



## Original Research

# Examining The Frequency Of Some Ethical And Legal Challenges In The Pharmacies Of Rasht In 2021

Seyyede Kausar Mousavi Nesab<sup>1</sup>, Mohammad Taghi Ashubi<sup>2</sup>, Sohail Soltanipur<sup>3</sup>, Zahra Hesary<sup>4</sup>, Kourosh Delpasand<sup>5\*</sup>

1 PhD of Pharmacy, Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

2 Assistant Professor of General Surgery, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

3 Associate Professor of Social Medicine, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

4 Assistant Professor of Pharmaceutics, Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

5 Associate Professor of Medical Ethics, Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Article ID: 1402010841713

**Received:**  
April 21, 2022  
**Accepted:**  
July 23, 2022  
**Available online:**  
September 22, 2022

**Keywords:**  
Pharmacist,  
pharmacy  
technician,  
ethical dilemma.

**Main Subjects:**  
Medical ethics

## Abstract

The word ethics can be defined as the knowledge of good and evil. A person knows good and evil and, in simpler terms, good and bad. This is why ethics and moral dilemmas have always been one of the concerns of human societies. Pharmacists are one of the important and complementary links in the health system in the treatment of patients and they play an important and undeniable role in improving the health status of people in the society. Pharmacists working in pharmacies due to the commercial nature of pharmacies, having health resources and their distribution and because they are always available to patients, they experience many challenges and moral dilemmas daily, in this research, we have examined some of these challenges. This cross-sectional descriptive study was conducted in the spring of 1400 on 151 pharmacists working in Rasht pharmacies. The data collection tool is a two-part questionnaire including the first part: Collect demographic information of participants, And the second part: There were 13 ethical challenges. After collecting the information contained in the questionnaires, the data was analyzed using SPSS 22 software. The results of this research show that some ethical and legal challenges, including the financial inability of patients to pay for vital drugs, request for drugs outside the pharmacopoeia, Prescriptions containing drugs outside the pharmacopoeia, Allocation of essential drugs to a specific pharmacy, returning unused non-refrigerated medicine to the pharmacy, Prescribing a supplement by a doctor for a patient whose disease is not related to this product. Forced to cooperate with a non-pharmacist to establish a pharmacy. The request for abortion medicine and changing the brand of the prescribed medicine by the pharmacist was reported with a percentage of over 60% among the pharmacists working in Rasht pharmacies. In the last century, we have seen a significant growth of ethical issues in measuring health care. Therefore, pharmacists need to be more familiar with ethical issues, implement the best solutions and make ethical decisions in critical and necessary situations. Pharmacists' awareness of their moral and legal responsibilities will empower these health professionals and improve the services provided to patients and other service recipients in the pharmacy.

\*Corresponding Author: Kourosh Delpasand

**Address:** Associate Professor of Medical Ethics, Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

**Email:** [kouroshdelpasand@gmail.com](mailto:kouroshdelpasand@gmail.com)

## بررسی فراوانی وضعیت برخی از چالش‌های اخلاقی و حقوقی موجود در داروخانه‌های شهر رشت در سال ۱۴۰۰

سیده کوثر موسوی نسب<sup>۱</sup>، محمد تقی آشویی<sup>۲</sup>، سهیل سلطانی پور<sup>۳</sup>، زهرا حصار<sup>۴</sup>، کورش دلپسند<sup>۵\*</sup>

۱ دکتری داروسازی، گروه داروسازی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

۲ استادیار جراحی عمومی، گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

۳ دانشیار پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

۴ استادیار فارماسیوتیکس، گروه داروسازی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

۵ دانشیار اخلاق پزشکی، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

کد مقاله: ۱۴۰۲۰۱۰۸۴۱۷۱۳

چکیده	
<p>واژه‌ی اخلاق را می‌توان دانش نیک و بدخوی‌ها تعریف کرد. آدمی خیر و شر و به زبان ساده‌تر نیک و بد را می‌شناسد و از این روست که اخلاقیات و معضلات اخلاقی همواره یکی از دغدغه‌های جوامع بشری بوده است. داروسازان در نظام سلامت یکی از حلقه‌های مهم و تکمیل‌کننده در درمان بیماران هستند و در بهبود وضعیت سلامت افراد جامعه نقش مهم و غیرقابل انکاری را ایفا می‌کنند. داروسازان شاغل در داروخانه به دلیل ماهیت تجاری داروخانه‌ها، در اختیار داشتن منابع سلامت و توزیع آن و نیز به دلیل اینکه همواره در دسترس بیماران هستند، روزانه چالش‌ها و دوره‌های اخلاقی فراوانی را تجربه می‌کنند که در این پژوهش به بررسی چند مورد از این چالش‌ها پرداخته ایم. این مطالعه مقطعی - توصیفی در بهار سال ۱۴۰۰ بر روی ۱۵۱ نفر از داروسازان شاغل در داروخانه‌های شهر رشت انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای دوبخشی شامل بخش اول: جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان و بخش دوم: ۱۳ گویه از چالش‌های اخلاقی، بود. پس از جمع‌آوری اطلاعات مندرج در پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان می‌دهند که برخی چالش‌های اخلاقی و حقوقی از جمله عدم توانی مالی بیماران در پرداخت هزینه داروهای حیاتی، درخواست داروهای خارج از فرماکوپه، نسخه‌های حاوی داروهای خارج از فرماکوپه، تخصیص داروهای اساسی به یک داروخانه خاص، بازگرداندن داروی غیربیماری مصرف‌نشده به داروخانه، تجویز مکمل توسط پزشک برای بیماری که این فرآورده به بیماری وی ارتباطی ندارد، اجبار به همکاری با فردی غیرداروساز برای تاسیس داروخانه، درخواست داروی سقط جنین و تعویض برند داروی نسخه‌شده توسط داروساز با درصدی بالای ۶۰٪ در بین داروسازان شاغل در داروخانه‌های رشت گزارش شد. در قرن اخیر شاهد رشد قابل ملاحظه مسائل اخلاقی در سنجش مراقبت‌های سلامت هستیم. از این رو داروسازان، نیازمند آشنایی بیشتر با مسائل اخلاقی، اجرای بهترین راه حل‌ها و تصمیم‌گیری اخلاقی در شرایط بحرانی و ضروری می‌باشند. آگاهی داروسازان از مسئولیت‌های اخلاقی و حقوقی خود باعث توانمندسازی این حرفه‌مندان سلامت و بهبود خدمات ارائه‌شده به بیماران و سایر گیرندگان خدمت در داروخانه خواهد شد.</p>	<p>تاریخ دریافت: ۱ اردیبهشت ۱۴۰۱</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱ مرداد ۱۴۰۱</p> <p>تاریخ انتشار: ۳۱ شهریور ۱۴۰۱</p> <p>کلیدواژه‌ها: داروساز، مسئول فنی داروخانه، دوره‌های اخلاقی.</p> <p>موضوعی: اخلاق پزشکی</p>

\*نویسنده مسئول: کورش دلپسند

آدرس: دانشیار اخلاق پزشکی، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

ایمیل: [kouroshdelpasand@gmail.com](mailto:kouroshdelpasand@gmail.com)

## ۱- مقدمه

لغت نامه دهخدا واژه ی «اخلاق» را دانش بد و نیک خوی،ها معنا می‌کند هرگاه آدمی می خواهد خود را از بقیه جهان هستی متمایز کند و از سایر پدیدهها برتر،بدارد معمولاً" ادعا نمی کند از پدیدههای دیگر،نیرومندتر باهوش تر یا به گونه ای بهتر» است بلکه ادعایش این است که تنها اوست که دارای حس اخلاقی یا moral sense است. گویی تنها این امتیاز است که از نظر او اساسی است. آدمی خیر و شر یا به زبان ساده تر نیک و بد را می‌شناسد اما حیوان نمی شناسد و تنها انسان است که توانایی فهم نیک و بد را دارد. نیک و بد چیزی نیست که به شکل انتزاعی وجود داشته باشد بلکه تنها به صورت عمل نیک و بد امکان وجود دارد اعمالی را نیک میخوانند و اعمالی را بد. تعارضات اخلاقی که از بحث برانگیزترین مسائل دهه های اخیر فلسفه اخلاق است از دیرباز مورد توجه اندیشمندان بوده است. تاریخچه طرح و تشخیص این موضوع را میتوان در آثار فیلسوفان یونانی هم چون سقراط، افلاطون ارسطو و شکاکان و هم چنین کتب آسمانی سراغ گرفت واژه ی تعارض اخلاقی در برابر دو واژه ی "moral dilemma", "moral conflict" در زبان انگلیسی قرار میگیرد که از حیث شمول، سعه و ضیق مصادیق اولی اعم از دومی است عموم و خصوص مطلق) برای نشان دادن تمایز این دو از واژههای «تنگنا»، «بن بست و «دوراهه»، با وصف اخلاقی برای اشاره به مفهوم اخص استفاده میشود. از آن جا که در تمامی مواردی که دوراهی اخلاقی خوانده شده است انتخاب عامل به دو گزینه محدود نمی شود واژه ی «تنگنای «اخلاقی» برای «moral dilemma» مناسب تر است اما چون کاربرد «دوراهه» رایج تر و مانوس تر است در این متن از آن برای اشاره به "dilemma" بهره می گیریم. شاید بتوان دوراهه را این طور تعریف کرد؛ موقعیتی که در آن حداقل بین دو روش عملی میتوان یکی را انتخاب کرد و بدیهی است که هیچ یک از این روشها از نظر اخلاقی ترجیحی پر دیگری ندارند.جوامع و فرهنگهای گوناگون نه تنها هر کدام قواعد، ضوابط، روندها، کنشهای اخلاقی و ضد اخلاقی متفاوتی دارند بلکه اخلاق در هر یک از این فرهنگها بنا بر اینکه در چه حوزه کاری در چه قشر،اجتماعی چه جنسیت و سن و موقعیت بیولوژیک و در چه حدی از سرمایه های اقتصادی و فرهنگی قرار داشته باشیم متفاوت است و به همین ترتیب گاهی اوقات مشکلات اخلاقی نیز در یک بستر فرهنگی اجتماعی تعریف می‌شوند ممکن است رخدادی که برای فردی در منطقهای معضل یا تنگنا عنوان شود جایی دیگر با فرهنگ و اجتماعی متفاوت معضل نباشد.اخلاقیات و معضلات اخلاقی همواره ی یکی ازدغدغه های جوامع بشری بوده و در هر حوزه کاری از جمله حوزه داروسازی دیده می شوند معضلات اخلاقی در حوزه کاری داروسازی م ی توانند منجر به معضلات حقوقی نیز شوند با بررسی این معضلات و آموزش نحوه شناسایی و برخورد با آنها به داروسازان شاغل در این حرفه می توان گام بزرگی در راستای بهبود س ی ستم درمانی کشور و سلامت مردم نهاد ؛ چرا که داروسازان در نظام سلامت یکی از حلقه های مهم و تکمیل کننده در درمان بیماران هستند؛ خدمات و نسخ تجویز شده شایسته پزشکان و سایر حرفه مندان سلامت اگر به درستی توسط داروساز به بیمار ارائه نشود کاری بدون نتیجه و بی سرانجام خواهد بود داروساز در بهبود وضعیت سلامت افراد جامعه نقش مهم و غیر قابل انکاری دارد چرا که همواره بدون واسطه در دسترس بیماران بوده و بدون پرداخت هیچ حق ویزیتی در حال مشاوره و توصیه سلامتی دادن است. با توجه به پیشرفت شگرف علم در دهه های اخیر و نیاز روزافزون مردم برای دریافت اطلاعات بیشتر داروسازی در زمینه خدمات دارویی از نسخه پیچی سنتی به مدیریت مراقبت فراگیر از بیمار و فراهم آورنده ی خدمات و اطلاعات و رابطه پیچیده بین داروساز و بیمار سوق پیدا کرده است. باید در نظر داشت که در دسترس بودن یک داروساز و نیز در اختیار داشتن منابع سلامت و توزیع آن خالی از مسائل و چالشهای اخلاقی نیست و این خود میتواند چالشها و معضلات اخلاقی فراوانی ایجاد کند . علاوه بر این داروسازان در محیط حرفهای خود به دلیل طبیعت تجاری داروخانه با بسیاری از درگیری های اخلاقی مواجه می شوند.مسئولیتهای حرفه ای و وظایف متعددی که متوجه یک داروساز شاغل در داروخانه است موجب ایجاد چالشهای مختلفی در این حیطه میشود. آگاهی داروسازان از اصول اخلاقی حاکم بر حرفهی داروسازی و نیز تعهدات حرفه ای شان میتواند در تشخیص دو راهه ها و تصمیم گیری اخلاقی که روزانه تجربه میکنند تاثیر بسزایی داشته باشد . بنیادهای اخلاقی در حوزه داروسازی از نظر کیفی با اخلاق عمومی تفاوت

