

## برنامه‌ریزی اصلاح الگوی مصرف دارو بر اساس آموزه‌های دینی، منافع ملی و توجه به اقشار محروم

سیدحاتم مهدوی نور<sup>۱\*</sup>، مرتضی دنکوب<sup>۲</sup>

۱- گروه معارف اسلامی، واحد یادگار امام (ره) شهرری، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران-۲ گروه مدیریت و حسابداری، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: کیلومتر ۶ اتوبان تهران، قم (بزرگراه خلیج فارس)، روبه‌روی مرقد حضرت امام (ره)، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام (ره) شهرری، دانشکده هنر و معماری، گروه معارف اسلامی. تلفن: ۰۲۱-۴۷۳۳۵۳۵۰۷، ۸-۵۵۲۲۹۲۰۰۰  
پست الکترونیک: hmahdavinoor@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۲۹ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** مصرف دارو در ایران بالاتر از استانداردهای جهانی است که البته متأثر از تجویز غیرمنطقی و مصرف خودسرانه دارو است. این امر از یک سو ضررهای مادی مستقیم و غیرمستقیم برای کشور دارد و از سوی دیگر سلامت مردم را به خطر می‌اندازد؛ بنابراین، ضروری است از تمام ظرفیت‌ها برای مصرف منطقی دارو استفاده شود.

**روش کار:** در این پژوهش نخست عوامل مؤثر بر مصرف دارو با مطالعه متون و مصاحبه با خبرگان استخراج و با استفاده از تحلیل سلسله‌مراتبی ای‌آج‌پی تحلیل شد. سپس، با تحلیل نقاط قوت و ضعف، و فرصت‌ها و تهدیدها، طی جلسات هم‌اندیشی با خبرگان راهبردهای اصلاح الگوی مصرف دارو تدوین شد. جامعه آماری مطالعه حاضر، تمامی پزشکان، داروسازان، تولیدکنندگان، و توزیع‌کنندگان دارو است و نمونه آماری ۳۰ نفر است که به روش نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب شدند.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه نشان داد که فقدان نظارت در نظام تشخیص و تجویز، نبود نظام جامع ارجاع‌دهی بیمار، فقدان نظارت بر توزیع، حق ویزیت، توصیه دیگران برای مصرف دارو، فروش بدون نسخه در داروخانه‌ها، تجویز غیرمنطقی دارو، تجربه قبلی بیماری و شناخت آن، مشکل فرهنگی بیماران و اصرار بر تجویز دارویی بیش‌تر، وجود رابطه مالی بین پزشک و بیمار، ناآشنایی با عوارض دارو، توزیع دارو در غیر داروخانه‌ها، بی‌ضرر بودن داروی تجویزی و ارزان بودن دارو از عوامل مصرف بیش‌از اندازه دارو است.

**نتیجه‌گیری:** برای اصلاح الگوی مصرف دارو لازم است اقداماتی چون فرهنگ‌سازی، راه‌اندازی نظام ارجاع، گسترش بیمه‌ها، آموزش مداوم کادر پزشکی، و نظارت بر توزیع و تجویز در دستور کار مسئولین قرارگیرد.

**کلواژگان:** دارو؛ برنامه‌ریزی؛ سبک زندگی؛ الگوی مصرف

### مقدمه

میانگین جهانی است. شاخص تزیق دارو نیز ۵۰٪ نسخه‌ها را شامل می‌شود که باید به ۳۰٪ تقلیل یابد. همچنین تجویز داروهای کورتونی بسیار بالا است (۳).

مصرف نابجا و غیرمنطقی دارو نه تنها به سلامت بیمار و جامعه کمک نمی‌کند، بلکه به دلیل اثرات جانبی می‌تواند سبب مشکلات جدی شود (۴)؛ از پیامدهای آن ناراضی‌تبی بیمار، تضعیف ارتباط بین پزشک و بیمار، طولانی شدن و شدت یافتن بیماری و افزایش هزینه‌های درمانی است. با توجه به آن چه گفته شد، برنامه‌ریزی برای کاهش و منطقی کردن مصرف دارو ضروری به نظر می‌رسد و لازم است در این راه از تمامی پتانسیل‌های ملی، مذهبی، و مالی استفاده شود. این نوشتار شامل سه بخش است: در بخش نخست، مبانی مصرف از دیدگاه اسلام که از متون دینی استخراج شده تا در برنامه‌ریزی استفاده شود؛ بخش دوم، عوامل مؤثر بر مصرف انرژی که از دیدگاه خبرگان استخراج شده، و در بخش سوم نیز برنامه‌ریزی برای کاهش مصرف دارو ارائه شده است. بهار ۹۶، دوره بیستم، شماره اول، پیاپی ۷۶

سلامت و بهداشت از ارکان مهم توسعه پایدار است. استفاده درست و مؤثر از دارو، تضمین‌کننده‌ی درمان مناسب و بهبود بیمار است (۱). پژوهش‌های علمی و آمارها نشان می‌دهد که الگوی مصرف دارو برای گروه‌های مختلف درمانی در ایران از معیارهای استاندارد مصرف دارو تبعیت نمی‌کند. ایرانی‌ها ۴ برابر میانگین جهانی دارو مصرف می‌کنند. میانگین مصرف داروی تزیقی در ایران ۴۶٪ است؛ در صورتی که این میزان در دنیا ۱۱٪ است. ایران به لحاظ مصرف دارو جزو ۲۰ کشور اول دنیا است؛ به‌طوری که در آسیا پس از چین رتبه دوم را دارد. سالانه بیش از ۱۰ هزار مورد عارضه ناشی از مصرف نادرست دارو گزارش میشود. هر ایرانی به‌طور متوسط در طی سال ۳۳۹ بار دارو می‌خورد که این رقم ۴ برابر آمار جهانی است (۲). در شاخص تجویز دارو و کنترل نسخ شرایط غیرمنطقی وجود دارد؛ به‌طوری که میانگین تعداد اقلام دارویی در هر نسخه ۲/۲ است که اگر به ۲/۵ برسد رقمی معادل با

