

Review: Farmasi Sosial dan Administratif

(*Review: Social and Administrative Pharmacy*)

Anshar Saud

Laboratorium Farmasi Klinik, Fakultas Farmasi, Universitas Hasanuddin, Makassar, Indonesia, 90245

Article Info:

Received: 11 March 2019

in revised form: 25 March 2019

Accepted: 31 March 2019

Available Online: 31 March 2019

Keywords:

Social Pharmacy

Social and Administrative Pharmacy

Sociobehavioral Pharmacy

Pharmaceutical Care

Drug and Society

Corresponding Author:

Anshar Saud

Laboratorium Farmasi Klinik,

Fakultas Farmasi, Universitas

Hasanuddin

Tamalanrea, 90245, Makassar,

Indonesia

Mobile : 081343817999

Email: ansharsaud@unhas.ac.id

ABSTRACT

In the health care system, pharmaceutical care systems are one of the core components and pharmacists play a very important role. With the dynamic changes that occur in health services, diseases, communication and regulatory information technology, the roles and responsibilities of pharmacists are becoming increasingly important than before. Pharmacists are dedicated and in a strategic position to maintain and advance public health. Their efforts improve the quality of life of individuals by helping people to live as freely as possible from illness, pain, and suffering. One of the obligations of pharmacists is to educate the public about health and drug use. Pharmacy practices involve pharmacists, patients, other professional health personnel and the public can be conceptualized as a social process. Therefore, understanding the concepts and principles behind social pharmacy disciplines is very essential and useful for a pharmacist and pharmacy student. The purpose of this article review is to briefly review a number of important topics concerning social, behavioral and administrative aspects in pharmacy to achieve a stronger understanding of dynamic and complex interactions between patients, pharmacists, drugs, teams of health workers, organizations and larger social systems. Mastery of students and pharmacists on this issue – as a consequence of the inclusion of social and administrative aspects into the pharmacy's higher education curriculum – will enable them to be professionally responsible for improving patient drug therapy outcomes as individuals, communities, society, and state systems; and have a greater impact on population health through drug-related public policies.

Copyright © 2019 JFG-UNTAD

This open access article is distributed under a Creative Commons Attribution (CC-BY-NC-SA) 4.0 International license.

How to cite (APA 6th Style):

Saud, A., (2019). Review: Farmasi Sosial dan Administratif. *Jurnal Farmasi Galenika: Galenika Journal of Pharmacy*, 5 (1), 49-64. doi:10.22487/j24428744.2019.v5.i1.12068

ABSTRAK

Di dalam sistem pelayanan kesehatan, sistem pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*) merupakan salah satu komponen inti dan farmasis memainkan peranan yang sangat penting. Dengan perubahan dinamis yang terjadi di pelayanan kesehatan, penyakit, teknologi informasi komunikasi dan regulasi, maka peran dan tanggung jawab farmasis menjadi semakin penting dari sebelumnya. Farmasis berdedikasi dan berada dalam posisi strategis untuk menjaga dan memajukan kesehatan masyarakat. Upaya mereka meningkatkan kualitas hidup individu dengan membantu orang untuk hidup sebebaskan mungkin dari penyakit, rasa sakit, dan penderitaan. Salah satu kewajiban farmasis adalah mengedukasi masyarakat tentang kesehatan dan penggunaan obat. Praktik farmasi melibatkan farmasis, pasien, tenaga kesehatan profesional lainnya dan publik dapat dikonseptualisasikan sebagai sebuah proses sosial. Oleh karena itu, memahami konsep dan prinsip di balik disiplin ilmu farmasi sosial adalah sangat esensial dan bermanfaat bagi seorang farmasis dan calon farmasis. Tujuan tinjauan artikel ini adalah mengulas secara singkat beberapa topik penting yang menyangkut aspek-aspek sosial, behavioral dan administratif dalam farmasi untuk mencapai pemahaman yang lebih kuat terhadap interaksi dinamis dan kompleks antara pasien, farmasis, obat, tim tenaga kesehatan, organisasi dan sistem sosial yang lebih besar. Penguasaan mahasiswa dan farmasis atas masalah ini – sebagai konsekuensi atas dimasukkannya aspek sosial dan administratif ke dalam kurikulum pendidikan tinggi farmasi – akan memungkinkan secara profesional bertanggung jawab dalam meningkatkan hasil terapi obat pasien baik sebagai individu, komunitas, masyarakat dan sistem bernegara; serta memiliki dampak yang lebih besar dalam kesehatan populasi melalui kebijakan publik terkait obat.

Kata Kunci : Farmasi Sosial; Farmasi Sosial dan Administratif; Farmasi Sosiobehavioral; *Pharmaceutical Care*; Obat dan Masyarakat

PENDAHULUAN

Di dalam sistem pelayanan kesehatan, sistem pelayanan kefarmasian merupakan salah satu komponen inti dan farmasis memainkan peranan yang sangat penting. Dengan perubahan dinamis yang terjadi di pelayanan kesehatan, penyakit, teknologi informasi komunikasi dan regulasi, maka peran dan tanggung jawab farmasis menjadi semakin penting dari sebelumnya (Ibrahim & Wertheimer, 2017). Evolusi dalam peran pengobatan dan farmasis di beberapa negara maju telah membawa perubahan dalam tingkat pendidikan yang menempatkan farmasis sebagai spesialis penggunaan obat dalam sistem kesehatan kontemporer (Maine, 2016).

Harapan pada farmasis berubah; kebutuhan dan tuntutan masyarakat jauh lebih besar dibandingkan dengan beberapa dekade lalu. Di sisi lain, ada masalah yang berkembang dengan obat-obatan, sistem kesehatan, dan sumber daya manusia, terutama di negara-negara berkembang. Ada negara-negara dengan harga obat-obatan yang mahal, prevalensi yang luas dari obat-obatan yang tidak berkualitas (obat di bawah standar dan palsu), kurangnya akses ke obat-obatan, dan tidak adanya kebijakan obat-obatan nasional (*National Medicine Policy*) walaupun sudah mendapat dorongan kuat *World Health Organization* (WHO). Sektor kesehatan dan farmasi yang buruk di suatu negara akan meningkatkan kerentanan negara tersebut terhadap beberapa masalah kritis di tingkat

mikro dan makro sehingga membuat masyarakat berisiko (Ibrahim & Wertheimer, 2017).

Farmasis berdedikasi dan berada dalam posisi strategis untuk menjaga dan memajukan kesehatan masyarakat. Upaya mereka meningkatkan kualitas hidup individu dengan membantu orang untuk hidup sebebaskan mungkin dari penyakit, rasa sakit, dan penderitaan. Salah satu kewajiban farmasis adalah mengedukasi publik tentang kesehatan dan penggunaan obat (Ibrahim & Wertheimer, 2017). Sehubungan dengan hubungan mereka dengan publik, farmasis sering digambarkan sebagai sumber daya yang tidak digunakan, untuk memberi saran dan informasi yang berhubungan dengan kesehatan dan obat-obatan. Selain itu, praktik farmasi melibatkan farmasis dan publik dan dapat dikonseptualisasikan sebagai proses sosial (Harding & Taylor, 2009). Oleh karena itu, memahami konsep dan prinsip di balik disiplin ilmu farmasi sosial adalah sangat penting dan bermanfaat bagi seorang farmasis dan calon farmasis. Terdapat kebutuhan untuk menerapkan model sosioekologis untuk masalah kesehatan masyarakat yang memiliki dampak pada kesehatan populasi (Ibrahim & Wertheimer, 2017).

Pada tinjauan artikel ini akan diulas secara singkat beberapa topik penting menyangkut aspek-aspek farmasi sosial dan administratif untuk mencapai pemahaman yang lebih kuat terhadap interaksi dinamis dan kompleks antara pasien, farmasis, obat,

tim tenaga kesehatan, organisasi dan sistem sosial yang lebih besar.

FARMASI SOSIAL

Apa itu farmasi sosial? Farmasi sosial adalah disiplin ilmu farmasi yang dikendalikan oleh kebutuhan sosial (Fukushima, 2016) dan lebih fokus pada masyarakat secara keseluruhan. Farmasi sosial adalah subyek yang interdisipliner, yang membantu untuk mengerti interaksi antara obat dan masyarakat. Para ahli telah mendefinisikan farmasi sosial sebagai disiplin yang terkait dengan ilmu behavioral yang relevan dengan penggunaan obat, baik untuk konsumen maupun dari sisi profesional kesehatan (Wertheimer, 1991). Beberapa ahli mendefinisikan farmasi sosial sebagai ilmu yang mempelajari obat atau sektor obat dari perspektif ilmu sosial dan humanistik. Topik yang relevan terhadap farmasi sosial terdiri dari semua faktor sosial yang mempengaruhi penggunaan obat, seperti obat, dan keyakinan terkait kesehatan, sikap, aturan, hubungan dan proses-proses yang terjadi (Sørensen, Mount, & Christensen, 2003).

