილული მოცემულ სახელმძღვანელოში. **ფარმაცევტული ზრუნვის ხარისხის უზრუნველყოფის პროცესები** ემსახურება პაციენტისთვის მკურნალობის შესაძლებელი საუკეთესო შედეგის მიღებას.

ხარისხის უზრუნველყოფის განმარტება უნდა მოიცავდეს, როგორც ტექნიკურ სტანდარტებს, ასევე, უნდა აკმაყოფილებდეს პაციენტის მოლოდინს. თუმცა არ არსებობს ხარისხიანი ჯანდაცვის სისტემის ერთი განმარტება, რომელიც შესაბამისი იქნებოდა ყველა შემთხვევისათვის, ქვემოთ მოცემულ ზოგად განმარტებას მივიჩნევთ სასარგებლო გამაძვლევად ხარისხის უზრუნველყოფის არსის შეცნობაში:

„ხარისხის უზრუნველყოფა არის ქმედებათა ერთობლიობა, რომელიც მიმართულია ჯანდაცვის სისტემების მონიტორინგისა და გაუმჯობესებისკენ, რათა მიღწეული იქნას სისტემების მაქსიმალურად უსაფრთხო და ეფექტური მუშაობა“.

(Quality Assurance Project, 1993)¹⁸

ხარისხის უზრუნველყოფა, ასევე, შესაძლოა განმარტებულ იქნას, როგორც „**ყველა ქმედება, რომელიც მიმართულია ხარისხიანი ჯანდაცვის სისტემის განსაზღვრის, ჩამოყალიბების, მონიტორინგისა და გაუმჯობესებისკენ**“. ეს ქმედებები შესაძლოა განხორციელდებულ იქნას აფთიაქების აკრედიტაციის, **ფარმაცევტული ზრუნვის** თანამშრომლებზე ზედამხედველობის გზით ან სხვა სტრატეგიების დასახვით.

აშშ-ს ერთ-ერთი შტატის ადამიანის შემსწავლელ მეცნიერებათა ცენტრის ხარისხის უზრუნველყოფის პროექტი მოიცავს 4 ძირეულ პრინციპს:

1. ყურადღების კონცენტრირება კლიენტზე/პაციენტზე
2. ყურადღების კონცენტრირება სისტემებსა და პროცესებზე
3. ყურადღების კონცენტრირება გაზომვით/რაოდენობრივად შეფასებით ქმედებებზე
4. ყურადღების კონცენტრირება გუნდურ მუშაობაზე

ფარმაცევტული ზრუნვა ჯანდაცვაში უნდა დაინერგოს და გამოყენებულ იქნას ფარმაცევტული პრაქტიკის შეფასების შედეგად და მასში ჩადებული უნდა იყოს ხარისხის მუდმივი გაუმჯობესების კონცეფცია. აუცილებელია იმის გააზრება, რომ ფარმაცევტული სერვისები შესაძლოა გაუმჯობესდეს დანახარჯების გარეშე ზრუნვის და ფარმაცევტული სისტემების შეცვლის გზით. ფარმაცევტული პრაქტიკის პროცესის გაუმჯობესება არა მარტო აუმჯობესებს მიღწეულ შედეგებს, არამედ არასაჭირო შრომის, უკვე შესრულებული სამუშაოს განმეორების ელიმინაციის შედეგად, ამცირებს ფინანსურ დანახარჯებსაც. ამრიგად, ხარისხის გაუმჯობესება უნდა იყოს მიმართული როგორც რესურსებისკენ (სისტემის სტრუქტურა), ასევე, ჩატარებული ქმედებებისკენ (პროცესები), რათა გაუმჯობესებული ან უზრუნველყოფილი იქნას **ფარმაცევტული ზრუნვის** შედეგად ჯანდაცვის ხარისხი (მიღებული შედეგი).

1.5.7 კლინიკური ფარმაცია

ტერმინი „**კლინიკური ფარმაცია**“ შეიქმნა, რათა აღენერათ იმ ფარმაცევტების საქმიანობა, რომელთა ძირითადი ფუნქცია იყო ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე პერსონალთან კომუნიკაცია, პაციენტის გამოკითხვა და შეფასება, მისთვის სპეციფიკური თერაპევტული რეკომენდაციების მიცემა, მედიკამენტურ თერაპიაზე პაციენტის რეაგირების მონიტორინგი და მისთვის კონკრეტული პრეპარატის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება. კლინიკური ფარმაცევტები, ძირითადად, ჰოსპიტალებსა და მწვავე გართულებების მქონე პაციენტებისათვის განკუთვნილ ცენტრებში არიან დასაქმებულნი და ანარმობენ არა პროდუქტზე-ორიენტირებულ, არამედ პაციენტზე-ორიენტირებულ ჯანდაცვის საქმიანობას.

ზოგიერთ ქვეყანაში, ფარმაცევტულმა პროფესიამ იმ ეტაპამდე განავითარა პაციენტზე ორიენტირებული პრაქტიკა, რომ ამ ქვეყნებში კლინიკური ფარმაცევტები გამონაკლისს კი არა ფარმაცევტების სრულ უმრავლესობას წარმოადგენენ. მაგრამ ჯერჯერობით კლინიკური ფარმაცია მაინც ისეთ დანესებულებებში ვითარდება, სადაც პაციენტები ადვილზე მკურნალობას იტარებენ და, შესაბამისად, ხელმისაწვდომია საჭირო ინფორმაცია და სათანადო პროფესიონალთა გუნდი.

სამედიცინო ჩანაწერები ეს ისეთი დოკუმენტია, რომელიც მოიცავს: პაციენტის ჰოსპიტალში მიღების ინფორმაციას, პაციენტის ისტორიას და მისი ფიზიკური დათვალეობის შედეგებს, ჯანდაცვის პერსონალის მიერ ჩატარებული ყოველდღიური გამოკვლევის სტატისტიკურ მონაცემებს, კონსულტაციებს, პაციენტის ზედამხედველობისას გამოვლენილ შენიშვნებს, ლაბორატორიაში ჩატარებული ანალიზების შედეგებს, დიაგნოსტიკურ პროცედურებს, კვებასთან დაკავშირებით მიცემულ რეკომენდაციებს, რადიოლოგიისა და გადატანილი ოპერაცი(ებ)ის მონაცემებს. ძირითადად ეს დოკუმენტი ასევე მოიცავს მედიკამენტური თერაპიის დანიშნისას გაცემულ რეკომენდაციებსა და კლინიკური ფარმაცევტის მიერ აღრიცხულ საკითხებს დოზირების რეჟიმისა და სხვა მნიშვნელოვანი ფარმაცოკინეტიკური/თერაპიული მონაცემების თაობაზე.

კლინიკური ფარმაცია მოითხოვს თერაპიის საკითხების ღრმა ცოდნას, დაავადების მიმდინარეობის პროცესის საფუძვლიან შესწავლას და, ამავდროულად, ფარმაცევტული პროდუქტის ცოდნას. დამატებით, კლინიკური ფარმაცია მოითხოვს: საკომუნიკაციო უნარ-ჩვევების ფლობას, რომელიც გამყარებული იქნება სამედიცინო ტერმინოლოგიის ცოდნით, მედიკამენტზე ზედამხედველობის უნარ-ჩვევებს, სამედიცინო ინფორმაციის გადმოცემისა და ფიზიკური და ლაბორატორიული კვლევების შედეგების გაანალიზების შესაძლებლობას.¹⁹

ფარმაცოკინეტიკური დოზირებისა და მონიტორინგის სერვისი კი სპეციფიკური უნარ-ჩვევაა, რომლის მიწოდება კლინიკური ფარმაცევტის კომპენტეციაა. კლინიკური ფარმაცევტები სამედიცინო გუნდის აქტიური წევრები არიან, მონაწილეობას იღებენ ყოველდღიურ შემოვლებსა და თერაპიის მიმართ პაციენტის სწორი განწყობის ჩამოყალიბებაში.

კლინიკური ფარმაცევტების გავლენა დამაჯერებლადაა აღწერილი მწოლიარე პაციენტებისათვის განკუთვნილ დანესებულებებში, შედარებით ნაკლები, თუმცა მაინც საკმარისი მონაცემები მოიპოვება ამბულატორულ და საზოგადო ფარმაცევტული დანესებულებების დოკუმენტაციაში. კლინიკური ფარმაცევტული სერვისის საზოგადოდ მიღებულობა და ფასეულობა პირველად იქნა აღწერილი სამოცდაათიან-ოთხმომციან წლებში. აშშ-ში, ფარმაცევტული სკოლების უმეტესობა მოითხოვს სასწავლო პროგრამაში კლინიკური ფარმაციის სავალდებულო საგნად არსებობას, შემდგომში კი სტუდენტების ფარმაცევტული კლინიკის დოქტორებად ჩამოყალიბებას.

1.5.8 წამლის გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი (Pharmacovigilance)

წამლის უსაფრთხოობა თანამედროვეობის კიდევ ერთი პრობლემური საკითხია. ფარმაცევტულ მწარმოებლებს შორის დაძაბული კონკურენციის გამო, მედიკამენტი ერთდროულად შესაძლოა დარეგისტრირდეს და გაიყიდოს სხვადასხვა ქვეყანაში. შედეგად, არ ხდება გვერდით მოვლენებზე სისტემატური დაკვირვება და მათ აღმოსაჩენად მუდმივი მზადყოფნა. წამლის უსაფრთხოობის დაცვა სტრუქტურირებული

პროცესია მოცემული პირობებისთვის ნამლის გვერდითი მოვლენების მონიტორინგისა და აღმოჩენის მიზნით.²⁰

ინფორმაციის შეგროვება ისეთი წყაროებიდან, როგორცაა ტოქსიკოლოგიური და ნამლის უსაფრთხოების ცენტრები, ატარებენ დიდ მნიშვნელობას და საგანმანათლებლო ფუნქციას ნამლის უსაფრთხოების მენეჯმენტის საკითხებისთვის. მედიკამენტებთან დაკავშირებული პრობლემების აღმოჩენის შემდეგ საჭიროა მათი შეფასება, გაანალიზება, მიდევნება და აღნიშნულის შესახებ მმართველი ორგანოების, ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და საზოგადოების ინფორმირება. ნამლის უსაფრთხოება (ფარმაცოლოგიური მეცნიერების ერთ-ერთი სახე) მოიცავს მსგავსი ინფორმაციის გავრცელებას. არსებობს შემთხვევები, როდესაც საჭირო ხდება ზოგიერთი მედიკამენტის უკან გამოხმობა და ბაზრიდან ამოღება: პროცესი, რომელიც მოითხოვს ნამლით მომარაგების საკითხში დასაქმებული ყველა რგოლის შეთანხმებულ და ორგანიზებულ მოქმედებას. ფარმაცევტებს აქვთ მნიშვნელოვანი ფუნქცია - ბაზარზე გამყვების შემდეგ დააკვირდნენ და შეისწავლონ ნამლის უსაფრთხოება. აღნიშნულ თემაზე დანვრილებითი ინფორმაცია მოცემულია ჯანმო-ს ვებ-საიტზე: <http://mednet2.who.int/mdra/default.htm>

1.6 ფარმაცევტის პროფესიული სერვისის დიაპაზონი

ინდივიდუალური პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის გზით, ფარმაცევტული ზრუნვა აუმჯობესებს ჯანდაცვის სისტემების ხარისხსა და გამოსავლიანობას. მიკრო დონეზე გაუმჯობესებები კი დადებით გავლენას ახდენს მაკრო სისტემებზე, ისე როგორც თითოეული ინდივიდუალის ჯანმრთელობას დადებითი შედეგი მოაქვს საზოგადოების ხარისხიანი ცხოვრებისათვის. საბოლოოდ, საზოგადოების ფართო წრეები მიიღებენ სარგებელს, როდესაც განხორციელდება ცვლილებები სისტემის დონეზე.

ფარმაცევტული სერვისების განვითარება და პაციენტზე ორიენტირებულ ჯანდაცვაში მათი ჩართულობა, უკვე წლებია ასოცირდება გაუმჯობესებულ ჯანდაცვის სისტემებთან, ფინანსური ხარჯების შემცირებასთან, მედიკამენტებით განპირობებული გვერდითი მოვლენების რედაქციასთან, პაციენტის და მთელი საზოგადოების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებასთან, დაავადებულთა და გარდაცვლილთა რაოდენობის საგრძნობლად შემცირებასთან.^{21,22} ეს გაუმჯობესებები მიღწეულ იქნა ფარმაცევტების ტრადიციული როლის ეტაპობრივად გაფართოების შედეგად, ზოგიერთ შემთხვევაში კი, მედიკამენტური თერაპიის მენეჯმენტის გაერთიანებული პროგრამების დანერგვის გზით. მიუხედავად ამ ყველაფრისა, ფარმაცევტების პოტენციალი, გავლენა მოახდინონ ჯანდაცვის სისტემის ძირეულ გაუმჯობესებაზე, ჯერ კიდევ არაა სრულად გამოყენებული.

ბოლო პერიოდის განმავლობაში ჩატარდა კვლევა, თუ რა გავლენას ახდენს პაციენტსა და მის ეკონომიკურ მდგომარეობზე პროფესიონალური ფარმაცევტული სერვისები. მართალია, კვლევის ძირითადი შედეგები ადასტურებს ისეთი სერვისების განსაკუთრებულ ღირებულების როგორცაა, პოსტ-ჰოსპიტალური ჯანდაცვა და პაციენტის საგანმანათლებლო პროგრამები, თუმცა ამ კვლევაში მოიპოვება საკმაოდ ბევრი დამადასტურებელი საბუთი იმისა, რომ პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის პროფესიონალური ფარმაცევტული სერვისებიც დიდ მნიშვნელობას ატარებს. ავსტრალიაში ეკონომიკურ ეფექტებთან დაკავშირებით ჩატარებული კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ადეკვატურად განათლებული და ანაზღაურებადი ფარმაცევტები, რომლებიც დასაქმებულნი არიან ჯანდაცვის სერვისსა და სააფთიაქო ქსელებში, უზრუნველყოფენ ექვსჯერ მეტ დანაზოგს ვიდრე ის მაკონტროლებელი ჯგუფები, რომლებსაც არ აქვთ შესაბამისი განათლება. აღმოჩნდა, რომ ადეკვატურად

ნასწავლ და ანაზღაურებად ფარმაცევტებს ქვეყნისთვის წელიწადში 15 მილიონი ავსტრალიური დოლარის (დაახლოებით 100 მილიონი ამერიკული დოლარი) დანაზოგი მოაქვთ.²³ კვლევის შედეგად იგივე მონაცემები მიიღო ამერიკის შეერთებულმა შტატებმა.²⁴

ანაზღაურების ადეკვატური დონე არის გასაღები იმისა, რომ ფარმაცევტი მოიქცევა სათანადო სააფთიაქო პრაქტიკის (GPP), განსაკუთრებით კი **ფარმაცევტული ზრუნვის** წესების შესაბამისად. და მაინც, იმის დასამტკიცებლად, რომ ფარმაცევტის მიერ განუვლი შრომა მოითხოვს სათანადო კომპენსაციას, საჭიროა სათანადო დოკუმენტაცია, რომელიც აღწერს პაციენტის მკურნალობის გაუმჯობესებული შედეგის მისაღწევად ჩატარებულ ფარმაცევტის პრაქტიკულ ქმედებებს და დამაფინანსებელი ორგანოების თანხმობას იმის თაობაზე, რომ ფარმაცევტის მიერ განხორციელებულ ქმედებებს მართლაც აქვს ეკონომიკური ეფექტი.

1.6.1 ფარმაცევტის პროფესიული აქტივობის კლასიფიკაცია

(The Pharmacy Practice Activity Classification - PPAC)

ვისიდან ფარმაცევტები მეტად არიან ორიენტირებულნი პაციენტისთვის **ფარმაცევტული ზრუნვის** მიწოდებაზე და მოელიან ამ სერვისის მიწოდებისთვის შესაბამის ანაზღაურებას, საჭიროა მოხდეს ფარმაცევტული პრაქტიკის ფუნქციების კლასიფიკაცია, რომელიც იქნება საზოგადოდ ცნობილი და ყველასთვის მისაღები. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრ სისტემაში აღინერება ფარმაცევტების მიერ განხორციელებული ქმედებები, დღემდე ამ დარგს აკლია დოკუმენტაცია, რომელიც ყველასთვის გასაგებ ენაზე ჩამოაყალიბებდა აღნიშნულ ქმედებებს. ფარმაცევტის პროფესიული აქტივობის კლასიფიკაცია (PPAC) მოწოდებულ იქნა ამერიკის ფარმაცევტთა ასოციაციის მიერ (APhA). მოცემული კლასიფიკაციის მიღებისა და პრაქტიკაში გამოყენების შედეგად შესაძლოა იმ სტატისტიკური მონაცემების დაგროვება, რომლებიც დაადასტურებს - აუმჯობესებს თუ არა ეს სერვისები პაციენტის მკურნალობის შედეგს და დამაფინანსებელი ორგანოს რესურსების გამოყენებას. **PPAC-ს** ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზანია, რომ შეუქმნას მყარი საფუძველი ფარმაცევტისთვის აღნიშნული ფუნქციების ანაზღაურების სისტემის ჩამოყალიბებას.

PP **PPAC** ფოკუსირებულია ლიცენზირებული, პრაქტიკოსი ფარმაცევტის, როგორც ჯანდაცვის სისტემის წევრის, საქმიანობაზე. კლასიფიკაცია მოიცავს ფარმაცევტის მიერ ტრადიციული (აფთიაქში წამლის მომზადებიდან) ფუნქციიდან დაწყებული პაციენტის ჯანდაცვაზე ზრუნვით დამთავრებულ ქმედებებს. ცნობილია, რომ ფარმაცევტები ხშირად იკავებენ პოზიციებს - ფარმაცევტულ წარმოებებში, ადმინისტრაციებში, მმართველ ორგანოებში, პროფესიონალთა სხვადასხვა ასოციაციებში - რომლებიც არაა პირდაპირ კავშირში პაციენტის ჯანდაცვასთან. ფარმაცევტის ყველა ფუნქციის უნიფიცირებაზე შეთანხმება შემდეგი სახის სარგებელს მოიტანს:

- ♥ მოხდება **ფარმაცევტული ზრუნვის** ფარმაცევტული პრაქტიკის წამყვან კომპონენტად აღიარება და მისი მნიშვნელობის გაცნობიერების შედეგად, სერვისისთვის შესაბამისი ანაზღაურების დანესება;
- ♥ პაციენტთან დაკავშირებული საერთო მიზნების დანახვის შედეგად, გაუმჯობესდება მედიცინის დისციპლინათაშორისი კავშირები;

- ♥ მოხდება იმ მეცნიერული კვლევების სტანდარტიზაცია და გაუმჯობესება, რომლებიც ცდილობენ დაამტკიცონ პაციენტის ჯანდაცვის სერვისების ოპტიმიზაციის აუცილებლობა;
- ♥ ფარმაცევტები შეძლებენ განახორციელონ საკუთარი საქმიანობის უკეთესი მენეჯმენტი;
- ♥ მოხდება ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემებისა და ჯანდაცვის პრაქტიკული გაიდლაინების გაუმჯობესება;
- ♥ მოხდება ფარმაცევტული ზრუნვისას განხორციელებული ქმედებების ელექტრონული აღიწვვის სისტემის გამოყენებით დოკუმენტირებისთვის ხელის შეწყობა.

ცხრილი 1.1 ფარმაცევტული პრაქტიკის ფუნქციების კლასიფიკაცია

<p>1. პაციენტის მიერ სათანადო მკურნალობის შედეგების უზრუნველყოფა</p> <p>1.1 შესაბამისი ფარმაკოთერაპიის უზრუნველყოფა;</p> <p>1.2 პაციენტის მიერ მკურნალობის გეგმის გაცნობიერებისა და მასზე მიყოლის უზრუნველყოფა;</p> <p>1.3 თერაპიის მიმდინარეობის მონიტორინგი და შედეგების აღნიშვნა/შეტყობინება.</p>
<p>2. მედიკამენტისა და მონყობილობების მომზადება/გაცემა</p> <p>2.1 რეცეპტურისა და მედიკამენტებზე მოთხოვნის გაანალიზება;</p> <p>2.2 ფარმაცევტული პროდუქტის მომზადება;</p> <p>2.3 მედიკამენტის ან მონყობილობის მიწოდება.</p>
<p>3. ჯანდაცვის ხელშეწყობა და მონაწილეობის მიღება დაავადებათა პრევენციაში</p> <p>3.1 დაავადებათა პრევენციის სერვისებში ჩართულობა;</p> <p>3.2 საზოგადოების ჯანმრთელობის საკითხების შეთვალყურეობა;</p> <p>3.3 საზოგადოების მიერ მედიკამენტების უსაფრთხო; გამოყენებისთვის ხელის შეწყობა.</p>
<p>4. ჯანდაცვის სისტემების მენეჯმენტი</p> <p>4.1 პრაქტიკული საქმიანობის მართვა;</p> <p>4.2 ჯანდაცვის სფეროში წამლის მიმოქცევის მართვა;</p> <p>4.3 ჯანდაცვის სისტემებში მედიკამენტების გამოყენების მენეჯმენტი;</p> <p>4.4 კვლევით საქმიანობებში მონაწილეობა;</p> <p>4.5 ინტერდისციპლინარული გაერთიანებების ინიცირება.</p>

1.7 ფარმაცევტი ჯანდაცვის პროფესიონალთა გუნდის წევრი

ჯანდაცვის სექტორი წარმოადგენს პაციენტსა და მის ირგვლივ გაერთიანებულ პროფესიონალთა გუნდს, რომელიც პასუხისმგებელია პაციენტის ჯანდაცვაზე. საჭიროა გუნდის წევრების მკაცრად იდენტიფიკაცია და მათი გაერთიანების სათანადოდ დაგეგმვა. გუნდის ფუნქციონირებაში ფარმაცევტს მნიშვნელოვანი როლი აქვს შესასრულებელი. მას დასჭირდება ახალ როლთან საკუთარი ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და დამოკიდებულების ადაპტირება, რადგან ეს როლი აერთიანებს ტრადიციულ ფარმაცევტულ მეცნიერებას პაციენტის ჯანდაცვის კლინიკურ ასპექტებთან, მენეჯმენტთან, საკომუნიკაციო უნარ-ჩვევებთან, სამედიცინო სფეროში დასაქმებულ პროფესიონალებთან განხილვებსა და კლინიკური პრობლემების გადაჭრაში მონაწილეობასთან.

იმისათვის, რომ ფარმაცევტებმა დაიმსახურონ გუნდის სრულფასოვან წევრებად აღიარება, მათ დასჭირდებათ იმ ძირითადი მიდგომების შეთვისება, რომელიც დამახასიათებელია კლინიკურ სფეროში მომუშავე პერსონალისთვის, როგორცაა: პასუხისმგებლობის შეგრძნება, მთელ საზოგადოებაზე გათვლილ პრაქტიკულ საქმიანობაში გათვითცნობიერებულობა, პაციენტის კონფიდენციალურობის დაცვა... ფარმაცევტს უნდა გააჩნდეს საკუთარი ხედვა, რათა მან მოახერხოს ჯანდაცვის გუნდში სრული ინტეგრაცია.

1999 წელს მსოფლიოს მასშტაბით ჯანდაცვის სისტემის უფრო რენტაბელურად მიწოდების მიზნით სხვადასხვა მთავრობების, პოლიტიკოსებისა და ჯანმო-ს მხარდაჭერით შეიქმნა ჯანდაცვის პროფესიონალთა მსოფლიო ალიანსი (The World Health Professionals Alliance), რომელშიც გაერთიანებულია ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაცია (FIP) მსოფლიოს სამედიცინო ასოციაცია (The World Medical Association - WMA), მედღების საერთაშორისო საბჭო (International Council of Nurses - ICN) და მსოფლიოს სტომატოლოგთა ფედერაცია (World Dental Federation - FDI). ალიანსის მეშვეობით ხელმისაწვდომია მსოფლიოს 20 მილიონზე მეტ პროფესიონალთან დაკავშირება, რომლებსაც შეუძლიათ იქცნენ ცოდნისა და გამოცდილების ღირებულ წყაროდ.

1.7.1 ფარმაცევტის პრაქტიკული ჩართულობის ასპექტები

ფარმაცევტის როლი სხვადასხვა ფორმით გვევლინება მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში. ფარმაცევტის კავშირი ფარმაცევტულ პროდუქტთან შეიძლება გამოიხატოს მედიკამენტის კვლევისა და რეცეპტურის შემუშავების, წარმოების, ხარისხის უზრუნველყოფის, ლიცენზირების, მარკეტინგის, დისტრიბუციის, დასაწყობების, მომარაგების, ინფორმაციის მენეჯმენტის, პრეპარატის აფთიაქში მომზადების, მონიტორინგის ან განათლების სფეროებში ჩართულობით. მომარაგებასა და ინფორმაციის მენეჯმენტს ეწოდა ტერმინი „ფარმაცევტული სერვისები“ და, სწორედ, ისინი წარმოადგენენ ფარმაცევტული პრაქტიკის საფუძველს.

ფარმაცევტები მოღვაწეობენ სხვადასხვა სფეროებში, რომლებიც მოიცავს საზოგადო ფარმაციას (სავაჭრო პუნქტებსა და ჯანდაცვის სხვა დანესებულებებში), კლინიკებში (დანაყებული პატარა ადგილობრივი კლინიკებიდან, დიდი სასწავლო კლინიკებით დამთავრებული), ფარმაცევტულ წარმოებებსა და აკადემიებში. დამატებით ფარმაცევტები ჩართულნი არიან ჯანდაცვის სერვისის ადმინისტრაციაში, კვლევებში, საერთაშორისო ჯანდაცვისა და არასამთავრობო ორგანიზაციების (NGO) საქმიანობებში.

1.7.2 გადაწყვეტილებების მიღებაში ფარმაცევტის ჩართულობის დონეები

ფარმაცევტი ფარმაცევტულ პროდუქტთან დაკავშირებულ პრაქტიკულ საქმიანობაში ჩართულია სხვადასხვა სტადიაზე. ყველა სტადიის საერთო მიზანს, რა თქმა უნდა, წარმოადგენს პაციენტისთვის ჯანმრთელობის შენარჩუნება/გაუმჯობესება.

ყოველი ინდივიდუალური პაციენტის მკურნალობა მოიცავს მედიკამენტური მკურნალობის მენეჯმენტის ყველა ასპექტს (მაგ. **ფარმაცევტული ზრუნვა**, რომელიც მოიცავს კლინიკური ფარმაციის სერვისსაც). ამ დონეზე კი გადანაცვებების მიღება ხდება **ფარმაცევტული ზრუნვისა** და მკურნალობის სტრატეგიების შერჩევასთან დაკავშირებით.

საზოგადო და ჰოსპიტალური ფარმაციის მომარაგების მენეჯმენტთან²⁶ დაკავშირებული ზოგიერთი საქმიანობა კი, მაგალითად როგორცაა მედიკამენტების წარმოება და დისტრიბუცია, მოიხსენიება, როგორც „ბექ-ოფისი“ და მოცემულ სახელმძღვანელოში არ განიხილება. მიუხედავად ამისა, ეს საქმიანობებზე არცაა სისტემის მნიშვნელოვან რგოლად, ვინაიდან ხარისხიანი მედიკამენტების ხელმისაწვდომ ფასად მიღება **ფარმაცევტული ზრუნვის** ნებისმიერი ნაწილისთვის კრიტიკული საკითხია. ოფიციალური აღიარებისა და ჯანდაცვის სისტემებში ჩართულობის ანაზღაურებისთვის, ფარმაცევტებს ხშირად უწევთ დაემორჩილონ ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ მრავალი სახის კანონს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ტერმინოლოგიის, სტანდარტების, პასუხისმგებლობების და დოკუმენტაციისა სფეროები.

ინსტიტუციების დონეზე, როგორცაა საავადმყოფოები, კლინიკები, ჯანდაცვის ორგანიზაციები ან აფთიაქები, მედიკამენტის შესარჩევად საჭიროა ისეთი საშუალებების გამოყენება, როგორცაა ფორმულარები, სტანდარტული მკურნალობის გაიდ-ლაინები და მედიკამენტების უტილიზაციის მიმოხილვები. მართალია აღნიშნული დოკუმენტების შექმნა ძირითადად ხორციელდება ეროვნულ ესენციურ პრეპარატთა კომიტეტების²⁷ მიერ, მაგრამ ვინაიდან მათ შესაქმნელად ცალკეული ექსპერტების თეორიული მოსაზრებების ნაცვლად უკვე, ძირითადად, გამოიყენება კლინიკური მონაცემები, მათ შექმნაში ჩართულია მკურნალობის პროცესში მონაწილე ყველა სფეროს პროფესიონალი. ეს საშუალებები მიღებული და დანერგული უნდა იქნას ჯანდაცვის სერვისის ყველა ინდივიდუალური მომწოდებლის მიერ.

სისტემურ დონეზე (მაგ. ნაციონალური, ფედერალური დონეები) დაგეგმარება, მენეჯმენტი, მაკონტროლებელი და პოლიცების სერვისები ქმნიან გარემოს, რომელშიც ვითარდება და ფუნქციონირებს ჯანდაცვის სისტემა. სისტემური დონე ასევე მოიცავს სხვადასხვა სტანდარტებსა და ფარმაცევტულ მანდატებს. დღესდღეობით საერთაშორისო დონეზე აღინიშნება სისტემური მიდგომების ჰარმონიზაციისა და ერთ საეთო სტანდარტად ჩამოყალიბების ტენდენცია.²⁸

პოპულაციის დონეზე, ფარმაცევტული პრაქტიკა მოიცავს ისეთ ქმედებებს, რომლებიც ხელს უწყობენ სხვა დონეების ფუნქციონირებას (მაგ. ინფორმაციის გავრცელება, საზოგადოების ჯანდაცვისკენ მიმართული საგანმანათლებლო და საკომუნიკაციო ღონისძიებები, მეცნიერული კვლევები, ახალი ინფორმაციის გავრცელება, პერსონალის სწავლება და ა.შ.)²⁹

საზოგადოების დონეზე წარმართულ საქმიანობებს განეკუთვნება დაავადებათა პრევენციული ღონისძიებები, ცხოვრების წესის მოდიფიკაცია და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა. აღნიშნული ტიპის მომსახურების შემოთავაზება, სხვა სფეროს წარმომადგენლებზე უკეთ ფარმაცევტებს შეუძლიათ, რადგან ისინი ჯანმრთელობის

საკითხებში გათვითცნობიერებულ და ამავე დროს ხელმისაწვდომ ექსპერტებს წარმოადგენენ. ფარმაცევტები ყოველთვის ითვლებოდნენ ჯანდაცვასა და პრეპარატებთან დაკავშირებული სანდო ინფორმაციის მიწოდებლებად, თუმცა, ეს მათ არ აძლევთ უფლებას იმოქმედონ ჯანდაცვის სისტემისგან იზოლირებულად. საზოგადოების ჯანმრთელობისთვის დასახული მიზნების მისაღწევად მათ საკუთარ თავზე უნდა აიღონ საერთო პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სისტემის სხვა წარმომადგენლებთან ერთად.

