

KỸ NĂNG GIAO TIẾP VÀ THỰC HÀNH TỐT TẠI NHÀ THUỐC

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO DƯỢC SĨ VÀ HỌC VIÊN SAU ĐẠI HỌC)

Chủ biên: PGS. TS. NGUYỄN THANH BÌNH
PGS. TS. LÊ VIỆT HÙNG



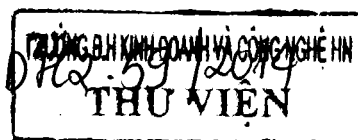
NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

BỘ Y TẾ

KỸ NĂNG GIAO TIẾP VÀ THỰC HÀNH TỐT TẠI NHÀ THUỐC

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO DƯỢC SĨ VÀ HỌC VIÊN SAU ĐẠI HỌC)

MÃ SỐ: Đ.20.W



NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

HÀ NỘI – 2011

Chỉ đạo biên soạn

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ

Chủ biên

PGS. TS. NGUYỄN THANH BÌNH

PGS. TS. LÊ VIỆT HÙNG

Tham gia biên soạn:

PGS. TS. NGUYỄN THANH BÌNH

PGS.TS. LÊ VIỆT HÙNG

DS. NGUYỄN QUANG VIỆT

Tham gia tổ chức bản thảo

ThS. PHÍ VĂN THÂM

TS. NGUYỄN MẠNH PHA



LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục & Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo Dược sĩ đại học. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy – học các môn cơ sở và chuyên môn theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách *Kỹ năng giao tiếp và thực hành tốt tại nhà thuốc* được biên soạn dựa trên chương trình giáo dục của Khoa Dược Trường Đại học Dược Hà Nội trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được các nhà giáo giàu kinh nghiệm và tâm huyết với công tác đào tạo biên soạn theo phương châm: Kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học; cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Sách *Kỹ năng giao tiếp và thực hành tốt tại nhà thuốc* đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy – học chuyên ngành đào tạo Dược sĩ đại học của Bộ Y tế, thẩm định – năm 2010. Bộ Y tế quyết định ban hành làm tài liệu dạy – học chính thức của ngành trong giai đoạn hiện nay. Trong thời gian từ 3 đến 5 năm, sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn các tác giả và Hội đồng chuyên môn thẩm định đã giúp hoàn thành cuốn sách. Cảm ơn GS.TS. Võ Xuân Minh và PGS.TS. Hoàng Kim Huyền đã đọc và phản biện, góp ý kiến cho việc hoàn thành cuốn sách, kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để sách được hoàn thiện hơn trong lần tái bản sau.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ





LỜI NÓI ĐẦU

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng 90 – 95% người dân thường có thói quen tìm đến các nhà thuốc, hiệu thuốc để mua những loại thuốc tự chữa bệnh cho mình và cho người thân mà không có đơn của bác sĩ. Họ cũng thường có thói quen tìm kiếm những thông tin cần thiết ở các nhân viên bán thuốc trước khi tìm đến các cơ sở y tế để được khám chữa bệnh. Có thể nói các nhà thuốc, hiệu thuốc ở cộng đồng cũng chính là một “đơn vị y tế cơ sở” trong hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu, qua đó người dân, người bệnh có thể tiếp cận với hệ thống y tế, hệ thống chẩn đoán, điều trị, thông qua những lời hướng dẫn của các nhân viên bán thuốc.

Tuy nhiên, với sự phát triển đa dạng, phong phú các mặt hàng thuốc hiện nay trên thị trường cũng như việc người dân có thể tìm mua dễ dàng các thuốc phòng chữa bệnh theo nhu cầu, thì nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe do việc dùng thuốc không đúng cũng rất lớn. Do vậy, người bán thuốc cần phải cập nhật thường xuyên kiến thức về thuốc, kiến thức về cách chẩn đoán, phát hiện, điều trị, chăm sóc, phòng ngừa bệnh và cả các biện pháp bảo vệ, nâng cao sức khỏe cộng đồng. Ngoài ra, họ cũng cần phải am hiểu tâm lý khách hàng, cần có kỹ năng hướng dẫn, thuyết phục và một kiến thức về y học vững vàng để khách hàng lắng nghe, tin tưởng và thực hiện. Sự hiểu biết này không phải để nhân viên bán thuốc làm thay công việc của người thầy thuốc mà chính là để hỗ trợ cho việc khám chữa bệnh của các thầy thuốc được hiệu quả hơn, giúp người bệnh thực hiện đúng đơn thuốc và những chăm sóc hỗ trợ cần thiết khác mà đôi khi thầy thuốc cũng không có điều kiện nhắc nhở, dặn dò.

Để đáp ứng phần nào yêu cầu nói trên, cuốn tài liệu này bao gồm 2 phần và được chia thành 11 chương.

Phần 1. CÁC KỸ NĂNG GIAO TIẾP: bao gồm 5 chương, trình bày các kỹ năng giao tiếp cơ bản tại nhà thuốc/hiệu thuốc (kể cả các quầy phát thuốc tại cơ sở khám chữa bệnh).

Phần 2. CÁC KỸ NĂNG THỰC HÀNH: bao gồm 6 chương, trình bày các kỹ năng thực hành cơ bản, hướng tới đảm bảo thực hiện chế độ thực hành nhà thuốc/hiệu thuốc tốt.

Cuốn sách được biên soạn với sự hỗ trợ của Đại diện Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam, nhằm cung cấp cho học viên/sinh viên Dược và những dược sĩ đang công tác tại các nhà thuốc/hiệu thuốc (bao gồm cả các quầy cấp phát thuốc) những

kỹ năng cơ bản cần thiết trong việc giao tiếp với khách hàng, người bệnh; các kỹ năng thực hành tốt tại nhà thuốc nhằm tư vấn và sử dụng thuốc hợp lý an toàn.

Cuốn sách cũng được sử dụng làm tài liệu để giảng dạy cho sinh viên và các học viên liên quan đến các môn học Dược cộng đồng và Kỹ năng giao tiếp với người bệnh trong chương trình đào tạo đại học và sau đại học.

Do được biên soạn lần đầu nên chắc chắn cuốn sách còn có chỗ chưa được hoàn chỉnh. Nhóm tác giả rất mong nhận được sự đóng góp ý kiến của các nhà chuyên môn, các độc giả để cuốn sách ngày càng được hoàn thiện hơn.

Mọi ý kiến đóng góp xin gửi về địa chỉ: Công ty Cổ phần Sách Đại học – Dạy nghề – Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 25 Hàn Thuyên – Hà Nội.

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn!

NHÓM TÁC GIẢ



MỤC LỤC

Lời giới thiệu	3
Lời nói đầu	5
PHẦN 1. CÁC KỸ NĂNG GIAO TIẾP	
Chương 1. Dược sĩ và kỹ năng giao tiếp trong hành nghề	9
PGS. TS. Nguyễn Thanh Bình	
1. Nhiệm vụ của dược sĩ trong chăm sóc người bệnh	9
2. Tầm quan trọng của giao tiếp trong chăm sóc người bệnh	10
3. Kiểm soát thuốc theo sự tiến triển của người bệnh	11
4. Kỹ năng giao tiếp của dược sĩ với người bệnh	17
Chương 2. Lắng nghe và đồng cảm với người bệnh	24
PGS. TS. Nguyễn Thanh Bình	
1. Lắng nghe	24
2. Đáp lại đồng cảm	26
3. Thái độ thể hiện sự đồng cảm	34
4. Những khía cạnh của lắng nghe im lặng	36
5. Những vấn đề trong thiết lập quan hệ trợ giúp	37
Chương 3. Tham vấn và đánh giá	40
PGS. TS. Nguyễn Thanh Bình	
1. Đánh giá bệnh nhân và chẩn đoán tính giáo dục	41
2. Các yếu tố của một cuộc tham vấn hiệu quả	42
3. Quá trình tham vấn	46
4. Tham vấn qua điện thoại	49
Chương 4. Làm thế nào để hiểu biết người bệnh tốt hơn	52
PGS. TS. Nguyễn Thanh Bình	
1. Sự miễn cưỡng của dược sĩ khi tìm hiểu người bệnh	53
2. Những giả định sai lầm về việc hiểu biết người bệnh	56
3. Các kỹ thuật tiếp cận sự hiểu biết người bệnh	57
4. Các kỹ thuật để đánh giá sự hiểu biết người bệnh	59
5. Thay đổi hành vi sau khi thay đổi sự hiểu biết	61
Chương 5. Giao tiếp trong các tình huống đặc biệt	63
PGS. TS. Nguyễn Thanh Bình	
1. Người cao tuổi	64
2. Người thiếu năng về ngôn ngữ	67
3. Bệnh nhân ở giai đoạn cuối của cuộc đời	69
4. Bệnh nhân AIDS	70
5. Các bệnh nhân có vấn đề về tâm thần	72
6. Bệnh nhân tuổi vị thành niên	73
7. Người chăm sóc bệnh nhân	74

PHẦN 2. CÁC KỸ NĂNG THỰC HÀNH

Chương 6. Hệ thống quản lý chất lượng dịch vụ dược	77
<i>PGS. TS. Nguyễn Thanh Bình, PGS. TS. Lê Viết Hùng, DS. Nguyễn Quang Việt</i>	
1. Khái niệm về chất lượng	77
2. Một số hệ thống quản lý chất lượng	80
3. Các tiêu chuẩn chất lượng dịch vụ Dược	85
Chương 7. Quản trị mua hàng và tồn trữ	102
<i>PGS. TS. Nguyễn Thanh Bình, PGS. TS. Lê Viết Hùng, DS. Nguyễn Quang Việt</i>	
1. Quản trị mua hàng	102
2. Quản trị tồn trữ	115
3. Đặt hàng lại	120
Chương 8. Quản trị bảo quản và tồn trữ	123
<i>PGS. TS. Nguyễn Thanh Bình, PGS. TS. Lê Viết Hùng, DS. Nguyễn Quang Việt</i>	
1. Biệt trữ và kiểm soát hàng tồn trữ	123
2. Bảo quản	132
3. Kiểm soát hàng hoá tồn trữ và theo dõi hạn dùng	142
4. Các khía cạnh khác trong công tác bảo quản thuốc	145
Chương 9. Quản trị cấp phát thuốc	153
<i>PGS. TS. Nguyễn Thanh Bình, PGS. TS. Lê Viết Hùng, DS. Nguyễn Quang Việt</i>	
1. Môi trường cấp phát thuốc (bán hàng)	154
2. Xử lý đơn thuốc	159
3. Quy trình bán một đơn thuốc	173
4. Các khía cạnh khác của cấp phát thuốc	179
Chương 10. Thông tin thuốc tại nhà thuốc	185
<i>PGS. TS. Nguyễn Thanh Bình, PGS. TS. Lê Viết Hùng, DS. Nguyễn Quang Việt</i>	
1. Cung cấp thông tin và tư vấn cho người bệnh	185
2. Khu vực tư vấn người bệnh	192
3. Thông tin dạng viết	193
4. Các phương pháp không dùng thuốc	197
5. Dược sĩ và thuốc OTC	200
6. Những dịch vụ chuyên môn khác	203
7. Tư vấn sử dụng các thiết bị y tế đơn giản, thực phẩm chức năng, mỹ phẩm	207
8. Hướng dẫn sử dụng một số dạng bào chế	208
9. Đảm bảo chất lượng thông tin tại nhà thuốc	213
Chương 11. Đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý an toàn	221
<i>PGS. TS. Nguyễn Thanh Bình, PGS. TS. Lê Viết Hùng, DS. Nguyễn Quang Việt</i>	
1. Thuốc thiết yếu	221
2. Sử dụng thuốc hợp lý an toàn	223
3. Thuốc kết hợp liều cố định (FDC)	228
4. Vai trò của người dược sĩ	230
Tài liệu tham khảo	235

PHẦN 1

CÁC KỸ NĂNG GIAO TIẾP

Chương 1

DƯỢC SĨ VÀ KỸ NĂNG GIAO TIẾP TRONG HÀNH NGHỀ

ĐẶT VẤN ĐỀ

Người dược sĩ có trách nhiệm ngày càng lớn trong chăm sóc sức khỏe người bệnh, để đảm bảo rằng người bệnh sẽ đạt được những kết quả như mong muốn khi được điều trị bằng thuốc. Vai trò quan trọng này yêu cầu các dược sĩ phải thay đổi quan điểm hành động từ việc coi “thuốc là trung tâm” sang việc chăm sóc coi “bệnh nhân là trung tâm”. Để thực hiện được phương châm này, người dược sĩ coi hoạt động chăm sóc bệnh nhân là trung tâm phải phát triển mối quan hệ giao tiếp thân thiện với bệnh nhân, tăng cường mở rộng trao đổi thông tin, đưa người bệnh tham gia vào quá trình quyết định liên quan đến điều trị và phải nắm bắt được mục đích điều trị đã được chính người bệnh cũng như nhân viên y tế chỉ định. Việc giao tiếp có hiệu quả giữa dược sĩ với người bệnh là một nhiệm vụ quan trọng trong công tác chăm sóc người bệnh tại các nhà thuốc/hiệu thuốc.

1. NHIỆM VỤ CỦA DƯỢC SĨ TRONG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng chi phí mà toàn xã hội phải trả cho gánh nặng bệnh tật và tỷ lệ tử vong có liên quan đến sử dụng thuốc đang ngày càng rất lớn (Hepler và Strand, 1990; Manasse, 1989). Các dược sĩ đang phải đảm nhận một trách nhiệm rất lớn trong việc làm hạn chế bớt những hậu quả tác động của thuốc liên quan đến việc điều trị cho người bệnh vốn đang ngày càng gia tăng hiện nay. Hepler và Strand (1990), đã đưa ra những bằng chứng thuyết phục về nhu cầu của xã hội đối với công tác chăm sóc dược và họ đã đưa ra định nghĩa chăm sóc dược là “trách nhiệm của người dược sĩ hướng dẫn cách thức điều trị cho người bệnh, nhằm đạt được mục đích là chất lượng cuộc sống của bệnh nhân phải được cải thiện”. Những tuyên ngôn về trách nhiệm nghề nghiệp của các Hiệp hội Dược Thế giới đã có những thay đổi rất lớn trong vài năm gần đây về vấn đề sử dụng

thuốc hợp lý an toàn, cho thấy vai trò của người dược sĩ trong xã hội đang ngày càng tăng lên.

Các dược sĩ cần phải thu thập được những thông tin từ người bệnh hoặc từ người chăm sóc người bệnh, cũng như cung cấp thông tin cho người bệnh hoặc người nhà bệnh nhân, để ngăn ngừa hoặc tìm ra biện pháp và giải quyết những vấn đề tiềm ẩn liên quan đến thuốc có khả năng xảy ra. Dược sĩ cũng cần phải lưu trữ hồ sơ cá nhân của người bệnh, hồ sơ đó bao gồm thông tin về nhân khẩu học, danh mục đầy đủ các thuốc đã được sử dụng, tiền sử dị ứng thuốc, các phản ứng bất lợi, tình trạng bệnh và đưa ra những giải thích phù hợp về cách thức điều trị của mỗi bệnh nhân. Dữ liệu này cho phép dược sĩ thực hiện đầy đủ trách nhiệm trong việc xem xét sử dụng thuốc sắp tới, bao gồm kiểm tra hồ sơ bệnh án của bệnh nhân trước khi cấp phát thuốc để xác định và giải quyết bất kỳ vấn đề tiềm ẩn nào có thể xảy ra. Những vấn đề này bao gồm dùng quá liều, dùng không đủ liều, sao chép cách điều trị, tương tác thuốc, liều dùng sai, dị ứng thuốc, liệu trình điều trị thuốc không đúng, do việc khám và điều trị lạm dụng hoặc dùng sai thuốc, chống chỉ định bệnh – thuốc. Ngoài ra, dược sĩ phải tư vấn cho người bệnh về những thuốc của họ (kể cả mới và thay thế) để phòng ngừa hoặc cách giải quyết những sự cố xảy ra khi sử dụng thuốc.

Quan điểm “người bệnh là trung tâm” đã đặt ra một trọng trách mới về vai trò của các nhà thuốc và nâng cao vị trí của người dược sĩ đối với xã hội, vượt ra khỏi phạm vi vai trò hiện tại “thuốc là trung tâm”. Thực tế, không có một loại thuốc nào sản xuất là không để cấp phát, mà chính nó được sản xuất là cốt để thực hiện nhiệm vụ trọng tâm là điều trị cho bệnh nhân – đơn giản đó là biện pháp để đạt được mục tiêu đã định đối với từng bệnh nhân. Mục tiêu đó là nhằm cải thiện sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh bằng những phương pháp điều trị khác nhau.

Bởi vậy, hầu hết trong các tuyên ngôn về chức năng và nhiệm vụ của các tổ chức hành nghề Dược người ta đều xác định rõ hoạt động chăm sóc người bệnh là trách nhiệm của người dược sĩ đối với mỗi người bệnh. Để mối quan hệ giữa dược sĩ, với tư cách là cán bộ y tế, với người bệnh mong muốn thực sự có hiệu quả thì kỹ năng giao tiếp của dược sĩ đối với người bệnh là rất quan trọng.

2. TẦM QUAN TRỌNG CỦA GIAO TIẾP TRONG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

Quá trình giao tiếp giữa nhân viên chăm sóc sức khỏe và người bệnh được thực hiện thông qua hai khâu chính:

(i) Thiết lập mối quan hệ tiến triển tốt đẹp giữa người dược sĩ (với tư cách nhà cung cấp dịch vụ) với người bệnh.

(ii) Trao đổi những thông tin cần thiết để đánh giá tình trạng sức khỏe của bệnh nhân, cải thiện việc điều trị bằng thuốc và đánh giá hiệu quả điều trị thông qua chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Để lập mối quan hệ thực sự tin tưởng với một bệnh nhân không phải là vấn đề đơn giản mà rất tế nhị (nhìn bề ngoài là thực chất của cuộc tiếp xúc giữa dược sĩ với người bệnh). Chất lượng của mối quan hệ giữa dược sĩ với vai trò người cung cấp thuốc đối với bệnh nhân là rất quan trọng. Tất cả hành động chuyên môn liên quan giữa dược sĩ và người bệnh nằm trong phạm vi của mối quan hệ mà họ thiết lập. Một mối quan hệ tốt là cơ sở cho phép người dược sĩ hiểu được trách nhiệm chuyên môn của mình trong việc chăm sóc bệnh nhân.

Mục tiêu cuối cùng của cuộc giao tiếp giữa dược sĩ, với tư cách là nhà chuyên môn, với người bệnh và các hoạt động tham gia vào mối quan hệ này luôn phải được xác định và tuân thủ. Mục tiêu cần thiết là đạt được sự hiểu biết lẫn nhau và phải đảm bảo cải thiện được chất lượng sống của người bệnh. Bởi vậy, người dược sĩ phải nghĩ đến lợi ích của người bệnh và giúp họ đạt được mục đích. Muốn vậy, trước hết người dược sĩ cần phải xác định xem chúng ta cần làm gì để thực sự đáp ứng được nhu cầu điều trị của người bệnh. Nhiệm vụ của người dược sĩ, chẳng hạn như thay đổi từ việc cung cấp thông tin về thuốc cho bệnh nhân tới việc phải đảm bảo rằng bệnh nhân hiểu đúng về cách điều trị để sử dụng thuốc một cách an toàn và hợp lý. Nhiệm vụ của người dược sĩ không phải là làm những gì mà người bệnh muốn, mà phải giúp họ đạt tới kết quả điều trị như mong muốn. Cung cấp thông tin hoặc cố gắng cải thiện sự tuân thủ của người bệnh cần được coi là một phương thức để đạt được kết quả như mong muốn hơn là chỉ để làm cho cốt xong việc. Bởi vậy, việc giao tiếp với bệnh nhân dường như không có điểm kết thúc. Cần phải lưu ý rằng, việc trao đổi giữa bệnh nhân và nhân viên y tế có mục đích khác với cuộc nói chuyện giữa những người bạn với nhau. Sự giao tiếp giữa bệnh nhân và nhân viên y tế đưa đến một kết quả – là thiết lập được mối quan hệ điều trị để cung cấp một cách hiệu quả dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà người bệnh cần. Nguyên tắc đặt ra của việc thiết lập mối quan hệ này là sức khỏe của người bệnh và vì sức khỏe người bệnh là trên hết. Ngoài ra, nhân viên y tế, do sự hiểu biết về chuyên môn và vị trí đặc biệt trong xã hội, phải chịu trách nhiệm rất lớn để đảm bảo quá trình giao tiếp hiệu quả trong những cuộc gặp gỡ giữa bệnh nhân và các nhà chuyên môn có hiệu quả.

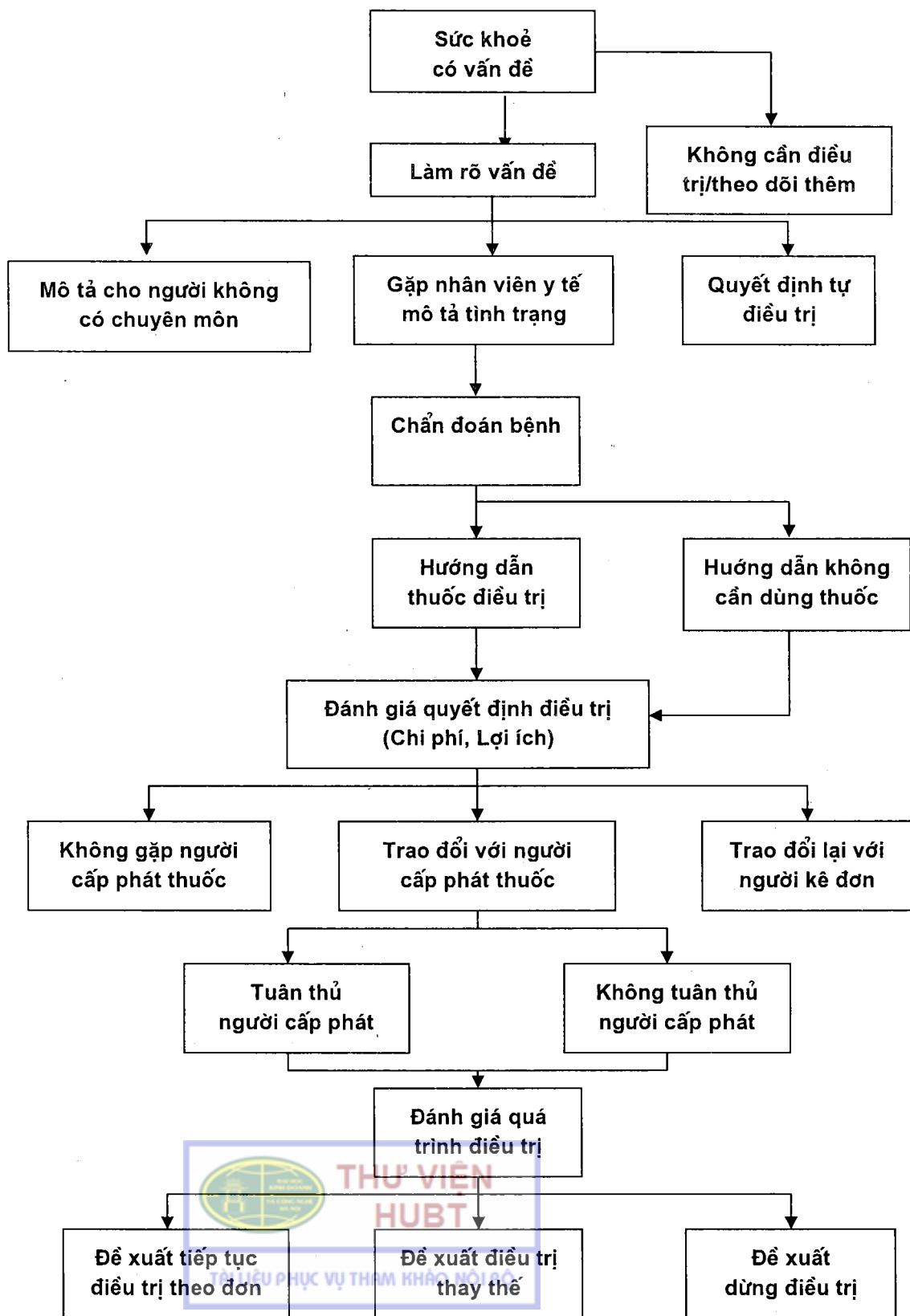
3. KIỂM SOÁT THUỐC THEO SỰ TIẾN TRIỂN CỦA NGƯỜI BỆNH

Kiểu mẫu trước đây của quá trình kê đơn thuốc đó là “người điều trị là trung tâm”, bởi vậy người thầy thuốc và các nhân viên y tế chỉ tập trung vào việc đưa ra các quyết định điều trị và triển khai các quyết định đó. Bệnh nhân đóng vai trò là đối tượng chịu sự tác động của các quyết định đó hơn là đóng vai trò như một

người tham gia hoạt động quyết định đến kết quả điều trị. Người bệnh trong mô hình “người điều trị là trung tâm” được xem như là đối tượng chăm sóc chuyên môn và gần như là người bắt buộc phải phục tùng theo mệnh lệnh chuyên môn.

Một trong những tính chủ quan của các nhà chuyên môn dường như họ tin rằng, chỉ việc kê đơn và cấp phát thuốc mới là hoạt động quan trọng trong quá trình sử dụng thuốc. Tuy nhiên, trong hầu hết trường hợp người bệnh hoặc những người chăm sóc bệnh nhân mang thuốc hay đơn thuốc về nhà và sử dụng mà không có bất kỳ sự giám sát nào của thầy thuốc. Mức độ không tuân thủ của việc tự điều trị có thể xảy ra với bệnh nhân thiếu ý thức kỷ luật. Thực tế, những bệnh nhân này sẽ tự mình thực hiện các mệnh lệnh của nhân viên y tế và tự đánh giá việc điều trị thông qua các cách khác nhau. Nhiều bệnh nhân tự quyết định thay đổi chế độ điều trị – các quyết định này không có sự tư vấn hoặc trao đổi với nhân viên y tế (Conrad, 1985; Donovan & Black, 1992; Trostle, 1988). Các quyết định thiếu hiểu biết của người bệnh liên quan đến sử dụng thuốc thường hay xảy ra một cách tự phát, để thay đổi được thực trạng này không phải là dễ dàng, thậm chí không thể thay đổi được, bởi vậy nó thật sự khó khăn đối với nhân viên y tế để có thể đánh giá một cách chính xác hiệu quả của phương pháp điều trị đã được thực hiện.

Mô hình người bệnh là trung tâm của quá trình sử dụng thuốc (xem Sơ đồ 1.1) tập trung vào vai trò của người bệnh trong quá trình này (chú ý thuật ngữ “người bệnh” được sử dụng để chỉ bệnh nhân hoặc người chăm sóc bệnh nhân). Quá trình điều trị đối với người bệnh tự điều trị được bắt đầu khi bệnh nhân này nhận thấy sức khỏe của họ có vấn đề, hoặc sức khỏe thấy cần phải chăm sóc. Sự cảm nhận này hoàn toàn là vấn đề kinh nghiệm, bởi vì mỗi một thay đổi xuất phát từ những gì rất bình thường đối với mỗi người. Nó có thể là cảm giác thấy các “hội chứng” hoặc sự ảnh hưởng khác ảnh hưởng tới cuộc sống thường ngày của họ, những thay đổi này thách thức hoặc đe dọa cảm giác thoải mái của người bệnh. Sau đó, bệnh nhân trình bày những vấn đề mà họ cảm nhận thấy với người xung quanh. Sự diễn giải này bị ảnh hưởng bởi các yếu tố tâm lý và xã hội tác động tới mỗi cá nhân. Mặt khác, sự diễn giải này cũng bị ảnh hưởng bởi: kinh nghiệm trước đây của mỗi cá nhân với quá trình điều trị tại cơ sở y tế; ảnh hưởng của gia đình; sự khác nhau về nhận thức trong khái niệm “sức khỏe” và “bệnh tật”; sự hiểu biết về các vấn đề (các cá nhân khác nhau rất nhiều về trình độ hiểu biết y học và sinh học); niềm tin về sức khỏe bản thân; các dấu hiệu tâm lý đặc trưng; giá trị con người, các lý do, mục đích; và tổng hợp yếu tố trên. Nhìn chung, sự suy luận của người bệnh có thể ảnh hưởng bởi tác động từ bên ngoài, chẳng hạn như người thân trong gia đình đưa ra cách giải thích cũng như lời khuyên của họ.



Sơ đồ 1.1. Quá trình sử dụng thuốc của người bệnh

Người bệnh tại thời điểm này có thể đưa ra quyết định không điều trị. Có thể họ nhận thấy vấn đề đó không quan trọng hoặc chỉ là thoáng qua hoặc bởi vì người bệnh thiếu phương tiện cho việc điều trị ban đầu. Nếu người bệnh đưa ra hành động, hành động này có thể bao gồm việc bắt đầu tự điều trị, hoặc bắt đầu liên hệ với những người chữa trị không cần dùng thuốc (chẳng hạn như thầy mo, thầy cúng) hoặc liên hệ với các cơ sở y tế (trong mô tả này, sẽ chỉ đưa ra các hoạt động liên quan đến sử dụng thuốc như họ đăng ký vào hệ thống y tế chính thống. Một quá trình đánh giá tương tự và sự xem xét lại liên quan đến điều trị cũng có thể áp dụng cho sự khởi đầu tự điều trị hoặc tư vấn điều trị bởi chữa trị không dùng thuốc). Nếu người bệnh đưa ra hành động bao gồm: liên hệ với một cơ sở y tế chuyên nghiệp, ở đó có thể là một bác sĩ hay dược sĩ hoặc người khám chữa bệnh khác, người bệnh sẽ phải mô tả triệu chứng mà mình mắc phải và một vài sự giải thích vấn đề ở một mức độ nhất định mà người bệnh đã trải qua. Trong nhiều cách, tại thời điểm đó sự quản lý bệnh chuyển từ người bệnh sang nhân viên y tế, khi đó nhân viên y tế có thể vận dụng những kinh nghiệm để chẩn đoán bệnh (khám bệnh). Một hành động như vậy, dù là như thế nào, đã làm thay đổi những trải nghiệm từ vấn đề của người bệnh thành những vấn đề của nhân viên y tế (điều này có thể được chia sẻ hoặc không được chia sẻ bởi người bệnh). Khi đó, nhân viên y tế sẽ phải lượng giá triệu chứng bệnh của người bệnh. Chất lượng của nhận định chuyên môn phụ thuộc rất nhiều vào sự mô tả tỉ mỉ triệu chứng của bệnh nhân, kỹ năng của thầy thuốc trong việc suy luận thông tin phù hợp và sự cảm nhận chuyên môn để chẩn đoán từ thông tin của người bệnh là rất quan trọng. Kỹ năng giao tiếp của người thầy thuốc trong việc chẩn đoán có thể thay đổi theo chiều hướng tích cực bằng cách lựa chọn những thông tin của bệnh nhân cảm nhận về triệu chứng bệnh, làm cho người bệnh hiểu và đồng cảm hơn với chẩn đoán của thầy thuốc.

Một khi thầy thuốc nắm được các nhận định chuyên môn hoặc chẩn đoán các vấn đề của người bệnh dựa vào diễn giải, trình bày của người bệnh, hỏi bệnh nhân và các dữ liệu khác, họ sẽ đưa ra những lời khuyên cho người bệnh. Nếu lời khuyên đó trước hết là sử dụng thuốc, người bệnh có thể thực hiện hoặc không thực hiện lời khuyên này bởi nhiều lý do khác nhau, bao gồm các khó khăn về kinh tế, thiếu hiểu biết về mục đích của lời khuyên, hoặc là có khả năng tuân theo liệu trình điều trị. Thực tế, một số kết quả chẩn đoán đối với người bệnh cũng phản ánh sự thất bại trong quá trình giao tiếp giữa thầy thuốc với bệnh nhân.

Khi bệnh nhân chấp nhận lời khuyên bước đầu sử dụng thuốc, có được thuốc và cố gắng tuân thủ chế độ điều trị như trong đơn, họ không chỉ làm tốt nhất khả năng của họ bởi vì những thuốc này đã được chỉ định cho họ sử dụng. Đối với

nhiều bệnh nhân, có sự thiếu hiểu biết hoặc hiểu biết sai trong việc dùng thuốc, chẳng hạn như: thuốc được chỉ định không rõ ràng hoặc sự sai sót vô tình về hướng dẫn chế độ điều trị trong đơn (ví dụ: quên liều dùng) họ có thể vô tình đã thực hiện sai chế độ điều trị. Một cách lựa chọn khác, các bệnh nhân có thể tuân thủ các thuốc, nhưng có sự cố tình thay đổi về chế độ điều trị. Cả hai trường hợp không cố ý và cố ý thay đổi chế độ điều trị và những quyết định này của bệnh nhân đều có thể bị ảnh hưởng bởi người thầy thuốc trong việc đạt được sự hiểu biết lẫn nhau giữa người thầy thuốc với người bệnh và cách thức điều trị đã được thoả thuận trước đó. Việc đánh giá kết quả quá trình điều trị thường là dựa vào những lợi ích thu được và chi phí bỏ ra mà ít hoặc không quan tâm các hành vi sử dụng thuốc của người bệnh. Sự lượng giá này dẫn đến các bệnh nhân về cơ bản tiếp tục hành vi điều trị như họ đã quyết định, người bệnh tự thay đổi chế độ điều trị hoặc là họ ngừng sử dụng thuốc. Trong bất kỳ trường hợp nào, người bệnh sẽ tiếp tục lượng giá hiệu quả của các hành động của họ nhận được là gì và tự điều chỉnh hành vi mà họ cho là phù hợp. Điều này chắc chắn xảy ra, bởi vì khi các bệnh nhân bắt đầu điều trị thuốc, họ sẽ tự “giám sát” sự đáp ứng của chính họ, họ sẽ quyết định có hay không cảm nhận khác nhau của họ; họ sẽ tìm những dấu hiệu chứng tỏ việc điều trị là có hiệu quả hoặc các chỉ định mà có thể có vấn đề với thuốc. Đó không phải là vấn đề người bệnh giám sát những đáp ứng của họ đối với thuốc – điều vẫn thường thấy và mong muốn họ làm như vậy, đây là vấn đề mà người bệnh thường thiếu thông tin về những gì mong muốn đạt được trong điều trị – thông tin này sẽ giúp cho họ phản hồi đúng đắn về sự đáp ứng của họ đối với thuốc. Việc thiếu hụt những thông tin như vậy nên họ áp dụng tiêu chuẩn “cảm nhận thông thường”.

Người bệnh có thể tạm ngừng quá trình điều trị liên tục vì họ cảm nhận không đạt được mong muốn cần thiết và họ có thể không tiếp tục tham gia vào cơ sở y tế hiện tại hoặc tìm gặp thầy thuốc khác và bắt đầu lại toàn bộ quá trình điều trị. Một số bệnh nhân khác có thể không muốn gặp lại nhân viên y tế bởi vì họ không muốn bị gián đoạn công việc của họ và bệnh nhân này thấy không cần sự chăm sóc của thầy thuốc. Trong số các bệnh nhân tìm gặp lại thầy thuốc, một số sẽ trao đổi những ý kiến của mình về các vấn đề gặp phải và các quyết định liên quan đến việc điều trị. Một số khác có thể tìm gặp thầy thuốc nhưng không trao đổi những thông tin này (hoặc không truyền đạt tất cả các khía cạnh một cách thích đáng). Việc gặp gỡ này có thể xảy ra khi có lịch hẹn với thầy thuốc hoặc được sĩ để thay thế các thuốc có trong đơn. Tính tự nhiên của mối quan hệ với thầy thuốc; mức độ “an toàn” mà người bệnh cảm thấy trong sự lo lắng; kỹ năng của người thầy thuốc trong sự cảm nhận của người bệnh; mức độ cảm nhận của “đối tác” đã được thiết lập liên quan đến các quyết định điều trị – tất cả đều

có ảnh hưởng đến quyết định của người bệnh trong việc tìm gặp thầy thuốc và mức độ chia sẻ các hành vi sử dụng thuốc và thuật lại những cảm nhận của người bệnh. Bên cạnh mức độ quan tâm đến quá trình điều trị của các bệnh nhân như thế nào, người thầy thuốc sẽ thực hiện một chẩn đoán chuyên môn đối với người bệnh, để ra quyết định điều trị dựa vào những triệu chứng họ kể lại hoặc là dựa vào chỉ số sinh hoá và các đánh giá sinh lý học khác. Chẩn đoán này sẽ đưa ra các lời khuyên tiếp tục dùng thuốc như đã kê trước đó, hoặc là thay thế thuốc điều trị (ví dụ: thay đổi liều dùng, đổi thuốc, thêm thuốc), hoặc dừng quá trình điều trị. Điều này một lần nữa dẫn đến các bệnh nhân tin tưởng và tiếp tục sử dụng phác đồ điều trị hay thay đổi phác đồ điều trị hoặc lựa chọn không dùng thuốc, bởi vì họ hiểu điều đó và tốt nhất đối với khả năng của họ. Tại bất kỳ điểm nào của quá trình này, việc chẩn đoán bệnh hoặc điều trị của bệnh nhân có thể dẫn đến việc đánh giá lại sự nhận thức về nhu cầu hoặc những thay đổi liên quan đến vấn đề sức khỏe diễn ra trong quá trình điều trị.

Việc phân tích quá trình sử dụng thuốc như trên làm nổi bật một số điểm. *Thứ nhất*, quyết định sử dụng thuốc ban đầu thực sự chỉ là một phần rất nhỏ của quá trình sử dụng thuốc. *Thứ hai*, các bệnh nhân và thầy thuốc cần phải tiến hành thực hiện trao đổi thường xuyên trong suốt quá trình điều trị. Tuy nhiên, việc trao đổi này nếu có, nhưng không phải lúc nào cũng đầy đủ và hiệu quả, bởi vì ngay cả thầy thuốc cũng không quan tâm đến mức độ hiểu biết trong các quyết định và hành động của người bệnh. Bởi vậy, một trong các mục đích của quá trình trao đổi là làm cho người bệnh và thầy thuốc hiểu về bệnh tật, quá trình mắc bệnh và mục tiêu điều trị phù hợp nhất có thể.

Một điều rất hiển nhiên là có rất nhiều điểm trong quá trình này, ở đó chất lượng mối quan hệ bệnh nhân – thầy thuốc và sự tử mỉ về các thông tin trao đổi ảnh hưởng đến các quyết định của cả người bệnh và thầy thuốc. Điều đó cho thấy, kỹ năng giao tiếp của thầy thuốc là then chốt có thể có ảnh hưởng mạnh nhất đến kết quả điều trị.

Như vậy, vai trò của người dược sĩ trong việc giúp người bệnh đạt được kết quả điều trị như mong muốn phải luôn được ghi nhớ trong quá trình thiết lập mối quan hệ hiệu quả với bệnh nhân. Người bệnh là trung tâm của quá trình sử dụng thuốc. Các kỹ năng giao tiếp của người dược sĩ có thể tạo điều kiện hình thành mối quan hệ đúng đắn với người bệnh cũng như là thiết lập sự trao đổi thông tin một cách cởi mở và tạo thành sự cảm nhận “đối tác” giữa bệnh nhân và thầy thuốc. Quá trình giao tiếp có hiệu quả có thể đánh giá một cách lạc quan rằng, cơ hội người bệnh sẽ nói ra những ý định của mình, tuân thủ, sử dụng thuốc hợp lý và cuối cùng đạt được mục đích điều trị.

4. KỸ NĂNG GIAO TIẾP CỦA DƯỢC SĨ VỚI NGƯỜI BỆNH

Quá trình giao tiếp giữa các cá nhân bao gồm cả cách thể hiện bằng ngôn ngữ lẫn phi ngôn ngữ – gồm các yếu tố: cử chỉ, khoảng cách giao tiếp và môi trường diễn ra các hoạt động giao tiếp. Phần này sẽ giới thiệu các thành phần tạo nên tác phong giao tiếp và bàn về vai trò của các thành phần này trong quá trình giao tiếp với bệnh nhân.

Phần lớn các tiêu chuẩn để đánh giá khả năng giao tiếp của chúng ta không phải dựa vào lời nói mà dựa vào các yếu tố trong tác phong giao tiếp. Chúng ta không nhất thiết phải nói ra thành lời khi giao tiếp. Chúng ta có thể liên tục đưa ra các thông điệp tới người xung quanh thông qua trang phục, nét mặt, cử động của cơ thể, ngoại hình và thông qua hành vi cư xử của bản thân.

4.1. Giao tiếp bằng ngôn ngữ và phi ngôn ngữ

Giao tiếp không bằng ngôn ngữ là sự kết hợp giữa cách ứng xử, phản ứng tâm lý và sự tác động của môi trường, qua đó chúng ta liên hệ với người khác một cách có ý thức hoặc không có ý thức. Giao tiếp phi ngôn ngữ khác với giao tiếp bằng ngôn ngữ ở chỗ, chúng ta có thể trao đổi được với nhau mà không cần phải nói hay viết ra. Tầm quan trọng của giao tiếp phi ngôn ngữ đã được các nhà khoa học về hành vi khẳng định trong một nghiên cứu cho thấy có tới 55 – 95% các hình thức giao tiếp của chúng ta bắt nguồn từ giao tiếp phi ngôn ngữ (Mehrabian, 1971; Poytos, 1983). Việc vận dụng kiến thức và kỹ năng trong giao tiếp phi ngôn ngữ có thể mang lại kết quả khác nhau, giao tiếp có thể thành công hay thất bại.

Giao tiếp phi ngôn ngữ đặc biệt bởi hai lý do. *Thứ nhất*, nó phản chiếu tận cùng những suy nghĩ và cảm xúc. Dù chúng ta có ý thức được hay không, nó vẫn được thể hiện trong thói quen khi làm việc. *Thứ hai*, giao tiếp phi ngôn ngữ khó, thậm chí không thể “đánh lừa” như những biểu hiện ở giao tiếp bằng ngôn ngữ; điều đó thể hiện khi chúng ta gặp rắc rối hay có sự cố. Sự không tương đồng giữa những thông điệp bằng ngôn ngữ và phi ngôn ngữ thường dẫn tới giao tiếp kém hiệu quả.

Giao tiếp bằng ngôn ngữ và phi ngôn ngữ giống nhau ở chỗ: mỗi một người sẽ tiếp nhận và làm sáng tỏ một thông điệp phi ngôn ngữ hoặc một “ám hiệu” trong phong cách của một người. Trong khi một “ám hiệu” phi ngôn ngữ nhất định – như nụ cười – thường được hầu hết mọi người hiểu là hạnh phúc, thì những ám hiệu phi ngôn ngữ khác thường được hiểu theo nhiều cách khác nhau. Các cách suy diễn khác nhau xuất phát từ nhiều yếu tố: yếu tố xã hội, tâm lý, kinh tế, văn hoá và những thay đổi trong suy nghĩ của con người. Do đó, “ám hiệu” phi ngôn ngữ có thể và sẽ có nhiều cách hiểu. Tuy nhiên, trong khuôn khổ một xã hội nhất định, một số ám hiệu phi ngôn ngữ thường có cách hiểu chung được đa số mọi người chấp nhận. Những ám hiệu này là sự kết hợp của các hành động phi ngôn ngữ mà khi kết hợp lại sẽ truyền đạt một ý nghĩa hay một thông điệp nhất định.

Ví dụ như một bệnh nhân bắt tay với bạn rất thân thiện, nói “cảm ơn” một cách lịch sự và nở một nụ cười thân mật trước khi ra về sẽ khiến bạn thoải mái hơn khi tiếp xúc với một bệnh nhân đột ngột quay đi và nói vài câu lảm bảm gì đó. Những ám hiệu này góp phần tạo nên giao tiếp phi ngôn ngữ.

4.2. Các yếu tố của giao tiếp phi ngôn ngữ

Các yếu tố của giao tiếp phi ngôn ngữ quan trọng được đề cập trong phần này bao gồm các cử chỉ hay cử động cơ thể, khoảng cách khi giao tiếp, các yếu tố môi trường và các yếu tố tiềm tàng có thể ảnh hưởng đến quá trình giao tiếp phi ngôn ngữ.

4.2.1. Cử chỉ

Cách thức mà bạn sử dụng cánh tay, bàn chân, bàn tay, đầu, mặt và thân mình có ảnh hưởng lớn đến thông điệp bạn muốn truyền đạt. Cụm từ “quay lưng lại với ai” là một minh chứng cho ý trên. Qua các thời kỳ, xã hội đã phát triển và các cử động cơ thể đã thay đổi rất nhiều để đưa ra một thông điệp nhất định. Ví dụ, ở bất kỳ đâu, không có gì lạ khi hai người đàn ông gặp nhau bắt tay nhau; và mặc dù ngày nay chúng ta thấy rất nhiều sự biến đổi về các hành động cơ bản, bắt tay vẫn là cách thể hiện tình hữu nghị mà không cần đến ngôn ngữ, hoặc ít nhất cũng là sự nhường nhịn lẫn nhau. Bắt tay đã có từ rất lâu, khi một người đàn ông đưa bàn tay cho người khác có nghĩa là anh ấy không có vũ khí và không thể làm hại đến ai. Rất nhiều hành động phi ngôn ngữ phổ biến đã có từ rất lâu. Ý nghĩa ngày nay của những hành động ấy thường không giống lắm với ý nghĩa ban đầu của chúng.

Các chuyên gia về sức khỏe phải làm gì để thể hiện mục đích của họ là phục vụ người khác. Chính vai trò này khiến cho họ cố gắng thể hiện một tấm lòng chia sẻ và tận tâm giúp đỡ người khác. Do đó, rõ ràng rằng các cử động cơ thể cũng thể hiện được vai trò này. Sự chân thành, tôn trọng và thông cảm với người khác, có thể được diễn tả bằng những “ám hiệu” phi ngôn ngữ. Một ví dụ quen thuộc cho hành động cởi mở là việc đứng (hoặc ngồi) đối diện với người mà bạn đang giao tiếp. Như một người giao tiếp cởi mở, bạn cũng nên để cho chân và tay được thoải mái, không vắt chéo hai chân, để tay sao cho lòng bàn tay hướng lên và nét mặt thì phải biểu hiện được sự thích thú và mong muốn được lắng nghe cũng như là nói.

Khi muốn tiếp tục giao tiếp thì chúng ta nên tránh sử dụng những cử chỉ không thân thiện, đó là khoanh tay trước ngực, vắt chéo hai chân, đầu cúi xuống và mắt nhìn lên trần nhà. Nếu những cử chỉ này kéo dài trong suốt cuộc nói chuyện, hoặc là nó bỗng dưng xuất hiện giữa cuộc hội thoại, người kia có thể cũng sẽ cư xử theo cách thức tương tự hoặc bỏ dở cuộc nói chuyện. Sử dụng những cử chỉ không thân thiện trong giao tiếp có thể làm cho cuộc nói chuyện giữa hai bên ngán lại hoặc không thể tiến xa hơn.

Bạn nên có cách riêng như sử dụng các hành động phi ngôn ngữ để kết thúc cuộc nói chuyện. Những hành động không thân thiện không nên coi là bất lịch sự và chúng ta có thể sử dụng chúng khi cần thiết. Nên nhớ những hành động này có thể sử dụng một cách hợp lý khi bạn muốn kết thúc một cuộc giao tiếp. Ví dụ, trong khi tư vấn cho bệnh nhân, bỗng dưng bạn nhận ra rằng họ không còn chú ý lắng nghe hoặc thường xuyên lơ đãng, bạn nên xem lại các cử chỉ của mình xem liệu đó có phải là nguyên nhân gây ra sự mất tập trung của họ hay không.

Sau đây là một số các cử chỉ thân thiện để giao tiếp:

- (i) Giao tiếp bằng mắt (chăm chú, nhưng không nhìn chằm chằm).
- (ii) Tư thế thoải mái.
- (iii) Điều bộ phù hợp, thoải mái.
- (iv) Đối diện (vai thẳng góc) với người khác.
- (v) Hơi nghiêng người về phía người khác.
- (vi) Người đứng thẳng (đầu ngẩng lên).

4.2.2. Khoảng cách

Khoảng cách giữa hai người khi giao tiếp có vai trò quan trọng đối với nội dung sẽ được truyền đạt. Khoảng cách, việc thiết kế và sử dụng không gian là một công cụ hiệu quả trong giao tiếp phi ngôn ngữ. Các nhà khoa học về hành vi đã tìm ra rằng, ở những khoảng cách giao tiếp khác nhau thì nội dung giao tiếp khác nhau. Khoảng cách an toàn nhất là hai người cách nhau 40 – 50cm. Chúng ta duy trì khoảng cách này đối với những người chúng ta có quan hệ gần gũi, thân mật. Đối với người lạ hoặc với những người chưa tiếp xúc trước đó, duy trì khoảng cách này trong giao tiếp sẽ khiến chúng ta cảm thấy lo lắng và tất nhiên là sẽ khó chịu hay tức giận khi khoảng cách vượt qua giới hạn an toàn.

Ví dụ cho việc cần thiết phải duy trì một khoảng cách an toàn đối với người lạ là ở trong thang máy đông người. Mọi người đứng ở trong thang máy đông đúc thường không làm gì cả (đứng im như tượng) để tránh va chạm với người khác. Nếu không may hai người trong tình huống này đụng phải nhau, họ thường xin lỗi nhau ngay cả khi không ai trong họ có cơ hội để tránh sự va chạm đó.

Trong giao tiếp hàng ngày, khoảng cách 45 – 100cm tạo cảm giác thoải mái nhất. Trong xã hội chúng ta khoảng cách này phù hợp cho những cuộc nói chuyện thân mật. Khoảng cách giữa hai người trong một cuộc nói chuyện mang tính chất tư vấn thường là từ 120 – 360cm. Đây là giới hạn khoảng cách chung cho các cuộc nói chuyện, với khoảng cách lớn hơn 360cm thì cuộc nói chuyện thường diễn ra với một người là người nói còn người kia là khán giả. Khoảng cách này cho phép người nói nói to hết cỡ và hạn chế ít nhất sự ngắt quãng về phía người nghe.

Bạn có thể muốn xem xét đến yếu tố về khoảng cách khi bạn tư vấn cho bệnh nhân! Với khoảng cách vượt qua giới hạn an toàn (> 120cm) – bạn thường bị coi là không tận tâm hay thiếu ân cần với bệnh nhân. Do đó, khi tư vấn cho bệnh nhân,

bạn cần thiết phải đứng đủ gần để đảm bảo tính riêng tư, đồng thời khoảng cách phải đủ xa để cả hai cùng cảm thấy thoải mái. Phần lớn mọi người thể hiện họ có cảm thấy thoải mái hay không bằng cách lùi lại hay tiến lên để đảm bảo khoảng cách phù hợp.

Bạn nên biết cần khoảng cách là bao nhiêu để cuộc nói chuyện được thoải mái. Nếu bạn cố giải thích tác dụng của thuốc trị bệnh trực tràng hoặc âm đạo ở một nơi công cộng, bạn sẽ khiến cho bệnh nhân cảm thấy bối rối. Lý tưởng nhất là được sĩ nên có khu vực riêng để dành cho tư vấn. Nhờ đó mà giữ được tính riêng tư và bạn cũng được đảm bảo yếu tố khoảng cách giúp cho cách thức giao tiếp được tốt hơn.

4.2.3. Các yếu tố môi trường phi ngôn ngữ

Khu vực tư vấn riêng là một phương tiện hỗ trợ trong việc kiểm soát khoảng cách giữa bạn và bệnh nhân. Một số yếu tố môi trường đóng vai trò quan trọng trong tổng thể những thông điệp được truyền đạt đến người bệnh. Việc sử dụng màu sắc, ánh sáng và không gian trong nhà thuốc là những kênh giao tiếp phi ngôn ngữ quan trọng (Beardsley, 1977). Có lẽ yếu tố môi trường xung quanh gây nên hầu hết sự tranh cãi trong việc thiết kế một nhà thuốc chính là hệ thống quầy bán thuốc. Hệ thống quầy bán được coi như là một trở ngại mà bạn cần nỗ lực vượt qua để có thể giao tiếp được với bệnh nhân một cách thoải mái. Đối với những dược sĩ mà ngại giao tiếp, quầy bán thuốc lại trở thành một pháo đài hạn chế việc giao tiếp giữa họ và bệnh nhân, nó thực sự làm gia tăng sự ngăn cách giữa dược sĩ với người bệnh. Cần phải nhận thức rằng, mặc dù quầy thuốc phục vụ cho những mục đích rất thực dụng, nhưng nó không phải là một trở ngại lớn khi chúng ta muốn phục vụ tốt nhất trong khả năng của mình. Khi bạn bắt đầu bước vào nghề Dược, bạn đã tiến một bước dài tới gần sự thích thú, lòng kính trọng và khao khát giao tiếp để phục vụ tốt nhất cho bệnh nhân.

Ngoại hình của dược sĩ cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc thể hiện bạn chuyên nghiệp và thực sự thích thú với việc phục vụ khách hàng. Sự mất vệ sinh, ồn ào và bừa bộn trong bất kỳ nghề kinh doanh nào cũng đều gây những ảnh hưởng tiêu cực. Ngoại hình luộm thuộm, lôi thôi của một dược sĩ hay bất cứ một nhân viên nào trong ngành Dược cũng đều gây nên những cảm nhận không tốt đối với bệnh nhân.

Các đặc điểm thể chất hay cá tính của mỗi người thì khác nhau. Phần lớn những đặc điểm này đã có từ lúc sinh ra và thay đổi rất ít trong quá trình trưởng thành. Điều đó nhắc nhở bạn dù ít hay nhiều cũng phải bằng lòng với nó. Tuy nhiên, trên thực tế, điều đó không làm hạn chế những lợi ích từ việc ăn mặc và ngoại hình mang lại trong quá trình giao tiếp phi ngôn ngữ. Một người, có chuyên môn nên ăn mặc cho đúng cách. Khi bạn ăn mặc một cách lịch sự, bạn thể hiện sự quyết đoán và tính chuyên nghiệp trong hành nghề. Cách ăn mặc của bạn có ảnh hưởng lớn đến việc bạn sẽ đạt được những mục đích của bạn như

thế nào. Phần lớn các dược sĩ sẽ chán nản khi biết rằng sau một hồi tư vấn cho bệnh nhân, bệnh nhân rời khỏi phòng và hiểu biết rất ít về cách điều trị hay tác dụng điều trị của một loại thuốc nào đó nhưng lại rất ấn tượng về cái áo khoác bản và đầu tóc bù xù của bạn. Ngoại hình của bạn và của đồng nghiệp có thể phát huy hoặc phá hỏng những nỗ lực trong việc thể hiện khả năng chuyên môn, năng lực và sự quyết đoán.

4.2.4. Những rào cản trong giao tiếp bằng cử chỉ

Như đã đề cập, giao tiếp bao gồm cả việc truyền đạt bằng ngôn ngữ và phi ngôn ngữ. Trong một môi trường, với những rào cản nhất định, bước đầu tiên để cải thiện quá trình giao tiếp là phải nhận thức được rào cản đó. Dưới đây chúng ta sẽ thảo luận một số rào cản phi ngôn ngữ phổ biến.

Một trong những rào cản lớn nhất trong giao tiếp phi ngôn ngữ là thiếu sự giao tiếp bằng mắt với bệnh nhân. Thật là khó chịu khi nói chuyện với một người nào đó mà họ không nhìn vào mình. Rất tiếc là rất nhiều dược sĩ không ý thức được rằng mình đã không nhìn vào bệnh nhân khi nói chuyện với họ. Các dược sĩ thường có xu hướng nhìn vào đơn thuốc hay những thứ khác xung quanh khi nói chuyện. Hành vi này có thể làm cho bệnh nhân nghĩ rằng bạn không thực sự tự tin vào những gì mình đang nói hoặc bạn không thực sự quan tâm đến tình trạng của họ. Không nhìn vào bệnh nhân cũng hạn chế khả năng đánh giá xem những thông tin bạn đưa ra có ảnh hưởng thế nào đến họ, hoặc nói theo cách khác là hạn chế khả năng tiếp nhận phản hồi từ phía người bệnh. Chẳng hạn, liệu bệnh nhân có cái nhìn nghi ngờ hay không, có cảm thấy ngạc nhiên hay không hay có hài lòng không? Như những gì sẽ được đề cập đến ở Chương 2, giao tiếp bằng mắt tốt sẽ thu hút được sự chú ý lắng nghe của bệnh nhân. Nếu bạn không nhìn vào mắt của bệnh nhân, người bệnh sẽ có cảm tưởng rằng bạn không quan tâm đến những gì bạn đang nói, do đó họ cảm thấy không thoải mái khi nói chuyện với bạn. Sử dụng giao tiếp bằng mắt không có nghĩa là bạn phải nhìn chăm chăm vào họ.

Một yếu tố khác có thể làm hạn chế khả năng giao tiếp phi ngôn ngữ chính là biểu hiện của nét mặt. Nét mặt của bạn có thể đưa ra một thông điệp mà bạn không có ý định truyền đạt nó tới người bệnh. Ví dụ như, nếu mắt của bạn liên tục đảo quanh khi đang nói chuyện, bạn có thể gây cảm giác không thích thú hoặc không hài lòng tới người khác. Điều này thực sự có hại khi nét mặt của bạn không nhất quán với những gì bạn đang nói. Chẳng hạn, nếu bạn nói với ai đó rằng “Cứ tiếp tục đi, tôi đang lắng nghe, hãy kể cho tôi về điều đó” và sau đó dường như bạn bị mất tập trung bởi một thứ khác, họ sẽ nhận ra rằng những gì họ thấy trái ngược với những gì họ nghe. Nên nhớ rằng người ta thường có xu hướng tin vào những gì họ thấy hơn những gì họ nghe!

Bên cạnh biểu hiện của nét mặt, tư thế có thể chỉ ra sự thiếu quan tâm hay thích thú. Tư thế bao gồm thế đứng của bạn so với người khác. Đó là, liệu thế

đúng của bạn tạo cảm giác gần gũi hay xa cách cho người nói chuyện. Việc khoanh tay, người rũ xuống, hay nghiêng về một phía cũng quyết định đến tư thế của bạn. Bệnh nhân thường dựa vào tư thế của bạn mà suy đoán liệu bạn có muốn nói chuyện với họ hay không, bởi vì tư thế của bạn có thể nói lên liệu bạn có thực sự đã sẵn sàng cho cuộc nói chuyện hay là bạn còn có nhiều vấn đề khác quan trọng hơn phải làm.

Một yếu tố tiềm tàng khác gây cản trở giao tiếp là giọng nói của bạn. Người ta hiểu những bức thông điệp không chỉ qua lời nói ra mà còn qua giọng nói. Ví như một lời nhận xét được nói bằng giọng đe dọa hay mỉa mai sẽ mang ý nghĩa khác so với những lời nói đó, nhưng được nói bằng giọng rõ ràng dứt khoát. Một giọng nói không đúng đắn có thể khiến người khác bối rối và làm lệch đi ý nghĩa những gì người nói muốn truyền đạt. Với nỗ lực muốn loại bỏ rào cản này, nhiều được sĩ đã ghi âm giọng nói của mình để kiểm nghiệm hiệu quả của nó. Nhiều người đã nhận thấy rằng họ phát âm khác rất xa so với những gì họ mong đợi.

4.3. Hàm ý trong các ám hiệu phi ngôn ngữ

Giao tiếp phi ngôn ngữ thành thạo không thể thiếu được việc hiểu hàm ý của người khác. Thật khó có thể liệt kê toàn bộ các cách giải nghĩa những hành động phi ngôn ngữ. Việc hiểu những bức thông điệp này như thế nào phụ thuộc một phần vào kiến thức cá nhân, một phần vào năng lực của các giác quan. Một người bị mù màu thì không thể có cách hiểu những hành động phi ngôn ngữ giống một người bình thường được.

Những người lớn tuổi và ốm yếu có thể bị hạn chế năng lực của các giác quan. Điều này không chỉ ảnh hưởng đến khả năng hiểu người khác mà ngược lại còn hạn chế khả năng truyền đạt phi ngôn ngữ. Đối với một người lớn tuổi, khi họ tiến đến gần bạn hơn hoặc đưa bàn tay lên tai thì có nghĩa là họ không nghe rõ. Máy trợ thính, kính và các dụng cụ tương tự khác có thể xem như một bức thông điệp quan trọng. Bạn nên điều chỉnh quá trình giao tiếp của mình cho phù hợp với những bức thông điệp này.

Đối với những bệnh nhân hốt hoảng hay lo lắng, bạn nên cân nhắc khi đưa ra những tư vấn về cách điều trị. Có thể bạn sẽ phải làm cho bệnh nhân bình tĩnh trước khi tư vấn. Trạng thái lo lắng của bệnh nhân là một yếu tố bất lợi mà bạn phải tính đến khi xem xét đến hiệu quả tư vấn đối với bệnh nhân.

Bạn cần kiểm tra khả năng hiểu các thông điệp phi ngôn ngữ của bản thân bởi vì bạn có thể hiểu sai ý của người nói. Sau đây là một ví dụ:

Trong lần thực tập đầu tiên ở một cơ sở được, một nữ sinh viên khoa Dược được giao nhiệm vụ xem xét đơn thuốc cho bệnh nhân. Cô ta muốn giúp bệnh nhân và mong chờ cơ hội được nói chuyện về tình trạng bệnh của họ. Một lần có một người đàn ông đến quầy bán thuốc để mua thuốc chữa bệnh Parkinson. Cô sinh viên đã không phát hiện ra người đàn ông đang bị bệnh này. Khi thấy tay ông run lên, cô nói “ồ, xin lỗi bác, cháu biết hôm nay bác rất lo lắng, có chuyện gì vậy ạ?” Cô ta đã

quan sát những dấu hiệu phi ngôn ngữ (cử động run tay) của khách hàng và đã hiểu sai ý nghĩa của dấu hiệu đó thành sự bối rối của người bệnh. Chúng ta không nên vội vàng kết luận khi chỉ dựa vào một biểu hiện phi ngôn ngữ. Trong trường hợp này, nên để ý cái đầu ông ta cũng lắc lư và ông ấy đi với dáng đi lê chân – một đặc điểm dễ nhận thấy của những người bị bệnh Parkinson.

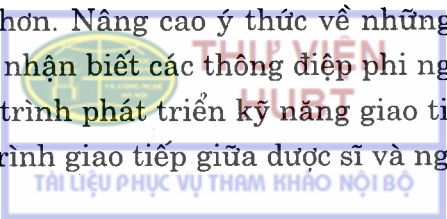
4.4. Khắc phục các yếu tố gây trở ngại trong giao tiếp phi ngôn ngữ

Như đã đề cập, bước đầu tiên để nâng cao khả năng giao tiếp là ý thức được bạn sẽ giao tiếp với người khác như thế nào. Đối với giao tiếp phi ngôn ngữ, sự tự nhận thức này bao gồm sự xác định rõ các yếu tố phi ngôn ngữ mà mình sẽ sử dụng. Cách tự ghi hình hành động của mình trong quá trình giao tiếp và xem lại thật sự có ích bởi vì điều này sẽ cho bạn biết những mặt tích cực và tiêu cực trong quá trình giao tiếp phi ngôn ngữ của bản thân.

Khi đã biết rõ phần nào các rào cản đó, bạn cần thay đổi cho có hiệu quả hơn; và bước tiếp theo thì khó khăn hơn – đó là tìm ra cách khắc phục những yếu tố này. Có một số gợi ý nhằm khắc phục những rào cản đó: *Thứ nhất* là sử dụng các yếu tố phi ngôn ngữ khác nhau. Ví như nếu bạn nhận thấy mình thường khoanh tay khi nói chuyện với người khác, bạn có thể khắc phục tâm lý đề phòng của bệnh nhân bằng cách dùng các yếu tố phi ngôn ngữ khác như cười, nói với giọng mềm mỏng hoặc tiến đến gần bệnh nhân hơn. Bệnh nhân thường suy đoán dựa trên tất cả các yếu tố ngôn ngữ và phi ngôn ngữ chứ không phải chỉ dựa vào một yếu tố. Một ví dụ khác, nếu bạn nói nhỏ và bệnh nhân không thể nghe rõ, bạn có thể nghiêng người về phía bệnh nhân, nói to hơn, hoặc chọn một chỗ yên lặng để nói chuyện với bệnh nhân. Bí quyết của quá trình này là đầu tiên tìm ra các yếu tố gây cản trở cho quá trình giao tiếp phi ngôn ngữ, rồi sau đó cố gắng khắc phục chúng bằng một cách nào đó.

KẾT LUẬN

Giao tiếp phi ngôn ngữ có vai trò quan trọng nhất trong quá trình giao tiếp. Nhiệm vụ của dược sĩ là phải tập trung vào các tín hiệu giao tiếp phi ngôn ngữ của bản thân cũng như của người khác. Bằng cách này, bạn có thể giao tiếp một cách hiệu quả hơn. Nâng cao ý thức về những thông điệp phi ngôn ngữ của bản thân cũng như nhận biết các thông điệp phi ngôn ngữ của người khác là bước đầu tiên trong quá trình phát triển kỹ năng giao tiếp phi ngôn ngữ. Điều này rất hữu ích trong quá trình giao tiếp giữa dược sĩ và người bệnh.



LẮNG NGHE VÀ ĐỒNG CẢM VỚI NGƯỜI BỆNH

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lắng nghe người bệnh – cố gắng để hiểu những suy nghĩ và cảm xúc của họ – là điều vô cùng quan trọng đối với việc giao tiếp có hiệu quả. Tuy nhiên, việc giao tiếp có sự đồng cảm với người bệnh đòi hỏi không chỉ có sự hiểu biết, mà chính sự hiểu biết đó, bạn phải tác động trở lại với người bệnh một cách có hiệu quả để người bệnh biết rằng bạn đã hiểu những vấn đề của họ như thế nào. Thêm vào đó, bạn phải quan tâm một cách chân thành tới người bệnh và không ngại truyền đạt những quan tâm của mình đối với họ. Điều cuối cùng là, cảm xúc của người bệnh phải được chúng ta tiếp nhận mà không phải chịu sự đánh giá “đúng” hay là “sai”. Chương này sẽ nghiên cứu một số kỹ năng liên quan đến lắng nghe và giao tiếp đồng cảm với người bệnh. Ngoài ra, chúng ta cũng sẽ phát hiện và thể hiện thái độ cần thiết đối với giao tiếp đồng cảm và hiệu quả của cách giao tiếp này trong mối quan hệ giữa được sĩ với người bệnh.

1. LẮNG NGHE

Khi nói về những kỹ năng giao tiếp hiệu quả, có thể chúng ta sẽ nghĩ trước tiên đến những kỹ năng liên quan đến việc nói năng rõ ràng và có sức thuyết phục, đến việc tác động tới những người khác dựa vào điều chúng ta nói. Một phần quan trọng không kém của quá trình giao tiếp và có lẽ là khó học nhất, đó là năng lực để làm một người biết lắng nghe. Có thể chúng ta đã từng trải qua một cảm giác hài lòng và biết ơn khi cảm thấy rằng một người nào đó đã thực sự lắng nghe những điều bạn đang nói và ở một mức độ lớn hơn, thực sự thấu hiểu và đồng cảm với những điều đó. Là một được sĩ, khả năng mang đến cho người bệnh và đồng nghiệp một cảm nhận được sự thấu hiểu là một phần hết sức quan trọng trong việc giao tiếp có hiệu quả với họ.

Chương 1 đã mô tả những yếu tố của mô hình giao tiếp giữa các cá nhân với nhau và giải thích tầm quan trọng của sự phản hồi gắn với giao tiếp hiệu quả. Là người tiếp nhận những thông điệp, khả năng biết lắng nghe của chúng ta sẽ quyết định sự chính xác của những thông tin mà người nói (người bệnh) muốn nói đến và chúng ta có thể giải được mã qua những thông điệp đó. Thêm vào đó, năng lực chuyển tải những hiểu biết của chúng ta quay trở lại tới người bệnh sẽ ảnh hưởng đến mức độ mà người bệnh cảm nhận việc mình được thấu hiểu và chăm sóc đến đâu. Nếu chúng ta không hiểu được người bệnh, thì việc không hiểu đó có

thể bộc lộ ra và thể hiện rõ trong quá trình phản hồi tới người bệnh. Nếu nỗ lực lắng nghe và tìm hiểu của chúng ta là thực sự chân thành, thì ngay cả việc nói “không đầy đủ” cũng sẽ không ảnh hưởng gì lớn vì toàn bộ thông điệp mà chúng ta chuyển đến người bệnh đều là sự quan tâm và sự chân thành.

Một số thói quen giao tiếp có thể ảnh hưởng đến khả năng lắng nghe của chúng ta. Việc cố gắng để làm được cả 2 điều này (giữ thói quen giao tiếp cũ và muốn lắng nghe) cùng một lúc là bằng chứng cho thấy người bệnh không nhận được sự chú ý đầy đủ của chúng ta. Việc sắp xếp những gì mình định nói tiếp sẽ ảnh hưởng đến sự cố gắng tích cực để hiểu những điều người bệnh muốn nói. Rút ra kết luận trước khi người bệnh hoàn tất bức thông điệp của mình có thể dẫn đến việc chỉ nghe được vài phần của thông điệp – mà thường là những phần mà phù hợp với những suy nghĩ đã nhận thức trước đó của chúng ta. Chỉ tập trung vào nội dung, đánh giá con người hoặc thông điệp như nó đang được chuyển tải đến, những mối quan tâm không thật, giao tiếp theo kiểu rập khuôn, cứng nhắc... – tất cả sẽ làm cho chúng ta bỏ lỡ nhiều điều trong những bức thông điệp mà người bệnh gửi đến cho chúng ta.

Lắng nghe liên quan đến việc tìm hiểu cả ở nội dung của thông tin được cung cấp và những cảm xúc được chuyển tải. Những kỹ năng có ích để lắng nghe một cách có hiệu quả và đáp lại đồng cảm là những kỹ năng như: tóm tắt, diễn giải, giao tiếp không lời và sự phản ánh những cảm xúc được truyền đạt bằng lời những hiểu biết của chúng ta về điều cốt lõi thông tin truyền đạt của người khác.

1.1. Kỹ năng tóm tắt lại

Khi một bệnh nhân đang cung cấp thông tin cho chúng ta, tương tự như việc hỏi thăm về bệnh sử, chúng ta cần phải cố gắng tóm tắt lại những đoạn thông tin quan trọng. Việc tóm tắt cho phép chúng ta chắc chắn rằng mình đã hiểu chính xác tất cả những gì người bệnh đã nói đến và chính điều đó cũng sẵn sàng cho việc người bệnh bổ sung thêm các thông tin mới mà họ có thể đã quên. Đặc biệt là khi có những trở ngại trong giao tiếp như trở ngại về mặt ngôn ngữ, việc tóm tắt thường xuyên phục vụ rất tốt cho việc làm rõ những thông tin mà người bệnh đang diễn giải và tránh việc hiểu sai có thể xảy ra.

1.2. Kỹ năng diễn giải lại

Khi sử dụng kỹ thuật này là chúng ta đã tập trung phản ánh lại cho người bệnh điều cốt lõi mà những gì họ đã nói. Việc diễn giải sẽ tóm tắt một cách cô đọng lại các nét chính về nội dung cũng như sự công nhận về mặt hình thức thái độ hoặc cảm xúc của người bệnh. Dưới đây là những ví dụ về sự diễn giải:

Bệnh nhân số 1: Tôi không thể hiểu nổi ông bác sĩ nơi tôi đến khám bệnh. Lần đầu tiên tôi đến chỗ ông ấy và ông ấy đã cư xử với tôi thật là tốt. Lần sau đó, ông ấy đã cư xử rất thô thiển và tôi thì là sẽ không bao giờ quay trở lại đó nữa.

Dược sĩ số 1: Tính khí ông ta dường như có vẻ rất thất thường.

Bệnh nhân số 2: Tôi rất vui vì đã chuyển tới khu nhà có rất nhiều người hưu trí đang sống ở đây. Ngày nào chúng tôi cũng có những điều mới mẻ để trao đổi với nhau. Có rất nhiều điều thú vị đang diễn ra ở đây. Tôi chẳng lúc nào thấy nhàm chán cả.

Dược sĩ số 2: Vậy là có rất nhiều hoạt động để bác tha hồ chọn lựa.

2. ĐÁP LẠI ĐỒNG CẢM

2.1. Khái niệm về sự đồng cảm

Nhiều thông điệp mà bệnh nhân gửi đến chúng ta với tư cách là một dược sĩ có liên quan đến cách mà họ cảm nhận về bệnh tật của họ hay về các tình huống của cuộc sống. Khi chúng ta tiếp xúc với người bệnh và hiểu được những cảm xúc này tức là mối quan hệ tin tưởng và chăm sóc đã được thiết lập. Sự giao tiếp mà trong đó chúng ta hiểu được những cảm xúc của người khác hay cách nhìn nhận của họ là một cách thiết lập quan hệ đầy thuyết phục và cũng là một yếu tố cần thiết trong bất kỳ mối quan hệ trợ giúp nào.

2.2. Cơ sở lý thuyết

Tầm quan trọng của sự đồng cảm trong các mối quan hệ trợ giúp đã được nhà tâm lý học Carl Rogers làm sáng tỏ một cách thuyết phục. Rogers đã phát triển liệu pháp tâm lý lấy con người làm trung tâm mà bản thân nó đã là một phần của truyền thống nhân đạo trong tâm lý học (Rogers, 1961). Tâm điểm của liệu pháp đó là sự tin tưởng rằng, nếu con người được bày tỏ bản thân mình một cách trung thực trong một bầu không khí chấp nhận và quan tâm thì họ sẽ bộc lộ một cách tự nhiên những vấn đề về sức khỏe và các hành động của bản thân họ. Ở trong một môi trường như vậy, con người có thể tìm được những giải pháp phù hợp cho những vấn đề xúc cảm của mình. Những người khác có thể giúp ích ban đầu bằng việc thể hiện một sự “biết lắng nghe” để giúp đỡ người ta phân biệt rõ những cảm xúc của mình. Khả năng lắng nghe một cách có hiệu quả những ý nghĩa cảm xúc trong thông điệp của bệnh nhân là điều cốt lõi của sự đồng cảm. Sự đồng cảm chuyển tải sự thấu hiểu bằng cách quan tâm chăm sóc, chấp nhận và không đánh giá. Người bệnh nhận thức thế giới theo cách nhìn của họ. Rogers đã nhận thấy sự thiếu đồng cảm trong hầu hết các cuộc giao tiếp của chúng ta, Ông nói “Tôi ngờ rằng, mỗi chúng ta đều đã phát hiện ra rằng sự thấu hiểu có đồng cảm thật là vô cùng hiếm hoi. Chúng ta chẳng hề được đón nhận hay chia sẻ sự đồng cảm một cách thường xuyên. Thay vào đó, chúng ta chia sẻ sự thông hiểu kiểu khác – tựa như “Tôi hiểu có điều gì không ổn ở anh” hay “Tôi hiểu điều gì đã khiến anh hành động như vậy”. Đó là những cách thể

hiện sự thông hiểu mà chúng ta thường chia sẻ và đón nhận – kiểu thông hiểu mang tính chất đánh giá từ bên ngoài” (Rogers, 1967).

Khác biệt chủ yếu giữa một sự đáp lại đồng cảm với sự diễn giải là sự đồng cảm, thể hiện sự phản ánh những cảm xúc của người bệnh hơn là nội dung của cuộc giao tiếp. Những ví dụ sau, lấy từ phần nói về diễn giải ở trên, sẽ minh họa cho sự khác biệt này:

Bệnh nhân số 1: Tôi không thể hiểu nổi ông bác sĩ nơi tôi đến khám bệnh. Lần đầu tiên tôi đến chỗ ông ấy và ông ấy đã cư xử với tôi thật là tốt. Lần sau đó, ông ấy đã cư xử rất thô thiển và tôi thể là sẽ không bao giờ quay trở lại đó nữa.

Dược sĩ số 1: Điều đó thật là khó khăn cho bác để có thể thấy thoải mái khi gặp phải những ông bác sĩ như vậy trong khi mình không mong đợi một tâm trạng như thế.

Bệnh nhân số 2: Tôi rất vui vì đã chuyển tới khu nhà có rất nhiều người hưu trí đang sống ở đây. Ngày nào chúng tôi cũng có những điều mới mẻ để trao đổi với nhau. Có rất nhiều điều thú vị đang diễn ra ở đây. Tôi chẳng lúc nào thấy nhàm chán cả.

Dược sĩ số 2: Bác có vẻ thực sự rất thích sống ở khu đó.

Ngoài sự đồng cảm ra, nếu lòng tin được thiết lập thì thái độ hay thông điệp cả hai đều phải được chuyển tải đến bệnh nhân. Trước tiên, chúng ta phải chân thật hay chân thành trong mối quan hệ. Nếu bệnh nhân nhận thấy chúng ta giả dối, sự “quan tâm chăm sóc” của chúng ta chỉ là mang hình thức bề ngoài thì lòng tin khi đó sẽ không còn. Đôi lúc, chân thật có nghĩa là đặt ra những giới hạn trong mối quan hệ. Ví dụ như, có thể cần phải nói với bệnh nhân rằng chúng ta không có thời gian để thảo luận chi tiết vấn đề vào lúc này, nhưng sẽ gọi điện hoặc đặt lịch hẹn khi không quá bận. Sự thực của việc chúng ta thẳng thắn và trung thực trước những giới hạn của mình chắc chắn sẽ ít tổn hại đến mối quan hệ hơn so với việc chúng ta đã nói “tôi đang nghe đây” trong khi biểu hiện bên ngoài lại cho thấy sự vội vàng và nôn nóng. Sự thiếu phù hợp và không nhất quán giữa những gì chúng ta nói và hành vi ứng xử làm nên những rào cản khó khắc phục.

Điều kiện cần thiết khác nữa là sự tôn trọng đối với người bệnh. Nếu người dược sĩ cảm nhận và truyền đạt một cảm xúc tích cực không ngừng đối với người bệnh, thì người bệnh có thể bộc lộ bản thân mình đúng như thực tế mà họ không sợ phải bị đánh giá. Ví dụ, nếu biết rằng chúng ta sẽ không coi họ là người kém hiểu biết hay không đủ năng lực, họ sẽ thấy thoải mái hơn nói với chúng ta rằng họ gặp rắc rối trong việc tuân thủ hay không hiểu những chỉ dẫn sử dụng thuốc. Một trong những trở ngại lớn nhất đối với việc giao tiếp có hiệu quả là xu hướng hay đánh giá, xét nét người bệnh của chúng ta. Khi chúng ta nghĩ rằng người khác sẽ đánh giá mình một cách phủ định thì chúng ta càng không muốn bộc lộ

bản thân. Việc chấp nhận và sự nhiệt tình, nếu là chân thật, sẽ cho phép người bệnh cảm thấy tự do bộc bạch bản thân mình với chúng ta.

2.3. Sự đồng cảm và giao tiếp hiệu quả

Những ảnh hưởng tích cực của sự đồng cảm có rất nhiều và khác nhau. Sự đồng cảm giúp những người bệnh đi đến tin tưởng chúng ta như chúng ta là người quan tâm đến lợi ích của họ. Điều này cũng giúp họ hiểu rõ hơn về những cảm xúc của chính mình. Thường thì chúng ta nhận thức còn lơ mơ về những mối quan tâm và cảm xúc của mình trước khi chúng ta bắt đầu nói ra với người khác. Thêm vào đó, một phản ứng đồng cảm sẽ giúp con người ta có được khả năng tự giải quyết vấn đề của chính mình. Nếu chúng ta được phép bày tỏ những cảm xúc của mình trong một bầu không khí an toàn, thoải mái chúng ta sẽ bắt đầu thấy kiểm soát cảm xúc tốt hơn thông qua việc hiểu chúng nhiều hơn. Chúng ta cũng thấy tự do hơn để đưa ra những giải pháp có thể hay những phương pháp khác nhau để đương đầu với những vấn đề của mình.

Hãy đặt mình vào vị trí của một dược sĩ trong cộng đồng. Ông R đang nói với chúng ta về bác sĩ của ông ta tại phòng mạch tư. Ông ta nói "Tôi đã đến gặp bác sĩ K vài lần vì được nghe mọi người nói rằng cô ấy là một bác sĩ có chuyên môn giỏi. Nhưng dường như cô ấy chẳng quan tâm đến tôi gì cả. Ngay cả khi đã đặt lịch hẹn rồi mà tôi vẫn phải đợi hàng giờ liền. Vậy mà khi tôi được vào gặp cô ta, nhưng cô ấy cứ đi ra đi vào, nhanh đến nỗi tôi không có một cơ hội nào để trao đổi được với cô ấy. Trông cố ấy cũng dễ chịu đấy chứ. Tôi chỉ có cảm giác là cô ấy không có thời gian để trao đổi với tôi mà thôi."

Câu trả lời nào dưới đây đúng nhất với kiểu phản ứng mà chúng ta sẽ thể hiện với ông R?

a. "Ông nên biết rằng bác sĩ K là một người rất bận rộn. Chị ấy chắc là không có ý vội vã khi khám bệnh cho ông đâu".

b. "Bác sĩ K là một bác sĩ giỏi. Tôi dám chắc là cô ấy luôn dành cho bệnh nhân sự chăm sóc tốt nhất".

c. "Tôi không trách ông là đã quá ngạc nhiên đâu. Ông không việc gì phải đợi lâu đến thế vì đã hẹn trước rồi".

d. "Hãy nói cho cô ấy biết ông cảm thấy thế nào về cái cách cư xử với bệnh nhân của cô ấy. Còn nếu không thì hãy đi tìm một bác sĩ khác".

e. "Tôi nghĩ rằng ông chẳng may gặp cô ấy vào đúng lúc cô ấy gặp nhiều việc không suôn sẻ mà thôi. Tôi cho rằng nếu ông vẫn tiếp tục theo cô ấy, mọi việc sẽ tốt thôi".

f. "Tôi biết ông cảm thấy thế nào rồi. Tôi cũng ghét phải ngồi đợi ở phòng khám như thế".

g. "Không ai cảm thấy có đủ thời gian được nói chuyện với bác sĩ của mình".

- h. “Ông thường xuyên phải đợi bao lâu mới được vào gặp cô ấy?”
- i. “Chúng ta hãy nói về đơn thuốc mới mà ông vừa được kê nào!”
- j. “Hình như ông cảm thấy có điều gì đó còn thiếu trong quan hệ của mình với bác sĩ K – Đó không phải là sự chăm sóc mà ông muốn?”

Hãy xem xét những thông điệp ẩn mà chúng ta truyền đạt tới ông R qua những kiểu phản ứng trên.

2.4. Phản ứng đánh giá

Trong khi việc truyền đạt sự thấu hiểu dường như hiển nhiên là một phần của cuộc giao tiếp tốt đẹp, thì một số kiểu phản ứng kém hữu ích lại đang thường xuyên được sử dụng trong giao tiếp. Ví dụ, thường thì chúng ta hay có xu hướng đánh giá những cảm xúc của người khác. Chúng ta nói với bệnh nhân bằng nhiều cách khác nhau kiểu như họ “không nên” cảm thấy yếu đuối hay thất vọng, họ “không nên” lo lắng, họ “không nên” hỏi việc điều trị qua các chuyên gia y tế khác. Bất kỳ thông điệp nào từ phía chúng ta cho thấy chúng ta nghĩ bệnh nhân là “đúng” hay “sai” hay họ “không nên” cảm nhận theo cách của họ sẽ chỉ ra rằng tin tưởng vào điều đó thật không an toàn. Trong ví dụ trước, phản ứng (a) và (b) cho thấy người được sĩ đã nghĩ rằng ông R đã “sai” hoặc ông đã hiểu chưa đúng về tình huống đó. Cũng trong trường hợp này, việc đánh giá đã được truyền đạt rằng ông ta “không nên” cảm thấy những gì như ông đã cảm thấy. Thậm chí phản ứng (c) đánh giá cảm nhận của ông R là “đúng” và cũng hàm ý rằng việc đánh giá cảm xúc của ông là “đúng” hay “sai” cũng thích hợp.

2.5. Phản ứng khuyên bảo

Chúng ta cũng có xu hướng đưa ra những lời khuyên. Chúng ta đã quá buộc mình vào vai trò của những “chuyên gia” hay “nhà chuyên môn” đến mức đánh mất đi cái nhìn về những giới hạn chuyên môn của chúng ta. Là những dược sĩ, chúng ta phải đưa ra cho bệnh nhân những lời khuyên về chế độ sử dụng thuốc. Đó là một phần trách nhiệm chuyên môn của chúng ta. Tuy nhiên, vai trò đó không thích hợp khi phải giúp một người bệnh xử lý những vấn đề cảm xúc hay cá nhân. Nguồn giải pháp tốt nhất cho vấn đề của người bệnh nằm ở ngay trong họ. Chính sự “tự tin” của chúng ta khiến chúng ta cảm thấy rằng mình có thể đưa ra một “giải pháp” nhanh chóng cho những mối quan tâm cá nhân của người khác. Thêm vào đó, “giải pháp” đó truyền đạt đến người bệnh rằng chúng ta không nhìn nhận họ có đủ khả năng để tự đưa ra các quyết định của mình. Ngay cả khi lời khuyên đó là hợp lý, thì nó cũng không phải là một quyết định mà người bệnh có khả năng tự đi đến. Dựa vào lời khuyên bảo của người khác có thể làm cho người bệnh trở nên “bị phụ thuộc”, nhìn người khác như ngọn nguồn để giải quyết vấn đề. Ví dụ, lời khuyên của người dược sĩ ở lời đáp (d) đưa ra một

“giải pháp” nhanh chóng (và tương đối tự phụ) cho một vấn đề phức tạp trong con mắt của ông R.

Có những lúc người bệnh không cần sự khuyên bảo mà là tìm kiếm sự trợ giúp cho các vấn đề của họ. Đôi khi, hỗ trợ người bệnh xác định nguồn trợ giúp mà họ có thể tìm đến lại là một cách thích hợp để trợ giúp họ. Gợi ý các cách can thiệp cũng có thể có ích cho người bệnh. Theo kiểu phản ứng này thì chúng ta đóng vai trò làm một người được thăm dò cho các quyết định mà người bệnh tự tìm đến thay vì cung cấp các giải pháp của mình cho họ.

Tất nhiên, có những lúc người bệnh không đủ khả năng đương đầu với những cảm xúc hay vấn đề của chính họ. Một ví dụ điển hình là người bệnh đang vô cùng tuyệt vọng. Năng lực nhận biết những tín hiệu của sự tuyệt vọng và đề nghị sự tham gia của các nguồn trợ giúp như bác sĩ gia đình hay phòng y tế ở địa phương là một chức năng chuyên môn mà người được sĩ cần phải được chuẩn bị để thực hiện nó khi cần. Tuy nhiên, hầu hết người bị bệnh đều có những cảm giác tuyệt vọng, lo lắng và đó là những phản ứng bình thường đối với bệnh tật. Họ cần được đón nhận sự chăm sóc quan tâm và đồng cảm. Sự quan tâm đồng cảm này cần được coi như là một yếu tố quan trọng trong việc chăm sóc bệnh nhân một cách thích đáng và nhân đạo của tất cả các chuyên gia y tế.

2.6. Phản ứng làm an tâm

Khoảng một phần ba các cách phản ứng trước những cảm xúc của người bệnh là phản ứng làm an tâm. Nói với người bệnh “đừng lo, tôi đảm bảo là cuộc phẫu thuật của ông sẽ ổn” dường như có thể hữu ích, nhưng nó thực sự được truyền đạt một cách tinh vi để người ta “không nên” cảm thấy bối rối quá. Chúng ta thường sử dụng kiểu phản ứng này để cố gắng làm cho người bệnh đừng rối trí nữa hoặc để làm thay đổi cảm xúc của họ thay vì chấp nhận những cảm xúc vốn có đó. Kiểu phản ứng này có thể được sử dụng ngay khi người bệnh đang phải đối diện với một tình huống nguy cơ thật sự, như bệnh đang ở giai đoạn cuối. Có lẽ chúng ta cũng cảm thấy không giúp ích gì được trong một tình huống như vậy và dùng những lời lẽ cam đoan không thật để ngăn không cho cảm xúc của mình bị cuốn vào khi lắng nghe và thông hiểu cảm xúc của người bệnh. Phản ứng (e) là một phản ứng làm yên tâm, nó dự đoán một kết quả tích cực mà người được sĩ không thể biết được là nó có xảy ra hay không.

