

## وضعیت مراقبت‌های دارویی در منطقه

دکتر سید بهادر میررحیمی، دکتر خیراله غلامی

گروه داروسازی بالینی، دانشکده داروسازی تهران

### ■ مقدمه

مراقبت‌های دارویی (pharmaceutical care) مسؤول پیش بینی شرایطی در دارودرمانی است که از طریق آن نتایج مشخصی دنبال می‌گردد که در نهایت، به افزایش کیفیت زندگی بیمار منجر شود. نتایج مورد نظر می‌تواند درمان بیماری، حذف یا کاهش علائم، کاهش سرعت پیشرفت بیماری و پیشگیری از بروز بیماری یا علائم جدید را شامل شود. مراقبت‌های دارویی توسط مجموعه‌ای از داروسازان بالینی، بیمارستانی و شهری ارائه می‌گردد و نیاز به بررسی رژیم دارویی بیمار با توجه به تشخیص پزشک معالج نتایج آزمایشگاهی و اطلاعات بیمار را داشته و همکاری نزدیک بین پزشک و داروساز را طلب

### می‌کند (۱).

در کشورهای منطقه به‌طور کلی بازار کار برای داروسازان در منطقه مشابه کشور عزیزمان بوده و اکثریت قریب به اتفاق فارغ التحصیلان داروسازی به‌عنوان داروساز در داروخانه شهری مشغول به کار می‌شوند. با این حال، سرعت فزاینده آموزش داروسازی در منطقه فرصت‌های شغلی جدیدی را برای داروسازان ایجاد می‌کند تا آن‌ها بتوانند در زمینه‌های جدیدی مانند داروسازی بالینی و بیمارستانی در مراکزی مثل مجموعه‌های کلینیکی و مراکز اطلاع‌رسانی دارویی و ... به ارائه مراقبت‌های دارویی بپردازند. به‌صورت کلی به علت بالا بودن تعداد داروسازان شهری در منطقه اکثر خدمات مراقبت‌های دارویی توسط

داروخانه‌های خصوصی ارایه می‌شود. در منطقه خاورمیانه و افریقای شمالی به صورت میانگین تعداد داروهای قابل ارایه بدون نسخه نسبت به میانگین جهانی بالاتر بوده و دسترسی کمتر به خدمات پزشکی باعث می‌شود مسؤلیت سنگین تری در زمینه تریاژ کردن، تجویز داروهای بدون نسخه و بررسی مداخلات این داروها با رژیم دارویی بیماران بر عهده داروسازان شهری قرار گیرد.

در سال‌های اخیر اکثر دانشکده‌های داروسازی منطقه سعی کرده‌اند تا با افزودن دوره‌های مهارت مشاوره با بیماران و افزایش توانایی‌های بالینی دانشجویان خود در زمینه ارایه مشاوره به بیماران خود را به استانداردهای جهانی نزدیک کنند. بسیاری از کشورهایی که قبلاً حداکثر لیسانس داروسازی (B-Pharm) را ارایه می‌کردند اکنون دوره‌های دکترای داروسازی و دوره‌های تخصصی داروسازی بالینی را در راستای ارایه بهتر مراقبت‌های دارویی به برنامه آموزشی خود اضافه کرده‌اند اما همچنان عدم هماهنگی بین برنامه‌های آموزشی و خدمات ارایه شده در بسیاری از کشورهای منطقه به چشم می‌خورد.

### ■ بررسی کشورهای منطقه

#### □ مصر

کشور مصر با ۸۲ میلیون جمعیت یکی از پر جمعیت‌ترین کشورهای منطقه به شمار رفته و با دارا بودن ۲۴ دانشکده داروسازی و تاسیس قدیمی‌ترین دانشکده داروسازی منطقه (تاسیس ۱۸۲۴) دارای بیشترین فارغ التحصیلان داروسازی

است. این کشور با فارغ التحصیل کردن ۱۱۰۰۰ تا ۱۳۰۰۰ داروساز در سال بزرگترین صادرکننده داروساز در منطقه نیز به شمار می‌رود. از بین داروسازان مشغول به کار در مصر ۶۵ درصد در داروخانه شهری، ۱۸ درصد در داروخانه بیمارستانی، ۱۲ درصد در صنعت و بقیه در سایر زمینه‌ها مشغول فعالیت هستند. در ۱۰ سال اخیر دانشکده‌های مصر با رفتن به سمت بیمار محوری و افزایش خدمات بالینی دوره‌های داروسازی بالینی راه اندازی و بخش‌های مراقبت‌های دارویی را تاسیس کرده و در حال حاضر مشغول فعال کردن این خدمات می‌باشد (۲).

