

758370

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANKARA'DAKİ HASTANELERDE
HİZMET VEREN HASTANE ECZACILARININ ROLLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK
BİR ARAŞTIRMA

Ecz. Müge DEMİR

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü
Yönetmeliğinin Eczacılık İşletmeciliği ve Mevzuatı
Programı İçin Öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

ANKARA

Aralık 2004

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ANKARA'DAKİ HASTANELERDE
HİZMET VEREN HASTANE ECZACILARININ ROLLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK
BİR ARAŞTIRMA

Ecz. Müge DEMİR

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü
Yönetmeliğinin Eczacılık İşletmeciliği ve Mevzuatı
Programı İçin Öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Yard. Doç. Dr. Selen YEĞENOĞLU

ANKARA

Aralık 2004

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu çalışma jürimiz tarafından Eczacılık İşletmeciliği ve Mevzuatı Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı:

Yard. Doç. Dr. Selen YEĞENOĞLU
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:

Prof. Dr. Ahmet BAŞARAN
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:

Prof. Dr. Erdem AYDIN
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:

Prof. Dr. Selma SARAÇ
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:

Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY
(Ankara Üniversitesi)

ONAY:

Bu tez Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hakan S. ORER
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı,, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara;

Araştırmacının eşi Utku Demir'e, araştırmacıyı lisans üstü çalışma yapması için teşvik ettiği ve yardımlarını esirgemediği için,

Tez danışmanı Sayın Yard. Doç. Dr. Selen Yeğenoğlu'na, tez çalışmasının tüm aşamalarında ayırdığı zaman, harcadığı emek, verdiği destek ve katkıları için,

Araştırmacının annesi Asuman Yağıldere'ye, alınan yüksek lisans dersleri ve yapılan anket çalışması nedeniyle, araştırmacının eczanede olamadığı zamanlarda, eczaneye bakarak, gereken vakti ve ortamı hazırladığı için,

Sayın Ankara Eczacı Odası Genel Sekreteri Doç. Dr. Bülent Gümüşel ve asistanı Sayın Burçin Gülpınar'a anket çalışmasında hastane başeczacılarından gerekli randevuların alınmasını sağladıkları için,

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'ndan Sayın Öğr. Gör. Dr. Erdem Karabulut'a çalışmanın istatistiksel olarak planlanması ve değerlendirilmesinde yardımcı olduğu için,

Etimesgut Devlet Hastanesi'nde görev yapan Sayın Ecz. Reyhan Abidinoğlu'na, Etimesgut Devlet Hastanesi'nde görev yapan SSK Eczacısı Sayın Dr. Ecz. Yelda Akçoş'a ve Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde görev yapan Sayın Ecz. Tuğba Turan'a anket sorularını oluştururken, verdikleri değerli bilgiler ve katkılar için,

Özel Keçiören Hastanesi'nde görev yapan Sayın Ecz. Işıl Hokna'ya anket sırasında değerli mesleki tecrübelerini araştırmacı ile paylaştığı için,

Araştırmanın veri toplama aşamasında, ankete katılmayı kabul eden ve vakit ayıran tüm hastane eczacılarına gösterdikleri işbirliği, ilgi ve özen için içtenlikle teşekkür eder.

ÖZET

Demir M. Ankara'daki hastanelerde hizmet veren hastane eczacılarının rollerinin değerlendirilmesine yönelik bir araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eczacılık İşletmeciliği ve Mevzuatı Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004. Eczacı, teknolojik gelişme ile değişmek ve gelişmek zorunda kalan mesleki konumunun farkında olmalıdır. Bu yeni durum eczacıyı bilgi açısından donanımlı olmak zorunda bırakmaktadır. Hastane eczacıları, İyi Eczacılık Uygulamaları ilkeleri ışığında danışmanlık ve hasta eğitimi verebilecek alt yapıya sahip olmaları gerektiğini fark etmelidir. Bu nedenle, hastane eczacısının rolünün belirtilmesi önem kazanmaktadır. Bu araştırmanın amacı, Ankara'daki hastanelerde hizmet veren hastane eczacılarının rollerinin değerlendirilmek, eczacıların durumlarından memnuniyetlerini ve beklentilerini ortaya koymaktır. Araştırma tekniği olarak, yüzyüze anket yöntemi kullanılmıştır. "Ankara Eczacı Odası 2004 yılı Ajandası"nda yer alan hastane eczacılarının listesi evren olarak kabul edilmiş ve örneklem alınmamıştır. Dolayısıyla anket çalışması sırasında, söz konusu listede yer alan eczacıların tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Listedeki hastanelerin başeczacılarından randevu alınarak, tek tek bütün hastanelere gidilmiş ve eczacılara tek tip anket formu uygulanmıştır. Toplanan veriler SPSS ver. 11.0 programında istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Verilerin çözümlenmesi ve yorumlanmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre:

- a) Hastane eczacıları geleneksel rollerini yapmaktadır. Genel olarak bu durumdan memnundurlar.
- b) Hastane eczacılarının memnuniyetleri ve beklentileri, cinsiyet açısından fark göstermemektedir.
- c) Hastane eczacıları, hasta ve sağlık personeli eğitimi, standart tedavi protokolü hazırlama, advers etki izleme ve rapor etme gibi roller üstlenmek istemekte, ancak en başta zamansızlıktan ve personel eksikliğinden bunları yapamamaktadırlar.
- d) Hastane eczacıları sosyal statü olarak kendilerine değer verilmediğini düşünmekte, mesleki olarak manevi ve maddi tatmin duymamaktadırlar.
- e) Hastane eczacıları meslek örgütlerinin çalışmalarından memnun olmadıklarını ve kendileri için bir şey yapmadıklarını düşünmektedirler.
- f) Hastane eczacıları mesleki rollerinin genişlemesini istemektedirler.
- g) Yukarıda özetlenen bulgular, üniversite-kurum-özel, Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinde çalışan eczacıları arasında farklılık göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane eczacısı, Geleneksel rol, Genişlemiş rol, Mesleki tatmin, Meslek örgütleri.

ABSTRACT

Demir M. A study to evaluate the role of the pharmacists working at the hospitals of Ankara, Hacettepe University Health Sciences Institute Ph Thesis in Pharmacy Management, Ankara, 2004. Pharmacist must be aware of the situation of his profession, which is to be altered and improved by the technological developments. This forces pharmacist be armed against developments. The hospital pharmacists should realize necessity of having background to give patient education and counseling according to Good Pharmacy Practice. This survey aims assessing hospital pharmacists' role working in Ankara. Clarifying their expectations and satisfactions with their jobs are also aimed. Face-to-face questionnaire technique is used for this survey. The list of hospital pharmacists is found in the "2004 Ankara Chamber of Pharmacists Agenda". The whole population of hospital pharmacists are included in the survey, instead of using sampling technique. The researcher visited all the hospitals after getting an appointment from the head of the pharmacy staff in the hospitals and a uniform questionnaire is used for the hospital pharmacists. The collected data statistically assessed with SPSS ver. 11.0. In analysing and interpretation of the data, chi-square test is used. According to the data obtained in the survey:

- a) Hospital pharmacists perform traditional roles and generally satisfied with those.
- b) Gender makes no difference for hospital pharmacists' satisfaction and expectation.
- c) Hospital pharmacists wish to educate patient and health professionals, prepare standard therapy protocols, monitor and report adverse drug reactions, but can't perform these because of lack of time and personnel.
- d) Hospital pharmacists think that as a social status no value is given to them. They don't feel any moral satisfaction while doing their jobs and they don't get what they deserve in monetary terms.
- e) Hospital pharmacists are not satisfied with professional organizations' activities and they think that nothing is done for them by those organizations.
- f) Hospital pharmacists want their roles to be expanded.
- g) Above summarized data, show difference among university-institution-private, Ministry of Health and SSK hospital pharmacists.

Key words: Hospital pharmacist, Traditional role, Expanded role, Job satisfaction, Professional organizations.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
GİRİŞ	1
1.1. Amaç	1
1.2. Önem	1
1.3. Varsayımlar	2
1.4. Sınırlılıklar	3
1.5. Tanımlar	4
GENEL BİLGİLER	6
2.1. Eczacılık Tarihine Kısa Bir Bakış	6
2.2. Hastane Eczacılığı	7
2.2.1. Amerika’da Hastane Eczacılığının Tarihçesi	8
2.2.2. İslamiyet’te Hastane Eczacılığının Tarihçesi	10
2.3. Günümüzde Hastane Eczacısının Rolü	12
2.4. Hastanelerin Sınıflandırılması	15
2.4.1. Yaptıkları Hizmetlere Göre Hastanelerin Sınıflandırılması	16
2.4.2. Ait Oldukları Kurumlara Göre Hastanelerin Sınıflandırılması	17
2.4.3. Büyüklüklerine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması	18
2.4.4. Hastaların Hastanede Kalış Sürelerine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması	18
2.5. Hastane Organizasyonu	18
2.5.1. Türkiye’de Hastane Organizasyonu	18
2.5.2. Amerika Birleşik Devletleri’nde Hastane Organizasyonu	20

	Sayfa
YÖNTEM	23
3.1. Evren ve Örneklem	23
3.2. Veriler ve Toplanması	23
3.3. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması	24
3.4. Süre ve Maliyet	24
BULGULAR	26
4.1. Hastanelerin Yatak Kapasiteleri	28
4.2. Hastane Eczacılarının Hastanelere Göre Cinsiyet ve Çalışma Yılı Dağılımı	28
4.3. Hastane Eczacılarının Roller ve Bu Rolden Memnuniyetleri	30
4.4. Hastane Eczacılarının Mesleki Gelişmeleri Takip Edebilme Durumları	32
4.5. Hastanelerde Kullanılan İlaç Dağıtım Sistemi ve Eczacıların Memnuniyetleri	33
4.6. Hastane Eczacılarının Hastalara ve Sağlık Personeline Eğitim Verme Durumu	35
4.7. Hastane Eczacılarının Advers Etki Takibi ve Rapor Edebilmesi	38
4.8. Hastane Eczacılarının Tıbbi Hatalar Olduğunda Hekimle Doğrudan İletişim Kurabilme Durumları	39
4.9. Hastane Eczacıları ve Standart Tedavi Protokolü	40
4.10. Hastane Eczacılarının Hastanede Takım Çalışmasına İlişkin Görüşleri	42
4.11. Hastane Eczacılarının Rollerinin Genişlemesine Yönelik Düşünceleri	43
4.12. Hastane Eczacılarının Meslek Örgütlerinden Beklentileri	45
4.13. Hastane Eczacılarının Mesleklerine Dair Değerlilik ve Tatmin Duyguları	47
TARTIŞMA	50
5.1. Araştırmada Kullanılan Yöntem	50
5.2. Hastane Eczacılarının Görevleri ve Görevlerinden Memnuniyetleri	52
5.3. Hastane Eczacılarının Cinsiyetlerinin Manevi ve Maddi Tatmine Etkisi	56
5.4. Advers Etkinin İzlenmesi ve Rapor Edilmesine İlişkin Hastane Eczacılarının Düşünceleri	57
5.5. Hastane Eczacılarının Hastaya, Sağlık Personeline Eğitim Verme Durumları ve İsteklerine İlişkin Tartışma	59
5.6. Hastane Eczacılarının Takım Çalışması ve Takımın Üyesi Olma Durumları	65

	Sayfa
5.7. Hastane Eczacılarının Meslek Örgütlerinden Beklentileri ve Memnuniyeti	67
5.8 Hastane Eczacılarının Genişleyen Rollerine İlişkin Görüşleri	70
SONUÇ VE ÖNERİLER	75
KAYNAKLAR	78
EKLER	88
EK 1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu	
EK 2: İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu	
EK 3: Anket İçin Gidilen Hastanelerin Listesi	
EK 4: Araştırmacının Gözlemleri	
EK 5: Anket Çalışması Yapılan Hastanelerin Ankara Haritası Üzerinde Gösterimi	
ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ	



SİMGELER VE KISALTMALAR

\$	: Amerikan Doları
AEO	: Ankara Eczacı Odası
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASHP	: Amerikan Hastane Eczacıları Birliği
A.Ü.	: Ankara Üniversitesi
Bkz.	: Bakınız
B.Ü.	: Başkent Üniversitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
F.Ü.	: Fatih Üniversitesi
G.Ü.	: Gazi Üniversitesi
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
H.Ü.	: Hacettepe Üniversitesi
MİEP	: Meslek İçi Eğitim Programı
SSPS	: Statistical Programme for Social Sciences
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TCDD	: Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları
TEB	: Türk Eczacılar Birliği
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
YTKİY	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
TYİH	: Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
VAMC	: Veterans Affair Medical Center

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1: Sağlık Bakanlığı Genel Hastane Organizasyon Şeması	19
2.2: ABD’de Hastaneleri İçin Genel Organizasyon Şeması	21
2.3: Bölüm organizasyonu	20



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
4.1 Ankete Dahil Olan Hastaneler ve Eczacılar	26
4.2 Hastanelerin Yatak Kapasitelerine Göre Dağılımı	28
4.3 Hastanelere Göre Eczacıların Yaş Dağılımı	29
4.4 Hastanelere Göre Eczacıların Cinsiyet Dağılımı	29
4.5 Hastanelere Göre Hastane Eczacılarının Çalışma Yılları	30
4.6 Hastane Eczacısının Görevleri	30
4.7 Hastane Eczacılarının Görev Aldıkları Komisyonlar	31
4.8 Hastane Eczacılarının Görevlerinden Memnuniyetleri	31
4.9 Hastane Eczacılarının Cinsiyetlerine Göre Görevlerinden Memnuniyetleri	32
4.10 Hastane Eczacılarının Mesleki Gelişmeleri Takip Edebilme Durumları	33
4.11 Eczacıların Mesleki Gelişmeleri İzleme Kanalları	33
4.12 Hastanelerde Kullanılan İlaç Dağıtım Sistemleri	34
4.13 Hastane Eczacılarının Cinsiyetlerine Göre Dağıtım Sisteminden Memnuniyetleri	34
4.14 Hastane Eczacılarının Dağıtım Sisteminden Memnuniyetleri	35
4.15 Eczacıların Hastalara Eğitim Verme Durumları	36
4.16 Eczacıların Hastalara Eğitim Verme Arzusu	37
4.17 Eczacıların Sağlık Personeline Eğitim Verme Arzusu	37
4.18 Eczacıların Advers Etkileri İzleme Durumları	38
4.19 Eczacıların Advers Etkileri Rapor Etme Durumları	39
4.20 Eczacıların Tıbbi Hata Halinde Hekimle Doğrudan İletişim Kurabilme Durumu	39
4.21 Hastane Eczacılarının Hekim ile Doğrudan İletişim Kurma İsteği	40
4.22 Hastanelerde Standart Tedavi Protokolünün Varlığı	41
4.23 Hastane Eczacılarının Standart Tedavi Protokolü Oluşturmada Görev Alma Durumu	41

Tablo	Sayfa
4.24 Eczacıların Tedavi Protokolünde Görev Alma İsteği	42
4.25 Hastanede Takım Çalışmasının Varlığı	43
4.26 Eczacının Takımın İçinde Yer Alma Durumu	43
4.27 Hastane Eczacısının Rolünün Genişlemesini İsteme Durumu	44
4.28 Eczacıların Geleneksel Roller Dışında Rol Almak İstedikleri Görevler	44
4.29 Eczacıların Meslek Örgütlerinin Beklentilerine Yönelik Çalışmalarına İlişkin Görüşleri	45
4.30 Eczacıların MİEP'lerin Yeterliğine İlişkin Görüşleri	46
4.31 Eczacıların Hastane Eczanesinin Fiziksel Koşullarına İlişkin Düşünceleri	46
4.32 Eczacıların Eczacılık Meslek Örgütlerinden Beklentileri	47
4.33 Eczacıların Hastane Yönetiminin Eczacıya Değer Vermesine İlişkin Düşünceleri	48
4.34 Eczacının Mesleğinden Manevi Tatmin Duyması	49
4.35 Eczacının Mesleğinden Maddi Tatmin Duyması	49

GİRİŞ

1.1. Amaç

Bu araştırmanın amacı, dünyada değişen ve gelişen hastane eczacılığı kavramının, iyi eczacılık kılavuzunun (Bkz. Ek 2) ilkeleri doğrultusunda Ankara'daki durumunu ortaya koymaktır. Bu temel amaca ulaşabilmek için, gerçekleştirilmeye çalışılan ayrıntılı amaçlar şunlardır:

- a) Hastane eczacılarının mesleki rolünün belirlenmesi ve bu rolden memnuniyetlerinin ortaya konması,
- b) Hastane eczacılarının mesleki rollerinden memnuniyetlerinde cinsiyetin fark yaratıp yaratmadığının ortaya konması,
- c) Özellikle batı kaynaklı yabancı literatürde sıkça karşılaşılan hasta ve sağlık personeli eğitimi, takım çalışması, advers etki izlenmesi ve rapor edilmesi, hastane formülleri, standart tedavi protokolü hazırlanması gibi hastane eczacısının sorumluluk alması gereken rollerin, Ankara'da bulunan hastanelerde çalışan eczacılar açısından belirlenmesi,
- d) Hastane eczacılarının meslek örgütlerinden beklentileri ve bu örgütlerden memnuniyetlerinin ortaya konması,
- e) Hastane eczacılarının gelişen ve değişen mesleki rollerine bakış açısının ortaya konması.

1.2. Önem

Dünyada, özellikle Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde, teknolojik gelişme ile rol değişikliği ve genişlemesi yaşamak zorunda kalan eczacılık mesleği hakkında, yapılmış pek çok çalışma ve yazılmış pek çok makale bulunmaktadır (Mason, 1999). Ancak, Türkiye'de bu durumu özellikle hastane eczacılığı

perspektifinden ortaya koyan bilimsel bir çalışma yok denecek kadar azdır. Öte yandan toplum sağlığında yadsınamaz bir rolü olan eczacı, sağlık alanında kat edilen hızlı gelişme ve yenilikler karşısında bilgi açısından donanımlı olmak zorundadır. Hastane eczacıları, toplumun değişik kesimlerinden ve/veya sağlık profesyonellerinden gelebilecek sağlığa ilişkin konularda danışmanlık hizmeti sağlamak ve hasta eğitimi vermek konusunda alt yapıya sahip olmaları gerektiğini fark etmelidir. Bu bağlamda, hastane eczacılarının yeni konumunun, sağlık çalışanları ve toplum tarafından anlaşılabilmesi için, potansiyel rollerine ilişkin alt yapıları ile mesleğe dair beklentilerinin neler olduğunun saptanması önem kazanmaktadır.

Ülkemizde 1953 yılında çıkarılan 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun halen yürürlüktedir. Öte yandan bu yasanın günümüz gelişmelerine paralel olarak yenilenmesi ve güncellenmesi elzemdir. Çünkü, eczacının sürekli biçimde ilerleyen bir sağlık mesleğinin üyesi olarak, kendini yenilemesi, bilgilerini taze tutması, mesleğindeki gelişmeleri yakından izleyerek uygulaması gerekmektedir.

1.3. Varsayımlar

Bu alt başlıkta, araştırmamızda elde edilecek bulgulara ait sayılılar sıralanmıştır:

- a) Hastane eczacıları geleneksel rollerini (ilacın sağlanması, hazırlanması ve dağıtımı vb.) yapmaktadırlar.
- b) Ankara'daki hastanelerde çalışan eczacıların hasta ve personel eğitimi, advers etki izleme ve rapor edilmesi, hastane formülleri oluşturulması, hastalara/hastaya hasta odaklı takım çalışması bazlı ilaç tedavisi hizmeti sunmak gibi genişlemiş rolleri yoktur.
- c) Yukarıda b maddesinde eczacıların genişlemiş rollerine ilişkin verilen görevleri hastane eczacılarının yarısından fazlası yerine getirmek istemektedir.

- d) Hastane eczacıları, hastanedeki sosyal statülerinden ve genel olarak mesleki durumlarından maddi ve manevi olarak memnun değildirler.
- e) Yukarıdaki d maddesinde bahsi geçen memnuniyet cinsiyetler arasında farklıdır.
- f) Meslek örgütleri hastane eczacılarının beklentilerini karşılamamaktadır ve genel olarak bu bağlamda eczacılar meslek örgütlerinden memnun değildirler.
- g) Yukarıda sayılan tüm bu varsayımlar üniversite, kurum ve özel, Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri arasında farklılık göstermektedir.

1.4. Sınırlılıklar

Araştırmaya sadece Ankara Büyükşehir Belediye sınırları içindeki hastanelerde çalışan hastane eczacıları dahil edilmiştir. Dolayısıyla, yapılan anket çalışması (Bkz. EK1) küçük çaplı olup, araştırma sonuçları tüm Türkiye'ye (Tüm Türkiye'de, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2003 e göre, 820 SSK, 437 Sağlık Bakanlığı, 193 üniversite, 136 özel, 9 KİT, 1 Bakanlık, 8 Belediye, 17 Vakıf, 9 azınlık hastanesinde çalışan eczacı vardır) genellenemez. Ayrıca, Ankara'daki hastanelerde çalışan tüm eczacıların listesine ulaşmaya çalışırken, sadece Ankara Eczacı Odası'nın (AEO) ajandasındaki liste en geniş biçimde elde edilebilmiştir. Liste dışında, araştırmacı kendi çabalarıyla bulduğu 7 hastane eczanesini daha araştırmaya dahil etmiştir. Bu listede eksiklikler ve güncel olmayan bilgiler (zira anket çalışması bittikten sonra da hastane eczacısı olarak göreve başlayan eczacılar olmuş olabilir) araştırmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir.

Bir diğer sınırlılık konusu da hastane eczacılarının nöbet tutma durumları ile ilgili anket formunda soru bulunmamasıyla ilgilidir. Anket sırasında özellikle SSK eczacılarının üzerinde durduğu nöbet konusu araştırma dahilinde tutulmadığından diğer hastanelerdeki durumla karşılaştırma yapılamamıştır.

1.5. Tanımlar

Sağlık Merkezleri: Acil vakalar, doğumlar, ateşli hastalar, küçük müdahaleler, kısa zamanda iyileşmesi mümkün görülen hastalarla, fiilen görev yapan uzmanların branşı ile ilgili hastaların, kabul ve tedavi edildiği ve hükümet tabipliği, ocak tabipliği veya diğer koruyucu tababet hizmetleri ile acil tedavi hizmetlerini bünyesinde birleştiren kurumlardır. (13.01.1983 tarihli 17927 sayılı resmi gazetede yayınlanan YTKİY (Madde 3-5)).

Hastaneler: Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır. Yataklı tedavi kurumları en az 50 yataklıdır (13.01.1983 tarihli 17927 sayılı resmi gazetede yayınlanan YTKİY (Madde 3-5)).

Advers Etki: Zararlı, istenmeyen etki ve profilaksi, teşhis ve tedavi veya fizyolojik fonksiyonları değiştirmek için kullanılan normal dozlarda oluşan etkidir (Aspinall, 2002).

Hastane Formülleri: Tıp personelinin klinik teşhislerini yansıtan ve sürekli gözden geçirilen ilaç kataloğudur (Hassan, 1985). Sıklıkla reçetelenen farmasötik preparatların toplamıdır ve tedavi kılavuzudur. Amacı en iyi uygulama için standartlar oluşturmaktır (Khan, 2002).

Hasta Odaklı Takım Çalışması: Tedavinin başlangıç noktası, hastalıktan çok hastanın kendisidir, tedavide hastanın yaşam kalitesi göz önüne alınır ve takım halinde çalışılır. Hekim tek başına tedaviden sorumlu değildir, hastanın da dahil olduğu multidisipliner takım tarafından bu sorumluluk paylaşılır (Andrew, 2001).

Hastane Eczacısının Geleneksel Rolü: Hastane eczacısının geleneksel rolü ilaç satın alımı, satın alınan ilaçların kontrolü, uygun şekilde depolanması, stok kontrolü, servislerden istenen ilaçların hazırlanması, kontrol ve dağıtımı, gelir-gider hesaplarının kayda geçirilmesi, uyuşturucuların kontrolünü kapsar (Üstel, 1977).

Genişletilmiş rol (Expanded role): Hastane eczacısı ilaç dağıtımı ve stok takibi gibi geleneksel rolünün dışında, hasta odaklı bakım sağlanması sŸrdŸrmek için en çok ihtiyaç duyulan alanlarda seçilmiş konumlarda çalışır. Örneğin, klinik eczacılık gibi (Brady, 2003).

Farmasötik Bakım: Hastanın yaşam kalitesini arttıran belirli çıktılara ulaşmak amacıyla ilaç tedavisi sağlama sorumluluğudur. Farmasötik bakım işlemlerinde olası ilaçla ilgili problemleri ortaya çıkarmak için işlemler basamak basamak takip edilir. Eczacı bakım planı oluşturmak için hekim ve hasta ile beraber çalışmalıdır (Martin-Calero ve ark., 2004).



GENEL BİLGİLER

2.1. Eczacılık Tarihine Kısa Bir Bakış

Tıp ve eczacılık mesleğinin kökenleri insanlık tarihi kadar eskidir. Çok eski çağlarda insanlar, hastalıkları iyileştirmek için, büyüden faydalanmaktaydı. Zamanla bitkilerin tedavi edici etkileri hakkındaki bilgiler artmış ve bunlar hastalıkları ortadan kaldırmak için kullanılmaya başlanmıştır. Bunun sonucu olarak da, insanlarda ilaç kavramı oluşmuştur. Bununla beraber bitkisel drogların kullanılışı başlangıçta daima büyü ile beraber olmuştur. İlaçlar ile ilgili en eski bilgiler, milattan üç bin yıl kadar önce yazıldığı saptanmış olan Sümer tabletlerinde bulunur. Daha sonraları Mısır papirüslerinde, Çin, Hint, Arap ve Acem yazmalarında, bu konuda geniş bilgiler yer almıştır. Tarihin akışı boyunca, uzun yıllar, hekimlik ve eczacılık aynı kişide birleşmiştir. Eczacılığın tam anlamıyla bir meslek kavramını alması antik çağda Yunan, Roma ve Bizans uygarlıkları ile başlamaktadır. Milattan önce 5. yüzyılda Hippokrates'in büyük etkisiyle, hekimlik dinden ayrılmıştır. M.S. 130-201 yılları arasında yaşayan eski Roma İmparatorluğu döneminde yaşamış olan Galen (Galenus) eczacılığın babası olarak kabul edilmektedir. Lokman hekim de İslam dünyasında eczacıların piri olarak tanınmaktadır (Baytop, 2001).

Eczacılık mesleğinin belirgin bir şekilde tıptan ayrılması 1194-1250 yıllarında yaşayan Alman imparatoru Friedrich II'nin 1230-1240 yıllarında yayınladığı emirnamelerle olmuştur. Paris belediye başkanlarından Etienne Boileau'nun 1268 yılında yayınladığı "Livre des Metiers" (Meslekler kitabı) de Apothicaire'ler (eczacılar) bağımsız bir meslek olarak gösterilmektedir (Baytop, 2001).

Yurdumuzda eczacılığın hekimlikten tamamen ayrılması geçen yüzyılda olmuştur (Baytop, 2001).

2.2. Hastane Eczacılığı

Hastane Eczanesi şöyle tanımlanmaktadır:

“Hastane eczanesi, hastanede yasal olarak bu işi yapabilecek, işinin uzmanı bir eczacının yönetiminde, bakım üniteleri ve diğer servisler için, bütün ilaçların temin edildiği, hastane içindeki ve dışındaki hastalar için özel reçetelerin hazırlandığı, ilaçların büyük miktarlarda imal edildiği, narkotiklerin ve reçete ile verilebilen ilaçların dağıtıldığı, biyolojik maddelerin depolandığı ve dağıtıldığı, parenteral preparatların hazırlandığı ve sterilize edildiği ve diğer mesleki gereçlerin saklandığı ve dağıtıldığı bir bölümdür” (Hassan, 1985).

Hastane eczacılığı, ilaç konusunda yoğun eğitim almış bir eczacının, hastaların ilaçlarına ait sorunlarını çözmek amacı ile hekim, hemşire, diğer sağlık personeli ve hastalara sunduğu bilgi hizmetidir. Hastane eczacısının görev ve sorumlulukları şunlardır: Hastane eczanesine gelen ilaçların kontrolü, ilaç yan etkilerini gözlemek ve rapor etmek, ilaç-ilaç, ilaç-hastalık, ilaç-besin etkileşmelerini önlemek veya minimuma indirmek, hastaları ilaçları konusunda bilgilendirmek, hekimler ve diğer sağlık personeline ilaçlar hakkında danışmanlık yapmak ve bilgilendirmek, hastaların ilaçlardan optimum şekilde faydalanması için, sağlık bakım ekibinin üyeleri olan hekim ve hemşireler ile birlikte onlara eğitim vermek, ilaç kullanımının değerlendirilmesi (medication use evaluation) amacı ile farklı ilaç grupları için verileri toplamak ve değerlendirmek, hastane ilaç formülleri hazırlanmasına katılmaktır (<http://farma.hacettepe.edu.tr/guncel.html>).

Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün, 13-16 Aralık 1998 yılında Hindistan’ın Yeni Delhi kentinde Danışman Grubu Raporunda ve 31 Ağustos-3 Eylül 1993 yılında Japonya’nın Tokyo şehrinde yaptığı DSÖ toplantı raporunda hastane eczacısının avantajlı noktaları aşağıdaki biçimde özetlenmiştir:

a) Reçete yazanla yakından etkileşimde bulunmada ve bu şekilde akılcı reçeteleme ve akılcı ilaç kullanımını teşvik etmede daha fazla şansı vardır.