## مروری بر پژوهش‌های پیشین

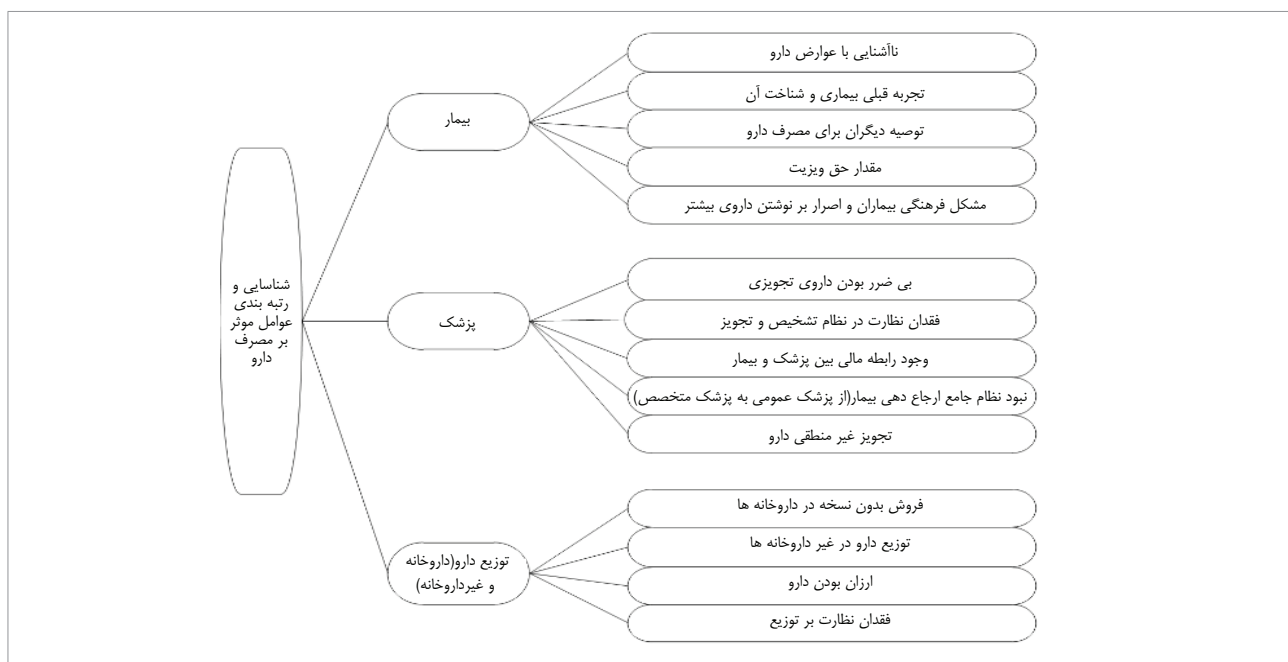
در خصوص عوامل مؤثر بر مصرف دارو، پژوهش‌هایی در کشور انجام شده که غالباً خوددرمانی را علت این پدیده معرفی کرده و پژوهش‌ها حول بررسی علل خوددرمانی است. در پژوهشی با عنوان بررسی عوامل مؤثر بر مصرف خودسرانه دارو و الگوی مصرف داروهای مرتبط در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۱، بیش‌ترین علت خوددرمانی تجربه قبلی بیماری و خرید بدون نسخه دارو از داروخانه گزارش شد. بیش‌ترین داروهای مورد استفاده در خوددرمانی نیز به آنتی‌بیوتیک‌ها (۶۰٪) و داروهای مربوط به سرماخوردگی (۴۲٪) اختصاص داشت (۵). در پژوهشی دیگر، فقدان همکاری و نبود ارتباط مناسب بین پزشکان و داروسازان، تعرفه‌ها و مشکلات اقتصادی داروسازان، عدم آگاهی عمومی در مورد مصرف دارو، و عدم نظارت بر داروخانه را علت مصرف غیرمنطقی عنوان شد (۶). نتایج پژوهش دیگر با عنوان عوامل اقتصادی و سازمانی مؤثر بر خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو در شهرکرد نشان داد که بین خوددرمانی و ارزان بودن دارو، وضع اقتصادی، و فروش بدون نسخه دارو همبستگی مثبتی وجود دارد. ارزان بودن دارو، وضع اقتصادی، و فروش بدون نسخه به‌ترتیب بیش‌ترین تأثیر را بر خوددرمانی داشتند (۷).

نتایج پژوهش دیگر با عنوان بررسی مصرف خودسرانه دارو در میان دانشجویان دانشگاه‌های اردبیل در سال ۱۳۸۹ نشان داد که میزان شیوع مصرف خودسرانه دارو در دانشجویان مورد بررسی بیش از ۸۳٪ بوده و بی‌خطر بودن داروهای مصرفی، نداشتن وقت برای مراجعه به پزشک، اعتقاد به بدون عارضه بودن داروها، و فروش دارو بدون نسخه در داروخانه‌ها، از شایع‌ترین عوامل مؤثر بر مصرف

خودسرانه دارو است (۸). نتایج پژوهشی دیگر با عنوان فراتحلیل علل مصرف خودسرانه‌ی دارو در یک‌دهه اخیر در ایران نشان داد که علل مصرف خودسرانه دارو در میان ایرانیان استفاده قبلی از دارو، جزیی و خفیف دانستن بیماری، آگاهی نداشتن از عوارض دارو، مشکلات اقتصادی، و هزینه بالای ویزیت است (۹).

## روش تحقیق و مدل مفهومی پژوهش

از اهداف تحقیق حاضر ارایه راه کارهایی برای تجویز منطقی و کاهش مصرف دارو است. نخست، با استفاده از مرور دیگر مقالات و نیز مصاحبه با خبرگان، عوامل مؤثر بر مصرف دارو استخراج شد. سپس، از فرایند تحلیل سلسله مراتبی (ای‌اچ‌پی)<sup>۱</sup> برای اولویت‌بندی عوامل استفاده شد. ای‌اچ‌پی یک روش تصمیم‌گیری قوی است و هنگامی که عمل تصمیم‌گیری با چند فاکتور تصمیم روبرو است می‌تواند استفاده شود. فاکتورهای مطرح می‌توانند کیفی یا کمی باشند. همچنین تصمیم‌گیری می‌تواند به‌صورت فردی یا گروهی انجام شود. به‌علت ساده بودن و در عین حال کاربردی بودن روش، پیاده‌سازی آن در سازمان‌ها و مراکز تصمیم‌گیری نسبت به سایر روش‌های تحقیق در عملیات از موفقیت بیشتری برخوردار بوده است. برای این کار پرسشنامه مبتنی بر روش ای‌اچ‌پی تدوین و میان خبرگان توزیع و نتایج حاصل با استفاده از نرم‌افزار اکسپرت‌چویس<sup>۲</sup> تحلیل و وزن هر یک از عوامل داده شده استخراج شد. با بررسی اسناد و مصاحبه‌هایی که با خبرگان انجام شد عوامل تجویز غیرمنطقی و مصرف بیش از اندازه دارو که در نمودار ۱ نشان داده شده است به بیمار، پزشک، نظام توزیع دارو تقسیم شده است.



نمودار ۱- نمودار علی مصرف بیش از اندازه دارو

<sup>1</sup>Analytical hierarchy process (AHP)

<sup>2</sup> Expert choice team

نظر متخصصان استخراج می‌شود. رویه انجام تحقیق بر اساس مدل ای‌اچ‌پی، بر ۳ گام اساسی استوار است. در گام اول عوامل مؤثر بر مصرف دارو بر اساس مدل ای‌اچ‌پی (تدوین درخت سلسله مراتبی) شناسایی و رتبه‌بندی می‌شود که در نمودار ۱ نشان داده شده است.