#### □ عراق

کشور عراق با ۲۸ میلیون جمعیت و ۷ دانشکده داروسازی و با وجود تاسیس اولین دانشکده داروسازی خود در سال ۱۹۳۶ به علت مشکلات دوره بعث و حمله آمریکا به این کشور در وضعیت کاملاً نابسامانی به سر می‌برد. اکثر دانشکده‌ها فاقد امکانات و نیروی انسانی لازم بوده و مشکلات بسیاری در سر راه دانشجویان داروسازی وجود دارد. از طرف دیگر، به علت جنگ و وجود داروفروشان دوره گرد در این کشور که بدون هیچ دانشی به ارایه دارو می‌پردازند. همچنین کمبود دارویی شدید و وجود محصولات تقلبی بسیار در حال حاضر خدمات دارویی مفهومی در این کشور ندارند (۳).

#### □ اردن

کشور اردن با جمعیت ۶ میلیون نفر دارای ۸ دانشکده داروسازی است و آموزش داروسازی را از سال ۱۹۷۹ آغاز کرده است. این کشور سومین

با همکاری دانشکده‌های داروسازی فرانسه و به زبان فرانسه این دوره را برگزار می‌کند. دانشکده دیگری که مدرک دکترای این دوره را می‌کند تنها دانشکده داروسازی در خارج خاک ایالات متحده است که مدرک آن در ایالات متحده معتبر است. دوره‌های داروسازی لبنان در مقطع لیسانس و یا دکترای حاوی کارآموزی‌های عملی در بیمارستان اطلاعات دارویی و داروخانه شهری است.

به علت بالا بودن هزینه خدمات پزشکی در لبنان قسمت زیادی از روند درمان و تجویز دارو به عهده داروسازان افتاده است و آن‌ها سخت در تلاش هستند تا بین نیازهای جامعه و قوانین وزارت بهداشت تعادل برقرار نمایند. وظیفه داروسازان بیمارستانی در لبنان بیشتر شامل توزیع، ساخت فرمولاسیون و کنترل قیمت می‌گردد و مانند اکثر کشورهای خاورمیانه مسؤولیت‌های قانونی و علمی محدودی دارند. داروسازی بالینی به صورت پیشرفته به صورت بسیار محدودی با وجود لزوم قانونی حضور داروساز بالینی در بیمارستان و وجود رشته داروسازی بالینی در این کشور وجود دارد (۶).

#### □ عربستان سعودی

کشور عربستان سعودی با حدود ۲۷ میلیون نفر جمعیت دارای ۹ دانشکده داروسازی فعال می‌باشد. این کشور در منطقه خاور میانه با تشکیل گروه داروسازی بالینی در حدود سال ۱۹۷۰ میلادی خود را جلودار ارائه خدمات دارویی می‌داند هر چند که اکثر داروسازان شاغل در این کشور را افراد غیر بومی تشکیل می‌دهند و تا همین اواخر تنها یک دانشکده داروسازی

کشور ارائه‌کننده دوره دکترای داروسازی بعد از لبنان و عربستان سعودی است. در دوره دکترای داروسازی در اردن دانشجویان ملزم به گذراندن سال آخر خود به صورت ۱۴ هفته کارورزی شهری و دوره‌های کارورزی‌های بالینی ۶ هفته‌ای در بخش‌های بیمارستانی هستند. با وجود تلاش‌های انجام شده همچنان مردم اردن داروسازان را جز کادر درمانی محسوب نکرده و این امر موجب ارتباط ضعیف بیمار و داروساز می‌گردد و مشکل عمده‌ای در زمینه ارائه مراقبت‌های دارویی به شمار می‌رود. افزایش تعداد فارغ التحصیلان با مهارت‌های بالینی می‌تواند به مرور این مشکل را برطرف کند (۴).

#### □ کویت

کشور کویت با ۳/۵ میلیون نفر جمعیت تا قبل از سال ۱۹۹۷ فاقد دانشکده دانشکده داروسازی بوده و اولین دوره در سال ۲۰۰۲ فارق التحصیل گردیدند. مانند سایر کشورهای عربی اکثر داروسازان غیر بومی بوده و اکثراً در مراکز دولتی به فعالیت می‌پردازند. فعالیت‌های داروسازی بالینی محدود بوده اما تلاش می‌شود مسؤولیت‌های داروسازان بیمارستانی در قبال بیماران افزایش یابد. با وجود در دسترس بودن داروسازان تصویر غلط مردم از داروسازان مانع از ارائه خدمات مناسب می‌گردد (۵).