- b) Büyük hastaneler ve kurumsal eczanelerde genelde birkaç eczacıdan biridir ve bu yüzden diğerleri ile etkileşimde bulunma, uzmanlaşma ve daha çok deneyim kazanma şansı daha fazladır.
- c) Tıbbi kayıtlara ulaştığından ilaçları ve doz rejimlerini seçmeyi etkileme, hasta uyumunu ve ilaçlara terapötik cevabı izlemede, advers ilaç etkilerini fark etme ve rapor etme pozisyonundadır.
- d) Serbest eczacıdan daha kolaylıkla, ilaç kullanım modellerini değerlendirebilir ve izleyerek, gerektiğinde değişiklik önerebilir.
- e) İlaç seçimi, antibiyotik kullanımı ile ilgili politika yapan komitelerin üyesi gibi hizmet eder ve bu şekilde temel ilaç listesi veya formüller hazırlama ve düzenlemede etkileri olur.
- f) Akılcı ilaç kullanımı hakkında diğer sağlık çalışanlarının eğitiminde iyi bir konumdadır.
- g) İlaçların yararları veya advers etkilerine karar verme çalışmalarına daha kolaylıkla katılır ve vücut sıvılarında ilaç analizlerine dahil edilir.
- h) Klinik ilaç araştırmalarının planlanması ve yürütülmesinde yer alır.
- i) Hastaneye tıbbi malzemelerin ve ilaç sağlanmasının yüksek kalitede olması için kontrol mekanizmasında rol üstlenebilir (DSÖ, 1994).

2.2.1. Amerika’da Hastane Eczacılığının Tarihçesi

Hastane eczacılığının amaçlarının böyle geniş bir tanımlaması kişiye eczacılık mesleğinin bu branşının kökenini düşündürebilir. Urdang’a göre hastane eczacısı, eczacılık mesleğinin ilk temsilcisi olmuştur. Urdang, çok eskilerde, manastırların bir bölümü olan hastanelerde, hastane eczacılarının çalışmış olduğunu ifade etmektedir. Bu eski hastaneleri tanımlayan belgelerde ilaçların hazırlandığı ve satıldığı bir dükkandan ve ilaç yapımında kullanılan bitkilerin yetiştirildiği bahçeden söz edilmektedir (Hassan, 1985).

Eski zamanlardan günümüze doğru ilerlediğimizde, 1752’de Kuzey Amerika’da açılan ilk hastane olan Pensilvanya Hastanesi’nde, Jonathan Roberts’in hastane eczacısı olduğunu görmekteyiz (Hassan, 1985, Schneider, 1992).

Amerika'da hastane eczacılığında en büyük aşamalar 1940 yılı başlarında kaydedilmiştir. 21 Ağustos 1942'de Amerikan Hastane Eczacıları Derneği kurulmuştur. Bu derneğin, hastane eczacılığının ilerlemesine, büyük katkısı olmuştur. Günümüz hastane eczacısı, Eczacılık ve Tedavi Komitesi, Hastalıkları Önleme Komitesi, Antibiyotikler Komitesi gibi hayati kuruluşlarda görev almaktadır (Hassan, 1985).

ABD'de 1950'lerde hastane eczacılarının görevi ilaç firmalarının üretmediği formdaki ilaçları üretmektir. 1960'larda firmalar bu ilaçları üretmeye başladığında, eczacıların dikkati tıbbi hata problemi ve ilaç dağıtımında eczacının rolüne doğru dönmüştür. Bu hataların oranı %10 ve daha fazla olduğundan, önlenmesinde eczacının faydalı olması nedeniyle, eczacı daha klinik odaklı rolde çalışmaya başlamıştır. 1970'lerde klinik eczacılık kavramı güç kazanmıştır. Eczacılar artık sadece ilaçların dağıtımı ve uygulamasındaki problemlere değil, reçetelendirilmesi ve hastanın tedaviye cevabıyla ilgili sorunlarla da ilgilenmeye başlamıştır. Bu bağlamda eczacı, hasta ve sağlık personeliyle daha yakından iletişim kurmuştur. 1980'lerde artan sağlık harcamaları nedeniyle, eczacılar, ilaç kullanımını gözden geçirme, formüller oluşturma, terapötik değişim programları ve reçetelendirme protokolleri ile ilgili alanlarda da çalışmaya başlamıştır. 1990'larda, artık hizmet sunum kalitesi de önem kazanmıştır. Farmasötik bakım kavramı bu yıllarda çok kullanılmaya başlamıştır (Schneider, 1992).

Amerikan Hastane Eczacıları Derneği ve Amerikan Eczacılık Fakülteleri Birliği'ne göre iyi bir hastane eczacısı, ilaçlar hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olmalıdır, ilaç üretimi programı yapıp yürütebilmelidir, ilaçların ve dağıtılma işlemlerinin kalite kontrolü konusunda ayrıntılı bilgi sahibi olmalıdır, tıbbi bir araştırma ya da ilaçlarla ilgili bir araştırmada yer alabilmeli ve bu araştırmayı yürütebilmelidir, hastaya ve diğer sağlık personeline yönelik eğitim programlarını yürütebilmelidir, hastane eczanesini yönetebilecek kapasiteye sahip olmalıdır (Hassan, 1985).

2.2.2. İslamiyet'te Hastane Eczacılığının Tarihçesi

Müslümanlar tarafından ilk hastane El-Velid bin Abdülmelik tarafından 706 yılında Şam'da kurulmuştur. Bu hastanenin kurulma ve işletilmesinin başlıca nedeni, yoksul ve kimsesizleri tıbbi imkanlara kavuşturmaktır. Bu hastanede iç hastalıkları ve göz hastalıkları hekimleri, cerrah ve eczacılar çalışmaktaydı (Baytop, 2001).

Selçuklular döneminde eczacılık ve kullanılan ilaçlar hakkında bilgi veren El-Biruni'nin kitabı eczacılık mesleğinin etraflı ve gerçek tarifini vermesi açısından önemli bir eserdir. El-Biruni zamanımızdan yaklaşık 1060 yıl önce "eczacı" yı aşağıdaki gibi tarif etmektedir (Baytop, 2001).

"Saydelani veya saydenani (eczacı) diye; basit ilaçların hangi nevinin iyi olduğunu ve bunlardan hangisinin üstün tutulması ve seçilmesinin gerektiğini öğrenmeyi ve tıp ilminin tanınmış kişileri tarafından ortaya konulup, herkesçe kabul edilmiş bulunan terkipleri, en geçerli yöntem ve usulleri kullanarak, en iyi şekilde hazırlamayı kendine sanat edinmiş olan kişiye derler" (Baytop, 2001).

Anadolu'da ilk eczaneler Selçuklular döneminde kurulan hastanelerde açılmıştır. Hastane eczanelerinde drog sağlamak ve ilaç hazırlamak işleri ile görevli uzman kişiler bulunmaktaydı. Bu kişiler genellikle ilaç hazırlamakla görevli iseler de, yaptıkları ilaç şekline veya işe göre, (ilaçların yapımı, saklanması ve satın alınması gibi) isimleri değişmektedir. Yani ilaç hazırlayan kişiler arasında bir uzmanlaşma bulunmaktadır (Baytop, 2001).

İlk Türk eczacılar, Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane'den mezun olmuş ve ordu hastanelerinde görev almışlardır. Hastanelerde eczacıların görevleri yalnız ilaç yapmak değildir. Hastaneye ait ilaç ve tıbbi malzemelerin saklanması, harcamaların saptanması ve gıda maddelerinin kontrolü gibi görevleri de eczacılar üstlenmişlerdir (Baytop, 2001).

Ekim 1872 tarihli tüzükte, 500 yataklı bir askeri merkez hastanesinin yıllık ecza ve tıbbi malzeme listesi verilmiş ve eczacının görevleri aşağıdaki şekilde saptanmıştır. Tüzüğün 34. ve 40. maddeleri şu biçimdedir:

Eczacının Görevleri:

34. Başeczacı, hastanenin tıbbi, ispençiyari, cerrahi bütün malzemelerinin eksiklerini zamanında nizami dairesinde hazırlayacağı bir defterle baştabibe takdim eder. Bir benzeri Ordu başeczacısına gönderilir. Hastanede bulunan bütün ilaç ve sıhhi malzemenin harcanma ve çalınmasından sorumlu olup, bunların korunma ve harcanmasını itina ile takip eder, alınıp verilme işlemlerini bir defterde belirtir ve bu defteri her an teftişe hazır bir halde bulundurur.
35. Başeczacı hastanede nöbet tutmaz, viziteye çıkmaz, eczacıların nöbetlerini düzenler, koğuşlara dağıtım ve vizitedeki görevlerini yolunda yapmalarını sağlar.
36. İki eczacının bulunduğu hastanelerde, başeczacı nöbete katılır.
37. Başeczacı, hekimlerin tabelalara yazdıkları yiyeceklerin miktarını idare tüzüğünün belirli maddelerinde yazılı olduğu biçimde zamanında tabelalarından çıkartır, hastane katibine yazdırarak, erzakın gecikmeden kilerden çıkmasına yardım eder.
38. İkinci eczacı büyük hastanelerde viziteye çıkmaya mecbur değildir. Ancak, viziteden evvel hastanede her gün devamlı kullanılan belirli ilaçları hazırlar, viziteden sonra, eczacıların ellerindeki ilaç tabelalarına göre hazırlayacakları ilaçların yapılışlarına dikkat ve yardım eder. Eczanenin düzenli ve her şeyin yerli yerinde bulunmasını sağlar. Bütün ilaç yapım vasıtalarının temizliği, zehirli ilaçların ayrı bir dolapta kilitli olarak saklanmasını, anahtarının yanında bulunmasını, yapılan ve hazırlanan ilaçların zamanında koğuşlara gönderilmesini temin eder. Başeczacının bulunmadığı hallerde, yerine vekalet eder. Ecza harcamalarının muhasebesini yapar, defterlere kaydeder.

39. Eczanede her eczacı için masa, ecza hazırlamaları için gerekli alet ve gereçler ve bunların kaydı için birer defter bulundurulur. Eczacılar vaktinde görev başına gelerek, memur edildikleri koğuş hekiminin yanında viziteye çıkıp, kendilerine gösterilen hizmetleri defterlerine kaydeder, viziteden sonra tabelayı hekimine imzalatır.

Eczaneye dönüşünde, ilaçlarını, fenni bilgilere uygun olarak hazırlar, şişe ve kaplarına koyar, haricen kullanılacakların üzerine turuncu, dahilen kullanılacakların üzerine beyaz etiketler yapıştırdıktan sonra, kullanma şeklini Türkçe olarak yazar.

Hazırlanan ilaçları bir yandan dağıtıcılar eliyle koğuşlara gönderir ve hepsi sona erince koğuşuna giderek, yatak ve etiket numaralarına göre hastalara dağıtımını sağlar.

Dağıtım işi bitirildikten sonra, yapım sırasında kullanılan aletleri temizler, başeczacının odasına giderek, yapılan hizmet hakkında deftere görüşlerini yazarak, altını imzalatır.

40. Nöbetçi eczacılar 19. ve 23. maddelerde olduğu gibi hareket ederler. Hastane eczanelerinde çalışan eczacılardan en kıdemlisi Başeczacı (Eczacıyı evvel), diğerleri ise İkinci eczacı (Eczacıyı sani) ismini alırdı (Baytop, 2001).

2.3. Günümüzde Hastane Eczacısının Rolü

Ülkemizde, 1953 tarihli, 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler hakkında kanunun birinci maddesinde, eczacı, ilacı hazırlayan ve sunan kişi olarak tanımlanmaktadır. Ancak, günümüzde ilaç üretiminin hemen hemen tümüyle sanayiye kayması, eczacıyı sadece ilacı sunan kişi kimliğine büründürmüştür. Bu nedenle, gelişmiş ülkelerde 1960'lı yıllarda eczacıya yeni bir kimlik ve işlev kazandırılması yönünde çalışmalar başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1991 yılında yayınlamış olduğu "Eczacının Rolü ve İşlevi" başlıklı raporda, eczacının

gerçek kimliği bakımından en ön plana çıkan ve sağlık hizmeti açısından en iyi uygulanabilen alan, farmasötik bakımdır (<http://www.rxmediapharma.com>).

Bu çerçevede ülkemizde 1999 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hastane eczacıları ile eczane eczacılarına yol gösterici bir niteliği olan bir "İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu" (Bkz. Ek 2) hazırlanmıştır. Bu kılavuzun amacı, serbest ve hastane eczanelerinde verilen hizmetlerin kalitesinin artırılmasını, sürekliliğini ve iyi eczacılık uygulamalarının geliştirilmesini sağlamaktır. Kılavuza göre iyi eczacılık uygulamalarının felsefesi; ilaç ve diğer sağlık bakım ürünleri ile ilgili hizmetleri sunmak, bireylerin ve toplumun bu hizmetlerden en iyi şekilde yararlanmasına yardımcı olmaktır. İyi eczacılık uygulamaları, bir hastanın yaşam kalitesini sürdüren ve yükselten koşulların sağlanmasını amaçlayan, kesin işbirliğine dayalı, devamlılık niteliği de olan farmasötik bakımın uygulama biçimidir. Kılavuzda çağdaş eczacılık mesleği, ilacın farmakolojik etkisinin devamlılığını, ilacın hastaya sunulmasını, ilaca ilişkin emniyet, etkinlik ve kalite güvenliğinin sağlanmasına yönelik eğitimi veren, ilaç kullanımı sonucu, gerek birey gerekse toplum ölçeğinde ortaya çıkan çok yönlü sorunlara çözüm getirilmesinin esaslarını belirleyen bir meslek olarak tanımlanmıştır (<http://www.rxmediapharma.com>).

Dünyada hastane eczacılığı değişen ve gelişen mesleki anlayışa uygun olarak değişim göstermektedir. Eczacı geleneksel rolünün (Palmer, 1999) dışında hasta odaklı bakımda, literatürde sıkça bahsi geçen takım çalışmasında ve hasta/sağlık personeli eğitiminde önemli bir yere sahiptir. Bu konuda yapılmış pek çok araştırma vardır.

Örnek olarak, İngiltere’de hastane eczacısının rolü değişmektedir ve uzmanlaşma teşvik edilmektedir (Mason,1999). İngiltere’de eczacıların çalıştığı kronik hastaları değerlendirme kliniği açılmıştır. Bu şekilde detaylı teşhis ve tedavi gerektirmeyen hastaların klinikte aşırı kalabalıklığının azaltılabileceği düşünülmüştür. Sonuç olarak, kliniğin pek çok avantajı olduğu görülmüştür. Doktorun aşırı hasta yükü azaltılmış, hastanın klinikte geçirdiği zaman kısalmış, gelen hastaların %90.6’sının sağlık sorunu doktora danışılmaya gerek kalmadan

çözölmüş, ilacını nasıl ve ne zaman alacağı konusunda belirsizliği olan hastalara, diğer bilgilerle beraber, bu bilgi de verilmiş; hastanın kullandığı ilaçlar, doz takvimi, ilaç suiistimali ve ilaç rejiminin etkinliği hakkında kesin dökümantasyon sağlanmıştır (Jones, 1987).

Kanada'da 1995 yılında organ nakli yapılmış hastalara, eczacılar tarafından düzenlenen bir eğitim programı uygulanmış, eğitim öncesi ve sonrası hastaların bilgi düzeyleri ölçölmüştür. Organ nakli yapılan hastalarda reçetelenmiş ilaç programlarına uyum önemlidir. Çünkü, ufak bir değışiklik büyük kayıplara veya ölüme neden olabilir. Araştırma sonucunda hastaların eğitim sonrası uyumları artmıştır (Partovi,1995).

Hastane eczacısının etkili olabileceğı bir diğer nokta da, palyatif bakımdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı tanıma göre palyatif bakım; hastalığı iyileştirici tedaviye cevap vermeyen terminal dönem hastalarının aktif toplam bakımıdır. Amerikan Hastane Eczacıları Birliğı (ASHP), eczacıların, palyatif bakım sağlamada, merkezi bir rolü olduğuna ve eczacıların disiplinler arası palyatif takımların önemli üyeleri olması gerektiğine inanmaktadır (ASHP, 2002). Eczacının terminal hasta ve yakınlarına ilişkin rolü, ölen hastayı ve yakınlarını anlayabilmek, onlara empati ile yaklaşabilmek ve hastanın yaşam kalitesini geliştirmektir (Goldstein ve Wagner, 1977).

Hasta bakım kalitesini arttırmak, çıktıları iyileştirmek ve sağlık sistemi içindeki farmasötik maliyetleri azaltmak için değışik programlar kullanılmaktadır.

Örnek olarak, terapötik değışim, formöler verimliliğini artırmak, tıbbi hatalardan kaçınmak, advers ilaç reaksiyonlarını önleme ve eczacı müdahale programları verilebilir. Eczacı müdahale programları, sağlık kurumunda ilaç kullanımı ve hasta bakımı dünyasına bir pencere gibi açılmaktadır. Bu programlar hangi ilaç, nasıl ve kimin tarafından reçetelenmiş konusunda bilgi sağlar. Bu veriler, eğer bilgi üzerinde hareket ve raporlama için uygun sistemler yerleştirilebilirse, işlem

(formüler değişikliği, personel eğitim olanağı ve gelişmiş hasta bakımı) geliştirmede çoklu destek sağlayabilir (Johnson, 2002).

İngiltere’de eczacının kardiyoloji takımının bir üyesi olarak çalıştığını gösteren bir örnek bulunmaktadır. Bu örnekte, yeniden yapılanma işlemi sonucunda eczacıların kardiyoloji ekiplerindeki rollerini geliştirip, genişletmesine olanak yaratılmıştır. Aynı zamanda, bu şekilde eczacıların farmasötik bakım sorumluluğu ve hasta odaklı sağlık bakım hizmeti sunanlara katılımı artırılmıştır. Bu çalışmada sol ventriküler disfonkiyon teşhisi konulan hasta, doktor tarafından tedavi planının optimize edilmesi için, eczacı ve bu konuda uzman hemşireye yönlendirilmiştir. Eczacı ve hemşirenin amaçları; hasta odaklı tedaviyi sağlamak, hastayı kendine bakmayı cesaretlendirmek, hastalığını kontrol altına almasını sağlamak, ilaç ve yaşam stili değişikliklerine uyumu sağlamak, tedaviyi ve yan etkileri izlemek, kan testlerini istemek, gerektiğinde diyetisyen, sosyal hizmet uzmanlar ekibini vs. önermektir. Eczacı temel olarak, hastaya ilaçları ve ilaçların yan etkileri hakkında eğitim vermektedir. Bu da hasta uyumunu ve yaşam kalitesini arttırmaktadır. Klinikte eczacının varlığı önemlidir, çünkü kliniğin başarısı, hastaların ilaçlarına uyumuna ve bunun önemini anlamalarına bağlıdır (Lock, 2003).

Görüldüğü üzere, iyi eczacılık uygulamaları ilkeleri (Bkz. Ek 2) doğrultusunda ülkemizdeki eczacıların da yeni meslek kavramlarının farkında olmaları gerekmektedir.

2.3. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler; topluma çeşitli şekillerde hizmet vermektedirler. Hastanelerin halka hizmet verışı dikkate alınarak, bir sınıflandırma yapmak mümkün ve yararlı olmaktadır. Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrollerine, finansal kaynaklarının türüne, büyüklüklerine, hastaların hastanede kalış sürelerine ve kadrolu personelin kompozisyonuna göre sınıflandırılmaktadır (Ak, 1990).

2.3.1. Yaptıkları Hizmetlere Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler yaptıkları hizmetlere göre üç sınıfta toplanmaktadırlar:

a) Genel Hastaneler:

Genel hastaneler; yaş, cins farkı ve bir hastalık veya bir uzmanlık grubu gözetmeksizin her türlü hastanın yatırılarak veya ayakta müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, gerekli sıhhi ve tıbbi imkanlara sahip kurumlardır (Ak, 1990).

b) Özel Dal Hastaneleri:

Özel dal hastaneleri; belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastaların, müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri hastanelerdir. Bu hastaneler şu şekilde sıralanmaktadır: Doğum ve çocuk bakım evleri, kaplıca ve fizik tedavi merkezleri, ruh sağlığı ve hastalıkları, onkoloji, çocuk hastalıkları (Ak, 1990).

c) Rehabilitasyon Merkezleri:

Organ, sinir, adale ve kemik hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu, meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum veya servislerdir (Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 2001).

d) Eğitim ve Araştırma Hastaneleri:

Öğretim, eğitim ve araştırma yapan, uzman ve ileri dal uzman hekimleri yetiştiren, genel, özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir (Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 2001).

2.3.2. Ait Oldukları Kurumlara Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler ait oldukları kurumlara göre, devlete doğrudan veya dolaylı bağlı hastaneler ve özel hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır (Ak, 1990).

a) Devlete Doğrudan Bağlı Olan Hastaneler:

Devlete doğrudan bağlı hastaneler; Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı şeklinde sıralanmaktadır (Ak, 1990).

b) Devlete Dolaylı Olarak Bağlı Hastaneler:

Devlete dolaylı olarak bağlı hastaneler ise, Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet Demir Yolları, Makine Kimya Endüstrisi Kurumu, Kızılay, Belediye, Üniversite, Deniz Yolları, Kömür İşletmeleri Kurumu olarak ayrıma tabi tutulmaktadır (Ak, 1990).

c) Özel Hastaneler:

Özel hastaneler amaçlarını kendi güçleri ile sürdüren hastanelerdir. Bu hastaneler; şahıslara, azınlıklara ve yabancılara ait hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır (Ak, 1990).

2.3.3. Büyüklüklerine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması:

Hastaneler büyüklüklerine göre, yani, sahip oldukları yatak sayılarına göre de sınıflandırılmaktadır. Büyüklüklerine göre hastaneler; 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve daha fazla yatak kapasiteli hastaneler olarak ayrılmaktadır (Ak, 1990).

2.3.4. Hastaların Hastanede Kalış Sürelerine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması:

Hastaneler; hastaların hastanede kalış sürelerine göre de sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırma genellikle kısa ve uzun süre kalınan hastaneler olarak yapılmaktadır (Ak, 1990).

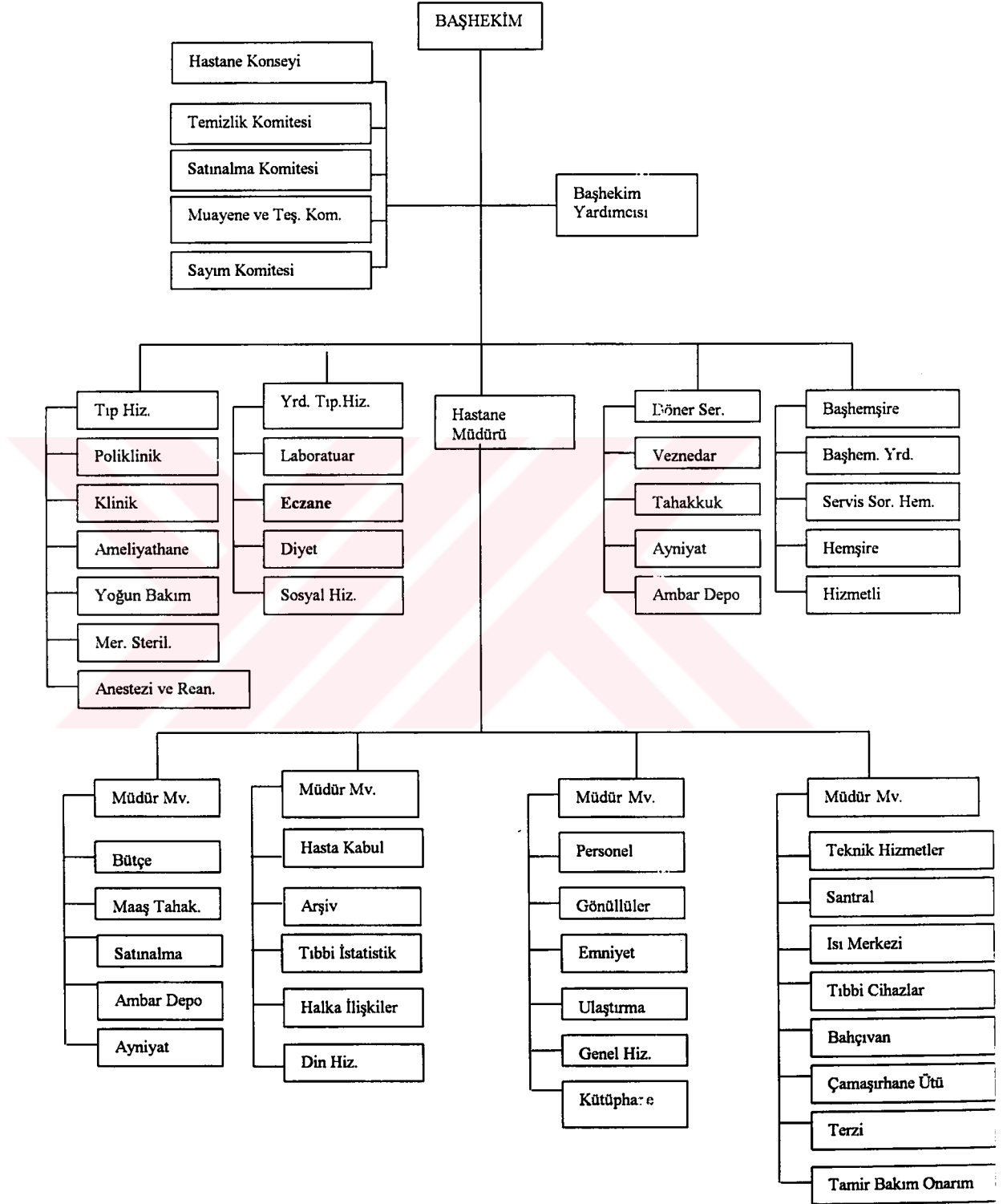
2.4. Hastane Organizasyonu

Hastane, modern tıp bilimi konusunda eğitim görmüş insanlar tarafından yönetilen, çok kompleks bir organizasyondur. Birbirine sıkı sıkıya bağlı bu organizasyonun amacı, insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesidir (Hassan, 1985).

2.4.1. Türkiye’de Hastane Organizasyonu

Sağlık Bakanlığı’na bağlı genel hastanelerde görülen örgüt şemasında (Şekil 2.1) hastane hizmetleri ile ilgili en baştaki yetkili kişi başhekimdir. Çeşitli hizmet alanlarına göre bölümleşen hizmetlerin yöneticileri, kendi aralarında başhekimin onayını almak şartıyla görevli, yetkili ve sorumludurlar. Tıp hizmetleri grubunda poliklinikler, klinikler, ameliyathane, yoğun bakım, merkezi sterilizasyon, anestezi ve reanimasyon hizmetleri yer almaktadır. Yardımcı tıp hizmetlerinde ise, laboratuvarlar, eczane, diyet, sosyal hizmet birimleri yer almaktadır. Tüm hasta bakımı hizmetleri ise, başhemşirelik bünyesinde kümelenmektedir (Ak, 1990).

Türkiye'deki bir hastane organizasyonunun örgütlenmesi aşağıda verilmiş olan şekildedir:



Şekil: 2.1. Sağlık Bakanlığı Genel Hastane Organizasyon Şeması-Ak (1990)'dan alınmıştır.

Mevcut hastane örgütlenmesinde bir hastane müdürü, bir başhemşire veya laboratuvar şefi, başhekimin izni olmadan kendi başlarına istedikleri fonksiyonel değişiklikleri yapamamaktadırlar. Modern hastane işletmeciliği ve yöneticiliği açısından bugünkü hastane örgütlenmesi ve yönetimi son derece yetersizdir (Ak, 1990).

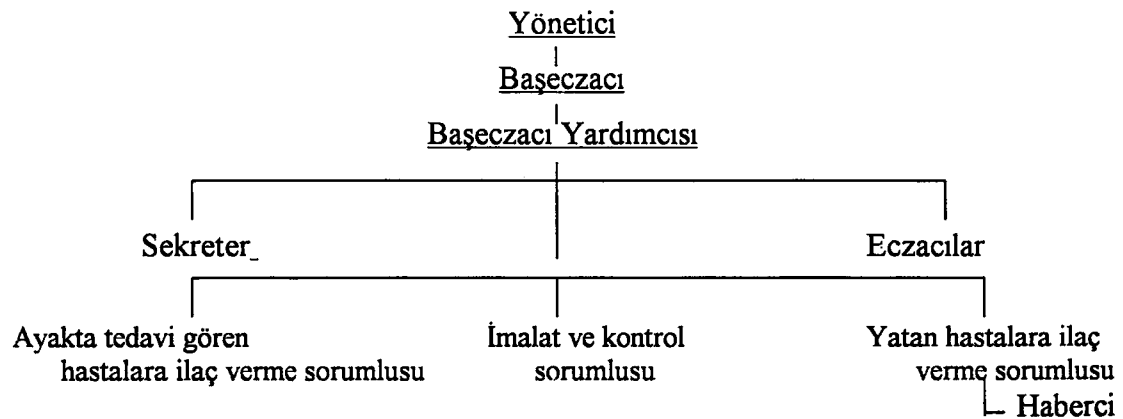
2.4.1 ABD’de Hastane Organizasyonu

ABD’deki hastane organizasyonu modern hastane işletmeciliği ve yöneticiliğini temsil eden hastanelerin örgüt yapılarının örnekleridir (Ak, 1990).