1.7.3 შვიდვარსკვლავიანი ფარმაცევტი

ჯანდაცვის გუნდის ეფექტური წევრის როლის შესასრულებლად ფარმაცევტმა საჭიროა აითვისოს უნარ-ჩვევები, რომლებიც დაეხმარება განსხვავებული ფუნქციების შესრულებაში. შვიდვარსკვლავიანი ფარმაცევტის კონცეფცია, რომელიც პირველად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO) წარადგინა და შემდეგ 2000 წელს ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციამაც (FIP) გამოიყენა, განიხილავს ფარმაცევტს მზრუნველად, შემაკავშირებელ რგოლად, გადაწყვეტილების მიმღებ პირად, მასწავლებლად, მუდმივ მოსწავლედ, ლიდერად და მენეჯერად.³⁰ წინამდებარე სახელმძღვანელოს მიზნებიდან გამომდინარე, ჩვენ ამ ფუნქციებს მკვლევარის როლიც დავამატეთ.

ფარმაცევტის ფუნქციები ალწერილი და განმარტებულია ქვემოთ:

★ **მზრუნველი** ფარმაცევტის ფუნქციაა მონაწილეობა მიიღოს ჯანდაცვის სერვისების წარმოებაში. მან საკუთარი პრაქტიკული საქმიანობა უნდა განიხილოს ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებულ პროფესიონალებთან მუშაობის ინტეგრირებულ და მუდმივ სერვისად და ეს სერვისი პაციენტამდე მიტანილ უნდა იყოს უმაღლესი ხარისხით.

★ **გადაწყვეტილების მიმღები პერსონა:** ფარმაცევტის საქმიანობის საფუძველი უნდა იყოს რესურსების (მაგ. პერსონალის, მედიკამენტების, ქიმიური შენაერთების, დანადგარების, პროცედურებისა და ა.შ) სათანადოდ, ეფექტურად და რენტაბელურად გამოყენება. ფარმაცევტები მონაწილეობას იღებენ ნამალთა პოლიტიკის შემუშავებაში. ეს საქმიანობა კი მოითხოვს მონაცემებისა და ინფორმაციის შეფასების, უნიფიცირების და ქმედების ყველაზე მისაღები კურსის დასახვის უნარ-ჩვევას.

★ **შემაკავშირებელი რგოლი (კომუნიკატორი):** ფარმაცევტს უჭირავს იდეალური პოზიცია იმისათვის, რომ მან დააკავშიროს რეცეპტის შემდგენელი ექიმი და პაციენტი და, ასევე, გადასცეს ჯანმრთელობასა და მედიკამენტებთან დაკავშირებული ინფორმაცია საზოგადოებას. საზოგადოებასა და ჯანდაცვის სფეროს სხვა წარმომადგენლებთან ურთიერთობისას ფარმაცევტს უნდა ახასიათებდეს თავდაჯერებულობა, რომელიც გამყარებული იქნება მისი ცოდნით. კომუნიკაცია ასევე გულისხმობს ვერბალურ, არა-ვერბალურ, სმენით და წერით უნარ-ჩვევებს.

★ **მენეჯერი:** ფარმაცევტს უნდა შეეძლოს რესურსებისა (ადამიანური, ფიზიკური და ფინანსური) და ინფორმაციის ეფექტურად მართვა; გარდა სხვისი მართვისა, მას უნდა ჰქონდეს უნარ-ჩვევა იყოს ადვილად მართვადი, დაკავშირებული იქნება ეს მენეჯერისგან თუ თანამშრომლისგან მართვასთან. ინფორმაციისა და ამ ინფორმაციის წყაროების რაოდენობის ზრდა თანდათან უფრო გაართულებს ფარმაცევტის მიერ ინფორმაციის ეფექტურად მართვას, ფარმაცევტი ხომ პასუხისმგებელია გაცემული მედიკამენტის შესახებ მიწოდებულ ინფორმაციაზე და თავად ამ მედიკამენტის ხარისხზე.

★ **„უნყვეტი განათლება“:** შეუძლებელია ფარმაცევტულ სასწავლებლებში შეიძინო ის ცოდნა, რომელიც საჭიროა ფარმაცევტული კარიერის განსავითარებლად. მუდმივი სწავლის კონცეფციის, მისი პრინციპების შესწავლა და ამ პრინციპების ერთგულად შესრულება უნდა დაიწყოს უნივერსიტეტებში და გაგრძელდეს ფარმაცევტის მთელი კარიერის განმავლობაში. ფარმაცევტმა უნდა ისწავლოს საკუთარი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების განახლება და თანამედროვეობასთან შესაბამისობაში მოყვანა.

★ **მასწავლებელი:** ფარმაცევტს აქვს პასუხისმგებლობა მონაწილეობა მიიღოს ახალი თაობის ფარმაცევტების აღზრდასა და საზოგადოებისთვის შესაბამისი ცოდნის გადაცემაში. მასწავლებლის როლის შესრულებისას ცოდნას იღებს არა მხოლოდ სწავლების ობიექტი, არამედ თავად პრაქტიკოსი ფარმაცევტიც, რომელსაც ეძლევა შესაძლებლობა საბოლოო შტრიხები შეიტანოს საკუთარი უნარ-ჩვევების სრულყოფაში.

★ **ლიდერი:** მულტიდისციპლინარულ გარემოში (მაგ. გუნდში მუშაობისას), ან ადგილებში სადაც არ არსებობს ან შეზღუდული რაოდენობითაა ჯანდაცვის სხვა სექტორების წარმომადგენლები, ფარმაცევტი ვალდებულია საზოგადოებისა და პაციენტის კეთილდღეობის სახელით საკუთარ თავზე აიღოს ლიდერის ფუნქცია. ლიდერობა პაციენტის თანაგრძნობის უნართან ერთად გულისხმობს სიტუაციის სწორად შეფასებისა და გადაწყვეტილების მიღების, ასევე, კომუნიკაციისა და ეფექტური მართვის უნარს.

★ **და მკვლევრის დამატებითი ფუნქცია:** ფარმაცევტს უნდა შეეძლოს ეფექტურად გამოიყენოს არსებული მტკიცებულება (მეცნიერული, ფარმაცევტულ პრაქტიკაზე დაფუძნებული ან ჯანდაცვის სხვადასხვა სფეროდან მოწოდებული), რათა შეძლოს კომპეტენტური რჩევის გაცემა მედიკამენტის რაციონალურად გამოყენებასთან დაკავშირებით. მტკიცებულების გამოყენების გარდა, საკუთარი გამოცდილების საფუძველზე

ფარმაცევტს შეუძლია თავად მიიღოს მონაწილეობა მედიკამენტური მკურნალობის შედეგად მიღებული მონაცემების/დაკვირვებების მტკიცებულებად გარდაქმნაში. მკვლევარის როლის შესრულებისას ფარმაცევტს შეუძლია საზოგადოებისთვის ხელმისაწვდომი გახადოს პრეპარატებთან და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული დახურული ინფორმაცია.

კვლევის მიზანმიმართული

შეკითხვები მასალასთან დაკავშირებით:

1. რას ნიშნავს მედიკამენტების რენტაბელურად ხარჯვა?
2. რას წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისი?
3. რა არის ინტეგრირებული სერვისი?
4. რას ნიშნავს ინფორმაციის უნიფიცირება?
5. რას მოიცავს მედიკამენტებთან დაკავშირებული ინფორმაცია?
6. რა იგულისხმება ვერბალურ და სმენით უნარ-ჩვევებში?
7. რას ნიშნავს ინფორმაციის მართვა?
8. როგორ იღებს ფარმაცევტი პასუხისმგებლობას მედიკამენტის ხარისხზე?
9. რა ფორმით აგრძელებს ფარმაცევტი სწავლას?
10. რა კრიტერიუმებით აფასებენ ფარმაცევტის განათლებას?
11. რა გზებით ახდენს ფარმაცევტი ცოდნის გადაცემას?
12. რა შემთხვევაში ითვლება ცოდნა გადაცემულად?
13. როგორ ხდება კონკურენციის შემთხვევაში როგორ იქცევა ფარმაცევტი?
14. რა ბუნებრივად მტკიცებულების გამოყენების უნარს?
15. რა ტიპის კვლევებში იღებს ფარმაცევტი მონაწილეობას?

1.8 ფარმაცევტული პრაქტიკა: ცვლილებების დანერგვის აუცილებლობა

1.8.1 ცვლილებები კოლიტიკაში

1988 წელს ფარმაცევტის როლის განსახილველად პირველად შეიკრიბა ჯანმო-ს საკონსულტაციო გუნდი ქალაქ დელიში, 1993 წელს კი უკვე – ტოკიოში.³¹ 1994 წელს გაიმართა ჯანდაცვის მსოფლიო ორმოცდამეშვიდე ასამბლია, რომელიც შეეხებოდა მედიკამენტთა ხელმისაწვდომობასა და რაციონალურ გამოყენებას. ნაციონალური სამედიცინო პოლიტიკა, რომელიც უკვე დაინერგა ჯანმო-ს წევრ 100-ზე მეტ ქვეყანაში, წარმოადგენს ერთგვარ ჩარჩოს სათანადო სააფთიაქო პრაქტიკისათვის (GPP). ჯანმო-მ ფარმაცევტის ახალ როლთან დაკავშირებით განაახლა მედიკამენტური სტრატეგიები, ასევე, 1994 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ასამბლიის მიერ მიღებული რეზოლუციაშიც განხილულ იყო ფარმაცევტის ახალი როლი.³² რეზოლუცია აღიარებს ფარმაცევტის გადამწყვეტ როლს საზოგადოების ჯანდაცვის შენარჩუნებაში, მათ შორის კი მედიკამენტების სწორად გამოყენებაში. რეზოლუცია ხაზს უსვამს, რომ დაავადებათა პრევენციისა და საზოგადოების ჯანდაცვისთვის ხელის შეწყობის მიზნით, ფარმაცევტი ვალდებულია გასცეს ობიექტური და ინფორმაციულად ღირებული რჩევა მედიკამენტებისა და მათი გამოყენების შესახებ. ჯანმო-ს საკონსულტაციო გუნდის შესამე და მეოთხე შეხვედრა ფარმაცევტის როლის განსახილველად გაიმართა, შესაბამისად, 1997 წელს ვანკუვერში და 1998 წელს ჰააგაში.³⁴

სათანადო სააფთიაქო პრაქტიკის სხვა დოკუმენტებს წარმოადგენს: ჯანმო-ს დოკუმენტი „სათანადო სააფთიაქო პრაქტიკა საავადმყოფოებსა და საზოგადო დაწესებულებებში“³⁵ და ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციის (FIP) დოკუმენტი

„ფარმაცევტული პრაქტიკის გაიდლაინები“, რომელიც შეიქმნა 1993 წელს და განახლდა 1997 წელს³⁶, ასევე, „სათანადო სააფთიაქო პრაქტიკა განვითარებადი ქვეყნებისათვის: რეკომენდაციები სისტემის ეტაპობრივი დანერვისთვის“.³⁷

ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციამ (FIP) მუდმივი პროფესიონალური განათლების მიზნით გამოსცა პროფესიონალური სტანდარტები სათანადო ფარმაცევტული განათლების პრაქტიკა (good pharmacy education practice)³⁸ და ფარმაცევტული ზრუნვა (pharmaceutical care)³⁹.

მართალია ბევრმა ქვეყანამ უკვე გამოაქვეყნა საკუთარი სათანადო პრაქტიკის გაიდლაინები, მაგრამ მათ შესახებ ცოდნის დონე, მათი მონიტორინგისა და გამოყენების გზები და ამ სტანდარტების შესწავლის მეთოდები ქვეყნიდან ქვეყანამდე ძირეულად განსხვავდება ერთმანეთისგან. მოცემული სახელმძღვანელო შექმნილია ამ სიტუაციის გასაუმჯობესებლად.

1.8.2 ცვლილებები და ახალი მიდგომები ფარმაცევტულ განათლებაში

ფარმაცევტები იმყოფებიან მედიკამენტის კვლევისა და განვითარების (R&D), წარმოების, რეცეპტურის შედგენის და თავად მედიცინის გამყოფ ზღვარზე. ჯანმო-მ დასვა საკითხი და მოითხოვა მეტად ჩართულობა ფარმაცევტები ჯანდაცვის ზოგად სისტემებში, რათა მომხდარიყო მათი მრავალმხრივი აკადემიური ცოდნის რეალიზება. ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციამ (FIP) კი განაცხადა, რომ ფარმაცევტის როლის ფუნქციური ცვლილებების განხორციელება უნდა დაიწყოს სტუდენტებში შესაბამისი ცოდნის დანერგვიდან და უნდა გაგრძელდეს პრაქტიკოსი ფარმაცევტების ძირეული და მუდმივი სწავლების პროგრამით.⁴⁰ ფარმაციის ახალი პარადიგმა სთხოვს ფარმაცევტებს იყვნენ მეტი, ვიდრე ექსპერტები ქიმიისა და ფარმაცევტული პროდუქტის. ცოდნაში. მედიკამენტური თერაპიის მენეჯმენტის მართვისას მათ უნდა შეეძლოთ საჭირო ქიმიური პრინციპების ამოცნობა და დაცვა. 1999 წელს ფარმაცევტული ფაკულტეტების ევროპულმა ასოციაციამ წამოაყენა სწავლების მოდელი, რომლის მიხედვითაც უნდა მოხდეს ლაბორატორიული პრაქტიკებისა და კლინიკური მეცნიერებების მონაცვლეობითი შესწავლა.⁴¹

პაციენტის ზრუნვაზე დაფუძნებული ჯანდაცვისკენ მოძრაობა სხვადასხვა ქვეყნებში, მაგალითად როგორცაა დიდი ბრიტანეთი და აშშ, განხორციელდა განსხვავებული ხარისხით და განსხვავებული ასპექტებით.⁴²⁻⁴⁵ პაციენტის ზრუნვამ მოიწვა ამ ტერმინის მაქსიმალურად ფართოდ გაგება, რომელიც გულისხმობს ფარმაცევტისთვის შანსს, ჯანდაცვის საერთო გუნდის აქტიური წევრის სახელით, შეცვალოს და გააუმჯობესოს პაციენტის მკურნალობის შედეგები. თუმცა, ფარმაციის სასწავლო გეგმა ყოველთვის განხილვის მიღმა რჩებოდა, რასაც შედეგად მოჰყვა ჯანდაცვის სექტორში ფარმაცევტისთვის დაბალი სტატუსის შექმნა, რომელიც ძირითადად განვითარებადი ქვეყნებისთვის არის დამახასიათებელი. ფარმაციის ტრადიციულ სასწავლო გეგმებში აქცენტი ყოველთვის გადატანილია საგნის ტექნიკურ მხარეზე და არა პროფესიულ დამოკიდებულებაზე.

უკვე არსებული გარემო ითხოვს, რომ მოხდეს ფარმაცევტის ფუნქციისა და როლის გადაფასება და შესაბამისად, იმ სასურველი შედეგის კონკრეტულად განსაზღვრა, რომელიც უნდა მოყვეს ფარმაციის განახლებული სასწავლო გეგმების გამოყენებით სწავლებას. აღნიშნული შედეგების წინასწარ განსაზღვრა იქნება ახალი

სასწავლო გეგმის შედგენისთვის სტიმულის მიმცემი საწყისი წერტილი. მათ შესაძლოა შეასრულონ ერთგვარი ჩარჩოს ფუნქცია, რომელშიც გაერთიანებული იქნება სამეცნიერო, პროფესიული, ინტერპროფესიული სფეროები **ფარმაცევტული ზრუნვის** ფონზე. ახალი ტიპის საგანმანათლებლო პროგრამა უნდა მოიცავდეს შემდეგ პუნქტებს:

- ♥ **ფარმაცევტული ზრუნვა, რომელიც ორიენტირებულია, როგორც ინდივიდუალურ პაციენტზე, ასევე, მთელს საზოგადოებაზე;**
- ♥ **რესურსებისა (ადამიანური, სამედიცინო, ინფორმაციული და ტექნოლოგიური) და მედიკამენტების გამოყენების მართვის სისტემები;**
- ♥ **საზოგადოების ჯანმრთელობის ხელის შეწყობი და პრევენციული ღონისძიებების ეფექტური და ხარისხიანი სერვისები, ასევე, საზოგადო ჯანდაცვის პოლიტიკის განვითარება.**

საგანმანათლებლო ცვლილება მოითხოვს არა მხოლოდ სასწავლო გეგმის გულდასმით გადახედვასა და მისი ჩვლილების ბოლომდე მიყვანას, არამედ თავად პედაგოგების გადამზადებას, რათა მათ შესძლონ ფარმაცევტების ახალი გზით განვითარება. განსხვავებული იქნება, ასევე, სასწავლო მასალის ტიპი და სიღრმე. შესაცვლელი და გადასახედი იქნება განათლებაზე გამოყოფილი რესურსები. განვითარებად ჯანდაცვის სისტემაში ფუნქციონირების პარალელურად ფარმაცევტულმა სკოლებმა და კოლეჯებმა უნდა შეძლონ პრაქტიკის საკუთარი მოდელების შექმნა და მათი შესრულება.⁴⁶ კურსებში გათვალისწინებულ უნდა იქნას სამიზნე საზოგადოების ინტერესები, სწავლებისას მისალენვი შედეგები, კურსის შინაარსი, სწავლების მეთოდი, სწავლების რესურსები, კურსის განვითარების პერსპექტივა და კურსის ხარისხის უზრუნველყოფის საკითხები.⁶

უკანასკნელ წლებში შეინიშნებოდა ჯანდაცვის სექტორის გადახრა პრობლემაზე დაფუძნებული სწავლების მეთოდისკენ. პრობლემაზე დაფუძნებული ფარმაცევტული პროგრამა წარდგენილ იქნა მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, მათ შორისაა დიდი ბრიტანეთი, ავსტრალია, პოლანდია და სამხრეთ აფრიკა. ზოგიერთ ქვეყანაში კი მოხდა ისეთი სტანდარტების შემუშავება, რომლის მიხედვითაც ფასდება ქვეყანაში პრაქტიკის განვითარების დონე. ეს სტანდარტები, ძირითადად, გამოიყენება ქვეყანაში ჯანდაცვის მუშაკთა განათლებისა და უნარები შესაფასებლად, როდესაც ხდება ამ ქვეყნის სარეგისტრაციო ბაზრად შესწავლა.

დროა ჯანდაცვასა და ფარმაცევტულ პროფესიაში განხორციელდეს გარდამტეხი ცვლილებები. თავის ისტორიაში არც ერთხელ არ ჰქონია ამ პროფესიას ერთდროულად ამდენი გამოწვევა და წარმატების ამხელა შანსი. ფარმაცევტულმა პროფესიამ საზოგადოებას უნდა განუცხადოს, რომ **ფარმაცევტული ზრუნვა** ყველაზე ღირებული მომსახურებაა, რომლის შეთავაზებაც მას შეუძლია საზოგადოებისათვის და პარალელურად, ფარმაცევტულმა სასწავლებლებმა უნდა განავითარონ სასწავლო გეგმის შინაარსი, შემსრულებელთა კომპეტენციები და შედეგები, რომელიც საჭიროა სტუდენტების მოსამზადებლად, რათა მათ შეძლონ დანერგონ **ფარმაცევტული ზრუნვა**, ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში.

1.9 დასკვნა

მიუხედავად იმისა, რომ ფარმაცევტული პროდუქტის რაოდენობა დღითიდღე იზრდება, ესენციურ პრეპარატებზე ხელმისაწვდომობა მსოფლიოს ბევრი ქვეყნისათვის ჯერ კიდევ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემა რჩება. ჯანდაცვის მომსახურების საფასურის საგრძნობლად ზრდამ, სოციალური, ტექნოლოგიური, ეკონომიკური და პოლიტიკური გარემოს ცვლილებებმა განაპირობა ჯანდაცვის სისტემების ცვლილების აუცილებლობა მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში. ამიტომ საჭიროა, როგორც ინდივიდუალურ, ასევე, საზოგადოების დონეზე ჩამოყალიბდეს ახალი მიდგომები, რათა შესაძლებელი გახდეს პაციენტისთვის უსაფრთხო და ეფექტური ფარმაცოთერაპიის მიწოდება მომავლისთვის მოსალოდნელ კიდევ უფრო რთულ გარემოშიც კი.

ფარმაცევტები იმყოფებიან ყველაზე ხელსაყრელ პოზიციაზე იმისთვის, რომ უზრუნველყონ მედიკამენტების ეფექტური და უსაფრთხო გამოყენება. ამასათვის მათ მოუწევთ პაციენტის მედიკამენტური თერაპიის მენეჯმენტზე მეტი პასუხისმგებლობის აღება. ეს პასუხისმგებლობა აბსოლუტურად ცდება ფარმაცევტის ტრადიციულ როლს, მოამზადოს აფთიაქში წამალი. მიუხედავად იმისა, რომ მედიკამენტები რეგულირებული დისტრიბუციის პროცესზე ზედამხედველობა ფარმაცევტის ფუნქციად დასრდება, მათი დისტრიბუციაში პირდაპირი ჩართულობის წილი შემცირდება, რადგან ეს ფუნქცია პროფესიონალ ფარმაცევტთა ასისტენტებს დაეკისრებათ. ჩანს, რომ ფარმაცევტისთვის ზოგადად ზედამხედველობითი საქმიანობების რიცხვი გაიზრდება. ამავე დროს გაიზრდება ფარმაცევტის პასუხისმგებლობა თერაპიის პროგრესირების მონიტორინგის, რეცეპტურის შემდგენელ ექიმებთან და სამედიცინო სფეროს სხვა წარმომადგენლებთან ურთიერთობის კუთხით. ფარმაცევტული ზრუნვის სფეროს დანერგვისკენ მსვლელობა ერთ-ერთი კრიტიკული საკითხია აღნიშნულ პროცესებში.

ფარმაცევტული სერვისების ფასეულობა და შედეგიანობა კლინიკურ, ეკონომიკურ და სოციალურ საკითხებში დოკუმენტალურადაა დადასტურებული. ფარმაცევტის მიერ შესრულებული სამუშაოს კლასიფიკაცია (The Pharmacy Practice Activity Classification - PPAC), რომელიც ამერიკელ ფარმაცევტთა ასოციაციის მიერ იქნა მოწოდებული, საშუალებას იძლევა ყველასთვის საერთო და გასაგები ენით აღინეროს და დაკანონდეს ფარმაცევტის მიერ განხორციელებული ქმედებები.

ფარმაცევტული პრაქტიკა იმყოფება ტრადიციული და თანამედროვე გარემოებების საზღვარზე, სადაც საჭიროა ორივე შემთხვევისთვის კორექტული გადაწყვეტილებების მიღება. ჯანდაცვის გუნდის ეფექტური ნევრის როლის შესასრულებლად ფარმაცევტმა საჭიროა აითვისოს უნარ-ჩვევები, რომლებიც დაეხმარება განსხვავებული ფუნქციების შესრულებაში. ამ განსხვავებულ ფუნქციებს აღწერს შვიდვარსკვლავიანი ფარმაცევტის კონცეფცია, რომელიც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა (WHO) და ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციის (FIP) მიერ იქნა წარმოდგენილი.

ფარმაცევტებმა საკუთარი თავი უნდა განათავსონ ჯანდაცვის სისტემის სწორ პოზიციაზე, რადგან მათ აქვთ პოტენციალი არსებული რესურსების გამოყენებით გააუმჯობესონ მედიკამენტური თერაპიის შედეგები და პაციენტის ცხოვრების ხარისხი. შესაბამისი პასუხისმგებლობა აქვთ ფარმაცევტული განათლების სისტემებს, რათა შეძლონ ფარმაცევტული ზრუნვის საკითხებში კომპეტენტური კურსდამთავრებულების ნაკადის შექმნა. საბოლოოდ კი, საჭირო იქნება, ისეთი სტანდარტების შექმნა, რომლებიც დაგვეხმარება პრაქტიკული საქმიანობის შეფასებასა და სისტემის ხარისხის უზრუნველყოფაში.

ალერჯასტი

ფაქროფენადინი



დაამარცხე ალერგია
და შეინარჩუნე
სიფხიზლე!

allerfast



გისურვებთ ჯანმრთელობას და სულიერ სიბავშვობას!

სეკსუალობა მებერილობამ, ყაბზობამ, ფალარათმა?

მიიღეთ

ეუკარბონი

და გათავისუფლდით პრობლემებისაგან!

მხოლოდ ნატურალური კომპონენტები!

მცენარეული ნახშირი

სენას ფოთოლი



ბოჭავს ტოქსინებს

რევანდის ფესვის ექსტრაქტი



ხასიათდება საფალარათო მოქმედებით



ახდენს დეზინფექციას



ხასიათდება მსუბუქი საფალარათო და მადეზინფიცირებელი მოქმედებით



გისურვებთ ჯანმრთელობას და სულიერ სიმშვიდეს!

www.aversi.ge

ავერსი  AVERSI

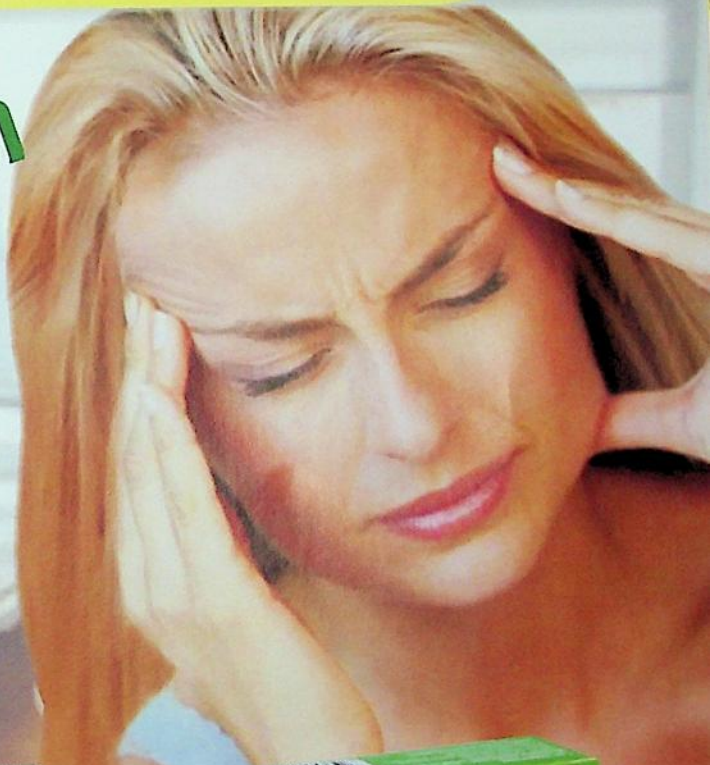
☎ 2-900-800

კეტამო

კეტოროლაკი

გახანგრძლივებელი მოქმედების ძლიერი
არანარკოტიკული ანალგეტიკი

იოლად
დაგაპინჯვით
ტკივილს!



გისურვებთ ჯანმრთელობას და სულიერ სიხვეპიდას!

☎ 2-900-800

www.aversi.ge

კორსიზი

- ✓ ტკივილი გულის არეში
- ✓ გულისცემის არეგულაცია
- ✓ სტრესი



გისურვებთ ჯანმრთელობას და სულიერ სიმშვიდეს!

☎ 2-900-800

www.aversi.ge

პანდევიტი 4000 სე

პანდევიტი ბები 400 სე

D ვიტამინის ორალური სპრეი
მოზრდილებისა და ბავშვებისათვის

გზის ვიტამინი

სწრაფად შეიწოვება პირის ღრუდან



გისურვებთ ჯანმრთელობას და სულიერ სიმშვიდეს!

www.aversi.ge

ავერსი  AVERSI

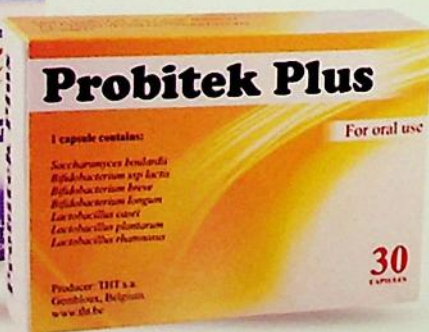
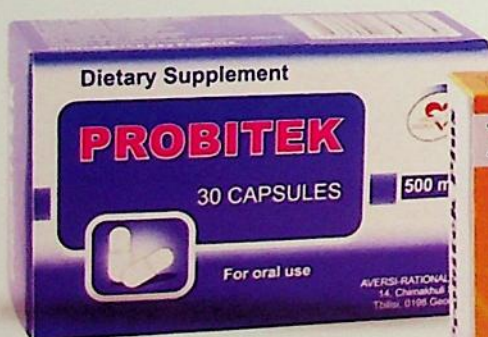
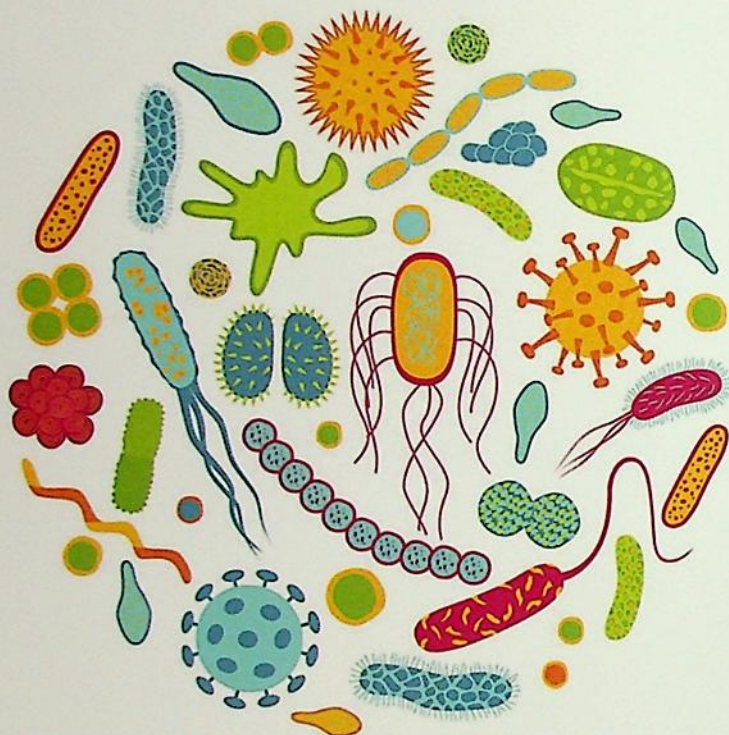
☎ 2-900-800

პრობიოტიკი

პრობიოტიკი პლუსი

პრობიოტიკი

ეფექტური კომბინაცია ნაწლავური
ფლორის მოსაწესრიგებლად!



ბინსურვებთ ჯანმრთელოებას და სულიერ სიხივიდას!

www.aversi.ge

ავერსი  AVERSI

 2-900-800

ნაწილი II

ფარმაცევტის
გრუნვა პაციენტზე:
პრაქტიკული პერსპექტივა

2

ფარმაცევტული ზრუნვა

2.1 შესავალი

სახელმძღვანელოს პირველ თავში მოცემული იყო ინფორმაცია, რომელიც საკმარის საფუძველს ქმნის, რათა დავიწყოთ ფარმაცევტული ზრუნვის დანერგვის გზების შესწავლა. მეორე თავი წარმოადგენს გაიდლაინს სწორედ ამ პროცესისათვის.

