

مراقبت دارویی: تحلیل مفهوم به روش تکاملی راجرز

*آذر درویش پور^۱ فروغ رفیعی^۲ سودابه جولایی^۳ محمد علی چراغی^۴

چکیده

زمینه و هدف: مفهوم مراقبت دارویی با تعاریف متعدد در ادبیات علوم مختلف مراقبت سلامت از جمله داروشناسی و دارودرمانی مطرح شده است ولی در متون پرستاری این مفهوم مصطلح نبوده و به کار گرفته نمی شود. لذا این پژوهش به منظور تحلیل مفهوم مراقبت دارویی در جهت روشن شدن هرچه بیشتر این مفهوم در پرستاری با شناسایی محدوده های مورد توافق آن در دو دیسپلین پرستاری و داروسازی و تعیین ویژگی ها، پیشایندها و پیامدهای آن صورت گرفته است.

روش بررسی: در این مطالعه از رویکرد تکاملی تحلیل مفهوم راجرز استفاده شده است. منابع تحلیل، پایگاههای اطلاعاتی sciencedirect، google scholar و springer بودند. معیارهای اصلی جهت ورود، متون منتشر شده به زبان انگلیسی در محدوده سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۱ میلادی بود. جهت جستجو از کلید واژه های Pharmaceutical Care و Pharmaceutical service در «عنوان» متون استفاده گردید. در مجموع از ۹۳۲ مورد متن، ۱۹۷ مورد، که مشتمل بر واژه ی اصلی مطالعه بودند انتخاب و سپس ۲۰ درصد آنها یعنی ۴۰ مورد متن مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: در این مطالعه، ویژگی های مفهوم مراقبت دارویی در دو بعد مهارت تخصصی (با ۵ ویژگی مشتمل بر شناسایی مشکلات دارویی، حل مسائل دارویی، معالجه و ارائه مراقبت تسکینی، مشاهده مستمر نتایج کوتاه مدت درمان و بررسی نسخه) و مهارت ارتباطی (با ۴ ویژگی: مشاوره با بیمار، تعهد عاطفی نسبت به رفاه بیماران، همکاری با تیم مراقبت سلامتی با یکدیگر و توجه به وضعیت پزشکی بیمار) شناسایی شد. پیشایندها شامل عوامل حرفه ای و سازمانی بوده و پیامدهای مفهوم مشتمل بر چهار پیامد (درمانی، اقتصادی، اطلاعاتی و کیفی) بودند. نتیجه گیری کلی: یافته های این مطالعه نشان می دهد که مراقبت دارویی جنبه ای مهم از عملکرد بالینی و مراقبتی پرستاری است که اگر چه بطور مجزا مورد توجه قرار نمی گیرد ولی بعنوان جزئی از مراقبت کلی بیمار مطرح و مورد کاربرد است.

کلید واژه ها: مراقبت دارویی، تحلیل مفهوم، روش تکاملی راجرز

تاریخ دریافت: ۹۱/۵/۳۱

تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۳

۱ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری - دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسؤول)

شماره تماس: ۰۱۳۱-۵۵۵۵۰۵۶ Email: darvishpour_a@yahoo.com

۲ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و عضو گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و عضو گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

ایران.

۴ استادیار، گروه پرستاری ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی و عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

مقدمه

پیر شدن جمعیت جهان منجر به شیوع بیشتر بیماری های مزمن، افزایش مصرف دارو و هزینه های سیستم مراقبت های سلامت می گردد^(۱). در سال های اخیر هزینه مرگ و میر مربوط به عوارض دارویی افزایش یافته است. همانطور که هر سال تعداد و پیچیدگی نسخه های دارویی افزایش می یابد، هزینه های مرتبط با سوء مصرف دارو نیز رو به فزونی می نهد^(۲). عواقب اصلی مصرف چند دارویی (polypharmacy) عدم تبعیت (non-adherence) از درمان دارویی، واکنش های دارویی جانبی، فعل و انفعالات دارویی، افزایش خطر بستری شدن در بیمارستان و هزینه های مراقبت های بهداشتی و خطاهای دارویی است^(۱).

مطالعات انجام شده در طول دهه های گذشته نشان داده است که مشکلات دارویی بسیار گسترده بوده و موجب افزایش قابل توجه در نرخ ناخوشی و مرگ (morbidity and mortality) شده است. مطالعه Bates و همکاران (۱۹۹۵) نشان داد که تقریباً ۲٪ از علت های بستری شدن در بیمارستان بدلیل عوارض جانبی دارویی قابل پیشگیری بوده است. این امر منجر به افزایش میانگین طول بستری به میزان ۴/۶ روز و ۴۷۰۰ دلار افزایش هزینه های بیمارستان برای هر مورد پذیرش بوده است^(۳).

در ایالات متحده آمریکا مطالعه Johnson و Bootman (۱۹۹۵) که با استفاده از مدل اقتصاد دارویی (pharmacoeconomic) صورت گرفت نشان داد که هزینه درمان عوارض و مرگ و میر ناشی از مصرف دارو به همان اندازه هزینه داروهای مصرفی است، و این دومین و پرهزینه ترین عامل پس از بیماری های قلبی عروقی بوده است. این نویسندگان پیش بینی کردند که ممکن است از بروز ۵۰-۲۵٪ از عوارض و مرگ و میر ناشی از مصرف دارو از طریق مدیریت صحیح دارو پیشگیری شود. در سال ۱۹۹۷ مطالعه پیگیری (follow-up study) Johnson و Bootman نشان داد که

مداخله داروساز می تواند از عوارض و مرگ و میر ناشی از مصرف دارویی کاسته و موجب کاهش هزینه های مراقبت های سلامتی گردد. در سال ۲۰۰۱، Ernst و Grizzle با به روز نمودن مدل هزینه - بیماری Johnson و Bootman، این کاهش هزینه را به میزان ۱۷۷ میلیارد دلار بیش از سال ۲۰۰۰ پیش بینی نمودند. مطالعات اخیر نیز تخمین می زنند که ۵۸/۹٪ (در محدوده ۳۲٪ تا ۸۶٪) از موارد بستری در بیمارستان ناشی از دارو قابل پیشگیری هستند. علل قابل پیشگیری بستری ناشی از دارو عبارتند از: واکنش های جانبی دارویی، دوز بیشتر و یا کمتر از حد لازم دارو، عدم درمان دارویی مورد نیاز، عدم تبعیت بیمار، پیگیری ناکافی و مشکلات ناشی از داروهای بدون نسخه^(۳).

احتمال پایه موارد مرگ (The base case probability of dying) ناشی از مشکلات دارویی در جمعیت کلی، ۹/۳٪ بوده که این عدد با استفاده از پیش بینی تعداد ۲۱۸،۰۰۰ مرگ ناشی از دارو در کل جمعیت در سال تعیین گردیده است. مراقبت های دارویی کاهش مرگ و میر به میزان ۷/۹٪ را در برداشته است که معادل ۸۵٪ کاهش خطر مرگ در هر سال می باشد^(۲). مفهوم مراقبت، جوهره اصلی حرفه پرستاری است^(۴). مراقبت به یک سری فعالیت های ماهرانه مستقیم (یا غیر مستقیم)، فرآیندها و تصمیم گیری های مربوط به کمک به مردم به شیوه ای که منعکس کننده ویژگی های رفتاری حمایتی، محافظتی، آموزشی، یاریگرایانه، دلسوزانه همراه با همدلی بر اساس نیازها، مشکلات، ارزش ها و اهداف کمک رسانی به فرد یا گروه باشد اطلاق می گردد. مراقبت در حرفه های سلامتی، به اقدامات کمکی، حمایتی و یا تسهیلاتی برای فرد یا گروهی از افراد با نیازهای مشخص و یا پیش بینی شده اطلاق می شود که در راستای بهبود وضعیت بشر و یا اصلاح روش زندگی افراد باشد^(۴).