#### □ لبنان

لبنان با جمعیت ۴ میلیون نفری خود دارای ۵ دانشکده داروسازی است. آموزش داروسازی در لبنان به سال ۱۸۸۹ باز می‌گردد. ۲ دانشکده درجه دکترای داروسازی اعطا می‌کنند که دانشگاه لبنان

مستقر بوده و داروسازان در این مراکز و مراکز اطلاعات دارویی به ارائه خدمات می‌پردازند. در زمینه داروسازی شهری این کشور دچار کمبود نیروی متخصص بوده و با استفاده از نیروی غیر بومی با کیفیت ضعیف به ارائه خدمات دارویی می‌پردازند (۹).

#### □ پاکستان

کشور همسایه پاکستان با حدود ۱۷۰ میلیون نفر جمعیت و ۲۱ دانشکده داروسازی مقوله دیگری را به خود اختصاص می‌دهد. در این کشور با ۲۵۰۰ فارغ التحصیل داروسازی در سال کمتر از ۲۵ درصد از آن‌ها در بیمارستان و داروخانه شهری مشغول فعالیت می‌شوند و بیش از نیمی از فارغ التحصیلان در صنعت مشغول به کار می‌شوند. از سال ۲۰۰۳ به علت افزایش مشکلات ناشی از مصرف نادرست داروها و افزایش داروهای جدید و پیچیدگی‌های خاص دارودرمانی روند آموزش در داروسازی پاکستان از صنعت که نقطه قوت داروسازی این کشور است به سوی مراقبت‌های دارویی گرایش پیدا کرد. از سال ۲۰۰۵ بین بیمارستان‌ها و دانشکده‌های داروسازی ارتباط برقرار گردید و در انتهای ۲۰۰۷ اولین دوره داروسازی بالینی در این کشور آغاز گردید. در ۳ بیمارستان اصلی کراچی مرکز مراقبت‌های دارویی وجود دارد اما هنوز از کمبود نیروی متخصص رنج برده و به صورت کاملاً عملیاتی در نیامده‌اند. با وجود تمام تلاش‌های انجام شده هنوز جایگاه داروساز به عنوان ارائه‌دهنده خدمات مراقبت‌های دارویی در چرخه درمان این کشور مستحکم نگردیده است. داروسازی شهری نیز

در عربستان سعودی وجود داشت. اکثر فارغ التحصیلان بومی ترجیح می‌دهند تا در مراکز بیمارستانی که استانداردهای پیشرفته داشته و مراقبت‌های دارویی نسبتاً در آن‌ها کاملاً جا افتاده است، فعالیت نمایند. جایگاه داروساز بیمارستانی و داروساز بالینی به خوبی شناخته شده است و از خدمات این گروه استفاده مناسبی می‌گردد. از طرف دیگر، داروسازی شهری در این کشور مانند سایر کشورهای منطقه بوده و خدمات مناسبی ارائه نمی‌کنند (۷). سیاستمداران سعودی علت این امر را عمدتاً فعالیت ضعیف داروسازان غیر بومی می‌دانند و سعی در «سعودی» کردن خدمات و صنایع دارویی دارند.

#### □ سوریه

سوریه با جمعیت ۲۰ میلیون نفری دارای ۷ دانشکده داروسازی که اکثراً به زبان عربی در آن‌ها تدریس می‌گردد. با وجود صنعت داروسازی پیشرفته در این کشور، سوریه دچار کمبود نیروی داروساز متخصص در زمینه مراقبت‌های دارویی بوده و سعی دارد نیازهای خود را از طریق برقراری طرح مناطق محروم مرتفع سازد. هر چند که در این زمینه چندان موفق نبوده و خدمات دارویی به معنای واقعی ارائه نمی‌گردد (۸).

#### □ امارات متحده عربی

امارات متحده عربی با جمعیت حدود ۴ میلیون دارای ۷ دانشکده داروسازی بوده و دوره‌های آموزشی خود را به صورت کاملاً مدرنیزه و با روش‌های نوین آموزشی ارائه می‌کند. در این کشور واحدهای مراقبت‌های دارویی در بیمارستان‌ها تحت نظارت دانشکده‌های داروسازی

و ۱۲ دانشکده داروسازی تقریباً همزمان با کشورهای پیشرفته معیارهای مراقبت‌های دارویی را وارد سیستم آموزشی و عملی داروسازی خود کرده است اما پیشرفت خدمات دارویی در این کشور بسیار کند بوده و پذیرش مناسبی بین داروسازان به خصوص داروسازان شهری نداشته است. از سال ۲۰۰۳ این کشور تصمیم به تغییرات اساسی در سیستم بهداشتی خود کرده است که

در این کشور از کاستی‌های بسیاری رنج می‌برد و کمابیش با مشکلاتی که داروسازان در منطقه با آن مواجه‌اند دست به گریبان‌اند. با وجود این نسبت به این که حرکت به سمت بالین در این کشور به تازگی آغاز شده پیشرفت خوبی را شاهد بوده‌اند (۱۰).

