

Sağlık hizmetine açılan bir kapı olarak eczane

Daha iyi bir sağlık için insanlara yardım etmek

2017



ECZACILIK: BAKIMA AÇILAN KAPI



International
Pharmaceutical
Federation



ECZACILIK: BAKIMA AÇILAN KAPI

Ankara, 2017

©2017 Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP)

Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP)

AndriesBickervweg 5

25i7jP TheHague

Hollanda

www.fip.org

Tüm hakları saklıdır. Kaynağa atıfta bulunmaksızın bu yayının hiçbir kısmı herhangi bir depolama sisteminde saklanamaz veya herhangi bir biçimde elektronik, mekanik kayıt aracıyla kopyalanamaz. FIP bu raporda yer alan herhangi bir veri veya bilginin kullanımından kaynaklanarak oluşan herhangi bir zarardan sorumlu tutulamaz. Bu raporda sunulan verilerin ve bilgilerin doğruluğundan emin olmak için tüm tedbirler alınmıştır.

Raporun çevirisi Türk Eczacıları Birliği tarafından yaptırılmıştır. Türkçe ve İngilizce versiyonlardaki farklılıklardan TEB sorumludur ve çeviri ile orijinal metnin çelişmesi durumunda orijinal metin esas alınmalıdır.

Editörler:

Warren Meekand ve Paul Sinclair

Önerilen Atıf: Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP), Eczacılık: Bakıma Açılan Kapı, (çev: E. Ortak), Ankara: TEB Yayınları. 2017

Kapak resmi: © Robert Kneschke | Dreamstime.com

© Türk Eczacıları Birliği, 2017

ISBN: 978-975-8037-45-2

Matbaa: Neyir Matbaacılık

Adres: Matbaacılar sitesi 35.Cad. No.62

İvedik Yenimahalle Ankara

İçindekiler

Sunuş

Teşekkür

Yönetici özeti

| | |
|--|----|
| 1. Giriş | 11 |
| 2. Kullanılan yöntemler | 21 |
| 3. Öz Bakımın Yapısı | 23 |
| 4. Öz Bakımın Doğrudan ve Dolaylı Değeri | 37 |
| 5. Sağlık Sistemleri ve Evrensel Sağlık Güvencesi | 39 |
| 6. Yasal Çerçeve ve Farklılık | 43 |
| 7. Dünya Geneline Yaygın Olarak Gözlemlenen Tüketici Eğilimleri | 49 |
| 8. Öz Bakımın İyileştirilmesinde Risk ve Faydalar | 57 |
| 9. Eczacının Rolü ve Yarattığı Katma Değer | 59 |
| 10. Eczacıların Öz Bakıma Katkısını Optimize Etme | 63 |
| 11. Eczacıların Toplam Sağlık Sistemine Olan Katkılarının Tanınması ve Entegrasyonu | 83 |
| 12. Öz Bakım ile Eczacılık Faaliyetlerinin Birleştirilmesi | 85 |
| 13. Sonuçlar | 92 |
| 14. Kaynaklar | 93 |

Sunuş

Değerli Meslektaşım;

Dünya Eczacılık Federasyonu'nun 2017 yılında bastığı bu kitabı, ülkemizdeki eczacılık hizmetlerinin yelpazesinin genişletilmesi çabaları ve reçetesiz ilaç tartışmaları eşliğinde gelişen konjonktürde, kitapla ilgili komisyon çalışması başladığından itibaren takip ediyoruz. Kitabın ilk taslağını da bilgi edinmek için dilimize çevirmiştik. Kitap son halini alınca, bunu eczacı kamuoyu ve sağlık otoritesi ile de paylaşmaya karar verdik.

Dünyada eczacılığın geldiği noktayı takip etmek için bu tip kaynaklara ihtiyacımız çok büyük. Bu nedenle, yıl içinde daha önce de "Eczanelerin Bağışıklama Üzerindeki Mevcut etkisine Genel Bir Bakış" adlı Küresel Raporu yayınlamıştık. Rapor, özet olarak ilgili çalışmaya kaynaklık eden dünya üzerinde 193.000 eczanenin 655 milyonluk bir küresel nüfusa bağışıklama hizmetini götürmesinin beraberinde getirdiği olumlu sağlık çıktıları ifade ediyor ve dünyada eczacı sağlık insan gücünün aşılama hizmetlerinde yaygın bir biçimde kullanılmaya başlandığının altını çiziyordu.

"Daha İyi Bir Sağlık İçin Hastalara Yardım Etmek" alt başlığı, elinizdeki kitapla ilgili son derece özet ama yine son derece yerinde bir bilgi sağlıyor. Öz bakım ya da kendi kendine bakım olgusu, hem sağlığa erişimin az olduğu ülkelerde, hem de sağlık okuryazarlığının arttığı ülkelerde aynı anda bir artış eğilimi gösteriyor. Tüm dünyada bulunan reçetesiz ilaç statüsündeki ilaçlara erişimle hasta arasındaki "reçete" olgusunun kalkması, hastayı doğrudan ilaçla karşı karşıya getiriyor. İşte tam bu noktada, toplum sağlığının ve kamu yararının korunması adına eczacının sağlık danışmanlığı rolünün çok daha güçlü bir biçimde ortaya konulması gerekiyor. Bu kitap, öz bakımda eczacının rolünün neden önemli olduğunu ve bu rolün hangi çerçeve içinde ele alınması gerektiğini, hem tüm eczacı sağlık insan gücüne hem de sağlık otoritesine doğru bir biçimde aktarmayı hedefliyor.

Türk Eczacıları Birliği olarak, kendimizi üyesi olduğumuz Dünya Eczacılık Federasyonu'nun uluslararası düzeyde yürüttüğü bu savunuculuk çalışmasının da bir parçası olarak kurguluyor ve Dünya Eczacılık Federasyonu CEO'su Ecz. Luc Besancon'a bize bu kitabın yayın hakkını verdiği için teşekkür ediyoruz.

Ecz. Arman ÜNEY

Türk Eczacıları Birliği Genel Sekreteri

Teşekkür

Tüm hakları saklıdır. Bu kaynak makale, Uluslararası Eczacılık Federasyonu Yönetim Kurulu Başkanı Sayın Luc Besancon, Uluslararası Eczacılık Federasyonu Mesleki Sekreteri Sayın Ema Paulino, kendilerinin destek personelleri ile mevcut ve önceki FIP Başkanları ve FIP İcra Komitesi Üyeleri'nin katkılarıyla hazırlanmıştır.

Eş başkanlar (editörler) aşağıdaki çalışma grubu üyelerine katkılarından dolayı teşekkür etmektedir:

- Sayın Maayke Fluitman - Hollanda
- Sayın Meng San (Dora) Lee - Tayvan
- Sayın Norman Marrow - Birleşik Krallık/ Milletler Topluluğu Eczacılar Birliği
- Sayın Hanne Bak Pedersen – WHO Europe
- Sayın Lorena Quiros - Kosta Rika
- Sayın Raj Vaidya - Hindistan
- Sayın Roza Yagudina - Rusya

Kanadalı iki eczacılık öğrencisi, Kenneth Tsang (Waterloo Üniversitesi) ve Michael Ni (British Columbia Üniversitesi) tarafından yapılan literatür incelemeleri için ayrıca teşekkür ederiz.

Paul Sinclair (Eş Başkan – Avustralya)

Warren Meek (Eş Başkan- Kanada)

Yönetici Özeti

Sağlık, ister öz bakımla ister başka türlü erişilmiş olsun, doğru zamanda, kabul edilebilir, uygun fiyat ve kalitede sağlık hizmetlerini içeren temel bir haktır. Evrensel sağlık güvencesi ile kaliteli sağlık sistemlerine erişim, hastalıkların önlenmesine ve sağlığın arttırılmasına odaklanma, yeterli ve uygun olarak eğitilmiş sağlık iş gücüne erişim, arttırılmış hasta sağlık okuryazarlığı sağlığa ulaşmak ve sağlığı korumak için gittikçe daha önemli faktörler haline gelmektedir. Buna ek olarak, süreç içinde eczacıların hasta öz bakımını destekleme istek, yetenek ve uygunlukları artmaktadır.

Öz bakım; bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlık uzmanının desteğiyle veya desteği olmaksızın hastalıklar ve iş göremezlik ile başa çıkabilmek için sağlığı arttırma, hastalıkları önleme ve sağlığı koruma yetenekleridir. Hastaların sağlık uzmanları arasında ilk seçenek olarak eczacılara eriştiği, daha önceki çalışmalarda detaylı olarak belgelenmiştir. Eczacılar, küresel düzeyde öz bakımı desteklemek için eczane merkezli ve işbirliğine dayanan pek çok girişimin içinde yer almaktadır.

Bireylerin sağlık hizmetlerini elde etme ve hükümetlerin kaliteli sağlık hizmetlerini verebilme konusunda karşı karşıya kaldığı ekonomik baskılar bugün her zamankinden fazladır. 2011 yılında Dünya genelindeki sağlık harcamalarının tutarı 6.9 trilyon Amerikan Dolarıdır. Uygulanabilir ve kaliteli sağlık sistemlerinin, dolayısıyla sağlığın sürekliliği, hem bireyler hem de hükümetler tarafından tüm sağlık profesyonellerinin optimal kullanımını gerektirmektedir.

Eczacılar tarafından verilen uygun hasta desteği, onların sağlıklarını daha iyi korumalarına, daha yüksek sağlık verimliliğine ve daha yüksek ekonomik verimliliğe yardım edecektir.

Bu belge, bireysel öz bakım ile ilgili sayısız faktörü ve eczacıların bireyler için değer ürettiğine dair kanıtları detaylarıyla birlikte sunmaktadır. Bilgilendirilmiş ve eğitilmiş hastalar kendi öz bakımlarında daha büyük ve çok önemli rol oynayacaktır.

Bu rapor, öz bakımın yapısından, özellikle davranışsal ve sistemsel bileşenlerinden, sağlık sistemlerinin anlaşılmasına ve önemine; ayrıca yasal çerçevelerin çeşitliliğinden mevcut veya geliştirilmekte olan pek çok eczane/eczacılık hizmetlerine kadar öz bakımın bir dizi yönünü vurgulamaktadır.

Hastaların düşüncelerini, güven düzeyini ve tecrübelerini anlamak öz bakımın geliştirilmesinde büyük önem taşımaktadır. Yenilikler, veri toplama, analiz ve teknoloji; daha iyi bir öz bakıma giden yolda belirleyici olan faktörlerden bazılarıdır.

Eczacılık her geçen gün biraz daha fazla ürün odaklı bir meslek olmaktan çıkıp, hasta odaklı bir mesleğe, hasta ve diğer sağlık uzmanlarıyla ile daha fazla işbirliği içinde olan; eczacılığın sağlığa açılan kapı olduğu ve eczacıların bireyleri kendi öz bakımları konusunda destekledikleri bir mesleğe dönüşmektedir.

1. Giriş

1.1 Öz Bakım Faktörleri: Öz Bakım Neden Her Zamankinden Daha Önemli?

Eczacıların öz bakıma açılan kapı olmaları konusunda doğrudan bilgi vermeden önce, ilk olarak öz bakım kavramını sağlık sistemi içinde ön plana çıkaran en önemli faktörler hakkında bazı değerlendirmeler yapacağız. Bu faktörlerin başlıcaları; bireylerin daha iyi sağlık hizmeti talebi, tüketicilerin reçetesiz ilaçlara daha uygun erişim talebi, sağlık konusunda daha fazla bilgilendirilmiş ve kendi sağlıkları için daha fazla sorumluluk almaya istekli olan görece daha iyi eğitilmiş bireyler, sağlık harcamalarını kontrol etme konusunda ulusal hükümetlere uygulanan baskı ve serbest eczacıların genişleyen rolüdür.

Daha iyi sağlık hizmetlerine ve ilaçlara dair tüketici talebinin daha önce hiç görülmediği kadar artmasıyla eczacıların temel hedefleri olan doğru ilacı doğru hastaya doğru zamanda vermek ve etkili öz bakımı desteklemek konuları her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. Öz bakımın birçok tanımı ve ayrıtısı bulunmasına rağmen bu raporun benimsediği tanım Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımıdır: “Bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlık uzmanının desteğiyle veya desteği olmaksızın hastalık ve iş göremezlik ile başa çıkabilmek için sağlığı geliştirme, hastalıkları önleme ve sağlığı koruma yeteneği.”(1)

Dünya genelinde nüfusun yaşam süresinin artmasıyla, bunun nedeni ister daha iyi hijyen ve beslenme, ister tıptaki gelişmeler olsun, tıbbi bakımın sağlanması gitgide daha pahalı bir hale gelmektedir (2). Maliyetleri kontrol etme çabasıyla pek çok ülke mevcut mali ve insan kaynaklarını (dünya genelinde sağlık çalışanı sayısı eksikliğini 7.2 milyon olduğu tahmin edilmektedir)(3) en üst seviyeye çıkarmak, etkili ve verimli sağlık hizmetlerini sunabilmek (2) için bir dizi önemli sağlık hizmeti reformları geçirmektedir. Bu reformlar, uzun vadeli hastalıkların yönetimi (2) de dâhil olmak üzere öz bakımın anaakım kamu sağlığı politikalarının bir parçası haline getirilmesini içermektedir.

Sağlık harcamaları ve hükümetlerin üzerindeki baskı ile ilgili olarak 2011 yılındaki küresel toplam sağlık harcaması Dolar cinsinden tabloda gösterilmiştir:

Tablo – 1: 2011 Dünya Sağlık Harcaması Verileri (4)

| Sağlık harcaması verileri | |
|--|---------------------|
| 2011 yılı için toplam sağlık harcaması | 6.9 Trilton USD |
| Yılda kişi başına ortalama toplam sağlık masrafı | 1008 USD |
| Sağlık için kişi başına en fazla toplam harcama yapan ülke | Norveç (9908 USD) |
| Sağlık için kişi başına en az toplam harcama yapan ülke | Eritre (12 USD) |
| Sağlıkta kişi başına en yüksek hükümet harcamasına sahip ülke | Norveç (8436 USD) |
| Sağlıkta kişi başına en düşük hükümet harcamasına sahip ülke | Myanmar (3 USD) |
| En yüksek cepten hane harcamasına sahip ülke | İsviçre (2384 USD) |
| En düşük cepten hane harcamasına masrafına sahip ülke | Mozambik (1.64 USD) |
| Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)'ne bağlı ülkeler içinde sağlık için kişi başına harcanan ortalama miktar: | 4584 USD |
| OECD ülkelerinde yaşayan dünya nüfusunun yüzdesi | 18% |
| OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamasının Dünya yüzdesi | 82% |
| WHO'nun temel acil hizmetleri sağlamak için gereken yıllık kişi başına harcama tahmini | 44 USD |
| Hükümet, hane ve özel sektör başına harcamaları ve dış bağışçılar tarafından sağlanan fonları da içeren kişi başına yıllık sağlık harcamasının 44 Amerikan Doları'ndan daha az olduğu WHO üye ülkelerinin sayısı | 26 |
| Yıllık sağlık harcamasının 20 Amerikan Doları'ndan daha az olduğu WHO üye ülkelerinin sayısı | 6 |
| Bağışçılar tarafından sağlanmış WHO Afrika Bölgesi'nde sağlığa harcanan fonların yüzdesi | % 9.4 |

Dünya genelinde ülkelerin çoğu hızla artan sağlık hizmeti harcamalarından kaçınmak için, zorlu bir görevle yüzleşmektedir. 2012 yılında harcamaların tahmini 1.9 oranında artmasına rağmen, nüfus artışı göz önüne alındığında kişi başına harcamanın 2014-2017 arasında yıla ortalama % 4,4 artacağı tahmin edilmektedir. Örneğin; Avustralya'da, 2014 Meclis Bütçe Tutanakları eyalet hükümetleri için en fazla harcama yapılacak ögenin sağlık olacağını tahmin etmektedir (5).

Sağlık hizmetlerinin sunulması ile ilgili ekonomik baskılar, gerekli hizmetleri sağlayacak uygun olarak eğitilmiş personelin eksikliğiyle daha da şiddetlendirilmektedir. 2013 yılında dünya genelinde 7.2 milyon olan sağlık çalışanı eksikliği WHO'nun tahminlerine göre 2035 itibarıyla 12.9 milyona ulaşacaktır (3). Sağlık hizmetlerinin ideal bir biçimde sunulması bu yüklerin bazılarını şüphesiz azaltacaktır. Ortalama yaşam süresinin 2012

yılında 72.62'dan 2017 yılına kadar 73.7'ye çıkacağı tahmin edilmektedir ki bu da 65 yaş üstü nüfusun dünya genelinde yaklaşık 560 milyona veya toplam dünya nüfusunun % 10'una ulaşması anlamına gelmektedir. Batı Avrupa'da bu oran % 20'yi, Japonya'da % 27'yi bulacaktır. Yaşlanmakta olan nüfus sağlık hizmetleri için ek bir talep yaratacak ve bu durum; hem gelişmiş hem de gelişmekte olan hükümetler için dikkate değer bir tehdit oluşturacaktır.

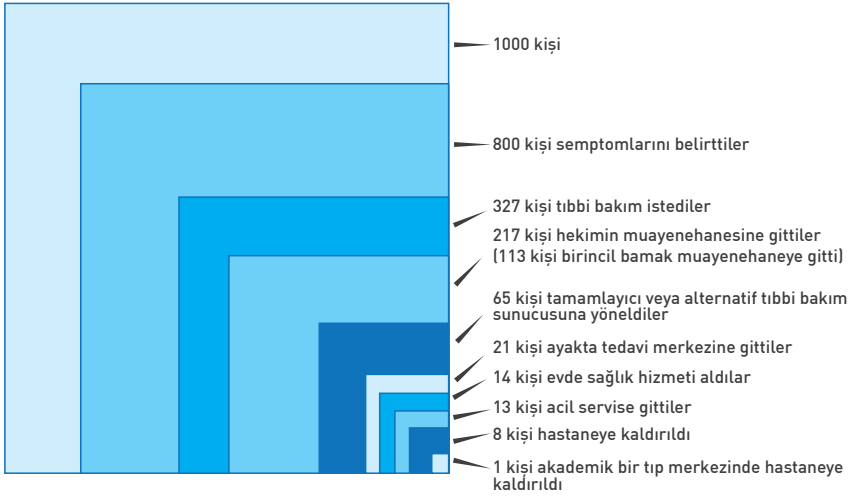
Yaşlanan nüfus, daha fazla sağlık hizmeti harcaması gerektiren kronik sağlık problemi yaşayan kişi sayısındaki artış, hem sanayileşmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde hizmetlere erişimin artması ve tedavideki gelişmelerin sektörün büyümesine yol açacağı beklenmektedir, ki bu da sağlık bakım maliyetlerini düşürmek için baskıların ortadan kalkmayacağını, artacağını göstermektedir. Yüksek iç borçlar ve vergi gelirindeki kısıtlamalarla birleştiğinde bu şartlar, sağlık harcamalarını yapanları zor kararlar almaya itmektir (6). Sağlık alanında bugün uygun reformlar olmaksızın sürdürülebilirlik sorunu bulunmaktadır.

Bu nedene, genişletilmiş öz bakım hizmetleri çabası, hizmet sağlayıcılarının maliyetlerini sınırlama ve hizmetlere daha kolay ve daha elverişli erişimi de içeren bazı önlemler alınması gündeme gelmiştir.

1.2 Sağlık Sisteminde Öz Bakım

1961 yılında The New England Journal of Medicine tarafından yayınlanan bir çalışma, Birleşik Krallık ve Birleşik Devletler'den gelişigüzel seçilmiş her 1000 kişiden ortalama 750'sinin ayda bir sağlık sorunu yaşadığı, 250 kişinin bir doktora danıştığı, on kişinin hastaneye yatırıldığı sonucunu çıkarmıştır. 2001 yılında, Birleşik Devletler'den alınan veri baz alınarak yapılan benzer bir analiz her 1000 kişiden 800'ünün sağlık sorunu yaşadığını beyan ettiği, bunların içinden sadece 330 kişinin tıbbi yardım talep ettiği, 10 kişinin hastaneye yatırıldığı ve bir kişinin de hastanede özel bakıma yatırıldığı sonucunu çıkarmıştır (7).

Bu nedenle, öz bakımın genişletilmesinin arkasındaki itici güç, hizmetlere daha kolay veya daha makul erişim sağlanmasının yanı sıra hizmet sunucularının maliyetini azaltmak gibi tüketici talepleri tarafından kamçılanmaktadır. Eğitime olan erişimin genişletilmesi ve internetin sağladığı etkileşim, hastaların kendi sağlıklarını ve tedavilerini etkileyen kararların alınmasında hastaların daha fazla katılım yolları aramasını beraberinde getirmektedir.



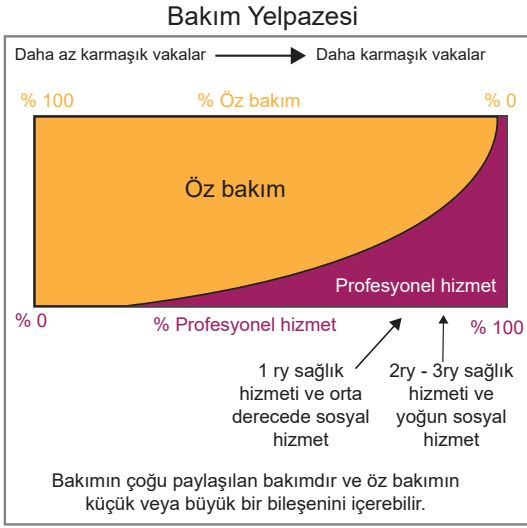
Şekil - 1: Hastalıkların Prevalansı ve Sağlık Kaynağı Analizi (8)

Yapılan diğer çalışmalar, geçen kırk yılda büyük bir değişimin olmadığını göstermektedir.

FIP'in bir önceki dönem başkanı Michel Buchmann'ın Prescrire'de yazdıklarını aktarmak gerekirse: "Metninyazarları, tıpfakültesi öğrencilerinin neredeyse tamamen hastane temelli olan eğitimlerinin nüfusun tecrübe ettiği hastalıkların çok küçük bir kesimi üzerinde yoğunlaştığı ve geleceğin pratisyenlerinin yanı sıra uzmanlık öğrencilerinin hastaların karşı karşıya kaldığı bütün sağlık sorunları, özellikle de farklılaşmamış semptomları olan sağlık sorunları üzerine eğitilmesi ihtiyacının bu çalışma tarafından doğrulandığı sonucuna ulaştılar. Bu olgudan eczacılar da etkilenmektedir ve bu husus üzerine eğilinmesi gereken bir noktadır. Bu arada, söz konusu iki çalışma bir sağlık sorunu olduğunu ifade eden ancak bir hekime görünmeyen hastalar hakkında herhangi bir şey söylememektedir. Peki bu insanlar ne yapar? Kesin bir biçimde bazıları semptomların kendiliğinden yok olmasını beklerler veya ellerindeki araçlarla tedavi etmeye çalışırlar; bazıları da eczaneye gider. Bu ikinci durumda (genellikle bir randevu almaksızın danışmak mümkün olan ve sunduğu hizmet için ayrı bir ücret almayan) eczacı birinci basamak sağlık hizmetinin en ön saflarındaki sağlık çalışanlarından biri haline geldi. Bu durumun üç ana yansıması oldu: İlk olarak hekimler, bir sağlık sorunu ortaya çıktığında başvurulacak yegane sağlık çalışanı olma özelliklerini yitirdiler. İkincisi, hasta ile yakınlık kurmak birinci basamak sağlık hizmetinin ana unsurlarından birisidir. Üçüncüsü, sunulan bakımın etkili olması için, topluma sunulan hizmetin mevcut sağlık bütçesi dahilinde toplumun ihtiyaçlarına en uygun hale getirilmesi amacıyla sağlık çalışanları birlikte çalışmalıdır." (9).

Eczacıların da bir sağlık hizmeti sunucusu olduğu yeni bir düzende onların sunduğu bazı klinik hizmetlerin karşılığı ödenebilir, ancak bunun önünde ödeme yapanları ve karar mercilerini bu hizmetlerin uygun maliyetli olduğuna ve eczacılardan faydalanmanın “değer önerisi”ne ikna etmek gibi engeller vardır. Bazı ülkelerde sundukları klinik hizmetler için eczacılara meslek hakkı ödemesi yapılmaktadır ve prensip olarak dünyadaki bütün eczacılar sundukları hizmetin karşılığını almalıdır.

Aşağıdaki iki şekil öz bakım ve genel sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiyi göstermektedir:



Şekil – 2: Bakım yelpazesinde kişisel bakımın oranı (10)



Şekil – 3: Kronik Hastalığa Sahip Hastalarda Öz Bakım Oranı

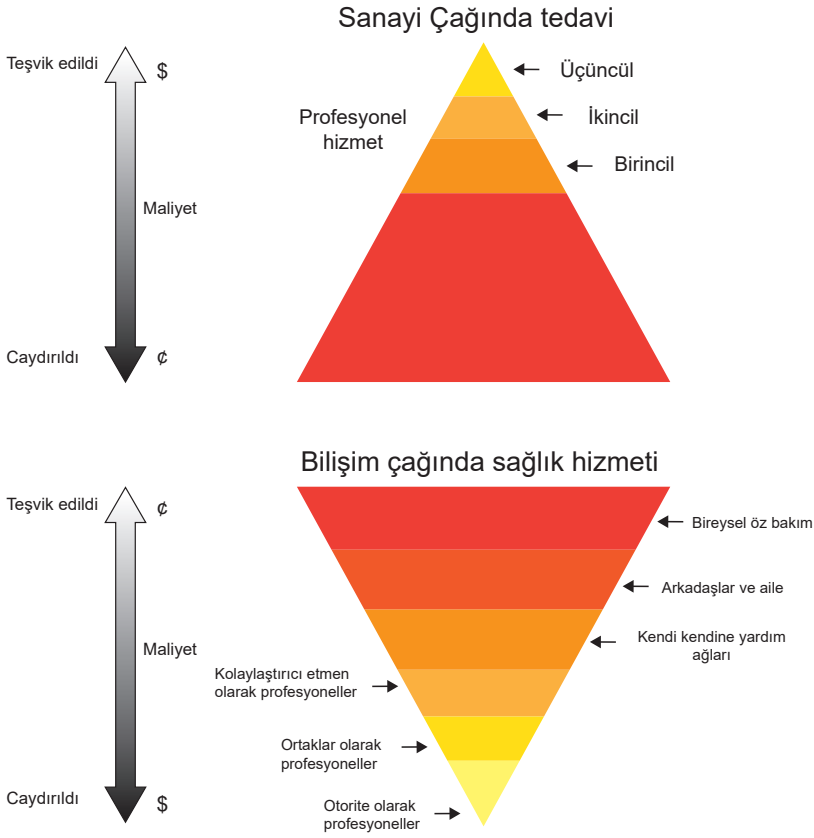
Yukarıdaki verilerden hastaların büyük ölçüde kendi kendilerini tedavi ettiklerini biliyoruz (2). Daha fazla kişiyi akut veya kronik sorunlar için üst düzey öz bakıma yönlendirmenin profesyonel bakım masraflarını azaltma potansiyeli vardır. Küçük davranış değişiklikleri sağlık hizmetine olan talebi önemli ölçüde etkilemektedir. Bununla birlikte, bazı ülkelerde sağlık alanındaki kamu harcamalarının düşük olması sebebiyle kişisel harcamalar yüksektir.

Eczanelerin halk sağlığı hizmeti verdiği temel alanlardan biri de öz bakımdır. (Diğerleri ise ilaç tedavisine uyum, aşılama, tarama ve hastalık önlemedir). EPPOSI tarafından 2013 yılında yapılan bir anketin temel bulguları katılımcıların %90'ının öz bakımı basit rahatsızlıkları da kapsayan kronik durumlar ile hastalıkların yönetimi ve önlenmesinin çok önemli bir parçası olarak gördüğünü göstermiştir. Cevap verenlerin çoğu, artan sağlık ve yaşam kalitesi, hastalıklarının önlenmesi ve yönetimini öz bakımın faydaları olarak belirtmiştir. Bağımsızlık, üretkenlik ve kişisel tatmin katılımcıların belirttikleri diğer faydalar olarak sıralanmıştır. Hastalarımız, kendi sağlıklarıyla ilgilenmeye isteklidir ve çoğu sağlık durumlarının kendi sorumluluklarında olduğunu kabul etmektedir. Bununla birlikte, cevap verenlerin %20'sinden daha azı öz bakım konusunda kendine güvenmektedir. Öz bakım için gerekli bilgi, beceri ve yetenekler azaldıkça, sağlık hizmetleri uzmanlarına bağlı olma oranı artmaktadır (11).

Eczacının reçetesiz ilaç satışının, öz bakım alanında eczacının rolünün dolaylı bir ölçütü olduğu düşünülebilir. Eczacılık hizmetinin erişilebilirlik, uygunluk ve kapasite standartlarını devamlı şekilde yükselttiği geniş bir kabul görmektedir. Bu tür erişilebilir profesyonel hizmetlerin varlığının, devletin, diğer sağlık hizmeti kuruluşlarının ve bireyin üzerindeki yükü azaltmak ve toplumu güçlendirmek için daha verimli olduğu devletler tarafından da gün geçtikçe daha iyi anlaşılmaktadır.

Sağlık sisteminin işleminde hükümet tarafından yönlendirilen, tedavi edici, sonuç ve sistem odaklı modelden işbirliğine dayalı, önleyici, değer ve insan odaklı modele geçişte köklü değişikliklere tanık olmaktadır.

Bu değişim Şekil – 4'ten görülebilir:



(12)

Şekil – 4: Bilişim Çağı Sağlık Hizmetinin Sanayi Çağı Sağlık Hizmetine Kıyasla Teşvik Edilen Tedavi ve Harcamalar Arasındaki İlişki

Serbest eczaneler artık sadece reçetenin yazıldığı yerler değil, aynı zamanda gitgide artan düzeyde iyi eğitilmiş personeliyle sağlık sisteminin bütünleyici bir parçasıdır. “Bilgi çağında sağlık bakımı” kavramı göz önünde bulundurulduğunda, sağlık okuryazarlığı sağlıkta öz bakımın gücünü görmemizi kolaylaştıracaktır. Ayrıca eczacılarına danışan tüketiciler gerekli olduğu durumlarda eczacıların kendilerini diğer uzmanlara yönlendireceğinden emindir.

Sağlık okuryazarlığı ve sağlık uzmanlarıyla karşılıklı iletişimle kazanılan sorumlu ve etkili öz bakım becerileri, sağlığın korunması için gitgide artan bir öneme sahiptir. Genişletilmiş öz bakım ve iyileştirilmiş sağlık okuryazarlığı, sağlık durumunu, hasta uyumunu ve yaşam kalitesini arttırırken ülkenin sağlık hizmetleri ve bütçesi üzerindeki yükü hafifletecektir (5).

Sorumlu ve etkili öz bakım tüm paydaşlar, hasta/ tüketici, eczacılar, eczaneler de dâhil sağlık hizmet sunucuları, ilaç sanayii, hükümet ve diğer paydaşlar için avantajlar sunmaktadır ve mevcut toplumsal ve siyasi eğilimler ışığında bireysel tercihin güçlendirilmesi ve devlet tarafından getirilen kısıtlamaların aşılması gibi önceliklere dayandırılmıştır.

Ayrıca genişletilmiş öz bakım özellikle kırsal kesimde nadir bulunan ve erişilmesi zor sağlık hizmetleri üzerindeki baskıyı azaltacaktır (5).

1.3. Eczacılar ve Öz Bakım

2011 yılında, FIP ve DSÖ'daha önce yayınlanmış olan İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu'nun (GPP) "İyi Eczacılık Uygulaması FIP/WHO Ortak Kılavuzu: Eczacılık Hizmeti Kalite Standartları" başlıklı yenilenmiş yorumunu benimsemiştir. Bu belgede, eczacılık uygulamasının amacı "sağlık koşullarının iyileştirilmesine katkıda bulunmak ve ilaçlarının kullanımlarında azami fayda sağlamak için hastalara sağlık sorunlarında yardımcı olmak" şeklinde tanımlanmıştır.

GPP, "kanıta dayalı uygun bakımı sağlamak için eczacılık hizmetlerini kullanan insanların ihtiyaçlarına cevap veren bir eczacılık uygulaması" olarak tanımlanmaktadır. Bu uygulamayı desteklemek için, kalite standartlarının ve yönlendirici ilkelere ilişkin oluşturulmuş bir ulusal çerçevenin olması gereklidir. DSÖ/ FIP İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu (12) ulusal düzeylerde Ulusal Eczacılar Birliği ve diğer ilgili paydaşlar tarafından GPP özel standartlarının geliştirilmesi için kılavuz belge olarak hizmet vermelidir. GPP ile ilgili asgari standartlar oluşturulurken, hastalar ve toplumun ihtiyaçları doğrultusunda eczacıların rolünü tanımlamak önemlidir. İkinci olarak, eczacıların her bir rol için doğrudan sorumlulukları ve hesap verebilirliği tespit edilmelidir. Üçüncü olarak, işlev ve rolü destekleyen faaliyetlerle ilgili olarak asgari Ulusal Yeterlilik Çerçevesi oluşturulmalıdır.

Sağlık hizmetleri uzmanı olarak eczacılar sağlık hizmetlerine erişimi geliştirmede ve ilaçların potansiyel faydasıyla gerçek faydası arasındaki farkı kapatmada önemli bir rol oynamaktadırlar. Bu sebeple eczacılar kapsamlı bir sağlık sisteminin de parçası olmalıdırlar. Ayrıca, eczacıların sağlık hizmetlerinde ve halk sağlığındaki rolünün gitgide karmaşık hale gelmesi ve çeşitli bir doğasının olması, güncel beceri ve uzmanlığa sahip sağlık uzmanları olarak eczacıların becerilerinin sürekli korunmasını şart koşmaktadır. Ulusal eczacılık meslek birlikleri eczacılık hizmetleri ve uygulama amaçları doğrultusunda uzaktan öğrenme programlarına da yer veren sürekli mesleki gelişim faaliyetleri düzenlemeli, kendi ülkelerindeki eczacıları desteklemek için diğer sağlık meslek birlikleriyle birlikte çalışmalıdır. Bu kılavuzlar eczacıların sağlık hizmetine erişimi artırma, sağlığı yaygınlaştırma ve hizmet sundukları hastalar adına ilaç kullanma biçimleri hakkında tanımlamalar sunmak amacıyla hazırlanmıştır (14).

İyi Eczacılık Uygulaması Kılavuzlarınıninlinizdeki kitapla ilgili özel bir kısmı vardır: Sağlık sisteminin ve halk sağlığının etkinliğini arttırmaya katkıda bulunmak. Bu kısımda eczacılar için tavsiye edilen iki işlev ve altı faaliyet bulunmaktadır:

İşlev A: İlaçlar ve öz bakımın çeşitli yönleri hakkında kontrolü sağlanmış bilgileri yaygınlaştırmak.