۱. بکارگیری مراقبت در اکثر حرفه های سلامتی مورد نیاز می باشد و در تمامی این حرفه ها تعریف

مراقبت به جز مراقبت دارویی از ادبیات پرستاری انتخاب شده است^(۴). اولین بار مفهوم مراقبت دارویی (Pharmaceutical care) توسط Hepler و Strand معرفی و به عنوان "ارائه درمان دارویی به منظور دستیابی به نتایج قطعی برای بهبود کیفیت زندگی بیمار" تعریف شد^(۱۷،۱۸،۱۹،۲۰،۲۱،۲۲،۲۳،۲۴،۲۵،۲۶،۲۷).

در مورد مفهوم مراقبت دارویی، تعاریف و توصیف های متعدد و در عین حال متغیری در ادبیات علوم مراقبت سلامت از جمله داروشناسی مطرح شده است اما در متون پرستاری که اساس آن بر مراقبت بنا شده است این مفهوم مصطلح نبوده و به کار گرفته نمی شود. علت این امر می تواند بکارگیری مفهوم مراقبت بصورت کلی باشد که مفهوم مراقبت دارویی را بعنوان جزئی از آن در بر می گیرد. پرواضح است که این امر شایسته به نظر نمی رسد؛ زیرا خود واژه مراقبت و ابعاد آن هنوز بخوبی شناخته شده نیست و مطالعات مختلف سالهای اخیر از جمله Brilowski (۲۰۰۵) و DalPezzo (۲۰۰۹)^(۱۸) در زمینه تحلیل آن، حکایت از صحت این ادعا دارد؛^(۱۹) چه برسد به اینکه مفهوم مراقبت دارویی را نیز در برداشته باشد و اساساً شناخت هر چه بهتر اجزاء یک مفهوم به شناخت کل آن نیز کمک می نماید. از طرفی با توجه به اینکه امروزه پرستاران در کشورهای مختلف دنیا (مانند آمریکا، انگلیس، استرالیا و ...) دارو تجویز می نمایند و موضوع تجویز دارو نمی تواند جدای از مفهوم مراقبت آن مورد بحث قرار گیرد، لزوم بررسی هر چه بیشتر این مفهوم مشخص تر می گردد.

رویکردهای بسیاری برای توسعه مفاهیم توسط محققان به کار گرفته شده است، از جمله رویکرد تحلیل مفهوم که به عنوان یکی از راهبردهای آشنا در توسعه مفهوم، عناصر اساسی یک مفهوم را با هدف شناخت ساختار و عملکرد آن مورد بررسی قرار می دهد^(۲۰).

در تحلیل مفهوم سنتی، فرایند سنتز بر نتایج مفهوم و شناسایی جوهره مفهوم استوار است، در حالیکه دیدگاه تکاملی راجرز (Rodgers' evolutionary

method)، رویکردی استقرایی بوده و بر اساس این ایده استوار است که مفاهیم به طور مداوم در حال تحول و تغییر هستند می باشند. از نظر Rodgers "بررسی جنبه های زمینه ای از مفاهیم، موجب درک درست از موقعیتی که مفهوم در آن استفاده شده است می گردد، علی الخصوص در مواردی که مفاهیم در شرایط متفاوت و توسط افرادی با دیدگاه های متنوع بکارگرفته می شوند"^(۱۹). بر این اساس پژوهش حاضر به منظور تحلیل مفهوم مراقبت دارویی در جهت روشن شدن هرچه بیشتر این مفهوم در پرستاری با شناسایی محدوده های مورد توافق آن در دیسپلین داروسازی و تعیین ویژگی ها، پیشایندها و پیامدهای آن با استفاده از رویکرد تکاملی راجرز صورت گرفته است.

روش بررسی

در این مطالعه از رویکرد تکاملی تحلیل مفهوم راجرز استفاده شده است. در این رویکرد اگر چه فعالیت های شش گانه مقدماتی برای مطالعه توصیه شده، اما Rodgers معتقد است که بسیاری از این فعالیت ها در طی مطالعه به طور هم زمان صورت می گیرد. فرایند مطالعه دارای ماهیت غیر خطی، چرخشی و انعطاف پذیر می باشد. در این روش، راجرز از رویکرد استقرایی و تحلیل دقیق بهره می برد و تمرکز مطالعه بر جمع آوری و تحلیل داده های خام استوار است و مفاهیم در زمینه اجتماعی، فرهنگی و بافت خاص هر حرفه مورد مطالعه قرار می گیرد^(۲۱). مراحل فرایند تحلیل مفهوم تکاملی راجرز عبارتند از:

- ۱- تعیین مفهوم مورد نظر و بیانات همراه و واژه های جانشین
- ۲- تعیین و انتخاب محدوده و قلمرو (مجموعه و نمونه) مناسب جهت جمع آوری داده ها
- ۳- جمع آوری داده های مرتبط با ویژگی های مفهوم و متناسب با تغییرپذیری های بافتی از جمله

اصلی مطالعه یعنی مراقبت دارویی در عنوان و به صورت تمام متن (Full text) قابل دسترسی بود، انتخاب شدند. سپس ۲۰ درصد آن یعنی ۴۰ مورد متن (۳۳ مقاله، ۶ مورد پایان نامه و یک مورد بیانیه) که نزدیکتر به عنوان پژوهش حاضر بود، انتخاب گردید. ذکر این نکته ضروری است که کلید واژه های فوق (بصورت انگلیسی و معنی فارسی آنها) در پایگاه های اطلاعاتی فارسی مانند SID و Iranmedex هم جستجو شد که در این زمینه هیچ مطلبی جهت استفاده در پژوهش حاضر به دست نیامد.

به طور کلی در روش راجرز، از تحلیل درون مایه ای (Thematic analysis) به عنوان راهکار تحلیل استفاده می گردد (۲۱). در این پژوهش، تحلیل به صورت درون مایه ای و شبیه به تحلیل محتوا صورت گرفت. تمامی مقالات به دقت خوانده شد و نکات و موارد مناسب ذیل عناوین ویژگی ها (Attributes)، پیشایندها (Antecedents)، پیامدها (Consequences)، مفاهیم مرتبط (Related concepts)، واژه های جایگزین (Surrogate terms) و تعاریف مفهوم مراقبت دارویی قرار گرفت. سپس در هر قسمت، داده ها چندین بار خوانده شد تا محقق بتواند در آنها غوطه ور شود و نکات و برجسب های کلیدی برای فراهم کردن توصیفات واضح در مورد هر جنبه از مفهوم استخراج گردد. در جدول شماره ۱ خلاصه ای از مرور مطالعات که معنای مفهوم مراقبت دارویی را دربرداشته اند به همراه ویژگی ها، پیشایندها و پیامدها آورده شده است. لازم به ذکر است که در اکثر متون مورد مطالعه، بصورت مستقیم به بحث پیشایندها اشاره نشده است و این پیشایندها در قالب موانع اجرایی بیان گردیده اند. بنابر این پیشایندهای این مفهوم بصورت غیر مستقیم از داده های متون استخراج گردید.