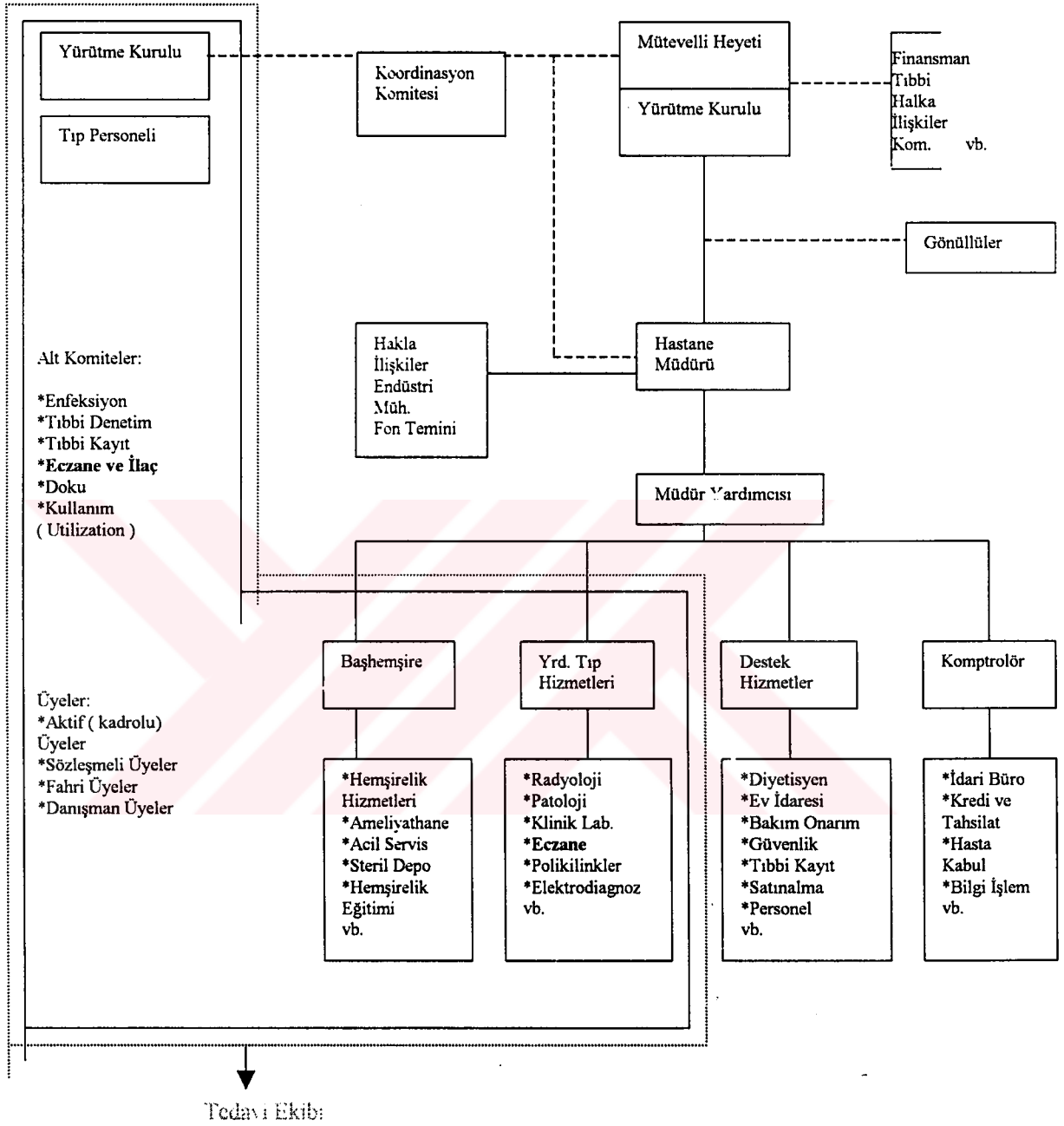
ABD’de hastane organizasyonlarında üst kademe yönetim organları, fonksiyonel yönetim organları, orta kademe yönetim organları ve alt kademe yönetim organları yer almaktadır (Bkz. Şekil 2.2) (Ak, 1990).

Hastanede eczane, pek çok bölümden biridir. Ancak hastanenin mesleki statüsü üzerinde önemi çok büyüktür. Kuruluşa ekonomik açıdan katkısı büyüktür. Bu yüzden özellikle büyük yatak kapasiteli hastanelerde eczacılık organizasyonu önem kazanmaktadır. Yetkiler başeczacı tarafından personele paylaştırılmalıdır (Hassan, 1985).

Basit bir dağılım Şekil 2.3’de gösterilmektedir. Bu hastanenin ve bölümün özel gereksinimlerine yanıt verebilmektedir (Hassan, 1985).



Şekil 2.3. Bölüm organizasyonu-Hassan (1985)’dan alınmıştır.



Şekil 2.2. ABD'de Hastaneler İçin Genel Organizasyon Şeması-Ak (1990)'dan alınmıştır.

ABD’de hastane eczanesi ilaç kullanım kontrolü kavramını teşvik edecek ve bütünleşme yaklaşımını sağlayacak şekilde organize olmuştur. Bu, hasta bakımında kullanılan ilacın güvenliği, etkinliği ve ekonomik çıktıları için bölümsel ve bireysel sorumluluğu gerektirmektedir. Bir hastane eczanesi aşağıdaki hizmetleri sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır.

- İlaç seçimini ve kullanımını destekleyecek bilgilisel kaynaklar
- İlaç sağlanması
- İlaç depolanması ve dağıtımı
- İlaç hazırlanması
- İlaç izlenmesi
- Hasta eğitimi
- İlaç kullanımının gözden geçirilmesi

Hastane eczanesi ilaç tedavisinin klinik ve finansal yönleri arasında köprü vazifesi görebilen bir klinik bölümdür (Wolper, 1995).



YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırma yeri olarak Ankara şehri seçilmiştir. Evren olarak, Ankara Büyük Şehir Belediyesi sınırları içinde bulunan hastane eczanelerinde çalışan eczacılar alınmıştır. AEO 2004 Ajandası'ndan alınan verilere göre, anılan şehirde hastane eczacı olarak çalışan eczacı sayısı 222'dir. Bu veriden yola çıkarak, örneklem almamaya karar verilmiştir ve tüm eczacılara tek tip anket formu uygulanmıştır. Ankete başlandığında, AEO'nun listesinde olmayan 7 hastane eczanesi araştırmacının kendi çabalarıyla, bulunmuş ve araştırma kapsamına alınmıştır. Ankete başlama tarihi 15 Haziran 2004 olarak seçilmiştir. Ankete başlandığında eczacı sayısının listedeki ile birebir aynı olmadığı ortaya çıkmıştır. Ziyaret edilen hastanelerden alınan bilgilere göre (görevli olarak başka birimde çalışanlar ile emekli olanlardan ötürü), başlangıçta 222 olarak belirlenen eczacı sayısı 187'ye düşmüştür. Tabloda görüleceği gibi bazı eczacılar da işlerinin yoğun olduğu gerekçesi ile ankete katılmamıştır. Askeri hastanelerde güvenlik gerekçesi ile sadece bir adet personelle anket yapılmasına izin verilmiştir ve toplam kaç eczacı çalıştığına dair bilgi verilmemiştir. Özel Bayındır Hastanesi başeczacısı işlerinin yoğun olduğu gerekçesi ile sadece kendisi ankete katılmış, diğer personelin katılmasına izin vermemiştir. SSK Ankara Doğumevi Hastanesi eczanesinde ise, bürokratik engeller aşılamadığından anket yapılamamıştır. SSK hastanelerinde anket sayısı, eczacıların geçici görevle Ankara dışına gönderilmeleri, tatile çıkanlarla beraber eksik personelin çok olması ve kalan eczacıların da iş yükünün fazla olması yüzünden ankete katılmayı reddetmeleri nedeniyle araştırmanın başlangıcında beklenenin altında çıkmıştır. SSK hastanelerinde bulunan eczacıların bir kısmı yoğun olduklarını söyleyerek ankete katılmamışlardır. Sonuç olarak 146 eczacı ile anket yapılmıştır.

3.2. Veriler ve Toplanması

Araştırmada veri toplama tekniği olarak, yüz yüze görüşme ile anket kullanılmıştır. Sorular oluşturulurken, 4 tane hastane eczacısı ile derinlemesine görüşme yapılmış, bazı sorular onların önerileri doğrultusunda yeniden

düzenlenmiştir. Kapalı uçlu soruların sayısı, değerlendirmede kolaylık sağlanması açısından arttırılmıştır. Görüşmeler bizzat araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır.

3.3. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması

Anket çalışması sonunda toplanan veriler, SPSS ver 11.0 programı (Özdamar, 2001) kullanılarak bilgisayara girilmiştir.

Araştırma verilerinin çözümlenmesinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, ki-kare önemlilik testi yapılmıştır. α yanılma payı olarak 0.05 seçilmiştir. Bu durumda, önemlilik testi sonucunun (farksızlık hipotezinin H_0 kabulü veya reddi) % 5 olasılıkla hatalı olabileceği kabul edilmektedir.

Verilerin çözümlenip, yorumlanması bilgisayarda yapılmıştır.

3.4. Süre ve Maliyet

Araştırma yapılacak hastanelere gidilmeden telefon edilmiş, ulaşamayan hastaneler için, Ankara Eczacı Odası Genel Sekreterinin asistanı Burçin Gülpınar'ın yardımı ile randevu alınmıştır. Hastane başeczacılarının uygun görüp, bildirdiği zamanlarda, hastanelere gidilip, anketler eczacılara hastane eczanesinde uygulanmıştır.

Daha sonraki aşamalarda, verilerin bilgisayara girilmesi, istatistiksel olarak çözümlenmesi, değerlendirilmesi, yorumlanması ve araştırma raporunun yazılması işlemleri tamamlanmıştır. Araştırmanın aşamalarına göre zamanlaması aşağıda belirtildiği gibi gerçekleşmiştir:

<u>Araştırma Aşaması</u>	<u>Süre</u>
a) Planlama ve ön uygulama	Beş ay
b) Verilerin toplanması	İki ay
c) Verilerin çözümü ve denetimi	Bir ay
d) Verilerin değerlendirilmesi –yorumlanması	İki ay
e) Raporun yazılması	Üç ay

Araştırmanın maliyetini etkileyen en önemli faktör hastanelere ulaşabilmek için yapılan yol masrafıdır. Ulaşım için tek vasıta ile gidilebilen yerlere EGO ve Ankara Büyükşehir Belediyesi özel halk otobüsleri, iki vasıta ile gidilen yerlere özel otomobil ile gidilmiştir. Ulaşım masrafları için harcanan toplam miktar yaklaşık 375 milyon Türk Lirası'dır. Randevu için açılan telefonlar için bir rakam vermek, şehir içi aramalarda ayrıntılı fatura verilmediğinden, mümkün olmamıştır.

BULGULAR

Tablo 4.1’de de görüldüğü gibi, AEO’nun listesinde olan ve araştırmacının kendi çabasıyla bulduğu hastanelere gidilmiş ve eczacı listesi güncellenmiştir. Listede belirtilen eczacı sayısı, eczacıların emekli olması, görevli olarak hastane dışına gönderilmesi ya da tayin olması nedeniyle, 222 yerine 187 olarak bulunmuştur. SSK Doğumevi’nde bürokratik engeller aşılamadığından 11 eczacı ile hiçbir biçimde anket yapılamamıştır. GATA, 600 yataklı Mevki Hastanesi ve Jandarma Hastanesi’nde güvenlik gerekçesi ile sadece bir eczacı ile anket yapılmasına izin verilmiştir. Bu hastanelerde toplam kaç tane eczacı çalıştığına dair yine aynı gerekçe ile bilgi verilmemiştir. Yüzyüze anket yöntemi ile ulaşılan hastane eczacılarının 146’sı (%77.2) ankete katılmayı kabul etmiştir. 21 eczacı (%11.2) ankete katılmayı ret ederken, 5 kişi (%2.7) izinli, 5 kişi (%2.7) emekli olmuş veya görevli olarak hastane dışına gönderilmiştir. 2 eczacı (%1.1) ise, anket soruları oluşturulurken, derinlemesine görüşme yapılarak fikirleri alındığından, anket kapsamı dışında tutulmuştur.

Tablo 4.1. Ankete Dahil Olan Hastaneler ve Eczacılar

Hastane Adı	Ajandadaki Eczacı Sayısı	Fiili Eczacı Sayısı	Ankete Katılanlar	Anketi Kabul Etmeyenler	İzinliler	Görevli Giden/ Emekli Olanlar	Kapsam Dışı
HÜ Erişkin Hastanesi	8	8	7				1
HÜ Çocuk Hastanesi	2	2	2				
GÜ Hastanesi	10	10	10				
FÜ Hastanesi	1	1	1				
BÜ Hastanesi .	5	5	3			2	
AÜ Hastanesi Cebeci	5	4	3	1			
AÜ Hastanesi İbn-i Sina	10	10	7	2			1
AÜ Hastanesi Kalp Merkezi	2	2	2				
Ankara Eğitim Hastanesi	5	5	5				
Ankara Numune Hastanesi	21	18	15	3		3	
Ank. Fizik Tv. ve Reh. Eğt. Ve Araş. Hastanesi	5	5	4		1		

Tablo 4.1 Devam Ankete Dahil Olan Hastaneler ve Eczacılar

Hastane Adı	Ajandadaki Eczacı Sayısı	Filili Eczacı Sayısı	Ankete Katılanlar	Anketi Kabul Etmeyenler	İzinliler	Görevli Giden/ Emekli Olanlar	Kapsam Dışı
Trafik Hastanesi.	9	4	4				
T.Y.I.H	12	10	9		1	2	
Zekai Tahir Burak Kadın Doğum Hastanesi	12	6	5			1	
Zübeyde Hanım Doğumevi	3	2	2				
Dr.Sami Ulus Çocuk Hastanesi	4	3	3			1	
Atatürk Göğüs Hast. Hastanesi	5	5	4		1		
Dr. A.Yurtaslan Onkoloji Hastanesi	8	8	5	2	1		
Belediye Hastanesi	1	1	1				
GATA ^a			1				
Mevki Hastanesi ^a			1				
Jandarma Hastanesi ^a			1				
Ziraat Hastanesi	2	2	1		1		
TSK Bilkent Fizik Hastanesi ^a	3	3	2	1			
İncek Fizik Tedavi Hastanesi ^a	1	1	1				
Çağ Hastanesi	1	1	1				
Kudret Göz Hast. Hastanesi ^a	1	1	1				
Bayındır Hastanesi	4	4	1	3			
Güven Hastanesi ^a	3	3	3				
Keçiören Hastanesi	1	1	1				
Kent Hastanesi	2	1	1				
TCDD Hastanesi	1						
SSK Eğt. Has.	18	11	9	2			
SSK Doğumevi	11	11					
SSK Etlik Has.	13	10	7	3			
SSK Çocuk Hastanesi	7	4	4				
SSK Meslek Hast. Hastanesi	3	3	3				
SSK İhtisas Has.	8	8	7	1			
SSK Ulus Has.	11	11	7	2		2	
SSK Göz Hast. Hastanesi	4	3	2	1			
Toplam	222	187	146	21	5	5	2

a: AEO 2004 Ajanda'sında yer almayan hastaneler.

4.1. Hastanelerin Yatak Kapasiteleri

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi, yüz yüze anket yöntemi ile ulaşılan hastane eczacılarının çalıştığı hastanelerin yatak kapasitesi 600 ve üzerinde (%37.7) yoğunlaşmaktadır. Araştırma başkent Ankara’da yapıldığından, hastane yatak kapasiteleri yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.2. Hastanelerin Yatak Kapasitelerine Göre Dağılımı

Hastane Türü		Yatak Kapasitesi							Toplam
		≤ 100	101-200	201-300	301-400	401-500	501-600	601 ≥	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	8	6	4	2	0	10	21	51
	%	15.7	11.8	7.8	3.9	0	19.6	41.2	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	0	0	13	0	9	15	19	56
	%	0	0	23.2	0	16.1	26.8	33.9	100.0
SSK	Sayı	3	9	3	7	0	2	15	39
	%	7.7	23.1	7.7	17.9	0	5.1	38.5	100.0
Toplam	Sayı	11	15	20	9	9	27	55	146
	%	7.5	10.3	13.7	6.2	6.2	18.5	37.7	100.0

4.2. Hastane Eczacılarının Hastanelere Göre Yaş, Cinsiyet ve Çalışma Yılı Dağılımı

Tablo 4.3’de hastane eczacılarının yaş dağılımları görülmektedir. Tüm hastaneler için 36 ve daha büyük yaşta olan eczacılarda bir yığılma söz konusudur. Hastane eczacılarının %44.5’i, 36 ve daha büyük yaştadır ve hastaneler arasında bu konuda bir fark yoktur. Eczacıların yaş ortalaması 34 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3. Hastanelere Göre Eczacıların Yaş Dağılımı

Hastane Türü		Eczacı Yaşı				Toplam
		≤25	26-30	31-35	36≥	
Üniversite-kurum- özel	Sayı	7	13	9	22	51
	%	13.7	25.5	17.6	43.1	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	3	13	13	27	56
	%	5.4	23.2	23.2	48.2	100.0
SSK	Sayı	6	9	8	16	39
	%	15.4	23.1	20.5	41.0	100.0
Toplam	Sayı	16	35	30	65	146
	%	11.0	24.0	20.5	44.5	100.0

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, eczacıların çoğu bayandır (% 82.2). Üç grup hastane arasında eczacıların cinsiyeti açısından bir fark yoktur.

Tablo 4.4. Hastanelere Göre Eczacıların Cinsiyet Dağılımı

Hastane Türü		Cinsiyet		Toplam
		Bayan	Erkek	
Üniversite-kurum- Özel	Sayı	42	9	51
	%	82.4	17.6	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	44	12	56
	%	78.6	21.4	100.0
SSK	Sayı	34	5	39
	%	87.2	12.8	100.0
Toplam	Sayı	120	26	146
	%	82.2	17.8	100.0

Hastane eczacılarının çalıştıkları yıllara göre dağılımları tablo 4.5’de görülmektedir.

Tablo 4.5. Hastanelere Göre Hastane Eczacılarının Çalışma Yılları

Hastane Türü		Yıl				Toplam
		≤4 yıl	5-9	10-14	15 yıl ≥	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	18	16	7	11	51
	%	35.3	31.3	13.7	21.6	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	17	12	7	20	56
	%	30.4	21.4	12.5	35.7	100.0
SSK	Sayı	12	10	8	9	39
	%	30.8	25.6	20.5	23.1	100.0
Toplam	Sayı	47	37	22	40	146
	%	32.2	25.3	15.1	27.4	100.0

Üniversite, kurum ve özel hastanelerde dağılım 4 yıldan az (%35.3) ve 5 yıl ile 9 arası (%31.3) çalışan eczacılarda yoğunlaşırken, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ve SSK hastanelerinde çalışan eczacıların çalışma yılları genel bir dağılım göstermektedir.

4.3. Hastane Eczacılarının Roller ve Bu Rolden Memnuniyetleri

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi hastane eczacılarına şu andaki görevleri sorulduğunda 111 (%76.0) kişi ilaç dağıtımı, 77 kişi (%52.7) stok kontrolü, 66 kişi (%45.2) de reçete kontrolü yaptığını söylemektedir.

Tablo 4.6. Hastane Eczacısının Görevleri

Hastane Eczacısının Görevleri	Sayı	%
İlaç dağıtımı	111	76.0
Stok kontrolü	77	52.7
Reçete kontrolü	66	45.2
Hastaneye ilaç alımı	58	39.7
Komisyon üyeliği	58	39.7
Yöneticilik	35	24.0
Tıbbi malzeme alımı	28	19.2
Diğer	27	18.5

Tablo 4.7'de hastane eczacılarının hangi komisyonlarda görev aldığı görülmektedir. Eczacıların en sıklıkla görev aldıkları komisyon ilaç alım komisyonudur (%37), bunu muayene komisyonu (%11) takip etmektedir.

Tablo 4.7. Hastane Eczacılarının Görev Aldıkları Komisyonlar

Komisyonlar	Sayı	%
İlaç alım komisyonu	54	37
Muayene komisyonu	16	11
Etik kurul	9	6.2
Enfeksiyon ve antibiyotik komisyonu	9	6.2
İlaç ve tedavi komisyonu	6	4.1
Kalite komisyonu	2	1.4
Fatura komisyonu	2	1.4
İlaç sayım komisyonu	2	1.4
Beslenme komisyonu	2	1.4
Döner sermaye komisyonu	1	1.4

Tablo 4.8’de görüldüğü üzere üniversite, kurum ve özel hastanelerde çalışan hastane eczacıları büyük çoğunlukla (%90.2-%83.9, sırayla) şu anda yaptıkları görevden memnundurlar. Ancak SSK hastanelerinde çalışan eczacılarda bu oran %46.2’ye düşmektedir. Yapılan ki-kare testi sonucu, yaptıkları görevden memnuniyet açısından SSK hastanelerinde çalışan eczacıların memnuniyeti, diğer hastanelerde çalışan eczacılardan farklı bulunmuştur (Pearson ki-kare =26,632 $p<.05$).

Tablo 4.8. Hastane Eczacılarının Görevlerinden Memnuniyetleri

Hastane Türü		Eczacılar Görevlerinden		Toplam
		Memnun	Memnun Değil	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	46	5	51
	%	90.2	9.8	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	47	9	56
	%	83.9	16.1	100.0
SSK	Sayı	18	21	39
	%	46.2	53.8	100.0
Toplam	Sayı	111	35	146
	%	76.0	24.0	100.0

Tablo 4.9’da eczacıların cinsiyetleri ile görevlerinden memnuniyetleri gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Hastane Eczacılarının Cinsiyetlerine Göre Görevlerinden Memnuniyetleri

Cinsiyet	Eczacılar Görevlerinden			Toplam
		Memnun	Memnun Değil	
Bayan	Sayı	90	30	120
	%	75.0	25.0	100.0
Erkek	Sayı	21	5	26
	%	80.8	19.2	100.0
Toplam	Sayı	111	35	146
	%	76.0	24.0	100.0

Bayan eczacıların %75'i, erkek eczacıların %80.8'i yaptıkları görevden memnun olduklarını ifade etmiştir. Yapılan ki-kare testinde hastane eczacılarının görevlerinden memnuniyetleri cinsiyet, açısından anlamlı bir fark göstermemektedir (Pearson ki-kare=0.390 $p>.05$).

4.4. Hastane Eczacılarının Mesleki Gelişmeleri Takip Edebilme Durumları

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi, üniversite, kurum ve özel hastane eczacıları mesleki gelişmeleri daha çok (%60.8) izleyebilmektedir. Bunu Sağlık Bakanlığı hastaneleri eczacıları (%55.4) takip etmektedir. SSK hastaneleri eczacılarında ise, durum tam tersine olup, mesleki gelişmeleri izleyemeyen eczacı oranı %64.1 olarak bulunmuştur. Yapılan ki-kare testinde SSK hastaneleri eczacılarının mesleki gelişmeleri takip edebilme durumları ile diğer hastane eczacılarının mesleki gelişmeleri takip edebilme durumları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Pearson ki-kare=5.881 $p<.05$).

Tablo 4.10. Hastane Eczacılarının Mesleki Gelişmeleri Takip Edebilme Durumları

Hastane Türü		Mesleki gelişmeleri izleyebilen	Mesleki gelişmeleri izleyemeyen	Toplam
Üniversite-kurum-özel	Sayı	31	20	51
	%	60.8	39.2	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	31	25	56
	%	55.4	44.6	100.0
SSK	Sayı	14	25	39
	%	35.9	64.1	100.0
Toplam	Sayı	76	70	146
	%	52.2	47.9	100.0

Mesleki gelişmeleri takip edebildiğini söyleyen eczacılara hangi kaynakları kullandıkları sorulduğunda; 58 kişi (%39.7) dergilerden, 53 kişi (%36.3) ilaç tanıtımı yapan mümessillerden, 40 kişi (%27.4) internetten yararlandıklarını söylemişlerdir.

Tablo 4.11. Eczacıların Mesleki Gelişmeleri İzleme Kanalları

Eczacıların gelişmeleri izleme yolları	Sayı	%
Dergi aracılığıyla	58	39.7
Mümessil aracılığıyla	53	36.3
İnternet aracılığıyla	40	27.4
Kitap aracılığıyla	27	18.5
Diğer	3	2.1

4.5. Hastanelerde Kullanılan İlaç Dağıtım Sistemi ve Eczacıların Memnuniyetleri

Tablo 4.12’de hastane eczacılarının “Hangi dağıtım sistemini kullanıyorsunuz?” sorusuna cevapları gösterilmektedir.

Tablo 4.12. Hastanelerde Kullanılan İlaç Dağıtım Sistemleri

İlaç Dağıtım Sistemi	Sayı	%
Hemşire ile	103	70.5
Merkezden tek eczane ile	50	34.2
Servisten ufak birimlerle	21	14.4
Tekerlekli araba ile	20	13.7
Direkt hastaya teslim	19	13.0
Teknisyen ile	19	13.0
Özel görevli ile	10	6.9
Pnömatik tüp ile	1	0.7

Hastane eczacılarına ilaç dağıtımını ne şekilde yaptıklarını sorduğumuzda 103 eczacı (%70.5) ilacı hemşirelere teslim ettiklerini belirtmiştir. Eczacıların 50'si (%34.2) ilaçları merkezden tek eczaneden dağıttıklarını belirtmişlerdir. 10 eczacı (%6.9) ilacı yatan hasta katına götürmekle özel olarak görevlilerin çalıştığını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.13'de eczacıların cinsiyetleri ile dağıtım sisteminden memnuniyetleri arasındaki ilişki gösterilmektedir. Bayan eczacıların %65.8'i, erkek eczacıların ise %84.6'sı dağıtım sisteminden memnun olduklarını ifade etmiştir. Yapılan ki-kare testinde, cinsiyetler arasında dağıtım sisteminden memnuniyetin anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur (Pearson ki-kare=3.536 p>.05).

Tablo 4.13. Hastane Eczacılarının Cinsiyetlerine Göre Dağıtım Sisteminden Memnuniyetleri

Cinsiyet	İlaç Dağıtım Sistemi		Toplam
	Memnun	Memnun değil	
Bayan	Sayı	79	41
	%	65.8	34.2
Erkek	Sayı	22	4
	%	84.6	15.4
Toplam	Sayı	101	45
	%	69.2	30.8

Tablo 4.14’de hastane eczacılarının hastanelerinde kullandıkları ilaç dağıtım sisteminden memnuniyetleri görülmektedir.

Tablo 4.14. Hastane Eczacılarının Dağıtım Sisteminden Memnuniyetleri

Hastane Türü		İlaç Dağıtım Sistemi		Toplam
		Memnun	Memnun Değil	
Üniversite-kurum- özel	Sayı	38	13	51
	%	74.5	25.5	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	45	11	56
	%	80.4	19.6	100.0
SSK	Sayı	18	21	39
	%	46.2	53.8	100.0
Toplam	Sayı	101	45	146
	%	69.2	30.8	100.0

Eczacılara mevcut ilaç dağıtım sisteminden memnun olup olmadıkları sorulduğunda üniversite, kurum ve özel hastane eczacılarının %74.5’i, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan eczacıların % 80.4’ü memnun olduklarını belirtmişlerdir. SSK hastanelerinde çalışan eczacılarda ise bu oran %46.2’dir.

Yapılan ki-kare testinde SSK hastaneleri eczacılarının, ilaç dağıtım sisteminden memnuniyetleri, diğer eczacılardan farklı bulunmuştur (Pearson ki-kare=13.659 p<.05).

İlaç dağıtım sisteminden memnun olmadığını belirten 45 eczacı, buna neden olarak sistemde hata yapma oranının yüksek olduğunu (%20.5) ve yavaş çalıştığını (%13.7) belirtmiştir.

4.6. Hastane Eczacılarının Hastalara ve Sağlık Personeline Eğitim Verme Durumu

Tablo 4.15’de hastane eczacılarının hastalara eğitim verme durumları görülmektedir.

Tablo 4.15. Eczacıların Hastalara Eğitim Verme Durumları

Hastane Türü		Eğitim Verebilen	Eğitim Veremeyen	Toplam
Üniversite-kurum-özel	Sayı	3	48	51
	%	5.9	94.1	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	2	54	56
	%	3.6	96.4	100.0
SSK	Sayı	3	36	39
	%	7.7	92.3	100.0
Toplam	Sayı	8	138	146
	%	5.5	94.5	100.0

Anket çalışmasında hastane eczacılarına, hastalara, hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar hakkında eğitim verip veremedikleri sorulmuştur. Üniversite, kurum ve özel hastanelerde çalışan eczacıların % 94.1'i, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %96.4'ü, SSK hastaneleri eczacılarının %92.3'ü eğitim veremediğini belirtmiştir.

Eczacılara neden eğitim veremedikleri sorulduğunda, %56.2 oranında zamansızlık, %28.8 oranında personel yetersizliği, %27.4 oranında uygun mekan olmayışı, %15.8 oranında bilgi eksikliği neden olarak gösterilmiştir. Diğer sebepler içinde ise hasta ile direkt temasları olmadığını (%14.4), kendilerinden eğitim verilmesini talep edilmediğini (%12.3) ve bir kısmı da bunun kendi görevi olmadığını (% 7.5) belirtmiştir.

