بیستمین سمینار دانشجویان داروسازی سراسر کشور

GENERIC

ژنریک

دانشگاه علوم پزشکی تهران،
دانشکده داروسازی
نشریه صنفی دانشجویی ژنریک
سال اول • شماره دوم • آذر ۹۵ • ۳۶ صفحه

پرونده ویژه آموزش در داروسازی

افزایش پذیرش دانشجو و آینده شغلی

N دانشکده داروسازی ... مجوز گرفت!

دانشکده ای از شن و مه

از طرح ژنریک چه می‌دانید؟

آموزش استاندارد از رویا تا واقعیت!

مصاحبه با دکتر غلامی

درباره خدمات داروسازان در داروخانه های مجموعه ۱۳ آبان

مصاحبه با دکتر مرتضوی

معاون دبیرخانه شورای آموزش داروسازی و تخصصی

آیا حذف علوم پایه منطقی بود؟

میل به ادامه تحصیل کم شده است...

Iranian Pharmacy Students' Seminar 2017

IPSS

دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده داروسازی
نشریه صنفی دانشجویی ژنریک
سال اول • شماره دوم • آذر ۹۵

بیستمین سمینار دانشجویان
داروسازی سراسر کشور

شناسنامه

دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده داروسازی
نشریه صنفی دانشجویی ژنریک
سال اول • شماره دوم • آذر ۹۵

مدیر مسئول و صاحب امتیاز
محمدعلی ابراهیمی

سردبیر
دانیال ملکی

همکاران این شماره
دکتر محمدمهدی مجاهدیان • دکتر هادی عباسیان • شهریار شهبازی • پردیس فتحی • کیانا نادری نیا • حانیه محمد علیزاده • لیلا کیانپور • علی طاهری • مهدیه غفرانی • فرهاد کهریزی • ابراهیم داوودی

صفحه آرا
کاوه معتمدیان k.motamedian@gmail.com

عکاس
محمدعلی ابراهیمی • پردیس فتحی • زهرا رضا قلی

Generic@ipss.ir

فهرست

۵ سرمقاله
۶ پیام دکتر شریف زاده ؛ رییس دانشکده داروسازی دانشگاه تهران
۷ افزایش پذیرش دانشجو و آینده شغلی
۱۱ تاریخچه نظام ژنریک در ایران
۱۴ مصاحبه با دکتر مرتضوی
۱۸ آموزش در داروسازی
۲۱ N دانشکده داروسازی ... مجوز گرفت!!!!!
۲۳ داروسازان در بالین
۲۵ دانشکده ای از شن و مه
۲۶ فارماسیوتیکس
۲۸ مصاحبه با دکتر غلامی
۳۰ خدمت سربازی و طرح فارغ التحصیلان داروسازی در یک نگاه
۳۲ دغدغه های شغلی دانشجویان داروسازی
۳۵ Tedmed

Website: Ipss.ir
Telegeram: @ipss20
Instagram: Ipss20

سرمقاله

دانیال ملکی

در دوران جنگ سرد وقتی شوروی با فرستادن اولین انسان به فضا در این عرصه از آمریکا پیشی گرفت، آمریکایی ها دریافتند که باید در نظام آموزشی خود تغییر ایجاد کنند. البته نتیجه ی آن را هم با فرستادن انسان به کره ماه و دستاوردهای دیگر مشاهده کردند. این مورد که بیان شد به خوبی اهمیت تاثیر نظام آموزشی بر جایگاه یک کشور در دنیا را نشان می دهد. نظام آموزشی رشته داروسازی نیز به عنوان یکی از رشته های تحصیلی سطح بالای جامعه بدین دلیل که با سلامت مردم سر و کار دارد همواره مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفته است. برای مثال دانشگاه های ایالت کالیفرنیا از دهه ۷۰ میلادی شروع به تغییرات بزرگ در آموزش داروسازی کردند و دوره های چهار ساله کارورزی برای آماده کردن بیشتر داروسازان در عرصه های بالینی و صنعت برگزار می کند حتی امروزه نیز با توجه به گسترش حوزه های نوین داروسازی، دوره های کارورزی بیوتکنولوژی دارویی نیز برگزار کرده اند. در عصر حاضر کارشناسان آموزشی توصیه می کنند که خود دانشجویان هم در تصمیمات مربوط تغییرات نظام آموزشی شرکت داده شوند تا اصلاحات منطقی تری را بتوان صورت داد. بحث دخالت دانشجویان در تصمیم گیری های نظام آموزشی آنقدر مهم بوده که در ایالت کنتاکی آمریکا لایحه ای نیز برای آن تنظیم شده است و قرار است به رای گذاشته شود. در کشور ما نیز با توجه به تغییرات گسترده نظام آموزشی داروسازی و ضرورت درگیر کردن بیشتر دانشجویان در امر آموزش و تناسب بهتر آموزش های دانشگاهی با مشاغلی که دانشجویان بعد از فارغ التحصیلی در عرصه صنعت و بالین به آنها مشغول می شوند، بهتر است تا دانشجویان را بیشتر از گذشته در تصمیم گیری های مربوط به امور آموزشی دخالت دهیم.

پیام رییس سمینار

دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران میزبان **بیستمین سمینار دانشجویان داروسازی کشور** می باشد. دانشکده ای که با بیش از هشتاد سال قدمت، علاوه بر تعلیم و تربیت و پرورش داروسازان، نقش پیشگام و اساسی در توسعه داروسازی این مرز و بوم را به عهده داشته است. در عرصه آموزش، تولید علم، ارائه خدمات و فناوری در زمره دانشکده های داروسازی تراز اول در منطقه می باشد. اهمیت آموزش مهارت محور داروسازی در عرصه های مختلف نکته ی بسیار مهمی است که در این شماره نشریه ژنریک، مورد توجه دانشجویان محترم قرار گرفته که شایسته تشکر و قدردانی است.

دکتر محمد شریف زاده
رییس دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

PHARMACY
PHARMASY
PVARMASY
PVARDASY
PVARDASE
PVARDOSE
PVERDOSE
OVERDOSE

افزایش پذیرش دانشجو و آینده شغلی

پر بی‌راه نیست اگر بگوییم تأسیس داروخانه در کشور، دیگر به آرزویی دست‌نیافتنی تبدیل شده است

دکتر محمدمهدی مجاهدیان
دستیار گروه اقتصاد و مدیریت دارو و دبیر بیستمین سمینار دانشجویان داروسازی

نگاهی ساده به دفترچه کنکور در سال‌های اخیر حکایت تلخی را روایت می‌کند. روایت تلخ افزایش پذیرش دانشجوی داروسازی بدون توجه به آینده شغلی پذیرفته‌شدگان این رشته. پذیرفته‌شدگانی که از با استعدادترین جوانان کشور هستند و با هزار امید و آرزو پا به عرصه داروسازی کشور نهاده‌اند ولی در این راه با کوهی از سوالات بی‌جواب در مورد آینده شغلی خود مواجه می‌شوند. و شاید مهم‌ترین سوالشان این است که آیا پذیرش این تعداد دانشجوی داروسازی مطابق با انجام مطالعات کافی و با توجه به محدودیت‌های آینده شغلی و نیازهای واقعی کشور صورت گرفته است یا خیر؟ افزایش پذیرشی که از پذیرش ۵۰۰ دانشجو در سال ۱۳۸۲ به پذیرش ۱۵۰۰ دانشجو در سال ۱۳۹۵ رسیده و جمعیت ۲۰۰۰ نفری جامعه دانشجویان داروسازی کشور در سال ۱۳۸۲ را به جمعیت بیش از ۹۰۰۰ دانشجوی داروسازی در سال ۱۳۹۵ رسانده است. باید توجه داشت که این آمار استخراج شده از دفترچه کنکور می‌باشد، حال آن که در واقعیت، آمار واقعی تعداد دانشجویان حاضر در کلاس‌های درس چیزی بیش از این اعداد و ارقام است که این امر، خود جای سوال دارد.

بی‌شک یکی از انگیزه‌های انتخاب رشته داروسازی توسط داوطلبان کنکور، تأسیس داروخانه و ارائه خدمت در آن پس از فارغ‌التحصیلی از این رشته است. انگیزه‌ای که پس از قبولی در این رشته و مواجهه با واقعیت‌ها، به آرزویی دست‌نیافتنی تبدیل می‌شود و این دانشجویان باید انگیزه خود از قبولی در این رشته را به دست فراموشی سپرده و به دنبال عوامل انگیزشی دیگری جهت امیدبخشی به آینده نه چندان روشن خود در حرفه داروسازی بپردازند.

پر بی‌راه نیست اگر بگوییم تأسیس داروخانه در کشور، دیگر به آرزویی دست‌نیافتنی تبدیل شده است. جایی که با توجه به آیین‌نامه‌های موجود ظرفیت تأسیس ۱۳۵۰۰ داروخانه در کشور وجود دارد و از این ظرفیت، هم‌اینک حدود ۱۲۰۰۰ داروخانه در کشور تأسیس شده است. این موضوع بیان‌گر این حقیقت تلخ است که با شرایط موجود، دانشجویان حال حاضر داروسازی کشور اجازه تأسیس داروخانه در سال‌های آینده را نخواهند داشت چرا که در حال حاضر فارغ‌التحصیلان داروسازی که در انتظار و نوبت تاسیس داروخانه هستند بسیار بیشتر از ۱۵۰۰ ظرفیت موجود است و با این منوال فرصتی برای دانشجویان حال حاضر این رشته باقی نمی‌ماند. همین امر باعث شده قیمت خرید و فروش غیر قانونی مجوز داروخانه به مشتاقان بیشمار تاسیس آن، به مبالغ چند صد میلیون تومانی و حتی میلیارد تومانی برسد. ضعف قانون دارو هم که به جای خود مشکل بزرگ دیگریست، جایی که طبق این قانون در سال‌های اخیر شاهد به ارث رسیدن مجوز داروخانه‌ها از داروسازان متوفی به فرزندان غیرداروسازشان هستیم و با این روند فرصت تاسیس داروخانه توسط داروسازان جوان کمتر خواهد شد. حال جای این سوال باقیست که آیا بهتر نیست قبل از پذیرش دانشجویان داروسازی که اکثریتشان با هدف تأسیس داروخانه این رشته را انتخاب نموده‌اند، آینده شغلی این رشته به وضوح بیان شود تا داوطلبان با دیدی روشن به انتخاب رشته بپردازند و در دوران تحصیل مجبور به تغییر انگیزه و آینده شغلی خود نشوند؟

آیا مسئولین دارویی کشور هنوز متصور هستند که می‌توانند با کاهش سرانه جمعیتی تأسیس داروخانه به کمتر از ۴۵۰۰ نفر، ظرفیت تأسیس این واحد درمانی را افزایش دهند؟ آیا اقتصاد کوچک دارویی کشور که تاکنون برای توسعه و افزایش ارزش آن، کار پایه‌ای و قابل تاملی صورت نگرفته است، کشش ایجاد داروخانه‌های بیشتری را دارد؟ مسئولین محترم دارویی کشور در این سال‌ها برای تبدیل اقتصاد کوچک دارویی کشور به یک اقتصاد پویا و بزرگ چه کرده‌اند که نامتناسب با آن دست به افزایش نیروی کار متخصص و پذیرش دانشجو زده‌اند؟

شاید مهم‌ترین سوال دانشجویان داروسازی این است که آیا پذیرش این تعداد دانشجوی داروسازی مطابق با انجام مطالعات کافی و با توجه به محدودیت‌های آینده شغلی و نیازهای واقعی کشور صورت گرفته است یا خیر؟

تصویری دیگر از آینده شغلی داروسازان جوان، می‌تواند اشتغال به عنوان مسئول فنی در داروخانه‌ها باشد. آینده شغلی بدون ضمانتی که در سال‌های اخیر و هنوز سیل جمعیت دانشجویان داروسازی جوان فارغ‌التحصیل نشده، دستخوش اثرات ناگواری شده است.

عرضه بی‌منطق و بیش از نیاز واقعی نیروی کار جوان به بازار دارویی کشور و تقاضای کم برای به کارگیری آن‌ها باعث شده است که نه تنها حقوق درخور شأن و مناسبی برای وظیفه خطیر مسئول فنی داروخانه‌ها در نظر گرفته نشود، بلکه ضمانت شغلی داروسازان باتجربه در امر مسئولیت فنی که سال‌هاست در داروخانه‌های کشور به این امر مبادرت می‌ورزند را با وجود نیروی کار جوان ارزان و پویا به خطر انداخته است. اینجاست که می‌توان به این سوال پاسخ داد که چرا سال‌هاست بزرگترین نهاد صنفی داروسازان کشور یعنی انجمن داروسازان ایران که اعضای آن را سال‌ها موسسینی تشکیل داده‌اند که در تعیین کمترین پایه حقوق مسئولین فنی از هیچ تلاشی فروگذار نکرده‌اند، در رابطه با سیاست‌های اشتباه افزایش پذیرش دانشجوی داروسازی سکوت اختیار کرده‌اند. کدام موسس است که از نیروی کار ارزان قیمت استقبال نکند؟ در این میان خبری هم از ورود حق مشاوره داروساز به کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت و یا افزایش میزان تعرفه خدمات دارویی در کتاب مذکور که می‌تواند کورسوی امیدی برای مسئولین فنی داروخانه‌ها باشد، نیست. پرداخت‌ها همچنان بر اساس حقوق ماهیانه یکسان و ثابت صورت می‌گیرد و عملکرد و میزان ارائه خدمات و مشاوره‌ها در تعیین پرداخت به مسئولین فنی نقشی ندارد. این اوضاع نابسامان روز به روز و با افزایش تعداد فارغ‌التحصیلان جویای کار بدتر و نابسامان‌تر می‌شود.

در این آشفته بازار آینده شغلی، گاهی اظهارنظرهای مسئولین مبنی بر تغییر مسیر آینده شغلی داروسازان از تاسیس داروخانه و مسئولیت فنی داروخانه‌ها به سمت داروسازی بالینی و بیمارستانی و یا داروسازی صنعتی، در نگاه اول امید را در دل دانشجویان پرفروغ‌تر می‌نماید. حال آن که نگاهی عمیق‌تر به این موضوع، بیانگر این مطلب است که این پیشنهاد به ظاهر امیدبخش، چیزی جز مسکنی موقت بر آلام و دردهای دانشجویان داروسازی نیست و به هیچ عنوان جنبه درمانی برای معضل آینده شغلی ندارد. طبق استانداردهای بین‌المللی به ازای هر ۵۰ تخت بیمارستانی حضور یک داروساز در بیمارستان الزامی است. با وجود ۱۲۰هزار تخت بیمارستان در کشور، انجام یک محاسبه ساده نشان خواهد داد که ظرفیت آینده شغلی داروساز بالینی و بیمارستانی با فارغ‌التحصیلی ۲۴۰۰ داروساز آموزش دیده به اشباع خواهد رسید. این یعنی فارغ از جوانانی که در آینده پا به عرصه آموزش داروسازی خواهند گذاشت، تنها ۲۵ درصد دانشجویان داروسازی حال حاضر کشور برای اشباع بازار کاری داروسازان در بیمارستان‌های کشور کافی می‌باشد. این در حالیست که همچنان زیرساخت‌های کافی برای

پذیرش دانشجویان رشته داروسازی از ۵۰۰ دانشجو در سال۱۳۸۲ به ۱۵۰۰ دانشجو در سال ۱۳۹۵ رسیده است.