۴- تغییرات اجتماعی فرهنگی، بین رشته ای و زمانی (بروز پیشایندها و پیامدهای مفهوم)

۵- تحلیل داده ها بر اساس ویژگی های مفهوم

۶- بیان مثال متناسب با مفهوم در صورت نیاز

۷- تعیین فرضیه ها و دلالت های تحلیل برای تکامل بیشتر مفهوم^(۲۲)

در بین فعالیتهای مختلفی که محققین طی کاوشها با آنها درگیر می شوند، شناسایی و تعیین مفهوم مورد علاقه اولین فعالیت محسوب می شود^(۲۲). و با توجه به اینکه مفهوم "مراقبت" بعنوان جوهره اصلی حرفه پرستاری در ابعاد وسیع علی الخصوص در بحث دارو قابلیت کاربرد دارد و چنانچه در بخش مقدمه نیز ذکر گردید شواهد موجود در ادبیات پرستاری نشان دهنده عدم بکارگیری مفهوم "مراقبت دارویی" است، بنابراین پژوهشگران علاقه مند شدند تا تحلیل این مفهوم را در جهت روشن شدن شناسایی محدوده های مورد توافق آن در دو دیسپلین پرستاری و داروسازی به انجام رسانند.

مهم ترین مرحله پس از مشخص کردن مفهوم مورد نظر، تعیین قلمرو و محدوده ادبیات مورد مطالعه می باشد^(۲۱). در این تحقیق، متون منتشر شده به زبان انگلیسی و در ۲۱ سال اخیر (در محدوده سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۱ میلادی) در مورد مراقبت دارویی در پرستاری و علوم سلامتی مورد بررسی و تحلیل دقیق قرار گرفت. علت شروع جستجو از سال ۱۹۹۰ بدلیل مطرح شدن اولیه این مفهوم توسط Strand و Hepler در این سال می باشد. منابع تحلیل در این پژوهش، پایگاههای اطلاعاتی sciencedirect، springer و Google scholar بودند. جهت جستجو از کلید واژه های Pharmaceutical Care و Pharmaceutical service در «عنوان» متون استفاده گردید. در مجموع از ۹۳۲ مورد متن پس از مرور و بررسی خلاصه آنها و حذف موارد تکراری، ۱۹۷ مورد که مشتمل بر واژه‌ی

جدول شماره ۱: خلاصه متون مرتبط با مفهوم مراقبت دارویی در مرور ادبیات

نویسنده	ویژگی ها	پیشایندها	پیامدها
Perraudin, 2011 ^(۳۳)			مراقبت دارویی موجب ارتقاء کیفیت زندگی بیمار می شود.
Morak, 2010	مراقبت دارویی بر اساس ارتباط بین بیمار و ارائه دهندگان مراقبت سلامت که مسئولیت بیمار را پذیرفته اند می باشد. این مفهوم مستلزم مشارکت فعال بیمار در تصمیم گیری های درمانی و همکاری بین رشته ای کلیه ارائه دهندگان خدمات درمانی می باشد و اولویت اصلی آن، نفع مستقیم بیمار است.		
Montgomery et al, 2010 ^(۳۴)		پزشکان برای موفقیت در اجرای این مراقبت، باید علاوه بر دانش دارویی، متعهد به رویکرد بیمار محور و اجرای رفتارهای مراقبتی (caring behaviours) باشند.	
Al-Arifi, 2009 ^(۳۵)	بر اساس فلسفه عملکردی مراقبت دارویی، داروساز مسئولیت شناسایی، پیشگیری و حل مشکلات دارویی و سلامتی بیمار را بر عهده دارد.	دانش بالینی و مهارت های ارتباطی پرسنل، وقت کافی، اعتماد به نفس، تأمین تکنسین های داروخانه به تعداد کافی و تغییر نگرش منفی داروسازان نسبت به مراقبت دارویی	
Udeogaranya et al, 2009 ^(۳۶)	مراقبت دارویی به عنوان یک فعالیت برجسته در سیستم مراقبت سلامت شناخته شده است. این مراقبت نوعی فعالیت دارای ساختار، نظام مند و مستند از عملکرد داروساز است که شامل تشخیص، پیشگیری و حل مشکلات مربوط به دارو می باشد.	- دانش مناسب و مهارت های ارتباطی بالینی، داشتن وقت و پرسنل کافی، فن آوری مناسب، تغییر نگرش در مورد مراقبت دارویی	
Babiker, 2008	- مراقبت های دارویی شامل شناسایی، حل مسائل و پیشگیری از مشکلات دارویی می باشد.	- درک، نگرش و رفتار مثبت داروساز نسبت به اجرای مراقبت دارویی از عوامل اصلی و محوری است. - چهار فاکتور مؤثر در مراقبت دارویی برای هر بیمار عبارتند از: (۱) وضعیت پزشکی بیمار (۲) دریافت درمان دارویی توسط بیمار (۳) درجه اقدامات و فعالیتهای مورد نیاز و (۴) روابط ما بین ارائه دهندگان مراقبت سلامتی	- پیامدهای درمانی عبارتند از: - معالجه بیماری، از بین بردن یا کاهش علائم بیماری، توقف و یا کند شدن روند بیماری یا نشانه های آن

جدول شماره ۱: خلاصه متون مرتبط با مفهوم مراقبت دارویی در مرور ادبیات

نویسنده	ویژگی ها	پیشایندها	پیامدها
Sakthong, 2007	- با توجه به فلسفه مراقبت دارویی، مسئولیت اصلی داروسازان، کمک به جوامع نیازمند برای درمان مناسب، موثر و ایمن دارویی است. - داروساز باید (۱) نیاز بیماران را ارزیابی نموده و مشکلات مربوط به درمان دارویی را شناسایی نماید (۲) اهداف درمانی برای جلوگیری و حل مشکلات دارو درمانی تعیین کند (۳) پیامد نتایج درمانی بیماران (از نظر فواید و خطرات دارویی) را ارزشیابی و پیگیری نماید.	- دانش داروساز در مورد بیمار، بیماری، دارو و مهارت های لازم برای شناسایی نیازهای دارویی بیمار - پذیرش داروساز به عنوان عضوی از تیم مراقبت سلامت برای ارائه مراقبت دارویی - ارتباط داروساز با بیماران و دیگر ارائه دهندگان مراقبت - بودجه کافی، دسترسی به بیماران و داده های آزمایشگاهی، افزایش انگیزه و دانش بالینی، داشتن زمان و مکان مشاوره خصوصی، افزایش توقع از حرفه داروسازی برای انجام مراقبت	- عملکرد مراقبت دارویی منجر به درمان دارویی مناسب، امن و مقرون به صرفه برای بیماران می گردد که در نهایت موجب کاهش نرخ ناخوشی و مرگ و میر ناشی از دارو در جامعه می گردد. این امر در نهایت، منجر به حرفه ای شدن داروسازی به عنوان یک حرفه واقعی می گردد.
Mostert, 2007 ^(۲۷)			- ارتقاء رضایت بیمار، بهبود کیفیت زندگی بیمار، کاهش هزینه های دارویی، به حداقل رساندن واکنش های دارویی، کاهش زمان بستری در بیمارستان، و نیز بهبود دانش بیمار و درک واژگان پزشکی و بهبود انطباق دارویی
Lyra Jr et al, 2007		- بهبود شرایط کار برای ارائه مراقبت با توجه به ویژگیهای هر فرد (individualizing) و سرمایه گذاری در بخش نیروی انسانی و آموزش حرفه ای بالینی	- هدف مراقبت دارویی دستیابی به نتایج قطعی بهبود کیفیت زندگی بیمار (QOL) می باشد - مداخله مشارکتی، منجر به نتایج مثبتی همانند پیشگیری از مشکلات دارو درمانی، کاهش هزینه های درمان، و رضایت از برنامه مراقبت های دارویی می شود.
Montgomery et al, 2007 ^(۲۸)		- تعیین فضای مناسب، ارائه مراقبت بر اساس تقاضای (demand) بیمار، امکان دسترسی به سوابق دارویی بیمار و شواهدی از ارزش مراقبت دارویی	
Shaya and Gbarayor, 2006 ^(۲۹)		- مسایل مرتبط با ارائه مراقبت های دارویی در ۴ حوزه زیر دسته بندی می شوند: امکانات/ ساختار؛ تجهیزات/ آموزش؛ عوامل مربوط به بیمار و عوامل مربوط به بیمار نیروی انسانی (پرسنل)	
Lawrence, 2004 ^(۳۰)	مراقبت دارویی یک فرایند چند وجهی است.		نتایج مثبت مراقبت دارویی عبارتند از شناسایی، حل و پیشگیری از مشکلات مربوط به دارو