- Eczacılar hastalara, diğer sağlık uzmanlarına ve topluma iletilen bilgilerin kanıta dayalı, tarafsız, anlaşılır ve uygun olduğundan ve reklam amacı gütmendiğinden emin olmalıdırlar.

- Eczacılar sağlık yönetimi, sağlığın geliştirilmesi ile ilgili ve hastalık önlemeye yönelik uygulamalar için hasta nüfusunun geneline yönelik, yaş grubuna ve sağlık okuryazarlığı düzeyine uygun eğitim materyalleri geliştirmeli ve/veya kullanmalıdırlar.

- Eczacılar hastaları ilaç bilgisi de dâhil olmak üzere web tabanlı veya diğer türde formlarda bulunan sağlık hizmeti bilgisinin nasıl değerlendirileceği ve kullanılacağı konusunda eğitmeli ve özellikle internetten temin ettikleri bilgiler konusundakilerine danışmaları için yönlendirmelidir.

- Eczacılar hastalarına ve onlara bakım verenlere kişisel ihtiyaçlarını karşılamak için bilgi elde etme ve bu bilgiyi analiz edebilme konusunda yardım etmelidir.

İşlev B: Önleyici bakım faaliyetleri ve hizmetlerinde yer alarak bu alanda minimum ulusal standartlar oluşturulmak.

- Eczacılar sigarayı bıraktırma, bulaşıcı ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi alanlarda halk sağlığını teşvik eden önleyici bakım faaliyetleri yürütmelidirler.

- Eczacılar, uygulanabildiği yerde hasta başı testi ve hastalığa yakalanma riski daha yüksek olan hastalar için diğer sağlık tarama faaliyetlerini sağlamalıdır.

Uluslararası Eczacılık Federasyonu tarafından 2012 yılında yayınlanan “İlaçların Geliştirilmesi, Dağıtımı Ve Sorumlu Kullanımındaki Farkları Kapatarak Küresel Sağlığı Geliştirmek” Milenyum Deklarasyonu, 21. Yüzyıl hedeflerinin deklare ederken doğrudan öz bakım kavramına odaklanmamakla beraber bu kavrama yer vermektedir:

“Eczacılar ve farmasötik bilimciler küresel sağlık ve hasta sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesinde ilaçların geliştirilmesi, dağıtımı ve doğru kullanımındaki açıkları kapama sorumluluklarını ve hesap verme zorunluklarını kabul etmektedirler. Toplum, eczacılık uygulamasının gelişimini ve farmasötik bilimleri destekleyerek bu amaçlara

katkısahlayabilir. Eczacılar ve farmasötik bilimciler olarak, ilaçların geliştirilmesi, dağıtımı ve sorumlukullanımı konusunda uzmanız. İlaç tedavisinden hasta odaklı bakım yoluyla en uygun sonuçları elde etmeye kendimizi adanmış durumdayız. Nüfusun ve hastaların sağlığının risk altında olduğunu ve ilaçlara erişim sağlanamadığında, ilaçlar düşük kalitede olduğunda veya uygun olmayan şekilde kullanıldığında ilaçların değerinin azaldığını görüyoruz. Böylesine karmaşık sorunların çözümünütek bir bilim dalının veya meslek grubunun çabalarıyla gerçekleşmesi mümkün olmasa da, topluma karşı olan sorumluluk duygumuz bu sorunların ele alınmasında öncü güç olmak için bizi motive ediyor” (15).

Yüzyıllar boyunca farklı kültürel ve ekonomik şartlara sahip insanlar; kültür ve inançlar, öğrenme süreçleri, temel sağlık hizmeti ve ilaçlara erişim, sağlık ve ticaret etkenleri konusunda da büyük farklılıklar göstermişlerdir. Bu kitap, tıp ve eczacılık tarihindeki dönüm noktalarını göz önünde bulundururken, sağlık tüketiciliği ve kaliteli eczacılık hizmeti desteği alan bilgilendirilmiş ve eğitilmiş bir toplumun bu alandaki rolünü kanıt temelli olarak değerlendirecektir. Uluslararası Eczacılık Federasyonu 100. Yıl Deklarasyonu’nda da belirtildiği gibi; eczacılar ve farmasötik bilimcilerihizmet ve ürünlerinsağlayıcıları ve kullanıcılarını ciddi sorumluluklar almaya teşvik ederek daha iyi bir sağlık hizmeti arayışında olacaklardır.

Bu kitap, öz bakım kavramının ilaçlara erişim, eczacıların rolü veöz bakımın yaygınlaşma aracı olarak sağlık okuryazarlığı gibi bileşenlerini içermektedir. Öz bakım kavramının içeriği ve önemi bazı kültürlerde tam olarak anlaşılmamaktadır. Bu kitabın öz bakım kavramının bütün kültürlerle doğru şekilde aktarılmasına yardımcı olacağını umuyoruz.

Sonuç olarak bu kitap, aşağıdakileri tartışacaktır:

- Öz bakımın yapısı
- Sağlık sistemleri ve evrensel sağlık güvencesi
- İlaç/eczane/eczacılık mevzuatı ve uygulamalarındaki çeşitlilik
- Dünyada sıkça rastlanan tüketici faktörleri
- Daha iyi bir öz bakım için risk/ fayda dengesi
- Eczacıların rolleri ve kattıkları değer
- Öz bakımda eczacıların kapasitelerini etkileyen engel ve kolaylaştırıcılar
- Bir bütün olarak sağlık sisteminde eczacıların tanınması ve bu sisteme entegrasyonu
 - Politika değiştirmeye yönelik amaçları ve eczacıların faaliyetlerini gösteren özet tablo
- Sonuçlar

2. Kullanılan Yöntemler

Bu kitabın içeriği yaşam bilimleri ve biomedikal konularındaki referans ve özetleri içeren MEDLINE veritabanına erişim sağlayan PubMed veritabanlarından (Ulusal Sağlık Enstitüleri'ndeki Birleşik Devletler Ulusal Tıp Kütüphanesi (NLM) Entrez bilgi elde etme sisteminin bir parçası olarak veritabanını devam ettirmektedir), Google Akademik, Uluslararası Eczacılık Özetleri (IPA), FIP üye organizasyonları faaliyetlerini içeren Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP) veritabanı ve Rusya Devlet Kütüphanesi ve e-kütüphanesinden alınmıştır.

Öz bakıma dâhil olan insanları tanımlamak için hastalar, tüketiciler, alıcı ve müşteriler gibi birçok terim kullanılmaktadır. Bu raporda hastalar ve tüketiciler terimleri birbirlerinin yerine kullanılabilir. Ayrıca, öz bakım sürecinde alternatif ve tamamlayıcı tedaviler gibi başka yaklaşımlar göz ardı edilmiştir.

Bu kitabın bütününde birçok kaynağa başvurulmuştur. Öz bakım ve ilgili konularla ilgili yayınları içeren tamamlayıcı ekler, Uluslararası Eczacılık Federasyonu veri tabanında bulunmaktadır.

3. Öz Bakımın Yapısı

3.1 Öz Bakım ve Kendi Kendine Tedavi Arasındaki İlişki ve Tanımlamalar

Öz bakım kavramı esas olarak bireylere kendi sağlıkları ve iyilikleri için sorumluluk yüklenmeleridir. Pek çok yazar öz bakımın kapsamı ile ilgili çeşitli tanımlar yapmıştır. Evrensel olarak kabul görmüş herhangi bir tanım bulunmamakla beraber öz bakımın hastalığı önleme yoluyla sağlığı oluşturan ve koruyan faaliyetleri içine alan geniş bir kavram olduğu açıktır (2).

Öz bakımın tanımları (i) kimin öz bakım uyguladığı; (ii) neyin öz bakım davranışını motive ettiği; ve (iii) sağlık uzmanlarının dâhilolma derecesine göre değişiklik göstermektedir. Öz bakıma dair bakış açıları sağlık uzmanlarıyla toplum arasında ve farklı disiplinlerde (rollerdeki) sağlık uzmanları arasında farklılık göstermektedir. Özetle, farklı meslekler öz bakımı kendi uygulama alanları içinde gördükleri için, pek çok açıklama ve tanımla karşılaşmaktayız (16).

Öz bakım insanların formda kalmak, fiziksel ve zihinsel sağlığı korumak, hastalıkları ve kazaları önlemek ve gereksiz risklerden kaçınmak için üstlendiği faaliyetleri içine almaktadır. Basit ve kronik rahatsızlıklar için kendi kendine tedavi ve akut hastalık veya taburcu sonrası iyileşmek için harekete geçmeyi içermektedir. Sorumlu öz bakım, iyi sağlık okuryazarlığı ve eczacılar ve pratisyen doktorlar (aile hekimleri) gibi sağlık uzmanlarıyla iletişimi gerektirmektedir. Öz bakım, reçetesiz ilaç erişimi ve kullanımının yanında, reçeteli ilaçların kullanımını, hayat tarzı ve davranış seçimini de içeren bireyin kişisel sağlık yönetimini içine almaktadır. Yani, bu bağlamda, eczacının yalnız hastalar reçetesiz ilaçlara erişim sağladığı ve bunları kullandığı için hasta öz bakımında rol oynamaz; eczacı aynı zamanda reçete edilen ilaç tedavisini de yönetmektedir. Bu bakımdan, eczacının hastanın (muhtemelen alternatif/geleneksel ilaçları içeren) reçetesiz ve reçeteli ilaçlarıyla ilgili genel bir değerlendirme yapmasını ve daha kapsamlı ve bilgili bir destek sunabilmesini bekleyebiliriz (5).

Öz bakımı insanın sağlığını iyi hale getiren bir süreç olarak tanımlarken, sağlığın kendisinin debirçok tanımı olduğu not edilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, sağlık herhangi bir rahatsızlığın olmamasından ziyade "fiziksel, psikolojik ve toplumsal anlamda tam bir iyi olma durumu"dur (17). Saracchi'ye göre sağlık hastalık veya rahatsızlıktan bağımsız olarak iyi olma koşulu, temel ve evrensel bir haktır (18). Avustralya Aborijin yerlileri genellikle sağlığı "yalnızca bireyin fiziksel anlamda iyi olması değildir; aynı zamanda tüm toplumun toplumsal, duygusal, ruhsal ve kültürel anlamda iyi olması" şeklinde tanımlamaktadırlar (19).

Öz bakımı yukarıdaki terimlerle tarif ederken, tek taraflı bir eyleme vurgu yapılmaktadır ve ilk aşamada birey temellidir. Bununla birlikte, ek tavsiyelerin ve muhtemel tedavi seçeneklerinin birlikte değerlendirildiği

ikinci bir tarafı da (bir sağlık çalışanını) içerir.

Hasta merkezli bakım; bireylerin, ekiplerin ve hizmetlerin düzenli olarak nasıl sağlanması gerektiğinin dayanağını oluşturan dört prensipten oluşmaktadır:

İnsan-merkezli bakımın dört temel özelliği

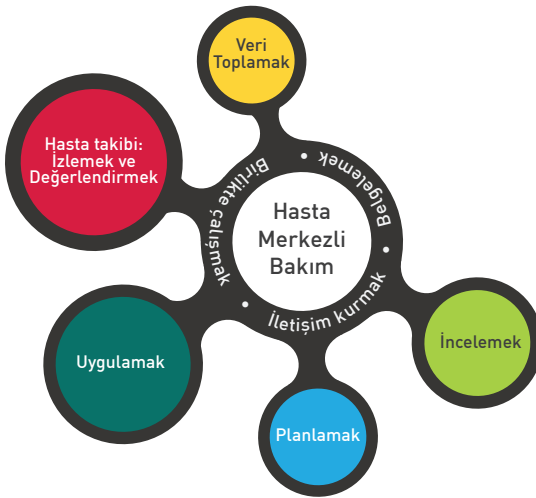


İnsan-merkezli olmak;

1. İnsanlara değer, saygı ve şefkat sunar
2. Eşgüdümlü bakım, destek ve tedavi sunar
3. Kişisel bakım, destek ve tedavi sunar
4. Güçlendiricidir

Şekil – 5: İnsan-Merkezli Bakımın Temel İlkeleri [20]

Eczacılık Pratisyenleri Karma Komisyonu hasta-merkezli bakımı beş basamaklı bir süreç olarak tanımlamaktadır.



Şekil – 6: Beş Basamaklı Hasta Merkezli Bakım Sunumu Süreci [21]

Kendi kendine ilaç tedavisi, sağlık sorunlarının ev ilaçlarıyla veya eczaneler ve diğer perakende satış noktalarından temin edilen ilaçlarla bireyler tarafından tedavi edilmesini içermektedir. Kendi kendine tedavi öz bakımın sadece bir unsurudur ve kişinin kendi kendisinin fark ettiği hastalık veya belirtileri tedavi etmek için tavsiye edilen veya edilmeyen ilaçların kişi tarafından seçilimi ve kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Bu tür ilaçların halkın kullanımınan nasıl açık hale geldiği konusu, ülkeden ülkeye değişmektedir, fakat bunların hepsi düzenleyici kuruluşlar tarafından herhangi bir tıbbi deneyim veya müdahale gerektirmeksizin insanların seçmesi ve kullanması için güvenli ve etkili olarak onaylanmıştır (Elbette burada yanlış etiketlenmiş/tahrif edilmiş /sahte ilaçların varlığı da göz önünde bulundurulmalıdır). Kendi kendine tedavide kullanılan bu tip ürünler kapsamlı bir etiketleme içermektedir ve bazı bulgular tüketicilerin çoğunun yeni bir ilaç almadan önce bu bilgiyi okuduklarını ortaya koymakta (2), diğer bir araştırma açık ve net bilginin etkiyi (etkililiği) ve güvenliği arttırdığını vurgulamaktadır (22). Ambalaj etiketleri ve ilaç prospektüsleri pek çok seviyede okunmakta ve anlaşılmaktadır. Ancak bu bilgiler okunduktan sonra dahi alınan kararların doğru olup olmadıkları ise büyük ölçüde belirsizdir.

Kişiler tarafından seçilebilen ilaçlar yaygın olarak “tezgâh üstü ilaçlar”(OTC) veya “ reçetesiz satılan ilaçlar” olarak anılmaktadır. Milyonlarca tüketicinin günlük olarak kendi kendilerine uyguladıkları tedavilerin minimal risk taşıdığı düşünülse de, tüketicileri tüm ilaçları uygun oran ve şekilde kullanmaları ve eczacı tavsiyesine başvurmaları konusunda teşvik etmek önemlidir. Kendi kendine tedavide (23) sorumlu kullanımın ve ilaç kalite güvencesinin çok büyük önemi vardır. 2015 yılında MacCann Eczacılık Girişimi ile FIP’in ortaklaşa yürüttüğü bir çalışma, eczacıların çoğunun hastaların fiyattan ziyade ürün hakkında bilgilendirme ve tavsiyelere itibar ettiğine inandıklarını ortaya çıkardı. Ayrıca, eczacıların OTC ilaçlar ile ilgili tavsiyeleri istendiğinde hastalara triyaj uyguladıkları da çalışma tarafından onaylandı. İlk olarak sağlıklarının ve kendi-kendine tedavilerinin idarelerinde hastaları güçlendirmek için tarafsız ve net bilginin gerekli olduğu, ikincil olarak da bu ilaçların seçimi ve sorumlu kullanımına yardım etmede eczacıların önemli bir rol oynayabileceği araştırmadan çıkarılabilecek ana sonuçlardır (24).

Kolaylaştırılmış veya tavsiye edilmiş kendi kendine ilaç tedavisi, tüketicinin satın alma noktasında yardım aradığı durumlarda kullanılan bir terimdir. Reçetesiz ilaç satın alımlarına çoğunlukla ambalajdaki uygun ürün bilgisini kullanarak tüketici tarafından karar verilmektedir. İlaçlar

¹Uluslararası Eczacılık Federasyonu da bu öneme binaen, paydaşların katılımıyla 2015 yılında Düsseldorf'ta reçetesiz ilaçların en iyi kullanımının sağlanması konulu bir yuvarlak masa toplantısı düzenlemiş bulunmaktadır. (22)

eczanelerden satın alındığında, birçok eczanede eğitimli bir asistan veya bir eczacı bulunduğu için personel tüketicinin öz bakıma dair karar alımını kolaylaştıracak güçlü bir pozisyondadır. Bazı ülkelerde, reçetesiz ilaçlara ilişkin düzenlemeler belirli reçetesiz ilaçların satışında eczacının bulunması zorunlu kılmaktadır. Sınırlı sayıda araştırmacı tüketicinin satın alma kararlarının bu "kolaylaştırma"nın etkili olduğunu göstermiştir. Nicholeta ve diğ. Ve Sclaret ve diğ. tarafından yapılan bir araştırmacı eczacılık öğrencisinin kendileriyle proaktif olarak ilgilenmesi sonrası tüketicilerin satın alma kararlarını değiştirdiklerini (sırasıyla % 25 ve % 43 oranlarında) göstermiştir. Tüketicilerin küçük bir kısmı da hiçbir şey satın almamış (sırasıyla %13 ve % 8 oranlarında) veya doktorlarına yönlendirilmiştir (sırasıyla %1 ve % 4 oranlarında). (25)(26)

Bu çalışmalar eczane ekibinin özellikle ilk başta doktora danışmamayı seçen tüketicinin kararlarını olumlu anlamda nasıl şekillendirebildiğini ve tüketicuyu değişik (ve muhtemelen daha iyi) seçeneklere(2), yönlendirmeye yardım edebildiğini vurgulamaktadır.

3.2 Öz Bakımın Davranışsal ve Sistemsel Bileşenleri

3.2.1 Davranışlar

Sağlık davranışları (ve onları yönlendiren motivasyonlar) toplum, eczacılar, diğer sağlık uzmanları, politika belirleyiciler ve ilaç sanayii için farklılaşabilmektedir.

Öz bakım neden insanlara iyi gelir? Kendilerine bakabilmek, aile hekimleri veya çevrelerindeki eczacıyı ihtiyaçları olduğu zaman ziyaret etmeleri için cesaret ve bilgisahibi olmak, onlara kendi sağlıkları üzerinde daha büyük bir kontrol vermekte ve uzun dönemde hastalıkları önleyecek sağlık davranışlarını teşvik etmektedir. Birçok durumda insanlar basit rahatsızlıklarla baş edebilmektedirler. Bu da doktor konsültasyonlarının sayısını azaltmakta ve doktorlara uzun dönemli hastalıkları yönetme, ek hastalıkları (komorbidite) olanlar, çok genç veya yaşlı hastalar gibi daha yüksek riskli hastalarla ilgilenme ve yeni hizmetler sağlama fırsatı vermektedir. Sınırlı kaynakların maliyet etkin/doğru kullanımı paranın en çok ihtiyaç duyulan alanlarda harcanmasına olanak sağlamakta ve sağlık sonuçlarını geliştirmektedir. Bunun yanında sağlık hizmetleri alanında kişisel sorumluluğun artırılması sağlık ve refahının artmasına ve uzun dönemli rahatsızlıkların ortaya çıkması halinde daha iyi yönetilmelerine yardımcı olmaktadır.

Yerel toplulukların ihtiyaçlarını karşılama amacı güden basit değişiklikler öz bakım alışkanlıklarının artırılmasında çok etkili olabilmektedir. Bu değişiklikler, yaygın rahatsızlıkların bakımını üstlenmek

ve sağlıklı yaşam tarzı seçimleri yapmak için insanların ihtiyaç duydukları bilgiyi vermeyi, onları uygun olan yerel hizmetlere yönlendirmeyi ve destek programları kapsamında iş merkezleri, kafeler ve kütüphaneler gibi yerlerde sağlık danışmanlığı hizmeti sağlamayı içermektedir. Birleşik Krallık, Kuzey İrlanda ve Avustralya'daki bu tip programlar davranışsal değişimi destekleyici niteliktedir (27), (28).

Aşağıdaki alıntı, eczacıların öz bakımdaki rolünü tanımlamaktadır:

“Eczacılar hastanın öz bakım davranışlarına rehberlik etmede önemli bir rol oynamaktadır. Öz bakım danışmanlığının iyi sonuçlar vermesi için eksiksiz değerlendirme ve etkili iletişim çok önemlidir. Eczacılar, hastaları güçlendiren ve öz bakımları hakkında sağlam kararlar almalarına yardımcı olan bir savunucu gibi hareket edebilmektedirler (29).

3.2.2 Tüketimcilik

Tüketimcilik kavramı Birleşik Krallık'ta bulunan Wolverhampton Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden Paul Rutter'ın“Serbest Eczacıların Hastaların Kendi Kendine Tedavilerinde ve Öz Bakımdaki Rolü” isimli yayınında ilaç satın almalarını etkileyen motivasyona dayalı ve davranışsal faktörleri tarif etmektedir.

Tüketicilerin eylem biçimlerine karar verme şekli önceliklegörülen belirtilerin algısından, şiddetinden ve süresinden etkilenmektedir. Pazar araştırmaları tüketicilerin görülen işaret ve semptomlara dayanarak güçlü bir şekilde belirli sağlık karama davranışları sergilediklerini vurgulamaktadır. Örneğin; rektum kanaması, artrit, sistit ve depresif türdeki belirtilerde hemen hemen her zaman doktora danışma görülmektedir. Bunun aksine; baş ağrısı, hazımsızlık, öksürük ve soğuk algınlığı, ufak cilt problemleri (böcek ısırığı ve güneş yanığı vb.) çoğunlukla herhangi bir sağlık uzmanından tavsiye almaksızın kişi kendi kendine tedaviye yönelmektedir. Tüketiciler semptomları ciddiye üzerinden değerlendirmekte ve algıladıkları ciddiye düzeyine göre hareket etmektedirler.

İnternetin ortaya çıkışı ve sağlık ve bakımın tüm yönlerine dair sınırsız veriye anında ulaşım, dünya genelinde insanların kararları sorgulayacak ve tıbbi seçeneklerin doğruluğunu tartışacak araçlara sahip olmaya başladıkları anlamına gelmektedir. Reçetesiz ilaçların kullanımı dünyadaki en yaygın tıbbi bakım yoludur. Küresel pazardaki satışların 73 milyar Euro değerinde olduğu tahmin edilmektedir. Bu pazarlarla ivme kazanan reçetesiz ilaçlarda 2008 yılından beri reçeteli ilaçların satışından daha büyük bir satış artışı görmüştür. Bu satışlar insanların yalnızca % 25'ine yapılmaktadır. Diğer %25 tıbbi yardım aramakta ve kalan % 50 ise hiç bir şey yapmamaktadır.

Kendi kendine tedaviyi içeren öz bakım modeliyle karşılaştırıldığında,

bazı hastalar bir ilaç veya tedavinin reçeteleyen kişi tarafından verilmiş olmasının hastalığını meşrulaştırdığını düşünmektedirler. Hastalık izni almak da bu şekilde mümkün olmaktadır. Hâlbuki kendi kendine tedavi böyle bir yasal güce sahip değildir.

3.2.3 Öz Bakım İçin Destek

Öz bakım uygulamaları sağlık hizmeti uzmanlarından ve temel bakım sürecinde yer alan önemli kurumlardan geniş çapta bir destek görmektedir. Birleşik Krallık'taki her 10 doktordan 9'u hastalar tarafından yürütülen öz bakımın tıbbi uygulamada önemli bir rolü olduğuna inanmaktadır (30).

Kennedy ve diğ. öz bakımın uzun vadeli hastalıkların yönetiminin ana bir bileşeni olduğu görüşünün her geçen gün daha da güçlenmekte olduğunu belirttiler (31). Buna ek olarak, Liddy ve diğ. tarafından yürütülen başka bir çalışma özyönetimde insanları desteklemenin sonuçları iyileştirmede etkili olduğunun görüldüğü ve hem toplum hem de hastalıklar genelinde yaygınlaştırılmaktadır (32).

3.2.4 Öz Bakımda Sorumluluk

Öz bakım yoluyla sağlıklı kalmanın ahlaki zorunluluğu kısmen kişinin başkalarına olan sorumluluğa dayanmaktadır. Bu kişiler;

- Kamu sağlık hizmetlerinin diğer kullanıcıları olan mevcut ve gelecekteki hastalar,
- Kişinin kendi öz çocuğunu da içeren gelecek nesilleri kapsamaktadır (33).

3.2.4.1 Mevcut ve Gelecekteki Hastalar

Sağlık sisteminde kaynak sıkıntısı olduğu göz önünde bulundurulursa, bir hastaya verilen ilaç tedavisi, daha acil sağlık gereksinimlerine sahip diğer hastalara karşı bir fırsat maliyetini temsil etmektedir. Seçimlerimizin başkaları üzerinde etkisi olduğu yerde, başkalarına karşı bir sorumluluğumuz vardır. Sağlıklı bir yaşam tarzı süren ve kendisini sınırlayan rahatsızlıklar için öz bakım uygulayan insanlar daha az sağlık kaynağı tüketecek ve bu kaynaklara en çok ihtiyaç duyanların tedavisi için daha fazla kapasite bırakacaklardır. İnsanlar toplum hayatının pek çok alanında diğerlerinin ihtiyaçlarına duyarlılık göstererek sorumluluklarını kabul etmektedirler. Arabalar ve mülkler birincil kullanıcının yanısıra başkaları için de tehlike unsuru olmayacak şekilde kullanılmaktadır. Kamu alanlarındaki sigara yasağı artık yaygın olarak kabul edilmiş bir halk sağlığı tedbiridir. Aşırı alkol tüketimi, sigara kullanımı, hareketsiz bir yaşam tarzı veya sağlıksız beslenme tamamen kişisel seçimler olarak algılanabilir, fakat kısıtlı sağlık hizmeti kaynaklarının geniş bir kısmını tüketen yaşam tarzı hastalıklarına sebep olan bu seçimlerin başkaları üzerindeki etkileri de anlaşılmalıdır.

3.2.4.2 Gelecek Nesiller

Ebeveynlerin çocuklarının yaşam tarzı alışkanlıkları üzerinde büyük bir etkisi vardır ve bu da ebeveynleri değişim için uygun araçlar haline getirmektedir. Spor gibi fiziksel aktivitelerle uğraşan, düzenli meyve ve sebze tüketen ve sigara içmeyen ebeveynlerin çocuklarının kendileri de yetişkin bireyler (ve ebeveyn) olduklarında sağlıklı alışkanlıkların farkında olmaları ve bunlarını benimsemeleri daha muhtemel olacaktır. Ebeveynlerin çocuklarının sağlık belirleyicileri konusundaki kişisel farkındalıklarını geliştirme ihtiyacı söz konusudur. Ebeveynler, en azından başlangıçta, çocuklarının yaşam tarzı seçimlerinden sorumludur. Ancak örneğin; Hindistan gibibazı ülkelerde, okul öncesi örgüneğitim sisteminde çocukların öz bakım hakkında bilgi edinme imkânları sınırlı kalmaktadır.

Kapsamlı okul sağlığı anlayışı, öğrencilerin eğitim hedeflerini desteklerken okul sağlığını planlı, entegre ve bütünsel bir yaklaşımla ele alan uluslararası kabul görmüş bir çerçevedir. Kapsamlı okul sağlığı için güçlü bir temel sağlayan bu dört farklı fakat birbiriyle ilişkili temele yönelik eylemler ile tüm okul ortamını kapsamaktadır: Sosyal ve fiziksel çevre, öğretim ve öğrenme, sağlıklı okul politikası, ortaklıklar ve hizmetler.

Sağlık eğitimi müfredatını ve sağlıklı yaşam tarzlarının teşvikini desteklemek için birçok okul, bir dizi paydaşla birlikte çalışmıştır. Çoğunlukla çeşitli sağlık uzmanlarının tavsiyelerinden yararlanmışlardır [34].

3.2.5 Öz Bakım Çerçevesi

Uluslararası Öz Bakım Vakfı, yedi temel veya alan etrafında görselleştirilebilen ve organize edilen bir çerçeve önermektedir:

1. Sağlık okuryazarlığı: Bireylerin temel sağlık bilgilerini edinme, işleme ve anlama kapasitesi, uygun sağlık kararlarını vermek için ihtiyaç duyulan hizmetler

2. Fiziksel ve zihinsel durumun farkındalığı: Beden Kitle İndeksi (BKİ), kolesterol düzeyi, kan basıncı; sağlık taramasına girme.

3. Fiziksel aktivite: Yürüme, bisiklet gibi orta şiddette fiziksel aktiviteler veya uygun sıklıkta spor yapma.

4. Sağlıklı beslenme: Uygun kalori alımı düzeyi ile besleyici, dengeli bir diyet yapma.

5. Riskten kaçınma veya hafifletme: Sigarayı bırakma, alkol kullanımını sınırlandırma, aşı olma, güvenli cinsel ilişkiye girme, güneş kremi kullanma

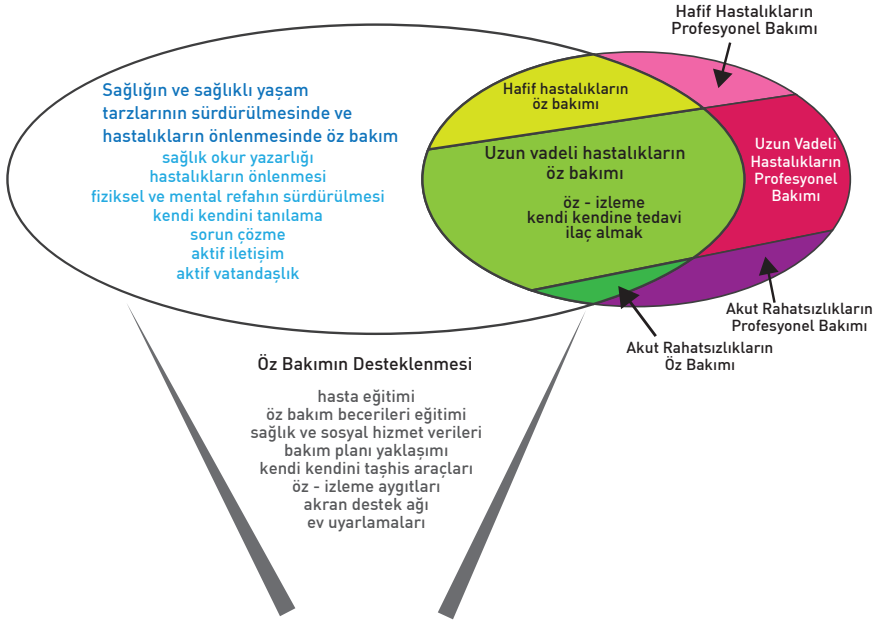
6. Doğru hijyen uygulamaları: Düzenli olarak el yıkama, diş fırçalama, yiyecekleri yıkama.

7. Ürünlerin, hizmetlerin, tanı ve ilaçların akılcı ve sorumlu kullanımı: tehlikelerin farkında olma, ilaçların gerektiğinde sorumlu bir şekilde kullanımı [35].

Vakıf, öz bakımın tüm toplumdaki sağlık hizmetinin temel düzeyi olduğunu ve önemli bir halk sağlığı kaynağı olarak görülmesi gerektiğini savunmaktadır.

FIP Öz Bakım Çalışma Grubu, okuyuculara bu çerçevenin sağlığın fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal, ruhsal ve toplumsal etkenler gibi tüm boyutlarını tamamen kapsamadığını hatırlatır. Başkalarıyla olan temasın ve ilişkilerin sürdürülmesi kişinin sağlığını kazanmasında semptomların azalması için aldığı ilaç kadar önemli olabilir. Yapılan bir anket, sağlıklı olmanın gençler ve yaşlılar için ne anlama geldiği konusunda gözle görülür farklar olduğunu ortaya koymuştur. Gençler sağlığın fiziksel yönlerine yoğunlaşırken, yaşlılar sağlığın sosyalölçütleriyle daha sık ilgilenmişlerdir. Sağlık uzmanları için sağlığın farklı insanlara farklı şeyler ifade ettiğini anlamak önemlidir. Uzun yıllardır romatoidartritli bir kadın için sağlık nispeten acı çekmeyeceği bir gün iken sabırsızlıkla bekleyeceği bir şey, mesela bir arkadaştan gelecek bir ziyaret de ona kendini iyi hissettirebilir.

3.2.6 Öz Bakım Desteği ve Öz Bakım



Şekil - 7: Öz Bakım Desteğinin ve Öz Bakımın Unsurları (10)

Şemanın orta- solunda kalan en büyük elips sağlığın teşvik edilmesi ve hastalığın önlenmesi açısından halk sağlığının bazı unsurlarını tanımlamaktadır. Şemanın sağındaki elips ise, öz bakım ile akut ve uzun süreli rahatsızlıkların profesyonel bakımı arasındaki ilişkiyi tasvir etmektedir. Kişisel bakım için çeşitli destekler şemanın alt kısmında listelenmiştir.

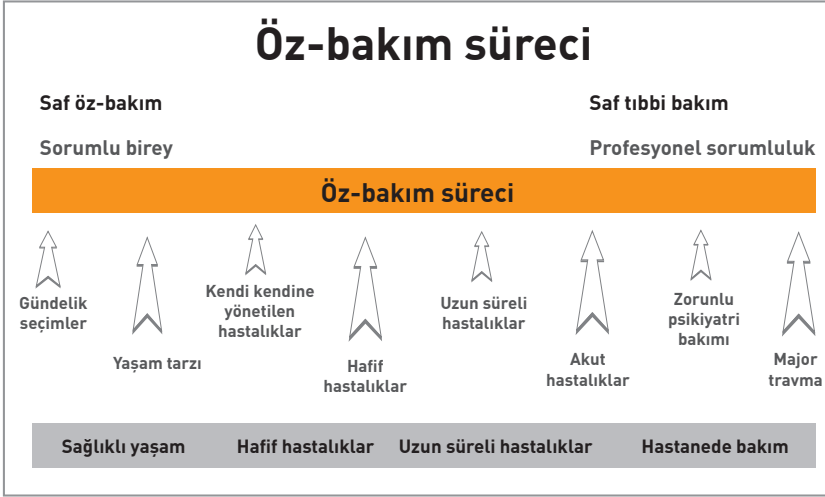
D. E. Webber ve diğ., sorumluluk ve beklentileri içeren aşağıdaki tabloyu (tablo - 2) Uluslararası Öz Bakım Vakfı'na sundular.