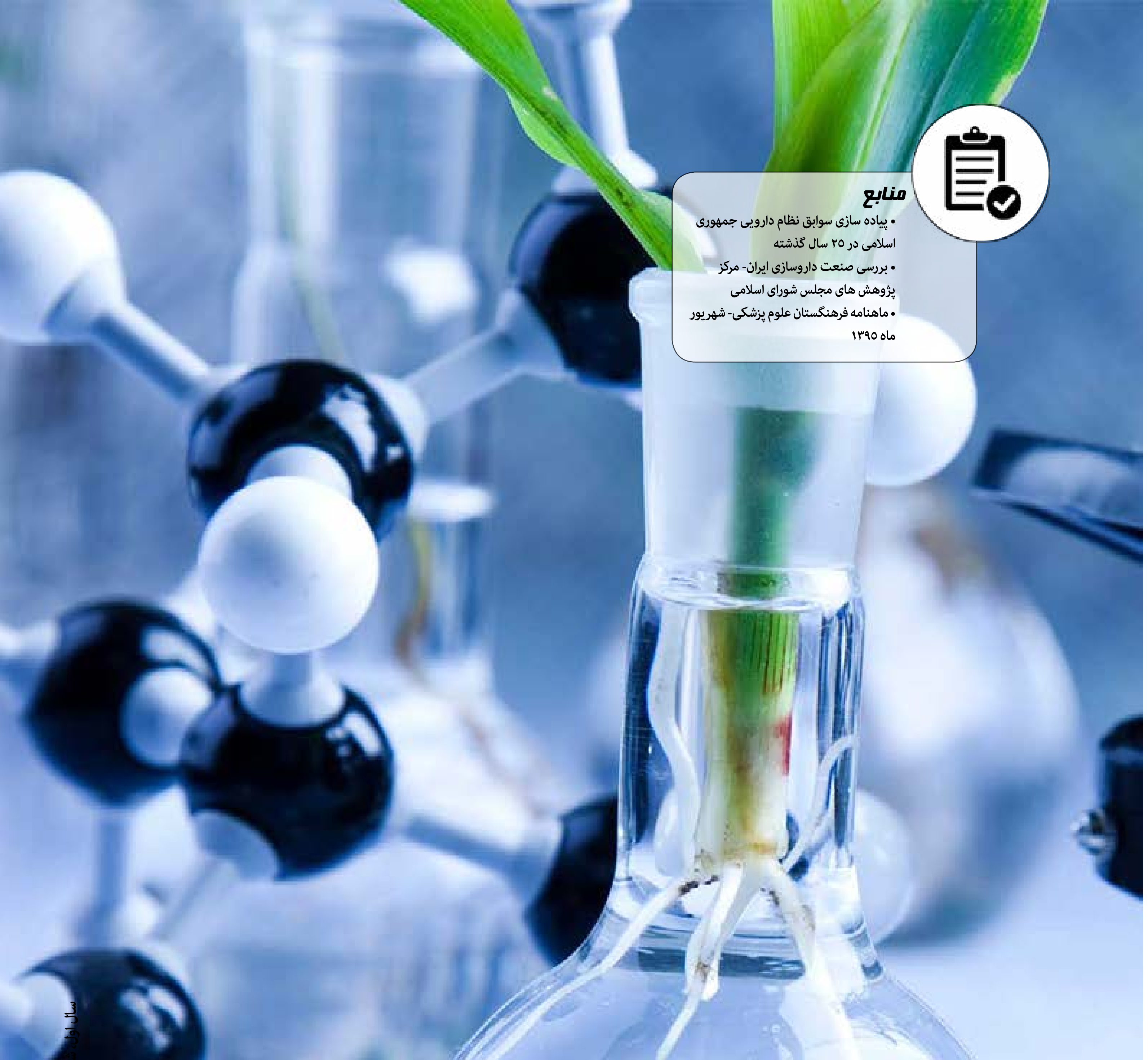
حضور داروسازان در بالین فراهم نشده است و به جز چند بیمارستان انگشت‌شمار در کشور، زمینه حضور داروسازان در سایر بیمارستان‌ها فراهم نشده است. قضاوت در مورد آینده شغلی داروسازان در صنعت داروسازی کشور با حدود ۱۰۰ سایت تولیدی کوچک و بزرگ و تولید تنها ۴۰درصد ارزش ریالی بازار کوچک دارویی کشور را به خوانندگان مطلب می‌سپارم که شاید خوش‌بینانه‌ترین افراد هم نتوانند اشتغال حتی ۵درصد از دانشجویان حال حاضر کشور را در این صنعت خسته و فرسوده در آینده و با سیاست‌های موجود تخمین نمایند.

عده‌ای از فارغ‌التحصیلان نیز که بر مبنای علاقه شخصی و گاها برای فرار از واقعیت عدم آینده شغلی مناسب در موقعیت فعلی و باز کردن راه دیگر، در ادامه تلاش‌هایشان در دوران تحصیل دکترای عمومی، رو به ادامه تحصیل در مقطع دکترای تخصصی می‌نهند، غافل از اینکه موضوع آینده شغلی متخصصان داروسازی، خود مستلزم نوشتن رنجنامه‌ای دیگر است.

تاسیس دانشکده‌های جدید داروسازی سهم بسزایی در افزایش پذیرش دانشجویان داروسازی کشور داشته است. افزایش قارچ‌گونه دانشکده‌های داروسازی از ۱۰ دانشکده داروسازی در سال ۱۳۸۱ به ۲۴ دانشکده داروسازی در سال ۱۳۹۴ و اگر تعداد دانشکده‌های پردیس بین‌الملل داروسازی را هم به این آمار بیفزاییم، ۴۰ دانشکده داروسازی در سال ۱۳۹۴، جای بسی تامل و شگفتی دارد. این افزایش تعداد دانشکده‌های داروسازی آن هم در یک مقطع کوتاه زمانی با چه منطقی صورت گرفته است؟ به فرض نیاز کشور به نیروی کار داروساز بیشتر، آیا بهتر نبود چه از نظر اقتصادی و چه از نظر کیفیت خدمات آموزشی، با تجهیز بیشتر دانشکده‌های داروسازی موجود در کشور، افزایش پذیرش دانشجویان را در همان دانشکده‌های موجود اعمال می‌نمودند؟ اگر استدلال مسئولین عدم تمایل فارغ‌التحصیلان به اشتغال در برخی مناطق کشور بود، آیا راه حل این مشکل تاسیس بی‌رویه دانشکده‌های داروسازی در آن شهرها و مناطق است و یا بومی سازی پذیرش و موظف سازی اشتغال در منطقه بومی برخی داوطلبان در هنگام انتخاب رشته و اعطای تسهیلات بیشتر برای کار در آن مناطق، می‌توانست راه‌حل بهتری باشد؟ موضوع دانشکده‌های جدیدالتاسیس داروسازی موضوع بسیار مهم و نگران‌کننده‌ای است که همواره اعتراضات دانشجویان داروسازی را در پی داشته است، چراکه شواهد نشان می‌دهد نظارت کافی بر کیفیت آموزش داروسازی در این دانشکده‌ها وجود ندارد. به نظر می‌رسد اگر نظارت کافی بر کیفیت آموزش داروسازی در دانشکده‌های جدیدالتاسیس وجود داشت لااقل می‌بایست از فعالیت دانشکده‌هایی که برخی حداقل‌ها از قبیل تعداد هیات علمی کافی و یا ساده‌ترین امکانات آموزشی و یا حتی یک داروخانه آموزشی ندارند، جلوگیری می‌شد.

توجیه برخی مسئولین از افزایش پذیرش دانشجوی داروسازی و تاسیس دانشکده‌های داروسازی جدید، جلوگیری از خروج جوانان از کشور جهت ادامه تحصیل است. حال پس از گذشت ده سال از این سیاست اشتباه، باید از ایشان پرسید که آیا مطالعه‌ای صورت گرفته است که میزان خروج جوانان پس از اعمال این سیاست، به چه میزان کاهش یافته است؟ آیا افزایش فارغ‌التحصیلانی که آینده شغلی مناسبی برایشان در نظر گرفته نشده است، باعث خروج بیش از پیش فارغ‌التحصیلان داروساز از کشور نشده است؟ به نظر می‌رسد مهاجرت جوانان از کشور بیشتر نشده باشد کمتر نشده و فقط سن مهاجرت از ۱۸ سالگی برای تحصیل داروسازی به سن ۲۴ سالگی و پس از تحمیل هزینه‌های آموزشی و فراگیری مهارت‌های لازم و برای یافتن آینده شغلی بهتر در سایر کشورها، تغییر یافته است.

جالب اینجاست که این افزایش ظرفیت پذیرش را شورای آموزش داروسازی و تخصصی وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی در سال‌های گذشته مصوب کرده است که از وظایفش بررسی و تعیین احتیاجات نیروی انسانی لازم در کشور در رشته‌های داروسازی و تخصصی و مطابق با آن پذیرش دانشجو می‌باشد. این در حالیست که همواره دانشجویان، شاهد فقط کلی‌گویی مسئولان در رابطه با نیازهای واقعی آینده شغلی داروسازان بوده‌اند و این کلی‌گویی‌ها همیشه بدون توجه به واقعیت‌ها و مشتمل بر فرصت‌های شغلی بالقوه کشور در عرصه داروسازی بوده و اهتمام ویژه‌ای برای بالفعل نمودن این فرصت‌ها صورت نگرفته است. سم مهلک افزایش بی‌رویه و بدون مطالعه کارشناسانه پذیرش دانشجوی داروسازی، روز به روز و آرام آرام بدنه داروسازی کشور را ضعیف و نحیف‌تر خواهد ساخت و نه تنها دامن دانشجویان، بلکه دامن فارغ‌التحصیلان، مسئولان و از همه مهم‌تر سلامت جامعه را خواهد گرفت. حال مهم‌ترین سوالات این که، چه کسی و کدام مسئول پاسخگوی دغدغه‌های دانشجویان، بی‌انگیزگی آن‌ها و مشکلات آینده شغلیشان است؟ آیا وقت کلی‌گویی‌ها و امیدبخشی‌های بی‌ثمر به دانشجویان به پایان نرسیده است؟ آیا وقت آن نرسیده است که با تغییر روند پذیرش دانشجویان داروسازی و تاسیس دانشکده‌های جدید، نظارت بیشتر بر امر آموزش در دانشکده‌های داروسازی موجود، انجام سیاست‌گذاری‌های صحیح و مدیریت شده و ایجاد بازار کار مناسب و درخور شان داروسازان جوان، از نگرانی‌های این سرمایه‌های جوان بکاهند و امید و آرزوها را در دل ایشان پرفروغ سازند؟



دکتر هادی عباسیان دستیار رشته اقتصاد و مدیریت دارو دانشکده داروسازی تهران

تاریخچه نظام ژنریک در ایران

هدف نهایی از این نظام حفظ و ارتقای سطح سلامتی مردم است.

داروسازی نوین ایران از حدود یکصد سال پیش و با افتتاح نخستین داروخانه ها به سبک جدید توسط داروسازان اتریشی، آلمانی و فرانسوی در تهران آغاز شد. آموزش داروسازی نیز در همان زمان توسط استادان اروپایی در دارالفنون شروع گردید.
تا اوایل دهه ۱۳۴۰ ، بخش عمده ای از زیر ساخت صنعت داروسازی ایران شکل گرفت؛ بیش از۴۰ شرکت خارجی با سرمایه گذاری مستقل یا شرکت، فعالیت هایی را برای تولید دارو در ایران آغاز کردند.

منابع

• پیاده سازی سوابق نظام دارویی جمهوری اسلامی در ۲۵ سال گذشته
• بررسی صنعت داروسازی ایران- مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی
• ماهنامه فرهنگستان علوم پزشکی- شهریور ماه ۱۳۹۵

> طرح ژنریک اگرچه در ابتدا بر اساس احساسات انقلابی و ملی مطرح و به اجرا درآمد ولی میتوان از آن به عنوان یک انقلاب در داروسازی ایران و یکی از دستاوردهای نظام جمهوری اسلامی در زمینه بهداشت و درمان عنوان کرد.

در آستانه پیروزی انقلاب اسلامی، در سال ۱۳۵۷ تعداد بسیاری از شرکت های خصوصی خارجی، ایرانی و مختلط در بخش داروی ایران فعالیت می کردند و برآیند این فعالیت ها، بازاری با گردش مالی حدودا ۳۰۰ میلیون دلار در سال بود . این بازار دارویی تقریبا ۳۵۰۰ قلم فر اورده دارویی را با نام تجاری در بر می گرفت که ۷۰ درصد آن وارداتی بود و از حدود ۳۰ درصد باقی مانده که در داخل ایران تو لید می شد، تقریبا ۸۰ درصد از این تولیدات به محصولاتی تعلق داشت که تحت امتیاز شرکت های خارجی تولید و به فروش می رسیدند. در این بازار ۳۰۰۰ نفر به عنوان نماینده تبلیغات علمی فعالیت می کردند و شرکت های دارویی حدود ۲۰ درصد درامدشان را برای تبلیغات صرف می کردند و سعی داشتند با تبلیغات فراوان کالای تجاری خود را که از تنوع فراوان و گاها غیر ضروری برخوردار بود در بازار دارویی ایران به فروش برسانند.

نظام دارویی کشور یعنی فرایند تولید، واردات، توزیع، تجویز، ارائه دارو به مصرف کننده و در نهایت مصرف دارو توسط بیمار، از مهم ترین زنجیره های حفظ سلامتی آحاد جامعه است . هدف نهایی از این نظام حفظ و ارتقای سطح سلامتی مردم است. سازمان جهانی بهداشت اولین بار در سال ۱۹۷۵ طرح ژنریک را به عنوان یک الگوی مناسب برای کشورهای در حال توسعه مطرح کرد و در سال ۱۹۷۶ کشورهای عضو عدم تعهد همچون پاکستان، هند، بنگلادش و ... این طرح را تصویب نمودند.

در ایران نیز اولین بار ایده اجرای طرح ژنریک از دل جلسات مذهبی که بین داروسازان انقلابی آن دوره در مسجد جواد الائمه تهران تشکیل میشد و افرادی همچون مرحوم دکتر مظلومی، دکتر نیک نژاد، دکتر آذرنوش، دکتر نیلفروشان و ... در این جلسات شرکت داشتند بیرون آمد

در شهریورماه سال ۱۳۵۸ هیات مدیره جامعه داروسازان سمینار ۳ روزه ای در سالن ابن سینای دانشگاه تهران برگزار میکند و در پایان آن قطعنامه ۱۷ ماده ای صادر میشود که خواستار اصلاحات اساسی در:

- نظام دارویی
- سیستم توزیع
- نظام آموزشی دانشکده های داروسازی
- ساخت مواد اولیه
- تحقیقات دارویی
- نهایتا بررسی دقیق طرح ژنریک میشود.

در اسفند ماه همان سال سمینار دیگری در محل جامعه داروسازان با حضور اساتید دانشگاه و مقامات وزارت بهداری و اداره دارو و داروسازان تشکیل شده و تصمیم میگیرند برای رفع مشکلات موجود در تولید دارو و رفع نیازهای کشور ستادی تحت عنوان ستاد خودکفایی دارویی تشکیل شود. این ستاد به کمیته های فرعی آمار و اطلاعات ، آموزش،ایجاد و توسعه تقسیم می شود و برنامه ای کاری شامل تهیه آمار مصرف، لیست داروهای ضروری، اولویت های تولید اشکال دارویی، مواد خام، مواد بسته بندی، برنامه های اموزش داروسازی، اموزش فنی صنایع و غیره تدوین کرد.