Eğitim veremediğini belirten eczacılara, hastaya eğitim vermeyi isteyip istemedikleri sorulduğunda Tablo 4.16'da görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %79.6'sı, SSK hastaneleri eczacılarının %77.8'i ve üniversite, kurum ve özel hastane eczacılarının %77.1'i hastalara, hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar hakkında eğitim vermek istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.16. Eczacıların Hastalara Eğitim Verme Arzusu

Hastane Türü		Eğitim vermeyi arzulayan	Eğitim vermeyi arzulamayan	Toplam
Üniversite-kurum-özel	Sayı	37	11	48
	%	77.1	22.9	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	43	11	54
	%	79.6	20.4	100.0
SSK	Sayı	28	8	36
	%	77.8	22.2	100.0
Toplam	Sayı	108	30	138
	%	78.3	21.7	100.0

Tablo 4.17’de eczacılara, “Hastanede çalışan sağlık personeline, hijyen kuralları, reçete yazma koşulları ve antibiyotik yazım protokolleri gibi konularda eğitim vermeyi ister misiniz?” diye sorulduğunda alınan cevaplar gösterilmektedir.

Tablo 4.17. Eczacıların Sağlık Personeline Eğitim Verme Arzusu

Hastane Türü		Eğitim Vermek İsteyen	Eğitim Vermek İstemeyen	Toplam
Üniversite-kurum-özel	Sayı	34	17	51
	%	66.7	33.3	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	41	15	56
	%	73.2	26.8	100.0
SSK	Sayı	30	9	39
	%	76.9	23.1	100.0
Toplam	Sayı	105	41	146
	%	71.9	28.1	100.0

SSK hastanesi eczacılarının %76.9’u, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %73.2’si ve üniversite-kurum-özel hastanelerde çalışan eczacıların %66.7’si sağlık personeline eğitim vermek istediklerini belirtmiştir.

Hastanede çalışan personele eğitim vermek istemediğini belirten eczacılara, nedeni sorulduğunda; 41 eczacının 30’u (%73.2) zamanlarının olmadığını, 18’i (%43.9) personel sayısının yetersiz olduğunu, 7 kişi (%17.1) bilgisinin yetersiz olduğunu, 6 kişi (%14.6) eğitim vermek için uygun mekan bulunmadığını belirtmiş, 6 eczacı da (%14.6) diğer sebepleri göstermiştir.

4.7. Hastane Eczacılarının Advers Etki Takibi ve Rapor Edebilmesi

Tablo 4.18’de hastane eczacılarının ilaç advers etkilerini izleme durumları görülmektedir.

Tablo 4.18. Eczacıların Advers Etkileri İzleme Durumları

Hastane Türü		Advers Etki İzleme			Toplam
		Her Zaman	Ara Sıra	Hiçbir Zaman	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	3	34	14	51
	%	5.9	66.7	27.5	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	3	35	18	56
	%	5.4	62.5	32.1	100.0
SSK	Sayı	2	27	10	39
	%	5.1	69.2	42.0	100.0
Toplam	Sayı	8	96	42	146
	%	15.5	65.8	28.8	100.0

SSK eczacılarının %69.2’si, üniversite-kurum-özel hastanelerde çalışan eczacıların %66.7’si ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %62.5’i advers etkileri kısmen takip edebildiklerini belirtmişlerdir. Advers etkiyi hiçbir zaman takip edemediğini belirten eczacıların oranı SSK eczacılarında %42, üniversite-kurum-özel hastanelerde çalışan eczacılarında %27.5 ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacılarda %32.1’dir. Hastaneler arasında advers etkileri takip etme açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Hastane eczacılarına izledikleri advers etkileri rapor edip edemedikleri sorulduğunda SSK eczacılarının %92.3’si, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %85.7’si ve üniversite-kurum-özel hastanelerde çalışan eczacıların %84.3’ü rapor edemediklerini belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Eczacıların Advers Etkileri Rapor Etme Durumları

Hastane Türü		Advers Etki		Toplam
		Rapor Edebilen	Rapor Edemeyen	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	8	43	51
	%	15.7	84.3	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	8	48	56
	%	14.3	85.7	100.0
SSK	Sayı	3	36	39
	%	7.7	92.3	100.0
Toplam	Sayı	19	127	146
	%	13	87	100.0

4.8. Hastane Eczacılarının Tıbbi Hatalar Olduğunda Hekimle Doğrudan İletişim Kurabilme Durumları

Tablo 4.20’de reçeteler ve yatan hasta istemlerinde tıbbi hata ile karşılaşan eczacıların hekimle doğrudan iletişim kurma durumları gösterilmektedir.

Tablo 4.20. Eczacıların Tıbbi Hata Halinde Hekimle Doğrudan İletişim Kurabilme Durumu

Hastane Türü		İletişim		Toplam
		Kurabilen	Kuramayan	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	41	10	51
	%	80.4	19.6	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	45	11	56
	%	80.4	19.6	100.0
SSK	Sayı	24	15	39
	%	61.5	38.5	100.0
Toplam	Sayı	110	36	146
	%	75.3	24.7	100.0

Hastane eczacılarına “Reçetelerde, yatan hasta istemlerinde doz aşımı gibi tıbbi hatalar olduğunda hekimlerle doğrudan iletişim kurabiliyor musunuz?” diye sorulduğunda, üniversite-kurum-özel hastane eczacıları ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %80.4’ü iletişim kurabildiğini belirtmiştir. SSK eczacıların da ise bu oran %61.5 olarak bulunmuştur. Yapılan ki-kare testinde hekimle iletişim kurma açısından SSK eczacıları ile diğer hastane eczacıları arasında anlamlı bir fark anlamlı olmadığı görülmüştür (Pearson ki-kare=5.458 $p>.05$).

Reçetelerde ve yatan hasta istemlerinde tıbbi hatalar olduğunda, hekimle doğrudan iletişim kuramadığını belirten hastane eczacılarına, bunun nedeni sorulduğunda, 19'u (%52.8) hekime ulaşamadığını, 18'i (%50) hekimlerin olumsuz tepkilerinden çekindikleri için hekimle iletişim kurmadıklarını, 9 eczacı (%25) zamanlarının olmadığını belirtirken, 7 eczacı da (%19.4) diğer sebepleri göstermiştir. 4 eczacı (%11.1) hekime hata yaptığını söyleyemediğini belirtmiştir.

Hastane eczacılarından hekimle iletişim kuramayanlara, hekimle iletişim kurma isteği sorulduğunda (Bkz. Tablo 4.21), SSK eczacılarının hepsi (%100), Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların 9'u (%81.8) ve üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının 8'i (%80) bunu istediğini belirtmiştir.

Tablo 4.21. Hastane Eczacılarının Hekim ile Doğrudan İletişim Kurma İsteği

Hastane Türü		İletişim Kurmak İsteyen	İletişim Kurmak İstemeyen	Toplam
Üniversite-kurum-özel	Sayı	8	2	10
	%	80.0	20.0	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	9	2	11
	%	81.8	18.2	100.0
SSK	Sayı	15	0	15
	%	100	0	100.0
Toplam	Sayı	32	4	36
	%	88.9	11.1	100.0

4.9. Hastane Eczacıları ve Standart Tedavi Protokolü

Hastane eczacılarına hastanelerinde kullanılan standart tedavi protokolü varlığı sorulduğunda, alınan cevaplar Tablo 4.22'de görülmektedir. Üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının %70.6'sı, Sağlık Bakanlığı'nda çalışan eczacıların % 64.3'ü ve SSK eczacılarının %56.4'ü hastanelerinde standart tedavi protokolü olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.22. Hastanelerde Standart Tedavi Protokolünün Varlığı

Hastane Türü		Standart Tedavi Protokolü		Toplam
		Var	Yok	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	36	15	51
	%	70.6	29.4	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	36	20	56
	%	64.3	35.7	100.0
SSK	Sayı	22	17	39
	%	56.4	43.6	100.0
Toplam	Sayı	94	52	146
	%	64.4	35.6	100.0

Yapılan ki-kare testinden hastaneler arasında standart tedavi protokolü varlığı açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Pearson ki-kare=1.938 $p>.05$).

Tablo 4.23’de görüldüğü gibi, hastanesinde standart tedavi protokolü olduğunu belirten 97 eczacıdan 86’sı (%91.5) bu protokolün oluşturulmasında görev almadığını bildirmiştir. Üniversite-kurum-özel hastane eczacılarında bu oran %94.4, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacılarda %91.7 ve SSK eczacılarında %86.4’dür.

Tablo 4.23. Hastane Eczacılarının Standart Tedavi Protokolü Oluşturmada Görev Alma Durumu

Hastane Türü		Standart Tedavi Protokolünde		Toplam
		Görev Alan	Görev Almayan	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	2	34	36
	%	5.6	94.4	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	3	33	36
	%	8.3	91.7	100.0
SSK	Sayı	3	19	22
	%	13.6	86.4	100.0
Toplam	Sayı	8	86	94
	%	8.5	91.5	100.0

Eczacıların standart tedavi protokolü oluşturma sürecinde görev alma istekleri Tablo 4.24’de görülmektedir.

Tablo 4.24. Eczacıların Tedavi Protokolünde Görev Alma İsteği

Hastane Türü		Standart Tedavi Protokolü Oluşturmada Görev Almak		Toplam
		İsteyen	İstemeyen	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	28	6	34
	%	82.4	17.6	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	25	8	33
	%	75.8	24.2	100.0
SSK	Sayı	17	2	19
	%	89.5	10.5	100.0
Toplam	Sayı	70	16	86
	%	81.4	18.6	100.0

Hastane eczacılarından protokolün oluşturulmasında görev almadığını söyleyen 86 eczacıya görev alma isteği sorulduğunda, SSK eczacılarının %89.5’i, üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının %82.4’ü ve Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %75.8’i görev almayı istediğini belirtmiştir.

4.10. Hastane Eczacılarının Hastanede Takım Çalışmasına İlişkin Görüşleri

Hastane eczacılarına hastanelerinde takım çalışması varlığı hakkındaki görüşleri Tablo 4.25’de görülmektedir. SSK eczacılarının %92.7’si, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %76.8’i ve üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının %58.8’i hastanelerinde takım çalışması olmadığını belirtmiştir. Yapılan ki-kare testinde, SSK hastaneleri takım çalışması açısından diğer hastanelerden farklı bulunmuştur (Pearson ki-kare=13.314 $p<.05$).

Tablo 4.25. Hastanede Takım Çalışmasının Varlığı

Hastane Türü		Takım Çalışması		Toplam
		Var	Yok	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	21	30	51
	%	41.2	58.8	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	13	43	56
	%	23.2	76.8	100.0
SSK	Sayı	3	36	39
	%	7.7	92.7	100.0
Toplam	Sayı	37	109	146
	%	25.3	74.7	100.0

Tablo 4.26’da eczacıların takım üyesi olma durumları görülmektedir.

Tablo 4.26. Eczacının Takımın İçinde Yer Alma Durumu

Hastane Türü		Takım üyesi	Takım üyesi değil	Toplam
Üniversite-kurum-özel	Sayı	15	36	51
	%	29.4	70.6	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	13	43	56
	%	23.2	76.8	100.0
SSK	Sayı	3	36	39
	%	7.7	92.3	100.0
Toplam	Sayı	31	115	146
	%	21.2	78.8	100.0

Hastane eczacılarına takımın üyesi olup olmadığı sorulduğunda, SSK eczacılarının %92.3’ü, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %76.8’i ve üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının %70.6’sı takım üyesi olmadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan ki-kare testinde SSK eczacıları takım üyesi olma açısından diğer hastanelerden farklı bulunmuştur (Pearson ki-kare=6.447, $p<.05$).

4.11. Hastane Eczacılarının Rollerinin Genişlemesine Yönelik Düşünceleri

Tablo 4.27’de görüldüğü gibi, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %94.6’sı, üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının %94.1’i ve SSK eczacılarının %82.1’i rollerinin genişlemesini istemektedir

Tablo 4.27. Hastane Eczacısının Rolünün Genişlemesini İsteme Durumu

Hastane Türü		Rolün Genişlemesi		Toplam
		İsteyen	İstemeyen	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	48	3	51
	%	94.1	5.9	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	53	3	56
	%	94.6	5.4	100.0
SSK	Sayı	32	7	39
	%	82.1	17.9	100.0
Toplam	Sayı	133	13	146
	%	91.1	8.9	100.0

Rollerinin genişlemesini istemeyen 13 eczacının nedenleri, yüzdeleri ile şunlardır: Zaman alıcı olması (%2.1), branşlaşmanın gereksiz bulunması (%4.1), eğitiminin yeterli olmaması (%4.1) ve diğer (%2.7).

Tablo 4.28’de “Hastane eczacısının geleneksel rolü dışında hangi görevleri üstlenebileceğini düşünüyorsunuz?” sorusunun cevapları görülmektedir.

Tablo 4.28. Eczacıların Geleneksel Rollerini Dışında Rol Almak İstedikleri Görevler

Yeni Görevler	Sayı	%
Tıbbi Hataların Engellenmesi	96	65.8
Tedavi Sorumluluğunun Paylaşılması	86	58.9
İlaç Etkileşimi Saptanması	77	52.7
Advers Etki İzleme ve Rapor Etme	72	49.3
Hasta Eğitimi	65	44.5
Diğer	23	15.8

Eczacıların tıbbi hataların engellenmesinde rol alabileceğini düşünenlerin oranı %65.8, bir takım çalışması halinde hekimle beraber tedavi sorumluluğunu paylaşmada rol alabileceğini düşünenlerin oranı % 58.9, ilaç etkileşimlerini saptamada rol alabileceğini düşünenlerin oranı %52.7, advers etki izleme ve rapor etmede rol alabileceğini düşünenlerin oranı % 49.3 ve hasta eğitiminde rol alabileceğini düşünenlerin oranı da %44.5 olarak bulunmuştur.

4.12. Hastane Eczacılarının Meslek Örgütlerinden Beklentileri

Tablo 4.29’da hastane eczacıları arasında meslek örgütlerinin (TEB ile AEO) hastane eczacılarının beklentilerine yönelik çalışma yapmadığını düşünenlerin oranı %92.5 olarak bulunmuştur. SSK eczacılarının %97.4’ü, üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının %94.1’i ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %87.5’i meslek örgütlerinin kendileri için bir şey yapmadığını düşünmektedir.

Tablo 4.29. Eczacıların Meslek Örgütlerinin Beklentilerine Yönelik Çalışmalarına İlişkin Görüşleri

Hastane Türü		Meslek Örgütü Hastane Eczacıları İçin		Toplam
		Çalışıyor	Çalışmıyor	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	3	48	51
	%	5.9	94.1	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	7	49	56
	%	12.5	87.5	100.0
SSK	Sayı	1	38	39
	%	2.6	97.4	100.0
Toplam	Sayı	11	135	146
	%	7.5	92.5	100.0

Tablo 4.30’da görüldüğü üzere SSK eczacılarının tamamı (%100), üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının %96.1’i ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %91.1’i düzenlenen meslek içi eğitim programlarının (MİEP) yeterli olmadığını düşünmektedir.

Tablo 4.30. Eczacıların MİEP'lerin Yeterliğine İlişkin Görüşleri

Hastane Türü		MİEP		Toplam
		Yeterli	Yeterli değil	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	2	49	51
	%	3.9	96.1	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	5	51	56
	%	8.9	91.1	100.0
SSK	Sayı	0	39	39
	%	0	100	100.0
Toplam	Sayı	7	139	146
	%	4.8	95.2	100.0

Tablo 4.31'de, hastane eczacılarının, çalıştıkları eczanelerin fiziksel koşulları hakkındaki düşünceleri görülmektedir.

Tablo 4.31. Eczacıların Hastane Eczanesinin Fiziksel Koşullarına İlişkin Düşünceleri

Hastane Türü		Eczanenin Fiziksel Koşulları			Toplam
		Tamamen Uygun	Kısmen Uygun	Hiç Uygun Değil	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	10	19	22	51
	%	19.6	37.3	43.1	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	21	23	12	56
	%	37.5	41.1	21.4	100.0
SSK	Sayı	2	20	17	39
	%	5.1	51.3	43.6	100.0
Toplam	Sayı	33	62	51	146
	%	22.6	42.5	34.9	100.0

Hastane eczacılarına, eczanenin fiziksel koşulları (aydınlatma, havalandırma, mekan genişliği ve eczanenin konumu gibi) hakkındaki görüşleri sorulduğunda, tamamen uygun diyenlerin oranı %22.6 bulunmuştur. SSK eczacılarının %51.3'ü eczanenin fiziksel koşullarını kısmen uygun bulduğunu belirtirken, %43.6'sı hiç uygun olmadığı şeklinde görüş bildirmiştir. Üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının %37.3'ü eczanedeki fiziksel koşulların kısmen uygun olduğunu belirtirken, %43.1'i hiç uygun olmadığını ifade etmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde durum biraz daha iyidir; bu kurumlarda çalışan eczacıların %41.1'i hastane eczanesinin fiziksel koşullarının kısmen uygun olduğunu ifade ederken,

%21.4'ü hiç uygun olmadığını belirtmiştir. Yapılan ki-kare testinden, SSK eczacılarının eczanenin fiziksel koşulları hakkındaki görüşlerinin diğer hastane eczacılarından farklı olduğu bulunmuştur (Pearson ki-kare=16.778, $p<.05$).

Hastane eczacılarına meslek örgütlerinden beklentileri sorulduğunda, aşağıdaki cevaplar alınmıştır.

Tablo 4.32. Eczacıların Eczacılık Meslek Örgütlerinden Beklentileri

Beklentiler	Sayı	%
Mesleki gelişmelerden haberdar edilmek	118	80.8
MİEP'lerin artırılması	111	76
Yayınların zamanında gelmesi	105	71.9
Maaşların artırılması	103	70.5
Eczanenin fiziksel koşulları	87	59.6
Çalışma saatleri	70	47.9
Diğer	27	18.5

Hastane eczacılarına meslek örgütlerinden beklentileri sorulduğunda, %80.8'i mesleki gelişmelerden zamanında haberdar edilmek istediğini belirtmiştir. Eczacıların %76'sı hastane eczacısına yönelik MİEP'lerin arttırılmasını, %71.9'u yayınların zamanında ulaştırılmasını, %70.5'i maaşlarının iyileştirilmesini, %59.6'sı hastane eczanelerinin fiziksel koşullarının iyileştirilmesi için çalışılmasını, %47.9'u çalışma saatlerinin düzenlenmesini meslek örgütlerinden beklemektedir.

4.13. Hastane Eczacılarının Mesleklerine Dair Değerlilik ve Tatmin Duyguları

Tablo 4.33'de hastane eczacılarının mesleklerine gereken değerin verilmesine ilişkin düşünceleri gösterilmektedir.

Tablo 4.33. Eczacıların Hastane Yönetiminin Eczacıya Değer Vermesine İlişkin Düşünceleri

Hastane Türü		Eczacıya Verilen Değer			Toplam
		Tamamen	Kısmen	Hiç	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	5	21	25	51
	%	9.8	41.2	49	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	4	32	20	56
	%	7.1	57.1	35.7	100.0
SSK	Sayı	1	11	27	39
	%	2.6	28.2	69.2	100.0
Toplam	Sayı	10	64	72	146
	%	6.8	43.8	49.3	100.0

Hastane eczacılarına, hastanelerinde eczacının sosyal statüsü hakkındaki görüşleri sorulduğunda, “Eczacıya gereken değer tamamen verildiğini düşünüyorum” diye görüş bildirenlerin oranı %6.8’dir. Üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının %49’u, SSK eczacılarının %69.2’si “Eczacıya gereken değer hiç verilmediğini düşünüyorum” şeklinde görüş bildirmişlerdir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların ise, %35.7’si eczacıya gereken değer hiç verilmediğini düşünmektedir.

Tablo 4.34’de ise, hastane eczacılarının mesleklerinden manevi tatmin duyma durumları gösterilmektedir. Üniversite-kurum-özel hastane eczacılarından mesleğinden kısmen manevi tatmin duyanların oranı %68.6 iken, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %62.5’i kısmen manevi tatmin duyduklarını belirtmişlerdir. SSK eczacılarında ise, kısmen manevi tatmin duyanların oranı %41.0 olarak bulunmuştur. Mesleğinden hiç manevi tatmin duymadığını belirten üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının oranı %17.6 olup, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacılarda bu oran %14.3’dür. SSK eczacılarında ise bu oran %48.7’ye çıkmaktadır. Yapılan ki-kare testinde, SSK eczacılarının manevi tatmini diğer hastane eczacılarından farklı çıkmıştır (Pearson ki-kare=18.373, $p<.05$).

Tablo 4.34. Eczacının Mesleğinden Manevi Tatmin Duyması

Hastane Türü		Manevi Tatmin			Toplam
		Tamamen Duyan	Kısmen Duyan	Hiç Duymayan	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	7	35	9	51
	%	13.7	68.6	17.6	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	13	35	8	56
	%	23.2	62.5	14.3	100.0
SSK	Sayı	4	16	19	39
	%	10.3	41	48.7	100.0
Toplam	Sayı	24	86	36	146
	%	16.4	58.9	24.7	100.0

Eczacılara mesleklerinin maddi olarak karşılığını alma durumları sorulduğunda (Bkz. Tablo 4.35), SSK eczacılarının %92.3'ü maddi tatmin duymadığını belirtmiştir. Bu oran üniversite-kurum-özel hastane eczacılarında %86.3, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan eczacılarda %78.6 olarak bulunmuştur. Yapılan ki-kare testinde hastaneler arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Pearson ki-kare=3.500 $p>.05$).

Tablo 4.35. Eczacının Mesleğinden Maddi Tatmin Duyması

Hastane		Maddi Tatmin		Toplam
		Duyan	Duymayan	
Üniversite-kurum-özel	Sayı	7	44	51
	%	13.7	86.3	100.0
Sağlık Bakanlığı	Sayı	12	44	56
	%	21.4	78.6	100.0
SSK	Sayı	3	36	39
	%	7.7	92.3	100.0
Toplam	Sayı	22	124	146
	%	15.1	84.9	100.0

Eczacıların manevi tatmin duymasına cinsiyetleri açısından bakılacak olursa, bayan eczacıların %25'i, erkek eczacıların %23.1'i hiç manevi tatmin duymadıklarını belirtmişlerdir. Kısmen manevi tatmin duyduklarını ifade eden bayan ve erkek eczacıların oranı sırasıyla %61.7, %46.2 olarak bulunmuştur. Tamamen manevi tatmin duyduklarını belirten bayan ve erkek eczacı oranı ise sırasıyla %13.3 ve

%30.8'dir. Yapılan ki-kare testinde, manevi tatmin açısından bayan ve erkek eczacılar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Pearson ki-kare=4.857, $p>.05$).

Hastane eczacılarının mesleklerinin maddi karşılığını aldıklarını düşünmelerine cinsiyetleri açısından bakılacak olursa, maddi karşılığını almadığını düşünen bayan eczacıların oranı %85.8, erkek eczacıların oranı da %80.8 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bu bağlamda bayan ve erkek eczacılar arasında bir fark bulunmadığı görülmektedir.



TARTIŞMA

5.1. Araştırmada Kullanılan Yöntem

Anket yöntemiyle yapılan araştırmanın geçerliliği ve güvenilirliği deneğin verdiği yanıtlara bağlıdır. Bu bakımdan anket yöntemiyle yapılan araştırma sonuçlarına kuşku ile bakılmaktadır (Sümbüloğlu V. ve Sümbüloğlu K., 2002). Ancak, bu araştırmada hastane eczacılarının görüşleri, beklentileri ve memnuniyetleri gibi sayısal olmayan değerler toplanacağı için anket yöntemi uygun bulunmuştur.

Çeşitli anket yöntemleri vardır. Posta ile anket uygulaması bunlardan biridir. Bu yöntemde, soru kağıtları deneklere posta ile gönderilir ve doldurularak, geri gönderilmesi istenir. Ancak, az bütçe ve az insan gücü ile büyük çaplı araştırma yapma olanağı sağlayan, gizlilik imkanı veren, görüşmecinin kötü etkilerini ortadan kaldıran, deneğe daha rahat inceleme ve özenle, güvenli bilgi verme olanağı veren bu yöntemde, genelde yanıt alma oranı düşüktür. Ayrıca, deneklerin soruları yanlış anlama, yorumlama ve ankete kimin cevap verdiğini bilememe gibi riskleri vardır (Sümbüloğlu V. ve Sümbüloğlu K., 2002). Sık kullanılan bir diğer yöntem de görüşme yolu ile ankettir. Diğer yöntemlere göre deneğin daha fazla zamanını alan, ulaşım giderleri fazla olan bu yöntemde yanıt alma oranı çok fazladır ve alınan bilgi, görüşmeci, gereken yerde açıklama yapacağından daha sağlıklıdır (Sümbüloğlu V. ve Sümbüloğlu K., 2002).

Bir diğer yöntem de odak grup görüşmesidir. Bu yöntemde 2 veya daha fazla sayıda denek, rahat bir ortamda sohbet havası içinde, araştırmacılarından birinin görüşmeyi yönlendiren, diğerinin de gözlemci ve konuşulanları not alan olarak katıldığı bir grup şeklinde, belirli bir konu hakkında düşüncelerini ifade etmektedir. Odak grup görüşmesi, deneklerin daha rahat fikirlerini söyleyebilecekleri ve grubun etkileşmesi ile daha derinlemesine konuların tartışılabileceği bir ortam yaratmaktadır. Ancak bu yöntemde, konuşulanların deşifre edilmesi ve derlenmesi oldukça zaman almakta, yer ve zaman sıkıntısı olmaktadır (Debus,1990). Hafta içi eczacıların çok yoğun biçimde çalışmaları, görüşmelerin hafta sonu yapılmasına neden olacaktı, bu

da araştırmanın süresini uzatacaktı. Bu nedenlerden dolayı bu yöntem tercih edilmemiştir.

Bu tez çalışmasında görüşme yöntemiyle anket tercih edilmiştir. Gidilecek hastanelere önceden telefon açılarak, randevu alındığından, rahat bir ortamda soruların cevaplanmasına olanak sağlanmıştır. Araştırmacının da eczacı olması, deneklerin araştırmaya katılma isteklerini ve soruları cevaplamadaki samimiyetlerini artırmıştır. Araştırmacı anketi tek başına, bizzat yaptığından, görüşmeci farkı ve eğitimi sıkıntıları ortadan kaldırılmıştır. Anketler bitirildikten sonra hemen o an, araştırmacı tarafından kontrol edilerek, eksik soruların tamamlanması sağlanmıştır. Bu şekilde bu yöntemin sakıncalı yanları azaltılmıştır.

5.2. Hastane Eczacılarının Görevleri ve Görevlerinden Memnuniyetleri

Yapılan anket çalışmasında, Ankara'daki hastanelerde görev yapan eczacıların dörtte üçünden fazlası ilaç dağıtımı, yarısından fazlası stok kontrolü yaptıklarını belirtmiştir. Hastane eczacılarının beşte ikisinden fazlası reçete kontrolü yaptıklarını ifade ederken, yaklaşık beşte ikisi hastaneye ilaç alımında görevli olduklarını ve komisyon üyesi pozisyonunda bulunduklarını söylemiştir (Bkz. Tablo 4.6). Sonuçlardan görülebileceği gibi, hastane eczacıları geleneksel rolleri olan ilaç dağıtımı, stok kontrolü, reçete kontrolü görevlerini yerine getirmekte ve komisyonlarda görev almaktadır. Dolayısıyla hastane eczacıları klinik çalışmalar yapmamaktadır. Öte yandan, ASHP'nin 1997 yılında yaptığı çalışmada eczacıların zamanlarının %45'ini dağıtım, %30'unu klinik hizmetler ve %21'ini uygulama aktiviteleri almaktadır (Reeder ve ark., 1998).

ABD'de gazilerin tedavi gördüğü tıp merkezlerinde (VAMC) çalışan eczacılara 1992 ve 1994 yıllarında aynı anket soruları postalanmış ve sonuçlar karşılaştırılmıştır. Bu iki yıl içinde eczacıların dağıtım fonksiyonlarındaki rollerinin azaldığı ve daha çok hasta eğitimi aktivitelerine katıldıkları, antikoagülan tedavi izlemede ve farmakokinetik hizmetlerdeki rollerinin arttığı sonucu çıkmıştır (Portner ve ark., 1996). Oysa bu tez çalışmasında elde edilen bulgular eczacıların halen geleneksel rollerinin ağırlıkta olduğunu göstermektedir.

İngiltere’de eczacılar kendilerini klinik multidisipliner takımın bir parçası olarak görürlerken, Yeni Zelanda’da eczacılar ilaç dağıtımından ve ilaçların tedarik edilmesinden sorumlu olarak çalışmaktadır (Dua, 2001) Güney Kore’de de eczacıların temel rolü reçete karşılamaktır, sağlık ekibinin bir üyesi değildir ve hasta eğitimi önemsenmemektedir (Choe ve ark., 2002).

Bu bağlamda ülkeler arasında farklılıklar bulunduğu dikkati çekmektedir.