ფარმაცევტები, პოპულაციაზე და/ან ინდივიდუალურ პაციენტზე ორიენტირებულები, ადგილობრივი, ნაციონალური თუ ინტერნაციონალური მოთხოვნების შესაბამისად, მრავალფეროვან გარემოში ახერხებენ პროფესიონალური სერვისების მოსახლეობისთვის მიწოდებას. საზოგადოების ჯანმრთელობისთვის ფარმაცევტული ზრუნვა მოიცავს ისეთ სერვისებს როგორცაა ადგილობრივი მოსახლეობისთვის გაიდლაინებისა და სამკურნალო პროტოკოლების შექმნა, სამკურნალო საშუალებების გამოყენების განხილვა და შეფასება, ეროვნული სამედიცინო პოლიტიკის და ესენციური პრეპარატების ნუსხის შექმნა, წამლის უსაფრთხოება, საზოგადოების საჭიროებების შეფასება და ფარმაკო-ეპიდემიოლოგია. ტერმინი - „საზოგადოების ფარმაცევტული ზრუნვა“ განისაზღვრა შემდეგნაირად:

„საზოგადოების ფარმაცევტული ზრუნვა ეს არის საზოგადოების მიერ ფარმაცევტული ცოდნის, უნარ-ჩვევებისა და რესურსების ორგანიზებულად გამოყენება დაავადებათა პრევენციის, სიცოცხლის გახანგრძლივების, ჯანმრთელობის დაცვის, შენარჩუნებისა და გაუმჯობესებისკენ მიმართულ სამეცნიერო და პრაქტიკულ საქმიანობაში“.

(Walker R, 2000)¹

აღწერილი განმარტებისგან განსხვავებით ფარმაცევტულ ზრუნვას ახასიათებენ, როგორც ინდივიდუალური პაციენტისთვის განკუთვნილ სერვისს. პირველად ეს კონცეფცია განიმარტა შემდეგნაირად:

„ფარმაცევტული ზრუნვა ეს არის პროფესიული მომსახურება რომელსაც პაციენტი მიიღებს მოთხოვნის შემთხვევაში და რომელიც უზრუნველყოფს პრეპარატის უსაფრთხო და რაციონალურ გამოყენებას“.

(Mikeal et al., 1975)²

1975 წლის მერე აღნიშნულ განმარტებაში შევიდა ბევრი ცვლილება, მაგრამ ის ვერსია, რომელზეც დაფუძნებულია მეორე თავის ფუნდამენტი, შემოგვთავაზა ჰეპლერმა და სტრანდმა 1990 წელს.³

„ფარმაცევტული ზრუნვა ეს არის პასუხისმგებლობის აღება მედიკამენტურ მკურნალობაზე იმ განსაზღვრული შედეგების მისაღებად, რომლებიც აუჭობებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს“.

1998 წელს FIP-მა განაახლა ეს განმარტება და შესწორების სახით ფარმაცევტული ზრუნვის მიზნად დაასახელა „პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება ან შენარჩუნება“. აღნიშნული წარმოდგენს უფრო რეალისტურ მიზანს, განსაკუთრებით კი ისეთი ქრონიკული და პროგრესირებადი დაავადებების მქონე პაციენტთათვის, როგორცაა დიაბეტი და შიდსი, ამ შემთხვევაში ხომ ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნება უკვე დიდ მიღწევას წარმოადგენს.

ფარმაცევტული ზრუნვის პრაქტიკა ახალია, იმასთან შედარებით რასაც ფარმაცევტები წლების განმავლობაში აკეთებდნენ. ამ ახალი პრაქტიკის განმარტებაში ყველაზე მნიშვნელოვან ტერმინს - „**პასუხისმგებლობის აღება**“ წარმოადგენს. არ აქვს მნიშვნელობა რას აკეთებს ფარმაცევტი, იხილავს ექიმის მიერ გამოწერილ რეცეპტს, შესაბამისად პაციენტს თუ აკვირდება პაციენტის სიმპტომებს, მას ყველა ქმედებაში უწევს შეაფასოს პაციენტის საჭიროებები, აირჩიოს პრიორიტეტები და პაციენტის საჭიროების შესაბამისად შექმნას სათანადო მოქმედების გეგმა. რისი გაკეთებაც ფარმაცევტებს ყოველთვის ავინყდებათ, ესაა იგრძნონ პასუხისმგებლობა გაცემულ რჩევებსა და რეკომენდაციებზე. შედეგად შესაძლოა, მათ არასაკმარისად აღრიცხონ, განიხილონ და გაუწიონ მონიტორინგი **ზრუნვის** შედეგებს.

პასუხისმგებლობის შეგრძნება ყველაზე მნიშვნელოვანია **ფარმაცევტული ზრუნვის** პრაქტიკისთვის.

ფარმაცევტული ზრუნვის კონცეფცია აშკარას ხდის ფარმაცევტის პასუხისმგებლობას წამალთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენების თავიდან აცილების წაკითხში. აღნიშნული პრაქტიკის დანერგვის შემდეგ, ფარმაცევტი შეაფასებს პაციენტის წამალთან დაკავშირებულ საჭიროებებს, განსაზღვრავს წარმოადგენს თუ არა ესა თუ ის პრეპარატი ან რამდენიმე პრეპარატის ერთობლივად გამოყენება საფრთხეს პაციენტისთვის და თუ ეს ასეა, იწყებს პაციენტთან და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ერთად მუშაობას, რათა მოხდეს მკურნალობის გეგმის მოდიფიცირება, დანერგვა და მონიტორინგი. მკურნალობის გეგმა უნდა იყოს მაქსიმალურად მარტივი და შესაძლოა გაიდლაინებში მოცემული რომელიმე სტანდარტული გეგმის ანალოგიურიც კი.⁴

გეგმის მიზანი იქნება გადაჭრას წამალით მკურნალობასთან დაკავშირებული რეალური პრობლემები და პაციენტს თავიდან ააცილოს პოტენციური რისკ-ფაქტორები.

წამალით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემების განმარტება შემდეგნაირად უღერს:

„პაციენტის მიერ განცდილი არასასურველი მოვლენა, რომელიც გამოვლინდება ან შეიძლება გამოვლინდეს წამლით მკურნალობისას და რომელიც რეალურად ან პოტენციურად აფერხებს პაციენტისთვის მკურნალობის სასურველი შედეგის მიღების პროცესს“.

(Cipolle et al., 1998)⁵

იდეალურ შემთხვევაში, **ფარმაცევტული ზრუნვის** მიზნობა უნდა მოხდეს ყველა პაციენტისთვის ნებისმიერი ფარმაცევტული სერვისის გამოყენებისას. მაგრამ, შეზღუდული რესურსების გამო პრაქტიკაში ამის განხორციელება ყოველთვის ვერ ხერხდება და ხშირად სიტუაციის მიხედვით ფარმაცევტებს უწევთ ამა თუ იმ პაციენტისთვის პრიორიტეტის მინიჭება. ტერმინი **ტრიაჟი** (triage - დახარისხება) აღწერს სისტემას, რომელშიც დაზიანების/დაავადების სირთულის მიხედვით ხდება დაზარალებულებისა თუ სხვა პაციენტების დაყოფა და შესაბამისად მათზე მკურნალობის გადანაწილება. გადაუდებელი დახმარების ცენტრებში ეს სისტემა ჩამოყალიბებულია გადარჩენილთა რიცხვის მაქსიმალურად გაზრდის მიზნით.

გარკვეულ შემთხვევებში საზოგადოებაზე ორიენტირებული **ფარმაცევტული ზრუნვის** პრაქტიკა შესაძლოა წინააღმდეგობაში მოვიდეს ინდივიდუალურ პაციენტზე გათვლილ **ფარმაცევტულ ზრუნვასთან**. საზოგადოებაზე ორიენტირებული **ფარმაცევტული ზრუნვისას**, ფარმაცევტები მიზნად ისახავენ მოსახლეობის დიდი რაოდენობისთვის მასშტაბური სარგებლის მოტანას, რამაც შესაძლოა რესურსების სიმწირით გამორჩეულ უბნებზე შეზღუდოს ინდივიდუალური პაციენტის მიმართ გამორჩენილი ზრუნვა.

მეორე თავში მოცემულია ფარმაცევტული ზრუნვის მიზნების სისტემური მიდგომა, რომელიც მოიცავს შემდეგ ოთხ საფეხურს:

- ♥ პაციენტის მედიკამენტური თერაპიის შეფასება და ნამაღლით მკურნალობასთან დაკავშირებული რეალური და პოტენციური პრობლემების იდენტიფიკაცია;
- ♥ ზრუნვის გეგმის შედგენა, რათა გადაიჭრას და/ან მოხდეს ნამაღლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემების პრევენცია;
- ♥ დაინერგოს/შესრულდეს ზრუნვის გეგმა;
- ♥ შეფასდეს და განხილულ იქნას ზრუნვის გეგმის შედეგები.

2.2 მეორე ნაწილის ძირითადი სასწავლო მიზნები

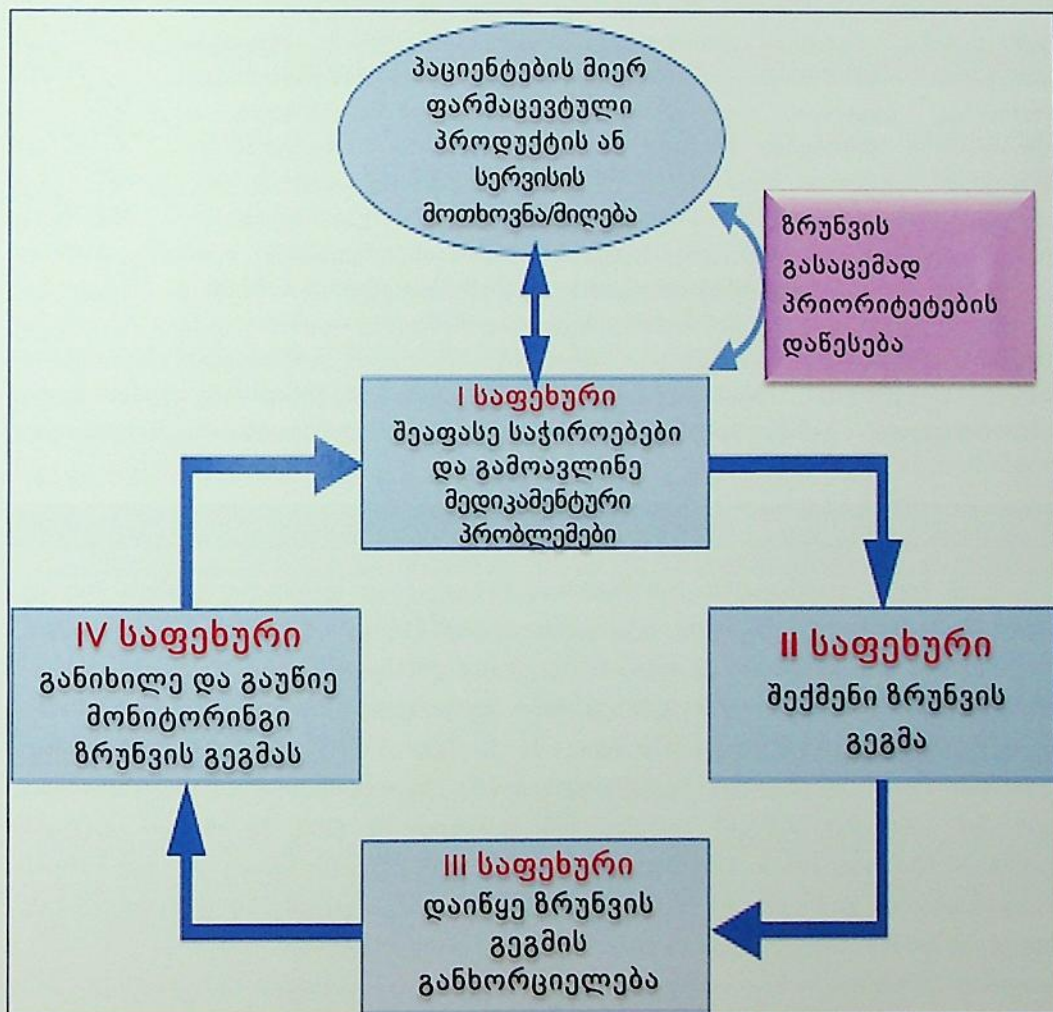
- ♥ აღწერე ფარმაცევტული ზრუნვის კონცეფცია;
- ♥ საკუთარი პრაქტიკიდან მოტანილი მაგალითებით განმარტე ტერმინი - „ნამაღლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემა“;
- ♥ ჩამოთვალე ფარმაცევტული ზრუნვის პროცესისას განსახორციელებელი ძირითადი ქმედებები და დაასაბუთე, რა დადებით გავლენას ახდენს ფარმაცევტული ზრუნვა სათანადო სააფთიაქო პრაქტიკის განხორციელების პროცესზე;
- ♥ ჩამოთვალე ფარმაცევტული ზრუნვის გეგმის ძირითადი ელემენტები;
- ♥ აღწერე თერაპიული შედეგის მონიტორინგი, რომელიც აუცილებელია ზრუნვის უწყვეტობის შესანარჩუნებლად;
- ♥ განიხილე შეზღუდული რესურსების მქონე გარემოში პრიორიტეტების საიდენტიფიკაციო მეთოდები და დაასახელე ერთი პრიორიტეტი, რომელიც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პირადად შენი პრაქტიკული საქმიანობისას.

2.3 ფარმაცევტული ზრუნვის პროცესი

ფარმაცევტული ზრუნვის პაციენტებისთვის მისაწოდებლად საჭიროა ფარმაცევტებმა შეძლონ თავიანთი დროის ეფექტურად გამოყენება და პრაქტიკაში პასუხისმგებლობის საკუთარ თავზე აღება. იდეალურ შემთხვევაში ყველა პაციენტი, რომელსაც ესაჭიროება ფარმაცევტული დახმარება, პარარელურად უნდა იღებდეს ფარმაცევტულ ზრუნვასაც. ფარმაცევტს გათავისებული უნდა ჰქონდეს, რომ ყველა პაციენტი საჭიროებს ფარმაცევტული ზრუნვას იმ დონემდე მაინც, რომ გამოირიცხოს ნამაღლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემები (პირველი საფეხური). მიუხედავად ამისა, შეზღუდული რესურსების გამო, ყოველთვის ამ საფეხურის განხორციელება არ არის შესაძლებელი და შესაძლოა სამიზნე ჯგუფების

იდენტიფიკაციისათვის საჭირო გახდეს (იხ. სქემა 2.1) სისტემური მიდგომის გამოყენება. პრიორიტეტიზაცია ჯანდაცვის სისტემებში, განსაკუთრებით კი შეზღუდული რესურსების მქონე გარემოში, რუტინულად გამოიყენება, რათა უზრუნველყოფილ იქნას, რომ ზრუნვას პირველ რიგში მიიღებს ის პაციენტი, რომელსაც ეს ყველაზე მეტად სჭირდება. ხელმისაწვდომი რესურსებიდან გამომდინარე სამიზნე ჯგუფის/პაციენტის შერჩევა შეიძლება მოხდეს პირველ საფეხურამდე ან ზრუნვის პირველი საფეხურის განხორციელების პარალელურად.

სქემა 2.1 სისტემური მიდგომა ფარმაცევტული ზრუნვის მინოლებისათვის



(Clinical Resource and Audit Group, 1996)⁶

პრაქტიკული სწავლება #2.1

ჩამოაყალიბეთ ფარმაცევტული ზრუნვის კონცეფცია და განიხილეთ რით განსხვავდება იგი თქვენი ამჟამინდელი პრაქტიკული საქმიანობისგან

→ **1 საფეხური:** შეაფასე პაციენტის მედიკამენტური თერაპიის საჭიროებები და მოახდინე წამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული რეალური და პოტენციური პრობლემების იდენტიფიკაცია

სათანადო კომუნიკაცია ფარმაცევტს, პაციენტსა და ჯანდაცვის სისტემის სხვა წარმომადგენლებს შორის უნდა დაინყოს მკურნალობის დანიშვნისთანავე, იმისათვის რომ ფარმაცევტებმა შეძლონ მნიშვნელოვანი ინფორმაციის შეგროვება, გაერთიანება და გაანალიზება. როდესაც ფარმაცევტი ახდენს პაციენტის შეფასებას, მან უნდა გაითვალისწინოს პაციენტთან და პრეპარატთან დაკავშირებული ყველა ფაქტორი, რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს წამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემები. შეფასების პროცესი მოიცავს როგორც პაციენტთან გასაუბრებას და ჯანდაცვის სექტორის სხვა წარმომადგენლებთან კონსულტაციებს, ასევე, პაციენტის მკურნალობის სამედიცინო ისტორიის/ჩანაწერების განხილვას და შეფასებას. მიუხედავად იმისა, რომ ფარმაცევტი ისტორიის რევიზიას ატარებს წამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემების გამოვლენის მიზნით, ამ პროცესისას პარარეალურად შესაძლოა წარმოჩინდეს დაავადებასთან დაკავშირებული პრობლემები, რადგან ფაქტიურად ფარმაცევტი ატარებს არჩეული თერაპიული სტრატეგიის ვალიდაცია-ვერიფიკაციას. გამოდის რომ ზრუნვის გეგმა დამატებით საშუალებას იძლევა განხორციელდეს ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პრევენციული ღონისძიებები.

CASE STUDY - შიშობიანი 2.1

53 წლის ქალბატონს ენდოსკოპიის საშუალებით დასმული ჰქონდა მაღალ მჟავიანობასთან დაკავშირებული გასტრო-ინტესტინალური დისფუნქციის დიაგნოზი. ქალბატონის სამედიცინო ისტორია მოიცავდა ინფორმაციას ასთმის, ჰიპერტენზიისა და დუოდენალური წყლულის შესახებ. მისი ამჟამინდელი მედიკამენტური თერაპია მოიცავს პრეპარატ ამლოდიპინს (დილით 10 მგ), სალბუტამოლის საინჰალაციო ფორმას (ორი შეფრქვევა საჭიროებისამებრ), ბეკლომეტაბონის საინჰალაციო ფორმას (200 მკგ ორჯერ დღეში) და თეოფილინს (300 მგ ორჯერ დღეში). ქალბატონმა ახლახანს წარმატებით გაიარა. (*Helicobacter pylori*) H. პილორი-ის ორგანიზმიდან გამოდენის კურსი. ქალბატონი ეწევა დღეში 10 ღერ სიგარეტს, სხეულის წონის ინდექსი აქვს 35 და არ მოიხმარს ალკოჰოლს.

გემოთ აღწერილი პაციენტისთვის მოახდინეთ ცხოვრების სტილის, მედიკამენტური თერაპიისა და დაავადების კრიტიკული ფაქტორების იდენტიფიკაცია.

1. ცხოვრების სტილისთვის კრიტიკული ფაქტორები:

- ♥ ქალბატონი ჭარბწონიანია და უნდა სცადოს წონის კორექცია;
- ♥ ქალბატონი მწვევლია. ნიკოტინს შეუძლია ეზოფაგიალური რეფლუქსის გამონვევა, საყლაპავის ქვედა სფინქტერის ტონუსის შემცირების გზით;
- ♥ შესაძლოა არსებობდეს სხვა რისკ-ფაქტორებიც, თუმცა ისინი სამედიცინო ისტორიიდან არ იკვეთება. მაგ. პაციენტი არ მოიხმარს ალკოჰოლს, თუმცა შესაძლოა იყენებდეს დიდი რაოდენობით ყავას, ჩაის ან კოლას, რაც დაამძიმებდა მჟავიანობასთან დაკავშირებულ გასტრო-ინტესტინალურ დისფუნქციას ამ სასმელებში კოფეინის შემცველობის გამო.

2. მედიკამენტური თერაპიის კრიტიკული ფაქტორები:

- ♥ კალციუმის არხის ბლოკატორები ამცირებენ საყლაპავის ქვედა სფინქტერის ტონუსს, რამაც შესაძლოა მიგვიყვანოს ეზოფაგიალურ რეფლუქსამდე რაც სიმპტომურად გამოიხატება გულძმარვით. თუ შესაძლებელია, სასურველია ამდროინდელი შეიცვალოს სხვა ანტი-ჰიპერტენზიული პრეპარატით, მაგალითად, ბენდროფლუმეთიაზიდით (ბენდროფლუაზიდით)
- ♥ თეოფილინი ასევე ამცირებს საყლაპავის ქვედა სფინქტერის ტონუსს. გადასახედია ასთმის თერაპიული მენეჯმენტის გეგმა. თუ შესაძლებელია, იქნებ შეწყდეს პაციენტის მიერ თეოფილინის მოხმარება, ან შეიცვალოს ის სხვა პრეპარატით მაგ. სალმეტეროლით

3. დაავადების კრიტიკული ფაქტორები:

- ♥ მჟავიანობასთან დაკავშირებული გასტრო-ინტესტინალური დისფუნქციის დიაგნოზირება შესაძლოა გაერთულებინა/შეენიღა კუჭის წყლულისთვის დანიშნულ ხანგრძლივ თერაპიას, რომელიც ამ ეტაპზე დასრულებულია (*Helicobacter pylori*) H. პილორი-ისგან განკურნების გამო. აღნიშნული არ წარმოადგენს იშვიათ შემთხვევას.
- ♥ მჟავიანობასთან დაკავშირებული გასტრო-ინტესტინალური დისფუნქციის ატიპიურ გამოვლინებას წარმოადგენს კუჭის მომატებულ მჟავიანობასთან დაკავშირებული ასთმური სიმპტომები.
- ♥ ეს სისტემური მიდგომა ეხმარება ფარმაცევტს, გამოავლინოს ნამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული რეალური და პოტენციური პრობლემები, როგორც ეს ნაჩვენებია მომდევნო საქმის განხილვაში (CASE STUDY).

CASE STUDY - შემთხვევა 2.2

74 წლის ქალბატონს დაუსვეს პარკინსონის დაავადების დიაგნოზი. მის ერთადერთ დაფიქსირებულ სამედიცინო პრობლემას წარმოადგენს სტენოკარდია. მისი მიმდინარე მედიკამენტური მკურნალობა მოიცავს: გლიცეროლ ტრინიტრატის 500 მკგ ტაბლეტები (ერთი ტაბლეტი ენის ქვეშ, საჭიროებისამებრ) და ჰალოპერიდოლის 0.5 მგ კაფსულები (ერთი კაფსულა სამჯერ დღეში).

ზემოთ აღწერილი პაციენტისთვის გამოავლინეთ წამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემები და განმარტეთ, რა ტიპის პრობლემებს წარმოადგენენ ისინი, რეალურს თუ პოტენციურს.

2.2-ე შემთხვევიდან გამოვლენილი წამლის მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემები

გამოვლენილი პრობლემის ტიპი	აღწერა
1. საჭიროებს ფარმაკოთერაპიულ ჩარევას მაგრამ პაციენტი არ იღებს მკურნალობას - რეალური პრობლემა	სტენოკარდიასთან ასოცირებული პროფილაქტიკური ანტიანგრეგატული მკურნალობა - ყოველდღიურად ასპირინი დაბალი დოზით
2. საჭიროებს ფარმაკოთერაპიულ ჩარევას მაგრამ პაციენტი არ იღებს მკურნალობას - პოტენციური პრობლემა	განსახილველია პროფილაქტიკური ანტი-ანგინალური თერაპიის საჭიროება, გლიცეროლ ტრინიტრატის გამოყენებისა და სტენოკარდიული შეტევების სიხშირეზე დაკვირვების ფონზე
3. პაციენტი იღებს პრეპარატს, რომლის საჭიროების კლინიკური ჩვენება არ აქვს - რეალური პრობლემა	განსახილველია ჰალოპერიდოლის საჭიროება. არც ისტორიაში და არც პაციენტის გამოკითხვისას არ ჩანს აღნიშნული პრეპარატის დასანიშნი კლინიკური ჩვენება
4. წამლით გამოწვეული გვერდითი მოვლენები - პოტენციური პრობლემა	შენყდეს ჰალოპერიდოლის გამოყენება და მოხდეს პარკინსონის დაავადების განხილვა

პრაქტიკული სწავლება #2.2

განიხილეთ ტერმინი - **ნამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემა** და მოიყვანეთ ექვსი მაგალითი, რომელიც დაკავშირებულია თქვენს პრაქტიკულ საქმიანობასთან. პასუხის გაცემაში დასახმარებლად, ქვემოთ ცხრილში მოცემულია ნამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემის ტიპები. თითოეული ტიპის გასწვრივ მიუთითეთ პრაქტიკული მაგალითი.

გამოვლენილი პრობლემის ტიპი	მაგალითი
საჭიროებს ფარმაკოთერაპიულ ჩარევას მაგრამ პაციენტი არ იღებს მკურნალობას	
პაციენტი იღებს არასწორად შერჩეულ პრეპარატს	
პაციენტი იღებს სწორად შერჩეულ პრეპარატს, თუმცა არასაკმარისი დოზით	
პაციენტი იღებს სწორად შერჩეულ პრეპარატს, თუმცა ჭარბი დოზით	
გამოვლენილია ნამლით გამოწვეული გვერდითი მოვლენა	
გამოვლენილია ნამლთა შორის ან ნამალსა და საკვებს შორის ურთიერთქმედება	
პაციენტი არ იყენებს გამონერილ პრეპარატს	
პაციენტი იყენებს პრეპარატს, რომლის კლინიკური ჩვენებაც არ აქვს	

წამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემების კაბეგტორიები (1998, Cipolle et al)

1. მედიკამენტის სწორად დანიშვნა: პაციენტს ესაჭიროება მედიკამენტური თერაპია და ვერ იღებს მას, ან იღებს არასაჭირო პრეპარატს

პაციენტს ესაჭიროება მედიკამენტური თერაპია და ვერ იღებს მას

- არ ხდება ძირითადი დაავადების მკურნალობა; მაგ.: პირველადი ესენციური ჰიპერტენზიის განკურნება ვერ მოხდება მაგ. თიაზიდური დიურეტიკებით,
- ვერ მოხდა დამატებითი პრეპარატის დანიშვნის საჭიროების განსაზღვრა; მაგ. ვერ ხდება ჰიპერტენზიის სათანადოდ კონტროლი, რადგან თიაზიდური ჯგუფის პრეპარატებისთვის არ მოხდა ბეტა-ბლოკერების დამატება
- ვერ მოხდა პროფილაქტიკური თერაპიის საჭიროების განსაზღვრა; მაგ. გულის იშემიური დაავადებისას არ დანიშნა ასპირინის მცირე დოზა, როგორც თრომბოციტების აგრეგაციის საინჰიბიტორი პროფილაქტიკური საშუალება.

პაციენტი იღებს არასაჭირო პრეპარატს

- არ არსებობს აღნიშნული პრეპარატის მიღების ჩვენება; მაგ. ანტიბიოტიკების მიღება ვირუსული დაავადებისთვის,
- წამლის ბოროტად გამოყენება; მაგ. ამფეტამინების, ჰეროინის, კოკაინის მოხმარება
- უფრო სწორია არამედიკამენტური თერაპიის დანიშვნა; მაგ. მწვავე სტენოკარდიისას სისხლძარღვის გარკვეული მონაკვეთის ტრანსპლანტაცია
- მედიკამენტური თერაპიის დუბლირება; მაგ. ნიტრატების მიღება ერთდროულად ტრანსდერმალური პლასტირების სახით და ორალურად
- დამატებითი პრეპარატი გამოწერილია თავიდან აცილებადი გვერდითი მოვლენის სამკურნალოდ; მაგ. გამოწერილია ლევოდოპა მეტოკლოპრამიდის მიერ გამოწვეული მოძრაობის დისფუნქციის კორექციისათვის, როდესაც შესაძლებელი იყო მეტოკლოპრამიდის ნაცვლად დომპერიდონის დანიშვნა

2. ყველაზე ეფექტური მედიკამენტი: პაციენტი იღებს ან არასწორად შერჩეულ

მედიკამენტს ან პრეპარატის მცირე დოზა

პაციენტი იღებს არასწორად შერჩეულ მედიკამენტს

- შერჩეულია არასწორი სამკურნალო ნაწილი ფორმა; მაგ. გახანგრძლივებული მოქმედების ანტიბიოტიკების საშუალება დანიშნულია პაციენტში, რომელსაც გადატანილი აქვს კოლფორმია,
- სახეზეა უკუჩვენება; მაგ.: ბეტა-ბლოკატორი დანიშნულია ასთმით დაავადებულისთვის,
- სახეზეა მდგომარეობა, რომელიც არ ემორჩილება დანიშნულ პრეპარატს, მაგ. ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებული პაციენტისთვის, რომელიც არ რეაგირებს სტეროიდულ პრეპარატებზე, მაღალი დოზით დანიშნულია საინჰალაციო სტეროიდული პრეპარატები,
- მდგომარეობისთვის არ არის სწორად შერჩეული პრეპარატი; მაგ. ანთების საინჰალაციო არასტეროიდული საშუალებები ხანგრძლივად დანიშნულია,
- პაციენტისთვის, რომელიც დაავადებულია ოსტეოართრიტით, თუმცა არ აღენიშნება ანთება და ამიტომ ამ მდგომარეობისთვის უბრალო ტკივილგამაყუჩებელიც საკმარისი იქნებოდა,
- - შესაძლებელი იყო უფრო ეფექტური ნაწილის დანიშვნა; მაგ. პირველადი პიპერლიპიდემიისათვის სტატინების ჯგუფი უფრო ეფექტურია ვიდრე ბოჭკოს შემცველი პრეპარატები.

პაციენტი იღებს პრეპარატის მცირე დოზას

- არასწორად შერჩეული დოზა; მაგ. გულის დისფუნქციისას დანიშნული აგფ ინჰიბიტორის დაბალი დოზა, როდესაც პაციენტისთვის მიზანშეწონილი იქნებოდა შედარებით მაღალი დოზის დანიშვნა
- განვითარებული რემისტენტობა; მაგ. რომელიც გამოწვეულია 8 საათიანი ნიტრატების მიუღებლობის პერიოდის დარღვევით,
- მკურნალობის არასწორი ხანგრძლივობა; მაგ. სამდლიანი ანტიბიოტიკების კურსი პაციენტისთვის, რომელსაც ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციულ დაავადებასთან ერთად ანუხებს განმეორებადი გულ-მკერდის ინფექცია,
- არასწორ პირობებში შენახვის გამო პრეპარატის მიერ ეფექტურობის დაკარგვა; მაგ. ვაქცინებისთვის დაბალ ტემპერატურაზე შენახვის პირობების დარღვევა,
- პრეპარატის არასწორად გამოყენება; მაგ.: ინჰალატორის გაუმართაობის გამო,
- შენთვის შემცირება ნაშალთა შორის ურთიერთქმედების გამო, მაგ. ტეტრაციკლინებისა და რკინის ქელატიზაცია.

3. ყველაზე უსაფრთხო მკურნალობა: ხომ არ იყენებს პაციენტი სწორად შერჩეულ პრეპარატს, მაგრამ ჭარბი დოზით და ხომ არ აღენიშნება მას კლინიკურად გამოვლენილი საყურადღებო გვერდითი მოვლენა?

პაციენტი იყენებს სწორად შერჩეულ მედიკამენტს, მაგრამ ჭარბი დოზით

წამლის გვერდითი მოვლენები

- მოცემული კლინიკური ჩვენებისთვის პრეპარატის დანიშნული დოზა მაღალია; მაგ. 5მგ ბენდროფლუმეთიაზიდი ჰიპერტენზიისათვის,
- არასწორი დოზირება; მაგ. ზრდასრული ადამიანისთვის ყოველდღიურად დანიშნული პარაცეტამოლის 4გ.,
- მკურნალობისთვის არასწორად შერჩეული ხანგრძლივობა; მაგ. მსუბუქი ფორმის შარდ-სასქესო გზების დაავადებისთვის დანიშნული ანტიბიოტიკოთერაპიის 10 დღიანი კურსი,
- წამალთა ურთიერთქმედების შედეგად, პრეპარატის მომატებული რაოდენობა პლაზმაში; მაგ. თეოფილინისა და ციპროფლოქსაცილის ურთიერთქმედებას თეოფილინის ტოქსიკურობამდე მივყავართ.