این ستاد با بهره جویی از رهنمودها و فهرست ۳۰۰ قلمی سازمان جهانی بهداشت، لیست داروهای ضروری ایران را (شامل حدود ۵۰۰ قلم داروی ژنریک در قالب ۹۰۰ شکل دارویی) به معاونت دارویی وزارت بهداری و بهزیستی ارائه داد

با موضوع پیش آمده برای سفارت آمریکا و قطع ارتباط با آن کشور و بعضی دولت های اروپایی ادامه ارتباط و تامین دارو و مواد اولیه دچار مشکالت عدیده ای شد و در نتیجه دولت مجبور شد در طی دو مرحله در سال ۱۳۵۹ با مصوبه شورای عالی انقلاب مدیریت کارخانجات با مالکیت خارجی و بعضی کارخانجات با مالکیت ایرانی را به عهده بگیرد و این مهم را به عهده سازمان جدیدی که بعد از انقلاب ایجاد شده بود (به نام صنایع ملی ایران و وابسته به وزارت صنایع) بگذارد. بنابراین چند اتفاق متعاقبا به وقوع پیوست:

- مدیریت و مالکیت تمامی کارخانجات خارجی و بعضی از کارخانجات ایرانی بر عهده دولت قرار گرفت.
- نام ژنریک جایگزین نام تجاری شد.
- پخش دارو از توزیع توسط شرکت های تولیدی و وارداتی به عمده فروشهای تهران و شهرستان ها در اختیار ۶ شرکت توزیع دولتی در آمد
- واردات دارو که توسط دهها شرکت انجام می شد به سه موسسه دولتی سپرده شد: شرکت سهامی دارویی کشور، شرکت دارو پخش و مرکز فوریت های دارویی هلال احمر
- دریافت ارز توسط موسسات برای تولید و واردات سهمیه بندی شد
- معرفی و تبلیغات دارو قطع شد
- به علت محدودیت عرضه دارو در سطح مملکت ستادهای توزیع دارو با حضور نمایندگان امام جمعه، استانداری و ادارات مختلف تشکیل و بر نحوه عرضه دارو، نظارت و کنترل مستمر داشتند.
- دفتری در اداره دارو به نام دفتر آمار و برنامه ریزی تشکیل شد که دقیقا برنامه تولید، واردات یا زمان تولید یا واردات، میزان ارز مصرفی هر کارخانه تولیدی و یا شرکت وارداتی را تعیین می نمود و مطابق این برنامه شرکت های توزیعی موظف بودند تمامی تولید و یا واردات را عینا تحویل گرفته و به سراسر کشور توزیع نمایند.

نهایتا در سال ۱۳۶۳ تحولات ایجاد شده به ثبات رسید و کلیه داروها در آن سال با نام ژنریک تولید شد.در طی این سال ها چندین جلد کتاب ژنریک تدوین و در اختیار پزشکان و داروسازان قرار گرفت، همچنین دکتر مولوی با تشکیل تیمی تلاش کرد طرح ژنریک را برای پزشکان تشریح کند.
با وجود تحول عملی در نظام دارویی تا سال ۱۳۶۷ هنوز قوانین و مقررات دارویی سابق حاکم بود و این طرح پایگاه قانونی محکمی نداشت تا اینکه در فروردین سال ۶۷ قانون قبلی به نحویکه منطبق با نظام دارویی جدید شود در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید که از جمله این موارد :

- ماده ۳، تبصره ۳ - ارائه داروی هم فرمول از نظر مواد مؤثره به جای داروی تجویز شده در نسخه پزشک دخل و تصرف یا تغییر در نسخه پزشکی محسوب نمی شود لیکن ارائه داروی غیر هم فرمول از نظر مواد مؤثر به جای داروی تجویز شده در نسخه پزشک دخل و تصرف یا تغییر در نسخه پزشکی محسوب و قابل تعقیب است. مرجع تشخیص مواد مؤثره داروهای فوق الذکر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

- ماده ۶، تبصره ۲ - عنوان داروهای ژنریک به داروهایی اطلاق می شود که با نام شیمیایی یا عمومی(غیر اختصاصی) که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأیید می گردد، نامیده می شود.

در ابتدای کار تفکر حاکم تا حد زیادی اعمال سیاست واحد در نظام دارویی کشور و جایگزین کردن نام های تجارتی با نام های ژنریک بود. سیاست ملی دارویی در قالب طرح ژنریک شامل ۴ هدف اصلی بود :

۱. در دسترس بودن
۲. قابل خرید بودن برای تمام مردم
۳. خودکفایی در تولید داخل
۴. مصرف منطقی دارو

که برای رسیدن به این اهداف اقدامات زیر انجام گرفت :

- ممنوعیت تولید یا وارد کردن داروی تجاری در صورت موجود بودن داروی ژنریک
- ملی کردن شرکت های چند ملیتی
- سازمان دادن ۶ شرکت توزیع دارو و توزیع دارو و تجهیزات پزشکی در تمام نقاط کشور
- متمرکز کردن تهیه و واردات دارو به ۳ شرکت دولتی
- محدود کردن لیست دارویی رسمی کشور

طرح ژنریک اگرچه در ابتدا بر اساس احساسات انقلابی و ملی مطرح و به اجرا درآمد ولی میتوان از آن به عنوان یک انقلاب در داروسازی ایران و یکی از دستاوردهای نظام جمهوری اسلامی در زمینه بهداشت و درمان عنوان کرد.

بعد از انقلاب اسلامی با تدوین و اجرای نظام نوین دارویی کشور (طرح ژنریک) سیاستها و اهداف متوجه تولید و توسعه خودکفایی شد. در واقع صنعت داروسازی و نهایتا دارو از عرصه تجارت محور به عرصه تولید و ساخت داخل با سیاست تولید محور سوق داده شد. هم اکنون حدود ۹۶ درصد داروها را در داخل کشور تولید می شود و هر سال ۸ تا ۱۰ فرمول جدید دارویی کشف می شود که این اقدامات به منزله پیشرفت در ارتباط با اقتصاد مقاومتی است. در صنعت داروی ایران حدود ۱۱۵ شرکت تولید کننده داروهای انسانی و ۴۰ شرکت تولید کننده مواد اولیه دارویی فعالیت دارند و ۵۴ درصد مواد موثر دارویی و حدود ۱۰۰ درصد مواد بسته بندی دارویی مورد نیاز کشور در داخل تولید می شود.۳۸ شرکت توزیع کننده سراسری دارو و تعدادی توزیع کننده استانی نیز توزیع دارو را به عهده دارند. ضمنا از حدود سال ۱۳۸۳ تعداد شرکت های وارداتی خصوصی افزایش یافته و به حدود ۱۷۰ شرکت رسیده است.

میل به ادامه تحصیل در دانشجویان کم شده است...

مصاحبه با جناب آقای دکتر مرتضوی

معاون دبیرخانه شورای آموزش داروسازی و تخصصی
استاد تمام فارماسیوتیکس و معاون آموزشی دانشکده داروسازی شهید بهشتی

با سلام خدمت جناب آقای دکتر مرتضوی معاونت محترم دبیرخانه شورای آموزش داروسازی و تخصصی و با سپاس از اینکه وقت گرانقدرشون رو در اختیار ما گذاشتند. پیش از هرچیز، لطف بفرمایید و خودتان را به خوانندگان نشریه ما معرفی کنید تا پس از اون به سوالات بپردازیم:

سید علی مرتضوی هستم استاد تمام فارماسیوتیکس و معاون آموزشی دانشکده داروسازی شهید بهشتی و همچنین سمت معاون دبیرخانه شورای آموزش داروسازی و تخصصی را هم عهده دار هستم.

جناب آقای دکتر به عنوان اولین سوال ، پس از حذف علوم پایه و تغییرات در کوریکولوم آموزشی داروسازی سوالی که برای اکثر اساتید و دانشجویان مطرح شد این بود که این تغییرات شامل چه مواردی میشوند و بر چه اساسی این تغییرات صورت گرفت؟

بطور کلی آزمون های جامع برگزار شده در کشورما به دو صورت می باشد که یکی شرکت در آزمون علوم پایه پس از گذراندن ۸۰ واحد درسی است که برای همه دانشجویان دکترای عمومی مشترک بود و دوم گذراندن آزمون ۱۸۰ واحدی پس از گذراندن ۹ترم که شامل آزمونی از دروس تخصصی میباشد که تا پیش از این فقط برای دانشجویان پزشکی اجرا می گردید.

در رشته های پزشکی و دندان پزشکی از آنجایی که برنامه درسی شامل تغییر از مقطع علوم پایه به مقطع بالینی می باشد و دانشجو پس از علوم پایه مستقیما با بیمار ومحیط بیمارستان و کلینیک سروکار دارد، برگزاری آزمون علوم پایه کاملا توجیه پذیر است. اما در رشته ی داروسازی این گونه نیست و دانشجو پس از گذراندن دروس پایه وارد دوره دروس تخصصی می شود.

طی جسلات متعدد برگزار شده با حضور ریاست دانشکده ها و معاونین آموزشی در دبیرخانه به این نتیجه رسیدیم که می بایست تغییری رخ داده و آزمونی برگزار شود که بتواند توانایی دانشجوی داروسازی را برا اساس آموخته های تخصصی وی محک بزند بنابراین تصمیم به حذف علوم پایه و برپایی آزمون ۱۸۰ واحدی تحت عنوان آزمون جامع گرفته شد . از دیگر مزایای این آزمون علاوه بر جامع تر بودن میتوان به ملاک واقع شدن نمره ی اخذ شده جهت قبولی در آزمون دکتری تخصصی اشاره نمود.که ازین جهت دانشجویان تشویق به ادامه ی تحصیل در رشته های تخصصی خواهند شد و نیازی به شرکت مجدد در آزمون تخصصی نمی باشد.

لازم به ذکر است که برگزاری این آزمون از سال ۹۴ به تصویب رسیده و در دفترچه ی کنکور سراسری سال ۹۴ برگذاری چنین آزمونی قید گردید.البته تا زمان اجرای دقیق این برنامه هنوز چندین سال تا به ترم ۹ رسیدن دوستان ورودی ۹۴ باقیست .

در این میان به نظر میرسد مشکلی برای ورودی ۹۴ به وجود نیامده و تنها مساله مورد توجه افرادی هستند که پیش از سال ۹۴ به دانشگاه وارد گردیده اند و هنوز موفق به شرکت در آزمون علوم پایه نشده اند تکلیف آنها چیست؟

بنابر قانون ذکر شده درباره ی علوم پایه هر دانشجو میتواند تا حداکثر سه مرتبه در آزمون علوم پایه شرکت نماید اما ازآنجایی که تعداد چنین افرادی محدود بوده و با نظر به قطبی برگزار شدن آزمون , براساس تصمیمات سازمان سنجش وزارت خانه، تنها تا شهریور ۹۶ آزمون علوم پایه برگزار گردیده و دانشجویان پس از آن در صورت عدم قبولی به آزمون جامع هدایت می گردند.

آیا در دبیرخانه دروس پیش از آزمون جامع ۱۸۰ واحدی مشخص شده اند؟ دروس باقی مانده پس از این آزمون چه دروسی می باشند؟

بله. یکسری تغییرات برای ورودی ۹۴ نیز صورت گرفته است و دروس جابه جا شده اند به عنوان مثال درس فرآورده های آرایشی بهداشتی به پس از آزمون جامع منتقل شده است.بنابراین در ۱۸۰ واحد مجموع دروس عمومی (به جز دروس دانش خانواده و فرهنگ و تمدن اسلام, که پس از علوم پایه گذاشته شده) و دروس پایه باید در کنار دروس تخصصی و چند واحد کاراموزی گذرانده شوند. و همچنین درس کاراموزی در عرصه بیمارستانی ۶ واحدی شکسته شده و ۲ واحد درس اجباری بوده وباقی اختیاری گردد.

البته اکثر دانشگاه ها تغییر چندانی در کوریکولوم ایجاد نکرده اند و در این مورد چیدمان دروس برای ورودی ۹۴ تا کنون به اختیار دانشکده ها بوده است. که با توجه به محدودیت رساندن دانشجویان به آزمون جامع تفاوت خاصی نخواهند داشت. ولی به طور کلی تفاوت میان برنامه های دانشکده ها کمتر از ۱۰ درصد می باشد.

> بنده با شما کاملا موافقم که حذف علوم پایه پیش از ابلاغ کوریکولوم مشخص چندان مناسب نبوده است و این خلل در تدوین کوریکولوم هم به علت تغییرات سازمانی ایجاد گردید.

پس با این وجود کوریکولوم معینی برای ورودی ۹۴ وجود نداشته است،آیا امکان و تصمیم به ثبت کوریکولم آموزشی مشخص وجود دارد؟

در آخرین نشست داروسازی کشور با حضور ریاست دانشگاه ها به ناتوانی در تدوین برنامه ی خاصی از سوی وزارتخانه و اجرای آن در دانشکده های بزرگ اشاره شد و بیان شد که آنها جهت اعمال تغییرات زیر بار نمیروند.البته مطابق قانون دانشگاه ها مختارند در ۲۰ ٪ محتوای دروس ابلاغ شده تغییراتی ایجاد کرده و به اجرا درآورند به عنوان مثال در دانشگاه تهران درس فارماکولوژی به ۳ قسمت تقسیم شده و ارایه می گردد.

آیا نظارتی بر اجرای صحیح این برنامه نیست؟

چون وزارتخانه به دانشکده ها استقلال در چیدمان دروس داده است، بنابراین دبیرخانه نمیتواند با آنها مقابله کند مگر اینکه در حد معاونت آموزش (دکتر لاریجانی) ابلاغیه ای مبنی بر نظارت ارایه شود.
البته از آنجایی که از اهداف آموزش در علوم پزشکی ما رضایتمندی و علاقه ی دانشجو به سیستم است، پیشنهاد بنده اینست که در قالب نشست دانشجویی خودتان به بحث و بررسی این مطلب پرداخته و نتایج را در بیانیه و صورت جلسه نهایی به دبیرخانه ارسال نموده تا پیگیری شود و اگر خلایی در مشاهده میشود برطرف گردد.

جناب دکترا! آیا درست است که حذف علوم پایه پیش از ابلاغ کوریکولوم مشخص چندان مناسب نبوده است؟

بله. بنده کاملا با شما موافقم و این خلل در تدوین کوریکولوم هم به علت تغییرات سازمانی ایجاد گردید.

همانطور که مستحضرید آخرین تغییرات در کوریکولوم در سال ۸۴-۸۵ بوده و پس از آن تنها یک بند به عنوان پی نوشت افزوده شده و از حذف آزمون علوم پایه و برقرای آزمون جامع خبرداده است. آیا چنین کوریکولومی تدوین شده است؟

برنامه برای ورودی ۹۴ تدوین شده ولی هنوز ابلاغ نگردیده و روی سایت قرار نگرفته است ولی دانشکده ها از برگزاری آزمون جامع مطلعند.

آقای دکتر این برنامه چه زمانی ابلاغ میشود؟

برای دانشجویان ورودی ۹۵ در کوریکولوم آموزشی پس از ۱ سال کار مداوم , بازنگری صورت گرفته و امیدوار بودیم تا پایان شهریور و قبل از شروع سال تحصیلی جدید به دستمان برسد و بتوان آنرا ابلاغ نمود . که تا پایان نیمسال دوم تحصیلی برای ورودی ۹۵ ابلاغ خواهد گردید.

چه تغییراتی در کوریکولوم جدید ۹۵ صورت گرفته و بر چه اساس است؟

در برنامه ی جدیدی براساس مطالعات انجام شده در فرهنگستان علوم پزشکی و با نظرخواهی از دانشجویان و براساس نتایج فعالیت های خود جوش دانشجویان در این حیطه به این نتیجه رسیدیم که دروس تخصصی مناسب بودهد و مکشل اصلی در ناکارآمدی دروس کارآموزی و آزمایشگاهیست و این دروس در ایجاد توانمندی های عملی ما ناکارآمدند.
از تغییرات اعمال شده(که در دبیرخانه ثبت گردیده) میتوان به طور خلاصه به تغییر در درس ریاضیات که برای رشته داروسازی ناکارآمد بود براساس درس pharmaceutical calculation در سایر دانشکده های خارج از کشور و با نام محاسبات ریاضی اشاره کرد.که تعداد واحد ها نیز از ۳ واحد به ۲ واحد کاهش یافته است.

آیا اصول و متد تدریس این درس هم مشابه رفرنس خارجیست؟

بله و براساس کتاب pharmaceutical calculation صورت می پذیرد.
در بحث آموزش کارآموزی از آنجایی که اطلاعات دانشجوی داروسازی پیرامون تجهیزات پزشکی کم است , ۲ واحد درس تجهیزات پزشکی نیز افزوده گردیده است.
همچنین کارآموزی بیمارستانی که پیش از این در قالب ۲ واحد ارایه میگردید به ۲ واحد مجزا (۱ واحد تیوری و ۱ واحد عملی) تبدیل گردید.همچنینی از آنجایی که ضعف در مبانی کنترل کیفیت و ناکارآمد بودن فارغ التحصیلان در صنعت مشاهده گردید , ۲ واحد درس مبانی کنترل کیفیت و مستندات افزوده شد. همچنین ۲ واحد درس طب سنتی نیز (خارج از غالب اختیاری)ارایه میگردد.
همچنین به دلیل اهمیت درس مدیریت واقتصاد دارو این درس نیز به ۲ درس ۲ واحدی مدیریت در داروسازی و اقتصاد در داروسازی تقسیم گردیده است.