چندانی ندارند اما از نظر کمی ماهیت پیچیده ای دارند و میتوانند در ایجاد چالشهای اخلاقی موثر باشند. اصول می کند تا دراستاندارد اخلاقی به داروساز کمک مواجهه با چالشهای اخلاقی برای تصمیم گیری اخلاقی و انجام عمل مناسب تر از آنها استفاده کند. این اصول به شرح زیر است.

اصل اول: عدالت. عدالت یکی از اصول مهم اخلاقی در نظام سلامت است. عدالت در سلامت را میتوان دسترسی براساس «نیاز» و «پرداخت براساس توان» تعریف نمود عدالت در سلامت وقتی رخ میدهد که همه آحاد جامعه بتوانند سلامت کامل خود را حفظ کنند، به منابع لازم دسترسی داشته باشند و وضعیت اقتصادی و اجتماعی سلامت آنها را تحت الشعاع قرار ندهد. در اخلاق داروسازی همچون اخلاق پزشکی در مورد رعایت این اصل شاهد چالشها و تنگناهای اخلاقی هستیم برای مثال این که آیا از لحاظ اخلاقی توزیع دارویی خاص با سود بیشتر برای جامعه قابل قبول است حتی اگر ناعادلانه باشد یا اگر آن دارو تا حدودی با سود کمتر ولی عادلانه توزیع شود بهتر است؟

اصل دوم: اتونومی و خودمختاری. چالش مهم دیگر مربوط به اصل اتونومی و خودمختاری بیمار است به موجب این اصل استقلال و خودمختاری افراد باید مورد احترام قرار گیرد. داروساز باید بیمار را در تصمیم گیری شرکت دهد به حقوق بیمار بر دریافت اطلاعات قابل فهم و حریم خصوصی او احترام گذارد و در حفظ اسرار بیمار بکوشد. احترام به اتونومی و خودمختاری بیماران هنگامی به چالش کشیده میشود که با بیمار بالغ غیرآگاه طرف هستیم که با نسخه خود مخالفت میکند. اما پرسش اصلی اینجاست که آیا حفظ خودمختاری بیماران یک اصل ثابت است و همیشه باید اجرا شود؟ در پاسخ به این پرسش شاید بتوان گفت تا زمانی که حفظ خودمختاری یک بیمار به سایرین آسیبی نزند و در تضاد با سلامت دیگران نباشد باید مورد احترام قرار گیرد

اصل سوم: صداقت و راستگویی. یکی دیگر از اصول مهم اخلاقی که بنا بر نظر بسیاری از وظیفه گرایان جدای از نتیجه گرایی است اصل صداقت و راستگویی می باشد. در یک ارتباط حرفه ای که بر مبنای وظیفه شناسی بنا شده بیماران حق دارند که از دار و سازان انتظار داشته باشند در رفتار و تعاملات با آنها راستگو باشند سودگرایان معتقدند گفتن حقیقت یک اصل کاربردی برای تضمین حداکثر سود است و لذا در مواردی که گفتن حقیقت ممکن است به ضرر بیمار باشد هیچ الزامی به راست گویی نیست بنابراین گفتن حقیقت به بیمار در حال احتضار نوعی بی رحمی و اشتباه است اما برای کسی که گفتن حقیقت را یک اصل اخلاقی و خود را متعهد به آن میدانند مشکل این جاست که با بیمار در حال احتضار چگونه صحبت کند که مشکل وی پیچیده تر نشود.

اصل چهارم: وفاداری و رازداری. اصل مهم دیگری که به نظر وظیفه گرایان جدای از نتیجه گرایی است اصل وفاداری و به ویژه رازداری است. افرادی که این اصل را از اصول اخلاق هنجاری می دانند معتقدند مردم برای انجام برخی افعال نسبت به دیگران تعهد دارند رازداری از لحاظ اخلاقی یک الزام است حتی اگر در صورت ترک آن سود بیشتر و نتایج بهتری حاصل گردد روی همین اصل نقض رازداری خلاف اخلاق واشتباه است اما به نظر سودگرایان در صورتی که نقض رازداری برای بیمار سودمند باشد الزامی به رعایت آن نیست و بهتر است در این زمینه به نتایج عمل توجه کرد.

اصل پنجم: اجتناب از دادن داروهای پایان دهنده حیات. تمام جوامع به نوعی کشتن را ممنوع کرده اند چرا که کشتن مردم و در واقع آسیب رسانی به آنها ممنوع است. اما آیا کشتن یک انسان همیشه از لحاظ اخلاقی جزء افعال نادرست محسوب میشود یا تنها وقتی نا درست است که ضرر حاصل بیشتر از نتایج خوب آن باشد؟ افرادی که معتقدند کشتن همیشه بد است اجتناب از مصرف داروهای پایان دهنده حیات را یک اصل مستقل می دانند و بیشتر طرفدار اصول اخلاقی صداقت و راستگویی رازداری و اتونومی هستند. در بحث مراقبتهای سلامت به نظر می رسد گاهی کشتن فردی که در مراحل پایان حیات خویش است در واقع کمک به او و نجات او از رنج بسیاری است که متحمل شده و لذا از لحاظ اخلاقی درست به نظر میرسد.

اصل ششم: سودرسانی به بیمار و دیگران خیر رساندن و زیان نرساندن به بیماران نیز از اصول مهم و پایهای در حرفه داروسازی است.