#### ترکیه

کشور ترکیه با حدود ۷۳ میلیون نفر جمعیت

جدول ۱

کشور	جمعیت حدودی	تعداد دانشکده داروسازی	وضعیت خدمات دارویی
مصر	۸۲ میلیون	۲۴ دانشکده	در حال فعال‌سازی
عراق	۲۸ میلیون	۷ دانشکده	وضعیت نامشخص هرج و مرج به علت جنگ داخلی
اردن	۶ میلیون	۸ دانشکده	افزایش دوره کاورزی بالینی به دوره آموزش داروسازی خدمات ضعیف شهری و بیمارستانی
کویت	۳/۵ میلیون	۱ دانشکده	ارایه خدمات ضعیف توسط داروسازان غیر بومی
لبنان	۴ میلیون	۵ دانشکده	وجود شرایط مناسب و قوانین جهت الزام ارایه مراقبت‌های دارویی کمبود نیروی مجرب و متخصص
عربستان سعودی	۲۷ میلیون	۹ دانشکده	خدمات بیمارستانی مناسب خدمات شهری ضعیف
سوریه	۲۰ میلیون	۷ دانشکده	کمبود نیروی مجرب و متخصص خدمات شهری ضعیف
امارات متحده عربی	۴ میلیون	۷ دانشکده	سرمایه‌گذاری مناسب و تاسیس مراکز ارایه خدمات دارویی کمبود نیروی مجرب و متخصص
پاکستان	۱۷۰ میلیون	۲۱ دانشکده	افزایش دوره کاورزی بالینی به دوره آموزش داروسازی در حال فعال‌سازی خدمات شهری ضعیف
ترکیه	۷۳ میلیون	۱۲ دانشکده	افزایش دوره کاورزی بالینی به دوره آموزش داروسازی خدمات شهری ضعیف

افزایش استانداردهای مراقبت‌های دارویی در آن گنجانده شده است. از سال ۲۰۰۵ یک سال به دوره داروسازی افزوده شده است که حداقل ۶ ماه آن در داروخانه شهری و ۶ ماه دیگر باید به صورت کارآموزی عملی در بیمارستان باشد. در واحدهای بیمارستانی سعی در اجرای معیارهای بین‌المللی با برپایی واحد مرکزی خدمات دارویی و ارائه خدمات مراقبت‌های دارویی نموده‌اند. کشور ترکیه در زمینه مراقبت‌های دارویی سرمایه‌گذاری بسیاری کرده اما به نظر می‌رسد مانند تمام کشورهای منطقه مشکلات فرهنگی و عدم شناخت از توانایی‌های داروسازان بسیاری از این تلاش‌ها را عقیم گذاشته است.

### ■ بحث و نتیجه‌گیری

نقش مراقبت‌های دارویی در کاهش هزینه‌های سلامت، بهبود کیفیت درمان و بسیاری از جنبه‌های آشکار آن در بهبود مهندسی نظام سلامت بر همگان آشکار است. پذیرفتن نقش داروساز به عنوان آخرین عضو چرخه درمان در بیمارارن سر پای و عضوی موثر در درمان بیمارارن بستری می‌تواند اثرات بسیار مثبتی بر نظام سلامت کشور داشته باشد.

با مطالعه در وضعیت کلی منطقه در ارائه مراقبت‌های دارویی به نظر قدم اول تغییر نظام آموزشی داروسازی از حالت سنتی به وضعیت مدرن و تربیت داروسازانی با توانایی‌های بالینی باشد. داروسازان باید توانایی ارتباط موثر با سایر اعضای کادر درمان، ارتباط با بیمار، مدیریت و تصمیم‌گیری بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده را

داشته باشند. مشخص است که تا زمانی که کشور مسلح به داروسازانی توانمند نباشد نمی‌تواند استانداردهای مراقبت‌های دارویی را اجرا کند. همچنین پذیرش نقش داروساز توسط جامعه منوط به توانایی‌ها و دانش فردی داروسازان بوده و قانون‌گذاری صرف کمکی به وضعیت خدمات نمی‌نماید. از طرف دیگر تغییر در نقش داروساز از حالت سنتی به فردی موثر در چرخه درمان نیازمند زمان بوده و یک شبه صورت نمی‌پذیرد.

