نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
سال سوم، شماره دوم، تابستان ۹۸، صفحات ۲۱۶ تا ۲۲۱

موانع موجود در ارتقای ارائه خدمات دارویی داروسازان و راهکارهای پیشنهادی در برای رفع آن‌ها

نویسندگان:
سیدابراهیم سجادی*[1]، بهزاد ذوالفقاری[2]

زمینه و هدف: امروزه نقش داروساز درحوزه سلامت از نسخه‌پیچی ساده (Dispensing) وتوزیع دارو و ملزومات بهداشتی (Health supplies) عبورکرده و با مبنایی بیمارمحور (Patient oriented) به ارائه مراقبت‌های دارویی برای ارتقای سلامت تبدیل شده است. دراین سیستم ضمن راهنمایی بیمار درخصوص مقدار و نحوه مصرف دارو و بیان و تفهیم عوارض احتمالی دارو و تداخلات دارویی و نکاتی که بیمار باید در طول دوره درمان رعایت نماید، لازم است از توجیه شدن بیمار نسبت به راهنمایی‌های انجام شده اطمینان حاصل شود. هدف این مقاله بیان موانع موجود در ارائه خدمات دارویی مطلوب و ارائه راهکارهای پیشنهادی در برای رفع آن‌ها است.

روش کار: در این راستا براساس مطالعه منابع موجود و نتیجه تحقیقات مختلف داخلی انجام شده در این زمینه و تجزیه وتحلیل اطلاعات موجود راهکارهایی ارائه شده است.

یافته‌ها: از شرایط لازم برای ارتقا کیفیت ارائه خدمات توسط داروسازان آگاهی و مهارت‌های حرفه‌ای، زمینه مساعد نگرشی و همچنین شناخت و رفع محدودیت‌های موجود درزمینه عملکردی است. اگرچه مطالعات جامعی در گستره کل کشور در این زمینه وجود ندارد ولی با توجه به مطالعات پراکنده در این خصوص و ماهیت پیوسته و مستمر ارتقای کیفیت و همچنین نقشی که امروزه برای داروسازان تحت عنوان «مراقبت‌های دارویی» تعریف گردیده است همگی موید لزوم فراهم کردن زمینه برای ارتقای مستمر کیفیت ارائه خدمات دارویی در کشور است.

نتیجه‌گیری: براساس برنامه‌های بالادستی در حیطه سلامت و توفیقات به‌دست آمده درخصوص تولیدات دارویی در کشور و همچنین تربیت قابل توجه نیروی انسانی داروساز مورد نیاز بخش بهداشت و درمان، افق روشنی درخصوص رسیدن به اهداف مورد نظر درزمینه تولیدات دارو و خدمات دارویی در صورت برنامه‌ریزی‌های لازم به چشم می‌خورد. بدیهی است در این مسیر لازم است ضمن شناخت موانع و محدودیت‌ها، راهکارهای مناسب برای رفع آن طراحی و به‌کار گرفته شود. دراین مقاله راهکارهای مشخصی دربرای هموار کردن زمینه ارتقای هر چه بیشترکیفیت ارائه خدمات دارویی در کشور ارائه گردیده است.

کلید واژه‌ها: خدمات اطلاع‌رسانی دارو، خدمات دارویی، داروسازان، نظام‌های دارورسانی

مقدمه

مطالعه تاریخ داروسازی نشان می‌دهد که ایرانیان باستان از اولین کسانی بودند که دارو را می شناختند به‌طوری‌که درکتاب زند اوستا قسمتی به نام وندیداد به امور درمان اختصاص داشت که سپس به دست یونانیان افتاد و دانشمندانی نظیرجالینوس ازآن بهره بردند. در تمدن اسلامی، طب و داروسازی به همت دانشمندانی نظیر طبری، ابوبکرمحمد زکریای رازی، شیخ‌الرئیس ابوعلی‌سینا، سیداسماعیل جرجانی، ابوریحان بیرونی، ابومنصور موفق الهروی و امثال آنها پیشرفت کرد و به شهرت جهانی رسید (۱). از آن جمله رازی نخستین کسی است که داروسازی را به عنوان یک رشته مستقل (ولی دررابطه با پزشکی) دانسته و به کوشش وی اولین داروخانه تحت نظارت حکومت درقرن سوم هجری در شهر بغداد تأسیس شد. ابوریحان بیرونی با تدوین کتاب صیدنه به داروسازی هویت داد و به شرح ویژگی داروها و نقش داروساز (به عنوان عطار) پرداخت.