در انتها باید گفت یک روش برای تصمیم گیری اخلاقی در داروسازی بررسی اصولی است که ویژگیهای عمومی افعالی را که از لحاظ اخلاقی درست هستند توصیف می‌کند. پیشتر به اصول مهم اخلاقی از جمله، عدالت حفظ اتونومی صداقت وفاداری اجتناب از دادن داروهای پایان دهنده حیات و سودرسانی اشاره کردیم مشکلات اخلاقی که معمولاً در نظام سلامت و به ویژه حوزه داروسازی رخ می دهند اغلب ناشی از تفسیر این اصول و یا تضاد بین آن هاست این ایده که معیار درستی افعال از لحاظ اخلاقی خوب و مفید بودن آنهاست یکی از مهم ترین ایده ها در اخلاق مراقبتهای سلامت است. داروسازی همواره شامل دو بخش حرفه ای بوده، یک بخش در فعالیتهای تجاری نمود پیدا می کند و وابسته به قوانین تجاری می باشد و بخش دیگر مرتبط با فعالیتهای درمانی و وابسته به کدهای حرفه ای رفتاری است. سؤال حقیقی این است که آیا اصول اخلاقی برای فردی که به عنوان یک شخص صرفاً تجاری عمل می کند با فردی که در درمان مداخله، دارد متفاوت است یا خیر. به باور آمارتیا سن ( Amartya Sen ) که یک فیلسوف اقتصاددان است منافع شخصی اقتصادی باید در کثرت روابط رقابتی اجتماعی و اخلاقی قرار بگیرد. پیشرفت در منش و شخصیت انسان با ایجاد تعادل بین موقعیتهای رقیب یا شاید مخالف به دست می آید و این قاعده ای کلی برای همه ی فعالیتهای است بدون در نظر گرفتن دستهای که آن فعالیت در آن قرار می گیرد؛ پس نتیجه می گیریم که در حرفه ی داروسازی انتخاب اصلی بین «مراقبت» و «تجارت» نیست بلکه پرسش اخلاقی و انتخاب اصلی بیشتر در مورد «روشی است که ما این فعالیتهای را به مردم ارائه میکنیم وقتی شما فعالیت خود را به عنوان «تجارت» یا «مراقبت» جلو میبرید مسئولیتتان تغییری نمی کند زیرا مسئولیت با اصول پایه ای که شاخصهای کاملاً جهانی تری دارند سنجیده می شود. تعارض منافع شامل مجموعه حالاتی است که در آن قضاوت حرفه ای راجع به یک منفعت اصلی بطور ناروا تحت تاثیر یک منفعت فرعی قرار می گیرد. تعارض منافع در حرفه داروسازی به این معنی است که داروسازان دارای ارتباطات شخصی یا اقتصادی هستند که ممکن است به طور ناعادلانه ای بر تصمیم گیری آنها در ارائه ی خدمت تاثیرگذار باشد. تعارض بین منفعت داروساز و بیمار نمونه ای از چالشهای اخلاقی است که در حرفه ی داروسازی مطرح است. به عنوان مثال خرید مستقیم داروهای بدون نسخه از داروخانه ها در کل جهان رشد کرده است مطالعات نشان می دهند که ۴۳٪ از داروسازان داروهای فوق را بدون نیاز واقعی بیمار میفروشند. از دیگر مواردی که داروسازان آن را خطری برای منافع بیمار و از موارد تعارض منافع می دانند هدایایی است که شرکتهای پخش دارو برای افزایش فروش محصولاتشان به داروخانه ها و پزشکان می کنند این هدایا میتواند منجر به این شوند که آن دارو یا وسیله ی، بهداشتی بدون در نظر گرفتن منفعت بیمار مورد توجه پزشک یا داروساز قرار گیرد و در معرض فروش بیشتر باشد. اخلاق دقیقاً همان قانون نیست و الزام اخلاق همواره بهتر از قانون کنترل کنندهی رفتار در خفا است. معمولاً اخلاق بیشتر از قانون در کنترل اعمال انسانها نقش دارد و فرد در مواجهه با موضوعات چالش برانگیز ممکن است یکی از رویکردهای اخلاقی را داشته باشد. اما چالشهای اخلاقی در داروسازی اغلب میتوانند منجر به چالشهای حقوقی شوند اخلاقیات و قوانین در داروسازی کاملاً در هم تنیده هستند و هیچ کدام را به تنهایی نمیتوان مطالعه کرد این مسئله دلایل درمانی و تجاری دارد زیرا داروسازان اعضای مهمی از تیم درمان هستند که مستقیماً از فروش داروها به بیماران سود می برند رابطهی مالی مستقیم میتواند باعث بروز چالشهای اخلاقی و در نتیجه حقوقی شود. معیارهای اخلاقی در حرفه ی داروسازی همواره یکی از دغدغه های مردم جامعه ی سلامت و بالاخص قشر داروسازان بوده است. در قرن اخیر شاهد رشد قابل ملاحظه مسائل اخلاقی در سنجش مراقبت سلامت هستیم به ویژه موضوعاتی که نگرانی و تمرکزشان روی اولویت بندی مراقبت سلامت تخصیص منابع دارویی و تصمیم سازی اخلاقی است. از این رو نیاز داروسازان آشنایی بیشتر با مسائل اخلاقی اجرای بهترین راه حلها و تصمیم سازی اخلاقی در شرایط بحرانی و ضروری است آگاهی داروسازان از مسئولیتهای اخلاقی و حقوقی خود در رابطه با بیمار اصطکاک و کشمکش بیمار و داروساز را خواهد کاست و نیز باعث توانمندسازی این حرفه مندان سلامت و بهبود خدمات ارائه شده به بیماران و سایر گیرندگان خدمت در داروخانه خواهد شد. هدف اصلی از انجام این تحقیق تعیین فراوانی وضعیت برخی از مشکلات اخلاقی و حقوقی موجود در داروخانه های شهر رشت در بهار سال ۱۴۰۰ بوده است، در این راستا بطور ویژه در مورد موارد زیر بحث شده است: عدم توان مالی

بیماران در پرداخت هزینه داروهای حیاتی به ی دلیل پوشش بیمه‌های نامناسب، درخواست داروی قاچاق توسط بیمار، نسخه حاوی داروی خارج از فارماکوپه قاچاق و خارج از فارماکوپه پیشنهاد پزشک مجاور یا همسایه داروخانه برای دریافت وجه یا امتیاز درقبال ارسال نسخ خود به داروخانه تخصیص داروهای اساسی (ضروری) توسط شرکت پخش به یک داروخانه، خاص بازگرداندن داروهای مصرف نشده غیربخچالی توسط بیمار تجویز مکمل دارویی توسط پزشک برای بیماری که این فراورده به موضوع بیماری وی ارتباط چندانی، ندارد عدم توان مالی در تاسیس داروخانه و اجبار به همکاری با فردی غ پر داروساز در اختیار فرد دیگری گذاشتن پروانه ی تاسیس خود به علت مشکلات، مالی دادن چک سفید به فرد اجاره کننده داروخانه جهت تسهیل انجام امور داروخانه درخواست داروی سقط جنین توسط مراجعه کننده به، داروخانه تعویض برند داروی تجویز شده در نسخه پزشک با برند موجود در داروخانه. اطلاعات به دست آمده از این طرح میتواند به عنوان مبنایی برای انجام مداخلات متفاوت و برنامه ریزی برای رفع چالشهای اخلاقی و حقوقی پیش رو باشد.

## ۲- روش انجام پژوهش

این مطالعه مقطعی توصیفی در بهار سال ۱۴۰۰ انجام گرفت و جامعه ی مورد مطالعه آن داروسازان شاغل در داروخانه های شهر رشت بود . معیار ورود آن داروساز شاغل در داروخانه به عنوان مسئول فنی معیار عدم ورود آن عدم تمایل به همکاری و پر کردن پرسشنامه و معیاراست. خروج آن ناقص بودن پرسش نامه ها بوده حجم نمونه در این مطالعه به صورت سرشماری از تمامی مسئولین فنی داروخانه های بخش خصوصی و دولتی شهر رشت انجام گرفت. ابزار انجام این مطالعه پرسشنامه ی تهیه شده محقق ساخته برگرفته از مطالعه دلپسند و همکاران میباشد که جهت تعیین روایی پرسشنامه با استفاده از روش اعتبار محتوا پرسشنامه در اختیار ۱۱ نفر از متخصصین قرار گرفت CVR هر سوال محاسبه شد و همگی بالای ۰/۷ بودند و در مجموع CVR سوالات ۰/۸ محاسبه گردید بدین شکل در محتوا تایید گردید در بررسی شاخص CVI از لحاظ مرتبط بودن و وضوح و قابل قبول بودن همه سوالات از میزان CVI بالای ۰/۸ برخوردار بوده و شاخص CVI برابر با ۰/۹۳۱ بدست آمده است. سپس با یک مطالعه پایلوت و تکمیل پرسشنامه توسط ۳۵ نفر اعتبار و پایایی آن بدست آمده است. پایایی پرسشنامه به وسیله آزمون آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ محاسبه شده است. پرسشنامه نهایی - که به پیوست در انتهای این مقاله آورده شده از دو بخش تشکیل شده است؛

بخش اول مربوط به جمع آوری اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان و شامل سن، جنس و سابقه کار میباشد و بخش دوم شامل ۱۳ گویه در ارتباط با چالشهای اخلاقی و حقوقی است که داروساز شاغل در داروخانه ممکن است با آنها مواجه شود؛ برای هر کدام از گویه ها امکان انتخاب یکی از دو گزینه ی ((بله)) یا ((خیر)) وجود دارد و مسئول فنی شرکت کننده در این پژوهش با توجه به وضعیت موجود در طی یک سال اخیر به گویه ها پاسخ می دهد. پس از تایید این طرح توسط معاونت محترم پژوهشی به کمک لیست داروخانه های بخش خصوصی و دولتی شهر رشت که از معاونت غذا و داروی استان گیلان تهیه گردید به داروخانه های سطح شهر مراجعه کرده و پس از توضیح اهداف طرح و اطمینان دادن از آشکار نشدن هویت افراد شرکت کننده در صورت تمایل مسئول فنی داروخانه پرسشنامه ی برگرفته شده از مطالعه دکتر دل پسند و همکاران که روایی صوری آن توسط ۲۰ نفر از متخصصان حوزه اخلاق در پزشکی مورد تایید قرار گرفته بود، تکمیل شد جهت رعایت اصل بنیادین اخلاق برای عدم مشخص گردیدن هویت افراد پاسخ دهنده به پرسشنامه ها هیچ گونه اطلاعات هویتی از افراد ثبت نشده است و نیز برای پر نمودن پرسشنامه تنها در صورت داشتن رضایت کامل از افراد برای مطالعه دعوت شد. همچنین قبل از انجام این، تحقیق موضوع و روش کار جهت تایید توسط کمیته اخلاق دانشگاه تحت بررسی قرار گرفت در نهایت پس از جمع آوری دادهها اطلاعات وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ شد و جهت تعیین و توصیف متغیرها براساس آمار توصیفی از فراوانی میانگین انحراف معیار گزارش گردید.

تعداد داروسازان شاغل در داروخانه های بخش خصوصی و دولتی شهر رشت در بهار سال ۱۴۰۰ برابر با ۲۰۹ عدد بود که با مراجعه ی حضوری به آنها ۱۵۱ پرسشنامه جمع آوری شد؛ بنابراین نرخ پاسخ دهی به سوالات ۷۲/۲۴ بود.

واحد/ حالت اندازه گیری	تعریف عملی	نوع و مقیاس				نقش					عنوان متغیر	ردیف
		کیفی		کمی		مداخله گر	مبتنی بر اصل	وابسته	مستقل			
		تجربی	السنی	مستقیم	غیرمستقیم							
سال	پرسشگری از طریق پرسشنامه				×		×				سن	۱
مرد/ زن	پرسشگری از طریق پرسشنامه	×					×				جنس	۲
سال	پرسشگری از طریق پرسشنامه				×		×				سابقه کار	۳
دولتی/ خصوصی	پرسشگری از طریق پرسشنامه	×					×				محل اشتغال	۴
۱۳ حالت موجود در پرسشنامه	پرسشگری از طریق پرسشنامه		×					×			چالش های اخلاقی و حقوقی	۵

### ۳- یافته ها

در این مطالعه مجموعاً ۱۵۱ نفر شامل ۶۱ مرد (۴۰.۴٪) و ۹۰ زن (۵۹.۶٪) شرکت کردند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در طرح ۶۹/۳۲±۰۴/۱۱ سال به دست آمد. حداقل و حداکثر سن شرکت کنندگان به ترتیب ۲۳ و ۸۰ سال بود در جدول زیر خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان در طرح به تفکیک جنس نشان داده شده است.