Almarsdóttir dan Granas (2016) juga setuju bahwa farmasi sosial adalah disiplin dimana terdapat penggunaan ilmu sosial dalam farmasi untuk menambah kegunaannya di masyarakat (Almarsdóttir & Granas, 2016). Sering juga disebut sebagai “administrasi farmasi” atau farmasi sosial dan administratif”. Farmasi sosial memiliki dua komponen: ilmu sosial dan ilmu administrasi. Komponen ilmu sosial termasuk demografi, antropologi, psikologi sosial, sosiologi, ilmu politik, dan geografi. Sedangkan komponen ilmu administrasi termasuk area seperti manajemen, marketing, keuangan, ekonomi, perilaku organisasi, hukum, kebijakan, etika, teknologi informasi, dan statistika (Ibrahim & Wertheimer, 2017).

Farmasi sosial dan administratif adalah integrasi dan aplikasi disiplin ilmu-ilmu sosial dan administrasi dalam farmasi, yaitu pendidikan dan praktik. Ilmuwan farmasi sosial memanfaatkan kedua ilmu tersebut untuk memperbaiki praktik klinik, meningkatkan efektivitas regulasi dan kebijakan obat, mengadvokasi kesadaran politik, dan mempromosikan perbaikan pelayanan kesehatan farmasi dan pemberian layanan kesehatan. Farmasi sosial mengaplikasikan metode biopsikososial atau sosioenvironmental untuk dapat mengerti kesehatan dan kondisi penyakitnya (Anderson C, 2008). Banyak tipe penggunaan riset baik pendekatan kualitatif maupun kuantitatif atau

campuran, dari metode statistik sederhana hingga kompleks dan modeling dalam praktik farmasi untuk membuat perubahan dan perbaikan dalam sistem pelayanan kesehatan, kualitas perawatan, dan kualitas hidup pasien. Terdapat banyak alat berguna dalam literatur ilmu sosial dan behavioral yang peneliti gunakan, misalnya, dalam membantu komunikasi pasien-farmasis dan upaya meningkatkan kepatuhan obat (Ibrahim & Wertheimer, 2017).

Menurut Wertheimer (1989), “terdapat sangat sedikit kesamaan dalam pendidikan dan praktik farmasi di seluruh dunia.” Banyak individu yang memiliki pendekatan etnosentrik, regiosentrik, atau geosentrik sesuai dengan keyakinannya. Misalnya, sekolah farmasi dalam sebuah negara dapat saja enggan untuk menerima pemutakhiran dalam kurikulum. Para dosen farmasi di perguruan tinggi berpikir bahwa kurikulum yang mereka kembangkan dan gunakan pada dekade terakhir telah superior dan sudah sangat bagus, misalnya. Dalam beberapa kasus, terdapat ketidakseimbangan fokus antara diskursus ilmu farmasi dan praktik farmasi serta diskursus administrasi. Mereka mempertimbangkan untuk lebih mengajarkan subyek farmasi sains pada mahasiswa sarjana atau hanya menawarkan riset yang terkait farmasi sains (yaitu riset berbasis laboratorium) pada level S2 dan S3 lalu menyatakan bahwa hal itu cukup untuk memberikan lulusan farmasi pengetahuan dan keterampilan untuk berpraktik. Fenomena regiosentrik atau geosentrik dalam praktik farmasi menjadi umum dan dapat diobservasi misalnya di region timur tengah (Ibrahim & Wertheimer, 2017).

Menurut Morgall dan Almarsdóttir (1999), profesi farmasi dapat kehilangan monopolinya dan menjadi lemah karena adanya konflik internal (Morgall & Almarsdóttir, 1999). Farmasis perlu mengadvokasi secara lokal untuk memperbaiki kualitas pendidikan farmasi dan meningkatkan level standar di setiap negaradengan mengalihkan muatan kimia yang masif dan terlalu besar ke ilmu dan praktik perawatan pasien terapan. Termasuk juga untuk bekerja dengan legislator untuk melarang apotek-apotek beroperasi jika tidak didukung oleh personel yang berkualifikasi (Ibrahim & Wertheimer, 2017).

Ketika Wertheimer dan Smith (1989) mempublikasikan edisi pertama dari buku mereka pada tahun 1974, farmasi sosial dan administratif masih merupakan disiplin yang masih baru. Buku tersebut termasuk topik-topik seperti kontribusi ilmu sosial; farmasi; farmasis, dan profesi; kontribusi aspek

psikososial, kontribusi sosiologi, dan aspek behavioral obat dan penggunaan obat, etika, farmasi kesehatan masyarakat dan masa depan farmasis. Di Inggris, menurut Harding dan Taylor (2006), farmasi sosial diperkenalkan pada kurikulum di universitas-universitas di Inggris pada awal tahun 2000 (Harding & Taylor, 2006). Laporan Komisi Millis (*Millis Report*) pada tahun 1975 melaporkan pentingnya mengembangkan komponen aspek-aspek ilmu behavioral dan sosial dalam farmasi (Millis, 1976). Tetapi secara aktual, komponen farmasi sosial pertama kali dikembangkan di Amerika Serikat pada tahun 1950-an (Wertheimer, 1991). Kemudian, sekolah farmasi di Inggris dan Eropa ikut memperkenalkan farmasi sosial ke kurikulum mereka (Anderson C, 2008).

Masih diragukan apakah sekolah farmasi di negara dengan penghasilan rendah-menengah telah berhasil memasukkan disiplin farmasi sosial dalam kurikulum farmasi mereka. Kebanyakan, akibat politik internal dan kurangnya pemahaman tentang batas atau bahkan penghalangan kolaborasi antara bidang farmasi klinis dan sosial, sehingga berakibat melemahkan kedua bidang tersebut (Almarsdottir & Granas, 2015). Namun ada beberapa kasus, yang melaporkan pengalaman positif seperti di Malaysia. Sekolah farmasi *Universiti Sains Malaysia* yang didirikan pada tahun 1972, pertama kali memperkenalkan kuliah “*Drugs in Developing Countries*” pada awal tahun 1990-an (Ibrahim, Awang, & Razak, 1998). Setelah pergulatan yang panjang, disiplin ini terbentuk pada tahun 2002. Beberapa perbaikan mata kuliah (misalnya *drug and society, social and public health pharmacy, pharmaceutical management and marketing, dan pharmacoeconomics*) dimasukkan ke dalam kurikulum (Ibrahim & Wertheimer, 2017).

Di Amerika Serikat, Zorek, Lambert dan Popovich (2013) mencatat bahwa meskipun ilmu dasar dan klinis memberikan dasar saintifik yang kritis untuk perawatan pasien secara langsung, farmasis kewalahan dalam menghadapi tantangan dalam aspek farmasi sosial dan behavioral, karena tidak memiliki penguasaan praktik terhadap prinsip yang relevan dari

ilmu sosial dan behavioral modern (Zorek, Lambert, & Popovich, 2013).

Secara garis besar aspek farmasi sosial dan administratif menurut Rickles, Wertheimer dan Schommer (2016) terdiri atas empat bagian utama yang kemudian bercabang-cabang membahas hal-hal secara lebih mendetail. Keempat bagian utama tersebut yaitu: Pertama, interpretasi masalah kesehatan dan kebutuhan akan pengobatan. Kedua, pendekatan-pendekatan untuk memecahkan masalah kesehatan. Ketiga, target perawatan untuk pasien tertentu. Keempat, topik tingkat sistem yang melibatkan praktik farmasi (Rickles, Wertheimer, & Schommer, 2016). Karena keterbatasan halaman, penulis tidak akan membahas secara keseluruhan seluruh aspek terkait secara mendetail namun hanya sekilas menyebutkan beberapa hal yang dipandang penting dari setiap bagian utama.