جدول شماره ۱: خلاصه متون مرتبط با مفهوم مراقبت دارویی در مرور ادبیات

نویسنده	ویژگی ها	پیشایندها	پیامدها
Erah and Nwazuoke, 2002 ^(۳۱)	- مراقبت دارویی فرایند مشارکت داروساز با بیمار و سایر حرفه مراقبت سلامت در طراحی، پیاده سازی و نظارت بر اجرای برنامه درمانی است.	- زمان کافی برای مصاحبت با بیماران - تعبیه محل مشاوره در داروخانه ها - آموزش کافی	مراقبت دارویی منجر به نتایج خاص درمانی برای بیمار خواهد شد. این نتایج عبارتند از: پیشگیری و درمان بیماری، از بین بردن یا کاهش علائم بیمار، توقف و یا کند کردن روند بیماری
Fjortoft and Zgarrick, 2001 ^(۳۲)	- مفهوم مراقبت دارویی عبارت از تعهد عاطفی نسبت به رفاه بیماران به عنوان افرادی که نیازمند و شایسته شفقت، نگرانی و اعتماد می باشند.		
Van Mil, 2000 ^(۳۴)	مراقبت دارویی، با هدف کمک به هر فرد بیمار، می تواند در پیشخوان و یا در اتاق مشاوره انجام شود.		
Martin & Chisholm, 1999 ^(۳۵)		- دارا بودن وقت کافی، دانش و مهارت های ارتباط بالینی پرسنل، اعتماد به نفس، تأمین تعداد مناسب تکنسین های داروخانه و تعبیه مکان فیزیکی برای تعامل داروساز و بیمار - تغییر نگرش منفی پزشکان و داروساز ها برای انجام مراقبت دارویی	
Scott et al, 1999 ^(۳۶)	جوهره (essence) اصلی مراقبت دارویی، توانایی داروسازان در کار با بیماران و ارائه دهندگان مراقبت سلامت برای استفاده مناسب و ایمن از دارو می باشد.		
Catney and Currie, 1999 ^(۳۷)	مراقبت دارویی فرایندی است فعال و از مشخصات (ویژگی های) آن کار کردن با بیماران و مراقبان آنها، و دیگر حرفه های سلامت برای پیاده سازی، نظارت و ارزیابی پیامد های دارو درمانی می باشد.		
Wright and Miederhoff, 1999 ^(۳۸)		اجرای کامل مراقبت دارویی منوط به تعهد پزشکان برای کار با بیماران همراه با ارائه مراقبت دلسوزانه تا کسب تندرستی کامل آنان می باشد.	

جدول شماره ۱: خلاصه متون مرتبط با مفهوم مراقبت دارویی در مرور ادبیات

نویسنده	ویژگی ها	پیشایندها	پیامدها
Chisholm and Wade, 1999 ^(۳۹)		افزایش دانش و مهارت های بالینی و ارتباطی، دارا بودن وقت کافی و تغییر نگرش پزشکان داروخانه نسبت به مراقبت دارویی	
Farris et al, 1999 ^(۴۰)		برقراری انگیزه مادی (مشوق های پولی)، تغییر نگرش بیماران و پزشکان و داشتن دانش و مهارت	
Buerki and Vottero, 1995 ^(۴۱)			- مراقبت دارویی در ارتباط با تصمیمات مراقبتی حرفه ای است که پیامد آن فراتر از ارتقاء پیامد درمانی می باشد. - بکارگیری مفهوم مراقبت دارویی علاوه بر ایجاد تعهد فردی و حرفه ای عمیق نسبت به بیماران، موجب کسب سطح بالایی از دانش بالینی می گردد که ارتقاء این حرفه را بدنبال خواهد داشت.
Murawski, 1994 ^(۴۲)	تعهد به رفاه بیمار، مراقبت از بیمار و حمایت از او		
ASHP(American Society of Hospital Pharmacists), 1993 ^(۴۳)			پیامد های مراقبت دارویی عبارتند از: ۱. درمان بیماری ۲. حذف یا کاهش نشانه های بیماری ۳. توقف و یا کاستن از سرعت روند بیماری ۴. پیشگیری از بیماری یا نشانه های بیماری

یافته ها

در این بخش از مطالعه، ابتدا ویژگی ها، پیشایندها و پیامدهای مفهوم مراقبت دارویی که مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته اند (شکل شماره ۱) مطرح گردیده و سپس مفاهیم مرتبط و واژه های جایگزین و مثال نمونه ذکر شده اند.

ویژگی ها

ویژگی های مفهوم مراقبت دارویی در مطالعه حاضر، در دو بعد مهارت تخصصی و مهارت ارتباطی شناسایی شد.

مراقبت دارویی در بعد مهارت تخصصی

این بعد با ۵ ویژگی: شناسایی مشکلات دارویی، حل مسائل دارویی، معالجه و ارائه مراقبت تسکینی، مشاهده مستمر نتایج کوتاه مدت درمان برای اصلاحات لازم،

بررسی نسخه از نظر تناسب برای هر فرد بیمار و تداخلات دارویی مشخص گردید.

بر اساس نظر Perraudin، مراقبت دارویی شامل تمام فعالیتهای و خدماتی است که داروساز برای رسیدن به اهداف پیشگیری، معالجه و ارائه مراقبت تسکینی، جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیمار فراهم می آورد^(۳۳).

در تعریفی دیگر، مراقبت های دارویی شامل شناسایی، حل مسائل و پیشگیری از مشکلات دارویی می باشد. مشکلات دارویی به عنوان "یک رویداد یا شرایط مربوط به دارو درمانی که بطور واقعی یا بالقوه با نتیجه مطلوب برای بیمار تداخل می نماید تعریف شده است. مشکلات دارویی به صورت زیر طبقه بندی شده اند: اندیکاسیون عدم درمان (untreated indication)، انتخاب نامناسب دارو، دوز دارویی کمتر از حد مورد نیاز، دوز

بیش از حد مورد نیاز، عوارض جانبی دارویی، تداخل دارویی، عدم دریافت دارو و استفاده از دارو بدون دلالت (indication) (۳۱).

سازمان جهانی بهداشت (WHO، ۱۹۹۸) نیز مراقبت های دارویی را به عنوان یک سیستم مراقبت از بیمار که به طور مستمر نتایج کوتاه مدت درمان را مورد مشاهده قرار داده تا اصلاحات لازم را برای بهبود نتایج مدیریت نماید تعریف نموده است (۳).