جنس		خصوصیات دموگرافیک	
زن	مرد	میانگین	انحراف معیار
۲۷	۳۲	میانگین	سن
۲۹/۸±۸۸/۹۹	۳۶/۱۲±۸۲/۴۸	انحراف معیار	معیار همبستگی
۸۰ و ۲۳	۶۷ و ۲۳	حداقل و حداکثر (سال)	حداقل و حداکثر (سال)
۱۵	۵	میانگین	سابقه کار
۵/۸±۱۴/۳	۱۰/۱۱±۷۸/۲۶	انحراف معیار	معیار همبستگی
۵۵ و ۱	۴۰ و ۱	حداقل و حداکثر (سال)	حداقل و حداکثر (سال)

آزمون kolomogrof smirno نشان داد متغیر سن و سابقه کار در دو گروه مردان و زنان از توزیع نرمال تبعیت نمیکنند. ( $P > 0/001$ ) همچنین مقایسه دو گروه از لحاظ سن و سابقه کار به کمک آزمون U Mann-Whitney نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو گروه

وجود دارد. ( $P > 0/001$ ) در جدول شماره توزیع متغیر سن بر حسب گروه بندی ده ساله به تفکیک جنس و در جدول توزیع متغیر سابقه کار بر حسب گروه بندی ده ساله به تفکیک جنس نشان داده شده است.

گروه سنی: سال	جنس: تعداد(%)	
	مرد	زن
۲۲-۳۲	۳۲ (۵۲.۵٪)	۶۸ (۷۵.۶٪)
۳۳-۴۲	۱۲ (۱۹.۷٪)	۱۷ (۱۸.۹٪)
۴۳-۵۲	۷ (۱۱.۵٪)	۱ (۱.۱٪)
۵۳-۶۲	۶ (۹.۸٪)	۳ (۳.۳٪)
۶۳-۷۲	۴ (۶.۶٪)	
۷۳ ≤		۱ (۱.۱٪)
جمع	۶۱	۹۰

سابقه کار: سال	جنس: تعداد(%)	
	مرد	زن
۱-۱۰	۴۰ (۶۵.۶٪)	۸۰ (۸۸.۹٪)
۱۱-۲۰	۵ (۸.۳٪)	۶ (۶.۷٪)
۲۱-۳۰	۱۳ (۲۱.۳٪)	۱ (۱.۱٪)
۳۱-۴۰	۳ (۴.۹٪)	۲ (۲.۲٪)
۴۱ ≤		۱ (۱.۱٪)
جمع	۶۱	۹۰

توزیع فراوانی پاسخ به سوالات ۱۳ گانه پرسشنامه به تفکیک جنس در جدول ۴-۴ نشان داده شده است به کمک آزمون مجذور کای تفاوت پاسخ به هر یک از سوالات ۱۳ گانه براساس جنس مورد بررسی قرار گرفت که وضعیت معنی داری آن در ستون مربوط به P در جدول نشان داده شده است. همچنین توزیع فراوانی پاسخ به سوالات ۱۳ گانه پرسشنامه به تفکیک سابقه کار کمتر و مساوی ۵ سال و بیشتر از ۵ سال در جدول نشان داده شده است. به کمک آزمون مجذور کای تفاوت پاسخ به هر یک از سوالات ۱۳ گانه براساس سابقه کار مورد بررسی قرار گرفت که وضعیت معنی داری آن در ستون مربوط به P در جدول ۵ نشان داده شده است بر این اساس مشخص گردید با توجه به سابقه کار کمتر و مساوی ۵ سال و بیشتر از ۵ سال در سوالات ۳، ۴، ۶، ۱۰ و ۱۳ تفاوت معنی داری بین دو گروه دیده میشود در انتها در جدول توزیع فراوانی پاسخ به سوالات ۱۳ گانه صرف نظر از جنس و سابقه کار به صورت کلی نمایش داده شده است.



P	زن		مرد		جنس	سوالات
	خیر تعداد (%)	بلی تعداد (%)	خیر تعداد (%)	بلی تعداد (%)		
۰/۸۱۵	۱۴ (۱۵/۱۶)	۷۶ (۸۴/۱۴)	۸ (۱۳/۱۱)	۵۳ (۸۶/۱۹)		سوال ۱
۰/۶۱۸	۱۰ (۱۱/۱۱)	۸۰ (۸۸/۱۹)	۹ (۱۴/۱۸)	۵۲ (۸۵/۱۲)		سوال ۲
۰/۵	۳۸ (۴۳/۱۲)	۵۲ (۵۷/۱۸)	۲۲ (۳۶/۱۱)	۳۹ (۶۳/۱۹)		سوال ۳
۰/۰۶۷	۴۷ (۵۳/۱۲)	۴۳ (۴۷/۱۸)	۲۲ (۳۶/۱۱)	۳۹ (۶۳/۱۹)		سوال ۴
۰/۱۵۰۷	۴۰ (۴۴/۱۴)	۵۰ (۵۵/۱۶)	۳۱ (۵۰/۱۸)	۳۰ (۴۹/۱۲)		سوال ۵
۱	۱۵ (۱۶/۱۷)	۷۵ (۸۳/۱۳)	۱۰ (۱۶/۱۴)	۵۱ (۸۳/۱۶)		سوال ۶
۰/۷۸۳	۸ (۸/۱۹)	۸۲ (۹۱/۱۱)	۷ (۱۱/۱۵)	۵۴ (۸۸/۱۵)		سوال ۷
۰/۲۵۷	۲۰ (۲۳/۱۲)	۷۰ (۷۷/۱۸)	۱۹ (۳۱/۱۱)	۴۲ (۶۸/۱۹)		سوال ۸
۱	۲۱ (۲۳/۱۳)	۶۹ (۷۶/۱۷)	۱۵ (۲۴/۱۶)	۴۶ (۷۵/۱۴)		سوال ۹
۰/۲۴۹	۳۷ (۴۱/۱۱)	۵۳ (۵۸/۱۹)	۳۱ (۵۰/۱۸)	۳۰ (۴۹/۱۲)		سوال ۱۰
۰/۴۳۸	۶۷ (۷۴/۱۴)	۲۳ (۲۵/۱۶)	۴۹ (۸۰/۱۳)	۱۲ (۱۹/۱۷)		سوال ۱۱
۰/۱۵۹۲	۱۱ (۱۳/۱۲)	۷۹ (۸۷/۱۸)	۵ (۸/۱۲)	۵۶ (۹۱/۱۸)		سوال ۱۲
۰/۴۷۵	۶ (۶/۱۷)	۸۴ (۹۳/۱۳)	۲ (۳/۱۳)	۵۹ (۹۶/۱۷)		سوال ۱۳

P	بیشتر از ۵ سال		کمتر و مساوی ۵ سال		سوابق کار
	خیر تعداد (%)	بلی تعداد (%)	خیر تعداد (%)	بلی تعداد (%)	
۱	۶ (۱۴٪)	۳۷ (۸۶٪)	۱۶ (۱۴٪/۸)	۹۲ (۸۵٪/۲)	سوال ۱
۱	۵ (۱۱٪/۶)	۳۸ (۸۸٪/۴)	۱۴ (۱۳٪)	۹۴ (۸۷٪)	سوال ۲
-/۰-۲۸	۱۱ (۲۵٪/۶)	۲۲ (۷۴٪/۴)	۴۹ (۴۵٪/۴)	۵۹ (۵۴٪/۶)	سوال ۳
-/۰-۷	۱۲ (۲۷٪/۹)	۳۱ (۷۲٪/۱)	۵۷ (۵۲٪/۸)	۵۱ (۴۷٪/۲)	سوال ۴
-/۰-۸۵۷	۲۱ (۴۸٪/۸)	۲۲ (۵۱٪/۲)	۵۰ (۴۶٪/۳)	۵۸ (۵۳٪/۷)	سوال ۵
-/۰-۱۴	۲ (۴٪/۷)	۴۱ (۹۵٪/۳)	۲۳ (۲۱٪/۳)	۸۵ (۷۸٪/۷)	سوال ۶
۱	۴ (۹٪/۳)	۳۹ (۹۰٪/۷)	۱۱ (۱۰٪/۲)	۹۷ (۸۹٪/۸)	سوال ۷
-/۰-۶۸۷	۱۰ (۲۳٪/۳)	۳۳ (۷۶٪/۷)	۲۹ (۲۶٪/۹)	۷۹ (۷۳٪/۱)	سوال ۸
-/۰-۵۷	۱۵ (۳۴٪/۹)	۲۸ (۶۵٪/۱)	۲۱ (۱۹٪/۴)	۸۷ (۸۰٪/۶)	سوال ۹
-/۰-۴۸	۲۵ (۵۸٪/۱)	۱۸ (۴۱٪/۹)	۴۳ (۳۹٪/۸)	۶۵ (۶۰٪/۳)	سوال ۱۰
-/۰-۹۲	۲۹ (۶۷٪/۴)	۱۴ (۳۳٪/۶)	۸۷ (۸۰٪/۶)	۲۱ (۱۹٪/۴)	سوال ۱۱
-/۰-۴۰۵	۳ (۷٪)	۴۰ (۹۳٪)	۱۳ (۱۲٪)	۹۵ (۸۸٪)	سوال ۱۲
-/۰-۴۲	۵ (۱۱٪/۶)	۳۸ (۸۸٪/۴)	۳ (۲٪/۸)	۱۰۵ (۹۷٪/۲)	سوال ۱۳