با این وجود تکلیف ورودی ۹۴ چیست؟ آیا برنامه ی مدونی وجود ندارد؟

براین اساس سه مدل برنامه خواهیم داشت .
۱- همان سیستم پیش از ورودی ۹۴ و برگزاری علوم پایه و ارایه واحدهای درسی مطابق سال ۸۵
۲- برگزاری آزمون جامع برای ورودی ۹۴ و ارایه به دلخواه دروس برای این ورودی
۳- برنامه مصور برای ورودی ۹۵ و برگزاری آزمون جامع
پس به بیانی هزینه ی بیشتری در این میان برای تدوین برنامه ی ۹۴ از بین خواهد رفت.
بله در اصل می بایست همان برنامه ی جدید تدوین شده همراه با ۱۸۰ واحد ارایه شود.

اصول این تغییر چه بوده است؟ آیا براساس تصمیمات کشورهای خارجی و ایجاد طرح های تحول پس از سنجش مداوم صورت پذیرفته است.؟ امکانش هست کمی بیشتر توضیح دهید؟

برنامه های ابلاغ شده ۵ تا ۱۰ سال اعتبار دارند . (آخرین برنامه ی تدوین شده مربوط به سال ۸۵ است) از آنجایی که در سال ۹۴ , حدود ۹ سال از تدوین این برنامه میگذشت , مشکلات و خلل های آن یافت شده و نیاز به تغییر اعلام گردید.

آقای دکتر براساس آیین نامه نظام آموزشی که از سمت وزارتخانه تدوین شده و در آن تمامی دروس و نحوه ی تدریس و رفرنس ها و نحوه ی سنجش دانش دانشجو را بیان نموده است. اما در دانشکده ها کنترل تمامی امور بر عهده گروه ها بوده است و نظارتی برا اجرای آیین نامه مصوب هم وجود ندارد.نظر شما چیست؟

دانشگاه ها مکلف هستند که برنامه را رعایت کنند اما متاسفانه در اکثر مواقع به دلخواه عمل می کنند. البته برنامه ی ارزشیابی ادواری دانشکده های کشور وجود دارد و آخرین بار حدود ۱۳-۱۴ سال پیش , تیمی از جانب وزارتخانه فرستاده شد و همه ی دانشکده های داروسازی کشور را مورد بررسی قرار دادند و سوالات گوناگونی نیز تدوین شد و در کتابچه گردآوری گردید .پس از به روی کار آمدن دکتر عبداللهی ,مجددا استارت این کار زه شد. به این صورت که در فاز اول از دانشکده ها اطلاعاتی را دریافت کرده و پس از فرستادن بازرسین و دریافت گزارشات بازدید , تصمیم گیری درباره دانشکده ها و رتبه بندی آنها اعمال خواهد شد.

آیا دانشجویان در این مطالعات نقشی داشتند؟

تنها قسمتی که دانشجویان در ارزشیابی دخیل هستند , ارزشیابی اساتید در سامانه ی سما هست.

آیا شما این فرم ارزشیابی رو قبول دارید؟

بنده شخصا نظرات بچه هارو مطالعه میکنم و برای اساتیدی که بچه ها از آنها گله مند هستند, احضاریه فرستاده و بررسی های لازم را انجام میدهم ولی نمیتوان گفت در همه ی کشور چنین تغییراتی اعمال میشود و همه ی این اعمال منجر به تغییرات شوند.
آقای دکتر وقتی دانشجو نغییر خاصی را مشاهده نمیکند عملا پاسخ گویی به این سوالات با صحت و دقت را نادیده میگیرد و آنرا جدی نمی پندارد.
واقعیت اینست که همه ی نطر سنجی ها به علت برخی محدودیت ها (حتی در جابه جایی استاد) دقیقا اعمال نمیشوند, ولی انتقادات به استاد مربوطه ابلاغ میگردد؛ ولی از طرفی هم نوعی بی اعتمادی براساس رفتار غیر حرفه ای برخی اساتید در ترم های بعدی وجود داشته که باعث بروز خطا می گردد.

البته سوالات در سیستم سما محدود هستند و ملاک خوبی برای ارزشیابی نمیباشند.

بله- از سمتی افرادی هستند که صرفا حضور فیزیکی در کلاس داشته و عملا صلاحیت سنجش کلاس و استاد را ندارند. به نطر بنده باید این نکته اعمال شود که ارزشیابی یک امر دوطرفه از سمت استاد و دانشجو است که هرکدام موظف به رعایت اصول و قوانین خودشان هستند.

با توجه به مطالب بیان شده و با توجه به هدف ذکر شده ی جنابعالی در افزایش رغبت دانشجویان به ادامه تحصیل در مقطع تخصص ,و با درنظر گرفتن کاهش ظرفیت آزمون پذیرش این مقطع و کمبود ظرفیت پذیرش مراکز تحقیقاتی و پژوهشی کشور در ادامه ی کار دانشجویان PHD این تناقض چگونه حل می شود؟

واقعیت اینست که به طور کل میل به ادامه ی تحصیل در دانشجویان کم شده است و اکثر دوستان علاقمند تمایل به ادامه تحصیل در خارج کشور دارند.و این واقعا نگران کننده است.
از طرف دیگر چون امکان شرکت غیرداروسازان در اکثررشته های تخصص داروسازی فراهم گردیده است. و با پیشروی این امرعرصه ی داروسازی در سالهای آتی از بین خواهد رفت و اساتید داروسازی ممکن است غیر داروساز باشند و این جای نگرانی دارد. بنابراین با این طرح شاید با هدف افزایش انگیزه به رشته های تخصصی تصویب شد تا فاصله ای هم میان فراغت از تحصیل و شرکت در آزمون نباشد اما در این بین مشکلاتی که بیان کردید صحیح بوده و زمینه ی کاری برای این عزیزان محدود است.

حانیه محمدعلی زاده | کیانا نادری نیا

آموزش در داروسازی

نقش داروساز در کشورهای مختلف متفاوت بوده و هر کشوری متناسب با نیاز خود برنامه درسی را تنظیم می کند

نیازهای درمانی جوامع مدام در حال تغییر است و تغییر متناسب با نیاز جامعه در برنامه درسی، از بدیهیات یک برنامه ریزی درست در کوریکولوم است.

داروسازی بر خلاف اکثر دیگر شاخه های علوم پزشکی، رشته ای است که در آن گستره ی مطالب بسیار زیاد بوده که هر کدام از آن ها، دنیای متفاوت و هیجان انگیزی را درخود پنهان کرده است و میتوان از این دیدگاه رشته ی داروسازی را به اقیانوسی با پهنا و عمق بی کران شبیه کرد.

متاسفانه در کشور ما این اقیانوس تنها پهنای بی کران دارد و عمق بسیار ناچیز! که در نهایت بعد از اتمام دوره تحصیلی خود، از این اقیانوس بی کران حتی همان کم عمق ها را هم نیاموختیم و نه میدانیم آن همه مطالبی که خوانده ایم، در کدام قسمت از حرفه ی ما به کار می آید و نه از آن ها به میزان لازم در دوران کارورزی استفاده کرده ایم.

شاید بتوان علت این مساله را به برنامه ی درسی داروسازی در ایران نسبت داد.

این در حالیست که در تعداد زیادی از کشورها، از سطحی بودن فاصله گرفته و حتی در دوره دکترای عمومی، برروی قسمت های خاصی تمرکز شده است.

نیازهای درمانی جوامع مدام در حال تغییر است و تغییر متناسب با نیاز جامعه در برنامه درسی، از بدیهیات یک برنامه ریزی درست در کوریکولوم است.

شاید با این حقیقت آشنا باشید که فلسفه ی اصلی ایجاد مدرکpharm.Dاین بوده که داروساز آموزش دیده با چنین مدرکی، در نهایت مهارت های بالینی قوی داشته و بتواندنقش پررنگی را در چرخه سلامت جامعه، ایفا نماید. بر همین اساس تغییراتی در برنامه درسی دانشگاه های سراسر جهان صورت پذیرفته است. نکته جالب توجه آن است که در دانشگاه های کشورهای پیشرفته (که ما ادعا داریم داروسازی ایران براساس کشورهای پیشرفته در حیطه داروسازی نوشته شده) برنامه درسیpharm.D بر همین مبنای بالینی چیده اند! حیطه های کاری داروساز عمومی و وظایف او در بالین به دقت مشخ شده و بر اساس دانش و مهارت هایی که در حیطه بالینی به آن احتیاج دارد، دروس مختلف کنار هم چیده شده اند. بسیاری از دروس تئوری که برای آن ها تدریس می شود، تنها در حدیست که بتواند در تصمیم گیری های بالینی به آن ها کمک کند. واحدهای کارورزی تمام دوران تحصیلی برقرار بوده که به صورت عملی ، در شرایطی قرار می گیرند که میبایست دانش و مهارت های خود را در جهت هدایت تیم پزشکی به سمت دارودرمانی موفق بیمار با کمترین هزینه و زمان ممکن، به کار ببرند.به همین دلیل است که در تعدادی از کشورها داروساز، اجازه نسخه کردن یک سری قلم های دارویی و refill کردن آن ها را دارد. مشاوره های دارویی فراوان و مفصلی را به کادر پزشکی و بیماران می دهد و به ازای تمام این مشاوره ها، حقوق و درآمد خوبی را دریافت می نماید. بنابراین دراین کشورها داروساز عمومی توانمندی های لازم برای ارایه خدمات را کسب مینماید.

نکته بسیار مهمی که در برنامه تعدادی از دانشگاه ها وجود دارد، مواجهه زودرس بالینی است. دانشجویان از همان سال های اول و دوم در طول تابستان، تقریبا در تمام روزهای هفته، وقتشان را در بیمارستان ها در کنار اساتید و داروسازها گذرانده و بر اساس طرح درسی که برای چنین مواجهه بالینی ترتیب داده شده، از نزدیک بالین و آینده کاری خود را مشاهده کرده و متناسب با دانش خود مهارت ها و کارهای عملی را یاد می آموزند.

در تعدادی از دانشگاه های برتر جهان، محتوای درسی دورهpharm.Dحیطه های مختلف داروسازی را شامل شده و تنها تمرکز بر روی بخش بالینی نیست.اما از سال سوم و یا سال چهارم، دروس به صورت گرایشی ارائه می گردد. در واقع تا سال سوم چهارم،تعدادی دروس پایه و همینطور دروس مقدماتی گرایش های مختلف برای دانشجویان برگزار شده و پس از آن ، دانشجو بر اساس شناختی که در آن مدت از گرایش های مختلف پیدا کرده، باید یکی از گرایش صنعت، بالینی، و یا گرایش تحقیقاتی داروسازی را انتخاب کند. بدین وسیله در دوره عمومی خود، تمرکز بر روی گرایش موردنظر بوده و از یادگیری ریز مطالبی که در آن گرایش هرگز کاربردی ندارد پرهیز شده و مهارت ها ,کارورزی ها و دوره های عملی بیشتری در آن حیطه سپری میگردد و پس از فارغ التحصیلی، در آن حیطه ی بخصوص مهارت و دانش خاص کسب میگردد.

این حقیقت، که نقش داروساز در کشورهای مختلف متفاوت بوده و هر کشوری متناسب با نیاز خود برنامه درسی را تنظیم می کند، یک امر مسلم بوده و شکی در آن نیست. اما یک داروساز، طبق استانداردهای سازمان جهانی بهداشت، باید ۷ ویژگی حداقلی و پایه ای را داشته باشد ، که از آن به عنوان داروساز ۷ ستاره یاد می شود و شامل موارد زیر است:

Manager, life-long learner, teacher, leader, caregiver, Decision-maker, communicator

بیایید فکر کنیم دانشجویی که بعد از حدود ۶ سال درس خواندن رشته ی داروسازی، در ایران، فارغ التحصیل می شود کدام یک از این مهارت ها را به عنوان یک داروساز کسب کرده است؟ در واقع ببینیم کدام یک از واحدهای درسی ,ما را در هر یک از این مهارت ها را تقویت نموده است؟

با نگاه علمی به این ۷ ویژگی، مورد life-long learner شاید از همه مهم تر باشد! اینکه داروسازمیبایست در دوران تحصیلی خود همواره درحال آموختن بوده و به روز باشد،

همچنین انتظار می رود فارغ التحصیل داروسازی در کارهای تیمی شرکت کرده و رهبر و مدیر یک پروژه تیمی بین رشته ای باشد.. در اینجاست که برقراری ارتباط با اعضای گروه بسیار مهم بوده و مهارت های communication اهمیت خود را نشان می دهند . حتی اگر از این مثال کار تیمی هم بگذریم، زمانیکه در داروخانه به عنوان یک داروساز نقش خود را ایفا می نماییم، اینکه بتوانیم بیمارانی که اطلاعات دارویی محدود دارند به خوبی توجیه نموده وبا بهره گیری از فن بیان موثر،صمیمی و قابل اعتماد، وی را از درخواست داروهای پرخطر باز داریم.

این ویژگی ها می گوید، فارغ التحصیل داروسازی میبایست در مدیریت بحران تبحر داشته و تصمیم های درستی را در شرایط اورژانسی ، بگیرد.

(مثلا انتخاب داروی ارزانتر با کیفیت مشابه برای بیماران کم بضاعت و یا شرح حال گیری های حرفه ای در زمان اندک)

شاید از نظر شما هم نیاز به هر کدام از این ویژگی ها، احساس می شود.

این ها حداقل هایی ست که یک داروساز باید داشته باشد تا به معنای واقعی، داروساز باشد!

اما به چه میزان، فارغ التحصیل داروسازی در ایران این ویژگی ها را به دست آورده است؟ و تا چه حد برنامه ی آموزشی ما را به این هدف رسانده است؟

شاید با خواندن این نوشته، بعضی ها با خود بگویند سهم دانشجویان در حل این مشکلات چه بوده و تا چه میزان میتوانند موثر باشند؟

ما برای آنکه بتوانیم حداقل جایگاهمان را به عنوان یک « دکتر داروساز» ثابت کنیم، باید مهارت ها و دانشمان را به رخ همه کشیده و نشان دهیم که میتوانیم در چرخه سلامت و درمان کمک کننده باشیم و این تنها با کسب این مهارت ها و دانش در قالب شرکت در دوره های بازآموزی و کارگاه ها میسر میگردد.

همچنین میبایست اصول علم آموزش را در حد نیاز آموخته و یاد بگیریم با واژه های علمی مختص رشته ی « آموزش» صحبت کنیم. با مطالعات صحیح، پیش رفته و با افراد مختلف صحبت کرده و بادیدگاه های متفاوت آشنا شویم.

هر کس از گمان خودش فکری میکند که برنامه درسی باید چنین و چنان باشد، اما چه مقدار از این گمان ها مبنی بر « اصول علمی و آموزشی» بوده و مورد قبول افراد مسول در امور آموزشی است؟

یک نکته ای که در این مدت، بسیار برای من جالب بود، جایگاه دانشجویان داروسازی در بازنگری های مربوط به برنامه درسی خود در دانشکده های مختلف در جهان است. شاید جالب باشد بدانید دانشگاه هایی در دنیا هستند که حتی کمیته های تحقیقات شان در زمینه بررسی برنامه آموزشی آن دانشکده، فعالیت داشته و متشکل از اساتید و تعدادی از دانشجویان است.

اینکه نظر دانشجویی که اولین عضو تاثیر پذیر از برنامه آموزشی است، مورد بررسی قرار گرفته و در این بررسی ها، نماینده های دانشجویی، بدون هیچ گونه منفعت شخصی، فعالیت داشته باشند اهمیت بسیار فراوانی دارد.

درکشور ما نیزدر هردانشکده دفاتر توسعه آموزش، وجود دارد که مسئولیت آنها بر عهده یکی از اساتید همان دانشکده بوده و دانشجویان از این طریق ، می توانند در مسائل و امور آموزشی مربوط به دانشکده خود، نقش موثری داشته باشندو بتوانند در امور آموزش با اصول علمی پیش بروند.