Tablo – 2: Öz Bakımda Sorumluluklar(33)

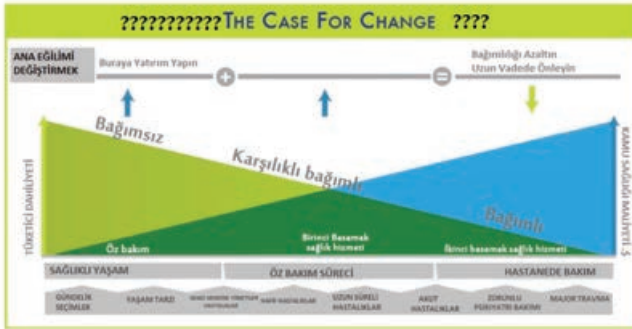
| Kişisel sorumluluklar | Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uzmanlarının Sorumlulukları: | Hükümet / Toplum Sorumlulukları |
|--|--|---|
| <p>Kendi sağlığını ve sıhhatini korumak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivite ve diyetler bakımından sağlıklı bir yaşam tarzı benimsenmek • Kalp krizi, felç ve şeker hastalığı gibi yaşam tarzından kaynaklanan büyük hastalıkların risk faktörünü bilmek ve bunları azaltmak için harekete geçmek • Sigara içme yüksek oranda alkol alımı gibi zararlı yaşam tarzı faktörlerinden kaçınmak <p>Eylemlerimle başkalarının sağlığına zarar vermemekten kaçınmak :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Örneğin ilk önce kendini kısıtlayan hastalıkların öz bakımını uygulayarak sağlık bakımı kaynaklarını sadece ihtiyacım olduğunda kullanmak • Kaçınılabılır bir enfeksiyon kaynağı olmama için vermemek • Örneğin kamuya açık alanlarda sigara içmek gibi başkalarına zarar verecek olan davranışlarla uğraşmamak <p>Ailemde ve özellikle kendi öz çocuklarında sağlık ve sıhhati teşvik etmek :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ailemin sağlıklı diyet-egzersiz davranışı ve sigara içme gibi davranışların zararlı etkilerini bildiğinden emin olmak • Çocuklarının tavsiyeleri göre aşılanmış olduklarından emin olmak | <p>Bireylerin uygulamalarında öz bakımı teşvik etmek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktivite ve diyetler bakımından sağlıklı bir yaşam tarzı benimsenmek konusunda kanıt temelli tavsiye vermek • Günlük hayatta enfeksiyon yaymaktan kaçınmak üzerine tavsiyede bulunmak • Büyük hastalıkların risk faktörü ve bunlara nasıl hitap edileceği üzerine kişiyi göre uyarılmış bireysel öz bakım tavsiyeleri ve desteği sağlamak • Sigara içme ve aşırı miktarda alkol tüketimi gibi zararlı davranışları azaltmak için tavsiye vermek ve müdahalede bulunmak <p>Sağlık bakımı kaynaklarının sorumlu kullanımını teşvik etmek :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yayıgın hastalıkların kendini kısıtlayan doğası ve uygun öz bakım tedavi seçenekleri üzerine kanıt temelli tavsiye vermek | <p>Sağlam kanıt ve küresel en iyi uygulama faaliyetine dayanarak zararlı yaşam tarzı faktörlerini (mesela sigara içme veya aşırı alkol alımı) azaltmak için yasa çıkarmak</p> <p>Sağlıklı bir yaşam tarzının teşviki için kanıta dayalı kılavuzlar üretecek sistemler (örneğin NICE ve Kamu Sağlığı Ajansları) sunmak</p> <p>Birinci basamak sağlık hizmetleri uzmanlarına öz bakım hükümlerine öncelik vermek için şunlar üzerine teşvikler sunmak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sağlıklı yaşam tarzı davranışları • Uygun öz bakımla sağlık bakımı kaynaklarının sorumlu kullanımını üzerine öz bakım hükümlerine öncelik vermek için teşvik ediciler sunmak • İş yerinde sağlıklı beslenme • Yakın yürütme yolları gibi egzersiz alanlarının karşılanması • Desteklenen kilo verme veya egzersiz programları • Yoluyla sağlıklı yaşam tarzını benimsenme araçlarını kullanıma sunmak için çalışanlara teşvik ediciler sağlamak • Sağlıklı yaşam tarzı bilgisi ve okullardaki uygulamaları destekleyecek teğbüstler • Toplumlar için egzersiz tesislerinin sağlanması <p>yoluyla sağlıklı yaşam tarzına erişimi arttırmak için sosyal tesisler sağlamak</p> <p>Sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesine imkan vermek için toplumdaki dezavantajlı gruplara bilgi ve destek sağlanmasının hükümlerine öncelik vermek</p> |

3.3. Öz Bakım Yolları

Hastanın sağlık ve sıhhatinin yönetiminde kullandığı birçok adımı, bağlantıyı, yolu ve döngüyü içine alan bakım süreçlerinin çok sayıda tekrarı mevcuttur. Öz Bakım Forumu'ndan alınan birinci örnekte (şekil – 8), süreç, bireylerin dış fırçalama, sağlıklı bir şekilde yemek yeme veya egzersiz yapmada bireysel sorumluluk almalarıyla başlayan Birleşik Krallıktaki değişken ölçeği göstermektedir. Ölçek boyunca hareket ederek, boğaz ağrısı, öksürük veya küçük cilt hastalıkları gibi yaygın görülen hastalıklara sahip olduklarında insanlar genellikle kendi kendilerine bakabilmektedirler. Aynı şey, bir sağlık uzmanının müdahalesi olmadan insanların kendi kendilerini yönettikleri uzun vadeli koşullar için de geçerlidir. Sürecin diğer ucunda ise öz bakım yeniden başlayabildiğinde iyileşmeye başlayana kadar bakım sorumluluğunun tamamen sağlık uzmanlarının elinde olduğu büyük travmalar vardır.



Şekil – 8: Öz bakım sürecini etkileyen unsurlar (30)



Şekil – 9: Sağlık Harcamalarının Tüketici Dahiliyeti ve Seçimleri İle İlişkisi

giderek artan sayıda insan kendi sağlıkları konusunda sorumluluk almaya ve özellikle basit rahatsızlıklar bağlamında, fakat bununla da sınırlı kalmayarak öz bakım seçenekleri aramaya sevk edilmektedir. Bu nedenle hastalar, sağlıkla ilgili bilgilere ve danışmanlığa farklı ulaşım yöntemleri arayabilmektedir. Bu konuda eczacılara ve danışmanlıklarına erişim, bilgi, kendi kendine teşhis koyma, tedavi seçenekleri ve sağlıklı yaşam tarzları hakkında tavsiyelerin internet üzerinde bulunabilir olduğu bir çağda özellikle yerinde olacaktır.

Yukarıdaki şema, hasta eylemi ve sorumluluğunu ve sağlık pratisyeninin rolünü kapsayan bakım yönetiminin entegrasyonunu göstermektedir. Bu entegrasyon eczanede yapılacak bir sunumla başlayarak ve basit rahatsızlıkları temel hastalıklardan ayırt etmek için farmasötik triaja fırsat sağlayarak hasta bakım sürecinin başlangıcını belirtmektedir. Basit rahatsızlıkların tedavisi için tavsiyelere uymak veya reçetesiz ilaçların kullanımı yeterlidir, her iki eylem de uygun sağlık müdahalesi ve izleme faaliyeti fırsatını sunmaktadır. Temel hastalıktan şüphelenildiğinde, ikinci basamak tedaviye işaret eden pratisyen hekime/aile hekimine sevk uygundur. Pratisyen hekimin tedavi kararından sonra, reçete doğrulama, ilacın dağıtımı, hasta eğitimi ve uygun tetkikin devamı, izleme süreci de dâhil olmak üzere eczacı tarafından üstlenilebilmektedir.

İdeal olarak bu sistem, uygulamacılar arasındaki iyi iletişimle vesağlık hizmeti yetkileri uyarınca, hasta yararını gözeterek ve uygun olan meslek profesyoneline erişimi her an sağlayacak şekilde entegre biçimde çalışmalıdır.

Herhangi bir sağlık ya da öz bakım sürecinde başarıyla ilerlemek için, halkı da sürece dâhil eden “en iyi politikalar” sağlığın iyileştirilmesinde başarılı olacaktır. Örneğin; Kuzey İrlanda’daki Sağlık, Kamu Hizmetleri ve Güvenlik Departmanı, bireyi merkeze yerleştiren eczane hizmetlerinin topluluğa sunulmasına yönelik bir stratejiyle uygulama planını yenilemiştir. Söz konusu plan, “insanların ilaçlardan daha iyi sonuçlar almalarını, daha uzun, daha sağlıklı hayatlar sürmelerini, kolay ulaşabildikleri bakım hizmetlerinden güvenle faydalanmalarını ve tedavi ve teknolojiye gelişmelerden yararlanmalarına yardım ederek insanların sağlık ve refahlarını en iyi noktaya taşımayı amaçlamaktadır” (37).

Ayrıca, Kuzey İrlanda’da Toplumsal Kalkınma ve Sağlık Ağı (CDHN) ve toplumsal kalkınma yaklaşımını kullanarak yerel sağlık ve toplumsal refah ihtiyaçlarını karşılamak için çalışan yerel toplulukları eczacılarla birlikte çalışmalarını teşvik eden ve destekleyen Sağlık ve Sosyal Bakım Kurulu arasında bir işbirliği vardır. Program, halkın becerilerini arttırmak, topluluk etkinliklerini ve kendi kendine bakımı teşvik etmek, halkın sağlık konularındaki bilgisini arttırmak ve kendi sağlığını geliştirme konusunda sorumluluk almalarına yönelik olarak çalışmaktadır (38).

İskoçya Sağlık ve Eczacılık Stratejisi (39) öz bakım teriminden açıkça bahsetmemekle birlikte, basitrahatsızlıkların tedavisini ve yönetimini sahiplenilen, toplumdaki farmasötik bakıma daha kapsamlı bakan bir yaklaşıma sahiptir. Eşlik eden bir raporda özellikle İskoçya'da sigarayı bıraktırma ve acil hormonalkontrasepsiyona bağlı eczacılık uygulamalarının halk sağlığı boyutlarına odaklanılmaktadır. (40)

Çeşitli hükümetler ve eczacılık örgütleri özellikle öz bakım ve öz yönetim kavramlarında eczaneler ve eczacılar tarafından sağlanan iyileştirmeleri halka duyurmaktadır. Birleşik Krallık'taki Health Service Journal tarafından yayınlanan bir ekte, bu alanda eczacının görevinin ne olduğunun ve hasta destek hizmetleri vasıtasıyla neler yapabileceğinin açıklayıcı örneklerini vermektedir (41) .

Öz bakımın teşvik edilmesi ve başarılı girişimlerin hayata geçirilmesi çeşitli düzeylerde değişiklikler gerektirmektedir. Öz bakıma, arttırılmış hasta güçlendirmesi, geliştirilmiş hasta bilgisi ve uygun bir organizasyon ve finansal sağlık bakımı çerçevesi eşlik etmelidir. Eczacıların ilk temas noktası olduğu öz bakım sürecinde, daha fazla meslekler arası işbirliğine gereksinim duyulmaktadır. Bu süreç aynı zamanda, bir "dağıtıcıdan", rehberlik ve danışmanlık veren ve yeni eczacılık hizmetlerini sunan entegre bir sağlık uzmanına geçerek, eczacının tanımında bir değişikliği beraberinde getirmek zorundadır.

Bu değişiklik birçok ülkede zaten gerçekleştirilmiştir. Öz bakım, doktorların ciddi hastalıklara sahip hastalara odaklanmalarını sağlamakta ve aynı zamanda işbirliğine dayalı bir bakım anlayışına daha fazla dâhil olmalarını gerektirmektedir (42).

4. Öz Bakımın Doğrudan ve Dolaylı Değerinin Kanıtı

Doğrudan değerden bahsettiğimizde onu, bireye/hastaya/tüketiciye ait kişisel düzeyde ele alabilmekteyiz. Dolaylı değeri sistem düzeyinde düşündüğümüzde ise, bu değer diğer sağlık alanlarında ve kaynakların daha iyi erişim ve kullanımında azaltılmış baskıları içermektedir. 550'den fazla kalite araştırmasının literatür taraması, öz yeterliliği arttırmak için tasarlanmış proaktif, davranışsal öz yönetim desteğinin insanların klinik semptomu, tutum ve davranışları, yaşam kalitesi ve sağlık bakımı kaynaklarının kullanım kalıpları üzerinde olumlu bir etkisinin olabileceğini göstermiş ve özellikle davranış değişikliğine ve öz yeterliliği desteklemeye odaklanarak (tedavinin) özyönetimin desteklenmesi gerektiğinin altını çizmiştir. Yüzlerce sistematik inceleme, kontrollü deney ve geniş gözlemsel çalışmalar, öz yönetimin uzun süreli rahatsızlıklara sahip insanlardaki etkisini incelemiştir. Bireysel çalışmaların bulguları çapraşık olmakla birlikte, kanıtların toplamı, öz yönetimi desteklemenin insanların tutum ve davranışları, yaşam kalitesi, klinik belirtiler ve sağlık kaynaklarının kullanımı için fayda sağlayabileceğini göstermiştir. (43)

2015 Global Erişim Ortağı Raporu, belirli koşulların tedavisinde etkili olmanın yanı sıra, öz bakımın ağrı, depresyon, endişe ve yorgunluk gibi daha genel sorunları hafifletebileceği sonucuna varmıştır. Öz bakım hasta tarafından bildirilen refah ve yaşam kalitesini artırabilmekte ve bir hastanın bağımsızlığını geliştirebilmektedir, böylece öz güveni iyileştirmenin yanısıra ücretli bakıcıların ve aile içinde bakım verenlerin yükü de azaltılabilmektedir (5).

Avrupa'da reçetesiz ilaçların iyiyönetişiminin teşvik eden çalışmaları grubunun 2013 yılı raporu hastanın güçlendirilmesine işaret etmektedir: "İnsanlar, hangi ilaçların alınacağı konusundaki kararlar da dâhil olmak üzere kendi sağlıklarında daha aktif bir rol almak istemektedirler. Kendi kendine tedaviye erişimi, iyi bilgi ve destek, öz bakımın olanaklarından tam olarak faydalanabilecek ve bunu güvenli ve etkili bir şekilde uygulayabilecek hastalara dönüştürülebilmektedirler. Kişiler sağlık bakımları için sorumluluk aldıkça daha fazla bilgi sahibi olma ihtiyacı hissetmektedirler. Çok sayıda kaynaktan yüksek kaliteli bilgiye erişim sahibi olmak önemlidir ve bu bilgi farklı hasta gruplarının ihtiyaçlarını karşılamak için çeşitli şekillerde sağlanmaktadır." (44)

Birleşik Krallıktaki "Self Care-A Real Choice" (Öz Bakım: Sahici Bir Tercih) belgesinde, öz bakımı desteklemenin daha az birinci basamak konsültasyonu, ayakta tedavi gören hastalarda ve acil servislere ziyaretlerde azalma, hastane kaynakları kullanımındaki düşüşle, iyileşmiş sağlık ve yaşam kalitesine, hasta memnuniyetinde artışa ve hizmet kullanımında önemli etkilere yol açtığını göstermek için sayıları giderek artan kanıtlar

bulunmaktadır. Hastalar üzerindeki etki; ağrı, endişe, depresyon ve yorgunlukta azalma, iyileşme-ferahlama hissi ve semptomlarla başa çıkabilme, yaşam beklentisinin artması ve yaşam kalitesinin bağımsızlık kazanılarak geliştirilmesi olarak gözlenebilir. Bunun bakım hizmetleri üzerinde bir kaç etkisi vardır: Pratisyen hekimlere/aile hekimlerine yapılan ziyaretler % 40 oranında, ayakta tedavi göre hasta ziyaretleri % 17 oranında, acil vaka ziyaretleri % 50 oranında azalabilmektedir, hastaneye kabuller ve hastanede kalış süresi yarıya inebilmektedir, ilaçların alımı düzenlenebilmekte veya azaltılabilmekte ve izin günleri yarıya inebilmektedir (10).

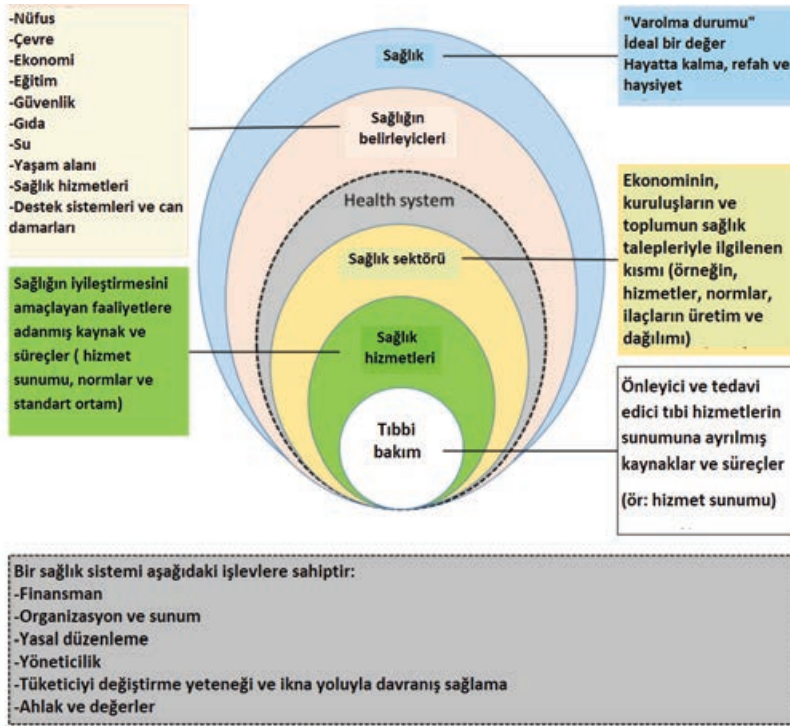
OTC'ler (tezgâh üstü) ilaçlar, kendi kendine tedavi uygulayan hastalar için elverişli ve uygun maliyetli seçeneklerdir. OTC ilaçlara harcanan her 1 Dolar, tıbbi konsültasyon ve reçetelerin azalması nedeniyle sağlık sistemi için 6-7 Dolar tasarruf sağlamıştır. Tezgâh üstü ilaçlar, alternatif tedavi seçenekleri ile karşılaştırıldığında her yıl 102 milyar Dolar tasarruf sağlamaktadır. Reçeteli ürünlerle karşılaştırıldığında kaçınılan tıbbi konsültasyon ve teşhis testlerinde 77 milyar Dolar ve ilaçta global olarak 25 milyar Dolar tasarruf edilmektedir. Bu ilaçlar reçetesiz bulunabilir olmasaydı, tıbbi konsültasyona olan talebin artması ek olarak 56.000 tam zamanlı tıp uzmanını gerektirecekti. Öte yandan, tezgâh üstü (OTC) ilaçların kullanılması ve gereksiz tıbbi konsültasyonların ortadan kaldırılması da dâhil olmak üzere öz bakım kullanımının artmasının, ABD sağlık sistemi için her yıl 5.2 milyar Dolar daha fazla tasarruf sağlayabileceği tahmin edilmektedir (45).

5. Sağlık Sistemleri ve Evrensel Sağlık Güvencesi

5.1 Sağlık Sistemleri

Öz bakım, sağlık sistemi ve evrensel sağlık güvencesiyle nasıl uyumluluk gösterir? İyi bir sağlık sistemi, tüm insanlara, nerede ve ne zaman ihtiyaç duyarlarsa kaliteli hizmet sunma esasına dayanır. Hizmetlerin yapılandırılması ülkeden ülkeye değişmekte, ancak her durumda güçlü bir finansman mekanizması, iyi eğitilmiş ve yeterli derecede ücret alan bir iş gücü; kararların ve politikaların temel alınacağı güvenilir bilgi ve kaliteli tıbbi ilaçlar ve teknolojiler sunmak için iyi yönetilen tesisler ve lojistik gerekmektedir (46).

Şekil -11 yaygın bir biçimde kullanılan sağlık terminolojisinin bir kısmını tanımlamaktadır:



Şekil – 11: Sağlık bölmelerinin tanımlanması (www.wbginvestmentclimate.org adresinden alınmıştır)

Dünya Sağlık Örgütü üyesi ülkeler, öncelikli olarak nüfuslarının sağlık ihtiyaçlarını karşılama stratejilerini yeniden gözden geçirmesi gereken gelişmekte olan ülkelerde ve dünya genelinde birinci basamak temel sağlık hizmetlerinin hayata geçirilmesini tanımlamak ve savunmak için

Alma Ata'da [8-12 Eylül 1978] bir araya geldiler. Eşitlik; bilimsel olarak sağlam ve toplumsal açıdan kabul edilebilir pratik yöntem ve tekniklere dayanan, toplumdaki tüm birey ve aileler için evrensel olarak erişebilir olan ve onların tam katılımı ile kaynağının toplumlar ve ülkelerce kendi kendine yeterlik ilkesini gözeterek sağlanacağı Temel Sağlık Hizmetleri'ni ekonomik ve toplumsal kalkınmanın ayrılmaz bir parçası olarak tanımlayan deklarasyonda temel bir değeri (36)

Alma-Ata Deklarasyonu halk sağlığı alanında 20. yüzyılın önemli bir dönüm noktası olarak ortaya çıkmış ve Herkes için Sağlık hedefinin belirlenmesinde anahtar olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini tespit etmiştir. Alma Ata Deklarasyonu ve 2000 yılındaki kabul edilen Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedeflerinde tanımlanan hedef, prensip ve önerilerinin analizi iki beyan arasındaki çoklu bağlılık ve temel benzerlik noktalarını ortaya koymaktadır. Hemen tüm üye devletler, aşırı fakirlik ve açlığı toptan yok etmek, evrensel temel eğitime ulaşmak, toplumsal cinsiyet eşitliğini ve kadınların güçlendirilmesini teşvik etmek, çocuk ölümlerini azaltmak, anne-çocuk sağlığını iyileştirmek, HIV/ AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele etmek, çevresel sürdürülebilirliği sağlamak ve kalkınma için küresel bir ortaklık geliştirmek için Sekizinci Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH)'ni 2015 yılına kadar gerçekleştirme sözü verdi.

Halk sağlığı, yoksulluğun toptan yok edilmesi ve BKH'lere ulaşılmasının temel şartıdır. Halk sağlığı sorunları sürdürülebilir kalkınma sorununun merkezinde yer almaktadır ve bu nedenle de dikkat odağı olmaya devam etmelidir. Çevresel sorunlar, sağlıksızlık ve fakirliğin yakın korelasyonunun yarattığı bu kısır döngüyü kırmak için aciliyetle gitgide artmaktadır (47).

BKH'lerin sonrasında 2015'ten 2030'a kadar Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) bulunmaktadır. Yeni SKH'ler ve sürdürülebilirlik önceliği, fakirliğin önlenmesi ve kalkınmaya olan evrensel ihtiyacın temelindeki nedenleri ele aldığı için BKH'lerden çok daha geniş bir kapsama sahiptir. Sağlığın ve refahın teşvik edilmesi, sürdürülebilir kalkınma için 2030 gündemini oluşturan 17 küresel hedeften bir tanesidir. Hemen belirtmek gerekir ki, SKH'nin öne sürdüğü çoklu hedefler doğrultusunda ilerlemek için entegre bir yaklaşım çok önemli olacaktır. (48), (49) Bu bağlamda, eczacıların desteklediği verimli ve etkili öz bakım da, SKH'lere ulaşmada çok önemli bir unsur ve sağlık sisteminde önemli bir bileşen olacaktır (48)(49).

5.2 Evrensel Sağlık Güvencesi

Kaliteli sağlık güvencesinin herkese ve her yerde erişilebilir hale gelmesinin talep edildiği 2014 Aralık ayında yapılan bir basın duyurusunda, 500'den fazla sağlık ve kalkınma kurumunun oluşturduğu koalisyon, hükümetlerden fakirliğe zorlanmadan herkesin, her yerde kaliteli sağlık

hizmetlerine erişim sağlayabileceği reformları hızlandırmalarını talep etti. Bu koalisyon, sağlık hizmetlerine evrensel erişimin, aşırı fakirliği sona erdirmenin, iklim değişikliğinin sağlık etkilerine karşı esneklik oluşturmanın ve Ebola gibi ölümcül salgınları durdurmanın önemine vurgu yapmak için başlatıldı.

Sağlık sistemi performansının arzu edilen sonucu olarak tanımlanan ve sayesinde sağlık hizmetlerine (teşvik, önleme, tedavi, rehabilitasyon ve hafifletme) ihtiyaç duyan tüm insanların herhangi bir maddi zorluk olmaksızın elde ettiği evrensel sağlık güvencesi, sürdürülebilir kalkınma ve küresel güvenliğin temelidir. Evrensel Sağlık Güvencesi birbiriyle ilişkili iki bileşene sahiptir: Kaliteli temel sağlık hizmetlerinin tamamının sağlanması ve sağlık hizmetleri için cepten ödemeler sonucu fakirleşmeyi de içeren maddi zorluklardan korunma. Her iki bileşen de tüm nüfusa fayda sağlamalıdır [50].

HIV / AIDS gibi küresel katillerle ve kızamık, tetanos ve difteri gibi aşıyla önlenilecek hastalıklarla savaşmadaki ilerlemeye rağmen ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine herhangi bir maddi güç olmadan erişim sağlayabilenler ve bunu başaramayanlar arasındaki küresel fark büyümektedir. Rockefeller Vakfı'nın Sorumlu Müdürü Michael Myers; "kaliteli sağlık hizmetlerine adil erişim ihtiyacı hiç bu kadar büyük olmamıştı ve evrensel sağlık güvencesine emsali görülmemiş bir talep bulunuyor" diyor. Evrensel sağlık güvencesi zamanı gelmiş olan bir uygulamadır. "Herkes için sağlık" anlayışı, hayatları kurtarır ve ulusları güçlendirirken her ülke için ulaşılabilir ve uygun maliyetli bir çözümdür.

20. yüzyılın büyük bölümünde evrensel sağlık güvencesi bir kaç tane yüksek gelirli ülkeyle sınırlıydı. Geçtiğimiz iki on yılda düşük ve orta gelirli ülkeler de kaliteli sağlık bakımını evrensel olarak temin edilebilir hale getiren reformları başarılı bir şekilde uygulamaya başladı. Brezilya, Gana, Meksika, Ruanda, Türkiye ve Tayland gibi ülkeler geçtiğimiz yıllarda evrensel sağlık güvencesine doğru çok büyük adımlar atmıştır. En fazla nüfusa sahip olan iki ülke, Hindistan ve Çin evrensel sağlık güvencesini gerçekleştirmek için çalışmaktadır. 80'den fazla ülke Dünya Sağlık Örgütü'nden reformları yürürlüğe koyma konusunda yardım talebinde bulunmuştur. Dünya Bankası Grubu'nun Nüfus, Beslenme ve Sağlık Küresel Uygulamasının Kıdemli Müdürü Tim Evans "İnsanların sağlık ihtiyaçlarını onların ödeme kapasitelerinin önünde tutmak fakirliği önler", diyor ve ekliyor: "Evrensel sağlık güvencesi bir nesilde aşırı fakirliği sona erdirecek ve refahı yükseltecek temel unsurdur" [51].

6. Yasal Çerçevde Farklılık

Dünyadaki sağlık sistemleri incelendiğinde, temel öncüllerin birbirine benzediği ancak çalışma ve performans açısından farklılık olduğu sonucuna varılmaktadır. Hem eczane, eczacı ve ilaç alanında kanunlar ve yönetmelikler bakımından, hem de işletme ve performans açısından büyük bir çeşitlilik bulunmaktadır. Buna rağmen, eczacılar ve eczacılık örgütleri eğitim ve uygulama yönetmeliklerinde uyum konusunda son bir kaç on yılda büyük ilerlemeler kaydetmiştir. Bu başarılarla, eczacılar ve eczacılığın sadece bir gözlemci olmaktan ziyade hasta sıhhatinde değerli bir katılımcı olma yolunda olduklarının çok sayıda kanıtı mevcuttur (52). Basitçe, ürün odaklı anlayıştan hasta odaklı anlayışa geçilmesi de bunu göstermektedir.

Eczaanelere ve eczacıların yasal düzenlemelerülkeye göre değişmektedir. Ülkelerin büyük çoğunluğu her zaman lisanslı-kayıtlı bir eczacının varlığını gerektiren yönetmeliklere, halk güvenliğinin menfaatini korumayı, tüketicilere eczacı danışmanlığına ve hizmetlere sürekli erişim sağlamayı amaçlamış bir standarda sahiptir. 2013-2015 yılları arasında eczacılığı şekillendiren FIP Küresel Eğilimlerine cevap verenlerin çoğu eczaanelerin % 76 ıla % 100'ünde bir eczacının her zaman hazır bulunduğunu belirtmiştir (13). Eczacının bulunmadığı bazı ülkelerde, zamanın tamamı bu soruna çözüm getirmek için İyi Eczacılık Uygulaması Kılavuzlarının geliştirilmesine ayrılmıştır.

Bu bölüm, küresel eczacılıktaki çeşitliliğe şu anda var olduğu şekliyle değinecektir. Bu yazıda yer alan sonraki bölümler genel olarak eczacılıkta meydana gelen değişikliklere ve özel olarak da eczacıların ve eczacılığın hasta öz bakımının ayrılmaz bir parçası olma yönündeki hareketlerine dair kanıtlar gösterecektir.

Yasal çerçeve ve uygulama çerçevesi iki boyutta tanımlanabilmektedir:

- Dağıtılan ilaçların (veOTC ilaçların) üzerinde bir tekel bulunması veya bulunmaması
- İlaçların ulusal düzeyde sınıflandırılması

Aşağıdaki tablo, durumun mevcut çeşitliliğine genel bir bakış sunmaktadır:

Tablo – 3: ilaçların nerede satıldığında hukuki düzenlemeler arasındaki farklar belirleyici olmaktadır.

| | Bazı ilaçların dağıtımının eczane dışı ortamlarda da yapıldığı ülkeler | Bütün ilaçların sadece eczanelerde dağıtıldığı ülkeler |
|-------------------------------------|---|---|
| OTC ilaçlar | Herhangi bir yerde satılabilir | Yalnızca eczanelerde satılabilir -Hastaların ilaçlara ücretsiz erişimi -Yalnızca eğitimli sağlık çalışanı aracılığıyla erişim (doğrudan erişim yoktur) •Teknisyen veya eczacı üzerinden erişim •Yalnızca eczacı üzerinden erişim •Herhangi bir biçimde •Yalnızca yüz yüze görüşmeyle, internet üzerinden yapılan satışlar dışında bırakılarak |
| | Yalnızca yetkili yerlerde satılabilir -Eğitim almış çalışanlar eliyle -Eğitim almamış çalışanlar eliyle | |
| Yalnızca eczanede verilen ilaçlar | Yalnızca eczanelerde satılabilir -Yalnızca eğitimli sağlık çalışanları üzerinden erişim •Eczacı veya teknisyen üzerinden erişim •Yalnızca eczacı üzerinden erişim •Herhangi bir biçimde •Yalnızca yüz yüze görüşmeyle, internet üzerinden satışlar dışında bırakılarak | Böyle bir kategori (tekel yüzünden) bulunmamaktadır çünkü OTC'lerin hepsi sadece eczanede satılan ilaçlardır! |
| Yalnızca reçete ile verilen ilaçlar | Hemen hemen her ülkede sadece eczaneler üzerinden | |

6.1 Reçetesiz İlaçlar (NPM) ve Tezgâh Üstü İlaçların (OTC) Sınıflandırılması

Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP) tarafından 2015 yılında yürütülen bir anket olan Eczacılık ve İlaçlara Erişime İlişkin Yasal Düzenlemelerdeki Eğilimler (13) 71 ülkeden 20 ülkesinde reçetesiz ilaçların (NPM) sadece serbest eczaneler tarafından verildiği ortaya çıkarmıştır. Geri kalan 51 katılımcıdan 23'ü (51'in % 45'i) üçüncü bir liste, mesela yalnızca eczanede verilebilen reçetesiz ilaçlar kategorisi oluşturmuştur.

İlaçlara yönelik artan halk erişimine (53) sahip ülkeler arasındaki farkları araştıran bir bildiri, reçeteden OTC bulunabilirliğine ilaçların yeniden sınıflandırılması konusunda engeller (kısıtlı pazar potansiyeli, yeniden sınıflandırmanın maliyeti, eşdeğer ilaçların dağıtımıcılarından kaynaklanan rekabet, kurul tutarsızlığı ve tüketici davranışı) ve kolaylaştırıcılar (hükümet politikası, eczacılara göre yapılan program ve geniş pazar hacmi) olduğunu tespit etmiştir. Serbest eczacılıkta hükümet denetiminin kaldırılması, ilaçların erişilebilirliği ve eczacılık hizmetlerinin kalitesi ve maliyetleri (54) üzerindeki etkiler üzerinde yapılan ikinci bir araştırma ise üç adet faktöre dikkat çekmiştir: Yeni eczaneler ve OTC ilaç dağıtıcıları kentsel alanlarda kurulma eğilimindedir; hükümet denetiminin kaldırılmasından sonra OTC ilaçlarının fiyatlarında bir düşüşe rastlanmamıştır ve serbestleşmenin olduğu bazı ülkelerde eczacıların artan iş yüküne dair belirtiler bulunmaktadır.

6.2.Eczacı/ Sadece Eczanede Satılan İlaçlar

2014 FIP Küresel Kongresi'ndesunulan Yeni Zelanda'dan bir vaka çalışması "ilaçlara tüketici erişimini iyileştirmek için eczane odaklı reçeteden reçetesizliğe geçiş",hasta erişimini artırmakve temel bakımda eczacılardan daha fazla istifade etmek için eczanelerinalandaki dönüşümlerden yararlanabileceği sonucunu vurgulamıştır (55).

Reçetesiz ilaçlara erişim insanların kendi sağlıklarını yönetmelerinde ve yaygın hastalıkların tedavisinde daha aktif bir rol almasına izin vermektedir. Bu ilaçlar insanlara sağlık uzmanının yardımı gerekli olana kadar kendileriyle ilgilenme sorumluluğu vermekte ve onları sağlıkları hakkında karar verme, ihtiyaçlarını ve koşullarını karşılayan ilaçları seçme gücüyle donatmaktadır. İnsanlar yaygın rahatsızlıkları kendi başlarına tedavi edebildiklerinde, bu onlara zaman ve efor tasarrufu sağlamakta ve doktorziyaretlerinden kaçınabilmektedirler.

Bu "eczane ilaçları" genellikle ya bir eczacı tarafından ya da bir eczacının gözetimi altında satılmak zorundadır. Bazı ülkelerde (Rusya Federasyonu, Belarus Cumhuriyeti ve Kazakistan vb) ilaçlar ayrıca reçeteli ve reçetesiz şeklinde gruplara ayrılmıştır, fakat hepsi sadece eczanelerde bulunabilmektedir. Diğer ülkeler, Amerika Birleşik Devletleri'nde de görüldüğü gibi, iki kategorili sistem (reçeteli/reçetesiz) işletmektedir. Geçen 30 yıl boyunca, bu yaklaşımçeşitli terapötik ajanların tüketicilerin kullanımına sunulmasını sağlamıştır. Bu yaklaşımın hem avantajları hem de eczane dışındaki ortamlarda satılan ilaçlar için eczacılara olan erişimi azaltmak bakımından dezavantajları mevcuttur (2).