2.7. Phản ứng chung chung

Một cách khác mà chúng ta cố gắng để làm an tâm người bệnh là nói với họ “tôi cũng đã từng trải qua điều giống như vậy và tôi vẫn còn sống đây”. Trong trường hợp này, người bệnh cảm thấy được an ủi khi biết rằng người khác cũng có những trải nghiệm tương tự, thì phản ứng kiểu này có thể chuyển hướng sự tập trung từ người bệnh sang được sĩ trước khi họ có được cơ hội giải bày về những



THƯ VIỆN
HUBT

mối quan tâm trước mắt của chính họ. Tuy nhiên, điều này có thể dẫn chúng ta đến việc không chịu lắng nghe nữa vì chúng ta đã nhanh chóng đi đến kết luận rằng vì mình đã trải qua kinh nghiệm tương tự như của bệnh nhân rồi, nên họ cũng cảm nhận giống như mình thôi. Tất nhiên, điều này cũng có thể không phải đúng là như vậy. Phản ứng (f) trong trường hợp của ông R có vẻ đúng với kiểu phản ứng này.

Phản ứng (g) cũng chỉ ra rằng những cảm xúc của ông R chẳng có gì riêng hay đặc biệt cả. Một lần nữa, phản ứng “ai cũng cảm thấy như vậy” có nghĩa là khiến cho ông R cảm thấy dễ chịu hơn về việc của mình, nhưng nó lại thay thế cho việc làm cho ông R cảm thấy rằng chúng ta không coi những mối quan tâm của ông ấy là rất riêng hay rất quan trọng.

2.8. Phản ứng điều tra

Một kiểu phản ứng khác trước cảm xúc là phản ứng mang tính chất điều tra. Chúng ta cảm thấy thật thoải mái khi đặt câu hỏi cho người bệnh – chúng ta đã được học điều này trong việc hỏi bệnh sử và trong việc tư vấn cho bệnh nhân về thuốc tại quầy. Tuy vậy, việc hỏi bệnh nhân khi họ đang bày tỏ một cảm xúc có thể chuyển trọng tâm từ cảm xúc ấy sang phần “nội dung” của thông điệp. Điều này cũng dẫn đến sự chờ đợi rằng nếu thông tin được thu thập đủ thì một giải pháp sẽ được đưa ra. Nhiều vấn đề của con người hay những mối quan tâm mang tính cảm xúc đều không dễ gì “giải quyết” được. Thường thì những người bệnh đơn giản là cần được bày tỏ những cảm xúc của mình và biết rằng mọi người sẽ hiểu. Việc đáp ứng những nhu cầu này là một phần quan trọng của quá trình trợ giúp. Hỏi ông R là ông ấy đã phải đợi bao lâu để được gặp bác sĩ – phản ứng (h) không truyền đạt được sự thông hiểu về điều quan tâm chính của ông ấy là việc ông ấy nhận thấy thiếu sự quan tâm của bác sĩ.

2.9. Phản ứng phân tán

Nhiều khi chúng ta ra khỏi những tình huống mà mình không biết đáp lại như thế nào chỉ đơn giản bằng cách thay đổi chủ đề. Với phản ứng (i), ông R không nhận được một dấu hiệu nào từ người được sĩ cho thấy những mối quan tâm của ông đã được thấu nghe, chưa nói gì đến được thấu hiểu.

2.10. Phản ứng thấu hiểu

Hãy so sánh từng kiểu phản ứng khác nhau đối với ông R với phản ứng (j) “Có lẽ ông cảm thấy có điều gì đó còn thiếu trong quan hệ của mình với bác sĩ K – Đó không phải là sự chăm sóc mà ông muốn?”. Chỉ riêng kiểu phản ứng này là có một dấu hiệu nào đó cho thấy người được sĩ thực sự thấu hiểu điều cơ bản trong những mối quan tâm của ông R. Người được sĩ truyền đạt sự thấu hiểu này mà không đánh giá ông R là đúng hay sai, hợp lý hay không hợp lý.

Nội dung thảo luận trên đã xem xét một vài kiểu phản ứng khác nhau mà người ta thường hay có trước những bầy tỏ về mặt cảm xúc. Đoạn đối thoại sau là một ví dụ về một cuộc giao tiếp giữa bệnh nhân – dược sĩ mà nhiều dược sĩ có thể tham gia bằng nhiều phản ứng khác nhau. Tình huống liên quan đến bà R, người phải đi mua thuốc theo đơn đã được kê cho chồng bà, ông G. Cuộc đối thoại bệnh nhân – dược sĩ ở cột bên trái và phân phân tích cuộc đối thoại ở cột bên phải.

Đối thoại 1:

Cuộc giao tiếp giữa bệnh nhân và dược sĩ	Phân tích
<i>Bà R:</i> Ông nhà tôi (G) bị bệnh lâu quá rồi, tôi không biết liệu ông ấy có khoẻ lên được không. Tôi không biết mình có thể tiếp tục được bao lâu nữa. <i>Dược sĩ:</i> Tất nhiên là ông ấy sẽ tốt hơn và bà vẫn có thể tiếp tục chăm sóc được, Bà vẫn khoẻ lắm mà!	Phản ứng làm yên tâm hay xoa dịu Phản ứng của bà R trước câu nói này có thể là “Làm sao ông có thể chắc chắn rằng ông G sẽ tốt lên? Ông còn cho rằng mình mạnh mẽ mà chẳng hề biết rằng mình đã thấy thật kinh khủng như thế nào suốt cả thời gian qua”.
<i>Bà R:</i> Nhưng mà lâu quá rồi. Bác sĩ K phải làm thế nào cho ông nhà tôi sớm khoẻ lên mới được!	Bà R dường như đang phản đối lại phản ứng trấn an của người dược sĩ cho rằng bà không có gì phải lo lắng.
<i>Dược sĩ:</i> Bà biết bác sĩ K là một bác sĩ giỏi và bà không nên thắc mắc về sự chăm sóc của bác sĩ đối với chồng bà. Tin tưởng vào bác sĩ là điều rất quan trọng đấy!	Phản ứng đánh giá. Phản ứng của Bà R trước câu này có thể là: “Tất nhiên, ông ta bệnh vực bác sĩ. Điều đó không hoàn toàn là như vậy. Mình đang rất thất vọng và chẳng ai hiểu cả.”
<i>Bà R:</i> À, mà không phải lúc nào ông nhà tôi cần là bác sĩ sẽ có mặt đâu! <i>Dược sĩ:</i> Ông nhà bà đã bị bệnh được bao lâu rồi nhỉ?	Phản ứng điều tra. Vào lúc này mà hỏi về thông tin này chắc hẳn là không quan trọng bằng việc tập trung vào cảm giác của bà R.
<i>Bà R:</i> 13 tháng rồi. <i>Dược sĩ:</i> Nhiều khi chữa bệnh cần phải mất nhiều thời gian. Có lẽ bà nên thỉnh thoảng đi ra ngoài nhiều hơn. Tôi nghĩ sẽ tốt hơn nếu bà để ai đó vào trông ông G mỗi tuần một ngày để bà có thể đi ra ngoài.	Phản ứng khuyên bảo. Việc này có thể có ích, nhưng đưa ra lời khuyên này như một giải pháp có thể làm tổn thương đến bà R, như thế là ông ta quá tự tin bảo cho bà biết phải làm gì với hoàn cảnh mà bà đã trải qua 13 tháng. Nếu được bà đã có thể nói đôi điều về kinh nghiệm đương đầu với hoàn cảnh này cho ông ta nghe.
<i>Bà R:</i> Tôi không muốn ra ngoài. Tôi muốn ông G khoẻ lên. <i>Dược sĩ:</i> Ông ấy sẽ khoẻ lên thôi, hãy tin tôi. Ông ấy đang được chăm sóc tốt nhất mà.	

Hãy so sánh cuộc trao đổi trên với cuộc trao đổi dưới đây giữa bệnh nhân và được sĩ:

Đối thoại 2:

Giao tiếp giữa bệnh nhân–được sĩ	Phân tích
<i>Bà R:</i> (thở dài) ông G đã bị bệnh lâu quá rồi, đôi khi tôi không biết liệu ông ấy có khoẻ lên được không. Tôi không biết mình có thể tiếp tục được lâu không nữa.	
<i>Được sĩ:</i> Tôi hiểu bà đã rất khó khăn khi phải nhìn thấy ông G đau ốm như vậy.	Phản ứng thấu hiểu. Người được sĩ tỏ ra rằng cô ấy đồng cảm cái áp lực mà bà R đã phải chịu đựng
<i>Bà R:</i> Đúng thế đấy. Nhiều khi tôi cảm thấy không còn hy vọng gì.	Bà R xác nhận người được sĩ đã thấu hiểu chính xác và tiếp tục bộc lộ một chút nữa về những cảm xúc của bà.
<i>Được sĩ:</i> Hình như lúc này bà đang rất chán nản. <i>Bà R:</i> (gật đầu và đang cố nén những giọt nước mắt).	Có thể việc một ai đó đã lắng nghe và thấu hiểu mình là tất cả những gì mà bà cần lúc này. Người được sĩ đã để bà quyết định xem mình mong muốn bộc lộ đến đâu bằng cách để cánh cửa mở mà không ép buộc bà tiết lộ qua việc điều tra thăm dò.
<i>Được sĩ:</i> (sau khi ngừng một lúc lâu) Tôi có thể làm được gì để giúp bà? <i>Bà R:</i> Thỉnh thoảng nói chuyện được với mọi người cũng đỡ nhiều. Bác sĩ K luôn bảo tôi đừng lo lắng quá. Làm sao mà tôi có thể không lo lắng được cơ chứ? <i>Được sĩ:</i> Có vẻ như mọi người luôn cố gắng làm bà vui trong khi đáng lẽ phải hiểu bà đã khó khăn như thế nào! <i>Bà R:</i> Tôi không trách bác sĩ K. Tôi biết cô ấy là một bác sĩ giỏi, nhưng tôi muốn cô ấy hiểu rằng đôi khi tôi cũng thất vọng vì thời gian đang kéo dài quá.	

Thông thường, một người bệnh cảm thấy thất vọng hay cáu giận đơn giản là họ cần biết người khác có thấu hiểu không. Bà R không “trách cứ” chúng ta hay bác sĩ nhưng lại đang công kích chỉ vì sự thất vọng của riêng mình và cảm giác về

sự vô dụng, bất lực. Chúng ta không cần cố xoa dịu hay đánh giá cảm xúc của bà ta (chúng ta không nên để cho chính mình bị chán nản), nhưng chúng ta có thể rất có ích khi bày tỏ sự quan tâm và thấu hiểu.

Chúng ta đã cố gắng để người bệnh dừng hay thay đổi cảm xúc của mình bằng nhiều cách. Bản thân chúng ta có thể cảm thấy không thoải mái khi phải đối diện với sự bày tỏ cảm xúc, vì vậy, để hạn chế, chúng ta đã cắt đi sự giao tiếp với bệnh nhân. Chúng ta có thể đã cố làm phân tán tư tưởng của họ bằng cách thay đổi chủ đề; chúng ta có thể đã cố chỉ cho họ thấy mọi việc không tồi như chúng đang có vẻ thế; chúng ta có thể đã hướng cuộc giao tiếp vào những chủ đề mà chúng ta cảm thấy thoải mái, như chủ đề về chế độ thuốc men. Những phản ứng như vậy, cùng với nhiều phản ứng khác nữa sẽ có xu hướng truyền đạt tới người bệnh rằng chúng ta không lắng nghe và có lẽ chúng ta không muốn lắng nghe. Trong khi đó, hãy đặt chúng ta vào vị trí của người bệnh, khi chúng ta cảm nhận được ai đó lắng nghe ý kiến của mình và ở một mức độ lớn hơn, thấu hiểu những cảm xúc của mình là một trải nghiệm mang đầy sự biết ơn. Bởi vậy, đối với một người được sĩ, phải luôn ý thức được rằng mình phải kiểm soát được việc lắng nghe người bệnh là rất quan trọng và việc chọn lựa kỹ càng những lời mà chúng ta sẽ nói cho người bệnh để họ hiểu và tuân thủ cách dùng thuốc cũng quan trọng không kém.

3. THÁI ĐỘ THỂ HIỆN SỰ ĐỒNG CẢM

Nhấn mạnh sự đáp lại đồng cảm là một thái độ đồng cảm trước những người khác. Thái độ này có nghĩa là chúng ta muốn lắng nghe và cố thấu hiểu những cảm xúc và cách nhìn nhận của người khác. Điều đó có nghĩa là chúng ta có khả năng chấp nhận những cảm xúc như chúng vốn có mà không cố thay đổi chúng, ngăn cản chúng hay đánh giá chúng. Tự bản thân mình, chúng ta không sợ về những xúc động của người khác, có thể ở bên họ và không cần làm gì trừ việc lắng nghe và thể hiện sự đồng cảm với họ. Người đồng cảm có thể tin tưởng rằng con người ta có thể đối phó với những xúc cảm và vấn đề của chính mình. Nếu làm chủ được trạng thái này, người được sĩ sẽ không còn e ngại khi người bệnh thể hiện những cảm xúc của mình và tự đi đến những quyết định của chính mình. Người đồng cảm cũng tin tưởng rằng việc lắng nghe ai đó sẽ có ích cho chính họ và thường thì đó là phương cách trợ giúp duy nhất người ta có thể đưa ra. Các chuyên gia y tế sẽ cảm thấy thất vọng nếu họ không thể kê đơn và đưa ra giải pháp để “chữa trị” những vấn đề của người bệnh. Ngay cả cảm xúc liên quan tới người bệnh gây cho chúng ta và bác sĩ của cô ta những vấn đề không thể “được chữa trị” hay “được điều trị”. Điều này không có nghĩa là chúng ta không thể trợ giúp họ mà có nghĩa là chúng ta phải xác định “trợ giúp” theo một cách mới.

Một cuộc giao tiếp đồng cảm, khi mà chúng ta cảm thấy đã thấu hiểu người khác và như vậy sự đồng cảm cũng đòi hỏi việc truyền đạt một cách có hiệu quả cho người đó rằng chúng ta thực sự thấu hiểu. Điều này có thể thực hiện như thế

nào? Một sự thể hiện đồng cảm khi chúng ta đang lắng nghe là việc tóm tắt ngắn gọn hay cô đọng lại những điều chúng ta hiểu về những cảm xúc của người bệnh. Trong cuộc trao đổi giữa người được sĩ thứ 2 với bà R, người được sĩ này đã dùng một lối đáp lại như vậy khi cô nói: “Bà dường như đang rất chán nản vào lúc này”. Một lời nói như vậy đã nắm bắt được điều cốt yếu mà bà R đang trao đổi và nó đã thực hiện được việc truyền đạt đến bà ta rằng người được sĩ đã lắng nghe và thấu hiểu mối quan tâm của bà.

Khả năng cô đọng được điều cốt yếu trong những cảm xúc của người bệnh và truyền đạt sự thấu hiểu này trở lại cho người bệnh thường liên quan đến thứ được gọi là “sự phản ánh của xúc cảm”. Sự phản ánh của xúc cảm đã được xác định như là sự bày tỏ (nói bằng những từ mới mẻ) về những thái độ và cảm xúc thiết yếu mà người bệnh đã thể hiện. Sự phản ánh xúc cảm không chỉ đơn giản là sự lặp lại những gì mà người bệnh đã nói mà thay vào đó là sự chuyển tải nỗ lực của chúng ta nhằm nắm bắt ý nghĩa của những thông tin trao đổi với người bệnh bằng chính ngôn ngữ của chúng ta và hàm ý rằng chúng ta đang kiểm chứng lại những điều chúng ta đang hiểu là chính xác. Trong ý nghĩa này, sự phản ánh của xúc cảm không phải là một sự bày tỏ mang tính chất tuyên bố mà là mang tính chất thăm dò và tạm thời. Ví dụ, Bà R mô tả vấn đề khác cho cô L – được sĩ:

“Con gái tôi hình như bị ốm nặng – đau đầu và nôn mửa. Tôi đã đưa nó đến khám bác sĩ nhưng ông ấy nói rằng chẳng sao cả. Tôi để ý thấy hình như cứ mỗi lần nó có bài kiểm tra quan trọng hay phải diễn thuyết ở trường, nó đều ốm. Không phải là tôi cho rằng nó đang giả vờ đâu, xin cô, nó thực sự bị ốm – nôn mửa và đau đầu”.

Nếu cô L đáp lời “Con gái chị dường như rất ốm yếu – thường xuyên ngay trước kỳ kiểm tra ở trường” – thì cô chỉ đơn giản nhắc lại những điều bà R đã nói với cô. Bà R rất có thể phản ứng lại một cách rất hợp lý rằng “Đó chính là những điều tôi đã nói với cô chứ, đúng không nào?”. Tuy nhiên, nếu cô L đi sâu vào ý nghĩa của lời bà R nói và cố gắng phản ánh lại sự quan tâm của cô bằng những lời lẽ mới, câu trả lời đáp lại của cô có thể sẽ như thế này: “Hình như chị đang sợ là con gái chị có thể đang phản ứng lại áp lực mà nó cảm thấy ở trường với các triệu chứng bệnh. Đó có phải là điều mà chị cho là nó đang xảy ra không?”.

Câu đáp lại này đã bắt được mối quan tâm của bà R nhưng được dùng bằng lời lẽ của chính người được sĩ và được bà R nhận biết là đã thấy sự thấu hiểu. Theo cách đáp lại này, cô L đã không vội vàng đi đến những kết luận không hợp lý về vấn đề đó là như thế nào. Lời đáp của cô là một kiểu đáp lại có tính chất thăm dò đại loại như “chúng ta hãy xem xem liệu tôi có hiểu được vấn đề không”. Thêm vào đó, cô ấy tránh việc mang cái nhãn mác dọa dẫm hay sự diễn giải “Có vẻ như chị đã nhận thấy bệnh của con gái chị là thuộc những bệnh về tinh thần”. Lời lẽ như vậy mang tính chất “lâm sàng” quá và rất đáng sợ đối với bà R và nó sẽ gây trở ngại tới nỗ lực bày tỏ sự thấu hiểu của người được sĩ.

Nếu cô L cố truyền đạt sự thông hiểu của mình khi nói “Tôi biết chị đang cảm thấy như thế nào” hay “Tôi hiểu điều chị đang quan tâm,” thì sự phản hồi như thế không hiệu quả bằng sự phản hồi có sự phản ánh của xúc cảm khi truyền đạt sự đồng cảm. “Tôi hiểu” là một lời nói sáo rỗng được sử dụng như là một lời đáp chuẩn cho bất kỳ một sự bày tỏ cảm xúc nào và vì vậy nó không được hiểu như là một lời đáp riêng cho người mà chúng ta đang nói chuyện cùng. Sự phản hồi có vẻ như cố phản ánh những xúc cảm mà người bệnh đang biểu đạt, nó truyền đạt cho người bệnh thông điệp chúng ta chưa thực sự thấu hiểu họ, nó chung chung và không hoặc ít mang tính cá nhân, bởi vậy nó không thực sự thể hiện sự đồng cảm.

Mặt khác, một phản hồi đồng cảm không hàm chứa sự đồng ý hay không đồng ý với những nhận thức của người bệnh. Nếu một người bệnh nói với chúng ta – người quản lý của một nhà thuốc – “nhân viên của ông cư xử với tôi rất là đại khái. Cô ta làm việc mà không thêm quan tâm gì đến khách hàng”. Việc đầu tiên thôi thúc chúng ta phải làm có thể là kiểm tra lại sự thật của việc phản ánh trên. Tất nhiên, việc này là quan trọng và cần thiết, nhưng phản ứng đó lại không mang lại sự thông hiểu với người bệnh. Hình thức thể hiện đồng ý hay không đồng ý với những nhìn nhận của người bệnh không giúp cho chúng ta truyền đạt tới người bệnh rằng chúng ta đã thấu hiểu họ. Khách hàng – người đã nói điều đó với chúng ta – cũng không cảm thấy mình được thực sự quan tâm tới cho dù sự thật về hành vi cư xử của người nhân viên đó có ra sao đi nữa.

4. NHỮNG KHÍA CẠNH CỦA LẮNG NGHE IM LẶNG

Khi thể hiện sự sẵn sàng lắng nghe người bệnh của mình, ít nhất thì hành động im lặng lắng nghe của chúng ta cũng quan trọng như những điều chúng ta nói. Như đã thảo luận ở trên, chúng ta có thể làm một số việc để thể hiện sự quan tâm của mình. Chẳng hạn như trao đổi bằng ánh mắt thân thiện khi nói chuyện với bệnh nhân, nghiêng người về phía họ mà không có vật cản ở giữa, giữ một tư thế thoải mái... Tất cả những điều đó giúp cho bệnh nhân không căng thẳng và cho họ thấy được sự quan tâm của chúng ta. Những cái gật đầu và những lời khích lệ người bệnh nói chuyện cũng là một phần của cuộc giao tiếp đồng cảm. Nếu giọng nói của chúng ta thể hiện được rằng chúng ta đang cố gắng để thấu hiểu những cảm xúc của người bệnh thì nó cũng bổ sung vào cho sự hoàn thiện của bức thông điệp bằng lời.

Việc tạo ra một cảm giác riêng tư bằng cách đi ra bên ngoài từ phía sau quầy thuốc và cách xa khỏi những người khác sẽ giúp truyền đạt sự tôn trọng của chúng ta đối với người bệnh. Nó thể hiện rằng chúng ta có thời gian để lắng nghe, rằng chúng ta không phải vội đi hay bị phân tán tư tưởng sẽ thể hiện sự quan tâm của chúng ta là chân thật.

Sự nhạy cảm trước những hành vi im lặng lắng nghe của chúng ta trước bệnh

nhân cũng là một phần cần thiết của một cuộc trao đổi có hiệu quả. Hãy hỏi bản thân “Người này đang cảm thấy như thế nào nhỉ?” trong suốt cuộc giao tiếp sẽ đưa ta đến một khám phá rằng những cảm xúc và thái độ thường được truyền đạt một cách mạnh mẽ nhất (có khi còn là duy nhất) qua các kênh không lời. Giọng nói, sự biểu cảm của khuôn mặt và tư thế cơ thể của một người – tất cả đều truyền đạt những thông điệp về cảm xúc. Để đồng cảm được, chúng ta phải “nghe” thấy những thông điệp này cũng như những từ ngữ đã được dùng đến.

5. NHỮNG VẤN ĐỀ TRONG THIẾT LẬP QUAN HỆ TRỢ GIÚP

Trong khi có vô số những vấn đề còn tồn tại trong giao tiếp cá nhân giữa dược sĩ và bệnh nhân, thì thái độ và hành vi ứng xử của dược sĩ đang đặc biệt làm tổn hại đến việc thiết lập quan hệ trợ giúp bệnh nhân bao gồm sự rập khuôn, sự mất tính cá nhân và thái độ kiểm soát.

5.1. Suy đoán một cách rập khuôn

Những vấn đề trong giao tiếp vẫn còn tồn tại, vì những suy đoán rập khuôn mà những người hành nghề chăm sóc sức khỏe đang áp dụng đã ảnh hưởng đến chất lượng của sự giao tiếp của chính họ. Ví dụ, hình ảnh nào xuất hiện trong đầu chúng ta khi chúng ta nghĩ về bệnh nhân lớn tuổi? Về bệnh nhân sống bằng trợ cấp xã hội? Về bệnh nhân AIDS? Về bệnh nhân mù chữ? Về bệnh nhân “mắc chứng hoang tưởng”? Về bệnh nhân sắp tử vong? Về bệnh nhân “tâm thần?”. Ngay cả cái mác “bệnh nhân” cũng có thể tạo ra được những dự đoán giả tạo hoặc sai lệch về cách hành xử của bất kỳ một cá nhân nào. Người dược sĩ có những suy đoán rập khuôn về người bệnh rất có thể thất bại trong việc lắng nghe mà không có đánh giá.

Vấn đề suy đoán rập khuôn có ý nghĩa gì đối với người dược sĩ? Trước tiên, trước khi người dược sĩ có thể giao tiếp hiệu quả với người bệnh thì họ phải biết mình có những suy đoán rập khuôn nào và chúng có thể ảnh hưởng đến sự chăm sóc mà mình dành cho người bệnh ra sao. Tiếp đó, người dược sĩ phải bắt đầu nhìn nhận những người bệnh như những cá nhân với những khác biệt cá nhân rõ rệt như nó vốn có. Chỉ khi đó, chúng ta mới có thể bắt đầu quan hệ với từng người bệnh như một người riêng biệt và khác biệt với tất cả những người khác.

5.2. Làm mất tính cá nhân

Có một số cách thức giao tiếp với một người bệnh có thể trở nên làm mất cảm giác tính cá nhân. Ví dụ, nếu một người lớn tuổi đi cùng với một đứa trẻ, chúng ta có thể hướng cuộc trao đổi sang đứa trẻ và nói về người bệnh ngay khi đang có mặt họ. Chúng ta có thể tập trung toàn bộ cuộc trao đổi về những “vấn đề” và “trường hợp”. Chỉ thảo luận về bệnh tật hay những vấn đề của người bệnh đang

được điều trị mà không bình luận về những kết quả điều trị, những tiến bộ mà người bệnh đạt được khi đối phó với sự suy nhược cơ thể hay thậm chí cả về những hoạt động sinh hoạt thường ngày của người bệnh... đều khiến cho cuộc trao đổi bị gò bó và không riêng tư. Một khuôn khổ giao tiếp cứng nhắc theo trình tự làm nên độc thoại của người được sĩ hơn là cuộc đối thoại giữa được sĩ – bệnh nhân cũng có thể khiến cho cuộc giao tiếp dường như là bài học được thuộc lòng một cách máy móc và làm hỏng mục đích quan trọng của cuộc gặp gỡ.

5.3. Thái độ kiểm soát

Rất nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, khả năng kiểm soát của một cá nhân liên quan đến sức khỏe và cảm giác sung mãn của anh ta (Rodin, 1986; Ler, 1983). Sự hình thành khả năng kiểm soát đặc biệt xác đáng trong việc kiểm tra những mối quan hệ giữa bệnh nhân và người hành nghề chăm sóc y tế (Schorr và Rodin, 1982). Nhiều sự can thiệp để làm tăng mức độ tham gia và kiểm soát của bệnh nhân trong mối quan hệ người chăm sóc y tế và người bệnh đã thu được những kết quả tích cực như cải thiện điều trị lâm sàng và chất lượng cuộc sống (Kaplan, Greenfield và cộng sự, 1989). Vậy mà mối giao tiếp thực chất giữa những người chăm sóc y tế và bệnh nhân đang làm giảm xuống hơn là tăng cường sự kiểm soát của người bệnh (Shorr và Rodin, 1982). Bệnh tật thường bị gây ra bởi những cảm giác xáo động về sự vô dụng và phụ thuộc vào những người chăm sóc y tế. Thêm vào đó, sự tổn thương của người bệnh là một sức mạnh không cân bằng trong những mối quan hệ giữa những người chăm sóc y tế và người bệnh và xu hướng của những người chăm sóc y tế – thường là tất cả họ – đều chọn một phong cách giao tiếp “độc đoán”. Người bệnh được “bảo” cho biết cái gì nên làm và cái gì không nên làm – những quyết định được đưa ra thường là có rất ít ý kiến đầu vào của người bệnh về sở thích, những mong muốn hay sự quan tâm về điều trị, ấy vậy trong quá trình tiến hành các kế hoạch điều trị, người bệnh quyết định về chế độ thuốc thang của mình – những quyết định mà những người chăm sóc y tế vẫn không hay biết. Việc chụp mũ cho quyết định của chính bệnh nhân là “không tuân thủ” chẳng có ích gì. Việc chụp mũ như vậy đã bỏ qua điểm quan trọng – mục đích của việc điều trị là giúp bệnh nhân nâng cao sức khỏe và hạnh phúc; nó *không phải* là để bảo họ làm những gì được bảo. Thay vì trách cứ người bệnh, những người hành nghề y đức phải đánh giá cao được mức độ chia sẻ các quyết định điều trị mà người bệnh đã tham gia vào một cách tất yếu. Họ phải đảm bảo rằng các thông tin trao đi đổi lại giữa họ và người bệnh được truyền đạt theo tiến trình cho – và – nhận. Đồng thời, người cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế cần tích cực khuyến khích bệnh nhân đặt câu hỏi, khích lệ họ thảo luận các vấn đề liên quan đến việc điều trị của chính họ, bình luận về các liệu pháp điều trị, kể cả những thất vọng mà họ cảm thấy trong quá trình điều trị. Việc khích lệ này đòi hỏi trên hết là sự chấp nhận đồng cảm, những cảm xúc và nhận thức của

người bệnh. Nguồn thông tin từ phía người bệnh không được coi là thứ yếu đối với việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế mà thay vào đó, người được sĩ phải nhìn nhận bệnh nhân là trung tâm của cả quá trình chữa trị. Thiết lập một mối quan hệ mà bệnh nhân là những người tham gia tích cực vào việc ra các quyết định điều trị và đánh giá hiệu quả điều trị mang tính chất rất quan trọng đối với việc chăm sóc y tế có chất lượng.

KẾT LUẬN

Lắng nghe không phải là một quá trình thụ động; nó cần đến sự tham dự trực tiếp và nỗ lực của từng người. Nó cũng cần có sự thực hành để có thể truyền đạt sự thấu hiểu một cách tự nhiên chứ không phải là một cách máy móc hay giả tạo. Dù sao đi nữa thì khi mối quan hệ của chúng ta với người bệnh được đánh dấu bằng sự thấu hiểu đồng cảm, người bệnh đã được trợ giúp trên nhiều phương diện mà thuốc men không làm được. Do vậy, người bệnh sẽ hiểu rằng họ được chúng ta chăm sóc một cách toàn diện về các phương diện cá nhân chứ không chỉ chăm sóc về bệnh tật.



THAM VẤN VÀ ĐÁNH GIÁ

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá bệnh nhân là một nội dung quan trọng trong chăm sóc người bệnh. Xác định được người bệnh hiểu gì về việc điều trị, họ uống thuốc như thế nào hay những vấn đề mà họ nhận thức cùng với liệu pháp điều trị là những nhân tố đảm bảo cho các kết quả chăm sóc sức khỏe. Nắm bắt được những hiểu biết và các hành động của bệnh nhân trợ giúp cho người được sĩ lập được một chiến lược thích đáng trong việc tăng cường sự hiểu biết và sự tuân thủ của người bệnh. Tham vấn là một trong những phương pháp thông thường nhất được sử dụng để đánh giá người bệnh. Mặc dầu đó là việc thông thường trong hoạt động hành nghề được, nhưng tham vấn bệnh nhân là một phần việc nhận được sự chú ý rất ít của các được sĩ. Chương này tập trung vào các cách cải thiện việc đánh giá bệnh nhân và quá trình tham vấn. Nó trình bày các khía cạnh của cả hai việc đặt câu hỏi không chính thức và phỏng vấn chính thức đã được thiết kế trước. Những kỹ năng giao tiếp được thảo luận bao gồm đặt câu hỏi, lắng nghe, im lặng một cách thích hợp và phát triển mối liên hệ.

Thường thì người được sĩ cần thu lượm một số thông tin nhất định từ các bệnh nhân coi đó là một phần của quá trình đánh giá bệnh nhân. Các câu hỏi đi từ những đề nghị khá đơn giản như hỏi xem một bệnh nhân có bị dị ứng với peniciline hay không đến những vấn đề phức tạp hơn như xác định xem bệnh nhân có đang uống thuốc một cách đúng đắn hay không. Mới đầu, quá trình này có vẻ như tương đối đơn giản; nó là một việc gì đó mà người được sĩ đang làm nhiều lần mỗi ngày. Tuy nhiên, các nghiên cứu và kinh nghiệm trong hầu hết các trường hợp đều cho thấy tham vấn là một quá trình phức tạp cần sự chú ý ở mức độ cao vì chất lượng của thông tin nhận được không phải bao giờ cũng là những thông tin tốt nhất. Ví dụ dưới đây minh họa cho luận điểm này.

Một được sĩ đang kiểm tra sự tương tác tiềm tàng của thuốc đã hỏi một bệnh nhân – người đang bắt đầu nhận thuốc coumarin: “Anh có đang uống thuốc nào khác nữa không?” Người bệnh tuyên bố một cách nhấn mạnh: “Không!” Người được sĩ tiếp tục phát số thuốc người bệnh cần uống trong ngày cho tới khi anh ta phải vào phòng cấp cứu vì chảy máu mũi mà không cầm được. Người bệnh sau đó đã được phát hiện ra là anh ta đã uống nhiều aspirin liều cao vì viêm khớp. Anh ta đã hiểu nhầm ý nghĩa của từ “thuốc” và cho rằng người được sĩ đang hỏi đến thứ thuốc “ngoài luồng”. Do vậy, thông tin sai lệch đã được truyền đạt từ người bệnh đến người được sĩ, gây ra kết quả là một sự tương tác thuốc nghiêm trọng xảy ra.

Như đã thấy trong ví dụ này, sự chính xác, độ sâu và độ rộng của thông tin được cung cấp bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như nhận thức của người bệnh về việc tham vấn và môi trường vật chất mà ở đó cuộc tham vấn được tiến hành. Tuy nhiên, sự chính xác của việc đánh giá người bệnh cũng bị ảnh hưởng bởi quá trình tham vấn và cách mà người được sĩ đặt các câu hỏi. Nếu người được sĩ trong ví dụ trên chú ý đến việc câu hỏi của mình đã được đặt ra như thế nào thì cô ta (anh ta) hẳn đã tìm ra những thông tin nữa có thể ảnh hưởng đến phương hướng hành động của mình.

1. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN VÀ CHẨN ĐOÁN MANG TÍNH GIÁO DỤC

Kết quả “chẩn đoán mang tính giáo dục” dưới đây được đưa ra như là một ví dụ về một quá trình đánh giá người bệnh. Nó đặt việc thu thập thông tin vào một bối cảnh giáo dục và khuyến bảo bệnh nhân. Để trở thành một nhà giáo dục hiệu quả, người được sĩ phải sử dụng trật tự sau đây:

1. Đánh giá những gì người bệnh cần phải biết.
2. Đánh giá những gì người bệnh đã biết.
3. Xác định khoảng cách thông tin (giữa 1 và 2).
4. Đánh giá khả năng học (nhận thức) của người bệnh.
5. Quyết định cách tốt nhất để hướng dẫn người bệnh.
6. Quyết định thời điểm tốt nhất để hướng dẫn người bệnh.
7. Sau khi hướng dẫn, đánh giá việc thực hành của người bệnh.

Một trong những bước đầu tiên của quá trình đánh giá này phải là xác định được điều bệnh nhân đã biết về thuốc men điều trị và những vấn đề liên quan đến sức khỏe. Xác định được người bệnh hiểu đến đâu là điều cần thiết, vì các cách tư vấn giáo dục bệnh nhân sẽ khác nhau tùy thuộc vào mức độ hiểu biết của người bệnh.

Những bệnh nhân đã quá quen với thuốc điều trị của họ, có những nhu cầu khác với những người còn hiểu biết tương đối ít về thuốc. Bạn sẽ trở nên có hiệu quả hơn nếu bạn có thể xác định được các cá nhân nào cần tư vấn thêm và sẽ không hiệu quả gì khi nhắc lại những thông tin mà bệnh nhân đã hiểu rõ. Sử dụng kỹ thuật này, về cơ bản bạn đã coi bệnh nhân như là cơ sở dữ liệu để xác định thông tin nào đã được nắm bắt. Sau đó bạn sẽ “lấp đầy khoảng trống” bằng lượng thông tin chính xác mà bạn cho là quan trọng đối với một bệnh nhân cụ thể.

Xác định bốn yếu tố cuối cùng: Khả năng học hỏi của người bệnh, phương pháp chỉ dẫn, thời điểm chỉ dẫn, đánh giá việc học hỏi đều khó và đòi hỏi một sự đào tạo nằm ngoài phạm vi của chương này. Những phần còn lại của chương này sẽ tập trung vào ba yếu tố đầu tiên của việc chẩn đoán có tính giáo dục và những kỹ năng tham vấn bệnh nhân. Tiến trình tham vấn vượt ra khỏi khuôn mẫu là

đưa ra một loạt các câu hỏi đã chuẩn bị trước theo một trật tự nhất định. Mặc dầu sự tiếp cận này có thể có hiệu quả ở một số mặt trong chăm sóc được như sàng lọc bệnh nhân cao huyết áp, nhưng nó có thể không phải là sự tiếp cận thích hợp nhất trong nhiều tình huống khác như khi bệnh nhân buộc phải nói về các vấn đề của họ (Bernstein, 1980). Các kỹ năng cơ bản được thảo luận trong bài này có thể được sử dụng ở nhiều tình huống và hoàn cảnh khác nhau và nếu được dùng một cách thích đáng, có thể tăng cường hiệu quả của việc tham vấn và chất lượng thông tin được cung cấp.

2. CÁC YẾU TỐ CỦA MỘT CUỘC THAM VẤN HIỆU QUẢ

Như đã đề cập từ trước, tiến hành một cuộc tham vấn hiệu quả không phải là một quá trình đơn giản. Quá trình tham vấn bao hàm một vài yếu tố quan trọng cần được nắm bắt. Quá trình này là một điều gì đó tương tự như việc học lái xe ô tô. Đầu tiên, bạn phải học những kỹ năng cơ bản cụ thể như sử dụng côn, đạp phanh đúng cách và nhìn gương chiếu hậu. Một khi những kỹ năng này đã được học thì cả quá trình trở nên tự động và tương đối đơn giản – cho đến khi bạn vướng vào một vụ vi phạm trật tự giao thông, đến lúc đó bạn sẽ phải phân tích kỹ năng của mình đã sai ở đâu (ví dụ, bạn đã không dùng tín hiệu xi-nhan hay tính sai tốc độ khi quặt rẽ); kỹ năng lái, do đó mà được chuẩn xác hơn hay được đi học lại và bạn tiếp tục đi một cách an toàn. Đối với việc tham vấn có hiệu quả cũng đúng như vậy. Những kỹ năng giao tiếp và tham vấn nhất định cần được nắm bắt và sử dụng nếu không bạn hẳn sẽ có một “tai nạn” hay một cuộc tham vấn không hiệu quả. Tai nạn có thể là nhỏ (ví dụ như bạn lỡ quên mất một thông tin) hay có thể là lớn (ví dụ như bệnh nhân có thể đi ra khỏi nhà thuốc với khuôn mặt giận dữ và hét lên là không bao giờ quay trở lại). Qua việc xem xét các yếu tố của tham vấn có hiệu quả ở chương này, bạn sẽ có thể tránh được các tai nạn và phân tích được đã có sai sót gì nếu nó xảy ra.

2.1. Lắng nghe

Nhìn chung, chúng ta trao gửi thông tin tốt hơn là tiếp nhận thông tin. Chúng ta được dạy cách cải thiện các kỹ năng giao tiếp bằng lời nói và viết lách còn các kỹ năng lắng nghe thì hầu như không. Do vậy, chúng ta phải tập trung nhiều hơn vào phần lắng nghe trong quá trình giao tiếp. Không có gì kết thúc một buổi tham vấn nhanh hơn là bị người bệnh nhận ra rằng bạn đang không lắng nghe họ. Mặc dầu các kỹ năng lắng nghe đã được thảo luận ở Chương 2, nhưng dưới đây đặc biệt trình bày những gợi ý liên quan đến tham vấn:

1. Hãy dừng nói. Bạn không thể lắng nghe trong khi đang nói.
2. Hãy vứt bỏ những việc làm phân tán tư tưởng. Những thứ này phá vỡ sự tập trung của bạn.

3. Hãy giao tiếp bằng mắt (ví dụ, hãy nhìn vào người đang nói chuyện với bạn). Điều này giúp bạn tập trung và cho người ta thấy bạn đang thực sự lắng nghe.

4. Hãy tập trung vào điều người ta nói mà không phải vào việc bạn có ưa người ta hay không.

5. Hãy hiểu được các thông điệp không lời. Điều này có thể giúp bạn nhận ra thông điệp giống hay khác nhau với thông điệp mà người ta đã truyền đạt qua lời nói.

6. Hãy lắng nghe xem người ta nói như thế nào. Âm thanh và giọng nói cũng trao gửi một phần của thông điệp.

7. Hãy phản hồi ngay để làm rõ bất kỳ một thông điệp nào. Việc này cũng cho thấy bạn đang lắng nghe và đang gắng hiểu vấn đề.

2.2. Thăm dò

Một kỹ năng giao tiếp quan trọng khác là học cách hỏi những câu hỏi để làm bật ra thông tin chính xác nhất. Kỹ thuật này được gọi là “thăm dò”. Thăm dò là việc sử dụng những câu hỏi để làm lộ ra thông tin thực sự từ người bệnh hay để giúp làm sáng tỏ những vấn đề của họ. Hỏi các câu hỏi dường như là một nhiệm vụ rõ ràng nằm ở hầu hết các tình huống. Tuy nhiên, có một số điều phải được cân nhắc trước khi đưa ra câu hỏi. Cách dùng từ cho câu hỏi có tính chất quan trọng. Người bệnh thường bị dẫn vào tư thế phòng thủ bởi những câu hỏi có vẻ làm cho họ có cảm giác không tự tin. Ví dụ, những câu hỏi kiểu “Tại sao?” cần được tránh vì chúng làm cho người ta cảm thấy họ phải biện minh tại sao mình đã làm việc đó. Tốt hơn là dùng những câu hỏi kiểu “Cái gì?” hay “Như thế nào?” Ví dụ, nhiều người có thể có tâm lý phòng thủ nếu bị hỏi “Tại sao anh lại dùng những thuốc này?” thay cho “Vì lý do nào mà anh lại dùng những thuốc này?”

Thêm vào đó, việc lượng giờ cho mỗi câu hỏi cũng là điều quan trọng. Nhiều câu hỏi liên tiếp có thể để lại cho người bệnh một cảm giác bị thăm vấn và vì thế có thể làm tăng sự phòng thủ của họ. Người bệnh phải được phép hoàn thành câu trả lời cho câu hỏi hiện tại trước khi tiếp tục sang câu hỏi sau. Nếu bạn cần thu nhận thông tin một cách nhanh chóng, hãy cho bệnh nhân được chuẩn bị bằng cách báo trước như “Tôi biết là nói thế này thì hơi mất thời gian một chút nhưng để có được những thông tin cần thiết, tôi phải hỏi anh thêm một số câu hỏi khác trong vài phút nữa”. Cũng như vậy, các câu hỏi mang tính “khẳng định” cũng nên được tránh sử dụng. Những câu hỏi này hàm ý một cách mạnh mẽ một câu trả lời đã được chờ đợi sẵn (ví dụ, “Chi thường quên không uống thuốc có phải không?”). Những câu hỏi như vậy thường dẫn dắt người bệnh vào việc thảo luận những vấn đề mà bạn muốn nghe hơn là điều mà người bệnh cần nói với bạn. Những ngoại lệ đối với nguyên tắc này xảy ra khi bạn muốn khám phá một lĩnh vực cụ thể. Những câu hỏi mang tính “khẳng định” được dùng từ một cách cẩn thận, có thể dùng cho những vấn đề còn mở mà không dễ bàn thảo. Ví dụ, “Lần đầu tiên anh cảm thấy thất vọng là khi nào?”

Để tiến hành một buổi tham vấn hiệu quả, điều quan trọng là phải hiểu được sự khác biệt giữa những câu hỏi kết thúc đóng và câu hỏi kết thúc mở. Một câu hỏi có kết thúc đóng được trả lời bằng “có” và “không” hoặc bằng một vài từ là nhiều nhất. Mặt khác, một câu hỏi kết thúc mở không hạn chế sự trả lời của bệnh nhân hay làm giảm đi sự phòng vệ. Ví dụ, một câu hỏi kết thúc đóng như “Bác sĩ của anh có nói với anh uống thuốc này như thế nào không?” Người bệnh có thể chỉ trả lời bằng một câu “có” hay “không” và không đưa ra được bất kỳ thông tin hữu ích nào cho bạn. Một ví dụ về câu hỏi mở là: “Bác sĩ của anh đã dặn anh uống thuốc này như thế nào?” Cách dùng từ ở câu hỏi này cho phép người bệnh nói lên một cách chính xác chỉ ấy hiểu thuốc này nên được uống như thế nào. Những câu hỏi kết thúc mở khó định dạng hơn những câu hỏi kết thúc đóng, nhưng lại quan trọng hơn trong việc làm giảm đi sự phòng vệ của người bệnh bằng cách truyền đạt sự sẵn sàng lắng nghe từ phía bạn. Với một câu hỏi mở, bạn đang để bệnh nhân được thể hiện quan điểm của chính họ.

Những câu hỏi đóng làm giảm đi mức độ cởi mở của người bệnh và làm cho họ trở nên thụ động trong quá trình tham vấn, vì bạn đã làm hầu hết mọi việc của buổi nói chuyện. Những câu hỏi đóng cũng có thể làm cho người bệnh tránh đi những chủ đề cụ thể và bộc lộ cảm xúc. Những câu hỏi đóng có thể mang lại một bầu không khí thăm vấn và không riêng tư. Vì lý do này mà những câu hỏi đóng được coi như là “những câu hỏi được sĩ làm trung tâm”. Những câu hỏi mở không đòi hỏi người khác phải trả lời theo khuôn mẫu tham chiếu của bạn. Những câu hỏi mở cho phép sự thể hiện cởi mở và vì lý do này đôi khi được coi là “những câu hỏi bệnh nhân làm trung tâm”. Những câu hỏi đóng là cần thiết và thực sự có ích; nhưng những câu hỏi mở ít gây hiểu nhầm hơn và chúng có hướng thúc đẩy sự liên hệ và phát triển những mối quan hệ tin cậy.

Bạn có thể tìm thấy một sự kết hợp các câu hỏi mở và đóng hiệu quả nhất cho mình trong việc thực hành. Bạn có thể bắt đầu hỏi về những khó khăn của người bệnh bằng một câu hỏi mở, tiếp theo sau là những câu hỏi đóng và có định hướng hơn. Ví dụ, nếu bạn muốn biết liệu ông R có đang phải chịu đựng những tác dụng phụ khó chịu do dùng thuốc cao huyết áp hay không, bạn có thể nói: “Anh đang cảm thấy thế nào?” và/hay “Tại sao hôm nay anh lại tới bệnh viện, anh có làm sao không vậy”. Nếu cần thiết, những câu hỏi này có thể được tiếp tục với “Anh đã để ý thấy những gì sau khi uống thuốc này?”. Tiếp đến có thể hỏi “Những tác dụng phụ của nó khó chịu như thế nào?” Nếu cần thiết nữa, có thể hỏi thêm những câu hỏi trực tiếp như: “Anh có bị thức giấc nửa đêm không?” “Anh có thấy ngủ không yên giấc không?” “Anh có cảm giác yếu mệt không?” và cứ tiếp tục hỏi như vậy...

Những cuộc tham vấn dùng các câu hỏi đóng là chủ yếu biến bạn thành nhà giải quyết vấn đề hơn là làm người thúc đẩy việc giải quyết vấn đề – đó là, hỏi những câu hỏi hàm ý rằng bạn sẽ có mặt cùng các câu trả lời. Kinh nghiệm đã cho biết rằng những câu hỏi mở hiệu quả hơn trong việc đánh giá sự hiểu biết của

bệnh nhân như đã thấy ở kết quả “điều trị có tính giáo dục”. Cục chăm sóc sức khỏe của Ấn Độ cũng đã triển khai một chương trình giáo dục bệnh nhân hiệu quả, trong đó sử dụng một loạt các câu hỏi mở trong quá trình đánh giá bệnh nhân (Gardner và cộng sự, 1991).

Tóm lại, hãy nhận thức việc bạn sẽ đặt một câu hỏi vào lúc nào và như thế nào. Đây là câu hỏi kiểm tra việc này: Câu hỏi mà ta định hỏi có giúp ích gì cho người đó không? Khi một câu hỏi là cần thiết, những câu hỏi mở làm bật ra các thông tin đầy đủ và hoàn chỉnh mà không ép bệnh nhân vào nhãn quan của mình. Những câu hỏi mở truyền đạt sự sẵn sàng lắng nghe. Ngược lại, những câu hỏi đóng làm giảm đi sự cởi mở và thể hiện cảm xúc. Các câu hỏi mở luôn tốt hơn các câu hỏi đóng, vì nó mang lại nhiều thông tin hơn. Tất nhiên, trong một số tình huống, câu trả lời đơn giản là “có” hay “không” cũng rất cần thiết. Nó đưa thực hành đến việc triển khai một kỹ thuật đặt câu hỏi tốt mà sử dụng cả các câu hỏi mở và đóng để đẩy buổi tham vấn đi đến kết quả. Khi sử dụng các câu hỏi mở để tránh cho bệnh nhân đi lạc ra khỏi những vấn đề chính có thể không hợp với tình huống, bạn nên triển khai cả ngôn ngữ cơ thể nữa.

2.3. Sử dụng sự im lặng một cách hợp lý

Một kỹ năng khác nữa bạn phải học là nghệ thuật sử dụng sự im lặng một cách thích hợp. Trong suốt buổi tham vấn, có nhiều lúc cả bạn hay người bệnh đều không nói gì, đặc biệt là ở những phút đầu tiên. Bạn phải học cách xử trí những phút tạm ngừng như vậy, coi đó là một phần cần thiết của cả quá trình và không thấy bất tiện với chúng. Nhiều khi, người bệnh cần thời gian để nghĩ hay phản ứng lại trước những thông tin mà bạn vừa nói. Làm ngắt quãng sự im lặng sẽ phá bỏ cơ hội để người bệnh suy nghĩ về thông tin cần thiết này. Mặt khác, phút tạm ngừng có thể có do sự thật là người bệnh đã không hoàn toàn hiểu câu hỏi của bạn. Trong tình huống này, câu hỏi cần được nhắc lại hay giải thích lại. Đồng thời, im lặng nhiều quá vào lúc người bệnh đang bày tỏ những cảm xúc như lo sợ hay thất vọng có thể được diễn giải là bạn đang từ chối. Người bệnh có thể tìm kiếm một số kiểu phản ứng từ phía bạn.

Trong bất kỳ sự kiện nào, bạn cũng nên tránh việc nỗ lực lấp đầy những khoảng trống trong các buổi tham vấn qua việc nói không cần thiết. Thực tế, một số nghiên cứu đã cho thấy rằng “tỷ lệ nói” của người trả lời phỏng vấn càng lớn thì buổi phỏng vấn sẽ càng thành công hơn. Do vậy, người bệnh cần thư giãn và được cho phép có thời gian để nghĩ trong suốt những lúc tạm ngừng của quá trình tham vấn.

2.4. Thiết lập mối liên hệ

Những buổi tham vấn thành công được đánh dấu bởi một sự liên hệ ở mức độ cao giữa hai bên. Mối liên hệ được xây dựng chủ yếu trên sự tôn trọng và cân

nhắc của cả hai phía. Trong một số trường hợp, thật khó để đạt được mối liên hệ vì đó là một quá trình hai chiều. Bạn có thể trợ giúp cho quá trình này bằng một sự chào đón chân thành bạn, bằng sự lịch thiệp trong suốt buổi thảo luận và không phải bằng cách rập khuôn hay đánh giá trước người bệnh. Mỗi người bệnh phải được nhìn nhận như là một cá nhân riêng biệt. Khả năng thiết lập mối liên hệ được tăng cường khi những người bệnh cùng đến một nhà thuốc để được phục vụ cho những nhu cầu về thuốc của họ. Vì vậy, ngay từ buổi gặp đầu tiên người bệnh đã mong mỗi được sử dụng duy nhất một địa chỉ tham vấn tin cậy.

3. QUÁ TRÌNH THAM VẤN

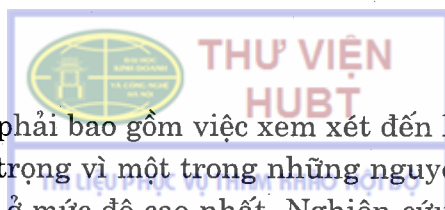
Lên kế hoạch thích hợp cho một buổi tham vấn là điều thiết yếu để thực hiện một cuộc đánh giá bệnh nhân hiệu quả. Trước khi một buổi tham vấn được bắt đầu, chúng ta phải quyết định về việc buổi tham vấn sẽ được tiến hành như thế nào. Cách thức tiếp cận thường phụ thuộc vào loại thông tin mình mong muốn và môi trường cho sự tiếp cận đó.

3.1. Phân loại thông tin

Trước khi buổi tham vấn bắt đầu, bạn phải quyết định về lượng và loại thông tin mình muốn. Nói cách khác, chính xác đâu là điều mà bạn muốn thực hiện? Ví dụ, nếu bạn cần tìm ra các đoạn thông tin cụ thể, bạn cần phải kiểm soát nhiều hơn toàn bộ quá trình tham vấn. Việc này được coi như là một cách tiếp cận phỏng vấn có định hướng. Tuy nhiên, nếu kết quả là điều không biết được hay là một cái gì đó mơ hồ, bạn cần sử dụng cách tiếp cận không định hướng. Cách tiếp cận này cho phép buổi tham vấn trên diễn ra tự do hơn; những điểm trọng yếu của việc thảo luận sẽ được đưa ra bởi chính người bệnh hơn là bởi bạn. Khi bạn sử dụng cách tiếp cận này, bạn hy vọng vấn đề hay điều cần quan tâm sẽ nổi lên, cho phép bạn giải quyết nó. Trong lối tiếp cận không định hướng, những câu hỏi kết thúc mở cần được sử dụng thường xuyên hơn những câu hỏi kết thúc đóng. Tuy nhiên, ngay cả trong lối tiếp cận có định hướng bạn có thể hỏi một câu hỏi kết thúc mở đầu tiên để đánh giá sự hiểu biết của người bệnh như đã thảo luận ở phía trên.

3.2. Môi trường tham vấn

Lên kế hoạch cho buổi tham vấn phải bao gồm việc xem xét đến loại hình môi trường hiện có. Môi trường rất quan trọng vì một trong những nguyên tắc cơ bản của tham vấn là phải tạo sự riêng tư ở mức độ cao nhất. Nghiên cứu đã cho thấy rằng, mức độ riêng tư liên quan đến nhiều kết quả quan trọng của quá trình tham vấn (ví dụ, mức độ hiểu biết của người bệnh về thuốc men và mức độ tuân thủ chế độ điều trị). Khi sự riêng tư tăng lên, lượng thông tin thu nhận được của



người bệnh cũng tăng theo cùng với sự thật là người bệnh sẽ uống thuốc theo đơn một cách chính xác. Sự riêng tư cũng cho phép cả bạn và người bệnh biểu đạt những mối quan tâm cá nhân, hỏi những câu hỏi khó, lắng nghe hiệu quả hơn và chia sẻ những suy nghĩ thành thật. Thật không may là việc thiết lập các buổi tham vấn tại nhiều nhà thuốc – qua một cái quầy thuốc bận rộn hay ở những nơi có quá nhiều thứ làm người ta rối trí – không phải lúc nào cũng là tốt nhất. Trước khi bạn bắt đầu buổi tham vấn, người ta phải giảm đi càng nhiều càng tốt những cản trở làm ngất quãng buổi tham vấn đó. Một tấm ngăn ở cuối quầy phát thuốc, một căn phòng riêng hay một chỗ dành riêng để tham vấn đều có thể mang lại sự riêng tư cần thiết.

3.3. Bắt đầu một cuộc tham vấn

Sau khi xem xét môi trường xung quanh và loại hình thông tin mong muốn, bạn cần bắt đầu cuộc tham vấn qua việc chào hỏi người bệnh một cách chân thành và tự giới thiệu nếu bạn chưa biết họ. Điều này giúp thiết lập mối liên hệ với người bệnh. Bạn cũng cần nói lên mục đích của buổi tham vấn, lường trước những gì sẽ xảy ra trong buổi phỏng vấn và để người bệnh thấy thoải mái. Thời lượng, chủ đề và kết quả cuối cùng cũng cần được đề cập đến để người bệnh hiểu rõ ràng về cả quá trình tham vấn. Ví dụ, một dược sĩ khi lần đầu tiên gặp một người bệnh có thể nói:

“Xin chào, Tôi là B, dược sĩ (lời giới thiệu). Tôi muốn hỏi chị vài câu hỏi nhanh về các loại thuốc mà chị đang dùng (chủ đề được đề cập đến). Việc này chỉ mất có vài phút thôi (thời lượng cần) và cho phép tôi lập một tiểu sử dùng thuốc để có thể theo dõi tất cả các loại thuốc chị đang dùng. Việc này sẽ giúp chúng tôi nhận diện những vấn đề tiềm tàng với các loại thuốc mới mà chị được kê đơn (mục đích/kết quả).”

Một mở đầu như vậy cho phép bạn xác định những giới hạn và dự tính của buổi tham vấn để người bệnh vẫn thấy thoải mái và không có những kỳ vọng khác về buổi phỏng vấn. Sau khi buổi tham vấn được bắt đầu, những gợi ý sau sẽ giúp bạn tiến hành một cuộc tham vấn hiệu quả hơn:

1. Tránh đưa ra những lời khuyên nhủ trong suốt thời gian thu thập thông tin của buổi phỏng vấn. Những lời khuyên như vậy ngăn cản người bệnh đưa đến cho bạn tất cả thông tin cần thiết.

2. Tương tự, đừng vội vàng đưa ra các kết luận hay những giải pháp nhanh chóng mà không nghe hết tất cả sự thật.

3. Đừng chuyển từ chủ đề này sang chủ đề khác khi chủ đề trước chưa được thông suốt.

4. Hãy hướng cuộc phỏng vấn sử dụng sự kết hợp các câu hỏi kết thúc đóng và mở.

5. Tương tự, luôn bám sát những mục tiêu một cách rõ ràng trong đầu, nhưng không sử dụng những mục tiêu ấy để kiểm soát toàn bộ buổi phỏng vấn.

6. Duy trì sự khách quan qua việc không để cho thái độ, tín ngưỡng hay những thành kiến của người bệnh ảnh hưởng đến suy nghĩ của bạn.

7. Sử dụng các kỹ năng giao tiếp tốt, đặc biệt là những kỹ năng thăm dò, lắng nghe và phản hồi.

8. Nhận thức những thông điệp không lời của người bệnh, vì chúng sẽ chỉ dấu cho cuộc phỏng vấn sẽ tiếp diễn như thế nào.

9. Tùy thuộc vào mức độ quan hệ của bạn với người bệnh, hãy đi từ những câu hỏi chung chung sang những câu hỏi cụ thể hơn và từ những chủ đề ít cá nhân hơn sang những chủ đề cá nhân hơn. Điều này có thể làm chuyển đổi một vài sự phòng vệ ban đầu của người bệnh.

10. Ghi chép càng ngắn gọn càng tốt vì những ghi chép dài dòng hướng đến việc tạo ra sự nghi ngờ.

3.4. Kết thúc buổi tham vấn

Đưa buổi tham vấn đến sự kết thúc thường khó hơn là mở đầu nó. Đây là một phần vô cùng quan trọng của quá trình tham vấn vì sự đánh giá của một người về cả buổi phỏng vấn và sự thể hiện của bạn có thể dựa trên những lời nói cuối cùng. Người ta dường như nhớ nhất những gì được nói ra sau cùng. Vì vậy, sự thận trọng phải được chú ý để không kết thúc buổi phỏng vấn một cách đột ngột hay nhanh chóng đẩy người bệnh ra khỏi cửa.

Để kết luận buổi tham vấn, việc tóm tắt ngắn gọn là rất cần thiết. Tóm tắt cho phép cả hai bên cơ hội để xem xét lại một cách chính xác những gì đã thảo luận và giúp làm rõ bất kỳ hiểu nhầm nào. Có một điều cơ bản là hai người đều đồng ý về những gì đã nói. Việc tóm tắt là lúc để bạn yêu cầu người bệnh nhắc lại những thông tin quan trọng (đưa ra sự phản hồi) cho bạn để bạn có thể nhấn mạnh những điểm quan trọng và cải chính những thông tin sai lệch. Việc tóm tắt cũng đặt ra chặng đường cho mối liên lạc với người bệnh và những kỳ vọng tương lai mà cả hai phía dành cho nhau. Việc tóm tắt cũng lịch thiệp cho bệnh nhân biết rằng buổi tham vấn đang kết thúc. Liên với việc tóm tắt, bạn có thể dùng những tín hiệu không lời để chỉ cho bệnh nhân thấy rằng buổi tham vấn đã kết thúc. Ví dụ, bạn có thể đứng dậy từ ghế ngồi hay thay đổi thế đứng để cho thấy rằng bạn cần phải đi. Một câu hỏi đơn giản kiểu kết thúc đóng như “Chị còn có câu hỏi nào nữa không?” Hay một câu chân thành “Tôi rất vui được nói chuyện với chị. Nếu chị thấy còn có gì đó quên chưa nói đến hay còn có những câu hỏi khác thì lúc nào về đến nhà, chị hãy gọi điện cho tôi” cũng rất hữu ích. Sự kết thúc của buổi tham vấn là thời điểm tốt để bạn khẳng định lại với người bệnh về một vấn đề đặc biệt nào đó. Tuy nhiên, điều này không nên là một sự đảm bảo giả

đối, như kiểu “Mọi việc rồi sẽ ổn cả thôi” hay “Đừng lo nghĩ về việc đó nữa”. Thay vào đó, bạn nên nói “Tôi (hay chúng tôi) sẽ cố gắng giúp cho mọi việc được tốt hơn cho chị.” Cuối cùng, trước khi kết thúc, bạn cần phản ánh lại xem những mục tiêu của buổi tham vấn đã được hoàn thành chưa (bước cuối cùng trong quá trình chẩn đoán mang tính giáo dục) và điều gì cần phải làm nếu những mục tiêu đó chưa được hoàn thành.

4. THAM VẤN QUA ĐIỆN THOẠI

Nhiều lúc bạn cần thu thập thông tin từ các bệnh nhân qua điện thoại. Xét đến tầm quan trọng của điện thoại, bạn cần cố gắng tối đa hoá việc sử dụng nó một cách hiệu quả. Các kỹ năng điện thoại hiệu quả có thể cũng giúp tạo ra một hình ảnh tích cực cho nhà thuốc của bạn và hỗ trợ cho uy tín chuyên môn của bạn. Thêm vào đó, giao tiếp bằng điện thoại hiệu quả có thể đóng góp cho năng suất nhân lực và chủ yếu là cho sự thành công về mặt chuyên môn và tài chính ở nhà thuốc của bạn. Những việc làm sau đây cần được xem xét trong suốt quá trình tiếp xúc với nhau qua điện thoại:

1. Hãy luôn tự nhắc mình hãy mỉm cười trước khi bạn nhắc máy. Thái độ thân thiện của bạn sẽ được truyền qua âm điệu, độ cao thấp, âm lượng và sự phản ánh của giọng nói.

2. Ở bất cứ lúc nào có thể, hãy trả lời điện thoại hay nhắc các nhân viên nhà thuốc trả lời điện thoại trong vòng 3 hay 4 tiếng chuông đầu tiên.

3. Xác nhận tên nhà thuốc và bản thân bạn, hãy cho biết cả tên và chức vụ của bạn. (Ví dụ, "nhà thuốc PP đây! Tôi, B đang nghe đây. Tôi có thể giúp gì bà?") Trong khi có vẻ như hơi nặng nề khi xác nhận bản thân một cách đầy đủ đối với từng người gọi đến, bạn cần ghi nhớ trong đầu rằng mỗi một cuộc gọi đến có thể là sự liên lạc đầu tiên mà người bệnh gọi đến bạn và nhà thuốc của bạn. Ngay cả khi nếu đó không phải là cuộc liên lạc đầu tiên, mỗi cuộc điện thoại đều là một cuộc giao tiếp rất quan trọng đối với người gọi và cần được sự quan tâm đầy đủ.

4. Hãy quan tâm chú ý đầy đủ tới cuộc gọi. Có lẽ không có gì gây bực cho người gọi hơn là việc bị để lại ấn tượng là họ đang cố dành lấy sự chú ý của bạn.

5. Hãy hỏi tên của người gọi đến và gọi tên cô ấy trong cuộc hội thoại, đặc biệt là khi kết thúc cuộc điện thoại. Không chỉ làm giảm sự lúng túng và mắc lỗi có thể xảy ra mà bằng việc hỏi và gọi tên của người gọi đến bạn đã cho thấy một thái độ đồng cảm và cá nhân hơn.

6. Nếu bạn để người bệnh đang gọi đến phải chờ máy hay đơn giản là phải rời điện thoại (chỉ trong một thời gian ngắn), hãy hỏi “Tôi mong bà chờ cho ít phút để tôi xem lại đơn thuốc của bà được không?” Trong những trường hợp này, quan trọng là bạn phải làm những việc sau:

(i) Nói với người gọi điện tại sao bạn muốn họ đợi máy.

(ii) Hỏi xem họ có vui lòng đợi một ít phút không, hay có vui lòng gọi lại sau được không (nếu thích hợp).

(iii) Trở lại bên điện thoại và nói: “Cảm ơn bà đã chờ máy”.

7. Khi kết thúc cuộc điện thoại, hãy kết thúc một cách biết ơn (ví dụ, “Cảm ơn bà đã gọi đến”). Tuy nhiên, đừng bao giờ thể hiện quá sự biết ơn của mình. Những lời như “Vô cùng cảm ơn bà đã làm việc với chúng tôi” sẽ chỉ truyền đạt sự không chân thật.

8. Cuối cùng, nếu có thể, hãy để cho người gọi cúp máy trước. Như vậy, sẽ làm cho bà ấy có thời gian để nhớ ra thêm những đề nghị. Điều này cũng tỏ ra sự chân thành mong muốn lắng nghe của bạn.

Bên cạnh việc nhận các cuộc điện thoại gọi đến, nhiều lúc bạn phải gọi điện cho các bác sĩ hay các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác để nhận được thêm các thông tin liên quan đến một bệnh nhân. Những gợi ý sau đây có thể giúp ích làm cho các cuộc điện thoại này hiệu quả hơn:

1. Trước khi gọi điện cho người nhận máy, hãy chắc chắn rằng bạn đã chuẩn bị sẵn sàng bất kỳ và tất cả các thông tin liên quan đến cuộc gọi. Đơn thuốc, bệnh nhân và các thông tin liên quan cần được thu nhận trước khi cuộc hội thoại qua điện thoại bắt đầu.

2. Trước khi gọi điện cho người nhận máy, hãy quyết định xem bạn cần nói chuyện với ai để đạt được mục đích của cuộc gọi.

3. Quan trọng nhất là, trước khi nhắc máy gọi cho người nghe, hãy tự hỏi: “Cuộc gọi này liệu có cần thiết không?”

4. Trước tiên hãy xác nhận bản thân, chức vụ và nhà thuốc của mình. Sau đó hãy hỏi những thông tin tương tự từ người đã trả lời điện thoại của bạn (nếu bạn chưa được biết từ trước).

5. Ngay sau khi tự giới thiệu về bản thân, hãy nói những từ thật rõ ràng, xúc tích lý do cuộc gọi của bạn. Hãy thẳng thắn! Đừng bắt đầu bằng việc xin lỗi (“Xin lỗi đã làm phiền ông”). Bạn đã quyết định rằng cuộc điện thoại này là cần thiết.

6. Nếu nội dung của cuộc nói chuyện cho thấy sẽ vượt quá vài phút, bạn hãy hỏi xem người nghe có thời gian để nói chuyện với bạn vài phút được không.

7. Kết thúc cuộc hội thoại bằng lời “Cảm ơn” chân thành.

KẾT LUẬN

Tiến hành đánh giá người bệnh là một quá trình phức hợp mà nhiều lúc khó nắm bắt được vì nó liên quan đến những tiếp xúc giữa hai người. Không có cuộc tiếp xúc nào giống hệt nhau vì kết quả của các sự việc và người liên quan

không bao giờ giống hệt như nhau. Các buổi tham vấn đòi hỏi sự linh hoạt ở các mức độ khác nhau dựa trên những nhu cầu của người bệnh; chúng cũng đòi hỏi một vài kiểu cấu trúc để khẳng định một sự truyền đạt rõ ràng, đúng lúc các thông tin giữa bạn và người bệnh. Để tiến hành một cuộc tham vấn thành công, những kỹ năng giao tiếp nhất định cần phải được nắm bắt. Nếu hai bên không trao đổi tốt thì toàn bộ quá trình tham vấn có thể đổ vỡ và khả năng cho các cuộc tiếp xúc tích cực trong tương lai giữa người bệnh và người được sĩ có thể bị gây hại. Bạn phải học cách hỏi những câu hỏi kết thúc mở, để truyền đạt các thông tin một cách rõ ràng, lắng nghe một cách hiệu quả, cung cấp sự phản hồi, dùng đến sự im lặng và phát triển mối liên hệ. Sự phát triển của những kỹ năng này cần phải có thời gian. Ngoài việc sử dụng các kỹ năng giao tiếp tốt, bạn phải nhận biết, cần cấu trúc buổi tham vấn như thế nào. Môi trường mà cuộc tham vấn diễn ra, cách thức tiếp cận và cách khởi đầu và cách kết thúc buổi tham vấn như thế nào đều quan trọng đối với quá trình tham vấn.

Bước đầu tiên trong việc cải thiện quá trình này là nhận ra rằng việc sử dụng hiệu quả các kỹ năng này sẽ đi đến một buổi tham vấn hiệu quả hơn. Bạn cần đánh giá được từng cuộc tham vấn bằng cách hỏi các câu hỏi như “Người bệnh đó có vẻ thoải mái và cởi mở không?” Hay “Mình đã kiểm tra xem bệnh nhân đó hiểu chính xác những gì mình đang nói chưa?” Sự phân tích như vậy sẽ hé mở ra nhiều điều thú vị và sẽ chỉ ra những khoảng trống có thể cần được cải thiện.

Cuộc tham vấn là một quá trình năng động có thể luôn luôn được cải thiện. Bạn không thể dừng lại trên những thành công trước đó vì nhiều điều của quá trình này cần được làm tốt hơn nữa. Đồng thời, bạn cũng không nên lo nghĩ về việc đã nói sai điều gì đó. Sau một lần mắc phải vấp vấp, người ta thường có xu hướng tránh xa những cuộc tiếp xúc sau đó với bệnh nhân. Kinh nghiệm đã cho thấy, hầu hết người bệnh đều vị tha; và các mối quan hệ đều có thể lưu giữ được sau một cuộc đối đầu phủ định. Chìa khoá cho nó là hãy xác định điều gì đã sai, sửa sai và tiến lên cuộc tham vấn mới.



LÀM THẾ NÀO ĐỂ HIỂU BIẾT NGƯỜI BỆNH TỐT HƠN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chương này trình bày những kỹ thuật để tạo dựng sự hiểu biết người bệnh tốt hơn. Sự hiểu biết rõ ràng hơn về người bệnh rất cần thiết trong việc trợ giúp các bệnh nhân đạt được các mục tiêu chữa bệnh. Giả sử rằng: cuộc đối thoại giữa người bệnh – dược sĩ tập trung vào các nhu cầu của người bệnh; những nhu cầu đó có thể được đánh giá qua các câu hỏi kết thúc mở; việc đáp ứng những nhu cầu đó sẽ cải thiện sự hiểu biết của người bệnh về thuốc điều trị và liệu pháp chữa trị tổng thể của họ.

Hippocrates, một thầy thuốc thời cổ đại, đã từng lưu ý các đồng nghiệp bằng lời cảnh báo: “Hãy lưu ý rằng người bệnh thường không tuân thủ việc sử dụng các thuốc đã được kê đơn”. Có vẻ như khi Hippocrates đưa ra nhận xét này, Ông đã quan sát thấy hành vi không tuân thủ của người bệnh đã có từ hơn 2000 năm trước. Gần đây hơn, Tiến sĩ Frank E. Young, một chuyên gia cao cấp của Cục Quản lý thuốc và thực phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã bổ sung sự quan sát của mình vào vấn đề không tuân thủ của người bệnh lời phát biểu: “Nguyên nhân cơ bản và thông thường nhất của việc không tuân thủ chế độ dùng thuốc là người bệnh không hiểu kết quả được mong chờ là gì!”. Một chuyên gia cao cấp khác của FDA (Mỹ) gần đây cũng đã cho biết: “Bằng chứng cho thấy sự trao đổi không đầy đủ về thuốc là một trong những nguyên nhân cơ bản tại sao 30 – 35% số bệnh nhân thực hiện không đúng các chế độ thuốc men của họ” (Kessler, D.A., 1991). Từ đó có thể thấy rằng, một số yếu tố trong quá trình trao đổi với người bệnh phải được nhấn mạnh, ví dụ, sự đồng cảm, tôn trọng và sự thân thiện. Những yếu tố này tạo điều kiện cho sự trao đổi, vì chúng cổ vũ người dược sĩ và người bệnh khám phá những cảm giác về sức khỏe của người bệnh cũng như giám định việc sử dụng thuốc và bất kỳ vấn đề liên quan nào. Sự khám phá này sẽ làm bộc lộ ra các vấn đề mà người bệnh có thể gặp và tạo điều kiện cho sự phát triển một mối quan hệ chuyên môn tập trung vào tăng cường làm việc nhóm và hiểu biết lẫn nhau.

Trong suốt hơn 25 năm qua, một thể chế đề cao vai trò của người bệnh trong chăm sóc sức khỏe không ngừng tăng lên, làm phát sinh mâu thuẫn giữa một bên là nhu cầu đòi hỏi tự do cá nhân của người bệnh và các chỉ định điều trị của người thầy thuốc (Emanuel, 1992). Tăng cường vai trò của những nhà chuyên môn đối với quyền tự chủ của người bệnh, một ý kiến biện hộ cho sự kiểm soát người bệnh trong các quyết định điều trị nhiều hơn (Macklin, 1987) hay mối quan hệ song phương hiểu nhau nhiều hơn (Marzuk, 1985). Điều tranh luận thứ hai này được

bảo vệ trên cơ sở cho rằng, nhiều lúc, lý giải của người bệnh có thể trong tình trạng nhẹ hoặc người bệnh cần một chuyên gia y tế trợ giúp họ hiểu về những can thiệp y khoa kỹ thuật cao, biệt ngữ ngành Y và các kế hoạch điều trị (Siegler, 1985). Thêm vào đó, có đến 85% số người bệnh miễn cưỡng khi đặt ra các câu hỏi về sức khỏe hay thuốc men của họ, nên các dược sĩ cần phải tạo ra các cuộc trao đổi thân mật để giúp họ hiểu về vấn đề bệnh tật và thuốc men của họ. Như một nhà thực hành đã nói rằng “người bệnh thường có tâm lý e ngại hay ngượng ngùng” (White, 1991).

1. SỰ MIỄN CƯỜNG CỦA DƯỢC SĨ KHI TÌM HIỂU NGƯỜI BỆNH

Các dược sĩ thường phải biết nói gì với người bệnh về thuốc men của họ, nhưng vì nhiều lý do, họ nhìn nhận quá trình này như là một sự giao tiếp một chiều. Hành vi thực hành của họ đơn giản là nói cho người bệnh, vì vậy họ không đòi hỏi có được sự phản hồi cần thiết để xác định được sự thiếu hiểu biết của một người bệnh về vấn đề thuốc men của họ.

Đối với người dược sĩ, bước đầu tiên hữu ích trong việc cải thiện kỹ năng tư vấn cho bệnh nhân là trước hết phải xác định bất kỳ niềm tin hay hành vi nào của chính mình đều có ảnh hưởng và gây trở ngại đến hiệu quả giao tiếp của họ (Leibowitz, 1993). Bước thứ hai đối với người dược sĩ là kiểm tra thái độ của mình trước các vấn đề về thuốc men. Dược sĩ thường nhìn nhận vai trò trung tâm và quan trọng nhất của mình là “phân phát” thuốc và với sự nhận thức hay quy nạp đó – họ cho rằng người bệnh cũng sẽ coi việc nhận thuốc là quan trọng và có giá trị nhất. Người dược sĩ thường tự lý giải rằng “thuốc này chắc là quan trọng với người bệnh nếu không thì tại sao ông ta lại phải đến nhà thuốc của mình để trả tận 1.000.000 đồng cho đơn thuốc đó, rồi đợi nửa tiếng đồng hồ để lấy thuốc và hỏi vài câu hỏi về thuốc”.

Các dược sĩ có thể đã quên mất rằng bất kể việc kê đơn nào và thực hiện bất kỳ chế độ thuốc men nào, đều có thể bị ảnh hưởng hay gián đoạn bởi các hoạt động sinh hoạt ưu tiên hàng ngày của người bệnh, ví dụ như: làm việc, đi mua sắm, đưa con cái đi học, chuẩn bị bữa tối, tham dự một cuộc họp... Một số dược sĩ có xu hướng tin rằng, khi họ nói với một người bệnh về một chế độ sử dụng thuốc và đây là một ưu tiên quan trọng thì ngay lập tức cuộc sống, sinh hoạt của người bệnh sẽ có sự thay đổi để đáp ứng theo. Trong thực tế, hầu hết con người ta đều sống một cuộc sống có tổ chức, theo thói quen, dù ít hay nhiều đều theo một khuôn khổ nào đó, vì vậy việc tuân thủ liệu trình điều trị sẽ phải làm gián đoạn (thay đổi) tới quy luật đó thì khó mà duy trì được trừ khi phải loại bỏ đi một yếu tố nào đó.

Nếu vấn đề hiểu biết được cải thiện là một mục tiêu trong việc tư vấn người bệnh, thì để thực hiện được điều này, các dược sĩ sẽ phải nhìn nhận người bệnh

như là người rất bận rộn, bị thu hút, rối trí, bức xúc và gắn vào nhiều hoạt động và các mối quan hệ khác. Việc người bệnh phải tìm đến được sĩ chỉ là một trong các sự kiện thêm khác trong cuộc sống mà họ phải đương đầu mà thôi. Để bảo vệ cho người bệnh khỏi những hạn chế vì sự hiểu biết ít về thuốc men của họ, người được sĩ phải nhìn nhận người bệnh với con mắt tổng thể, toàn diện. Các kết quả điều trị được mong muốn có thể đạt được tốt nhất nếu thiết lập được mối quan hệ chăm sóc, tin tưởng giữa được sĩ và bệnh nhân được xây dựng trên cơ sở tôn trọng và hiểu biết lẫn nhau.

Một lý do thứ ba mà một số được sĩ bỏ qua sự trao đổi với bệnh nhân là họ đã được hấp thu mô hình trợ giúp người bệnh dựa trên các mô hình y học truyền thống trước đó. Trong y học, “trợ giúp” này đầu tiên được xem như là một quá trình của:

- (1) Thu nhận thông tin về người bệnh.
- (2) Chẩn đoán tình hình của người bệnh.
- (3) Kê đơn điều trị cho vấn đề đó.

Khi ngành được đi sâu vào phát triển vai trò lâm sàng nhiều hơn, quá trình tương tự này đã thay đổi vai trò của người được sĩ:

- (1) Thu nhận thông tin về bệnh nhân.
- (2) Tham vấn cho người kê đơn.
- (3) Hợp tác trong kế hoạch điều trị.

Một vấn đề với mô hình như vậy là nó phát triển theo một khuôn mẫu tư duy đặt quá nhiều trọng tâm vào “Đâu là quá trình mà tôi, một chuyên nhà chuyên môn phải nghe theo.” So với “Đâu là thứ mà người bệnh thực sự cần”. Điều đó trở nên quá dễ dàng để cho các nhân viên y tế “hiểu” hành vi không tuân thủ của người bệnh bằng cách gán cho người bệnh là: loạn thần kinh, tuyệt vọng, kháng cự, chống đối, có “thái độ”, hay đưa ra một vài kết luận khác rằng không tuân thủ về mặt chuyên môn. Với cách nhìn nhận và “liệt” người bệnh vào trạng thái tiêu cực như thế chẳng qua là cách làm cho người được sĩ “thoát ra khỏi phiền phức”. Các được sĩ có thể tự biện minh là không đáng bị khiển trách vì không giúp bệnh nhân hiểu những gì người ta mong đợi liên quan đến việc sử dụng thuốc. Thay đổi quan điểm của các nhà chuyên môn về trách nhiệm của mình có thể làm cho anh ta trao đổi với bệnh nhân một cách khác hơn. Ví dụ, thay vì đưa ra một phản ứng được tiêu chuẩn hoá đối với một người bệnh “khuôn mẫu”, các được sĩ có thể cá thể hoá những cuộc gặp gỡ bệnh nhân của họ bằng cách hỏi những câu hỏi tiếp cận đến sự hiểu biết của bệnh nhân. Thời gian tư vấn còn lại có thể được sử dụng để lấp đầy những thông tin còn thiếu hay đưa ra các gợi ý để cải thiện hành vi tuân thủ. Ví dụ, một được sĩ có thể gợi ý cho các bệnh nhân luôn có những vấn đề về việc tuân thủ điều trị hãy trao đổi hãy nhờ người thân hay người cùng nơi làm việc hỗ trợ mình trong việc tuân thủ chế độ dùng thuốc.

Các dược sĩ cũng phải luôn ghi nhớ rằng có một sự không thống nhất giữa việc uống thuốc theo đơn và việc đạt được các kết quả trị liệu mong muốn. Các bệnh nhân có thể thay đổi liều dùng của một loại thuốc và vẫn có các chỉ số máu trong giới hạn trị liệu hay “kiểm soát được” một cách rõ ràng. Vì vậy, trước khi can thiệp để cải thiện sự tuân thủ, các dược sĩ phải tiếp cận trước tiên một cách chính xác những hiệu quả về điều trị đã đạt được gì trong việc thực hành uống thuốc hiện tại của bệnh nhân. Trong tất cả các trường hợp, mục tiêu can thiệp của dược sĩ không phải là làm những gì mà người bệnh được chỉ định (ví dụ, tuân thủ) – mà thay vào đó là trợ giúp người bệnh đạt được các kết quả điều trị mong muốn và chất lượng cuộc sống. Sự tuân thủ liệu pháp thuốc men thường là một phương cách để giúp đạt được mục tiêu, nhưng bản thân nó không phải là một mục tiêu.

Thử thách đối với người dược sĩ chính là hỗ trợ thúc đẩy người bệnh tuân thủ với một chế độ điều trị, trong khi tác hại của việc không kiên trì tuân thủ chế độ điều trị bản thân họ không dễ dàng nhận biết ngay được. Việc không tuân thủ điều trị, đặc biệt, sẽ trở thành nghiêm trọng trong một số vấn đề về điều trị kéo dài như điều trị cao huyết áp – bệnh nhân không thể nhận thức được những cải thiện họ cảm thấy như thế nào là do có sự ràng buộc chặt chẽ với việc sử dụng thuốc.

Một nghiên cứu (McKenney và cộng sự, 1978) chỉ ra rằng, chất lượng của sự giao tiếp giữa bệnh nhân và những người cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, nếu là thân thiện và tích cực, sẽ cải thiện sự hiểu biết và dẫn đến sự tuân thủ tốt hơn một cách tối ưu. Thêm nữa, sự hài lòng của người bệnh đối với chuyên gia y tế của họ liên quan đến việc họ hiểu biết như thế nào với các chế độ điều trị mà người thầy thuốc đã chỉ ra (McKenney và cộng sự, 1978; Smith và cộng sự, 1981). Một vài nghiên cứu cũng chỉ ra rằng việc không tuân thủ chế độ điều trị nào đó có thể là do các yếu tố về kinh tế. Ví dụ, các bệnh nhân không có việc làm (Cooper và cộng sự, 1982) có thể tự quyết định uống dè xẻn từng loại thuốc một để “kéo dài” nguồn lực hạn chế. Các bệnh nhân khác có thể chịu những áp lực liên quan đến công việc và trở nên bận rộn/không còn tâm trí đến mức không thể tập trung vào chế độ uống thuốc của mình vào các giờ đã kê trong đơn, đặc biệt là những liều thuốc dùng khi đến giờ đi ngủ. Vì vậy, các dược sĩ chăm sóc, thông qua việc xem xét các yếu tố này cần phải suy nghĩ lại trách nhiệm chuyên môn của mình và làm nhiều hơn để giúp cho người bệnh tuân thủ chế độ điều trị thuốc của họ.

Giao tiếp để đạt được sự hiểu biết tốt hơn thường là rất phức tạp. Vì một lý do nào đó, một số người bệnh thấy rằng việc chia sẻ các vấn đề riêng tư là khó khăn và vì vậy họ phản kháng việc phát triển một mối quan hệ giao tiếp trên. Nếu các bệnh nhân cảm thấy không có mối liên hệ nào giữa họ và dược sĩ, sự trao đổi hai chiều sẽ giảm xuống, hiệu quả việc chăm sóc cũng giảm và người bệnh sẽ phải chịu thiệt thòi rất lớn.

2. NHỮNG GIẢ ĐỊNH SAI LẦM VỀ VIỆC HIỂU BIẾT NGƯỜI BỆNH

Các dược sĩ ở một vị trí thuận lợi để giúp bệnh nhân tránh được các vấn đề liên quan đến thuốc men. Nhưng để làm điều này họ phải có được một bức tranh rõ ràng về những loại thuốc nào người bệnh đang dùng, dùng như thế nào, những bất cập họ nhận thấy cùng với việc sử dụng thuốc và các thông tin khác nữa. Điều này có nghĩa là người dược sĩ phải hỏi các câu hỏi đúng và lắng nghe một cách đồng cảm trước các câu trả lời. Người dược sĩ không nên giả định hay cho rằng họ đã biết câu trả lời cho các câu hỏi mà họ đã không hỏi đến. Một số các giả định sau đây cần phải được ghi nhớ, vì những giả định này cùng với năng lực của một dược sĩ sẽ tác động tới việc hiểu biết việc sử dụng thuốc của bệnh nhân.

1. Đừng giả định rằng bác sĩ đã thảo luận với người bệnh về các loại thuốc mà họ kê đơn. Trên thực tế, một nghiên cứu đã cho thấy các bác sĩ thường bỏ sót các thông tin quan trọng (Svarstad, 1986). Nghiên cứu này chỉ ra rằng với 17% đơn thuốc được các bác sĩ viết ra trong khi thăm khám cho bệnh nhân ở tại phòng mạch, không có một hướng dẫn sử dụng rõ ràng nào được đưa ra. Các chỉ dẫn rõ ràng về thời gian dùng thuốc chỉ chiếm 10% và các chỉ dẫn về việc sử dụng thường xuyên chỉ chiếm 17% thời gian thăm khám.

2. Đừng giả định rằng bệnh nhân đã hiểu tất cả các thông tin mà người dược sĩ đã cung cấp. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, ngay cả các hướng dẫn dán trên nhãn mác dường như đã rất rõ ràng như “cứ cách sáu 6 giờ uống một 1 viên” có thể được phần lớn bệnh nhân diễn giải có nghĩa là 3 liều trong mỗi một ngày điều trị.

3. Đừng giả định rằng, nếu bệnh nhân hiểu được những điều yêu cầu thì họ có tất cả các công cụ cần thiết để tuân thủ. Thực hiện một chế độ thuốc men mới đòi hỏi có sự thay đổi trong hành vi – mà điều này có thể thấy là rất khó khăn. Bất kỳ ai đã cố gắng thay đổi các thói quen cũ hay thực hiện các thói quen mới – Ví dụ như: một chế độ ăn kiêng hay thể dục – đều biết là điều này có thể khó như thế nào. Các dược sĩ cần phải thúc đẩy “hiệu quả cá nhân” của mỗi người bệnh (Cameron, 1987). Điều này đòi hỏi người dược sĩ cần phải biết đôi điều về phong cách giao tiếp cũng như là công việc, cá nhân và yêu cầu chuyên môn, các cơ chế hỗ trợ và đối đầu (Ell, 1986), để rồi vận dụng những hiểu biết đó vào sự can thiệp tư vấn của mình cho người bệnh.