مطالعه نحوه تجویز و مصرف داروها در برهه زمانی یاد شده وجود نوعی حرفه‌گرایی در داروسازی را نشان می‌دهد به‌طوری‌که داروساز همزمان در تجویز دارو نیز نقش داشته و با توصیه‌های خود در خصوص نحوه مصرف، رعایت رژیم غذایی و استراحت، بیمار را در مسیر بهبودی قرار می‌داده است. همچنین تسلط این حکما برعلوم دینی و انسانی جایگاه خاصی برای داروسازان آن زمان فراهم کرده بود. رشد حرفه‌ای داروسازی

۱. * عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
۲. استاد دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

در تاریخ اسلام و ایران را می توان مرهون بلوغ حرفه‌ای ومسئولیت‌پذیری متعهدانه داروسازان (عطاران)، افزایش تقاضا بـرای داروهـا و در دسـترس بودن عرضه‌کننده‌های آن دانست (۲).

براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت احساس رضـایت کامـل جسمانی، روانی و اجتماعی (و نـه تنهـا فقـدان بیمـاری و ضـعف) اسـت (۳). سلامت ازمهمترین ارکان توسعه بوده که همراه با عوامـل دیگرازجملـه توسـعه اقتصادی و اجتماعی زمینه شکوفائی ورشد جامعه را فراهم می‌کند.

سامانه سلامت عبارت است ازسازمان‌ها، مؤسسات و منابعی که به ارائه و یا تولید اقدام سـلامت (Health action) اختصـاص دارنـد. اقدام سلامت به هرگونه تلاشی (درمراقبت سلامت فردی، خـدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه‌هـای بـین بخشـی) کـه هـدف اصلی آن ارتقاء سلامت باشد اطلاق می‌شود (۴).

از مجموعه متشکل سـامانه سـلامت، نیـروی انسـانی کارآمـد نقـش تعیین‌کننده‌ای در رسیدن به اهداف نظام سلامت را دارا بوده و داروسازان به عنوان عضوی از مجموعـه نیـروی انسـانی نظـام سـلامت دارای نقـش چندگانه دراین حیطه می‌باشند که از یک طرف به نقش داروساز در تولید دارو (صـنعت داروسـازی) و از طـرف دیگـر بـه ارائـه خـدمات دارویـی درعرصه‌های مختلف ازجمله بیمارستان‌ها وداروخانه‌ها می‌توان اشاره کرد. داروسازان همانند سایر اعضای تیم سلامت برای ایفای نقش واقعـی خـود بایسـتی ازسـطح لازم درحیطـه‌هـای چهارگانـه دانـش تخصصـی (Specific Knowledge)، نگرش (Attitude)، مهارت (Skills) و رفتـار مناسـب (Behaviors) برخوردار باشند.

نکته اساسی درخدمات سلامت لزوم صحیح عمل کردن همه اعضای تـیم سلامت است. تشخیص صحیح یک بیماری ازطرف پزشـک وقتـی بـه نتیجـه مطلوب می رسد که داروساز با اطلاعات کامل علمی خود ضمن ارائـه مشـاوره دارویی جامع به بیمار ازانتقال و کسب اطلاعات لازم از طـرف بیمـار اطمینـان حاصل کرده باشد. درغیراین صورت دارودرمانی وهزینـه‌هـای سـرمایه‌گـذاری شده عملاً به نتیجه مطلوب نخواهـد رسـید حتـی اگـر دیگـر اجـزای درگیـر درسلامت کار خود را به خوبی انجام داده باشند و این موضوع اهمیت حرکـت به سمت حرفه‌گرایی در داروسازی را به خوبی بیان می‌کند.

سازمان جهانی بهداشت هفت توانایی زیررا به عنوان حـداقل شـرایط لازم برای داروساز درنظر گرفته است (۵ و۶).

۱. **ارائه‌کننده خدمات مراقبتی (Care giver):** داروساز باید بـا هـدف دستیابی به نتایج مطلوب درمانی، اطلاعات، توصیه‌ها وخدمات دارویی درمانی لازم را دراختیار بیمار قراردهد. همچنین در تعامـل بـا دیگـر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، ضمن توصیه‌های لازم به پزشکان نقش خود را برای اطمینـان از مطلوبیـت درمـان دارویـی، منطقـی بـودن هزینه‌های مراقبت درمانی و افزایش سلامتی به کار گیرد.

۲. **تصـمیم‌گیرنـده (Decision Maker):** تصـمیم‌گیـری درعرصـه مراقبت‌های سلامت یک اقدام چند جانبه است کـه بـا حضـور همـه اعضای تیم سلامت انجام می شود. دراین میـان داروسـاز بایسـتی بـا بهره‌گیری از دانش دارویـی خـود ضـمن ارزیـابی شـرایط و اسـتفاده مناسب و بهینه ازمنابع، مناسب‌تـرین راهکـار را در بـرای دسترسـی مطمئن و آسان خدمات مراقبت‌های دارویی مدیریت کند.