در گام دوم، برای محاسبه اهمیت (وزن) نسبی هر یک از عوامل اصلی پرسشنامه‌ای مطابق با قالب پرسشنامه ای‌اچ‌پی (مقایسه دوجه‌دو) برای کسب نظرات کارشناسان تهیه و توزیع شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها نرخ ناسازگاری هر یک از آن‌ها به صورت جداگانه بررسی شد. سرانجام پرسشنامه‌ها تجزیه و تحلیل و با استفاده از نرم‌افزار اکسپرت‌چویس نظرات افراد با یکدیگر تلفیق شد که نتایج تحلیل در جدول ۱ نشان داده شده است.

همچنین با استفاده از مصاحبه‌های عمیق با افراد خبره مشکلات بررسی شد و با استفاده از جلسات هم‌اندیشی راه‌های اصلاح الگوی مصرف دارو استخراج شده است. جامعه آماری تمامی متخصصان حوزه دارو شامل پزشکان، تولیدکنندگان دارو، توزیع‌کنندگان و داروخانه‌ها و مدیران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سیاست‌گذاران حوزه دارو است. نمونه آماری ۳۰ نفر که به شیوه گلوله برفی انتخاب شده است.

## نتایج

یافته‌های تحقیق در دو مرحله ارائه می‌شود:

### رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر مصرف دارو با استفاده از تحلیل سلسله‌مراتبی ای‌اچ‌پی

در این بخش عوامل مؤثر بر مصرف دارو بر اساس

جدول ۱- رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر مصرف دارو بر اساس روش تحلیل سلسله‌مراتبی ای‌اچ‌پی

| رتبه (اولویت) | وزن نهایی | وزن محلی عوامل فرعی | عوامل فرعی                                  | وزن عوامل اصلی | عوامل اصلی |
|---------------|-----------|---------------------|---|----------------|------------|
| ۱۱            | ۰/۰۳۸     | ۰/۱۱۵               | ناآشنایی با عوارض دارو                      |                |            |
| ۸             | ۰/۰۶۸     | ۰/۲۰۶               | تجربه قبلی بیماری و شناخت آن                |                |            |
| ۵             | ۰/۰۸۲     | ۰/۲۴۷               | توصیه دیگران برای مصرف دارو                 | ۰/۳۳۱          | بیمار      |
| ۴             | ۰/۰۸۵     | ۰/۲۵۷               | مقدار حق ویزیت                              |                |            |
| ۹             | ۰/۰۵۸     | ۰/۱۵۷               | مشکل فرهنگی بیماران و اصرار بر نوشتن دارویی |                |            |
| ۱۳            | ۰/۰۲۲     | ۰/۰۵۷               | بی‌ضرر بودن داروی تجویزی                    |                |            |
| ۱             | ۰/۱۸۶     | ۰/۴۲۶               | فقدان نظارت در نظام تشخیص و تجویز           |                |            |
| ۱۰            | ۰/۰۴۱     | ۰/۰۹۴               | وجود رابطه مالی بین پزشک و بیمار            | ۰/۴۳۷          | پزشک       |
| ۲             | ۰/۱۱۶     | ۰/۲۶۵               | نبود نظام جامع ارجاع‌دهی بیمار              |                |            |
| ۷             | ۰/۰۷۱     | ۰/۱۶۲               | تجویز غیرمنطقی دارو                         |                |            |
| ۶             | ۰/۰۸۱     | ۰/۳۵۲               | فروش بدون نسخه در داروخانه‌ها               |                |            |
| ۱۲            | ۰/۰۲۳     | ۰/۱                 | توزیع دارو در غیرداروخانه‌ها                | ۰/۲۳۲          | توزیع      |
| ۱۴            | ۰/۰۱۷     | ۰/۰۷۵               | ارزان بودن دارو                             |                |            |
| ۳             | ۰/۱۱۰     | ۰/۴۷۳               | فقدان نظارت بر توزیع                        |                |            |

وزن نسبی ۰/۰۲۳ در رتبه دوازدهم و بی‌ضرر بودن داروی تجویزی با وزن نسبی ۰/۰۲۲ در رتبه سیزدهم و ارزان بودن دارو با وزن نسبی ۰/۰۱۷ در رتبه چهاردهم اهمیت قرار دارد.

### نتایج تحلیل مصاحبه‌ها با خبرگان

یکی از مشکلات مصرف غیرمنطقی دارو نظام توزیع شامل صنایع داروسازی و داروخانه‌ها است.

### الف) صنایع داروسازی با ارایه کارهای زیر به ترویج مصرف غیر منطقی دارو دامن می‌زند

✓ **تبلیغات و ادعاهای ناصحیح:** گاهی شرکت‌های داروسازی برای فروش داروهای خود، ادعاهایی درباره خواص یا فقدان عوارض دارو مطرح می‌کنند که واقعیت ندارد و پزشکان نیز از آنها اطلاع ندارند؛ در بسیاری از اوقات، اطلاعات پزشک از عوارض دارو از ویزیتورها است و ویزیتورها نیز عوارض دارو را به درستی بیان نمی‌کنند.

بهار ۹۶، دوره بیستم، شماره اول، پیاپی ۷۶

نتایج تحلیل جدول ۱ نشان می‌دهد که عامل فقدان نظارت در نظام تشخیص و تجویز با وزن نسبی ۰/۱۸۶ در رتبه اول و پس از آن عامل نبود نظام جامع ارجاع‌دهی بیمار (از پزشک عمومی به پزشک متخصص) با وزن نسبی ۰/۱۱۶ در رتبه دوم و فقدان نظارت بر توزیع با وزن نسبی ۰/۱۱۰ در رتبه سوم و مقدار حق ویزیت با وزن نسبی ۰/۰۸۵ در رتبه چهارم و توصیه دیگران برای مصرف دارو با وزن نسبی ۰/۰۸۲ در رتبه پنجم و فروش بدون نسخه در داروخانه‌ها با وزن نسبی ۰/۰۸۱ در رتبه ششم و تجویز غیرمنطقی دارو با وزن نسبی ۰/۰۷۱ در رتبه هفتم و تجربه قبلی بیماری و شناخت آن با وزن نسبی ۰/۰۶۸ در رتبه هشتم، مشکل فرهنگی بیماران و اصرار بر نوشتن دارویی بیشتر با وزن نسبی ۰/۰۵۸ در رتبه نهم و وجود رابطه مالی بین پزشک و بیمار با وزن نسبی ۰/۰۴۱ در رتبه دهم و ناآشنایی با عوارض دارو با وزن نسبی ۰/۰۳۸ در رتبه یازدهم و توزیع دارو در غیر داروخانه‌ها با

از پزشکان می‌خواهند با حرفه پزشکی درآمد زیادی داشته باشند و برای خود سطح زندگی بالایی فراهم کنند و در نتیجه به پزشکی به جنبه‌ی درآمدی آن نظر دارند؛ از این رو بیش‌تر به دنبال جلب مشتری هستند. از لوازم جلب مشتری شهره بودن به درمان است و برای درمان زودتر داروهای زیادی می‌نویسند که بالاخره یکی اثر کند.