تمام این حرف ها گفته شد تا در نهایت به عنوان سرگروه آموزشی سمینار این نکته را بگویم که هدف از تشکیل کمیته آموزشی، برای اولین بار در بیستمین دوره سمینار دانشجویان داروسازی، این است که علاوه بر انجام یک سری طرح های آموزشی با همکاری و حمایت اساتید باسابقه و دخیل در امر آموزش، تعدادی از دانشجویان با یک سری طرح های مرتبط با بحث آموزش آشنا شده و اصول علمی آن را در حد طرح های تعریف شده، آموخته , با سختی ها و مشکلات در امور آموزشی آشنا شده، کار تیمی یاد گرفته ومهارت برقراری ارتباط با مسئولین آموزشی را تمرین کنند، همچنین در این کمیته اصول کار تحقیقاتی در امر آموزش را آموخته میشود و در یک کلام، دانشجویان داروسازی با چشمه ی خیلی خیلی کوچکی از دنیای آموزش، آشنا می گردند.

به امید آنکه محصول فعالیت های این کمیته، سرآغاز کارهای آموزشی بیش تر و کامل تری در دوره های بعدی سمینارهای IPSS باشد.

شهریار شهبازی | ابراهیم داوری

N دانشکده داروسازی ... مجوز گرفت!!!!!

آیا این دانشکده ها توانایی تربیت نیروی متخصص و کار آمد را دارند؟

خواندن این تیتر برای دانشجویان و داروسازان آنچنان خوشحال کننده نیست ، افزایش ظرفیت ها و تاسیس دانشکده های جدید باعث نگرانی قشر داروساز کشور شده است اما نگرانی اصلی برای دانشجویانی است که با هزار امید و آرزو وارد این دانشکده ها می شوند بی آنکه از مشکلات رو به رو اطلاعاتی داشته باشند.

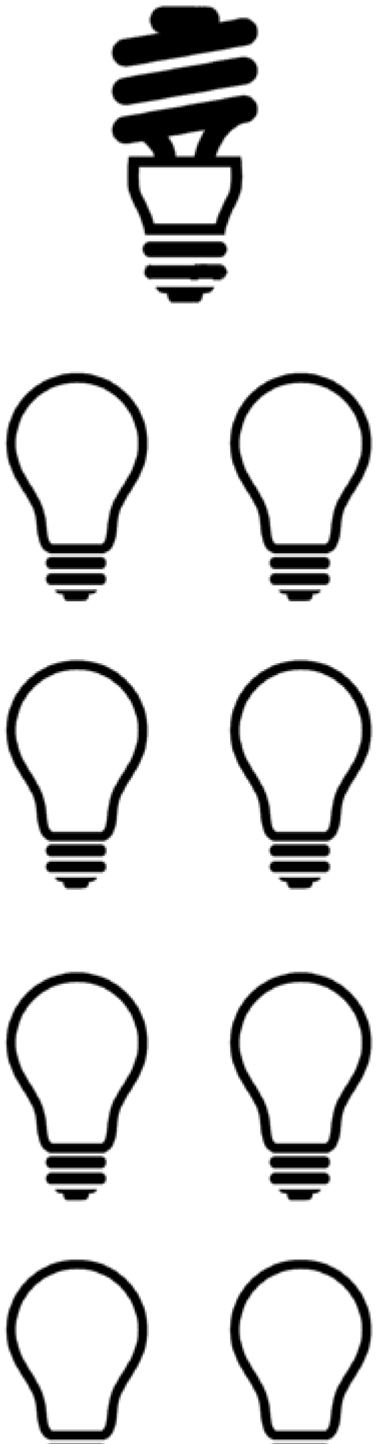
در یک دوره کوتاه چند ساله چندین دانشکده داروسازی مجوز تاسیس گرفتند متاسفانه اکثر این دانشکده ها بدون آنکه از زیرساخت های لازم برخوردار باشند شروع به کار می کنند.

بد نیست نگاهی به روند تاسیس دانشکده های داروسازی در این چند سال بیندازیم از سال ۸۵ تاکنون ۱۲ دانشکده با روندی تعجیلی و بدون کارشناسی به ۱۱ دانشکده قبلی اضافه شد تا رکورد به ۲۳ دانشکده رسید البته هنوز دانشکده هایی در صف تاسیس هستند اما دلیل این افزایش چه بود؟ آیا دلیل نیاز کشور به داروساز بود؟
این افزایش تعداد دانشکده ها باعث ایجاد معضل مدرک گرایی و بیکاری قشر تحصیل کرده کشور می شود.
حال سوالاتی درباره این دانشکده های تازه تاسیس برایمان پیش می آید :

آیا دانشجویان در این دانشکده ها از سطح آموزشی مناسبی برخوردارند؟
آیا این دانشکده ها می توانند واحد های درسی را صحیح ارائه کنند؟
آیا این دانشکده ها امکانات آزمایشگاهی مناسب دارند؟
آیا هیئت علمی برای تکمیل کادر علمی و تشکیل گروه های تخصصی برای این دانشکده ها وجود دارد؟
آیا این دانشکده ها توانایی تربیت نیروی متخصص و کارآمد را دارند؟

اکثر این دانشکده ها بدون آنکه کادر علمی کامل داشته باشند شروع به فعالیت می کنند و جای اساتید را دستیاران پر می کنند
که منجر به مشکلاتی چند می شود که در ذیل به آن اشاره می شود:

۱. گروه های تخصصی دانشکده ها تکمیل نیست و یا تشکیل نشده است
۲. عدم تسلط بعضی از دستیاران بر مباحث تدریسی و ضعف مهارت تدریس و انتقال مفاهیم
۳. نا هماهنگی و بی برنامگی در تشکیل کلاس ها به دلیل مستقر نبودن دستیاران در دانشگاه ها و گاها عدم حضور در کلاس در ساعات تدوین شده و درخواست کلاس های جبرانی و یا حتی برگزاری کلاس های درسی در خارج از ساعات آموزشی (پنج شنبه ها) و اما بدتر از همه گاهی این بی برنامگی ها منجر به حذف مباحث درسی می شود.
۴. عدم توجه بعضی از این دستیاران به کیفیت تدریس



عدم تخصیص داروخانه آموزشی به این دانشکده ها منجر به تعویق افتادن واحد های کارآموزی شده و دانشجویان را نگران از کیفیت این واحدها کرده است متاسفانه در صورت وجود داروخانه آموزشی فضا و امکانات آن پاسخ گوی دانشجویان نیست.

۵. به دلیل بی تجربگی ، این عزیزان توانایی علاقه مند کردن دانشجویان به مباحث تدریسی را ندارند.
۶. برگزاری کلاس ها به صورت ادغام شده و فشرده سازی مباحث درسی و نرسیدن تعداد جلسات به حد نصاب (با توجه به تعداد واحد)
۷. محدویت در تعداد اساتید باعث می شود دانشجویان نتوانند طرح های تحقیقاتی انجام دهند و در گرفتن واحد پایان نامه با مشکل رو به رو می شوند
۸. عدم برگزاری کلاس ها در اوایل ترم و فشردگی برنامه کلاس ها در پایان ترم
۹. در بعضی از این دانشکده ها سیستم تک استادی وجود دارد که منجر به یکنواختی و یک رایی می شود.

از کادر علمی که بگذریم می رسیم به بحث شیرین آزمایشگاه ها ، دانشکده های تازه تاسیس بدون داشتن تجهیزات لازم شروع به فعالیت می کنند این امر به مذاق دانشجویان خوش نمی آید چون باعث ایجاد مشکلاتی برای دانشجویان می شود :

۱. دیر تشکیل شدن آزمایشگاه ها و یا تشکیل نشدن آن ها به بهانه کمبود تجهیزات آزمایشگاه ها و یا نبود استاد مربوطه
۲.جدی نگرفتن و مسامحه در برگزاری جلسات آزمایشگاه
۳.عدم تجهیز آزمایشگاه ها منجر به دلسردی دانشجویان برای فعالیت های پژوهشی می شود
۴.تغییر برنامه درسی و یا به تعویق انداختن آزمایشگاه ها

از دیگر مشکلاتی که دانشجویان را درگیر می کند می توان به نادیده گرفته شدن قوانین آموزشی توسط اساتید جوان و مسئولان دانشکده اشاره کرد.

بعضا دیده شده دانشجویان این دانشکده ها از حداقل حقوق رفاهی مانند بوفه ، اتاق انتشارات و ... بی بهره اند.

فضای بعضی از این دانشکده ها کارشناسی نشده و در موردی از خوابگاه بجای فضای آموزشی استفاده شده است.

کتابخانه و یا سایت در اولویت این دانشکده ها نیست و دانشجویان با کمبود کتاب مواجه هستند و متاسفانه دسترسی به کامپیوتر و اینترنت با مشکل رو به رو ست.

کارآموزی و کارآموزی در عرصه از مهمترین دروس دوره می باشند دانشجویان به آموزش عمیق تر و بیشتری در این دروس نیاز دارند.

عدم تخصیص داروخانه آموزشی به این دانشکده ها منجر به تعویق افتادن واحد های کارآموزی شده و دانشجویان را نگران از کیفیت این واحدها کرده است متاسفانه در صورت وجود داروخانه آموزشی فضا و امکانات آن پاسخ گوی دانشجویان نیست.

به دلیل تازه تاسیس بودن ، بستر صنعت و یا بیمارستان آماده نیست و از نحوه برگزاری واحد های کارآموزی صنعت و بیمارستان اطلاعاتی در دست نیست.در این باب می توان به عدم تخصیص داروخانه بیمارستانی به دانشکده های تازه تاسیس اشاره کرد.

داروسازان در بالین

فرهاد کهریزی

آموزش های ارائه شده توسط گروه بالینی و مجموعه داروخانه های آموزشی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نحوه ارائه واحد کارآموزی (۱) در دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

این واحد در ترم ۷ به دانشجویان ارائه می شود که شامل دو بخش تئوری و عملی است. کلاس های تئوری شامل ۳۰ ساعت کلاس OTC Therapy و حدود ۱۰۰ ساعت کلاس اطلاعات دارویی می باشد که توسط اساتید گروه بالینی دانشکده داروسازی ارائه می شود که در مجموع بالغ بر ۱۳۰ ساعت کلاس تئوری برگزار می شود.

کلاس های عملی این واحد در داروخانه مدل داروخانه ۱۳ آبان (Skill Lab) برگزار می شود که شامل ۱۳ جلسه ۶ ساعته می باشد. هر جلسه عملی دارای یک مبحث از پیش تعیین شده است که یک هفته قبل از برگزاری هر جلسه عملی درسنامه ای که توسط اساتید گروه آماده شده است برای تمام دانشجویان ایمیل می شود و دانشجویان موظف اند قبل از برگزاری جلسه، این درسنامه را مطالعه نمایند تا با آمادگی بیشتری در کلاس عملی شرکت کنند. دانشجویان در Skill Lab با استفاده از منابع معتبر مانند Uptodate, Micromedex,... به سوالات طراحی شده توسط اساتید پاسخ می دهند. لازم به ذکر است که در ابتدای هر جلسه عملی از درسنامه ی ارسال شده کوئیز گرفته می شود.

در پایان ترم جهت ارزشیابی دانشجویان سه امتحان به صورت جداگانه برگزار می شود :

امتحان OTC Therapy ، امتحان اطلاعات دارویی ، امتحان OSCE که شامل ایستگاه بازنویسی نسخه، پیدا کردن اشتباه سبد دارویی، مشاوره به بیمار، آموزش device های مختلف و ... می باشد.هم چنین در پایان این دوره چند جلسه کلاس آموزش تجهیزات پزشکی به صورت تئوری برگزار می گردد. نمره قبولی برای کارآموزی یک (۲ واحد) حداقل ۱۴ می باشد.

نحوه آموزش دانشجویان در دوره pre-shift داروخانه های آموزشی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشجویانی که موفق به گذراندن واحد کاراموزی (۱) می شوند می توانند در صورت تمایل در امتحان جداگانه ای برای ورود به دوره pre-shift داروخانه های آموزشی دانشکده داروسازی شرکت کنند. این امتحان که به صورت تئوری برگزار می شود شامل سوالاتی در مورد نسخه خوانی، اشکال دارویی ، عوارض جانبی ، اندیکاسیون دارو ها و ... می باشد.

بعد از گذراندن این امتحان دانشجویان بر اساس نمره و اولویت زمانی ای که در حین ثبت نام اعلام کرده اند به یکی از داروخانه های دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران معرفی می‌شوند.

طول این دوره ۱۰۰ ساعت است و طی آن دانشجویان زیر نظر مسئول آموزش هر داروخانه به فراگیری بیشتر و کامل تر اشکال دارویی، نسخه خوانی، نحوه برخورد با بیمار، قوانین بیمه ها و... می پردازند.همچنین در این دوره دانشجویان با نظارت کامل مسئول فنی مربوطه پشت گیشه داروساز قرار می گیرند.

نحوه ارائه واحد کارآموزی (۲) در دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

این واحد در ترم ۹ ارائه می شود که طی آن دانشجویان به گروه های دو نفره تقسیم می شوند و به داروخانه های آموزشی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران معرفی می شوند. هر گروه با حضور در دو داروخانه از مجموعه داروخانه های آموزشی دانشکده داروسازی به کسب علم و تجربه می پردازند.
هر گروه موظف است به صورت جداگانه طی ۱۲ جلسه ۶ ساعته در داروخانه های مذکور حضور یابد. در ابتدای هر جلسه دانشجویان در طول ۲ ساعت می بایست به دستنامه های مربوط به آن جلسه که شامل ۲۵ سوال چند قسمتی در ۱۵ صفحه می باشد بدون استفاده از منابع پاسخ دهند. پس از پاسخگویی به سوالات دستنامه، به ازای هر گروه، یک رزیدنت بالینی که مسئول آموزش آن گروه است به داروخانه مراجعه کرده و ۴ ساعت با گروه دو نفره مربوطه به بررسی مجدد مباحث آن جلسه، OTC Therapy، شرح حال گیری از بیماران (SOAP note) و پاسخ به سوالات آن گروه می پردازد. همچنین در پایان هر جلسه با هماهنگی مسئول فنی داروخانه و نظارت ایشان، هر یک از کارآموزان پشت گیشه داروساز قرار می گیرند. علاوه بر آموزش های فوق در طول این واحد ۱۰ ساعت کلاس تئوری جداگانه برگزار می شود که قوانین بیمه های مختلف و نحوه شرح حال گیری از بیماران به دانشجویان آموزش داده می شود.
در پایان ترم جهت ارزیابی دانشجویان امتحان تئوری و امتحان OSCE به صورت جداگانه همانند واحد کاراموزی (۱) برگزار می شود.

واحد کارورزی بیمارستان

درس کارورزی بیمارستان به صورت ۶ واحد به دانشجویان سال آخر داروسازی که واحدهای تئوری خود را به پایان رسانده اند ارائه می شود.
دانشجویان در این درس به گروه های ۲ نفره تقسیم می شوند. و هر گروه در داروخانه و بخش های بیمارستانی که در ذیل اسامی آنها ذکر می شود حضور پیدا می کنند.
بخش های بیمارستانهای شریعتی، انستیتو کنسر، ولیعصر، مرکز طبی کوکان، سینا، داروخانه بیمارستان های آرش(زنان و زایمان)، رازی(پوست و مو)، داروخانه فوق تخصصی ۱۳ آبان و مرکز اطلاعات داروپزشکی ۱۳ آبان.
برای این واحد ۵ جلسه کلاس تئوری و ۲۵ جلسه کلاس عملی در نظر گرفته شده است که جلسات تئوری و عملی به شرح زیر است.
جلسات تئوری مجموعا حدود ۳۰ ساعت می باشد که شامل مباحث تجهیزات ارتوپدی، تجهیزات کت لب، تجهیزات گوارشی، محصولات پوستی، محلول های ضد عفونی و کموتراپی است.
جلسات عملی مجموعا ۱۳۵ ساعت می باشد که در بخش های بیمارستانی و داروخانه های بیمارستانی سپری می شود.
قبل از برگزاری جلسات عملی جزواتی برای دانشجویان ایمیل می شود و دانشجویان موظفند قبل از حضور در جلسات عملی ، جزوه مربوطه و رفرانس های لازم را مطالعه نمایند و قبل از ورود به جلسه عملی ، از دانشجو یک امتحان گرفته می شود که هم به منزله اجازه ورود به بخش مربوطه است و هم بخشی از نمره پایانی.در پایان دوره هم از جلسات تئوری و عملی و مطالبی که گفته شده و جزوات و رفرانس های مربوطه امتحان کتبی به عمل می آید که کسب حداقل نمره ۱۴ شرط قبولی است.