۳. **برقرارکننده ارتباط (Communicator):** داروسازعضو تیم ارائه‌دهنده خدمات سـلامت بـوده و درجایگـاه خاصـی درمیـان بیمـار وپزشـک قراردارد. بدین منظور به هنگام برخورد با بیمار ویا سایر ارائه‌دهندگان خـدمات سـلامت بایسـتی عـلاوه برتسـلط و دانـش علمـی کـافی، مهارت‌های لازم کلامی، شنیداری و نوشتاری را نیز داشته باشد.

۴. **تـوان رهبـری (Leader):** داروسـاز چـه درموقعیـت‌هـای مراقبتـی چندجانبه و چه در مواردی که سایر ارائـه‌دهنـدگان خـدمت حضـور کمرنگی دارند بایستی بتواند به راهبری موقعیت‌هـا دربـرای سـلامت بیمار و یا رفاه جامعه بپردازد.

۵. **مدیر(Manager):** داروسـاز بایـد بتوانـد بـا توجـه بـه امکانـات قابـل دسترس، منابع انسانی، فیزیکی، مالی و زمانی و بـا هـدف دسترسـی مطمئن و آسان مراقبت‌های دارویی بیماران را مدیریت کند. همچنین توانایی مدیریت داروخانه و یا واحد زیرمجموعه خود را از لحاظ علمی، فنی، انسانی، مالی و اخلاقی داشته باشد.

۶. **یادگیرنده همیشگی (Life Long Learner):** داروساز باید اصول و نیز تعهد به یادگیری درطول زندگی را به منظور حفظ و پیشبرد توانـایی خود در برای فعالیت‌های حرفه‌ای مدنظر داشته باشد.

۷. **آموزش‌دهنـده (Teacher):** داروسـاز نقـش آمـوزش‌دهنـده بـرای گیرندگان خدمات و همچنـین داروسـازان آینـده را چـه بـه صـورت مستقیم و چه به صورت کارآموزی درداروخانه‌ها برعهـده دارد. البتـه این نه تنها فرصتی برای انتقال دانـش و تجربـه بلکـه فرصـتی بـرای فراگیری و ارتقاء دانش آموزش‌دهنده نیز است.

امروزه نقش داروساز ازنسخه پیچی ساده (Dispensing) وتوزیـع دارو و ملزومات بهداشتی (Health supplies) عبور کـرده و بـا مبنـایی بیمـارمحور (Patient oriented) به نقش ارائه مراقبت‌های دارویی برای ارتقـای سـلامت تبدیل شده است. دراین سیستم علاوه بر راهنمایی بیماردرخصوص مقدار و نحوه مصرف دارو و بیان و تفهیم عوارض احتمـالی دارو و تـداخل‌هـای دارویی و نکاتی که بیمار باید در طول دوره درمان رعایت کند، لازم اسـت از توجیه شدن بیمار نسبت به راهنمایی‌های انجام شده اطمینـان حاصـل شود. وظیفه داروسازان اطمینان از مناسب بودن دارودرمانی بیماران است به نحوی که دارو یا داروهایی با بیشترین کارایی، قابل دسترس و تـا حـد امکان با کمترین عارضه جانبی تجویز شده باشد. به همین دلیل داروسـاز با قبول مسئولیت مستقیم درخصوص داروهای تجویز شده (بـا توجـه بـه اثربخشی، ایمنی، کیفیت و ارزیابی اقتصادی) می‌تواند درنتایج دارودرمانی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

و کیفیت زندگی بیماران سهم منحصربه‌فردی ایفا کند. این رویکرد جدید برای داروساز مراقبت دارویی (Pharmaceutical care) نام دارد (۷). درکشورهای پیشرفته مراقبت دارویی بخشی ازخدمات مراقبت در سلامت است که با همکاری بیمار، پزشک، پرستار و دیگر اعضای تیم سلامت انجام می‌پذیرد. به عبارت دیگر مفهوم مراقبت دارویی به معنی تعهد نسبت به سلامتی بیماران است.

داروساز در بین اعضای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی موقعیت منحصر به فردی دارد زیرا در سامانه سلامت داروساز آگاه‌ترین فرد در علوم دارویی است که بیمار بدون وقت قبلی به او دسترسی دارد و خدمات او در مواردی می تواند شبانه‌روزی باشد. همین موضوع سبب می‌شود تا در بسیاری از موارد داروساز به عنوان اولین فرد در نظام ارائه خدمات پاسخگوی مشکلات سلامت مراجعه‌کنندگان باشد. داروسازان به علت اینکه در مجموعه‌های متعدد مانند داروخانه‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و مانند این‌ها فعالیت می‌کنند لذا فرصت‌های ارائه خدمات سلامت متنوعی نیز برای آن‌ها فراهم است.