- პაციენტისთვის საფრთხის შემცველი მედიკამენტი; მაგ. ორალური კონტრაცეპტივები პაციენტისთვის, რომელსაც აღენიშნებოდა მძიმე ვენური თრომბოზი,
- ალერგიული რეაქცია; მაგ. პენიცილინების მოქმედებით გამოვლენილი ანაფილაქსიური შოკი,
- წამალთა შორის ურთიერთქმედება; მაგ. ბეტა-ბლოკატორების და ვერაპამილის ერთად დანიშვნა ინვევს ატრიოვენტრიკულურ ბლოკს,
- დოზირების სწრაფად გაზრდა; მაგ. ფენიტონის დოზის გაზრდა,
- არასასურველი გვერდითი ეფექტი; მაგ. ამინოგლიკოზიდების ოტოტოქსიურობა.

4. პაციენტისთვის მკურნალობის ხელმისაწვდომობა და მისი გათვითცნობიერება მკურნალობის დეტალებში

მაგალითები:

- ♥ ფარმაცევტული პროდუქტი არ არის ხელმისაწვდომი - მომარაგების ადგილობრივი ან საერთაშორისო პრობლემა;
- ♥ ფარმაცევტული პროდუქტი არაა ხელმისაწვდომი ან პაციენტისთვის ან სამთავრობო ჯანდაცვის ორგანიზაციისთვის;
- ♥ პაციენტს არ შეუძლია მედიკამენტის გადაყლაპვა - მაგალითად ინსულტისანი პაციენტი დისფაგიით;
- ♥ პაციენტმა ვერ გაიგო, არ დაამახსოვრდა ან არ დაეთანხმა და არ მიიღო მითითებები დანიშნული მკურნალობის შესახებ;
- ♥ პაციენტი უარს აცხადებს მედიკამენტის მიღებაზე - ზედმეტად დარწმუნებულია საკუთარ სიჯანსაღეში, ასახელებს კულტურულ-რელიგიურ მიზნებს და სხვა.

თვითმკურნალობა, ანუ მკურნალობა, როდესაც პაციენტის მხრიდან ხდება ურეცეპტოდ გასაცემი პრეპარატების შეძენა და მოხმარება, ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი კომპონენტია. საუბედუროდ, ზოგიერთ ქვეყანაში სწორედ მსგავსი მკურნალობა წარმოადგენს მკურნალობის ყველაზე გავრცელებულ ფორმას. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ მსგავს გარემოში ფარმაცევტმა შეძლოს ფარმაცევტული ზრუნვის მინოდება პაციენტისთვის, რომელიც არ იმყოფება სათანადო მეთვალყურეობის ქვეშ და ამიტომ დგას წაშლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემების განვითარების ყველაზე დიდი რისკის პირისპირ.

CASE STUDY - საილუსტრაციო შემთხვევა 2.3

59 წლის ქალბატონს „კუჭის წყლულისთვის“ სურს „ძლიერი“ რანიტიდინის შეძენა. მისი სამედიცინო ჩანაწერების მიხედვით არკვევ, რომ ისტორიაში არ ჩანს წყლულის არსებობა. ქალბატონის მომდევნო გამოკითხვის შედეგად მჟღავნდება, რომ ის იყენებს რანიტიდინს, თუმცა მცირე თერაპიული ეფექტით. ქალბატონმა ეს უეფექტობა მიანერა რანიტიდინის დაბალ ძალას და სწორედ აქედან გამომდინარეობდა მისი მოთხოვნა „ძლიერი“ რანიტიდინის თაობაზე. მისი სიმპტომები ბუნდოვანია და მოიცავს დისკომფორტს ზედა აბდომინალურ არეში, გულისრევას და ზოგჯერ ღებინებასაც, რასაც უკავშირდება უკანასკნელი პერიოდის მანძილზე წონაში დაკლება. მისი ერთადერთი სამედიცინო მდგომარეობაა ავთვისებიანი ანემია, რომლისთვისაც პაციენტი იყენებს ჰიდროქსოკობალამინის ინექციას ყოველ სამ თვეში.

მოხადონი ნამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემების იდენტიფიკაცია აღნიშნული პაციენტისთვის და განსაზღვრე რეალურია პრობლემა თუ კოთხეცური.

არასაჭირო თერაპია (რანიტიდინი) (რეალური პრობლემა) და გამოკვლევის ჩატარების საჭიროება

პაციენტი დაავადებულია ავთვისებიანი ანემიით, რომელიც აუტოიმუნური გასტრიტის გამო ხასიათდება შინაგანი ფაქტორის დეფიციტით, რასაც საბოლოოდ მივყავართ ვიტამინი B12-ის მალაბსორბციამდე, აქედან გამომდინარეობს პიდროქსოვობალამინის ინექციის საჭიროებაც. ეს მდგომარეობა, ასევე, ასოცირდება კუჭის დაბალ მუვიანობასთან და კუჭის კიბოს გაზრდილ რისკთან. მსგავს პაციენტებს შეუქცევადად განვითარებული აქვთ პარიენტალური უჯრედების არ არსებობა და ამიტომ არ შეუძლიათ კუჭის სიმუჯის წარმოქმნა, ასე რომ, რანიტიდინის მსგავსი მედიკამენტების დანიშვნა არაკორექტულია. ამ შემთხვევისთვის აუცილებელია სასწრაფოდ გამოკვლევების ჩატარება და შესაბამის სპეციალისტთან კონსულტაცია.

→ 2 საფეხური: შექმენი ზრუნვის გეგმა, რათა გადაჭრა ან თავიდან აიცილო ნამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემები

ყველა შემთხვევისთვის არ ხდება საჭირო მეორე საფეხურის გამოყენება. მაგალითად, შესაძლოა არ გამოვლინდეს არანაირი პრობლემა პირველი საფეხურის განხილვისას ან მკაცრად შეზღუდული რესურსების გამო, შესაძლოა შენ ვერ მოახერხო პაციენტისთვის დახმარების აღმოჩენა. თუ სწორედ შეზღუდული რესურსები წარმოადგენს პაციენტისთვის ზრუნვის შეწყვეტის მიზეზს, მაშინ საჭიროა მოხდეს ნამლით მკურნალობასთან დაკავშირებით გამოვლენილი პრობლემის დოკუმენტირება, პაციენტისა და ჯანდაცვის ჯგუფის წარმომადგენლების გათვითცნობიერება პრობლემის არსებობის შესახებ და ეთიკური, კლინიკური და პროფესიული ვალდებულების გამო, აუცილებელია პაციენტს მიეცეს კომპეტენტური რჩევა, მაშინაც კი თუ მასზე მეთვალყურეობის გაგრძელება შეუძლებელია.

ნამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემების პრიორიტეტიზაცია

პირველი საფეხურის შემდეგ, მოხდება თუ არა თერაპიული პრობლემის იდენტიფიკაცია, პაციენტის საერთო კლინიკური სურათის საფუძველზე საჭიროა პრობლემების პრიორიტეტიზაცია, როგორც ეს მოცემულია მაგალითში ქვემოთ:

CASE STUDY - საილუსტრაციო შემთხვევა 2.4

52 წლის მამაკაცს ერთი წლის წინ დაუსვეს ჰიპერლიპიდემიის დიაგნოზი და გაუნიეს რეკომენდაცია დიეტის დაცვისა ცხოვრების სტილის შეცვლის საკითხებში. მისი სამედიცინო ისტორია მოიცავს ჰიპერტენზიასა და ატრიალურ ფიბრილაციას. ახლახანს გაზომვის შედეგად დაუფიქსირდა სისხლის წნევა 140/85; პულსი 40 დარტყმა წუთში და ლიპიდურმა კვლევამ აჩვენა საერთო ქოლესტეროლის შემცველობა 8.4 მმოლი/ლ. გამოკითხვისას პაციენტი უჩივის დაღლილობასა და წონის მატებას. მიმდინარე მედიკამენტური თერაპია მოიცავს: ამიოდარონს (200 მკგ დღილით) და ბენდროფლუმეთიაზიდს (10 მკგ დღილით).

2.4 შემთხვევაში გამოვლენილი ნაშლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემები	
ნაშლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემის ტიპი	პრობლემის აღწერა
1. პაციენტი იყენებს სწორად შერჩეული პრეპარატის საჭიროზე მეტ დოზას - პოტენციური პრობლემა	თიაზიდების მაღალმა დოზამ შესაძლოა გამოიწვიოს ჰიპერლიპიდემია - საჭიროა დოზის შემცირება, პაციენტისთვის რეკომენდაციების მიცემა და სისხლის წნევის მონიტორინგი;
2. სახეზეა პრეპარატის გვერდითი მოვლენა - პოტენციური პრობლემა	_ სიმპტომები შესაძლოა მიანიშნებდნენ ამიოდარონის მოხმარების შედეგად გამოვლენილ ჰიპოთირეოდიზმზე - საჭიროა ტრიიოდოთირონინის, თიროქსინისა და თიროიდ მასტიმულირებელი ჰორმონის შემცველობის განსაზღვრა;
3. საჭიროებს და არ იყენებს ფარმაცოთერაპიას - აქტუალური პრობლემა	_ პაციენტს აღენიშნება ატრიალური ფიბრილაცია და იმყოფება კარდიოვასკულარული პრობლემების განვითარების რისკის ქვეშ - საჭიროა სტატინების დანიშვნა, რათა მოხდეს ქოლესტეროლის შემცირება 5 მმოლი/ლ ან კიდევ უფრო ნაკლებ დონემდე
4. საჭიროებს და არ იყენებს ფარმაცოთერაპიას - აქტუალური პრობლემა	_ საჭიროებს ატრიალური ფიბრილაციის ვარფარინით მკურნალობას - საჭიროა თერაპიის დანიშვნა, პაციენტისთვის კონსულტაციის განწევა და საერთაშორისოდ ნორმალიზებული დოზის მონიტორინგი

ამ შემთხვევისთვის უპირველესი პრიორიტეტი იქნება იმის დადგენა, აღენიშნება თუ არა პაციენტს ჰიპოთირეოდიზმი და შესაბამისად მკურნალობის დანიშვნა. დამატებით, პაციენტი იმყოფება კარდიოვასკულარული პრობლემების განვითარების რისკის ქვეშ. რისი შემცირებაც შესაძლებელია ვარფარინით თერაპიის დაწყებით. ჰიპერლიპიდემია და ბუნდოფლუმეთიამიდის დოზის შემცირება ამ შემთხვევისთვის ნაკლებ პრიორიტეტულია, სანამ არ მოხდება თიროიდული პრობლემის აღმოფხვრა, ვინაიდან ამ უკანასკნელს შეუძლია გავლენა მოახდინოს სისხლის ლიპიდურ სურათსა და საერთო ლიპიდების შემცველობაზე.

დასახე მისალწვევი თერაპიული მიზნები და სათანადო ღონისძიებები

პირველ რიგში საჭიროა ფარმაცევტი ჩამოყალიბდეს, თუ რის მიღწევას აპირებს ინდივიდუალური პაციენტისთვის ნამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრის კუთხით. ეს გადაწყვეტილებები უნდა იქნას შეთანხმებული თავად პაციენტთან და ჯანდაცვის გუნდის სხვა წარმომადგენლებთანაც. დასახული უნდა იქნას ისეთი ტიპის მიზნები, რომელთა შედეგების გამოსახვაც შესაძლებელია გამოვად პარამეტრებში. ასევე, უნდა დაგინდეს და განისაზღვროს კონკრეტული ვადები, რომლებშიც მიღწეულ უნდა იქნას შესაბამისი მიზანი.

როდესაც ფარმაცევტი ირჩევს ჩასატარებელ ღონისძიებებს, აუცილებელია ის დარწმუნდეს აღნიშნული ღონისძიებების პაციენტისთვის მისაღებლობაში. თუ შესაძლებელია რამდენიმე ტიპის ჩასატარებელი ღონისძიების განხორციელება, პაციენტმა უნდა მიიღოს სათანადო და ამომწურავი ინფორმაცია, რათა შეძლოს მისთვის ყველაზე მისაღები ვერსიის ამორჩევა.

ჩამოყალიბებული მონიტორინგის სტრატეგია

მონიტორინგის სტრატეგიის ჩამოყალიბება საჭიროა, რათა შესაძლებელი იყოს პროგრესზე დაკვირვება მკურნალობის საბოლოო შედეგის მიღწევამდე. ეს სტრატეგია შეთანხმებული უნდა იყოს პაციენტთან და მოიცავდეს როგორც მკურნალობის შედეგების შემოწმებისთვის განსაზღვრულ ინტერვალებს, ასევე, დადგენილ პერიოდს, რომლის შემდეგაც გაირჩევა განსაზღვრულ ინტერვალებში მოპოვებული ინფორმაცია.

ანარგო ზრუნვის დოკუმენტირება

ფარმაცევტის ჩანაწერები ნამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემების, თერაპევტული მიზნებისა და შეთავაზებული ღონისძიებების შესახებ, წარმოადგენს ფარმაცევტული ზრუნვის გეგმას. სათანადო დოკუმენტაცია ხელს უწყობს ზრუნვის უწყვეტობასა და მკურნალობის პროცესის აუდიტს.

→ 3 საფეხური: შეასრულე ზრუნვის გეგმა

ფარმაცევტული ზრუნვა გულისხმობს პაციენტთან შეთანხმებული გეგმის შესრულებასა და შესძლებისდაგვარად პაციენტის ჯანდაცვის სრული კურსის კონტექსტის გათვალისწინებას, მკურნალობაში ჯანდაცვის სფეროს სხვა წარმომადგენლების ჩართვით.

CASE STUDY - საილუსტრაციო შემთხვევა 2.5

45 წლის ქალბატონს ახლახანს დაუსვეს ასთმის დიაგნოზი, რომელიც განვითარდა შექცევადი ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორის გამოყენების შედეგად. მისი სამედიცინო ისტორია ძირითადად მოიცავს ოსტეოართროზსა და ჰიპერტენზიას. ბოლოს გამოძილი სისხლის წნევის მონაცემებია 170/110. ქალბატონი ეწევა დღეში 30 ღერ სიგარეტს, არის ალკოჰოლის ზომიერად ან ზედმეტად პაციენტიარებული და არ ვარჯიშობს. სისხლის წნევისთვის დანიშნული ბენდროფლუმეთიამიდის (2.5 მგ დილით) თერაპია არ იყო ეფექტური. მისი მიმდინარე მედიკამენტური თერაპია მოიცავს:

პარაცეტამოლს (500 მგ დღეში 2-ჯერ საჭიროებისამებრ, 8 დან 24 საათამდე ინტერვალით);

პროპრანოლოლს (40 მგ 3ჯერ დღეში);

დოზირებადი საინჰალაციო სალბუტამოლს (MDI- Metered Dose Inhaler) (2 შეფრქვევა საჭიროებისამებრ);

ბუდეზონიდის მშრალი ფხვნილის საინჰალაციო ფორმას (200 მკგ 2ჯერ დღეში)

ფარმაცევტული ზრუნვის გეგმის ჩამოყალიბება 2.5 შემთხვევისათვის

წამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემის აღწერა	პრიორი ტეტულობა	თერაპიის მიზნები	დაგეგმილი სათანადო ღონისძიებები
1. პროპრანოლოლის მიმართ განვითარებული პოტენციური გვერდითი მოვლენა	მაღალი	აღნიშნული გვერდითი მოვლენის თავიდან აცილება და ფილტვის ნორმალურად ფუნქციონირების შენარჩუნება - სასწრაფო	პროპრანოლოლის გამოყენების შეწყვეტა
2. არაეფექტური თერაპია - ჰიპერტენზია	მაღალი	სისხლის წნევის სამიზნე მნიშვნელობა 140/85	<p>პაციენტთან ერთად განსახილველია ანტი-ჰიპერტენზიული თერაპიის ვარიანტები. ცხოვრების სტილის შეცვლა, რომელსაც შეუძლია მიგვიყვანოს სისხლის წნევის შემცირებამდე მოიცავს: ალკოჰოლის მოხმარების შემცირებას, მარილის მოხმარების შემცირებას და რეგულარულად ფიზიკური სავარჯიშოების შესრულებას.</p> <p>ყველაზე მეტად კი, კარდიოვასკულარული პრობლემების შემცირება თამბაქოსთვის თავის დანებებას შეუძლია.</p>
3. პოტენციურად არ არსებობს ასთმის მკურნალობის დანიშნის მიზეზი	მაღალი	ფილტვის ფუნქციის ნორმალიზება და არასაჭირო მკურნალობის სასწრაფოდ შეწყვეტა	პროპრანოლოლის მოხმარების შეწყვეტის შემდეგ განსასაზღვრია ამოსუნთქვის სიჩქარის პიკი და ჩასატარებელია შექცევადობის ტესტი ბეტა აგონისტების გამოყენებით.
4. ვერ იღებს გამოწერილ პრეპარატს წამლის არასწორად გამოყენების გამო	საშუალო	კარგი საინჰალაციო აპარატი და ეფექტური თერაპია - საჭიროა დაცვა, სანამ მოხდება ბეტა-ბლოკატორებით მკურნალობის დასრულება და ასთმის დიაგნოზის დადასტურება	მშრალი ფხვნილის გამფრქვევ ინჰალატორს და მადღობრებელ ინჰალატორს გამოყენების განსხვავებული სპეციფიკა ახასიათებთ. თუ პაციენტისთვის მოხერხებულია მადღობრებელი ინჰალატორი, საჭიროა ყველა პრეპარატი გამოყენებულ იქნას ამ ტიპის ინჰალატორით.

მსგავსი ზრუნვის გეგმის შედგენის შემდეგ, ხელმოწერით მასზე თანხმობა უნდა დაადასტუროს, ერთი მხრივ პაციენტმა, ხოლო მეორე მხრივ, ჯანდაცვის სისტემის გუნდის წევრებმა, რათა შესაძლებელი იყოს მკურნალობის სრულყოფილი მენეჯმენტი და მკურნალობის პროცესის აუდიტი.

→ 4 სტაფიუმი: შეაფასე/გადააფასე და განიხილე ზრუნვის გეგმა

ზრუნვის საბოლოო შედეგის შეფასება ხდება თერაპიული მიზნებისა და შედეგების შედარებით, რათა განისაზღვროს მოხდა თუ არა წამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემის გადაჭრა. თუ დასახული მიზანი არ არის მიღწეული, საჭიროა ზრუნვის გეგმის გადახედვა. რის შედეგადაც, ზრუნვის შედეგი შესაძლოა პაციენტისთვის მიღწევად საუკეთესო შედეგად ჩაითვალოს, ან საჭირო გახდეს ზრუნვის ალტერნატიული გეგმის გამოყენება-დანერგვა. ზრუნვის გეგმა უნდა ითვალისწინებდეს მუდმივ განახლებას, ვინაიდან ხდება წამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული საწყისი პრობლემების გადაჭრა და ახალი გადასაჭრელი პრობლემების წარმოქმნა.

საილუსტრაციო შემთხვევა 2.5-ის გაგრძელება

თერაპიის მიზნები	თერაპიის შედეგები	ზრუნვის გეგმის განახლება
1. წამლისმიერი გვერდითი მოვლენის თავიდან აცილება და ფილტვის ფუნქციონირების შენარჩუნება - სასწრაფო	Nპაციენტმა შეწყვიტა პროპრანოლოლის გამოყენება, ამოსუნთქვის სიჩქარის პიკი დაუბრუნდა ნორმას - დადასტურდა წამლისმიერი გვერდითი მოვლენა	<i>პრობლემა აღმოფხვრილია. დააფიქსირე აღნიშნული წამლისმიერი გვერდითი მოვლენა პაციენტის ისტორიაში, რათა თავიდან აცილებულ იქნას მომავალში ბეტა-ბლოკატორების განმეორებით გამოყენება.</i>
2. ფილტვის ფუნქციის ნორმალიზება და არასაჭირო მკურნალობის სასწრაფოდ შეწყვეტა	შეცვლადობის ტესტმა დაადასტურა ამოსუნთქვის სიჩქარის პიკის ნორმალიზება, აღნიშნული მაჩვენებელი კიდევ უფრო უმჯობესდება სალბუტამოლის გამოყენების შედეგად	<i>პრობლემა აღმოფხვრილია. პაციენტის ისტორიიდან ამოსაღებია ასთმის დიაგნოზი.</i>
3. კარგი საინჰალაციო აპარატი და ეფექტური თერაპია - საჭიროა დაცვა, სანამ მოხდება ბეტა-ბლოკატორებით მკურნალობის დასრულება და ასთმის დიაგნოზის დადასტურება	პაციენტის მოცემული მდგომარეობისთვის აღარ არის აქტუალური - მისი გამოყენება საჭირო აღარაა	<i>პრობლემა აღმოფხვრილია.</i>
4. სამი თვის განმავლობაში მიღწეულ უნდა იქნეს სისხლის წნევის სამიზნე მნიშვნელობა 140/85, გვერდითი მოვლენების გარეშე	არსებული მომენტისთვის სისხლის წნევის მნიშვნელობას ნარმოადგენს 140/90 - დადასტურდა, რომ პაციენტი ემორჩილება მკურნალობას	<i>პაციენტთან და ჯანდაცვის სისტემის გუნდის სხვა წარმომადგენლებთან შეთანხმებით, გაუწიე პაციენტს რეკომენდაცია დამატებით სხვა ანტიჰიპერტენზიული საშუალების გამოყენების შესახებ - ამლოდიპინი 5 მგ დილით, 4 კვირის შემდეგ ანარმოე პაციენტის სისხლის წნევის განმეორებით კონტროლი.</i>

პრაქტიკული სწავლება #2.3

გამოყავით სამი პაციენტი თქვენი პრაქტიკული საქმიანობიდან და, დანართში მოცემული დოკუმენტაციის გამოყენებით, ჩამოაყალიბეთ ზრუნვის გეგმა ზემოთ აღწერილი 4 საფეხურის მიხედვით. დროის განსაზღვრული ინტერვალების შემდეგ გადახედეთ ზრუნვის გეგმას თქვენს ერთ ან რამოდენიმე კოლეგასთან ერთად და გამოიყენეთ აღნიშნული განხილვის პროცესი, რათა დაინახოთ თქვენი უწყვეტი პროფესიონალური განვითარებისთვის პირადად თქვენთვის საჭირო სწავლების კონკრეტული მიმართულებები.

2.4 ფარმაცევტული სერვისები

Strand et al-მა 1992 წელს პირველად გამოიყენა ტერმინი ფარმაცევტული სერვისები, რათა გამოეხატა სერვისების მრავალფეროვნება, რომელიც საჭიროა ფარმაცევტის მიერ პაციენტის წამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემების გადასაჭრელად. აღნიშნული სერვისები მოიცავს ფარმაცევტის მიერ პაციენტისთვის პრეპარატის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებიდან დაწყებული მედიკამენტების დისტრიბუციით დამთავრებულ სერვისებს. ფარმაცევტები, რომლებიც მხოლოდ კონსულტაციას უწევენ პაციენტებს და აწვდიან მათ მრავლისმომცველ, აქტუალურ და მუსტ ინფორმაციას, უშუალოდ არ მონაწილეობენ ფარმაცევტული ზრუნვის განხორციელებაში, თუმცა ისინი ხელს უწყობენ აღნიშნული პროცესის წარმატებით განხორციელებას. საკონსულტაციო სერვისები დანერგილ უნდა იქნას საზოგადო სააფთიაქო ქსელებში სტანდარტული, ყოველდღიური მომსახურების პროცესში.⁷ ასევე, ფარმაცევტული ზრუნვის ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორია წამლის სწრაფი და სრულყოფილი დისტრიბუცია.

2.5 გადამისამართება

მვიდვარსკვლავიანი ფარმაცევტის როლი ფარმაცევტებს აკისრებს მოვალეობას შეასრულონ ჯანდაცვის გუნდის წევრის ფუნქცია. ფარმაცევტული ზრუნვის პაციენტისთვის მიწოდებით ფარმაცევტმა ხელი უნდა შეუწყოს პაციენტის მკურნალობის უწყვეტობას. ფარმაცევტული ზრუნვის განხორციელების პროცესში შესაძლოა საჭირო გახდეს პაციენტის გადამისამართება ჯანდაცვის გუნდის სხვა წარმომადგენელთან. ამ შემთხვევაში აუცილებელია უზრუნველყოფილ იქნას პაციენტის მკურნალობის უწყვეტობა. პაციენტისთვის ჯანმრთელობის დაცვა იწყება მისთვის გამოწერილი მედიკამენტების ყველაზე ხელსაყრელი მიღებიდან და მთავრდება საჭიროების შემთხვევაში შესაძლო დამატებითი მკურნალობით.

აქედან გამომდინარე ფარმაცევტს შეიძლება დასჭირდეს პაციენტის გადამისამართება ჯანდაცვის სისტემის გუნდის სხვა წარმომადგენლებთან ან ჯანდაცვის სისტემის სხვა დაწესებულებაში. მიუხედავად იმისა, რომ ფარმაცევტის მიერ გადამისამართების პროცედურის ოფიციალურად განხორციელება უცხო პრაქტიკაა მსოფლიოს ბევრი ქვეყნისთვის, ფარმაცევტები მაინც რჩებიან პირველ საკონტაქტო პირად ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხებში და მათ აქვთ ყველაზე ფასეული ურთიერთობა საზოგადოებასთან. ეს ურთიერთობა აძლევთ მათ საშუალებას შეასრულონ

ყველაზე ეფექტური როლი ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებში საზოგადოების საჭიროებების იდენტიფიკაციასა და ამ საჭიროებების დაკმაყოფილებაში. ოფიციალური გადამისამართების სისტემა, რომელიც ფარმაცევტებთან ერთად მოიცავს ჯანდაცვის სფეროს სხვა წარმომადგენლებსაც, გაამყარებს ფარმაცევტის მდგომარეობას ჯანდაცვის სისტემის გუნდში.

პაციენტის გადამისამართებას ჯანდაცვის ისეთ დაწესებულებაში, სადაც შესაძლებელია უფრო მეტად სპეციალიზებული მომსახურების მისთვის შეთავაზება, ეწოდება **ზემოთ-გადამისამართება**, მაგ. პაციენტის გაგზვნა აფთიაქიდან საავადმყოფოში. **ქვემოთ-გადამისამართება** კი გულისხმობს უკუ პროცესს, მაგ. პაციენტის გაგზვნა კლინიკიდან აფთიაქში. **ფარმაცევტული ზრუნვა** მოითხოვს პაციენტის საჭიროებების სრულფასოვან შეფასებას, შეფასების შედეგად კი შესაძლოა საჭირო გახდეს პაციენტის გადამისამართება არა მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებებში, არამედ რელიგიურ ლიდერთან, სოცუმპაკთან და ა.შ.

მოცემულ თავში განხილული იყო ფარმაცევტული გეგმის შემუშავება, რომელიც ეფუძნება პაციენტის ნამლით მკურნალობასთან დაკავშირებულ პრობლემებსა და პაციენტის საჭიროებებს. როდესაც პაციენტს უჭირს გამოწერილი მედიკამენტის მოპოვება, ეს ფაქტიც უნდა აღიქმებოდეს სამედიცინო პრობლემად. **ფარმაცევტული ზრუნვის** მეორე საფეხურის განხორციელებისას ფარმაცევტს შესაძლოა დასჭირდეს პაციენტის გადამისამართება. **ფარმაცევტული ზრუნვის** გეგმის შემადგენელი ნაწილია, რომ ფარმაცევტმა განსაზღვროს გადამისამართების სპეციფიკურობის სახე. პაციენტის სამედიცინო მოთხოვნილება შეიძლება სცდებოდეს ფარმაცევტის კომპეტენციას, მაგ. რეცეპტის გამოწერისა და დიაგნოზის დასმის საჭიროების გამო. ფაქტორები, მაგალითად როგორცაა, განმეორებითი კონსულტაციისთვის ნასასვლელად მგზავრობის ხარჯის შემცირება, ასევე შესაძლოა საჭიროებდეს პაციენტის გადამისამართებას. მსგავსი გადამისამართებისას **ფარმაცევტი პასუხისმგებელია** დაამყაროს კომუნიკაცია პაციენტსა და ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენელს შორის. აღნიშნული ტიპის კომუნიკაცია შეიძლება წარმოდგენილი იყოს წერილი ან ვერბალური ფორმით და უნდა მოიცავდეს შემდეგ ინფორმაციას:

- ♥ პაციენტის ისტორიის მოკლე შინაარსი;
- ♥ ნამლით მკურნალობასთან დაკავშირებით არსებული აქტუალური პრობლემა;
- ♥ გადამისამართების მიზეზის აღწერა;
- ♥ პაციენტის მიმდინარე მედიკამენტური თერაპიის აღწერა;
- ♥ **ფარმაცევტული ზრუნვის** გეგმის აღწერა, საჭიროებისამებრ.

ზემოთ გადამისამართება

ბევრ შემთხვევაში, როგორცაა სხვადასხვა სახის დაზიანება, ტრილობები ან მსუბუქი ტიპის ჩივილები, ფარმაცევტი არის პირველი ყველაზე ხელმისაწვდომი საინფორმაციო წყარო. **ფარმაცევტული ზრუნვის** მიზნებისას ფარმაცევტი პასუხისმგებელია გამოავლინოს ნამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემა და შექმნას **ფარმაცევტული ზრუნვის** გეგმა პაციენტისთვის. აღნიშნული გეგმის შემადგენელი ნაწილის სახით, შესაძლოა საჭირო გახდეს პაციენტის გადამისამართება სპეციფიკური ან სპეციალიზირებული ჯანდაცვის სფეროს ობიექტად. ფარმაცევტული პრაქტიკის სფერომ, ფარმაცევტულმა ექსპერტიზამ და პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმემ უნდა განსაზღვროს ზემოთ გადამისამართების საჭიროება.

CASE STUDY - საილუსტრაციო შემთხვევა 2.6

მამაკაცმა 12 წლის ვაუიშვილი მიიყვანა ფარმაცევტთან, რათა შეეძინა სახვევები ბავშვის ფეხზე არსებული ჭრილობის დასაფარად. ჩანს რომ ჭრილობა ახალია და ჯერ კიდევ სისხლმდენი. გამოკითხვისას ირკვევა, რომ ბიჭი დაკბინა მანანალა ძაღლმა. ანალიზებ, რომ შესაძლოა საჭირო იყოს ჭრილობაზე ნაკერების დადება, ასევე, ბიჭს ესაჭიროება პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია და ვაქცინაცია ტეტანუსისა და ცოფის ვირუსზე, რათა თავიდან იქნას აცილებული შემდგომი გართულებები. საჭიროა პაციენტის გადამისამართება ყველაზე ახლოს არსებულ კლინიკაში, რომელიც მუშაობს 24/7 რეჟიმით და იღებს პაციენტებს სასწრაფო დახმარების აღმოსაჩენად. ხოლო, ბიჭის მამას უნდა განემარტოს, რომ ბავშვისთვის შესაბამისი მკურნალობა რეკომენდებულ იქნება კლინიკის ბაზაზე.