ضعف‌های موجود در این زمینه در منطقه مشترک بوده و ناشی از ضعف دو طرفه سیستم درمانی کشورهای منطقه و داروسازان می‌باشد. به عنوان مثال در کشور عربستان سعودی مراقبت‌های دارویی در بیمارستان بسیار موثر و موفق عمل می‌کند ولی در زمینه داروسازی شهری ضعف‌های بسیاری دارد. علت این امر با توجه به سابقه ۴۰ ساله داروسازی بالینی در این کشور به نظر می‌رسد به کارگیری داروسازان خارجی با استانداردهای آموزشی آسان‌گیرانه‌تر در داروسازی شهری و استفاده از نیروهای بومی متخصص و آموزش دیده در داروسازی بیمارستانی باشد که خود این کشور به دنبال برطرف کردن این مشکل است. کشور لبنان با وجود به کارگیری مجموعه قوانینی برای اجباری کردن مراقبت‌های دارویی در این کشور به موفقیتی دست پیدا نکرده است که باز هم به علت کمبود نیروی متخصص است.

پذیرش جامعه از داروساز به عنوان ارائه‌دهنده خدمات مراقبت‌های دارویی نیز در کلیه کشورها بسیار بطئی و با پیشروی کند بوده است. دلیلی که در اکثر کشورها به صورت مشترک وجود دارد

دارویی به نسبت بسیار چشمگیر بوده است. تغییرات انجام شده در نظام آموزشی داروسازی و همچنین تربیت نیروهای متخصص به منجر به ارائه خدمات در سطح جهانی و فراتر آن می‌گردد. در حال حاضر کشور ما پتانسیل‌های نهفته بسیاری نسبت به کشورهای منطقه دارد و در صورت به‌کارگیری صحیح این منابع می‌تواند هزینه‌های وارد شده به سیستم سلامت و بیماران را به طرز چشمگیری کاهش دهد.

کمبود زمان و شرایط لازم برای ارائه مشاوره به بیمار می‌باشد. تنظیم شرایط کاری در داروخانه‌های شهری به صورتی که داروساز زمان کافی و امکانات ارائه مشاوره و معرفی توانایی‌های خود را داشته باشد به مرور می‌تواند به تغییر باور مردم بیانجامد. کسب دانش و مسلح بودن داروسازان به دانش روز شرط لازم برای ایجاد این تغییر نسبت به نقش داروساز می‌باشد. در کشور عزیز اسلامیمان پیشرفت‌های خدمات

#### منابع

1. Hepler DD. Strand LM. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. Am J Pharm Educ 1989; 53, 75-155
2. Achievements of the Egyptian Ministry of Health and Population, Cairo, Egypt. Available at <http://www.mohp.gov.eg/sec/about/engazat/12.doc>. Accessed November 10, 2008.
3. Mason P. Life as a student in Iraq what impact has the war had in pharmacy. PJ 2005; 15-16. Available at: [http://www.pjonline.com/pdf/tp/2005/tp\\_2005\\_p15Iraq.pdf](http://www.pjonline.com/pdf/tp/2005/tp_2005_p15Iraq.pdf). Accessed November 10, 2008.
4. Al-Wazaify M. Albsoul-Younes A. Pharmacy education in Jordan. Am J Health Sys Pharm 2005;62:2548-2551.
5. Matowe L. Al-Kandery AA. Bihzad SM. Pharmacy in Kuwait. Am J Health Sys Pharm 2003;60:1591-1592.
6. Dib JG. Saade S. Merhi F. Pharmacy practice in Lebanon. Am J Health Sys Pharm 2004;61:794-5.
7. Al-Wazaify M. Matowe L. Albsoul-Younes A. Al-Omran OA. Pharmacy education in Jordan, Saudi Arabia and Kuwait. Am J Pharm Educ 2006;70(1):Article 18.
8. World Health Organization Regional Health Systems Observatory. Health System Profile – Syria. 2006 Available at: [www.emro.who](http://www.emro.who) Accessed November 10, 2008.
9. Ajman University of Science and Technology Faculty of Pharmacy & Health Sciences Bachelor of Pharmacy. Available at: [http://website.ajman.ac.ae/aust/Progs\\_offered\\_detail.asp?FacId:6&ProgId51](http://website.ajman.ac.ae/aust/Progs_offered_detail.asp?FacId:6&ProgId51). Accessed November 10, 2008.
10. Saira A. Azmi HM. Mohamed I. Mohamed I. Maqsood A. Imran M. Akmal SA. The role of pharmacists in developing countries: the current scenario in Pakistan. Hum Res Health 2009; 7:54.