یافته‌ها

بررسی وضعیت موجود

۱. **آگاهی حرفه‌ای:** مطالعات پراکنده‌ای درخصوص ارزیابی آگاهی حرفه‌ای و مهارتی داروسازان وجود دارد که موید لزوم ارتقا مستمر سطح آگاهی حرفه‌ای به منظور افزایش اعتماد به نفس در برقراری ارتباط با همکاران است (۱۰- ۸). هرچه آگاهی حرفه‌ای و مهارتی افزایش یابد زمینه ارتقای کیفیت ارائه خدمات سلامت هم افزایش می‌یابد که این امر با اصلاح برنامه‌های آموزشی داروسازی و بهبود فرایند آموزش مداوم امکان‌پذیر است.

۲. **زمینه نگرشی:** از ویژگی‌های مهم خدمات سلامت ساختار تیمی ارائه‌دهندگان آن است که پزشکان، داروسازان و پرستاران مهم‌ترین اعضای این تیم را تشکیل می‌دهند. بدیهی است همه اعضای تیم باید بپذیرند که تصمیم‌گیری درعرصه مراقبت‌های سلامت یک اقدام چندجانبه بوده و باید با حضور چند حرفه مختلف مرتبط انجام شود. همچنین درک و شناخت صحیح وظایف خود ودیگراعضا و ایجاد ارتباط علمی و عملی مستحکم میان آن‌ها موجب بهبود کیفیت و بهره‌وری در ارائه خدمات سلامت ودر نتیجه افزایش نتایج خواهد شد. بررسی یک تحقیق توصیفی مقطعی محدود به عنوان یک نمونه بیانگر این است که هم ازدیدگاه داروسازان و هم پزشکان، همکاران داروساز به عنوان یک منبع بالقوه ارائه اطلاعات دارویی به پزشکان و بیماران شناخته می‌شوند و این توانایی به دلایل مختلف هنوز نتوانسته در قالب مراقبت‌های دارویی تبلور پیدا نماید (۱۰).

۳. **زمینه عملکرد:** ازآنجایی که بهبود بیماربه مشاوره دارویی و ارتباط فعال بین بیمارو داروساز بستگی دارد، بررسی و شناخت محدودیت‌های موجود درایجاد ارتباط علمی صحیح و کامل بین بیمارو داروساز و برنامه‌ریزی برای رفع آن در ارتقای خدمات حرفه‌ای داروسازان تعیین‌کننده خواهد بود. نتایج حاصله ازیک مطالعه محدود انجام شده دراین زمینه نشان می‌دهد که علاوه بر لزوم اطلاع‌رسانی از وظایف داروساز برای مردم، افزایش هرچه بیشتر مهارت‌های ارتباطی در داروسازان در ایجاد ارتباط علمی مطلوب بین بیمار و داروساز نقش به‌سزایی خواهد داشت (۱۱). همچنین درخصوص زمان مناسب مشاوره دارویی داروساز در داروخانه و نحوه ارائه خدمات و اطلاعات دارویی مورد نیاز بیماران با شرایط مطلوب فاصله وجود دارد (۱۴-۱۲). با توجه به اینکه ایفای نقش مناسب حرفه‌ای توسط داروسازان فقط به این قشر و توانایی‌های آن‌ها وابسته نیست و به باورها و توانایی‌های سایر افراد ذینفع در دو سطح سایر همکاران تیم سلامت و آحاد مردم نیز وابستگی دارد بایستی آموزش برای دو گروه مذکور در دستور کار قرار گیرد، زیرا مطالعات نشان می‌دهد فقدان آگاهی و نگرش لازم بیماران وپزشکان درخصوص مهارت‌ها و وظایف داروسازان از عوامل اصلی ضعف ارتباطی محسوب می‌شود. بدیهی است این موضوع منجر به کاهش سطح انتظار، تمایل و درخواست ارائه خدمات دارویی شده که نهایتاً می‌تواند موجب ایجاد احساس فقدان سودمندی شده و در نتیجه ضعف در خدمات‌رسانی را فراهم کند.

اخلاق حرفه‌ای

علاوه برجایگاه قانون، تبیین ارزش‌های دینی وآموزش‌های اخلاقی درروند حرفه‌ای‌گری نقش بسیار ارزشمندی دارد. دراین راستا دانشگاه علوم پزشکی تهران درسال ۱۳۹۱ سند جامع اخلاقی نظام دارویی کشور را تدوین کرده است که درآن کدهای اخلاق حرفه‌ای برای داروسازان تعریف شده و توجه به آن و زمینه‌سازی هرچه بیشتر دربرای نهادینه کردن مفاهیم آن می‌تواند در اعتلای خدمت‌رسانی جامعه داروسازی کشور بسیارمفید واقع شود (۱۵).