خیر	بلی	تعداد (%) سوال
۲۲ (۱۴٪/۶)	۱۲۹ (۸۵٪/۴)	سوال ۱
۱۹ (۱۲٪/۶)	۱۳۳ (۸۷٪/۴)	سوال ۲
۶۰ (۳۹٪/۷)	۹۱ (۶۰٪/۳)	سوال ۳
۶۹ (۴۵٪/۷)	۸۲ (۵۴٪/۳)	سوال ۴
۷۱ (۴۷٪)	۸۰ (۵۳٪)	سوال ۵
۲۵ (۱۶٪/۶)	۱۲۶ (۸۳٪/۴)	سوال ۶
۱۵ (۹٪/۹)	۱۳۶ (۹۰٪/۱)	سوال ۷
۳۹ (۲۵٪/۸)	۱۱۲ (۷۴٪/۳)	سوال ۸
۳۶ (۲۳٪/۸)	۱۱۵ (۷۶٪/۲)	سوال ۹
۶۸ (۴۵٪)	۸۳ (۵۵٪)	سوال ۱۰
۱۱۶ (۷۶٪/۸)	۳۵ (۲۳٪/۲)	سوال ۱۱
۱۶ (۱۰٪/۶)	۱۳۵ (۸۹٪/۴)	سوال ۱۲
۸ (۵٪/۳)	۱۴۳ (۹۴٪/۷)	سوال ۱۳

## ۴- بحث

دارو کالایی، حیاتی ابزار تعمیم حق بر سلامت نجات دهنده و امیدبخش بهبودی بیماران است و باید همیشه با هزینه ای، منطقی محتوای سالم و به طور مستمر در دسترس افراد جامعه قرار بگیرد. مطابق تفسیر عمومی شماره ۱۴ ماده ۱۲ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی حق هر کس در برخورداری از بالاترین سطح قابل وصول سلامتی جسمی و روانی است و نظام سلامت هر کشوری باید صرف نظر از تمام تفاوت های افراد آن کشور حداقلهای درمانی و دارویی را بر پایه نیاز افراد آن کشور مهیا کند درمزشخص کردن این حداقلها مبانی و فرضیات مختلفی وجود دارد ولی مقدار مشخصی از امکانات و تجهیزات پزشکی و دارویی با توجه به استانداردهای سازمان بهداشت جهانی باید برایهمگان فراهم باشد و این پیش شرطی برای داشتن یک نظام سلامت کارآمد است. به علاوه داشتن پوشش بیمه ای برای شهروندان در قانون اساسی نیز ذکر شده است؛ بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی به پیریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه اشاره میکند و بند ۴ اصل بیست و یکم قانون اساسی به تضمین ایجاد بیمه خاص بیهوگان و زنان سالخورده و بی سرپرست اشاره میکند و همچنین در اصل بیست و نه قانون اساسی نیز به برخورداری از تأمین اجتماعی و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانهای پزشکی به صورت بیمه (( اشاره شده است که حقی است همگانی و وظیفه اجرای آن برای یک یک افراد کشور بنابراین بهره مند شدن افراد از حق سلامت از قبیل دسترسی به درمانهای روزآمد و کارا داروهای مفید و تجهیزات پزشکی سالم و بی خطر در اصل ۲۹ قانون اساسی و ماده منشور حقوق شهروندی به رسمیت شناخته شده و حقی بنیادین تلقی میگردد و باید هدف برنامه وزارت بهداشت رسیدن به این مهم باشد. با این حال ۸۵.۴٪ شرکت کنندگان در این طرح به اولین گویه پرسشنامه که در ارتباط با مشاهده شرایطی است که بیمار به دلیل پوشش بیمه ای نامناسب موفق به دریافت دارو نمیشود پاسخ بله دادند که این نشان از عدم تحقق شرایط پوشش بیمه های مناسب در کشور است. البته با توجه به تورم موجود در کشور در طی چند سال اخیر و نامناسب بودن شرایط اقتصادی معیشتی مردم کشور میتوان گفت با کاهش توان خرید مردم و افزایش قیمت دارو همچون سایر کالاها به طور کلی توان مردم برای خرید دارو کاهش یافته و این امر صرفا به پوشش بیمه ای نامناسب مربوط نمیشود بلکه پوشش بیمه ای نامناسب یکی از علل درصد بالای مشاهده این امر می باشد. با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش ۸۷.۴٪ از شرکت کنندگان به گویه «درخواست داروی قاچاق توسط مریض، ۶۰/۳٪ از شرکت کنندگان به گویه نسخه حاوی داروی قاچاق که توسط پزشک تجویز شده است و ۵۴/۳٪ از شرکت کنندگان به گویه «نسخه حاوی داروی خارج از فارماکوپه یعنی قاچاق و خارج از فارماکوپه» پاسخ «بلی» دادند. مقایسه این سه پرسش نشان میدهد درخواست مردم برای دریافت داروی قاچاق بیش تر از نسخه حاوی داروی قاچاق بوده اما همچنان نسخه حاوی داروی قاچاق با درصد بالایی مشاهده میشود. از طرفی نسخه حاوی داروی خارج از فارماکوپه که شامل قاچاق و هر نوع خارج از فارماکوپه دیگر از جمله تقلبی است با درصد کمتری نسبت به نسخه حاوی داروی قاچاق مشاهده میشود طبق نتایج مطالعه دکتر دل پسند که در سال ۲۰۲۰ انجام شد نیز تجویز داروی خارج از فارماکوپه شیوع ۴۲٪ در یک هفته را دارد که بیشتر آنها نیز در بیماران کودک مورد استفاده قرار میگیرند. در ابتدا باید گفت که داروها به اعتبار ثبت آنها در فهرست رسمی دارویی یا فارماکوپه کشور در سه دسته کلی قرار می گیرند؛ اولین دسته شامل داروهایی است که تولید داخل ندارند اما واردات آنها مجاز است دومین دسته شامل داروهایی است که نوع تولید داخل دارند اما واردات آنها مجاز نیست و سومین دسته شامل داروهایی است که هم تولید داخل دارند و هم واردات آنها مجاز است. هر دارویی که در فهرست رسمی دارویی یا فارماکوپه کشور موجود نباشد داروی خارج از فارماکوپه تلقی می شود که خود شامل دو مورد است مورد اول دارویی است که توسط مراکز فوریتهای دارویی حسب مورد در موارد خاص وارد می شود و مسئولیت عواقب و عوارض ناشی از آن با پزشک تجویز کننده است و مورد بعدی دارویی است که به طور غیر قانونی وارد کشور می شود که میتواند قاچاق یا تقلبی باشد.

هر دارویی که بدون مجوز وزارت بهداشت و رعایت نظامات مربوطه وارد کشور شود، داروی قاچاق محسوب می‌گردد اما لزوماً داروی تقلبی نیست به دارویی تقلبی گفته می‌شود که فاقد ماده‌ی موثره‌ی دارویی مشخص و تعریف شده برای آن عنوان دارو باشد، حالا این دارو می‌تواند داخل کشور تولید و ساخته شود و یا خارج کشور تولید و به داخل کشور قاچاق گردد. اقدام به قاچاق دارو یا ساخت داروی تقلبی جرائم قضائی مربوط به خودش را دارد طبق ماده ۲۷ قانون مبارزه با قاچاق کالا و ارز هر شخص حقیقی یا حقوقی که اقدام به واردات و صادرات دارو مکملها ملزومات و تجهیزات، پزشکی مواد و فرآورده‌های خوراکی، آشامیدنی آرایشی و بهداشتی بدون انجام تشریفات قانونی نماید به مجازات کالاهای قاچاق محکوم می‌شود این مجازات مانع از پرداخت دیه و خسارت‌های وارد شده نیست طبق همین ماده‌ی قانونی قاچاق مواد و فرآورده‌های دارویی مکمل‌ها ملزومات و تجهیزات پزشکی مشمول مجازات قاچاق کالاهای ممنوع، موضوع ماده ۲۲ این قانون می‌باشد و طبق ماده ۲۲ این قانون «هر کس مرتکب قاچاق کالای ممنوع گردد یا کالای ممنوع قاچاق را نگهداری یا حمل نماید یا، بفروشد علاوه بر ضبط کالا به شرح زیر و مواد (۲۳) و (۲۴) مجازات می‌شود.» مجازات ذکر شده در این قانون بر حسب ارزش مادی کالای ضبط شده است. علاوه بر مسئولیت، کیفری مطابق با کدهای اخلاقی داروسازی و پزشکی اگر عامل این امر از حرفه‌مندان سلامت، باشد میتواند مسئولیت اخلاقی و انتظامی که شامل تعلیق و محرومیت حرفه‌ای خاصی بر اساس ماده ۳ و ۶ آیین نامه نماید به مجازات کالاهای قاچاق محکوم می‌شود این مجازات مانع از پرداخت دیه و خسارت‌های وارد شده نیست طبق همین ماده‌ی قانونی قاچاق مواد و فرآورده‌های دارویی مکمل‌ها ملزومات و تجهیزات پزشکی مشمول مجازات قاچاق کالاهای ممنوع، موضوع ماده ۲۲ این قانون می‌باشد و طبق ماده ۲۲ این قانون «هر کس مرتکب قاچاق کالای ممنوع گردد یا کالای ممنوع قاچاق را نگهداری یا حمل نماید یا، بفروشد علاوه بر ضبط کالا به شرح زیر و مواد (۲۳) و (۲۴) مجازات می‌شود.» مجازات ذکر شده در این قانون بر حسب ارزش مادی کالای ضبط شده است. علاوه بر مسئولیت، کیفری مطابق با کدهای اخلاقی داروسازی و پزشکی اگر عامل این امر از حرفه‌مندان سلامت، باشد میتواند مسئولیت اخلاقی و انتظامی که شامل تعلیق و محرومیت حرفه‌ای خاصی بر اساس ماده ۳ و ۶ آیین نامه پزشکی ایران برای این موارد وجود دارد که بیان می‌کند تجویز داروی خارج از فرماکوپه برای بیماران غیرقانونی است مگر در شرایطی که تجویز آن دارو توسط انجمن‌های علمی اثبات شده باشد گاهی پیش می‌آید که داروسازان در داروخانه با نسخه‌ی مواجه می‌شوند که حاوی دارویی خارج از فرماکوپه است. بسیاری از داروخانه‌ها همچنان داروهای غیرقانونی و قاچاق را می‌فروشند و این کار را با این مسئله توجیه می‌کنند که نسخ پزشکان حاوی این، داروهاست گاهی نیز فروش این داروها به دلیل عدم آشنایی آنها با داروهای غیرقانونی است. یکی از مهمترین روشهایی که میتواند در کنترل و کاهش قاچاق کالا در کشور و جلوگیری از عرضه‌ی کالاهای تقلبی و جعلی به مردم در سطح عرضه کمک، کند نصب برچسب اصالت و سلامت بر روی کالاهای دارویی و آرایشی بهداشتی و استفاده از سامانه جامع طرح شناسنامه دار نمودن این کالاها می‌باشد. طرح بررسی و کنترل اصالت و سلامت کالا اقدامی نوین در راستای مبارزه با قاچاق و تقلب می‌باشد که با به کارگیری توانمندیهای عرصه فناوری اطلاعات توانسته گام موثری در ارتقای سلامت جامعه بردارد. برچسب اصالت کالا برچسبی سفید، کاغذی با حاشیه‌های زرد و نوشته‌های مشکی است که بر روی آن بارکد تاریخ تولید تاریخ انقضا و سریال محصول نوشته شده و طبق، قانون لازم است بر روی تمام داروها محصولات، پزشکی، آرایشی بهداشتی و سلامت محور الصاق شود. موارد نوشته شده روی اصالت کالا شامل شناسه‌ی تجاری (GTN) محصول که یک کد ۱۴ رقمی است و در سطح جهان برای هر نوع کالایی کاملاً اختصاصی می‌باشد شناسه‌ی ردیابی و رهگیری (UID) برچسب که یک کد ۲۰ رقمی است و برای هر واحد محصول براساس استاندارد خاصی در نظر گرفته می‌شود شماره‌ی سری ساخت محصول (LOT) که شناسه‌ی ای برای شرکت تولید کننده محصول به شمار میرود و به هر سری از ساخت آن محصول اختصاص میدهند تاریخ انقضای محصول (EXP) و مورد بعدی که اصالت یا IRC محصول است که کدی ۱۶ رقمی بوده که به صورت محلی پوشش دار و قابل خراش دادن و روی بارکد کالا قرار دارد این کد برای هر کالا اختصاصی بوده و مصرف کننده به راحتی با خراش دادن لایه‌ی روی آن میتواند اصالت کالا را چک کند. بارکد دوبعدی هم به جهت امنیت برچسب چاپی مورد استفاده قرار می‌گیرد و با بارکدخوان ویژه‌ی بازرسین توزیع کنندگان یا عرضه کنندگان خوانده می‌شود بازرسان ویژه مشخصات فنی، کالا، تولید کننده واردکننده