Babiker بیان می کند که داروسازان قادر به ارائه انواع خدمات مراقبت های دارویی هستند. این موارد شامل بررسی نسخه از نظر تناسب برای هر فرد بیمار با توجه به سن او و سایر وضعیت های پزشکی، مصرف همزمان داروها با یکدیگر (تداخلات دارویی) و دیگر عوامل مرتبط با آن می باشند (۳).

مراقبت دارویی در بعد مهارت ارتباطی

در این بعد ۴ ویژگی: تعهد عاطفی نسبت به رفاه بیماران، مشاوره با بیمار و بحث در رابطه با نگرانی های او، همکاری تیم مراقبت سلامتی با یکدیگر در طراحی، پیاده سازی و نظارت بر طرح مراقبت، و توجه به وضعیت پزشکی بیمار شناسایی شد.

مفهوم مراقبت دارویی از نظر Zgarrick و Fjortoft عبارت است از تعهد عاطفی نسبت به رفاه بیماران به عنوان افرادی که نیازمند و شایسته شفقت، نگرانی و اعتماد می باشند (۳۳).

Babiker معتقد است داروسازان می توانند مشاوران خوبی جهت انطباق بیمار با رژیم دارویی خود، تشخیص عوارض جانبی، و بحث با بیمار در رابطه با نگرانی های او باشند (۳). از نظر او داروسازان باید برای دستیابی به نتایج مورد نظر در مراقبت های دارویی، با بیماران و دیگر ارائه دهندگان مراقبت های سلامتی در طراحی، پیاده سازی و نظارت بر طرح مراقبت به منظور جلوگیری و حل مشکلات دارو درمانی همکاری نمایند (۳).

شناسایی ویژگی های مفهوم، اولین مرحله انجام تحلیل است که به تعریف واقعی از مفهوم منجر می شود

(۴۴،۲۱). در اکثریت مقالات مورد بررسی، تعاریف مراقبت دارویی به صورت کلی و مربوط به تعریف Hepler و Strand می باشد. تعاریف ذکر شده در این مقالات عبارتند از: مراقبت دارویی شامل تمام فعالیتها و خدماتی است که داروساز برای رسیدن به اهداف پیشگیری، معالجه و ارائه مراقبت تسکینی، جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیمار فراهم می آورد (۲۳). با توجه به یافته های مطالعه حاضر، تعریف زیر از مراقبت دارویی استخراج گردید: "اجرای کلیه اقدامات لازم برای شناسایی و حل مشکلات دارویی، معالجه و ارائه مراقبت تسکینی، بررسی نسخه از نظر تناسب برای هر فرد بیمار با توجه به وضعیت پزشکی وی و در نظر گرفتن تداخلات دارویی، مشاهده مستمر نتایج درمان و مشاوره با بیمار و بحث در رابطه با نگرانی های او که با تعهد عاطفی نسبت به رفاه بیماران همراه بوده و طی همکاری با تیم مراقبت سلامتی صورت می گیرد".

پیشایندها

پیشایندها، پیش نیازهای مفهوم تحت تحلیل هستند و بر وقوع مفهوم تاثیر می گذارند (۴۵). Rodgers پیشنهاد می کند که مرور متون باید به شناسایی پیشایندها و پیامدهای یک مفهوم بیانجامد زیرا هر دوی اینها به شفافیت بیشتر مفهوم کمک می کند (۲۱). پیشایندها در مطالعه حاضر بصورت عوامل حرفه ای و عوامل سازمانی شناسایی شدند.

عوامل حرفه ای

نتایج بررسی نشان داد که اجزاء مربوط به عوامل حرفه ای عبارتند از تغییر در نگرش، رفتار و ادراک متخصصین؛ رفتار حرفه ای، شناسایی محدودیت های فیزیکی و روانی مددجویان، توجه به فلسفه مراقبت دارویی و آموزش حرفه ای بالینی.

مراقبت دارویی شامل سه بخش است: فلسفه مراقبت دارویی، فرآیند مراقبت از بیمار و سیستم مدیریت عملکرد (the practice management system)

بوده و موجب خطرات جدی در بروز مشکلات دارو درمانی و نیز مشکلات سلامتی برای بیماران می گردد.^(۱)

عوامل سازمانی

مطالعات متعدد، موانع مراقبت دارویی را بصورت زیر ارائه نموده اند: عوامل مربوط به سیستم، علل مربوط به منابع، علل آموزشی، حقوقی، حرفه ای و موانع اداری، مالی، عوامل اطلاعاتی، ارتباطی، ساختاری و رهبری.^(۳)

براساس مطالعه حاضر، اجزاء سازمانی دخیل در مراقبت دارویی مشتمل بر شرایط کار برای ارائه مراقبت با توجه به ویژگیهای هر فرد، سرمایه گذاری در بخش نیروی انسانی، و توجه به سیستم مدیریت عملکرد برای حمایت از عملکرد می باشند.

سیستم مدیریت عملکرد مشتمل بر ساختار اولیه سازمانی است که ممکن است برای حمایت از مراقبت دارویی مؤثر واقع شود. سیستم های مدیریت عملکرد شامل مأموریت سازمان، منابع مالی، فیزیکی و انسانی، سیستم ارزشیابی و مکانیسم های پاداش دهی می باشد.^(۹) بنابراین جهت ارائه مراقبت دارویی بهتر، بهبود شرایط کار و سرمایه گذاری در بخش نیروی انسانی و آموزش حرفه ای بالینی توصیه می شود.^(۱)

پیامد ها

پدیده ای که انتظار می رود به دنبال وقوع یک مفهوم بیاید، پیامد نامیده می شود.^(۲۱) پیامدهای درمانی مراقبت های دارویی عبارتند از: معالجه بیماری، از بین بردن یا کاهش علائم بیماری، توقف و یا کند شدن روند بیماری یا نشانه های آن.^(۳) همچنین مطالعات متعدد به مزایای دیگر از جمله ارتقاء رضایت بیمار، کاهش هزینه های دارویی، به حداقل رساندن واکنش های دارویی، کاهش زمان بستری در بیمارستان، و نیز بهبود دانش بیمار و درک وژگان پزشکی اشاره نموده اند. از مزایای دیگر مراقبت دارویی می توان به بهبود کیفیت زندگی بیمار و بهبود انطباق دارویی اشاره کرد.^(۲۷)

مطالعات دیگر، نتایج مثبت مداخله مشارکتی (collaborative intervention)، که منجر به

برای حمایت از عملکرد^(۹، ۲۶). منظور از فلسفه مراقبت دارویی، مراقبتی است مرتبط با نیازهای دارویی بیمار با در نظر گرفتن مسئولیت شناسایی، پیشگیری و حل مشکلات دارو درمانی. فرآیند مراقبت از بیمار عبارت است از آنچه که در زمان ارائه مراقبت دارویی، بین بیمار و کارکنان حرفه های مراقبت سلامتی اتفاق می افتد.^(۹) سیستم مدیریت عملکرد مربوط به عوامل سازمانی است که در بخش مربوطه توضیح داده شده است.