4. Đừng giả định khi sự trao đổi không thành công thì cho rằng người bệnh “không thêm để tâm”, “không tích cực”, “thiếu thông minh” hay “không thể nhớ được” (đặc biệt là người lớn tuổi). Những giả định như vậy ngăn cản các dược sĩ thực hiện một vai trò đối tác đầy đủ trong việc trợ giúp bệnh nhân quản lý được liệu pháp thuốc men của chính mình. Thực tế, các chỉ định chuyên môn mang tính chất cá thể hoá, được hình thành dựa vào mối quan hệ giao tiếp giữa từng người bệnh với nhân viên y tế. Điều này nó cũng cho thấy việc đạt được các kết

quả mong muốn có liên quan rất nhiều đến mức độ hiệu quả giao tiếp giữa bệnh nhân – người cung cấp dịch vụ y tế (Hill, 1989). Tuỳ thuộc vào các nghiên cứu khác nhau, ước tính có tới 35 – 92% bệnh nhân không hiểu thông tin được cung cấp và khoảng 40% thông tin cung cấp bị lãng quên nhanh chóng (Ley, 1985). Mặt khác, nếu có hiểu biết đầy đủ, trí nhớ và sự hài lòng được tăng lên một mức nào đó thì tỷ lệ tuân thủ trị liệu có thể được cải thiện một cách mạnh mẽ.

5. Đừng giả định rằng một khi bệnh nhân hiểu cách tuân thủ chế độ thuốc men như thế nào thì các hành vi tuân thủ sẽ xảy ra đúng như vậy. Các bằng chứng đã chỉ ra rằng người được sĩ phải tăng cường tư vấn cho bệnh nhân của họ và kiểm soát thuốc một cách thường xuyên. Một khi sự tăng cường này dừng lại người bệnh thường chuyển sang hành vi không tuân thủ.

6. Đừng giả định rằng các bác sĩ thường xuyên kiểm soát việc sử dụng thuốc của bệnh nhân và nếu có vấn đề về thuốc, người kê đơn sẽ hiểu các vấn đề đó và giải quyết được nó. Việc kiểm soát thuốc thận trọng và những đánh giá lâm sàng có liên quan là các hoạt động thường xuyên thiếu sót trong mối quan hệ được sĩ – bác sĩ – người bệnh.

7. Đừng giả định rằng nếu bệnh nhân có các vấn đề thì họ sẽ hỏi các câu hỏi trực tiếp hay tự nguyện cung cấp thông tin. Người được sĩ có giả định này trong đầu sẽ suy luận một cách sai lầm rằng tất cả những gì anh ta phải làm là sẵn sàng giải trình các vấn đề mà người bệnh nêu ra nhằm trút cái gánh nặng của việc khởi đầu cuộc trao đổi lên người bệnh. Giả định này phớt lờ đi sự thật là bệnh nhân có thể sẽ hiểu nhầm chế độ dùng thuốc hay có thể bối rối không muốn thừa nhận là có vấn đề. Được sĩ phải lãnh trách nhiệm là một người khởi đầu, một nhà điều tra những vấn đề và trên hết là một người giải quyết các vấn đề mà người bệnh đang tìm kiếm, để trợ giúp họ vượt qua những trở ngại nhằm sử dụng thuốc một cách hợp lý an toàn bằng cách giúp họ xây dựng một sự hiểu biết toàn diện về liệu pháp điều trị bệnh của họ.

3. CÁC KỸ THUẬT TIẾP CẬN SỰ HIỂU BIẾT NGƯỜI BỆNH

Để giúp đỡ bệnh nhân một cách tốt nhất, người được sĩ cần các thông tin về niềm tin, sự hiểu biết và việc sử dụng thuốc thực tế của người bệnh. Để làm điều này họ phải bắt đầu hỏi bệnh nhân nhiều câu hỏi. Chương 3 đã tập trung vào việc tham vấn hiệu quả. Chương này sẽ bổ sung trên cơ sở thông tin đó bằng cách đưa ra các gợi ý về việc làm thế nào để tiếp cận tới sự hiểu biết của một người bệnh và việc sử dụng thuốc để rồi những can thiệp tư vấn được thực hiện.

3.1. Tiếp cận sự hiểu biết của bệnh nhân về thuốc điều trị

Bởi vì người bệnh phải hiểu cái gì mà họ được mong đợi để họ có thể sử dụng thuốc một cách hợp lý an toàn, các được sĩ phải xác định được cái gì cần thiết cho

sự hiểu biết của người bệnh để đưa ra trao đổi. Điều này có thể ngăn cản các dược sĩ không đưa ra những thông tin đã quá rõ ràng hay những biệt ngữ ngành Y khó hiểu chỉ làm tốn thời gian. Thời gian có thể được tận dụng để lấp đầy những cách biệt hay đính chính những khái niệm sai. Dưới đây là những câu hỏi kết thúc mở trợ giúp cho việc tiếp cận đến những gì mà một bệnh nhân đã hiểu, vì chúng thúc giục những câu trả lời chi tiết và khích lệ sự bộc lộ đầy đủ các thông tin.

1. Bác sĩ đã nói gì với anh về loại thuốc này?
2. Bác sĩ đã nói với anh uống thuốc này như thế nào rồi?
3. Thuốc này của anh chính xác được sử dụng là để làm gì?
4. Anh bị làm sao mà phải dùng đến thuốc này?
5. Anh đã nhận được những hướng dẫn sử dụng đặc biệt gì hay những lưu ý thận trọng gì khi dùng thuốc?

3.2. Tiếp cận sự hiểu biết về sử dụng thuốc

Đây là một số câu hỏi người dược sĩ có thể hỏi:

1. Anh có dự định uống thuốc này vào những giờ nào trong ngày?
2. Giờ uống thuốc như vậy có tiện lợi cho anh không?
3. Anh sẽ bảo quản thuốc này như thế nào?

3.3. Tiếp cận những vấn đề tiềm tàng trong sử dụng thuốc

Trong việc tự tiếp cận những lý do có thể đối với sự không tuân thủ, người dược sĩ có thể hỏi:

1. Nếu anh đã từng uống không đủ liều hay quên uống thuốc, lý do tại sao lại xảy ra như vậy?
2. Bác sĩ nói anh cần làm gì nếu uống không đủ liều hay quên uống thuốc?
3. Trong tuần vừa qua, đã có lúc nào anh quên uống thuốc (Nếu có)?
4. Anh sẽ uống thuốc này bao lâu nữa?

3.4. Tiếp cận những vấn đề thuốc men khác

Dược sĩ sử dụng việc đặt câu hỏi kết thúc mở để hỗ trợ người bệnh xác định được các vấn đề khác như những phản ứng bất lợi của thuốc và việc không đủ khả năng trang trải tiền mua thuốc. Các câu hỏi có thể là:

1. Anh đã từng gặp phải những tác dụng phụ nào (nếu có) từ khi dùng thuốc này?
2. Anh cho rằng mình mong muốn những hiệu quả gì của thuốc?
3. Làm thế nào để anh biết rằng thuốc mình đang uống có tác dụng?
4. Anh sẽ làm gì nếu thuốc mình uống có vẻ như không có tác dụng?

3.5. Tiếp cận những vấn đề sức khỏe khác

Các dược sĩ cần phải chắc chắn khi tìm hiểu các loại thuốc cần phải kê đơn (Rx) và thuốc không cần phải kê đơn (OTC) nào mà người bệnh có thể đang dùng cũng như là họ nhận thức như thế nào về loại thuốc mà họ định dùng. Vì nhận thức ảnh hưởng đến hành vi tuân thủ và những nhận thức sai có thể là những cản trở đến hành vi tuân thủ, nên dược sĩ – người xác định các vấn đề có thể đưa ra các gợi ý đến tầm quan trọng và những lý do cần thiết cho việc tuân theo các chỉ dẫn, coi đó là một cách để sửa lại những nhận thức sai hay tăng cường những nhận thức đúng. Các câu hỏi như vậy có thể là:

1. Anh đang dùng những loại thuốc không kê đơn nào?
2. Thuốc anh đang dùng có tác dụng như thế nào?
3. Anh có gặp vấn đề nào khi dùng loại thuốc này mà chúng ta đã chưa thảo luận qua không?
4. Anh cảm thấy như thế nào khi dùng loại thuốc đắt tiền này (nếu giá thành thuốc là một trở ngại)?
5. Anh nghĩ là điều gì sẽ xảy ra cho sức khỏe của mình nếu không uống thuốc theo đơn không?

Hãy lưu ý rằng người dược sĩ không chỉ đơn giản là nói cho bệnh nhân biết về thuốc của họ đang dùng. Chẳng hạn, chúng ta mất hơn một nửa thời gian của quá trình trao đổi để nói cho người bệnh biết, nhưng việc có được sự phản hồi cho phép người ta biết rằng một thông điệp đã được hiểu đầy đủ. Do vậy, dược sĩ cần phải ứng dụng kỹ năng sử dụng các câu hỏi kết thúc mở bắt đầu bằng việc sử dụng các câu hỏi: ai, như thế nào, ở đâu, lúc nào, điều gì và tại sao... trong quá trình tư vấn cho bệnh nhân. Những câu hỏi này thuyết phục bệnh nhân đưa ra câu trả lời không chỉ là “có” hay “không” và còn khuyến khích họ đưa ra những thông tin mà dược sĩ có thể sử dụng để tiếp cận đến sự hiểu biết của người bệnh về một tình huống cụ thể. Quá trình tiếp xúc với người bệnh vẫn đang được tiếp tục, dược sĩ có thể sử dụng việc đánh giá sự hiểu biết của bệnh nhân để lấp đi những khoảng cách của sự hiểu biết hay tăng cường những điểm đã biết. Khi thu thập thông tin bằng các câu hỏi kết thúc mở, dược sĩ có thể kiểm soát một cách không thường xuyên và định hướng cuộc trao đổi bằng cách sử dụng việc đặt câu hỏi tập trung hơn và cụ thể hơn. Các dược sĩ có thể làm tốt hơn khi nhớ rằng cuộc trao đổi hiệu quả đòi hỏi người ta xác nhận ý nghĩa của một thông điệp và chấp nhận các cảm giác và nhận thức của những người khác.

4. CÁC KỸ THUẬT ĐỂ ĐÁNH GIÁ SỰ HIỂU BIẾT NGƯỜI BỆNH

Một khi dược sĩ đã đánh giá được sự hiểu biết của một bệnh nhân về thuốc men, dược sĩ có thể trợ giúp bệnh nhân tuân thủ các chế độ điều trị bằng cách bổ sung những thiếu hụt thông tin bằng ngôn ngữ rất dễ hiểu. Những kỹ thuật quản

lý hành vi đã được đề xuất sử dụng, tạo điều kiện cho việc tuân thủ và cải thiện hiệu quả của cuộc giao tiếp tư vấn người bệnh được mở rộng dưới đây và tham khảo bảng sau:

Mười kỹ thuật phát triển kỹ năng tư vấn của bạn

1	Thực hiện cuộc tư vấn của bạn trong khu vực yên tĩnh, riêng biệt để giảm lo lắng cho người bệnh
2	Mở đầu cuộc đối thoại tư vấn bằng việc giới thiệu về bạn. Nói thật chậm rãi, duy trì sự liên lạc bằng mắt và tránh các biệt ngữ chuyên môn hoặc câu đa âm tiết
3	Sử dụng lời lẽ vừa phải thay vì mạnh mẽ mang tính chất đe dọa
4	Không bao giờ phủ nhận người bệnh. Thay vào đó, đề nghị những ý kiến không bắt buộc hoặc các quan điểm để người bệnh cân nhắc
5	Hạn chế gọi tên bệnh nhân chừng nào bạn được đề nghị gọi như vậy
6	Nhanh chóng thể hiện rằng bạn đáp ứng mỗi tình huống thích hợp với từng người bệnh
7	Trang phục, thái độ ứng xử như một nhà chuyên môn
8	Kiểm tra các hình thức lắng nghe/đáp lại khác nhau
9	Đừng quên rằng triệu chứng bệnh hoặc tình trạng không rõ ràng có thể làm giảm khả năng người bệnh chấp thuận cuộc tư vấn
10	Đề cập trực tiếp các vấn đề bằng cách giải thích chính xác cái gì sẽ diễn ra

Người được sĩ cần nhìn vào thế giới xung quanh để thấy được thực tế đó như thế nào, các kỹ thuật tương tự đã được chứng minh đang được sử dụng để làm thay đổi những hành vi xã hội khác chẳng hạn như đeo dây an toàn khi lái xe, tái sử dụng thủy tinh và giấy báo, tập thể dục, giảm ăn đồ chứa cholesterol và nhiều hơn cả – dừng hút thuốc.

1. Nhấn mạnh vào các điểm chính. Nói với bệnh nhân “Bây giờ đây là điều rất quan trọng” giúp anh ta nhớ những gì được nói tiếp sau đó.

2. Đưa ra những lý do cho những lời khuyên chủ chốt. Nói cho bệnh nhân biết tại sao lại cần thiết phải tiếp tục dùng một thứ thuốc kháng sinh ngay cả khi các triệu chứng đã hết. Thông tin được hiểu đầy đủ là thông tin được ghi nhớ một cách dễ dàng và chắc chắn được tuân theo.

3. Đưa ra những chỉ dẫn chắc chắn, xúc tích, minh bạch. Bất kỳ thông tin nào chúng ta có thể hình dung trong đầu cũng đều dễ nhớ. Hãy sử dụng các trợ giúp hình ảnh, các bức ảnh... Khi bệnh nhân được đưa những chỉ dẫn cụ thể, dễ hiểu, họ có xu hướng coi lời khuyên này quan trọng hơn những lời khuyên được đưa ra bằng những thuật ngữ chung.

4. Những lời nói bổ sung, nhấn mạnh, cùng các chỉ dẫn được viết ra. Làm như vậy, bạn có thể làm ngắn gọn các cuộc tham vấn mặt đối mặt xuống đến

mức thiết yếu và cùng lúc đó cung cấp cho bệnh nhân các thông tin tham khảo cần thiết.

5. Cuối cùng, không có cuộc tiếp xúc trao đổi nào đặc biệt là những cuộc tiếp xúc được chuẩn bị kỹ mang lại nhiều sự trợ giúp đi đến kết thúc mà không có sự phản hồi gì khiến cả bệnh nhân và dược sĩ hiểu rõ các vấn đề nổi lên của cuộc tiếp xúc. Vì vậy, trước khi người dược sĩ để bệnh nhân rời khỏi nhà thuốc, anh ta phải yêu cầu người bệnh nhắc lại một hoặc hai điểm quan trọng để kiểm tra độ chính xác. Tại điểm này, người dược sĩ cần đảm nhận trách nhiệm về sự tham vấn đầy đủ của mình bằng cách đưa ra những câu nói như: “Tôi rất mong ông dành thêm ít phút nữa để nói cho tôi xem ông sẽ uống thuốc này chính xác là vào lúc nào?” hay “Tôi muốn chắc chắn là tôi đã không bỏ sót điều gì, vậy ông hãy nói cách uống thuốc này ra sao và ông sẽ bảo quản thuốc này như thế nào?”.

Việc sử dụng các câu hỏi kết thúc mở như vậy để tiếp cận đến sự hiểu biết của bệnh nhân rồi tiếp đến là lấp những khoảng cách hay bổ sung thông tin nổi trội – là một quá trình tăng cường những yêu cầu của Hiệp hội hành nghề Dược về tư vấn cho bệnh nhân. Thực tế, nó làm cho việc cung cấp tư vấn trở thành một việc tác động lẫn nhau mang lại kết quả nhờ sử dụng thời gian một cách hiệu quả và hiệu suất. Ví dụ, nếu một bệnh nhân có thể nói với dược sĩ anh ta biết tên thuốc, cách bảo quản, liều dùng và một vài tác dụng phụ thông thường, thì người dược sĩ chỉ cần giới thiệu các vấn đề còn sót và cần thiết hay ngắn gọn nhấn mạnh những điều đã được hiểu.

5. THAY ĐỔI HÀNH VI SAU KHI THAY ĐỔI SỰ HIỂU BIẾT

Một khi người dược sĩ đã trau dồi các kỹ năng trao đổi với bệnh nhân của mình và đã trau dồi được những kỹ thuật của một buổi tư vấn hiệu quả thì anh ta có thể tập trung vào các kỹ thuật quản lý hành vi khác có thể trợ giúp việc tuân thủ điều trị:

1. Thật khó để người ta thiết lập một thói quen mới trừ khi nó được ràng buộc với một hành vi đang tồn tại. Vì vậy, các dược sĩ có thể trợ giúp bệnh nhân đọc tên những sự kiện thường lệ hàng ngày có thể ràng buộc với việc uống thuốc. Nếu những thói quen như vậy không có thì bệnh nhân có thể được trợ giúp để nhớ ra những điều có thể nhắc nhở mình uống thuốc. Ví dụ, một đơn thuốc yêu cầu “Uống 3 lần mỗi ngày khi ăn”. Nếu bệnh nhân không ăn trưa thì liều dùng giữa ngày có thể bị bỏ lỡ. Nếu bệnh nhân không thể xác định được một sự kiện để nhắc, thì hãy gợi ý để đặt chuông hay dán tờ giấy nhắc nhở ở một nơi rõ nhất hay để thuốc ở chỗ được nhìn thấy vào giờ phải uống thuốc.

2. Gợi ý các cách để tự kiểm soát. Một cách đơn giản để giúp bệnh nhân là gợi ý sử dụng nhật ký điều trị hay lịch ghi chép việc sử dụng thuốc. Đóng gói thuốc riêng biệt cho liều dùng hàng ngày hay hàng tuần là những gợi ý sẵn có. Người bệnh dùng những phương tiện như vậy có thể cho biết khi nào một liều dùng đã

đến hạn và họ đã uống hay chưa. Các miếng giấy ghi thời gian và số ngày này rất thông dụng và được đặt trong một gói thuốc uống. Bệnh nhân cũng có thể được hướng dẫn cách kiểm soát các phản ứng của mình đối với việc điều trị. Ví dụ, hướng dẫn bệnh nhân tự đo huyết áp có thể là một sự nhấn mạnh về việc uống thuốc. Ví dụ, dược sĩ có thể nói: “Bây giờ cả hai chúng ta đều hiểu anh sẽ uống thuốc như thế nào và anh đã hiểu việc giảm huyết áp của anh xuống quan trọng như thế nào rồi, anh có muốn tôi chỉ cho anh cách tự đo huyết áp không?”

3. Kiểm soát việc tuân thủ. Với cách điều trị chăm sóc bệnh mạn tính, bạn cần kiểm soát một cách thường xuyên việc tuân thủ cũng như các nhận thức của người bệnh về tính hiệu quả và các vấn đề phải đương đầu. Các hệ thống phần mềm nhắc lại trên điện thoại di động, máy tính cá nhân... đều sẵn có cho việc trợ giúp. Hãy gọi cho các bệnh nhân để xem họ đang làm như thế nào sau khi bắt đầu một đơn thuốc mới. Tiếp cận việc tuân thủ và các vấn đề trong các buổi tham vấn tiếp theo. Duy trì việc kiểm soát định kỳ ngay cả khi nếu bệnh nhân của bạn lúc đầu dường như không có vấn đề gì. Các nghiên cứu cũng cho thấy sự tuân thủ của người bệnh thường xuyên dừng lại khi sự chú ý của dược sĩ dừng lại.

4. Trong một số trường hợp, trách nhiệm của dược sĩ có thể yêu cầu chuyển bệnh nhân tới các trung tâm y tế hay các cơ sở điều trị bắt buộc, chẳng hạn như bệnh nhân nghèo, khó khăn hay thu nhập thấp. Trong bất kỳ trường hợp nào, điều này đòi hỏi sự lắng nghe tích cực với những nhận thức của người bệnh về điều trị. Bỏ lỡ những mối quan tâm người bệnh dẫn tới không giải quyết được vấn đề của họ. Điều này có thể xảy ra nhiều hơn là không, dẫn tới kết quả người bệnh thất bại trong việc tuân thủ và sau đó che giấu sự không tuân thủ của mình trước các chuyên gia y tế, người có thể đã giúp họ đạt được kết quả tốt nhất trong việc điều trị nếu như đã có nhận thức tốt hơn về các nhu cầu của người bệnh.

KẾT LUẬN

Đánh giá sự hiểu biết của người bệnh như là một phần của quá trình tư vấn bệnh nhân, là một hệ thống mỏng manh có thể được thực hiện không hiệu quả bởi nhận thức sai, không đầy đủ của dược sĩ về người bệnh và những giả định về việc thực hành sử dụng thuốc phải kê đơn. Để trợ giúp bệnh nhân trên tự định hướng nhiều hơn khi sử dụng thuốc, các dược sĩ trước tiên phải phát triển một hệ thống phản hồi để họ có thể nắm được những gì bệnh nhân hiểu về thuốc điều trị. Chỉ khi đó họ mới có thể đánh giá được các nguyên nhân và kết quả của hành vi không tuân thủ và đưa ra những gợi ý để cải thiện các kết quả trị liệu. Các kỹ thuật cải thiện giao tiếp với bệnh nhân trong một cuộc tiếp xúc tham vấn, đến lượt nó dẫn dắt đến việc sử dụng thuốc tốt hơn – có thể học tập một cách dễ dàng và làm nên một sự khác biệt tới chất lượng cuộc sống của cả dược sĩ và bệnh nhân.

Chương 5

GIAO TIẾP TRONG CÁC TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ứng dụng các kỹ năng giao tiếp vào các tình huống thực hành được tại các nhà thuốc, hiệu thuốc không phải lúc nào cũng dễ dàng. Việc này có thể rất khó khăn trong các tình huống mà bệnh nhân có các nhu cầu giao tiếp đặc biệt. Những tình huống đó đòi hỏi sự nhạy cảm đặc biệt và các chiến lược độc đáo để đảm bảo cho sự giao tiếp hiệu quả. Chương này trình bày những kỹ năng cần thiết để xử lý với các bệnh nhân cao tuổi, các khách hàng khả năng về nghe và nhìn bị suy giảm, các bệnh nhân bệnh ở giai đoạn cuối, các bệnh nhân AIDS, các bệnh nhân có vấn đề về sức khỏe tâm thần, vị thành niên và những người chăm sóc cho người bệnh.

Giao tiếp trong thực hành được tại các nhà thuốc, hiệu thuốc liên quan đến nhóm các bệnh nhân đặc biệt thường bị bỏ qua hoặc không được quan tâm thích đáng. Chương này thảo luận những vấn đề trở ngại giao tiếp cụ thể liên quan đến một số tình huống. Các chiến lược khác cũng được vạch ra để trợ giúp bạn xác định và xử lý với các nhu cầu giao tiếp đặc biệt này.

Trước khi thảo luận những vấn đề giao tiếp riêng của những nhóm bệnh nhân này, người ta cần đưa ra một sự kiểm tra trước mà sự kiểm tra trước này ứng dụng cho hầu hết các tình huống là: nếu bạn cảm thấy rằng một người có một vấn đề đặc biệt, bạn phải kiểm tra nhận thức của mình về vấn đề đó (xem Chương 1). Lấy một ví dụ là chúng ta cư xử với những người cao tuổi một cách điển hình như thế nào: mặc dù một số người cao tuổi sức khỏe có vẻ như yếu nhưng họ không hay quên hay nghe bị nghễnh ngãng, nhưng chúng ta lại có những giả định nhất định dựa trên những nhận thức của mình về người cao tuổi coi họ là một nhóm người bệnh. Vì vậy, chúng ta bắt đầu nói to với họ và nói chậm hơn. Chìa khoá cho vấn đề là ở chỗ tìm hiểu xem họ phản ứng như thế nào trước các nỗ lực hướng dẫn của chúng ta. Chúng ta phải tìm những dấu hiệu không lời để nhận ra xem họ đang hướng mình dựa vào phía chúng ta hay họ đang có một vẻ bối rối trên gương mặt. Hỏi các câu hỏi kết thúc mở cũng có thể mang lại sự phản hồi về năng lực giao tiếp của người bệnh. Không kiểm tra những ấn tượng ban đầu có thể dẫn tới một vài tình huống gây bối rối tiềm tàng cho cả người bệnh và dược sĩ. Hãy cố gắng tránh việc khuôn mẫu hoá các cá nhân và kiểm tra lại nhận thức của mình cho chắc chắn.

1. NGƯỜI CAO TUỔI

Một số nhân tố khiến cho việc các được sĩ phải nhạy cảm trước các hoạt động qua lại có liên quan đến người cao tuổi trở nên cấp bách. Số lượng người cao tuổi trong xã hội chúng ta ngày càng tăng và người cao tuổi tiêu thụ một số lượng thuốc kê đơn và không kê đơn bất cân xứng so với các nhóm tuổi khác (Elderhealth, 1986). Vì vậy, phần dân số đang tăng trưởng này cần đến các dịch vụ tư vấn của chúng ta cho họ. Không may là, nhiều khi quá trình lão hoá ảnh hưởng đến các yếu tố nhất định của quá trình giao tiếp ở một số người cao tuổi. Những vấn đề giao tiếp tiềm tàng đó được thảo luận dưới đây:

1.1. Khả năng tiếp thu

Ở một số cá nhân nào đó, quá trình lão hoá có xu hướng ảnh hưởng đến quá trình học tập, nhưng không phải là năng lực học tập. Một số người cao tuổi tốc độ học chậm hơn những người trẻ tuổi. Họ có năng lực học nhưng xử lý thông tin ở một tốc độ khác. Vì vậy, tốc độ nói và lượng thông tin trình bày ở một thời điểm cần phù hợp với năng lực của cá nhân đó để hiểu toàn diện vấn đề. Thêm nữa, trí nhớ ngắn hạn, việc nhớ lại và mức độ chú ý có thể giảm xuống đối với một số bệnh nhân cao tuổi. Khả năng xử lý các giải pháp mới và mang tính sáng tạo đối với các vấn đề cũng có thể chậm hơn ở một số người cao tuổi. Vì vậy, những nỗ lực nhằm thay đổi hành vi cần được đưa ra một cách dần dần và phải tạo lập trên những kinh nghiệm quá khứ. Một tiếp cận tốt với những người cao tuổi là đặt ra các mục tiêu ngắn hạn hợp lý, tiếp cận các mục tiêu dài hạn ở các giai đoạn và chia các nhiệm vụ học tập ra các thành phần nhỏ hơn. Một bước quan trọng khác là khuyến khích sự phản hồi từ những người bệnh để xem họ đã nhận được thông điệp bạn định gửi hay chưa bằng cách khéo léo yêu cầu bệnh nhân nhắc lại những chỉ dẫn và các thông tin khác đồng thời quan sát phản ứng không lời của họ. Khi được trao cơ hội học tập ở tốc độ của riêng mình, hầu hết các cá nhân có thể học như người trẻ tuổi hơn.

1.2. Thị lực

Lão hoá có thể ảnh hưởng đến quá trình nhìn. Ở một số cá nhân, họ cần nhiều ánh sáng hơn để kích thích các tế bào thu nhận trong mắt. Vì vậy, khi sử dụng thông tin bằng chữ, hãy kiểm tra chắc chắn xem bạn đã đủ ánh sáng cho họ chưa. Nhiều khi, độ nét hình ảnh không đủ nét làm cho độ nhạy cảm với màu sắc giảm xuống. Các thông điệp bằng chữ cho những cá nhân kém về thị lực cần được in ra cỡ lớn và trên giấy có màu hơn là trên giấy trắng.

1.3. Thính giác

Lão hoá cũng có thể ảnh hưởng tới quá trình nghe. Mất thính giác ở các mức độ nghiêm trọng khác nhau được nhận thấy ở hơn một nửa số người cao tuổi

(ElderHealth, 1986). Mất thính giác liên quan tới quá trình lão hoá được gọi là “ngễnh ngãng”. Không may là, tình trạng này có thể dẫn đến sự xa lánh của các cá nhân về mặt xã hội và tâm lý hay ở những trường hợp nặng nề có thể dẫn đến việc họ bị coi là già cả/lão suy hay dăng trí. Nhiều người cao tuổi mô tả sự yếu kém về thính giác của họ là có thể nghe thấy những gì người khác đang nói nhưng không thể hiểu điều đang nói. Họ có thể nghe thấy lời nói nhưng không thể hiểu một cách rõ ràng.

Những kiểu mất thính giác khác được nhận thấy ở một số người cao tuổi có liên quan đến quá trình nghe thực tế. Phản ứng đối với các âm thanh tần số cao thường bị giảm xuống trước cả phản ứng đối với các âm thanh tần số thấp hơn. Vì vậy, dùng giọng nói âm thanh nhỏ hơn có thể giúp một số người cao tuổi. Ở một số cá nhân cao tuổi, sự nhạy cảm với âm thanh giảm xuống và âm lượng cần phải tăng lên để kích thích các tế bào thu nhận. Điều này cũng quan trọng nhằm giảm tốc độ lời nói của bạn như thế nào đó sao cho người ta có thể phân biệt được các từ ngữ. Như đã đề cập từ trước, điều quan trọng không phải là nói to khi nói với những người cao tuổi vì nói to có thể làm một số cá nhân thấy rất khó chịu. Nói ở một âm lượng cao hơn nào đó có thể là cần thiết nhưng tốt hơn là ở một tốc độ chậm hơn có thể giúp ích cho nhiều cá nhân nhất.

Ba kiểu mất/yếu kém thính giác chung nhất (truyền dẫn, thần kinh cảm biến và trung tâm) có thể xảy ra đơn độc hay kết hợp với các kiểu khác (Fox, 1971). Yếu kém thính giác truyền dẫn xảy ra khi một cái gì đó ngăn chặn sự truyền dẫn âm thanh tới các trung tâm thần kinh cảm biến của tai. Yếu kém thính giác thần kinh cảm biến xảy ra khi rắc rối nằm ở trong trung tâm cảm biến của tai trong. Yếu kém thính giác trung tâm xảy ra khi các trung tâm thần kinh ở bên trong não bị ảnh hưởng. Việc sử dụng một máy trợ thính rất có ích đối với mất thính giác truyền dẫn, nhưng kém tác dụng hơn đối với mất thính giác thần kinh cảm biến và không hiệu quả gì đối với mất thính giác trung tâm. Vì máy trợ thính chỉ làm cho âm thanh to hơn, nó không quá giúp ích cho những bệnh nhân không thể phân biệt được các âm thanh một cách dễ dàng và thực tế có thể làm cho một số tình huống trở nên xấu hơn. Giảm thính giác cũng có thể bị gây ra bởi một số các nhân tố khác nhau – ngoài quá trình lão hoá như: bẩm sinh, bị thương, phơi nhiễm mạn tính với tiếng động lớn.

Nhiều cá nhân bị yếu thính giác bao gồm cả một số người cao tuổi, dựa vào việc đọc lời nói (nhìn vào môi, các biểu hiện trên gương mặt và cử chỉ) để tăng cường khả năng giao tiếp của họ (Fox, 1971). Đọc lời nói không chỉ là đọc ở môi người nói, nó liên quan đến việc nhận những dấu hiệu hình ảnh từ các biểu hiện trên nét mặt, tư thế cơ thể và cử chỉ cũng như các cử động của môi. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng ai cũng luyện một vài kỹ năng đọc môi và những người yếu thính giác cần luyện kỹ năng đó sâu hơn. Việc phát triển kỹ năng này được dấu đi bằng

sau nhiều hơn nếu thị giác của người bệnh cũng bị yếu kém như ở những người cao tuổi. Để cho việc đọc lời nói được hiệu quả nhất bạn phải đặt bệnh nhân trực tiếp ở phía trước bạn và bạn phải có một ánh sáng chiếu trên môi và mặt bạn khi giao tiếp với người ấy.

Để tăng cường giao tiếp với những người yếu thính giác, hãy cố gắng để mình đứng cách bệnh nhân 90 – 180cm; đừng bao giờ nói trực tiếp vào tai người bệnh, điều đó có thể bóp méo thông điệp; hãy đợi cho đến khi người bệnh có thể nhìn thấy bạn trước khi nói; và nếu cần thiết, hãy chạm vào bà (ông) ấy để thu hút sự chú ý của bà (ông). Nếu thông điệp của bạn không được nghe thấy, bạn không được cứ nhắc đi nhắc lại lời cũ, hãy diễn giải lại bằng những câu ngắn hơn, đơn giản hơn. Nhiều dược sĩ đã học được ngôn ngữ dấu hiệu để trợ giúp các bệnh nhân yếu thính giác. Cuối cùng, bạn phải nhận thức về những trở ngại về môi trường, như những tiếng động to ngoài đường hay chỗ tư vấn có ánh sáng nhìn không rõ làm cho cuộc trao đổi trở nên khó khăn đối với những người yếu thính giác.

1.4. Những khác biệt về nhận thức và giá trị

Một trở ngại giao tiếp tiềm tàng nữa giữa bạn và bệnh nhân cao tuổi có thể là do khoảng cách giữa các thế hệ. Một số người cao tuổi nhận thức các sự việc khác với những người ở các nhóm tuổi khác vì con người gắn bó một cách đặc biệt với các giá trị đã được học và được chấp nhận từ những năm trẻ tuổi của họ. Vì vậy, một số người cao tuổi có thể có những niềm tin và nhận thức về chăm sóc sức khỏe nói chung, về thuốc và dược sĩ nói riêng. Một số hành vi như tích trữ và chia sẻ thuốc có thể không thích hợp đối với bạn, nhưng những hành động như vậy có thể có ý nghĩa với ai đó đã lớn lên trong những thập niên 70 – 80 thế kỷ trước của thời kỳ bao cấp. Bạn cần phải nhận thức khi nào mình có thể phản ứng trước những hệ giá trị và niềm tin khác nhau của những người bệnh chứ không phải với chính họ.

Hình ảnh của người bệnh cao tuổi về dược sĩ cũng rất quan trọng. Họ có thể mong đợi một nhà thực hành đàn ông trông rất chuyên môn, cạo râu sạch sẽ và ăn mặc chỉnh tề phục vụ họ. Nếu bạn không đáp ứng những nguyện vọng đó, họ có thể miễn cưỡng như thế nào đó khi tiếp xúc với bạn lúc đầu. Sau cùng, nhận thức của họ về chức trách có thể cũng ảnh hưởng tới cách họ tiếp xúc với bạn. Một số người cao tuổi lớn lên cùng sự tôn trọng chức trách của bác sĩ và dược sĩ và ưu ái một sự tiếp cận chuyên biệt khi đón nhận việc chăm sóc sức khỏe. Vì vậy, họ có thể chấp nhận làm những gì được bảo. Mặt khác, các bệnh nhân khác có thể muốn độc lập hơn và có thể cảm thấy một nhu cầu để tự khẳng định mình. Vì vậy, họ có thể yêu cầu nhiều hơn và cần thông tin bổ sung cũng như nhiều yếu tố đầu vào cho quá trình ra quyết định điều trị. Vì vậy, điều quan trọng là đánh giá xem cách tiếp cận nào có vẻ có hiệu quả với từng người bệnh.

1.5. Những yếu tố tâm lý xã hội

Một vài yếu tố tâm lý xã hội có thể ảnh hưởng tới mối quan hệ của bạn với người cao tuổi. Trước tiên, một số người cao tuổi có thể đang trải nghiệm nhiều tổn thất lớn lao so với các cá nhân ở những nhóm tuổi khác. Ví dụ, bạn bè họ có thể đang ra đi mỗi lúc một nhiều; họ có thể đã về hưu; họ có thể đã giảm dần hay dừng hẳn các hoạt động nào đó do quá trình lão hoá. Tất cả những tình huống như vậy liên quan đến sự mất mát và đau khổ không thôi. Vì vậy, phản ứng của họ trước những tình huống y tế nào đó, như tăng liều những chỉ dẫn của bạn hay phàn nàn về giá cả thuốc, có thể là những phản ứng đối với sự sợ hãi về bệnh tật, về việc trở nên kém hoạt bát hay về cái chết. Họ có thể từ chối tình huống hay đâm ra cáu kỉnh với bạn và những người chăm sóc sức khoẻ khác. Họ cũng có thể quay ra tự chẩn đoán và tự điều trị hay sử dụng thuốc của người khác.

2. NGƯỜI THIỂU NĂNG VỀ NGÔN NGỮ

Trong thực hành nhà thuốc, bạn có thể cần tiếp xúc với những cá nhân có một số kiểu yếu kém hay thiếu năng về ngôn ngữ. Thiếu năng ngôn ngữ có thể bị gây ra bởi một số nhân tố như bẩm sinh, bị thương tổn hay bệnh tật (Fox, 1971). Thiếu năng ngôn ngữ thông thường là rối loạn phát âm, hay sự kiểm soát thông thường của cơ chế ngôn ngữ bị ảnh hưởng. Các bệnh như bệnh Parkinson, xơ cứng rải rác, cũng như các cơn đột quỵ và tai nạn đều có thể gây ra rối loạn phát âm. Khi bị thiếu năng ngôn ngữ, lời nói ra bị lú lẫm hay khác nữa là khó hiểu do thiếu năng lực phát âm chính xác, không giữ được nhịp thở hay phối hợp với các cử động của môi, lưỡi, vòm miệng và thanh quản. Nhiều bệnh nhân như thế này có thể được trợ giúp bằng các loại thuốc men hoặc liệu pháp nhất định từ các nhà bệnh học ngôn ngữ.

Yếu kém ngôn ngữ thông thường khác nữa xảy ra do sự biến chuyển từ thanh quản phát sinh ra ung thư họng hay các tình trạng khác. Tuy nhiên, bạn phải nhạy cảm với các bệnh nhân này vì họ dường như rất “khác biệt”. Nhiều người nhận ra rằng họ có vẻ như khác biệt và họ có thể làm người khác cảm thấy không thoải mái. Vì vậy, họ có thể là ngưng ngừng khi tiếp xúc với người khác.

Để vượt qua được những trở ngại mô tả như trên, nhiều bệnh nhân viết những mẫu giấy cho dược sĩ hay sử dụng ngôn ngữ dấu hiệu như là một phương tiện giao tiếp. Một số dược sĩ đã đáp trả nhu cầu này bằng cách viết những tờ giấy cho bệnh nhân và thậm chí là học cách ra hiệu cùng với người bệnh.

Chứng mất ngôn ngữ do tổn thương não

Một nhóm bệnh nhân có các khó khăn về ngôn ngữ có liên quan là các nạn nhân của chứng đột quỵ – những người phải gánh chịu chứng mất ngôn ngữ do tổn thương não. Mất ngôn ngữ do tổn thương não là một vấn đề phức tạp, nó gây

hậu quả cho việc giảm khả năng hiểu những gì người khác đang nói và bày tỏ mình ở các mức độ khác nhau. Một số bệnh nhân có thể không nói được, số khác lại chỉ có các khó khăn nhẹ khi nhớ tên và từ ngữ. Những người khác lại có thể gặp rắc rối khi đặt các từ ngữ cho đúng trật tự thích hợp trong một câu nói. Lời nói có thể là hạn chế ở các đoạn ngắn hay các từ đơn; hay những từ ngữ bé hơn được bỏ đi đến mức câu nói đọc lên như là điện báo. Khả năng hiểu những chỉ dẫn bằng lời, để đọc, để viết, hay để xử lý với các con số cũng bị ảnh hưởng. May mắn là, ở một số bệnh nhân, khả năng giao tiếp có thể được tăng cường sau một liệu pháp điều trị tích cực.

Các bệnh nhân mất ngôn ngữ do tổn thương não thường có sự sắc nét đối với nghe thông thường; nói to với họ không ích gì. Vấn đề của họ là một trong những vấn đề của sự toàn thể; họ không khó khăn khi nghe, cứng nhắc hay mất tập trung. Chỉ khi nào bạn nhận thức được mức độ của sự yếu kém ngôn ngữ và hãy tránh các cuộc trao đổi phức tạp. Bạn cần phải kiên nhẫn với những bệnh nhân này khi thảo luận vấn đề thuốc men của họ. Nhiều khi, họ sẽ rất thất vọng với tình trạng của mình vì họ biết rõ điều mình muốn nói nhưng không thể nói được. Cũng mất nhiều thời gian hơn để trao đổi với họ vì họ có thể nghe thấy các từ ngữ nhưng không thể nhớ ngay ra ý nghĩa của nó. Sự kiên nhẫn cũng rất cần thiết vì bạn có thể muốn bổ sung vào từ hoặc ngữ mà bệnh nhân muốn nói. Tốt nhất là hãy để người bệnh cố gắng. Nếu bệnh nhân không thể nói sau khi đã cố gắng vài lần thì hãy giúp đỡ họ, cung cấp một số từ theo kiểu có nhiều lựa chọn và để họ chọn từ họ muốn. Các bệnh nhân mất ngôn ngữ do tổn thương não thường cảm thấy cô độc và tránh các cuộc tiếp xúc xã hội. Vì vậy, họ cần được cổ vũ để tiếp xúc với người khác khuyến khích nhiều nhất là tham gia vào các buổi nói chuyện ngay cả khi chỉ để nghe.

Một số bệnh nhân mất ngôn ngữ do tổn thương não cũng gặp khó khăn trong việc đọc. Khó khăn này không phải là một trong những vấn đề về thị lực mà hơn thế là vấn đề ngôn ngữ viết. Một số người gặp phải việc khó phát âm và không thể đọc được chút nào; những người khác có thể đọc những từ đơn có nhận thức, nhưng không thể đọc cả các câu. Bệnh nhân gặp phát âm khó không thể viết giấy cho bạn. Khó phát âm không phải là mất khả năng về mặt cơ thể nhưng là không đủ khả năng để nhớ hay hình thành các biểu tượng viết thông thường.

Nhiều bệnh nhân mất ngôn ngữ do tổn thương não lưu giữ những phản ứng tự động nhất định và có vẻ như có khả năng để giao tiếp tốt hơn. Họ có thể đếm đến 10 nhưng lại không thể đếm được 4 thứ đặt ngay phía trước họ. Họ có thể đọc tên các ngày trong tuần, nhưng không thể nói với bạn rằng thứ ba đến trước thứ năm. Họ có thể thực hiện các chức năng một cách hiệu quả trong những tình huống lặp lại. Thường thì những kỹ năng ngôn ngữ tự động như vậy nằm trong những giới hạn được xã hội chấp nhận, nhưng đôi khi bệnh nhân văng ra những lời nói tục làm bối rối cả người nghe và bệnh nhân. Các bệnh nhân không tỏ sự giận dữ hay

sự không hài lòng khi họ chửi rủa, nhưng lại dùng lời nói vô thức và không thể kìm hãm những phản ứng này. Là một dược sĩ, bạn sẽ có những khó khăn khi tư vấn cho các bệnh nhân mất ngôn ngữ do tổn thương não, nhưng như đã thảo luận ở trên, ít nhất bạn phải hiểu và cố gắng nắm bắt được những dấu hiệu hay ký hiệu của họ và người bệnh có thể sẽ được thấu hiểu hơn thông qua kinh nghiệm giao tiếp của bạn. Mặc dù việc nhận được sự phản hồi từ các bệnh nhân mất ngôn ngữ do tổn thương não như họ có nhận được thông điệp bạn định gửi đến hay không có thể khó khăn, điều đó không ngăn cản bạn nỗ lực giao tiếp với họ. Nhiều khi, tốt nhất là tư vấn cho người trực tiếp chăm sóc cho bệnh nhân mất ngôn ngữ do tổn thương não nhưng không được loại bệnh nhân ra khỏi kinh nghiệm giao tiếp này.

3. BỆNH NHÂN Ở GIAI ĐOẠN CUỐI CUỘC ĐỜI

Hầu hết các cá nhân, bao gồm cả dược sĩ, nhận thấy khó khăn nhất định khi tiếp xúc với các bệnh nhân giai đoạn cuối. Người ta cảm thấy một cách đặc biệt không thoải mái khi thảo luận đề tài về cái chết và không chắc chắn về những gì mình sẽ nói; họ không muốn nói điều gì “sai” hay làm bệnh nhân hoảng sợ. Vậy nhưng, hầu hết các bệnh nhân giai đoạn cuối cần những mối quan hệ hỗ trợ từ các thành viên gia đình, bạn bè và cả dược sĩ.

Các dược sĩ đang trở nên ngày một quan trọng trong việc chăm sóc những bệnh nhân giai đoạn cuối do bản chất phức tạp của liệu pháp chữa trị ung thư và sự tham dự ngày một tăng của họ vào các đội nghiên cứu ung bướu trong các bệnh viện và các viện nghiên cứu khác. Tương tự như vậy, ngày càng nhiều dược sĩ đặt cơ sở ở cộng đồng tham gia vào quá trình này do sự độc lập của việc điều trị ung thư và sự phát triển trong chăm sóc sức khỏe gia đình là lựa chọn thông thường của nhiều bệnh nhân. Quan trọng hơn, các dược sĩ có thể là những chuyên gia y tế duy nhất trong cộng đồng sẵn sàng tìm đến người bệnh và gia đình họ. Vì vậy, bạn cần chuẩn bị sẵn sàng về mặt chuyên môn và xúc cảm để tiếp xúc với những bệnh nhân này.

Một vài chiến lược giao tiếp được các chuyên gia đã từng làm việc với các bệnh nhân giai đoạn cuối đưa ra. Hầu hết các chiến lược đều đòi hỏi “gặp gỡ bệnh nhân ở nơi của họ” liên quan đến sự hiểu biết của người bệnh về hoàn cảnh và giai đoạn. Ví dụ, một bệnh nhân có thể chối bỏ bệnh tật của mình hay chị ấy có thể nổi giận hay thất vọng về tình trạng của mình. Bạn sẽ tiếp cận đến hai tình huống này một cách khác nhau. Chìa khoá cho nó là hỏi các câu hỏi kết thúc – mở như “Hôm nay chị thế nào?” hay “Mọi việc thế nào hả chị?” để xác định xem người bệnh có sẵn sàng thảo luận tình hình với bạn hay không. Bạn không nên giả định rằng người bệnh không muốn nói gì về tình hình của họ. Ngay cả khi nếu người bệnh không trả lời ngay từ ban đầu, thì ít nhất họ cũng nhận thấy bạn sẵn sàng nói chuyện và có thể tiếp chuyện vào thời gian sau.

Trước khi tiếp xúc với những bệnh nhân giai đoạn cuối, bạn phải nhận thức rõ

các cảm xúc của chính mình về cái chết và việc tiếp xúc với các bệnh nhân giai đoạn cuối. Bạn có đặc biệt tránh các cuộc giao tiếp với những bệnh nhân này hay không? Họ có nhắc bạn nhớ đến sự vật lộn của một người bạn hay một người trong gia đình với một căn bệnh giai đoạn cuối? Nhận thức cảm xúc của mình sẽ giúp bạn trợ giúp các bệnh nhân này. Bạn cần nhận ra các trường hợp nào cần được chuyển tiếp tới sự trợ giúp của những người khác nữa và những trường hợp nào bạn có thể tự giải quyết một mình. Nhiều dược sĩ đã nhận thấy rằng đơn giản chỉ cần trung thực và nói bằng cảm xúc của mình sẽ tăng cường được sự tiếp xúc với các bệnh nhân giai đoạn cuối. Chỉ bằng câu nói: “Tôi không biết phải nói gì lúc này nhưng chị thế nào rồi?” hay “Tôi cảm thấy mình chẳng giúp gì cho chị được cả. Tôi có thể làm gì cho chị được không?” dường như truyền đạt được mối quan tâm của bạn đối với người bệnh và cho chị ấy cơ hội để chia sẻ những quan tâm của chị ấy. Như trong bất kỳ một kiểu giao tiếp với bệnh nhân nào, mức độ tham dự phụ thuộc vào mối quan hệ của bạn với người bệnh. Bạn sẽ cởi mở hơn với một số bệnh nhân này hơn một số các bệnh nhân khác. Điều quan trọng là phải hàm ý hay dứt khoát đặt ra các giới hạn về những gì bạn có thể làm được cho bệnh nhân. Bạn cần truyền đạt mối quan tâm của mình mà không gọi lên cho người bệnh những kỳ vọng cho rằng bạn có thể hỗ trợ chị ấy trong tất cả các lĩnh vực của đời sống.

Nhiều bệnh nhân giai đoạn cuối nhận thấy họ khiến người khác cảm thấy không thoải mái và họ có xu hướng tránh các cuộc tiếp xúc. Tuy nhiên, nếu bạn có thể bày tỏ sự không dễ dàng hay sự không thoả mãn của mình về việc không biết làm thế nào để giúp đỡ họ đồng thời bày tỏ sự quan tâm của mình tới họ thì người bệnh sẽ cảm thấy thoải mái hơn nhiều và sẵn sàng bày tỏ các cảm xúc của chính họ.

Bạn cũng có thể tiếp xúc với các thành viên trong gia đình – những người có các nhu cầu đặc biệt. Nghiên cứu cho thấy rằng các thành viên trong gia đình trải qua các thời kỳ giống nhau giống như các bệnh nhân đang chết dần, vì vậy cần sự trợ giúp và liệu pháp thuốc thường xuyên (Kubler – Ross, 1969). Khi cùng với các bệnh nhân giai đoạn cuối, bạn được kêu gọi làm một người biết lắng nghe để giúp đỡ các thành viên trong gia đình.

Tóm lại, là dược sĩ, việc giao tiếp với các bệnh nhân giai đoạn cuối và gia đình của họ cực kỳ quan trọng. Bạn không nên tránh nói chuyện với họ trừ khi bạn cảm thấy họ không muốn nói về bệnh tật của họ. Việc không tiếp xúc với họ chỉ làm tăng thêm sự cô đơn của họ và tái khẳng định lại ý nghĩ nói chuyện về cái chết là điều không thoải mái gì.

4. BỆNH NHÂN AIDS

Do sự lan truyền ngày một tăng của đại dịch AIDS và những đặc tính riêng biệt của căn bệnh này, các dược sĩ cần được chuẩn bị để trợ giúp các bệnh nhân

AIDS. Không chỉ những cá nhân này đang phải đương đầu với một căn bệnh đe dọa sự sống mà họ còn phải đương đầu với sự sỉ nhục của xã hội đi cùng với căn bệnh. Chìa khoá cho công việc này không phải là việc đối xử với họ “khác” với các bệnh nhân khác. Nhưng đặc biệt, họ có một loạt các nhu cầu riêng cần được công nhận và biết đến. Nhiều vấn đề thảo luận ở trên trong phần nói về bệnh giai đoạn cuối áp dụng vào các bệnh nhân AIDS vì hiển nhiên AIDS là một loại bệnh có giai đoạn cuối. Nhiều người có các nhu cầu tương tự như các bệnh nhân bị bệnh ở giai đoạn cuối. Vì vậy, bạn cần sử dụng một số chiến lược đã vạch ra ở trên, như các câu hỏi kết thúc – mở để quyết định sự tiếp nhận của người bệnh đối với việc tiếp xúc.

Tuy nhiên, các bệnh nhân AIDS có các nhu cầu đặc biệt cần được xem xét đến. Ví dụ, nhiều bệnh nhân không có một hệ thống trợ giúp thích đáng vì các mối quan hệ với gia đình và bạn bè bị túng quẫn do sự sỉ nhục xã hội. Người ta có thể yêu cầu bạn là một phần của hệ thống trợ giúp bệnh nhân hay đưa bệnh nhân tới một nguồn trợ giúp thích hợp. Bạn cần đưa ra sự trợ giúp để giải quyết vấn đề vì những người khác không giúp được. Nhiều bệnh nhân gặp rắc rối với chính mình khi bệnh tật tiến triển ngày càng xấu. Nhiều trường hợp bệnh AIDS gặp vấn đề về cơ thể (ví dụ, sút cân, mất năng lượng) nhưng nhiều khi cả những vấn đề về tâm lý và xã hội (ví dụ, trở nên phụ thuộc vào người khác nhiều hơn, sợ chết, sợ đau...). Họ vật lộn với nhiều vấn đề và cần trợ giúp để loại trừ dần những vấn đề đó.

Các bệnh nhân cũng phải giải quyết những nhận thức không chính xác và thiếu thông tin về AIDS. Nhiều người xung quanh họ không hiểu về các khía cạnh khác nhau của căn bệnh này và việc điều trị nó. Hy vọng rằng, các dược sĩ không có trong nhóm thiếu thông tin này. Chúng ta phải theo kịp các thông tin mới nhất vì chúng ta biết rằng hầu hết các bệnh nhân AIDS chắc chắn đang theo dõi những nghiên cứu mới nhất về căn bệnh này.

Khi làm việc với các bệnh nhân AIDS, các dược sĩ trước tiên phải đánh giá được thái độ của mình trước căn bệnh này và những người bệnh đang mắc phải. Thái độ của họ có thể tác động đến nhận thức của họ về những người bệnh là một nhóm bệnh nhân thay vì coi những người bệnh là từng cá nhân đang cần sự giúp đỡ. Dược sĩ cần nhận biết những thành kiến có thể ngăn cản họ tiếp xúc với người bệnh. Đồng thời, dược sĩ cần quyết định xem vai trò của mình phải là như thế nào trong việc trợ giúp bệnh nhân. Nhiều dược sĩ cảm thấy thoải mái khi trở thành những thành viên gần gũi của các hệ thống hỗ trợ bệnh nhân và đóng một vai trò tích cực trong việc đảm bảo rằng các nhu cầu của người bệnh đều được đáp ứng. Chìa khoá của vấn đề là xác định được đâu là điều người bệnh cần và dịch vụ gì bạn có thể mang lại để đáp ứng một cách tốt nhất cho họ.

5. CÁC BỆNH NHÂN CÓ VẤN ĐỀ VỀ TÂM THẦN

Nhiều dược sĩ thừa nhận rằng họ gặp khó khăn khi giao tiếp với nhóm bệnh nhân đặc biệt là các bệnh nhân có vấn đề sức khỏe tâm thần. Tương tự như vậy, nhiều bệnh nhân gặp vấn đề sức khỏe tâm thần cảm thấy miễn cưỡng khi phải tiếp xúc với các cá nhân khác.

Một số dược sĩ cảm thấy họ không biết phải nói gì với những bệnh nhân này. Họ sợ nói sai hay nói điều gì có thể gây ra cơn xúc động của bệnh nhân ngay trong phòng dược. Một số dược sĩ cũng không chắc là họ phải cung cấp cho bệnh nhân bao nhiêu thông tin về tình trạng và việc điều trị của họ. Nhiều lúc không rõ được là các bệnh nhân đã hiểu về tình trạng của họ đến đâu và các bác sĩ đã nói những gì với họ. Một lần nữa, các câu hỏi mở lại là những công cụ tốt cho việc sử dụng để quyết định mức độ hiểu biết bệnh nhân trước khi bạn tư vấn cho họ về việc điều trị. Các ví dụ sau đây “Bác sĩ đã nói gì với chị về thuốc này?” hay “Thuốc này được sử dụng để điều trị nhiều thứ, bác sĩ đã dặn chị những gì rồi?” Hỏi những câu hỏi mở cũng giúp bạn quyết định việc thực hiện chức năng công nhận bệnh nhân, đó là, họ có thể thấu hiểu điều bạn đang nói không và họ có thể biểu lộ rõ ràng những điều quan tâm của họ với bạn không? Nếu họ không thể làm được như thế, bạn có thể phải trao đổi với họ thông qua những người chăm sóc hay ai khác nữa. Một số dược sĩ có thể thấy miễn cưỡng khi phải đưa ra những thông tin bằng văn bản cho các bệnh nhân uống các thuốc hướng tâm thần vì sợ rằng họ có thể diễn giải thông tin không đúng. Mỗi quan tâm có liên quan khác là những thuốc hướng tâm thần như imipramine điều trị đau dai dẳng và diazepam dùng cho co thắt cơ đột ngột đều được sử dụng cho các rối loạn sức khỏe phi tâm thần. Vì vậy, các tài liệu bằng văn bản có thể không thích hợp với tình trạng của người bệnh và có thể chỉ gây ra sự cảnh báo. Quan trọng là tất cả các tài liệu cần được sàng lọc cẩn thận trước khi đưa ra và bạn có nỗ lực tăng cường sự hiểu biết các thông tin bằng lời nói để đảm bảo rằng người bệnh hiểu đúng hơn.

Các dược sĩ tiếp xúc với bệnh nhân có rối loạn sức khỏe tâm thần phải trình bày một vấn đề đạo lý cơ bản hơn: liệu những bệnh nhân rối loạn sức khỏe tâm thần có đủ năng lực hành vi dân sự để hiểu được thông tin về việc điều trị thuốc men như của các bệnh nhân có rối loạn không bị tâm thần hay không? Một bệnh tâm thần có loại trừ họ không được biết nhiều hơn về những tác dụng của thuốc (cả tác dụng tích cực và không tích cực) hay không? Chúng ta có cản trở các thông tin nào đó đáng lý phải cung cấp cho bệnh nhân không bị tâm thần? Hiển nhiên là, mỗi tình huống cần được đánh giá một cách riêng biệt và nhiều khi cần tham vấn với bác sĩ của bệnh nhân. Tuy nhiên, điểm cần đưa ra ở đây là vì bạn xử lý với các câu hỏi này như thế nào sẽ ảnh hưởng đến việc bạn giao tiếp như thế nào với các bệnh nhân gặp vấn đề sức khỏe tâm thần. Nhiều dược sĩ đã tìm được các cách thể hiện sự quan tâm đến bệnh nhân mà không đưa ra các vấn đề có thể đụng chạm đến việc điều trị. Trong một số tình huống, các mối quan hệ tin cậy có

thể thiết lập giữa người bệnh, những người chăm sóc và các dược sĩ. Trong những trường hợp như vậy các dược sĩ có thể hoàn toàn cởi mở với người bệnh và ngay cả phục vụ họ như một phần của đội ngũ quản lý bệnh nhân.

Thật không may là, những tư tưởng rập khuôn nhất định về bệnh tâm thần và các bệnh nhân có rối loạn tâm thần có xu hướng ảnh hưởng đến việc giao tiếp. Xã hội nói chung cũng như các dược sĩ đều có những thành kiến và nhận thức không đúng về bệnh tâm thần. Chúng ta có xu hướng phân loại con người dựa vào những hình ảnh trên các phương tiện thông tin hoặc từ những nhận thức trong quá khứ về người “điên” hành động như thế nào. Sự miễn cưỡng của chúng ta lại còn được tăng cường bởi sự thật là một số bệnh nhân trên thực tế là hành động “một cách khác thường”. Họ có thể có một cơ thể và các cử động trên khuôn mặt đáng kinh hãi (có thể là do thuốc men). Một số bệnh nhân còn là người nghiện thuốc lá và có các thói quen kém vệ sinh. Họ có thể nói ra những điều mà chúng ta cho là những thứ quái gở. Họ có thể không biết trao đổi bằng ánh mắt và điều đó càng khiến chúng ta không thoải mái hơn.

Nhiều bệnh nhân có thể rất miễn cưỡng khi tiếp xúc với các dược sĩ vì rất nhiều lý do. Trước tiên, có thể là vì sự tự nhận thức ít ỏi của mình và thấy không an toàn khi tiếp xúc với những người khác. Họ cũng có thể nhận ra rằng họ ở trong một tình trạng làm cho người khác không thoải mái. Vì vậy, vết nhơ xã hội về căn bệnh tâm thần khiến họ tránh các cuộc tiếp xúc xã hội. Trong một số trường hợp, bệnh nhân có thể mắc chứng hoang tưởng về việc tiếp xúc với những người khác đặc biệt là những chuyên gia chăm sóc y tế. Vì vậy, những nỗ lực của bạn nhằm giao tiếp với các bệnh nhân này có thể gặp phải sự phản kháng ban đầu của bệnh nhân. Người bệnh đặc biệt cần nhiều cuộc tiếp xúc mới thiết lập được các mối quan hệ tin cậy. Tuy nhiên, bạn phải nhận ra rằng điều này không bao giờ xảy ra và các cuộc tiếp xúc của bạn có thể luôn luôn “khác biệt” nếu so với các mối quan hệ của bạn với các bệnh nhân khác. Nhưng những khác biệt này phải được xử lý giống như cách xử lý với những cá nhân đặc biệt khác như đã thảo luận ở phần trước. Những khác biệt không làm bạn dừng cố gắng tiếp xúc với những bệnh nhân đặc biệt này. Tuy nhiên, các vấn đề khó khăn trong giao tiếp này có thể đòi hỏi bạn sáng tạo hơn trong việc triển khai các chiến lược để vượt qua chúng.

6. BỆNH NHÂN TUỔI VỊ THÀNH NIÊN

Vị thành niên là một nhóm cá nhân đặc biệt theo nhiều cách có độ tuổi từ 10 đến 19 (theo phân loại của WHO). Họ đang phải đối đầu với quá nhiều vấn đề trong cuộc sống riêng tư (những thay đổi về thể chất, sự phụ thuộc/tự do, nhận dạng...). Vì họ cũng có thể phải đối đầu với những vấn đề sức khoẻ mới (kinh nguyệt, mụn trứng cá..., hoạt động giới tính), nên điều quan trọng là người dược sĩ nhận ra được và có thể trợ giúp như thế nào đối với các nhu cầu sức khoẻ của họ.

Một điều không may là, nhiều dược sĩ đã thừa nhận rằng tiếp xúc với lứa tuổi này thật là khó. Dolinsky và Werner (1987) đưa ra những đặc điểm tâm sinh lý sau đây về lứa tuổi vị thành niên mà các nhân viên y tế nên chú ý để tăng cường khả năng giao tiếp với đối tượng này:

1. Đối tượng tuổi vị thành niên luôn tự ám ảnh và tin rằng mình là trung tâm sự chú ý của người khác.

2. Các nhóm đối tượng có cùng hoàn cảnh đóng một vai trò quan trọng trong quá trình ra quyết định của chúng.

3. Chúng có thể bực tức khi bị yêu cầu làm cái gì đó (thích tự do) và không yêu cầu giúp đỡ (không thích thừa nhận mình không hiểu biết điều gì đó). Tuy nhiên, những vấn đề mang tính chất áp lực như bệnh tật có thể làm cho hành vi của chúng trở nên phụ thuộc hơn.

4. Đối tượng tuổi vị thành niên không phản ứng trước các triệu chứng đau và ốm. Chúng có thể bỏ qua những dấu hiệu quan trọng của bệnh tật.

5. Nhiều người bệnh trong số này có nhận thức rằng “không ai có thể hiểu được mình” kể cả các dược sĩ cũng vậy.

Các chiến lược để cải thiện giao tiếp với đối tượng này gồm:

i) Sử dụng sự đồng cảm (đưa ra thông điệp là bạn đang thật sự lắng nghe họ, hiểu họ và giúp đỡ họ);

ii) Thể hiện rằng bạn chấp nhận họ như họ vốn có;

iii) Dùng các câu hỏi kết thúc mở để tìm hiểu hết các cảm xúc của họ và

iv) Dùng các tài liệu in ấn sáng tạo để truyền đạt những thông điệp sức khỏe bằng những thuật ngữ phù hợp và ấn tượng. Trong vài năm gần đây, những tài liệu được in ấn chính xác, dễ hiểu hơn đã được phát triển cho những đối tượng nghiện ma túy, nghiện thuốc lá, bệnh lây truyền qua đường tình dục và sinh đẻ có kế hoạch.

Tóm lại, các dược sĩ có thể cải thiện việc giao tiếp với đối tượng tuổi vị thành niên bằng cách ứng dụng những kỹ năng giao tiếp thông thường đã thảo luận ở các chương trước (sự đồng cảm, đặt các câu hỏi kết thúc mở và lắng nghe) vào nhóm cá nhân này. Các dược sĩ cần phải chân thành trong các cuộc giao tiếp của mình; họ không có hành động giống như các đối tượng tuổi vị thành niên hoặc sử dụng ngôn ngữ của lứa tuổi vị thành niên để giao tiếp với chúng. Họ cần phải truyền đạt cảm giác hiểu biết và sự chấp nhận trong khi đưa ra các thông tin.

7. NGƯỜI CHĂM SÓC BỆNH NHÂN

Một số vấn đề giao tiếp đặc biệt nảy sinh khi các dược sĩ cần tiếp xúc với những người chăm sóc bệnh nhân chứ không phải là bản thân các bệnh nhân. Những người chăm sóc có thể là các cá nhân chăm sóc người cao tuổi mắc bệnh

mạn tính/ở tình trạng rất xấu hoặc bố mẹ chăm sóc con cái khi bệnh nặng. Họ có thể là những thành viên trong gia đình, bạn bè, hay người giúp việc. Nói chung, số lượng người chăm sóc người bệnh trong tương lai rất có thể tăng nhiều hơn vì các nỗ lực ngày càng tăng nhằm chuyển sự chăm sóc bệnh nhân từ bệnh viện về chăm sóc ở tại nhà. Làm việc với những người chăm sóc người bệnh cần một loạt phương pháp đặc biệt vì bạn không thể giao tiếp trực tiếp với người bệnh và vì vậy không thể xác định xem bệnh nhân đã ghi nhận được điều bạn muốn căn dặn hay chưa. Việc đánh giá sự tuân thủ của bệnh nhân và đưa ra sự trợ giúp cũng như cổ vũ đối với bệnh nhân về việc điều trị thuốc trong trường hợp này cũng gặp phải những khó khăn nhất định.

Khi xử lý với những người chăm sóc, chúng ta cần đề cập đến một số lĩnh vực nhất định. Trước tiên, những người chăm sóc cần hiểu tình trạng và việc điều trị của bệnh nhân và trao đổi với bệnh nhân như thế nào về những chỉ dẫn cụ thể. Những người chăm sóc cũng phải hiểu cách giám sát phản ứng trị liệu của bệnh nhân trước một loại thuốc cụ thể, cách giám sát những phản ứng bất lợi của thuốc và cách báo cáo bất kỳ một sự việc khả nghi nào. Họ cần được chỉ dẫn về tầm quan trọng của dinh dưỡng tốt và cho uống các loại chất lỏng dinh dưỡng đối với một số người bệnh nhất định. Họ cần được nhắc nhở về tình trạng cho uống thuốc lại và khi nào thì cần liên lạc với bác sĩ. Họ cần được khuyến khích liên lạc với bạn nếu họ có bất kỳ câu hỏi nào hay nếu bệnh nhân có những câu hỏi cụ thể.

Thông tin bằng cách ghi chép về thuốc men là điều rất cần thiết vì thông tin đó cần phải được chuyển đến tay người bệnh. Một cuộc điện thoại theo dõi gọi tới bệnh nhân cũng rất cần thiết để đảm bảo rằng thông tin đã được nhận/hiểu và để tăng cường/nhấn mạnh những điểm quan trọng về liệu pháp thuốc điều trị. Nhiều dược sĩ sử dụng hệ thống nhắc uống thuốc (ví dụ như lịch uống thuốc, bao đựng thuốc hàng tuần...) để giúp những người chăm sóc theo dõi việc uống thuốc của bệnh nhân.

Thêm vào đó, bạn cần tìm ra sự nhạy cảm đặc biệt với những người chăm sóc người bệnh và không được nhìn nhận họ chỉ như một người lấy thuốc cho bệnh nhân uống. Nhiều khi, người chăm sóc cũng có những nhu cầu đặc biệt của riêng họ. Họ có thể đang chịu nhiều sức ép khi phải cố gắng chăm sóc bệnh nhân ở nhà. Họ có thể đang có công ăn việc làm và các hoạt động khác ở bên ngoài và cũng căng thẳng về tài chính. Người ta phát hiện thấy sự lo lắng nghiêm trọng ở một phần tư số người chăm sóc những người cao tuổi ở tại nhà. Trong một số trường hợp, những người chăm sóc có thể là chính bản thân bệnh nhân có các vấn đề về thuốc men của riêng mình. Cần phải chú ý rằng một trong những bộ phận dân số có mức tăng nhanh nhất là nhóm người trên 50 tuổi đang sống cùng bố mẹ ở tuổi 70 và 80 (đặc biệt ở các quốc gia châu Á). Vì vậy, hai thế hệ bệnh nhân có các vấn đề sức khỏe có thể đang sống cùng một mái nhà. Bạn cũng cần phản ứng một

cách đồng cảm đối với người chăm sóc và cố gắng hiểu một vài vấn đề cá nhân của họ. Như đã đề cập trước đó, các dược sĩ thường là những chuyên gia chăm sóc y tế dễ tiếp cận nhất trong cộng đồng và có thể là địa chỉ liên lạc cố định duy nhất mà một người chăm sóc bệnh nhân có được trong mạng lưới chăm sóc sức khỏe. Chúng ta cần phải nhận ra được những thông điệp không lời của những người chăm sóc sức khỏe và không được e ngại các câu hỏi như: “Bạn đang nghĩ gì vậy?”

Bạn cũng cần phải nhận ra các nhóm trợ giúp khác nữa trong cộng đồng có thể trợ giúp những người chăm sóc bệnh nhân, như các tổ chức tình thương địa phương dành cho các bệnh nhân giai đoạn cuối của cuộc đời tại nhà.

KẾT LUẬN

Các dược sĩ sẽ luôn luôn bị thử thách bởi các tình huống cần sự chú ý đặc biệt. Mặc dầu các nhóm bệnh nhân thảo luận trong chương này không đại diện cho toàn bộ các loại bệnh nhân có các nhu cầu giao tiếp đặc biệt, nhưng họ phản ánh số đông các nhóm bệnh nhân đáng được xem xét đặc biệt trong thực hành ở nhà thuốc. Các dược sĩ trước hết cần công nhận các bệnh nhân có các nhu cầu giao tiếp đặc biệt và rồi tìm ra các phương pháp hiệu quả để vượt qua những rào cản đặc biệt này đối với quá trình giao tiếp.



PHẦN 2

CÁC KỸ NĂNG THỰC HÀNH

Chương 6

HỆ THỐNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ DƯỢC

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng theo quan điểm cổ điển là mức độ phù hợp với quy định. Chất lượng theo quan điểm hiện đại là sự phù hợp với mục đích sử dụng và mức độ thỏa mãn của khách hàng. Chương này đề cập đến lịch sử, khái niệm về các hệ thống quản lý chất lượng (đặc biệt là quản lý chất lượng dịch vụ dược). Giới thiệu sơ bộ và so sánh các hệ thống ISO, GPs giúp các đồng nghiệp hiểu rõ bản chất của GPP, từ đó có cái nhìn chính xác để thực hiện GPP tốt hơn. Các yếu tố đạo đức trong hành nghề “thuốc”, đề cập đến chuẩn mực đạo đức những người hành nghề “thuốc” phải tuân thủ. Tiếp đến là phân loại, quản lý các hàng hoá dịch vụ được cung cấp tại nhà thuốc GPP, thủ tục pháp lý đưa nhà thuốc vào hoạt động, phân tích các khía cạnh liên quan đến cung ứng thuốc theo đơn, lưu giữ hồ sơ, các thao tác theo cách tiến hành thực hành tốt nhà thuốc, các loại hình nhà thuốc tại các nước phát triển và hướng tiến tới của Việt Nam.

1. KHÁI NIỆM VỀ CHẤT LƯỢNG

1.1. Định nghĩa

Chất lượng theo quan điểm cổ điển là mức độ phù hợp với quy định. Chất lượng theo quan điểm hiện đại là sự phù hợp với mục đích sử dụng và mức độ thỏa mãn của khách hàng. Tổ chức Quốc tế về Tiêu chuẩn hoá ISO đã đưa ra định nghĩa sau “Chất lượng là khả năng tập hợp các đặc tính của một sản phẩm, hệ thống hay quá trình để đáp ứng các yêu cầu của khách hàng và các bên có liên quan”.

1.2. Đặc điểm của khái niệm chất lượng

Từ định nghĩa trên ta rút ra một số đặc điểm sau đây của khái niệm chất lượng:

– Chất lượng được đo bởi sự thỏa mãn nhu cầu. Nếu một sản phẩm vì lý do

nào đó mà không được nhu cầu chấp nhận thì phải bị coi là có chất lượng kém. Đây là một kết luận then chốt và là cơ sở để các nhà hoạch định chất lượng định ra chính sách, chiến lược kinh doanh của mình.

– Do được đo bởi sự thỏa mãn nhu cầu, mà nhu cầu luôn luôn biến động nên chất lượng cũng luôn luôn biến động theo thời gian, không gian và điều kiện sử dụng.

– Khi đánh giá chất lượng một đối tượng, phải xét và chỉ xét đến mọi đặc tính liên quan đến thỏa mãn những nhu cầu cụ thể. Các nhu cầu này không chỉ từ phía khách hàng mà còn từ các bên có liên quan, như các yêu cầu mang tính pháp chế, nhu cầu của cộng đồng, xã hội.

– Có thể công bố nhu cầu rõ ràng dưới dạng các quy định, tiêu chuẩn, nhưng cũng có khi không thể miêu tả rõ ràng, người sử dụng chỉ có thể cảm nhận chúng, hoặc có thể chỉ phát hiện được trong quá trình sử dụng.

– Chất lượng không chỉ là thuộc tính của sản phẩm, hàng hoá. Chất lượng còn có thể áp dụng cho một hệ thống, một quá trình.

Khi nói đến chất lượng chúng ta không thể bỏ qua các yếu tố giá cả và dịch vụ sau khi bán, vấn đề giao hàng đúng lúc, đúng thời hạn đó là những yếu tố mà khách hàng nào cũng quan tâm sau khi thấy sản phẩm mà họ định mua thỏa mãn nhu cầu của họ.

1.3. Quản lý chất lượng (Quality control)

Một câu hỏi đặt ra “Quản lý chất lượng là gì?” Quản lý chất lượng là các hoạt động có phối hợp nhằm định hướng và kiểm soát về chất lượng của một chủ thể trong nền kinh tế.

Để đạt được chất lượng mong muốn cần phải quản lý một cách đúng đắn các yếu tố này. Hoạt động quản lý này gọi là quản lý chất lượng. Để giải quyết tốt bài toán chất lượng, phải hiểu biết và có kinh nghiệm đúng đắn về quản lý chất lượng.

Theo TCVN 8402–1994: Quản lý chất lượng là tập hợp các hoạt động của chức năng quản lý chung, xác định chính sách chất lượng, mục đích và trách nhiệm, thực hiện chúng thông qua các biện pháp như lập kế hoạch chất lượng, kiểm soát chất lượng, bảo đảm chất lượng và cải tiến chất lượng trong khuôn khổ hệ thống chất lượng.

1.4. Các nguyên tắc của quản lý chất lượng

1. Coi trọng vai trò con người.
2. Nguyên tắc đồng bộ.
3. Nguyên tắc toàn diện.
4. Nguyên tắc kiểm tra, đánh giá.
5. Dựa trên cơ sở pháp lý.



1.5. Các phương pháp quản lý chất lượng

1) Kiểm tra chất lượng

Phương pháp phổ biến nhất để đảm bảo chất lượng sản phẩm phù hợp với quy định là kiểm tra các sản phẩm và chi tiết bộ phận nhằm sàng lọc và loại ra bất cứ một bộ phận nào không đảm bảo tiêu chuẩn hay quy cách kỹ thuật.

Kiểm tra chỉ là sự phân loại sản phẩm đã được chế tạo, một cách xử lý “chuyện đã rồi”. Chất lượng không được tạo dựng nên qua kiểm tra.

Sau này, người ta đã bắt đầu chú trọng đến những quá trình trước đó, hơn là đợi đến khâu cuối cùng mới tiến hành kiểm tra. Khái niệm kiểm soát chất lượng (Quality Control – QC) ra đời.

2) Kiểm soát chất lượng

Theo định nghĩa, Kiểm soát chất lượng là các hoạt động và kỹ thuật mang tính tác nghiệp được sử dụng để đáp ứng các yêu cầu chất lượng.

Để kiểm soát chất lượng, phải kiểm soát được mọi yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình tạo ra chất lượng, nhằm ngăn ngừa sản xuất ra sản phẩm khuyết tật. Nói chung, kiểm soát chất lượng là kiểm soát các yếu tố sau đây: con người; phương pháp và quá trình; đầu vào; thiết bị; môi trường.

3) Kiểm soát chất lượng toàn diện

Các kỹ thuật kiểm soát chất lượng chỉ được áp dụng hạn chế trong khu vực sản xuất và kiểm tra. Để đạt được mục tiêu chính của quản lý chất lượng là thỏa mãn người tiêu dùng, thì đó chưa phải là điều kiện đủ, nó đòi hỏi áp dụng các phương pháp này cả vào các quá trình xảy ra trước quá trình sản xuất và kiểm tra, như khảo sát thị trường, nghiên cứu, lập kế hoạch, phát triển, thiết kế và mua hàng, mà còn phải áp dụng cho các quá trình xảy ra sau đó, như đóng gói, lưu kho, vận chuyển, phân phối, bán hàng, dịch vụ sau khi bán hàng và cả các hoạt động thu hồi và khiếu nại. Phương thức quản lý này được gọi là Kiểm soát Chất lượng Toàn diện (Total Quality Control – TQC).

4) Quản lý chất lượng toàn diện

Trong những năm gần đây, sự ra đời của nhiều kỹ thuật quản lý mới, góp phần nâng cao hoạt động quản lý chất lượng, như hệ thống “kịp thời” (Just-in-time), đã là cơ sở cho lý thuyết Quản lý chất lượng toàn diện (Total Quality Management– TQM). Quản lý chất lượng toàn diện được nảy sinh từ các nước phương Tây gắn với tên tuổi của Deming, Juran, Crosby.

Quản lý chất lượng toàn diện là phương pháp quản lý của một tổ chức, định hướng vào chất lượng, dựa trên sự tham gia của mọi thành viên và nhằm đem lại sự thành công dài hạn thông qua sự thỏa mãn của khách hàng và lợi ích của mọi thành viên của công ty đó và của xã hội.

Mục tiêu của quản lý chất lượng toàn diện là cải tiến chất lượng sản phẩm và thỏa mãn khách hàng ở mức tốt nhất cho phép. Đặc điểm nổi bật của quản lý chất lượng toàn diện so với các phương pháp quản lý chất lượng trước đây là nó cung cấp một hệ thống toàn diện cho công tác quản lý và cải tiến mọi khía cạnh có liên quan đến chất lượng và huy động sự tham gia của mọi bộ phận và mọi cá nhân để đạt được mục tiêu chất lượng đã đặt ra.

2. MỘT SỐ HỆ THỐNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG

2.1. Hệ thống quản lý chất lượng ISO

Do tính phổ biến của hệ thống ISO trong các ngành kinh tế, kỹ thuật, dịch vụ và cả trong quản lý nhà nước, nên cần thảo luận sâu hơn một chút về hệ thống này.

1) ISO là gì?

Như đã trao đổi về các hệ thống quản lý chất lượng, trong đó có nói đến hệ thống ISO, vậy ISO là gì? ISO (International Organization for Standardization) là Tổ chức Tiêu chuẩn hoá Quốc tế. Tổ chức này được thành lập vào năm 1955, Việt Nam gia nhập ISO năm 1977, là thành viên thứ 77 của tổ chức này. Tổ chức Tiêu chuẩn hoá Quốc tế có trụ sở chính đặt tại Geneve (Thụy Sĩ), ISO là tổ chức phi chính phủ. Nhiệm vụ chính của tổ chức này là nghiên cứu, xây dựng, công bố các tiêu chuẩn (không có giá trị pháp lý bắt buộc áp dụng) thuộc nhiều lĩnh vực khác nhau.

2) Lịch sử hình thành phát triển ISO

Năm 1955, Hiệp ước Bắc Đại tây dương đưa ra các tiêu chuẩn về chất lượng cho tàu APOLO của Nasa, máy bay Concorde của Anh-Pháp....

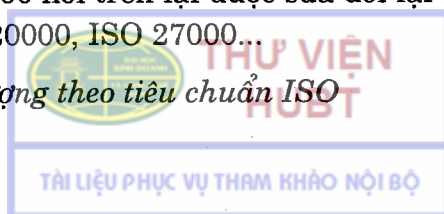
Năm 1979, Viện tiêu chuẩn của Anh ban hành tiêu chuẩn BS 5750 – Tiên thân của ISO 9000.

Năm 1987, Tổ chức Tiêu chuẩn hoá Quốc tế công bố lần đầu tiên bộ ISO 9000 khuyến cáo áp dụng trong các nước thành viên và trên toàn thế giới.

Năm 2000, Bộ tiêu chuẩn ISO 9000 nói trên lại được sửa đổi lại và ban hành. Về sau này có thêm ISO 14000, ISO 20000, ISO 27000...

3) Các nguyên tắc quản lý chất lượng theo tiêu chuẩn ISO

1. Hướng về khách hàng.
2. Tính lãnh đạo.
3. Sự tham gia của mọi thành viên.
4. Tiếp cận theo quá trình.
5. Tiếp cận theo hệ thống để quản lý.



6. Cải tiến liên tục.
7. Quyết định dựa trên sự kiện.
8. Quan hệ hợp tác cùng có lợi với nhà cung cấp.

4) Các hệ thống ISO đang áp dụng trong một số lĩnh vực

ISO 9001:2008 Bộ tiêu chuẩn chứng minh doanh nghiệp, tổ chức có năng lực đáp ứng nhu cầu của khách hàng; Gia tăng lợi nhuận và phát triển bền vững thông qua sự thỏa mãn của khách hàng; Cung cấp kiến thức, phương pháp, công cụ để cải tiến cơ cấu và tính cạnh tranh của tổ chức hoặc doanh nghiệp.

ISO 14001:2004 Bộ tiêu chuẩn về môi trường.

ISO 22000:2005 Bộ tiêu chuẩn về Quản lý an toàn Vệ sinh thực phẩm ISO 22000.

ISO 13485:2003 Bộ tiêu chuẩn về Quản lý chất lượng thiết bị y tế.

ISO/IEC 17025:2005 Bộ tiêu chuẩn về quản lý năng lực đối với phòng thử nghiệm và hiệu chuẩn (General Requirements for the competence of testing and calibration laboratories).

ISO 20252:2006 Bộ tiêu chuẩn về hướng dẫn và yêu cầu thực hiện điều tra nghiên cứu thị trường.

ISO/TS 16949:2009 Bộ tiêu chuẩn cho ngành Công nghiệp tự động hoá – ô tô.

ISO 27001:2005 Tiêu chuẩn về Hệ thống quản lý an ninh thông tin (ISMS–Information Security Management System).

ISO 26000:2008 Bộ tiêu chuẩn về Hệ thống quản lý liên quan đến trách nhiệm xã hội được ISO hoá nền tảng từ tiêu chuẩn SA 8000.

2.2. Các hệ thống quản lý chất lượng khác

OHSAS 18001 Bộ tiêu chuẩn về Hệ thống quản lý an toàn và Sức khỏe nghề nghiệp.

HACCP Bộ tiêu chuẩn về các nguyên tắc của Hệ thống phân tích mối nguy trọng yếu và điểm kiểm soát tới hạn trong quá trình sản xuất và chế biến thực phẩm.

SA 8000:2008 Bộ tiêu chuẩn về đánh giá các vấn đề trách nhiệm xã hội, các Công ước của Tổ chức Lao động quốc tế (ILO), tuyên bố liên hiệp quốc về quyền con người và quyền trẻ em.

IMS Bộ tiêu chuẩn về Hệ thống quản lý được xây dựng một cách toàn diện trong tổ chức. Hệ thống quản lý này phù hợp với nhiều hệ thống quản lý khác nhau như: ISO 9001, ISO 14001, OHSAS 18001, SA 8000, HACCP, GMP, ISO/IEC 17025, SQF 2000.

FSC – PEFC FSC (Forest Stewardship Council) Bộ tiêu chuẩn về những giải

pháp, khuyến khích và kiểm soát việc quản lý rừng trên Thế giới phù hợp với môi trường, có lợi ích xã hội và đạt hiệu quả kinh tế.

GAP Thực hành nuôi trồng tốt (Good Agriculture Practices – GAP) là Bộ tiêu chuẩn và những nguyên tắc được thiết lập nhằm đảm bảo một môi trường sản xuất an toàn, sạch sẽ, thực phẩm phải đảm bảo không chứa các tác nhân gây bệnh như chất độc sinh học (vi khuẩn, nấm, virus, ký sinh trùng) và hoá chất (dư lượng thuốc bảo vệ thực vật, kim loại nặng, hàm lượng nitrat), đồng thời sản phẩm phải đảm bảo an toàn từ ngoài đồng đến khi sử dụng.

GAP bao gồm việc sản xuất theo hướng lựa chọn địa điểm, việc sử dụng đất đai, phân bón, nước, phòng trừ sâu bệnh hại, thu hái, đóng gói, tồn trữ, vệ sinh đồng ruộng và vận chuyển sản phẩm,... nhằm phát triển nền nông nghiệp bền vững với mục đích đảm bảo: An toàn cho thực phẩm, An toàn cho người sản xuất, Bảo vệ môi trường, Truy nguyên được nguồn gốc sản phẩm.

BRC Bộ tiêu chuẩn về Thực phẩm toàn cầu của Hiệp hội các nhà bán lẻ Anh (British Retail Consortium). Tiêu chuẩn về bảo vệ cho người tiêu dùng bằng đánh giá các công ty cung cấp về vấn đề sản xuất và kiểm soát nguồn nguyên liệu đầu vào.

2.3. Hệ thống GPs trong ngành Y tế

Ở đây chỉ trao đổi về các hệ thống liên quan đến chất lượng thuốc (hệ thống Đảm bảo Chất lượng Thuốc Quality Assurance of Pharmaceuticals Products) và chất lượng điều trị (hệ thống Đảm bảo Chất lượng Điều trị – Quality Assurance of Clinical Therapy).

1) Hệ thống Đảm bảo Chất lượng Thuốc (Quality Assurance of Pharmaceuticals Products)

GMP (Good Manufacturing Practice – Thực hành tốt sản xuất thuốc) là một bộ phận của công tác bảo đảm chất lượng nhằm đảm bảo các sản phẩm được sản xuất và kiểm soát đồng nhất để tiêu chuẩn chất lượng phù hợp với mục đích sử dụng và theo yêu cầu của giấy phép lưu hành.

GLP (Good Laboratory Practice – Thực hành tốt Kiểm nghiệm thuốc) là một bộ phận của công tác bảo đảm chất lượng nhằm bảo đảm chất lượng của công tác kiểm nghiệm thuốc liên quan đến tổ chức, quy trình và điều kiện, nhờ đó các nghiên cứu trong phòng thí nghiệm được lên kế hoạch, thực hiện, theo dõi, ghi chép và báo cáo. Thực hành tốt Kiểm nghiệm thuốc nhằm thúc đẩy chất lượng và tính hợp lệ của dữ liệu thử nghiệm.

GSP (Good Storing Practice – Thực hành tốt bảo quản thuốc) là một phần của công tác bảo đảm chất lượng liên quan đến các biện pháp đặc biệt, phù hợp cho việc bảo quản và vận chuyển nguyên liệu, sản phẩm ở tất cả các giai đoạn sản

xuất, bảo quản, tồn trữ, vận chuyển và phân phối thuốc để đảm bảo cho thành phẩm thuốc có chất lượng đã định khi đến tay người tiêu dùng.

GDP (Good Distributing Practice – Thực hành tốt phân phối thuốc) là một phần của công tác bảo đảm chất lượng để bảo đảm chất duy trì lượng thuốc liên quan đến quá trình phân phối thuốc: bảo quản, vận chuyển, phân phối thuốc nhằm bảo đảm việc cung cấp thuốc đến tay người tiêu dùng một cách kịp thời, đầy đủ và có chất lượng như dự kiến.

GACP (Good Agricultural and Collection Practices – Thực hành tốt trồng trọt và thu hái dược liệu) bao gồm việc sử dụng thuốc bảo vệ thực vật an toàn đã được cơ quan quản lý nhà nước cho phép trong những điều kiện cần thiết để kiểm soát sâu bệnh một cách có hiệu quả và chắc chắn. Thực hành tốt trồng trọt và thu hái dược liệu bao gồm những quy định về các mức sử dụng thuốc trừ sâu cho đến mức sử dụng cao nhất được phép sao cho chỉ để lại dư lượng nhỏ nhất có thể được. Những thuốc bảo vệ thực vật an toàn được phép sử dụng được xác định ở cấp quốc gia và bao gồm cả việc đăng ký hoặc khuyến cáo sử dụng có tính đến vấn đề sức khỏe cộng đồng, bệnh nghề nghiệp và an toàn môi trường. Thực hành tốt trồng trọt và thu hái dược liệu được áp dụng cho tất cả các giai đoạn của quá trình sản xuất, bảo quản, vận chuyển, phân phối và chế biến cây thuốc.