INTERPRETASI MASALAH KESEHATAN DAN KEBUTUHAN AKAN PENGOBATAN

Penentu Sosial dari Kesehatan dan Kesenjangan Kesehatan

Untuk dapat mengerti masalah kesehatan dan etiologi penyakit dibutuhkan sebuah studi kritis tentang faktor penentu sosial kesehatan (Rickles et al., 2016). Perawatan kesehatan populasi membutuhkan adanya penguasaan dalam latar belakang sosial dan lingkungan yang selalu berubah (Lynch & Kaplan, 1997). Ada beberapa fitur masyarakat yang sudah lama ada – (misalnya) kemiskinan, kelas sosial, jenis kelamin, ras, dan budaya – yang telah dikaitkan dengan perbedaan dalam insiden, prevalensi dan pengobatan penyakit. Fitur lainnya – lingkungan, politik dan ekonomi – membawa bobot pengaruh tersendiri yang berbeda dari waktu ke waktu. Fitur atau ciri-ciri masyarakat ini, yang diidentifikasi secara kolektif sebagai penentu sosial, berdampak pada kesehatan populasi pada tingkat yang berbeda-beda dan bekerja simultan untuk berdampak pada kerentanan individu atau populasi terhadap penyakit dan tingkat kesakitan (Diez-Roux, 1998).

Tabel 1. Lapisan penentu sosial yang mempengaruhi kesehatan

Kondisi Sosial Ekonomi, Budaya dan Lingkungan						
Pertanian & produksi pangan	Pendidikan	Kondisi lingkungan	Kesempatan Kerja	Air dan sanitasi	Layanan kesehatan	Perumahan
Pengaruh Sosial dan Komunitas						
Media elektronik	Media sosial	Hubungan teman & keluarga	Afiliasi komunitas	Norma sosial	Organisasi keagamaan/spiritual	Faktor-faktor sosial ekonomi
Faktor Individu						
Usia	Jenis kelamin	Gender & orientasi seksual	Ras dan etnis	Status sosialekonomi	Capaian pendidikan	Aliansi agama

Sejak diperkenalkan oleh WHO, beberapa model telah dikembangkan untuk menjelaskan interaksi antara penentu sosial dan prevalensi penyakit. Kesemuanya mengidentifikasi kontributor sosial yang dominan dalam mempengaruhi kesehatan populasi termasuk faktor individu; pengaruh sosial dan komunitas; ekonomi, budaya dan kondisi lingkungan pada tingkat masyarakat (tabel 1) (Rickles et al., 2016).

Penting untuk dicatat bahwa tidak ada satu faktor yang bekerja dengan sendirinya - selalu ada banyak faktor yang bekerja. Terdapat korelasi yang kuat, misalnya antara jejaring sosial dan pengalaman penyakit. Ras dan etnis merupakan faktor yang dipengaruhi oleh norma sosial, dan mempengaruhi dipengaruhi oleh berbagai kondisi ekonomi, budaya dan lingkungan yang ada di tingkat masyarakat. Meski begitu, ketika hasil kesehatan yang buruk mungkin terkait dengan ras dan etnis, kondisi ini tidak menjelaskan semua contoh kesehatan yang buruk, dalam hal ini faktor-faktor penentu sosial lainnya lebih mungkin berperan (McCartney, Collins, & Mackenzie, 2013).

Teori Sosiobehavioral Dalam Farmasi

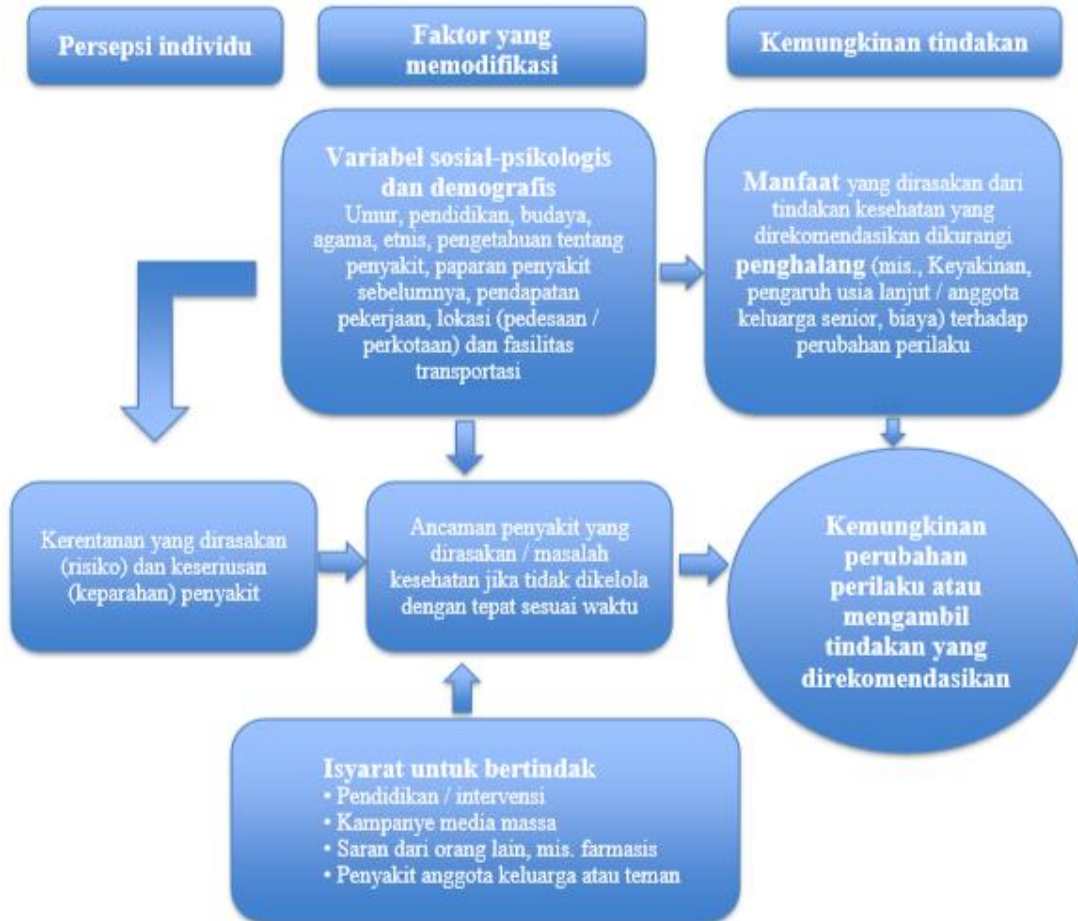
Aspek sosiobehavioral merupakan penentu penting dalam manajemen efektif masalah kesehatan yang melibatkan praktik kefarmasian (Rovers, 2011). Berbagai penelitian telah dipublikasikan dengan penekanan pada pentingnya aspek sosiobehavioral dalam praktik kefarmasian (Rayes, Hassali, & Abduelkarem, 2015b, 2015a). Beberapa sumber penting dalam bentuk buku adalah *Social and Behavioral Aspects of Pharmacy Practice* (Rickles et al., 2016) dan *Social and Behavioral Aspects of Pharmaceutical Care* (Rickles, Wertheimer, & Smith, 2010). Di negara-negara maju, konsep ilmu perilaku

sosial (*social behavioral science/ SBS*) telah diadopsi dengan baik dalam kurikulum farmasi dan pendidikan kesehatan, akan tetapi negara-negara berkembang masih menunda-nunda konsep ini (Zorek et al., 2013)

Mengelola layanan kesehatan adalah fenomena yang kompleks, dan perlu mempertimbangkan berbagai faktor. Aspek sosiobehavioral dari penggunaan obat-obatan adalah salah satu komponen dasar dari sistem perawatan kesehatan. Ada berbagai teori perilaku sosial terkait dengan perawatan kesehatan; namun, Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model/ HBM*) dan Model Perilaku Mencari Kesehatan (*Health-Seeking Behavior Model*) adalah dua teori yang paling sering dibahas (Ansari, 2018).

Model Keyakinan Kesehatan

Perilaku pencarian kesehatan dan kepatuhan terhadap tindakan kesehatan yang direkomendasikan tergantung pada berbagai komponen Model Keyakinan Kesehatan/ HBM yang terlihat pada gambar 1 (Ansari, 2018). HBM adalah model psikologis yang digunakan untuk menggambarkan dan memprediksi hubungan antara keyakinan tentang kondisi tertentu (misalnya, penyakit) dan tindakan kesehatan yang direkomendasikan (Becker, 1974). Persepsi pribadi tentang risiko terkena penyakit tertentu dan tingkat keparahannya mungkin berbeda dari orang ke orang. Tingkat keparahan yang dirasakan memberikan kekuatan untuk mengambil tindakan, tetapi itu tidak menentukan tindakan mana yang kemungkinan akan diambil. Seseorang mengambil tindakan dengan caranya sendiri berdasarkan pada pengetahuan, kepercayaan, norma, dan tekanan keluarga atau



Gambar 1. Adaptasi kerangka konsep model keyakinan kesehatan

kelompok sosial. Jika dia merasa kondisinya parah, tindakan segera dilakukan sementara sebaliknya, mungkin ada penundaan atau bahkan tidak ada tindakan jika kondisi tersebut dianggap ringan atau sedang saja (Becker, 1974; Rosenstock, 1974; Rosenstock, 2005).