با توجه به نیازهای بیمار باید در سطح مراقبت مورد نیاز افتراق قائل شد. هر سطح از مراقبت با توجه به چهار عامل مؤثر در مراقبت دارویی برای هر بیمار متفاوت می باشد. این عوامل عبارتند از: ۱) وضعیت پزشکی بیمار ۲) دریافت درمان دارویی توسط بیمار ۳) درجه اقدامات و فعالیتهای مورد نیاز و ۴) روابط ما بین ارائه دهندگان مراقبت سلامتی.^(۳)

با ارائه مراقبت دارویی، قطعاً کیفیت زندگی بیمار بهبود می یابد و در این میان نقش ارزش ها، نگرش ها و رفتارهای نشان دهنده اقدامات مراقبتی نیز نباید نادیده انگاشته شوند.^(۴)

یکی از جنبه های کلیدی در جهت بهبود و یا جلوگیری از بروز مشکلات دارویی، تغییر در نگرش، رفتار و ادراک متخصصین مراقبت سلامتی است و شایسته است که تیم مراقبت، محدودیت های فیزیکی و روانی مددجویان خود را شناسایی نموده و رفتاری حرفه ای و مؤدبانه داشته باشند.^(۳)

نتایج پژوهش ها نشان می دهد که نقایص و مشکلات ارتباطی (communication failures) بین پزشکان و بیماران موجب شکاف عمیق در درک فرآیند سلامت بیماری می گردد. این موضوع عمدتاً به این دلیل است که در ملاقات های پزشک با بیماران (خصوصاً سالمندان)، به نیازها، انتظارات، کم سوادی و ناتوانی (شنوایی و شناختی) توجه نمی گردد. مطالعات نشان می دهد که در این ملاقاتها، اغلب توصیه های کلامی پزشکان، ناکافی و مشتمل بر جنبه های فنی می باشد که خارج از درک بیمار

(pharmaceutical services) قابل جایگزینی می‌باشد.

بیان مثال متناسب با مفهوم (مدل نمونه)

مراقبت دارویی پرستار

خانم طاهری زنی ۳۸ ساله و با تجربه بستری قبلی، در بخش زنان و زایمان بیمارستان الزهراء بستری گردیده است. وی امروز صبح زایمان طبیعی داشته و برای تثبیت وضعیت سلامتی قرار است که حداقل ۲۴ ساعت (مطابق روتین بیمارستان) در بخش بستری باشد. پرستار عصر اندکی پس از کنترل علائم حیاتی ساعت ۶ بعد از ظهر، متوجه افزایش درجه حرارت بیمار (۴۰ درجه سانتیگراد) شده و به همین دلیل پس از شروع تن شویه، با پزشک آنکال تماس تلفنی برقرار نموده و دستور داروی سیپروفلوکساسین را دریافت نمود. پرستار پس از دریافت دستور، با توجه به اطلاعاتی که (در هنگام تحویل شیفت در ایستگاه پرستاری از پرستار صبح) دریافت نموده بود به ناگهان متوجه سابقه قبلی تشنج بیمار شد و با اطلاعات دارویی که از قبل داشت دریافت که مصرف این دارو برای افراد با سابقه تشنج موجب تشدید و شروع تشنج می‌گردد. به این دلیل جهت اطلاع دادن موضوع و دریافت دستور جدید و تعویض آنتی بیوتیک، مجدداً با پزشک آنکال تماس می‌گیرد. در این مورد نمونه ملاحظه می‌شود که چگونه نگرانی و توجه به بیمار و اقدامات هوشیارانه و به موقع یک پرستار می‌تواند در وضعیت سلامتی و بهبودی بیمار و پیشگیری از عوارض نابجا تاثیر گذار باشد. پرستار صلاحیت خود را در برآورده نمودن مسئولیت مراقبتی در جلوگیری از آسیب بالقوه به بیمار و بطور غیر مستقیم به نوزاد نشان داد.

این مدل نمونه تمامی معیارهای لازم را دارد و شرح می‌دهد که مراقبت دارویی بخشی از فرایند مراقبت کلی و جزء لاینفک عملکرد مراقبتی پرستاران است.

پیشگیری از مشکلات دارو درمانی (Drug therapy (problems)، کاهش هزینه های درمان و رضایت از برنامه مراقبت دارویی می‌گردد را نشان داده اند^(۱).

در این مطالعه نیز پیامدهای مفهوم مراقبت دارویی عبارت بودند از پیامد درمانی، اقتصادی، اطلاعاتی و کیفی. پیامد درمانی شامل معالجه بیماری، از بین بردن یا کاهش علائم بیماری، توقف و یا کند شدن روند بیماری یا نشانه های آن، به حداقل رساندن واکنش های دارویی؛ پیامد اقتصادی مشتمل بر کاهش هزینه های دارویی، کاهش زمان بستری در بیمارستان؛ پیامد اطلاعاتی شامل بهبود دانش بیمار، درک واژگان پزشکی، بهبود تبعیت دارویی بیمار؛ و پیامد کیفی شامل ارتقاء رضایت بیمار و ارتقاء کیفیت زندگی بیمار بود.

مفاهیم مرتبط و واژه های جایگزین

کاربرد مفاهیم مرتبط در تحلیل مفهوم بر این عقیده استوار است که هر مفهوم بخشی از شبکه مفاهیمی را تشکیل می‌دهد که ضمن فراهم کردن زمینه لازم، در بیان اهمیت مفهوم مورد مطالعه نیز نقش ایفا می‌کنند. در واقع، مفاهیم مرتبط تنها بخشی از روابط و وابستگی های مفهوم اصلی را دربردارند، بنابراین، واجد تمام ویژگی ها و خصوصیات مفهوم مورد مطالعه نمی‌باشند^(۱۹). رایج ترین واژه های شناسایی شده در جریان تحلیل مطالعات مورد بررسی که با مراقبت دارویی ارتباط تنگاتنگ داشتند، عبارت بودند از مدیریت دارو (medicine management) و مدیریت دارو دادن (medication management).

واژه های جانشین به معنی بیان مفهوم با کلمات و اظهاراتی غیر از مفهوم انتخابی جهت مطالعه می‌باشد^(۲۱). ضمن فرایندهای تحلیل، مشخص شد که مفهوم مراقبت دارویی با واژه های عملکردهای دارویی (pharmacists' practices) و خدمات دارویی



شکل ۱: ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدهای مفهوم مراقبت دارویی

بحث و نتیجه گیری

در دنیای کنونی، افزایش تقاضا برای مراقبت (بدلیل پیری جمعیت و افزایش شیوع بیماری‌های مزمن) منجر به خواسته‌های جدید و مراقبت‌های دارویی جدید می‌گردد. نیازهای دارویی شامل نیاز به خدماتی از قبیل بررسی دارو، داروهای جدید، پایش و یا مشاوره دارویی می‌باشد. نیازهای دارویی ممکن است توسط بیمار و یا هر عضو از تیم مراقبت سلامتی مشخص گردد. شناخت مسائل مربوط به مراقبت دارویی، بخشی از تدوین یک برنامه مراقبت دارویی است که در آن مشکلات دارویی بیمار و پیامد مورد انتظار تشریح و اقدامات برای رسیدن به آن برنامه ریزی می‌گردد^(۹).

امروزه مراقبت دارویی به عنوان یک جنبش جهانی در میان داروسازان مطرح می‌باشد^(۴۷). در حالیکه مفهوم مراقبت، چنانچه ذکر قبلاً ذکر گردید، جوهره اصلی حرفه پرستاری است و پرداختن به کلیه ابعاد آن ضرورتی همیشگی است.