تاریخ تولید تاریخ انقضا و سری ساخت محصول را چک نموده و مورد ارزیابی قرار میدهند. یکی از مزایای مهم طرح برچسب اصالت و سلامت کالا این است که با توجه به اختصاصی بودن کد ۱۶ رقمی IRC برای هر قلم از محصولات وارداتی آرایشی و بهداشتی و دارویی در صورت بروز مشکلات ناشی از استفاده محصولات وارداتی امکان پیگیری و رسیدگی موضوع به دلیل وجود مستندات و مدارک مربوط به کالای مورد نظر در سازمان غذا و دارو میسر خواهد بود.

۲. با توجه به یافته های این پژوهش همچنان درخواست داروی قاچاق توسط مردم بالاست و ۸۷.۴ شرکت کنندگان با این درخواست مواجه بوده اند به طور قطع با استقبال بیشتر مردم بالطبع قاچاق دارو و تولید داروی تقلبی افزایش می یابد لذا ضروری است مردم از مصرف داروی مشکوک خودداری نموده و با پزشک و داروساز خود در خصوص تهیه ی دارو از مرجع معتبر و قابل اطمینان اطلاع حاصل نمایند.

داروساز و پزشک هر دو عضوی تاثیرگذار در جامعه ی سلامت هستند و هر کدام دارای وظایف و حقوقی هستند که طرف دیگر باید آنها را بشناسد و به آنها احترام بگذارد. این رابطه اگر بر اساس بیمار محوری باشد باعث افزایش اعتماد بیمار به سیستم درمانی و بهبود روند درمان بیمار میشود. امروزه در نظامهای ارائه خدمات سلامت نقش کلیدی در اختیار یک حرفه ی خاص (مثل)، پزشک داروساز و ... قرار ندارد و هیچ کدام از گروهها نیز به تنهایی نمی توانند به ارائه ی این مراقبتها بپردازند. بنابراین پزشکان باید این واقعیت را بپذیرند که تصمیم گیری در عرصه مراقبتهای، سلامت یک اقدام چند جانبه است و باید با حضور چند حرفه ی مختلف انجام شود و از سوی دیگر داروسازان امروزی نیز باید از حالت منفعل درآمده و مطابق با وضعیت جدید در سیستم مراقبتهای بهداشتی اولیه تحول پیدا کنند. تحول حرفه داروسازی در هر کشور از یک سو وابسته به حمایتها و پشتیبانی های قانونی از داروسازان به همراه تقویت و اصلاح قوانین قدیمی است و از سوی دیگر وابسته به ارائه ی آموزشهای علمی و عملی لازم است که هم در قالب آموزش به دانشجویان داروسازی است و هم در قالب آموزش به داروسازان شاغل در قالب روند آموزش مداوم محسوب میشود. ایجاد مسئولیتهای جدید برای پزشکان و داروسازان بدون این که حدود مسئولیت ها و اختیارات دو حرفه و شرح وظایف هر کدام از آن ها دقیقاً تعیین گردد منجر به ایجاد اختلافات کاری فراوانی شده و خواهد شد. در کشور ما از یک سو پزشکان مسئولیت نهایی و قانونی نسخه را بر عهده دارند و از سوی دیگر داروسازان نیز باید توصیه های خود را در قالب مراقبتهای دارویی و الگوی داروساز جامعه نگر به بیماران و به پزشکان ارائه نمایند اجرای برخی از اجزای این روند منجر به ایجاد اختلاف نظرها و معضلاتی می گردد بنابراین لازم است برای تقویت ارتباط حرفهای پزشکان و داروسازان اقدام به رفع اختلاف دیدگاهها و اختلاف نظرات گردد.

برای این کار باید از یک سو شناخت خوبی از دیدگاه و نظرات شاغلین این دو حرفه داشته باشیم و از سوی دیگر پس از کسب شناخت کامل شرح وظایف حرفهای هر یک از دو رشته به طور دقیق تعیین گردد تا بتوان نسبت به توصیف قوانین حرفهای مورد نیاز اقدام نمود. از طرفی داروساز و پزشک میتوانند روابط ناسالمی هم با هم داشته باشند که ممکن است منجر به ضرر بیماران شود و این عملی غیر اخلاقی و از مصادیق تعارض منافع موجود در سیستم درمانی کشور است. یکی از این موارد تبانی است که بین داروساز و پزشک شکل می گیرد به طور مثال داروساز و پزشک بدون در نظر گرفتن منفعت، بیمار رژیم دارویی خاصی را برای وی تعیین میکنند که به نفع او نیست و منجر به پیشرفت بهبودی بیمار نمی شود؛ در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۹ توسط اساتید دانشکده داروسازی شیراز انجام شده است، داروسازان نمونه هایی از این تبانیها را ذکر کرده بودند برای مثال ویزیتور برای فروش محصولاتش به پزشک و داروساز نیم سکه می دهند مثلاً من در یک داروخانه بودم که برای زگیل پزشک مکمل کربوهیدرات نوشته بود. در مطالعه ای که در سال ۲۰۲۰ توسط دکتر دل پسند و همکاران انجام شده است نیز ۴۶٪ داروسازان مکرراً با شرایطی که یک شرکت دارویی از شما میخواهد تا یک داروی گران را خریداری کنید آنها به شما میگویند که به تازگی به چند پزشک گفته اند که این دارو را نسخه کنند.» مواجه هستند این مسئله نیز نشان دهنده ی تبانی بین پزشک و داروساز برای فروش یک داروی گران است. از موارد دیگر تبانی بین داروساز و پزشک میتوان به شرایطی که نسخ یک پزشک به دلایلی به یک داروخانه به خصوص فرستاده میشوند اشاره کرد برای مثال در مطالعه ی اساتید دانشکده داروسازی شیراز ذکر شده بود داروسازها

ناخودآگاه به طرف پزشک میروند و به پزشک باج میدهند تا نسخه ها طرف آنها بیاید حتی مورد داشتیم پزشک میآید از قفسه لیست داروهای تاریخ نزدیک را می گیرد. در پژوهش حاضر نیز ۵۰ شرکت کنندگان با چالش پیشنهاد پزشک مجاور یا همسایه شما برای دریافت وجه یا امتیاز در قبال ارسال نسخ خود برخورد داشته اند که این امر نیز نشان دهنده تبانی بین داروساز و پزشک است. لازم به ذکر است که همیشه تبانی بین داروساز و خود پزشک شکل نمی گیرد و گاهی این رابطه بین داروساز و منشی ایجاد میشود و داروساز با دادن امتیازاتی به منشی پزشک باعث معرفی داروخانه ی خود به مطب بیماران توسط منشی پزشک میشود.