Hastane eczacılarının görev aldıkları komisyonlara bakılacak olursa, eczacıların %37’si ilaç alım komisyonunda, %11’i muayene komisyonunda, %6’sı enfeksiyon ve antibiyotik ve %6’sı etik komisyonunda çalışmaktadırlar. İlaç ve tedavi komisyonunda görev alan eczacı oranı %4’tür (Bkz. Tablo 4.7). VAMC’larda 1994 yılında yapılan anket çalışmasında, ilaç ve tedavi komisyonunda çalışan eczacı oranı %98, beslenme komitesinde %93, hasta eğitiminde %92, araştırma ve geliştirme komisyonunda %75’tir (Portner ve ark., 1996). Bu veriler doğrultusunda ABD’deki hastane eczacıları, Ankara’da görev yapan hastane eczacılarından daha yüksek bir oranda ve daha farklı komisyonlarda çalışmaktadırlar. Bu tez çalışmasında hastane eczacıları geleneksel rolleri olan ilaç temini görevleri ile ilgili komisyonlarda çalışırken, ABD’deki meslektaşları, farklı görevlerde çalıştıklarının bir göstergesi olarak, daha çok klinik çalışmalara yönelik hizmet veren komitelerde çalışmaktadır.

Eczacılara genel olarak, bu görevlerinden memnuniyetleri sorulduğunda, üniversite-kurum-özel hastaneler ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların beşte dördünden fazlası görevlerinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Ancak daha detaylı sorular sorulduğunda tüm hastane eczacıları mesleklerinden maddi ve manevi tatmin duymadıklarını belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.33, 4.35, 4.36). SSK eczacılarında ise, bu oran yaklaşık yarısı (%46) kadardır. Pearson ki-kare testinde SSK eczacılarının memnuniyeti diğer hastane eczacılarından farklı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.8).

Hastane eczacılarına mesleklerinden manevi tatmin duyup duymadıkları sorulduğunda ise, üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının beşte üçünden fazlası kısmen tatmin duyduklarını, SSK eczacılarının yaklaşık yarısı hiç tatmin duymadıklarını (Bkz. Tablo 4.34) ifade etmişlerdir. Meslekten manevi tatmin duyma açısından SSK eczacıları, yapılan Pearson ki-kare testi sonucu diğer eczacılardan farklı çıkmışlardır.

SSK hastanesi eczacılarının görevlerinden memnun olmama nedenleri aşırı iş yükleri ile açıklanabilir. Çünkü, SSK hastaneleri işleyiş açısından da diğer hastanelerden farklıdır. SSK hastaneleri dışında kalan hastanelerde (askeri hastaneler hariç), hastane eczanesi sadece yatan hastaya hizmet vermektedir. Ancak, SSK hastanesi eczacıları, hem yatan hem de ayaktan tedavi gören hastaya hizmet vermektedirler. Yeni geçilen uygulama ile, SSK'lı hastalar Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerden de faydalanabilmektedir. Ancak ilaç ihtiyaçlarını hastanenin kendi eczanesinden alamamaktadırlar. Bu nedenle, bu hastanelerden faydalanan hastalar için, uydu eczaneler açılmıştır. Uydu eczaneler için, eleman almak yerine halihazırda olan eczacılar, geçici görevle bu eczanelerde görevlendirilmiş, bu yüzden iş yükü kalan eczacılarda iyice artmıştır. SSK'ya bağlı olan bu uydu eczaneler hem yatan hasta hem de ayaktan tedavi gören hasta hizmetini aynı anda vermektedir. Bu pozisyondaki eczacılar, ayaktan tedavi gören hasta için ilacı hazırlayıp, reçeteyi bilgisayara girmekte, katılım payını nakit olarak hastadan o anda tahsil etmektedir. Yatan hasta için, istemler hasta yakını, hizmetli, teknisyen veya hemşire tarafından eczaneye ihtiyaç olduğunda getirilmekte ve hazırlanan ilaç, bilgisayara girildikten sonra alınmaktadır. Bütün bu işlemler SSK eczacılarının iş yükünü artırmaktadır. Gece nöbet tuttuktan sonra, aralık vermeden ertesi gün işe devam etmektedirler. İş saatleri mesleki tatmini etkilemektedir (Reuppel ve ark., 2003). Dolayısıyla, SSK eczacıları genel olarak durumlarından memnun değildirler.

2005 yılında uygulanması planlanan sağlık sigorta sistemlerinin birleştirilmesi ile ayırım ortadan kalkabilir ve SSK eczacının konumu diğer meslektaşları ile aynı düzeye gelebilir.

Hastane eczacılarına yaptıkları işin maddi olarak karşılığını alıp almadıkları sorulduğunda, eczacıların beşte dördünden fazlası (Bkz. Tablo 4.35) maddi karşılığını almadıklarını düşünmektedirler. Bu bulgular, Şencan'ın yaptığı tezdeki bulgularla uyum göstermektedir. Zira hastane eczacılarının maaşlarını yeterli bulma düzeylerinin, genel hoşnutluğa etki ettiği görülmüştür. Yine aynı çalışmada, hastane eczacılarının üçte biri en kısa sürede başka işe geçmek istediklerini belirtmişlerdir (Şencan, 1994). 2001 yılında ASHP'nin yaptığı bir araştırmada, eczacı istihdamında sıkıntı yaşanmakta olduğuna (anılan ülkede halen eczacıların sayısı ihtiyaç duyulan rakamdan azdır) vurgu yapılmış (Perdersen ve ark. 2003, Schumock ve ark., 2003) ve bunun bir nedeni olarak da kurumsal eczacıların maaşlarının, serbest eczacılık yapanların maaşları kadar iyi olmaması gösterilmiştir (Knapp ve ark., 2001). Anılan bulgular serbest eczacıların hastane eczacılarından daha çok maddi tatmin duyduklarının gösteren Şencan'ın tez çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Michigan Üniversitesi'nin çalışma koşulları üzerine yaptığı bir araştırmada, eczacılar terfi şansı eksikliği, yönetici politikaları ve uygulamaları, eleman ve tazminat uygulamaları nedeniyle, mesleklerinden en az tatmin olan grup olarak bulunmuştur (Schnell, 1985). ABD'de yapılan bir çalışmada, eczane eczacıları en çok, hastane eczacıları en az tatmin olan grup olarak bulunmuştur (Schnell, 1985). Noel ve arkadaşları genel iş tatmini için azalan bir sıralama yaptığında, birinci sırada klinik veya araştırma eczacısı, ikinci sırada yöneticiler, üçüncü sırada müfettişler, dördüncü sırada yönetici yardımcıları veya yöneticiye yakın çalışanlar, beşinci sırada ast düzeyinde çalışan eczacılar yer almıştır. Bu bulgular “zihinsel çalışma, özerklik ve klinikte ve araştırmada çalışan hastane eczacısının rolünün, iş tatmini üzerine büyük etkisi vardır” fikrini doğrulamaktadır (Noel ve ark., 1982). Genişlemiş rolleri olan, servislerde hizmet verip, hasta ve diğer sağlık çalışanları ile birlikte ekip halinde çalışan eczacılarda mesleki tatmin daha yüksek olmaktadır (Noel ve ark., 1982). Buna örnek olarak, Parkland Memorial Hastanesi'ndeki çalışma verilebilir. Hastane eczacıları beslenme desteği ve hekimin reçete yazma işlemine dahil olmuşlardır. Beslenme klinik eczacısından, özel eğitim alan eczane personeli, araştırma sonunda daha uygun parenteral beslenme tedavisi sağlamayı, daha kısa sürede parenteralden enteral beslenme tedavisine geçmeyi, eczacıların bir kaynak

olarak hekimler tarafından fark edilmesini sağlamıştır. Bu da eczacının iş tatminini artırmıştır (McDermott, 1994). Oysa bu tez çalışmasında hastanelerin büyük bölümünde takım çalışması olmadığı gibi, eczacıların yine büyük bölümü kendilerini hastanedeki sağlık ekibinin bir üyesi gibi görmemektedir (Bkz. Tablo 4.25 ve 4.26). Bu bulguların varlığı hastane eczacılarının mesleklerinden manevi tatmin duymamalarını da bir ölçüde açıklamaktadır.

ABD’de yapılan posta ile anket çalışmasında, hastane eczacılarının iş tatmini seviyesi ile klinik çalışmalara dahil olma arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. İlaç dağıtımı aktivitelerinde geçirilen zaman arttıkça iş tatmini düşmektedir (Olson ve Lawson, 1996). Bu veriler araştırma sonucunu destekler niteliktedir. Ankara’daki hastanelerde çalışan eczacılar zamanlarının büyük bir çoğunluğunu ilaç dağıtımı, ilaç temini ve depolanması işlemleri ile geçirmekte, sonuç olarak da yaptıkları işten maddi ve manevi tatmin duymamaktadır.

5.3. Hastane Eczacılarının Cinsiyetlerinin Manevi ve Maddi Tatmine Etkisi

Hastane eczacılarının görevlerinden memnuniyetlerine, cinsiyetleri açısından bakılacak olursa, bayan eczacıların dörtte üçü, erkek eczacıların ise beşte dördü görevlerinden memnun olduğunu belirtmiştir. Bu açıdan aralarında bir fark bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.9). Ankara’da yapılan bir başka tez çalışmasında da hastane eczacılarında cinsiyet ve iş doyumu arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu çalışmada olduğu gibi anılan çalışmada eczacıların büyük çoğunluğu kadındır (Bkz. Tablo 4.4). Oysa ABD’de yapılan bir çalışmada, eczacıların %70’inin erkek, %30’unun kadın olduğu bildirilmiştir (Şencan, 1994).

Hastane eczacılarının mesleklerinden manevi ve maddi tatmin duymalarında cinsiyetleri açısından bir fark olup olmadığına bakılacak olursa, bayan ve erkek eczacıların dörtte biri mesleklerinden hiç manevi tatmin duymadıklarını belirtmişlerdir. Kısmen manevi tatmin duyan bayan eczacıların oranı yaklaşık beşte üç, erkek eczacıların ise yaklaşık yarısı kadardır. Yapılan ki-kare testinde bayan ve erkek eczacılar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bayan eczacıların beşte dördünden fazlası maddi tatmin duymadıklarını belirtirken, bu oran erkek eczacılarda

yaklaşık beşte dört kadardır. Yine aralarında bir fark olmadığı görülmektedir. Bu bulgular da Şencan'ın tezi ile paralellik göstermektedir. Zira anılan çalışmada da meslekten genel hoşnutluk cinsiyetlere göre değişiklik göstermemektedir. Yine aynı çalışmada hastane eczacılarının üçte ikisinin aldıkları maaştan memnun olmadıkları bulunmuştur (Şencan, 1994).

ABD'de yapılan bir çalışmada eğitimsel hedeflerde bayan ve erkek eczacılar arasında önemli bir fark olmadığı, ama mesleki etkileşimde erkekler (%37) cinsiyeti bir avantaj olarak görürken, bayan eczacılar (%33) ise dezavantaj olarak görmüşlerdir (King ve ark., 1982). Chicago kentinde örneklem olarak seçilen 101 hastane üzerinde yapılan anket çalışmasında, hastane eczacılarının meslekten beklentilerinin karşılanmasında cinsiyetler arası bir fark bulunmamıştır (Stewart ve Smith, 1987).

ABD'de yapılan bazı araştırmalarda farklı sonuçlar gözlenmiş ve iş tatmininin cinsiyetle ilişkili olduğu bulunmuştur. Erkek eczacıların, bayan eczacılardan daha yüksek iş tatminine sahip olduğu görülmüştür (Quandt ve Mckercher, 1982, Cooper and Brown, 1986). Kuzey Carolina'da yapılan başka bir çalışmada, bayan eczacıların erkeklerden daha az kazandıkları ortaya konmuştur (King ve ark., 1982). Çünkü, bayan eczacılar mesleğe erkeklerden daha geç girmiştir, bu nedenle erkekler yönetici kadrosunda daha yüksek oranda çalışmakta olup, bayan eczacılar daha çok yarı zamanlı çalışmaktadır (Shoaf ve Gagnon, 1980). Anılan verilerin, bu tez çalışması ile neden paralellik göstermediği şöyle açıklanabilir: Ankara'daki araştırmaya dahil olan eczacılar yarı zamanlı çalışmadıkları gibi, bayan eczacıların sayısı da erkeklerden fazladır.

5.4. Advers Etkinin İzlenmesi ve Rapor Edilmesine İlişkin Hastane Eczacılarının Düşünceleri

Hastane eczacılarının beşte üçünden fazlası, ilaçların advers etkilerini kısmen (ara sıra) izleyebildiklerini ve beşte dördünden fazlası da advers etkileri rapor edemediklerini ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4.18). Üniversite-kurum-özel hastane

eczacılarının %66.7'si, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların %62.5'i ve SSK eczacılarının %65.2'si advers etki izlemediklerini (Bkz. Tablo 4.18) ve sırayla %84.3, %85.7 ve %92.3'ü advers etkileri rapor edemediklerini (Bkz. Tablo 4.19) belirtmişlerdir. Aynı eczacılara şu andaki görevleriniz dışında ne gibi alanlarda hizmet verebilirsiniz diye sorulduğunda ise, iyi eczacılık uygulamalarının esaslarından biri olan advers etki izleme ve rapor etmeyi, %49.3'lük bir oranla dördüncü sırada (Bkz. Tablo 4.28) ifade etmişlerdir.

Yurtdışında eczacıların advers etki izleme ve rapor etmedeki rolleri üzerine yapılmış pek çok çalışma vardır (Küçülerslan ve ark., 2003, Thomson, 2003, Aspinall ve ark., 2002, Leape ve ark., 1999, Palmer , 1999, Hanlon ve ark., 1996.). Durham Gazi Tıp Merkezi'nde (Durham Veterans Affairs Medical Center) yaşlı hastalarla yapılan bir çalışmada eczacılar takip ettikleri hastanın gereksiz yere fazla ilaç kullanmasını önleyerek, advers etki oranını azaltmıştır. Aynı zamanda advers etki reaksiyon riski yüksek ilaçlar, hakkında önerilerde bulunmuşlardır (Hanlon ve ark., 1996).

Bir diğer örnek ise, Bristol Hastanesi'nde radyofarmasi ünitesindeki hastane eczacılarının ekip çalışmasıdır. Eczacıların ekip içindeki rollerinden biri de advers etki izlenmesidir. Genelde geçici ve hafif seyreden alerjik reaksiyonlar halinde görülen radyofarmasötik advers etkileri, formülasyon ve uygulamada anahtar kaynak olarak kullanılan eczacı ile engellenebilmektedir (Palmer , 1999).

Archives of Internal Medicine dergisinin bir sayısında eczacının haftalık tıbbi vizitelere katıldığında hastanede genel olarak %78 daha az, önlenabilir advers ilaç reaksiyonu görüldüğü gözlenmiştir (Küçülerslan ve ark., 2003).

Leape ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Detroit Henry Ford Hastanesi yoğun bakım ünitesinde eczacının katıldığı vizitelerle 1000 hastane gününe karşı 3.5 oranında önlenabilir advers ilaç reaksiyonu insidansı azalmıştır (Leape ve ark., 1999).

ASHP'nin 2001 yılında yaptığı anket çalışmasında, rutin eczacılık performansının birinci sırasında %74 ile advers etki izleme verilmiştir (Knapp ve ark., 2001).

Bütün bu çalışmalarda ilaç reaksiyonları nedeniyle hastaneye yatışların advers etki izleme ile azaltılabileceği ve eczacının yararları gösterilmiştir. Dahası, eczacı advers etki izleme ve rapor edilmesi aktivitelerine daha yüksek oranlarda katılmaktadır. Bizim ülkemizde hastane eczacıları geleneksel rolleri dışında advers etki izleme görevini üstlenirlerse, hem toplum sağlığına katkıları olacaktır hem de mesleki tatminleri artacaktır.

5.5. Hastane Eczacılarının Hastaya, Sağlık Personeline Eğitim Verme Durumları ve İstekleri

Hastane eczacılarının beşte dördünden fazlası (Bkz. Tablo 4.15) hastalara eğitim veremediklerini belirtmişlerdir. Hastane sınıflandırılmasına göre bu durum açısından bir farklılık bulunamamıştır. Eczacılara “Hastalara neden eğitim veremiyorsunuz?” diye sorulduğunda, hastane eczacılarının yarıdan fazlası zamansızlığı, üçte birine yakını personel yetersizliğini ve dörtte birinden fazlası da eğitim için uygun mekan olmadığını ifade etmiştir. Hastane eczacılarına hastalara eğitim vermeyi isteyip istemedikleri sorulduğunda, beşte dördüne yakını (Bkz. Tablo 4.17) eğitim vermeyi istediklerini belirtmişlerdir. Aynı şekilde sağlık personeline eğitim verme istekleri sorulduğunda, hastane eczacılarının beşte dördüne yakını eğitim vermeyi istediklerini belirtmişlerdir. İyi eczacılık uygulamalarının esaslarından biri olan bilgi ve danışmanlık hizmeti eczacılık mesleğinin bir parçasıdır.

Bu tez çalışmasının sonuçlarından farklı olarak, yurtdışındaki çalışmalarda hastane eczacısının en önemli görevlerinden biri olarak görülen hasta ve sağlık personeli eğitimine ilişkin pek çok araştırma mevcuttur (Burns ve ark. 2003, ASHP Statement, 2003a, Tadros ve ark. 2002, Malik ve Hampton, 2002, Superior ve ark.,

2002, Knapp ve Ray, 2002, Chan ve ark., 2001, Booth, 2000, Lee ve ark., 1998, Partovi ve ark., 1995, Freisen, 1989) .

ABD’de hasta eğitimi eczacının başlıca görevlerinden biri olarak görülmektedir. ASHP, hastanın ilaç tedavisinde eczacının sorumlulardan biri olduğunu ve bu hedefi başarmak için sağlık personelinin yazılı materyal ile destekli sözel danışmanlık alması gerektiğini düşünmektedir. ASHP aynı zamanda eczacıların hastanın bilgilendirilmesi ve ilaç hakkında eğitilmesinde önemli bir role sahip olduğunu belirtmektedir (Reilly, 1996).

Hastane eczacılarının hastaların eğitiminde rol almalarına ilişkin örnekler: Salt Lake City’de madde bağımlılığı tedavi merkezinde, eczacı ilaç dağıtım rolüne ek olarak, hem hastalara hem de sağlık personeline ilaç bilgi danışmanlığı yapmaktadır. Hekimin ve hemşirenin iş yükünü azaltmaktadır. Bu çalışma sonunda madde bağımlılığı tedavisi takımına eczacının dahil olması kabul görmüş, değerli bulunmuş ve diğer kliniklere de tavsiye edilmiştir (Ives ve Stults, 1990).

Bristol Genel Hastanesi’nde radyofarmasi alanında çalışan eczacılar hasta eğitiminde ve nükleer ilaç ekibinin diğer üyelerini eğitmekte önemli bir rol oynamaktadır. Bu eğitim konuları radyofarmasötik ürün, radyofarmasötiklerin klinik kullanımları ile ilgili farmasötik bakım konuları ve hastalıkların teşhisinde ve tedavisinde kullanılan diğer ilaçlardır (Palmer, 1999).

ASHP’nin 2001 yılında yaptığı bir araştırmada, araştırmaya katılan hastanelerin üçte ikisinden fazlasında eczacılar reçete yazanlara reçete yazma ve klinik uygulama kılavuzu tasarlama konusunda formal eğitim vermektedirler. Ayrıca hastanelerin %75’inden fazlasında böbrek yetmezliği olan hastalar için doz ayarlaması konusunda, antimikrobiyaller ve farmakokinetik hakkında bilgi danışmanlığı yapmaktadırlar (Pedersen ve ark., 2001).

Wake Forest Üniversitesi Baptist Tıp Merkezi’ndeki eczane, yatan hastalarda pnömokokal aşılama programı gerçekleştirmiştir. Bu aşılama programı 65 yaş üzeri

ve kronik hastalığı olan risk grubundaki hastalara uygulanmıştır. Çünkü *S. pneumoniae* bu hastalarda yüksek morbitide ve mortaliteye neden olabilmektedir. Eczanenin bu çalışması risk grubundaki hastalarda aşılama oranını arttırmıştır, doktor ve diğer personele eğitim de sağlanmıştır. Bu program hastanede yatarak tedavi gören hastaların aşılama hikayelerinin değerlendirilmesindeki önemin bilincini de arttırmıştır. Aynı zamanda eczanenin hasta bakımındaki rolü artmış ve diğer bölümlerle ilişkileri güçlenmiştir. Bu programın amacı pnömokokal aşılama için eczacıların başlattığı bir politika oluşturmaktır (Noped ve Schomberg, 2001).

Parkland sağlık ve hastane sisteminde yatan hastaya hizmet veren eczacılar zamanlarının %70'ini hasta eğitimi vermek, ilaç tedavi rejimlerini değerlendirmek, terapötik ilaç izlemek ve hastalara ilaç bilgisi sağlamak için kullanılmaktadırlar. Bu eczacıların yönettiği programlar: Heparin dozlama, varfarin eğitimi, taburcu olduktan sonra kullanılacak ilaçlar konusunda danışmanlık, farmakokinetik izleme, antibiyotik tedavi izleme, ağrı yönetimidir (Johnson ve ark., 2001). Parkland Sağlık ve Hastane Sistemi ilaç ve tedavi komitesi, hastaların, sağlık profesyonellerini ilaç alerjileri konusunda uyarmalarının önemini fark etmeleri ve hangi ilaçlardan kaçınmaları gerektiğini bilmeleri konusunda eğitmek için, bir program geliştirmeye karar vermiştir. Çalışmaya dahil edilecek hastaların belirlenmesi için ilaç ve tedavi komitesi advers ilaç reaksiyonlarının özetini aylık olarak gözden geçirmekte ve bunları ciddiyetine veya yaşam tehdit edici oluşuna göre elemektedir. Programa dahil olan eczacılar, hemşireler, evde sağlık hizmeti verenler, programı nasıl uygulayacakları konusunda ve hasta güvenliğinin önemini açıklayan yazılı ve sözlü bilgi almaktadır. Bu programda eczacılar, alerjik ilaç reaksiyonları hakkında alerji ve immünoloji bölümü başkanından daha detaylı bilgi almışlardır. Anılan çalışmada hastanın detaylı geçmişi alınmakta ve hastaya evine postalanmak üzere üstünde hastanın alerjisi olduğu farmakolojik grup veya ilaç adı yazan, özel bilezik yaptırılmaktadır. Eczacı yönetimindeki alerji danışmanlık ekibi alerjik ilaç reaksiyonlarını önlemede etkili olmuştur. Bu programın bir diğer olumlu etkisi de hastalar, diğer sağlık çalışanları ve hastane yönetiminin eczacıların rolünün farkına varmaları olmuştur. 21 aylık çalışma sonucunda görülmüştür ki, eczacı

yönetimindeki ilaç alerji danışmanlığı tekrarlayan alerjik ilaç reaksiyonlarını önlemede etkili olabilir (Johnson ve ark., 2001).

ABD’de eczacılar ayaktan ve yatan hastaya eğitim, danışmanlık, ilaç kullanımı gözden geçirilmesinden sorumlu olup, hastaya olduğu kadar doktora ve diğer sağlık çalışanlarına da bilgi hizmeti sağlamaktadır. ASHP’nin 1997’deki araştırmasına göre, üzerinde araştırma yapılan sağlık sistemlerinin %75 ve daha fazlasında advers reaksiyon yakalama, ilaç uyumunu izleme, ilaç kullanımını gözden geçirme ve hasta danışmanlığının dahil olduğu klinik hizmetleri eczacılar sağlamaktadır. Hasta danışmanlığı, hastanın ilaçlarına ilişkin kullanışları ve potansiyel yan etkilerini eczacıya sorabilmesini kapsamaktadır. Doktor danışmanlığı ise, eczacının doktorla ilaç tedavisi hakkında öneri için, telefonla veya yüz yüze iletişim kurmasıdır. Morrison ve Wertheimer’in çalışmasında, 1970’lerde, 1980’lerde, 1990’larda yapılan çalışmalar gözden geçirilmiş, eczacının klinik hizmetlerdeki değeri gösterilmiştir. En azından hastaların ve doktorların hastane eczacılarından danışmanlık aldığı durumlarda hasta çıktılarının iyileştiği ispatlanmıştır (Morrison ve Wertheimer, 2001).

Washington’da 2001 yılındaki şarbon krizinde, etkilenen kişilerin tedavi seçeneklerine karar vermek ve hastaları izlemek amacıyla eczacılar çalışma çizelgesi geliştirmişler ve hasta eğitimi de vermişlerdir (Montello ve ark., 2002).

ABD’de bir üçüncü basamak eğitim hastanesinde 18 yıldan fazla süredir astımlı olan hastalara eczacı danışmanlık hizmeti vermiştir. Otuz dakika süren bu hizmette eczacı astımın tanımını yapmış, astım krizinin belirtilerini ve işaretlerini anlatmış, ilaç tedavisinin rolünü, inhaler kullanımını ve tedavinin advers etkilerini açıklamıştır. Eczacı, hasta taburcu olduktan sonra telefon aracılığıyla hastanın ilaçlarının yeniden alınma zamanlarının takibini yapmıştır. Bu hastalar aynı zamanda diğer sağlık bakım profesyonellerinden de standart bir eğitim almışlardır. Bunu izleyen süreçte akut astım krizi ile hastaneye yatan hastalarda, ilaca uyum önemli ölçüde artmış ve hastaların acil servise gelişleriyle hastaneye yatışları azalmıştır.

Astım hastalarının ilaçlarına uyumları %22'den %63'e çıkmıştır (Stiegler ve ark., 2003).

Yaşlıların çoklu ilaç kullanımı, günlük alınacak dozların fazlalığı, reçetelenen ilaç rejimi hakkında bilgi eksikliği ve hastaneden sonra ilaç rejiminin değişmesi nedeniyle risk grubundadırlar. Pensilvanya'daki üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir hastanede, eczacı ve hemşire takım çalışması yapmışlardır. Hemşire ilacı uygularken, çoklu ilaç kullanan yaşlı hastaları özel eğitim araçları ile bilgilendirmiştir. Hemşire kompleks ilaç rejimi (günde beş defadan fazla oral ilaç uygulaması olan, en az beş yeni ilaca başlayan veya günde en az 10 ilaç alan) olan, hastaneye yatış nedeni ilaçla ilgili sorunlar olan ve detaylı öğrenme gerektiren hastaları eczacıya yönlendirmiştir. 6 ay boyunca eczacı, kabul edilen hastaların %19'una eğitim vermiştir. Eczacıların, reçete yazanlar ve hemşirelerle etkileşimi sonucu bu hastaların %12'sinde ilaç sayısı azaltılmıştır. %19'unda her gün ilaç uygulama sayısı azaltılmıştır. Buna ek olarak, hastaların %33'ü için eczacı, reçete yazanla, hastanın ilaç rejimini basitleştirmek ve ilaç eğitimi programını anlamının ötesinde optimize etmek amacıyla, iletişim kurmuştur (Calabrese ve ark., 2003).

Ancak, bütün bu olumlu yanlarına rağmen, hasta ve sağlık personeli eğitiminin istenilen düzeyde olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. ABD'deki hastanelerin %63'ünde yatarak tedavi gören tüm hastaların dörtte birinden azı bir eczacıdan danışmanlık hizmeti almaktadır. Aynı ülkede, hastanelerin %25'inde yatan hastaların hiç biri eczacıdan danışmanlık almamaktadır. Çünkü, çoğu büyük sağlık kurumlarında bu gibi danışmanlık hizmeti sağlamak, eczacılar için pratik değildir. Danışmanlık hizmetine en fazla ihtiyaç duyan hastaların kolayca belirlenmesi için, bir sistem oluşturulmalıdır. Ancak ABD'deki hastanelerin yarısından fazlasında bu hastaları tanımlayacak bir sistem bulunmamaktadır (Calabrese ve ark., 2003).

ABD'de posta ile anket yöntemi ile yapılan başka bir çalışmada hastane eczacılarının üçte ikisinden fazlası yatan hastaya danışmanlık hizmeti veremediklerini belirtmişlerdir. Buna engel olarak, zamansızlık, yetersiz personel ve

uygulayanların, hekimlerin ve hemşirelerin yeterli desteği vermemeleri gösterilmiştir (Griffith ve ark., 1998). Anılan çalışmadaki bulgular bu tez çalışmasındaki verilerle paralellik göstermektedir. Ankara'daki hastane eczacıları da eğitim verememelerine en büyük neden olarak, zamansızlığı ve personel yetersizliğini göstermişlerdir. Hastane eczacısının geleneksel rolünün dışında başka görevlerde çalışması için sorun olan zamansızlık, reçete istemlerinin bilgisayar yolu ile yapılması sorununu giderilebilir (Senholzi ve Gottlieb, 2003, Pedersen ve ark., 2003).

Griffith ve ark.'nın yaptığı çalışmada, hastane eczacılarının ilgili kişilere eğitim vermesini kolaylaştırıcı faktörler olarak, uydu eczane aracılığıyla hasta ile yakın temas ve kaynak bulunabilirliği (%16) gösterilmiştir. Öneri olarak da otomasyonu kullanarak, teknik işlerin azaltılması ve zaman yaratılması, özellikle danışmanlık için tam zamanlı çalışan eczacıların işe alınması ve iyi tasarlanmış danışmanlık programlarının olması getirilmiştir. Hasta bakım ünitelerinde çalışan eczacılar ise, danışmanlık verebilmenin, kendine güveninin, hastanın danışmanlık hizmetinin beklemesinin ve kabul etmesinin, profesyoneller arası desteğin ve iyi tasarlanmış bir danışmanlık programının önemini vurgulamışlardır. Hasta eczacı iletişiminin olmaması eczacıların mesleki tatminsizliğine de yol açmaktadır. Hastane eczacıları, hasta eğitimi için en uygun sağlık çalışanı kendileri olduğunu ve bunun kendi sorumlulukları olduğunu düşünmektedir (Griffith ve ark., 1998). Yukarıda anılan literatür verileriyle bu tez çalışmasının sonuçları birbirine paralellik göstermektedir. Tez çalışmasında da hastane eczacıları hasta eğitimi vermek istediklerini ancak hastayı görmediklerini belirtmişlerdir. Uydu eczane ile eczacının servise girmesi, hasta ve sağlık çalışanları ile iletişim halinde olmaları daha önce de belirtildiği gibi mesleki tatmini arttıracaktır.