Reçetesiz ilaçların yayılması serbest eczacılığahasta öz bakımını kolaylaştırarak tüketicilere gerçek ve elle tutulabilir faydaları gösterme fırsatını sağlamıştır. Bununla birlikte, serbest eczacılığın kolaylaştırılmış kendi kendini tedavi etme yoluyla hasta sonuçları üzerinde sahip olduğu etki hakkında araştırma verisi hasta öz bakımı hakkındaki verilerle kıyaslanınca eksik kalmaktadır. Yine de, serbest eczacılığın öz bakım sunduğu daha formel durumlarda,serbest eczacılığın yaptığı olumlu katkıyı gösterecek daha güveniliraraştırma bulguları mevcuttur. Örneğin; Birleşik Krallık 'ta hükümet tarafından onaylanan (ve finanse edilen) basit rahatsızlık planları ve Sağlıklı Yaşatan Eczaneler gibi planlar serbest eczacılığın sağlayabileceği olumlu etkiyi göstermiştir (2).

6.3. Eczaneler Dışında Satılan OTC İlaçlar

Literatür reçetesiz ilaçların eczanelerde satılmasının risk ve faydaları üzerine hem destekleyen hem de sorgulayan belgeleri ortaya koymaktadır.

2011'in sonu itibariyle Buenos Aires, Arjantin'de tezgâh üstü ilaçların

(OTC) eczaneler dışında satılmasına izin veren tek şehirdir. Bu dekonjestan ve ibuprofen gibi reçetesiz ilaçların tezgâh arkası statüsünü destekleyen 2009 yılında geçen ulusal kanunla tezat oluşturmaktadır. Lobi çalışmaları 2009 yılında meyvesini vermiş ve Ulusal Kanun No: 26567, tezgâh üstü ilaçların eczaneler içinde self-servis istasyonlarının yanısıra eczaneler dışında satışına yasak getirmiştir. COFA'nın kurumsal beyanı bu kararı Arjantin'de daha iyi sağlık için temel bir adım olarak nitelemiştir. COFA Danışmanı ve Eski Başkanı Mario Castelli, La Nacion'a verdiği demeçte "Bu kanunilaçla tedaviyi kontrol altına almak için yapıldı" demiş ve "2009 yılında aşağı yukarı yasağın geçirildiği dönemde eczanelerin dışında satılan tezgâh üstü ilaçların %10'u Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yasadışıydı. Bu sahte, saflığı bozulmuş ve çalıntı olanları da kapsamaktadır" şeklinde eklemiştir. Vazquez bu tür ilaçlarda yüksek doz kullanım sıklığı az olmasına rağmen, aspirin, ibuprofen, kafein vb gibi maddelerin kötüye kullanımının hamile kadınlarda fetal malformasyon, kan dolaşımı sorunları ve diyabet hastalarında çeşitli sağlık sorunları gibi potansiyel riskler taşıdığını kabul etmektedir.

Bununla birlikte, Jimena Worcel "Arjantin'de tezgâh üstü ilaç kaynaklı ölümleri belgeleyen raporlarda bu ölümlerin dünyanın geri kalanıyla aynı sıklıkta olduğu biliniyor. Bunlar satın alınan yere değil insanların karakter özelliklerine bağlı" demiştir. Birleşik Devletler Genel Muhasebe Dairesi tarafından yapılan uluslararası bir çalışma onun bu iddiasını destekler niteliktedir. Rapora göre, asetilsalisilik asit gibi belirli etken maddeler için "tezgâh arkası" tanımına sahip ülkeler bu ilaçları tezgâh üstünde bulunduran ülkelere göre daha fazla sağlık faydası göstermemektedir (56), (57). Tezgâh üstü ilaçların Rusya'da satışı üzerine bir tartışma, ürünlerin eczanelerin dışında satışının serbest bırakılmasına karşı daha fazla sava sahip gibi görünmektedir (58).

BMJ'nin Kişisel Görüş Köşesi'nde Profesör Paul Rutter, belirli ilaçların satışında hiç bir eczacı tekelinin olmaması gerektiği konusunda görüş bildirmektedir. Buna cevaben, Nathalie Gould halkın kendisinin önerdiği bu model nedeniyle dezavantaj yaşayacağı konusunda kanıt olduğunu iddia etmektedir (59).

Farmasötiklerin satışı sadece satış yerinden kaynaklanan basit bir konu değildir. OECD'nin farmasötiklerin alım satımında gereksinim duyulan rekabet konusundaki fikri şu şekildedir: "Düzenleyici kısıtlamalara olan ihtiyaca rağmen, rekabet, farmasötiklerin dağıtım pazarının müşteriler için iyi hizmet vermesini garanti altına almada bir rol oynayabilir ve oynamalıdır ki daha yüksek kalite, daha fazla seçim ve çeşitlilik, daha fazla yenilik ve daha düşük fiyatlardan faydalanılabilsin." (60)

Danimarka Eczacılar Birliği tarafından hazırlanan bir raporda sıradan bir hammadde pazarı olmayan sağlık sisteminin bir parçası olarak, eczane

sektörününkilit görevlerini (hastalara güvenli ilaç sağlama, danışmanlık ve tavsiye, sağlık gelişiminde ve önlenmesinde yer alma) tamamlamaları konusunda serbest eczanelerin sağlam bir düzenleyici çerçeveden desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir. Sadece perakende satışları optimize etmeye odaklanmaktan kaçınılmalıdır (61).

Fransa'nın önde gelen finansal gözlemcisi The Inspection Générale de Finances (IGF), bu yılın başlarında tezgâh üstü ilaçların süpermarketlerde satışına izin vererek eczanelerin tekelinin sonlandırılması gerektiğini belirtmiştir. IGF'ye göre, serbest bırakma bu ürünlerin bulunabilirliğini arttırmakla kalmayacak, aynı zamanda da fiyatları aşağı çekmek için daha fazla rekabete de yol açacaktır (62).

Tezgâh üstü ilaçların çoğunun devlet sigorta planları/sosyal güvenlik sistemleri nedeniyle geri ödemesi bulunmamaktadır, bu yüzden satın alan kişi tüm maliyeti üstlenmektedir. IGF'ye göre, tezgâh üstü ilaç ücretleri 1998 ve 2011 arasında yılda ortalama % 3 ile enflasyondan iki kat daha fazla hızla yükselmiştir. Bu durum dahükümetin reçeteli ilaçların masraflarını kısmatedbirlerinin etkilerini dengelemek için eczacıların tezgâh üstü ilaç fiyatlarını yükseltmesine izin veren bu perakende kesiminde eczacıların tekelini sorumlu tutmaktadır.

2010 FIP Küresel Kongresi'nde Portekiz tarafından sunulan "AB'de reçetesiz ilaçlar: dağıtım kanalları, sadece eczanede satılan ilaç statüsü, yeni nesil ilaçlar" çalışmasında, dağıtım kanalları ve sadece reçeteye satılan ilaçların ulaşılabilirliğine ilişkin AB'nin geniş yasal çerçevesinin gelişmekte olan reçetesiz ilaç pazarı ve yeni nesil reçetesiz ilaçlara göre gözden geçirilmesi gerektiği sonucunu çıkarmıştır (63). Eczacılar gelecekteki reçetesiz ilaçların dağıtım veyetkilendirme sonrası güvenlik denetiminde daha yüksek rolleri üstlenmeye kendilerini hazırlamalıdır (64).

Birleşik Krallık'taki yönetmelikler, beşeri tıbbi ürünleri Genel Satış Listesi (GSL) ilaçları ve eczane (P) ilaçları ve sadece reçeteye satılan ilaçlar (POM) şeklinde üç grupta sınıflandırılmasına izin vermektedir. GSL ilaçları dükkan, market, süper market, gazete bayii, benzin istasyonları vb çok çeşitli yerlerden satın alınabilmektedir. GSL olarak sınıflandırılan ürünlerin makul derecede güvenilir oldukları ve bu nedenle eczacının gözetimi olmadan satılabilecekleri düşünülmektedir (65).

FIP tarafından yapılan bir çalışma ülkelerin sadece % 28'inin eczacılıktaki reçetesiz ilaçlar konusunda tekelsahibi olduğunu ortaya koymuştur. Diğer tüm ülkeler tezgâh üstü / reçetesiz ilaçların bir sağlık uzmanının sistematik desteği olmadan eczanelerin dışında satılabilesine izin vermektedir (13).

6.4. Sadece Reçeteyle Satılan İlaçlara Reçetesiz Erişim

Belirli durumlarda, sadece reçeteyle satılan ilaçlar hastanın menfaatine sorumluluk alan bir eczacı tarafından özel bir protokolü takip ederek bir hastaya tedarik edilebilmektedir. Reçeteli ilaçların satışı hakkındaki eczacılığa dair yasal düzenlemelerin rapor edilen herhangi bir ihlali üzerine burada söylenebilecek çok az şey vardır. Bununla birlikte, karşılaşılan tüm ihlaller incelenmeli ve ihlalin temel nedenleri ve gelecekte vakaları önlemek üzerinde çalışılmalıdır (66).

6.5. İlaçların Yeniden Sınıflandırılması

Eczacılığı doğrudan etkileyen en önemli uzun vadeli global sağlık politikalarından biri, reçeteli ilaçların reçetesiz ilaç olarak yeniden sınıflandırılmasıdır. Birçok ülkede (örneğin; Avustralya, Yeni Zelanda, Fransa, İsveç, Kanada, Birleşik Krallık) düzenleyici çerçeveler, ilaç kullanılabilirliği düzeyinde bir derecelendirmeye sahip olarak yeniden sınıflandırmayı desteklemektedir; bu nedenle bazı ilaçlar yalnızca eczaneden satın alınabilmektedir.

Ulusal yetkili makamlar tezgâh üstü ilaçların satışında farklı politikalara sahiptir. Örneğin; Danimarka İlaç Ajansı, tezgâh üstü ilaçlar eczanelerin dışında satışa sunulduğunda aşağıdaki uygulamayı gerçekleştirmiştir: Tüm yeni tezgâh üstü ilaçları ve sınıflandırılması, sadece reçeteliden tezgâh üstü statüsüyle değiştirilen ilaçlar, iki yılla sınırlı bir süre boyunca eczane satışıyla (dağıtım durumu HA) sınırlandırılacaktır. İki yılsonunda tezgâh üstü ilaçlaristisnai bir durum oluşmadığı sürece, eczanelerin dışında satılmak üzere piyasaya sürülecektir (dağıtım durumu HF).Eczanelerin dışında satılan tezgâh üstü ilaçların yeni eşdeğer versiyonları hemen eczaneler dışında satılmak üzere piyasaya sürülecektir. Danimarka İlaç Yasası'nın 60 (2) maddesi uyarınca Danimarka İlaç Ajansı, "sağlık açısından haklı gösterilebilir olduğunda (...) reçetesiz tıbbi bir ürünün eczaneler dışındaki kullanıcılara satılabileceğine karar verebilmektedir". (67)

İsveç örneğinde görüldüğü üzere, ilaçların yeniden sınıflandırılması tersine çevrilebilmektedir: Güvenlik kaygılarından dolayı, İsveç'teki düzenlemeler, daha önceden reçetesiz olarak satılan parasetamolü sadece eczanelerde satılacak şekilde kısıtlamak üzere değiştirilmiştir (68), (69).

Bugüne kadar, çoğu yeniden sınıflandırma, akut problemleri tedavi etmek için kullanılan ilaçları kapsamaktaydı.Bununla birlikte, son yeniden sınıflandırmalar, uzun süreli rahatsızlıkların tedavisi için kullanılan ilaçları da içermektedir.Bu ilaçlar, reçetesiz ilaçların kullanılabilirliğindeeczacıların uzun vadeli koşulları yönetebildiği yeni bir dönemin başlangıcını ilan etmektedir.

7. Dünya Geneline Yaygın Olarak Gözlemlenen Tüketici Eğilimleri

7.1 Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı yalnızca doğru bilginin sunumu ile elde edilememektedir. Birçok tüketici, kullanıcı dostu bir şekilde sunulmazsa, dozlar, tıbbi etkileşimler veya yan etkiler hakkındaki önemli teknik bilgileri anlamakta zorlanmaktadır. Daha temelde, birçok insan arkadaşlarından, yan pratisyenlerden veya internetten toplanan güvenilir ve doğrulanmamış veya aktif olarak tehlikeli tavsiyeler arasında ayırım yapmak için gereken kritik beceriden yoksundur. Diğer tüketiciler ise, anlama yeteneklerini alt eden bir veri akışı içinde gömülmüş olduklarını hissetmektedir. Çok sayıda geleneksel ve alternatif ilacın kanıta dayalı tıp bilimi ile rekabet etmek için yarıştığı bir ortamda doktorlar ve eczacılar insanlara, yoğun ve kafa karıştırıcı iddialar içinde ihtiyaçlarına en iyi şekilde uyan sonucu bulmaları için hareket etmeleri konusunda yardım etmelidir. Bütün toplumlarda kültür ve okuryazarlıkta değişen oranlarda farklılıklar mevcuttur ve bu nedenle, kendi kendine ilaçla tedavi etiket içeriğinin ve ilgili ilaç kitapçıklarının en iyi şekilde anlaşılması için eczacının hasta ile uygun etkileşimi gerekmektedir. Reçetesiz ilaçların güvenli bir şekilde kullanılabilmesi, kişinin bu bilgiyi kullanmadaki inanç ve yeteneğinin yanısıra genellikle bir sağlık uzmanına ulaşma imkânı olmaksızın, tedaviyle beraber verilen bilgilerin kalitesine bağlıdır. Çeşitli rapor ve anketler, kendi kendine tedavide ilaç etiketlerini, talimatları ve dozajları okuma ve anlama yeteneğindeki tüketici yaşı ve öğretimle ilgili değişkenleri göstermiştir. Bir raporda, 48 kişinin % 56'sı öksürük şurubu için güvenli bir dozajı hesaplayamamıştır (70). Sağlık okuryazarlığının düşük bir seviyede olması küresel bir sorundur. Sağlık Hizmetinde Araştırma ve Kalite Ajansı (Agency for Health Care Research and Quality)'nin yayımladığı bir rapor, Amerikalıların yalnızca yaklaşık %12'sinin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu, bu durumun ABD ekonomisine yılda 200 milyar Dolara mal olduğunu ortaya çıkardı. Avusturalya'daki durum ise, Avusturalyalı yetişkinlerin %56'sında sağlık okuryazarlığı sınırlıyken 65 yaş üstü gruba bu oran %80'e, farklı etnik ve linguistik kökenden gelenler için ise %96'ya çıkmaktadır (5).

Eğer eczacılar, teknisyenler ve asistanlar genişletilmiş bir sağlık sisteminde tüketicinin ulaştığı birincil sağlık uzmanları olarak daha büyük bir rol oynama durumundaysa, tedavi seçenekleri, muhtemel ilaç etkileşimleri ve bakımın diğer yönleri konusunda tavsiye vermede daha proaktif olmalıdır. Avustralya Eczacılar Meslek Birliği serbest eczacıları standartlaştırılmış ve akredite edilmiş sağlık okuryazarlığı programları sunmaya çağırmış ve reçetesiz ilaçların yanısıra reçeteli ilaçlar bakımından QUM'un (İlaçların Kaliteli Kullanımı) önemini vurgulamıştır (5).

Kültürel ve dil farklılıkları ve sosyoekonomik statü, tıbbi / terapötik talimatları anlama veya bunlara müdahale etmede yetersizlik olarak tanımlanan düşük sağlık okuryazarlığıyla etkileşime girmekte ve buna katkıda bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, hasta uyumluluğu, kanser tarama testlerinin kullanımı ve kronik hastalık sonuçlarında önemli bir faktör olarak gittikçe artan bir tanınmaya sahiptir[71].

Sağlık hizmetlerindeki farklılıkların azaltılmasına yönelik girişimler daha çok sistemik ve hizmet sağlayıcı merkezli olmasına rağmen, hasta düzeyinde müdahale stratejileri mevcuttur. Örneğin; hastanın sağlık okuryazarlığını iyileştirmek, sağlık eşitsizliklerini azaltabilmektedir. Hastalar ihtiyaç duyulan sağlık bilgisini anlayamazlarsa, bakım kalitesini artırma, sağlık bakım masraflarını ve farklılıklarını azaltma girişimleri başarısız olabilmektedir. Okuma yazma becerisine sahip olmayan hastalar, hastaneye yatırılma, ilaç hataları, erken ölüm ve sağlık uzmanlarının yönergelerini yanlış anlama eğilimindedirler. Sağlık okuryazarlığını artırmanın bir yolu, belirli azınlık topluluklarını hedef alan toplum sağlığı müdahaleleridir. Sağlık okuryazarlığı üzerine bir IOM raporu, sağlık okuryazarlığı, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesini teşvik eden programların, onları kullanacak insanların katılımıyla geliştirilmesini önermektedir. Nutbeam'e göre, sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgisinin iletilmesinden fazlasını içermektedir. Kişisel iletişim biçimleri ve topluluk temelli eğitim programları yoluyla bu bilgiyi kullanma konusunda insanların kendilerini güvende hissetmelerine yardımcı olmak hedeflenmelidir [72]. Eczacılar hastanın sağlık durumunu, farmasötik bakım yoluyla doğrudan tedavilerinde hastalarla meşgul olarak dolaylı yoldan etkilemektedir. Bu nedenle, eczacıların farklı kültürlere uyum sağlayabilen bir bakım sunabilmeleri esastır.

7.2 Tüketiciler OTC'leri Nasıl Kullanır?

Tezgâh üstü (OTC) ilaçlarının kullanımına ilişkin tüketicilerin karar vermelerini inceleyen çok sayıda çalışma, tüketicilerin neden OTC kullandığı konusunda üç temel sebebe işaret etmektedir:

(1) Geçmişteki bir tecrübeden dolayı bazı özel koşulları nasıl kendi kendilerine tedavi edeceklerini bilmektedirler.

(2) Hastalıklarının doktor ziyaretini gerektirecek kadar ciddi olmadığı sonucuna varmışlardır.

(3) OTC ilaçlarıyla kendi kendilerini tedavi ettiklerinde paradan ve zamandan tasarruf sağlamaktadırlar[73].

Sonucu madde OTC ilaçlarının uygunluk değerini yansıtmaktadır. Uygunluk, sağlık hizmetlerinde önemli bir parametre olarak tanınsa

da, OTC ilaçlarıyla ilişkili olduğu uygunluğun önemine hitap eden kısıtlı tıbbi literatür mevcuttur. OTC ilaçları bölgesel elverişlilik, erişim ve seçim elverişliliği sunmaktadır. OTC ilaçlarına ulaşılabilirlikteki kolaylık hastaların erken müdahalede en iyi sonucu veren tedavi koşullarını başlatabilmelerini sağlamaktadır. Doktor ziyaretini elverişsiz olarak gören ve bu yüzden reçeteli ilaç tedavisine yanaşmayan hastalar, reçete olmaksızın edinilebilen OTC ilaçlarını kullanabilmektedirler (74). Bilginin bireyselliğine değer veren OTC tüketicilerinin eczacılardan ve eczanelerdeki konsültasyondan yararlanmalarıda daha muhtemeldir (75).

Hasta Bilgisi ve Eğitimi Ulusal Kurulu (NCPİE- ABD) tarafından yürütülen bir ankete göre, sağlık bilincine sahip tüketicilerin, sağlık-elit ebeveynler ve sağlık-elit kuşağından doktor- daha az kendine güvenenler ve sağlığı reddedenlere uzanan sekiz değişen derecesi bulunmaktadır (76). Aynı anket ayrıca ezici bir çoğunluğun öz bakımın kendi sağlığı için kişisel sorumluluk almaya güçlü bir şekilde bağlı olduğunu ve genel sağlık ve sıhhati teşvik etmenin önemli bir parçası olduğunu belirtmiştir (77).

Eczacılara ve eczanelere ve halkın erişimi bakımından, Avrupa Birliği'ni bir örnek olarak alarak, AB vatandaşlarının yaklaşık % 98'inin en yakındaki serbest eczaneye 30 dakika içinde ulaşabildikleri görülmekteyken, vatandaşların % 58'i en yakın serbest eczanenin iş yerleri veya evlerinden 5 dakika mesafede olduğunu belirtmiştir. Avustralya'daki coğrafi mekânsal bir rapordan alınan sonuçlar Avustralyalıların % 87'sinin (& 72 / % 95/ kırsal kesim/ metropol) en yakın eczanenin 2.5 kilometre civarında yaşadığı benzer değerleri göstermektedir ki bu da, eczacı destek ve hizmetlerine kolay erişim ile ilgili hipotezi daha da destekleyen bir kanıt niteliğindedir (78).

Tüketicilerin doğal sağlık ürünleri ve farmasötik reçetesiz uyku ilaçları hakkında karar vermeleri üzerine "araç sonuç zinciri" (MEC) yaklaşımını kullanan bir çalışma "doğal" veya "kimyasal" kaynak gibi ürün atıfları, ürünü aldıktan sonraki sonuçlar (örneğin; etkili olma algısı, yan etkiler) ve ürünlere atfedilen değerlerin (örneğin; yaşam kalitesi) tüketicinin ürün seçimi üzerinde kilit bir rol oynadığını tanımlamıştır (79).

Tüketicinin uygun OTC ilacı arayışı sürecinde birçok adım mevcuttur. Bunlar; farkındalık, ihtiyaç belirleme, bilgi arama, alternatiflerin değerlendirilmesi, satın alma kararı ve herhangi bir ilan edilen sağlık politikasının satın alım sonrası davranışının farkında olma olarak sıralanabilir (80).

Belarus'ta yapılan bir çalışma profilaksi ilaçlarının tüketiminin toplumsal statü, öğretim düzeyi ve ekonomik duruma bağlı olduğunu bildirmiştir. Daha yüksek düzeyler daha yüksek tüketimlerle ilişkilendirilmiştir. Diğer faktörler ürün fiyatı ve menşei ülkedir (81).

7.3 Tüketici Güveni

Sağlığınız Hakkında Kafa Yoruyorsanız Kendinize Şu Soruları Sormalısınız

Sağlık özgüveni

Sağlık sorunlarınızın çoğunu kontrol ve idare edebileceğiniz konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

Neredesiniz

Eğer notunuz "7"nin altındaysa bunu artırmak için ne gerekir?



Şekil – 12: Hastaların Sağlıkçı Güvenlerini Ölçme Skalası [82]

Hastanın etkinleştirilmesi, hasta öz yeterliliği, öz bakım ve öz yönetim gibi birçok terim hastaların sağlığı geliştiren faaliyetlerini tarif etmek için kullanılmıştır. Tercih edilen terim ise "katılım"dır. Kanıta dayalı kronik bakım modeli, katılım ve istenilen sağlık sonuçları arasındaki bağlantının önemini göstermektedir. Örneğin; katılımcı hastalar daha iyi sağlık sonuçlarına ve sağlık hizmeti tecrübelerine sahiptir. Daha az sağlık hizmeti kullanırlar ve bu daha az maliyetlidir. Bir hastanın katılım düzeyini klinik tedavi uzmanı ve hastanın kendisinin bilmesinde yarar vardır. Sağlık güveni katılım için etkili bir göstergedir ve uygulamacılar basit bir soruyla bunu kolayca ölçebilir: "Sağlık sorunlarının çoğunu kontrol edip yönetebileceğin konusunda kendine ne kadar güveniyorsun?" Bu soru hastalar ve sağlık uzmanları arasında özdüşünümü ve anlamlı iletişimi başlatmaktadır. Ve yardımcı olabilecek eşlik eden soru ise "Sağlık sorunların ve endişelerin konusunda doktorlarının ve hemşirelerinin sana verdiği bilgiler ne kadar anlaşılır ve kullanışlı?" [82].

Rusya'da Devlet Profilaksi Merkezi'nin sınıflandırmasına göre, üç grup tüketici bulunmaktadır, bunlar da kendine güvenenler (yüksek derecede kendi kendine teşhis koyma, otomedikasyon, profilaksi), dikkatli olanlar (bunlar doktor tavsiyesini tercih etmekte ve ikinci profilaksiye ihtiyaç duymaktadırlar) ve şüpheli olanlardır (sağlıklarıyla sorun yaşayanlar ve düşük derecede kendi kendine teşhis koyanlar) (84).

Birçok kişi reçeteli ilaçlar kadar etkili ve iyi olduklarına inanarak aldığı ürünler konusunda yüksek bir güvene sahiptir. Bu durum, birçok tüketicinin aynı hastalığın takip eden dilimlerinde aynı ürünü kullanmalarından ve olumlu bir etki olduğunu düşüncülerinden kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Böylelikle tüketiciler güvenilen ilaçların küçük bir rehberini oluşturmaktadırlar.

Saskatoon Kanada'da Fen Bilimleri Yüksek Lisansı için sunulan bir tez, 'Tüketicinin Tezgâh Üstü İlaçlara İlişkin Beklentileri: Satış Lokasyonu' bulguları, Saskatoon sakinlerinin OTC ilaçları hakkında beklentileri üzerinde lokasyonun çok az etkisi olduğunu ileri sürmektedir. Ayrıca tüketicilerin OTC ilaçlarına ilişkin sağlıklı bir tutuma sahip oldukları ve kullanımları esnasında bakımın da gerekli olduğunu farkına vardıkları görülmüştür. Bu durum, insanların ürünlerin satın alınmalarından sonra bu tür ürünleri nasıl kullandıkları konusunda işaretleri göstermektedir (78). Araştırmacılar, öz yönetimi desteklemenin ve kendi kendine yeterlilik ile davranışsal değişimler üzerine yoğunlaşmanın klinik sonuçlar ve acil servis kullanımı üzerinde etki doğurabileceğini ileri sürdüler (43).

Geleneksel hasta eğitimi, hastalığa dair özelleşmiş bilginin, daha iyi sonuçları doğuran davranış değişikliğini yarattığı temel teorisine dayanmaktadır. Öz yönetim öğretimi, bunun tersine, hayatı iyileştiren değişiklikler yapma kapasitesine olan daha büyük güvenin daha iyi klinik sonuçlar doğurduğu teorisine dayanmaktadır (86).

Yaş ve öğretim düzeyi özgüvende rol oynamaktadır (81).

İnsanların başlarda kendi kendilerini tedavi etme isteklerine rağmen, Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Sistemi halen basit rahatsızlıklar için yıllık toplam 2 milyar £ harcamaktadır. Bu, her doktorun günde bir saatini alan 57 milyon doktor konsültasyonuna denk gelmektedir. Araştırma, insanların genellikle 4 ila 7 günlük süreç içinde doktora başvurarak öz bakımı gereğinden daha erken terk ettiklerini göstermektedir. Bunun ana nedenleri aşağıdaki gibidir:

- Belirtilerin normal ilerleyişini anlamaya dair güvenin eksik oluşu (Örneğin; soğuk algınlığı 14 gün sürebilir)
- Belirtilerin/semptomların algılanan şiddet ve süresi

- Daha ciddi bir şey olmadığı konusunda kendini rahatlatma
- Aynı ilacın reçetesiz bulunabilmesine rağmen hastalığı tedavi edecek reçete arayışı (30)

7.4. Tüketici Tecrübesi

Google'daki her 20 aramadan bir tanesi sağlıkla ilgilidir ve arama motoru daha güvenilir sağlık bilgisi sağlama çabalarını arttırmıştır. Pek çok insanın Google'ı aradığı yer cep telefonlarıdır. Bu yıl, ilk defa mobil aramanın masaüstü aramaları geçtiği görülmüştür, bu da 'bağlantı kuran hastanın' başlangıcının sinyalini veren bir harekettir. Etkin olarak, her zaman, dünyanın neresinde olursak olalım sağlığımız veya durumumuz hakkında araştırma yapabilmekteyiz (87).

Hasta tecrübesi geliştikçe, bu tecrübenin sadece bir müşteri teması olmanın ötesine geçip, aynı zamanda insanları akılda, vücutta ve ruhta nasıl dâhil ettiğimiz, kaliteden güvenliğe ve hizmete bakımın kritik yönlerini nasıl birleştirdiğimiz ve kolay bakım süreçleri ile sağlık sistemlerimizin karmaşıklıklarını küresel olarak nasıl ilişkilendirdiğimiz konularında daha büyük bir mutabakat ortaya çıkıyor. Beryl Enstitüsü tarafından hasta tecrübeleri üzerine yapılan en son çalışmanın verilerine göre, gelişmekte olan hasta katılımı sürecinin olumlu algılandığı ve olumlu hasta tecrübesi ile yönlendirilen sağlık bakımının küresel olarak merkezi bir odağa sahip olduğu görülüyor. Ulusal veya sistematik kısıtlamalar bir kenara bırakılırsa hasta tecrübesi hareketi güçlüdür. Bir başka deyişle, hastalar katılımı tecrübe ettikçe daha fazla katılmak istemektedir. Fikrin kendisi insanlığımızın temelinde kendini bulmaktadır. Bu fikri, hem uygulama hem de araştırmada, bu açıdan ele alırsak daha iyi bir sağlık bakım dünyası için ihtimaller gerçekten sınırsızdır (88). Ürün seçiminin sadece tıbbi faktörlere değil fakat ayrıca psikolojik ve toplumsal yönleri dayandığı bildirilmiştir (89).

7.5 Tüketici Memnuniyeti

Birleşik Devletler'de yapılan bir başka çalışma, hastaların tezgâh üstü ilaçların uygun kullanımı konusunda eczacı öz bakım hizmetleri için ödeme yapmaya istekli olup olmadıklarını saptama amacı gütmektedir. Ek olarak, söz konusu çalışmada hastaların ödeme yapmaya istekli olmalarının serbest eczacılık ortamı ve hastaların sosyo-ekonomik faktörleriyle ilişkilendirilip ilişkilendirilmediği incelenmiştir. Çalışmada ortaya çıkan sonuç şudur: Gelişmekte olan öz bakım pazarıyla birlikte hastanın ödeme yapma istekliliğinin artması eczacılara öz bakım kliniklerini veya hizmetlerini geliştirme fırsatı sağlamaktadır. " (90)

Hasta memnuniyeti pek çok değişkenden etkilenen çok boyutlu bir sağlık

hizmeti olgusudur. Sağlık hizmeti kalitesi hasta memnuniyetini etkilemekte, bu da, sadakat gibi olumlu hasta davranışlarını tetiklemektedir. Hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetleri kalitesi ölçümünün sonuçları, uzman değerlendirmesinin yanısıra hasta girdisini de birleştiren multidisipliner bir yaklaşım kullanarak faaliyete geçirilebilmektedir (91).

Suudi Arabistan'da eczacıların imajları ve mesleki performansları toplum nezdinde yükselmektedir. Suudi hastalareczacıların sağlık ekibindeki rolüne dair yüksek memnuniyet göstermektedirler (92). Eczacılar sağlık bakımının etkili ve vazgeçilmez bir parçası olmada aktif bir rol oynamalı ve verimli ve önde gelen bir farmasötik sağlık bakımı sunmak için kendilerini uygun bilgi ve yetkinlik ile donatmalıdırlar (93).

Tüm hizmet türleri için incelenen çalışmaların çoğunda yüksek memnuniyet düzeyi gözlemlenmiştir. Genel hizmetler için eczacının tutumu, ilaçla tedavinin uygunluğu, ilacın erişilebilirliği, eczane imkânları ve lokasyonun hasta memnuniyetini olumlu anlamda güçlü bir şekilde etkilediği bulunmuştur. Reçete karşılanırken daha uzun bekleme süresi ise hastayı devamlı olarak olumsuz etkilemiştir. Müdahale hizmetleri durumunda, hastalar genellikle uygulanan müdahaleden çok büyük oranda memnun kalmıştır. Dahası, incelenen çalışmalar, rehberlik ve denetimin sıklığı ne kadar fazlaysa ve rehberlik ne kadar kontrollüyse, memnuniyet oranının da o kadar yüksek olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte bir çalışmada, optimal rehberlik oranlarına rağmen, yüksek oranda hasta memnuniyeti bildirilmiştir. Diğer bir ilginç gözlem ise herhangi bir müdahalenin sunumundan önce bildirilmiş temel memnuniyettir. Tüm incelenen çalışmalarda değişik bilişsel hizmetlerle yüksek memnuniyet oranları gözlemlenmiştir (94).

7.6 Tüketici Bilgisi ve Anlayışı

Web MD Yönetim Kurulu Başkanı Caravan Redmond PMLive'e verdiği bir mülakatta şunları söylemektedir: "Öz bakım için en büyük zorluk bilgidir. Hasta veya tüketicinin kendi kendilerine teşhis koyabildiğinden ve seçim yapabilme yeteneğine sahip olduğundan emin olmak istiyorsunuz ve onlar bu seçimi yaptığında bu ürünün fayda ve risklerinin neler olduğunu biliyor. Eğer ilaç sektörü bu bilinçli tüketiciye hizmet götürecek şekilde evrilmek durumundaysa, daha çok öğrenmesi, açık ve geçerli mesajlar vermek için tüketicilerin anlayabilecekleri bir dil kullanarak onlarla iletişim kurması gerekir." (95)

2015 yılındaki bir bildiri de Avrupa Erkek Sağlığı Forumu Başkanı Ian Banks şunları yazmıştır: "Bugünün tüketicileri, sağlıklarını yönetmek için hem güçlendirilmiş hem de imkân verilmiş haldeler ve bunun bir sonucu olarak daha uzun ve sağlıklı bir yaşam sürecekler. Aslında, birçok hasta kendi durumunu doktorundan daha iyi biliyor. Ne yazık ki, yaşamlarını ve

refahlarını iyileştirmek için tedbir almak isteyen insanları sık sık “endişeli” diye etiketliyoruz ve bazıları bilgili hastaların istenmeyen veya tehlikeli bir şey olduğunu bile iddia ediyor. Gerçek şu ki, artık daha fazla insan gelecekteki sağlığını koruma arzusuna sahip, hasta olmadıklarında bile, bu durum cesaretlendirilmesi ve kutlanması gereken bir şey. Sağlık öğretiminin kronik hastalıkları önlemedeki rolü hafife alınamaz. Toplumumuzun mevcut hizmetleri kullanmak için daha fazla cesaretlendirilmesi gerek ki, bu da Avrupa Erkek Sağlığı Forumu’nun üzerine odaklandığı bir şey. Pek çok sağlık hizmetinin yeniden tasarlanması şu anda sağlık tavsiyelerinden kaçınan grupları cezbetmekte etkili olabilir. Örneğin; eczacılığı en düşük düzeyde kullananlar erkeklerdir, fakat Ulusal Eczacılar Birliği’ne göre yeni bir sistem geliştirmeniz durumunda, erkekler buna daha açık olacaklar. Erkeklerin eczacılık hizmetini kullanmada ve kolaylıkla hitap edilebilecek bazı çok basit şikâyetler hakkında eğitilmelerindeki etkisi, yaşam kalitesini hemen iyileştirecek ve belki de gelecekteki kronik hastalıkların gelişimini bile önleyecek. ”(96)

Ukrayna ve Rusya’dan iki rapora göre, çoğu katılımcının ilaçlar hakkındaki kendi bilgi düzeylerini yeterli bulmalarına rağmen, daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını göstermiştir (97),(98).