۸۳/۴٪ از شرکت کنندگان در پژوهش حاضر با چالش تخصیص داروهای اساسی (ضروری) توسط شرکت پخش به یک داروخانه خاص مواجه بودند؛ این مطلب خود میتواند ردپایی از تعارض منافع سازنده فساد در نظام توزیع دارویی ما باشد که میتواند تحت عنوان اختلال در نظام توزیع دارویی کشور مورد رسیدگی قرار گیرد. مطالعات نشان میدهند بیش از یک سوم، بیماران به دلایل، مختلف تمام داروهای که خریداری کرده اند را استفاده نمی کنند. بسیاری از اوقات داروساز آن در داروخانه با بیمارانی مواجه میشوند که داروی مصرف نشده ی خود را به داروخانه بازمی گردانند. در مطالعه ای که در سال ۲۰۲۰ توسط دکتر دل پسند و همکاران انجام شده بود ۶/۶۴٪ داروسازان اظهار داشتند که مکرراً در یک هفته با این چالش مواجه میشوند و طبق نتایج مطالعه حاضر نیز ۹۰.۱٪ شرکت کنندگان در داروخانه با این چالش مواجه شده اند با این وجود متأسفانه در ایران قانون واضح و نوشته شده ای برای بازگرداندن داروی مصرف نشده به داروخانه ها وجود ندارد برای مثال اگر بیماری داروی یخچالی را خارج از یخچال نگهداری کند و سپس آن را به داروخانه برگرداند و آن دارو به چرخه ی درمان بازگردد خریداری آن دارو توسط بیمار بعدی میتواند باعث عوارض جانبی ناخواسته شود. البته اغلب داروها قابلیت بازگردانده شدن به داروخانه را دارند زیرا بیماران به راحتی میتوانند از آنها نگهداری کنند در رابطه با بازگرداندن داروها به داروخانه مسئله مهم دیگری که وجود دارد این است که وقتی مردم حجم زیادی از دارو را در خانه نگهداری کنند این شرایط میتواند منجر به خود درمانی و مسمومیت های دارویی بیشتری نیز شود. بنابراین واضح است که وجود قانونی واضح در این موارد میتواند مفید و موثر باشد اما پیش نیازی مهم برای استفاده مجدد از داروهای استفاده نشده ی، بیماران تضمین کیفیت محصول مورد نظر است. برای اطمینان از مناسب بودن نحوه ی نگهداری داروها توسط بیماران معیارهای مختلفی باید کنترل شود؛ از جمله دمای ذخیره سازی نور و رطوبتی که دارو در معرض آن قرار گرفته و یکپارچگی بسته بندی محصول ( یعنی دارو باز نشده و سالم باشد ) به علاوه دارو باید قفسه ای طولانی مناسبی نیز داشته باشد. این طور پنداشته میشود که برای اطمینان از نگهداری محصول به طور مناسب از نظر نور و رطوبت یک بسته بندی خارجی اضافی داروخانه ای به عنوان مثال یک کیسه ی مهر و موم شده ی شفاف ( همراه با بسته بندی اولیه و ثانویه کارخانه میتواند کمک کننده باشد. داروها براساس دمای نگهداری عموماً به دو دسته تقسیم میشوند؛ دسته اول داروهایی که باید در دمای ۲-۸ درجه یا همان دمای یخچال نگهداری شوند، دسته دوم داروهایی که باید در دمای ۲۵ - ۱۵ درجه یا همان دمای اتاق نگهداری شوند مطالعات پیشین نشان داده اند داروهایی که نیاز به نگهداری در یخچال ندارند و در دمای اتاق نگهداری میشوند معمولاً از شرایط مناسبی از جهت نگهداری در خانه برخوردار بوده اند -۲۲ ۲۴ اما داروهای یخچالی معمولاً در دمایی خارج از محدوده ی تعریف شده از جمله دمای زیر ۰ درجه نگهداری شده اند. در مطالعه ای که در همین رابطه در هلند انجام شده بود استفاده از یک دستگاه دیجیتالی کنترل کننده ی دما را برای داروهای یخچالی و نشانگری که تغییر دما را نشان می دهد مثلاً نشانگری که با خارج شدن از محدوده ی دمایی مورد نظر رنگ آن عوض شود برای داروهای غیر یخچالی پیشنهاد می کند؛ در این خصوص نیاز است تمام هزینه های لازم را نیز ارزیابی کرده و سپس تصمیم گیری کنیم. در ایران قانونی برای بازپس گیری مجدد دارو وجود ندارد حتی اگر دارو در شرایط خوبی نگهداری شده باشد در کنار تمامی مواردی که بیان شد نکته مهم دیگر این است که بسیاری از این داروها حیاتی و گران قیمت بوده و بازگشت صحیح آنها به چرخه درمان میتواند مفید باشد و در راستای جلوگیری از اتلاف منابع موجود به نظر میرسد میتوان با طراحی برنامه ای عملیاتی برای استفاده مجدد از داروهای گران قیمت و کمیاب گامی اساسی در ساماندهی استفاده مجدد و بازپس گیری این داروها برداشت.

پیشتر ذکر شد برخی چالشهای اخلاقی در حوزه داروسازی میتوانند منجر به چالشهای قانونی و حقوقی شوند؛ ازین جمله میتوان به عدم توان مالی برای تاسیس داروخانه و همکاری با فردی غیرداروساز اشاره کرد که گاه داروسازان با آن مواجه میشوند. در این پژوهش مشاهده شد که ۷۶.۲٪ شرکت کنندگان با این چالش مواجه بوده اند که این امر میتواند آغازگر ورود افراد غیر مرتبط و فاقد صلاحیت در اداره امورداروخانه ها باشد و این در حالی است که داروخانه از نظر ارائه خدمات حق سلامت در جایگاه ویژه ای برخوردار است و باید از دسترس افراد فاقد صلاحیت دور بماند. از موارد دیگری که چالش اخلاقی میتواند منجر به چالش قانونی و حقوقی شود و ۵۵٪ شرکت کنندگان این پژوهش با آن مواجه بوده اند پروانه تاسیس خود را به علت مشکلات مالی در اختیار فرد دیگری گذاشتن است. در رابطه با مراتب قانونی که در پی این امر میتواند متوجه یک داروساز باشد باید به آئین نامه تاسیس و اداره داروخانه ها مصوب سال ۱۴۰۰ اشاره کرد؛ طبق تبصره ۶ ماده ۲۵ آئین نامه تاسیس و اداره داروخانه ها هرگاه موسسی پروانه خود را به هرشکلی حتی به صورت قراردادهای مکتوب و محضری به دیگری واگذار نموده و یا پروانه دیگری را به هر شکل اعم از اجاره و مشابه آن مورد استفاده قرار دهد بلافاصله محل کار او از طرف دانشگاه تعطیل و پرونده متخلف به مراجع ذیصلاح ارجاع خواهد شد. از دیگر مصادیق چالشهای اخلاقی که منجر به چالش قانونی و حقوقی برای داروسازان میشود دادن چک سفید به فرد اجاره کننده داروخانه جهت تسهیل انجام امور داروخانه است که ۷۶/۸٪ از شرکت کنندگان پژوهش حاضر با این چالش مواجه نبوده اند و این نشان میدهد خوشبختانه این چالش -اخلاقی حقوقی در زمان انجام این مطالعه در شهر رشت با درصد کمی دیده میشود. علی رغم وجود قوانین مرتبط با سقط غیرقانونی جنین در ایران ۸۹/۴٪ از شرکت کنندگان این پژوهش با چالش درخواست « داروی سقط جنین توسط مراجعه کننده به داروخانه» مواجه شده توسط مراجعه کننده به داروخانه» مواجه شده اند. سقط جنین یکی از مباحث بحث برانگیزی است که در تمام متون فلسفه ی طب و اخلاق پزشکی از آن به عنوان نمونه ای از معضلات فلسفی و اخلاق پزشکی یاد شده است و فارغ التحصیلان علوم پزشکی ممکن است در مواجهه با آن تحت تاثیر شرایط مختلف یا وجدان خود تصمیماتی بگیرند؛ این در حالی است که لازم است در طول دوران تحصیل خود رشد اخلاقی لازم را برای مواجهه با این موضوعات یافته باشند تا بتوانند به درستی تصمیم بگیرند آن چه در آموزش چگونگی مواجهه با سقط جنین مهم به نظر میرسد آموزش قانون انواع توجیهات اخلاقی، شرع توجیهات اخلاقی افراد متقاضی سقط عمدی و فلسفه های اخلاقی در این رابطه است. با توجه به دسترسی قانونی داروسازان به داروهای سقط و قوانین موجود در کشور این مسئله میتواند از موضوعات بسیار چالش برانگیز برای هر داروساز شاغل در داروخانه باشد. سقط جنین با استفاده از دارو یا Medical به مصرف یک یا چند دارو برای "Abortion" خاتمه دادن به بارداری اطلاق می.گردد رژیم استاندارد برای این کار شامل ترکیب دو داروی میفپریستون با نام تجاری معروف « Mifeprex » و میزوپرستول با نام تجاری معروف « Cytotec » است. مصرف تک دز ۲۰۰ میلی گرم از میفپریستون و به دنبال آن ۸۰۰ میکروگرماست. میزوپرستول توسط سازمان غذا و دارو آمریکا برای سقط جنین تا هفته دهم بارداری تایید شده. از ترکیب متوترکسات با میزوپرستول هم به صورت خارج برچسب یا آف لیبل ۲ برای سقط جنین استفاده میشود. با توجه به این که داروی میفپریستون در فهرست رسمی دارویی ایران وجود ندارد از میزوپرستول به تنهایی برای سقط جنین استفاده می شود که کارایی کمتری از ترکیب با میفپریستون دارد. در ارتباط با قوانین سقط جنین در ایران باید به این نکته توجه داشت که طبق اصل چهارم قانون اساسی، ایران کلیه قوانین و مقررات مدنی جزایی، مالی، اقتصادی، اداری، فرهنگی، نظامی سیاسی و غیره براساس موازین اسلامی تعیین می شوند در این اصل آمده است که « این اصل بر اطلاق یا عموم همه اصول قانون اساسی و قوانین و مقررات دیگر حاکم است و تشخیص این امر بر عهده فقهای شورای نگهبان است. » و این یعنی تمام قوانین در تمامی حوزه ها باید مطابق با قوانین اسلامی باشند؛ دیدگاه اسلام نسبت به مسئله سقط ی جنین و بحث بر سر جایز بودن یا نبودن، آن در اکثر مقالات اسلامی به قبل از ۴ ماهگی جنین که طبق دیدگاه اسلام هنوز روح دمیده نشده است مربوط میشود. دیدگاه فقها نسبت به سقط جنین قبل از ۴ ماهگی در طول زمان تغییر کرده است در نتیجه قوانین مرتبط با آن هم دستخوش تغییراتی شده است. اما آنچه مسلم است و صراحتاً در قانون اساسی ایران ذکر شده این است که به موجب مادهی ۶۲۳ قانون مجازات اسلامی « هر کس به واسطه دادن ادویه یا وسایل دیگری سقط جنین زن گردد به شش ماه تا یک