✓ **بار کاری زیاد:** از عوارض معضل پیشین داشتن بار کاری زیاد است که گاهی به مزاح می‌گویند: پزشک نسخه‌های آماده دارد. در درمانگاه‌های دولتی، خیریه‌ها و بیمه‌ها وضع از این بدتر است. گاهی پزشک عمومی یا متخصص ۵ برابر حد استاندارد بیمار می‌بیند و در نتیجه بدون آن که تشخیص درستی دهد، دارو را تجویز می‌کند.

✓ **رقابت ناصحیح بین پزشکان:** برای جلب مشتری پزشکان به رقابت ناسالم باهم می‌پردازند.

✓ **عدم ارتباط مناسب پزشکان با داروسازان:** اطلاعات دارویی بسیاری از پزشکان یا از زمان تحصیل است و یا از ویزیتورهای دارو به دست آورده‌اند؛ در نتیجه با خواص و عوارض داروها آشنا نیستند و ممکن است داروهایی برای بیمار تجویز کنند که اثرات نامطلوبی داشته باشد و حتی تداخل دارویی هم ایجاد کند و اثر هم را خنثی کنند.

✓ **آموزش ناکافی در زمینه تشخیص و درمان بیماری‌های شایع:** اغلب آموزش‌هایی که بعد از دوران پزشکی داده می‌شود در مورد بیماری‌های غیرسریایی است و ممکن است بسیاری از پزشکان با درمان بیماری‌های جدید شایع آشنایی نداشته باشند و در نتیجه نتوانند داروی درستی تجویز کنند.

✓ **تمرکز آموزش‌های بالینی بر درمان‌های غیرسریایی:** بسیاری از هزینه‌های دارویی کشور برای بیماری‌های سریایی است که متأسفانه اغلب آموزش‌ها برای بیماری‌های سریایی است و باید تعادلی میان این دو آموزش برقرار باشد.

✓ **آشنا نبودن با عوارض بیماری‌ها:** اطلاعات دارویی بسیاری از پزشکان از همان زمان دانشجویی است و اطلاعات بعدی آنان از ویزیتورهای دارو کسب شده است. ویزیتورها نیز عوارض داروی شرکت خود را نمی‌گویند بلکه خواص داروها را بزرگ‌نمایی می‌کنند و عوارض را کوچک‌نمایی.

✓ **بدخط بودن:** خط پزشکان ضرب‌المثلی برای بدخطی است. این بدخطی سالیانه حدود ۵۰۰۰ میلیارد ریال معادل ۵۰۰ میلیارد تومان ضرر می‌زند (۱۰).

(د) **بیماران نیز در مصرف غیر منطقی دارو به دلایل زیر نقشی اساسی دارند.**

✓ **ناآگاهی در زمینه مصرف صحیح دارو:** بسیاری از مردم از عوارض دارو و همچنین شیوه‌ی مردم دارو اطلاع ندارند و در نتیجه به خوددرمانی یا بدرمانی می‌پردازند.

✓ **تشویق و دادن جایزه به پزشکان و داروسازان:** گاهی کارخانه‌های داروسازی برای فروش بیش‌تر به داروسازان و پزشکانی که داروی خاصی تجویز می‌کنند جایزه‌های ویژه‌ای می‌دهند.

✓ **اثربخشی ناکافی بعضی از داروهای ایرانی:** بعد از انقلاب صنایع کشور به‌ویژه داروسازی رشد زیادی کردند؛ اما این رشد در بعضی از زمینه‌ها در حد مطلوب یا در سطح جهانی نیست؛ از این رو اثربخشی بعضی از داروهایی که در کشور تولید می‌شود به اندازه داروهای مشابه خارجی نیست و پزشکان در بعضی از اوقات داروهای خارجی را تجویز می‌کنند یا اگر داروی ایرانی تجویز می‌کنند به تعداد بیش‌تری تجویز می‌کنند. اگر داروی خارجی از نظام رسمی توزیع وارد داروخانه‌ها شد، تولید داخلی آسیب می‌بیند و اگر از نظام رسمی وارد داروخانه‌ها نشده باشد، نظام توزیع دچار مشکل شده است و نمی‌توان بر داروها نظارت داشت.

(ب) **داروخانه‌ها با کارهای زیر به ترویج مصرف غیر منطقی دارو دامن می‌زنند**

✓ **تحویل داروی بدون نسخه:** متأسفانه روال واحدی حاکم بر داروخانه‌ها نیست. بعضی از داروخانه‌ها از دادن داروهای کم‌خطر مانند استامینوفن خودداری می‌کنند و بعضی از داروخانه‌ها حتی داروهای خطرناک مانند آنتی‌بیوتیک‌ها را هم بدون نسخه می‌دهند.

✓ **عدم آرایه اطلاعات کافی در مورد مصرف و عوارض جانبی داروها به بیمار:** یکی از حقوق بیمار آشنایی با عوارض دارویی است که مصرف می‌کند. پزشک در بسیاری از حالات از آن عوارض بی‌اطلاع است یا برای درمان مجبور است دارو را تجویز کند؛ اما داروساز با عوارض دارو بیشتر از همه آشنا است و باید توضیحات کافی در مورد مصرف دارو، عوارض قطع خودسرانه‌ی دارو و غیره را به بیمار بدهد که متأسفانه این کار انجام نمی‌شود. داروساز داروخانه وقت کافی ندارد که توضیح دهد و بیمار هم برایش مهم نیست. حتی گاهی مسئولین فنی داروخانه‌ها در داروخانه حضور ندارند و تنها از اسمشان استفاده می‌شود.

✓ **تحمیل فشار بعضی از داروخانه‌های دولتی بر پزشکان جهت تجویز داروهای موجود در داروخانه:** در بیمارستان‌ها پزشکان را مجبور می‌کنند فقط داروهایی که در داروخانه موجود است تجویز کنند و این کار باعث عدم بهره‌وری در درمان می‌شود.

(ج) **از دیگر مشکلات مصرف غیر منطقی دارو پزشکان هستند و به دلایل زیر نظام سلامت را دچار مشکل کرده‌اند.**

✓ **انتظار بیش از حد از زندگی:** متأسفانه بسیاری

برای توضیح بیماری و راه درمان آن به بیمار ارائه کنند و داروی منطقی تجویز کنند. روشن است که پزشکی که توقع سطح زندگی خاصی را دارد که با متوسط جامعه بسیار تفاوت دارد نمی‌تواند مسئولیت‌پذیر باشد. مسئولیت‌پذیری چیزی نیست که با دو واحد درسی و یا محفوظاتی خاص ایجاد شود. مسئولیت‌پذیری امری است که به تدریج ایجاد می‌شود و آموزش بخشی از فرایند مسئولیت‌پذیر شدن است. مسئولیت‌پذیری نظام می‌خواهد.