2015 yılında Birleşik Devletler’de düzenlenen İpsos anketi insanların ezici bir çoğunluğunun (%92) sağlıkları üzerinde daha fazla kontrole sahip olabilmeyi sevdiğini, vekendi sağlıklarını yönetmede her zamankinden daha aktif olmalarının beklendiğine inandıklarını (% 80) göstermiştir. İnsanların %95’i sağlığın öz yönetimini diyet ve egzersiz gibi iyi alışkanlıklarla ilişkilendirirken, çoğunluk (% 80) taramalar ve sağlık taramaları (% 88), önleyici bakım (% 87), doktorlarla konsültasyon (% 83) ve bir sağlık sorunuyla nasıl ilgilenmek istedikleri hakkında karar verme (% 87) gibi faaliyetleri tanımlamışlardır. İnsanlar kilo ve kan basıncı (% 64) gibi sağlık göstergelerini takip ederek ve akut sağlık koşullarını yönetecek (%59) tezgâh üstü (OTC) ürünleri satın alarak sağlık sorunlarını ve belirtileri (% 67) araştırmaktadır(99).

8. Öz Bakımda Risk ve Faydalar

Kendi kendine tedavi açısından, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde eczacılar bazı potansiyel fayda ve risklerin farkındadır (100). Örneğin:

Potansiyel faydalar:

Bireysel düzey

- Kendi sağlık bakımında aktif rol
- Önemsiz belirti ve koşulları önleme vehafifletmede kendine güven
- Özel sağlık konularında eğitim fırsatları (örneğin; sigarayı içmeyi bırakma ve mide ekşimesini tedavi edecek ürünler)

- Uygunluk
- Özellikle tıbbi konsültasyonlar azalacağı veya bunlardan kaçınılacağı için tasarruf

Toplumsal düzeyde

- Nadir bulunan tıbbi kaynakların önemsiz koşullarda ziyan edilmesini önleme
- Toplum tarafından finanse edilen sağlık bakımı programlarının maliyetini düşürme
- Önemsiz belirtilerden kaynaklanan iş devamsızlığını azaltma
- Sağlık personeli yetersiz olduğunda tıbbi hizmetler üzerinde baskıyı azaltma
- Kırsal kesimde veya uzak bölgelerde yaşayan nüfuslar için sağlık bakımı ulaşılabilirliğini arttırma

Potansiyel riskler:

Bireysel düzey

- Kendi kendine doğru olmayan teşhis koyma
- Acil olarak uygun tıbbi tavsiye aramada başarısızlık
- Doğru olmayan tedavi seçimi
- Özel farmakolojik riskleri tanımada başarısızlık
- Nadir fakat şiddetli yan etkiler
- Kontraendikasyonları, etkileşimleri, uyarıları ve tedbirleri tanımada ve bunlara kendi kendine teşhis koymada başarısızlık
- Aynı etken maddenin farklı bir isim altında hâlihazırda alındığını

fark etmede başarısızlık

- Reçete yazan doktora mevcut kendi kendine tedaviyi bildirmede başarısızlık (iki defa ilaçla tedavi/zararlı etkileşim)
 - Advers ilaç reaksiyonlarını tanımada ve bildirmede başarısızlık
 - İlacın doğru olmayan bir şekilde uygulanması
 - Yetersiz veya aşırı doz
 - İlacın kullanılması gerekenden aşırı derecede uzun süre kullanılması
 - Bağımlılık ve kötüye kullanma riski
 - Gıda ve ilaç etkileşimi
 - İlaçların doğru olmayan koşullarda veya raf ömrünü aştığı halde saklanması

Toplumsal düzey

- Uygun olmayan kendi kendine ilaç tedavisi ilaç kaynaklı hastalıklara yol açabilmektedir.

Bu raporda toplanan kanıtlara dayanarak, bu potansiyel risklerin çoğunun öz bakımı güvence altına alan eczacıların dâhil olmasıyla aza indirgenebileceğini ifade edebiliriz.

9. Eczacının Rolü ve Yarattığı Katma Değer

Reçeteye ilgili hizmetlerin yanı sıra, eczacılar ve eczaneler genel olarak, birçok yaygın rahatsızlığa karşı güvenli ve etkili ilaçlar arayan ve tavsiye isteyen hastalar için iyi erişim noktalarıdır. Eczacının iletişimci, kaliteli ilaç tedarikçisi, eğitmen ve denetmen, işbirlikçi ve sağlık geliştiricisi şeklindeki rolleri sürekli genişlemektedir. Öz bakımın sağlık ve ekonomik değerlerinin ölçülmesi kolay olmasa da, ilaç uzmanı olarak eczacıların öz bakıma etkili bir şekilde katkıda bulunduğu anlaşılmıştır. Öz bakım, binlerce yıldır bizimle birlikte olmuştur, ancak bugün eczacıların hastalara öz bakım konusunda yardımcı olma fırsatı bulunmaktadır. Toplum, her zamankinden daha iyi eğitilmiş ve artık ilaç tedavileri hakkında doğru, anlaşılır ve objektif, güncel bilgilere erişime sahiptir. Dahası, kontrolü doktorlar ve diğer bakım sağlayıcılardan geri almak ve hastaların kendi bakımları hakkında kararlar almaları konusunda genel bir eğilim vardır. Eczacı bilgi ve tavsiyenin güvenilir bir kaynağı olarak tanınmaktadır. Bu eğilimler birbirleriyle etkileşince, eczacıların değerlerini ve rollerini hastalarına paylaşmaları için altın bir fırsat ortaya çıkmaktadır (101).

Kamuoyu Güvenini Artırmak: Yakın tarihli Avrupa çapında bir araştırmaya göre katılımcıların büyük bir çoğunluğu, neredeyse % 90'ı, öz bakımı önemli bulmaktadır. Bununla birlikte, her beş katılımcıdan birinden azı, sağlık sorunlarını kendileri tedavi etmek konusunda özgüven sahibidir, bu oran Doğu Avrupa ülkelerinde daha da azdır. Diğer anketler, tüketicilerin doğal olarak ihtiyatlı bir sağlık bakımı yaklaşımına yöneldiğini ve tüketicilerin neredeyse üçte ikisinin kendi kendini tedavi etmeye başlamadan önce bekleyip göreceğini söylediğini göstermiştir. Bu, çeşitli programlarla hastalarla birlikte çalışılması ihtiyacını vurgulamaktadır. Biz de FİP olarak güvenilir tavsiye kaynakları olarak eczanelerin merkezi rolünü teşvik edeceğiz: İnsanları "ne kadar erken o kadar iyi" mantığıyla tavsiye almaya çağırın kampanyaların yanısıra Birleşik Krallık'ta uzun süredir devam etmekte olan "Eczacınıza sorun, iyi bir tavsiye alacaksınız" kampanyası da bunun için bir model teşkil edebilir.

Ürün Yelpazesini Koruma: Birçok koşulda, bir eczacının veya eczane ekibinin iyi eğitim almış bir üyesinin bir iç rahatlatan sözü, insanların kendi durumlarını yönetmesine yardımcı olmak için yeterli olacaktır. Fakat uygun reçetesiz(OTC) ürününün kullanımı ile bu belirtilerin hafifletilebileceği veya azaltılabileceği birçok durum bulunmaktadır. Hastalar daha önce eczanelerde yalnızca reçeteye satılan etkili ürünlerden faydalanabilmekteydi. Pek çoğu artık çabuk ve etkili şekilde tedavi edilebilmektedir. Hastaları mümkün olduğunca öz bakım hizmetini kullanmaları konusunda cesaretlendirmek için eczacıların tavsiye edebileceği yeni ve yenilikçi ürünlerin tedarik sürecine ayak uydurmak önemli olacaktır.

Sağlık sistemi üzerindeki baskıların azaltılması: Halk, eczacıların desteğiyle veya destek olmaksızın kendi öz bakım yeteneği konusunda özgüvenden yoksunsa, yardım için sağlık sisteminin diğer bölümlerine

yönelecektir. Basit rahatsızlıkları olan hastalar pratisyen hekimlerle veya acil servislerde değerli zamanın kaybına sebep olabilir. Almanya'da, hastaların daha sonra güvenle satın alabilecekleri reçetesiz ilaçlar konusunda doktorların öneride bulunmalarını sağlamak için "yeşil reçete" sistemi kuruldu. Bazı sağlık sistemleri, hastaları eczaneleri basit rahatsızlıklar için ilk çağrı merkezleri olarak ziyaret etmeye teşvik hizmetleri geliştirmiştir. Bu hizmetler, pratisyen hekimlerden ziyade eczanelerin kullanımı cesaretlendirmek için eczacıların üzerinde anlaştığı bir ilaç rehberinden seçilmiş OTC ilaçlarını tedarik etmelerine sık sık imkân vermektedir.

Eczaneler, hizmet verdikleri toplulukların merkezindedir: Eczanelerin sağlık sistemlerinin tamamen entegre bir parçası haline gelmesi için bazı "güçlendiriciler" gerekecektir. Eczacılık mesleğinin, sağlık sistemlerinin ve halkın değişen ihtiyaçlarını karşılamak için gelişmeye devam etmesi gerekmektedir. Eczacılar, ilaçların güvenli bir şekilde insanlara iletilmesini denetlemekten çok daha fazlasını yapacak kapasiteye sahiptirler. İlaçların kullanımını optimize etmenin yanısıra halk sağlığı korumanın da merkezinde olmalıdırlar. Bunu başarmak için, eczanenin uyum sağlaması gereken ve değişikliği ısrarla isteyeceği bazı kilit alanlar vardır.

Teknoloji: Eczaneler, dağıtımının otomasyonu ve izin verilen yerlerde internet eczanelerini de içeren yeni teknolojilerin avantajlarından faydalandıkları çalışma şekline uyum sağlamalıdır. Ayrıca, hastaların şu anda mevcut büyük miktarlardaki sağlık bilgisi ve verileri kullanmalarına ve yorumlamalarına yardımcı olmak için ilaç uzmanlıklarını kullanmaya hazır olmaları gerekmektedir.

Mevzuat: Eczacılık örgüt ve kuruluşları, düzenleyiciler ve yasa koyucular, eczaneye daha geniş bir halk sağlığı hizmetleri sunma olanağı sağlamak için ilgili yasaların güncellenmesini sağlamalıdır.

Ek beceriler: Hastaların ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için, eğitimlerini ve bilgilerini genişletmek konusunda eczacılar ve eczane personeli desteklenmelidir. Bu özellikle, hastaların ve onlara bakım verenlerin daha iyi nasıl dinleneceği ve iletişim kuracağı üzerine odaklanmalıdır.

Buna ek olarak, eczacılar,

- Advers ilaç olaylarını önleme veya en aza indigeme
- İlaç tedavilerine ve diğer tedavilere azami bağlılığı/uyumun desteklenmesi
- Asgari uygulama standartlarının temini
- Hizmetlerin ve / veya ilaçların hem riskleri hem de faydalarını değerlendirmek
- Tanımlanmış etik kuralları çerçevesinde işlem yapmak
- İlaç mutabakatı ile kalite ve güvenliği sağlamak
- Hastalara, hükümete ve kendi aralarında öz bakım, öz bakım ürünleri ve öz bakım hizmetlerinin değerini (risk / fayda) teşvik etmek
- Kendi kendine bakım ve öz bakım ürünlerinin vatandaşlara

değerinin (risk / yarar) desteklenmesi

- Öz bakım ve kendi kendine ilaç tedavisi alanlarında sağladıkları tavsiyeleri değerlendirmek ve nitelendirmek
- Öz bakıma farmasötik bakım kavramını uygulamak
- Hastaları öz bakım için eğitmek
- İlaç yönetimi vasıtasıyla tedavi ve sonuçları izlemek
- Hastanın sağlık sistemi içerisinde alternatif bir hizmete sevk edilmesi (farmasötik triyaj)

Konularında önemli rol oynamaktadırlar.

Potansiyel veya ilgili riskler açısından, [5] tıbbın her yönü, faydalar kadar riskler de taşır.

Basit rahatsızlıklar için tüketicinin güçlendirilmesi ve öz bakımın avantajlarını kabul etmekle birlikte, bazı doktorlar ilaçların insanların potansiyel ciddi sorunlar için tavsiye aramalarını geciktirebileceğinden korkmaktadır. İnsanları pratisyen hekimlerini/aile hekimlerini ziyaret etmekten vazgeçiriyor gibi görünen tedbirler, sağlık hizmetleriyle bağı kalmadığını düşünenleri yabancılaştırmakta ya da daha ciddi bir sorunu ortaya atmak için basit hastalıkları katalizör olarak kullanabilecek insanların umudunu kırmaktadır. Birçok yaygın rahatsızlığın kendi kendine değerlendirilmesi ve tedavisi nispeten basitken, bazı vakalarda ciddi hastalıkların belirtileri sonraki tedaviyi geciktirerek ve karmaşılaştırarak reçetesiz tedavi ile gizlenebilmektedir (102). Yetkin olmayan kendi kendine tedavi advers reaksiyonlar veya diğer ilaçlarla öngörülemez etkileşimler riskini taşımaktadır. Herhangi bir tür ilaç kesinlikle önemsiz bir tüketim maddesi değildir vesadece bilinen ve özel koşulları tedavi etmek için kullanılmalıdır. Tüketiciler ve sağlık uzmanları -özellikle eczacılar- arasındaki iletişim ve ortaklığın önemi eşsizdir ve bu yüzden öz bakım için yapılacak her uygulamada üzerinde durulmalı ve vurgulanmalıdır.

Ayrıca, daha korunmasız nüfus gruplarının sağlık sorunları için başka nerede yardım arayacaklarını bilememeleri riski bulunmaktadır ve bu gruplar herhangi bir ufak rahatsızlıkta ilk müdahale noktası olarak pratisyen hekimlerine veya hatta acil servislere başvurabilmektedirler. Klinik tedavi uzmanları tercümanlık hizmetlerine erişim sağlayarak böylece farklı sosyal çevrelere mensup insanlara da yardımcı olabilirler. Eczacılık süreçleri bu gibi durumlarda çok önemlidir (Kutucuk – 1).

Kutucuk - 1: Serbest eczanelerin bazı ortak özellikleri

- Yerel topluluklarda bulunmaktadır ve onlara karşı uzun süren bir bağlılığa sahiptir
- Yerel topluluklar ve sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçları hakkında bilgi sahibidir
- Halk arasında olumlu bir imaja sahiptir - memnuniyet ve güven
- Erişilebilir - uzun çalışma saatleri mevcuttur ve uzmanlık gerektiren tavsiyeler için randevu alınması gerekmez
- Kamu (sözleşmeli / finanse edilen) ve özel hizmetleri sağlamaktadır
- Tanzimi yapılmış mekanlarda profesyoneller tarafından işletilmektedir
- İlaç temini, klinik tavsiye / izleme ve sağlığın teşviki hizmetleri sunar
- Yerel ihtiyaçlara cevap verebilir ve yeni hizmetler sunmaya uyarlanabilir

10. Eczacıların Öz Bakımdaki Katkısını Optimize Etme

Tablo 4, eczacıların kendine güven konusunda tam potansiyelini etkileyen kilit engeller ve kolaylaştırıcılar olarak düşünülebilecek unsurları açıklamaktadır. Bu faktörler, bu bölümdeki tablodan sonra daha ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

Tablo – 4: Eczacıların Öz Bakımdaki Tam Potansiyellerine Dair Engel ve Kolaylaştırıcılar

| Faktör | Engel | Kolaylaştırıcı |
|--|--|---|
| Sağlık sisteminin organizasyonu | | |
| Beceri karışımı | Mevcut verilere göre küresel çapta sağlık çalışanı eksikliği sayısı 7.2 milyon | Kendilerine uygun görevleri eczane asistanlarına ve (hukuki olarak düzenlenmiş) teknisyenlere devretmek |
| Paydaş sağlık çalışanları | | Koordine/entegre sağlık hizmeti sunumu |
| Hizmet optimizasyonunu etkinleştiren faktörler | | |
| Hasta başı testi | | Hastanın yakınında teşhis ve izleme erişimi ve rahatlığı artırır |
| Eczacıların ve eczacılık öğrencilerinin eğitim ve öğretimi | | Eczacılık müfredatına daha fazla öz bakım talimatlarının dahil edilmesi |
| Eczacılık mesleğinin hukuki olarak düzenlenmesi | Reçete teminine odaklanan bir işgücü için uygulama değişikliği zorlayıcı olacaktır | Kamu emniyet ve güvenliğini korumak |
| Hizmetin zaman ve yetki alanı yönünden erişilebilirliği | Öz bakımda en iyi uygulamayı uygulamak için plan ve kaynak belirlemek | |
| Bir engel olarak eczacılar | Statükoyu korumak bir seçenek dahi değildir | Eczacıların öz bakımın en safında olmalarının gerekli olduğu |
| Kılavuz | | |
| Kılavuzlar-Kantı temelli kılavuzların varlığı veya yokluğu | | En iyi uygulama kılavuzlarının hazırlanmasına kendilerini adan eczacılar |
| Uygulama kılavuzlarının uygulanması | En iyi uygulama ile klinik bakım arasında büyük fark var | Kılavuzların uygulanmasına kendilerini adayan eczacılar |
| Yenilik | | |
| Servis sunumunda yenilik | Teşvikleri ve eczacıları desteklemek ve zaman ayırmak | Eczacıların kendilerini etkili ve kaliteli hizmet sunumuna adanmaları |
| Eczacılığın Düzenlenmesinde Yenilik | | Eczacıların görevlerini ve hasta ile etkileşimlerini eczane için en uygun hale getirmek |
| Ürün ile ilgili faktörler | | |
| İlaçların hukuki olarak düzenlenmesi | | Erişilebilir özbakım ilaçlarında kaliteyi temin etmek |
| Ürün reklamıçılığı | Reklamlarda belirtilen risk ve faydalardan tüketici tarafından anlaşılması | Tedavi seçenekleri üzerine hastaları imkanlar elverdiğince eğitmek |

| Faktör | Engel | Kolaylaştırıcı |
|---|---|--|
| Bilişim teknolojileri ve yeni teknoloji | | |
| Teknoloji | Sayıları çok fazla olan yazılım programları arasındaki uyumsuzluk | Sağlık ile ilgili en iyi uygulama, aygıt ve iletişim teknolojilerini kullanmak |
| İnternet | Sağlık enformasyonu alanında mevcut kalite ve referans ihtiyacı | Eczacıların hasta eğitimine adanmışlıkları ve hangi internet sitelerinin güvenilir olduğuna dair bilgi sağlamaları |
| Verilerin toplanması | Lojistik | Tedavi sonuçlarına dair verilerin toplanması gelecekte sağlık hizmetlerinin merkezinde olacak |
| Elektronik sağlık kayıtları | Doğru ve güvenli erişim ve yönetim | Hastaların aldığı sorumluluğun en üst seviyeye çıkarılması, titizlik gösterilmesi, etkililiğin artırılması, güvenlik ve sonuçlar |

10.1 Sağlık Sisteminin Organizasyonu

10.1.1 Beceri Bileşimi: Sağlık İş Gücü Ekiplerinin Görevlerinin Yeteneklerine Görerasyonel Yeniden Dağılımı

Birleşik Krallık Sağlık Departmanı tarafından tanımlandığı üzere, “beceri bileşimi” (skill mix) kavramını kullanmanın esası, profesyonel kuruluşlar ve yetki alanları içinde var olan ekip ve bilginin; profesyonellerin değil hastaların ihtiyaçlarından kaynaklanan iş gücü planlamasının ve gelişiminin; tüm çalışanların hasta bakımına olan katkılarını azami düzey çıkarmanın; çalışanların ihtiyaç duyacakları becerilerle donatılmış olduğundan emin olmak için eğitim ve kursların modernleştirilmesinin; tüm çalışanlar için yeni ve daha esnek bir iş hayatının geliştirilmesinin ve gelecekteki talepleri karşılamak için iş gücünün genişletilmesinin önemini vurgulayarak hastalar için en iyi, en etkili tedaviyi sağlamaktır. En iyi kişi tarafından en iyi becerilerin geliştirilmesi ve uygulanması, kimi ülkelerin yaşanan bir nüfusla baş etmesine yardımcı olabilmekte, uzun vadeli koşulların yönetimindeki gelişmelere hitap edebilmekte ve sağlık iş gücünün yetersiz olduğu bir dünyada hizmet sunabilmektedir.

2006 Dünya Sağlık Raporu’nun sistematik olarak daha az uzmanlaşmış kadrolara yetki verilmesini desteklemesinden ve hasta özyönetim ve toplum katılımı üzerine güçlü bir vurgu yapılmasından beri, görev değişiminin amaca uygunluğu, etkililiği ve yaklaşımı hakkında çok miktarda tartışma olmuştur. Sahraaltı Afrika ülkelerinin Sağlıkta Binyıl Kalkınma Hedefleri’ni yakalamaya yaklaşmak için mevcut sağlık iş gücünü üç katına çıkarmak zorunda kalacakları tahmin edilmektedir (103).

İlaç kullanımı sürecinde kullanılan insan kaynaklarının yoğunluğu ve bu kaynakların kullanımının hangi anlayışla gerçekleştiği kritik bir husustur. Etkililik ve verimlilik eşitliği hakkını tam olarak anlamazsak, topluma iyi bir hizmet sağlayamayız. Eczacıların etkinliğini ve verimliliğini artırmak için teknoloji ve görev paylaşımı yaklaşımını iyi kullanmalıyız (104).

10.1.2 Paydaş Sağlık Çalışanları

“Temel Bakımda Öz Bakımı Destekleme” (Chambers, Wakley, Blenkinsopp)’ den alıntı:

“Hastalarımızın çoğu, öz bakım için daha fazla bilgi ve destekten yararlanabilmekte ve daha fazla bilgi, öz bakım desteği, yaşam tarzı değişimleri, basit rahatsızlıkların nasıl yönetileceği veya daha uzun vadeli tıbbi koşulların kendi kendilerine nasıl daha iyi yönetileceği konusundaki tavsiyeleri olumlu karşılamaktadır. Bu zorluklarla ilgilenmede kendine güvenin bu tür bireylerin yaşam kalitesini iyileştireceği ve ayrıca kendi içinde daha iyi bir sağlığa yol açan daha fazla özgüveni de vereceği

iddialarını destekleyen kanıtlar mevcuttur. Bu kitap, öz bakımın teşvik edilip desteklenmesinin sağlık hizmetlerinin ve ekibin sağladığı hizmetlerin her yönünün ayrılmaz bir parçası olduğu bir uygulama kültürüne bir rota olarak pratisyen hekimlik ve eczane ekipleri için bir eğitim programı hazırlamaktadır. Bu programın bir sonucu olarak ekip, neyin işe yaradığını ve neyin denemeye değer olduğunu bilerek öz bakımı destekleyen kanıtlardan haberdar olacaktır. Ayrıca iyi derecede eşgüdümlü olacak ve böylece herkes kişinin sağlığının tüm yönlerine dair benzer tavsiye ve düşünceleri ortaya koyacaktır. Bu, bir vakanın ortaya çıkmasını ilk başta önleyerek, mümkün olduğu kadar, kendi koşullarını kendileri yönetmelerine yardım ederek, tezgâh üstünde satın alabildikleriveya kendileri başlattıkları tedavilerle veya belirtiler kendiliğinden kaybolana kadar belirtilerle yaşayarak veya onların günlük hayatın bir parçası olduğunu kabul ederek olabilmektedir. Kanıtlar, öz bakım mevcut olduğunda hastalarınızın sağlıklarını daha fazla kontrol altına aldıklarını göstermektedir. Gereksiz konsültasyon talebinde bir düşüş gözlemlemek mümkündür. Ve daha önemlisi bu kitap hastanızın sağlık ve iyi olma durumunu geliştirecektir” (105).

Etkili ekip çalışmasının hem kolaylaştırıcıları hem de önünde bazı engeller söz konusudur. Takım oluşturma girişimleri, ekip etkinliğini iyileştirmenin bir yolu olarak tanımlanır, ancak sınırları da kabul edilmektedir. Araştırmalar, uygulanabilirliği (takımın beraber çalışmaya devam edebilmesi için iyi ilişkiler sürdürme derecesini) ve takım performansını (istenen sonuçların elde edilmesi) ölçecektir. Genel amaç, birincil sağlık ekipleri için çalışmalarında teşhis etmek ve yönlendirmek için kullanılabilecek ekip etkinliği modeli geliştirmektir (106).

Langins ve arkadaşları tarafından sunulan “Eşgüdümlü bir sağlık iş gücünün koordineli / entegre sağlık sağlanması için güçlendirilmesi” isimli bildiri, eşgüdümlü/entegre edilmiş sağlık hizmetlerinin sunumu için sağlık iş gücü tarafından artırılması gereken yetkinliklerin listesini tasarlamaaktadır. Bildiride, sağlık sisteminde kolaylaştırıcı koşulları tarif etmenin ve dâhil olan paydaşların rol ve sorumluluklarına genel bir bakış sağlamanın yanısıra hizmet sunum düzeyinde gereken stratejileri ve hayata geçirmek için gereken araçları tanımlayan yetkinliklerin sağlamalaştırılması yöntemleri tasarlanmaktadır. Bu yaklaşım dünyanın bazı yerlerinde eczacılık uygulamasının güçlendirilmesi ile ilgili olarak düşünmek ve eğitim modellerini dönüştürmek için yararlı olabilir (107).

10.2 Hizmetlerin İyileştirilmesinde Etmenler

10.2.1. Hasta Başı Testi

Hasta başı testleri (POCT-Point of Care Testing), hastanın ortamındaki hastalığı genellikle resmi klinik dışında teşhis edebilecek tıbbi araçlar ya da cihazlar ile yapılır. Böylelikle hastalık teşhisi bireysel düzeyden topluluk

düzeyine kaydırılarak hastaların harcamaları azaltılmakta (artık kliniklerine gitmeleri gerekmediğinden), daha erken tanı konulmasını sağlanmakta ve hizmet götürülen nüfus genişletilebilmektedir. POCT kullanırken önerilen adımlar şöyledir: Öncelikle, toplumdaki yaygın hastalıklar ve var olan teşhis sistemindeki boşluklar belirlenir. Topluluğun ihtiyaçlarına doğrudan ve etkili bir şekilde cevap veriyorsa, yalnızca belirli bir POC teşhis stratejisi seçilir. İkincisi, teşhisin doğruluğu, kullanım kolaylığı ve maliyeti değerlendirilerek, teşhisin sınırlı kaynağa sahip ortam için uygun olup olmadığı anlaşılır. Son olarak, teşhisi ve takip eden tıbbi ve destek müdahalesini destekleyecek organizasyonun gerekli tıbbi, finansal, insani ve teknoloji kaynaklarına sahip olup olmadığı değerlendirilir (108). Çeşitli POCT cihazları, çeşitli hastalıkları veya tıbbi durumları görüntülemek veya izlemek için kullanılabilir.

Birçok çalışmada eczanede hasta başı testinin geliştirilmesi ile ilgili engel ve fırsatlar araştırılmıştır (109), (110), (111).

10.2.2 Eczacılar ve Eczacılık Öğrencilerinin Öğretim ve Eğitimleri

Öz bakım eğitimi, pek çok yönden eczacılık müfredatına eklenmiş haldedir. Bazı üniversite ve okullar öz bakım eğitiminin zorunlu ders olmasını savunurken, bazıları bunu seçmeli ders olarak vermektedir. Müfredatı mevcut tedavi dersleri veya simülasyon laboratuvarları ile bütünleştiren programlar da vardır. Her ne kadar ders hala en yaygın sunum şekli olsa da aktif öğrenme stratejileri giderek popülerleşmektedir. Öğrencinin eleştirel düşünme ve problem çözme becerisini desteklemek ve geliştirmek için sınıfta aktif öğrenme stratejilerinin kullanılması kabul görmektedir (112).

Yenilikçi nitelikte olan “diyabetik hasta öz bakım eğitim programı” birinci sınıf eczacılık öğrencilerinin diyabet hastalarına öz bakım eğitimi sağlamadaki bilgi ve güvenini gözle görülür biçimde arttırmıştır ve çoğunluğu diyabet hastalarına ve hastabakıcılara yardım etmek için edinilen becerileri hemen kullanmışlardır. Birinci sınıf eczacılık öğrencilerini diyabet konusunda eğitmek onları eczacılık okulundaki henüz ilk yıllarında bu becerileri kullanmaya hazır olmalarına imkân verirken, genişlemekte olan hasta popülasyonuna rehberlik sağlayacak ve bakım sunacak mevcut hizmet sağlayıcıların sayısını arttırmak için etkili bir yöntemdir (113).

Avrupa Birliği Eczacılık Grubu (PGEU), reçetesiz ilaçları yeniden sınıflayan Avrupa Komisyonu Reçetesiz İlaçlar Konusunda İyi Yönetişimi Teşvik Çalışma Grubu’na destek olmak amacıyla eczacıların lisans ve lisans sonrası öz bakım hizmeti verme yeterliliği eğitimi konusunda bir araştırma yürütmüştür. Bu çalışmada reçetesiz ilaç danışmanlığı ve kendi kendine ilaç desteği eğitimi de kapsamıştır.

AB'deki ortak eczacı faaliyetlerine ilişkin yakın tarihli bir PGEU araştırmasına göre, tüm PGEU üyeleri, ülkelerindeki serbest eczacıların öz bakımda hastaları desteklemelerini temel birfaaliyet olarak belirtmiştir. Bu nedenle, Avrupa serbest eczacılarının öz bakımı desteklemek, hastaların kendi bakımları için sorumluluk alma araçlarını teşvik etmek ve sağlamak, ayrıca bu araçların kullanımına yardım etmek konularında yetkin olması beklenmektedir. İyi Eczacılık Uygulaması, PGEU üyeleri arasında yaygın olarak tanınmakta ve uygulanmaktadır.

Meslekler arası eğitim (Inter Professional Education/IPE)'in işbirliğine yatkın, uygulamaya hazır bir işgücü sonucunu ve işbirliğine dayalı bir uygulamanın da hasta sonuçlarını iyileştirerek daha güçlü bir sağlık sistemi sonucunu doğurduğu konusunda hem WHO hem de FIP hemfikirdir. Bu nedenle IPE hem mesleki eğitim ve öğretimin başlangıç aşamasında hem de sürekli mesleki eğitimde çok önemli bir stratejidir. IPE için harcanan emek ideal olarak hem günümüzdeki hem de gelecekteki sağlık çalışanlarını kapsamalı, kayıt veya lisans alma aşamalarından önce gerçekleşmeli ve sürekli mesleki gelişim aracılığıyla çalışanların kariyerleri boyunca sürdürülmelidir (114).

Hollanda Kraliyet Eczacılar Birliği tarafından yayınlanan "Öz Bakım Standartları"nda kaliteli öz bakım hizmeti vermek için gerekli olan bazı tavsiyeler içerilmiştir. Hizmetin ve danışmanlığın kalitesini yönetmek için kılavuzlar hazırlanmalıdır. Güvenlik ve risk / fayda analizi, uzman tavsiyesi verecek olan eczacılar ve pratisyen hekimler için önemlidir. Öz bakım alanında tüketici hareketliliği son derece fazladır. Bireyler pazarlama teknikleri ve sosyal medya aracılığıyla sürekli olarak yeni tedaviler ve ilaçlarla karşılaşmaktadır. Oysa yeni ve bilimsel kılavuzlar hazırlamak zaman almaktadır. Bu nedenle eczacılar yeni kılavuzlar yayınlanmadan dahi, hastalara bu yeni ürünler konusunda danışmanlık hizmeti vermek için hazır olmalıdır. Eczacılar resmi standartlar henüz mevcut olmadığına bile bireylere tavsiyelerde bulunabilecek bilgi ve tecrübeye sahiptirler.

Amerikan Eczacıları Derneği (APhA) tarafından eczacıların öz bakım danışmanı niteliklerine yönelik düzenlenen 2015 tarihli araştırmada, ilaç etkililiğini ve güvenliğini sağlamak için hastalardan istenecek bilgilereyer verilmiştir (45).

Klinik eğitim sağlayan kurumlar, araştırma kuruluşları, araştırmacılar ve sağlık sistemleri arasındaki karmaşık kurumsal ilişkiler tüm gelişmiş ülkelerde ortaktır. Ancak bu ilişkilerin nasıl yorumlandığı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmetinin birçok diğer alanında olduğu gibi, Birleşik Devletler ve Birleşik Krallık belirgin bir tezat sunmaktadır (115).

10.2.3 Mesleğe İlişkin Yasal Düzenlemeler

Hemen her ülkehalkı koruma hedefiyle eczacılık mesleğinin standartlarını düzenleyen bir mevzuata sahiptir. Buna bir örnek Ulusal Eczacılık Düzenleyici Kurulları Ulusal Birliği'nden (NAPRA - Kanada) gelmektedir: Kanadalı Eczacıların Uygulamalarının Model Standartları (116). Örneğin; Standart No: 24 eczacıları "reçetesiz ilaç tedavisi, hastalık yönetimi veya sağlık koruması konusundaalacağı öz bakım tedbirleri için yardım talep eden hastalar için erişilebilir olmaları" konusunda teşvik etmektedir.

Diğer bir örnek ise; İrlanda'da eczacılık alanını düzenleyen İrlanda Eczacılar Birliği (Pharmaceutical Society of Ireland)'nden gelmektedir: Eczacının Öz Bakımdaki Rolü (117). 2007 Eczacılık Kanunu, ilaç tedarikinin eczacının kişisel gözetimi altındaki bireczaneden olmasını gerektirmektedir. Eczacının merkezi rolü doğru ilaçların kullanımını sağlamak ve kolaylaştırmaktır. İlaç sunumu sırasında bilgi ve tavsiyenin sağlanması konusundayasal zorunluluklar bulunmaktadır. Sağlam bir düzenleyici çerçeve, eczacılık hizmetlerinin geliştirilmesi için fırsatsağlamaktadır. Kanunun bazı bölümleri, sağlık, ilaç kullanım incelemesi (MUR), ilaç yönetimi ve kontrollerini sağlamak bakımından değişen rolleri düzenlemektedir. Öz bakımın geliştirilmesi ve desteklenmesinin hasta için ve halk sağlığı için değerli olduğuna dair destekleyici kanıtlar vardır. Eczacılar kendini hasta bakımına adanmış ilaç uzmanları olarak öz bakımda önemli bir role sahiptirler. Gelişmekte olan kanıtlar bunu desteklemektedir. Eczacılar, ilaçların güvenli ve etkin kullanımı için daha fazla hesap verebilirlik ve sorumluluk almakla yükümlüdürler. Eczacı, sıhhatin teşvikinde, hastalığın önlenmesinde ve diğer sağlık uzmanlarıyla işbirliği içinde hastaların güçlendirilmesinde rol oynamaktadır.

10.2.4. Hizmetin Zaman ve Yetki Yönünden Erişilebilirliği

Serbest eczacılar gittikçe artan oranda daha fazla klinik hizmet verirken, bu hizmetlerin pazarlamasında yeni bir zorlukla yüzleşmektedirler. "Serbest Eczacı Pazarlaması: Başarı Stratejileri" başlıklı bir bildiri Ohio Devlet Üniversitesi Klinik Ortaklar Programı'nın (Klinik Ortakları) klinik hizmetleri hastalara sunmaktaki tecrübelerini, bu tecrübeler yoluyla karşılaşılan engelleri tartışmakta ve gelecekteki pazarlama hizmetleri için öneriler sunmaktadır (118). Ulusal düzeyde yapılan araştırmalar, örneğin; Kanada Serbest Eczacılık Eğilimleri 2015 Araştırması gibi, öz bakımla bağlantılı çeşitli genişletilmiş hizmetlerin kolaylaştırıcı veya önünde engel olabilecek çok çeşitli unsurlar içerdiğini bildirmektedir (119).