GPP (Good Pharmacy Practice – Thực hành tốt nhà thuốc) là nhằm đến việc cấp phát và sử dụng tốt thuốc tại các nhà thuốc/quầy thuốc, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các sản phẩm y tế khác cho người bệnh và các thành viên khác trong cộng đồng. Thực hành tốt nhà thuốc đòi hỏi người dược sĩ phải quan tâm trước hết đến sức khỏe của người bệnh.

2) Hệ thống Đảm bảo Chất lượng Điều trị (Quality Assurance of Clinical Therapy)

GCP (Good Clinical Practice – Thực hành tốt lâm sàng) là một phần của công tác bảo đảm chất lượng để bảo đảm thiết kế, tiến hành, thực hiện, giám sát, kiểm tra, ghi chép số liệu, phân tích và báo cáo các thử nghiệm lâm sàng nhằm đảm bảo số liệu và kết quả báo cáo là tin cậy, chính xác và để bảo vệ các quyền, sự toàn vẹn và bảo mật của đối tượng thử nghiệm.

GPvP (Good Pharmacovigilance Practice – Thực hành tốt cảnh giác thuốc) là một phần của công tác bảo đảm chất lượng để bảo đảm thu thập, theo dõi, nghiên cứu, đánh giá và đánh giá thông tin từ các nhà cung cấp chăm sóc y tế và người bệnh về tác hại của thuốc, chế phẩm sinh học, thuốc thảo dược, thuốc truyền thống nhằm xác định các thông tin mới về các mối nguy cơ liên kết với thuốc và ngăn ngừa tác hại cho người bệnh. Cảnh giác thuốc đặc biệt quan tâm đến phản ứng có hại của thuốc. Từ này có nguồn gốc từ tiếng Hy Lạp *pharmakon* – thuốc và *vigilare* từ gốc Latin – cảnh giác hoặc cảnh báo, theo dõi.

GPrP hoặc **GMeP** (Good Prescribing Practice – Thực hành tốt kê đơn hoặc

Good Medicine Practice – Thực hành Y khoa tốt) là một phần của công tác bảo đảm chất lượng để bảo đảm chất lượng điều trị trong khám chữa bệnh và đặc biệt là việc kê đơn bao gồm chẩn đoán, kê đơn và điều trị theo đúng các phác đồ điều trị chuẩn, cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ đối với người bệnh. Trong kê đơn cần chú trọng các yếu tố: chỉ dùng thuốc khi cần thiết, làm thế nào để thuốc có hiệu lực cao nhất (sinh khả dụng, tương đương sinh học, cá thể hoá việc dùng thuốc), đơn giản hoá chế độ dùng thuốc, cách thức ghi đơn chuẩn mực, lựa chọn giữa kê đơn generic và biệt dược (chỉ kê biệt dược khi cân nhắc đến sinh khả dụng và tương đương sinh học), kê đơn các trường hợp đặc biệt (thuốc phải kiểm soát đặc biệt – gây nghiện, hướng tâm thần – kê đơn các thuốc gây phụ thuộc thuốc, kê đơn cho trẻ em, người già), hướng dẫn theo dõi sử dụng thuốc, kết hợp với dược sĩ trong sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả và hợp lý (trị liệu và kinh tế), sự tuân thủ của người bệnh trong sử dụng thuốc và trị liệu. Theo dõi hiệu quả điều trị.

2.4. Sự giống và khác nhau giữa hệ thống GPs và ISO

Nói chung giữa hai hệ thống GPs và ISO có nhiều điểm giống nhau vì cùng là một phần của công tác bảo đảm chất lượng. Hồ sơ của hai hệ thống này nói chung có nhiều điểm tương đương (về hồ sơ: Chính sách chất lượng, Sổ tay chất lượng, Các thao tác chuẩn – SOP, các biểu mẫu ghi chép và theo dõi). Tuy nhiên, cũng có sự khác nhau nếu GPs là yêu cầu bắt buộc (là điều kiện để hoạt động) thì ISO lại là sự tự nguyện của doanh nghiệp hoặc chủ thể. Doanh nghiệp hoặc chủ thể nhận thức được lợi ích khi thực hiện ISO trong kinh doanh nội địa và đặc biệt là quốc tế sẽ tự tìm đến các cơ quan tổ chức có trách nhiệm xin tư vấn để được công nhận. Nói chung ISO bao trùm nhiều lĩnh vực và rộng hơn GPs. Khi thẩm định công nhận ISO cho vận hành thử sau khi hiệu chỉnh thì chính thức công nhận, còn GPs yêu cầu phải đạt mới được công nhận.

Bản chất của GPP là đảm bảo chất lượng của thuốc và các sản phẩm dịch vụ của nhà thuốc. Chất lượng của thuốc phải được kiểm soát trước khi mua vào (hoạt động đánh giá nhà cung cấp), trong khi mua vào, khi nhập thuốc, trong quá trình bảo quản tồn trữ thuốc, khi bán thuốc, sau cung ứng (thu hồi, khiếu nại).

Đặc biệt là đảm bảo chất lượng trong tư vấn sử dụng thuốc. Điều này yêu cầu:

Thứ nhất, người dược sĩ phải có mặt khi nhà thuốc hoạt động, giám sát chặt chẽ mọi hoạt động của nhà thuốc, trực tiếp tham gia một số hoạt động của nhà thuốc: duyệt đơn thuốc, bán các thuốc phải kiểm soát đặc biệt, kiểm tra kiểm soát chất lượng hàng nhập, định kỳ kiểm tra kiểm soát chất lượng, giải quyết khiếu nại thu hồi thuốc, tiếp các đoàn thanh tra chuyên ngành.

Thứ hai, người dược sĩ phải tự đào tạo và được đào tạo lại và đào tạo liên tục, được cập nhật kiến thức chuyên môn nghiệp vụ để có thể đưa ra các tư vấn chính xác, khoa học và được cập nhật nhất cho người bệnh. Tức là tầm quan trọng

không thể thiếu được của người dược sĩ trong mọi hoạt động của nhà thuốc. Nhất là hoạt động tư vấn sử dụng thuốc và các vấn đề có liên quan đến sức khỏe của người dân và cộng đồng, vai trò người dược sĩ lại càng không thể thay thế được.

Thứ ba, người dược sĩ phải chịu trách nhiệm trước cơ quan quản lý, người bệnh và cộng đồng về mọi hoạt động của nhà thuốc, đặc biệt là công tác đảm bảo chất lượng tại nhà thuốc.

3. CÁC TIÊU CHUẨN CHẤT LƯỢNG DỊCH VỤ DƯỢC

3.1. Chế độ thực hành tốt nhà thuốc (GPP)

Tất cả các dược sĩ hành nghề đều có nghĩa vụ đảm bảo rằng các dịch vụ mà họ cung cấp cho mỗi người bệnh có chất lượng thích hợp. Thực hành Tốt Nhà thuốc là một phương tiện làm rõ và đáp ứng nghĩa vụ đó.

Ngày 05/09/1993 tại Tokyo, Đại hội đồng Liên đoàn dược phẩm quốc tế (FIP) đã thông qua văn bản khung quy định về chế độ thực hành tốt nhà thuốc, văn bản này đã được Tổ chức Y tế Thế giới thông qua và khuyến cáo các nước cần triển khai cụ thể các tiêu chuẩn quốc gia về: tăng cường sức khỏe, cung ứng thuốc, các thiết bị y tế, tự chăm sóc của người bệnh, cải thiện kê đơn và sử dụng thuốc thông qua các hoạt động của người dược sĩ. Tài liệu này cung cấp một văn bản tiêu chuẩn khung trong đó mỗi nước sẽ quyết định một cách hợp lý nguyện vọng và tiến tới thiết lập các tiêu chuẩn riêng của mình theo hướng phù hợp ở nước đó.

Nội dung của văn bản này nhằm khuyến khích các tổ chức dược quốc gia tập trung chú ý vào người dược sĩ trong khu vực nhà thuốc cộng đồng và nhà thuốc dược bệnh viện về phát triển các yếu tố của dịch vụ mà họ cung cấp để đáp ứng hoàn cảnh đang ngày càng thay đổi.

Các tổ chức dược quốc gia cũng nên hành động để đảm bảo rằng việc giáo dục truyền thông về thuốc được thiết lập để trang bị cho người dược sĩ về vai trò mà họ phải thực hiện trong thực hành nhà thuốc bệnh viện và nhà thuốc cộng đồng. Điều này có nghĩa rằng dựa trên sự cần thiết của phạm vi khoa học dược phải có quảng bá nhấn mạnh vào hành động và sử dụng thuốc, cần có một giới thiệu hợp lý trong các khoá đào tạo trên cả trước và sau khi đã có năng lực về các yếu tố có liên quan của các ngành khoa học xã hội và khoa học hành vi, ở tất cả các giai đoạn, sự phát triển và cải thiện giao tiếp cần được nhấn mạnh.

Trong quá trình phát triển các tiêu chuẩn này, sự khác biệt quan trọng giữa các quốc gia đã được thừa nhận. Các nước phát triển thường dựa trên các hệ thống pháp luật, quy chế quản lý dược có hiệu quả để đảm bảo và giám sát chất lượng sản xuất dược phẩm, thông qua cấp giấy phép sản phẩm hoặc uỷ quyền tiếp thị dược phẩm; thông qua cấp phép và kiểm tra các nhà sản xuất dược phẩm,

các nhà bán buôn và các nhà phân phối khác, các nhà thuốc cộng đồng và nhà thuốc bệnh viện và các cơ sở bán lẻ thuốc khác. Trong khi đó nhiều quốc gia đang phát triển, thiếu một hệ thống luật pháp và quy chế được có hiệu quả, lại đặt trách nhiệm chính về đảm bảo chất lượng và sử dụng sản phẩm được lên vai người dược sĩ.

3.1.1. Triết lý cơ bản

Triết lý quan trọng trong Thực hành tốt nhà thuốc đó là:

(i) Mục đích của thực hành nhà thuốc là cung cấp thuốc, các sản phẩm y tế cũng như dịch vụ, giúp người dân và xã hội sử dụng tốt các sản phẩm và dịch vụ đó.

(ii) Một dịch vụ nhà thuốc toàn diện sẽ bao gồm các hoạt động đảm bảo sức khoẻ và phòng ngừa bệnh cho cộng đồng. Khi điều trị, việc cần thiết là phải đảm bảo chất lượng trong quá trình sử dụng thuốc nhằm đạt được hiệu quả tối đa trong điều trị, tránh được các phản ứng có hại không mong muốn với giả định người dược sĩ chấp nhận chia sẻ trách nhiệm với các nhân viên y tế và với người bệnh về kết quả điều trị.

Ngoài ra, trong những năm gần đây khái niệm chăm sóc dược (Pharmaceutical Care) đã được đưa ra và xem như một triết lý cho thực hành dược, ở đó người bệnh và cộng đồng là các đối tượng hưởng lợi đầu tiên từ hoạt động nghề nghiệp của người dược sĩ. Khái niệm này đặc biệt thích hợp cho các nhóm đối tượng đặc biệt như người cao tuổi, bà mẹ, trẻ em, người bị các bệnh mạn tính cũng như toàn thể cộng đồng nếu xét về mặt chi phí. Trong khi các khái niệm cơ bản về chăm sóc dược và thực hành tốt nhà thuốc là tương đối giống nhau thì có thể nói thực hành tốt nhà thuốc là cách thức để thực hành tốt chăm sóc dược.

3.1.2. Yêu cầu của thực hành tốt nhà thuốc

Có 4 yêu cầu quan trọng trong thực hành tốt nhà thuốc:

i) Thực hành tốt nhà thuốc đòi hỏi mối quan tâm trên hết của người dược sĩ trong mọi hoàn cảnh là lợi ích của người bệnh.

ii) Thực hành tốt nhà thuốc đòi hỏi hoạt động chính của nhà thuốc là cung cấp thuốc và các sản phẩm y tế có chất lượng, cùng các thông tin và các lời khuyên thích hợp với người bệnh, giám sát việc sử dụng các sản phẩm đó.

iii) Thực hành tốt nhà thuốc đòi hỏi đóng góp không thể thiếu được của người dược sĩ là tham gia vào việc tăng cường kê đơn một cách kinh tế và sử dụng thuốc một cách có hiệu quả.

iv) Thực hành tốt nhà thuốc đòi hỏi mục tiêu của mỗi dịch vụ tại nhà thuốc phải phù hợp với người bệnh, phải được xác định rõ ràng, cách thức giao tiếp với những người liên quan phải được tiến hành có hiệu quả.

Để có thể đáp ứng được các yêu cầu này, cần phải có các điều kiện sau:

– Ý thức nghề nghiệp phải được xem như là yếu tố quan trọng nhất trong thực hành nhà thuốc, dù mọi người đã chấp nhận rằng các yếu tố kinh tế cũng rất quan trọng.

– Người dược sĩ cũng nên tham gia vào quyết định vấn đề sử dụng thuốc. Cần có một cơ chế để khuyến khích người dược sĩ báo cáo về các khả năng có hại của thuốc, các lỗi trong điều trị dùng thuốc, các khuyết tật về chất lượng thuốc hay phát hiện các thuốc giả. Việc báo cáo này có thể bao gồm các thông tin về sử dụng thuốc do người bệnh hoặc cán bộ y tế cung cấp trực tiếp hoặc gián tiếp qua người dược sĩ.

– Mỗi quan hệ thường xuyên với cán bộ y tế khác, đặc biệt là với các bác sĩ cần phải được coi như là quan hệ đối tác tham gia vào quá trình điều trị và đảm bảo có sự tin tưởng lẫn nhau và sự tin cậy trong tất cả các vấn đề liên quan đến trị liệu dùng thuốc.

– Mối quan hệ giữa những người dược sĩ/nhà thuốc phải là mối quan hệ giữa các đồng nghiệp cùng có mong muốn cải thiện các dịch vụ dược hơn là các đối thủ cạnh tranh.

– Trên thực tế các tổ chức, các nhóm thực hành và người phụ trách các nhà thuốc nên chấp nhận việc chia sẻ trách nhiệm trong xác định, đánh giá và cải thiện chất lượng các dịch vụ dược.

– Người dược sĩ phải nhận thức sự cần thiết có các thông tin cơ bản về y và dược đối với mỗi người bệnh. Việc có được các thông tin đó sẽ dễ dàng hơn nếu người bệnh lựa chọn chỉ sử dụng một nhà thuốc hoặc nếu có lưu trữ hồ sơ bệnh án của người bệnh.

– Người dược sĩ cần phải có các thông tin cập nhật, khách quan, toàn diện và độc lập về điều trị và loại thuốc sử dụng.

– Người dược sĩ ở mỗi cơ sở thực hành nghề nghiệp nên chấp nhận trách nhiệm cá nhân trong việc duy trì và đánh giá khả năng của chính mình trong suốt quá trình thực hành nghề nghiệp.

– Các chương trình đào tạo về thực hành nghề nghiệp cần đề cập đến những thay đổi (cập nhật) hiện tại cũng như các thay đổi có thể dự đoán trong tương lai của thực hành nhà thuốc.

– Các tiêu chuẩn quốc gia về thực hành tốt nhà thuốc cần phải được xác định cụ thể và cần được những người thực hành nghề nghiệp tuân thủ.

3.1.3. Các yêu cầu trong thực hành nghề nghiệp

Thực hành tốt nhà thuốc liên quan đến bốn nhóm hoạt động chính sau:

i) Hoạt động liên quan đến tăng cường sức khỏe, phòng ngừa bệnh tật và đạt được các mục tiêu y tế.

ii) Hoạt động liên quan đến việc cung cấp và sử dụng thuốc cùng các sản phẩm liên quan đến sức khỏe hoặc các khía cạnh liên quan đến điều trị (các hoạt động này có thể thực hiện tại nhà thuốc, tại một cơ quan, tổ chức hay tại một dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà) cần phải được quản lý.

iii) Hoạt động liên quan đến tự chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả tư vấn khi thích hợp, cung cấp thuốc hoặc các biện pháp điều trị các triệu chứng để người bệnh tự điều trị.

iv) Hoạt động liên quan đến ảnh hưởng kê đơn và sử dụng thuốc.

Bên cạnh những nhóm hoạt động này, thực hành tốt nhà thuốc cũng bao gồm:

- Sự sắp xếp, phối hợp với các cán bộ y tế khác để tăng cường sức khỏe cộng đồng, bao gồm giảm thiểu lạm dụng thuốc và sử dụng sai thuốc.

- Các đánh giá nghiệp vụ về các tài liệu quảng cáo thuốc và các sản phẩm y tế khác.

- Phổ biến các thông tin đã được đánh giá về thuốc và các mặt khác của công tác chăm sóc sức khỏe.

- Tham gia vào tất cả các giai đoạn khác nhau trong thử nghiệm lâm sàng.

3.1.4. Xây dựng các tiêu chuẩn thực hành tốt nhà thuốc

Đối với mỗi trong số bốn hợp phần của thực hành tốt nhà thuốc, cần phải có các tiêu chuẩn quốc gia cụ thể liên quan đến quá trình thực hiện và cơ sở vật chất cần thiết. Những tiêu chuẩn này cần phải được tuyên truyền đến các đối tượng có liên quan đến thực hành nghề nghiệp biết và thực hiện.

1) Tăng cường sức khỏe và phòng chống bệnh tật

Cần có các tiêu chuẩn quốc gia cần thiết để đảm bảo:

- Có nơi tư vấn riêng để có những trao đổi với người bệnh mà không bị ảnh hưởng của những người xung quanh.

- Cung cấp các tư vấn chung về các vấn đề liên quan đến sức khỏe.

- Đảm bảo chất lượng các thiết bị sử dụng và các tư vấn đưa ra trong quá trình chẩn đoán bệnh.

2) Cung cấp và sử dụng các loại thuốc kê đơn và các sản phẩm chăm sóc sức khỏe khác

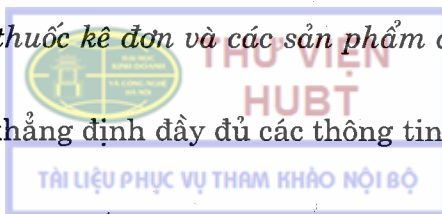
a) Hoạt động nhận đơn thuốc và khẳng định đầy đủ các thông tin.

Tiêu chuẩn quốc gia cần có là:

(i) Cơ sở vật chất.

(ii) Quy trình xử lý đơn thuốc.

(iii). Nhân sự.



b) Hoạt động của người dược sĩ đánh giá đơn thuốc.

Hoạt động này liên quan đến các lĩnh vực tri liệu, cân nhắc thích hợp của thuốc đối với cá nhân người bệnh và các yếu tố về kinh tế, pháp luật, xã hội khác.

Cần có các tiêu chuẩn quốc gia về:

- (i) Nguồn thông tin thuốc.
- (ii) Thẩm quyền của người dược sĩ.
- (iii) Hồ sơ bệnh án.

c) Các hoạt động liên quan đến bán thuốc kê đơn:

Cần có các Tiêu chuẩn quốc gia về:

- (i) Các nguồn cung cấp thuốc và các mặt hàng khác; cơ sở sản xuất thuốc.
- (ii) Tồn trữ bảo quản thuốc.
- (iii) Điều kiện tại thời điểm cung cấp cho người bệnh.
- (iv) Nhân sự tham gia.
- (v) Các trang thiết bị cần thiết.
- (vi) Cơ sở vật chất và nơi làm việc cần thiết.
- (vii) Pha chế và đảm bảo chất lượng của các chế phẩm dùng ngay.
- (viii) Xử lý các sản phẩm dược không sử dụng và chất thải dược.

d) Hoạt động tư vấn để đảm bảo rằng người bệnh hay người được chăm sóc hiểu đầy đủ thông tin dưới dạng viết và dạng nói nhằm nhận được lợi ích tối đa từ việc điều trị.

Cần có các tiêu chuẩn quốc gia về:

(i) Cơ sở vật chất để thực hiện trao đổi bí mật không bị người khác có thể nghe được.

- (ii) Nguồn thông tin.
- (iii) Quy trình cần phải tuân thủ và tài liệu thích hợp của các quy trình này.
- (iv) Thẩm quyền của nhân viên tham gia.

e) Hoạt động theo dõi, ghi chép hiệu quả của các hoạt động chuyên môn.

Cần có các tiêu chuẩn quốc gia về:

- (i) Quy trình để được theo dõi thường xuyên, có hệ thống đánh giá tiến bộ hay kết quả điều trị cho từng người bệnh hoặc các nhóm người bệnh.
 - (ii) Tiếp cận các thiết bị giám sát cần thiết và cơ sở vật chất.
 - (iii) Bảo đảm chất lượng giám sát cơ sở vật chất.
- f) Tài liệu về các hoạt động chuyên môn.

Cần có các tiêu chuẩn quốc gia về:

(i) Ghi chép các hoạt động chuyên môn và dữ liệu thích hợp, cho phép truy cập thông tin toàn diện.

(ii) Quy trình tự đánh giá các hoạt động chuyên môn và đảm bảo chất lượng.

g) Tự điều trị.

Cần có các tiêu chuẩn quốc gia về:

(i) Cơ sở vật chất để thực hiện tư vấn chuyên môn độc lập.

(ii) Năng lực chuyên môn của nhân viên tham gia.

(iii) Làm thế nào đánh giá đúng nhu cầu sẽ được thực hiện, thí dụ như:

– Ai có vấn đề về sức khoẻ.

– Các triệu chứng là gì.

– Triệu chứng đó đã tồn tại bao lâu.

– Hành động nào đã được thực hiện.

– Thuốc đã được dùng.

(iv) Tính hiệu quả và an toàn của sản phẩm được đề nghị.

(v) Khi nào tham khảo bác sĩ thì thích hợp và làm thế nào để theo dõi.

3) Ảnh hưởng đến kê đơn và sử dụng thuốc

h) Chính sách kê đơn hợp lý nói chung.

Cần có các Tiêu chuẩn quốc gia về:

(i) Chất lượng của dữ liệu kê đơn được cung cấp cho người dược sĩ.

(ii) Dạng bào chế của thuốc.

(iii) Liên hệ với bác sĩ về kê đơn cá nhân.

(iv) Đánh giá các dữ liệu về việc sử dụng thuốc trong thực hành khám bệnh và thực hành nhà thuốc.

(v) Đánh giá các tài liệu quảng cáo thuốc.

(vi) Phổ biến thông tin đã được đánh giá trong một mạng thông tin chính thức.

(vii) Các chương trình giáo dục truyền thông cho nhân viên y tế.

(viii) Nguồn tham khảo có sẵn cho người dược sĩ.

(ix) Bảo mật dữ liệu cá nhân liên quan đến người bệnh.

(x) Báo cáo về các phản ứng có hại, các sai sót trong điều trị, các khuyết tật trong chất lượng sản phẩm và phát hiện thuốc giả.

3.1.5. Nghiên cứu và ghi chép hồ sơ

Người dược sĩ có trách nhiệm ghi chép lại các kinh nghiệm thực tế và các hoạt động đã tiến hành hoặc tham gia vào các nghiên cứu về thực hành nhà thuốc và trị liệu.

3.2. Tiêu chuẩn đạo đức hành nghề của người dược sĩ

Tiêu chuẩn đạo đức hành nghề của người dược sĩ được Hội đồng của Liên đoàn Dược phẩm Quốc tế (FIP) thông qua tại Vancouver (Canada) ngày 5 tháng 09 năm 1997.

Dược sĩ là một danh hiệu nghề nghiệp, hành nghề Dược được xác định bởi sự tự nguyện của cá nhân người dược sĩ và phải tuân theo các tiêu chuẩn đạo đức, tiêu chuẩn nghề nghiệp cao hơn những yêu cầu pháp lý tối thiểu. Người dược sĩ là những nhân viên y tế có trách nhiệm giúp người dân duy trì sức khỏe tốt, tránh ốm đau và khi thích hợp làm cho việc sử dụng thuốc đạt kết quả tốt nhất.

Vai trò của người dược sĩ đã thay đổi đáng kể trong 20 năm qua. Trong khi các nguyên tắc đạo đức xã hội cơ bản không thay đổi, thì tiêu chuẩn đạo đức hành nghề Dược luôn được bổ sung để tái khẳng định và đưa ra công khai các nguyên tắc cơ bản về vai trò và trách nhiệm của người dược sĩ. Những nguyên tắc này dựa trên giá trị và trách nhiệm về đạo đức, được thiết lập để giúp cho các cơ quan/tổ chức dược quốc gia thông qua tiêu chuẩn đạo đức của họ và hướng dẫn mối quan hệ của người dược sĩ với người bệnh, các nhân viên y tế khác và với xã hội nói chung. Người dược sĩ phải cố gắng hành động đúng đắn và công bằng theo phân bổ nguồn lực y tế mà họ có.

Các nguyên tắc cơ bản trong đạo đức hành nghề Dược của dược sĩ là:

1) Trách nhiệm trước hết của người dược sĩ là làm điều tốt cho người bệnh.

Về mặt nghĩa vụ, người dược sĩ phải:

– Đảm bảo tính khách quan.

– Đặt lợi ích người bệnh lên trên lợi nhuận thương mại hay cá nhân (gồm cả lợi nhuận tài chính).

– Tăng cường quyền được điều trị an toàn và hiệu quả cho người bệnh.

2) Người dược sĩ phải thể hiện tâm huyết của mình đối với người bệnh hoặc khách hàng.

Về mặt nghĩa vụ, người dược sĩ phải:

– Tôn trọng cuộc sống và phẩm giá của con người.

– Không phân biệt đối xử với mọi người.

3) Người dược sĩ phải tôn trọng quyền tự do cá nhân trong lựa chọn phương pháp điều trị của người bệnh hay khách hàng.

Về mặt nghĩa vụ, người dược sĩ phải:

– Đảm bảo rằng khi tham gia vào lập kế hoạch chăm sóc và điều trị người dược sĩ phải tham khảo ý kiến cá nhân của người bệnh.

4) Người dược sĩ phải tôn trọng và bảo vệ quyền bí mật cá nhân.

Về mặt nghĩa vụ, người dược sĩ phải:

– Không được phát tán những thông tin về cá nhân người bệnh hay khách hàng nếu không có sự chấp thuận và thông báo trước.

5) Người dược sĩ phải phối hợp với đồng nghiệp và các nhân viên y tế khác và phải tôn trọng giá trị và năng lực của họ.

Về mặt nghĩa vụ, người dược sĩ phải:

– Phối hợp với đồng nghiệp và các nhân viên y tế, cơ quan khác để ra sức tuyên truyền sức khỏe, phòng ngừa bệnh tật, ốm đau cho cộng đồng.

6) Người dược sĩ phải cư xử trung thực và liêm chính trong quan hệ nghề nghiệp.

Về mặt nghĩa vụ, người dược sĩ phải:

– Cư xử với người bệnh bằng lương tâm trong sáng.

– Tránh có hành động, thói quen hay tạo ra tình huống có khả năng gây ra ảnh hưởng đến năng lực phán đoán chuyên môn.

7) Người dược sĩ phải phục vụ nhu cầu của cá nhân, cộng đồng và xã hội.

Về mặt nghĩa vụ, người dược sĩ phải:

– Xác định trách nhiệm trong phục vụ nhu cầu của mọi cá nhân, người bệnh và của xã hội nói chung.

8) Người dược sĩ phải duy trì và nâng cao kiến thức và kỹ năng chuyên môn.

Về mặt nghĩa vụ, người dược sĩ phải:

– Đảm bảo năng lực của từng dịch vụ được cung cấp theo cách liên tục cập nhật kỹ năng và kiến thức chuyên môn.

9) Người dược sĩ phải đảm bảo liên tục trong cung cấp dịch vụ ngay cả trong điều kiện có bất đồng hay mâu thuẫn của người thực hành nghề nghiệp, khi đóng cửa của nhà thuốc hoặc mâu thuẫn với các tôn chỉ đạo đức cá nhân.

Về mặt nghĩa vụ, người dược sĩ phải:

– Chuyển người bệnh sang cơ sở y tế khác.

– Đảm bảo tính liên tục trong cung cấp dịch vụ, khi nhà thuốc đóng cửa của nhà thuốc phải thông báo cho người bệnh đơn thuốc của họ đã được chuyển tới địa chỉ cần thiết.

3.3. Tiêu chuẩn tự chăm sóc bao gồm tự điều trị và vai trò chuyên môn của người dược sĩ

Tiêu chuẩn này được Hội đồng của Liên đoàn Dược phẩm Quốc tế (FIP) thông qua tại Rerusalem (Isaren) ngày 1 tháng 09 năm 1996.

3.3.1. Tự chăm sóc và tự điều trị

Tự chăm sóc bao gồm tự điều trị hoặc tự dùng thuốc là một nét đặc trưng trong chăm sóc sức khỏe đã có từ rất nhiều năm trước đây.

Ngày nay người dân được thông tin tốt hơn trước đây, thích khẳng định mình cũng như tự chịu trách nhiệm cá nhân đối với tình trạng sức khỏe của mình. Họ cũng muốn có càng nhiều thông tin từ các chuyên gia để giúp họ có các quyết định hợp lý trong chăm sóc sức khỏe. Các nghiên cứu về người tiêu dùng cho thấy, đa số người dân đều cho rằng người dược sĩ là nguồn quan trọng cung cấp các thông tin tư vấn về thuốc hợp thức và lời khuyên về mặt sức khỏe.

Tự điều trị bao gồm phòng ngừa ốm đau, bằng chế độ ăn uống, thể dục thích hợp, không hút thuốc lá và sử dụng các sản phẩm thuốc lá khác và tránh lạm dụng thuốc... Khi các biện pháp phòng ngừa thất bại, người bệnh phải có trách nhiệm điều trị triệu chứng bằng thuốc không cần kê đơn sẵn có.

Chính phủ và các cơ quan bảo hiểm y tế khuyến khích việc tự chăm sóc có trách nhiệm của người dân để nâng cao sức khỏe quốc gia và thấy rằng điều đó có thể giúp hạn chế tăng chi phí của xã hội cho chăm sóc sức khỏe.

3.3.2. Thuốc

Cơ quan có thẩm quyền cấp giấy phép lưu hành thuốc phải đảm bảo thuốc được cấp phép lưu hành an toàn, chất lượng và hiệu quả cao. Thuốc được phân loại là thuốc kê đơn khi các cơ quan có thẩm quyền thấy thuốc đó chỉ được dùng theo hướng dẫn hoặc có các nguy cơ tiềm ẩn phải kết hợp giữa giám sát điều trị đối với người bệnh và giám sát bắt buộc đối với thuốc.

Một khi thuốc không đáp ứng các tiêu chí này thì sẽ không được sử dụng như một thuốc không kê đơn. Sau đó cần phải đảm bảo tự điều trị phải đi kèm với trách nhiệm và khuyến cáo bác sĩ kê đơn tư vấn xem liệu sự tự điều trị đó có thích hợp hay không. Điều này chỉ đạt được khi thuốc được dán nhãn đầy đủ và đảm bảo bất kỳ thông tin bổ sung cần thiết nào cũng chỉ được đưa ra ở các cơ quan có người dược sĩ tư vấn. Vì vậy, phân phối thuốc chỉ hạn chế tại các nhà thuốc.

3.3.3. Vai trò người dược sĩ

Ở hầu hết các quốc gia, nhà thuốc có thể được người bệnh tiếp cận một cách thuận lợi, tại đó người dược sĩ luôn có mặt trong thời gian nhà thuốc mở cửa và không cần phải sắp xếp cuộc hẹn trước. Ở những nước, tại đó các nhà thuốc không được phân bổ hợp lý, trách nhiệm của chính phủ là bảo đảm phân đông dân chúng đều thuận lợi khi tiếp cận nhà thuốc. Người dược sĩ có trách nhiệm chuyên môn là cung cấp những lời khuyên khách quan, đầy đủ và đảm bảo tự điều trị chỉ được tiến hành khi thấy an toàn và thích hợp.

Người dược sĩ thực hành nghề có trình độ và được bố trí để tư vấn cho bác sĩ kê đơn và lời khuyên của họ dựa trên hiểu biết chuyên môn được đào tạo, do đó

tốt hơn và an toàn hơn lời khuyên từ bạn bè hay một thành viên trong gia đình không có chuyên môn.

Người dược sĩ phải có những kiến thức cần thiết để tư vấn về bảo quản thuốc ở gia đình và việc xử lý thuốc an toàn sau đợt điều trị hoàn thành hoặc trong trường hợp thuốc ít được sử dụng và bị hết hạn.

Người dược sĩ cũng có thể khuyên một thuốc được kê đơn cho một cá nhân hoặc được mua để điều trị cho một trường hợp cụ thể không được dùng cho người khác khi không có các tư vấn chuyên môn trước khi sử dụng.

Người dược sĩ có trách nhiệm báo cáo cho bác sĩ kê đơn, nhà sản xuất và cơ quan quản lý thuốc về bất kỳ thông tin nào liên quan đến phản ứng có hại khi người sử dụng gặp phải mà nguyên nhân có thể do mua thuốc không cần kê đơn.

3.3.4. Kiến thức về thuốc của cộng đồng

Một lượng thông tin đáng kể về thuốc hiện tại được cung cấp cho người tiêu dùng ở nhiều nước qua các phương tiện thông tin đại chúng, những thông tin trong tờ hướng dẫn sử dụng kèm theo sản phẩm thuốc và đôi khi thông qua quảng cáo. Kinh nghiệm cho thấy cung cấp thông tin có thể bị hiểu sai và thường làm cho người tiêu dùng phải đặt ra các câu hỏi mới. Do thuốc không phải là hàng hoá thông thường để buôn bán, nên quảng cáo thuốc cho cộng đồng phải được kiểm soát.

Một điều quan trọng nữa là khi tên thuốc được người mua đề cập đến tại nhà thuốc, người bán hàng không nhất thiết phải giả định rằng người mua nhận thức được đầy đủ về các đặc tính của thuốc, tác dụng phụ có thể xảy ra và khả năng tương tác với các thuốc khác. Người mua có thể chỉ biết đến tên thuốc thông qua khi họ đọc được, xem được hay nghe được quảng cáo về thuốc đó, hoặc có thể được một người bạn gợi ý, người này chỉ có kiến thức không đầy đủ hay không có kiến thức về các nguy cơ tiềm ẩn khi sử dụng thuốc.

3.3.5. Giáo dục đào tạo người dược sĩ

Giáo dục đào tạo người dược sĩ trang bị cho họ các kiến thức để họ đưa ra các lời khuyên về tự điều trị. Người dược sĩ có trách nhiệm mở rộng và cập nhật các kiến thức về thuốc và nhận thức được các triệu chứng của bệnh tật thông thường có thể điều trị an toàn trong suốt thời gian thực hành nghề nghiệp chuyên môn của họ.

Đào tạo dược ngày nay càng tập trung vào các kỹ năng giao tiếp, các lĩnh vực khoa học xã hội, khoa học ứng xử và kinh tế được có ảnh hưởng đến quá trình thực hành nhà thuốc. Hơn nữa lợi ích của giảng dạy đa khoa này đang được khuyến khích ở một vài nước, bất cứ khi nào có điều kiện nên tuyên truyền ở tất cả các nước.

Giáo dục đào tạo người dược sĩ trang bị cho họ một vai trò quan trọng trong

giúp đỡ, đưa ra các lời khuyên và thông tin cho công chúng về thuốc không kê đơn sẵn có.

Kiến thức điều trị đạt được trong suốt khoá giáo dục đào tạo cho phép người được sĩ đưa ra lời khuyên khi nào tự điều trị là không thích hợp và cần tư vấn của bác sĩ kê đơn.

3.3.6. Hợp tác người bác sĩ kê đơn và người được sĩ

Hợp tác chặt chẽ giữa người bác sĩ kê đơn và người được sĩ là điều quan trọng trong lĩnh vực tự điều trị cũng như trong mối quan hệ giữa những thuốc kê đơn. Mối quan hệ trong nghề nghiệp sẽ được tăng cường nếu người bác sĩ kê đơn và người được sĩ ở cơ sở cùng nhất trí về quy trình được áp dụng trong điều trị các triệu chứng có tình huống đặc biệt, liên quan đến các nhóm điều trị đặc biệt. Những quy trình này sẽ đảm bảo sử dụng có hiệu quả khả năng chuyên môn của cả hai nghề vì lợi ích cao nhất của cộng đồng cũng như người bệnh và người tiêu dùng.

Dựa trên cơ sở này, khi người được sĩ tư vấn về tự điều trị phải thực hiện những trách nhiệm sau.

1) Nhà thuốc

– Nhìn từ bên ngoài, nhà thuốc phải được chú trọng và phản ánh được bản chất chuyên môn của nó để tạo ra sự tin tưởng về chất lượng của các tư vấn về chăm sóc sức khỏe.

– Mỗi nhà thuốc phải có một khu vực riêng yên tĩnh để khách hàng có thể đặt câu hỏi và nhận lời khuyên mà không bị ảnh hưởng bởi những người xung quanh.

– Quy trình bán/cấp phát thuốc cho người bệnh phải phản ánh trách nhiệm chuyên môn của người được sĩ là một người bảo vệ người dân về tính an toàn, hiệu quả, chất lượng của thuốc.

2) Quảng cáo bán hàng

Theo tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp người được sĩ không được tham gia vào bất kỳ các phương thức quảng cáo hay chiến dịch quảng cáo nào nhằm:

– Khuyến khích cộng đồng coi thuốc là các hàng hoá bình thường.

– Khuyến khích một người mua thuốc nhiều hơn nhu cầu của họ hoặc làm xói mòn các thực hành đánh giá mang tính chất chuyên môn của người được sĩ hay bất kỳ các nhân viên y tế nào.

3) Tư vấn về tự điều trị triệu chứng

– Khi đưa ra lời khuyên về một triệu chứng y học, phải đưa ra các thông tin đầy đủ để cho phép có những đánh giá thích hợp về tình trạng mắc bệnh. Điều này gồm các thông tin về người có vấn đề sức khỏe, các triệu chứng, thời gian kéo dài bao lâu, đã xử lý và đã dùng thuốc nào chưa...

Người được sĩ phải quyết định liệu triệu chứng đó có đi kèm theo các điều kiện nghiêm trọng không và trong hoàn cảnh nào thì nên chuyển ngay người đó đến bộ phận tư vấn về y tế. Để quyết định xem chuyển đi bệnh viện điều trị có cần thiết không, người được sĩ phải cân nhắc những yếu tố sau:

- Triệu chứng có dai dẳng trong một khoảng thời gian dài không.
- Có bị đau trầm trọng không.
- Liệu một hay nhiều loại thuốc thích hợp cho điều trị triệu chứng đã được dùng mà không thành công không.
- Có nghi ngờ về phản ứng phụ có hại đối với thuốc kê đơn hoặc không kê đơn không.
- Triệu chứng có nghiêm trọng không.

Trong trường hợp triệu chứng không có những tiêu chí này, người được sĩ phải đưa ra lời khuyên thích hợp có thể hoặc không có những khuyến cáo về sử dụng thuốc. Lời khuyên phải bao gồm những điều cần thiết, phải có tư vấn của bác sĩ nếu triệu chứng vẫn còn tiếp tục trong suốt thời gian kể trên.

4) Yêu cầu mua thuốc theo tên thuốc

Khi một thuốc không kê đơn được yêu cầu theo tên, người được sĩ không được cho là người yêu cầu có đủ kiến thức về thuốc đó. Trong tất cả mọi trường hợp, phải hỏi người mua xem họ đã điều trị gì khác không và thuốc đó đã từng được dùng chưa trước khi quyết định xem thuốc được yêu cầu có thích hợp không hay có cần thiết phải đặt thêm câu hỏi trước khi đưa ra lời khuyên không.

5) Phối hợp với bác sĩ

Khi đưa ra quyết định người bệnh cần phải có sự tư vấn của bác sĩ, những thông tin cung cấp cho bác sĩ kê đơn phải đầy đủ và chính xác là cần thiết. Người được sĩ phải sử dụng sổ ghi chuyển người bệnh để chuyển nhu cầu cá nhân có ghi nhớ những chi tiết mà người được sĩ cân nhắc cần phải cung cấp cho bác sĩ kê đơn. Giấy chuyển người bệnh nên lập thành ba bản, một bản đưa cho người bệnh để đưa cho bác sĩ kê đơn, bản thứ hai đưa cho người bệnh lưu giữ và bản thứ ba phải được giữ tại nhà thuốc để nếu khi bác sĩ kê đơn cần liên lạc với người được sĩ, cả hai sẽ có cùng một tài liệu.

6) Giữ bí mật

Người được sĩ phải tôn trọng bí mật của thông tin đòi hỏi giữ kín của người bệnh trong quá trình thực hành nghề nghiệp.

3.4. Tự điều trị có trách nhiệm

3.4.1. Định nghĩa

Tự điều trị là cách thức mà người bệnh tự mình sử dụng thuốc không cần kê đơn (OTC). Trong trường hợp này, người được sĩ đóng vai trò chủ chốt trong việc



đưa ra các lời khuyên và thông tin được phép về thuốc tự điều trị để giúp đỡ người bệnh.

Tự chăm sóc gồm tự điều trị, là một đặc trưng của chăm sóc y tế trong nhiều năm qua. Hiện nay, trong nhiều trường hợp người dân thích chịu trách nhiệm cá nhân nhiều hơn đối với tình trạng sức khỏe của họ và muốn càng có nhiều càng tốt hơn thông tin từ các chuyên gia để giúp họ có các quyết định hợp lý trong chăm sóc y tế.

Chính phủ và các cơ quan hoặc công ty bảo hiểm y tế đang ngày càng khuyến khích tự chăm sóc sức khỏe, gồm tự điều trị thích hợp, điều này có nghĩa là hạn chế tăng ngân sách của bên thứ ba cho chăm sóc y tế.

Người được sĩ là người tư vấn cho cộng đồng về chăm sóc sức khỏe hàng ngày và là những người chủ yếu trong cung cấp thuốc, giáo dục và trang bị cho cộng đồng kiến thức để cung cấp các lời khuyên về sử dụng thuốc.

Người được sĩ và các nhà sản xuất thuốc không kê đơn (WSMI) cùng chia sẻ những mục tiêu là cung cấp các dịch vụ có chất lượng tốt đến cộng đồng và khuyến khích sử dụng thuốc có trách nhiệm bằng có nhãn đầy đủ và những lời khuyên chuyên môn hoặc bất kỳ thông tin thêm nào của người được sĩ hay người bác sĩ có thể đạt tối đa các mục tiêu này.

Những công ty được giới thiệu là thành viên của nhà sản xuất thuốc không kê đơn cung cấp thuốc không kê đơn, chất lượng, độ an toàn và hiệu quả của thuốc đó được đảm bảo, bằng cách được cơ quan có thẩm quyền tại nước đó cấp giấy phép lưu hành sản phẩm hoặc các thủ tục hợp pháp khác được công nhận.

Quảng cáo rất có ích trong thông báo cho người dân về thuốc không kê đơn sẵn có. Điều này phải tiến hành có trách nhiệm và không cản trở cá nhân người bệnh tìm kiếm lời khuyên từ người được sĩ hay người bác sĩ.

3.4.2. Trách nhiệm của người được sĩ trong tự điều trị

Người được sĩ có nghĩa vụ nghề nghiệp là tư vấn khách quan và đầy đủ về tự điều trị và cung cấp thuốc sẵn có cho tự điều trị.

Người được sĩ có nghĩa vụ nghề nghiệp là báo cáo cho các cơ quan quản lý thuốc và nhà sản xuất khi có bất kỳ trường hợp phản ứng không mong muốn nào xảy ra đối với khách hàng hoặc người bệnh do sử dụng thuốc không kê đơn.

Người được sĩ có nghĩa vụ chuyên môn là khuyên không sử dụng thuốc khi phát hiện thấy tự điều trị là không thích hợp.

Người được sĩ có nghĩa vụ chuyên môn là động viên các thành viên ở cộng đồng khi dùng thuốc điều trị phải coi thuốc là một sản phẩm đặc biệt được bảo quản và sử dụng cẩn thận và cuối cùng, không tạo ra một tác động nào có thể khuyến khích người ta mua thuốc quá nhiều.

3.4.3. Trách nhiệm của các nhà sản xuất thuốc không kê đơn

Nhà sản xuất thuốc không kê đơn (WSMI – Word Self Medication Industry) có trách nhiệm cung cấp thuốc có tiêu chuẩn chất lượng cao, an toàn, hiệu quả và đạt tất cả các yêu cầu pháp lý về đóng gói, dán nhãn và phải trình bày thông tin trên nhãn phù hợp với tiêu chuẩn thế giới.

Người chịu trách nhiệm về thuốc, thường là nhà sản xuất nhưng cũng có thể là nhà phân phối ban đầu, có trách nhiệm cung cấp tất cả những thông tin cần cho người dược sĩ để họ cung cấp những lời khuyên thích hợp cho cộng đồng.

Nhà sản xuất có trách nhiệm đảm bảo những công bố đưa ra trong quảng cáo thuốc đều đã được khoa học chứng minh, theo những quy chế quốc gia các hướng dẫn của công nghiệp và kiểm soát của chính nơi sản xuất và không khuyến khích sử dụng thuốc không thích hợp.

Nhà sản xuất có trách nhiệm đảm bảo các phương pháp tiếp thị. Khuyến khích người dân điều trị bằng thuốc cẩn thận và vì thế không tạo ra một tác động nào để khuyến khích người ta mua quá nhiều thuốc.

3.5. Tiêu chuẩn nghề nghiệp chăm sóc dược

Tiêu chuẩn này được Hội đồng của Liên đoàn Dược phẩm Quốc tế (FIP) thông qua trong cuộc họp tại Hague (Hà Lan) ngày 04 tháng 09 năm 1998.

Các loại thuốc tân dược có hiệu quả và rõ ràng trong tác dụng. Chủ yếu là thuốc được tự dùng của tất cả liệu pháp điều trị hiện đại sẵn có, cho nên thành công phụ thuộc vào sự tham gia tích cực của người bệnh và họ yêu cầu thông tin khách quan nếu họ muốn nhận được lợi ích trị liệu tối đa và tránh được các tác dụng phụ không mong muốn từ các đợt điều trị. Trị liệu thuốc kê đơn là một quá trình cộng tác liên quan đến người bệnh, người bác sĩ, người dược sĩ và các nhân viên y tế khác. Do đó, trong những năm gần đây, người dược sĩ đã chấp nhận cách tiếp cận lấy người bệnh làm trung tâm nhiều hơn trong các dịch vụ nghề nghiệp họ cung cấp. Điều này đảm bảo cả khía cạnh chăm sóc người bệnh, lẫn khía cạnh kinh tế được cân nhắc chính xác và được cân đối với quyền lợi của người bệnh.

Sử dụng các thuốc không kê đơn đang tăng lên trong điều trị các chứng bệnh thông thường và hàng loạt thuốc không kê đơn có hiệu quả sẵn có cũng nhiều lên. Ở đây vai trò của người dược sĩ là đảm bảo tất cả các thông tin và lời khuyên cần thiết được đưa ra để khuyến khích sử dụng thuốc an toàn và hiệu quả. Bởi vậy FIP xem như, trong khái niệm chăm sóc dược không có khác nhau cơ bản vai trò của người dược sĩ về thuốc kê đơn và không kê đơn.

Các nguyên tắc của chăm sóc dược được gắn vào khái niệm thực hành tốt nhà thuốc. Tuyên bố này có ý định đưa ra một khung cơ bản, trên cơ sở đó Hội Dược

học các nước có thể xây dựng lên các tiêu chuẩn quốc gia theo đó hướng tới phù hợp cho quốc gia của họ.

3.5.1. Định nghĩa chăm sóc được

Chăm sóc được là cung cấp có trách nhiệm liệu pháp dùng thuốc nhằm mục đích đạt được tác động rõ ràng, cải thiện hoặc duy trì chất lượng cuộc sống của người bệnh. Đó là quá trình hợp tác nhằm đề phòng hoặc xác định và giải quyết các vấn đề liên quan đến các sản phẩm y tế và sức khỏe. Đó là quá trình tiếp tục cải thiện chất lượng sử dụng các sản phẩm y tế.

3.5.2. Các yêu cầu của chăm sóc được

Mục đích của chăm sóc được là tối ưu chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe người bệnh và đạt được các tác động lâm sàng tích cực. Để đạt mục tiêu này một cách tiếp cận có cấu trúc là cần thiết, bao gồm các bước phân biệt sau:

(i) Chăm sóc được đòi hỏi phải xác lập và duy trì mối quan hệ nghề nghiệp giữa người bệnh và người được sĩ.

(ii) Chăm sóc được đòi hỏi phải cung cấp cho người bệnh hồ sơ sử dụng thuốc và hồ sơ bệnh tật, phải được người bệnh ưng thuận cho lưu giữ các thông tin, những thông tin thêm về người bệnh phải được thu thập, tổ chức, ghi chép, theo dõi, giám sát và duy trì.

(iii) Chăm sóc được đòi hỏi thông tin về bệnh tật riêng của người bệnh phải được đánh giá và trong trường hợp thuốc được kê đơn, một kế hoạch trị liệu được phát triển liên quan đến người bệnh và người kê đơn.

Để thỏa mãn những yêu cầu này:

– Các mối quan hệ được xác định và duy trì trên cơ sở chu đáo, tin cậy, mở ra giao tiếp và cùng ra quyết định. Trong mỗi quan hệ này người được sĩ dành ưu tiên cho phúc lợi của người bệnh và sử dụng toàn bộ kỹ năng kiến thức nghề nghiệp của mình thay mặt cho người bệnh. Trong trao đổi, người bệnh đồng ý cung cấp các thông tin cá nhân, thể hiện sở thích và tham gia vào chuẩn bị kế hoạch điều trị.

– Người được sĩ thu thập thông tin liên quan đến các vấn đề sức khỏe, thuốc và quyết định các dữ liệu cần thiết để thực hiện một đánh giá quan trọng về các vấn đề của người bệnh. Từ các thông tin này sẽ hình thành cơ sở cho các quyết định liên quan đến phát triển và thay đổi tiếp theo của kế hoạch trị liệu dùng thuốc, nó phải chính xác, trọn vẹn nhất có thể và được ghi chép có hệ thống để đảm bảo sẵn sàng gọi ra được. Thông tin người bệnh phải được duy trì bí mật và cập nhật khi cần thiết và thích hợp.

– Một kế hoạch trị liệu dùng thuốc phải được phát triển có tham gia tích cực của người bệnh. Đóng góp của người được sĩ phải tập trung vào cân bằng giữa sự

phức tạp của trị liệu, chi phí và khả năng tuân thủ của người bệnh vào kế hoạch. Người bệnh cần được thông tin đầy đủ bằng ngôn ngữ dễ hiểu các thành phần cơ bản của kế hoạch, bao gồm cả trách nhiệm của họ. Bản kế hoạch phải được ghi vào hồ sơ của người bệnh và ở nơi thích hợp, được giao tiếp với các nhân viên y tế có liên quan khác.

– Người được sĩ phải được trả công thỏa đáng cho các dịch vụ thêm này.

3.5.3. Nguyên tắc thực hành nghề nghiệp

i) Thu thập dữ liệu:

Người được sĩ tiến hành cuộc giao tiếp với người bệnh ở nơi được thiết kế xây dựng đảm bảo tính riêng tư. Các dữ liệu thu được chính xác, được tổ chức thích đáng và giữ *tính hiện hành*. Dữ liệu người bệnh là tuyệt mật và chỉ được cung cấp cho người khác khi được thông báo có sự ưng thuận của người bệnh hoặc yêu cầu của luật pháp.

ii) Đánh giá thông tin và hình thành kế hoạch:

Người được sĩ hợp tác với các nhân viên y tế khác và người bệnh, xác định, đánh giá những hành động thích hợp nhất để đảm bảo tính hiệu quả và độ an toàn *hiện tại* (gồm cả chi phí hiệu quả) hoặc trị liệu dùng thuốc được lên kế hoạch để giảm thiểu các vấn đề *hiện tại* hoặc các vấn đề tương lai tiềm tàng liên quan đến sức khỏe. Người được sĩ cung cấp tài liệu (chứng minh bằng tư liệu), trong hồ sơ bệnh án của người bệnh, kế hoạch và các kết quả mong muốn cho từng vấn đề được nhận dạng.

iii) Thực hiện kế hoạch:

Người được sĩ làm việc với người bệnh để tối đa hoá hiểu biết của người bệnh và cam kết đối với kế hoạch trị liệu chăm sóc được. Người được sĩ đảm bảo rằng người bệnh biết sử dụng tất cả các loại thuốc cần thiết như thế nào và bất cứ các trang bị nào liên quan đến theo dõi hoặc sử dụng đúng cách dùng.

iv) Theo dõi và điều chỉnh kế hoạch để đảm bảo kết quả tích cực:

Người được sĩ thường xuyên đánh giá tiến bộ của người bệnh hướng tới đạt được kết quả như mong muốn và một báo cáo gửi cho các nhân viên y tế khác trong trường hợp thích hợp. Theo hướng tiến bộ đạt được, người bệnh phải nhận được sự củng cố tích cực để khuyến khích tiếp tục hợp tác. Nếu tiến bộ mong đợi không đạt được, tiếp theo kế hoạch phải được sửa đổi, áp dụng các nguyên tắc được sử dụng trong hình thành bản kế hoạch gốc.

v) Giám sát:

Khi các kết quả mong muốn đã đạt được, một thủ tục giám sát cần được thiết lập để đảm bảo tiếp tục phục hồi của người bệnh.

KẾT LUẬN

Như đã thảo luận trong các GPs thuộc hệ thống đảm bảo chất lượng thuốc (Quality Assurance of Pharmaceuticals Products) thì GPP là khâu cuối cùng trong chuỗi của hệ thống này. Tuy nhiên, mục tiêu cuối cùng của thuốc là đảm bảo yêu cầu và chất lượng điều trị. Để đạt mục tiêu đó thì cần phải thực hiện đồng thời hai hệ thống: hệ thống đảm bảo chất lượng thuốc (Quality Assurance of Pharmaceuticals Products) và hệ thống đảm bảo chất lượng điều trị (Quality Assurance of Clinical Therapy). Trong hệ thống (Quality Assurance of Clinical Therapy), các GP rất quan trọng là GPrP hoặc GMeP (Thực hành tốt kê đơn – Good Prescribing Practice hoặc Thực hành tốt Y khoa – Good Medicine Practice) vì các GP này tác động trực tiếp đến chất lượng sử dụng thuốc và khám chữa bệnh của người dân và cộng đồng. Nếu không thực hiện hệ thống đảm bảo chất lượng trị liệu (Quality Assurance of Clinical Therapy) đặc biệt là GPrP hoặc GMeP (Thực hành tốt kê đơn – Good Prescribing Practice hoặc Thực hành tốt Y khoa – Good Medicine Practice) thì việc thực hiện GPP chỉ mang tính hình thức không mang lại hiệu quả thực sự trong công tác chăm sóc sức khỏe cho người dân và cộng đồng.



QUẢN TRỊ MUA HÀNG VÀ TỒN TRỮ

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chu kỳ mua hàng bao gồm mọi quyết định, các hoạt động xác định rõ số lượng thuốc, hàng hoá cần mua, giá cả và chất lượng thuốc nhận được. Hoạt động mua hàng có ảnh hưởng lớn đến chất lượng dịch vụ của nhà thuốc. Bởi vậy, đó là các hoạt động cơ bản phải do một đội ngũ nhân viên đã được đào tạo, sử dụng các thao tác hợp lý tiến hành. Đội ngũ đó có kỹ năng giao tiếp tốt, có khả năng tiếp cận và đánh giá chính xác các thông tin về tồn trữ và tiêu thụ.

Tồn trữ hàng mua và quản trị tồn trữ đóng một vai trò quan trọng thực hiện các chức năng của một nhà thuốc. Các hoạt động này hình thành cơ sở để có thể thực hiện chức năng cung ứng thuốc.

Theo chế độ thực hành tốt nhà thuốc, một trong ba hoạt động chính của nhà thuốc là mua thuốc, cung ứng thuốc, bảo quản thuốc. Mua hàng đóng vai trò rất quan trọng trong đảm bảo chất lượng và duy trì số lượng hàng tồn trữ được nhà thuốc mua, cung ứng cho người bệnh. Sau khi người dược sĩ thiết lập rồi đưa vào thực hiện các hướng dẫn tiêu chuẩn, các quy định và các quy trình thao tác chuẩn được soạn thảo, soát xét, phê chuẩn, thực hiện, việc mua hàng và quản trị tồn trữ có thể giao cho các kỹ thuật viên dược đã được hướng dẫn, được đào tạo phù hợp, thực hiện, người dược sĩ chỉ giám sát. Nhờ đó người dược sĩ có thể tập trung hơn vào các hoạt động chăm sóc người bệnh.

Tất cả các bước thảo luận trong chương này cho phép đạt được mục tiêu cuối cùng của một “Hệ thống quản trị tốt mua hàng và tồn trữ”. Một hệ thống quản trị kém sẽ dẫn đến lãng phí nguồn tài chính, thường xuyên thiếu hụt và giảm chất lượng chăm sóc người bệnh.

1. QUẢN TRỊ MUA HÀNG

1.1. Chu kỳ mua hàng

1.1.1. *Lựa chọn thuốc và các hàng hoá*

Để tránh tồn trữ hàng *dưới mức (thiếu)* hoặc tồn trữ hàng *quá mức (thừa)* của một số thuốc và các hàng hoá khác cần xác định chính xác loại thuốc và hàng sẽ mua. Các yếu tố được cân nhắc trước khi lựa chọn thuốc và các hàng hoá là:

– Nhu cầu đối với thuốc các hàng hoá khác. Phụ thuộc vào thông tin tiêu thụ (lượng hàng bán ra).



– Lượng hàng tồn trữ. Bất cứ lúc nào lượng tồn trữ đang có về một mặt hàng còn ở mức độ tối thiểu nhà thuốc cần đặt hàng tiếp, hãy lựa chọn mua thuốc và hàng hoá đó.

1.1.2. Xác định số lượng cần thiết

Cách chính xác nhất để xác định nhu cầu đặt hàng là bắt đầu từ dữ liệu tiêu thụ quá khứ (bán) của hàng hoá. Dữ liệu này cần được cân nhắc dựa trên hiểu biết hoặc dự đoán được các thay đổi ở mô hình bệnh tật, các yếu tố mùa vụ, thời gian mua và mô hình kê đơn. Điều này còn phụ thuộc vào mức độ tồn trữ tối đa và tối thiểu (đối với một loại thuốc và hàng hoá riêng) mong muốn thỏa mãn nhu cầu đến tận lần đặt hàng kế tiếp.

Thí dụ nếu mức độ tồn trữ hàng tối đa đối với siro Benadryl là 20 lọ tồn trữ hàng hiện tại là 5 lọ, sẽ đặt 15 lọ siro Benadryl. Thường thì các nhà thuốc hay mua hàng vào một ngày nhất định trong tuần có thể sớm hay muộn hơn một đến hai ngày (tùy theo lượng tồn trữ hoặc thuận tiện).

1.1.3. Điều chỉnh lại nhu cầu và năng lực tài chính

Khi nguồn tài chính sẵn có không đủ để mua toàn bộ lượng hàng hoá được liệt kê trong danh mục đặt hàng, cần phải điều chỉnh danh mục. Dùng phương pháp phân tích ABC và VEN để trợ giúp (sẽ được thảo luận phần sau của chương này).

1.1.4. Lựa chọn phương pháp mua hàng

Phương pháp mua hàng bao gồm mua thường xuyên, mua theo chu kỳ (mỗi tuần, hai tuần, một tháng), mua theo kế hoạch được định trước hoặc mua đột xuất. Nên chọn cách nào có lợi nhất cho từng nhà thuốc. Một cách được áp dụng tốt tại nhà thuốc trước đó có thể áp dụng lại trong thời gian tới, nếu nó còn hiệu quả.

1.1.5. Chỉ định và lựa chọn các nhà cung cấp

Khi hàng hoá và số lượng được mua đã ấn định, phải chọn lựa các nhà cung cấp theo kinh nghiệm đã qua về độ tin cậy của họ. Độ tin cậy của nhà cung cấp không chỉ quan tâm đến giao hàng đã đặt đúng lúc, mà còn tôn trọng chất lượng sản phẩm sẽ cung cấp, chính sách đối với các khiếu nại. Đặc biệt khi mua ở trung tâm bán buôn là cách xử lý các khiếu nại về số lượng. Đánh giá nhà cung cấp và biên bản đánh giá có thể giúp nhiều trong chỉ định và lựa chọn các nhà cung cấp tin tưởng.

1.1.6. Xác định rõ các điều khoản hợp đồng

Phải được xác định các điều khoản hợp đồng trước khi các giao dịch bắt đầu. Các điều chính bao gồm phương thức thanh toán, thời hạn thanh toán, thời gian yêu cầu giao hàng đối với các hàng hoá được đặt...

1.1.7. Theo dõi tình trạng đặt hàng

Giao hàng đặt đúng lúc theo đơn đặt hàng là yêu cầu để tránh tồn trữ hàng dưới mức, đáp ứng các nhu cầu của khách hàng. Theo dõi tình trạng đặt hàng để chắc chắn hàng đặt được giao đúng lúc và tất cả các thuốc, hàng hoá khác không nhận được có thể đặt tiếp từ một nguồn khác.

1.1.8. Nhận và kiểm soát hàng hoá

Thuốc và các hàng hoá nhà thuốc mới nhận phải kiểm nhận tại khu biệt trữ: kiểm đếm số lượng, kiểm soát chất lượng theo cảm quan dựa trên kinh nghiệm và kỹ năng được đào tạo huấn luyện, kiểm tra hoá đơn, các hồ sơ kèm theo. Kiểm tra điều kiện bảo quản khi vận chuyển và đưa ngay vào tủ lạnh các thuốc yêu cầu dây truyền lạnh. Phải đếm các khoản theo danh mục đặt hàng, đối chiếu giữa hoá đơn và thực tế.

1.1.9. Thanh toán

Cần chỉ rõ trong hợp đồng phương thức, kỳ hạn, thanh toán. Thanh toán đúng hạn tạo ra một quan hệ tốt giữa nhà thuốc đối với các nhà cung cấp, nhà bán buôn.

1.1.10. Bảo quản và cung ứng thuốc

Khi đã mua được thuốc và hàng hoá khác cần thiết, thực hiện các thủ tục: nhận và kiểm soát, nhập kho. Phân loại rồi đưa vào bảo quản thích hợp, sẵn sàng bán ra. Việc cung ứng phải làm theo đúng luật pháp quy định.

1.1.11. Thu thập thông tin tiêu thụ

Có thể thu thập các thông tin tiêu thụ, dựa trên phương thức và số lượng bán ra. Số lượng tồn trữ giúp cho người dược sĩ xem xét và lựa chọn số lượng, chủng loại cho kỳ mua tới hoặc chu kỳ mua sau.

1.2. Danh mục sản phẩm

Tất cả mọi nhân viên trong nhà thuốc cần được tiếp cận thường xuyên với danh mục sản phẩm của nhà thuốc. Danh mục này giúp ta rất nhiều khi phải lập danh mục đặt hàng.

Khi vắng mặt các nhân viên có kinh nghiệm lập “Danh mục đặt hàng”, có thể sử dụng danh mục sản phẩm để tham khảo lựa chọn, để mua được những thuốc và hàng hoá đạt tiêu chuẩn chất lượng.

Nhà thuốc có một danh mục sản phẩm hợp lý sẽ hạn chế được việc mua bán các thuốc chậm tiêu thụ và các sản phẩm hoặc không đạt chất lượng hoặc không rõ nguồn gốc.

Danh mục này có thể được duyệt lại hoặc cập nhật thường xuyên khi cần (có thể hàng quý hoặc nửa năm). Bất cứ một thuốc hoặc hàng mới nào được giới thiệu

trên thị trường khi cần đưa vào danh mục sản phẩm người dược sĩ phụ trách cần phải duyệt lại về chuyên môn nghiệp vụ và khả năng tiêu thụ trên thị trường.

1.3. Danh mục đặt hàng

Danh mục đặt hàng là danh mục sản phẩm được sử dụng để đặt mua hàng hoá. Một danh mục đặt hàng được chuẩn bị kỹ càng, xác định chính xác số lượng sản phẩm cần mua là một trong những cách hiệu quả nhất để kiểm soát chi phí mua hàng. Hãy nhớ, tồn trữ hàng quá mức là lãng phí nguồn lực nhưng ngược lại tồn trữ hàng dưới mức có nghĩa là hàng không đủ sẽ làm thất vọng khách hàng dẫn đến mất lòng tin của khách hàng.

Trước khi đặt hàng hãy nghiên cứu cẩn thận dữ liệu tiêu thụ kỳ trước đó. Một danh mục đặt hàng tốt yêu cầu hai yếu tố quyết định quan trọng sau đây.

1.3.1. Các căn cứ xác định danh mục đặt hàng

Các yếu tố sau có thể xác định danh mục đặt hàng:

a) Tiêu thụ trung bình hàng ngày hoặc hàng tháng

Nghiên cứu tiêu thụ hàng hoá là điều quan trọng vì nó xác định hàng hoá nào bán nhanh, hàng hoá nào luân chuyển chậm.

Người dược sĩ sẽ nắm được các sản phẩm nào luân chuyển nhanh hay chậm dựa trên việc tiêu thụ thuốc thông qua các đơn thuốc nhận được tại nhà thuốc, nhu cầu về thuốc OTC và các hàng hoá khác bán tại quầy.

Hồ sơ tồn trữ hàng cũng đưa ra con số về các loại hàng hoá cần được đặt hàng.

b) Các bệnh dịch đang lưu hành hoặc các bệnh phổ biến và phác đồ điều trị chuẩn các bệnh đó

Hiểu biết về bệnh dịch hay lưu hành hoặc các bệnh thông thường (theo mùa) và các phác đồ điều trị chuẩn giúp xác định nhu cầu một loại thuốc đặc biệt. Ví dụ:

– Bệnh dịch:

+ Trong thời gian có dịch sốt rét thuốc chống sốt rét (Primaquine, chloroquine...) nhu cầu sẽ lớn hơn.

+ Khi một đợt bùng phát bệnh tiêu chảy các thuốc tiêu chảy sẽ có nhu cầu lớn hơn.

– Bệnh tật thông thường (theo mùa):

+ Trong mùa lạnh các vấn đề đau khớp sẽ nặng thêm, bởi vậy sẽ tăng lên nhu cầu đối với thuốc giảm đau và NSAID (uống hoặc bôi).

+ Trong mùa lạnh, cảm lạnh, cúm và các nhiễm virus xảy ra thường xuyên hơn, bởi vậy sẽ có nhu cầu tăng lên các thuốc cảm và ho...

Một vài bệnh liên quan đến lối sống như tăng huyết áp, tiểu đường, đang trở

nên phổ biến hiện nay. Các thuốc điều trị huyết áp, tiểu đường như atenolol, amlodipine, glimepiride, insulin... có thể được đặt theo mức tiêu thụ hàng tháng.

Cần tham khảo các số liệu từ bán hàng hàng ngày để điều chỉnh lại.

c) Các công ty bán buôn đang chào mời các chương trình khuyến mại

Các công ty dược phẩm thường chào mời chiết khấu và các chương trình khuyến mại để mua một lượng lớn các thuốc. Nhà thuốc cần phải tận dụng tốt nhất các chương trình loại đó, nhưng hãy sử dụng chúng hợp lý, thận trọng. Một vài chương trình khuyến mại liên quan đến các biệt dược luân chuyển nhanh có thể tạo ra các lợi nhuận hơn cho các nhà thuốc, nhưng ngược lại mua các khoản luân chuyển chậm có thể gây nên tồn trữ quá mức, tồn trữ cao và dẫn đến gây ra thua lỗ đối với nhà thuốc. Nhà thuốc phải quyết định mua đối với các chương trình khuyến mại nào có lợi. Mua một lượng rất lớn thuốc, đặc biệt các khoản bị cám dỗ bởi các chương trình khuyến mại để hưởng lợi từ chương trình khuyến mại, chiết khấu có thể dẫn đến tồn trữ hàng quá mức và thua lỗ.

d) Các mô hình kê đơn

Thói quen kê đơn của các thầy thuốc trong khu vực xung quanh nhà thuốc và các đơn thường nhận được tại nhà thuốc, cũng sẽ xác định thuốc và hàng hoá nên đặt hàng.

Hầu hết các thầy thuốc có một kiểu kê đơn điển hình, đặc biệt là kê đơn theo phác đồ điều trị. Cần quan sát cẩn thận kiểu kê đơn của các thầy thuốc để tìm ra các thuốc nào thường được kê, những thuốc nào hiếm khi được kê.

Khi giới thiệu vào thị trường một biệt dược mới, các trình dược viên thường thông tin cho các nhà thuốc. Nhiều bác sĩ có thói quen kê đơn các biệt dược mới được giới thiệu. Các dược sĩ phải cân nhắc đặt hàng các biệt dược mới ở một số lượng tối thiểu để tránh trường hợp người bệnh bị từ chối khi mang đơn đến nhà thuốc.

e) Yếu tố không chắc chắn

Một điều không chắc chắn về các biệt dược hoặc thuốc sẽ được thầy thuốc kê đơn cho một số người bệnh cá biệt, tình huống đặc biệt, đòi hỏi nhà thuốc phải có sự cân nhắc có hay không đưa các thuốc này vào danh mục đặt hàng hoặc số lượng cần thiết để đảm bảo uy tín cũng như khả năng tiêu thụ. Thêm vào điều đó là vấn đề của rất nhiều biệt dược (trên 10.000 ở nước ta) có sẵn trên thị trường và con số sẽ còn tiếp tục tăng lên không ngừng.

Những lý do đó gây nhiều khó khăn cho người dược sĩ khi dự đoán chính xác một mô hình bán và dự đoán biệt dược nào được tồn trữ và ở số lượng nào. Bởi vậy, một vài xét đoán, ước lượng sẽ phải làm trong quá trình tồn trữ hàng và đặt lại hàng.

Trong hệ thống tồn trữ nhà thuốc, nhiều khi nó trở nên khó khăn để có dự báo chính xác hàng mua/bán thêm. Điều này có thể xảy ra bởi vì các nhân tố thị trường khác nhau.

Một vài lý do tăng bán	Một vài lý do giảm bán
Sự xuất hiện liên tục của chương trình thúc đẩy, giới thiệu thuốc tại địa bàn	Thị trường thiếu ổn định
Một loại hàng nào đó đang được tiêu thụ trở nên khan hiếm	Xuất hiện các sản phẩm cạnh tranh được tung ra thị trường
Các chương trình quảng cáo liên tục sản phẩm OTC trên các phương tiện truyền thông đại chúng	Các thuốc cũ có tác dụng không rõ ràng bị sao lãng

1.3.2. Các yếu tố khác

Các yếu tố trên xác định số lượng thuốc được đặt hàng. Ngoài ra, các nhân tố khác có thể là:

a) Vốn lưu động

Không phải tất cả các thuốc trong danh mục đặt hàng đều có thể được đặt hàng ngay trong cùng một thời điểm, thực tế nó phụ thuộc rất nhiều vào việc lưu động sẵn có của nhà thuốc. Có thể có một khác biệt giữa ước lượng ban đầu về số lượng thuốc và hàng hoá cần và nguồn tiền sẵn có.

Dự tính lượng hàng phải điều chỉnh và làm cho phù hợp với nguồn tài chính sẵn có. Một vài thuốc và hàng hoá chỉ mua được ở số lượng nhỏ hơn vì thiếu nguồn tiền, nên phải tăng lên tần số đặt hàng lại, thường là các thuốc và hàng hoá đắt tiền, mức độ tiêu thụ chậm, ưu tiên những loại hàng tiêu thụ thường xuyên.

b) Tuổi thọ của thuốc (shelf-life)

Nên mua thuốc và các sản phẩm có hạn dùng dài (>12 tháng. Đối với thuốc có hạn dùng ngắn (>2 tháng đến 6) phải cân nhắc mức độ cũng như khả năng tiêu thụ trong khoảng thời gian thuốc còn hạn sử dụng.

Nhiều thuốc như atropine, adrenaline tiêm, một vài loại vitamin, kháng sinh có tuổi thọ (shelf-life) rất ngắn (đôi khi chỉ 12 tháng, cá biệt như thuốc nhỏ mắt argyrol chỉ 6 tháng) qua lưu chuyển khi đến được nhà thuốc đã mất vài tháng, như vậy thời gian thực tế còn lại ngắn hơn. Cần thận trọng khi mua những loại thuốc này, chỉ mua số lượng nhỏ vì chúng có thể hết hạn nếu như không bán nhanh. Điều này không có nghĩa là các thuốc và hàng có hạn dài hơn có thể mua lượng rất lớn. Khoảng thời gian có giá trị thực tế kể từ thời điểm đặt hàng đến khi hạn sử dụng trên bao bì của nhà sản xuất. Cần lưu ý, khách hàng rất nhạy cảm về hạn dùng và thường muốn có sản phẩm mới nhất.

Mặt khác cũng cần phải cân nhắc đến điều kiện biến đổi nhiệt độ như ở nước ta, nhiệt độ cao hơn có thể phân huỷ hoặc giảm hiệu lực thuốc, thậm chí trước hạn dùng của chúng.

c) Đặt hàng biệt dược nào?

Khi quyết định mua hàng đối với các thuốc kê đơn, nhà thuốc phải cân nhắc đặt lại loại biệt dược nào và không chỉ mua theo thuốc gốc. Số lượng các thuốc không kê đơn mua bao nhiêu tùy theo cân nhắc thận trọng riêng của nhà thuốc vì các loại thuốc đó người dược sĩ có thể tự khuyên dùng đối với khách hàng của mình. Phải được lựa chọn biệt dược dựa trên chất lượng, đặc tính đã biết, giá cả đối với khách hàng, cũng như có khả năng tiêu thụ.

Ngoài ra, cũng phải xem xét tới xu hướng tiêu thụ của khách hàng. Người dân có thu nhập cao có xu hướng ưa dùng thuốc chính hãng, nơi có dân trí cao có xu hướng tin tưởng hơn vào lời tư vấn của nhân viên y tế, người dân có thu nhập thấp tiêu chí lựa chọn là phù hợp với túi tiền. Tóm lại, danh mục cần đặt hàng là danh mục phù hợp với sức mua tại khu vực nhà thuốc hoạt động chứ không phải là danh mục do nhà thuốc áp đặt.

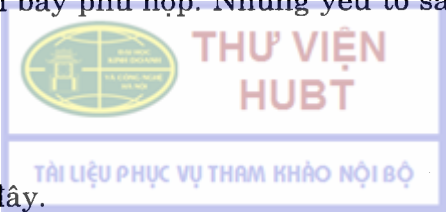
Theo luật pháp của một số nước, nhà thuốc phải cung ứng đúng thuốc (hay biệt dược) đã được kê đơn. Một số nước cho phép thay thế thuốc được kê đơn bằng thuốc có cùng hoạt chất, hàm lượng và giống nhau về dạng bào chế. Tuy nhiên, dược sĩ cũng cần phải lưu ý khả năng tương đương sinh học (bioequivalence).

Các yếu tố người dược sĩ cần cân nhắc trong lựa chọn một loại thuốc không kê đơn để khuyên dùng cho khách hàng:

Thuốc hợp lý (Danh mục thuốc thiết yếu)
Chất lượng/Tiêu chuẩn của biệt dược/Thuốc gốc
Chi phí đối với khách hàng/người bệnh
Lợi ích mang lại đối với nhà thuốc

Danh mục đặt hàng cần được trình bày phù hợp. Những yếu tố sau cần được cân nhắc:

- Tên sản phẩm cần đặt hàng.
- Số lượng cần đặt.
- Giá tham khảo các lần mua gần đây.
- Tên, số điện thoại, người đại diện nhà cung cấp, tên quầy (mua tại trung tâm bán buôn, bán lẻ).
- Người được uỷ quyền hoặc người có trách nhiệm đặt hàng ký vào danh mục.



- Viết danh mục theo thứ tự, rõ ràng.
- Đảm bảo rằng danh mục mua hàng đã được xác nhận bởi người có thẩm quyền.

Lệnh đặt hàng có thể đánh máy, viết tay thành danh mục hoặc ghi vào một cuốn sổ. Các khoản rút gọn (ghi tên các sản phẩm cũng như số lượng mua ở một mức độ thấp hoặc đặt lại thấp). Thông thường khi đặt hàng nhà thuốc tiến hành kiểm kê sơ bộ về số lượng thuốc trên quầy, hoặc tại kho, sau đó dựa vào lượng hàng tiêu thụ trong chu kỳ mua hàng để lập danh mục, hoặc có thể sử dụng phần mềm quản lý nhà thuốc để tự động xuất ra dữ liệu về tồn trữ và hạn dùng. Các phần mềm thông minh ngoài đưa ra dữ liệu tồn trữ, còn có thể cảnh báo cho người sử dụng lưu ý các thuốc có lượng lưu chuyển lớn còn tồn trữ đến mức nào thì nên mua vào.

1.4. Phát ra đơn hàng

Khi danh mục đặt hàng sẵn sàng, cần phải xác định được nhà cung ứng hợp pháp và đảm bảo uy tín. Sử dụng phần mềm tồn trữ trên máy tính có thể trợ giúp trong việc xem xét đơn hàng phát sinh.

Người được sĩ cần đảm bảo rằng nguồn cung cấp thuốc và các hàng hoá khác đáp ứng các quy định của pháp luật (có giấy phép đủ điều kiện kinh doanh thuốc và đăng ký kinh doanh hợp pháp, có chứng nhận GPs, ISO...).

Đơn đặt hàng có thể đặt qua điện thoại hoặc gửi văn bản đến các nhà bán buôn, nhà cung cấp. Khi nhận được đơn hàng, đại diện của nhà cung cấp có thể sẽ đến nhà thuốc nhận đơn đặt hàng, có thể gửi đơn hàng qua fax hoặc internet.

Đơn hàng dưới dạng văn bản thường là tốt hơn đơn hàng đặt qua điện thoại. Dù đặt hàng như thế nào, danh mục đặt hàng cũng phải rõ ràng và đầy đủ các thông tin cần thiết để tiết kiệm thời gian cũng như chi phí vận chuyển phải bỏ ra (đối với việc đặt hàng sai phải đổi lại).

Cần giữ một bản sao đơn hàng lại để kiểm đếm hàng gì được đặt, hoặc được cung cấp.

1.4.1. Đánh giá nhà cung cấp

Trước khi quyết định phát ra danh mục đặt hàng, nhà thuốc cần phải đánh giá nhà cung ứng. Việc đánh giá bao gồm kiểm tra tất cả hay một phần của hệ thống quản lý chất lượng của nhà cung ứng, để đảm bảo chất lượng hàng bán cho nhà thuốc là tin cậy. Các đánh giá này bao gồm:

- Tính hợp pháp hoạt động kinh doanh của nhà cung cấp (đăng ký kinh doanh, giấy phép đủ điều kiện hành nghề, chứng nhận GPs hoặc các hệ thống quản lý chất lượng khác: ISO...), đánh giá của cơ quan quản lý qua các đợt thanh kiểm tra.
- Nhân sự của nhà cung cấp (trình độ, tính chuyên nghiệp).

- Việc thực hiện hệ thống quản lý chất lượng GPs.
- Điều kiện bảo quản (bao gồm cả điều kiện bảo quản khi vận chuyển).
- Điều kiện vệ sinh.
- Nguyên liệu ban đầu.
- Hệ thống trang thiết bị hỗ trợ.
- Đóng gói và dán nhãn.
- Uy tín.

Đánh giá các thông tin về thuốc và các sản phẩm do nhà cung cấp giới thiệu:

- Thuốc và các sản phẩm phải được phép lưu hành hợp pháp (thuốc đã đăng ký với Bộ Y tế, hoặc thuốc được phép nhập khẩu theo nhu cầu điều trị). Kiểm tra số đăng ký lưu hành trên thị trường, thuốc nhập khẩu theo nhu cầu điều trị có tem nhập khẩu. Các sản phẩm khác phải có nguồn gốc xuất xứ rõ ràng, tiêu chuẩn chất lượng được công bố, chứng nhận theo yêu cầu của cơ quan quản lý, tên địa chỉ nhà sản xuất hoặc nhà cung cấp.

- Chất lượng đảm bảo (thể hiện trên các tài liệu nghiên cứu về sinh khả dụng, tác dụng lâm sàng, tương đương sinh học và các tài liệu khác).

Để đánh giá một nhà cung cấp tốt cần phải chú ý các điểm sau:

- Chất lượng thuốc được cung ứng cũng phụ thuộc rất nhiều vào cách thức nhà phân phối tồn trữ và vận chuyển.

- Để chắc chắn các thuốc được bảo quản thích hợp, hiệu lực được duy trì và tất cả các hoạt động được ghi chép tốt, những người có trách nhiệm đã qua đào tạo và được chỉ định của nhà thuốc phải có những biện pháp thường xuyên thu thập thông tin về nhà phân phối để đánh giá cơ sở vật chất và hệ thống đảm bảo chất lượng của họ. Điều này gọi là “đánh giá nhà cung cấp”.

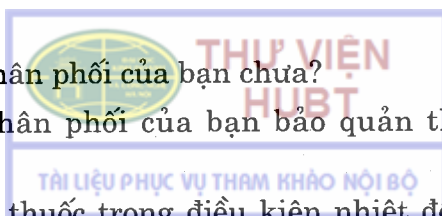
- Người dược sĩ phụ trách cần phải trực tiếp chỉ đạo việc “đánh giá” hoặc phân công trách nhiệm cho người có kinh nghiệm sau khi được đào tạo thích hợp.

- Việc đánh giá có thể tiến hành ngẫu nhiên hay định kỳ vài tháng một lần (trường hợp cần thiết có thể báo trước cho các nhà cung cấp) các nhà phân phối đang cung cấp sản phẩm cho nhà thuốc.

Những điểm cần phải cân nhắc:

- Bạn đã bao giờ ghé thăm nhà phân phối của bạn chưa?
- Bạn có nhận thấy liệu nhà phân phối của bạn bảo quản thuốc có phù hợp không?
- Nhà phân phối của bạn có giữ thuốc trong điều kiện nhiệt độ cần thiết ở nhiệt độ cần kiểm soát không?

Một danh mục kiểm tra (checklist) để tiến hành đánh giá nhà cung cấp sẽ rất có ích vì bao hàm tất cả mọi khía cạnh quan trọng.



Sau đây là danh mục kiểm tra mẫu (checklist) đánh giá nhà cung cấp. Bản danh mục kiểm tra mẫu này có thể được sử dụng như một hướng dẫn cho các nhà thuốc để tạo ra danh mục kiểm tra riêng của họ phù hợp với yêu cầu của chính mình.

DANH MỤC KIỂM TRA (CHECKLIST) ĐÁNH GIÁ NHÀ CUNG CẤP

Nhà thuốc:

Địa chỉ:

Ngày tháng kiểm tra: .../.../20...

Thời gian:

Tên nhà bán buôn:

A. Hệ thống hồ sơ

Nhà cung cấp có giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh không?

Có ☐

Không ☐

Nhà cung cấp có chứng nhận GDP và GSP hoặc GPP không?

Có ☐

Không ☐

Dược sĩ phụ trách chuyên môn có đủ trình độ năng lực, có thường xuyên có mặt hay không? Tất cả các hoạt động có được tiến hành dưới giám sát của người dược sĩ này hay không?

Có ☐

Không ☐

Các thuốc, hàng hoá sau khi dỡ hàng có được che đậy hay không?

Có ☐

Không ☐

Nhà cung cấp có giao thuốc bằng các xe bảo quản phù hợp không?

Có ☐

Không ☐

Điều kiện giao hàng của các gói, hộp thuốc có được kiểm tra không?

Có ☐

Không ☐

Đội ngũ nhân viên có được đào tạo theo các khái niệm của GDP và GSP không?

Có ☐

Không ☐

Quá trình đóng gói hàng đi giao có hợp lý không?

Có ☐

Không ☐

Nhà cung cấp có viết các SOP và chúng có được đặt tại nơi dễ thấy và làm theo không?

Có ☐

Không ☐

Nhà cung cấp có các hướng dẫn đặc biệt hoặc các SOP tiến hành đối với các thuốc có yêu cầu bảo quản lạnh không?

Có ☐

Không ☐

Các sản phẩm cung cấp bị hỏng được xử lý thế nào? Có các quy trình để sửa lại các thao tác đã làm để quyết định điều sẽ được chấp nhận và bị loại bỏ được đặt ra không? Các hồ sơ có được duy trì trong điều kiện tương tự không?

Có ☐

Không ☐

Nếu xác định hoặc có tình trạng thuốc bị nghi ngờ có xử lý chúng theo các quy trình thao tác chuẩn không? Có thực hiện theo SOP và ghi chép hồ sơ không?

Có ☐

Không ☐

Các sản phẩm bị hỏng, hoặc loại bỏ có được trả ngay cho nhà cung cấp không?

Có ☐

Không ☐

Có viết ra các quy trình để tiến hành khiếu nại có sẵn dạng viết hoặc nói không?

Có ☐

Không ☐

Có các quy trình được viết ra sẵn cho việc nhận và kiểm soát thuốc và hàng hoá trả lại không?

Có ☐

Không ☐

Có các hồ sơ nhiệm vụ trả lại thuốc và hàng hoá được thực hiện và duy trì không?

Có ☐

Không ☐

Có thực hiện những đề phòng đặc biệt để tránh lẫn lộn thuốc và hàng hoá trả lại hoặc thuốc và hàng hoá hỏng với sản phẩm được phép bán và có được vào tay những người không có thẩm quyền không?

Có ☐

Không ☐

Có các hướng dẫn đặc biệt cho các thao tác tồn trữ hàng đến và tồn trữ hàng đi được thực hiện và duy trì không?

Có ☐

Không ☐

B. Cơ sở vật chất

Có thời gian biểu làm vệ sinh thường kỳ không? Các khu vực có sạch sẽ không? Có thực hiện và duy trì ghi chép hồ sơ công việc vệ sinh hàng ngày không?

Có ☐

Không ☐

Có cấm ăn uống và hút thuốc tại khu vực bảo quản không?

Có ☐

Không ☐

Có đủ thông gió và chiếu sáng không?

Có ☐

Không ☐

Có các biện pháp để phòng thuốc bị tác động và chịu ảnh hưởng đối với ánh sáng trực tiếp không?

Có ☐

Không ☐

Có kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm tại nơi có yêu cầu bảo quản không? Có hồ sơ ghi chép công việc vệ sinh hàng ngày được thực hiện và duy trì không?

Có ☐

Không ☐

C. Bảo quản

Có diện tích thích hợp đảm bảo các thuốc luôn được bảo quản trật tự không?

Có ☐

Không ☐

Có các khu vực tồn trữ hàng đến, kiểm tra tồn trữ hàng và bảo quản riêng biệt không?

Có ☐

Không ☐

Có bảo quản thuốc và hàng hoá ở điều kiện được khuyến cáo như yêu cầu không?

Có ☐

Không ☐

Có bảo quản các thuốc và hàng hoá bị loại bỏ, trả lại trong một khu vực riêng biệt không?

Có ☐

Không ☐

Có đảm bảo an ninh, có tiến hành theo quy chế với các dược chất phải kiểm soát (thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần và tiền chất dùng làm thuốc) đang tồn trữ không?

Có ☐

Không ☐

Có đảm bảo tất cả các loại thuốc bảo quản đúng nhiệt độ không?

Có ☐

Không ☐

Có tủ lạnh riêng dùng để bảo quản các thuốc và hàng hoá khi có yêu cầu không? Nó có sạch sẽ không? Nó có không chứa các đồ ăn hoặc các thứ khác hơn là thuốc không?

Có ☐

Không ☐

Khu vực bảo quản các thuốc hết hạn dùng có riêng biệt không? Có các biện pháp tiến hành đảm bảo các thuốc hết hạn không trộn lẫn với các thuốc được bán không?

Có ☐

Không ☐

Tất cả các thuốc yêu cầu bảo quản nhiệt độ lạnh được vận chuyển đến các nhà thuốc có được kiểm soát nhiệt độ không?

Có ☐

Không ☐



THƯ VIỆN
Y HỌC

D. Các điều khác

Có giao hàng các thuốc được đặt đúng thời hạn và đúng lúc không?

Có ☐

Không ☐

Có giao hàng chính xác không mắc lỗi không?