خدمات تخصصی بالینی داروسازی: با توجه به اینکه بخش مهمی از خدمات سلامت در بیمارستان‌ها ارائه می‌شود، لزوم توجه به بهبود و ارتقای ارائه خدمات دارویی دراین بخش ازنظام سلامت ضروری است. داروسازان بالینی به عنوان گروهی ازداروسازان متخصص ضمن طی دوره تخصصی آمادگی لازم برای ایفای نقش در ارائه خدمات دارویی به پزشکان و بیماران در بیمارستان‌ها را به‌دست می‌آورند. داروساز بالینی با توجه به شناخت داروها و با تسلط به علوم فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک خصوصا در مورد پایش داروها و به عنوان کارشناس داروها در درمان نقش بسیار مهمی در سلامت بیماران بستری در بیمارستان ایفا می‌کند. رشته

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

تخصصی داروسازی بالینی در سال ۱۳۷۵ درایران پایه‌گذاری شد که در تأمین داروسازان بالینی و ارائه خدمات دارویی به پزشکان و بیماران در بیمارستان‌ها نقش اساسی ایفا نموده است. این در حالی است که اگر برای هر ۸۵ تخت بیمارستانی یک داروساز بالینی در نظر بگیریم حداقل نیاز داروساز بالینی کشور حدود ۲۰۰۰ نفر است (۱۶).

آموزش رشته داروسازی

هدف نظام آموزشی باید تربیت افراد با دانش و قابلیت‌های حرفه‌ای کامل شامل تفکرانتقادی، توانا در کارگروهی و مدیریت، حل مسئله، اخلاق مدار و برقرارکننده ارتباط باشد. تصمیمات آموزشی مقطعی و بدون نگاه راهبردی می‌تواند وضعیت نظام آموزشی را دچار چالش‌های بیشتری کند. موضوع هر تغییر بایستی از نگاه استراتژیک به نیازهای حال و آینده جامعه باشد. از آنجایی که سطح نمره لازم برای ورود به رشته داروسازی بالا است لذا از لحاظ داشتن استعدادهای انسانی در این رشته مشکل خاصی وجود ندارد. وجود فرصت شغلی و کسب موقعیت اجتماعی و عنوان خدمت به جامعه از مهم‌ترین عوامل انتخاب رشته داروسازی بوده که این موضوع ازعوامل اصلی انگیزه بالای دانشجویان با استعداد درانتخاب رشته داروسازی است (۱۷)، حقیقتی که خود می‌تواند در صورت کارا بودن برنامه آموزشی آن‌ها کمک زیادی به ارتقای نقش داروساز وخدمت‌رسانی مطلوب از طرف داروسازان عنوان عضو تیم سلامت بنماید.

بررسی آموزش داروسازی دردانشکده‌های داروسازی کشور در مقایسه با برخی ازدانشکده‌های معتبر خارج از کشور نشان‌دهنده تفاوت‌هایی در محتوا و استراتژی تعلیم است که ازآن جمله می‌توان اختصاص ساعات بیشتری به امر آموزش (به جای مهارت‌های حرفه‌ای)، کمرنگ بودن آموزش علوم اجتماعی مبتنی بر نیازهای فرهنگی، مذهبی و اجتماعی کشور و روش یادگیری فعال را نام برد (۱۸).

نقش آموزش مداوم: ازآنجایی که بخش عمده ارائه‌دهندگان خدمات دارویی شامل به دانش‌آموختگان قدیمی‌تر است و مطالعات نشانگر فقدان آگاهی، نگرش و عملکرد مناسب در جمعیت قابل توجه آن‌ها است، نیل به جایگاه مناسب داروسازان در ارائه خدمات سلامت بدون در نظر گرفتن توانایی‌های حرفه‌ای این دسته از داروسازان دشوار خواهد بود لذا در ارائه راهکارهای لازم بایستی توجه لازم در برای ارتقای آموزش حرفه‌ای این دسته از داروسازان نیز به عمل آید.

بحث و نتیجه‌گیری

ایران در زمره کشورهای درحال توسعه است که توانسته دردهه‌های اخیر پیشرفت‌های قابل‌توجهی درساخت دارو و ارائه خدمات دارویی به دست آورد. افزایش نیازهای سلامت سبب شده تا در جوامع پیشرفته نقش جدیدی تحت عنوان مراقبت‌های دارویی برای حرفه داروسازی تبیین شود. با توجه به جایگاه تعریف شده کشور در چشم‌انداز بیست ساله به عنوان کشور توسعه یافته و با توجه به اهمیت سلامت در رسیدن به این جایگاه لازم است نسبت به رفع موانع برای رسیدن به اهداف مورد نظر برنامه‌ریزی شود.