واحد کارورزی بالینی

درس کارورزی در عرصه بالین به صورت ۶ واحد به دانشجویان سال آخر داروسازی که واحدهای تئوری خود را به پایان رسانده اند ارائه می شود . دانشجویان می توانند برحسب علاقه این واحد یا کارورزی صنعتی را انتخاب کنند از آنجایی که در چرخه درمان نقش داروساز بسیار مهم می باشد و داروساز در کنار بیمار به عنوان یک بخش از زنجیره درمان عمل می کند لذا لازم است نحوه تعامل با بیمار در بستر و همچنین چگونگی هدایت پزشکان در زمینه درمان دارویی را فراگیرد. این واحد درسی، اولین بار در سال ۱۳۸۸ توسط گروه داروسازی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران برنامه ریزی و اجرا شده است.
در حال حاضر، تعداد ۱۱ بخش بالینی (عفونی ، نفرولوژی ، گوارش ، داخلی ، خون ، اعصاب و روان ، ریه، DPIC، قلب ، آنکولوژی ، ICU) برای ارائه این واحد به دانشجویان داروسازی فعال هستند و دانشجویان در طول دوره برای ورود به این بخش ها به گروه های ۲ نفره تقسیم می شوند.
هر دانشجو دوره کارورزی خود را در ۳ بخش انتخاب شده از بین ۱۱ بخش مذکور می گذراند. مدت حضور در هر بخش ۲ هفته است و طول مجموع این دوره ۶ هفته متوالی است. دانشجویان موظفند در طول هفته از شنبه تا چهارشنبه در بخش مربوطه حضور داشته باشند و پنج شنبه هر هفته در کلاس های CPC شرکت نمایند و یک موضوع مرتبط با بخش خود را ارائِه دهد.
برای هر بخش یک log book طراحی شده که در شروع دوره در اختیار دانشجویان قرار می گیرد. هر logbook حاوی اطلاعات کلی در زمینه ساختار بخش مربوطه ، بیماریهای شایع هر بخش ، داروهای معمول آن و وظایف دانشجو در آن بخش می باشد. در انتهای هر Log Book صفحاتی به پایش و ثبت اطلاعات مربوط به تعدادی بیمار در هر بخش می باشد که دانشجو موظف به پرکردن آن است. ضمنا منابع اختصاصی هر بخش در Log Book مربوط به آن بخش آورده شده است.

جلسات تئوری مجموعا حدود ۳۰ ساعت می باشد که شامل مباحث تجهیزات ارتوپدی، تجهیزات کت لب، تجهیزات گوارشی، محصولات پوستی، محلول های ضد عفونی و کموتراپی است.

دانشکده ای از شن و مِه

دانشکده داروسازی ارومیه

دانشکده داروسازی ارومیه در سال ۱۳۹۲ تاسیس شد و از جمله دانشکده های نوپای کشور می باشد.
قابل درک است که با توجه به تازه تاسیس بودن این دانشکده باید باید انتظار مشکلات و نواقصی را داشت تا به تدریج و با همت مسئولان و دانشجوبان این نواقص برطرف شود اما متاسفانه زمانی که سرعت برطرف شدن این نواقص با نیازهای آموزشی-پژوهشی دانشجویان متناسب نباشد دانشجویانی وارد عرصه داروسازی خواهند شد که به احتمال قوی توانمندی لازم را نخواهند داشت.
این نکته مطرح است که آیا وجود دانشکده داروسازی با سه کلاس و امکانات آزمایشگاهی و هیئت علمی محدود، شایسته یک دانشکده داروسازی که مسئولیت تعلیم بخش مهمی از چرخه سلامت را بر عهده دارد، می باشد؟
اگرچه براساس سخنان غیر مکتوب، ساختمانی برای این دانشکده در نظر گرفته خواهد شد ولی حتی همین سخنان غیر مکتوب پاسخی برای این سوال که چه زمانی این ساختمان به طور رسمی در اختیار دانشکده قرار خواهد گرفت ندارد.
قابل ذکر است که ساختمان مذکور نیز به علت تعداد کلاس های محدود همچنان پاسخگوی خیل دانشجویانی که هر سال افزوده می شوند نخواهد بود و فاصله زیاد آن تا شهر، دانشجویان را به هنگام رفت و آمد به داروخانه های آموزشی(با تصور خوشبینانه اختصاص این داروخانه ها) و بیمارستان ها دچار مشکلات بسیاری از جمله تاخیر در حضور در کلاس ها و عدم امکان کار در آزمایشگاه ها با اهداف پژوهشی خواهد کرد.
با توجه به این موارد آیا تاسیس یک ساختمان جدید در خارج از شهرو با توجه به وجود امکانات برای تاسیس آن در داخل شهر در چه حد منطقی است؟
البته با کمال تاسف باید گفت که همین ساختمان وعده داده شده نیز تا چند سال آینده ساخته خواهد شد. با وجود این مسائل و البته مشکلات دیگر آیا صرفا با اخطار به یک دانشکده می توان انتظار رسیدن به یک سطح استاندارد را داشت؟ با توجه به اینکه پس از گذشت حدود چهار سال اخیرا زمزمه های اختصاص داروخانه آموزشی به دانشکده به گوش می رسد ظاهرا پاسخ این سوال منفی است.

> هر گروه به انتخاب خود، یکی از فرایندهای موجود در صنعت داروسازی را به صورت کامل و با استفاده از منابع و مراجع معتبر داروسازی به صورت کنفرانس کلاسی ارائه می‌دهد.

فارماسیوتیکس

معرفی دوره های کارآموزی و کارورزی در عرصه صنعت

علی طاهری

گروه‌آموزشی‌داروسازی‌صنعتی(فارماسیوتیکس) مسئول ارائه این دروس است. و پیش‌نیاز آن ها واحدهای فارماسیوتیکس نظری یک تا پنج و فارماسیوتیکس عملی دو تا پنج می باشد.

کارآموزی در عرصه‌ی صنعت داروسازی در ترم ۱۰ و در ۲ واحد و کارورزی در عرصه‌ی صنعت داروسازی در ترم ۱۱ و در ۶ واحد ارائه می گردد. آشنایی بیش‌تر با واحدهای تولیدی و صنعت داروسازی هدف اصلی در این دو درس هستند.

دانشجویان با حضور در عرصه‌ی صنعت، به درکی عمیق‌تر از آنچه در یک واحد عملیاتی داروسازی برای تهیه‌ی یک محصول نهایی صورت می‌گیرد می‌رسند و اصول GLP، GMP و Validation را به صورت عملی فرا می‌گیرند.

ویژگی‌های ساختمانی و تاسیساتی، نحوه‌ی انبارداری و اصول نگهداری مواد اولیه و فراورده‌های دارویی، تضمین و کنترل کیفیت در صنعت داروسازی، آزمایشگاه‌ها، فرایند تولید، ورود و خروج و جابه‌جایی مواد و محصولات مختلف و ابزارالات و دستگاه‌های مورد استفاده در صنعت داروسازی از جمله مواردی هستند که دانشجویان در این دو درس با آن‌ها آشنا می‌شوند.

واحد کارآموزی در عرصه‌ی صنعت به صورت ۳ بازدید ۸-۶ ساعته از ۲ کارخانه‌ی داروسازی (در مجموع ۶ روز) انجام می‌شود. دانشجویان در قالب گروه‌های ۵-۳ نفره از کارخانه‌های داروسازی بازدید کرده و فرم‌های گزارش کار از پیش تهیه شده را تکمیل می‌کنند. همچنین پس از هر روز بازدید، دانشجویان در قالب کلاس‌های درس ۲ ساعته، مشاهدات خود را برای سایر گروه‌ها تشریح می‌کنند.

علاوه بر این هر گروه به انتخاب خود، یکی از فرایندهای موجود در صنعت داروسازی را به صورت کامل و با استفاده از منابع و مراجع معتبر داروسازی به صورت کنفرانس کلاسی ارائه می‌دهد.

واحد کارورزی در عرصه‌ی صنعت با هدف تکمیل آنچه در واحد کارآموزی در عرصه‌ی صنعت فراگرفته شده ارائه می‌شود. در این واحد، با انجام بازدیدهای بیش‌تر از کارخانه‌ها و واحدهای تولیدی مختلف، دانشجویان برای حضور در عرصه‌ی صنعت آمادگی بیش‌تری را کسب می‌کنند. در این واحد آموزشی، ۳ بازدید ۸-۶ ساعته از یک کارخانه‌ی داروسازی، ۵ بازدید ۸ ساعته از واحد تولیدی انستیتو پاستور، ۱ بازدید ۸ ساعته از واحد تولیدی آریوژن و ۱ بازدید ۸ ساعته از واحد تولید مواد اولیه‌ی کارخانه‌ی تهران شیمی انجام می‌شود. همچنین، ۱۰ جلسه کلاس ۴-۳ ساعته در دانشکده‌ی داروسازی و با حضور اساتید و فعالان عرصه‌ی صنعت و به صورت بحث و مبادله‌ی اطلاعات جمعی برگزار می‌شود.

تمامی بازدیدها درحضور یک دستیار رشته‌ی داروسازی صنعتی (فارماسیوتیکس) به عنوان کمک مدرس و جهت ارائه‌ی توضیحات تکمیلی انجام می‌شوند و ارزشیابی دانشجویان براساس آزمون کتبی، گزارش‌کار بازدیدها، گزارش کمک مدرس گروه از وضعیت دانشجو و کنفرانس کلاسی صورت می گیرد.

کدی را در ارتباط با خدمات داروساز در کتاب ارزش های نسبی ثبت کرده ایم

مصاحبه با جناب آقای دکتر غلامی، رییس انجمن داروسازان بالینی و مجموعه داروخانه های دانشکده داروسازی تهران

به عنوان سوال اول ابتدا تاریخچه ای را در مورد داروخانه ی ۱۳ آبان بفرمایید و اینکه این مجموعه چه تعداد داروخانه ی زیر مجموعه دارد و چه تعدادی از آن ها آموزشی است؟ همینطور میزان سود دهی آن ها در قبل و بعد از تحول آیا تغییری داشته است یا خیر؟

در سال ۱۳۵۹ زنده یاد دکتر فرسام به عنوان رییس دانشکده داروسازی با هدف آموزشی این مجموعه را که اولین عضو آن داروخانه ۱۳ آبان میباشد, از استانداری تهران تحویل گرفتند. و سپس داروخانه های طالقانی,شهید عابدینی, ایثار و داروخانه مرحوم دکترامینی که آن را وقف این مجموعه کردند به این مجموعه اضافه شدند. مدیریت اکثر این داروخانه ها با هیئت علمی و افراد زبده و قدیمی خود دانشکده می باشد. تمام این داروخانه ها آموزشی بوده و این دانشجویان هستند که در صورت وجود کمی و کاستی در امر آموزش این داروخانه ها می بایست آن را به ما و دانشکده اطلاع و تذکر دهند.

این داروخانه در سال حدود ۲میلیون و صد هزار نفر مراجعه کننده دارد که تنها در صورت وجود یک سیستم قوی می توان آنرا سازمان دهی کرد. همین طورارایه خدمات توام با آرامش به مراجعه کنندگانی که هرکدام در پی رفع مشکل و بیماری خود هستند، از شروط این سیستم می باشد.

در رابطه با طرح تغییر و تحول سلامت ,این مجموعه به طورمستقیم درگیر آن نبوده زیرا این طرح مختص بیماران بستری در بیمارستان می باشد و داروخانه در ارایه خدمات به بیماران سرپایی فعالیت می کند؛ ولی با این وجود این مجموعه به طور غیر مستقیم در تهیه داروهای داروخانه های بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران عملکرد خیلی خوبی داشته است.

تا به امروز مجموعه ۱۳ آبان و انجمن داروسازان بالینی چه اقداماتی را در زمینه مصرف منطقی دارو انجام داده اند؟ و آیا در طرح تحول سلامت ، برنامه ریزی و بودجه بندی برای این کار در نظر گرفته شده است؟

قریب به ۳ سال است که مرکز تحقیقاتی در زمینه تجویز و مصرف منطقی دارو ها دایر شده است که طرح های تحقیقاتی متنوعی در این مرکز به ثبت و تصویب رسیده و در حال اجرا میباشد.

در رابطه با طرح تحول سلامت داروخانه های بیمارستانی در بخش مراقبت های دارویی فعالیت های زیادی داشته اند که بیشترین نمود آن در بیمارستان های شریعتی و امام می باشد.

مسیولین فنی مشغول به کار در در داروخانه های دانشکده داروسازی همیشه با رعایت قوانین موجود در رابطه با تجویز ومصرف منطقی دارو، خدمات فراوانی را به بیماران ارایه کرده اند. البته بنده به عنوان هیئت علمی دانشگاه این نکته را باید یادآوری کنم که گاهی هم باید با توجه به شرایط، خدمات ویژه ای را ارایه کرد. به طور مثال: گاهی باید داروی ضد سرطان methotrexate را به بدون نسخه به بیمار داد و گاهی حتی از دادن adult cold به یک بیمار اجتناب کرد و به پزشک ارجاع داد . چرا که همیشه بعد اقتصادی مسئله، در درجه چندم اهمیت قرار دارد.

در طرح پایش سلامت که توسط انجمن داروسازان بالینی در داروخانه های شهر تهران اجرا شد و به طور مثال به بررسی بیماران دیابتی توسط پزشک و داروساز پرداخت چه اهدافی را دنبال کردید؟

هدفی که در این زمینه دنبال شد این بود که در نهایت ما بتوانیم خدمتی را که داروسازبه بیمار می دهد را سازمان دهی کنیم و مشکلاتی را که ما ممکن است از آن اطلاع نداشته باشیم را ردیابی کنیم.

انجمن داروسازان بالینی و مجموعه ۱۳ آبان برای گسترش استفاده از داروساز بالینی در بخش های مختلف بیمارستان چه اقداماتی را انجام داده و تا چه حدی در امر آموزش آن ها موفق بوده است؟

انجمن داروسازان بالینی برای اولین بار در کشور، استانداردهای خدماتی که داروساز می تواند ارائه بدهد را به وزارت خانه انتقال داده و توانسته کدی را در ارتباط با خدمات داروسازدر کتاب CPT(کتاب ارزش های نسبی) به ثبت برساند. همینطور انجمن داروسازان بالینی در جهت بهره دهی بیشتر به داروخانه های دانشکده داروسازی تهران موفق به این شده است که برای بیماران سرپایی خدماتی از قبیل بخش clinical MTN که خانم دکتر حدیدی مسئولیت آن را بر عهده دارند را در داروخانه ۱۳ آبان دایر کنند که البته این بخش در داروخانه ی ایثارهم در حال توسعه می باشد.

دکتر غلامی همچنین صحبت های مفیدی را درزمینه ی مسئولیت ها و وظایف داروساز فرمودند که داروسازی به الفطره بالینی است و وظیفه سنگینی را در درمان چه بیمار سرپایی در داروخانه و چه بیمار بستری در بیمارستان دارد. به طور مثال مواردی از این قبیل بوده است که بیماری با نسخه ای حاوی ۱۳ قلم دارو مراجعه کرده و با توصیه های مسئول فنی داروخانه به پزشک معالج و بیمار، به سه قلم دارو کاهش یافته است و به این ترتیب هم عوارض و تداخلات و هم هزینه های متحمله به بیمار کاهش پیدا کرده است.