10.2.5 Öz Bakımın Önünde Bir Engel Olarak Eczacılar

Eczacılar, politika yapımcılar, tüketiciler ve diğer sağlık uzmanları tarafından hasta odaklı hizmetlerinin sunumunda güvenilir bir alternatif

olarak görülmeye hazır mı? İlk önce eczacılığın değişimi uygulamada ne kadar istekli olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Pek çok ülke daha fazla hasta odaklı olabilmek için “yol haritaları” ve “detaylı planlar” üretmiştir fakat bunları pratiğe çevirmenin yavaş ve problemlili olduğu kanıtlanmıştır. Rogers tarafından kaleme alınan Diffusion of Innovation kitabında da ifade edildiği gibi genelde nüfusun % 2.5'i yenilikçiler ve % 13.5'i ise erken benimseyenler olarak görülmektedir. Yeni bilişsel hizmetlerin tanıtımı hakkında bilgileri sunan araştırma, değişikliği uygulama konusunda zaman, kaynak yaratma ve kısıtlı desteği içeren tahmin edilebilir engellere sık sık atıfta bulunmaktadır. Rosenthal ve arkadaşları da eczacılık kültüründe kendisine yer bulan bu “değişikliğe karşı isteksizliği” açıklamaya çalışmışlardır. Yazarlar, eczacıların kendi klinik yeteneklerine olan güvensizliklerinin ve sorumluluk almaktan ve hesap vermekten korkmalarının mesleğin yeni zorlukların üstesinden gelme yeteneğini azalttığını savunmaktadırlar. Literatür kolaylaştırılmış öz bakım ve kendi kendine ilaç tedavisine imkân verecek davranışları benimsemede eczacıların kendi kendilerinin en büyük engeli olduğunu ileri sürüyor gibi görünmektedir (2).

Farklı ülkelerde ilaçların erişilebilirliği üzerindeki kontrolün seviyesine bakılmaksızın, eczacılar şu anda önceden hiç olmadığı kadar çok geniş sayıda hastalığı yönetebilmekte ve tedavi edebilmektedir. Bu da eczacıların bu ilaçları uygun şekilde satma yeterliliği olup olmadığı sorusunu ortaya atmaktadır. Lansam ve Kropff müdahalelerin üçte birinde eczacıların hastanın semptomlarını değerlendirmeden öneride bulunduğunu ve bu yapılan önerilerin de üçte birinin muhtemel zararlara yol açabilecek düzeyde yetersiz olduğunu keşfetmişlerdir (120). Rutter ve arkadaşları ise beklenen sonuca gözlemlenen vakaların yalnızca üçte birinde ulaşıldığını ortaya çıkarmışlardır (121).

Protokol/ kılavuz/anımsatıcıların kullanımı hemen hemen evrensel ölçüde benimsenmiş gibi görünmektedir. Yine de, bu karar verme araçlarının performansı iyileştirme üzerinde az bir etkisi var gibi görünmektedir. Eczacının teşhis koyma süreçlerini inceleyen en son araştırma bulguları serbest eczacıların kılavuz kaynaklı sorgulamaya gereğinden fazla güvenmelerinden dolayı yetersiz klinik muhakemede bulduklarını ortaya koymuştur (122) (123) (124).

O zaman standartları yükseltme teşebbüsünde, eczacıları konsültasyonlara daha erken ve daha sık dâhil etmek mantıklı olacaktır. Bu, farklı eczacılık görevleri ve eczanelerdeki personelin uygun kullanımına verilen önem hakkında soruları gündeme getirecektir. Son yirmi yılın verileri eczacıların zamanlarının büyük çoğunluğunu hala hasta odaklı olmayan faaliyetlere harcadıklarını belirtmektedir. Şüphesiz bu da büyük ölçüde reçete miktarı tarafından dayatılmakta fakat aynı zamanda ilaç satışı yapılan yer dışına çıkmadaki isteksizliği de gün yüzüne çıkarmaktadır. Eczacının semptomları hakkında tavsiye talep eden insanları yöneterek

tutarlı ve uygun bir şekilde öz bakımı kolaylaştırma yeteneğinin son 25 yıl içinde fazla artmadığı görülmektedir.

10.3 Kılavuzlar

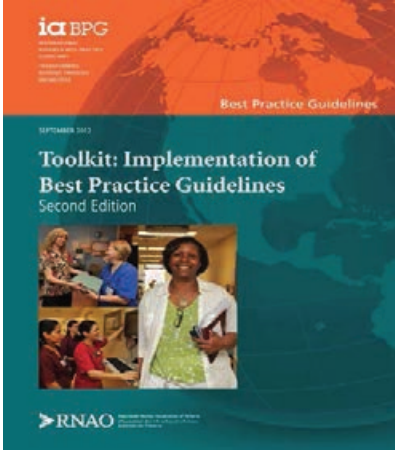
10.3.1 Kanıta Dayalı Kılavuzların Varlığı ya da Yokluğu

Kaynağa ya da odağa bakılmaksızın, iyi uygulamaya dair mesleki kılavuzların (BPG- Best Practice Guidelines) aşağıdaki amaçlardan bir veya daha fazlasına ulaşmak için geliştirilip uygulandığı görülmüştür:

- Mevcut kanıtlara dayalı etkili bir bakım sunmak,
- Bir sorunu klinik ortamında çözmek (örneğin; ağrının yönetilememesi)
- Kalite güvencesi standartlarını karşılayarak veya bunları geçerek bakım sunumunda mükemmelliğe ulaşmak
- Bir yeniliği tanıtmak (örneğin; yeni bir test veya tedavi)
- En iyi uygulama olarak kabul edilmeyen müdahalelerin kullanımını ortadan kaldırmak
- Klinik mükemmelliği sağlayacak iş ortamları yaratmak

RNAO'nun En İyi Uygulama Kılavuzu Araç Seti (Şekil – 13), aşağıdaki durumlarda sağlık bakımındaki en iyi uygulamanın başarılı seviyesine ulaşma ihtimalinin arttığı kanıtına dayanmaktadır:

- Tüm seviyelerdeki liderler kılavuzun hayata geçirilmesinin kolaylaştırılmasını desteklemeye kendilerini adadıklarında
- Kılavuzlar sistematik ve katılımcı bir süreçle hayata geçirilmek için seçildiğinde
- Kılavuz yerel bağlama göre uyarlandığında



Şekil – 13: En İyi Uygulama Kılavuzu Araç Seti

10.3.2 Uygulama Kılavuzlarını Hayata Geçirme

Sağlık hizmetleri araştırmalarındaki en tutarlı bulgulardan bir tanesi bir yanda en iyi uygulama (bilimsel kanıt ile desteklenmiş), ve diğer yanda klinik bakım arasındaki boşluktur. Birleşik Devletler ve Hollanda gibi ülkelerdeki çalışmalar hastaların en az % 30-40'ının mevcut bilimsel kanıtlara göre bakım almadığını, bunların % 20 veya daha fazlasının gereksiz veya hastalar için potansiyel olarak zararlı olduğunu ortaya koymuştur (125).

MOXXI grubunun (Medical Office of the Twentyfirst Century McGill Üniversitesi, Kanada) "Araştırmayı Bilgiye Taşımak" isimli yayını, hekimlerden kaynaklı engelleri ve kılavuzların hayata geçirilmesini kolaylaştıracak adımları vurgulamaktadır. Kaplan ve arkadaşları tarafından ele alınan hekimlerden kaynaklı engellerden bazıları şunlardır: Farkındalığın eksikliği, aşinalığın eksikliği, anlaşmanın eksikliği, öz yeterliliğin eksikliği ve klinik uygulamada atalet (126). Kılavuzların hayata geçirilmesini kolaylaştıracak adımlar konusunda da yazarlar şu örnekleri sıralamaktadır: Yeni uygulamalar için sıralanan yeni kanıtlara dikkat etmek, hedef kitle için uyarlanmış mesajların basitliğinden ve açıklığından emin olmak, paydaşları harekete geçirecek açık ve yol gösterici eylem planı yaratmak ve kılavuzların gelişimine paralel olarak yaymak (127).

Diğer bir araştırma ise, eczane pratisyenleri tarafından verilen IT tabanlı klinik kılavuzlar tarafından desteklenmiş öz bakım kılavuzlarının kalitesini tartışmaktadır. Buna göre ulusal klinik kılavuzları takip eden yazılım tarafından yönlendirilmiş kılavuzlar, hasta öz bakımı uygulamalarını iyileştirmekte vedaha az hastanın hekim desteği aramasını sağlayarak sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltmaktadır (128).

2014 yılında birAvustralya Aile Hekimi makalesinde kronikve kompleks rahatsızlıklara sahip hastalar için en iyi uygulama bakımını hayata geçirmenin pratisyen hekimlik ve diğer birinci basamak tedavi sağlayıcılarının yüzleştığı en büyük zorluklardan bir tanesi olduğu belirtilmektedir. Buna göre dijital teknolojiler hizmet sunumunun idari yükünü azaltarak, bakımın kalitesini iyileştirerek, uygulama verimliliklerini arttırarak ve hastanın kendi kendini yönetmesini daha iyi destekleyerek yardım sağlayabilir (129).

10.4 Yenilik

10.4.1 Hizmet Sunumunda Yenilik

Alberta Üniversitesi ve Waterloo Üniversitesi'nden (Kanada) araştırmacılarKanada Eczacılık Kurumu verilerine göre hizmet sunumundaki yenilikleri araştırmaktadır (130).

Alberta Üniversitesi'nde Chistine Hughes ve araştırma ekibi eczacıların Alberta'daki eczacılık hizmetleri çerçevesinikullanarak eczacıların nasıl hasta bakım hizmetleri sağlayacaklarınıincelemektedir. Alberta Eczacılar Birliği ile birlikte çalışarak araştırmacılar gerçek hayattaki serbest eczacılık uygulaması ve bakım planlarının gelişim ve hayata geçirilmesi arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır. Çalışma bulgularının eczacıların uygulama değişimini desteklemek için yollar arayan meslek kuruluşlarının yanısıra geri ödeme çerçeveleriyle ilgilenen politika yapıcıları da bilgilendirmesi beklenmektedir. Hizmet sunumu konusunda yapılan araştırmalardan bazıları Tablo-5'te verilmektedir:

Tablo- 5: Kanada'da Yenilikçi Uygulamalar

| İsim, pozisyon | Yenilikçi araştırma/uygulama |
|---|---|
| Yrd. Doç. Dr. Tajel Patel, Waterloo Üniversitesi, Kanada | Birinci basamak sağlık müessesinde hassas yaşlılar arasında yüksek riskli ilaç tedavisi kullanımını azaltacak eczacılık müdahalelerinin kullanımını araştırmaktadır. Çalışma; eczacıların temel bakım uygulamalarına giderek dâhil olmasıyla, eczacının toplumumuzdaki en korunmasız insanlar arasındaki sonuçları ve bakımı iyileştirme potansiyelini vurgulayacaktır. |
| Yrd. Doç. Dr. Sherilyn Houle, Waterloo Üniversitesi, Kanada | Eczacının genişletilmiş faaliyet alanı kapsamında bir eczacı tarafından yönetilen gezici ilaç kliniğinin klinik etkinliğini ve hasta memnuniyetini araştırmaktadır. Önceki araştırmalarda, gezici ilaç kliniklerindeki müşteri memnuniyetine, klinik uygunluk ve kabulüne değinilmiş olmasına rağmen bunların hiçbiri eczacının bu tedavilerin bağımsız bir reçeteleyen olduğu mevcut bağlamda değildir. |
| British Columbia Üniversitesi, Kanada | Klinik, tipik bir eczaneden ziyade aile hekimliği ofisi gibi görünmektedir, satacak birşey bulunmamaktadır ve orada reçetenizin karşılanması da mümkündedir. Fakat bir hasta ücretsiz bir saatlik şahsi, telefon veya Skype üzerinden konsültasyona katılabilir. Bir eczacılık öğrencisi, gerçek hastalarla uygulamalı pratik becerileri geliştirebilmekte ve böylecemesleğinin ilk gününden itibaren ilaçla tedavi yönetimi ağırlamak için hazırlanmış hale gelmektedir. Uygulaması için araçlara ve kaynaklara erişim sağlayabilmekte, gönüllü hizmet verebilmekte veyahatta beş günlük bir imersiyon tecrübesi de yaşayabilmektedir (125). |

10.4.2 Eczacılığın Düzenlenmesinde Yenilik

Klinik eczacılığın yenilik yoluyla uygulamalarını ilerletme konusunda zengin bir geçmişi bulunmaktadır. Bu yenilikler klinik eczacılığın ilaçla tedavi sonuçlarını geliştirmedeki katkısını artırmak için hasta merkezli bir disipline doğru biçimlendirilmesine yardım etmiştir. Bu konuda ortak görüş, akademi ve meslek uygulayıcıları arasında daha geniş işbirliklerinin klinik eczacılık hizmetlerini genişletebileceği ve yeni hizmetlerin sağlanması yönünde bir itki yaratabileceği yönündedir. Akademi ve meslek uygulayıcıları arasındaki işbirliğini daha geniş ölçekte optimize etmek için her iki tarafın da zamanını adanması, fikirleri tasarlayacak ortak mekanizmalar oluşturulması, motivasyon ve vizyonun nerede sınırlandırıldığını anlayan ve bu ortaklığın amacını destekleyen birkültürü benimsemesi gerekmektedir. Uygun liderlik ve destek, mevcut mesleki öğretim ve eğitim uygulamalarında değişim ve gelecekteki yenilikçileri kazanmaya çalışma taahhüdüyle, akademi-uygulama ortaklığı hasta sonuçlarını iyileştiren yeni ve yenilikçi uygulama gelişimlerini şekillendirebilecektir (132).

Eczacılık uygulamasındaki yenilikler aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

- İşbirliğine dayalı birincil sağlık hizmeti ekipleri
- Reçete yazma yetkisinin genişletilmesi
- Kronik hastalıkların yönetimi
- Sağlığın yaygınlaştırılması ve hastalıkların önlenmesi
- Bakımın sürekliliği ve ilaçların birbirleri ile uyumluluğu
- Danışmanlık hizmetleri ve bilişsel hizmetler
- Bunlara olanak tanıyanlar: Otomasyon, enformasyon ve iletişim teknolojileri ve eczane teknisyenleri (133).

10.5 Ürünle İlgili Etmenler

10.5.1 İlaçlara İlişkin Hukuki Düzenleme

Kendi kendine ilaç tedavisi, hastaları basit rahatsızlıkların yönetiminde daha fazla bağımsızlığa doğru yönlendirmekte ve böylece güçlendirmeyi teşvik etmektedir. Kendi kendine tedavi ayrıca sağlık sistemleri için avantajlara sahiptir, çünkü klinik becerilerin daha iyi kullanımını sağlamakta ve ilaçla tedaviye erişimi arttırmaktadır. Bunun yanında kamu tarafından finanse edilen sağlık programlarıyla reçeteli ilaçların ilişkili maliyetlerinin düşürülmesine katkıda bulunabilmektedir. Bununla birlikte, kendi kendine tedavi etme hatalı teşhis, aşırı dozda ilaç kullanımı, ilaçların gereğinden uzun kullanımı, ilaç etkileşimleri ve polifarmasi gibi

risklerle ilişkilendirilmektedir. Sonucusu, özellikle yaşlılarda önemli bir sorun olabilmektedir. Herkes için güvenli kendi kendine bakımla ilgilenen denetim sistemleri, hastalar, doktorlar ve eczacılar arasında ortaklık ve öğrenim ve bilginin sunumunun faydalarını azami düzeye çıkarmak ve riskleri en aza indirmek için olması gereken stratejilerdir (134).

İyi Eczacılık Uygulaması (GPP) ile ilgili literatür incelemesinin antimikrobik direnç (AMR) ile ilgili sonuçlarına ve WHO Avrupa Üye Ülkeleri'nde düzenlenen araştırmaya dayanarak düzenlenen rapora göre; eczacıların hastalarla ilk temas noktası olduklarından, AMR'ye karşı savaşta en önemli müttefiklerdir. Rapor, eczacıların hem sorumlu olarak hem de uygun yasal çerçeve içerisinde hastaları antibiyotiklerle tedavi etmek konusunda tecrübeli olduklarını anlatmaktadır. Bununla birlikte, Rapor, birçok ülkede halkın yine tezgâh üstü antibiyotikleri herhangi bir teşhis veya reçete olmaksızın satın aldıklarını ve bunları kendi iradeleriyle kullandıklarını da göstermektedir. Eczacılar antibiyotiklerin doğru kullanımında etkili olmak için en iyi pozisyon da olanlar arasındadır ve bu yüzden politika yapımcılar ve pratisyen doktorun yanında AMR ile mücadelede oynayacak çok önemli bir role sahiptirler (135).

10.5.2 Ürün Reklamcılığı

Yapılan bir çalışma, ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından ilaçların OTC'ye geçirilmesi konusunda kullanılan yöntemleri tartışmakta ve ayrıca OTC ilaçlarla öz bakım sürecinde maliyet etkinliği, bakım yönetimi, reklamcılık ve güvenliği içeren ilgili eğilim ve sorunları incelemektedir. Çalışma, hastaların OTC kullanımına ilişkin bilginin anamnez esnasında toplanması gerektiğini ileri sürmektedir (136).

OTC ürünlerinin küresel pazarı 111 milyon Dolar değerindedir (137). Bu ürünlerin reklamını yapmanın temeli konusunda hem fikir birliği hem de uyumsuzluk mevcuttur.

Tezgâh üstü ilaçların reklam ve etiketleme yönü üzerine iki çalışma şu şekildedir: Gelişmekte Olan Ülkelerin Bakışında Etiketleme ve Reklamcılığın Eczacının Tüketicilere OTC'nin Doğru Kullanımı Konusunda Tavsiye Vermek Rolünü Ortadan Kaldırır mı? (FIP, 2004) ve OTC İlaçlarının Kullanımı Üzerinde İlaç Reklamcılığının Etkisi: Araştırma Neyi Gösteriyor?(FIP, 2004). (138) (139).

Farmasötik ürünlerin tüketiminde toplumsal belirleyicilerle ilgili kaleme aldığı tezinde Veronica Karmanova tüketicilerin kendi kendine tedavide özgür seçimler yapma yeteneğine sahip olduklarını belirtmektedir. Profesyonel olmayan seçim çoğunlukla tıbbi açılara değil, psikolojik veya toplumsal açılara dayanmaktadır. Tüketiciler düşük kalitedeki pek çok kaynağa bağlı durumdadır. Bu tür bir faaliyet sadece bireysel sağlık

için değil, aynı zamanda toplumsal sağlık ve kişisel memnuniyetsizlik için de korkunç sonuçlara yol açabilmektedir. Katılımcıların % 62'si doktorun tavsiyesine, % 56'si kişisel tecrübelerine ve % 17'si ise eczacının tavsiyesine dayanarak karar vermektedir. Kişinin kendisine dayanan seçimler genellikle ilacın fiyatına (% 28) ve ilacın menşesine (% 22) göre yapılmaktadır (89).

Ukrayna'da yapılan bir çalışmada ise kendi kendine tedaviyi tercih eden insanların toplam yüzdesi % 89.8 olarak bulunmuştur. Toplam vatandaşların sadece % 10.2'si hekimlik hizmetlerini kullanmıştır. Elde edilen sonuçların analizi reklamın miktarı ve kendi kendine tedavinin düzeyi arasında yakın bir bağlantı olduğunu göstermiştir (140). Diğer taraftan Rusya'dan gelen raporlar ise doktorların tavsiyesine eczacılarınkine göre 5 kat daha fazla uyulduğunu belirtmektedir (141), (89),(142). Ancak hastalar için eczacı tavsiyesinin önemi doktor tavsiyesinden sadece 1.3 puan farklılık göstermektedir (sırasıyla 5 puan ve 6.3 puan) (143).

10.6 Hastayı Etkileyen Faktörler

10.6.1 Kültür (Hasta Değerleri- Kültürel Normlar)

Hasta merkezli yaklaşım ve kültürel yetkinlik son on yılda sağlık hizmetlerinde büyük dikkat çekmiş ve ivme kazanmış hareketlerdir. Her ikisi de sağlık kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır fakat her birinin vurgusu kalitenin farklı bir yönü üzerinedir. Hasta merkezli olmanın temel amacı sağlık hizmet kalitesini bireyselleştirmek, kişisel ilişkiler ve "müşteri hizmetleri" üzerinde yapılan vurguya geri dönerek, sağlık hizmetinde kaliteye dair eğilimin süreç önlemleri ile performans ölçütlerine odaklanan bakış açısını tamamlamaktır. Hasta merkezli yaklaşım böylelikle kaliteyi bütün hastalar için artırmayı hedeflemektedir.

Kültürel yetkinlik programının öncelikli amacı ise kaliteyi dengelemek, eşitliği sağlamak ve farklı renklive diğer dezavantajlı gruplara mensup insanlar için bakımı özel olarak iyileştirerek eşitsizlikleri azaltmak olmuştur. Bu farklı vurgu nedeniyle, hasta merkezli yaklaşım ve kültürel yetkinlik yaklaşımları, sağlık hizmeti sunumunun farklı yönlerini, farklı toplulukları hedeflemiştir. Bu farklı odaklanmalara rağmen, hasta merkezlilik ve kültürel yetkinliğin nasıl faaliyete geçirileceği ve bunların ne alanda başarıya ulaşma potansiyeline sahip oldukları konusunda mühim bir örtüşme söz konusudur: Bakım bireyselleştirilmeli, hasta değerleri ve bakış açılarındaki çeşitliliği dikkate alınmalı ve bakımın daha eşit hale gelmelidir.

Amerikan Eczacılar Birliği Dergisi'nde yayınlanan bir makale şu sonucu çıkarmaktadır: Amish yaşam tarzları ve inançlarına yönelik artırılmış farkındalık ve hassasiyet yanlış anlamaları azaltmakta ve hasta merkezli

temel bakım ve hizmetler yolundaki engelleri aza indirmektedir. Kurulu toplum normları üzerine çalışarak, güven oluşturarak ve kültürel yetkinlik tekniklerini etkili bir şekilde uygulayarak eczacılar Amish toplumlara da en iyi hizmeti sunabilmektedir(144). Kültürel olarak yetkin bir eczane için atılabilecek adımlar Şekil – 14’te açıklanmıştır:



Şekil – 14: Çeşitli Uygulama Alanlarında Kültürel Yetkinliği Geliştirecek Yedi Bileşen (145)

Tıbbi yardım ve tıbbi hizmet kavramları birbirlerine benzemelerine rağmen çeşitli alanlarda bunların aynı olmadıkları fark edilebilmektedir. Birinci durumda tüketici pasif bir nesnedir, ikincisinde ise aktiftir (146). Bu yüzden mevzuat, din, siyasi ve kültürel standartlar tıp ve eczacılık faaliyetlerinin bu tür formlarına izin vermelidir.

Daha önce de belirtildiği gibi, özellikle çeşitli kültür ve algılar göz önünde bulundurulduğunda, sağlık ve dolayısıyla sağlık ölçümü ve kalitesinin farklı insanlara farklı anlamlar ifade ettiği akılda tutulmalıdır.

10.6.2 Vatandaşların Eğitimi (Sağlık Belirleyicileri Yönünden)

Toplumsal, ekonomik ve çevresel koşulları da içeren sağlığın ve sağlık sonuçlarının toplumsal belirleyicileri arasındaki bağ, halk sağlık

literatüründe geniş oranda tanınmaktadır. Dahası, bu koşulların adaletsiz dağılımının nesiller boyunca kalıcı sağlık eşitsizliklerinin önemli bir etkeni olduğu artan oranda anlaşılmaktadır. Bu koşullara ve takip eden sağlık eşitsizliklerinde etkili olacak bir girişim, ulusal kılavuzların geliştirilmesi olacaktır. Sağlık eşitliğine ulaşmanın pek çok yaklaşımı sadece bireylerin değil toplumların eğitimidir (147).

Halkın ve diğer sağlık çalışanlarının eczacıların sunduğu hizmetlerden haberdar edilmeleri gerekmektedir. Eczacılık örgütleri ve Sağlık Bakanlıkları toplum farkındalığı kampanyalarında birlikte çalışmalıdır. Eczacılar hizmet götördükleri toplumların kalbinde bulunmaktadır. Çoğu kez çevredeki tek sağlık hizmet merkezi de onlardır. Bu da eczaneye sağlık bakımının ilk hattı olarak pozisyonunu güçlendirmesi için büyük bir fırsat sunmaktadır. Bu belge eczacıların halk sağlığını iyileştirme ve daha iyi temel bakım sunmada daha büyük bir rol oynayabileceği ve oynaması gereken beş kilit alanı tanımlamıştır: ilaç tedavisine bağlı kalma/uyum, aşılama, tarama, öz bakım ve hastalığı önleme (148).

10.7 Bilişim Teknolojileri ve Yeni Teknolojiler

Günümüzün sağlık sistemlerinin yüzleştiği zorlukların temelinde üç kilit konu olan insan (hastalar ve işgücü), sistem (organizasyon ve finans) ile ilaç ve teknolojiler yatmaktadır.

İlaçlar ve teknolojileri tartışırken, tedavilerin sadece imalatçılar ve danışmanların önerdikleri şekilde kullanılırsa etkili oldukları bilinmelidir. Hastaların tedavisini desteklemek için teknoloji kullanma konusunda artan bir eğilim mevcuttur. Bu hasta bakım testlerinin daha fazla kullanımını ve hastaların ihtiyaçlarına karşılık vermek için tedavilerin hızla bir şekilde düzenlenebilmesini garanti edecek öz yönetimi içermektedir. Daha büyük erişilebilirlikleriyle, serbest eczaneler hızlı test etmeye dayanan hizmetler için kilit bir yer olarak ortaya çıkmaktadır. Hastalar ve onlara bakım verenler kendi sağlık verilerini elde etme, sahip olma ve kullanmaya çok daha fazla ilgi göstermektedir. Hastalar kendi sağlıklarının ölçümlerini toplama konusunda giderek daha yetkin hale gelmektedir ve gerçek zamanlı belirleyicilerin "akıllı saatler" gibi giyilebilen teknolojilerle daha da yaygınlaşması beklenmektedir.

Akıllı telefonlar için üretilen sağlık uygulamaları büyük oranda aşağıdaki kategorilerden bir tanesine uymaktadır:

- Kalori alımı, egzersiz parametreleri, sigarayı bırakma ve uyku gibi ilişkili değişkenleri gözlemlemeye yardım edecek programları içeren "sağlık ölçümü",
- Sağlıklı bir hamilelikte haftadan haftaya neler bekleneceği gibi ipuçlarını içeren sağlık tavsiyeleri,

- İnsanların belirtilerin ciddi olup olmadığına ve hangi adımı atacaklarına karar vermelerine yardımcı olan belirti kontrolörleri ve triyaj. Bunların bazıları İngiltere'deki NHS (Ulusal Sağlık Sistemi) gibi sağlık hizmeti sağlayıcılarından gelmektedir.

- Kullanılacak programlar kronik hastalıkları denetlemeye yardım edebilecek parametreleri ölçmek için tasarlanmıştır. Bunların en iyibilinenleridiyabetvekanşekerininizlenmesiyleileilgilidir, fakatuygun donanımına bağlandığında Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH)'na sahip hastalarda pulse oksimetreği ölçen uygulamalar da ayrıca mevcuttur. Eczacılar çeşitli cihazların kullanımına yardım etmede ve bunları değerlendirmede tamamlayıcıdır.

Tedaviye uyum konusundaki uygulamalara gelince, bunların hastaların ilaç tedavisi rejimlerine bağlılığını teşvik etmede yardımcı olduklarını gösteren yakın zamanda yapılan bir araştırma küçük solunum aletlerinin gelişimidir. Ortak uygulama yoluyla kullanım verilerini toplama ve analiz etmeye ek olarak, alarmlar önleyici ilaçların alınmasının unutulması ve kurtarıcı ilaçlarının artan kullanımı durumlarına karşın kullanıcı tarafından ayarlanabilmekte veya otomatik olarak ortaya çıkabilmektedir (149).

Akıllı cihazların gücü hastaların geçmişte pasif kaldığı kişisel bilgi erişim sağlamayı garanti etmelerinde yatmaktadır. Sağlık büyük oranda kişisel bir sanayidir ve şu anda hem mHealth hem de Nesnelerin İnterneti (IoT) hastaların sağlık sistemiyle etkileşime girme yolunu kökten değiştirebilecektir. Artık hastalar rutin bir randevu için doktorlarını ziyaret etmek zorunda kalmayacaklardır, çünkü bunun için bir uygulama mevcuttur. Konsültasyonlar uzaktan da yapılabilecek ve akıllı telefonları hastalara konsültasyon zamanı geldiğini söyleyecektir. Toplum tarafından sağlanan sağlık hizmetleri sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın hastanın cebinde kalmasını sağlayacaktır. Hemen hemen yaptığımız her şey veri oluşturmaktadır. Sağlık sistemleri, öz bakım döneminin avantajlarında faydalanmak için dijital büyücülüğü benimsemelidir (87).

Akıllı telefon kullanıcıları cihazların kişisel sağlık yönetim nasıl değiştirdiklerini görmektedirler. Yetişkin akıllı telefon kullanıcılarının üçte birinden fazlası cihazlarından ve takip uygulamalarının kullanımından dolayı daha sağlıklı olduklarını iddia ediyor. San Jose, California'da bulunan Apigee'nin yeni raporuna göre sağlık endüstrisi bir sonraki dijital kale olabilir. Bu araştırmada çeşitli sanayiiler ve tüketici kesimleri üzerindeki dijital etkiye ilişkin anket 18 yaş ve üstü 1000 akıllı telefon kullanıcılarına anket yapılmıştır. Apigee Yönetim Kurulu Başkanı Chet Kapoor bu ankete göre akıllı telefonlar ve uygulamaların sağlığımızı yönetme şeklimizi dramatik bir şekilde etkilemeye başladığını belirtmektedir.

Bu ankete katılanlar içinde %86'lık dilim akıllı telefonlarının kendilerine hayatları üzerinde daha fazla kontrole sahip olma olanağı verdiğini iddia etmektedir. Katılımcıların yaklaşık yarısı, %49'luk dilim, doktorlarının sağlık uygulamalarından toplanmış verileri kullanmasını istemekte ve % 80'lik dilim doktorların önümüzdeki iki yıl içinde kilit işlevsellikleri akıllı telefonlar yoluyla sunmalarını beklemektedir.

Ekim ayında Telemedicine ve E- Health'te yayınlanmış bir araştırmaya göre bir mobil kişisel sağlık kayıt sistemimin kullanılması tedavi hususunda hasta güçlendirmesini teşvik edebilmekte, hastalar ve sağlık görevliler arasındaki iletişimi arttırmakta, tıbbi hataları azaltmakta ve güvenliği iyileştirmektedir. Apigee anketi gelecek iki yıl içinde daha fazla "dijital anlamda olgun " bankacılık ve perakende sanayisinde akıllı telefon kullanımının yapacağı etki kadar akıllı telefonların ve uygulamaların sağlık yönetimine de etki yapacağını tahmin etmektedir (150).

Mesajlaşma hakkında Avustralya'da yapılan bir çalışmada koroner kalp rahatsızlığı olan hastalar arasında olağan bakıma kıyasla yaşam tarzı odaklı metin mesajlaşmasının kullanımının LDL- C düzeyinde mütevazı ilerlemelere ve diğer kardiyovasküler rahatsızlık risk faktörlerinde ise daha büyük ilerlemelere yol açtığını ortaya koymuştur. Bu etkilerin süresi ve dolayısıyla iyileştirilmiş klinik sonuçlara sebep olup olmadıkları konusu daha sonra belirlenecektir (151.)Avustralya'dan akıllı telefonuygulamasının başka bir örneği ise ilaç listesi uygulamasıdır. Tüm bilgileri bir arada tutanbu uygulama ilaç listelerinin hazırlık, koruma ve kullanılmasında tüketicilere yardım sağlamaktadır. Tüm ilaçların güncel bir listesini tutmakışinin ilaçlarını tanımasına, ilaçlardan daha iyi sonuçlar almasına ve daha iyi sağlığın tadını çıkarmasına yardım etmektedir. Bu durum ayrıca ilaçlardan en iyi şekilde fayda sağlamak için onların nasıl ve ne zaman alınacağını hatırlatabilmekte ve sağlık bakımına dâhil olan herkesin kimin hangi ilacı kullandığını bilmesine yardım etmekte, böylece ilaç hataları da önlenmekte, doktorlar ve eczacıların kişinin ilaçlarını denetleme ve incelemesineve böylece kişinin sağlığı hakkında doğru kararı almasına yardım edebilmekte ve güvenliğin garantiye alınmasına yardım ederek acil vakalarda kişinin aldığı ilaçlar hakkında çok önemli bir bilgi sağlamaktadır.

10.7.1 Veri Toplama

Hemen hemen yaptığımız her şey veriyaratmaktadır.– sağlık sistemleri, öz bakım döneminin avantajlarından faydalanmak için dijital büyüclüğü benimsemelidir (87). Bazı örneklerde, tele-sağlık hasta ve sağlık personeli arasındaki uzaktan veri değişimi, tele öz bakım yönetimini sağlayabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir (152).

Tedavilerin sonuçları hakkında veri toplama gelecekteki sağlık hizmetlerinin merkezinde olacaktır. Eczaneler veri toplanmasını temel

rollerinin bir parçası olarak görmelidir. Eczacılar da çevrimiçi paylaşılan sağlık kayıtlarına tam erişime ihtiyaç duymaktadır (29).

Lafayette'teki Louisiana Üniversitesi'nde bir araştırma ekibi tarafından geliştirilen yeni bir mHealth uygulamasının amacı diyabet hastalarının arttırılmış öz bakımını teşvik etmede sağlık bilimi verilerini kullanarak kronik hastalık yönetimini güçlendirebilmektir. Araştırmacılar gelişmiş veri madenciliğinin kronik hastalıkların yönetiminde etkili olacağını, sonuçları iyileştirecek davranışsal değişimleri tanımlayabileceğini ve kişiselleştirilmiş bakım araçlarının geliştirilmesinde kullanılabileceğini söylemektedir. Sağlık sistemleri hacim tabanlı olmaktan değer tabanlı geri ödeme modelleri olmaya doğru giderken, hizmet sağlayıcılar hastaları öz bakımlarının yönetimlerinde aktif katılımcılar olarak kullanmak için yeni yollar aramaktadırlar (153).