در کشورما براساس برنامه‌های بالادستی (نقشه جامع علمی) درحیطه سلامت (۱۹) و توفیق به دست آمده درخصوص تربیت تعداد قابل توجه از نیروی انسانی مورد نیاز، افق روشنی درخصوص رسیدن به اهداف هم درزمینه خدمات دارویی و هم تولیدات دارو درصورت برنامه‌ریزی‌های لازم به چشم می‌خورد. بدیهی است دراین مسیر لازم است ضمن شناخت محدودیت‌ها راهکارهای مناسب برای رفع آن طراحی و به‌کار گرفته شود.

۱. بازنگری قوانین، برنامه‌ها و آیین نامه‌های مرتبط با نظام سلامت مربوط به داروسازان و تعریف شفاف،عینی، به روز و کارآمد با رویکرد ارائه خدمات دارویی توسط داروساز
۲. تبیین اهمیت نقش کار تیمی دربرنامه‌های آموزشی دانشجویان رشته‌های مختلف اعضای تیم سلامت به منظور ایجاد باوردرزمینه لزوم مشارکت تمامی اعضای تیم سلامت در ارتقای سلامت جامعه. به عنوان نمونه این کار می‌تواند با حضوردانشجویان داروسازی در راندهای آموزشی دانشجویان پزشکی و یا برگزاری برنامه‌های آموزش مداوم مشترک برای فارغ‌التحصیلان داروساز و سایر اعضای تیم سلامت دربرای ارتقای مهارت‌های ارتباطی و ایجاد انگیزه لازم برای درک مشترک حرفه‌ای آغاز شود.
۳. افزایش متناسب آموزش‌ها وتوانمندی‌های علمی وحرفه‌ای لازم در راستای مراقبت‌های دارویی برای دانشجویان داروسازی و داروسازان شاغل
۴. تلاش برای ایجاد زمینه مناسب ایفای نقش جامع درحیطه ارائه خدمات سلامت از طرف داروسازان با کاهش مشکلات اقتصاد داروخانه و همچنین تأمین، تهیه و توزیع دارو
۵. استفاده ازرسانه‌های تصویری و شنیداری و سایر روش‌های ممکن به منظور افزایش آگاهی آحاد جامعه به جایگاه، وظایف و ظرفیت ارائه خدمات سلامت از طرف داروسازان
۶. تشکیل کمیته مشاوران داروهای غیرنیازمند به نسخه (شامل نمایندگان پزشکان، داروسازان، فارماکولوژیست‌ها و داروسازان بالینی) برای بررسی و سامان دهی این دسته ازداروها با در نظرگرفتن شرایط اجتماعی و فرهنگی کشور. همچنین موظف کردن الصاق برچسب

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

داروی غیرنیازمند به نسخه برروی داروهای غیرنیازمند به نسخه و ثبت توصیه‌های مهم و کامل بر روی آن

۷. آموزش کامل و جامع‌تر داروهای بدون نسخه در برنامه آموزشی دانشجویان داروسازی در دروس کارآموزی به منظور تمرین عملی لازم درخصوص ارائه خدمت درزمینه داروهای بدون نسخه از یک طرف و از طرف دیگر افزایش آگاهی مردم از تفاوت‌های داروهای بدون نسخه و نیازمند به نسخه به منظور حفظ زمینه‌های سلامت و افزایش مشارکت آن‌ها درزمینه سیاست‌های دارویی کشور

۸. تهیه بسته آموزشی "نقش داروساز در پیشگیری اولیه" و لحاظ آن در برنامه درسی داروسازی و آموزش‌های مداوم

۹. نظارت علمی بیشتربر روی بروشورهای الصاقی به داروهای گیاهی به منظور جلوگیری از اغراق در بیان اثربخشی و لزوم ذکر مواردی شامل دوز درمانی، اثربخشی، موارد منع مصرف احتمالی و عوارض جانبی و تداخلات دارویی و غذایی در بروشور دارو

۱۰. تصویب و قانونی کردن کدهای اخلاق ویژه داروسازی توسط مراجع قانونی از جمله نظام پزشکی

۱۱. گسترش دوره تخصصی داروسازی بالینی با راه‌اندازی این دوره در دانشکده‌های توانمند (درصورت نیاز به صورت مشترک) به منظور رفع کمبودهای موجود در این زمینه

۱۲. تقویت حضور داروسازان بیمارستانی در بیمارستان‌ها با کمک ارائه آموزش تکمیلی مرتبط کوتاه‌مدت برای داروسازان فارغ‌التحصیل