კლინიკაში მკურნალობის მენეჯმენტის მიზნები:

- ♥ ფექციის თავიდან აცილება - პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია;
- ♥ ტეტანუსის თავიდან აცილება - ტეტანუსის პროფილაქტიკა;
- ♥ ცოფის თავიდან აცილება - ცოფის ვაქცინის ან ცოფის იმუნოგლობულინის საჭიროების განსაზღვრა;
- ♥ კიდურის ფუნქციის შეზღუდვისა და ნაიარევის განვითარების თავიდან აცილება;
- ♥ ტკივილის გაყუჩება.

კლინიკაში გადამისამართების კრიტერიუმები:

- ♥ ყველა ფართო ჭრილობას ესაჭიროება შესაბამისი ნაკერის დადება;
- ♥ არსებობს ცოფიანი ცხოველის მიერ დაკბენის ეჭვი;
- ♥ შოკი და სისხლდენა;
- ♥ ღრმა ჭრილობები.

ნარგზავნის ნერილი

აფთიაქი ლონის ქუჩაზე

ლოუნის ქუჩა #12;

იეოვილე, 1234

ძვირფასო კოლეგავ,

12 წლის ალექსი, მოყვანილ იქნა ლონის ქუჩის აფთიაქში მამის მიერ, რომელსაც უნდოდა ბავშვისთვის ეყიდა ძაღლის ნაკბენისგან წარმოქმნილი ჭრილობის დასაფარი სახვევები. ჩემი მოსაზრებით, ჭრილობა საჭიროებს ნაკერების დადებას. ბიჭს ასევე ესაჭიროება პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია, ტეტანუსისა და ცოფის ვაქცინაცია.

გთხოვთ განაგრძოთ მზრუნველობა ისე, როგორც საჭიროდ ჩათვლით.

პატივისცემით,

პჯ სტიუარტს, ფარმაცევტი

ქვემოთ გადამისამართება

ქრონიკული დაავადებებით დაავადებული პაციენტების უმრავლესობას მდგომარეობის სტაბილიზაციის მიზნით, ხშირად ესაჭიროება ჰოსპიტალიზაცია და სპეციალიზებული მეთვალყურეობა. როდესაც ხდება მდგომარეობის სტაბილიზაცია და კონტროლირებად ფაზაში გადასვლა, პაციენტისთვის აღარ მოითხოვება მკაცრი, სპეციალიზებული კონტროლი და შესაძლოა მისი გადაყვანა ნაკლებად სპეციალიზებულ დანესებულებაში, რომელში ყოფნაც ნაკლებ ფინანსურ ხარჯებს მოითხოვს. ფარმაცევტს უნდა შეეძლოს იმ პაციენტის იდენტიფიკაცია, რომელიც საჭიროებს ჯანდაცვის სისტემის უფრო ქვედა დონეზე მკურნალობას.

CASE STUDY - საილუსტრაციო შემთხვევა 2.7

67 წლის მამაკაცი მწვავე, არაკონტროლირებადი ჰიპერტენზიით (180/120) მიიყვანეს მესამე კატეგორიის (ყველაზე სპეციალიზებულ) კლინიკაში. ერთი კვირის შემდეგ ჰიდროქლოთიაზიდის, ატენოლოლისა და ენალაპრილის გამოყენების შედეგად, მისი სისხლის წნევა დარეგულირდა (150/90). გამონერისას პაციენტმა ჰიდიოზემოთ ნახსენები მედიკამენტების რეცეპტი და მითითება, რომ თვეში ერთხელ დაბრუნებულიყო კლინიკაში სისხლის წნევის მონიტორინგის მიზნით. ექვსი თვის შემდეგ, იმავე თერაპიის გამოყენებით, პაციენტის სისხლის წნევა კვლავ სტაბილურია (140/80) და, ასევე, მას არ აღენიშნება სხვა სახის სამედიცინო პრობლემა. მაგრამ პაციენტი უკმაყოფილოა კლინიკაში მისასვლელად განუული ხარჯების გამო და ფარმაცევტს ეუბნება, რომ ურჩევნია დანიშნული თერაპია მიიღოს პირველი დონის კლინიკიდან ან მის უბანში არსებული აფთიაქიდან.

გადამისამართების პროცედურამდე ფარმაცევტი უნდა დარწმუნდეს, რომ პაციენტის მდგომარეობა სტაბილური და კონტროლირებადია, როგორც ამას მიგვითითებს ზრუნვის პროცესის პირველი საფეხური. გარდა ამისა, უნდა მოხდეს იმის უზრუნველყოფა, რომ იმ ადგილზე, სადაც ხდება პაციენტის წარგზავნა, მოხდება პაციენტის მიმდგრება კონკრეტულ პერსონაზე ან კლინიკაზე და მისთვის ხელმისაწვდომი იქნება დანიშნული პრეპარატები. პაციენტს უნდა მიენოდოს ინფორმაცია სად უნდა მივიდეს და კონკრეტულად ვის მიაკითხოს კლინიკაში. ინფორმაცია თუ ვის უნდა მიაკითხოს პაციენტმა გარკვეული პერიოდის გასვლის შემდეგ, უნდა იყოს ცნობილი როგორც თავად პაციენტის, ასევე, ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენლისთვისაც.

ბოლო 6 თვის მანძილზე პაციენტის სისხლის წნევა იყო სტაბილური და მისაღები. სტაბილური, კარგად კონტროლირებადი სისხლის წნევის მქონე პაციენტს არ უნდა უწევდეს რეცეპტის გამომწერი პერსონის ყოველთვიურად ნახვა, არამედ შეუძლია მიიღოს განმეორებითი რეცეპტი ან გაიგზავნოს პირველი დონის კლინიკაში, სადაც გაკონტროლდება მისი მდგომარეობა და მიეცემა გამომწერილი მედიკამენტები.

გადასაგზავნ კლინიკაში პაციენტს დასჭირდება ყოველთვიური მომარაგება გამომწერილი ანტი-ჰიპერტენზიული საშუალებებით და საკონტაქტო პერსონა, რომელიც პერიოდულად გააკონტროლებს მის სისხლის წნევას. მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს პაციენტის სისხლის წნევის მონიტორინგი და არა მხოლოდ ანტი-ჰიპერტენზიული მედიკამენტების გამოყენება.

აღნიშნული პაციენტისთვის განკუთვნილი წარგზავნის წერილის მაგალითი შემდეგნაირად გამოიყურება:

ნარგზავნის წერილი

ძვირფასო ექიმო/ფარმაცევტო/მედდავ,

განვაგრძობ დილით სატელეფონო საუბრისას გარჩეულ საკითხს მისტერ A-ს ქვემოთ გადამისამართების თაობაზე.

მისტერ A, 67 წლის მამაკაცია, რომელიც შვიდი თვის წინ მიყვანილ იქნა გა-რანკუვას საავადმყოფოში მწვავე არაკონტროლირებადი ჰიპერტენზიის (180/120) ნიშნებით. მისი მკურნალობა დაემორჩილა ჰიდროქლორთიაზიდის, ატენოლოლისა და ენალაპრილის გამოყენებას. აღნიშნული სამი აგენტის გამოყენებით, მისი სისხლის წნევა მიმდინარე მომენტისთვის არის კარგად კონტროლირებადი (140/80). მას არ აღენიშნება სხვა ხილული სამედიცინო პრობლემა. აღნიშნული 6 თვის მანძილზე ის იღებდა გამონერილ მედიკამენტებს გა-რანკუვას საავადმყოფოში არსებული აფთიაქიდან, მაგრამ აღნიშნულ კლინიკამდე სატრანსპორტო მოძრაობა დიდ ხარჯებთანაა დაკავშირებული და, ამიტომ, მისი მოთხოვნით, გამონერილი მედიკამენტების მიღება მოხდება თქვენს კლინიკაში. მისტერ A იყენებს ჰიდროქლორთიაზიდს (12.5 მგ დღეში), ატენოლოლი (100 მგ დღეში) და ენალაპრილი (20 მგ დღეში). ჩვენი სურვილი იქნება, ექვსი თვის შემდეგ პაციენტმა კვლავ მოაკითხოს გა-რანკუვას საავადმყოფოს. გთხოვთ დამიკავშირდეთ მე ან აღნიშნულ საავადმყოფოს მისტერ A-ს მკურნალობისთვის დახმარების საჭიროების შემთხვევაში და ექვსი თვის შემდეგ დასაგეგმი ვიზიტის ორგანიზების მიზნით.

გა-რანკუვას საავადმყოფოს ფარმაცევტის ხელმოწერა

სოციალური გადამისამართება

ძალადობამ ან სოციალურმა ჩვევებმა შესაძლოა გავლენა იქონიონ პაციენტის კეთილდღეობასა და მედიკამენტოზურ თერაპიაზე. ფარმაცევტული ზრუნვის გეგმის ნაწილის სახით, შესაძლოა საჭირო გახდეს პაციენტის გადამისამართება ადვოკატთან, სოც-მუშაკთან ან სხვა მსგავს ინსტიტუციაში.

CASE STUDY - საილუსტრაციო შემთხვევა 2.8

აფთიაქის თანამშრომელთათვის კარგად ნაცნობი მამაკაცი რეგულარულად დადის აფთიაქში ორი ბოთლი ხველების სანიანალმდეგო მიქსტურის საყიდლად. აღნიშნულ მიქსტურას ახასიათებს პრეპარატზე დამოკიდებულების წარმოქმნის თვისება. მიქსტურის ყოველი გაყიდვისას, ფარმაცევტი უხსნის პაციენტს პრეპარატის გვერდითი მოვლენების შესახებ, აფრთხილებს მას წამალზე პოტენციური დამოკიდებულების განვითარების თაობაზე და ურჩევს, რომ თუ ხველა არ ემორჩილება მოცემულ მკურნალობას, უმჯობესია მან გაიაროს კონსულტაცია ექიმთან.

გარკვეული პერიოდის შემდეგ, ფარმაცევტისთვის ცნობილი ხდება ინფორმაცია, რომ აღნიშნული პაციენტი სხვა აფთიაქებშიც იძენს იგივე პრეპარატს და ადგილი აქვს წამლის ბოროტად გამოყენების სერიოზულ შემთხვევას. ფარმაცევტი აანალიზებს, რომ პაციენტი ვერ აკონტროლებს საკუთარ პრობლემას. მამაკაცთან დაპირისპირების ნაცვლად, ფარმაცევტი ცდილობს მოიპოვოს კონტროლი აღნიშნულ სიტუაციაზე და ახდენს კოლეგების ინფორმირებას პაციენტის მიერ ხველის სანიანალმდეგო მიქსტურის მაღალი დოზების გამოყენების თაობაზე.

გარკვეული პერიოდის შემდეგ, ოჯახის მეგობარ ფარმაცევტს იბარებენ დახმარების გასანებად, რადგან აღნიშნულ მამაკაცს ბრალი ედება ალკოჰოლისა და/ან წამლის ზემოქმედების ქვეშ ყოფნის გამო ავტომობილის უყურადღებოდ მართვაში. ფარმაცევტი არწმუნებს პაციენტს, რომ ნახოს სოც-მუშაკი ან მრჩეველი წამლის ბოროტად გამოყენების საკითხებში.

წარგზავნის წერილი

ძვირფასო კოლეგავ,

განვაგრძობ დილით სატელეფონო საუბრისას გარჩეულ საკითხს მისტერ X-ის გადამისამართების თაობაზე.

გმადლობთ რომ დათანხმდით აღნიშნულ მამაკაცთან შეხვედრას. მისტერ X, მამაკაცი, რომელსაც კარგად იცნობს აფთიაქის თანამშრომელთა გუნდი, გარკვეული პერიოდია იყენებს პრეპარატზე დამოკიდებულების გამომწვევ ხველის მიქსტურას. გამოყენების სიხშირე იზრდებოდა ეტაპობრივად და ამჟამად მიიღწია ისეთ დონეს, რომ პრეპარატი ხელს უშლის პაციენტის ნორმალურ ცხოვრებას. მას შემდეგ რაც მამაკაცს ბრალი დასდეს ალკოჰოლისა და/ან წამლის ზემოქმედების ქვეშ ავტომობილის უყურადღებოდ მართვაში, ის დასთანხმდა სოც-მუშაკთან ან ნარკოლოგთან კონსულტაციაზე.

დასაფასებელი იქნება მისტერ X-ისთვის თქვენს მიერ განეული დახმარება.

ფარმაცევტის ხელმოწერა.

2.6 დასკვნა

ფარმაცევტული ზრუნვა წარმოადგენს პაციენტზე ორიენტირებულ მომავლის პროფესიას, რომელიც ფოკუსირებულია წამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული პრობლემების იდენტიფიკაციას, აღმოფხვრასა და პრევენციაზე. მოცემული მიზნები მიიღწევა პაციენტზე ზრუნვის პროცესით, რომელიც თავის მხრივ შედგება ოთხი საფეხურისგან:

- ♥ შეაფასე პაციენტის წამლით მკურნალობასთან დაკავშირებული საჭიროებები;
- ♥ შექმენი აღნიშნული საჭიროებების დასაკმაყოფილებელი ზრუნვის გეგმა;
- ♥ განახორციელე დასახული გეგმა;
- ♥ შეაფასე/გადააფასე და განიხილე მიმდინარე გეგმა.

ფარმაცევტს მოეთხოვება ცოდნის მაღალი დონე და საჭირო უნარ-ჩვევები, რათა წესდლოს ფარმაცევტული ზრუნვის პაციენტებისთვის მინოდება და აღნიშნული ზრუნვის ხელშესაწყობად ორგანიზაციული სტრუქტურის ჩამოყალიბება. აღნიშნულ სტრუქტურას უნდა შეეძლოს პაციენტის მიკუთვნება ზრუნვის ოპტიმალური დონისთვის, ის უნდა ითვალისწინებდეს პაციენტის გადამისამართებას მისთვის შესაბამის დონეზე. საბოლოოდ კი, როდესაც პაციენტები მიიღებენ სარგებელს სწორად შერჩეული მედიკამენტური თერაპიისგან, ეს ფაქტი დადებით ზეგავლენას მოახდენს მათ ოჯახებსა და საზოგადოებაზე.

3

ინფორმაციის მართვა და მტკიცებულების გამოყენება

3.1 შესავალი

ფარმაცევტული და ფარმაკოთერაპევტული სფერო მუდმივად ცვალებადი და სწრაფად განვითარებადი დარგებია. ყოველდღიურად ხდება ახალი ტექნოლოგიების, ახალი და ძველი პროდუქტის შესახებ მიმდინარე ინფორმაციის წარდგენა საზოგადოებისათვის. შესაბამისად, ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალებს და, მათ შორის ფარმაცევტებსაც, ყოველდღიურად უნევთ ახალი ინფორმაციის მიღება „გაფილტვრა“, დახარისხება და საკუთარი პრაქტიკული საქმიანობის გასაუმჯობესებლად გამოყენება. ჯანდაცვის სფეროში ნამალი შესაძლოა წარმოადგენდეს ყველაზე ეფექტურ საშუალებას, რომელიც ანაზღაურებს მისთვის განეულ ხარჯებს, რადგან ახდენს ტკივილის შემცირებას და ზოგჯერ სიკვდილის თავიდან აცილების ერთდერთ საშუალებადაც კი ხდება. გარდა ამისა, მათი გამოყენებით შესაძლებელია ჯანდაცვის სფეროს შემლუდული რესურსების ხარჯვის შემცირება. მიუხედავად ამ დადებითი თვისებებისა, დღესდღეობით ფარმაცევტული კომპანიების მიერ გამოყენებული მარკეტინგული სვლების ფონზე, რთულია ფარმაცევტულ სფეროში რეალური წინსვლის იდენტიფიცირება. აქედან გამომდინარე, ძალიან მნიშვნელოვანია ამ უზარმაზარი ინფორმაციის ნაკადის შესაფასებლად ფარმაცევტს შეეძლოს კრიტიკულობის შეფასებისა და ღირებულება-ეფექტურობის შედარებითი ანალიზის მეთოდების გამოყენება. ინფორმაციის გააზრებასთან ერთად, ფარმაცევტს უნდა ახასიათებდეს კრიტიკულობის შეფასების შედეგების გაზიარება ჯანდაცვის სფეროს სხვა წარმომადგენლების, განსაკუთრებით კი რეცეპტების გამომწერი სპეციალისტებისათვის.

ზემოთ აღნიშნული მიზნების განსახორციელებელი ტექნიკის გამოყენება წარმოადგენს ახლად შექმნილი დისციპლინების, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მედიცინის/ფარმაკოთერაპიისა და ფარმაკო-ეკონომიკის, ერთ-ერთ ნაწილს.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მედიცინის განმარტება შემდეგნაირად უღერს:

„...ინდივიდუალურ პაციენტზე განსახორციელებელი ზრუნვისას გადანყვებილებების მიღების მიზნით, მიმდინარე რეჟიმში არსებული საუკეთესო მტკიცებულების ყურადღებით, ზუსტად და გონივრულად გამოყენება“. (Sackett et al)¹

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მედიცინის მიზანია რეცეპტის გამონერისა და მკურნალობისას ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლებმა ბრმად აღარ აირჩიონ ამა თუ იმ შემთხვევისთვის საუკეთესო მკურნალობად „მიღებული“ „მოდური მეთოდები“. მისი მიზანია გააერთიანოს მეცნიერული კვლევების შედეგად გამოვლენილი მტკიცებულება, კლინიკური ექსპერტიზის შედეგები და პაციენტის საჭიროებები. კლინიკური მტკიცებულების შეფასების პროცესი გამოიხატება ტერმინით: „კრიტიკულობის შეფასება“. მოგვიანებით, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მედიცინის კონცეფცია გაფართოვდა, რათა ინდივიდუალური პაციენტის ნაცვლად მორგებოდა საზოგადოების უფრო ფართო წრეებს (Sackett et al). მაგალითად, დღესდღეობით აღნიშნული კონცეფცია გამოიყენება სამკურნალო გაიდლაინების ნაკრებებში და სამედიცინო ფორმულარებში.² ფარმაკოეკონომიკა კი წარმოადგენს დისციპლინას, რომელიც გამოიყენება მაშინ, როდესაც საჭიროა კლინიკური/თერაპევტული ალტერნატივების შეფასება ფინანსური კუთხით.

თუმცა ბევრ შემთხვევაში სამედიცინო სფეროს პრაქტიკოს ნარმოადგენლებს არ მიუწვდებათ ხელი „საუკეთესო მტკიცებულებაზე“, რადგან ისინი მუშაობენ არასათანადო პირობებში. ასეთი შემთხვევებისთვის მიღებული პრაქტიკა რეცეპტის გამოწერისთვის სპეციფიკური გაიდლაინების შექმნა. აღნიშნული გაიდლაინების გამოყენებით შესაძლებელია მკურნალობის ასარჩევი მეთოდების დაყვანა იმ რაოდენობამდე, რომლებსაც თერაპიის შესაძლებელი შედეგებიდან, სავარაუდოდ, ექნებათ ყველაზე ეფექტური შედეგები. ეს მეთოდი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შეზღუდული რესურსების გარემოსთვის. მკურნალობის სტანდარტული გაიდლაინების, პროტოკოლებისა და კლინიკური გაიდლაინების შექმნისათვის გამოიყენება შესაბამისი მტკიცებულება, რათა მათი მეშვეობით მოხდეს გადანყვეტილების მიღების პროცესის გამარტივება და რაციონალური, რენტაბელური ჯანდაცვის ნარმოება.

მოცემული თავის მიზანია, უზრუნველყოს ფარმაცევტების მომზადება, თუ როგორ, მოიპოვონ ინფორმაცია საინფორმაციო, საკანონმდებლო და სასწავლო მეთოდებში განხორციელებულ ყოველდღიურ ცვლილებების შესახებ. აღნიშნულ თავში, ასევე, წარმოდგენილია ნამულების შესახებ ინფორმაციის ნაბეჭდი და/ან ელექტრონული წყაროების მიმოხილვა და მოცემულია გაიდლაინები, რათა ფარმაცევტმა სწორად შესძლოს ინფორმაციის ინტერპრეტაცია და შეფასება.

3.2 ძირითადი სასწავლო მიზნები

- ♥ აღწერე ფარმაცევტულ პრაქტიკაში „საუკეთესო მტკიცებულების“ გამოყენების გზები და მოახდინე აღნიშნული საკითხის დემონსტრირება
- ♥ აღწერე ფარმაცევტულ პრაქტიკაში ფარმაკო-ეკონომიკური ანალიზის გამოყენების გზები და მოახდინე აღნიშნული საკითხის დემონსტრირება

ზემოთ აღნიშნულ საკითხებში ძირითად პრინციპს წარმოადგენს ის, რომ ჯანდაცვის სფეროს ნარმოადგენლის მიერ გაკეთებული არჩევანი და დაგეგმილი მოქმედებებიც სრულად ხორციელდება მტკიცებულებაზე დაყრდნობით, ერთობლივად პაციენტისა და სამედიცინო სფეროს ნარმოადგენლის ინტერესების გათვალისწინებით. გადანყვეტილების მიღებისას იგულისხმება, რომ გადანყვეტილების მიმღები პერსონა სრულყოფილადაა ინფორმირებული და გათვითცობიერებული აქვს ყოველი გადანყვეტილების კლინიკური თუ ფინანსური გართულება. როგორც კი მოხდება მიზნის დასახვა, გადანყვეტილების მიმღებმა პერსონამ/გუნდმა უნდა აწარმოოს ყველა შესაძლო შემთხვევის განხილვა და შეფასება. ეს მიდგომა ითვალისწინებს, რომ გადანყვეტილების მიმღებ პირს აქვს შეუზღუდავი დრო, ცოდნა და ტექნიკური რესურსები.

შეზღუდული რაციონალურობა წარმოადგენს ზემოთ აღნიშნულისგან განსხვავებულ მიდგომას და გულისხმობს ნამდვილი სიტუაციის გამარტივებული, მართვადი მოდელის შექმნას. გადანყვეტილების მიმღები პირი, გარკვეული ჯგუფის ადამიანების შეხედულებიდან გამომდინარე, არგებს რაციონალურ მიდგომას აღნიშნულ მოდელს.

არსებობს კიდევ ერთი მოდელი, რომლის მიზანიც არის არა მხოლოდ ყველაზე შესაფერისი მედიკამენტის მოძიება მოცემული სიტუაციისათვის, არამედ ისეთი პრეპარატის შერჩევას, რომელიც ყველაზე მეტად ამართლებს მისთვის განეულ ფინანსურ დანახარჯს. როგორც ზემოთ აღნიშნა, კრიტიკულობის შეფასება გამოიყენება საუკეთესო კლინიკური/თერაპევტული ალტერნატივის განხილვისა და ფარმაკოეკონომიკური ანალიზის შედეგად ყველაზე მეტად რენტაბელური სამკურნალო საშუალების შესარჩევად.

3.3 უწყვეტი განათლება და პროფესიული განვითარება

ფარმაცევტის კარიერის მანძილზე ალბათ ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი გამონევაა მუდმივად შეძლოს ფეხი აუწყოს მეცნიერულ და პროფესიულ სიახლეებს. ვინაიდან ფარმაცევტის პროფესიული როლი უფრო და უფრო ვითარდება და ხდება მეტად ორიენტირებული ფარმაცევტული ზრუნვაზე, საჭიროა ფარმაცევტები უფრო აქტიურად ჩაერთონ პაციენტის წამლით მკურნალობის მენეჯმენტსა და თერაპიის სასურველი შედეგების მიღწევაში. პრეპარატებისა და სხვა სამედიცინო ინფორმაციის გაზრდილი ხელმისაწვდომობის ფონზე, ფარმაციის ყველა სფეროში იზრდება შესაძლებლობები ფარმაცევტებისთვისაც. თუ ფარმაცევტებს სურთ ფეხი აუწყონ არსებული ცვლილებებით წარმოქმნილ მოთხოვნებს, აუცილებელია გაითავისონ უწყვეტი პროფესიული განვითარების მნიშვნელობა და საჭიროება. უფრო მეტიც, ბევრ ქვეყანაში მარეგულირებელი/საკანონმდებლო ორგანოები ითხოვენ მტკიცებულებებით დადასტურებას იმისა, რომ ახლად სერტიფიცირებული ფარმაცევტები შეძლებენ თეორიული ცოდნის პრაქტიკაში გამოყენებას, და რომ ეს ფარმაცევტები რჩებიან კომპეტენტურები მთელი თავიანთი პრაქტიკის მანძილზე.

შიდსის სანინაალმდგომ თერაპიის უცვარი განვითარება და მისი სამკურნალო მედიკამენტების მკვეთრი ზრდა, აშკარას ხდის საჭიროებას. 2001 წელს შიდსის სამკურნალოდ ბაზარზე არსებობდა 18 მედიკამენტი, 100 კი კლინიკური კვლევის ეტაპზე იყო. შემდეგ წლებში დამატებით სხვა პრეპარატების რიცხვი კიდევ უფრო იზრდება.

ფარმაცევტები ვალდებული არიან იყონ სათანადოდ ინფორმირებული ახალი მედიკამენტების, მათი გამოყენების წესისა და ფორმულარებში არსებობის შესახებ. ჯანდაცვის სფეროს პერსონალის უმეტესობა იძულებულია გამოიყენოს და დაეყრდნოს სახელმძღვანელოებიდან, ჟურნალებიდან და საგანმანათლებლო შეხვედრებიდან მიღებულ ინფორმაციას, რათა იყოს მიმდინარე მოვლენების საქმის კურსში. იმ მიზნით, რომ პაციენტმა მიიღოს უკეთესი მომსახურება ჯანდაცვის სფეროში, საჭიროა პროფესიონალების პრაქტიკული ცოდნის გაუმჯობესება, რაც თავის მხრივ უწყვეტი პროფესიული განვითარებისა და განათლების პროგრამის ერთ-ერთ ძირითად მიზანს წარმოადგენს.

უწყვეტი პროფესიული განვითარების განმარტება FIP-მა შემდეგნაირად ჩამოაყალიბა: „ეს არის ინდივიდუალური ფარმაცევტის პასუხისმგებლობა სისტემატურად შეინარჩუნოს, განავითაროს და გააფართოს საკუთარი ცოდნა, უნარ-ჩვევები და დამოკიდებულება, რათა შესძლოს მთელი თავისი კარიერის მანძილზე დარჩეს კომპეტენტურ ფარმაცევტად“.⁴

უწყვეტი პროფესიული განვითარება იგივე არაა, რაც უწყვეტი განათლება. ის არ განისაზღვრება ლექციებსა და სხვადასხვა კურსებზე გატარებული საათებით. არამედ, ის მოითხოვს პოზიტიურ დამოკიდებულებას და მზადყოფნას მთელი ცხოვრების მანძილზე სწავლის საჭიროების მიმართ და მოიცავს სწავლის ყველა შესაძლო მეთოდს, რომელიც აუმჯობესებს ფარმაცევტის კომპეტენტურობასა და პრაქტიკულ საქმიანობას.

სათანადო ლიტერატურული ანალიზის შედეგად დადგინდა, რომ მხოლოდ ლექცია-სემინარებზე დასწრებით შეუძლებელია პრაქტიკული პროფესიონალიზმის ზრდა, მაშინ როცა სწავლებაში ინტერაქტიული „ვორქშოფები“-ს გამოყენებამ შესაძლოა საგრძნობ გაუმჯობესებამდე მიგვიყვანოს.⁵

რადგან უწყვეტი პროფესიული განვითარების კონცეფცია ორიენტირებულია ინდივიდუალურ საჭიროებებზე, ყველა ფარმაცევტი ვალდებულია საკუთარ პრაქტიკულ საქმიანობაში აღმოაჩინოს სწავლების საჭიროება და თავადვე განსაზღვროს სწავლების მეთოდი, რომელიც სრულყოფილად შეავსებს და აღმოფხვის ამ აღმოჩენილ საჭიროებას. ინდივიდუალური საჭიროებების აღმოჩენა მუდმივი პროცესია, რომელიც თითოეულ ფარმაცევტში მოითხოვს მთელი ცხოვრების მანძილზე უწყვეტად სწავლის სურვილის არსებობას. ამიტომ უწყვეტი პროფესიული განვითარების კონცეფცია შერწყმულია უწყვეტი განათლების კონცეფციასთან.

სურათი 3.1 უწყვეტი განათლების ციკლი

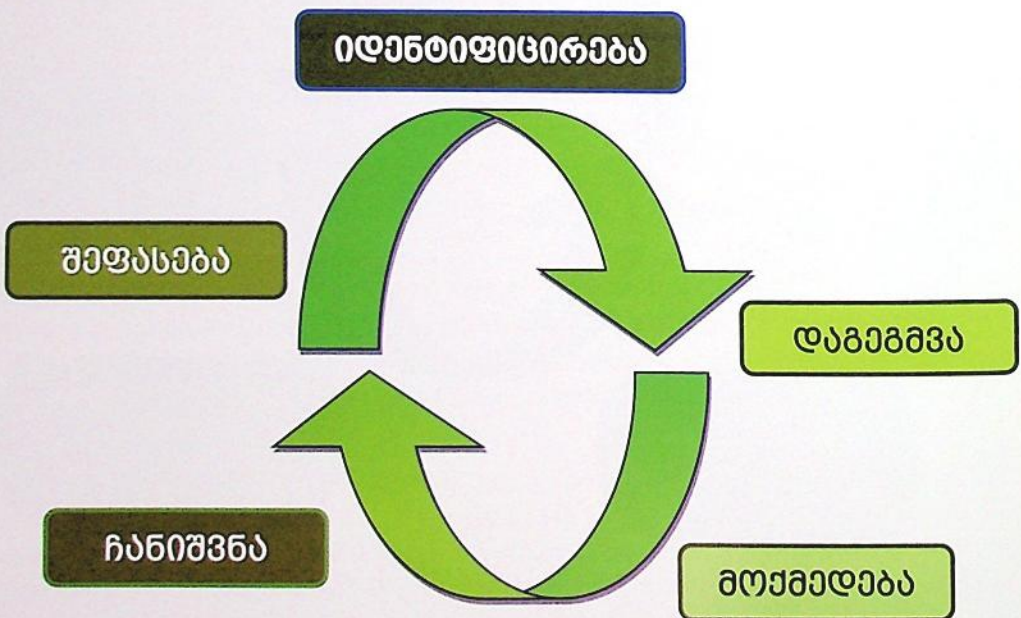


CASE STUDY - საილუსტრაციო შემთხვევა 3.1

ქრისტინე მუშაობს აფთიაქში. ადრე დასაქმებული იყო ფარმაცევტული კომპანიის ნარმოების უბანზე. ის მუშაობს და მონაწილეობას იღებს ერთი სტაჟიორი ფარმაცევტისა და ორი დამხმარე პერსონალის, (რომლებიც ფარმაცევტის ასისტენტის კვალიფიკაციის მოპოვების პროცესში არიან), სწავლებებში. ქრისტინეს აქვს ძალიან კარგი პროფესიული ურთიერთობა ჯანდაცვის სფეროს სხვა ნარმომადგენლებთან, მაგ. ფიზიოთერაპევტებთან, ორ კერძო ექიმთან და მედღებთან. ისინი ხშირად ურეკავენ ქრისტინეს, რათა მიიღონ ინფორმაცია ახალად დანერგილი მედიკამენტებისა და ამ მედიკამენტებთან დაკავშირებული პრობლემების შესახებ. ასევე იქცევიან მისი პაციენტების, რადგან იციან, რომ ქრისტინე ყოველთვის ინფორმირებულია უახლესი მოვლენების შესახებ. მსგავსი რეპუტაცია ქრისტინემ დაიმსახურა შვიდვარსკვლავიანი ფარმაცევტის ფუნქციების ღირსეულად შესრულების შედეგად. ქრისტინეს სტაჟიორ ფარმაცევტს, რომელიც უკვე საკმაოდ კომპეტენტურია, სურს დაიმსახურო ასეთივე რეპუტაცია და აინტერესებს როგორ მიაღწიოს ამას. ქრისტინეს შეუძლია გამოიყენოს უწყვეტი პროფესიული განვითარების კონცეფცია, რათა დაეხმაროს მას.