Eczacılık literatürü gözden geçirildiğinde, eczacı hasta iletişiminin hastanın ilaç bilgisini ve tedaviye uyumunu arttırdığı görülmektedir. Hastane eczacıları, yatarak tedavi gören hastalara ilaçları konusunda danışmanlık hizmeti verme açısından, kendilerini en kalifiye eleman olarak görmelerine rağmen, zamansızlık, yeterli personel yokluğu ve iyi dizayn edilmiş danışma programı eksikliği nedeniyle, bu hizmetin verilemediğini ifade etmişlerdir (Calabrese ve ark., 2003). Anılan bu

veriler de, bu çalışmada elde edilen bulgularla örtüşmektedir. Ankara’da hizmet veren hastane eczacıları da eğitim verememe nedeni olarak zamansızlık, personel ve mekan eksikliği belirtmiştir. Dolayısıyla, gerekli zaman ve zemin hazırlandıktan sonra, hastane eczacılarımızın hastaya ve sağlık persoreline eğitim hizmeti sunmamaları için herhangi bir neden yoktur.

5.6. Hastane Eczacılarının Takım Çalışması ve Takımın Üyesi Olma Durumları

Bu çalışmada hastane eczacılarına, “Hastanenizde hasta odaklı bir takım çalışmasından bahsedilebilir mi?” diye sorulduğunda dörtte üçü takım çalışmasının yapılmadığını belirtmişlerdir. İyi eczacılık uygulamasının esaslarından biri olan takım çalışmasının, hastanelerinde olmadığını belirten eczacılar arasında, SSK eczacıları beşte dörtten fazla bir çoğunlukla birinci sırada yer almaktadır. Üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının yaklaşık beşte üçü takım çalışması yapılmadığını ifade etmiştir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların ise, yaklaşık dörtte üçü (Bkz. Tablo 4.25) aynı şekilde görüş bildirmiştir. Hastane eczacılarına sağlık ekibinin bir üyesi olma durumları sorulduğunda ise, yine SSK eczacılarının beşte dördünden fazlası üye olmadıklarını belirtirken, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan eczacıların yaklaşık dörtte üçü, üniversite-kurum-özel hastane eczacılarının beşte üçünden fazlası (Bkz. Tablo 4.26) aynı şekilde görüş bildirmişlerdir.

Yukarıdaki verilerden de anlaşıldığı gibi, Ankara’daki hastanelerde çalışan eczacılar, hastanelerinde takım çalışması yapılmadığını belirtmişlerdir. Takım çalışması olsa bile, bu takımın üyesi olmadıklarını ifade etmişlerdir. SSK eczacılarının bu soruya daha yüksek oranla olumsuz cevap vermeleri, yine ağır iş yükleri ile açıklanabilir. Anket sırasında sözlü görüş bildiren SSK eczacılarının çoğu, ağır iş yükü nedeniyle, takım çalışması bir yana, bireysel çalışmalarda bile sorun oluştuğunu, kişilerin daha az ya da daha çok çalıştığı üzerine tartışmalar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Literatürde hasta odaklı takım çalışmasının faydaları ve etkileri hakkında yazılan makalelerde eczacının takımın ayrılmaz bir parçası olduğunu vurgulayan pek çok araştırma bulunmaktadır (Lock, 2003, Robb ve ark. 2003, Burns ve ark. 2003, ASHP Statement, 2003a, Superior ve ark., 2002, Malik ve Hampton, 2002, Chan ve ark., 2001, Andrew, 2001, Tadros ve ark., 2000, Lee ve ark., 1998, Morreale, 1995, Freisen, 1989). Mesela, Kaliforniya'daki 220 yataklı *Mission Community Hospital*'da eczane travma ekibine dahil olmuştur. Eczacı, travma cerrahı, travma uzmanı hemşire, acil hekimi, acil hemşiresi, solunum terapisti, radyoloji teknisyeni ile akut fazda ve hastanın takip aşamasında ekiple birlikte rol alarak, tedavi takımının üyesi olmuştur. Eczacının takımdaki görevi, kritik zamanlarda ilaç uygulanmasını kolaylaştırmak için, ilacı hazırlamak ve uygulamak, kullanılan ilaçların uygun dozlarını ve infüzyon hızlarını doğru hesaplamak ve ilaç bilgi kaynağı olarak çalışmaktır (Brent ve Poltorak, 1987).

Kaliforniya Üniversitesi San Fransisco Tıp Merkezi'ndeki tiroid kliniğinde çalışan eczacı yazılı protokoller çerçevesinde hekimin teşhis koyduğu seçilen hastaların, ilaç tedavisine başlamak, sürdürmek veya değiştirmekle görevlidir. Anılan klinikteki eczacı, hastaya durumu hakkında bilgi vermek ve hekimlerin akılcı reçete yazmalarını sağlamak için, eğitim yapmaktadır. İlaç bilgi danışmanlığı yapan eczacıya gelen 35 hastanın, 31'inin tiroid fonksiyonları normale dönmüştür (Dong, 1990).

Bristol hastanesinde radyofarmasi ünitesi bulunmaktadır ve bu üniteye eczacılar da bir ekip çalışması içinde yer almaktadır (Palmer, 1999). Öte yandan, İngiltere'de eczacılar kendilerini klinik multidisipliner takımın bir parçası olarak görmektedirler (Dua, 2001). Dahası multidisipliner takım çalışmasıyla ilaç uyumu ve hasta memnuniyeti daha yüksek olmaktadır (Finley ve ark. 2002). Örneğin, Covenant Sağlık Sistemi'nde astımlı çocuk hastalara, yakınlarına ve evde tedavi hizmeti verenlere eczacı, hemşire ve solunum terapistinin verdiği eğitimle, bu çocukların acil servise gelme ve hastanede yatma sıklıkları azaltılmıştır (Malik ve Hampton, 2002). Tripler Army Tıp Merkezi'nde de buna benzer bir çalışma yapılmıştır. Astımlı çocuk hastalara eczacı, hemşire ve pediatri kliniği takım halinde

çalışarak, astım eğitimi vermiş ve bu astımlı çocukların hastaneye yatma sıklıkları azalmıştır (Chan ve ark., 2001).

Bu tez çalışmasına dahil edilen hastane eczacılarının takım çalışmasında yer alamama nedenlerinden biri, eczacıların klinikte çalışmaması olarak görülmektedir.

5.7. Hastane Eczacılarının Meslek Örgütlerinden Beklentileri ve Memnuniyeti

Hastane eczacılarına, meslek örgütlerinin kendilerine yönelik çalışma yapıp yapmadığı sorulduğunda, eczacıların beşte dördünden fazlası meslek örgütlerinin kendileri için çalışmadığı yönünde görüş bildirmişlerdir.

Ancak AEO'nun bu konuda çalışmalar yaptığı bilinmektedir. Örneğin, 18 -28 Ekim 2004 tarihleri arasında AEO çatısı altında kurulan bir komisyon, kurum eczacıları ile birebir görüşmeler yaparak, eczacıların sorunlarını dinlemiş ve rapor oluşturmuşlardır. Bu raporda hastane eczacılarının en büyük ve başlıca sorunlarının kadro ve derece sorunu olduğu görülmüştür. Eczacılar sağlık personeli değil, idari personel kadrosunda çalışmakta, ona göre maaş ve özlük hakkı almaktadır (AEO, 2004). Raporda eczacılar kendilerine değer verilmediğinden yakınmaktadırlar ki, bu veri tez çalışması sonuçları ile aynı doğrultudadır.

İyi Eczacılık Uygulamaları esaslarına göre eczacı, eczacılık uygulamalarının her alanında ve tüm meslek yaşamı boyunca mesleki bilgisinin etkinliğini ve yeterliliğini sürdürme sorumluluğunu taşımalıdır. İlaçlar ve tedavi konusunda bağımsız, kapsamlı, güncel ve objektif bilgiler her zaman eczacının elinin altında bulunmalıdır. Eczacılık lisans eğitimi güncel eczacılık uygulamalarını ve gelecekteki muhtemel değişiklikleri kapsamalıdır. Dolayısıyla, mesleğin gelişmesi ve yenilenmesi için MİEP'ler çok önemlidir. Oysa, MİEP'lerin yeterli olmadığını belirten eczacıların oranı %95'tir (Bkz. Tablo 4.30). MİEP'ler her an yenilenen tıp biliminin ayrılmaz bir parçasıdır. Eczacıların yapılan MİEP'leri yetersiz bulmaları, daha fazlasını istedikleri anlamına gelmektedir. Ancak, Ankara'da yapılan bir araştırmada eczacıların %26'sının MİEP düzenleyen kurumlar hakkında hiçbir

bilgisinin olmadığı görülmüştür. Bilgisi olanların %74'ü AEO'yu MİEP düzenleyen kuruluşlar arasında birinci sırada göstermişlerdir. TEB'in Aralık 1999'da yayınladığı Eczacı Profili'ne göre de eczacıların %63.3'ü AEO'nun MİEP düzenlediğini bilmektedir (Altıntaş ve ark., 2003).

Hastane eczacılarına meslek örgütlerinden beklentileri sorulduğunda, beşte dördü mesleki gelişmelerden zamanında haberdar olmak istediklerini belirtmişlerdir. Eczacıların dörtte üçü ise, MİEP'lerin arttırılmasını istemişlerdir. Beşte üçünden fazlası ise, meslek örgütlerinin yayınlarının zamanında kendilerine ulaştırılmasını ve meslek örgütlerinin maaşlarının arttırılması için, çalışma yapmalarını beklediklerini ifade etmişlerdir. Hastane eczacılarının beşte üçü ise, hastane eczanelerinin fiziksel koşullarının iyileştirilmesi için, meslek örgütlerinden çaba beklediklerini belirtmişlerdir. Eczacıların beşte ikisi, hastane eczanelerinin fiziksel koşullarının kısmen uygun olduğunu belirtirken, üçte biri hiç uygun olmadığını dile getirmiştir (Bkz. Tablo 4.31).

AEO 2004 yılında dört adet MİEP düzenlemiştir. Bu MİEP'lerin iki tanesi doğrudan eczane eczacılarını ilgilendirmektedir. Kalan diğer iki MİEP ise, hipertansiyon ve yara bakımı konularında düzenlenmiştir. İki farklı zamanda düzenlenen hipertansiyon MİEP'ine toplam 94 kişi, dört ayrı zamanda düzenlenen yara bakım MİEP'ine toplam 93 kişi katılmıştır (B. Gülpınar, yazılı görüşme)¹. AEO'nun 2600 üyesi olduğu düşünüldüğünde, katılım son derece düşüktür. Ancak TEB'in Eczacılık Akademisi adı altında yürüttüğü MİEP'lerde katılım oranı eczacı odalarının düzenlediklerine oranla daha iyi gibi görülmektedir. Sertifika da verilen bu programlar 2004 yılı için şöyledir:

- Yönetici Eczacı Eğitimi, dört kez düzenlenmiştir. 138 eczacı katılmıştır,
- Temel Muhasebe Bilgileri Eğitimi, sekiz kez düzenlenmiştir. 273 eczacı katılmıştır,
- Hasta İlişkileri Yönetimi, dört kez düzenlenmiştir. 126 eczacı katılmıştır,
- Hızlandırılmış Fitoterapi, yedi kez düzenlenmiştir. 432 eczacı katılmıştır,

¹ AEO Genel Sekreteri Asistanı

- Modern İlaç Şekilleri ve Biyoteknoloji Ürünleri Eğitimi, iki kez düzenlenmiştir, 34 eczacı katılmıştır,
- Farmasötik Bakım/ Klinik Eczacılık Eğitimi iki kez düzenlenmiştir. 75 eczacı katılmıştır,
- İyi Eczacılık Uygulamaları/Farmasötik Bakım/Klinik Eczacılık Eğitimi dört kez düzenlenmiştir. 295 eczacı katılmıştır (C. Denктаşı, yazılı görüşme)¹.

Eczacıların yarısı mesleki gelişmeleri takip edemediğini (Bkz. Tablo 4.10) belirtirken, gelişmeleri izlediğini belirten diğer yarısı da bu bilgileri %39.7 oranında dergilerden, %36.3'ü ilaç tanıtımı yapan görevlilerden aldıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgu da, hastane eczacılarının aldıkları bilginin objektifliği konusunda soru işaretleri oluşturmaktadır. Bu bağlamda MİEP'lerin ne kadar önem kazandığı anlaşılmaktadır. ASHP'nin sürekli eğitim hakkındaki görüşü şöyledir: Sağlık profesyonelleri güvenilirliğin yanı sıra ustalığa sahip olmayı, ilk ve en temel etik sorumluluğu olarak görmelidir. Sürekli eğitim toplumun optimal sağlık bakım kalitesine ulaşması için tek gerçek garantisidir (Rouse,2004). Sürekli eğitim için diğer bir tanım, ABD'deki Eczacılık Eğitimi Akreditasyon Konseyinin tanımıdır: Eczacılık mesleği için sürekli eğitim, eczacıların mesleklerindeki ustalığını arttırmak ve devamlı gelişimini desteklemek amacıyla tasarlanmış yapılandırılmış eğitim işlemidir. Yurt dışında çeşitli ülkelerde eczacılar için düzenlenen sürekli eğitimin önemli bir parçası olan MİEP'lerin eczacıların mesleki gelişimlerinde oldukça önemli katkıları olduğu gözlenmektedir (Lee ve ark., 1998). Charleston'da 540 yataklı üniversite hastanesinde MİEP alan eczacılar, iki aşamalı bir programla uygun olmayan parenteral H₂ antagonist tedavisini azaltmıştır. Bunun sonucunda 23.321 \$'lık tasarruf elde edilmiştir (Caldwell ve Davis, 1987).

ABD'de eczacılara yönelik olarak hazırlanan "Eczanede Etkili İletişim" konusundaki MİEP sonrasında yapılan değerlendirme çalışmaları sonucunda eğitimin etkili olduğu ve eczacıların iletişim becerilerinde ilerleme kaydettiği saptanmıştır (Yeğenoğlu, 1999).

¹ TEB MİEP Genel Koordinatörü.

Hastane eczacılarının yaklaşık yarısı çalışma saatlerinin düzeltilmesi için, meslek örgütlerinin çalışma yapmasını beklediklerini belirtmişlerdir. SSK eczacıları anket sırasında sözlü belirttikleri şikayetler, mesai sonunda nöbete kalmaları ve eleman eksikliğinden ertesi gün izin kullanmadan, mesaiye devam etmek zorunluluklarıdır. Sözlü ifadelerinde yorgunlukları nedeniyle, ertesi gün hata yapma oranlarının çok yüksek olduğunu da eklemişlerdir.

1994 yılında Ankara’da yapılan bir tez çalışmasında, hastane eczacılarının meslek örgütlerinden beklentileri özlük haklarının iyileştirilmesi, kamu eczacılarının sorunları ile daha çok ilgilenilmesi, MİEP’lerin yapılması ve fakültede verilen eğitimin değiştirilmesi olarak sıralanmaktadır (Şencan, 1994). Anılan tez çalışması, bu tez çalışması ile paralellik göstermektedir. Yapılan anket sırasında, hastane eczacılarının büyük çoğunluğu, meslek örgütlerinin kendilerinden çok, serbest çalışan eczacılara yönelik çalışmalar yaptıklarını, hastane eczacılarının göz ardı edildiğini ifade etmişlerdir. Bunda, serbest eczacıların odaya kayıt olma zorunlulukları ve mesleğin daha büyük bir çoğunluğunu oluşturmalarının da payı olduğu düşünülmektedir. AEO’sının serbest eczacı üyesi sayısı 1800 iken, kamu eczacısı üye sayısı sadece 800’dür. Dahası, bu rakama hastane eczacılarının yanısıra, Emekli Sandığı, Bağ-kur ve Sağlık Bakanlığı’nda memur olarak çalışan eczacılar da dahildir (B.Gülpınar, yazılı görüşme)¹. Aradaki bu sayısal farkın bir nedeni de, hastane eczacılarının meslek örgütlerine üye olma zorunluluğunun olmamasıdır. Hastane eczacılarının üye aidatları serbest eczacıların üye aidatlarından daha düşük olmasına rağmen meslek örgütüne katılım azdır.

5.8. Hastane Eczacılarının Genişleyen Rollerine İlişkin Görüşleri

Hastane eczacıları ilaç hazırlamaktan, ilaç kullanım kontrolüne kadar uzanan bir yelpazede rol alabilmektedirler. Bu meslek grubu, batı ülkelerinde, artık hastanın ilaç tedavisi çıktılarının sorumluluğunu bile almaya başlamıştır (Schneider, 1992).

¹ AEO Genel Sekreteri Asistanı.

Hastane eczacılarına rollerinin genişlemesini isteyip istemedikleri sorulduğunda, beşte dördünden fazlası bunu istediklerini ifade etmişlerdir. Farmasötik literatürde, eczacının genişleyen rolü ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Eczacıların çalıştığı klinikler çok sayıda ve değişik olabilmektedir: Antikoagülan (Willey ve ark., 2003), diyabet, hipertansiyon, onkoloji, AIDS gibi (Dong, 1990). Hastane eczacıları, tıbbi hataları engellemek (Chantelois ve Suzuki, 2003), ilaç suiistimalini önleme ve tedavi etmede sorumluluk almak gibi farklı alanlarda çalışabilmektedirler (Cobaugh, 2003).

Diyabet kliniğine örnek olarak, Hong Kong'ta ilaca uyumsuzluk sorunu bulunan diyabetik hastalar için, eczacıların yönettiği bir klinik kurulmuştur. Bu klinikte amaç, hastaların ilaç uyum sorunlarına programın etkisini incelemektir. Klinikte, her hastaya 15-30 dakika süren eğitim verilmektedir. Eczacı; ilaç hikayesi almakta, ilaç uyumunu değerlendirmekte, ilaç bilgisi sağlamakta, hastayı diyet, egzersiz, sigarayı bırakma, hipoglisemi ve hastalık yönetimi konusunda eğitmekte ve advers etkileri izlemektedir. Burada eczacıların bir görevi de ilaca uyumsuzluğun potansiyel risklerini tanımlayarak, ilaç uyumu sağlamak ve hekime gerektiğinde tedavi değişikliği için öneride bulunmaktır. Anılan programın sonunda hastanın glisemik kontrolü ve uyumu iyileşmiştir (Lee ve Leung, 2003).

Kültür açısından bize benzediği düşünülen Güney Kore'deki bir hastanede, doktor, hasta ile görüşmesinde sadece hastalığa odaklanabildiği ve hasta eğitimine vakti olmadığı için, eczacı yönetiminde bir antikoagülan kliniği kurulmuştur. Güney Kore'de orta yaşlı erkek hekim çoğunlukta olup, genç ve kadın eczacılar, kültürel sebeplerle hekimle iletişimde sıkıntı çekmektedir. Güney Kore'de kültürel özelliklerden ötürü, yaşlılar ve erkekler toplumda baskın karakterdedirler. Hekimler eczacının yeterli eğitimde olmadığını ve kendilerinin yaralıma ihtiyacı olmadığını düşünmelerine rağmen, Güney Kore'de kurulan eczacı yönetimindeki antikoagülan kliniği başarı ile çalışmaktadır (Choe ve ark., 2002).

Bununla beraber, hastane eczacısının çalışabileceği değişik alanlara ait pek çok örnek verilebilmektedir. Mesela hastane eczacıları, eczacı müdahalelerinde (Ko

ve McBride, 2003), eczacı odaklı hasta ağrı kontrolünde (Wong ve ark., 1990, ASHP, 2003d), cilt testi programında (Cylne ve Ternes, 1996), pediatrik hastalarda konjenital metabolizma hastalıklarında (Cutts, 2003) ve ölmekte olan hastaya destek programlarında (ASHP, 2003d) çalışmaktadır.

Eczacının gelişen rolüne dair birkaç örnek vermek gerekirse, ABD’de bir üniversite hastanesinde eczacı yönetiminde antimikrobiyal izleme hizmeti verilmektedir. İzlenen ilaçların hangi durumda kullanılacaklarına ilişkin, eczacılar tarafından bir formüler oluşturulmuştur. Reçetelenen antimikrobiyal ilaç, kriterlere uyuyorsa hastaya verilmekte, uymuyorsa hekimle iletişime geçilip, alternatif önerilmektedir. Eğer alternatif kabul edilmezse, enfeksiyon hastalıkları bölümü ile temas kurulmaktadır; 2 saat içinde cevap gelmezse ilaç hastaya verilmektedir. Bu hizmetle, eczacı ile hekim arasında olumlu ve eğitsel bir ilişki kurulmuş ve bunun hekimin reçete yazma alışkanlığı üzerinde olumlu etkisi olmuştur (Berman ve ark., 1992).

ABD’deki Detroit Grace Hastanesi’ndeki eczacılar, ameliyathanelerde, 2-4 saat süren operasyonlarda kullanılan nöroblokör ve sedatifler için bir kılavuz geliştirmişlerdir. Operasyon sırasında eczacı bulunursa kılavuza uyum %75, eczacı yokken %40 olarak bulunmuştur. Operasyona eczacı dahil olduğunda, pahalı ilaç kullanımı azalmış ve bunun maddi kazancı da yıllık 17000 \$ olmuştur. Ayrıca, eczacılar hekim ve hemşire eğitimi de vermektedirler (Higgins ve ark., 1999).

ASHP’nin 2001 yılında yaptığı bir anket çalışmasında eczacının reçeteleme işleminde olumlu bir etkisi olduğu görülmüştür. Araştırmaya dahil olan hastanelerin dörtte üçünden fazlası reçete yazanların ilaç kullanım politikalarına uymalarını izlemek, reçete yazanları ilaç maliyetleri konusunda eğitmek için eczacı müdahalelerini kullanmaktadır. Anılan bu hastanelerin en az %75’i ilaç kullanım değerlendirmesinde eczacılar çalıştırılmaktadır (Pedersen ve ark., 2001).

Los Angeles’da Cedars-Sinai Tıp Merkezinde hastane eczacıları, sağlık personelinde bulunan gizli tüberküloz tedavisini izlemişlerdir. Gizli tüberküloz

semptomsuz seyreden bir hastalık olduğundan tedaviye uyum son derece düşüktür. Eczacıların takibi ile uyum artmış, yakın takip ile erken müdahale şansı olmuş ve yan etki insidansı azalmıştır. Hastaya ilaç tedavi seçenekleri, tedavinin yararları ve riskleri hakkında bilgi vermişler; advers ilaç reaksiyonlarını azaltmışlardır. (Tavitan ve ark., 2003).

Columbus Regional Tıp Merkezi hastane eczanesinde çalışan eczacılar aşılar, aşılarda kontrendikasyonları, anafilaksi ve enjeksiyon hakkında eğitim aldıktan sonra, hastane personeline grip aşısı yapan bir klinik oluşturmuşlardır. 1997-1999 yılları arasında %19-%22 olarak verilen aşılanma oranı, kliniğin ilk yılında %30'a, ikinci yılında ise %36'ya ulaşmıştır. Ülkede sağlık çalışanlarının aşılanma oranı ise, %34'tür. Bu aşılama programına katılan tüm sağlık çalışanları sağlanan hizmetten memnun olduklarını belirtmişlerdir. Sonuç olarak, eczacıların yönettiği bu klinikte aşılanma oranı yükselmiştir (Sanchez ve ark., 2003).

ASHP'nin de eczacının yeni görevleri konusunda önerileri vardır. ASHP 11 Eylül felaketinden sonra hastane eczacılarına, felaketlere hazırlıklı olmaları, önlemler almaları, görevlerini belirlemeleri konusunda önerilerde bulunmaktadır (ASHP Statement, 2003b).

Öte yandan, ASHP eczacıların ilaç suiistimalini önlemek için takım çalışmasına dahil olup, sorumluluklarını fark etmesini, eğitimde görev almasını ve hastalara, sağlık personeline yardımcı olmasını, işbirliği yapmasını önermektedir (ASHP Statement, 2003c).

Oconee Memorial Hastanesi'nde 2000 yılında yeni bir uygulamaya geçilmiştir. Tıbbi hataları engellemek ve çıktıları iyileştirmek için, ilaç dağıtım sistemi ve ilaç uygulamasında otomasyona geçilmiş; klinik eczacılık programı, hasta eğitimi organizasyonu gözden geçirilmiştir. 2002 yılında eczacıların tam zamanlı klinik aktivitelere katılımı gerçekleşmiştir. İlaç kontrolü ile aylık 20000 \$'lık tasarruf sağlanmıştır. Bu işlemler çıktıları iyileştirmiş ve tıbbi hataları azaltmıştır (Stevenson, 2003).

Örneklerde de görüldüğü gibi, geleneksel rolleri dışında, klinik hizmetlerde çalışan hastane eczacılarının hem toplum sağlığına yararları olmakta, hem de topluma maddi kazanç sağlamaktadırlar. Bununla birlikte, klinik hizmetlerde çalışan eczacıların mesleki tatminlerinin de arttığı daha önceki başlıklarda belirtilmiştir.

Ancak, hastane eczacılarının rolün genişlemesini istemeleri yetmemektedir. Hastane eczanesinin sorunları, ekonomik sıkıntılara ve aynı zamanda eczacının rolünün fark edilmesindeki eksikliğe bağlıdır (Wehrli, 1994). 1995 yılında VAMC'larda yapılan anket çalışmasında, eczane hizmetlerinin hastalara ve diğer çalışanlara algılanan imajının artırılmasına ihtiyaç olduğu bilincine dikkat çekilmektedir. Eczacı ile hasta yüz yüze iletişim kurabilsin diye açık eczane kavramına doğru yol alınmaktadır. Hastane eczacıları, bu iletişimin %100 olmasını ve hastanın hastanede yattığı sürece kişisel olarak eczacı ile temas halinde olmasını istemektedirler (Portner ve ark., 1996).

Hekimin ve diğer sağlık personelinin eczacının potansiyel rolü hakkında beklentileri ve istekleri de olmalıdır. ABD'de yapılan bir çalışmada hekimlerin eczacılardan ne bekleyeceklerini bilmedikleri ve yeni mezun olan hekimlerin, 10 yıl ve daha üzeri çalışma yılı olan hekimlerden daha çok beklentileri olduğu bulunmuştur (Smith ve ark., 2002).

Avusturya'da yapılan bir araştırmada, hem hekimlere hem de hemşirelere eczacılardan ne bekledikleri sorulmuştur. Hekimler eczacıları daha çok ilaç dağıtımı, bilgi ve eğitim sağlama alanında işe yarar görmektedir. Hemşireler ise, bazı destekleyici klinik rollerde eczacıların faydalı olacağını düşünmektedir (Wilson ve Chapman, 2001).

Yukarıda da belirtildiği gibi, yurt dışında hastane eczacısı, ürün odaklı hizmet anlayışından, hasta odaklı hizmet anlayışına yönelmiş ve eczacının gelişen ve genişleyen rolünün yararları maddi ve manevi olarak ortaya konmuştur. Halbuki, bu tez çalışmasında hastane eczacılarının sadece ve sadece geleneksel rollerini yerine getirdikleri görülmüştür. Hastane eczacıları ne hasta ne de sağlık personeli eğitimine katılmadıkları gibi, henüz kliniklerde sağlık bakım ekibinin bir üyesi bile değildirler.

Ancak hastane eczacıları şu anda yaptıkları işten memnun olduklarını belirtmelerine rağmen, ayrıntılı sorulara verdikleri cevaplara göre mesleklerinin bu durumundan memnun değildirler ve büyük bir bölümü rollerinin genişlemesini istediklerini belirtmişlerdir.



SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar şunlardır:

☞ Ankara'daki hastanelerde görev yapan eczacılar geleneksel rolleri olan, ilaç temini, saklanması, dağıtımı ve komisyonda çalışmak gibi işler yapmaktadır. Genelde SSK hastane eczanelerinde çalışanlar hariç, eczacılar bu görevlerinden memnundurlar. SSK eczacılarının, hem ayakta hem de yatarak tedavi gören hastalara hizmet vermesi nedeniyle oluşan ağır yükleri, sağlık sistemlerinin birleşmesiyle, meslektaşları ile aynı seviyeye gelebilir. Dolayısıyla hastaneler arası eşgüdüm sağlanması gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır.

☞ Ankara'daki hastanelerde görev yapan eczacılar, yurt dışında çok sık rastlanan advers etki izleme ve rapor etme, hasta ve personel eğitimi, multidisipliner ekip çalışması, tedavi protokolü ve formüler oluşturma gibi hizmetleri yapamamaktadırlar. Ancak eczacıların büyük çoğunluğu bu görevleri yapmak istemektedir. Hastane eczacılarının geleneksel rollerinin zamanlarının çoğunu alması ve personel yetersizliği şu anki görevleri dışında çalışabilmeleri önündeki en önemli engel olarak görülmektedir. İlaç dağıtım işleri otomasyona bağlanır ve reçeteler, bürokratik işlemler bilgisayar yolu ile yapılırsa eczacıların klinikte çalışmaları için engel olan zamansızlık sorunu aşılabılır.