۱۳. برنامه‌ریزی و نظارت برای تغییر سمت و سوی آموزش در داروسازی به آموزش فعال و مؤثر و بیمار محور دربرای ارتقای مهارت‌های حرفه‌ای به‌ویژه از طریق توانمندسازی و ایجاد نگرش و انگیزش لازم در اعضای هیئت علمی

۱۴. نیازسنجی در خصوص برنامه درسی داروسازی برای تربیت داروسازان فردا و تدوین فرایند تغییر آن

۱۵. بازنگری و انجام مجدد رتبه‌بندی دانشکده‌های داروسازی با رویکرد بهبود و اصلاح وضع موجود و با تأکید برسهم آموزش در آیین‌نامه‌ها و نظام ارزشیابی دانشکده‌ها

۱۶. مشارکت فعالانه همه دست‌اندرکاران داروسازی در تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های آموزش مداوم با تأکید بر راهبرد ارتقای جایگاه و توانمندی‌های علمی و به‌روز کردن دانش حرفه‌ای داروسازان در نظام سلامت

۱۷. برگزاری نشست‌های مشترک سازمان‌های ذیربط (نظام پزشکی، معاونت غذا و دارو، معاونت بهداشت، درمان، دبیرخانه آموزش داروسازی و تخصصی و انجمن داروسازان) در برای راهکارهای ارتقای ارائه خدمات دارویی

۱۸. تأسیس دفتر"توسعه حرفه‌ای داروسازی در نظام سلامت" در حوزه سازمان غذا و دارو در برای برنامه‌ریزی، نظارت و ارزشیابی امور مربوط به ارتقای جایگاه و توانمندی‌های داروسازان در نظام سلامت

همانطوری که آگاهی از مشکلات، کمبودها و موانع به منظوررفع آن‌ها از ضروریات توسعه است، تبیین موفقیت‌های به‌دست آمده نیزراهگشا و تسریع‌کننده دسترسی به اهداف آینده محسوب می‌شود. همگام با چهاردهه موفقیت درزمینه رشد کیفی و کمی ارائه خدمات سلامت از جمله اصلاح آموزش پزشکی، تربیت نیروی انسانی لازم، رشد کیفی آموزش تحصیلات تکمیلی و تحقیقات مرتبط با سلامت و انتشارات و مقالات علمی (۲۰)، داروسازی کشور نیزاز رشد کمی و کیفی قابل ملاحظه‌ای برخوردار بوده است. افزایش تعداد دانشکده‌های داروسازی طی سی سال از۶ عدد به ۲۲ دانشکده و افزایش تعداد پذیرش دانشجوی داروسازی به بیش ازهزار دانشجوی داروسازی درسال سبب شده است تا هم‌اکنون حدود بیست و دو هزار داروساز درسیستم ارائه خدمات سلامت مشغول فعالیت بوده و زمینه برای وارد شدن بیش از هزارنفر داروساز جدید در سال به خدمات‌دهندگان دارویی کشور فراهم شود. هم‌اکنون حدود ۲۷ داروساز به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در کشور وجود دارد که درصورت حفظ پذیرش دانشجوی کنونی، این آمار می‌تواند فقط در یک فرصت چهارساله به میزان مورد نظر که ۳۲ داروساز به ازای هر صدهزار نفر جمعیت است ارتقا یابد که این موضوع خود لزوم برنامه‌ریزی دقیق برای به کارگیری آن‌ها درحوزه سلامت کشور را گوشزد کرده تا ضمن استفاده مطلوب از فرصت پیش‌آمده از تراکم بیش از حد فارغ‌التحصیلان این رشته جلوگیری کند. هم‌اکنون حدود ۱۲هزار داروخانه در کشور دایر بوده که این تعداد با اهداف و شاخص‌های برنامه چهارم توسعه همخوانی دارد، لذا با توجه به پیشرفت‌های حاصل در زمینه تولید داروها و تربیت نیروی انسانی کافی، ضروری است ضمن رفع و کاهش سایر موانع ذکر شده در این نوشتار زمینه ارتقای هرچه بیشترکیفیت ارائه خدمات دارویی در کشور را در راستای رسیدن به اهداف تعیین شده در اسناد بالادستی تسهیل کرد.

قدردانی و تشکر

این مقاله حاصل متنی ازمجموعه متون تحلیلی تحت عنوان سبک زندگی درحوزه سلامت مصوب فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران است. در اینجا ازنظرات ارزشمند مرحوم استاد فقید جناب آقای دکترحسن فرسام، عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی قدردانی کرده و برای ایشان ازخداوند متعال رحمت واسعه و علو درجات مسئلت می‌نماییم.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

Existing Obstacles Preventing Improvements in Rendering Pharmaceuticals by Pharmacists and Proposed Methods to Overcome Them

Seyed Ebrahim Sajadi[*1], Behzad Zolfaghari[2]

Abstract

Background: Today, the role of the pharmacist is not only limited to dispensing drugs to patients; but also to provide patients with guidelines to observe regarding dosage, route of administtration, possible side effects and drug interactions; it is imperative to ensure the patient's cognizance and awareness of these issues. This paper sought to explain the obstacles against promotion of pharmaceutical care in Iran and proposed methods to overcome them.