Öz bakım faaliyetlerinde veri toplama önemlidir. Bu tür tüketici verilerinin paylaşımı ve analizi şüphesiz daha iyi bir bireysel sağlık yönetimine ve daha iyi nüfus sağlığını aımkan verecektir. Çalışmalar kan şekeri verisinin kişi tarafından izlenmesinin (SMBG) paylaşımının ve sağlık uzmanlarından gelen takip geribildirimini glikozillenmiş hemoglobinin azaltılması gibi glisemik hedeflere ulaşmada yardımcı olabileceğini göstermiştir. Elektronik SMBG verisi yönetimi ve PC ve akıllı telefonlar için araçların paylaşımı SMBG verisini yönetmek için ortaya konan çabanın azaltılmasına yardımcı olabilmektedir (154).

10.7.2 Elektronik Sağlık Kaydı

Apple, Google ve diğer teknoloji devleri hepsi bir arada çözümler sunan sağlık platformlarını hızla geliştirmektedir. Tüketici ve sağlık uzmanları için bu platformlar, denetim ve hastalık yönetimini iyileştirmek için hasta sağlık verisinin üretimi, kaydı, analizi ve depolanmasına yarayan araçlar olacaklardır. (5) Hasta öz bakımına yardım etmek için eczacılar tarafından erişilebilir okunabilir/ yazılabilir elektronik sağlık kaydının (eHR) geliştirilmesinde de faydalı olacağı düşünülmektedir. Bir eHR'in bir parçası İlaç Bilgi Sistemi (DIS) olarak kullanılabilir. Böyle bir sistemin birçok faydası olacaktır: İlaçla tedavi oluşumunun kapsamlı genel profili, daha az advers ilaç reaksiyonu, ilaçlar arasındaki potansiyel etkileşimlerin teşhis edilmesi, yetkili sağlık uzmanları arasında bilginin paylaşılması ve ilaçların duplikasyonundan kaçınılması ... (155). eHR'nin en yaygın biçimde dışında bırakılan ilaçlar OTC'lerdir ve bu ilaçların eHR'ler dahil edilmesi için daha fazla çaba sarfedilmelidir. Yaşlı hastaların OTC kullanımının mercek altına alındığı bir araştırmada OTC kullanımının %33'ünün kayıtlara yansımadağı gözlemlendi. OTC kullanımını bildiren hastaların %50'sinde en az bir adet ilaç etkileşimi görüldü (156). Elektronik sağlık kayıtlarında OTC ilaç veya ürünlerinin kullanıldığı tedavinin hastanın ihtiyaçlarına cevap vermedeki uyumluluğunun değerlendirildiği bir diğer çalışmada ise, hasta ihmali bulunan uyumsuzlukların %60'nın nedeni olarak gösterildi (157).

İlaç Optimizasyonu Dergisi'nde Kuzey İrlanda'daki özel uzun süreli hastalıklara (LTC) sahip hastaların serbest eczacı tabanlı inceleme kliniklerinin sağlık bakımı sunumunu yeniden yapılandırma ihtiyacı için zorluklar ve gerekçeleri sergileyen "Bakımını Dönüştür": Kuzey İrlanda'da Sağlık Ve Sosyal Bakım İncelemesi" adlı çalışma, 3 pratisyen hekim/aile hekimiygulamasıyla işbirliği içinde oluşturulmuştur. Kliniklere, pratisyen hekimliksunucusuna uzaktan erişim sağlanarak yardım edilmiş ve böylece eczacıya hastayı tam bir klinik inceleme olanağı sağlanmıştır. Bu uygulama, ilgili teşhis sonuçlarının kaydedilmesi, ilaç incelemelerinin yürütülmesi, hastalara verilen tavsiyelerin not edilmesi ve sonuçların kaydedilmesini içermektedir. Her bir konsültasyonun sonunda yapılan anonim hasta anketleri hastaların memnuniyetini vurgulamıştır, hastalardan % 97'si elde ettikleri bakımdan çok memnun kaldıklarını belirtmiş ve % 99'u da bir konsültasyondan beklenilenle aynı düzeyde bir bakımı elde etmiş olduklarını ifade etmiştir (158).

10.7.3. İnternet

İnsanlar internet ve sosyal ağlar yoluyla ulaşılan sağlık bilgisi kaynaklarına giderek daha fazla bağımlı hale gelmektedirler. Hastaların sağlık koşulları ve bunların tedavi edilebileceği yollar hakkında daha fazla bilgiye sahip olmaları sağlık hizmeti sistemleri üzerinde derin bir etki yaratmaktadır. Son zamanlardaki çalışmalara göre, insanların % 34'ü sosyal ağları kullanarak sağlık bilgisine ulaşmaktadır. Ayrıca, insanlabilgi toplamak için çeşitli kaynaklar (örneğin; <https://www.patientslikeme.com/>) kullanmaktadır. Bu kaynaklardakibilgiler geçmişte genellikle sağlık uzmanları yoluyla edinilmiştir. Bilgi almakelbette eğitim değildir. Biraz ön araştırma yapmış olan günümüzün hastası değerlendirmelerinin kanıtlarla desteklenmiş olmasını istemekte vemuhtemel tedavi seçenekleri üzerinde değerlendirmeye dayalı bir yoruma da ihtiyaç duyabilmektedir. Özellikle ilaçlar hakkındaki güvenilir, değerlendirilmiş ve bağlamsal bilgi eczacının çok önemli rolüdür.

Birleşik Devletler'de 1100 hasta üzerinde yapılan Accenture araştırması, hastaların çoğunun (% 90'ının) reçeteleri yeniden yazmak ve randevu almak gibi sağlık bakım bilgilerini ve hizmetlerini kendi kendilerine yönetmek için interneti, ceptelefonlarını ve e-postalarını kullanmayı tercih ettiklerini göstermiştir. Bu bakımı ister uzaktan ister şahsen alıyor olsunlar, kişisel sağlık bilgileri ve hizmetleri kendi kendine yönetilebildiği, şahsen kendileri için uygun hale getirilmiş ve şeffaf olduğu sürecehastalar "kişiselleştirilmiş bakım" elde etmektedir (159).

Araştırma aynı zamanda hastaların geniş bir çoğunluğunun (% 90) tıbbi bilgiye erişim, reçete tekrarı, internet üzerinden randevu alma gibi sağlık hizmetini güçlendiren teknolojiyi kendi kendilerine yönetmek istediklerini göstermiştir. Fakat bunların neredeyse yarısı (%46) sağlık kayıtlarına

elektronik erişimin mümkün olup olmadığının farkında değildir. Üstelik anket insanların dijital kanallara erişimi arttırmak isterken, aynı zamanda ankete katılanların çoğunun (% 85) ayrıca gerekli olduğu zaman doktorlarla olan şahsi etkileşimlerini korumak istediklerini ortaya koymuştur. “Hastalar kişisel medikal verilerine erişimi her zaman, her yerde, her geçen gün daha fazla istemektedirler, fakat hastalar doktorlarıyla yüz yüze görüştikleri zamandan da vazgeçmeye istekli değiller” (160).

2013 yılında yapılan bir araştırmaya göre (“online teşhisçi” olarak adlandırılan) ABD’deki yetişkin nüfusun %35’i ara sıra da olsa özellikle kendilerinin veya bir başkasının ne gibi bir sağlık sorunu olduğunu öğrenmek için internette arama yaptıklarını belirttiler. Bunların %53’ü bir hekime başvurduklarında internette buldukları sonucu hekim ile paylaştılar, %41’inin internette buldukları sonuçlar hekim tarafından onaylandı; 2013 yılında toplamda ABD’deki yetişkin nüfusun %59’u (nüfusun internet kullanan %81’lik kesiminin %72’si) sağlık bilgisine ulaşmak için internet kullandılar. Sağlık alanında yapılan her on sorgudan sekizi arama motorundan başlamaktadır. (161) Sağlık hizmeti sunumunun geleceği olarak görülen internet etkili bir güçtür ve trilyonlarca Dolar değerindeki ABD sağlık sektörünü hasta öz yönetimini, hasta memnuniyetini ve sağlık sonuçlarını iyileştirecek şekilde yenilemek için bir devrim niteliğinde bir rol üstlenebilir.

Bu alandaki çalışmalar, aldıkları bakım hizmetini kontrol etmelerini mümkün kıldığı için birçok hastanın internet temelli teknoloji kullanmaya istekli olduklarını gösterdi. Bunun bir sonucu olarak, öz değerlendirme ve hizmet sunucuları ile hasta arasında e-posta yoluyla güvenli iletişim kurulması da dâhil olmak üzere yenilikçi eSağlık hizmetleri hızla evrimleşmektedir. Öz bakım uygulamalarının kullanımında hastalar ve hizmet sunucuları zorluklarla karşılaşabilir. 2008 yılında öz bakımı desteklemek için internet kullanımının değerlendirildiği bir çalışmanın amacı kullanılan internet temelli teknolojinin başarılı bir biçimde uygulanması için kullanıcı-merkezli ölçüt belirlemektir. Araştırmacılar şu sonuca ulaştılar: “Kısmen, öz bakım konusunda hastaların ve hizmet sunucularının beklentilerinin internet temelli uygulamaların kullanımı tecrübeleriyle uyuşmamaktadır. Hastalar bu uygulamaların sağlık sorunlarını çözmede kendilerine yardımcı olacağını düşünmüşlerdi. Hizmet sunucuları ise suistimal konusunda yasal çekinceleri olduğu için daha temkinilerdi. Bununla birlikte, E-sağlık teknolojik müdahaleden daha fazlası olduğu için uygulamalar öz bakımı desteklemede başarısız olmuştur.” (162)

11. Eczacıların Toplam Sağlık Sistemine Olan Katkılarının Tanınması ve Entegrasyonu

Pek çok hükümet eczacıların şahsi sağlık sistemlerine daha yakından ilişkili olmasının öneminin ve ihtiyacının farkınavarmaktadır. Ancak bunun yanında, sağlanan hizmetlere meslek hakkı ödenmesi ve adil geri ödeme listeleri gibi sistemdeki zorluklar da söz konusudur.

11.1. Basit Rahatsızlık Şeması

Ulusal bir hükümetin vatandaşın sağlığı için “Basit Rahatsızlıklar” başlığı altındageliştirdiği en iyi stratejilerden biri İskoçya hükümetinin “Farmasötik Bakım Stratejileri” (39)’dir.

İskoçya Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS), Basit Rahatsızlıklar Hizmeti (MAS- Minor Ailments Service) kurmuş ve eczacıların az tıbbi müdahale gerektiren ya da hiç gerektirmeyen bazı koşullarda hastalara müdahale etmesine izin vermiştir. MAS, eczacıların hastalara doğrudan farmasötik bakım yapmasına izin vermektedir. Sistem, sigorta sistemi içindeki kişilerin belirli bir eczane üzerine kaydedilmesi ve sıradan hastalıklarda öncelikle bu eczaneye gitmesi şeklinde işlemektedir (163).

Önemli noktalar:

- 31 Mart 2015 tarihi itibariyle, İskoçya nüfusunun % 18’i yani toplamda 913.483 kişi “Basit Rahatsızlıklar Hizmeti”ne kayıt olmuştur.
- İskoçya’daki serbest eczacılar tarafından dağıtılan tüm ürünlerin% 2.2’sine tekabül eden 2.1 milyondan fazla ürün Basit Rahatsızlıklar Hizmeti adı altında dağıtılmıştı.
- 2014/15 yıllarında Basit Rahatsızlıklar Hizmeti kapsamında dağıtılan ürünlerinmalİYeti 5 milyon £ idi.
- Parasetamol (tüm formülasyonlarda)2014/2015 yıllarında Basit Rahatsızlıklar Hizmeti kapsamında en fazla dağıtılan üründü ve bu dağıtılan tüm ürünlerin %21.42’üne tekabül ediyordu. Söz konusu rakam da bu yıl İskoçya’da serbest eczacılar tarafından dağıtılan parasetamol ürünlerinin toplam maliyetinin %5.4’üne tekabül ediyordu.

31 Mart 2015 itibarıyla İskoçya’daki her serbest eczacının Basit Rahatsızlıklar Hizmeti’ne kayıtlı hastaları bulunmaktaydı.

2013/ 2014 ve 2014 / 2015 mali yılları arasında toplam kayıtların sayısı % 2 oranında artmıştır.

The Pharmaceutical Journal’in İskoçya muhabiri ülkenin Basit Rahatsızlıklar Hizmeti hakkında İskoç Parlamento’sunda ilginç rakamların ortaya konulduğu hakkında bir rapor hazırlamıştır. Yazar, “2012/2013

döneminde iki milyondan fazla kişinin 19 milyon £ kadar bir maliyetle tedavi edilmiş olmasının vergi ödeyenler için müthiş sevindirici bir haber” olduğunu ifade etmiştir.

Cerrahi ve pratisyen hekimlik üzerindeki fazla yükü göz önüne aldığımızda, bu yükün bir bölümünün etkili uygulamalar ve Basit Rahatsızlıklar Hizmeti'nin yürütülmesi yoluyla ortadan kaldırıldığını görmek son derece cesaret vericidir. Şüphesiz, bu da gerçekleşmesi sağlanmış en yenilikçi ve başarılı eczacılık hizmetlerinden bir tanesidir. Ancak, bu hizmet henüz tam potansiyeline ulaşmamıştır. Bu hizmeti ulusal bazda, özellikle medyada daha fazla tanıtmak için daha fazla çaba harcanmalıdır. Bu hizmetinin tanıtımını yapmak için ne kadar para harcandığı konusunda İskoç Hükümeti'nden herhangi bir rakama ulaşamaması epey hayal kırıklığı yaratmıştır.

Yine de eczacılık mesleğini Basit Rahatsızlık Hizmeti'ni tanıtmaya ve desteklemeye devam etmekten alıkoymak hiç bir şey yoktur (164).

11.2 netCare

İsviçre Eczacılar Birliği işbirliğine dayalı yeni bir proje olan “netCare”i başlatmıştır. Serbest eczacılar karar ağaçlarına ve belgelere dayalı standart bir formla yapılandırılmış triyaj sağlamaktadırlar ve destek olarak da video konsültasyonu yoluyla doktorlarla işbirliği yapabilmektedirler. (165)

Bu çalışmanın amacı hizmetin İsviçre sağlık sistemi üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

netCare hizmeti sunan tüm eczacılar, özel sağlık bakımında gözlemlenen en yaygın sağlık sorunlarını konu alan bir ders ile tüm karar ağaçları hakkında özel bir ders olmak üzere iki dersten oluşan bir eğitim tamamlamaktadırlar. Eczacılar, genel bakım sağlamak veya netCare triajını sunmak konusunda karar vermekte özgürdürler. Hastalar da aynı şekilde netCare'i kabul etmek veya reddetmek konusunda özgürdürler. Eczacılar hastalığın türünü, konsültasyon prosedürünü, tedaviyi, hasta bilgisi ve izleme amaçlı telefonların sonuçlarını çalışma merkezine standartlaştırılmış bir form ile bildirmektedirler.

162 eczaneden gelen verilere göre, eczacılar 21 aylık dönemde 4118 triaj gerçekleştirmişlerdir. Destek konsültasyonu ise vakaların %17'si için gerekmiştir. İzleme amaçlı telefonlarda ise, sadece eczacı tarafında görülen hastaların % 84'ü tam anlamıyla rahatlama veya bulgularda azalma rapor etmiştir.

netCare eczacıların gerekli olduğunda doktor desteğiyle ortak tıbbi koşulları yönetebildiği bir düşük eşik hizmettir. Bu çalışma eczacının vakaların büyük bir çoğunluğunu çözebildiğini göstermiştir. Bununla birlikte, etkili ve sürdürülebilir olabilmesi için, bu hizmetin sağlık sistemine tümüyle entegre olması gerekmektedir.

12. Öz Bakım Faktörlerini ve Eczacılık Faaliyetlerini Birbirine Bağlamak

Öz bakımdaki eczacılık girdilerinin büyük oranda etkili olduğunu gösteren çok sayıda kanıt bulunmaktadır. Eczacı girdisinin değeri aşağıdakilerden elde edilmektedir:

1. Yetkinlikler: Hafif rahatsızlıkları güvenli ve etkili bir şekilde değerlendirme ve onları büyük hastalıklardan ayırmayeneği
2. Ekonomik faktör: Hem ilaç hem de maaş masrafları bakımından ve insanların iş yerlerinde kalmasını veya iş dışındaki zamanı en aza indirerek doğrudan masraflar yoluyla sağlık masraflarını azaltarak öz bakımı verimli bir şekilde destekleme yeteneği
3. Entegrasyon faktörü: Bakımın devamlılığını sağlama yeteneği
4. İletişim ve erişim faktörleri: Toplumla verimli bir şekilde etkileşime girme ve arayüzleme yeteneği.

Tablo 6, öz bakım faktörü ve eczacıların faaliyetleri arasındaki ilişkiyi detaylarla sunmaktadır.

Tablo 6: Öz bakım faktörlerini desteklemede eczacının rolü

| Öz Bakım Faktörü | Eczacı Faaliyeti |
|------------------|--|
| İlaçlara Erişim | Güvenli, kanıtlanmış ve fiyatı uygun ilaçların daha erişilebilir olması tüketicilere hastalıkları tedavi edecek ve sağlığı koruyacak(166) terapötik ürünlere daha kolay, daha uygun ve daha hızlı erişim sağlayarak halk sağlığı üzerinde olumlu etki yapma potansiyeline sahiptir. |
| Eczacıya Erişim | Eczacılar tüm sağlık uzmanları içinde yüksek oranda ulaşılabilir oldukları için sağlık sistemlerinde kritik roller oynamakta ve imalattan ve ilaçları düzenlemeden, ilaçların sınıflandırma ve hastaya iletimine, ilaç bilgisi ve farmasötik bakım hizmetlerinin sunumuna kadar geniş bir hizmet yelpazesi sunmaktadırlar. Ayrıca, ülkelerindeki ilaçların kalitesini kontrol etmek, yönetmek ve tedarik etmek için düzenleyici ve politika yapıcı olarak; ve eczacılık eğitimi ve sağlıkla ilgili araştırma alanları için eğitimci ve araştırmacı olarak hizmet vermektedirler (167). |

| | |
|-----------------------------|--|
| Tedaviye Bağlılık | Eczacılar sağlık sonuçlarını iyileştirerek ve sağlık bakımı masraflarını azaltarak hastaların ilaç tedavisine olan bağlılıklarını arttırmaktadır (168), (169), (170), (171). |
| Öz Bakımın Karşılabilirliği | İnsanları öz bakım yoluyla kendi sağlıkları için daha fazla sorumluluk alma konusunda cesaretlendirmek, daha iyi sağlık ve daha düşük maliyet şeklindeki iki taraflı olumlu etkilere ulaşmak için önemli bir potansiyel fırsat olarak görülmektedir. Öz bakım ve kendi kendine tedavi olmaksızın, doktor ve hastane masraflarındaki artış sağlık sistemlerini daha çok zorlayacaktır (101). |
| Advers İlaç Olayı | MedEffect programı, (Kanada) kolay bulunabilir, hatırlaması kolay bir lokasyonda kullanılabilir hale geldiği, sağlık uzmanlarının ve tüketicilerin advers reaksiyon raporlarını web, faks veya posta yoluyla tamamlamalarını ve kayda geçirmelerini kolay hale getirdiği ve advers reaksiyon raporlarını bildirmenin ve bu bilginin potansiyel riskleri tanımlamak ve iletmek için nasıl kullanılacağına önem hakkında farkındalık oluşturduğu için konuyla ilişkili ve güvenilir sağlık ürünü bilgisine merkezleştirilmiş erişim sağlamaktadır. |
| Değerlendirme | Toplum faaliyetlerinde entegre olmuş hasta değerlendirmesi ve belgeleme: Konuşma, Kontrol ve Çizelge (172). |
| Davranışlar | Pratisyen hekimler/aile hekimlerden ve diğer uzmanlardan kısa tavsiye ve bilgi alma, davranışları değiştirmede en etkili ve en uygun maliyetli yollardan bir tanesidir (173). |
| Eğitmenlik | Araştırmalar tedavi öz yönetiminin önemli olduğunu ancak sağlık çalışanlarından gelen destek olmaksızın uzun vadeli faydasının olmadığını göstermektedir ki bu destek de eğitmenliktir (174). |
| İş Birliği | İlaç tedavisi yönetimi diğer sağlık uzmanlarının doğrudan işbirliğini kolaylaştıran bir ortamda farmasötik bakım felsefesini, hasta danışmanlığı tekniklerini ve hastalık yönetimini kapsayan bir model olarak sunulmuştur (175). |
| Sağlığın Belirleyenleri | Etkili bir öz bakım uygulamak için toplumsal olarak sağlığı üreten geniş bir belirleyenler yelpazesi dikkate alınmalıdır (1). |

| | |
|--------------------------|--|
| İlaçların İmhası | Eczacılar, farmasötiklerin çevresel etkilerini -reçete etme, ilacı verme, farmasötik bakım, kullanılmayan ilaçların imhası ve nihayetinde çevredeki metabolik atıkları azaltmayı içeren bütün süreç anlamında- en aza indirmek için bütün ilaç kullanım sürecini değiştirmede bir derece sorumludurlar (176). |
| Eğitim | Hastaları kendi tedavilerinin yönetimi konusunda eğitmek, bilgilerini ve kendi durumlarına yönelik algılarını, üstesinden gelme davranışlarını, tedaviye ve tavsiyelere uyumu, öz-etkililik duygusunu geliştirebilir ve semptom düzeylerini iyi yönde değiştirebilir (177). |
| Eğitim- Eczacı | Eczacıların mesleki uygulamalarına yönelik geribildirim verilerinin eczacının uygulamalarını ve performansını nasıl dönüştürdüğü incelenmelidir (178). |
| Küresel İş Gücü | Pek çok ülkede eczacılar tüm sağlık uzmanları arasında en kolay erişilebilenlerdir ve bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle tüm düzeylerdeki ilaçların güvenli sunumunda kilit bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda değişikliklerin gitgide ivme kazandığı bu dönemde; ihtiyaç, yetkinlik ve eğitim gereksinimleri değiştikçe eczacıların rolleri sürekli yeniden tanımlanmaktadır (179). |
| İyi Eczacılık Uygulaması | İyi Eczacılık Uygulaması kılavuzları eczacıların sağlık hizmeti, sağlığın geliştirilmesi ve hizmet verdikleri hastalar adına ilaç kullanımına erişimi geliştirebilecekleri yolların tanımını sağlamak için tasarlanmıştır (14). |
| Sağlık Okuryazarlığı | Sağlık okuryazarlığında oluşturulmuş ve sağlık uzmanlarıyla iki yönlü iletişimle iletilen sorumlu öz bakım, dünya çapında sağlık hizmet sunumunda her zamankinden daha önemli rol oynamaktadır (5). |
| Sağlık Programları | Eczacılar tarafından değişen düzeylerde sunulan çok sayıda eczacılık hizmetleri ve toplum sağlığı programları bulunmaktadır (180). |
| Sağlığın Geliştirilmesi | Uygun ürünleri doğru şekilde tedarik edilmesinden emin olmanın yanısıra serbest eczacıların mesleki faaliyetleri, reçeteli veya reçetesiz ilaçların dağıtılması, sağlık uzmanlarına, hastalarına ve toplumun geneline ilaç bilgisi sağlanmasını ve sağlık geliştirme programlarına katılımını içine almaktadır (181). |

| | |
|-------------------------|---|
| Yenilik | Eczacılar sürekli yenilikçi olmak için mücadele vermektedir. Örneğin; serbest eczacılıktaki yenilikçi sonuçları altı kategoriye ayırmak gerekirse, bunlar: Geliştirilmiş hasta sağlığı, diğer sağlık uzmanlarıyla arttırılmış işbirliği daha fazla iş verimliliği ve etkinliği, geliştirilmiş eczaneler arası ilişkiler, geliştirilmiş eczaneler içi ilişkiler, arttırılmış mesleki saygınlık ve tanınmadır (182). |
| Yaşam Tarzı | Serbest eczacılar hastaları geniş anlamda hijyen tavsiyesi (genel ve kişisel), beslenme tavsiyesi ve danışmanlık (yenilen gıdanın türü ve kalitesi vb.), yaşam tarzı tavsiyesi (spor ve boş zaman etkinlikleri vb.) ve kendi kendini tedavi etmeyi kapsayan öz bakım konusunda desteklemede önemli rol oynamaktadır (183). |
| Basit Rahatsızlık Planı | Düşük rekonsültasyonve yüksek semptom kaybı oranları,eczane tabanlı basit rahatsızlık planlarının işlevli olduğunu ortaya koymaktadır (184). |
| Hasta Merkezli Bakım | Eczacılık uygulamasının kapsamı farmasötik hizmetlerin teknik yönlerinin yanısıra danışmanlığın, ilaç bilgisi sağlamanın ve ilaç tedavisini izlemenin tüm bilişsel fonksiyonlarıyla hasta merkezli bakımı içermektedir. Eczacılarla ilaç tedavisi yönetimi rolü kapsamında hasta bakımına hayati bir katkı yapabilmektedir (185). |
| Hasta Başı Testi | Hasta başı testi (POCT) "hastanın olduğu yerde ve bu yerin yakınında uygulanan tanıya yönelik test" olarak tanımlanmaktadır; merkezi laboratuvar testine bir ektir, onun yerini alamaz. PCOT, serbest eczanedeki tarama faaliyetinin bir parçası olarak eczacılar tarafından uygulanabilmektedir. POCT kavramı serbest eczanelerdeki sağlık desteği ve hastalık yönetim programlarının çok önemli bir parçası olarak entegre edilmiştir. Eczacılar tarafından sağlanan POCT hasta odaklı bakım programına mantıklı bir eklemidir (110). |
| Ürün Etiketleme | İlaçların ciddi yan etkilerine ilişkin uyarıları arttıracak etiketleri tamamlayıcı modeller geliştirilmektedir (186). |
| İlaçların Kalitesi | Eczacılar ilaçların gelişim, üretim ve dağıtımı için arttırılmış standartları desteklemektedir ve bu standartlarla uygunluğu teşvik etmekte ve standartların altındaki ve sahte ilaçların ortadan kaldırılması için savaş vermektedir (15). |

| | |
|--------------------------------|---|
| Yönlendirme | Sağlık ekibinin en erişilebilir üyesi olan eczacılar soruları cevaplamak ve öz bakımın uygun olup olmadığını veya tıbbi bakım / tavsiyeye ihtiyaç duyulduğunu belirlemeye yardım etmek üzere bir hastanın durumunu veya sağlık ihtiyaçlarını değerlendirmek için hastalarla birlikte çalışacak şekilde eğitilmektedirler (187). |
| Düzenlemeler ve Meslek Temsili | Eczane faaliyetlerine ilişkin çok sayıda yasa ve yönetmelik alanı belirlemektedir. Belirli kurullarda az sayıda da olsa eczacı olmayan üye bulunması önemlidir ki toplumun çıkarlarının da temsil edildiği ileri sürülebilir (188). |
| Risk Faktörü Değişimi | Hayat değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörlerinin bir bileşimidir. Değiştirilebilen risk faktörleri örnekleri hareketsizlik obezite, hipertansiyon, sigara içme, diyet ve alkol tüketimidir (189). |
| Eczacının Rolü | Eczacının iletişimci, kaliteli ilaç tedarikçisi, eğitmen ve denetmen, işbirlikçi ve sağlık geliştiricisi şeklindeki rolleri sürekli genişlemektedir (148). |
| İlaçların Güvenli Kullanımı | Erken hamilelikte parasetamol kullanan kadınların oranındaki gözle görülür düşüşün farkına varılması, bu ilacı çok miktarda alabiliyor olmalarını yasal düzenlemeyle sınırlandırmasından sonra gerçekleşmiştir (190). |
| Memnuniyet | Bir literatür incelemesi uzun süreli hastalıkları olan insanlar için çoğu insan odaklı bakım müdahalelerinin hastaları eğitime veya bir sağlık konsültasyonunu nasıl yönetecekleri konusunda harekete geçirmeyi içerdiğini ortaya koymuştur. Hasta memnuniyeti ve algılanan bakım kalitesi bakımından ümit verici bulgular mevcuttur (191). |
| Kişisel Farkındalık | Kişisel farkındalık önemlidir çünkü kendimizi daha iyi anladığımızda, kendimizi özgün ve ayrı bireyler olarak görebiliriz. Daha sonra ilerleme kaydetmek istediğimiz alanları tanımlamanın yanısıra değişiklikler yapma gücü kazanırız (192). |
| Öz Bakımın Faydası | Sağlık gelişmeleri sadece tıbbi müdahale yoluyla değil aynı zamanda sağlığı arttıran davranışları benimseyen insanlarda görülmüştür. Bu da insanların günlük hastalıklarla ilgilendiği yöntemden ziyade öz bakımın daha geniş bir bağlamda ele alınmasına yol açmıştır (2). |

| | |
|-----------------------------|--|
| Öz Bakım Riski | Öz bakım ilaç tedavisine ilişkin yaşadıkları semptomlara karşılık doğru kararlar alan hastaya dayanmaktadır. Hastanın belirtilerle ilgili küçük ama önemli bir noktayı kaçırma riski vardır ki bu durum yanlış teşhis veya muhtemelen uygun olmayan tedaviye yol açacaktır. Gerekli profesyonel tavsiye aramadaki gecikme daha ciddi hastalıkları teşhis etmede gecikmelere neden olabilmektedir. Öz bakımı isteyen insanların, doğru zamanda, doğru destekle birlikte kaliteli tavsiye ve bilgiye erişimlerinin olması önemlidir (193). |
| Kendi Kendine İlaç Tedavisi | Kendi kendine tedavi öz bakımın sadece bir unsurudur. Kendi kendine fark edilen hastalık ve belirtileri tedavi etmek için tavsiye edilen veya edilmeyen ilaçların bireyler tarafından seçilimi ve kullanımı olarak tanımlanabilmektedir. |
| Destek | İnsanları davranış değişimine yönlendirme stratejisinin başarılı olduğuna dair pek çok kanıt mevcuttur ve eczacının bu katkısı, kısıtlı kaynakların etkin kullanımını artırmaktadır (173). |
| Semptom Kontrolü | Tüketicilerin karar vermelerinde temelde semptomların algılanması, şiddeti ve ne kadar sürdükları etkilidir. Tüketiciler görülen işaret ve semptomlara bağlı olan sağlık arama davranışlarını güçlü olarak göstermektedir (2). |
| Beceri Grubu | Eczacılar sağlık hizmetinde farklı görevleri üstlenebilir konumdadırlar. Klinik tedavi ve laboratuvar teşhisleri gibi işlevleri üstlenmek için daha fazla eğitim alabilirler. Aslında, eczacıların mesleki literatürün "farmasötik bakım müdahaleleri" olarak adlandırdığı kavramın istekli, yetkin ve uygun maliyetli sağlayıcıları oldukları gösterilmiştir. Bununla birlikte, uluslararası anlamda, hasta bakımı ve halk sağlığı teşebbüslerinde eczacıların gereğinden az kullanımı söz konusudur (194). |
| Teknoloji | Hastaların tedavisini desteklemek için teknolojinin kullanımı konusunda artan bir eğilim mevcuttur. Tedavilerin hastaların ihtiyaçlarına uyacak şekilde hızla düzenlenmesini sağlayacak hasta başı testi ve öz izlemeyi de içermektedir. Yüksek erişebilirlikleriyle serbest eczaneler hızlı testlere dayanan hizmetler için kilit yerler olarak ortaya çıkmaktadır (148). |

| | |
|-----------------|---|
| Trijaj | Eczacı-hasta mülakatı üç sonucu çıkarabilmektedir: Hastanın rahatsızlığı için herhangi bir ürün kullanmasına gerek yoktur, hastalık profesyonel müdahale gerektirmektedir veya hasta bir öz bakım adaydır (195). |
| Değer- Uygunluk | Öz bakımın elverişliliği, uygun kaynaklara kolay erişim veya tasarruf isteği nedeniyle bir etken olabilir veya sağlık altyapısının yetersizliği nedeniyle bir ihtiyaçtan kaynaklı bir etmen olabilir (2). |
| Değer – Kişisel | Literatür kendine yararlılığı arttırmaya dönük proaktif ve davranış odaklı öz tedavi yönetiminin kişinin klinik semptomlarında, tutumunda, davranışlarında, hayat kalitesinde ve sağlık kaynağını kullanma biçiminde olumlu bir etki yaratabileceğini göstermektedir. |
| Değer – Sistem | Yüzlerce sistematik inceleme, rastgele kontrollü deneme ve geniş gözlemsel çalışmalar, uzun süreli hastalıkları olan insanlar için öz tedavi yönetiminin desteklenmesinin etkisini incelemiştir. Kanıtların geneli öz-yönetimin desteklenmesinin insanların tutum ve davranışları, yaşam kalitesi, klinik belirtiler ve sağlık kaynaklarının kullanımına fayda sağlayacağını belirtmektedir (43). |
| Değer – Zaman | Hekime gitmek için işten izin almak veya çocuklara bakacak birini bulmak gerekmediğinden zaman ve paradan tasarruf sağlamaktadır (196). |

13. Sonuçlar

- Kişisel sağlığa ve iyi hale ulaşmak ve onu koruma yeteneği dünya genelinde farklılıklar göstermektedir. Zorluklar çoktur. Çözümler basit değildir. Eczacı tarafından desteklenen öz bakım bu çözümlerden bir tanesidir.
- Bu çalışma eczacıların kişisel sağlık hedeflerine ulaşmadakendi kendini yöneten veya eczacılar tarafından desteklenen eğitim veilaç tedavisi yoluyla yardım sağlayabileceğini göstermiştir.
- İnsanların kendi sağlıklarının gelişim, yönetim ve denetlemesinde daha büyük rol oynamakistediklerini kanıtlamıştır.
- Eczacılar özellikle temel bir bakım sürecinde, öz bakımda, tüketicilerle ve sağlık ekibi üyeleriyle işbirliğine kendileriniadamış durumdadırlar.
- Halen kaynakların önemli bir bölümü hastalıkları yönetmeye ayrılrsa da, önleyici sağlikhizmetleri alanında giderek dahafazla çaba sarf edilmektedir.
- Geleneksel tıbbi hizmet modelinden uzaklaşma vekişiye kendi sağlığı için daha fazla sorumluluk yükleme konusunda yükselen bir talep bulunmaktadır.
- Herhangi bir randevu olmaksızın açık kapı hizmeti sunan serbest eczacılar en kolay erişilebilen ve en yaygın bulunan sağlık uzmanlarıdır. Öz bakımın desteklenmesinde bu mesleki hizmetten olumlu anlamda faydalanmak için kayda değer fırsatlar bulunmaktadır.
- Öz bakımın içeriği ve bilhassa yönlendirilmiş öz bakım, eczacıların mesleki sorumluluğu ve hesap verebilirlik zorunluluğunuberaberinde getirmektedir.
- Öz bakım sürecine dâhil olan kişiler, ayrıca reçeteli tedavinin bilgisini edinmeli, sağlık hizmetinde güvenli ve etkili bir devamlılık sağlamalıdır.
- Öz bakım, hizmetlerde bilgiyi saklama yaklaşımını önlemek için hastalarla birlikte, katılımcı bir süreç olarak kurgulanmalıdır.