### آموزش مداوم پزشکان

پزشکان در همه حال باید آموزش ببینند و برای این کار باید تشویق شوند. یعنی آموزش آن‌ها تأثیر مستقیم در درآمد یا اعتبار آن‌ها داشته باشد. پزشکان وقت کافی برای آموزش‌های حضوری ندارند پس باید آموزش‌های حضوری را به حداقل رساند یا مشوق‌های بیشتری برای آن‌ها در نظر گرفت. امروزه فناوری اطلاعات نقش مهمی در آموزش‌های ضمن خدمت دارد و با صرف وقت کم در روز می‌توان اطلاعات دارویی یا درمان پزشکان را در بهبود بخشید؛ زیرا اغلب اطلاعات دارویی و درمانی را در طی آموزش در دانشکده‌های پزشکی به دست آورده‌اند و اطلاعات ضمن خدمت محدود است. پیشنهاد می‌شود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گروهی را برای آموزش مداوم پزشکان ایجاد کند تا مطالب روز جامعه علمی را متناسب با نیاز کشور در اختیار پزشکان قرار دهد و هر ماه یا دو ماه یک بار از آنان آزمون گرفته شود مانند نمودار ۲.

✓ **انتظار بهبودی سریع:** هر بیماری مدت زمانی طول می‌کشد تا درمان یابد که به آن دوران نقاهت می‌گویند و حتی بسیاری از بیماری‌ها بدون مصرف دارو خوب می‌شوند.

✓ **اعتقاد به داروهای تزریقی:** بسیاری از بیماران اعتقاد دارند که پزشکی که آمپول تجویز نکند پزشک خوبی نیست و حتی یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گفت در بعضی استان‌ها پزشکان را برای تجویز داروی تزریقی کتک هم زده‌اند.

✓ **مصرف خودسرانه:** مطابق آمار ۱۰ تا ۱۵ درصد داروها در کشور بدون تجویز پزشک مصرف می‌شود (۱۱) که این مقدار زیادی است.

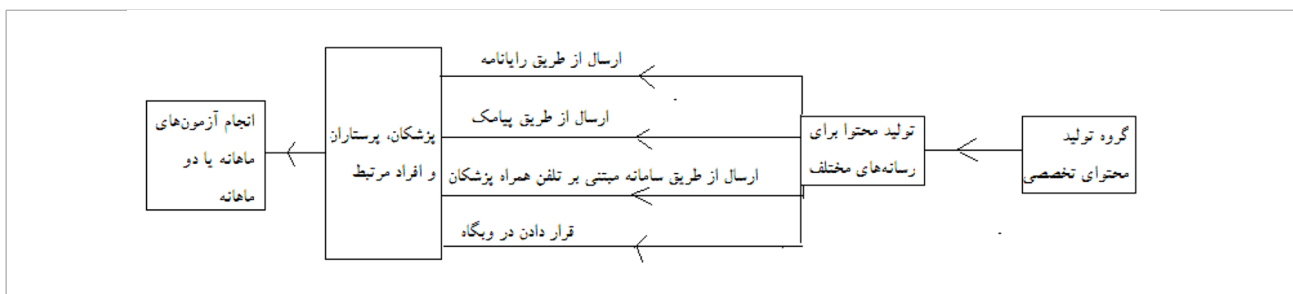
✓ **اقتصاد:** شاید یکی از دلایل مصرف خودسرانه دارو مشکل اقتصادی مردم باشد. وقتی با مبلغی کم می‌توان درمان شد چرا باید پیش پزشک رفت و هزینه درمان داد.

### بحث

کاهش مصرف دارو شامل سه بخش است: اصلاح نظام سلامت، اصلاح سبک زندگی مردم و اصلاح زیرساخت‌های تأثیرگذار بر سلامت مردم برای اصلاح موارد مذکور انجام کارهای زیر ضروری است.

### فرهنگ‌سازی و ایجاد حس مسئولیت در پزشکان

برای اصلاح الگوی مصرف دارو و منطقی کردن درمان نخست باید حس مسئولیت‌پذیری در پزشکان ایجاد کرد تا: وقت کافی برای تشخیص بیماری بگذارد. وقت کافی



نمودار ۲- نمودار پیشنهادی برای آموزش پزشکان و کادر پزشکی

تجویز پزشکان نظارت نمی‌شود و هر پزشکی بنا به تشخیص خود و شرایط دیگر نسخه می‌نویسد؛ از این رو بعضی از پزشکان برای جلب مشتری‌هایی که داروی بیشتر را نشان بهتر بودن پزشک می‌دانند، داروی بیشتر تجویز می‌کنند. تجویز داروی بیشتر علت دیگری هم دارد و آن کم‌دانشی بعضی از پزشکان است. آنقدر دارو می‌نویسند تا بالاخره ترکیب آن‌ها بیماری را درمان می‌کند. ناگفته نماند بسیاری از بیماری‌ها با گذشت زمان درمان می‌شوند و نیازی به مراجعه به پزشک نیست. با ایجاد نظام نظارت بر تجویز مبتنی بر خود اظهاری بیمار، تشخیص پزشک و تجویز می‌توان بر فعالیت پزشکان

### پرداخت‌های به موقع بیمه‌ها به پزشکان و داروخانه‌ها

یکی از مشکلات پزشکان و داروخانه مسائل مالی با بیمه است که اگر طلب آن‌ها به موقع پرداخت شود نیازهای مالی آن‌ها تأمین می‌شود. برای این که هزینه بیمه‌ها تأمین شود پیشنهاد می‌شود: بیمه‌ی تکمیلی و تأمین اجتماعی یکی شود و درصدی از بیمه‌ی پرداختی افراد مخصوص درمان آن‌ها باشد. برای تأمین هزینه‌های بیمه تکمیلی ۳٪ از حقوق برای بیمه تکمیلی اختصاص یابد.

### ایجاد نظام نظارت بر تجویز

یکی از مشکلات نظام درمانی کشور آن است که بر

### ایجاد نظام مالیات

هزینه نظام سلامت باید از مالیات تأمین شود و حداقلی برای کم‌درآمدها در نظر گرفته شود. برای آن که افراد ترغیب به پرداخت مالیات شوند بعد از حداقل خدمات باید ارایه خدمات مانند وام بانکی و غیره بر اساس مالیات پرداختی افراد باشد.

### اقتصادی کردن نظام داروخانه‌ها بدون فعالیت‌های تجاری غیرمجاز یا مشکوک

نظام داروخانه‌ها باید بدون فعالیت‌های تجاری غیرمجاز یا مشکوک اقتصادی باشد.

### اقتصادی کردن نظام طبابت با تعدادی معقول بیمار

همانند داروخانه‌ها پزشکان هم باید با داشتن مقدار معقولی بیمار درآمد قابل قبولی داشته باشند تا رقابت ناسالان پزشکان از بین برود و فرصت برای بیماران و مطالعه داشته باشند.