Langkah selanjutnya dari HBM adalah perbandingan antara manfaat yang dirasakan dan hambatan mengambil tindakan. Jika orang tersebut percaya bahwa manfaat dari mengambil tindakan kesehatan lebih besar daripada hambatan, ia akan mencoba untuk menerapkannya. Tindakan mungkin tidak terjadi karena adanya hambatan, meskipun ia mungkin percaya bahwa manfaat dari tindakan itu efektif. Ada hambatan yang dapat dimodifikasi (misalnya, kurangnya pengetahuan tentang penyakit tertentu,

kurangnya paparan atau pengalaman sebelumnya, kesulitan dengan memulai perilaku baru, sikap dan tekanan keluarga) dan ada hambatan yang tidak dapat dimodifikasi (misalnya, ketersediaan dan aksesibilitas layanan/ penyedia layanan kesehatan), ketidaknyamanan/ jarak fasilitas kesehatan, pengeluaran langsung, lokasi dan fasilitas transportasi, budaya, tingkat pendidikan), yang memainkan peran negatif dalam mengambil tindakan kesehatan yang direkomendasikan. Hanya hambatan yang dapat dimodifikasi yang dapat didekati melalui intervensi ke arah tindakan kesehatan yang disarankan (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988; Rosenstock, 2005)

Pendekatan paling mendasar untuk menyampaikan pesan-pesan terkait kesehatan atau untuk meningkatkan pengetahuan dan praktik masyarakat

yang ada dan terkait kesehatan adalah melalui penerapan intervensi pendidikan atau konseling pada tingkat individu. Selain itu, ada variabilitas tingkat kesiapan di antara mereka tentang penerimaan perubahan perilaku kesehatan. Ketika persepsi kerentanan dan tingkat keparahan tinggi, maka stimulus berupa (isyarat) yang sangat kecil dapat dipicu untuk memulai tindakan (Glanz & Rimer, 2005; Rosenstock, 2005)

Faktor-Faktor Yang Terkait Dengan Perilaku Mencari Perawatan Kesehatan

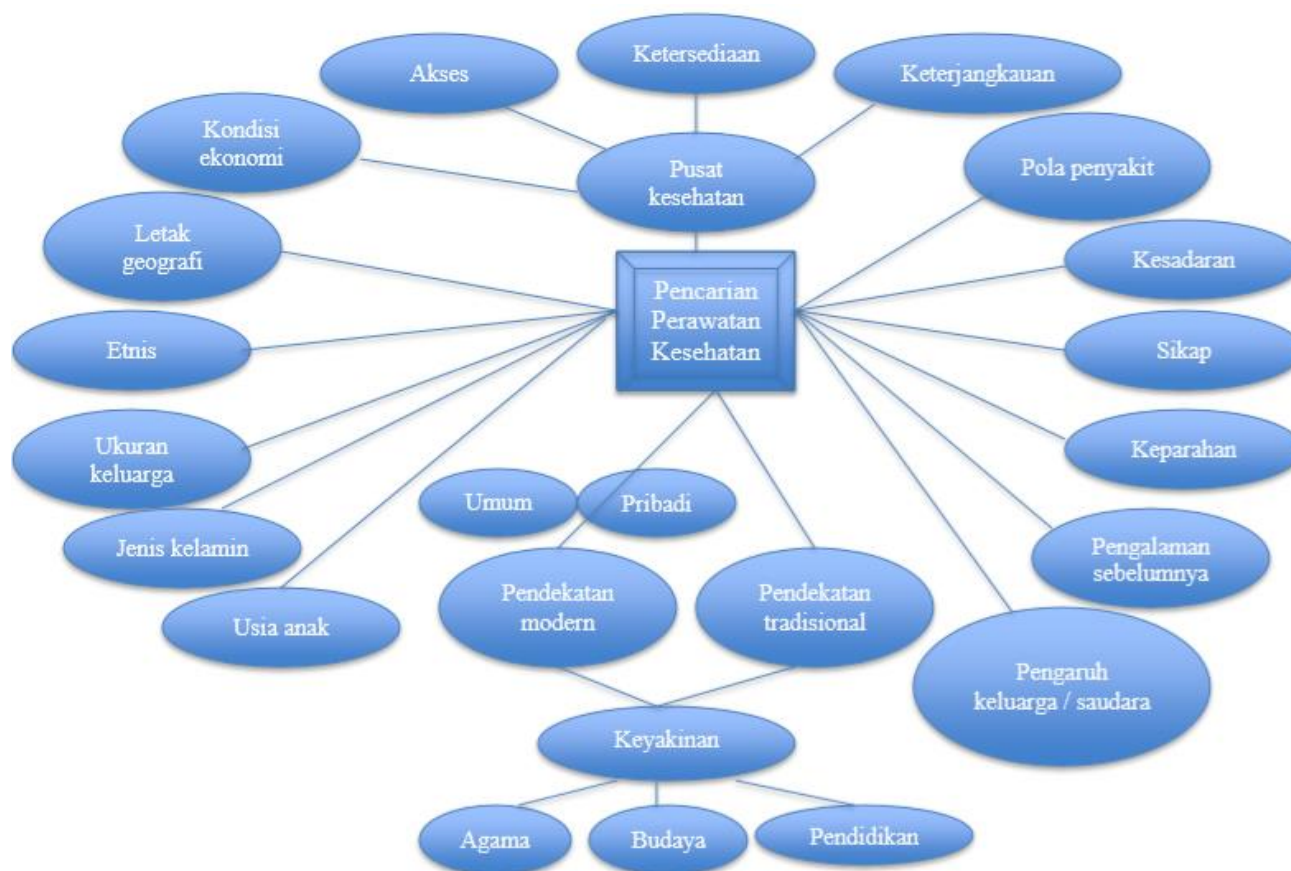
Pengambilan keputusan tentang mencari tindakan kesehatan tertentu adalah proses kompleks yang melibatkan beberapa komponen seperti yang ditunjukkan pada gambar 2 (Ansari, 2018). Meskipun urgensi atau keparahan penyakit bertindak sebagai kekuatan pendorong dalam mencari perawatan kesehatan, keputusan untuk tindakan kesehatan mungkin tidak terjadi disebabkan karena kemiskinan, ketidakterjangkauan, dan jarak fasilitas perawatan (Adegboyega, Onayade, & Salawu, 2005; Luong, Tang, Zhang, & Whitehead, 2007; Mbagaya, Odhiambo, & Oniang'o, 2005). Ketidaktersediaan atau ketersediaan obat-obatan esensial yang tidak memadai di pusat layanan kesehatan umumnya merupakan masalah yang terus-menerus terjadi di negara-negara berkembang. Oleh karena itu, pasien diharuskan membeli obat-obatan dari outlet swasta yang tidak mampu mereka jangkau karena harganya yang mahal (Babar, Ibrahim, Singh, Bukahri, & Creese, 2007).

Pola kepercayaan masyarakat atau pengasuh yang berada di bawah pengaruh budaya, agama, dan pendidikan memiliki peran persuasif yang sangat kuat pada sifat mencari perawatan kesehatan (Shaikh & Hatcher, 2005). Selain itu, persepsi tingkat keparahan penyakit, kondisi keuangan, jenis kelamin dan usia, serta pendidikan, juga berkontribusi signifikan terhadap pencarian perawatan kesehatan (Amin, Shah, & Becker, 2010; Burton et al., 2011; Ndugwa & Zulu, 2008; Pillai et al., 2003; Taffa & Chepngeno, 2005; Thind, 2004). Ada ketidaksetaraan gender dalam hal

mencari layanan kesehatan (Yount, 2003). Menariknya, kesenjangan gender lebih menonjol di antara keluarga-keluarga kaya di perkotaan dibandingkan dengan keluarga di pedesaan (Larson, Saha, Islam, & Roy, 2006). Keluarga miskin secara finansial ingin mengunjungi pusat layanan kesehatan umum, sedangkan keluarga yang lebih kaya memilih institusi layanan kesehatan swasta sebagai pilihan pertama mereka (Sakisaka, Jimba, & Hanada, 2010). Preferensi ke pusat layanan kesehatan swasta adalah karena keyakinan dan sikap mendapatkan perawatan yang lebih baik dengan obat yang lebih adekuat (Sudharsanam & Rotti, 2007).