در این مطالعه، ویژگی‌ها، پیشایندها و پیامدهای مفهوم مراقبت دارویی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت که در نهایت ویژگی‌های آن در دو بعد مهارت تخصصی (با ۵ ویژگی مشتمل بر شناسایی مشکلات دارویی، حل مسائل دارویی، معالجه و ارائه مراقبت تسکینی، مشاهده مستمر نتایج کوتاه مدت درمان و بررسی نسخه از نظر تناسب برای هر بیمار و تداخلات دارویی) و مهارت ارتباطی (با ۴ ویژگی: مشاوره با بیمار و بحث در رابطه با نگرانی

های او، تعهد عاطفی نسبت به رفاه بیماران، همکاری با تیم مراقبت سلامتی با یکدیگر در طراحی، پیاده سازی و نظارت بر طرح مراقبت و توجه به وضعیت پزشکی بیمار) شناسایی شد. پیشایندها نیز شامل عوامل حرفه ای و عوامل سازمانی؛ و پیامدهای مفهوم عبارت از پیامد درمانی، اقتصادی، اطلاعاتی و کیفی بودند.

مقایسه یافته های مطالعه حاضر با مطالعه Brilowski (۲۰۰۵) در خصوص تعیین ویژگی ها، پیشایندها و پیامدهای مفهوم "مراقبت" نشان دهنده شباهت های کلی و اساسی میان این دو مفهوم است. ویژگی های اصلی مراقبت در مطالعه Brilowski عبارت بودند از ارتباط، عمل، نگرش (attitude)، پذیرش، و تنوع (variability) و عواملی مانند اعتماد، تفاهم (rapport)، درک خود و دیگران و تعهد (commitment) به عنوان پیشایندها تعیین شدند و پیامدهای مراقبت نیز عبارت بودند از: افزایش توانایی التیام در بیماران و افزایش حس رضایت شخصی و حرفه ای برای پرستاران^(۱۹).

بنابراین با توجه به یافته های این مطالعه می توان گفت که مراقبت دارویی جنبه ای مهم از عملکرد بالینی و مراقبت پرستاری نیز می باشد. در واقع بر هیچ کس پوشیده نیست که مراقبت به عنوان پایه و اساس کار پرستاری، مفهومی بسیار کلی و مشتمل بر تمام جنبه های

محدودیت مهم این پژوهش بدلیل ماهیت روش مطالعه است (استفاده از ۲۰ درصد مقالات) که در نتیجه این احتمال وجود دارد که برخی از مقالات خوب نیز در این فرآیند حذف شده باشد. همچنین انتخاب زبان مقالات (صرفاً انگلیسی) نیز موجب نادیده گرفته شدن مقالات مرتبط با زبانهای دیگر می شود که در نتیجه ممکن است تصویر کاملی از مفهوم پدیدار نشده باشد. به علاوه با توجه به کمبود مقالات در این زمینه و خصوصیت بالینی مفهوم و نیز لزوم توجه به خصوصیات بافتی پیشنهاد می شود که تحلیل مجدد این مفهوم به روش هیبرید صورت گیرد.

محدودیت ها

بنابراین با توجه به یافته های این مطالعه می توان گفت که مراقبت دارویی جنبه ای مهم از عملکرد بالینی و مراقبت پرستاری نیز می باشد. در واقع بر هیچ کس پوشیده نیست که مراقبت به عنوان پایه و اساس کار پرستاری، مفهومی بسیار کلی و مشتمل بر تمام جنبه های

فهرست منابع

1. Lyra Jr DP, Rocha CE, Abriata JP, Gimenes FR, Gonzalez MM, Pela IR. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients. *Patient Education and Counseling*. 2007; 68:186–192. Available from: <http://www.elsevier.com/locate/pateducou>. Accessed 29 August 2011.
2. Etemad LR, Hay JW. Cost-effectiveness analysis of pharmaceutical care in a medicare drug benefit program. *Value Health*. 2003 Jul-Aug;6(4):425-35.
3. Babiker GARM. An exploratives study on pharmaceutical care practice from the perspective of pharmacists in Malaysia. Unpublished MSc Thesis. School of pharmaceutical sciences. Universiti Sains Malaysia, 2008.
4. Galt KA. The need to define "care" in pharmaceutical care: an examination across research, practice and education. *Am J Pharm Educ*. 2000;64(3):223-32.

5. Chalmers RK, Adler DS, Haddad AM, Hoffman S, Johnson KA, Woodard JMB. The essential linkage of professional socialization and pharmaceutical care. *Am J Pharm Educ.* 1995;59(1):85-90.
6. Chewing B. Patient involvement in pharmaceutical care: A conceptual framework. *Am J Pharm Educ.* 1997;61(4):394-401.
7. Patterson BD. Distance education in a rural state: assessing change in pharmacy practice as a result of a pharmaceutical care certificate program. *Am J Pharm Educ.* 1999;63:56-63.
8. Barber N. Pharmaceutical care and medicines management--is there a difference? *Pharm World Sci.* 2001 Dec;23(6):210-1.
9. Skogly S. A study of patient pharmaceutical care needs assessment in chronic obstructive pulmonary disease; an example of a multidisciplinary intervention to reduce hospital re-admissions in long term conditions. Unpublished MSc Thesis. Pharmacy University of Strathclyde, 2009.
10. Husteli RO. Clinical audit of pharmaceutical care recorded within a hospital pharmacy electronic prescribing system and the development of a structured pharmaceutical care plan. Unpublished MSc Thesis. Pharmacy University of Tromsø, 2008.
11. Torset Berg C. A study of pharmaceutical care needs assessment in heart failure; to illustrate a multidisciplinary intervention to reduce hospital re-admissions in people with long term conditions. Unpublished MS Thesis. Pharmacy University of Tromsø, 2009.
12. Lian I. An Evaluation of Pharmaceutical Care Delivery to Patients with Diabetes and Development of Standardised Assessment Tools. Unpublished MS Thesis. Pharmacy University of Tromsø, 2008.
13. Wilson DL, Kimberlin CL, Brushwood DB, Segal R. Constructs underlying community pharmacy dispensing functions relative to Florida pharmacy technicians. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2007 Sep-Oct;47(5):588-98.
14. Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AG, Everard M. New paradigm for pharmacy practice. In: Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Hand book 2006 edition. WHO Department of Medicine Policy and Standards, Geneva, Switzerland, 2006.
15. Hersberger KE, Arnet I. Pharmaceutical Care A New Discipline in the Curriculum: Introducing Pharmacy Students to Medication Non-Compliance. *CHIMIA Int J Chemist*, 60. 2006;1(2):76-9.
16. Schommer JC, Cable GL. Current status of pharmaceutical care practice: strategies for education. *Am J Pharm Educ.* 1996;60(1):36-41.
17. Morak S, Vogler S, Walser S, Kijlstra N. Understanding the Pharmaceutical Care Concept and Applying it in Practice. Pharmaceutical Care Commissioned by the Austrian Federal Ministry of Health, 2010. Available from: <http://www.goeg.at>
18. DalPezzo NK. Nursing Care: A Concept Analysis. *Nursing Forum.* 2009; 44(4): 256-264.
19. Brilowski GA, Wendler MC. An evolutionary concept analysis of caring. *J Adv Nurs.* 2005 Jun;50(6):641-50.
20. Walker LO and Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 4th ed. NJ: Prentice-Hall: Upper Saddle River, 2005.
21. Rodgers BL and Knafl KA. Concept development in nursing: foundation, techniques and application. 2nd ed. Philadelphia. W.B. Saunders; 2000.
22. Salsali M, Mohammadpour A, Fakhr movahedi A. Principles and techniques of concept development. Tehran: Boshra, 2007. [Persian]
23. Perraudin C, Brion F, Bourdon O, Pelletier-Fleury N. The future of pharmaceutical care in France: a survey of final-year pharmacy students' opinions. *BMC Clin Pharmacol.* 2011;11:6.