سال حبس محکوم میشود و اگر عالماً و عامداً زن حامله ای را دلالت به استعمال ادویه یا وسایل دیگری نماید که جنین وی سقط گردد به حبس از موجب سه تا شش ماه محکوم خواهد شد مگر این که ثابت شود این اقدام برای حفظ حیات مادر می باشد و در هر مورد حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات مربوط داده خواهد شد و نیز به موجب ماده ی ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی هر شخص دارای تخصص چه طبیب باشد چه ماما چه فردی داروفروش موجب سقط جنین شود یا اینکه این اشخاص در سقط جنین مباشرت داشته باشند مطابق قانون مجازات سقط جنین با او برخورد خواهد شد که مجازات آن دو تا پنج سال حبس و پرداخت دیه می باشد. باید توجه داشت در بسیاری از موارد داروهای سقط جنینی که به فروش میرسند تقلبی و یا قاچاق بوده و این امر نیز میتواند مشکل را پیچیده تر کرده و برای فروشنده این داروها مجازات سنگین تر شود. بارداری ناخواسته همواره یکی از معضلات مردم در جوامع بوده است و قوانین محدود کننده موجود نیز باعث کاهش تمایل مردم نسبت به سقط جنین نشده است بحثهای اخلاقی موجود پیرامون مسئله ی سقط جنین و نیز قوانین موجود در ایران در این رابطه در کنار دسترسی قانونی داروسازان به داروهای سقط جنین همواره داروسازان را با چالشهای اخلاقی گاهاً حقوقی مواجه کرده است. بنابراین با توضیحات گفته شده تصور میشود در تربیت دانشجویان علوم پزشکی باید تمامی جوانب و احتمالات را در نظر گرفت و جدای از الزامات قانونی که مراتب قانونی در سطح جامعه ایجاد کنند به الزامات اخلاقی توجه بیشتری کرد. آیا تعویض برند داروی تجویز شده در نسخه ی پزشک با برندی که در داروخانه موجود است مجاز است؟ ۹۴.۷ شرکت کنندگان این پژوهش با چالش «تعویض برند داروی تجویز شده» توسط پزشک با برند موجود در داروخانه برخورد داشته اند همچنین مطابق با مطالعه دکتر دل پسند در سال ۲۰۲۰، رویارویی با چنین شرایطی امری نسبتاً شایع بوده و ۹۶٪ داروسازان در طول یک هفته با آن مواجه هستند. در پاسخ به پرسش مطرح شده به ماده ی ۵ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ اشاره میکنیم دخل و تصرف و یا تغییر در نسخه پزشکی به هر صورت که باشد بدون اجازه خود پزشک از طرف داروساز ممنوع میباشد اما تبصره ۳ الحاقی (۱۳۶۷/۱/۲۳) همین ماده بیان کند که ارائه داروی هم فرمول از نظر مواد موثره به جای داروی تجویز شده در نسخه، پزشک دخل و تصرف یا تغییر در نسخه ی پزشک محسوب نمیشود لکن ارائه ی داروی غیرهم فرمول از نظر مواد موثره به جای داروی تجویز شده در نسخه پزشک دخل و تصرف یا تغییر در نسخه ی پزشکی محسوب میگردد و قابل تعقیب است مرجع تشخیص مواد موثره. داروهای فوق الذکر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد بنابراین تعویض برند دارویی که پزشک نسخه کرده است توسط داروساز منع قانونی ندارد و داروساز میتواند در صورت موجود نبودن برند نسخه شده توسط، پزشک برند هم فرمول آن دارو را به بیمار ارائه دهد اما نکته حائز اهمیت احترام به خودمختاری بیمار و ارائه دادن اطلاعات صحیح و رعایت اصل وفاداری در آگاه کردن وی از این جابه جایی و نیز نداشتن تعارض منافع داروساز با کارخانه سازنده دارو است. در انتها به اختلاف معنی دار موجود در درصد پاسخ گویی شرکت کنندگان به تفکیک سابقه کار در گویه های ۳، ۴، ۶ و ۱۳ اشاره میکنیم که نشان میدهد سابقه کار میتواند در رویارویی با برخی چالشها تاثیرگذار باشد.

## ۵- نتیجه گیری نهایی

در قرن اخیر شاهد رشد قابل ملاحظه مسائل اخلاقی در سنجش مراقبتهای سلامت هستیم از این رو، داروسازان نیازمند آشنایی بیشتر با مسائل، اخلاقی اجرای بهترین راه حلها و تصمیم گیری اخلاقی در شرایط بحرانی و ضروری می باشند آگاهی داروسازان از مسئولیت های اخلاقی و حقوقی خود باعث توانمندسازی این حرفه مندان سلامت و بهبود خدمات ارائه شده به بیماران و سایر گیرندگان خدمت در داروخانه خواهد شد. از طرفی دارو کالایی حیاتی، ابزار تعمیم حق بر سلامت نجات دهنده و امید بخش بهبودی بیماران است و باید همیشه با هزینه ای، منطقی محتوای سالم و به طور مستمر در دسترس افراد جامعه قرار بگیرد استفاده از نیروهای متخصص و متعهد در امور نظارتی، شفافیت در حوزه نظارت، عدم تعارض منافع دست اندرکاران حوزه غذا و دارو پیگیری سازمانهای مردم نهاد در خصوص پیگیری پرونده داروهای





،تقلبی به کارگماری بازرسین با صلاحیت علمی و اخلاقی توسط دستگاہهای نظارتی در نظارت بر عملکرد معاونت های غذا و داروی استانها و تربیت نیروی جوان و پاک و دست در امور نظارتی بسیار کمک کننده خواهد بود.

## ۶-پیشنهادات برای پژوهشهای بعدی

انجام مطالعه با جمعیت بیشتر و حجم نمونه ای گسترده تر از سراسر ایران میتواند داده های بهتری تولید کند.

## References

- Diel,r,j,h,(2008),History of western philosophy third edition, seventh, Tehran, Enghelab street, Gendarmerie Martyrs street, phoenix publication,Pp73
- Deans, Z.,(2010), Ethics in pharmacy practice, Pharmacy Practice Research Trust London.
- Bahrami, M. and F. Gharamaleki, (2012), Conceptual analysis of moral dilemmas. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 5(2): p. 32-44.
- Kruijtbosch, M., et al., (2018),Moral dilemmas of community pharmacists: a narrative study. International journal of clinical pharmacy. 40(1): p. 74-83.
- Fakoohi,(2015), one hundred and one questions of culture,one edition,Baharestan street,Tisa publication
- Al-Arifi, M.N., (2014), Community pharmacist perception and attitude toward ethical issues at community pharmacy setting in central Saudi Arabia. Saudi Pharmaceutical Journal, 2014. 22(4): p. 315-325.
- <https://www.webmd.com/a-to-z-guides/what-is-pharmacist>
- Delpasand, K., S. Tavakkoli, and H. Kojidi, (2019), The Relationship between the Pharmacist and the Patient from the Point of View of Ethics and Law. Medical Ethics Journal. 13(44): p. 1-12.
- Ebrahimi, S.,(2016), Ethical challenges in the community pharmacy setting from the perspective of the faculty members of Shiraz School of Pharmacy and pharmacy practitioners: a qualitative study. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 8(5): p. 77-93.
- <http://fnm.tums.ac.ir/userfiles/research/Ethiccomitte/guids/8.pdf>.
- Delpasand, K., et al.,(2020), Ethical challenges in the relationship between the pharmacist and patient in Iran. International Journal of Human Rights in Healthcare, 2020.
- Cooper, R.,(2007), Ethical problems and their resolution amongst UK community pharmacists: a qualitative study. University of Nottingham.
- Hibbert, D., J. Rees, and I. Smith, (1999),The ethical dilemmas of community pharmacists: a common core of issues. Journal of Social and Administrative Pharmacy. 16: p. 102-103.
- Delpasand, K., L. Afshar, and S.N. Tavakoli, (2019),The Ethical Principles in Pharmacist-Patient Relationship. Journal of Clinical & Diagnostic Research. 13(3.)



- Shakour, M., et al.,(2014), The ethical aspects of abortion in medical education. *Iranian Journal of Microbiology*. 6(1).
- Kajidi, H.M., et al.,(2020), A Review of Medicine Counterfeiting in Medical History. *Medical History*. 12(43): p. 7-18.
- Dessing, R.P. and J. Flameling,(2003), Ethics in pharmacy: a new definition of responsibility. *Pharmacy World and Science*. 25(1): p. 3-10.
- Kourosh Delpasand, S.T.N., Mohamad Nourian, (2020), Conflict of Interest and Lack of Transparency as Corruption in the Health System. *Legal Thought*. 1(3): p. 31-39.
- Dabbagh, A., et al., (2006),A revision to the professional roles of pharmacists in the national health system: the attitudes of physicians and pharmacists regarding the impact on inter-professional relationships. *Hakim Research Journal*. 8(4): p. 26-36.
- Dastmardie, S., et al.,(2016), Analysis of the Criminal history of the Production and Supply of Smuggled and Counterfeit Medicines in Iran. *Medical History*. 8(28): p. 47-55.
- Akbari, H.,(2006), Drug crimes from the perspective of criminal law and criminology. Qom: Mofid University.
- Bekker, C.L., et al., (2019),What does it cost to redispense unused medications in the pharmacy? A micro-costing study. *BMC health services research*. 19(1): p. 1-9.
- Vlieland, N.D., et al., (2016), The majority of patients do not store their biologic disease-modifying antirheumatic drugs within the recommended temperature range. *Rheumatology*, 2016. 55(4): p.704-709.
- Vlieland, N.D., et al.,(2019) Actual versus recommended storage temperatures of oral anticancer medicines at patients' homes. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 25(2): p. 382-389.
- Bancsi, A. and K. Grindrod,(2019), Medical abortion: a practice tool for pharmacists. *Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada*. 152(3): p. 160-163.
- Raifman, S., et al.,(2018), Medication abortion: Potential for improved patient access through pharmacies. *Journal of the American Pharmacists Association*. 58(4): p. 377-381.
- [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).