Sebaliknya, kecenderungan yang kurang terhadap pusat layanan kesehatan umum disebabkan oleh buruknya kualitas perawatan, jarak, waktu layanan yang tidak nyaman, dan bahkan tidak adanya penyedia layanan kesehatan (Dalal & Dawad, 2009). Namun, orang miskin secara sosial ekonomi lebih suka berkonsultasi dengan praktisi yang tidak memenuhi syarat atau tradisional karena biaya, aksesibilitas, dan keakraban (Huq & Tasnim, 2008). Perilaku pencarian kesehatan juga tergantung pada pola penyakit, usia, dan jumlah anak, dan bahkan etnis. Orang-orang dari etnis minoritas cenderung mencari perawatan kesehatan (Manzo et al., 2011; Nuruddin, Hadden, Petersen, & Lim, 2009; Shaikh & Hatcher, 2005; Shawyer, Bin Gani, Punufimana, & Seuseu, 1996; Teerawichitchainan & Phillips, 2008; USAID, 2009).

Tidak seperti Ansari (2018) yang hanya membahas dua teori yang umum yaitu Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model/ HBM*) dan Model Perilaku Mencari Kesehatan (*Health-Seeking Behavior Model*), Rickles, Wertheimer, & Schommer (2016) meninjau beberapa teori individual-interpersonal kontemporer yang berguna dalam memahami dan memprediksi perilaku kesehatan manusia. Mereka membagi teori-teori tersebut dalam 2 teori besar yaitu teori nilai-harapan (*value expectancy theories*) dan teori-teori panggung (*stages theories*).



Gambar 2. Adaptasi kerangka konseptual faktor-faktor yang berhubungan dengan pencarian perawatan kesehatan

PENDEKATAN-PENDEKATAN UNTUK MEMECAHKAN MASALAH KESEHATAN

Sosialisasi Profesional Farmasis

Bagaimana seseorang menjadi farmasis? Sekilas, jawaban atas pertanyaan ini tampak sederhana dan mudah: seseorang harus mengikuti pendidikan farmasi, memperoleh sejumlah pendidikan dan latihan yang dibutuhkan, melulusi ujian kualifikasi, memperoleh sertifikat dan lisensi sebagai farmasis dan lalu mendapatkan pekerjaan. Sebenarnya, itulah cara seseorang memperoleh kualifikasi untuk berpraktik sebagai farmasis berlisensi (Rickles et al., 2016). Untuk menjadi seorang farmasis, seorang pria atau wanita juga harus melalui proses sosialisasi profesional (Hill, 2016). Robert Merton mendefinisikan sosialisasi sebagai “proses dimana orang secara selektif memperoleh nilai-nilai dan sikap, minat, keterampilan dan pengetahuan – singkatnya, budaya – dalam kelompok-kelompok di mana mereka berada, atau berupaya untuk menjadi anggota” (Zellmer, 1992).

Semua anggota masyarakat yang berfungsi menjalani proses sosialisasi primer di mana individu mempelajari peran identifikasi utama mereka dalam suatu budaya, seperti gender, etnis, dan kepercayaan agama. Sosialisasi sekunder terjadi ketika orang bergabung dengan suatu kelompok setelah identitas mereka terbentuk melalui sosialisasi primer sebelumnya. Ketika seseorang mengambil pekerjaan baru, dia dengan cepat belajar lebih banyak tentang budaya kerja baru dan bagaimana berfungsi dalam peran sebagai orang dewasa (Rickles et al., 2016)

Kebanyakan farmasis yang berpraktik hari ini memiliki peran yang merupakan gabungan antara dua identitas yang berbeda yaitu profesional dan komersial (Chalmers et al., 1995). Seratus tahun yang lalu, kedua identitas ini sejalan atau kompatibel, tetapi selama 40 tahun terakhir keduanya telah bercabang sebagaimana praktik farmasi dan pasar layanan kesehatan telah berevolusi (Rickles et al., 2016). Farmasis baru yang memasuki dunia kerja, khususnya dalam *setting* komunitas, seringkali menemukan lingkungan yang

berkontradiksi dengan praktik profesional ideal yang diajarkan di perguruan tinggi farmasi yang menyebabkan timbulnya kekecewaan (*disillusionment*) atau “kekecewaan realistik” (*realistic disenchantment*) (Chalmers et al., 1995; Rickles et al., 2016). Manasse, Stewart & Hall (1975) menyebut penyebabnya adalah “sosialisasi yang inkonsisten” (*inconsistent socialization*) yaitu “proses dimana individu mengembangkan atau memperoleh perilaku yang tidak cocok atau bertentangan dengan kepercayaan dan nilai-nilai dari sumber formal atau informal karena tidak adanya keseragaman atau kesepakatan dalam model kelompok ideal di mana ia disosialisasikan” (Manasse, Stewart, & Hall, 1975).

Selain itu, harapan para pendidik dan pemimpin yang dengan memperpanjang pendidikan (gelar Pharm.D.) dan model praktik inovasi (perawatan farmasi) akan memperluas peran sosial farmasis dan meningkatkan status mereka, telah gagal direalisasikan sepenuhnya, meskipun beberapa kemajuan telah terbukti. Akibatnya, subjek sosialisasi profesional (profesionalisasi) di bidang farmasi telah menarik perhatian dalam beberapa tahun terakhir. Namun, akademisi farmasi masih berjuang untuk mengembangkan konsensus tentang definisi dan menyebarkan strategi yang terbukti mencapai tujuan yang diinginkan (Rickles et al., 2016).

Sejarah Evolusi Profesi Farmasi

Definisi sosialisasi Merton secara umum dapat diterima, tetapi hal yang sama tidak dapat dikatakan tentang arti kata profesi. Kamus Bahasa Inggris *Oxford* mempertahankan pandangan tradisional tentang istilah: "Pekerjaan di mana seseorang mengaku terampil dan mengikuti panggilan di mana pengetahuan yang diakui dari beberapa departemen pembelajaran atau sains digunakan dalam penerapannya untuk urusan orang lain atau dalam praktik seni yang dibangun di atasnya. Ini berlaku khusus untuk tiga profesi terpelajar tentang ketuhanan, hukum, dan kedokteran; juga untuk profesi militer." (Oxford English Dictionary, 1933). Secara historis, seseorang membuat klaim atau "profesi" untuk memiliki kemampuan yang diperlukan untuk memenuhi peran yang diterima secara sosial dan dipahami seperti farmasis. Sepenuhnya didirikan di masyarakat Amerika pada pertengahan tahun 1800-an, farmasis adalah (pada mulanya) adalah pengecer obat-obatan, rempah-rempah, minyak, penyedap, spons, kosmetik, dan bermacam-macam "item toko obat" lainnya. Klaim profesional mereka didasarkan pada keterampilan khusus mereka dalam menyiapkan obat-

obatan dan meracik obat-obatan berdasarkan pesanan resep dokter. Pada akhir tahun 1800-an publik Amerika mulai menghargai kredensial kertas (ijazah sekolah dan lisensi pemerintah) sebagai indikator kompetensi profesional dan reputasi pribadi. Farmasi, dengan dua kulturnya, telah melekat pada pendekatan individualistis (pemilik obat) dan kolektif (lulusan yang dilisensikan) untuk mengejar pengakuan masyarakat (Higby, 1986).

Definisi profesi dan profesionalisme sangat berlimpah, dan para sarjana telah berjuang untuk menemukan yang cocok dengan farmasi (Hammer, Berger, Beardsley, & Easton, 2003). Sepanjang abad ke-20, para penulis tidak memasukkan farmasis sebagai profesional penuh, akan tetapi mengklasifikasikan mereka sebagai semi-profesional atau "profesional tidak lengkap" (*incomplete professionals*) (Flexner, 1931; McCormack, 1956; Wilensky, 2002). Para penulis mengamati bahwa sebagian besar farmasis menghabiskan hari-hari mereka menjual barang-barang dalam kemasan ritel komersial. Selain itu, bahkan dalam praktik "profesional" mereka - mengerjakan resep - farmasis tidak memiliki otonomi; mereka hanya mengikuti perintah dokter (Denzin & Mettlin, 2006; Flexner, 1931; McCormack, 1956; Wilensky, 2002). Untuk alasan ini, Hakim Pengadilan Tertinggi Amerika Warren Burger menganggap farmasis tidak lebih profesional daripada pegawai toko yang menjual buku-buku hukum (Flannery, Buerki, & Higby, 2007).

Sejarawan farmasi Glenn Sonnedecker, mengemukakan serangkaian hal “esensial” yang berguna atau sifat-sifat yang menghasilkan pekerjaan yang untuk memperoleh status profesional (Sonnedecker, 1961):

Fungsi yang relatif spesifik, yang diperlukan secara sosial atas kinerja reguler yang menjadi sandaran praktisi untuk mata pencaharian dan status sosialnya; suatu teknik khusus, kompetensi yang diperlukan, bertumpu pada badan pengetahuan yang merangkul prinsip-prinsip umum, penguasaan yang membutuhkan studi teoretis; etika tradisional dan yang diterima secara umum mensubordinasikan kepentingan pribadi langsung dari pengikutnya pada kinerja fungsi yang paling efektif; dan asosiasi formal yang mengembangkan etika dan peningkatan kinerja.