☞ Advers etki izleme, hasta eğitimi ve multidisipliner çalışma için eczacının eczaneden çıkıp klinikte çalışması gerekmektedir. Ancak bunun için yeterli bilgi donanımına sahip olmalıdırlar. Yeterli donanımına sahip olmadan sağlık bakım ekibinin bir üyesi olup, diğer sağlık çalışanları ile sağlıklı bir iletişim kurması mümkün değildir. Şu an ki lisans eğitiminin, hastane eczacıları için yeterli olmadığı ortadadır. Bu nedenle, eczacılık eğitiminde takım çalışmasına yönelik bilgiler de verilmeli, hastane eczacısının pratiği arttırılmalıdır. Eczacılar sürekli eğitimin kendileri için vazgeçilmez olduğunun farkına varmalıdır. Hastane eczacılarının pratikte kullanabilecekleri sağlık konularında sürekli eğitim alması, hastaların sağlık düzeylerini yükseltebileceği gibi eczacıların bilgi birikimini de arttıracaktır. Sürekli eğitimin bu işlevi, mesleğin sosyal pazarlanmasına ve iyi eczacılık

uygulamaları esaslarından biri olan farmasötik bakıma önemli katkılar sağlayacaktır. Hastane eczacıları, düzenlenen MİEP'lere daha çok ilgi göstermeli, kendilerine gereken konularda MİEP düzenlenmesi için, meslek örgütlerine geri bildirimde bulunmalı, MİEP zamanlarının çalışma saatlerine uygun ayarlanmasını istemelidirler. Sürekli eğitimin gerekliliği ve önemi lisans düzeyinde anlatılırsa eczacıların MİEP'lere katılımı da artacaktır. Yapılacak MİEP'lerin cazip yönleri (10 MİEP'e katılana ödül, plaket ve/veya rozet verilmesi gibi) arttırılsa motivasyon da artacaktır. Kliniklerde, hasta ve diğer sağlık çalışanları ile birlikte ekip halinde çalışan eczacılarda mesleki tatmin daha yüksek olmaktadır, bu yüzden eczacılar ekibin içinde olup daha geniş alanda çalışmalıdır.

☞ Hastane eczacıları genel olarak mesleklerinden maddi ve manevi tatmin duymamaktadır. Hastane yönetimi ve çalışanları tarafından kendilerine gereken değerin verilmediğini düşünmektedirler. Eczacının potansiyel rollerinin sağlık çalışanları tarafından da fark edilip, desteklenmesi gerekmektedir. Hastane eczacısının iş tatmini arttırmak açısından, hasta ve sağlık personeli ile etkileşimi arttırmak gerekmektedir. Hastane eczacısının klinik için faydaları ve maddi olarak yararları gösterildiğinde, bilgi olarak eczacılar kendilerini kanıtladığında, mutlidisipliner takıma kabul edilmesi, eczacıların müdahalelerinin başta hekim olmak üzere takımın diğer üyeleri tarafından kabul görmesi daha kolay olacaktır.

☞ Hastane eczacısının klinikte kabul görmesi için uydu eczaneler açılarak sağlık çalışanlarının serviste eczacı varlığına alışması sağlanabilir.

☞ Hastane eczacılarının çoğu meslek örgütlerinden memnun değildirler. Örgütlerin kendileri için çalışmadıklarını düşünmektedirler. Meslek örgütlerinden en çok bekledikleri şeyler, mesleki gelişmelerden haberdar edilmek, mesleki yayınların zamanında kendilerine ulaştırmaları, MİEP'lerin çoğaltılmasını ve maaşların arttırılması için çalışmalarıdır. Meslek örgütlerinin çabalarının yetersiz olduğu açıkça görülmektedir. Hastane eczacıları kendi sorunlarını daha iyi ifade edebilmek için, ABD'de olduğu gibi bir dernek kurabilirler. Bu toplu güç ile meslek örgütleri üzerinde bir yaptırım oluşturabilirler. AEO internet üzerinden çalışan "Eczavizyon"

isimli bir program çalıştırmakta ve duyurularını genelde bu kanaldan yapmaktadır. Aynı şekilde TEB internetteki sayfasından iletişim kurmaktadır. Her hastanede bilgisayar ve internet bağlantısı olmadığı göz önünde bulundurulursa, hastane eczacıları, meslek örgütlerinin kendilerine ulaşmaları yönünde başka yöntemler (kargo, posta, cep telefonuna kısa mesaj) bulması için çaba harcamalıdır.

✓ Ankara'daki hastanelerde hizmet veren eczacılar rollerinin genişlemesini istemektedirler. Sürekli eğitimle kendini yenileyen, bilgilerini taze tutan hastane eczacıları eczanenin dışında da yararlı olabileceğini kanıtladıktan sonra klinik hizmetlerde çalışma imkanı bulabileceklerdir. Tıbbi hataların engellenmesi için çalışabilirler, ilaç suiistimalini önleme ve tedavi etmede rol alabilirler, branşlaşabilirler. Bunun için gerek lisans eğitimlerinde gerekse mezuniyet sonrası takip edecekleri MİEP'lerde ilgili konulara ağırlık verilmelidir.



KAYNAKLAR

1. AEO, Kamu Eczacılarının Sorunları ve Çözüm Önerileri, 2004.
2. Ak Bilal. Hastane Yöneticiliği. Ankara, 1990.
3. Altıntaş K.H., Coşkun A., Beken S., Bozkuş Y., Bulut S., Büyükkınacı M., Çalıdağ E. Ankara 6. Bölge Eczanelerinde Çalışan Eczacıların Bazı Mesleki Uygulamalarını ve Sorunlarını Saptama Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi Cilt 23, Sayı 2, Temmuz, 59-76, 2003.
4. Andrew S. The Ophthalmic Pharmacist as a Part of a Multidisciplinary Team Hospital Pharmacist, March, Vol 8:75-6, 2001.
5. ASHP Policy Recommendations-Invitation to Comment. Am J Health-Syst Pharm. Vol 60, Apr 1:701-4, 2003d.
6. ASHP Statement on the Pharmacist's Role in Hospice and Palliative Care. Am J Health-Syst Pharm, vol 59 Sep 15:1770-3, 2002.
7. ASHP Statement on The Pharmacist's Role in Substance Abuse Prevention, Education, and Assistance. Am J Health-Syst Pharm. Vol 60, Oct 1:1995-7, 2003c.
8. ASHP Statement on The Pharmacist's Role in The Care of Patients with HIV Infection. Am J Health-Syst Pharm. Vol 60, Oct 1:1998-2003, 2003a.
9. ASHP Statement on The Role of Health-System Pharmacists in Emergency Preparedness. Am J Health-Syst Pharm. Vol 60, Oct 1:1993-5, 2003b.
10. Aspinall Monica B, Whittle Jeff, Aspinall Sherrie L., Maher Robert L., Good Chester B. Improving Adverse-Durg-Reaction Reporting in Ambulatory Care Clinics at a Veterans Affairs Hospital .Am J Health-Syst Pharm Vol 59 May 1:841-845, 2002.
11. Baytop T. Türk Eczacılık Tarihi, 2. Baskı, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 19-168, 2001.
12. Berman J.R., Zaran F.K. ve Rybak M.J. Pharmacy-Based Antimicrobial-Monitoring Service. Am J Hosp Pharm. Vol 49, Jul:1701-6, 1992.

13. Bollington L. Development of a CPD Peer Support Strategy for Hospital Pharmacists. *Hospital Pharmacist*, December, Vol 10:491-494, 2003.
14. Booth C. The Role of The Pharmacist in Cardiac Surgery . *Hospital Pharmacist*, Feb, Vol 7:45-8, 2000.
15. Brady D. Bespoke Pharmacy Tailoring Medicines to The Needs Of Patients- Clinical Pharmacist's Role. *Hospital Pharmacist*, April, Vol 10:151-164, 2003.
16. Brent R. J., Poltorak I. The Pharmacist as a Trauma Team Member. *Hospital Pharmacy*, Vol 22, Feb. :152-155, 1987.
17. Burn H. Re-Engineering Pharmacy Services- What Have We Learnt? *Hospital Pharmacist*, September, Vol 9:234-236, 2002.
18. Burns N., Still E.. Pharmaceutical Care – A Model for Eldery Patients. *Hospital Pharmacist*, June, Vol 10:266-268, 2003.
19. Calabrese A. T., Cholka K., Lenhart S.E., McCarty B., Zewe G., Sunseri D., Roberts M., Kapoor W. Opharmacist Involment in a Multidisiplinary Inpatient Medication Education Program. *Am J Health-Syst Pharm* Vol 60, May 15:1012- 1018, 2003.
20. Caldwell R.D. ve Davis S.K. Use of Staff Pharmacists to Reduce The Inappropriate Use of Parenteral Histamine-2 antagonist Therapy. *Hospital Pharmacy*, Vol 22, Dec.:1205-9, 1987.
21. Chan D.S., Callahan C.W. ve Moreno C. Multidisiplinary Education and Management Program for Children with Asthma. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 58, Aug 1:1413-17, 2001.
22. Chantelois E.P ve Suzuki N.T. A Pilot Program Comparing Physician- and Pharmacist-Ordered Discharge Medications at a Veterans Affairs Medical Center. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 60, Aug 15:1652-6, 2003.
23. Choe H.M, Kim J., Choi K.E., Mueller B.A. Implementation of The First Pharmacist-Managed Ambulatory Care Anticoagulation Clinic in South Korea. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 59, May1: 872-4, 2002.

24. Clyne K.E. ve Ternes R. L. Pharmacy-Based Skin-Testing Program in a Community Hospital. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 53, Sep 1:2062-7, 1996.
25. Cobaugh D.J. Pharmacists' Role in Preventing and Treating Substance Abuse: Why are we doing so little? *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 60, Oct1: 1947, 2003.
26. Coleman B. Hospital Pharmacy Staff Attitudes Towards Automated Dispensing Before and After Implementation. *Hospital Pharmacist*, June, Vol 11: 248-251, 2004.
27. Cooper N.C. ve Brown T.R. A Review of The Role of Job Dissatisfaction in the Employee Turnover Process. *Hospital Pharmacy*, Vol 21, Sep.:833-839, 1986.
28. Cutts C. Pediatric Congenital Errors of Metabolism: The Pharmacist's Extended Role. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 60, Jan 15:182-4, 2003.
29. Dean P., Robson J., Walters P. Pharmacy Intervention Monitoring- a Clinical Tool. *Hospital Pharmacist*, May ,Vol 11:201-2, 2004.
30. Debus M. A Handbook for Excellence in Focus Group Research. Academy for Education Development Healthcom, Washington, 1990.
31. Dong B.J. Pharmacist Involment in an Thyroid Clinic. *Am J Hosp Pharm*. Vo 47, Feb: 356-61, 1990.
32. Dua S. Hospital Pharmacy in New Zealand. *Hospital Pharmacist* Vol 8:178-180, 2001.
33. Finley P.R., Rens H.R., Pont J.T, Gess S.L., Louie C., Bull S.A., Bero L.A Impact of Collaborative Pharmacy Practice Model on The Treatment of Depression in Primary Care. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 59, Aug 15:1518-26, 2002.
34. Friesen C.E. The Role of The hospital Pharmacist in Community-Based Health Care. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, Vol42, No.3, June:113-116, 1989.

35. Goldstein E. ve Wagner J. Pharmacist Role in Loss and Grief. Am J Hosp Pharm, 34 (5):490-492, 1977.
36. Griffith N.L., Schommer J.C. ve Wirsching R.G. Survey of Inpatient Counseling by Hospital Pharmacists. Am J Health-Syst Pharm. Vol 55, Jun 1: 1127-33, 1998.
37. Hanlon J.T., Landsman P.B., Cowan K., Schmader K.E., Weinberger M., Uttech K.M., Samsa G.P., Cohen H.J. Physician Agreement with Pharmacist-Suggested Drug Therapy Changes for Elderly Outpatients. Am. J. Health-Syst Pharm Vol 53 Nov 15 :2735-2737, 1996.
38. Hassan William E. Jr. Hastane Eczacılığı. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara 1985.
39. Higgins B., Patel P. Ve Bach D.S. Effect of Pharmaceutical Services on Adherence to Criteria-for-use Guidelines in The Operating Room. Am J Health-Syst Pharm., Vol 56, May 15:977-82, 1999.
40. <http://www.rxmediapharma.com>, Haziran 2004.
41. <http://farma.hacettepe.edu.tr/guncel.html>, Haziran 2004.
42. Ives T.J. ve Stults C.C. Pharmacy Practice in an Chemical-Dependency Treatment Center. Am J Hosp Pharm. Vol 47, May:1080-3, 1990.
43. Johnson S.T., Brown G.C., Shea K. M. Reengineering a Pharmacist Intervention Program. Am J Health-Syst Pharm Vol 59 May 15:916-917, 2002.
44. Johnson V., Croft C., ve Crane V. Counseling Patients About Durg Allergies in The Inpatient Setting. Am J Health-Syst Pharm Vol 58, Oct1:1855-1858, 2001.
45. Jones G., Graham R. Raporu. Pharmacist Prescribing Hospital Pharmacist Conference Held in London 30 October. Hospital Pharmacist, December, Vol 10 :472-485, 2003.

46. Jones R.J., Goldman M. P., Rockwood R. P, Imhoff T. E. Beneficial Effect of a Pharmacist Refill Evaluation Clinic.Hospital Pharmacy, Feb, Vol 22:166-8, 1987.
47. Khan F. Using Medicines Wisely The Place of The Formulary in Medicines Management. Hospital Pharmacist, June Vol 9:159-166, 2002.
48. King CM, Oliver EJ, Jeffrey LP Career Goals and Expectations of Men and Women Pharmacy Residents. Am J Hosp Pharm. Nov;39(11):1944-8, 1982.
49. Knapp K.K. ve Ray M.D.A Pharmacy Response to The Institute of Medicine's 2001 Initiative on Quality in Health Care. Am J Health-Syst Pharm. Vol 59, Dec 15: 2443-50, 2002.
50. Knapp K.K., Blalock S.J., Black B.L. ASHP Survey of Ambulatory Care Responsibilities of Pharmacist in Managed Care and Integrated Health Systems-2001. Am J Health-Syst Pharm. Vol 58, Nov:15: 2151-66, 2001.
51. Ko E. ve McBride J. Implementation of Pharmacist-Initiated Orders: "Pharmacist Suggests". CJHP, Vol 56, No.1:42-8, 2003.
52. Küçükarslan S.N., Peters M., Mlynarek M ve ark. Pharmacists on Rounding Teams Reduce Preventable Advers Durg Events in Hospital General Medicine Units. Arch Intern Med. 163:2014-8, 2003.
53. Leape L.L., Cullen D.J., Clapp M. ve ark. Pharmacist Participation on Physician Rounds an Advers Durg Events in The Intensive Care Unit. JAMA. 282:267-70, 1999.
54. Lee A.J., Borham A., Korman N.E., Keeney B.E. ve Mock E.D. Staff Development in Pharmacist-Conducted Patient Education an Counseling. Am J Health-Syst Pharm. Vol 55, Sep 1:1792-98, 1998.
55. Lee V.W.Y. ve Leung P.Y. Glycemic Control and Medication Compliance in Diabetic Patients in a Pharmacist-Managed Clinic in Hong Kong. Amj Health-Syst Pharm. Vol 60, Dec15:2593-6, 2003.
56. Lock J. The Benefit of Adding a Pharmacist to The Heart Failure Team Hospital Pharmacist, Feb, Vol 10:81-83, 2003.

57. Malik R. ve Hampton G. Counseling Hospitalized Pediatric Patients with Asthma. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 59, Oct 1:1829-30, 2002.
58. Martin-Calero MJ, Machuca M, Murillo MP, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MS. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Curr Pharm Des*, 10 (31): 3969-85, 2004.
59. Mason P. A Hospital Pharmacy in The Netherlands. *Hospital Pharmacy Jan*. Vol 6: 23-25, 1999.
60. McDermott L.A., Albrecht J.T., Good D.H. Nutritional Support: Pharmacists' Influence on The Prescribing Process. *Top Hosp Pharm Manage*. Oct;14(3):30-9, 1994.
61. Montello M.J., Ostroff C., Frank E.C., Haffer A.S.T. ve Rogers J.R. 2001 Antrax Crisis in Washington, D.C.: Pharmacists' Role in Screening Patients and Selecting Prophylaxis. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 59, Jun 15: 1993-7, 2002.
62. Morreale A.P. Pharmacist-managed *Helicobacter Pylori* Clinic. *Am J Health-Syst Pharm* Vol 52, Jan 15:183-185, 1995.
63. Morrison A., Wertheimer A.I. Evaluation of Studies Investigating the Effectiveness of Pharmacists' Clinical Services. *Am J Health-Syst Pharm* Vol 58, Apr 1:569-577, 2001.
64. Noel M.W., Hammel R.J. ve Bootman J.L. Job Satisfaciton an The Future of Pharmacy. *Am J Hosp Pharm*. Vol 39, Apr: 649-51, 1982.
65. Noped J.C., Schomberg R., Implementing an Inpatient Pharmacy-Based Pneumococal Vaccination program. *Am J Health-Syst Pharm* Vol 58, Oct1:1852-1855, 2001.
66. Olson D.S. ve Lawson K.A. Relationship Between Hospital Paharmacists' Job Satisfaction and Involvement in Clinical Activities. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 53, Feb1:281-4, 1996.
67. Özdamar K. SPSS ile Biyoistatistik. Kaan Kitabevi, 4 Baskı, Eskişehir, 2001.

68. Palmer M. Radiopharmacy The Role of The Phamacist. Hospital Pharmacist Feb. Vol 6:38-41, 1999.
69. Partovi Nilufar, Chan Winnie, Nimmo Cindy Reesor. Evaluation of a Patient Education Program for Solid Organ Transplant Patients. Can. J. Hosp. Pharm., Vol 48(2):72-78, 1995.
70. Pedersen C.A., Schneider P.J. ve Santell J.P. ASHP National Survey of Pharmacy Practice in Hospital Settings: Prescribing and Transcribing-2001. Am J Health-Syst Pharm. Vol 58, Dec1:2251-66, 2001.
71. Pedersen C.A., Schneider P.J. ve Scheckelhoff D.J. ASHP National Survey of Pharmacy Practice in Hospital Settings: Dispensing and Administration-2002. Am J Health-Syst Pharm. Vol 60, Jan 1:52-68, 2003.
72. Portner T.S. Srnka Q.M. Gourley D.R. Hopkinson P.L. Ogden J.E. Muniz A. Van Diepen L.R. Comparison of Departman of Veterans Affairs Pharmacy Services in 1992 and 1994 with Strategic-Planning Goals. Am J Health-Syst Pharm Vol 53 May 1:1032-1040, 1996.
73. Quandt W.G. ve Mckercher P.L. Perceptions of Work Among Men and Women Pharmacists in Nonadmimistrative Positions. Am J Hosp Pharm Vol 39, Nov:1948-51, 1982.
74. Reeder C.E., Kozma C.M., O'Malley C. ASHP Survey of Ambulatory Care Responsibilities of Pharmacists in Integrated Health Systems-1997. Am J Health-Syst Pharm. Vol 55, Jan 1:35-43, 1998.
75. Reilly M.J. ASHP's Development of Patinet-Education Programs. Am J Health-Syst Pharm. Vol 53, May 15:1177-9, 1996.
76. Reuppel R., Scheider D. Ve Lawton G.C. Initiative for Improving Pharmacist Satisfaction with Work Schedules. Am J Health-Syst Pharm. Vol 60, Oct 1:1991-2, 2003.
77. Robb C. M., Douglas N., Mckechnie E., Upton D. An Evulation of The Pharmacist's Role on a Cardiac Arrest Team. Hospital Pharmacist, Janunary, Vol 10:22-24, 2003.

78. Rouse M.J. Continuing Professional Development in Pharmacy. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 61, Oct 1:2069-76, 2004.
79. Sanchez D., Breland B.D., Pinkos L., Eagle A., Nowlin D. Ve Duty L. Pharmacist-Run Influenza Immunization Clinic for Health Workers. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 60, Feb 1: 241-3, 2003.
80. Schneider P.J. Hospital Pharmacy Practice an Residency Training in The USA. *International Pharmacy Journal*. Vol 6, Supp I:13-6, 1992.
81. Schnell B.R. Administration an The Hospital Pharmacy. *Can. J. Hosp. Pharm.Oct*. Vol 38, Np.5:138-140, 1985.
82. Schumock G., Walton S., Sarawate C. ve Crawford S. Pharmaceutical Services in Rural Hospitals in Illinios-2001. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 60, Apr 1:666-74, 2003.
83. Senholzi C. ve Gottlieb J. Pharmacist Interventions After Implementation of Computerized Prescriber Order Entry. *Am J Health-syst Pharm*. Vol 60, Sep 15, 1880-2, 2003.
84. Shoaf P.R. ve Gagnon J.P. A Comparison of Female and Male Pharmacists' Employment Benefits, Salary, and Job Satisfaction. *Contemp Pharm Pract*. Winter;3(1):47-51, 1980.
85. Smith W.E., Ray M.D. ve Shannon D.M. Physicians' Expectations of Pharmacists. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 59, Jan 1:50-7, 2002.
86. Stevenson III W.T. New Pharmacy Processes Implemented at a Community Teaching Hospital. *Am J Health-Syst Pharm*. Vol 60, Mar 15:575-7, 2003.
87. Stewart J.E. ve Smith S.N. Work Expectations and Organizational Attachment of Hospital Pharmacists. *Am J Hosp Pharm*. Vol 44, May: 1105-10, 1987.
88. Stiegler K.A. Yunker N. S. Crouch M. A. Effect of Pharmacist Counseling in Paients Hospitalized with Acute Exacerbation of Asthma. *Am J Health-Syst Pharm* Vol 60, March 1:473-476, 2003.

89. Stubbs J., Haw C., Cahill C. Auditing Prescribing Errors in a Psychiatric Hospital. Are Pharmacists' Interventions Effective? Hospital Pharmacist, May, Vol 11:203-206, 2004.
90. Summerhayes M. Oncology Pharmacy at The MD Anderson Cancer Center. Hospital Pharmacist, Feb, Vol 7:49-51, 2000.
91. Superior C.K., Broyles J.E., Oliphant C.S., Mack G.D. ve Thornton D. Development and Evaluation of a Medication Education Videotape for Hospitalized Patients. Am J Health-Syst Pharm. Vol 59, May 1:859-861, 2002.
92. Sümbüloğlu V. ve Sümbüloğlu K. Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. Hatiboğlu Yayıncılık, 4 Baskı, Ankara, 2002.
93. Şencan N.S. Ankara İlindeki Hastane ve Eczane Eczacılarının İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1994.
94. Tadros L., Ledger-Scott M., Stead J. J. Murphy D. The Role of Pharmacists in a Smoking Cessation Programme for Coronary Care Patients. Hospital Pharmacist, September, Vol 7:223-227, 2000.
95. Tadros L., Ledger-Scott M., Barnes E.. The Benefits of a Pharmacist Led Type 2 Diabetes Clinic. Hospital Pharmacist, July/August, Vol 9:204-206, 2002.
96. Tavitian S.M., Spalek V.H. ve Bailey R.P. A Pharmacist-Managed Clinic for Treatment of Latent Tuberculosis Infection in The Health Care Workers. Am J Health-Syst Pharm. Vol 60, Sep 15:1856-61, 2003.
97. The State Of Hospital Pharmacy. Hospital Pharmacist, November, Vol 6:300-306, 1999.
98. Thompson C.A. Preventable Advers Events Decline When Pharmacist Joins General Medicine Rounds. Am J Health-Syst Pharm. Vol 60, Nov 15:2284-5, 2003.

99. Thomson S. M. The Role of The Medicines Management Pharmacist Hospital Pharmacist, September, Vol 6:237-240, 1999.
100. Üstel İ. Geleneksel Hastane Eczacılığımız Konusunda Bir Anket Çalışması. Ankara Ecz. Fak. Mec. 7, 21, Sayı 1'den Ayrı Baskı, 1977.
101. Wehrli A. Hospital Pharmacy in Developing Countries. International Pharmacy Journal, Vol 8, No.5:216-219, 1994.
102. WHO, The Role of Pharmacist in ,the Health Care System, Report of WHO Consultative Group, New Delhi. WHO/Pharm/94.569, 1994.
103. Willey M.L., Chagan L., Sisca T.S., Chapple K.I., Callahan A.K., Crain J.L., Kitenko L.E., Martin T. ve Spedden K.D. A Pharmacist-Managed Antikoagulation Clinic: Siz-Year Assessment of Paitient Outcomes. Am J Health-Syst Pharm. Vol 60, May 15:1033-7, 2003.
104. Wilson S.G. ve Chapman C.B. Pattrens and Perceptions of Hospital Pharmacy Services in Victoria, Australia. Journal of Social and Administrative Pharmacy, Vol 19. No.1:25-32, 2001.
105. Wolper L.F. Health Care Administration. 2. Baskı. Aspen Publication. Gaithersburg Maryland, 1995.
106. Wong E.Y., Thompson M.V., Dudgeon M.A. ve Swenson J.P. Hospital Pharmacy-Based Service for Patient-Controlled Analgesia. Am J Hosp Pharm. Vol 47, Feb:364-9, 1990.
107. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2002.
108. Yeğenoğlu S. Madde Bağımlılığının Önlenmesinde Eczacıların Rollerinin İyileştirilmesine Yönelik Bir Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, 1999.

EK 1

ARAŞTIRMADA KULLANILAN ANKET FORMU

Anket No:.....

Hastane Adı:.....

Yatak Kapasitesi:.....

Eczacı Sayısı:.....

**ANKARA'DAKİ HASTANELERDE
HİZMET VEREN HASTANE ECZACILARININ ROLLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR
ARAŞTIRMA ANKETİ**

**ANKARA'DAKİ HASTANELERDE HİZMET VEREN HASTANE
ECZACILARININ ROLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR
ARAŞTIRMA**

1. Cinsiyetiniz nedir?
Bayan ()1 Erkek ()2
2. Doğum tarihiniz nedir?
...../...../.....
3. Toplam kaç yıldır hastane eczacılığı yapıyorsunuz?
..... yıldır hastane eczacılığı yapıyorum.
4. Eczacı olarak buradaki göreviniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).
İlaç dağıtımı ()1
İlaç bilgi danışmanlığı ()2
Gelen reçetelerin kontrolü ()3
Hastaneye ilaç alımı ()4
Hastaneye tıbbi malzeme alımı ()5
Stokların kontrolü ()6
Yöneticilik ()7
Komisyon üyeliği ()8
Diğer (Lütfen belirtiniz.) ()9
.....
5. Komisyon üyeliğiniz varsa, hangi komisyonlarda çalışıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).
Etik kurulu ()1
İlaç ve tedavi kurulu ()2
İlaç alım komisyonu ()3
Diğer (Lütfen belirtiniz) ()4
.....
6. Bu görev(ler)inizden memnun musunuz?
Evet, memnunum. ()1
Hayır, memnun değilim. ()2
7. Branşınızla ilgili yeni gelişmeleri izleyebiliyor musunuz?
Evet, izleyebiliyorum. ()1
Hayır, izleyemiyorum. ()2 **cevabınız hayırsa 9. sorudan devam ediniz!**

8. Gelişmeleri ne şekilde takip ediyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

İnternet üzerinden ()1
 Mesleki dergilerden ()2
 Kitaplardan ()3
 Tıbbi mümessillerden ()4
 Diğer (lütfen belirtiniz) ()5

9. Hastanenizde hastalara ilaç dağıtımını ne şekilde yapıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Teknisyenlere teslim edip ()1
 Hemşirelere teslim edip ()2
 Tekerlekli araba ile ()3
 Pnömatik tüp ile ()4
 Merkezden tek eczane kanalıyla ()5
 Servislerde ufak birimlerle ()6
 Diğer (Lütfen belirtiniz.) ()7

10. Bu dağıtım sisteminden memnun musunuz?

Evet, memnunum. ()1
 Hayır, memnun değilim. ()2

Cevabınız evetse, 12. sorudan devam ediniz!

11. Neden memnun değilsiniz?

Çok yavaş çalışıyor, çok zaman alıyor ()1
 Hata yapma oranı yüksek ()2
 Diğer (lütfen belirtiniz) ()3

12. Hastanenizdeki hastalara ilaç ve hastalıkları (örnek: astım hastalarına inhaler kullanımı, diyabetli hastaya ayak bakımı vb.) konusunda eğitim verebiliyor musunuz?

Evet, verebiliyorum. ()1
 Hayır, veremiyorum. ()2

Cevabınız evetse, 15. sorudan devam ediniz!

13. Neden hastalara eğitim veremiyorsunuz?

Personel yetersiz. ()1
 Zamanımız yetersiz. ()2
 Bu konuda bilgimin yeterli olduğunu düşünmüyorum. ()3
 Uygun mekan yok. ()4
 Diğer (Lütfen belirtiniz) ()5

14. Hastalara hastalıkları ve ilaç kullanımı konusunda eğitim vermek ister misiniz?

Evet, isterim. ()1

Hayır, istemem. ()2

15. Hastane personeline (hekim, hemşire, hizmetli, teknisyen vs.) eğitim (ilaç reçeteleme koşulları, hijyen eğitimi, antibiyotik yazım protokolleri vb.) vermek ister misiniz?

Evet, isterim. ()1 **Cevabınız evetse, 17. sorudan devam ediniz!**

Hayır, istemem. ()2

16. Neden hastane personeline eğitim vermek istemiyorsunuz?

Eczane personelinin sayısı yetersiz. ()1

Zamanımız yetersiz. ()2

Bu konuda bilgimin yeterli olduğunu düşünmüyorum. ()3

Uygun mekan yok. ()4

Diğer (Lütfen belirtiniz) ()5

.....