14. Kaynaklar

1. World Health Organization. Self-care in the Context of Primary Health Care - Report of the Regional Consultation Bangkok, Thailand, 7-9 January 2009. Delhi: World Health Organization Regional Office for South- East Asia, 2009.
2. Rutter P. Role of community pharmacists in patients' self-care and self-medication. *Integrated Pharmacy Research and Practice*. 2015;4:57-65.
3. World Health Organization. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: World Health Organization, 2014.
4. World Health Organization . WHO Global Health Expenditure Atlas. Geneva: World Health Organization, 2014.
5. GAP Taskforce on Self Care. Towards responsible self care: the role of health literacy, pharmacy and non- prescription medicines. Strawberry Hill: Global Access Partners Pty Ltd, 2015.
6. He W, Goodkind D, Kowal P. An Aging World: 2015. Washington DC: U.S. Government Publishing Office, 2016.
7. Deloitte. 2014 Global health care outlook Shared challenges, shared opportunities. Deloitte, 2014.
8. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, et al. The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine*. 2001;344(26):2021-5.
9. Buchmann M. Pharmaciens'd'officine: unemission d'avenir. *Prescrire*. 2012;32(346):606-g
10. Department of Health. Self care - a real choice. London : Department of Health, 2005.
11. Epposi. The Epposi Barometer: consumer perceptions of self care in Europe – quantitative study 2013. Brussels: Epposi, 2013.
12. Smith R.The future of healthcare systems - Information technology and consumerism will transform health care worldvvide. *BMJ*.1997;314:1495-6.
13. International Pharmaceutical Federation. Global Trends Shaping pharmacy - regulatory frameworks, distribution of medicines and professional services. [ed.] Gonçalo Sousa Pinto and Luc Besançon. The Hague : International Pharmaceutical Federation, 2015.
14. International Pharmaceutical Federation and World Health Organization. Joint FIP/ WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services. The Hague and Geneva: International Pharmaceutical Federation and World Health Organization, 2011.
15. International Pharmaceutical Federation. Centennial declaration — Improving global health by closing gaps in the development, distribution, and responsible use of medicines. The Hague: International Pharmaceutical Federation, 2012.
16. Godfrey CM, Harrison MB, Lysaght R, et al. Care of self — care by other — care of other: the meaning of self- care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence Based Healthcare* 2011;9(1):3-24.
17. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. New York: International Health Conference, 1946.
18. Saracci R. The World Health Organization needs to reconsider its definition of Health. *BMJ*. 1997;314:14o9-10.
19. National Health and Medical Research Council. Promoting the health of Indigenous Australians - A review of infrastructure support for Aboriginal and Torres Strait Islander health advancement. Canberra: NHMRC, 1996.
20. The Health Foundation. The principles of person-centred care. [Online] [Cited: 15 February 2016.] Available from: <http://personcentredcare.health.org.uk/person-centred->

care/what-person-centred-care/principles-of-person-centred-care.

21. Pharmacists' Patient Care Process. [Online]. Available from: <https://jcphp.net/patient-care-process/>.
22. Calamusa A, Di Marzio A, Cristofani R, et al. Factors that influence Italian consumers' understanding of over-the-counter medicines and risk perception. *Patient Education and Counselling* 2012;87(3):395-401
23. World Medical Association. WMA Statement on Self-medication. [Online] Apr 2012. [Cited: 15 February 2016] Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/iopolicies/s7/>.
24. International Pharmaceutical Journal. FIP Roundtable: how to ensure best use of non-prescription medicines? *International Pharmaceutical Journal*. 2012;33(3):24-5.
25. Sclar DA, Robison LM, Skaer TL. Pharmacy consultation and over-the-counter medication purchasing outcomes. Over-the-Counter Medication Intervention Project Team. *J Clin Pharm Ther*. 1996 Jun; 21(3): 177-84.
26. Nichol MB, McCombs JS, Johnson KA, et al. The effects of consultation on over-the-counter medication purchasing decisions. *Med Care*. 1992 Nov; 30(11): 989-1003.
27. New South Wales Government. Make healthy normal. New South Wales Government. [Online] New South Wales Government, 15 Jun 2015. [Cited: 30 May 2016.]. Available from: <https://www.nsw.gov.au/news/make-healthy-normal>.
28. Royal College of General Practitioners. Helping patients to help themselves: Self care for minor ailments. RCGP Learning. [Online] Royal College of General Practitioners, Jul 2014. [Cited: 30 May 2016.] Available from: <http://elearning.rcgp.org.uk/course/info.php?id=80>.
29. McCallian, DJ and Cheigh, NH. The pharmacist's role in self-care. *Journal of the American Pharmacists Association*. Sep-Oct 2002, Vol. 42, 5 Suppl 1, pp. S40-1.
30. Self Care Forum. What do we mean by self care and why is it good for people? [Online] [Cited: 15 February 2016.] Available from: <http://www.selfcareforum.org/about-us/what-do-we-mean-by-self-care-and-why-is-good-for-people/>.
31. Kennedy A, Rogers A, Power P. Support for self care for patients with chronic disease. *BMJ*. 2007 Nov; 335(7627):968-70
32. Liddy C, Mili K. An environmental scan of policies in support of chronic disease self-management in Canada. Public Health Agency of Canada. [Online], Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/34-1/ar-o8-eng.php>.
33. Webber DE, Guo Z, Mann S. The responsibilities of the Healthy: a 'manifesto' for self-care. *Self Care* 2015;6(1).
34. Comprehensive School Health Framework. Pan-Canadian Joint Consortium for School Health. [Online]. Available from: <http://www.jcsh-cces.ca/index.php/about/comprehensive-school-health>.
35. International Self-care foundation. What is self-care? [Online] International Self-care foundation. [Cited: 17 February 2016]. Available from: <http://isfglobal.org/what-is-self-care/>.
36. Daley J, McGannon C, Hunter A. Budget pressures on Australian governments 2014. Carlton: Grattan Institute, 2013.
37. Department of Health, Social Services and Public Safety. Making it better through pharmacy in the community. Belfast: Department of Health, Social Services and Public Safety, 2014.
38. Community Pharmacy NI. Building the community-pharmacy partnership. [Online] Community Pharmacy NI, NOV2014. [Cited: 30 May 2016]. Available from: <http://www.communitypharmacyni.co.uk/2014/11/building-community-pharmacy-partnership/>.

39. Scottish Executive. The right medicine: A strategy for pharmaceutical care in Scotland. Edinburgh : Scottish Executive, 2006.
40. Hametz I, Hodgkiss F, Sheehy C. Review of the community pharmacy public health service for smoking cessation and emergency hormonal contraception. Edinburgh: Scottish Government Social Research, 2011
41. Trueland J. Close to Home — How local pharmacies can play a pivotal role in bringing services closer to the patient. LGC&HSJ. 10 Jun 2015, Suppl, pp. 1-11.
42. Ostermann H, Renner A-T, Bobek J, et al. A cost/benefit analysis of self-care systems in the European Union. Brussels: European Union, 2015.
43. The Health Foundation. Evidence: Helping people help themselves. London: The Health Foundation, 2011.
44. Working Group On Promoting Good Governance Of Non-Prescription Medicines. Platform on access to medicines in Europe. Brussels: Steering Committee of the Process on Corporate Responsibility in the Pharmaceutical Sector, 2013.
45. American Pharmacists Association. Practice insights — pharmacists as self-care advisors. Washington DC: American Pharmacists Association, 2015.
46. World Health Organization. Health systems. [Online] World Health Organization, 2016. [Cited: 30 May 2016]. Available from: http://www.who.int/topics/health_systems/en/.
47. Faye A, Bob M. Soins de santé primaires et Objectifs du millénaire pour le développement. *Medicine et Santé Tropicales* 2012;22(1):6-8.
48. United Nations Development Programme. Sustainable Development Goals (SDGs). [Online] United Nations Development Programme, 2016. [Cited: 30 May 2016]. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdoverview/post-2015-development-agenda.html>.
49. United Nations Development Programme. Goal 3: Good health and well-being. [Online] United Nations Development Programme, 2016. [Cited: 30 May 2016]. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdoverview/post-2015-development-agenda/goal-3.html>.
50. Boerma T, Eozenou P, Evans D, et al. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS Medicine* 2014;11(9):e1001731.
51. Rockefeller Foundation, World Bank Group and World Health Organization. 500+ organizations launch global coalition to accelerate access to universal health coverage. New York: Rockefeller Foundation, World Bank Group and World Health Organization, 2014.
52. Mossialos E, Courtin E, Naci H, et al. From "retailers" to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. *Health Policy* 2015;119(5): 628-39.
53. Gauld N, Bryant L, Emmerton L, et al. Why does increasing public access to medicines differ between countries? Qualitative comparison of nine countries. *Journal of Health Service Research Policy* 2015;20(4):231-9
54. Vogler S, Habimana K, Arts D. Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries. *Health Policy* 2014;117(3):311-
55. Gauld N. Pharmacy-driven prescription-to-non-prescription switch to improve consumer access to medicines: a case study from New Zealand. Poster presented at: 2014 FIP congress : 2014; Bangkok.
56. Cassidy M. The Pharmaceutical Debate: Should medication only be sold behind the counter? Buenos Aires: 2012 Feb 22, The Argentina Independent.
57. United States Government Accountability Office. Non prescription drugs — considerations regarding a behind-the-counter drug class. Washington DC: United States Government Accountability Office, 2009.

58. Am-eHHaflrn/ibfInfl [Pharmacy Guild], nPOflA>KE /in B TOPrOBbIX MArA3MHAX [About selling medicines in stores]. [Online] AnTeHHaarn/ibfIMfl [Pharmacy Guild], 05 Dec 2012. [Cited: 09 March 2016] Available from: <http://www.aptekiguild.ru/events?id=7>.
59. Rutter P. End pharmacists' monopoly on selling certain drugs. *BMJ* 2015;351:h3415.
60. Organisation for Economic Co-operation and Development. Global Forum on Competition — Competition issues in the distribution of pharmaceuticals (summary of discussion). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2014.
61. Vogler S, Arts D, Sandberger K. Impact of pharmacy deregulation and and regulation in European countries — summary report. Vienna: GesundheitÖsterreich GmbH, 2012.
62. The Economist Intelligence Unit. France's OTC liberalisation. [Online] The Economist Intelligence Unit, 10 Sep 2014. [Cited: 29 February 2016] Available from: <http://www.eiu.com/industry/article/1662265750/frances-otc-liberalisation/2014-09-10>
63. Teixeira I, Costa S. Non-prescription medicines in EU: distribution channels, pharmacy-only status and the next generation of medicines under European centralized switch (Poster). Poster presented at: 2010 FIP Congress: 2010; Lisbon.
64. Goncalves E, Marcelo A, Vilão S, et al. Non-prescription medicinal products dispensed exclusively in the pharmacy: an underused access opportunity in Portugal? *Drugs and Therapy Perspectives* 2006;32(11):488-g8.
65. Langley CA, Belche D. FASTtrack: Applied Pharmaceutical Practice. London: Pharmaceutical Press, 2012
66. Royal Pharmaceutical Society. Emergency Supply — A guidance on professional practice. London: Royal Pharmaceutical Society, 2011.
67. Danish Medicines Agency. OTC medicines and release for sale outside pharmacies. [Online] 25 Feb 2014. [Cited: 22 February 2016]. Available from: <http://laegemiddelstyrelsen.dk/en/licensing/medicinal-products-committee/otc-medicines-for-sale-outside-pharmacies>.
68. Sveriges Radio. Painkillers banned from supermarkets. Sveriges Radio. [Online] 29 Apr 2015. [Cited: 17 February 2016.] Available from: <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?pr0gramid=2054&artikel=6i535i9>.
69. YleUutiset. Finnish authorities vow to keep drugs in pharmacies after Sweden pulls paracetamol from stores. YleUutiset. [Online] 13 Mar 2015. [Cited: 17 February 2016]. Available from: http://yle.fi/uutiset/finnish_authorities_vow_to_keep_drugs_in_pharmacies_after_sweden_pulls_paracetamol_from_stores/7864377.
70. Taylor J. Factors that influence the public's ability to self-medicate; Part 3 - Package Information and Product Attributes. *SelfCare* 2011;5:139-50.
71. Shaw SJ, Huebner C, Armin J, et al. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 200g;11(6):460-7.
72. Mullins CD, Blatt L, Gbarayor CM, et al. Health disparities: a barrier to high-quality care. *American Journal of Health System Pharmacy* 2005;62(18):873-82
73. Booz & Co. The Value of OTC Medicine to the United States. Washington DC: Consumer Healthcare Products Association, 2012.
74. Consumer Health care Products Association's Clinical/Medical Committee. White paper on the benefits of OTC medicines in the United States. *Pharmacy Today* 2010;(0ct):68-7g.
75. Hayashi M, Masuda S, Kimura H. Key information providers, channels, and characteristics of Japanese consumers' informed choices of over-the-counter medications. *Springerplus* 2015;4:737
76. National Council on Patient Information and Education. What is your self-care persona? Rockville: National Council on Patient Information and Education, 2015.

77. National Council on Patient Information and Education. Self-care in today's changing healthcare environment. Rockville : National Council on Patient Information and Education, 2015.
78. Pharmaceutical Group of European Union. European Community Pharmacy Blueprint. Brussels: Pharmaceutical Group of European Union, 2012.
79. Tsui T. The role of scientific evidence in natural health product consumer decision making in osteoarthritis. Toronto: Graduate Department of Pharmaceutical Sciences, University of Toronto, 2011.
80. Skinner D. Understanding influences on self-care behavior [presentation], Bogota: Autocuidado de la salud en Colombia, 2015.
81. Kuchko EE. Sociological analysis of medicines consumption by population in the Republic of Belarus. *Sociology* 2011;4:90-7.
82. Wasson J, Coleman E. Health confidence: A simple, essential measure for patient engagement and better practice. *Family Practice Management* 2014;21(5):8-12.
83. Commonwealth Fund. Improving population health management strategies: Identifying patients who are more likely to be users of avoidable costly care and those more likely to develop a new chronic disease. [Online]. Available from: <http://www.commonwealthfund.org/publications/in-the-literature/2016/aug/improving-population-health-management>.
84. Gorbunov VA. Substantiation of social-hygienic monitoring of health at the entry gate of health care system. Moscow:POCCMMCKOMMeg^MHCKofiAKAgeMMMnoc^egMn^oMHoro 06pa30BaHwn MuHucTepcTba3flpaBooxpaHeHn P4>, 2001.
85. Taylor JG, Lo YN, Dobson R, et al. Consumer expectations of nonprescription medications according to location of sale. *Journal of the American Pharmacists Association* 2007;47:729-36.
86. British Columbia Ministry of Health. Self-management support: A health care intervention. Victoria: British Columbia Ministry of Health, 2011.
87. Starr L, Bath C. The patient will see you now. PMLive. [Online] 12 Jun 2015. [Cited: 17 February 2016] . Available from: http://www.pmlive.com/pmhub/market_access/gci_health/white_papers_and_resources/the_patient_will_see_you_now.
88. Wolf J. The state of patient experience. *Patient Experience Journal* 2015;2:2.
89. Karmanova VS. [Social determinants of pharmaceutical products consumption]. PhD Thesis. Volgograd State Medical University, 2010..
90. Hong SH, Spadaro D, West D, et al. Patient valuation of pharmacist services for self care with OTC medications. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2005;30(3):193-9
91. Naidu A. Factors affecting patient satisfaction and health care quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2009;22(4):366-81.
92. Al-Arifi MN. Patients' perception, views and satisfaction with pharmacists' role as health care provider in community pharmacy setting at Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal* 2012;20(4):323-30.
93. Makalkina LG. Perspectives of integration of responsible self-treatment in health care system in Kazakhstan. Moscow: RSPOR, 2012
94. NaikPanvelkar P, Saini B, Armour C. Measurement of patient satisfaction with community pharmacy services: a review. *Pharmacy World and Science* 2009;31(5):525-37.
95. Meek T. Interview:Cavan Redmond, WebMD. PMLive. [Online] 14 Sep 2012. [Cited: 17 February 2016] Available from: http://www.pmlive.com/pharma_thought_leadership/interview_cavan_redmond_webmd_425300
96. Banks I. Reaching the many, not just the few — Pharmacists and the empowered patient. PMLive. [Online] http://www.pmlive.com/pharma_thought_leadership/reaching_

the_many,_notJust_the_few_68593i

97. YagudinaRI, et al. [The pool results of patients' needsandpharmacists'and medical professions' positions], [The Remedium] 2015;3:8-12.
98. Nizhenkovskaya IV, Lysenko AY, Dikukha İN. İHct>OPMALİIMHA 3AEE3nEHEHİCTb HACE/LEHHfİLU,OfİO CAMO/İİKyBAHHfİ: CTAH, nPOE/İEMM TA LU/fİXM OnTMMİ3ALİN [Information on population supply of self- medication: state, problems and ways to optimise]. 3anopo>KCKMM Mefİnu,nHCKHM>KypHa/İ [Zaporozskiy Medical Journal] 2013;2(77):36-8.
99. National Council on Patient Information and Education. Two-thirds of people believe they could be making more decisions about personal health and wellness on their own. [Online] 29 Aprı 2015. [Cited: 17 February 2016]. Available from: <http://www.multivu.com/players/English/7438751-ncpie-national-self-care-survey/>.
100. Bennadi D. Self-medication: A current challenge. Journal of Basic and Clinical Pharmacy 20i3;5(i):ig-23.
101. Wertheimer A, Serradell J. A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists. Pharmacy World and Science 2008;30(4):309-15.
102. Suleimanov SS. [Responsible self-treatment: news laws — old problems], [Online] MÖCKÖBCKMe anreKM [Moscow Pharmacies], 27 Sep 2013. [Cited: og March 2016.] Available from: <http://mosapteki.ru/material/otvetstvnenoe-samolechenie-zakony-novye-problemy-starye-1151>.
103. Lehmann U, Van Damme W, Barten F, et al. Task shifting: the answer to the human resources crisis in Africa? Human Resources for Health 2009;7:49.
104. Manasse H. Health-system pharmacy's imperative for practice model change. American Journal of Health- System Pharmacy 2011;68(12):1098-9.
105. Chambers R, Wakley G, Blenkinsopp A. Supporting self care in primary care. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006.
106. Poulton BC, West MA. Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. Journal of Advanced Nursing 1993;18(6):918-25.
107. Langins M, Borgermans L. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/ integrated health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015.
108. Tiven G, Frist L, Chang M, et al. Management for the World Module: Assessing point-of-care diagnostics for resource-limited settings. [Online] MIT Sloan Management, 22 Apr 2011. [Cited: 30 June 2016] Available from: <http://globalhealth.mit.edu/wp-content/uploads/2011/07/Assessing-POC-diagnostics.pdf>.
109. Gubbins PO, Klepser M E, Dering-Anderson AM, et al. Point-of-care testing for infectious diseases: opportunities, barriers, and considerations in community pharmacy. Journal of the American Pharmacists Association 2014;54(2):ı63-71.
110. Rodis JL, Thomas RA. Stepwise approach to developing point-of-care testing services in the community/ambulatory pharmacy setting. Journal of the American Pharmacists Association 2006;46(s):594-
111. Dhawan A, Heetderks WJ, Pavel M, et al. Current and future challenges in point-of-care technologies: A paradigm-shift in affordable global health care with personalised and preventive medicine. Journal of Translational Engineering in Health and Medicine 2015;3:1-10.
112. Nonprescriptions Medicine Academy Steering Committee. Evolution of Self-Care Education. American Journal of Pharmaceutical Education 2014;78(2):28.
113. Morello CM, Neighbors M, Luu L, et al. Impact of a first-year student pharmacist diabetes self-care education program. American Journal of Pharmaceutical Education 2013;77(10):215.
114. Interprofessional education in a pharmacy context: Global Report. [Online] Available from: http://fip.org/files/fip/PharmacyEducation/IPE_report/FIPEd_IPE_report_2015_

web_v3.pdf.

115. Davies S. Identity and ideology — a comparative study of academic health organisations in the UK and the USA. London: Nuffield Trust, 2012.
116. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities. Model standards of practice for Canadian pharmacists. Ottawa: National Association of Pharmacy Regulatory Authorities, 2009.
117. Gaughan D. Pharmaceutical Society of Ireland — the pharmacy regulator: the role of the pharmacist in self care. Dublin: Pharmaceutical Society of Ireland, 2009.
118. Wood KD, Offenberger M, Mehta BH, et al. Community pharmacy marketing: strategies for success. *Innovations in Pharmacy* 2011;2(3):1-7.
119. Canadian Pharmacists Association. Community pharmacy — trends & insights in Canada. Ottawa: Canadian Pharmacists Association, 2015.
120. Lamsam GD, Kropff MA. Community pharmacists' assessments and recommendations for treatment in four case scenarios. *Annals of Pharmacotherapy* 1998;32(4):40g-16.
121. Rutter PM, Horsley E, Brown DT. Evaluation of community pharmacists' recommendations to standardised patient scenarios. *Annals of Pharmacotherapy* 2004;38:1080-5.
122. Akhtar S, Rutter P. Pharmacists' thought processes in making a differential diagnosis using a gastro- intestinal case vignette. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2014;11(3):472-9.
123. Rutter P, Patel, J. Decision making by community pharmacists when making an over-the-counter diagnosis in response to a dermatological presentation. *Self care* 2013;4(6):125-33.
124. Iqbal N, Rutter P. Community pharmacists' reasoning when making a diagnosis: a think-aloud study. *International Journal of Pharmacy Practice* 2013;21(S2):i7-8.
125. Grol R, Wensing M. 'What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*. 2004;180(6 Suppl):S57-60
126. Kaplan A. Guideline dissemination and implementation for primary care physicians. *Canadian Respiratory Journal* 2006;13(Suppl A):38A-39A..
127. Rea R, Holroyde MC. Implementing practice guidelines in asthma: a point of view of industry — View 1. *Canadian Respiratory Journal*. Mar 2006, Vol. 13, Suppl A, p. 36A.
128. Westerlund T, Andersson İL, Marklund, B. The quality of self-care counselling by pharmacy practitioners, supported by IT-based clinical guidelines. *Pharmacy World and Science* 2007;29(2):67-72.
129. Georgeff M. Digital technologies and chronic disease management. *Australian Family Physician* 2014;43(12):842-6.
130. Canadian Foundation for Pharmacy. 2015 Innovation Fund winners. [Online] Canadian Foundation for Pharmacy, Nov 2015. [Cited: 17 February 2016.] Available from: <http://www.cfpnet.ca/en/news/details/id/183>.
131. University of British Columbia. UBC pharmacy clinic wins national award for innovation. [Online] University of British Columbia, Nov 2014. [Cited: 17 February 2016]. Available from: <http://pharmsci.ubc.ca/news/ubc-pharmacy-clinic-wins-national-award-innovation>.
132. Gubbins PO, Micek ST, Badowski M, et al. Innovation in clinical pharmacy practice and opportunities for academic-practice partnership. *Pharmacotherapy* 2014;34(5):e45-54.
133. Management Committee, Moving Forward: Pharmacy Human Resources for the Future. *Innovative Pharmacy Practices Volume I: Analysis and Overview*. Ottawa: Canadian Pharmacists Association, 2008.
134. Hughes CM, McElnay JC, Flem GF. Benefits and risks of self medication. *Drug Safety* 2001;24(14):1027-37.

135. World Health Organization. The role of pharmacist in encouraging prudent use of antibiotics and averting antimicrobial resistance: a review of policy and experience. Copenhagen: World Health Organization, 2014.
136. Lowe NK, Ryan-Wenger NM. Over-the-counter medications and self-care. *Nurse Practitioner* 1999;24(i2):34-
137. IMS Health. New perspectives on consumer health in pharmerging markets. Danbury: IMS Health, 2014.
138. Dodoo A. Has labelling and advertising abrogated the role of the pharmacist in advising consumers on appropriate use of OTCs? - A developing country's perspective (Presentation). Presentation delivered at: 2004 FIP Congress: 2004; New Orleans
139. Mintzes B. The effect of drug advertising on use of OTC medicines: What does the research show? (Presentation). Presentation delivered at: 2004 FIP Congress: 2004; New Orleans
140. Skybina KP, Ananko SJ. [Influence of drug advertisements on the self-medication in Ukraine], *BiCHMKyKpa'iHCbKo'iMeflMHHo'icTOMaTo/IoriHHo'iaKafleivii'* [Bulletin of the Ukrainian Medical Dental Academy] 2013;3(3),268-72.
141. Boyazitova AN. [Medicalization as a social process], PhD Thesis. Volgograd State Medical University, 2007.
142. Okonenko LB, et al. EE3PEL|EnTyPHbiM OTnyck Mcamo/iehehme [Over-the-counter drugs and self-medication], *BecTHMKPocEMMeKoroyHMBepcyTeTaflpy>K6bi HapoflOB* [Bulletin of People's Friendship University of Russia] 2009;4:42-6.
143. Arinina ER, Komissinskaya IG, Kondratyeva BB. [The poll results of patients needs and pharmacists and medical professionals positions], [The Remedium], 2015;3:8-12.
144. Crawford SY, Manuel AM, Wood, BD. Pharmacists' considerations when serving Amish patients. *Journal of the American Pharmacists Association* 2009;49(i):86-94.
145. American College of Clinical Pharmacy. Cultural competency in health care and its implications for pharmacy — part 2: Emphasis on pharmacy systems and practice. *Pharmacotherapy* 2009;29(2):i4e-34e.
146. Barmina T. Ky/ibTypanoTpeö/ieHMniveflML^MHCKMXyc/ыр b c0BpewieHH0ivipocmmckomoiinecTBe. PhD thesis. Volgograd State Medical University, 2009.
147. Brennan Ramirez LK, Baker EA, Metzler M. Promoting health equity — a resource to help communities address social determinants of health. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
148. European Pharmacists Forum. The role of pharmacy in supporting the public's health — An EPF white paper and call to action. London: European Pharmacists Forum, 2015.
149. Mannu P. Pragmatic digital health. [Online] PMLive, 11 Jan 2016. [Cited: 17 February 2016] Available from: http://www.pmlive.com/pharma_news/pragmatic_digital_health_899976.
150. Apigee. Digital Impact Survey 2015: Digital is destiny. San Jose: Apigee, 2015.
151. Chow CK, Redfern J, Hillis GS, et al. Effect of lifestyle-focused text messaging on risk factor modification in patients with coronary heart disease: a randomised clinical trial. *JAMA* 2015;314(12):1255-63.
152. RangrazJeddi F, Rezaiimofrad MR. Development of common data elements to provide tele self-care management. *AçalInformaticaMedica* 2013;21(4):241-5.
153. Mottl J. CustomisedmHealth approach aims to boost diabetic self-care. *FierceMobileHealth care*. [Online] 3 Oct 2015. [Cited: 17 February 2016]. Available from: <http://www.fiercemobilehealth care.com/story/customised-mhealth-approach-aims-boost-diabetic-self-care/2015-10-03>.
154. Rao A, Hou P, Flaherty J, et al. Evolution of data management tools for managing self-monitoring of blood glucose results: a survey of iPhone applications. *Journal of Diabetes*

Science and Technology 2010;4(4):949-57.

155. Nova Scotia Government. Drug Information System — Benefits. [Online] [Cited: 22 February 2016] . Available from: <http://novascotia.ca/dhw/ehealth/dis/benefits.asp>.

156. Orrico KB. Sources and types of discrepancies between electronic medical records and actual outpatient medication use. *Journal of managed care pharmacy*. 2008, Vol. 14, pp. 626-31.

157. Olesen C, Harbig P, Barat I, et al. Absence of 'over-the-counter' medicinal products in on-line prescription records: a risk factor of overlooking interactions in the elderly. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2013;22:145-50.

158. Anderson R. A pilot to review patients with long term conditions in the community pharmacy setting via remote access to GP patient records. *Journal of Medicines Optimisation* 2015;1(2):50-5.

159. Munro D. Patients need more options for self-managing their own health care. *Forbes*. [Online] 26 Jun 2012. [Cited: 17 February 2016] Available from: <http://www.forbes.com/sites/danmunro/2012/06/26/patients-need-more-options-for-self-managing-their-own-health-care/#2bfaseid223e>

160. Accenture. Is health care self-service online enough to satisfy patients? Salt Lake City: Accenture, 2012.

161. Fox S, Duggan M. Health Online 2013. [Online] Pew Research Center's Internet & American Life Project; Jan 2013. [Cited: 19 April 2017]. Available from: http://www.pewinternet.org/files/old-media//Files/Reports/PI_P_HealthOnline.pdf.

162. Nijland N, van Gemert-Pijnen J, Boer H, et al. Evaluation of internet-based technology for supporting self-care: problems encountered by patients and caregivers when using self-care applications. *Journal of Medical Internet Research* 2008;i0(2):ei3.

163. NHS Scotland. Prescribing & Medicines: Minor Ailments Service — Financial Year 2014/15. Edinburgh: NHS Scotland, 2015.

164. Hassan A. From minor ailments to major success in Scotland. [Online] 11 Sep 2013. Available from: <http://www.pharmaceutical-journal.com/opinion/blogs/from-minor-ailments-to-major-success-in-scotland/iii25487.blog>

165. Erni P, von Overbeck J, Reich O, et al. netCare, a new collaborative primary health care service based in Swiss community pharmacies. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2016;12(4):622-6.

166. Australian Self Medication Industry Inc. Increasing access to medicines to enhance self care — position paper. North Sydney: Australian Self Medication Industry Inc, 2009.

167. Sumpradit N, Suttajit S, Hunnangkui S, et al. Comparison of self reported professional competence across pharmacy education programs: a survey of Thai pharmacy graduates enrolled in the public service program. *Advances in Medical Education and Practice* 2014;5:347-57.

168. McLean W. An adherence study of prescription refill data, with and without a periodic patient education program. *Canadian Pharmacists Journal* 2007;140:104-6.

169. Lau E, Papiouannou A, Dolovich L, et al. Patients' adherence to osteoporosis therapy: exploring the perceptions of postmenopausal women. *Canadian Family Physician* 2008;54(3):394-402.

170. Laubscher T, Evans C, Blackburn D, et al. Collaboration between family physicians and community pharmacists to enhance adherence to chronic medications: opinions of Saskatchewan family physicians. *Canadian Family Physician* 2009;55(12):e69-75.

171. Lee JK, Grace KA, Taylor, AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomised controlled trial. *JAMA* 2006;296(21):2563-71-

172. Guirguis LM, Lee S. Patient assessment and documentation integrated in community practice: chat, check, and chart. *Journal of the American Pharmacists Association*

2012;52(6):e241-51.

173. Foot C, Gilbert H, Dunn P, et al. People in control of their own health and care: the state of involvement. London: The King's Fund, 2014.

174. Wong-Rieger D. Engaging and sustaining health care providers in chronic disease self-management support — What, Why, and how health care professionals can do. [Online] Mar 2012. [Cited: 29 February 2016] Available from: [http://www.livinghealthy Champlain.ca/d0cuments/pages/Micr0s0ft%20P0werP0int%20-%20Engaging%20HCP%20SM%20Champlain%2003i2.pptx%20\[Read-0.pdf](http://www.livinghealthy Champlain.ca/d0cuments/pages/Micr0s0ft%20P0werP0int%20-%20Engaging%20HCP%20SM%20Champlain%2003i2.pptx%20[Read-0.pdf).

175. McGivney MS, Meyer SM, Duncan-Hewitt W, et al. Medication therapy management: its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. *Journal of the American Pharmacists Association* 2007;47(5):620-8.

176. International Pharmaceutical Federation. Green pharmacy practice: Taking responsibility for the environmental impact of medicines. The Hague: International Pharmaceutical Federation, 2015.

177. World Health Organization. Where are the patients in decision-making about their own care? Copenhagen: World Health Organization, 2008.

178. Paudyal V, Hansford D, Cunningham S, et al. Exploring opportunities for providing pharmacists with feedback on their practice and performance around the electronic Minor Ailments Service in Scotland. *International Journal of Pharmacy Practice* 2014;22(5):319-26.

179. International Pharmaceutical Federation. 2012 FIP Global Pharmacy Workforce Report. The Hague: International Pharmaceutical Federation, 2012.

180. Offu O, Anetoh M, Okonta M, et al. Engaging Nigerian community pharmacists in public health programs: assessment of their knowledge, attitude and practice in Enugu metropolis. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 2015;8:27.

181. World Health Organization. The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: World Health Organization, 1994.

182. Tann J, Blenkinsopp A. Innovation in community pharmacy — accelerating the spread of change. London: Pharmacy Practice Research Trust, 2004.

183. Pharmaceutical Group of the European Union. Self Care. [Online] [Cited: 17 February 2016]. Available from: <http://www.pgeu.eu/en/policy/23-self-care.html>.

184. Paudyal V, Watson MC, Sach T, et al. Are pharmacy-based minor ailment schemes a substitute for other service providers? A systematic review. *British Journal of General Practice* 2013;63(612):e472-81.

185. World Health Organisation and International Pharmaceutical Federation. Developing Pharmacy Practice — a focus on patient care. Geneva and The Hague: World Health Organisation and International Pharmaceutical Federation, 2006.

186. Soller RW. Functionality of drug label warnings defined post-marketing by user experience. *Selfcare* 2015;6(2):16-20.

187. Erickson AK. The pharmacist's role in supporting informed self-care. [Online] 1 Jun 2015. [Cited: 22 February 2016.] Available from: <https://www.pharmacist.com/pharmacists-role-supporting-informed-self-care>.

188. 61st General Assembly Nova Scotia. Bili No. 13 — Pharmacy Act. [Online] 61st General Assembly Nova Scotia, 17 May 2011. [Cited: 9 March 2016]. Available from: http://nslslegislature.ca/legc/bills/61st_3rd/3rd_read/b013.htm.

189. Chiazor El, Evans M, van Woerden H, et al. A systematic review of community pharmacists' interventions in reducing major risk factors for cardiovascular disease. *Value in Health Regional Issues* 2015;7:9-21.

190. Ersbøll AS, Hedegaard M, Damm P, et al. Changes in the pattern of paracetamol use in the periconception period in a Danish cohort. *AçtaObstetriciaetGynecologicaScandinavica*. 2015;94(8):898-903.

191. University Counselling Service, University of Warwick .Self Awareness — Who Am I? [Online] University Counselling Service, University of Warwick. [Cited: 17 February 2016] Available from: <https://www2.warwick.ac.uk/services/tutors/counselling/informationpages/selfawareness/>.
193. British Medical Association. Self care: question & answer. London: British Medical Association, 2015.
194. Toklu HZ, A Hussain. The changing face of pharmacy practice and the need for a new model of pharmacy education. *Journal of Young Pharmacists* 2013;5(2):38-40.
195. Pray WS. The pharmacist and self-care with nonprescription products. *US Pharmacy* 2006;5:6-7
196. Self Care Forum. Save our NHS: time for action on self care. London: Self Care Forum, 2013



Türk Eczacıları Birliği

Willy Brandt Sk. No:9 06690 Çankaya/ANKARA

Tel:0 312 409 81 00 Faks: 0 312 409 81 09

www.teb.org.tr