Untuk farmasi di era “*count and pour*” atau “hitung dan tuang” pada tahun 1950-an, “sifat-sifat” yang disampaikan Sonnedecker adalah merupakan target yang ambisius. "Fungsi yang diperlukan secara sosial" dari farmasis pada tahun 1960 adalah untuk

menyalurkan obat sesuai dengan perintah dokter. *Compounding*, inti dari klaim profesional farmasi komunitas dari tahun 1870-an hingga 1940-an, semuanya menghilang. Produsen/industri obat secara massal membuat hampir semua bentuk sediaan akhir. Hukum melarang penggantian obat generik dan pengulangan obat secara terbatas. Farmasis tidak diizinkan untuk mendiskusikan konten atau aksi obat dengan pasien. Bahkan, untuk melindungi pasien, farmasis tidak mencantumkan nama obat pada wadah resep. Farmasis sering disebut "profesional yang terlalu berpendidikan" (*the most over-educated professionals*) karena mereka memiliki "badan pengetahuan" yang besar dalam ilmu kimia tetapi "teknik khusus" mereka masih terus dituntut (Rickles et al., 2016).

Profesi farmasi, yang diwakili oleh *American Pharmaceutical Association* (APhA), memang memiliki "etika yang diterima secara umum", yang diajukan dalam Kode Etik APhA. Kode etik ini, seperti pekerjaan lainnya, adalah "cetak biru operasional norma-norma perilaku profesional yang terperinci, eksplisit, janji pada publik atas tindakan yang diinginkan dan tidak diinginkan yang berdampak pada karakter profesional dan keandalan fungsionalnya (Buerki & Vottero, 1994)

Terlepas dari kode etik yang terdengar ideal itu, harus ingat bahwa pada awal 1950-an sebagian besar farmasis bekerja di toko-toko kecil dan independen yang makmur dengan penjualan obat-obatan bebas, produk tembakau, majalah, permen, kartu ucapan, dan barang dagangan serupa lainnya. Penjualan resep menghasilkan kurang dari 25% dari pendapatan rata-rata apotek komunitas (Rickles et al., 2016)

Farmasi Klinik

Pada pertengahan tahun 1960-an, terjadi perubahan besar paradigma dengan bangkitnya gerakan *farmasi klinik*. Farmasis yang inovatif, terutama di lingkungan rumah sakit, secara aktif berupaya memperluas peran praktik mereka melalui penempatan staf pusat informasi obat, adopsi metode distribusi dosis satuan, dan ide-ide lain yang mendorong praktik sehari-hari di luar penghitungan dan penuangan yang biasa (*counting and pouring*), menjilat (*licking*), dan menempel (*sticking*). Pada akhir 1960-an dan awal 1970-an, para pendidik farmasi menganut model baru farmasis sebagai spesialis informasi obat dan konselor pengobatan. Mata kuliah biologi, psikologi, dan terapi ditambahkan ke mata pelajaran kimia dan farmasi fisik yang mendominasi kurikulum pada 1950-an dan awal

1960-an. Rotasi di rumah sakit dan klinik mengekspos mahasiswa farmasi untuk berpraktik kolaboratif. Pada gilirannya, mahasiswa farmasi didorong untuk menantikan karier sebagai farmasis klinis (Parascandola et al., 1976).

Selama era farmasi klinik (1965-1990), para pendidik farmasi berusaha untuk memperbaiki masalah sosialisasi yang tidak konsisten melalui perpanjangan dan perubahan bagian pembelajaran eksperiensial dari kurikulum. Studi yang dilakukan terhadap profesionalisme mahasiswa ketika mereka mengalami kemajuan melalui sekolah, kepaniteraan, dan pengalaman kerja awal, tidak menunjukkan peningkatan atau bahkan penurunan dalam sikap sosial dan pekerjaan mereka (Manasse, Kabat, & Wertheimer, 1977). Sinisme dan kecemasan meningkat (Hatoum, 1982). Pengalaman negatif dengan pembimbing atau dokter cenderung menekan mahasiswa sehingga menjadi lebih pasif dan patah semangat (Broadhead & Facchinetti, 1985). Mereka yang lulus dan bekerja di farmasi komunitas menemukan lingkungan yang sama komersilnya dan mengecilkan hati secara profesional seperti di tahun 1950-an (Anderson, 2004; Speedie, 2011).

Pharmaceutical Care

Konsep *pharmaceutical care* yang diperkenalkan oleh Hepler dan Strand pada akhir tahun 1980-an tampaknya menawarkan kepada farmasi sesuatu yang kurang untuk pertumbuhan penuh sebagai profesi: seperangkat nilai-nilai bersama yang universal dalam pekerjaan. Selain peran tradisional mereka dalam mengerjakan resep dengan uji kelayakan, farmasis harus menerima tanggung jawab penuh untuk hasil terapi obat. Mereka akan secara aktif merawat pasien dan menjadi pendukung terapi mereka. Ketika Douglas Hepler berbicara di *Pharmacy in the 21st Century Conference* pada tahun 1989, kelompok pemimpin farmasi Amerika yang berkumpul mendukung *pharmaceutical care* sebagai arah masa depan profesi (Cocolas, 1989). Selama periode waktu yang sama ini, *American Council of Pharmaceutical Education* mengumumkan niatnya untuk hanya akan mengakreditasi setelah tahun 2001 program-program yang mengarah ke gelar *doctor of pharmacy*. Undang-undang *Omnibus Budget Reconciliation* tahun 1990 (OBRA'90) memasukkan ketentuan yang menyerukan farmasis untuk memanfaatkan keahlian mereka untuk mempromosikan hasil obat yang rasional (Brushwood, 1992). Hal ini ditetapkan untuk kemajuan profesional

besar melalui pergeseran paradigma ganda dalam pendidikan dan dalam model praktik (Hammer, 2000).

Tahun 1990-an awalnya digembar-gemborkan sebagai "*pharmaceutical care era*", menyaksikan pertumbuhan besar dalam sektor obat resep perawatan kesehatan, dengan upaya berikutnya untuk mengendalikan biaya yang meledak melalui sekelompok metode yang secara halus disebut "*managed care*". Terjebak di antara banyaknya resep yang harus dikerjakan dan waktu yang dihabiskan untuk berselisih dengan *pharmacy benefit manager* terkait masalah cakupan, sebagian besar farmasis komunitas tidak punya waktu nyata untuk "*care*". Ketika generasi pertama mahasiswa yang dididik dalam paradigma *pharmaceutical care* memasuki ranah farmasi komunitas yang sibuk dan terbatas, mereka menyatakan kekecewaan, sama seperti para pendahulu mereka satu generasi sebelumnya (Rickles et al., 2016).

Komite khusus dalam *Association of College of Pharmacy* (AACP) merekomendasikan "upaya berkelanjutan dalam AACP untuk mendorong fakultas agar memberikan perhatian yang sebanding dengan sosialisasi profesional untuk mengoptimalkan komponen akademik tradisional. Kedua proses pendidikan (sosialisasi profesional dan pembelajaran akademis) ini harus direncanakan sebagai kontribusi yang saling bergantung dan saling memperkuat untuk pertumbuhan siswa dalam mencapai tujuan pendidikan keseluruhan yang diadopsi oleh fakultas" (Chalmers et al., 1995).