دکتر غلامی در رابطه با فارغ التحصیلان داروسازی عمومی این نکته را خاطرنشان کردند که باید حواسمان به این باشد که داروساز عمومی را که ما در دانشگاه تربیت کرده ایم، هم داروساز داروخانه هست و هم داروساز صنعت و هم بیمارستان. داروسازی که دانش لازم را دارد و بعد ازین باید در پی مهارت لازم برای انجام فعالیت مورد علاقه اش باشد. در وضعیت فعلی که اکثر فارغ التحصیلان این رشته در داروخانه های سطح شهر مشغول به فعالیت می شوند، در آینده امکان این وجود دارد که اشباع داروساز را در داروخانه داشته باشیم پس نباید اینطور باشد که بیمارستان ها از پذیرفتن داروساز اجتناب کنند در حالی که داروساز برای تمام این زمینه ها دانش مورد نظر را کسب کرده و تنها باید به کسب مهارت در این زمینه بپردازد.

در انتها دکتر غلامی به این مورد اشاره کردند که داروخانه ۱۳ آبان همواره پذیرای افرادی بوده که به قصد آشنایی با نحوه اداره و سیستم اجرایی و اطلاعات دارویی مرکز به ما مراجعه کرده اند واز تجربیات موجود استفاده ی لازم را برده اند.

انجمن داروسازان بالینی برای اولین بار در کشور، استانداردهای خدماتی که داروساز می تواند ارائه بدهد را به وزارت خانه انتقال داده و توانسته کدی را در ارتباط با خدمات داروسازدر کتاب CPT(کتاب ارزش های نسبی) به ثبت برساند.

مهدیه غفرانی، دانیال ملکی

خدمت سربازی و طرح فارغ التحصیلان داروسازی در یک نگاه

دانشجویان مقطع عمومی داروسازی بعد از فارغ التحصیلی می بایست برای گذراندن خدمت نظام وظیفه به مدت ۲۱ ماه یا طرح به مدت ۲۴ ماه اقدام کنند که البته خدمت نظام وظیفه مخصوص آقایان است.

دانشجویان مقطع عمومی داروسازی بعد از فارغ التحصیلی می بایست برای گذراندن خدمت نظام وظیفه به مدت ۲۱ ماه یا طرح به مدت ۲۴ ماه اقدام کنند که البته خدمت نظام وظیفه مخصوص آقایان است.

بعد از اتمام امور مربوط به فارغ التحصیلی، آقایان می بایست تا حداکثر یک سال پس از تاریخ دفاع خود برای خدمت نظام وظیفه اقدام کنند. برای این امر شما باید از طریق سایت نظام وظیفه یک کد ۱۳ رقمی را خریداری نمایید و با مراجعه به دفاتر پلیس+۱۰ فرم های مربوطه از قبیل فرم مشخصات، واکسیناسیون سربازی و معاینه پزشک معتمد نیروهای مسلح را دریافت می کنید. بعد از تکمیل فرم های بالا و تحویلشان به مراکز پلیس+۱۰ نامه اعزام به خدمت که تاریخ اعزام نیز بر روی آن قید شده است دریافت می دارید و دو هفته قبل از اعزام نیز با مراجعه مجدد به دفاتر پلیس+۱۰ و تحویل نامه اعزام، مشخص می شود که یگان خدمتی شما از بین ارتش(نیروی زمینی، هوایی و دریایی)، سپاه، نیروی انتظامی و وزارت دفاع کدام خواهد بود.

البته شما در صورت وجود شرایط مناسب می توانید از سازمان های مرتبط با امور درمان و داروسازی امریه دریافت کنید که در این صورت مدت خدمت شما ۲۴ ماه خواهد بود.

علاوه بر این ها شما می توانید با هماهنگی با یکی از شرکت های دانش بنیان داروسازی و تایید بنیاد ملی نخبگان، خدمت خود را در آنجا بگذرانید.

در نظر داشته باشید با داشتن شرایط ذیل می توانید از کسری سربازی استفاده کنید:

۱- سابقه رزمندگی پدر در مناطق جنگی که در صورت رزمندگی به مدت ۳۰ ماه یا بیشتر به فرد معافیت از خدمت تعلق می گیرد و پایین تر از آن مقدار، شامل کسری می شود.

۲- سابقه عضویت در بسیج بصورت فعال که هر سال بسیج فعال حدود یک ماه کسری خدمت دارد البته تا سقف ۶ ماه.

البته دقت کنید که در صورت استفاده از شرایط کسری خدمت باید مدت باقی مانده از خدمت را تا سقف ۲۴ ماه به طرح وزارت بهداشت بروید. یعنی اگر ۶ ماه کسری بگیرید یا به بیانی دیگر ۱۵ ماه خدمت کنید باید ۹ ماه بعدش را در قالب طرح وزارت بهداشت بگذرانید.

اما بپردازیم به مبحث طرح اجباری وزارت بهداشت و نحوه ثبت نام آن.

نیازمندی دانشگاه های مختلف برای جذب نیروی انسانی به صورت ماهانه در سایت www.tarh.behdasht.gov.ir اعلام می شود. با بررسی فایل های موجود در این سایت داروساز قادر خواهد بود منطقه ی مورد نظر خود را انتخاب نموده و به سایت دانشگاه مربوطه جهت ثبت نام مراجعه کند. در قسمت معاونت توسعه و منابع فرم های مربوط به ثبت نام موجود می باشد. شایسته است که متقاضی پیش از ثبت نام با مسئولین بیمارستان و یا معاونت غذا و دارو و یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان به صورت تلفنی تماس گرفته و سوالات خود را مطرح نماید و اگر فردی تمایل داشت تا طرح خود را در عرصه صنعت بگذراند، می تواند با هماهنگی با کارخانه مورد نظر و در صورت نیاز آنها در آنجا مشغول شود.

چنانچه داروساز یکی از بیمارستان های شهرستان را به عنوان محل خدمت خود انتخاب نماید مشمول برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم نیز می شود. بر اساس این برنامه مبلغ دو میلیون ریال به ازای هر ۲۴ ساعات حضور فیزیکی در سطح شهر/شهرستان به صورت آنکال پرداخت می گردد. لازم به ذکر است که برای دریافت حق ماندگاری حضور فیزیکی در ساعات اداری و حداقل ۲۳ روز در ماه ضروری است. قانون ۲۳ روز تنها مربوط به پرداختی داروساز می باشد و به این معنی نیست که وی در ماه از ۷ روز مرخصی برخوردار است. مدت مرخصی استحقاقی طبق قانون وزارت کار معادل ۲/۵ روز در ماه می باشد. علاوه بر حقوق طرح و حق ماندگاری ۱ تا ۲ درصد از فروش دارو به عنوان کارانه به داروساز شاغل در بیمارستان پرداخت می شود. تامین محل سکونت و حداقل یک وعده غذایی نیز بر عهده ی بیمارستان می باشد.

کاهش مدت زمان طرح برای فارغ التحصیلان داروسازی امتیاز بزرگی محسوب می شود. مدت خدمت در مقطع دکترای عمومی معادل دو سال می باشد که با توجه به ضریب منطقه خدمت محاسبه می گردد. این ضرایب کسری از عدد پنج بوده و اگر فردی منطقه ای با ضریب سه و نیم پنجم را انتخاب نماید، تنها موظف است شانزده ماه و بیست و یک روز را در آن منطقه بگذراند. علاوه بر این امتیازکسب شده پس از اتمام طرح در مناطق با ضریب سه و نیم پنجم یا سه پنجم که به آن ها مناطق محروم یا گروه الف نیز گفته می شود، نسبت به سایر مناطق بیشتر بوده و معادل ۱۴۰ است که این امر می تواند عامل مشوقی در جهت انتخاب مناطق محروم برای گذران طرح باشد.

> سابقه رزمندگی پدر در مناطق جنگی که در صورت رزمندگی به مدت ۳۰ ماه یا بیشتر به فرد معافیت از خدمت تعلق می گیرد و پایین تر از آن مقدار، شامل کسری می شود.

دغدغه های شغلی دانشجویان داروسازی

گزارش نشست بحث و گفت و گوی صنفی-دانشجویی آینده شغلی دانشجویان داروسازی

محمدعلی ابراهیمی | دانیال ملکی

در جلسه ی بحثی که پیرامون دغدغه های شغلی دانشجویان داروسازی در پنجم خرداد امسال در دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران و با حضور دکتر دیناروند(رییس سازمان غذا و دارو)، دکتر کبریایی زاده(رییس هیئت مدیره سازمان تامین اجتماعی)، دکتر حامدی فر(مدیرعامل شرکت سیناژن)، دکتر هاشمیان(دبیر انجمن علمی داروسازان ایران)، دکتر حمیدی(رییس دانشکده داروسازی زنجان)، دکتر شریف زاده (رییس دانشکده داروسازی تهران) و دانشجویان داروسازی سراسر کشور برگزار شد مسایل مهمی مطرح گردید که به طور خلاصه آنها را در این گزارش آورده‌ایم.

> اگر همه چیز بخواهد با همت و تلاش افراد درست شود پس نقش محیط و وظیفه حاکمیت و عده ای که در حکومت وظیفه مدیریت منابع را به عهده دارند چه می شود؟

ابتدا دکتر دیناروند از برگزاری این گونه نشست ها تمجید کردند و سپس با ارائه آمار و اطلاعات ذیل به عوامل تاثیر گذار در بازار کار داروسازان پرداختند. ایشان عوامل تاثیرگذار در بازار دارویی را این گونه معرفی کردند: . اولین موضوع بازار دارویی است. در مقایسه با کشور های دیگر که معمولا با آنها مقایسه می شویم بازار دارویی ما کوچک است. در سال ۹۴ حدودا این بازار ۴,۲ میلیارد دلار بود. تمام بازار دارویی جهان در سال ۲۰۱۵ بالای ۱۰۰۰ میلیار دلار بوده یعنی سهم بازار ما از جهان ۰,۴٪ است. در ترکیه بازار حدود ۱۲ میلیارد دلار بوده و در کشور های خلیج فارس این بازار حدود ۱۴ میلیارد دلار است. بنابراین سرانه مصرف دارو در ایران پایین است. این بازار کشش وجود مثلا ۲۰۰۰۰ داروخانه را ندارد. در ترکیه در حال حاضر تعداد داروسازان و هم چنین تعداد داروخانه ۲ برابر ایران است. و بازار دارویی آنها ۲,۵ برابر ایران است. پس ظرفیت کسب و کار دارویی ما پایین است. از طرفی انتظار اینکه در آینده نزدیک این ظرفیت افزایش چشمگیر داشته باشد انتظار درستی نیست. در حالی که بسیاری از رسانه ها یا حتی مسئولین معتقدند ایران بزرگترین مصرف کننده دارو در جهان است! این مطلبی است که از رسانه ها و روزنامه ها زیاد شنیده ایم! پس تا زمانی که این تصور غلط وجود دارد که ایران اولین یا دومین مصرف کننده دارو در جهان است همین وضع ادامه دارد! طبق بررسی های انجام شده به غیر از آنتی بیوتیک در ۱۴ دسته دارویی دیگر مصرف ما بر اساس daily define dose از بسیاری از کشور های دیگر پایین تر است. فردی که ۴ سال وزیر بهداشت بوده است در کمیسیون بهداشت مجلس معتقد است که ایران از بزرگترین مصرف کننده های دارو است و ۴۰٪ هزینه های سلامت دارو است! و اعتقاد دارد می توانیم با ۴۰۰ میلیون دلار تمام بازار دارویی ایران را جمع کنیم! با این نگاه مطمئنا دانشکده ها اضافی است و بعضا باید تعطیل شوند. اما من معتقدم به هر حال وضعیت آینده ما نمی تواند اینطور باشد. ممکن است ما به عنوان دولت موفق بشویم که اجازه ندهیم سقف بازار افزایش پیدا کند چون امسال چهارمین سال است که علیرغم وجود تورم، سقف بازار دارویی ۴,۲ میلیارد دلار بوده. اما این مانند فنری است که ما به زور آن را نگه داشته ایم. چون سطح سلامت عمومی،امید به زندگی و در مقابل میزان بیماری های غیر واگیر خیلی از بیماری های در حال افزایش است. پس به هر حال بازار دارویی افزایش پیدا خواهد کرد. بازار دارویی ما ۱۰ سال دیگر حداقل ۲ برابر خواهد شد. برآورد بنده این است که اگر ورودی های داروسازی ما همین شرایط را داشته باشند و ۱۵۰۰ نفر افزایش پیدا نکند نیازی نیست نگران آینده شغلی در ۱۰ سال آینده باشیم.

سپس دکتر کبریایی زاده شروع به بحث در مورد بازار دارویی کردند و به اعتقاد ایشان هر آنچه امروز در عرصه ی بازار دارویی دیده می شود حاصل عملکرد گذشتگان است. ایشان رشته داروسازی را رشته ای پویا با میزان نوآوری بالا توصیف کردند و اذعان داشتند که ۹۷ درصد نیاز دارویی کشور در داخل خود کشور تولید می شود. ایشان با بیان اینکه به ازای هر ۵۰ تخت بیمارستان یک داروساز نیاز است در حالیکه امروزه به ازای هر صد تخت یک داروساز می بینیم و اینکه داروسازان تمایل چندانی به فعالیت در عرصه صنعت ندارند از این رو شرکت ها به استخدام غیر داروسازان روی می آورند به فرصت های پیش روی داروسازان واستفاده از آنها پرداختند.

دکتر حامدی فر با بیان اینکه متاسفانه داروسازان هویت صنفی خود را از دست داده اند و برخی فقط تا جلوی بینی خود را می بینند بحث را آغاز کردند و علت حل نشدن مشکلاتی مانند ورود پراتیک ها به بازار دارویی و حق فنی را همین عدم وجود یک صنف قدرتمند دانستند. ایشان به دانشجویان توصیه کردند که به فرهنگ سازی در عرصه داروسازی بپردازند و به جای فکر کردن به مهاجرت به خارج از کشور به داخل فکر کنند.

دکتر حمیدی علت نبود دید حرفه ای به داروسازی را در ساختار بیمار دانشگاه ها بررسی کردند و بیان داشتند که دانشگاه ها باید دانشجویانی نوآور و کارآفرین تربیت کنند و نباید به شرکت های دانش بنیان به صورت لوکس و شعاری نگاه شود زیرا که اقتصاد مقاومتی مبنایش دانش بنیان است.

دکتر هاشمیان اعتقاد داشتند که دانشجویان داروسازی باید نگران وضعیت کیفیت تحصیل خود و همچنین خدماتی که قرار است در آینده ارائه دهند باشند. ایشان انحصارطلبی در عرصه دارویی را یک معضل دانستند و رقابت را شرط افزایش کیفیت دانستند.

دکتر دیناروند در ادامه آمار و اطلاعات جالبی را در مورد تاسیس داروخانه ارائه دادند که به شرح ذیل است: «حدود ۵۰ ٪ بازار دارویی مربوط به ۱۰۵۰۰ داروخانه ی خصوصی که وجود دارند. ما در چند سال گذشته در مقابل تاسیس داروخانه های دولتی مقاومت کرده ایم با اینکه فشار بسیار زیادی از خارج از وزارت بهداشت و حتی از داخل وزارت بهداشت برای تاسیس داروخانه وجود داشته است. هفته ی گذشته وزیر هم نظر مساعد دادند که در کلینیک های ویژه ای که تاسیس شده است هیچ دانشگاهی حق تاسیس داروخانه ندارد با اینکه فشار زیادی وجود داشت اما ما ایستادگی کردیم. در خصوص داروخانه های دولتی موجود باید تلاش کنیم تا فروش داروخانه های دولتی به تدریج به داروخانه های خصوصی منتقل شود. در خصوص داروسازان بیمارستانی گفته شده است که تعداد مورد نیاز داروساز در بیمارستان کم است و بعضا حقوق مناسبی هم به آنها پرداخت نمی شود. باید عرض کنم که این مشکلات وجود داشته است اما در حال حل شدن است. هفته گذشته از آقای دکتر هاشمی وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی قولی مبنی بر استخدام ۴۰۰ الی ۵۰۰ داروساز جدید در داروخانه های بیمارستانی گرفته شد و حقوق آنها در بیمارستان در حال حاضر بیشتر از حقوق مسئول فنی ای است که در بخش خصوصی فعالیت می کند. ما می توانیم در چند سال آینده حدود ۲۵۰۰ الی ۳۰۰۰ داروساز در بیمارستان ها داشته باشیم. اما در بحث داروخانه ها مطرح می شود که اکثر داروخانه ها متعلق به پراتیک هاست که این صحیح نیست. اینطور نیست که تمام پراتیک ها مجوز تاسیس داشته باشند بلکه متاسفانه عده ای از خود داروسازان پروانه خود را در اختیار پراتیک قرار داده اند.» ایشان با بیان اینکه مبنای نظام دارویی ما، ژنریک است پایین بودن قیمت دارو نسبت به بقیه کشورها را طبیعی دانستند.