24. Montgomery AT, Kettis Lindblad A, Eddby P, Soderlund E, Tully MP, Kalvemmark Sporrang S. Counselling behaviour and content in a pharmaceutical care service in Swedish community pharmacies. *Pharm World Sci*. 2010 Aug;32(4):455-63.
25. Al-Arifi MN. Pharmacy students' attitudes toward pharmaceutical care in Riyadh region Saudi Arabia. *Pharm World Sci*. 2009 Dec;31(6):677-81.
26. Udeogaranya PO, Ukwe CV, Ekwunife OI. Assessment of attitudes of University of Nigeria pharmacy students toward pharmaceutical care. *Pharmacy Practice (Internet)*. 2009;145-9.
27. Mostert Z. The Impact of Pharmaceutical Care Services on the Management of Asthma Patients in a Primary Health Care Clinic. Thesis for the MAGISTER PHARMACIAE degree, 2007.
28. Montgomery AT, Kalvemmark-Sporrong S, Henning M, Tully MP, Kettis-Lindblad A. Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views. *Pharm World Sci*. 2007 Dec;29(6):593-602.
29. Shaya FT, Gbarayor CM. The case for cultural competence in health professions education. *Am J Pharm Educ*. 2006;70(6).
30. Lawrence L, Sherman J, Adams E, Gandra S. Pharmacy students' perceptions of pharmaceutical care in retail and clinic settings. *Am J Pharm Educ*. 2004;68(1):4.
31. Erah PO, Nwazuoke JC. Identification of Standards for Pharmaceutical Care in Benin City. *Trop J Pharm Res*. 2004;1(2):55-66.
32. Ried LD, Brazeau GA, Kimberlin C, Meldrum M, McKenzie M. Students' perceptions of their preparation to provide pharmaceutical care. *Am J Pharm Educ*. 2002;66(4):347-56.
33. Fjortoft NF, Zgarrick DF. Developing the Care in Pharmaceutical Care. *Am J Pharm Educ*. 2001; 65(4): 335-9.
34. Van Mil JWF. Pharmaceutical care, the future of pharmacy: theory, research and practice. PhD Thesis. University Center of Pharmacy in Groningen, 2000. Available from: <http://dissertations.ub.rug.nl/faculties/science/2000/j.w.f.van.mil/?...en>. Accessed 3 September 2011.
35. Martin BC, Chisholm MA. Cross-Validation of an Instrument Measuring Students Attitudes Towards Pharmaceutical Care. *Am J Pharm Educ*. 1999;63:46-51.
36. Scott DM, Narducci WA, Jungnickel PW, Miller LG, Ranno AE, Maloley PA. Pharmaceutical care preceptor training and assessment in community pharmacy clerkship sites. *Am J Pharm Educ*. 1999;63:265-71.
37. Catney CM, Currie JD. Implementing problem-based learning with WWW support in an introductory pharmaceutical care course. *Am J Pharm Educ*. 1999;63:97-104.
38. Wright SS, Miederhoff PA. Selecting students with personal characteristics relevant to pharmaceutical care. *Am J Pharm Educ*. 1999;63:132-8.
39. Chisholm MA, Wade WE. Using actual patients in the classroom to develop positive student attitudes toward pharmaceutical care. *Am J Pharm Educ*. 1999;63:296-9.
40. Farris K, Kassam R, Cox C, Volume C, Cave A, Schopflochler D, et al. Evaluation of a practice enhancement program to implement pharmaceutical care. *Am J Pharm Educ*. 1999;63:277-84.
41. Buerki RA, Vottero LD. The Purposes of Professions in Society. Chapter 1 -The Profession of Pharmacy and Pharmaceutical Care, edited by Calvin H. Knowlton and Richard P. Penna (New York: Chapman-Hall, 1995), p. 3-17. Available from: <http://www.ashp.org/DocLibrary/Bookstore/.../SampleChapter-P680.aspx>. Accessed 3 September 2011.
42. Murawski MM, Miederhoff PA. Pharmaceutical caring. *Am J Pharm Educ*. 1994;58(3):310-5.
43. Draft statement on pharmaceutical care. ASHP Council on Professional affairs. American Society of Hospital Pharmacists. *Am J Hosp Pharm*. 1993 Jan;50(1):126-8.

44. Hupcey JE, Penrod J. Concept analysis: examining the state of the science. *Res Theory Nurs Pract.* 2005 Summer;19(2):197-208.
45. Wagner D, Bear M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *J Adv Nurs.* 2009;65(3):692-701.
46. Isetts BJ, Sorensen TD. Use of a student-driven, university based pharmaceutical care clinic to define the highest standards of patient care. *Am J Pharm Educ.* 1999;63(4):443.
47. Bjorkman IK, Bernsten CB, Sanner MA. Care ideologies reflected in 4 conceptions of pharmaceutical care. *Res Social Adm Pharm.* 2008 Dec;4(4):332-42.

Pharmaceutical Care: a Concept Analysis using Rodgers' Evolutionary Method

*Darvishpour A.¹ PhD Cond. Rafii F.² PhD. Joolae S.³ PhD. Cheraghi MA.⁴ PhD.

Abstract

Background & Aim: The concept of pharmaceutical care has been used and discussed with multiple definitions in the literature related to health care sciences and especially in pharmacology and pharmacotherapy. However, the use of this concept is not common in the nursing literature and it has not currently been used. This study has been done to analysis the concept of pharmaceutical care in order to clarify areas of agreement of this concept in nursing and pharmacology disciplines and identifying its attributes, antecedents and consequences.

Material & Methods: Rodgers' evolutionary method of concept analysis was used to clarify the meaning of Pharmaceutical care. Data bases of Scencedirect, Springer and Google scholar were searched to retrieve the related literature. The main criteria for entry were, the literature published in English language in the disciplines of nursing and health care sciences. Literature search was limited to 1990-2011 with the keywords of "Pharmaceutical care" and "Pharmaceutical service" in the title of texts. The initial search resulted in 932 texts, 197 of them deemed relevant to our analysis. Then 40 texts (20 percent of those) were selected and reviewed.

Results: In this study, the attributes of pharmaceutical care were identified in two categories of specialized skills and communication skills. Specialized skills included five attributes including the identification of drug problems, resolving the drug problems, treatment and palliative care, monitoring short-term results of treatment and reviewing proportionality of prescription for each patient. The communication skills included four attributes of consultation with the patient, emotional commitment to the welfare of patients, collaboration with the health care team and attention to the patient's medical condition. The antecedents included professional and organizational factors, and the consequences were health care, economic, informational and qualitative outcomes.

Conclusion: The findings show that in spite of failure to use the concept of pharmaceutical care in nursing literature independently, it is a significant aspect of clinical practice and overall patient care.

Key words: Pharmaceutical care, Concept analysis, Rodgers' evolutionary method

Received: 21 Aug 2012

Accepted: 13 Sep 2012

¹ - PhD Candidate, Faculty of of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran .
(*Corresponding author) Tel:+989111434065 Email: darvishpour_a@yahoo.com

² - Associate Professor, Center for Nursing Care Research, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ - Associate Professor , Center for Nursing Care Research, Department of Nursing management , Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ -Assistant Professor, Department of critical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Center for Nursing Care Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.