Có ☐

Không ☐

Nhà cung cấp có đưa ra các thời hạn bán chịu hoặc chiết khấu phù hợp không?

Có ☐

Không ☐

Nhà cung cấp có đủ tin cậy không?

Có ☐

Không ☐

Tất cả các khiếu nại có được xử lý hiệu quả không?

Có ☐

Không ☐

Được sĩ phụ trách cần phải thăm tra, xác nhận sự tin cậy và các biện pháp thích hợp, mà nhà cung cấp đã áp dụng để đảm bảo tất cả thuốc được xử lý thích hợp trong quá trình bảo quản tại cơ sở của nhà cung cấp và cả khi vận chuyển.

Phải có được một văn bản danh sách các đại diện được uỷ quyền của nhà cung cấp và các mẫu chữ ký của họ hoặc danh sách các trình dược của họ hoạt động trên địa bàn của bạn.

1.5. Kiểm tra hàng

Khi hàng hoá đặt mua về đến nhà thuốc, hoặc mua trực tiếp tại trung tâm bán buôn dược phẩm (bán sỉ), hàng hoá phải bảo quản biệt trữ và giữ riêng biệt trên các giá kệ hàng cho đến tận khi được kiểm soát. Nếu không kiểm và nhập hàng được ngay, phải dán “HÀNG CHỜ KIỂM NHẬN”.

Biệt trữ và các hoạt động kiểm soát được tiến hành trên hàng tồn trữ nhận được tại khu biệt trữ đó là điểm kết thúc việc mua hàng và đồng thời điểm là điểm đầu tiên trước khi hàng tồn trữ được bảo quản tại nơi tương ứng trong nhà thuốc. Để dễ hiểu hơn, phần này sẽ được thảo luận chi tiết hơn trong Chương 8 “Quản trị tồn trữ và bảo quản”.

Hàng nhập về phải được kiểm soát và kiểm đếm dựa trên hoá đơn theo các mục sau:

– Phải kiểm đếm hàng nhận để xác định hàng đó có đúng với “Danh mục đặt hàng” không, có nghĩa đúng với yêu cầu không.

– Phải tiến hành kiểm soát chất lượng thuốc. Ngoài ra, cũng phải kiểm soát dây truyền lạnh có được duy trì đối với các sản phẩm yêu cầu bảo quản lạnh không.

– Phải để ý đến bất cứ những thay đổi nào trên nhãn mác, màu sắc, hình dạng thành phần...

– Nếu có bất cứ nghi ngờ gì về số lượng thuốc, hoặc là về phương pháp bảo quản, phải liên hệ ngay lập tức với nhà phân phối.

– Trong trường hợp thuốc phải trả lại, phải vào sổ sách hồ sơ thông tin cần thiết các thuốc phải trả.

Nếu thuốc và các sản phẩm có những vấn đề không thể nhập được thì để nguyên tại khu biệt trữ, dán nhãn vàng, ghi chép hồ sơ. Tiếp theo, thông báo cho nhà cung cấp đến nhận lại hoặc đem trả lại trực tiếp theo thủ tục thu hồi khiếu nại.

Nếu có bất cứ sửa chữa, đình chính nào xảy ra, chẳng hạn như thay thế thuốc do các yêu cầu bảo quản thích hợp trong quá trình vận chuyển, phải được dẫn chứng bằng tài liệu.

Người giao hàng của bên bán phải xác nhận tất cả các sửa lại đó.

Không được phỏng đoán về chất lượng (không đạt) hoặc khuyết tật đối với các thuốc và hàng hoá chấp nhận nhập và được bán cho khách hàng.

Phải có hồ sơ mua bán, hoá đơn (hoá đơn VAT, thuốc phải kiểm soát đặc biệt theo mẫu quy định). Phải thực hiện ghi chép và lưu trữ theo các quy định của pháp luật.

2. QUẢN TRỊ TỒN TRỮ

Mục đích của quản trị tốt tồn trữ là duy trì cung cấp đều đặn thuốc và hàng hoá cho khách hàng, giảm tối thiểu chi phí giữ hàng tồn trữ và quản trị mua hàng.

2.1. Hệ thống hồ sơ hàng tồn trữ

Các hồ sơ hàng tồn trữ là các hồ sơ gốc trong hệ thống quản trị tồn trữ. Các hồ sơ đó xác định số lượng hàng được đặt lại. Các hồ sơ hàng tồn trữ có thể là viết tay (thủ công) hoặc tin học hoá

Kiểm bằng tay:

– Quá trình kiểm đếm hàng tồn trữ có thể được đội ngũ nhân viên nhà thuốc tiến hành dựa trên cơ sở lần lượt làm đầu xong đấy.

– Việc ghi chép rất mất công và có thể còn gây nhầm lẫn hoặc bỏ sót, khi cần tra cứu tham khảo khá mất thời gian do số lượng lớn biệt dược có trong một nhà thuốc.

– Đôi khi chỉ có thể duy trì được với một vài sản phẩm có giá trị.

Tin học hoá:

– Một chương trình phần mềm tốt về tồn trữ và lập hoá đơn, nếu biết tận dụng đúng, việc tìm kiếm thông tin và lập báo cáo dễ hơn nhiều hệ thống thủ công.

– Hàng tháng và hàng quý phải tiến hành các kiểm đếm ngẫu nhiên (kiểm tra cơ học) theo hồ sơ tồn trữ trên máy tính, để so sánh với tồn trữ thực tế trên giá kệ.

– Kiểm đếm ngẫu nhiên là thao tác cơ bản cho việc thẩm tra, để đảm bảo rằng các hồ sơ được duy trì và được sửa lại và không có sai sót.

– Kiểm tra thường xuyên có thể giảm số lượng và mức độ hàng tồn trữ chéo.

Lựa chọn giữa việc xác định số lượng bằng tay hay được tin học hoá có thể được chính được sĩ quyết định, nhưng quá trình phải dễ dàng hơn nhờ trợ giúp của phần mềm quản lý.

Hồ sơ tồn trữ không chính xác làm cho xác định nhu cầu sai lệch và có thể dẫn đến các vấn đề tồn trữ ngoài mức và quá hạn dùng của sản phẩm.

Một vài yếu tố, dẫn đến ghi chép hồ sơ tồn trữ không chính xác (do khách quan vẫn có thể xảy ra mặc dù cố tránh):

– Công việc giấy tờ chồng chéo có thể gây ra tình trạng vào sổ hai lần việc nhập hoặc xuất hàng, do các nhân viên vào sổ cùng một số khoản ở thời gian khác nhau.

– Tên biệt dược và dạng bào chế tương tự, nhưng nồng độ, hàm lượng khác nhau của cùng một dạng bào chế và biệt dược (thí dụ Efferalgan bột 80 mg, 150 mg, 250 mg hoạt chất acetaminophen) và việc vào sổ có thể do ghi nồng độ, hàm lượng sai. Để tránh nhầm lẫn nhà sản xuất đã sử dụng màu bao bì khác nhau, có thể nhà thuốc cũng ghi sổ theo màu, ví dụ màu tím đối với Efferalgan gói bột 80mg...

– Khối lượng công việc nhiều, lặp lại nên khi vào sổ có thể gây ra nhập sai dữ liệu.

– Hàng hỏng hoặc hư hại có thể đã huỷ nhưng không được ghi chép hồ sơ hay vào sổ sách.

– Trộm cắp nội bộ nguy tạo ra hồ sơ không chính xác, sửa chữa để che giấu hành vi trộm cắp.

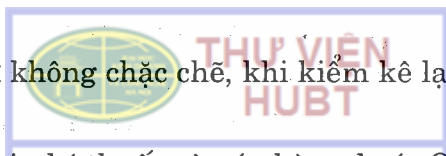
– Không thực hiện kiểm đếm giữa thực nhập và hồ sơ, hoặc các hồ sơ có thể được điều chỉnh phù hợp sau khi kiểm đếm hàng tồn trữ.

– Đội ngũ nhân viên liên quan đến quản trị hàng tồn trữ không nghiêm túc, không tích cực làm việc.

– Giám sát tối thiểu hàng tồn trữ không chắc chắn, khi kiểm kê lại tự chỉnh để phù hợp với sổ sách.

– Hãy kiểm soát chặt chẽ trên chi phí thuốc và các hàng hoá. Các khoản hư hao (mất cắp khi vận chuyển, cất giữ ở kho) có thể gây ra những mất mát lớn đối với nhà thuốc.

– Cách tốt nhất để tăng cường tính chính xác là đào tạo tốt hơn, giám sát chặt hơn đối với vị trí kiểm tra hồ sơ và tình trạng hàng tồn trữ.



- Định kỳ kiểm đếm hàng tồn trữ:
- + Có thể truy tìm xuôi các nguồn trái ngược nhau.
- + Dễ dàng hơn khi xác định hàng tồn trữ để đặt lại hàng.
- + Có thể điều chỉnh nhằm lẫn phù hợp hàng có theo hồ sơ tồn trữ hàng.

Ghi chép hồ sơ tồn trữ hàng chính xác và thường xuyên là điều cơ bản để quản trị tốt hàng tồn trữ.

Dược sĩ cần thiết phải nắm chắc hàng tồn trữ vì các lý do sau:

– Để đảm bảo đủ hàng: Có thể dự báo nhu cầu khá chính xác nhờ phần mềm quản lý hoặc thực hiện kiểm đếm định kỳ tại nhà thuốc, hoặc thông qua nhắc nhở của nhà cung cấp. Dự báo nhu cầu cho một khoảng thời gian tới do nhà cung cấp gợi ý có thể không được chính xác, nhưng có thể coi là một gợi ý nếu nhà thuốc quá bận rộn và không theo dõi được chính xác. Tồn trữ không đủ sẽ không khắc phục được dao động trong cung cấp và nhu cầu và giảm rủi ro của hàng tồn trữ thấp.

– Cần chú ý là trên thị trường bán buôn vào một thời điểm nào đó do hàng không về kịp xảy ra thiếu một hoặc một vài mặt hàng. Khi đó có hiện tượng các quầy tại các trung tâm bán buôn (bán sỉ) nâng giá tùy tiện. Để khắc phục điều này nhà thuốc khi đi mua hàng, ngoài hàng hoá đã mua cần thu thập thêm các thông tin về biến động giá cả những mặt hàng mình thường cung ứng, đặc biệt là các biệt dược có tính độc quyền hoặc đặc trưng cao của một hãng và khá phổ biến tại thị trường. Có thể tham khảo giá thuốc trên các trang web để khảo sát giá của thị trường Thế giới hoặc khu vực.

– Để duy trì sự tin tưởng vào nhà thuốc: Nếu nhà thuốc thường xuyên thiếu hàng (hàng tồn trữ thấp), người bệnh sẽ mất tin tưởng vào nhà thuốc. Hàng tồn trữ thấp có nghĩa giảm doanh số, vì khách hàng đi chỗ khác để mua thuốc. Duy trì hoặc hiểu rõ hàng tồn trữ, giảm rủi ro tồn trữ kho sẽ làm thỏa mãn nhu cầu khách hàng.

– Để giảm đơn vị chi phí thuốc và hàng hoá: Đặt hàng một lượng lớn, thường giá sẽ giảm hơn hoặc cho phép hưởng lượng chiết khấu, các chương trình khuyến mại của các nhà cung cấp, bởi vậy có thể giảm đơn vị chi phí thuốc men. Tuy nhiên, chỉ nên áp dụng với các mặt hàng có khối lượng lưu chuyển nhanh, hoặc luân chuyển cao.

– Để tránh thiếu thuốc: Đặt hàng khẩn cấp để đối phó với thiếu hàng hoặc tồn trữ thấp. Thiếu hàng có thể dẫn đến mất cơ hội kinh doanh hoặc mất khách hàng khi thường xuyên xảy ra tồn trữ thấp. Để xử lý điều này nhằm thỏa mãn khách hàng nhiều khi phải yêu cầu khách đợi hoặc đặt lịch hẹn để khách hàng quay lại. Trường hợp này thường xảy ra đối với các nhà thuốc mới mở do danh mục hàng hoá còn thiếu, hoặc đối với biệt dược nhà thuốc không có nhưng lại phải phục vụ cho khách hàng quen biết.

– Giảm tối đa chi phí đặt hàng: Chi phí mua thuốc sẽ tăng thêm khi phải đi mua thường xuyên hoặc phải đặt hàng nhiều lần.

– Giảm tối đa chi phí vận chuyển: Thuốc và hàng hoá tiêu thụ thường xuyên cần đặt hàng phù hợp hơn, có thể các nguồn vận chuyển được sử dụng kinh tế hơn.

– Xử lý sự thay đổi nhu cầu: Thay đổi trong nhu cầu đối với các thuốc riêng biệt thường là không thể dự đoán được và việc tồn trữ thích hợp cho phép hệ thống đối phó với dao động của nhu cầu.

Không phân biệt giữa các khoản có giá trị cao hay thấp, hoặc giữa các khoản luân chuyển nhanh và các khoản ít khi được sử dụng, điều cơ bản là phải đề phòng tích tụ hàng tồn trữ chậm luân chuyển và vượt quá giới hạn cho phép của nguồn vốn cho hàng tồn trữ.

Những lưu ý cần thiết trong kiểm soát tồn trữ được liệt kê dưới đây:

Nên làm	Không nên làm
Kiểm soát định kỳ luân chuyển hàng tồn trữ và xác định khối lượng cao hoặc thuốc luân chuyển nhanh.	Không tồn trữ những thuốc tỏ ra ít hoặc không luân chuyển trong các năm qua.
Tồn trữ hợp lý các thuốc luân chuyển nhanh. Tất cả thuốc thiết yếu phải được tồn trữ và luôn sẵn có.	Không tồn trữ quá mức các thuốc hạn chế sử dụng vốn của bạn (tiền). Tồn trữ quá giới hạn dẫn đến hết hạn, thuốc hết hạn là một lãng phí đáng tiếc.
Các thuốc thường được các thầy thuốc kê đơn cần được chú ý tồn trữ.	Quá nhiều biệt dược của cùng một loại thuốc.
Nên xem xét kỹ tính mùa vụ và thời tiết đối với hàng luân chuyển có tính mùa vụ.	Sắp hết vụ thì không nên tồn trữ

Nếu một loại thuốc là tối cần cho chăm sóc người bệnh (thậm chí là ít được sử dụng) và không thể nhanh chóng có được khi cần thiết, nên giữ một khoản tồn trữ nhỏ, thí dụ adrenalin tiêm, phenobartiton tiêm (thuốc thiết yếu cho tuyến C).

Không phải tất cả các thuốc cần được tồn trữ ở mỗi mức độ của hệ thống là như nhau. Hãy phân loại thuốc dựa theo mức độ sử dụng. Ví dụ, một thuốc như paracetamol có thể tồn trữ lớn hơn tất cả các khoản, mức trong hệ thống, nhưng một thuốc được sử dụng trong trị liệu ung thư hoặc các khoản nào đó dùng cho phẫu thuật nên chỉ có sẵn trong các bệnh viện.

Người dược sĩ cần phải duy trì một hệ thống tồn trữ chắc chắn, nhưng giữ mức hàng tồn trữ cao có nhiều bất lợi:

- Một khoản tiền đáng kể có thể bị đọng trong hàng tồn trữ và không thể sẵn có cho các mục đích mua hàng khác.
 - Mức độ tồn trữ cao cũng tăng khả năng xảy ra mất mát do hỏng, quá hạn, lỗi thời và bị thất thoát do trộm cắp.
- Ưu nhược điểm của việc duy trì hàng tồn trữ cao:

Thuận	Không thuận
Cực tiểu hoá thiếu hụt nguy hiểm. Dễ dàng mua số lượng lớn. Tăng hiệu quả quay vòng vận chuyển. Chống được dao động mùa vụ. Đảm bảo hoàn thành các nhu cầu của khách hàng.	Chi phí vốn. Vấn đề hạn dùng. Hư hỏng. Diện tích bảo quản. Mất mát. Lỗi thời (trở nên cũ) người dân không thích mua.

- Duy trì hàng tồn trữ thấp cũng có những bất lợi của nó:
- Hàng tồn trữ thấp doanh số bán hàng sẽ thấp vì không đủ hàng để bán (số lượng, chủng loại).
 - Khách hàng mất tin tưởng vào hệ thống có thể đi đến các nhà thuốc khác vì nhu cầu của họ.
 - Tăng chi phí mua và vận chuyển do thường xuyên đặt hàng.
- Duy trì thấp hàng tồn trữ:

Thuận	Không thuận
Giảm chi phí vốn. Giảm chi phí hư hỏng. Giảm thuốc quá hạn dùng.	Chi phí vận tải thường xuyên. Mất khách hàng. Mất thu nhập. Thiếu thuốc thiết yếu. Chi phí mua cao. Thiếu chi phí.

- Duy trì hàng tồn trữ thích hợp giúp điều hành nhà thuốc hiệu quả, khách hàng thỏa mãn và quản trị tồn trữ tốt.
- Duy trì hàng tồn trữ thích hợp đòi hỏi:
- Nghiên cứu kỹ dữ liệu tiêu thụ đã qua.
 - Hiểu biết về khả năng thay đổi của nhu cầu.
 - Tính hệ thống và sự cảnh giác trong hệ thống đặt lại hàng.

Duy trì hàng tồn trữ thích hợp:

Thuận	Không thuận
Luôn sẵn có ở mọi thời điểm. Giảm chi phí mua. Tăng sự tin tưởng của khách hàng vào hệ thống.	Thu hút được dao động của nhu cầu. Hạn chế được chi phí hạn dùng. Tối ưu diện tích bảo quản.

Lý do cơ bản cần duy trì hàng tồn trữ hiệu quả là luôn luôn đảm bảo tính sẵn có của thuốc thiết yếu cũng như các thuốc và hàng hoá khác. Duy trì một khối lượng hàng tồn trữ thích hợp, định kỳ định giá lại tình trạng hàng tồn trữ là quan trọng.

2.2. Phương pháp phân tích ABC

Đây là một phương pháp kiểm soát tồn trữ, các khoản được phân loại theo số lượng lớn và giá trị tiêu thụ trong một khoảng thời gian nhất định.

Loại A: Chứa 10 – 20% tổng số khoản, liên quan đến 75 – 80% tổng lượng tiêu dùng – Khối lượng tiêu thụ cao và luân chuyển hàng tồn trữ nhanh.

Loại B: Chứa 10 – 20% tổng số khoản, liên quan đến 15 – 20% tổng lượng tiêu dùng – Khối lượng tiêu thụ và luân chuyển hàng tồn trữ ở mức vừa phải.

Loại C: Chứa 60 – 80% tổng số khoản, liên quan đến 5 – 10% tổng lượng tiêu dùng – Khối lượng tiêu thụ thấp và luân chuyển hàng tồn trữ chậm.

Phân tích ABC có thể được sử dụng để đưa ra ưu tiên đối với các khoản:

- Loại A ưu tiên trong mua hàng và kiểm soát tồn trữ.
- Loại C các khoản có thể không cần được tồn trữ nhiều.

3. ĐẶT HÀNG LẠI

Để đặt hàng lại nhà thuốc phải có các quyết định về:

- Tần suất.
- Số lượng.
- Độ an toàn hàng tồn trữ.

3.1. Tần suất đặt lại hàng

Đó là khoảng thời gian giữa mỗi lần đặt hàng mua thuốc (cũng được gọi là chu kỳ mua hàng).

Có thể mỗi nhà thuốc quyết định đặt lại hàng thường xuyên dựa trên:

- Phương pháp thuận tiện.



– Phương pháp cho kết quả tốt nhất.

Đặt lại hàng thường xuyên cần lựa chọn theo cách có lợi để luôn duy trì đủ hàng tồn trữ.

3.2. Số lượng đặt lại hàng

Là số lượng đơn vị theo lý thuyết khi đưa ra lệnh đặt hàng. Quyết định số lượng đặt lại hàng cần cân nhắc dựa trên các yếu tố sau:

– Dữ liệu tiêu thụ trong quá khứ: Dữ liệu này sẽ giúp dự báo nhu cầu tương lai. Yếu tố này chỉ có giá trị tham khảo và số lượng được quyết định chỉ sau khi cân nhắc các yếu tố khác như là hàng tồn trữ theo mùa vụ, mức độ hàng tồn trữ tối đa...

– Hàng tồn trữ theo mùa vụ: Hàng tồn trữ theo mùa vụ là hàng tồn trữ được yêu cầu theo dự tính sẽ cần để thỏa mãn nhu cầu mùa vụ. Ví dụ, thuốc ho và cảm cúm trong mùa Đông.

– Thời gian chờ đợi: Là thời gian từ khi phát lệnh mua hàng đến khi nhận được hàng từ nhà cung cấp đã lựa chọn, cũng là một yếu tố được cân nhắc đối với số lượng hàng đặt lại.

– Chương trình khuyến mại hoặc chiết khấu được chào mời đối với một sản phẩm riêng: nếu các sản phẩm là sẵn có trong chương trình khuyến mại, nhà thuốc cân nhắc thế nào là hợp lý (số lượng tối thiểu cần được đặt hàng để có lợi đối với chương trình khuyến mại hoặc chiết khấu phải phù hợp với khối lượng bán của nhà thuốc, không giữ hàng tồn trữ quá lâu), nhờ đó có thể tận dụng được các chương trình này, để tăng lợi nhuận.

– Hàng tồn trữ an toàn: Hàng tồn trữ an toàn là hàng tồn trữ phải có trong tay để đề phòng tồn trữ dưới mức. Nó cũng được gọi là mức độ tồn trữ tối thiểu hoặc mức độ đặt lại hàng. Đó là số lượng duy trì hàng tồn trữ đến lúc bắt đầu một lệnh đặt lại hàng của thuốc đó và còn phải suy nghĩ đến khả năng thiếu hàng bất thường từ phía các nhà cung cấp (hàng không về kịp, tránh phải mua đắt hơn như đã nói ở phần trên).

– Mức độ hàng tồn trữ tối đa: Đây là mức độ tồn trữ hàng hướng tới. Đó là mức độ hàng tồn trữ cần để thỏa mãn nhu cầu cho tới lệnh đặt hàng kế tiếp sau khi nhận được hàng đặt. Số lượng được đặt phải không cao hơn mức độ hàng tồn trữ tối đa được thiết lập đối với thuốc đó.

3.3. Độ an toàn hàng tồn trữ

Để đánh giá độ an toàn của hàng tồn trữ người ta sử dụng phân tích VEN.

VEN là một hệ thống phân loại để có các tiêu chí hoá hàng tồn trữ như: Thuốc tối cần (V-Vital), Thuốc thiết yếu (E-Essntial) hoặc Thuốc không thiết yếu (N-Non Essential). Các thuốc đó được phân loại theo giới hạn thuốc nào là cần

thiết cho điều trị những bệnh cấp cứu phổ biến nhất, dành ưu tiên cho các thuốc tối cần (V-Vital).

Phân tích VEN thường được sử dụng để ưu tiên hoá mua các thuốc được yêu cầu để tạo kênh tiền một cách hiệu quả. Hệ thống cũng giúp xác định những khoản cần giữ trong hàng tồn trữ có thể được đặt hàng khi cần thiết. Rõ ràng là các thuốc tối cần có thể tồn trữ nhiều hơn thuốc không thiết yếu.

Phân tích ABC được thảo luận trong phần trước cũng có thể được dùng để xác định các khoản phải được ưu tiên khi đặt hàng.

Tất cả các yếu tố trên giúp xác định nhu cầu và số lượng thuốc được đặt hàng lại.

Tuy nhiên, vẫn còn những điểm quan trọng khác. Tức là quyết định còn chịu ảnh hưởng của các dự đoán và hiểu biết về thay đổi trong tiêu thụ.

KẾT LUẬN

Quản trị mua hàng và tồn trữ là trọng tâm của hệ thống cung cấp thuốc:

- Bước đầu tiên trong quá trình mua hàng là chuẩn bị danh mục đặt hàng.
- Đặt ra các yêu cầu có hệ thống để duyệt lại lựa chọn thuốc, hàng hoá cần mua và số lượng nhu cầu đó, hình thành cơ sở quy trình mua tốt thuốc và hàng hoá.
- Đặt mua với các nhà cung cấp được cấp phép có nghĩa là các thuốc và hàng hoá được mua có chất lượng đảm bảo.
- Đánh giá nhà cung cấp thường xuyên là xác nhận đáng tin cậy hơn về chất lượng thuốc.
- Kiểm soát hàng tồn trữ nhận được về chất lượng, tính xác thực vv... là điều quan trọng để đảm bảo cung ứng thuốc và hàng hoá đạt tiêu chuẩn.
- Đặt lại hàng là một bước to lớn trong quản trị tồn trữ để đảm bảo sẵn có các thuốc thiết yếu và thường xuyên tránh tồn trữ hàng hoá quá mức.



Chương 8

QUẢN TRỊ BẢO QUẢN VÀ TỒN TRỮ

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạn dùng của dược phẩm và các hàng hoá bán ở nhà thuốc (hoặc các sản phẩm có ảnh hưởng trực tiếp đến sức khoẻ người sử dụng) chỉ có ý nghĩa khi các sản phẩm được bảo quản trong điều kiện thích hợp. Nếu không đáp ứng các yêu cầu tồn trữ thì các sản phẩm có thể mất đi hiệu lực trước thời điểm tới hạn dùng thực tế.

Người dược sĩ tại nhà thuốc giữ vai trò sống còn trong bảo đảm chất lượng của chuỗi phân phối dược phẩm. Thuốc lưu chuyển trong chu kỳ phân phối từ các nhà bán buôn và đến các nhà thuốc bán lẻ mất một thời gian dài. Duy trì điều kiện bảo quản thích hợp đến từng đơn vị sản phẩm, để khi đến tay người tiêu dùng thuốc và hàng hoá bán ra ở nhà thuốc vẫn còn hiệu quả điều trị và giá trị sử dụng là điều rất quan trọng.

Mỗi nhà thuốc cộng đồng, dù nhỏ hay lớn, cần phải bảo quản và quản lý tồn trữ hiệu quả thuốc và các hàng hoá của mình. Hệ thống bảo quản và tồn trữ này cần phải đảm bảo các tiêu chí sau:

- Bảo quản và tồn trữ an toàn.
- Môi trường sạch sẽ và thao tác chuẩn xác trong quá trình bảo quản và tồn trữ.
- Đảm bảo hồ sơ hiệu quả và chính xác.
- Quay vòng và theo dõi hạn dùng hiệu quả.
- Phòng chống cháy nổ và thất thoát hiệu quả.
- Phòng chống hiệu quả các loài vật gây hại và côn trùng.

1. BIỆT TRỮ VÀ KIỂM SOÁT HÀNG TỒN TRỮ

1.1. Khu biệt trữ (Quarantine)

Nhà thuốc bán lẻ nhận hàng từ các nhà bán buôn, nhà cung cấp theo lệnh đặt mua, hoặc mua trực tiếp tại các trung tâm bán buôn dược phẩm (bán sỉ). Các hàng hoá khi nhập về phải được kiểm soát cảm quan về chất lượng và số lượng. Phải giữ hàng mới nhận ở khu vực riêng biệt cho đến khi được kiểm soát xong để tránh lẫn lộn với hàng hoá đang tồn trữ tại nhà thuốc. Điều này đòi hỏi phải có một khu vực riêng biệt trong nhà thuốc, ở đó tồn trữ và tiến

hành các kiểm soát hàng mới nhập, tồn trữ hàng thu hồi, hỏng, hết hạn, hàng trả lại. Mỗi loại này cần để riêng biệt và dán nhãn hoặc đặt biển ghi rõ từng loại có màu sắc khác nhau (thường thì ít phải áp dụng vì kiểm xong là chuyển ngay sang khu vực tồn trữ hoặc đưa ra tủ quầy). Khu chờ kiểm và kiểm đạt cũng phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm. Khu vực này được gọi là khu biệt trữ. Cần phải phân biệt khu vực này với các khu vực khác thông qua cách thể hiện và dễ dàng nhận ra được. Khu vực đó có thể được đánh dấu bằng cách dùng các phương tiện khác nhau:

- Một tấm bảng nhỏ ghi “Biệt trữ” trên một cái bàn riêng biệt được sử dụng dành riêng để đặt các hàng hoá biệt trữ.

- Một tấm bảng nhỏ ghi “Biệt trữ” treo trên tường gần cái bàn trên đó đặt hàng hoá biệt trữ.

Hàng mới nhận từ các nhà phân phối cần được chuyển ngay vào khu biệt trữ. Tại khu biệt trữ, hàng có thể được bảo quản trên giá kệ, hoặc trong tủ để tránh xâm nhập của ẩm, bụi và các ô nhiễm khác.

Hàng hoá chính thức của nhà thuốc không được để lại hoặc giữ tại khu biệt trữ.

Phải tiến hành các chăm sóc đặc biệt với các thuốc yêu cầu bảo quản lạnh, được cung cấp từ các nhà bán buôn để thuốc không phải giữ ở khu biệt trữ trong thời gian dài. Phải nhanh chóng kiểm nhận và chuyển các loại hàng hoá này vào khu vực bảo quản lạnh để duy trì các điều kiện bảo quản theo yêu cầu của nhà sản xuất.

Trong khu vực biệt trữ lại phải chia riêng ra từng khu nhỏ (thường là một tủ hoặc ngăn tủ) để giữ các hàng thu hồi, hàng trả lại, hàng chất lượng bị giảm khi bảo quản tại cơ sở, hàng hết hạn sử dụng, hàng thu hồi do người mua khiếu nại. Khu vực hoặc tủ, ngăn này phải có biển màu sắc khác nhau để phân biệt. Khu vực này được gọi là khu biệt trữ hàng thu hồi, hỏng, trả lại. Khu này không nhất thiết phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.

Các ưu điểm khi có một khu biệt trữ riêng:

- Tránh được lẫn lộn giữa hàng mới đến với hàng đã có đến khi kiểm soát xong.
- Giảm áp lực (stress) đối với việc kiểm soát chất lượng hàng mới nhận.
- Quá trình kiểm soát đảm bảo các hàng hoá có khiếm khuyết, hết hạn sử dụng không vào được khu vực bảo quản để duy trì hệ thống bảo quản lạnh.

1.2. Kiểm soát khi nhập hàng

Thuốc và các sản phẩm mới mua về phải đưa vào bảo quản biệt trữ, đặc biệt chú ý đến các thuốc có điều kiện bảo quản riêng biệt về nhiệt độ theo đúng yêu

cầu của nhà sản xuất (xem tờ hướng dẫn sử dụng) và theo các yêu cầu của kỹ thuật bảo quản tồn trữ thuốc.

Đội ngũ nhân viên làm việc kiểm soát chất lượng phải được đào tạo thích hợp về những gì họ phải kiểm tra khi nhập hàng mới.

Cần phải nhận thức rằng, kiểm soát không phải đơn giản chỉ là kiểm đếm các đơn vị hàng nhận được, mà còn là kiểm soát chất lượng (một phần của hệ thống đảm bảo chất lượng).

Kiểm tra khi nhập hàng bao gồm các bước sau:

- Kiểm tra điều kiện bảo quản trong quá trình vận chuyển, đặc biệt với các thuốc yêu cầu bảo quản ở điều kiện lạnh ($2 - 8^{\circ}\text{C}$). Nếu không đạt yêu cầu thì không nhận hàng.

- Kiểm tra về số lượng từng loại hàng.
- Kiểm soát về chất lượng theo cảm quan.
- Kiểm tra tính pháp lý của thuốc và các sản phẩm (được lưu hành hợp pháp).
- Kiểm tra hồ sơ kỹ thuật (phiếu báo lô, phiếu kiểm nghiệm).
- Kiểm tra hoá đơn chứng từ.
- Nếu đạt được tất cả mọi yêu cầu thì báo dược sĩ phụ trách cho nhập.
- Ghi chép hồ sơ và sổ sách khi mới nhập.
- Nếu có các vấn đề dẫn đến không nhập được thuốc, để hàng tại khu biệt trữ và chờ ý kiến của dược sĩ phụ trách về cách thức xử lý.

1.2.1. Kiểm tra về số lượng

Việc kiểm và đếm ở các đơn vị đóng gói được tiến hành như sau:

- Trước tiên, kiểm đến tính toàn vẹn của niêm phong, tính toàn vẹn của các đơn vị đóng gói ở các phần nêu sau đây, sau đó kiểm đến số lượng.
- Hộp nguyên niêm phong kiểm đến hộp.
- Thuốc đóng theo lọ kiểm đến lọ (Ví dụ: Vitamin B1 lọ 100 viên, lọ 2000 viên).
- Thuốc được bao màng mỏng, coi số lượng trong màng mỏng là một đơn vị và kiểm đến đơn vị được bao màng mỏng (cọc 10 hộp, 10 lọ).
- Kệ (carton) mở ra kiểm đến các đơn vị đã nêu ở trên.
- Chú ý: Vì một lý do nào đó hàng mua về có số đơn vị đóng gói nhỏ hơn các đơn vị nêu trên, ví dụ: 5 lọ trong một cọc 10 lọ bao màng mỏng thì phải kiểm đến đơn vị nhỏ hơn là lọ, hộp...
- Kiểm tra lại số lượng, số khoản, đối chiếu với phiếu mua hàng, hoá đơn mua bán xem có khớp không.

1.2.2. Danh mục kiểm soát về chất lượng theo cảm quan

TT	Yêu cầu kiểm soát	Đạt	Không đạt	Xử lý	Người thao tác	Người kiểm tra
1	Kiểm tra điều kiện bảo quản khi vận chuyển Đáp ứng điều kiện yêu cầu của nhà sản xuất? Tiến hành ngay khi người giao hàng đến nhà thuốc (đặc biệt thuốc yêu cầu bảo quản trong dây truyền lạnh 2 – 8°C).					
2	Kiểm tra tính đúng đắn của hàng nhập Đúng thuốc được cung cấp. Đúng dạng bào chế (viên nén, dung dịch, dạng khác).					
3	Kiểm tra tính toàn vẹn của bao bì trực tiếp Kiểm tra chai lọ không nứt vỡ. Kiểm tra gói thuốc không rách hở. Kiểm tra thuốc lỏng không được rò rỉ thuốc. Kiểm tra bao bì chứa thuốc mỡ không rò rỉ thuốc.					
4	Kiểm tra tính đúng đắn, tính toàn vẹn của nhãn thuốc Kiểm tra nhãn không rách, không bẩn. Kiểm tra nội dung yêu cầu đúng quy chế. Những dấu hiệu nhận biết riêng được trình bày (ví dụ mã vạch, hình vẽ đặc trưng, màu sắc, logo...).					
5	Kiểm tra thuốc viên nén (trong lọ, vỉ) Kiểm tra tính toàn vẹn của viên, của vỉ (hở, rách). Kiểm tra màu sắc biến màu, dính dầu máy, vết đốm. Kiểm tra độ ẩm lắc nhẹ nghe tiếng kêu. Kiểm tra độ toàn vẹn của viên ba via, dính bột thuốc, đóng vỉ đủ viên, không có bột thuốc.					
6	Kiểm tra lọ, vỉ mềm chứa viên sỏi Kiểm tra độ hở, rách, phồng, rộp.					
7	Kiểm tra thuốc viên nang cứng (trong lọ, vỉ) Kiểm tra tính toàn vẹn của viên, của vỉ (hở, rách). Kiểm tra độ ẩm: lắc nhẹ nghe tiếng kêu. Kiểm tra dính bột thuốc, đóng vỉ đủ viên, không có bột thuốc.					

TT	Yêu cầu kiểm soát	Đạt	Không đạt	Xử lý	Người thao tác	Người kiểm tra
8	Kiểm tra thuốc viên bao (trong lọ, vỉ) Kiểm tra bề mặt nhẵn, không nứt, không bong. Kiểm tra tính toàn vẹn của viên, của vỉ (hở, rách). Kiểm tra dính bột thuốc, dính vỉ đủ viên, không có bột thuốc. Kiểm tra màu sắc biến màu, dính dầu máy, vết dấm. Kiểm tra độ ẩm lắc nhẹ nghe tiếng kêu. Kiểm tra viên bao đường không chảy nước.					
10	Kiểm tra thuốc cốm Kiểm tra độ ẩm lắc nhẹ nghe tiếng kêu.					
11	Kiểm tra cao thuốc Kiểm tra không bị chảy, mốc.					
12	Kiểm tra thuốc mỡ Kiểm tra màu sắc đồng đều. Kiểm tra thể chất mịn, không tách lớp, không biến màu không cứng ở nhiệt độ thường, không chảy ở nhiệt độ 37°C. Kiểm tra bắt dính trên da, niêm mạc khi bôi.					
	Kiểm tra thuốc dán miếng hoặc băng dính Kiểm tra độ đồng nhất, có độ bắt dính thích hợp (dễ dính, dễ bóc).					
13	Kiểm tra thuốc đạn, thuốc trứng Không biến dạng, tan chảy.					
14	Kiểm tra siro thuốc Kiểm tra độ trong. Kiểm tra không có mùi lạ, bọt khí, biến chất khi bảo quản. Kiểm tra không có đường kết tinh lại.					
15	Kiểm tra rượu thuốc Kiểm tra độ trong. Kiểm tra lắng cặn quá mức tiêu chuẩn cho phép.					

TT	Yêu cầu kiểm soát	Đạt	Không đạt	Xử lý	Người thao tác	Người kiểm tra
16	Kiểm tra thuốc nhỏ mắt Kiểm tra bao bì vô khuẩn kín. Kiểm tra không biến màu. Kiểm tra nhãn in hình con mắt.					
17	Kiểm tra thuốc nước đóng ống để uống Kiểm tra màu sắc trong, đồng đều. Kiểm tra nhãn có dòng chữ không được tiêm.					
18	Kiểm tra thuốc tiêm và dịch truyền Kiểm tra màu sắc dung dịch trong, không biến màu. Kiểm tra không phân lớp, không có vật lạ, không có lóc của bao bì. Niêm phong của lọ còn, không mất dấu.					
19	Kiểm tra thuốc bột pha tiêm Kiểm tra thuốc tươi xốp hay kết. Kiểm tra biến màu. Kiểm tra độ ẩm lắc nhẹ hoặc gõ nhẹ vào lọ và quan sát. Niêm phong của lọ còn, không mất dấu.					
20	Kiểm tra thuốc thang Không mốc, mọt.					

Các sản phẩm khác tùy theo tính chất của sản phẩm mà có các phương pháp kiểm tra phù hợp.

1.2.3. Kiểm tra tính pháp lý của thuốc và các sản phẩm (được lưu hành hợp pháp)

Kiểm tra tên thuốc, nồng độ, hàm lượng.

Kiểm tra số đăng ký của sản phẩm (chú ý thời hạn của số đăng ký), hoặc tem nhập khẩu.

Kiểm tra số lô của sản phẩm.

Kiểm tra ngày sản xuất.

Kiểm tra hạn dùng của sản phẩm.

Kiểm tra bao bì sản phẩm (màu sắc, hình vẽ và một số chi tiết đặc trưng xem có bị hàng giả không).

Kiểm tra tờ hướng dẫn sử dụng thuốc.

Đối với các sản phẩm khác, kiểm tra tính hợp pháp của sản phẩm qua các nội dung sau: tên, địa chỉ nhà sản xuất hoặc nhà phân phối, đăng ký, chứng nhận tiêu chuẩn, hoặc công bố chất lượng, nguồn gốc, xuất xứ của sản phẩm (sử dụng mã vạch).

Một điểm cần đặc biệt chú ý, khi kiểm tra tính pháp lý của thuốc đặc biệt thuốc được mua từ các nhà cung cấp. Hàng nhập không được có các loại thuốc sau:

- Thuốc mẫu giới thiệu cho thầy thuốc.
- Thuốc do bệnh viện sản xuất, thuốc của các chương trình y tế quốc gia, thuốc viện trợ), thuốc cung cấp riêng cho quân đội, công an...
- Thuốc nhập khẩu theo nhu cầu của một số cơ sở điều trị.

1.2.4. Kiểm tra hồ sơ kỹ thuật

Phiếu báo lô.

Phiếu kiểm nghiệm.

1.2.5. Kiểm tra hoá đơn chứng từ

Kiểm tra tính pháp lý của hoá đơn chứng từ theo các quy định về quản lý kinh tế của Nhà nước (hoá đơn VAT). Đặc biệt là kiểm tra cách tính hoá đơn nhất là khi mua tại các trung tâm bán buôn (còn tồn tại khi mua không làm hoá đơn VAT ngay). Nếu có sai sót, được sĩ phụ trách khiếu nại với nơi mua theo thủ tục thu hồi khiếu nại.

Nếu là hàng đặt trực tiếp từ nhà cung cấp cần thông báo ngay lập tức khi có bất cứ điều gì không đúng với danh mục đặt hàng đã gửi trước đó (các chi tiết cần phải được ghi vào sổ sách) và gửi một văn bản tới nhà cung cấp bao gồm các nội dung sau:

- Các hộp hay hòm carton thiếu.
- Các hộp hay hòm carton bị mở hoặc xáo trộn.
- Hàng cung cấp thiếu.
- Sự khác nhau thực tế về số lượng và chất lượng được chỉ ra trên bao gói.
- Những thuốc thêm vào không có trong đơn đặt hàng nhưng được cung cấp.
- Các thuốc hỏng, vỡ, chất lượng kém.
- Bất cứ những sự không thống nhất nào khác.

Nếu nhà phân phối trong trường hợp khẩn cấp không có hoá đơn hoặc dựa trên giao hàng trực tiếp theo điện thoại cần kiểm tra ngay:

- Hàng hoá cung cấp phải được kiểm soát tính toàn vẹn và sự hư hỏng.

- Chi tiết hàng cung cấp nhận được phải được ghi chép.
- Yêu cầu người giao hàng xác nhận tình hình thực tế khi kiểm hàng.
- Yêu cầu nhà cung cấp phải gửi hoá đơn sớm nhất có thể.
- Khi nhận được hoá đơn phải kiểm lại dựa vào các chi tiết đã ghi chép và nếu có bất cứ điều gì không bình thường phải báo ngay cho nhà cung cấp.

1.2.6. Ghi chép hồ sơ và sổ sách khi mới nhập

Ghi chép hồ sơ là việc mất thời gian, có thể nhàm chán và gây mệt mỏi đối với người thực hiện. Nhưng đây là yêu cầu để quản lý và đảm bảo chất lượng, đối với các thuốc phải kiểm soát nghiêm ngặt như: thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần và tiền chất dùng làm thuốc, còn là yêu cầu bắt buộc theo các quy chế hiện hành. Để giảm bớt các hạn chế nêu trên, ta có thể tin học hoá việc theo dõi hồ sơ thông qua các phần mềm được thiết kế riêng cho quản lý bán hàng và theo dõi tồn trữ, hạn dùng. Hoặc có thể tự thiết kế trên phần mềm Microsoft Office Excel.

Cần phải ghi chép và cho nhận xét về các nội dung sau:

- Tên thuốc, nồng độ hàm lượng.
- Số lượng.
- Chất lượng (nhận xét cảm quan) như phần vừa nêu.
- Ghi chép hạn dùng.

Chỉ nên mua thuốc và các hàng hoá được sản xuất, được tiếp thị qua hệ thống phân phối được cấp phép của công ty đó. Nhằm tránh giả mạo và thuốc giả vào nhà thuốc.

1.2.7. Tiến hành nhập kho

Nếu đạt các yêu cầu đã kiểm tra cho nhập kho và sắp xếp theo các quy trình thao tác chuẩn (SOP) trong bảo quản.

Nếu không đạt về chất lượng để vào khu vực biệt trữ dán nhãn màu (ví dụ màu đỏ) và báo được sĩ của chủ nhà thuốc để tiến hành khiếu nại đối với nhà phân phối.

1.2.8. Ghi chép hồ sơ về quá trình nhập kho và kiểm soát trước khi nhập

Hồ sơ quá trình kiểm nhập cần phải có chữ ký và ghi rõ họ, tên người tiến hành công việc, người kiểm tra, đặc biệt là kiểm tra hạn dùng. Nếu có các biện pháp khắc phục cần ghi rõ biện pháp khắc phục và người khắc phục, ký ghi rõ họ tên.

Vì lý do nào đó, chưa hoàn thành hoá đơn bán hàng (VAT) từ các trung tâm bán buôn dược phẩm (bán sỉ) theo quy định, vẫn phải lưu các “hoá đơn” tạm thời. Các tập “hoá đơn” đó phải kiểm tra thật kỹ. Nếu không ghi rõ tên quầy, ngày tháng năm, phải yêu cầu người giao dịch phải bổ sung thêm vào. Sau đó, đóng các “hoá đơn” này thành tập để hoàn thiện hoá đơn VAT và khi cần thiết có thể làm

bằng chứng nếu có khiếu nại và thu hồi hàng hoá (nhà thuốc chỉ có thể trả lại hàng bị thu hồi tại quầy khi chứng minh được nguồn gốc xuất xứ hàng đã mua).

Khi có khiếu nại về cách tính “hoá đơn” kiểu trên, hoặc khiếu nại về chất lượng không đạt, đặc biệt là mua tại trung tâm bán buôn dược phẩm (bán sỉ) phải thông tin và giải quyết ngay.

Hoá đơn chứng từ phải lưu trữ cẩn thận, khoa học để khi cần phải tra cứu được ngay. Dữ liệu mua bán còn sử dụng vào công tác dự báo thị trường cho nhu cầu của nhà thuốc. Hoặc trình bày cho các cơ quan quản lý chuyên ngành (y tế), cơ quan thuế và quản lý thị trường.

Đặc biệt, các thuốc có kiểm soát đặc biệt như thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần và tiền chất dùng làm thuốc phải lưu trữ theo đúng quy chế.

1.2.9. Khiếu nại

Hàng không đạt chất lượng, hàng thiếu thừa, sai chủng loại, sai về giá cả, cần phải báo ngay được sĩ phụ trách hoặc người có trách nhiệm của nhà thuốc để tiến hành khiếu nại đối với nhà phân phối ngay trong vòng 24 giờ theo thủ tục thu hồi và khiếu nại.

1.3. Kiểm tra trong quá trình bảo quản tồn trữ và bán hàng

Để đảm bảo chất lượng thuốc và các hàng hoá còn phải được kiểm soát trong quá trình bảo quản và cả trước khi giao cho khách hàng.

1.3.1. Thuốc và các sản phẩm trên quầy

Định kỳ hàng tháng và 6 tháng tiến hành kiểm kê và kiểm tra về: tên thuốc hoặc tên sản phẩm, hạn dùng, chất lượng như phần đã nói tại mục 1.2.2 và 1.2.3 (đặc biệt lưu ý các thuốc và các sản phẩm nhạy cảm với nhiệt độ, độ ẩm, ánh sáng và có yêu cầu bảo quản đặc biệt).

Đột xuất kiểm tra về: tên thuốc hoặc tên sản phẩm, hạn dùng, chất lượng như phần đã nói tại mục 1.2.2 và 1.2.3 (đặc biệt lưu ý như phần kiểm tra định kỳ). Kiểm tra đột xuất khi có những thay đổi bất thường về thời tiết (quá nóng, quá ẩm), mất điện kéo dài, hỏng hóc hay bảo dưỡng hệ thống máy móc duy trì điều kiện vi khí hậu (tủ lạnh, máy điều hoà), hoặc chuẩn bị theo kế hoạch thanh tra, kiểm tra của các cơ quan quản lý nhà nước. Kiểm tra đột xuất còn được thực hiện khi nhận được các thông tin về đình chỉ lô, rút số đăng ký của lô, thu hồi lô từ cơ quan quản lý hoặc từ nhà sản xuất, nhà phân phối.

Nếu có thuốc hoặc sản phẩm không đạt chất lượng hoặc có vấn đề về chất lượng: Niêm phong lại, dán nhãn màu (ví dụ màu đỏ), bảo quản biệt trữ. Báo được sĩ phụ trách chuẩn bị kế hoạch xử lý.

Nếu có thuốc hoặc sản phẩm cận hạn thì phải làm báo cáo để có biện pháp xử lý thích hợp trước khi hết hạn.

Nếu có thuốc hoặc sản phẩm hết hạn phải (niêm phong lại, dán nhãn đỏ, bảo quản biệt trữ). Báo dược sĩ phụ trách cho kế hoạch xử lý.

Ghi chép hồ sơ. Ghi rõ người tiến hành, người kiểm tra đặc biệt là hạn dùng. Nếu có các biện pháp khắc phục cần ghi rõ biện pháp khắc phục và người khắc phục, ký ghi rõ họ tên.

1.3.2. Kiểm tra thuốc và các sản phẩm trước khi giao cho khách hàng

Đã được trình bày trong Chương 9. Quản trị cấp phát thuốc.

1.3.3. Ghi chép hồ sơ

Phải có đầy đủ chữ ký và ghi rõ tên người tiến hành, người kiểm tra, đặc biệt là hạn dùng. Hạn dùng sau khi kiểm tra nên làm thành một bảng treo tại nơi xuất các hàng hoá đó, hoặc in ra cho các nhân viên xuất nhập để theo dõi. Nếu có các biện pháp khắc phục cần ghi rõ biện pháp khắc phục và người khắc phục, ký ghi rõ họ tên.

2. BẢO QUẢN

2.1. Sự cần thiết bảo quản thích hợp

Bảo quản thuốc men và các sản phẩm khác là một trong các yêu cầu quan trọng của chế độ thực hành tốt nhà thuốc (GPP). Bên cạnh đó, cũng phải đáp ứng tối đa nguyên tắc thực hành tốt bảo quản thuốc (GSP).

Bảo quản thích hợp thuốc và hàng hoá khác là yêu cầu cơ bản nhằm:

- Để đảm bảo duy trì được hiệu lực của thuốc.
- Để đề phòng giảm giá trị, hư hỏng, phân huỷ.
- Để đảm bảo, duy trì tình trạng vật lý toàn vẹn.
- Để biết chắc chắn chất lượng và độ an toàn được duy trì suốt toàn bộ tuổi thọ (shelf life) của thuốc.

Yêu cầu bảo quản cần được cân nhắc trên hai khía cạnh:

(i) Tính toàn vẹn của thuốc và các hàng hoá khác.

Thuốc và các hàng hoá cần có phương pháp bảo quản thích hợp để giữ được tính toàn vẹn và hiệu lực:

- Duy trì đúng nhiệt độ theo yêu cầu.
- Chống lại độ ẩm quá mức.
- Tránh ánh sáng tác động trực tiếp.
- Chống loài vật gây hại và côn trùng.

(ii) Vị trí đặt để (dễ thấy, dễ lấy, tránh nhầm lẫn).

- Cần dễ dàng xác định vị trí.



- Có thể tiếp cận.
- Đặt dễ có trật tự và có hệ thống.

2.2. Cách sắp xếp trình bày thuốc

Người dược sĩ có thể theo bất cứ cách sắp xếp trình bày thuốc nào. Sắp xếp trình bày thuốc cần được lựa chọn sao cho dễ thao tác, tăng tốc độ, hiệu quả cung ứng thuốc.

Cách sắp xếp trình bày thuốc có thể thay đổi ở mỗi nhà thuốc. Lựa chọn cách nào là tùy theo kinh nghiệm, thực tế và công việc hàng ngày của đội ngũ nhân viên, của người có trách nhiệm và cũng phụ thuộc vào diện tích sẵn có, doanh thu...

(i) Tiêu chí nhà sản xuất: Thuốc và các hàng hoá có thể sắp xếp trình bày và bảo quản theo tiêu chí công ty, sản phẩm của một công ty sản xuất có thể gộp lại với nhau và giữ tại một chỗ. Ở mỗi giá kệ sản phẩm của một công ty có thể được để theo thứ tự ABC nhưng phải dễ thấy, dễ lấy, tránh nhầm lẫn. Lọ, ống, hộp... cũng có thể cách nhau trên cùng một giá kệ.

(ii) Tiêu chí anphabeta: Thuốc và các hàng hoá cũng có thể sắp xếp trình bày và bảo quản theo thứ tự ABC, có nghĩa thuốc được đặt theo thứ tự từ trái qua phải, dựa trên tên của chúng. Chữ cái đầu tiên của tên, (hoặc hai ba chữ cái đầu tiên) được sử dụng để nhóm các thuốc lại với nhau và giữ chúng ở cùng một chỗ. Ở một vài nhà thuốc tất cả các khoản đóng gói được đặt trên cùng các ô kéo hoặc các hộp theo thứ tự ABC mỗi một hộp hoặc ô kéo có chứa các loại khác nhau theo một chữ cái riêng. Hệ thống này đảm bảo các khoản còn lại thường giữ nguyên vị trí được đóng vào hộp hoặc ô kéo và không bị tác động, ảnh hưởng của bụi. Bất tiện của nó là có thể dẫn đến lẫn lộn giữa các khoản trong cùng một ô kéo và có thể khó nhận ra các khoản trông giống nhau. Trong trường hợp đó một loại thuốc có thể bị cung ứng sai. Thứ hai là các khoản đã cắt rời nằm khuất trong một ô kéo có thể bị bỏ qua nếu không nhìn thấy rõ, hạn dùng trên phần của khoản đã cắt.

(iii) Tiêu chí tác dụng điều trị: Thuốc và các hàng hoá có thể sắp xếp trình bày và bảo quản theo tác dụng dược lý (thí dụ như các kháng sinh, thuốc hạ sốt giảm đau, hoặc là thuốc điều trị tim mạch) có nghĩa là thuốc được giữ cùng với nhau dựa trên tác dụng dược lý hay tác dụng điều trị. Đây là một hệ thống rất khó xác định và rất bất tiện, đặc biệt là trong tình trạng thị trường có rất nhiều loại biệt dược như ở nước ta. Hơn nữa phân loại theo tác dụng điều trị nhiều khi không chính xác, khó xác định tiêu chí. Tuy nhiên, đây lại là cách phổ biến nhiều nhà thuốc chọn lựa, đặc biệt là tại các nhà thuốc nhỏ lẻ.

(iv) Tiêu chí dạng bào chế: Thuốc và các hàng hoá có thể sắp xếp trình bày và bảo quản tách riêng theo dạng bào chế có nghĩa thuốc lỏng (chai, lọ), các thuốc

uống dạng bào chế rắn, thuốc nhỏ mắt, viên nang, thuốc mỡ... tất cả được bảo quản riêng biệt trên giá.

Thường xuyên ghi nhớ:

– Sắp xếp trình bày và bảo quản thuốc kê đơn phải riêng biệt với thuốc OTC. Thuốc OTC, đặc biệt là các loại đang được quảng cáo có thể sắp xếp trưng bày để khách hàng lựa chọn hoặc quan tâm đặt câu hỏi.

– Sắp xếp trình bày để bảo quản theo nhiệt độ là bất kể kiểu sắp xếp trình bày và bảo quản nào cũng phải theo. Cùng ở trong một khu vực đặc biệt, có thể bảo quản tách biệt. Trong một tủ lạnh, thí dụ như thuốc có thể được bảo quản trong khay, trên giá và ngăn đá, theo nhiệt độ yêu cầu.

– Mỹ phẩm, thực phẩm chức năng, các thiết bị y tế giản đơn: bông băng, bơm tiêm, nhiệt kế và các hàng hoá khác được phép bán tại nhà thuốc, cần phải sắp xếp trình bày tách biệt với các thuốc chữa bệnh. Khu vực trưng bày tồn trữ thuốc và các hàng hoá phải có biển hoặc dán chữ. Có thể là một ngăn riêng, một tủ riêng, hoặc một giá kệ riêng, tốt hơn là có màu khác nhau để phân biệt dễ dàng khu vực tồn trữ này với khu vực khác.

– Các thuốc phải kiểm soát đặc biệt (thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần và tiền chất dùng làm thuốc phải bảo quản sau quầy, ngăn riêng và có khoá).

Bất cứ kiểu sắp xếp trình bày, tồn trữ bảo quản nào được lựa chọn đều phải đảm bảo nguyên tắc:

- Dễ thấy, dễ lấy, tránh nhầm lẫn.
- Hàng hoá sắp xếp trình bày phải có trật tự.
- Thuốc và hàng hoá trả về được đặt vào đúng chỗ nơi chúng được lấy ra.
- Tất cả mọi thuốc và hàng hoá phải được sắp đặt đảm bảo kiểm soát được chất lượng và hạn dùng.
- Mọi người phải thận trọng khi bảo quản thuốc và hàng hoá.
- Không được để thuốc và hàng hoá lung tung bừa bãi.

2.3. Ý nghĩa khác nhau của bảo quản

Trong từng khu vực nhiệt độ, thuốc và các hàng hoá khác cần được bảo quản và bảo đảm an toàn, dễ thấy, dễ lấy, tránh nhầm lẫn và tránh hư hỏng.

Phương tiện cơ bản để xếp đặt thuốc và các hàng hoá là tủ, quầy, giá, kệ. Để tránh bụi xâm nhập vào tủ quầy, giá, kệ, các ô kéo, tốt nhất là cửa có cánh hoặc cửa kính kéo trượt. Tuy nhiên, điều đó có thể bất tiện vì khả năng tiếp cận và tốc độ có thể bị cản trở khi lấy sản phẩm khỏi tủ, quầy, giá, kệ vì phải đóng mở, kéo khi lấy sản phẩm. Sử dụng điều hoà không khí đối với nhà thuốc có cửa tự đóng khi ra vào, nếu có điều kiện có thể làm một chốt gió (Air lock) hoặc một tiền

phòng (Anteroom), những phương pháp này có thể giảm bụi, giảm khí lạnh do mở cửa khi khách vào nhà thuốc. Trong các trường hợp như vậy tủ, quầy, giá, kệ có thể mở thường xuyên.

Cần phải tránh đặt trực tiếp các hòm carton trên sàn nhà trong thời gian dài, nó được coi là thực hành kém và các sản phẩm ở trong có thể bị hỏng vì ẩm.

Một vài loại thuốc tốt nhất là bảo quản trên tủ, quầy có cửa kính để nhìn thấy được bên trong.

Tủ, quầy, giá, kệ đóng kín có thể chống bụi, đặc biệt ở nước ta, khi hầu hết các nhà thuốc đều ở mặt đường có nhiều bụi. Đối với các cơ sở nhỏ, tủ, quầy có cửa còn có tác dụng bảo vệ tránh mất mát, nhất là các nhà thuốc phải thuê địa điểm để kinh doanh.

Khi sắp xếp, thuốc nhẹ nên xếp ở trên, thuốc nặng nên xếp ở dưới, thuốc dễ vỡ (thuốc tiêm, dịch truyền) không nên xếp sát ngoài và không xếp chồng lên nhau.

Một vài loại thuốc phải bảo quản trong tủ lạnh hoặc ở nơi mát, hoặc nơi lạnh, mỗi nhà thuốc nên trang bị 1 – 2 tủ lạnh. Thuốc và các hàng hoá phải được bảo quản theo yêu cầu của nhà sản xuất (xem nhãn hoặc tờ hướng dẫn sử dụng).

Tất cả mọi hệ thống làm lạnh cần phải đạt tiêu chuẩn yêu cầu. Hiện đã có các tủ lạnh chống đông tuyết. Người dược sĩ cần lựa chọn loại tủ chống đông tuyết vì chúng dễ bảo trì và chống đọng nước làm hỏng bao bì. Các tủ lạnh loại cũ có thể rơi nước từ ngăn đá xuống thuốc được bảo quản ở ngăn lạnh phía dưới, làm ướt, hỏng nhãn thuốc. Tủ lạnh chống đông tuyết cũng có một ngăn đá lớn và riêng biệt (sử dụng để bảo quản các thuốc cần nhiệt độ dưới 0°C) và có cửa riêng để mở không ảnh hưởng nhiệt độ bảo quản đến ngăn khác.

Phải vận hành tủ lạnh liên tục 24 giờ trong ngày. Không được tắt sau giờ làm việc. Nên có máy lưu điện đầu nối với tủ lạnh để khi bị mất điện, tủ vẫn chạy.

Cửa tủ lạnh cần phải đóng chặt (khi mở ra và đóng lại).

Cửa tủ lạnh cần phải không để mở quá lâu.

Cần phải để khoảng cách giữa các thuốc bảo quản trong tủ lạnh để luồng không khí được lưu thông.

Tủ lạnh cần phải để cách tường khoảng 10 – 15cm để tăng cường lượng không khí lưu thông không gây ảnh hưởng đến quá trình làm lạnh.

Không được bảo quản vacxin trên giá ở gần cửa tủ lạnh vì chúng bị tác động và chịu ảnh hưởng nhiệt độ cao hơn mỗi khi cửa được mở. Vacxin nên bảo quản ở các giá khu vực giữa tủ lạnh.

Các thuốc bảo quản lạnh không nên để ra ngoài tủ lạnh quá vài phút.

Các thực phẩm và đồ uống như: nước ép, đồ uống, thức ăn... không được để cùng với thuốc trong tủ lạnh mà phải giữ trong một tủ riêng.

Cần tính toán số lượng hoặc dung tích tủ lạnh cần thiết để bảo quản hết hàng hoá yêu cầu bảo quản lạnh.

Đá, các chất giữ lạnh cần phải giữ trong ngăn đá để có thể dùng khi vận chuyển các thuốc cần giữ lạnh. Có thể được đưa cho khách hàng cùng với thuốc yêu cầu bảo quản lạnh, để nhiệt độ được duy trì cho đến khi khách hàng về đến tận nhà và có thể đưa thuốc vào tủ lạnh. Các túi chất giữ lạnh (khí cacbonic đóng băng – đá khô hoặc gel khô) cũng có thể được sử dụng để giữ thuốc tạm thời khi mất điện hoặc khi tủ lạnh hỏng.

Cần phải tiến hành giải lạnh để vệ sinh và bảo dưỡng tủ lạnh định kỳ. Phải tiến hành đều đặn theo dõi và bảo dưỡng tủ lạnh. Cần có một hệ thống đảm bảo sửa chữa bảo trì hiệu quả.

Nhiệt độ trong tủ lạnh cần phải theo dõi và ghi chép thường kỳ ít nhất, ngày một lần. Các hỏng hóc cần phải được ghi chép, bao gồm cả thời gian thuốc và hàng hoá bị ảnh hưởng và chịu tác động ở nhiệt độ không được kiểm soát (mất điện). Thuốc sau đó được giữ lại hoặc loại bỏ phụ thuộc vào tình hình cụ thể, hoặc theo các lời khuyên, hướng dẫn, của nhà sản xuất.

Các thiết bị theo dõi nhiệt độ hệ thống lạnh cần phải gắn vào hệ thống dạng hiện số hoặc đổi màu để dễ dàng cảnh báo cho đội ngũ nhân viên về khả năng phân huỷ các sản phẩm, giúp cho việc theo dõi dễ dàng hơn.

Cần phải có kế hoạch đối phó trước các sự cố hỏng hóc tủ lạnh. Có thể chuyển thuốc sang một tủ lạnh khác (thuê mượn hoặc tủ dự trữ), hoặc đặt mua đá thường xuyên cho đến khi sửa được hệ thống làm lạnh.

Đặt các chai nước đầy vào nửa đáy cửa tủ lạnh để cấp lạnh trong tủ khi mất điện. Điều đó có thể giữ nhiệt độ cần thiết khi mất điện trong vòng một vài giờ. Nếu điện bị mất không định trước trong thời gian không dài, máy lưu điện UPS có thể giữ tủ lạnh chạy liên tục khi mất điện.

Giải lạnh khi đã hình thành quá mức và tốt nhất là tiến hành định kỳ. Nên lập kế hoạch hoặc soạn thảo các quy trình thao tác chuẩn (SOP) và quy định việc này theo chu kỳ.

2.4. Các điều kiện nhiệt độ và vi khí hậu

2.4.1. Kiểm soát nhiệt độ

Thuốc và các hàng hoá nhạy cảm với nhiệt độ cần được bảo quản ở nhiệt độ thích hợp để duy trì độ ổn định.

Lắp đặt điều hoà không khí, kiểm soát nhiệt độ là yêu cầu đối với các nhà thuốc. Điều hoà không khí cho phép ta lựa chọn kiểm soát nhiệt độ theo mong muốn.

Tốt nhất là để máy điều hoà để duy trì nhiệt độ dưới 25 – 27°C, vì hầu như thuốc và hàng hoá nhạy cảm với nhiệt độ cao đều yêu cầu bảo quản dưới nhiệt

độ này. Thứ hai là nhiệt độ này cả nhân viên và khách hàng đến nhà thuốc đều dễ chịu.

Ngoài máy điều hoà không khí, quạt lưu thông không khí có thể được dùng để thông gió.

Cần chú ý điều này vì ở nước ta một vài nơi nhiệt độ mùa hè cao trên 40°C. Trong các trường hợp như vậy duy trì nhiệt độ là điều cơ bản để tránh làm hỏng thuốc và các hàng hoá nhạy cảm với nhiệt vì chịu ảnh hưởng và bị tác động đối với các dao động mạnh của nhiệt độ.

2.4.2. Kiểm soát độ ẩm

Hơi ẩm hay độ ẩm có thể tác động bất lợi đến độ ổn định của thuốc và các hàng hoá dễ bị tác động và chịu ảnh hưởng chẳng hạn viên nén, viên nang cứng, thuốc bột, viên nang mềm, trở nên mềm và bị phồng khi hút ẩm. Viên nén bao có thể bị hydrat hoá bề mặt. Độ ẩm cao có tạo điều kiện tốt cho loại vi khuẩn nấm mốc phát triển. Bởi vậy, phải kiểm soát độ ẩm là điều rất quan trọng.

- Để giảm tác động của độ ẩm có thể làm theo các gợi ý sau:
- Mở cửa sổ cho phép lưu thông không khí (thông gió tự nhiên).
 - Sử dụng quạt để lưu thông không khí với bên ngoài.
 - Sử dụng bình hút ẩm và chất hút ẩm là cách hữu ích để phòng không khí ẩm phá huỷ thuốc và các hàng hoá nhạy cảm (khi không có máy điều hoà không khí, ở vùng lạnh ẩm quanh năm).
 - Đối với các hộp lọ lớn chứa viên nén, viên nang, không được mở trong thời gian dài và phải đậy lại nắp hoặc đậy kín ngay sau khi lấy số thuốc ra để bán.
 - Không cho phép để đồ bao gói thuốc chạm vào nền nhà hay tường. Tường có thể bị ẩm và có thể gây ra hấp phụ ẩm, làm hỏng thuốc.

Ấm kế và nhiệt kế được cân chỉnh có thể được sử dụng để theo dõi nhiệt độ và độ ẩm trong nhà thuốc. Để cân chỉnh có thể đưa đến các trung tâm kiểm định, tuy nhiên có thể tự làm bằng cách so sánh với một ẩm kế khô ướt.

Kiểm tra định kỳ nhiệt độ và độ ẩm để điều chỉnh cho phù hợp yêu cầu. Điều kiện khí hậu (nhiệt độ và độ ẩm) cần được theo dõi và ghi chép. Dưới đây là bảng theo dõi nhiệt độ và độ ẩm cần có sẵn để tham khảo:

NHÀ THUỐC ABC BẢNG THEO DÕI NHIỆT ĐỘ VÀ ĐỘ ẨM
Khu vực biệt trữ

T T	Ngày	Giờ	Nhiệt độ	Độ ẩm	Người theo dõi	Người kiểm tra	Ghi chú
1	11/05/05	9h30	32°C	78%	Dược tá H	Dược sĩ V	
2	11/05/05	15h30	38°C	80%	Dược tá H	Dược sĩ V	

Phải ghi chép, theo dõi nhiệt độ và độ ẩm ở các khu vực khác nhau, gồm cả tủ lạnh theo một chu kỳ định trước, hàng ngày vào giờ nóng nhất, nơi nóng nhất. Các tài liệu này cần được lưu trữ, để chứng minh hoạt động đảm bảo chất lượng tại nhà thuốc.

2.4.3. Các điều kiện bảo quản

Các điều kiện bảo quản được in trên nhãn hoặc bao bì của sản phẩm y tế. Phải giải thích rõ ràng các yêu cầu đó và phải tuân thủ đầy đủ.

Ghi trên nhãn	Ý nghĩa
Không bảo quản quá 8°C	Bảo quản trong tủ lạnh (Từ +2°C đến +8°C)
Không bảo quản quá 30°C	Bảo quản ở nhiệt độ phòng (Từ +8°C đến +30°C)
Không đông	Không bảo quản trong ngăn đá
Chống ẩm	Bảo quản ở độ ẩm bình thường nhiệt độ phòng (Độ ẩm không quá 75%), được nhà sản xuất đóng gói trong bao bì chống ẩm
Chống ánh sáng	Bảo quản chống ánh sáng trong tủ hoặc ô kéo, được nhà sản xuất đóng gói trong bao bì chống ánh sáng

Theo các tài liệu kỹ thuật, thuật ngữ “nơi mát” là nơi có nhiệt độ giữa 10° và 25°C. Thuật ngữ “nơi lạnh” là nơi có nhiệt độ không vượt quá 8°C.

Dược điển nhiều nước ghi rõ những điều kiện bảo quản sau đây:

Điều kiện bảo quản	Đặc điểm kỹ thuật
Lạnh	Bất cứ nhiệt độ nào không quá 8°C (giữa 2°C và 8°C)
Mát	Bất cứ nhiệt độ nào giữa 8°C và 25°C
Nhiệt độ phòng	Nhiệt độ phổ biến ở nơi làm việc không quá 30°C
Ấm	Bất cứ nhiệt độ nào giữa 30°C và 40°C
Nhiệt quá mức	Bất cứ nhiệt độ nào trên 40°C

2.5. Các hàng hoá có yêu cầu bảo quản đặc biệt và một vài hàng hoá đặc thù ở Việt Nam cần chú ý khi bảo quản

Nếu một sản phẩm không có các hướng dẫn đặc biệt, hãy áp dụng điều kiện bảo quản bình thường. Điều này có nghĩa là bảo quản ở nơi khô ráo, sạch sẽ, được thông gió tốt, ở nhiệt độ từ +15° đến +25°C hoặc phụ thuộc khí hậu dưới +30°C (WHO, 1990).

Các hướng dẫn bảo quản là đặc trưng cho riêng từng sản phẩm. Các biệt dược khác nhau của cùng một thuốc gốc có thể có các yêu cầu bảo quản khác nhau vì

chúng có thể được đóng gói, hoặc có dạng bào chế khác nhau. Điều này được các nhà sản xuất in sẵn trên bao bì, hoặc trên tờ hướng dẫn sử dụng, nhà thuốc phải tuân theo để đảm bảo chất lượng thuốc. Các thuốc kém ổn định cần phải bảo quản trong điều kiện đặc biệt để duy trì chất lượng và hiệu lực.

2.5.1. Các sản phẩm sau yêu cầu các điều kiện bảo quản đặc biệt

- Các sản phẩm cần phải được giữ đông (thường là vacxin và các chế phẩm máu).
- Các sản phẩm nhạy cảm với nhiệt và yêu cầu tủ lạnh ($+2^{\circ}\text{C}$ đến $+8^{\circ}\text{C}$).
- Các sản phẩm bị giảm tuổi thọ (shelf life) ở nhiệt độ phòng không được kiểm soát và cần thông gió cơ học, hoặc điều hoà không khí.
- Các sản phẩm dễ gây cháy nổ yêu cầu riêng biệt, cần có biện pháp đề phòng chống cháy nổ.
- Các sản phẩm dễ bị trộm cắp hoặc bị lạm dụng, cần có các biện pháp an ninh và quản lý thích hợp.

Các sản phẩm cần bảo quản trong môi trường được kiểm soát:

– Tuổi thọ (shelf life) của các sản phẩm có độ ổn định thấp có thể bị giảm nếu được bảo quản ở điều kiện vi khí hậu không được kiểm soát (độ ẩm hoặc nhiệt độ).

– Các thuốc tiêm (thí dụ Adrenalin). Hầu hết các chế phẩm tiêm kém ổn định hơn các thuốc uống dạng rắn (viên nén, viên nang, thuốc bột). Các chế phẩm tiêm dạng dung dịch đặc biệt không ổn định. Nhiều thuốc tiêm phải tránh ánh sáng cũng như tránh nhiệt độ cao.

– Thuốc tiêm truyền (đặc biệt nếu được đóng gói trong bao bì chất dẻo).

– Một vài thuốc đạn, các viên đặt âm đạo, thuốc kem, thuốc mỡ. Những sản phẩm này có thể chảy ở nhiệt độ lớn hơn 30°C . Khi đã chảy sẽ không thích hợp để sử dụng, vì các thành phần có hoạt tính trong công thức sẽ bị phân bố không đồng nhất.

– Các sản phẩm từ cao su, latex, cellulose và chất dẻo. Bao cao su (condoms) và hầu hết các thiết bị y tế dùng một lần, các sản phẩm dùng cho phẫu thuật như bơm tiêm, kim truyền, ống thông đường tiết niệu yêu cầu tránh ẩm quá mức, ánh sáng mạnh và nhiệt độ cao. Bất cứ những điều kiện nào kể trên cũng có thể làm cho sản phẩm bị giòn, biến màu và không bền vững. Tiệt trùng sẽ không có tác dụng nếu bao bì bị hư hại. Trong điều kiện khí hậu nóng, các sản phẩm này phải được bảo quản mát nhất, tốt nhất là có điều hoà không khí, hoặc quạt thông gió.

Các sản phẩm cần bảo quản lạnh hoặc tủ lạnh:

– Vacxin, các sinh phẩm y tế và nhiều loại thuốc sẽ mất hiệu lực, thậm chí trong thời gian ngắn ở ngoài khoảng nhiệt độ được khuyến cáo. Với các sản phẩm

đó, dây truyền lạnh cần được duy trì ở tất cả mọi giai đoạn của hệ thống phân phối, cung ứng (chú ý cả khi giao hàng cho khách: kèm đá...).

– Lạnh quá cũng gây tác hại như nhiệt độ cao đối với một vài sản phẩm, như các thuốc tránh thai dạng tiêm, ergometrine, insulin, adrenaline và DPT, DT, TT và các vaccin viêm gan B. Những sản phẩm đó, không cho phép đóng băng (không được giữ trong ngăn đá).

– Thời gian ngắn ở nhiệt độ phòng (thí dụ như trong lúc vận chuyển hoặc phân phối tại khu vực) có thể được chấp nhận đối với nhiều sản phẩm (thí dụ như ergometrine, adrenaline). Nhưng nhiều sản phẩm chỉ qua những tác động và ảnh hưởng ngắn cũng có thể làm giảm tuổi thọ sản phẩm. Các sản phẩm, như vaccin, cần được vận chuyển thường xuyên trong các hộp lạnh.

Bảo quản insulin tiêm:

- Phải luôn bảo quản insulin trong tủ lạnh ở nhiệt độ 2 – 8°C.
- Không được giữ insulin ở ngăn đá của tủ lạnh.
- Thuốc tiêm insulin tốt nhất là bảo quản ống tiêm nằm ngang.
- Không bị tác động và chịu ảnh hưởng quá mức của ánh sáng và nhiệt.
- Không được dùng insulin hỗn dịch, nếu dịch treo không thể trở lại huyền phù hoàn toàn, do đóng bánh hoặc kết thành cục.

Các thuốc phải kiểm soát đặc biệt:

Các thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần và các loại thuốc khác có thể bị lạm dụng được quản lý theo các quy định và quy chế đặc biệt (luật phòng chống ma túy, quy chế quản lý thuốc gây nghiện, quy chế quản lý thuốc hướng tâm thần và tiền chất dùng làm thuốc). Các biện pháp an toàn sau được gợi ý đối với các nhà thuốc:

– Thuốc dùng ngoài, thuốc hướng tâm thần cần được đóng trong bao bì dễ phân biệt, bằng cách sử dụng túi có màu, hoặc dùng vạch màu cho bao bì từng loại thuốc này.

– Một tủ đựng an toàn hoặc được gia cố thêm, hai lần khoá, lắp đèn cảnh báo (tốt nhất là đèn đỏ) sáng lên khi cửa mở.

– Sổ sách, hồ sơ ghi chép, lưu trữ hồ sơ theo đúng quy chế chuyên môn.

– Kiểm tra độc lập (do người giám sát hoặc các thanh tra chuyên ngành).

Các sản phẩm dễ bị mất trộm và bị lạm dụng:

Một vài loại thuốc và các sản phẩm đặc biệt dễ bị trộm cắp và bị lạm dụng. Chúng gồm các thuốc đắt tiền, các kháng sinh mới và các sản phẩm dễ bị lạm dụng như các chất hướng tâm thần... Các thuốc và các sản phẩm đó cần được bảo quản thích hợp. Yêu cầu nghiêm ngặt việc lưu giữ hồ sơ hàng tồn trữ hơn các sản phẩm khác. Phải tiến hành định kỳ kiểm tra số lượng tiêu thụ, tồn trữ dựa trên

các ghi chép có thực về sử dụng (sổ ghi chép, hồ sơ thuốc kê đơn, hồ sơ hàng tồn trữ...) để tìm ra bất cứ sự hư hao nào (do mất trộm hoặc lạm dụng).

2.5.2. Một số hàng hoá đặc thù ở Việt Nam cần chú ý khi bảo quản

Thuốc và các sản phẩm dễ bay hơi và các thuốc nhạy cảm với độ ẩm:

Phải bảo quản nơi lạnh (kho lạnh, tủ lạnh) bao bì đóng kín khô, bao bì bằng thuỷ tinh hoặc nhựa đóng kín hoặc phủ ngoài bằng sáp (paraffin), hoặc bao gói ngoài thêm một số lớp PE, hoặc bảo quản cùng chất hút ẩm trong đồ chứa riêng.

Thuốc và các sản phẩm có mùi:

Phải bảo quản trong bao bì kín, để riêng biệt.

Thuốc và các sản phẩm có các dược liệu đã chế biến:

Phải bảo quản thuốc thang ở nơi khô, mát chống mối mọt (đặc biệt là mọt, để chống mọt có thể bảo quản lạnh), các dược liệu có tinh dầu cần được bảo quản trong bao bì kín, tránh nhiệt độ cao.

2.6. Bảo quản và độ ổn định của thuốc

Thuốc và các hàng hoá khác bán tại nhà thuốc không ổn định vô thời hạn. Chúng ổn định trong một khoảng thời gian xác định, đôi khi là một khoảng thời gian ngắn. Điều kiện bảo quản nghèo nàn làm tăng sự thoái biến (phân huỷ). Nhiệt độ, ánh sáng và độ ẩm là các yếu tố đóng góp quan trọng nhất vào sự mất ổn định của thuốc.

Cần xác định và nhận thức được các yếu tố tiềm năng gây mất ổn định thuốc và các hàng hoá.

Phải tuân theo các yêu cầu bảo quản để đảm bảo chất lượng thuốc và các hàng hoá khác bán tại nhà thuốc cho người bệnh, khách hàng. Một việc cũng quan trọng không kém là tư vấn cho người bệnh về bảo quản thích hợp thuốc tại gia đình. Ghi nhãn tại nhà thuốc khi cung ứng cần nói rõ điều kiện bảo quản, yêu cầu và hỗ trợ bởi các nhắc nhở trực tiếp, đặc biệt là yêu cầu bảo quản riêng cần được lưu ý.

Các yếu tố gây mất ổn định		Có thể ảnh hưởng đến thuốc
Ánh sáng gây ảnh hưởng và tác động	→	Tăng quá trình oxy hoá, phân huỷ quang hoá.
Không khí gây ảnh hưởng và tác động	→	Tăng quá trình oxy hoá
Bay hơi gây ảnh hưởng và tác động	→	Mất nước hoặc dung môi bay hơi nhanh
Vi khuẩn, nấm mốc gây ảnh hưởng và tác động	→	Tăng ô nhiễm, phát triển, bị hỏng và có thể tác động có hại
Xâm nhập của ẩm	→	Thuỷ phân, làm hỏng thuốc bột, viên nén, viên nang

Thuốc có các vấn đề về ổn định trong điều kiện khí hậu nhiệt đới Thuốc nhạy cảm đặc biệt đối với các điều kiện bảo quản	
<i>Thuốc uống rắn (viên nén)</i>	<i>Thuốc uống lỏng (xiro)</i>
* Acetylsalicylic acid	* Paracetamol.
* Amoxicillin.	
* Ampicillin	<i>Thuốc tiêm</i>
* Penicillin V	* Ergometrine
* Retinol	* Methylergometrine.

Trong trường hợp thấy các sản phẩm có các vấn đề về độ ổn định khi bảo quản, nên báo cáo ngay lập tức cho đại diện nhà sản xuất hoặc cơ quan quản lý để rút sản phẩm khỏi lưu thông cho đến khi các vấn đề được giải quyết. Người được sĩ dễ dàng nhận ra các vấn đề của độ ổn định khi các sản phẩm thay đổi màu sắc, mùi vị, kết tủa các thành phần trong sản phẩm, hoặc nhũ tương hỏng, kem thuốc chảy, rò rỉ các thành phần khỏi bao bì và bất cứ thay đổi lý tính nào.

3. KIỂM SOÁT HÀNG HOÁ TỒN TRỮ VÀ THEO DÕI HẠN DÙNG

3.1. Kiểm soát hàng tồn trữ

Vì các lý do kinh tế, người được sĩ không thích có hàng hoá tồn trữ dài ngày. Mục tiêu là phải thường xuyên giữ hàng tồn trữ chỉ ở mức độ phù hợp với yêu cầu. Thường hầu hết các thuốc được sản xuất có tuổi thọ tương đối dài (shelf life). Tuy vậy, cần quay vòng hiệu quả để hàng tồn trữ cũ hơn được sử dụng trước. Kiểm tra hạn dùng được coi là một phần của thực hành tốt trong quá trình cung ứng thuốc. Khi các sản phẩm có tuổi thọ ngắn (shelf life) mức độ tồn trữ có thể thay đổi để tránh có hàng hoá bị hết hạn.

3.2. Quay vòng hàng tồn trữ và theo dõi hạn dùng

Để tránh tích tụ hàng dẫn đến hết hạn và lỗi thời, thuốc và các hàng hoá cần được bảo quản và cấp phát ra theo hướng dẫn sau:

- Hệ thống kiểm soát tồn trữ phải ghi chép hạn dùng và ngày nhập, định kỳ kiểm tra hạn dùng, kết hợp với kiểm kê tồn trữ cuối tháng, quý.
- Hàng tồn trữ phải được bảo quản để các lô hàng hết hạn sớm nhất được nhậ ra và bán ra trước tiên.

– Hệ thống nhập trước xuất trước (*First in First out – FIFO*) trong hệ thống này là hàng tồn trữ nhập trước bán trước. Hệ thống này không có ích nhiều cho

các nhà thuốc bởi vì hầu hết hàng tồn trữ đều có hạn dùng. Đối với các nhà thuốc, hệ thống FEFO thực tế hơn.

– Hệ thống hết hạn trước xuất trước (*First Expiry First Out – FEFO*) trong hệ thống này, hàng tồn trữ có hạn dùng sớm hơn được bán trước. Hàng tồn trữ có tuổi thọ (shelf life) dài hơn cần được đặt xa nhất ở phía sau (hoặc ở đáy khi các hộp được xếp chồng lên nhau). Điều đặc biệt quan trọng với các sản phẩm có tuổi thọ ngắn, như vaccin, một vài loại vitamin, kháng sinh... và giúp giảm thiệt hại vì thuốc và các sản phẩm hết hạn phải bỏ đi.

– Hạn dùng cần được ghi chép lên hồ sơ hàng tồn trữ dựa trên hoá đơn. Hàng tồn trữ cận hạn không được chấp thuận, trừ khi nó được bán trước khi cận hạn. Nên có bảng theo dõi hạn dùng treo ở nơi dễ thấy ở khu vực bảo quản.

Tin học hoá và theo dõi hạn dùng:

Trong nhà thuốc, áp dụng tin học hoá làm cho việc kiểm soát hàng tồn trữ và theo dõi hạn dùng dễ dàng hơn. Nhờ phần mềm được lập trình ta có thể gọi ra dữ liệu để:

- Kiểm soát hạn dùng sản phẩm, gọi ra các hàng hoá cận hạn.
- Kiểm soát các sản phẩm không luân chuyển hoặc chậm luân chuyển.
- Dễ dàng loại ra các sản phẩm hết hạn từ tủ quầy, giá kệ để không được phép lưu chuyển ra thị trường.
- Giúp kiểm soát tồn trữ và lập kế hoạch mua hàng nhanh chóng chính xác.
- Kiểm soát được hiệu quả kinh tế lỗ, lãi thực sự từng ngày, từng sản phẩm.

Một số khó khăn khi áp dụng tin học vào quản lý:

– Một số dược sĩ cũng chưa muốn thực hiện do trình độ tin học hạn chế, chưa tin vào độ tin cậy của chương trình, cũng như độ an toàn và tính bảo mật của phần mềm.

- Các phần mềm về lĩnh vực này hiện nay còn ít, cũng chưa có các phần mềm tốt.
- Giá cả cũng là một vấn đề với nhà thuốc.
- Các phần mềm được viết ra nhưng không có một cơ quan có thẩm quyền thẩm định về độ an toàn, tính bảo mật, tiện ích, cũng như các tùy chọn của chương trình.

– Để sử dụng được nhân viên và dược sĩ làm việc với các chương trình phải có một trình độ, kỹ năng nhất định về tin học.

– Quá trình tạo lập cơ sở dữ liệu cho một nhà thuốc rất mất thời gian. Ở các thành phố các nhà thuốc trung bình cũng có 1.000 đến 1.500 loại sản phẩm được phân loại thành nhiều nhóm khác nhau (các số liệu liên quan: tên thuốc, nồng độ, hàm lượng, nơi sản xuất, nhà cung cấp, số hoá đơn chứng từ, giá mua, giá bán, lô

sản xuất, hạn dùng, mã số sản phẩm, mã số phân loại, quy cách đóng gói đều phải nhập trực tiếp 100% vào cơ sở dữ liệu).

– Chưa kể đến phải trang bị ngoài máy tính còn có máy in, máy quét mã số, mã vạch, chương trình quét và in mã số mã vạch. Ngoài ra, các sự cố máy tính, virus máy tính làm gián đoạn việc điều hành cơ sở, mất dữ liệu do bị đánh cắp, thâm nhập trái phép vào hệ thống...

Định kỳ kiểm tra hạn dùng:

Hạn dùng đối với các sản phẩm y tế là một khái niệm nghiêm ngặt trong cung ứng thuốc và các hàng hoá, vì tầm quan trọng của nó đối với sức khoẻ của cộng đồng và hiệu quả kinh doanh của nhà thuốc. Định kỳ kiểm tra hạn dùng của thuốc và các hàng hoá khác bán tại nhà thuốc sẽ đảm bảo cho người bệnh không bao giờ phải nhận các sản phẩm bị quá hạn. Trong lúc kiểm tra định kỳ, người thao tác nên để ra phía bên ngoài, dễ thấy các thuốc cận hạn sử dụng.

– Khi sắp xếp hàng hoá, nên sắp xếp các hàng có thời hạn sử dụng còn lại ngắn ra phía trước, đảm bảo dễ thấy, dễ lấy, dễ kiểm soát.

– Những thuốc và hàng hoá cận hạn sử dụng cần được bảo quản riêng biệt, ưu tiên cung ứng trước (vì vậy đảm bảo chúng được sử dụng trước khi hết hạn dùng) hoặc là loại ra khỏi hàng hoá được phép lưu chuyển ra thị trường.

– Một khu vực riêng biệt cần được định rõ (tủ hoặc giá kệ), được đánh dấu tương xứng “HÀNG HẾT HẠN – KHÔNG ĐƯỢC BÁN” để giữ tất cả hàng hoá hết hạn.

Hãy ghi nhớ rằng thuốc và hàng hoá hết hạn dùng là một lãng phí quốc gia. Cho nên tồn trữ chỉ thứ gì bạn cần bán.

Xử lý và loại bỏ các thuốc hết hạn:

– Trong quy trình thao tác chuẩn cần có quy trình các thao tác chuẩn cho việc xử lý các thuốc hết hạn.

– Các thuốc hết hạn cần được thu thập và xử lý thích hợp.

– Cần lưu trữ hồ sơ ghi chép về các thuốc hết hạn và cách thức xử lý thuốc đó.

– Quy trình xử lý cần theo các hướng dẫn của cơ quan quản lý chuyên ngành.