17. Hastane eczanesinin fiziksel koşulları (aydınlatma, havalandırma, mekan genişliği, eczanenin konumu vb.) hakkında ne düşünüyorsunuz?

Tamamen uygun. ()1

Kısmen uygun. ()2

Hiç uygun değil. ()3

18. İlaç istenmeyen yan etkilerini (advers) takip edebiliyor musunuz?

Evet, her zaman. ()1

Hayır, hiçbir zaman. ()2

Kısmen (ara sıra). ()3

19. Saptadığınız istenmeyen yan etkileri (advers etkileri) rapor edebiliyor musunuz?

Evet, rapor edebiliyorum. ()1

Hayır, rapor edemiyorum. ()2

20. Hekim orderlarında (istemlerinde), reçetelerde ilaç etkileşimi veya doz aşımı gibi tıbbi hatalar olduğunda, hekimle doğrudan iletişim kurabiliyor musunuz?

Evet, kurabiliyorum. ()1 **Cevabınız evetse, 23. sorudan devam ediniz!**

Hayır, kuramıyorum. ()2

21. Neden iletişim kuramıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- Zamanım olmuyor. ()1
 Hekime ulaşamıyorum. ()2
 Hekime hata yaptığını söyleyemiyorum ()3
 Kimi hekimlerin olumsuz tepkilerinden dolayı iletişim kurmaya çekiniyorum. ()4
 Diğer (Lütfen belirtiniz) ()5

22. Hekimle doğrudan iletişim kurmak ister misiniz?

- Evet, isterim. ()1
 Hayır, istemem. ()2

23. Hastanenizde eczacının sosyal statüsü hakkında ne düşünüyorsunuz?

- Eczacıya gereken değerin tamamen verildiğini düşünüyorum. ()1
 Eczacıya gereken değerin kısmen verildiğini düşünüyorum. ()2
 Eczacıya gereken değerin hiç verilmediğini düşünüyorum. ()3

24. Hastanenizde hastaların tedavilerinde uygulanan standart ilaç tedavi protokolleri var mıdır?

- Evet, var. ()1
 Hayır, yok. ()2

Cevabınız hayırsa 27.sorudan devam ediniz!

25. Bu tedavi protokollerinin hazırlanmasında eczacı olarak görev aldınız mı?

- Evet, görev aldım. ()1
 Hayır, görev almadım. ()2

Cevabınız evetse, 27. sorudan devam ediniz!

26. Bu tedavi protokollerinin hazırlanmasında görev almak ister miydiniz?

- Evet, isterdim. ()1
 Hayır, istemezdim. ()2

27. Hastanenizde uygulanan tedavide, hastaya odaklanmış bir takım çalışmasından söz edilebilir mi? (Takım; hekim, hemşire, eczacı ve diğer sağlık personelinin oluşur).

- Evet, takım çalışması vardır. ()1
 Hayır, takım çalışması yoktur. ()2

Cevabınız hayırsa, 29. sorudan devam ediniz!

28. Siz bu takımın bir üyesi misiniz?

- Evet, üyesiyim. ()1
 Hayır, üyesi değilim. ()2

29. Bir eczacı olarak yaptığınız işten manevi tatmin duyuyor musunuz?

- Evet, tamamen duyuyorum. ()1
 Evet, kısmen duyuyorum. ()2
 Hayır, hiç duymuyorum. ()3

30. Yaptığınız işin karşılığını maddi olarak aldığınızı düşünüyor musunuz?

- Evet, düşünüyorum. ()1
 Hayır, düşünmüyorum. ()2

31. Hastane eczacısı olarak şu andaki görev ve sorumluluklarınızın dışında hangi alanda rol alabileceğinizi düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Hasta eğitimi ()1
 İlaç etkileşimlerinin saptanması ()2
 Hekimle beraber ilaç tedavi sorumluluğunun paylaşılması ()3
 İlaç advers etkilerinin izlenmesi ve rapor edilmesi ()4
 Tıbbi hataların (doz aşımı, kontrendikasyon) engellenmesi ()5
 Diğer (Lütfen belirtiniz) ()6

32. Sizce, hastane eczacılarına yönelik meslek içi eğitim programları (MİEP) yeterli midir?

- Evet, yeterlidir. ()1
 Hayır, yeterli değildir. ()2

33. Sizce meslek örgütleri (Ankara Eczacı Odası, TEB) hastane eczacılarının beklentilerine yönelik çalışmalar yapıyor mu?

- Evet, yapıyor. ()1
 Hayır, yapmıyor. ()2

34. Meslek örgütlerinden hastane eczacısı olarak beklentileriniz nelerdir?

- Maaşların yükseltilmesi için çalışılması ()1
 Çalışma saatlerinin iyileştirilmesi için uğraşılması ()2
 Fiziksel çalışma koşullarının (aydınlatma, havalandırma, geniş mekan vb.) iyileştirilmesi ()3
 Sağlık ve ilaçlar hakkındaki son gelişmelerden haberdar etmesi ()4
 Alanımıza yönelik MİEP'lerin artırılması ()5
 Periyodik çıkan yayınların zamanında bize ulaştırılması ()6
 Diğer (Lütfen belirtiniz) ()7

35. Hastane eczacılarının rolünün genişlemesini ister misiniz? (Örneğin klinik eczacı, nükleer tıp alanında uzman eczacı, pediatri alanında uzman eczacı, madde bağımlılığında uzman eczacı vb.)

Evet, isterim. ()1

Hayır, istemem. ()2

Cevabınız evetse, anketimiz bitmiştir TEŞEKKÜR ederiz. Değerli zamanınızı ayırdığınız için de TEŞEKKÜRLER. Cevabınız hayırsa, son soruyu da cevaplar mısınız lütfen!

36. Neden istemezsiniz?

Bence eğitim yeterli değil. ()1

Bence branşlaşma gereksiz. ()2

Yüksek lisans yapmak gerekir, zaman alıcı. ()3

Diğer (Lütfen belirtiniz) ()4

.....

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz. İyi çalışmalar ve sağlıklı günler dileriz!

Eczacı Müge Demir

H.Ü. Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

EK 2

İYİ ECZACILIK UYGULAMALARI KILAVUZU

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün 26.05.2000 Tarih, 23775 Sayılı Tebliği

ÖNSÖZ

Bu Kılavuz, 6197 sayılı “Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun”a uygun olarak 25 Kasım 1999 tarih ve 23887 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelik”te değişiklik yapılmasına dair Yönetmeliğin 4.maddesinin Ek-1 inci maddesine göre hazırlanmıştır.

İyi Eczacılık Uygulamasındaki Temel Amaç:

Hastalar ve toplum yararına daima daha yüksek uygulama standartlarına ulaşmak ve eczacılık mesleğini geliştirmek için çaba harcamaktır. “İyi Eczacılık Uygulamaları”nın kuralları eczacılar tarafından hastalarına sunulan hizmetin uygun kalitede olması, hastalara ilaç ve tıbbi malzemenin sağlanması, eczacıların etkinlikleri sayesinde ilaç kullanımının ve reçete alışkanlıklarının iyileştirilmesine dayanmaktadır. İyi Eczacılık Uygulamaları hizmetleri hastaya dönük olarak, uygun ilacın doğru dozda ve akılcı biçimde kullanılmasını sağlamak, ilaçların kalite güvencesinin bütünlüğünü korumaktır. Ülkemiz koşulları göz önüne alınarak eczane eczacılığı ve hastane eczacılığına yönelik olarak eczanelerde verilen sağlık hizmetlerinin sürekliliğini ve iyi eczacılık uygulamalarının geliştirilmesini sağlamak için “İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu” hazırlanmış olup, bu kılavuzun 2 yılda bir gözden geçirilmesi uygun görülmektedir.

İYİ ECZACILIK UYGULAMALARI KILAVUZU

I. AMAÇ

Serbest ve hastane eczanelerinde verilen hizmetlerin kalitesinin artırılmasını, sürekliliğini ve İyi Eczacılık Uygulamalarının geliştirilmesini sağlamaktır.

II. KAPSAM

6197 sayılı “Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun” uyarınca açılan eczaneleri, resmi ve özel kurum eczanelerini bu eczanelerin sorumlu eczacılarını ve çalışan personelinin kapsar.

III. TEMEL FELSEFESİ

İyi Eczacılık Uygulamalarının felsefesi; İlaç, diğer sağlık bakım ürünleriyle ilgili hizmetleri sunmak, bireylerin ve toplumun bu hizmetlerden en iyi şekilde yararlanmasına yardımcı olmaktır. İyi Eczacılık Uygulamaları, bir hastanın yaşam kalitesini sürdüren ve yükselten koşulların sağlanmasını amaçlayan, kesin işbirliğine dayalı, devamlılık niteliği de olan farmasötik bakımın uygulama biçimidir.

IV.TANIMLAR

Eczacılık: Hastaların teşhis ve tedavisinde ve hastalıklardan korunmada kullanılan tabii ve sentetik kaynaklı ilaç hammaddelerinden hareketle değişik farmasötik tipte ilaçların hazırlanmasını; ilacın analiz yöntemlerini, farmakolojik etkisinin devamlılığını, ilacın hastaya sunulmasını, emniyet, etkinlik ve maliyet bakımından en iyi biçimde kullanılması amacıyla gözetimini, ilaçla ilgili standardizasyon ve kalite güvenliğinin sağlanmasına yönelik eğitimi veren; ilaç kullanım sonucu gerek birey gerekse toplum ölçeğinde ortaya çıkan çok yönlü sorunlara çözüm getirilmesinin esaslarını belirleyen meslektir.

Eczacı: Eczacılık Fakültesinden veya Eczacılık Yüksek Okulundan mezun olmuş veya usulüne göre yabancı okullardaki eğitiminin yeterliliğini tescil ettirmiş, ilaç ve hammaddelerinin elde edilişinde, farmasötik madde ve tıbbi müstahzar yapımında fiziksel, kimyasal, biyolojik ve toksikolojik analizlerinde, ilacın tanınması, kalitesinin sağlanması, kontrolü ve standardizasyonunda ilacın dağıtım ve hastaya verilmesinde, ilacın kullanım, gözetim ve denetiminde, ilacın üretiminden tüketimine kadar geçen her aşamada ve eczacılık mesleğinin gerektirdiği her alanda idari ve teknik olarak ve tam yetki ile görev alan sorumlu kişidir.

Serbest Eczane: Sahibi ve sorumlu müdürü eczacı olan, eczacılık mesleğinin kuralları doğrultusunda hizmet üreten, İyi Eczacılık Uygulamalarının gereğini en iyi şekilde gerçekleştirilmesini sağlayan koşullara sahip kamusal niteliği olan sağlık hizmetlerinin verildiği eczanedir.

İYİ ECZACILIK UYGULAMALARININ ESASLARI

İyi Eczacılık Uygulamaları;

1. Eczacılık hizmetleri sunulan her ortamda eczacının öncelikli olarak hasta sağlığını gözetmesini,
2. Eczacılık hizmetlerinin açıkça tanımlanmasını, amacının bireye dönük olmasını ve ilgili tüm kesimlere etkin biçimde iletilmesini,
3. İlaç ve diğer sağlık ürünlerinin temin edilmesini, kullanımının izlenmesini, hastaya uygun bilgi ve danışmanlık hizmetinin verilmesini,
4. Rasyonel reçete yazılmasında ve ilaçların uygun biçimde kullanılmasında eczacının katkısını gerektirir.

İyi Eczacılık Uygulamalarının Esasları, aşağıdaki hususların yerine getirilmesiyle sağlanır:

1. Eczacılar, rasyonel olmayan ilaç kullanımı, advers (beklenmeyen) etkileri, tıbbi hataları, ürün kalitesindeki aksaklıkları veya sahte ürünlerin tespiti rapor etmelerini sağlayacak bir sistem içerisinde çalışmalarını sürdürmelidir.
2. Birey ve toplum sağlığının hizmetinde olan eczacı bu görevini yürütürken, yaşama ve insana karşı saygıyı ön planda tutmalıdır.
3. Eczacı, tüm hastalarına aynı ilgiyi göstermelidir.
4. Eczacılık mesleğinin temel yaklaşımı ticari olmaktan çok, mesleki olmalıdır.

5. Eczacı mesleğini ancak kendisi uygulayabilir. Hasta ile ilgili birebir eczacılık hizmetinde başka kimselere bu konuda yetki vermemelidir.
6. Eczacı meslektaşlarını rakip olarak değil, eczacılık mesleğinin ilerlemesi ve sunulan hizmetin niteliklerinin artırılmasında işbirliği ve dayanışma içinde olan ortakları gibi görmelidir.
7. Eczacının diğer sağlık personeli ve özellikle doktorlarla olan ilişkileri, ilaçla ilgili her konuda karşılıklı güveni gerektiren bir hizmet ortaklığı gibi görülmelidir.
8. Eczacı meslek örgütleriyle, kamu kurum ve kuruluşlarıyla, üniversitelerle ve endüstri ile ilişkilerinde meslek etiğine uygun davranmalıdır.
9. İlaç kullanımına yönelik politikaların saptanmasında, hastane ve diğer kurumlarda sorumlu eczacı (eczacılar) mutlaka söz sahibi olmalıdır.
10. Eczacılık hizmeti sunulan kurumlarda, yönetici konumundaki eczacı, hizmetin kalitesinin tanımlanması, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi sorumluluğunu paylaşmalıdır.
11. Eczacı, hastalarına ilişkin tıbbi ve farmasötik bilgilerden haberdar olmalıdır.
12. İlaçlar ve tedavi konusunda bağımsız, kapsamlı, güncel ve objektif bilgiler her zaman eczacının elinin altında bulunmalıdır.
13. Eczacı eczacılık uygulamalarının her alanında ve tüm meslek yaşamı boyunca mesleki bilgisinin etkinliğini ve yeterliliğini sürdürme sorumluluğunu taşımaktadır.
14. Eczacılar hastalarına sağlık hizmeti sunarken, haksız rekabete neden olacak davranışlarda bulunmamalıdır, işlem yapmamalıdır.
15. Eczacılık lisans eğitimi güncel eczacılık uygulamalarını ve gelecekteki muhtemel değişiklikleri kapsamalıdır.

I PERSONEL

Eczanelerde, hasta/hasta yakınına eczacılık hizmetinin eczacı tarafından sunulması gereklidir. Eczanenin diğer hizmetlerinin eczacı tarafından yönlendirilen bir yardımcı personelce yürütülmesi mümkündür.

II EĞİTİM

İyi Eczacılık Uygulamalarının vazgeçilmez ögesi olan eğitimin sağlanması ve gerçekleştirilmesi Türk Eczacıları Birliği tarafından oluşturulacak hizmet içi programlar doğrultusunda yapılır. Söz konusu eğitimin kalitesi ve sertifikasyonu Türk Eczacıları Birliği tarafından gerçekleştirilir.

III BAŞVURU KAYNAKLARI

İlaçlar ve tedavi konusunda bağımsız, kapsamlı, güncel ve objektif bilgileri içeren başvuru kaynakları her zaman eczacının elinin altında bulunmaktadır. Bu kaynaklardan eczanelerde bulundurulması gerekenler Türk Eczacıları Birliği'nce belirlenir.

IV ECZANE OLARAK KULLANILACAK YERİN ÖZELLİKLERİ

1. Eczane olarak kullanılacak yerlerin bodrum ve asma katları hariç olmak üzere asgari 35 m² olması gerekir.
2. Hastane eczaneleri 50 yatağa kadar 20 m², artan her 50 yatak için 10 m² eklenerek bulunan bir alanda hizmet vermelidir.

3. Eczaneler, aydınlık, rutubetsiz, havadar, temiz ve düzenli olmalıdır.
4. Eczanelerin zeminleri karo, mermer veya benzeri malzemeyle döşenmelidir.
5. Hastaların bekleme yerleri ve kapaklı dolapları ile banko ve çalışma masası zemin katta bulunmalıdır.
6. Eczanede, eczacı ve hasta arasında özel görüşme olarağı sağlayan bir mekan oluşturulmalıdır.
7. Reçete kabulünün kolay ve düzenli bir şekilde yapılabileceği bir banko bulunmalıdır.
8. Eczaneler hizmetin niteliğini artırmak için günün teknolojik koşullarından yararlandırılmalıdır.

V ECZANELERİN LABORATUVAR BÖLÜMÜ

1. Eczanelerin laboratuvar bölümü, hastalarla irtibatı olmayacak şekilde ayrılmış olmalıdır.
2. İlaç yapmaya ayrılmış bankonun üzeri cam, fayans, veya mermer olmalıdır. Miligram/santigram veya kilogram teraziler, ayarları bozulmayacak şekilde banko üzerinde veya ayrı özel masada bulundurulmalıdır.
3. İlaç yapmaya ayrılan laboratuvar kısmında, majistral ilaç hazırlanmasında kullanılan kimyasal maddeler ve tıbbi droglar, cam şişelerde, ışıktan bozulabilecek maddeler ise, renkli şişelerde ayrı bir dolapta bulundurulmalıdır.
4. Eczanelerde majistral ilaç yapımında kullanılan malzemeler bulunmalıdır.

VI ECZANELERDE BULUNAN İLAÇLARIN VE TIBBİ MALZEMELERİN SAKLAMA KOŞULLARI

1. İlaçlar için gerekli saklama koşullarını sağlayacak teknik donanım olmalıdır.
2. Serin yerde muhafaza edilecek ilaçların konulması için buzdolabı bulundurulmalıdır.
3. Kırmızı reçeteye tabi ilaçlar çelik kasada saklanmalıdır.
4. Bütün kimyasal ve bitkisel ilaç hammaddeleri, tıbbi müstahzarlar, kozmetikler, aşı ve serumlar, kodeksteki özellikleri ve ambalaj üzerindeki saklama koşulları gözönüne alınarak, gerektiği gibi saklanmalıdır. Bu sebeple, eczanenin sıcaklığı da gerekli ölçüler içinde tutulmalıdır.

VII İLAÇ AMBALAJI VE ETİKETLENME

Eczanelerde yapılan ilaçların ambalajına yapıştırılan etiketler üzerinde;

1. Eczanenin adı-adresi, doktorun ve hastanın isimleri, defter kayıt numarası ve ilacın kullanış şekli yazılmalıdır.
2. Oral olarak kullanılacak ilaç etiketleri beyaz, haricen kullanılacak ilaç etiketleri kırmızı renkli olmalıdır.
3. Eczanelerde hazırlanacak ilaçlar, hiç kullanılmamış, yeni ve uygun ambalajlara konulmalıdır.
4. Saklama koşulları belirtilmelidir.
5. Çocukların güvenliği ile ilgili olarak her türlü uyarılar yazılmalıdır.

VIII İLAÇ SUNUMU VE HASTAYA YÖNELİK TALİMATLAR

Hastanın uygun olan ilacı doğru dozda ve biçimde almasını; hastanın ilaç ve diğer sağlık ürünlerinden ve tüm eczacılık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak amacıyla aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

1. Öncelikle reçete bir bütün olarak değerlendirilmeli, hastanın yaşı ve konulan teşhis dikkate alınmalı, ilaçların birbirleriyle ve gıdalarla olan etkileşimleri saptanmalıdır.
2. Reçete yazılı ilacın okunamaması durumunda hekimle irtibat kurulmalıdır.
3. Eczacı kendisini tanıtmalı, reçeteyi getiren kişinin hasta mı yakını mı olduğunu sormalıdır.
4. İlaçların güvenli ve etkin kullanılması konusunda hastaya gerekli öneriler ve bilgiler verilmeli, ilaç-ilaç, ilaç-gıda etkileşimlerinin önlenmesi için, ilacın kullanım şekli hastaya açıkça anlatılmalıdır.
5. Eczacı, bilgileri bir bütün halinde aktarmalı, ilacın adı, endikasyonları, dozajı, kullanım şekli, saklama koşulları, yan etkileri, beklenmeyen etkileri ve alınacak önlemler konularında bilgi sunmalıdır.
6. İlacın kullanımı hakkında bilgi verilirken hastanın eğitim durumu değerlendirilmelidir.
7. Eczacı, hastayla görüşme sırasında teknik ve tıbbi terimler kullanmaktan kaçınmalı, hastaya verilen bilginin basit, açık ve kolay anlaşılabilir olmasına dikkat etmelidir.
8. Eczacı, hastanın şikayetlerini anlayabilmek için her türlü çabayı sarf etmeli ve hastaya gereken ilgiyi göstermelidir.
9. Eczacı, hastaya bilgi aktarırken etkin bir iletişim sağlamalı, hastayı motive etmeli, verilen bilginin tedavi açısından önemini açıklamalıdır.
10. Eczacı, hasta veya yakınına vereceği bilgileri belli bir düzende sunmalı, en önemli noktalar görüşmenin başında anlatılmalı, sonunda tekrarlanmalıdır.
11. Eczacı, hasta veya yakınının anlatılanları anlayıp anlamadığını kontrol etmelidir.
12. Eczacı ilacın kullanım şekli ve dozu hakkında sözlü bilgilendirmenin yanı sıra yazılı bilgi de vermelidir. Bu bilgi ilaç kutusunun üzerine yazılabileceği gibi kutu üzerine yapıştırılacak etiketlere de yazılabilir.
13. Hastalara sürekli olarak aldıkları ilaçların listesini taşımaları önerilmelidir.

IX KAYITLAR

1. Eczanelerde aşağıdaki defterler tutulmalıdır;
 - a) Reçete Kayıt Defteri
 - b) Uyuşturucu Maddeler Kayıt Defteri
 - c) Psikotrop İlaçlar Kayıt Defteri
 - d) Teftiş Defteri
 - e) Personel Defteri
 - f) Stajyer Defteri
2. Eczaneden verilen bütün ilaçların kayıtlarının tutulması hastaların almış olduğu ilaçların adı, dozajı, verilen miktarları, etki derecesi, verildiği tarihler ayrıntılı olarak kayıtlara geçmelidir.
3. Hastalara ait ilaç kayıtlarının günün modern şartlarına ve teknolojisine uygun olarak, bilgisayarı olan eczaneler tarafından bilgisayar kayıtlarının tutulması gereklidir.

EK 3**ANKET İÇİN GİDİLEN HASTANELERİN LİSTESİ****Üniversite Hastaneleri**

Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi
 Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi
 Ankara Üniversitesi Kalp Merkezi
 Başkent Üniversitesi Hastanesi
 Fatih Üniversitesi Hastanesi
 Gazi Üniversitesi Hastanesi
 Gülhane Askeri Tıp Akademisi
 Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi
 Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi

Sağlık Bakanlığı Hastaneleri

Ankara Eğitim Hastanesi
 Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi
 Ankara Numune Hastanesi
 Atatürk Araştırma ve Eğitim Hastanesi
 Atatürk Göğüs Hastalıkları Hastanesi
 Dr. A. Yurtalan Onkoloji Hastanesi
 Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi
 Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Hastanesi
 Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
 Zübeyde Hanım Doğumevi

Kurum Hastaneleri

Belediye Hastanesi
 Jandarma Hastanesi
 Mevki Hastanesi
 Türk Silahlı Kuvvetleri Bilkent Rehabilitasyon Merkezi
 Türkiye Devlet Demiryolları Hastanesi
 Ziraat Bankası Hastanesi

SSK Hastaneleri

SSK Çocuk Hastalıkları Hastanesi
 SSK Doğumevi Kadın Hastalıkları Hastanesi
 SSK Eğitim Hastanesi
 SSK Etlik Hastanesi
 SSK Göz Hastalıkları Hastanesi
 SSK İhtisas Hastanesi
 SSK Meslek Hastalıkları Hastanesi

SSK Ulus Hastanesi

Özel Hastaneler

Bayındır Hastanesi

Çağ Hastanesi

Güven Hastanesi

İncek Fizik Tedavi Hastanesi

Keçiören Hastanesi

Kent Hastanesi

Kudret Göz Hastalıkları Hastanesi



EK 4

ARAŞTIRMACININ GÖZLEMLERİ

Anket sırasında, SSK eczacıları dışında, hastane eczacıları genelde yardımcı olmaya çalışmış ve anket için zaman ayırmışlardır. Ancak SSK hastanelerindeki aşırı iş yükü nedeniyle özellikle büyük hastanelerde, aynı ilgiyi göremedim. Buna rağmen öğle yemeği arasında anketi yapmayı kabul eden eczacılar da olmuştur.

Hastane eczanelerinin durumu ise içler acısıdır. Yeni yapılan birkaç hastane dışında nerdeyse tüm hastane eczaneleri bodrum kattadır. Bu durum kötü fiziksel koşullara neden olmaktadır. Ayrıca, su baskını riskiyle karşı karşıya kalınmaktadır. Genelde havasız, ışıksız ve dar mekanlardır. İlaç depolarının yetersizliği, mekanı daha da darlaştırmaktadır. Sanki eczacılara verilen değer eczanelere yansımıştır.

Pek çok eczacı hastanede diğer sağlık personeline nazaran daha az değerli olduklarını hissettiklerini belirtmişlerdir. Hekimlerin özel arabalarına ayrılmış park yerleri varken, bizim yok diye şikayet edenler, hekimle iletişim kuramadıklarını çünkü çoğu zaman ters tepki ile karşılandıklarını sözlü ifade edenler çok olmuştur. Döner sermaye parası alan hastanelerde en düşük miktarı eczacılar almaktadır. Çoğu kadrosuzluktan, sağlık personeli olarak değil de idari personel olarak çalıştıklarını ifade etmiştir.

Eczacı çoğu yerde kırtasiye işlerinin arasında kaybolmuştur. Bilgisayarı olan hastane eczanesi sayısı az olduğu gibi, bilgisayarı olan yerlerde hem bilgisayara hem de kayıt defterlerine giriş yapılmaktadır. Yani aynı iş ikiye katlanmıştır. Sağlık bakanlığına yapılan şikayetler sonunda değerlendirilmeye alınmış ve bu amaçla “6.11.2001 tarih ve 10558 sayılı Makam olurları ile yürürlüğe giren “Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesine” “hastane kayıtlarının bilgisayar ortamında tutulması” başlığı altında bir ek madde ilave edilmesine dair yönerge taslağı hazırlanmıştır” şeklinde karar alınmıştır. Bahsi geçen ek bir madde de şu şekildedir: “Bilgisayar otomasyon sistemine geçen hastanelerde her türlü kayıt işlemi Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde belirlenmiş standartlara göre; poliklinik, acil, hasta kabul, hasta servisleri ve laboratuvarlarda tutulması gerekli protokol defteri ve yönergenin 12 inci maddesinde sayılan hasta dosyalarına konulacak belgeler ihtiyaca göre ve altyapısı uygun olan kurumlarımıza bilgisayar

ortamında düzenlenebilir. Bu sayılanlar haricinde tutulması gerekli resmi kayıtlar hem defter hem de bilgisayar ortamında tutulur.”

SSK eczacıları ise, gerçekten insan üstü bir güçle çalışmaktadır. Hem ilacı hazırlayıp, hem de para üstü almak ve o yoğunlukta hata yapmamak imkansızdır. SSK eczacıları eskiden kasa tazminatı aldıklarını, kasa açık verdiğinde oradan tamamlandığını ancak artık bunun olmadığını, açıkları ceplerinden karşıladıklarını ifade ettiler. Hatta hastaya verilen para üstünde, bozuk paranın bile sorun olduğunu bunun yüzünden hastalarla tartıştıklarını ifade ettiler. Kimi yerde güvenlik görevlileri eczane veznelerinin önünde bekliyorlardı. Hastaların fiziksel şiddetine maruz kaldığını söyleyen eczacı sayısı da çoktu. Başeczacılar, açılan uydu eczanelere yeni kadro açmak yerine, halihazırda çalışanlardan görevli gönderdiklerini ve bu nedenle daha az sayıda kaldıklarından, mesai saati içinde yerlerinden kalkmaya fırsat bulamadıklarını ifade ettiler. Çoğu eczacı anketi öğle tatilinde yaptı. Üstelik bu eczacılar nöbet tutukları günün ertesi gün izin kullanmadan çalışmaya devam ettiklerini, bu da hata yapma oranlarını arttırdığını ve işlerinden memnun olmadıklarını söylediler.

Meslek örgütünden şikayetçi olan, örgüte kırgın olan çoktu. Bir kısmı da “O kadar kızgınım ki, artık aidat ödemiyorum, üyeliğimi sildirdim” dedi. Meslek örgütlerine göre “Biz üvey evlat gibiyiz” diyen de çok oldu.

Genel olarak gördüğüm, eczacılar sağlık personeli olmaktan uzaktalar, maaşlarından ve yaptıkları işten memnun olmayıp bence mesleklerinden uzaklaşmış bir biçimde çalışmaktalar.

EK 5**ANKET ÇALIŞMASI YAPILAN HASTANELERİN ANKARA HARİTASINDAKİ
YERLERİ**

ARAŞTIRMACININ ÖZGEÇMİŞİ

1974 yılında Ankara’da doğmuştur. Orta ve lise eğitimini Diyarbakır Anadolu Lisesi’nde tamamlamıştır. 1991 yılında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesini kazanmıştır. Fakültede lisans eğitimine devam ederken altı hafta Milli Savunma Bakanlığı’na ait Ordu İlaç Fabrikası’nda staj yapmıştır. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesinden 1996 yılında mezun olmuş ve aynı sene Yağlıdere Eczanesi’ni açmıştır. 2002-2003 öğretim yılında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği ve Mevzuatı Ana Bilim Dalı’nda yüksek lisans programına kabul edilmiştir. Evli olan araştırmacı halen Yağlıdere Eczanesi’nin sahibi ve mesul müdürüdür.