Tantangan yang berkelanjutan

Setelah bertahun-tahun berfilsafat tentang sosialisasi profesional di bidang farmasi, para pendidik telah melakukan intervensi dan menyarankan beberapa penilaian konkret profesionalisme untuk memfasilitasi evaluasi kemajuan mahasiswa. Apakah ada krisis profesionalisme dalam pendidikan farmasi di abad ke-21?. Sejumlah pendidik yang mengadvokasi "profesionalisme yang lebih" telah mengeluhkan "erosi nilai-nilai dan kesopanan" dan "demoralisasi masyarakat" (Boyle, Beardsley, Morgan, & Rodriguez de Bittner, 2007; Hammer, 2006)

Terlepas dari pentingnya sekolah farmasi dalam pengembangan farmasis, kita harus ingat apa yang diamati oleh Manasse, Kabat, dan Wertheimer (Manasse, Kabat, & Wertheimer, 1976):

"Fokus dari proses sosialisasi profesional adalah pada bagaimana para aspiran profesional menukar pandangan awam dan citra profesi mereka untuk yang menjadi profesi bagi mereka sendiri. Dalam pertukaran dari orang awam menuju profesional ini, mahasiswa memperoleh citra diri dalam konteks peran profesional mereka dan, pada saat yang sama, mulai menyesuaikan dengan tuntutan dan ketidakpastian profesional. Fitur utama profesional sosialisasi adalah bahwa proses terjadi dalam kondisi yang sangat ketat dan dikelola oleh kelompok profesional "penjaga gerbang". Apa yang tidak dapat dikendalikan dalam sosialisasi profesional adalah perilaku "sosialisasi" yang dipamerkan di luar lingkup praktik profesional"

TARGET PERAWATAN UNTUK PASIEN TERTENTU

Bagian ini menjelaskan bagian mendasar tentang pertimbangan umum yang mempengaruhi praktik farmasi dan mengeksplorasi tantangan dalam memberikan perawatan yang optimal untuk pasien populasi khususbeserta aspek psikososial yang menyertainya, antara lain: kelompok anak dan remaja; penggunaan obat untuk pasien geriatri; bagaimana konsep kematian (*death*) dan sekarat (*dying*); aspek psikososial pasien dengan penyakit mental; dan bagaimana pengaruh budaya dalam penggunaan obat (Rickles et al., 2016).

TOPIK TINGKAT SISTEM YANG MELIBATKAN PRAKTIK FARMASI

Masalah Etika dan Penyediaan *Pharmaceutical Care*

Etika adalah cabang filsafat yang meneliti kebenaran perilaku manusia. Etika normatif atau terapan adalah tingkat analisis etis yang menanyakan "apakah ada prinsip atau norma umum yang menggambarkan karakteristik yang membuat tindakan benar atau salah" (Veatch, Haddad, & English, 2009).

Etika terapan, dalam hal ini, etika farmasi, fokus pada prinsip dan norma untuk tindakan yang benar, kebajikan, dan alasan berdasarkan kasus untuk profesi farmasi. Etika memberikan wawasan tentang karakteristik "*right-making*" (pembuatan yang benar) dari standar profesional dalam praktik farmasi. Jenis masalah etika yang dijumpai dalam penyediaan perawatan farmasi dalam sistem perawatan kesehatan kontemporer mencerminkan semakin berpusatnya pasien di masyarakat setiap kali mereka bertemu

dengan seorang farmasis. Selain itu, tanggung jawab baru seperti konseling tentang kegiatan kesehatan dan kesejahteraan yang berfokus pada kesehatan masyarakat memperluas ruang lingkup masalah etika yang mungkin dihadapi oleh farmasis. Farmasis terus berurusan dengan masalah taat etika seperti bagaimana mengalokasikan sumber daya yang langka dan mahal secara adil, *informed consent*, penolakan secara sadar tentang pengeluaran produk obat tertentu, dan kekhawatiran tentang kompetensi kolega. Pertanyaan etis baru muncul ketika kemajuan ilmiah bergerak dari laboratorium ke pengaturan klinis. Obat-obatan baru dan sistem pengiriman menimbulkan pertanyaan seperti apakah untuk mendukung undang-undang "right-to-try" (hak untuk mencoba) yang memungkinkan penyedia dan pasien untuk memintas *Federal Drug Administration*/ Badan Pengawas Obat dan Makanan dan mendapatkan obat yang belum diuji dari produsen atau bagaimana menyeimbangkan antara keputusan pribadi tentang perawatan kesehatan dengan potensi konsekuensi negatif untuk masyarakat secara keseluruhan (Rickles et al., 2016)

KESIMPULAN

Dinamika perubahan dalam perawatan kesehatan dan evolusi praktik farmasi serta harapan masyarakat yang besar terhadap profesi farmasis menuntut mahasiswa farmasi dan farmasis untuk mengetahui aspek-aspek farmasi sosial, behavioral dan administratif. Penguasaan mahasiswa dan farmasis atas masalah ini – sebagai konsekuensi atas dimasukkannya aspek sosial dan administratif ke dalam kurikulum pendidikan tinggi farmasi – akan memungkinkannya secara profesional bertanggung jawab dalam meningkatkan hasil terapi obat pasien baik sebagai individu, komunitas, masyarakat dan sistem bernegara; serta memiliki dampak yang lebih besar dalam kesehatan populasi melalui kebijakan publik terkait obat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adegboyega, A. A., Onayade, A. A., & Salawu, O. (2005). Care-seeking behaviour of caregivers for common childhood illnesses in Lagos Island Local Government Area, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine: Journal of the National Association of Resident Doctors of Nigeria*, 14(1), 65–71.
- Almarsdottir, A., & Granas, A. (2015). Social Pharmacy and Clinical Pharmacy—Joining Forces. *Pharmacy*, 4(4), 1.
- Amin, R., Shah, N. M., & Becker, S. (2010). Socioeconomic factors differentiating maternal and child health-seeking behavior in rural Bangladesh: A cross-sectional analysis. *International Journal for Equity in Health*, 9, 1–11.
- Anderson C. (2008). Social Pharmacy- The Current Scenario. *Indian J. Pharm Pract*, 1(1), 1–3.
- Anderson, R. (2004). The peril of deprofessionalization. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 61(22), 2373–2379.
- Ansari, M. (2018). Chapter 2 – Sociobehavioral Aspects of Medicines Use in Developing Countries. *Social and Administrative Aspects of Pharmacy in Low- and Middle-Income Countries: Present Challenges and Future Solutions*. Elsevier.
- Babar, Z. U. D., Ibrahim, M. I. M., Singh, H., Bukahri, N. I., & Creese, A. (2007). Evaluating drug prices, availability, affordability, and price components: Implications for access to drugs in Malaysia. *PLoS Medicine*, 4(3), 466–475.
- Becker, M.H., ed. (1974). "The Health Belief Model and Personal Health Behaviour." *Health Education Monographs*, 324–473.
- Boyle, C. J., Beardsley, R. S., Morgan, J. A., & Rodriguez de Bittner, M. (2007). Professionalism: a determining factor in experiential learning. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 71(2), 31.
- Broadhead, R., & Facchinetti, N. (1985). Clinical clerkships in professional education: A study in pharmacy and other ancillary professions. *Social Science and Medicine*, 20(3), 231–240.
- Brushwood, D. (1992). OBRA 90: What it means to your practice. *US Pharmacist*, 17, 64–72.
- Buerki, R., & Vottero, L. (1994). *Ethical responsibility in pharmacy practice*. American Institute of the History of Pharmacy. Madison, Wisconsin.
- Burton, D. C., Flannery, B., Onyango, B., Larson, C., Alaii, J., Zhang, X., Feikin, D. R. (2011). Healthcare-seeking behaviour for common

- infectious disease-related illnesses in rural Kenya: A community-based house-to-house survey. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(1), 61–70.
- Chalmers, R. K., Adler, D. S., Haddad, A. M., Hoffman, S., Kjell, A., & Woodward, J. M. B. (1995). Reports The Essential Linkage of Professional Socialization and Pharmaceutical Care. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 59, 85–90.
- Cocolas, G. (1989). Pharmacy in the 21st Century Conference: Executive Summary. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 53(Winter Supplement), 1S–78S.
- Dalal, K., & Dawad, S. (2009). Non-utilization of public health care facilities: examining the reasons through a national study of women in India. *Rural and Remote Health*, 9(3), 1178.
- Denzin, N. K., & Mettlin, C. J. (2006). Incomplete Professionalization: The Case of Pharmacy. *Social Forces*, 46(3), 375–381.
- Diez-Roux, A. (1998). Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *American Journal of Public Health*, 88(2).
- Flannery, M., Buerki, R., & Higby, G. J. (2007). 150 years of American pharmacy as reflected in its trade press. *Medical Economics*, 151(May), 58.
- Flexner, J. (1931). A Vanishing Profession. *Atlantic Monthly*, 16–25.
- Fukushima, N. (2016). Social Pharmacy: Its Performance and Promise. *Yakugaku Zasshi*, 136(7), 993–999.
- Glanz, K., & Rimer, B. K. (2005). *Theory at a glance: A guide for health promotion practice*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.
- Hammer, D. (2006). Improving student professionalism during experiential learning. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70(3), 59.
- Hammer, D. P. (2000). Professional Attitudes and Behaviors: The “A’s and B’s” of Professionalism. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 64, 455–464.
- Hammer, D. P., Berger, B. A., Beardsley, R. S., & Easton, M. R. (2003). Student professionalism. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 67(3), 1–29. <https://doi.org/10.5688/aj670396>.
- Harding, G., & Taylor, K. M. G. (2006). Teaching social pharmacy: The UK experience. *Pharmacy Education*, 6(2), 125–131.
- Harding, G., & Taylor, K. (2009). Social dimensions of pharmacy (1) The social context of pharmacy | Feature | Pharmaceutical Journal. *The Pharmaceutical Journal*, (1), 1–2.
- Hatoum, H. (1982). Attitudes of pharmacy students towards psychosocial factors in health care, 16, 1239–1241.
- Higby, G. J. (1986). Professionalism and the nineteenth-century American pharmacist. *Pharmacy in History*, 28(3), 115–124.
- Hill, W. T. (2016). White Paper on Pharmacy Student Professionalism. *Journal of the American Pharmaceutical Association (1996)*, 40(1), 96–102.
- Huq, M. N., & Tasnim, T. (2008). Maternal education and child healthcare in Bangladesh. *Maternal and Child Health Journal*, 12(1), 43–51.
- Ibrahim, M. I. M., Awang, R., & Razak, D. A. (1998). Introducing social pharmacy courses to pharmacy students in Malaysia. *Medical Teacher*, 20(2), 122–126.
- Ibrahim, M. I. M., & Wertheimer, A. I. (2017). *Introduction: Discovering Issues and Challenges in Low- and Middle-Income Countries. Social and Administrative Aspects of Pharmacy in Low- and Middle-Income Countries: Present Challenges and Future Solutions*. Elsevier Inc.
- Larson, C. P., Saha, U. R., Islam, R., & Roy, N. (2006). Childhood diarrhoea management practices in Bangladesh: Private sector dominance and continued inequities in care. *International Journal*