Các thao tác chính của quy trình cần đảm bảo nguyên tắc cơ bản về cách xử lý phù hợp là không để các sản phẩm đó tái lưu hành và sử dụng. Các bước có thể được tiến hành như sau:

– Hãy huỷ bao bì trực tiếp và nhãn (cắt bỏ bao gói và nhãn). Thuốc viên (viên nén, viên nang, viên bao) có thể cắt, đập (lo) rồi chìm vào một xô nước để huỷ.

– Sau đó đào hố để chôn lấp đất (chôn sâu vào trong đất với chất không gây độc hại môi trường).

– Đổ chất lỏng vào bồn và rửa sạch bằng một lượng nước thích hợp (với chất không gây độc hại với môi trường).

– Trường hợp cần thiết phải phối hợp với cơ quan xử lý môi trường để huỷ thuốc kém chất lượng hay quá hạn sử dụng.

– Lưu giữ hồ sơ về cách thức xử lý với đầy đủ các chi tiết tiêu huỷ thuốc.

Dù cách thức này vẫn thường được sử dụng, nhưng phải cẩn thận đối với cách xử lý đó. Theo các nghiên cứu nước rửa các dụng cụ, hoặc sô nước huỷ thuốc có thể dẫn tới các vết hoặc một lượng nhỏ thuốc xuất hiện trong các mạch nước và tầng nước ngầm điều này gây tác động tiềm ẩn đến sức khoẻ và môi trường.

Ở một số nước trong các văn bản pháp luật liên quan đến thuốc, Nhà nước quy định các công ty sản xuất ra hoặc phân phối các thuốc có trách nhiệm nhận lại các sản phẩm hỏng, quá hạn do họ sản xuất hoặc phân phối. Cách làm này nên được đưa vào áp dụng ở nước ta. Nhà sản xuất trước tiên phải chịu trách nhiệm về sản phẩm của mình đối với vấn đề gây ô nhiễm môi trường, hơn nữa họ có đủ điều kiện, kinh nghiệm và cơ sở vật chất để xử lý các sản phẩm hết hạn, hoặc hỏng hơn là để các nhà thuốc hoặc các cơ quan quản lý phải làm điều đó.

4. CÁC KHÍA CẠNH KHÁC TRONG CÔNG TÁC BẢO QUẢN THUỐC

4.1. Thiết kế khu vực bảo quản

Các yếu tố quan trọng sau cần được cân nhắc trong thiết kế khu vực bảo quản:

– Lắp đặt điều hoà không khí để thuốc và các hàng hoá không bị tác động và chịu ảnh hưởng trực tiếp của nhiệt độ cao trong mùa hè và độ ẩm quá mức vào mùa có độ ẩm lớn (như thời kỳ mưa phùn gió bắc khoảng tháng hai đến hết tháng ba dương lịch ở miền Bắc, có lúc độ ẩm không khí tới mức bão hoà hoặc quá bão hoà, thậm chí đôi khi ở một số vùng đạt đến điểm đọng sương). Khi lắp đặt điều hoà không khí phải tính toán công suất làm lạnh phù hợp. Theo một số tài liệu kỹ thuật thì 1m^2 diện tích, công suất làm lạnh cần khoảng 500 BTU/giờ, hoặc 1m^3 không gian cần 150 đến 200 BTU/giờ. Các yếu tố khác cần chú ý là tổng diện tích của sổ, mái nhà, tường bị ánh nắng mặt trời chiếu vào, tổng công suất các thiết bị sinh nhiệt có trong phòng, ước tính số người thường xuyên có mặt trong phòng, mức độ cách nhiệt của phòng với môi trường...

– Phải chú ý thích đáng đối với các yêu cầu bảo quản khi thiết kế giá kệ, tủ quầy. Chiều cao thích hợp giá kệ cần được tính đến để các sản phẩm lỏng có thể đặt được theo chiều thẳng đứng. Giá kệ tủ quầy cần được che kính để ngăn thuốc khỏi bụi và đề phòng nhiệt độ thay đổi. Vật liệu làm giá kệ tủ quầy cần trơn nhẵn để làm vệ sinh.

– Thuốc và hàng hoá khác cần được bảo quản theo đúng các chỉ dẫn trên nhãn.

– Tốt nhất là chỉ có một cửa vào nhà thuốc để ngăn bụi vào và giảm hoặc ngăn không khí lạnh thoát ra. Có một tiền phòng (Anteroom), một chốt gió (Air lock)

hoặc một cửa tự đóng có thể là thay cho cửa chính nhằm giảm mất khí lạnh và tránh bụi.

- Cần giảm tối đa ánh sáng mặt trời chiếu trực tiếp vào sản phẩm. Điều này cần đặc biệt chú trọng đối với cơ sở có hướng trực tiếp về phía mặt trời.

- Chiếu sáng bên trong cơ sở cũng cần làm cho ánh sáng không tập trung lên các sản phẩm. Ánh sáng không chỉ gây ra các hư hại hoá học, mà cũng có thể xúc tác các thay đổi tính chất lý học của bao bì làm bao bì tăng cường hút ẩm (chất liệu PET). Cần đảm bảo chỉ có ánh sáng khuếch tán chiếu lên các sản phẩm.

- Phải có các thiết bị chỉ thị nhiệt độ và độ ẩm trong nhà thuốc. Ẩm kế điện tử hoặc ẩm kế tóc cần cân chỉnh hàng năm, có thể gửi đến các trung tâm kiểm định hoặc tự chỉnh theo ẩm kế khô ướt.

- Các nghiên cứu độ ổn định của thuốc đóng gói trong vỉ đã cho thấy nếu thuốc bị tác động và chịu ảnh hưởng của ánh sáng, chúng có khuynh hướng hút ẩm mạnh. Bởi vậy, không để các vỉ thuốc bị tác động và chịu ảnh hưởng của ánh sáng (nên có hộp hoặc thùng carton, trên quầy không nên bày trực tiếp ra ngoài ánh sáng kể cả ánh sáng khuếch tán). Nhà thuốc phải có bao bì là hộp có nắp hoặc túi màu để chứa các vỉ thuốc rồi được ra lẻ từ các hộp 50 đến 100 vỉ khi bày ở quầy.

- Các sản phẩm nhạy cảm ánh sáng và nhiệt độ, không nên bảo quản trên quầy nơi ánh sáng có cường độ mạnh hoặc trực tiếp, nơi không có biện pháp đề phòng nhiệt độ và độ ẩm.

- Phải bố trí phòng ra lẻ các thuốc không còn bao bì tiếp xúc trực tiếp với thuốc để bán lẻ trực tiếp cho người bệnh. Phòng này có trần chống bụi, nền và tường nhà bằng vật liệu dễ vệ sinh lau rửa, khi cần thiết có thể thực hiện công việc tẩy trùng (yêu cầu hiện tại của Việt Nam đối với nhà thuốc đạt tiêu chuẩn Thực hành tốt nhà thuốc phòng ra lẻ hiện nay có thể là một khu vực riêng biệt hoặc một ngăn tủ riêng để ra lẻ thuốc).

- Nếu tổ chức pha chế theo đơn, phòng pha chế theo đơn đảm bảo yêu cầu như phòng ra lẻ.

4.2. Bao bì sử dụng cho công tác bảo quản

Các dụng cụ ra lẻ và bao bì ra lẻ phù hợp với điều kiện bảo quản thuốc, bao gồm:

- Tốt nhất là dùng đồ bao gói nguyên của nhà sản xuất (bao bì gốc). Trường hợp ra lẻ thuốc mà không còn bao bì tiếp xúc trực tiếp với thuốc phải dùng đồ bao gói kín khí, nên dùng các đồ bao gói cứng, có nút kín để trẻ nhỏ không tiếp xúc trực tiếp được với thuốc. Có thể sử dụng lại đồ bao gói sau khi đã được xử lý theo đúng quy trình xử lý bao bì. Để có bao bì kín khí khi giao thuốc cho khách hàng các nhà thuốc đã dùng túi PE, PVC đóng thêm vào túi giấy đựng thuốc.

– Không dùng các bao bì ra lẻ thuốc có chứa nội dung quảng cáo các thuốc khác để làm túi đựng thuốc;

– Thuốc dùng ngoài, thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần cần được đóng trong bao bì dễ phân biệt. Để phân biệt các loại thuốc trên khi giao thuốc cho khách hàng, nhà thuốc có thể dùng túi có màu cho các loại thuốc này.

– Thuốc pha chế theo đơn cần đựng trong bao bì được dụng để không ảnh hưởng đến chất lượng thuốc và dễ phân biệt với các sản phẩm không phải thuốc – như đồ uống, thức ăn, sản phẩm gia dụng.

Ghi nhãn thuốc:

– Đối với trường hợp thuốc bán lẻ không đựng trong bao bì ngoài của thuốc thì phải ghi rõ: tên thuốc; dạng bào chế; nồng độ, hàm lượng thuốc; trường hợp không có đơn thuốc đi kèm phải ghi thêm liều dùng, số lần dùng và cách dùng, nên ghi thêm cả hạn dùng đối với các thuốc viên rời lấy ra từ các lọ thuốc, hoặc cắt rời vỉ. Khi dùng khay đếm thuốc rời phải rửa tay sạch sẽ trước khi thao tác và tuyệt đối không được chạm tay trực tiếp vào thuốc.

– Thuốc pha chế theo đơn: ngoài việc phải ghi đầy đủ các quy định trên phải ghi thêm ngày pha chế; ngày hết hạn; tên người bệnh; tên và địa chỉ cơ sở pha chế thuốc; các cảnh báo an toàn cho trẻ em (nếu có).

– Nhà thuốc có pha chế thuốc theo đơn phải có hoá chất, các dụng cụ phục vụ cho pha chế, có thiết bị để tiệt trùng dụng cụ (tủ sấy, nồi hấp), bàn pha chế phải dễ vệ sinh.

4.3. Vệ sinh và duy trì

4.3.1. Làm vệ sinh khu vực bảo quản

Phải luôn duy trì vệ sinh sạch sẽ khu vực bảo quản của nhà thuốc, phải quy định chế độ làm vệ sinh định kỳ. Phải soạn thảo và thực hiện các Quy trình thao tác chuẩn làm vệ sinh. Lịch dọn dẹp cần phải được đặt ra, các thiết bị làm vệ sinh thích hợp phải sẵn có.

Các gợi ý có thể tham khảo để duy trì vệ sinh sạch sẽ:

– Dùng các mảnh vải hoặc giấy vệ sinh để lau, tại các khu vực khác nhau trong nhà thuốc. Thay vải sạch hoặc giấy thường xuyên đều đặn.

– Không dùng chung vải lau sàn, lau giá kệ tủ quầy và lau thuốc.

– Sử dụng chất tẩy rửa hoặc xà phòng để lau ướt sàn nhà.

– Đảm bảo loại bỏ bụi và ngăn chặn tích lũy chất bụi bẩn.

– Đảm bảo loại bỏ mạng nhện.

– Sử dụng máy hút bụi để làm sạch các khu vực không chạm đến được.

– Chú trọng các khe nứt, được xử lý và làm sạch hiệu quả, chú ý các khe kéo cửa của tủ nhôm kính, phía sau các tủ kê sát tường, nóc tủ.

– Quan sát các yếu tố dẫn đến phát sinh rác thải trong nhà thuốc, đưa ra một biện pháp thích hợp khắc phục vấn đề này.

– Phải đặt ra chế độ vệ sinh các thiết bị dùng làm vệ sinh (khăn lau, xô chậu, cây lau nhà, bồn nước...).

– Cần thực hiện công tác kiểm tra vệ sinh và có cách kiểm tra vệ sinh theo quy trình thao tác chuẩn.

– Ghi chép tất cả thao tác vệ sinh, thao tác kiểm tra vệ sinh đã làm, lưu trữ hồ sơ thực hiện.

Thí dụ:

– Sàn nhà có thể quét bằng chổi và lau ướt bằng nước mỗi buổi sáng.

– Sàn nhà có thể lau ướt bằng xà phòng hàng tuần.

– Toàn bộ cơ sở, bao gồm giá kệ, tủ quầy có thể làm sạch bằng khăn. Có thể dùng chổi phát trần, máy hút bụi (khi lau bỏ bụi, có thể kiểm tra các thuốc cận hạn hoặc hết hạn) hàng tháng.

Phải làm sạch sàn nhà, tủ quầy, giá kệ, các ô kéo và tiến hành kiểm tra đối với bụi, mạng nhện, các chất đổ tràn do vỡ...

Các thao tác đó phải đưa vào các quy trình chuẩn làm vệ sinh, trong đó phải quy định chu kỳ làm vệ sinh, phân công trách nhiệm, duy trì ghi chép hồ sơ mỗi khi thực hiện vào sổ ghi lại tất cả các hoạt động đó. Khi vệ sinh, bụi đọng trên các dạng bào chế như các chai lọ, tuýp... cần được loại bỏ. Trước khi bán hàng, các sản phẩm cần được làm sạch loại bỏ tất cả bụi đọng trên, trong quá trình bảo quản.

Đối với tủ lạnh bảo quản:

– Giải lạnh và làm vệ sinh cần được làm theo định kỳ.

– Tắt điện tủ lạnh khi làm vệ sinh.

– Nếu có các hàng hoá đặc biệt nhạy cảm nhiệt độ (phải chuyển vào một hộp có đá để giữ lạnh).

– Quá trình làm vệ sinh cần phải thực hiện nhanh, hàng hoá cần phải đưa trở lại ngay sau khi kết thúc vệ sinh và thiết bị sẵn sàng hoạt động trở lại.

4.3.2. Kiểm soát các loài vật gây hại

Các loài vật gây hại là một vấn đề cần chú ý ở nước ta, côn trùng, bò sát, chuột (gián, mối, mọt, kiến, sâu bọ, thạch sùng...) có thể xâm nhập vào khu vực bảo quản của nhà thuốc. Côn trùng như kiến, mối thường tấn công các thuốc có bao bì bằng giấy, nhãn thuốc, đồ gỗ trong nhà thuốc gây hỏng giá kệ, tủ quầy.

Kiểm soát các loài vật gây hại trong một nhà thuốc có thể khó khăn, nhưng để tránh ô nhiễm và thiệt hại đối với hàng hoá tồn trữ, cần loại bỏ các loài vật gây hại xâm nhập nhà thuốc.

Biện pháp kiểm soát loài vật gây hại cần thực hiện đầy đủ cùng với cách đề phòng thích hợp. Cần thận trọng tránh ô nhiễm thuốc và hàng hoá, an toàn cho người thực hiện.

Những biện pháp kiểm soát loài vật gây hại sau cần được tiến hành đều đặn:

- Bả, bẫy chuột có thể để ở các khu vực khác nhau.
- Thuốc trừ sâu, mối có thể rải xuống móng nền nhà.
- Thuốc diệt côn trùng và thuốc trừ sâu dạng xịt có thể được dùng thường xuyên.

Nên dùng các sản phẩm thân thiện với môi trường và phải có biện pháp đề phòng ô nhiễm vào thuốc.

4.3.3. Phòng chống cháy nổ

Các sản phẩm dễ gây cháy như ethanol, cồn thuốc cần chú trọng phòng cháy. Rác dễ cháy, như bìa carton, vỏ hộp và các bao bì thải loại khác không được phép tích lũy trong kho. Rác thải cần phải để vào thùng rác và được xử lý phân loại tại cơ sở hàng ngày.

Các thiết bị báo cháy và chữa cháy cần được bảo trì và kiểm tra đều đặn. Nhân viên của nhà thuốc phải được đào tạo đầy đủ về kỹ thuật chữa cháy và báo động chữa cháy. Các biện pháp phòng cháy cần bao gồm biển báo “Không hút thuốc, xin cảm ơn” đặt tại nơi dễ thấy, cần thận xử lý và loại bỏ các phế liệu dễ cháy, kiểm tra các đầu nối điện định kỳ.

4.3.4. An toàn lao động, sử dụng điện và thiết bị an toàn và tiết kiệm

Có nội quy an toàn lao động, hoặc đưa ra các yêu cầu đảm bảo an toàn lao động trong từng thao tác chuẩn cụ thể (đeo kính khi quét mạng nhện, đi ủng khi làm vệ sinh). Sử dụng điện an toàn và tiết kiệm: tắt điện khi vệ sinh và di chuyển thiết bị, không dùng dây đồng thay cầu chì, không dùng dây đấu trực tiếp vào ổ cắm mà phải có phích cắm. Tắt điện khi không dùng đến thiết bị (đèn, quạt...). Khi mất điện phải cắt điện mọi thiết bị. Kiểm tra và tắt điện trước khi về (nên bố trí hai cầu dao một cho máy lạnh, điều hoà, thiết bị báo động, một cho tất cả các thiết bị dùng điện khác đầu nối tiếp vào mạch điện và các ổ cắm). Có dây nối đất cho hệ thống điện, thiết kế nối đất đảm bảo kỹ thuật an toàn điện. Các thiết bị sử dụng tại cơ sở phải có hướng dẫn đầy đủ. Các hướng dẫn nhất thiết phải có các quy định về an toàn lao động. Thiết bị sử dụng điện phải có quy định an toàn sử dụng điện.

4.3.5. An ninh

Cửa ra vào, cửa chớp của nhà thuốc phải chắc chắn và được lắp khoá an toàn. Có thể lắp đặt thêm thiết bị báo động chống xâm nhập.

Quầy hàng cần được thiết kế để khách hàng hoặc những người không có trách nhiệm không thể vào được bên trong, đặc biệt là khu vực trưng bày bảo quản thuốc kê đơn. Hạn chế người vào, ngay cả đối với các nhân viên khác của nhà thuốc.

Đội ngũ nhân viên nhà thuốc khi cung ứng thuốc, giao nhận, bảo quản thuốc, quản lý chất lượng thuốc, pha chế thuốc phải chịu trách nhiệm về hoạt động của họ.

Cần chú ý đặc biệt trong trường hợp các thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần và tiền chất dùng làm thuốc. Các thuốc đó phải giữ trong tủ quầy có khoá và chìa khoá, được sĩ phụ trách phải giữ, khi vắng mặt phải uỷ quyền bằng văn bản cho người có đủ trình độ thay mình giải quyết công việc. Các thuốc đó nên bày ở nơi khuất sau quầy bán thuốc kê đơn, không nên để khách hàng nhìn thấy trực tiếp.

4.3.6. Các sản phẩm đổ, vỡ và hỏng

Các sản phẩm bị hỏng và đổ vỡ trong quá trình bảo quản và xử lý, đồ thủy tinh đổ vỡ, cần được xử lý theo các quy trình thao tác chuẩn được đặt ra. Các sản phẩm vỡ và hỏng cần phải đặt vào các khu vực riêng, để chờ xử lý.

4.3.7. Tự thanh tra

Đội ngũ nhân viên có kinh nghiệm cần phải kiểm tra toàn bộ các khu vực nhà thuốc đều đặn. Giá kê, tủ quầy cần phải kiểm tra hàng ngày tìm dấu vết loài vật gây hại, bụi. Trần và nền nhà cần kiểm tra bụi và mạng nhện. Hàng tồn trữ cần phải kiểm soát chất lượng theo SOP để phòng hỏng do điều kiện khí hậu.

4.4. Thu hồi sản phẩm

Phải thu hồi nhanh chóng các sản phẩm khi phát hiện có vấn đề về chất lượng và an toàn (phải rút khỏi thị trường). Các thông báo thu hồi được phát ra cả từ nhà sản xuất và cơ quan quản lý.

Khi nhận được các thông báo về các lô thuốc không đạt tiêu chuẩn, các lô thuốc giả được thu hồi, từ nhà sản xuất, nhà bán buôn, hoặc từ các cơ quan quản lý, nhà thuốc phải tiến hành kiểm tra ngay, nếu có các lô thuốc đó, phải đình chỉ việc bán ngay và tiến hành kiểm kê các lô thuốc có liên quan. Chi tiết của thuốc và các lô phải thu hồi cần sẵn có tại khu vực biệt trữ nơi các hàng tồn trữ được kiểm tra. Điều đó đảm bảo các thuốc đó không vào được nhà thuốc.

Nhà thuốc cần phải soạn thảo các thao tác chuẩn về hoạt động thu hồi thuốc.

Đội ngũ nhân viên nhà thuốc phải nhanh chóng được thông tin về các thuốc thu hồi, các chi tiết cần được thông báo bằng văn bản ở nơi dễ thấy trong nhà thuốc. Phải trợ giúp nhanh chóng để tránh người dân và cộng đồng bị tác động và

chịu ảnh hưởng có hại của các loại thuốc đó khi có yêu cầu thu hồi hoặc nhà thuốc phát hiện các sản phẩm của mình có vấn đề.

Quá trình thu hồi sản phẩm tại nhà thuốc cần được theo dõi trong một thời gian nhất định để đảm bảo đúng theo yêu cầu.

Tất cả mọi hàng hoá tồn trữ của sản phẩm bị thu hồi cần phải được bảo quản riêng biệt với các hàng hoá tồn trữ có thể bán. Các hàng hoá đó có thể được bảo quản trong tủ đựng hàng hết hạn, tách biệt với hàng được bán và được dán nhãn “Hàng thu hồi – Không được bán”.

Phải thông báo cho nhà cung cấp và yêu cầu thay thế các sản phẩm nghi ngờ. Phải tuân theo mọi chi tiết của các thao tác chuẩn đã soạn thảo, cần ghi chép hồ sơ vào sổ thu hồi và để dùng cho các mục đích đặc biệt.

4.5. Trả lại thuốc

Tại một số nước khách hàng có thể trả lại nơi bán lẻ thuốc đã mua vì các lý do sau:

- Thuốc chưa được sử dụng, do:
 - + Đợt điều trị không hoàn toàn.
 - + Thầy thuốc thay đổi trị liệu.
 - + Thiếu nhãn mất nhãn hoặc thuốc bị hỏng.
- Thuốc hết hạn dùng.
- Thuốc nghi ngờ có khuyết tật, như:
 - + Mất viên trong vỉ.
 - + Rở rỉ/biến màu trong lọ.
 - + Rở rỉ/biến màu, biến dạng trong vỉ.
- Người bệnh bị tác dụng phụ.

Cần lập ra một quy trình thao tác chuẩn thích hợp để thực hiện thu hồi và khiếu nại quy định rõ trường hợp nào thuốc nhận lại, có thể được đưa trở lại cung ứng hay loại bỏ, hoặc khiếu nại nào được chấp nhận.

Đối với thuốc khách hàng chưa dùng trả lại, nhà thuốc phải thẩm tra xem chúng có được mua tại nhà thuốc hay không. Sau đó chúng cần được kiểm tra tình trạng nguyên vẹn của bao gói, dạng bào chế, hạn dùng và xem lại liệu khách hàng có bảo quản chúng đúng điều kiện thích hợp không. Phải kiểm tra kỹ bằng cảm quan, cách thức khách hàng bảo quản, xác định thời gian khách đã mua, báo cáo với dược sĩ phụ trách để quyết định thuốc đó có được phép cung ứng lại hay không.

Thuốc hỏng hoặc nghi ngờ có khuyết tật trả lại nhà thuốc, cần được đưa trở lại và tồn trữ riêng biệt. Cần kiểm tra đối với các thiếu sót tương tự với cùng sản phẩm còn tồn trữ tại nhà thuốc.

Thuốc hết hạn được nhà thuốc chấp nhận từ khách hàng sau khi đã thận trọng xem xét, nhà thuốc nhanh chóng chuyển vào khu vực biệt trữ. Những thuốc đó cần được bảo quản riêng biệt theo hàng hoá hết hạn của riêng nhà thuốc và được dán nhãn phù hợp “Hàng hết hạn khách trả lại – Không được bán”.

Khi nhận lại thuốc trả lại được phép đưa vào cung ứng, nên coi đó là các sản phẩm cận hạn cần cung ứng ngay tránh bảo quản tồn trữ lâu.

Thuốc được trả lại sau đó được đặt trên các giá kệ riêng.

Một sổ ghi chép “Hàng trả lại” cần được duy trì để ghi chép toàn bộ các chi tiết của thuốc trả lại.

KẾT LUẬN

Bảo quản thuốc và các hàng hoá tại nhà thuốc là một khó khăn của chu kỳ cung ứng:

– Hàng mới nhận được, nhà thuốc phải bảo quản biệt trữ ở khu vực riêng (có kiểm soát nhiệt độ) và phải tiến hành các kiểm soát cần thiết để xác định số lượng và chất lượng của hàng vừa nhận.

– Bất cứ cách thức và phương tiện bảo quản nào được áp dụng, cũng phải duy trì hiệu lực và tính nguyên vẹn của sản phẩm.

– Cần theo dõi và duy trì điều kiện bảo quản dựa vào các quy chế chuyên môn và yêu cầu của nhà sản xuất.

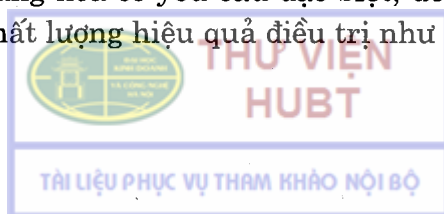
– Phải duy trì tối ưu lượng hàng tồn trữ và thường xuyên theo dõi hạn dùng.

– Thiết kế khu vực bảo quản thuận tiện thích hợp cho bảo quản thuốc.

– Phải duy trì vệ sinh sạch sẽ trong nhà thuốc.

– Phải tiến hành các biện pháp thu hồi, khiếu nại và trả lại sản phẩm thích hợp trong từng trường hợp.

Cần tối ưu hoá bảo quản thuốc và các hàng hoá trong mọi giai đoạn tồn trữ ở nhà thuốc. Khi cung ứng cho người bệnh phải hướng dẫn cách bảo quản để thuốc và các hàng hoá khác giữ được hiệu lực. Người dược sĩ đóng một vai trò quan trọng trong bảo quản thuốc và các hàng hoá có yêu cầu đặc biệt, để duy trì hiệu lực và tác dụng của thuốc, bảo đảm chất lượng hiệu quả điều trị như mong muốn.



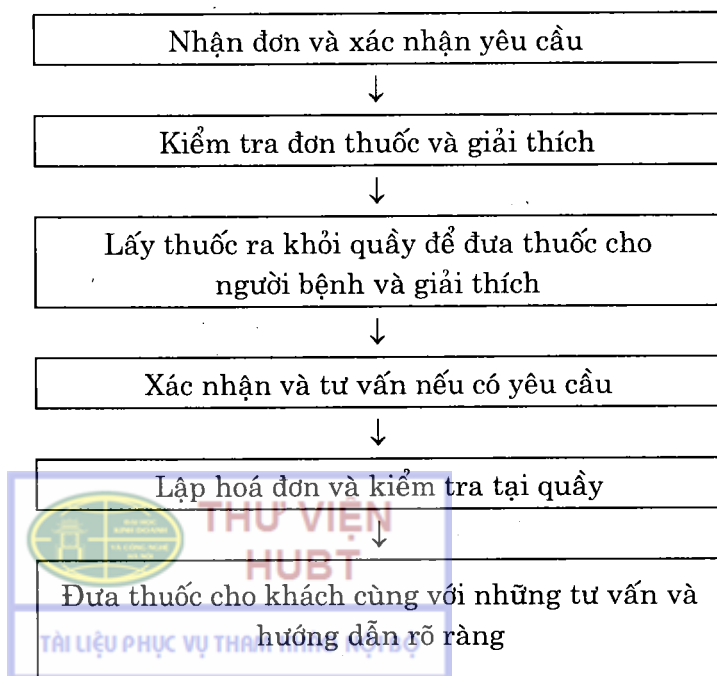
Chương 9

QUẢN TRỊ CẤP PHÁT THUỐC

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cung ứng/cấp phát thuốc là một phần quan trọng của thực hành nhà thuốc. Ở đó, người dược sĩ hoặc các nhân viên dược (dưới sự giám sát trực tiếp của người dược sĩ), giải thích các yêu cầu của người thầy thuốc trên đơn phù hợp với thuốc cung cấp cho điều trị của người bệnh. Điều đó thường liên quan đến giải thích nội dung đơn đã kê, nhưng đôi khi cũng có thể bao gồm những hướng dẫn bằng miệng hoặc qua điện thoại từ người thầy thuốc. Quá trình cung ứng thuốc bao gồm tất cả các hoạt động phù hợp xảy ra trong thời gian có đơn tại quầy thuốc, cho đến khi đưa cho khách hàng các khoản được kê đơn hoặc các thuốc có yêu cầu. Người dược sĩ chịu trách nhiệm cung ứng thuốc chính xác để bảo đảm việc điều trị đúng ý định của người thầy thuốc.

Số lượng thuốc mới và các biệt dược cùng các thuốc phối hợp tăng lên, các dạng bào chế mới tăng lên, các thuốc thành phẩm khác nhau được sản xuất ngày một tăng, điều đó đòi hỏi các kỹ năng trong cung ứng thuốc cũng phức tạp và nhiều lên. Người dược sĩ phải vận dụng chính xác các kỹ năng đó để cung ứng thuốc an toàn hiệu quả và hợp lý, hướng dẫn tư vấn các thông tin chính cho người bệnh.



Hình 9.1. Sơ đồ các giai đoạn cung ứng thuốc

Thực hành tốt cấp phát thuốc yêu cầu: bảo đảm đúng thuốc, đúng dạng bào chế đã chỉ định cho trạng thái của người bệnh, phân phát tới đúng người bệnh ở liều lượng đã được kê đơn và đúng số lượng, cùng lời giải thích rõ ràng và thuốc được bao gói đảm bảo duy trì hiệu lực và độ ổn định.

1. MÔI TRƯỜNG CẤP PHÁT THUỐC (BÁN HÀNG)

Một môi trường cấp phát tốt đảm bảo việc bán hàng được tiến hành chính xác và hiệu quả. Trong phần này bao gồm các mục sau:

1.1. Quầy thuốc kê đơn

Một quầy thuốc kê đơn lý tưởng cần:

- Khách hàng có thể dễ dàng tiếp cận.
- Phải tách biệt và yên tĩnh là phù hợp nhất. Nếu có các khu vực riêng khác cần khác biệt rõ ràng so với khu vực khác (bán thuốc OTC, mỹ phẩm, thực phẩm chức năng, thiết bị y tế giản đơn và các hàng hoá khác nếu được phép bán ra tại nhà thuốc).
- Phải sạch sẽ, ngăn nắp, hấp dẫn và dễ phân biệt bằng các dấu hiệu, hoặc biểu tượng xác định, có thể dễ dàng nhận ra và nhìn thấy từ những khu vực khác của nhà thuốc.
- Khác nhau về màu sắc, bề ngoài và có phân định ranh giới..., có thể đưa ra thêm những điểm nhấn ở khu vực kê đơn thuốc.
- Có khu vực dành cho khách hàng đợi trong khi đơn thuốc của họ được kiểm tra và cung ứng.

Trong trường hợp các nhà thuốc nhỏ có một quầy bán đơn riêng biệt là không thể vì những yếu tố hạn chế như diện tích, điều kiện kinh tế và những khó khăn trong việc đổi mới một hệ thống đã tồn tại. Tuy nhiên, trong những trường hợp như vậy cần phải duy trì sự sạch sẽ và sắp xếp có hệ thống quầy thuốc, giá kệ, tủ quầy. Trong các nhà thuốc nhỏ có thể bố trí riêng tủ quầy hoặc ngăn trưng bày riêng biệt để cung ứng: thuốc kê đơn, thuốc OTC, Mỹ phẩm, Thực phẩm chức năng, Thiết bị y tế giản đơn và các Hàng hoá khác.

1.2. Khu vực chờ đợi

Khách hàng có thể được yêu cầu chờ đợi khi đơn của họ đang được chuẩn bị, nên khu vực chờ đợi là cần thiết. Đối với các nhà thuốc nhỏ khó thực hiện trong hiện tại, nhưng cần phải cân nhắc trong tương lai mở rộng, hoặc đổi mới quy hoạch nhà thuốc.

Thế nào là một khu vực chờ đợi lý tưởng? Một khu vực chờ đợi lý tưởng là khu vực đảm bảo các yêu cầu sau:

– Có ghế ngồi thuận tiện (ít nhất là cho người già, người tàn tật hoặc người đang bị bệnh cần nghỉ ngơi).

– Có những tạp chí về y học phổ thông, những tư liệu được lựa chọn cẩn thận liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe, khiến người bệnh không phải bận bịu hoặc bị ấn tượng, tránh cho khách hàng buồn tẻ vì chờ nhận thuốc.

Những cuốn sách nhỏ, áp phích quảng cáo liên quan tới cộng đồng, gia đình hoặc tới những vấn đề sức khỏe cá nhân, được bày nổi bật, (do đó khu vực chờ có thể được sử dụng như một trung tâm giáo dục truyền thông về sức khỏe và các vấn đề liên quan).

1.3. Những yêu cầu của một môi trường bán hàng tốt

Môi trường bán hàng tốt cần đảm bảo các yếu tố sau:

Phải sạch sẽ	Tạo ra một ấn tượng chuyên nghiệp đối với người bệnh và cộng đồng về nhà thuốc.
Phải được tổ chức	Tạo ra một môi trường làm việc hiệu quả và an toàn (ở đó mọi đồ vật phải đặt đúng vị trí, khi cần có ngay, loại bỏ tối đa những cản trở và chướng ngại).
Có đủ diện tích	Mọi cá nhân trong nhà thuốc, có thể dễ dàng di chuyển tránh vướng víu, va chạm giữa các nhân viên.
Nhiệt độ và độ ẩm được kiểm soát	Cần duy trì nhiệt độ và độ ẩm phù hợp với độ ổn định của thuốc cho tới khi hết hạn.
Không để nhạc quá to, không nói chuyện riêng hoặc bật TV (gây tiếng ồn lớn như bóng đá, phim)	Để tránh gây mất tập trung trong quá trình cung ứng thuốc.
Thuốc được bảo quản có tổ chức trên giá kệ, theo phương pháp riêng thường được áp dụng trong mỗi nhà thuốc.	Đảm bảo thao tác nhanh nhưng chính xác trong việc lấy thuốc, tránh bán nhầm thuốc (dễ thấy, dễ lấy, tránh nhầm lẫn).

Một số lượng có hạn các thuốc có tần xuất sử dụng lớn và những thuốc luân chuyển nhanh có thể đặt ở những vị trí dễ thấy, dễ lấy nhất (thí dụ: gần nhất ở nơi làm việc trên quầy), để các nhân viên bán hàng có thể thao tác nhanh chóng và thuận tiện.

Tuy nhiên, để giữ gìn và duy trì một môi trường sạch sẽ:

- Hàng ngày phải vệ sinh quầy tủ, thuốc, các sản phẩm và lau sàn nhà.
- Định kỳ kiểm tra, làm vệ sinh và giải lạnh tủ lạnh.
- Lau chùi ngay những thứ bị đổ, rò rỉ ngẫu nhiên khi cung ứng thuốc.

1.4. Cản trở do tiếng ồn và những điều gây phân tán có thể ảnh hưởng đến cấp phát thuốc

Để tạo ra môi trường làm việc trôi chảy, không phân tán, không nhầm lẫn trong cung ứng thuốc. Cần phân tích những khả năng gây ra cản trở do tiếng ồn và làm xao lãng có thể gây trở ngại đến quá trình cung ứng thuốc trôi chảy ở nhà thuốc của bạn.

Người dược sĩ phải phân tích hoặc biết được những cản trở đó và cố gắng tạo ra các thay đổi phù hợp để hiệu quả quá trình cung ứng thuốc được nâng cao.

Ưu điểm của một môi trường bán hàng tốt.

– Giảm thiểu nhầm lẫn bán hàng.

CÁC CẢN TRỞ DO TIẾNG ỒN VÀ NHÂN TỐ GÂY PHÂN TÁN CÓ THỂ TÁC ĐỘNG ĐẾN CUNG ỨNG THUỐC

Các cản trở:

Vị trí cơ học của quầy bán đơn.

Khu vực làm việc cao hơn khu vực khác.

Kính vây quanh (làm cho việc nói chuyện trao đổi trở nên khó khăn).

Nhiều quầy.

Sự phức tạp trong chế độ dùng thuốc của người bệnh.

Giáo dục truyền thông cho người bệnh.

Tiếng ồn:

Các hệ thống âm thanh (âm nhạc, radio).

Vô tuyến truyền hình (phim, thể thao, thời sự).

Tiếng trẻ em kêu, đùa nghịch.

Máy in.

Tiếng ồn từ bên ngoài: giao thông, tàu hỏa, tiếng ồn lớn từ các khu vực sản xuất ở gần nhà thuốc.

Không trả lời điện thoại ngay (chuông kêu liên tục).

Nói chuyện điện thoại to.

Phân tâm:

Xung đột với các dịch vụ khác không liên quan đến sức khỏe đang được cung cấp tại nhà thuốc thí dụ như: điện thoại công cộng, photocopy...

Bạn bè và khách thăm đến gặp nhân viên.



– Giảm thiểu mệt mỏi giữa các nhân viên nhà thuốc.

– Nâng cao dịch vụ.

- Cải thiện uy tín của nhà thuốc.
- Tăng khách hàng.
- Tăng cường tốc độ.
- Tạo ra một hình ảnh chuyên nghiệp.

Làm việc trong một môi trường sạch sẽ, gọn gàng ngăn nắp ở nhà thuốc giúp thao tác cung ứng thuốc chính xác và cũng tạo ra cái nhìn chuyên nghiệp đối với nhà thuốc.

Một quầy bán thuốc kê đơn riêng biệt và một khu vực chờ đợi được chú ý có thể làm nổi bật hơn nữa tính chuyên nghiệp cũng như năng lực của người dược sĩ. Khi xử lý nhu cầu thuốc men, người dược sĩ chỉ cần gây ra những nhầm lẫn nhỏ trong cung ứng thuốc có thể xảy ra và dẫn đến hậu quả nghiêm trọng, làm cho sức khỏe người bệnh xấu hơn, nhà thuốc thì sẽ mất đi uy tín, danh tiếng. Bởi vậy, một môi trường cung ứng tốt là một khuyến cáo đối với mọi nhà thuốc.

1.5. Xây dựng thiết kế khu vực cấp phát thuốc

Khi thiết kế nên tham khảo yêu cầu đối với một quầy thuốc kê đơn đã nói ở phần trên (nên thuê thiết kế nội thất để đảm bảo tính chuyên nghiệp).

Các nhà thuốc lớn, các siêu thị thuốc phải có hoặc nên có các khu vực sau đây:

- Quầy cấp phát thuốc kê đơn, khu vực này phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.
- Quầy cấp phát thuốc OTC, khu vực này phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.
- Phòng nhỏ hoặc cabin để ra lẻ thuốc, khu vực này phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.
- Quầy bán thực phẩm chức năng, khu vực này nên kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.
- Quầy bán mỹ phẩm khu vực này nên kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.
- Quầy bán thiết bị y tế giản đơn khu vực này nên kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.
- Quầy bán các sản phẩm chăm sóc sức khỏe – làm đẹp và các dịch vụ đi kèm.
- + Các sản phẩm và dịch vụ chăm sóc da: Kem rụng lông, trị mụn trứng cá, tẩy nám, kem chống nắng, chống lão hoá da, chống nhăn, mặt nạ (dưỡng da, chống nhăn, chống lão hoá) sản phẩm tắm dưỡng da. Sản phẩm chăm sóc da và tắm gội cho trẻ em. Dịch vụ xăm da.
- + Các sản phẩm và dịch vụ chăm sóc tóc: dầu gội đầu, dầu gội trị gàu, dầu gội dưỡng tóc, dầu gội chống hói, dầu gội kích thích mọc tóc, thuốc nhuộm tóc, tóc giả.
- + Các sản phẩm và dịch vụ chăm sóc răng miệng: bàn chải răng, thuốc đánh răng, thuốc đánh răng chống sâu răng và chống viêm lợi, thuốc đánh răng làm trắng, kẹo ngậm trắng răng, kẹo ngậm chống sâu răng, nước súc miệng làm thơm, chống cao răng, chỉ nha khoa, sản phẩm chăm sóc răng miệng cho trẻ em.
- + Các sản phẩm và dịch vụ chăm sóc móng tay, móng chân (nhuộm, dưỡng, sửa).

- + Kính thuốc, kính áp tròng, kính râm.
 - + Các sản phẩm ăn kiêng và thể dục để giảm cân, kiểm soát trọng lượng.
 - + Beauty Saloon & Spa.
 - + Dịch vụ xoa bóp (massage), day ấn huyệt, xông hơi thuốc (sauna). Khu vực này nên kiểm soát nhiệt độ hoặc làm mát bằng quạt điện.
 - Quầy bán thực phẩm công nghệ: thực phẩm ăn kiêng, sữa cho các nhu cầu đặc biệt như giàu calcium, sữa giảm béo... khu vực này nên kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.
 - Quầy bán sách và văn hoá phẩm liên quan đến các lĩnh vực nhà thuốc phục vụ khu vực này nên kiểm soát nhiệt độ hoặc làm mát bằng quạt điện.
 - Quầy bán trà được thảo pha chế và uống tại chỗ (trà bát bảo, giải nhiệt, an thần vv...), ở những nước không công nhận thuốc Đông dược như các quốc gia khu vực Tây Âu, Bắc Mỹ tại quầy này có thể làm thêm chức năng xem mạch kê đơn bán thuốc Đông dược (các thuốc loại này tại đây chỉ được xem như thực phẩm chức năng, xem mạch kê đơn chỉ được coi là tư vấn sử dụng) khu vực này nên kiểm soát nhiệt độ hoặc làm mát bằng quạt điện.
 - Khu vực rửa tay và vệ sinh. Khu vực này ngoài khu vực phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm có thể làm mát bằng quạt điện.
 - Khu vực chờ đợi nên kiểm soát nhiệt độ hoặc làm mát bằng quạt điện.
 - Các khu vực khác (tư vấn, pha chế thuốc theo đơn, bảo quản tồn trữ thuốc, biệt trữ – tham khảo các chương liên quan).
- Các nhà thuốc nhỏ diện tích (16 – 50m²) tối thiểu phải có các khu vực sau đây:
- Tủ quầy trưng bày và cung ứng thuốc kê đơn ở khu vực phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.
 - Tủ quầy trưng bày và cung ứng thuốc OTC ở khu vực phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.
 - Cabin hoặc ngăn tủ để ra lẻ thuốc ở khu vực phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.
 - Tủ quầy trưng bày và bán thực phẩm chức năng, mỹ phẩm, thiết bị y tế giản đơn, các sản phẩm chăm sóc sức khoẻ bán tại nhà thuốc. Tùy theo diện tích có thể bố trí một đến một vài tủ thậm chí là một hoặc một vài ngăn tủ riêng. Do diện tích nhỏ các tủ quầy này ở khu vực phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.
 - Khu vực rửa tay, khu vực này có thể bố trí một đến hai bồn rửa tay, tủ, hoặc cabin rửa tay có vòi nước, có xà phòng, có khăn hoặc giấy lau tay sau khi rửa tay. Khu vực này ngoài khu vực phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm có thể làm mát bằng quạt điện.
 - Khu vực chờ đợi nên kiểm soát nhiệt độ hoặc làm mát bằng quạt điện. Đối với các nhà thuốc nhỏ có thể bố trí hai ba ghế cho khách ngồi chờ.

– Các khu (tư vấn, pha chế thuốc theo đơn, bảo quản tồn trữ thuốc, biệt trữ) tham khảo các chương liên quan).

Các chú ý khi thiết kế từng khu vực nói trên.

Các khu vực nên có biển báo hiệu để khách hàng dễ phân biệt. Các yêu cầu nên theo quầy thuốc kê đơn đã nêu ở phần trên (1.1, 1.3 và 1.4).

– Các khu vực phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm là khu vực bắt buộc phải có, không kể đến khu vực rửa tay và chờ đợi (hai khu vực này không phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm).

– Các khu vực nên kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm là khu vực không bắt buộc phải có. Tuy nhiên, cần chú ý nên kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm cũng nên hiểu theo nghĩa tương đối. Khu vực có hàng hoá nhạy cảm với nhiệt độ và độ ẩm như mỹ phẩm và thực phẩm chức năng, bơm tiêm dùng một lần, bao cao su, chất dẻo, latex vẫn phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm.

– Các khu vực phải kiểm soát nhiệt độ và độ ẩm phải riêng biệt ở nhà thuốc quy mô nhỏ có thể ghép làm một (khu trưng bày, ra lẻ và cung ứng sản phẩm). Các khu vực này phải có biện pháp cách nhiệt thường có thể dùng vách ngăn hoặc vách kính. Khu vực này phải điều hoà vi khí hậu và theo dõi nhiệt độ và độ ẩm (tham khảo Chương 8. Quản trị bảo quản và tồn trữ).

– Đối với quầy hoặc tủ thuốc kê đơn, thuốc OTC các thuốc được trình bày trên quầy thường theo tiêu chí tác dụng dược lý hoặc các tiêu chí khác (tham khảo Chương 8. Quản trị bảo quản và tồn trữ). Mỗi nhóm thuốc tùy theo số lượng có tại nhà thuốc mà bố trí một không gian thích hợp. Tên mỗi nhóm đều phải có biển ghi rõ tên. Biển hoặc dòng chữ đặt hoặc dán ở bên ngoài tủ, ngăn tủ. Vị trí mỗi nhóm có thể theo thứ tự ABC hoặc theo số lượng thuốc có khối lượng lưu chuyển lớn. Miễn sao thuận tiện cho thao tác, dễ thấy, dễ lấy, tránh nhầm lẫn.

– Không gian dành cho từng loại cũng như vị trí có thể thay đổi từ lúc khai trương đến sau một thời gian kinh doanh. Vì ban đầu ta cũng chưa thể xác định một danh mục phù hợp cho từng nhà thuốc (xem Danh mục sản phẩm Chương Quản trị mua hàng và tồn trữ).

– Khi trưng bày thuốc để cung ứng cần đặt các thuốc có hạn sử dụng gần ở phía trên hoặc phía ngoài để lấy ra cung ứng trước.

– Các thuốc phải kiểm soát đặc biệt như Thuốc gây nghiện, Hướng tâm thần và Tiền chất dùng làm thuốc, phải có ngăn riêng bố trí cửa có khoá, không nhìn thấy được từ bên ngoài và không nên đập vào mắt khách hàng.

2. XỬ LÝ ĐƠN THUỐC

Xử lý đơn thuốc là yêu cầu bắt buộc khi cung ứng thuốc kê đơn. Nhằm kiểm tra lại tính pháp lý của người kê đơn, của đơn thuốc, kiểm tra tính an toàn, hiệu

quả, hợp lý của thuốc đối với từng người bệnh cụ thể đã được người thầy thuốc kê đơn (đặc biệt là về liều lượng, chỉ định, đường dùng, cách dùng, chống chỉ định phải phù hợp các văn bản pháp quy, cũng như các quy chế nghề nghiệp).

Xử lý đơn thuốc còn là một phần rất tế nhị thể hiện quan hệ nghề nghiệp của người dược sĩ thực hành với người kê đơn. Trách nhiệm của người dược sĩ là thực hiện đúng các quy chế chuyên môn và các văn bản pháp quy và trách nhiệm trước sức khỏe của người bệnh và cộng đồng.

2.1. Nhận đơn

Khi các khách hàng đến nhà thuốc, họ phải cảm thấy được chăm sóc và thoải mái, dễ dàng, được chia sẻ bởi:

- Các cử chỉ thân thiện.
- Một nụ cười.
- Tiếp xúc qua ánh mắt.
- Một sự hoan nghênh thân thiện.
- Một môi trường thoải mái dễ chịu.
- Tác phong lịch sự, nhã nhặn.
- Cảm thấy sự chu đáo.

Giao tiếp cần được đưa lên hàng đầu nên khuyến khích và gợi ý khách hàng nói ra các nhu cầu của họ (đưa ra đơn thuốc, hỏi về các sản phẩm hoặc muốn có lời khuyên).

Ví dụ: *Nhân viên*: Chào bà, tôi có thể giúp bà được không?

Nhân viên: Chào ông, tôi có thể xem đơn thuốc của ông được không?

Người nhận đơn thuốc có thể là dược sĩ phụ trách hoặc kỹ thuật viên dược hoặc người bán hàng. Những người làm công tác chuyên môn đó cần được chỉ định trước, họ cần được đào tạo tốt và làm việc theo phong cách chuyên nghiệp, có thái độ trang trọng với khách.

Sau khi tiếp nhận đơn thuốc, kỹ thuật viên dược hoặc người bán hàng phải chuẩn bị thuốc theo đơn (lấy sẵn ra) và chờ để người dược sĩ:

- Kiểm tra các thuốc dựa theo đơn.
- Kiểm tra đơn thuốc về tính thích hợp và các khía cạnh khác.
- Hướng dẫn hoặc tư vấn cho người bệnh.

Không bao giờ để cho người không được đào tạo đọc hoặc thảo luận về đơn thuốc với khách hàng.

Các kỹ thuật viên dược, những người bán hàng được đào tạo phải tiến hành chính xác chức năng này, nhưng dược sĩ có thể can thiệp chuyên môn vào hoạt động này. Nếu người bệnh có bất kỳ câu hỏi nào cần ý kiến của dược sĩ, khách

hàng có thể hướng sang phía người dược sĩ (những hướng dẫn đơn giản, đã lặp lại nhiều lần, những kỹ thuật viên và người bán hàng đã qua đào tạo thêm tại nhà thuốc có thể trao đổi với người bệnh, nhưng người dược sĩ phải giám sát và can thiệp kịp thời để không xảy ra các sai sót, nhầm lẫn).

Dựa theo đơn đã nhận, người dược sĩ cần xác nhận:

(i) Khách hàng có phải là người bệnh không, hay là đến mua hộ thuốc.

(ii) Quan hệ của khách hàng với người bệnh (bố mẹ một em bé, hoặc anh hay chị, hoặc các thành viên nào khác trong gia đình, hoặc bạn bè).

Nhận đơn xong người nhận nên lịch sự yêu cầu khách hàng chờ đợi dược sĩ duyệt lại đơn. Đơn được duyệt về:

- Tính hợp pháp và tính đầy đủ của đơn thuốc.
- Các khía cạnh của liệu pháp (về dược lý hoặc về dược lâm sàng).
- Sự thích hợp đối với cá nhân.

Có thể gợi ý khách hàng đi ra ngoài một lúc, khi đơn của họ đang được xử lý và sau đó quay trở lại nhận thuốc. Nhờ đó có thể làm cho khách đỡ sốt ruột trong thời gian chờ đợi.

Dưới đây là một tình huống trao đổi khi nhận đơn tại quầy bán thuốc theo đơn giữa nhân viên làm công tác chuyên môn tại nhà thuốc và khách hàng.

Nhân viên: Xin lỗi ông! Đơn thuốc này có phải kê cho ông không?

Khách hàng: Không, không phải cho tôi.

Nhân viên: Vậy thì đơn thuốc này kê cho ai?

Khách hàng: À! Cho bà vợ tôi đấy mà!

2.2. Đọc đơn, kiểm tra tính toàn vẹn và tính chính xác của đơn thuốc

Khi đọc đơn, dược sĩ cần phải tập trung suy nghĩ khi đọc hết toàn bộ hoặc nghiên cứu cẩn thận đơn thuốc. Dược sĩ cần thận trọng và cố gắng vận dụng kiến thức đã thu được trong quá trình đào tạo tại nhà trường và các kiến thức được cập nhật, cũng như kinh nghiệm thực tế, để xác định tính chính xác và an toàn của đơn thuốc. Tên thuốc, số lượng, chỉ định và các phần khác của đơn cần phải thể hiện tốt nhất một quá trình điều trị an toàn và hợp lý và hiệu quả.

Các việc người dược sĩ phải làm khi đọc và kiểm tra đơn thuốc:

- Tỉnh táo và tập trung vào đơn thuốc.
- Không bị mất tập trung tư tưởng.
- Không nói chuyện hoặc tán gẫu.
- Tiến hành hoặc sử dụng kỹ năng nghề nghiệp và kinh nghiệm trong đánh giá đơn thuốc.

Sau khi nhận đơn thuốc, dược sĩ cần phải đọc đơn để thẩm tra:

(i) Đơn thuốc có hợp pháp, có đầy đủ và đúng không? Hơn thế.

(ii) Nó có thể được cung ứng như vậy hay không?

2.2.1. Tính hợp pháp

Đơn thuốc là căn cứ pháp lý để bán thuốc, cấp phát thuốc, pha chế thuốc, theo đơn và sử dụng thuốc được một thầy thuốc, một nha sĩ hoặc một thầy thuốc thực hành có chứng chỉ hành nghề (có năng lực được cơ quan quản lý xác nhận, cấp phép). Đơn thuốc chỉ định các thuốc riêng biệt và liều lượng cho một người bệnh đặc biệt ở một thời gian xác định.

Tại một số nước đơn thuốc là hợp pháp khi:

– Một thầy thuốc đã đăng ký hành nghề khám chữa bệnh (có chứng chỉ hành nghề) kê đơn viết tay hoặc đánh máy (viết ra hoặc đánh máy).

– Một thầy thuốc đã đăng ký hành nghề khám chữa bệnh ký tên.

– Có tất cả những thông tin yêu cầu phải có của đơn thuốc.

Tại nước ta theo Quy chế kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú (Ban hành kèm theo Quyết định số 04/2008/QĐ-BYT 01/02/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế), điều kiện của người kê đơn thuốc:

(i) Đang hành nghề tại cơ sở khám chữa bệnh hợp pháp, có bằng tốt nghiệp Đại học Y và được người đứng đầu cơ sở phân công khám, chữa bệnh;

(ii) Đối với các tỉnh ở vùng núi, vùng sâu, vùng cao, hải đảo xa xôi, vùng khó khăn và những nơi chưa có bác sĩ: Sở Y tế có văn bản ủy quyền cho Trưởng phòng Y tế huyện chỉ định y sĩ của trạm y tế thay thế cho phù hợp với tình hình địa phương.

Các phần cơ bản của đơn thuốc:

– Tên, địa chỉ, trình độ và số đăng ký của người kê đơn.

– Giờ làm việc (tư vấn).

– Thời gian kê đơn (ngày, tháng, năm).

– Tên và địa chỉ của người bệnh.

– Có viết hoặc in ký hiệu Rx.

– Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng.

– Liều dùng.

– Cách dùng.

– Chữ ký của bác sĩ.

– Thông tin dùng lại.



2.2.2. Tính rõ ràng

Dược sĩ phải khảo sát đơn ngay tại quầy thuốc và phải rất tập trung tư tưởng khi làm việc đó. Bất cứ nghi ngờ nào khi đọc đơn (thí dụ tên thuốc, chỉ định, hoặc

nhầm lẫn khi kê đơn), phải xem xét kỹ và nếu cần thiết nên thảo luận, tham khảo ý kiến các dược sĩ khác hoặc chính người kê đơn, không để người bệnh biết về các nghi ngờ hoặc e ngại đó.

Tên của người bệnh và tên thuốc viết tay thường khó đọc. Trong trường hợp tên, tuổi... khó đọc, hãy lịch sự hỏi người bệnh để sửa lại chính xác. Ví dụ, người dược sĩ có thể hỏi lại tên của người bệnh. Xin lỗi, tên của người bệnh là Lê hay Lễ?

Cần đọc và hiểu kỹ lưỡng đơn thuốc trước khi cung ứng thuốc. Mỗi một từ, một chữ viết tắt đều có một ý nghĩa. Không được suy đoán hoặc nhầm lẫn các từ không rõ ràng vì nó có thể gây ra những hậu quả rất nghiêm trọng. Khi nghi ngờ hãy hỏi ý kiến một dược sĩ khác hoặc người kê đơn.

Người dược sĩ phải tỉnh táo và đánh giá chính xác các chữ viết không rõ ràng nó đòi hỏi phải cẩn trọng. Viết cầu thả và đánh vần để hiểu là khó khăn nhưng phải tìm cho ra ý nghĩa. Không được suy đoán không có cơ sở. An toàn nhất vẫn là cùng bàn bạc với dược sĩ khác hoặc hỏi lại người bệnh hoặc người kê đơn. Hãy nên nhớ rằng thường xuyên dùng câu “xin vui lòng”, “xin lỗi”... và đừng bao giờ cấp phát thuốc dựa trên sự suy đoán.

Thí dụ về một trường hợp đọc sai:

Arlidin và Artidin – Theo cách viết không rõ ràng của bác sĩ. Arlidin có thể đọc nhầm là Artidin. Artidin là một biệt dược có chứa Diclofenac trong khi Arlidin có chứa Nylidrin hai thuốc khác nhau được sử dụng cho hai tình trạng bệnh lý khác nhau.

Khi viết tay khó đọc, tốt nhất là liên lạc với người thầy thuốc qua điện thoại và đề nghị xác nhận.

Nhớ rằng, người dược sĩ đang liên quan tới thuốc và cuộc sống của người bệnh – có thể phụ thuộc vào loại thuốc mà dược nhà thuốc cung ứng. Hãy hình dung hậu quả tai hại của việc cung ứng sai thuốc.

Người dược sĩ phải biết rõ dạng bào chế, liều dùng và số lượng bán để việc cung ứng dễ dàng và chính xác. Người dược sĩ phải giải thích rõ ràng cho người bệnh các chỉ định của bác sĩ và hướng dẫn, khuyên bảo người bệnh hướng tới sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả và hợp lý.

Tất cả hệ thống thuật ngữ bao gồm các đơn vị đo (hệ mét, hay các đơn vị cân đo Anh, Mỹ) và các chữ viết tắt Latin cần phải giải thích đầy đủ.

2.2.3. Tính toàn vẹn và tính chính xác

Đơn thuốc là một phương tiện truyền bá giao tiếp từ thầy thuốc đến người dược sĩ về Chăm sóc được cho người bệnh.

Những chi tiết phải kiểm tra:

(i) Các chi tiết về người thầy thuốc.

(ii) Các chi tiết về người bệnh.

Các chi tiết người thầy thuốc và người bệnh được kiểm đã được đề cập tại phần tính pháp lý.

(iii) Các chi tiết sản phẩm.

Kiểm tra các chi tiết sản phẩm bao gồm:

- Tên sản phẩm.
- Dạng bào chế.
- Nồng độ hàm lượng của thuốc.
- Số lượng sẽ cung ứng và tính sẵn sàng của nó.
- Liều lượng và hướng dẫn sử dụng.
- Tần suất sử dụng.

a) Tên sản phẩm

Tên thuốc phải rõ ràng, chính xác không được nghi ngờ. Bao gồm tên biệt dược, hoặc tên generic. Vì có nhiều biệt dược có âm giống nhau, lẫn lộn tên biệt dược là rất phổ biến. Đặc biệt nếu viết tay không rõ ràng dược sĩ phải suy đoán có cơ sở, nhưng an toàn nhất vẫn là hỏi lại bác sĩ kê đơn.

Tốt nhất là người kê đơn nên viết tên generic trong dấu ngoặc đơn sau tên biệt dược hoặc là chỉ viết tên gốc. Điều đó làm dược sĩ dễ dàng tra cứu biệt dược được kê khi không quen tên thương mại. Nó cũng có thể giúp tránh lẫn lộn thuốc do tên biệt dược gần giống nhau.

Ví dụ:

Đơn thuốc có thể biểu thị

Voveran 50 (Diclofenac 50mg)

Hoặc

Diclofenac 50 mg

– Nếu bác sĩ chỉ viết tên gốc, dược sĩ có thể chọn ra một biệt dược. Trách nhiệm của dược sĩ là phải đảm bảo biệt dược đó là của một công ty tiêu chuẩn và chi phí hiệu quả tương đương. Cần phải có sự cân bằng giữa chất lượng biệt dược và chi phí.

– Người dược sĩ phải hành động theo đạo đức nghề nghiệp và đạo đức con người. Phải đặt quyền lợi người bệnh và sức khỏe cộng đồng lên trên hết.

– Nếu đơn thuốc ghi tên biệt dược kèm theo tên gốc, chỉ được cung ứng biệt dược đó. Nếu biệt dược không sẵn có, cần hỏi bác sĩ để tìm ra một biệt dược sẵn có có thể được cung ứng (ở những nước không cho phép thay thế thuốc).

– Khi bán thuốc theo đơn, tùy theo quy định của các quốc gia, người bán lẻ là

dược sĩ có quyền thay thế thuốc bằng một thuốc khác có cùng hoạt chất, dạng bào chế, cùng liều lượng khi có sự đồng ý của người mua. Quy định về tư vấn cho người mua: đối với người bệnh nghèo, không đủ khả năng chi trả thì người bán lẻ cần tư vấn lựa chọn loại thuốc có giá cả hợp lý, đảm bảo điều trị bệnh và giảm tới mức thấp nhất khả năng chi phí.

b) Dạng bào chế

Một vài thuốc có sẵn ở rất nhiều dạng bào chế khác nhau. Điều cơ bản là phải kiểm tra xem sản phẩm trong đơn chính xác ở dạng bào chế nào để chọn lựa đúng.

Cùng một loại thuốc có thể có sẵn như viên nén, viên nang, thậm chí là các thuốc tiêm. Điều quan trọng là phải kiểm tra đơn thuốc của bác sĩ về dạng bào chế. Nếu dạng bào chế không chỉ rõ thì nên gọi điện cho người thầy thuốc để làm rõ, đặc biệt là nếu thuốc sẵn có trong nhiều công thức khác nhau.

Người dược sĩ nên cung ứng thuốc gì?

Trong các dạng bào chế rắn có thể có nhiều dạng. Nếu bác sĩ không ghi rõ hàm lượng viên nén hoà tan cũng như viên nang thì xử lý như sau:

- Nếu người bệnh là trẻ em có thể cung ứng viên nén hoà tan.
- Nếu người bệnh là người lớn thì viên nang hoặc viên nén hoà tan là những dạng thuốc có thể cung ứng được. Có thể thảo luận với người bệnh để lựa chọn (khi người bệnh và khách hàng là một).
- Nếu người bệnh là người già đến nhà thuốc có thể thảo luận để lựa chọn viên nén hoà tan (người già khó nuốt, khó uống thuốc).

Khi người bệnh hoặc dược sĩ có bất kỳ nghi ngờ gì thì phải liên lạc với thầy thuốc để làm rõ. Ví dụ:

Nếu đơn chỉ ghi Novamox 250 ... (15) là không đủ thông tin vì Novamox có ở dạng *viên nén hoà tan* 250 và hoặc *viên nang* 250.

Nếu đơn kê Cefadur... (15) không đủ thông tin vì Cefadur là sẵn có ở dạng *viên nén hoà tan* 125 và *viên nén hoà tan* 250.

Sự chính xác của các chế phẩm dùng ngoài:

Thuốc kem, thuốc mỡ, thuốc gel và thuốc bôi nhất thiết không đổi cho nhau được. Các chế phẩm này có kỹ thuật bào chế khác nhau và hệ tá dược cũng rất khác nhau dẫn đến mức độ và tốc độ giải phóng hoạt chất ra khỏi tá dược không giống nhau. Do đó, ảnh hưởng tới sinh khả dụng của chế phẩm. Bởi vậy, sử dụng sai có thể gây ra các vấn đề phức tạp. Cùng một hoạt chất có thể ở dạng thuốc kem, thuốc mỡ, thuốc gel và thuốc bôi. Người thầy thuốc đã quyết định chính xác dạng bào chế nào được cung ứng đối với mỗi tình trạng bệnh lý riêng.

c) *Nồng độ và hàm lượng của thuốc*

– Người dược sĩ cần phải kiểm tra nồng độ, hàm lượng được đề cập trong đơn. Một vài thầy thuốc có một xu hướng là kê đơn thuốc không ghi nồng độ. Ví dụ:

Amlodipin 5 mg (viết đúng).

Amlodipin (viết không đúng).

– Nếu một chế phẩm chỉ bào chế ở một nồng độ hoặc hàm lượng nhất định, nó có thể được ghi hoặc không ghi vào đơn, tuy nhiên tốt nhất là vẫn phải ghi nồng độ hoặc hàm lượng vào.

– Nếu nồng độ hàm lượng không được đề cập, thì không thể lấy liều thấp nhất để cung ứng. Điều này có thể do liều thấp nhất cách rất xa liều cần đủ để điều trị tình trạng bệnh lý của một người bệnh cụ thể. Thí dụ: Ampiclox có các hàm lượng như (Ampicilin 125mg + Cloxacillin 125mg) và (Ampicilin 250mg + Cloxacillin 250mg). Nếu liều thấp dùng cho người lớn có thể không đủ để tiêu diệt hết vi khuẩn và điều trị nhiễm trùng, hơn nữa điều này còn dẫn đến hiện tượng vi khuẩn nhờn thuốc, kháng thuốc.

Nếu hàm lượng không được trình bày trong đơn thuốc thì cần phải liên lạc với người kê đơn để xác nhận một nồng độ phù hợp.

d) *Số lượng thuốc được cung ứng*

Đơn thuốc phải ghi rõ tổng số lượng thuốc được cấp phát cho người bệnh.

Người dược sĩ cần kiểm tra số lượng này và xác nhận nó thích hợp cho người bệnh và sản phẩm có thể được cung cấp ở số lượng đó.

Đối với bất cứ sản phẩm nào có hạn dùng ngắn, hãy đảm bảo số lượng được cung ứng sẽ được sử dụng hết trước khi hết hạn dùng. Hãy liên lạc với người kê đơn hoặc là thu xếp thu tiền một lần trả hàng nhiều lần.

Thí dụ: nếu bác sĩ đã kê đơn viên nén Glimepiride 2mg để uống mỗi ngày 1 viên trong 3 tháng (tổng số 90 viên nén) vào tháng 3/2009. Lô Glimepiride 2 mg tồn trữ tại nhà thuốc có hạn dùng đến tháng 2/2009 và không có lô Glimepiride 2 mg nào mới hơn. Nhà thuốc có thể đề nghị người bệnh mua 30 đến 60 viên dùng trước. Hết thuốc, đến mua số lượng còn lại, khi đó nhà thuốc có thể cung ứng thuốc mới hơn.

Trong trường hợp khoảng thời gian trị liệu hoặc tổng số lượng được cung ứng không được đề cập cần liên lạc với người bác sĩ.

đ) *Liều lượng và chỉ dẫn sử dụng*

Khả năng hiểu biết và cảnh giác nghề nghiệp của người dược sĩ sẽ là một nguồn tham khảo quý và đôi khi còn được coi là một đảm bảo an toàn cho người kê đơn và người bệnh. Đặc biệt, khi người kê đơn mắc sai lầm (nhất là các sai lầm nghiêm trọng).



– Phải thường xuyên kiểm tra liều lượng, chú ý tới tuổi, cân nặng, các tình trạng sinh lý, bệnh lý đặc biệt của người bệnh. Nhất là trẻ em, các trẻ dưới 72 tháng tuổi, trẻ nhũ nhi, phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú, phụ nữ đang có ý định mang thai, người già, người mắc bệnh kinh niên mạn tính (tiểu đường, tim mạch, gan, thận...). Đối với các trường hợp trên, tất cả mọi tiêu chí hiệu lực, chỉ định, chống chỉ định, lưu ý, tương tác thuốc, cảnh giác thuốc, đều phải xem xét thật trọng kỹ càng không được để có sai sót nhỏ. Kể cả đối với thuốc OTC nếu thấy còn nghi ngờ phải liên lạc với người kê đơn, hoặc khuyên bảo người bệnh đi khám chuyên khoa.

– Người dược sĩ phải thường xuyên kiểm tra liều lượng và chế độ cho liều và bất kỳ chỉ định sử dụng thuốc nào cũng phải thích hợp đối với một người bệnh cụ thể. Bất kỳ thuốc nào bị nghi ngờ: không đủ liều, quá liều hay liều bất hợp lý cần phải tham khảo ngay người kê đơn.

– Phải kiểm tra cẩn thận liều dùng trong trường hợp những thuốc nguy hiểm.

Bạn cần kiểm tra cẩn thận xem đơn thuốc trình bày có đúng đơn vị đo lường	
Việt Nam	Các nước nói tiếng Anh
+ 0,25 mg hoặc là 0,025mg.	+ 0,25 mg hoặc là 0,025mg.
+ 0,50 hoặc là 50mg.	+ 0,50 hoặc là 50mg.
+ 0,125 hoặc là 125µg (microgram).	+ 0,125 hoặc là 125µg (microgram).

– Hãy kiểm tra các đơn vị đo viết trên đơn. Thí dụ: miligam, microgam, dấu phẩy thập phân. Lưu ý sự khác nhau giữa dấu chấm và dấu phẩy ngăn cách hàng thập phân và hàng đơn vị của những nước như nước ta với các nước nói tiếng Anh.

– Người dược sĩ cần phải xác định liệu liều được kê có trong khoảng liều chuẩn mực tối thiểu hay tối đa không. Hãy sử dụng tài liệu giáo khoa tiêu chuẩn, hoặc là các sách tham khảo về liều tiêu chuẩn như Dược thư quốc gia.

– Những thuốc có khoảng liều rất rộng có thể đòi hỏi một chút tinh tế. Sẽ có thể khó khăn cho người dược sĩ để xác định liều phù hợp và cảnh giác thêm là cần thiết. Thí dụ đối với Amoxycillin liều được khuyên dùng là 20 – 40mg đối với 1kg trọng lượng cơ thể một ngày. Bởi vậy đối với một đứa trẻ 18kg thì liều tiêu chuẩn là bất cứ liều nào giữa 360 – 720mg một ngày. Cho nên thật khó đối với người dược sĩ khi phải đánh giá liệu liều thuốc được kê có chính xác hay không.

– Hãy phát triển và duy trì tốt mối quan hệ nghề nghiệp với các bác sĩ ở vùng lân cận xung quanh nhà thuốc. Để đơn thuốc của họ thường đến nhà thuốc của bạn và để bạn cảm thấy tự tin và không e ngại khi nói chuyện, thảo luận về các nhầm lẫn có thể xảy ra khi kê đơn.

Ví dụ: Người thầy thuốc kê đơn Augmentin (một biệt dược kết hợp của Amoxycillin và Kali Clavulanate của hãng GalaxoSmith–Kline) và cho liều dùng 5ml x 2 lần mỗi ngày.

Augmentin dạng hỗn dịch xiro (5ml có Amoxicillin 400mg + Kali Clavulanate 57mg) và “Augmentin dạng gói 500mg” (mỗi gói Amoxycillin 500mg + Kali vunclanat 62,5mg).

Cung ứng thuốc gì? Trong trường hợp này người dược sĩ cần đảm bảo cung ứng dạng bào chế nào theo đơn thuốc. Tốt nhất là hỏi người kê đơn.

Ví dụ: Một người bệnh đến nhà thuốc mang theo đơn thuốc sau:

Dexamethasone viên nén... 40 mg ngày 2 lần cho 2 ngày.

Dexamethasone dạng viên nén thường có hàm lượng 0,5mg. Theo đơn kê của bác sĩ người bệnh phải uống $40\text{mg}/0,5\text{mg} = 80$ viên 0,5mg cho hai ngày, mỗi ngày $20\text{mg}/0,5\text{mg} = 40$ viên 0,5mg, chia 2 lần mỗi lần $10\text{mg}/0,5\text{mg} = 20$ viên 0,5mg. Liều dùng trung bình ngày của thuốc là 3 – 6mg mỗi ngày ($3\text{mg}/0,5\text{mg} = 6$ viên, $6\text{mg}/0,5\text{mg} = 12$ viên).

Trong trường hợp này dược sĩ cần cân nhắc. Liệu có sai sót trong kê đơn không? Để làm rõ hoặc chỉnh sửa cần liên lạc với người kê đơn.

(Liệu có phải ông bác sĩ muốn kê đơn Methyprednisolone 4 mg không?)

e) Tần suất dùng thuốc

Hãy kiểm tra nếu tần suất được người thầy thuốc chỉ định theo liều tiêu chuẩn. Thường những liều cao hơn liều tiêu chuẩn có thể gây nên các biểu hiện ngộ độc. Còn những liều thấp hơn liều tiêu chuẩn, yêu cầu có thể dẫn đến thất bại trong điều trị ở một người bệnh cụ thể.

Hơn nữa, ngoài tần suất dùng thuốc, triệt để tôn trọng thời gian dùng thuốc định sẵn cũng là quan trọng. Ví dụ: người bệnh uống thuốc điều trị tăng huyết áp phải uống thuốc vào cùng một giờ để duy trì nồng độ thuốc trong máu, dùng thuốc tránh thai ở người đang nuôi con bú chỉ sai 4 giờ là có thể có thai ngoài ý muốn.

(iv) Các khái niệm khác

– *Kê đơn trùng:* cùng một loại thuốc hoặc các thuốc khác nhau có cùng hiệu quả được lý trị liệu được cùng một bác sĩ kê đơn, hoặc hai hay nhiều bác sĩ cùng kê đơn cho một người bệnh. Người bệnh phải chịu đựng một quá trình điều trị trùng lặp của một hay nhiều bác sĩ.

Ví dụ: Nếu người bệnh được bác sĩ kê đơn paracetamol do sốt, người bệnh đó cũng được một nha sĩ kê đơn thuốc có paracetamol vì đau răng sẽ dẫn đến trùng thuốc. Điều đó có thể gây ra quá liều paracetamol và có thể dẫn đến nguy cơ gan bị tổn thương.

– Các tương tác thuốc:

a) Nhiều thuốc có tương tác với nhau.

b) Tốt nhất là tất cả các thuốc được kê trong đơn cần được kiểm tra về tương tác thuốc. Kiểm tra tương tác thuốc vẫn là một vấn đề lớn ở nhiều nước vì các bác sĩ kê quá nhiều loại thuốc trong cùng một đơn. Không có một tiêu chuẩn kiểm tra tương tác thuốc trong khi có rất nhiều loại thuốc được kê trong một đơn. Một khảo sát ở nước đang phát triển, tỷ lệ đơn thuốc có 4 – 6 thuốc phối hợp với nhau chiếm khoảng 85%. Nếu là điều trị nội trú tại bệnh viện thì con số này còn cao hơn. Có những trường hợp dùng đơn độc một thuốc hoặc chỉ phối hợp hai thuốc rất có hiệu quả nhưng các bác sĩ vẫn cho dùng cùng lúc 4 đến 5 loại thuốc. Khi dùng đồng thời từ hai loại thuốc trở lên hoặc dùng thêm một loại thuốc vào chế độ thuốc đã ổn định đều có nguy cơ gây ra tương tác thuốc. Hậu quả có thể gặp là làm thay đổi tính chất dược lý, làm thuốc độc hơn hoặc triệt tiêu mọi tác dụng có lợi của thuốc mới thêm vào.

c) Khi một thuốc được kê trong đơn đã biết có tương tác với loại thuốc khác có thể sử dụng hỗ trợ hoặc các thuốc OTC khác, người được sĩ phải hỏi người bệnh xem có đang dùng những thuốc nào khác không để loại bỏ các thuốc có thể gây tương tác.

d) Bất kỳ một tương tác thuốc nào có khả năng xảy ra làm cho trị liệu không hiệu quả hoặc gây ra những tác động không mong muốn đối với người bệnh, hoặc tác động đến điều trị theo nhiều cách, cần phải đưa ra những thông báo cho bác sĩ kê đơn, đặc biệt là các tương tác xấu. Chú ý: không làm cho người bệnh hoang mang quá mức dẫn tới không tin tưởng vào trị liệu.

Ví dụ: Dùng thuốc aspirin có thể tăng tác dụng đối với thuốc chống đông (warfarin) mà người bệnh đang dùng và có thể làm tăng nguy cơ chảy máu.

Người bệnh được kê đơn ciprofloxacin cần phải tránh uống các antacid trong vòng 2 – 3 giờ vì antacid làm giảm mạnh hấp thu ciprofloxacin.

Tương tác thuốc cần được cân nhắc khi cung ứng tất cả các loại thuốc kê đơn, một vài nhóm người bệnh đặc biệt dễ bị tổn thương và đòi hỏi cần phải hết sức cảnh giác (người bệnh đang mang thai, trẻ em, người già và những người chức năng gan thận kém).

Phải kiểm tra những dị ứng đã biết, đặc biệt là với đơn thuốc kháng sinh. Kê đơn có thể thất bại nếu không cân nhắc các nhạy cảm chéo trong cùng một nhóm thuốc, thí dụ các penicillin bán tổng hợp.

Phải kiểm tra xem người bệnh có đang thực hiện bất kỳ một phép chữa bệnh nào hoặc dùng các loại thuốc nào khác không tương thích. Ví dụ, dược sĩ có thể biết người bệnh thường xuyên uống thuốc tránh thai, nhưng người bác sĩ có thể không hỏi hoặc không biết về điều đó. Ngay cả đang sử dụng các thuốc đông được,

các loại trà được thảo cũng cần phải xem xét. Trong các đơn thuốc đông dược thường hay có vị cam thảo, vị thuốc này gây tăng huyết áp, do đó có thể gây thất bại trong điều trị các bệnh tăng huyết áp. Ngoài ra, còn phải chú ý đến cách sống của người bệnh, có sử dụng các chất kích thích, có hút thuốc, dùng đồ uống có cồn... Ngoài ra, còn phải lưu ý người bệnh các tương tác có thể xảy ra giữa thức ăn và đồ uống người bệnh có thể sử dụng.

– *Chống chỉ định*: Tuổi, giới tính, bệnh tật, tình trạng và các đặc tính sinh lý của người bệnh có thể làm cho một thuốc nào đó được kê bị chống chỉ định. Dược sĩ cần phải cẩn thận đối với những chống chỉ định loại đó.

Ví dụ:

Aspirin không nên dùng cho trẻ em dưới 12 tuổi.

Atenolol chống chỉ định với người bệnh tiểu đường.

Celecoxib chống chỉ định với người bệnh nhạy cảm cao với sulfamid.

Đôi khi bác sĩ có thể kê thuốc mà không cần nhắc một vài khía cạnh nào đó. Ví dụ, bác sĩ có thể kê đơn một thuốc mà không tìm hiểu một người phụ nữ liệu đang có thai hay không. Một bác sĩ không là bác sĩ sản khoa có thể không hỏi những câu hỏi như thế. Một dược sĩ có thể hỏi người bệnh một cách lịch sự liệu bà ta hoặc cô ta có thai hay không, hoặc là một người bệnh có thể tự đặt câu hỏi khi đơn đang được chuẩn bị.

– *Tiền sử*: Sử dụng quá mức, sử dụng dưới mức hoặc là dùng sai thuốc của người bệnh. Tiền sử dị ứng hoặc mắc các bệnh dị ứng.

– *Kiểm tra đơn bị sửa chữa*: Người bệnh có thể sửa chữa đơn hoặc viết đè lên để mua thêm thuốc (đặc biệt là những thuốc dễ bị lạm dụng).

– *Kiểm tra, phân loại thuốc*: Theo quy định của các quy chế chuyên môn trước khi cung ứng thuốc phải kiểm tra phân loại thuốc (Ví dụ, thuốc phải kê đơn, thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần và tiền chất dùng làm thuốc, hay thuốc OTC).

Đơn thuốc giả mạo:

– Người dược sĩ phải cảnh giác không để người bệnh sử dụng những đơn thuốc trống (họ có được do lấy trộm từ các thầy thuốc thực hành tư nhân hoặc bệnh viện của Nhà nước là nơi mà các đơn trống có thể bị thất thoát).

– Người dược sĩ cũng cần cảnh giác với những đơn giả mạo do người bệnh hoặc khách hàng viết hoặc in ra mang đến nhà thuốc. Nếu cách viết khác với cách viết thông thường của các bác sĩ, hoặc nhận ra nó không bình thường, hãy cùng với các đồng nghiệp nhiều kinh nghiệm hơn kiểm tra, hoặc gọi điện cho các bác sĩ để xác định. Không cung ứng thuốc cho những đơn như vậy. Hãy cẩn thận cảnh báo đối với bác sĩ về sự lạm dụng thuốc.

Hiệu lực của thuốc và những thuốc có chỉ số trị liệu hẹp. Phải đặc biệt cẩn thận với những loại thuốc đó. Một thay đổi nhỏ trong nồng độ cũng dẫn đến những thay đổi rõ ràng trong đáp ứng dược động học.

Nên kiểm tra xem có hiện tượng đơn kê trùng thuốc không (đặc biệt là với người bệnh ở các bệnh viện cộng đồng, nơi người bệnh có thể được nhiều bác sĩ khác nhau khám bệnh và mỗi bác sĩ có thể kê các biệt dược khác nhau).

Ví dụ, về những thuốc có hệ số trị liệu hẹp: digoxin, lithium, phenytoin, theophylline, warfarin...

Thay thế những biệt dược trong các trường hợp đó có thể là nguy hiểm vì nó có thể dẫn đến chưa đủ tác dụng hoặc thậm chí là ngộ độc.

Những điều cần thận đặc biệt phải tiến hành trong trường hợp:

a) *Thuốc trùng tên:* Những thuốc có thể có tên tương tự, do viết ẩu hoặc khi đọc không cẩn thận. Các thuốc lẫn lộn do các nguyên nhân khác nhau. Đặc biệt có thể xảy ra nếu nồng độ và liều dùng của 2 chế phẩm là tương tự. Cần thường xuyên kiểm tra lại những nghi ngờ với người kê đơn. Hầu hết các trường hợp sai sót xảy ra do không kiểm tra xem xét kỹ càng các thuốc trước khi cung ứng.

Một vài thí dụ các tên tương tự:

- Lasix (furocemide)/LanOD (lansoprazole).
- Imol (ibuprofen + paracetamol)/Dimol (activate dimethicone).
- Enam (enalapryl)/EsamS (amlodipine).
- Valus (vandecoxib)/Veloz (rabenprazole)/Valium (diazepam).
- Finax (finasteride 1 mg)/Finast (finasteride 5mg).
- Novamox (amoxycillin)/Novaclox (amoxycillin + cloxacicllin)/Novelon (Tránh thai dạng uống).
- Alphadopa 250mg/ Alphacalcidol 0,25mg.
- Pause (ayurvedic medicine)/ Pause (mefenamic acid + tranexamic acid).
- Zeal (ayurvedic lozenges)/ Zil (tinidazole).
- Sibutrim 10mg (sibutramine)/ Sibelum 10mg (flunarizine).

b) *Các chữ viết tắt:* các chữ viết tắt được sử dụng rộng rãi trong kê đơn, nhưng viết tắt có thể gây các nhầm lẫn nguy hiểm. *Thứ nhất* là do trong y tế không có chuẩn mực để phân biệt các chữ viết tắt. *Thứ hai* là hầu như người kê đơn luôn luôn viết tắt theo cách riêng của họ. *Thứ ba* là mỗi người (đội ngũ làm công tác chuyên môn ở nhà thuốc) có thể hiểu hoặc giải thích các chữ viết tắt theo cách khác nhau.

Ví dụ:

“HTC” 250 mg được cho có nghĩa là hydrocortisone 250 mg, nhưng lại cung ứng hydrochlorothiazide.

“CPZ” có thể cho là chlorpromazine, một thuốc an thần trấn tĩnh hoặc là carbamazepine, một thuốc chống động kinh.

“AZT” có thể có là chlorpromazine hoặc azathioprine.

“CPM” có thể có là chlorpromazine hoặc chlorpheniramine.

Lưu ý: đừng bao giờ đoán các chữ viết tắt. Để chắc chắn hãy liên hệ với thầy thuốc.

Những thay đổi trong kê đơn:

– Trước khi chuẩn bị cung ứng một đơn thuốc, người dược sĩ phải đọc và hiểu từ đầu đến cuối đơn thuốc. Nếu có bất cứ phần nào của đơn mà người dược sĩ không hiểu, hoặc nghi ngờ điều gì đó không đúng thì phải tham khảo người thầy thuốc.

– Bất kỳ thay đổi nào đối với đơn thuốc thực hiện qua điện thoại với bác sĩ, đều phải ghi lại trên đơn *“những thay đổi qua điện thoại khi tham khảo bác sĩ kê đơn vào ngày ... giờ ...”*. Những thay đổi này cần được người dược sĩ ký và đóng dấu vào đơn và ghi chép vào hồ sơ. Thực hiện việc này làm tăng sự tin cậy dựa trên quan hệ nghề nghiệp với các bác sĩ kê đơn. Ngoài ra còn là nguồn tư liệu, chứng minh nhà thuốc đã thực hiện các thủ tục kiểm tra đơn thuốc theo đúng yêu cầu của các quy chế hiện hành.

– Rất nhiều dược sĩ do dự khi gọi điện cho bác sĩ thực hành về các vấn đề này. Nhưng nếu xây dựng được mối quan hệ tốt và duy trì giao tiếp sẽ hạn chế được điều đó. Bác sĩ thực hành và dược sĩ thực hành tại nhà thuốc đều là những người làm việc trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, không có lý do gì cản trở để họ hiểu biết hơn về nhau.

Thay thế biệt dược.

– Sinh khả dụng hoặc tương đương sinh học của thuốc có thể gây ra các sai lệch trong điều trị. Sinh khả dụng của hai biệt dược khác nhau có thể khác nhau. Luật pháp nhiều nước không cho phép thay thế biệt dược. Thay thế biệt dược có thể chứa đựng nhiều rủi ro và cần tránh, đặc biệt là ở người bệnh điều trị dài ngày, với những thuốc có sinh khả dụng thất thường hoặc đối với những người dùng thuốc có chỉ số trị liệu hẹp. Biệt dược này khác về tương đương sinh học với một biệt dược khác có thể tác động lên điều trị của người bệnh tùy theo nồng độ trong máu khác nhau.

Thay đổi trong thành phần hoặc công thức (nhưng tên của biệt dược thì vẫn giữ nguyên).

Vấn đề này còn tồn tại ở một vài nước. Nó vẫn tiếp tục đôi khi và thỉnh

thoảng xảy ra khi công ty thay đổi thành phần do một loại hoạt chất nào đó bị cấm hoặc khuyến cáo không nên dùng, đôi khi còn để trốn tránh phạm vi hiệu lực của kiểm soát giá. Ví dụ như viên nén Decolgen trước thành phần có PPA do quá nhiều tác dụng phụ ngày nay nó được bỏ đi và được thay bằng Pseudoephedrin hydroclorid. Chế phẩm này vẫn giữ tên Decolgen thêm chữ forte.

Người dược sĩ cần phải luôn luôn cảnh giác để nhận ra những thay đổi trong thành phần đã được các công ty thực hiện và đảm bảo rằng người bác sĩ kê đơn một biệt dược đã hiểu rõ những thay đổi trong công thức và biết về những thay đổi đó.

Xác định một đơn kê bất hợp lý: Các dược sĩ cần phải cân nhắc suy tính khi nhận một đơn và đảm bảo tính thích hợp của đơn thuốc. Nếu người dược sĩ theo phán đoán nghề nghiệp của mình cảm thấy, một đơn là bất hợp lý và có thể gây hại cho người bệnh thì không được giải quyết đơn mà phải liên lạc với người kê đơn để làm rõ. Người bệnh cũng có thể yêu cầu người dược sĩ giải thích cho tình trạng này.

Nếu có bất kỳ những chi tiết không rõ ràng, thiếu hoặc không toàn vẹn, người dược sĩ phải gọi cho người bác sĩ để xác nhận. Điều này tránh bất kỳ sai sót và nhầm lẫn nào khi cung ứng thuốc. Người dược sĩ cũng có thể tự mình đảm bảo với người bệnh rằng những thuốc của mình bán ra là theo đúng đơn thuốc.

Kiểm tra đơn thuốc là việc người dược sĩ cần làm, (kiểm tại quầy do một dược sĩ lâu năm tiến hành). Kinh nghiệm và kiến thức của dược sĩ có thể:

- ⇒ Đọc và giải thích đơn chính xác.
- ⇒ Giải thích chính xác bất kỳ chữ viết tắt người kê đơn sử dụng.
- ⇒ Xác định liều dược kê có phù hợp với người bệnh hay không, (cân nhắc tuổi, giới tính và cân nặng).
- ⇒ Xác định bất cứ những tiềm ẩn nghiêm trọng nào của thuốc, các tương tác thuốc.
- ⇒ Xác định bất cứ những dị ứng nào trước kia đối với thuốc dược kê (kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc là hỏi người bệnh).