### آموزش و فرهنگ‌سازی مردم

برای تغییر رفتار مردم باید آنها را آموزش داد و از عوارض دارو آگاه کرد. این کار باید با تکیه بر دانش‌آموزان انجام می‌شود. آموزش و پرورش، صدا و سیما و غیره باید دست‌به‌دست هم دهند تا از مصرف خودسرانه و بی‌توجه جلوگیری شود. همچنین برای نظام ارجاع نیز فرهنگ‌سازی شود ابتدا مردم به پزشکان عمومی رجوع کنند سپس به متخصصان. برای فرهنگ‌سازی لازم است در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گروهی برای تولید محتوای عمومی ایجاد شود و مانند نمودار ۳ به تولید محتوا بپردازند.

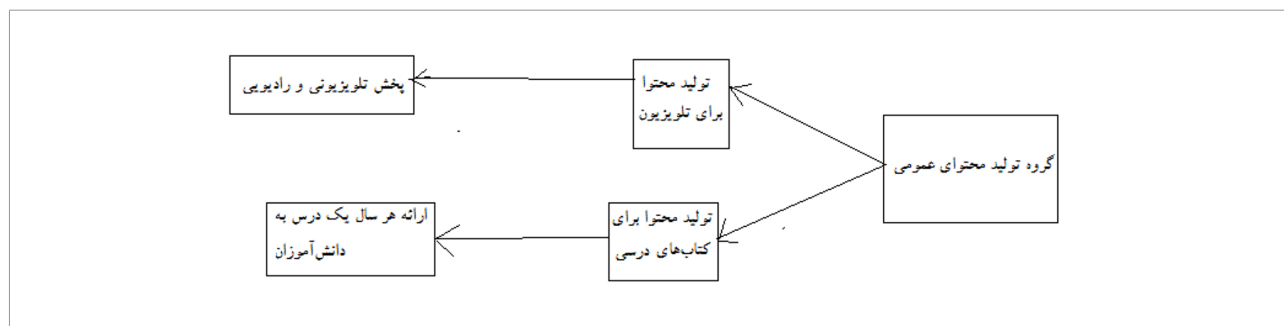
نظارت کرد. ایجاد این نظام مستلزم ایجاد زیرساخت‌های فن‌آوری اطلاعات مناسب است که در همه‌ی زمان‌ها شبکه در دسترس باشد و بتواند خدمات ارایه کند. نظامی جامع از نسخه‌نوشتن پزشک تا نسخه‌خوانی داروخانه باید به‌صورت الکترونیکی انجام شود.

### ایجاد نظام ارجاع

مصاحبه‌هایی که با پزشکان انجام شد یکی از مهم‌ترین چالش‌های بخش درمان را فقدان نظام ارجاع می‌دانستند. بیمار به تشخیص خود به پزشک متخصص رجوع می‌کند و متخصص نیز بسته به حوزه‌ی تخصصی خود دارو تجویز می‌کند و ممکن است ضرورتی به انجام این کار نباشد. پزشک خانواده به‌منظور ایجاد یک نظام ارجاع مطرح شد که باید آسیب‌شناسی شود چرا به اهدافش نرسیده است. برای موفقیت این طرح باید علاوه بر تبلیغات، نظامی تشویقی، تنبیهی هم طراحی شود تا کسی که بدون مراجعه به پزشک عمومی به سراغ متخصص می‌رود، هزینه‌ای بپردازد. این هزینه نباید به صورت هزینه‌ی مستقیم باشد. برای مثال بیمه از چنین بیمارانی حمایت نکند. نه هزینه‌ی دارویش را بدهد و نه به پزشک حق‌الزحمه‌ای دهد.

### قطع یا کاهش ارتباط مالی بین بیمار، پزشک و داروخانه

وقتی ارتباط مالی بین بیمار، پزشک و داروخانه است، درآمد پزشکان و داروخانه‌ها از این راه تأمین می‌شود و پزشکان و داروخانه‌ها حتی با داروسازان تباری می‌کنند. ارتباط مالی بین پزشک، بیمار و داروخانه باید به حداقل برسد.



نمودار ۳- تولید محتوای عمومی برای آموزش در حوزه پزشکی

میزان مصرف دارو بسیار مؤثر است. سبک زندگی نیز شامل خوردن و آشامیدن به اندازه‌ی لازم و کافی و پرهیز از خوردنی‌ها و آشامیدنی‌های خاص و همچنین داشتن تحرک جسمی کافی است. با توجه به آن چه گفته شد و نیز نتایج تحلیل سلسله‌مراتبی عوامل و مصاحبه با خبرگان و همچنین جلسات هم‌اندیشی و تحلیل نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها برنامه اصلاح الگوی مصرف دارو به شرح جدول ۲ ارایه شده است.

### اصلاح زیرساخت‌های ایجاد بیماری

بسیاری از امراضی که انسان به آن‌ها دچار می‌شود، ناشی از عواملی است که به اختیار خود او نیست. استفاده از کودهای شیمیایی، آفت‌کش‌ها و غیره در کشاورزی، استفاده از نگهدارنده‌ها در تولید غذا، آلودگی هوا و غیره اموری هستند که بر سلامت مردم و در نتیجه بر مصرف دارو تأثیرگذار است و این‌ها هیچکدام در اختیار فرد نیست.