- of *Epidemiology*, 35(6), 1430–1439.
- Luong, D. H., Tang, S., Zhang, T., & Whitehead, M. (2007). Vietnam during Economic Transition: A Tracer Study of Health Service Access and Affordability. *International Journal of Health Services*, 37(3), 573–588.
- Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (1997). Understanding how inequality in the distribution of income affects health. *Journal of Health Psychology*, 2(3), 297–314.
- Maine, L. (2016). Foreword In J. C. Rickles, Nathaniel M. Wertheimer, Albert I. Schommer (Ed.), *Social and Behavioral Aspects of Pharmacy Practice* (pp. xv–xvii). Kendall Hunt.
- Manasse, H. R., Kabat, H. F., & Wertheimer, A. I. (1976). Professional socialization in pharmacy 1: A cross sectional analysis of personality characteristics of agents and objects of socialization. *Drugs in Health Care*, 3(1), 3-18.
- Manasse, H. R., Kabat, H. F., & Wertheimer, A. I. (1977). Professional socialization in pharmacy: A cross-sectional analysis of dominant value characteristics of agents and objects of socialization. *Social Science and Medicine*, 11(11–13), 653–659.
- Manasse, H. R., Stewart, J. E., & Hall, R. H. (1975). Inconsistent socialization in pharmacy--a pattern in need of change. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 15(11), 616–621.
- Manzo, M. L., Djibo, A., Luquero, F. J., Grais, R. F., Page, A.-L., & Hustache, S. (2011). Health care seeking behavior for diarrhea in children under 5 in rural Niger: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 11: 389.
- Mbagaya, G., Odhiambo, M., & Oniang'o, R. (2005). Mother's health seeking behaviour during child illness in a rural western Kenya community. *African Health Sciences*, 5(4), 322–327.
- McCartney, G., Collins, C., & Mackenzie, M. (2013). What (or who) causes health inequalities: Theories, evidence and implications? *Health Policy*, 113(3), 221–227.
- McCormack, T. (1956). The Druggists' Dilemma : Problems of a Marginal Occupation. *American Journal of Sociology*, 61(4), 308–315.
- Millis, J. S. (1976). Looking ahead--the report of the Study Commission on Pharmacy. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 33(2), 134–138.
- Morgall, J. M., & Almarsdóttir, A.B. (1999). No struggle, no strength: how pharmacists lost their monopoly. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1247–1258.
- Ndugwa, R. P., & Zulu, E. M. (2008). Child morbidity and care-seeking in Nairobi slum settlements: The role of environmental and socio-economic factors. *Journal of Child Health Care*, 12(4), 314–328.
- Nuruddin, R., Hadden, W. C., Petersen, M. R., & Lim, M. K. (2009). Does child gender determine household decision for health care in rural Thatta, Pakistan? *Journal of Public Health*, 31(3), 389–397.
- Oxford English Dictionary. (1933). Profession. In *Oxford English Dictionary* (6th ed., p. 1426).
- Parascandola, J., Brodie, D., Benson, R., Francke, D., Whitney, H., & Rodowskas, C. (1976). Clinical pharmacy in historical perspective. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 10, 505–528.
- Pillai, R. K., Williams, S. V., Glick, H. A., Polsky, D., Berlin, J. A., & Lowe, R. A. (2003). Factors affecting decisions to seek treatment for sick children in Kerala, India. *Social Science and Medicine*, 57(5), 783–790.
- Rayes, I. K., Hassali, M. A., & Abduelkarem, A. R. (2015a). Perception of community pharmacists toward their current professional role in the healthcare system of Dubai, United Arab Emirates. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 23(3), 235–240.
- Rayes, I. K., Hassali, M. A., & Abduelkarem, A. R. (2015b). The role of pharmacists in developing countries: The current scenario in the United Arab Emirates. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 23(5), 470–474.

- Rickles, N., Wertheimer, A., & Schommer, J. (2016). *Social and Behavioral Aspects of Pharmacy Practice*. Kendall Hunt.
- Rickles, N., Wertheimer, A., & Smith, M. (2010). *Social and Behavioral Aspects of Pharmaceutical Care*. Jones and Barlett.
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Health Behavior. *Handbook of Health Behavior Research I Personal and Social Determinants*, 1(4), 71–91.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175–183.
- Rosenstock IM. (2005). Why People Use Health Services. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 1–32.
- Rovers, J. (2011). Advancing pharmacy practice through social theory. *Science*, 2(3), 1–9.
- Sakisaka, K., Jimba, M., & Hanada, K. (2010). Changing poor mothers' care-seeking behaviors in response to childhood illness: Findings from a cross-sectional study in Granada, Nicaragua. *BMC International Health and Human Rights*, 10(1).
- Shaikh, B. T., & Hatcher, J. (2005). Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: Challenging the policy makers. *Journal of Public Health*, 27(1), 49–54.
- Shawyer, R., Bin Gani, A., Punufimana, A., & Seuseu, N. (1996). Ethnographic Research: a Folk Taxonomy of Diarrhoea in Thailand. *Science*, 42(1), 111–123.
- Sonnedecker, G. (1961). To be or not to be - professional. *American Journal of Pharmacy*, 133, 243–254.
- Sørensen, E., Mount, J., & Christensen, S. (2003). The concept of social pharmacy. *The Chronic Ill*, (7), 8–11.
- Speedie, M. (2011). Introductory Experiential Education: A Means for Introducing Concepts of Healthcare Improvement. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70(6), 145.
- Sudharsanam, M., & Rotti, S. (2007). Factors determining health seeking behaviour for sick children in a fishermen community in Pondicherry. *Indian Journal of Community Medicine*, 32(1), 71–72.
- Taffa, N., & Chepngeno, G. (2005). Determinants of health care seeking for childhood illnesses in Nairobi slums. *Tropical Medicine and International Health*, 10(3), 240–245.
- Teerawichitchainan, B., & Phillips, J. F. (2008). Ethnic differentials in parental health seeking for childhood illness in Vietnam. *Social Science and Medicine*, 66(5), 1118–1130.
- Thind, A. (2004). Health Service Use by Children in Rural Bihar. *Journal of Tropical Pediatrics*, 50(3), 137–142.
- USAID. (2009). Health-seeking Behavior in Rural Uttar Pradesh: Implications for HIV Prevention, Care and Treatment. *Brief*, (August), 1–7.
- Veatch, R. M., Haddad, A. M., & English, D. C. (2009). *Case Studies in Biomedical Ethics: Decision-Making, Principles, and Cases*. Oxford University Press, USA.
- Wertheimer, A. I. (1991). Social/ behavioural pharmacy - The Minnesota experience. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 16(6), 381–383.
- Wilensky, H. L. (2002). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137–158.
- Yount, K. M. (2003). Provider bias in the treatment of diarrhea among boys and girls attending public facilities in Minia, Egypt. *Social Science and Medicine*, 56(4), 753–768.
- Zellmer, W. A. (1992). The culture and subcultures of pharmacy. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 49(4), 841.
- Zorek, J. A., Lambert, B. L., & Popovich, N. G. (2013). The 4-year evolution of a social and behavioral

pharmacy course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 77(6). 119.