دکتر کبریایی زاده به عنوان رییس هیئت مدیره سازمان تامین اجتماعی و نماینده سندیکای صنعت برای ترغیب دانشجویان به ورود به بخش صنعت، طرحی را پیشنهاد دادند. طبق این طرح ایشان متعهد شدند تا دو سال آینده ۵۰۰ دانشجو را برای ورود به بخش صنعت بورسیه کنند و دانشجویان برای ثبت نام می توانند به سایت سندیکا مراجعه کنند. ایشان بحث حفاظت حرفه ای را نیز مطرح کردند و بیان داشتند که برگزاری اینچنین نشست هایی خود نمونه ای از حفاظت حرفه ای است. مثال دیگر ایشان در مورد این مساله به

سال ۱۳۷۴ و زمان معاونت ایشان در اداره آموزش دانشکده داروسازی بر میگشت. در آن زمان پزشکان با حضور داروساز بالینی در بیمارستان مخالف بودند اما با پیگیری های داروسازان، امروزه خود پزشکان درخواست حضور داروساز بالینی در بیمارستان را دارند. ایشان به ناعدالتی موجود در بازار دارویی نیز اشاره کردند: متاسفانه در بحث بازار دارویی ما توزیع عادلانه ای در میان داروخانه ها نداریم. تنها ۵۰ ٪ از سهم این بازار مربوط به داروخانه ها خصوصی است که نکته ی جالب اینجاست که ۵۰٪ از پرداخت سازمان های بیمه گر به داروخانه های خصوصی هم مربوط به تنها ۲۲۰ داروخانه در کشور است!!

در میانه نشست، دانشجویی نیز به بیان دغدغه های خود و پرسش چند سوال پرداخت: متاسفانه دغدغه ما به صورت درست بیان نشده است. ما بعد از شش سال درس خواندن قصد خدمت تاثیر گذار به مردم را داریم نه صرفا تاسیس داروخانه و کسب در آمد. قطعا در طرح تحول نظام سلامت باید توجه ویژه ای به خدمات داروسازان میشد اما متاسفانه شاهد بودیم که صرفا نام ۲ هزار تومان حق فنی به حق خدمات دارویی تغییر کرد و هیچ اتفاق دیگری نیفتاد. متاسفانه انجمن داروسازان به عنوان متولیان خود خوانده داروسازی فعالیت موثری نداشته است و صنف داروسازی ویران شده است. متاسفانه به دلیل ازدحام و شلوغی داروخانه ها، عدم آموزش کافی مردم در خصوص نقش داروساز و عدم وجود حقوق در شان داروسازان امکان خدمات دهی مناسب در اکثر داروخانه ها توسط ما داروسازان جوان وجود ندارد. چرا باید سود مشاوره داروساز را موسس تمام کمال دریافت کند؟ چه انگیزه ای برای داروسازان در ارائه خدمات بهتر وجود دارد؟ لطفا بفرمایید که چه برنامه ی مشخصی برای بالفعل شدن توانایی های داروسازان در جامعه دارید.

آقای دکتر کبریایی زاده در خصوص اینکه فرمودید داروسازان بالینی نقش بسیار مثبتی در بیمارستان ها ایفا کرده اند، سوال اینجاست که چرا داروسازان نتوانند در داروخانه های سطح شهر چنین تاثیر مثبتی داشته باشند؟

آقای دکتر دیناروند در خصوص عدم نظارت های سازمان غذا و دارو چه توضیحی دارید؟

دکتر کبریایی زاده در جواب فرمودند ما باید در هر جایی که هستیم کار خود را درست انجام دهیم. سال گذشته کار بزرگی انجام شد و آن این بود که حق فنی داروسازان (علیرغم رقم ناچیز آن) در کتاب ارزش های نسبی خدمات ثبت شد. ما خودمان هستیم که ارزش خودمان را تعیین می کنیم.

دکتر دیناروند نیز در پاسخ فرمودند واقعیت این است که اگر نظارت ها بهتر باشد شان مسئول فنی بهتر حفظ می شود. ما در برخی از استان ها نظارت ضعیفی داریم که متاسفانه در استان های محروم و مرزی این مشکل حاد تر است. مشکل هم اینجاست که معاونین و مسئولین برخی دانشگاه ها فکر می کنند با در نظر نگرفتن تخلفات داروخانه مثل عدم حضور مسئول فنی موجب کمک به چرخه درمان می شوند و می خواهند روند دارو رسانی به مردم مختل نشود. مسئولیت ما به عنوان سازمان غذا و دارو بسیار سنگین است اما متاسفانه با محدودیت های زیادی مثل کمبود نیروی انسانی، بودجه و .... مواجه هستیم که بعضا باعث شده است نتوانیم وظایف خود را به خوبی انجام دهیم. ما به تازگی توانسته ایم موافقت وزیر محترم بهداشت را جهت استخدام ۱۰۰۰ نیرو در معاونت های غذا و دارو جلب کنیم که شامل ۵۰۰ داروساز و ۵۰۰ نیروی متخصص از سایر رشته ها است. ما آماده ایم در زمینه بازرسی داروخانه ها با تشکل های صنفی داروسازی حتی تشکل های صنفی دانشجویان داروسازی تفاهم نامه امضا کنیم.

دانشجوی بعدی سوال خود را بدین گونه مطرح کرد: همانطور که مستحضرید قانون اساسی فعلی جایگاهی برای داروسازان قائل نیست و داروساز عملا به عنوان دوافروش اختیارات دارد. چرا بعد از انقلاب که همه ی قوانین تغییر کرده اند فقط قوانین مربوط به داروسازی بازنگری نشده است؟

دکتر دیناروند به عنوان رییس سازمان غذا و دارو این گونه پاسخ دادند: یک قانون جامع برای داروسازان در گذشته آماده شده است که به مجلس به عنوان طرح ارائه شده است که ۴۵ نماینده به بررسی آن رای دادند اما متاسفانه این اتفاق نیفتاد. انشا الله ۳ ماه بعد با مجلس جدید این طرح را در میان خواهیم گذاشت و امیدواریم در این مجلس این اتفاق بیفتد.

دکتر حامدی فر به جو بوجود آمده در جامعه داروسازی اعتراض کردند و گفتند چرا فکر می کنید کسی باید به شما تضمین بدهد که آینده شغلی شما را فراهم می کند؟ ما باید در زمینه دارو به خودباوری برسیم. متاسفانه در بطن فرهنگ ما تمایل کار نکردن نهادینه شده است. چه کسی گفته است که در داروخانه های شلوغ نمی توان خدمات به بیماران ارائه داد؟ بنده در شلوغ ترین داروخانه ها مسئول فنی بودم و علی رغم فشار کاری باز هم به مراجعین مشاوره می دادم. اینکه فکر بکنیم مسئولین باید کار برای ما فراهم کنند و صنعت باید موقعیت شغلی ما را تمام و کمال فراهم کند تا ما افتخار بدهیم در آن موقعیت کار کنیم اینها انتظارات غلطی است. متاسفانه فرهنگ ما فرهنگ مظلوم نمایی است و ما عاشق مظلوم ها هستیم.

دکتر حمیدی در ادامه فرمایشات خانم دکتر حامدی فر به سو مدیریت ها در کشور اشاره کردند و بیان داشتند: اگر همه چیز بخواهد با همت و تلاش افراد درست شود پس نقش محیط و وظیفه حاکمیت و عده ای که در حکومت وظیفه مدیریت منابع را به عهده دارند چه می شود؟ به هرحال از یک دانشجو نمی شود انتظار داشت که چون از طبقه بالا اجتماع بوده است و به عنوان نخبه در رشته ی داروسازی پذیرفته شده است پس تمام مسیر روبروی خودش را هم مثل بولدوزر هموار کند. شاید در جایی بر حسب اتفاق فردی در زمان و مکان مناسب قرار بگیرد اما آیا این اتفاق برای همه می افتد؟ کشور ما کشور اتفاقات است و متاسفانه کشور مدیریت نیست. وظیفه این جریان سازی به عهده دانشگاهیان و سیاست گذاران است و نباید از وظیفه آنان غافل شویم. برای مثال شرکت های دانش بنیان مسیر درستی ندارند. برای مثال همین صندوق نوآوری و شکوفایی بروکرات تر و ناکارآمد تر از هر جایی است و متاسفانه بنگاه های بزرگی از این صندوق وام های کلان می گیرند.

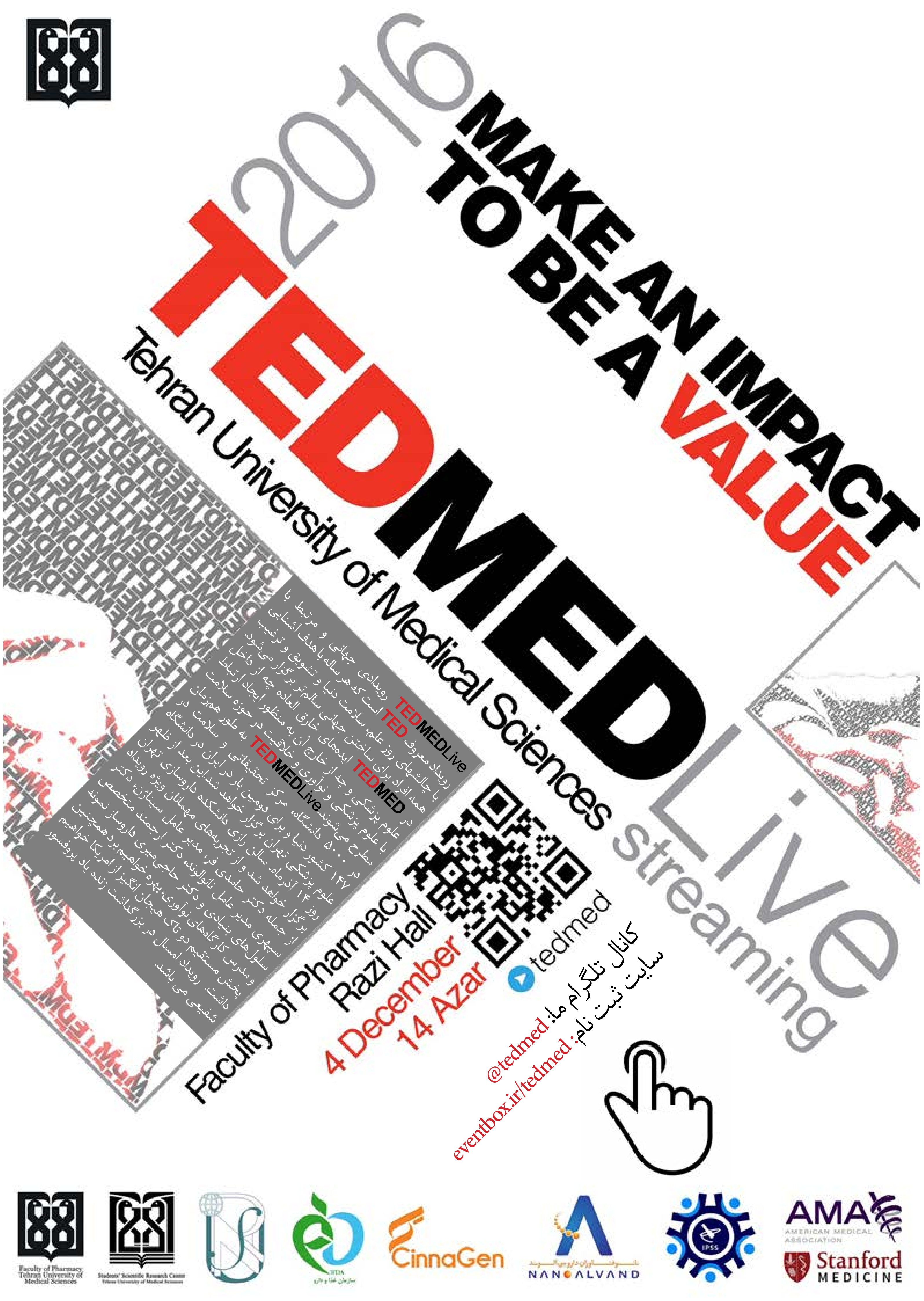
ایشان در شرح وظایف بورد تخصصی داروسازی و نظارتش بر تاسیس دانشکده های جدید توضیحات ذیل را ارائه دادند.

«در خصوص سوالی که در مورد وظایف بورد تخصصی پرسیده شد باید بگویم که در گذشته مواردی بوده است که به دلیل سفر های استانی هیئت دولت و فشار بعضی نمایندگان در خصوص تاسیس دانشکده های جدید اتفاقات ناخوشایند و تلخی افتاده است چون به هر حال بورد تخصصی آخرین مرجع تصمیم گیری نبوده است. اما تلاش فعلی بورد بر نظارت دقیق دانشکده های داروسازی است و به جد پیگیر این موضوع هستیم. اما باید واقع بین باشیم و در نظر بگیریم که نمی شود یک شبه تصمیم بگیریم که نصف دانشکده ها تعطیل شوند چون چنین کاری عملی نیست. اما تلاش بورد بر این است که حالا که این دانشکده ها وجود دارند بتوانیم با نظارت مستمر، کیفیت آموزشی را ارتقا دهیم.»

دکتر هاشمیان با اشاره به پیش نویس قانون جدیدی که قرار است توسط سازمان به مجلس ارائه شود توضیح دادند که بند مربوط به موروثی بودن داروخانه تغییری نکرده است و هشدار دادند که در پیشنهادات خود به مجلس جانب احتیاط را رعایت کنیم زیرا قانونی که تصویب می شود تغییر دادنش دشوار خواهد بود. ایشان در ادامه افزودند که مشکلات جامعه داروسازی ما مانند مشکلات جامعه داروسازی در دهه پنجاه میلادی است و آن زمان انجمن داروسازان آمریکا (APhA) برای حل مشکلات پیشقدم شد نه دولت آمریکا. به اعتقاد ایشان باید برای مردم فرهنگ سازی شود که هنگام مراجعه به داروخانه فقط به دنبال مسئول فنی باشند و مسایل خود را با ایشان در میان بگذارند.

دکتر شریف زاده در خاتمه نشست به مشکلات پیش روی دبیرخانه داروسازی و فرصت های شغلی در آینده پرداختند که در زیر آمده است.

« متاسفانه زمانی افرادی فشار زیادی روی دبیرخانه شورای آموزش جهت تاسیس دانشکده های جدید وارد میکردند و میگفتند ساختمان پشت یک داروخانه را میخریم و تبدیل به دانشکده داروسازی می کنیم و نیاز بود ما ساعت ها به آنها توضیح دهیم که اصلا داروسازی چیست. در حال حاضر عرصه های بسیاری برای اشتغال داروسازان وجود دارد. عرصه هایی مانند داروسازی بیمارستانی، آرایشی و بهداشتی، تجهیزات پزشکی، آزمایشگاه ها و خدمات TDM و... نیاز مبرم به وجود داروسازان دارند و به همین علت در دبیرخانه شورای آموزش داروسازی تصمیم گرفتیم دوره های مهارتی postgraduate را برای داروسازان فارغ التحصیل برگزار کنیم. از نظر بنده علیرغم تمام مشکلات موجود آینده ی شما دانشجویان روشن خواهد بود. به رشته ای که انتخاب کرده اید ایمان داشته باشید و بدانید آینده ی روشنی در انتظار شما خواهد بود.»



(G)ENERIC

Tehran University of Medical Sciences
Faculty of Pharmacy
NUMBER2
2017 JAN - DEC2016