უწყვეტი პროფესიული განვითარება მოიცავს სწავლების ყველა მეორედს, რომელთა დახმარებითაც შესაძლებელია პრაქტიკის გაუმჯობესება. მისი შემადგენელი 5 კრიტიკული ელემენტია: პრაქტიკაში არასრულფასოვანი წერტილების იდენტიფიცირება (საკუთარი თავის შეფასება), დაგეგმვა, მოქმედება (თეორიის პრაქტიკაში გამოყენების შესწავლა), ჩანაწერების გაკეთება, ჩანიშვნა (დოკუმენტაცია) და შეფასება.

სქემა 3.2 უწყვეტი პროფესიული განვითარების ციკლი



საკუთარი თავის შეფასება

მნიშვნელოვანია შეგვეძლოს ჩვენს ყოველდღიურ საქმიანობაზე დაკვირვება და ამ დაკვირვების შედეგად იმის განსაზღვრა, რისი სწავლა შეიძლება მიღებული გამოცდილებიდან ან რა უნდა ვისწავლოთ, რომ გამოცდილებამ შეიძინოს უფრო დიდი მნიშვნელობა. საჭიროებების გამოვლენა შესალებელია საკუთარი თავის შეფასების შედეგად, მენეჯერის მხრიდან თქვენი შეფასების შედეგად, ასევე, აუდიტისა და სხვა პროფესიული შემონეგების შედეგად.

დაგეგმვა

ვინაიდან უწყვეტი პროფესიული განვითარება ორიენტირებულია ინდივიდუალურ საჭიროებებზე, მნიშვნელოვანია განისაზღვროს სწავლის მეთოდი, რომელიც მორგებულია ინდივიდუალურ პერსონაზე. სწავლის მეთოდის შერჩევასა მნიშვნელოვანია შესაფერისი დროის, რესურსებისა და სწავლების სტილის სწორად შერჩევა.

მოქმედება

აუცილებელია სხვადასხვა სასწავლო ღონისძიებებში მონაწილეობის მიღება. მაგალითად, როგორცაა: პრეზენტაციები, შეხვედრები, მომავალი პროფესიონალების მომზადება, კოლეგებთან და ექსპერტებთან დისკუსიები და ა.შ.

დოკუმენტაცია

უწყვეტი პროფესიული განვითარება მოითხოვს სხვადასხვა ეტაპებისა და სტადიების დოკუმენტირებას. ეს დოკუმენტაცია გამოდგება, როგორც საბუთი იმისა, რომ თქვენ აქტიურად მონაწილეობდით საკუთარ პროფესიულ განვითარებაში. მართალია უწყვეტი პროფესიული განვითარება სტრუქტურირებული და განერილი კონცეფციაა, მაგრამ ის მოიცავს შემთხვევით სწავლებებს, რაც გულისხმობს მუდმივ სწავლებას, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პრაქტიკულ საქმიანობაში წარმოქმნილი ყოველდღიური შემთხვევებიდან მიღებულ ცოდნას. მნიშვნელოვანია აღნიშნული შემთხვევების დოკუმენტირება. უწყვეტ პროფესიულ განვითარებასთან დაკავშირებული დოკუმენტაცია უნდა იქნას შენახული, რათა საჭიროებისას მოხდეს მისი წარდგენა.

შეფასება

სასწავლო ღონისძიების დასრულების შემდეგ აუცილებელია სწავლის შედეგების შეფასება. ამისათვის შესაძლოა გამოდგეს შემდეგი კითხვები:

- ♥ რისი გაკეთება შემოძლია ახლა, რისი გაკეთებაც არ შემოძლია სწავლებამდე?
- ♥ რა ვიცი ახლა ისეთი, რაც არ ვიცოდი სწავლებამდე?
- ♥ რა გავლენა იქონია სწავლებამ ჩემს პრაქტიკულ საქმიანობაზე? სწავლების შედეგად, წინასწარ თუ გამოჩნდა მომავლისთვის დასაგეგმი ღონისძიებები?

3.4 ინფორმაციის კრიტიკული შეფასება ფარმაცევტულ პრაქტიკაში

3.4.1 ფარმაცევტული ინფორმაციის წყაროები

დღესდღეობით არსებობს ფარმაცევტული ინფორმაციის უამრავი წყარო, როგორებიცაა: ცნობარები, პრეპარატთა ჩანაწერები, ეროვნულ პრეპარატთა ნუსხა, ესენციური მედიკამენტები, სამკურნალო გაიდლაინები, პრეპარატთა ფორმულარები, პრეპარატთა ბიულეტენები, სამედიცინო ჟურნალები, სამედიცინო ცენტრები, ელექტრონულ ქსელებში არსებული ინფორმაცია და ფარმაცევტული ინდუსტრია.

ცნობარები

თემათა ფართო სპექტრზე არსებობს სხვადასხვა ცნობარები. ამ მრავალფეროვნების გამო აუცილებელი ხდება შეგვეძლოს თითოეული პუბლიკაციის ხარისხის შეფასება. ცნობარის არჩევისას ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კრიტერიუმია გამოცემების სიხშირის შეფასება. შეუძლია მხოლოდ ისეთ პუბლიკაციებს თანამედროვე და აქტუალური ინფორმაციის მონოდება, რომელთა განახლებაც ხდება ორიდან ხუთ წლამდე შუალედით. და მაინც, ასეთი ინტენსივობით განახლებად სახელმძღვანელოებსაც კი არ შეუძლიათ სრულყოფილად უახლესი ინფორმაციის მონოდება, რადგან წერის დასრულებას, რედაქტირებასა და წიგნის გამოქვეყნებას საკმარის დრო სჭირდება. ცნობარების მაგალითებია:

Reference books that cover general pharmacology are Goodman and Gilman's *The Pharmacological Basis of Therapeutics* and *Clinical Pharmacology* by Laurence and Bennett. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach* edited by DePiro et al. is an example of a text book on pharmacotherapy. *Applied Pharmacokinetics: Principles of Therapeutic Drug Monitoring* by Evans et al. provides information on pharmacokinetics and therapeutic drug monitoring. *Hansten and Horn's Drug Interactions Analysis and Management* is a primary source for information on drug interactions. In addition, Martindale's *The Complete Drug Reference* and the *AHFS Drug Information* provide detailed drug information on a wide range of medicines.

პრეპარატთა ჩანაწერები

პრეპარატთა შესახებ ჩანაწერები გვხვდება მედიცინის განსხვავებულ სფეროებში, განსხვავებული შემადგენლობითა და შინაარსით. მედიკამენტის შესახებ ინფორმაციის ეს ფორმა მიღებულია ბევრ ქვეყანაში და ძირითადად მოიცავს პრეპარატის გენერიულ და ბრენდულ დასახელებებს, ქიმიურ შემადგენლობას, გამოყენების ჩვენებებსა და უკუჩვენებებს, გაფრთხილებებს, ინფორმაციას პრეპარატის ურთიერთქმედებებისა და სხვა საყურადღებო მომენტებს, გვერდით მოვლენებს, მითითებებს მიღების წესისა და დოზირების შესახებ. ზოგი ტიპის პრეპარატთა ჩანაწერები, მაგ აშშ-ში არსებული *Physician's Desk Reference* ეყრდნობა პრეპარატების მარკირებაზე არსებულ ინფორმაციას, რომელიც მარეგულირებელი ორგანოების მიერ ოფიციალურადაა დამტკიცებული. *The Unatied State Pharmacopeia Dispensing Information (USP DI)* და *The British National Formulary (BNF)* წარმოადგენს რთულ და მრავლისმომცველ პრეპარატთა ჩანაწერებს, რომლებიც გვანვლიან ინფორმაციას პრეპარატთა შედარებით შეფასებაზე, ასევე, სხვადასხვა

კრიტიკიუმების შესახებ, თუ როგორ უნდა ავირჩიოთ პრეპარატი კარგად განსაზღვრული თერაპიული ჯგუფიდან.

ესენციური პრეპარატების ეროვნული სია, სამკურნალო გაიდლაინები და პრეპარატთა ფორმულარები

მრავალ განვითარებად ქვეყანაში არსებობს ესენციური პრეპარატების ეროვნული ნუსხა სხვადასხვა ტიპის მკურნალობის სტანდარტული გაიდლაინებით ან მათ გარეშე. მსგავსი სიები შედგენილია კონსენსუსის შედეგად იმ საკითხზე, თუ რომელი დაავადებები და ჩივილებია გავრცელებული ყველაზე მეტად და მათში განსაზღვრულია ამ დაავადებების გარკვეულ დონეზე სამკურნალოდ განკუთვნილი პრეპარატები. თქვენ უნდა შეეცადოთ მოიძიოთ ინფორმაცია იმის შესახებ, არსებობს თუ არა მსგავსი ტიპის გაიდლაინები თქვენს ქვეყანაში და თუ არსებობს, უნდა მოიპოვოთ მისი უკანასკნელი გამოცემა. თუ თქვენს ქვეყანაში არ არსებობს ესენციური პრეპარატების ეროვნული ნუსხა, მაშინ შეგიძლიათ იხელმძღვანელოთ ჯანმო-ს მიერ რეკომენდებული, 2 ნელში ერთხელ განახლებადი, „Model List of Essential Medicines“-ით. „Model List of Essential Medicines“-ი ხელმისაწვდომია როგორც ნაბეჭდი, ასევე, ელექტრონული ფორმით ჯანმო-ს Essential Medicines Library-ზე (ეს არის მონაცემთა ელექტრონული ბაზა, რომელიც გვცემარება ესენციური პრეპარატების შერჩევაში, მოიცავს ისეთ ინფორმაციას, როგორიცაა ჯანმო-ს ყველაზე მნიშვნელოვანი კლინიკურ გაიდლაინთა ნაკრები, ხარისხის უზრუნველყოფის სტანდარტები, ინფორმაცია ინდიკატორული ფასებისა და ნომენკლატურის შესახებ და ა.შ.)

The WHO Model formulary 2004 წარმოადგენს M Model List of Essential Medicines-ში შემავალი პრეპარატებისთვის სტანდარტულ ფორმულარს, რომელიც აძლევს საშუალებას ქვეყნებს, რომელთაც სურთ განავითარონ საკუთარი ფორმულარები, დაიწყონ აღნიშნული კუთხით მუშაობა. აღნიშნული ფორმულარი ხელმისაწვდომია სამი ფორმით: ნაბეჭდი, CD-ROM ფორმატით და ელექტრონული ფორმით ქვემოთ მოცემულ საიტზე: <http://mednet3.who.int/EMLib/>

ეროვნული ან საზოგადოებრივი პრეპარატთა ფორმულარები ძირითადად იქმნება თერაპევტული კომისიების მიერ და შეიცავს იმ პრეპარატთა სიას, რომელიც დამტკიცებულია კონკრეტულ დაწესებულებებში, უბნებში, რეგიონებსა და ქვეყნებში გამოყენებისათვის. ბევრ სადაზღვეო კომპანიას, საავადმყოფოს და ჯანდაცვის ცენტრს აქვს თავიანთი ფორმულარები, რომლებშიც ჩამოთვლილია მათ მიერ ანაზღაურებადი პრეპარატები.

პრეპარატთა ბიულეტენები

პრეპარატთა ბიულეტენები ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ინფორმაციის წყაროა უახლესი ინფორმაციის მიღების კუთხით. ბიულეტენთა უმეტესობა არ ფინანსდება ფარმაცევტული კომპანიების მიერ, ამიტომ გვანვდის მედიკამენტთა მიუკერძოებელ შეფასებას და პრაქტიკულ რეკომენდაციებს, რომელიც დაფუძნებულია სხვადასხვა ტიპის თერაპიის შედეგებზე. პრეპარატთა ბიულეტენებია, მაგალითად:

- *Drug and Therapeutics Bulletin* (UK)
- *Medical Letter* (USA) (subscription only)
- *Therapeutics Letter* <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter.html> (also available in Spanish)
- *Australian Prescriber* (Australia) <http://www.australianprescriber.com>
- *la revue Prescrire* <http://www.prescrire.com> (published in French)
- *Medscape* <http://www.medscape.com>

ჟურნალები

არსებობს მრავალი ჟურნალი, რომელსაც შეუძლია დაეხმაროს ფარმაცევტულ სფეროში მოღვაწე სხვადასხვა პირს უახლესი ინფორმაციის მიღებაში. ფარმაცოთერაპიის შესახებ ინფორმაციის მოძიება შეძლება ჟურნალებში: **Pharmacotherapy, The Annals of Pharmacotherapy** და **Expert Opinion on Pharmacotherapy** პაციენტის მზრუნველობისა და ფარმაცოთერაპიის შესახებ ინფორმაცია მოცემულია ისეთ ჟურნალებში, როგორცაა: **Lancet, the New England Journal of Medicine** და **the British Medical Journal. The International Journal of Pharmacy Practice** წარმოადგენს ისეთი ჟურნალის მაგალითს, რომელიც ორიენტირებულია ფარმაცევტულ პრაქტიკაზე. მიუხედავად იმისა, რომ ჟურნალებში მოცემული ინფორმაციის შეფასება საკმაოდ მკაცრად ხდება, ჟურნალებში გამოქვეყნებული კვლევები და სტატიები არ გვაძლევს იმის თქმის საშუალებას, რომ ეს ჟურნალი ნამდვილად მაღალი დონის სამედიცინო ღირებულებისაა. 3.4.2 პუნქტში მოცემულია გაიდლაინები, რომელთა გამოყენებითაც შეაფასოთ რამდენად ღირებული და სანდოა საინფორმაციო მასალა, რომელსაც აპირებთ ხელმძღვანელობას.

პრეპარატთა საინფორმაციო ცენტრები

ნებისმიერ მოთხოვნაზე პასუხის გაცემამდე ფარმაცევტი უნდა დარწმუნდეს, რომ მის მიერ მოპოვებული ინფორმაცია სანდო და ობიექტურია (სამედიცინო ლიტერატურეს შესაფასებელი მეთოდები მოცემულია პუნქტ 3.4.4). ბევრ ქვეყანაში არსებობს პრეპარატთა საინფორმაციო ცენტრები. მაგ. გაერთიანებულ სამეფოში ფარმაცევტთა სამედიცინო ინფორმაციის ჯგუფი აქვეყნებს სამედიცინო ინფორმაციას საკუთარ საიტზე: <http://www.druginfozone.org/>

პრეპარატთა შესახებ უახლესი ინფორმაციის მიღების კარგი საშუალებაა **ჯანმო**-სა და **PAHO (PAN American Health ORganization)**-ის მიერ ჩამოყალიბებული **Pharmaceutical Clearing House** და **the Pan-American Pharmaceutical Forum**. ამ კუთხით საინტერესო საიტებია, ასევე:

WHO Essential Medicines Library: <http://mednet3.who.int/EMLib/>

Free Medical Journals site: <http://www.freemedicaljournals.com> which is dedicated to the promotion of free access to medical journals over the Internet.

Catalogue of Internet health resources with links to relevant sites: <http://www.bubl.ac.uk/link/med.html>.

ასევე, ინტერნეტში გაფანტული მტკიცებულებაზე დაფუძნებული სამედიცინო ინფორმაციის შესაძრებად და გასაერთიანებლად დაარსდა საინფორმაციო ცენტრი **TRIP**, რომლის ბაზისური ვერსიის ნახვა შესაძლებელია საიტზე დარეგისტრირების გარეშე: <http://www.tripdatabase.com>

დარეგისტრირების შედეგად კი შესაძლებელია ინფორმაციის მიღება **M Micromedex**-იდან, რომელიც გვანვდის ინფორმაციას მედიკამენტების (**DrugDex**), დაავადებების (**DiseaseDex**) და კინეტიკის (**KinetiDex**) შესახებ: <http://www.micromedex.com>.

პრაქტიკული სწავლება 3.1

ახლახანს თქვენს ქვეყანაში დარეგისტრირდა ახალი პრეპარატი, რომლის შესახებაც გეკითხებათ პაციენტი. შექმენით პრეპარატის შესახებ თქვენთვის ხელმისაწვდომი ინფორმაციის წყაროების სია და დაასახელეთ რომელი მათგანია ყველაზე მეტად გამოსაყენებელი მსგავსი ტიპის კითხვებზე პასუხის გასაცემად.

3.4.2 როგორ მოვიძიოთ (და შევაფასოთ) წამალთან დაკავშირებული ინფორმაცია ინტერნეტით

ბევრი სამედიცინო შინაარსის სტატიის მოძიება შესაძლებელია Medline-ის მონაცემთა ბაზაში. Medline ხელმისაწვდომია სამედიცინო და სამეცნიერო ბიბლიოთეკათა უმეტესობაში, დაკომპლექტებულია აშშ-ს ეროვნული სამედიცინო ბიბლიოთეკით და მოიცავს 3800-ზე მეტ ჟურნალს, რომლებიც გამოქვეყნებულია 70-ზე მეტ ქვეყანაში. ინტერნეტით ყოველგვარი საფასურის გარეშე ხელმისაწვდომია M Medline-ის მონაცემთა ბაზა: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>

ინფორმაციის მოსაძიებლად ასევე შეიძლება შემდეგი საიტების გამოყენება: <http://www.medscape.com/> <http://www.biomail.sourceforge.net/biomail/>

მთავარია ვუზრუნველყოთ ინტერნეტიდან მოპოვებული ინფორმაციის სანდოობა. ქვემოთ ჩამოთვლილ შეკითხვებზე პასუხის გაცემით შესაძლოა იმის გარკვევა, ავტორიტატულია თუ არა ინტერნეტში გამოქვეყნებული სტატია:

□ როგორია გამოქვეყნებული სტატიის ავტორის კვალიფიკაცია?

არის თუ არა ავტორი დაკავშირებული რომელიმე კარგად ცნობილ ორგანიზაციასთან?

დააკვირდით ინფორმაციის წყაროს. არის თუ არა ინფორმაციის წყარო რომელიმე დიდი უნივერსიტეტი, რომელიც მუშაობს/სპეციალიზებული გამოქვეყნებული საკითხების კუთხით?

გამოქვეყნებულია თუ არა სტატია კარგი რეპუტაციის მქონე საიტზე? ხდება თუ არა მისი გადახედვა/განახლება და აქტუალობაზე შემოწმება?

მიაქცია თუ არა სტატიის ავტორმა ტექსტის დანყოფის თანმიმდევრობას, გაფორმებას და ლოგიკურობას?

აკმაყოფილებს თუ არა სტატია 3.4.4 პუნქტში მითითებულ კრიტერიუმებს?

The following web site (also to be used in Learning Activity 3.4 below) is a useful source of criteria for evaluating content:

Grassian E. Thinking critically about world wide web resources. UCLA College Library. Available at: <http://www.library.ucla.edu/libraries/college/help/critical/index.htm>

პრაქტიკული სწავლება 3.2

1. ინტერნეტის გამოყენებით (მაგ. Medline-ის მონაცემთა ბაზაში მოძიებით) იპოვეთ სტატიები ფარმაცევტული ზრუნვასთან დაკავშირებით.

2. შეკვეცეთ ძიების არეალი და ფარმაცევტული ზრუნვაში მოიპოვეთ ინფორმაცია ამბულატორული ზრუნვის შესახებ.

3.4.3 როგორ მოვიპოვოთ საჭირო ინფორმაცია ფარმაცევტული (სამედიცინო) წარმომადგენლებისგან

ფარმაცევტულ ინდუსტრიას საკმაოდ დიდი ბიუჯეტი აქვს იმისთვის, რომ დააფინანსოს რეკლამირების სხვადასხვა გზები. რეკლამირების ერთ-ერთ უარყოფითი ასპექტია, ის რომ ყოველთვის ყურადღებას ამახვილებს მხოლოდ პროდუქტის დადებით მხარეებზე. ფარმაცევტულ წარმომადგენლებთან ურთიერთობისას მნიშვნელოვანია კონტროლი გავუწიოთ პროდუქტის შესახებ დადებითი ინფორმაციის ნაკადს. ვინაიდან, სწორედ ფარმაცევტია ის პერსონა, რომელსაც ხშირად ეძლევა საშუალება შეარჩიოს და რეკომენდაცია გაუწიოს ამა თუ იმ პრეპარატს, სწორედ ფარმაცევტები არიან მსგავსი ფარმაცევტული რეკლამირების სამიზნე ობიექტები. ფარმაცევტი უნდა ფლობდეს სრულყოფილ ინფორმაციას სარეკლამო მასალების შესახებ, რათა შეძლოს არგუმენტირებულად განსაზღვროს წამლის რაციონალურად გამოყენების გზები.

პრაქტიკული სწავლება 3.3

ერთ-ერთი ფარმაცევტული კომპანიის სამედიცინო წარმომადგენელს თქვენთან დანიშნული აქვს შეხვედრა. შეხვედრის მიზანს წარმოადგენს თქვენთვის მათ მიერ წარმოებული ახალი, მოქმედების ძალიან ფართო სპექტრის მქონე, ანტიბიოტიკის გაცნობა. გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული გაიდლაინები, რათა სწორად წარმართოთ შეხვედრა.

ქვემოთ მოცემულია გზამკვლევები, რომელიც დაგეხმარებათ სამედიცინო წარმომადგენელთან შეხვედრიდან მაქსიმალურად სრულყოფილად გამოიტანოთ საჭირო ინფორმაცია.

- ♥ □ სამედიცინო წარმომადგენელს შეხვდით მხოლოდ წინასწარ დანიშნული მოლაპარაკების საფუძველზე. ეს საშუალებას მოგცემთ შეხვედრამდე გაეცნოთ განსახილველი თემის შინაარსს და შეხვედრაზე არ მისცეთ საშუალება წარმომადგენელს გადაუხვიოს თემა.
- ♥ □ აიღეთ პასუხისმგებლობა ინტერვიუს წარმართვაზე. არ მოუსმინოთ წინასწარ მომზადებულ ინფორმაციას გაყიდვების შესახებ, არამედ დასვით სპეციფიკური კითხვები მაგ. წამლის გვერდითი მოვლენებისა და მისი თერაპიული ეფექტურობის შესახებ.
- ♥ □ მოითხოვეთ რომელიმე, აღნიშნული ფარმაცევტული კომპანიისგან დამოუკიდებელ ჟურნალში, გამოქვეყნებული ინფორმაცია.

- ♥ სარეკლამო ბუკლეტები ხშირად მოიცავს გამოუქვეყნებელ ინფორმაციას, არასწორი მიმართულებით ნამყვან გრაფებს და კონტექსტიდან ამოგლეჯილ ფრაზებს. ფარმაცევტს უნდა შეეძლოს ამ ყველაფრის ამოცნობა და კონტროლი, რათა შეძლოს გაუმკლავდეს იმ ექიმებისგან გამომწერილ რეცეპტებს, რომლებიც მოექცნენ რეკლამირების გავლენის ქვეშ.
- ♥ მოახდინეთ სრული იგნორირება რეკლამირების იმ ფორმისა, როდესაც წარმომადგენელი ასახელებს ცნობილ ადამიანებს, რომლებიც მკურნალობენ სარეკლამო პრეპარატით.
- ♥ მოითხოვეთ კონკრეტული მტკიცებულება ქვემოთ მოცემული „საფეხურებრივი“ ანალიზის შედეგად:

უსაფრთხოება - რამდენად შესაძლებელია პრეპარატმა გამოიწვიოს ხანგრძლივი ან სერიოზული გვერდითი მოვლენები;

ტოლერანტულობა - ორგანიზმის ტოლერანტულობის შეფასება ამა თუ იმ პრეპარატის მიმართ ყველაზე კარგად შეიძლება ამ პრეპარატის ორგანიზმიდან გამოყოფის დროის შედარებით მისი ყველაზე ცნობილი კონკურენტი პრეპარატის ორგანიზმიდან გამოყოფის დროსთან.

ეფექტურობა - აღნიშნული კრიტერიუმის შესაფასებლად ყველაზე კარგი მაჩვენებელია ბაზარზე არსებულ შენს „ფავორიტ“ პრეპარატთან მისი შედარება.

ფასი - პირდაპირი და არაპირდაპირი ხარჯებიც უნდა იქნას გათვალისწინებული პრეპარატის გამოყენებასთან დაკავშირებული ჯამური თანხის დასათვლელად.

- ♥ მოითხოვე ყველა იმ დოკუმენტის ასლი, რომელიც წარმოდგენილი იქნება წარმომადგენლის მიერ კლინიკური კვლევებისა და მსგავსი ინფორმაციის მოსაწოდებლად. მკაცრად შეაფასე მოცემული მტკიცებულება განსაკუთრებული ყურადღება გაამახვილე კვლევებში გამოყენებული ნიმუშების ზომამზე/რაოდენობასა და კვლევის მეთოდებზე. არ მიიღოთ პრეპარატის შესახებ წამოყენებული დადებითი თეორიული არგუმენტები, რომლებიც პირდაპირ ასახავს არ პოვებენ კლინიკური კვლევის შედეგებში. ყოველთვის გახსოვდეთ, რომ ნეგატიური ინფორმაცია არ იქნება გამოქვეყნებული სარეკლამო ბუკლეტებში და არც სამედიცინო წარმომადგენელი გაგიმახვილებთ ყურადღებას წამლის გამოყენების შედეგად წარმოქმნილ უარყოფით მოვლენებზე. თქვენ დამოუკიდებლად უნდა მოიძიოთ ინფორმაცია სამედიცინო ლიტერატურაში.
- ♥ ის რომ პრეპარატი ბაზარზე ახალი არ შეიძლება იყოს ძველი ანალოგისგან მასზე გადასვლის მიზეზი. ახალი პრეპარატი ყოველთვის არ არის უკეთესი ან უფრო მეტად უსაფრთხო.
- ♥ არ დათანხმდეთ არაკონტროლირებად „კვლევით საქმიანობაში“ მონაწილეობას, რომელიც დამყარებულია ახლახანს, მცირე მოცულობის სერიებით, წარმოებული პრეპარატების გამოყენებაზე.
- ♥ ჩაინიშნე ინტერვიუს შინაარსი და დაუბრუნდი/გადახედე ჩანერილ შენიშვნებს, თუ წარმომადგენელი ისევ მოითხოვს შენთან შეხვედრას. (Greenhalgh, 1997)⁶.

3.4.4 როგორ შვავფასოთ სამედიცინო ლიტერატურა

ვინაიდან დღითიდღე იზრდება იმ ნაშრომების და პუბლიკაციების რაოდენობა, რომლებიც აღწერენ მკურნალობის ახალ მეთოდებს, უფრო და უფრო კრიტიკული ხდება შეგვეძლოს

შევაფასოთ და სწორად ავირჩიოთ სათანადო სამედიცინო ლიტერატურა. მხოლოდ ძალიან მკაცრი და კრიტიკული შეფასების შემდეგ შეუძლია ფარმაცევტს გამოიტანოს სათანადო დასკვნები ნაკითხული ლიტერატურული წყაროებიდან და მიღებული ცოდნა დანერგოს ფარმაცევტული ზრუნვის პრაქტიკაში.

ქვემოთ ჩამოთვლილი სამი შეკითხვა დაგვეხმარება დასახული მიზნის მიღწევაში:

- ♥ რატომ ჩატარდა ნაშრომში აღწერილი კვლევა და რომელი პირობების შემთხვევაში ისახავდა ის მიზნად?
- ♥ რა სახის კვლევა იყო ჩატარებული?
- ♥ იყო თუ არა კვლევა სათანადოდ გაფორმებული სწავლების მიზნისთვის?

დოკუმენტების უმეტესობას მსგავსი ფორმატი აქვს, რომელიც მოიცავს შესავალს, მეთოდების აღწერას, შედეგების აღწერას და განხილვის ნაწილს.

შესავალმა მკითხველს უნდა მისცეს საშუალება, გაეცნოს დასმულ პრობლემას, უნდა უზუნველყოს მისთვის პრობლემის გასაგებად და შედეგების გასაანალიზებლად საჭირო ბაზისური ცოდნის მიწოდება. ასევე, შესავალშივე მკაფიოდ უნდა გამოიკვეთოს კვლევის მიზანი.

მეთოდების აღწერის ნაწილი უნდა იყოს გასაგებად და დეტალურად ჩამოყალიბებული, რათა მკითხველმა შეძლოს მიჰყვეს კონტექსტის შინაარსს. კვლევის დიზაინი და ნიმუშები მკითხველისთვის ნათელად უნდა იყოს წარმოდგენილი. მეთოდების აღწერაში, ასევე, უნდა იყოს სათანადოს სტატისტიკური მონაცემები.

კარგად დაწერილი შედეგები მოიცავდეს ინფორმაციას ყველა განხილულ საკითხთან დაკავშირებით და ყველა პარამეტრს, რომელთა გაზომვაც აღწერილი იყო მეთოდურ ნაწილში.

განხილვის ნაწილში ხდება შედეგების ინტერპრეტირება, დაკავშირება ან შედარება წინა/სხვა კვლევების შედეგებთან. მკითხველს უნდა შეეძლოს გაუმკლავდეს ამ ნაწილის ტენდენციურ ტონსა და კომენტარებს, რომლებიც არაა განმტკიცებული კვლევის შედეგებით. ასევე, მან უნდა იცოდეს, რომ მიღებული მცირე სხვაობების უფრო მასშტაბურ შედეგებად გამოჩენის მიზნით, შესაძლოა გამოყენებული იყოს შედეგების პროცენტებში გამოსახვის ხერხი. მაგალითად, თუ პრეპარატი A-ს მიმართ 1000 პაციენტიდან 5-ს აღენიშნებოდა გვერდითი მოვლენები, ხოლო პრეპარატი B-ს მიმართ 1000 პაციენტიდან 10-ს, პრეპარატი B-ს მიმართ უფრო დაბალი ტოლერანტობა შეიძლება გამოისახოს 50%-იანი სხვაობით. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, პრეპარატი B-სთან შედარებით პრეპარატი A-ს მიღების შედეგად ფარდობითი რისკის შემცირება (Relative Risk Reduction - RRR) იყო 50%, მაშინ როცა აბსოლუტური რისკის შემცირება (Absolute Risk Reduction - ARR) არის 0.5%. აბსოლუტური რისკის შემცირების გამოთვლის ხერხი მოცემულია 3.2 საილუსტრაციო შემთხვევაში.

პრაქტიკული სწავლება 3.4

აიღეთ ერთ-ერთი სტატია ფარმაცევტული ზრუნვის შესახებ და შეაფასეთ მისი შინაარსი 3.4.2 ქვეთავში მითითებული მეთოდების შესაბამისად და იმ კრიტერიუმებით, რომელთა პოვნაც შეგიძლიათ იმავე ქვეთავში მითითებული ინტერნეტ საიტით.

მტკიცებულებაზე დამყარებული მიდგომა ნამოჭრის კლინიკურ და ეკონომიკურ პრობლემებს, რომელთა გადაჭრასაც ესაჭიროება ლიტერატურის სისტემატიზირებული კვლევა და კომპლექსური ანალიზი.