3. QUY TRÌNH BÁN MỘT ĐƠN THUỐC

Xử lý hay tập hợp một đơn thuốc là một quá trình theo nguyên tắc, lấy thuốc ra khỏi tủ quầy gia kê, lập hoá đơn và giao thuốc cho người bệnh theo đơn. Trong trường hợp những thuốc không kê đơn, thuốc thu thập ở quầy theo yêu cầu thuốc của khách hàng và qua thảo luận với họ về sự phù hợp của thuốc với họ.

3.1. Cấp phát theo đơn thuốc và tập hợp thuốc

Sau khi kiểm tra tính hợp pháp, sự rõ ràng của đơn thuốc, đơn thuốc đã sẵn

sàng để cung ứng và thực hiện. Cấp phát đơn thuốc là một quá trình nhiều bước, từ lúc bắt đầu lấy thuốc khỏi giá kệ, tủ quầy cho đến khi giao cho khách hàng.

Khi khách hàng không có đơn yêu cầu một loại thuốc, phải xác định thuốc đó không phải là thuốc kê đơn. Theo quy định, không một thuốc kê đơn nào được cung ứng không có đơn. Chỉ có thuốc OTC mới có thể được giao cho khách hàng theo yêu cầu và người dược sĩ phải cố gắng đảm bảo đó là lựa chọn tốt nhất đối với thể trạng và triệu chứng của người bệnh.

Dược sĩ cần phải hiểu rõ, thao tác chính xác, có hệ thống không chỉ đối với những thao tác bằng tay của hoạt động cung ứng thuốc kê đơn mà còn phải cung cấp cho người bệnh những thông tin và hướng dẫn cần thiết, để đảm bảo người bệnh tuân thủ theo đúng trị liệu.

Theo Cơ quan an toàn bệnh nhân quốc gia (National Patient Safety Agency) của Anh, các giai đoạn cấp phát thuốc gồm:

1. Nhận đơn thuốc và kiểm tra đặc tính của thuốc.
2. Lập hoá đơn.
3. Lấy thuốc.
4. Kiểm soát.
5. Đóng gói.
6. Kiểm tra trước khi đưa cho người bệnh.
7. Đưa thuốc và hướng dẫn sử dụng.

Hãy sử dụng những bao bì/hộp chất dẻo riêng biệt cho các yêu cầu thuốc của từng người bệnh. Tránh lẫn lộn thuốc của người này sang người khác. Phải làm tốt việc lựa chọn và đặt thuốc. Thuốc của người bệnh nào phải đặt vào hộp của người ấy. Sau đó thuốc được lập hoá đơn và đóng gói.

Các bước xử lý hay tập hợp một đơn thuốc (quy trình bán thuốc kê đơn):

Bước 1:

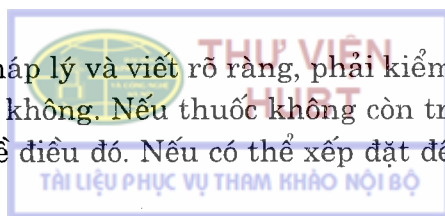
Nhận đơn, kiểm tra tính pháp lý và tính chính xác. Các dược sĩ lâu năm hoặc có kinh nghiệm kiểm tra lại, hoặc là xác nhận lại với bác sĩ nếu có yêu cầu.

Bước 2:

Khi đơn đã được kiểm tra tính pháp lý và viết rõ ràng, phải kiểm tra xem nhà thuốc còn những thuốc được yêu cầu không. Nếu thuốc không còn trong hàng tồn trữ, phải thông tin cho người bệnh về điều đó. Nếu có thể xếp đặt để có thuốc cho người bệnh sau một thời gian.

Bước 3:

Lấy lượng thuốc được yêu cầu khỏi giá kệ. Khi lấy thuốc, người dược sĩ phải chú ý và cảnh giác để cung ứng thuốc chính xác.



Bước 4:

Sau khi lấy thuốc, kiểm tra đúng thuốc đã được lấy và kiểm tra hạn dùng (Tại các thời điểm nhà thuốc bận rộn, tất cả các khoản thậm chí đã tháo rời, cắt rời, có thể đặt vào một hộp cho từng khách khác nhau). Đặt thuốc trước mặt khách hàng và khẳng định số lượng thuốc khách cần mua (Một người bệnh có thể mua ít hơn số lượng thuốc được kê vì nhiều lý do khác nhau, bao gồm các hạn hạp kinh tế, các lý do cá nhân, hoặc là quyết định không mua một loại thuốc nào đó). Ở giai đoạn này, cần được đưa ra các thông tin và hướng dẫn cho người bệnh về thuốc và trị liệu.

Bước 5:

Một bộ đồ chứa có màu sắc, kiểu cách, hình dáng khác nhau có thể được sử dụng để đặt số lượng các thuốc được yêu cầu, trước khi chúng được kiểm tra 2 lần và lập hoá đơn (hộp này có thể là một đồ chứa sạch bằng nhựa). Thí dụ: các thuốc trước khi lập hoá đơn có thể đặt vào các đồ chứa màu đỏ. Sau khi làm hoá đơn và kiểm tra thì ở trong các đồ chứa màu xanh lá. Điều này giúp dễ dàng xác định hoặc phân biệt, giúp tránh nhầm lẫn và cũng để phòng những khoản không được kiểm tra đến được tay người bệnh. Tiến hành lập hoá đơn chỉ sau khi đã hoàn tất những điều kể trên.

Bước 6:

Khi lập hoá đơn, người lập hoá đơn nhất thiết phải kiểm tra các thuốc đã được phân phối chính xác theo đơn. Với một cách khác, việc kiểm tra này có thể được người dược sĩ tiến hành sau khi hoá đơn đã được lập.

Để tránh nhầm lẫn, thuốc cần được chuyển sang một đồ chứa có màu khác (thí dụ xanh lá cây) sau khi lập hoá đơn.

Hoá đơn cần được dược sĩ phụ trách kiểm tra và ký.

Sau khi thuốc được lập hoá đơn thì bản gốc cần được đưa cho khách hàng còn bản sao thì được giữ lại.

Bước 7:

Khi hoàn thành việc phân phối thuốc, cần đóng dấu có chữ “Đã bán” vào đơn thuốc để chỉ ra rằng các thuốc này đã được bán, do đó tránh được lạm dụng thuốc.

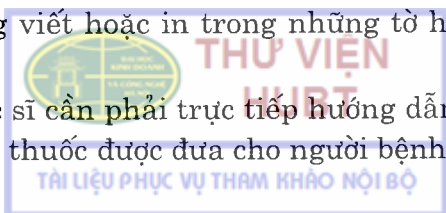
Thông tin cho người bệnh (Hướng dẫn sử dụng):

Thông tin có thể cung cấp cho người bệnh về trị liệu và cũng có thể được bổ sung dưới dạng viết hoặc in trong những tờ hướng dẫn kèm theo hoặc trong các cuốn sách nhỏ.

Người dược sĩ cần phải trực tiếp hướng dẫn sử dụng và có những tư vấn thích hợp đối với mỗi thuốc được đưa cho người bệnh.

Bước 8:

Đóng gói thuốc trong nguyên liệu bao bì thích hợp để duy trì hiệu lực cũng như tính toàn vẹn của thuốc.



Bước 9:

Sau khi đóng gói cần đưa thuốc cho đúng người bệnh đã thanh toán số tiền trong hoá đơn. Điều này cần thực hiện hiệu quả qua nụ cười, ánh mắt thân thiện và lời “cảm ơn”.

Đảm bảo đúng gói thuốc được đưa cho đúng người bệnh: Một phương pháp có thể áp dụng để xác định chính xác người bệnh và đơn thuốc của anh ta để đảm bảo đưa đúng người sau khi bán đơn và loại trừ những nhầm lẫn như thuốc được phân phối sai khách hàng. Trong các hiệu thuốc nhỏ hoặc là các hiệu thuốc vùng lân cận thành phố, việc xác định có thể thường dựa vào trí nhớ. Trong các hiệu thuốc lớn có nhiều dược sĩ đang làm việc, có thể sử dụng một hệ thống kiểm tra. Đặc biệt là khi người bệnh phải chờ tại nhà thuốc cho đến khi đơn của họ được phân phối và họ quay trở lại lấy thuốc sau.

Một ví dụ sử dụng hệ thống biên lai kiểm tra:

Tờ biên lai có thể được in và đánh máy trên máy vi tính. Mẫu của biên lai có thể thiết kế như sau:

Nhà thuốc ABC	Nhà thuốc ABC	Nhà thuốc ABC
Biên lai số 123	Biên lai số 123	Biên lai số 123
Ngày: 12/5/2010	Ngày: 12/5/2010	Ngày: 12/5/2010
Tên người bệnh: Nguyễn Văn An	Tên người bệnh: Nguyễn Văn An	Tên người bệnh: Nguyễn Văn An
Xin vui lòng giữ tờ biên lai này khi ông, bà quay lại nhận thuốc	Tên người đóng gói: Dược tá Vĩ	Tên người đóng gói: Dược tá Vĩ
Phần đưa cho người bệnh	Phần gắn vào đơn thuốc	Phần gắn vào bao bì cuối cùng

Mỗi biên lai đính kèm có thể chia thành 3 phần, mỗi phần mang cùng một số xác định.

- Một phần được đưa cho người bệnh.
- Phần thứ 2 được gắn vào đơn thuốc.
- Phần thứ 3 được gắn vào đồ bao gói cuối cùng chứa thuốc.

Bởi thế, xác định chính xác thuốc được trả theo đơn thuốc gốc, đồ bao gói cuối cùng và người bệnh. Sau đó khi người bệnh quay trở lại để lấy thuốc, thì gói hoặc bao chính xác từ đồ bao gói có thể được đưa cho ông hay bà ta.

Ưu điểm của hệ thống kiểm tra:

- Tránh được nhầm lẫn các gói hàng.
- Giảm thiểu nhầm lẫn trong cung ứng thuốc.
- Đảm bảo người bệnh nhận đúng thuốc.

Hai lần kiểm tra tên người bệnh hoặc khách hàng trên đơn trong khi giao bao gói để tránh nhầm lẫn.

Một số điểm cần chú ý để cấp phát thuốc hiệu quả:

– Sau khi nhận đơn hãy kiểm tra tính pháp lý, hiệu lực, tính toàn vẹn và độ an toàn của thuốc.

– Mỗi lần chỉ giải quyết một đơn.

– Kiểm tra hạn dùng và hãy sử dụng trước những hàng tồn trữ nào cận hạn hơn.

– Kiểm tra thuốc không phải là thuốc mẫu, thuốc hết hạn, thuốc hỏng hoặc tẩy xoá...

-- Kiểm tra chính xác và kiểm tra hai lần (nếu có thể) về nhận dạng, hàm lượng và dạng bào chế.

– Không phân tán suy nghĩ trong khi cung ứng thuốc.

– Kiểm tra việc lấy đúng thuốc từ giá kệ.

– Kiểm tra thuốc đang được cung ứng đúng là một thuốc đã được đơn kê.

– Không để thuốc trong túi quần, túi áo.

– Không bao giờ cung ứng bất cứ một loại thuốc kê đơn nào tên thuốc được viết trên một mẫu giấy hoặc không được người kê đơn ký.

– Hãy giao tiếp với người bệnh về cách dùng thuốc chính xác:

+ Hãy hướng dẫn bằng lời.

+ Hãy sử dụng các hướng dẫn bằng ra hiệu, điều bộ trong trường hợp người bệnh không biết chữ, vùng dân tộc ít người.

+ Hãy sử dụng nhãn phụ nếu thấy cần. Trong trường hợp người bệnh không biết chữ, hoặc là chỉ quen với ngôn ngữ địa phương (các dân tộc thiểu số). Hãy nghĩ ra một hệ thống có màu sắc khác nhau, nhãn màu, giấy dính và lọ để làm dễ dàng hơn xác định sản phẩm.

+ Nếu người bệnh yêu cầu, các chi tiết về cách dùng thuốc cũng có thể viết trên các nhãn hoặc các tờ giấy dính.

– Hãy lập những phiếu ghi thích hợp hoặc hoá đơn cho người bệnh, bao gồm tên, địa chỉ người bệnh, tên và địa chỉ bác sĩ kê đơn, tên thuốc, số lô, hạn dùng, tên nhà sản xuất và giá. Dược sĩ phải ký vào hoá đơn và ghi ngày tháng.

– Tiến hành lập hoá đơn chỉ sau khi được khách hàng đồng ý.

– Không được gây xáo trộn giữa các nhân viên của nhà thuốc khi cung ứng thuốc và chuẩn bị hoá đơn.

– Người lập hoá đơn phải kiểm tra các thuốc được lấy ra phải đúng với đơn.

– Hãy nhắc lại bằng miệng các hướng dẫn được ghi trên nhãn, nếu có thể bằng các thuật ngữ đơn giản dễ hiểu (không chuyên môn).

– Nếu có thể hãy yêu cầu người bệnh nhắc lại các hướng dẫn để đảm bảo khách hàng đã hiểu.

– Hãy nhấn mạnh sự cần thiết làm theo đúng yêu cầu.

– Hãy ghi nhớ nhận thức của người bệnh về tầm quan trọng của trị liệu. Những tờ hướng dẫn thông tin cho người bệnh được đưa cùng với một thuốc riêng hoặc một bệnh riêng.

– Hãy đưa ra những điều cảnh báo và đề phòng.

– Hãy đưa ra những chú ý đặc biệt trong các trường hợp cụ thể:

+ Đối với những người khiếm thị hoặc khiếm thính.

+ Những người không biết chữ.

+ Người bệnh là người già hoặc trẻ em.

+ Những người dùng nhiều loại thuốc.

– Những thuốc được cung ứng lẻ (từ các hộp thuốc lớn như các thuốc viên nén, viên nang và các hộp thuốc nhỏ mắt). Cần được đóng gói thích hợp trong bao gói phù hợp và có nhãn tương ứng. Ví dụ: viên nang Chloro-mycetin, viên nén Dapsone...

– Khi cung ứng thuốc, người dược sĩ phải cung cấp thông tin cho người bệnh hoặc khách hàng khi có thể. Những mách nước cho điều trị được kê đơn có thể giúp cho trị liệu của người bệnh. Khi yêu cầu các thuốc OTC, người dược sĩ cần đánh giá yêu cầu sản phẩm đó có phù hợp với tình trạng của người bệnh hay không và đưa ra lời khuyên phù hợp (chi tiết tham khảo Module thông tin người bệnh).

3.2. Bán lại đơn thuốc cũ

Những phương tiện trợ giúp thông tin bán lại đơn để đề phòng một người có đơn thuốc đã được bán, mua được nhiều hơn chế độ liều thích hợp thường cho phép và đề phòng những người hàng xóm hoặc người bạn của người bệnh sử dụng lại đơn trong điều kiện tương tự hoặc lạm dụng đơn thuốc.

Ví dụ:

Các benzodiazepine là được kê đơn thường cho các đợt trị liệu ngắn hạn tối đa 2 – 3 tuần. Một thầy thuốc vì vậy có thể kê đơn dùng 10 ngày và không có hướng dẫn bán lại đơn. Người dược sĩ cần phải đảm bảo rằng những đơn như thế là không được bán lại, trừ khi được thầy thuốc ghi chú vì nó có thể dẫn người bệnh đến bị phụ thuộc thuốc đối với những thuốc được kê đơn.

Kê đơn thuốc hướng tâm thần và tiền chất dùng làm thuốc trong Quy chế kê đơn điều trị ngoại trú: Đối với bệnh cấp tính kê đơn với liều đủ dùng không vượt quá mười (10) ngày; Đối với bệnh nhân tâm thần phân liệt, động kinh: Kê đơn thuốc vào sổ điều trị bệnh mạn tính, số ngày kê đơn theo hướng dẫn điều trị của chuyên ngành tâm thần.

4. CÁC KHÍA CẠNH KHÁC CỦA CẤP PHÁT THUỐC

4.1. Nhầm lẫn trong cung ứng thuốc

Nhầm lẫn trong cung ứng thuốc là những nhầm lẫn xảy ra trong quá trình cung ứng thuốc tại nhà thuốc. Nhầm lẫn trong cung ứng thuốc thường khác với những nhầm lẫn trong kê đơn hoặc nhầm lẫn trong quá trình sử dụng thuốc .

Các nhầm lẫn thông thường trong cấp phát thuốc	Lý do nhầm lẫn
Không đọc đơn.	Do quá nhiều đơn thuốc, đơn viết không rõ ràng, thái độ cầu thả của đội ngũ bán hàng, hoặc môi trường bán hàng kém.
Nhầm lẫn trong hướng dẫn miệng.	Do tên thuốc có âm ngữ giống nhau. Thí dụ: Sina–rest Betarest, Listerine (nước súc miệng) Lis–tril (Lisinopril).
Nhầm lẫn khi lấy thuốc. Lấy nhầm thuốc ở bên cạnh trên giá kệ.	Do bao bì giống nhau hoặc do thiếu chăm chú, hoặc do sao nhãng.
Đếm nhầm có nghĩa phân phối sai số lượng thuốc.	Do bị nhiễu khi đếm, hoặc do làm việc quá tải trong hoặc giờ cao điểm.
Nhầm lẫn trong lập hoá đơn, Đưa vào không chính xác những chi tiết trên hoá đơn. Thí dụ: tên thuốc, nồng độ, hàm lượng, hoặc đưa vào tên người bệnh không chính xác.	Do bị sao nhãng, hoặc không chú ý khi lập hoá đơn, hoặc người mới được phân công lập hoá đơn trong đội ngũ nhân viên, chưa quen với hệ thống hoá đơn.
Đóng gói sai, nghĩa là lẫn lộn các gói thuốc, thuốc của một người nào đó khi đóng gói.	Do thái độ làm việc thiếu cẩn thận hoặc bị sao nhãng khi lấy thuốc, đóng gói.
Đưa thuốc sai, nghĩa là đưa gói thuốc sai người.	Do tên người bệnh tương tự hoặc do cùng một số lượng trên hoá đơn, hoặc do phân tâm khi đưa gói thuốc.
Nhầm lẫn trong hạn dùng. Có nghĩa là bán phải thuốc quá hạn. Không theo hệ thống FIFO, FEFO.	Nguyên nhân là quá trình kiểm tra hạn dùng không được tiến hành thường xuyên, mỗi một khoản, mỗi lọ không được kiểm tra về hạn dùng khi cung ứng.
Các nhầm lẫn thông thường trong cấp phát thuốc	Lý do nhầm lẫn
Nhầm lẫn về sự tương tự. Thí dụ, hai khoản thuốc trông giống nhau và một khoản sai được phân phối (khác nhau về thuốc hoặc hàm lượng, nồng độ).	Do chú ý không đầy đủ, thái độ làm việc cầu thả khi cung ứng thuốc, không kiểm tra cẩn thận. Chữ viết hoặc cách viết trên khoản thuốc không dễ đọc (tên của thuốc và nồng độ, hàm lượng). Các khoản đã bị cắt ra được đặt một cách tùy tiện vào một hộp có những sản phẩm trông giống nhau.
Nhầm lẫn về giá thuốc	Niêm yết sai, không niêm yết, sao lãng.

Những yếu tố có thể dẫn đến nhầm lẫn trong cung ứng thuốc:

- Bạn bị hơn bình thường, do thiếu nhân viên hoặc do có nhiều khách hàng hơn bình thường.
- Đang có những nhân viên mới, được sĩ thực tập.
- Điện thoại cắt ngang, những thắc mắc trong đội ngũ nhân viên
- Không khí làm việc ở nhà thuốc và thái độ làm việc của đội ngũ nhân viên.
- Bị phân tán tư tưởng do có nguồn khác nhau.
- Tâm trạng của đội ngũ nhân viên kém.
- Không tuân theo hệ thống đã được đặt ra và các thao tác chuẩn có tại nhà thuốc.

Một vài rủi ro thường là khó tránh khỏi với thực hành nhà thuốc nhưng nếu quy trình cung ứng thuốc được viết ra có hệ thống và tuân thủ chặt chẽ các thao tác chuẩn thì hầu hết sự nhầm lẫn có thể được đề phòng hoặc giảm thiểu đến mức tối đa.

Nhầm lẫn khi lấy hàng:

Đôi khi các gói thuốc khác nhau của các nhà sản xuất có thể tương tự về thiết kế và có thể dẫn đến lấy hàng nhầm lẫn, hoặc nồng độ hàm lượng khác nhau của cùng một biệt dược.

Một vài thí dụ về nhầm lẫn khi lấy hàng:

- Bạn đi lấy Librium (chlordiazepoxide) từ giá, cuối cùng lại nhặt Librax (chlordiazepoxide + clinidium bromide) bởi vì người được bán Librium đã đổi chỗ.
- Do đóng gói giống nhau, bạn có thể nhặt hộp bên cạnh cái hộp bạn thực sự định nhặt. Do vậy, cần hết sức đề phòng khi lấy thuốc. Hãy kiểm tra chi tiết thuốc dựa trên đơn trước khi lấy thuốc ra khỏi giá kệ. Dù là đang vội hãy dành chút thời gian để khẳng định là đang nhặt đúng thuốc trên giá kệ.

Những nguyên nhân dẫn đến nhặt nhầm thuốc:

- (i) Không chú ý vào công việc và nhiệm vụ, suy nghĩ và lơ mơ đến điều gì đó.
- (ii) Phân tán do nói chuyện riêng, nói chuyện với đồng nghiệp, với bạn bè ở quầy thuốc, hoặc xem TV ở nhà thuốc (ví dụ: bóng đá, phim truyền).
- (iii) Thêm khối lượng công việc phải làm, trong khi cường độ làm việc đó rất cao, hoặc mơ hồ trong suy nghĩ.
- (iv) Cho rằng một hộp được nhặt đúng mà không kiểm tra lại khi nhặt.
- (v) Một loại thuốc khác được đặt vào nơi thường đặt loại thuốc cần lấy.

Kiểm tra những gì	Các biện pháp khắc phục
Hãy kiểm tra nhầm lẫn thường hay xảy ra.	Hãy tập trung vào những nhầm lẫn này và hướng dẫn đào tạo nhân viên thực hiện các biện pháp để các nhầm lẫn đó không xảy ra nữa.
Hãy cố gắng xác định những nguyên nhân phía sau các nhầm lẫn này.	Hãy thực hiện các biện pháp sửa chữa để khắc phục các nhầm lẫn này.
Hãy kiểm tra xem liệu có một nhân viên đặc biệt nào đó thường xuyên liên quan đến những nhầm lẫn này.	Hãy nói với các nhân viên này phải cẩn thận hơn và chú ý. Thu xếp những khoá đào tạo mới hơn cho các cá nhân giúp họ vượt qua các vấn đề thường tạo ra các nhầm lẫn.

Cuối mỗi tháng hãy xem lại sổ ghi chép nhầm lẫn trong cung ứng thuốc để rút kinh nghiệm.

Nhầm lẫn là cố hữu của con người. Sẽ không thực tế khi phát biểu không bao giờ có nhầm lẫn xảy ra trong nhà thuốc. Một vài nhầm lẫn này hoặc là nhầm lẫn khác có thể đôi khi xảy ra. Tuy nhiên, mục tiêu phải giảm các nhầm lẫn xuống tới đa.

Nhầm lẫn trong cấp phát thuốc xảy ra do không tuân thủ đúng các thao tác chuẩn. Làm theo quy trình thao tác chuẩn hoặc hệ thống quy định đang thực thi tại nhà thuốc, có thể giúp tránh được các nhầm lẫn trong cung ứng thuốc và giúp cung ứng thuốc chính xác.

4.2. Vai trò của người dược sĩ trong tăng cường cấp phát thuốc chính xác

Người dược sĩ có chức năng quyết định trong hệ thống y tế liên quan đến các yếu tố sau:

- Tìm mua thuốc:* Đảm bảo thuốc có chất lượng tốt, sẵn có khi cần thiết.
- Cung ứng thuốc:* Vận chuyển thuốc an toàn tới nơi thuốc được cung ứng, đảm bảo điều kiện bảo quản và vận chuyển không tác động bất lợi lên hiệu quả của thuốc.
- Kê đơn thuốc:* Người dược sĩ thường được hỏi ý kiến khi kê đơn hoặc khuyên dùng các chế phẩm OTC. Trong các trường hợp này, tạo ra một phân biệt rõ ràng giữa thuốc OTC và “thuốc chỉ kê đơn”.
- Giao tiếp với bác sĩ:* Thực hiện nhu cầu này để kiểm tra một đơn thuốc hoặc đáp lại một câu hỏi.
- Đảm bảo sự ưng thuận* với các hướng dẫn điều trị.

Truyền thông giáo dục người tiêu dùng: Người dược sĩ nói chung được người bệnh tin tưởng và có thể cung cấp các lời khuyên được yêu cầu và sự truyền thông giáo dục.

4.3. Từ chối phân phối thuốc kê đơn

Người dược sĩ cần phải lịch sự từ chối cung ứng một đơn thuốc nếu:

(a) Những thông tin cơ bản bị thiếu, hoặc nghi ngờ và không thể tiếp cận được người kê đơn.

(b) Tính an toàn của thuốc men bị nghi ngờ.

(c) Đơn thuốc không phù hợp các yêu cầu luật pháp.

(d) Đơn thuốc bị nghi ngờ giả mạo hoặc sửa chữa, đặc biệt là các đơn mua một lượng lớn những thuốc có hiệu lực mạnh, thuốc dễ bị lạm dụng, phụ thuộc và các đơn thấy rõ và có lý do để ngăn chặn được những người kê đơn không quen biết viết cho những người bệnh không quen với người dược sĩ, hoặc bất cứ lý do nào khác ngăn cản dược sĩ cung ứng các thuốc đã được kê đơn.

Theo quy định, các trường hợp được từ chối bán:

+ Đơn thuốc không hợp lệ.

+ Đơn thuốc có sai sót hoặc nghi vấn.

+ Đơn thuốc kê không nhằm mục đích chữa bệnh.

+ Người mua là trẻ em dưới 15 tuổi.

4.4. Các lựa chọn đối với các đơn thuốc quy ước

Ở nước ta các phương pháp quy ước kê đơn trên đơn thuốc (viết tay lên một đơn trống in sẵn) vẫn còn phổ biến. Tuy nhiên, người dược sĩ khi đó sẽ bị tác động và chịu ảnh hưởng bởi các phương tiện lựa chọn đối với việc kê đơn mới.

1) Đơn thuốc được truyền dẫn điện tử

Do tính tiện lợi của máy tính (computer) và mạng (internet) và những đổi mới công nghệ, có thể đơn thuốc được gửi trên mạng (qua internet). Người dược sĩ được trang bị các hệ thống tin học, điều đó có thể cho phép đơn được truyền dẫn điện tử. Trong hệ thống này người bác sĩ khám cho người bệnh và sau đó gửi đơn thuốc điện tử đến nhà thuốc người bệnh chọn lựa. Hệ thống này rất phổ biến ở các nước phát triển, nhưng vẫn chưa hình thành ở nước ta. Tuy nhiên, vì tiện lợi nó sẽ được sử dụng trong tương lai gần.

2) Kê đơn qua Fax

Một hệ thống kê đơn khác được tiến hành là hệ thống facsimile (thường được biết là "fax"). Các thuốc yêu cầu (đơn thuốc) được truyền dẫn (gửi) qua fax, từ phòng khám của bác sĩ tới nhà thuốc người bệnh lựa chọn. Người dược sĩ có thể xử lý đơn thuốc và giữ nó sẵn sàng cho người bệnh đến và nhận nó.

3) Đặt hàng qua điện thoại

Đặt hàng qua điện thoại cũng được sử dụng rộng rãi như một phương tiện tiến hành kê đơn. Người thầy thuốc thường gọi điện đến nhà thuốc và đưa ra các yêu cầu trên điện thoại. Người dược sĩ ghi chép yêu cầu và cung ứng thuốc men theo đó. Tuy nhiên, mọi yêu cầu trên điện thoại phải được kèm theo một đơn thuốc dạng viết được gửi đến nhà thuốc để làm bằng chứng, đóng dấu, ghi chép hồ sơ. Một số nhà thuốc cũng được đề nghị đưa hàng tới tận nhà khách hàng. Dẫu hệ thống này là tiện lợi trong trường hợp người già, người bệnh tàn tật hoặc người bệnh trong trường hợp khẩn cấp và tuy có thể tiết kiệm thời gian, tiền bạc cho khách hàng, hệ thống kiểu này có một số bất tiện:

- Người dược sĩ không thể đi giao thuốc đến tận nhà, một người có thể được thuê vì mục đích này, đặc biệt khi nhà thuốc chỉ có một dược sĩ. Bởi vậy, sẽ có ít hơn cơ hội đơn thuốc được kiểm tra.

- Tên thuốc có thể không nghe được rõ qua điện thoại.

- Có ít hơn cơ hội nghi ngờ cần được làm rõ liên quan đến trị liệu và điều trị.

- Người bệnh có thể mất một số thông tin quan trọng muốn nói riêng với người dược sĩ. Đối với các thuốc kê đơn, các khách hàng đặt hàng qua điện thoại không được phép chấp nhận.

Các yêu cầu đơn thuốc nhận được qua điện thoại, fax, truyền dẫn điện tử từ bác sĩ phải được biến đổi ngay thành các dạng viết thích hợp hoặc được người dược sĩ nhập trực tiếp vào computer.

4.5. Các hình thức lừa đảo nhà thuốc

Nhà thuốc khi kinh doanh thường đối mặt với một số hình thức lừa đảo:

- Giả danh thanh tra.

- Thanh tra không đúng chức năng.

- Lừa đảo mua hàng.

4.6. Chính sách giá cả của nhà thuốc

Phần này chỉ trình bày chính sách giá của nhà thuốc mà không đề cập đến các yếu tố chi phối giá thuốc trên thị trường nói chung.

Thông thường giá thuốc tại nhà thuốc bán ra bằng giá mua cộng thêm thặng số bán lẻ (ở Việt Nam thông thường từ 10% – 20%) tùy theo điều kiện kinh doanh, vùng miền mà có thay đổi. Cần chú ý không phải mọi mặt hàng đều áp dụng cứng nhắc mà phải có điều chỉnh linh hoạt. Có mặt hàng chỉ có lãi xuất rất thấp không quá 5%, nhưng cũng có mặt hàng phải có tỷ lệ cao hơn. Tỷ lệ đó phải thực hiện không mang tính đồng loạt.

Hiện tại ở nhiều nước chính phủ quy định thặng số bán lẻ (giá trần nhà thuốc

được bán) và để giữ được môi trường cạnh tranh lành mạnh các hiệp hội bán lẻ dược phẩm (toàn bộ các cơ sở bán lẻ phải tham gia, hiệp hội là cơ quan giám sát hành nghề và cấp chứng chỉ hành nghề) lại quy định thấp số bán lẻ thấp nhất (giá sàn nhà thuốc phải thực hiện) nhờ đó mà các nhà thuốc có thể chỉ cạnh tranh với nhau nhờ chất lượng dịch vụ.

KẾT LUẬN

Mạng lưới cung ứng thuốc thường được các nhà xây dựng chính sách y tế hoạch định trong quá trình phát triển, phân bổ hệ thống dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Cấp phát thuốc thường được coi là hoạt động quan trọng nhất trong các hoạt động tại nhà thuốc (mua hàng, kiểm soát tồn trữ và cung ứng). Những sai sót hoặc không kiểm soát được thực hành phân phối thuốc có thể có một tác động tiêu cực lên hệ thống dịch vụ y tế. Cấp phát thuốc không thích hợp hoặc không chính xác có thể phá hủy nhiều kết quả, lợi ích, của hệ thống chăm sóc sức khỏe.

– Một môi trường cung ứng tốt cần duy trì ở nhà thuốc để đảm bảo phân phối thuốc chính xác và hiệu quả.

– Đơn thuốc cần nhận được từ khách hàng theo cách chuyên nghiệp và trang trọng. Phải đọc đơn thuốc cẩn thận và kiểm tra kỹ càng về tính hợp pháp, sự rõ ràng, tính toàn vẹn và tính chính xác.

– Quá trình xử lý đơn thuốc cần được tiến hành liên tục, từ khi thuốc được lấy khỏi giá kệ cho đến khi được phát cho người bệnh. Phải vô cùng thận trọng tránh nhầm lẫn trong phân phối thuốc.

– Người dược sĩ đóng một vai trò quyết định trong tăng cường phân phối thuốc chuẩn xác.

Tiền của người bệnh, hoặc các nguồn tài chính dành cho chăm sóc sức khỏe sẽ bị lãng phí nếu quá trình cấp phát không đảm bảo chính xác thuốc được đưa cho đúng người bệnh ở liều hiệu quả và số lượng cần thiết, cùng các hướng dẫn rõ ràng và trong bao gói duy trì tính toàn vẹn của thuốc. Người cấp phát thuốc thường là người cuối cùng tiếp xúc với người bệnh trước khi thuốc được sử dụng, quá trình cấp phát có hiệu quả là rất quan trọng, vì nó ảnh hưởng tới việc sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả và hợp lý.



THÔNG TIN THUỐC TẠI NHÀ THUỐC

(Hướng dẫn, tư vấn sử dụng thuốc và đảm bảo chất lượng thông tin)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhà thuốc là nơi người bệnh và người dân trong cộng đồng có thể tiếp cận dễ dàng, đây thường là điểm đầu tiên người bệnh tiếp xúc với những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp. Người bệnh tham khảo người dược sĩ các thông tin về sức khỏe và thuốc. Được thông tin đầy đủ cho phép người bệnh sử dụng thuốc thích hợp, an toàn và thận trọng hơn. Người dược sĩ thông thạo kiến thức có thể đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp thông tin này.

Thu nhận thông tin không đầy đủ và không toàn vẹn dẫn đến sử dụng thuốc không thích hợp, đưa đến các hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe và kinh tế cho cả người dân và cộng đồng trên diện rộng.

Cung cấp thông tin cho người bệnh, khách hàng về tình trạng ốm đau, bệnh tật của họ và sử dụng thuốc đúng đắn là phần hoạt động có giá trị của quá trình nhà thuốc cung ứng thuốc.

1. CUNG CẤP THÔNG TIN VÀ TƯ VẤN CHO NGƯỜI BỆNH

1.1. Thông tin và tư vấn về điều trị kê đơn

Các hướng dẫn sử dụng cần cho khách hàng mua thuốc theo đơn tại quầy. Điều này có thể tiến hành khi đang cung ứng đơn thuốc hoặc là sau khi lấy thuốc, chờ lập hoá đơn, hoặc đóng gói, nghĩa là có thể tiến hành ở mọi giai đoạn cấp phát thuốc.

Các hướng dẫn, thông tin cần cung cấp có thể là:

- Tối cần hoặc cơ bản.
- Thông tin thêm để giúp cho tuân thủ tốt hơn liệu pháp.

Một vài thông tin về thuốc kê đơn có thể loại bỏ các nghi ngờ của người bệnh hoặc giúp tư vấn tốt hơn cho điều trị.

Người dược sĩ cần hoàn thành trách nhiệm nghề nghiệp của mình để đảm bảo khách hàng được cung cấp những lời khuyên quan trọng nhằm tăng cường sử dụng thuốc thích hợp và giúp tuân thủ đúng yêu cầu của trị liệu.

Mỗi người bệnh phải nhận được các thông tin sau đây khi mua thuốc tại nhà thuốc:

Danh mục các điều cần nói cho người bệnh:

- Thuốc có tác dụng gì?
- Dùng thuốc như thế nào, khi nào, bao nhiêu, trước hay sau ăn?
- Cách thức sử dụng cụ thể một vài loại thuốc như thế nào?
- Những hướng dẫn được đưa ra với mỗi thuốc.
- Những thận trọng đặc biệt đối với một loại thuốc nào đó.
- Những tác dụng phụ có thể xảy ra. Làm gì khi các tác dụng phụ xảy ra?
- Thuốc cần được bảo quản ở điều kiện nào?

Ví dụ:

– Các thuốc cần uống khi đói (dạ dày rỗng): azithromycin chỉ uống 1 giờ trước hoặc 2 giờ sau khi ăn, thức ăn làm giảm khả dụng sinh học của thuốc tới 50%. Levofloxacin uống khi dạ dày rỗng 1 giờ trước hoặc 2 giờ sau khi ăn với một cốc nước đầy, thức ăn có thể làm giảm nhẹ hoặc làm chậm hấp thu.

– Các thuốc được uống tại một thời điểm đặc biệt trong ngày để có hiệu quả tốt hơn:

+ Indapamide tốt nhất là uống vào buổi sáng để giảm tối đa tác dụng đi tiểu hay xảy ra ban đêm khi ngủ.

+ Atorvastatin uống vào ban đêm sau bữa ăn chiều là hiệu quả nhất. Khi quá trình tổng hợp cholesterol là cao nhất, nghĩa là trong đêm.

– Các thuốc được uống khi no (dạ dày đầy):

+ Alfacalcidol được uống sau ăn để hấp thu tốt hơn.

+ Fluconazole được uống sau ăn vì được hấp thu tốt hơn khi dạ dày đầy.

+ Doxycycline được uống sau ăn. Thức ăn không ảnh hưởng đến hấp thu. Nếu uống khi đói, nó có thể gây kích ứng đường tiêu hoá.

Những hướng dẫn cần được đưa ra đối với các thuốc cụ thể

Ví dụ: Sử dụng kháng sinh:

– Thuốc được kê vì bạn đang bị một nhiễm khuẩn.

– Hãy sử dụng hết thuốc được chỉ định, đừng bỏ liều.

– Không dùng thuốc dù bạn cảm thấy các triệu chứng giảm trong hai đến ba ngày. Dùng thuốc trước thời gian đã định, hoặc là bỏ liều thuốc làm cho vi khuẩn sống sót và trở nên mạnh hơn, gây ra nhiễm khuẩn tái phát, hoặc sinh ra các chủng kháng thuốc, rất nguy hiểm cho cộng đồng và cho chính bạn.

– Đừng chia sẻ hoặc mách bảo người khác dùng thuốc đã mua hoặc tự dùng lại mặc dù có thể có các triệu chứng giống nhau (nên đến bác sĩ khám bệnh hoặc gặp dược sĩ để được tư vấn).

– Trong trường hợp có bất cứ tác dụng phụ nào hãy thông báo ngay cho thầy thuốc, hoặc cho dược sĩ của bạn tại nhà thuốc.

Trong trường hợp các kháng sinh riêng biệt yêu cầu có cách đề phòng cụ thể. Ví dụ, tránh bị tác động và chịu ảnh hưởng quá mức đối với ánh sáng khi đang dùng doxycycline, norfloxacin.

Trong trường hợp điều trị tiểu đường và tăng huyết áp, người bệnh cần được các chỉ dẫn sau:

- Không bỏ một liều.
- Không dùng thuốc cho đến khi thấy thuốc yêu cầu bạn.
- Kiểm soát chế độ ăn của bạn và thay đổi lối sống của bạn cho phù hợp.

Các ví dụ khác như: codeine có thể gây buồn ngủ. Không lái xe hoặc vận hành máy móc khi dùng thuốc. Các thuốc nhóm 5 nitroimidazol: metronidazole, tinidazon, seconidazol, ornidazole, trong thời gian điều trị không nên dùng đồ uống có cồn, rượu thuốc, vì có thể có phản ứng giống như của disulfiram (ảo giác, lú lẫn, hoang tưởng, đỏ bừng mặt, toát mồ hôi, trụy tim mạch, nhồi máu cơ tim, chóng mặt, động kinh, đau đầu, buồn nôn, khó thở, đau ngực và thậm chí là tử vong).

Ca nghiên cứu 1:

Người bệnh hỏi một số câu hỏi dùng thuốc thế nào, khi nào dùng thuốc. Điều tương tự được minh họa sử dụng trong ca nghiên cứu sau:

Được sĩ đọc đơn thuốc của người bệnh và thấy:

- Atorvastatin 10mg 1 lần ngày (hoặc OD)... (một lần/ngày).
- Metoprolol 50mg 1S/T (hoặc B.D)... (một viên sau ăn sáng một viên sau ăn tối).
- Pantoprazole 40mg 1 lần ngày (hoặc OD)... 10 ngày (một lần ngày dùng trong 10 ngày).

Họ trao đổi với nhau:

Người bệnh: Ông có thể nói cho tôi biết. Tôi phải uống các viên giảm cholesterol của tôi thế nào và hai viên thuốc khác ra sao?

Được sĩ: Bà được kê đơn Atorvastatin để hạ nồng độ cholesterol trong máu. Bác sĩ viết 1 lần ngày (hay OD) có nghĩa là uống một lần trong ngày. Uống thuốc này vào buổi tối sau bữa ăn hàng ngày là tốt nhất. Metoprolol được kê điều trị tăng huyết áp. Cần uống thuốc sau bữa điểm tâm mỗi sáng và một lần sau bữa ăn tối (như đơn đã kê). Tiếp tục uống hai loại thuốc này cho đến khi bác sĩ khuyên bà dùng thuốc. Pantoprazole được kê để giảm tiết acid trong dạ dày của bà. Bà uống thuốc một giờ sau bữa ăn sáng với hai cốc nước. Bác sĩ khuyên bà dùng thuốc này 10 ngày.

Người bệnh: Cảm ơn!

Được sĩ: Để điều trị được tốt, bà không nên quên dùng thuốc atorvastatin hàng ngày và tiếp tục uống metoprolol cho đến lần khám bệnh sau. Dùng uống thuốc không hỏi bác sĩ sẽ không tốt cho sức khỏe của bà, bởi vậy xin bà vui lòng tuân theo lịch này. Nếu bà lỡ quên một liều, hãy uống thuốc ngay khi bà nhớ ra, nhưng

dùng uống gấp đôi liều để bù cho liều quên... Bà hiểu rõ lời tôi nói chứ, bà có thể nhắc lại cách bà sẽ uống các loại thuốc này thế nào không?

Người bệnh: Vâng ... tôi sẽ phải dùng thuốc như sau...

Dược sĩ: Chính xác! Hy vọng bà sẽ sớm cảm thấy khá hơn. Nếu có bất cứ điều gì muốn hỏi xin đừng ngại. Hãy gọi điện cho chúng tôi bất cứ lúc nào theo số này (đưa visit card).

Người bệnh: Cảm ơn ông rất nhiều!

Dược sĩ: Không có gì! Được phục vụ bà, cũng như được chăm sóc sức khoẻ cho người dân và cộng đồng ở đây là niềm vui và nghĩa vụ của nhà thuốc chúng tôi.

Lưu ý:

– Người dược sĩ cần phải thu xếp để tiếp cận đầy đủ và làm cho cuộc đối thoại dược sĩ – người bệnh được dễ dàng, thuận tiện, đáp ứng nhiệt tình các yêu cầu.

– Người dược sĩ cần đảm bảo khách hàng nhận được đầy đủ thông tin làm dễ dàng cho việc sử dụng thuốc hiệu quả an toàn và hợp lý.

– Người dược sĩ cần đảm bảo người bệnh không nghi ngờ về tính thích hợp của điều trị trong đơn thuốc, quan điểm của thầy thuốc về tình trạng người bệnh.

– Có một số người thường tin vào một loại thuốc chữa bách bệnh và muốn bác sĩ kê một loại thuốc cho mọi tình trạng. Trong ca nghiên cứu trên, người dược sĩ phải giải thích, vì sao, thuốc nào không cần thiết và cũng tư vấn cho người bệnh những điều nên làm và không nên làm để đẩy nhanh quá trình hồi phục.

Cần chứng minh thông tin đối về các thuốc kê đơn là rất quan trọng trong thành công của điều trị. Người dược sĩ cần làm cho người bệnh nhận thức được: Theo đúng hướng dẫn sử dụng là điều cơ bản để đảm bảo điều trị đúng như ý định của người thầy thuốc.

Lưu ý:

– Người dược sĩ cần được đào tạo, đào tạo lại và đào tạo liên tục để cập nhật kiến thức đặc biệt là về dược lâm sàng để cung cấp thông tin về thuốc kê đơn. Đào tạo có thể tiến hành “nội bộ” bởi dược sĩ chính hoặc các dược sĩ lâu năm khác đã được đào tạo lại, nhà thuốc có thể cử nhân viên tham gia khoá đào tạo lại tại các trường đại học, hoặc các khoá đào tạo do các cơ quan, tổ chức tiến hành.

– Người dược sĩ cần biết rõ về thời gian dùng thuốc, về sự hợp lý đằng sau mỗi hướng dẫn. Ví dụ, trong ca nghiên cứu trên người dược sĩ cần biết rằng nên uống metoprolol (tartrat) cùng hoặc ngay sau bữa ăn để nâng cao sinh khả dụng do làm chậm chuyển hoá thuốc ở gan.

– Người dược sĩ cần luôn luôn tiếp cận với khách hàng để cung cấp thông tin và lời khuyên phù hợp với các nhu cầu của họ. Người dược sĩ cần thông báo hoặc trình bày để công chúng dễ nhận ra người dược sĩ luôn sẵn sàng nói về thuốc và

sức khỏe của họ và họ cần cảm thấy thoải mái khi nhận được lời khuyên hoặc nhận các thông tin.

– Khi cung cấp thuốc cho người bệnh thông qua một người khác (khách hàng không là người bệnh), người dược sĩ cần đảm bảo khách hàng nhận được các lời khuyên phù hợp về sử dụng thuốc an toàn và hiệu quả. Nếu khách hàng là cha mẹ, hoặc là người chăm sóc của người bệnh thông tin thích hợp cần được đưa ra cho họ. Nếu khách hàng chỉ là người mua hộ, có thể không thực tế khi đưa ra tất cả mọi chi tiết, ngoài trừ các yêu cầu bảo quản. Những thông tin và hướng dẫn khác nên viết ra và có thể đính kèm vào bao gói thuốc.

Thực tế do công việc quá tải và ít thời gian, có thể không cần thiết đưa ra các thông tin chi tiết đối với mỗi người bệnh. Tuy nhiên, cần cố gắng hướng dẫn cho người bệnh sao cho đầy đủ nhất về cách dùng thuốc kê đơn.

Hãy nhớ rằng, đây là quyền của người bệnh, họ phải được biết và được nhận các thông tin khác nhau và các hướng dẫn về các thuốc được kê đơn.

Ca nghiên cứu 2:

Người bệnh tiếp cận người dược sĩ không chỉ đối với thông tin về cách dùng thuốc của họ thế nào, lúc nào, mà còn vì các câu hỏi đối với các liệu pháp được bác sĩ kê đơn. Người dược sĩ có thể khuyên bảo cho người bệnh về trị liệu và chắc chắn rằng họ nhận thức được điều trông đợi gì đối với điều trị, hoặc cung cấp thông tin quan trọng thêm.

Ca nghiên cứu dưới đây là một thí dụ về cách hướng dẫn cho một người bệnh về trị liệu được kê đơn.

Người bệnh: Tôi bị tiêu chảy 4 ngày rồi. Bác sĩ khuyên tôi dùng oresol. Nó có tác dụng gì nhỉ? Tôi không nghĩ là uống thuốc này sẽ chữa khỏi tiêu chảy.

Dược sĩ: Oresol có nghĩa là dung dịch uống bù nước và chất điện giải, nó thay thế chất điện giải và nước mất đi vì tiêu chảy.

Người bệnh: Tôi có nên thôi uống thuốc để ngừng tiêu chảy không? Vì sao ông ấy lại không kê đơn những thứ khác?

Dược sĩ: Bác sĩ đã chẩn đoán bệnh tiêu chảy của bà là do virus. Tiêu chảy do virus sẽ tự nó khỏi. Điều cần thiết nhất là giữ cân bằng nước và điện giải của chính bà. Uống nhiều nước, tránh gia vị và các thức ăn khó tiêu.

1.2. Nhận thức về vai trò của trị liệu

Người bệnh có quyền biết tất cả mọi vấn đề về điều trị mà họ đang trải qua. Tuy nhiên, họ có thể không biết về quyền của mình để yêu cầu được thông tin đầy đủ phù hợp với hiểu biết từ thầy thuốc.

Người dược sĩ phải có trách nhiệm đối với: (i) Thông tin cho người bệnh về trị liệu được kê đơn. (ii) Làm cho người bệnh nhận thức được điều nghiêm trọng của

thuốc men. (iii) Làm cho người bệnh nhận thức được cần phải tôn trọng triệt để trị liệu.

Ca nghiên cứu 3:

Khoảng thời gian trị liệu là một nhân tố rất quan trọng cần duy trì cho đến tận khi khỏi bệnh. Ca nghiên cứu được đưa ra dưới đây liệt kê một tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính. Người được sĩ tư vấn cho người bệnh bắt buộc phải tuân thủ điều trị, không được tự ý dừng thuốc trừ khi thấy thuốc có ý kiến, hoặc dùng thuốc bị các tác dụng phụ. Đây là cuộc trao đổi của họ:

Được sĩ: Tôi muốn bà hiểu rõ rằng thuốc bà được kê đơn là một loại kháng sinh. Xin bà vui lòng uống hết 15 viên, mỗi ngày dùng 3 viên trong 5 ngày.

Người bệnh: Nếu tôi cảm thấy đỡ hơn trong vài ba ngày tôi sẽ làm gì?

Được sĩ: Dù cảm thấy đỡ hơn trong vài ba ngày, bà vẫn phải uống hết số thuốc để chắc rằng toàn bộ vi khuẩn đã bị kháng sinh tiêu diệt. Nếu bà không thấy đỡ hoặc bệnh vẫn tái diễn, đừng tự dùng thêm kháng sinh này. Khi đó hãy đến thầy thuốc khám lại.

Người bệnh: Ô! Tôi đảm bảo sẽ thực hiện đúng như ông đã khuyên.

Lưu ý:

– Người được sĩ phải tiếp cận các nguồn tư liệu, sách giáo khoa và tài liệu tham khảo khác nhau để có thể đưa ra những thông tin người bệnh yêu cầu.

– Người được sĩ cần phải làm cho người bệnh nhận thức được vai trò của trị liệu và khuyến khích người bệnh tôn trọng triệt để trị liệu.

– Người được sĩ cần phải cung cấp thông tin hỗ trợ ở dạng viết tay hoặc tờ rơi được in sẵn.

Ví dụ (tờ rơi được kèm một kháng sinh bán theo đơn)

Ngày: .../tháng .../ 20...

Thuốc được kê cho quý vị là một loại kháng sinh. Thuốc này được kê đặc biệt cho bệnh nhiễm khuẩn của quý vị, quý vị hãy dùng kháng sinh đúng theo đơn đã kê để diệt những vi khuẩn gây bệnh. Bởi vậy, nếu quý vị tự ý dùng thuốc quá sớm, các vi khuẩn còn sống sót, sẽ gây ra đợt nhiễm khuẩn thứ hai có thể nặng hơn. Để diệt toàn bộ vi khuẩn cần phải dùng thuốc theo đơn đã kê. Thậm chí nếu quý vị cảm thấy triệu chứng đã giảm nhẹ sau một hoặc hai ngày, vẫn cứ phải dùng thuốc đúng như đã được thầy thuốc kê đơn theo số ngày đã định.

Quý vị có thể phải dùng dùng thuốc trước khi hoàn thành đợt điều trị được chỉ định chỉ khi quý vị nhận thấy có các tác dụng phụ, trong các trường hợp như vậy hãy báo cáo ngay cho thầy thuốc hoặc tới được sĩ để được tư vấn cần thiết.

Xin vui lòng không đưa thuốc này cho người khác dùng và không dùng loại thuốc này trong tương lai dù là cho các bệnh tương tự *trừ khi* được thầy thuốc nói rõ. Nếu cần biết thêm các thông tin liên quan, xin vui lòng gọi điện để được giải đáp thêm.

Các nhà khoa học đã chứng minh sử dụng kháng sinh bừa bãi và không đúng sẽ dẫn đến nảy sinh các chủng vi khuẩn kháng thuốc và gây ra các tác dụng phụ cho người sử dụng.

Liều dùng thuốc được kê đơn và các hướng dẫn khác (cách bảo quản):

.....

Chữ ký của người được sĩ

Tên nhà thuốc:

Địa chỉ:

Điện thoại:

Hãy luôn ghi nhớ:

– Người bệnh có thể không hiểu bệnh tật của họ là gì hoặc chính xác điều gì đang xảy ra ở họ.

– Người bệnh có thể sợ hãi hoặc bi quan quá mức dù cho liệu pháp đã chỉ định có thể điều trị hoặc kiểm soát được bệnh tật của họ.

– Bầu không khí, cách bố trí, dấu hiệu, thái độ, phong cách làm việc của nhân viên trong nhà thuốc là những điều có thể làm người bệnh cảm thấy thoải mái cởi mở để nói về tình trạng của họ và nêu các thắc mắc về thuốc.

Ca nghiên cứu dưới đây liệt kê một tình trạng mạn tính, nhấn mạnh thêm tầm quan trọng của sự ứng thuận và tôn trọng triệt để trị liệu.

Ca nghiên cứu 4:

Được sĩ: Huyết áp của bà hơi cao, bà cần đi khám để được kê đơn thuốc, để giảm huyết áp.

Người bệnh: Tôi đã đi khám rồi! Thầy thuốc bảo tôi dùng thuốc liên tục trong 15 ngày và sau đó khám lại.

Được sĩ: Đúng đấy! Đừng quên dùng thuốc cho đến khi bà khám lại. Nếu bác sĩ kê đơn sử dụng dài hơn, xin vui lòng nhớ rằng không được tự dùng điều trị (tất nhiên, trừ khi bà bị các tác dụng phụ rất mạnh hoặc là bà cảm thấy quá khó chịu). Bà phải tiếp tục dùng thuốc để giữ huyết áp được kiểm soát.

Người bệnh: Cảm ơn, vậy mà tôi cứ nghĩ là nếu đỡ thì không cần uống thuốc nữa!

Lưu ý:

– Đồng thuận của người bệnh là chìa khoá thành công của điều trị và người được sĩ đóng vai trò quan trọng giúp cho điều đó.

– Người được sĩ có thể làm cho người bệnh tự giác ứng thuận qua giải thích và tư vấn thích hợp để họ nhận thức được tính nghiêm túc của thuốc kê đơn và sự cần thiết tuân thủ các yêu cầu điều trị, đặc biệt là các chế độ dùng thuốc.

2. KHU VỰC TƯ VẤN NGƯỜI BỆNH

Người bệnh có thể hưởng lợi từ các dịch vụ chuyên nghiệp của một nhà thuốc chỉ khi họ nhận thức được ích lợi của những dịch vụ ấy. Để gây chú ý cho người bệnh đến khu vực tư vấn và các dịch vụ tại đó nên đặt thông báo tại nơi dễ thấy dòng chữ “Phòng/Khu vực tư vấn sử dụng thuốc và các vấn đề có liên quan đến sức khỏe”.

2.1. Sự cần thiết có một khu vực tư vấn riêng biệt

Người bệnh có thể e ngại khi muốn tìm hiểu những vấn đề sức khỏe có tính chất riêng tư ở nơi công cộng vì sợ bị gián đoạn, cũng như bị người khác nghe được: sử dụng bao cao su, sử dụng que thử thai, các biến đổi trên da hoặc niêm mạc ở chỗ kín, thuốc tránh thai khẩn cấp, thuốc chữa các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục... Do đó, cần có chỗ riêng kín đáo để trao đổi.

Cần dành thời gian để tư vấn, hướng dẫn chuyên môn, bởi vậy nếu tiến hành tại khu vực riêng biệt sẽ thuận tiện hơn chỗ đông người. Ở khu vực tư vấn, khách hàng sẽ cảm thấy tin tưởng, thuận tiện hơn vì họ được lắng nghe, không bị các yếu tố trên ảnh hưởng nên hiệu quả cao hơn.

Ở đó dược sĩ sẽ hướng dẫn sử dụng: thuốc, các thiết bị như ống hít, đo đường máu, đo huyết áp... các việc này sẽ thực hiện tốt hơn là tại quầy thuốc.

Tại nhà thuốc nhỏ hoặc ở các vùng sâu vùng xa nếu để khu vực tư vấn riêng biệt là không thể, người bệnh cần nhận được lời khuyên phù hợp tại một góc hoặc một nơi không có nhiều người trông thấy trên quầy, nơi đó cuộc đối thoại không bị ai nghe được, không bị gián đoạn (có thể bố trí như một cabin điện thoại).

2.2. Khu vực tư vấn người bệnh

Khu vực tư vấn người bệnh là một khu vực dành cho các hoạt động có liên quan đến chăm sóc khách hàng và các dịch vụ chuyên môn khác của nhà thuốc.

Các hoạt động chăm sóc, dịch vụ chuyên môn. Người dược sĩ có thể thực hiện các dịch vụ chuyên môn cho người bệnh. Các dịch vụ đó bao gồm:

– Các phép đo lâm sàng (đo huyết áp, thử nghiệm đường máu, đo chiều cao, cân nặng, chỉ số tỷ lệ chiều cao cân nặng – BMI).

- Hướng dẫn sử dụng thiết bị dụng cụ: ống hít, cách đo (đường máu, huyết áp).
- Hướng dẫn sử dụng dạng bào chế như thuốc nhỏ mũi, nhỏ mắt, nhỏ tai...
- Tư vấn các vấn đề về: thuốc, sức khỏe, của khách hàng muốn thảo luận.
- Phát các tài liệu, tờ rơi, áp phích liên quan đến các chủ đề sức khỏe.

Ngoài ra, các hoạt động được kê đơn khác trong chương này cũng có thể đồng thời được bắt đầu tại khu vực tư vấn người bệnh.

2.3. Hoạt động

Tất cả các nhà thuốc không có khu vực tư vấn người bệnh riêng (diện tích hạn chế) có thể dành một chỗ còn bố trí được để thực hiện việc này:

- Đặt một cái bàn, 1 – 3 cái ghế ở nơi cách xa quầy hàng.
- Tốt nhất là nơi kín đáo và đảm bảo đủ thuận tiện để người bệnh nói chuyện.
- Đặt các tờ rơi, các tài liệu phát không để gây ấn tượng.
- Có thể thông báo (trên bảng) nhà thuốc thực hiện đo huyết áp và tư vấn.
- Sau đó sắp xếp lại khu vực được chọn và làm cho nó thuận tiện và thoải mái hơn.
- Bắt đầu dần thực hiện các dịch vụ đó theo cách tiện lợi và độ tự tin của bạn.

3. THÔNG TIN DẠNG VIẾT

Thông tin cung cấp cho người bệnh có thể ở dạng viết hoặc dạng nói: thường các thông tin đơn giản, không chứa số liệu, hoặc chỉ về một hay hai loại thuốc có cách dùng đơn giản có thể cung cấp dưới dạng nói. Khi thông tin phức tạp, chứa nhiều con số, cho nhiều loại thuốc, người bệnh cao tuổi, thông tin cung cấp qua người thứ ba (mua hộ) hoặc lúc có quá nhiều khách hàng chờ đợi nên dùng thông tin dạng viết.

Các hướng dẫn viết hoặc in ra là rất có ích đối với người bệnh dù chúng ở dạng nào giấy dính, cuốn sách nhỏ, hay là tờ rơi.

3.1. Tờ giấy dính

Các tờ giấy dính là một dạng hướng dẫn, cung cấp cách hỗ trợ cho người bệnh. Trong giờ cao điểm, hoặc khi không thể có các lời khuyên đầy đủ cho khách hàng, dính các tờ giấy dính đó lên mặt ngoài của gói viên nén, vỉ thuốc hoặc các dạng bào chế khác có thể giúp đưa các hướng dẫn quan trọng đến các khách hàng. Hãy thận trọng khi dính những tờ giấy dính, không làm che khuất các chi tiết nhãn thuốc. Tại một số nhà thuốc sử dụng loại băng dính có mặt không dính có thể viết lên được các thông tin: công dụng, liều dùng, cách dùng, thời gian dùng, bảo quản vv... sau đó dính vào vỉ thuốc.

Thí dụ về các tờ giấy dính:

Không tự ngừng dùng thuốc này khi không có lời khuyên của thầy thuốc

Tránh bị ảnh hưởng và tác động của ánh sáng sau khi dùng thuốc này

Tránh dùng đồ uống có cồn khi dùng thuốc này

Thuốc này có thể gây buồn ngủ. Tránh lái xe hay vận hành máy móc khi dùng thuốc

3.2. Tờ rơi thông tin thuốc

Các thông tin về thuốc có thể được cung cấp cho người bệnh. Các thông tin về thuốc có chứa tất cả các thông tin liên quan đến thuốc bao gồm liều dùng điều chỉnh, thận trọng, tác dụng phụ... Những tờ thông tin này có thể bổ sung cho các hướng dẫn bằng lời người thầy thuốc hoặc người dược sĩ giúp tăng cường sự tuân theo của người bệnh về các hướng dẫn và điều trị.

3.3. Biểu đồ

Trưng bày biểu đồ ở khu vực tư vấn, tại khu vực chờ mua hàng của người bệnh, hoặc gần quầy (nơi khách hàng có thể đọc được) là thích hợp, vì các biểu đồ có thể là một nguồn thông tin khác của người bệnh. Các biểu đồ này có thể về các bệnh thông thường, về giải phẫu cơ thể, về thuốc men. Trưng bày biểu đồ có thể tạo ra nhận thức về các khía cạnh khác nhau của bệnh tật, hoặc về những điều thận trọng, chú ý trong việc dùng một vài loại thuốc nhất định.

3.4. Tờ rơi thông tin cho người bệnh

Tờ rơi thông tin cho người bệnh là một nguồn thông tin khác cho họ, nó là một công cụ để đảm bảo người bệnh tôn trọng triệt để các trị liệu được khuyến cáo. Tờ rơi có thể bổ đắp thêm các thông tin bị người dược sĩ bỏ qua.

Nội dung của tờ rơi thông tin cho người bệnh có thể gồm các thông tin có giá trị gắn với sử dụng thuốc an toàn hiệu quả hợp lý, bệnh tật, điều trị và các vấn đề sức khỏe liên quan. Hình thức tờ rơi có thể trình bày gần giống tờ hướng dẫn sử dụng thuốc, nhưng cách thức diễn đạt nên đơn giản dễ hiểu để người bệnh có thể dễ tiếp thu.

3.5. Các cuốn sách nhỏ

Khách hàng có thể được cung cấp các cuốn sách nhỏ về các chủ đề liên quan đến sức khỏe. Các sách này có thể giữ để bán hoặc để cho người bệnh đọc tại nhà thuốc.

3.6. Quảng cáo của các công ty sản xuất kinh doanh dược phẩm

Nhiều nhà sản xuất kinh doanh dược phẩm thường cho đội ngũ trình dược

viên đến các nhà thuốc xin ký hợp đồng trưng bày sản phẩm hoặc giới thiệu các thông tin về sản phẩm trong một vài tháng. Nhà thuốc được tặng một số lượng hàng hoá nhất định, do có lợi về mặt kinh tế nên hầu hết các nhà thuốc đều chấp nhận. Hình thức có thể là các mẫu sản phẩm có kích thước lớn hơn, các poster kích thước rất khác nhau từ nhỏ nhất có thể bằng một tờ giấy khổ A3 hoặc A4, thì có thể chiếm trọn mặt tiền của một quầy, đôi khi cũng là một số sản phẩm thật và hết thời gian trình bày họ tặng luôn cho nhà thuốc.

Điều đáng nói là các quảng cáo này có kích thước rất khác nhau, tạo ra các mảng màu không đồng nhất và nói chung là làm cho nhà thuốc xấu đi về mặt thẩm mỹ. Tuy chỉ trình bày một vài tháng nhưng các hãng dược phẩm thường sử dụng các loại keo dán (dính liền trên các quảng cáo) rất khó bóc đi khi hết hạn hợp đồng với nhà thuốc.

Khắc phục tình trạng đó các nhà thuốc nên có một chiếc bảng để dành cho việc này và chỉ cho phép họ dán quảng cáo lên đó. Khi tiếp nhận quảng cáo nhớ kiểm tra theo quy chế thông tin quảng cáo thuốc và mỹ phẩm của Bộ Y tế.

Ví dụ: Tờ rơi Thông tin cho người bệnh khi bị sốt:

Sốt thường xảy ra ở những người có hoặc nhiễm virus, như bệnh cúm, hoặc nhiễm khuẩn như viêm phế quản. Sốt là một dấu hiệu tốt chỉ ra cơ thể đang chống lại một quá trình nhiễm virus hoặc nhiễm khuẩn.

Sốt cũng có thể xảy ra do phản ứng dị ứng với một loại thuốc nào đó, bao gồm cả một số thuốc kháng sinh.

Bình thường nhiệt độ cơ thể đo tại miệng khoảng 37°C, nhưng đo ở hậu môn cao hơn một chút; nhiệt độ cơ thể đo dưới nách cũng thấp hơn một ít. Ở trẻ em, nhiệt độ 38°C hoặc cao hơn một chút được coi là cao hơn bình thường.

Hầu hết sốt sẽ hết không cần điều trị. Sốt kéo dài, thường kèm theo các triệu chứng:

- Đau nhức cơ.
- Cảm giác nóng và ra nhiều mồ hôi.
- Rét run.
- Chán ăn.
- Dễ bị kích thích.

Khi nào cần được sĩ hoặc nhân viên y tế chuyên nghiệp tư vấn:

Người bệnh bị sốt sẽ cần được sĩ hoặc nhân viên y tế chuyên nghiệp nếu:

- Người bệnh là trẻ em, đặc biệt là trẻ sơ sinh.
- Sốt kèm theo cứng cổ, nhức đầu, sợ ánh sáng, khó chịu hoặc nôn mửa.
- Người bệnh có nhiệt độ trên 39°C.

- Người bệnh rất khó chịu, hôn mê hay cảm thấy vật vã.
- Sốt kèm theo đau dai dẳng; đau họng hoặc phát ban.
- Người bệnh đổ mồ hôi nhiều vào ban đêm.
- Người bệnh còn bị tiêu chảy, đặc biệt nếu gần đây họ đã đi du lịch nước ngoài, vì có thể đó là dấu hiệu của một bệnh nhiễm virus hoặc nhiễm khuẩn.
- Cơn sốt đã kéo dài hơn 48 giờ (ở người lớn), trở lại hoặc không phải do các loại thuốc.
- Người bệnh dùng thuốc khác – đôi khi sốt có thể là một phản ứng phụ nghiêm trọng.
- Người bệnh đang mang thai hoặc cho con bú, khi đó họ có thể cần phải tránh một số thuốc.
- Người bệnh có điều kiện sức khỏe khác thường (mắc một số bệnh mạn tính, người già).
- Người đã dị ứng với bất kỳ loại thuốc nào.

Gợi ý điều trị:

Giảm sốt sẽ làm cơ thể dễ chịu. Chườm đá, hoặc khăn mặt ướt lên trán, ăn một bát cháo giải cảm (hành, tỏi), xông bằng một nồi nước gồm lá tre, hương nhu, bạc hà, tỏi, kinh giới hoặc tinh dầu (không dùng tinh dầu bạc hà cho trẻ dưới 24 tháng tuổi), nghỉ ngơi nơi mát mẻ, uống nước quả lạnh.

Tắm nóng, mát hoặc ủ ấm có thể làm dịu và giảm sốt, không nên tắm lạnh cho trẻ nhỏ. Không sử dụng bình nước nóng và chăn điện, người bệnh bị sốt nên mặc quần áo mỏng và khi ngủ chỉ nên đắp chăn mỏng (mùa hè). Nên uống nhiều nước hoặc uống bù nước và điện giải (Oresol), sốt có thể gây mất nước. Uống vitamin C.

Cần đo nhiệt độ người bệnh thường xuyên, cần biết cách sử dụng đúng nhiệt kế để kết quả đo đúng. Đo nhiệt độ qua trực tràng sẽ tin cậy hơn ở miệng; miếng dán đo nhiệt độ ở trán ít chính xác hơn.

Khi đo nhiệt độ ở miệng, chờ ít nhất 10 phút sau khi ăn thức ăn nóng hoặc lạnh và đo trước khi dùng thuốc giảm sốt. Trước khi đo nếu dùng nhiệt kế thủy ngân hoặc rượu cần vẩy mạnh để nhiệt độ xuống dưới 36°C. Nhiệt kế điện tử đo ở tai dùng cho trẻ em phải sử dụng thiết bị đúng cách để có kết quả chính xác.

Điều trị tùy chọn:

Trừ khi sốt cao hơn 39°C với người lớn, điều trị chuyên sâu là không cần thiết. Đôi khi sử dụng phối hợp paracetamol và ibuprofen để điều trị đau và sốt, tuy nhiên, không có bằng chứng rằng điều đó tốt hơn dùng riêng mỗi loại thuốc.

Thuốc hạ sốt (Antipyretics).

Paracetamol, Aspirin và các thuốc Non-steroid chống viêm (Non-SAID) có tác dụng hạ sốt và giảm đau. Aspirin và các Non-SAID bao gồm ibuprofen và diclofenac còn có tác dụng chống viêm.

Paracetamol an toàn cho hầu hết mọi người nhưng không dùng nhiều hơn liều được gợi ý. Paracetamol có trong thành phần nhiều thuốc cảm cúm, do đó, nếu dùng một trong những thuốc có paracetamol cần đảm bảo không dùng quá liều paracetamol (cộng tất cả lượng paracetamol).

Liều tối đa Paracetamol đối với người lớn là 4g một ngày (8 x 500 mg/viên) và không quá 1000 mg mỗi bốn giờ (hai viên).

Aspirin và Non-SAIDs không thích hợp cho tất cả mọi người. Trẻ em dưới 12 tuổi không được dùng aspirin vì trẻ em khi dùng aspirin có gây ra một số trường hợp hội chứng Reye. Aspirin cũng cần tránh dùng cho thanh thiếu niên dưới 16 tuổi đang mắc bệnh do virus. Không nên dùng diclofenac cho trẻ em dưới 14 tuổi.

Nhờ dược sĩ của bạn kiểm tra trước khi dùng aspirin hay Non-SAID nếu người bệnh:

Có tiền sử như viêm loét dạ dày, hoặc khó tiêu.

Do nguy cơ dị ứng chéo không dùng aspirin cho người đã có triệu chứng hen, viêm mũi hoặc mày đay khi dùng aspirin hoặc những thuốc chống viêm không steroid (Non-SAID) khác trước đây. Người có tiền sử bệnh hen không được dùng aspirin, do nguy cơ gây hen khi dùng những loại thuốc này.

Có vấn đề về thận hoặc tình trạng bệnh ở tim.

Đang dùng các thuốc khác.

Có dị ứng với aspirin hay Non-SAID.

Đang mang thai hoặc cho con bú (không được dùng aspirin trong 3 tháng cuối cùng của thời kỳ mang thai).

Người cao tuổi có thể có nguy cơ bị nhiều tác dụng phụ hơn.

Đang bị mất nước.

Đôi khi aspirin và Non-SAID có thể gây ra tác dụng phụ. Nếu bạn đang bị khó tiêu, hoặc xuất huyết bất thường hoặc tăng xuất huyết hoặc bầm tím, ngưng thuốc và nói điều đó với dược sĩ của bạn.

4. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHÔNG DÙNG THUỐC

Các phương pháp không dùng thuốc là phương pháp hỗ trợ điều trị tách rời thuốc, giúp cho việc điều trị tốt hơn, hoặc là có các ảnh hưởng có lợi cho sức khỏe người bệnh. Khuyến khích khách hàng sử dụng các phương pháp hỗ trợ điều trị

không dùng thuốc như vật lý trị liệu, thể dục, dưỡng sinh, dinh dưỡng hợp lý, thay đổi hành vi lối sống (thay đổi chế độ sinh hoạt làm việc, không sử dụng, hoặc hạn chế sử dụng các chất kích thích như: hút thuốc, uống rượu), cách nhìn nhận bệnh tật (không bi quan, nhưng cũng không coi thường bệnh tật, đặc biệt là các bệnh kinh niên, mạn tính). Những trường hợp không phải dùng thuốc nên tư vấn để khách hàng có thể tự chăm sóc mà không cần đến thuốc.

Khi khách hàng mắc bệnh kinh niên mạn tính cần được hướng dẫn để khách có một chế độ sinh hoạt làm việc phù hợp với điều kiện kinh tế sức khỏe của mình đặc biệt là các bệnh tim mạch, bệnh tăng huyết áp (cao huyết áp), bệnh mạch vành, mỡ máu, bệnh tiểu đường, bệnh gout (gout), bệnh trĩ, bệnh hen vv... Những tư vấn này nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, giảm tối đa những điều đáng tiếc do không hiểu biết về bệnh tật, do dùng thuốc không an toàn hiệu quả và hợp lý, tránh được các rủi ro do bất cẩn trong sinh hoạt.

Cần nói rõ với người bệnh rằng các biện pháp này chỉ có tác dụng hỗ trợ điều trị đối với nhiều trường hợp không thể thay thế được thuốc. Ví dụ, một vài phương pháp đề phòng có thể giúp phòng tránh các nguy cơ nhất định hoặc các vấn đề di truyền.

- Giới hạn lượng calorie đưa vào cơ thể có thể giảm tối thiểu những thay đổi của bệnh tiểu đường hoặc béo phì.

- Giảm tối đa lượng muối đưa vào cơ thể có thể là một biện pháp quan trọng giảm nhiều nguy cơ của tăng huyết áp.

Ca nghiên cứu 5:

Trong những trường hợp nhất định, có thể không cần bất cứ loại thuốc nào, hoặc thuốc có thể không có hiệu quả chút nào, nếu không có các chế độ ăn uống, sinh hoạt kèm theo kê đơn... Nếu được yêu cầu, người được sĩ có thể phải thuyết phục họ đôi khi thuốc men là không cần thiết trong nhiều điều kiện và tình trạng của bệnh. Ca nghiên cứu dưới đây là một thí dụ về điều này:

Người bệnh: Tôi đang bị đau khớp, sưng khớp, đặc biệt là ngón chân cái. Bác sĩ gần đây khám cho tôi và kết luận mức độ acid uric trong máu tôi cao. Tôi đã được dùng thuốc. Bà có thể giúp tôi giảm đau không?

Được sĩ: Đừng lo! Hãy dùng thuốc như bác sĩ đã khuyên ông. Ngoài ra, cần nhớ tránh uống rượu hoàn toàn, rượu làm tăng acid uric. Những thịt nhiều chất purin như cua, và các phủ tạng, các loài nhuyễn thể có vỏ (traí, sò, vẹm...), súp lơ, cũng phải tránh.

Người bệnh: Cảm ơn! Tôi vẫn dùng thuốc đều đặn mà cơn đau vẫn không giảm.

Được sĩ: Một điều khác cũng rất quan trọng là ông nên biết cách nghỉ ngơi thư giãn. Stress thường gây ra một cơn đau ở những người có mức acid uric cao. Cũng nên nhớ điều đó không thể nhanh được bởi vì đó là cả một quá trình. Hãy uống 1,5 – 2 lít nước mỗi ngày và kiểm tra cân nặng của ông, càng giảm cân càng tốt!

Dược sĩ: Một vài thay đổi trong hành vi lối sống của ông và thói quen ăn uống có thể giúp ông cảm thấy dễ chịu hơn. Đừng quên kiểm tra mức độ acid uric sau một thời gian nhất định (hàng tháng hoặc sau 2 tháng một lần).

Người bệnh: Cảm ơn dược sĩ ! Tôi hy vọng các biện pháp này thực sự tác dụng và giúp tôi dễ chịu hơn.

Dược sĩ: Không có gì. Chúc ông khỏe!

Người dược sĩ có thể gợi ý các biện pháp không dùng thuốc cùng với các thuốc OTC hoặc thuốc kê đơn để thuốc phát huy tác dụng tốt hơn hoặc các biện pháp không dùng thuốc đó thay cho một thuốc OTC.

Sau đây là những ưu điểm của các biện pháp không dùng thuốc:

- Chi phí ít và nói chung có hiệu quả nhất định.
- Có ích cho những người bệnh không thích dùng thuốc.
- Đề phòng những thuốc không cần thiết (lạm dụng thuốc).
- Nó đòi hỏi người bệnh tham gia vào điều trị của mình.
- Hầu hết người bệnh ưng thuận các phương thuốc dân gian hơn là thuốc.

Hướng dẫn:

– Người dược sĩ có thể gợi ý các biện pháp không dùng thuốc đã được chứng minh và chắc chắn có hiệu quả.

– Người dược sĩ cần phải tự tìm tòi, tham khảo các biện pháp không dùng thuốc đơn giản hoặc các phương thuốc dân gian, khuyến dùng những biện pháp ấy đối với các chứng bệnh hoặc các tình trạng cụ thể.

– Các phương pháp không dùng thuốc không được ảnh hưởng tới các điều trị của thầy thuốc.

– Người dược sĩ nên tư vấn những điều nên làm và không nên làm để giúp phục hồi.

Ví dụ những điều cần làm và không nên làm đối với người bệnh tăng huyết áp:

Nên làm	Không nên làm
✓ Định kỳ đi khám bệnh. ✓ Ăn nhạt. ✓ Kiểm soát trọng lượng cơ thể. ✓ Tập thể dục thường xuyên.	– Tự ý bỏ thuốc điều trị. – Hút thuốc lá. – Trì trệ, không hoạt động. – Uống rượu.
✓ Ăn dầu thực vật, rau quả giàu kali như: cải bắp, cà rốt, đậu, cải xanh, cà chua, cam, nho...	– Ăn mỡ động vật, thức ăn béo.

Các biện pháp không dùng thuốc có thể giúp phục hồi nhanh hơn. Người dược sĩ có thể đóng vai trò to lớn giúp cho người bệnh kiểm soát sức khỏe của họ, khi tư vấn cho người bệnh về các biện pháp ăn kiêng hoặc thay đổi lối sống.

5. DƯỢC SĨ VÀ THUỐC OTC

Thuốc OTC hoặc các thuốc không kê đơn là các thuốc có thể được mua bán không cần đơn của thầy thuốc. Những thuốc này thường được khách hàng mua theo nhu cầu riêng, hoặc được người dược sĩ khuyên dùng. Tuy nhiên, đừng nghĩ rằng thuốc OTC là thuốc thường được coi là không hệ trọng. Hãy lưu ý rằng thuốc OTC cũng là loại thuốc phải thận trọng trong sử dụng. Hãy cẩn thận khi dùng các thuốc OTC.

Nhu cầu của người bệnh về một thuốc OTC có thể do một vài yếu tố:

- Ảnh hưởng của quảng cáo hoặc truyền thông.
- Lời khuyên của người thân hoặc bạn bè.
- Dùng trước trong một tình trạng tương tự.
- Không có điều kiện đi khám bệnh vì một số nguyên nhân như:
 - + Yếu tố chi phí.
 - + Không có thời gian.
 - + Không sẵn có bác sĩ.
- Tình trạng của họ là đơn giản có thể điều trị bằng thuốc OTC.

Người dược sĩ có thể làm gì:

Thăm tra xem người bệnh có biết cách dùng thuốc chính xác không.

Hãy đàm thoại để bạn có thể hỏi người bệnh nói về các triệu chứng khi họ muốn một thuốc OTC nào đó.

Thăm tra xem người bệnh có đang dùng bất kỳ thuốc nào khác không.

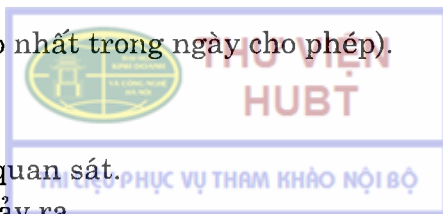
Thăm tra xem người bệnh có bị các bệnh khác hoặc các tình trạng khác không.

Giúp người bệnh lựa chọn thuốc OTC phù hợp với triệu chứng và cũng kiểm tra lại xem có chống chỉ định đối với các bệnh và tình trạng của người bệnh không và không được có tương tác với các thuốc kê đơn khác đang dùng.

Người dược sĩ cũng nên khuyên dùng các thuốc y học cổ truyền hoặc các hệ thống y học khác đã được công nhận, nhưng cũng nên khuyên người bệnh thận trọng về những tương tác thuốc có thể xảy ra đối với các loại thuốc này.

Thông tin cho người bệnh:

- ✓ Dùng như thế nào.
- ✓ Dùng bao nhiêu (liều dùng cao nhất trong ngày cho phép).
- ✓ Khi nào dùng.
- ✓ Dùng trong bao lâu.
- ✓ Các tác dụng có hại nào được quan sát.
- ✓ Các tác dụng phụ nào có thể xảy ra.
- ✓ Các thận trọng phải lưu ý.
- ✓ Đi bác sĩ khám bệnh nếu như tình trạng không được cải thiện sau một vài ngày hoặc nếu tình trạng tồi tệ hơn.



Ca nghiên cứu 6:

Khi người bệnh tới quầy hỏi tên một loại thuốc cho một triệu chứng bệnh lý bình thường, không có đơn thuốc, người dược sĩ có thể thông tin cho khách hàng về cách sử dụng cho thích hợp, cần làm cho người bệnh nhận thức được về các tác dụng phụ của thuốc OTC. Dược sĩ có thể khuyên sử dụng thuốc đó cho an toàn và hiệu quả. Dược sĩ cũng có thể gợi ý cách lựa chọn phù hợp và an toàn nhất đối với người bệnh.

Người bệnh: Ông dược sĩ bán cho tôi vài viên aspirin được không? Người tôi đau quá.

Dược sĩ: Được thôi, nhưng tôi muốn hỏi bà vài câu để chắc bà chọn aspirin là đúng.

Sau đó người dược sĩ nên hỏi các câu hỏi liên quan sau: Bà có bị hen không? Hoặc bà có bị bất kỳ vấn đề gì về hô hấp không? Bà có bị bất kỳ bệnh gì về đường tiêu hoá không? Chảy máu đường tiêu hoá, một vết loét đường tiêu hoá chưa lành? Trước đây bà có bị loét đường tiêu hoá không? Bà có đang dùng bất cứ loại thuốc nào khác không? Aspirin không phù hợp với bệnh hen. Nó gây một cơn hen mới đối với những người mẫn cảm. Nó có thể làm cho bà mắc hoặc làm nặng thêm loét đường tiêu hoá.

Hướng dẫn:

– Người dược sĩ cần được trang bị các kiến thức cần có và các kỹ năng giao tiếp, khuyên bảo hoàn hảo đối với yêu cầu một thuốc OTC của người tiêu dùng.

– Người dược sĩ có thể giúp đỡ người bệnh chọn đúng thuốc OTC, nhưng quyết định cuối cùng nên được dành cho người bệnh. Khách hàng có quyền từ chối điều trị hoặc khuyên nhủ và tìm kiếm một lựa chọn thay thế.

Ca nghiên cứu 7:

Đây là một thí dụ khác về người dược sĩ có thể làm gì khi người bệnh hỏi về một thuốc OTC.

Người bệnh: Cho tôi một vỉ Decolgen Forte (có Pseudoephedrin) tôi bị cảm lạnh?

Dược sĩ: Vâng được, nhưng tôi muốn hỏi ông vài câu, nếu ông không phiền lòng, để chắc rằng thuốc phù hợp với ông.

Dược sĩ: Ông có bị tăng huyết áp không?

Người bệnh: Không!

Dược sĩ: Ông có bị tiểu đường không?

Người bệnh: Có! Tôi bị tiểu đường và đang dùng thuốc điều trị. Vì sao ông hỏi?

Dược sĩ: Decolgen Forte có Pseudo-ephedrin. Các chế phẩm có chứa chất này không được dùng cho người bị tiểu đường.

Người bệnh: Ô! Tôi không biết điều đó! Nếu bị bệnh này, tôi muốn biết liệu ông có thể gợi ý tôi chọn thuốc khác được không?

Dược sĩ: Được thưa ông! Ông thấy có triệu chứng gì?

Người bệnh: Tôi đau họng, ho khan và ngạt mũi...

Hướng dẫn:

– Người dược sĩ cần phải có khả năng thuyết phục người bệnh để sử dụng thuốc phù hợp nhờ lựa chọn đúng thuốc cho tình trạng đang mắc phải.

– Người dược sĩ nên phát triển kỹ năng giao tiếp tốt để thu thập các thông tin phù hợp từ người bệnh về tình trạng của họ.

Lưu ý về thuốc OTC:

– Thuốc OTC có thể gây ra các tác dụng có hại (ADRs). Ví dụ, aspirin gây kích ứng đường tiêu hoá. Kháng histamin có thể gây buồn ngủ. Phenylpropanolamin (PPA) làm nặng thêm các tình trạng như tiểu đường, glaucom và phì đại tuyến tiền liệt.

– Một vài thuốc OTC kết hợp có thể chưa được chứng minh về lâm sàng hoặc thiếu khoa học, hoặc kết hợp không hợp lý... Ví dụ, siro ho có chứa cả chất điều trị triệu chứng ho (Dextromethorphan) và một chất long đờm (Guaifenesin, Ipecacuanha). Paracetamol phối hợp với caffeine.

– Thuốc OTC (bao gồm các chế phẩm thảo dược) có thể tương tác với các thuốc khác, thuốc Đông dược thường có chứa Cam thảo gây tăng huyết áp. Ví dụ, aspirin có thể tăng nguy cơ chảy máu ở người bệnh đang dùng warfarin (chống huyết khối). PPA có thể giảm hiệu lực thuốc: chống tiểu đường, chống tăng huyết áp.

Thuốc OTC là một công cụ mạnh người dược sĩ có thể chọn lựa sử dụng để tư vấn cho khách hàng của mình trong điều trị các bệnh không quan trọng. Ở một vài nước, thuốc có một tiêu chí riêng gọi là “Thuốc P” – Thuốc chỉ được dược sĩ khuyên dùng (Pharmacist Only Medicines). Người bệnh không thể yêu cầu thuốc này. Chúng chỉ có thể được dược sĩ khuyên dùng.

Khi nào tham khảo?

Người bệnh đến nhà thuốc cùng với các triệu chứng đang mắc. Phân biệt giữa tình trạng nặng hay nhẹ và quyết định liệu có chỉ dẫn tới bác sĩ hay không, là những điều một người dược sĩ cần tự trang bị để xử lý.

Người bệnh đến các nhà thuốc để được trả lời vì nhiều lý do khác nhau. So sánh giữa người dược sĩ và người thầy thuốc:

- ✓ Hầu như thường được lui tới vì tính chuyên nghiệp trong dịch vụ sức khoẻ.
- ✓ Dễ dàng tiếp cận.
- ✓ Dễ dàng tiếp xúc để đặt vấn đề với các câu hỏi.
- ✓ Không yêu cầu hẹn trước.
- ✓ Không phải trả tiền chi phí cho các lời khuyên.

Khách hàng có thể mong muốn được sĩ tư vấn về thuốc cho mỗi bệnh tật. Quan trọng là người được sĩ phải biết khi nào tham khảo và ra quyết định đúng để tư vấn hơn là cố khuyên một vài điều về điều trị, tốt nhất là nên bàn luận với người thầy thuốc.

Người được sĩ cần phải thận trọng lắng nghe các triệu chứng của người bệnh sau đó quyết định có tự điều trị ca đó không, hoặc là tham khảo thầy thuốc. Nếu như bất cứ triệu chứng nguy hiểm sau đây được quan sát, nên khuyên đi gặp thầy thuốc để khám bệnh.

Cần phải lưu ý các triệu chứng nguy hiểm:

- Ăn mất ngon dẫn tới người bệnh không muốn ăn.
- Sút cân.
- Máu ra ở mũi, mồm, hậu môn hoặc tai.
- Khó thở.
- Đờm màu vàng hoặc xanh.
- Các triệu chứng đường tiết niệu (ngứa, đau, nhức nhối, mất kiểm soát).
- Bất cứ triệu chứng gì liên quan tới chu kỳ kinh nguyệt.
- Bất cứ sưng tấy hoặc khối u với kích thước nào, bao gồm cả sưng khớp.
- Đau ở ngực, bụng (dạ dày), đầu hoặc tai.
- Sốt kéo dài hoặc có chu kỳ lặp lại.
- Bất tỉnh hoặc mới bị thương.
- Khó nuốt.

Sự khác nhau giữa các triệu chứng nặng và nhẹ:

- Thời gian tồn tại triệu chứng dài.
- Các vấn đề tái diễn hoặc xấu hơn.
- Đau kéo dài.
- Thất bại dùng thuốc (thuốc phù hợp – không cải thiện).
- Những triệu chứng nguy hiểm.
- Các thuốc kê đơn được yêu cầu điều trị tình trạng.
- Nghi ngờ tác dụng có hại (đối với thuốc OTC hoặc thuốc kê đơn).