Methods: Available studies and information on this topic were reviewed.

Results: We failed to find a study in this field in Iran, though, scanty available data on "continuous nature of quality improvement" and introduction of a new role for pharmacists under the title of "pharmaceutical care" were found; in addition continuous promotion of quality of pharmaceutical care may be necessary. Improving the quality of pharmaceutical care should be based on empowering pharmacists, improvement of knowledge, attitude, skills and behavior.

Conclusion: We proposed a number specific strategies to improve the quality of pharmaceutical care in our country. Based on the upstream programs in our health care system, notable drug production and sufficient number of pharmacy graduates, there is a bright future for achieving the desired goals for pharmaceutical care.

Keywords: Drug Delivery Systems, Drug Information Services, Pharmaceutical Services, Pharmacists

منابع

1. Hashemian A. From Traditional Herbalists to 1st European Pharmacist. Ganjine-ye Asnad 2004; 14(3): 27-35. [In Persian]
2. Al-Ghazal SK. The valuable contribution of Al-Razi (Rhazes) in the history of pharmacy during the middle ages. J Int Soc History Islamic Med 2003; 2(4): 9-11.
3. World Health Organization.WHO definition of health. Available at: https://www.who.int
4. Family physician program and referral system in urban areas Guideline. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2011. [In Persian]
5. World Health Organization. The role of the pharmacist in the health care system : preparing the future pharmacist : curricular development : report of a third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, Vancouver, Canada, 27-29 August 1997. 1997. Available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/63817
6. Gholami KH. Professional pharmacist. Razi 2009; 6(234): 483-486. [In Persian]
7. Ahmadizar F, Khoshnevis N. Practical information in pharmacies. Tehran: Hayan; 2010. [In Persian]
8. Zolfaghari B, Adibi P, Jamshidi HR, Marateb M. Examining the professional awareness of pharmacists in comparison with their own performance and the awareness of students. Research in Medicine 1997; 2: 96-106. [In Persian]
9. Nadi E, Zeraati F, Eslamian Z. Evaluation of the Metered-Dose Inhaler Technique among Health Care Providers Practicing in Hamadan University of Medical Sciences. Avicenna J Clin Med 2004; 11(2) :43-47. [In Persian]
10. Dabagh A, Ghasemi M, Zolfaghari B, Jamshidi HR. A revision to the professional roles of pharmacists in the national health system: the attitudes of physicians and pharmacists regarding the impact on inter-professional relationships. Hakim 2006; 8(4): 26-36. [In Persian]
11. Mostafavi SA, Zolfaghari B, Mazrooie M, Akvan A. Patient-pharmacist communication: an evaluation. Payesh 2004; 3(2): 109-115. [In Persian]
12. Bodaghi M. Analysis of Drug delivery and providing drug information in Isfahan. PhD thesis, Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2005. [In Persian]
13. Akaho E, MacLaughlin EJ, Takeuchi Y. Comparison of prescription reimbursement methodologies in Japan and the United States. J Am Pharm Assoc 2003; 43(4):519-526.
14. Dinarvand R, Nikzad A. Status of prescription and drug usage in Tehran in 1998. Hakim 2000; 3(3): 223-230. [In Persian]
15. Tehran University of Medical Sciences. Ethical pharmaceutical system of Iran. Availbale at: http://fnm.tums.ac.ir/userfiles/research/ Ethiccomitte/guids/8.pdf [In Persian]
16. Nemati S. Lack of clinical pharmacists. Novin Daru 2013. 75; 3-8. [In Persian]
17. Sorori-Zanjani R, Tajkey J, Mazloomzade S, Jafari MR. University Entrance Motivations of Pharmacy Students of Zanjan Pharmacy School. J Med Educ Dev 2009; 1(1): 29-35. [In Persian]
18. Taban K. A Comparison Between Pharmacy Education at Isfahan University of Medical Sciences, University of Toronto and University of Southern California. Pharm.D thesis. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2003. [In Persian]
19. Scientific Map of Health. Tehran: Ministry of Heath and Education; 2010. [In Persian]
20. Azizi F. Medical education in the Islamic Republic of Iran: three decades of success. Iran J Public Health 2009; 38(l): 19-26.

1. * Permanent Member of Academy of Medical Sciences
2. Professor of Pharmacy, Isfahan University of Medical Sciences

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]