სქემა 3.1 თერაპიის შესახებ ჩატარებული კვლევების ბაზისური კრიტერიუმები

შეფასების ეტაპები	ინდიკატორები
1. მოახდინე კვლევის შედეგების ვალიდაცია	<ul style="list-style-type: none"> - რანდომიზაცია - დამატებითი გამოკვლევა - კვლევის მონაწილეების პასუხისმგებლობიანობის შეფასება - ბრმა კვლევები (იხ. ქვემოთ ბოქსი 3.1)
2. შეაფასე კვლევის შედეგების შესაბამისობა	<ul style="list-style-type: none"> - მკურნალობის შედეგების შეფასება
3. შეაფასე კვლევის შედეგების გამოყენებადობა	<ul style="list-style-type: none"> - პაციენტის მახასიათებლების შეფასება - მკურნალობის პრაქტიკულობის შეფასება გარემოებებთან კორელაციაში განხილვისას - დადებითი და უარყოფითი შედეგების შეფასება - პაციენტის არჩევანის შეფასება

ცხრილში ჩამოთვლილი საფეხურების პრაქტიკულად განხორციელების პროცესში დაგეხმარებათ ქვემოთ მოცემული კითხვები:

1. აქვს თუ არა საკვლევ პრეპარატს რაიმე თერაპიული უპირატესობა ამჟამად ბაზარზე არსებულ ანალოგთან შედარებით?

2. აქვს თუ არა საკვლევ პრეპარატს ამჟამად ბაზარზე არსებულ ანალოგთან შედარებით რაიმე უპირატესობა უსაფრთხოების კუთხით?

თუ გემოთ დასმულ ორ კითხვაზე პასუხი არის „არა“, მაშინ უნდა შეწყდეს ახალი პრეპარატის საკითხის შემდგომი განხილვა და მოხდეს ბაზარზე არსებული ანალოგის გამოყენების გაგრძელება. ფარმაცევტის მხრიდან განხილული შეკითხვები უნდა დაისვას ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილების ვაკონტროლების კუთხით: არის თუ არა გამონერილი მედიკამენტი საუკეთესო არჩევანი არსებული ჩივილისთვის?

პროცესი, რომელსაც ეწოდება ლიტერატურის „სისტემატური განხილვა“, შესაძლოა გამოყენებულ იქნას გემოთ დასმული კითხვების საპასუხოდ. ზოგიერთ შემთხვევაში, აღნიშნულ პროცესთან ერთად, დამატებით რეკომენდებულია ტექნიკაში ცნობილი მეტა-ანალიზით სარგებლობა.

სისტემატური განხილვა არის სამეცნიერო კვლევებიდან მტკიცებულების შეგროვების, შეფასებისა და გაერთიანების მუდმივი პროცესი, რომელიც მიმდინარეობს პრეპარატის შესახებ უტყუარი წარმოდგენის ჩამოყალიბების მიზნით. სისტემატური განხილვის დოკუმენტაცია განსხვავდება ტრადიციული ლიტერატურული ნაშრომებისგან. ამ ტიპის დოკუმენტაცია შექმნილია მკაცრი მეცნიერული სტილის გამოყენებით, რათა თავიდან იქნას აცილებული ტენდენციურობა, სუბიექტურობა და უზრუნველყოფილ იქნას მისი სანდოობა.

საუკეთესო მტკიცებულების მოპოვება შესაძლებელია სათანადო სახეობის კვლევების შერჩევისა და ამ კვლევებში გამოყენებული მეთოდოლოგიის ხარისხის შეფასებით.

BOX 3.1 კვლევების სახეობები

რეტროსპექტული ტიპის კვლევებში ხდება ისტორიის (წარსულში არსებული) მონაცემების შეგროვება. მაგ. პაციენტის გამოკითხვის ან მის შესახებ არსებული დოკუმენტაციის მოძიების შედეგად. პროსპექტულ კვლევებში მონაცემების შეგროვება ხდება დროში წინსწრებით, კვლევის დასაწყისიდან.

მეთვალყურეობრივი ტიპის კვლევებში მკვლევარი აგროვებს ინფორმაციას პაციენტების ერთი ან რამდენიმე ჯგუფისგან, მაგრამ თავად არ ერევა კვლევის მიმდინარეობაში. მეთვალყურეობრივი ტიპის კვლევები შეიძლება იყოს როგორც პროსპექტული, ასევე რეტროსპექტულიც. ის მოიცავს ქვემოთ ჩამოთვლილი კვლევის სახეობების უმეტესობას:

შემთხვევათა კონტროლის კვლევები: ეს არის ორი ჯგუფის რეტროსპექტული შედარებითი ანალიზი, რომელთაგანაც ერთ ჯგუფში არსებობს დაავადების გამოწვევი რისკ-ფაქტორები, მეორეში კი – არა. რთულია მეორე ჯგუფის (რომელიც განიხილება, როგორც ჯანმრთელი ჯგუფი) შერჩევა, რადგან შესაძლოა არსებობდეს ფაქტორები, რომლებიც არ შეისწავლება მოცემული კვლევის ფარგლებში, თუმცა გავლენას ახდენს კვლევის შედეგებზე.

გადაჯავშული ტიპის კვლევა არის რეტროსპექტული კვლევის სახეობა, რომელიც ტარდება დროის ხანმოკლე პერიოდში და ადგენს ორი ფაქტორის ურთიერთკავშირს. თუმცა ამ ტიპის კვლევის გამოყენებით არ შეიძლება იმის გარკვევა ამ ორი ფაქტორიდან რომელია ძირითადი ანუ მეორის გამოწვევი.

კოჰორტული კვლევები მოიცავს სხვადასხვა მახასიათებლის მქონე ერთი ან ერთზე მეტი ჯგუფის რეტროსპექტულ მეთვალყურეობრივ ანალიზს.

ემპირიული კვლევების გამოყენებისას მკვლევარი უშუალოდ ერევა კვლევაში, მაგ. ატარებს ექსპერიმენტალურ მკურნალობას და აფასებს მის შედეგებს. ექსპერიმენტალური კვლევები ყოველთვის პროსპექტულია. ექსპერიმენტალური/ემპირიული მედიკამენტური კვლევები, რომელიც ხორციელდება ადამიანებზე, კლინიკური კვლევების სახელითაა ცნობილი.

არაკონტროლირებად კლინიკურ კვლევებში ხდება მხოლოდ ექსპერიმენტალური მკურნალობის ჩატარება, ხოლო კონტროლირებადი კლინიკური კვლევები გულისხმობს გამოსაცდელი მედიკამენტის პარალელურად პლაცებოს გამოყენებასაც. **კონტროლირებადი** მეთოდი საშუალებას იძლევა შედარდეს პლაცებოს და პრეპარატის გამოყენების შედეგად მიღებული შედეგები და განისაზღვროს საკვლევი მედიკამენტის რეალური ეფექტი. **ბრმა კვლევებში** პაციენტებმა არ იციან რა ტიპის პრეპარატს იღებენ (პლაცებოს თუ საკვლევს). **ორმხრად ბრმა კვლევებში** კი არც პაციენტმა და არც ექიმმა იცის, რა ტიპის პრეპარატს იყენებს. **გადაფარვითი კვლევა** შეიძლება ტარდება ისეთი სტილით, როდესაც ერთი პაციენტი იღებს ორივე ტიპის პრეპარატს რიგრიგობით. მსგავსი ტიპის კვლევის ჩატარება შესაძლებელია მხოლოდ ისეთ პრეპარატებზე, რომელთა გამოყენებისას არ აღინიშნება მუდმივი ეფექტები. ყურადღება უნდა მიექცეს პრეპარატების მიღების შუალედებს, რათა მეორე პრეპარატის მიღებამდე მოხდეს წინა პრეპარატის ორგანიზმიდან სრულად გამოყოფა. **რანდომიზებული** ტიპის კვლევებში პაციენტები შერჩევითად, ყველანაირი წინასწარი გრაფიკისა და ცოდნის გარეშე ეწერებიან ექსპერიმენტალურ ჯგუფებში. ბრმა და რანდომიზებული მეთოდები გამოიყენება კვლევებში სუბიექტურობის გამოსარიცხად.

მეტა-ანალიზი არის სტატისტიკური ანალიზი, რომელიც აერთიანებს რამდენიმე დამოუკიდებელი კვლევის შედეგ

დღესდღეობით შექმნილია გზამკვლევები, რომლებიც მტკიცებულების დონიდან გამომდინარე მიუთითებს სათანადო სიძლიერის რეკომენდაციებს. მსგავსი გაიდლაინებიდან ყველაზე ცნობილია Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN).

მტკიცებულების დონეები და განმარტებები, ასევე, SIGN-ის მიერ კატეგორიებად დაყოფილი რეკომენდაციები მოცემულია ქვემოთ ცხრილებში:

ცხრილი 3.2 მტკიცებულების დონეები

1++ მაღალი ხარისხის მეტა-ანალიზი, რანდომიზებული კვლევების სისტემატური განხილვა და კვლევაში არსებული სუბიექტურობის ძალიან დაბალი რისკი

1+ კარგად ნარმართული მეტა-ანალიზი, რანდომიზებული კვლევების სისტემატური განხილვა და კვლევაში არსებული სუბიექტურობის დაბალი რისკი.

1- მეტა-ანალიზი, რანდომიზებული კვლევების სისტემატური განხილვა და კვლევაში არსებული სუბიექტურობის საკმაოდ მაღალი რისკი.

2++ შემთხვევათა კონტროლის ან კოჰორტული კვლევების ძალიან მაღალი ხარისხის სისტემატური განხილვები და კვლევაში არსებული სუბიექტურობის ძალიან დაბალი რისკი.

2+ კარგად ჩატარებული შემთხვევათა კონტროლის ან კოჰორტული კვლევები და კვლევაში არსებული სუბიექტურობის დაბალი რისკი.

2- შემთხვევათა კონტროლის ან კოჰორტული კვლევები და კვლევაში არსებული სუბიექტურობის დაბალი რისკი.

3 კვლევები, რომლებიც არ ექვემდებარება ანალიზს.

4 ექსპერტების მოსაზრებები.

ცხრილი 3.3 რეკომენდაციების კატეგორიები

A ჩატარებულია სულ მცირე 1 მეტა-ანალიზი, სისტემატური განხილვა ან რანდომიზაცია, რომელიც შეფასებულია 1++ -ით და შედეგი პირდაპირ ერგება სამიზნე პოპულაციას.

B მტკიცებულების ძირითადი ნაწილი დაკომპლექტებულია 2++-ით შეფასებული კვლევებით და შედეგი პირდაპირ ერგება სამიზნე პოპულაციას.

C მტკიცებულების ძირითადი ნაწილი დაკომპლექტებულია 2++-ით შეფასებული კვლევებით და შედეგი პირდაპირ ერგება სამიზნე პოპულაციას.

D მე-3 და მე-4 რიგის კვლევები

ქვემოთ მოცემული კრიტიკული შეფასების საკონტროლო ნუსხა გვიჩვენებს სისტემატური განხილვის პროცესის საიმედოობის შემოწმების მეთოდებს.

BOX 3.2 კრიტიკული შეფასების საკონტროლო ნუსხა

კითხვები სკრინინგისათვის: დოკუმენტის პირველივე წაკითხვისას უნდა განსაზღვროთ შედის თუ არა დოკუმენტი საკმარისი ინფორმაცია დეტალური შეფასების გასაკეთებლად? მოიცავს თუ არა დოკუმენტი თემას, რომელიც განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანი და საკამათოა ჯანდაცვის სისტემაში? ხომ არ არსებობს აღნიშნულ თემაზე ალტერნატიული, უკეთესი ხარისხის მიმოხილვა?

ჩამოყალიბებულია თუ არა დოკუმენტში ძირითადი განსახილველი შეკითხვა, რომელიც უნდა მოიცავდეს შემდეგ კრიტერიუმებს: პრობლემის ტიპი, მასთან დაკავშირებული პოპულაცია, კვლევისას განხორციელებული ქმედებები და კვლევის შედეგი. აღნიშნულ ძირითად შეკითხვაზე დაყრდნობით შესაძლებელია თუ არა დოკუმენტის აქტუალობაზე გადახედვა და მისი სისტემატურად შეფასება (ინტერნალური ვალიდურობა) და მიადნია თუ არა დოკუმენტის ავტორმა შეკითხვაზე ამომწურავი პასუხის გაცემას (ექსტერნალური ვალიდურობა)?

აღწერილია თუ არა დოკუმენტში გამოყენებული კვლევების სახეობები (იხ. X 3.1) და დალაგებულია თუ არა კვლევები იერარქიულად მტკიცებულების არსებობის მიხედვით? არის თუ არა კვლევის შესაფასებელი კონკრეტული კრიტერიუმები განსაზღვრული და შეესაბამება თუ არა ისინი ძირითად განსახილველ შეკითხვას?

აღრიცხულია თუ არა ლიტერატურული კვლევის სტრატეგია? მოიცავს თუ არა დოკუმენტი მხოლოდ პოტენციურად მნიშვნელოვან კვლევებს? ამოღებულია თუ არა მისგან ნაკლებად მნიშვნელოვანი კვლევები, რომელთა ჩამონათვალიც დართულია დოკუმენტზე? ჩატარებულია თუ არა ანალიზი იმის შესახებ, თუ რა გავლენას მოახდენს კვლევაზე გარკვეული საჭირო ინფორმაციის არ არსებობა?

როგორი მექანიზმით მოახდინა ავტორმა მნიშვნელოვანი მონაცემების/ინფორმაციის შემოკლება, და იყო თუ არა ეს პროცესი ძირითადი შეკითხვის კონტექსტიდან განხილული?

ქვემოთ მოცემული სტადიებისთვის არის თუ არა კვლევა კვლავწარმოებადი და მიუკერძოებელი: შესაძლებელი იქნება თუ არა დოკუმენტში აღწერილი ყველა პოტენციურად მნიშვნელოვანი კვლევის თავიდან მოძიება? კვლავ შესაძლებელი იქნება თუ არა დოკუმენტში განსაზღვრული კვლევის შესაფასებელი კრიტერიუმების გამოყენება? შესაძლებელი იქნება თუ არა დოკუმენტში აღწერილი კვლევების ვალიდურობის შეფასება? არის თუ არა ინფორმაცია ობიექტურად შემოკლებული?

როგორ გამოიყურება დოკუმენტის დასკვნა? არის თუ არა ის ღირებული? არის თუ არა ის გამართლებული? სრულდება თუ არა თითოეული განხილული კვლევის შედეგები დასკვნით? იყო თუ არა შეტა-ანალიზი ჩატარებული?

არის თუ არა დოკუმენტი თანამედროვე (ახალი)? არის თუ არა კვლევაში გამოყენებული ლიტერატურის გამოქვეყნების წლები ახალი?

როგორია მთლიანობაში დოკუმენტის ხარისხი? რაში ხედავთ დოკუმენტის პოტენციურ სარგებელს? რაში შეიძლება იქნას გამოყენებული აღნიშნული კვლევა?

(Adapted from: Aggressive Research Intelligence Facility of the University of Birmingham, UK)¹¹

დამატებითი ხერხები, რომლებიც არის შესაძლებელი სამედიცინო ლიტერატურის შეფასება, იხ. 3.4.4 თავში.

The Cochrane Collaboration

მსოფლიოში ყველაზე ცნობილი და მრავლისმომცველი საინფორმაციო სისტემა, რომელიც საშუალებას იძლევა გავეცნოთ კლინიკური კვლევების ბაზას, არის ქვემოთ მოცემული კრიტიკული შეფასების საკონტროლო ნუსხა გვიჩვენებს სისტემატური განხილვის პროცესის საიმედოების შემოწმების მეთოდებს.

საკუთარი მისიის განმარტების მიხედვით:

„*The Cochrane Collaboration*“ არის საერთაშორისო ორგანიზაცია, რომლის მიზანია დაეხმაროს ადამიანებს მიიღონ გადაწყვეტილებები მათ ხელთ არსებულ სრულყოფილი ინფორმაციის პირობებში. ესაა კომპანია, რომელიც არა არის ორიენტირებული მოგებაზე (წარმოადგენს არაკომერციულ ორგანიზაციას) და დარეგისტრირებულია, როგორც საქველმოქმედო დაწესებულება დიდ ბრიტანეთში“. (Cochrane Collaboration mission statement)

აღნიშნული ორგანიზაციის საქმიანობა და მათ მიერ გამოქვეყნებული ინფორმაციის წყაროები მოცემულია საიტზე: (www.cochrane.org/cochrane/leaflet.htm)

3.5 ფარმაცოეკონომიკური ანალიზი

არსებობს ოთხი ძირითადი კრიტერიუმი, რომელთა გათვალისწინებაც უნდა მოხდეს პრეპარატთა შერჩევისა და გამოყენების დროს. ესენია:

- ♥ ეფექტურობა,
- ♥ უსაფრთხოობა,
- ♥ ხარისხი,
- ♥ ფასი.

პრეპარატის ღირებულების მნიშვნელობა ფარმაცოეკონომიკური ანალიზის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრინციპია.

ჯანდაცვის ეკონომიკა დგას ფაქტის წინაშე, შეარჩოს ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი შეზღუდული რესურსების ყველაზე ეფექტური გამოყენების გზები. ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე მენეჯერებს გამუდმებით უწევთ გადაწყვეტილების მიღება იმის თაობაზე, თუ რომელი გზა აირჩიონ, რათა მათი მინიმალური ბიუჯეტით მიაღწიონ მაქსიმალურ შედეგს. სასურველი მიზნის მისაღწევად შეიძლება საჭირო გახდეს არჩევანის გაკეთება ჯანდაცვის პროგრამებს, სტრატეგიებს ან ღონისძიებებს შორის. აღნიშნული გადაწყვეტილებების მიღება ხდება ცენტრალურ დონეზე (მაგ. როგორ უნდა გადანაწილდეს ბიუჯეტი სხვადასხვა სამინისტროებზე?), ჯანდაცვის ნაციონალური დეპარტამენტების დონეზე (მაგ. როგორ უნდა გადანაწილდეს ხარჯები სხვადასხვა პროგრამებზე? რამდენი უნდა დაიხარჯოს სამკურნალო საშუალებებზე, პერსონალზე ან სხვა ჩატარებულ სამუშაოებზე?), ლოკალურ დონეზე (მაგ. რა თანხა უნდა დაიხარჯოს პერსონალის სწავლებებზე? მომარაგების რომელი სტრატეგიის გამოყენებით არის შესაძლებელი პრეპარატების ყველაზე ეფექტურად მიტანა სამედიცინო

დანესებულებებამდე? რომელი პრეპარატი უნდა შევარჩიოთ და გამოვიყენოთ?). გადანყვებილებების მიღება, ასევე, ხდება რეგიონალურ ოფისებში და კერძო დანესებულებებში.

ეკონომიკური შეფასება მოიცავს ანალიტიკურ მეთოდებს, რომელთა გამოყენებითაც შესაძლებელია იმ ალტერნატივის შერჩევა, რომელიც ფასთან შედარებით ყველაზე დიდ ეფექტს იძლევა (ალტერნატივა, რომელიც ყველაზე რენტაბელურია).

ქვემოთ მოცემულია ეკონომიკური ანალიზის ოთხი ყველაზე ხშირად გამოყენებადი მეთოდი, რომლებიც დაწყობილია მეთოდოლოგიური სირთულის ზრდის მიხედვით:

- ♥ ხარჯის მინიმალიზაციის ანალიზი გულისხმობს ორი ან მეტი ალტერნატივის (რომელთა გამოყენებაც ერთი და იგივე შედეგით დასრულდა) ხარჯების დათვლას, რათა მოხდეს მინიმალური დანახარჯის მქონე ვარიანტის გამოვლენა.
- ♥ ხარჯის ეფექტურობის ანალიზი გულისხმობს ალტერნატივების როგორც ხარჯის, ასევე, თერაპევტული სარგებლის გაზომვას, რათა მოხდეს ისეთი სტრატეგიის შერჩევა, რომელმაც გამოავლინა საუკეთესო ფარდობითი შედეგი მიღებულ თერაპიულ ეფექტსა და დახარჯული თანხას შორის.
- ♥ ხარჯის პრაქტიკულობის ანალიზი გულისხმობს პრაქტიკულობაზე დაფუძნებული ისეთი პარამეტრების გაზომვას, როგორცაა სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება. მსგავსი პარამეტრების შეფასება ხდება, როგორც რაოდენობრივი, ასევე, ხარისხობრივი მონაცემებით.
- ♥ ხარჯის სარგებლიანობის ანალიზი გულისხმობს პიროვნებისთვის გამოვლენილი საჭირო სამედიცინო ჩარევების ხარჯის შედარებას სამედიცინო ჩარევის შედეგად მიღებულ ეფექტთან. აღნიშნული შედარება ხდება ისე, რომ ხარჯი და ეფექტიც გაზომილია ერთსა და იმავე ერთეულში, თერაპიული ეფექტის ფინანსურ ერთეულში გადაყვანის გზით. მსგავსი ანალიზი საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ:

1. რეალურად მოიტანა თუ არა კონკრეტულმა სამედიცინო ჩარევამ სარგებელი (თუ განუღმა ხარჯმა გააბათილა სარგებელი) და
2. აჭარბებს თუ არა ამ კონკრეტული სამედიცინო ჩარევის შედეგად მიღებული სარგებელი, სხვა მსგავსი ტიპის ჩარევის შედეგად მიღებულ სარგებელს.

ეკონომიკური შეფასების განსახორციელებლად საჭიროა 6 ეტაპის გავლა:

ცხრილი 3.4 ექვს საფეხურიანი ეკონომიკური შეფასება

საფეხურის აღწერა	მაგალითი
1. დასახე მიზანი	თავიდან ავიცილოთ დედის მიერ შვილის შიდსით ინფიცირება
2. ჩამოთვალე მიზნის მისაღწევად არსებული სხვადასხვა გზები	ა) დავინყოთ დედისა და შვილის ნევირაპინით მკურნალობა ბ) არ განვხორციელოთ სამედიცინო ჩარევა
3. განსაზღვრე თითოეული მიზნის შესაბამისი ფინანსური ხარჯი	ა ვარიანტისთვის განუვლი ფინანსური ხარჯი: მკურნალობა / მონიტორინგი / კონსულტაციები; ინფიცირებული ახალშობილის მკურნალობა ბ ვარიანტისთვის განუვლი ფინანსური ხარჯი: ინფიცირებული ახალშობილის მკურნალობა
4. განსაზღვრე თითოეული მიზნის განხორციელების შედეგად მიღებული სარგებელი	ა ვარიანტის განხორციელების შედეგად მიღებული სარგებელი: დედის მიერ ახალშობილის ინფიცირების შანსი 32%-იდან შემცირდება 16%-მდე; ინფიცირებული ახალშობილების მკურნალობის ხარჯები განახევრდება. მოხდება 1000 ახალშობილიდან 160 ახალშობილის სიცოცხლის გადარჩენა ბ ვარიანტის განხორციელების შედეგად მიღებული სარგებელი: არ მოხდება ხარჯების გაწევა მკურნალობის / მონიტორინგისა და კონსულტაციებისთვის
5. გამოთვალე ხარჯის ეფექტურობასთან კავშირი	შეადარე ხარჯი და სარგებელი: მხოლოდ კონსულტაციებისა და ნევირაპინზე დახარჯული ხარჯების გათვალისწინებით ა ვარიანტით სარგებლობა უფრო ძვირი ჯდება, მაგრამ მისი გამოყენებით შესაძლებელია ახალშობილთა სიცოცხლის შენარჩუნება. თუ საკითხს შევხედავთ ინფიცირებული ახალშობილების მკურნალობაზე განუვლი ხარჯების კუთხით, მაშინ ა ვარიანტით სარგებლობა უფრო იაფი ჯდება და ამავე დროს საშუალებას იძლევა მოხდეს ახალშობილთა სიცოცხლის შენარჩუნება. საბოლოოდ, ფარდობას „ხარჯი-ეფექტურობა“ ექნება უარყოფითი მნიშვნელობა.
6. მიღებულ დასკვნებზე ჩაატარე სენსიტიურობის ანალიზი	გაითვალისწინე შესაძლო ვარიაციები: მკურნალობის ჩატარების მიუხედავად ინფიცირებული დედებისა და ახალშობილების რაოდენობა და ა.შ.

სენსიტიურობის ანალიზი არის ერთ-ერთი საშუალება გავუმკლავდეთ ეკონომიკურ ანალიზში არსებულ ვარაუდებსა და გაურკვევლობებს. მისი საშუალებით იქმნება სიუჟეტის რამდენიმე სცენარი. სენსიტიურობის ანალიზის განსახორციელებლად საჭიროა რამდენიმე ეტაპის გავლა:

- ♥ □ გამოავლინე ვარაუდები, რომელთა სინამდვილეშიც ყველაზე ნაკლებად ხარ დარწმუნებული;
- ♥ □ დაადგინე ვარაუდის მოქმედების არეალი (ყველა შესაძლო შედეგი, რომელსაც შეიძლება მოიცავდეს მოცემული ვარაუდის განხორციელება);
- ♥ □ თავიდან გადაიანგარიშე კვლევა მოცემული ვარაუდის ყველაზე მეტად სავარაუდო შედეგსა და ყველაზე ნაკლებად სავარაუდო შედეგზე. დაადგინე რამდენად დიდია აღებულ მაქსიმალურ და მინიმალურ ნერტილებს შორის სხვაობა და რამდენად დიდ გავლენას ახდენს აღნიშნული სხვაობა კვლევის შედეგებზე.

დასკვნის სახით შეიძლება აღინიშნოს, რომ ფარმაცოეკონომიკური ანალიზი საშუალებას აძლევს გადანყვეტილების მიმღებ პირებს გააკეთონ არჩევანი ალტერნატიულ თერაპიებს, სამედიცინო ჩარევების გზებსა და პროგრამებს შორის, მათი რაოდენობრივი და ხარისხობრივი განსახვავებულობის დემონსტრირების ხარჯზე. დანახარჯისა და ეფექტიანობის ფარდობის გამოთვლა ხშირად გამოიყენება ორი მედიკამენტის შესადარებლად. აღნიშნული ფარდობა შესაძლოა არსებობდეს რამდენიმე სახით, იმის მიხედვით თუ რა ტიპის დანახარჯების და შედეგების გათვალისწინება ხდება ანალიზის პროცესში. უშუალოდ პრეპარატის ფასის გარდა კვლევა შესაძლოა ითვალისწინებდეს მონიტორინგის, გვერდითი ეფექტების მკურნალობისა და სხვა მსგავს ხარჯებს. მეორე მხრივ, შესაძლოა პრეპარატი რომელიც იწვევს ყველაზე ნაკლებ გვერდით მოვლენებს, შესაძლოა მაინც არ აღმოჩნდეს რენტაბელური, თუ მისი წმინდა ღირებულება ძალიან მაღალია.

ხარჯ-ეფექტიანობის ფარდობა წარმოადგენს მედიკამენტზე განეული ხარჯებისა და თერაპიული შედეგის შედარების გზით პრეპარატის სარგებლიანობის განსაზღვრის გზას. აღსანიშნავია ფაქტი, რომ ყველა ახალი მედიკამენტი ბაზარზე არსებულ მედიკამენტებთან მსგავსი ტიპის შედარებისას ვერ ახდენს უპირატესობის დემონსტრირებას. ეს ფაქტი აიხსნება იმით, რომ მწარმოებელი ფარმაცევტული კომპანიების მხრიდან ახალი პრეპარატების ბაზრზე დანერგვამდე არ ხდება ბაზრის შეფასება, რაც დაკავშირებულია მაღალი ხარისხის კვლევებიდან ინფორმაციის შეგროვებასთან.

3. მედიკაციების გამოყენება მკურნალობის სტანდარტული გაიდლაინებისა და ესენციურ პრეპარატთა ნუსხების შედგენაში

ქვეყანათა უმეტესობაში პრეპარატების შერჩევა ორსაფეხურიანი პროცესია. პირველი საფეხური ეხება ფარმაცევტული პროდუქტის ბაზრზე დაშვებას. აღნიშნული ნებართვა, ძირითადად, გაიცემა მედიკამენტის ეფექტურობის, უსაფრთხოობისა და ხარისხის საფუძველზე და, იშვიათად, ბაზარზე არსებულ სხვა პრეპარატებთან შედარებისა ან ფასის შესწავლის საფუძველზე. მარეგულირებელი ორგანოს მიერ გაცემული მონშობა იძლევა ქვეყანაში აღნიშნული პრეპარატის გაყიდვის უფლებას.

მარეგულირებელი ორგანოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილების გარდა სხვადასხვა ქვეყნებში არსებობს სქემები და მექანიზმები, რომელთა საშუალებითაც ხდება მედიკამენტების შესაძენი/სადაზღვეო კომპანიის მიერ ასანაზღაურებელი თანხების შემცირება. აღნიშნული კუთხით საჭიროა მედიკამენტის შერჩევის მეორე საფეხურზე გადასვლა, რომელიც ითვალისწინებს პრეპარატთა ღირებულებასაც. ისეთი პრეპარატების სიის შედგენა, რომელთა შექმნაზე განეული დანახარჯები ამართლებს მათი გამოყენების შედეგად მიღებულ თერაპიულ შედეგებს, საშუალებას იძლევა მოხდეს ლიმიტირებული ფარმაცევტული ბიუჯეტის სწორად გადანაწილება. მსგავსი სამკურნალო საშუალებების იდენტიფიცირება და მათგან „ესენციური მედიკამენტების“ ნუსხის შედგენა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შეზღუდული რესურსების პირობებში.

1977 წლის შემდეგ ჯანმო-ს მიერ რეგულარულად ხდება „ჯანმო-ს ესენციური მედიკამენტების სიის“ განახლება და ეროვნული და ინსტიტუციონალური ესენციური მედიკამენტების სიის შესადგენი „გაიდლაინების“ წარმოება.

ჯანმო-ს განამრტების მიხედვით:

„ესენციური მედიკამენტები წარმოადგენს იმ სამკურნალო საშუალებებს, რომლებიც აკმაყოფილებენ პოპულაციის პრიორიტეტულ სამედიცინო მოთხოვნილებებს. მათი შერჩევა ხდება საზოგადოების ჯანმრთელობისთვის განსაკუთრებული მნიშვნელობის, ეფექტურობისა და უსაფრთხოობის ფაქტებით დადასტურების და რენტაბელურობის გათვალისწინების შედეგად. ესენციური პრეპარატები გათვლილია ფუნქციონირებად ჯანდაცვის სისტემებში საჭირო რაოდენობით, სათანადო სამკურნალო ფორმით, უზრუნველყოფილი ხარისხითა და ხელმისაწვდომი ფასით მუდმივად არსებობაზე. ესენციური მედიკამენტების კონცეფცია მოქნილი და სიტუაციათა მრავალფეროვნებაზე გათვლილი მიდგომაა. თუ რომელი მედიკამენტებისგან იქნება შედგენილი აღნიშნული სიები წარმოადგენს კონკრეტული ქვეყნის პასუხისმგებლობის საკითხს“.