6. NHỮNG DỊCH VỤ CHUYÊN MÔN KHÁC

Người được sĩ có thể cung cấp các dịch vụ chuyên môn khác thêm cho khách hàng.

6.1. Các phép đo lâm sàng

6.1.1. Đo huyết áp, đo đường máu và kiểm tra cân nặng

Hiện nay có rất nhiều người đang bị tăng huyết áp, tiểu đường, béo phì. Theo

đổi huyết áp, đường máu cũng như kiểm tra cân nặng, chiều cao có thể giúp cho người bệnh kiểm soát tốt hơn sức khỏe của họ.

Đo huyết áp, đường máu và kiểm tra cân nặng, chiều cao là các thử nghiệm lâm sàng có thể thực hiện tại khu vực tư vấn người bệnh như là một phần của các dịch vụ chuyên môn.

Nhà thuốc có thể giúp cho người dân biết mối liên hệ giữa cân nặng và chiều cao một cách hợp lý, tính chỉ số trọng lượng cơ thể và chiều cao (Body Mass Index–BMI) bằng đo chiều cao và trọng lượng cơ thể, vẽ biểu đồ và tính chỉ số BMI giúp cho khách hàng nhận thức được các yếu tố nguy cơ đối với các bệnh tật liên quan.

BMI = Trọng lượng (kg)/ Bình phương chiều cao (m²).

- Nhẹ cân (BMI) $\leq 18,5$
- Trung bình (BMI) $= 18,5 - 24,9$
- Quá mức (BMI) $= 25 - 29,9$
- Béo phì (BMI) ≥ 30

Các nguy cơ khi chỉ số BMI quá mức bình thường:

- Tăng huyết áp
- Tăng LDL cholesterol (Low Density Lipoprotein Cholesterol có hại)
- Giảm HDL cholesterol (High Density Lipoprotein Cholesterol có lợi)
- Tăng triglycerid.
- Tăng đường máu.
- Tăng nguy cơ bệnh tim mạch (người có tiền sử gia đình mắc bệnh này).
- Tăng nguy cơ đối với người ít vận động.
- Tăng nguy cơ đối với người hút thuốc lá.

Người dược sĩ cũng có thể giúp người bệnh theo dõi huyết áp của họ bằng duy trì hồ sơ đọc kết quả đo.

6.1.2. Làm thế nào để người dược sĩ có thể biết để tiến hành chính xác các phép đo?

Để tiến hành chính xác các phép đo huyết áp và đường huyết, người dược sĩ phải học và làm chủ được các kỹ thuật của phép đo. Người dược sĩ có thể:

- Học từ một dược sĩ đã được đào tạo hoặc từ một thầy thuốc.
- Thu được các kiến thức về thực hành, lý thuyết và kỹ năng từ các khóa để thực hành phép đo.

– Thực hành nhiều lần để nắm vững và tiến hành chính xác các phép đo với sự tự tin.

- Viết ra các SOP chi tiết để tiến hành các phép đo:
- + Cung cấp một nền tảng để đào tạo người được sĩ về các phép đo.
- + Xây dựng một quy trình chuẩn đối với các phép đo.
- + Đưa ra từng bước các quy trình đối với đào tạo người được sĩ.
- + Luôn cân chỉnh độ chính xác của các thiết bị đo.

Thông số bình thường của một vài xét nghiệm cơ bản:

	Đơn vị cũ	Đơn vị mới SI	Hệ số chuyển đổi
Glucose	70 – 110mg/dL	3,9 – 6,1mmol/l	0,05510
Acid uric	2 – 7mg/dL	120 – 420ìmol/l	59,4800
Cholesterol toàn phần	160 – 180mg/dl	4,1 – 4,6mmol/l	0,02586
Cholesterol LDH	50 – 130mg/dl	1,3 – 3,3mmol/l	0,02586
Cholesterol HDL	30 – 70mmol/dl	0,8 – 1,8mmol/l	0,02586

Các hướng dẫn:

- Những dịch vụ này được thực hiện nhằm mục đích thử nghiệm và theo dõi và không nhằm mục đích chẩn đoán.
- Các kết quả đọc được, kết quả thử nghiệm kiểm tra giúp khách hàng nhận biết các yếu tố nguy cơ có khả năng đối mặt với những bệnh tật. Thí dụ: kết quả đo huyết áp cao có thể là yếu tố nguy cơ đối với bệnh tim, chênh lệch giữa chiều cao, cân nặng, béo phì có thể là các yếu tố nguy cơ đối với bệnh tăng huyết áp, Cholesterol cao và các bệnh khác. Theo dõi đường huyết ở người bệnh đang được thầy thuốc điều trị tăng huyết áp, tiểu đường là căn bản để kiểm soát tốt nhất tình trạng bệnh.
- Các thử nghiệm này có thể được sử dụng để tham khảo. Nếu kết quả không trong phạm vi mong muốn được sĩ nên khuyên người bệnh gặp thầy thuốc lâm sàng để được tư vấn và can thiệp.
- Dựa trên các kết quả đọc được người được sĩ có thể cung cấp các lời khuyên không dùng thuốc để tối ưu lợi ích người bệnh.
- Phép đo huyết áp cần được tiến hành chính xác, được sĩ có trách nhiệm giải thích kết quả, ý nghĩa và in phiếu kết quả đưa cho người bệnh.
- Phải đảm bảo rằng chỉ những người đã được đào tạo sử dụng chính xác các thiết bị đo mới tiến hành các thử nghiệm lâm sàng như đo huyết áp hoặc đường huyết.

- Phải tiến hành các phép đo và ghi hồ sơ theo các SOP.
- Với việc tư vấn, lời khuyên và thử nghiệm, người được sĩ cần tôn trọng sự riêng tư và bí mật của khách hàng đối với các dịch vụ được cung cấp.

Ca nghiên cứu 8:

Một người bệnh đến nhà thuốc yêu cầu kiểm tra huyết áp. Kiểm tra huyết áp đo được là 160/100. Khi được sĩ nói với người bệnh, ông ta dường như ngạc nhiên và hỏi người được sĩ.

Người bệnh: Huyết áp của tôi chưa bao giờ lên cao đến thế. Làm thế nào để nó hạ xuống?

Được sĩ: Hôm nay ông đã dùng thuốc hạ huyết áp chưa?

Người bệnh: Có, dùng rồi.

Được sĩ: Thế còn ngày hôm qua?

Người bệnh: Tôi đã không dùng thuốc trong vòng 4 ngày.

Được sĩ: Huyết áp của ông sẽ tiếp tục được kiểm soát chừng nào mà ông dùng thuốc đều đặn. Khi ông quên một liều, nồng độ thuốc trong máu của ông xuống thấp, vì thế huyết áp ông lại tăng lên.

Người bệnh: Nhưng, tôi đã quên dùng thuốc mà không sao.

Được sĩ: Không dùng thuốc có thể bị tai biến bất cứ lúc nào. Bởi vậy, hãy dùng thuốc đều đặn để giữ huyết áp của ông được kiểm soát.

6.2. Sử dụng các thiết bị

Sử dụng các thiết bị như máy xông, đo đường huyết, đo huyết áp. Người được sĩ có thể hướng dẫn cho người bệnh biết cách vận hành các thiết bị đó ra sao. Được sĩ có thể sử dụng các hình vẽ để thể hiện, hoặc cũng có thể làm mẫu cho người bệnh xem.

6.3. Sử dụng dạng bào chế

Trình bày cách dùng dạng bào chế như thuốc nhỏ mũi, nhỏ mắt, nhỏ tai... Cách sử dụng đúng các dạng bào chế như: thuốc nhỏ mũi, nhỏ mắt, nhỏ tai là quan trọng để thuốc phân bố đúng nơi, ở đúng nồng độ. Người không có chuyên môn không thể hiểu ý nghĩa của các dạng bào chế này. Được sĩ có thể làm thử cách dùng để đảm bảo là thuốc đạt được đến nơi tác dụng và mang lại tác dụng mong muốn.

Khu vực tư vấn người bệnh không chỉ chứng minh lợi ích đối với người bệnh, khi cần hỏi ý kiến được sĩ mà còn có thể giúp mang lại hình ảnh chuyên nghiệp cho được sĩ và nhà thuốc trong cung cấp cách chăm sóc cho người bệnh. Các phép đo lâm sàng mở rộng xa hơn phạm vi kiến thức cho việc tư vấn và vì vậy, giúp cho người bệnh được chăm sóc sức khỏe tốt hơn.

7. TƯ VẤN SỬ DỤNG CÁC THIẾT BỊ Y TẾ ĐƠN GIẢN, THỰC PHẨM CHỨC NĂNG, MỸ PHẨM

7.1. Tư vấn, hướng dẫn sử dụng thiết bị y tế đơn giản

Các thiết bị y tế đơn giản như nhiệt kế y học, máy đo huyết áp, que thử các loại cần được tư vấn, hướng dẫn sử dụng phù hợp với sản phẩm. Nhìn chung có thể thực hiện như sau

1) Hướng dẫn sử dụng

- Hướng dẫn sử dụng trình diễn các thao tác cho khách hàng xem.
- Đảm bảo an toàn thiết bị, đảm bảo độ nhạy và tính chính xác phép thử.
- Đảm bảo an toàn cho người sử dụng nếu thiết bị sử dụng điện, đặc biệt là điện lưới hoặc hiệu điện thế trên 24 volt.
- Bảo quản, bảo trì và vệ sinh thiết bị.
- Hướng dẫn thủ tục yêu cầu được bảo hành cho khách hàng, ghi phiếu bảo hành nếu sản phẩm được nhà sản xuất bảo hành.

2) Các tư vấn thêm về sản phẩm sau khi cung ứng. Thí dụ: chú ý khi sử dụng que thử thai, nên thử buổi sáng để tăng độ nhạy.

7.2. Tư vấn, hướng dẫn sử dụng thực phẩm chức năng

Thực phẩm chức năng cần được tư vấn, hướng dẫn sử dụng phù hợp với sản phẩm. Nhìn chung có những bước giống với thuốc nhưng cần chú ý:

1) Cần làm cho người sử dụng hiểu đúng, dùng đúng (tránh lạm dụng coi nó như một loại thần thuốc chữa bách bệnh, phải dùng đúng chỉ định, theo đúng khuyến cáo thì mới mang lại tác dụng cao nhất).

2) Nói rõ với khách hàng thực phẩm này không phải là thuốc nên không thể thay thế thuốc trong điều trị.

7.3. Tư vấn, hướng dẫn sử dụng mỹ phẩm

Mỹ phẩm cần được tư vấn, hướng dẫn sử dụng phù hợp với sản phẩm. Nhìn chung có một vài bước giống tư vấn sử dụng thuốc nhưng cần chú ý:

1) Do sử dụng dài ngày nên cần phải hết sức chú ý khi sử dụng mỹ phẩm. Cần cảnh báo về nguy cơ dị ứng có thể đến với mọi người khi dùng mỹ phẩm, đặc biệt, những người có nguy cơ cao (da nhạy cảm, bị bệnh dị ứng như bệnh Eczema, hen suyễn, viêm mũi dị ứng, nhức nửa đầu).

2) Có thể áp dụng phương pháp sau đây để thử với một loại mỹ phẩm mới dùng lần đầu. Ngày đầu thoa một lượng rất nhỏ mỹ phẩm lên vùng trong cánh tay và để yên trong vòng 24 giờ sau đó rửa sạch. Ngày thứ 2 thoa và để 24 giờ. Nếu sau thời gian này không có phản ứng đỏ da, ngứa ngáy thì thoa lên vùng da

mặt một vùng nhỏ trước sau đó thoa lan rộng từ từ (da mặt nhạy cảm hơn các vùng da khác). Nếu thấy bị đỏ ngứa da nhiều thì phải ngừng ngay.

3) Thông thường, khi dùng bất kể một loại mỹ phẩm nào, làn da cũng phải mất ít nhất vài tháng để thích ứng, vì cần có cách thức hấp thụ và làm quen từ từ với các loại tác nhân đó.

8. HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG MỘT SỐ DẠNG BẢO CHẾ

Các hướng dẫn này giới thiệu các thầy thuốc có thể sử dụng như một bản thông tin chính cơ bản cho người bệnh. Người thầy thuốc có thể sửa lại cho hợp với tình huống của riêng mình hoặc là dịch nó ra ngôn ngữ của mình. Các hướng dẫn dưới đây trích trong cuốn Hướng dẫn thực hành kê đơn tốt (Guide to Good Prescribing) của WHO.

8.1. Sử dụng thuốc nhỏ mắt (Eye drops)

1. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch, giấy lau sạch dùng một lần hoặc khăn khô sạch.

2. Không chạm vào phần lọ đã mở.

3. Nhìn hướng lên phía cao hơn.

4. Kéo mí mắt xuống một chút để nhỏ thuốc.

5. Có thể cầm lọ thuốc sát ống nhỏ giọt gần nhất nhưng không được chạm vào mắt.

6. Nhỏ đủ số giọt được kê đơn theo ống đếm giọt.

7. Nhắm mắt khoảng hai phút. Không nhắm mắt quá chặt.

8. Các giọt thuốc thừa có thể loại bỏ bằng khăn hoặc vải khô sạch.

9. Nếu phải dùng nhiều hơn một loại thuốc nhỏ mắt hãy đợi ít nhất 5 phút trước khi sử dụng đến loại thuốc tiếp theo.

10. Thuốc nhỏ mắt có thể gây nên cảm giác khó chịu, nhưng nó không kéo dài quá vài phút. Nếu nó kéo dài lâu hơn hãy gặp được sĩ hay bác sĩ của bạn để được tư vấn.

Khi sử dụng thuốc nhỏ mắt cho trẻ em cần chú ý:

1. Để trẻ nằm ngửa đầu thẳng.

2. Phải để gần mắt của trẻ.

3. Nhỏ đúng số lượng thuốc được kê vào phía góc của mắt.

4. Giữ đầu của trẻ thẳng.

5. Loại bỏ thuốc thừa.



8.2. Sử dụng thuốc mỡ nhỏ mắt (Eye ointment)

1. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.
2. Không được chạm vào bất cứ phần nào của đầu ống thuốc mỡ.
3. Ngửa đầu về phía sau một chút.
4. Cầm ống thuốc ở một tay, tay còn lại kéo mí mắt xuống một chút để nhỏ thuốc.
5. Ngón tay cái và ngón trỏ giữ ống thuốc gần ống tạo giọt nhất.
6. Sử dụng số lượng thuốc như đã được kê trong đơn.
7. Nhắm mắt khoảng hai phút.
8. Loại bỏ thuốc mỡ thừa bằng khăn hoặc vải khô, sạch.
9. Lau sạch đầu ống thuốc bằng một khăn hoặc vải hay giấy lau khô sạch khác.

8.3. Sử dụng thuốc nhỏ tai (ear drops)

1. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.
2. Làm nóng ống thuốc bằng cách giữ trong tay hoặc là kẹp vào nách vài phút. **Đừng dùng vòi nước nóng không có kiểm soát nhiệt độ.**
3. Xoay đầu về phía hoặc là nằm một phía để tai hướng lên phía trên.
4. Nhẹ nhàng kéo dái tai để hở ống tai.
5. Sử dụng một lượng giọt thuốc theo đơn đã kê.
6. Đợi 5 phút trước khi tra tiếp vào tai còn lại.
7. Sử dụng bông sạch để nhét vào ống tai sau khi dùng thuốc chỉ khi nhà sản xuất khuyến cáo rõ ràng về điều đó.
8. Thuốc nhỏ tai không được làm nóng hoặc đốt nóng quá 5 phút.

8.4. Sử dụng thuốc nhỏ mũi (nasal drops)

1. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.
2. Lau sạch mũi bằng khăn ẩm sạch, xì hết mũi và lau lại.
3. Ngồi và đầu xoay nhẹ hoặc nằm lên gối đặt dưới vai để giúp đầu thẳng.
4. Đưa ống nhỏ giọt vào cách lỗ mũi vào khoảng 1 cm.
5. Sử dụng lượng thuốc như đơn thuốc được kê.
6. Sau đấy nhanh chóng quay đầu nhẹ nhàng (hoặc là để đầu giữa hai đầu gối).
7. Nằm xuống rồi ngồi dậy thẳng lưng (chân duỗi thẳng) sau vài giây để các giọt thuốc chảy xuống họng.

8. Lặp lại các thao tác cho mũi còn lại nếu thấy cần thiết.
9. Rửa nhẹ đầu nhỏ giọt của ống thuốc bằng nước sạch.

8.5. Sử dụng thuốc xịt mũi (nasal spray)

1. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.
2. Ngồi trên ghế đầu xoay nhẹ về phía trước.
3. Lắc kỹ ống xịt.
4. Đưa ống xịt đến một lỗ mũi.
5. Bịt miệng và lỗ mũi còn lại.
6. Ép nhẹ vào lọ thuốc (bình thuốc hoặc bao bì và hít vào từ từ).
7. Kéo bình xịt ra khỏi mũi đầu cúi xuống nhẹ nhàng về phía trước (giữa hai đầu gối).
8. Chân duỗi thẳng sau một vài phút để thuốc xịt chảy xuống họng.
9. Thở qua miệng.
10. Lặp lại thao tác đối với lỗ mũi còn lại nếu thấy cần thiết.
11. Rửa nhẹ ống thuốc bằng nước sạch.

8.6. Sử dụng miếng dán (Hệ điều trị qua da – Trans dermal patch)

1. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.
2. Đối với miếng dán đọc kỹ hướng dẫn sử dụng và hỏi kỹ dược sĩ cung cấp thuốc cho bạn.
3. Không dùng cho da bị thâm tím hoặc tổn thương.
4. Không dán vào nếp gấp hoặc những điểm có băng chặt và thay đổi điểm dán thường xuyên nếu dùng dài ngày.
5. Rửa sạch và làm khô hoàn toàn phần da dán thuốc.
6. Lấy miếng thuốc ra khỏi bao bì chú ý không chạm tay vào phần chứa thuốc (phần dính).
7. Đặt trên da và ấn nhẹ chắc chắn.
8. Chà vào mép để ấn chặt.
9. Loại bỏ và thay thế theo hướng dẫn sử dụng.



8.7. Sử dụng thuốc phun mù (aerosol)

1. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.

2. Lau sạch miệng và nếu cần khạc hết đờm dãi.
3. Lắc kỹ lọ thuốc trước khi sử dụng.
4. Giữ lọ thuốc theo như hướng dẫn của nhà thuốc (thường là theo cách lộn ngược).
5. Đặt môi nhẹ nhàng xung quanh miệng.
6. Đầu nghiêng nhẹ về phía trước.
7. Thở nhẹ làm cho phổi hít càng nhiều không khí càng tốt.
8. Thở sâu để hoạt hoá thuốc.
9. Giữ lưỡi thấp.
10. Nín thở trong khoảng 10 đến 15 giây.
11. Thở ra qua mũi.
12. Súc miệng bằng nước ấm.
13. Rửa vòi xịt bằng nước ấm sạch lau khô.

8.8. Sử dụng thuốc hít dạng xịt có viên con nhộng (inhaler with capsules)

1. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.
2. Dùng khăn khô lau sạch mũi miệng và khạc hết đờm dãi.
3. Đặt viên thuốc vào dụng cụ hít theo hướng dẫn của nhà sản xuất.
4. Thở chậm để làm rỗng phổi nhiều nhất có thể.
5. Nghiêng đầu nhẹ nhàng về phía sau.
6. Đầu nghiêng nhẹ về phía trước.
7. Thở sâu qua dụng cụ hít.
8. Nhịn thở khoảng 10 đến 15 giây.
9. Thở ra qua mũi.
10. Súc miệng bằng nước ấm sạch.
11. Rửa sạch dụng cụ bằng nước sạch và lau khô trước khi cất đi.

8.9. Sử dụng thuốc đạn (suppository)

1. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.
2. Loại bỏ bao bì trực tiếp (trừ khi quá mềm)
3. Nếu thuốc đạn quá mềm thì làm cứng nó bằng cách đặt trong tủ lạnh một vài phút hoặc là cho chảy dưới vòi nước lạnh khi vẫn còn nguyên bao bì sau đó bỏ bao bì ngoài.
4. Loại bỏ những vành cứng bằng cách làm ấm bởi tay.

5. Làm ẩm viên thuốc đạn bằng nước lạnh.
6. Nghiêng và nằm ngửa kéo hai đầu gối lên phía trên.
7. Nhẹ nhàng ấn đầu nhọn viên thuốc vào trước qua hậu môn.
9. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.
10. Cố không để ruột vận động trong một giờ.
11. Áp dụng cho các cháu nhỏ có thể bảo các cháu nằm sấp mông cao hơn để đưa thuốc vào.

8.10. Sử dụng viên đặt phụ khoa có dụng cụ kèm theo (vaginal tablet)

1. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.
2. Loại bỏ bao bì trực tiếp của viên thuốc.
3. Đặt viên thuốc vào phần cuối của dụng cụ kèm theo.
4. Nằm ngửa co đầu gối một chút, chân giang ra một bên.
5. Nhẹ nhàng đưa dụng cụ có viên thuốc vào bên trong âm đạo càng sâu càng tốt nhưng không được ấn mạnh.
6. Ấn nhẹ miệng hút dụng cụ để viên thuốc rời ra.
7. Rút dụng cụ đặt.
8. Vứt bỏ dụng cụ đặt nếu là loại dùng một lần.
9. Rửa sạch dụng cụ đặt thuốc bằng xà phòng và nước sạch, lau khô nếu dụng cụ dùng nhiều lần.
10. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.

8.11. Sử dụng thuốc đặt âm đạo không có dụng cụ kèm theo

1. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.
2. Loại bỏ bao bì trực tiếp của viên thuốc.
3. Nhúng viên thuốc vào nước ấm độ khoảng 5 đến 10 giây để làm ẩm.
4. Nằm ngửa co đầu gối một chút, chân giang ra một bên.
5. Nhẹ nhàng đưa dụng cụ có viên thuốc vào bên trong âm đạo càng sâu càng tốt nhưng không được ấn mạnh.
6. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.

8.12. Sử dụng thuốc kem đặt âm đạo, thuốc mỡ đặt âm đạo, thuốc gel đặt âm đạo (vaginal creams, ointments and gels)

Hầu hết các thuốc này đều có dụng cụ đặt kèm theo.

1. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.
2. Bỏ nắp của ống có chứa thuốc.
3. Vặn dụng cụ đặt ở đầu ống.
4. Ép nhẹ một lượng thuốc cho đến khi đạt được yêu cầu ghi trong đơn.
5. Lấy dụng cụ đặt khỏi ống thuốc.
6. Dùng một lượng nhỏ thuốc bên ngoài dụng cụ đặt.
7. Nằm ngửa co đầu gối một chút, chân giăng ra một bên.
8. Nhẹ nhàng đưa dụng cụ có viên thuốc vào bên trong âm đạo càng sâu càng tốt nhưng không được ấn mạnh.
9. Một tay giữ ống tay kia đặt miệng hút có chứa thuốc vào trong âm đạo để thuốc vào được âm đạo.
10. Rút dụng cụ ra khỏi âm đạo.
11. Rửa sạch dụng cụ đặt thuốc bằng xà phòng và nước sạch, lau khô nếu dụng cụ dùng nhiều lần.
12. Rửa tay thật sạch bằng xà phòng và nước sạch. Lau khô tay bằng vải khô sạch hoặc khăn khô sạch.

9. ĐẢM BẢO CHẤT LƯỢNG THÔNG TIN TẠI NHÀ THUỐC

9.1. Vấn đề đảm bảo chất lượng trong cung cấp thông tin

9.1.1. Vai trò thông tin thuốc đối với chăm sóc sức khỏe

Thuốc là một hàng hoá đặc biệt, vì có ảnh hưởng đến sức khoẻ người sử dụng, nên tại nhiều nước quy định khi cung ứng thuốc người bán lẻ phải cung cấp những thông tin đầy đủ về sản phẩm thích hợp cho từng người bệnh và khách hàng.

Cung cấp thông tin thuốc là cơ sở để đảm bảo thuốc được sử dụng an toàn, hiệu quả, hợp lý và chống nhầm lẫn. Những thông tin được cung cấp sẽ hướng dẫn nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, nhờ đó cải thiện tác động điều trị lên người bệnh. Cung cấp thông tin thuốc là đưa ra các dữ liệu chính xác, tin cậy, không thiên vị, rõ ràng, toàn vẹn, phù hợp về thuốc được thừa nhận và thẩm tra nghiêm túc, cho người bệnh hoặc các tình trạng người bệnh khi sử dụng thuốc. Khi cung cấp thông tin thuốc cần sử dụng các nguồn tin tin cậy nhất, khách quan, đích thực, cập nhật thông tin mới nhất từ các nguồn.

Các thông tin được thẩm tra nghiêm túc phải đạt được các tiêu chí sau:

1. Phải lấy từ nhiều nguồn khách quan để so sánh các tiêu chí khi cần thẩm tra lại.
2. Cần xác định chất lượng thông tin, chọn lọc và đánh giá lại cẩn thận cho phù hợp.
3. Nếu thông tin dựa trên các tình huống lâm sàng cần phải xác định sự hợp lý. Nên trình bày các thông tin đã thẩm tra theo cách áp dụng trực tiếp vào tình huống được cân nhắc (thí dụ như tiêu chí người bệnh, mục đích trị liệu, cách tiếp cận từng đối tượng người bệnh).

Đối với nhà thuốc và các cơ sở bán lẻ, cung cấp thông tin thuốc chính xác, hiệu quả là một phần không thể thiếu của công tác đảm bảo chất lượng, đặc biệt là khi nhà thuốc áp dụng tiêu chuẩn thực hành tốt nhà thuốc. Cung cấp thông tin đúng có chất lượng cũng góp phần nâng cao uy tín và xây dựng được lòng tin đối với người dân và cộng đồng nơi nhà thuốc hoạt động. Thật sự là thảm họa nếu nhà thuốc chúng ta cung cấp các thông tin dẫn đến sử dụng sai liều, không đúng hoặc bỏ sót các chống chỉ định của thuốc cho người bệnh, gây ra các hậu quả và tác hại cho người bệnh.

9.1.2. Nhu cầu thông tin thuốc cho người bệnh

Sức khỏe là quyền cơ bản của con người. Thông tin thuốc phải luôn sẵn có và dễ dàng tiếp cận chính xác, không thiên vị, tin cậy và cập nhật cho người bệnh. Sử dụng thuốc hợp lý góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe, sử dụng bất hợp lý sẽ dẫn đến các nguy cơ tổn hại sức khỏe và lãng phí nguồn lực luôn hạn hẹp trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Sử dụng quá mức, dưới mức, lạm dụng thuốc là biểu hiện của sử dụng không hợp lý được coi là một trong các vấn đề nan giải của ngành Y tế tại các nước đang phát triển. Các nghiên cứu từ nhiều nước đã rút ra là người tiêu dùng nói chung hiểu biết rất ít về thuốc họ sử dụng: tác dụng, cơ chế cơ bản, tác dụng phụ, chống chỉ định. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã ước tính trên 50% các thuốc kê đơn, được cung ứng hoặc bán không phù hợp và 50% người bệnh sử dụng thuốc không chính xác. Tình trạng này cho thấy cần phải tăng cường giáo dục truyền thông về thông tin thuốc cho cả người bệnh và cả người kê đơn, người bán lẻ cung ứng thuốc.

Các quyền cơ bản của người bệnh là quyền được biết họ đang tiêu dùng thứ gì, quyền được nhận các kiến thức về thuốc đang được khuyến dùng. Trách nhiệm cộng đồng và quyền được chăm sóc sức khỏe đã được tuyên bố rõ ràng trong nhiều hội nghị quốc tế. Tuyên ngôn Alma Ata đã nêu: “Con người có quyền và nhiệm vụ tham gia cá nhân và tập thể trong kế hoạch và thực hiện chăm sóc sức khỏe của họ”.

Người bệnh cần nhận được các thông tin về thuốc bởi vì:

– Tầm quan trọng của thuốc trong chăm sóc sức khỏe hiện đại.

– Để mỗi cá nhân và cộng đồng có thể tự chịu trách nhiệm về sức khỏe của họ bao gồm quyết định về trị liệu và sử dụng thuốc: lựa chọn, cung cấp thông tin, từ chối sử dụng.

– Để người tiêu dùng có công cụ cơ bản khi mua thuốc và sử dụng thuốc theo tiêu chí an toàn, hợp lý và hiệu quả có thể xác định được độ tin cậy của các quảng cáo thuốc hàng ngày trên các phương tiện thông tin và cả trên mạng Internet.

9.2. Các nguồn thông tin hiện tại nhà thuốc đang khai thác sử dụng cho công tác tư vấn sử dụng thuốc

9.2.1. Sách Tra cứu về thuốc và Hướng dẫn sử dụng thuốc

Trên thị trường văn hoá phẩm, các sách tra cứu và hướng dẫn sử dụng thuốc khá nhiều. Nhưng đa phần mới chỉ dừng lại ở sưu tập các biệt dược mà còn chưa chú ý đến chất lượng thông tin cung cấp, đặc biệt là tính cập nhật. Các sách Hướng dẫn sử dụng thuốc trong nước được đánh giá có chất lượng là từ điển *Vidal*, hoặc MIMS (Monthly Index of Medical Specialities), nhất là các phiên bản *MIMS Pharmacy Guide*.

Các sách Tra cứu thông tin thuốc của nước ngoài, không kể sách được xuất bản tại Việt Nam như *Vidal*, MIMS có một số tài liệu rất được giới chuyên môn nước ngoài hay sử dụng:

– **AHFS DI (American Hospital Formulary Service Drug Information).** Tác giả Gerald K McEvoy, PharmD. Nhà xuất bản American Society of Health-System Pharmacists. Xuất bản lần đầu tiên năm 1959, là một sách tra cứu được các dược sĩ và nhiều nhân viên trong ngành Y tế sử dụng khi cần câu trả lời chi tiết liên quan đến các thông tin cần tham khảo về thuốc trong thực hành hàng ngày tại các nước nói tiếng Anh. Là một tài liệu tra cứu không bị các nhà sản xuất, các công ty bảo hiểm, các nhà quản lý nhà nước ở Hoa Kỳ, những người có lợi ích đặc biệt liên quan chi phối. Tài liệu này cung cấp các thông tin khách quan về thuốc gồm các thông tin mới nhất được cập nhật hàng năm với đầy đủ khía cạnh của thông tin thuốc. Lần xuất bản năm 2010 có 1200 chuyên luận của hàng ngàn hoạt chất và hơn 70000 nguồn tài liệu trích dẫn.

– **USP Dispensing Information (USP DI ®).** Được tiểu ban (Subcommittee on Posology and Related Information) của Hội đồng Dược điển Hoa Kỳ biên soạn từ năm 1970. Thông tin đưa ra gồm tất cả mọi thông tin cần cho cung ứng, cách dùng, theo dõi và tư vấn cho người bệnh. Lần xuất bản mới nhất năm 2007 do nhà xuất bản MacGraw-Hill ấn hành. USP DI ® có hai phiên bản chính cần cho công tác thông tin thuốc: một cho cán bộ y tế là cuốn *USP DI ® Drug Information for the Health Care Professional*, một cho người bệnh sử dụng các thuật ngữ đơn giản là cuốn *Advice for the Patient ®*.

– **Goodman & Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics** là sách giáo khoa về dược lý tại Mỹ, xuất bản lần đầu tiên năm 1941, Nhà xuất bản MacGraw-Hill ấn hành. Sách mang tên hai tác giả là Louis S. Goodman and Alfred Gilman ở Đại học Y thuộc Đại học Tổng hợp Yale Hoa Kỳ, năm 2010 là lần xuất bản thứ 12 do Laurence Brunton, Bruce A. Chabner, Bjorn Knollmann biên soạn.

– **Các quy chế chuyên môn liên quan.** Các quy chế, các hướng dẫn liên quan do Bộ Y tế ban hành cũng là một nguồn tài liệu cần thiết cho công tác thực hành tại nhà thuốc. Các tài liệu này nhà thuốc cần cập nhật thường xuyên để phục vụ cho công tác chuyên môn của nhà thuốc, cũng như việc cung cấp thông tin thuốc cho người bệnh và cộng đồng. Tài liệu cập nhật có thể lấy từ trang web Bộ Y tế <http://www.moh.gov.vn/>, Cục Quản lý Dược Việt Nam <http://www.dav.gov.vn/>, Hiệp hội Sản xuất Kinh doanh dược phẩm Việt Nam <http://www.vnpca.org.vn/>, Tổng Hội Y học <http://yhocvietnam.vn/index.php>, Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh <http://www.medinet.hochiminhcity.gov.vn/>.

Tạp chí thông tin thuốc. Tạp chí thông tin thuốc (Thông tin dược lâm sàng, Dược học, Y học thực hành <http://www.yhth.vn/>) các tạp chí trên nói chung là chứa các thông tin dành người có chuyên môn về Y–Dược. Đó là các nguồn thông tin cậy có thể sử dụng trong việc cung cấp thông tin về thuốc, sức khỏe, bệnh tật cho người bệnh và cộng đồng.

9.2.2. Tờ Hướng dẫn sử dụng bằng tiếng Việt

Tờ Hướng dẫn Sử dụng bằng tiếng Việt đính kèm theo sản phẩm nói chung thông tin đều được kiểm soát khi đăng ký thuốc với Bộ Y tế và các Sở Y tế. Tuy nhiên, thông tin này vẫn còn thiếu cập nhật, đôi khi còn mang tính chất chủ quan của nhà sản xuất và nhà phân phối, do đó nên đối chiếu lại với **Dược thư** là tài liệu thông tin thuốc mang tính pháp lý của Bộ Y tế. Hơn nữa các tờ hướng dẫn Sử dụng bằng tiếng Việt đính kèm theo sản phẩm vẫn còn chưa có một ranh giới giữa phần nào là thông tin cho cán bộ y tế và phần nào là cho người bệnh, vì vậy đôi khi gây hiểu lầm cho người sử dụng thuốc.

Một vài website nước ngoài có thông tin đáng tin cậy, tính cập nhật cao, khách quan:

– <http://nhs.medguides.medicines.org.uk/nhs/browse-medicines.aspx> trang web của National Health Service cơ quan thuộc Bộ Y tế Anh có chức năng cung cấp miễn phí các thông tin về thuốc và chăm sóc sức khỏe cho người dân và cộng đồng. Địa chỉ nêu trên cung cấp các thông tin về thuốc.

– <http://www.patient.co.uk/dils.asp> trang web của Patient UK là một tổ chức phi lợi nhuận không nhận tài trợ của các công ty dược phẩm, chuyên cung cấp các thông tin về thuốc và các vấn đề liên quan đến sức khỏe cộng đồng từ năm 1997.

Tại địa chỉ này cung cấp thông tin về các nhóm thuốc và tác dụng dược lý, hướng dẫn sử dụng thuốc, các lời khuyên về sức khỏe bệnh tật.

– <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginformation.html>

MedlinePlus trang web của Viện Nghiên cứu sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ (National Institutes of Health) cung cấp các thông tin cho người bệnh về bệnh tật, tình trạng bệnh và giữ gìn sức khỏe. Trang thông tin này cũng cung cấp các thông tin về thuốc và thực phẩm chức năng. Thông tin được cập nhật. Đây là trang web thuộc Chính phủ.

– <http://www.healthfinder.gov/> healthfinder trang web thuốc Bộ Y tế và dịch vụ cho người của Chính phủ Hoa Kỳ cung cấp cho người dân các chủ đề về sức khỏe.

<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm111085.htm> trang web của FDA Hoa Kỳ cung cấp các thông tin về thuốc.

– <http://kidshealth.org/parent/medications/index.html> trang web cung cấp thông tin về thuốc và sức khỏe trẻ em, được tài trợ bởi tổ chức phi lợi nhuận Nemours – một trong các tổ chức phi lợi nhuận lớn nhất nước Mỹ.

Tài liệu thông tin thuốc cho cán bộ y tế:

Tài liệu thông tin thuốc cho cán bộ y tế do các nhà sản xuất, nhà phân phối cung cấp. Ở nước ta tài liệu này cũng như tờ hướng dẫn sử dụng bằng tiếng Việt đính kèm theo sản phẩm đều được các cơ quan quản lý xét duyệt trước khi được lưu hành. Tuy nhiên nó cũng có những hạn chế nhất định.

Hội thảo, hội nghị:

Các thông tin về thuốc thu được từ các hội thảo, hội nghị cũng cần phải được đánh giá về đơn vị tài trợ, trình độ báo cáo viên và tính chất của thông tin.

9.3. Đánh giá chất lượng thông tin từ các nguồn nhà thuốc đang khai thác

Các thông tin nhà thuốc có được cần được đánh giá độ tin cậy (theo nguồn cung cấp thông tin, trình độ người cung cấp thông tin, mục đích cung cấp thông tin, tài liệu tham khảo). Đánh giá tính cập nhật (ngày tháng đưa thông tin, thời điểm duyệt lại thông tin gần nhất). Đánh giá tính sẵn sàng cho sử dụng (nguồn thông tin có dễ khai thác sử dụng không).

9.4. Đảm bảo chất lượng cung cấp thông tin

Như chúng ta đã thảo luận ở phần đầu việc cung cấp thông tin về thuốc cho người bệnh và khách hàng đóng vai trò rất quan trọng trong công tác đảm bảo chất lượng tại nhà thuốc.

Muốn tiến hành việc đảm bảo chất lượng thông tin chúng ta phải tiến hành kiểm soát chất lượng nguồn thông tin (đánh giá chất lượng). Kiểm soát chất lượng người cung cấp thông tin cho người bệnh và cộng đồng. Chỉ những người được đào tạo lại và cập nhật thông tin mới được phép thực hiện việc này. Những thông tin đơn giản lặp lại nhiều lần, những người làm công tác chuyên môn tại nhà thuốc (dược tá, dược sĩ trung học) có thể được phép thực hiện, nhưng dược sĩ phụ trách phải giám sát chặt chẽ. Khi có bất cứ những điều gì không chính xác hoặc gây hiểu nhầm đối với người bệnh, hoặc khách hàng, người dược sĩ phải có can thiệp kịp thời để tránh những điều đáng tiếc có thể gây thiệt hại cho sức khỏe người bệnh và cộng đồng, tổn hại uy tín của nhà thuốc.

Để thực hiện kiểm soát chất lượng phương pháp cung cấp thông tin cũng như người cung cấp thông tin, nhà thuốc phải coi trọng công tác đào tạo, đào tạo lại và đào tạo liên tục cho những người làm công tác chuyên môn và dược sĩ tại nhà thuốc.

Ngoài ra, đối với hệ thống thông tin điện tử còn phải đề ra biện pháp an toàn cho hệ thống, bao gồm: bảo mật, phân quyền truy nhập, chống truy nhập trái phép và thay đổi trái phép, sao lưu dự phòng đối với thông tin. Khôi phục dữ liệu khi gặp các sự cố máy tính (PC): virus, xóa nhầm, format nhầm. An toàn trong môi trường Internet.

9.5. Công tác đào tạo, đào tạo lại và đào tạo liên tục cho đội ngũ người làm công tác chuyên môn và dược sĩ tại nhà thuốc

Trong thời đại bùng nổ thông tin và phát triển khoa học kỹ thuật, kiến thức của mọi ngành và ngành Dược nói riêng, hàng năm đều tăng không ngừng. Để đáp ứng những đòi hỏi về chăm sóc sức khỏe của người bệnh và cộng đồng, người dược sĩ, đặc biệt người dược sĩ đang thực hành tại nhà thuốc phải cập nhật kiến thức về mọi mặt. Nhất là việc đáp ứng nhu cầu đảm bảo chất lượng cung cấp thông tin tại nhà thuốc.

Để đảm nhận công việc này phải đào tạo lại về dược lâm sàng, các kiến thức về xã hội như dược xã hội học, Thông tin thuốc gồm tìm kiếm, đánh giá, cập nhật thông tin, phương thức cung cấp thông tin (gồm cả kỹ năng mềm: thuyết trình, làm việc nhóm, kỹ năng lãnh đạo, kỹ năng giao tiếp hiệu quả).

Dược sĩ phụ trách là người đầu tiên và quan trọng hàng đầu trong nhà thuốc GPP phải được đào tạo lại và đào tạo liên tục. Người dược sĩ phụ trách phải thực hiện rất nhiều chức năng. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đề cập đến bảy chức năng chính của người dược sĩ, đặc biệt là các dược sĩ làm việc tại nhà thuốc cộng đồng:

1. Người chăm sóc (Care-giver).
2. Người ra quyết định (Decision-maker).

3. Người giao tiếp (Communicator).
4. Người lãnh đạo (Leader).
5. Người quản lý (Manager).
6. Người học tập suốt đời (Life-long-learner).
7. Người thầy (Teacher).

Tại nhà thuốc người dược sĩ ngoài việc phải tự đào tạo (tự đọc sách, tự tìm hiểu, việc này phải làm thường kỳ, có kế hoạch, được ghi thành chương trình hàng năm), còn phải tích cực tham gia các khoá đào tạo tại các cơ quan quản lý Nhà nước, của Hội dược học, các buổi hội thảo, các buổi sinh hoạt khoa học. Đặc biệt là khoá học mang tính học thuật cao phải mời các giảng viên, các giáo sư tại các trường đại học đến tham gia giảng dạy

Đối tượng thứ hai là nhân viên làm công tác chuyên môn của nhà thuốc. Đối tượng này dược sĩ phụ trách phải có trách nhiệm định kỳ huấn luyện cho nhà thuốc của mình. Dược sĩ phụ trách hỗ trợ người dược huấn luyện trong việc tổ chức các đợt huấn luyện, nhất là các đợt huấn luyện bổ túc cho nhà thuốc. Kết thúc phải kiểm tra đánh giá. Kiến thức cần được truyền đạt là các kiến thức người dược sĩ đã được đào tạo từ các nguồn khác nhau và được điều chỉnh cho phù hợp với trình độ và nhận thức của nhân viên. Đối với việc cung cấp thông tin thuốc và tư vấn về các vấn đề liên quan đến sức khoẻ cộng đồng nên chia thành từng chuyên đề (phương pháp cung cấp thông tin hiệu quả, các chuyên đề về dược lâm sàng...).

Liên đoàn Dược Quốc tế đã khuyến cáo quá trình đào tạo của dược sĩ là một quá trình liên tục và xuyên suốt, trong đó vị trí trung tâm phải là người dược sĩ. Khi dược quan tâm và được đào tạo thì người dược sĩ mới đào tạo được nhân viên các dịch vụ dược nhà thuốc cung cấp mới đáp ứng được các đòi hỏi ngày càng cao của người bệnh, cộng đồng, cơ quan quản lý.

KẾT LUẬN

Người dược sĩ có thể cung cấp thông tin cho người bệnh theo nhiều chủ đề liên quan đến sức khoẻ khác nhau. Các thông tin này có thể dưới dạng nói hoặc viết.

Người dược sĩ có thể cung cấp thông tin hoặc tư vấn cho người bệnh cả khi lấy thuốc hoặc khi kết thúc quá trình lập hoá đơn.

– Cung cấp thông tin cho người bệnh là thành phần cốt yếu trong thành công của liệu pháp.

– Cung cấp thông tin về điều trị kê đơn và làm cho người bệnh nhận thức được vai trò điều trị, tăng cường sử dụng thuốc phù hợp, tăng sự tuân thủ, dẫn đến trị liệu hiệu quả.

– Dành ra một khu vực tư vấn người bệnh riêng biệt cho phép các hoạt động liên quan đến chăm sóc người bệnh và các dịch vụ chuyên môn khác được tiến hành hiệu quả.

– Thông tin dạng viết cung cấp cho người bệnh có tác dụng hỗ trợ và nhắc nhở người bệnh và giúp cho việc cung cấp những hướng dẫn và các thông tin quan trọng bởi vậy tăng cường sự tuân thủ của người bệnh.

– Người dược sĩ cung cấp các biện pháp không dùng thuốc có thể là một lựa chọn thay cho thuốc OTC, hoặc làm cho thuốc có hiệu quả hơn.

– Thuốc OTC cũng là các thuốc phải thận trọng và người dược sĩ có thể cung cấp các thông tin phù hợp gắn liền với các thuốc này cho khách hàng khi có yêu cầu các thuốc đó.

– Đảm bảo chất lượng thông tin thuốc đóng vai trò quan trọng trong công tác đảm bảo chất lượng thuốc.

Người dược sĩ đóng vai trò không thể thiếu được trong cung cấp thông tin khách quan, chính xác, đáng tin cậy, không thiên vị và cập nhật về thuốc và các sản phẩm chăm sóc sức khỏe, tham gia giáo dục truyền thông về sức khỏe cho người dân và cộng đồng nơi nhà thuốc hoạt động.



ĐẢM BẢO SỬ DỤNG THUỐC HỢP LÝ AN TOÀN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hầu hết nguyên nhân dẫn đến tử vong, bệnh tật và tàn phế ở các nước đang phát triển có thể phòng, điều trị được, hoặc ít nhất là làm nhẹ bớt được bằng chi phí hiệu quả của thuốc thiết yếu. Không đảm bảo được điều này, hàng triệu người bị mất đi khả năng tiếp cận các thuốc thiết yếu. Nhiều người trong đó phải tiếp cận điều trị sa hay nhận được quá ít hoặc quá nhiều thuốc cho bệnh tật của họ, hoặc sử dụng thuốc không chính xác, thêm vào đó là vấn đề sử dụng thuốc không hợp lý.

Theo các nghiên cứu, ước tính trên toàn Thế giới có quá nửa các thuốc được kê đơn, cung ứng, hoặc bán một cách không phù hợp và một nửa số người bệnh thất bại khi dùng thuốc vì sử dụng thuốc không hợp lý, không an toàn. Bất chấp các nỗ lực của các cơ quan quản lý, các hoạt động đánh giá sử dụng thuốc, các chiến lược can thiệp của Nhà nước, các hỗ trợ quốc tế việc sử dụng thuốc bất hợp lý vẫn tiếp tục xảy ra. Điều đó gây ra một lãng phí to lớn, hao tiền tốn của giảm sút các nguồn tài chính hạn hẹp dành cho chăm sóc sức khỏe, gây nguy hại cho toàn bộ sức khỏe của cả người bệnh, của người dân và cả cộng đồng.

Để đảm bảo chất lượng thuốc, phải luôn sẵn có các dữ liệu chứng minh được về hiệu quả và độ an toàn bất kể ở đâu, thời gian nào, số lượng đầy đủ, giá cả hợp lý cùng với thông tin đầy đủ cho người thầy thuốc và người bệnh.

Chương này sẽ trình bày các khái niệm khác nhau của thuốc thiết yếu, sử dụng thuốc hợp lý, sử dụng thuốc không hợp lý và vai trò người dược sĩ.

1. THUỐC THIẾT YẾU

1.1. Khái niệm thuốc thiết yếu

Thuốc thiết yếu là những thuốc cần thiết tối thiểu đáp ứng được nhu cầu chăm sóc sức khỏe ưu tiên đối với đại số người dân trong cộng đồng. Lựa chọn thuốc thiết yếu chính là *“lựa chọn một danh mục giới hạn các thuốc để cải thiện tiếp cận chăm sóc sức khỏe và chất lượng y tế”*.

Việc lựa chọn cẩn thận danh sách giới hạn các thuốc thiết yếu sẽ dẫn đến:

- Chất lượng chăm sóc người bệnh cao hơn.
- Quản lý thuốc tốt hơn (bao gồm cải thiện chất lượng thuốc và kê đơn thuốc).

– Sử dụng chi phí một cách có hiệu quả hơn các nguồn lực chăm sóc sức khỏe sẵn có.

– Quản lý tồn trữ tốt hơn.

1.2. Danh mục thuốc thiết yếu mẫu của WHO

Danh mục Thuốc thiết yếu mẫu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) là một tham khảo hữu ích xuất phát từ sự nhất trí đồng thuận của các chuyên gia quốc tế và được cập nhật 2 năm một lần. Các thuốc có mặt trong danh mục này được xác nhận là an toàn, hiệu quả và chi phí hợp lý.

Các thuốc trong danh mục này đã được nghiên cứu cẩn thận để đánh giá hiệu quả của thuốc trong các điều kiện điều trị đặc biệt và so sánh lợi ích về mặt hiệu quả hoặc điều trị cũng như trong mối quan hệ với các chi phí khác của quá trình cung ứng thuốc.

Khái niệm *các thuốc thiết yếu* (sau này được biết là khái niệm Thuốc thiết yếu) được định nghĩa năm 1975 và tiếp theo vào năm 1977, với danh mục Thuốc thiết yếu mẫu lần thứ nhất của WHO. Bản danh mục mẫu này bao gồm các hợp phần cần thiết cung cấp những thông tin cơ bản để các quốc gia thành viên lựa chọn, xây dựng danh mục thuốc phù hợp với hoàn cảnh thực tiễn của mình phục vụ các chương trình đấu thầu và cung ứng thuốc.

1.3. Tầm quan trọng và thuận lợi của khái niệm thuốc thiết yếu

Danh mục *thuốc thiết yếu* là một công cụ vô cùng quan trọng và nếu làm tốt sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho các cơ quan quản lý, cơ sở y tế trong việc:

1) Xây dựng các chính sách.

2) Lựa chọn, mua hàng, cung ứng và đảm bảo chất lượng.

3) Đảm bảo về tài chính.

4) Tăng cường sử dụng thuốc hợp lý an toàn.

– Khi danh mục giới hạn các *thuốc thiết yếu* được các thầy thuốc đồng thuận là lựa chọn lần đầu tiên cho điều trị, chất lượng chăm sóc sức khỏe người dân và cộng đồng chắc chắn sẽ được cải thiện hơn nhiều.

– Tránh được những điều trị bất hợp lý.

– Người thầy thuốc, việc sử dụng giới hạn một số loại thuốc sẽ trở nên quen thuộc và nắm vững được tác dụng điều trị... bởi vậy sẽ tăng cường hơn sử dụng an toàn, hiệu quả và hợp lý.

5) Đối với đào tạo ngành Y tế, danh mục *thuốc thiết yếu* được lựa chọn là nền tảng cơ sở để hình thành những kiến thức, kỹ năng cơ bản, thiết yếu trong đào tạo cán bộ, nhân viên y tế đối với việc sử dụng đúng thuốc.

6) Đối với việc cung cấp thông tin và phổ biến giáo dục truyền thông liên quan đến thuốc, giáo dục truyền thông cho người bệnh, làm cho người bệnh nhận thức và cố gắng tăng cường sử dụng hợp lý khi tập trung vào các thuốc thiết yếu.

Những thuận lợi khi có khái niệm thuốc thiết yếu đối với dịch vụ được:

– Số lượng chủng loại thuốc ít hơn, dẫn đến số lượng ít hơn các biệt dược phải tồn trữ.

– Kiểm soát tồn trữ tốt hơn.

– Dễ nhớ tên hơn bởi vì số lượng ít hơn các loại thuốc.

– Ít nhầm lẫn hơn trong biệt dược bởi vì ít số lượng thuốc được cố định.

– Thuốc ít tương tác và ít tác dụng phụ hơn.

– Nếu có một số ít hơn các thuốc, người dược sĩ có thể nhớ được nhiều hơn các thông tin về từng loại thuốc, thay vì phải nhớ rất nhiều những thông tin về tất cả các loại thuốc có trên thị trường.

2. SỬ DỤNG THUỐC HỢP LÝ AN TOÀN

2.1. Khái niệm sử dụng thuốc hợp lý an toàn

Mục tiêu của bất cứ hệ thống quản lý thuốc nào cũng là cung ứng đúng thuốc, tới đúng người bệnh, những người cần thuốc. Các bước lựa chọn, mua hàng và phân phối là tiền đề cần thiết để sử dụng thuốc hợp lý.

Hội nghị các chuyên gia về sử dụng thuốc hợp lý an toàn được Tổ chức Y tế Thế giới nhóm họp tại Nairobi năm 1985 đã đưa ra định nghĩa sử dụng thuốc hợp lý an toàn như sau: “Sử dụng thuốc hợp lý an toàn là yêu cầu người bệnh nhận được thuốc thích hợp với nhu cầu lâm sàng của họ, phù hợp với yêu cầu riêng của cá nhân họ, trong một khoảng thời gian thỏa đáng và ở mức độ chi phí thấp nhất đối với họ và cộng đồng”.

Yêu cầu sử dụng thuốc hợp lý chỉ có thể tiến hành được, nếu cả hai quá trình kê đơn và cung ứng thuốc cùng được thực hiện một cách thỏa đáng (Thực hành nhà thuốc tốt và Thực hành kê đơn tốt phải tiến hành song song cùng lúc). Quá trình này bao gồm các bước liên quan đến chẩn đoán đúng, kê đơn chính xác, cung ứng và cung cấp thông tin thích hợp đối với người bệnh. Trong chương này chúng ta sẽ tập trung vào vai trò của người dược sĩ trong tăng cường sử dụng hợp lý thuốc.

2.2. Sử dụng thuốc không hợp lý

Sử dụng thuốc không hợp lý bao gồm những trường hợp sau:

– Kê đơn một loại thuốc khi không thực sự cần thiết.

– Kê đơn thuốc không theo phác đồ điều trị chuẩn, hoặc không hiệu quả, hoặc sử dụng thuốc kê đơn không hợp lý.

– Thuốc được sử dụng không chính xác.

Sử dụng thuốc không hợp lý sẽ có các tác dụng phụ mạnh ảnh hưởng đến kết quả trị liệu và chi phí, có thể dẫn đến các phản ứng phụ hoặc tác động tâm lý tiêu cực.

Một trong những trường hợp sử dụng thuốc không hợp lý thường gặp là cách thức kê đơn không được thực hiện theo các tiêu chí cố định, bởi vậy có thể phân chia như sau không thích hợp hoặc bất hợp lý. Những cách thức kê đơn bất hợp lý, vì thế có thể thể hiện theo các cách sau:

2.2.1. Là một thuốc hợp lý nhưng

1) Được sử dụng khi không cần thiết, ví dụ:

– Kê đơn không cần thiết kháng sinh đối với cảm cúm và ho do virus, tiêu chảy do virus... (Những bệnh lây nhiễm do virus không cần điều trị bởi kháng sinh vì kháng sinh chỉ chống vi khuẩn, nên không chống được virus).

– Sử dụng thuốc tiêm để đưa ra tác động giả được đối với người bệnh, hoặc là ở nơi thuốc uống có đủ để cung ứng.

2) Kê đơn thuốc không theo phác đồ điều trị chuẩn. Ví dụ, sử dụng các kháng sinh thế hệ cao nhất như: cefotaxime, cefuroxime, cefixime trong khi các kháng sinh hoạt phổ hẹp lẽ ra đã đảm bảo được việc đó.

3) Không cung cấp đủ thuốc, thông tin cần thiết. Ví dụ, kê đơn kháng sinh ít hơn khoảng thời gian cần thiết. Kê đơn sai, hoặc không cung cấp đủ thông tin về thuốc Oresol cho tiêu chảy cấp do virus.

4) Sử dụng thuốc không chính xác. Sử dụng thuốc đúng nhưng cách dùng không chính xác, liều lượng không chính xác, khoảng thời gian không chính xác. Ví dụ, người bệnh được kê sai liều (hoặc dưới liều hoặc quá liều). Người bệnh không được hướng dẫn đúng đắn và có thể uống viên ngậm, nhai viên thuốc tác dụng kéo dài...

2.2.2. Sử dụng bất hợp lý thuốc

1) Thuốc không có tác dụng hoặc có tác dụng nghi ngờ. Sử dụng quá mức và không cần thiết các chế phẩm đa sinh tố (multivitamin) hoặc thuốc bổ là một thí dụ của cách thức kê đơn bất hợp lý.

Dưới đây là ví dụ về lý do người bệnh và bác sĩ đưa ra để giải thích cho hành động sử dụng thuốc bất hợp lý của họ.

Người bệnh: Tôi cảm thấy mệt. Bác sĩ ơi hãy làm ơn kê cho tôi một vài viên thuốc bổ tổng hợp (multi vitamin).

Bác sĩ: Tốt thôi, tôi sẽ kê đơn cho ông loại vitamin tổng hợp.

2) Thuốc không an toàn. Khả năng xảy ra phản ứng phụ nặng hơn hiệu quả trị liệu khi thuốc được kê đơn.

Bảng sau là danh sách các thuốc đã bị một số quốc gia loại bỏ hay khuyến cáo không sử dụng, nhưng vẫn còn được phép sử dụng ở một số nước:

Thuốc	Chỉ định	Lý do cấm
Analgin	Giảm đau	Có thể gây suy tuỷ
Cisapride	Giảm acid, GERD, táo bón	Có thể gây loạn nhịp
Furazolidone	Chống tiêu chảy	Chất gây ung thư
Nimesulide	Hạ sốt, giảm đau	Độc cho gan
Piperazine	Trị giun sán	Có thể gây tổn thương thần kinh
Phenylpropanolamine	Ho và cảm lạnh	Liều cao có thể gây đột quỵ
Nitrofurazone	Kem chống vi khuẩn	Chất gây ung thư

Người dược sĩ đóng vai trò quan trọng trong đề phòng sử dụng không đúng các thuốc này, nếu việc sử dụng có thể gây ra các hậu quả tai hại.

3) Những thuốc có tác dụng nghi ngờ hay không rõ ràng. Những thuốc này với rất ít hoặc không có giá trị trị liệu, không sẵn có số liệu lâm sàng chứng minh về sử dụng. Ví dụ:

- Kích thích ngon miệng (Cyproheptadine và Buclizine HCl) không nên sử dụng cho trẻ em. Quá liều có thể gây ảo giác, suy nhược, co giật, thậm chí tử vong.
- Thuốc giúp tiêu hoá (tăng tiêu hoá) có Amylase, Papain, Pepsin hoặc Pancreatin là không phù hợp và nói chung không thích hợp với môi trường acid.

Người dược sĩ có thể đóng vai trò quan trọng trong ngăn ngừa lưu thông các loại thuốc này và vì thế giảm được tác động và ảnh hưởng tiêu cực đến người bệnh đối với các loại thuốc nguy hiểm.

Dược sĩ không chỉ đóng vai trò chính trong cung ứng thuốc cho người bệnh và cộng đồng mà còn chứng minh hiệu quả điều trị của thuốc.

2.3. Hậu quả của việc sử dụng thuốc bất hợp lý

Sử dụng không thích hợp thuốc trên một diện rộng có thể có những tác động nghiêm trọng to lớn đến chi phí chăm sóc sức khoẻ, cũng như chất lượng của trị liệu dùng thuốc và chăm sóc y tế. Những tác dụng tiêu cực khác là tăng khả năng xảy ra các phản ứng phụ và số người bệnh phụ thuộc thuốc tăng quá mức bình thường.

2.3.1. Tác động ngược lên chất lượng trị liệu dùng thuốc và chăm sóc y tế

Thực hành kê đơn không hợp lý có thể trực tiếp hay gián tiếp huỷ hoại chất lượng chăm sóc người bệnh và ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả điều trị.

Sử dụng số lượng oresol ít hơn trong điều trị tiêu chảy cấp là một thí dụ có thể cản trở mục tiêu điều trị, đề phòng mất nước, vì vậy có thể dẫn đến tử vong ở trẻ em.

Khi kê đơn thuốc bất hợp lý làm tăng khả năng xảy ra phản ứng phụ. Ví dụ như lạm dụng thuốc tiêm có thể có liên quan đến một tỷ lệ mắc cao sức quá mẫn, nguy cơ lây truyền các bệnh qua đường máu như: viêm gan B..., hay việc sử dụng kháng sinh tiêm vào cơ delta nhiều lần gây xơ hoá cơ này...

Quá liều hoặc dưới liều kháng sinh và các tác nhân hoá trị liệu cũng có thể dẫn đến nảy sinh nhanh những chủng vi khuẩn hoặc ký sinh trùng sốt rét kháng thuốc.

2.3.2. Tác động lên chi phí

Sử dụng quá mức thuốc, thậm chí là các thuốc thiết yếu sẽ dẫn đến tăng phí tổn về thuốc và lãng phí nguồn tài chính của cả người bệnh và hệ thống y tế.

Ở nhiều quốc gia, tiêu dùng trên các dược phẩm không thiết yếu, như các thuốc multivitamin hoặc các hỗn hợp thuốc ho đã làm kiệt quệ nguồn tài chính hạn hẹp có thể được cấp nhiều hơn cho các thuốc thiết yếu và thuốc tối cần và các sản phẩm liên quan, chẳng hạn như vacxin hoặc kháng sinh.

Sử dụng không hợp lý một số lượng ít hơn thuốc trong các giai đoạn đầu của bệnh tật có thể tạo ra chi phí quá mức bởi có thể tăng khả năng xảy ra kéo dài trị liệu và cuối cùng là tăng thời gian nằm viện.

2.3.3. Tác động tâm lý

Việc kê đơn đã truyền đạt quá mức cho người bệnh rằng họ cần thuốc trong mọi điều kiện, thậm chí cả đối với điều kiện thông thường.

Khái niệm thuốc chữa bách bệnh là cực kỳ nguy hại.

Làm cho người bệnh tin tưởng quá mức thậm chí lệ thuộc vào thuốc và dẫn đến tăng nhu cầu bất hợp lý.

Người bệnh có thể yêu cầu các thuốc tiêm không cần thiết. Trong nhiều năm họ bị tác động và chịu ảnh hưởng từ các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ hiện đại, họ có thể trở nên quen với các dịch vụ tiêm chích thuốc hơn là dùng thuốc theo đường uống, ngay cả khi dùng các thuốc thông thường.

Khi tư vấn sử dụng thuốc OTC người dược sĩ đó có thể cung ứng hoặc khuyên dùng:

- Những bất hợp lý trong sử dụng và kết hợp thuốc.
- Những liều dùng không phù hợp.
- Những thuốc không phù hợp đối với một điều kiện cụ thể.
- Thông tin không đầy đủ hoặc không phù hợp về thuốc, liều dùng, thời gian dùng... dẫn đến người bệnh dùng liều không thích hợp.

Bằng mọi cách cố gắng tồn trữ và thúc đẩy, khuyến bảo các thuốc đắt tiền, hoặc chào mời những thuốc khuyến mại nhiều hơn, lợi nhuận hơn, nhưng làm tổn hại nhu cầu thật sự và không hợp lý.

Theo hoặc sao các đơn tương tự của các thầy thuốc cho người bệnh khác.

Bằng mọi cách bỏ qua các thông tin che dấu/lừa dối từ các công ty dược phẩm và trình dược viên đối với khách hàng.

Áp lực gây tăng sử dụng thuốc bất hợp lý	
+ Người bệnh	– Thông tin không đầy đủ về thuốc. – Mất lòng tin. – Nhu cầu và đòi hỏi không hợp lý của người bệnh.
+ Người kê đơn	– Thiếu đào tạo và giáo dục. – Dập khuôn, kê đơn không phù hợp. – Thiếu thông tin khách quan về thuốc. – Khả năng tổng hợp nắm bắt thông tin hạn chế. – Mất lòng tin vào hiệu quả của thuốc. – Áp lực tiếp thị và các lời chào mời có lợi ích cá nhân.
+ Nơi làm việc	– Quá tải về người bệnh. – Áp lực đối với kê đơn. – Không đủ nhân viên.
+ Hệ thống cung cấp	– Nhà cung cấp không đáng tin cậy. – Thiếu thuốc. – Cung cấp thuốc hết hạn. – Cung cấp thuốc bất hợp lý.
+ Quy chế về thuốc	– Có nhiều thuốc không thiết yếu. – Không kiểm soát được người kê đơn không chính thức. – Quy chế thiếu các chế tài cụ thể. – Sự chậm chạp của bộ máy tư pháp.
+ Kiểm soát thị trường	– Thiếu kiểm soát trong hoạt động phát triển thị trường (qua quảng cáo và trình dược viên). – Không kiểm soát quảng cáo.

2.4. Phát triển một chiến lược cho người dược sĩ nhằm thúc đẩy sử dụng thuốc hợp lý an toàn

Người dược sĩ cần tự nguyện làm động lực thúc đẩy tăng cường sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả và hợp lý. Người dược sĩ cần cố gắng để:

1) Đạt được các kiến thức về sử dụng thuốc thiết yếu và sử dụng thuốc hợp lý.

- 2) Chuẩn bị một danh mục hợp lý các thuốc OTC.
- 3) Chỉ khuyên dùng các thuốc này đối với các khách hàng của mình.
- 4) Nếu khách hàng đòi hỏi một thuốc OTC bất hợp lý, cố gắng giải thích cho họ vì sao không nên dùng các loại thuốc đó. Hãy khuyên họ dùng thuốc hợp lý hơn.
- 5) Khuyên dùng thuốc hợp lý phải chính xác và phải tránh bị lạm dụng. Người dược sĩ cần nói với khách hàng về thuốc và sử dụng đúng nó và các lời khuyên chống lạm dụng.
- 6) Bắt đầu với khách hàng, người dược sĩ cần phải cố gắng giáo dục truyền thông cho cộng chúng về sử dụng thuốc hợp lý qua các tờ rơi, các cuốn sách nhỏ và các áp phích trình bày tại nhà thuốc.

3. THUỐC KẾT HỢP LIỀU CỐ ĐỊNH (FDC)

Các thuốc kết hợp liều cố định (Fixed-Dose Combinations – FDCs) là kết hợp từ hai hoạt chất trở lên trong công thức thành một liều đơn nhất. Nếu phối hợp là hợp lý chúng sẽ tạo phối hợp trị liệu thuận lợi, vì giảm số lượng kê đơn và các chi phí liên quan. Nếu chúng kết hợp không hợp lý, chúng có thể có các tác dụng phụ hoặc cho liều không hợp lý và cũng dẫn đến tăng chi phí.

3.1. Hợp lý với trị liệu kết hợp

Tất cả mọi thuốc đều có tác dụng phụ không mong muốn cùng với hiệu quả trị liệu mong đợi. Điều lý tưởng là kết hợp hai hay nhiều hoạt chất có kiểu tác động được công nhận tạo ra thêm hiệu quả trị liệu mong muốn mà không có các tác dụng phụ.

Ví dụ, hãy xem xét kết hợp Co-trimoxazole (Trimethoprim + Sulfamethoxazole). Hai hoạt chất trong thuốc kết hợp liều cố định (FDC) này, hai khối liên nhau nối tiếp trong sinh tổng hợp các acid nucleic cơ bản và các protein trong vi khuẩn, bởi vậy diệt vi khuẩn hiệu quả hơn mỗi loại thuốc khi dùng độc lập.

3.2. Những thuận lợi của các thuốc kết hợp liều cố định

Thuốc kết hợp có những điều ưu việt của trị liệu kết hợp, cũng như thuận lợi liên quan đến giảm số lần thuốc phải dùng.

Giảm chi phí dùng thuốc xuất phát từ giảm: đóng gói, phải kê đơn hơn và thời gian cung ứng và chi phí.

Giảm bớt số lượng đơn vị sử dụng, giảm nhẹ sự phức tạp trong chế độ sử dụng, làm thuận tiện cho người sử dụng, khiến người bệnh gắn bó với thuốc kết hợp liều cố định (FDC).

Thuốc kết hợp liều cố định (FDC) có thể tăng tuân thủ của người bệnh trong điều trị các bệnh truyền nhiễm cấp tính. Không tuân thủ chế độ dùng

thuốc, có thể dẫn đến phát triển các chủng kháng thuốc, điều trị không thành công và đe dọa sức khỏe người bệnh và cộng đồng. Một thí dụ về điều này là điều trị lao và HIV.

Tác dụng phụ của một thuốc có thể được giảm do kết hợp với thuốc khác trong một thuốc kết hợp liều cố định (FDC) thí dụ: Carbidopa giảm tác dụng phụ của levodopa.

Hiệu lực của một thuốc có thể được tăng lên một cách hiệp đồng, do kết hợp với thuốc khác, (một vài thí dụ của điều này là kết hợp estrogen và proges-terone trong thuốc tránh thai dạng uống, kết hợp sulfamethoxazole và trimethoprim, kết hợp Pyrimethamine và sulfadoxine để dự phòng và điều trị sốt rét do falciparum).

3.3. Các bất lợi của thuốc kết hợp liều cố định

Tính linh động của liều lượng (độ chuẩn xác của chế độ liều phù hợp đối với từng người bệnh) là không thể với các kết hợp cố định (thí dụ thuốc kết hợp liều cố định của Atorvatin 10 mg + Amlodipin 5 mg).

Thuốc kết hợp liều cố định làm tăng giá thành của thuốc, nếu như các thuốc không cần thiết được đưa vào công thức (thí dụ như: kết hợp ibuprofen + paracetamol + caffeine).

Một trong các thuốc được kết hợp có thể là không cần thiết hoặc lãng phí (thí dụ như: kết hợp của vitamin với sắt).

Một số kết hợp không hợp logic (ví dụ như: thuốc kết hợp liều cố định của các thuốc giảm đau).

Ở các thuốc kết hợp tỷ lệ mắc phải phản ứng phụ tăng lên (thí dụ như: thuốc kết hợp liều cố định của một hay nhiều NSAID).

Trong các thuốc kết hợp liều cố định thường có một vài thành phần không có khả năng định lượng chính xác được (Ví dụ như Multivitamin + Nguyên tố vi lượng).

Không phù hợp về mặt dược động học (thuốc kết hợp liều cố định của thuốc kháng histamin với thuốc điều trị tiêu chảy là *nguy hiểm*. Thuốc kháng histamin có thể che dấu các triệu chứng và làm cho chẩn đoán không chính xác và điều trị khó khăn).

Thầy thuốc và dược sĩ không hiểu biết hết về các thành phần của công thức có thể gây ra các vấn đề nghiêm trọng.

Thật khó xác định và định nghĩa chính xác loại thuốc nào trong thuốc kết hợp liều cố định đã gây ra một tác dụng phụ.

3.4. Các thuốc kết hợp liều cố định hợp lý được WHO khuyến dùng

Tổ chức Y tế Thế giới thông qua danh mục thuốc thiết yếu chỉ khuyến dùng các thuốc kết hợp liều cố định sau:

1. Amoxicillin + Clavulanic acid.
2. Artemether + Lumefantrine.
3. Benzoic acid + Salicylic acid (dùng ngoài).
4. Carbidopa + Levodopa.
5. Ethinylestradiol + Levonorgestrel.
6. Ethinylestradiol + Norethisterone.
7. Muối Sắt + Folic acid.
8. Imipenem + cilastatin. – Iopinavir + Ritonavir.
9. Isoniazid + Rifampicin.
10. Isoniazid + Ethambutol.
11. Isoniazid + Thioacetazone.
12. Lidocaine + Epinephrine.
13. Neomycin+ Bacitracin (dùng ngoài).
14. Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamide.
15. Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamide + Ethambutol.
16. Sulfadoxine + Pyrimethamine.
17. Sulfamethoxazole + Trimethoprim.

Thật ngạc nhiên, dù đã có trong các hướng dẫn quy chế và danh mục thuốc thiết yếu mẫu của WHO (chỉ khuyên dùng các thuốc trên) nhưng hàng ngàn thuốc kết hợp liều cố định đang được sử dụng rộng rãi trên thị trường nhiều nước, thậm chí ở Việt Nam.

Một vài thí dụ các thuốc kết hợp liều cố định (FDC) không hợp lý có sẵn trên thị trường hiện nay.

- Kết hợp thuốc kháng vi khuẩn và kháng amip.
- Các chế phẩm đa sinh tố.
- Các thuốc giảm đau kết hợp với caffeine.
- Các thuốc bổ có chứa tỷ lệ không chính xác của vitamin và khoáng chất.
- Các thuốc kết hợp liều cố định của nimesulide với các thuốc khác.
- Thuốc điều trị triệu chứng ho và long đờm trong cùng một kết hợp chữa ho.

4. VAI TRÒ CỦA NGƯỜI DƯỢC SĨ

4.1. Vai trò của dược sĩ trong tăng cường sử dụng thuốc hợp lý an toàn

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã khuyến cáo vai trò đặc biệt của người dược sĩ, đặc biệt là trong đảm bảo chất lượng và trong sử dụng thuốc an toàn hiệu quả và

hợp lý. Trong tăng cường sử dụng thuốc an toàn và hiệu quả, dược sĩ có vị trí quan trọng bởi vì họ hiểu biết sâu rộng về thuốc và có các kỹ năng giao tiếp tốt.

Người dược sĩ đặc biệt là dược sĩ ở các nhà thuốc cộng đồng, là nhân vật chính trong hướng dẫn người bệnh sử dụng đúng thuốc. Người dược sĩ có thể nắm giữ các vai trò sau đây trong tăng cường sử dụng thuốc hợp lý.

4.1.1. Mua thuốc

Lựa chọn thuốc và loại thuốc được người dược sĩ khuyên dùng đối với khách hàng có thể dựa trên khái niệm thuốc thiết yếu. Sự leo thang giá thuốc là một vấn đề to lớn ở nhiều nước. Người dược sĩ cần phải khuyên dùng các thuốc có chất lượng và giá cả hợp lý.

- Hãy mua các thuốc có chi phí hợp lý, có chất lượng đảm bảo.
- Hãy lựa chọn các nhà cung cấp tin cậy có các sản phẩm chất lượng cao.
- Hãy đưa hàng đúng lúc.
- Hãy đạt được tổng chi phí thấp nhất có thể.

4.1.2. Kiểm soát tồn trữ

Người dược sĩ cần duy trì tồn trữ thích hợp các thuốc thiết yếu (bao gồm các thuốc ít yêu cầu, nhưng là rất cần cho cấp cứu) giảm tối đa tình trạng tồn trữ quá mức do sử dụng các phương tiện kiểm soát tồn trữ tốt.

4.1.3. Thông tin và giáo dục truyền thông (cho nhân viên y tế)

Người dược sĩ cần tác động qua lại với các nhân viên y tế khác nhằm tăng cường sử dụng thuốc hợp lý, bất chấp áp lực gây ra từ người bệnh và cả từ đại diện của các công ty dược phẩm.

Người dược sĩ cũng phải thông tin cho người bệnh về các thay đổi trong chính sách, những cảnh báo đặc biệt và những thuốc cấm, những thuốc không có sẵn và những thuốc có các vấn đề liên quan. Bất cứ tác dụng có hại nào được ghi chép cần được báo cáo và theo dõi thích hợp cho Trung tâm cảnh giác thuốc (Pharmacovigilance) hoặc Trung tâm theo dõi ADR khu vực hoặc toàn quốc.

4.1.4. Giáo dục truyền thông cho cộng đồng

Định hướng tiêu dùng có vị trí quan trọng trong tăng cường sử dụng thuốc hợp lý. Người dược sĩ có thể nắm giữ các vai trò chủ chốt trong giáo dục truyền thông cho người bệnh hướng tới tăng cường sử dụng thuốc an toàn hiệu quả và hợp lý.

Những cách thức kê đơn không hợp lý có thể nảy sinh từ các nhu cầu, hoặc quan niệm sai lầm của người bệnh, các nhu cầu này thường được người kê đơn phóng đại để biện hộ cho thói quen kê đơn không đúng của họ.

Một cách để giáo dục tuyên truyền cho người bệnh về sử dụng thuốc hợp lý là qua giao tiếp mỗi cá nhân trong tiếp xúc giữa thầy thuốc và người bệnh. Tuy vậy,

giao tiếp này không thể xảy ra thường xuyên bởi vì giới hạn của thời gian và quá tải của người bệnh.

Thời gian tiếp xúc người bệnh trung bình thường chỉ một đến ba phút, quá ngắn để có giao tiếp hiệu quả. Một lý do nữa có thể là người thầy thuốc không sẵn lòng giao tiếp với người bệnh hoặc thiếu kỹ năng hoặc cũng không quan tâm đến việc này. Người thầy thuốc thường không được đào tạo một cách đầy đủ trong giao tiếp với người bệnh, hoặc không cảm nhận được tầm quan trọng của nó.

Người dược sĩ ở trong vị trí thuận lợi hơn để nói chuyện với người bệnh bởi vì môi trường gần gũi thân thiện của nhà thuốc và còn vì sự tiếp cận dễ dàng của họ. Người dược sĩ có thể sử dụng kiến thức và kỹ năng giao tiếp hiệu quả của mình để nâng cao đáp ứng đối với trị liệu được kê đơn. Ứng thuận của người bệnh là một yếu tố quan trọng trong sử dụng thuốc hợp lý và người dược sĩ có thể gây ảnh hưởng đến quyết định của người bệnh nhằm tôn trọng triệt để liều thuốc được kê đơn.

Người bệnh là người quyết định đầu tiên, liệu người đó có muốn tư vấn chăm sóc sức khỏe chuyên nghiệp hay không. Người bệnh cũng là người lựa chọn người mình muốn nhận được tư vấn (dược sĩ hay thầy thuốc). Nghĩa là nên nói chuyện với người dược sĩ hay người bác sĩ trước tiên. Dược sĩ và bác sĩ họ tìm đến ai? Trong hai người này họ tìm đến một địa chỉ cụ thể nào? Nếu như thuốc được khuyên dùng và được kê đơn, quyết định dùng thuốc hay không, tuân theo trị liệu hay không là điều cuối cùng được người bệnh quyết định. Gia đình, người thân và cộng đồng tuy nhiên có thể ảnh hưởng đến quyết định này.

Cộng đồng cần được giáo dục truyền thông về:

- Thuốc thiết yếu.
- Lựa chọn thuốc hợp lý và lựa chọn thuốc OTC.
- Những thuốc bất hợp lý và thuốc kết hợp liều cố định (FDC).
- Sử dụng tối thiểu và tối ưu các thuốc.
- Quảng cáo: Không bị quảng cáo khách quan hoặc tin tưởng hoàn toàn vào quảng cáo.

Giáo dục truyền thông cho cộng đồng cung cấp cho các cá nhân và cộng đồng các thông tin để họ có thể sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả hơn. Sử dụng thuốc bất hợp lý gây hậu quả nghiêm trọng đến sức khỏe và kinh tế cho cả cá nhân và cộng đồng. Hướng dẫn của người dược sĩ không chỉ tạo nên nhận thức mà còn làm giảm chi phí chăm sóc sức khỏe.

4.2. Nhiệm vụ của người dược sĩ

Người dược sĩ có thể thực hiện các chức năng, nhiệm vụ sau:

- Giáo dục truyền thông cho cộng đồng sử dụng thuốc hợp lý, nguy cơ, thuốc

không đem lại kết quả tốt và các lựa chọn phương thuốc, sử dụng các tờ rơi thông tin cho người bệnh, tờ quảng cáo, các cuộc gặp gỡ cộng đồng, các bài báo, thư ngỏ trên báo địa phương, các cuộc phỏng vấn trên truyền hình ...

– Hình thành một uỷ ban hành động của các nhóm liên quan và các cá nhân để tạo ra nhận thức về thực trạng sử dụng thuốc và đem lại các thay đổi.

– Khuyến khích các cán bộ y tế địa phương khuyên dùng thuốc chỉ khi cần thiết và gợi ý những phương thuốc dân gian thích hợp đối với các bệnh ít quan trọng.

– Giúp làm thuận tiện tiếp nhận thông tin về thuốc, theo dõi việc tiếp tục cung ứng các thuốc đã bị cấm.

– Giới thiệu cho các bác sĩ và cán bộ y tế địa phương các nguồn tài liệu khách quan, cập nhật thông tin để họ không đơn lẻ, tự tin đối với các tài liệu bán hàng và các hướng dẫn kê đơn thương mại của các công ty dược phẩm.

– Triển khai và sử dụng nghiên cứu tiêu dùng thuốc trong người dân và cộng đồng ở khu vực nhà thuốc hoạt động để tìm ra các thuốc nào đang bị lạm dụng và sử dụng quá mức và người dân đã chi tiêu bao nhiêu vào các thuốc bất hợp lý, liệu họ có đang sử dụng thuốc một cách mạo hiểm hay không, liệu các cán bộ y tế có cập nhật các thông tin khách quan về thuốc hay không, bao nhiêu thuốc được bán không kê đơn và bao nhiêu chỉ được bán theo đơn... Các kết quả của các nghiên cứu loại ấy phải được công bố để tạo ra nhận thức và cải thiện tình hình.

– Nghiên cứu về các hướng dẫn kê đơn thương mại, các tài liệu quảng cáo bán hàng của các công ty dược phẩm và nhãn thuốc, các tờ hướng dẫn sử dụng kèm theo thuốc. So sánh các thông tin này với các tài liệu giáo khoa chuẩn, nhìn nhận đặc biệt đến các chống chỉ định và các tác dụng phụ.

– Nghiên cứu về thành phần các biệt dược phổ biến của thuốc OTC. Tìm ra xem liệu chúng có chứa các bất hợp lý hoặc các mối nguy hại nào không và liệu các hoạt chất có phù hợp và bao gồm lượng thích hợp được sử dụng hay không.

– Giáo dục truyền thông cho cộng đồng về các bất hợp lý của các thuốc nhất định.

– Đảm bảo rằng bất cứ ai được kê đơn thuốc kháng sinh hoặc là kê đơn các thuốc điều trị dài ngày, hoặc điều trị lao được nói *hãy uống thuốc đều đặn và theo đúng khoảng thời gian yêu cầu để tránh sinh ra các chủng vi khuẩn kháng thuốc.*

– Do tâm lý thích dùng hàng ngoại của người dân cần chỉ ra cho người dân thấy được các hãng dược phẩm nào có các sản phẩm đáng để chi ra số tiền lớn hơn để mua thuốc, các nhà sản xuất nội địa nào có các thuốc có chất lượng tốt (đánh giá theo tương đương sinh học – Bioequivalence và sinh khả dụng – Bioavailability).

KẾT LUẬN

Người dược sĩ đóng vai trò không thể thiếu trong sử dụng thuốc an toàn hiệu quả và hợp lý. Dược sĩ phải có ý kiến về việc sử dụng bất hợp lý, không an toàn, thiếu hiệu quả và thuốc bị cấm, các thuốc có nghi ngờ về hiệu quả.

Chỉ có một số ít các thuốc kết hợp liều cố định (FDC) được chứng minh là có lợi, vì giảm được các chi phí liên quan và có thể có tác dụng hiệp đồng. Hầu hết các loại khác là nghi ngờ về sự hợp lý.

Người dược sĩ có một lợi thế khi khuyến bảo người dân và cộng đồng tăng cường sử dụng thuốc an toàn hiệu quả và hợp lý qua tối ưu việc mua thuốc, kiểm soát tồn trữ, cung ứng và thông tin cho người bệnh và khuyến dùng các thuốc OTC hợp lý.

Người dược sĩ cũng là nhân vật chính trong giáo dục truyền thông cho cán bộ y tế, người dân và cộng đồng. Các chương trình hành động và can thiệp, vì thế cần phải tiếp tục được thực hiện đầy đủ có tổ chức một cách hệ thống như là một bộ phận của hệ thống y tế để tăng cường sử dụng thuốc an toàn hiệu quả và hợp lý và chống lạm dụng thuốc.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Thành Đô. Hướng tới việc thực hành nhà thuốc tốt tại Hà Nội. Đề tài cấp Bộ Y tế đã được nghiệm thu, 2002.
2. A. J. Winfield, R. M. E. Richards. Pharmaceutical Practice; Churchill Livingstone, 2005.
3. Albert I. Wertheimer, Mickey C. Smith. Pharmacy practice – Social and Behavioral Aspects, Third Edition. Williams & Wilkins, 1989.
4. Federation International Pharmaceuticals, FIP Statement of Professional Standards Continuing Professional Development. Nice, September 2002.
5. Federation International Pharmaceuticals. Standards for quality of pharmacy services. The Tokyo Declaration, Tokyo, 1993.
6. Jonathan D. Quick and al. Managing Drug Supply. Second edition, Kumarian Press, 1997.
7. Norman B. Sigband. Effective Communication for Pharmacists and other Health Care Professionals. Jono Pubns, January 1995.
8. WHO. Declaration of Alma Ata in: Primary Healthcare, Geneva, World Health Organization, 1998
9. William N. Tindall, Robert S. Beardsley, Carole L. Kimberlin, Communication Skills in Pharmacy Practice. Third Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 1994.



Chịu trách nhiệm xuất bản:
Chủ tịch Hội đồng Thành viên kiêm Tổng Giám đốc NGÔ TRẦN ÁI
Tổng biên tập kiêm Phó Tổng Giám đốc NGUYỄN QUÝ THAO

Tổ chức bản thảo và chịu trách nhiệm nội dung:
Phó Tổng biên tập NGUYỄN VĂN TƯ
Giám đốc Công ty CP Sách ĐH–DN NGÔ THỊ THANH BÌNH

Biên tập nội dung: BS. VŨ THỊ BÌNH – VŨ BÁ SƠN
Trình bày bìa: ĐINH XUÂN DŨNG
Sửa bản in: BS. VŨ THỊ BÌNH – VŨ BÁ SƠN
Chế bản: TRỊNH THỰC KIM DUNG

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo)

KỸ NĂNG GIAO TIẾP VÀ THỰC HÀNH TỐT TẠI NHÀ THUỐC
(DÙNG CHO ĐÀO TẠO ĐƯỢC SĨ VÀ HỌC VIÊN SAU ĐẠI HỌC)

Mã số: 7K907Y1 – ĐAI

Số đăng kí KHXB : 1207 – 2011/CXB/23 – 1721/GD.

In 1.000 cuốn (QĐ in số : 56), khổ 19 x 27 cm.

In tại Công ty CP In Phúc Yên.

In xong và nộp lưu chiểu tháng 12 năm 2011.



HEVOBCO

CÔNG TY CỔ PHẦN SÁCH ĐẠI HỌC - DẠY NGHỀ
(HIGHER EDUCATIONAL AND VOCATIONAL BOOKS JSC)

Địa chỉ: 25 Hàn Thuyên - Hà Nội - Tel: 043.9724715
Chi nhánh tại TP. Hồ Chí Minh : 240 Trần Bình Trọng - Quận 5
Email: info@hevobco.com.vn - web: <http://www.hevobco.com.vn>

TÌM ĐỌC SÁCH GIÁO KHOA Y HỌC CỦA NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Bệnh học cơ sở | Nguyễn Mỹ (CB) |
| 2. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa | Nguyễn Thị Ngọc Lan |
| 3. Bệnh học đại cương | Lê Đình Roanh |
| 4. Bệnh học ngoại khoa | Đặng Hanh Đệ |
| 5. Bệnh nội tiết chuyển hoá | Đỗ Trung Quân |
| 6. Các phương thức điều trị bằng vật lý | Lê Quang Khanh (CB) |
| 7. Cấp cứu ngoại khoa - Tập 1 | Đặng Hanh Đệ |
| 8. Cấp cứu ngoại khoa - Tập 2 | Đặng Hanh Đệ |
| 9. Câu hỏi lượng giá điều dưỡng nhi khoa | Đinh Ngọc Đệ |
| 10. Chẩn đoán hình ảnh | Nguyễn Duy Huê - Phạm Minh Thông |
| 11. Chẩn đoán hình ảnh X quang | Chu Văn Đặng |
| 12. Công nghệ bào chế dược phẩm | PGS. TS. Hoàng Minh Châu (CB) |
| 13. Công nghệ sinh học dược | Nguyễn Văn Thanh |
| 14. Da liễu học | Phạm Văn Hiến |

Bạn đọc có thể mua sách tại các Công ty Sách - Thiết bị trường học ở các địa phương
Hoặc các cửa hàng sách của Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam :

- **Tại TP. Hà Nội :** 25 Hàn Thuyên; 51 Lò Đúc; 45 Hàng Chuối;
187 Giảng Võ; 14/3 Nguyễn Khánh Toàn; 232 Tây Sơn;
67B Cửa Bắc; 45 Phố Vọng; Ngõ 385 Hoàng Quốc Việt.
- **Tại TP. Đà Nẵng :** 78 Pasteur ; 247 Hải Phòng; 71 Lý Thường Kiệt.
- **Tại TP. Hồ Chí Minh :** 240 Trần Bình Trọng, Quận 5;
2A Đinh Tiên Hoàng, Quận 1;
231 Nguyễn Văn Cừ ;
116 Đinh Tiên Hoàng, Phường 1, Quận Bình Thạnh.
- **Tại TP. Cần Thơ :** 162D Đường 3 tháng 2, Quận Ninh Kiều.
- **Tại website bán hàng trực tuyến :** www.sach24.vn



Giá: 62.000 đ