### اصلاح سبک زندگی مردم

سبک زندگی مردم بر سلامت آنان و در نتیجه

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

جدول ۲- برنامه‌ریزی برای اصلاح الگوی مصرف دارو

| عامل اصلی                        | عامل فرعی   | راهبرد ملی                              | اقدامات ملی  | راه کارها و برنامه‌ها   |   |   |
|----------------------------------|---|---|--|---|---|---|
| بیمار                            | ناآشنایی با عوارض دارو                              |   |  | قراردادن یک درس از کتاب علوم در هر سال تا دیپلم از سال سوم ابتدایی برای آشنایی با عوارض دارو                                    |   |   |
|                                  | تجربه قبلی بیماری و شناخت آن                        |   | آموزش از زمان ابتدایی و تا زمان دانشگاه                        | آموزش در دانشگاه‌ها   |   |   |
|                                  | توصیه دیگران برای مصرف دارو                         | فرهنگ‌سازی                              | آموزش و فرهنگ‌سازی مردم تقویت دیدگاه بهره‌مندی از طب سنتی      | آموزش از طریق صدا و سیما<br>آموزش از طریق منابع مذهبی<br>آموزش از طریق رسانه‌های عمومی مکتوب<br>آموزش از طریق فضای مجازی        |   |   |
|                                  | مشکل فرهنگی بیماران و اصرار بر نوشتن داروهای بیش‌تر | حذف عوامل بیماری‌زا از زندگی مردم       | اصلاح کشاورزی شیمیایی به ارگانیک                               | نظارت بر تبلیغات  | حذف تبلیغات اجناس مضر مانند پفک و غیره.   |   |
|                                  |   |   |  | نظارت بر تولید مواد خوراکی  | توقف تولید یا نظارت شدید بر تولید اجناس مضر بعد از کارخانه به صورت انتخاب محصول تصادفی  |   |
|                                  |   |   |  | کاهش آلودگی هوا   | کاهش استفاده از کودهای شیمیایی<br>افزایش استفاده از کودهای ارگانیک  | آموزش کشاورزان<br>ارزان کردن کودهای ارگانیک<br>گران کردن کودهای شیمیایی   |
|                                  |   |   |  |   | توسعه حمل و نقل عمومی<br>تولید خودروهای کم مصرف<br>حذف صنعت‌های آلوده‌کننده   | ایجاد مراکز ورزشی برای توده مردم  |
|                                  | مقدار حق ویزیت                                      | قطع رابطه مالی بین پزشک و بیمار         | گسترش بیمه‌های درمانی  | یکی کردن بیمه‌های تکمیلی با بیمه‌های فراگیر<br>گرفتن ۳٪ مالیات برای بیمه تکمیلی<br>اصلاح محیط حقوقی در خصوص پرداخت‌های حق ویزیت |   |   |
|                                  | پزشک  | اعتقاد به بی‌ضرر بودن داروی تجویزی      |  | آموزش مداوم پزشکان  | آموزش مداوم پزشکان  |   |
|                                  |   | فقدان نظارت در نظام تشخیص و تجویز       | فرهنگ‌سازی   | ایجاد حس مسئولیت در پزشکان  | آموزش مداوم پزشکان، داروسازان و کادر پزشکی و تولید دارو<br>تعریف کدهای تفصیلی حقوقی برای تخلفات حوزه پزشکی<br>قانون‌گذاری برای برخورد با تخلفات |   |
| وجود رابطه مالی بین پزشک و بیمار |   | ایجاد نظام نظارت بر تجویز               | راه‌اندازی و اجرای نظام سلامت الکترونیک                        | حذف دفترچه‌های بیمه کاغذی<br>نظارت بر نظام تجویز<br>گسترش بیمه‌های درمانی   | حذف دفترچه‌های بیمه کاغذی<br>نظارت بر نظام تجویز<br>گسترش بیمه‌های درمانی   |   |
|                                  |   |   |  | قطع رابطه مالی بین پزشک و بیمار   | پرداخت به موقع بیمه‌ها به پزشکان  | یکی کردن بیمه‌های تکمیلی با بیمه‌های فراگیر و گرفتن ۳٪ مالیات برای بیمه تکمیلی<br>اقتصادی کردن نظام طبابت با تعداد محدودی بیمار |
|                                  |   |   |  | ایجاد نظام ارجاع بیمار (از پزشک عمومی به پزشک متخصص)  | گسترش پزشک خانواده  | آسیب‌شناسی و اصلاح نظام پزشک خانواده و بازتعریف آن  |
|                                  |   |   |  | فروش بدون نسخه‌ی دارو در داروخانه‌ها  | ایجاد نظام نظارت بر توزیع   | اقتصادی کردن نظام داروخانه بدون فعالیت‌های تجاری غیرمتعارف<br>نظارت الکترونیکی بر نظام توزیع                                    |
| توزیع دارو در غیرداروخانه‌ها     |   | جلوگیری از توزیع دارو در غیرداروخانه‌ها | مبارزه با توزیع دارو در غیرداروخانه‌ها                         | فرهنگ‌سازی و آگاه کردن مردم<br>اصلاح محیط حقوقی مبارزه با قاچاق دارو  |   |   |
| ارزان بودن دارو                  |   | واقعی کردن قیمت دارو                    | گسترش بیمه‌های درمانی<br>پرداخت به موقع بیمه‌ها به داروخانه‌ها | ایجاد درآمد پایدار برای بخش درمان   |   |   |
| فقدان نظارت بر توزیع             |   | نظارت الکترونیکی بر نظام توزیع          | نظارت الکترونیکی بر نظام توزیع                                 | الکترونیکی کردن نسخه‌ها<br>راه‌اندازی سامانه اچ‌آی‌اس <sup>۳</sup>  |   |   |

<sup>3</sup> HIS

## نتیجه‌گیری

مصرف دارو در ایران بالاتر از استانداردهای جهانی است که ناشی از تجویز غیرمنطقی و مصرف خودسرانه دارو است و این امر از یک طرف ضررهای مادی مستقیم و غیرمستقیم برای کشور دارد و از طرف دیگر سلامت مردم را به خطر می‌اندازد. بنابراین ضروری است از تمام ظرفیت‌ها برای مصرف منطقی دارو استفاده شود. در این مصرف بیش از اندازه، ۳ عامل بیمار، پزشک و نظام توزیع هر یک به سهم خود مقصرند. نخست بیماران با مصرف خودسرانه دارو نخست به‌طور مستقیم دارو مصرف می‌کنند و با مصرف بیش از اندازه دارو؛ بدنشان نسبت به داروها مقاوم می‌شود و در درمان بیماری نیاز بیشتری به دارو پیدا می‌کنند و در بعضی مواقع به پزشک فشار می‌آورند که داروی بیشتری برایشان تجویز کند. دوم پزشکان هستند که برای بیمار وقت کافی نمی‌گذارند و گاهی تجویزهای غیرمنطقی دارند و در مرحله‌ی بعد نظام توزیع است که با دادن داروی بدون نسخه در مصرف بیش از اندازه دارو نقش دارند.

تحلیل نشان می‌دهد که که فقدان نظارت در نظام تشخیص و تجویز، نبود نظام جامع ارجاع‌دهی بیمار (از پزشک عمومی به پزشک متخصص)، فقدان نظارت بر توزیع، مقدار حق ویزیت، توصیه دیگران برای مصرف دارو، فروش بدون نسخه در داروخانه‌ها، تجویز غیرمنطقی دارو، تجربه قبلی بیماری و شناخت آن، مشکل فرهنگی بیماران و اصرار بر نوشتن دارویی بیشتر، وجود رابطه مالی بین پزشک و بیمار، ناآشنایی با عوارض دارو، توزیع دارو در غیر داروخانه‌ها، بی‌ضرر بودن داروی تجویزی و ارزان بودن دارو مهم‌ترین عوامل مصرف بیش از اندازه دارو است.

برای اصلاح الگوی مصرف دارو و منطقی کردن درمان نخست باید حس مسئولیت‌پذیری در پزشکان ایجاد کرد. پزشکان در همه حال باید آموزش ببینند و برای این کار باید تشویق شوند. طلب پزشکان به‌موقع پرداخت شود نیازهای مالی آن‌ها تأمین می‌شود. با ایجاد نظام نظارت بر تجویز مبتنی بر خود اظهاری بیمار، تشخیص پزشک و تجویز می‌توان بر فعالیت پزشکان نظارت کرد. ایجاد این نظام مستلزم ایجاد زیرساخت‌های فن‌آوری

اطلاعات مناسب است که در همه‌ی زمان‌ها شبکه در دسترس باشد و بتواند خدمات ارایه کند. نظامی جامع از نسخه‌نوشتن پزشک تا نسخه‌خوانی داروخانه باید به صورت الکترونیکی انجام شود. نظام ارجاع بیمار از پزشک عمومی به پزشک متخصص ایجاد شود. ارتباط مالی بین بیمار، پزشک و داروخانه قطع یا کاهش یابد. نظام داروخانه‌ها بدون فعالیت‌های تجاری غیرمجاز یا مشکوک اقتصادی باشد. همانند داروخانه‌ها پزشکان هم باید با داشتن تعداد معقولی بیمار درآمد قابل قبولی داشته باشند تا رقابت ناسالم پزشکان از بین برود و فرصت برای بیماران و مطالعه داشته باشند. برای تغییر رفتار مردم باید آنها را آموزش داد و از عوارض داروآگاه کرد. زیرساخت‌های ایجاد بیماری اصلاح و سبک زندگی مردم اصلاح شود.

## کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

یکی از معضلات کشور؛ مصرف بیش از اندازه دارو است که برای کاهش آن لازم است نهادهای سیاست‌گذار و تصمیم‌گیر در حوزه سلامت اقدام لازم را انجام دهند. در نتیجه نتایج این طرح مورد استفاده تمامی نهادهای تصمیم‌ساز مرتبط با نظام سلامت از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران، وزارت آموزش و پرورش و شورای عالی انقلاب فرهنگی می‌تواند باشد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از طرح پژوهشی با عنوان برنامه‌ریزی برای اصلاح الگوی مصرف دارو، نان، آب آشامیدنی انرژی‌زا و حامل‌های آن مبتنی بر آموزه‌های دینی، منافع ملی و توجه به اقشار محروم است که با حمایت دبیر خانه شورای عالی انقلاب فرهنگی طی قرارداد شماره ۴۳۹۶ / ۹۴/دش مورخ ۱۳۹۴/۳/۹ انجام شده است.

## تعارض منافع

ضمناً منافع نویسندگان با نتایج این مطالعه هیچ‌گونه تعارضی ندارد.

## References

- 1- Sketris IS, Langille Ingram EM, Lummis HL. Strategic opportunities for effective optimal prescribing and medication management. The Canadian journal of clinical pharmacology = Journal canadien de pharmacologie clinique. 2009;16(1):e103-25.
- 2- website. Nan. The woeful situation of drug use in Iran and in the world. [cited 2015 October 7]. Available from: <http://www.asrkhavar.com/fa/news/9782>.
- 3- Drug and food information base, prescribing status and drug use in Iran / Injectable drugs in 50% of prescriptions [cited 2015 October 7]. Available from: <http://www.daroughaza.com/view-32567.html>.
- 4- Abdolmajid CH, Panahi Y, Alidadi A. Assessment prescriptions presented to drugstores in a hospital in Tehran University of Medical Science (in Persian). *Teb o Tazkiyeh*. 2002;5(44):30-6.

- 5- Gholipour K, Tabrizi JS, Haghgoshayee E, Soltani R, Mousazadeh Y, Rasi V. investigating factors affecting self-medication and its pattern among students of Tabriz University of Medical Sciences, Iran in 2012. *J Health Syst Res.* 2016;11(4):736-40.
- 6- Soleymani F, Ahmadizar F, Meysamie A, Abdollahi M. A survey on the factors influencing the pattern of medicine's use: Concerns on irrational use of drugs. *Journal of research in pharmacy practice.* 2013;2(2):59-63.
- 7- Peykar Z, Mohamdi A. Economic and institutional factors affecting self curing and self-medication in shahrekord (in Persian). *Quarter J Health Breeze.* 2016;4(4):7-14.
- 8- Amani F, Mohammadi S, Shaker A, Shahbazzadegan S. Study of Arbitrary Drug Use among Students in Universities of Ardabil City in 2010 (in Persian). *J Ardabil Univ Med Sci.* 2011;11(3):201-7.
- 9- Ebrahimi G, Anvari A, Shahriari Yanehsari N. Meta-analysis of the causes of arbitrary drug use in Iran over the last decade, proceedings of second national conference on sociology and social sciences; 2015 January 15; Tehran, Iran 2015 (in Persian).
- 10- Moslehi M. Manuscripts that annually lose USD 500 billion Toman (in Persian). [cited 2015 August 30]. Available from: <http://tamin24.ir/content/news/5800>.
- 11- Heidarnia M. 10 to 15 percent of medications are consumed in a country without prescription, Informative announcement of the first festival of prescribing and rational use of medicine (in Persian). Tehran, Iran2008.

## Programming Modification of Drug Consumption Pattern Based on Religious Teachings, National Interests, and Attention to Deprived People

Seyyed Hatam Mahdavinooor (PhD)<sup>1\*</sup>, Morteza Donkob (Student of PhD)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Department of Islamic Education, Yadegar-e-Imam Khomeini (Rah) Shahre-rey Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran*

<sup>2</sup> *Department of Management and Accounting, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran*

### Abstract

**Background:** Drug consumption in Iran is higher than the global standards due to irrational prescription and self-medication practices. On one hand, it losses the national capital directly and indirectly and, on the other hand, threatens community health; therefore, it is essential to employ all the capacities to modify the current pattern.

**Methods:** In the current study, factors influencing drug use were extracted by reviewing literature, interviewing experts, and analyzing the data by the analytic hierarchy process (AHP) technique. Then, by analyzing the strengths and weaknesses, opportunities and threats, the strategies for modifying drug consumption patterns were developed in consensus sessions between experts and authors. The statistical population of the study included all physicians, pharmacists, pharmaceutical manufacturers and suppliers, and a sample of 30 individuals was selected by the snowball sampling method.

**Results:** The analyses showed that lack of monitoring on the diagnosis and prescribing system, lack of a comprehensive referral system, lack of monitoring on medication distribution, physician visit cost, advice from others, buy without a prescription from pharmacies, irrational prescriptions, an experience of a disease and its diagnosis, the cultural context of patients and their insistence on taking more drugs, financial relationship between the doctor and the patient, lack of knowledge about side effects of drugs, distribution of drugs in stores other than pharmacies, and safety and low price of medicines could be considered as the main causes of irrational drug use.

**Conclusions:** To modify the drug consumption pattern, it is necessary to modify culture, set up a referral system, expand insurance, educate medical staff continuously, and monitor medicine supply chain and prescription patterns.

**Keywords:** Lifestyle; Medicine; Pattern of Consumption; Programming

---

#### Please cite this article as follows:

Mahdavinooor H, Donkob M. Programming Modification of Drug Consumption Pattern Based on Religious Teachings, National Interests, and Attention to Deprived People. *Hakim Health Sys Res* 2017; 20(1): 17-26

---

\* **Corresponding Author:** Sixth Tehran, Qom Highway (Persian Gulf Highway), in front of Imam Khomeini's Moghaddam, Islamic Azad University, Yadegar-e-Imam Khomeini (Rah) *Shahre-Rey Branch*, Department of Islamic Education. Tel: +98-214735507, +98-2155229200-8, E-mail: hmahdavinooor@yahoo.com