ხელმისაწვდომობის კონცეფცია განმარტებაში ჩაიღო 1999 წელს. ამავე წლის ბოლოს ჯანმო-ს წევრ 156 ქვეყანას უკვე ჰქონდა საკუთარი ესენციური მედიკამენტების ნუსხა, რომელთა შორის 127 ქვეყნის სია ბოლო ხუთი წლის მანძილზე განახლდა. მედიკამენტთა ბევრი ნაციონალური სია დაკავშირებულია კლინიკურ გაიდლაინებთან და გამოიყენება სწავლების პროცესებში, რადგან მათი საშუალებით შესაძლებელია

ფარმაცევტულ სფეროში ქვეყნის პრიორიტეტების იდენტიფიცირება. მიუხედავად იმისა, რომ ესენციური პრეპარატების ნუსხის შედგენის საჭიროება გათვლილი იყო განვითარებადი ქვეყნებისათვის, დღესდღეობით განვითარებული ქვეყნების დიდი ნაწილიც იყენებს აღნიშნული კონცეფციის გარკვეულ კომპონენტებს. განვითარებულ ქვეყნებში ამ მექანიზმის ამუშავება გამოიწვია პრეპარატთა საგრძნობლად გაზრდილმა ფასმა და ბაზარზე გამოჩენილი პრეპარატების სიმრავლემ, რომელთა უმეტესობის ღირებულებაც ასევე მაღალია.

არსებობს ესენციური მედიკამენტების შერჩევის ძირითადი და დამხმარე კრიტერიუმები. აღნიშნულმა კრიტერიუმებმა დროთა განმავლობაში განიცადეს მცირედი ცვლილებები. დღესდღეობით, შერჩევის ძირითად კრიტერიუმებს მიეკუთვნება:

- ♥ პრეპარატის კლინიკური კვლევების შედეგად მიღებული ეფექტურობისა და უსაფრთხოობის მონაცემები;
- ♥ ჯანდაცვის სხვადასხვა სფეროში პრეპარატის ეფექტურად მოქმედების დამადასტურებელი მტკიცებულება;
- ♥ პრეპარატის ისეთი სამკურნალონაშრომ ფორმით არსებობა, რომელიც უზრუნველყოფს მის ხარისხსა და ბიოშელწევადობას;
- ♥ პრეპარატის სტაბილურობის შენარჩუნება წინასწარ გათვლილ შენახვისა და გამოყენების პირობებში;
- ♥ მკურნალობის ჯამური თანხა. როდესაც ზემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებით რამდენიმე პრეპარატი ერთმანეთს ჰგავს და რთულდება მათ შორის ესენციურის შერჩევა, დამხმარე კრიტერიუმების სახით ხდება შედარებითი ფარმაკოკინეტიკური თვისებების, წარმოებისა და დასაწყობებისთვის ხელმისაწვდომი შენობა-ნაგებობების გამოყენება.

ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებულ ტენდენციათა უმრავლესობა დიდ გავლენას ახდენს ესენციური პრეპარატების ნუსხაზე. საჭირო ხდება მისი განახლება, შევსება ან გარკვეულ პრეპარატთა სიიდან ამოღება. მაგალითად, თუ ადრე ესენციური პრეპარატების სიების შედგენა ერთპიროვნულად ხდებოდა ნაციონალური ჯანდაცვის ორგანოების მიერ, დღესდღეობით პრაქტიკაში აქტიურად გამოიყენება კრიტიკული შეფასების ტექნიკა და ფარმაკო-ეკონომიკური ანალიზი, პრიორიტეტული გახდა მტიკცებულებაზე დაფუძნებული მედიცინა. შედეგად, აღნიშნული კრიტერიუმებით ესენციურ პრეპარატთა სიებში დანინაურდნენ განსხვავებული მედიკამენტები.

3.3 სქემაში მოცემულია თერაპიული „გაიდლაინების“ და შედიკამენტთა სიების გაგვლენა ჰანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებაზე.

სქემა 3.3 გავრცელებული დაავადებებისა და ჩივილების სია



მიუხედავად იმისა, რომ ეს მიდგომა მნიშვნელოვანია რაციონალური, ეფექტური და რენტაბელური პრეპარატების შერჩევასა და გამოყენებაში, არსებობს გარემოებები, როდესაც სხვა ზომების მიღებაა საჭირო. მაგალითად, არსებობს ქვეყნები სადაც გენერული პრეპარატები ხელმისაწვდომი არაა და პაციენტებს ისეთი პრიორიტეტული დაავადებების სამკურნალოდ, როგორცაა ტუბერკულოზი, მალარია, შიდსი და ა.შ. უნევთ დაპატენტებული პრეპარატების გამოყენება. მართალია დღესდღეობით ჯანმო-ს სარეკომენდაციო ესენციურ პრეპარატთა ნუსხაში პატენტის მქონე პრეპარატების რაოდენობა საკმაოდ მცირეა, მაგრამ სავარაუდოა მომავალში მათი რაოდენობის ზრდა. პატენტირებული პრეპარატებით მკურნალობა შესაძლოა აღმოჩნდეს რენტაბელური (პრეპარატის გამოყენების შედეგად მიღებულმა თერაპიულმა ეფექტმა შესაძლოა გაამართლოს აღნიშნული მედიკამენტისთვის განეული ხარჯი), მაგრამ რთული იქნება ყველა პაციენტისთვის მათზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. ამ ეტაპზე მიმდინარეობს სხვადასხვა სტრატეგიების (მაგ. როგორცაა ბაზრის სეგმენტაცია) შესწავლა, რათა დაცულ იქნას როგორც პატენტმფლობელის, ასევე, პაციენტის ინტერესები.

3.7 მტკიცებულებაზე დამყარებული პრაქტიკის შეზღუდვები და მის შესახებ არსებული არასწორი წარმოდგენები

მტკიცებულებაზე დამყარებული პრაქტიკის გამოყენებას თან ახლავს უამრავი ხელის შეშლელი ფაქტორი. მათ შორისაა: ზუსტი და სანდო მეცნიერული მტკიცებულების ნაკლებობა, ახალი უნარ-ჩვევების განვითარება, რომლებიც ხელს შეგვიწყობს სათანადო ლიტერატურის მოძიებასა და გააანალიზებაში, ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის საჭიროა დრო, რათა მათ შესძლონ აღნიშნული უნარ-ჩვევების გამომუშავება და შემდეგ მათი გამოყენება, ასევე, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის განსახორციელებლად საჭირო რესურსების მოპოვებისთვის გასაწევი ფინანსური ხარჯები და ძალისხმევა.

ამავე დროს არსებობს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის არასწორი წარმოდგენა, განსაკუთრებით ჯანდაცვის სისტემაში მისი ზეგავლენით შემცირებულ ხარჯებთან დაკავშირებით. მართალია მტკიცებულებაზე დაფუძნებულმა პრაქტიკამ რენტაბელური მკურნალობის ტიპის შერჩევის გზით შესაძლოა გამოიწვიოს ჯანდაცვის სისტემაზე განეული ხარჯების შემცირება, მაგრამ ამავე დროს, შესაძლებელია მისი გამოყენებით არჩეულ იქნას მკურნალობის უფრო ძვირი მეთოდი. აღნიშნულის მიზეზი მდგომარეობს იმ ფაქტში, რომ მტკიცებულებაზე დამყარებული პრაქტიკის ზოგადი მიზანი სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებაა, რაც მიიღწევა გაუმჯობესებული, შესაბამისად მეტად ძვირადღირებული ჯანდაცვის სისტემის განვითარებით.

შესაბამისად, ჯანდაცვის სისტემის მხოლოდ ამ მიმართულებით წაყვანამ შესაძლოა გაზრდილი დანახარჯები მოგვცეს.

3.8 პაციენტის თვალსაზრისი

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის განხილვისას არ გვიხსენებია პაციენტის ინტერესები. ამის მიუხედავად, უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტის რწმენა, ღირებულებები, შეხედულებები, მისი ეკონომიკური მდგომარეობა პირდაპირ გავლენას ახდენს სპეციფიკური მკურნალობის დადებით და უარყოფით შედეგებზე.

როგორც 3.1 ცხრილიდან ჩანს, თერაპიის მტკიცებულების შეფასების საბოლოო სტადია ყოველთვის პაციენტის მახასიათებლების განსაზღვრაა. ამიტომ მკურნალობის ტიპის შერჩევა აუცილებლად უნდა მოხდეს პაციენტთან შეთანხმებით. შეთანხმება უნდა იქნას მიღწეული იმასთან დაკავშირებით თუ რა შედეგებს უნდა ველოდეთ მკურნალობის დასრულებისას და როგორ უნდა მოხდეს აღნიშნული შედეგების მისაღებად მკურნალობის წარმართვა.

რადგან პაციენტთან დაკავშირებული ფაქტორები ზეგავლენას ახდენენ მკურნალობის დამორჩილების საკითხზე გამოვყოფთ რამდენიმე ფაქტორს: ქალები მეტად ემორჩილებიან მკურნალობას ვიდრე მამაკაცები, ახალგაზრდა ან ხანში შესული პაციენტები მეტად მკურნალობაზე ნაკლებად დამორჩილების ტენდენციას, ისევე როგორც მანქანაზე პაციენტები (სამაგიეროდ მკურნალობას კარგად ემორჩილებიან პაციენტები, რომელთაც ყავთ მეულლე).

პაციენტისთვის სპეციფიკური განათლების მინოდებამ მკურნალობაზე დამორჩილების გაუმჯობესება აჩვენა. ისეთი ფაქტორები კი, როგორცაა: განათლების ნაკლებობა, ცუდი მხედველობა და ზედმეტად გამოხატული ტრადიციულობა (მაგალითად მკურნალობის ტრადიციული მეთოდების არჩევა და თანამედროვე მედიცინის მიმართ უნდობის გამომჟღავნება), ხშირად ხელს უშლიან პაციენტს მკურნალობაზე დამორჩილებას. საჭიროა მსგავსი ტიპის შეხედულებების გამოამჟღავნება და მათი დეტალურად განხილვა.

არსებობს სხვა ფაქტორები, რომლებმაც შესაძლოა გავლენა იქონიონ მკურნალობის სწორად წარმართვაზე - ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლის ურთიერთობა პაციენტთან, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რეცეპტის ინსტიტუტი, ჯანდაცვის სისტემის გამართულობა და სხვა.

მკურნალობის სათანადო შედეგის მისაღწევად უმნიშვნელოვანესია ექიმის დამოკიდებულება პაციენტის მიმართ. ნაჩვენებია, რომ პირველი ინტერვიუს შემდეგ დარჩენილი კმაყოფილების გრძნობა პირდაპირ ზეგავლენას ახდენს პაციენტის მკურნალობისადმი დამორჩილების საკითხზე. აღნიშნული ეფექტი განსაკუთრებულად მკაფიოდ ვლინდება მძიმე (მაგ. კიბო) და ტკივილით მიმდინარე (მაგ. რევმატოიდული ართრიტი) სნეულებებით დაავადებულ პაციენტებში. რამდენიმე მედიკამენტის ერთად გამოწერა, ასევე, პრეპარატის დღეში რამდენჯერმე დანიშვნა ამცირებს პაციენტის მკურნალობაზე დამორჩილებადობას. იგივე ეფექტი აქვს აღნიშნული ქმედების შედეგად გამოვლენილ გვერდითი ეფექტების რაოდენობის ზრდას, რომლებიც პაციენტმა შეიძლება ყოველთვის არ დაასახელოს. მნიშვნელოვანი ფაქტორია ფარმაცევტის პიროვნულობა და პროფესიული უნარ-ჩვევები, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც ფარმაცევტი გენერულ პრეპარატს ანაცვლებს ბრენდული დასახელების

მედიკამენტით. ჯანდაცვის სისტემის გამართული მუშაობა ერთ-ერთი გადამწყვეტი ფაქტორია. პრეპარატის მისაღებად რიგებში დოგმა, არაკომფორტული გარემო, უყურადღებო პერსონალი და საცხოვრებელი ადგილიდან სამედიცინო დაწესებულებებამდე გასავლელი დიდი მანძილი უარყოფითად აისახება მკურნალობის შედეგებზე.

ზოგ ქვეყანაში შექმნილია გარკვეული ტიპის ნესდება, რომელშიც აღწერილია თუ როგორი უნდა იყოს პაციენტთან ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენელის ქცევა. სხვადასხვა ქვეყნებში არსებულ ასეთ ნესდებებს აქვთ საერთო მახასიათებლები, მაგალითად:

- ♥ პაციენტს უნდა მოექცე კეთილშობილურად;
- ♥ უნდა უზრუნველყო პაციენტის დაავადებისა და მკურნალობის კონფიდენციალურობა;
- ♥ პაციენტს უნდა მიანოდო ფარმაცევტული მომსახურება აფთიაქიდან, რომელიც აკმაყოფილებს GPP-ს სტანდარტებს;
- ♥ ფარმაცევტს უნდა ახასიათებდეს სანდოობა პაციენტის ბიუჯეტის განკარგვის საკითხში (მისთვის ყველაზე რაციონალური პრეპარატის შექმნის სახით);
- ♥ ფარმაცევტს უნდა შეეძლოს პრეპარატის სწორად გამოყენების შესახებ პაციენტისთვის კონსულტაციის განევა;
- ♥ პაციენტს უნდა მიანოდო სწორად შერჩეული პრეპარატი საჭირო რაოდენობით;
- ♥ პაციენტს უნდა მიანოდო უსაფრთხო, ხარისხიანი და ეფექტური მედიკამენტი;
- ♥ პაციენტს უნდა შეეძლოს შენთან თავისუფლად ილაპარაკოს საკუთარ საჭიროებებზე.

მეორე მხრივ პაციენტებსაც აკისრიათ გარკვეული პასუხისმგებლობა;

- ♥ პაციენტი უნდა მოექცეს ფარმაცევტს ზრდილობიანად;
- ♥ პაციენტმა მხარი უნდა დაუჭიროს ფარმაცევტს, დაემორჩილოს მედიკამენტებთან დაკავშირებულ საკანონმდებლო მოთხოვნებს;
- ♥ პაციენტი თავად უნდა იყოს დაინტერესებული დაკვირვებულად გამოიყენოს მედიკამენტი;
- ♥ პაციენტმა უნდა გაახმაუროს პრეპარატის გამოყენების შედეგად გამოვლენილი გვერდითი მოვლენა(ები).
- ♥

და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, პაციენტი უნდა იყოს ინფორმირებული მისი დაავადების მკურნალობის შესაძლო მეთოდების შესახებ, რათა მას ჰქონდეს არჩევანის საშუალება. აღნიშნული მეთოდების ჩამოყალიბება შესაძლებელია რამდენიმე მარტივი კითხვის დასმით (იხ. ცხრილი 3.5) ↓

ცხრილი 3.5 პაციენტის მკურნალობის მეთოდები

შეკითხვა	მაგალითი: მალარიის პროფილაქტიკა	
1. რა მოხდება თუ არაფერს მოვიმოქმედებ არსებული ჩივილის აღმოსაფხვრელად?	შესაძლოა გახდეთ მალარიით ინფიცირებული (მალარია წარმოადგენს პრობლემურ დაავადებას, განსაკუთრებით ფეხმძიმე ქალებისთვის, 5 წლამდე ბავშვებისა და სუსტი იმუნიტეტის შქონე პირებისთვის)	
2. რა სახის სამედიცინო ჩარევის განხორციელებაა შესაძლებელი?	მედიკამენტური პროფილაქტიკა - არა-მედიკამენტური პროფილაქტიკა (დამცავი ტანისამოსი, კოლონისგან დამცავი ბადის გამოყენება ფანჯარაზე, რეპელენტები და ა.შ.) - მალარიის ზონიდან მოშორება	
3. რა არის შესაძლო სამედიცინო ჩარევებს დადებითი და უარყოფითი მხარეები? (რა? როდის? რამდენი ხნით? რამდენად შესაძლებელი?)	- მედიკამენტური პროფილაქტიკა ეფექტურია თუ მოხდება შესაბამისი მედიკამენტის შერჩევა, მაგრამ ასევე შესაძლებელია პრეპარატის გვერდითი მოვლენების გამომჟღავნება - არამედიკამენტური პროფილაქტიკა: ნაკლებად ეფექტურია და შესაძლოა არაკომფორტულიც აღმოჩნდეს - არ არის გამორიცხული თქვენთვის შეუძლებელი იყოს მალარიის ზონიდან მოშორება	
4. რა მნიშვნელობა აქვს ჩემთვის ჩამოთვლილ უპირატესობებსა და უარყოფით მხარეებს?	- აპირებთ თუ არა მალარიის კერაში დიდი ხნით დარჩენას? - თუ ასეა რისკი იზრდება, რადგან ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე მედიკამენტური პროფილაქტიკის შედეგად გამოვლენილი გვერდითი მოვლენები შესაძლოა მიუღებელი იყოს - რამდენად ეფექტურად შეძლებთ არამედიკამენტური პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებას? - გაქვთ თუ არა წინასწარ დასახული გეგმა იმ შემთხვევისთვის თუ მალარიით დაავადდით?	
5. მაქვს თუ არა არჩევანის გასაკეთებლად საჭირო სრულყოფილი ინფორმაცია? (ფლობთ თუ არა არსებული ასარჩევი ვარიანტების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციას? გაქვთ თუ არა საკმარისად მრავალფეროვანი ასარჩევი ვარიანტები?)	თუ არა - მოიპოვე სათანადო ინფორმაცია (ჯანდაცვის სფეროს რომელიმე წარმომადგენლისგან) და თავიდან გაიარე ბლოკ-სქემა	თუ დიახ - აირჩიე საუკეთესო ვარიანტი!

3.9 დასკვნა

მუდმივად განვითარებად ფარმაცევტულ ბაზარზე მედიკამენტთა ასორტიმენტის მკვეთრი ზრდა აღინიშნება. ეს ავალდებულებს ფარმაცევტებს მუდმივად იყონ უახლესი ინფორმაციის მფლობელები, რათა შეძლონ პაციენტების საკმარისად ინფორმირება და ამ გზით დაეხმარონ მათ გადანყვეტილების მიღებაში. დღესდღეობით ძალიან დიდი უპირატესობაა ხელთ გქონდეს მედიკამენტის ან პროცედურის ეფექტურობის დამადასტურებელი პრაქტიკული საბუთი. ამ მტკიცებულების მოპოვების ყველაზე კარგ გზას კი წარმოადგენს საუკეთესო კლინიკური კვლევის შერჩევა და მისი შედეგების გაერთიანება/გაანალიზება. აღნიშნული ინფორმაციის მოსაპოვებელ ყველაზე ცნობილ წყაროს წარმოადგენს:

ფარმაკოეკონომიკური ანალიზი გამოიყენება სამედიცინო ჩარევის ყველაზე რენტაბელური გზის შესარჩევად. იმ შემთხვევებისთვის, როდესაც შეუძლებელია კლინიკური კვლევის შედეგად მიღებული მტკიცებულებისა და ფარმაკოეკონომიკური ანალიზის გამოყენება, ორი ალტერნატიული მკურნალობიდან რომელიმეს ასარჩევად შესაძლოა გამოყენებულ იქნას სტანდარტული კლინიკური „გაიდლაინები“.

Cochrane Library (<http://www.cochrane.org>) and the British Medical Journal's periodic publication *Clinical Evidence* (<http://www.clinicalevidence.com>).

და ბოლოს, მიუხედავად იმისა, რომ კლინიკური მტკიცებულება და ფარმაკოეკონომიკური ანალიზი წარმოადგენს მკურნალობის შერჩევის ბაზისურ მეთოდებს, საბოლოო გადანყვეტილების მიღება მაინც უნდა მოხდეს კონკრეტული პაციენტის საჭიროებების მიხედვითა და მისი არჩევანის გათვალისწინებით

3.10 Further reading

Centre for Evidence-Based Medicine. Oxford, UK, web site: http://www.cebm.net/study_designs.asp

De Vries TP, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. *Guide to good prescribing*. Chapter 12: How to keep up-to-date about drugs. Geneva: World Health Organization; 1994. WHO/DAP/95.1. Available at: <http://www.who.int/medicines/>

Mulrow CD. Rationale for systematic reviews. *BMJ* 1994;309:597-9.

Siegfried N, Muller M, Volmink J, Deeks J, Egger M, Low N, Weiss H, Walker S, Williamson P. *Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men* (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. 2003. Oxford: Update Software; 2003. Available at: <http://www.cirp.org/library/disease/HIV/cochrane2003/>

Therapeutics Initiative. Asymptomatic bacteriuria in pregnancy: rapid answers using the Cochrane Library. *Therapeutics Letter* 41 (May/June/July 2001).

ტერმინთა განმარტებანი

აბსოლუტური რისკი (AR): ალბათობა, რომ ინდივიდუალურად განიცდიან სპეციფიკურ შედეგს კონკრეტული პერიოდის განმავლობაში. ის მდებარეობს 0-დან 1-მდე, ან 0%-დან 100% -მდე.

ანტიმიკრობული რეზისტენტობა: მიკროორგანიზმების უნარი, გააგრძელონ გამრავლება ანტიმიკრობული პრეპარატის თერაპიული კონცენტრაციის დროს, რის შედეგადაც შესაძლებელია მკურნალობა გახდეს უშედეგო. ამ პირობებში მინიმალური ინჰიბიტორული კონცენტრაცია უფრო მაღალია, ვიდრე საშუალო თერაპიული კონცენტრაცია.

ბიოშედევადობა - სამკურნალო (ან სხვა) ნივთიერების უნარი მიღების შემდეგ გარკვეული რაოდენობით მიაღწიოს ორგანიზმში სამიზნე ქსოვილს.

ზრუნვის გეგმა: დეტალური გრაფიკი, რომელიც ასახავს ფარმაცევტის საქმიანობას და მასზე დაკისრებული ვალდებულებებს, პაციენტთან დაკავშირებით.

შემეცნებითი (კოგნიტიური) მომსახურება (ფუნქციები): სერვისები ან ფუნქციები, რომლებიც საჭიროებენ პროფესიულ უნარებს (ცოდნა და უნარ-ჩვევები, რომლებიც აუცილებელია მაგ. დანიშნულების შედგენისათვის, კონსულტირება, ინფორმირება, სისხლის წნევის მონიტორინგი და ა.შ.)

კონკორდანსი: პაციენტსა და ჯანდაცვის პრაქტიკოსს შორის შერჩეული და შეთანხმებული თერაპიული სტრატეგია და მისი შედეგის მიღწევის გზა.

ხანგრძლივი პროფესიული განვითარება (CPD): ფარმაცევტის პასუხისმგებლობა შეინარჩუნოს და განავითაროს ცოდნა, უნარ-ჩვევები და აიმაღლოს პროფესიონალური კვალიფიკაცია.

ხარჯ-სარგებლიანობის ანალიზი: ანალიზის მეთოდი რომელიც ხარჯებისა და სარგებლის შედარებით ადგენს ჯანდაცვის პროცესის სარგებლობას ფინანსური თვალსაზრისით.

ხარჯების ეფექტურობის ანალიზი - ზომავს თერაპიული პროგრამის ხარჯ-ეფექტურობას, ალტერნატივების გათვალისწინებით.

ხარჯების მინიმიზაციის ანალიზი ითვალისწინებს ორი ან მეტი ტოლი ღირებულების და შედეგიანობის ალტერნატივის ღირებულების შემცირების შესაძლებლობას.

ნამლით მკურნალობის პრობლემა: არასასურველი მოვლენა, რომელიც ნამოიჭრა მედიკამენტური თერაპიის პროცესში და რაც რეალურად ან პოტენციურად ხელს უშლის სასურველი შედეგის მიღწევას.

ესენციური მედიკამენტები: ის მედიკამენტები, რომლებიც აკმაყოფილებენ ჯანდაცვის პრიორიტეტებს. ისინი შეირჩევიან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რელევანტურობის გათვალისწინებით. მოეთხოვებათ ეფექტურობა

უსაფრთხოობა და შედარებითი ხარჯების ეფექტურობა. აუცილებელია მედიკამენტები იყოს ხელმისაწვდომი, შესაბამის დოზებში, უზრუნველყოფილი ხარისხისა და ადეკვატური ინფორმაციით.

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინა (EBM): მიმდინარე საუკეთესო მტკიცებულებათა კეთილსინდისიერი, და გონივრული გამოყენება თერაპიული გადაწყვეტილების მიღებისას ინდივიდუალურ პაციენტებზე ზრუნვის პროცესში.

ზრუნვის მართვა: ჯანდაცვის მიწოდების სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების სარგებლობის მაქსიმალურად ზრდას და ხარჯების მინიმუმამდე შემცირებას.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა: პროცესი, რომელიც საშუალებას აძლევს ხალხს გაზარდოს კონტროლი მათ ჯანმრთელობაზე და გააუმჯობესოს იგი.

მეტა-ანალიზი: სტატისტიკური ტექნიკა, რომელიც აჯამებს რამდენიმე კვლევის შედეგებს

ავადობა: დაავადების გავრცელების და ხასიათის მაჩვენებელი .

სიკვდილობა: დაავადებით გამონვეული სიკვდილის სტატისტიკური მაჩვენებელი.

არაგადამდები დაავადება: ნებისმიერი დაავადება, რომელიც არ შეიძლება გადაეცეს ერთი ადამიანისგან პირდაპირი ან არაპირდაპირი კონტაქტის მეშვეობით.

ფარმაცევტული ზრუნვა: ნამლით თერაპიის მიწოდება ინფორმირებულ შედეგებზე მიღწევის მიზნით, რომლებიც აუმჯობესებენ პაციენტის ცხოვრების ხარისხს. ეს არის ერთობლივი პროცესი რომელიც მიზნად ისახავს პრეპარატის გვერდითი ეფექტების თავიდან ასაცილებლად ან იდენტიფიცირება და სამკურნალო საშუალებებისა და ჯანმრთელობის პრობლემების გადაჭრას. ეს არის სამკურნალო პროდუქტების გამოყენების უწყვეტი ხარისხის გაუმჯობესების პროცესი.

ფარმაცევტული პრაქტიკა - მოიცავს ფარმაცევტული პროდუქტების და ფარმაცევტული სერვისის ყველა იმ საქმიანობას რომელსაც გულისხმობს ჯანდაცვის სისტემაში ფარმაცევტების ჩართულობა.

ფარმაცევტული მომსახურება: ფარმაცევტული პერსონალის მიერ განეული ყველა ტიპის მომსახურება, რომელიც ხელს უწყობს ფარმაცევტული ზრუნვის უზრუნველყოფას, აგრეთვე მოიცავს ინფორმაციას, განათლებას და კომუნიკაციას.

ტრიაჟი - სისტემა, რომელიც საშუალებას იძლევა, პაციენტთა ჯგუფის დახარისხებას დაზიანების სიმძიმის გათვალისწინებით და განაპირობებს პრობლემების გადაჭრის რიგითობას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Narain JP, Raviglione MC, Kochi A. HIV-associated tuberculosis in developing countries: epidemiology and strategies for prevention. *Tubercle Lung Disease* 1992;73:311-21.
2. Kochi A. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organisation. *Tubercle* 1991;72:1-6.
3. O'Brien RJ. Preventive therapy for tuberculosis. In: Porter JDH, McAdam KPWJ, eds. *Tuberculosis: back to the future*. Chichester: Wiley, 1994:151-66.
4. De Cock KM, Soro B, Coulibaly IM, Lucas SB. Tuberculosis and HIV infection in sub-Saharan Africa. *JAMA* 1992;268:1581-7.
5. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, Schoenbaum EE, Vermund SH, Klein RS, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1989;320:545-50.
6. Centres for Disease Control and Prevention. Screening for tuberculosis and tuberculous infection in high risk populations, and the use of preventive therapy for tuberculous infection in the United States. *MMWR* 1990;39(RR- 8):1-12.
7. Egger M, Davey Smith G. Bias in location and selection of studies. *BMJ* 1998;316:61-6.
8. American Thoracic Society. Diagnostic standards and classification of tuberculosis. *Am Rev Respir Disease* 1990;142:1420-2.
9. Pape JW, Jean SS, Ho JL, Hafner A, Johnson WD. Effect of isoniazid prophylaxis on incidence of active tuberculosis and progression of HIV infection. *Lancet* 1993;342:268-72.
10. Hawken M, Meme HK, Ellioo LC, Chakaya JM, Morris JS, Githui WA, et al. Isoniazid preventive therapy for tuberculosis in HIV-1 infected adults: results of a controlled trial. *AIDS* 1997;11:875-82.
11. Gordin FM, Matts JP, Miller C, Brown LS, Hafner R, John SL, et al, and the Terry Bein Community Programs for Clinical Research on AIDS. A controlled trial of isoniazid in persons with energy and human immunodeficiency virus infection who are at high risk for tuberculosis. *N Engl J Med* 1997;337:315-20.
12. Whalen CC, Johnson JL, Okwera A, Hom DL, Huebner R, Mugenyi P, et al. A trial of three regimens to prevent tuberculosis in Ugandan adults with the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1997;337: 801-8.
13. Wadhawan D, Hira SK, Mwansa N, Tembo G, Perine PL. Isoniazid prophylaxis among patients with HIV-1 infection. [abstract TuB 0536.] VIII International conference on AIDS, and III sexually transmitted disease world congress, Amsterdam, July 1992.
14. Halsey NA, Coberly JS, Desmormeaux J, Losikoff P, Atkinson J, Moulton LH, et al. Randomised trial of isoniazid versus rifampicin and pyrazinamide for prevention of tuberculosis in HIV-1 infection. *Lancet* 1998;351:786-92.

15. Small PM, Hopewell PC, Singh SP, Paz A, Parsonnet J, Ruston DC, et al. The epidemiology of tuberculosis in San Francisco: a population based study using conventional and molecular methods. *N Engl J Med* 1994;330:1703-9.

16. Wilkinson D, Pillay M, Davies GR, Lombard C, Sturm AW, Crump J. Molecular epidemiology and transmission dynamics of *Mycobacterium tuberculosis* in rural Africa. *Trop Med Int Health* 1997;2:747-53.

17. De Cock KM, Grant A, Porter JDH. Preventive therapy for tuberculosis in HIV-infected persons: international recommendations, research and practice. *Lancet* 1995;345:833-6.

18. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease and the Global Programme on AIDS and the tuberculosis programme of the World Health Organisation. Tuberculosis preventive therapy in HIV-infected individuals. *Tubercle Lung Disease* 1994;75:96-8.

19. Wilkinson D. Preventive therapy for tuberculosis in HIV infected persons. In: Garner P, Gelband H, Olliaro P, Salinas R, Wilkinson D, eds. Infectious diseases module, *Cochrane Database of Systematic Reviews* [updated 14 January 1998]. *The Cochrane Library*. Cochrane Collaboration; Issue 2. Oxford: Update Software, 1998. Updated quarterly.



20. Aisu T, Raviglione M, Van Praag E, Eriki P, Narain JP, Barugahare L, et al. Preventive chemotherapy for HIV-associated tuberculosis in Uganda:

ავერსი AVERSI

შექმენით პირადი სააფთიქო თარო!

ნუ დაელოდებით ფასდაკლების დღეს!
აირჩიეთ ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო
10 მედიკამენტი და 10 არამედიკამენტი,
მოათავსეთ თქვენს პირად თაროზე და ისარგებლეთ
ყოველდღე ყველაზე დიდი ფასდაკლებით!



-  პირად სააფთიქო თაროზე პროდუქტის განთავსება შეგიძლიათ 1 თვის ვადით;
-  თაროზე არსებული დასახელება შეგიძლიათ შეცვალოთ ან დატოვოთ ბარკოდი ვადით.

პროექტში ჩართვა შეუძლია ნებისმიერი ასაკის მომხმარებელს!

დისკრეტობა ჯანმრთელობას და სულიერ სიმშვიდეს!

